

제 2 장 생명보험 기초이론

1 생명보험의 기본원리

가. 생명보험의 의의

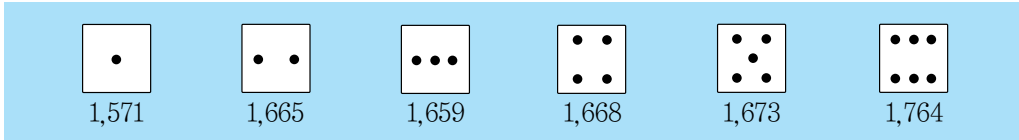
생명보험은 동질의 위험에 처한 많은 사람들이 합리적인 금액을 모아 공동기금을 형성하고 우연한 사고를 당한 구성원에게 보험금 등의 급여를 함으로써 경제생활의 불안을 없애거나 경감하고자 하는 상부상조의 정신을 바탕으로 하는 경제제도이다.

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 많이 하다 보면 각 눈이 나오는 횟수가 점차 비슷해지게 되는데, 각 각의 눈이 나오는 비율은 전체 던진 횟수의 1/6에 가깝게 된다. 실제로 주사위를 10,000번 던져 보면 대체로 다음과 같은 결과가 나올 수 있다.



이와 같이 어떠한 사건의 발생확률은 1회나 2회의 관찰로는 예측이 어렵지만 관찰의 횟수를 늘려가면 일정한 발생확률이 나오고 이 확률은 대개 비슷하게 진행되는데 이를 대수(大數)의 법칙이라 한다.

개인의 경우에도 우연한 사고의 발생 가능성이나 발생시기 등은 불확실하지만 다수의 사람들을 대상으로 관찰해 보면 대수의 법칙에 따라 그 발생확률을 구할 수 있게 된다. 생명보험에서는 다수의 가입자로 구성된 동일한 성질의 위험을 가진 보험단체가 존재해야만 하고 그 단체의 가입자 수가 많으면 많을수록 그만큼 보험단체의 안정성도 높아지게 된다.

(2) 사망률과 생명표

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

$$\text{사망률} = \text{1년간의 사망자수} \div \text{연초의 생존자수}$$

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

생명표는 분류방법에 따라 다르나 대개 국민생명표와 경험생명표로 분류하는데, 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 사람의 사망률은 일반적으로 의학기술의 발달이나 생활수준의 향상에 따라 감소하기 때문에 사망상황을 측정하는 방법이나 연도에 따라 생명표를 분류하기도 한다.

우리나라의 생명보험회사는 1976년부터 국민생명표를 보정(補整)한 조정국민생명표를 사용하다가 1986년부터 실제 보험가입자들의 사망통계를 기초로 작성된 경험생명표를 사용했으며, 2006년 4월부터는 제5회 경험생명표를 표준위험률로 사용하고 있다. 한편 1997년 4월부터 예정위험률이 자유화됨에 따라 회사별로 경험사망률의 적용이 자유화되었다.

📌 생명보험회사의 생명표 사용연혁

생명표	사용기간	기초자료
제1회 조정국민생명표	1976. 3 ~ 1981. 2	1970년 국민생명표
제2회 조정국민생명표	1981. 3 ~ 1986. 1	1978~1979 국민생명표
간이경험생명표	1986. 2 ~ 1988. 9	1982 보험가입자
제1회 경험생명표	1988.10 ~ 1991. 7	1982~1984 보험가입자
제2회 경험생명표	1991. 8 ~ 1996.12	1985~1987 보험가입자
제3회 경험생명표	1997. 1 ~ 2002.11	1988~1992 보험가입자
제4회 경험생명표	2002.12 ~ 2006.3	1996~1998 보험가입자
제5회 경험생명표	2006.4 ~ 2009.9(예정)	2000~2002 보험가입자
제6회 경험생명표	2009.10(예정) ~	2003~2005 보험가입자

(3) 수지상등의 원칙

동질의 위험에 처한 사람들이 합리적인 금액을 모아(보험료 총액=수입) 사고를 당한 구성원에게 지급하는 급여(보험금=지출)가 같도록 균형을 유지하도록 하는 것을 말한다.

2 생명보험 계약요소

가. 생명보험 계약관계자

보험계약 관계자란 보험계약자, 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는자) 그리고 보험회사를 말한다.

(1) 보험계약자

보험계약자는 자기의 이름으로 보험회사와 계약을 체결하고 계약이 성립되면 보험료 납입의무를 지는 자이다. 보험계약자의 자격에는 제한이 없어 자연인이든 법인이든 또는 1인이든 2인 이상이든 상관이 없다. 그러나 만20세 미만자는 친권자나 후견인(법정 대리인)의 동의가 필요하다.

(2) 피보험자 (보험대상자)

피보험자(보험대상자)란 그 사람의 생사(生死)등이 보험사고의 대상이 되는 자, 즉 그 사람의 사망, 장애, 질병의 발생 또는 생존 등의 조건에 관해서 보험계약이 체결된 대상자를 말한다. 피보험자(보험대상자) 수는 1인이든 2인 이상이든 상관이 없으며 또 보험계약자 자신이 피보험자(보험대상자)가 될 수도 있고 제3자로 할 수도 있다. 다만 제3자를 피보험자(보험대상자)로 하는 경우 반드시 서면동의를 받아야 하는 등 제한이 있다.

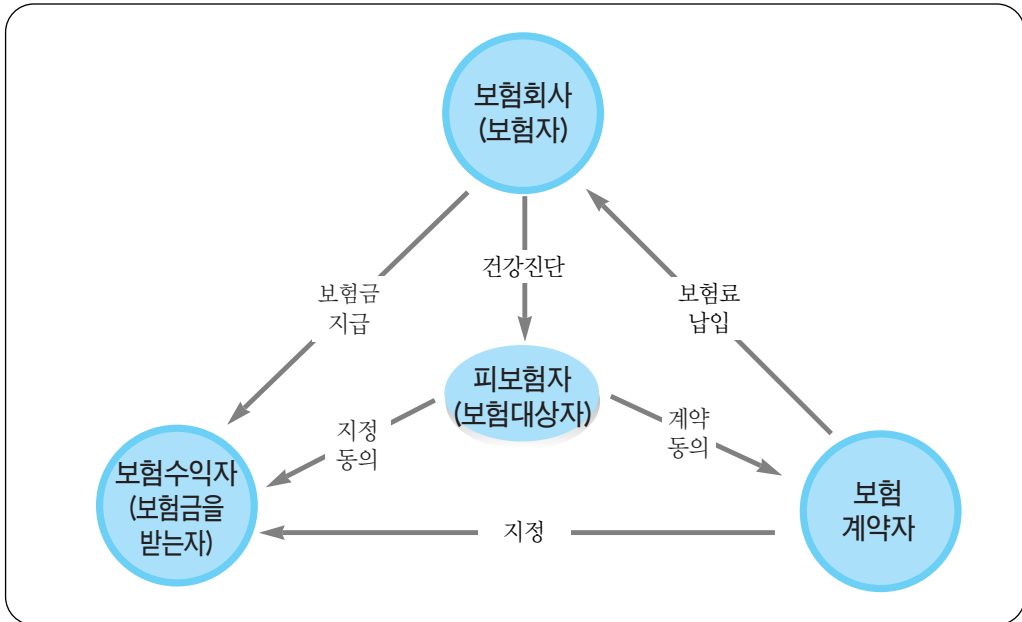
(3) 보험수익자 (보험금을 받는 자)

보험계약자로부터 보험금 청구권을 지정받은 사람으로서 그 수나 자격에는 제한이 없으며 보험금 지급사유가 발생했을 때 보험금을 지급받는 자를 말한다.

(4) 보험회사

보험계약 당사자로서 보험계약자와 보험계약을 체결하고, 보험사고가 발생할 경우 보험금을 지급할 책임이 있다. 보험사업은 공공의 이익과 밀접한 관련을 맺고 있고 다수의 보험계약자를 상대로 보험계약을 인수하여 효율적으로 관리해야 하므로 보험회사가 사업을 영위하기 위해서는 사전에 금융위원회의 사업허가를 얻어야 하는 등 일정한 제한이 있다.

④ 생명보험 계약관계자



나. 생명보험 계약내용

(1) 보험사고

보험사고란 보험회사가 그 발생에 대하여 보험금 지급을 약속한 사고이며 생명보험 계약의 경우는 피보험자(보험대상자)의 생사(生死)나 상해(傷害), 질병(疾病) 등이 이에 해당된다. 즉, 보험회사가 일정한 보험금을 지급해야 할 의무가 있는 사고로서 보험금 지급사유라고도 한다. 현재 판매되고 있는 생명보험상품의 경우 피보험자(보험대상자)의 사망, 생존 뿐만 아니라 장해, 입원, 진단 및 수술, 만기, 연금지급 개시 등이 보험금 지급사유로 규정되어 있다.

(2) 보험기간

보험기간이란 보험회사의 보장이 시작되어 끝날 때까지의 기간으로서 이를 보장기간 또는 위험기간이라고도 한다.

(3) 보험료 납입기간

보험료 납입기간은 보험계약자가 보험료를 납입하는 기간으로서 보험기간과 항상 일치하는 것은 아니다. 보험료 납입기간이 보험기간과 동일한 경우를 전기납(全期納)이라 하며 보험기간보다 보험료 납입기간이 짧은 경우를 단기납(短期納)이라고 한다.

(4) 보험금액

보험금액이란 보험기간 내에 보험사고가 발생하는 경우 보험회사가 지급해야 하는 금액을 말한다. 보험금액은 보험계약 체결 시 보험회사와 보험계약자의 합의에 의하여 자유로이 정할 수 있다.

(5) 보험료

생명보험계약은 보험회사가 보험금의 지급의무를 부담하는 대신 계약 상대방인 보험계약자는 그 대가를 보험회사에게 지불할 것을 약속하는 계약이다. 이 때 보험금지급 약속의 대가로서 보험계약자가 보험회사에게 지불하는 금액을 보험료라고 한다.

3 보험료의 구성원리

가. 보험료 결정원칙 : 수지상등의 원칙

생명보험이란 예정된 기초율에 따라 많은 보험가입자가 납입한 보험료로 보험회사의 공동재산을 형성하고 이것을 재원으로 예기치 못한 불의의 사고를 당한 사람에게 도움을 주거나 생존시의 재정설계 및 노후를 대비하는 상부상조제도이기 때문에 보험가입자 개개인으로 본다면 납입한 보험료와 지급받는 보험금 사이에 차이가 날 수 있다. 그러나 전체적으로 보면 보험가입자가 납입하는 보험료 총액과 보험회사가 지급하는 보험금

및 지출비용의 총액은 동일한 금액이 되도록 한다. 즉, 보험회사의 수입과 지출이 같아 지도록 보험료를 결정하게 되는데 이를 수지상등(收支相等)의 원칙이라 한다.

보험회사의 지출

- 가입자 : 20세 남자, 가입자수 : 1,000명, 사망보험금 : 1,000만원
- 20세 남자의 연간 사망자수 : 1,000명당 1명
- 1년간 사망보험금 지급액 : 1,000만원 \times 1명 = 1,000만원

보험회사의 수입

- 1년간의 지급보험금이 1,000만원이므로 1년간 보험회사의 보험료수입도 1,000만원
- 따라서 가입자 1인당 납입보험료는 1,000만원 \div 1,000명 = 10,000원

※ 예시의 단순화를 위해 보험회사의 지출 중 비용 및 운용수익 등은 제외

나. 보험료 계산의 기초

보험회사는 보험료를 계산하기 위해 예정위험률, 예정이율, 예정사업비율의 세 가지 기초율이 필요하다.

(1) 예정위험률 : 보험사고 발생의 확률을 가정하여야 한다.

한 개인이 사망하거나 장애·질병에 걸리는 등의 일정한 보험사고가 발생할 확률을 대수의 법칙에 의해 가정한 것이 예정위험률이다. 이 중 특히 한 개인이 특정시점에 사망 또는 생존하는 것을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 사용되는 사망률을 예정 사망률이라 한다. 예정사망률의 기초자료가 되는 생명표는 2006년 4월부터 제5회 경험생명표를 사용하고 있으며, 2009년 10월부터는 제6회 경험생명표를 적용할 예정이다. 각 생명보험회사는 자사의 경험치 및 리스크를 반영하여 산출한 각종 예정 위험률을 사용하고 있으며, 통계가 없거나 충분하지 않을 경우 보험요율산출기관에서 작성한 업계 평균수준의 참조순보험요율을 사용할 수 있다.

(2) 예정이율 : 생명보험계약은 장기이므로 이자를 고려하여야 한다.

보험회사는 장래의 보험금 지급에 대비하기 위해 계약자가 납입한 보험료를 적립해 두는데, 보험료의 납입과 보험금의 지급 사이에는 시간적 차이가 발생하게 된다. 이 기간 동안 보험회사는 적립된 금액을 운용(運用)하고 기대되는 장래의 운용수익률을 가정하여 지급보험금과 수입보험료를 현재의 가치로 계산하여 일치시키는 방법으로 현재의 보험료를 산정하고 있다. 이때 적용하는 할인율을 예정이율이라고 한다.

예정이율 수준은 과거에는 단일한 확정금리형을 모든 생명보험회사가 사용하였으나, 가격자유화에 따라 현재는 회사 자율적으로 예정이율을 책정하고 있다. 최근에는 회사의 자산운용수익률과 시중 지표금리를 정기적으로 반영하는 공시이율과 같은 금리연동형 예정이율이 대부분 사용되고 있다.

(3) 예정사업비율 : 보험사업 운영에 필요한 경비를 사전에 고려하여야 한다.

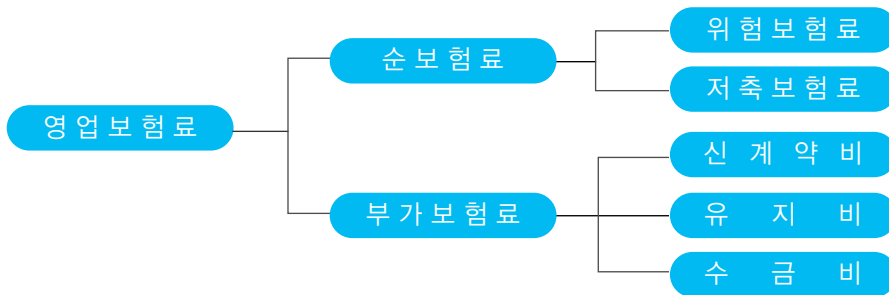
생명보험회사가 보험계약을 체결, 유지, 관리하기 위해서는 여러가지 비용이 든다. 이와같이 보험사업의 운영에 필요한 비용을 사업비라 하는데 보험회사는 사업비를 미리 예상하고 보험금액 또는 보험료의 일정비율을 계산하여 보험료에 반영시키고 있다. 보험료 중 이러한 사업비의 구성비율을 예정사업비율이라 한다. 2000년 4월전까지는 생명보험상품 설계시 사용되는 예정신계약비의 한도에 대해 직접 규제하였으나, 생명보험 가격자유화에 따라 2000년 4월부터 예정사업비율이 자유화되었다.

그러나 과도한 사업비(신계약비) 책정을 방지하기 위해 표준해약환급금제도를 도입하여 계약자를 보호하고 있다.

④ 예정기초율과 보험료의 관계

구 분	보험료와의 관계
예정위험률 (예정사망률의 경우)	<ul style="list-style-type: none"> • 예정사망률이 낮아지면 사망보험의 보험료는 낮아지게 되고 생존보험의 보험료는 높아지게 된다. • 예정사망률이 높아지면 사망보험의 보험료는 높아지게 되고 생존보험의 보험료는 낮아지게 된다.
예정이율	<ul style="list-style-type: none"> • 예정이율이 낮아지면 보험료는 높아지게 되고 예정이율이 높아지면 보험료는 낮아지게 된다.
예정사업비율	<ul style="list-style-type: none"> • 예정사업비율이 낮아지면 보험료는 낮아지게 되고 예정사업비율이 높아지면 보험료는 높아지게 된다.

다. 보험료의 구성



(1) 순보험료

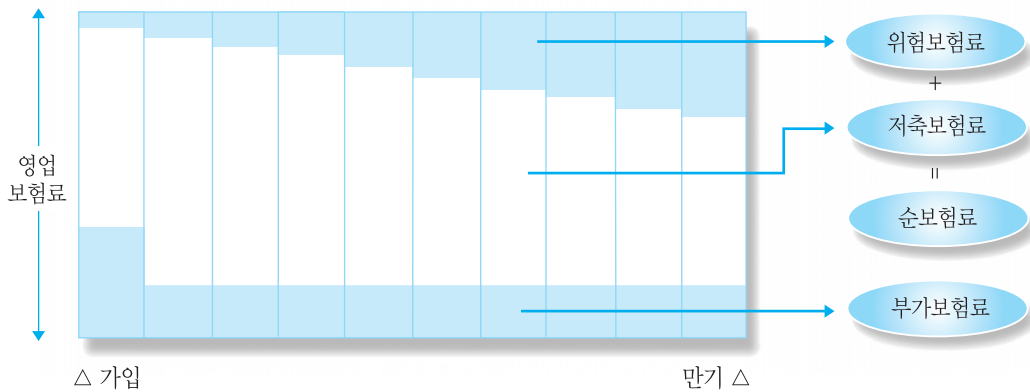
순보험료는 피보험자(보험대상자)의 사망, 장애, 입원 또는 만기 등 보험금 지급사유 발생 시에 보험금으로 충당할 수 있도록 계산된 보험료로 대수의 법칙에 따라 예정 위험률과 예정이율을 기초로 하여 수지상등의 원칙에 따라 산출된다.

- 위험보험료 : 사망보험금, 장애급여금 등의 지급 재원이 되는 보험료
- 저축보험료 : 만기생존보험금, 해약환급금 등의 지급 재원이 되는 보험료

(2) 부가보험료

부가보험료는 예정사업비율을 기초로 하여 계산된 보험료로서 생명보험회사가 보험 계약을 체결, 유지, 관리하기 위한 비용(신계약비, 유지비, 수금비)에 해당되는 보험료이다.

- 신계약비 : 모집수당, 보험가입증서(보험증권)발행 등의 신계약 체결에 필요한 제경비
- 유지비 : 계약유지 및 자산운용 등에 필요한 인건비, 관리비 등 제경비
- 수금비 : 보험료 수금에 필요한 수금사무비 등 제경비



4 잉여금과 배당금

가. 잉여금

생명보험에서 보험료는 예정위험률, 예정이율, 예정사업비율 등 세가지의 예정률을 기초로 하고 보험계약자가 납입한 보험료와 장래 보험회사가 지급할 보험금이 균형을

이루도록 하는 수지상등의 원칙을 적용하여 계산된다. 생명보험 상품은 보험기간이 장기이면서 한번 적용된 예정기초율은 보험기간이 만료될 때까지 변경되지 않으므로 보수적이고 안정적으로 산출한다. 따라서 예정기초율과 실제 발생한 실적과의 차이에 따라 매 사업년도말 결산시에 이익이 발생 할 수 있는데 이를 잉여금이라 한다.

나. 잉여금의 3대원천

잉여금은 예정기초율(예정위험률, 예정이율, 예정사업비율)과 실제 발생한 실적과의 차이에 의해서 발생되며 이를 3대 이원(利源)이라고 한다.

(1) 위험률차익 : 예정위험률에 비해 실제 위험이 적은 경우 발생하는 이익

예정위험률에 비해 실제 사망이나 재해, 질병 등이 적게 발생하는 경우 예상한 보험금 지급액보다 실제 지급한 보험금이 적게 되어 이익이 발생하게 된다. 이를 위험률차익(危險率差益)이라 한다.

(2) 이자율차익 : 예정이율보다 실제 자산운용수익이 높은 경우 발생하는 이익

예정이율로 예측했던 자산운용수익보다 실제 자산운용수익이 더 많이 발생할 경우 이익이 발생하게 되는데 이를 이자율차익(利子率差益)이라 한다.

(3) 사업비차익 : 예정사업비보다 실제 사업비 지출이 적은 경우 발생하는 이익

예정사업비율에 의해 책정한 사업비보다 실제 지출한 사업비가 적을 경우에 이익이 발생하게 되는데 이를 사업비차익(事業費差益)이라 한다.

다. 배당

(1) 배당의 의의

잉여금이 발생할 경우 보험회사는 유배당 보험계약에 대하여 잉여금의 일정비율을 계약자 배당준비금으로 적립하였다가 이를 보험계약자에게 배당금으로 지급하게 된다.

과거에는 모든 생명보험회사가 동일한 배당률을 적용하여 배당금을 지급하였으나, 2000년 4월부터 보험가격자유화가 시행됨에 따라 완전 자유화되었다.

또한 2002년 3월부터는 사전에 배당재원(위험률차·이자율차·사업비차 배당준비금)을 적립한 회사에 한하여 계약자배당을 실시하는 선적립 후배당의 체계로 변경되었다. 이는 회사의 배당능력이 보험회사를 선택하는 기준 중의 하나가 되는 계기가 되고 있다.

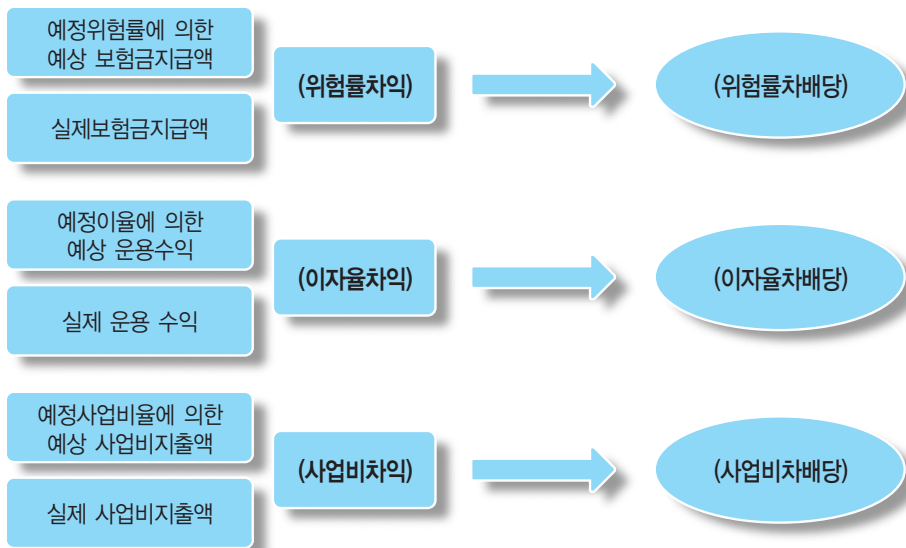
주요 계약자배당의 종류

- 위험률차배당 : 1년 이상 유지된 유효한 보험계약에 대해 위험률차배당금 지급
- 이자율차배당 : 1년 이상 유지된 유효한 보험계약에 대해 이자율차배당금 지급
- 사업비차배당 : 1년 이상 유지된 유효한 보험계약에 대해 사업비차배당금 지급

(2) 배당금의 성격

생명보험에서 배당금이란 보험계약자로부터 받은 보험료를 가지고 보험회사가 합리적인 경영을 한 결과 발생한 잉여금을 보험계약자에게 환원하는 것이다. 즉 보험료가 예정위험률, 예정이율, 예정사업비율에 의해 사전적(事前的)으로 결정되는 가격이라면, 배당은 예정률과 실제발생률과의 차이에 의해 발생한 잉여금으로 사전가격을 보완하는 사후가격의 성격을 지니고 있다.

생명보험의 배당금은 예금자가 예치한 금액을 운용하여 미리 약속한 이자를 지급하는 은행예금의 이자나, 회사가 사업을 경영하여 얻은 잉여금을 주주에게 분배하는 주식의 배당과는 그 성격이 본질적으로 다르다고 할 수 있다.



(3) 배당금의 할당방법

계약자 배당금의 할당방법에는 여러 가지가 있으나 우리나라에서는 개개의 계약이 위험률차익, 이자율차익, 사업비차익을 올리는데 어느 정도 공헌했는가에 따라 이원별(利源別)로 배당기준을 산정 할당하는 방법을 사용하여 보험가입자간 공평을 기하고 있다.

(4) 배당금의 지급방법

배당금은 보험업감독규정에서 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) 적립방법

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

(다) 보험료 상계방법

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

이 외에도 배당금을 일시납 보험료로 하여 보험금을 증액하는 방법 등이 있다.

무배당보험

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

(5) 보험안내자료상 배당예상의 기재금지외 예외

보험업법은 보험모집을 위해 사용하는 보험안내자료에 보험회사의 장래 이익배당 또는 잉여금 분배에 대한 예상을 기재하지 못하도록 규정하고 있다(보험업법 제95조제3항 본문). 이는 장래 이익의 발생정도에 따라 달라지는 불확실한 배당을 과장되게 기재함으로써 발생할 수 있는 모집질서혼란과 과당경쟁을 방지하기 위한 것이다.

그러나 보험상품에 따라서는 보험계약자의 상품에 대한 이해를 돕기 위해 과거의 배당실적과 이를 토대로 한 장래의 배당예상액을 밝혀야 할 필요도 있으므로, 보험업법은 보험계약자의 이해를 돕기 위하여 금융위원회가 필요하다고 인정하는 경우에는 예외를 두고 있다(보험업법 제95조제3항 단서). 이에 따라 계약자 배당이 있는 연금보험의 경우 직전 5개년도 실적을 근거로 장래의 계약자배당을 예시할 수 있으나, 보험계약자가 오해하지 않도록 장래의 계약자 배당금액은 예상금액이므로 실제금액과 차이가 있을 수 있음을 명시하여야 한다(보험업감독규정 제4-34조제3항).

5 생명보험 언더라이팅과 클레임

가. 생명보험 언더라이팅

(1) 생명보험 언더라이팅의 정의

생명보험은 상부상조의 정신을 기본으로 하고 보험가입자간의 공평성을 유지하여 보험제도가 정상적으로 운영되도록 하여야 한다. 즉, 동질성이 있는 피보험자(보험대상자)의 위험을 분류하고 동일한 위험군(危險群)에 대해서는 동일한 보험료율이 적용될 수 있도록 하여 보험가입자간의 공평성을 유지하여야 보험사업이 효율적으로 운영될 수 있다. 이와 같이 피보험자(보험대상자)의 위험을 선택하여 적절한 위험집단으로 분류하고 이를 통해 보험료 및 가입조건 등을 결정하는 과정을 언더라이팅이라고 하며 '계약심사' 또는 '계약선택' 이라고 표현된다.

언더라이팅 결과를 바탕으로 보험회사는 보험계약의 청약을 승낙할 것인지를 결정하고 피보험자(보험대상자)의 위험도를 분류하여 위험의 정도에 따라 보험료나 보험금의 한도를 조정할 수 있다.

이처럼 언더라이팅은 보험료와 보험금의 결정, 우량 보험대상자의 선택, 보험사기와 같은 역선택 가능성의 차단 등 보험사업의 핵심업무에 해당되기 때문에 언더라이터(underwriter/계약심사업무 담당자)에 의해서만 업무가 처리되는 것이 아니라 보험설계사 등 모집조직, 보험상품개발 및 보험계리 담당자, 보험금 지급조사 담당자, 최고경영진에 이르는 모든 관계자들이 유기적으로 연계된 종합적인 업무라고 할 수 있다.

(2) 언더라이팅의 필요성

보험회사는 계약자 모두를 공평하게 대우해야 하며, 보험계약자는 각자의 위험도에 따른 적절한 보험료를 부담하여 쌍방간의 공평성이 유지되어야 한다. 일반 가입자보다 건강상태가 나쁘거나 위험한 직업에 종사하는 피보험자(보험대상자)까지 무분별하게

받아들일 경우 예상보다 보험금 지급액이 많아지게 되고 이로 인해 보험제도의 정상적인 운영과 보험가입자간의 공평성을 유지할 수 없게 된다. 반대로 적절한 위험의 선택없이 지나치게 엄격한 기준을 적용한다면 그 보험회사는 경쟁력을 잃게 될 수도 있다.

최근 저금리 추세, 자산운용 환경 악화 등으로 인해 이자율차익 실현이 축소되고, 사업비 절감 노력으로 사업비차익의 실현도 한계에 달하게 됨에 따라 잉여금의 3대원칙 중 위험률차익의 실현이 보험회사의 중요한 과제가 되었으며, 위험률차익은 바로 언더라이팅에 그 바탕을 두고 있으므로 언더라이팅의 중요성이 더욱 부각되고 있다.

이처럼 피보험자(보험대상자) 및 보험계약자의 위험도를 일정수준으로 유지함으로써 보험제도를 정상적으로 운영하고 보험가입자 간의 부담을 공평하게 유지하기 위해 언더라이팅은 반드시 필요하다.

📌 언더라이팅의 의의 및 효과

- 보험을 가입하고자 하는 자의 가입가능 여부와 부담할 보험료 결정
- 보험고유의 특성을 저해하는 위험요소 파악 및 배제
 - 역선택 방지 : 위험도가 높은 사람이 보험금 등을 수령할 목적으로 위험 사실을 감추거나 속이고 보험에 가입하는 행위 방지
- 위험률차익 관리를 통한 보험회사 경영의 안정성 및 경쟁력 확보
- 계약자 간 형평성 유지 및 선의의 계약자 보호

(3) 언더라이터(underwriter)

언더라이팅 과정에 종사하는 사람을 언더라이터라고 부른다.

언더라이터는 가장 엄격한 의미에서 위험을 평가하고 선택하며, 위험인수기준과 처리절차를 결정하는 사람이다. 이러한 의미에서 언더라이터는 위험을 인수하거나 거절하는 기본적인 기능을 수행하고 보험계약의 인수여부, 보험료, 보험금액 등을 결정한다.

언더라이터는 피보험자(보험대상자)의 보험계약 청약에 대한 인수여부를 결정하며, 피보험자(보험대상자)의 위험도를 분류하여 위험의 정도에 맞는 보험료 부과와 보장한도를

제한하여 보험가입자간의 상대적 평등을 제고하는 역할을 수행한다. 하지만 언더라이터는 보험회사와 보험가입자 모두에게 득이 될 수 있도록 비용에 있어서는 효율적이고, 가입심사는 공정하도록 언더라이팅 업무를 처리해야 하는 책임도 있다.

생명보험협회는 언더라이팅 업무와 언더라이터 자질의 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) 등 단계적인 언더라이터 전문자격제도를 도입, 운영하고 있다.

(4) 언더라이팅 절차

현재 우리나라 대부분의 생명보험회사는 다음과 같은 언더라이팅 과정을 통해 계약을 인수하고 있다.

(가) 모집조직(보험설계사 등)에 의한 선택 (1차 선택)

모집조직 특히 보험설계사는 가장 먼저 피보험자(보험대상자)를 만나는 사람으로, 고객과의 직접적인 접촉을 통하여 피보험자(보험대상자)의 위험을 1차적으로 선별하는 기능을 수행한다. 따라서 보험설계사는 피보험자(보험대상자)의 연령, 성별, 건강상태, 과거병력, 가족력, 재정상태, 보험가입 동기 및 목적을 충실히 파악하는 동시에 계약자나 피보험자(보험대상자)가 청약서에서 질문한 사항에 대하여 성실하게 알리고 자필 서명을 하도록 안내해야 한다.

(나) 의적진단에 의한 선택 (2차 선택)

보험회사는 계약인수 과정상 진단을 필요로 하는 계약의 경우 회사 소속의 사의(社醫) 또는 촉탁의(囑託醫)를 통하여 진단을 하거나 방문 및 서류에 의한 방법으로 진단을 실시한다. 사의나 촉탁의에 의한 진단은 피보험자(보험대상자)가 직접 보험회사나 촉탁의가 있는 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(종합/일반건강검진) 결과를 토대로 가입여부를 심사하는 방법이다. 방문진단은 보험회사 소속의 직원이나 방문진단전담 독립회사의 직원이 피보험자(보험대상자)의 자택이나 직장을 방문하여 진단을 실시하는 방법이다.

(다) 언더라이터(underwriter)에 의한 선택 (3차 선택)

언더라이터는 1차 및 2차선택 과정에서 취득한 정보를 활용하여 피보험자(보험대상자)의 위험을 종합적으로 평가하고 보험계약내용 및 조건, 보험료, 보험금액 등을 최종 결정한다. 언더라이터는 이 과정에서 계약전 알릴사항이 부실하거나 잠재적인 위험이 있다고 판단되는 경우 계약적부확인을 의뢰하고 그 결과를 바탕으로 계약인수여부를 결정한다.

📌 언더라이터가 활용하는 취득정보

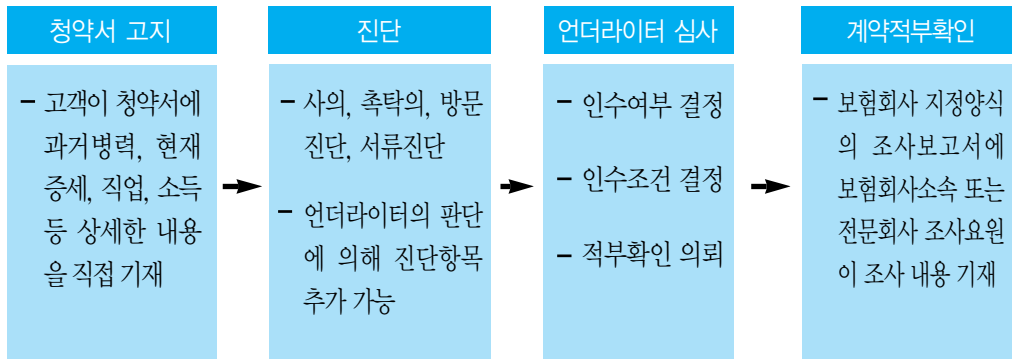
- 청약서상 계약전 알릴사항
- 의적진단보고서
- 계약적부확인에 의한 조사보고서 등
- 보험설계사의 모집보고서
- 서류 및 방문진단 결과보고서

(라) 계약적부확인에 의한 선택 (4차 선택)

계약적부확인은 언더라이터가 3차 선택을 하는 과정에서 계약내용 등에 있어 미리 정해진 한도를 넘는 경우나 위험가능성이 높은 것으로 의심되는 경우, 또는 계약성립 이후라도 역선택의 소지가 높거나 사후분쟁 가능성이 높은 계약에 대해 보험회사 소속의 직원이나 계약적부확인전담 독립회사의 직원을 통하여 피보험자(보험대상자)의 신체적, 환경적, 도덕적 위험에 대해 직접 조사하는 것을 말한다.

계약적부확인은 양질의 계약을 확보하고 보험사고 발생시 분쟁을 최소화하며 보험사고 발생시 보험금을 신속하게 지급하는데 그 목적이 있다.

④ 언더라이팅 절차



(5) 언더라이팅의 대상

언더라이팅은 고객의 위험을 체계적으로 평가하기 위한 과학적인 기법으로 각 위험을 평가, 선택, 분류하여 해당위험을 인수하거나 거절하고, 인수할 경우에는 인수조건을 결정하며 보험가입금액을 설정하고 적정한 보험요율을 부과하는 일이다. 언더라이팅을 할 때는 다음의 4가지 요소를 고려한다.

(가) 환경적 언더라이팅

환경적 언더라이팅은 직업, 생활방식 등 피보험자(보험대상자)가 현재 처해 있는 환경적 위험을 다루는 분야로 주요 평가대상에는 직업, 운전, 흡연, 음주, 취미, 거주지 위험 등이 포함된다.

직업에 대해서는 업계 표준직업분류 및 등급표에 따라 위험등급을 비위험직 및 위험직 1~4등급으로 구분하여 각 생명보험회사가 각사 실정에 맞게 세분화하고 있다. 이를 통해 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 피보험자(보험대상자)의 연령, 성별,

체격 등 현재 신체상태와 현재의 병증, 과거병력, 가족병력 등이 있다. 세부평가를 위해서 청약자에 대한 전문의의 진단결과나 기타자료를 참고하게 된다.

(다) 도덕적 언더라이팅

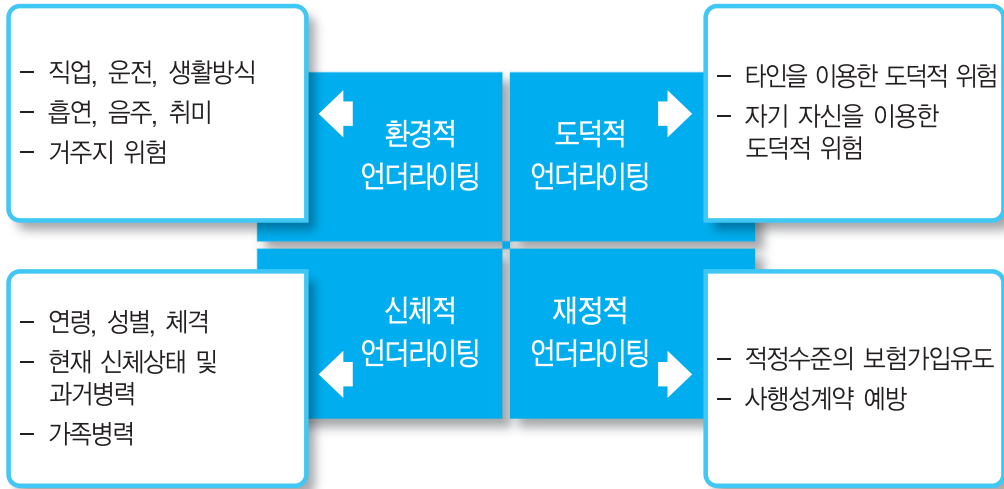
도덕적 언더라이팅은 도덕적 위험, 즉 청약자가 고의로 위험을 유발하거나 부실고지 등을 통해 보험회사를 의도적으로 속이고자 하는 행위를 사전에 차단하는 것을 목적으로 한다. 도덕적 위험에는 고의적, 악의적 의도에 의한 보험의 악용 뿐만 아니라, 보험에 가입하였다는 사실 때문에 의식적 또는 무의식적으로 태만, 부주의하여 보험사고의 발생 가능성 및 빈도를 증가시키거나 손해를 확대시킬 수 있는 도덕적 해이가 포함된다.

도덕적 위험은 타인을 이용한 도덕적 위험과 자기 자신을 이용한 도덕적 위험으로 구분된다. 타인을 이용한 도덕적 위험은 타인을 피보험자(보험대상자)로 하여 과도한 고액의 사망보험계약을 체결하거나 여러 보험회사에 다수 가입하는 경우를 말한다. 자기 자신을 이용한 도덕적 위험은 입원을 지급사유로 하는 보험에 여러 건 가입한 후 보험사고를 가장하여 입원급여금을 수령하는 경우가 해당된다.

(라) 재정적 언더라이팅

재정적 언더라이팅은 청약자가 청약한 상품의 보장내용이 청약자의 생활환경 및 소득 수준과 일치하는지를 확인하여 궁극적으로 보험금이 신체를 담보로 한 투기의 대상이 되는 것을 예방하고 이와 동시에 피보험자(보험대상자)가 적절한 수준으로 보장을 받도록 하는데 그 목적이 있다. 이러한 재정적 언더라이팅을 통해 기본적으로 역선택의 예방과 함께 과도한 실효를 방지하는 효과를 얻을 수 있다.

④ 언더라이팅의 대상



(6) 표준미달체 및 우량체 인수

우리나라 보험회사의 언더라이팅은 표준체 중심으로 되어 있다. 앞에서 언급한 4가지 언더라이팅 대상에 대한 평가에 의해 표준체보다 위험이 높은 경우에는 표준미달체, 위험이 낮은 경우에는 우량체라 한다. 표준미달체의 경우에는 보험료 할증이나 보험금 삭감, 부담보(不擔保) 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 특정 질병 또는 특정 신체부위를 보장에서 제외시키는 것으로, 특정질병부담보와 특정부위부담보가 있다. 특정질병부담보는 질병이 발생하는 부위에 관계없이 질병 자체를 부담보하여 해당 질병의 생존보험금(진단, 입원, 수술급부금 등)을 지급하지 않는 기법이며, 특정부위부담보는 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. 보험가입 후 일정기간 이내에 보험사고가 발생할

경우 미리 정해진 비율로 보험금을 감액하여 지급하는 방법으로, 우리나라의 경우 보통 가입후 최고 5년까지 보험금 삭감법을 적용하고 있다.

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

(7) 언더라이팅에 있어 보험설계사의 역할

보험설계사는 보험소비자와 가장 먼저 만나는 사람으로, 1차 언더라이터로서의 역할을 수행하게 된다. 또한 계약체결시 약관을 교부하고 약관과 계약에 관한 중요사항을 설명해야 한다. 보험설계사는 피보험자(보험대상자)나 계약자가 청약서상에 피보험자(보험대상자)의 건강상태나 직업 등 각종 언더라이팅 판단자료를 사실대로 성실하게 알리도록 해야 하며, 계약자가 자필서명을 하도록 안내해야 한다. 보험설계사가 상품 및 계약에 관한 중요사항을 설명하지 않거나 계약자 등의 허위 또는 부실고지를 묵인하는 것은 역선택을 유발하거나 보험분쟁의 주된 요인이 된다. 따라서 1차 언더라이터로서의 보험설계사의 역할은 매우 중요하다고 할 수 있다.

보험설계사는 상품 및 약관 등 기초서류에 대한 정확한 지식을 갖추어야 하며, 특히 언더라이팅을 위한 기초정보를 수집하는 과정에서 피보험자(보험대상자)의 불만을 야기하지 않고 올바른 정보를 취득하는 기법을 습득해야 할 것이다. 또한 보험설계사는 계약체결시 회사의 언더라이팅 과정을 소개하면서 계약적부확인 등 추가조사가 있을 수 있음을 계약자에게 안내하여 피보험자(보험대상자)가 이에 대해 충분히 인지할 수 있도록 해야 한다.

유사보험

유사보험이란 국가(정보통신부)에서 운영하고 있는 우체국보험과 농·수협, 신협, 새마을금고, 각종 공제조합 등에서 운영하는 공제를 지칭한다. 최근 이들 기관은 보험회사의 보험설계사와 같은 모집조직을 운영하거나 보험상품과 유사한 상품을 개발하여 불특정다수인을 대상으로 판매하기도 한다.

우체국보험

우체국보험은 국영보험으로서 전국의 우체국을 통해 생명보험과 유사한 상품을 판매하고 있다. 1929년 5월 조선총독부가 제정한 조선간이생명보험령에 근거하여 시작된 우체국보험은 1952년 국민생명보험으로 개칭되어 체신부에 의해 운영되다가 1977년 농협으로 이관되었으나 1983년 다시 정보통신부(구 체신부)에서 보험사업을 재개하여 현재에 이르고 있다. 우체국보험은 정부가 보증하는 확실한 안전성과 각종 세제상의 혜택을 더해 꾸준히 성장하고 있으나 경영 및 리스크관리가 민영보험사에 비해 상대적으로 취약하다는 지적이 제기됨에 따라 민영보험사 수준의 엄격한 감독이 요구되고 있다.

공 제

공제(共濟)란 원래 특정한 목적하에 조직된 단체 구성원(조합원) 간의 상호부조를 위해 운영되는 경제제도로서, 생명보험과의 차이점은 그 가입대상이 불특정 다수가 아닌 조합원이라는 점이다. 따라서 공제상품은 생명보험처럼 수지상등의 과학적인 보험수리(保險數理)에 기초해 설계되는 것이 아니라 조합원의 상호부조를 목적으로 설계된다. 현재 우리나라에서 운영되고 있는 각종 공제제도는 공제 본연의 목적에서 벗어나 조합원 뿐만 아니라 일반인을 대상으로도 상품을 판매하고 있어 공제라기보다는 민영생명보험의 한 형태로 운영되고 있다. 공제 역시 우체국보험처럼 전문 감독인력의 부족으로 부실경영에 대한 예방 및 대처가 곤란하고 공제 가입자 보호 장치가 미흡하다는 지적이 있어 유사보험 전체에 대한 엄격한 감독이 요청되고 있다.

나. 클레임

(1) 클레임업무의 정의

클레임(claim)이란 보험금 청구에서 지급시까지 이루어지는 일련의 업무를 말하며, 보험금청구 접수, 보험사고 조사, 조사건 심사, 수익자 확정, 보험금 지급업무 등이 이에 해당된다. 이 과정에서 지급청구권이 약관규정상 지급사유에 해당되지 않는 경우 이에 대한 부지급 처리업무, 클레임업무 과정상 야기되는 민원업무, 법원소송업무 및 보험 가입자의 채권자가 보험금액 등을 압류하는 경우에 발생하는 채권가압류권 처리 등의 부수업무가 수행되기도 한다.

(2) 클레임의 종류

클레임의 종류는 보험사고의 종류와 동일하게 분류하여 생존, 사망, 장애, 진단, 수술, 입원, 통원 등으로 구분할 수 있으며, 그 원인이 사고로 인한 것인지 또는 질병으로 인한 것인지에 따라 재해와 질병으로 나눌 수 있다.

(3) 클레임업무의 의의

매 건마다 적게는 수십만원에서 많게는 수십억원의 보험금 지급여부를 결정하게 되는 클레임업무는 잘못 처리되었을 경우 현실적으로 상당한 금액이 보험금으로 지출 되기 때문에 회사의 경영수지에 지대한 영향을 미칠 수 있다. 또한 자신의 위험을 숨기고 가입을 한 후 보험사고가 발생하거나 고의적인 보험사고를 야기하는 경우를 정확히 찾아내지 못하여 정당치 못한 보험금이 지급된다면 나머지 선의의 가입자들에게 보험료 부담을 가중시키게 된다.

따라서 부당한 보험금 지급을 방지하여 다수 선의의 가입자를 보호하고 보험경영의 건전성을 도모하기 위해서는 보험계약체결단계의 언더라이팅업무와 함께 보험금지급 단계의 클레임업무 또한 매우 중요하며, 업무의 전문성이 요구된다.

업무의 전문성을 위해 클레임업무 담당자에게는 몇 가지 주요한 요건들이 요구된다.

첫째, 상당한 정도의 조사경험과 조사기법을 터득하고 있어야 한다. 클레임 전문가가 되기 위해서는 현장조사를 통해 다양한 조사업무를 경험하고 조사기법을 터득하여 이를 현실적으로 응용할 수 있어야 한다.

둘째, 약관 및 보험관련 법규정을 올바르게 해석, 적용할 수 있어야 한다. 해당 보험 사고에 대한 약관 및 관련 법규정을 조사내용에 적용할 수 있는 보험관련 법률지식을 숙지하고 있어야 올바른 클레임 심사가 가능하며 법원소송이나 민원발생시에도 효과적으로 대응할 수 있다.

셋째, 의학지식을 숙지하고 있어야 한다. 클레임전문가는 상당한 정도의 의학지식을 숙지하고 있어야만 의사와 면담시 핵심적인 질문을 통해 클레임업무에 유용한 답변을 얻어낼 수 있으며, 계약전 알릴의무 위반시 인과관계 여부를 판단할 수 있고, 각종 검사결과를 통해 환자의 이상여부를 파악할 수 있다.

6

보험범죄방지활동

가. 보험범죄의 개념

보험범죄란 보험의 원리상 지급받을 수 없는 보험금을 수령하거나 실제손해액보다 많은 보험금을 수령하기 위하여 행하는 행위 또는 보험가입시 실제보다 적은 보험료를 납입할 목적을 가지고 행동하는 일체의 불법행위를 말한다.

본래 보험이 예상하지 못한 우발적인 사고로 인한 경제적 손실을 보상하기 위한 제도이지만 보험계약의 사행계약성이란 특성을 일부 보험계약자 등이 개인의 재산적 이득을 위하여 범죄적인 방법으로 악용하여 큰 사회문제가 되고 있다.

예전에는 우연히 발생한 보험사고에 대해 보험금을 과잉청구하는 연성사기(soft fraud)*가 대부분이었으나 최근에는 보험금을 편취할 목적으로 고의로 보험사고를 일으키는 경성사기(hard fraud)**가 증가하고 있다.

보험범죄가 성립되기 위해서는 형법상 사기죄(형법제347조), 즉 타인을 기망하여 재물의 교부를 받거나 재산상의 이익을 취득할 경우의 요건만 충족시키면 성립하고 보험범죄를 위해 다른 범죄를 저질렀다면(살인, 방화 등) 이 범죄는 사기죄외 경합범(살인 및 사기)***이 된다.

나. 보험범죄 유형

(1) 사기적인 보험계약의 체결

* 연성사기(soft fraud) : 보험사고를 확대 또는 과장한 경우, 기왕증을 숨기고 가입하는 경우 즉, 고의로 계약전알릴사항을 위반한 경우 등을 말한다.

** 경성사기(hard fraud) : 보험사고(사망, 장애, 재해 등 신체적, 재산상의 손실)을 고의로 일으켜 보험금을 편취하는 행위를 말한다.

*** 경합범 : 1개의 행위가 2개이상의 죄에 해당하는 경우 또는 한사람이 2개이상의 죄를 범한 경우를 말한다.

‘보험계약자가 보험가입시 최대 선의의 원칙을 어기는 행위’로 보험계약시 자신의 건강 상태를 허위로 알리거나 타인에게 자신을 대신하여 진단받게 하는 대리진단 등을 통하여 중요한 사실을 숨기는 행위 등을 말한다.

예를 들면 보험을 가입할 수 없는 상태에 있는 사람이 보험가입을 하기 위해, 또는 적은 보험료를 지불하기 위해 자신에게 불리한 사실을 숨기는 것이다. 이는 암진단을 받은 자가 보험가입을 하기 위하여 진단사실을 숨기거나 피보험자(보험대상자)가 아닌 제3의 타인을 통한 대리진단으로 서로 다른 보험회사에 다수의 보험을 가입하는 행위로 나타나게 된다.

또 한편으로는 이미 사망한 사람을 피보험자(보험대상자)로 하여 보험에 가입하거나, 자동차사고 발생 후에 사고일자 등을 조작·변경하는 방법으로 보험에 가입하는 행위 등이 있다.

📌 사기적인 보험계약의 체결(기왕증 은폐件)

주부 A씨는 남편의 주도하에 기왕증인 당뇨병을 숨기고 수십건의 보험계약을 체결하였다. A씨는 보험에 가입하기 전까지 기록이 남지 않도록 동생과 지인의 건강보험증을 이용하여 치료를 받고, 보장성보험에만 집중적으로 가입하였다. 특히 의사의 수술권유에도(고액의 보험금을 노리고) 이를 거부하고 당뇨합병증으로 인한 양안실명에 이르게 하여 ○○억원의 보험금을 편취하였다. 이 일을 주도한 A씨의 남편은 구속기소 후 징역을 선고받았다.

(2) 보험사고의 고의적 유발

‘고의적으로 사고를 일으켜 부당하게 보험금을 청구하는 행위’를 말한다. 이는 보험금을 받아내기 위해 고의적으로 살인을 하거나 방화, 자해 등의 사고를 유발하는 가장 악의적인 보험범죄 유형으로, 다양한 범죄수단과 방법을 이용한다. 최근에는 일가족 및 지인들과 사전 공모하여 고의로 사고를 일으키는 등 계획적, 조직적으로 보험범죄를 일으키는 양상을 보이고 있다.

최근에는 국내에서 보험사고에 대한 조사를 강화하자 중국·동남아 등 보험범죄 조사가 어려운 해외에서 위장사고를 낸 후 보험금을 청구하는 수법을 사용하는 등 국외까지 보험범죄 현장을 확대하는 경향을 보이고 있다.

예를 들어 피보험자(보험대상자) 본인이 고의로 보험사고를 유발하는 경우로서 신체 일부를 절단(손목·발목 절단 등)하거나, 고층에서 뛰어내리거나, 운행 중인 차량에 고의로 부딪치는 행위 등이 있으며, 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금을 노리고 피보험자(보험대상자)의 신체나 재산에 피해를 가하는 경우로는 자기자신을 보험수익자(보험금을 받는 자)로 하여 피보험자(보험대상자)인 가족 또는 제3자를 살해하는 행위 등이 있다.

📌 보험사고의 고의적 유발(자해件)

B씨는 월급의 절반을 압류당하며 경제적으로 어려운 상태에 있었다. 이에 B씨는 보험사기를 목적으로 ○○개 보험사에 수십건의 보험을 가입하여 월보험료 ○○○만원을 지불하며 보험계약을 유지하였다. 그러던 중 차량을 정비하던 상황에서 고의로 좌측손목을 절단한 후 이를 사유로 수억원의 보험금을 지급받았지만, 컴퓨터시뮬레이션 등 과학적 분석을 한 결과 사고발생가능성이 없음이 증명되어 구속기소 되었다.

(3) 보험사고의 위장 및 날조

‘보상되지 않는 사고에 대하여 부당하게 보험금을 청구하는 행위’로 전통적인 보험범죄 유형 중 하나이며 보험사고 자체를 위장·날조하는 경우와 보험사고가 아닌 것을 보험사고로 조작하는 행위를 말한다.

예를 들어 생명보험에 있어 사망보험금을 받아내기 위하여 피보험자(보험대상자)가 사망하지 않았는데도 불구하고 사망한 것처럼 위장하는 유형(허위사망증명서 제출, 타인의 시신을 자기시신으로 위장하여 사망한 것으로 조작하는 방법, 자기와 유사한 사람을 선택·살해한 후 자기가 사망한 것 같이 조작하는 방법)이 있고 상해보험에 있어 보험사고 조작을 통하여 병·의원의 허위진단서 등을 발급받는 방법으로 보험금을

청구하거나, 기존의 다른 사고로 입은 부상을 교통사고 인하여 발생한 것으로 신고하는 행위 등이 있다.

📌 보험사고의 위장 및 날조(사망위장件)

C씨는 수 개의 보험사에 재해사망시 ○○억원이 넘는 보험금을 지급받을 수 있도록 다수의 보험에 가입한 후, 2004년 여름 태풍 매미가 상륙했던 시기에 가족과 함께 계곡으로 놀러간 후 급류에 휘말려 실종되었다고 동생에게 신고하도록 하였다. 동생은 경찰이 2주일에 걸친 수색에도 사체발견에 실패하자 실종신고 확인서를 발급받아 사망신고를 한 후 이를 근거로 보험금을 청구하였지만, 끈질긴 조사 끝에 생존해 있는 C씨를 검거하여 징역 ○년을 선고받았다.

(4) 보험사고 발생시 위법행위 자행

보험사고로 인하여 입은 피해보다 많은 보험금을 지급받기 위하여 의사에게 부탁하여 부상의 정도나 장애등급을 상향하는 행위, 통원치료를 하였음에도 입원하여 치료를 받은 것으로 서류를 조작하는 행위, 치료기간의 연장 또는 과잉진료를 하는 행위 등 사기적으로 보험금을 과다청구하는 행위이다.

예를 들면 보험가입자가 자녀들과 함께 병원에 입원하여 특별한 검사결과가 없는 일반 질병을 5배의 입원급부에 해당하는 특정질병으로 허위진단서를 발급받고 입원기간동안 외출, 외박, 기타 정상적인 사회활동을 하였음에도 입원한 것처럼 진단서를 발급받아 보험금을 과다 청구한 경우 등이 있다.

📌 보험사고발생시 위법행위 자행(허위장해진단件)

병원 사무장 D씨는 브로커들을 통해 환자들을 소개받은 후 병원장 E씨에게 진료를 받게 하고, E씨는 환자들에게 허위장해진단서를 남발하고 장기간 허위입원을 시킨 후 보험금 수십여억원을 가짜환자, 보험사기범일당과 나누어 가졌다. 보험사기범 일당은 모두 검거되어 병원장 E씨, 사무장 D씨 등이 처벌되었다.

다. 보험사기계약의 특징

(1) 고액계약 또는 다수 보험계약

대부분의 보험사기 계약은 사망이나 상해·질병 보험의 보험금을 많이 받기 위해 본인의 소득수준에 맞지 않게 과도한 보험료를 납입하는 방법으로 가입하거나 암보험, 정기보험과 같이 특정질병, 특정기간에 고액의 보험금이 지급되는 보험상품 등 동일한 종류의 보험을 여러 회사에 분산하여 가입한다. 이러한 고액이나 다수 보험계약 체결여부는 사전에 언더라이팅이나 보험금 지급심사시 정보교환을 통해 파악하는 것이 중요하다.

(2) 비연고성 및 자발성계약

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 방문하는 등 자발적으로 보험을 계약하는 속성을 가지고 있다.

(3) 부자연스러운 보험계약

일반적으로 계약자의 소득, 피보험자(보험대상자)의 연령 등의 측면에서 자연스럽지 않은 보험계약의 경우 보험사기로 이어질 가능성이 매우 높다.

(4) 보험사기자들의 개인적 속성

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

라. 보험범죄의 특성

(1) 다른 범죄 유발

보험금을 타내기 위해 피보험자인 가족 등 제3자를 해치거나 살해하는 경우 또는 진단서 등 위조, 건물의 방화 등 보험범죄를 저지르기 위하여 다른 범죄를 저지르는 경우가 많다.

(2) 입증의 곤란성

보험범죄가 성립되기 위해서는 고액의 보험금을 위해 다수의 보험에 계약한 사실이나 고의나 허위의 보험사고라는 것을 입증하여야 하는데 보험사고의 과실이나 고의를 구분하기 쉽지 않고 특히 생명보험의 경우 자동차보험과 달리 사고발생후 상당기간이 경과한 후에 보험금 청구를 하기 때문에 입증이 매우 어렵다.

(3) 수법의 다양화, 지능화

보험사기 조사가 강화되는 등 보험사의 대처가 강화되는 가운데 보험사고의 고의성과 보험금을 타내기 위해 보험에 가입한 사실을 숨기기 위해 치밀하고 다양한 형태의 수법을 사용하고 있다.

(4) 범죄피해의 간접성과 죄의식 결여

보험범죄로 인한 직접적인 피해는 보험사고 발생과정에서 생명과 재산상의 피해를 입게 되는 자들이고 보험사업 경영수지에 영향을 받는 보험회사에게 미치는 것으로 일반적으로 생각하지만 간접적으로는 보험금이 많이 지급되면 보험의 수지상등의 원리에 따라 불가피하게 보험료의 상승을 가져와 일반 선의의 계약자에게 그 피해가 돌아가게 되는데 이를 간과하는 경향이 있다.

이런 보험사기의 심각성에 대한 일반인들의 인식부족으로 살인이나 절도 등 일반적인 범죄행위와 다르게 보험범죄는 보험회사를 상대로 자기가 낸 보험료를 조금 더 되돌려 받는 것에 불과하다고 생각하는 것이다.

마. 보험범죄의 사회적 피해

보험범죄가 사회에 미치는 악영향은 첫째, 보험제도 존립기반의 위협이다. 보험범죄로 인한 부당한 보험금 지급의 증가는 과학적이고 수리적인 기초를 근거로 설정한 보험료를 부당하게 인상시키는 요인이 되며, 계약자 배당금의 감소로 이어진다. 이는 보험제도의 근간을 흔드는 것이다.

둘째, 사회적 병리화 현상의 가중이다. 사고 조작을 위하여 선의의 피해자를 해치는 등 불의의 사상자가 발생할 가능성이 높으며 사기범죄에 대한 피해의식 확대로 사회적 병리 현상이 가중될 수 있다.

셋째, 보험범죄의 모방 가능성 증대이다. 자신의 신체를 자해하거나 주위 사람에게 고의로 사고를 유발하는 등의 우발적인 보험범죄로 보험금을 수령하게 되면 그 주위 사람은 그것에 대해 무의식적으로 동조하거나 일부 이익을 공유함으로써 방조하게 된다.

넷째, 보험산업의 이미지 악화를 초래한다는 것이다. 보험범죄에 대한 조사활동 강화와 계약심사 및 보험금 지급심사 강화는 보험금 지급지연 등으로 이어져 전체적인 보험 이미지 까지 악화될 수 있다.

다섯째, 질병이나 재해로 인한 보험사고는 공보험인 건강보험과 산재보험의 보험금지급과 밀접한 관계를 가지고 있는데 이에 따라 보험범죄가 증가하는 경우 공보험의 재정에도 심각한 영향을 미쳐 공보험료의 상승을 불가피하게 하는 요소가 될 수도 있다.

바. 보험범죄방지활동

보험범죄는 과거의 생계형 범죄에서 진화하여 최근에는 범죄조직이 개입하는 조직형, 보험금을 노리고 가족을 해치는 폐륜형, 보험제도의 허점(loop hole)을 파고드는 지능형 범죄가 급증하고 있으며, 이에 따른 보험금 누수 규모는 매년 증가하는 추세로 2007년 기준으로 연간 약 2조 4천억원에 이르는 것으로 추정되고 이는 가구당 약 15만 3천원의 보험료를 추가 부담하는 것으로 나타나고 있다.

보험범죄가 급증함에 따라 관련 대책이나 방지활동도 강화되고 있다. 2006년에는 대통

령지시로 금감원, 보험협회, 업계관계자로 구성된 TFT를 구성하여 「보험금누수 방지대책」을 마련하여 추진하고 있고, 금융감독원과 보험협회에서는 홍보활동을 통한 소비자의 보험범죄에 대한 인식전환, 보험회사 사고조사 및 지급심사 담당자대상의 보험범죄 방지 교육을 통한 전문인력 양성, 그리고 보험범죄 신고센터를 설치하여, 보험범죄 신고와 포상을 통한 보험범죄 예방에 노력을 기울이고 있다.

보험회사에서는 언더라이팅을 강화하는 등 가입시점에서 역선택을 방지하고 특별조사반(SIU)을 조직하여 금감원의 보험조사실, 협회의 보험범죄방지팀과 유기적 협조체제를 갖추고 보험범죄에 대처하는 등 부당한 보험금 지급으로 인한 피해가 선의의 계약자에게 돌아가지 않도록 하였다.

2009년도에는 경찰청·금융감독원간 「금융범죄근절을 위한 협약」을 체결하였고, 이에 대한 후속조치로 경찰청은 전국지방경찰청에 보험사기 수사역량강화를 위해 전문수사팀을 지정하고 금감원, 보험협회, 보험사로 구성된 「보험범죄수사협의회」를 구성·운영토록 하였다.

제도적으로는 보험사기 등 조사업무를 효율적으로 수행하기 위하여 금융위원회내에 민관합동기구인 보험조사협의회를 구성·운영하고 2008년에는 보험업법상 「보험계약자 등의 의무」 조항을 신설하였고 2009년 보험업법 개정을 통해 보험사기 정의조항의 신설추진 등 보험사기를 명문화하고 보험사기조사 근거를 마련하는 등 보험범죄 방지를 위해 다각적으로 노력하고 있다.

📌 보험범죄 적발 실적

(단위 : 억원, 명)

구분	2005	2006	2007	2008
금액	1,350	1,780	2,045	2,549
협이자	19,274	26,754	30,922	41,019

* 자료출처 : 금감원(생·손보험계)

마지막으로 생명보험 설계사는 업무특성상 보험계약자 등과의 1차적 접점관계로 계약자의 재산상황, 현재상태 등을 가장 먼저 가장 많이 알 수 있는 위치에 있으므로 보험계약 체결시, 보험사기 유발가능성 등을 파악하는 노력이 필요하다.

📌 보험업법의 관련 규정

[보험계약 관계자에 대한 조사]

- 금융위원회는 보험업법 등에 위반된 사실이 있거나 공익 또는 건전한 보험거래질서의 확립을 위해 필요하다고 인정하는 경우에는 보험회사, 보험계약자, 피보험자, 보험수익자 그 밖에 보험계약에 관하여 이해관계가 있는 자에 대한 조사를 할 수 있다. (보험업법 제162조)

[보험조사협의회]

- 조사업무의 효율적인 수행을 위해 금융위원회에 금융감독원 그밖의 보험관련 기관으로 구성되는 보험조사협의회를 둘 수 있다. (보험업법 제163조)

[보험계약자 등의 의무]

- 보험계약자 또는 보험금을 취득할 자는 보험사기 행위를 하여서는 아니된다. (보험업법 제102조의 2)

