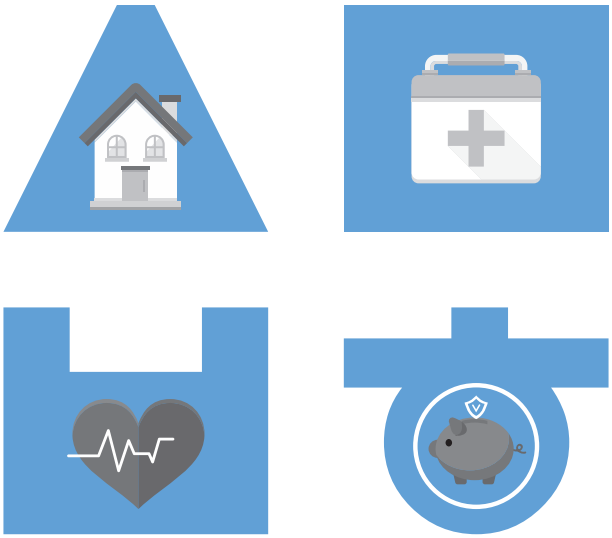
생명보험이란 무엇인가

2024

생명보험협회
Korea Life Insurance Association



생명보험이란 무엇인가

2024

생명보험협회
Korea Life Insurance Association

생명보험이란 무엇인가

제1편 보험이론 및 윤리

제1장 생명보험의 의의와 기능 ····· 9

1. 생명보험의 의의와 역사 ····· 9
2. 생명보험의 기능 ····· 14
3. 생명보험산업의 현황과 전망 ····· 18
4. 생명보험과 재무설계 ····· 27

제2장 생명보험 이론 ····· 31

1. 생명보험의 기본원리 ····· 31
2. 생명보험계약의 요소 ····· 34
3. 보험료의 구성원리 ····· 38
4. 생명보험약관의 주요내용 ····· 42
5. 생명보험 언더라이팅과 클레임 ····· 72

제3장 보험 윤리 ····· 87

1. 보험영업 윤리 ····· 87
2. 보험사기방지활동 ····· 106
3. 생명존중과 자살예방 ····· 126

생명보험이란 무엇인가

제2편 보험법규

제4장 보험모집 준수사항 ····· 137
1. 보험모집 관련 법규 ····· 137
2. 보험모집 관련 준수사항 ····· 156
3. 생명보험 우수인증설계사 제도 ····· 174

제5장 보험소비자 보호 ····· 177
1. 보험소비자 보호제도 ····· 177
2. 보험금 대리청구인 지정제도 ····· 181
3. 생명보험 광고심의제도 ····· 183
4. 보험정보 공시 ····· 192
5. 생명보험 민원현황과 유형 ····· 201

제6장 생명보험 세제 ····· 205
1. 생명보험의 세제 ····· 205
2. 소득세의 개요 및 기타소득세제 ····· 226
3. 보험설계사의 세제 ····· 235

CONTENTS

제3편 생명보험

제7장 생명보험의 개요 ····· 239
1. 생명보험의 개요 ····· 239
2. 생명보험의 특징 ····· 243

제8장 생명보험 상품 ····· 249
1. 생명보험 상품의 구성 ····· 249
2. 생명보험 상품의 분류 ····· 252
3. 주요 생명보험 상품 ····· 258

제4편 제3보험

제9장 제3보험의 개요 ····· 273
1. 제3보험의 개요 ····· 273
2. 제3보험 관련 법규 ····· 275
3. 제3보험의 특징 ····· 280

제10장 제3보험 상품 ····· 283
1. 제3보험 상품의 분류 ····· 283
2. 상해보험 ····· 284
3. 질병보험 ····· 293
4. 간병보험 ····· 308

제1편

보험이론 및 윤리

제1장 생명보험의 의의와 기능

1. 생명보험의 의의와 역사
2. 생명보험의 기능
3. 생명보험산업의 현황과 전망
4. 생명보험과 재무설계

제2장 생명보험 이론

1. 생명보험의 기본원리
2. 생명보험계약의 요소
3. 보험료의 구성원리
4. 생명보험약관의 주요내용
5. 생명보험 언더라이팅과 클레임

제3장 보험 윤리

1. 보험영업 윤리
2. 보험사기방지활동
3. 생명존중과 자살예방

제1장
생명보험의 의의와 기능

1 생명보험의 의의와 역사

가. 생명보험의 정의

사람은 출생에서 사망에 이를 때까지 언제 어디서 닥칠지 모를 질병이나 상해 등 무수히 많은 위험에 노출된 채로 살아간다. 특히 그 사고 등이 사람의 생사에 관한 것일 경우에는 가족의 안정적인 생활이 위협받기도 한다. 생명보험은 상부상조 정신을 바탕으로 사망 등 불의의 사고로 인한 경제적 손실을 보전하기 위한 제도이다. 생명보험회사는 많은 계약자들로부터 보험료를 받아 재산을 공동으로 준비하여 사고를 당한 사람에게 약정한 보험금을 지급한다. 상부상조 정신은 생명보험의 근간이 되며, 독일의 경제학자 알프레트 마네스(Alfred Manes)[1]의 "일인은 만인을 위하여, 만인은 일인을 위하여(one for all and all for one)"라는 말이 널리 인용되고 있다.

사람은 출생 이후 성장, 결혼, 육아, 노후와 같은 인생주기를 거치면서 일상생활 자금, 주택마련자금, 자녀교육 및 결혼자금, 노후생활 자금, 긴급자금 등이 필요하다. 이러한 필요자금 역시 개인이 생명보험을 이용하여 준비할 수 있다. 이처럼 생명보험은 우연한 사고를 대비하는 보장기능뿐만 아니라 재산을 마련하는 저축기능을 동시에 갖추고 있다.

1) Alfred Manes(1877~1963), 독일의 경제학자 · 보험학자

나. 해외의 생명보험 역사

(1) 고대

기원전부터 사람들은 집단생활을 하면서 집단구성원이 사망하거나 사고를 당해 손해를 입는 경우 이를 공동으로 도와주었다. 보험과 유사한 제도를 통해 장례비를 부담하거나 천재지변에 따른 손해를 구제하기도 하였다. 오늘날의 생명보험과 유사한 대표적인 제도로는 BC 3세기경의 에라노이(Eranoi)와 로마 제정시대에 조직된 콜레기아(Collegia Tenuiorum)를 들 수 있다. 에라노이는 어떤 사람이 갑자기 불행한 처지에 이르게 되거나 돈이 필요하게 되었을 때 도움을 주는 일종의 종교적 공제단체였으며, 콜레기아는 당시 사회적 약자나 하층민들이 서로 돕기 위해 만든 상호부조 조합이었다. 콜레기아는 회비를 부담하여 예배 등 종교활동에 필요한 비용을 충당하기도 하고, 회원의 사망시 장례비와 유가족을 위한 급부금도 지급하였다.

(2) 중세

13~14세기경부터 유럽, 특히 독일에서 발달한 길드(Guild)는 동업자간의 상호부조 조합이었다. 길드는 항해 도중에 발생한 선박이나 화물의 손해를 공동으로 부담하였으며 구성원의 사망, 화재, 도난 등의 재해도 구제해주었다. 길드의 상호구제 기능은 점차 그 필요성에 따라 전문화되고, 자본주의가 성립하면서 영국의 우애조합(Friendly Society) 및 독일의 구제금고(Hilfskasse) 등과 같은 형태로 발전하였으며 오늘날에도 다양한 형태의 공제조직이 상존하고 있다.

17세기말에는 프랑스의 루이 14세가 톤틴연금을 시행하였다. 톤틴연금은 이탈리아 은행가인 톤티(Lorenzo Tonti)가 국가의 재정 개선을 위해 건의한 것으로 국고에 유휴자금을 융자해주는 자에 대하여 원리금을 지불하는 대신 종신연금을 지급하는 제도였다. 이 제도는 곧 영국, 네덜란드, 독일 등에서 국채조달 수단으로서 채택되었으며, 나라에 따라서는 사적인 자금조달 수단으로 이용되기도 하였다. 톤틴연금은 사망률, 이자계산법 등에서 근대적

생명보험의 발달에 크게 기여하는 등 생명보험 사상을 광범위하게 보급시키는 역할을 하였다. 한편, 17세기말 프랑스의 수학자 파스칼(Pascal)은 사람의 생존율을 연구하였으며, 영국의 천문학자 핼리(Halley)는 최초의 사망표를 작성함으로써 생명보험이 과학적인 근거를 갖춘 산업으로 발전하는 기술적 기초를 제공하였다.

(3) 근대

1762년 영국에서 세계 최초로 근대적인 생명보험체계를 갖춘 에퀴타블(Equitable) 생명보험회사가 설립되었다. 에퀴타블사는 신체검사, 가입금액의 제한, 해약환급금 제도, 보험계약자 배당 등 오늘날 생명보험의 토대가 된 각종 근대적인 제도를 도입하였다. 영국은 1870년에 생명보험주식회사법을 제정함으로써 국가감독을 통해 보험산업의 발달과 보험계약자의 이익을 도모하였다. 독일에서는 중세의 길드가 붕괴되고 자본주의 경제가 성숙함에 따라서 19세기 들어 근대적인 생명보험의 기반이 확립되었고 1828년에 고타(Gotha) 생명보험 상호회사가 창립되었다. 프랑스는 톤틴연금제도 이후 관련 제도 발달이 비교적 부진한 상황이었다. 1787년에 제국보험회사(Companie Royale d'Assurance)가 창립되었으나 프랑스 대혁명으로 곧 해산되는 등 19세기까지 생명보험의 발전은 완만하게 진행되었다. 미국은 1812년에 펜실베니아생명보험회사가 설립되었으며, 이후 메사추세츠생명, 뉴욕생명, 뉴잉글랜드생명 등이 설립되어 본격적으로 생명보험이 보급되었다. 1905년 생명보험회사들이 과도한 경쟁으로 위기에 처하게 되자, 미국 뉴욕주 암스트롱 조사위원회는 생명보험회사 경영 · 판매 실태조사를 실시하였고, 그 결과를 이듬해 뉴욕주 보험법에 반영함으로써 미국 생명보험산업은 커다란 진전을 하게 되었다. 일본은 메이지유신 이후 서양의 문물을 활발하게 받아들여 1880년에는 쿄사이고햐쿠메이샤(共濟五百名社)라는 상호보험조직이 설립되었다. 이후 테이코쿠생명(帝國生命), 니혼생명(日本生命) 등이 설립되었고, 1900년에는 보험업법이 제정되어 보험회사는 엄격한 감독을 받게 되었다.

다. 우리나라의 생명보험 역사

(1) 상호부조제도

우리나라에는 대표적인 상호부조제도로서 계(契)와 보(寶)가 있었다. 삼한시대부터 시작된 계는 여러 사람이 돈이나 곡식 등을 추렴하여 소수의 사람에게 모아줌으로써 경제적인 지원을 해주는 제도였다. 신라시대부터 시작된 보는 불교사원에서 공동재산을 운영하여 그 이자로 자선이나 대부를 해주던 제도였는데 이후 불교사원뿐만 아니라 사회적 보장제도로 점차 확대되었으며, 고려시대에 들어와서 크게 발전하였다. 조선시대의 계는 친목을 도모하고 관혼상제의 부담을 덜어주는 역할을 하였다.

(2) 근대적 생명보험

우리나라에 생명보험이 도입된 것은 1876년 일본과의 강화도조약 체결 이후 일본의 생명보험회사가 국내에 대리점을 설치하면서부터였다. 일본의 테이코쿠생명(帝國生命)이 1891년 최초로 부산에 대리점을 낸 데 이어 쿄사이생명(共濟生命), 니혼생명(日本生命), 치요타생명(千代田生命) 등이 인천, 목포 등 주로 항구도시에 대리점을 개설하였다. 그 후 1921년에 한상룡 등 기업인들이 우리나라 최초의 생명보험회사인 조선생명보험주식회사를 설립하였다. 이듬해인 1922년에는 최초의 손해보험회사인 조선화재해상보험주식회사가 설립되기도 하였다. 그러나 일제강점기 동안 우리나라 보험업계는 일본의 생명보험회사가 독점하였고, 광복 이후 보험료를 환급하지 않고 본국으로 철수해버려 당시 보험계약자들에게 큰 경제적 손실을 안겨주었을 뿐만 아니라 보험에 대한 불신풍조가 남게되는 계기가 되었다. 이후 우리 민족자본으로 몇몇 생명보험회사가 설립되어 재건을 시도했으나 1950년 한국전쟁과 4 · 19혁명 등을 거치면서 생명보험업도 침체상태에서 벗어나지 못했다.

1960년대 들어 경제개발계획이 추진되고 생명보험회사가 국민저축기관으로 지정되면서 단체보험이 크게 성장하기 시작하였다. 1970년대는 경제성장에 힘입어 생명보험산업이 발전을 거듭하면서 보험시장도 개인보험 위주로 전환되었다, 특히 정부는 1977년을 보험의

해로 지정하여 대대적인 보험산업 근대화 대책을 추진함으로써 생명보험회사의 자산 규모와 수입보험료가 대폭 증가하였다. 1980년대에도 가계소득 증가로 생명보험은 고도 성장을 지속함으로써 국민의 복지향상과 자본시장의 육성에 크게 기여하였다. 1990년대에는 보험시장의 개방, 금융 자율화 등에 따라 생명보험시장이 본격적인 경쟁체제로 전환되었으나 한편으로는 과거 규모 위주의 성장과정에서 빚어진 과다한 실효해약 등으로 경영부실이 드러나기 시작하였다. 결국 IMF 금융위기를 겪으면서 1998년에 4개 생명보험회사의 허가가 취소되고 다수의 생명보험회사가 구조조정으로 계약을 다른 회사로 이전하거나 합병되었다.

(3) 현대적 생명보험

2000년대에는 「보험업법」 개정을 통해 방카슈랑스 제도가 도입됨으로써 방카슈랑스 전문 보험회사가 출범하였고, 이와 더불어 홈쇼핑, TM(Tele-Marketing), CM(Cyber Marketing) 등에서의 판매도 활발해지는 등 생명보험사업의 판매채널이 다양해지는 양상을 보이고 있다. 특히 최근 정보통신기술 발달에 따른 금융의 디지털화는 생명보험산업에도 큰 변화를 초래하여 2013년 이후부터는 인터넷 전문 생명보험회사가 출범하는 등 온라인 채널이 지속적으로 확대되는 추세이다.

2021년 3월부터는 금융소비자 보호에 관한 법률(약칭 : 금융소비자보호법)이 시행되어 금융소비자의 권익 보호와 금융상품판매업자 및 금융상품자문업자의 건전한 시장질서 구축을 위한 법적 기반이 마련되었고, 향후 생명보험업계에서도 금융소비자 보호의 중요성은 더욱 높아질 것으로 전망되고 있다.

생명보험회사 수 변화

연 도	1960년	1987년	1990년	1995년	2020년	2023년
회사수	5	9	28	33	24	20

2 생명보험의 기능

가. 사회보장제도 보완

우리나라의 경우 급격한 도시화 및 핵가족화의 진행, 저출산 장기화와 평균수명의 연장으로 인한 인구구조의 고령화, 소득수준의 향상 및 그에 따른 기대 생활수준의 상승, 소득분포의 불균형 등이 사회문제로 대두되고 있다. 이를 해소하기 위해 정부차원에서 사회보장제도를 확충하고 있지만 그 보장수준이 개개인이 필요로 하는 수준에는 미치지 못하고 있는 것이 현실이다. 따라서 국가가 일정 최저수준의 국민생활을 보장해주는 사회보장과 기업이 종업원의 복리후생이나 퇴직 후의 안정된 생활을 보장해주기 위해 운영하는 기업보장, 그리고 각 개인이 만족스러운 수준의 생활까지 보장받기 위해 스스로 준비하는 개인보장의 3대 보장축이 서로 적절히 조화를 이루어야 완벽한 복지사회가 구현된다. 이를 3층 보장론이라 한다.

3층 보장

사회보장 국가가 일정 최저수준의 국민생활 보장
기업보장 기업이 종업원의 복리후생이나 퇴직 후의 안정된 생활 보장
개인보장 개인이 만족할 수 있는 수준까지 스스로 준비하는 보장

급여소득자의 경우 국가가 운영하는 국민연금과 소속 기업이 제공하는 퇴직금이나 퇴직연금(퇴직보험), 그리고 개인 스스로 준비하는 개인연금보험 등을 통해 미래를 대비하게 된다. 이러한 3층 보장론의 측면에서 볼 때 공영보험인 사회보험과 민영보험인 생명보험의 관계는 상호보완과 경쟁이라는 양면성을 가지고 있다.

사회보험과 민영보험 비교

구 분	사회보험	민영보험
가입형태	의무가입	임의가입
급 여	법률로 규정	계약에 의해 결정
보장수준	최저생계 또는 의료 보장	보험료 부담수준에 따라 상이
운영주체	정부(독점)	민간(자유경쟁)
기금운영 방법	정부에 의해 투자방법 결정	민간에 의해 투자방법 결정
운영취지	사회적 형평성	개인별 적정성
의견합치	목적 및 결과에 대한 이해당사자간 의견 불일치	목적 및 결과에 대한 이해당사자간 의견 일치

사회보장제도

사회보장제도란 기본적으로 국가가 국민의 최저생활을 보장하기 위해 실시하는 각종 제도를 총칭하는 말로서 우리나라의 경우에는 크게 사회보험, 공공부조, 사회서비스 등으로 나뉘어 실시되고 있다.

사회보험

사회보험은 국민에게 발생하는 사회적 위험(질병, 사망, 부상, 노화 등)에 보험방식으로 대처함으로써 국민 건강과 소득을 보장하는 제도로서 우리나라의 경우 국민건강보험(장기요양보험), 국민연금, 산재보험, 고용보험 등 4대 보험제도를 모두 갖추고 있다.

공공부조

공공부조는 국가 및 지방자치단체의 책임 하에 생활유지능력이 없거나 생활이 어려운 국민의 최저생활을 보장하고 자립을 지원하는 제도로서 이들에게 기초생활보장, 의료급여를 제공하는 것이다.

사회서비스

사회서비스란 국가 · 지방자치단체 및 민간부문의 도움을 필요로 하는 모든 국민에게 상담 · 재활 · 직업소개 및 지도 · 사회복지시설 이용 등을 제공하여 정상적인 사회생활이 가능하도록 지원하는 제도이다. 사회서비스는 그 대상에 따라 노인복지, 장애인복지, 아동복지, 가정복지 등으로 나누어진다.

나. 국가경제 발전에 기여

생명보험회사는 장래의 보험금 지급에 대비하기 위해 계약자가 납입한 보험료를 적립하고 있으며 이렇게 적립된 자산을 효율적으로 운용하여 이익금이 발생할 경우 주주와 계약자에게 배당 등을 실시하고 있다. 이와 같이 생명보험회사는 보험 본래의 기능인 보장기능 외에 금융기능도 담당한다. 대부분의 생명보험계약이 수년에서 수십 년에 걸친 장기계약이기 때문에 생명보험자산의 경우 장기에 걸쳐 안정적으로 운용할 수 있는 특성을 갖고 있으며, 이러한 특성으로 인해 국가 기간산업 등 중요산업에 투자 · 운용되어 우리나라의 경제발전에 크게 기여하고 있다.

생명보험자산의 특성

생명보험자산은 기본적으로 장기자금의 성격을 띠고 있으며 중도해지시나 보험사고 발생시 반드시 보험금이나 해약환급금 등으로 지급되어야 하므로 신탁재산적인 성격이 강하다. 또한 수많은 계약자의 소액자금이 모여서 형성된 것이기 때문에 공공적인 성격도 강하다.

생명보험자산의 운용원칙

「보험업법」 제104조 (자산운용의 원칙)

① 보험회사는 그 자산을 운용할 때 안정성 · 유동성 · 수익성 및 공익성이 확보되도록 하여야 한다.

② 보험회사는 선량한 관리자의 주의로써 그 자산을 운용하여야 한다.

안정성

생명보험자산은 대부분 장래에 보험금 등으로 지급되어야 하기 때문에 보험금 등의 지급에 지장이 없도록 안정적으로 운용되어야 한다.

유동성

생명보험회사는 보험금 등의 지급이 일시에 집중되는 경우를 대비하여 즉시 현금화할 수 있는 자산도 일정 부분 확보해야 한다. 이를 위해 생명보험자산의 일부를 예금이나 단기채권 등과 같이 유동성(환금성)이 높은 자산으로 보유하고 있다.

수익성

보험료는 적용이율로 미리 할인되었기 때문에 생명보험자산은 기본적으로 적용이율 이상의 수익률로 운용될 수 있도록 수익성이 높은 부문에 투자 · 운용되어야 한다. 이는 보험계약자의 권익보호는 물론 생명보험회사의 경쟁력을 확보하기 위해서도 매우 중요한 원칙이다.

공익성

생명보험자산은 다수의 일반국민, 즉 보험계약자가 납입한 보험료로 형성된 것이기 때문에 국민생활이나 국가경제 발전에 기여할 수 있도록 공익성을 바탕으로 운용되어야 한다.

3 생명보험산업의 현황과 전망

가. FY2022 생명보험산업의 현황

우리나라는 2022년 12월 현재 총 23개의 생명보험회사가 영업을 하고 있으며, 2,054개의 점포를 통하여 22,836명의 임직원과 78,892명의 설계사가 활동하고 있다.

FY2022년도 생명보험회사의 당기순이익은 3조 7,037억원이었으며, 이 기간 동안 132조 6,837억원의 수입보험료 실적을 기록하였다. 생명보험업계의 전체 자산은 매년 꾸준히 증가하고 있으며, 2022년 12월말 기준 938조 2,699억원으로 1,000조 돌파를 눈앞에 두는 등 우리나라 생명보험산업은 괄목할 만한 성장을 이루어내고 있다.

한국 보험시장의 세계적 위상

스위스의 재보험사 스위스리(Swiss Re)에서는 매년 각 국의 보험시장의 현황을 조사하여 발표하고 있다. 스위스리에서 2023년 발표한 보고서 「Sigma No.3」[2]에 의하면 한국의 보험시장은 2022년 수입보험료 기준 세계 7위(2021년 7위)를 기록하는 등 시장 규모에서 꾸준히 세계 10위권 내에 있는 것으로 나타나며, 생명보험시장만을 살펴보았을 때도 2022년 기준 세계 9위로 기록되고 있다.

보험밀도란 전체 수입보험료를 인구수로 나누어 한 국가의 국민 1인이 평균적으로 지출하는 보험료를 나타낸 것으로, 2022년 기준 한국 생명보험의 보험밀도는 세계 18위를 기록하고 있다(1,705달러). 보험침투율은 해당국가의 GDP 대비 보험료의 비율을 나타낸 수치로 2022년 기준 한국의 생명보험 침투율은 세계 14위를 기록하고 있다(5.4%)[3]. 두 가지 지표는 해당 국가의 보험시장 성숙도와 경제 · 사회적인 안정성을 나타내는 것으로, 한국의 생명보험시장은 그 규모와 성장도의 면에서 세계적인 수준에 이르렀다고 할 수 있다.

2) swissre.com/institute/research/sigma-research/sigma-2023-03.html

3) 다만, 해당 수치는 연구기관의 일부 추정치('22년 12월 통계)가 포함된 자료로, 실제 통계치를 반영할 경우 2022년 실제 순위는 더 높을 것으로 추정

나. FY2022 생명보험업계의 영업실적

FY2022년도 생명보험업계는 보험영업손실 적자감소와 투자영업이익 감소가 맞물려 전년에 비해 0.6%(225억원) 감소한 3조 7,037억원의 당기순이익을 기록하였다. 수입보험료는 전년대비 11.1%(13조 2,626억원) 증가한 132조 6,837억원을 기록하였다. 이는 연금 · 저축보험 등 저축성보험의 수입보험료 증가에 따른 것으로 분석된다. 2022년 한 해 지급보험금은 전년대비 35.5%(35조 1,951억원) 증가한 134조 3,682억원을 기록하였다.

2022년 12월말 기준 총자산은 938조 2,699억원을 기록하며 전년 대비 54조 1,344억원(5.5%) 감소하였다. 총자산 중 운용자산은 736조 5,476억원이며 이 가운데 투자금액이 가장 높은 유가증권은 550조 7,070억원으로 전년대비 50조 1,256억원(8.3%) 감소하였다. 유가증권 투자는 국공채 등 채권투자가 가장 높은 비중을 차지하고 있으며, 외화유가증권, 수익증권, 주식 순으로 투자 비중이 높다. 또한, 대출채권에도 157조 4,563억원을 투자하고 있으며, 부동산은 11조 5,669억원, 현금과 예치금은 16조 8,174억원을 보유하고 있다. 퇴직연금 등 특별계정 자산은 전년대비 17조 3,676억원(9.3%) 감소한 168조 8,734억원을 기록하였다.

FY2022 생명보험자산의 운용현황

생명보험자산은 현재 은행예금이나 금전신탁 등과 같은 현금과 예치금, 주식 · 국공채 · 회사채 · 수익증권 등과 같은 유가증권, 기업 및 개인에 대한 대출채권, 토지 · 건물 등의 부동산 등으로 운용되고 있다.

(단위 : 억원, %)

구 분	운용자산					비운용자산	특별계정자산	총자산
	현금과 예치금	유가증권	대출채권	부동산	소계			
금 액	168,174	5,507,070	1,574,563	115,669	7,365,476	328,489	1,688,734	9,382,699
구성비	1.8	58.7	16.8	1.2	78.5	3.5	18.0	100.0

다. 생명보험을 필요로 하는 사회적 배경

(1) 급속한 고령화와 노후준비 부족

(가) 인구구조의 변화

우리나라의 합계출산율[4]은 2020년부터 초저출산율 수준(1.3명 미만)이 지속되고 있으며, 의료기술의 발달과 전반적인 국민생활수준의 향상으로 기대수명이 빠르게 증가함에 따라 전세계적으로 유례없이 빠른 속도의 인구구조 변화를 경험하고 있다.

통계청 「2022년 인구동향조사」에 따르면 2022년 우리나라의 합계출산율은 0.78명으로 OECD 최저수준이며, 2018년 이후 합계출산율은 1명 미만인 수준이 지속되고 있다.

한편 평균 기대수명은 과거 50년간 약 20세 증가하였고, 향후 50년간 7세가 추가적으로 증가할 것으로 예상되고 있다. 이러한 저출산과 기대수명의 증가는 필연적으로 노인인구비율의 급속한 증가를 초래한다.

실제 우리나라의 전체인구 중 65세 이상의 노인인구비율을 나타내는 고령화율은 1990년 5.1%에서 2000년에 7.2%로 높아져 고령화사회(전체인구 중 65세 이상 노인인구비율 7% 이상)에 진입하였고, 2017년 8월에 고령사회(전체인구 중 65세 이상 노인인구비율 14% 이상)에 진입하였으며, 2025년이면 20.3%로 초고령사회(전체인구 중 65세 이상 노인인구비율 20% 이상)에 도달할 것으로 전망된다.

이와 같은 급속한 인구구조 변화는 노인 부양을 위한 사회적 부담을 가중시키고 노동력과 소비지출을 감소시켜 국가경제성장이 둔화되는 심각한 사회경제적 위험요인이 될 수 있으므로 전 사회적인 대책 마련이 요구된다.

4) 가임기 여성 1명당 평균 출생아수

평균 기대수명 추이

구 분		1970년	2020년	2070년
전 체		62.3세	83.5세	91.2세
	남 자	58.7세	80.5세	89.5세
	여 자	65.8세	86.5세	92.8세

※ 출처 : 통계청, 「장래인구추계(2021)」

인구구조 변화 추이

구 분	2020년	2030년	2040년	2050년	2060년	2070년
총인구 대비 전체 노인인구 비율	15.7%	25.5%	34.4%	40.1%	43.8%	46.9%
총인구 대비 85세 이상 노인인구 비율	1.5%	3.1%	5.0%	9.3%	12.7%	14.4%

※ 출처 : 통계청, 「장래인구추계(2021)」

노년부양비 부담 추이

구 분	2020년	2030년	2040년	2050년	2060년	2070년
노년부양비*	21.8명	38.6명	60.5명	78.6명	90.4명	100.6명

* 생산가능인구(15~64세) 100명에 대한 고령(65세 이상) 인구의 비율

※ 출처 : 통계청, 「장래인구추계(2021)」

(나) 불안한 노후보장체계와 노후준비 필요성 증대

우리나라는 급속히 고령화가 진행됨에 따라 노후에 대한 준비가 충분하지 못하였으며, 그 결과 2020년 기준 우리나라의 노인빈곤율[5]은 38.9%로 OECD 국가 중 가장 높은 수준을 보이고 있다.

5) 65세 이상 인구 중 중위소득 50% 이하의 비율, OECD 평균 약 13.5%(2019년, 가처분소득 기준)

실제로 대표적인 공적연금인 국민연금은 도입 당시 명목소득대체율이 70%였으나 두 차례 연금개혁으로 2028년까지 40%로 하향 조정될 예정이며, 실질소득대체율은 장기적으로 20%대에 머물 것으로 전망되고 있다. 보험료를 납입하기 어려운 저소득 근로자 및 영세 자영업자와 임의가입을 하지 않은 전업주부는 이마저도 보장받기 어려울 가능성이 크다.

또한 65세 이상 노인의 경우에는 84%가 1개 이상의 만성질병이 있고 만성질환을 2개 이상 지니고 있는 노인은 54.9%에 달하는 등 높은 유병율을 보이고 있다. 노인의 평균 만성질병 수는 1.9개이며 생애 의료비의 절반 이상을 65세 이후에 지출한다는 연구 결과도 있다. 그러나 국민건강보험의 보장률은 지속적인 국민건강보험의 보장성 강화 정책에도 불구하고 60%를 조금 상회하는 수준에 머무르고 있어 소득이 충분하지 못한 노인 가구에게 의료비 지출은 큰 부담으로 작용하고 있다.

노인의 의료비 지출과 관련하여 본인(배우자)이 전액 또는 일부를 부담해야 하는 경우가 79.7%에 달하였으며, 지출 중 자녀가 일부 또는 전액을 부담하는 경우는 17.2%에 불과하였다.

노인(65세 이상)의 일반특성별 만성질병(의사진단 기준) 개수

(단위 : %, 명, 개)

만성질환	없음	있음				계(명)	평균 질환수(개)
		1개	2개	3개 이상	소계		
비 율	16.0	29.2	27.1	27.8	84.0	100.0(10,097)	1.9

※ 출처 : 보건복지부/한국보건사회연구원, 「노인실태조사(2020)」

노인(65세 이상)의 의료비 지출방식

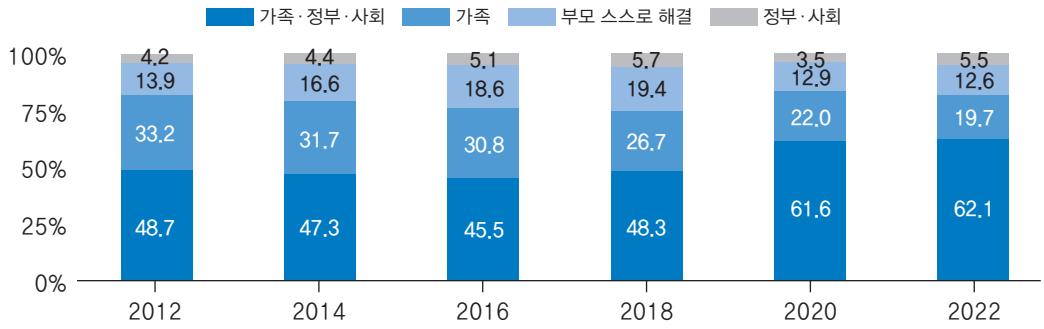
(단위 : %, 명)

의료비 지출 방식	지출 경험 없음	지출경험 있음						계(명)
		대부분 본인(배우자) 부담	본인(배우자) 부담, 자녀 일부보조	대부분 자녀 일정부담	대부분 자녀 전액부담	친인척 대부분 부담	사회복지 기관 부담	
비 율	2.1	59.0	20.7	10.7	6.5	0.0	0.9	100.0 (10,097)

※ 출처 : 보건복지부/한국보건사회연구원, 「노인실태조사(2020)」

향후 10년 이내에 700만명이 넘는 베이비붐 세대(1955년~1963년생)가 차례로 노년층으로 진입하는 등 국민연금과 국민건강보험 등 사회보험료의 납입인구는 감소하나 수급인구가 급격히 증가하여 공적 사회보장 지출 부담이 급증할 것으로 전망된다. 공적 사회보장체계만으로는 충분한 수준의 노후준비에 한계가 있으며 지속가능성마저 위협받고 있는 것이다. 이러한 현실을 고려할 때 공적연금 외에 개인연금 등을 통한 다양한 노후소득원을 마련하고 민영건강보험 등을 통해 노후의료비 지출에 대비하는 등 노후에 대한 사전준비가 무엇보다 중요하다. 최근 통계청의 「사회조사(2022)」에 따르면 부모님의 노후를 가족 · 정부 · 사회가 함께 책임져야 한다는 생각은 2년 전보다 증가하였으나, 부모님의 노후를 가족이 돌보아야 한다는 생각은 '12년 33.2%에서 19.7%로 크게 감소하였다. 이러한 인식변화는 노부모 부양에 대한 자녀의 책임 의식이 점차 희박해짐에 따라 개인 차원의 노후준비 필요성이 더욱 높아지고 있음을 시사한다.

연도별 부모 부양에 대한 인식 변화



※ 출처 : 통계청, 「사회조사(2022)」

이러한 상황 속에서 생명보험은 공적 사회안전망을 보완하며 노후생활 자금은 물론 생애 전반에 걸친 다양한 위험을 보장하는 금융상품이다. 고령화라는 시대적 환경을 고려할 때 건강하고 풍요로운 노후생활을 준비하는 수단으로서 생명보험에 대한 수요는 지속될 것으로 예상된다.

(2) 재해와 성인병의 증가

급속한 경제성장과 산업사회의 진전에 따른 각종 재해나 공해로 인한 사망 및 부상이나 질병의 증가, 자동차의 급증에 따른 교통사고의 증가는 오늘날 커다란 사회문제로 대두되어 우리의 삶을 위협하고 있다.

통계청의 「사망원인통계(2022)」에 의하면 한국 사회의 3대 사인은 암, 심장 질환, 폐렴으로 전체 사인의 43.1%를 차지하는 것으로 나타났다. 특히 2021년도에 암에 의한 사망은 26.0%로 전체 사망자 4명 중 1명 이상이 암으로 사망한 것으로 나타났다.

10년 전보다 사망률이 증가한 사망원인은 패혈증, 알츠하이머병, 폐렴 등이며, 운수사고, 만성하기도(호흡기) 질환, 뇌혈관 질환 등은 크게 감소하였다.

알츠하이머병의 순위는 전년과 동일하게 7위를 기록하였으나 2009년 13위에서 꾸준히 순위가 상승하고 있으며, 80세 이상 사망원인 중 5위를 차지하고 있다. 향후 노인성 치매 질환에 대한 대비는 더욱 중요해질 것이며 이에 따라 생명보험에 대한 수요도 계속 증대될 것으로 전망된다.

연도별 주요 사망원인

구 분	2005년	2010년	2018년	2020년	2021년
악성신생물 (폐암, 간암, 대장암 등)	26.7%	28.6%	26.5%	27.0%	26.0%
심장질환 (심근경색, 심부전증 등)	7.9%	9.2%	10.7%	10.6%	9.9%
폐 렴	1.7%	2.9%	7.8%	7.3%	7.2%
뇌혈관질환 (뇌출혈, 뇌경색 등)	12.7%	10.4%	7.7%	7.2%	7.1%

※ 출처 : 통계청, 사망원인통계(2022)

(3) 핵가족화와 자기책임주의

오늘날 우리사회는 경제발전 및 도시화의 영향으로 대부분의 가족이 부부와 자녀만으로 구성되는 핵가족 형태를 보이고 있다. 통계청의 「인구총조사(2020)」에 의하면 전체 가구 중에서 2세대 이하로 구성된 가구의 비중이 크게 증가하였고 가구당 평균가족수도

1970년 5.2명에서 1980년 4.5명, 1990년 3.7명, 2000년 3.1명, 2010년 2.7명, 2020년 2.3명으로 지속적인 감소추세를 보이고 있다. 또한 1인으로 구성된 가구는 2020년도 전체 가구의 29.3%를 차지하고 있으며 1인 가구의 노후 생활비 마련 방법으로는 본인 스스로 준비(51.6%)하는 방법이 가장 큰 비중을 차지하는 것으로 조사되었다. 이렇게 가족생활이 개개인을 중심으로 변화되는 추세에 따라 안정적인 생활을 위한 개인의 경제적인 준비에 대한 부담이 점차 커지고 있음을 알 수 있다.

라. 생명보험산업의 전망

생명보험은 그 나라의 국력과 문화의 척도라는 말이 있듯이 우리나라의 생명보험산업은 국력의 신장과 문화의 발전에 따라 비약적으로 성장해왔고, 앞으로도 다음의 3가지 측면에서 볼 때 성장전망이 밝다고 할 수 있다.

(1) 가정경제적 측면

국민소득의 증가와 산업사회 · 정보화사회의 급속한 발전에 따라 부부중심의 핵가족 제도가 일반화되고, 1인 가구도 크게 늘어나고 있다. 이같은 현실에서 우연한 사고로 불안정해질 수 있는 가정의 경제생활에 대한 준비가 필요하다. 생명보험은 비상시를 위한 경제적 대비책으로서 가장 합리적인 수단이기 때문에 생명보험의 중요성은 앞으로도 확대될 것이며 그 수요 또한 계속 증대될 것이다.

(2) 사회보장제도 보완 측면

현재 우리나라는 각종 사회보장제도를 확충함으로써 복지사회를 실현하기 위해 꾸준히 노력하고 있으나, 정부가 운영하는 사회보장제도는 재원 마련에 한계가 있어 국민의 최저 생활을 보장하는 수준에 그치고 있다. 그 이상의 여유로운 생활을 영위하기 위해서는 별도의 보완책을 강구해야 하는데 그 대안으로 가장 적합한 수단이 생명보험이다. 생명

보험은 국민 개개인의 자유로운 선택을 통해 최저생활 이상의 충분한 경제적 보장을 준비하는 제도이기 때문이다. 국민들의 생활수준 향상에 따라 사회보장제도를 보완하는 생명보험의 기능은 앞으로도 더욱 중요해질 전망이다.

(3) 생명보험회사의 경영적 측면

시대의 변화에 따라 다양해지는 보험소비자의 수요에 적극적으로 대응하기 위하여 생명보험회사는 지속적으로 신상품을 개발 · 판매하고 있으며, 보험설계사가 고객의 가정에 대한 생활설계 상담자 역할을 충실히 수행할 수 있도록 설계사의 교육에도 힘쓰고 있다. 또한 효율적인 자산운용을 통해 보험자산의 안정성과 수익성을 확보하는 한편, 생명보험의 이미지 제고를 위해 꾸준히 노력한 결과 생명보험산업은 국내 금융산업의 핵심축으로 자리매김하였으며, 앞으로도 생명보험산업의 중요성은 더욱 증대될 것이다.

4 생명보험과 재무설계

가. 재무설계의 개념

최근 금융환경이 복잡해지고 고물가 · 고령화 추세, 각종 질병과 사고 등으로 인한 가계의 불안정성 증가에 따라 가계는 필연적으로 크고 작은 재무적 의사결정을 하게 되었다. 이같은 의사결정에는 전문적인 지식이 필요하므로 금융기관에서는 소비자를 위해 각종 재무설계 서비스를 제공하고 있다.

재무설계는 재무목표를 세우고 재무상태와 현금흐름을 파악하여 목표에 맞게 자산을 배분하고 투자를 실행하는 과정을 말한다. 또한 정기적인 모니터링을 통해 재무목표를 조정하고 자산배분과 투자 결과를 지속적으로 점검함으로써 변화하는 환경에 효율적으로 대응하여 재무목표를 달성해 나가는 과정이다.

재무설계는 고객 생애 전반에 걸쳐 진행되는 과정이므로 장기 금융상품을 주력으로 하는 생명보험이 가장 강점을 가지는 분야이다. 최근 생명보험회사들은 단순한 보험상품의 판매보다는 고객들에게 양질의 재무설계 컨설팅 서비스를 제공하고자 하는 노력을 강화하고 있다.

나. 재무설계의 필요성

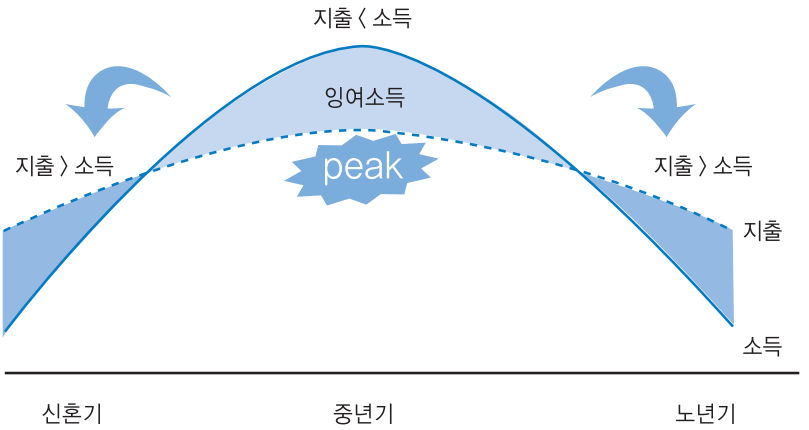
(1) 생애 소비만족 극대화

사람들은 누구나 여유롭고 풍요로운 삶을 영위하기 위해 노력한다. 기대하는 생활수준에 도달하기 위해서는 현재의 소득 수준에 따라 가계의 재무상황을 조절하여 현재와 미래의 소득과 자산을 증대시키고 관리할 필요가 있다.

일반적으로 가계의 소득은 전 생애주기에 걸쳐 발생하는 소비지출을 충분히 감당할 만큼 항상 여유롭지는 않다. 신혼기에서 중년기로 접어들면 직장에서의 승진이나 급여 상승

등에 따라 소득이 점차 증가하며, 대체로 중년기의 가계소득이 생애주기 전체에서 가장 높다. 그 후 직장에서 은퇴하는 노년기가 되면 근로소득이나 사업소득이 없어져서 전체 소득이 감소한다. 한편, 소비지출의 흐름은 소득의 흐름보다 완만하게 변화하여 소득의 흐름과 소비지출의 흐름이 아래 그림과 같이 불일치하게 된다. 즉, 중년기에는 소득이 소비지출보다 많아 잉여소득이 발생하는 것이다. 이러한 소득의 흐름과 소비지출 흐름의 불일치를 완화하려면 중년기의 잉여소득을 융자나 소비자 신용의 방법을 통해 신혼기로 이전하고, 연금보험이나 저축 등을 통해 노년기로 이월할 필요가 있다.

생애주기에 따른 소득 · 지출흐름



(2) 미래 리스크 대비

(가) 물가상승

물가가 오르면 화폐의 가치가 하락하여 실질구매력이 감소하게 된다. 물가가 지속적으로 상승하는 인플레이션 시기에는 나중에 구매할수록 더 많은 금액을 지불해야 한다. 물가가 오를 때에는 물건을 지금 구매할지 또는 나중에 구매할지 결정해야 한다.

(나) 실업, 질병, 장수

인생에는 여러가지 리스크가 존재하여 예상하지 못한 상황에 봉착할 수 있다. 직장을 잃거나 재해나 질병으로 건강을 잃어 가장으로서 부양가족의 생계를 책임질 수 없게 될 수 있으며, 평균수명의 증가에 따라 은퇴 후 몇 십년 동안 소득없이 생활을 해야 하는 경우도 있다. 따라서 실업이나 질병으로 인한 자신과 가족의 생계 유지와 은퇴 생활에 대한 대비가 필요하다.

(3) 사회경제적 환경 변화에 대응

개인과 가계는 다음과 같은 사회경제적 환경의 변화에 대비하여 재무설계를 해야 할 필요가 있다.

(가) 가계 금융자산 증가

「2022년 가계금융복지조사」 결과에 의하면 우리나라 가계자산 중 금융자산이 차지하는 비중은 22.1%로 낮은 수준이다. 이는 부동산에 대한 투자비중(77.9%)이 높기 때문이며, 이같은 자산구조의 편중성과 경직성은 경제상황 변동에 따른 위험을 높이고 유동성을 저하시키는 원인이 된다. 하지만 향후 급변하는 경제환경과 빠르게 진행되는 고령화에 대비하기 위해 선진국처럼 현금화가 쉬운 금융자산의 비중이 점차 늘어날 것으로 예상된다.

(나) 금융상품의 다양화

2009년 2월 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」이 시행됨에 따라 금융업종 간 구분이 약해지면서 은행, 보험, 증권사는 새로운 금융상품을 계속 출시하고 있다. 그러나 금융상품마다 금리나 상품구조, 적용되는 세금제도뿐만 아니라 대출조건 등의 부가서비스에 상당한 차이가 있다. 따라서 소비자들은 금융용어를 이해하고 수익률 계산방법 등을 숙지하여 다양한 금융상품 중에서 최적의 투자결정을 할 수 있어야 한다.

(다) 고령사회 진입

우리나라의 65세 이상 노인인구 비율은 점차 증가하여 2000년에 7.2%로 고령화사회에, 2017년 8월에 14.0%로 고령사회에 진입하였으며, 2025년이면 20.3%로 초고령사회에 도달할 것으로 전망된다. 2020년 65세 이상 고령자 중 35.1%가 혼자 사는 1인 가구이며, 고령자 1인 가구수는 계속 증가할 전망이다.[6] 그러나 혼자 사는 고령자의 33%만 노후 준비를 하고 있다고 응답하고 있어, 은퇴 이후의 노후 준비를 위한 재무설계의 필요성이 더욱 증대되고 있다.

6) 통계청, 「고령자 통계(2021)」

제2장
생명보험 이론

1 생명보험의 기본원리

가. 생명보험의 의의

생명보험은 동질의 위험에 처한 많은 사람들이 합리적인 금액을 모아 공동기금을 형성하고 우연한 사고를 당한 구성원에게 보험금 등의 급여를 지급함으로써 경제생활의 불안을 없애거나 경감하고자 하는 상부상조의 정신을 바탕으로 하는 경제제도이다.

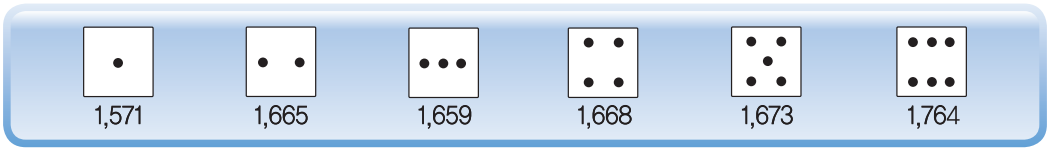
나. 생명보험의 기본원리

생명보험의 보험료는 보험사고 발생에 대한 공평한 위험분담을 위해 대수의 법칙을 기초로 하여 작성된 생명표와 수지상등의 원칙 등에 의하여 합리적으로 산출된다.

(1) 대수의 법칙

주사위를 한 번 던졌을 때 어떤 눈이 나올 것인지를 정확히 예측하기는 어렵다. 그러나 던지는 횟수를 늘리다보면 각 눈이 나오는 횟수가 점차 비슷해지게 되는데, 각각의 눈이

나오는 횟수는 전체 던진 횟수의 1/6에 가깝게 된다. 다음은 주사위를 10,000번 던졌을때 각 눈이 나온 횟수를 기록한 예시이다.



이와 같이 어떠한 사건의 발생확률은 1회나 2회의 관찰로는 예측이 어렵지만 관찰의 횟수를 늘리면 일정한 수치에 가까워지는데 이를 대수(大數)의 법칙이라 한다.

개인의 경우에도 우연한 사고의 발생가능성이나 발생시기 등은 불확실하지만 다수의 사람들을 대상으로 관찰해보면 대수의 법칙에 따라 그 발생확률을 구할 수 있게 된다. 생명보험에서는 다수의 가입자로 구성된 동일한 성질의 위험을 가진 보험단체가 존재해야 하고 그 단체의 가입자수가 많으면 많을수록 사고 발생확률의 정확성이 커지게 되어 보험단체의 안정성도 높아지게 된다.

(2) 사망률과 생명표

대수의 법칙에 따라 어떠한 연령대의 사람들이 1년간 몇 명 정도 사망할 것인가를 산출한 것이 사망률이다.

사망률 = **1년간의 사망자수** ÷ **연초의 생존자수**

생명보험은 사망률과 대수의 법칙을 기초로 하고 있으며, 이에 따라 사람의 연령별 생사와 관련된 통계(생존자수, 사망자수, 생존율, 사망률, 평균여명 등)를 나타낸 표를 생명표 또는 사망표라 한다.

생명표는 다양한 분류방법이 있지만 크게 국민생명표와 경험생명표로 분류할 수 있다. 국민생명표는 전체 국민 또는 특정지역의 인구를 대상으로 해서 그 인구통계에 의한 사망상황을 나타낸 것이고, 경험생명표는 생명보험회사나 공제조합 등의 가입자에 대한 실제 사망통계치를 근거로 작성한다. 또한 사망률은 일반적으로 의학기술의 발달이나 생활수준의 향상에 따라 낮아지기 때문에 사망상황을 측정하는 방법이나 연도에 따라 생명표를 분류하기도 한다. 우리나라의 생명보험회사는 1976년부터 국민생명표를 보정한 조정국민생명표를 사용하다가 1986년부터 실제 보험가입자들의 사망통계를 기초로 작성된 경험생명표를 사용했으며, 제10회 경험생명표는 2023년에 개정되어 2024년 중 적용될 예정이다. 한편 1997년 4월부터 예정위험률이 자유화됨에 따라 회사별로 경험사망률의 적용이 자유화되었다.

(3) 수지상등의 원칙

계약자가 납입하는 보험료의 총액과 보험회사가 지급하는 보험금 및 지출비용의 총액이 동일한 금액이 되도록 하는 것을 수지상등의 원칙이라고 한다. 이는 다수의 동일 연령의 피보험자가 같은 보험종류를 동시에 계약했을 때 보험기간이 끝나면 수입과 지출의 균형이 맞도록 순보험료를 계산하는 것을 의미한다. 생명보험의 순보험료는 이 수지상등의 원칙에 의해 계산된다.

2 생명보험계약의 요소

가. 보험계약관계자

보험계약관계자란 보험계약자, 피보험자, 보험수익자, 그리고 보험회사를 말한다.

(1) 보험계약자

보험계약자는 보험회사와 계약을 체결하고 계약이 성립되면 보험료 납입의무를 지는 자이다. 보험계약자의 자격에는 제한이 없어 자연인이든 법인이든 또는 1인이든 2인 이상이든 보험계약자가 될 수 있다. 그러나 만 19세 미만자는 친권자나 후견인(법정대리인)의 동의가 필요하다.

(2) 피보험자

피보험자란 그 사람의 생사 등이 보험사고의 대상이 되는 자, 즉 그 사람의 사망, 장해, 질병의 발생 또는 생존 등의 조건에 관해서 보험계약이 체결된 대상자를 말한다. 피보험자 수는 1인 또는 2인 이상으로 제한이 없으며 또 보험계약자 자신이 피보험자가 될 수도 있고 타인을 피보험자로 할 수도 있다. 다만 타인을 피보험자로 하는 사망보험의 경우 계약 체결을 위해서는 반드시 그 타인의 서면동의(또는 전자서명)를 받아야 하는 등 제한이 있다.

(3) 보험수익자

보험수익자는 보험계약자로부터 보험금청구권을 지정받은 사람으로서 그 수나 자격에는 제한이 없으며 보험금 지급사유가 발생했을 때에 보험회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있다.

(4) 보험회사

보험회사는 보험계약당사자로서 보험계약자와 보험계약을 체결하고, 보험사고가 발생할 경우 보험금을 지급할 책임이 있다. 보험사업은 공공의 이익과 밀접한 관련이 있고 다수의 보험계약자를 상대로 보험계약을 인수하여 효율적으로 관리해야 하기 때문에 보험회사가 사업을 영위하기 위해서는 사전에 금융위원회의 사업허가를 얻어야 하는 등 일정한 조건이 있다.

나. 생명보험계약 내용

(1) 보험사고

보험사고란 보험회사가 그 발생에 대하여 보험금 지급을 약속한 사고이며 생명보험계약의 경우는 피보험자의 생사나 상해, 질병 등이 이에 해당된다. 즉, 보험회사가 일정한 보험금을 지급해야 할 의무가 있는 사고로서 보험금 지급사유라고도 한다. 현재 판매되고 있는 생명보험 상품의 경우 피보험자의 사망, 생존뿐만 아니라 장해, 입원, 진단 및 수술, 만기 등이 보험금 지급사유로 규정되어 있다.

(2) 보험기간

보험기간이란 보험계약에 따라 보장을 받는 기간으로서 위험기간 또는 책임기간이라고도 한다.

(3) 보험료 납입기간

보험료 납입기간은 보험계약자가 보험료를 납입하는 기간을 말한다. 보험료 납입기간은 보험기간과 항상 일치하는 것은 아니며, 보험료 납입기간이 보험기간과 동일한 경우를 전기납, 보험기간보다 보험료 납입기간이 짧은 경우를 단기납이라고 한다.

납입기간 및 주기에 따른 분류

납입기간에 의한 분류

- 전기납 : 보험기간의 전 기간에 걸쳐 보험료를 납입
- 단기납 : 보험기간보다 짧은 기간 동안 보험료 납입
- 일시납 : 보험계약체결과 동시에 전 보험기간에 대한 보험료를 일시에 납입

납입주기에 의한 분류

보험료는 매년 1회 납입하는 것이 원칙이다. 이는 보험료의 산출기초가 되는 예정사망률이 1년 단위로 측정되었기 때문이다. 그러나 보험계약자의 편의를 위해 다음과 같이 납입할 수 있다.

- 일시납 : 전 보험기간의 보험료를 일시에 납입하는 방법
- 연 납 : 보험료를 매년 1회 납입하는 방법
- 6개월납 : 보험료를 연간 2회, 즉 6개월마다 납입하는 방법
- 3개월납 : 보험료를 연간 4회, 즉 3개월마다 납입하는 방법
- 2개월납 : 보험료를 연간 6회, 즉 2개월마다 납입하는 방법
- 월 납 : 보험료를 연간 12회, 즉 매월 납입하는 방법

보험료를 일시에 납입하는 경우 일시납보험료 총액은 연납이나 월납으로 납입할 경우의 보험료 총액보다 적게 된다. 이는 일시납보험료에서 초년도(첫 해) 분에 해당하는 보험료를 제외한 나머지 보험료는 회사에 적립되어 이자가 발생하기 때문이다. 예를 들어 3년에 걸쳐 매년 10만원의 보험료를 납입하는 경우, 이를 일시납으로 납입하게 되면 총보험료에서 초년도 연납보험료에 해당하는 10만원을 제외한 나머지 미경과보험료(2년치 보험료)는 회사가 별도 적립하여 이자가 발생하므로 3년치 연납보험료 합계액 30만원보다 적은 금액을 보험료로 납입하게 되는 것이다.

(4) 보험금액

보험금액이란 보험기간 내에 보험사고가 발생하는 경우 보험회사가 지급해야 하는 금액을 말한다. 보험금액은 보험계약 체결시 보험회사와 보험계약자의 합의에 의하여 정한다.

(5) 보험료

생명보험계약은 보험회사가 위험부담이라는 급부를 제공하는 대신 계약상대방인 보험계약자는 그 대가를 보험회사에게 지불할 것을 약속하는 계약이다. 이 때 위험부담의 대가로서 보험계약자가 보험회사에게 지불하는 금액을 보험료라고 한다.

3 보험료의 구성원리

가. 보험료 결정원칙 : 수지상등의 원칙

생명보험이란 예정된 기초율에 따라 많은 보험계약자가 납입한 보험료로 보험회사의 공동재산을 형성하고 이것을 재원으로 예기치 못한 불의의 사고를 당한 사람에게 도움을 주거나 생존시의 재정설계 및 노후를 대비하는 상부상조제도이기 때문에 보험계약자 개개인으로 본다면 납입한 보험료와 지급받는 보험금 사이에 차이가 날 수 있다. 그러나 전체적으로 보면 보험계약자가 납입하는 보험료 총액과 보험회사가 지급하는 보험금 및 지출비용의 총액은 동일한 금액이 되도록 한다. 즉, 보험회사의 수입과 지출이 같아지도록 보험료를 결정하게 되는데 이를 수지상등의 원칙이라 한다.

수지상등의 원칙에 따른 보험료 산출 예시

가 정

- 20세 남자, 피보험자 수 1,000명
- 사망보험금 : 1,000만원
- 20세 남자의 연간 사망자수 : 1,000명당 1명
- 예시의 단순화를 위해 보험회사의 지출 중 비용 및 운용수익 등은 제외

보험회사의 지출

- 1년간 사망보험금 지급액 : 1,000만원 × 1명 = 1,000만원

보험회사의 수입

- 1년간 사망보험금 지급액이 1,000만원이므로, 수지상등의 원칙에 따라 1년간 보험회사의 보험료 수입도 1,000만원이어야 함

⇒ 따라서, 피보험자 1인당 보험료 산출액은 1,000만원 ÷ 1,000명 = 1만원
(보험료는 피보험자를 기준으로 산출되며 보험계약자가 납부하게 됨)

나. 보험료의 산출

국내 생명보험업계는 전통적으로 예정위험률, 예정이율, 예정사업비율을 기초로 하는 3이원방식으로 보험료를 산출해왔으나, 2010년 4월부터 새로운 보험료 산출방식인 현금흐름방식을 도입하였다.

현금흐름방식의 특징은 기존 3이원방식의 가격요소 이외에 계약유지율, 판매량, 투자수익률 등 다양한 가격요소를 반영하여 보험료를 산출하는 것이며, 현금흐름방식 보험료 산출을 통해 보험회사는 상품개발의 자율성을 제고할 수 있고 보험소비자는 상품선택의 폭을 확대할 수 있다. 생명보험회사는 현금흐름방식 도입 후 3년간 기존 3이원방식과 현금흐름방식을 선택적으로 사용하여 왔으나, 2013년 4월 이후부터 현금흐름방식을 본격적으로 도입하여 보험료를 산출하고 있다.

보험료 산출방식 비교

구 분	3이원방식	현금흐름방식
가정종류	예정위험률, 예정이율, 예정사업비율	3이원 포함, 계약유지율, 판매량 등 다양한 기초율 적용
가정적용	보수적인 표준기초율 가정	회사별 최적가정
이익원천	이원별 이익	종합이익
장 점	3가지 예정기초율만을 적용하므로 보험료 산출이 비교적 간단	새로운 가격요소의 적용이 가능하여 정교한 보험료 산출 상품개발의 자율성 제고
단 점	새로운 가격요소 적용이 불가능해 정교한 보험료 산출 곤란	산출방법이 복잡하고 전산시스템 관련 비용이 많음
사용국가	일본, 대만	미국, 캐나다, 호주, EU 등

다. 배당

(1) 배당의 의의

보험회사는 유배당 보험계약에 대하여 잉여금이 발생할 경우 잉여금의 일정비율을 계약자배당준비금으로 적립하였다가 이를 보험계약자에게 배당금으로 지급하게 된다. 과거에는 모든 생명보험회사가 동일한 배당률을 적용하여 배당금을 지급하였으나, 2000년 4월부터 보험가격 자유화가 시행됨에 따라 완전 자유화되었다. 또한 2002년 3월부터는 사전에 배당재원(위험률차 · 이자율차 · 사업비차 배당준비금)을 적립한 회사에 한하여 계약자배당을 실시하는 선적립 후배당의 체계로 변경되었다.

(2) 배당금의 지급방법

배당금은 「보험업감독규정」 제6-14조 제9항에서 정하는 일정한 기준에 의하여 보험회사의 경영성과에 따라 보험계약자에게 배당하도록 되어 있으며, 배당금의 지급방법은 다음과 같다.

(가) 현금지급방법

배당금이 발생할 때마다 계약자에게 현금으로 지급하는 방법이다.

(나) 보험료 상계방법

계약자가 납입해야 하는 보험료를 배당금으로 대신 납부(상계)하는 방법이다.

(다) 보험금 또는 제환급금 지급시 가산방법

계약이 소멸할 때까지 또는 보험계약자로부터 청구가 있을 때까지 배당금을 보험회사에 적립해두었다가 보험금 또는 각종 환급금에 더하여 지급하는 방법이다.

(라) 연금보험에 대한 배당금 지급방법

개인연금 및 연금저축보험의 계약자 배당금은 생명보험회사가 정하는 이율[7]로 부리하여 계약 소멸시 또는 연금개시이후 연금에 증액하여 지급한다.

무배당보험

무배당보험은 계약자배당을 실시하지 않는 보험상품으로 계약자에게 배당금을 지급하지 않는 대신 보험료 계산시 미리 배당을 감안, 실제 경험률과 비슷하게 설정하여 보험료를 할인하고 있다. 따라서 무배당상품의 경우 유배당상품에 비해 보험료가 비교적 저렴하다.

(3) 보험안내자료상 배당에 대한 예상의 기재금지와 예외

「보험업법」 제95조는 보험모집을 위해 사용하는 보험안내자료에 보험회사의 장래 이익배당 또는 잉여금 분배에 대한 예상을 기재하지 못하도록 규정하고 있다. 이는 장래 이익의 발생정도에 따라 달라지는 불확실한 배당을 과장되게 기재함으로써 발생할 수 있는 모집질서 혼란과 과당경쟁을 방지하기 위한 것이다.

그러나 보험상품에 따라서는 보험계약자의 상품에 대한 이해를 돕기 위해 과거의 배당실적과 이를 토대로 한 장래의 배당예상액을 밝혀야 할 필요도 있으므로, 보험계약자의 이해를 돕기 위하여 금융위원회가 필요하다고 인정하는 경우에는 예외를 두고 있다. 이에 따라 계약자배당이 있는 연금보험의 경우 직전 5개년도 실적을 근거로 장래의 계약자배당을 예시할 수 있으나, 보험계약자가 오해하지 않도록 장래의 계약자배당금액은 예상금액이므로 실제금액과 차이가 있을 수 있음을 명시하여야 한다(「보험업감독규정」 제4-34조 제3항).

7) 직전 회계연도의 평균공시이율과 같거나 높은 이율

4 생명보험약관의 주요내용

「보험업감독업무시행세칙」 별표 15에서는 생명보험 표준약관(이하 '약관')을 정하고 있다. 동 표준약관은 개별 생명보험 상품 약관의 기준이 되며, 보험회사는 표준약관보다 소비자에게 불리하게 약관을 작성할 수 없다.

가. 보험계약의 성립

(1) 보험계약의 성립요건

보험계약은 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 성립되며, 회사는 인수하고자 하는 위험대상(피보험자)의 위험정도에 따라 청약을 거절하거나, 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부 보장 제외[8], 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수도 있다(약관 제16조).

(2) 보험계약의 청약 및 청약철회

(가) 청약

보험계약의 청약이란 보험계약자가 보험회사에 대하여 일정한 보험계약을 체결할 것을 목적으로 하는 의사표시로서 이를 보험회사가 승낙하면 계약이 성립된다. 보험계약을 청약하는 방법은 원칙적으로 특별한 방식이 요구되지는 않으나, 실무상으로는 대량의 거래를 신속 · 정확하게 처리하기 위하여 보험계약 청약서를 사용한다.

8) 일부보장을 제외 조건으로 승낙하였더라도 청약일로부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 청약일로부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 보장한다.

보험회사는 계약자가 청약한 경우 계약자가 원하는 방법[9]을 확인하여 계약자에게 약관 및 계약자 보관용 청약서(청약서 부본)를 교부하고 약관의 중요한 내용을 설명하여야 한다. 만약 회사가 전자우편 및 전자적 의사표시로 제공한 경우 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서(청약서 부본) 등을 수신하였을 때에는 당해 문서를 교부한 것으로 본다. 또한 통신판매계약의 경우 보험회사는 계약자의 동의를 얻어 인터넷 홈페이지에서 약관 및 그 설명문을 읽거나 내려받게 하고 이를 확인하거나, 전화를 이용하여 청약내용, 보험료 납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약체결을 위하여 필요한 사항을 질문 또는 설명하고 그에 대한 계약자의 답변, 확인내용을 음성녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 본다(약관 제18조 제1항, 제2항).

개인보험계약의 단체취급

동일한 단체(회사, 관공서 등)에 소속된 계약자 또는 피보험자 5인 이상이 보험료의 납입주기 및 납입일을 단일로 하는 경우 또는 동일한 상품을 구입하는 경우에는 비록 단체보험은 아니지만 이들을 단체로 취급할 수 있다(다만, 이것은 보험회사가 반드시 운영해야 하는 사항은 아니므로 상품에 따라 단체 취급이 불가능한 경우도 있다). 이 경우 피보험자의 상해나 사망사고를 담보하는 보장성보험을 체결하면서 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인으로 지정한 단체취급 계약의 경우에는 피보험자의 서면동의에 갈음할 수 있는 취업규칙, 단체협약, 회칙 등 규약을 첨부하여야 한다. 이와 같이 개인보험계약을 단체로 취급할 경우 각각 별개의 계약으로 취급하는 것보다 계약관리가 편리할 수 있으며, 예정사업비 등의 범위 내에서 보험료가 할인될 수도 있다.

(나) 청약철회

생명보험은 일반적인 제조상품에 비해 계약을 체결하고자 하는 자(계약자)와 보험회사 간 정보의 비대칭성이 높고, 장기간에 걸친 계약이라는 특징이 있어 계약을 체결할 때에는 일반적인 상품에 비해 상대적으로 신중한 계약 체결이 요구된다. 이러한 이유로 계약 체결

9) ① 서면교부 ② 우편 또는 전자우편 ③ 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시

후에도 본인이 청약한 계약에 대해 철회할 수 있는 청약철회 기간을 부여하고 있다. 다만, 청약철회 기간을 장기화하는 것은 계약의 안정성과 신뢰성을 해칠 수 있으므로 그 기간을 한정하고 있다.

청약철회 가능 기간 내 철회한 경우 보험회사는 철회 접수일로부터 3영업일 이내에 납입한 보험료를 돌려주며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급한다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내 해당 신용카드 회사로 하여금 대금 청구를 하지 않도록 해야 하며, 이 경우 회사는 보험료를 반환한 것으로 본다(약관 제17조).

한편, 청약을 철회할 당시에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 지급사유의 발생사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않는다(약관 제17조 제5항).

청약철회 가능기간

- 일반금융소비자가 청약철회 가능한 보험계약을 체결한 경우 : 보험증권(보험가입증서)을 받은 날[10]로부터 15일 이내 청약철회 가능
  (단, 청약일로부터 30일을 초과한 경우에는 청약철회 불가)
- 전문금융소비자[11]가 체결한 보험계약 및 보험기간이 90일 이내인 보험계약, 진단계약 등 청약철회가 불가능한 보험상품의 경우 : 청약철회 불가

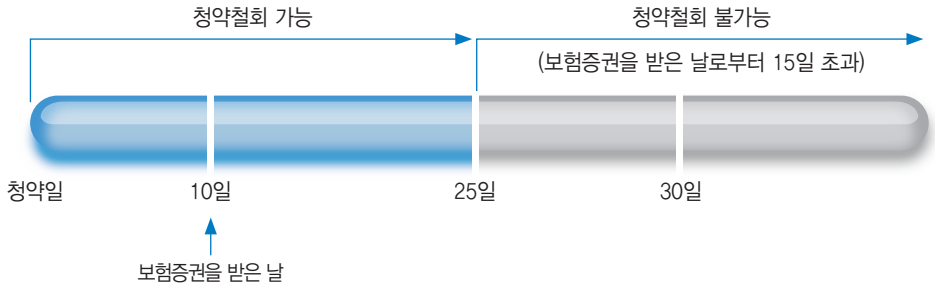
10) 보험증권 교부에 관하여 다툼이 있는 경우 회사가 이를 증명해야 한다.

11) 보험계약에 관한 전문성 또는 자산규모 등에 비추어 보험계약에 따른 위험감수능력이 있는 금융소비자로서 국가, 한국은행, 금융회사, 주권상장법인, 지방자치단체 등이 해당된다(「금융소비자 보호에 관한 법률」 제2조).

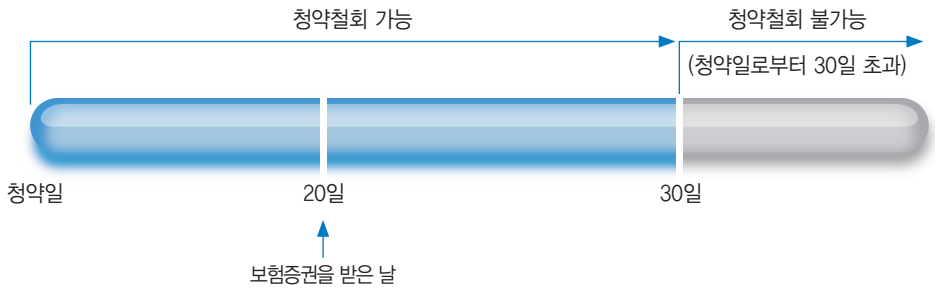
〈참고〉 청약철회가 불가능한 보험상품

❶ 제3자의 동의가 필요한 보증보험
❷ 「자동차손해배상 보장법」에 따른 의무보험(다만, 일반금융소비자가 동종의 다른 의무보험에 가입한 경우는 제외)
❸ 보험기간이 90일 이내인 보험
❹ 법률에 따라 가입의무가 부과되고 그 해제 · 해지도 해당 법률에 따라 가능한 보험
❺ 계약체결 전에 소비자의 건강상태 진단을 지원하는 보험

청약일로부터 15일 이내에 보험증권을 받은 경우 (일반계약)



청약일로부터 15일 이후에 보험증권을 받은 경우 (일반계약)



(3) 청약의 승낙, 거절 및 효력

(가) 청약의 승낙 및 거절

보험회사는 청약을 받고 제1회 보험료를 받은 경우 무진단계약은 청약일로부터 30일 이내, 진단계약은 진단일[12]로부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 30일 이내에 이를 통지하지 않은 경우 승낙된 것으로 본다.

보험회사가 제1회 보험료를 받고 청약을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 이미 받은 보험료를 돌려주며, 보험료를 받은 기간에 대해 「평균공시이율 + 1%」를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급한다. 다만, 신용카드로 제1회 보험료를 납입한 경우 매출만 취소하고 이자를 지급하지 않는다(약관 제16조).

보험계약의 청약을 승낙한 때에는 보험증권을 교부한다. 보험증권은 보험계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 보험회사가 보험계약자에게 교부하는 증서를 말한다. 보험증권에는 증권번호, 보험의 목적, 보험사고의 성질, 보험금액, 보험료와 그 지급방법, 보험기간, 보험계약의 종류, 피보험자 및 보험수익자 정보(주소, 성명, 생년월일) 등이 기재되어 있다(「상법」 제666조, 제728조).

(나) 보험계약의 효력

보험회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 약관이 정한 바에 따라 보장한다. 다만, 자동이체 및 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체 신청 및 신용카드 매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료를 납입하지 않은 것으로 본다.

또한 회사가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙한 경우에는 제1회 보험료를 받은 때부터 보장한다. 이와 같이 회사가 보험계약상의 보장책임이 발생하는 날을 '보장개시일'이라 하며, 현행 약관은 제1회 보험료를 받은 날을 보장개시일로, 보장개시일을 보험계약일로 본다. 진단계약의 경우에는 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 아니한 경우 보험회사는 보장하지 않는다(다만, 이 경우에도 재해로 인해 보험금 지급사유가

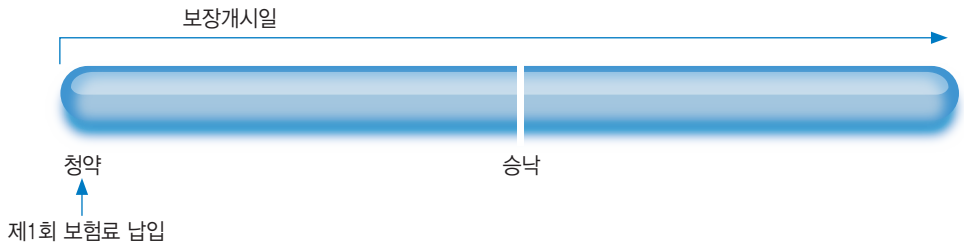
12) 여러 차례의 진단(재진단)이 이루어진 경우 최종진단일

발생한 것이라면 보험회사는 보장한다). 따라서 건강진단을 받기 이전에 청약과 제1회 보험료의 납입이 있었던 경우라도 보험회사의 보장개시일은 제1회 보험료의 납입일이 아니라 건강진단을 받은 때부터이다(약관 제23조).

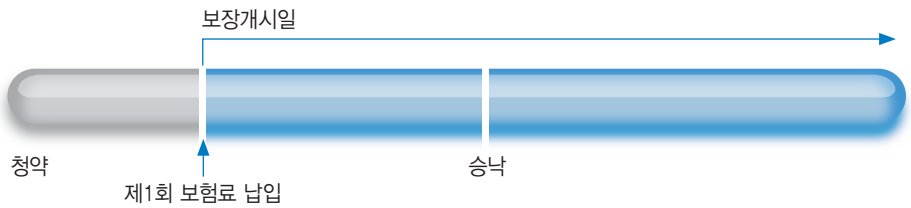
① 무진단계약

- 청약 → 회사승낙 → 제1회 보험료 납입의 순서인 경우

- 청약과 동시에 제1회 보험료를 납입 → 회사승낙의 순서인 경우

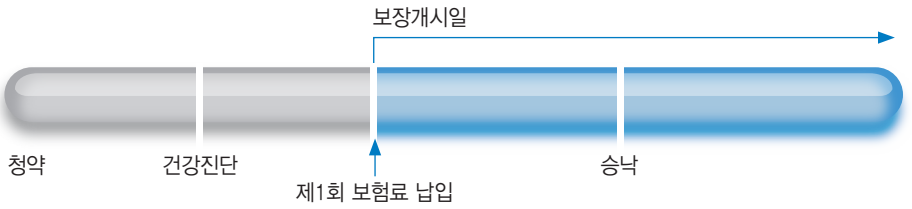


- 청약 → 제1회 보험료 납입 → 회사승낙의 순서인 경우

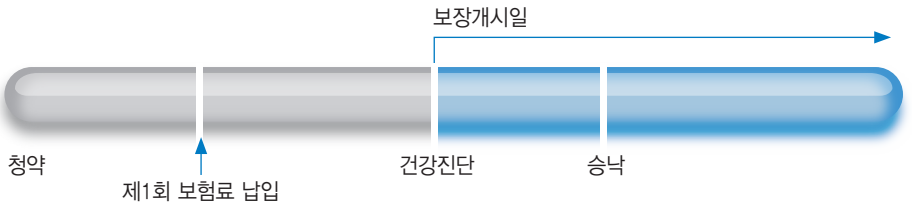


② 진단계약

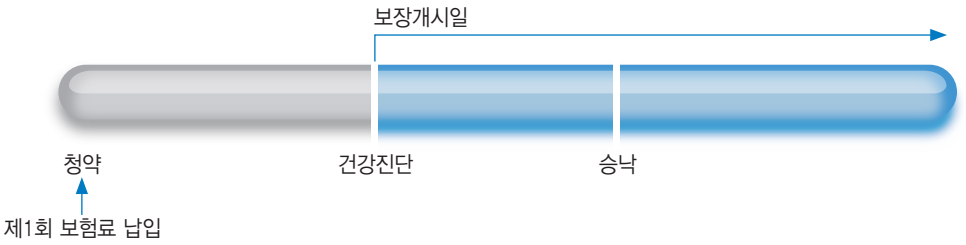
• 청약 → 건강진단 → 제1회 보험료 납입 → 회사승낙의 순서인 경우



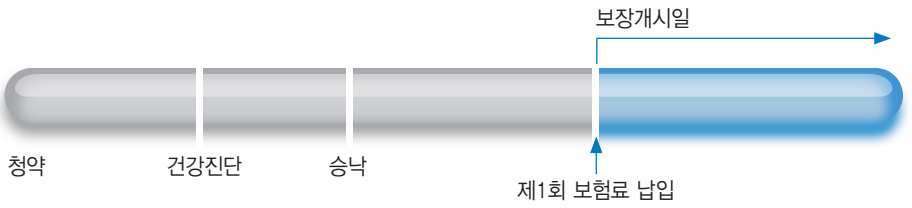
• 청약 → 제1회 보험료 납입 → 건강진단 → 회사승낙의 순서인 경우



• 청약과 동시에 제1회 보험료를 납입 → 건강진단 → 회사승낙의 순서인 경우



• 청약 → 건강진단 → 회사승낙 → 제1회 보험료 납입의 순서인 경우



(4) 승낙 전 보험사고 및 보험계약의 무효

(가) 승낙 전 보험사고

보험회사가 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 경우에도 보장개시일로부터 약관이 정하는 바에 따라 보장한다(약관 제23조 제2항). 그러나 예외적으로 다음과 같은 경우에는 회사가 보장하지 않는다.

승낙 전 보험사고에 대한 보험회사의 면책 (약관 제23조 제3항)

- 계약 전 알릴 의무에 따라 보험계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용 또는 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
- 약관상 계약자 또는 피보험자의 계약 전 알릴 의무 위반의 효과 규정을 준용하여 회사가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우
- 진단계약에서 보험금 지급사유 발생시까지 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 재해로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보장

※ 계약자 또는 피보험자가 청약시에 직업 또는 직종별로 보험가입금액의 한도액이 명시되어 있음에도 그 한도액을 초과하여 청약을 하고 청약을 승낙하기 전에 보험사고가 발생한 경우 그 초과 청약액에 대해서는 회사가 보장을 하지 않음

(나) 보험계약의 무효

보험계약의 무효란 법률상 보험계약이 성립한 때로부터 그 효력이 발생하지 않는 것을 말한다. 보험계약이 무효가 되면 보험회사는 위험을 담보하지 않은 것이므로 보험료도 당연히 보험계약자에게 돌려주어야 한다.

다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 해당 계약의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 반환한다(약관 제19조).

보험계약이 성립한 경우라도 다음의 한 가지에 해당하는 경우에는 그 계약을 무효로 하고 이미 납입한 보험료를 반환한다.

① 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 보험계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면에 의한 동의(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제44조의 2에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조 · 변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)를 얻지 않은 경우

다만, 단체가 규약에 따라 그 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 경우는 제외하되 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 피보험자의 동의를 받아야 한다.

타인의 사망을 보험사고로 하는 보험계약에서 피보험자의 동의를 받도록 하는 취지는 만일 피보험자 동의없이 계약체결이 가능하다면 고의로 피보험자의 생명을 해칠 우려가 있고, 피보험자의 사망을 도박의 목적으로 이용하는 등 피보험자의 생명 · 신체에 대한 위험가능성이 높기 때문에 피보험자의 동의를 계약의 효력 발생요건으로 하여 계약체결에 일정한 제한을 가하고 있는 것이다. 예를 들어 부부 중 1인(보험계약자)이 배우자(피보험자)의 사망을 보험사고로 하는 보험계약을 체결하면서 배우자의 동의를 받지 않은 경우 계약이 무효가 되어 보험사고가 발생하더라도 보장을 받지 못하게 된다. 따라서 타인의 생명보험계약을 체결하는 경우에는 반드시 피보험자의 동의여부를 확인하여야 한다.

② 만 15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우

만 15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자는 의사결정 능력, 사물 변별 능력이 없거나 미약하므로 이들을 피보험자로 하여 보험계약을 체결한 경우, 주변인이 고의로 피보험자의 생명을 해칠 가능성, 즉 도덕적 위험이 높기 때문에 해당 계약은 무효로 하고 있다.[13)]

13) 「상법」 제732조(15세 미만자 등에 대한 계약의 금지) 15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험사고로 한 보험계약은 무효로 한다. 다만, 심신박약자가 보험계약을 체결하거나 제735조의3에 따른 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 그러하지 아니하다.

다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효하다.

③ 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우

다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나 계약당시 만 15세 미만자를 피보험자로 하는 사망보험 계약을 체결한 경우에는 이후에 만 15세 이상이 되었어도 계약의 유효성이 인정되지 않는다.

이외에도, 판례[14]에서는 보험계약자가 보험금의 부정취득 또는 도박을 목적으로 보험계약을 체결한 경우에도 「민법」상 선량한 풍속, 기타 사회질서에 반하는 행위로서 무효로 하고 있다.

나. 보험회사의 주요 의무

(1) 보험약관의 교부 · 설명의무

보험약관의 교부 · 설명의무란 보험회사의 의무로서 보험계약자가 청약한 경우 보험계약자에게 약관 및 계약자 보관용 청약서를 교부하고 그 중요한 내용을 설명해야 하는 것을 말한다.

보험제도의 성질상 보험회사는 다수의 보험계약자를 상대로 동일한 내용의 계약을 반복하여 체결하고 있고, 그 세부내용은 보험약관에서 정하고 있다. 그러나 보험약관은 보험회사가 작성하여 교부하기 때문에 보험계약자는 계약의 내용을 충분히 이해하지 못하여 불이익을 당할 수 있다. 따라서 약관에서는 보험계약자가 보험계약의 내용을 정확히 알고 계약을 체결하도록 하기 위해서 보험회사에게 보험약관 교부의무와 중요한 내용에 대한 설명의무를 부과하고 있다(약관 제18조).

14) 대법원 2000. 2. 11. 선고 99다49064판결

(가) 보험약관 교부 · 설명의무의 내용

보험계약자에게 설명해야 할 약관의 중요한 내용은 보장범위, 보험금 지급제한 사유, 계약의 해지 등 계약당사자의 권리 · 의무와 밀접한 관련을 맺고 있다(「금융소비자 보호에 관한 법률」 제19조).

보험약관의 교부 · 설명 의무자는 보험회사이지만 현실적으로 보험설계사 · 보험대리점 등 모집종사자를 통하여 보험계약의 청약이 이루어지고 있기 때문에 보험설계사 · 보험대리점 등이 회사를 대신하여 약관의 교부 · 설명의무를 이행하고 있다. 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자의 동의를 얻어 다음 중 한 가지 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명하는 것도 가능하다.

1. 인터넷 홈페이지에서 약관 및 그 설명문(약관의 중요한 내용을 알 수 있도록 설명한 문서)을 읽거나 내려받게 하여 계약자가 이를 읽거나 내려받은 것을 확인

2. 전화를 이용하여 청약내용, 보험료 납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하고 계약자의 답변과 확인 내용을 음성 녹음

판례상 설명의무 대상이 아닌 보험약관 내용

그 내용이 거래상 일반적이고 공통된 것이어서 보험계약자가 별도의 설명없이도 충분히 예상할 수 있었던 사항이거나 혹은 이미 법령에 의하여 정하여진 것을 되풀이하거나 부연하는 정도에 불과한 사항인지 등을 판별하여 그 경우에 한하여 설명의무의 대상이 아니라고 하여야 한다.

(대법원 2001. 7. 27. 선고 99다55533판결)

(나) 보험약관 교부 · 설명의무를 위반한 경우

보험계약 청약시 회사가 보험계약자에게 보험약관 및 계약자 보관용 청약서를 전달하지 아니하거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 아니한 경우라면, 보험계약자는 계약체결시 자필서명을 하지 않았을 경우와 동일하게 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 그 계약을 취소할 수 있다. 계약이 취소된 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환하여야 하며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급한다.

(2) 보험금 지급의무

보험회사는 피보험자에게 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 중도보험금, 만기보험금, 사망보험금, 장해보험금, 입원보험금 등의 약정한 보험금을 지급한다.

보험금 지급사유 (약관 제3조, 제4조)

중도보험금 피보험자가 보험기간 중의 특정시점에 살아있을 경우 지급

만기보험금 피보험자가 보험기간이 끝날 때까지 살아있을 경우 지급

사망보험금 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우 지급 (아래의 사유 포함)

- 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 본다.
- 수해, 화재나 그 밖의 재난에 의해 사망한 것으로 관공서가 인정하는 경우 : 가족관계 등록부에 기재된 사망연월일 기준으로 사망한 것으로 본다.

장해보험금 피보험자가 보험기간 중 진단 확정된 질병 또는 재해로 장해분류표에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 경우 지급

입원보험금 등 피보험자가 보험기간 중 질병이 진단 확정되거나 입원, 통원, 요양, 수술 또는 수발이 필요한 상태가 되었을 경우 지급

사망의 추정 · 인정제도

일반실종

부재자의 생사가 5년간 분명하지 아니한 때에 법원이 이해관계인이나 검사의 청구에 의해 실종선고를 하고 사망한 것으로 보는 제도 (「민법」 제27조 제1항)

특별실종

전지(戰地)에 임한 자, 침몰한 선박 중에 있던 자, 추락한 항공기 중에 있던 자, 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한 자의 생사가 전쟁 종지 후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 아니한 때에 법원이 이해관계인이나 검사의 청구에 의해 실종선고를 하고 사망한 것으로 보는 제도 (「민법」 제27조 제2항)

인정사망

수해, 화재나 그 밖의 재난으로 인하여 사망한 사람이 있는 경우 이를 조사한 관공서가 지체없이 사망지의 시 · 읍 · 면의 장에게 통보하여 사망한 것으로 인정하는 제도 (외국에서 사망한 때에는 사망자의 등록기준지의 시 · 읍 · 면의 장 또는 재외국민 가족관계등록사무소의 가족관계등록관에게 통보) (「가족관계의 등록 등에 관한 법률」 제87조)

약관의 장해분류표상 장해 등의 정의

- "장해"라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태 및 기능상실상태를 말한다. 다만, 질병과 부상의 주 증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장해에 포함되지 않는다.
- "영구적"이라 함은 원칙적으로 치유시 장래 회복의 가망이 없는 상태로서 정신적 또는 육체적 훼손상태임이 의학적으로 인정되는 경우를 말한다.
- "치유된 후"라 함은 상해 또는 질병에 대한 치료의 효과를 기대할 수 없게 되고 또한 그 증상이 고정된 상태를 말한다.
- 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 한다.
  - 이 경우에도 만일 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병진단확정일로부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정한다.

보험금 등의 청구시 구비서류 (약관 제7조)

- 보험금청구서 (회사양식)
- 사고증명서[15] (사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서 등)
- 신분증 (주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실 확인서 포함)
- 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

부당한 보험금 지급 등을 예방하기 위해 보험금 지급 전에 보험회사의 조사가 필요한 경우가 있다. 이를 위해 약관에서는 회사의 조사권을 정하고, 이에 대해 계약자가 협조토록 하고 있다. 그러나 회사의 조사 권한만을 과도하게 확대할 경우 조사의 장기화에 따른 보험계약자의 불이익이 발생할 가능성이 있으므로 보험금 지급시기를 정하고, 보험금 가지급제도[16] 등을 마련하는 등 계약 양 당사자의 권익을 균형있게 보호하고 있다.

계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 계약 전 알릴 의무 위반의 효과와 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사 요청에 동의하여야 하며, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 아니한다(약관 제8조).

15) 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 한다.
16) 사고내용이 복잡하거나 의학적 판단이 필요하여 보험금 지급액 산정까지 상당 시간이 소요될 것으로 예상될 경우 회사가 추정하는 보험금의 50% 이내의 금액을 수익자에게 미리 지급하고 보험금 지급액 확정시 정산하는 제도

보험금 지급기일 (약관 제8조)

구 분	지급기일
보험금 청구와 관련된 구비서류 접수시	서류 접수일로부터 3영업일 이내
보험금 지급사유 조사 · 확인 필요시	서류 접수일로부터 10영업일 이내
10영업일 이내 지급하지 못할 것으로 예상시*	서류 접수일로부터 30영업일 이내

* 이 경우 보험사는 지급 지연사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도에 대해 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지해야 한다.

다만, 아래의 경우에는 보험금 지급기일을 적용하지 아니함

- 소송제기
- 분쟁조정신청
- 수사기관의 조사
- 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
- 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 인하여 보험금 지급사유의 조사 및 확인이 지연되는 경우
- 보험금 지급사유와 관련하여 제3자의 의견에 따르기로 한 경우*

  * 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정함

한편, 회사는 중도보험금 및 만기보험금의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 회사가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 알리며, 보험금이 지급기일 이후에 지급되는 경우 표준약관에서 정하고 있는 '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따라 이자를 더하여 지급한다(약관 제8조).

(3) 보험금을 지급하지 않는 사유

보험회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 아니한다(약관 제5조).

(가) 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

피보험자가 고의로 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하지 아니한다. 그러나 다음 중 어느 하나에 해당하면 보험금을 지급한다.

① 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우

⇒ 특히 결과가 사망에 이르게 된 경우 재해사망보험금을 지급 (약관에서 정한 재해사망보험금이 없는 경우에는 재해 이외의 원인으로 인한 사망보험금을 지급)

② 계약의 보장개시일(부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복)청약일)부터 2년이 지난 후에 자살한 경우

⇒ 재해 이외의 원인에 해당하는 사망보험금을 지급

피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우라 함은 피보험자가 심각한 의사능력 결여상태로 사리판단을 할 수 없는 상태이거나, 고의로 자신을 해쳐 보험금을 수령하겠다는 의사가 결여된 상태에서 자신을 해친 경우를 말한다. 이 경우 도덕적 위험 또는 사행적 성격이 희박하다고 보아 회사가 책임을 부담하도록 예외를 인정하는 것이며, 보장개시일로부터 2년 후 자신을 해친 행위는 통상적으로 보험금 취득을 목적으로 보험에 가입한 것으로 단정하기 어렵다는 판단에 의한 것이라고 할 수 있다.

(나) 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

보험수익자가 고의로 피보험자를 해치고 보험금을 취득하려고 하는 것은 반사회적인 범죄행위로서 신의성실에 반하고 사회 공익차원에서 용인될 수 없다. 어떠한 보험계약이라도 이와 같은 원인에 의하여 피보험자가 사망하였을 때에는 보험금을 지급하지 아니한다. 그러나 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 그 보험수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자에게 지급한다(「상법」 제732조의2).

(다) 보험계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

보험계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우에도 보험수익자의 경우와 마찬가지로 반사회적인 범죄행위에 해당되어 당연히 보험회사는 보험금을 지급하지 아니한다.

다. 보험계약자 등의 주요 의무

(1) 계약 전 알릴 의무

보험계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말함. 다만, 「의료법」 제3조의 종합병원 및 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있음) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 반드시 사실대로 알려야 하는데 이를 계약자의 계약 전 알릴 의무라고 하며, 「상법」상 고지의무와 같다. 계약 전에 알려야 할 사항은 통상 청약서의 질문표에 명시되어 있는데 일반적으로 피보험자의 현재 및 과거의 질병과 직접 운전여부 등이 중요한 알릴 의무 대상이 된다(약관 제13조).

보험계약자나 피보험자에게 이러한 계약 전 알릴 의무를 부여하는 이유는 보험회사로 하여금 피보험자의 위험을 측정하여 계약의 인수여부나 적정한 보험료 또는 보험금액을 결정하도록 하기 위해서이다. 즉 보험회사가 보험계약의 단체를 이루는 구성원 모두의 위험을 일일이 파악하여 평가하는 것은 불가능하고 진료기록 등 위험측정 자료를 모두 조사하고 수집하는 것도 대량으로 보험계약이 체결되는 현재 실무에 비추어 볼 때 사실상 어렵기 때문이다. 따라서 보험계약자와 피보험자에게 중요한 사항을 미리 알리도록 함으로써 합리적이고 건전한 보험제도의 운영을 기할 수 있다.

중요한 사항(중요한 알릴 의무 대상)이라 함은 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말한다(약관 제2조). 실무상 중요한 사항은 청약서에 질문표를 사용하며, 회사가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정하고 있다(「상법」 제651조의2).

판례상 계약 전 알릴 의무

중요한 사항이란 회사가 보험사고의 발생과 그로 인한 책임부담의 개연율을 측정하여 보험계약의 체결여부 또는 보험료나 특별한 면책조항의 부가와 같은 보험계약의 내용을 결정하기 위한 표준이 되는 사항으로서 객관적으로 회사가 그 사실을 안다면 그 계약을 체결하지 않거나 또는 적어도 동일한 조건으로는 계약을 체결하지 않을 것으로 생각되는 사항을 가리킨다.

(대법원 1996. 12. 23. 선고 96다27971판결)

(가) 계약 전 알릴 의무 위반의 효과

회사는 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있다. 회사가 계약 전 알릴 의무 위반으로 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약자에게 계약 전 알릴 의무 위반 사실뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당하는 사유 및 계약의 처리결과를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면 등으로 알려주어야 한다. 그러나 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 보험계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 아니한다(약관 제14조).

(나) 계약 전 알릴 의무 위반이 있더라도 계약을 해지할 수 없는 경우

보험계약자 또는 피보험자가 계약 전 알릴 의무를 위반하더라도 다음과 같은 경우에는 보험회사가 계약을 해지할 수 없다.

계약 전 알릴 의무 위반이 있더라도 계약을 해지할 수 없는 경우 (약관 제14조 제1항)

- 회사가 계약당시에 계약 전 알릴 의무 위반사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못했을 때
- 회사가 계약 전 알릴 의무 위반사실을 안 날로부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일로부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
- 계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때

  ⇒ 이와 같이 계약 전 알릴 의무와 관련하여 보험회사가 계약을 해지할 수 없는 기간을 설정한 이유는 보험계약과 관련한 법률관계를 신속히 확정함으로써 장기간 보험계약이 불안정한 상태에 놓이는 것을 방지하기 위함이다.

- 계약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때 (단, 계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 제외)

- 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때 (단, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 계약을 해지하거나 보장 제한 가능)

  ⇒ 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 부여하지 않는 등의 행위로 인하여 보험계약자 등이 결과적으로 계약 전 알릴 의무를 위반한 경우 회사가 책임을 지도록 함으로써 부실모집을 방지하고 보험설계사 등의 귀책사유로 인한 보험가입자의 부당한 피해를 막기 위해 마련된 규정이다.

(다) 계약 전 알릴 의무 위반과 보험금 등의 지급

회사가 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 보험계약을 해지하였을 때에는 해약환급금을 지급하며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있다.

(2) 보험료 납입의무

보험계약은 보험계약자의 청약과 회사의 승낙으로 성립되며, 제1회 보험료를 납입해야 회사의 보장이 개시된다(약관 제23조).

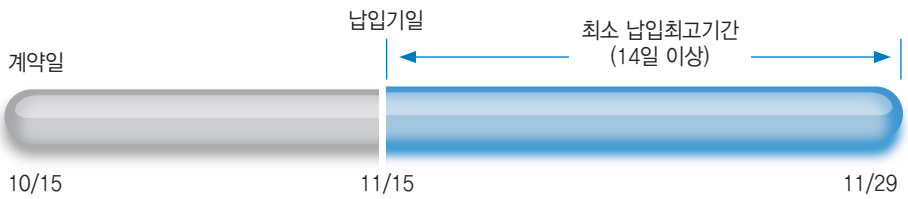
한편 제2회 이후의 보험료는 계약체결시 보험계약자가 납입하기로 약속한 날(납입기일)까지 납입하여야 하며 회사는 보험계약자가 보험료를 납입한 경우 영수증을 발행하여 준다. 다만 금융회사(우체국 포함)를 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사 발행 증빙서류를 영수증으로 대신한다(약관 제24조).

(3) 보험료 납입연체시 계약의 효력

(가) 보험료 납입최고(독촉)기간

계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하여 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용과 납입최고기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 아니할 경우 납입최고기간이 끝나는 날의 다음 날에 계약이 해지된다는 내용을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려주어야 한다(약관 제26조 제1항).

보험료 납입최고기간 예시 (보험기간이 1년 이상인 경우)



회사가 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신 확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대해 수신 확인을 하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 본다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 납입최고절차를 다시 거쳐야 한다. 즉, 납입최고(독촉)기간을 선정하여 납입최고시 알려주어야 하는 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려주어야 한다(약관 제26조 제2항).

(나) 납입최고(독촉)기간 내 보험료 미납시 보험계약의 효력

납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우 보험회사는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 보험계약을 해지하며, 이 경우 계약자의 청구에 의해 해약환급금(보험계약대출 원리금 차감)을 지급하여 준다. 계약이 해지된 후에 발생한 보험사고에 대해서는 회사가 보험금 지급책임을 지지 아니한다. 그러나 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 보험사고에 대해서는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급한다(약관 제26조 제1항, 제3항).

(다) 보험료의 자동대출납입

생명보험계약은 장기의 계약이므로 계약 유지 중에 계약자의 경제적 상황이 변동할 가능성이 높고, 경제적 상황의 변화로 보험료 납입이 어려울 경우 보험계약을 해지하거나 보험료 미납으로 실효될 수밖에 없는 상황에 처하게 된다. 그러나 해약환급금 범위 내에서 계약자에게 보험료 상당액을 대출하여 보험료에 충당하게 되면 회사 입장에서는 계약의 해지를 방지할 수 있고, 계약자 입장에서도 계약을 유지할 수 있게 되어 지속적으로 보장을 받을 수 있게 되는 장점이 있다. 이러한 이유로 보험약관에서는 '보험료 자동대출납입제도'를 정하고 있다(약관 제25조).

자동대출납입은 1년을 한도로 신청할 수 있으며 이후 추가로 자동대출납입은 재신청을 통해 가능하다. 다만, 보험계약대출 원리금이 해약환급금을 초과하는 때에는 자동대출납입을 할 수 없다.

만일 계약자가 자동대출납입으로 보험료를 납입하고 난 뒤 '자동대출납입 전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음달부터 1개월 이내'에 해지를 청구한 경우에는 자동대출납입이 없었던 것으로 하여 해약환급금을 지급한다.

(4) 통지의무 (계약 후 알릴 의무)

(가) 보험금 지급사유의 발생 통지

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 약관에서 정한 보험금 지급사유가 발생하였을 때, 지체없이 이를 보험회사에 알려야 한다(약관 제6조). 보험사고의 발생 사실은 회사가 알 수 없는 경우가 대부분이며 보험사고 발생사실을 신속하고 정확히 알 수 있는 보험계약자 측에서 통지를 하지 않을 경우 사고 발생 사실의 확인 지연 등으로 손해가 확대되고, 조사 지연에 따른 공정한 보험금 지급이 어려워질 수 있기 때문에 이를 방지하기 위해 계약자, 피보험자, 보험수익자에게 의무를 부과하는 것이다.

(나) 주소변경 통지

보험계약에서 수령인 또는 상대방의 수령을 요하는 의사표시는 그것이 상대방에게 도달된 때로부터 효력이 발생하게 되므로 계약자의 주소나 연락처는 매우 중요한 의미를 가진다. 그러나 실질적으로 계약자의 주소나 연락처의 변경사항을 회사에서 파악하기가 매우 어렵기 때문에 약관에서는 주소변경 통지의무를 계약자 측에 부과하고 있다. 계약자 또는 보험수익자(보험수익자가 계약자와 다른 경우에 해당)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 즉시 보험회사에 알려야 한다. 이를 알리지 않은 경우 보험회사가 보험계약자 또는 보험수익자가 회사에 알린 최종의 주소로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 알린 사항은 일반적으로 도달하는데 필요한 시일이 지난 때에 계약자 또는 보험수익자에게 도달한 것으로 본다(약관 제10조).

라. 계약의 부활

(1) 계약의 부활 (효력회복)

보험료 납입연체로 계약이 해지된 경우 새로운 계약을 체결하는 방법 이외에 다른 방법이 없다면 계약자는 매번 신계약을 체결해야 하는 부담이 생긴다. 때문에 약관에서는 연체보험료를 납입하면 종전의 계약이 해지되지 않았던 것과 같은 효과를 발생시키는 부활(효력회복)제도를 두고 있다.

계약의 부활은 보험료의 납입연체로 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 아니한 경우(보험계약대출 등에 의하여 해약환급금이 차감되었으나 받지 아니한 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함)에 가능하다. 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 회사가 이를 승낙한 때 보험계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 「평균공시이율 + 1%」 범위 내에서 각 상품별로 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 한다. 다만, 금리연동형보험은 각 보험상품별 사업방법서에서 별도로 정한 이율로 계산한다(약관 제27조 제1항).

보험계약을 부활(효력회복)하는 경우 책임개시와 계약 전 알릴 의무, 사기에 의한 계약의 취소, 위험선택(승낙, 거절, 조건부 인수 등)은 신계약과 동일하게 이루어지며, 계약이 부활(효력회복)되면 그 계약은 해지 이전의 상태로 되돌아간다.

계약부활시 신계약 절차를 준용하는 이유

계약을 부활(효력회복)할 경우 책임개시일, 회사의 승낙거절시 보험료 반환, 계약 전 알릴 의무 등은 신계약 절차와 동일하게 이루어지는데, 그 이유는 계약부활(효력회복)시 일반적으로 부활(효력회복) 청약자의 고의에 의한 역선택 개연성이 높아(예 : 계약해지 후 암진단 선고를 받고 암관련 보험금을 지급받기 위해 계약부활을 신청) 이를 방지하기 위해서이다.

(2) 강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활 (효력회복)

회사는 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권 실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고, 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 보험수익자에게 통지해야 한다(다만, 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 계약자에게 통지 가능). 보험수익자는 통지를 받은 날(계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날)부터 15일 이내에 특별부활(효력회복)을 위한 절차를 이행할 수 있고, 이 경우 회사는 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙하여야 한다(약관 제28조).

부당한 계약전환으로 인한 부활 (효력회복)
(「보험업법」 제97조, 「보험업법 시행령」 제44조, 제45조)

보험설계사 등 모집종사자는 보험계약자 또는 피보험자에 대하여 기존 보험계약을 부당하게 소멸시킴으로써 새로운 보험계약을 청약하게 하거나, 새로운 보험계약을 청약하게 함으로써 기존 보험계약을 부당하게 소멸하게 하는 등 부당한 계약전환행위를 하여서는 안 된다.
부당한 계약전환의 대상인 '새로운 보험계약'이란 기존 보험계약과 피보험자가 같고 위험보장 범위가 유사한 계약을 말한다(단, 보험기간이 1년 이하이거나 새로운 보험계약이 컴퓨터 통신을 이용하여 체결된 경우는 제외). 이러한 부당한 계약전환시 보험계약자는 기존 보험계약이 소멸한 날로부터 6개월 이내에 관련법규 등에서 정한 절차 및 방법에 따라 소멸계약의 부활(효력회복)을 청구하고 새로운 보험계약을 취소할 수 있다. 이 경우 보험계약의 부활 청구를 받은 보험회사는 특별한 사유가 없는 한 소멸한 보험계약의 부활(효력회복)을 승낙하여야 한다.

보험계약 전환시 비교해서 알려야 할 중요한 사항

보험계약의 전환시 알려야 할 중요한 사항은 보험료, 보험기간, 보험료 납입주기 및 납입기간, 보험가입금액, 주요 보장내용, 보험금액, 환급금액, 예정이자율 중 공시이율, 보험목적, 보험회사의 면책사유 및 면책사항이다. 이와 같은 내용을 제대로 비교해서 알렸다는 것은 보험계약자가 두 보험계약의 장단점을 비교한 후 자신의 합리적인 의사결정에 의해 계약을

전환한 것이므로 부당하다고 볼 수 없다. 그러나 이와 같은 내용들을 계약자에게 비교해서 알리지 아니하고 보험계약을 전환한 경우에는 부당한 계약전환이 될 수 있으므로 보험을 모집할 경우 특히 유의하여야 한다.

상기 비교안내를 충실히 이행했음에도 기존 보험계약이 소멸된 날부터 1개월 이내에 새로운 보험계약을 청약하게 하거나 새로운 보험계약을 청약하게 한 날부터 1개월 이내에 기존 보험계약을 소멸하게 한 경우 부당한 계약전환에 해당될 수 있다. 다만, 보험계약자가 기존 보험계약 소멸 후 새로운 보험계약 체결시 손해가 발생할 가능성이 있다는 사실을 알고 있음을 자필로 서명하거나 기명날인, 녹취 등의 방법으로 본인의 의사에 따른 행위임이 명백히 증명되는 경우에는 그러하지 아니하다.

부당한 보험계약 전환에 따른 부활(효력회복)청구 절차

부당한 보험계약의 전환으로 피해를 본 계약자가 보험계약의 부활(효력회복)을 청구하는 경우에는 부활(효력회복)청구서에서 기존보험계약의 소멸을 입증하는 서류와 새로운 보험계약의 보험증권을 보험회사에 제출하여야 한다. 보험회사는 보험계약의 부활(효력회복)청구를 받은 날(건강검진을 받는 계약의 경우에는 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지를 하여야 하며 기간 내에 통지가 없을 때에는 보험회사가 부활(효력회복)을 승낙한 것으로 본다.

보험계약 부활(효력회복)을 위한 요건

소멸된 보험계약을 부활(효력회복)하기 위해서는 기존 보험계약의 소멸로 인하여 보험계약자가 수령한 해약환급금 또는 새로운 보험계약으로부터 보험계약자가 수령한 급부금 등을 반환하여야 한다. 그러나 부당한 보험계약의 전환으로 인한 부활(효력회복)은 기존 보험계약의 소멸과 새로운 보험계약의 체결이 동일한 보험회사를 대상으로 하여 이루어진 경우에만 적용된다. 즉, 부당한 계약전환이 이루어진 경우에도 A라는 보험회사에 가입한 보험계약이 소멸되고, 이와 연관하여 B라는 보험회사에서 새로운 보험계약이 체결된 경우에는 위에서 설명한 보험계약의 부활(효력회복)에 대한 내용이 적용되지 않는다. 이는 보험계약이 소멸된 A보험회사는 부당한 계약전환에 관여하지 않았고, 오히려 B보험회사 모집종사자의 행위로 피해를 보았을 수도 있는 등 책임을 묻기가 어려워, 부활(효력회복)을 강제할 경우 복잡한 책임관계와 민원이 발생할 우려가 크기 때문이다.

마. 보험계약의 내용 변경

생명보험계약은 장기간에 걸친 계약이므로 보험계약 성립 이후에 보험계약자의 경제적 여건이나 보험수익자와의 인적 · 물적관계 등이 변하기 쉽다. 따라서 보험계약자는 회사의 승낙을 얻어 계약사항을 변경할 수 있다(단, 보험수익자의 변경은 해당하지 않음). 이 경우 보험회사는 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재해주고 있다. 이러한 계약내용의 변경은 보험계약자에게 편의를 제공하여 보험계약을 계속 유지함으로써 중도해지로 인한 보험계약자와 보험회사 쌍방의 손해를 방지하기 위한 것이다(약관 제20조).

(1) 보험종목의 변경

보험회사는 제1회 보험료를 납입한 때부터 1년 이상이 지난 유효한 계약의 계약자가 그 보험종목의 변경을 요청한 때에는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 변경하여 준다.

(2) 보험가입금액 등의 변경

보험회사는 계약자가 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 보험료 및 해약환급금 산출방법서에 따라 해약환급금을 계약자에게 지급한다.

(3) 보험계약자 및 보험수익자의 변경

보험계약자를 변경하기 위해서는 보험회사의 승낙을 얻어야 한다. 보험회사는 계약자 변경시 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여야 한다.

반면, 보험수익자를 변경할 때에는 보험회사의 승낙이 필요하지 않다. 다만, 이 경우 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 한다. 또한 변경된 보험

수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경사실에 대해 회사에 통지하여야 한다.

바. 기타

(1) 보험계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권

계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지(단, 연금보험의 경우 연금이 지급개시된 이후에는 제외) 계약을 해지할 수 있으며 이 경우 회사는 보험료 및 해약환급금 산출방법서에 따라 해약환급금을 계약자에게 지급한다. 또한 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간 중에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 이를 계약자에게 지급한다(약관 제29조).

(2) 소멸시효

보험금 청구권, 보험료 반환청구권, 해약환급금 청구권, 계약자적립액 반환청구권 및 배당금청구권은 3년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성된다[17](약관 제37조).

(3) 보험회사의 손해배상책임

보험회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 발생된 손해에 대하여 관계법령 등에 따라 손해배상의 책임을 진다. 또한 보험회사는 보험금 지급거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었는데도 불구하고 소를 제기하여 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 손해를 가한

17) 「상법」 제662조(소멸시효) 보험금청구권은 3년간, 보험료 또는 적립금의 반환청구권은 3년간, 보험료 청구권은 2년간 행사하지 아니하면 시효의 완성으로 소멸한다.

경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임도 지며, 보험회사가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 공정을 잃은 합의로 보험수익자에게 손해를 가한 경우에도 손해를 배상할 책임을 진다(약관 제40조).

(4) 보험금을 받는 방법의 변경

보험계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 사망보험금 또는 장해보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급하거나 일시에 지급하는 방법으로 변경할 수 있다.

보험회사는 일시금을 분할하여 지급하는 경우에는 그 미지급금액에 대하여 이 계약의 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급하며, 분할지급금액을 일시금으로 지급하는 경우에는 이 계약의 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급한다(약관 제9조).

(5) 보험나이의 계산

피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 한다. 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 한다. 또한 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 사실과 다른 경우에는 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경한다. 다만, 만 15세 미만자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우에는 실제 만 나이를 적용하며, 계약은 무효로 한다(약관 제21조).

보험나이 계산 예시

- 1988년 10월 2일생인 자의 2023년 4월 13일 계약일 기준 보험나이를 구하면
  ⇒ 2023년 4월 13일 – 1988년 10월 2일 = 34년 6월 11일
  따라서 보험나이는 35세

(6) 보험계약대출 및 상환

보험계약자는 가입한 보험계약의 해약환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 보험계약대출을 받을 수 있으나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있다.

보험계약자는 보험계약대출금과 보험계약대출이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 아니한 때에는 보험금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출 원리금을 차감할 수 있다. 회사는 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출 원금과 이자를 차감한다. 또한 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있다(약관 제33조).

(7) 약관의 해석

회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하여야 하고 계약자에 따라 다르게 해석하지 않으며, 보험금을 지급하지 않는 사유 등 보험계약자나 피보험자에게 불리하거나 부담을 주는 내용은 확대하여 해석하지 아니한다. 또한, 회사는 약관의 뜻이 명확하지 아니한 경우에는 계약자에게 유리하게 해석한다(약관 제38조).

(8) 회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력

보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사 제작의 보험안내자료 내용이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 본다(약관 제39조).

(9) 개인정보 보호

보험회사는 보험계약과 관련된 개인정보를 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 「개인정보 보호법」, 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 등 관계법령에서 정한 경우를 제외하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자 동의없이 수집 · 이용 · 조회 또는 제공할 수 없다. 다만, 보험회사는 보험계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 관계법령에 따라 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련단체 등에 개인정보를 제공할 수 있다(약관 제41조).

5 생명보험 언더라이팅과 클레임

가. 생명보험 언더라이팅(Underwriting)

(1) 언더라이팅의 개념

생명보험은 상부상조의 정신을 바탕으로 사망 등 불의의 사고로 인한 손실을 보전하기 위한 제도로서, 보험가입자 간의 공평성이 유지되도록 운영되어야 한다. 즉, 동질성이 있는 피보험자의 위험을 분류하고 동일한 위험군에 대해서는 동일한 보험요율이 적용될 수 있어야 한다는 것이다. 이와 같이 피보험자의 위험을 선택하여 적절한 위험집단으로 분류하고 이를 통해 보험료 및 가입조건 등을 결정하는 과정을 언더라이팅이라고 하며 계약심사 또는 계약선택이라고 표현한다. 언더라이팅 결과를 바탕으로 보험회사는 보험계약의 청약을 승낙할 것인지를 결정하고 피보험자의 위험도를 분류하여 위험의 정도에 따라 보험료나 보험금의 한도를 조정할 수 있다.

① **위험의 선택** : 보험회사는 언더라이팅 정책 및 언더라이팅 원칙을 이용하여 청약자로부터 제시된 특정 위험을 심사 · 분석하여 인수 여부를 결정
② **위험의 분류** : 위험선택 과정을 통하여 인수가 결정된 위험의 보험요율을 결정하기 위해 성격에 따라 분류하는 것으로 해당 위험에 상응하는 보험요율을 적용하는 것이 중요

이처럼 언더라이팅은 보험료와 보험금 한도의 결정, 우량 피보험자의 선택, 보험사기와 같은 역선택 가능성의 차단 등 보험사업의 핵심업무에 해당되기 때문에 언더라이터(계약심사 업무 담당자)에 의해서만 처리되는 업무가 아니라 보험설계사 등 모집조직, 보험상품 개발 및 보험계리 담당자, 보험금 지급조사 담당자, 최고경영진에 이르는 모든 관계자들이 유기적으로 연계된 종합적인 업무라고 할 수 있다.

(2) 언더라이팅의 필요성

보험은 손실의 분담과 상부상조를 근간으로 하는 제도이지만 위험의 정도가 큰 경우까지 동일한 보험료를 적용할 수는 없다. 일반가입자보다 건강상태가 나쁘거나 위험한 직업에 종사하는 피보험자까지 무분별하게 받아들일 경우 예상보다 보험금 지급액이 많아질 수밖에 없고, 이로 인해 보험제도의 정상적인 운영과 보험계약자 간의 공평성 유지가 어려워지기 때문이다. 반대로 적절한 위험의 선택없이 지나치게 엄격한 기준을 적용한다면 그 보험회사는 경쟁력을 잃게 될 수도 있다. 최근 자산운용환경 악화 등으로 인해 이자율 차익이 축소되고 지속적인 사업비 절감노력으로 사업비차익도 한계에 달하게 됨에 따라 위험률 차익의 확보가 보험회사의 중요한 과제가 되었으며, 위험률차익은 바로 언더라이팅에 그 바탕을 두고 있으므로 언더라이팅의 중요성이 더욱 부각되고 있다. 이처럼 피보험자 및 보험계약자의 위험도를 일정수준으로 유지함으로써 보험제도의 정상적인 운영을 도모하고 보험가입자 간의 부담을 공평하게 유지하기 위해 언더라이팅은 반드시 필요하다.

언더라이팅의 필요성

- 보험을 가입하고자 하는 자의 가입 가능 여부와 부담할 보험료를 결정
- 보험 고유의 특성을 저해하는 위험요소 파악 및 배제
  (역선택 방지) 위험도가 높은 사람이 보험금 등을 수령할 목적으로 그 위험 사실을 감추거나 속이고 보험에 가입하는 행위 방지
  (보험사기 방지) 재정 상황에 비해 고액 · 다수의 보장성 보험에 집중 가입하는 등 보험사기가 의심되는 자의 보험계약 인수 방지
- 위험률차익 관리를 통한 보험회사 경영의 안정성 및 경쟁력 확보
- 계약자간 공평성 유지 및 선의의 계약자 보호

(3) 언더라이터(Underwriter)

언더라이터란 위험을 평가하고 선택하며 위험인수기준과 처리절차를 결정하는 사람이다. 즉 피보험자의 위험도를 분류하여 위험의 정도에 맞는 보험료를 부과하고 보험금액을 검토하여 보험계약 청약에 대한 인수여부를 결정하는 등 보험계약자 간의 공평성을 제고하는 역할을 수행하는 것이다. 아울러 언더라이터에게는 보험회사와 보험가입자 모두에게 득이 될 수 있도록 비용에 있어서는 효율적이고, 가입심사는 공정하도록 업무를 처리해야 하는 책임도 따른다. 생명보험협회는 언더라이팅 업무의 중요성을 인식하고 전문 언더라이터의 육성을 위해 2002년부터 CKLU(Certificate of Korea Life Underwriter, 제1단계), AKLU(Associate of Korea Life Underwriter, 제2단계), FKLU(Fellow of Korea Life Underwriter, 제3단계)의 3단계 언더라이터 전문자격제도를 도입 · 운영하고 있다.

언더라이터 자격제도 개요

	목 표	자격요건	시 험	응시요건
CKLU과정	기본지식함양	필기시험합격	[연2회] 4과목/객관식	제한없음
AKLU과정	전문지식 + 기본 의학지식 함양	필기시험합격	[연1회] 4과목/객관식 (과목별 응시 가능)	CKLU과정 자격취득
FKLU과정	전문지식 + 의사결정력 함양	필기시험합격+ 면접+실무3년	[연1회] 2과목/주관식 (과목별 응시 가능)	AKLU과정 자격취득

(4) 언더라이터 업무수칙

언더라이터는 언더라이팅을 통해 회사의 영업이익 도모와 계약자의 보험가입 니즈를 조화시킬 수 있는 최선의 방안을 도출함으로써 생명보험의 안정적 성장 기반 구축에 일조하기 위해 다음의 수칙을 준수한다.

언더라이터 업무수칙

① 보험고유의 성질인 다수의 동일 피보험체 위험집단을 구성하는 역할을 충실히 수행한다.
② 계약자에게 회사의 계약인수 과정을 정확히 설명하며, 회사에 계약자의 보험니즈를 공정하게 반영시켜야 한다.
③ 전문화된 지식과 실무능력을 갖추도록 노력하며 보험전문가로서 자리매김할 수 있도록 지속적인 자기개발을 한다.
④ 직무상 취득한 개인 정보를 취득 목적 외에는 활용하거나 노출하지 않는다.
⑤ 회사의 영업이익과 고객의 보험니즈가 충돌할 때 합리적인 방안을 도출하여 상호 이익을 도모하여야 한다.

(5) 언더라이팅 단계

(가) 모집조직(보험설계사 등)에 의한 선택 (1차 선택)

보험설계사는 가장 먼저 보험계약자 등과 만나는 당사자이므로 1차 위험선택의 기능을 수행하는 언더라이터로서의 역할을 수행하게 된다. 보험설계사는 피보험자나 계약자가 청약서상에 피보험자의 건강상태나 직업 등 각종 언더라이팅 판단자료를 사실대로 성실하게 알리도록 해야 하며, 계약자와 피보험자가 자필서명을 하도록 안내해야 한다. 보험설계사가 상품 및 계약에 관한 중요사항을 설명하지 않거나 계약자 등의 허위 또는 부실고지를 묵인하는 것은 역선택을 유발하거나 향후 분쟁의 주된 요인이 된다. 따라서 1차 언더라이터로서 보험설계사의 역할은 매우 중요하다고 할 수 있다.

보험설계사는 상품 및 약관 등 기초서류에 대한 정확한 지식을 갖추어야 하며, 특히 언더라이팅을 위한 기초정보를 수집하는 과정에서 피보험자의 불만을 야기하지 않고 올바른 정보를 취득하는 기법을 습득해야 한다. 또한 보험설계사는 계약체결시 회사의 언더라이팅 과정을 소개하면서 계약적부 확인 등 추가조사가 있을 수 있음을 계약자에게 안내하여 피보험자가 이에 대해 충분히 인지할 수 있도록 해야 한다.

(나) 의적 진단에 의한 선택 (2차 선택)

보험회사는 계약인수 과정상 건강진단을 필요로 하는 계약의 경우, 병원진단이나 서류진단, 방문진단으로 건강진단을 실시한다. 병원진단은 피보험자가 병원을 방문하여 진단을 받는 것으로 일반진단(신장, 체중, 소변, 혈압, 맥박검사 등)과 필요에 따라 선별적으로 실시되는 특별진단(흉부 X선 촬영, 심전도 및 종양검사 등)의 형태로 이루어진다. 서류진단은 직장(또는 병원)에서 진단받은 근로자 건강검진 결과를 토대로 가입여부를 심사하는 방법이다. 또한, 건강진단 비용 및 시간절약을 위해 방문진단을 실시하기도 한다.

(다) 언더라이터에 의한 선택 (3차 선택)

언더라이터는 1, 2차 선택 과정에서 취득한 정보를 활용하여 피보험자의 위험을 종합적으로 평가하고 보험계약내용 및 조건, 보험료, 보험금액 등을 최종 결정한다. 언더라이터는 이 과정에서 보험계약자가 계약 전 알릴 의무에 따라 고지한 사항이 부실하거나 잠재적인 위험이 있다고 판단되는 경우 계약적부 확인(4차 선택) 후 그 결과를 바탕으로 계약인수여부를 결정한다.

(라) 계약적부 확인에 의한 선택 (4차 선택)

계약적부 확인은 언더라이터가 3차 선택을 하는 과정에서 보험가입금액 등이 미리 정해진 한도를 넘는 경우나 위험가능성이 높은 것으로 의심되는 경우, 또는 계약 성립 이후라도 역선택의 소지가 높거나 사후 분쟁가능성이 높은 계약에 대해 보험회사 소속 직원이나 계약적부 확인 전담회사의 직원을 통하여 피보험자의 신체적 · 환경적 · 도덕적 위험에 대해 직접 조사하는 것을 말한다. 계약적부 확인은 양질의 계약을 확보하고 보험사고 발생시 분쟁을 최소화하며 보험금을 신속하게 지급하는데 그 목적이 있다.

언더라이팅 절차

청약서 고지 (1차)	• 고객이 청약서에 과거병력, 현재 증상, 직업, 소득 등 상세 내용을 직접 기재
의적 진단 (2차)	• 병원진단, 서류진단, 방문진단 • 언더라이터 판단에 의해 진단항목 추가 가능
언더라이터 심사 (3차)	• 인수여부 결정 • 인수조건 결정 • 적부확인 의뢰
계약적부 확인 (4차)	• 보험회사 소속 또는 전문회사 조사요원이 보험회사 지정양식의 조사보고서에 조사내용을 기재

(6) 언더라이팅 정보의 원천

언더라이팅 기능이 원래의 목적대로 수행되기 위해서는 보험계약자, 피보험자, 보험목적 그리고 보험계약에 영향을 미칠 수 있는 모든 사항에 대하여 정확하고 풍부한 정보가 필요하다. 언더라이팅의 질적 수준은 정보의 양과 질, 그리고 이를 분석하는 능력에 좌우된다. 언더라이팅의 질적 수준을 높이기 위해 정보를 수집하는 원천과 방법은 매우 다양하다.

(가) 보험계약 청약서상의 '계약 전 알릴 의무' 고지 등

언더라이팅의 의사결정에 필요한 기본적인 정보는 보험의 종류에 따라 마련된 청약서에서 요구하는 정보의 종류와 내용을 통해 얻을 수 있다. 예를 들어 보험계약자의 연령, 성별, 직업, 건강사항, 위험한 취미, 거주지 등 기타 보험회사가 필요한 기본적 정보 등을 제공하도록 되어 있다.

(나) 보험설계사 등 판매채널의 모집보고서

보험계약자와 최초로 접촉하여 대화를 나누는 사람은 보험설계사 등 판매채널 조직이다. 이때 보험계약자를 직접 대면하여 관찰하고 필요한 사항에 대해 질문, 보고서에 기재하며 보험계약자의 수입, 지위, 연령 등에 비해 보험료가 과다하지 않은지 또는 청약경로나 보험수익자 지정 등에 부자연스러운 점이 없는지 등 판매활동 과정에서 획득하는 정보는 언더라이팅을 위하여 활용될 수 있다.

(다) 의적 진단보고서(병원진단 및 각종 서류)

보험계약 인수 과정상 건강검진을 필요로 하는 계약의 경우 병원진단이나 서류진단, 방문진단으로 건강검진을 실시하고 진단받은 결과는 언더라이팅 단계에서 활용하게 된다.

(라) 계약적부 확인에 의한 직접조사 및 검사활동

언더라이팅 과정에서 보다 심층적인 정보와 자료를 얻기 위하여 언더라이팅 부서의 전문가에 의한 직접 현장조사 또는 검사활동이 이루어진다. 예를 들어 재산 · 배상책임 보험분야의 언더라이팅에서는 현장을 직접 답사하고 보험계약자와의 면담을 통해 얻은 정보를 보고하는 것이 중요한 절차이다. 또한 생명보험에서는 보험계약자의 건강을 검사하기 위해 전문의에 의한 진단을 요구하기도 하며, 보험계약자의 생활환경 및 생활습관 등을 조사하기 위한 직접적인 활동도 이루어진다.

(마) 외부기관에 의한 정보

한국신용정보원을 통해 사망 등을 담보로 하는 고액의 보장성 보험 집중 가입여부 정보 등을 활용하여 의심되는 계약을 사전에 인수 거부하는 등 보험사기 의심 계약을 사전 차단하기도 한다.

(7) 언더라이팅시 고려대상

언더라이팅은 고객의 위험을 체계적으로 평가하기 위한 과학적인 기법으로 각 위험을 평가 · 선택 · 분류하여 해당위험을 인수 또는 거절하고, 인수 시에는 인수조건을 결정하며 보험가입금액 설정 및 적정한 보험요율을 부과하는 일이다. 언더라이팅을 할 때에는 다음의 4가지 요소를 고려한다.

(가) 환경적 언더라이팅

환경적 언더라이팅은 직업, 생활방식 등 피보험자가 현재 처해있는 환경적 위험을 평가하며 주요 평가대상에는 직업, 운전, 흡연, 음주, 취미, 거주지 위험 등이 포함된다. 직업에 대해서는 업계 표준직업분류 및 등급표에 따라 위험등급을 비위험직 및 위험직 1~5등급으로 구분(단, 실손상해는 1~3등급(비 · 중 · 고위험)으로 구분)하고 각 생명보험회사가 각 사 실정에 맞게 세분화하여 위험등급별로 보험가입금액 한도를 제한하는 방식이 일반적으로 통용되고 있다.

(나) 신체적 언더라이팅

신체적 언더라이팅은 주로 개인의 신체상 위험을 고려대상으로 하는 분야로 언더라이팅에 있어서 매우 중요하다. 주요 평가대상에는 피보험자의 연령, 성별, 체격 등 현재 신체상태와 현재의 병증, 과거병력 등이 있다. 세부 평가를 위해서 피보험자에 대한 전문의의 진단결과나 기타자료를 참고하기도 한다.

(다) 도덕적 언더라이팅

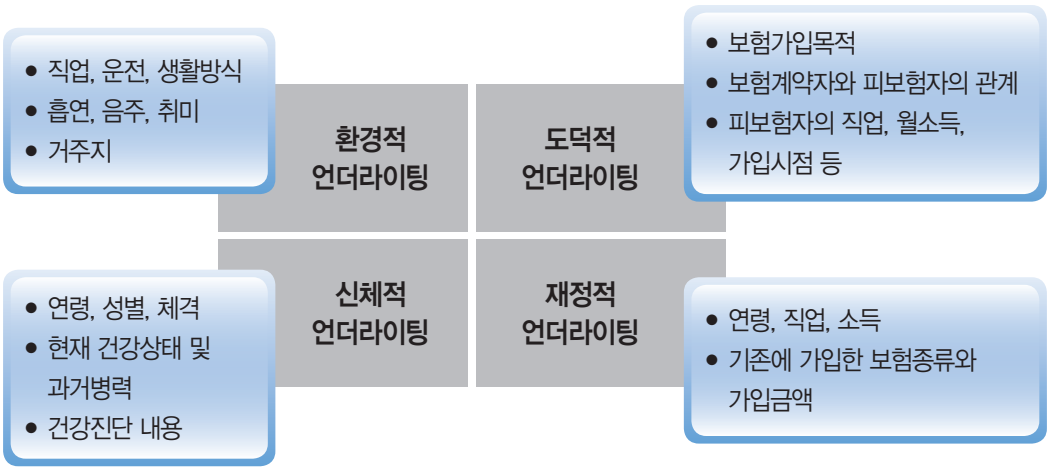
도덕적 언더라이팅은 도덕적 위험, 즉 피보험자를 대상으로 고액의 사망보험금이나 입원을 보험금 지급사유로 하는 보험에 가입한 후 고의로 보험사고를 유발하거나 사고를 과장하여 보험금을 타려는 행위 또는 부실고지 등을 통해 보험회사를 의도적으로 속이는 행위를 사전에 차단하는 것을 목적으로 한다. 도덕적 위험은 피보험자가 타인인지 자기 자신인지에 따라 타인을 이용한 위험과 자신을 이용한 위험으로 구분된다. 또한 보험에

가입하였다는 사실로 인한 의식적 또는 무의식적인 태만, 부주의로 보험사고의 발생 가능성을 높이는 도덕적 해이도 포함된다.

(라) 재정적 언더라이팅

재정적 언더라이팅은 청약자가 청약한 상품의 보장내용이 청약자의 생활환경 및 소득수준에 적정한지를 확인하여 보험금이 신체를 담보로 한 투기의 대상이 되는 것을 예방하고 피보험자가 적정한 수준으로 보장을 받도록 하는데 그 목적이 있다. 이러한 재정적 언더라이팅을 통해 기본적으로 역선택의 예방과 함께 계약의 실효를 방지하는 효과를 얻을 수 있다.

언더라이팅시 고려대상



(8) 표준미달체 및 우량체 인수

우리나라 보험회사의 언더라이팅은 표준체 중심으로 되어있다. 앞에서 언급한 4가지 언더라이팅 대상 평가에 의해 표준체보다 위험이 높은 경우를 표준미달체, 위험이 낮은 경우를 우량체라고 한다. 표준미달체의 경우에는 보험료 할증이나 부담보, 보험금 삭감 등의 형태로 계약을 인수한다.

보험료 할증은 표준미달체 위험의 크기 및 정도가 기간경과에 따라 점차 증가하는 체증성 또는 기간의 경과에 상관없이 일정한 상태를 유지하는 항상성인 경우에 주로 적용되는 방법이다. 위험정도에 따라 주계약 보험료 이외에 특별보험료를 할증하여 부가한다. 부담보는 특정질병 또는 특정 신체부위를 보장에서 제외시키는 것으로, 특정질병 부담보와 특정부위 부담보가 있다. 특정질병 부담보는 질병이 발생하는 부위에 관계없이 질병 자체를 부담보하여 해당 질병의 생존보험금(진단, 입원, 수술급부금 등)을 지급하지 않는 방법이며, 특정부위 부담보는 부담보로 지정한 부위에 발생한 질병에 대해 생존보험금을 지급하지 않는 것이다.

보험금 삭감은 보험가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 차츰 감소하는 체감성 위험에 대해 적용한다. 이는 보험가입 후 일정 기간 내에 보험사고가 발생할 경우 미리 정해진 비율로 보험금을 감액하여 지급하는 방법이다.

또한 피보험자가 건강진단과정을 거쳐 표준체보다 우량한 건강상태를 입증하는 경우 보험료 할인혜택을 부여하는데, 건강진단은 체격과 혈압 등 신체이상 여부와 흡연 등에 대한 평가로 이루어진다.

나. 클레임(Claim)

(1) 클레임 업무의 정의

클레임(Claim)이란 보험금 청구에서 지급시까지 이루어지는 일련의 업무를 말하며 보험금 청구 접수, 보험사고 조사, 조사건 심사, 수익자 확정, 보험금 지급업무 등이 해당된다. 이 과정에서 지급 청구건이 약관 규정상 지급사유에 해당되지 않는 경우 이에 대한 부지급 처리업무, 클레임 업무 과정에서 발생하는 민원업무, 법원 소송업무 및 보험가입자의 채권자가 보험금액 등을 압류하는 경우에 발생하는 채권 가압류건 처리 등의 부수업무가 수행되기도 한다.

(2) 클레임 업무의 분류

(가) 보험금액의 형태

보험사고가 발생하였을 때 지급할 금액이 미리 계약시에 정해져 있는 정액 클레임 업무와 보험금액의 범위내에서 실손 보장되는 실손 클레임 업무가 있으며 상호 보완적으로 수행되고 있다.

(나) 보험사고의 급부

보험회사가 보험금을 지급해야 되는 보험사고에 따라 생존, 사망, 상해, 진단, 수술, 입원 등으로 구분할 수 있다.

(다) 보험사고의 원인

보험사고의 원인이 사고로 인한 것인지, 내재적으로 발생한 것인지에 따라 재해와 질병으로 구분할 수 있다.

(3) 클레임 업무의 전문성

보험금 지급여부를 결정하는 클레임 업무가 잘못 처리되었을 경우 적게는 수십만원에서 수십억원에 이르는 금액의 보험금이 지출되기 때문에 회사의 경영에 큰 영향을 미칠 수 있다. 또한 부정한 보험금을 수령할 목적으로 보험사고의 원인이나 내용을 허위로 조작하거나 피해정도를 과장한 경우, 또는 고의로 보험사고를 발생시킨 경우를 클레임 단계에서 찾아내지 못한다면 정당치 못한 보험금이 지급되어 다수의 선의의 가입자들에게도 막대한 피해를 야기하게 될 것이다. 따라서 선의의 가입자를 보호하고 보험경영의 건전성을 도모하기 위해서는 보험계약 체결단계의 언더라이팅 업무와 함께 보험금 지급 단계에서 클레임 업무의 전문성이 중요하다. 이를 위해 클레임 업무 담당자에게 요구되는 중요한 요건들이 있다.

(가) 충분한 실무경험을 갖추어야 한다

클레임 전문가가 되기 위해서는 현장조사를 통한 다양한 조사업무를 경험하고 조사기법 및 심사기준을 터득해야 한다. 예를 들면 암 보험금 청구건의 경우 청구된 암은 어떤 과정이나 검사를 통해 진단되고, 허위 장해 의심건의 경우 어떤 방법을 통해 진실을 규명할 것인지 등에 대한 조사기법 등을 터득하여 현실적으로 응용할 수 있어야 한다.

(나) 약관 및 보험관련 법 · 규정을 올바르게 해석 · 적용할 수 있어야 한다

해당 보험사고에 대한 약관 및 관련 법 · 규정을 조사내용에 적용할 수 있는 보험관련 법률지식을 숙지하고 있어야 올바른 클레임 심사가 가능하며 법원 소송이나 민원 발생시에도 효과적으로 대응할 수 있다. 클레임 전문가라면 고객이 논리적으로 수긍할 수 있도록 합리적인 논리 및 관련 법 · 규정, 판례 등의 제반근거를 제시할 수 있어야 한다.

(다) 상당한 수준의 의학지식을 숙지하고 있어야 한다

클레임 업무는 의학적 정보를 활용하여 보험금 지급의 정당성을 확인하는 것이 주된 업무로 전문의와 쟁점사항에 대하여 소통할 수 있어야 한다. 예를 들어, 보험계약자가 계약 전 알릴 의무 위반시 관련 사항과 보험사고 발생과의 인과관계를 파악하거나 각종 검사결과를 통해 피보험자의 건강이상 여부를 확인할 수 있어야 한다.

(4) 클레임 업무의 기본절차

(가) 검토 및 준비단계

(1) 계약정보 확인

제척기간 경과여부, 실효 · 부활, 진단여부, 상품구조 및 보장분석, 기지급사항, 부담보 · 삭감 · 할증계약 여부 등을 기본적으로 확인한다.

(2) 사전준비사항

- 청구종류 및 금액, 청구진단명 및 발생기전, 인과관계 있는 질병, 후유증상 등 확인
- 관련 약관 및 유사판례 확인
- 조사건의 쟁점분석, 조사기관 정보 및 적정 조사양식 작성
- 방문기관 등 세부적인 조사활동 계획 수립

(나) 진행단계

(1) 과거병력 및 직업 · 직무 확인

- 계약 전 알릴 의무 위반 및 청구 진단명과의 인과관계 여부 확인
- 구체적인 직업 및 운전사항을 확인하고 보험사고와의 관련성 조사

(2) 도덕적 위험 개연성 확인

- 경제력과 납입보험료, 자진청약 여부, 설계사와의 관계, 타사 가입사항 등
- 피보험자 및 가족 사고력, 제3자 개입여부, 치료 및 진단과정의 적정성을 종합적으로 판단

(3) 진단의 적정성 확인

- 진단병원 및 의사의 성향 파악
- 검사내용 및 진단결과의 객관성, 치료과정의 타당성 및 적정성 검토

(4) 사고의 우연성 및 객관성 확인

- 진료기록상 사고경위 및 피보험자(유족) 진술
- 경찰서 또는 검찰청, 한국철도공사, 소방서, 근로복지공단 등 확인
- 사고현장 분석 또는 역학조사 실시
- 사고 상대방 및 목격자, 친구 및 직장동료 등 면담

(다) 종결단계

(1) 규정 및 유사판례 최종 점검

- 관련 약관 및 법규, 유사 조정례 · 판례 및 사례 등 최종 검토
- 예상되는 법적 리스크 점검

(2) 고객 안내단계

- 객관적인 근거자료, 관련 약관 규정 및 유사 조정례 · 판례 활용
- 불만내용 청취 및 소송 · 민원발생 소지 파악
- 필요시 결재라인 및 최종 결정권자에게 안내사항 보고

(3) 보고서 작성

- 보험금 지급여부에 관한 보고서 작성
- 최종 금액 및 오탈자 확인
- 하자 없는 안내문 작성(계약 전 알릴 의무 위반사실, 처리결과 및 그 사유, 관련 약관규정 및 법규 등)

제3장
보험 윤리

1 보험영업 윤리

가. 보험회사 영업행위 윤리준칙

최근 생명보험의 공공성과 이에 따른 사회적 역할 및 책임이 강조되고 있다. 이에 생명보험업계는 사회적 책임을 실천하기 위하여 소비자 보호를 강화하고 있으며, 잘못된 정보제공, 불완전판매 및 부당 영업행위 등 소비자 권익을 침해하는 영업행태를 시정하는 등 소비자 권익 제고 노력을 지속하고 있다.

또한 보험업계는 2018년 6월 '보험회사 영업행위 윤리준칙'을 제정하고 보험소비자 권익제고를 위한 기본 지침으로 활용하고 있다. 보험회사 영업행위 윤리준칙은 보험회사 및 모집종사자가 판매과정에서 준수해야 할 근본원칙을 명시하고, 보험소비자에 대한 정보제공 강화, 완전판매, 분쟁방지 및 민원처리 등 보험회사 및 모집종사자의 영업행위에 관한 윤리의식 확립과 보험산업의 신뢰도 제고 및 건전한 시장질서 확립에 그 목적을 두고 있다.

보험회사 영업행위 윤리준칙 주요내용

보험소비자와의 정보 불균형 해소
보험회사 및 모집종사자는 신의성실의 원칙에 따라 소비자에게 적합한 상품을 권유하고, 소비자가 보험상품을 제대로 이해할 수 있도록 설명의무를 충실히 이행해야 함

보험소비자에 대한 정보제공 강화
보험회사는 소비자에게 제공되는 정보의 적정성 및 시의성을 확보하고, 계약체결 및 유지단계에서 단계별로 필요한 정보를 제공해야 함

모집질서 개선을 통한 소비자보호
보험회사는 완전판매 문화 정착, 모집종사자에 대한 불공정행위 방지 및 모집종사자의 전문성 제고를 위해 노력하여야 함

분쟁 방지 및 민원 처리
보험회사는 불완전판매 등에 대해 관리하고 민원관리시스템을 구축하며, 분쟁예방 대책 및 분쟁의 효율적 처리방안을 마련해야 함

(1) 보험영업 활동의 기본원칙

보험회사는 보험상품을 판매하고 서비스를 제공하는 과정에서 보험소비자의 권익을 침해하지 않고, 모집종사자의 도입 · 양성 · 교육 · 관리 등에 관한 법령을 준수하며 건전한 금융거래질서 유지를 위해 노력해야 한다. 또한 모집종사자는 금융인으로서 사명감과 윤리의식을 바탕으로 보험소비자의 권익 보호를 최우선 가치로 삼고 영업활동을 수행해야 한다. 아울러 보험회사와 모집종사자는 부당한 모집행위나 과당경쟁을 지양하고 합리적이고 공정한 영업풍토를 조성하여 모집질서 확립 및 보험계약자 권익보호에 최선을 다해야 한다.

(2) 보험상품 판매 전 · 후 보험소비자와의 정보불균형 해소

(가) 신의성실의 원칙

보험회사와 모집종사자는 보험소비자의 권익보호를 위해 보험영업 활동시 보험소비자가

합리적인 선택을 할 수 있도록 지원해야 한다. 보험회사는 판매과정에서 소비자 피해가 발생한 경우 신속한 구제를 위해 노력하고 모집종사자는 보험소비자와의 신의성실의 원칙에 따라 보험영업활동을 수행해야 한다.

(나) 적합한 상품 권유

보험회사와 모집종사자는 보험소비자의 연령, 보험가입목적, 보험상품 가입경험 및 이해수준 등에 대한 충분한 정보를 파악하고 합리적인 정보를 제공하여 불완전판매가 발생하지 않도록 하여야 한다.

(다) 부당 영업행위 금지

보험회사와 모집종사자는 보험소비자의 권익을 침해하는 다음의 부당 영업행위를 하여서는 안 된다.

주요 부당 영업행위

- 보험소비자의 보험가입 니즈와 구매의사에 반하는 다른 보험상품의 구매를 강요하는 행위
- 새로운 보험상품을 판매하기 위해 보험소비자가 가입한 기존 상품을 해지하도록 유도하는 행위 (보험계약의 승환)
- 보험회사로부터 승인을 받지 않은 보험안내자료나 상품광고 등을 영업에 활용하는 행위
- 보험소비자에게 객관적이고 올바른 정보를 제공하지 않아 보험소비자의 합리적인 선택을 불가능하게 하는 행위
- 보험회사의 대출, 용역 등 서비스 제공과 관련한 보험소비자의 의사에 반하는 보험상품의 구매를 강요하는 행위
- 보험소비자가 보험상품의 중요한 사항을 보험회사에 알리는 것을 방해하거나 알리지 아니할 것을 권유하는 행위
- 실제 명의인이 아닌 자의 보험계약을 모집하거나 실제 명의인의 동의가 없는 보험계약을 모집하는 행위 (허위 · 작성계약)
- 보험소비자의 자필서명을 받지 아니하고 서명을 대신하는 행위

(라) 충실한 설명의무 이행

보험회사와 모집종사자는 보험상품을 권유할 때 보험소비자가 보험상품의 종류 및 특징, 유의사항 등을 제대로 이해할 수 있도록 충분히 설명해야 하며, 보험상품의 기능을 왜곡하여 설명하는 등 보험계약자의 이익과 필요에 어긋나는 행위를 하지 않아야 한다.

또한, 보험회사는 보험계약 체결시부터 보험금 지급시까지의 주요과정을 법령에서 정하는 바에 따라 보험소비자에게 충분히 설명해야 하며 중도해지시의 불이익, 보장제한 등 보험소비자 권익에 관한 중요사항을 반드시 설명하고 상품설명서 등 관련정보를 보험소비자에게 제공해야 한다.

(마) 보험계약 유지관리 강화

보험회사는 보험소비자에게 보험료 납입안내, 보험금 청구절차 안내 등 보험계약 유지관리서비스를 강화하고 보험소비자의 만족도를 제고하도록 노력해야 한다.

(3) 보험소비자에 대한 정보 제공

(가) 정보의 적정성 확보

보험회사는 보험상품 안내장, 약관, 광고, 홈페이지 등을 통한 정보제공시 부정확한 정보나 과대광고로 보험소비자의 피해가 발생하지 않도록 하여야 한다. 또한 보험상품 판매광고시 보험협회의 상품광고 사전심의 대상 보험상품에 대해 보험협회의 심의필을 받아야 하며, 판매광고는 공정거래질서를 해치거나 보험소비자의 윤리 · 정서에 반하는 내용을 포함하여서는 안 된다.

모집종사자는 보험회사가 제작하여 승인된 안내자료만 사용해야 하며, 승인되지 않은 안내자료를 임의 제작 · 사용해서는 안 된다. 보험소비자에게 제공하는 자료는 객관적인 사실에 근거하여 보험소비자가 알기 쉽도록 간단명료하게 작성해야 하고, 보험소비자가 오해할 수 있는 정보가 포함되어서는 안 된다.

(나) 정보의 시의성 확보

보험회사와 모집종사자가 보험소비자에게 전달하는 정보는 보험소비자의 판단과 선택에 영향을 미치는 중요한 사항으로, 적법하고 정확하게 고객이 필요로 하는 시점에 제공되는 것이 중요하다. 이에 보험회사 및 모집종사자는 보험소비자에 대한 정보제공이 보험소비자의 관점에서 시의적절하게 이루어질 수 있도록 운영해야 하며, 보험회사는 공시자료 내용에 변경이 생긴 경우 특별한 사유가 없는 한 지체없이 자료를 수정하여 보험소비자에게 정확한 정보를 제공해야 한다.

(다) 계약체결 · 유지 단계의 정보 제공

모집종사자는 보험소비자에게 보험계약체결 권유 단계에 상품설명서를 제공해야 하고, 보험계약 청약 단계에는 보험계약청약서 부본 및 보험약관을 제공해야 하며, 제공하는 보험안내자료상의 예상수치는 실제 적용되는 이율이나 수익률 등과 다를 수 있다는 점을 분명하게 설명해야 한다.

보험회사는 1년 이상 유지된 보험계약에 대해 보험계약관리내용을 연 1회 이상 보험소비자에게 제공해야 하며(변액보험계약은 분기별 1회 이상), 저축성보험에 대해 판매시점의 공시이율을 적용한 경과기간별 해약환급금을 보험소비자에게 안내하고, 해약환급금 및 적립금을 공시기준에 따라 공시해야 한다. 또한 보험회사는 미가입시 과태료 부과 등 행정조치가 취해지는 의무보험에 대해서는 보험기간이 만료되기 일정 기간 이전에 보험만기 도래사실 및 계약 갱신절차 등을 보험소비자에게 안내해야 한다.

(4) 모집질서 개선을 통한 보험소비자 보호

(가) 완전판매문화 정착

보험회사는 보험소비자 보호 강화를 위해 완전판매문화가 정착되도록 노력해야 하며, 모집종사자의 모집관리지표를 측정 · 관리하고, 그 결과에 따라 완전판매 교육체계를 마련해야 한다.

(나) 건전한 보험시장 질서 확립

보험회사는 모집조직을 부당하게 대량 이동시켜 다른 사업자의 사업활동을 심각하게 곤란하게 하는 등의 과도한 스카웃 행위를 자제해야 하며, 모집종사자 위촉시에는 보험협회의 'e-클린보험서비스[18]'를 활용하여 위촉 대상 모집종사자의 모집경력을 확인하고 위촉심사기준을 마련해야 한다. 또한, 불완전판매 등 모집종사자의 부실모집행위에 대한 기준 운영을 통해 모집종사자의 불완전판매 재발을 방지하고, 소속 모집종사자가 보험소비자 의사에 반하는 보험계약 체결을 강요하지 않도록 교육해야 한다.

(다) 모집종사자의 전문성 제고

모집종사자는 판매하는 상품에 대한 모집자격 및 충분한 지식을 갖추어야 한다. 이를 위해 보험회사는 보험설계사 전문성 제고를 위한 교육제도를 운영하고, 보험협회에서 선정하는 우수인증설계사에 대한 우대방안을 마련하여 불완전판매가 없는 장기근속 우수설계사 양성을 도모하여야 한다.

(5) 개인정보의 보호

(가) 개인정보의 수집 · 이용

보험회사는 보험상품 판매를 위해 개인정보의 수집 및 이용이 필요할 경우 명확한 동의절차를 밟아 그 목적에 부합하는 최소한의 정보만 수집 · 이용해야 한다.

(나) 개인정보 보호 및 파기

보험회사는 법령에서 정하고 있는 경우, 고객의 동의가 있는 경우를 제외하고는 수집한 개인정보를 제3자에게 제공해서는 안 된다. 또한 개인정보가 외부에 유출되지 않도록 기술적 · 관리적 조치를 취해야 하고 수집한 개인정보를 해당목적 이외에는 사용해서는 안 되며, 그 목적을 달성한 이후에는 수집한 정보를 파기해야 한다.

18) http://www.e-cleanins.or.kr

(6) 보험소비자보호 조직 및 판매관련 보상체계

(가) 소비자보호총괄책임자

보험회사는 업무집행책임자(임원급) 중에서 준법감시인에 준하는 독립적 지위의 소비자보호총괄책임자를 1인 이상 지정해야 한다(단, 업무집행책임자를 지정하기 적합하지 않은 경우에는 준법감시인이 해당 직무를 수행). 소비자보호총괄책임자는 소비자 보호 업무를 총괄하고 소비자 권익 침해 혹은 침해될 우려가 발생한 경우 지체없이 대표이사에게 보고하여야 하며, 대표이사는 보고받은 사항을 확인하여 신속히 필요한 조치사항을 수행 · 지원하여야 한다.

(7) 분쟁방지 및 민원 처리

(가) 불완전판매 등에 대한 관리

보험회사는 보험상품 판매과정에서 불완전판매가 발생하지 않도록 소비자의 관점에서 판매과정을 지속적으로 관리해야 하며, 상품 및 서비스에 관한 소비자의 주요 불만사항의 내용과 피해를 분석하고 원인을 파악하여 개선하여야 한다.

(나) 민원처리시스템 구축

보험회사는 독립적이고 공정한 민원처리와 구제절차를 마련해야 하며, 다양한 민원접수 채널과 빠른 민원해결이 가능한 전산시스템을 구축해야 한다. 또한, 민원관리시스템을 통하여 민원처리시 접수사실 및 사실관계, 조사현황 등을 보험소비자에게 고지하여야 하며 민원인의 의견을 종합적으로 검토하여 민원예방을 위해 노력해야 한다.

(다) 분쟁방지 및 효율적 처리방안 마련

보험회사는 보험소비자와의 분쟁을 해결하는 부서를 지정하고 분쟁이 발생하지 않도록 분쟁예방 대책을 마련해야 하며, 분쟁 발생시 정당한 사유없이 보험소비자의 피해가 발생하지 않도록 하여야 한다. 또한 분쟁 발생시 보험소비자에게 분쟁해결에 관한 내부

절차를 알려야 하며, 보험소비자가 분쟁처리 결과에 이의가 있는 경우에는 이의제기 방법 또는 객관적인 제3자를 통한 해결방법에 대해 안내해야 한다.

(8) 기타

보험회사는 금융사고를 미연에 방지하고 사고 발생시 보험소비자의 피해를 최소화하기 위하여 내부신고제도를 운영해야 한다.

주요 신고대상 행위

- 횡령, 배임, 공갈, 절도, 뇌물수수 등 범죄혐의가 있는 행위
- 업무와 관련하여 금품, 향응 등을 요구하거나 수수하는 행위
- 업무와 관련된 상사의 위법 또는 부당한 지시 행위
- 기타 위법 또는 부당한 업무처리로 판단되는 일체의 행위

나. 보험설계사의 역할과 책임

(1) 보험인의 사회적 책임

최근 우리나라는 경제적 불확실성 증대, 고령화 심화 현상을 겪고 있으며, 이에 사회 구성원들의 경제적 안정과 건강한 노후를 위한 생명보험의 중요성이 높아짐에 따라 보험회사, 보험설계사 등 보험인의 사회적 역할과 책임도 강조되고 있다.

이러한 상황 속에서 보험인들은 보험을 통해 국민들의 생애 설계를 책임지고 국가 경제 · 사회발전에 기여한다는 사명감과 보험업에 대한 자부심과 긍지를 갖고 업무에 최선을 다할 필요가 있다.

즉, 보험인은 단순히 보험상품을 개발 · 판매하는 역할에 그치는 것이 아니라 성실한 고객관리를 통해 미래의 경제적 위험으로부터 고객을 보호한다는 사회적 책임의식을 가져야 하며, 아울러 공공성과 준법 · 윤리의식을 함양하고 이를 실천해야 한다. 이러한 인식을

배경으로 1968년 '보험인 윤리강령'이 제정되었으며, 보험인의 사회적 책임을 강조하고 있다.

보험인 윤리강령[19)]

우리는 보험산업의 역군으로서 온 겨레의 소망인 안정과 번영을 추구함을 우리들의 사명으로 한다. 보험산업은 새 시대가 지향하는 복지국가 건설의 기반이며 지속적인 경제성장을 이룩하는 밑거름이다. 이에 우리 보험인은 주어진 책무의 중차대함을 절감하여 보험인 윤리강령을 제정하고 이를 성실히 준수할 것을 다짐한다.

① 공공성
우리는 보험의 공공성을 깊이 인식하고 국민의 생활안정과 복리증진에 기여한다.

② 공신력 제고
우리는 보험산업의 공신력을 제고하여 보험의 생활화가 이루어지도록 최선의 노력을 경주한다.

③ 성실 · 봉사
우리는 보험가입자 보호를 최우선으로 하고 성실과 봉사를 신조로 하여 신뢰받는 보험인상(保險人像) 구현에 정진한다.

④ 기술개발
우리는 자기능력을 배양하고 새로운 보험기술을 개발하여 국민경제의 발전과 복지사회의 건설에 솔선한다.

⑤ 준법
우리는 법과 질서를 존중하는 보험인으로서 새 시대 새 역사 창조에 앞장선다.

한편, 2015년 7월에는 생명 · 손해보험, 은행, 금융투자 등 전 금융권 공통의 '금융권 윤리헌장'이 제정되고, 금융회사들이 자율적으로 내부 윤리강령에 반영하여, 금융회사의 내부통제 강화 및 윤리의식 제고를 통해 국민의 신뢰를 회복하기 위해 노력하고 있다.

19) 1968년 11월 제1회 보험의 날에 제정, 1981년 8월 개정

금융권 윤리헌장 주요내용

① 고객우선 ② 법규준수 ③ 신의성실 ④ 시장질서 존중 ⑤ 경영진의 책임 ⑥ 정보보호
⑦ 자기혁신 ⑧ 상호존중 ⑨ 주주가치 극대화 ⑩ 사회적 책임

(2) 보험설계사 윤리의 중요성

생명보험은 사회구성원들의 안정적인 미래를 준비하는 수단으로, 복지국가 실현에 필요한 3층 보장(사회보장, 기업보장, 개인보장)의 한 축을 담당하고 있다. 정부도 생명보험 상품 가입자에 대하여 일부 세제혜택을 지원함으로써 국민들이 자발적으로 갑작스러운 사고 · 위험 및 장래의 노후생활을 대비(개인보장) 할 수 있도록 하고 있다.

보험설계사들은 이러한 생명보험의 공공성을 이해하고 생명보험 상품의 내용을 숙지하여 고객에게 설명할 수 있는 기본 소양을 쌓아야 하며, 철저한 윤리의식을 함양하고 이를 실천할 책임이 있다. 특히 보험설계사는 영업현장에서 생명보험의 필요성을 설명하고 고객과 가장 가까이에서 소통하는 역할을 담당하고 있기 때문에, 고객들은 어렵고 복잡한 보험약관보다 보험설계사의 설명을 더 신뢰할 수밖에 없다. 때문에 보험설계사는 누구보다도 높은 사명감을 갖고 영업활동에 임해야 한다.

최근 우리나라의 보험시장은 판매채널 다변화, 금융겸업화, 소비자보호 강화에 따라 큰 변화를 맞이하고 있다. 과거에는 대부분의 고객이 보험설계사를 직접 만나 생명보험을 접하고 계약을 체결하였으나, 최근에는 방카슈랑스, 텔레마케팅(TM), 홈쇼핑, 인터넷, 모바일은 물론 타업종(은행 · 증권 등) 점포와 보험점포가 결합한 복합점포 등 다양한 경로와 방법을 통하여 보험서비스 및 보험정보를 제공받고 있다. 이에 따라 고객의 필요에 맞는 보험상품과 서비스에 대한 정확한 정보 제공 및 설명을 위하여 보험설계사의 전문성이 강조되고 있다.

또한 최근 개인정보보호 및 소비자보호에 대한 관심이 높아지고 있으며, 금융위원회 등 금융당국의 개인정보보호 및 소비자보호 관련 제도개선 노력도 지속되고 있다. 이러한

환경변화 속에서 그 어느 때보다 보험설계사의 전문성과 윤리의식이 강조되고 있으며 이는 보험산업이 소비자로부터 신뢰를 받기 위한 기본요소라고 할 수 있다.

(3) 보험설계사의 자세

(가) 관련법규 준수와 윤리규범 실천

보험설계사는 보험관련 법규를 준수하고 사회적 윤리규범을 실천하여야 한다. 법규 준수란 보험설계사가 보험을 판매하는 과정에서 명문화된 법규를 지키는 것이다. 주요 보험관련 법규로는 「상법」 보험편, 「보험업법」, 「금융소비자 보호에 관한 법률」 등이 있다. 그러나 이러한 법규들이 보험판매 과정에서 발생하는 모든 사안을 반영하기에는 한계가 있다. 즉, 명문화된 법규는 최소한의 기준이므로 보험설계사는 관련 법규를 준수해야 하는 것은 물론이며, 사회의 통념과 윤리규범 및 상식 등에도 관심을 가지고 이를 실천하며, 항상 고객의 입장에서 사고하고 행동하는 자세가 필요하다.

(나) 보험설계사로서의 사명감

보험설계사는 자신의 직업에 대해 사명감을 가져야 한다. 이는 보험설계사가 영업현장에서 보험상품을 판매하는 역할을 담당하고 있으며, 이를 통해 고객의 가장 가까이에서 처음으로 생명보험의 필요성과 가치를 전달하고 있기 때문이다. 단순히 상품을 판매하는 것에 그치지 않고 기존 보험을 분석하여 부족한 보장을 보완하거나, 고객의 가족 구성원별 보장 설계를 별도로 제안하는 등 고객에게 제공할 수 있는 모든 서비스와 정보 등을 자발적으로 안내하는 것은 보험업에 종사하는 보험설계사들만이 사명감을 갖고 할 수 있는 고유의 업무 영역이다.

(다) 전문성 개발

보험설계사는 끊임없이 보험에 대한 전문성을 키워나가야 한다. 보험설계사는 고객의 생애주기별 다양한 위험을 예측하고, 고객이 이를 대비하고 안정적인 사회경제활동을 할 수 있도록 도와주는 역할을 담당한다. 고객들이 꼭 필요한 보험상품에 가입하기 위해서는,

보험설계사가 전문성을 갖추고 보험상품과 서비스에 대해 정확히 설명할 수 있어야 한다. 그러므로 보험설계사는 보험상품뿐만 아니라 보험 관련 법규, 언더라이팅, 세무, 부동산, 금융지식 등 보험과 관련된 다양한 분야의 전문지식을 고르게 갖추어야 하며, 이러한 전문성이 곧 보험설계사 스스로의 경쟁력이 될 것이다.

(4) 보험설계사의 보험업에 대한 책임

고객이 보험상품을 가입할 때에는, 보험전문가인 보험설계사의 설명에 크게 의존할 수밖에 없다. 그러므로 보험설계사가 고객에게 보험상품에 대한 설명을 할 때에는 자의적 판단에 따라 불완전한 정보를 제공해서는 안 되며, 보험설계사로서의 사명감과 보험소비자에 대한 책임감을 가지고 관련법규 등에 따라 소비자에게 필요한 정보를 충분히 전달하여야 한다. 보험설계사가 보험업에 대하여 반드시 지켜야 할 주요내용은 다음과 같다.

(가) 3대 기본지키기

보험설계사 등 보험모집인들은 보험계약자가 보험계약을 청약한 경우 보험계약자들의 이해를 돕고 보험계약 성립의 안정성을 확보하기 위하여 '3대 기본지키기'를 준수하고 있다. 3대 기본지키기는 보험설계사의 보험상품 완전판매를 위한 의무사항으로, 만약 보험설계사가 이를 위반했을 경우에는 생명보험표준약관에 따라 보험계약자는 계약이 성립된 날부터 3개월 이내에 보험계약을 취소하고 납입한 보험료와 보험료를 납입한 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 반환받을 수 있다.

① 보험약관 교부 및 중요한 내용 설명

보험설계사는 보험계약자가 보험계약을 청약하는 경우, 보험약관을 교부하고 약관의 중요한 내용을 설명해야 한다. 보험약관에는 보험계약의 상세한 내용이 설명되어 있지만 분량이 많고 이해하기 어려운 보험 전문용어가 많아 정확한 설명이 없을 경우 소비자 피해가 발생할 수 있다. 이에 따라 보험계약자들이 상품의 내용을 보다 정확히 알고 가입할 수 있도록 보험설계사에게 중요사항에 대한 설명의무를 부과하고 있다.

물론 보험종류 및 상품에 따라 중요한 내용이 달라지긴 하지만, 일반적으로 보험계약의 중요사항이라 함은 보험료, 보장범위, 보험금 지급제한 사유 등 계약당사자의 권리와 의무에 관한 사항들이다.

② 계약자 보관용 청약서(청약서 부본) 제공

보험설계사는 보험계약자 보관용 청약서(청약서 부본)를 보험계약자에게 제공하여 보험계약자가 본인의 보험계약 내용에 대해 확인할 수 있도록 안내하여야 한다. 보험계약자 및 피보험자는 청약서를 통해 보험계약내용, 보험계약자 · 피보험자 · 보험수익자 등 보험계약관계자, 보험계약자의 주소, 보험계약자의 계약 전 알릴 의무에 대한 사항(고지사항), 자필서명 여부 등을 확인할 수 있다.

③ 자필서명 안내 및 확인

자필서명은 보험계약자와 피보험자의 청약의사표시이므로 보험설계사는 반드시 보험계약자와 피보험자로부터 직접 서명을 받아야 한다. 보험설계사는 보험계약자의 배우자나 가족 등 보험계약자 이외의 사람에게 자필서명을 대리하도록 해서는 안되며, 보험계약자와 피보험자가 다를 경우 보험계약자가 피보험자를 대리하여 서명하도록 권유 · 유도해서도 안 된다. 이러한 사항이 지켜지지 않았을 경우, 향후 보험금 지급과 관련한 분쟁의 주요 원인이 되므로 보험설계사는 반드시 보험계약자와 피보험자가 직접 자필서명을 하도록 안내하고 확인해야 한다.

(나) 부당한 보험계약 전환(승환계약) 금지

부당한 보험계약 전환(승환계약)이란, 보험설계사가 보험계약자에 대하여 이미 가입한 보험계약을 부당하게 소멸시키고 새로운 보험계약을 청약하게 하거나 권유하는 행위를 말한다. 만약 고객의 진정한 필요에 의해서 보험계약을 전환하고자 하는 경우에는 반드시 기존에 가입한 계약과 새로 가입하고자 하는 계약의 중요한 사항을 비교하여 설명하고, 이를 근거로 소비자가 합리적인 선택을 할 수 있도록 하여야 하며, 비교설명확인서에 보험계약자와 피보험자의 자필서명을 받아야 한다.

(다) 비윤리적 판매행위 금지

보험설계사는 고객에게 직 · 간접적인 피해를 입히고 보험산업의 신뢰도에 악영향을 초래하는 비윤리적이고 불건전한 영업행위를 하지 않아야 한다.

비윤리적 판매행위 사례 예시

- 판매자격이 없는 상품을 판매하는 행위
- 위탁계약을 체결한 보험회사 이외의 다른 회사 금융상품을 대리 판매하고 돈이나 물품 등의 보상을 받는 행위
- 제3자로부터 고객을 소개받았을 때 소개비 또는 그에 상응하는 물품 등의 보상을 주는 행위
- 고객의 보험료를 보험설계사가 자신의 돈으로 대신 납입하는 행위
- 보험설계사가 고객과 공동으로 보험상품에 가입하고 이익의 일부를 수수료로 받는 행위
- 상담이나 재무설계에 대한 대가로 고객으로부터 직접 수수료를 받는 행위

(라) 불법 · 허위 · 과장광고행위 금지

보험설계사는 보험상품에 관한 광고를 하는 경우 보험계약자가 보험상품의 내용을 오해하지 않도록 명확하고 공정하게 전달하여야 하며, 보험상품 광고는 관련법규에 저촉되지 않는 범위 안에서 이루어져야 한다.

또한 우리나라 「정보통신망 이용촉진 및 정보보호 등에 관한 법률」은 고객의 명시적인 수신거부의사에 반하여 영리목적의 광고성 정보를 전송하지 않도록 규정하고 있으며 고객에게 전화, 팩스 또는 SMS, 이메일 등을 통해 영리목적의 광고성 정보를 보낼 경우 반드시 사전에 고객의 동의를 확보하도록 규정하고 있다.

영리목적의 광고성 정보

보험상품 소개, 가입권유 등 회사 또는 보험설계사가 영업상의 목적으로 고객에게 정보를 전송하는 것은 원칙적으로 영리목적의 광고성 정보에 해당된다. 특히 불확실한 사항에 대한 확정적인 표현, 부당한 비교 및 비방, 허위사실 및 과장된 광고성 내용을 SMS로 전송하는 것은 관련법률에 의해 처벌받을 수 있다. 단, 보험료 납입연체 안내, 보험계약대출 연체 안내 등 법규 및 약관에 의하여 고객과 이해관계가 있는 사항이나 회사의 권리 · 의무에 관한 사항은 영리목적의 광고성 정보로 보지 않는다.

(마) 회사가 승인한 자료 사용

보험설계사가 고객에게 상품을 설명하거나 권유할 경우에는 반드시 보험회사가 심사 · 승인하여 관리번호가 부여된 보험안내자료만을 사용해야 하며, 보험설계사가 그 자료의 형태나 내용을 임의로 수정 또는 변경해서 사용해서는 안 된다. 만약 본인이 직접 제작한 보험안내자료를 사용하고자 한다면 별도로 소속 보험회사의 내부심사를 거쳐 관리번호를 부여받아야 한다.

(바) 편법적 영업행위 금지

통상 대출고객에게 금융상품 가입을 강요하는 행위는 대출금리를 실질적으로 높이는 등 소비자에게 불이익을 초래할 수 있으므로 금융감독당국에서는 이를 엄격히 금지하고 있다. 최근에는 보험설계사가 개인대출을 해주고 그 대가로 보험계약을 유치하는 사례도 발생하는 등 편법적 영업이 증가하고 있으므로 부당한 영업행위에 편승하지 않도록 각별한 주의가 요구된다.

(5) 보험설계사의 보험회사에 대한 책임

(가) 법규 및 회사규정 준수

보험설계사는 보험관계법규뿐만 아니라 회사의 내부규정과 지침을 철저히 준수해야

한다. 이러한 법규준수는 보험설계사가 장기적으로 고객의 신뢰를 받으면서 모집활동을 하기 위한 기본사항이다.

(나) 보험료 수령

보험설계사는 고객으로부터 보험료를 수령한 경우 회사 이름으로 된 영수증을 반드시 교부하여야 하며, 수령한 보험료는 보험회사 계좌로 즉시 입금해야 한다.[20] 또한 어떠한 경우라도 고객의 보험료를 유용하여서는 안 되며 특히 일일수금(일수식 통장수금 행위) 등 변칙적인 방법으로 보험료를 받아서는 안 된다.

(다) 언더라이팅을 위한 정확한 정보를 회사에 제공

보험가입자간 공평한 부담유지를 위해 보험회사가 일정한 기준에 의해 보험가입자를 선별해내는 것이 언더라이팅(계약선택)이다. 이에 관한 보험설계사의 의무는 가능한 한 가장 정확하고 완벽한 고객의 정보를 회사에 제공하는 것이다. 보험설계사는 계약체결 과정에서 고객을 직접 대면하여 상담하기 때문에 고객에 대한 다양하고 정확한 정보를 파악할 수 있다. 보험계약이 체결된 이후라도 차후 고의 또는 과실로 인한 부정확한 정보제공이 있었을 경우 계약이 무효가 될 수 있기 때문에 정확한 정보를 제공하는 것은 보험설계사의 중요한 역할이라 할 수 있다.

(라) 고객불만 처리

보험설계사는 고객의 불만사항을 구두상이나 문서 또는 전화로 접수했을 경우 이를 지체없이 보험회사에 알려야 한다. 이때 고객성명과 불만사항 그리고 현재 상황을 일목요연하게 정리하여 보험회사가 정확하게 인지할 수 있도록 전달해야 한다. 아울러 보험설계사의 영업활동과 관련하여 금융감독기관으로부터 조사를 받았을 경우에도 해당 사실을 보험회사에 즉시 알려 소비자 피해를 사전에 예방해야 한다.

---

20) 과거에는 보험설계사의 보험료 수령권이 인정되지 않았으나, 2014년 상법 개정으로 회사가 발행한 영수증을 교부하는 경우에 한하여 설계사의 보험료 수령권을 인정하고 있음(상법 제646조의 2)

(6) 보험설계사의 고객에 대한 책임

(가) 적합한 상품의 판매

보험설계사는 고객의 연령, 소득 및 보험가입의 목적을 파악하여 고객의 입장에서 가장 적합한 상품을 권유 · 판매해야 한다. 이는 한 차원 높은 윤리적 판매행위로 고객이 필요로 하는 재무 서비스(financial service)를 제공하여 보험계약 유지율 개선 및 민원감소 효과, 그리고 고객의 신뢰확보라는 중요한 가치를 획득할 수 있다. 이를 위해 보험설계사는 고객의 재무상태, 투자목표, 위험감수(risk tolerance) 수준, 과거 투자경험 등을 고려해야 하며, 이러한 정보들을 얻기 위해서 충분한 노력을 기울여야 한다. 보험설계사는 권유하는 상품이 고객의 입장에서 적합한지를 판단하기 위해서 다음과 같은 내용을 체크해 볼 필요가 있다.

상품추천 적합성 여부 판단

고객연령
- 고객의 현재 연령에 가장 적합한 보험상품인가?

납입보험료
- 고객의 재정목표와 소득수준을 감안했을 때, 납입보험료의 수준이 적정한가?
- 이로 인한 계약해지의 우려는 없는가?

가입목적
- 기존에 가입한 보험과 비교하여 부족한 보장을 채워주는 상품인가?
- 노후의 재무안정성에 기여할 수 있는 상품인가?
- 상속에 대비하기 위한 금융자금을 마련하기 위한 상품인가?

고객적합성
- 원금손실이 발생할 수 있는 보험상품에 대한 투자와 위험을 감수할 수 있는 고객인가?
- 변액보험 펀드 중 고객의 투자목적과 위험감수도에 부합하는 포트폴리오를 구성할 수 있는가?

투자기간
- 고객에게 추천한 보험상품의 보험료 납입기간 · 보장기간이 고객의 재정목표에 부합하는가?

한편, 생명보험업계는 변액보험 체결 권유시 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제17조 적합성 원칙 등을 이행하기 위하여 '변액보험 표준계약 권유준칙'을 제정 · 운영하고 있다.

변액보험 표준계약 권유준칙

1. 관계법규를 준수하고, 신의성실의 원칙에 따라 업무를 수행하여야 한다.
2. '적합성 진단'을 실시하기 전에 실시목적에 대해 충분히 설명하여야 한다.
3. 보험계약자가 합리적인 의사결정을 할 수 있도록 보험계약 체결에 따르는 위험 등을 명확히 설명하여야 한다.
4. 보험계약자가 자신의 판단과 책임에 따라 스스로 보험계약 체결에 관한 의사결정을 하도록 하여야 하고, 그에 대한 결과가 보험계약자 본인에 귀속됨을 보험계약자에게 알려야 한다.
5. 정당한 사유없이 보험계약자의 이익을 해하면서 자신이 이익을 얻거나 제3자가 이익을 얻도록 하여서는 아니된다.

(나) 회사 및 상품 소개

보험설계사가 고객에게 자신이 소속된 회사를 소개할 경우에는 회사의 규모, 재무상황 등을 사실에 근거하여 설명하고, 신문 · 잡지 등 기타자료를 사용할 경우 그 출처를 밝혀야 한다. 객관적이지 않은 자료를 근거로 다른 회사를 비방해서도 안 된다. 또한 회사에서 제공하고 인증한 안내자료 외에는 사용할 수 없으며, 임의로 작성할 경우 반드시 회사의 승인을 받아야 한다. 또한 상품설명시에는 보장받을 수 있는 부분과 그렇지 않은 부분 등에 대해서는 정확히 설명하고, 고객에게 불리한 사항에 대해서는 고객이 정확히 이해하였는지 반드시 확인하여야 한다. 아울러 보험료 · 보험금 · 수익률 등 상품과 관련된 내용을 객관적인 근거자료 없이 이메일이나 SMS 등을 통하여 고객에게 안내해서는 안 된다.

(다) 고객정보 보호

보험설계사는 업무수행 과정에서 취득한 고객정보를 엄격히 보호하여야 한다. 「개인정보 보호법」에 따라 고객정보를 철저하게 관리하여야 하며, 고객의 동의를 받지 않고 마케팅

목적으로 사용하거나 외부에 유출하여서는 안 된다. 특히 개인정보 중 주민등록번호는 「개인정보 보호법」에 따라 법령에서 구체적으로 처리를 요구하거나 허용한 경우 등을 제외하고는 고객의 동의를 받았더라도 사용이 불가능하므로 더욱 철저히 관리하여야 한다.

(라) 고객관리 의무

보험설계사의 의무는 고객에게 적합한 보험상품을 판매하는 것으로 끝나는 것이 아니다. 보험설계사는 보험모집에 종사하지만 그 업무의 성격상 보험계약의 유지, 부활, 보험금 지급의 모든 과정에 직 · 간접적으로 관여하게 된다. 즉, 판매 이후에도 지속적인 고객관리가 필요하며, 보험설계사의 관리소홀로 고객이 가입한 보험계약의 보장을 받지 못하는 경우가 발생하지 않도록 판매 이후에도 고객관리에 주의를 기울여야 한다.

(7) 보험설계사의 사회에 대한 책임

보험설계사는 넓은 의미에서 사회에 대한 책임도 있다. 보험설계사의 역할은 단순히 고객의 재정적 안정을 위해 봉사하는 것이라고 말할 수 있다. 보험설계사는 판매 일선에서 고객들과 직접 대면하여 보험의 중요성과 필요성을 알리기 때문에 보험산업 전체의 이미지에 직접적으로 영향을 미치게 된다.

최근 보험설계사들을 중심으로 다양한 사회공헌활동이 증가하고 있는데 이는 사회에 대한 책임의 연장으로서 적극 장려되어야 할 변화 중 하나이다. 하지만 무엇보다도 보험설계사 개개인이 윤리의식을 바탕으로 고객에게 최선을 다할 때 사회적으로 건전한 보험문화가 확산되고 보험상품과 보험산업에 대한 신뢰도가 높아질 것이다.

2 보험사기방지활동

가. 보험사기의 개념

보험사기란 보험의 원리상 지급받을 수 없는 보험금을 수령하는 행위, 실제 손해액보다 많은 보험금을 청구하는 행위 또는 보험가입시 실제보다 적은 보험료를 납입할 목적을 가지고 행동하는 행위 등 보험계약과 관련된 일체의 불법행위를 말한다. 보험은 우연성을 전제로 예상치 못했던 우발적인 사고로 인한 경제적 손실을 보상하기 위한 제도로 보험사고가 우연이 아닌 누군가의 목적에 의해 고의로 현실화 되었다면 이는 이미 보험의 범주에서 벗어난 것이다. 이처럼 우연을 가장한 목적 또는 고의로 위험을 실현시키고 보험금을 청구하는 행위, 위험정도를 조작하는 행위 및 그 과정에서 발생된 모든 의도된 행위가 보험사기에 해당된다. 보험사기는 보험계약의 사행계약성이라는 특성을 일부 보험계약자 등이 개인의 경제적 이득을 위한 수단으로 악용한 것이기 때문에 큰 사회문제로 대두되고 있다.

보험사기의 구성요건

◈ 객관적 구성요건

① 사람을 기망하여
② 착오에 빠지게 하며, 그 착오에 기하여 재물의 처분행위를 하고
③ 그 처분행위에 기하여 재물의 교부를 받거나 재산상 이익을 취득하고
④ 기망과 착오 및 처분행위 사이에 인과관계가 있어야 한다.

◈ 주관적 구성요건

① 고의 : 객관적 구성요건 요소에 대한 인식
② 불법영득의사 : 타인의 재물 또는 이익을 침해하여 취득하고자 하는 의사

(1) 연성사기(soft fraud)

연성사기는 우연히 발생한 보험사고를 이용하여 실제 발생한 손해 이상의 과다한 보험금을 받기 위해 보험사고를 과장하여 보험금을 청구하거나 보험료를 비정상적으로 줄이는 것을 말한다. 연성사기의 유형으로는 경미한 질병 · 상해에도 불구하고 장기간 병원에 입원하거나 보험계약 당시 보험회사에 허위정보를 제공(고지의무 위반)하는 것 등이 있다. 이러한 연성사기는 피해자가 없는 범죄로 인식되고 있다.

(2) 경성사기(hard fraud)

경성사기는 계획적이고 의도적으로 보험사고를 조작하거나 발생시키는 행위로 보험금을 받기 위해 보험에서 담보하는 재해, 상해 등을 고의적으로 발생시키거나 의도적으로 사고를 조작하는 행위를 말한다. 경성사기의 유형으로는 보험금을 타내기 위해 상해 · 방화 · 살인 등 피보험자를 해치는 행위, 생존자를 사망한 것으로 위장하는 행위 등이 있으며 보험금을 받으려는 과정에서 추가적인 피해자가 발생하게 된다.

기존(2016년 이전)에는 보험사기가 성립되기 위해서는 「형법」 제347조 사기죄, 즉 '타인을 기망하여 재물의 교부를 받거나 재산상의 이익을 취득한 자'의 요건을 충족시키면 되었고, 사기죄에 해당하는 경우 10년 이하의 징역 또는 2천만원 이하의 벌금에 처하며 보험사기를 위해 다른 범죄(살인, 방화 등)를 저질렀다면 이 범죄는 사기죄와 경합범[21]이 되었다.

2016년에는 보험사기의 심각성에 대한 사회적 공감대를 바탕으로 「보험사기방지특별법」이 제정(2016.3.29) 및 시행(2016.9.30)되었으며 「보험사기방지특별법」상 보험사기행위에 해당할 경우에는 10년 이하의 징역 또는 5천만원 이하의 벌금에 처할 수 있도록 처벌이 강화되었고, 상습범의 경우 가중처벌도 가능하게 되었다.

21) 1개의 행위가 2개 이상의 죄에 해당하는 경우 또는 한사람이 2개 이상의 죄를 범한 경우를 말한다.

「보험사기방지특별법」 주요조항

제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "보험사기행위"란 보험사고의 발생, 원인 또는 내용에 관하여 보험자를 기망하여 보험금을 청구하는 행위를 말한다.

제8조(보험사기죄) 보험사기행위로 보험금을 취득하거나 제3자에게 보험금을 취득하게 한 자는 10년 이하의 징역 또는 5천만원 이하의 벌금에 처한다.

제9조(상습범) 상습으로 제8조의 죄를 범한 자는 그 죄에 정한 형의 2분의 1까지 가중한다.

제10조(미수범) 제8조 및 제9조의 미수범은 처벌한다.

제11조(보험사기죄의 가중처벌) ① 제8조 및 제9조의 죄를 범한 사람은 그 범죄행위로 인하여 취득하거나 제3자로 하여금 취득하게 한 보험금의 가액(이하 이 조에서 "보험사기이득액"이라 한다)이 5억원 이상일 때에는 다음 각 호의 구분에 따라 가중처벌한다.

1. 보험사기이득액이 50억원 이상일 때 : 무기 또는 5년 이상의 징역
2. 보험사기이득액이 5억원 이상 50억원 미만일 때 : 3년 이상의 유기징역

② 제1항의 경우 보험사기이득액 이하에 상당하는 벌금을 병과할 수 있다.

나. 보험사기의 역사

보험사기의 최초 발생시기는 정확한 기록으로 전해지지 않으나 보험제도의 탄생과 함께 보험사기도 시작되었을 것이라고 추정할 수 있다. 보험사기의 역사는 중세시대까지 거슬러 올라가며 16세기 유럽에서는 도박과 보험간의 구별이 명확하지 않을 정도로 그 성격이 유사한 것으로 이해되었다. 특히 타인의 사망을 성립요건으로 하는 보험계약과 관련된 많은 범죄가 발생하여 16세기말에는 네덜란드와 프랑스를 제외한 북유럽에서 생명보험이 전면 금지되기에 이르렀다.

세계 최초의 보험사기는 1762년 영국의 '이네스 사건'이다. 이네스라는 남성은 양녀를 피보험자로 하여 1,000파운드짜리 생명보험에 가입하였다. 이후 그는 양녀를 독살하고 자신을 상속인으로 하는 유언장을 제출하며 보험금을 수령하려 했으나 유언장의 증인 2명 가운데 1명이 위조된 유언장임을 폭로하면서 결국 범행사실이 발각되어 사형에 처해지게

된다. 1896년 일본에서는 대리건강진단을 받아 보험금을 수령하려다가 미수에 그치는 사건이 발생하기도 했다.

우리나라 최초의 보험사기는 1923년에 발생하였다. 동년 8월경에 수원군 마도면에 사는 이씨의 처가 병으로 위독하였는데, 보험외교원(보험모집인) 조씨는 다른 이들과 공모하여 다른 사람을 이씨의 처인 것처럼 속여 보험금 5천원의 양로보험계약을 체결하도록 했다. 이후 10월경 이씨의 처가 생존해있음에도 허위로 사망신고를 하여 보험금 5천원을 편취하였다가 발각되어 징역형이 선고되었다.

우리나라 최초의 보험금을 노린 살인사건은 1975년 '박분례 사건'이다. 박분례는 1973년 11월부터 1976년 1월까지 친척 8명을 피보험자로 하여 3개의 생명보험회사와 총 보험금 1억 7천만원에 보험계약을 체결하였다. 이후 박분례는 1975년 1월에 언니, 형부, 조카 일가족을 방화로 살해하였고 이듬해 5월에는 시동생을 독살하고 보험금을 수령하였다. 이 사건은 박분례가 언니의 가족을 살해했을 때 군복무 중이던 조카가 1977년 제대 후 보험금을 이모인 박분례가 수령한 사실을 알고 추궁하던 중 사건의 전모가 밝혀지며 박분례는 사형에 처해지게 되었다.

위 사례들을 통해 동서양 및 시대를 막론하고 보험사기에 유사성이 존재함을 알 수 있다. 적은 보험료로 막대한 보험금을 받을 수 있는 보험제도의 구조로 인해 사람들이 범죄의 유혹에 빠지기 쉽다는 것이다. 특히 보장이 클수록 보험의 사행성 요소가 커져 범죄에 악용될 가능성이 높아진다. 국가나 시대를 불문하고 위법 행위를 통해서라도 보험금을 획득하려는 시도가 계속되기 때문에 오늘날까지도 보험사기가 확대 · 재생산되고 있는 것이다.

다. 보험사기의 분류

(1) 보험종류별 분류

보험은 보험대상에 따라 구분하는 것이 일반적이며 목적물에 따라 생명보험, 손해보험, 제3보험으로 나눌수 있다. 보험사기도 담보되는 목적물에 따라 생명보험, 손해보험,

제3보험으로 구분할 수 있다.

(가) 생명보험

생명보험은 사람의 생존과 사망에 관하여 일정하게 정해진 금액을 지급할 것을 목적으로 하는 보험으로 사망보험, 생존보험, 양로보험, 연금보험, 단체보험 등이 있다. 사람의 생사를 담보로 하는 생명보험으로 인한 보험사기는 강력범죄와 동반될 가능성이 커 그 심각성이 높다.

(나) 손해보험

손해보험은 피보험자의 재산상의 손해가 발생한 경우 실제 재산상의 손해를 보상하는 보험으로 화재보험, 운송보험, 해상보험, 책임보험, 자동차보험 등이 있으며, 이 중 화재보험과 자동차보험이 보험사기의 주 대상이 되고 있다.

2000년 이후 자가용 보급의 대중화로 자동차보험에서 가장 많은 보험사기가 나타나고 있으나 CCTV, 블랙박스가 보편화됨에 따라 적발률도 높아지고 있다.

(다) 제3보험

제3보험은 생명보험회사와 손해보험회사가 모두 판매할 수 있으며 상해보험, 실손의료보험, 장기보험 등이 있다. 최근 실손의료보험을 악용한 허위 · 과다입원 및 수술(진료) 관련 보험사기가 증가하고 있다.

(2) 보험사기 유형

(가) 사기적인 보험계약의 체결

보험계약자가 보험계약시 허위고지, 대리진단 등을 통해 중요한 사실을 은폐하고 사기적으로 보험계약을 체결하는 행위 등을 말한다. 예를 들면 암진단을 받은 자가 진단사실을 숨기거나, 피보험자가 아닌 제3자를 통한 대리진단으로 다수의 보험을 가입하는 행위 등 보험에 가입할 수 없는 상태에 있는 자가 보험가입을 하기 위해서 또는 적은

보험료를 지불하기 위해서 자신에게 불리한 사실을 숨기는 것 등이 해당된다. 또한 이미 사망한 사람을 피보험자로 하여 보험에 가입하거나 보험사고가 이미 발생한 후에 사고일자 등을 조작 · 변경하여 보험에 가입하는 행위 등도 사기적인 보험계약에 해당된다.

(나) 보험사고의 고의적 유발

고의적으로 사고를 일으켜 부당하게 보험금을 청구하는 행위를 말한다. 보험금을 받아내기 위해 고의적으로 살인을 하거나 방화, 자해 등의 사고를 유발하는 가장 악의적인 보험사기 유형으로 가족 또는 지인들과 사전 공모하여 고의로 사고를 일으키는 등 계획적 · 조직적 · 지능적인 양상을 보인다. 예를 들면 피보험자 본인이 고의로 보험사고를 유발하기 위하여 손목 · 발목 등 신체 일부를 절단하거나 고층에서 뛰어내리는 행위, 운행중인 차량에 고의로 부딪치는 행위 등이 있다. 한편 보험수익자가 보험금을 노리고 피보험자의 신체나 재산에 피해를 가하여 상해 및 손상을 입히거나 살해하는 경우도 있다. 최근에는 국내 보험사고 조사 강화로 중국 · 동남아 등 보험사고 조사가 상대적으로 어려운 국외까지 보험사기 현장이 확대되는 경향을 보이고 있다.

(다) 보험사고의 위장 및 허위사고

가장 흔한 보험사기 유형으로 보험사고 자체를 위장 · 날조하거나 보험사고가 아닌 것을 보험사고로 조작하는 행위 등이 있다. 예를 들면 생명보험의 사망보험금을 받아내기 위하여 피보험자가 사망하지 않았음에도 사망한 것처럼 위장하는 행위, 상해보험의 경우 보험사고 조작을 통하여 병 · 의원의 허위진단서 등을 발급받아 보험금을 청구하는 행위, 기존의 다른 사고로 입은 부상을 교통사고나 미끄러짐 등의 경미한 사고로 인하여 발생한 것처럼 꾸며 보험금을 청구하는 행위 등이 있다.

(라) 보험금 과다청구(피해과장)

보험사고로 인하여 입은 피해보다 많은 보험금을 지급받기 위하여 병원과 공모하여 부상의 정도나 장해등급을 상향하는 행위, 통원치료를 하였음에도 입원 치료를 받은 것으로 서류를 조작하는 행위, 치료기간의 연장 또는 과잉진료를 하는 행위 등 사기적으로

보험금을 과다 청구하는 행위이다. 예를 들면 입원기간 동안 외출 · 외박 기타 정상적인 사회활동을 하였음에도 입원한 것처럼 진단서를 발급받는 행위, 차량정비 업체 등이 다양한 형태로 피해를 부풀리거나 조작하여 보험금을 과다 청구하는 행위 등이 해당된다.

라. 보험사기와 정보의 비대칭 현상

(1) 도덕적 해이

도덕적 해이(Moral Hazard)란 보험사고의 발생가능성을 높이거나 손해를 증대시킬 수 있는 보험계약자나 피보험자의 고의 또는 불성실한 행동을 뜻한다. 보험제도는 우연성을 기초로 한다. 그런데 위험성은 모든 사람마다 다르기 때문에 공정한 보험계약이 되기 위해서는 각각의 보험계약을 체결할 때마다 보험계약자 또는 피보험자가 가지고 있는 각각의 위험을 일일이 산출하여야 하는데 이는 현실적으로 불가능하다. 따라서 각 보험계약자나 피보험자들의 공통된 특징을 기초로 하여 일정한 군으로 분류한 뒤 각 군에 대해 추정되는 위험성을 근거로 보험료를 결정하게 된다.

한편 보험계약도 계약의 일종으로 모든 계약의 원칙인 신의성실의 원칙이 적용되므로 보험계약자, 피보험자, 보험회사는 그 계약의 체결 및 계약의 이행 단계에서 신의에 따라 성실히 그 권리를 행사하고 의무를 이행하여야 한다.

도덕적 해이란 특정 위험군에 속한 것으로 분류되고 합의되어 보험계약을 체결한 당사자가 계약 후 불성실한 태도로 보험사고의 발생가능성을 높이는 것을 말하는데, 이는 결국 우연성을 인위적으로 조작하는 행위인 것이다. 이러한 도덕적 해이는 그러한 위험행동을 누가 유발하였는가에 따라 내적 도덕적 해이와 외적 도덕적 해이로 나누기도 한다. 내적 도덕적 해이는 보험계약자 또는 피보험자가 직접적으로 보험제도를 악용하거나 남용하는 행위에 의해 야기되며, 외적 도덕적 해이는 계약자 및 관계있는 의사, 병원, 자동차 수리인, 모집종사자 등이 간접적으로 보험을 악용하거나 남용하는 행위에 의해 야기된다.

(2) 역선택

역선택이란 시장 경제주체들이 거래행위시 어느 일방이 다른 거래주체보다 더 많은 정보를 가지고 있는 경우 정보가 부족한 경제주체가 바람직하지 못한 상대방과 거래하게 되거나 열등한 재화를 구매하게 되는 상황을 뜻한다. 보험계약에 있어 역선택이란 특정군의 특성에 기초하여 계산된 위험보다 훨씬 높은 위험을 가진 집단이 동일한 군으로 분류되어 보험계약을 체결함으로써 가입한 군의 사고발생률을 증가시키는 현상이다. 즉, 평균적인 위험 발생가능성보다 더 높은 위험 발생가능성을 갖고 있는 사람이 평균적인 위험 발생가능성을 갖고 있는 것처럼 평균 보험요율에 따라 보험에 가입하는 상황을 말한다. 보험에 가입하려는 사람이 기왕의 병력[22]이 있었다고 하더라도 그 병력으로 인해 보험금을 수령한 사실이 없다면 보험회사로서는 보험계약 당시에 그러한 병력이 있었는지 여부를 확인할 수 없다. 역선택의 예로는 보험에 가입할 수 없는 부적격자가 보험에 가입하거나 보다 적은 보험료를 납입하기 위해, 기왕력을 숨기고 보험에 가입하는 고지의무 위반의 경우 및 이미 보험사고가 발생하였음에도 그 발생사실을 숨기고 보험에 가입하는 경우 등이 있다.

역선택과 도덕적 해이의 공통점은 정보의 불균형에서 비롯된다는 것이며 차이점은 그러한 정보의 불균형으로 인한 효과가 보험계약 체결 전에 발생하는지 체결 후에 발생하는지에 있다. 역선택은 보험계약 체결 이전부터 발생해 있는 정보의 불균형으로 인한 결과이지만 도덕적 해이는 보험계약 체결 후에 계약자 및 피보험자의 감추어진(비대칭 정보) 행동이 현실화된다는 차이가 있다.

22) 지금까지 걸렸던 질병이나 외상 등 진찰을 받는 현재에 이르기까지의 병력(기왕력)

보험사기와 보험범죄의 차이

보험범죄

보험계약자, 피보험자 또는 수익자가 보험제도의 원리상으로는 취할 수 없는 보험혜택을 부당하게 얻거나, 보험제도를 역이용하여 고의적 · 악의적으로 보험금을 편취하는 인위적인 불법행위를 의미

보험사기

보험사기방지특별법에서 정한 보험사고의 발생 · 원인 또는 내용에 관하여 보험회사를 기망하여 보험금을 청구하는 행위 또는 형법 제347조(사기죄)*가 성립되는 행위. 즉, 보험사기는 보험업무와 관련하여 발생되는 재산적 이득을 얻을 목적으로 보험회사를 기망하는 제반행위에 해당

* 다른 사람을 속여 재물을 빼앗거나 재산상의 불법한 이익을 취하거나 혹은 제3자에게 이를 얻게 함으로써 성립하는 죄

⇒ 보험범죄가 형법적 처벌 대상으로서의 구체적인 범법행위로 나타난 결과만을 지칭하는 반면, 보험사기는 보험 가입시 악의성을 포함하는 점에서 보험범죄보다 광범위한 개념

마. 보험사기 계약의 특징

(1) 고액 또는 다수 보험계약

대부분의 보험사기 계약은 수령액을 늘리기 위해 본인의 소득수준에 맞지 않게 과다한 보험료를 납입하는 방법으로 가입하거나 암보험 · 정기보험과 같이 특정질병 · 특정기간에 고액의 보험금이 지급되는 동일한 종류의 보험상품을 여러 회사에 분산하여 가입하는 특징을 보인다. 이러한 고액이나 다수 보험계약 체결여부는 사전에 언더라이팅이나 보험금 지급심사시 파악하는 것이 중요하다.

(2) 비연고성 및 자발성 계약

보험사기를 목적으로 보험에 가입하는 자들은 자신이 개인적으로 잘 알고 있는 보험설계사 등의 권유에 의해 보험을 가입하지 않고 보험회사에 직접 연락하여 보험계약을 체결하거나 낯선 지역의 설계사 또는 영업소를 방문하여 가입하는 등 자발적으로 보험계약을 체결하는 경향을 보인다.

(3) 부자연스러운 보험계약

일반적으로 계약자의 소득수준보다 과다한 보험에 가입하거나 피보험자의 연령 등의 측면에서 자연스럽지 않은 보험계약의 경우 보험사기로 이어질 가능성이 매우 높다. 따라서 보험계약 체결시 언더라이팅 과정에서 보험계약자의 소득수준 등 재정상태를 정확히 파악하는 것이 중요하다.

(4) 보험사기자들의 개인적 특징

보험사기자들은 과중한 부채로 인해 재정적으로 어려움을 겪고 있는 등 사생활 및 가정생활이 비정상적인 경우가 많다. 또한 강한 물적 욕구나 탐욕, 허영심도 지니고 있다.

보험사기자의 특성

- 지능적이고 죄의식이 결여되어 있음
- 범행이 반복적이고 재범의 우려가 높음
- 금전욕이나 과시욕이 강한 반면, 경제적으로 궁핍하거나 사회적으로 불안정한 경우가 많음
- 소비지출은 높은 반면 뚜렷한 소득원이 없음
- 소득에 비해 다수의 보험에 가입하고 과다한 보험료를 납입함
- 특정질병 및 특정기간에만 보장하는 고액의 보장성 보험을 가입하는 경향이 있음
- 설계사의 권유가 아닌 자발적인 보험계약을 체결하는 경우가 많음

바. 보험사기의 특성

(1) 복합적인 다른 범죄 유발

보험사기는 부정한 보험금 청구를 목적으로 사전에 다른 범죄를 저지르는 경우가 많다. 보험계약 체결 전 고지해야 할 중요한 사항을 고의로 숨기기 위해 이에 관한 서류를 위조 · 변조하기도 한다. 보험계약 체결 후에는 보험금을 청구하기 위하여 살인, 방화, 재물손괴 등과 같은 범죄를 고의로 저지르고 각종 서류를 위 · 변조하거나 질병을 이유로 과잉진료 및 입원을 하는 등 복합적인 다른 범죄를 저지른다.

(2) 입증의 곤란성

보험사기가 성립되기 위해서는 고액의 보험금을 노리고 다수의 보험을 계약한 사실이나 고의 · 허위의 보험사고라는 것을 입증하여야 하는데 이를 입증하는 것은 쉽지 않다. 특히 생명보험의 경우 자동차보험 등 다른 보험과 달리 사고 발생 후 상당기간이 경과한 후에 보험금을 청구하기 때문에 입증이 매우 어렵다.

특히 허위 · 과잉진료를 하는 병의원이 연루된 보험사기의 경우 의사의 의료행위는 의사의 주관적 진단에 대해 일률적인 기준을 적용할 수가 없어 그 입증이 더욱 어렵다.

(3) 수법의 다양화 · 지능화 · 조직화

보험사기 행위자는 부정한 보험금을 받기 위해 사전에 철저한 계획을 세우고 보험사고를 위장하기 때문에 그 수법도 점차 치밀해지는 등 고도의 지능성을 갖는다. 또한 범죄를 은폐하기 위해 여러 사람이 공모하는 경우가 대부분이다.

교통사고가 발생한 것처럼 조작하기 위해 가해자와 피해자가 공모하거나, 실제 발생한 손해보다 더 큰 보험금을 받기 위해 피해자와 자동차 수리업체가 공모하기도 한다. 병원에서는 의사 등 의료기관 관계자들과 공모하여 과다 치료를 받거나 실제 받지 않은

치료에 대해 보험금을 청구하는 경우가 허다하다. 또한 보험약관이나 계약내용 등이 복잡해지면서 보험설계사, 손해사정사 등이 개입된 계획적 · 지능적 · 조직적인 보험사기가 증가하고 있다.

(4) 보험사기 피해의 전가

보험사기로 인한 피해자는 보험사고 과정에서 발생되는 생명과 재산상의 피해를 입게 되는 자와 이로 인한 부당 보험금을 지급하여 재산권을 침해받는 보험회사만 그 피해 당사자라 생각하기 쉽다. 그러나 보험사기로 인한 부정한 보험금 지급이 많아지면, 보험회사는 수지상등의 원리에 따라 불가피하게 보험료를 인상하게 되는데 이는 일반 선의의 계약자에게 그 피해가 전가되는 형태로 보험사기 피해자가 확대되는 것이다.

(5) 죄의식의 부재

대부분의 보험사기자들은 살인, 방화 등 강력범죄를 저지르는 경우를 제외하고는 특별한 죄의식 없이 보험사기를 저지르는 경향이 있다. 특히 사고내용을 왜곡하는 연성보험사기의 경우 사회적 인식이 너그러운 것도 문제이다.

보험사기는 경제적 불황기에 더욱 증가하고 생계형 범죄의 성격도 띄게 된다. 이런 측면에서 볼 때 누구나 보험사기의 유혹에 빠질 수 있으므로 보험사기도 범죄라는 일반 국민의 인식변화가 필요하다.

사. 보험사기의 사회적 피해

(1) 보험제도 존립기반에 대한 위협

보험사기가 증가하면 미래의 불확실한 위험에 대비한다는 보험 본래의 기능이 퇴색되고 보험의 도박화 또는 사행화로 보험에 대한 인식이 악화된다. 보험사기로 인한 부당한

보험금 지급의 증가는 과학적이고 수리적인 기초를 근거로 산출한 보험료를 부당하게 인상시키는 요인이 되며 특정 보험상품의 판매 중단 또는 판매 제한 등으로 이어지기도 한다. 또한 과도한 보험료 인상으로 위험도가 낮은 선의의 보험계약자들이 보험가입을 회피함으로써 결국 보험산업의 존립자체가 위협받을 수 있다.

(2) 생명존중 가치관 파괴

소액에서 시작된 보험사기가 범죄의 지능성, 조직성, 입증의 곤란성 등으로 인해 적발되지 못한 경우 더 큰 보험사기를 유발하는 경우가 많다. 보험금을 목적으로 한 살인, 자해, 방화 등 반인륜적인 범죄로 인해 건전한 윤리의식 및 생명존중의 가치관이 파괴되어 결과적으로는 사회의 존립기반 자체가 위협받을 수 있다.

(3) 모방범죄 및 동조행위 증가

자신의 신체를 자해하거나 고의로 사고를 유발하는 등의 보험사기로 보험금을 수령하게 되면 주위 사람은 그것에 대해 무의식적으로 동조하거나 일부 이익을 공유함으로써 방조하게 되는 경우가 많다.

사회적으로 보험사기가 만연할 경우 보험사기 수법을 어렵지 않게 터득할 수 있을 뿐만 아니라 선량한 보험계약자들도 이러한 사회분위기에 동조하여 유사행위를 할 가능성이 커지므로 언론 등에서 보험사기 사건 보도시 범죄기법 및 수사기법에 대한 상세 내용 보도를 제한하여 모방범죄 가능성을 최소화해야 한다.

(4) 보험산업 이미지 악화 초래

보험사기의 증가로 보험회사가 보험계약 인수심사 및 지급심사, 보험사고 조사를 강화하여 보험금의 지급이 지연되거나 거절된다면 보험계약체결 당사자간 분쟁이 생길 가능성이 커지며, 이는 보험산업의 이미지 악화를 초래할 수 있다.

(5) 공보험료의 인상 초래

질병이나 재해로 인한 보험사고는 공보험인 건강보험 및 산재보험 등과 밀접한 관계를 가지고 있다. 또한 보험사기 상당수가 병 · 의원 등 의료기관의 과잉진료 및 허위입원 등과 관련이 있어 보험사기가 증가할수록 건강보험 지출증가로 이어져 건강보험 재정악화를 초래한다. 이는 공보험료의 인상으로 귀결되어 고스란히 국민의 부담이 된다.

건강보험료 인상률

년도	2013년	2015년	2017년	2019년	2021년	2022년
인상률	1.6%	1.35%	0%	3.49%	2.89%	1.89%

※ 출처 : 보건복지부

아. 보험사기 방지활동

(1) 민영보험 보험사기 규모

최근 보험사기 경향은 고액의 보험금을 노린 계획적 경성보험사기보다는 일반 국민이 피해를 과장하는 등의 연성사기 위주의 생계형 보험사기가 증가하고 있다. 자동차 보험사기 및 실손보험을 과다 청구하는 유형의 보험사기가 그 예이다. 아울러, 보험설계사, 손해사정사, 정비업체, 의료인 등 전문가가 연루된 보험사기가 지속적으로 증가하며 점차 조직화 · 지능화 · 저연령화 추세를 보이고 있다.

한 연구에 따르면, 보험사기로 인한 민영보험사의 보험금 누수규모는 매년 증가 추세로 2014년 기준 연간 약 4조 5천억원을 기록하였던 보험금 누수규모가 2018년도에는 6조 1,513억원(민영보험 5조 8,029억원 / 유사보험 3,484억원)으로 증가한 것으로 조사되었다. 가구당 보험사기 누수금액은 약 28만원, 1인당 11만원의 보험료를 추가 부담하는 것으로 추정되고 있다.

(2) 보험사기 적발실적

2022년 보험사기 적발금액은 1조 818억원으로 전년(9,434억원) 대비 1,384억원(14.7%) 증가한 역대 최고 수준이며, 적발인원은 2022년 102,679명으로 2021년 97,629명에 비해 5,050명(5.2%) 증가한 것으로 나타났다.

보험사기 적발금액 및 인원

연 도	2019년	2020년	2021년	2022년	증가율
금 액	8,809억원	8,986억원	9,434억원	1조 818억원	14.7%
혐의자수	92,538명	98,826명	97,629명	102,679명	5.2%

※ 출처 : 금융감독원, 보험사기 적발통계

한편 보험사기 적발자의 직업별 비중은 회사원(19.1%, 19,623명), 무직 · 일용직(11.1%, 11,409명), 전업주부(10.6%, 10,903명), 학생(4.9%, 5,081명) 순이다.

연령대별로는 50대의 적발 비중이 가장 높게(24.0%, 24,631명) 나타나나, 최근에는 60대 이상의 고령층 보험사기 비중이 크게 증가('21년 19.8% → '22년 22.2%)하는 추세이다. 반면, 최근 증가하던 10 · 20대의 비중은 소폭 감소('21년 21.0% → '22년 17.3%) 하였다.

직업별 보험사기 적발인원

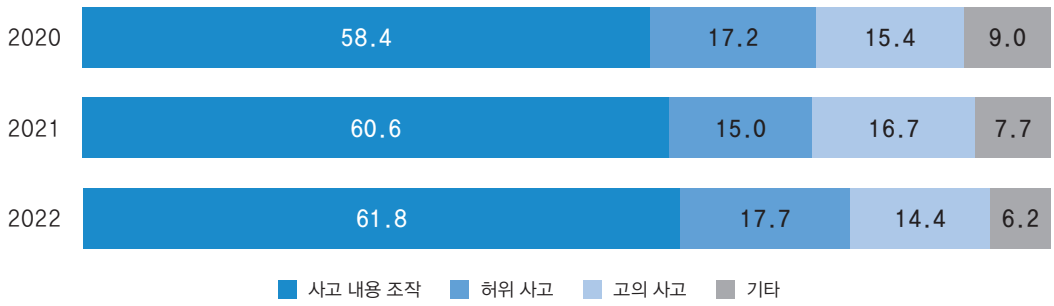
구 분	2020년		2021년		2022년	
	인 원	구성비	인 원	구성비	인 원	구성비
회사원* *보험업 종사자 제외	19,178명	19.4%	18,718명	19.2%	19,623명	19.1%
무직·일용직	10,338명	10.5%	12,293명	12.6%	11,409명	11.1%
전업주부	10,702명	10.8%	10,885명	11.1%	10,903명	10.6%

※ 출처 : 금융감독원, 보험사기 적발통계

또한, 보험사기 유형별 분류로는 사고내용 조작 유형이 61.8%(6,681억원)로 가장 많았으며, 그 다음 허위사고 17.7%(1,914억원), 고의사고 14.4%(1,553억원) 순이다.

특히, 사고내용 조작은 진단서 위변조 등을 통한 과다청구 22.8%(2,468억원), 자동차 사고 내용 조작 14.4%(1,560억원), 음주, 무면허 운전 12.7%(1,377억원), 고지의무 위반 9.8%(1,063억원) 순으로 적발되었다.

사기 유형별 보험사기 적발 현황(%)



통계에서 보듯 보험사기 적발금액 및 인원의 지속 증가 추세는 그만큼 보험사기로 인한 보험금의 누수가 많다는 것을 의미한다. 이는 민영보험 뿐만 아니라 공영보험인 국민건강보험의 재정누수까지 초래하며 그 손실은 전국민의 보험료 증가 부담으로 이어짐에 따라 사회 구성원 모두에게 피해를 입히는 심각한 범죄임을 인식하여야 한다.

(3) 정부 및 유관기관 등의 보험사기 방지활동

보험사기가 급증함에 따라 정부 및 금융감독원, 보험협회 등 유관기관은 보험사기 예방 및 적발을 위한 대책 마련에 힘쓰고 있다.

경찰청은 보험사기 기획수사 및 특별단속을 지속적으로 실시하고 있으며 전국 시 · 도 경찰청의 보험사기 수사역량 강화를 위해 각 경찰청별 전문수사팀을 지정하고 금융감독원과 생 · 손보협회, 보험회사로 구성된 '보험범죄수사협의회'를 구성하여 운영하고 있다. 또한 2021년에는 보험사기 수사의 공정성 및 전문성을 제고하기 위해 보험사기

수사의뢰 접수창구를 각 시 · 도청으로 일원화하는 등 보험사기 수사역량을 집중 · 강화하고 있다.

금융감독원은 2011년 1월 건강보험심사평가원과 업무협약을 체결하여 부적정 급여를 청구하는 의료기관의 정보를 공유하고, 의료비 허위 · 부당청구, 나이롱 환자 방치 또는 허위입원확인서 발급과 같은 의료기관의 불법행위에 공동 대응할 수 있도록 하였다. 또한 보험계약, 보험사고 및 보험금 지급정보를 집적하고 보험사기혐의자를 자동 추출하는 보험사기인지시스템(IFAS)을 개선하여 다양한 보험사기 혐의그룹에 대한 기획조사 분석 기능을 추가하는 등 보험사기 적발능력을 강화하고 있다.

한편 금융감독원, 건강보험공단, 생 · 손보협회는 2021년 3월, 「공 · 민영보험 공동조사협의회」를 출범하고 건강보험과 민영보험이 연계된 대규모 보험사기 등에 대해 공동조사를 실시하고자 TF를 구성하여 운영하고 있다.

생 · 손보협회는 보험사기의 심각성 및 폐해에 대한 인식제고를 위해 운수업, 의료업, 정비업종사자 등 보험사기 취약계층에 대한 교육 및 대국민 홍보활동을 강화하고 보험회사 사고조사 및 지급심사 담당자 대상의 보험사기 방지교육을 통해 전문인력을 양성하고 있다.

또한 금융감독원과 보험회사는 '보험범죄 신고센터[23]'를 설치하고 접수된 제보건이 보험사기로 확인되는 경우 포상금을 지급함으로써 보험사기 예방 및 적발을 위해 적극적으로 노력하고 있다.

보험회사에서는 자체적인 보험심사시스템을 구축하는 등 언더라이팅을 강화하여 가입시점에서 역선택을 방지하고 보험사기특별조사반(SIU)을 설치하여 금감원의 보험사기 대응단 및 생 · 손보협회 관련 부서와 유기적인 협조체제를 갖추고 보험사기에 대처하고 있다.

한편, 제도적으로는 보험사기 조사업무 등을 효율적으로 수행하기 위해 2008년에는 「보험업법」상 보험계약자 등의 의무로 보험사기 행위금지 조항(제102조의2)이 신설되었다.

23) 금융감독원 : https://insucop.fss.or.kr (국번없이 1332)
보험회사 : 각 보험회사 홈페이지

보험업법 제102조의2

제102조의2(보험계약자 등의 의무)
보험계약자, 피보험자, 보험금을 취득한 자, 그밖에 보험계약에 관하여 이해관계가 있는 자는 보험사기 행위를 하여서는 아니된다.

2014년에는 「보험업법」상 보험관계 업무종사자의 의무로 보험회사의 임직원, 보험설계사, 보험대리점, 보험중개사, 손해사정사, 그밖에 보험관계 업무종사자가 고의로 보험사고 발생 · 보험사고 발생조작 · 피해과장 등으로 보험금을 수령하도록 하는 행위를 금지하는 조항(제102조의3)이 신설되어 보험관계 업무종사자의 보험사기 행위를 명시적으로 금지하는 법률적 체계가 마련되었다.

보험관계 업무종사자의 의무 및 위반시 제재

제102조의3(보험 관계 업무 종사자의 의무) 보험회사의 임직원, 보험설계사, 보험대리점, 보험중개사, 손해사정사, 그 밖에 보험 관계 업무에 종사하는 자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위를 하여서는 아니 된다.

1. 보험계약자, 피보험자, 보험금을 취득할 자, 그 밖에 보험계약에 관하여 이해가 있는 자로 하여금 고의로 보험사고를 발생시키거나 발생하지 아니한 보험사고를 발생한 것처럼 조작하여 보험금을 수령하도록 하는 행위
2. 보험계약자, 피보험자, 보험금을 취득할 자, 그 밖에 보험계약에 관하여 이해가 있는 자로 하여금 이미 발생한 보험사고의 원인, 시기 또는 내용 등을 조작하거나 피해의 정도를 과장하여 보험금을 수령하도록 하는 행위

⇨ (위반시) 소정의 책임절차를 통해 업무정지(6개월 이하), 등록취소 등의 행정적 제재

특히, 2016년에는 「보험사기방지특별법」이 제정되어 보험사기행위에 대한 정의 마련 및 처벌 강화 등을 통해 보험범죄에 대한 사회적 경각심 제고는 물론, 실질적 예방에 기여할 수 있는 제도적 기반이 갖춰지게 되었다. 이 외에도 생 · 손보협회 및 업계는 보험사기방지

캠페인을 전개하는 등 보험사기 근절을 위한 노력이 다각도로 행해지고 있다.

아울러, 2020년에는 생 · 손보협회와 업계가 자율적으로 보험회사 및 보험조사자의 보험사기 조사업무시 지켜야 할 준수사항을 정한 「보험사기조사업무 모범규준」을 제정 · 시행하여 보험사기 대응 능력 제고 및 보험소비자의 권익 보호를 위해 노력하고 있다.

(4) 보험사기 방지를 위한 모집종사자의 역할

보험설계사 등 모집종사자는 업무특성상 보험계약자 등을 가장 먼저 대면하고 보험계약자의 재산상황, 건강상태 등을 가장 먼저 알 수 있는 위치에 있다. 따라서 모집종사자는 보험계약 모집이나 보험금 지급 신청시 보험계약자 및 수익자의 보험사기 유발가능성 등을 파악하고 보험계약자 및 수익자가 모방범죄 등으로 보험사기자가 되지 않도록 보험사기 방지에 적극 참여해야 한다.

(5) 보험설계사 등의 보험사기 연루사례

보험설계사가 부당한 보험금 편취를 목적으로 보험사기에 직접 가담하거나 다수의 보험계약 모집을 통한 모집수수료 수입 등을 목적으로 보험계약자의 보험사기를 조장 또는 공모하는 등의 사례가 지속적으로 발생하고 있다. 실제로 보험과 밀접한 관련이 있는 보험모집 · 병원 · 정비업소 종사자에 의한 보험사기는 해마다 증가하는 추세를 보이고 있다.

보험모집 · 병원 · 정비업소 종사자에 의한 보험사기 적발인원

구 분	2019년	2020년	2021년	2022년	증가율
보험모집 종사자	1,600명	1,408명	1,178명	1,598명	35.7%
병원 종사자	1,233명	944명	1,457명	1,673명	14.8%
정비업소 종사자	1,071명	1,138명	1,699명	1,157명	Δ31.9%

※ 출처 : 금융감독원, 보험사기 적발통계

보험설계사 등 보험모집조직이 연루된 보험사기는 보험에 대한 높은 이해와 전문성을 바탕으로 정교하게 사전 준비되며 보험계약자 등을 통해 광범위하게 사기수법이 전파되는 등 일반 범죄에 비하여 모방에 의한 파급효과가 크게 나타나는 특성을 갖는다.

보험사기에 연루된 경우 형사처벌을 받는 것은 물론이고 지급받은 보험금을 전액 변제해야 하며, 관련 보험계약은 해지된다. 또한, 보험설계사 같은 보험업종사자는 「보험업법」에 따라 금융위원회로부터 업무정지 또는 등록취소의 행정제재가 병과되며, 보험사기로 유죄확정판결이 나면 한국신용정보원에 금융질서문란자[24]로 등재되어 계좌개설, 대출, 신용카드 발급 등 금융거래에 제한을 받게 된다.

아울러 2021년 1월 「보험업감독규정」 개정을 통해 보험설계사 등이 보험사기방지특별법상 보험사기 행위 관련 사유로 보험사 및 보험대리점으로부터 자체 징계(업무정지 3개월 이상)를 받은 이력을 생 · 손보협회에 집적하도록 하여 보험설계사의 보험사기 재발을 방지하고자 하고 있다.

이와 같이 보험사기로 연루된 경우 받게 되는 불이익이 보험사기로 지급받는 보험금보다 크다는 사실을 명백히 인지하고, 보험사기에 연루되지 않도록 항상 주의를 기울여야 할 것이다.

보험설계사의 7대 보험사기 유발 금지 행위

- 불법안내자료를 영업에 활용하는 행위
- 특정 고액급부를 다수 가입하도록 유도하는 행위
- 계약체결시 고지의무 위반 권유 행위
- 환자에게 문제병원을 소개 · 알선하는 행위
- 보험금 청구시 보험사고 내용을 조작하는 행위
- 보험사기에 가담하거나 보험사기 수법을 전파하는 행위
- 다른 보험설계사의 사기행위를 방치하는 행위

24) 금융질서문란자 등록제도로서, 금융범죄를 저지른 이들을 한국신용정보원에 등록하여 최장 12년까지 금융거래에 제한을 둔다.

3 생명존중과 자살예방

가. 자살 현황

2021년 우리나라의 자살자 수는 13,325명으로 전년 대비 157명(1.2%) 증가하였고, 1일 평균 자살자 수는 36.6명으로 전년보다 0.5명 증가하였다. 자살률(인구 10만명당 자살자 수)은 26.0명으로 전년 대비 0.3명(1.2%) 증가하였다. 자살은 암, 심장 질환, 폐렴, 뇌혈관 질환에 이어 우리나라 사망원인 5위를 차지하고 있을 정도로 높은 수준을 보이고 있다.

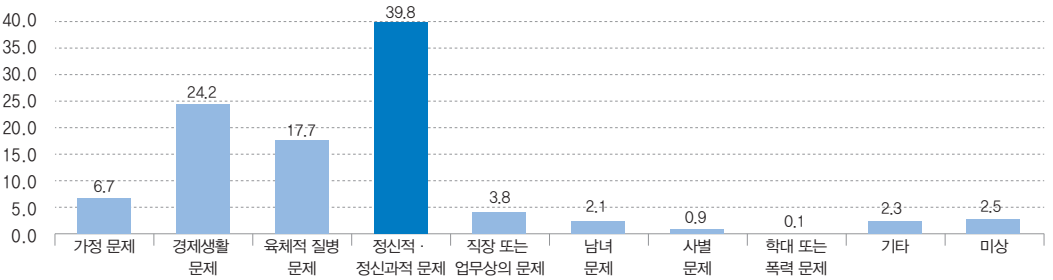
우리나라의 자살률 추이는 외환위기였던 1998년 급격히 증가하여 2011년에 자살률이 인구 10만명당 31.7명까지 높아진 최고치를 기록하였다. 이후 감소하는 추세를 보이다 2018년부터 다시 증가하는 양상을 나타내고 있다. 우리나라 자살률은 OECD 회원국 평균보다 2.1배 이상 높은 수준이며, 이는 OECD 회원국 중 가장 높은 수준이다.

성별에 따른 추이를 살펴보면 남자가 여자보다 2.2배 높은 자살률을 보이고 있으며, 연령대가 높을수록 자살률이 증가하는 경향을 보이고 있다.

자살의 동기는 정신적 · 정신과적 문제, 경제생활 문제, 육체적 질병 문제 등 다양한 원인이 있으며, 2021년 기준으로 동기별 자살 현황은 정신적 · 정신과적 문제가 가장 많고(39.8%), 경제생활 문제(24.2%), 육체적 질병문제(17.7%) 등의 순으로 파악되고 있다.[25)]

2021년 동기별 자살자 비율

(단위: %)



25) 출처: 보건복지부 · 한국생명존중희망재단(2023 자살예방백서)

나. 자살로 인한 문제점

(1) 사회적 문제

자살을 단순히 개인의 잘못된 선택으로 치부하고 넘길 경우 생명경시 풍조가 만연해지는 등 다양한 사회적 문제가 발생할 수 있다. 세계보건기구(WHO)는 자살을 '죽음의 의도와 동기를 인식하면서 자신에게 손상을 입히는 행위'라고 정의하였다. 자살은 사회적 영향이 작용하며, 자살이 사회적 영향을 끼치기도 한다. 유명인의 자살사건이 언론에 반복적으로 보도된 이후 일반인의 자살이 급증하는 것을 베르테르 효과라고 한다. 이는 사회적으로 영향력이 큰 유명인들의 자살에 개인이 심리적 동조화를 일으켜 발생하는 현상으로 알려져 있다. 또한 고립감, 좌절감과 슬픔, 상실감, 무기력감 등 자살로 인한 무형의 사회적 비용까지 감안한다면 자살을 더 이상 단순히 개인의 문제로만 취급해서는 안 된다.

(2) 사회경제적 문제

건강보험공단 산하 건강보험정책연구원에 따르면 자살로 인해 연간 약 6.5조원 규모의 사회경제적 비용이 발생한다는 연구조사 결과(2012년)가 있다. 이는 암(14조원)에 이어 두 번째로 높은 수준으로 자살은 국가적으로 큰 손실이라 할 수 있다.

다. 자살예방 프로그램

한국생명존중희망재단[26](舊중앙자살예방센터[27])은 국민 누구나 주변인의 자살징후를 쉽게 발견하고 적절하게 대응하여 자살을 예방할 수 있도록 하는 한국형 자살예방교육 프로그램인 '보고듣고말하기'를 2013년부터 개발 · 보급하였다. 2018년 3월부터는 상시 교육장을 개설하여 운영하고 있다.

'보고듣고말하기'란 자살을 암시하는 언어, 행동, 상황적 신호를 '보고', 자살 생각을 묻고 죽음과 삶의 이유를 '듣고', 전문가에게 도움을 의뢰하는 '말하기'의 방법을 사례와 함께 교육한다. 이렇게 양성된 자살예방 게이트키퍼[28]는 생활 속 사람들의 자살위험신호를 인지하여 전문기관에 연계하고 소중한 생명을 지켜낸다. 한국생명존중희망재단에서는 상담은 물론 복지혜택을 알려주어 생활고 등 자살까지 이르게 된 원인을 해결할 수 있도록 노력한다. 한국생명존중희망재단(舊중앙심리부검센터[29])의 2018년 심리부검 결과보고서에 따르면 자살사망자 대부분이 사망 전 언어, 정서상태 등의 변화로 자살징후를 드러냈으나, 78.6%는 주변에서 이를 인지하지 못했다고 한다. 자살예방 게이트키퍼 양성교육 프로그램인 '보고듣고말하기'를 통해 가족, 친구, 이웃 등 주변사람의 자살 전 위험신호를 미리 알아챌 수 있게 된다면 소중한 사람들의 생명을 지킬 수 있을 것으로 기대된다.

26) 한국생명존중희망재단은 국가 자살예방정책을 안정적으로 추진하고, 전문성 있는 자살예방 사업을 효과적으로 수행하기 위해 중앙자살예방센터와 중앙심리부검센터 두 기관을 통합 및 확대 개편하여 출범(2021년 4월)

27) 2012년 자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률의 시행에 따라 설치되어 국가 차원의 자살예방 노력을 위한 정책과 지역자치정부 및 시민단체의 사업을 지원하는 역할 수행(2021년 한국생명존중희망재단으로 통합)

28) 주변 사람의 자살위험 신호를 재빨리 인지하여 전문가에게 연계하도록 훈련받은 사람

29) 2014년 4월 보건복지부는 자살예방정책 수립에 필요한 심리부검사업 수행, 자살자의 사망 원인을 다각도로 분석하고 자살 유족 및 전문 인력 지원 등에 필요한 역할 수행을 위해 설립(2021년 한국생명존중희망재단으로 통합)

‘보고듣고말하기’ 교육

구 분	교육 목표	교육 내용
① 도 입	교육의 동기부여	자살은 우리 모두의 문제이다.
② 보 기	자살징후를 인식	자살하려는 사람은 도움을 바라고 있다. 단지 우리가 알아채지 못할 뿐이다.
③ 듣 기	삶의 이유를 인지	적극적 청취를 통해 놓치고 있던 삶의 이유를 인지하게 할 수 있다.
④ 말하기	임박한 위험을 제거하고, 전문가에게 의뢰	자살자를 돕기 위한 자원이 우리 주변에 많다. 우리의 임무는 임박한 위험을 제거하고 전문가에게 의뢰하는 것이다.
⑤ 정 리	태도변화의 동기 부여	내가 배우고, 친구가 배우면 서로를 지켜줄 수 있다.

라. 자살고위험군(자살시도자)이 보이는 신호 및 대응 방법

자살사망자 대부분(90%) 아래와 같은 자살경고 신호를 보내며, 다른 사람으로부터 도움을 받기를 바란다. 자살을 생각하는 사람은 죽고 싶은 마음과 함께 살고자 하는 희망을 가지고 있다는 점을 이해하고, 우리는 자살고위험군이 보내는 신호를 적극적으로 발견하고(보고), 지속적인 관심(듣고)을 가지고 전문 서비스로 연결(말하기)되어 도움 받을 수 있도록 해야 한다.

(1) 신호인식(보고)

(가) 언어적 신호

- 죽음을 암시하는 직 · 간접적인 언어적 표현
- 신체적 불편함 호소
- 절망감과 자책감 표현
- 감정의 변화

(나) 행동적 신호

- 자살을 준비하는 행동
- 자해흔적
- 이전에 하지 않던 행동
- 외모의 변화
- 일상생활능력의 저하
- 도움을 요청하는 행동

(다) 상황적 신호

- 극심한 스트레스 상황에 처한 경우
- 만성 질환, 신체장애, 예후가 좋지 않은 질환자
- 가족이나 사랑하는 사람을 잃은 상실감

(2) 지속적 관심(듣고)

(가) 도움이 되는 듣기 방법

- 들을 수 있는 상황을 만들어 주기
- 적극적인 경청의 표현하기
- 옳고 그름을 판단하지 않기

(나) 도움이 되지 않는 듣기 방법

- 상대방이 느끼는 문제의 축소 및 회피
- 상대를 비난이나 비판하기
- 상대의 말에 화를 내기
- 충고하는 말투로 대화하기
- 섣부른 해결책의 제시
- 비밀보장 약속

(3) 전문서비스 연결(말하기)

자살을 생각하는 사람의 위험 신호를 보았다면 직접적인 상담은 지양하고 전문가에게 의뢰함으로써 전문적인 도움을 받을 수 있도록 조치하여야 한다.

〈참고〉 자살예방 전문서비스 상담센터

구 분	전화번호
자살예방상담전화	1393
자살 및 정신건강위기 상담전화	1577-0199
생명의 전화	1588-9191

게이트키퍼 인증을 받기 위해서는 한국생명존중희망재단의 게이트키퍼 양성과정을 이수해야 하며, 한국생명존중희망재단 홈페이지에 교육인원, 시간 등을 신청하면 된다.

마. 자살예방을 위한 정부 차원의 노력

2023년 2월, 대통령 직속 국민통합위원회는 2023년 첫 번째 특별위원회로 「자살위기극복 특별위원회」를 출범, 자살 위기극복을 위해 정부부처 · 시민단체와 힘을 모아 '모두가 소중한, 자살 없는 사회'를 위해 통합의 차원에서 범정부적 대응을 추진하고 있다. 특별위원회에는 정부 유관부처인 보건복지부, 교육부, 여성가족부, 고용노동부, 국방부, 대검찰청, 방송통신위원회 및 다양한 자살예방협력기관이 참여하고 있으며, 총 13명의 전문인력을 위원으로 위촉하였다.

특별위원회는 '실효성 있는, 가까이 다가가는, 과학적 근거 중심'으로 자살예방을 위한 논의를 실시하고 있으며, 실효성 있는 정책추진을 위해 기존 추진 중인 정책 · 사업을 재점검할 수 있도록 평가 · 모니터링 체계를 점검하고, 현장에서의 신속하고 적극적인 대응을 위해 전문인력 양성 및 활용체계 제안, 자살감시 동향체계 도입 등 포괄적인

제도개선 사항들을 검토한다. 또한 자살예방 정책이 국민에게 가까이 다가갈 수 있도록 지역사회 역할 강화를 위한 서비스 모델을 개발하고, 지역 내 사업 효과를 제고할 수 있는 방향을 제시하며 사회적 연대강화를 위한 중점 주제를 논의하고 대국민 메시지 확산에 힘쓰고 있다. 아울러 과학적 근거 중심으로 정책을 수립 · 추진할 수 있도록 다양하게 흩어져 있는 자살 관련 데이터를 수집 · 연계하고, 이를 통한 '정책 설계 · 모니터링 · 평가' 등 국가 자살통합데이터 시스템을 구축할 수 있는 해법도 모색하고 있다.

바. 자살예방을 위한 생명보험업계의 노력

생명보험업계는 생명보험산업 성장에 기여한 국민의 신뢰에 보답하고 사회적 책임 강화 등을 위해 사회공헌활동을 추진하기로 하고, 2007년 생명보험사회공헌위원회 설립을 위한 생보업계 자율협약을 체결하였다. 생명보험사회공헌위원회 산하 운영기관을 통해 자살예방 사업 이외에도 생명보험에 대한 소비자 신뢰 제고 및 생명보험의 건전한 문화 확산에 기여할 수 있는 다양한 공익사업을 추진하고 있다.

생명보험사회공헌위원회

생명보험업계 공동 사회공헌사업의 최고의사결정기구인 생명보험사회공헌위원회는 '생명에 사랑을 더하다'라는 슬로건 아래 생명존중, 상부상조, 생애보장이라는 생명보험의 소중한 가치를 지켜나가기 위해 생보업계 자율협약인 「생명보험 사회공헌사업 추진을 위한 협약(2007.11.20)」에 따라 설치된 기구이다. 2023년 6월 기준 총 18개의 생명보험회사가 가입되어 있으며, 생명보험사회공헌위원회 산하 각 운영기관에서 학술교육분야와 공익 확산분야 등과 함께 자살예방 지원 사업, 생명문화확산 사업, 저출산 해소 지원 사업, 고령화 극복 지원 사업 등 다양한 사회공헌사업을 추진 중에 있다.

생명보험사회공헌재단의 자살예방사업 현황(2022년 12월 기준)

1) 농약안전보관함 보급

- 농약을 이용한 자살비율이 높은 농촌지역에 농약안전보관함 보급 및 심리치료 의료비 지원 등을 통한 자살예방
- 농약안전보관함 보급실적 : 49,694가구

2) SOS생명의전화 운영

- 충동적인 자살시도의 가능성이 있는 한강교량 등 총 20곳에 SOS생명의전화 75대를 운영 중이며, 소방재난본부 협력을 통한 실시간 구조 요청으로 자살예방에 기여
- 자살위기 상담실적 : 9,729건
- 119구조 실적 : 2,046명

3) 자살위험군 지원

- 일반인 대비 자살 위험이 20배 높은 자살시도자와 8.3배 높은 자살유족을 위해 자살시도자 대상 응급의료비 및 자살유족 대상 심리치료 지원 등을 통한 실질적 자살사망률 감소를 위한 노력
- 자살시도자 응급의료비 지원 : 전국 81개 협약병원, 4,369명 지원
- 자살유족 심리치료비 지원 : 2,364명 지원

4) 청소년 자살예방

- 교육부와 연계한 청소년종합상담시스템 '다 들어줄 개' 운영 및 자살 고위험 학생 대상의 치료비 지원
- 청소년종합상담시스템 '다 들어줄 개' : 257,917건 상담
- 고위험군(자살 · 자해 시도) 학생 상담 및 치료비 지원 : 3,307명 지원

제2편

보험법규

제4장 보험모집 준수사항

1. 보험모집 관련 법규
2. 보험모집 관련 준수사항
3. 생명보험 우수인증설계사 제도

제5장 보험소비자 보호

1. 보험소비자 보호제도
2. 보험금 대리청구인 지정제도
3. 생명보험 광고심의제도
4. 보험정보 공시
5. 생명보험 민원현황과 유형

제6장 생명보험 세제

1. 생명보험의 세제
2. 소득세의 개요 및 기타소득세제
3. 보험설계사의 세제

제4장
보험모집 준수사항

1 보험모집 관련 법규

가. 「보험업법」과 보험모집

보험회사는 불특정다수의 보험계약자로부터 보험료를 납입받아 보험사고가 발생하는 경우 보험금을 지급하는 본연의 기능뿐만 아니라, 사회보장제도를 보완하고 국가 기간산업에 투자하는 등 공적 기능도 수행하고 있다. 그러므로 보험회사가 부실하게 운영되어 보험금을 제대로 지급하지 못하는 등 그 기능을 제대로 수행하지 못할 경우 보험소비자가 경제적 손실을 입게 될 뿐만 아니라 국민경제에도 악영향을 미치게 될 것이다.

이와 같이 보험회사가 보험가입자 및 일반 공공의 이익보호라는 기본기능을 충실히 이행하도록 국가의 엄격한 감독이 요구됨에 따라 1962년 「보험업법」이 제정되었다. 우리나라의 「보험업법」은 보험업을 경영하는 자의 건전한 경영을 도모하고, 보험계약자 · 피보험자 · 그 밖의 이해관계인의 권익을 보호함으로써 보험업의 건전한 육성과 국민경제의 균형있는 발전에 기여함을 목적으로 하고 있다. 이후 금융환경 변화 등에 따라 여러 차례 개정되었으며, 1977년과 2003년 전면개정을 거쳐 현재에 이르고 있다. 「보험업법」 제2조는 보험상품을 '위험보장을 목적으로 우연한 사건 발생에 관하여 금전 및 그 밖의 급여를 지급할 것을 약정하고 대가를 수수하는 계약'으로 정의하고 있으며, 보험업은 '보험상품의 취급과

관련하여 발생하는 보험의 인수, 보험료 수수 및 보험금 지급 등을 영업으로 하는 것'으로서 생명보험업 · 손해보험업 및 제3보험업으로 구분하고 있다.

보험감독방식의 유형으로는 공시주의에 의한 감독방식과 준거주의에 의한 감독방식, 실질적 감독주의에 의한 감독방식이 있으나 우리나라를 비롯한 대부분의 나라가 실질적 감독주의를 채택하고 있다. 이러한 감독방식은 각 국가별 사회경제적 환경변화에 따라 달라지게 된다.

보험감독방식의 유형

공시주의
보험회사가 정기적으로 재무제표나 영업보고서 등을 공시하고, 보험계약자 및 이해관계자가 자율적으로 보험회사의 경영상태를 판단

준거주의
보험사업을 허가받기 위하여 요구되는 요건을 규정해두고 보험회사가 이 요건을 충족하면 보험사업을 허가

실질적 감독주의
회사의 설립 · 경영 · 해산에 이르기까지 보험사업의 전 과정을 계속적으로 감독

(1) 보험모집

보험모집이란 보험회사와 보험에 가입하려는 자 사이에서 보험계약의 체결을 중개 또는 대리하는 행위를 일컫는데, 이는 쉽게 말해 일반소비자를 대상으로 보험상품을 판매하는 행위라고 할 수 있다.

(2) 보험을 모집할 수 있는 자

「보험업법」은 건전한 모집질서를 확립하고 보험계약자를 보호하기 위해 보험을 모집할 수 있는 자를 다음과 같이 제한하고 있다.

보험을 모집할 수 있는 자 (「보험업법」 제83조)

보험설계사 보험회사, 보험대리점 또는 보험중개사(이하 "보험회사 등")에 소속되어 보험계약의 체결을 중개하는 자
보험대리점 보험회사를 위하여 보험계약의 체결을 대리하는 자
보험중개사 독립적으로 보험계약의 체결을 중개하는 자
보험회사의 임원(대표이사, 사외이사, 감사 및 감사위원은 제외) 또는 직원

나. 보험설계사 등록제도

보험설계사란 보험회사 등에 소속되어 보험계약의 체결을 중개하는 자로서 「보험업법」에서는 생명보험설계사, 손해보험설계사, 제3보험설계사로 구분하고 있다.

(1) 생명보험설계사

생명보험설계사란 생명보험회사 등을 위하여 생명보험계약의 체결을 중개하는 자로서, 보험회사 등은 「보험업법」에 따라 소속 보험설계사가 되고자 하는 자를 금융위원회에 등록해야 한다. 현재는 생명보험협회가 금융위원회로부터 보험설계사의 등록에 관한 업무를 위탁받아 수행하고 있다.

(2) 보험설계사 등록제도의 취지

생명보험 상품은 기본적으로 구매에 따른 효과를 곧바로 느끼기 어려운 무형의 상품이고 보험가입에 대한 수요도 잠재적인 경우가 대부분이기 때문에 생명보험산업에서 보험설계사의 역할은 매우 중요하다. 보험설계사가 보험모집 과정에서 부당하거나 부적절한 행위를 할 경우에는 보험소비자가 피해를 입게 되는 것은 물론, 생명보험산업의 건전한 발전에도 지장을 초래하게 되기 때문이다. 이러한 이유로 「보험업법」은 보험설계사의

등록을 의무화하고 있으며, 등록 후에도 부당한 모집행위 등을 하는 경우에는 일정 기간 모집업무를 정지하거나 그 등록을 취소하도록 하고 있다. 또한 등록제도를 엄격히 운영하기 위해 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 보험설계사, 보험대리점 또는 보험중개사의 등록을 한 자는 1년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금에 처하도록 하고 있다(「보험업법」 제204조 제1항 제3호).

(3) 생명보험(제3보험)설계사의 등록

생명보험과 제3보험은 개별 보험업종으로서 보험설계사가 생명보험과 제3보험 상품을 함께 판매하고자 할 경우 각 업종별 보험설계사로 등록을 해야 한다. 생명보험설계사와 제3보험 설계사의 등록요건은 동일하나 교육내용, 시험구분이 상이하다.

생명보험(제3보험)설계사의 등록요건 (「보험업법 시행령」 별표 3, 4 및 「보험업감독규정」 제4-3조)

- 생명보험(제3보험) 모집에 관한 연수과정을 이수한 자*

  * 연수과정을 이수한 자는 아래 ❶~❸을 모두 갖춘 사람을 의미함

  ❶ (교육) 보험모집관련 윤리교육, 보험관련 법령 및 분쟁사례, 보험상품 등에 관한 교육과정을 20시간 이상 이수한 자

  ❷ (시험) 보험협회에서 실시하는 생명보험(제3보험) 설계사등록자격시험에 합격한 자

  ❸ 교육 이수 요건을 충족한 자는 1년 이내에 시험에 합격하여야 하며, 시험에 합격한 자는 합격일부터 1년 이내에 교육 이수 요건을 충족하여야 함

- 생명보험(제3보험) 관계업무에 1년 이상 종사한 경력(등록신청일로부터 3년 이내)이 있고, 교육을 이수한 사람
- 개인인 생명보험(제3보험)대리점의 등록요건을 갖춘 자(법인보험대리점 소속 보험 설계사가 되려는 자에게만 해당)
- 개인인 생명보험(제3보험)중개사의 등록요건을 갖춘 자(법인보험중개사 소속 보험 설계사가 되려는 자에게만 해당)

※ 단, 등록신청의 유효기간은 연수과정 또는 교육 이수 후 1년

「보험업법」에서는 보험설계사가 되지 못하는 자에 대하여 아래와 같이 규정하고 있다.

보험설계사가 되지 못하는 자 (「보험업법」 제84조 제2항)

- 피성년후견인 또는 피한정후견인
- 파산선고를 받은 자로서 복권되지 아니한 자
- 「보험업법」 또는 「금융소비자 보호에 관한 법률」에 따라 벌금 이상의 형을 선고받고 그 집행이 끝나거나(집행이 끝난 것으로 보는 경우를 포함) 집행이 면제된 날부터 2년이 지나지 아니한 자
- 「보험업법」 또는 「금융소비자 보호에 관한 법률」에 따라 금고 이상의 형의 집행유예를 선고받고 그 유예기간 중에 있는 자
- 「보험업법」에 따라 보험설계사 · 보험대리점 또는 보험중개사의 등록이 취소된 후 2년이 지나지 아니한 자
- 「보험업법」에 따라 등록취소 처분을 2회 이상 받은 경우 최종 등록취소 처분을 받은 날부터 3년이 지나지 아니한 자
- 「보험업법」 또는 「금융소비자 보호에 관한 법률」에 따라 과태료 또는 과징금 처분을 받고 이를 납부하지 아니하거나 업무정지 및 등록취소 처분을 받은 보험대리점 · 보험중개사 소속의 임직원이었던 자(처분사유의 발생에 관하여 직접 또는 이에 상응하는 책임이 있는 자로서 대통령령으로 정하는 자만 해당)로서 과태료 · 과징금 · 업무정지 및 등록취소 처분이 있었던 날부터 2년이 지나지 아니한 자
- 영업에 관하여 성년자와 같은 능력을 가지지 아니한 미성년자로서 그 법정대리인이 위의 어느 하나에 해당하는 자
- 법인 또는 법인이 아닌 사단이나 재단으로서 그 임원이나 관리인 중에 위의 어느 하나에 해당하는 자가 있는 자
- 이전에 모집과 관련하여 받은 보험료, 대출금 또는 보험금을 다른 용도에 유용(流用)한 후 3년이 지나지 아니한 자

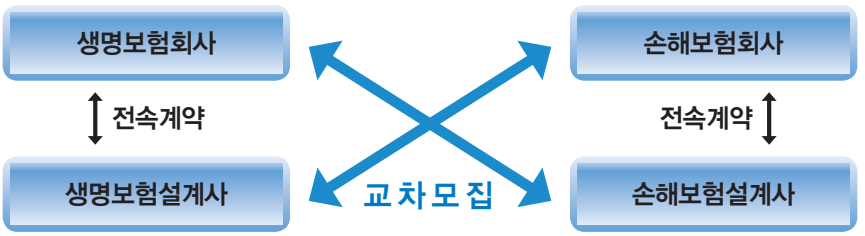
(4) 보험설계사 교차모집제도

(가) 개요

「보험업법」은 보험회사가 다른 보험회사 등에 소속된 보험설계사에게 보험모집을 위탁하지 못하게 하고 있으며, 보험설계사 역시 본인이 소속된 보험회사 등 이외의 자를 위하여 보험모집을 하지 못하게 하는 일사전속주의를 채택하고 있다. 다만 생 · 손보 전속설계사의 교차모집을 허용함으로써 일사전속주의의 예외로 하고 있다(「보험업법」 제85조).

교차모집제도는 보험설계사가 소속 보험회사 외의 1개의 이종(異種) 보험회사 상품을 판매할 수 있도록 한 제도이다. 즉, 생명보험설계사 또는 손해보험설계사가 각각 1개의 손해보험회사나 생명보험회사를 선택하여 보험상품을 판매할 수 있도록 하는 것이다. 더불어 생명보험회사 또는 손해보험회사에 속한 보험설계사가 1개의 제3보험업을 전업으로 영위하는 보험회사를 위하여 모집을 하는 경우도 교차모집에 해당된다.

교차모집제도



(나) 교차모집보험설계사의 자격

교차모집을 하고자 하는 보험설계사는 모집하고자 하는 보험계약의 종류(생명보험, 손해보험 등)에 따른 등록요건을 갖추어 보험협회에 등록을 하여야 한다.

(다) 보험회사 및 교차모집보험설계사의 금지사항

보험업법령에서는 교차모집제도의 원활한 운영을 위해 교차모집을 위탁한 보험회사의 금지사항과 교차모집보험설계사의 금지사항을 규정하고 있다.

보험회사의 금지사항 (「보험업법 시행령」 제29조, 「보험업법 시행규칙」 제16조)

- 교차모집보험설계사에게 자사 소속의 보험설계사로 전환하도록 권유하는 행위
- 교차모집보험설계사에게 자사를 위하여 모집하는 경우 보험회사가 정한 수수료 · 수당 외에 추가로 대가를 지급하기로 약속하거나 이를 지급하는 행위
- 교차모집보험설계사가 다른 보험회사를 위하여 모집한 보험계약을 자사의 보험계약으로 처리하도록 유도하는 행위
- 교차모집보험설계사에게 정당한 사유없이 위탁계약 해지, 위탁범위 제한 등 불이익을 주는 행위
- 교차모집보험설계사의 소속 영업소를 변경하거나 모집한 계약의 관리자를 변경하는 등 교차모집을 제약 · 방해하는 행위
- 소속 보험설계사에게 특정 보험회사를 지정하여 교차모집 위탁계약의 체결을 강요하는 행위
- 소속 보험설계사에게 교차모집보험설계사가 될 자의 유치를 강요하는 행위
- 합리적 근거없이 교차모집보험설계사를 소속 보험설계사보다 우대하는 행위

교차모집보험설계사의 금지사항 (「보험업법 시행령」 제29조, 「보험업법 시행규칙」 제16조)

- 업무상 알게 된 특정 보험회사의 정보를 다른 보험회사에 제공하는 행위
- 보험계약을 체결하고자 하는 자의 의사에 반하여 다른 보험회사와의 보험계약 체결을 권유하는 등 모집을 위탁한 보험회사 중 어느 한쪽의 보험회사만을 위하여 모집하는 행위
- 모집을 위탁한 보험회사에 대하여 회사가 정한 수수료 · 수당 외에 추가로 대가를 지급하도록 요구하는 행위
- 교차모집을 위탁한 보험회사에 대하여 합리적 근거없이 다른 보험설계사보다 우대하여 줄 것을 요구하는 행위
- 교차모집을 위탁한 보험회사에 대하여 다른 교차모집보험설계사 유치를 조건으로 대가를 요구하는 행위
- 교차모집관련 보험계약정보를 외부에 유출하는 행위

(5) 보험설계사 등록 · 말소 절차

생명보험 및 제3보험설계사가 되려는 자는 생명보험회사를 통하여 금융위원회로부터 등록업무를 위탁받아 수행하는 생명보험협회에 등록하여야 하며, 보험설계사의 등록 및 말소절차는 다음과 같다.

(가) 보험설계사 등록

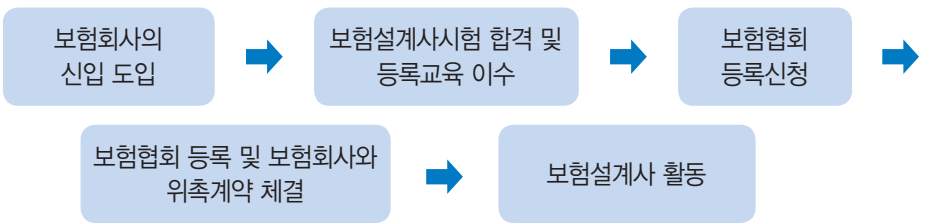
① 신규등록

보험설계사(대리점)시험 합격 및 등록교육 이수 후 보험회사를 통해 보험협회에 등록신청한다.

② 경력등록

보험 관계업무에 1년 이상 종사한 경력이 있는 사람(등록 신청일로부터 3년 이내 경력[1]으로 한정)은 등록교육 이수 후 보험회사를 통해 보험협회에 등록신청한다.

보험설계사 등록절차



1) 보험대리점 등록의 경우, 보험 관계업무에 2년 이상 종사한 경력(등록 신청일부터 4년 이내)

(나) 보험설계사 말소

① 보험회사를 통한 말소

보험회사는 말소대상자를 보험협회에 말소 신청한다.

② 설계사 본인 방문 또는 공인인증을 통한 직접말소

등록말소를 원하는 보험설계사는 해촉신청서를 회사로 발송하거나 해촉증명서를 발급받은 후, 보험협회 지역본부(지부) 방문 또는 보험협회 홈페이지(공인인증서 등을 통한 본인인증)를 통해 직접말소를 신청한다.

보험회사에 의한 말소절차

보험회사에 해촉신청 → 보험회사 위촉계약 종료 → 보험협회 말소 신청 및 처리 → 타보험회사 등록가능

보험설계사 본인의 직접말소절차

보험회사에 해촉신청 → 보험회사 위촉계약 종료 → 증빙서류[2] 지참 후 보험협회 방문 말소신청 및 처리 → 타보험회사 등록가능

등록 · 말소관련 용어

위 촉 보험회사와 보험설계사간 위촉계약을 체결하는 것
해 촉 보험회사와 보험설계사간 위촉계약을 해지하는 것
등 록 등록요건을 갖추고 보험협회에 모집종사자로 등록하는 것
(보험설계사는 보험회사, 보험대리점, 보험중개사 중 하나의 '소속'으로 등록을 하고 있음)
말 소 보험협회에 등록된 사항을 말소하는 것

2) 해촉증명서(보험회사 등이 발행) 원본 또는 해촉신청서 내용증명우편(발송 후 10일 경과) 원본, 신분증

(다) 보험설계사 경력(등록 · 말소 이력) 확인

생명보험협회 홈페이지에서 본인의 보험설계사 경력현황을 조회할 수 있다.

경력조회방법

생명보험협회 홈페이지(www.klia.or.kr) → 모집종사자 코너 → 모집종사자 관련안내 및 조회 → 본인인증 후 모집종사자 등록 · 말소 이력 조회

(6) 보험설계사 등록취소 및 영업정지

보험설계사의 등록취소 및 영업정지 사유는 아래와 같으며, 금융위원회가 보험설계사에 대해 등록을 취소하거나 영업의 정지를 명하기 위해서는 사전에 보험설계사에 대해 청문을 실시하여야 한다.

보험설계사의 등록취소 사유 (「보험업법」 제86조)

- 「보험업법」에 따른 보험설계사가 되지 못하는 자의 요건에 해당하게 된 경우
- 보험설계사 등록 당시 「보험업법」에 따른 보험설계사가 되지 못하는 자이었음이 밝혀진 경우
- 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 보험설계사 등록을 한 경우
- 「보험업법」에 따라 업무정지 처분을 2회 이상 받은 경우

보험설계사의 영업정지(6개월 이내) 또는 등록취소 가능 사유 (「보험업법」 제86조 등)

- 모집에 관한 「보험업법」의 규정을 위반한 경우
- 보험계약자, 피보험자 또는 보험금을 취득할 자로서 보험사기행위를 한 경우
- 보험계약자, 피보험자, 보험금을 취득할 자 등 보험계약에 관한 이해관계자로 하여금 고의로 보험사고를 발생시키거나 발생하지 않는 보험사고를 발생한 것처럼 조작하여 보험금을 수령하도록 하는 경우
- 보험계약자, 피보험자, 보험금을 취득할 자 등 보험계약에 관한 이해관계자로 하여금 이미 발생한 보험사고의 원인, 시기 또는 내용 등을 조작하거나 피해 정도를 과장하여 보험금을 수령하도록 하는 경우
- 「보험업법」에 따른 명령이나 처분을 위반한 경우
- 「보험업법」에 따라 과태료 처분을 2회 이상 받은 경우
- 업무정지 기간 중에 업무를 한 경우
- 금융위원회의 시정명령 또는 중지명령을 받고 금융위원회가 정한 기간 내에 시정하거나 중지하지 아니한 경우
- 1년 이상 계속하여 정당한 사유 없이 영업을 하지 않는 경우
- 업무와 관련하여 제3자로부터 부정한 방법으로 금전등을 받거나 금융소비자에게 지급해야할 금전등을 받는 경우
- 금융위원회의 업무정지, 시정명령, 중지명령 등의 조치를 받은 날부터 3년 이내 동일한 위반행위를 반복하는 경우
- 보험계약 체결 권유시 적합성 원칙을 위반한 경우
- 보험계약 체결 권유시 설명의무를 위반한 경우
- 「금융소비자 보호에 관한 법률」에 따른 불공정영업행위, 부당권유행위를 한 경우
- 「금융소비자 보호에 관한 법률」에 따른 금융상품 등에 관한 광고 관련 준수사항을 위반한 경우
- 「금융소비자 보호에 관한 법률」을 위반하여 보험계약자로부터 보험료 등 계약의 이행으로서 급부를 받는 경우
- 「금융소비자 보호에 관한 법률」을 위반하여 모집업무를 제3자에게 하게 하거나 그러한 행위에 대한 대가를 지급하는 경우
- 「금융소비자 보호에 관한 법률」을 위반하여 보험회사로부터 정해진 수수료 외 재산상의 이익을 요구하거나 수수하는 경우
- 「금융소비자 보호에 관한 법률」에서 정한 모집종사자의 고지의무를 위반한 경우

다. 보험대리점 및 보험중개사

보험대리점이란 보험회사를 위해 보험계약의 체결을 대리하는 자로서 보험업종에 따라 생명보험대리점, 제3보험대리점, 손해보험대리점으로 구분하며 설립형태에 따라 개인보험대리점과 법인보험대리점으로 구분된다.

(1) 보험대리점

(가) 보험대리점의 성격

보험대리점은 특정 보험회사를 위하여 계약관계에 기초를 두고 계속적으로 보험계약 체결의 대리, 보험료 수령, 영수증 발급, 계약상담 등 보험계약자에 대한 서비스 제공 등을 대리하는 자를 말한다. 보험대리점은 일사전속제가 적용되지 않아 여러 생명 · 손해보험회사와의 계약체결을 통해 보험모집을 할 수 있다.

(나) 생명보험대리점의 등록

생명보험대리점이 되고자 하는 자는 다음의 등록요건 중 하나에 해당하는 자로서 생명보험회사와 보험계약체결의 대리업무에 관한 위임계약(대리점 계약)을 체결하고 금융위원회에 대리점 등록을 하여야 한다. 현재는 생명보험협회가 금융위원회로부터 생명보험대리점의 등록에 관한 업무를 위탁받아 수행하고 있다.

생명보험(제3보험)대리점의 등록요건 (「보험업법 시행령」 별표 3, 4 및 「보험업감독규정」 제4-3조)

개인보험대리점

- 생명보험(제3보험) 대리점에 관한 연수과정을 이수한 자*

  * 연수과정을 이수한 자는 아래 ❶~❸을 모두 갖춘 사람을 의미함

  ❶ (교육) 보험모집관련 윤리교육, 보험관련 법령 및 분쟁사례, 보험상품 등에 관한 교육과정을 20시간 이상 이수한 자

  ❷ (시험) 보험연수원에서 실시하는 생명보험(제3보험) 대리점자격시험에 합격한 자

  ❸ 교육 이수 요건을 충족한 자는 1년 이내에 시험에 합격하여야 하며, 시험에 합격한 자는 합격일부터 1년 이내에 교육 이수 요건을 충족하여야 함

- 생명보험(제3보험) 관계업무에 2년 이상 종사한 경력(등록신청일로부터 4년 이내)이 있고, 교육을 이수한 사람

※ 단, 등록신청의 유효기간은 연수과정 또는 교육 이수 후 2년

법인보험대리점

- 개인인 생명보험(제3보험)대리점의 등록요건(연수과정 이수 또는 관계업무 2년 이상 종사한 경력) 중 어느 하나에 해당하는 사람을 1명 이상 두고 있는 법인
- 임직원의 수가 100명 이상인 법인(금융기관보험대리점 제외)의 경우 소속 임직원의 10분의 1 이상이 생명보험(제3보험)설계사 등록요건을 갖춘 법인

보험대리점이 되지 못하는 자 (「보험업법」 제87조 제2항)

- 보험설계사가 되지 못하는 자
- 보험설계사 또는 보험중개사로 등록된 자
- 다른 보험회사 등의 임직원
- 외국의 법령에 따라 보험설계사가 되지 못하는 자에 해당하는 것으로 취급되는 자
- 그 밖에 경쟁을 실질적으로 제한하는 등 불공정한 모집행위를 할 우려가 있는 자로서 대통령령으로 정하는 자

(다) 영업보증금

보험대리점이 보험모집을 하는 과정에서 보험계약자에게 손해를 끼치게 되는 경우 등에 대비하기 위해 금융위원회는 보험대리점으로 하여금 대리점 계약을 체결한 보험회사에 영업보증금을 예탁하게 할 수 있다. 「보험업법」은 보험대리점 등록을 한 자가 영업보증금을 예탁하지 않고서는 영업을 할 수 없도록 규정하여 영업 개시시점뿐만 아니라 영업중에도 반드시 영업보증금을 예탁하도록 규제를 강화하고 있다.

영업보증금의 규모는 1억원(법인보험대리점의 경우 3억원)의 한도 내에서 보험회사와 보험대리점이 협의하여 정할 수 있으며, 금융위원회는 보험계약자 보호와 모집질서 유지를 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 영업보증금의 증액을 명할 수도 있다. 다만, 은행 등 금융기관보험대리점의 경우에는 영업보증금 예탁의무를 면제하고 있는데, 이는 금융기관이 일반보험대리점보다 자산건전성이 우수하다는 특성을 고려한 입법조치이다.

(2) 보험중개사

보험중개사는 독립적으로 보험계약의 체결을 중개하는 자로서 보험대리점과 마찬가지로 보험업종에 따라 생명보험중개사, 제3보험중개사, 손해보험중개사로 구분되며, 설립형태에 따라 개인보험중개사와 법인보험중개사로 구분된다.

(가) 보험중개사의 성격

보험중개사는 특정 보험회사에 소속되지 않고 독립적으로 보험계약의 체결을 중개하는 자를 말한다. 보험설계사나 보험대리점은 특정한 보험회사와 계약관계를 맺고 보험계약의 체결을 중개 또는 대리하는 반면, 보험중개사는 불특정다수의 계약자나 보험회사를 위하여 보험모집업무를 수행하는 것이 특징이다.

(나) 보험중개사의 등록

보험중개사가 되고자 하는 자는 「보험업법 시행령」 별표 3에서 정한 기준을 충족하고, 금융감독원에 등록 신청하여야 한다. 보험대리점과는 달리 부채가 자산을 초과하는 법인은 보험중개사가 될 수 없으며, 영업보증금의 경우에도 보험대리점은 보험회사에 예탁하지만 보험중개사는 영업개시 7일전까지 금융감독원에 예탁하거나 보험가입 등을 해야 한다(「보험업법」 제89조, 「보험업감독업무시행세칙」 제2-14조).

(다) 보험중개사의 의무

보험중개사는 보험계약의 체결을 중개할 때, 그 중개와 관련된 내용을 법령에 따라 장부에 적고 계약자에게 알려야 하며, 그 수수료 등에 관한 사항을 비치하여 계약자가 열람할 수 있도록 하여야 한다. 또한, 보험계약자가 요청하는 경우에는 보험계약 체결의 중개와 관련하여 보험회사로부터 받은 수수료, 보수와 그 밖의 대가를 알려주고, 법령에서 정한 장부 또는 서류를 계약자나 이해당사자가 열람할 수 있도록 하고 계약자 등이 요청할 때에는 그 내용에 대한 증명서를 발급하여야 한다(「보험업법」 제92조, 「보험업법 시행령」 제41조 등).

(3) 금융기관보험대리점

(가) 금융기관보험대리점의 정의

금융기관보험대리점은 보험회사에 대한 대리점 자격으로 보험계약의 체결을 대리하는 은행, 투자매매업자, 상호저축은행 등의 금융기관을 말한다. 일반적으로 금융기관 보험대리점을 프랑스어의 은행(Banque)과 보험(Assurance)을 합성하여 방카슈랑스(Bancassurance)라고 부른다. 우리나라의 경우 방카슈랑스는 보험소비자의 편익 증대와 금융산업의 겸업화를 통한 경쟁 활성화 및 생산성 제고를 위해 2003년 도입되었다.

(나) 금융기관보험대리점으로 등록할 수 있는 기관

금융기관보험대리점으로 등록할 수 있는 기관은 다음과 같다.

금융기관보험대리점으로 등록할 수 있는 기관 (「보험업법」 제91조, 「보험업법 시행령」 제40조)

- 「은행법」에 따라 설립된 은행
- 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 투자매매업자 또는 투자중개업자
- 「상호저축은행법」에 의한 상호저축은행
- 「한국산업은행법」에 의하여 설립된 한국산업은행
- 「중소기업은행법」에 의하여 설립된 중소기업은행
- 「여신전문금융업법」에 의하여 허가를 받은 신용카드업자 (겸영여신업자 제외)
- 「농업협동조합법」에 따라 설립된 조합 및 농협은행

(다) 금융기관보험대리점의 모집방법

금융기관보험대리점은 점포 내 지정된 장소에서 보험계약자와 직접 대면하여 보험을 모집하여야 한다. 즉, 금융기관보험대리점은 은행 등의 점포를 방문한 고객에게 보험가입을 권유하고 모집하는 것은 가능하나 점포 외의 장소에서 모집하는 것은 불가능하다.

금융기관보험대리점은 인터넷 홈페이지를 이용하여 불특정다수의 고객을 대상으로 보험상품을 안내 또는 설명하여 모집하는 것도 가능하다.

한편 금융기관보험대리점 중 「여신전문금융업법」에 의해 허가를 받은 신용카드업자(겸영여신업자 제외)는 전화, 우편, 컴퓨터 통신 등의 통신수단을 이용한 보험모집이 가능하나, 은행 등 다른 금융기관보험대리점은 통신수단을 이용한 보험모집이 불가하다(「보험업법 시행령」 제40조).

금융기관보험대리점은 금융기관의 본점, 지점 등 점포별로 2인(2년 이상 모집경력이 있는 보험설계사로서 모집의 업무를 폐지한지 6월 이상 경과한 자의 채용은 점포별 2인 규제에서 제외)까지만 모집에 종사하게 할 수 있다.

(라) 모집할 수 있는 보험상품의 범위

금융기관보험대리점에 의한 보험상품 판매는 판매용이성, 불공정거래나 불완전판매 가능성 등을 감안하여 다음과 같이 단계적으로 허용되었다.

단, 신용카드업자(겸영여신업자 제외)가 모집할 수 있는 보험상품의 범위는 보험대리점이 모집할 수 있는 보험상품의 범위와 같다.

금융기관보험대리점이 모집할 수 있는 보험상품의 범위 (「보험업법 시행령」별표 5)

구분	생명보험	손해보험
1단계 2003년 8월부터 2005년 3월까지	가. 개인저축성보험 1) 개인연금 2) 일반연금 3) 교육보험 4) 생사혼합보험 5) 그 밖의 개인저축성 보험 나. 신용생명보험	가. 개인연금 나. 장기저축성 보험 다. 화재보험(주택) 라. 상해보험(단체상해보험은 제외) 마. 종합보험 바. 신용손해보험
2단계 2005년 4월 이후	가. 제1단계 허용상품 나. 개인보장성 보험 중 제3보험 (주계약으로 한정하고, 저축성보험 특별약관 및 질병사망 특별약관을 부가한 상품은 제외한다.)	가. 제1단계 허용상품 나. 개인장기보장성 보험 중 제3보험 (주계약으로 한정하고, 저축성보험 특별약관 및 질병사망 특별약관을 부가한 상품은 제외한다.)

※ 일반개인보장성, 일반장기보장성, 개인용 자동차보험은 허용상품에서 제외

2단계에서 금융기관보험대리점에 모집할 수 있게 된 보험기간 만료시 환급금이 지급되는 상품은 2006년 10월 1일부터 판매가 허용되었다. 즉, 2006년 9월말까지는 만기환급금의 지급이 없는 순수보장성상품만 판매가 가능하였다. 당초 2008년 4월 1일부터 제3보험을 포함한 개인보장성보험까지 금융기관보험대리점을 통해 판매가 허용될 예정이었으나 국회와 정부에서 보장성보험에 대해서는 방카슈랑스 허용을 하지 않기로 결정하고, 2008년 3월 「보험업법 시행령」을 개정하였다.

(마) 금융기관보험대리점의 금지행위 및 준수사항

「보험업법」 및 「금융소비자 보호에 관한 법률」 등은 금융기관보험대리점 등에 의한 불공정 행위를 사전에 예방하기 위하여 금융기관보험대리점의 보험모집에 관한 금지사항 및 준수사항을 다음과 같이 명시하여 엄격하게 규제하고 있다.

금융기관보험대리점의 금지행위 등 (「보험업법」 제100조, 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제20조 등)

◈ **금융기관보험대리점 등의 금지행위**

- 대출 등 해당 금융기관이 제공하는 용역(이하 "대출 등")을 받는 자의 동의를 미리 받지 아니하고 보험료를 대출 등의 거래에 포함시키는 행위
- 대출 등의 금융상품에 관한 계약체결과 관련하여 금융소비자의 의사에 반하여 보험계약의 체결을 강요하는 행위
  - 제3자의 명의를 사용하여 보험계약 체결을 강요하는 행위
  - 금융소비자가 중소기업인 경우 그 대표자 또는 관계인에게 보험계약 체결을 강요하는 행위
  - 대출성 상품에 관한 계약을 체결하고 계약이 최초로 이행된 날 전 · 후 각각 1개월 내에 보험계약을 체결하는 등 법령에서 정한 행위
- 금융기관의 임직원(「보험업법」에 따라 보험모집을 할 수 있는 자는 제외)으로 하여금 모집을 하도록 하거나 이를 용인하는 행위
- 점포 내에 보험회사의 임직원, 보험설계사 또는 다른 보험대리점, 보험중개사를 입주시켜 모집을 하게 하는 행위
- 해당 금융기관의 점포 외의 장소에서 모집을 하는 행위
- 모집과 관련이 없는 금융거래를 통하여 취득한 개인정보를 미리 그 개인의 동의를 받지 아니하고 모집에 이용하는 행위
- 모집에 종사하는 자 이외에 소속 임직원으로 하여금 보험상품의 구입에 대한 상담 또는 소개를 하게 하거나 상담 또는 소개의 대가를 지불하는 행위
- 보험계약 체결을 대리 · 중개하는 조건으로 보험회사에 대하여 다음의 행위를 하는 것
  - 해당 금융기관을 계약자로 하는 보험계약의 할인을 요구하거나 그 금융기관에 대한 신용공여, 자금지원 및 보험료 등의 예탁을 요구하는 행위

– 보험계약 체결을 대리하거나 중개하면서 발생하는 비용 또는 손실을 보험회사에 부당하게 떠넘기는 행위
– 모집수수료 외에 보험계약에서 발생한 이익의 배분을 요구하는 행위
– 해당 금융기관보험대리점 또는 제3자의 용역 · 물품 등의 구입을 강요하는 행위
– 적법한 절차 없이 보험계약자 등 제3자의 개인정보를 요구하는 행위
– 일방적으로 전산시스템의 변경을 요구하는 행위
– 모집한 보험계약을 통해 형성된 보험회사의 자산에 일정한 제한을 요구하는 행위

◈ 금융기관보험대리점 등의 준수사항

- 해당 금융기관보험대리점이 모집할 수 있는 1개 생명보험회사 또는 1개 손해보험회사 상품의 모집액은 매 사업연도별로 해당 금융기관보험대리점이 신규로 모집하는 생명보험회사 상품의 모집총액 또는 손해보험회사 상품의 모집총액 각각의 25%를 초과할 수 없음
- 보험계약의 체결을 대리 · 중개할 때 해당 상품의 주요 보장내용과 보험계약의 환급금, 보험금의 종류와 지급사유, 보험금을 부지급 사유 및 내용, 청약철회 및 계약취소에 관한 사항 및 대출 등과 보험계약의 체결은 관계가 없다는 사항을 보험계약자에게 설명할 것
- 보험계약자 등이 금융기관보험대리점에서 판매하는 보험상품을 해당 금융기관 보험대리점의 상품으로 오인하지 않도록 할 것
- 해당 금융기관보험대리점이 대리 · 중개계약을 체결한 보험회사의 동종 또는 유사한 보험상품 3개 이상을 비교 · 설명하고 설명내용에 대한 확인서를 받을 것
- 해당 금융기관이 대출 등을 받는 자에게 보험계약의 청약을 권유하는 경우 대출 등을 받는 자가 그 금융기관이 대리하거나 중개하는 보험계약을 체결하지 아니하더라도 대출 등을 받는 데 영향이 없음을 알릴 것
- 해당 금융기관이 보험회사가 아니라 보험대리점 또는 보험중개사라는 사실과 보험계약의 이행에 따른 지급책임은 보험회사에 있음을 보험계약을 청약하는 자에게 알릴 것
- 보험을 모집하는 장소와 대출 등을 취급하는 장소를 보험계약을 청약하는 자가 쉽게 알 수 있을 정도로 분리할 것
- 보험계약자 등의 보험민원을 접수하여 처리할 전담창구를 해당 금융기관의 본점에 설치 · 운영할 것

2 보험모집 관련 준수사항

가. 법령 · 규정에서 정한 사항

「보험업법」 및 「금융소비자 보호에 관한 법률」에서는 보험계약자 등의 권익을 보호하고 공정한 보험모집 질서를 유지하여 보험산업의 건전한 발전을 도모하기 위해 보험설계사 등의 모집종사자가 보험모집과정에서 반드시 지켜야 할 준수사항과 금지사항 등을 규정하고 있다.

(1) 보험계약 체결 또는 모집에 관한 금지행위 (「보험업법」 제97조)

- 보험계약자 또는 피보험자로 하여금 이미 성립된 보험계약을 부당하게 소멸시킴으로써 새로운 보험계약(기존보험계약과 보장 내용 등이 비슷한 경우만 해당)을 청약하게 하거나, 새로운 보험계약을 청약하게 함으로써 기존보험계약을 부당하게 소멸시키거나, 그 밖에 부당하게 보험계약을 청약하게 하거나 이러한 것을 권유하는 행위
- 실제 명의인이 아닌 자의 보험계약을 모집하거나 실제 명의인의 동의가 없는 보험계약을 모집하는 행위
- 보험계약자 또는 피보험자의 자필서명이 필요한 경우에 보험계약자 또는 피보험자로부터 자필서명을 받지 아니하고 서명을 대신하거나 다른 사람으로 하여금 서명하게 하는 행위
- 다른 모집종사자의 명의를 이용하여 보험계약을 모집하는 행위
- 보험계약자 또는 피보험자와 금전대차의 관계를 이용하여 보험계약자 또는 피보험자로 하여금 보험계약을 청약하게 하거나 이러한 것을 요구하는 행위
- 정당한 이유 없이 「장애인차별금지 및 권리구제 등에 관한 법률」 제2조에 따른 장애인의 보험가입을 거부하는 행위
- 보험계약의 청약철회 또는 계약해지를 방해하는 행위

(2) 불공정영업행위 금지 (「금융소비자 보호에 관한 법률」 제20조 등)

- 금융상품 판매업자 등이 우월적 지위를 이용하여 금융소비자의 권익을 침해하는 다음의 행위를 해서는 아니된다.
  - 대출성 상품 등의 금융상품에 관한 계약체결과 관련하여 금융소비자의 의사에 반하여 보험계약 체결을 강요하는 행위
  - 연계 · 제휴서비스 등이 있는 경우 연계 · 제휴서비스 등을 축소 · 변경한다는 사실을 미리 알리지 않고 축소 · 변경하는 행위 또는 연계 · 제휴서비스 등을 정당한 이유 없이 금융소비자에게 불리하게 축소 · 변경하는 행위
  - 금융상품판매업자가 보험상품에 관한 계약체결을 위해 금융소비자에게 금융상품에 관한 계약체결과 관련하여 이자율 우대 등 특혜를 제공하는 행위
  - 금융상품판매업자 또는 그 임직원이 업무와 관련하여 편익을 요구하거나 제공받는 행위
  - 금융소비자의 계약의 변경 · 해지 요구 또는 변경 · 해지에 대한 정당한 사유없이 금전을 요구하거나 그 밖의 불이익을 부과하는 행위
  - 계약 또는 법령에 따른 금융소비자의 이자율 · 보험료 인하 요구에 대해 정당한 사유 없이 이를 거절하거나 그 처리를 지연하는 행위

(3) 부당권유행위 금지 (「금융소비자 보호에 관한 법률」 제21조)

- 금융상품 판매업자 등이 계약 체결을 권유시 다음의 부당권유행위를 해서는 아니된다.
  - 불확실한 사항에 대하여 단정적 판단을 제공하거나 확실하다고 오인하게 할 소지가 있는 내용을 알리는 행위
  - 보험상품의 내용을 사실과 다르게 알리는 행위
  - 보험상품의 가치에 중대한 영향을 미치는 사항을 미리 알고 있으면서 금융소비자에게 알리지 않는 행위
  - 보험상품 내용의 일부에 대하여 비교대상 및 기준을 밝히지 않거나 객관적인 근거 없이 다른 금융상품과 비교하여 해당 보험상품이 우수하거나 유리하다고 알리는 행위
  - 보험계약자나 피보험자가 보험계약 체결에 관한 중요한 사항을 보험회사에 알리는 것을 방해하거나 알리지 않을 것을 권유하는 행위
  - 보험계약자나 피보험자가 보험계약 체결에 관한 중요한 사항을 보험회사에 부실하게 알릴 것을 권유하는 행위
  - 내부통제기준에 따른 직무교육을 받지 않은 자로 하여금 계약체결 권유와 관련된 업무를 하게 하는 행위
  - 적합한 보험상품 권유를 위해 필요한 보험계약자 등에 관한 정보를 조작하여 보험계약 체결을 권유하는 행위
  - 적합성 원칙을 적용받지 않고 권유하기 위해 보험계약자 등으로부터 계약 체결의 권유를 원하지 않는다는 의사를 서면 등으로 받는 행위

(4) 특별이익의 제공 금지 (「보험업법」 제98조)

보험계약의 체결 또는 모집에 종사하는 자는 그 체결 또는 모집과 관련하여 보험계약자나 피보험자에게 금품[3], 기초서류에서 정한 사유에 근거하지 아니한 보험료의 할인 또는 수수료의 지급, 기초서류에서 정한 보험금액 보다 많은 보험금액의 지급 약속, 보험료 대납, 보험회사로부터 받은 대출금에 대한 이자의 대납, 보험료로 받은 수표 또는 어음에 대한 이자 상당액의 대납, 「상법」 제682조에 따른 제3자에 대한 청구권 대위행사의 포기 등의 특별이익을 제공하거나 제공하기로 약속하여서는 아니 된다.

특별이익 제공 해당여부 예시

- 월보험료 2만원인 보험계약을 체결한 보험계약자에게 2만 2천원 상당의 선물을 제공한 경우
  ⇒ 연간 납입보험료 24만원의 10%인 2만 4천원을 초과하지 않았으므로 적법
- 월보험료 2만원인 보험계약을 체결한 보험계약자에게 2만 5천원 상당의 선물을 제공한 경우
  ⇒ 연간 납입보험료 24만원의 10%인 2만 4천원을 초과하였으므로 위법
- 보험계약자에게 계약체결의 대가로 6만원 상당의 블랙박스를 제공한 경우
  ⇒ 3만원을 초과하였으므로 위법

(5) 수수료 지급 등의 금지 (「보험업법」 제99조)

보험회사는 보험계약을 모집할 수 있는 자 이외의 자(무자격자)에게 모집을 위탁하거나 모집에 관하여 수수료, 보수, 그 밖의 대가를 지급하지 못한다.

3) 처벌대상이 되는 금품은 보험계약 체결시부터 최초 1년간 납입되는 보험료의 10%와 3만원 중 적은 금액을 초과하는 금품을 말한다.

(6) 모집광고 관련 준수사항 (「금융소비자 보호에 관한 법률」 제22조)

보험회사 또는 보험설계사 등 모집종사자가 아닌 자는 모집업무 또는 보험상품에 관한 광고를 해서는 안되며, 보험회사 또는 보험설계사는 보험상품에 관한 광고를 하는 경우에는 보험계약자 등이 보험상품의 내용을 오해하지 않도록 명확하고 공정하게 전달하여야 한다(세부내용은 제5장 '보험소비자 보호' 참고).

(7) 보험안내자료 (「보험업법」 제95조)

보험안내자료란 보험모집 활동을 위해 제작되어 보험계약자 등에게 제공되는 상품요약서, 변액보험 및 퇴직연금실적배당보험 운용설명서, 보험계약관리내용 등을 포괄하는 자료로, 인터넷 홈페이지 등을 통해 불특정다수에게 알리는 자료를 포함한다.

보험안내자료를 임의로 작성하여 사용할 경우, 보험계약자가 허위내용으로 인한 부당한 피해를 입을 수 있기 때문에 감독당국은 건전한 보험거래질서 유지 및 보험계약자 권익 보호를 위하여 보험안내자료에 필수적으로 기재해야 할 사항과 기재하지 말아야 할 사항 등에 대해 규정하고 있다.

한편, 보험회사는 보험안내자료의 관리를 전담하는 부서를 지정하고 보험회사 또는 보험설계사 등 모집종사자가 제작한 보험안내자료를 심사하여 관리번호를 부여한 후 사용하도록 하여야 한다.

보험안내자료 필수기재사항

- 보험회사의 상호나 명칭 또는 보험설계사 · 보험대리점 또는 보험중개사의 이름 · 상호나 명칭
- 보험 가입에 따른 권리 · 의무에 관한 주요사항
  - 변액보험계약의 경우, 변액보험자산의 운용성과에 따라 납입한 보험료의 원금에 손실이 발생할 수 있으며 그 손실은 보험계약자에게 귀속된다는 사실 및 최저로 보장되는 보험금이 설정되어 있는 경우에 그 내용을 포함
- 보험약관으로 정하는 보장에 관한 사항
- 보험금 지급제한 조건에 관한 사항 및 지급제한 조건 예시
- 해약환급금에 관한 사항
- 「예금자보호법」에 따른 예금자보호와 관련된 사항
- 보험금이 금리에 연동되는 보험상품의 경우, 적용금리 및 보험금 변동에 관한 사항
- 보험안내자료의 제작자 · 제작일, 보험안내자료에 대한 보험회사의 심사 또는 관리번호
- 보험 상담 및 분쟁의 해결에 관한 사항

보험안내자료 기재금지사항

- 보험회사의 자산과 부채에 관하여 금융위원회에 제출한 내용과 다른 사항
  - 방송 · 인터넷 홈페이지 등 그 밖의 방법으로 모집을 위하여 불특정다수인에게 알리는 경우에도 해당함
- 보험회사의 장래의 이익 배당 또는 잉여금 분배에 대한 예상에 관한 사항
  - 단, 보험계약자의 이해를 돕기 위하여 계약자배당이 있는 연금보험의 경우에는 직전 5개년도 실적을 근거로 장래의 계약자배당을 예시할 수 있음
  - 방송 · 인터넷 홈페이지 등 그 밖의 방법으로 모집을 위하여 불특정다수인에게 알리는 경우에도 해당함
- 「독점규제 및 공정거래에 관한 법률」 제45조(불공정 거래행위의 금지)에 따른 사항
- 보험계약의 내용과 다른 사항
- 보험계약자에게 유리한 내용만을 골라 안내하거나 다른 보험회사 상품과 비교한 사항
- 확정되지 아니한 사항이나 사실에 근거하지 아니한 사항을 기초로 다른 보험회사 상품에 비하여 유리하게 비교한 사항
- 특정 보험계약자에게만 혜택을 준다는 내용

(8) 설명의무 (「금융소비자 보호에 관한 법률」 제19조, 「보험업법」 제95조의2 등)

설명의무란 보험회사 또는 보험설계사 · 보험대리점 등이 일반보험계약자[4]에게 보험계약 체결을 권유하는 경우 또는 일반보험계약자가 설명을 요청하는 경우에 보험상품의 내용, 보험료, 보험금, 위험보장 범위 등 보험상품에 관한 중요한 사항을 일반보험계약자가 이해할 수 있도록 설명하여야 하는 법령상 의무이다.

보험회사 또는 보험설계사 등은 설명을 할 때 설명에 필요한 설명서를 일반보험계약자에게 제공하여야 하며, 설명한 내용을 해당 보험계약자가 이해하였음을 서명, 기명날인, 녹취 등의 방법으로 확인을 받아야 하며, 보험회사는 보험계약의 체결 시부터 보험금 지급시까지의 주요 과정의 각 단계별 중요사항을 일반보험계약자에게 설명해야 한다.

또한, 보험회사는 일반보험계약자가 보험금 지급을 요청한 경우에는 보험금의 지급절차 및 지급내역 등을 설명하여야 하며, 보험금을 감액하여 지급하거나 지급하지 않는 경우에는 그 사유를 설명하여야 한다.

보험계약 모집시 설명하여야 할 중요사항 (「금융소비자 보호에 관한 법률」제19조 등)

- 보험상품의 내용 및 보험료
  - 주계약 · 특약의 보장사항 및 각각의 보험료 · 보험금
  - 보험료 납입기간
- 보험금 지급제한 사유 및 지급절차
- 위험보장의 범위 및 위험보장 기간
- 계약의 해지 · 해제
- 보험료의 감액 청구
- 보험금 또는 해약환급금의 손실 발생 가능성
- 해약을 하거나 만기에 이른 경우에 각각의 환급금 및 산출근거(그 금액이 이미 납부한 보험료보다 적거나 없을 수 있다는 사실을 설명해야 함)

4) 국가, 금융기관, 상장법인 등 전문보험계약자(전문금융소비자) 제외

- 보험상품과 연계되거나 제휴된 금융상품 또는 서비스 등이 있는 경우 다음의 사항
  - 연계 · 제휴서비스 등의 내용
  - 연계 · 제휴서비스 등의 이행책임, 제공기간
  - 연계 · 제휴서비스 등의 변경 · 종료에 대한 사전통지
  - 연계 · 제휴서비스 등을 받을 수 있는 조건
- 청약철회의 기간 · 행사방법 · 효과에 관한 사항
- 민원처리 및 분쟁조정 절차
- 「예금자보호법」 등 다른 법률에 따른 보호 여부
- 계약자 또는 피보험자의 고지의무 및 통지의무 위반시 보험회사가 계약을 해지할 수 있다는 사실
- 수익자를 지정할 수 있는지 여부 및 그 방법
- 변액보험상품에 관한 다음의 사항
  - 만기에 일정한 금액 이상을 제공한다는 사실을 보장하는 계약인 경우에도 보험계약자가 중도에 해지를 하는 경우에 그 금액을 제공하지 못할 수 있다는 사실
  - 변액보험상품의 구조 및 자산운용 방식
- 간단손해보험대리점이 취급하는 보험상품의 경우, 판매 · 제공 또는 중개하는 재화 또는 용역의 매매와 별도로 보험계약자가 보험상품에 관한 계약을 체결 또는 취소할 수 있거나 그 계약의 피보험자가 될 수 있는 권리가 보장된다는 사실
- 저축성 보험상품에 관한 다음의 사항
  - 적용이율 및 산출기준
  - 보험료 중 사업비 등을 뺀 일부 금액만 특별계정에서 운영되거나 적용이율이 적용된다는 사실 및 그 사업비 금액(적용이율이 고정되지 않는 계약에 한정)
- 65세 이상을 보장하는 실손의료보험의 경우, 65세 시점의 예상보험료 및 보험료 납입에 관한 사항
- 해약환급금이 지급되지 않는 보험상품의 경우, 위험보장이 동일하지만 해약환급금이 지급될 수 있는 다른 보험상품에 관한 내용
- 유배당 보험상품의 계약자 배당에 관한 사항
- 계약 종료 이후 보험계약자가 청약에 필요한 사항을 보험회사에 알리지 않고 해당 보험상품에 관한 계약을 다시 체결할 수 있는 상품의 가입조건 및 보장내용 등의 변경에 관한 사항
- 그 밖에 보험계약자가 오해하기 쉬워 민원이 빈발하는 사항, 보험금 지급 등 서비스 제공과 관련하여 보험계약자가 특히 유의해야할 사항

보험계약 관련 주요단계별 설명하여야 하는 중요사항 (「보험업법」 제95조의2 등)

보험계약 체결 단계

- 모집종사자의 성명 · 연락처 및 소속
- 모집종사자가 보험회사를 위하여 보험계약의 체결을 대리할 수 있는지 여부
- 모집종사자가 보험료나 고지의무사항을 보험회사를 대신하여 수령할 수 있는지 여부
- 보험계약의 승낙절차
- 보험계약의 승낙거절시 거절 사유
- 보험계약의 청약시 보험약관과 청약서 부본을 교부 받고, 보험계약의 중요사항을 설명받아야 하며 청약서에 자필서명을 해야 한다는 사실을 설명하고, 해당 내용이 이행되지 않는 경우 청약일로부터 3개월 이내에 해당 보험계약을 취소할 수 있다는 사실 및 그 취소절차 · 방법
- 저축성보험 또는 변액보험의 경우 납입보험료 중 사업비 등이 차감된 일부 금액이 특별계정에 투입되어 운용되거나 적용이율로 부리된다는 사실
- 저축성보험계약(금리확정형 제외)의 사업비 수준, 해약환급금에 관한 사항
- 변액보험계약의 경우 투자에 따르는 위험 및 예금자보호 대상이 되지 않는다는 사실
- 만기시 자동갱신되는 보험계약의 경우 보험료가 인상될 수 있다는 사실
- 보험금 청구권 등의 소멸시효에 관한 사항
- 타인의 사망을 보험사고로 하는 보험계약의 경우 그 타인의 서면 동의가 필요하다는 사실
- 장기보장성보험계약인 경우, 만기시 환급금이 원금보다 적거나 없을 수 있다는 사실
- 실손의료보험 등의 경우 중복보상에 관한 사항
- 건강체 할인 등 보험료 할인에 관한 사항

보험금 청구 단계

- 담당 부서, 연락처 및 보험금 청구에 필요한 서류
- 보험금 심사 절차, 예상 심사기간 및 예상 지급일
- 보험사고 조사 및 손해사정과 관련하여 해당 보험사고 및 보험금 청구가 손해사정 대상인지 여부
- 해당 보험사고 및 보험금 청구가 손해사정 대상인 경우 보험계약자 등은 손해사정사를 선임할 수 있다는 사실 및 그 비용 부담에 관한 사항

- 보험계약자 등이 손해사정사를 선임하려는 경우 보험회사의 동의 기준
- 보험회사가 보험계약자 등의 손해사정사 선임에 동의하지 않은 경우 그 이유 및 근거
- 보험계약자 등이 따로 손해사정사를 선임하지 않은 경우 보험회사에 소속된 손해사정사 또는 보험회사와 위탁계약이 체결된 손해사정업자가 손해사정을 하게 된다는 사실
- 보험금 지급심사 현황 결과 문의 및 조회 방법
- 보험약관에 따른 보험금 지급기한 및 보험금 지급지연시 지연이자 가산 등 보험회사의 조치사항

보험금 심사 · 지급 단계

- 보험금 지급일 등 지급절차
- 보험금 지급 내역
- 보험금 심사 지연시 지연 사유 및 예상 지급일
- 보험금을 감액하여 지급하거나 지급하지 않는 경우에는 그 사유
- 보험회사가 손해사정 또는 보험금 심사에 참고하기 위하여 의료자문을 의뢰하는 경우, 의뢰사유 · 의뢰내용 및 자문을 의뢰할 때 제공하는 자료의 내역
- 보험회사가 보험금을 감액 또는 부지급하는 경우에는 의료자문을 의뢰하였다면 자문을 의뢰한 기관과 자문의견

(9) 모집종사자의 고지의무 (「금융소비자 보호에 관한 법률」 제26조 등)

보험설계사, 보험대리점 등 모집종사자는 보험계약 모집시 보험계약 모집업무를 위탁한 보험회사, 위탁받은 업무 및 보험계약을 체결할 권한 유무에 관한 사항 등을 미리 보험계약자에게 알려야 하고, 본인이 모집종사자임을 나타내는 표지를 게시하거나 증표를 보험계약자에게 보여 주어야 한다.

모집종사자의 고지의무에 관한 사항

보험계약 모집시 미리 알려야 할 사항

- 보험계약 모집업무를 위탁한 보험회사 또는 보험대리점의 명칭과 위탁업무 내용
- 하나의 보험회사로부터 모집업무를 위탁받았는지에 관한 사항(보험회사 소속인지 대리점 소속인지 여부 등)
- 보험회사로부터 보험계약 체결권을 부여받지 않은 경우 자신이 보험계약을 체결할 권한이 없다는 사실
- 모집종사자 또는 보험회사 등의 손해배상책임에 관한 사항
- 보험계약자로부터 보험료를 수령할 수 있는지에 관한 사항
- 보험계약자 등이 제공한 신용정보 또는 개인정보 등은 보험회사가 보유 · 관리한다는 사실
- 「보험업법」에 따른 보험설계사의 이력 및 영업정지, 등록취소 또는 과태료 처분, 불완전판매비율 및 계약유지율, 보험사기행위에 대한 3개월 이상의 업무정지에 관한 내용을 보험협회 홈페이지 등 전자적 방법으로 확인할 수 있다는 사실 및 확인방법

모집종사자임을 나타내는 표지 또는 증표 제시에 관한 사항

- 등록 업무를 수행하는 기관에서 발급한 표지나 증표
- 표지는 사업장 및 인터넷 홈페이지에 항상 게시할 것

(10) 중복계약 체결 확인 의무 (「보험업법」 제95조의5)

보험회사 또는 보험설계사 등은 실손의료보험(실제 부담한 의료비만 지급하는 제3보험상품) 계약을 모집하기 전에 보험계약자가 되려는 자의 동의를 얻어 피보험자가 되려는 자가 이미 다른 실손의료보험계약의 피보험자로 되어있는지 확인하여야 하며, 확인한 내용을 보험계약자가 되려는 자에게 즉시 알려야 한다.

또한 확인결과 피보험자가 되려는 자가 다른 실손의료보험계약의 피보험자로 되어 있는 경우에는 보험금 비례분담 등 보험금 지급에 관한 세부 사항을 안내하여야 한다.

중복계약 체결 확인 방법 및 절차 등 (「보험업감독규정」 제4-35조의5)

- 보험회사 또는 모집종사자는 종합신용정보집중기관이 보유한 계약정보를 통해 피보험자가 이미 다른 실손의료보험계약의 피보험자로 되어있는 지를 확인하여야 한다.
- 보험회사 또는 모집종사자는 중복계약 체결 확인에 대한 세부사항을 안내하고 보험계약자가 이를 이해하였음을 서명, 기명날인 또는 녹취 등의 방법으로 확인받아야 한다.

(11) 통신수단을 이용한 모집 관련 준수사항 (「보험업법」 제96조 등)

(가) 준수사항

전화 · 우편 · 컴퓨터통신 등 통신수단을 이용하여 모집하는 자는 보험모집을 할 수 있는 자이어야 하며, 통신수단을 이용한 모집에 대하여 동의를 한 자를 대상으로 모집하되 다른 사람의 평온한 생활을 침해하는 방법으로 모집을 하여서는 안 되며, 청약철회, 계약내용 확인, 계약해지[5]도 통신수단을 이용할 수 있도록 해야 한다.

또한 통신판매에 관한 업무를 영위하는 자는 개인정보의 수집 · 활용 · 제공에 있어 관계법령을 준수하여야 하며, 개인정보가 유출되어 고객에게 피해를 주지 않도록 통신판매 종사자에 대한 교육 및 보안에 만전을 기하여야 한다.

(나) 금지사항

보험회사 또는 모집종사자는 통신판매 과정에서, 통화 또는 청약의 의사가 없음을 밝히거나, 통화를 중단하고 보험상품에 관한 설명서 등 보험안내자료를 우선 확인하고자 하는 고객 등에게 상품소개, 계약체결 권유를 지속해서는 안 된다.

또한, 보험계약 체결을 유도하기 위해 해당 상품이 이벤트 당첨고객 등 특정 고객에게만 제공된다거나 특정 일자까지만 가입 가능하다고 안내하는 등 사실과 다른 설명을 하거나,

5) 보험계약자가 계약을 해지하기 전에 안전성 및 신뢰성이 확보되는 방법을 이용하여 보험계약자 본인임을 확인받는 경우에 한정

보험회사가 미리 작성 · 마련한 표준상품설명대본을 오인 가능성이 있는 내용으로 임의로 수정하여 사용하여서는 안 되며, 보험계약자에게 음성녹음에 의해 청약이 완료된다는 사실과 보험료 결제 시기, 방법 등에 대한 불충분한 안내를 하여서는 안 된다.

통신수단 중 전화를 이용한 모집 관련 준수사항 (「보험업법 시행령」 제43조 등)

- 보험회사 및 모집종사자는 보험계약자와 최초 통화 내용부터 청약이 완료될 때까지 모든 과정을 음성녹음하고 이를 보관하여야 한다.
  - 다만, 법령에서 정한 중요사항 이외에 보험계약 체결을 위해 필요한 사항에 대하여 질문 또는 설명하고 그에 대한 계약자의 답변 · 확인 등에 관한 사항은 전자우편, 휴대전화 문자메시지 등 전자적 의사표시 등 전자적 방법으로 음성녹음을 대체할 수 있으며, 이 경우 계약자가 전화로 설명을 들은 내용과 실제 보험계약 내용이 동일한지 확인할 수 있도록 법령에서 정한 설명서를 보험계약 체결 전에 전자적 방법으로 제공해야 한다.
- 보험회사 또는 모집종사자는 전화를 이용한 보험모집시 고객 접촉단계에서 보험계약자에게 통신판매종사자의 소속, 성명을 정확히 안내하여야 하고, 고객이 본인의 개인정보에 대한 취득경로를 질의할 경우 이를 정확히 안내하여야 한다.
- 보험회사는 전화를 이용한 보험모집시 준수해야할 상품별 표준상품설명대본을 작성하고 모집종사자가 표준상품설명대본에 따라 통신판매가 이루어지도록 하여야 한다.
- 보험계약의 청약이 있는 경우 보험계약자의 동의를 받아 청약내용, 보험료의 납입, 보험기간, 고지의무, 약관의 주요내용 등 보험계약 체결을 위하여 필요한 사항을 질문 또는 설명하고, 보험계약의 청약이 종료되기 전에 다음의 내용 중 보험계약자에게 불이익이 될 수 있는 보험약관의 중요 내용을 선정하여 보험계약자에게 질의하고, 상품설명 내용에 대한 보험계약자의 이해여부를 확인하여야 한다.
  - 지급한도, 면책사항, 감액지급 등 보험금 지급제한 조건
  - 만기시 자동갱신되는 보험상품의 경우 자동갱신의 조건(갱신보험료 예시 포함)
  - 실손의료보험의 경우 중복가입시 비례보상된다는 사실
  - 그 밖의 보험계약자에게 불이익이 될 수 있는 사항

- 보험회사 또는 모집종사자는 보험계약 체결에 관한 질문 또는 설명에 대한 보험계약자의 답변 및 확인내용을 음성녹음하는 등 증거자료를 확보 · 유지하여야 하며, 우편이나 팩스 등을 통하여 지체없이 보험계약자로부터 청약서에 자필서명을 받아야 한다.
- 보험회사는 전화를 이용하여 보험계약을 체결하는 경우에는 음성녹음의 내용을 보험계약자 또는 피보험자가 확인할 수 있도록 하여야 하며, 청약서 부본, 보험증권 또는 별도의 안내문을 통하여 해당 보험계약이 음성녹음에 의해 체결되었다는 사실과 음성내용 확인방법을 보험계약자에게 알려야 한다.
- 보험회사는 매월 전화를 이용하여 체결한 보험계약의 100분의 20 이상에 대한 음성녹음 내용을 점검하여 모집종사자가 보험계약자에게 표준상품설명대본에 따라 보험계약의 내용을 제대로 설명하였는지 여부 등을 확인하여야 한다.

전화를 이용한 보험계약 모집시 자필서명 면제 (「보험업감독규정」 제4-37조)

- 통신수단을 이용한 보험모집의 경우에도 우편이나 팩스 등을 통하여 보험계약자로부터 청약서에 자필서명을 받아야 한다. 그러나 전화를 이용한 보험모집의 경우에는 자필서명이 없어도 계약성립을 위한 법적요건과 청약자의 계약체결의사를 확인할 수 있는 다음 ①~③의 기본요건을 충족하는 때에는 자필서명 의무를 면제하여 전화판매의 특성을 반영하고 있다.

① 대상계약
- 사망 또는 장해를 보장하지 않는 보험계약
- 사망 또는 장해를 보장하는 보험계약으로서 보험계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일하거나 보험계약자와 피보험자가 동일하고 보험수익자가 법정상속인인 보험계약
- 타인의 사망 또는 장해를 보장하는 보험계약으로서 「상법 시행령」 등에서 정한 요건을 충족하는 전자서명을 받은 보험계약
- 신용생명보험계약 또는 신용손해보험계약
- 보험계약자와 피보험자가 동일하고 보험금이 비영리법인에게 기부되는 보험계약

② 본인확인내용, 보험청약내용, 보험료납입, 보험기간, 고지의무, 보험약관의 주요내용 등 보험계약 체결을 위하여 필요한 사항을 질문 또는 설명하고 그에 대한 보험계약자의 답변, 확인내용을 음성녹음 하는 등 그 증거자료를 확보, 유지하는 시스템을 갖출 것

③ ②의 음성녹음 내용을 아래 방법에 의해 보험계약자 및 피보험자가 확인할 수 있을 것
- 전화 또는 인터넷 홈페이지
- 문서화된 확인서(보험계약자 및 피보험자가 요청한 경우에 한하며, 모집에 종사하는 자는 보험계약자 또는 피보험자에게 문서화된 확인서를 요청할 수 있음을 보험계약 체결 전에 알려야 함)

통신수단 중 화상통화를 이용한 모집 관련 준수사항 (보험업법 시행령 제43조제4항, 금융소비자 보호에 관한 감독규정 제22조제7호 등)

화상통화를 이용한 보험모집 허용

- 보험업법 시행령 등 법령개정에 따라 통신수단 중 화상통화(동영상과 음성을 동시에 송수신)를 이용한 보험모집이 허용되었다. 모집종사자는 화상통화를 통해 보험을 모집하는 경우에도 전화 및 사이버몰을 이용한 모집과 마찬가지로 보험계약자와 대면하지 않고 설명의무를 이행할 수 있다.
- 보험협회는 화상장치를 이용한 보험모집과 관련하여 보험회사와 모집종사자가 금융소비자 보호 등을 위하여 준수하여야 할 사항에 관한 모범규준을 마련할 수 있으며, 현재 생명보험협회는 「화상통화 보험모집 업무 프로세스 모범규준」을 제정하여 운영하고 있다.(2023.8.1. 제정)

화상통화를 이용한 모집 관련 준수사항

- 모집종사자는 보험회사가 구축한 인터넷 화상장치를 이용하여 보험계약자와 공유하는 화면을 통해 설명내용을 동시에 보면서 진행하여야 한다.

- 보험회사 및 모집종사자는 상품 설명 내용 등을 음성녹음이나 전자문서 등의 형태로 확보 · 유지하여야 한다.
  - 인터넷 화상장치 이용시기, 보험계약자의 정보 및 본인확인 여부, 보험회사 정보, 설명 상품, 중요사항 설명 여부 등의 정보가 포함된 로그정보
  - 인터넷 화상장치를 통해 보험 상품의 내용, 보험료, 보험금 및 위험보장 범위 등을 설명한 내용
  - 보험계약의 청약이 있는 경우 청약 내용, 보험료의 납입, 보험기간, 고지의무, 약관의 주요 내용 등 보험계약 체결을 위하여 필요한 사항에 대하여 질문 또는 설명한 자료 및 그에 대해 보험계약자가 답변하고 확인한 내용
- 보험회사는 매분기 화상장치를 이용하여 체결한 보험계약의 100분의 20 이상에 대하여 설명자료 및 증거자료에 이상이 없는지 확인하여야 한다.

나. 협정에서 정한 준수사항

생명보험회사는 보험모집질서를 확립하고 공정경쟁질서를 유지함으로써 공신력을 제고하고 보험가입자의 권익을 보호하고자 「생명보험 공정경쟁질서 유지에 관한 협정(이하 '협정')」을 체결, 금융위원회의 인가를 받아 시행하고 있다. 협정은 보험회사들이 자체적으로 결의하고 준수하는 것이므로, 협정의 적용범위는 협정 체결당사자인 보험회사와 그 소속 모집종사자(임직원 및 보험설계사)이다.

협정은 보험회사 및 소속 모집종사자의 보험모집과 관련한 준수사항을 규정하고 있으며, 협정 위반행위로 인하여 피해를 본 보험회사(점포장 포함)는 위반행위가 있는 날로부터 6개월 이내에 서면 또는 기타의 방법으로 생명보험협회에 신고를 할 수 있다. 생명보험협회는 회사의 신고가 접수되면 조사반을 구성하여 협정 위반여부를 조사하고 위반여부가 확정되면 생명보험협회 내에 설치된 공정경쟁질서유지위원회의 심의 · 의결을 거쳐 제재금을 부과하고 있다.

(1) 무자격자의 보험계약 모집금지

「보험업법」에 따라 보험모집자격이 없거나, 「보험업법」 위반 등으로 보험모집을 할 수 없는 자가 보험계약을 모집하게 하는 경우, 또는 다른 회사 소속의 보험설계사에게 보험계약 모집업무를 위탁하는 경우 100만원 이하의 제재금을 부과한다.

(2) 특별이익 제공 또는 특별이익 제공 약속 금지

보험계약자에게 보험료의 할인 및 기타 특별이익을 제공하거나 이를 약속하는 경우에는 특별이익 제공 또는 약속한 금액에 따라 3,000만원 이하의 제재금을 부과한다.

(3) 작성계약 금지

작성계약이란 보험계약자의 청약이 없음에도 계약자 또는 피보험자의 명의를 가명, 도명 또는 차명으로 하여 보험모집종사자가 보험계약청약서를 임의로 작성하여 성립시키는 것을 말한다. 작성계약은 1건별 기납입보험료 전액을 제재금으로 부과한다. 단, 기납입보험료가 100만원 미만인 보험계약의 경우 건당 100만원을 부과한다.

(4) 경유계약 금지

경유계약이란 보험모집종사자 본인이 모집한 계약을 다른 사람 명의로 처리하는 것을 말하며, 경유계약 체결시 200만원 이하의 제재금을 부과한다.

실제 모집설계사 ≠ **청약서상 설계사**

※ 같은 점포소속 설계사의 명의를 이용해도 경유계약에 해당

(5) 다른 회사 모함 또는 허위사실 유포 금지

고객에게 객관적인 근거나 입증자료 없이 수당이나 경영실적, 보험료, 상품, 각종 위촉계약조건 등을 부당하게 다른 회사와 비교하는 행위가 대상이며, 특정기간 · 특정내용 또는 부분만을 대비 · 강조하거나 불리한 측면만을 부각시키는 등 전체적으로 균형을 잃은 정보를 제공하여 고객으로 하여금 오인 · 오해를 유발하는 행위를 하는 경우가 이에 해당한다. 다른 회사를 모함하거나 허위사실을 유포하는 경우에는 100만원 이하의 제재금을 부과한다.

다른 회사 모함 또는 허위사실 유포 사례 예시

- 수당을 비교함에 있어 전체적인 측면을 고려하지 않고, 자사에 유리한 초기 1년 또는 2년의 기간만 비교
- 경영실적을 비교함에 있어 자사에 유리한 기간((예) 1/4분기 실적)만을 추출하여 비교하거나, 실적 악화의 이유가 다양하고 변동성이 있음에도 불구하고 신문기사 등을 인용하여 마치 경쟁사에 큰 문제가 있는 것처럼 부각
- 상품 전반에 대한 비교나 검증없이 타사의 상품종류가 적다는 사실 또는 보장내용이 제한된다는 점만을 부각
- 입증할 수 없고, 타사에 피해를 유발함에도 불구하고 '최초', '최고', '유일', '제일' 등의 절대적 표현을 사용
- 다른 조건이 있음을 밝히지 않고 "○명을 추가 스카웃하면 100% 또는 무조건 지점장이 될 수 있다"고 하거나, 업적이나 유지에 관한 구체적 내용없이 총 수당만을 명시하거나 일정 기간 또는 기간제한 없이 최저수당(기본급)의 지급을 보장하는 것처럼 표현

(6) 승환계약 금지

협정에서 금지하는 승환계약의 구체적인 기준은 보험설계사의 전 소속회사 등록말소 전후 각 3개월간 해지, 실효 등(품질보증해지 계약 포함)으로 소멸된 계약이 설계사 등록

말소일로부터 6개월 이내에 현 소속회사의 해당 보험계약자나 피보험자의 신계약으로 체결되는 것이다. 보험설계사가 소속된 동일 점포의 다른 보험설계사 명의로 신계약이 체결된 경우도 제재대상으로, 타인 명의의 경유처리 등을 통한 승환계약 제재 회피행위를 방지하고 있다. 다만, 승환계약이라도 보험설계사 본인 및 배우자, 직계존비속 계약은 사회통념을 감안하여 제재대상에서 제외하고 있다. 승환계약이 발생하는 경우에는 보험계약 1건당 100만원의 제재금을 부과한다.

(7) 기타

협정에서는 보험설계사들이 보험안내자료 준수사항 위반, 보험상품의 내용을 사실과 다르게 알리거나 중요한 사항을 알리지 않는 행위, 보험계약자나 피보험자의 알릴 의무를 방해, 불고지 및 불성실 고지를 권유하는 행위 등을 금지하고 있다. 이러한 기타 위반행위가 발생하는 경우에는 100만원 이하의 제재금을 부과한다.

3 생명보험 우수인증설계사 제도

생명보험협회는 전문성이 우수한 생명보험설계사들이 자긍심을 갖고 영업현장에서 활동할 수 있도록 2008년부터 우수인증설계사(Certified Insurance Consultant) 제도를 도입하여 운영하고 있다.

우수인증설계사로 인증을 받기 위해서는 보험설계사의 근속기간, 보험계약유지율, 모집실적, 불완전판매 유무 등 엄격한 생명보험협회의 인증기준을 충족해야 한다. 인증기준에서도 알 수 있듯이 우수인증설계사는 모집실적뿐만 아니라 고객에 대한 신뢰와 윤리의식을 검증받은 보험설계사이다. 그러므로 우수인증설계사 제도의 활성화는 궁극적으로 보험계약자에게 양질의 서비스를 제공하기 위한 기반이 된다.

생명보험 우수인증설계사 인증기준

적용대상	생명보험사 전속 보험설계사 또는 전속 개인대리점 생명보험사의 자회사인 보험대리점[6]에 등록되어 있는 생명보험설계사
근속기간	동일회사에 3년 이상 재직
보험계약 유지율[7]	13회차 90%, 25회차 80% 이상
영업실적	연간소득 4,000만원 이상
정도영업	직전 1년간 품질보증해지 · 민원해지 · 무효 '0건'
기 타	신청일로부터 3년 이내 「보험업법」에 의한 사고모집인 기록, 금융 및 신용질서 문란사실 없음

생명보험협회는 매년 5월 보험회사 본사를 통해 우수인증설계사 인증신청을 접수받고, 신청자에 대한 자격을 심사한 후 인증을 부여하고 있다. 우수인증설계사 인증기간은 해당 연도 6월 1일부터 다음해 5월 31일까지 1년이다.

6) 생명보험 우수인증설계사 인증관리 협의회에서 정한 바에 따른 생명보험협회 준회원사로 가입한 생명보험회사 자회사인 보험대리점
7) 유지율은 계약건수 또는 보험료 모두 가능 (일시납은 월납 변환)

생명보험 우수인증설계사 연도별 인증현황

(단위 : 명)

연 도	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
우수인증 설계사	16,386	15,045	15,070	15,007	14,845	12,607	13,174	13,839	13,660	12,469	13,104

우수인증설계사 제도는 2008년 처음 도입된 이후 보험회사와 보험설계사의 꾸준한 관심 속에 점점 자리를 잡아가고 있다. 보험업계의 지속적인 홍보 속에 보험소비자의 인식이 높아지면서 이제는 우수인증설계사가 완전판매, 실적보다는 신뢰를 추구하는 믿을 수 있는 설계사라는 인식이 확산되고 있다.

생명보험 우수인증설계사 주요 통계

구 분	평균 근속기간	13회차 유지율	25회차 유지율	연평균 소득	불완전 판매건
2020년	14.4년	97.7%	91.9%	9,568만원	0건
2021년	14.3년	97.9%	92.4%	9,687만원	0건
2022년	15.1년	98.2%	93.5%	9,471만원	0건
2023년	15.9년	98.1%	93.1%	9,990만원	0건

생명보험 우수인증설계사 로고

CERTIFIED INSURANCE CONSULTANT
우수인증설계사

우수인증 설계사
CERTIFIED INSURANCE CONSULTANT

※ 우수인증설계사로 선정된 설계사는 인증기간 중 가입설계서, 청약서, 명함, 보험증권 등에 우수인증설계사 로고 사용가능

제5장
보험소비자 보호

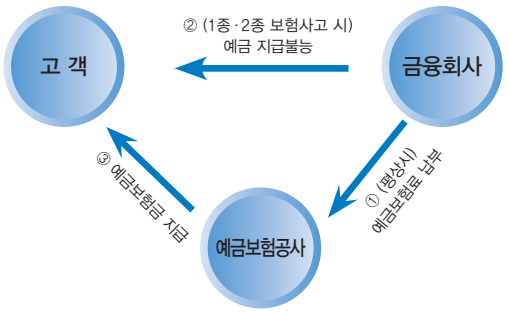
1 보험소비자 보호제도

가. 「예금자보호법」

「예금자보호법」은 금융회사가 파산 등의 사유로 예금 등을 지급할 수 없는 상황에 대처하기 위한 예금보험제도를 효율적으로 운영하여 예금자 등을 보호하고 금융제도의 안정성을 유지하고자 제정되었다.

「예금자보호법」에 따라, 예금보험제도 등을 효율적으로 운영하기 위하여 설립된 예금보험공사는 예금자보호제도 운영을 위해 평상시 보호대상 금융회사로부터 예금보험료를 받아 적립해두었다가 금융회사가 파산 등으로 예금 등을 지급할 수 없는 상황이 되면 예금자에게 예금보험금을 지급함으로써 예금자의 재산을 보호해주고 있다. 보험회사가 인가취소되거나 해산 또는 파산하는 경우에도 보험계약자 등은 「예금자보호법」에 따라 예금보험공사를 통해 일정 금액의 한도 내에서 보험금을 지급받을 수 있다.

예금보험의 구조



「예금자보호법」에 의해 보호되는 보험계약

지급사유

예금이 지급정지된 경우(1종 보험사고) 및 인허가 취소 · 해산 · 파산의 경우(2종 보험사고)

보호대상

예금자 1인

보장금액

1인당 최고 5,000만원 (세전, 원금과 소정의 이자를 합산하여 산정, 동일한 금융기관 내에서 예금자 1인이 보호받을 수 있는 총 금액)

산출기준

해약환급금 등 채권의 합계액에서 채무의 합계액을 뺀 금액

보험상품별 보호여부

- 보호대상 : 개인이 가입한 보험계약, 변액보험계약의 특약 · 최저보증금, 예금보호대상 금융상품으로 운용되는 확정기여형(DC형) 퇴직연금 및 개인형퇴직연금(IRP) 등
- 보호제외 : 법인보험계약(보험계약자 및 보험료납부자가 법인인 보험계약), 보증보험계약, 변액보험계약(주계약), 재보험계약, 확정급여형(DB형) 퇴직연금제도의 적립금

나. 금융분쟁조정위원회

금융감독원은 「금융소비자 보호에 관한 법률」 및 「금융위원회의 설치 등에 관한 법률」에 따라 금융회사, 금융소비자 및 그 밖의 이해관계인 사이에 발생하는 금융관련 분쟁의 조정에 관한 사항을 심의 · 의결하기 위하여 금융분쟁조정위원회를 운영하고 있다.

금융회사, 금융소비자 및 기타 이해관계인은 금융과 관련하여 분쟁이 발생한 때에는 금융감독원에 분쟁의 조정을 신청할 수 있다. 금융감독원은 분쟁조정의 신청을 받은 때에는 관계당사자에게 그 내용을 통지하고 합의를 권고할 수 있는데, 분쟁조정 신청을 받은 날로부터 30일 이내에 합의가 이루어지지 않는 경우 금융감독원장은 지체없이 이를 분쟁조정위원회에 회부해야 한다. 다만, 분쟁조정의 신청내용이 이미 법원에 제소된 사건이거나 분쟁조정을 신청한 후 소를 제기한 경우, 신청한 내용이 분쟁조정 대상으로서 적합하지 아니하다고 인정되는 경우, 신청한 내용이 관련 법령 또는 객관적인 증빙 자료 등으로 비추어 볼 때 합의권고절차 및 조정 절차 진행의 실익이 없는 경우 등은 합의를 권고하지 않거나, 분쟁조정위원회에 회부하지 않을 수 있다.

또한 분쟁조정위원회는 조정의 회부를 받은 때에는 이를 심의하여 조정안을 60일 이내에 작성해야 하며, 금융감독원장은 분쟁조정위원회가 조정안을 작성하면 신청인과 관계당사자에게 이를 제시하고 수락을 권고할 수 있다. 당사자가 조정안을 수락한 경우 해당 조정안은 재판상 화해와 동일한 효력을 가진다. 한편, 신청인을 비롯한 관계당사자가 조정안을 제시받은 날부터 20일 이내에 수락하지 않은 경우에는 조정안을 수락하지 않은 것으로 본다.

다. 고객상담창구 · 보험가입조회제도 · '내보험찾아줌' 운영

금융감독원, 생명보험협회, 생명보험회사는 보험관련 소비자 상담 등을 처리하기 위해 고객상담창구를 설치 · 운영하고 있다. 이 밖에도 생명보험협회는 소비자가 자신이 가입한 보험의 확인을 위해 각 보험회사를 방문하는데 소요되는 시간적, 경제적 비용을 덜어주기 위해 생존자 및 사망자에 대한 보험가입조회제도 및 '내보험찾아줌' 시스템을 운영하고

있다. 생존자 보험가입 조회의 경우 생명보험협회를 직접 방문하지 않아도 공인인증서, 휴대폰, 아이핀 등을 이용한 본인인증을 통해 보험가입내역을 조회할 수 있도록 내보험찾아줌 홈페이지(https://cont.insure.or.kr)를 운영하고 있다. 보험가입내역은 생명보험 뿐만 아니라 손해보험도 확인 가능하나 우체국, 새마을금고 등 공제보험의 가입내역은 조회할 수 없다. 사망자 보험가입 조회의 경우, 방문을 통해서만 신청이 가능하며, 생명보험 내역만 확인이 가능하다.

또한 생·손보협회에서는 생명보험 가입자들이 필요한 핵심정보를 한곳에 모은 '소비자 포털사이트(https://consumer.insure.or.kr)'도 운영중이다. 소비자 포털에서는 보험사별 또는 항목별로 민원건수, 소비자보호 실태평가 결과, 불완전 판매 비율 등 보험소비자와 관련된 핵심정보를 한 눈에 볼 수 있다. 2021년부터는 '내보험찾아줌' 내에서 숨은 보험금을 조회한 후 청구까지 한번에 진행할 수 있으며, 보험회사에서 별도 확인이 불필요한 경우에는 청구금액이 자동 지급된다. 아울러 '연락처한번에' 서비스를 통해 가입한 보험회사에 기재된 본인의 연락처를 한번에 업데이트하는 서비스도 제공되고 있다.

2 보험금 대리청구인 지정제도

가. 보험금 대리청구인 지정제도의 정의

보험가입 후 중대질병 · 치매 등 보험사고 발생으로 본인의 보험금 청구가 현실적으로 어려운 상황이 발생할 경우를 대비하여 보험금을 대신 청구하는 자(보험금 대리청구인)를 미리 지정하는 제도이다.

나. 보험금 대리청구인 지정제도의 목적

본인을 위한 본인의 보험상품(보험계약자, 피보험자, 보험수익자가 동일)에 가입한 경우, 본인이 보험금을 청구해야만 보험금이 지급된다. 그러나 중대질병(치매 등)이나 상해 등의 보험사고가 발생하였는데 계약자가 의식불명 등으로 인해 의사표현 능력이 결여된 상태라면 보험금을 청구할 수 없는 상황이 발생할 수 있다. 이런 경우를 방지하기 위해 보험금 대리청구인을 미리 지정해두면 대리청구인이 계약자를 대신하여 보험금을 청구할 수 있다.

다. 보험금 대리청구인 지정방법

가입한 계약 중 본인을 위한 계약의 경우 해당 보험회사에 연락하여 대리청구인 지정 제도를 신청할 수 있다. 단, 대상 계약은 보험금 청구 관련 분쟁 방지를 위해 보험계약자, 피보험자, 보험수익자가 동일한 보험계약이며, 대리인 자격은 보험계약자의 주민등록상 배우자 또는 3촌 이내의 친족이어야 한다.

라. 대리청구인 지정제도 활성화를 위한 생명보험업계의 노력

생명보험업계는 신계약 체결시 상품설명서와 해피콜(완전판매 모니터링 제도) 등을 통해 대리청구인 지정제도를 안내하고 있다. 또한 매년 계약자에게 제공하는 보험계약관리내용(종합안내장)에도 대리청구인 지정제도에 대한 내용을 기재하여 보험소비자의 권익 향상을 위해 노력하고 있다.

3 생명보험 광고심의제도

가. 광고심의 제도의 목적과 근거

생명보험업계는 허위 또는 과장광고를 차단하여 건전한 보험시장 질서를 확립하고 보험소비자 보호 및 보험산업 이미지 제고를 위해 2005년부터 「생명보험 광고에 관한 규정[8]」을 제정하여 생명보험 광고에 대한 심의제도를 운영하고 있다. 동 제도는 「금융소비자 보호에 관한 법률(이하 '금융소비자보호법')」 제22조에 따라 생명보험회사 등이 '금융상품 등에 관한 광고[9]'를 하는 경우 안내하여야 할 필수안내사항, 금지사항 등을 규정하고 있다.

나. 광고 주체

금융소비자보호법 제22조 및 동법 시행령 제17조에 따르면 금융상품 등에 관한 광고는 생명보험회사 또는 생명보험사와 위탁계약을 체결한 금융상품대리 · 중개업자만이 할 수 있도록 규정하고 있다. 금융상품판매대리 · 중개업자가 금융상품 광고를 할 경우에는 생명보험회사로부터 승인을 받은 경우에 한하여 허용하고 있다.

다. 광고심의 대상

금융소비자보호법 시행(2021.3.25)에 따라 광고심의대상에는 기존의 보험상품광고 외에 업무광고 및 대출광고가 추가되었으며, 협회는 생명보험회사와 생명보험사와 위탁계약을 체결한 금융상품판매대리 · 중개업자(이하 '생명보험회사 등')의 광고를 대상으로 심의할 수 있다.

광고는 크게 상품광고와 업무광고, 브랜드광고 3가지로 구분할 수 있으며, 상품광고의

8) 2021. 4. 27 규정 명칭 변경: (기존) 생명보험 광고선전에 관한 규정 → (변경) 생명보험 광고에 관한 규정
9) 금융상품판매업자 등의 업무광고 및 금융상품광고를 말함

경우는 보험상품광고, 판매방송, 대출광고, 상품이미지 광고로 나누어진다. 협회 심의규정의 적용을 받는 상품광고와 업무광고는 일반적으로 사전심의를 원칙으로 하며 판매방송 중 소비자 피해 우려가 적은 일부 상품에 대해서만 예외적으로 사후심의 절차를 진행하고 있다. 생명보험회사의 기본정보 및 브랜드 등을 홍보하는 브랜드광고의 경우에는 협회 심의규정 대상에서 제외한다.

생명보험 광고의 종류

구 분		개념
상품광고	보험상품광고	보험상품에 관한 정보를 제공 · 홍보하는 광고행위
	판매방송	방송프로그램을 제작 · 편성하여 홈쇼핑회사를 통해 보험상품에 관한 정보를 제공하여 보험상품을 판매하는 행위
	대출광고	금융소비자보호법 제3조 제2호에 따른 대출성 상품에 관한 정보를 광고형식으로 제공 · 홍보하는 광고행위
	상품이미지 광고	보험료 · 보험금에 대한 구체적인 예시없이 보험상품의 이미지만을 노출하는 광고
업무광고		금융소비자보호법 제22조 제1항에 따라 금융상품에 관한 계약의 체결을 유인할 목적으로 소비자에게 제공하는 서비스에 관한 광고
브랜드광고		회사 등에 관한 기본정보 또는 이미지를 표현하는 등 단순히 회사 등의 지명도를 높일 목적으로 실시하는 광고

라. 광고심의 절차

공 통

상품광고 및 업무광고 심의절차는 광고매체 및 광고주체(보험사 및 대리점/설계사)의 성격에 따라 ❶ 보험사(GA대리점) 준법감시인 확인 후 협회 심의까지 거치는 경우와 ❷ 보험회사(GA대리점) 준법감시인 확인으로 종료되는 경우가 있다.

(1) 상품광고 및 상품이미지 광고

일반적으로 상품광고는 사전심의를 진행하고 있다. 보험회사가 온라인매체, 방송매체 등 광고물에 대해 보험회사 내 준법감시인 등의 확인을 거쳐 생명보험협회에 심의를 신청하면, 협회 내 설치된 광고심의위원회(이하 '위원회')가 접수된 광고물에 대해 심의 후 심의결과를 통보한다. 만약 협회 심의규정에 따라 광고종류나 매체별 특성을 고려하였을 때 위원회의 심의대상이 아닌 경우 해당 보험회사는 소속 준법감시인의 확인을 받고 광고물을 사용할 수 있다. 또한 위원회는 기존 심의완료 광고물에 대한 유효기간을 연장하거나 이미 심의필을 득한 광고시안에 대해 경미한 사항을 수정하는 등 위원회가 인정하는 사항에 대해서는 간소화된 심의절차를 마련함으로써 제도의 효율성을 높이고 있다.

상품이미지광고 준수 요건
(금융소비자보호 감독규정 제18조 제4항, 생명보험 광고규정 제21조 제2항)

상품이미지 광고와 같이 광고매체의 특성, 광고게재 면적 또는 광고시간의 제약이 있는 경우 필수 안내사항의 일부를 생략할 수 있으며, 다음 각 호를 준수하여야 함

① 다음 사항의 전부 또는 일부를 개괄적으로 알려야 함
⇒ 금융상품의 편익, 금융소비자의 특성 또는 가입요건, 금융상품의 특성, 판매채널의 특징 및 상담 연락처

② 영상 또는 음성을 활용하는 광고매체의 경우 광고시간이 2분이내일 것

(2) 판매방송

홈쇼핑보험대리점이 보험상품 판매방송을 진행할 경우 소비자 피해 우려가 큰 변액보험과 자산연계형상품, 그리고 위원회가 정한 불완전판매 비율 기준을 초과한 홈쇼핑보험대리점의 판매방송은 사전심의를 받아야 한다. 이를 제외한 보험상품은 방송 후 심의를 받을 수 있다. 다만 이 경우에도 광고 소구 및 안내 방송에 대해서는 생방송 전에 사전심의를 받아야 한다.

생방송 후 협회는 방송된 내용 중 상품별로 매월 1~3편씩을 선정하여 광고심의위원회 정기회의를 통해 사후심의 후, 심의결과를 홈쇼핑보험대리점에 통보하고 있다. 이와는 별도로 매일 생방송되는 홈쇼핑 판매방송을 수시로 모니터링 하여 의견을 제공하는 상시 모니터링 제도도 운영하고 있다.

(3) 대출광고

생명보험회사에서 시행하는 대출상품에 대한 광고는 보험회사 준법감시인의 확인으로 위원회의 사전심의를 갈음하고 있다.

(4) 업무광고

금융소비자보호법이 시행되면서 업무광고 제도가 처음 도입되었으며, 협회는 2021년 6월 15일부터 본격적으로 업무광고 심의를 시작하였다. 금융위원회는 금융소비자가 업무광고로 인해 관련 금융상품을 오인하는 상황을 방지하고자 업무광고 심의제도를 도입하였고 업무광고의 범위를 '금융상품판매업자가 금융상품 계약체결을 유인할 목적으로 소비자에게 제공하는 서비스에 관한 광고'로 한정하였다. 대표적인 업무광고로는 재무설계 광고, 헬스케어 서비스 등 부가서비스에 대한 광고 등이 있다. 업무광고도 상품광고와 마찬가지로 금융소비자보호법에 따라 회사 내부통제기준 확인사항인 만큼 소속 회사의 준법감시인으로부터 심의를 받아야 한다.

또한 협회 심의규정에 따라 광고주체나 매체별 특성을 고려하여 일부 온라인 배너나 동영상 등은 생명보험협회 또는 손해보험협회의 광고심의위원회의 심의를 거쳐야 한다. 만약 협회 위원회의 심의대상이 아닌 경우에는 해당 회사 준법감시인의 확인을 받고 광고물을 사용하면 된다.

생명보험 광고심의 절차 (광고주체 및 매체별)

※ 하기 광고심의 절차는 일반상품(변액보험, 퇴직연금 실적배당형 상품 등 제외) 기준으로 작성

가. 상품광고

□ **보험회사/법인대리점**

구 분	심의 절차
① **온라인**(온라인배너) ② **방송매체** ③ **간행물**	〈보험사/법인대리점〉 광고물 제작 ➡ 〈보험사〉 준법감시인 확인 ➡ 〈협회〉 위원회 심의
④ **온라인매체** (홈페이지, PUSH메시지/ 검색광고/바이럴 등) ⑤ **옥내외게시물/인쇄물**	〈보험사/법인대리점〉 광고물 제작 ➡ 〈보험사〉 준법감시인 확인

□ **개인설계사 (보험회사 또는 법인대리점 소속)**

구 분	심의 절차
전 매체	〈소속 설계사〉 광고물 제작 ➡ 〈보험사〉 준법감시인 확인

나. 대출광고

□ **보험회사/법인대리점/개인설계사**

구 분	심의 절차
전 매체	〈소속 설계사〉 광고물 제작 ➡ 〈보험사〉 준법감시인 확인

다. 업무광고

□ 보험회사

구 분	심의 절차
① **온라인매체**(동영상) ② **방송매체**	〈보험회사〉 광고물 제작 ➡ 〈보험회사〉 준법감시인 확인 ➡ 〈협회〉 위원회 심의
③ **온라인매체** (홈페이지/온라인배너/PUSH 메시지/검색광고/바이럴 등) ④ **간행물** ⑤ **옥내외 게시물/인쇄물**	〈보험회사〉 광고물 제작 ➡ 〈보험회사〉 준법감시인 확인

□ 보험회사 소속 개인설계사

구 분	심의 절차
전 매체	〈설계사〉 광고물 제작 ➡ 〈보험회사〉 준법감시인 확인

□ 법인대리점

구 분	심의 절차
① **온라인매체** (온라인배너, 동영상) ② **방송매체** ③ **간행물**	〈법인대리점/설계사〉 광고물 제작 ➡ 〈법인대리점〉 준법감시인 확인 ➡ 〈협회〉 위원회 심의
④ **온라인매체** (홈페이지/PUSH메시지/검색광고/바이럴) ⑤ **옥내외 게시물/인쇄물**	〈법인대리점/설계사〉 광고물 제작 ➡ 〈법인대리점〉 준법감시인 확인

□ 법인대리점 소속 개인설계사

구 분	심의 절차
① 온라인매체(동영상) ② 방송매체	〈법인대리점/설계사〉 광고물 제작 ➡ 〈법인대리점〉 준법감시인 확인 ➡ 〈협회〉 위원회 심의
③ 온라인매체 (홈페이지/PUSH메시지/검색광고/바이럴/온라인배너) ④ 간행물 ⑤ 옥내외 게시물/인쇄물	〈법인대리점/설계사〉 광고물 제작 ➡ 〈법인대리점〉 준법감시인 확인

마. 광고심의위원회 운영

광고심의위원회는 「생명보험 광고에 관한 규정」에 따라 광고의 심의 및 제재업무 등을 수행하며 학계, 법조계, 소비자 단체, 언론계, 보험업계 등의 전문가로 구성된다. 위원회는 광고심의 제반업무를 수행하며, 규정위반의 내용 및 정도, 위반행위의 기간 및 횟수 등을 고려하여 시정요구 및 제재조치 등을 결정한다.

광고심의 대상임에도 불구하고 심의를 받지 않고 광고하거나, 심의를 받은 원안과 다른 내용으로 임의 변경하여 광고하는 경우 등은 1억원 이하, 필수안내사항 등 준수사항과 금지사항 관련 규정을 위반한 경우에는 5천만원 이하, 광고심의필 유효기간(심의필을 받은 날로부터 1년)을 경과하여 사용한 경우에는 3천만원 이하의 제재금이 부과될 수 있다.

바. 「금융소비자보호법」에 따른 광고시 준수사항

금융소비자보호법에서는 과장 또는 허위 광고로 인한 소비자 피해 방지를 위해 금융상품 등에 관한 광고시 다음과 같은 필수안내사항과 금지행위를 규정하고 있다.

보험상품 광고시 필수안내사항 (「금융소비자보호법」 제22조 제3항 등 하위법령)

① 금융상품에 관한 계약을 체결하기 전에 상품설명서 및 약관을 읽어볼 것을 권유하는 내용
② 금융상품판매업자등의 명칭, 금융상품의 내용
③ 기존에 체결했던 계약을 해지하고 다른 계약을 체결하는 경우에는 계약체결의 거부 또는 보험료 등 금융소비자의 지급비용이 인상되거나 보장내용이 변경될 수 있다는 사항
④ 보험금 지급제한 사유, 이자율의 범위 및 산출기준
⑤ 일반금융소비자는 회사 등으로부터 충분한 설명을 받을 권리가 있으며, 그 설명을 이해한 후 거래할 것을 권고하는 내용
⑥ 법령 및 내부통제기준에 따른 광고관련 절차의 준수에 관한 사항
⑦ 「예금자보호법」 등 다른 법률에 따른 금융소비자의 보호 내용
⑧ 모집종사자가 금융상품판매 대리 · 중개 업무를 수행할 경우 다음 각 호의 사항
가. 모집종사자가 대리 · 중개하는 보험회사의 명칭 및 업무 내용
나. 하나의 보험회사만을 대리하거나 중개하는 모집종사자인지 여부
다. 보험회사로부터 금융상품 계약체결권을 부여받았는지 여부
⑨ 광고의 유효기간이 있는 경우 해당 유효기간
⑩ 보험료 중 일부를 금융투자상품을 취득 · 처분하는데 사용하거나 그 밖의 방법으로 운용한 결과에 따라 보험금 또는 해약환급금에 손실이 발생할 수 있다는 사실(변액보험 등 보험료 일부를 자본시장과 금융투자업에 관한 법률에 따른 금융투자상품의 취득 · 처분 또는 그 밖의 방법으로 운용할 수 있도록 하는 보험상품)
⑪ 보험료 · 보험금에 관한 다음의 사항(보험료 · 보험금 각각의 예시를 광고에 포함하는 경우만 해당)
가. 주된 위험보장사항 · 부수적인 위험보장사항 및 각각의 보험료 · 보험금 예시
나. 특정시점(계약체결후 1년, 3년 및 5년을 말한다)에 해약을 하거나 만기에 이른 경우 각각의 환급금 예시 및 산출근거
다. 해약시 환급금이 이미 납부한 보험료보다 적거나 없을 수 있다는 사실
⑫ 통계수치나 도표 등을 인용하는 경우 해당 자료의 출처
⑬ 연계 · 제휴 서비스 등 부수되는 서비스를 받기 위해 충족해야 할 요건
(연계 · 제휴 서비스 등 부수되는 서비스를 광고하는 경우에만 해당)

보험상품 광고시 금지사항 (「금융소비자보호법」 제22조 제4항 등 하위법령)

① 보장한도, 보장 제한 조건, 면책사항 또는 감액지급 사항 등을 빠뜨리거나 충분히 고지하지 아니하여 제한 없이 보장을 받을 수 있는 것으로 오인하게 하는 행위

② 보험금이 큰 특정 내용만을 강조하거나 고액 보장 사례 등을 소개하여 보장내용이 큰 것으로 오인하게 하는 행위

③ 보험료를 일(日) 단위로 표시하거나 보험료의 산출기준을 불충분하게 설명하는 등 보험료등이 저렴한 것으로 오인하게 하는 행위

④ 만기 시 자동갱신되는 보장성 상품의 경우 갱신 시 보험료등이 인상될 수 있음을 금융소비자가 인지할 수 있도록 충분히 고지하지 아니하는 행위

⑤ 금리 및 투자실적에 따라 만기환급금이 변동될 수 있는 보장성 상품의 경우 만기환급금이 보장성 상품의 만기일에 확정적으로 지급되는 것으로 오인하게 하는 행위 등 금융소비자 보호를 위하여 대통령령으로 정하는 행위

⑥ 보험료를 일(日) 단위로 표시하는 등 금융소비자의 경제적 부담이 작아 보이도록 하거나 계약체결에 따른 이익을 크게 인지하도록 하여 금융상품을 오인하게끔 표현하는 행위

⑦ 비교대상 및 기준을 분명하게 밝히지 않거나 객관적인 근거 없이 다른 금융상품등과 비교하는 행위

⑧ 불확실한 사항에 대해 단정적 판단을 제공하거나 확실하다고 오인하게 할 소지가 있는 내용을 알리는 행위

⑨ 계약 체결 여부나 금융소비자의 권리 · 의무에 중대한 영향을 미치는 사항을 사실과 다르게 알리거나 분명하지 않게 표현하는 행위

⑩ 금융소비자에 따라 달라질 수 있는 거래조건을 누구에게나 적용될 수 있는 것처럼 오인하게 만드는 행위

⑪ 보험금 지급사유나 지급시점이 다름에도 불구하고 각각의 보험금이 한꺼번에 지급되는 것처럼 오인하게 만드는 행위

⑫ 금융상품에 관한 광고에 연계하여 「보험업법 시행령」 제46조에서 정한 금액을 초과하는 금품을 금융소비자에 제공하는 행위

⑬ 광고에서 금융상품과 관련하여 해당 광고매체 또는 금융상품판매대리 · 중개업자의 상호를 부각시키는 등 금융소비자가 금융상품직접판매업자를 올바르게 인지하는 것을 방해하는 행위

⑭ 그 밖에 금융소비자의 합리적 의사결정을 저해하거나 건전한 시장질서를 훼손할 우려가 있다고 금융위원회가 정하여 고시하는 행위 등

4 보험정보 공시

공시란 기업의 사업내용이나 재무상황, 영업실적 등 경영 내용을 외부에 알리는 제도를 말한다. 공시제도의 주된 목적은 주식 및 채권의 가격과 거래에 영향을 줄 수 있는 중요한 사항을 주주나 채권자, 투자자 등 이해관계자에게 알림으로써 공정한 가격이 형성되도록 하는 것이다. 최근에는 보험계약자 등 소비자 보호가 강화되는 추세가 지속됨에 따라 공시대상이 되는 정보 역시 지속적으로 확대되고 있다.

보험정보 공시는 크게 경영공시와 상품공시, 비교공시 등 3가지로 분류할 수 있다.

경영공시란 보험소비자가 장기계약인 생명보험상품을 선택하고 유지하는데 필요한 정보를 획득할 수 있도록 보험회사가 자사의 안정성, 수익성 등 경영 전반에 대한 정보를 제공하는 것을 말한다.

상품공시란 보험소비자가 보험상품을 합리적으로 선택할 수 있도록 보험회사가 판매 상품별 상품요약서, 사업방법서, 보험약관 등 보험상품에 대한 중요한 정보를 제공하는 것을 말한다.

비교공시란 보험소비자가 각 보험회사의 보험상품 등을 서로 비교할 수 있도록 보험협회가 정보를 제공하는 것을 말하며, 상품비교공시와 기타공시로 구분된다.

금융감독원에서는 인터넷 홈페이지를 통하여 금융소비자가 금융회사의 경영상태, 서비스 수준 등을 직접 비교 · 평가할 수 있도록 회사 간 비교 가능한 관련 자료를 주기적으로 공시하고 있으며, 전체 금융업권의 공시실 홈페이지를 연결하여 보험뿐만 아니라 다양한 금융기관의 경영공시 및 상품공시에 대한 접근이 용이하도록 편의를 제공하고 있다.

보험정보 공시체계

주 체	구 분	주요내용
생명보험회사	경영공시	정기공시(결산/분기), 수시공시
	상품공시	보험상품 정보 및 현황 등 공시
생명보험협회	경영공시	회사별 정기공시(결산/분기), 수시공시
	비교공시	보장성보험 및 저축성보험, 변액 및 퇴직연금 펀드현황, 실손의료보험, 연금저축보험, 퇴직연금사업자 등 공시
	기타공시	불완전판매비율, 보험금 부지급률, 보험금 청구지급 관련 소송공시, 금융회사 민원건수, 금융소비자보호 실태평가, 지배구조공시, 위험직군가입현황, 보험료 신용카드 납입 가능 현황, 보험료 신용카드납지수, 금융기관 보험대리점 모집수수료율 등 공시, 의료자문 관련 공시 등
금융감독원	보험회사 종합공시	회사별 재무현황, 보험계약관리, 금융사고 현황 등 공시

가. 경영공시

경영공시제도는 기업의 경영 투명성을 확보하고 이해관계자의 참여 기회를 확대함으로써 경영 효율성을 제고하기 위해 마련되었다. 보험회사들도 자사의 인터넷 홈페이지에 정기공시 및 수시공시란을 마련하여 경영공시자료를 공시하고 있으며, 생명보험협회는 공시실 홈페이지(https://pub.insure.or.kr)을 통하여 생보사별 경영공시 자료를 공시하고 있다. 구체적인 경영공시항목 및 공시방법은 「보험업감독규정」 제7-44조 제2항 및 「보험업감독업무시행세칙」 제5-10조의2 제4항에 따라 생명보험협회가 「생명보험 경영통일공시기준」 및 「생명보험 경영공시 시행세칙」에서 정하고 있다.

(1) 정기공시

(가) 결산공시

보험회사는 매 사업연도 말 결산일로부터 3개월 이내에 「생명보험 경영통일공시기준」에서 정한 정기공시 항목에 대하여 공시하며, 이 공시내용은 회사의 인터넷 홈페이지 경영공시실에 공시일로부터 3년간 공시한다. 또한 생명보험협회는 전 생명보험회사의 경영공시자료를 공시실 홈페이지에서 일괄적으로 공시하고 있다.

정기공시 항목

주요 경영현황 요약 / 일반현황 / 경영실적 / 재무상황 / 경영지표 / 위험관리 / 기타 경영현황 / 재무제표 / 기타

(나) 분기별 임시결산공시

보험회사는 결산공시 외에도 분기결산일로부터 2개월 이내에 주요 경영지표 및 재무제표를 중심으로 간략한 분기별 임시결산자료를 공시하여야 한다. 이 내용은 다음 분기 임시결산공시 전까지 공시하되, 2/4분기(상반기) 임시결산공시는 당해연도 결산공시 전까지 공시한다. 분기별 경영공시자료는 확정된 결산자료가 아니므로 결산시 작성하는 공시항목 중 일부만 공시하고 있다.

분기별 임시결산공시 항목

주요 경영현황 요약 / 재무 · 손익 / 자산의 건전성 / 자본의 적정성 / 수익성 / 위험관리 / 기타 일반현황 / 재무제표

※ 분기별로 공시항목에 차이가 있음

정기공시의 시기 및 방법

공시구분	공시시기	공시기간	
결산공시	결산일로부터 3개월 이내	공시일로부터 3년	
분기별 결산공시	분기결산일로부터 2개월 이내	1/4분기	상반기 결산공시 전까지
		상반기	당해연도 결산공시 전까지
		3/4분기	당해연도 결산공시 전까지

※ 단, 위험관리 등에 관한 사항은 2025년까지 결산일부터 4월 이내에 공시할 수 있음. 분기별 임시결산 결과는 임시결산일부터 3월 내에 공시할 수 있음.

(2) 수시공시

수시공시란 기업이 경영활동을 통하여 이해관계자들에게 중대한 영향을 미칠 수 있는 사항을 발생 즉시 공시하는 것을 말한다. 보험회사는 수시공시사항이 발생한 즉시 금융감독원과 생명보험협회에 그 사실을 보고하고 회사 홈페이지에 공시하며, 공시일로부터 3년간 공시하여야 한다.

수시공시사항

- 적기시정조치 및 긴급조치 등 법령에 의한 주요 조치사항
- 부실채권, 금융사고, 소송, 파생상품거래 등으로 인한 거액의 손실
- 재무구조 및 경영환경에 중대한 변경을 초래하는 사항
- 재산, 채권채무관계, 투자 · 출자관계, 손익구조의 중대한 변동에 관한 사항
- 대주주에 대한 신용공여, 대주주가 발행한 채권 또는 주식 취득 및 의결권 행사
- 정부기관으로부터 받은 출자 내용 등
- 기타 경영상 중대한 영향을 미칠 수 있는 사항

나. 상품공시

보험회사는 보험소비자가 충분하고 정확하게 보험상품을 이해하고, 자신의 니즈에 적합한 보험상품을 선택할 수 있도록 도움을 주기 위해 보험안내자료(상품요약서, 변액보험 및 퇴직연금실적배당보험 운용설명서, 보험계약관리내용 등)를 제공하고 있다. 또한, 보험회사는 자사의 인터넷 홈페이지 내 상품공시실을 이용하여 보험계약자 등이 쉽게 확인할 수 있도록 보험상품 관련 자료 등을 공시하고 있으며, 가격공시실을 통하여 소비자가 직접 가입설계를 하고 보험료를 조회할 수 있도록 하고 있다.

보험회사가 이러한 보험안내자료 등에 필수적으로 기재해야 하는 사항은 「보험업감독업무시행세칙」 제5-11조 제4항에 따라 생명보험협회가 「생명보험 상품통일공시기준」 및 「생명보험 상품공시 시행세칙」에서 정하고 있다.

다. 상품비교공시

생명보험협회는 보험소비자가 보험상품을 선택하는데 필요한 정보를 확인할 수 있도록 공시실 홈페이지(https://pub.insure.or.kr)에서 각 보험회사의 보험상품별 판매채널, 보장내용, 보험료 및 공시이율 등의 주요 정보를 대표계약 기준으로 비교공시하고 있다.

상품비교공시의 구체적인 사항은 「보험업법」 제124조 및 「보험업감독규정」 제7-46조에 따라 생명보험협회가 「생명보험 상품비교 · 공시기준」 및 「생명보험 상품비교 · 공시정보 시행세칙」에서 정하고 있다.

생명보험협회 보험상품 비교공시 주요 내용

상품 비교공시

- 공 통 : 상품명, 보험료, 판매채널, 유니버설 여부, 금리부가방식, 공시이율(또는 확정이율), 보증여부 및 보증비용(부과방식 및 부과율), 최저보증이율, 판매시작일, 상품요약서, 특이사항, 경영정보, 소비자보호정보 등
- 보장성보험 : 보험가격지수, 부가보험료 지수, 계약체결비용지수, 보장범위지수(암보험), 갱신여부 및 예상 갱신보험료(갱신형), 경도치매 보장여부 및 경도치매 진단급여금(간병/치매보험)
- 저축성보험
  - 공 통 : 해약환급금(공제액), 계약자적립액(률), 사업비율, 위험보장비율, 공제금액 구분공시
  - 금리연동형 : 적용이율별 예상수익률
  - 변액저축성 : 투자수익률 가정시 예상수익률, 최저보증비용비율

변액보험 및 퇴직연금실적배당보험 비교공시

- 기준가격, 수익률, 보수정보, 자산구성내역, 상품별 펀드운영현황 등

퇴직연금사업자 비교공시

- 적립금 및 수익률, 총비용부담률, 수수료율, 원리금보장상품 제공현황 등

연금저축보험 비교공시

- 적립금, 수익률, 수수료율 등

실손의료보험 비교공시

- 담보별 보험료(변경 전후 보험료), 보험료 인상률 및 손해율

라. 기타공시

생명보험협회는 소비자가 보험회사를 선택하는데 필요한 정보를 확인할 수 있도록 공시실내의 기타공시 메뉴 및 소비자포털 홈페이지를 통해 각 보험회사의 불완전판매비율, 민원건수, 소송건수 등을 공시하고 있다.

생명보험협회 기타공시 내용

불완전판매비율 등
- 회사별 · 상품별 · 채널별 불완전판매비율, 유지율, 청약철회비율

보험금 지급 관련
- 회사별 보험금 부지급률, 청구 이후 해지비율, 보험금 부지급 · 지급지연률 및 사유별 건수 등

보험금 청구지급 관련 소송 등
- 회사별 본안소송 및 민사조정 건수, 보험금 청구건 대비 소송제기 비율
- 보험사기 유죄확정판결에 따른 보험회사별 소송제기 건수

분쟁 관련 소제기 현황
- 분쟁조정신청 전 · 후별 소제기 건수 등

소송관리위원회 소송심의 현황
- 보험금 청구 · 지급 관련 소송, 구상금 청구소송 건수 등

보험료 신용카드 납입가능현황
- 회사별 보험료 납입가능 신용카드사 및 납입가능 상품군 등

보험료 신용카드납 지수
- 실제 카드 결제지수(금액 · 건수 기준), 카드결제 가능상품 지수, 계속보험료 카드납 지수

금융기관보험대리점 모집수수료율
- 회사별 · 상품별 각 금융기관보험대리점에 적용되는 모집수수료율

민원건수
- 각 생명보험회사의 분기별 자체 · 대외 민원건수, 유형별 민원건수(판매, 유지, 지급, 기타), 상품별 민원건수(변액, 보장성, 종신, 연금, 저축, 기타)

금융소비자보호 실태평가
- 소비자 보호수준을 계량항목 및 비계량항목에 따라 평가한 결과 공시

위험직군 가입현황
- 사망보험/상해보험/실손의료보험별 위험직군 가입비율 및 거절직군 수 등

지배구조
- 지배구조 및 보수체계 연차보고서, 주주총회 개최내역, 임원 선 · 해임 내역 등

의료자문 관련
- 의료자문 실시 건수(율), 의료자문을 통한 보험금 부지급 · 일부지급 건수(율) 등

마. 온라인 보험슈퍼마켓 '보험다모아'

생명보험협회는 「보험업감독규정」에 근거하여 2015년부터 손해보험협회와 공동으로 온라인 전용보험, 실손의료보험, 자동차보험, 보장성 · 저축성보험 등의 보험료, 보장내용 등을 비교공시하는 온라인 보험슈퍼마켓 '보험다모아'를 운영하고 있다. 보험다모아에서는 보험종목을 8가지로 분류하여, 보험소비자가 보다 저렴한 상품을 손쉽게 비교하여 가입할 수 있도록 가입경로를 안내하고 있다.

온라인 보험슈퍼마켓 '보험다모아'

홈페이지 www.e-insmarket.or.kr

등재상품 실손의료보험, 자동차보험, 여행자보험, 연금보험, 어린이/태아보험, 암보험, 보장성보험, 저축성보험

이용절차 ① 보험다모아 접속
② 원하는 보험종목 및 상품선택
③ 보험료 및 보장금액 등 비교
④ '인터넷바로가입' 클릭 (또는 가입상담 전화 등)
⑤ 보험회사 온라인 가입 홈페이지로 이동

운영주체 생명보험협회 및 손해보험협회 공동

바. 금융감독원 공시

금융감독원은 홈페이지(www.fss.or.kr)의 '업무자료 〉 보험회사 종합공시'를 통해 회사별 재무현황, 보험계약관리현황, 보험계리사 및 손해사정사 보유 현황, 금융사고 현황 등 보험회사 업무 전반에 대한 유의성 있는 정보를 공시하여 보험소비자가 보험회사의 경영상태, 서비스 수준 등을 직접 비교 · 평가할 수 있도록 하고 있다. 또한, 금융상품통합비교공시 '금융상품한눈에(finlife.fss.or.kr)'를 통해 생명보험협회의 보험상품 비교공시를 비롯한 각 금융협회의 공시내용을 연결하여 제공하고 있다.

그밖에도 금융소비자 정보포털「파인 FINE」(fine.fss.or.kr), 연금관련 정보를 통합한「통합연금포털」(100lifeplan.fss.or.kr)을 통해 전 금융권을 망라하여 공시자료 및 소비자정보자료를 제공하고 있다.

5 생명보험 민원현황과 유형

가. 보험민원의 정의

보험민원이란 보험소비자가 보험회사에 대하여 이의신청, 진정, 건의, 질의 및 기타 특정한 행위를 요하는 의사표시를 하는 것으로, 보험회사가 계약에 따른 의무를 이행하지 않았거나 보험상품 및 서비스가 기대에 미치지 못했을 때, 고객에 대한 관리가 제대로 이루어지지 않았을 때 발생하게 된다.

금융시장이 성숙할수록 금융산업의 경쟁력은 산업 및 개별 금융회사에 대한 사회적 신뢰도와 고객만족도에 의해 크게 좌우된다. 특히 보험산업과 같은 성숙산업일수록 기존 보유고객의 만족도 제고를 통한 충성고객층 확보가 중요하다고 할 수 있다. 보험민원은 해당 보험회사에 대한 단순한 불만표출을 넘어 보험산업 전체에 대한 불신으로 연결될 가능성도 있으므로 민원에 대해 적극적이고 효율적으로 대응하는 것이 중요하다.

나. 보험민원의 특징

일반적으로 보험은 계약자가 납입하는 보험료에 비해 지급되는 보험금이 더 크고 보험회사의 보험금 지급책임이 장래의 우연한 사고의 발생에 달려 있기 때문에 어느 정도의 민원을 내포할 수 밖에 없는 속성을 지니고 있다. 또한, 보험회사와 계약자 간의 직접적 계약체결 형태가 아니라 중간에서 보험회사와 계약자를 연결하는 판매채널이 존재하므로, 판매채널에 의한 불완전판매 등도 보험민원을 유발하는 원인이 된다. 이렇듯 보험산업에 민원의 요소가 잠재되어 있기 때문에 감독당국과 보험회사의 민원감축 노력에도 불구하고 보험민원 건수의 절대치는 쉽게 줄어들지 않고 있다.

또한 보험민원은 타 금융업권과 달리 문제행동소비자(악성민원인)에 의해 남용될 소지가 크다. 민원인이 구체적인 입증자료 없이 금융감독당국이나 보험회사에 관련법규 등이 허용하는 범위를 초과하여 무리한 민원을 반복하여 제기할 경우 보험회사와 감독당국의

민원 · 분쟁처리의 효율성을 크게 저하시켜 결국 선량한 소비자의 정당한 민원 · 분쟁처리가 지연될 수 밖에 없다. 보험회사가 민원평가 및 평판 등을 의식하여 원칙적으로 수용할 수 없는 민원까지도 수용하게 될 경우 오히려 동일 유형의 민원이 지속적으로 제기되도록 하는 단초가 되어 문제행동소비자를 유발할 수 있으므로, 보험회사는 정확한 사실관계 확인을 바탕으로 관련법규 및 기준에 근거하여 민원을 객관적 · 합리적으로 처리하도록 노력해야 한다.

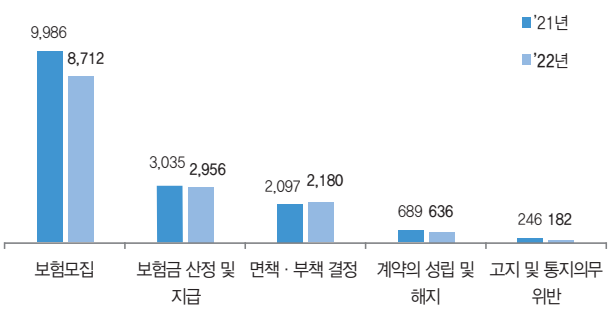
보험민원은 보험회사의 상품개발 및 판매정책 등에 의해 영향을 받기도 한다. 따라서 보험회사는 상품기획 단계에서부터 민원소지나 불완전판매 소지가 없는지 내부적으로 판단하는 제도를 운영하기도 한다.

다. 생명보험민원의 주요 유형

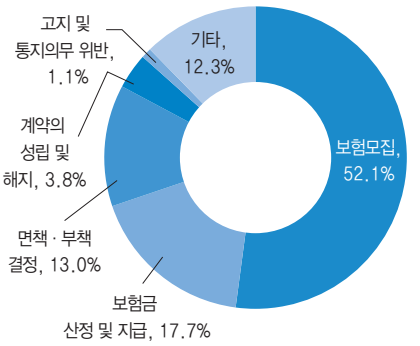
생명보험민원이 발생하는 주요 유형으로는 보험모집, 보험금 산정 및 지급, 면 · 부책 결정, 계약의 성립 및 해지, 고지 및 통지의무 위반 등이 있다. 금융감독원이 발표하는 생명보험민원의 주요 유형을 살펴보면, 보험모집 민원과 보험금 산정 및 지급 민원이 전체 민원의 주요 비중을 차지하고 있다.

생명보험 민원 유형별 현황

민원유형별 건수



민원유형별 비중



※ 출처 : 금융감독원, 2022년 금융민원 및 상담동향

이 외에도 실제 현장에서 많이 발생하는 민원유형은 대체로 다음과 같다.

유 형	세부 내역
보험모집	상품설명 불충분, 보험료 환급 요청
계약의 성립 및 해지	계약의 변경처리, 보험계약 무효처리, 보험료 납입방법 변경요청
고지 및 통지의무 위반	고지 및 통지의무 위반 및 임의해지, 고지의무위반 사실과 사고와의 인과관계
면책 · 부책 결정	보험사고(담보책임)의 유무, 법률 및 약관상의 면책조항 관련
보험금 산정 및 지급	보상책임 범위, 보험금 과소지급 주장, 보험금 및 제지급금 지급 지연

금융감독원은 2002년부터 금융민원 현황을 발표하고 있다. 매년 금융민원 중 보험업권이 차지하는 비중이 가장 높아 보험민원을 줄이기 위한 보험업권의 노력이 지속적으로 필요하다.

금융권역별 민원 현황

(단위 : 건, %)

구 분	'20년	'21년(a)	'22년(b)	증 감 (b-a)	증감률 (b-a)/a
금융민원	**90,334**	**84,499**	**87,113**	**2,614**	**3.1**
(분쟁민원)	(32,130)	(30,495)	(36,508)	(6,013)	(19.7)
은 행	12,237	10,575	10,904	329	3.1
비 은 행	17,113	14,446	15,704	1,258	8.7
보 험	53,294	50,467	51,890	1,423	2.8
생 보	21,170	18,355	16,733	△1,622	△8.8
손 보	32,124	32,112	35,157	3,045	9.5
금 융 투 자	7,690	9,011	8,615	△396	△4.4

※ 출처 : 금융감독원, 2022년 금융민원 및 상담동향

라. 보험민원의 처리

금융소비자는 생명보험회사를 포함한 금융회사와의 민원 · 분쟁발생시 해당 금융회사에 직접 민원을 제기하거나 금융감독원, 한국소비자원 등에 금융민원 또는 분쟁조정을 신청할 수 있다. 금융감독원에 금융민원을 제기하고자 하는 소비자는 우편, 팩스 및 인터넷을 이용하여 접수할 수 있으며, 금융감독원을 직접 방문하여 접수도 가능하다. 우리나라의 금융민원처리체계상 금융회사를 거치지 않고 금융감독원, 한국소비자원에 바로 민원을 접수하는 것이 가능하며, 현재 대다수 보험민원이 금융감독원에 접수되고 있다.

제6장
생명보험 세제

1 생명보험의 세제

가. 세제혜택 부여의 의의

생명보험 세제혜택은 민영보험제도의 육성 · 발전을 통한 각종 위험 및 사회보장기능을 보완하고, 국민 개개인의 3층 보장 완성에 입각한 사회보장기능 보완 및 경제개발에 필요한 산업자금 조달을 위한 저축 유인책으로서의 기능수행을 위하여 도입되었다.

(1) 사회보장기능 보완

생명보험은 사고나 질병 발생시 본인의 의료비 보장 및 만일의 경우에 대비한 가족의 생활보장 등 각종 생존 · 사고 위험 보장을 위해 가입하는 상품이다. 국가의 사회보장 제도만으로는 모든 국민의 다양한 위험보장을 감당하기에 재정적 한계 등 현실적 어려움이 있으므로 국민들은 개별적으로 보험상품에 가입하여 이를 보완하고 있다.

또한 우리나라는 세계 최저수준의 출산율 및 급속한 평균수명 증가 등으로 초고령사회로 빠르게 진입하고 있다. 하지만 공적연금 소득대체율은 OECD 평균보다 낮은 수준이며, 조기퇴직 등으로 노후에 필요한 은퇴자금 준비가 많이 부족한 실정이다. 따라서 생명보험은

개인의 미래보장을 완성하는 최선의 방법이며, 국가는 이러한 생명보험의 긍정적 기능을 인정하여 다양한 세제혜택을 부여하고 있다.

(2) 장기 산업자금 지원

생명보험계약은 대부분 만기가 10년 이상이며, 장기간 안정적으로 채권(국채 등)에 투자하고 대출 등을 운용하면서 사회간접자본 확충 및 국가경제 발전에 필요한 산업자금 지원역할을 충실히 수행하고 있다. 또한 현재는 민간 투자확대를 통한 경제 활성화 및 일자리 창출 유도가 중요한 시점이므로, 생명보험에 대한 세제혜택은 생명보험의 장기·안정적인 자금조달 기능의 확대를 위해 지속적으로 유지될 필요성이 있다.

나. 개인보험계약에 대한 세제

개인보험계약에 대한 세제혜택은 보험료 납입단계에서 보장성보험료 세액공제 및 연금계좌 세액공제가 있으며, 보험금 수령단계에서는 저축성보험의 보험차익 비과세가 있다. 관련 근거는「소득세법」에 명시되어 있으며, 현황은 다음과 같다.

개인보험계약에 대한 세제

- 보장성보험료의 세액공제 (「소득세법」 제59조의4)
- 연금계좌의 세액공제 (「소득세법」 제59조의3)
- 저축성보험의 보험차익 비과세 (「소득세법」 제16조, 「소득세법 시행령」 제25조)

(1) 보장성보험료에 대한 세액공제

(가) 일반 보장성보험 개요

일반 보장성보험이란 만기에 환급되는 금액이 납입보험료를 초과하지 않는 보험으로서 보험계약 또는 보험료 납입영수증에 보험료 공제대상임이 표시되어 있으며 생명보험, 상해보험 및 화재 · 도난 · 기타의 손해를 담보하는 손해보험 등이 해당한다.

(나) 세액공제 내용

근로소득자가 기본공제대상자를 피보험자로 하는 일반 보장성보험에 가입한 경우 해당연도에 납입한 보험료(100만원 한도)의 12%(지방소득세 별도)에 해당하는 금액을 세액공제받을 수 있다.

(다) 세액공제 대상자

보장성보험료 세액공제는 근로소득자를 대상으로 한다. 따라서 근로소득이 없는 연금소득자 또는 개인사업자 등은 보장성보험에 가입하고 납입한 보험료가 있더라도 세액공제를 받을 수 없다. 근로소득자란 사장, 임원, 직원 등이며 일용근로자는 제외된다. 다만, 개인사업자에게 고용된 직원이 근로소득자일 경우에는 세액공제를 받을 수 있다.

(라) 기본공제대상자

피보험자에 해당하는 기본공제대상자는 본인을 포함하여 배우자 또는 생계를 같이 하는 부양가족 등으로, 다음의 요건을 충족하여야 한다.

보장성보험료의 세액공제 가능여부

보험료납입자	피보험자	연간 소득금액	연 령	세액공제
본 인	부 모	100만원 이하	만 60세 이상	가 능
본 인	배우자	100만원 이하	나이 상관없음	가 능
본 인	자 녀	100만원 이하	만 20세 이하	가 능
본 인	형제자매	100만원 이하	만 20세 이하 또는 만 60세 이상	가 능

근로소득자 본인에 대한 요건은 별도로 없지만 배우자 및 부양가족 등은 연간소득금액과 연령요건을 충족하지 못하는 경우에는 세액공제를 받을 수 없으므로 유의하여야 한다. 기본공제대상자가 장애인일 경우에는 연령에 상관없이 연간소득금액에 대한 요건만 충족하면 세액공제를 받을 수 있다.

(마) 장애인전용 보장성보험

근로소득자가 기본공제대상자 중 장애인을 피보험자 또는 수익자로 하는 장애인전용보험(보험계약 또는 보험료 납입영수증에 장애인전용보험으로 표시된 보험)에 가입한 경우 해당 연도에 납입한 보험료(100만원 한도)의 15%(지방소득세 별도)에 해당하는 금액을 세액 공제 받을 수 있다.

(바) 보장성보험 중도해지시 세액공제 여부

보장성보험을 해당연도 중에 해지한 경우에도 해지시까지 납입한 보험료는 세액공제를 받을 수 있으며, 이미 세액공제 받은 보험료에 대해서도 추징되지 않는다.

보장성보험료에 대한 세액공제액

일반 보장성보험의 보험료*1 × 12%*2 + 장애인 전용 보장성보험의 보험료*1 × 15%*2

*1 : 연간 100만원 한도, *2 : 지방소득세 별도

보장성보험료 세액공제 가능여부 예시

① 연간 소득금액이 100만원을 초과하는 부양가족을 피보험자로 하여 보장성보험에 가입하고 보험료를 납입한 경우
⇒ 공제대상이 아님 (연간 소득금액이 100만원 이하인 경우 공제가능)

② 기본공제대상자에 해당하지 않는 부양가족을 피보험자로 하여 보장성보험에 가입하고 보험료를 납입한 경우
⇒ 공제대상이 아님 (피보험자가 기본공제대상자 요건충족시 공제가능)

③ 장애인인 배우자를 피보험자로 하여 일반 보장성보험료를 연간 100만원, 장애인전용 보장성보험료를 연간 100만원 납입한 경우
⇒ 세액공제액 27만원 (12만원 + 15만원, 지방소득세 별도)

④ 장애인인 근로자가 본인을 피보험자로 하여 장애인 전용 보장성보험에 가입하고 보험료를 연간 100만원 납입한 경우
⇒ 세액공제액 15만원 (지방소득세 별도, 일반 보장성보험료 세액공제와 중복적용 불가능)

⑤ 근로소득자인 김생명씨가 태아를 피보험자로 하여 일반 보장성보험에 가입한 경우
⇒ 공제대상이 아님

⑥ 보험계약기간이 2020년 5월부터 2021년 4월까지인 보장성보험의 보험료를 2020년 5월에 일시납입한 경우
⇒ 납입일이 속하는 연도의 근로소득에서 세액공제 (월별로 안분 계산하지 않음)

⑦ 보장성보험료를 일정 기간 미납한 경우
⇒ 해당연도에 실제 납입한 보험료 금액에 한하여 공제

⑧ 자영업을 영위하는 자가 본인을 피보험자로 일반 보장성보험에 가입하고 보험료를 납입한 경우
⇒ 공제대상이 아님 (자영업자는 근로소득자에 해당하지 않음)

(2) 연금계좌에 대한 세액공제

(가) 연금계좌 개요

연금계좌는 연금저축계좌와 퇴직연금계좌를 통칭하는 개념이다. 연금저축계좌는 크게 보험회사의 연금저축보험, 은행의 연금저축신탁, 증권회사의 연금저축펀드로 구분된다.

퇴직연금계좌는 퇴직연금을 지급받기 위해 가입하고 설정하는 계좌로 확정기여형(DC형), 확정급여형(DB형) 및 개인형 퇴직연금(IRP) 등이 있다. 다만, 확정급여형(DB형) 퇴직연금은 세액공제대상 연금계좌에서 제외된다.

(나) 세액공제 대상자

연금계좌 세액공제는 종합소득이 있는 거주자를 대상으로 한다. 보장성보험료에 대한 세액공제 대상자를 근로소득자로 한정하고 있는 것과 차이가 있다.

종합소득은 해당 연도에 발생하는 이자소득, 배당소득, 사업소득, 근로소득, 연금소득 및 기타소득을 의미한다.

(다) 연금계좌 세액공제율

종합소득이 있는 거주자가 연금계좌에 납입한 금액이 있는 경우 12%(지방소득세 별도)에 해당하는 금액을 세액공제 받을 수 있다.

다만, 상대적으로 연금납입 여력이 적은 종합소득금액 4,500만원 이하 또는 근로소득만 있는 경우로 총급여액 5,500만원 이하인 경우에는 연금계좌 납입액의 15%(지방소득세 별도)에 해당하는 금액을 세액공제 받을 수 있다.

(라) 세액공제 대상 연금계좌 납입한도

연금계좌 중 연금저축계좌에 납입한 금액이 연 600만원을 초과하는 경우에는 그 초과하는 금액은 없는 것으로 하고, 연금저축계좌에 납입한 금액 중 600만원 이내의 금액과 퇴직연금계좌에 납입한 금액을 합한 금액이 연 900만원을 초과하는 경우에는 그 초과하는 금액은 없는 것으로 한다.

위의 (다), (라)의 종합소득금액 기준 및 공제 대상 납입한도는 '23.1.1.이후 납입하는 분부터 적용한다.

연금계좌 세액공제 한도 및 세액공제율

종합소득금액 (총급여액*1)	세액공제 대상 연금계좌 납입한도 (퇴직연금 합산시 한도)	세액공제율*2
4,500만원 이하(5,500만원)	600만원 (900만원)	15%
4,500만원 초과(5,500만원)		12%

* 1. 근로소득만 있는 경우 총급여액 기준
  2. 지방소득세 별도

연금계좌 세액공제 적용사례

① 종합소득금액이 4천만원인 소득자

(단위 : 만원)

연금저축 계좌납입액	퇴직연금 계좌납입액	세액공제 대상금액	세액공제액 (공제금액×15%)*
0	900	900(=0+900)	135
200	700	900(=200+700)	135
700	200	800(=600+200)	120
900	0	600(=600+0)	90

* 지방소득세 별도

② 종합소득금액이 6천만원인 소득자

(단위 : 만원)

연금저축 계좌납입액	퇴직연금 계좌납입액	세액공제 대상금액	세액공제액 (공제금액×12%)*
0	900	900(=0+900)	108
200	700	900(=200+700)	108
700	200	800(=600+200)	96
900	0	600(=600+0)	72

* 지방소득세 별도

(마) 개인종합자산관리계좌(ISA) 만기시 추가납입 허용 및 세액공제

개인종합자산관리계좌(ISA)로 형성한 자산을 노후 대비 연금재원으로 유도하기 위하여 다음과 같이 추가로 세제혜택을 제공한다.

개인종합자산관리계좌의 계약기간이 만료되고 해당 계좌 잔액의 전부 또는 일부를 개인종합자산관리계좌의 계약기간이 만료된 날부터 60일 이내에 연금계좌로 납입한 경우 그 납입한 금액(전환금액)을 납입한 날이 속하는 과세기간의 연금계좌 납입액에 포함한다.

이와 같이 전환금액이 있는 경우 세액공제 한도금액은 전환금액의 100분의 10 또는 300만원 중 적은 금액과, 앞서 (라)에 기술한 연금계좌 세액공제 한도 내에서 연금계좌에 납입한 금액을 합산하여 적용한다.

ISA 만기계좌의 연금계좌 전환시 세액공제 한도

구 분	주요 내용
세액공제 한도	현행 세액공제 대상 연금계좌 납입한도 (600만원, 퇴직연금 합산시 900만원 한도) + ISA계좌 만기 시 연금계좌 추가납입액의 10% (300만원 한도)
세액공제율	현행 세액공제율과 동일 (종합소득금액 4,500만원 이하, 총급여액 5,500만원 이하 15% / 그 외의 경우에는 12%)
추가납입 방법	ISA계좌 만료일 현재 금융기관이 ISA계좌 가입자가 사전에 지정한 연금계좌로 이체하거나 ISA계좌 만료일부터 60일내 ISA계좌 가입자가 연금계좌로 직접 납입 가능

(3) 저축성보험의 보험차익 비과세

(가) 보험차익 비과세 배경

민영보험의 육성 · 발전을 통해 국가의 사회보장기능을 보완하기 위하여 저축성보험에 가입하여 얻는 보험차익에 대해 비과세 혜택이 부여되어 왔다. 다만, 금융기관간 공정경쟁 기반을 조성하고자 하는 취지에서 일반예금과 그 성격이 유사한 단기(10년 미만) 저축성보험의 보험차익은 이자소득으로 과세하고 있다.

(나) 보험차익의 개념

보험차익은 보험계약에 의해 만기 또는 보험의 계약기간 중에 지급받는 보험금이나 계약기간 중도에 해당 보험계약이 해지됨에 따라 지급받는 환급금이 납입보험료를 초과하는 금액을 의미한다.

저축성보험의 보험차익 = **만기보험금 또는 중도해지로 인한 환급금** − **납입보험료**

다만, 보험금이나 환급금에는 피보험자의 사망 · 질병 · 부상 그 밖의 신체상의 상해로 인하여 받거나, 자산의 멸실 또는 손괴로 인하여 지급받는 금액은 포함되지 않는다.

(다) 보험차익의 비과세 요건

저축성보험의 보험차익은 일반적으로 이자소득으로 과세되지만, 다음의 요건을 충족하는 경우에는 이자소득세가 비과세된다.

저축성보험의 보험차익 비과세요건

① 최초로 보험료를 납입한 날부터 만기일 또는 중도해지일까지의 기간이 10년 이상이고, 계약자 1명당 납입할 보험료 합계액[10]이 1억원 이하인 경우

- 다만, 최초로 보험료를 납입한 날부터 만기일 또는 중도해지일까지의 기간은 10년 이상이지만 납입한 보험료를 최초납입일로부터 10년이 경과하기 전에 확정된 기간동안 연금형태로 분할하여 지급받는 경우는 제외한다.

② 월적립식 저축성보험으로서, 최초로 보험료를 납입한 날부터 만기일 또는 중도해지일까지의 기간이 10년 이상이고 아래 요건을 모두 충족한 경우

- 최초납입일로부터 납입기간이 5년 이상인 월적립식 보험계약일 것
- 최초납입일부터 매월 납입하는 기본보험료가 균등[11]하고, 기본보험료의 선납기간이 6개월 이내일 것
- 계약자 1명당 매월 납입하는 보험료 합계액이 150만원 이하일 것 :

$$\frac{\text{해당연도의 기본보험료[12]와 추가로 납입하는 보험료의 합계액}}{\text{보험 계약기간 중 해당연도에서 경과된 개월수}} \leqq 150\text{만원}$$

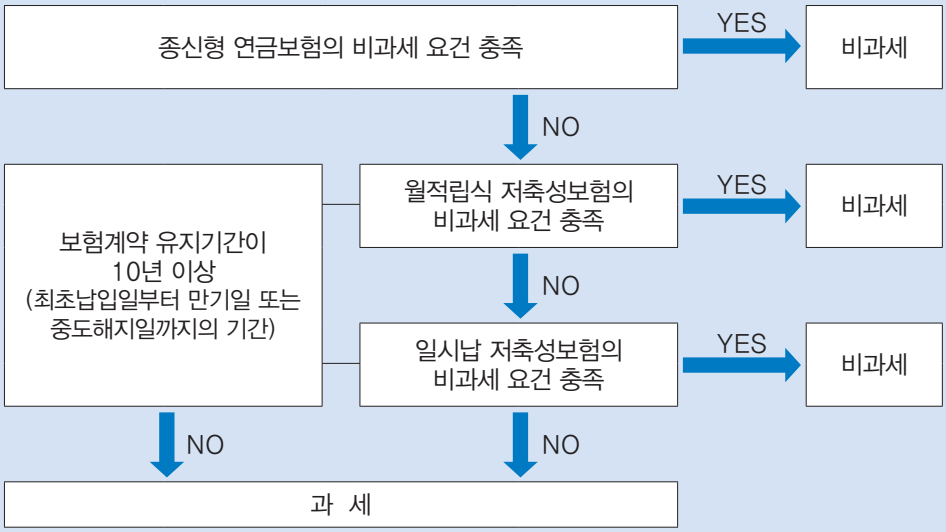
③ 종신형 연금보험으로서, 아래 요건을 모두 충족한 경우

- 계약자가 보험료 납입 계약기간 만료 후 55세 이후부터 사망시까지 보험금 · 수익 등을 연금으로 지급받을 것
- 연금 외의 형태로 보험금 · 수익 등을 지급하지 아니할 것
- 사망시 보험계약 및 연금재원이 소멸할 것
- 계약자와 피보험자 및 수익자가 동일한 계약으로서 최초 연금지급개시 이후 사망일 전에 계약을 중도 해지할 수 없을 것
- 매년 수령하는 연금액이 $\left(\frac{\text{연금수령개시일 현재 연금계좌평가액}}{\text{연금수령개시일 현재 기대여명연수}} \times 3 \right)$ 이내일 것

10) 계약자가 가입한 모든 저축성보험의 보험료 합계액 (②, ③ 제외)
11) 최초 계약한 기본보험료의 1배 이내로 기본보험료를 증액하는 경우 포함
12) 납입기간이 종료되었으나 계약기간 중에 있는 보험계약의 기본보험료를 포함

비과세요건을 충족하지 못하게 된 경우의 처리방법

● 저축성보험별 비과세 요건을 충족하지 못하게 된 경우에는 비과세 요건 미충족 시점에 다음의 순서대로 과세여부 확인



연금보험과 연금저축 비교

일반적으로 많은 사람들이 연금보험(저축성보험)과 연금저축(연금계좌)을 동일한 상품으로 많이 혼동한다. 하지만 두 상품은 많은 차이가 있으므로 분명히 구분하여 이해할 필요가 있다. 연금보험과 연금저축은 일정 기간의 보험료 납입을 통해 형성된 재원을 연금형태로 수령한다는 공통점이 있지만, 보험료 납입 · 수령시의 세제혜택과 소득구분 등에서 다음과 같은 차이가 있다.

연금보험은 앞서 설명한 저축성보험의 하나로 「소득세법」상 발생한 보험차익은 이자소득으로 분류되지만, 일정한 요건을 충족한 경우에는 이자소득세가 비과세되는 세제혜택이 부여된 상품으로 생명보험회사에서만 판매가 가능하다.

그러나 연금저축은 「소득세법」에서 납입요건과 인출요건 등을 엄격히 규정하고 있는 상품으로, 규정된 기준에 의해서만 상품을 개발할 수 있으며 보험사를 비롯한 은행, 증권사 등의 금융

기관에서 판매할 수 있다. 이러한 연금저축은 연금보험과 달리 납입기간 동안 세액공제를 적용받을 수 있으며, 연금수령 단계에서는 연금소득으로 분류된다. 다른 소득이 있을 경우 합산하여 종합과세하는 것이 원칙이나, 사적연금소득의 합계액이 연 1,500만원 이하인 경우에는 3~5%의 저율 분리과세를, 연 1,500만원 초과인 경우에는 15% 분리과세를 선택할 수 있다는 특징이 있다.

구 분	연금보험	연금저축
취급기관	생명보험회사	보험사, 은행, 증권사 등*
세제혜택 적용요건	일시납, 월적립식 저축성보험계약, 종신형 연금보험계약별 요건 충족	보험료 납입 및 인출 요건 충족
보험료 납입시 세제혜택	없 음	연금계좌 세액공제
보험금 수령시 세제혜택	보험차익 비과세 (이자소득세 비과세)	연금소득 분리과세 선택 • 사적연금소득 합계액 연 1,500만원 이하시 : 3~5% 세율 적용 • 사적연금소득 합계액 연 1,500만원 초과시 : 15% 세율 적용 * 지방소득세 별도
소득구분	이자소득	연금소득

* 보험사(생명보험, 손해보험), 은행, 증권사, 공제기관(우체국, 새마을금고, 수협, 신협 등)에서 취급 가능

다. 단체보험계약에 대한 세제

개인에 대한 보험세제혜택은 비과세, 세액공제 등 개인의 소득세 측면에서 위험보장 및 노후대비를 위한 저축 등을 지원하기 위한 목적으로 부여되었다. 반면, 단체보험계약은 법인세 절감 및 종업원의 복리후생 등을 지원하기 위한 목적으로 다음과 같은 세제혜택이 있다.

(1) 단체보장성보험료의 손금(비용) 산입

단체보장성보험은 종업원의 사망, 상해 또는 질병을 보험금 지급사유로 하여 우발적으로 발생하는 각종 위험으로부터 종업원을 보장하기 위하여 도입된 보험이다. 일반적으로 종업원을 피보험자와 수익자로 하여 회사가 부담한 단체보장성보험료는 종업원의 급여에 해당되어, 회사는 손금으로 인정받고 종업원은 근로소득에 합산하여 과세한다.

그러나 단체순수보장성보험[13]과 단체환급부 보장성보험[14]은 종업원을 피보험자와 수익자로 하여 회사가 연 70만원 이하의 금액을 보험료로 부담하는 경우, 종업원의 복리후생비에 해당되어 회사는 손금으로 인정받고 종업원은 별도의 세금을 부담하지 않는다. 다만, 연 70만원을 초과하여 회사가 부담하는 보험료는 일반적인 단체보장성보험과 동일하게 처리한다.

단체보장성보험료의 세제혜택 비교

구 분	단체순수보장성보험료, 단체환급부 보장성보험료 (회사부담 : 연 70만원 이하)	단체순수보장성보험료, 단체환급부 보장성보험료 (회사부담 : 연 70만원 초과)	일반적인 단체보장성보험료 (회사부담)
회 사	전액 손금(비용) 인정 (종업원의 복리후생비에 해당)	전액 손금(비용) 인정 (종업원의 급여에 해당)	
종업원	근로소득으로 과세되지 않음	근로소득으로 과세	

단체보장성보험의 세제혜택 요건

- 종업원의 사망 · 상해 · 질병을 보험금 지급사유로 할 것
- 종업원 또는 그 배우자 기타 가족을 피보험자와 수익자로 할 것
- 단체순수보장성보험 또는 단체환급부 보장성보험일 것

13) 만기에 납입보험료를 환급받지 않는 보험
14) 만기에 납입보험료를 초과하지 않는 범위에서 환급하는 보험

(2) 임직원을 위한 보험료 납입

최근 회사에서는 임직원에게 발생하는 각종 위험으로부터의 보장 및 목적자금 마련 등을 위해 다양한 보험에 가입하고 있다. 회사가 가입하는 보험은 계약자, 피보험자, 수익자의 설정방법에 따라 세무처리가 조금씩 달라진다. 이를 사례별로 살펴보면 다음과 같다.

임직원 보험가입 유형별 세무처리

구 분	사례 1	사례 2	사례 3
계약자	법 인	법 인	법 인
피보험자	임원 또는 종업원	임 원	종업원
수익자	법 인	임 원	종업원
납입보험료의 세무회계처리	만기환급금 상당액은 자산처리 나머지는 보험기간의 경과에 따라 손금산입	급여지급기준 초과금액을 손금불산입하여 상여로 처분	종업원의 급여로 보아 손금인정
보험료의 근로소득여부	근로소득에 해당하지 않음	근로소득(인정상여)에 해당	근로소득에 해당

※ 임원에는 대표이사도 포함되며, 수익자인 임원 및 종업원에는 해당 임원 및 종업원의 가족도 포함됨
※ 보험료는 보험계약자인 법인이 납입함

(3) 퇴직연금보험료의 손금산입

퇴직연금제도는 2005년 12월부터 기존의 퇴직금제도를 대체하기 위해 도입되었으며 근로자의 노후소득 보장과 생활안정 지원을 위해 근로자 재직기간 중 사용자가 퇴직금 지급재원을 외부의 금융기관에 적립하고 이를 사용자 또는 근로자의 지시에 따라 운용하여 근로자 퇴직시 연금 또는 일시금으로 지급하도록 하는 기업의 복지제도를 말한다. 퇴직연금제도에는 확정급여형(DB형) 퇴직연금, 확정기여형(DC형) 퇴직연금 및 개인형 퇴직연금

(IRP)이 있다. 퇴직연금보험료는 회사납입분과 근로자 추가납입분에 대하여 다음과 같이 세제혜택을 받을 수 있다.

구 분	확정기여형(DC형) 퇴직연금, 개인형 퇴직연금(IRP)	확정급여형(DB형) 퇴직연금
회사 납입분	전액 손금(비용)으로 인정	일정한도 내에서 손금(비용)으로 인정
근로자 추가납입분	종합소득금액, 총 급여액에 따라 세액공제 대상 연금계좌 납입한도 및 세액공제율에 차이가 있음*	–

* '연금계좌 세액공제 한도 및 세액공제율' 참고

라. 상속 및 증여받은 보험금에 대한 세제

(1) 상속세 및 증여세 개요

상속세는 개인의 사망(실종선고 포함)으로 상속이 개시되는 경우 재산의 무상이전에 대해서 부과되는 조세이고, 증여세는 개인이 생전에 재산을 무상이전하는 경우 증여에 따른 경제적 이익의 무상이전에 대하여 부과되는 조세이다. 상속세는 상속개시일(실종선고일 포함) 현재의 상속재산에 대하여 부과하며, 과세대상이 되는 상속재산은 피상속인(사망한 사람 또는 실종선고 받은 사람)에게 귀속되는 재산으로써 금전으로 환산할 수 있는 경제적 가치가 있는 모든 물건과 재산적 가치가 있는 법률상 또는 사실상의 모든 권리를 포함한다.

증여세는 수증자가 증여받은 재산가액에 대하여 부과하며, 완전포괄주의를 채택하고 있다. 완전포괄주의에 따른 증여란 그 행위 또는 거래의 명칭 · 형식 · 목적 등과 관계없이 경제적 가치를 계산할 수 있는 유형 · 무형의 재산을 직접 또는 간접적인 방법으로 타인에게 무상으로 이전하는 것(현저히 저렴한 대가를 받고 이전하는 경우 포함) 또는 기여에 의하여 타인의 재산가치를 증가시키는 것을 말한다. 즉, 형식이 무엇이든 사실상 재산의 무상이전에 해당하는 경우 모두 증여세 과세대상에 해당한다는 의미이다.

상속 및 증여와 관련된 보험세제는 크게 4가지가 있으며, 다음과 같다.

상속 및 증여와 관련된 보험세제

- 상속재산으로 보는 보험금
- 상속받은 보험금 등에 대한 금융재산 상속공제
- 증여세가 과세되는 보험금의 범위
- 장애인 등을 보험수익자로 하는 계약의 보험금에 대한 증여세 비과세

상속세 및 증여세의 세율

과 세 표 준	세 율
1억원 이하	10%
1억원 초과 5억원 이하	20%
5억원 초과 10억원 이하	30%
10억원 초과 30억원 이하	40%
30억원 초과	50%

상속순위

피상속인은 유언으로 공동상속인의 상속분을 지정할 수 있는데, 이를 유언상속이라 한다. 이러한 유언상속이 없는 경우에는 협의분할 및 「민법」에 규정된 법정상속분에 따라 상속재산을 분할하는데, 「민법」에 규정된 상속 순위는 다음과 같다.

상 속 순 위	비 고
〈1순위〉 직계비속 (자녀, 손자) 〈2순위〉 직계존속 (부모, 조부모 등) 〈3순위〉 형제자매 〈4순위〉 4촌 이내의 방계혈족	배우자는 〈1순위〉인 직계비속과 동순위의 공동상속인이 되며, 직계비속이 없는 경우에는 〈2순위〉인 직계존속과 공동상속인이 된다. 만약, 직계비속과 직계존속이 모두 없는 경우에는 배우자가 단독 상속인이 된다.

같은 순위의 상속인이 여러 명인 경우 최근친을 선순위로 하며, 촌수가 같은 상속인이 여러 명인 경우에는 공동상속인이 된다. 태아는 상속순위에 관하여 이미 출생한 것으로 본다.
법정상속분은 같은 순위의 상속인이 여러 명인 경우 그 상속분을 균분한다. 다만, 배우자가 직계비속 또는 직계존속과 공동상속인인 경우 배우자의 법정상속분은 직계비속 또는 직계존속의 상속분에 5할을 가산한다. 예를 들어 자녀 2명과 배우자가 공동으로 상속받는 경우 배우자의 법정상속지분율은 $\frac{1.5}{(1+1+1.5)}$ 가 된다.

(2) 상속재산으로 보는 보험금

피상속인의 사망으로 인하여 지급받는 보험금으로 피상속인이 보험계약자인 보험계약에 따라 받는 것은 상속재산으로 본다. 피상속인이 보험료의 일부만 납입한 경우에는 그 보험금 중 다음과 같이 계산한 금액만을 상속재산으로 본다. 다만, 보험계약자가 피상속인이 아닌 경우에도 피상속인이 실질적으로 보험료를 납입하였을 때에는 피상속인을 보험계약자로 본다.

상속재산으로 보는 보험금

$$\text{보험금 총 합계액} \times \frac{\text{피상속인이 부담한 보험료 합계액}}{\text{피상속인의 사망시까지 납입된 보험료의 총 합계액}}$$

상속재산으로 보는 보험금 예시

사례 다음의 경우 상속재산으로 보는 보험금은 얼마인가?

- 보험계약자 및 피보험자 : 김생명씨의 아버지 / 보험수익자 : 김생명씨
- 납입된 총보험료 1천만원 중 김생명씨의 아버지가 8백만원 납입
- 김생명씨의 아버지 사망으로 받은 생명보험금은 5천만원

풀이

$$5\text{천만원} \times \frac{8\text{백만원}}{1\text{천만원}} = 4\text{천만원}$$

따라서 상속재산으로 보는 보험금은 4천만원이다.

한편, 보험계약자 및 피보험자가 피상속인인 경우, 피상속인의 사망으로 보험금이 지급된 경우에도 상속인 본인이 사실상 보험계약자로서 실질적으로 보험료를 납입한 경우에는 상속세가 과세되는 상속재산에 해당하지 않는다. 예를 들면, 자녀가 직접 부모를 보험계약자 및 피보험자로 하고 본인을 보험수익자로 하여 생명보험을 체결한 후 실질적으로 자녀가 보험료를 납입하다가 부모의 사망으로 자녀가 보험금을 수령하는 경우에는 상속세가 과세되지 않는다.

보험료 납입형태에 따른 보험금의 상속세 과세방법

유 형	보험계약자	피보험자	보험수익자	보험료 납입자	보험사고	보험금 과세방법
①	부	부	본 인	부	부 사망	상속세 과세
②	부	부	본 인	본 인	부 사망	과세안됨
③	본 인	모	본 인	모	모 사망	상속세 과세
④	본 인	모	본 인	본 인	모 사망	과세안됨
⑤	본 인	부 · 모	본 인	본 인*	부 · 모 사망	상속세 과세

* 보험계약상 보험료 납입자는 자녀이나, 사실상 부 · 모로부터 증여받은 재산으로 보험료 납입시

(3) 상속받은 보험금 등에 대한 금융재산 상속공제

금융재산 상속공제란 피상속인의 사망으로 인하여 상속이 개시되는 경우 상속개시일 현재 금융재산에서 금융채무를 차감한 순금융재산에 대해 최고 2억원까지 공제해주는 제도이다. 금융재산은 금융기관의 예금, 적금, 부금 및 출자금, 예탁금, 보험금, 공제금, 주식, 채권, 수익증권 및 유가증권을 포함하는 것이며, 금융부채는 금융기관에 대한 채무로서 입증된 것을 말한다.

금융재산 상속공제금액

순금융재산 (= 금융재산 – 금융채무)	공제금액
2천만원 이하	전 액
2천만원 초과 1억원 이하	2천만원
1억원 초과	순금융재산×20% (2억원 한도)

(4) 증여세가 과세되는 보험금의 범위

보험계약자와 보험수익자가 다른 경우 「상속세 및 증여세법」에서는 보험금 상당액을 보험수익자가 무상으로 취득한 것으로 보아 증여세를 과세한다. 이러한 제도의 맹점을 이용하여 보험계약자와 보험수익자를 동일하게 설정하는 경우가 발생함에 따라, 2003년부터는 보험수익자 이외의 자가 보험료를 납입하고 보험수익자가 보험금을 수령하는 경우에도 증여세를 과세하도록 제도를 보완하였다.

더욱이 2004년부터는 금전 증여뿐만 아니라 타인으로부터 증여 받은 재산까지 증여세 과세대상으로 확대하여 경제적 이익의 무상이전에 대한 과세를 강화하고 있다. 즉, 보험계약기간에 보험수익자가 타인으로부터 재산을 증여받아 보험료를 납입한 경우 그 보험료 납입액에 대한 보험금상당액에서 그 보험료 납입액을 뺀 가액을 보험수익자의 증여재산가액으로 한다.

보험료 납입형태에 따른 보험금의 증여세 과세방법

유 형	보험계약자	피보험자	보험수익자	보험료 납입자	보험사고	보험금 과세방법
①	부	모	본 인	부	모 사망	증여세 과세
②	부	모	본 인	본 인	모 사망	과세안됨
③	본 인	본 인	본 인	부	연금지급 개시	증여세 과세
④	본 인	부	본 인	본 인	연금지급 개시	과세안됨

증여재산으로 보는 보험금

- 실질적인 보험료 납입자와 보험수익자(보험금 수령인)가 서로 다른 경우
  ⇒ 보험사고 발생시 보험금상당액을 보험수익자의 증여재산가액으로 함

- 보험수익자가 보험료 일부를 납입한 경우

$$\text{보험금 상당액} \times \frac{\text{보험수익자 이외의 자가 납입한 보험료액}}{\text{납입한 보험료 총액}}$$

- 보험수익자가 타인으로부터 증여받은 재산으로 보험료를 납입한 경우[15]

$$\text{보험금 상당액} \times \frac{\text{타인으로부터 증여받아 납입한 보험료액}}{\text{납입한 보험료 총액}} - \text{타인으로부터 증여받아 납입한 보험료액}$$

15) 보험계약자가 미성년자이거나 무자력자(소득이 없는 자)인 경우 보험계약시 보험료 납입액을 타인으로부터 증여받아 납입한 것으로 간주하여 보험금 전액에 증여세를 부과한다.

증여재산으로 보는 보험금 예시

사례 다음의 경우 증여재산으로 보는 보험금은 얼마인가?

- 김생명씨는 월납, 10년 만기 저축성보험에 가입
- 월납 보험료는 10만원, 그 중 7만원은 김생명씨의 아버지가 납입
- 만기에 지급받은 보험금은 2천만원

풀이

$$2\text{천만원} \times \frac{7\text{만원} \times 12\text{월} \times 10\text{년}}{10\text{만원} \times 12\text{월} \times 10\text{년}} = 1\text{천 }4\text{백만원}$$

보험금 2천만원 중에서 1천 4백만원은 김생명씨의 아버지로부터 김생명씨가 증여받은 것으로 보아 증여세가 과세된다.

(5) 장애인 등을 보험수익자로 하는 보험금에 대한 증여세 비과세

장애인의 생계를 지원하기 위한 목적으로 「장애인복지법」 제32조에 따라 등록한 장애인을 보험수익자로 하는 보험 및 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 제6조에 따라 등록된 상이자, 이외 항시치료를 요하는 중증환자를 수익자로 하는 보험의 보험금은 연간 4천만원을 한도로 증여세가 비과세된다.

비과세되는 보험의 종류는 장애인 전용보험으로 표시된 보험뿐만 아니라 장애인이 보험수익자인 모든 보험금에 대하여 적용한다. 다만, 비과세되는 보험금은 보험사고(만기보험금 지급의 경우 포함)로 인해 지급받는 보험금을 의미한다.

2 소득세의 개요 및 기타소득세제

가. 우리나라 「소득세법」의 개요

(1) 목적

「소득세법」은 개인의 소득에 대하여 소득의 성격과 납세자의 부담능력 등에 따라 적정하게 과세함으로써 조세부담의 형평을 도모하고 재정수입의 원활한 조달에 이바지함을 목적으로 한다.

(2) 과세소득의 범위

우리나라 「소득세법」은 과세소득의 범위를 구체적으로 열거하여 규정하는 것을 원칙으로 한다. 즉 열거주의 방식에 따라 소득원천별로 구분하여 과세대상을 규정하고 있으므로 「소득세법」에 구체적으로 규정되지 않은 소득은 과세대상에서 제외된다. 그러나 이자소득 및 배당소득에 대하여는 예외적으로 유형별 포괄주의를 채택하여 법령에 구체적으로 열거되지 않은 경우에도 유사한 소득은 동일하게 과세할 수 있도록 하였다.

현행 「소득세법」은 과세대상을 이자소득, 배당소득, 사업소득, 근로소득, 연금소득, 기타소득, 퇴직소득, 금융투자소득* 및 양도소득의 9가지로 구분하고 있다.

* 금융투자소득은 2025.1.1부터 과세 예정

(3) 과세방법

소득세의 과세방법은 종합과세, 분류과세 및 분리과세로 구분된다. 우리나라 「소득세법」에서는 종합과세를 원칙으로 하되 예외적으로 분리과세를 허용하고 있으며, 퇴직소득 및 양도소득은 분류과세한다.

소득종류별 과세방법 및 적용기준

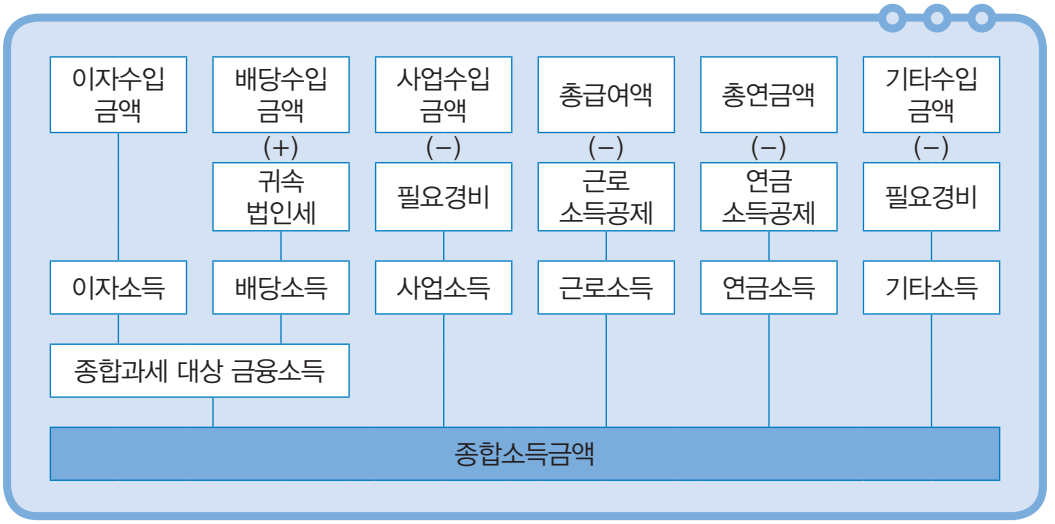
과세방법	소득종류	적용기준
종합과세	이자소득, 배당소득*1	소득금액 합계액이 연 2천만원을 초과하는 경우
	사업소득, 근로소득	원칙적으로 종합과세
	연금소득*2	원칙적으로 종합과세
	기타소득*3	소득금액이 연 300만원을 초과하는 경우
분류과세	퇴직소득	퇴직으로 발생하는 소득에 대해서 별도 과세
	금융투자소득*4	주식, 채권 등의 양도로 발생하는 소득에 대해서 별도 과세
	양도소득	일정한 자산의 양도로 발생하는 소득에 대해서 별도 과세

*1. 이자 · 배당소득 합계액이 연 2천만원 이하인 경우 분리과세 적용 가능
*2. 사적연금 소득이 있는 경우 분리과세 적용 가능
*3. 기타소득금액이 연 300만원 이하인 경우 분리과세 적용 가능
*4. 금융투자소득은 2025.1.1부터 과세 예정

나. 종합소득세 계산구조

종합소득에 대한 소득세는 해당연도(1월 1일~12월 31일)의 소득을 아래와 같이 계산하여 다음연도 5월 1일부터 5월 31일까지 신고 · 납부하여야 한다.

(1) 종합소득금액 계산



(2) 종합소득과세표준 계산

과세표준 = 종합소득금액 − 종합소득공제(기본공제, 추가공제 등)

(3) 종합소득산출세액 계산

산출세액 = 종합소득 과세표준 × 세율*

과 세 표 준	기본세율 (지방소득세 별도)
1,400만원 이하	6%
1,400만원 초과 5,000만원 이하	15%
5,000만원 초과 8,800만원 이하	24%
8,800만원 초과 1억 5,000만원 이하	35%
1억 5,000만원 초과 3억원 이하	38%
3억원 초과 5억원 이하	40%
5억원 초과 10억원 이하	42%
10억원 초과	45%

* 지방소득세 별도

다. 금융소득(이자 · 배당소득)에 대한 과세방법

(1) 금융소득의 의의

금융소득이란 금융자산의 저축이나 투자에 대한 대가를 말하며, 「소득세법」에서는 이자소득과 배당소득을 총칭하는 개념이다.

금융소득 = 이자소득 + 배당소득

이자소득과 배당소득

이 자 소 득	배 당 소 득
• 국내에서 받는 예금 등의 이자 • 사채의 이자와 할인액 • 저축성보험의 보험차익 (다만, 일정요건을 충족하는 경우 비과세) • 위 거래 또는 행위와 결합된 파생상품의 거래 또는 행위로 인한 이익 • 위 소득과 유사한 소득으로서 금전사용에 따른 대가의 성격이 있는 것	• 법인의 이익배당(현금배당, 주식배당 등) • 국내 또는 국외에서 받는 집합투자기구로부터의 이익 • 신종금융상품을 결합한 복합 금융거래에서 발생하는 이익 등 • 위 소득과 유사한 소득으로서 수익분배의 성격이 있는 것

(2) 금융소득의 과세단위 및 금융소득 종합과세제도

소득세는 개인별로 과세하는 것을 원칙으로 한다. 자산소득에 대한 부부합산과세의 위헌결정(2002.8.29)으로 금융소득 종합과세여부도 개인별 연간 금융소득의 합계액으로 판단한다.

금융소득 종합과세제도는 개인별 연간 금융소득이 2천만원을 초과하는 경우 금융소득을 다른 종합소득과 합산하여 종합과세하는 제도를 말한다.

(3) 종합과세되는 금융소득

금융소득 중 비과세 또는 분리과세 소득을 제외한 금융소득이 2천만원(종합과세 기준금액)을 초과하는 경우 금융소득 전체를 종합과세한다. 다만, 종합과세 기준금액을 기점으로 급격한 세부담 증가 문제를 보완하고, 금융소득 종합과세시 최소한 원천징수세율 14%(지방소득세 별도) 이상의 세부담이 되도록 하기 위해 2천만원을 초과하는 금융소득만 다른 종합소득과 합산하여 산출세액을 계산하고, 2천만원 이하 금액은 원천징수세율 14%(지방소득세 별도)를 적용하여 산출세액을 계산한다.

(4) 금융소득에 대한 산출세액의 비교과세

소득세율 구조는 종합소득 과세표준에 따라 누진세율 구조(6~45%, 지방소득세 별도)로 되어있기 때문에, 종합과세기준금액을 초과하는 금융소득의 산출세액이 오히려 원천징수한 세액보다 적어질 수 있다. 이는 종합과세기준금액을 초과하는 금융소득을 종합소득과세표준에 합산하여 누진세율로 종합과세하려는 기본취지에 어긋나는 것이다. 이에 따라 종합과세기준금액을 초과하는 금융소득에 대해서는 세액계산 특례규정인 비교과세제도를 두고 있다.

금융소득에 대한 산출세액은 2천만원(종합과세기준금액)을 초과하는 금융소득을 다른 종합소득과 합산하여 계산하는 종합과세방식과 금융소득과 다른 종합소득을 구분하여 계산하는 분리과세방식에 의해 계산된 금액 중 큰 금액을 산출세액으로 한다.

(5) 금융소득 종합과세 대상자에 대한 제한

개인별 연간 금융소득(이자 · 배당소득)이 2천만원을 초과하는 금융소득 종합과세 대상자는 모든 이자 · 배당소득 과세특례 상품의 신규가입이 제한된다.

이는 저소득층의 자산형성 지원을 위한 제도 취지를 감안하여 고소득자인 금융소득 종합과세 대상자에 대한 비과세 혜택을 배제하기 위한 것이다.

가입일 또는 연장일이 속하는 과세기간의 직전 3개 과세기간 중 1회 이상 금융소득종합과세 대상인 자로, 신규가입이 제한되는 금융상품은 아래와 같다.

- 비과세종합저축
- ISA(개인종합자산관리계좌)
- 청년우대형 주택청약종합저축
- 농어가목돈마련저축
- 공모부동산펀드
- 우리사주조합 출자금
- 조합 등 출자금
- 조합 등 예탁금
- 장병내일준비적금

라. 연금소득 분리과세 선택

연금소득은 금융회사에서 연금을 지급하는 시점에 금융회사가 원천징수를 하고, 연금수령자는 추후 다른 종합소득과 합산하여 종합과세하는 것이 원칙이다. 다만, 연금저축, 퇴직연금 등 사적연금소득은 다음과 같이 분리과세를 선택할 수 있다.

- 사적연금소득의 합계액이 연 1,500만원 이하인 경우 : 3~5% 저율 분리과세 선택 가능
- 사적연금소득의 합계액이 연 1,500만원을 초과하는 경우 : 15% 분리과세 선택 가능

(1) 사적연금소득의 합계액이 연 1,500만원 이하인 경우

사적연금소득의 합계액이 연 1,500만원 이하인 경우 3~5%의 저율 분리과세를 선택할 수 있으며, 연금으로 수령하기 위해서는 다음의 인출요건을 충족하여야 한다.

연금소득 분리과세 요건

① 55세 이후 수령
② 가입일부터 5년 경과 후 수령
③ 연금수령한도 내 수령

$$\text{연간 연금수령한도} = \frac{\text{과세기간개시일 현재 연금계좌의 평가액}}{(11 - \text{연금수령연차}^{16)})} \times 120\%$$

연금을 지급하는 금융회사(원천징수의무자)는 다음의 세율을 적용하여 연금소득을 원천징수한다. 다만, 2가지 이상에 해당하는 경우에는 낮은 세율을 적용한다.

연금지급시 적용 세율

① 연금소득자의 나이에 따른 원천징수세율

나 이 (연금수령일 현재)	세 율 (지방소득세 별도)
70세 미만	5%
70세 이상 80세 미만	4%
80세 이상	3%

② 사망할 때까지 연금수령하는 종신계약[17]에 따라 받는 연금소득 : 4%[18]

③ 이연퇴직소득을 연금수령하는 연금소득 : 연금 외 수령 원천징수세율의 60~70%[19]

연금 실제 수령연차	원천징수세율
10년 이하인 경우	연금 외 수령 원천징수세율×70%
10년을 초과하는 경우	연금 외 수령 원천징수세율×60%

16) 55세 이상 & 가입 5년 이상 경과한 시점을 연금수령 1년차로 보며, 연금수령연차가 11년 이상인 경우 한도 미적용
17) 사망일까지 연금수령하면서 중도해지할 수 없는 계약을 말한다.
18) ①, ②의 요건을 동시에 충족하는 경우에는 둘 중 더 낮은 세율을 적용한다.
19) 퇴직금(이연퇴직소득)의 연금수령을 유도하기 위해 연금으로 수령하는 경우에는 연금 외 수령하는 경우에 비해 경감한 원천징수세율을 적용한다.

(2) 사적연금소득의 합계액이 연 1,500만원을 초과하는 경우

사적연금소득의 합계액이 연 1,500만원을 초과하는 경우 종합과세 또는 분리과세(15%)를 선택할 수 있다.

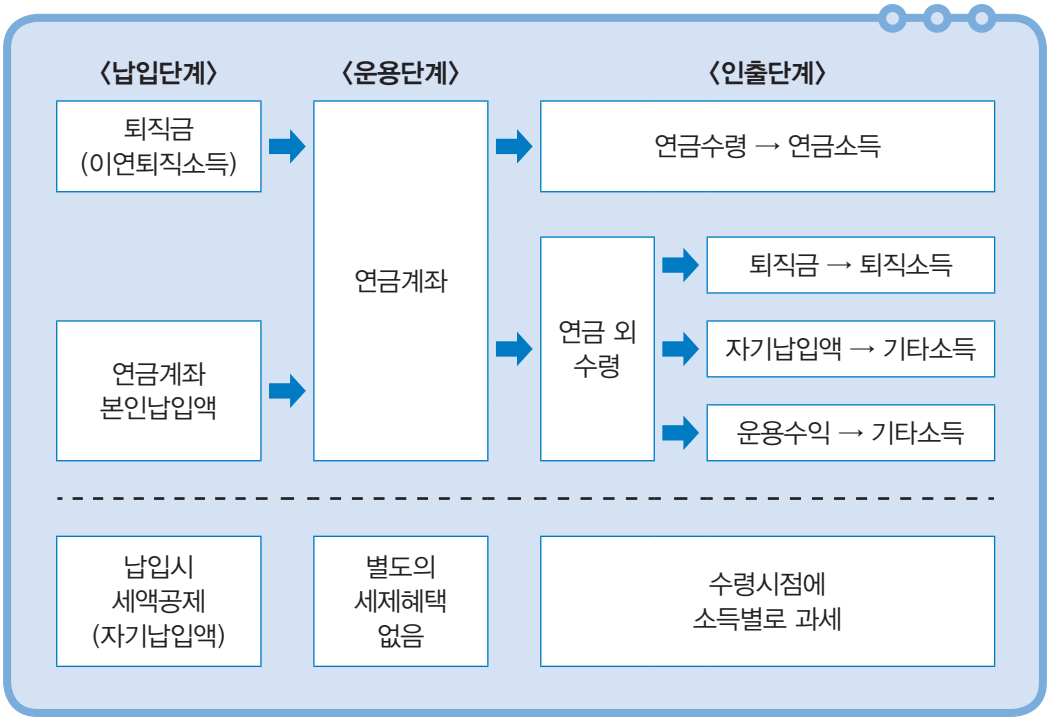
이러한 세제 혜택은 국민들의 노후 소득 형성을 지원하기 위해 도입되었다. '22년 세법 개정시(최초 도입시) 분리과세 기준금액은 1,200만원이었으나, '23년 세법 개정시 분리과세 기준금액을 1,500만원으로 상향함으로써 노후생활 안정을 위한 소득마련을 보다 적극적으로 지원하게 되었다.

구분	개정 전	'22년 개정	'23년 개정
과세 방법	종합 과세	종합과세 또는 분리과세(15%) 선택가능	-
분리 과세 기준	-	연 1,200만원 이하	연 1,500만원 이하
적용 시기	-	'23.1.1이후 연금 수령분부터	'24.1.1이후 연금 수령분부터

한편, 연금계좌 세액공제를 받은 연금계좌 납입액과 운용수익을 의료목적, 천재지변이나 그 밖에 부득이한 사유 등으로 연금계좌에서 인출하는 경우에는 앞의 (1) 사적연금소득 합계액이 연 1,500만원 이하인 경우와 동일한 원천징수세율(3~5%)을 적용하여 무조건 분리과세한다.

이 외에 연금계좌에서 연금수령요건을 미충족(해지 또는 연금 외 형태로 지급받는 경우 포함)하여 수령한 금액은 연금소득이 아닌, 기타소득으로 보아 15%의 세율(지방소득세 별도)을 적용하여 무조건 분리과세한다.

사적연금의 과세체계


〈납입단계〉
〈운용단계〉
〈인출단계〉
퇴직금
(이연퇴직소득)
연금계좌
본인납입액
연금계좌
연금수령 → 연금소득
연금 외
수령
퇴직금 → 퇴직소득
자기납입액 → 기타소득
운용수익 → 기타소득
납입시
세액공제
(자기납입액)
별도의
세제혜택
없음
수령시점에
소득별로 과세

3 보험설계사의 세제

보험설계사는 보험회사, 보험대리점 또는 보험중개사에 소속되어 보험계약의 체결을 중개하는 자이다. 독립된 자격으로 보험가입자의 모집 및 이에 부수하는 용역을 제공하고 그 실적에 따라 모집수당 등을 받는 사업자이다.

보험설계사가 지급받는 소득은 사업소득으로 원칙적으로 다음연도 5월중에 종합소득세 신고를 하여야 하나, 다음의 간편장부대상자가 받는 사업소득에 대하여는 이를 지급하는 원천징수의무자(보험회사 등)가 해당소득에 대하여 연말정산을 함으로써 납세의무가 종결된다.

간편장부대상자

- 해당 과세기간에 신규로 사업을 개시한 보험설계사
- 직전 과세기간의 수입금액이 7,500만원 미만인 보험설계사

연말정산 사업소득금액은 해당 과세기간에 지급한 사업소득 수입금액에 연말정산 사업소득의 소득률을 곱하여 다음과 같이 계산하며, 연말정산 대상 사업소득 외에 다른 종합소득이 없는 보험설계사는 해당 사업소득에 대한 연말정산을 하는 경우 납세의무가 종결된다.

보험설계사의 사업소득금액 = **해당 과세기간에 지급한 수입금액** × **연말정산 사업소득의 소득률**[20)]

20) 1– (4천만원 이하분 77.6%, 4천만원 초과분 68.6%)

연말정산 대상 사업소득 외에 다른 종합소득(근로소득, 연금소득 등)이 있는 경우, 직전 과세기간의 수입금액이 7,500만원 이상인 경우에는 연말정산으로 납세의무가 종결되지 않으므로, 반드시 다음연도 5월에 종합소득세 확정신고를 해야 한다.

한편, 보험회사 등 원천징수의무자는 보험설계사에게 매월 모집수당 등을 지급할 때 3%(지방소득세 별도)를 원천징수하여 다음 달 10일까지 관할세무서에 신고 · 납부하여야 하며, 보험설계사는 연말정산 또는 종합소득세 확정신고시에 해당 원천징수세액을 기납부세액으로 공제받을 수 있다.

제3편

생명보험

제7장 생명보험의 개요

1. 생명보험의 개요
2. 생명보험의 특징

제8장 생명보험 상품

1. 생명보험 상품의 구성
2. 생명보험 상품의 분류
3. 주요 생명보험 상품

제7장
생명보험의 개요

1 생명보험의 개요

가. 생명보험 관련 법규

보험계약상 보험계약자와 보험회사의 권리 · 의무는 보험회사가 작성한 보험약관에 의하여 규정된다. 따라서 상대적으로 보험상품에 대한 이해와 지식이 부족한 소비자의 이익을 보호하기 위해 보험계약관계를 공정하게 규율하는 법규 체계가 필요한데, 우리나라에서는 「상법」 제4편(보험)에서 보험계약의 성립과 소멸, 보험계약자 및 보험회사의 권리 · 의무 등을 규정하고 있다.

현재 사용되고 있는 생명보험표준약관 역시 「상법」 제4편(보험)의 규정을 토대로 작성되었는데, 「상법」의 규정보다 보험계약자의 권리를 확대하고 있다. 보험계약과 관련하여 소송이 제기된 경우에 법원은 「상법」 등을 근거로 판결하고, 「상법」에서 규정하지 않은 사항은 「민법」의 규정에 따르며, 보험약관의 해석에 관해서는 「약관의 규제에 관한 법률」에 따른다.

한편, 보험회사의 건전한 경영을 도모하고 보험계약자 등의 권익을 보호하기 위한 감독 법규 체계도 필요한데, 우리나라의 보험업 허가 및 감독을 규율하는 법률로는 「보험업법」, 「금융위원회의 설치 등에 관한 법률」 등이 있다.

그 밖에도 우리나라의 보험회사는 금융기관의 구조조정과 이에 따른 소비자 보호를 위하여 「금융산업의 구조개선에 관한 법률」과 「예금자보호법」도 적용받고 있다. 또한, 보험회사의 공동행위와 관련하여 「독점규제 및 공정거래에 관한 법률」, 변액보험에 대해서 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」, 보험사기행위의 조사 · 방지 · 처벌과 관련하여 「보험사기방지 특별법」, 금융소비자의 권익 증진에 관해 「금융소비자 보호에 관한 법률」까지 적용받는 등, 관련 법규는 계속해서 확대되고 있는 추세이다.

생명보험 관련 법규

법 률	보험 관련 내용
「상법」	보험계약관계를 규정(제4편 보험)
「민법」	보험계약관계 중 「상법」에서 정하지 않은 사항을 규정
「약관의 규제에 관한 법률」	보험약관의 해석을 규정
「보험업법」	보험업 허가, 감독의 근거
「금융위원회의 설치 등에 관한 법률」	보험감독의 근거
「금융산업의 구조개선에 관한 법률」	보험회사 구조조정의 근거
「예금자보호법」	보험회사가 영업정지 · 파산 등의 사유로 보험금 등을 지급하지 못하게 되는 경우 보험계약자를 보호
「독점규제 및 공정거래에 관한 법률」	보험회사의 공동행위를 규제하는 근거
「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」	변액보험의 운영을 규율
「보험사기방지 특별법」	보험사기행위의 조사 · 방지 · 처벌 근거
「금융소비자 보호에 관한 법률」	금융상품 판매업자 및 금융상품 자문업자의 영업시 준수사항과 금융소비자 권익 보호, 금융분쟁 조정절차 등 규정

나. 생명보험의 정의

「상법」 제638조는 "보험계약은 당사자 일방이 약정한 보험료를 지급하고 재산 또는 생명이나 신체에 불확정한 사고가 발생할 경우에 상대방이 일정한 보험금이나 그 밖의 급여를 지급할 것을 약정함으로써 효력이 생긴다."라고 규정하고 있다. 또한 제730조는 "생명보험계약의 보험자는 피보험자의 사망, 생존, 사망과 생존에 관한 보험사고가 발생할 경우에 약정한 보험금을 지급할 책임이 있다"라고 규정하고 있다.

「보험업법」 제2조에서는 "보험상품이란 위험보장을 목적으로 우연한 사건 발생에 관하여 금전 및 그 밖의 급여를 지급할 것을 약정하고 대가를 수수(授受)하는 계약"으로 정의하고 있다. 또한 "생명보험 상품은 위험보장을 목적으로 사람의 생존 또는 사망에 관하여 약정한 금전 및 그 밖의 급여를 지급할 것을 약속하고 대가를 수수하는 계약으로서 대통령령으로 정하는 계약"이라고 정의하고, 「보험업법 시행령」 제1조의2는 생명보험 상품을 "생명보험계약, 연금보험계약(퇴직보험계약 포함)"으로 열거하고 있다. 「보험업감독규정」에서는 보험계약 및 종목의 구체적인 구분기준을 정하고 있는데, 생명보험업에서 영위하는 보험종목 또는 계약을 다음 표와 같이 구분하고 있다.

생명보험업의 보험종목(계약) 구분기준 (「보험업감독규정」 별표 1)

보험종목(계약)	구분 기준
생명보험(계약)	사람의 생존 또는 사망에 관하여 약정한 금전 및 그 밖의 급여를 지급할 것을 약속하고 대가를 수수하는 보험(계약) (다만, 연금보험(계약) 및 퇴직보험(계약)을 제외한다)
연금보험(계약), [퇴직보험(계약) 포함]	사람의 생존 또는 퇴직에 관하여 약정한 금전 및 그 밖의 급여를 연금 또는 일시금(퇴직보험계약인 경우만 해당한다)으로 지급할 것을 약속하고 대가를 수수하는 보험(계약)

생명보험계약은 사람의 생사에 관한 보험사고가 발생한 경우 약정한 금액을 지급한다는 점이 손해보험계약과 가장 큰 차이점이라고 할 수 있다.

생명보험계약과 손해보험계약의 비교

구 분	생명보험계약	손해보험계약
보장대상	사람의 생존, 사망	재산상의 손해
주된 보상원칙	정액보상	실손보상
보험기간	장기, 종신	단기, 확정기간
취급회사	생명보험회사	손해보험회사

2 생명보험의 특징

가. 생명보험계약의 법적 특성

(1) 유상 · 쌍무계약성

생명보험계약은 계약당사자인 보험계약자가 보험회사에 보험료를 납입하고, 보험회사는 피보험자에게 우연한 사고가 발생한 경우 약정한 보험금을 지급한다는 점에서 유상 · 쌍무계약의 특성이 있다.

계약의 양 당사자인 보험계약자와 보험회사가 보험료, 보험금이라는 대가성 재산을 지급하게 되므로 금전거래가 수반되는 유상(有償)계약이라 할 수 있고, 보험계약자는 보험료 납입, 보험회사는 보험금 지급의무를 지니게 되므로 계약당사자 간 의무가 수반되는 쌍무(雙務)계약인 것이다.

(2) 불요식 · 낙성계약성

낙성(諾成)계약이란 계약당사자 간에 의사표시가 합치하기만 하면 계약이 성립되는 것을 말하며, 불요식(不要式)계약이란 계약의 성립요건으로 특별한 형식이나 절차를 요구하지 않는 계약을 말한다. 보험계약은 낙성계약이기 때문에 계약당사자의 합의만으로 계약이 성립하고 보험료 납입여부는 계약성립의 요건이 아니다. 또한 불요식계약이기 때문에 청약서의 작성 또는 보험증권 교부도 엄밀한 의미에서는 보험계약의 성립요건이 아니다. 다만 실거래에서는 보험계약 체결시에 정형화된 보험계약청약서를 이용하고, 보험계약을 체결할 때에는 보험회사가 작성 · 교부하는 보험증권의 제공을 의무화하고 있으므로 보험계약이 사실상 요식계약화 되어가는 경향을 보이고 있다.

(3) 부합계약성

보험계약은 보험회사가 미리 마련한 정형화된 약관에 따르고, 보험계약자는 보험계약 체결시 그 약관을 전체로서 동의 또는 거절의 선택밖에는 할 수 없는 부합(附合)계약의 성격을 갖는다. 보험계약이 부합계약의 특성을 갖는 이유는 보험회사가 수많은 보험계약자를 상대하기 때문에 보험계약자별로 보험약관을 새로 작성하는 것이 사실상 불가능하기 때문이다. 이와 같은 보험계약의 부합계약성으로 인하여 보험계약자 보호를 위한 규제 및 감독이 필요하며, 보험계약의 해석에 있어서 다툼이 있을 때에는 보험자의 불이익으로 해석해야 한다는 '작성자 불이익의 원칙'이 적용된다(「약관의 규제에 관한 법률」 제5조 제2항).

(4) 사행계약성

보험계약은 보험회사의 보험금 지급책임이 장래의 우연한 사고(보험사고)의 발생에 달려있다는 점에서 사행(射倖)계약에 속한다. 보험계약은 보험회사가 장래의 불확정한 위험을 인수하는 것이고 보험금 지급은 장래의 우연한 사고에 달려있으므로 도박, 복권과 마찬가지로 사행계약성이 인정된다고 할 수 있다. 그러나 보험은 위험에 대비하여 경제생활의 안정을 추구하는 소극적 이익추구 행위로서 적법한 금융제도이지만, 도박은 요행을 노려 자신의 부를 늘리려는 적극적 이익추구 행위로서 법률상 무효이며 처벌이 수반되는 반사회질서 범법행위라는 점에서 차이가 있다.

(5) 선의계약성

일반적으로 모든 계약의 당사자에게는 계약의 체결과 이행에 있어 신의성실의 원칙(신의칙)에 따라 계약을 이행하는 선의성이 요구되는데, 우연한 사고의 발생을 전제로 하는 사행계약성을 가지고 있는 보험계약은 일반계약보다 더 강한 선의(善意)계약성이 요구되며, 이를 확보하기 위한 보험계약자의 의무로서 대표적인 것이 고지의무(계약 전 알릴 의무)이다. 표준약관에서는 고지의무(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우 보험회사는

계약을 해지할 수 있도록 규정하고 있는데, 보험계약은 계약당사자의 선의를 계약체결의 기본요건으로 하기 때문이다.

(6) 계속계약성

보험계약은 일정한 기간 동안 계속된다는 점에서 계속계약이다. 보험회사의 보험금 지급 책임은 보험기간 내의 사고에 대한 것이므로, 이 보험기간 내에는 보험회사의 의무가 계속해서 존재한다. 보험계약자 역시 보험기간 동안 보험료 지급의무와 통지의무(계약 후 알릴 의무) 등을 계속해서 부담한다. 이와 같이 보험계약은 계속계약이므로 고지의무(계약 전 알릴 의무) 위반, 통지의무(계약 후 알릴 의무) 위반 등과 같이 일정한 사유가 있는 경우에는 그 계약을 해지할 수 있는 해지권이 발생한다.

(7) 상행위성

「상법」 제46조 제17호에서는 보험을 영업적 상행위로 규정하고 있으며, 보험계약에 관한 내용은 「상법」 제4편(보험)에 포함시키고 있다. 「상법」 제3조에서는 당사자 중 1인의 행위가 상행위인 경우 전원에 대해 상법을 적용하도록 규정하고 있으며, 보험회사는 상인이므로 보험계약자는 상인이 아니더라도 당사자 모두에게 「상법」이 적용된다. 이처럼 보험계약에 대해서는 「상법」을 우선적으로 적용하고, 「상법」에 규정이 없는 경우에 「민법」이 보충적으로 적용된다.

(8) 개별성과 단체성

보험계약자는 각자 자신이 마주할 수 있는 우연한 위험을 대비하기 위해 보험회사와 보험계약을 체결한다. 반면, 보험회사는 여러 보험계약자들의 위험을 모으고, 보험수리에 입각하여 산출된 보험요율에 의해 보험료를 책정하는 등의 업무처리를 하게 된다. 결국 보험계약은 개별성과 단체성이 모두 존재하는 계약이라고 할 수 있다.

나. 생명보험 상품의 기능적 특성

(1) 무형의 상품

생명보험은 형태가 보이지 않는 무형의 상품이기 때문에 공산품처럼 구매에 따른 효과를 곧바로 느끼기가 어렵다. 이러한 특성 때문에 생명보험 상품의 경우 보험가입자의 정확한 이해가 특히 중요하며, 상품 권유단계부터 가입자에게 필요한 가입설계, 보장내용 및 보험금 지급절차, 이를 수록한 약관에 대한 충분한 설명이 필요하다.

(2) 미래지향적, 장기효용성 상품

생명보험 상품은 불확실한 미래에 대한 보장을 주기능으로 하는 미래지향적 상품이다. 즉, 구입 즉시 활용하며 효용을 느끼는 공산품과 달리 생명보험 상품은 사망, 상해, 질병 등 장래의 보험사고 발생시점에서 효용을 인식하게 된다. 따라서 계약자는 계약을 장기유지하여 보장을 활용하여야 하며, 보험회사는 계약의 중도해지시 계약자가 필요로 한 본래의 가입목적에 도달하지 못할 수도 있음을 가입 전 충분히 안내하여야 한다.

(3) 다양한 설계가 가능한 상품

생명보험 상품은 계약자의 라이프사이클에 맞춰 필요한 위험보장 및 재정설계가 가능하다. 노후를 대비하고 가족에게 안정된 미래를 보장해 줄 수 있도록 다양한 연금상품과 보장을 조합하거나 인구구조, 경제상황 변화를 고려한 새로운 상품을 개발할 수 있다.

(4) 수요가 비자발적인 상품

보험상품은 발생 여부를 예견할 수 없는 장래의 우연한 사고를 보장하며 각각의 위험과 피보험자의 특성에 맞게 보장내용과 보험료가 설계되므로 소비자가 스스로 필요성을 인지하고 자발적으로 가입하기에는 매우 복잡하고 어렵다. 따라서 대부분의 보험계약은 전문성을 갖춘 모집인이 보험상품 설명서 등의 안내 자료를 통해 소비자에게 상품을 설명하고 청약을 권유함으로써 판매가 이뤄지게 된다.

(5) 청약과 승낙 등 절차가 필요한 상품

생명보험계약은 계약자가 청약을 하고 이를 보험회사가 승낙하면 계약이 성립된다. 즉, 당사자 쌍방의 의사가 합치되면 성립하는 특성을 지닌다. 그러나 수많은 보험계약자 개개인의 필요에 맞게 보험계약내용이나 청약서를 별도로 만드는 것이 사실상 불가능하기 때문에 보험회사는 보험약관 및 청약서를 미리 작성하고 이를 통하여 계약을 체결한다. 또한 생명보험은 계약체결과정에서 역선택을 방지하고 완전한 상품판매가 이루어지도록 하기 위하여 계약 전 회사에 알릴 의무 사항 고지, 필요시 건강진단 실시, 가입 전 심사(언더라이팅) 등 여러 가지 절차를 거치도록 하고 있다.

(6) 계약 후 관리가 필요한 상품

생명보험 상품은 계약이 체결된 이후에도 정기적으로 보험료 납입, 보유계약 현황 등 계약상황의 전달이 필요하며 갱신 안내, 급부발생 안내, 제도변경사항의 안내, 수익률 보고서 등 지속적인 정보가 제공되어야 하는 상품이다.

제8장
생명보험 상품

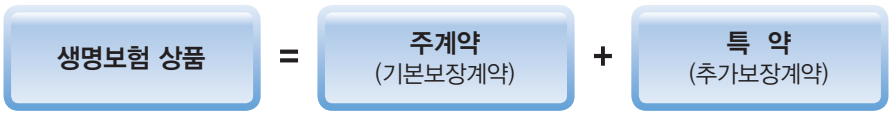
1 생명보험 상품의 구성

가. 상품개발 원칙

생명보험 상품은 인간의 생명과 신체를 보험의 목적으로 하기 때문에 대수의 법칙, 수지상등의 원칙 등을 기초로 하여 과학적이고 합리적인 방법으로 개발되고 있다. 보험회사에서 보험상품을 개발하여 판매하고자 할 때에는 사업방법서, 보험약관, 보험료 및 해약환급금 산출방법서 등의 기초서류를 작성해야 한다. 다만 보험업법령상 신고사항에 해당하는 경우에는 금융위원회에 신고하여야 한다.

나. 주계약과 특약

생명보험 상품은 일반적으로 주계약(기본보장계약)과 특약(추가보장계약)으로 이루어진다.



(1) 주계약

보험계약에서 기본이 되는 중심적인 보장내용 부분을 주계약이라고 하며, 독립적으로 판매할 수 있는 보험을 말한다. 보험계약의 가장 큰 특징이자 가입목적이 되며, 계약성립의 기본이 되는 부분이다.

(2) 특약

특약은 특별약관의 줄임말로서 주계약에 부가하여 보험계약자가 필요로 하는 보장을 보완하거나 보험계약자의 편의를 도모하기 위한 보험상품을 말한다. 주계약만으로 보험계약 성립이 가능하지만 보험계약자들의 다양한 요구와 보장을 모두 충족시키기에 한계가 있기 때문에 보험회사는 여러 가지 특약을 주계약에 부가하여 판매하고 있다. 예를 들면 종신보험에 가입하려는 계약자는 본인의 필요에 따라 암보장특약, 입원특약, 재해보장특약 등 다양한 특약을 선택 · 부가하여 보장범위를 확대할 수 있다.

한편, 보험료 추가 부담없이 가입자의 편의성을 도모하기 위한 제도성 특약도 있다. 대표적인 제도성 특약으로는 우량체인 피보험자의 보험료를 할인해주는 우량체 할인특약, 보험금 지급 사유가 발생하였으나 청구서류를 갖추는데 소요되는 기간 동안의 비용을 충당할 수 있도록 보험금의 일부를 먼저 지급하는 선지급 특약 등이 있다.

또한, 특약은 그 부가방법에 따라 주계약에 의무적으로 결합되어 있는 의무부가(고정부가)특약과 보험계약시 계약자의 선택에 의해 임의로 가입할 수 있는 선택특약으로도 구분된다.

통합보험이라 불리는 가족형보험에서는 주계약 피보험자의 가족(배우자 또는 자녀 등)도 특약부가를 통해 보장서비스를 누릴 수 있으며, 일정 요건을 만족하는 경우 주계약의 보장이 개시된 이후에도 추가적으로 특약을 부가할 수 있다. 특약은 효과적으로 선택할 경우 한 번의 보험가입으로 여러 가지 보장을 받거나 편익을 도모할 수 있어 편리하다. 특약도 상품개발시 주계약과 동일한 개발절차를 거치게 되는 별개의 상품이지만, 주계약을 가입하지 않고 특약만을 가입하는 것은 불가능하다.

특히, 최근에는 주계약의 가입금액을 1천만원 미만으로 설정하여 보험료 부담을 낮추고, 특약설계에 따라 보장내용의 구성을 자유롭게 변경할 수 있도록 하는 DIY형 상품이 새로운 트렌드로 떠오르고 있다.

특약의 분류

① 기능에 따른 분류

구 분	내 용
보장을 추가 · 확대하기 위한 특약	● 암보장특약, 성인병특약, 치매간병비특약 등 질병관련특약 ● 재해사망특약, 휴일재해보장특약 등 재해관련특약 ● 기타 입원특약, 수술특약, 정기특약 등
가입자의 편의를 위한 제도성 특약	● 우량체 할인특약, 선지급서비스특약, 연금전환특약, 장애인전용보험 전환특약 등

② 선택 여부에 따른 분류

구 분	내 용
의무부가특약	● 보험계약자가 반드시 선택해야 하는 특약
선택특약	● 보험계약자가 희망하는 경우에 한해 선택할 수 있는 특약

③ 확장성에 따른 분류

구 분	내 용
독립특약	● 상품을 구분하지 않고 어떤 주계약에도 부가할 수 있도록 개발한 특약
종속특약	● 특정 상품에 부가할 목적으로만 개발한 특약

2 생명보험 상품의 분류

생명보험 상품은 주계약의 보험사고를 기준으로 생존보험, 사망보험, 생사혼합보험 3가지로 분류할 수 있다. 그러나 최근에는 변화하는 고객의 요구를 충족시키기 위해 상품을 매우 다양하게 개발하여 판매하고 있고 종합보험 성격의 상품이 증가하여 일률적인 기준에 의한 단순분류가 어려워지고 있다.

아래의 표는 최근 생명보험회사에서 판매 · 운용되는 상품들을 단계적으로 분류한 것으로 계약자 구성, 상품의 성격 및 고객의 보험가입 목적, 보장의 범위, 적립금의 운용방법 등에 따라 다양한 형태로 분류할 수 있다.

생명보험 상품의 분류

- 개인보험
  - 보장성보험
    - 사망보험
      - 종신보험, 정기보험
      - 변액종신보험, 변액유니버설보험(보장형)
    - 제3보험
      - 질병보험, 상해보험, 간병보험
  - 저축성보험
    - 생존보험
      - 일반연금보험, 교육보험 등
      - 연금저축보험, 변액연금보험, 자산연계형연금보험
    - 생사혼합보험
      - 유니버설보험, 저축보험
      - 변액유니버설보험(적립형), 자산연계형저축보험
    - 개인형퇴직연금(IRP)
- 단체보험
  - 보장성보험
    - 단체보장보험
  - 저축성보험
    - 단체저축보험
    - 퇴직연금
      - 확정급여형(DB형), 확정기여형(DC형)

※ 밑줄 친 상품은 특별계정 운용상품 : 「보험업감독규정」 제5-6조에 따른 생명보험회사 특별계정 운용계약
연금저축, 퇴직연금원리금보장보험, 퇴직보험, 변액보험, 퇴직연금실적배당보험, 자산연계형 보험(공시이율형 제외)

가. 개인보험과 단체보험

개인보험과 단체보험은 보험계약의 대상에 의한 분류이다.

개인보험은 피보험자를 개인으로 한정하여 체결하는 보험으로, 평소 개인이 가입하는 대부분의 보험계약이 개인보험에 해당된다.

단체보험은 일정 조건을 구비한 단체의 구성원을 주피보험자로 하여 단체 또는 단체의 대표자가 가입하는 보험이다. 단체보험은 보험계약체결 이후 보험료 일괄납입 등 계약관리가 편리하기 때문에 보험료가 비교적 저렴한 특징이 있다.

나. 보장성보험과 저축성보험

보장성보험과 저축성보험은 보험가입의 주목적에 따른 분류이다.

보장성보험이란 기준연령 요건[1]에서 생존시 지급되는 보험금의 합계액이 이미 납입한 보험료를 초과하지 아니하는 보험을 말한다. 보험 본래의 기능인 각종 위험보장에 중점을 둔 보험으로서 보험기간 중의 사망이나 질병, 각종 재해시 큰 보장을 받을 수 있는 상품이며 정기보험이나 종신보험 등이 보장성보험의 대표적인 예이다. 이러한 보장성보험은 생존시 지급되는 급부금이 전혀 없는 순수보장성보험과 만기까지 생존했을 경우에 이미 납입한 보험료를 환급해 주는 만기환급형보험으로 설계할 수 있다. 재해나 질병, 간병상태 발생시 고액의 급부를 보장하는 제3보험 상품도 보장성보험에 해당한다.

저축성보험이란 보장성보험을 제외한 보험으로서 생존시 지급되는 보험금의 합계액이 이미 납입한 보험료를 초과하는 보험을 말한다. 위험보장 기능보다는 만기생존시 보험금이나 연금이 지급되는 저축기능을 강화한 상품으로 중 · 장기간에 목돈을 마련하거나 노후를 대비할 수 있도록 개발된 상품이다. 연금보험, 교육보험, 연금저축보험, 저축보험 등이 저축성보험의 대표적인 예이다.

1) 40세 남자가 월납, 전기납으로 가입할 경우를 말한다.

보장성보험과 저축성보험의 정의 (「보험업감독규정」 제1-2조)

- "보장성보험"이란 기준연령 요건에서 생존시 지급되는 보험금의 합계액이 이미 납입한 보험료를 초과하지 아니하는 보험을 말하며, "순수보장성보험"이란 생존시 지급되는 보험금이 없는 보장성보험을 말하고 "그 밖의 보장성보험"이란 순수보장성보험을 제외한 보장성보험을 말한다.
- "저축성보험"이란 보장성보험을 제외한 보험으로서 생존시 지급되는 보험금의 합계액이 이미 납입한 보험료를 초과하는 보험을 말한다.

다. 생존보험, 사망보험, 생사혼합보험

생명보험 상품의 기본적인 구분 형태로 주계약의 보험사고를 기준으로 생존보험, 사망보험, 생사혼합보험의 3가지로 분류할 수 있다(「상법」 제730조).

생존보험이란 피보험자가 보험기간이 끝날 때까지 생존했을 때에만 보험금이 지급되는 보험을 말한다. 생존보험의 보험금 지급사유는 일정 시점의 피보험자의 생존이다. 그러나 현재 우리나라에서 판매되고 있는 생존보험은 대부분 피보험자가 보험기간 중 사망하면 사망보험금을 지급받을 수 있도록 각종 사망보장이 부가되어 판매되고 있다. 연금보험, 교육보험 등이 생존보험에 해당된다.

사망보험이란 생존보험과는 반대로 피보험자가 보험기간 중에 사망했을 때 보험금이 지급되는 보험이다. 사망보험은 보험기간을 미리 정해 놓고 피보험자가 보험기간 내에 사망하였을 때 보험금을 지급하는 정기보험과 일정한 기간을 정하지 않고 피보험자가 어느 때 사망하더라도 보험금을 지급하는 종신보험으로 나누어진다. 사망보험은 피보험자의 사망시 보험금 지급을 주목적으로 하기 때문에 사망시 고액의 보장을 받을 수 있는 장점이 있다. 현재 우리나라에서는 정기보험의 경우 보험기간 종료까지 생존시 이미 납입한 보험료 범위에서 보험료를 환급하는 만기환급형 상품이 많다.

생사혼합보험이란 피보험자가 보험기간 중 사망했을 때에 사망보험금을 지급하는 사망보험과 만기까지 생존했을 때에 만기보험금을 지급하는 생존보험을 합한 것이다. 즉,

생존보험과 사망보험의 장단점을 서로 보완한 것으로 사망보험의 보장기능과 생존보험의 저축기능을 동시에 겸비한 생명보험이라 할 수 있다.

라. 일반계정보험과 특별계정보험

계약자적립액(계약자적립금) 운용방식에 따라 계정을 별도로 분리하는지 여부에 따른 분류이다.

특별계정이란 보험회사가 특정 보험계약의 손익을 구별하기 위해 자산을 분리하여 별도의 계정을 설정 · 운용하는 것을 말한다. 이는 계정 간 자산을 엄격히 구분하고 발생하는 손익을 명확하게 구분함으로써 보험계약자간의 형평성 및 보험경영의 투명성을 제고하기 위한 제도적 장치이다.

현재 생명보험회사에서 판매하고 있는 대부분의 보험상품은 일반계정에서 운용되고 있고 연금저축보험, 퇴직연금원리금보장보험, 퇴직보험, 변액보험, 퇴직연금실적배당보험, 자산연계형보험(공시이율형 제외)은 보험계약별로 보험료 수입부터 자산관리까지 특별계정에서 별도로 관리하고 있다.

마. 금리확정형보험, 금리연동형보험, 실적배당형보험, 자산연계형보험

장래의 보험금을 마련하기 위한 준비금의 이자를 적립하는 방식에 따른 분류이다.

금리확정형보험은 최초 가입시 정한 이율로 만기까지 이자를 적립하는 보험이다.

금리연동형보험은 보험회사 자산운용수익률 및 시장금리에 따라 일정 기간마다 적립이율을 변동하여 적용하는 보험이다. 변액보험을 제외한 대부분의 저축성보험이 금리연동형보험이다.

실적배당형보험은 계약자적립액을 펀드로 운용하여 유가증권 등에 투자하고 운용실적을 매일 평가하여 보험금에 반영하는 보험으로, 변액보험이 그 대표적인 예이다.

자산연계형보험은 특정자산의 운용실적에 연계하여 투자성과를 지급하는 상품으로 연계되는 특정자산을 설정하고 그 연계자산의 수익률에 따라 적용이율이 결정된다. 투자성과가

100% 계약자에게 귀속되는 실적배당형인 변액보험과는 달리, 최저보증이율(1~2%)을 설정해놓고 연계자산의 수익률에 따라 추가로 이율을 보장한다는 점에서 변액보험보다는 안정적이면서 일반상품보다는 높은 수익률을 기대할 수 있다는 특징을 지니고 있다.

바. 정액보험과 실손보험

보험사고 발생시 지급할 보험금액이 보험계약시 정해지는지 여부에 따른 분류이다.

정액보험은 보험사고의 발생으로 지급되는 보험금의 액수가 보험계약시 확정되어 있는 보험으로 대부분의 생명보험 상품이 이에 해당된다.

실손보험은 보험사고시 발생하는 실제 손실 금액만큼 보장하는 보험이다. 생명보험회사가 판매하는 대표적인 실손보험은 실손의료보험이며, 실손의료보험은 단독 상품으로만 가입할 수 있다. 실손의료보험의 경우 도덕적 해이를 방지하기 위해 상품운용상 손해액 전부를 지급하지는 않고 일부는 본인이 부담하는 본인부담제를 운영하고 있다.

사. 갱신형보험과 비갱신형보험

만기까지 일정 보험기간 경과시 새로운 보험기간에 대한 보험료를 재산정하는지 여부에 따른 분류이다.

갱신형보험은 보험가입 후 일정 기간 경과시 연령과 위험률을 변경하여 보험료를 다시 산정해 유지하는 보험이다. 갱신형보험은 위험률 변동이 너무 커 갱신시 보험료를 조정함으로써 안정적인 보험계약 운용을 위해 도입하였으며 실손의료보험을 비롯한 일부 질병보험과 간병보험 등에 적용되고 있다. 현재 대부분의 생명보험 상품은 가입 이후 보험료가 변동되지 않는 비갱신형 상품이다.

보험회사는 갱신형 보험계약의 계약 갱신 전에 자동갱신안내장을 계약자에게 발송하여 갱신에 따른 보험료 변동내역, 자동갱신제도 개요, 자동갱신을 원하지 않을 경우 처리방법 등을 안내하여야 한다.

아. 표준형 보험과 저해지환급형 보험

해약시 지급하는 해약환급금액 수준에 따른 분류이다.

평준보험료 방식으로 인해 발생하는 해약환급금을 모두 지급하는 상품을 표준형 보험, 이보다 낮은 수준의 해약환급금을 지급하는 상품을 저해지환급형 보험이라고 한다.

저해지환급형 보험은 보험회사가 보험기간 중 일정 기간 동안 해약환급금을 적게 주는 것을 조건으로 보험료를 낮게 책정하는 상품으로 순수보장성 보험, 연금보험에 한해 개발이 가능하다.

저해지환급형 보험은 개발시 가정했던 해지자 수가 판매 후 실제 해지자보다 많을 경우 회사에 재무적으로 악영향을 미칠 가능성이 있다. 하지만 표준형 상품은 해지자 수의 오예측으로 인한 재무적 악영향은 없다.

최근 보험회사들은 보험상품 가격 경쟁력 확보를 위해 많은 보장성 상품을 저해지환급형(또는 해약환급금을 전혀 지급하지 않는 무해지환급형) 형태로 판매하고 있다. 그러나 저해지환급형 상품의 경우 중도 해지시 해약환급금이 표준형보다 낮으므로 판매시 해당 사실에 대한 충분한 설명이 필요하다.

자. 기타

진단보험과 무진단보험은 계약체결시 피보험자의 건강상태에 따른 보험계약 인수여부 결정을 위한 의사의 진단 필요 여부에 따른 분류이다.

배당보험과 무배당보험은 보험사업에 따른 이익을 계약자에게 분배하는지 여부에 따른 분류이다.

3 주요 생명보험 상품

가. 종신보험

종신보험은 보장기간이 평생(종신)인 대표적인 사망보험 상품으로 피보험자가 언제 어떤 경우로 사망하더라도(단, 가입일로부터 2년 내 자살 제외) 약정된 보험금을 지급하는 것이 특징이다. 이는 피보험자 사망시 유가족이 처하게 될 경제적 곤궁(생활비, 주택자금, 교육비 등)을 해결해주는 생활보장 상품이다.

보통 보장성보험이 특정 질병이나 사고 등에 대비한 보험이라면 종신보험은 계약자의 소득 수준 및 라이프사이클에 맞게 다양한 보장의 조합이 가능한 맞춤형 보험상품이다. 또한 다양한 특약 부가를 통해 하나의 보험가입으로 여러 개의 보험을 가입한 효과를 누릴 수 있는 종합보장형 보험설계도 가능하다.

나. 유니버설보험

유니버설보험은 보험계약자의 보험수요 변화에 따라 기존의 보험상품에 보험료 추가납입, 중도인출 등을 할 수 있는 기능을 추가한 상품으로, 일반계정에서 운용되는 상품인 경우 기본보험금에 공시이율을 적용하여 추가적립된 금액을 보험금으로 지급하는 상품이다. 최근에는 유니버설보험의 중도인출 및 추가납입 기능을 기존상품에 도입한 다양한 상품들이 판매되고 있어, 독자적인 상품보다는 유니버설 기능이라는 측면에서 보험상품의 편의성 제고에 기여하고 있다.

다. 장애인보험

(1) 장애인의 정의

장애인이란 신체적 · 정신적 장애[2]로 오랫동안 일상생활이나 사회생활에서 상당한 제약을 받는 자를 지칭한다(「장애인복지법」 제2조).

(2) 장애인의 보험가입기준 및 절차

장애인은 비장애인과 마찬가지로 통상적인 보험상품에 가입할 수 있으며, 보험회사는 정당한 이유없이 보험가입을 거부할 수 없다(「보험업법」 제97조 10항). 보험회사는 장애인의 보험청약 심사시 비장애인과 동일하게 가입당시의 건강상태 등을 고려하여 보험가입 가능여부 및 인수조건을 결정하여야 한다. 정당한 이유없이 장애인의 보험계약 청약을 거절했을시 「장애인차별금지 및 권리구제 등에 관한 법률」에 따라 3년 이하의 징역 또는 3천만원 이하의 벌금에 처해질 수 있다.

생명보험업계는 장애인의 보험가입시 발생할 수 있는 차별을 방지하기 위하여 2005년 8월 「장애인 보험계약 인수를 위한 모범규준」을 제정하여 장애인도 비장애인과 차별없이 동일한 심사과정을 거쳐 보험에 가입할 수 있도록 하고 있다. 또한 「장애인차별금지 및 권리구제 등에 관한 법률」 시행에 따라 장애인에 대한 차별적 요소를 제거하기 위한 법적 장치가 마련되었으며, 이와 관련하여 생명보험협회는 장애인 보험가입차별 방지를 위한 신고센터를 운영하고 있다. 보험회사도 해당 법률에 따라 보험가입시 발생할 수 있는 장애인 차별요소를 방지하기 위해 노력하고 있다.

(3) 장애인전용보험

장애인의 사회복지를 증진하고 장애인의 최소생계 유지와 질병 및 사망 등에 대한 보장을

2) 신체적 장애는 주요 외부 신체기능의 장애 또는 내부기관의 장애이며, 정신적 장애는 발달장애 또는 정신질환으로 발생하는 장애이다.

위해 일반보험에 비해 보험료가 저렴한 장애인전용 보장성보험이 2001년 출시되었으며, 일반 종신연금보다 많은 연금액을 지급하는 장애인전용 연금보험도 2014년 출시되었다.

장애인전용 보험상품 현황

종 류	가입대상	주요 담보 (특약 포함)
장애인 보장성보험 (개인보험)	– 「장애인복지법」상 등록장애인 – 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 의해 등록된 상이자	사망보험금, 암진단금, 입원비, 통원비, 암사망보험금, 재해장해급여금 등
장애인 단체보험	– 장애인전용보험 가입대상으로 구성된 5인 이상 단체	재해사망보험금, 암진단금, 입원급여금, 사망보험금, 재해수술자금 등
장애인 연금보험	– 「장애인복지법」상 등록장애인 – 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 의해 등록된 상이자	연금개시 이후 생활비 목적의 연금 또는 피보험자 부모 사망시 연금지급 등

※ 회사별 · 상품별 차이가 있을 수 있음

(가) 세제혜택

장애인을 보험수익자로 하는 보험계약의 보험금은 연간 4천만원 한도 내에서 증여세를 비과세한다(「상속 및 증여세법」 제46조). 장애인이 피보험자 또는 수익자로 가입하는 장애인전용 보장성보험의 보험료는 일반보장성보험의 보험료 세액공제와는 별도로 연 100만원에 대해 세액공제(15%, 지방소득세 별도)를 받을 수 있다(「소득세법」 제59조의4).

2019년 1월부터 장애인전용보험 제도성특약이 도입되어, 일반보장성보험에 가입한 장애인도 장애인 세액공제를 받을 수 있게 되었다.

(나) 보험료 수준

장애인전용보험은 사업비율과 이자율을 우대적용하여 보장내역이 유사한 일반 보험에 비하여 보험료가 상대적으로 저렴하다.

(다) 심사기준

장애인전용보험이라고 해서 보험회사의 심사절차가 생략되는 것은 아니며, 가입당시의 건강상태 등을 고려하여 보험가입 가능여부 및 인수조건을 결정한다.

라. 연금보험 및 연금저축보험

(1) 개요

연금보험은 계약자의 노후를 대비한 상품이다. 계약자는 소득이 있는 기간동안 그 소득의 일부를 보험료로 납입하여 적립하거나 퇴직금 등의 목돈을 납입하고, 경제활동이 중단된 후에 연금을 수령함으로써 노후의 안정적인 생활자금을 마련할 수 있다.

대부분의 연금보험은 연금개시 전의 위험보장기간(제1보험기간)과 연금지급기간(제2보험기간)으로 구분되며, 위험보장기간(제1보험기간)에 사망시 계약자적립액 또는 사망보험금을 지급하고 계약은 소멸된다.

연금저축보험은 제6장(생명보험 세제)의 연금저축계좌에 해당하는 보험 상품으로, 일정기간동안 보험료를 납입하여 마련된 재원을 연금으로 수령한다는 점에서 연금보험과 유사하나 세제 혜택의 측면에서 차이점이 있다.

(2) 연금지급방법

연금의 지급방법은 피보험자가 생존기간 동안 평생 지급되는 종신연금형과 연금지급기간을 확정하여 지급하는 확정연금형, 생존기간에 적립금의 이자만 지급하는 상속연금형, 연금개시 전에 계약자가 2개 이상의 급부를 병행 선택할 수 있는 혼합연금형 등이 있다. 종신연금형이나 종신연금형을 포함한 혼합연금형의 경우 연금지급개시 이후에는 계약을 해지할 수 없다.

(3) 연금보험 및 연금저축보험상품

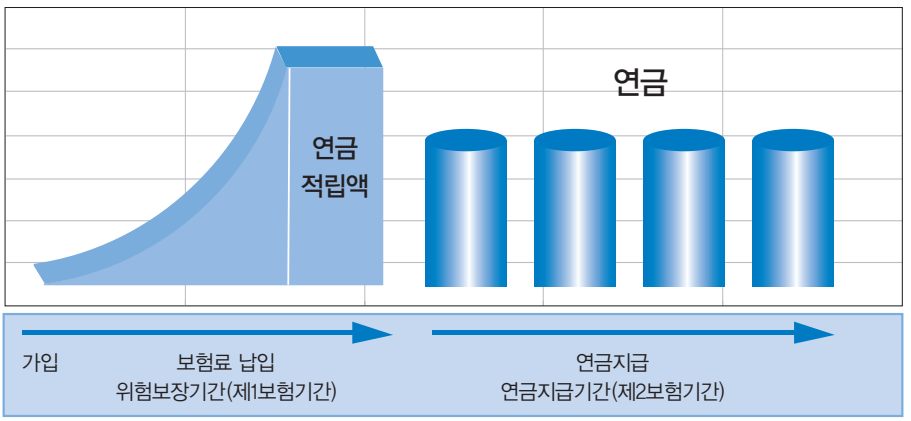
고령화 현상의 빠른 진전에 따라, 개인의 노후생활자금 준비를 돕기 위해 정부에서 1994년 세제지원 개인연금저축제도를 도입한 이래, 연금저축 및 연금보험 상품과 관련된 세금제도에는 많은 변천이 있었다.

연금저축계좌의 금융기관 간 이전이 가능한 현행 연금저축 제도는 「소득세법」에 근거를 두고 있다. 계약자는 연간 1,800만원 한도 내에서 보험료 납입이 가능하고, 납입 보험료에 대해 일정 금액 세액공제를 적용받을 수 있다(제6장 '생명보험 세제' 참고).

세제적격 연금저축은 2013년부터 보험료 납입기간과 연금수령 등에서 많은 변화가 있었다. 최소보험료 납입기간이 10년에서 5년으로 단축되었으며 가입나이 제한이 삭제되었고 보험료 납입한도가 분기한도에서 연간한도(1,800만원)로 변경되었으며, 상품의 근거법령이 「조세특례제한법」에서 「소득세법」으로 변경되었다. 또한, 2014년 1월 1일 「소득세법」 개정으로 보험료 공제는 소득공제 방식에서 세액공제 방식으로 변경되었다.

또한 퇴직금 등을 일시에 납입하면 바로 연금 수령이 개시되는 일시납 즉시연금보험, 특별계정의 운용실적에 따라 보험금이 변동하는 변액연금보험, 보험료 납입과 연금 수령이 달러화 등 외국통화로 이루어지는 외화연금보험 등 소비자의 다양한 수요에 부응하는 연금보험 상품이 개발되어 판매 중이다.

연금보험의 구조



마. 퇴직연금

퇴직연금제도는 기업이 근로자의 노후소득보장과 생활안정을 위해 근로자의 퇴직금을 외부의 금융기관에 적립하여 기업 또는 근로자의 지시에 따라 운용하고, 근로자 퇴직시 연금 또는 일시금을 지급하는 제도이다. 퇴직연금제도는 퇴직급여(보험금)가 사전에 확정되는 확정급여형(DB형)과 운용수익에 따라 변동되는 확정기여형(DC형), 근로자가 퇴직급여금을 일시금으로 수령하거나 퇴직연금에 이미 가입되어 있으면서 자기 부담으로 추가 가입할 수 있는 개인형 퇴직연금제도(IRP)[3]로 구분된다. 제도 도입 초기에는 5인 이상 근로자를 고용하는 사업장을 대상으로 하였으나 법개정에 따라 2010년 12월부터 전 사업장으로 확대되어 시행중이다.

확정급여형(DB형) 퇴직연금은 근로자에게 지급될 퇴직급여가 근무기간과 평균임금에 의해 사전에 결정되고 그것을 보장하기 위해서 사용자가 매년 부담할 금액은 적립금 운용결과에 따라 변동되는 제도로, 퇴직시 DB운용사업자와 회사가 각각 퇴직급여를 지급한다.

확정기여형(DC형) 퇴직연금은 회사의 부담금이 사전에 확정되고 근로자가 지급받을 퇴직급여는 적립금의 운용실적에 따라 변동되는 제도로, 퇴직시 회사는 퇴직급여를 지급하지 않는다.

개인형 퇴직연금(IRP)은 가입자의 선택에 따라 가입자가 납입한 일시금이나 사용자 또는 가입자가 납입한 부담금을 적립 · 운용하기 위하여 설정한 퇴직연금제도로서 급여의 수준이나 부담금의 수준이 확정되지 않은 퇴직연금제도를 말한다. 이는 기업형 IRP와 개인형 IRP로 구분되며, 기업형 IRP는 상시근로자 10인 미만 사업장에 한해 적용되는 제도로서 기업형 IRP를 도입한 경우 확정기여형(DC형) 퇴직연금을 도입한 것과 그 효과가 동일하다. 따라서 퇴직금 지급을 위해 회사가 외부에 적립한 금액을 근로자 개개인이 금융기관을 통해 직접 상품을 선택하여 운용하고 운용성과에 따라 퇴직급여가 변동하게 된다. 개인형 IRP는 근로자가 이직 등으로 받은 퇴직금을 저축할 수 있는 일종의 저축계좌로서 이직시 받은 퇴직금을 생활자금으로 소진하는 대신 노후 대비를 위해 활용할 수 있다.

3) 2017년부터 자영업자, 근속기간 1년 미만 또는 단시간 근로자, 퇴직일시금을 지급받은 재직근로자 및 공무원, 군인 등 직역연금 적용자 등으로 가입범위가 확대

퇴직연금제도 주요내용

<table>
<tr><th>구 분</th><th>주 요 내 용</th></tr>
<tr><td>퇴직연금사업자</td><td>보험회사, 은행, 금융투자회사, 근로복지공단</td></tr>
<tr><td>가입대상</td><td>근로자를 사용하는 모든 사업장</td></tr>
<tr><td>제도종류</td><td>
<table>
<tr><td>확정급여형
(DB형)</td><td>근로자가 퇴직시 수령할 퇴직급여 수준이 근무기간과 평균임금에 의해 사전적으로 확정되어 있는 제도</td></tr>
<tr><td>확정기여형
(DC형)</td><td>사용자가 매년 근로자 연간 임금의 1/12 이상을 부담금으로 납부하고, 근로자가 적립금의 운용방법을 결정하는 제도</td></tr>
<tr><td>개인형
퇴직연금제도
(IRP)</td><td>근로자가 퇴직 또는 이직시 받은 퇴직금을 자기 명의의 퇴직계좌에 적립하여 연금 등으로 활용할 수 있도록 한 제도</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>자산관리 계약형태</td><td>보험계약, 신탁계약</td></tr>
<tr><td>적립금(자산)
운용방법</td><td>보험상품(금리확정형, 금리연동형, 실적배당형), 예/적금(저축은행 포함), 채권, 주식, 수익증권, 원리금보장형 ELB, RP, 발행어음, 표지어음 등</td></tr>
<tr><td>근로자 교육</td><td>퇴직연금제도 설정 사용자는 매년 1회 이상 가입자 대상 교육 실시
(단, 퇴직연금사업자에게 위탁 가능)</td></tr>
<tr><td>판매자격</td><td>퇴직연금모집인 자격 취득</td></tr>
<tr><td>퇴직급여 수령</td><td>일시금 또는 연금</td></tr>
<tr><td>세제혜택</td><td>근로자추가퇴직연금납입액 세액공제 : 연간 900만원 한도
(연간 600만원까지는 연금저축납입액과 합산 적용하며, 퇴직연금납입액은 300만원 추가 공제)</td></tr>
</table>

바. 변액보험

(1) 변액보험의 정의

변액보험이란 보험금이 자산운용성과에 따라 변동하는 보험계약으로, 고객이 납입한 보험료를 모아 펀드를 구성한 후 주식, 채권과 같은 유가증권 등에 투자하여 발생한 이익을 배분해주는 실적배당형 보험을 의미한다. 따라서 변액보험은 생명보험과 투자상품의 성격을 동시에 가지게 되므로 법적으로 「보험업법」과 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」을 동시에 적용받고 있다.

변액보험은 2001년 7월부터 판매되기 시작한 이래로 전반적인 성장세를 보이고 있으며, 현재 변액연금보험, 변액유니버설보험, 변액종신보험, 변액CI보험 등 다양한 형태의 변액보험이 판매되고 있다. 또한 변액보험은 생명보험회사에서만 판매할 수 있다.

(2) 변액보험의 특징

변액보험은 투자실적에 따라 보험금과 해약환급금이 변동된다. 변액보험의 자산운용구조는 금융투자회사의 투자상품(수익증권)과 유사한 구조를 갖고 있어 특별계정 펀드의 운용실적에 따라 투자실적이 좋을 경우에는 사망보험금과 환급금이 커지지만 반대로 투자실적이 악화될 경우에는 환급금이 원금에도 미치지 못할 수 있는 전형적인 투자형 상품 형태이기 때문이다. 변액보험은 일반 상품과 달리 안정성보다는 수익성을 좀 더 중시하여 운용하고, 투자위험을 계약자가 부담하는 특성 때문에 계약자 자산에 비례하여 공평하게 투자손익을 배분하기 위해 다른 보험계약과 분리하여 특별계정에서 운용한다.

변액보험은 「예금자보호법」의 적용을 받지 않는다. 그러나 「예금자보호법 시행령」이 개정 시행(2016)되면서 보험회사가 최저보증하는 보험금에 한하여 기존에 보호대상이었던 특약과 함께 예금보험공사가 보호하도록 변경되었다.

현재 보장성 변액보험(변액종신보험, 변액유니버설보험 보장형)은 피보험자 사망시의 사망보험금이 계약 당시 설정한 기본사망보험금보다 낮을 경우 기본사망보험금을 지급

하도록 설계하고 있으며, 저축성 변액보험(변액연금보험, 변액유니버설보험 적립형)의 경우에는 사망보험금을 기납입보험료와 비교하여 더 큰 금액을 지급하도록 하고 있다.

변액보험을 중도에 해지하는 경우에 지급되는 해약환급금은 최저보증이 이루어지지 않으며 원금의 손실이 발생할 수도 있어 특정 시기의 수익률에 따라 계약을 해지하지 않고 장기 유지해야 한다.

변액보험은 상품내용이 복잡하고 손익이 계약자에게 그대로 귀속되기 때문에 이에 대한 보험계약자의 이해가 매우 중요하다. 이러한 특성 때문에 생명보험협회에서 실시하는 변액보험판매자격시험에 합격한 사람만이 판매할 수 있도록 하고 있으며, 가입자 또한 변액보험 적합성 진단을 받아야 가입할 수 있다.

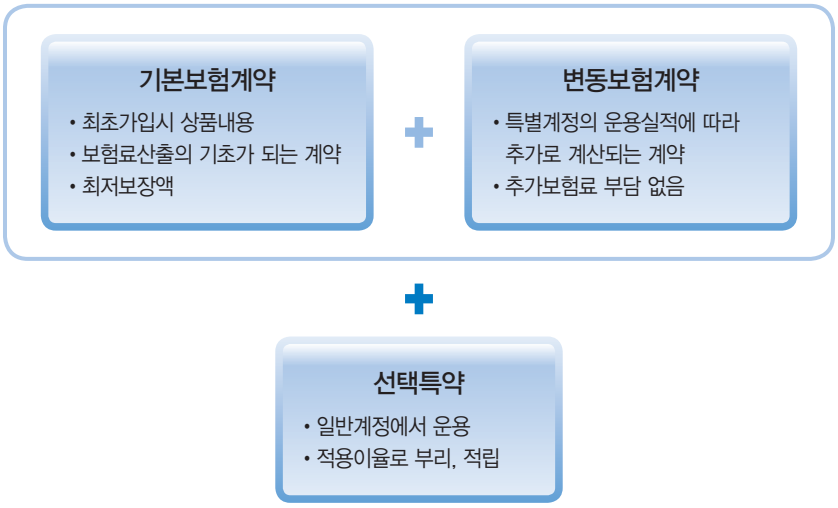
(3) 변액보험의 상품구조

변액보험은 계약자가 납입한 보험료에서 사업비와 위험보험료 등을 제외한 금액(특별계정 투입보험료)을 특별계정으로 투입하고, 이렇게 투입된 보험료를 주식 등의 유가증권 등에 투자하여 그 실적을 적립하게 되며, 적립된 금액을 매일 평가하여 계약자별로 배분하게 된다. 이렇게 특별계정의 운용실적에 따라 계약자별로 배분된 금액을 계약자적립금이라고 하며, 계약자적립금은 특별계정의 평가 등에 의하여 매일 변동할 수 있다.

계약자는 변액보험 가입시 회사에서 상품별로 설정해놓은 다양한 펀드 중 하나 이상을 직접 선택하여 운용하게 되며, 보험기간 중 다른 펀드로 변경할 수 있다. 일반적으로 변액보험의 사망보험금은 최초에 계약한 기본보험계약의 기본보험금과 특별계정에서 운용되어 투자실적에 따라 변동하는 변동보험금으로 구성되며, 위험보장이라는 보험의 성격을 유지하기 위해 변동보험금의 크기와 관계없이 사망보험금에 대한 최저보증을 설정하고 있다.

변액연금보험에서 특별계정의 투자운용 결과 연금개시시점의 계약자적립금이 기납입보험료보다 적은 경우, 기납입보험료 등 일정수준의 재원을 연금적립금으로 최저보장 받을 수 있다. 이러한 최저보증이 있는 상품은 최저보증에 필요한 보증비용이 부과될 수 있는데, 최근에는 최저보증이 없는 대신 최저보증비용도 없어 고수익 추구가 가능한 형태의 상품도 출시되고 있다.

변액보험의 상품구조



(4) 변액보험의 상품종류

변액종신보험은 일반종신보험과 마찬가지로 보장기간이 평생이고 피보험자가 언제 어떤 경우로 사망하더라도 사망보험금을 지급하는 상품이다. 일반종신보험과 비교하면 사망보험금 및 해약환급금이 특별계정의 투자실적에 따라 변동된다는 점과 「예금자보호법」의 적용이 되지 않는다는 점에서 차이가 있으나, 다양한 특약을 부가하여 각종 위험보장에 대비할 수 있고 피보험자의 건강상태에 따라 보험료 할인혜택이 부여된다는 점에서는 일반종신보험과 유사하다. 변액종신보험은 연금전환특약을 이용해 특정시점의 지급금(해약환급금 등)을 연금지급재원으로 하여 연금으로 전환할 수 있으며, 일반종신보험으로의 전환도 가능하다.

변액연금보험의 보험기간은 일반연금보험과 마찬가지로 보험료를 납입하는 제1보험기간과 연금을 지급하는 제2보험기간으로 나눌 수 있다. 제1보험기간에 납입한 보험료를 특별계정에서 운용하여 얻은 계약자적립금을 연금재원으로 하여 연금개시시점부터 연금을 지급하게 된다. 연금지급이 개시되기 전인 제1보험기간 중에 피보험자가 사망하는 경우에는 기본보험금과 특별계정에서 적립된 계약자적립금을 더하여 사망보험금으로 지급한다.

연금지급개시 이후에는 일반연금과 마찬가지로 계약자가 선택한 연금지급방식(종신연금형, 확정연금형, 상속연금형 등)으로 연금이 지급된다.

변액유니버설보험은 일반적인 변액종신보험에 유니버설기능을 확대한 종합금융형 상품이다. 유니버설기능이란 보험료 납입 유연성을 확대한 것으로 보험료 추가납입, 중도인출 기능 외에도 월대체보험료 기능을 추가한 것을 말한다. 월대체보험료 기능이 있는 상품은 의무납기 이후 보험료를 납입하지 않더라도 적립금에서 위험보험료 등을 차감하여 계약이 유지된다. 변액종신보험과 마찬가지로 보험기간은 종신이며 펀드의 운용실적에 따라 사망보험금과 해약환급금이 변동하지만 유니버설보험처럼 보험료를 추가납입하거나 자금필요시 해약환급금의 일정범위 내에서 중도인출을 하는 것도 가능하다. 변액유니버설보험은 장기투자를 목적으로 하는 변액유니버설보험 적립형과 사망보장을 주목적으로 하는 변액유니버설보험 보장형으로 구분할 수 있으며, 이 두 가지 유형은 최저사망보증 설정 및 변동보험금 계산방식에 차이가 있다.

일반보험과 변액보험의 비교

구 분	일반보험	변액보험
보험금	보험가입금액 (보험금 확정 또는 공시이율 연동)	투자실적에 따라 변동 (최저사망보험금 등 보증)
예금자보호	「예금자보호법」 적용	「예금자보호법」 미적용 (단, 최저보증보험금에 한해 적용)
투자위험 부담	회사 부담	계약자 부담
자산운용	일반계정	특별계정
부리이율	적용이율 · 공시이율	실적배당수익률

(5) 변액보험의 공시

변액보험은 보험금 및 해약환급금이 특별계정의 운용실적에 따라 변동되므로 투자실적이 악화될 경우 환급금이 원금에 미치지 못할 수도 있는 실적배당형 상품으로, 투자결과에 대해 계약자가 전적으로 책임을 지게 되며 「예금자보호법」의 적용도 받지 못한다(단, 최저보증보험금은 「예금자보호법」에 따라 보호). 따라서 계약자가 충분히 변액보험을 이해한 후 가입할 수 있도록 하고, 또한 가입 이후에도 계약의 변동내용을 확인할 수 있도록 다양한 공시방법을 통해 계약자에게 정보를 제공하고 있다.

우선 보험계약체결 권유 단계에서 변액보험 운용설명서를 제공하여 해당 변액보험 상품의 개요 및 용어 정의, 상품구조, 펀드의 유형 및 수수료 등을 확인할 수 있도록 하고 있다. 계약자는 변액보험 운용설명서를 통해 납입보험료 중 특별계정에 투입되기 전에 차감되는 비용을 확인할 수 있으며, 특히 저축성 변액보험에 가입한 경우에는 특별계정에 투입되는 보험료까지 확인할 수 있다. 또한 가입 이후에는 분기별로 보험계약정보를 통보하여 현재 계약자가 가입한 변액보험 특별계정의 실적 및 납입보험료, 계약자적립금 등을 확인할 수 있도록 제공하고 있다. 이러한 변액보험 운용설명서 및 보험계약관리내용은 생명보험회사의 인터넷 홈페이지를 통해서도 확인할 수 있다.

변액보험과 관련해서 각 생명보험회사 및 생명보험협회는 인터넷 홈페이지에서 변액보험에 대한 다양한 자료를 공시하고 있다. 그러나 홈페이지에 펀드별로 공시되는 수익률은 조회일자 기준 1년, 3년, 5년, 7년, 10년, 15년 또는 전체 운용기간 동안의 펀드 전체의 수익률이므로 가입시기 및 가입금액, 보험료 투입시기 및 투입금액 등이 각기 다른 개별계약자에게 실제 적용되는 수익률은 아니다. 계약자는 보험회사의 홈페이지에서 본인인증절차를 거친 후 계약자별로 납입보험료 및 적립금 등 변액보험 특별계정 운용현황을 확인할 수 있다.

제4편

제3보험

제9장 제3보험의 개요

1. 제3보험의 개요
2. 제3보험 관련 법규
3. 제3보험의 특징

제10장 제3보험 상품

1. 제3보험 상품의 분류
2. 상해보험
3. 질병보험
4. 간병보험

제9장
제3보험의 개요

1 제3보험의 개요

가. 제3보험의 정의

제3보험은 2003년 보험업법 전면개정시 도입된 보험상품으로 '위험보장을 목적으로 사람의 질병 · 상해 또는 이에 따른 간병에 관하여 금전 및 그 밖의 급여를 지급할 것을 약속하고 대가를 수수하는 계약(「보험업법」 제2조 1호 다목)'을 말한다. 생명보험이나 손해보험 중 온전히 한 분야에 속했다고 보기 어려운 중간(Gray Zone)에 위치하는 보험이기 때문에 제3보험으로 구분된다.

제3보험의 종류에는 상해보험, 질병보험, 간병보험이 있으며 사람의 신체에 대한 보험이므로 생명보험에 해당되나, 비용 손해와 의료비 등 실손보상적 급부를 보상한다는 측면에서는 손해보험으로도 볼 수 있다. 예를 들어 질병보장상품의 경우 보험대상은 사람이므로 생명보험의 영역이나, 질병으로 인한 소득상실의 보장, 각종 질병 치료비의 실손보상 등은 손해보험의 영역으로 볼 수 있다.

나. 제3보험의 구분

제3보험은 사람이 질병에 걸리거나, 상해를 당했을 때 또는 질병이나 상해가 원인이 되어 간병이 필요한 상태를 보장하는 보험으로 상해보험, 질병보험, 간병보험으로 구분된다. 상해보험은 우연하고도 급격한 외래의 사고로 인한 상해의 치료 등에 소요되는 비용을 보장하고, 질병보험은 질병을 진단받거나 질병으로 인해 발생되는 입원 · 수술 · 통원 등을 보장하며, 간병보험은 치매 또는 일상생활장해상태 등 타인의 간병을 필요로 하는 상태를 보장한다.

제3보험의 구분 (「보험업감독규정」 별표 1)

보 험	구 분 기 준
상해보험	사람의 신체에 입은 상해에 대하여 치료에 소요되는 비용 및 상해의 결과에 따른 사망 등의 위험에 관하여 금전 및 그 밖의 급여를 지급할 것을 약속하고 대가를 수수하는 보험
질병보험	사람의 질병 또는 질병으로 인한 입원 · 수술 등의 위험(질병으로 인한 사망을 제외한다)에 관하여 금전 및 그 밖의 급여를 지급할 것을 약속하고 대가를 수수하는 보험
간병보험	치매 또는 일상생활장해 등 타인의 간병을 필요로 하는 상태 및 이로 인한 치료 등의 위험에 관하여 금전 및 그 밖의 급여를 지급할 것을 약속하고 대가를 수수하는 보험

2 제3보험 관련 법규

가. 「상법」상의 지위

제3보험 상품 및 제3보험업은 「보험업법」에 정의되어 있으며, 「상법」상 제3보험이라는 용어는 없다. 다만, 「상법」 보험편(제4편) 인보험장(제3장)의 상해보험절(제3절)과 질병보험절(제4절)에 「보험업법」상 제3보험에 속하는 상해보험과 질병보험 관련 규정이 반영되어 있다. 이에 따라 「보험업법」상 제3보험 상품 중 간병보험만이 현행 「상법」에 별도로 분류되어 있지 않다.

「상법」 보험편(제4편) 인보험장(제3장) 주요조항

제3장 인보험

제1절 통칙

제727조(인보험자의 책임) ① 인보험계약의 보험자는 피보험자의 생명이나 신체에 관하여 보험사고가 발생할 경우에 보험계약으로 정하는 바에 따라 보험금이나 그 밖의 급여를 지급할 책임이 있다.

② 제1항의 보험금은 당사자 간의 약정에 따라 분할하여 지급할 수 있다.

제728조(인보험증권) 인보험증권에는 제666조에 게기한 사항 외에 다음의 사항을 기재하여야 한다.

1. 보험계약의 종류
2. 피보험자의 주소 · 성명 및 생년월일
3. 보험수익자를 정한 때에는 그 주소 · 성명 및 생년월일

제729조(제3자에 대한 보험대위의 금지) 보험자는 보험사고로 인하여 생긴 보험계약자 또는 보험수익자의 제3자에 대한 권리를 대위하여 행사하지 못한다. 그러나 상해보험계약의 경우에 당사자 간에 다른 약정이 있는 때에는 보험자는 피보험자의 권리를 해하지 아니하는 범위 안에서 그 권리를 대위하여 행사할 수 있다.

제2절 생명보험

제732조(15세 미만자 등에 대한 계약의 금지) 15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험사고로 한 보험계약은 무효로 한다. 다만, 심신박약자가 보험계약을 체결하거나 제735조의3에 따른 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 그러하지 아니하다.

제3절 상해보험

제737조(상해보험자의 책임) 상해보험계약의 보험자는 신체의 상해에 관한 보험사고가 생길 경우에 보험금액 기타의 급여를 할 책임이 있다.

제738조(상해보험증권) 상해보험의 경우에 피보험자와 보험계약자가 동일인이 아닐 때에는 그 보험증권 기재사항 중 제728조제2호에 게기한 사항에 갈음하여 피보험자의 직무 또는 직위만을 기재할 수 있다.

제739조(준용규정) 상해보험에 관하여는 제732조를 제외하고 생명보험에 관한 규정을 준용한다.

제4절 질병보험

제739조의2(질병보험자의 책임) 질병보험계약의 보험자는 피보험자의 질병에 관한 보험사고가 발생할 경우 보험금이나 그 밖의 급여를 지급할 책임이 있다.

제739조의3(질병보험에 대한 준용규정) 질병보험에 관하여는 그 성질에 반하지 아니하는 범위에서 생명보험 및 상해보험에 관한 규정을 준용한다.

나. 「보험업법」상의 근거

「보험업법」에서 보험업은 생명보험업, 손해보험업, 제3보험업으로 구분되어 있다. 따라서 제3보험업은 「보험업법」상 생명보험업이나 손해보험업의 일부가 아니라 독립된 하나의 보험업으로서의 지위를 갖는다. 별도로 독립된 제3보험회사를 설립하거나, 생명보험회사 및 손해보험회사로서 해당 보험업의 모든 보험종목에 대하여 허가를 받은 경우 제3보험업을 영위할 수 있다.

「보험업법」상 제3보험 관련 주요조항

제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "보험상품"이란 위험보장을 목적으로 우연한 사건 발생에 관하여 금전 및 그 밖의 급여를 지급할 것을 약정하고 대가를 수수하는 계약(「국민건강보험법」에 따른 건강보험, 「고용보험법」에 따른 고용보험 등 보험계약자의 보호 필요성 및 금융거래 관행 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 것은 제외한다)으로서 다음 각 목의 것을 말한다.
   가. 생명보험상품 : 위험보장을 목적으로 사람의 생존 또는 사망에 관하여 약정한 금전 및 그 밖의 급여를 지급할 것을 약속하고 대가를 수수하는 계약으로서 대통령령으로 정하는 계약
   나. 손해보험상품 : 위험보장을 목적으로 우연한 사건(다목에 따른 질병 · 상해 및 간병은 제외한다)으로 발생하는 손해(계약상 채무불이행 또는 법령상 의무불이행으로 발생하는 손해를 포함한다)에 관하여 금전 및 그 밖의 급여를 지급할 것을 약속하고 대가를 수수하는 계약으로서 대통령령으로 정하는 계약
   다. 제3보험 상품 : 위험보장을 목적으로 사람의 질병 · 상해 또는 이에 따른 간병에 관하여 금전 및 그 밖의 급여를 지급할 것을 약속하고 대가를 수수하는 계약으로서 대통령령으로 정하는 계약
2. "보험업"이란 보험상품의 취급과 관련하여 발생하는 보험의 인수(引受), 보험료 수수 및 보험금 지급 등을 영업으로 하는 것으로서 생명보험업 · 손해보험업 및 제3보험업을 말한다.
3. "생명보험업"이란 생명보험상품의 취급과 관련하여 발생하는 보험의 인수, 보험료 수수 및 보험금 지급 등을 영업으로 하는 것을 말한다.
4. "손해보험업"이란 손해보험상품의 취급과 관련하여 발생하는 보험의 인수, 보험료 수수 및 보험금 지급 등을 영업으로 하는 것을 말한다.
5. "제3보험업"이란 제3보험 상품의 취급과 관련하여 발생하는 보험의 인수, 보험료 수수 및 보험금 지급 등을 영업으로 하는 것을 말한다.

– 이하 생략 –

제4조(보험업의 허가) ① 보험업을 경영하려는 자는 다음 각 호에서 정하는 보험종목별로 금융위원회의 허가를 받아야 한다.

1. 생명보험업의 보험종목
   가. 생명보험
   나. 연금보험(퇴직보험을 포함한다)
   다. 그 밖에 대통령령으로 정하는 보험종목

2. 손해보험업의 보험종목
   가. 화재보험
   나. 해상보험(항공 · 운송보험을 포함한다)
   다. 자동차보험
   라. 보증보험
   마. 재보험
   바. 그 밖에 대통령령으로 정하는 보험종목
3. 제3보험업의 보험종목
   가. 상해보험
   나. 질병보험
   다. 간병보험
   라. 그 밖에 대통령령으로 정하는 보험종목

② 제1항에 따른 허가를 받은 자는 해당 보험종목의 재보험에 대한 허가를 받은 것으로 본다. 다만, 제9조 제2항 제2호의 보험회사*는 그러하지 아니하다.

③ 생명보험업이나 손해보험업에 해당하는 보험종목의 전부(제1항 제2호 라목에 따른 보증보험 및 같은 호 마목에 따른 재보험은 제외한다)에 관하여 제1항에 따른 허가를 받은 자는 제3보험업에 해당하는 보험종목에 대한 허가를 받은 것으로 본다.

* 소액 단기전문 보험회사

다. 제3보험 모집자격

제3보험 상품을 모집하고자 하는 자는 보험회사를 통하여 금융위원회로부터 등록업무를 위탁받은 보험협회에 등록하여야 한다. 등록의 요건은 제3보험 모집에 관한 연수과정을 이수한 사람 혹은 등록신청일로부터 3년 이내에 제3보험 관계업무에 1년 이상 종사하고 「보험업법 시행령」에서 정한 교육을 이수한 사람이어야 한다. 따라서 생명보험과 제3보험을 모집하고자 하는 경우는 생명보험협회에, 손해보험과 제3보험을 모집하고자 하는 경우는 손해보험협회에, 그리고 제3보험만을 모집하고자 하는 경우는 생명 · 손해보험협회 중 한 곳에 등록을 해야 모집이 가능하다.

제3보험설계사의 등록요건 (「보험업법 시행령」 별표 3, 4 및 「보험업감독규정」 제4-3조)

- 제3보험 모집에 관한 연수과정을 이수한 자*

  * 연수과정을 이수한 자는 아래 ❶~❸을 모두 갖춘 사람을 의미함

  ❶ (교육) 보험모집관련 윤리교육, 보험관련 법령 및 분쟁사례, 보험상품 등에 관한 교육과정을 20시간 이상 이수한 자

  ❷ (시험) 보험협회에서 실시하는 제3보험 설계사자격시험에 합격한 자

  ❸ 교육 이수 요건을 충족한 자는 1년 이내에 시험에 합격하여야 하며, 시험에 합격한 자는 합격일부터 1년 이내에 교육 이수 요건을 충족하여야 함

- 제3보험 관계업무에 1년 이상 종사한 경력(등록신청일로부터 3년 이내)이 있고, 교육을 이수한 사람
- 개인인 제3보험대리점의 등록요건을 갖춘 자(법인보험대리점 소속 보험설계사가 되려는 자만 해당)
- 개인인 제3보험중개사의 등록요건을 갖춘 자(법인보험중개사 소속 보험설계사가 되려는 자만 해당)

※ 단, 등록신청의 유효기간은 연수과정 또는 교육 이수 후 1년

3 제3보험의 특징

「보험업법」은 원칙적으로 생명보험의 장기 · 안정적 위험과 손해보험의 단기 · 거대위험이라는 상이한 리스크를 고려하여 생명보험업과 손해보험업의 겸영을 금지하고 있다. 그러나 생명보험업이나 손해보험업에 해당하는 보험종목의 전부에 관하여 허가를 받은 자는 제3보험업에 해당하는 보험종목에 대한 허가를 받은 것으로 보아, 제3보험업에 대해서는 겸영을 허용하고 있다(「보험업법」 제4조 제3항). 또한 제3보험은 신체의 질병 · 상해 등을 주로 보장하는 보험으로, 생명보험회사나 손해보험회사는 질병보험 주계약(기본계약)에 각종 특약을 부가하여 보장을 확대한 보험상품을 판매하고 있다. 다만, 손해보험회사에서 판매하는 질병사망특약의 보험기간은 80세 만기, 보험금액 한도는 개인당 2억원까지만 부가할 수 있으며, 만기시 지급하는 환급금이 납입보험료 합계액 범위 내이어야 한다(「보험업법 시행령」 제15조 제2항).

제3보험의 질병사망특약 부가요건

구 분	생명보험회사	손해보험회사
보험기간	제한없음	80세 만기
보험금액	제한없음	개인당 2억원
만기환급금	제한없음	납입보험료 합계액 이내

가. 보험사고의 대상

생명보험의 보험사고는 사람의 생존과 사망이고, 손해보험은 재산상의 손해이다. 그러나 제3보험의 보험사고는 신체의 상해, 질병 또는 이에 따른 간병이 필요한 상태이다.

나. 보험금의 지급방법

생명보험에서의 보험금 지급방법은 사전에 정해진 금액을 보상하는 것이 원칙이며, 손해보험은 재산상의 손해를 보상하는 특성상 실질적으로 손해를 입은 금액을 보상하는 것이 원칙이다. 그러나 제3보험은 정해진 금액(정액보상[1])과 실질적으로 입은 손해액(실손보상) 모두 보상 가능하다.

다. 피보험이익

피보험이익이란 보험계약의 목적(화재보험의 건물, 선박보험의 선박 등)을 금전으로 환산할 수 있는 가치를 의미한다. 보험목적물과 이해관계에 있는 자는 보험목적물이 위험에 노출될 경우에 대비하여 보험계약을 체결하게 되는데, 이때 불확실한 보험사고로부터 손해를 보상받을 수 있는 이익이 피보험이익이다. 피보험이익은 보험목적물에 대해서만 적용될 수 있으며 사람은 적용대상이 될 수 없다. 보험계약은 보험사고로 인하여 보험목적물에 가해진 손해를 보상하는 것을 내용으로 하고, 보험회사는 피보험이익을 최고한도로 책임을 지게 된다. 따라서 피보험이익은 금전으로 산정할 수 있어야 하고 그 존재여부와 귀속이 보험사고 전에 확정되어야 한다. 손해보험은 계약자의 경제적 이익이 아닌 손실보전을 위한 것이므로, 피보험이익의 최고한도는 보험목적물의 가치를 초과할 수 없다. 예를 들어, 현재가치가 100만원인 자동차가 있다면 100만원이 이 자동차의 피보험이익이 되며, 이 자동차에 대해서는 100만원을 최고한도로 보험계약이 체결된다. 만일 100만원짜리 차에 1,000만원의 보험을 가입할 수 있다면 고의로 보험사고를 유발하여 보험금을 청구하는 경우가 발생하게 되므로 100만원을 초과하여 보상받도록 하는 초과가입은 원칙적으로 불가능하다.

이러한 피보험이익은 손해의 보상을 약속하는 손해보험에서는 필수적인 요소이나, 생명보험의 경우에는 사람의 생명이나 신체를 금전으로 평가할 수 없으므로 피보험이익이 존재하지 않는 것으로 본다.

1) 각종 진단비, 수술비, 위로금, 입원 일당 등

보험의 구분

구 분	생명보험	손해보험	제3보험
보험사고	사람의 생존 또는 사망	재산상의 손해	신체의 상해, 질병, 간병
피보험이익	해당없음	존 재	해당없음
보상방법	정액보상	실손보상	정액보상, 실손보상
피보험자	보험사고의 대상	손해의 보상을 받을 권리가 있는 자	보험사고의 대상
보험기간	장 기	단 기	단기, 장기

라. 제3보험의 설계기준

제3보험 상품은 약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시에는 계약자적립액을 지급하고 계약이 소멸한다. 예를 들면 질병보험의 피보험자가 교통사고로 사망하였을 경우 피보험자가 존재하지 않게 되어 보험계약을 더 이상 유지할 수 없게 되며, 그때까지 적립된 계약자적립액을 지급한다. 한편 상해보험은 일반(질병)사망을 보장하지 않으며, 상해 이외의 원인으로 사망할 경우 사망당시의 계약자적립액을 지급해야 한다. 또한 제3보험 상품은 약관상 보장하는 금액, 예를 들어 수술비를 수술 1회당 약정한 금액(정액보상)으로 지급할 수도 있고, 실제 수술비(실손보상)를 기준으로 지급할 수도 있다. 제3보험 상품 중 실손보상 급부가 있는 계약은 그 보험가입내역을 보험회사 간에 교환하여 가입여부를 판단하고 보험사고시 비례보상하여 실제 피보험자가 부담한 금액을 초과하지 않게 보험금이 지급된다.

제3보험 상품설계의 일반기준

- 제3보험 상품은 보장성보험이다.
- 약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 계약자적립액을 지급하고 계약이 소멸하도록 설계한다.
- 제3보험 상품의 보상방식은 정액보상 및 실손보상 모두 가능하다.

제10장
제3보험 상품

1 제3보험 상품의 분류

제3보험 상품은 사람의 질병 · 상해 또는 이에 따른 간병에 관하여 보장하는 상품으로, 보장내용에 따라 크게 상해보험, 질병보험, 간병보험으로 분류할 수 있다. 상해보험의 경우 일반 상해보험 및 재해보험, 교통재해보험 등의 상품이 있으며, 질병보험의 경우 암보험, 건강보험, 치아보험 등의 상품이 있다. 또한 간병보험은 장기간병보험(LTC), 치매보험 등의 상품이 있다.

제3보험 상품은 어린이보험, 실손의료보험과 같이 상해와 질병이 함께 보장되는 종합형 상품이 많다. 또한 각 질병담보 등을 특화하여 개발하는 경우가 많기 때문에 주계약뿐만 아니라 특약으로도 다양하게 부가되어 판매되고 있다.

제3보험 상품의 분류

- 보장성보험
  - 제3보험
    - 상해보험 : 일반 상해보험, 재해보험, 교통재해보험 등
    - 질병보험 : 암보험, 건강보험, 치아보험 등
    - 간병보험 : 장기간병보험(LTC), 치매보험 등

2 상해보험

가. 상해보험 개요

상해보험은 사람의 신체에 입은 상해에 대하여 치료에 소요되는 비용 및 상해의 결과에 따른 사망 등의 위험에 관하여 금전 및 그 밖의 급여를 지급할 것을 약속하고 대가를 수수하는 보험을 의미한다. 일반적으로 생명보험은 피보험자의 생사가 보험사고이므로 보험사고 발생여부에 대한 계약자와 보험회사 간 다툼이 생길 여지가 크지 않으나, 상해보험은 외부로부터 비롯된 돌발적이고 우연한 사고로 인한 상해만이 보험사고가 되며, 신체의 질병 등과 같은 내재된 원인으로 인한 것은 제외되므로 상해 인정여부가 중요한 쟁점이 된다.

나. 생명보험과 상해보험

(1) 보험사고

상해보험은 급격하고 우연한 외래의 사고를 보험사고로 하므로 그 사고의 발생여부 및 발생시기, 발생원인, 피해정도 등이 불확정적인 반면, 생명보험은 사람의 생존과 사망을 보험사고로 하므로 사망 그 자체는 확정되어 있으나 발생시기만이 불확정적이다. 한편 생명보험에서 판매하는 상해보험은 상해와 보장범위가 유사한 재해를 보장하며, 세부사항은 생명보험 표준약관의 재해분류표를 따른다.

(2) 보험급여

상해보험은 사망 또는 상해의 정도에 따라 일정한 보험금액을 지급하는 정액보험의 성질과 실제로 소요된 치료비 및 기타의 비용을 지급하는 실손보험의 성질이 있으므로 정액

보험인 생명보험과 달리 손해보험의 성질도 아울러 가지고 있다.

다. 상해사고의 요건

상해보험의 보험사고는 급격성, 우연성, 외래성의 3가지 요건을 동시에 충족하여야 하며, 이 중 한 가지라도 갖추지 못하면 상해보험의 보험사고로 볼 수 없다. 또한, 사고의 발생과 신체의 상해 사이에 인과관계가 존재하여야 한다.

(1) 급격성

급격성이란 결과의 발생을 피할 수 없을 정도로 급박한 상태를 의미한다. 상해를 발생시키는 사고가 완만하거나 연속적으로 발생한다면 이를 사전에 예측하여 피할 수 있게 되므로 보험사고가 될 수 없다. 따라서 신체허약, 질병 등은 상해에서 배제된다.

(2) 우연성

우연성이란 보험사고의 핵심적인 요건으로 원인 또는 결과의 발생이 예견되지 않는 상태를 말하며, 피보험자의 의사에 기인하지 않았음을 말한다. 따라서 무거운 물건을 들어올리다가 허리를 다친 경우와 같이 피보험자가 의도한 행위가 뜻밖의 상해를 발생시켰어도 우연성이 인정된다.

(3) 외래성

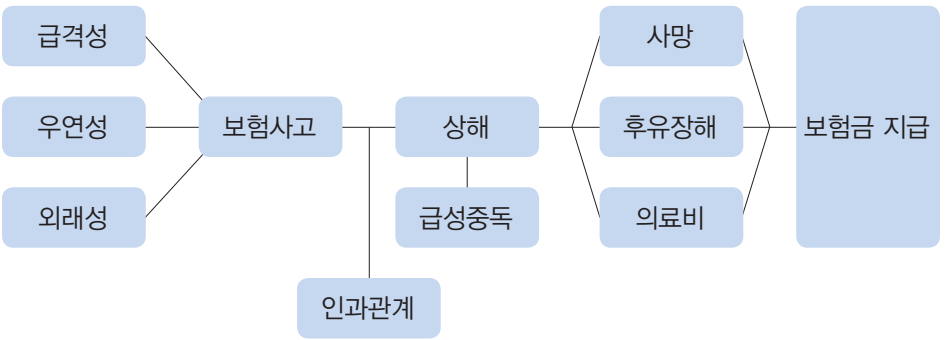
외래성이란 신체 상해의 발생원인이 피보험자 자신의 신체에 내재되어 있는 것이 아니라 원인에서 결과에 이르는 과정이 외부적 요인에 기인하는 것을 의미한다. 따라서 피보험자가 의도한 사고, 즉 자해 행위 등으로 인한 상해는 상해보험의 보험사고가 아니다.

상해사고의 요건에 대한 대법원 판례

상해보험에 가입한 피보험자가 술에 취하여 자다가 구토로 인한 구토물이 기도를 막음으로써 사망한 경우, 피보험자의 '술에 만취된 상황'은 피보험자의 신체적 결함, 즉 질병이나 체질적 요인 등에서 초래된 것이 아니라 음주라는 외부의 행위에 의하여 초래된 것이므로 보험약관에서 규정하고 있는 '외래의 사고'에 해당

(대법원 1998.10.13 선고 98다28114 중 일부 발췌)

상해사고의 요건



라. 상해와 질병의 관계

보험사고 발생시 약관상 보장대상사고 → 의료행위(치료) → 결과 사이의 인과관계 여부에 따라 보험회사의 면책여부가 결정되는데, 상해사고의 결과로 발생된 질병은 보장대상이나 질병이 원인이 되어 발생한 상해는 보장대상에서 제외된다.

마. 상해보험의 종류

일반적으로 상해보험의 종류는 주로 보장하는 내용에 따라 일반재해보장형, 교통사고 보장형, 각종 레포츠사고보장형 등 다양한 종류가 있으며, 만기환급금의 유무에 따라 순수 보장형과 만기환급형으로 구분된다. 또한 각종 선택 특약부가를 통해 상해로 인한 수술,

입원, 생활보조금의 지급 등 추가보장이 가능하다.

(1) 상해의 개념

상해보험에서 말하는 신체의 상해란 몸에 상처를 입는 부상보다는 넓은 의미로 쓰이며, 반드시 외관상 분명한 상처자국을 남기는 것에 한정하지 않고 상해로 인한 사망 또는 상해로 인한 신체장해 등을 포함한다. 생명보험회사에서 판매하는 상해보험은 상해의 개념에 일부 감염병[2]의 보장을 더한 재해를 보장하고 있다.

(2) 주요 보장내용

상해보험은 상품마다 다르지만 일반적인 보장내용은 아래와 같다. 아래의 사례는 생명보험회사에서 판매하는 상해보험의 주요 보장내용을 다룬 것이며, 생보사의 상해보험은 감염병예방법 제2조 제2호에 따른 1급 감염병까지 재해로 보장하므로 손해보험회사의 상해보험과 비교하여 보장범위가 넓다.

상해보험의 주요 보장내용

재해사망보험금 피보험자가 보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 사망하였을 경우 보상

재해장해급여금 피보험자가 보험기간 중 발생한 재해를 원인으로 장해분류표에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 경우 보상

재해수술급여금 피보험자가 보험기간 중 재해분류표에서 정하는 재해를 직접적인 원인으로 수술을 받았을 경우 보상

재해입원급여금 피보험자가 보험기간 중 재해로 인한 직접치료를 목적으로 입원하였을 경우 보상

만기환급금(만기환급형인 경우) 보험기간이 끝날 때까지 피보험자가 살아있는 경우 보상

2) 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」('감염병 예방법') 제2조 제2호에서 규정한 1급 감염병

상해보험 주요 보장내용 예시

구 분	보험금 지급사유	지급금액
대중교통 사망보험금	피보험자가 보험기간 중 「대중교통 이용중 교통사고」를 직접적인 원인으로 사망하였을 때	1억원
교통재해 사망보험금	피보험자가 보험기간 중 「대중교통 이용중 교통사고」 이외의 교통재해로 인하여 사망하였을 때	1억원
일반재해 사망보험금	피보험자가 보험기간 중 「교통재해 이외의 재해」로 인하여 사망하였을 때	2,000만원
대중교통 장해보험금	피보험자가 보험기간 중 「대중교통 이용중 교통사고」로 장해분류표에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때	2,000만원 ×해당 장해지급률
교통재해 장해보험금	피보험자가 보험기간 중 「대중교통 이용중 교통사고」 이외의 교통재해로 장해분류표에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때	5,000만원 ×해당 장해지급률
일반재해 장해보험금	피보험자가 보험기간 중 「교통재해 이외의 재해」로 장해분류표에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때	2,000만원 ×해당 장해지급률

(3) 상해보험의 일반적 가입조건

상해보험의 보험기간은 일반적으로 1년 이상이며 회사별 차이가 있지만 가입대상 및 연령은 일부 위험직을 제외하고 고연령자(65~75세)까지 가입이 가능하다.

상해보험의 경우 주보험에는 질병사망을 부가할 수 없고 특약을 통해서만 질병사망을 보장할 수 있다. 상해보험에서 보장하지 않는 원인에 의한 사망으로 피보험자가 사망한 경우(예 : 암으로 사망)에는 계약자적립액을 지급하고 보험계약이 소멸하게 된다.

또한, 상해보험은 직업별 위험률이 적용되어 위험직업과 비위험직업 간에 상이한 위험률이 적용되는 직종별 위험등급체계가 적용되고 있다.

(4) 상해보험의 상품설계

일반적으로 상해보험은 보험사고가 우발적인 외래의 원인으로 발생하므로 연령별로 위험률을 구분하지 않고 산출할 수 있다. 즉 상해보험계약과 같이 사고발생 위험성의 연령별 차이가 미미할 것으로 일반적으로 인정되는 경우 단일률, 군단율을 이용하여 보험료를 산출할 수 있다.

바. 피보험자의 직업 · 직무 변경 통지의무(「상법」 제652조), 위험 변경 · 증가의 통지의무와 계약해지

직업 · 직무변경 통지의무 위반으로 보험금 지급이 제한될 수 있는 사례

- 회사원 A씨는 사무직에서 공장생산직으로 직무가 전환된 후, 작업 중 기계에 손을 다치는 사고 발생
- B씨는 보험가입 당시 사무직으로 직업을 고지하였으나, 이후 농업종사자로 직업을 변경한 후 농기계 운전 중 사고 발생
- 무직자였던 C씨는 상해보험에 가입하고 몇 달이 경과한 상태에서 생계를 위하여 택시운전기사로 일하던 중 교통사고 발생

※ 상기 예시는 직업 · 직무 급수 변경 여부, 가입담보 등에 따라 다를 수 있음

(1) 직업이 변경되면 보험료와 보장범위가 달라질 수 있음

상해보험은 직업 · 직무의 성격에 따라 사고 발생위험이 달라지므로 직업 · 직무별로 구분하여 보험요율을 산출한다. 위험한 직업 · 직무로 변경시 사고 발생위험도 증가하므로 보험계약자가 납입해야 할 보험료가 높아지며, 반대로 위험성이 낮은 직업 · 직무로 변경된 경우 납입할 보험료가 낮아진다. 직업별 위험등급은 총 5등급으로 구분되며 등급에 따라 3단계로 위험률을 차등 적용하고 있다.

(2) 위험한 직업 · 직무로 변경시 보험회사에 알려야 함

보험약관은 보험기간 중 사고발생 위험이 현저하게 변경 또는 증가된 때 보험계약자 또는 피보험자가 그 사실을 보험회사에 통지할 의무를 규정하고 있으므로 피보험자의 직업이 상대적으로 위험한 직종(예 : 사무직→생산직, 자가용 운전자→영업용 운전자 등)으로 변경된 경우 보험계약자 또는 피보험자는 이를 보험회사에 통지해야 한다.

(3) 통지의무 불이행시 보험금을 받지 못할 수 있음

보험계약자 또는 피보험자가 직업 · 직무의 변경사실을 알리지 않은 경우, 보험사고 발생시 보험금 지급이 제한될 수 있다. 또한 직업 · 직무 변경 통지를 게을리 한 경우 보험회사는 그 사실을 안 날로부터 1개월 내에 보험료의 증액을 청구하거나 보험계약을 해지할 수 있다(해지시 해약환급금 지급).

(4) 변경사실은 반드시 보험회사에 대하여 통지해야 하며, 보험설계사에게 알린 것만으로는 효력이 없음

보험계약자 또는 피보험자는 직업 · 직무 변경시 지체없이 그 사실을 보험회사에 통지하여야 하며, 추후 분쟁의 소지를 방지하기 위해서는 서면 등으로 변경사항을 통지하고 보험증권에 확인을 받아두는 것이 안전하다.

또한 보험설계사는 보험계약의 체결을 중개하는 사람으로 보험회사를 대리하여 통지를 수령할 권한이 없으므로, 직업 · 직무 변경 사실을 보험설계사에게 알렸다고 하더라도 법적 효력이 없다.

(5) 변경된 직업 · 직무와 관계없이 발생한 사고는 변경사실을 통지하지 않았더라도 보상받을 수 있음

보험계약자 또는 피보험자가 직업 · 직무 변경 사실을 알리지 않고 있던 중 보험사고가 발생하였더라도 그 사고가 변경된 직업 · 직무과 관계가 없는 경우(예 : 일상생활 중 사고)에는 보험금이 삭감되지 않고 전액 지급된다.

피보험자의 직업 및 직무변경 통지 관련 상품요약서 예시

1. 계약을 체결한 후 피보험자가 그 직업 또는 직무를 변경(계약을 체결할 당시의 직업 또는 직무의 변경없이 새로운 직업 또는 직무에 추가로 종사하게 된 경우와 자가용 운전자가 영업용 운전자로 직업 또는 직무를 변경하는 등의 경우를 포함합니다)하거나 이륜자동차 또는 원동기장치자전거를 계속적으로 사용하게 된 경우에는 즉시 서면으로 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.

2. 회사는 피보험자의 직업 또는 직무가 변경되어 피보험자의 위험이 변경된 경우에는 다음과 같이 처리하며 계약자는 변경 후 직업 또는 직무 위험등급에 해당하는 보험료를 납입하여야 합니다.
   ① 위험이 감소된 경우에는 보험료 및 해약환급금 산출방법서(이하 "산출방법서")에 정한 방법에 따라 계산된 금액을 회사가 안 날부터 3영업일 이내에 돌려드립니다(다만, 통지된 내용에 대하여 확인이 필요한 경우에는 서면통지를 받은 날부터 10영업일 이내에 돌려드립니다).
   ② 위험이 증가된 경우에는 서면통지를 받은 날 또는 회사가 안 날부터 1개월 이내에 산출방법서에 정한 방법에 따라 계산된 금액을 추가로 청구합니다.

3. 위험이 증가하였음에도 불구하고 약관에서 정한 금액을 추가로 납입하지 않고 보험사고가 발생한 경우, 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 정한 방법에 따라 보험료의 증액 및 정산금액의 추가납입을 청구합니다. 이 경우 계약자는 증액된 보험료 및 정산금액을 납입하여야 합니다. 계약자가 회사의 청구금액(증액된 보험료 및 정산금액)을 추가로 납입하지 않고 보험사고가 발생했을 때 회사는 약관에 정한 방법에 따라 보험금을

변경 전 · 후의 직종위험등급별 위험지수 비율로 삭감하여 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유 발생이 직업 또는 직무의 변경과 관계가 있음을 회사가 증명하지 못할 경우에는 보험금을 삭감하여 지급하지 않습니다.

4. 계약을 체결한 후 직업 또는 직무의 변경으로 피보험자의 위험이 현저하게 변경 또는 증가하였음에도 직업 또는 직무의 변경 통지를 하지 않은 경우에는 회사는 보험금 지급사유 발생여부와 상관없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 계약을 해지할 수 있습니다. 이 경우 회사는 해약환급금을 지급합니다. 위험이 현저하게 증가한 경우란 변경된 피보험자의 직업 또는 직무 변경이 계약의 인수 및 유지에 영향을 미칠 수 있는 경우를 말합니다.

5. 피보험자가 2가지 이상의 직업 또는 직무에 종사하고 있는 경우에는 그 중 높은 위험의 직업 또는 직무를 적용합니다.

3 질병보험

가. 질병보험의 의의

질병보험이란 사람의 질병 또는 질병으로 인한 입원 · 수술 등의 위험(질병으로 인한 사망은 제외)에 관하여 금전 및 그 밖의 급여를 지급할 것을 약속하고 대가를 수수하는 보험을 말한다. 질병보험의 종류는 암보험, 실손의료보험, 치아보험 등이 있으며 현재 생명보험회사들은 질병관련 상품을 세분화하여 다양한 주계약 및 특약 형태로 판매하고 있다.

나. 질병보험 시장의 변화 요인

(1) 인구고령화의 진행

평균수명의 연장으로 노인인구가 급증하고 있으며, 노인성 질환의 발생이 증가하고 질병기간이 장기화됨에 따라 질병보험의 종류 및 급부방식이 변화하고 있다.

(2) 질병형태의 변화

사회경제적 발전과 생활양식의 변화 등으로 질병 형태가 변화하고 있으며, 이러한 변화는 의료비 증가의 주요인으로 작용한다. 코로나19 바이러스 등 이전에는 흔하지 않았던 세계적 전염병 유행 양상으로 인해 질병형태에 큰 변화가 야기되기도 한다.

(3) 상품개발 트렌드

IMF 이후 주력으로 판매하였던 종신보험 시장이 포화되면서 제3보험 시장은 점차 다양한 질병중심으로 전환되고 있다. 최근에는 납기동안 기존 일반형 상품대비 해약환급률을 낮춘

저 · 무해지 상품이 많이 출시되었고, 비대면 업무처리 활성화, 1인 가구 증가 등 사회적 변화에 따라 저렴한 보험료로 질병 · 상해 등을 보장하는 온라인 미니보험 상품이 출시되고 있다.

다. 질병의 개념

질병이란 심신의 전체 또는 일부가 일차적 또는 계속적으로 장애를 일으켜서 정상적인 기능을 할 수 없는 상태를 말한다. 질병은 원인이 신체에 내재함으로써 피보험자의 조직 장기 또는 체질이 일반인과 비교해서 상대적으로 정상이 아닌 상태가 존재하는 것이며, 그 중 어느 부분이 원인이 되어 결과적으로 건강이 훼손된 상태를 말한다.

질병의 경우 상해와 달리 외래성은 인정되지 않는다. 예를 들면 물건을 들다가 허리를 다친 경우와 노화로 인한 요통의 경우 요통이라는 결과는 같으나 외래성이 인정되는 전자는 상해사고에 해당되고, 외래성이 인정되지 않는 후자의 경우 질병이 된다.

라. 질병보험의 일반적 가입조건

질병보험은 각종 암, 과로사 관련 특정질병, 뇌혈관질환, 심장질환, 당뇨병, 여성만성질환, 부인과질환 등의 발생 및 이의 치료를 위해 소요되는 의료자금 등을 보장하는 보험으로 진단확정시, 수술시, 입원시, 요양에 따른 비용발생시 필요자금 등을 보장해준다.

일반적으로 질병보험의 종류는 주로 보장하는 내용에 따라 암보험, 치아보험, 3대 · 5대 등 주요 질병보험 등이 있으며, 만기환급금의 유무에 따라 순수보장형과 만기환급형으로 구분된다. 보험기간은 10년 이상, 가입가능연령은 만 15세 이상인 상품이 대부분이다. 하지만 이것은 보험업계에서 질병보험으로 구분하여 출시한 상품에 관한 설명이며, 「상법」에서는 질병보험의 보험기간 및 가입가능연령에 대한 제한이 없다. 예를 들어 어린이보험으로 판매되는 상품은 만 15세 미만이 가입할 수 있고, 질병과 상해에 대한 보장이 포함되어 있어 「상법」상 질병보험과 상해보험에 동시에 속한다.

질병보험은 고연령 또는 건강상태에 따라 위험률이 현저히 높을 경우 가입이 제한될

수 있으며 일반적으로 연령이 증가함에 따라 보험료가 높아진다. 또한 특화된 질병만을 보장하는 상품은 보험료가 저렴한 반면 보장하는 질병의 종류가 많지 않을 수 있음을 유의할 필요가 있다. 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 사망한 경우에는 계약자에게 계약자적립액을 지급하고 보험계약은 소멸한다.

마. 질병보험의 종류

(1) 암보험

암보험은 대표적인 질병보험이며 암으로 인한 치료자금을 중점적으로 보장받기 위한 보험으로 암 진단시, 치료시, 수술시 등의 치료자금 및 암으로 인한 요양자금 등 암과 관련된 비용을 보장하는 상품이다.

(가) 암보험의 종류

일반적으로 암보험의 종류는 만기환급금의 유무에 따라 순수보장형과 만기환급형으로 구분된다. 특정암(예 : 간암, 위암, 폐암 등 3대 주요암)을 집중적으로 보장하는 형태의 상품도 있으며, 고액암 및 소액암 등으로 구분하는 경우도 있다. 이 때 3대 주요암, 고액암, 소액암 등은 제도적으로 정해진 기준이 아니라 보험회사에서 빈도 · 비용에 따라 임의로 정한 것이며, 출시시점에 따라 구성이 변할 수 있으므로 가입시 약관을 통해 세부사항에 대해 확인해야 한다. 또한 암보험은 주계약 · 특약 형태 모두 판매되고 있다.

(나) 암보험의 주요 보장내용

암보험은 암과 관련한 진단, 수술, 입원, 통원급여금 등이 지급되며 만기환급형의 경우 만기환급금이 지급된다. 특히 제자리암(0기암)의 경우 암관련보험금의 10~20%가 지급되는 등 암의 발병부위, 크기, 재진단 여부 등에 따라 지급되는 보험금이 상이할 수 있다.

(다) 암보험금의 종류

① 암진단보험금

일반적으로 피보험자가 암 보장개시일 이후에 암으로 진단 확정되었을 경우 암진단 보험금을 지급하며, 상품에 따라 특정암에 대해서는 별도 약정금액을 지급한다. 최근 대부분의 암보험은 상품을 단순화하여 암진단만을 보장하는 경우가 많다.

② 암직접치료입원보험금

일반적으로 피보험자가 암의 직접적인 치료를 목적으로 하여 입원시 지급되며, 피보험자가 동일한 암의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 계산한다. 피보험자가 암에 대한 책임개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여 회당 최고한도일 기준으로 암입원보험금은 계속 보상된다.

③ 암직접치료통원보험금

일반적으로 피보험자가 암 보장개시일 이후에(예 : 계약체결일로부터 91일째 되는 날) 암으로 진단이 확정되고, 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 하여 통원하였을 때 통원 1회당 약정한 보험금을 지급한다.

④ 암수술보험금

일반적으로 피보험자가 보장개시일 이후에 암의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우 약정한 암수술보험금이 지급된다.

⑤ 암사망보험금(특약)

일반적으로 피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 확정 진단되고, 그 암으로 인하여 사망할 경우 약정한 보험금을 지급한다.

암보험표준약관상 암직접치료의 범위

제1조("암의 직접적인 치료"의 정의)

① "암의 직접적인 치료"라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다](이하 "암의 제거 및 증식 억제 치료"라 합니다)를 말합니다.

② "암의 직접적인 치료"에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

③ "암의 직접적인 치료"에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ ③항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 "암의 직접적인 치료"로 봅니다.

1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
2. "암의 제거 및 증식 억제 치료"를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
3. "암의 제거 및 증식 억제 치료"를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 「호스피스 · 완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

(라) 암보험의 일반적 가입조건

대부분의 상품 보험기간은 10년 이상이며, 가입가능연령은 15세 이상(통상적으로 고연령은 가입 제한)이고, 질병보험의 특성상 연령이 증가함에 따라 보험료도 크게 증가한다. 특히 갱신형 상품을 선택한 경우에는 갱신시 보험료 변동이 클 수 있으므로 계약자에게 이 사실을 정확하게 안내해야 한다. 또한 암보험은 도덕적 해이 발생가능성이 높아 일반적으로 일정기간(예 : 90일) 이후부터 보장이 개시되며, 가입 후 일정시점(예 : 1년) 이내 진단되었을 경우에는 감액지급(예 : 50%) 된다.

암보험 주요 보장내용 예시 (생명보험)

◈ 암진단보험금

지급 사유	지급 금액		
피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단확정된 경우 (다만, 최초 1회의 암진단 확정에 한함)	일반암	계약일로부터 1년 미만	1,000만원
		계약일로부터 1년 이후	2,000만원
	유방암 전립선암	계약일로부터 1년 미만	250만원
		계약일로부터 1년 이후	500만원
		※ 유방암의 경우 180일 이내에 지급사유가 발생한 경우 200만원	
	기타피부암 갑상선암 제자리암 경계성종양 대장점막내암	계약일로부터 1년 미만	100만원
		계약일로부터 1년 이후	200만원

◈ 암수술보험금

지급 사유	지급 금액		
피보험자가 보험기간 중 암 보장개시일 이후에 암으로 진단확정되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았거나, 이 특약의 보험기간 중 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양 또는 대장점막내암으로 진단확정되고 그 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양 또는 대장점막내암의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우 (수술 1회당)	일반암 대장점막내암	계약일로부터 1년 미만	100만원
		계약일로부터 1년 이후	200만원
	갑상선암 경계성종양	계약일로부터 1년 미만	25만원
		계약일로부터 1년 이후	50만원
	기타피부암 제자리암	계약일로부터 1년 미만	15만원
		계약일로부터 1년 이후	30만원

◈ 암직접치료입원보험금

지급 사유	지급 금액	
피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단확정되고 직접적인 치료를 목적으로 4일 이상 계속하여 입원하였을 경우 (3일 초과 1일당, 1회 입원당 120일 한도)	일반암 대장점막내암	3만원
	갑상선암, 경계성종양 기타피부암, 제자리암	1만원

질병보험(암보험 제외) 주요 보장내용 예시 (생명보험)

◈ 특정질병수술보험금

지급 사유	지급 금액		
보험기간 중 피보험자가 성인주요질환 또는 피보험자가 남성일 경우 남성주요질환, 피보험자가 여성일 경우 여성주요질환의 치료를 직접목적으로 수술을 받은 경우	성인 주요질환	계약일로부터 1년 미만	100만원
		계약일로부터 1년 이후	200만원
	남성 / 여성 주요질환	계약일로부터 1년 미만	50만원
		계약일로부터 1년 이후	100만원

◈ 중대질병수술보험금

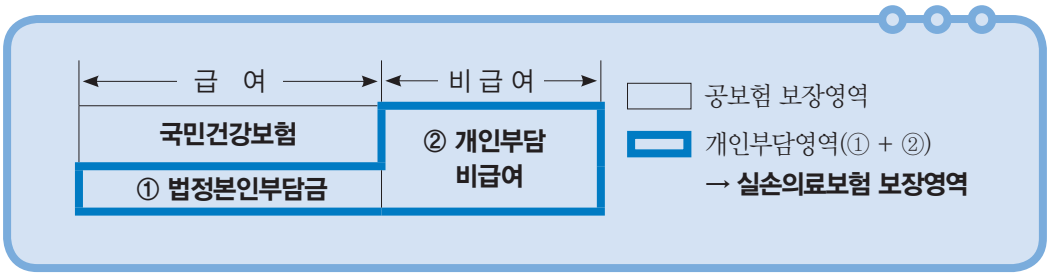
지급 사유	지급 금액	
보험기간 중 피보험자가 5대장기이식수술, 관상동맥(심장동맥)우회술(CABG), 대동맥류인조혈관치환수술, 심장판막수술 또는 조혈모세포이식을 받은 경우 (다만, 각각 최초 1회에 한하여 지급)	계약일로부터 1년 미만	300만원
	계약일로부터 1년 이후	600만원

(2) 실손의료보험

(가) 실손의료보험 개요

실손의료보험은 피보험자가 질병 · 상해로 입원(또는 통원) 치료시 소비자가 실제 부담한 의료비[3]의 일부를 보험회사가 보상하는 상품이다. 민영의료보험 또는 의료실비보험 등 다양한 명칭으로 불리고 있으며, 과거에는 주로 상해 · 질병보험의 특약으로 판매되었으나 2018년 4월 1일부터 단독형 상품으로만 판매되고 있다.

실손의료보험 보장영역



동일인이 다수의 실손의료보험을 가입하더라도 초과이익 금지를 위해 본인이 부담한 치료비를 상품별로 보상책임액 비율에 따라 비례보상하므로, 2~3개의 실손의료보험에 가입했다고 하더라도 실제 치료비의 2~3배가 지급되는 것은 아니다. 보험계약자가 제3보험에서 의료비 등 실손을 보장하는 계약을 다수 체결하는 경우에는 「상법」의 실손보상원칙에 따라 보험사고 발생시 각각의 보험계약에서 지급하는 보험금은 보상책임액에 비례하게 된다. 즉, 여러 개의 실손의료보험에 가입되어 있다고 하여 본인부담금보다 많은 보험금을 지급하는 것이 아니므로 가입시 기존 실손보험 계약유무를 꼼꼼히 확인하여 가입하는 것이 필요하다. 중복계약에 따른 비례보상 대상계약은 모든 제3보험 상품이 아니라 제3보험 상품 중 실손보상 급부가 있는 계약에 한정된다. 따라서 정액보상상품은 비례보상의 대상계약이 아니다.

3) 국민건강보험 급여항목 중 본인부담액 + 비급여항목의 합계액

실손의료보험 비례보상

각 계약별 비례분담액 =

$$\left(\text{각 계약의 보상대상의료비 중 최고액} - \text{각 계약의 피보험자부담 자기부담금 중 최소액}\right) \times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액을 합한 금액}}$$

실손의료보험 비례보상 사례

- 입원치료비 3,000만원 발생, 자기부담금은 없다고 가정

구 분	가입금액(보상한도)	보상책임액	실제 보상금액
A보험회사 상품	1,000만원 한도	1,000만원	750만원(=3천만원×$\frac{1}{4}$)
B보험회사 상품	5,000만원 한도	3,000만원	2,250만원(=3천만원×$\frac{3}{4}$)

(나) 실손의료보험 현황

손해보험회사가 1963년 실손보상상해보험을 국내 처음으로 도입한 이후 1977년 단체건강보험, 1978년 특약형태의 질병보험 등 의료실비를 보상하는 형태의 보험이 판매되었다. 생명보험회사는 단체실손의료보험을 2003년 10월부터, 개인실손의료보험을 2008년 5월부터 판매하였다. 이후 2009년 10월부터 상해형(입/통원), 질병형(입/통원), 종합형(입/통원)으로 상품유형이 표준화되었으며, 2013년 1월부터 표준형 단독실손의료보험 상품이 도입되었다. 또한 2015년 9월 1일부터 표준형(급여/비급여 모두 80% 보장) 및 선택형Ⅱ(급여 90%, 비급여 80% 보장)로 판매되었다. 2017년 4월부터는 상품구조 개선을 통해 과잉진료의 우려가 크거나 보장수준이 미약한 비급여 도수치료, 비급여 주사, 비급여 MRI의 3개 진료군을 실손특약으로 분리하여 보장하는 상품이 판매되었다.

그러나, 여전히 극히 일부의 과다한 의료서비스 이용으로 대다수 소비자의 보험료 부담이 가중되는 등 문제점이 지적되자, 의료 이용이 적은 가입자는 보험료를 적게 내는 4세대 실손보험이 2021년 7월에 도입되었다. 급여 항목의 경우 사회환경 변화 등으로 보장 필요성이 제기된 불임관련 질환, 선천성 뇌질환 등에 대해 보장이 확대되었으며, 보험금 누수가 큰 도수치료, 영양제 등 일부 비급여 항목에 대해서는 과잉 의료이용 방지를 위해 보장이 제한되었다. 또한, 기존 포괄적 보장구조(급여+비급여)를 「급여」와 「비급여」로 분리하여 보장하는 것이 4세대 실손보험의 큰 특징이다.

제3세대 실손의료보험 (2017년 4월 ~ 2021년 6월)	제4세대 실손의료보험 (2021년 7월 이후)
▶ 주계약 (급여+비급여)	▶ 주계약 (급여)
▶ 특약 (특정 3대 비급여*) * 1) 비급여 도수치료 · 체외충격파 · 증식치료 2) 비급여 주사료 3) 비급여 자기공명영상진단(MRI)	▶ 특약 (비급여*) * 일부 비급여 항목에 한해 별도 치료횟수 제한, 금액한도 등 보장 한도가 존재함

(다) 실손의료보험 주요 보장내용

실손의료보험은 주계약(급여)과 특약(비급여)으로 구성되며, 상해 · 질병에 따른 연간 보장한도는 입원 · 통원을 합산하여 1억원 이내(급여 5천만원, 비급여 5천만원)에서 실제로 지출한 의료비의 일부를 보상한다. 통원의 경우 회당 20만원 한도로 보상한다.

구분		제3세대 실손의료보험 ('17.4월~'21.6월)	제4세대 실손의료보험 ('21.7월 이후)
급여 ↓ 보장 확대	불임관련 질환	보장 제외	보험가입일 2년후부터 급여 항목 보장 (전액본인부담금* 제외)
	선천성 뇌질환		태아일 때 가입된 경우 급여 항목 보장
	피부질환		심한 농양 발생 등으로 급여로 인정된 부분 보장
비급여 ↓ 보장 축소	도수치료	질병 치료목적인 경우 연간 최대 50회 보장	10회시마다 병적완화 효과 등 확인시 연간 최대 50회 보장
	영양제, 비타민	질병 치료목적으로 투여된 경우 보장	약사법령에 의하여 약제별 허가사항 또는 신고된 사항에 따라 투여된 경우 보장

* 국민건강보험법상 급여항목 중 본인이 전부 부담하는 금액

과잉진료를 방지하기 위해 실손의료보험은 실제 지출한 의료비의 일부를 본인이 부담하도록 운영하고 있으며, 자기부담금 비율은 주계약(급여)과 특약(비급여)이 서로 다르다.

특약(비급여) 보험료의 경우 실손의료보험 가입자간 보험료 부담의 형평성 문제를 해소하기 위해 비급여 의료이용량과 연계하여 보험료를 차등 적용한다. 충분한 통계확보 등을 위해 할인 · 할증은 2024년 7월 이후부터 적용될 예정이다.

다만, 지속적이고 충분한 치료가 필요한 의료취약계층은 중증질환 치료를 위해 신의료기술 등 다양한 비급여 의료서비스를 이용할 수 있도록 보험료 차등 적용대상에서 제외한다.

[의료취약계층]

1) 국민건강보험법상 산정특례 대상자(암질환, 심장질환, 희귀난치성질환자 등)
2) 노인장기요양보험법상 장기요양대상자 중 1~2등급 판정자(치매 · 뇌혈관성 질환 등)

제4세대 실손의료보험 (2021년 7월 이후)

<table>
<tr><th colspan="2">구분</th><th>개편(안)</th></tr>
<tr><td colspan="2">상품구조</td><td>급여(주계약) · 비급여(특약) 분리</td></tr>
<tr><td rowspan="2">보험료
차등제</td><td>급여</td><td>미적용</td></tr>
<tr><td>비급여</td><td>적용(할인·할증 방식)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">자기
부담률</td><td>급여</td><td>20%</td></tr>
<tr><td>비급여</td><td>30%</td></tr>
<tr><td rowspan="2">공제금액
(통원)</td><td>급여</td><td>(병 · 의원급) 최소 1만원, (상급 · 종합병원) 최소 2만원</td></tr>
<tr><td>비급여</td><td>최소 3만원</td></tr>
<tr><td rowspan="2">보장
한도</td><td>입원</td><td rowspan="2"><table><tr><th>구 분</th><th>급여</th><th>비급여</th></tr><tr><td>상해
입 · 통원</td><td>합산 연간 5천만원
(통원 회당 20만원)</td><td>합산 연간 5천만원
(통원 회당 20만원)*</td></tr><tr><td>질병 입 · 통원</td><td>합산 연간 5천만원
(통원 회당 20만원)</td><td>합산 연간 5천만원
(통원 회당 20만원)*</td></tr></table>* 특정 비급여 항목에 한해 별도 치료횟수 제한, 금액한도 등 존재</td></tr>
<tr><td>통원</td></tr>
<tr><td colspan="2">재가입 주기</td><td>5년</td></tr>
</table>

(라) 비급여 진료비용 공개제도

비급여 진료비용은 의료기관에서 결정하므로 동일한 치료항목이라도 의료기관별로 크게 차이가 날 수 있다. 이에 따라 국민이 비급여 의료비에 대해 쉽게 이해하고 병원을 선택할 때 참고할 수 있도록, 건강보험심사평가원 홈페이지(https://www.hira.or.kr) 및 '건강e음' 앱에서는 매년 비급여 진료비용을 조사하여 공개하고 있다.

소비자는 동 공개제도를 통해 의료기관의 주요 비급여 항목의 진료비용을 확인할 수 있고, 진료비용이 저렴한 병원도 검색할 수 있어 의료기관 선택에 도움을 받을 수 있다.

비급여 진료비용 공개제도 활용 예시

■ **(가입 시)** A씨(45세 남자)는 급여 주계약 보험료 5천원, 비급여 특약 보험료 8천원으로 매달 총 1만 3천원을 납부하는 실손의료보험에 가입(2021년 7월)하였다.

○ 평소 허리 등이 좋지 않은 A씨는 회당 50만원 상당의 도수치료 등을 1년 간 약 20회 이용하여 총 1,000만원의 실손보험금을 청구하였으며 그 중 700만원(본인부담금 300만원)을 수령하였다.

→ (1년 후) 다음해 보험료를 확인해보니 8천원이던 비급여 특약 보험료가 4배 가까이 올라 월 3만 2천원 가까이 되었으며 급여 주계약 보험료를 포함하여 매달 약 4만원을 납부하게 되었다.

■ **(비급여 진료비 확인)** 보험료를 줄이기 위하여 고민하다 건강보험심사평가원 홈페이지 또는 '건강e음' 앱에서 비급여 진료비 정보를 확인할 수 있다고 하여 자주 이용하는 도수치료 가격을 확인해 보니, 병원별로 최저 5천원부터 최대 60만원까지 가격이 천차만별임을 알 수 있었다.

→ (2년 후) 이후 A씨는, 도수치료 이외에도 비급여 진료비용이 저렴한 병원을 주로 방문하려 노력하여 과거와 유사한 진료를 받고서도 한 해 보험금을 70만원(본인부담금 30만원) 수준으로 크게 낮추었으며 그 결과 비급여 보험료가 월 9천원(연령상승분 포함) 수준으로 초기화 되어 총 매달 약 1만 5천원 정도를 납부하게 되었다.

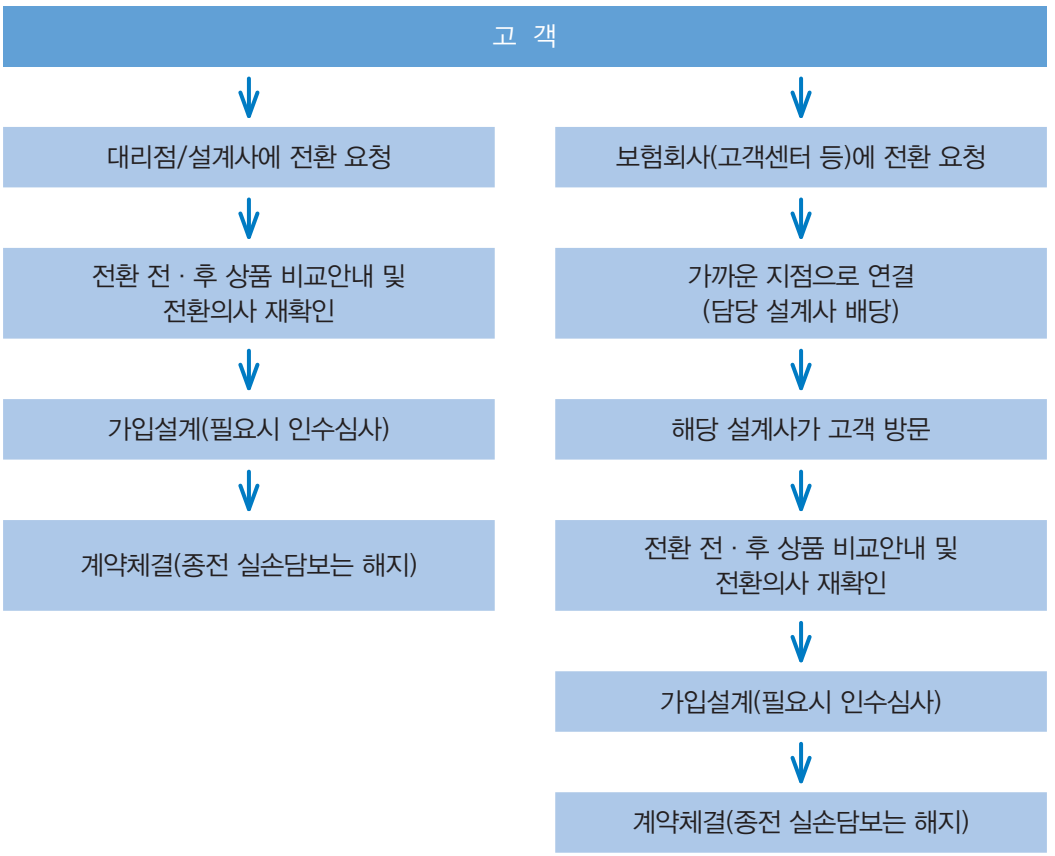
○ 이로 인해 보험료는 30만원(25,000×12월) 감소하고 의료비 본인부담금은 270만원(3백만원–30만원) 감소하여 1년 총 300만원을 절약하게 된 A씨는 주위사람들에게 이러한 상황을 널리 알리게 되었다.

(마) 계약전환제도

제3세대 실손의료보험(2021년 7월 이전) 계약자가 원하는 경우, 가입된 보험회사의 제4세대 실손의료보험(2021년 7월 이후) 상품으로 계약을 전환하는 제도이다. 계약전환시 일반적으로 제4세대 실손의료보험 상품이 기존 실손의료보험 상품 대비 보험료가 저렴

하다는 이점을 누릴 수 있다. 다만, 기존 상품과 신상품의 보장내용 등에 차이가 있으므로, 본인의 건강상태, 의료이용 성향 등을 고려하여 전환 필요여부를 판단할 필요가 있다. 또한 계약 전환 후 6개월 이내 보험금 수령이 없는 경우에는 계약 전환을 철회하고 기존 상품으로 돌아갈 수 있다.

계약전환용 상품 가입 프로세스



(3) 어린이 보험

어린이보험은 어린이와 청소년기에 나타날 수 있는 각종 질병과 상해 등을 중점 보장하기 위해 개발된 상품으로 자녀가 경제적으로 독립하기 이전에 부모가 사망할 경우 학자금 또는 양육비 등을 지급하는 교육보험의 성격이 가미된 상품도 있다.

어린이보험은 아동기 안전사고, 청소년기 범죄로의 노출 위험은 물론 골절, 화상 등 가입기간동안 발생하기 쉬운 보험사고에 대하여 다양한 보장이 가능하도록 설계되어 있다. 원칙적으로 어린이보험은 사망을 보장하는 급부설계를 할 수 없으며, 만 15세 미만 사망시에는 납입한 보험료 전액과 계약자적립액 중 큰 금액을 지급하고 계약은 소멸한다.

전통적인 어린이보험은 보장기간이 24~30세까지이지만 최근에는 100세까지 보장기간을 연장하여 판매하고 있는 추세이다. 또한 어린이보험에 선천성 질환으로 인한 입원 · 수술, 출생 전후기 질환으로 인한 입원, 미숙아 · 저체중아의 인큐베이터 비용 등을 태아기에 필요한 보장을 특약으로 추가하여 보장하는 태아가입형 상품도 가입이 가능하다.

(4) CI보험

CI 보험이란 종신보험과 건강보험의 장점을 결합한 상품으로 중대한 암, 뇌졸중, 급성심근경색증 등 치명적 질병(Critical Illness) 발병시 사망보험금의 일부를 선지급하는 상품이다. 사망보험금의 일부를 지급한다는 측면에서 본질적으로 생명보험이나, 질병발병에 따른 치료비를 보상한다는 측면에서는 질병보험의 성격을 띠고 있다고 할 수 있다.

우리나라에는 2002년에 최초로 도입되었으며, 도입 이후 소비자의 니즈와 의료기술 환경의 발전을 반영하여 대상 질병을 확대하고 다양한 선지급 방법을 도입하는 등 꾸준히 진화하고 있다.

4 간병보험

가. 간병보험의 정의

보험회사가 판매하는 간병보험은 보험기간 중 장기요양상태가 되거나 치매 등으로 일상생활이 어려운 경우 간병자금 및 생활비 등을 지급하는 보험이다. 주로 장기요양상태가 되거나 일상생활장해 및 중증치매진단시 보장하며, 파킨슨병이나 루게릭병 등을 보상하는 상품도 있다.

간병보험의 용어

용 어	세 부 내 용
장기요양상태	만 65세 이상 노인 또는 노인성질병을 가진 만 65세 미만의 자로서 거동이 현저히 불편하여 장기요양이 필요하다고 판단되어 「노인장기요양보험법」에 따라 등급판정위원회에서 장기요양 1등급 또는 장기요양 2등급으로 판정받은 경우를 말한다.
일상생활 장해상태	재해 또는 질병으로 특별한 보조기구(휠체어, 목발, 의수, 의족 등)를 사용하여도 생명유지에 필요한 기본동작들을 스스로 할 수 없는 상태로서, 이동하기를 스스로 할 수 없으면서 ①식사하기, ②화장실 사용하기, ③목욕하기, ④옷입기 중 어느 하나라도 스스로 할 수 없는 상태를 말한다.
중증치매상태	재해 또는 질병으로 중증치매상태가 되고, 이로 인해 인지기능의 장애(CDR척도검사 결과가 3점 이상)가 발생한 상태를 말한다.

한편, 간병보험은 「보험업법」상 제3보험으로 분류되어 생명보험회사와 손해보험회사에서 모두 판매중이며, 현재 간병보험, LTC(Long Term Care)보장특약, 치매보장특약 등 다양한 명칭으로 판매중이다. 주계약으로 가입하거나 다른 상해 · 질병을 보장하는 보험에 선택특약으로도 가입이 가능하다.

나. 간병보험의 종류

(1) 공적 장기간병보험

우리나라는 「노인장기요양보험법」에 따라 2008년 7월부터 노인장기요양보험제도가 시행되었다. 이는 기존에 가족이 전적으로 부담하던 고령 및 노인성 질병 등으로 인한 장기간의 간병 · 요양 문제를 사회연대원리에 따라 국가와 사회가 분담하는 제도이다. 노인장기요양보험은 만 65세 이상의 노인 및 노인성 질병(치매, 뇌혈관성질환, 파킨슨병 등)을 가진 만 65세 미만의 자를 대상으로 하며, 요양급여제공을 위해 심신의 기능상태에 따라 장기요양인정점수를 산정하고 이를 토대로 등급을 판정한다. 이러한 등급에 따라 재가급여, 시설급여의 장기요양 서비스를 제공받고 그 비용에 대해 지원을 받을 수 있다. 재가급여는 장기요양요원이 수급자에게 방문요양, 방문목욕, 방문간호서비스 등 직접 서비스를 제공하는 것이며, 시설급여는 요양시설에 입소하여 간호, 목욕 등 서비스를 제공받는 것을 말한다.

(2) 민영 장기간병보험

민영 장기간병보험은 보험금 지급방식에 따라 정액보상형과 실손보상형으로 구분되며, 현재 우리나라에서 판매되는 장기간병보험은 정액보상형태로 2003년 8월부터 판매되었다. 상품구조에 따라 독립적인 형태의 연금형, 종신보장형, 정기보장형과 특약형태로 구분할 수 있으며, 갱신형 또는 비갱신형으로 구분 가능하다.

다. 간병보험의 보험금 지급사유

간병보험은 일상생활장해상태 또는 중증치매상태가 되는 경우 보험회사 자체판정기준을 적용하여 보험금을 지급하는 상품도 있지만, 공적 요양보험의 장기요양등급 판정을 받으면 보험금을 지급하는 상품도 있다. 보험금 지급사유가 공적기준인 장기요양등급과 관련된 경우에는 65세 이상이거나 노인성 질환자를 보험금 지급대상으로 하지만, 보험회사 자체 판단기준에 따라 일상생활장해상태 또는 중증치매상태를 보장하는 상품의 경우에는 피보험자의 나이와 상관없이 보험가입일 이후 질병 또는 상해로 지급사유가 발생하면 지급대상이 될 수 있다.

간병보험 유형별 보험금 지급사유 예시

유 형	보험금 지급사유
① 회사기준 적용	일상생활장해상태 또는 중증치매상태 등으로 진단확정
② 공적기준 적용	장기요양 1등급 또는 2등급의 판정(정부의 노인장기요양보험 판정기준 적용)

라. 간병보험의 면책

(1) 면책기간

간병보험도 암보험처럼 면책기간을 정해놓은 경우가 있으며 이 경우 면책기간은 보장내용별로 각각 다를 수 있다. 일반적으로 일상생활장해보장의 경우 면책기간을 90일로 설정하고 있으며, 중증치매보장의 경우 면책기간을 2년으로 두고 있다. 다만, 재해로 인하여 일상생활장해상태가 되거나 중증치매상태가 되는 경우에는 면책기간 중에도 보장하고 있다.

(2) 면책사항

간병보험은 상해 또는 질병으로 인한 장해, 치매 등을 보장하므로, 스스로 위험률을 현저하게 높일 수 있는 행위를 반복하거나 정신질환으로 인한 인지기능장애가 발생한 경우 등 보장에 대한 면책사항을 아래와 같이 정하고 있다.

- 알콜중독
- 정신분열병이나 우울증과 같은 정신질환으로 인한 인지기능의 장애
- 의사의 처방에 의하지 않은 약물의 투여로 인한 인지기능의 장애

최근에는 보장내용을 세분화하여 급부를 차등화하거나(예 : 경증치매보장 추가) 면책기간을 달리 설정하여 상품성을 강화하는 등 기존 상품과의 차별성을 강조하는 상품의 출시가 증가하고 있어 가입시 해당 상품의 보장내용과 보장개시일에 대한 꼼꼼한 확인이 필요하다.

마. 간병보험의 일반적 가입조건

간병보험 상품의 보험기간은 대부분 종신(일부 80세 만기형)이며, 가입가능연령은 일반적으로 30세 이후이다. 보통 수발필요상태(180일 또는 90일)의 정의에 따라 보험료 차이가 발생하며, 피보험자의 사망이나 간병연금수령 종료시 계약은 소멸된다. 현재 우리나라에서 판매되고 있는 간병보험은 위험률 산출을 위한 경험데이터가 충분치 않아 일정 기간 위험률 변동추세를 반영하여 보험료가 변동하는 위험률 변동제도를 채택하고 있다.

위험률 변동(non-guaranteed) 제도

의료기술의 발달 등으로 실제 위험발생률이 보험가입 당시 예측한 위험률과 상이한 경우 보험기간 중도에 회사가 금융위원회의 인가를 얻어 위험률(보험료)을 조정하는 제도이다.

2024 생명보험이란 무엇인가

(생명보험 · 제3보험 연수교재)

발행일 2023년 11월

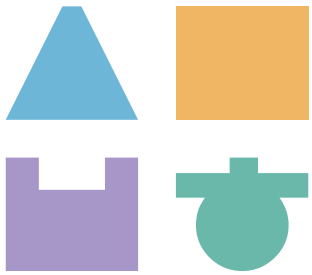
발행인 정 희 수

발행처 생 명 보 험 협 회
채 널 혁 신 부

주 소 서울시 중구 퇴계로 173(남산스퀘어빌딩) 16층

전 화 (02)2262-6600

발행처의 사전 허락없이 본 책자의 내용을
무단 전재 · 복사하는 것을 금합니다.



생명보험협회
Korea Life Insurance Association

서울특별시 중구 퇴계로 173, 16층(남산스퀘어빌딩)
Tel 02-2262-6600 **Fax** 02-2262-6580