



배타적 사용권 심층분석

복합심사 인수특약

특약 단위 심사 분리가 인수풀 구성과
요율 기초가정에 미치는 구조적 영향

회사	교보생명보험
부가 상품	교보K-맞춤건강보험(무배당, 복합심사형)
배타권	생명보험협회 6개월 부여 (2026년 8월 7일 공표)
분석일	2026년 8월 22일

총평

본 특약은 위험을 보장하는 담보가 아니라 **인수심사의 적용 단위를 상품에서 특약으로 내리는 제도성 특약**이다. 기존 건강보험은 피보험자의 병력을 근거로 상품 전체를 일반심사형과 간편심사형 중 하나로 배정했고, 그 결과 고혈압 치료 이력이 있는 사람은 질환과 무관한 암 진단 특약까지 간편심사 요율로 부담해야 했다. 본 특약은 이 배정 단위를 특약별로 분해하여, 표준체로 정상 인수가 가능한 특약은 일반심사 요율로, 그렇지 않은 특약만 간편심사 요율로 가입하도록 한다.

생명보험협회는 2026년 8월 7일 6개월의 배타적사용권을 부여했다. 심의위원회는 일반심사보험과 간편심사보험의 이분법적 체계를 허물고 업계 최초로 복합심사형 구조를 구현한 점, 그리고 기존 유병자보험이 주계약과 모든 특약에 간편심사 요율을 일괄 적용하던 한계를 극복한 점을 평가했다. 회사는 고지혈증 약을 복용 중인 40세 남성이 암 진단 특약을 일반심사로 가입할 경우 기존 간편심사보험 대비 약 **16.2%**의 보험료 절감이 가능하다고 제시했으며, 개발과정요약서에는 특정 조건에서 월 20,749원, 20년간 총 498만 원 절감 사례가 담겼다.

계리적 관점에서 이 구조가 제기하는 핵심 논점은 소비자 편익이 아니라 **인수풀 구성의 변화**다. 기존 간편심사 요율은 '유병자가 상품 전체를 간편심사로 가입한 집단'의 경험을 전제로 산출되었다. 그 집단에는 해당 담보에 대해 실질적으로 표준체에 가까운 계약도 상당수 포함되어 위험이 희석되어 있었다. 복합심사에서는 **일반심사로 정상 인수가 불가능한 담보만이 간편심사 풀로 유입**되므로, 간편심사 풀의 위험 집중도가 구조적으로 상승한다. 본 보고서는 이를 **반선택 농축(anti-selection concentration)**으로 명명하고 제4장에서 정식화한다.

이 위험은 상품 설계의 결함이 아니라 정교화의 필연적 대가다. 심사를 세분화할수록 각 풀은 동질화되고, 동질화된 풀의 요율은 기존 혼합 풀 요율과 달라야 한다. 따라서 성패는 **간편심사 요율을 기존 수준 그대로 적용했는가, 아니면 풀 구성 변화를 반영해 재산출했는가**에 달려 있다. 요약서는 이 점을 명시하지 않으므로 외부 분석에서는 확인할 수 없으나, 상품 판매 이후 특약별 손해율 추이를 모니터링하면 비교적 이른 시점에 판별 가능하다. 본 보고서는 판별 지표와 임계 신호를 제6장에 제시한다.

경쟁 관점에서는 **모방 장벽이 실질적으로 존재하는 드문 사례**다. 약관 문구가 아니라 청약·심사·요율적용·계약관리 전산이 동시에 바뀌어야 하며, 회사는 이를 위해 전담 조직을 신설하고 1년 8개월에 걸쳐 개발을 진행했다. 배타권 6개월이 만료되더라도 후발사가 동등한 구조를 구현하기까지는 상당한 시차가 예상된다.



제안 사항 요약

프레임	제안	핵심 논지
확장	부담보 해제 조건부 승급 특약	부담보로 인수된 특약을 일정 기간 무사고 시 정상 인수로 전환하여, 심사 결과를 계약 시점에 고정하지 않고 시간축으로 확장한다
확장	가족 단위 복합심사 적용	복합심사의 진가는 건강 상태가 서로 다른 구성원을 한 계약에 담을 때 나타난다. 적용 단위를 가족으로 넓힌다
집중	질환별 인수기준 정밀화 3단계	일반과 간편의 이분법을 넘어 준표준체 요율을 신설하여 심사 계층을 세 단계로 정밀화한다
집중	고액담보 한정 복합심사	보험료 절감 효과가 큰 고액 진단담보에 복합심사를 우선 적용하여 소비자 체감 편익을 집중시킨다
전환	심사 결과 리포트 서비스	심사 결과를 거절 통보가 아니라 개인 건강 리포트로 전환하여 제공하고, 개선 시 재심사 경로를 함께 안내한다
전환	만성질환 관리 연계 요율 조정	간편심사로 인수된 특약에 대해 질환 관리 실적을 확인하여 갱신 시 요율을 조정하는 경로를 신설한다
재구성	'심사가 아니라 진단' 메시지 전환	가입 심사를 통과 여부의 관문이 아니라 자신의 보험 가능성을 확인하는 절차로 재정의한다
재구성	설계사 상담 도구로의 자산화	복합심사 결과 화면 자체를 상담 도구로 재구성하여 채널 경쟁력의 원천으로 삼는다

추진 순서 추천

1단계 (즉시) — 심사 결과 리포트 서비스와 설계사 상담 도구 자산화를 우선 추진한다. 두 제안 모두 이미 구축된 복합심사 전산의 산출물을 다르게 표현하는 것이므로 추가 개발 부담이 작고, 배타권 존속 기간에 채널 인지도를 선점하는 효과가 크다.

2단계 (6~12개월) — 부담보 해제 조건부 승급과 만성질환 관리 연계 요율 조정을 준비한다. 두 제안 모두 계약 유지 중 위험 변화를 반영하는 구조이므로, 본 상품의 초기 계약이 축적한 특약별 인수·유지 데이터가 선행 조건이다. 아울러 승급 시점의 요율 산출 근거를 사전에 확보해야 한다.

3단계 (12개월 이후) — 질환별 인수기준 3단계 정밀화와 가족 단위 확장을 검토한다. 전자는 준표준체 요율 체계의 신설을 요구하므로 자사 경험통계가 일정 규모 이상 축적되어야 하고, 후자는 계약 구조 자체의 변경이 수반되어 전산 재개발 부담이 크다.

상품구조 해부

1.1 특약의 성격

본 특약은 보험금을 지급하는 담보가 아니라 **계약의 인수 방식을 규율하는 제도성 특약**이다. 특약 자체에 지급사유와 보험금이 존재하지 않으며, 부가되는 다른 특약들의 심사 유형과 요율 적용 방식을 결정한다. 배타적사용권 신청 구분에서도 '새로운 위험담보'가 아니라 제도성 특약으로 분류된다.

이 성격 때문에 본 보고서의 제4장과 제5장은 통상의 위험률 산출 추정치 아니라 **요율 체계와 인수풀 구성 변화의 분석**으로 대체된다. 지급 확률을 추정하는 것이 아니라, 이 특약이 다른 특약들의 기초율 가정에 어떤 교란을 일으키는지가 분석 대상이다.

1.2 작동 구조

개발과정요약서가 제시한 가입 프로세스는 4단계다.

단계	절차	내용
STEP 1	상품 제안	일반심사형 특약으로 선(先) 설계 및 제안한다. 전산이 일반심사 가입 가능 여부를 먼저 검증하도록 처리하여 불필요한 비용 발생을 차단한다
STEP 2	청약 전 심사	일반심사 고지 5개 항목과 간편심사 고지 3개 항목을 통합한 고지를 받은 뒤 청약 전 심사를 진행한다
STEP 3	일반·간편 선택	특약별 심사 결과를 확인한 후, 표준체로 정상 인수가 불가한 특약에 한하여 간편심사형으로 전환을 선택한다
STEP 4	청약 및 가입심사	하나의 상품으로 청약 프로세스를 진행한다

핵심은 STEP 3의 제약이다. 요약서는 "**일반심사형 정상인수 시 간편심사형 선택 불가**"를 기초서류에 반영 완료했다고 명시하며, 심사결과 화면에서 정상 인수된 특약은 선택 옵션이 '일반형' 또는 '삭제'만 제공되도록 시스템으로 통제한다. 이 제약이 없으면 계약자가 임의로 비싼 간편심사를 선택하는 불합리가 발생하거나, 반대로 심사 결과와 무관한 요율 선택이 가능해져 요율 체계가 붕괴한다.

1.3 통합고지 구조

일반심사형 고지 5개 항목과 간편심사형 고지 3개 항목을 하나의 고지서로 통합하여, 1회 청약으로 두 심사 유형의 인수 가능 여부를 동시에 확인한다. 요약서는 이를 통해 "가입심사 및 지급심사 시 일반·간편 유형별 심사가 가능하도록 개발"했다고 기술한다.

구분	일반심사형 고지 (5문항)	간편심사형 고지 (3문항)
1	최근 3개월 이내 의사로부터 진찰 또는 검사를 통해 질병확정진단·질병의심소견·치료·입원·수술(제왕절개 포함)·투약을 받은 사실	최근 3개월 이내 진찰 또는 검사를 통한 의료행위 여부 (질병확정진단, 질병의심소견, 입원 필요 소견, 수술 필요 소견, 추가검사·재검사 필요 소견)
2	최근 3개월 이내 마약·향정신성의약품·혈압강하제·신경안정제·수면제·각성제·진통제 등 약물 상시 복용	
3		



	최근 1년 이내 의사로부터 진찰 또는 검사를 받고 추가 검사·재검사를 받은 사실	최근 일정 기간 내 질병이나 사고로 인한 입원·수술(제왕절개 포함) 여부
4	최근 5년 이내 입원·수술·7일 이상 계속 치료·30일 이상 투약	최근 5년 이내 특정 질병(암, 협심증, 심근경색, 심장판막증, 간경화증, 뇌졸중 등)으로 진단·입원·수술받은 사실
5	최근 5년 이내 10대 질병(암, 백혈병, 고혈압, 협심증, 심근경색증, 심장판막증, 간경화증, 뇌졸중증, 당뇨병, 에이즈 및 HIV 보균)으로 진단·치료·입원·수술·투약	

고지 항목은 개발과정요약서에 제시된 이미지 자료를 기준으로 정리한 것이며, 실제 고지서 문언과 세부 표현이 다를 수 있다.

1.4 상품 개요

주계약	사망보장, 100세 만기, 일반심사 적용
특약 구성	암·뇌혈관질환·심장질환 3대 질병을 중심으로 진단·치료·수술·입원 관련 42개 핵심 특약 (일반심사 42종, 간편심사 42종)
가입 연령	만 15세 ~ 만 76세
보험기간·납입	100세 만기, 10·15·20·25·30년납 중 선택
부수 서비스	월 보험료 5만 원 이상 가입 시 교보New헬스케어서비스 건강특화형 II 제공(3대 질병 치료 관리, 병원·의료진 안내 및 예약, 전문 간호사 병원 동반, 간병인 지원)
인가	금융감독원 신고수리 완료. '25.11.24 신고, '26.1.13 최종 보완 후 수리
출시	2026년 6월 15일

1.5 소비자 보호 장치

요약서는 세 가지 통제 장치를 기초서류 반영 완료 사항으로 제시한다. 이는 후술하는 불완전판매 리스크에 대한 사전 대응으로 이해된다.

- **시스템 통제** — 일반심사형 정상 인수 시 간편심사형 선택 불가
- **계약자 확인서** — 복합심사 상품에 대한 계약자 확인서 및 특약별 일반·간편 보험료 비교 안내를 신설
- **모집 자격 통제** — 설계사 대상 복합심사형 상품 필수학습과정을 운영하며, 미이수 시 신종상품 판매 불가

세 장치는 모두 "**건강한 사람에게 비싼 간편보험을 판매하는**" 관행을 차단하는 데 초점이 맞춰져 있다. 이는 금융감독국이 2016년 브리핑 자료에서 지적한 사항, 즉 건강한 사람의 간편심사보험 가입 여부에 대한 보험회사 확인 강화 요구와 직접 연결된다.

국내외 유사 상품

2.1 국내 유사 상품

가. 시장 배경

유병자보험 시장은 최근 수년간 국내 건강보험 시장에서 가장 빠르게 성장한 영역이다. 주요 생명·손해보험 10개사 기준 원수보험료는 2023년 11조 8,410억 원, 2024년 17조 7,878억 원을 기록했고, 2026년 상반기에만 13조 2,129억 원으로 집계되어 전년 연간 실적의 74% 수준을 반년 만에 채웠다. 이 추세라면 연간 20조 원을 넘어 실손의료보험 시장 규모를 추월할 가능성이 제기된다.

동시에 신계약 건수는 감소세로 전환되었다. 10개사 유병자보험 신계약은 2024년 616만 건을 정점으로 2025년 527만 건(14.4% 감소), 2026년 상반기 243만 건으로 줄었다. 보험료 규모는 커지는데 계약 건수는 줄고 있다는 것은 건당 보험료가 상승하고 있다는 뜻이며, 이는 유병자보험의 요율 부담이 소비자 저항선에 접근하고 있음을 시사한다. 본 특약이 겨냥한 문제의식은 이 지점에서 나온다.

나. 유사 구조 비교

국내에서 유병자의 보험료 부담을 낮추기 위해 시도된 접근은 세 갈래로 정리된다. 본 특약은 세 번째 갈래에서 유일한 사례다.

접근	대표 형태	한계 및 본 특약과의 차이
고지 항목 세분화	3.N.5 구조의 진화. 3.5.5 → 3.10.5 → 3.10.10, 고혈압·당뇨·이상지질혈증 추가 고지 시 할인(이른바 고당지 상품)	여전히 상품 단위 배정이다. 고지를 세분화해 요율 계층을 늘렸을 뿐 한 계약 안에서 심사 유형이 갈리지 않는다
무사고 기간 반영	무사고 계약 전환 제도. 가입 후 무사고 기간이 늘면 저렴한 플랜으로 전환	시간축의 위험 감소를 반영하나 가입 시점의 담보별 이질성 은 다루지 못한다. 본 특약과 상호 보완적이다
건강고지형 할인	표준 고지의무에 더해 6~10년 건강 이력을 추가 고지하면 할증 대신 할인 적용	건강한 계층을 겨냥한 반대 방향의 접근이다. 유병자에게는 적용되지 않는다
심사 단위 분해	본 특약	담보별로 심사 유형을 분리한 유일한 사례. 위 세 접근이 모두 상품 단위 배정을 전제한 상태에서 요율만 조정한 데 비해, 배정 단위 자체를 바꾸었다

다. 인접 사례

손해보험 영역에서는 DB손해보험이 2026년 6월 출시한 '건강할수록 든든' 종합보험이 인접 사례로 언급될 수 있다. 다만 이 상품은 가입 후 무사고 여부에 따라 보험기간을 연장하는 구조로, 가입 시점의 심사 단위를 다루지 않는다는 점에서 본 특약과 접근이 다르다. 삼성화재가 선보인 초경증 간편보험군 역시 고지 기준을 완화하여 표준체 시장과의 경계를 허무는 방향이며, 심사 단위 분해와는 구별된다.

종합하면 **본 특약의 신규성은 견고하다**. 국내 유병자보험 경쟁은 고지 항목의 개수와 기간을 조정하는 축에 집중되어 왔으며, 심사 적용 단위를 특약으로 내린 사례는 확인되지 않는다. 배타권 부여 배경에 대한 심의위원회의 평가도 이 지점을 정확히 지목하고 있다.

2.2 일본 유사 상품

가. 일본 시장의 특이점

일본의 인수기준완화형(引受基準緩和型) 보험은 한국의 간편심사보험에 대응하는 상품군으로, 국내보다 먼저 보급되어 상품 계층이 세분화되어 있다. 일본 시장에는 한국과 다른 두 가지 구조적 특징이 있다.

첫째, **조립형 상품 구조가 보편적**이다. 타이요생명의 '보험조곡(保険組曲) BestMYWAY'처럼 사망·의료·인지증·취업불능 등 여러 보험을 계약자가 조합해 하나의 계약으로 구성하는 방식이 오래전부터 운영되어 왔다. 각 구성 보험이 독립적인 주계약 성격을 가지므로, **기술적으로는 구성 요소별 인수 조건 차등의 토대가 이미 마련되어 있다**.

둘째, **고지 항목의 보장별 차등화가 진행 중이다**. 타이요생명은 2024년 11월 상품 개정에서 선택완화형 상품에 대해 보장 내용에 따라 고지 항목의 일부(임신, 암 등)를 차등 적용하는 변경을 공표했다. 이는 '보장 내용이 다르면 확인해야 할 위험도 다르다'는 인식이 상품에 반영되기 시작했음을 보여준다.

구분	일본	본 특약
상품 구조	조립형(組曲) 보편. 구성 보험별 독립성이 높음	주계약 + 특약 구조. 특약 단위 심사 분리로 조립형에 준하는 유연성 확보
차등의 대상	고지 항목을 보장별로 차등	심사 유형과 요율을 특약별로 차등
인수 계층	표준체 / 완화형 / 무선택형(無選択型)의 3계층 이상	일반심사 / 간편심사의 2계층
부담보 관행	부위부담보(部位不担保), 특별조건 부가 등 개별 조건 부가가 일반적	부담보 없이 간편심사로 전환하는 방식을 채택

일본 상품 정보는 각사 공개 자료를 기준으로 정리했으며, 특약 단위 심사 분리에 정확히 대응하는 일본 사례는 본 조사 범위에서 확인되지 않았다. 이 항목은 추가 확인이 필요한 추정 영역이다.

나. 시사점

세 가지 함의를 도출한다.

첫째, **일본의 3계층 인수 구조는 본 특약이 나아갈 다음 단계를 보여준다**. 일본은 표준체와 완화형 사이 또는 완화형 아래에 별도 계층을 두어 위험 구간을 촘촘히 나눈다. 본 특약은 담보별로 심사를 나누되 각 담보 내에서는 여전히 2계층이므로, 준표준체 계층을 신설하면 정밀도가 한 단계 더 올라간다. 제8장의 집중 프레임 제안이 이 방향이다.

둘째, **부담보 처리 방식의 차이에 주목해야 한다**. 일본은 부위부담보를 적극 활용해 표준체 요율을 유지하면서 특정 위험만 배제하는 반면, 본 특약은 부담보 대신 간편심사 전환을 선택했다. 소비자 관점에서는 보장 공백이 없다는 점에서 후자가 우월하나, 회사 관점에서는 **배제할 수 있었던 위험을 요율로 인수하는 선택**이므로 요율 적정성이 더 중요해진다. 개발과정요약서가 제시한 부담보 비중 32%라는 수치는 이 전환의 규모를 보여준다.

셋째, **일본이 아직 구현하지 않은 영역이 본 특약의 확장 여지다**. 계약 유지 중 건강 상태가 개선되었을 때 완화형에서 표준체로 승급하는 구조는 일본에서도 일반적이지 않다. 국내에서 무사고 계약 전환 제도가 이미 통용되고 있다는 점을 고려하면, 이를 특약 단위로 결합하는 것은 국내가 앞설 수 있는 영역이다. 제8장 확장 프레임의 첫 제안이 이 지점을 겨냥한다.

법률적 해석

본 특약은 질병 보장 담보가 아니므로 의학적 해석의 대상이 아니다. 대신 하나의 계약 안에 서로 다른 두 개의 고지 기준과 인수 기준이 병존한다는 점에서, 통상의 상품보다 훨씬 복잡한 법률적 쟁점을 안고 있다. 본 장은 이를 세 축으로 검토한다.

3.1 고지의무의 이중 구조

계약 전 알릴 의무는 보험자가 위험을 평가할 수 있도록 계약자·피보험자가 중요한 사항을 알리는 의무이며, 위반 시 보험자는 계약을 해지하고 보험금 지급을 거절할 수 있다. 통상의 상품에서는 하나의 계약에 하나의 고지 기준이 적용되므로 위반 여부 판단이 단선적이다.

본 특약이 부가된 계약에서는 사정이 다르다. 동일한 계약 안에서 일부 특약은 일반심사 고지 5개 항목을, 다른 특약은 간편심사 고지 3개 항목을 기준으로 인수되었다. 예컨대 계약자가 최근 1년 이내 추가검사를 받은 사실을 알리지 않았다면, 이는 일반심사 고지 제3항 위반에는 해당하지만 간편심사 고지에는 대응 항목이 없다. 이때 다음과 같은 문제가 발생한다.

해지 범위	고지의무 위반이 일반심사 고지 항목에서만 발생한 경우, 일반심사로 인수된 특약만 해지 대상인가 계약 전체가 대상인가. 특약별로 인수 기준이 다르다면 위반의 효과도 특약별로 판단하는 것이 논리적이거나, 계약은 하나이므로 실무상 처리 기준이 필요하다
인과관계 판단	보험금 지급 거절은 고지하지 않은 사실과 보험사고 사이에 인과관계가 있을 때 성립한다. 간편심사로 인수된 특약의 보험사고에 대해, 일반심사 고지 항목의 미고지 사실을 인과관계 근거로 삼을 수 있는지가 쟁점이 된다
재인수 판단	고지 내용이 정확했다면 해당 특약이 일반심사가 아니라 간편심사로 인수되었을 경우, 계약을 해지할 것인가 아니면 간편심사 요율로 조정할 것인가. 후자가 계약자에게 유리하나 실무 처리 기준이 명확해야 한다

요약서는 "가입심사 및 지급심사 시 일반·간편 유형별 심사가 가능하도록 개발"했다고 기술하고 있어, 회사가 이 문제를 인식하고 전산에 반영했음을 시사한다. 다만 **약관과 사업방법서 수준에서 특약별 해지 및 조정의 처리 원칙이 명문화되어 있는지는 외부 자료로 확인되지 않는다**. 본 보고서는 이를 향후 분쟁 발생 시 최우선 쟁점으로 지목한다.

실무적 권고는 명확하다. **고지의무 위반의 효과를 특약 단위로 판단한다는 원칙을 약관에 명시**하고, 위반 시 해지·조정·유지의 처리 기준을 심사 유형별 매트릭스로 정리해 두어야 한다. 이 정리가 없으면 첫 대형 분쟁에서 상품 구조 자체가 쟁점화될 수 있다.

3.2 감독당국의 정책 방향과의 정합성

요약서는 2016년 금융위원회 브리핑 자료를 인용하여 감독 방향과의 부합을 논증한다. 해당 자료는 간편심사보험 관련 불합리한 관행 개선 과제로 세 항목을 제시했다. 불합리한 간편심사보험 계약인수 심사관행 개선, **건강한 사람의 간편심사보험 가입 여부에 대한 보험회사의 확인 강화**, 간편심사보험 대비 일반심사보험의 보장범위 축소 금지가 그것이다.

특히 두 번째 항목의 지적 내용은 본 특약의 존재 이유와 정확히 대응한다. 자료는 간편심사보험이 유병자도 가입할 수 있도록 요건을 완화한 대신 보험료가 할증되어 있어 건강한 사람이 가입할 경우 불필요하게 비싼 보험료를 부담하게 되며, 일부 보험회사는 피보험자가 건강한 사람임을 확인할 수 있는데도 영업실적 제고 등을 위해 해당 상품에 가입시키는 경우가 발생한다고 기술한다.



본 특약은 일반심사 가입 가능 여부를 시스템이 먼저 검증하도록 설계함으로써 이 확인 의무를 상품 구조에 내재화했다. 감독 정책의 요구를 판매 프로세스 통제가 아니라 상품 설계로 해결한 접근이며, 배타권 심의에서 유용성 항목이 높게 평가된 근거로 작용했을 것으로 판단된다.

요약서는 아울러 2026년 6월 29일 금융위원회의 금융소비자보호 정책평가위원회 출범 보도자료를 인용한다. 해당 자료는 디지털 금융 확산과 초고령사회 진입 등 급격한 금융환경 변화에 맞춰 기존과는 다른 새로운 소비자 보호 패러다임이 필요하다고 진단하며, 정부의 정책과 금융회사의 자율적인 노력이 함께할 때 빈틈없는 소비자 보호 체계가 완성될 수 있다고 언급한다.

3.3 불완전판매 리스크와 통제 장치

본 특약이 안고 있는 고유한 불완전판매 위험은 **구조의 복잡성 그 자체**에서 나온다. 계약자는 자신의 계약에서 어떤 특약이 어떤 심사로 인수되었는지, 그에 따라 보험료가 어떻게 산출되었는지를 이해해야 한다. 42개 특약을 대상으로 이 이해를 확보하는 것은 결코 간단하지 않다.

위험	구체적 양상	회사의 통제 장치
유형 오인	계약자가 모든 특약이 일반심사로 인수된 것으로 오인하고, 이후 간편심사 특약의 요율 수준을 문제 삼음	계약자 확인서 및 특약별 일반·간편 보험료 비교 안내 신설
불필요한 간편 선택	정상 인수 가능한 특약까지 간편심사로 가입시켜 보험료를 부풀림	시스템 차단. 정상인수 시 간편형 선택 옵션 미제공
설명 역량 부족	모집자가 구조를 이해하지 못한 채 판매하여 잘못된 안내	필수학습과정 운영 및 미이수자 판매 제한
고지 혼동	통합고지서에서 일반·간편 항목을 구분하지 못하고 부정확하게 답변	요약서에 명시적 대응 없음. 보완 필요 영역

네 번째 항목은 회사가 제시한 통제 장치에서 직접 다루어지지 않는다. 통합고지서는 편의성을 높이는 대신 계약자가 답변해야 할 항목 수를 늘리며, 항목 간 유사성이 높아 혼동 가능성이 있다. 앞서 3.1에서 지적한 고지의무 이중 구조 문제와 결합하면 이 부분이 실질적 분쟁 발생 지점이 될 가능성이 가장 높다.

3.4 인가 경과

신고 및 수리	2025년 11월 24일 신고, 2026년 1월 13일 최종 보완을 거쳐 신고수리 완료
협약 내용	요약서에 따르면 금융감독원 상품 신고 및 다화에 걸친 금융소비자보호·완전판매 강화 방안 반영(업무처리 기준 등)이 이루어졌다
시사점	신고에서 수리까지 약 1개월 반이 소요되었으며 보완 절차가 수반되었다. 신상품 구조의 신규성이 높을수록 소비자 보호 장치에 대한 감독당국의 요구 수준이 높아진다는 점을 보여주는 사례다

요율 체계 및 인수풀 구성 분석

본 특약은 위험담보가 아니므로 자체 위험률이 존재하지 않는다. 그러나 이 특약이 부가된 계약에서는 **다른 42개 특약의 요율 기초가정이 모두 영향을 받는다**. 본 장은 그 영향의 방향과 크기를 분석한다.

4.1 문제의 정식화

기존 구조에서 간편심사 상품의 요율은 '유병자가 상품 전체를 간편심사로 가입한 집단'의 경험을 기초로 산출되었다. 이 집단을 특정 담보 관점에서 분해하면 두 부분으로 나뉜다.

$$q_{\text{간편,기존}} = \pi_{\text{부적격}} \times q_{\text{부적격}} + (1 - \pi_{\text{부적격}}) \times q_{\text{적격}}$$

$\pi_{\text{부적격}}$: 간편심사 가입자 중 해당 담보에 대해 일반심사로는 정상 인수가 불가능한 계약의 비중

$q_{\text{부적격}}$: 일반심사 부적격 집단의 해당 담보 위험률

$q_{\text{적격}}$: 일반심사로도 정상 인수가 가능했으나 상품 단위 배정 때문에 간편심사로 편입된 집단의 위험률

복합심사 구조에서는 $q_{\text{적격}}$ 집단이 일반심사 특약으로 이동한다. 따라서 간편심사 특약에 남는 집단은 $q_{\text{부적격}}$ 만으로 구성되며, 요율의 기초가 되어야 할 위험률은 다음과 같이 변한다.

$$q_{\text{간편,복합}} = q_{\text{부적격}} = q_{\text{간편,기존}} \times k_{\text{농축}}$$

$$k_{\text{농축}} = q_{\text{부적격}} \div [\pi_{\text{부적격}} \times q_{\text{부적격}} + (1 - \pi_{\text{부적격}}) \times q_{\text{적격}}]$$

$$= r \div [\pi_{\text{부적격}} \times r + (1 - \pi_{\text{부적격}})], \text{ 단 } r = q_{\text{부적격}} \div q_{\text{적격}}$$

$k_{\text{농축}}$ 은 항상 1보다 크다. 즉 복합심사 구조에서 간편심사 특약의 실제 위험 수준은 기존 간편심사 요율이 전제한 수준보다 반드시 높다. 이것이 본 특약이 계리적으로 제기하는 핵심 문제이며, 본 보고서는 이를 반선택 농축이라 부른다.

4.2 농축계수의 크기

$k_{\text{농축}}$ 의 크기는 두 변수에 의해 결정된다. 부적격 비중 π 와 위험 배수 r 이다. 개발과정요약서는 자사 대표 건강보험(일반심사형) 기준 **부담보 비중 32%**를 제시하고 있어, 이를 π 의 대리 지표로 활용할 수 있다. r 에 대해서는 직접 자료가 없으므로 구간 가정으로 민감도를 본다.

위험 배수 r	$\pi = 0.25$	$\pi = 0.32$	$\pi = 0.40$	해석
1.5배	1.33	1.29	1.25	경증 유병 중심
2.0배	1.60	1.52	1.43	중등도 혼재
3.0배	2.00	1.83	1.67	중증 포함

부담보 비중 32%는 계약 또는 담보 건수 기준으로 추정되며, 일반심사 부적격 담보 비중과 정확히 일치하지 않을 수 있다. 거절 건까지 포함하면 π 는 더 커지고, 그 경우 k 는 표의 값보다 작아진다. 본 표는 구조적 방향성 확인을 위한 민감도 분석이며 실제 요율 산출값이 아니다.

표가 시사하는 바는 명확하다. **간편심사 요율을 기존 수준 그대로 적용하면 25%에서 최대 83%까지 과소 책정될 수 있다**. 물론 이는 기존 간편심사 요율에 안전할증이 전혀 포함되지 않았다는 극단적 전제 하의 상한이며, 실제로는 다음 절에서 보듯 기존 요율에 상당한 여유가 내재되어 있을 가능성이 높다.

4.3 일반심사 특약 측의 영향

반대 방향의 효과도 검토해야 한다. 복합심사에서 일반심사 특약으로 유입되는 집단에는 **기존에는 이 요율을 적용받지 않았을 유병자**가 포함된다. 이들이 해당 담보에 대해 표준체 판정을 받았다면 요율상 문제가 없다는 것이 인수심사의 논리이지만, 계리적으로는 세 가지 유보 사항이 있다.

- **심사 정밀도의 한계** — 표준 판정은 심사 기준상의 분류일 뿐 실제 위험이 표준체와 동일함을 보장하지 않는다. 고혈압 보유자의 암 진단 위험이 비보유자와 완전히 같다고 단정하기는 어렵다.
- **경합 위험의 차이** — 만성질환 보유자는 전반적 사망률이 높아 계약의 소멸 경로가 다르다. 이는 진단 담보에는 유리하게(사망으로 조기 소멸하면 진단금 지급 확률 감소), 사망 담보에는 불리하게 작용하는 **담보별로 부호가 다른 효과**다.
- **동반질환 진행 경로** — 고혈압·당뇨·이상지질혈증은 상호 동반 및 진행 경향이 강하다. 가입 시점에 특정 담보에서 표준 판정을 받았더라도, 보험기간이 100세 만기로 길다는 점을 고려하면 장기적으로 위험 수준이 표준체와 벌어질 개연성이 있다.

$$q_{\text{일반,복합}} = q_{\text{일반,기준}} \times (1 + \delta_{\text{유입}})$$

$\delta_{\text{유입}}$: 유병자 유입에 따른 위험 상승분. 담보 성격에 따라 부호가 달라질 수 있다

진단·치료 담보 : $\delta > 0$ 방향이 우세할 것으로 추정

사망 담보 : 주계약은 일반심사이므로 심사 통과 시점의 표준체 판정에 의존

이 항은 앞선 농축계수보다 크기가 작을 것으로 판단되나, **두 효과가 같은 방향(요율 상승 필요)으로 작용한다는 점**이 중요하다. 즉 복합심사 구조는 간편심사 요율과 일반심사 요율 양쪽 모두에 상방 압력을 만든다.

4.4 실무적 검증 경로

회사가 이 문제를 어떻게 처리했는지는 외부 자료로 확인되지 않는다. 다만 가능한 처리 방식은 세 가지이며, 각각의 판별 신호가 다르다.

처리 방식	내용	판별 신호
기존 요율 그대로 적용	간편심사 요율에 이미 포함된 안전할증이 농축 효과를 흡수한다고 판단	간편심사 특약의 손해율이 상품 단위 간편심사 상품보다 체계적으로 높게 나타난다
농축 반영 재산출	일반심사 부적격 집단의 경험을 별도 추정하여 요율을 상향	동일 담보의 간편심사 요율이 기존 간편심사 상품보다 높게 책정되어 있다
단계적 접근	초기에는 기존 요율을 적용하되 경험 축적 후 조정. 신규담보 예정손해율을 보수적으로 설정하도록 한 감독 방향과 병행	초기 손해율 상승을 감수하되 요율 조정 주기를 짧게 설계한다

세 번째 방식이 현실적으로 가장 가능성이 높다. 복합심사 구조에서 부적격 집단만의 경험통계를 사전에 확보하는 것은 불가능에 가깝기 때문이다. 그렇다면 **본 상품의 성패는 요율 산출의 정확성이 아니라 손해율 모니터링과 조정의 속도에 달려 있으며**, 이 점이 제6장 리스크 진단의 출발점이 된다.

기초통계 추정 및 정합성 검증

5.1 회사 제시 수치의 내부 정합성

개발과정요약서는 유용성 논거로 구체적인 보험료 비교 사례를 제시한다. 2년 전 퇴행성 무릎관절염으로 주사 및 투약 치료를 받은 남자 40세가 암·뇌·심장·수술 주요 특약 각 1,000만 원을 가입하는 조건이다.

심사 유형	월 보험료	지수	보장 공백
일반심사형	106,112원	100%	발생 (부담보 부위: 다리)
간편심사형	132,211원	125%	없음
복합심사형	111,462원	105%	없음

먼저 제시 수치들이 서로 모순 없이 맞물리는지 확인한다.

검정 항목	계산	판정
월 절감액	$132,211 - 111,462 = 20,749\text{원}$	일치. 요약서 제시 20,749원과 정확히 부합
20년 누적 절감	$20,749 \times 12 \times 20 = 4,979,760\text{원}$	일치. 요약서 제시 총 498만 원과 부합
간편 할증률	$132,211 \div 106,112 = 1.246$	일치. 요약서가 별도로 제시한 간편보험 할증률 +24%와 부합

세 항목 모두 정합적이다. 요약서의 수치가 임의로 작성된 것이 아니라 실제 요율표에서 산출되었음을 확인할 수 있다.

5.2 역산을 통한 구조 파악

위 사례에서 간편심사로 전환된 담보가 전체 보험료에서 차지하는 비중을 역산할 수 있다. 복합심사형 보험료는 일반심사 요율 부분과 간편심사 요율 부분의 합이므로 다음이 성립한다.

$$1 + s \times y = 111,462 \div 106,112 = 1.0504$$

s: 간편심사 할증률 = 0.246

y: 간편심사로 전환된 담보의 보험료 비중

$$\therefore y = 0.0504 \div 0.246 = 0.205$$

즉 이 사례에서 **보험료 기준 약 20.5%의 담보만 간편심사로 전환**되었고 나머지 79.5%는 일반심사 요율을 적용받았다. 요약서가 제시한 부담보 비중 32%와 차이가 나는데, 이는 두 수치의 기준이 다르기 때문으로 해석된다. 32%는 담보 건수 또는 계약 기준으로 보이며, 20.5%는 보험료 금액 기준이다. **부담보 대상이 되는 담보가 상대적으로 저액 담보에 몰려 있다면 금액 기준 비중이 건수 기준보다 낮게 나타난다.**

5.3 담보별 할증률의 이질성

회사는 별도로 다음 사례를 제시했다. 고혈압 약을 복용 중인 40세 남성이 암 진단 특약을 일반심사로, 뇌혈관·심장질환 진단 특약을 간편심사로 가입할 경우, 기존 간편심사보험 대비 **암 진단 특약 보험료를 약 16.2% 절감**할 수 있다는 내용이다. 이를 할증률로 환산하면 다음과 같다.

$$s_{\text{암진단}} = 1 \div (1 - 0.162) - 1 = 0.193$$

암 진단 특약의 간편심사 할증률 $\approx 19.3\%$

전체 상품 평균 할증률 $\approx 24.6\%$ (5.1절)

$\therefore$ 암 이외 담보(뇌혈관·심장·입원·수술)의 평균 할증률은 24.6%를 상회

이 결과는 의학적으로도 정합적이다. 고혈압·당뇨 등 만성질환 보유자에게 위험이 크게 증가하는 담보는 뇌혈관과 심장 질환이며, 암 담보의 위험 증가는 상대적으로 작다. 실제로 일반심사형 인수 기준 예시에서도 고혈압·고지혈증·당뇨 보유자는 암 담보에서 표준 인수, 뇌혈관·심혈관 담보에서는 할증·부담보·거절 판정을 받는 것으로 제시되어 있다. **담보별 할증률의 이질성이 큰 상품일수록 복합심사의 절감 효과가 크다는** 명제가 여기서 도출된다.

5.4 삼각검증

본 특약의 효익 규모를 서로 독립적인 세 경로로 교차 확인한다.

경로	출발점	추정	결과
A	보험료 사례 역산	복합/일반 지수 1.0504, 간편 할증 24.6%	간편 전환 담보 비중 약 20.5%(금액 기준)
B	부담보 비중 32%	일반심사에서 부담보 처리되던 담보가 간편심사로 전환	건수 기준 전환 비중 약 30% 내외
C	담보별 절감률	암 담보 16.2% 절감, 평균 할증 24.6%	담보별 할증률 편차가 크며, 편차가 클수록 효익 증가

세 경로가 서로 모순되지 않으며, 금액 기준과 건수 기준의 차이도 담보 구성으로 설명된다. **회사가 제시한 유용성 논거는 정량적으로 검증 가능한 수준에서 일관성을 유지하고 있다고** 판단한다.

5.5 자릿수 정합성 점검

마지막으로 상품 운영 규모의 자릿수를 확인한다. 42개 핵심 특약이 각각 일반심사형과 간편심사형으로 존재하므로 **관리 대상 요율은 84종**이다. 여기에 성별·연령·납입기간·보험기간 축이 곁해지므로 요율표 규모는 통상 상품의 두 배가 된다. 손해율 관리 관점에서는 84개 셀 각각에 대해 경험을 분리 집계해야 하며, 초기 계약 규모를 고려하면 **개별 셀의 신뢰도가 확보되기까지 상당한 기간이 소요된다**.

완전신뢰도 기준 건수를 통상적인 수준(신뢰수준 90%, 허용오차 5%)으로 잡으면 셀당 1천 건 내외의 사고 건수가 필요하다. 3대 질병 진단 담보의 연간 발생률 수준을 고려하면 이는 상당한 규모의 계약과 경과기간을 요구한다. 따라서 초기에는 **담보군 단위로 묶어 신뢰도를 확보하고 부분신뢰도 결합을 적용하는 방식**이 불가피하며, 이 점은 제6장 데이터 리스크에서 다시 다룬다.

리스크 진단

① 역선택

위험 — 심사 유형 선택 단계에서의 역선택은 시스템 통제로 차단되어 있다. 정상 인수된 특약은 간편심사 선택이 불가능하므로 계약자가 유형을 임의 선택할 여지가 없다. 남은 위험은 **고지 단계로 이동한다**. 계약자가 간편심사로 가입하고자 하는 특약을 늘리기 위해 일반심사 고지 항목에 부정확하게 답변할 유인이 이론적으로 존재하나, 간편심사가 보험료가 더 비싸므로 이 유인은 실질적으로 작다.

완화 — 오히려 반대 방향, 즉 **일반심사로 가입하기 위해 병력을 축소 고지**할 유인이 크다. 이는 통상의 고지의무 위반 문제와 동일하나, 복합심사에서는 3.1절의 이중 구조 때문에 사후 처리가 복잡해진다. 청약 전 심사 단계에서 병력 조회를 통한 검증을 강화하고, 특약별 위반 처리 원칙을 사전에 명문화할 것을 권고한다.

② 모럴해저드

위험 — 지급심사 단계에서 발생한다. 하나의 계약 안에 두 개의 인수 기준이 병존하므로, 청구 시 어느 기준으로 심사할지에 대한 다툼이 생길 수 있다. 특히 **일반심사로 인수된 특약의 청구**에 대해 계약자가 "간편심사 기준으로 인수되었어야 할 사안"이라 주장하거나 그 반대의 경우가 상정된다.

완화 — 계약 시점에 특약별 심사 유형을 계약자 확인서로 확정하고, 보험증권에 특약별 심사 유형을 명시하여 사후 다툼의 여지를 제거한다. 요약서가 계약자 확인서 신설을 기초서류 반영 완료 사항으로 제시한 것은 이 목적으로 이 해된다.

③ 공급자 유인 (모집채널)

위험 — 본 상품에서 공급자 유인은 의료공급자가 아니라 **모집채널에서 발생**한다. 보험료가 높을수록 모집수수료가 커지므로, 설계사에게는 간편심사 담보 비중을 늘릴 유인이 존재한다. 시스템이 정상 인수 시 간편 선택을 차단하지만, 설계 단계에서 일반심사 가능 담보를 아예 제안하지 않거나 보장 구성을 왜곡하는 형태의 우회는 통제하기 어렵다.

완화 — 요약서의 필수학습과정 운영은 지식 측면의 대응이지만 유인 구조 자체는 바꾸지 않는다. **설계사별 복합심사 계약의 간편심사 담보 비중 분포를 모니터링**하여 이상치를 식별하는 것이 실효적이다. 아울러 2026년 7월부터 개인 단위로 확대 적용된 수수료 규제 환경을 고려하면, 채널 유인 구조 전반의 재점검이 병행될 필요가 있다.

④ 재보험

위험 — 제4장에서 분석한 반선택 농축은 재보험 계약에도 직접 영향을 미친다. 기존 간편심사 상품에 적용되던 재보험 조건은 혼합 풀을 전제로 산출되었으므로, 농축된 풀에 그대로 적용하면 재보험자 측에 예상보다 큰 손실이 발생한다. 재보험자가 이를 인지하면 요율 재협상 또는 인수 거절로 이어질 수 있다.

완화 — 복합심사 계약을 **기존 간편심사 계약과 분리하여 재보험 처리**하고, 인수풀 구성 변화를 재보험자에게 명시적으로 공유하는 것이 장기적으로 유리하다. 정보를 감춘 채 진행하면 경험 악화 시 신뢰 손실이 훨씬 크다. 초기에는 경험 데이터 공유를 조건으로 유리한 조건을 확보하는 협상 전략이 현실적이다.

⑤ 규제 리스크

위험 — 두 방향에서 발생한다. 첫째, 완전판매 요구 강화다. 감독당국은 금융소비자보호 정책평가 체계를 강화하는 방향으로 움직이고 있으며, 구조가 복잡한 상품일수록 설명의무 이행 수준에 대한 요구가 높아진다. 둘째, **고지의무 이종 구조에 대한 분쟁조정 판단**이다. 첫 사례가 회사에 불리하게 판단되면 상품 구조 전체의 처리 기준을 재설계해야 할 수 있다.

완화 — 3.1절에서 권고한 특약별 처리 원칙의 약관 명문화가 최선의 대비다. 아울러 분쟁 발생 시 회사가 스스로 정한 기준을 일관되게 적용해 온 이력이 있어야 판단에서 유리하므로, **초기 사례부터 처리 기록을 체계적으로 축적** 할 것을 권고한다.

⑥ 데이터 리스크

위험 — 관리해야 할 요율 셀이 84종으로 늘었으나 계약은 하나의 상품에 집중된다. 개별 셀의 경험 신뢰도가 확보 되기까지 오랜 시간이 걸리며, 그 사이에 나타나는 손해율 변동이 요율 오류인지 표본 변동인지 판별하기 어렵다. 제4장에서 지적한 농축 효과의 실재 여부도 이 판별에 달려 있다.

완화 — **동일 담보를 일반심사 계약과 간편심사 계약으로 나누어 손해율을 분리 집계**하는 체계를 처음부터 구축한다. 나아가 기존 간편심사 상품의 동일 담보 손해율과 복합심사 계약의 간편심사 담보 손해율을 직접 비교하면, 농축계수를 실증적으로 추정할 수 있다. 이 비교가 가능한 회사는 현재 **교보생명뿐**이며, 이는 경쟁 관점에서도 결정적 자산이다.

모니터링 임계 신호

다음 세 지표 중 하나라도 관측되면 요율 재산출을 착수해야 한다. 첫째, 복합심사 계약의 간편심사 담보 손해율이 기존 간편심사 상품 동일 담보 대비 **일관되게 10%p 이상 높게** 나타나는 경우. 둘째, 일반심사 담보의 손해율이 표준채 전용 상품 대비 상승 추세를 보이는 경우. 셋째, 계약 건당 간편심사 담보 비중이 초기 설계 전제(금액 기준 약 20%)를 **유의하게 상회**하는 경우. 세 번째 지표는 인수 기준이 의도보다 느슨하게 운영되고 있음을 시사한다.

경쟁사 대응 시나리오

7.1 카피 난이도 평가

장벽	수준	판단 근거
데이터 장벽	중	일반심사 요율과 간편심사 요율은 대부분의 회사가 이미 보유하고 있어 요율 자체가 장벽은 아니다. 다만 제4장의 농축 효과를 반영한 재산출에는 자사 경험이 필요하며, 교보생명이 먼저 축적한다는 점에서 시간 차이가 발생한다
제휴 장벽	하	외부 사업자 제휴가 필요하지 않다. 전적으로 자체 역량으로 구현 가능한 구조다
시스템 장벽	상	결정적 장벽이다. 상품제안 시스템, 가입심사 시스템, 일반·간편 특약 매핑, 청약 프로세스, 계약관리, 지급심사가 모두 동시에 변경되어야 한다. 요약서는 이를 전사적 대규모 시스템 개발 로 기술하며, 유지·지원팀·가정관리팀 등 TF 외 유관 부서의 영향도 검토와 신규 요건 반영이 필요했다고 명시한다

종합 판정은 **카피 난이도 높음**이다. 최근 배타권 사례 다수가 약관 문구 수준에서 모방 가능한 담보였던 데 비해, 본 특약은 기간계 시스템 전반의 재구축을 요구한다. 배타권 6개월이 만료되더라도 **실질적 선점 기간은 그보다 훨씬 길다**고 보아야 한다. 회사가 1년 8개월에 걸쳐 개발했고 그 중 상당 기간이 시스템 개발에 배정되었다는 점이 이를 뒷받침한다.

7.2 예상되는 경쟁사 진입 경로

시스템 장벽이 높으므로 후발사는 정면 모방보다 **더 낮은 구현 비용으로 유사한 효익을 내는 우회**를 택할 가능성이 높다.

경로	구체적 형태	평가
담보군 이원화	42개 특약을 개별 심사하지 않고 3~4개 담보군으로 묶어 군 단위로 심사 유형을 배정	가장 유력. 시스템 부담이 크게 줄면서 효익의 상당 부분을 확보한다. 정밀도는 낮으나 소비자 체감 차이는 크지 않을 수 있다
고지 세분화 심화	3.10.10 이상으로 고지 기간을 확장하거나 질환별 고지를 분리하여 요율 계층을 늘림	유력. 이미 진행 중인 경쟁 측이며 시스템 부담이 작다. 다만 상품 단위 배정이라는 근본 한계는 그대로 남는다
부담보 최소화형	일반심사를 유지하되 부담보 범위를 좁혀 보장 공백을 줄임	중간. 부담보 비중 32%라는 문제를 다른 방식으로 접근한다. 요율 상승 없이 보장을 넓히므로 손해를 부담이 발생한다
무사고 전환 강화	가입 후 무사고 기간에 따른 요율 하향 전환을 적극 운영	보완재. 본 특약과 경쟁하기보다 결합될 성격이다. 손해보험 영역에서 이미 통용되고 있다
정면 모방	동일한 특약 단위 복합심사 구조 구현	12~18개월 소요 예상. 대형사 중 시스템 투자 여력이 있는 곳에 한정된다

7.3 차단 전략

- **정밀도 격차의 확대** — 후발사가 담보군 단위로 접근할 가능성이 높으므로, 교보생명에는 반대로 **심사 계층을 늘리는 방향**으로 격차를 벌려야 한다. 제8장의 준표준제 3단계 정밀화 제안이 이 전략에 해당한다. 담보군 단위 모방으로는 따라올 수 없는 지점을 만드는 것이다.



- **경험 데이터의 선점** — 제6장 ⑥에서 지적했듯 일반심사와 간편심사 담보의 손해율을 동일 계약 내에서 비교할 수 있는 회사는 현재 교보생명뿐이다. 이 데이터로 농축계수를 실증 추정하면, 후발사보다 정확한 요율을 먼저 확보하여 가격 경쟁력과 손해율 관리를 동시에 확보할 수 있다.
- **채널 학습효과의 고착** — 복합심사는 설계 로직이 복잡해 설계사의 숙련도가 판매 성과에 직결된다. 필수학습과정을 통해 이미 숙련된 조직을 확보한 상태이므로, 이를 **상담 도구로 자산화**하면 채널 전환 비용이 발생하여 실질적 진입장벽이 된다. 제8장 재구성 프레임의 두 번째 제안이 이 지점을 다룬다.

상품개선 제안

8.1 원상품 가치 해체

핵심 기능	피보험자의 건강 상태를 담보 단위로 재평가 하여, 질환과 무관한 보장에 불필요한 할증이 붙지 않도록 한다. 심사의 해상도를 높이는 것이 기능의 본질이다
고객 Pain Point	만성질환 하나 때문에 모든 보장의 보험료가 함께 오르는 부조리 . 여기에 더해 일반보험을 택하면 보장 공백이 생기고 간편보험을 택하면 보험료가 오르는 양자택일 상황에서 무엇이 유리한지 판단할 수 없다는 정보 비대칭
제공 가치	보험료 절감과 보장 공백 해소를 동시에 달성하는 것. 그리고 그 판단을 계약자의 정보 탐색이 아니라 시스템이 자동으로 최적화 해 준다는 신뢰

세 요소에서 확장 방향이 도출된다. 심사 해상도가 핵심 기능이라면 **해상도를 더 높이거나(계층 세분화) 시간축으로 넓히는 것(재심사)**가 확장이고, 정보 비대칭이 Pain Point라면 **심사 결과를 정보로 되돌려주는 것**이 전환이며, 자동 최적화가 가치라면 **그 과정을 고객이 체감하게 만드는 것**이 재구성이다.

8.2 확장 (Expand)

확장 01

부담보 해제 조건부 승급 특약

- 담보 정의** — 간편심사로 인수된 특약에 대해, 계약 유지 중 일정 기간 해당 질환 관련 무사고 상태가 지속되면 **일반심사 요율로 전환**할 수 있는 권리를 부여하는 제도성 특약. 복합심사가 가입 시점의 위험을 담보별로 분해했다면, 본 제안은 그 분해를 시간축으로 확장한다.
- 보장 방법** — 계약일로부터 일정 기간(예: 3년 또는 5년) 경과 시점에 해당 특약 관련 청구가 없고 재심사 고지 요건을 충족하면 일반심사 요율로 전환한다. 전환은 계약자 신청에 의하되, 회사가 전환 가능 시점을 사전 통지한다.
- 보장금액 제안** — 보장금액 변동 없이 요율만 하향 전환한다. 전환 후 보험료는 전환 시점 연령 기준 일반심사 요율을 적용한다.
- 대상 고객** — 과거 병력으로 간편심사 인수를 받았으나 이후 건강 관리로 안정 상태를 유지하는 계층. 경증 유병자 비중이 높은 현 시장 구조에서 상당한 규모가 예상된다.
- 차별화 포인트** — 독창성: 손해보험 영역의 무사고 계약 전환 제도를 **특약 단위로 적용**한 사례는 확인되지 않는다. 진보성: 인수 결과를 계약 시점에 영구 고정하지 않고 실제 위험 변화를 반영하는 동적 인수 구조를 구현한다. 유용성: 계약자에게 건강 관리의 직접적 경제 유인을 제공하고, 회사는 유지율을 개선한다.
- 위험요소** — 건강이 개선된 계약만 전환하고 악화된 계약은 잔류하여 잔여 풀의 위험이 상승한다(완화: 전환 시 요율 산출에 잔류 풀 악화분을 반영하고, 전환 요건에 최소 유지기간을 설정). 전환 시점 재심사에 따른 행정 부담(완화: 청구 이력 기반 자동 판정을 원칙으로 하고 추가 고지는 최소화).

3계이트 — 신규성: 상품 단위 무사고 전환은 존재하나 특약 단위는 미확인. 데이터 실현가능성: 중, 전환 후 요율 산출에 잔류 풀 효과 추정이 필요하며 본 상품 초기 경험 축적이 선행되어야 한다. 구조 건전성: 최소 유지기간과 잔류 풀 반영으로 역선택 통제.

확장 02

가족 단위 복합심사 적용

- 담보 정의** — 복합심사의 적용 단위를 피보험자 1인에서 가족 구성원 전체로 확장한다. 한 계약에 배우자와 자녀를 포함하되, 구성원별·특약별로 심사 유형을 각각 배정한다.



2. **보장 방법** — 통합고지를 구성원별로 수행하고, 심사 결과를 하나의 화면에서 구성원×특약 매트릭스로 제시한다. 계약은 하나로 유지하여 관리 편의성을 확보한다.
3. **보장금액 제안** — 구성원별로 보장금액을 독립 설정하되, 가족 단위 가입 시 부가보험료 측면의 할인을 적용한다.
4. **대상 고객** — 배우자 중 한 명만 유병자인 40~50대 가구. 현재 구조에서는 건강한 배우자까지 별도 계약을 체결해야 하므로 관리 부담과 비용이 발생한다.
5. **차별화 포인트** — 독창성: 복합심사를 다인 계약에 적용한 사례가 없다. 진보성: 심사 해상도를 담보 측에서 인원 측으로 한 차원 더 확장한다. 유용성: 가구 단위 보장 설계가 하나의 계약으로 완결되고, 구성원 간 건강 상태 차이가 보험료에 정확히 반영된다.
6. **위험요소** — 계약 구조 복잡도가 급증하여 불안전판매 위험이 커진다(완화: 구성원별 확인서를 분리 발급하고 매트릭스 형태의 시각적 안내를 의무화). 한 구성원의 고지의무 위반이 계약 전체에 미치는 효과 판단(완화: 3.1절에서 권고한 특약별 처리 원칙을 구성원 측까지 확장하여 명문화).

3개이트 — 신규성: 국내 미확인. 데이터 실현가능성: 중상, 기존 요율을 구성원별로 적용하므로 신규 위험을 산출은 불요. 구조 건전성: 구성원별 독립 심사이므로 교차 보조 위험 없음. 다만 시스템 부담이 커 우선순위는 후순위로 둔다.

8.3 집중 (Focus)

집중 01

질환별 인수기준 3단계 정밀화

1. **담보 정의** — 일반심사와 간편심사의 이분법 사이에 **준표준체 계층**을 신설하여 심사 계층을 세 단계로 확장한다. 일본 시장이 표준체·완화형·무선택형의 다계층 구조를 운영하는 것과 같은 방향이다.
2. **보장 방법** — 일반심사에서 부담보 또는 할증 조건부 인수 판정을 받은 담보에 대해, 부담보 없이 준표준체 요율(일반과 간편의 중간)로 인수하는 선택지를 제공한다. 거절 판정 담보만 간편심사로 배정한다.
3. **보장금액 제안** — 준표준체 요율은 일반심사 대비 할증률을 담보별로 차등 설정한다. 제5장 분석에서 확인된 담보별 할증률 이질성(암 약 19%, 뇌·심 그 이상)을 근거로 담보군별 계층을 설계한다.
4. **대상 고객** — 경증 유병자 가운데 현재 구조에서 간편심사로 배정되는 계층. 개발과정요약서가 제시한 부담보 비중 32% 중 상당 부분이 이 계층에 해당할 것으로 추정된다.
5. **차별화 포인트** — 독창성: 국내에서 준표준체 계층을 담보 단위로 운영하는 사례가 없다. 진보성: 제4장에서 지적한 반선택 농축 문제를 **구조적으로 완화**한다. 간편심사 풀에 유입되는 집단이 거절 판정자로 좁혀지는 대신, 그 사이 구간이 별도 요율로 분리되기 때문이다. 유용성: 계약자는 부담보 없이 더 낮은 보험료로 가입할 수 있다.
6. **위험요소** — 계층이 늘수록 요율 셀이 $42 \times 3 = 126$ 종으로 증가하여 경험 신뢰도 확보가 더 어려워진다(완화: 담보군 단위로 묶어 부분신뢰도 결합을 적용하고 갱신 주기를 짧게 설계). 심사 판정 기준의 정밀도가 계층 수를 따라가지 못할 수 있다(완화: 초기에는 주요 만성질환 3~4종에 한정 적용).

3개이트 — 신규성: 준표준체 개념 자체는 재보험 실무에 존재하나 특약 단위 소매 적용은 미확인. 데이터 실현가능성: 중하, 중간 계층의 요율 근거 확보가 관건이며 자사 경험 축적 전까지는 재보험자 요율 참조 또는 **탐색 단계**로 분류. 구조 건전성: 농축 효과 완화라는 점에서 오히려 건전성을 높인다.

집중 02

고객담보 한정 복합심사 옵션

1. **담보 정의** — 42개 전 특약에 복합심사를 적용하는 대신, **보험료 비중이 큰 상위 담보에 한정**하여 복합심사를 적용하는 간소화 옵션을 병행 운영한다.
2. **보장 방법** — 3대 질병 진단담보 등 핵심 담보 5~7종에만 특약별 심사를 적용하고, 나머지 소액 담보는 단일 유형으로 일괄 처리한다. 심사 절차와 안내 문서가 대폭 간소화된다.
3. **보장금액 제안** — 보장금액 체계는 기존과 동일하게 유지한다.
4. **대상 고객** — 복잡한 설계를 부담스러워하는 고령 계약자, 그리고 짧은 상담 시간에 판매가 이루어지는 채널.



5. **차별화 포인트** — 독창성: 복합심사의 적용 범위를 선택 가능하게 만든 접근이다. 진보성: 제5장에서 확인했듯 절감 효과의 대부분은 소수 고액 담보에서 발생하므로, 적용 범위를 좁혀도 **효익의 상당 부분이 유지**된다. 유용성: 설명 부담과 불완전판매 위험을 동시에 낮춘다.
6. **위험요소** — 두 가지 옵션이 병존하여 고객 혼란이 가중된다(완화: 채널별로 적용 옵션을 사전 지정하고 동시 제안을 금지). 소액 담보의 보장 공백이 잔존한다(완화: 소액 담보는 간편심사 일괄 적용으로 공백 없이 처리).

3계이트 — 신규성: 본 상품의 변형이므로 별도 배타권 대상 아님. 데이터 실현가능성: 상, 기존 요율 그대로 사용. 구조 건전성: 적용 범위 축소는 위험을 늘리지 않는다.

8.4 전환 (Transform)

전환 01

심사 결과 건강 리포트 서비스

1. **담보 정의** — 복합심사 과정에서 산출되는 특약별 인수 판정 결과를, 청약 여부와 무관하게 **개인 건강 리포트 형태로 제공**하는 부가 서비스. 담보가 아니라 서비스 결합 제안이다.
2. **보장 방법** — 심사 결과를 "어떤 보장은 표준으로 가입 가능하고 어떤 보장은 그렇지 않은가"라는 형태로 시각화하여 제공한다. 아울러 어떤 조건이 개선되면 어떤 담보가 표준 인수로 전환될 수 있는지 안내하고, 재심사 신청 경로를 함께 제시한다.
3. **보장금액 제안** — 무상 제공. 청약하지 않은 고객에게도 제공하여 잠재 고객 접점을 확보한다.
4. **대상 고객** — 가입 거절 경험이 있어 보험 가입을 포기한 계층. 이들은 자신이 어떤 보장에 대해서는 여전히 표준체라는 사실을 모른다.
5. **차별화 포인트** — 독창성: 인수심사 결과를 고객 가치로 전환한 사례가 국내에 없다. 진보성: 심사를 관문이 아니라 정보 제공 절차로 재정의한다. 유용성: 3.3절에서 지적한 정보 비대칭 문제를 직접 해소하며, 계약자는 자신의 보험 가능성을 정확히 알게 된다.
6. **위험요소** — 인수 기준이 사실상 공개되어 역선택에 활용될 수 있다(완화: 판정 결과만 제시하고 기준 자체는 비공개로 유지). 건강 상태에 대한 오해나 불안 유발(완화: 보험 인수 기준이며 의학적 진단이 아님을 명시하고 표현을 신중히 설계). 개인정보 처리 적법성(완화: 심사 목적 외 활용에 대한 별도 동의 절차 마련).

3계이트 — 신규성: 국내 미확인. 데이터 실현가능성: 상, 이미 산출되는 심사 결과의 표현 방식 변경. 구조 건전성: 기준 비공개 원칙으로 역선택 방어.

전환 02

만성질환 관리 실적 연계 요율 조정

1. **담보 정의** — 간편심사로 인수된 특약에 대해, 해당 만성질환의 관리 실적(정기 검진 수검, 처방 지속, 검사 수치 등)을 확인하여 갱신 시점 또는 일정 주기마다 요율을 조정하는 구조.
2. **보장 방법** — 계약자가 자발적으로 관리 실적을 제출하면 회사가 이를 평가하여 요율 조정에 반영한다. 제출하지 않아도 불이익은 없으며 기존 요율이 유지된다.
3. **보장금액 제안** — 보장금액은 유지하고 요율만 조정한다. 조정 폭은 관리 수준별로 단계화하되, 실증 근거가 확보되기 전까지는 보수적으로 설정한다.
4. **대상 고객** — 고혈압·당뇨·이상지질혈증 등으로 간편심사 인수를 받은 계층. 이들은 대부분 정기 진료를 받고 있어 실적 제출 부담이 작다.
5. **차별화 포인트** — 독창성: 인수 이후 관리 실적을 요율에 반영하는 구조를 특약 단위로 운영한 사례가 국내에 없다. 진보성: 확장 01의 무사고 승급이 결과(청구 없음)를 본다면, 본 제안은 **과정(관리 행동)**을 본다는 점에서 한 단계 앞선다. 유용성: 계약자는 요율 인하를, 회사는 실제 위험 감소를 얻는다.

6. **위험요소** — 관리 실적과 실제 위험 감소의 인과관계 입증에 어렵다(완화: 초기에는 요율 조정 폭을 최소화하고 데이터 축적 후 확대). 실적 제출자만 선별적으로 저위험군일 가능성(완화: 이는 자기선택이지만 요율 조정 폭이 작으면 손실 위험도 제한적).개인 건강정보 수집·활용 규제(완화: 명시적 동의와 최소 수집 원칙 적용).

3계이트 — 신규성: 건강증진형 보험의 요율 할인은 존재하나 간편심사 인수 담보에 대한 사후 조정은 미확인. 데이터 실현가능성: 중하, 관리 실적과 위험 감소의 관계 추정엔 장기 자료가 필요하므로 초기에는 **탐색 단계**. 구조 건전성: 조정 폭 최소화로 초기 손실 위험 제한.

8.5 재구성 (Reframe)

재구성 01

'심사'가 아니라 '진단'이라는 메시지 전환

1. **담보 정의** — 상품 구조 변경 없이, 복합심사를 **가입 관문이 아니라 자신의 보험 가능성을 정밀하게 확인하는 절차**로 소구 메시지를 전환한다.
2. **보장 방법** — 판매 프로세스에서 심사를 먼저 받고 결과를 확인한 뒤 가입 여부를 결정하는 순서를 전면 배치한다. 요약서가 기술한 "일반심사형 선(先) 확인 후 정상인수가 불가한 특약에 한하여 간편심사형으로 전환"이라는 프로세스를 그대로 고객 관점 언어로 번역한다.
3. **보장금액 제안** — 변경 없음.
4. **대상 고객** — 병력 때문에 가입을 시도조차 하지 않은 계층. 시장 통계상 유병자보험 신계약 건수가 감소세로 전환한 상황에서, 신규 유입의 관건은 가격이 아니라 **시도 자체를 하게 만드는 것**이다.
5. **차별화 포인트** — 독창성: 급부 변경이 없으므로 마케팅 전략으로 추진한다. 진보성: 심사에 대한 소비자의 부정적 인식을 구조적으로 전환한다. 유용성: 가입 시도 자체가 늘어나면 시장 규모가 확대된다.
6. **위험요소** — 심사 결과가 기대에 미치지 못할 때 실망이 커질 수 있다(완화: 사전 안내에서 결과의 범위를 현실적으로 제시). 청약 전 심사 건수 증가에 따른 운영 부담(완화: 자동 심사 비중을 높이고 처리 기준을 사전 정비).

3계이트 — 신규성: 마케팅 영역. 데이터 실현가능성: 상. 구조 건전성: 심사 시도 확대는 인수 통제 하에 있으므로 위험 증가 요인 없음.

재구성 02

설계사 상담 도구로의 자산화

1. **담보 정의** — 복합심사 결과 화면을 단순한 심사 결과 조회 기능이 아니라 **상담 도구**로 재설계하여, 설계사가 고객 앞에서 직접 시연하며 설명할 수 있는 형태로 만든다.
2. **보장 방법** — 특약별 일반·간편 보험료 비교, 선택에 따른 총 보험료 변화, 20년 누적 절감액을 실시간으로 계산해 보여준다. 요약서가 이미 계약자 확인서에 특약별 보험료 비교 안내를 포함하고 있으므로, 이를 상담 단계로 앞당기는 것이다.
3. **보장금액 제안** — 변경 없음.
4. **대상 고객** — 대면 채널 전체. 특히 유병자 상담 경험이 많은 설계사 조직.
5. **차별화 포인트** — 독창성: 심사 시스템을 판매 도구로 전환한 접근이다. 진보성: 제7장에서 지정한 채널 학습효과 고착을 의도적으로 강화하여 진입장벽으로 전환한다. 유용성: 설계사는 설명이 쉬워지고, 고객은 선택 근거를 눈으로 확인한다.
6. **위험요소** — 절감액 강조가 과장 광고로 해석될 여지(완화: 사례 조건을 명시하고 개인별 결과가 다를 수 있음을 화면에 병기). 도구 활용 격차에 따른 설계사 간 성과 편차(완화: 필수학습과정에 도구 활용 실습을 포함).

3계이트 — 신규성: 판매지원 영역이므로 배타권 대상 아님. 데이터 실현가능성: 상, 기존 시스템 출력의 재구성. 구조 건전성: 비교 안내 강화는 완전판 매 방향과 일치한다.

부록 및 참고자료

9.1 배타적사용권 확인 사항

부여 여부	부여 완료. 생명보험협회 신상품심의위원회, 6개월
공표 시점	2026년 8월 7일 (회사 발표 및 다수 언론 보도)
대상	복합심사 인수특약 (교보K-맞춤건강보험 무배당, 복합심사형 탑재)
평가 요지	일반심사보험과 간편심사보험의 이분법적 체계를 허물고 업계 최초로 복합심사형 구조를 구현한 점에서 독창성과 유용성을 높게 평가. 기존 유병자보험이 주계약 및 모든 특약에 상대적으로 비싼 간편심사 요율을 일괄 적용하던 한계를 극복한 점에서 혁신성 인정
상품 출시	2026년 6월 15일
회사 최근 실적	2025년 11월 이후 심폐소생술·제세동술 특약, 여성건강보험 특정자궁질환 특약 등에서 연이어 배타적사용권 획득

9.2 개발 경과

단계	기간	주요 활동
STEP 1	'24.10~'11월	상품 기획. 고지유형 세분화 트렌드 분석 및 대응방안 검토, 3C(고객·경쟁사·자사) 분석 기반 혁신상품 아이디어 도출, 상품 컨셉 검증에 위한 현장 인터뷰
STEP 2	'25.3월~	복합심사 추진 TF 신설. Mix-Inno TF 구성(건강상품전략팀, 건강상품개발팀, 상품마케팅팀, 가입심사팀, 지급심사팀, 시스템팀). 신 상품구조 도입을 위한 부서별 영향도 검토
STEP 3	'25.6~'26.1월	상품개발 및 금융감독원 신고. 고객 중심을 제1원칙으로 상품 개발, TF 참여 조직과 함께 기초서류 작성 및 수정 반복, 금융원 신고 및 다화에 걸친 금융소비자보호·완전판매 강화 방안 반영
STEP 4	'26.1~6월	상품 출시 준비. 상품제안 시스템, 가입심사 시스템, 일반-간편 특약 매핑 등 복합심사를 위한 전사적 대규모 시스템 개발. 유지지원팀·가정관리팀 등 TF 외 유관 부서 영향도 검토 및 신규요건 반영. 약관적정성 검토와 수익성 분석 완료
STEP 5	'26.4~6월	현장 사전교육 및 필수교육 실시. 업계 최초 상품 출시로 영업 현장 이해도 증진을 위한 사전교육, 설계사 대상 복합심사형 상품 필수학습과정 운영(미이수 시 판매 불가)

총 1년 8개월. 시스템 개발에 배정된 기간이 상대적으로 길다는 점이 제7장에서 평가한 높은 시스템 장벽을 뒷받침한다.

9.3 참고자료

가. 개발과정요약서 인용 자료

- 금융위원회 브리핑 자료(2016.08) — 간편심사보험 관련 불합리한 관행 개선. 제2차 국민체감 20대 금융관행 개혁 과제 '생활밀착형 보험 관련 불합리한 관행 개선' 세부 추진계획
- 금융위원회 보도자료(2026.06.29) — 금융소비자보호 정책평가위원회 출범, 금융소비자의 눈높이에서 금융소비자 정책 평가
- 고객 VOC 및 설계사 VOD — 일반·간편 상품 분리로 인한 불편사항 4가지(보장공백 불안, 보험료 일괄할증 불합리, 가입절차 불편, 가입 완료 후 확신 부재)
- 일반심사형 보험 언더라이팅 기준 예시 — 질병별·보장급부별 인수 판정 매트릭스

나. 본 분석에서 추가 확인한 자료

- 생명보험협회 신상품심의위원회 배타적사용권 부여 공표 및 관련 보도(2026.08.07)
- 교보K-맞춤건강보험 출시 관련 보도(2026.06.15) — 42개 핵심 특약 구성, 가입 연령, 보험기간, 고지혈증 약 복용 40세 남성 사례 암 진단 특약 보험료 약 16.2% 절감
- 유병자보험 시장 규모 보도 — 주요 생·손보 10개사 원수보험료 2023년 11조 8,410억 원, 2024년 17조 7,878억 원, 2026년 상반기 13조 2,129억 원. 신계약 건수 2024년 616만 건, 2025년 527만 건, 2026년 상반기 243만 건
- 간편심사보험 고지 구조 관련 자료 — 3.N.5 모델의 진화 및 고혈압·당뇨·이상지질혈증 추가 고지 상품의 시장 점유율 추이
- 신규담보 예정손해율 관련 감독 방향 보도 — 손해 통계가 충분하지 않은 신규 담보에 보수적 손해율 적용
- 일본 인수기준완화형 보험 관련 각사 공개 자료 — 太陽生命 保險組曲BestMYWAY 및 既成緩和 라인, 2024년 11월 상품 개정 공표 자료(보장 내용에 따른 고지 항목 차등화)

다. 향후 검증이 필요한 항목

- 복합심사 계약의 간편심사 특약 요율이 기존 간편심사 상품 대비 상향 조정되었는지 여부 — 제4장 반선택 농축 대응 확인
- 고지의무 위반 시 특약별 처리 원칙의 약관·사업방법서 명문화 여부 — 제3장 최우선 쟁점
- 부담보 비중 32%의 산출 기준(계약 기준 대 담보 건수 기준) — 제5장 역산 결과와의 정합성 확인
- 담보군별 간편심사 할증률 실제 분포 — 제5장에서 추정한 담보별 이질성의 실증