



보도	2024.6.13.(목) 석간	배포	2024.6.12.(수)		
담당부서	분쟁조정1국 보험분쟁1팀	책임자	팀장	김영대	(02-3145-5200)
		담당자	수석조사역 조사역	정수진 김나현	(02-3145-5206) (02-3145-5224)

주요 분쟁사례로 알아보는 소비자 유의사항 간편보험("유병자보험")편

주요 내용

◆ 간편보험은 유병자도 간편하게 가입할 수 있는 보험으로 최근 고령자 증가로 해당상품 가입이 증가하고 있는 추세

간편보험 가입건수 추이

	'21년	'22년	전년대비	'23년	전년대비
간편보험	361만건	411만건	+13.8%	604만건	+47.1%

○ 간편"가입"만 강조*되다 보니 소비자가 계약전알릴의무(고지의무)를 소홀히 하게 되어 보험금 지급이 거절되는 등의 피해 사례가 발생

* (붙임1) 간편보험 상품 광고 예시 참조

◆ 특히, 간편보험의 가입 대상은 대부분 질병이 있어 새로운 보험가입이 어려운 상황임을 감안할 때 소비자의 피해는 더욱 클 수가 있으므로 빈번하게 발생하는 분쟁사례를 바탕으로 소비자 유의사항을 안내

[소비자 유의사항 주요내용]

- 1 간편보험은 보험료가 높고 보장범위가 제한적일 수 있으므로, 일반보험 가입이 가능한지 여부를 먼저 확인하시기 바랍니다.
- 2 청약서에서 묻는 사항에 대하여 정확하게 알리지 않으면 보험계약이 해지되거나 보험금 지급이 안 될 수 있습니다.
- 3 보험금 지급심사과정에서 보험회사의 요청에 따라 주치의 소견을 제출하는 경우 의료자문절차없이 심사를 진행할 수 있습니다.

I 간편보험 상품특징 및 민원취약요인

상 품 특 징

- **(가입요건)** 계약전알릴의무(고지의무) 사항이 축소되어 고혈압, 당뇨 등 만성질환 보유자도 보험가입 가능
 - 간편보험은 일반보험보다 묻고 있는 질병의 종류가 적고, 질병 이력 기간도 짧으며, 치료 방식도 입원·수술 등으로 한정 ☞ (붙임2) 참조
- **(보험료)** 고지항목이 축소된 대신 보험료는 일반보험보다 비쌈
 - ※ A사 OO건강보험 암진단특약 보험료 비교 사례(남자 50세, 20년만기 전기납, 보험가입금액 5,000만원기준) : 일반보험(66,800원), 간편보험(96,550원)
- **(보장범위)** 암, 뇌혈관질환 등 중대질환 진단비, 입원·수술비 등을 보장하며, 일반보험보다 보장내용이 적을 수 있음

민 원 취 약 요 인

- 간편보험은 보험가입이 어려운 유병자가 보험에 가입할 수 있도록 하되 보험료를 높이고 보장내용을 제한한 상품인데,
 - 가입의 간편성만 강조되다 보니 건강한 사람이 일반보험 가입가능 여부를 확인하지 않은 채 간편보험을 가입하게 되는 경우 발생
- 간편보험의 경우 보장내용이 일반보험보다 제한적인데도 이러한 상품내용을 인지하지 못해 보험금청구와 관련된 분쟁이 제기됨
 - 또한, 가입 직후의 보험금 청구가 많고 그 내역이 뇌혈관질환 등 기존질병과 관련된 중증질환이 많다보니 보험금 지급심사시 의료자문을 요구하는 등 까다로운 경우가 많아 그로 인한 민원이 야기

II 소비자 유의사항

※ 본 보도자료는 소비자의 이해를 돕기 위한 예시로, 실제 보험금 지급대상 여부는 보험 약관에 따라 달라질 수 있으므로 반드시 해당 약관을 확인하시기 바랍니다.

1 건강한 사람이 간편보험에 가입하지 않도록 유의하시기 바랍니다.

◇ 간편보험은 유병자를 대상으로 하고 있어 일반보험보다 가입요건이 완화되어 보험료는 높고 보장내용이 제한적일 수 있습니다.

가 간편보험은 일반보험보다 가입은 간편하나 보험료는 높습니다.

[분쟁 사례]

□ 김OO은 보험설계사 권유로 간편보험에 가입하였으나, 이후 동 보험이 유병자보험으로 보험료가 높다는 사실을 알게 되어 민원 제기

○ 보험회사가 상품판매시 상품설명서 등을 통해 보험료가 비싸다는 점을 안내*한 것이 확인되어 민원인은 보험료 차액을 환급받지 못함

* 상품설명서 : “이 상품은 일반심사보험에 가입하기 어려운 유병력자를 대상으로 하므로 일반심사보험보다 보험료가 비쌉니다.” ⇨ 상품설명서를 교부받아 설명듣고 이해하였다고 자필 기재
모니터링콜 : “상품설명서상 보험료 예시를 통해 일반심사보험료보다 보험료가 비싸다는 내용을 비교설명 받으셨습니까?” ⇨ “네”라고 답변

※ 상품설명서 비교 내용 캡처

[일반고지형 상품과의 보험료 비교(예시)]

· 보험료 비교 (단위:원)

[기준 : 50세, 10년납(주보험, 1종), 전기납(특약) 월납, 최초계약]

구 분	보험가입금액	간편임든튼플러스종신보험(2201) (무배당,보증비용부과형) 1종		임든튼플러스종신보험 (무배당,보증비용부과형) 1종 [표준제]	
		남자	여자	남자	여자
주보험	100,000,000	715,000	653,000	662,000	608,000

➔ 간편보험과 일반보험을 비교설명받고 확인서명한 경우 계약을 취소하기 어려움

< 소비자 유의사항 >

- 1 간편보험 가입전에 상품설명서 내용 중 **간편보험**과 **일반보험**을 **비교·설명**한 부분을 꼼꼼히 **확인**할 필요가 있습니다.
- 2 간편보험 가입을 권유받은 경우 **일반보험**이 **가입가능한지부터 확인**할 필요가 있습니다.

나 간편보험은 일반보험보다 보장내용이 제한될 수 있습니다.

[분쟁 사례]

- (보험금 감액) 김OO는 보험가입한 지 1년 7개월이 되는 시점에 암 진단을 받았는데 A사(보험회사)가 보험금을 50% 감액지급
 - ➔ A사가 판매하는 다른 일반보험은 보험가입후 1년미만의 암진단비에 대해서 50% 감액지급하고 있으나, 김OO가 가입한 간편보험은 2년 미만의 암진단비에 대해 50% 감액 지급
- (보험료 납입면제) 이OO는 뇌혈관진단 후, 가입된 3개의 보험 중 최근에 가입한 간편보험만 보험료 납입면제를 받지 못함
 - ➔ 이OO이 가입한 2개의 일반보험은 약관상 뇌혈관 진단으로 보험료 납입면제되었으나, 최근에 가입한 간편보험은 뇌혈관 중 뇌출혈로 진단된 경우에만 보험료납입면제에 해당
- (보장대상질환) 박OO는 허혈성심질환 진단을 받았는데, B사는 급성심근경색증이 아니라는 사유로 보험금 미지급
 - ➔ 박OO가 B사에 가입한 간편보험은 허혈성심질환 중 급성심근경색증 진단만 보장

< 소비자 유의사항 >

- 간편보험은 유사한 보장내용이라도 일반보험보다 보장조건이 제한될 수 있으므로 보장내용을 살펴보고 가입하시기 바랍니다.
 - ① (보험금 감액조건) 주요질환별 감액기간, 감액금액 확인 필요
 - ② (보험료 납입면제) 보험료 납입면제 대상 질환 확인 필요
 - ③ (보장대상질환) 약관상 질환별 보장범위 확인 필요

[참고] 뇌 및 심장 질환의 세부질환별 보장범위

구분	세부질환별 보장범위
뇌질환	· 뇌혈관(35.5%*) > 뇌졸중(20.7%) > 뇌출혈(4.6%)
심장질환	· 허혈성심질환(20.4%) > 급성심근경색증(7.5%)

* ()은 80세까지의 추정발생률(보험개발원 2024년 장기손해보험 참조순보험요율(남자) 기준)

※ 구체적인 보장범위는 보험회사, 상품에 따라 달라질 수 있음

2

청약서에서 묻는 사항에 대하여 정확하게 알리지 않으면 보험 계약이 해지되거나 보험금 지급이 안 될 수 있습니다.

◇ 간편보험은 유병자도 가입할 수 있도록 고지항목을 축소한 것일 뿐, 청약서에서 묻고 있는 고지항목에 대하여 정확하게 답하셔야 합니다.

가

가입전 **3개월** 이내에 "**입원 필요소견**", "**수술 필요소견**", "**추가검사 또는 재검사 필요소견**"을 받은 적이 있는지 정확하게 고지해야 합니다.

※ 간편보험의 상품 종류에 따라 다를 수 있음

[분쟁 사례]

- 김OO는 간편보험 가입 전 3개월 이내 건강검진에서 '갑상선 양성 결절' 소견으로 미세침흡인검사가 필요하다는 소견을 받았으나, 청약시 추가검사(재검사) 필요소견 여부에 대해 '아니오'라고 답변
 - 가입이후 갑상선암 확정진단을 받고 보험금을 청구하였으나, 보험 회사는 추가검사(재검사) 필요소견 미고지를 이유로 계약 해지
- ➔ 건강검진 결과지에 의사의 추가검사(재검사) 필요소견이 있는 경우 고지사항에 해당

< 소비자 유의사항 >

- 가입전 3개월 이내에 의사의 진단서나 소견서 등(건강검진결과지 포함)을 통해 입원 필요소견, 수술 필요소견, 추가검사·재검사 필요소견을 받은 경우 고지해야 합니다.
 - 여기서 **추가검사(재검사)**란 검사결과 **이상소견이 확인되어 보다 정확한 진단**을 위해 시행한 **검사**를 말하며,
 - **병증에 대한 치료 필요없이 유지**되는 상태에서 시행하는 **정기검사** 또는 **추적관찰**은 **포함하지 않습니다.**

나

가입전 **2년** 이내에 “**입원**”하거나 “**수술**”받은 적이 있는지 정확하게 고지해야 합니다.

※ 간편보험의 상품 종류에 따라 다를 수 있음

[분쟁 사례]

- 권OO는 1년 11개월 전에 입원한 적이 있으나, 2년이 경과한 것으로 착각하고 2년 이내 입원여부에 대하여 ‘아니오’라고 답변
 - ➔ 청약서 질문에 대하여 착각으로 인해 잘못 고지한 경우도 고지의무 위반에 해당
- 김OO는 대장용종제거가 수술에 해당되는 줄 모르고 간편보험 가입시 2년 이내 수술여부에 대하여 ‘아니오’라고 답변
 - * 건강검진 등에서 대장내시경을 시행하면서 용종제거를 한 경우 ‘수술’에 해당
 - ➔ 내시경으로 인한 수술도 고지대상인 “수술” 사항에 해당
- 설OO는 간편보험 가입 5개월전 경추MRI검사를 위해 당일입원* 하였으나 당일입원은 입원이 아니라고 생각하여 미고지
 - * 당일입원 : 보건복지부의 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사 지침」 및 판례(대법원 2004도6557)에 의하면 입원실 체류시간이 6시간이상이면서 실제 받은 치료의 실질이 입원치료에 해당하는 경우를 의미
 - ➔ 입·퇴원확인서상의 당일입원도 청약서상 고지대상인 “입원” 사항에 해당

< 소비자 유의사항 >

- 가입전 2년 이내 입원이나 수술에 대하여 정확하게 알려야 합니다. (상품별로 고지항목이 다를 수 있음)
 - ① 과거 입원·수술이력이 있다면 **마지막 입원일이나 수술일로부터 2년이 경과하였는지** 꼼꼼히 계산해볼 필요가 있습니다.
 - ② **대장용종제거**는 **수술**로서 **고지대상**입니다(건강진단시도 포함).
 - ③ MRI검사 등을 위한 **당일입원, 응급실입원**도 **고지대상** 입원입니다.

다

가입전 5년 이내에 "암"등 질문대상 질병으로 "진단", "입원", "수술"받은 적이 있는지 정확하게 고지해야 합니다.

※ 간편보험의 상품 종류에 따라 다를 수 있음

[분쟁 사례]

- 암 환자인 김OO는 간편보험 가입전 5년 이내에 항암 치료를 위해 입원한 적이 있으나, 암 진단시점은 6년여 경과하여 관련 입원은 고지 안 해도 되는 것으로 생각하고 청약시 암관련 입원 내역에 대해 미고지
 - ➔ 청약서는 5년 이내에 암으로 인한 진단, 입원, 수술 중 하나라도 해당하는 경우 고지토록 하고 있어 고지의무 위반에 해당
- 신OO는 의사로부터 폐암 진단을 받고 치료를 시작하지 않은 채 다른 의사 소견을 들어보기 위해 병원을 알아보던 중 간편보험에 가입하면서 '5년 이내의 암진단'여부에 대하여 '아니오'라고 답변
 - ➔ 청약서는 치료여부를 묻지않고 5년 이내의 암진단 여부를 묻고 있어 고지의무 위반에 해당

< 소비자 유의사항 >

- ① 5년 이내에 암 등으로 진단, 입원, 수술 중 하나라도 해당사항이 있으면 고지해야 합니다.
 - 예) 7년전에 암진단을 받고, 3년전에 암 치료를 사유로 입원한 적이 있다면 고지대상에 해당
- ② 고지대상 질병에 대해 질병진단받은 경우 별도 치료내역이 없더라도 고지해야 합니다.
- ③ 보험회사별로 고지대상 병명 등 구체적인 질문이 다를 수 있으므로 묻는 항목을 정확히 읽어보고 답변할 필요가 있습니다.

3

보험금 지급심사과정에서 보험회사의 요청에 따라 주치의 소견을 제출하는 경우 의료자문절차없이 심사를 진행할 수 있습니다.

- ◇ 보험금 지급심사과정에서 주치의 소견이 명확하지 않을 경우 보험회사의 의료자문 절차 등이 따를 수 있습니다.
- ◇ 필요시 보험회사 직원과 직접 동행하여 주치의와 면담을 실시하고 그를 통해 주치의의 소견을 확인하는 방법도 있습니다.

[분쟁 사례]

- 박OO는 손가락을 다쳐 장해진단 보험금을 청구하였는데, 보험회사는 장해진단 적정성 확인이 필요하다고 주치의 소견을 요구
 - 주치의가 보험회사의 소견을 거부하자 박OO는 주치의와의 면담 예약을 통해 보험회사 담당자와 함께 주치의 면담을 실시
- ➔ 보험회사는 박OO의 적극적인 협조로 주치의 소견을 받았고 그 소견에 따라 장해 정도를 인정하고 보험금을 지급
- 김OO는 암진단후 보험금을 청구하자 보험회사 현장조사자가 주치에게 소견을 요구하였으나 주치의가 소견을 거절
- ➔ 보험회사는 주치의 소견 거절을 사유로 의료자문을 시행하였으며, 약관상의 암으로 볼 수 없다는 결과에 따라 보험금을 부지급

< 소비자 유의사항 >

- ① 보험금 청구후 보험회사가 주치의 소견 확인을 통한 보험금지급 사유의 적정성 검토가 필요하다고 할 경우 주치의 소견 확보에 적극 협조하는 것이 좋습니다.
- ② 주치의가 소견을 제시하더라도 의학적인 근거가 부족한 경우 등 표준내부통제기준에서 정한 다음의 경우에는 보험회사는 의료자문을 실시할 수 있습니다. (의료자문 표준내부통제기준 제10조)
 - ① 담당의사 소견 거부, ② 청구내용 불일치, ③ 의학적 재검토 필요,
 - ④ 의학적 근거 미비, ⑤ 전문 의학정보 필요, ⑥ 보험금 청구권자 요청

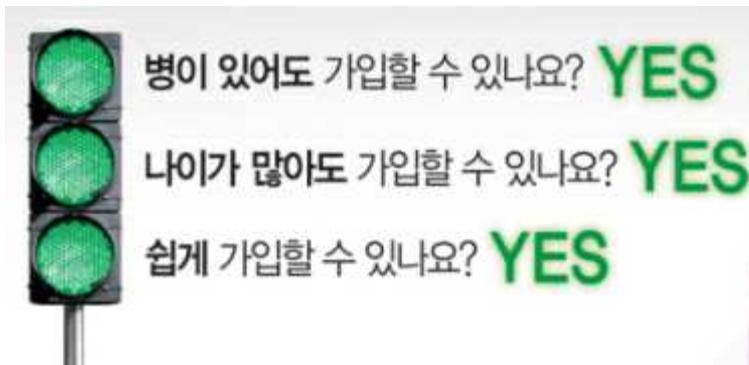
☞ 본 자료를 인용하여 보도할 경우에는 출처를 표기하여 주시기 바랍니다. (<https://www.fss.or.kr>)

붙임 1 간편보험 상품 광고 예시

- 보험회사사들은 일반보험 가입이 어려운 고령자·유병자를 대상으로 주로 “가입 가능성”에 초점을 맞춰 마케팅을 진행

< A사 >

국내최초! 딱3가지만 묻는



< B사 >

병력이 있어도, 나이가 많아도 가입 가능한

< C사 >

혈압, 당뇨약을 먹어도

가입 후 1년마다 **무사고시 보험료 할인! (최대 5회)**
(3가지 질문 통과시 가입가능, 인수기준에 따라 가입이 거절될 수 있음)

< D사 >

병력이 있어도, 나이가 많아도!
간편심사로 가입 가능한

< E사 >

2가지 질문으로
간편하게 가입하세요!

< F사 >

고령자 및 유병력자도
간편하게 가입 가능

붙임 2

간편보험과 일반보험의 질병관련 고지항목 비교

간편보험 ^{주)} (3개 질문)	일반보험 (5개 질문, 표준사업방법서)	비고
<p>최근 3개월 이내에 아래 의료행위를 받은 적이 있는지 여부</p> <p>1) 입원 필요조건 2) 수술 필요조건 3) 추가검사(재검사) 필요조건</p> <p>※ 필요조건은 의사로부터 진단서 또는 소견서를 발급받은 경우 또는 의사가 진료기록부 등에 기재하고 환자에게 설명하거나 권유한 경우를 말함</p>	<p>최근 3개월 이내에 아래 의료행위를 받은 적이 있는지 여부</p> <p>1) 질병확정진단 2) 질병의심소견 3) 치료 4) 입원 5) 수술(제왕절개 포함) 6) 투약</p> <p>※ 질병의심소견이란 의사가 진단서나 소견서 또는 진료의뢰서 등을 포함하여 서면(전자문서 포함)으로 교부한 경우를 말함</p> <p><i>최근 1년 이내의 추가검사(재검사) 여부</i></p>	<p>질문항목 축소 (6개 → 3개)</p> <p>추가검사(재검사)의 고지기간 축소 (1년 → 3개월)</p>
-	<p><i>최근 3개월 이내에 마약을 사용하거나 혈압강하제 · 신경안정제 · 수면제 · 각성제(흥분제) · 진통제 등 약물 상시 복용한 사실이 있는지 여부</i></p>	<p>질문항목 삭제</p>
<p>최근 2년 이내에 아래 의료행위를 받은 적이 있는지 여부</p> <p>1) 입원 2) 수술(제왕절개 포함)</p>	<p>최근 5년 이내에 아래 의료행위를 받은 적이 있는지 여부</p> <p>1) 입원 2) 수술(제왕절개 포함) 3) 계속하여 7일 이상 치료 4) 계속하여 30일 이상 투약</p>	<p>고지기간 축소 (5년 → 2년)</p> <p>질문항목 축소 (4개 → 2개)</p>
<p>최근 5년 이내에 다음 질병으로 인한 아래의 의료행위를 받은 적이 있는지 여부</p> <p><input type="checkbox"/> 암, 간경화증, 투석중인 만성 신장질환, 파킨슨병, 루게릭병</p> <p>※ 백혈병은 혈액암의 일종으로 암에 해당</p> <p>1) 진단 2) 입원 3) 수술</p>	<p>최근 5년 이내에 다음 10대 질병으로 인한 아래의 의료행위를 받은 적이 있는지 여부</p> <p><input type="checkbox"/> 10대 질병 : 암, 백혈병, 고혈압, 협심증, 심근경색, 심장판막증, 간경화증, 뇌졸중증(뇌출혈, 뇌경색), 당뇨병, 에이즈(AIDS) 및 HIV 보균</p> <p>※ 단, 실손의료보험은 '직장 또는 항문 관련 질환'을 포함하여 11대 질병이 고지대상</p> <p>1) 질병확정진단 2) 치료 3) 입원 4) 수술 5) 투약</p>	<p>대상질병 축소 (10대 질병 → 암, 간경화증, 만성신장질환, 파킨슨병, 루게릭병)</p> <p>질문항목 축소 (5개 → 3개)</p>

주) 간편보험 질문사항은 예시로서 회사별로 달라질 수 있음

▣ 상법

제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지) 보험계약당시에 보험계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 중요한 사항을 고지하지 아니하거나 부실의 고지를 한 때에는 보험자는 그 사실을 안 날로부터 1월내에, 계약을 체결한 날로부터 3년내에 한하여 계약을 해지할 수 있다. 그러나 보험자가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못한 때에는 그러하지 아니하다.

제651조의2(서면에 의한 질문의 효력) 보험자가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정한다.

제655조(계약해지와 보험금청구권) 보험사고가 발생한 후라도 보험자가 제650조, 제651조, 제652조 및 제653조에 따라 계약을 해지하였을 때에는 보험금을 지급할 책임이 없고 이미 지급한 보험금의 반환을 청구할 수 있다. 다만, 고지의무(告知義務)를 위반한 사실 또는 위험이 현저하게 변경되거나 증가된 사실이 보험사고 발생에 영향을 미치지 아니하였음이 증명된 경우에는 보험금을 지급할 책임이 있다.

▣ 표준약관(생명보험)

제13조(계약 전 알릴 의무) 계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 '계약 전 알릴 의무'라 하며, 상법상 '고지의무'와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제14조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과) ① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제13조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때

3. 계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
 4. 회사가 이 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(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다)
 5. 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
다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 계약의 처리 결과를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.<개정 2020.7.31., 2022.9.30.>
- ③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제32조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
- ④ 제13조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

제15조(사기에 의한 계약) 계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물사용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기의사에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 보장개시일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터는 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

▣ 의료자문 표준내부통제기준(생·손보험회 공동, '21.9월 시행)

제10조(의료자문 실시 대상) 보험회사는 보험금 지급 심사와 관련하여 다음 각 호에 해당하는 경우 의료자문을 실시할 수 있다.

1. 보험계약자 등이 제출한 의학적 증거에 대해 담당의사가 이에 대한 확인 및 소견을 거부하거나, 소견 내용이 불분명한 경우 (⇨ 담당의사 소견 거부)
2. 보험계약자 등이 제출한 주요 검사결과, 치료경과 내역 등 의학적 증거가 청구 내용과 상이한 경우 (⇨ 청구내용 불일치)
3. 피보험자의 과거 의료기록, 주변인 진술 또는 관련 주변정황 등을 감안할 때 의학적 재검토가 필요하다고 판단되는 경우 (⇨ 의학적 재검토 필요)
4. 제출된 자료의 미비, 부실 기재 등으로 보험금 지급 심사를 위한 의학적 정보가 부족한 경우 (⇨ 의학적 근거 미비)
5. 보험회사가 자체적으로 판단이 불가능한 고도의 의학 전문 분야인 경우(⇨ 전문 의학 정보 필요)
6. 보험금 청구권자의 요청에 대해 보험회사가 동의한 경우 (⇨ 보험금 청구권자 요청)