

## 제47회 신체손해사정사 2차 시험 제3보험 이론과 실무 총평

최상은 강사 작성

무더운 여름날씨에 시험 보시느라 너무 고생이 많으셨습니다.

날씨도 무더운데 제3보험 시험문제가 이전 시험과는 다르게 유형 변경이 되어 많이 당황하셨을 것 같습니다.

그러나 약술에서 당황되는 문제가 나왔으나, 내가 모르면 남도 모른다.

모든 사람이 당황했기에 멘탈을 잘 잡고 시험보신 분이 좋은 성과를 냈을 거라 기대합니다. 시험문제는 약술에 일부 문제를 제외하고는 기본에 충실하신 분이라면 충분히 풀어내실 수 있는 시험이었던 것 같습니다.

계산문제가 많아 시간이 부족할 수는 있었을 수 있지만 약관내용을 명확하게 이해하신 분이라면 풀이하시는데 어려움은 없었을 것이라 생각합니다.

대법원판례를 사례화해 출제한 문제들이 많았던 것 같습니다. 본인부담상한제, 계약 전 알릴의무에 계약 후 상해보험 통지의무까지 적용할 수 없는 판례 등이 있었습니다.

약관에 약술을 준비하고, 장해지급률 문제를 풀이하기 위하여 암기하시는데 시간을 많이 들이셨을 텐데 이번 시험은 그런 부분에서는 이전 시험 패턴에 맞춰 열심히 공부하신 분들은 아쉬움이 있었을 것 같습니다.

그러나 기본에 충실하셨기 때문에 계산문제 풀이에서 닦은 실력이 발휘됐을 것이라 믿습니다.

내년에 준비하시는 분들도 혼란스러우실 것 같은데, 역시 이번 시험도 기본에 충실하게 준비해야 하는 시험인 것을 보여준 것 같습니다. 어설프게 약관을 준비하면 마지막에 혼란스러워 답지 작성하면서 오류를 범한 분들이 많으실 것입니다.

약관을 명확하게 이해하고 암기하여 실무에 적용하는 시험이라는 것을 보여준 것 같습니다. 공부할 양이 조금 더 많아지는 것 같습니다.

열심히 준비하신 분들은 분명 좋은 결과가 있을 것입니다.

한 해 동안 충실하게 묵묵하게 공부하신 여러분 합격을 기원합니다~!

수고 많으셨습니다.

## 제47회 보험계리사 및 손해사정사 제2차 시험문제

(2024년도 시행)

### 【제3보험 이론과 실무 모범답안】

최상은 강사 작성

문 1. 「상해보험」에 관한 아래 질문에 답하십시오. (15점)

(1) 「상해보험 표준약관」에서 규정한 '상해의 정의'를 기술하십시오. (4점)

모범답안

- 보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체에 입은 상해.
- 의수, 의족 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외
- 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함.

(2) 상해보험은 상법과 보험업법에서 다르게 분류되어 있다. 이에 대해 기술하십시오. (4점)

모범답안

1. 상법

손해보험과 인보험으로 분류

인보험은 생명보험, 상해보험, 질병보험으로 분류

2. 보험업법

생명보험업, 손해보험업, 제3보험업으로 분류

제3보험은 상해보험, 질병보험, 간병보험, 그 밖에 대통령령으로 정하는 보험종목으로 분류

(3) 신체손해사정사가 상해보험의 보험사고에 대한 손해사정 업무를 수행할 수 있는 '법률적 근거'를 기술하십시오. (7점)

모범답안

1. 보험업법 제185조(손해사정)

대통령령으로 정하는 보험회사는 보험사고에 따른 손해액 및 보험금의 사정에 관한 업무를 직접 수행하거나 손해사정사 또는 손해사정을 업으로 하는 자를 선임하여 그 업무를 위탁하여야 한다. 다만, 아래에 해당하는 경우에는 그러하지 아니하다. <개정 2024. 2. 6.>

1) 보험사고가 외국에서 발생한 경우

2) 보험계약자 등이 금융위원회가 정하는 기준에 따라 손해사정사를 따로 선임한 경우로서 보험회사가 이에 동의한 경우

2. 보험업법 시행규칙 제52조(손해사정사의 구분)

1) 신체손해사정사: 책임보험계약, 상해보험계약, 질병보험계약, 간병보험에 따른 보험계약의 손해액(사람의 신체와 관련된 손해액만 해당한다), 자동차 사고 및 그 밖의 보험사고로 인한 사람의 신체와 관련된 손해액 사정

3. 보험업감독규정 제9-16조(보험계약자 등의 손해사정사 선임)

① 보험업법 제185조에서 정한 “보험계약자 등”이라 함은 보험계약자·피보험자·보험수익자·피해자·그 밖에 보험사고와 관련된 이해관계자를 말한다.

**문 2. 아래 조건을 참고하여, 보험회사의 지급보험금을 산출하시오. (15점)**

모범답안

1. 보장담보확인 및 지급

교통사고로

- 상해사망 부책 1억지급
- 상해후유장해 3~79%장해담보 80%미만시에만 부책으로 지급금 없음
- 상해80%이상후유장해담보 80%이상시에만 부책 1억지급
- 

2. 장해지급률

(1) 우측 팔 : 60%

- 1) 우 팔꿈치관절 상부에서 절단으로 ‘한 팔의 손목이상을 잃었을 때 60% ‘
- 2) 절단 장해의 경우 별도의 기간 등 장해 평가 조건 없음.

(2) 척추 : 30%

- 1) 흉추 3개의 척추체 유합으로 ‘ 척추의 뚜렷한 운동장해를 남긴 때 30% ‘
- 2) 약관상 척추체 유합은 별도의 기간, 내고정물 등의 제거 후 장해 평가 조건 없음.
- 3) 보험금지급에 관한 세부규정에 상해 발생 일부터 180일 이내에 확정되지 않은 경우에 상해 발생일로부터 180일이 되는 날의 의사 진단을 기초로 하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정한다고 되어 있어
- 4) 장해분류표에 별도의 기간을 명시하지 않은 확정 장해는 기간 관계없이 지급가능.
- 5) 문제의 조건에서 보험회사의 장해판정 유예 및 보험금 부지급 반증자료 없어 지급

3. 사망

외상성 뇌출혈에 따른 뇌부종사망으로 상해사망.

4. 보험금지급계산

- (1) 장해지급률 90%로 상해80%이상후유장해담보 1억 지급
- (2) 상해사망 1억 지급

문 3. 아래 조건을 참고하여, 질문에 답하십시오. (20점)

1) 계약 전 알릴 의무 내용 중 밑줄 친 “추가검사(재검사)”의 의미를 약술하십시오. (6점)

모범답안

1. 검사 결과 이상 소견이 확인되어 보다 정확한 진단을 위해 시행한 검사
2. 병증 변화나 특별한 치료 없이 정기적으로 받는 건강검진 및 추적관찰은 해당하지 않음

2) A~C보험의 보상책임을 결정하고 지급보험금을 계산하십시오. (14점)

모범답안

1. A사

(1) 보장담보확인

암진단, 소액암 진단 시 부책

- 1) ① 2020. 11.10일 대장용종수술 및 입원 계약 전 알릴 의무 위반으로 해지
- 2) ② 담보되지 않은 치료로 지급 해당사항 없음
- 3) ③ 담보되지 않은 치료로 지급 해당사항 없음
- 4) ④ 해당사항 없음
- 5) ⑤ 전립선암 조직검사보고일 2023, 7.24일 암진단 부책 (1년 이내 암진단)  
3천만원 \* 50% = 1천500만원 지급

(2) 지급처리

- 1) 계약 전 알릴 의무 2번에 해당하여 계약해지 처리하고 해약환급금 계약자에게 지급
- 2) 전립선암과 대장용종 인과관계 없어 보험금 지급  
가입 후 1년 이내 암진단으로 가입금액 50% 1천 500만원 지급

2. B사

(1) 보장담보확인

사망시 부책

- 1) ① 2020. 11.10일 대장용종수술 및 입원 계약전알릴의무 위반으로 해지

(2) 지급처리

- 1) 계약 전 알릴의무 2번에 해당하여 계약해지 처리하고 해약환급금 계약자에게 지급

3. C사

(1) 보장담보확인

암진단, 소액암 진단시 부책

- 1) ① 2020. 11.10일 대장용종수술 및 입원 계약 전 알릴 의무 해당 없음
- 2) ② 2023. 1. 27일 전립선 비대증 진단 및 통원3회 계약 전 알릴 의무 해당 없음
- 3) ③ 2023. 4. 14일 PSA 약간상승만 있어 계약 전 알릴의무 해당 없음
- 4) ④ 2023. 4. 14일 PSA 약간상승만 있고 진단서, 소견서 작성 없고, 환자통지 및 설명  
없이 계약 전 알릴의무 해당 없음

- 5) ⑤ 전립선암 조직검사보고일 2023, 7.24일 암진단 부책 (1년 이내 암진단)  
1천만원 \* 50% = 1천만원 지급

(2) 지급처리

- 1) 가입 후 1년 이내 암진단으로 가입금액 50% 1천만원 지급

문 4. 아래 조건을 참고하여, 질문에 답하시오. (20점)

(1) 보험회사 손해사정 처리결과의 적정성을 판단하고 근거를 기술하시오. (10점)

모범답안

1. 보장담보 확인 및 보험금지급

상해사망시 보험금 지급

- (1) 가입전 직업고지 위반으로 계약전 알릴의무 위반

- (2) 알릴의무 위반의 효과 적용하여 해지가능하나,

회사가 1회보험료 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년경과 및 계약을 체결한 날부터 3년 경과지나 해지제한사유로 해지제한 사유로 해지할 수 없음.

- (3) 따라서 보험회사의 해지처리는 부당함.

2. 보험금지급

해지제한사유로 해지할 수 없어

사망보험금 4억 지급

3. 관련근거

- (1) 대법원 2024. 6. 27. 선고 2024다219766 판결

상법 제651조의 고지의무는 중요한 사실이 보험계약 성립 시에 존재하는 경우에 발생하고, 상법 제652조의 통지의무는 보험계약 성립 시에는 존재하지 않았지만 그 이후 보험기간 중에 사고발생의 위험이 새롭게 변경 또는 증가된 경우에 발생한다고 보아야 한다. 한편 보험계약자 또는 피보험자가 고지의무를 위반함으로써 보험계약 성립 시 고지된 위험과 보험기간 중 객관적으로 존재하게 된 위험에 차이가 생기게 되었다는 사정만으로는 보험기간 중 사고발생의 위험이 새롭게 변경 또는 증가되었다고 할 수 없다. 이 경우 보험자는 상법 제651조의 고지의무 위반을 이유로 계약을 해지할 수는 있어도 상법 제652조의 통지의무 위반을 이유로 계약을 해지할 수는 없다. 이는 고지의무 위반에 따른 해지권 행사의 제척기간이 경과하여 보험자가 고지의무 위반을 이유로 계약을 해지할 수 없게 된 경우에도 마찬가지이다.

(2) 보험회사가 수익자별로 지급해야 할 보험금을 계산하고 근거를 기술하시오. (5점)

모범답안

1. 보험금지급

상해사망보험금 4억 지급

2. 상속인별 지급금

피보험자 A의 상속인은 자녀 C, D임

상속지분 각 1  
4억 \* 1/2 = 2억

- (1) C 상속분 및 지급금 자녀 F에게 대습상속  
1) 상속분 2억  
2) 사실혼은 상속이 되지 않음
- (2) D 상속분 및 지급금  
1) 상속분 2억

### 3. 상속

#### (1) 법정상속순위

우리 민법은 상속순위를 다음과 같이 규정하고 있다(민법 제1003조).

제1순위 : 피상속인의 직계비속과 배우자

제2순위 : 피상속인의 직계존속과 배우자

※ 배우자 : 단독상속(피상속인의 직계비속, 직계존속이 없을 경우)

제3순위 : 피상속인의 형제자매

제4순위 : 피상속인의 4촌 이내의 방계혈족

#### (2) 대습상속 [민법 제1001조]

상속인이 될 직계비속 또는 형제자매가 상속개시 전에 사망하거나 결격자가 된 경우에 그 직계비속이 있는 때에는 그 직계비속이 사망하거나 결격된 자의 순위에 갈음하여 상속인이 된다.

##### 1) 대습상속분

사망 또는 결격된 자에 갈음하여 상속인이 된 자의 상속분은 사망 또는 결격된 자의 상속분에 의한다.

문 5. 아래 조건을 참고하여, 보험회사의 지급보험금을 산출하시오. (15점)

모범답안

1. 담보사항 확인 및 보험금 지급

암사망시 부채

장기요양진단 국민건강보험공단장기요양등급 판정 시 부채

(1) 2021. 1.11일 대장암 의심소견

1) 가입전 직업고지 위반으로 계약전 알릴의무 위반

2) 알릴의무 위반의 효과 적용하여 해지가능하나,

회사가 1회보험료 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년경과 및 계약을 체결한 날부터 3년 경과 지나 해지제한사유로 해지제한 사유로 해지할 수 없음.

(2) 2024. 6. 19일 대장암 다발성전인 폐혈증 사망

1) 암사망보험금 1000만원 지급

2) 장기요양진단 계약자적립액 지급

(3) 2024. 6. 21일 국민건강보험공단 장기요양등급(1등급)판정 되었으나 계약소멸 이후 판정으로 지급해당없음.

2. 지급액

(1) 암사망 1억지급

(2) 장기요양진단담보 계약자 적립액 지급

3. 관련근거

대법원 2023. 10. 12. 선고 2020다232709(본소), 2020다232716(반소) 판결

보험회사와 체결한 보험계약의 약관에는 ‘피보험자가 보험기간 중 사망할 경우 보험계약은 소멸한다.’는 조항과 ‘신(신)장기간병요양진단비 보험금은 피보험자가 보험기간 중 노인장기요양보험 수급대상으로 인정되었을 경우 지급한다.’는 조항을 두고 있는데, 갑이 국민건강보험공단에 장기요양인정을 신청하여 장기요양등급 판정을 받았으나 그 판정 전에 사망한 사안에서, 위 보험계약에서 보험금 지급사유로 정한 ‘피보험자가 보험기간 중 노인장기요양보험 수급대상으로 인정되었을 경우’는 특별한 사정이 없는 한 ‘피보험자가 보험기간 중 국민건강보험공단 등급판정위원회에 의하여 장기요양등급을 판정받은 경우’를 말하고, 피보험자가 노인장기요양보험 수급대상에 해당할 정도의 심신상태임이 확인되었다고 하더라도 장기요양등급 판정을 받지 않은 상태에서 보험계약이 소멸하였다면 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생하였다고 볼 수 없는데도, 이와 달리 보험기간 중 장기요양등급 판정을 받지 못하더라도 그 원인으로 장기요양이 필요하다는 사실이 확인되면 보험금 지급사유가 발생한다고 본 원심판단에 보험약관 해석에 관한 법리오해의 잘못이 있다고 한 사례.

문 6. 아래 질문에 답하시오.(20점)

(1) 피보험자 갑(甲)은 국민건강보험이 적용된 ‘③ 입원기간’에 대해 2024. 7. 10. 보험회사에 보험금을 청구하였다. (단, ①~② 입원기간에 대해서는 보상완료됨) 상기 조건을 참고하여 A 보험회사의 지급보험금을 산출하시오. (12점)

모범답안

① 입원기간 : 580만원

(1) 급여 : 80만원

보장대상의료비 100만원 \* 80% = 80만원

보장책임액 80만원 ≤ 2천만원

(2) 비급여: 360만원

800만원 = 상급병실차액 300만원 - MRI 100만원 - 주사료 100만원 = 300만원

보장대상의료비 300만원 \* 70% = 210만원

병실차액지급액 150만원 = min(300만원 \* 50% = 150만원, 1일 10만원 \* 15일 = 150만원)

비급여 : 210만원 + 150만원 = 360만원

보장책임액 360만원 ≤ 2천만원

(3) 3대비급여 MRI: 70만원

보장대상의료비 100만원 - max (3만원, 100만원 \* 30% = 30만원) = 70만원

보상책임액 70만원 ≤ 300만원

(4) 3대비급여 주사료 : 70만원

보장대상의료비 100만원 - max (3만원, 100만원 \* 30% = 30만원) = 70만원

보상책임액 70만원 ≤ 250만원

의료기관 1회 통원 또는 1회 입원하여 치료목적으로 2회 이상 주사치료를 받더라도 1회로 본다.

② 입원기간 : 990만원

(1) 급여 : 240만원

보장대상의료비 300만원 \* 80% = 240만원

보장책임액 80만원+ 240만원 ≤ 2천만원

(2) 비급여: 575만원

1200만원 = 상급병실차액 450만원 - 증식치료 50만원 - 주사료 200만원 = 500만원

보장대상의료비 500만원 \* 70% = 350만원

병실차액지급액 450만원 = min(450만원 \* 50% = 225만원, 1일 10만원 \* 25일 = 250만원)

비급여 : 350만원 + 225만원 = 575만원



보장책임액 360만원+ 575만원 ≤ 2천만원

(3) 3대비급여 증식치료 : 35만원

보장대상의료비 각 10만원 - max (3만원, 10만원 \* 30% = 3만원) = 7만원

7만원 \* 5회 = 35만원

보상책임액 35만원 ≤ 350만원

(4) 3대비급여 주사료 : 140만원

보장대상의료비 200만원 - max (3만원, 200만원 \* 30% = 60만원) = 140만원

보상책임액 70만원 + 140만원 ≤ 250만원

③ 입원기간 720만원 = 급여 80만원 + 비급여 565만원+ 체외충격파치료 35만원 + 주사료 40만원

(1) 급여 : 80 만원

- 본인부담상한제 8분위 400만원 대상자

- 국민건강보험 본인부담상한제는 매년 1.1~12.31일 요양급여비용 중 소득수준별 본인이 부담한 비용의 연간 총액이 일정 상한액을 초과하는 경우 그 초과액을 국민건강보험에서 부담하는 제도

2023년 급여 300만원 + 200만원 = 500만원으로 본인부담상한액 400만원 초과 100만원은 국민건강보험에서 환급받은 금액으로 실손보험에서 보장하지 않음

200만원 - 본인부담상한액 초과 100만원 = 100만원

보장대상의료비 100만원 \* 80% = 80만원

보장책임액 80만원+ 240만원+ 80만원 ≤ 2천만원

(2) 비급여: 565만원

1000만원 = 상급병실차액 150만원 - 체외충격파치료 50만원 - 주사료 100만원 = 700만원

보장대상의료비 700만원 \* 70% = 490만원

병실차액지급액 75만원 = min(150만원 \* 50% = 75만원, 1일 10만원 \* 20일 = 200만원)

비급여 : 490만원 + 75만원 = 565만원

보장책임액 360만원+ 575만원 + 565만원 ≤ 2천만원

(3) 3대비급여 체외충격파치료

보장대상의료비 각 10만원 - max (3만원, 10만원 \* 30% = 3만원) = 7만원

7만원 \* 5회 = 35만원

보상책임액 35만원 + 35만원 ≤ 350만원

(4) 3대비급여 주사료

보장대상의료비 100만원 - max (3만원, 100만원 \* 30% = 60만원) = 70만원

보상책임액 70만원 + 140만원 + (보상책임액 70만원 - 30만 한도초과 = 40만원지급) ≤ 250

지급액 40만원

(2) 공보험(public insurance)인 「국민건강보험」과 이를 보완하는 사보험(private insurance)인 「실손의료보험」의 ‘공통점’과 ‘차이점’을 기술하시오. (8점)

모범답안

1. 공통점

- (1) 질병 또는 상해로 치료시 의료비용의 부담을 줄이기 위하여 가입
- (2) 국민건강지원
- (3) 실손해액을 보상
- (4) 자기부담금이 있음

2. 차이점

구분	국민건강보험	실손보험
보장 범위	국민의 질병·부상에 대한 예방·진단·치료·재활과 출산·사망 및 건강증진에 대하여 보험급여 실시	보험회사가 보상하는 질병 또는 상해로 인한 손해
		국민건강보험에서 보장하지 않는 의료비를 보장
가입	의무가입	입의가입
언더 라이팅	대한민국거주 국민 건강상태 가입제한 없음	가입연령, 건강상태 보험회사 인수 조건에 부합
보장기간	평생	1년 이상 단위 갱신