

## 피보험자 질문서(계약전 알릴 의무사항)

피보험자에 관한 다음 사항은 회사가 보험회사의 청약을 인수하는데 필요한 자료이므로 피보험자께서는 사실대로 알려주셔야 합니다.

- 아래사항에 대하여 만약 사실대로 알리지 않거나 사실과 다르게 알린 경우에는 보험가입이 거절될 수 있으며, 특히 그 내용이 "**중요한 사항**"에 해당하는 경우에는 보험계약자 또는 피보험자의 의사와 관계없이 보험약관상 "**계약전 알릴의무 위반의 효과**" 조항에 의해 계약이 해지되거나 보장이 제한될 수 있습니다.
- 반면, 계약담당자 등이 임의로 이 질문표를 작성하거나 사실과 다르게 작성하는 등으로 인하여 보험계약자에게 손해를 입힌 경우 회사는 보험법규에 따라 배상책임을 지게될 수 있습니다.
- 보험모집업체는 계약전 (알릴의무) 사항에 대한 수령권한이 없으므로 과거의 진단 또는 치료 사실 등 중요한 내용을 (구두)로만 알릴 경우 계약 전 알릴 의무를 이행한 것으로 인정되지 않아 계약이 (해지)되거나 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.
- \* "알릴의무", "구두", "해지"는 보험계약자가 직접하여야 하는 문구

### ※ 중요한 사항이란?

회사가 그 사실을 알았다면 보험계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부담보 제외, 보험금삭감, 보험료할인할증과 같이 조건부로 인수하는 등 계약인수에 영향을 미치는 사항을 말합니다. 예를 들면, 현재 및 과거의 질병, 건강검진(신체검사포함) 진단사항, 현재의 장애상태, 외부환경 등의 사항이 이에 해당합니다.

1. 외교부 여행경보 제도 중 황색경보 이상(여행제한, 여행금지, 철수권고) 국가(지역) 또는 소요, 내란, 전쟁 등이 발발한 위험지역(이스라엘 및 주변 국, 아프가니스탄, 이라크 등) 및 극지방에 방문 예정이십니까?  예  아니오
2. 영주권, 해외시민권, 이중국적 및 기타 국적을 취득하셨습니까?  예  아니오
3. 여행 기간 중 운동경기에 참여하거나 위험한 운동을 할 예정이십니까?  예  아니오  

스쿠버다이빙, 행글라이딩, 패러글라이딩, 스카이다이빙, 수상스키, 번지점프, 빙벽/암벽/산악등반, 자동차/오토바이 경주, 제트스키, 래프팅, 비행, 모터보트, 스키 및 보드  
- 상기 운동 참여자 및 올림픽, 월드컵, 선수생활 등 운동이 주목적인 경우에는 보험가입이 제한됩니다.
4. 현지취업, 해외거주, 운동경기, 선교사 및 봉사활동 목적으로 출국하십니까?  예  아니오
5. 최근 3개월 이내에 질병확정진단, 질병의심소견, 치료, 입원, 수술(제왕절개 포함), 투약을 받은 적이 있습니까?  예  아니오
6. 최근 3개월 이내에 마약을 사용하거나 혈압강화제, 신경안정제, 수면제, 각성제, 흥분제, 진통제 등의 약물을 상시 복용한 사실이 있습니까?  예  아니오
7. 최근 5년 이내에 아래 10대 질병으로 입원 또는 수술을 받으셨습니까?  예  아니오  

10대 질병 : 암, 백혈병, 고혈압, 협심증, 심근경색, 심장판막증, 간경화증, 뇌졸중증(뇌출혈, 뇌경색), 당뇨병, 에이즈(AIDS) 및 HIV 보균
8. 최근 5년 이내에 의사로부터 진찰 또는 검사를 통하여 아래와 같은 의료행위를 받은 사실을 있습니까?  예  아니오  

입원, 수술(제왕절개 포함), 7일 이상의 계속된 치료, 30일 이상의 계속된 투약

※ 사망보험금 수익자는 법정상속인에 한합니다.

- 이 상품은 실손의료비 담보에 대하여 실손의료비를 보장하는 다수의 보험계약이 체결되어 있을 시, 그 계약과 보험금을 분담하여 지급(비례보상) 함을 확인하였으며 이에 동의합니다.  비례보상 면책 동의
- 이 상품은 가입하기 이전에 발생하였거나 발생하여 치료받은 손해, 완치되었다가 재발한 손해, 피보험자의 인지 여부와 관계없이 가입 이전부터 일정 기간 잠복 후 발생한 손해에 대하여 보장하지 않음을 확인하였으며 이에 동의합니다.  기왕증 면책 동의
- 본인은 한국어시스트카드를 계약자로 하여 가입자(피보험자)를 위한 보험(사망담보 포함)에 가입함을 동의합니다. 단, 만 15세 미만은 상법 제 732조에 따라 사망담보가 적용되지 않습니다.  보험(사망담보 포함) 가입 동의
- 위의 각 계약 전 알릴 의무사항에 대한 답변은 사실과 일치하며, 피보험자(보험대상자) 본인이 직접 작성하였음을 확인합니다. 또한 귀사가 위 사항과 관련하여 필요시에는 별도의 확인을 할 수 있으며, 의사가 본인의 질병 등의 건강 상태를 조회하거나 열람토록 하는 것에 동의합니다.  사실확인 동의

20            년            월            일

	성명	주민등록번호	서명	성명	서명	법정대리인 (친권자) 1인이 서명한 경우	서명
가입자			법정대리인 1			본인은 다른 법정대리인(친권자) 1인과 합의하여 공동으로 친권을 행사합니다.	
계약자	한국어시스트카드유한회사			법정대리인 2			

※ 계약관계자(피보험자)가 각각 서명하여 주시고, 미성년자인 경우 법정대리인(친권자) 또는 후견인이 서명 바랍니다. 부모가 공동친권자인 경우 부모 쌍방이 각자 서명하여야 합니다. 다만, 다른 일방의 의사에 반하지 않을 경우 일방이 부모 공동 명의로 동의할 수 있습니다.

※ 피보험자 본인이 자필 서명을 하지 않은 경우에는 보험계약이 무효가 되어 보장을 받지 못할 수 있으니 반드시 피보험자 본인이 서명하시기 바랍니다.