

보험분쟁관련 분쟁조정사례 및 판례

2016.11.25.

민 동 회 금융감독원 법무3팀장

1 자필서명 미이행 [계약자=피보험자]

1. 기본 개념

가. 자필서명의 의미

자필서명은 보험계약을 체결하는 과정에서 계약자 등이 청약서, 상품설명서, 고객확인서, 건강진단서, 적합성 관련서류 등 청약관련 서류에 본인의 성명을 기재하고 서명 또는 날인하는 것을 말한다.

생명보험계약은 보험계약에 가입하고자 하는 자의 청약과 상대방인 보험회사의 승낙에 의한 의사합치로서 성립하는데 청약사실, 상품설명의무 이행여부 등을 확인하기 위해 계약자 등의 자필서명이 필요하다.

나. 생명보험계약의 자필서명

생명보험계약도 보험계약자의 청약(請約)과 승낙(承諾)으로 성립되며, 청약이란 보험계약자가 보험회사에 대하여 일정한 보험계약을 체결할 것을 목적으로 하는 의사표시를 말하며, 계약자의 청약을 보험회사가 승낙하면 보험계약이 성립된다.

보험계약을 청약하는 방법은 원칙적으로 특별한 방식이 요구되지는 않으나, 실무상으로는 대량의 거래를 신속·정확하게 처리하기 위해 보험계약청약서를 사용한다. 계약자가 청약의 의사표시를 표하면 보험회사는 계약자에게 약관 및 상품의 주요내용을 설명하며, 이와 같은 모집·체결절차가 적정하게 이행되었음을 입증하기 위해 보험회사는 청약서 등에 계약자 등의 자필서명을 받아야 한다.

다. 자필서명 이행여부 판단기준

① 자필서명 미이행 판단기준

- ▶ 청약관련자료 확인 : 청약서, 상품설명서, 고객확인서, 건강진단서, 적합성관련서류 등에 자필서명 미이행이 확인되면 회사의 책임 있음
- ▶ 모집설계사 사실관계 확인 : 모집설계사가 청약서상 자필서명 미이행을 서면상으로 인정하면 회사의 책임 있음

② 기타 판단기준

- ▶ 필적감정

- 1 -

보험회사가 청약 당시 청약서 및 모니터링 녹취 등 자필서명에 대한 입증자료를 보유하고 있는 만큼 보험계약자 등이 청약 당시 자필서명 미이행을 입증하기 위해서는 ①청약서상 피보험자 성명의 자필서명 필제와 ②보험회사에 내방하여 피보험자가 추가로 제출한 자필서명 필제 등 피보험자 자필서명과 관련한 기초자료에 근거하여 보험회사 주관이 아닌 외부의 필적감정 전문업체에 의해 객관적으로 입증되어야 한다.

▶ 청약 당시 청약장소에 없었음을 확인

계약자 등이 보험계약 체결 당시 청약장소에 없었고 제3의 장소(회사근무, 해외여행, 출장 등)에 있었다는 사실을 계약자 등이 객관적인 입증자료(단순 진술은 제외)에 기초하여 입증하면 이를 수용하여야 한다.

라. 자필서명 미이행 입증책임

계약자 등은 보험계약 체결시 청약서 등 청약서류에 보험계약 내용을 확인하고 직접 자필서명을 이행해야 한다. 보험계약 당시 자필서명을 이행하지 않았음을 주장하려면 보험계약자 등은 이를 보험회사에 입증해야 한다.

계약자 등이 자필서명 미이행에 대해 객관적인 입증자료 없이 구두상으로 자필서명 미이행을 주장하는 경우에는 보험회사가 이를 인정하기 곤란할 수 있다. 계약자 등이 자필서명을 이행한 것으로 추정되는 청약관련 서류(청약서, 모니터링 녹취자료 등)를 보험회사가 보유하고 있기 때문이다.

마. 자필서명 없는 보험계약의 효력

청약서 등에 대한 계약자 등의 자필서명은 설명의무와 같은 보험계약의 모집·체결과정에서 이행하여야 하는 준수사항 등이 적정하게 이행되었음을 입증하는 중요한 입증자료이다. 따라서 자필서명 없는 보험계약의 효력, 자필서명 미수령시 제재 등은 다음과 같이 처리된다.

① 보험계약의 효력

생명보험계약은 불요식 낙성계약(不要式 諾成契約)으로 계약자 등이 직접 청약서 등 청약관련서류에 서명하거나 날인해야만 보험계약이 유효한 것은 아니다. 또한 보험계약자가 청약서 작성을 타인에게 일임할 수 있다. 예외적으로 타인의 생명보험계약과 같은 경우는 피보험자인 타인의 서면동의를 받도록 규정하고 있는 경우도 있다.

그러나 청약서에는 개인 신용정보의 제공·활용에 관한 사항, 보험료 이체에 관한 사항, 고지의무에 관한 사항 등 중요한 사항을 기재하도록 되어 있으므로 반드시 청약서는 계약자 본인이 작성하여야 하며, 자필서명이 누락된 계약은 계약이 성립한 날로부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있도록 규정하고 있다(표준약관 §18②).

자필서명 없는 보험계약임에도 취소권 행사기간인 3개월이 경과된 보험계약의 효력은 어떻게 처리되는 것인지에 대하여는 표준약관 등에서 별도로 규정하고 있지 않으므로 민법 일반원칙에 따라 처리하여야 한다.

따라서 이런 보험계약의 효력은 보험계약 체결경위, 자필서명 미이행 경위 등을 종합적으로 고려하여 판단하여야 한다. 청약서 등 자필서명이 누락된 보험계약은 보험회사가 보험업법 등에서 정하고 있는 설명의무를 이행하지 않은 것으로 간주되므로, 설명의무 위반으로 보험계약자가 계약의 중요한 내용에 대한 착오에 빠져 보험계약을 체결한 것으로 판단되는 경우에는 비록 3개월의 약관상 취소권 행사기간이 경과하였다 하더라도 계약자는 민법 제109조에 근거하여 해당 보험계약을 취소할 수 있는 것으로 해석하여야 한다. 이 때 취소권 행사기간은 추진할 수 있는 날로부터 3년 이내, 법률행위로 한 날로부터 10년 이내로 연장된다.

② 보험회사 등에 대한 행정제재

보험업법에서는 보험회사나 모집자는 보험계약을 모집·체결하면서 보험계약의 중요사항을 계약자에게 설명하여야 하며, 계약자의 서명, 기명날인, 녹취 등의 방법으로 입증하도록 하고 있으며(§95의2①·②). 이를 위반한 경우 보험회사에는 과징금을 부과하고(§196②), 해당 모집자 등에 대하여는 과태료를 부과할 수 있도록 규정하고 있다(§209②18, ③7).

③ 보험회사의 손해배상책임

모집자 등이 보험계약을 체결하면서 자필서명을 받지 않아 보험계약자에게 손해가 발생할 여지가 있다. 상품내용에 대한 불충분한 설명 등으로 일부 담보가 누락되거나 본인이 원하지 않은 계약에 가입하여 손해가 발생할 수 있기 때문이다. 이와 같이 모집·체결과정에서 모집자의 과실로 손해가 발생하면 보험회사는 그 손해에 대하여 배상책임이 발생한다(보험업법 §102).

손해배상책임이 발생하는 지 여부는 해당 보험계약 체결당시 보험계약자의 의도, 모집자의 과실여부 등을 구체적으로 살펴 판단하여야 한다. 일반

적으로 특정 담보가 누락되어 보험금을 지급받지 못하는 경우에 손해배상이 문제가 되는데, 이 경우 보험회사가 지는 손해배상의 범위는 해당 보험사고로 지급받을 수 있는 보험금을 한도로 구체적인 사실관계를 살펴 결정되는 보험회사 측의 과실비율에 따라 결정된다. 해당 담보가 누락되는데 기여한 모집자의 과실비율을 정하고 동 비율만큼 배상책임이 발생하는 것이다(서울중앙지법 2006나13383, 본조위 결정 제09-17호). 구체적인 사실판단의 문제이므로 사법적인 판단이 필요한 부분이다.

2. 주요 민원유형

- ☐ 모집자가 자필서명을 대리한 보험계약의 효력
 - (사례 1) 자신을 계약자·피보험자로 한 중신보험에 가입하면서 지방출장중이어서 본인이 직접 청약서 등에 자필서명을 할 수 없자 모집자에게 이와 관련된 사항을 일임. 모집자가 청약서 등에 자필서명을 대신한 보험계약을 효력은
 - ☞ 보험계약은 낙성 불요식 계약으로 계약자의 청약의사가 확실하면 모집자가 자필서명을 대리하더라도 유효하게 성립
 - 다만, 동 보험계약의 효력은 보험업법 등에서 요구하고 있는 자필서명 의무를 이행하지 않은 계약이므로, 계약자는 계약체결일로부터 3개월 이내에는 해당 보험계약을 취소할 수 있음
- ☐ 배우자인 모집자가 자필서명을 대리한 보험계약의 효력
 - (사례 2) 계약 체결후 정상적으로 보험계약을 유지하고 보험사고에 대해 보험금을 수령한 사실이 있음에도, 이후 계약체결시 배우자가 본인의 자필서명을 대리하고 계약을 체결한 것을 알게 되자, 계약자가 해당 보험계약의 취소를 요청하며 기납입보험료 전액의 반환을 요구
 - ☞ 자필서명을 배우자인 모집자가 대신하여 계약체결 과정에 하자가 있는 것은 맞지만, 계약체결 이후 보험금을 수령한 것은 해당 보험계약의 성립을 계약자 본인이 추진한 행위로, 모집·체결상 하자가 치유된 것에 해당되므로 보험계약 취소주장은 수용하기 어려움
- ☐ 청약서 자필서명 없으나 약관대출을 받은 보험계약의 효력
 - (사례 3) 보험가입 이후 상당기간이 경과하였고, 약관대출까지 받은

3. 분쟁조정사례

| |
|---|
| ■ 본인의 서명동의 없이 체결된 계약의 무효여부(06.8.22. 결정 제06-46호) |
| 사건개요 |
| ○ 보험계약자 □□□는 본인의 어머니가 본인의 동의 없이 보험계약을 체결하였다고 주장함 |
| ○ 해당 보험계약의 보험료는 2005.3.3.일부터 신청인의 계좌를 통해 자동이체 되었고, 2005.6.20. 보험계약자 □□□가 콜센터로 전화를 하여 보험료 이체 날짜 변경을 문의함. 이후 별다른 이의 없이 보험료는 계속 자동이체 됨 |

쟁점사항

본인의 자필서명 없이 보험계약이 체결된 경우 계약의 무효여부

판단근거

- 이 보험계약은 신청인의 어머니가 신청인의 동의 없이 계약을 체결한 것으로, 무권대리에 의하여 체결된 계약이므로, 무권대리에 대한 신청인의 추인이 인정되어야 유효한 계약으로 인정 (무권대리행위는 그 효력이 불확정 상태에 있다가 본인의 추인으로 효력여부가 결정)
- 추인의 의사표시 방법은 일정한 방식이 요구되는 것이 아니므로 명시적이든, 묵시적이든 무관함. (대법원 1990.4.27. 선고 89다카2100 판결)
- 본건 보험계약의 보험료는 2005.3.3.부터 신청인의 은행계좌를 통해 자동 이체되었고, 2005.6.20. 피신청인이 콜센터로 전화하여 본건 계약의 존재를 인정하면서 이체 날짜를 변경문을 한 사실. 이후에도 별다른 이의제기 사실 없이 보험료가 계속 자동 이체되었다는 점에서 신청인의 묵시적 추인이 인정되어, 이 보험계약은 유효하게 성립된 계약으로 인정됨

판단결과

신청인의 어머니가 신청인의 동의 없이 임의로 체결한 본 건 보험계약은 신청인의 추인으로 유효하게 되었다 할 것이므로, 보험계약자의 자필서명이 없다는 이유로 기납입보험료의 환급을 요청하는 신청인의 요청은 수용되지 않음

사실이 있음에도, 계약자가 청약서 자필서명이 누락되었다는 사유로 해당 보험계약의 무효처리와 기납입보험료 환급을 요청

- ☞ 청약서 자필서명이 누락된 경우 해당 보험계약이 정상적으로 성립되지 않았다는 이유로 보험계약자는 동 보험계약을 취소할 수 있으나
- 보험계약의 성립을 추진할 만한 사유가 있는 경우에는 보험계약 체결과정의 흠결(자필서명 누락)이 보완되며, 약관대출을 받은 것은 해당 보험계약의 유효를 계약자가 추진하는 사유에 해당

4. 판례

- 전화모니터링을 시행하고, 이후 이의를 제기하지 않고 계속보험료를 납입했다면 추인이 있었던 것으로 인정(의정부지방법원 2009.5.29. 선고 2009가합2170)

쟁점사항

타인이 계약자 대신 자필서명을 일부 대필하였다고 주장한 사안에서, 이후 보험자가 실시한 전화모니터링에서 청약서를 확인하고, 상품설명서 및 약관을 교부받고, 계약내용을 설명 받았는지에 대한 질문에 그렇다는 취지로 대답을 한 경우, 본 계약을 무효로 볼 수 있는지 여부

판결요지

계약자 본인이 최초 진술시 청약서에 일부는 본인이 서명하였다고 진술한 점(이후 위 진술을 철회하기는 함) 증인도 계약자가 청약서의 일부는 직접 서명하였다고 증언하고 있는 점, 보험계약을 체결하면서 관련서류에 전혀 서명하지 않는다는 것이 매우 이례적인 점 등을 보았을 때 이는 합리적으로 납득하기 어려우며

계약체결 이후 전화모니터링에서 앞서 본 바와 같이 대답하였으며, 이후 아무런 이의를 제기하지 않고 계속하여 보험료를 납입한 점, 보험계약이 유효함을 전제로 약관대출을 받기도 한 점, 이후 피고의 민원신청으로 금융감독원에서 조사받을 당시 약관의 주요내용에 대해 알고 있었다고 진술한 점, 보험모집인을 사문서 위조 및 행사, 사기 등으로 형사고발하였으나 무혐의 처분이 내려진 점 등을 보았을 때, 피고의 주장대로 계약이 무효가 된다고 보기는 어렵다

- 무권대리행위의 추인이 묵시적 의사표시에 의해서도 가능한지 여부(대법원 1990.4.27. 선고 89다카2100)

쟁점사항

무권대리행위의 추인이 묵시적 의사표시에 의해서도 가능한지 여부

판결요지

무권대리행위는 그 효력이 불확정상태에 있다가 본인의 추인유무에 따라 본인에 대한 효력발생여부가 결정되는 것인바, 그 추인은 무권대리행위가 있음을 알고 그 행위의 효과를 자기에게 귀속시키도록 하는 단독행위로서 그 의사표시의 방법에 관하여 일정한 방식이 요구되는 것이 아니므로 명시적이든 묵시적이든 묻지 아니함

■ 설계사가 임의로 체결한 보험계약의 효력(전주지방법원 2003.6.13. 선고 2002가합1610)

쟁점사항

보험설계사가 보험계약자 및 피보험자의 승낙 없이 계약을 체결하고 보험료를 납입하던 중 보험사고가 발생한 경우 보험계약 유효 여부

판결요지

이 사건 보험계약은 무권한자인 보험설계사에 의하여 체결된 것이어서 무효라 할 것이고, 또한 불확실성을 보험사고의 요건으로 요구하는 상법 제644조의 입법취지에 비추어 볼 때 무권한자에 의하여 보험계약이 체결된 경우 보험계약자가 보험사고가 발생하였음을 안 후에는 그 추인권을 행사할 수 없다고 봄이 상당하므로 무권한자인 설계사에 의하여 체결된 이 사건 보험계약에 관하여 보험계약자가 추인할 여지도 없다할 것이다.

존을 보험사고로 하고 있고 수익자를 계약자가 지정할 수 있어 도박이나 범죄에 악용될 우려가 거의 없기 때문에 피보험자의 동의요건을 별도로 규정하고 있지는 않는 것이다.

② 법적성질 및 효과

피보험자의 서면동의는 자신을 사망보험계약의 피보험자로 하는 것에 대해 찬성하는 의사표시로 준법률행위이다. 서면동의는 보험계약의 성립요건이 아니라 효력발생요건이며, 당사자 간 의사합치로 이를 배제할 수 없다. 상법 731조가 강행법규이기 때문이다. 서면동의가 없으면 당사자 간 의사와 무관하게 해당 계약은 원천 무효 처리된다.

서면동의의 시기는 보험계약 체결시이며, 방식은 서면으로 하여야 한다. 서면동의는 보험계약별로 이루어져야 하며 포괄적인 동의는 인정되지 않는다(대법원 2006.9.22. 선고 2004다56677).

보험계약이 무효로 처리되면, 보험회사에 기납입보험료 반환의무가 발생한다. 통상 계약이 무효로 처리되면 계약 당사자에게는 원상회복 의무가 발생하기 때문에, 보험회사는 기납입보험료를 계약자에게 반환하여야 한다.

표준약관에서도 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면동의를 얻지 아니하면 해당 보험계약은 무효로 처리되며, 보험회사는 기납입보험료를 반환하도록 규정하고 있다(표준약관 §19 본문·1호). 만일 이 때 보험회사가 고의 또는 과실이 있으면 기납입보험료에 보험료를 받은 기간에 대해 약관대출이율을 연단위복리로 계산한 금액을 가산하여 반환하도록 보험회사의 책임을 가중하고 있다(표준약관 §19 본문 후단).

③ 청구권소멸시효와 환급보험료

과거 모집관행상 남편, 자녀를 피보험자로 하는 보험계약임에도 피보험자의 서면동의 없이 또는 피보험자 서면동의(청약서 자필서명)를 계약자가 대신하여 계약을 체결한 계약이 다수인 것이 현실이다. 이런 보험계약의 경우 보험료 납입기간이 종료된 이후 상당기간이 경과한 계약이 상당수이며, 이 경우 보험료 반환청구권 소멸시효(3년)가 경과하였다는 사유로 보험회사가 기납입보험료 전액을 반환하지 않을 수 있는지 문제된다.

상법에서는 보험료 반환청구권에 대하여 3년간 행사하지 않으면 소멸시

2 자필서명 미이행 [계약자≠피보험자]

1. 기본 개념

가. 타인의 사망보험의 의미

보험계약자와 피보험자가 동일한 보험계약, 즉 보험계약자가 자신을 피보험자로 하는 보험계약을 ‘자신의 생명보험(사망보험)’이라 하고, 보험계약자와 피보험자가 다른 보험계약, 즉 보험계약자가 자기 이외의 제3자를 피보험자로 하는 보험계약을 ‘타인의 생명보험(사망보험)’이라 한다. 상법에서는 타인의 사망을 보험사고로 하는 계약을 ‘타인의 생명의 보험’이라고 규정하고 있다(상법 §731).

타인의 사망보험에서는 보험계약의 효력요건으로 피보험자인 타인의 서면동의를 얻도록 규정하고 있어(상법 §731①), 자필서명과 관련하여 계약자의 자필서명과 관련된 문제와 더불어 피보험자인 타인의 서면동의(자필서명)와 관련한 문제가 자주 발생하고 있다. 계약자 자필서명 부분은 앞에서 살펴봤으므로 여기서는 피보험자의 서면동의와 관련해서 살펴보기로 한다.

나. 피보험자 서면동의 의미

① 개념

타인의 사망보험계약은 가정이나 기업에서 피보험자의 사고로 인한 경제적 손실을 대비할 수 있는 등 경제적 가치가 적지 않으나, 반대로 피보험자가 사망한 때에 보험금이 피보험자가 아닌 자에게 지급될 수 있으므로 범죄로 악용될 위험성도 있다. 그래서 상법은 타인의 생명보험 계약을 체결할 때에는 반드시 피보험자의 서면동의를 얻도록 규정하고 있다(상법 §731①). 법률행위에 대한 판단능력이 낮은 15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하는 보험계약은 피보험자의 서면동의 여부와 관계없이 무효로 처리된다(상법 §732).

타인의 사망보험에서 피보험자의 서면동의를 요구하는 취지는 사망보험은 정책보험으로 ①사망보험을 도박에 악용할 우려가 있고, ②고의로 피보험자를 살해할 위험이 있기 때문이다. 정책보험중 타인의 사망보험에만 피보험자의 동의를 요구하는 이유는, 자신의 생명보험도 역시 도박에 악용하거나 자살의 위험이 있으나, 보험계약자와 피보험자가 동일해 피보험자의 동의를 별도로 요구하는 것이 무의미하고, 생존보험은 사망보험과 달리 피보험자 생

효가 완성된다고 규정하고 있을 뿐 소멸시효의 기산점에 대하여는 별도로 규정하고 있지 않아, 소멸시효 기산점은 민법 일반 원리에 따라 객관적으로 권리가 발생하고 그 권리를 행사할 수 있는 때로부터 진행하는 것으로 해석된다. 피보험자 서면동의 없는 타인의 사망보험계약은 원천 무효인 계약이므로, 무효인 보험계약에 따라 납부한 보험료에 대한 반환청구권은 특별한 사정이 없는 한 각각의 보험료를 납부한 때에 발생하고 그 때부터 행사할 수 있는 것이므로, 원칙적으로 위 보험료 반환청구권의 소멸시효는 특별한 사정이 없는 한 각 보험료를 납부한 때로부터 진행하는 것으로 해석된다.

실제 판례에서도 무효인 보험계약에 따라 납부한 보험료에 대한 반환청구권의 소멸시효 기산점은 마지막 보험료를 납부한 때로부터 발생하는 것이 아니라고 판시하고 있다(대법원 2011.3.24. 판결 2011다92612).

그러나 표준약관에서 타인의 사망보험계약의 경우 타인의 서면동의가 없으면 해당 보험계약은 원천 무효에 해당하고, 보험회사는 기납입보험료 전액을 반환하도록 규정하고 있으므로, 위에서 살펴본 소멸시효 기산점이나 소멸시효 기간에도 불구하고 보험회사는 기납입보험료 전액을 반환하여야 하는 것으로 해석하여야 한다. 피보험자 서면동의 없는 보험계약이 발생하는 것에 모집·체결과정이나 인수심사 과정에서 과실이 있는 것이므로, 이렇게 해석하는 것이 보험계약자의 권익을 보호할 수 있는 것이기 때문이다.

다만, 채권의 소멸시효를 둔 취지와 현재 노령화에 따라 100세, 120세 만기 초장기보험이 증가되고 있는 점을 고려하여, 계약자가 악의인 경우에도 기납입보험료 전액을 반환하도록 하는 것이 적절한 지에 대해서는 추후 검토하여야 할 사안으로 사료된다.

④ 단체보험의 특징

기존에는 단체보험도 개별적인 계약과 마찬가지로 피보험자의 개별적인 동의를 받아야 한다고 보았으나, 일정한 단체에 속하는 구성원들의 개별적인 동의를 받는다는 것이 쉬운 일이 아니므로, 1991년 상법개정시 단체보험에 관한 규정을 신설하여 서면동의에 대한 특칙을 마련하였다(상법 §735의3①,②).

이에 따라 보험회사는 단체가 규약에 따라 구성원의 일부 또는 전부를 피보험자로 하는 생명보험계약을 체결하는 경우 개별적인 피보험자의 서면에 의한 동의가 없어도 유효하게 보험계약을 체결할 수 있다(상법 §735의3①,②, 표준약관 §19①). 이는 단체보험이 일정한 규약에 따라 구성원 전체의 이익을

위해서 체결되는 것으로 도박 또는 투기위험이 적기 때문에 인정하고 있는 것이다. 보험계약이 체결되면 보험증권은 보험계약자인 단체에 교부하면 된다.

하지만 이 경우에도 보험수익자를 피보험자나 피보험자의 상속인이 아닌 자를 수익자로 지정할 경우에는 반드시 피보험자의 서면동의를 받아야 한다고 규정하여 단체인 보험계약자가 단체보험을 약속할 수 있는 여지(단체가 보험금 수령 후 직원에게 지급하지 않는 사례 등)를 차단하고 있다.

다. 사후동의(追認)의 법적효과

보험계약자와 피보험자가 동일한 보험계약의 경우 보험계약 체결시 보험계약자의 자필서명이 누락된 경우, 사후에 보험계약자는 추인행위를 통해 흠결 있는 보험계약을 유효하게 할 수 있다. 타인의 사망보험계약에서도 이와 같은 사후동의가 있는 경우 보험계약이 유효해 질 수 있는지가 문제된다.

판례에서는 ‘타인의 생명보험계약 성립 당시 피보험자의 서면동의가 없다면 그 보험계약은 확정적으로 무효가 되고, 보험계약의 당사자가 아닌 피보험자가 이미 무효가 된 보험계약을 추인하였다 하더라도 그 보험계약은 유효로 될 수 없다’라고 판시하여(대법원 2006.9.22. 선고 2004다56677), 사후동의가 있다 하더라도 보험계약이 유효해지지 않는다는 점을 명확히 하고 있다.

이는 상법상 강행규정을 위반하여 체결된 보험계약은 사고 여부와 상관 없이 당연 무효이기 때문이다.

◆ 관련 판례(대법원 2011.2.11. 선고 2009다74007)
상법 제731조 제1항에 의하면 타인의 생명보험에서 피보험자가 서면으로 동의를 의사표시를 하여야 하는 시점은 ‘보험계약 체결시까지’이고, 이는 강행규정으로서 이를 위반한 보험계약은 무효이므로, 타인의 생명보험계약 성립 당시 피보험자의 서면동의가 없다면 그 보험계약은 확정적으로 무효가 되고, 피보험자가 이미 무효가 된 보험계약을 추인하였다고 하더라도 그 보험계약이 유효로 될 수 없다.

라. 피보험자 서면동의의 철회

타인의 사망보험의 피보험자는 보험계약체결 당시 서면동의를 하였다 하더라도, 보험계약 체결이후 언제든지 자신의 의사에 따라 동 서면동의를 철회할 수 있다(표준약관 §29②, 2010.4.1일부터 시행). 동 표준약관 시행 이전에는 이에 대한 별도의 조항이 없었으나, 판례에서 피보험자의 서면동의 철회는

인정되고 있었다(대법원 2013.11.14. 선고 2011다101520). 피보험자는 서면동의를 할 때 기초로 한 사정에 중대한 변경이 있는 경우에는(이혼 등 인적관계 변경) 보험계약자 또는 보험수익자의 동의나 승낙에 관계없이 그 동의를 철회할 수 있다.

피보험자가 서면동의를 철회하면 해당 보험계약은 해지된다. 철회의 의사 표시는 장래에 향하여 효력이 발생되므로, 그 때까지의 보험계약은 유효한 것으로 해석된다. 철회권 행사 당시 해지환급금이 있는 경우에는 이를 보험계약자에게 환급하여야 한다(표준약관 §29②).

피보험자의 서면동의 철회권을 인정하는 이유는 보험계약 체결이후 사정 변경, 예를 들면 피보험자와 보험계약자 또는 수익자와의 불화, 이혼 등과 같은 사실이 발생한 경우 피보험자에게 서면동의 철회권을 인정하는 것이 사리에 맞기 때문이다. 또한 피보험자에게 보험계약을 철회할 수 있도록 하는 것이 타인의 사망보험계약에 내재되어 있는 위험을 피할 수 있는 방법이기 때문이다.

마. 피보험자 서면동의 없는 보험계약의 효력

① 보험계약의 효력

타인의 사망보험계약에서 피보험자인 타인의 서면동의 없는 보험계약은 원천무효계약에 해당된다. 보험계약의 효력이 발생하지 않는 것이므로, 보험사고가 발생하였다 하더라도 보험금 지급책임은 발생하지 않는다. 앞에서 살펴본 바와 같이 보험계약 체결이후에 서면동의를 보완하더라도 해당 보험계약은 유효하게 성립하지 않는다. 해당 규정이 강행규정이기 때문이다. 보험계약이 무효 처리되면 보험회사는 기납입보험료를 반환하여야 한다.

② 보험회사 등에 대한 행정제재

타인의 사망보험계약에서 서면동의를 받지 않은 경우 이는 보험계약의 중요내용을 설명하지 않은 것에 해당되므로(§95의2①·②), 보험업법상 의무를 이행하지 않은 것에 대해 제재가 부과된다. 보험업법에 근거하여 보험회사에 과징금(§196②), 보험회사 임직원 및 모집자에게는 과태료를 부과할 수 있다 (§209②18, ③7). 계약자·피보험자 동일한 보험계약의 자필서명을 받지 않은 경우와 동일하다.

③ 보험회사의 손해배상책임

▶ 피보험자 서면동의가 필요하다는 사실은 설명의무 대상

2. 주요 민원유형

□ 타인의 사망보험 피보험자 자필서명 없는 보험계약의 효력(1)

○ (사례 1) 부인이 남편 몰래 남편을 피보험자로 사망보험계약을 체결하면서 피보험자 자필서명을 대신한 보험계약의 효력은

☞ 타인의 사망보험의 피보험자가 서면동의를 하지 않았으며, 보험가입 사실도 전혀 모르고 있는 것이므로 해당 보험계약을 원천 무효에 해당

□ 타인의 사망보험 피보험자 자필서명 없는 보험계약의 효력(2)

○ (사례 2) 보험계약 체결시 피보험자가 서명동의 하지 않은 사실과 보험증권상 보장혜택이 기대에 미치지 못한다며 해당 보험계약의 무효 처리와 기납입보험료 전액 환불을 요구

☞ 타인의 사망보험의 피보험자가 서면동의를 하지 않았으므로 해당 보험계약은 원천 무효에 해당. 기납입보험료 전액을 반환하여야 함

□ 해약한 보험계약에 대해 무효처리를 요구

○ (사례 3) 피보험자 자필서명 없는 타인의 사망보험계약을 해지처리하고 해약환급금을 수령하고 5년이 경과한 시점에서 해당 보험계약은 원천 무효계약이므로 해지환급금이 아닌 기납입보험료 전액의 환급을 요구

☞ 계약체결 당시 피보험자의 서면동의가 없는 무효계약에 해당하나, 해당 보험계약을 해지처리하고 해약환급금을 받은 이후 5년이 경과하여 보험금청구권 소멸시효가 완성되어 무효주장 수용하기 곤란

□ 자필서명 없는 피보험자가 보험료를 납입한 경우 무효주장

○ (사례 4) 계약자와 피보험자는 부부사이로 보험계약 체결당시 피보험자의 서면동의가 없었으나, 보험료는 피보험자 계좌에서 이체. 이후 이혼한 다음 계약자가 피보험자 서면동의 없음을 사유로 해당 보험계약의 무효 처리와 기납입보험료 환급을 요청

☞ 타인의 사망보험계약의 경우 피보험자의 서면동의가 없으면 해당 보험계약은 원천 무효에 해당하고, 계약체결 이후 피보험자가 이를 추인하더라도 무효계약이 유효로 되지는 않음

피보험자 계좌에서 보험료가 이체되었다 하더라도 동 보험계약은 원천

타인의 사망보험 보험계약 체결시 보험모집조직은 피보험자의 서면동의 없으면 보험사고가 발생하더라도 보험금을 지급받을 수 없다는 내용을 설명하거나 이런 정보를 제공하여야 할 의무가 있다(대법원 2004.4.23. 선고2003다62125). 타인의 서면동의가 없으면 해당 보험계약이 무효로 처리되는 보험계약 효력 요건으로 보험계약의 중요한 내용이기 때문이다. 이에 따라 보험회사나 모집자는 보험계약 모집·체결과정에서 이런 내용을 설명하고 계약자가 이를 이해하였다는 내용을 자필서명 등의 방법으로 확인받아야 한다(보험업법 §95의2 ①·②).

▶ 보험회사의 손해배상책임

보험회사와 모집자에게 타인의 사망보험계약 체결시 서면동의가 필요하다는 사실을 설명할 의무가 부가되어 있기 때문에(보험업법 §95의2①), 이를 위반하여 보험계약자 측에 손해가 발생하면 보험회사는 불법행위로 인한 손해배상책임이 발생한다(보험업법 §102). 해당 보험계약이 무효로 처리되어 보험금 지급책임이 발생하지 않는다 하더라도, 보험회사는 지급받을 수 있는 보험금을 한도로 손해배상책임이 발생하는 것이다.

보험계약에 따른 손해배상책임이 아닌 모집과정에서 발생한 불법행위로 인한 손해배상책임으로 보험회사는 해당 모집조직에게 모집을 위탁하였기 때문에 동 책임이 인정되는 것이다(대법원 2006.6.29. 선고 2005다11602). 이에 따라 보험회사는 보험계약이 무효로 되어 보험계약자가 보험사고 발생시 보험금을 지급받을 수 없는 손해를 한도로 과실책임 부분만큼 배상하여야 한다.

▶ 손해배상의 범위

보험모집조직과 보험회사가 보험계약자에게 지는 배상책임의 범위는 보험사고 발생시 지급받을 수 있는 보험금을 한도로 구체적인 사실관계에 따라 정해진다. 설명의무 위반정도에 따라 모집조직의 과실비율을 정하며, 동 비율만큼 배상책임이 발생한다(서울중앙지법 2006나13383, 본조위 결정 제09-17호).

판례에서는 보험계약자도 보험계약을 체결하면서 약관 등을 검토하여 그 보험계약이 유효하기 위한 조건에 대해 알아보고, 서면동의를 받아야 할 주의의무가 있다고 보고 이를 게을리 한 보험계약자의 책임을 인정(30%)하면서, 해당 부분에 대해서는 보험회사의 책임이 제한된다고 판시하고 있다(부산지법 2013.3.27. 선고 2012가합12842(본소), 43877(반소)).

무효이므로, 계약자 요구를 수용하여 보험계약을 무효처리하고 기납 입보험료를 반환하여야 함

□ 단체보험의 피보험자 자필서명 면제

- (사례 5) 민원인이 근무하는 회사에서 근로자 복리후생 차원에서 단체보험에 가입하였는데, 민원인은 자신이 단체보험에 가입되었는지도 알지 못했고 자필서명도 이행하지 않았다고 민원을 제기

☞ 단체보험의 경우 그 특성을 감안하여 보험가입에 대한 편의를 부여하여 피보험자의 서면동의를 면제하고 있어, 비록 타인의 사망보험계약이라 하더라도 피보험자의 서면동의 없이 계약을 체결할 수 있음

다만, 단체협약 등을 확인하여 계약자(단체)가 아닌 피보험자(신청인)가 보험료를 납입한 사실이 확인되면 해당 보험계약은 무효이며, 이 경우 기납입보험료는 계약자(단체)에게 반환됨

□ 피보험자 자필서명 없는 타인의 사망보험계약의 보험사고 발생시

- (사례 6) 피보험자 서면동의 없이 타인의 사망보험계약이 체결된 이후 보험사고가 발생한 경우, 보험회사에 보험금 지급책임이 발생하는 것인지

☞ 타인의 사망보험계약에서 피보험자의 서면동의가 없으면 해당 보험계약을 원천 무효계약에 해당되어, 보험가입 이후 보험사고가 발생하여도 보험회사에는 보험금 지급책임이 발생하지 않음

다만, 피보험자의 서면동의가 없다는 사실을 모집체결 및 인수심사 과정에서 걸러내지 못한 것은 보험회사의 업무과실에 해당

보험회사 또는 모집자의 업무과실로 계약자가 보험금을 받지 못하는 손해를 입었으므로, 이에 대하여는 손해배상책임이 발생. 손해배상책임의 범위는 피보험자 서면동의가 없는데 기여한 계약자 측 과실부분을 제외한 부분으로 한정

■ 건강확인서 서명을 피보험자 서면동의로 볼 수 있는지(13.6.25. 결정 제13-16호)

사건개요

- 신청인의 배우자는 2011.6.16. 신청인을 피보험자로 하는 종신보험 계약을 청약하였고, 다음 날 초회보험료를 납부. 피신청인은 같은 달 22일 신청인에 대한 방문검진을 실시하였고 건강확인서에 신청인의 자필서명을 받고 24일 보험계약의 청약을 승낙
- 이후, 보험계약자를 신청인으로 변경하였고(2012.1.19.), 2012.11.27. 보험료 자동이체를 해지한 이후 보험료가 미납되어 동 보험계약은 2013.2.1. 해지처리 됨
- 이에 신청인은 2013.2.5. 동 보험계약은 피보험자의 서면동의 없이 체결되었으므로 보험계약을 무효 처리하고 기납입보험료 등을 환급해 줄 것을 요청하였으나, 피신청인은 같은 달 22일 해지환급금(358,060원) 외에는 신청인 주장을 수용할 수 없음을 안내자, 신청인은 다음 달 22일 분쟁조정을 신청

쟁점사항

본 계약이 ‘타인의 생명의 보험계약’에서 요구되는 피보험자 동의를 흠결로 무효 사유에 해당하는지 여부

판단근거

- 2011.6.22. 작성된 건강확인서는 계약전 알릴의무 사항으로 현재 및 과거의 건강상태, 신체의 장애, 운전 여부 및 직업 등에 대한 질문과 대답을 요구하고 있을 뿐, 보장하는 위험의 종류, 보험기간, 보험수익자 등 피보험자가 자신의 사망을 보험사고로 하는 계약에 동의할 지 여부를 결정하는데 영향을 미칠 수 있는 중요한 정보는 전혀 기재되어 있지 아니하고
- 그 외에도 신청인이 건강확인서에 서명하면서 본 건 계약의 내용을 충분히 인지하고 있었다고 볼 만한 증거 또한 찾아볼 수 없는 점을 종합하면 설명 신청인이 본 건 계약에 대해 포괄적 또는 묵시적으로 동의한 것으로 볼 수 있다고 하더라도 적어도 개별적이고 구체적으로 서면 동의를 한 것으로 인정하기는 어려움
- 보험계약 체결이후 계약자를 변경한 행위는 보험계약의 비교적 경미한 사항을 변경한 것이므로, 새로운 계약체결이 아니라 종전 계약의 내용이 그대로 유지된 것으로 해석되고
- 청약서상 신청인의 서명과 건강확인서의 필체는 외견상 명백히 상이하여 피신청인이 조급한 주의를 기울였다는 쉽게 확인할 수 있었고, 피보험자의 서면동의를 받아 주겠다는 보험계약자의 말만 믿고 피보험자가 자필서명을 하였는지를 구체적으로 확인하지 않은 보험회사의 과실책임이 인정됨

판단결과

본 건 계약은 피보험자의 동의를 얻지 못하여 관련법규 및 약관상 계약 무효 사유에 해당하므로 달리 반증이 없는 한 기납입보험료 전액 및 소정의 이자상당액을 신청인에게 지급해야 함

3. 분쟁조정사례

- 타인의 생명보험에서 보험사가 피보험자 서면동의에 대한 설명을 하지 않아 계약무효가 된 경우 보험사의 배상책임 유무(09.2.24. 결정 제09-17호)

사건개요

- 신청인은 2006.10.04. 홍쇼펑 광고를 보고 TM모집인에게 전화하여 자신을 보험수익자로 하고 부친을 피보험자로 하는 보험계약을 체결하였으며, 계약 당일 계약자와 TM모집인 간의 통화녹취에서 피보험자가 자필서명을 해야 한다는 모집인의 설명은 없었음
- 피보험자가 2008.11.06. 직장암으로 사망하여 사망보험금을 청구하자, 피신청인이 2008.11.14. 피보험자 자필서명이 없다는 이유로 보험계약을 무효처리하고 보험금 지급을 거절하자, 2008.12.05. 분쟁조정을 신청(참사망보험금 3천만원 지급요청)

쟁점사항

타인의 생명보험계약에 보험계약자에게 피보험자의 서면동의를 받아야 한다는 사실을 설명하지 않아 보험계약이 무효 처리된 경우, 보험회사의 손해배상책임 발생여부 임

판단근거

- 타인의 생명보험계약에서 피보험자가 청약서에 자필서명을 하지 않았다면, 그 보험계약은 보험약관 제4조(계약의 무효) 및 상법 제731조(타인의 생명의 보험)에 의거하여 무효가 되는 것은 명백함
- 하지만 타인의 생명보험계약에서 피보험자가 청약서에 자필서명을 하지 않으면 보험계약이 무효가 되므로 동 사실을 계약자에게 설명하여 보험계약이 유효하도록 해야 할 주의의무가 피신청인에게 있음에도, 이를 게을리 하여 보험계약이 무효가 되어 결국 신청인이 사망보험금을 받지 못해 손해가 발생하였다면 피신청인에게 사망보험금 상당액의 손해배상책임이 인정됨
- 한편 신청인으로서도 보험계약을 체결함에 있어 그 보험계약이 유효하기 위한 조건 등을 미리 알아보고 피보험자의 서면동의를 받아야 할 주의의무가 있었음에도 이를 게을리 한 잘못이 있으며 보험계약의 체결 경위 등에 비추어 볼 때 신청인의 과실비율은 30%로 봄이 상당함(대법원 2007다30263 판결 등 참조)

판단결과

피신청인은 사망보험금의 70% 상당액의 손해배상금을 지급할 책임이 있음.

4. 판례

- 보험사가 피보험자 서면동의에 대한 설명을 하지 않아 계약무효가 된 경우 배상책임 유무(대법원 2007.09.06. 선고 2007다30263)

쟁점사항

- ① 타인의 사망을 보험사고로 하는 보험계약의 체결에 있어서 보험모집인이 보험계약자에게 피보험자의 서면동의 등의 요건에 관하여 설명의무를 부담하는지 여부
- ② 보험모집인이 그러한 설명의무를 이행하지 아니하여 보험계약이 무효로 되어 보험계약자가 보험금을 지급받지 못하게 된 경우, 보험자가 보험업법 제102조 제1항에 기한 손해배상책임을 부담하는지 여부

판결요지

- ① 타인의 사망을 보험사고로 하는 보험계약의 체결에 있어서 보험모집인은 보험계약자에게 피보험자의 서면동의 등의 요건에 관하여 구체적이고 상세하게 설명하여 보험계약자로 하여금 그 요건을 구비할 수 있는 기회를 주어 유효한 보험계약이 체결되도록 조치할 주의의무가 있고,
 - ② 그럼에도 보험모집인이 위와 같은 설명을 하지 아니하는 바램에 위 요건의 흠결로 보험계약이 무효가 되고 그 결과 보험사고의 발생에도 불구하고 보험계약자가 보험금을 지급받지 못하게 되었다면 보험자는 보험업법 제102조 제1항에 기하여 보험계약자에게 그 보험금 상당액의 손해를 배상할 의무가 있다 (대법원 1998.11.27. 선고 98다23690 판결, 2006.4.27. 선고 2003다60259 판결 등 참조).
- 한편 원고로서도 이 사건 보험계약을 체결함에 있어 그 보험계약이 유효하기 위한 조건 등에 대하여 미리 알아보고 소의 1의 서면동의를 받아야 할 주의의무가 있었음에도 이를 게을리 한 잘못이 있으며 이 사건 보험계약의 체결 경위 등에 비추어 보면 그러한 원고의 과실비율은 40%로 봄이 상당

- 서면동의 설명의무 위반시 배상책임 발생 및 범위(대법원 2004.4.23. 선고 2003다62125, 판결)

쟁점사항

- ① 타인의 사망을 보험사고로 하는 보험계약의 경우, 보험모집인 등이 보험계약자에게 피보험자인 타인의 서면 동의를 받아야 한다는 점에 대하여 설명할 의무를 부담하는지 여부
- ② 타인의 사망을 보험사고로 하는 보험계약에 있어서 보험모집인이 보험계약자에게 피보험자인 타인의 서면 동의를 받아야 한다는 점에 대한 설명의무를 이행하지 않고 보험계약자로 하여금 피보험자 대신 피보험자 자필서명란에 서명하게 함으로써 생명보험계약이 무효로 된 경우, 보험회사는 보험금을 지급받지 못하게 된 보험계약자에게 구 보험업법 제158조 제1항에 따른 손해배상책임을 부담하여야 한다고 한 사례

판결요지

① 타인의 사망을 보험사고로 하는 보험계약에는 보험계약 체결시에 그 타인의 서면에 의한 동의를 얻어야 하고(상법 제731조 제1항 참조), 이는 강행규정이므로 이에 위반하여 체결된 보험계약은 무효이다(대법원 1996.11.22. 선고 96다37084 판결 참조). 따라서 보험모집인 또는 보험대리점 등이 타인의 생명보험계약을 모집함에 있어서는 보험계약자에 대하여 타인의 생명보험은 다른 보험과는 달리 피보험자의 서면 동의가 없으면 보험사고가 발생하더라도 보험금을 지급받을 수 없다는 내용을 설명하거나 정보를 제공하여야 할 법적 의무가 신의칙상 요구된다고 할 것이고

객관적으로 보아 그와 같은 내용을 이해시킬 수 있도록 충분히 설명하거나 정보를 제공하지 아니하였다면 타인의 생명보험계약을 모집함에 있어서 요청되는 설명의무 내지 정보제공의무를 다하지 아니하였다고 할 것이다(대법원 2001.11.9. 선고 2001다55499, 55505 판결 등 참조)

② 피고의 보험모집인인이 타인의 생명보험계약을 모집함에 있어서 보험계약자인 원고에 대한 설명의무 내지 정보제공의무를 다하지 아니함으로써, 체결된 생명보험계약이 무효가 되어 보험계약자인 원고가 보험약관에 정하여진 제해사망보험금을 지급받지 못하는 손해가 발생하였으므로 피고는 보험사업자로서 구 보험업법(2003.5.29. 법률 제 6891호로 전문 개정되기 전의 것) 제158조 제1항에 따라서 보험계약자인 원고가 입은 손해를 배상할 책임이 있다

한편 원고도 타인의 생명보험계약을 체결함에 있어서 보험계약이 유효하기 위한 조건 등에 관하여 미리 알아보고 피보험자의 서면 동의를 받아야 할 주의의무가 있음에도 이를 게을리 한 잘못이 있으며, 그 보험계약의 체결 경위 등에 비추어 원고의 과실비율을 30% 정도로 평가하여 결국 피고의 손해배상 범위는 원고의 과실을 참작하여 2억 1,700만 원(310,000,000×70%)이 된다고 판단

■ 서면동의를 부인이 대필한 보험계약, 무효이나 보험회사에 손해배상책임은 발생(부산지방법원 2013.3.27. 선고 2012가합12842(본소), 43877(반소))

쟁점사항

홍소영 통신판매를 통해 남편을 피보험자로 하는 사망보험계약을 체결하면서, 피보험자가 전화로 보험가입에 동의하고 보험계약자가 피보험자 서면동의를 대필한 경우, 해당 보험계약의 효력 및 발생한 보험사고에 대해 보험회사의 손해배상책임이 발생하는지 여부

판결요지

전화로 보험계약에 대한 설명을 듣고 보험가입에 동의하였다 하더라도 청약서, 약관, 상품설명서 등을 서면으로 읽어보고 설 명받은 경우와 달리 보험 내용에 대한 충분한 고 지가 이루어졌다고 보기 어려워 이후 의사를 번복하여 청약서에 서명하는 것을 거절할 수 있는 것이므로, 피보험자가 전화로 보험계약 체결에 동의하였다 하더라도 서면동의가 있는 것으로 보기 어렵고

■ 가입자 서면동의 없는 보험계약은 무효, 가입 후에 계약을 추진했더라도 유효 안 돼(대법원 2010.2.11. 선고 2009다74007)

쟁점사항

① 제3자가 타인의 동의 없이 타인을 보험계약자 및 피보험자로 하여 체결한 생명보험계약이 상법 제731조 제1항에서 규정하는 ‘타인의 생명보험계약’에 해당하지는지 여부

② 피보험자가 자신의 서면동의 없이 체결되어 확정적으로 무효가 된 보험계약을 추진하였다고 하여 그 보험계약이 유효로 되는지 여부

③ 보험금의 지급을 청구하였다가 ‘살해 사건에 관한 경찰조사 결과에 따라 처리함이 상당한 것으로 판단되며, 수사종결 후 서면으로 그 결과를 첨부하겠다’는 내용의 문답서를 작성한 사안에서, 살인혐의로 조사받고 있었던 관계로 통상적인 사건처리 기간을 전제로 수사 종결시까지 보험금의 청구 및 지급을 유예하기로 한 합의가 있었던 것으로 볼 수 있는지 여부

판결요지

① 상법 제731조 제1항은 타인의 사망을 보험사고로 하는 보험계약에 있어서 도박보험의 위험성과 피보험자 살해의 위험성 및 선량한 풍속 침해의 위험성을 배제하기 위하여 마련된 강행규정인바, 제3자가 타인의 동의를 받지 않고 타인을 보험계약자 및 피보험자로 하여 체결한 생명보험계약은 보험계약자 명외에도 불구하고 실질적으로 타인의 생명보험계약에 해당

② 상법 제731조 제1항에 의하면 타인의 생명보험에서 피보험자가 서면으로 동意的 의사 표시를 하여야 하는 시점은 ‘보험계약 체결시까지’이고, 이는 강행규정으로서 이를 위반한 보험계약은 무효이므로, 타인의 생명보험계약 성립 당시 피보험자의 서면동의가 없다면 그 보험계약은 확정적으로 무효가 되고, 피보험자가 이미 무효가 된 보험계약을 추진하였다고 하더라도 그 보험계약이 유효로 될 수 없다.

③ 보험금의 지급을 청구하였다가 ‘살해 사건에 관한 경찰조사 결과에 따라 처리함이 상당한 것으로 판단되며, 수사종결 후 서면으로 그 결과를 첨부하겠다’는 내용의 문답서를 작성한 사안에서, 문답서의 작성경위, 그 문언의 형식과 내용, 수사의 진행 상황, 보험계약의 약관 등을 종합적으로 고려하면, 살인혐의로 조사받고 있었던 관계로 통상적인 사건처리 기간을 전제로 수사종결시까지 보험금의 청구 및 지급을 유예하기로 한 합의가 있었던 것으로 보는 것이 상당

■ 피보험자 서면동의를 개별적이어야 하며, 계약의 주인은 불가하고 제지급금을 받은 경우도 동일(대법원 2006.9.22. 선고 2004다56677)

쟁점사항

① 타인의 사망을 보험사고로 하는 생명보험계약의 효력요건인 타인의 서면동의를 방식

전화로 체결되는 계약에서 서면동의를 대리 또는 대행하는 경우에는 그 대행의 위임이 반드시 청약서 작성시점에 보험자 측의 면전에서 이루어지거나 또는 문서로 이루어질 필요까지는 없다 하더라도 그 권한을 위임받았다는 점이 분쟁의 여지가 없을 정도로 분명하게 입증되어야 하는데, 단지 진술 이외에는 이를 입증할 수 없는 경우에는 이를 인정하기 어려워, 이 건 보험계약은 무효에 해당

보험계약의 체결과정에서 피보험자의 서면동의를 얻지 못하면 보험계약이 무효가 된다는 것을 구체적으로 설명하지 않았고, 청약서 피보험자란의 서명과 계약자란의 서명은 육안으로 보아도 동일인이 한 것으로 보이는데도 보험회사가 계약자에게 직접 확인하여 시정·보완하지 않았고, 계약자에게 청약서에 사인을 추가해서 보내달라고 하면서도 서명을 추가로 요구하는 이유나 사인을 피보험자가 직접 해야 한다는 점에 대하여 설명하지 않은 사실이 있으므로, 보험계약자 측이 보험회사의 주의의무 위반으로 보험금을 지급받지 못하게 된 것이므로 보험회사는 보험업법 제102조 제1항 본문에 의하여 보험모집을 하면서 보험계약자에게 가한 손해에 대한 배상책임이 발생

보험계약자가 보험계약을 체결함에 있어서 약관 등을 검토하여 그 보험계약이 유효하기 위한 조건에 대하여 알아보고 피보험자의 서면동의를 받아야 할 주의의무가 있었으나 이를 게을리 한 잘못이 인정되며, 이 건 보험계약의 체결경위 등에 비추어 보면 보험계약자의 과실비율은 30% 정도로 봄이 상당

■ 타인의 사망보험계약에서 피보험자 동意的 철회 가부(대법원 2013.11.14. 선고 2011다101520 판결)

쟁점사항

타인의 사망을 보험사고로 하는 보험계약에 관하여 상법 제731조 제1항에 따라 서면동의를 한 피보험자가 위 동의 의사를 철회할 수 있는지 여부 및 그 요건

판결요지

① 상법 제731조, 제734조 제2항의 취지에 비추어 보면, 보험계약자가 피보험자의 서면동의를 얻어 타인의 사망을 보험사고로 하는 보험계약을 체결함으로써 보험계약의 효력이 생긴 경우, 피보험자의 동의 철회에 관하여 보험약관에 아무런 규정이 없고 계약당사자 사이에 별도의 합의가 없었다고 하더라도, 피보험자가 서면동의를 할 때 기초로 한 사정에 중대한 변경이 있는 경우에는 보험계약자 또는 보험수익자의 동의나 승낙 여부에 관계없이 피보험자는 그 동의를 철회할 수 있다.

② 피보험자가 서면동의를 할 때 기초로 한 사정에 중대한 변경이 있는지는 ① 보험계약자 또는 피보험자가 보험계약을 체결하거나 서면동의를 하게 된 동기나 경위, ② 보험계약이나 서면동의를 통하여 달성하려는 목적, ③ 보험계약 체결을 전후로 한 보험계약자 또는 보험수익자와 피보험자 사이의 관계, ④ 보험계약자 또는 보험수익자가 고의로 피보험자를 해치려고 하는 등으로 피보험자의 보험계약자 또는 보험수익자에 대한 신뢰가 깨졌는지 등의 제반 사정을 종합하여 사회통념에 비추어 개별적·구체적으로 판단하여야 한다.

② 피보험자가 자신의 서면동의 없이 체결된 타인의 사망을 보험사고로 하는 생명보험계약을 추진하였다고 하여 그 보험계약이 유효로 되는지 여부

③ 피보험자의 서면동의 없이 체결된 타인의 사망을 보험사고로 하는 생명보험계약의 보험자가 수년간 보험료를 수령하거나 종전에 그 생명보험계약에 따라 입원급여금을 지급한 경우에도 위 생명보험계약의 무효를 주장하는 것이 신의성실의 원칙 등에 위반하지는지 여부

판결요지

① 상법 제731조 제1항이 타인의 사망을 보험사고로 하는 보험계약의 체결시 그 타인의 서면동의를 얻도록 규정한 것은 동意的의 시기와 방식을 명확히 함으로써 분쟁의 소지를 없애려는 데 취지가 있으므로, 피보험자인 타인의 동意的는 각 보험계약에 대하여 개별적으로 서면에 의하여 이루어져야 하고 포괄적인 동의 또는 묵시적이거나 추정적 동의만으로는 부족

② 상법 제731조 제1항에 의하면 타인의 생명보험에서 피보험자가 서면으로 동意的의 의사 표시를 하여야 하는 시점은 ‘보험계약 체결시까지’이고, 이는 강행규정으로서 이에 위반한 보험계약은 무효이므로, 타인의 생명보험계약 성립 당시 피보험자의 서면동의가 없다면 그 보험계약은 확정적으로 무효가 되고, 피보험자가 이미 무효가 된 보험계약을 추진하였다고 하더라도 그 보험계약이 유효로 될 수는 없다

③ 피보험자의 서면동의 없이 체결된 타인의 사망을 보험사고로 하는 생명보험계약의 보험자가 수년간 보험료를 수령하거나 종전에 그 생명보험계약에 따라 입원급여금을 지급한 경우에도 위 생명보험계약의 무효를 주장하는 것이 신의성실의 원칙 등에 위반하지 않음

■ 피보험자가 납부한 보험료의 귀속주체(광주지방법원 2007.8.31. 선고 2007나 2912)

쟁점사항

타인의 사망보험계약에서 피보험자의 서면동이가 없어 무효 처리되는 경우 해당 보험계약의 보험료를 피보험자가 납부한 경우 기납입보험료 귀속주체가 피보험자인지 여부

판결요지

제3자가 계약의 일방 당사자를 대신하여 계약 상대방에게 변제를 한 후 그 계약이 무효로 판명되었다고 하더라도 그 계약관계의 청산은 원칙적으로 그 계약 당사자 사이에서 이루어져야 하는 것이므로, 그 제3자는 급부를 수령한 계약 상대방을 상대로 법률상 원인 없이 그 급부를 수령하였다는 이유로 부당이득 반환청구를 할 수 없다고 할 것인 바, 이 사건 각 보험계약의 당사자는 보험자인 피고와 보험계약자인 어○○이고 원고는 피보험자일 뿐이므로, 앞에서 인정한 바와 같이 원고의 통장에서 자동이체 방식으로 이 사건 보험계약의 보험료중 일부가 피고에게 납부되었지만 원고의 위와 같은 보험료 납부는

제3자의 지위에서 이루어진 변제에 불과하여, 이 사건 각 보험계약이 무효로 되었다고 하더라도 그 무효인 사정을 들어 납부된 보험료의 반환을 청구할 권리는 어디까지나 보험계약자인 어○○에게 귀속된다

■ 단채계약에서 피보험자 개별미동의 계약은 유효(헌법재판소 1999.9.16. 98헌가6 전원재판부[상법 제735조의3 제1항 위헌제정])

쟁점사항

단채보험에서 타인의 생명보험에서 일반적으로 요구되는 피보험자의 개별적 동의를 요건으로 하지 않은 것이 인간의 존엄과 가치 등을 침해하는 것으로 위헌인지 여부

판결요지

- 상법 제735조의 3 제1항의 입법취지는, 타인의 생명보험계약을 체결함에 있어서 계약 체결시 피보험자의 서면동의를 얻도록 하는 개별보험의 일반원칙에서 벗어나 규약으로써 동의를 갈음할 수 있게 함으로써 단채보험의 특성에 따른 운용상의 편의를 부여해 주어 단채보험의 활성화를 돕는다는 것이다. 이 사건 법률조항의 위와 같은 입법취지에 비추어 볼 때, 이 사건 법률조항은 단채구성원들의 복리 증진 등 이익에 기여하는 바가 있고, 단채보험의 특성에 따라 개별적 동의를 집단적 동의로 대체하는 것에 불과하며 그 방법은 합리성을 가지고 있기에 유효하다.
- 위와 같은 단채보험에 해당하려면 위 법조 소정의 규약에 따라 보험계약을 체결한 경우이어야 하고, 그러한 규약이 갖추어지지 아니한 경우에는 강행법규인의 규정에 따라 피보험자인 구성원들의 서면에 의한 동의를 갖추어야 보험계약으로서의 효력이 발생한다.

- 해약환급금에 관한 사항
- 「예금자보호법」에 따른 예금자보호와 관련된 사항
- 그 밖의 대통령령으로 정하는 사항
- * 보험금 지급제한 조건의 예시, 보험안내자료의 제작자·제작일, 보험안내자료에 대한 보험회사의 심사 또는 관리번호, 보험 상담 및 분쟁의 해결에 관한 사항 등

② 기재금지사항

보험업법 및 동법 시행령에서는 보험안내자료에는 다음 사항을 기재할 수 없도록 규정하고 있다(보험업법 §95③, 동 시행령 §42②).

- 금융위에 제출한 자료와 다르게 보험회사의 자산·부채를 기재하는 행위
- 보험회사의 장래의 이익 배당 또는 잉여금의 분배에 대한 예상을 기재해 놓은 내용 (다만, 보험계약자에게 배당해 주는 연금보험의 경우 지난 5년 동안의 실적을 근거로 장래 계약자배당 예시 가능. 이 경우 장래의 계약자배당금액은 예상금액이므로 실제 금액과 차이가 있을 수 있음을 명시하여야 함(감독규정 §4-34③)).
- 「독점규제 및 공정거래에 관한 법률」 제23조에 따른 사항 (부당하게 거래를 거절하거나 차별하여 취급하는 행위 등)
- 보험계약의 내용과 다른 사항
- 보험계약자에게 유리한 내용만을 골라 안내하거나 다른 보험회사 상품과 비교한 사항
- 확정되지 아니한 사항이나 사실에 근거하지 아니한 사항을 기초로 다른 보험회사 상품에 비하여 유리하게 비교한 사항
- 특정 보험계약자에게만 혜택을 준다는 내용(감독규정 §4-34②2)

③ 기재사항 위반유형

보험안내자료에 법에서 정하고 있는 사항을 명백하고 알기 쉽게 적지 않거나, 기재가 금지되어 있는 내용을 기재하는 행위를 말한다.

보험회사는 보험안내자료 관련 규제준수를 위해 내부통제기준을 마련하고 이를 준법감시팀에서 심사·관리하고 있다. 그러나 일부 모집자가 회사 심의 없이 임의로 보험안내자료를 제작하여 사용하는 경우가 종종 발생하고 있으며, 이 때 법규위반의 문제와 함께 약관내용과 달리 작성·사용된 보험안내자료 내용을 개별약정으로 볼 수 있는지에 대한 문제도 자주 발생한다.

보험안내자료 위반은 단순 보험안내자료 위반에 그치지 않고, 모집자가 보험계약자 등에게 보험상품의 내용을 사실과 다르게 알리는 행위에 해당되어, 보험업법에서 모집·체결관련 금지행위에 해당될 수도 있는 점에 유의하여야 한다(보험업법 §91①1호)

3 보험안내자료

1. 기본 개념

가. 보험안내자료의 의미

보험안내자료란 보험모집 활동을 위해 제작하여 보험계약자 등에게 제공하는 보험안내서, 상품요약서, 가입설계서 등 문서도화(文書圖畫)와 신문, 방송, 인터넷 등을 통한 제반 상품 홍보물 등 보험상품을 소개(안내)하는 일체의 자료를 말한다. 보험회사가 모집종사자의 보험계약 체결을 지원하기 위하여 작성하는 모든 자료를 말한다. 과거에는 모집문서도화(募集文書圖畫)라는 명칭을 사용하였었다.

보험안내자료는 보험모집과정에서 보험소비자의 상품에 대한 이해를 돕기 위해 사용하는 모든 자료를 말하는데, 모집자가 보험안내자료에 임의로 허위내용을 기재하여 모집활동에 사용하는 경우, 이를 신뢰하고 보험계약을 체결한 보험계약자가 부당한 피해를 입을 우려가 있다. 이런 점을 고려하여 보험업법에서는 보험안내자료로 인한 보험계약자의 부당한 피해를 방지하기 위하여 보험안내자료 필수기재사항, 기재금지사항 등에 대해 세부적인 규정을 마련하고 있다.

나. 보험안내자료 기재사항 등

보험업법 등에서는 보험계약자 보호를 위해 보험안내자료 필수기재사항, 기재 금지사항 등에 대하여 규정하고 있으며(보험업법 §95①·③, 동 시행령 §42②·③), 모집자가 사용하는 보험안내자료는 보험회사가 이를 심사하고 관리번호를 부여하도록 심사·관리책임을 부여하고 있다(감독규정 §4-32①).

① 필수기재사항

보험업법 및 동법 시행령에서는 모집자가 보험모집을 위해 사용하는 보험안내자료에는 다음 사항을 명료하고 알기 쉽게 기재하도록 규정하고 있다(보험업법 §95①, 동 시행령 §42③).

- 보험회사의 상호나 명칭 또는 보험설계사·보험대리점 또는 보험중개사의 이름·상호나 명칭
- 보험 가입에 따른 권리·의무에 관한 주요 사항
- 보험약관으로 정하는 보장에 관한 사항
- 보험금 지급제한 조건에 관한 사항

다. 보험안내자료 위반의 효과

① 보험계약의 효력

보험회사나 모집자가 사용한 보험안내자료를 믿고 보험에 가입한 보험계약의 효력을 어떻게 인정하여야 할 것인지와, 보험안내자료 내용을 개별약정으로 인정할 것인지가 문제된다. 보험안내자료에 기재하여야 하는 내용 대부분이 보험계약의 중요한 사항이기 때문이다.

보험업법 규정은 강행규정이 아닌 단속규정이기 때문에 이를 위반하였다는 사실만으로 해당 보험계약의 효력이 당연히 무효로 처리되지는 않는다. 따라서 해당 보험계약의 효력은 보험안내자료 위반내용의 구체적인 사실관계를 파악하여 판단하여야 한다. 보험안내자료를 통해 안내한 내용이 약관 내용과 다르다면 약관 설명의무를 위반한 것에 해당되므로, 보험계약자는 보험계약을 취소할 수 있다. 약관상 취소권 행사기간은 3개월이지만, 모집자 등의 기망행위 등이 인정되면 취소권 행사기간은 추인할 수 있는 날로부터 3년 이내, 계약체결일로부터 10년 이내로 연장될 수 있다.

보험안내자료에 기재된 내용이 약관에 우선하여 적용되는지, 즉 보험안내자료 내용을 개별약정으로 볼 수 있는지에 대하여는 보험안내자료 기재 내용에 기초하여 판단하여야 한다. 회사가 작성하여 관리번호가 부여된 보험안내자료에서 설명한 상품내용(보장내용 등)이 약관내용과 다른 경우, 표준약관에 따라 보험안내자료 내용을 개별약정으로 보고 보험회사에 책임이 발생한다(표준약관 §39).

다만, 특정한 가정을 전제로 한 단순 예시이며 금리변동 등에 따라 바뀔 수 있다는 내용을 명시한 경우에는 개별약정으로 인정하기 어려운 것으로 판단된다. 판매는 정기적금 최고이율을 전제로 작성된 지급예시표(보험안내자료)를 제시받았다 하더라도 상품안내장 및 지급예시표상의 확정배당금의 지급예상액에 관한 내용은 당시의 정기적금 최고이율을 적용하여 예시적으로 기재한 것에 불과하여 그 효력을 부인하고 있다(서울중앙지법 2006.5.2. 선고 2005가합6582).

모집자가 임의로 제작하여 사용한 보험안내자료는 회사의 내부심의절차 등을 거쳐 제작된 것이 아니므로, 약관에 우선하여 적용되는 것으로 보기 어렵다. 이를 인정하여 회사에 책임을 묻는 경우 과실책임의 원칙에 위배될 뿐만 아니라, 보험계약자간 형평성에 문제, 보험산업의 건전성 악화, 보험사기행위 유발, 모집질서문란행위 만연 등이 우려되기 때문이다. 다만 모집자의 기망행위가 인정되면 보험회사에 손해배상책임은 발생한다.

㉔ 보험회사 등에 대한 행정제재

보험안내자료료를 부실하게 기재하거나 기재하지 말아야 할 사항을 기재하는 등의 위반행위를 한 때에는, 보험업법에 따라 보험회사에는 5천만원 이하의 과태료를 부과하고(보험업법 §209①2), 모집조직에는 1천만원 이하의 과태료를 부과할 수 있다(보험업법 §209③5).

㉕ 보험회사의 손해배상책임

보험안내자료 제작·사용이나 설명과정에 보험회사나 모집자의 기망행위 등이 있는 것으로 확인되면, 이를 신뢰한 보험계약자 등이 입은 손해에 대하여는 보험회사에는 보험업법 제102조 등에 의거한 손해배상책임이 발생한다. 다만, 손해발생사실과 손해액은 보험계약자 등이 입증하여야 한다.

2. 주요 민원유형

□ 회사가 잘못 제작·사용한 보험안내자료의 효력

- (사례 1) 회사가 제작하여 사용한 보험안내자료 내용과 약관내용이 다른 경우, 어느 규정이 적용되는 것인지

☞ 회사가 제작한 보험안내자료 내용과 약관내용이 다른 경우에는, 표준 약관 규정대로 보험계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것임

□ 회사가 제작한 보험안내자료를 모집자가 잘못 설명한 경우

- (사례 2) 회사가 약관내용에 기초하여 정상적으로 제작한 보험안내자료를 모집자가 계약자에게 설명하는 과정에서 잘못 설명한 경우, 모집자가 설명한 대로 계약내용이 결정되는 것인지

☞ 보험안내자료의 내용에 문제가 있는 것이 아니라 설명과정에서 모집자가 잘못 설명한 경우에 해당되므로, 모집자 잘못 설명한 내용대로 계약내용이 결정되는 것으로 보기는 어려움

다만, 보험계약자 등은 설명의무 위반 등을 사유로 해당 보험계약을 취소하거나, 손해가 발생한 경우 보험회사 등에 손해배상을 청구할 수 있음

□ 모집자 임의로 제작·사용한 보험안내자료(상품안내장)의 효력

- (사례 3) 모집자가 회사 승인 없이 임의로 제작하여 사용한 상품안내장 내용을 보험계약의 내용으로 인정할 수 있는지

3. 분쟁조정사례

■ 배당금 지급에 있어 보험모집인이 제시한 안내장을 약관에 우선하여 적용할 수 있는지 여부(02.12.17. 결정 제02-50호)

| 사건개요 |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">○ 신청인은 1992.7.15. 종업원(234명)을 피보험자로 하여 직장인보장보험(단체보험)에 가입하면서, 모집자가 직장인보장보험 안내장을 제시하였으며, 동 안내장 내용 중 배당금액표에는 10년 만기시 배당금이 1,258,000원이 되고 수익률은 134.9%라고 표시되어 있음에도(동 금액표 하단에 「1992년도 재무부 배당지침 기준」이라고 기재)○ 보험회사에서 모집인이 당시 제작 배포한 안내장은 「1992년도 재무부 배당지침기준」으로 만기시까지 적용시의 산출금액을 배당금으로 기재한 것이고 회사의 경영실적에 따라 매년 변동될 수 있음을 설명하였으며, 약관에서도 배당금은 재무부장관이 인가하는 방법에 따라 지급한다고 규정하고 있으므로, 동 기준에 따라 적립된 배당금을 지급함이 타당하다고 주장하자○ 보험가입당시 모집인으로부터 10년 만기후 배당금이 120만원 정도 된다는 설명과 함께 홍보자료도 받았는데 배당금 지급액이 변동되었다고 하여 일부 금액만 지급하는 것은 부당하다며 민원을 제기 |

| 쟁점사항 |
|---|
| 안내장에 기재된 배당금 지급기준의 해석 및 본 건 배당금 지급에 있어 안내장의 내용을 약관에 우선하여 적용할 수 있는지 여부 |

| 판단근거 |
|------|
|------|

- 배당금액기준과 관련하여 「1992년도 재무부 배당지침기준」이라는 문구만 있을 뿐 금액이 변동될 수 있다는 문구가 없어, 동 기준에 의해 금액이 확정된다고 오인시킬 소지가 충분하고, 안내장에서 설명하고 있는 상품의 특징을 보면 고수의 저축효과가 있다고 하면서 매월 3만원을 120개월간 납입할 경우 배당금이 1,258,000원이라고 명기되어 있어, 안내장에 기재된 「1992년도 재무부 배당지침기준」이라는 문구는 확정된 배당금을 지급한다는 의미로 해석함이 타당하다고 판단
- 모집인은 보험가입 당시 제시한 안내장은 회사에서 작성한 안내장을 근거로 똑같이 작성된 것이라고 진술하고 있고, 피신청인도 배당금액이 배당지침기준에 의거 산출되는 예상금액으로 확인되어 임의로 기재된 것은 아니라고 인정하고 있으므로, 본 건 안내장은 회사에서 작성한 것이라고 볼 수 있고, 보험을 모집한 자가 모집과정에서 사용한 보험안내장 내용이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 본다는 약관의 규정이 있으므로 본 건 약관에 우선하여 안내장의 내용이 적용되어야 하므로, 배당금의 지급에 있어 안내장의 내용을 약관에 우선하여 적용함이 타당할 것으로 판단

| 판단결과 |
|--|
| 배당금 지급은 약관의 배당금 지급규정보다 보험상품의 안내장 내용이 우선하여 적용됨이 타당하므로 피신청인은 안내장에서 제시한 배당금을 지급할 책임이 있다고 판단 |

- ☞ 모집자가 임의로 제작·사용한 상품안내장 내용이 약관내용과 다를 경우의 문제인데, 이 상품안내장은 보험회사의 내부심의절차를 거쳐 제작한 보험안내자료가 아니므로, 약관에 우선하여 적용되는 것은 아님
- 다만, 모집자가 보험계약을 모집·체결하는 과정에서 약관 내용과 다른 상품안내장을 사용하여 보험계약자 등을 기망한 것이므로, 보험계약자는 보험계약을 취소하거나 보험회사 등에 불법행위로 인한 손해배상을 청구할 수 있음

□ 보험안내자료를 믿은 보험계약자 보험계약 무효처리를 요청

- (사례 4) 모집자가 설명한 보험안내자료를 믿고 보험계약을 체결하였으나, 나중에 약관내용 등을 살펴보고 주변에 문의한 결과 보험안내자료가 잘못되었음을 알고 보험계약의 무효처리를 요청한 경우

☞ 보험안내자료 내용이 약관내용과 다르거나, 모집자가 잘못 설명한 것으로 확인되면, 보험계약자를 기망한 설명의무 위반에 해당되므로 보험계약자가 해당 보험계약의 무효를 요청하면 수용하여야 함

참고로, 표준약관상 취소기간은 계약성립일로부터 3개월이나, 동 사안은 모집자의 기망행위가 있는 것이므로 주인할 수 있는 날로부터 3년 이내, 계약성립일로부터 10년 이내로 취소기간이 연장됨

□ 보험안내자료를 믿은 보험계약자 손해배상요청

- (사례 5) 모집자가 설명한 보험안내자료를 믿고 보험계약을 체결·유지하였으나, 당초 설명한 내용대로 보험금 등이 지급되지 않아 보험계약자 등이 손해를 입은 경우, 보험회사에 배상책임이 발생하는지
- ☞ 보험안내자료 제작·사용이나 설명과정에 보험회사나 모집자의 기망행위나 설명의무 위반이 있는 것으로 확인되면, 이를 신뢰한 보험계약자 등이 입은 손해에 대하여는 보험회사에 배상책임이 발생. 다만, 손해발생사실과 손해액은 보험계약자 등이 입증하여야 함

■ 영업소장의 만기보험금 보장 약정 및 손해배상책임 여부(06.5.23. 결정 제06-31호)

| 사건개요 |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">○ 보험계약 체결당시 보험회사 영업소장이 예치금액에 대하여 매월 일정율의 이자를 지급하고 만기시에 예치금액을 만기보험금으로 지급한다는 확인서를 작성해 주었음에도 불구하고,○ 보험회사가 동 확인서는 이자(생활자금)를 매월 지급한다는 내용이고 만기보험금을 예치금액(보험료)으로 확정된 것은 아니며, 보험증권에도 만기보험금은 책임준비금으로 지급한다고 명시되어 있으므로 만기시 산출된 책임준비금을 지급하기로 하자○ 신청인인 만기시에 예치금액인 2천만원을 만기보험금으로 지급하지 아니하고 보험약관에서 정한 만기보험금을 지급하는 것은 부당하다며 민원을 제기 |

| 쟁점사항 |
|---|
| 영업소장이 작성한 확인서에 기재된 예치금액을 만기보험금으로 지급할 책임이 있는지 여부 |

| 판단근거 |
|------|
|------|

- 보험회사 영업소장이 작성하여 교부한 확인서의 내용을 보면 당해 보험약관에서 정하고 있는 만기보험금 및 생활자금의 산출 및 지급에 대하여는 전혀 언급이 없으면서 마치 본 건 보험계약이 확정이자를 지급하는 은행의 정기예금과 같이 예치금액과 매월 일정율의 이자를 지급한다고 명시하고 있고
- 계약체결 당시 농촌에 거주하는 고령인 보험계약자는 이러한 위 확인서를 교부받고 보험계약을 체결하면서 매월 확인서에 명시된 이자를 받으면서 만기보험금은 납입보험료 전액을 받는 것으로 신뢰하였던 것으로 보이고, 한편, 영업소장은 만기시에 이자를 연동해 따라 산출된 책임준비금이 지급된다는 사실 등을 설명하였다고 주장하나 이를 믿을 만한 근거자료가 없고, 보험상품의 내용과 동일하게 설명하였다면 위 확인서를 별도로 작성할 필요가 없었던 것으로 보이므로
- 보험회사의 영업소장이 보험모집을 함에 있어 약관에서 정한 바와 다르게 만기보험금 및 이자를 확정 지급하는 것과 같은 확인서를 작성·교부한 행위는 보험상품의 내용을 충실히 설명하여야 하는 약관교부 및 설명의무를 위반한 것이며, 나아가 보험계약자를 기망하여 보험계약을 체결하게 한 업무처리상의 위법행위가 있었다고 할 것이고, 특히 계약 당시 72세의 고령의 가정주부인 보험계약자는 영업소장의 확인서 작성행위가 외관상으로는 정당한 사무집행에 속하지 않는 것을 알았거나 이를 알지 못한 것에 중대한 과실이 있다고 볼 여지가 없으므로 보험회사는 보험업법 제102조 및 당해 보험약관의 규정에 따라 손해배상책임이 있다고 판단

| 판단결과 |
|------|
|------|

보험회사는 보험업법 제102조 및 당해 보험약관의 규정에 따라 손해배상책임이 있음

4. 판례

■ 확정배당금 관련 보험안내장의 효력(대법원 2007.6.29. 선고 2007다9160)

쟁점사항

구 보험업법 제156조 제1항 제1호에 위반하여 보험모집인이 체결한 보험계약이 당연히 무효로 되는지 여부 및 그 위반사실에 대한 증명책임의 소재

판결요지

구 보험업법(1988.12.31. 법률 제4069호로 개정되기 전의 것) 제156조 제1항 제1호는 보험계약의 체결 또는 모집에 종사하는 자는 보험계약자 또는 피보험자에 대하여 부실한 사항을 알리거나 보험계약의 계약조항 중 중요한 사항을 알리지 아니하는 행위를 하지 못하도록 규정하고 있으나, 위 규정은 보험모집인의 모집행위에 대한 단속규정으로서 보험모집인이 위 규정을 위반한 경우 보험사업자가 경우에 따라서 같은 법 제158조에 의하여 손해배상책임을 부담할 수 있음은 별론으로 하고, 그와 같은 사정만으로 보험모집인이 체결한 보험계약의 일부 또는 전부가 당연히 무효로 되는 것은 아니다. 그리고 보험모집인이 같은 법 제156조 제1항 제1호를 위반하였다는 점에 대한 입증책임은 그 위반행위를 이유로 보험사업자를 상대로 같은 법 제158조에 기하여 손해배상을 청구하는 자에게 있다.

◆ 판결내용(요약)

- ▶ 보험모집인들이 교부한 이 사건 각 가입안내장 및 지급예시표에 확정배당금의 액수가 적혀 있으나 이는 1978. 9. 2.자 재무부의 ‘생명보험의 보험료 및 책임준비금 산출기초 조정 등’ 지침에 따라 당시의 정기예금이율을 적용하여 산출한 것으로서 이를 두고 구 보험업법 제155조 제3항 위반이 있다고 볼 수 없고,
- ▶ 가사 피고가 구 보험업법 제155조 제3항과 ‘생명보험 모집문서도화 작성기준’에 위반하였다고 하더라도 그것만으로 곧바로 원고들에게 이 사건 각 지급예시표상의 확정배당금 상당의 손해가 발생하였다고 볼 수 없다는 취지로 판단

■ 백수보험(白壽保險)의 확정배당금이 기준금리의 변동과 무관하게 확정적으로 지급되어야 하는지 여부(서울중앙지방법원 2006.5.2. 선고 2005가합6582)

쟁점사항

백수보험에 가입할 당시 피고의 보험모집인들로부터 상품안내장과 지급예시표에 기재된 내용대로 확정배당금이 지급된다는 설명을 들었을 뿐이고, 정기적금 최고이율의 변동에 따라 확정배당금의 액수가 변동될 수도 있다는 내용에 대하여는 아무런 설명을 들은 바 없으므로, 피고는 보험약관이나 사업방법서에 정하여진 내용보다 우선하여 보험모집인들이 설명한 내용에 따라 지급예시표상의 확정배당금을 지급하여야 하는지 여부

4 보험계약의 해지(계속보험료 미납)

1. 기본 개념

가. 보험계약 해지의 의미

보험계약은 당사자 일방(계약자)이 약정한 보험료를 납입하고 재산 또는 생명이나 신체에 불확정한 사고가 발생할 경우에 상대방(보험회사)이 일정한 보험금이나 그 밖의 급여를 지급할 것을 약정함으로써 효력이 발생하는 계약이다(有價·雙務契約)(상법 638조).

보험계약에 따른 보험회사의 책임은 계약자가 최초의 보험료를 납입한 때에 개시하고(상법 §656), 계속보험료가 약정한 시기에 납입되지 아니하면 보험회사는 일정한 요건에 따라 보험계약을 해지할 수 있다(상법 §650②).

보험계약자는 계약체결 후 지체 없이 보험료의 전부 또는 제1회보험료를 납입하여야 하며, 보험계약자가 이를 납입하지 아니하는 경우에는 다른 약정이 없는 한 계약 성립 후 2월이 경과하면 그 계약은 해제된 것으로 본다(상법 §650①). 제1회보험료를 납부하지 않은 보험계약은 보험계약의 효력이 발생하지 않고 계약 성립 후 2월이 경과하면 계약이 해제된 것으로 간주되며, 보험회사는 계약자에 대해 별도의 계약해제 통지절차는 필요가 없다.

앞에서 설명한 바와 같이 보험계약이 성립되기 위해서는 계약자가 보험료를 납입해야 한다. 최초 보험료의 납입은 책임개시의 성립요건이기 때문에 보험료 미납에 따른 계약해지와 관련된 문제가 발생하지 않으나, 계속보험료의 경우는 계약자의 개인적인 사유 등으로 연체가 발생할 수 있다. 상법은 위와 같이 계속보험료가 납입되지 않은 경우, 상당한 기간을 두어 보험계약자에게 보험료의 납입을 최고하고 그 기간 내에 보험료가 지급되지 않을 경우 보험계약을 해지할 수 있도록 정하고 있다(상법 §650②).

표준약관에서는 계속보험료 미납을 사유로 보험회사가 해지권을 행사할 때에는 일정한 기간 내에 이를 계약자에게 통지하도록 규정하고 있다(표준약관 §26①). 이와 같이 통지하도록 하고 있는 것은 통지행위가 계약해지권 행사의 의사표시이기 때문이다.

또한 보험계약이 쌍무계약인 특성을 반영하여, 계약자가 보험료 납입의무를 이행하지 않아 계약이 해지된 경우에는 보험사고가 발생 후라도 보험회사의 보험금 지급의무를 면제하고 있다(상법 §655).

판결요지

보험모집인들이 보험모집을 하면서 정기적금 최고이율의 변동에 관계없이 이 사건 지급예시표에 기재된 확정배당금을 무조건적으로 지급한다는 취지로 설명하였다 하더라도, 피고를 대리할 권한이 없는 보험모집인의 그와 같은 잘못된 설명이 곧바로 보험계약의 내용으로 편입된거나 확정배당금에 관한 보험약관 및 사업방법서의 내용과는 다르게 보험계약의 내용이 변경된다고 볼 수 없다

오히려 확정배당금의 도입경위, 확정배당금의 성격, 원고들이 계약내용으로 하는 것에 동의한 보험약관 및 사업방법서의 내용, 상품안내장에 정기적금 최고이율의 변동에 따라 확정배당금이 발생하지 않을 수도 있다는 내용이 기재되어 있는 점 등을 종합하여 보면, 원고들과 피고는 이 사건 보험계약을 체결하면서 정기적금 최고이율이 예정이율보다 낮아지는 경우에는 확정배당금이 발생하지 않는 것으로 약정한 것으로 보아야 하고, 원고들의 내심의 의사가 이와 다르다고 하여 그 다른 내용의 계약을 인정할 수는 없다

상품안내장 및 지급예시표상의 확정배당금의 지급예상액에 관한 도화나 도표는 계약 당시의 정기적금 최고이율을 적용하여 단지 예시적으로 기재한 것에 불과하므로, 이를 두고 장래의 이익의 배당 또는 잉여금의 분배에 관한 예상을 기재한 것이라고 보기는 어렵다

■ 보험설계사가 작성·교부한 차용증에 기재된 내용의 효력(창원지방법원 2004.6.24. 선고 2003가합6354(본소), 2004가합902(반소))

쟁점사항

보험설계사가 보험계약을 체결하면서 수익률과 관련하여 보험계약자에게 작성·교부한 차용증 내용이 보험계약의 내용으로 효력이 인정되는지 여부

판결요지

진○○이 제2보험계약의 체결과 관련하여 피고 도○○에게 「일금 : 오천만 원, 상기 금액을 △△생명에 5년 납기로 정기예금을 하되, 5년 후에 1억 원이 안 될 때에는 진○○이 모든 것을 책임진다」는 내용의 차용증을 피고 도○○에게 작성·교부한 사실이 인정되나

보험설계사는 특별한 사정이 없는 한 보험계약의 체결대리권이나 고지수령권이 없는 중개인에 불과하므로, 진○○이 위와 같은 내용의 차용증을 작성·교부하였거나, 나아가 피고들 주장과 같은 내용의 설명을 하였다고 하더라도, 그와 같은 사정만으로는 원고와 피고들 사이에 보험약관의 일부 내용을 배제한 채 만기시 보험료의 2배에 상당한 보험금을 지급하기로 하는 약정이 이루어졌다고 볼 수는 없다

□ 제650조(보험료의 지급과 지체의 효과)

- ① 보험계약자는 계약체결후 지체 없이 보험료의 전부 또는 제1회 보험료를 지급하여야 하며, 보험계약자가 이를 지급하지 아니하는 경우에는 다른 약정이 없는 한 계약성립후 2월이 경과하면 그 계약은 해제된 것으로 본다.
- ② 계속보험료가 약정한 시기에 지급되지 아니한 때에는 보험자는 상당한 기간을 정하여 보험계약자에게 최고하고 그 기간 내에 지급되지 아니한 때에는 그 계약을 해지할 수 있다.

□ 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. (후략)

나. 보험계약의 해지요건

계속보험료가 약정한 지급기일에 납입되지 아니하면 보험회사는 상당한 기간을 정하여 보험계약자에게 보험료 납입을 최고하고 그 기간 내에 보험료가 납입되지 않으면 그 계약을 해지할 수 있다. 계속보험료 미납으로 인한 보험계약 해지요건은 다음과 같다.

① 계속보험료가 납입되지 않아 연체 중일 것

계약자의 책임 있는 사유로 계속보험료가 납입되지 않아야 한다. 보험료채무는 지참채무로 보험계약자가 보험회사에 납입하는 것이 원칙이나, 당사자간 약정으로 추심채무로 전환된 경우 보험회사가 이를 대만히 하여(전산예리로 자동이체 누락 등) 보험료 납입이 연체된 경우에는 계속보험료 납입연체로 인정되지 아니한다.

② 보험회사가 보험료 납입최고(실효예고통지)를 하였을 것

계속보험료가 연체되면 보험회사는 상당한 기간을 정하여 보험계약자에게 보험료 납입을 최고하여야 한다. 상당한 기간은 거래관념에 따라 정하게 되는데 현재 표준약관에서는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일)의 최고기간으로 정하고 있다(표준약관 §26①). 최고의 방법에는 제한이 없으나, 입증의 용이성 및 계약자 편의 등을 고려하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서로 하도록 규정하고 있다(표준약관 §26①).

최고의 상대방은 보험계약자가 원칙이나, 타인을 위한 보험계약의 경우에는 타인에게도 최고하여야 한다(상법 §650③). 타인도 보험계약의 권리를 포기하지 않는 한 보험료납입의무가 있기 때문이다(상법 §639③단서). 수익자는 원칙적으로 계약의 당사자가 아니기 때문에 보험료납입의무는 없으나 계약자와

수익자가 다른 경우에는 보험계약의 실효로 인하여 손해를 볼 가능성이 있으므로 수익자에 대해서도 보험료 납입을 최고하여야 한다(표준약관 §26①1). 계약자 측의 권익보호 및 불필요한 분쟁가능성을 예방하기 위함이다.

최고하는 내용은 납입최고기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용과 납입최고기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 아니하면 납입최고기간이 끝나는 날의 다음 날에 계약이 해지된다는 내용이다(표준약관 §26①1·2).

③ 납입최고기간까지 보험료가 미납되었을 것
보험계약을 해지하기 위해서는 보험계약자 측에서 납입최고기간이 끝나는 날까지 연체보험료를 납입하지 아니하여야 한다. 납입최고기간 이내에 계약자 측에서 보험료를 납입하면 보험계약은 유효하게 존속하게 된다. 연체보험료가 미납되면 보험회사는 보험계약을 해지할 수 있고, 해지 이후에 발생한 보험 사고에 대해서는 보험금 지급책임을 지지 않는다.

다. 보험계약 해지의 효과

연체보험료를 납입최고기간까지 납입하지 않으면 보험회사는 해당 보험 계약을 해지할 수 있다. 보험계약을 해지하면 보험금 지급책임이 발생하지 않고 이미 지급한 보험금이 있으면 반환을 청구할 수 있다. 다만 계속보험료를 납입하지 않았다 하더라도 보험계약이 해지되기 전에 발생한 보험 사고에 대해서는 보험금 지급책임을 발생한다.

보험회사가 보험계약을 해지하면 계약자는 해지환급금을 청구할 수 있다. 표준약관에서는 보험회사가 해지환급금을 계약자에게 지급하도록 규정하고 있다(표준약관 §26③). 계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우 계약자는 해지된 날로부터 2년 이내에 보험계약의 부활을 요청할 수 있다(상법 §650의2, 표준약관 §79①). (2016년부터 부활가능기간 3년으로 연장)

라. 납입최고 효력(도달)과 관련된 문제

납입최고기간까지 연체보험료를 납입하지 않으면 보험계약의 효력을 상실시켰겠다는 의사표시인 납입최고는 상대방인 계약자에게 도달하여야 효력이 발생한다(민법 §111). 납입최고 통지만으로 효력이 발생하는 것이 아니라 반드시 계약자에게 도달하여야 효력이 발생하는 것이다.

판례에서는 납입최고는 ‘내용증명우편이나 등기우편과 달리 보통우편의

방법으로 발송되었다는 사실만으로 그 우편물이 상당기간 내에 도달하였다고 추정할 수 없고, 송달의 효력을 주장하는 측에서 증거에 의하여 도달사실을 입증하여야 한다’라고 판시하고 있어(대법원 2002.7.26. 선고 2000다25002 등), 상대방 있는 의사표시는 그 통지가 상대방에게 도달한 때로부터 효력이 생기기며, 그 도달여부는 송달의 효력을 주장하는 측에서 증거에 의하여 입증하여야 한다는 원칙을 명확히 하고 있다. 현재 실무상으로 납입최고가 계약자에게 도달되었는지에 대한 인정기준은 다음과 같다.

- ① 도달된 것으로 인정되는 경우
- ▶ 계약자 주소지로 발송되고 거주를 같이하는 가족·배우자, 세입자, 호텔수위, 아파트 경비원, 피용인 등이 수령한 경우(제3자에 의한 도달)
 - ▶ 주소지가 변경되었음에도 이를 통지하지 않아 수령하지 못한 경우

◆ **아파트 경비원이 수령한 경우**

- 아파트 주민들이 우편물의 수령권한을 경비원에게 묵시적으로 위임한 것으로 볼 수 있으므로 도달한 것으로 추정
- 경비원이 본인에게 전달하지 않았음을 입증하면 미도달로 간주

- ② 도달된 것으로 인정되지 않는 경우
- ▶ 계약자 주소지로 발송되었으나 계약자와 무관한 제3자(도달인정 대상자 이외의 자)가 수령한 경우(제3자가 계약자에게 전달하였음을 입증하면 도달로 추정)
 - ▶ 보험설계사가 납입최고를 독촉한 경우
 - ▶ 등기우편이 아닌 일반우편으로 통지한 경우
 - ▶ 등기우편으로 보냈으나 폐문부재 등의 사유로 반송된 경우

◆ **보험설계사의 납입최고**

- 보험설계사는 단순히 보험계약의 체결을 증개할 뿐 보험회사를 위해 보험계약을 체결하거나 보험료 납입을 최고하고 그 지체를 이유로 보험계약을 해지할 수 있는 대리권이 없으므로, 보험설계사의 납입최고행위를 보험회사의 계약자에 대한 최고행위로 인정할 수 없음

◆ **일반우편 납입최고**

- 전달 및 반송여부가 확인되는 등기우편과 달리 일반우편은 우편물을 우편함에 넣는 것으로 끝나기 때문에 계약자가 수령하였음을 입증하지 않는 한 도달한 것으로 볼 수 없음

- ③ 공통사항
- ▶ 위 조건과 무관하게 계약자가 수령하였음을 인정하거나 제3자가 계약자에게 전달하였다는 사실이 입증되면 도달로 간주

| |
|--|
| <p>◆ 보험회사가 보험료 미납을 사유로 계약을 해지한 경우 계약자에게 해지사실을 통지해야 하는지 여부(법적성격 등)</p> <p>▶ 초회보험료 미납을 사유로 한 보험회사의 해지권 행사</p> <ul style="list-style-type: none">◦ 상법 제650조제1항에서는 “보험계약자는 계약체결후 지체 없이 보험료의 전부 또는 제1회 보험료를 지급하여야 하며, 보험계약자가 이를 지급하지 아니하는 경우에는 다른 약정이 없는 한 계약성립후 2월이 경과하면 그 계약은 해제된 것으로 본다.”라고 규정◦ 그리고 생명보험 표준약관 제23조제1항에서는 “회사가 정액과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다”라고 규정하면서, 보험료의 납입 연체에 따른 계약해지권 행사를 정한 제26조에서는 “계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우”만을 약정해지권 행사 대상으로 보고 있음◦ 이상을 종합하면, 초회보험료가 납부되지 않은 보험계약의 경우 해지권 행사의 대상이 되는 보험계약 자체가 유효하게 성립하지 아니한 것이므로, 보험회사는 계약해지권을 행사할 수는 없고 대신 승낙일로부터 2월이 경과한 이후에 계약이 해제된 것으로 간주한다는 것이 상법 제650조제1항의 취지로 해석(보험회사의 해제의 의사표시는 불필요, 해당 계약은 소급무효처리)◦ 이와 같이 초회보험료 미납의 경우 보험회사는 계약해지권을 행사할 수 없으므로, 계약성립후 2월이 경과하여 계약이 해제된 것으로 간주된 다음 계약자들에게 통지하는 절차는 단순한 사실의 통지에 불과할 뿐 법적효력은 없음 <p>▶ 2회 이후 계속보험료 미납을 사유로 한 보험회사의 해지권 행사</p> <ul style="list-style-type: none">◦ 보험계약자가 2회 이후의 계속보험료를 미납한 경우 보험회사는 납입최고 등 약관에서 정한 절차에 따라 계약해지권을 행사할 수 있고, 해지권 행사가 적법하였다면 보험회사가 계약해지 사실을 계약자에게 별도로 통지해야 하는 것은 아님(부산고등법원 2007.1.10. 선고 2006나8016)◦ 다만, 실무상 보험료 미납 등을 원인으로 보험회사가 계약을 해지하려할 때 이른바 반드시 계약자에게 등기우편 등 입증 가능한 수단으로 통지하도록 하는 것은 상기 통지가 계약해지권 행사의 의사표시를 겸하고 있기 때문임◦ 민법 제543조제1항에서는 “해지 또는 해제권의 행사는 상대방에 대한 의사표시로 한다”라고 규정하고 있어, 보험회사는 보험료 미납 등을 원인으로 보험계약을 해지한다는 의사를 상대방인 계약자에 표시한 경우에만 적법하게 계약이 해지되었다고 볼 수 있고◦ 보험회사가 해지예고부 납입최고시 계약자에게 발송하는 내용증명은 계약해지권 행사를 위한 의사표시로 해석되므로, 적법하게 해지예고부 납입최고를 하였다면 보험계약이 해지된 후 별도의 해지사실을 통지할 필요는 없다고 보는 것이 타당 |
|--|

마. 정상적으로 실효처리 되지 않은 보험계약의 효력

계속보험료 미납시 보험회사가 정상적인 절차를 통해 해지하지 못하거나 또는 해지하였음을 입증하지 못하는 경우에는 계약관계는 그대로 유효하게 지속되고, 보험사고가 발생시 보험회사는 보험금 지급책임을 지게 된다는 점에는 의문의 여지가 없다(판례도 보험금 지급책임인정).

그러나 해지되지 않은 계약의 효력이 언제까지 지속되는지, 수십 년이 지난 후에 보험사고가 발생한 경우에도 보험회사에 보험금 지급책임을 인정하여야 하는지가 문제가 된다. 특히 계약자가 납입최고장 수령을 악의적으로 회피하는 경우에도 상법 제650조 2항을 들어 계약의 효력을 기계적으로 다루어 보험회사의 보험금 지급책임을 인정한다면, 이는 보험계약의 최대선의의 원칙이나 쌍무계약성을 훼손하는 결과가 나타날 수 있으므로 이에 대한 제도적 보완이 필요한 것으로 판단된다.

물론 이런 제도적인 보완에 앞서 각 보험회사가 자동이체 출금제도를 정비하거나, 납입최고 도달이 누락된 건에 대한 보완절차를 강화하는 등의 업무처리 방식에 대한 정비가 선행되어야 할 것이다.

바. 보험회사의 해지 Process(例示)

상법과 표준약관 규정대로 한다면, 보험회사가 해지절차를 정상적으로 이행하기 위해서는 계속분이 납입되고 있는 모든 보험계약에 대하여 계속보험료 납입일의 익일이 되면 자동으로 등기나, 내용증명의 방법으로 계약자 및 수익자에게 보험료 납입을 최고하고, 개별 최고내역의 도달일자를 확인하여 도달일 익일부터 최고기간이 경과하면 계약자에게 해지환급금을 지급하여 해지업무를 진행해야 한다.

하지만, 계속보험료를 납입하는 계약이 적게는 수십만 많게는 수백만 개에 달하고, 또 자동이체 계좌의 잔고부족 등으로 계속보험료를 일시적으로 납입하지 못하는 것이 자주 발생하기 때문에 이런 계약에 대해서까지 일일이 등기나 내용증명 우편을 보내는 것은 비용측면에서도 문제가 된다. 또한 계속보험료를 1개월 납부하지 않았다고 계약을 무조건 해지 처리하는 것은 보험계약을 지속적으로 유지하고자하는 보험회사나 보장에 공백이 생기는 계약자에게 둘 다 이익이 되지 않는 것이 현실이다.

이런 사정을 고려하여, 실무적으로 세세한 부분은 보험회사마다 조금씩 다르지만 대략적인 해지 Process는 다음과 같다. 먼저 계속보험료를 2회 이상

납부하지 않았을 경우 ①익월 초에 일괄적으로 납입최고(실효최고장)를 통지하고 ②그 익월에 일괄적으로 해지처리하고 난 다음 ③납입최고가 반송된 건에 대해서 후속조치(녹취통화 실시, 재발송 등)를 하거나 보험금청구권에 대해 도달여부를 확인하는 등의 업무를 진행하는 경우가 대부분이다(납입최고장 발송전 녹취를 시행하는 회사도 많이 있음).

일정한 유예기간을 두고 계속보험료 미납여부를 판단한 다음 해지절차를 개시하고 있는 것이다.

【보험료 미납으로 인한 실효해지 프로세스(例示)】



2. 주요 민원유형

- 제1회보험료 납입후 승낙통지 미도달
 - (사례 1) 보험계약 청약시 제1회보험료를 납입하고 자동이체까지 신청하였으나 청약일로부터 2개월이 지나도록 보험료가 이체되지 않아 확인해 본 결과 청약이 거절되었다고 하는데, 보험계약을 유지할 수 있는 방법은 없는지 문의
 - ☞ 보험회사는 보험계약 청약시에 제1회보험료를 받은 후 무진단인 경우에는 청약일, 진단계약인 경우에는 진단일로부터 30일 이내에 승낙여부를 보험가입자에게 통보하여야 함
 - 보험회사가 이 기간 내에 낙부의 통지를 해태한 때에는 승낙한 것으로 보아야 하므로 청약과 함께 제1회보험료 납입 후 2개월이 경과할 때까지 낙부의 통지를 받지 못한 경우 계약은 유효하게 성립
- 계약자 아들이 수령한 보험료 미납에 따른 납입최고 통지의 효력
 - (사례 2) 계속보험료 미납으로 보험계약이 해지된다는 「납입최고(해지) 안내장」을 계약자가 수령하지 않고 아들이 수령하였는데, 보험회사에서 해지통지가 정상적으로 이루어졌다고 주장하는데

약을 해지할 수 있으나, 최고통지가 계약자에게 도달하지 않은 경우 보험계약을 해지되지 않고 유효하게 유지되나

납입최고 절차이행 방법과 관련해서 계약자가 만족하지 못했다는 이유로 보험계약을 무효처리하고 환불할 책임은 없음

- 납입최고가 도달하지 않은 경우 보험금 지급책임
 - (사례 6) A씨는 1992년 보험계약을 체결한 이후 1997.07.22. 위암진단을 받고 치료를 받다가 1998.7.20. 사망. 보험회사는 보험료 납입최고 및 해지통지를 보통우편으로 발송하였고 반송되지 않았다는 사유로 계약이 해지되었다며 보험금 지급을 거부하는데, 적절한 것인지
 - ☞ 보통우편으로 납입최고를 한 경우 보험회사가 계약자에게 도달되었음을 입증하지 못하면 납입최고 및 해지통지로서 효력이 인정되지 않는 것이므로, 해당 보험계약이 정상적으로 해지되지 않았으므로 해지되기 전에 발생한 보험사고에 대해서는 보험금 지급책임이 발생
- 녹취를 통한 최고통지가 효력이 있는지
 - (사례 7) 보험가입 이후 보험료는 납입하지 못한 상태에서, 보험회사 콜센터에서 보험료를 납입하지 않으면 보험계약이 해지된다는 내용을 유선으로 통보받은 사실은 있으나, 보험계약이 해지된다는 내용의 등기우편을 받은 사실은 없는데, 이런 경우에도 보험계약이 해지되는 지
 - ☞ 약관상 납입최고 및 해지통지는 등기우편 이외에도 녹취도 인정되고 있음. 따라서 납입최고 등의 내용이 녹취된 것이 확인되면 비록 등기우편을 발송하지 않았다 하더라도 정상적인 납입최고와 해지통지가 이루어진 것으로 볼 수 있으므로, 보험회사는 보험계약을 해지할 수 있음

- ☞ 해당 보험계약의 납입최고 및 해지 안내장이 약관 및 관련법규에 따라 신청인의 거주지로 정상적으로 도달되었고, 등 문서를 수령한 신청인의 자녀도 의사능력이 있는 연령으로 확인되어, 보험회사의 해지통지는 정상적으로 도달되어 유효하게 효력을 발생

- 이사하기 전 주소로 한 해지통지가 유효한 지
 - (사례 3) 이사한 다음 경황이 없어서 보험료를 못 냈는데, 보험사고가 발생해서 보험금을 청구했더니 해지되었다고 함. 확인결과 이사 전 주소로 해지통지를 한 것으로 확인되는데 정상적으로 해지된 것인지
 - ☞ 표준약관에서는 계약의 정상적인 유지 등을 위해 계약자는 주소가 변경되면 이를 보험회사로 알리도록 정하고 있음. 이를 게을리 한 경우 이사 전 주소로 통지한 보험회사의 해지통지는 도달된 것으로 간주되므로, 해당 보험계약은 정상적인 절차를 거쳐 해지된 것으로 판단
- 상당한 기간을 부여하지 않은 해지통지의 효력
 - (사례 4) 4.1일자로 보험료 미납으로 보험계약이 해지되었다는 등기우편을 4.16일에 받았는데, 보험료 미납으로 계약이 해지된다는 사실을 미리 알려줘야 하는 것이 아닌지, 이런 경우 보험계약이 정상적으로 해지된 것으로 볼 수 있는지
 - ☞ 보험료 미납을 원인으로 보험계약을 해지하기 위해서는 상당한 기간(통상 14일)을 정하여 이를 최고하여야 하는데, 보험회사가 이를 지키지 않은 것이므로, 보험계약은 정상적으로 유지되는 것으로 간주
 - 기존 해지통지는 효력이 발생하지 않으므로 보험회사가 보험계약을 해지하기 위해서는 다시 상당한 기간을 정하여 최고하여야 함

- 보험료 납입안내 누락으로 인한 계약취소 요구
 - (사례 5) 자녀의 태아보험을 확인한 결과, 2013년 6월에 해지가 되어 있었음. 보험사는 3월부터 보험료가 미납되어 6월에 납입최고 및 해지통지를 이행하였으므로 문제가 없다고 하나, 등기가 도착하지도 않았고, 전화를 한통 해 줄 수도 있는데 이를 이행하지 않았다는 것은 이해할 수 없음. 보험사를 더 이상 신뢰할 수 없으므로 환불 요구
 - ☞ 계속보험료 미납시 보험회사는 납입최고(실효예고) 절차를 거쳐 보험계

3. 분쟁조정사례

- 등기로 발송된 납입최고장 도달여부가 확인되지 않은 경우 정확적 증거로 도달되었다고 볼 수 있는지 여부(03.6.24. 결정 제03-24호)

사건개요

- 신청인은 남편을 주 피보험자, 아들을 종피보험자로 하는 보험에 가입한 이후 8회 보험료 납입이후 계약 잔고부족으로 계속보험료를 미납
- 보험회사는 계속보험료가 미납되자 보험료 납입최고 안내장을 일반우편으로 계약자에게 송부한 이후, 계속보험료가 미납되자 계약을 해지하고 계약해지확정통지서를 등기우편으로 송부
- 이후 종피보험자가 백혈병 진단을 받아 보험금을 청구하였으나, 보험회사가 납입최고는 일반우편으로 발송하여 도달여부를 확인하기 어려우나, 계약해지확정통지서는 등기우편으로 발송하였으므로 반송된 사실이 없고
- 신청인이 이 건 계약의 부활절차 및 미납보험료 등에 대해 문의한 적이 있으므로, 신청인이 보험료 미납으로 인해 이 건 계약이 실효되었다는 사실을 알고 있었다고 보고 보험금 지급을 거절하자 민원을 제기

쟁점사항

납입최고 도달여부가 확인되지 않은 경우에 계약자가 미납보험료 납부방법과 실효된 계약의 부활에 대해 문의한 경우 보험계약의 유효 여부

판단근거

- 등기로 발송한 계약해지확정통지서의 도달여부를 입증할 수 있는 배달증명원의 보존기간이 1년 밖에 되지 않아 이 기간이 경과한 자료에 대해서는 납입최고 도달여부의 확인이 곤란하지만
- 신청인이 계약 후 지금까지 주소지를 이전한 적이 없어 피신청인이 ○○년○월 송부한 실효최고장의 도달여부를 확인할 수 없으나, ○○년○월○일 송부한 납입최고 내용이 포함된 계약해지 확정통지서는 등기로 송부되었으므로 특별한 사정이 없는 한 신청인에게 도달된 것으로 추정되고
- 보험료 미납에 대한 납입최고를 우편으로 수령하지 못하였다 하더라도 신청인이 ○○년○월 피신청인의 「콜센터」에 연락하여 미납보험료의 납부방법과 실효된 계약의 부활에 대해 문의하는 과정에서 미납된 보험료에 대한 납입최고가 자연스럽게 이루어졌을 것으로 추정해 볼 수 있어, 납입최고 안내장 도달에 대한 객관적인 증거는 확인되지 않고 있으나 상기내용 및 정황을 종합해 볼 때 도달된 것으로 봄이 타당하다 판단

판단결과

보험회사는 해당 약관에서 정하고 있는 보험금 지급책임이 없음

■ 등기로 발송된 납입최고 및 보험계약해지 통지서는 도달한 것으로 간주 (04.7.27. 결정 제04-32호)

시간개요

- 신청인은 보험회사가 보험료 미납에 따른 납입최고를 우편으로 하였다고 하나 이를 수령한 사실이 없으므로 납입최고는 도달하지 않았고, 따라서 보험계약은 해지되지 않았으므로 발생한 보험사고에 대해 약관에서 정한 보험금을 지급해야 한다고 주장하며 민원을 제기
- 보험회사는 신청인에게 등기우편으로 우송한 “보험료 납입최고 및 보험계약해지(확인) 통지서”가 도달되었으므로 보험계약 해지는 적법하고 해지 이후 발생한 사고에 대한 보험금 지급의무는 없다고 주장

쟁점사항

보험회사가 등기우편으로 발송한 보험료 납입최고 및 보험계약해지 통지서의 도달 여부 및 보험계약 해지의 적법성 여부

판단근거

- 보험회사가 2003.1.8. 등기우편으로 발송한 “보험료 납입최고 및 보험계약해지(확인) 통지서”는 우체국 김배원이 2003.1.13. 신청인이 송달주소에 부재중인 관계로 신청인 대신 동네에서 슈퍼를 경영하고 있는 이웃주민에게 전달한 사실이 확인되었고, 이웃주민은 그 다음날인 14일 신청인의 집 대문 앞에서 신청인에게 전달하였다고 진술하였는바, 이웃주민이 신청인과 별다른 이해관계가 없어 그 진술의 신빙성을 인정할 수 있고
- “보험료 납입최고 및 보험계약해지(확인) 통지서”는 이미 발송한 미납한내를 받지 못한 경우에는 본 통지서를 받은 날로부터 15일 이내에 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않으면 통지서 수령일로부터 15일이 되는 다음날부터 보험계약이 해지된다는 내용을 담고 있으므로, 피신청인은 위 통지서로 보험료 납입최고와 동시에 기간 내에 이행이 없는 것을 정지조건으로 하여 미리 계약해지의 의사표시를 한 것으로 볼 수 있으며
- 매월 보험료를 수급하기 위해 방문했다는 보험모집인의 진술에 대하여 신청인은 2002.11.부터 본건 사고 발생일인 2003.4.26.까지 보험모집인이 한 번도 수급하러 온 적이 없어 보험계약의 해지사실을 통보받지 못했다고 주장하고 있으나, 모집인의 통상적인 업무처리방식에 비추어 특별한 사정없이 6월간 수급을 방치했다는 신청인의 주장은 설득력이 없는 점 등을 종합해 볼 때, 보험료 납입최고가 도달하지 않았다는 신청인의 주장은 타당하지 않은 것으로 판단

판단결과

보험회사의 보험료 납입최고는 적어도 2003.1.14. 신청인에게 도달하였다고 볼 것이고, 본 건 보험계약은 적법하게 해지된 것으로 판단

■ 장기연체 안내문이 반송된 경우 보험계약 해지의 적법성 여부(2008.7.1. 결정 제08-49호)

시간개요

- 신청인은 1996.8.13. 보험계약을 체결하고 2006.7월 당해 보험계약의 보험료를 완납. 1998.4.19.~2006.9.26.까지 총 30여회에 걸쳐 약 5백만원의 보험계약대출을 받았으나, 2007.6.27.이후 보험계약대출금 이자를 납입하지 아니하자
 - 보험회사는 2007.12.27. 보험계약대출이자 장기연체로 당해 보험계약을 해지한다는 내용으로 핸드폰 문자메시지를 발송하고, 다음 날 등기우편으로 보험계약대출 장기연체 계약해지 안내문을 신청인의 주소지로 발송하였으나, 2007.12.31. 수취인 부재, 2008.1.7. 폐문부재로 반송
- 이후 보험회사는 2008.1.23. 보험계약대출금과 당해 보험계약의 해약환급금을 상계 처리하고 당해 보험계약을 해지

- 신청인은 2008.2.19. 보험회사 지점을 방문하여 2008.1.22.~2.18. 26일간 감상선 전 절제술 수술후 상태 등으로 ○○의원에 입원한 것에 대해 입원급여금을 청구하였으나, 보험회사에서 보험계약이 해지되었다고 보험금 지급을 거절하자 민원을 제기

쟁점사항

등기우편으로 발송한 장기 연체 계약해지 안내문이 반송된 경우 해당 보험계약 해지의 적정성 여부

판단근거

- 보험회사가 신청인이 보험계약대출금의 이자를 납입하지 아니하여 2007.12.28. 등기우편으로 보험계약대출 장기연체 계약해지 안내문을 신청인의 주소지로 발송하였으나 같은 해 12.31. 수취인 부재, 2008.1.7. 폐문부재로 반송되어 서면으로 당해 보험계약의 해지통보를 하였다고 볼 수 없으므로
- 당해 보험계약을 해지하여 보험계약대출금과 상계한 업무처리는 정당하다고 보이지 않는 것으로 판단되므로, 보험회사는 당해 보험계약을 해지한 2008.1.23. 이전인 2008.1.22.부터 같은 해 12.31.까지 입원 치료한 기간에 대해서 피신청인은 신청인에게 입원급여금을 지급하여야 할 것으로 판단

판단결과

보험회사는 당해 보험계약을 원상회복하고 신청인에게 입원급여금을 지급할 책임이 있음

4. 판례

■ 보통우편으로 발송되었다는 사실만으로는 도달하였다고 추정할 수 없음 (대법원 2002.7.26. 선고 2000다25002)

쟁점사항

- ① 보통우편의 방법으로 우편물을 발송한 경우, 그 송달을 추정할 수 있는지 여부
- ② 보험계약상의 일부 보험금에 관한 약정지급사유가 발생한 이후에 그 보험계약이 해지, 실효되었다는 보험회사 직원의 말만을 믿고 해지환급금을 수령한 경우, 이를 보험계약을 해지하는 의사로써 한 행위라고 볼 수 있는지 여부

판결요지

- ① 내용증명우편이나 등기우편과는 달리, 보통우편의 방법으로 발송되었다는 사실만으로는 그 우편물이 상당기간 내에 도달하였다고 추정할 수 없고 송달의 효력을 주장하는 측에서 증거에 의하여 도달사실을 입증하여야 할 것이다(대법원 76누263 전원합의체 판결 92다2530 판결 등 참조)
- 이러한 법리를 전제로 살펴보면, 원심이 피고가 계약해지예고부 최고서를 망인의 주소지를 송달장소로 하여 보통우편으로 발송하였고 그 후 반송되지 아니한 사실을 인정할 수 있다고 하더라도, 그러한 사실만으로 위 최고서가 발송일로부터 상당한 기간 내에 보험계약자인 망인에게 송달되었다고 보기 어렵다
- ② 예기치 못한 망인의 위암 발병으로 치료를 받게 될 급박한 상황에서 이 사건 각 보험계약상의 일부 보험금에 관한 약정지급사유가 발생한 이후에 위 각 보험계약이 해지, 실효되었다는 피고 회사 직원의 말만을 믿고 당시 경제적 필요에 조금이라도 충당하고자 망인이 대리인을 통하여 해지 환급금을 수령하였다고 하더라도, 다른 해지사유가 없었던 이상 이를 곧 위 각 보험계약을 해지하기로 하는 의사로써 한 행위라고 할 수는 없다고 판단

■ 등기우편으로 발송된 경우 도달간주(대법원 1992.3.27. 선고 91누3819)

쟁점사항

우편물이 등기취급의 방법으로 발송된 경우 그 무렵 수취인에게 배달되었다고 볼 것인지 여부

판결요지

우편법 등 관계 규정의 취지에 비추어 볼 때 우편물이 등기취급의 방법으로 발송된 경우 반송되는 등의 특별한 사정이 없는 한 그 무렵 수취인에게 배달되었다고 보아야 한다.

■ 아파트 경비원이 수령한 등기우편의 효력(대법원 2000.7.4. 선고 2000두1164)

쟁점사항

- ① 과세처분의 상대방인 납세의무자 등 서류의 송달을 받을 자가 다른 사람에게 우편물 기타 서류의 수령권한을 명시적 또는 묵시적으로 위임한 경우, 그 수임자가 해당 서류를 수령하면 위임인에게 적법하게 송달된 것으로 보아야 하는지 여부 및 수령권한을 위임 받은 자는 위임인의 종업원 또는 동거인이어야 하는지 여부
- ② 아파트 경비원을 통한 납세고지서 송달이 적법한지 여부

판결요지

- ① 과세처분의 상대방인 납세의무자 등 서류의 송달을 받을 자가 다른 사람에게 우편물 기타 서류의 수령권한을 명시적 또는 묵시적으로 위임한 경우에는 그 수임자가 해당 서류를 수령함으로써 그 송달받을 자 본인에게 해당 서류가 적법하게 송달된 것으로 보아야 하고, 그러한 수령권한을 위임받은 자는 반드시 위임인의 종업원이거나 동거인일 필요가 없다.
- ② 납세의무자가 거주하는 아파트에서 일반우편물이나 등기우편물 등 특수우편물이 배달 되는 경우 관례적으로 아파트 경비원이 이를 수령하여 거주자에게 전달하여 왔고, 이에 대하여 납세의무자를 비롯한 아파트 주민들이 평소 이러한 특수우편물 배달방법에 관하여 아무런 이의도 제기한 바 없었다면, 납세의무자가 거주하는 아파트의 주민들은 등기우편물 등의 수령권한을 아파트 경비원에게 묵시적으로 위임한 것이라고 봄이 상당하므로 아파트 경비원이 우편집배원으로부터 납세고지서를 수령한 날이 구 국제기본법(1998.12.28. 법률 제5579호로 개정되기 전의 것) 제61조 제1항에 정한 처분의 통지를 받은 날에 해당한다

■ 친구 주소지로 주민등록을 옮긴 경우 우편물 수령권한 위임여부(대법원 1984.10.10. 선고 84누195)

쟁점사항

친구의 주소지에 주민등록을 옮겨 놓은 경우 그 친구나 가족에게 우편물 수령권한을 위임한 것으로 볼 수 있는지 여부

판결요지

원고가 자녀들의 학교문제 등 생활상의 편의를 위하여 친구인 (갑)의 주소지로 5년 이상 주민등록을 옮겨 놓았다면 주민등록제도의 목적이나 원고가 위와 같이 주민등록을 옮겨 놓은 목적 등에 비추어 원고는 원고의 주민등록지상에 거주하는 위 (갑)이나 그의 처에게 사회생활상의 필요에 의하여 원고에게 발송되는 우편물의 수령권한을 위임하였다고 봄이 상당하다

■ 피보험자에게 납입최고 안내하지 않은 계약의 해지여부(계약자≠피보험자)(대법원 2003.2.11. 선고 2002다64872)

쟁점사항

- ① 보험계약자와 피보험자가 다른 보험계약에서 피보험자에게 보험료 지급을 최고하지 않고 보험금 미지급을 이유로 보험계약을 해지할 수 있는지 여부
- ② 보험계약자 또는 피보험자의 주소변경통보 불이행시 종전 주소지를 보험회사 의사표시의 수령 장소로 본다는 보험약관의 효력

판결요지

- ① 분할보험료가 약정한 시기에 지급되지 아니한 경우 보험자는 상당한 기간을 정하여 보험계약자에게 최고하고 그 기간 안에 보험료가 지급되지 아니한 때에는 그 보험계약을 해지할 수 있으나, 보험계약자와 피보험자가 다른 때에는 상법 제650조 제3항에 따라 피보험자에게도 상당한 기간을 정하여 보험료의 지급을 최고한 뒤가 아니면 그 계약을 해지하지 못한다.
- ② 보험계약자 또는 피보험자가 주소변경을 통보하지 아니하는 한 보험증권에 기재된 보험계약자 또는 피보험자의 주소를 보험회사의 의사표시를 수령할 지정장소로 본다는 개인용 자동차보험 특별약관의 규정은 보험회사가 과실 없이 보험계약자 또는 피보험자의 주소 등 소재를 알지 못한 경우에 한하여 적용된다.

■ 만 9세 7개월 된 초등학생의 송달수령능력(대법원 1990.3.27. 선고 1989누6013)

쟁점사항

만 9세 7개월 된 국민학교 3학년 학생의 송달수령능력

판결요지

원고의 제심청구에 대한 노동부 산업재해보상심사위원회의 재결서가 만 9세 7개월로서 국민학교 3학년 학생인 원고의 딸에게 송달되었다면, 사리를 번식할 능력이 있는 자에 대한 송달이라고 할 것이므로 위 재결서는 같은 날 원고에게 송달된 것으로 보아야 할 것이다.

■ 보험료 미납시 최고안내 없이 실효시 약관 효력여부 등(대법원 13.6.13. 선고 2010다34159)

쟁점사항

- ① 본납 보험료 체납시 상법 제650조소정의 최고 및 해지 절차 없이 곧바로 보험계약이 해지 또는 실효되도록 하는 보험약관의 효력
- ② 피보험자가 주소 변경이나 전화번호 변경을 보험회사에 통지하지 않은 경우, 보험회사가 상법 제 650 조 제 2 항의 최고 절차를 거치지 아니하고 보험계약을 실효 처리할 수 있는지 여부

판결요지

- ① 상법 제650조 제2항은 "계속보험료가 약정한 시기에 지급되지 아니한 때에는 보험자는 상당한 기간을 정하여 보험계약자에게 최고하고 그 기간 내에 지급되지 아니한 때에는 그 계약을 해지할 수 있다."라고 규정하고, 같은 법 제663조는 위의 규정은 당사자간의 특약으로 보험계약자 또는 피보험자나 보험수익자의 불이익으로 변경하지 못한다고 규정하고 있으므로 본납 보험료가 소정의 시기에 납입되지 아니하였음을 이유로 그와 같은 절차를 거치지 아니하고 곧바로 보험계약을 해지할 수 있다가나 보험계약이 실효됨을 규정한 약관은 상법의 위 규정에 위배되어 무효라 할 것이다.
- ② 상법 제663조 전단규정의 취지에 비추어 보면 피보험자가 주소 변경이나 전화번호 변경을 보험회사에 통지하지 아니하였다는 사유만으로는 보험계약의 해지에 필요한 상법 규정의 위 최고절차가 면제되는 것으로 볼 수 없으므로 보험회사가 보험계약을 실효 처리함에 있어 그 전후를 통하여 상법 제650조 제2항 소정의 최고 절차를 취하였다고 인정할 만한 증거가 없는 경우, 보험회사의 위 보험계약에 대한 실효 처리는 무효이다.

■ 보통우편으로 우편물 송달시 송달추정 여부(대법원 2002.7.26. 선고 2000다25002)

쟁점사항

보통우편의 방법으로 우편물을 발송한 경우, 그 송달을 추정할 수 있는지 여부

판결요지

내용증명우편이나 등기우편과는 달리, 보통우편의 방법으로 발송되었다는 사실만으로는 그 우편물이 상당기간 내에 도달하였다고 추정할 수 없고 송달의 효력을 주장하는 측에서 증거에 의하여 도달사실을 입증하여야 한다.

보험계약상의 일부 보험금에 관한 약정지급사유가 발생한 이후에 그 보험계약이 해지, 실효되었다는 보험회사 직원의 말만을 믿고 해지환급금을 수령한 경우, 이를 보험계약을 해지하는 의사로써 한 행위라고 할 수 없다.

5 보험계약의 부활

1. 기본 개념

가. 보험계약 부활의 의미

계속보험료 납입연체로 계약이 해지된 경우, 예외 없이 새로운 계약을 체결해야 한다면 보험료 납입기간의 증가, 기존 상품의 판매증지, 신계약 체결비 등의 재부담 등으로 계약자에게 손해가 발생할 수 있다.

그리하여 상법에서는 계약자가 해지환급금을 받지 않은 경우에 한하여 일정기간 내에 연체보험료에 약정이자를 붙여 납부한 경우 부활을 청구(청약)하고 보험회사가 이를 승낙하면 이전에 계약이 해지되지 않았던 것과 같은 효과를 발생시키도록 하고 있다(상법 §650의2 전단). 이를 보험계약의 부활이라 한다. 부활계약의 법적성질은 해지된 보험계약을 당사자간 합의에 의하여 해지전의 상태로 회복시키는 특수계약으로 보는 것이 통설이다.

보험계약의 부활은 계약자 입장에서 볼 때 보험계약이 해지되거나 실효된 경우에 해지환급금을 받는 것이 손해이고 또 새로 보험에 가입하고 싶어도 보험료가 할증되거나 가입 자체가 안 되는 경우가 있을 수 있기 때문에 그 유용성이 인정되고 있다.

나. 보험계약 부활요건

실무적으로 보험계약을 부활하기 위해서는 ①계약기간이 잔존하고 ②해지환급금이 지급되지 않아야 하며 ③해지일로부터 2년 이내에 ④연체보험료를 일시에 납입하고 부활을 청구하고 ⑤보험회사가 승낙하여야 한다. 부활요건을 세부적으로 살펴보면 다음과 같다.

① 계약기간 잔존

실효된 보험계약의 보험기간이 남아있어야 보험계약을 부활할 수 있다. 부활한 경우 남은 보험기간 동안 보험계약이 유효한 것이기 때문이다.

② 해지환급금 미수령

계속보험료 미납으로 보험계약이 실효된 이후 해약환급금을 받지 않은 경우에 부활할 수 있다. 계약자가 계약을 해지하고 해지환급금을 청구하여 수령하면 해당 보험계약이 중국적으로 소멸되기 때문이다. 해지환급금이 없거나 대출금과 상계되어 지급액이 없는 경우에도 부활청구가 가능하다.

③ 해지일로부터 2년 이내

보험계약이 해지된 날로부터 2년 이내에 부활을 청구할 수 있다. 보험료 또는 적립금 반환청구권 소멸시효를 2년으로 규정하고 있던 기존 상법 규정을 준용한 것으로 판단된다. 2014.3.11. 상법이 개정되어 반환청구권 소멸시효가 3년으로 연장됨에 따라(상법 §662), 부활청구 가능기간에 대해서도 기존 2년에서 3년으로 연장되었다(표준약관§27①, 2015.12.29. 개정).

④ 연체보험료 일시납입 & 부활 청구

실효된 기간에 해당하는 연체보험료 전액과 상품별로 정한 이율로 계산한 금액을 일시에 납입하고 부활을 청구하여야 한다. 연체보험료 전액납부를 요구하는 것은 분납을 허용하면 연체보험료 중 일부만 납입하고 보장을 개시한 다음 보험사고로 인한 보험금 수령시 미납한 연체보험료 추심이 어려울 수 있기 때문이다. 정상적으로 보험료를 납입하고 계약을 유지하고 있는 계약자와의 형평성을 고려한 규정으로 판단된다.

부활계약은 법적성격이 특수계약으로 부활청약시 고지의무가 발생하며 보험회사의 승낙으로 기존 권리관계가 회복되는 효과가 발생하므로, 실무에서는 계약자가 부활을 청구하고자 할 때 회사가 정한 서면양식의 부활청구서를 작성하여 제출하도록 요구하고 있다. 부활계약과 관련한 논란을 예방하기 위한 절차로 이해된다.

⑤ 보험회사의 승낙

계약자의 부활청구를 보험회사가 승낙하여야 보험계약이 부활하는 것이다. 보험계약을 부활하는 경우 계약전 알릴의무가 준용되고 있으므로 보험회사는 계약자에게 알릴의무 이행을 요구할 수 있고, 회사 인수심사기준에 따라 부활청구를 승낙할지 여부를 결정할 수 있다.

다. 보험계약 부활절차

보험계약의 부활절차도 최초 보험계약의 성립절차와 동일한 절차에 따라 진행된다. 즉 보험계약도 최초 계약과 마찬가지로 계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 성립되는 것이다(상법 §650의2, §638의2).

부활계약의 청약은 계약자가 연체보험료에 약정이자를 붙여 납입한 다음에 청약을 하며, 이와 같은 계약자의 청약에 대해 보험회사는 최초 보험계약과 같이 회사 내부 인수심사 절차를 거쳐 승낙여부를 결정한다. 보험회사의 승낙은 명시적인 승낙뿐만 아니라 계약자의 부활청구에 30일 이내에 낙부의

부활계약은 당사자의 사적자치에 의해 기존 계약의 내용과 효과가 그대로 미치므로 과거 알릴의무를 위반한 사항이 있더라도 그 사항에 대해 부활계약시 정확하게 고지하였다면 기존 계약전 알릴의무의 하자는 치유된 것이 된다. 부활시 고지한 내용대로 법률관계가 결정되는 것이다.

2. 주요 민원유형

□ 유니버설보험에 대한 부활청약 가능 여부

○ (사례 1) 보험료 납입연체로 인해 납입최고 안내장은 등기로 수령. 이후 보험회사에 부활을 요청하니 해당 보험은 연체된 미납입보험료를 납부하여도 부활할 수 없는 상품이라고 하는데, 실효 후 2년 이내는 부활청약이 가능한 것이 아닌지

☞ 유니버설보험의 부활청약시 실효기간 전체에 해당하는 보험료와 연체이자를 납입토록 하는 것은 유니버설보험의 성격과 맞지 않으며, 의무납입기간 이후의 기간에 대해서는 월공제액(연체이자 포함)만 납입하면 충분. 약관상 정하고 있는 금액은 계약부활을 위한 최소한의 금액임.

◆ 유니버설보험 부활청약요건 합리화(2011.4.1.)

▶ 보험료 납입연체로 보험계약이 실효된 경우 2년 이내에 부활 청약시 연체이자를 포함한 보험료를 납입하면 부활청약 가능하도록 개선(단, 전산시스템 준비기간을 고려하여 1년 유예)

□ 부활계약 청약 후 거절통지 미도달로 휴면계약이 된 경우

○ (사례 2) 계속보험료 미납후 부활 가능시점인 26회 연체시 부활을 요청하였으나 인수심사 과정에서 피보험자의 BMI 수치가 정상인수 범위에서 벗어나 거절통지를 하였으나, 계약자가 부활청약서 작성 후 출장 중이며 반송됨(미도달). 반송사유를 안내받지 못하여 보험계약이 휴면상태가 되었다며 정상 부활을 요구

☞ 부활가능 기간 내에 부활청구를 하였다 하더라도, 보험회사는 내부 인수심사기준에 따라 승낙여부를 결정할 수 있음. 다만, 거절의 의사통지는 상대방인 계약자에게 도달하여야 효력을 발생하는 것으로, 부활과정에서 거절 또는 조건부 부활에 대한 안내가 계약자에게 도달되지 않은 것이므로 휴면계약이 발생하여 계약자에 발생한 손해에 대해서는 보험회사가 책임을 부담

통지를 하지 않은 경우 승낙한 것으로 의제되는 경우도 포함된다(상법 §650의2, §638의2). 표준약관에서도 이를 명확히 하고 있다(표준약관 §27②).

라. 보험계약 부활의 효과

보험계약의 부활은 해지된 보험계약의 효력을 회복시키는 것이므로, 보험계약이 부활되면 기 해지된 보험계약과 동일한 내용의 보험계약이 장래에 향하여 존속하게 되는 것이다. 그러므로 종래의 계약에 존재한 무효, 실효, 해지 등의 사유는 부활 이후에도 그대로 존속하므로, 계약자 등은 보험계약 부활 이후에도 이와 같은 점을 주장하여 계약의 효력을 다를 수 있다.

보험계약이 부활되더라도 부활계약의 효력은 보험회사가 승낙한 때로부터 장래에 향하여 유효하게 되는 것이므로, 실효시부터 부활시까지 발생한 보험사고에 대하여는 보험금 지급책임은 발생하지 않는다.

마. 보험계약 부활과 고지의무

보험계약 부활시에도 고지의무에 관한 규정이 준용된다(표준약관 §27②). 이에 따라 계약자는 실효된 계약의 부활을 청구하면서 계약전 알릴의무를 이행하여야 하며, 보험회사는 이를 근거로 해당 실효계약의 부활청구를 승낙할 것인지 결정하게 된다.

이 때 계약자의 계약전 알릴의무의 범위가 어디까지인지가 문제된다. 이에 대해 3가지 정도의 견해가 있는데, 먼저 부활청약전 5년 이내에 발생한 병력을 알려야 한다는 견해, 다음으로 기존 계약의 청약시부터 부활청약시까지 생긴 병력을 알려야 한다는 견해, 마지막으로 해지된 이후 부활청약전까지 발생한 병력만을 알려야 한다는 견해이다. 현재 실무에서는 신계약 청약시와 마찬가지로 부활계약 청약시 계약자는 부활계약 청약전 5년 이내에 발생한 병력을 보험회사에 알리도록 하고 있다.

부활계약은 효력이 상실된 기존 계약을 당사자간 약정으로 다시 회복시키는 특수한 계약이므로 부활계약시 5년 이내에 발생한 병력사실을 알리도록 하는 것이 계약자에게 계약전 알릴의무를 지나치게 요구하는 측면이 없지는 않으나, 계약전 알릴의무를 부과하고 있는 것이 부활청약시 발생할 수 있는 역선택을 방지하기 위한 것이고 부활청약에 대해 보험회사가 승낙 여부를 결정할 수 있는 재량권을 가지고 있으며 부활승낙으로 기존 계약의 효력이 회복되는 점 등을 고려할 때, 부활청약시 알릴의무의 범위를 최초 청약시와 마찬가지로 5년으로 하는 것이 적절한 것으로 판단된다.

□ 보험대상자 건강(직업) 변경으로 인한 부활청구 거절 부당

○ (사례 3) 보험계약 부활을 신청하고 보험회사 검진센터를 통해 진단을 받았는데, 보험회사가 진단결과 피보험자 건강상태가 재해보험 또는 저축보험만 가입이 가능하다고 하며 부활을 신청한 CI보험의 부활청구를 거절하는데, 건강상 이유로 CI보험 부활청구를 거절하는 것은 부당

☞ 부활청구는 기존 보험계약 조건으로 위험을 인수해 줄 것을 요청하는 것으로, 계약자의 부활청구에 대해 보험회사가 피보험자 건강상태를 기준으로 내부 인수심사기준에 따라 CI보험의 부활청구를 거절한 것은 정상적인 업무처리에 해당. 따라서 부활청구의 거절이 적절한 지는 회사 내부 인수심사기준상 승낙여부가 적절한 지 살펴 판단할 사항

□ 가입한도 초과를 사유로 한 부활청약 승낙거절 및 조건부 승낙 부당

○ (사례 4) 여러 건의 보험계약을 유지하던 중 경제적인 사정으로 그 중 3건의 보험계약을 실효시킨 후, 이를 부활하고자 하였으나, 보험회사에서 가입한도 초과를 사유로 부활청구를 거절하는데, 부활시킬 수 있는 방법이 있는지

☞ 계속보험료 미납으로 보험계약이 해지되었다 하더라도 계약자는 해지된 날부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있는데, 보험회사는 부활 청약의 경우에도 신계약을 준용하여 피보험자의 건강상태 및 직업 변경 등으로 위험도가 증가할 경우 부활청약을 거절하거나 보험가입금액의 제한, 일부 보장 제외 등의 조건으로 승낙할 수 있음

□ 부활청구시 건강검진 요구 부당

○ (사례 5) 계속보험료 미납으로 해지된 보험계약을 부활하려고 하였더니 보험회사에서 건강검진이 필요하다고 하는데, 해지된 이후 일정기간 이내에 부활을 청구하면 특별한 절차 없이 자동으로 부활되는 것이 아닌지

☞ 해지처리된 계약을 부활할 경우에도 신계약과 같이 보험회사의 승낙이 필요하며, 부활 청약시 건강진단여부는 보험회사의 인수지침에 따라 결정되는 것임

- 부활청구에 대해 실효기간중 사고로 인한 인수거절 부담
 - (사례 6) 계속보험료 미납으로 보험계약이 실효된 이후, 부활을 청구하였으나 보험회사에서 실효기간중에 보험사고가 발생하는 등 위험변경 사실이 있다고 부활청구는 승낙하지 않는데 이게 걱정만 것인지
 - ☞ 부활청구는 기존 보험계약 조건으로 위험을 인수해 줄 것을 요청하는 것으로, 계약자의 부활청구에 대해 보험회사는 내부 인수심사기준에 따라 승낙여부를 결정할 수 있음. 따라서 회사 내부 인수심사기준상 승낙여부가 걱정만 지 살펴 판단할 사안
 - 다만, 실효기간중 발생한 보험사고가 해당 보험계약이 정상적으로 유지되던 기간 중에 발생한 보험사고와 동일한 경우에는 이를 이유로 한 부활청구 거절은 금지되어 있음
- 실효기간중 없어진 담보 부활시 가입할 수 있는지
 - (사례 7) 기존에 가입하고 있던 보험조건으로 부활을 신청하였으나, 보험회사에서 해당 보험상품의 담보범위 등이 조정되었다고 다른 보험상품 가입을 권유하는데, 기존 담보내용대로 부활을 청구할 수는 없는지
 - ☞ 부활계약의 인수내용은 당초 가입한 기존 계약의 내용을 기준으로 판단하여야 하는 것이므로, 실효기간중 담보범위 조정 등이 있었다 하더라도 보험회사는 최초 가입된 담보내용대로 부활시켜야 함
- 실효후 2년이 경과된 계약의 부활여부
 - (사례 8) 보험료 미납으로 보험계약이 실효된 이후, 해지환급금을 받지 않고 3년 정도 경과한 시점에서 기존 계약이 부활을 요청했는데, 보험회사에서 실효된 이후 2년이 경과하였다고 부활이 불가하다고 하는데
 - ☞ 상법 및 표준약관에서 계속보험료 미납으로 실효된 경우 실효된 이후 2년 이내에는 보험계약을 부활할 수 있다고 규정하고 있어, 실효된 이후 2년 이내일 것은 부활계약의 요건에 해당(2016년부터는 3년)
 - 따라서, 보험회사가 실효된 이후 2년이 경과하였다는 이유로 계약자의 부활청약을 거절하는 것은 부당한 업무처리는 아님
 - 다만, 부활계약의 승낙여부는 보험회사의 재량권에 속하는 사항이므로 비록 2년이 경과하였다 하더라도 보험회사는 회사 내부기준에 따라 부활청약을 승낙할 수는 있음

■ 납입최고 안내장 미수령 하였다며 기납입보험료 반환 요구(상담사례)

| 사건개요 |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ○ 변액보험을 가입하던 중 보험료 미납으로 월대체 납입종료 후 자동이체가 되지 않아, 보험료 미납으로 해당 보험계약이 해지처리된 이후 보험계약 부활을 신청 ○ 보험회사에서 계약을 부활하기 위해서는 미납보험료 전액을 납부할 것을 요청하자, 보험료 미납사실과 보험계약이 해지된다는 사실을 통지하지 않았다고 주장하며, 보험계약을 취소하기 기납입보험료 전액의 반환을 요청하면 민원을 제기 |

쟁점사항

계속보험료 미납시 보험회사가 발송한 납입최고 및 보험계약 해지통지서가 계약자에게 전달되지 않은 사실이 보험계약 취소 및 기납입보험료 반환사유에 해당하는지 여부

판단근거

- 콜센터 상담시 계약자에게 2013.3월부터는 월보험료를 납입해야 한다고 안내를 한 사실을 확인되고 있으나, 보험료 미납을 사유로 한 납입최고 및 보험계약 해지통지는 계약자에게 도착하지 않고 발송된 것으로 확인되고 있어, 보험회사가 보험료 미납을 사유로 한 보험계약 해지는 효력이 발생하지 않은 상황
- 보험계약 모집·체결 과정을 살펴보면, 모집인경위서 및 청약서 작성된 ‘주요내용 안내 확인’에 따르면 의무납입(24회)이후 계약이 해지될 경우 부활이 불가하다는 안내가 된 것으로 확인되고 있으며, 청약서·상품설명서 등 계약관련 서류에 계약자 자필서명이 정상적으로 이행되었으며, 신계약 모니터링 서비스 콜에서 귀하는 중도인출 및 대체보험료 등에 상품 주요내용에 대한 안내를 받은 것으로 확인되고 있어, 모집·체결과정에서 특별한 흠결은 확인되지 않아, 보험계약 취소사유가 있다고 보기는 어려움
- 모집·체결 과정에서의 설명의무 위반 등의 흠결이 없어 해당 보험계약을 취소처리하고 기납입보험료의 반환을 요청하는 민원인의 요청을 수용하기는 어려우나, 보험료 미납을 사유로 한 보험계약 해지처리가 정상적으로 이루어지지 않은 점을 고려하여, 해당 보험회사에서는 미납기간에 대한 보험료를 납부할 경우 보험계약을 정상 처리할 수 있다고 안내

판단결과

보험회사가 발송한 납입최고 및 보험계약 해지통지서가 계약자에게 전달되지 않은 사실은 해지통지 의사표시의 효력발생 요건에는 해당하나, 이를 사유로 보험계약을 취소하고 기납입보험료 반환사유에 해당한다고 보기 어려움

3. 분쟁조정사례

■ 보험료 미납에 따른 계약해지전 보험사고 발생 사실이 보험계약 부활 거절 사유에 해당하는지 여부(11.11.22. 결정 제11-60호)

| 사건개요 |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ○ 신청인은 2009.9월 보험계약을 체결하고 유지하던 중 2011.5.1. 보험료 미납으로 보험계약이 실효된 이후, 해당 실효계약의 부활을 청구하였으나(보험계약이 실효된 다음 보험계약효력상실안내문은 정상적으로 계약자 측에 도달) ○ 보험회사가 신청인이 2010.1~7월간 4차례 보험사고로 보험금을 수령한 사실이 있고, 이와 같은 보험사고 발생 사실은 회사 내부 인수심사기준상 거절사유에 해당한다고 하면서 부활청구를 거절하자, 보험계약 부활을 요청하며 민원을 제기 |

쟁점사항

보험료 미납으로 인한 보험계약 해지 이전에 보험사고가 발생한 경우 보험계약의 부활 청구를 거절할 수 있는 사유에 해당하는지 여부

판단근거

- 보험계약자 측면에서 동일한 보장을 내용으로 하는 보험계약을 새롭게 체결하는 경우 연령 증가 등으로 인해 인상된 보험료를 지급해야하는 부담을 회피하기 위한 보험계약 부활 조항의 도입취지 등을 감안할 때 ‘보험계약의 부활’이라 함은 해지된 종전 계약이 다시 그 효력을 회복함을 의미하는 것이지 이미 소멸한 종전계약에 갈음하여 별개의 신계약을 체결하는 것은 아니라고 보는 것이 상당하다고 판단되고
 - 계속보험료 납입연체로 인한 계약해지는 해제조건부 법률행위로 주된 계약관계인 보험료 납입의무와 보험금 지급의무만 소멸하고 기타의 계약관계는 잔존하므로 부활가능기간내의 부활이라는 해제조건을 성취하게 되면 그 때부터 보험계약 해지의 효력은 소멸하고 종전계약은 그 효력이 회복된다고 보는 것이 계약당사자의 의사에 부합한다고 해석하고 있으며
 - 보험료 미납으로 계약이 해지되기 전에 보험사고가 발생한 경우 보험회사 주장처럼 보험회사가 신계약과 동일한 조건에서 부활 청구의 승낙 여부를 결정할 수 있다고 인정하게 되면 실질적으로 신계약의 인수 절차와의 구분 실익이 사라져 보험계약의 부활제도 자체가 형해화(形骸化)되는 결과를 초래하는 점을 보았을 때
- 보험회사가 보험계약 해지전에 발생한 피보험자 질병이 신계약 체결시 내부 인수심사기준 승인 거절사유에 해당한다는 이유로 보험계약의 부활 청구를 거절하기는 어렵다고 판단

판단결과

보험회사는 보험료 미납으로 해지된 보험계약의 부활청구를 승인하여야 함

4. 판례

■ 부활시 암 담보의 면책기간은 설명해야하는 중요한 내용에 포함(대법원 2005.12.09. 선고 2004다26164)

쟁점사항

- ① 암 담보 면책기간에 대하여 부활계약에 동 조항이 적용된다는 별도 준용규정이 없는 경우 부활계약에도 면책기간을 적용할 수 있는지 여부
- ② 보험자의 책임은 당사자간에 다른 약정이 없으면 최초의 보험료의 지급을 받은 때로부터 개시한다고 규정하고 있는 상법의 일반 조항과 다른 내용으로 보험자의 책임개시시기를 정한 경우, 그 약관 내용은 보험자가 구체적이고 상세한 명시·설명무를 지는 보험계약의 중요한 내용인지 여부

판결요지

- ① 보험계약 약관 제14조 제3항에서 피보험자가 책임개시일의 전일 이전에 암으로 진단이 확정되어 있는 경우에 이 사건 보험계약은 무효로 한다고 규정하고 있으나, 한편 위 약관 제17조 제2항에서 효력 상실된 계약이 부활하는 경우에 위 약관 제14조 제3항을 다시 적용하도록 규정하고 있지 않으므로, 위 약관 제14조 제3항이 이 사건 부활계약에는 적용되지 않는다
- ② 이 사건 보험약관 제7조 제1항은 회사의 책임의 시기 및 종기에 관하여 “회사의 책임은 보험증권에 기재된 보험기간의 첫날 오후 4시에 시작하며 마지막 날 오후 4시에 끝납니다. 그러나 특정한, 일반암 또는 상피내암에 대한 회사의 책임은 보험증권에 기재된 보험기간의 첫날로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날에 시작하며 마지막 날에 끝납니다.”라고 규정하고, 위 약관 제17조 제2항은 효력 상실된 계약이 부활하는 경우 위 약관 제7조의 규정을 다시 적용한다고 규정하고 있음을 알 수 있는바,

상법 제656조에 의하면, 보험자의 책임은 당사자간에 다른 약정이 없으면 최초의 보험료의 지급을 받은 때로부터 개시한다고 규정하고 있음에 비추어, 위 약관 제7조는 상법의 일반 조항과 다르게 책임개시시기를 정한 것으로 보험자가 구체적이고 상세한 명시·설명무를 지는 보험계약의 중요한 내용이라 할 것이고, 위 약관의 내용이 거래상 일반적이고 공통된 것이어서 보험계약자가 별도의 설명 없이도 충분히 예상할 수 있었던 내용이라 할 수 없다.

위 약관 제7조의 규정은 계약의 중요한 내용을 이루는 것이고, 보험계약자가 이 사건 보험계약이 부활되는 경우 위 약관 제7조의 내용이 적용된다는 사실을 당연히 알고 있었다고 할 수 없으므로 보험자는 이 사건 부활계약 당시 위 약관의 규정을 설명하여야 한다

쟁점사항

실효된 보험을 부활하면서 실효기간중 발생한 질병을 고지하지 아니한 경우 고지의무 위반에 해당하는지 여부

판결요지

- ‘표준약관 제27조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)) ②제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제13조(계약전 알릴의무), 제14조(계약전 알릴의무위반의 효과) 및 제15조(사기에 의한 계약), 제16조(보험계약의 성립) 제2항 및 제3항 및 제23조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용한다.’고 규정하고 있으며,
- 표준약관 제14조에 의하면, 회사는 계약자 또는 피보험자가 계약전 알릴의무에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있다고 명시한 바,
- 피보험자 입원증임을 미고지하고 부활청약 한 것은 계약자의 고의 또는 중대한 과실로 볼 수 있음이 상당하기에 보험회사는 신청인에게 보험금 채무 부담의 의무가 없다 라고 할 것이며, 해지처리 또한 정당하다

쟁점사항

납입최고 없이 부활절차를 거침으로써 계약해지상 과정상의 법적 하자가 치유되는지 여부

판결요지

실효약관이 무효인 이상 보험계약자가 이 사건 보험계약이 실효되었음을 전제로 위 부활청약 절차를 이행한 건에 관계없이 이 사건 보험계약은 실효됨이 없이 계속된 것으로 볼 것이며
알릴의무는 보험계약의 효과로 인정되는 것이 아니라 보험계약의 성립이전에 보험계약 밖에서 인정되는 것으로서 보험계약의 성립 후에 인정되는 위험변경 증가의 통지의무와는 다른 것인 바
이 사건 보험계약이 실효됨이 없이 계속되어 온 것이라면 보험계약자가 연체보험료를 납입하면서 보험계약 부활을 청약하는 절차를 밟았다고 하더라도 보험계약자에게 새로운 알릴의무가 발생하였다고는 볼 수 없다.

6 해지환급금

1. 기본 개념

가. 해지환급금의 의미

‘해지환급금(해약환급금)’은 보험기간 만기 전에 보험계약이 효력상실, 해약 및 해제된 경우 등에 계약자에게 환급하는 금액을 말한다. 해지환급금은 책임준비금에서 해약공제를 하고 남은 금액으로 계산되는데, 우리나라에서는 해지시점의 책임준비금에서 미상각 신계약비를 공제하여 계산하고 있으며 모든 보험회사가 동일한 산정방식을 사용하고 있다.

해약 등 해지환급금 지급사유가 발생하면 약관 규정에 따라 해지환급금을 지급하는데, 납입한 보험료 중 일부가 보험금 지급재원으로 사용되거나 사업비 집행금액으로 사용되기 때문에 중도 해약시 해지환급금은 납입보험료에 비해 적거나 없을 수 있다. 기 사용된 위험보험료나 사업비나 해지공제액이 적립된 보험료보다 많아 마이너스가 될 경우에는 0원으로 처리한다.

해지공제액은 계약을 새로 체결하는 데 필요한 비용인 신계약비를 납입 기간에 따라 차감한 금액으로, 신계약비 집행 및 차감금액은 감독당국이 정한 한도 내에서 보험사가 결정한다.

나. 해지환급금 지급사유

현재 약관상 해지환급금 지급사유는 보험가입금액 감액(표준약관 §20①), 자동대출납입 신청 계약자의 해지청구(표준약관 §25①), 보험료 납입연체로 인한 계약해지(표준약관 §26①), 계약자 임의해지(표준약관 §29①), 보험회사의 임의해지(표준약관 §30②), 파산선고로 인한 해지(표준약관 §31①) 등이 있다.

다. 해지환급금 지급절차

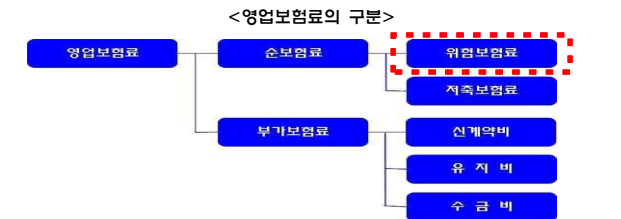
이와 같은 해지환급금 지급사유가 발생하면 계약자 등의 청구에 의하여 환급금 지급절차가 개시된다. 계약자 등이 환급금 지급을 청구하면 보험회사는 청구일로부터 3영업일 이내에 환급금을 지급하여야 한다(표준약관 §32②).

환급금 지급사유가 발생한 날로부터 실제 환급금이 지급된 날까지의 기간에 대하여는 이자를 지급하는데, 이자부리 방식은 표준약관 부표 4-1 「보험금을 지급할 때의 적립이율 계산」에서 정하고 있다. 기준에 따르면 지

급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간 1년 이내에는 평균공시이율의 50%로 부리하고 1년을 초과기간은 1%로 부리하여 지급하여야 하며, 청구일 다음 날부터 지급일까지의 기간은 보험계약대출이율로 부리하도록 규정하고 있다. 이자 부리방식은 가입시기별로 다를 수 있으므로 반드시 해당 약관 규정을 확인하고 판단하여야 한다.

라. 해약손실 발생이유

해지환급금이 납입한 보험료에 비해 적은 것은 보험료 구성의 특성에서 기인한다. 계약자가 납입한 보험료가 전부 적립금으로 적립되지 않기 때문에 해지환급금이 납입보험료보다 적은 것이다. 계약자가 납입하는 보험료(영업보험료)는 사용목적에 따라 다음과 같이 구분된다.



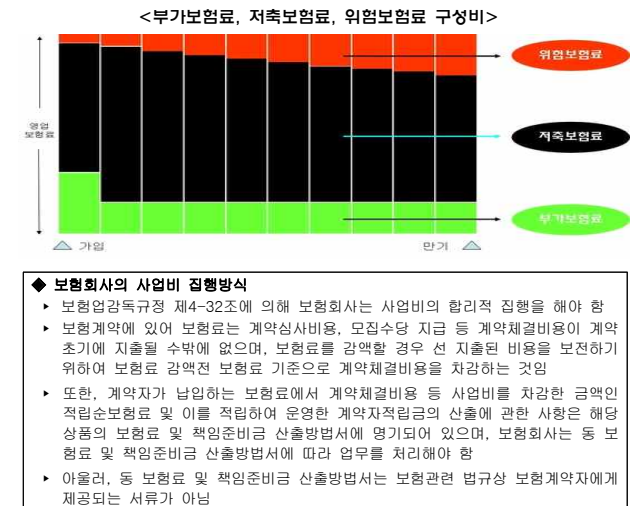
계약자가 납입하는 보험료는 순보험료와 부가보험료로 구성되며, 이중 일반적으로 흔히 사업비(신계약비, 유지비, 수급비)라고 불리는 것이 부가보험료다. 통상 부가보험료는 계약 초기에 상당부분 집행된다. 환급금은 순보험료 중 위험보장의 목적으로 사용되는 위험보험료를 제외한 저축보험료를 기준으로 적립하므로, 계약자가 납입한 보험료 전부가 환급금 적립재원으로 사용되지 않기 때문에 환급금과 기납입보험료에 차이가 발생하는 것이다.

보험기간별로 부가보험료, 저축보험료, 위험보험료 구성비의 변화를 살펴보면 다음과 같다. 표에서 나타나는 바와 같이 위험보험료는 피보험자의 나이가 증가함에 따라 전 보험기간에 걸쳐 점차 증가하는 패턴을 보이며(자연보험료 방식), 사업비로 사용되는 부가보험료는 계약 초기에 많이 집행된 다음 나머지 보험기간 동안 균등하게 집행된다.

계약자가 납입한 보험료중 부가보험료와 위험보험료를 제외한 저축보험료가 환급금 적립재원이 된다. 이와 같은 적립구조 때문에 적립된 저축보

험료의 부리금액이 집행된 위험보험료와 부가보험료 금액을 초과하기 전까지는 환급금이 기납입보험료에 미치지 못하는 구조이다. 그리고 보험상품별로 환급률이 다른 것은 상품별로 위험보험료, 부가보험료, 저축보험료의 구성비가 다르기 때문이다.

이와 같은 보험료 구성은 보험업감독업무시행세칙 제4-4조의2에서 정한 바에 따라 보험계리기준위원회에서 그 적정성을 검증 받아 사용하는 것으로 보험회사가 임의로 변경하여 사용할 수는 없다.



마. 설명의무 위반의 효력

해약환급금에 관한 사항은 보험계약의 중요한 내용으로 보험회사 또는 모집자는 보험계약 체결을 권유하는 경우에 이를 보험계약자에게 설명하여야 하며, 설명하였다는 사실 등은 상품설명서 자필서명 등의 방식으로 확인받아야 한다(보험업법 §95의2①·②). 설명의무를 위반한 보험계약의 효력 등을 다음과 같이 처리된다.

1 보험계약의 효력

해약환급금에 관한 사항은 보험계약의 중요한 내용에 해당되므로, 보험회사는 보험계약 모집·체결 과정에서 이를 계약자에게 알려야 한다. 이와 같은 설명의무를 위반한 때에는 보험계약자는 해당 보험계약을 취소할 수 있다. 취소권을 행사하면 보험회사는 기납입보험료와 일정한 가산금액을 반환하여야 한다.

약관상 취소권 행사기간은 보험계약 성립일로부터 3개월이 원칙이나, 모집자가 계약자를 기망하였거나 설명의무 위반으로 계약자가 계약내용에 대한 중대한 착오를 야기한 경우에는 민법 제109조 및 제110조가 적용되어 취소권 행사기간이 연장될 수 있다. 기망행위 또는 착오발생 여부는 계약체결 경위, 설명의무 위반정도 등을 고려하여 개별적으로 판단하여야 한다.

2 보험회사 등에 대한 행정제재

모집·체결과정에서 해약환급금에 대한 설명의무 위반이 발생하면, 보험업법에 따라 보험회사에는 수입보험료의 20% 이내의 과징금을 부과하고(보험업법 §196②), 보험회사 임직원 및 모집조직에 대하여는 과태료를 부과할 수 있다(보험업법 §209②·③).

3 보험회사의 손해배상책임

모집·체결과정에서 해약환급금에 대한 설명의무 위반 등으로 계약자가 손해를 입으면 보험회사에는 계약자가 입은 손해에 대하여 보험업법 제102조에 의거한 손해배상책임이 발생한다(단, 보험사가 계약자의 손해방지에 노력한 경우는 제외). 손해배상책임의 범위는 해약손실이 기준이 될 것으로 판단된다.

참고로, 해약환급금에 대한 설명의무 위반이 인정될 경우 계약자는 약관상 해지권 행사기간 내에는 해당 보험계약을 취소하고 기납입보험료 전액을 반환받거나, 해지권 행사기간이 경과된 때에는 민법상 취소권 행사가 가능한지를 살펴 취소권 행사가 가능하면 이를 행사하여 기납입보험료를 반환받을 수 있다. 만일 민법상 취소권 행사가 어려운 경우에는 보험업법상 모집자의 과실(설명 의무 위반)로 인한 손해배상청구권을 행사하여 해약손실을 보전 받을 수 있다.

어느 방법을 사용하던 모집자의 설명의무 위반이 인정되면 계약자는 해약손실을 반환 받을 수 있는 것이다. 개별 사안별로 구체적인 정황 등을 고려하여 어떤 방식으로 처리할 것인지를 판단하여야 한다.

2. 주요 민원유형

- 해지환급금에 대한 설명의무 위반, 기납입보험료 환급요구(1)
 - (사례 1) 가입 당시 모집자로부터 가입후 3년이 경과하면 기납입보험료 전액을 환불받을 수 있다고 안내받았으나, 확인결과 사실과 다르므로 기납입보험료 전액 환불을 요청
 - ☞ 민원인 주장이 사실로 입증되면 해당 보험계약을 취소하고 기납입보험료 전액을 반환하여야 하나, 모집·체결 과정에서 해약환급금에 대한 설명의무를 정상적으로 이행하였고 이를 상품설명서 자필서명 등을 통해 확인받은 사실이 입증되면 수용하기 곤란

보험은 은행의 저축과는 달리 위험보장과 저축을 겸비한 제도로써 계약자가 납입한 보험료중 일부는 불의의 사고를 당한 다른 가입자에게 지급되는 보험금으로, 또 일부는 보험회사의 운영에 필요한 경비로 사용되므로 종도해약시 지급되는 해약환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수도 있는 특징이 있음

- 해지환급금에 대한 설명의무 위반, 기납입보험료 환급요구(2)
 - (사례 2) 보험가입시 중도에 해지하면 해지환급금이 기납입보험료에 미치지 못한다는 사실을 설명 받지 못했으므로, 해당 보험계약을 무효처리하고 기납입보험료 전액의 반환을 요구

- ☞ 해약환급금에 관한 사항은 보험계약의 중요한 내용으로 보험가입시 이를 설명하여야 하는 사항에 포함되며, 설명하였다는 사실을 자필서명 등의 방법으로 입증하여야 함(계약자용 상품설명서)
보험회사가 모집·체결과정에서 이런 내용을 설명하였음을 입증하지 못하면 계약자는 해당 보험계약을 취소할 수 있으며, 취소시 보험회사는 기납입보험료 전액을 반환하여야 함

- 가입당시 안내받은 환급금과 실제 환급금이 다른
 - (사례 3) 보험가입시 모집자가 안내한 가입설계서 예시금액과 실제 계약을 해지하고 받은 해지환급금 금액이 다른데, 당초 모집자가 안내한 가입설계서에 기초하여 해지환급금을 지급하여야 하는 게 아닌지
 - ☞ 가입설계서에 이자 변동시 환급금 금액에 차이가 발생할 수 있다는 안내문구가 있고, 환급금 금액은 당시 상황에 기초한 예시라는 점이

명확히 표시되어 있다면, 가입설계서 예시금액대로 해지환급금 지급 책임이 발생하는 것은 아님

- 해약환급금 설명의무 위반을 사유로 손해배상 청구
 - (사례 4) 보험가입시 해약환급금에 대한 설명의무 위반이 있어, 중도 해지시 해약손실을 입은 경우 모집자가 소속한 보험회사를 상대로 손해배상을 청구할 수 있는지
 - ☞ 모집자가 모집·체결 과정에서 해약환급금에 대한 설명의무를 위반하여 손해가 발생하였다는 사실이 명확하게 입증되면, 계약자를 해약손실에 대해 보험회사를 상대로 손해배상을 청구할 수 있음
이 경우 보험회사는 상품설명서 자필서명 등의 방법으로 모집자가 설명의무를 정상적으로 이행하였다는 사실을 입증하지 못하면 해약손실을 배상하여야 함

3. 분쟁조정사례

- 보험모집인이 모집시 사용한 안내장을 약관보다 우선 적용할 수 있는지 (2002.12.17. 결정 제02-50호)

사건개요

○ 신청인은 1992.7.15. 직장인보장보험(단체보험)에 가입하면서, 모집당시 보험모집인이 제시한 직장인보장보험 안내장 배당금액표에 10년 만기시 배당금이 1,258,000원이 되고 수익률은 134.9%라고 표시되어 있고, 동 금액표 하단에 「1992년도 재무부 배당지침 기준」이라고 기재되어 있어 동 금액의 지급을 청구하였으나

○ 보험회사가 모집인이 당시 제작 배포한 안내장은 「1992년도 재무부 배당지침기준」으로 만기시까지 적용시의 산출금액을 배당금으로 기재한 것이고 회사의 경영실적에 따라 매년 변동될 수 있음을 설명하였으며

약관에서도 배당금은 재무부장관이 인가하는 방법에 따라 지급한다고 규정하고 있다고 하면서 약관 기준에 따라 적립된 배당금을 지급하고자 하자, 모집인이 모집시 사용한 안내장 내용대로 배당금의 지급을 요청하면 민원을 제기

쟁점사항

안내장에 기재된 배당금 지급기준의 해석 및 본 건 배당금 지급에 있어 안내장의 내용을 약관에 우선하여 적용할 수 있는지 여부

판단근거

○ 안내장에 기재된 「1992년도 재무부 배당지침기준」이라는 문구는 배당금액기준과 관련하여 「1992년도 재무부 배당지침기준」이라는 문구만 있을 뿐 금액이 변동될 수 있다는 문구가 없어, 동 기준에 의해 금액이 확정된다고 오인시킬 소지가 충분하고

안내장에서 설명하고 있는 상품의 특징을 보면 고수익 저축효과가 있다고 하면서 매월 3만원을 120개월간 납입할 경우 배당금이 1,258,000원이라고 명기되어 있는 점에 비추어 볼 때 확정된 배당금을 지급한다는 의미로 해석함이 타당하다고 판단

○ 모집인은 보험가입 당시 제시한 안내장은 회사에서 작성한 안내장을 근거로 똑같이 작성된 것이라고 진술하고 있고, 피신청인도 배당금액이 배당지침기준에 의거 산출되는 예상금액으로 확인되어 임의로 기재된 것은 아니라고 인정하고 있으므로, 본 건 안내장은 회사에서 작성한 것이라고 볼 수 있으며

보험을 모집한 자가 모집과정에서 사용한 보험안내장 내용이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 본다는 약관의 규정이 있으므로 본 건 약관에 우선하여 안내장의 내용이 적용되어야 하므로 배당금의 지급에 있어 안내장의 내용을 약관에 우선하여 적용함이 타당할 것으로 판단

판단결과

배당금 지급은 약관의 배당금 지급규정보다 보험상품의 안내장 내용이 우선하여 적용됨이

타당하므로 보험회사는 안내장에서 제시한 배당금을 지급할 책임이 있음

■ 영업소장의 만기보험금 보장 약정 및 손해배상책임 여부(‘06.5.23. 결정 제 06-31호)

| 사건개요 |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">○ 보험계약 체결당시 보험회사 영업소장이 예치금액에 대하여 매월 일정율의 이자를 지급하고 만기시에 예치금액을 만기보험금으로 지급한다는 확인서를 작성해 주었음에도 불구하고,○ 보험회사와 동 확인서는 이자(생활자금)를 매월 지급한다는 내용이고 만기보험금을 예치금액(보험료)으로 확정된 것은 아니며, 보험증권에도 만기보험금은 책임준비금으로 지급한다고 명시되어 있으므로 만기시 산출된 책임준비금을 지급하기로 하자○ 신청인인 만기시에 예치금액인 2천만원을 만기보험금으로 지급하지 아니하고 보험약관에서 정한 만기보험금을 지급하는 것은 부당하다며 민원을 제기 |

| 쟁점사항 |
|---|
| 영업소장이 작성한 확인서에 기재된 예치금액을 만기보험금으로 지급할 책임이 있는지 여부 |

| 판단근거 |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">○ 보험회사 영업소장이 작성하여 교부한 확인서의 내용을 보면 당해 보험약관에서 정하고 있는 만기보험금 및 생활자금의 산출 및 지급에 대하여는 전혀 언급이 없으면서 마치 본 건 보험계약이 확정이자를 지급하는 은행의 정기예금과 같이 예치금액과 매월 일정율의 이자를 지급한다고 명시하고 있고○ 계약체결 당시 농촌에 거주하는 고령인 보험계약자는 이러한 위 확인서를 교부받고 보험계약을 체결하면서 매월 확인서에 명시된 이자를 받으면서 만기보험금은 납입보험료 전액을 받는 것으로 신뢰하였던 것으로 보이고, 한편, 영업소장은 만기시에 이자를 변동에 따라 산출된 책임준비금이 지급된다는 사실 등을 설명하였다고 주장하나 이를 입증할 근거자료가 없고, 보험상품의 내용과 동일하게 설명하였다면 위 확인서를 별도로 작성할 필요가 없었던 것으로 보이므로○ 보험회사의 영업소장이 보험모집을 함에 있어 약관에서 정한 바와 다르게 만기보험금 이자를 확정 지급하는 것과 같은 확인서를 작성·교부한 행위는 보험상품의 내용을 충실히 설명하여야 하는 약관교부 및 설명의무를 위반한 것이며, 나아가 보험계약자를 기망하여 보험계약을 체결하게 한 업무처리상의 위법행위가 있었다고 할 것이고, 특히 계약 당시 72세의 고령의 가정주부인 보험계약자는 영업소장의 확인서 작성행위가 외관상으로는 정당한 사무집행에 속하지 않는 것을 알았거나 이를 알지 못한 것에 중대한 과실이 있다고 볼 여지가 없으므로 보험회사는 보험업법 제102조 및 당해 보험약관의 규정에 따라 손해배상책임이 있다고 판단 |

| 판단결과 |
|---|
| 보험회사는 보험업법 제102조 및 당해 보험약관의 규정에 따라 손해배상책임이 있음 |

4. 판례

■ 해약환급금은 설명의무 대상(대법원 2014.10.27. 선고 2012다22242)

| 쟁점사항 |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">① 보험회사 또는 보험모집종사자가 보험계약을 체결하거나 모집하면서 보험계약의 중요사항에 관한 설명의무를 위반한 경우, 손해배상책임을 부담하는지 여부 및 이때 설명의무의 정도와 판단 기준② 보험계약 체결에 설명의무 위반이 있는 후 보험약관에 따른 해약환급금이 지급된 경우, 보험계약자가 설명의무 위반으로 입은 손해액(=납입한 보험료 합계액에서 지급받은 해약환급금액을 공제한 금액 상당)③甲이 乙 보험회사의 보험모집인 丙의 설명의무 위반을 이유로 乙 회사를 상대로 손해배상을 구하였는데, 乙 회사가 보험계약 실효에 따라 甲이 지급받을 수 있는 해약환급금 상당액을 손해액에서 공제하여야 한다고 주장한 사안에서, 해약환급금이 실제로 지급되지 않은 이상 손해액에서 공제할 수 없는지 여부 |

| 판결요지 |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">① 보험회사 또는 보험모집종사자는 고객과 보험계약을 체결하거나 모집할 때 보험료의 납입, 보험금·해약환급금의 지급사유와 금액의 산출 기준은 물론이고, 변액보험계약인 경우 투자형태 및 구조 등 개별 보험상품의 특성과 위험성을 알 수 있는 보험계약의 중요사항을 명확히 설명함으로써 고객이 정보를 바탕으로 보험계약 체결 여부를 합리적으로 판단을 할 수 있도록 고객을 보호하여야 할 의무가 있고, 이러한 의무를 위반하면 민법 제750조 또는 구 보험업법(2010.7.23. 법률 제10394호로 개정되기 전의 것, 이하 같다) 제102조 제1항에 따라 이로 인하여 발생한 고객의 손해를 배상할 책임을 부담한다. 여기서 보험회사 또는 보험모집종사자가 고객에게 보험계약의 중요사항에 관하여 어느 정도의 설명을 하여야 하는지는 보험상품의 특성과 위험도 수준, 고객의 보험가입경험 및 이해능력 등을 종합하여 판단하여야 하지만, 구 보험업법 제97조 제1항, 제95조 제1항, 구 보험업법 시행령(2011.1.24. 대통령령 제22637호로 개정되기 전의 것) 제42조 등에서 규정하는 보험회사와 보험모집종사자의 의무 내용이 유력한 판단 기준이 된다. 그리고 보험계약의 중요사항은 반드시 보험약관에 규정된 것에 한정된다고 할 수 없으므로, 보험약관만으로 보험계약의 중요사항을 설명하기 어려운 경우에는 보험회사 또는 보험모집종사자는 상품설명서 등 적절한 추가자료를 활용하는 등의 방법으로 개별 보험상품의 특성과 위험성에 관한 보험계약의 중요사항을 고객이 이해할 수 있도록 설명하여야 한다.② 보험계약 체결에 설명의무 위반이 있는 경우에 이후 보험약관에 따른 해약환급금이 지급되었다면, 보험계약자가 설명의무 위반으로 입은 손해는 납입한 보험료 합계액에서 지급받은 해약환급금액을 공제한 금액 상당이다.③ 甲이 乙 보험회사의 보험모집인 丙이 보험계약 체결 당시 보험계약의 중요한 내용을 |

충분히 설명하지 아니하였음을 이유로 乙 회사를 상대로 손해배상을 구하였는데, 乙 회사가 보험계약이 실효됨에 따라 甲이 해약환급금을 지급받을 수 있으므로 사실상 변론종결 시를 기준으로 인정되는 해약환급금 상당액을 손해액에서 공제하여야 한다고 주장한 사안에서, 해약환급금청구권에 관하여 소멸시효가 완성될 수 있는 점, 발생한 손해 상당액이 납입 보험료 전액임을 기초로 과실상계를 하여 배상액을 산정한 손해배상소송의 사실심 변론종결 후 또는 그와 같은 손해배상금 지급 후에 보험계약자가 보험자를 상대로 해약환급금을 청구하는 경우에는 신의칙상 보험자가 약관에 따른 해약환급금 중 보험자 측의 과실비율에 상응하는 금액의 지급을 거절할 수 있다고 볼 수 있는 점 등을 고려하면, 해약환급금이 실제로 지급되지 않은 이상 손해액에서 공제할 수 없다

■ 해약환급금이 납입한 보험료에 비하여 현저하게 적은 경우 ‘약관의 규제에 관한 법률’ 위반 및 설명의무 위반으로 무효사유 해당 여부(부산지방법원 2006.2.6. 선고 2005가단13574)

| 쟁점사항 |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">① 보험계약 약관 19조 1항에 정한 산출방식으로 계산한 원고의 해약환급금 84,000원은 그 동안 납입한 보험료 합계 21,084,800원에 비하여 현저하게 적고, 특히 해약환급금을 계산함에 있어 미상각신계약비 명목으로 거액을 상각하는 규정은 고객에게 부당하게 불리하여 공정을 잃은 조항인지 여부② 부당하게 낮은 환급률을 규정한 위 약관조항은 고객의 중도해지권의 행사를 사실상 불가능하게 함으로써 약관의 규제에 관한 법률에 위반하여 무효이고, 피고의 보험모집인 정○○이 원고에게 이 사건 보험계약을 중도 해지할 경우 받을 수 있는 해약환급금에 대하여 제대로 설명하지 아니하였으므로 이 사건 약관조항은 원고에 대하여 효력이 없어 납입한 보험료 중 일부의 추가환급을 받을 수 있는지 여부 |

| 판결요지 |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">① 원고가 납입한 보험료는 본질적으로 피고의 보험금 지급의 위험부담에 대한 대가일 뿐, 중도해지의 경우 발생하는 해약환급금채권에 대한 대가의 성질을 가지는 것은 아니고 다만 그 산출방식에 참작할 요소에 불과하다고 볼 수 있을 뿐이므로 이 사건 약관조항에 따라 계산한 해약환급금의 규모가 납입한 보험료에 비하여 현저하게 적다는 이유만으로 이 사건 약관조항이 무효라고 볼 수는 없다② 이 사건 보험계약이 유지되는 동안 원고에게 현실적으로 지급한 보험금이 없었다고 하더라도 그 기간 동안 보험금지급의 잠재적인 위험을 부담하여 왔고, 원고도 약정한 보험금이 아니라 해약환급금의 수령을 위하여 이 사건 보험계약을 유지하였다고 볼 수는 없으므로, 중도해지의 경우 해약환급금이 현저하게 적다는 사유가 원고로 하여금 이 사건 보험계약을 유지하도록 하는 유인(誘因)이 되었을 수는 있으나 이를 해지하는 데 장애요소가 되었다고 볼 수는 없다 |

1. 기본 개념

가. 보험계약대출의 의미

보험계약자는 자신이 가입한 보험계약의 해약환급금의 범위 내에서 보험회사로부터 대출을 받을 수 있다. 이런 대출을 보험계약대출이라 한다. 이런 대출을 받을 수 있는 권리는 약관에서 인정된 보험계약자의 권리이며, 보험회사가 자산운용 방법의 일환으로 하는 일반대출과는 구별된다.

보험계약대출은 보험기간 중에 가입자에게 경제적 사정변경이 발생하여 일시적으로 보험료 납입이 곤란하게 되거나 급전이 필요한 경우 보험계약을 해약하기 보다는 해약환급금 범위 내에서 대출을 받아 사용할 수 있도록 하기 위해 도입된 제도이다. 계약자의 요청으로 해약환급금을 담보로 대출을 실행한 보험회사는 계약자가 대출을 상환하지 않고 대출 원리금 합계가 해약환급금을 초과하면 해당 보험계약을 해지하고 환급금으로 상계처리하고 보험계약을 종료한다.

표준약관에 따르면 보험계약대출은 보험계약자의 권리이며, 일반대출과 달리 보험계약자의 신용평가를 대출요건으로 하고 있지 않으며, 대출범위는 해약환급금 범위 내로 한정되고, 보험금이나 해지환급금 등이 발생하면 대출금과 우선 상계 처리되는 특성이 있다(표준약관 §33).

보험계약대출은 계약자 입장에서는 보험계약을 유지하면서 일시적 자금을 간편하게 융통하여 사용할 수 있고, 보험회사도 고객을 유지하면서 해약환급금이라는 안전한 담보를 전제로 안전하게 자산운용을 할 수 있어서 양계약당사자의 경제적 이해관계가 합치되어 널리 이용되고 있다.

나. 보험계약대출의 법적성격

보험회사가 보험금이나 해약환급금 등 약관상 지급채무가 발생하는 경우 여기에서 대출원리금을 상계한 후 지급하기로 약정한 특수한 소비대차로 보는 견해(소비대차설)가 기존의 다수설이었으나, 보험계약대출을 보험회사가 장차 지급하여야 할 보험금이나 해약환급금을 미리 지급하는 것이라고 본 2007.9.28. 대법원 판례(2007.9.28. 선고 2005다15598) 이후에는 다수설의 견해가 기존 소비대차설에서 선급설로 바뀌었다.

정산하는 경우 해당 부분은 우선 대출원리금 상환에 사용되며, 보험료 미납에 따른 해지, 보험계약 무효·취소, 보험사고 발생 등과 같은 사유가 발생하여 보험계약이 소멸하면 보험계약 대출도 자동으로 종료되며, 대출금 변제기일 도래와 무관하게 보험금이나 해약환급금에서 대출원리금이 우선 공제된다(표준사업방법서 §31⑤, 표준약관§33②). 보험계약 대출이 해당 보험계약과 운명을 같이하기 때문에 계약자는 기한이익을 주장할 수 없다.

마. 주요 민원발생 사유

보험계약대출과 관련한 주요 민원발생 사유는 대출한도, 이자율, 보험금 등 제지급금과의 상계처리와 관련된 사항이다. 제지급금과의 상계처리와 관련한 민원이 보험계약대출에서만 볼 수 있는 특징적인 사항이다. 기타 민원발생사유는 일반대출과 크게 다르지 않다.

① 높은 이자 불만

- 계약자가 자신이 가입한 계약의 해약환급금(본인재산)을 담보로 대출을 받는 것임에도 여타 대출에 비해 높은 이자를 내는 것에 대한 불만

② 낮은 대출한도, 임의해지 및 한도조정 불만

- 대출한도가 본인 계약의 해약환급금 범위내로 한정되고, 대출이자 미납으로 대출원리금이 해약환급금을 초과하면 보험계약이 해지되어 대출원리금에 충당하는 것에 대한 불만
- 대출 관련 정책변경, 계약변경 등에 따라 기존 대출금 한도가 조정되는 경우 조기 상환요청에 대한 불만

▶ 금융당국에서 약관대출범위와 관련하여 갹신형 담보 등이 포함된 계약의 경우 갹신보험료의 인상으로 인해 환급금이 변동될 가능성이 상당함에 따라 대출 부실화를 방지하기 위해 대출범위를 낮추도록 권고

▶ 특히 갹신형 보험의 경우 약관대출 한도를 감액하도록 권고함에 따라 대출한도와 관련한 분쟁이 발생

③ 제지급금 발생시 우선 상계 불만

- 보험사고가 발생하거나 보험계약이 종료되어 보험금 등 제지급금이 발생한 경우 대출원리금을 공제하고 지급하는 것에 대한 불만(보험금 등 제지급금을 전부 수령하고 대출은 기존 조건으로 유지해 달라는 민원)

법적성격을 보는 견해에 따라 상환의무가 발생하는지, 이자나 연체이자 약정이 가능한 것인지 등에 대해서 논거가 다르게 나타나고 있으나, 여기서는 이에 대해서는 별도로 검토하지 않고, 표준약관 등에서 정한 내용을 중심으로 살펴보기로 한다.

다. 보험계약대출의 내용

보험계약을 유지하고 있는 계약자는 전화, 인터넷, 모바일, 직접 방문 등의 방법으로 보험계약대출을 신청할 수 있다. 대출대상은 순수 보장성 상품을 제외한 해약환급금이 있는 모든 보험계약이며, 대출한도는 회사가 정하는데 통상 해약환급금의 50%~95% 수준이다. 대출기간은 통상 보험계약 만기일까지이며(보험계약과 공동운명 관계), 대출금리는 예정이율에 따라 다르다. 일반적으로 예정이율에 일정한 가산금리를 부가하여 산출한다(표준사업방법서 §31②).

◆ 보험계약대출 이율 산정방식

- ▶ 보험계약대출 이율은 상품의 예정이율*에 의해 결정되는 사항
 - 상품개발시 보험료를 측정하고 장래 보험금 지급을 위해 납입보험료의 일정금액을 적립하는 책임준비금 산출시 사용되는 이율
- ▶ 따라서 보험계약대출 이율은 관련규정에 의거 보험계약의 책임준비금에 적용되는 이율인 예정이율을 적용하여 결정하며 상품에 따라 시중금리와 연동하여 적용되는 공시이율 적용상품의 경우는 대출이율도 공시이율을 적용하여 결정

보험계약대출을 받은 계약자는 언제든지 자유롭게 대출금을 상환할 수 있으며, 보험금이나 해약환급금이 발생하면 대출원리금을 우선하여 공제한다(표준약관 §33②). 계약자가 보험계약대출을 받게 되면 보험회사는 수익자에게 대출사실을 통지할 수 있다(표준약관 §33④). 수익자가 보험금이나 해약환급금에 대한 이해관계가 있기 때문이다.

대출이자자는 연체한 경우 기존에는 대출약정서에 기초하여 연체이자를 부과하였으나, 2010.6.15. 표준사업방법서 개정으로 2010.10.1.부터는 연체이자를 부과하지 않고 있다. 다만 미납이자를 보험계약 대출금의 원금에 합산할 수 있도록 규정하고 있다(표준사업방법서 §31④).

라. 보험계약대출 종료 사유

보험계약을 정상적으로 유지하는 경우에 계약자는 언제든지 대출금을 전부를 상환하고 대출계약을 종료할 수 있다. 일부 상환도 물론 가능하다.

이와 같은 임의종료와 별개로, 보험가입금액을 감액하여 해지환급금을

2. 주요 민원유형

□ 보험계약대출 이율이 높다는 이의 제기

- (사례 1) 내가 낸 보험료에서 대출을 받는데 이자율이 생각보다 높는데, 보험회사가 부당하게 이익을 추구하는 것이 아닌지
- ☞ 높은 예정이율의 상품에는 높은 보험계약대출 이율이 적용되며, 낮은 예정이율의 상품은 낮은 보험계약대출 이율이 적용되는 방식이며, 은행에서도 예금이율에 비해 대출이율이 높은 것처럼 보험에서도 예정이율보다는 보험계약대출 이율을 높게 적용하고 있음. 따라서 보험계약대출 이율이 높다는 것은 적립금 재원이 되는 보험료에 대한 부리 이율이 높다는 것으로 이해하여야 함.

□ 약관대출 이율이 3%~10%까지 다른 이유는

- (사례 2) 보험에 가입한지 오래되었고, 보험료 연체나 보험금을 받은 사실도 없는 우량고객인데, 약관대출을 문의했더니 대출이자자는 옛날 계약이 더 높다고 하는데, 가입시기에 따라 이자율이 다른 이유는
- ☞ 약관대출 이자율은 해당 보험상품의 예정이율에 일부 가산금리를 더하여 결정하는 것으로, 보험상품별로 이자율이 다른 것은 예정이율이 다르기 때문이다(가산금리는 동일). 참고로, 과거에 가입한 상품이 최근 상품에 비해 예정이율이 높아져 약관대출 이자율도 높은 편임

□ 보험금에서 약관대출금을 공제할 수 있는지

- (사례 3) 보험사고가 발생해서 보험금을 청구했더니, 보험회사에서 약관대출금을 공제한다고 하는데, 가능한 것인지
- ☞ 약관 및 대출약정에 따라 보험금 등 지급금이 발생한 경우 보험회사는 제지급금과 약관대출금을 상계 처리할 수 있으므로, 보험회사가 보험금에서 약관대출금을 공제하는 것은 부당한 업무처리는 아님

□ 분할보험금을 받을 때 보험계약대출 일부 상환 요청

- (사례 4) 분할보험금을 청구하였더니 보험회사에서 분할보험금에서 기존 보험계약대출금중 일부를 우선 상환하여야 한다고 하는데, 그 이유는

- ☞ 보험계약대출 가능금액은 가입한 계약의 적립금(해지환급금) 내에서 산출되며, 분할보험금도 적립금(해지환급금) 중 일부를 먼저 받는 형태 따라서 분할보험금을 수령하면 적립금이 감소되며 그에 따라 보험계약대출 한도도 감소하게 되므로 분할보험금을 받아 한도를 초과한 부분이 있으면 그 금액만큼 상환하여야 하는 것임

분할보험금과 보험계약대출 모두 그 재원이 동일(해지환급금)하기 때문에 지급액의 합계액이 총 해지환급금을 초과할 수 없으며, 만약 초과하게 되는 경우 초과금액 만큼 상환처리를 하고 분할보험금을 지급해야 하는데 그러한 번거로운 절차를 없애기 위해 분할보험금 지급시 초과된 보험계약 대출 일부를 상환하고 그 차액만 지급하는 것임

☐ 해지환급금에서 보험계약대출금 우선 상환

- (사례 5) 사정상 돈이 필요하여 ○○생명 보험계약을 해약하였더니 보험회사에서 전체 해약환급금 300만원에서 1년전 보험계약대출을 받은 100만원을 제외한 200만원만 지급. 보험료나 이자를 정상적으로 납부하였는데도 해지환급금에서 대출금을 상계할 수 있는지

- ☞ 약관 및 대출약정에 따라 계약을 해지하여 해지환급금이 발생할 경우 보험회사는 해지환급금과 보험계약대출금과 이자를 상계처리할 수 있음

☐ 이자 미납시 보험계약 임의해약 부담

- (사례 6) 약관대출에 대한 이자 미납으로 약관대출 원리금이 해약환급금을 초과했다고 보험회사가 보험계약을 임의로 해지하고 해약환급금으로 약관대출 원리금을 공제했는데, 부당한 것이 아닌지

- ☞ 약관대출은 해약환급금을 담보로 한 대출로, 이자 미납으로 대출원리금이 해약환급금을 초과하게 되면 보험회사는 대출약정에 따라 해당 보험계약을 해약하고, 해약환급금과 대출원리금을 상계처리할 수 있는 것이므로, 동 해지처리는 약관 및 대출약정에 따른 업무처리임

3. 분쟁조정사례

■ 계약자의 배우자가 실행한 약관대출 등의 효력(06.3.28. 결정 제06-7호)

사건개요

- 보험계약자의 배우자가 계약자 몰래 약관대출을 받고 보험계약을 해약하여 해약환급금을 수령한 사안에 대하여
- 보험회사가 계약자 부인이 계약자 위임장, 인감증명서, 가족관계를 확인할 수 있는 건강보험증 등 구비서류를 제출하였고 정상적인 혼인상태의 배우자였으므로, 대리권이 인정되므로 약관대출 및 계약해지 처리는 타당하다고 주장하자
- 보험계약자는 배우자가 약관대출을 받고 계약해지 하는데 대하여 권한을 위임한 사실이 없고, 보험회사가 계약자의 의사를 확인한 적이 없었으므로, 보험회사의 약관대출의 효력은 무효이므로 계약의 원상회복을 요청하며 민원을 제기

쟁점사항

계약자의 처가 약관대출을 받고 보험계약을 해지한 행위에 대하여 표현대리책임을 인정할 수 있는지 여부

판단근거

- 표현대리가 성립하기 위해서는 기본 대리권이 있고 그 대리권한을 넘는 법률행위를 함에 있어서 상대방이 그러한 대리권이 있다고 믿는 것이 선의·무과실이어야 하는데, 본 건 약관대출 및 보험계약 해지 당시 계약자의 부인은 민법 제827조(부부간의 가사대리권)에 따라 일상 가사대리권으로서 기본 대리권은 있으나
- 민법 제832조(가사로 인한 채무의 연대책임)에서 말하는 일상의 가사에 관한 법률행위라 함은 부부의 공동생활에서 필요로 하는 통상의 사무에 관한 법률행위를 말하므로 약관대출 및 보험계약해지 행위는 일상가사의 범위를 넘는 것으로 보아야 할 것임
- 계약자의 처가 총 10회에 걸친 약관대출과 보험계약 해지 청구시 제출된 인감증명서는 모두 계약자의 처가 대리발급 하였고 사용용도에도 공란으로 되어 있으며, 부부간에는 인감의 사용이나 인감증명서 대리 발급이 용이하다는 사실을 감안하면
- 보험회사가 대리권을 확인하지 아니한 과실이 있고, 달리 신청인이 대리권을 부여하였다고 믿을 만한 객관적인 사정이 있었다고 보기 어려우며, 처가 임의로 남편의 인감도 장과 용도 란에 아무런 기재 없이 대리로 발급받은 인감증명서를 소지하고 남편을 대리하여 친정 오빠의 보증보험계약상의 채무를 연대보증한 경우 남편의 표현대리 책임을 인정하지 아니한 판례에 비추어 보더라도 본 건에 있어서 표현대리를 인정하기는 어렵다고 판단

판단결과

본 건 약관대출 및 계약해지가 적법하지 아니하므로 원상회복 하여야 한다고 판단

■ 설계사에 의한 임의 보험계약대출에 대한 보험회사의 책임(상담사례)

사건개요

- 설계사가 보험계약자인 고객의 배우자에게 보험계약대출을 이용하여 수익률을 높여 주겠다고 현혹하여 계약자의 인준서 등을 이용하여 계약자 동의 없이 중도인출과 보험계약대출을 시행하고
- 설계사의 계약로 돈을 이체처리 하는 등 사기행위를 한 것에 대해 보험회사에서 배상하라는 내용으로 민원을 제기

쟁점사항

보험설계사가 고객 동의 없이 중도 인출과 보험계약대출을 실행하여 고객이 입은 손해에 대한 보험회사의 배상책임 발생여부

판단근거

- 중도 인출 및 보험계약대출 경위를 확인한 결과, 해촉된 해당 설계사가 계약자로부터 직접 아이디, 비밀번호, 인준서, 보안카드를 전달받았고 계약자 동의하에 중도인출과 보험계약대출을 인터넷으로 시행하여 중도인출금과 보험계약대출금을 계약자 통장으로 입금한 것이며, 개인적으로 계약자에게 3천만원을 빌린 사실이 있으나 이는 계약자가 직접 자금을 송금한 것이라고 진술
- 계약자가 직접 OO고객센터를 내방하여 전자금융서비스이용신청서를 작성하고 비밀번호 등록 및 보험카드, 보안카드를 발급받은 것이 확인되어 계약자의 부주의로 비밀번호와 보안카드 등의 유출되어 사용된 것으로 나타나고 있어, 이러한 보험계약대출과 관련된 사항은 계약결과와 관련된 모집행위와 관련된 행위라고 볼 수 없음

판단결과

고객이 직접 전자금융서비스 신청 등록하고 통장, 비밀번호 등의 개인정보를 모두 설계사에게 위임한 사실이 명확하고, 지급금도 계약자 통장으로 입금된 점 등을 종합적으로 고려할 때 보험회사의 책임을 주장하는 고객의 주장은 수용하기 어려움

■ 위조신분증 이용 보험계약대출금 부당 인출시 보험회사의 책임(상담사례)

사건개요

- 계약자가 아닌 타인이 계약자 신분증을 위조하여 보험회사 고객센터에서 보험카드를 발급받고 동 카드를 사용하여 은행 ATM기에서 약관대출을 실행하여 동 대출금을 편취한 사건에서, 위조 신분증을 확인하지 못한 보험회사의 과실책임 발생여부 등에 대한 판단

쟁점사항

위조 신분증을 사용하여 보험카드를 발급 받을 때 이를 확인하지 못한 보험회사의 과실 책임 발생여부

판단근거

- 판례에서는 ‘신분증 위조와 관련한 금융기관(은행)의 본인확인업무’에 대해서, “은행이 거래상대방의 본인 여부를 확인할 필요가 있는 경우, 담당직원으로 하여금 그 상대방이 거래당방의 주민등록증을 소지하고 있는지 여부를 확인하는 것만으로는 부족하고, 그 직무수행상 필요로 하는 충분한 주의를 다하여 주민등록증의 진정 여부 등을 확인함과 아울러 그에 부착된 사진과 실물을 대조하여야 할 것인 바, 만일 실제로 거래행위를 한 상대방이 주민등록증상의 본인과 다른 사람이었음이 사후에 밝혀졌다고 한다면, 특별한 사정이 없는 한, 은행으로서는 위와 같은 본인확인업무를 다하지 못한 과실이 있는 것으로 사실상 추정된다(대법원 98다20059 판결).”고 판결하고
- “피고(은행)의 책임이 면제되기 위해서는 위 성명불상자가 제시한 운전면허증이 금융기관에 송사하는 자에게 통상적으로 요구되는 주의의무를 기울여도 육안으로는 그 위조 여부를 발할 수 없을 정도로 정교하게 위조되었다는 점이 인정되어야 할 것이다(서울지법 2002가합66798 판결).”라고 각각 판결하고 있어
- 보험회사와 같은 금융기관은 금융거래에 있어 충분한 주의를 다하여 본인임을 확인할 의무가 있다고 할 것이며, 신분증이 위조된 경우에는 이와 같은 충분한 주의를 기울여도 그 위조 여부를 알 수 없었다는 특별한 사정이 인정되는 경우에만 본인확인업무를 다하지 못한 과실이 부인된다고 판단(어떠한 경우에 ‘충분한 주의’를 다한 것인가에 대한 판단은, 결국 법원이 보험카드 발급과 관련한 제반 사정을 종합적으로 고려하여 판단할 문제)

판단결과

보험회사는 보험카드 발급시 본인임을 확인할 의무가 있으므로, 위조 신분증이 충분한 주의를 기울여도 위조 여부를 알 수 없을 정도로 정교하지 않는 한, 보험회사가 위조 신분증에 기초하여 보험카드를 발급한 것은 본인확인업무를 게을리 한 것에 해당(과실 책임 발생)

4. 판례

- 생명보험계약의 약관대출금의 성격과 상계의 법리의 적용여부(대법원 2007.9.28. 선고 2005다15598)

쟁점사항

- ① 생명보험계약의 약관에 따른 대출금의 성격(=보험금 또는 해약환급금의 선급금), 생명보험계약의 해지로 인한 해약환급금과 위 보험약관대출금 사이에서 상계의 법리가 적용되는지 여부
- ② 위 보험계약의 해지 전에 보험회사에 관하여 회사정리절차가 개시되어 정리채권신고기간이 만료한 경우 구 회사정리법 제162조 제1항의 상계제한 규정이 적용되는지 여부

판결요지

- ① 생명보험계약의 약관에 보험계약자는 보험계약의 해약환급금의 범위 내에서 보험회사가 정한 방법에 따라 대출을 받을 수 있고, 이에 따라 대출이 된 경우에 보험계약자는 그 대출원리금을 언제든지 상환할 수 있으며, 만약 상환하지 아니한 동안에 보험금이나 해약환급금의 지급사유가 발생한 때에는 위 대출원리금을 공제하고 나머지 금액만을 지급한다는 취지로 규정되어 있다면

그와 같은 약관에 따른 대출계약은 약관상의 의무의 이행으로 행하여지는 것으로서 보험계약과 별개의 독립된 계약이 아니라 보험계약과 일체를 이루는 하나의 계약이라고 보아야 하고, 보험약관대출금의 경제적 실질은 보험회사가 장차 지급하여야 할 보험금이나 해약환급금을 미리 지급하는 선급금과 같은 성격이라고 보아야 한다.

따라서 위와 같은 약관에서 비록 ‘대출’이라는 용어를 사용하고 있더라도 이는 일반적인 대출과는 달리 소비대차로서의 법적 성격을 가지는 것은 아니며, 보험금이나 해약환급금에서 대출원리금을 공제하고 지급한다는 것은 보험금이나 해약환급금의 선급금의 성격을 가지는 위 대출원리금을 제외한 나머지 금액만을 지급한다는 의미이므로 민법상의 상계와는 성격이 다르다.

- ② 생명보험계약의 해지로 인한 해약환급금과 보험약관대출금 사이에서는 상계의 법리가 적용되지 아니하고, 생명보험회사는 생명보험계약 해지 당시의 보험약관대출 원리금 상당의 선급금을 뺀 나머지 금액에 한하여 해약환급금으로서 반환할 의무가 있다고 할 것으로

생명보험계약이 해지되기 전에 보험회사에 관하여 구 회사정리법(2005. 3. 31. 법률 제7428호 채무자 회생 및 파산에 관한 법률 부칙 제2조로 폐지)에 의한 회사정리절차가 개시되어 정리채권신고기간이 만료하였다고 하더라도 같은 법 제162조 제1항의 상계제한 규정은 적용될 여지가 없다.

- 보험설계사가 임의로 실행한 보험계약대출에 대한 보험회사의 배상책임 발생여부(서울고등법원 2012.5.3. 선고 2011나65725)

쟁점사항

- ① 보험설계사가 임의로 보험계약대출을 실행한 행위가 계약 체결과 관련된 모집행위라거나 모집행위와 관련이 있는 행위라고 할 수 있는지 여부(보험회사에 보험업법 제102조에 의한 손해배상책임이 발생하는지 여부)
- ② 보험설계사가 임의로 보험계약대출을 실행하여 계약자가 입은 손해에 대하여 보험회사에 사용자 배상책임이 발생하는지 여부

판결요지

- ① 보험업법 제102조 제1항에서 정한 ‘모집을 하면서’라는 규정은 보험모집인의 모집행위 그 자체는 아니더라도 그 행위를 외형적으로 관찰할 때 객관적으로 보아 보험모집인의 본래 모집행위와 밀접한 관련이 있거나 유사하여 마치 그 모집행위 범위 내에 속하는 것과 같이 보이는 행위도 포함한다고 해석해야 한다(대법원 2006. 11. 23. 선고 2004다45356 판결 참조). 여기서 모집이란 ‘보험계약의 체결을 중개하거나 대리하는 것’을 말한다(보험업법 제2조 제12호).

보험설계사가 위 원고들이 체결한 보험계약에 기하여 약관대출을 받거나 보험계약을 해약하고 해약환급금을 받아 이를 횡령하였더라도, 이는 제1회 보험료를 수령하는 경우 등과서는 달리 보험계약이 체결, 유지된 이후의 행위이므로 계약 체결과 관련된 모집행위라거나 모집행위와 관련이 있는 행위라고 할 수 없다. 따라서 보험회사에는 보험업법 제102조에 의한 손해배상책임이 발생하지 않음

- ② 보험설계사가 보험계약을 해약하고 해약환급금을 수령하거나 약관대출을 받은 것은 외형상 보험계약의 체결을 중개하는 보험설계사의 직무에 해당하지 아니하므로 보험사의 사무집행에 관한 행위라고 볼 수 없고,

계약자 명의의 통장으로 돈이 입금된 이상 예금채권을 취득하였으므로 손해가 있다고 할 수 없으며, 설사 손해가 있다 하더라도 이는 설계사에게 통장 및 인장을 맡긴 계약자의 행위로 인한 것이며, 보험사의 사무집행과 관련된 것은 아니므로 보험사에게 민법 제756조에 의한 사용자 배상책임이 있다고 할 수 없음

- 배우자 위임장 위조 후 약관대출을 받은 경우 표현대리 성립 여부(부산지방법원 2003.4.16. 선고 2003가소28026)

쟁점사항

계약자 부인이 계약자인 배우자의 위임장을 위조하여 약관대출을 받은 경우 약관대출로 계약자가 입은 손해에 대하여 보험회사에 손해배상책임이 발생하는지 여부

판결요지

- ○ ○ ○ 이 남편인 원고를 대리하여 약관대출을 받은 정당한 대리권이 없어 원고 명의의 위임장 등을 위조하여 대출을 받았다 하더라도 ○ ○ ○ 은 원고의 처로서 민법 제827조에 정해진 일가가사대리권을 갖고 있었으므로 민법 제126조의 표현대리가 성립하기 위한 기본적 대리권이 존재한다 할 것이고

- 피고 회사의 업무방침상 대리인도 보험증권, 보험계약자의 인감증명서 및 인감도장, 대리인의 주민등록증을 구비하면 약관대출을 신청하고 대출금을 수령할 수 있고, 반드시 본인의 의사를 직접 확인해야 한다는 지침이란 실무관행이 있는 것도 아니며

- ○ ○ ○ 이 이 사건 각 약관대출을 신청하고 그 각 대출금을 수령할 당시 원고의 위임장, 인감증명서 및 주민등록등본과 자신의 주민등록증을 모두 구비하고 있었으므로 피고 회사로서는 그 당시 ○ ○ ○ 에게는 원고를 대리할 권한이 있다고 믿을 만한 정당한 이유가 있었다고 할 것이다.

- 모집인이 계약자 명의를 도용하여 대출을 받은 경우 보험회사의 손해배상책임(부산지방법원 2005.12.13. 선고 2004가단154591)

쟁점사항

- 보험설계사가 계약자 명의를 도용하여 약관대출을 받아 계약자가 손해를 입은 경우 보험회사에 손해배상책임이 발생하는지 여부

판결요지

- 원고와 보험사와 약관대출 등 거래가 많았고, 설계사와 의논하여 비밀번호를 정하였으며, 자신의 통장 및 도장을 보관시켰고, 약관대출이후 설계사로부터 차용증을 작성, 교부 받은 경우, 보험설계사의 본래 직무가 보험계약의 체결을 중개하는 것임에 비추어

- 설계사가 원고의 명의를 도용하여 대출을 받은 것이 외형상 객관적으로 ‘보험모집을 함에 있어서’ 또는 ‘사무집행에 관하여’한 행위라고 보기 어려운 한 편,

- 오히려 원고는 설계사의 각 약관대출행위가 보험모집 또는 사무집행과 관련 없음을 알았거나 또는 중대한 과실로 알지 못하였다고 볼 것이므로 보험사는 구 보험업법 158조 또는 민법 756조에 의한 사용자 책임이 없다.

8 보험금청구권 소멸시효

1. 기본 개념

가. 보험금청구권 소멸시효의 의미

보험계약을 체결한 다음 보험금 지급사유가 발생했을 때 손해보험의 피보험자나 생명보험의 보험수익자는 보험회사에 보험금을 청구할 수 있다. 이와 같이 보험사고가 발생하였을 때 보험회사에 보험금을 청구할 수 있는 권리를 보험금청구권이라 말하며, 보험금청구권의 소멸시효는 3년이다.

소멸시효는 권리를 일정한 기간 동안 행사하지 않으면 그 권리의 소멸을 인정하는 제도이다. 보험금청구권도 일정한 기간 동안 행사하지 않으면 소멸된다. 이와 같이 소멸시효를 인정하는 이유는 어떤 사실상태가 오랫동안 계속되면 그것이 진실한 권리관계가 아니더라도 그 대로 인정하는 것이 법적 안정성을 확보할 수 있기 때문이다.

시효제도는 채무자를 보호하기 위한 규정이고 법적 안정성 확보라는 공익에 그 목적이 있으므로 시효규정은 엄격히 해석하여야 한다. 따라서 소멸시효를 배제·연장·가중할 수 없다. 그러나 이를 단속 또는 경감하는 것은 가능하다(민법 §184②).

| |
|--|
| <div>□ 민법 제162조(채권, 재산권의 소멸시효)</div> <div>① 채권은 10년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성한다.</div> <div>□ 민법 제184조(시효의 이익의 포기 기타)</div> <div>② 소멸시효는 법률행위에 의하여 이를 배제, 연장 또는 가중할 수 없으나 이를 단속 또는 경감할 수 있다.</div> |
|--|

보험계약은 보험료 납부와 반대급부인 보험금 지급을 서로 약정하는 계약이므로 보험금 지급의무는 채권의 일종이다. 민법에서는 일반적인 채권의 경우 10년의 소멸시효를 두고 있다. 그러나 보험업무는 기본적으로 상행위에 속하기 때문에 보험계약에 따른 채권·채무에는 단기소멸시효가 적용된다.

2015.3.11. 개정된 상법에서는 보험금청구권 소멸시효를 2년으로 규정하고 있었으나, 이러한 단기 소멸시효로 인한 보험계약자 등의 불이익을 제거하기 위해 보험금청구권의 소멸시효를 3년으로 연장하였다(§662). 참고로, 이와 같이 계약자의 보험금청구권 연장과 균형을 맞추기 위해 보험회사의 보험료청구권도 기존 1년에서 2년으로 연장하였다.

| |
|--|
| <p><input type="checkbox"/> 상법 제46조(기본적 상행위) 영업으로 하는 다음의 행위를 상행위라 한다. 그러나 오로지 임금을 받을 목적으로 물건을 제조하거나 노무에 종사하는 자의 행위는 그러하지 아니하다. 17. 보험</p> <p><input type="checkbox"/> 상법 제662조(소멸시효) 보험금청구권은 3년간, 보험료 또는 적립금의 반환청구권은 3년간, 보험료청구권은 2년간 행사하지 아니하면 시효의 완성으로 소멸한다.</p> |
|--|

나. 보험금청구권 소멸시효 기간

보험금청구권의 소멸시효 기간은 3년이다. 소멸시효 기간 동안 권리를 행사하지 않으면 시효가 완성되어 권리가 소멸되므로, 보험금청구권도 3년의 소멸시효 기간 동안 권리를 행사하지 않으면 소멸하게 된다.

참고로 하나의 권리에 대하여 여러 법률에서 각각 다른 소멸시효 기간을 정하는 경우가 있다. 각 법률에 규정된 소멸시효 기간이 중첩되는 경우에는 법적 안정성을 존중하여 인정되는 시효제도의 취지상 짧은 소멸시효 기간이 적용된다. 보험금청구권도 상법상 시효기간 3년이 완성되면 동 채권은 소멸하는 것으로, 민법규정(시효기간 10년)에 기초하여 권리를 주장할 수는 없다.

다. 보험금청구권 소멸시효 기산점

보험금청구권의 소멸시효 기간에 대해서는 상법에서 정하고 있으나, 소멸시효 기산점에 대하여는 별도로 규정하고 있지 않다. 따라서 보험금청구권의 소멸시효 기산점은 민법 일반원칙에 따라 판단하여야 한다. 민법에서는 소멸시효는 권리를 행사할 수 있는 때로부터 진행하는 것으로 규정하고 있다(민법 §166①). 따라서 보험금청구권의 소멸시효 기산점 역시 보험금청구권을 행사할 수 있는 시점으로 해석된다.

대법원에서는 소멸시효의 기산점에 관한 일반원칙을 정하고 있는 민법 제166조 제1항에 따라 보험금청구권은 ‘권리를 행사할 수 있는 때’인 보험사고 발생 시점부터 소멸시효가 기산되지만, 보험사고가 발생하였는지 객관적으로 분명하지 않은 경우에는 그 발생을 알았거나 알 수 있었을 때부터 진행한다는 입장을 취하고 있다(대법원 2013.9.26. 선고 2013다34693).

따라서 보험금청구권은 원칙적으로 보험사고 내지 보험금 지급사유가 발생한 때로부터 진행된다고 볼 수 있다. 다만, 위와 같은 사유가 발생하였는지 여부가 분명하지 않은 경우에는 보험금 청구권자가 과실 없이 이를 알 수 있었을 때부터 진행된다고 보아야 한다.

라. 보험금청구권의 소멸시효 중단사유

소멸시효 중단은 채권자나 채무자의 일정한 행위가 있는 경우 이미 경과한 시효기간이 소멸되고 시효기간이 다시 진행되는 제도를 말한다. 상법 등에서도 이에 대해 별도로 규정하고 있지 않으므로 민법 일반원칙이 적용된다. 민법상 소멸시효 중단사유로는 채권자의 권리행사인 청구·압류·가압류·가처분이 있고 채무자가 채권자의 권리를 인정하는 승인이 있다.

개별 시효중단 사유에 대한 별도의 설명은 생략하고, 우리 원에 분쟁조정을 신청한 것이 소멸시효 사유인지에 대하여 살펴보면, 민법 제173조에서는 조정신청후 화해가 성립하지 않으면 1개월 내에 소를 제기하여야 시효중단의 효력이 있다고 규정하고 있으므로, 피보험자 등 보험금청구권자가 우리 원에 분쟁조정을 신청한 경우에도 동 규정에 따라 조정(화해)이 성립되지 않은 후 1개월 내에 소를 제기하여야 시효중단이 있는 것으로 해석된다.

판례에서도 ‘분쟁조정신청은 민법 제168조의 제1호가 규정하는 소멸시효 중단사유인 ‘청구’에 해당한다고 볼 수 있으나 위 분쟁조정절차를 위하여 감독원장이 계약자 및 회사에 대한 소환과 그 절차에 의한 임의출석은 민법 제173조가 규정하는 화해를 위한 소환, 임의출석에 해당한다고 할 것인 만큼, 화해를 위한 소환의 경우 상대방이 출석하지 아니하거나 화해가 성립되지 아니한 때로부터, 임의출석의 경우 화해가 성립되지 아니한 때로부터 각 1개월 내에 소를 제기하지 아니하면 시효중단의 효력이 없다(서울고법 1998.6.30. 선고 98나98358)’라고 따라 판시하고 있다.

| |
|---|
| <p>[Point] 금융분쟁조정신청의 소멸시효 중단관련 판례</p> <p>보험업법상 분쟁조정 신청에 시효중단의 효력을 인정하는 명문의 규정은 없지만 역시 재판상 화해와 동일한 효력을 인정하는 민사조정법에 의한 조정신청에 비추어 보험업법상 분쟁조정신청에도 민법 제173조, 제174조의 규정에 유추 적용된다고 볼 것이고, 따라서 당사자가 분쟁조정위원회의 조정안을 수락하지 않는 등으로 조정이 성립되지 않은 것으로 볼 수 있는 경우에는 그때로부터 1개월 내에 소를 제기하면 시효중단의 효력이 생긴다고 할 것이다(서울지법 1998.11.3. 선고 97가합74214)</p> <p>분쟁조정신청은 민법 제168조의 제1호가 규정하는 소멸시효 중단사유인 ‘청구’에 해당한다고 볼 수 있으나 위 분쟁조정절차를 위하여 감독원장이 계약자 및 회사에 대한 소환과 그 절차에 의한 임의출석은 민법 제173조가 규정하는 화해를 위한 소환, 임의출석에 해당한다고 할 것인 만큼, 화해를 위한 소환의 경우 상대방이 출석하지 아니하거나 화해가 성립되지 아니한 때로부터, 임의출석의 경우 화해가 성립되지 아니한 때로부터 각 1개월 내에 소를 제기하지 아니하면 시효중단의 효력이 없다(서울고법 1998.6.30. 선고 98나98358)</p> |
|---|

| |
|--|
| <p>◆ 보험금청구권 소멸시효 기산점에 대한 판례</p> <p>○ 상법 제662조는 보험금액의 청구권은 2년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성한다는 취지를 규정하고 있을 뿐 보험금액청구권의 소멸시효 기산점에 관하여는 아무런 규정을 두지 않고 있으므로</p> <p>○ “소멸시효는 권리를 행사할 수 있는 때로부터 진행한다.”고 규정한 민법 제166조 제1항에 따를 수밖에 없는바, 보험금액청구권은 보험사고가 발생하기 전에는 추상적인 권리에 지나지 아니할 뿐 보험사고의 발생으로 인하여 구체적인 권리로 확정되어 그 때부터 그 권리를 행사할 수 있게 되는 것이므로</p> <p>○ 특별한 사정이 없는 한 원칙적으로 보험금액청구권의 소멸시효는 보험사고가 발생한 때로부터 진행한다고 해석함이 상당하다.</p> <p>○ 한편 보험사고가 발생하였는지 여부가 객관적으로 분명하지 아니하여 보험금청구권자가 과실 없이 보험사고의 발생을 알 수 없었던 경우에도 보험사고가 발생한 때부터 보험금청구권의 소멸시효가 진행된다고 해석하는 것은 보험금청구권자에게 가혹한 결과를 초래하게 되어 정의와 형평의 이념에 반하고 소멸시효제도의 존재 이유에도 부합하지 않으므로, 객관적으로 보아 보험사고가 발생한 사실을 확인할 수 없는 사정이 있는 경우에는 보험금청구권자가 보험사고의 발생을 알았거나 알 수 있었던 때부터 보험금청구권의 소멸시효가 진행된다고 해석하는 것이 타당하다(대법원 2013.9.26. 선고 2013다34693)</p> |
|--|

민법 규정에 따라 소멸시효 기간은 권리를 행사할 수 있는 때부터 진행한다(민법 §166). 그러므로 권리를 행사할 수 없는 때에는 소멸시효가 진행하지 않는다. 여기서 권리를 행사할 수 없는 때는 권리행사에 법률상의 장애사유 예컨대 기간의 미도래나 조관불성취 등이 있는 경우를 말하고, 사실상 권리의 존부를 알지 못한 것은 법률상의 장애사유에 해당한다고 할 수 없다.

보험사고가 발생하여 보험금청구권이 발생하였으나 계약자 측에서 보험금청구권이 있다는 사실을 모르고 있는 경우 소멸시효 기산점을 언제로 할 것인지에 대해 논란이 있을 수 있다. 사망과 같이 누구나 쉽게 알 수 있는 보험사고는 논란이 발생할 여지가 없으나 질병·상해보험은 어떤 사고(질병·상해)가 약관에서 보상하는 사고인지를 계약자가 쉽게 판단하기 어렵기 때문에 논란이 발생할 여지가 많다.

따라서 일반인을 대상으로 한 보험계약의 경우 약관규정의 추상성 등으로 권리를 행사할 수 있는 때가 구체적으로 언제인지 명확하지 않은 경우가 많이 발생할 수 있으므로 약관 등에서 소멸시효 기산점에 대하여 좀 더 구체적이고 명확하게 규정할 필요가 있다

마. 보험금청구권의 소멸시효 정지사유

소멸시효 정지는 채권자가 권리행사를 하지 못할 사유가 있는 경우 일정한 유예기간 동안 시효기간 진행을 멈추게 하였다가 유예기간이 끝나면 다시 나머지 소멸시효 기간이 진행되는 제도를 말한다. 상법 등에서 이에 대해 별도로 규정하고 있지 않으므로 민법 일반원칙이 적용된다. 민법에서 인정하고 있는 소멸시효 정지사유로는 무능력자를 위한 정지(6월), 혼인관계 종료에 의한 정지(6월), 상속재산에 관한 정지(6월), 사변에 의한 정지(1월)가 있다.

바. 소멸시효 완성의 효력

소멸시효가 완성되면 보험금청구권이 어떻게 되는지에 대해서도 상법에서 별도로 규정하고 있지 않기 때문에 민법 일반원칙이 적용된다.

민법에서는 소멸시효의 효과에 관하여 「소멸시효가 완성한다」라고 규정하고 있을 뿐(§162①), 채권의 효력이 어떻게 되는지에 대해서는 별도로 정하고 있지 않다. 학설은 ‘완성’의 의미에 대하여 권리가 당연히 소멸한다는 견해(절대적 소멸설)와 권리의 소멸을 주장할 수 있는 권리가 생길 뿐이라는 견해(상대적 소멸설)가 있다. 판례에서는 소멸시효가 완성되어 권리가 소멸한다는 절대적 소멸설을 취하고 있다.

소멸시효가 완성되면 그 효력은 기산일에 소급하여 효력이 발생한다(민법 §167). 즉 소멸시효 기간이 만료된 권리는 그 기산일에 소급하여 소멸하는 것이다. 단 소멸시효가 완성된 채권이 그 완성 전에 상계할 수 있었던 것이면 채권자는 소멸시효기간이 경과한 후에도 상계할 수 있다(민법 §495). 소멸시효가 완성되더라도 시효이익을 받을 자는 그 시효이익을 포기할 수 있다. 또한 소멸시효 완성 이후 채무자가 그 채무를 승인한 때에는 시효이익을 포기한 것으로 추정된다.

따라서, 보험금청구권도 시효기간이 완성되면 기산점에 소급하여 그 권리가 소멸한다. 물론 보험회사가 시효가 완성되었음에도 보험금 지급책임을 인정하여 지급하는 것은 무방하며, 보험회사가 보험금 채무를 승인하는 것도 역시 가능하다. 민법 일반원칙에 따른 해석이다.

사. 설명의무 대상여부

보험업법에서는 보험회사는 보험계약을 체결을 권유할 때 보험료, 보장범위, 보험금 지급사유 등 보험계약의 중요한 사항을 계약자에게 설명하도록

규정하고 있으나, 보험금청구권 소멸시효는 보험회사가 계약자에게 설명하여야 할 내용에 포함되어 있지 않다.

판례에서도 보험약관에 정해진 사항이라고 하더라도 거래상 일반적이고 공통된 것이어서 별도의 설명 없이도 충분히 예상할 수 있었던 사항이거나 이미 법령에 의하여 정하여진 것을 되풀이하거나 부연하는 정도에 불과한 사항까지는 보험회사에 설명의무가 인정되지 않는다고 판시하고 있어(대법원 2003.5.30. 선고 2003다15556), 보험금청구권을 3년간 행사하지 않으면 소멸된다는 내용은 설명의무 대상으로 보기는 어렵다.

2. 주요 민원유형

- 상속조회를 통해 보험계약 확인, 보험금청구권 기산시점은
 - (사례 1) 돌아가신 부친에 대한 상속조회를 해 본 결과, 보험에 가입된 사실을 알게 돼서, 해당 보험사에 보험금을 청구하였는데, 보험사고 발생이후 너무 오랜 시간이 경과했다고 보험금을 지급할 수 없다고 하는데, 그 이유는
 - ☞ 보험계약에 따른 보험금청구권은 보험사고가 발생하면 발생하며, 그 권리는 보험사고 발생이후 3년이 경과하면 소멸됨. 보험사고 발생이후 3년이 경과하였다면, 보험금청구권자가 보험금청구권이 있는 사실을 몰랐다 하더라도 보험회사에 보험금 지급책임을 발생하지 않음
 - 다만, 상속재산의 경우 6개월의 시효진행이 정지되며, 해당 기간 동안 시효중단사유가 있는지는 별도로 살펴야 함
- 실종자에 대한 사망보험금 청구권 기산시점
 - (사례 2) 해상사고로 실종된 이후 이런 저런 사정으로 법원의 실종선고가 늦게 나온 경우, 사망보험금 청구권 기산시점은 실종시점인지 아니면 법원이 심판시점인지
 - ☞ 실종되어 사망한 확률이 높다 하더라도, 사망으로 인정되는 시점은 법원의 판결시점이므로, 청구권 소멸시효 기산시점은 법원의 판결일임
- 대법원 판례로 기존 면책이 부책으로 된 경우
 - (사례 3) 자살보험금과 같이 면책약관에 대한 판례변경이 발생한 경우에도, 보험금청구권 소멸시효를 주장할 수 있는지

3. 분쟁조정사례

- 보험사고로부터 2년 경과후 보험금 청구시 재해장해급여금 지급책임 여부 (2008.1.29. 결정 제08-3호)

| 사건개요 |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">○ 신청인은 2004.4.26. 종신보험 계약(재해상해특약 4천만원)을 체결한 다음 계약을 유지하던 중 수 차례 보험사고로 인해 보험금을 수령한 다음, 보험료 미납으로 2007.3.1. 당해 보험계약이 실효되어 부활을 요청하였으나, 보험회사가 신청인이 과거병력이 있다는 이유로 거절하자○ 신청인은 같은 해 5.2. 당해 보험계약을 해약하고, 2007.10.17. ∇∇병원에서 후유장해를 진단받아 2007.11.2. 재해장해급여금을 청구○ 보험회사는 신청인이 진단받은 후유장해는 보험기간 중에 발생한 재해로 인한 후유장해라고 인정하기 어렵고, 설사 신청인이 2005.3.1. 발생한 교통사고로 보험기간 중에 후유장해가 발생하였다고 하더라도 보험금 청구권 소멸시효가 완성되어 재해장해급여금을 지급할 수 없다고 하자, 후유장해보험금 지급을 요구하며 민원을 제기 |

| 쟁점사항 |
|----------------------------|
| 보험회사에 재해장해급여금 지급책임이 있는지 여부 |

| 판단근거 |
|------|
|------|

- 본 건 후유장해진단서는 사고일인 2005.3.1.부터 약 2년7개월이 경과한 2007.10.17.에 발행된 것인데, 동 진단서를 발행한 의사는 사고 당시 신청인을 진료하거나 추적 관찰한 사실이 없이 신청인이 제출한 자료에만 근거하여 진단서를 발급하였는바, 동 진단서의 신빙성이 떨어지는 것으로 보이고
- 대법원 판례는 보험금청구권 소멸시효는 원칙적으로 보험사고가 발생한 때부터 진행된다고 판시하고 있고, 당해 보험 주계약 약관 제20조(소멸시효)에서 보험금 청구권은 2년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성된다고 규정하고 있으며, 당해 보험약관은 “장해상태의 등급이 재해일로부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일로부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정된 것으로 인정되는 상태를 장해상태의 등급으로 결정한다”라고 규정하고 있는 바
- 재해일인 2005.3.1.로부터 180일이 되는 2005.8.29.에는 보험금 청구가 가능하였다 할 것임으로, 설사 신청인의 주장과 같이 보험기간 중에 장해 상태가 발생하였다 할지라도 이미 2년이 경과하여 보험금 청구권 소멸시효가 완성되었음

| 판단결과 |
|---|
| 재해장해급여금을 지급하지 아니한 보험회사의 조치가 부당하다고 보기는 어려움 |

- ☞ 면책약관 규정에 대한 판례변경으로 기존에는 면책이었으나 부책으로 바뀐 경우, 이는 보험회사가 작성한 약관조항이 명확하지 않아서 발생한 것으로 이는 약관을 작성한 보험회사에 귀책사유가 있는 것임

계약자 입장에서는 보험사고 발생시점에는 보험금청구권이 발생한 것인지 명확히 알기 어려웠던 것이므로, 보험금청구권의 소멸시효 기산점은 판례가 변경된 시점 즉 계약자가 보험금을 청구할 수 있는 보험사고가 발생한 것을 앞았거나 알 수 있었던 때로 해석하여야 함

- 보험설계사, 상담직원의 착오안대로 소멸시효 도과
 - (사례 4) 몇 년 전에 사고가 발생했을 때 보험설계사에게 보상이 되는지 문의했었는데, 당시 보험설계사가 그런 사고는 보상이 안 된다고 안내해서 보험금을 청구하지 않았었는데
 - 최근 그런 사고도 보험금을 받을 수 있다고 해서 보험회사에 보험금을 청구했는데, 소멸시효가 지나서 줄 수 없다고 하는데, 설계사 책임이 있는데도 소멸시효를 주장할 수 있는 것인지

- ☞ 보험설계사의 착오안대로 보험금을 청구하지 못한 사안에 해당되나, 비록 보험설계사가 잘 못 안내하였다 하더라도 보험금청구권 소멸시효가 중단되는 것은 아님

소멸시효 기간이 경과하였다면 보험회사의 보험금 지급책임을 소멸되나, 이와 같이 모집자 과실로 계약자가 보험금 청구하지 못해 손해를 입은 경우에는 보험업법 제102조에 의거하여 보험회사에 손해배상책임이 발생하므로, 계약자에게 보험금 상당액을 배상하여야 함

- 보험금청구권 소멸시효가 설명의무대상인지
 - (사례 5) 보험금청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸한다는 것은 보험계약의 아주 중요한 사항으로 보이는데, 설계사가 이런 내용을 설명하지 않은 것이 법규 위반은 아닌지
 - ☞ 보험업법에서 계약제결시 계약의 중요한 내용을 설명하도록 정하고 있으나, 설명대상에 보험금청구권 소멸시효와 관련된 내용은 없고
 - 보험금청구권이 3년의 소멸시효로 소멸한다는 내용은 법에서 정하고 있는 내용으로 이와 같이 법에서 정하고 있는 내용에 대한 설명의무는 인정되지 않는다는 것이 판례의 입장임

- 보험계약이 해지되었으나 보험금지급사유가 발생한 경우 보험금 청구권의 계약이전대상 여부 및 소멸시효 완성 여부(2000.6.27. 결정 제00-30호)

| 사건개요 |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">○ 신청인은 1995.11.8. 유방암진단을 받았고, A생명보험(주)는 같은 해 12.30. 신청인이 보험가입된 위양양 치료사실을 고지하지 않았음을 이유로 보험계약을 해지하였으나, 1996.1.5. 고지의무위반 사유와 유방암과의 인과관계가 없음을 이유로 관련 보험금 및 해지환급금을 지급 받았고○ 보험계약 해지 이후인 1997.3.11. 및 1998.8.4.에 암 통원치료기간에 대해 암 통원치료 보험금을 지급 받은 상태에서 1998.8.21. A생명보험(주)는 부실금융기관으로 지정되어 계약이전(P&A) 방식으로 자산·부채가 피신청인에게 인수○ 이후 보험금 청구에 대해서 피신청인이 본 건 보험계약은 보험계약자의 고지의무위반 사실이 확인되어 피인수회사(A생명보험)가 1995.12.30. 보험계약을 해지하였기 때문에 계약이전방식에 의한 인수대상계약이 아니고○ 설명 인수대상계약이라 할지라도 1998.8.21. 계약이전기준일 현재 상법 제662조에서 정하고 있는 보험금청구권의 소멸시효가 완성되었으므로 보험금 지급 등 보험계약상의 책임이 없다고 주장하자, 계속 보험금 지급을 요청하며 민원을 제기 |

| 쟁점사항 |
|--|
| ① 신청인의 보험계약이 계약이전결정서에 의해 피신청인에게 적법하게 이전되었는지 여부 ② 신청인의 보험금청구권이 시효로 소멸되었는지 여부 |

| 판단근거 |
|------|
|------|

- ① 금융감독위원회 계약이전결정서 제3조에 의하면 기준일 전에 보험계약상의 보험금 등의 지급사유가 발생하였으나 기준일 현재 보험금 등이 지급되지 아니한 보험계약을 이전 대상으로 명백히 규정하고 있고
- 상법 제655조 단서에 의하면 고지의무위반에 해당한다고 할지라도 고지의무 위반사유와 보험사고 발생과 인과관계가 없는 경우에는 보험회사에 보험금지급책임이 있는 것으로 규정하고 있는 점.
- 위양양치료 사실을 고지하지 아니한 고지의무 위반 사유와 본 건 보험사고인 유방암과는 인과관계가 인정되지 아니한다고 하여 A생명보험(주)도 암치료 보험금을 지급하였던 점을 종합할 때 보험계약은 적법하게 이전된 것으로 판단
- ② 1995.12.30. 신청인 보험계약이 해지되었으나 고지의무위반과 보험사고 발생과의 인과관계가 인정되지 않아 A생명보험(주)는 1996.1.5, 1997.3.11. 및 1998.8.4. 보험금을 지급한 사실이 있고, 보험금의 일부지급은 민법 제168조에서 정하는 소멸시효 중단사유에 해당

| 판단결과 |
|---|
| 신청인 보험계약이 계약이전결정서에 의해 피신청인에게 적법하게 이전되었고, 신청인의 보험금청구권이 시효로 소멸되었다고 보기 어려우므로 피신청인은 해당 보험약관에 정한 바에 따라 보험금을 지급함이 타당함 |

4. 판례

- 보험회사가 보험금 중 일부를 지급하는 등의 행위로 수익자가 보험금을 받을 수 있다고 믿게 하는데 기여하는 등의 특수한 경우는 소멸시효의 완성을 주장할 수 없다는 판례(대법원 2010.5.27. 선고 2009다44327)

쟁점사항

보험회사가 교통사고로 甲이 의식불명 상태라는 사실을 알고 있는 상태에서 甲의 대리인에게 보험금 일부를 지급하는 등의 행위를 한 경우 소멸시효 완성을 주장하는 것이 신의성실의 원칙에 반하는 것인지 여부

판결요지

교통사고로 심신상실의 상태에 빠진 甲이 乙 보험회사를 상대로 교통사고 발생일로부터 2년이 경과한 시점에 보험계약에 관한 보험금의 청구를 내용으로 하는 소를 제기한 사안에서

보험금청구권에 대하여는 2년이라는 매우 짧은 소멸시효기간이 정해져 있으므로 보험자 스스로 보험금청구권자의 사정에 성실하게 배려할 필요가 있다는 점, 권리를 행사할 수 없게 하는 여러 장애사유 중 권리자의 심신상실상태에 대하여는 특별한 법적 고려를 배울 필요가 있다는 점

甲이 보험사고로 인하여 의식불명의 상태에 있다는 사실을 그 사고 직후부터 명확하게 알고 있던 乙 보험회사는 甲의 사실상 대리인에게 보험금 중 일부를 지급하여 법원으로부터 금지판결을 받지 아니하고도 보험금을 수령할 수 있다고 믿게 하는 데 일정한 기여를 한 점 등을 종합하여 보면, 乙 보험회사가 주장하는 소멸시효 완성의 항변을 받아들이는 것은 신의성실의 원칙에 반하여 허용되지 아니한다고 판단하여 甲의 보험금청구를 인용한 원심을 파기할 수 있음

- 보험금청구권의 소멸시효의 기산점(대법원 2005.12.23. 선고 2005다59383)

쟁점사항

- ① 보험금청구권의 소멸시효의 기산점
- ② 보험약관 또는 상법 제658조에서 보험금 지급유예기간을 정하고 있더라도 보험금청구권의 소멸시효는 보험사고가 발생한 때로부터 진행하는지 여부
- ③ 채권자가 피고로서 응소하여 적극적으로 권리를 주장하고 그것이 받아들여진 경우 시효중단사유인 재판상의 청구에 해당하는지 여부 및 위 경우 시효중단의 효력발생시점

판결요지

- ① 보험금청구권은 보험사고가 발생하기 전에는 추상적인 권리에 지나지 아니할 뿐 보험사고의 발생으로 인하여 구체적인 권리로 확정되어 그때부터 그 권리를 행사할 수 있게 되는 것이므로, 특별한 다른 사정이 없는 한 원칙적으로 보험금청구권의 소멸시효는 보험사고가 발생한 때로부터 진행한다고 해석해야 할 것이고

9 입원보험금 지급기준

1. 기본 개념

가. 입원보험금의 의미

생명보험 입원특약에서는 ‘입원’이라 함은 의사의 자격을 가진 자에 의하여 질병 또는 재해로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것으로 규정하고 있다.

이와 같이 보험기간 중 피보험자가 질병, 상해, 재해로 입원을 할 경우 지급되는 보험금을 입원보험금이라 한다. 생명보험 상품은 입원일수에 따라 가입시 정한 정액의 입원일당을 지급하며, 지급기준은 3일 초과 후 4일째부터 120일을 한도로 한다.

참고로 손해보험 상품(질병·상해보험 등)의 입원보험금은 생명보험 상품의 입원보험금과 유사한 정액의 입원일당과 입원의료비를 지급한다. 손해보험 상품의 입원일당은 생명보험 상품과 달리 입원 첫날부터 지급되며 지급한도는 180일이다. 손해보험 상품의 입원의료비는 입원에 따른 각종 비용 중 가입자가 실제로 부담한 금액을 가입금액 한도 내에 실손 보상한다.

나. 입원보험금 지급기준

① 보험금 지급요건

특별약관에서는 입원보험금 지급사유로 ①보장개시일 이후 ②담보하는 질병 또는 재해로 진단 확정되고 ③담보하는 질병 또는 재해의 직접치료를 목적으로 4일 이상(약관별로 상이) 계속하여 입원하였을 경우로 규정하고 있다.

실무에서는 ①의사가 피보험자에 대해서 질병 또는 재해로 인한 치료가 필요하다고 인정해야 하고, ②피보험자가 자택 등에서의 치료가 필요한 상태, 즉 피보험자의 거동이 불편한 상태이거나 병원 등에서의 의료시설 및 의료전문인력의 도움이나 관리가 필요하지만 자택 등에서 치료하거나 통원치료해서는 이러한 도움이나 관리를 적시에 받기 곤란한 상태이어야 하며, 이들 전제조건을 충족한 상태에서 ③피보험자가 병원 등에서 입실하여 의사의 관리를 받으면서 질병 또는 재해로 인한 치료에 전념해야 할 것을 보험금 지급요건으로 보고 있다.

다만 보험사고가 발생한 것인지의 여부가 객관적으로 분명하지 아니하여 보험금청구권자가 과실 없이 보험사고의 발생을 알 수 없었던 경우에도 보험사고가 발생한 때로부터 보험금청구권의 소멸시효가 진행한다고 해석하는 것은, 보험금청구권자에게 너무 가혹하여 사회정의와 형평의 이념에 반할 뿐만 아니라 소멸시효제도의 존재이유에 부합한다고 볼 수도 없으므로 이와 같이 객관적으로 보아 보험사고가 발생한 사실을 확인할 수 없는 사정이 있는 경우에는 보험금청구권자가 보험사고의 발생을 알았거나 알 수 있었던 때로부터 보험금액청구권의 소멸시효가 진행한다.

- ② 보험약관 또는 상법 제658조에서 보험금 지급유예기간을 정하고 있더라도 보험금청구권의 소멸시효는 보험사고가 발생한 때로부터 진행하고, 위 지급유예기간이 경과한 다음날부터 진행한다고 볼 수는 없다

- ③ 민법 제168조 제1호, 제170조 제1항에서 시효중단사유의 하나로 규정하고 있는 재판상의 청구라 함은, 통상적으로는 권리자가 원고로서 시효를 주장하는 자를 피고로 하여 소송물인 권리를 소의 형식으로 주장하는 경우를 가리키지만, 이와 반대로 시효를 주장하는 자가 원고가 되어 소를 제기한 데 대하여 피고로서 응소하여 그 소송에서 적극적으로 권리를 주장하고 그것이 받아들여진 경우도 마찬가지로 이에 포함되는 것으로 해석함이 타당하고, 또한 응소행위로 인한 시효중단의 효력은 피고가 현실적으로 권리를 행사하여 응소한 때에 발생한다고 보는 것이 상당하다.

여기서 ‘입실(入室)’이라는 용어는 피보험자가 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것이 필요하며, 입원수속을 했다는 형식만으로 무조건 입원급여금이 지급된다고 볼 수 없고 피보험자의 신체상태가 상기 ①·② 전제조건을 충족해야 보험금 지급요건이 발생하는 것으로 본다.

② 보험금 지급책임은 적정 입원으로 한정

입원이라 함은 질병 또는 재해의 직접치료를 함에 있어 자택 및 통원치료가 불가능하여 국내의 병원에 입실하여 의사관리 하에 치료에 전념하는 것을 말한다. 질병 등에 대한 치료나 검사를 위한 의료장비가 구비되어 있지 않고 물리치료를 받을 수 있는 침상과 일부 기구만 있는 병원에서의 입원이나, 치료받은 내용이 휴식, 심신을 안정시키는 체조, 온천욕, 숲 쫓돌 등 입원을 통해서만 가능한 것이 아닌 치료방법이 대부분인 입원치료를 약관에서 보험금 지급사유로 정하고 있는 입원으로 인정되지 않는다.

입원의 적정성은 ‘체류시간, 환자의 증상, 진단 및 치료 내용과 경위, 환자 환자들의 행동 등을 종합하여 판단하며(대법원 2008도4665 판결), 입원기간 중 의박을 하거나, 자택 및 통원치료가 가능한 경우 등은 의료진에 관리 하에 치료를 받을 필요가 없다고 보여지는 경우 등은 입원으로 인정하지 않는다(대전지방법원 논산지원 2009.3.26. 선고 2008가합313).

또한, 치료가 이미 종결되었음에도 계속하여 입원하거나 입원의 형식만을 갖추었다고 하여 입원급여금 지급대상 입원으로 볼 수 있는 지 여부에 대해 살펴보면, 치료의 대상이 되는 질병이 없다는 점에서 그 기간을 약관상 입원기간으로 인정하기는 어려울 것으로 보인다. 그리고 입원의 필요성이 없다는 의사의 판단에 반하여 피보험자가 정당한 이유 없이 계속 입실하였거나 의사의 지시에 따르지 않아 질병 등이 악화되어 입실기간이 길어진 때에도 치료에 전념한 기간이 아니라는 점에서 그 전부 또는 일부가 보험금 지급대상 입원기간에서 제외되어야 하는 것으로 판단된다.

③ 보험금 지급금액

입원보험금은 가입시 약정한 1일당 가입금액 전액을 1회 입원당 120일을 한도로 지급한다. 약관별로 일부 질병 등에 대해서는 지급액을 제한하는 경우가 있을 수 있으므로, 민원처리시에는 반드시 개별 약관에서 정한 보험금 지급조건을 확인하여야 한다.

다. 입원보험금 보장내역

① 보장한도

입원보험금 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 한다. 피보험자가 병원 등을 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정하면 계속하여 입원한 것으로 보며, 동일한 질병 등을 치료할 목적으로 4일 이상 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 보고 각 입원일수를 더하여 입원보험금을 지급한다.

② 새로운 입원

동일한 질병 등으로 인한 입원이라도 입원보험금이 지급된 퇴원일로부터 180일이 경과한 입원은 새로운 입원으로 간주하여 입원보험금을 지급한다.

③ 입원기간중 보험기간 만료

피보험자가 질병 등이 치료를 위해 입원치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에는 퇴원하기 전까지는 계속적인 입원으로 보고 120일까지는 입원보험금을 지급한다. 다만 개별약관에서는 달리 규정할 수 있으므로 반드시 해당 약관을 확인하여야 한다.

④ 의사지시 불이행

피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 입원보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않는다.

라. 계약전 알릴의무 위반

보험가입시 과거병력이나 현재의 건강상태 등을 보험회사에 알리지 않았을 경우 보험회사는 보험계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절할 수 있으므로 보험사고 발생시 계약전 알릴의무 위반사항을 확인하여야 한다.

그러나 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년간 그 질병으로 추가 진단 또는 치료사실이 없는 때에는 5년 경과이후에는 입원보험금이 지급된다.

2. 주요 민원유형

□ 의사의 퇴원지시 후 입원한 기간에 대한 입원보험금 지급책임

- (사례 1) 질병으로 입원하여 치료가 종결되고 의사가 퇴원하라고 했는데, 개인적인 사정이 있어서 1주일 정도 더 입원한 경우, 퇴원지시를 받은 이후 추가로 입원한 1주일에 대해서 입원보험금 지급책임이 발생하는지

- ☞ 입원보험금은 질병 치료의 필요성이 인정되고 그 치료를 위해 입원이 필요한 경우에 지급되는 것이므로, 치료가 종결되고 의사가 퇴원을 지시하였다면, 퇴원 요청 후 질병치료 목적이 아닌 개인사정 때문에 입원한 기간에 대해서는 질병보험금 지급책임이 발생하지 않음

□ 질병치료 이후 후유증 치료에 대한 입원보험금 지급책임

- (사례 2) 질병치료는 종결되었으나, 일부 후유증이 남아 이에 대해 입원 치료하였는데, 이와 같이 후유증에 대한 입원치료 기간도 입원보험금 지급대상에 해당하는지

- ☞ 생명보험 입원특약에 따르면 통상 질병 등의 치료를 직접목적으로 한 입원기간에 대해서만 입원보험금을 지급하는 것으로 규정하고 있어, 약관에서 담보하는 질병 등의 치료목적이 아닌 후유증 치료에 대해서는 입원보험금 지급책임이 발생하지 않음

□ 입원치료 중에 보험기간이 종료된 경우 입원보험금 지급한도

- (사례 4) 입원치료를 받던 도중에 보험기간이 만료되었는데, 보험기간이 만료된 이후에 입원한 기간에 대해서도 입원보험금을 받을 수 있는지

- ☞ 가입한 약관규정에 따라 다를 수 있으나, 통상 입원하고 있는 상태에서 보험기간이 만료되더라도, 입원보험금 지급한도(120일)까지는 입원보험금을 지급하는 것임

□ 요양기관에 입원한 경우 입원보험금 지급책임

- (사례 5) 입원치료를 받던 도중에 주변 지인의 권유에 따라 치료시설이 없는 요양병원에서 입원하여 요양한 경우에 요양병원에 입원한 기간에 대해서도 입원보험금을 받을 수 있는지

- ☞ 입원보험금은 질병치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에 지급되는 것이므로, 질병치료 행위가 이루어지지 않는 요양병원에 입원하여 요양한 기간에 대해서는 입원보험금 지급책임이 발생하지 않음

다만 요양병원이라 하더라도 질병치료의 시설이 갖추어져 있고 질병 치료 행위가 수행되었다면 입원보험금을 지급받을 수 있음

3. 판례

■ 입원치료의 의미와 입원 여부의 판단 방법(대법원 2009.5.28. 선고 2008도 4665)

쟁점사항

① 입원치료의 의미와 입원 여부의 판단 방법

- ② 실제 지급받을 수 있는 보험금보다 다액의 보험금을 기망행위로 편취한 경우 사기죄의 성립여부 및 그 성립범위(지급받은 보험금 전체)
- ③ 실제 일부 입원치료가 필요하더라도 그 범위를 넘는 장기간의 입원을 유도하여 과도한 요양급여비를 청구한 행위는, 사회통념상 권리행사의 수단으로 용인할 수 없는 것이어서 요양급여비 전체에 대하여 사기죄가 성립한다고 한 사례

판결요지

- ① ‘입원’이라 함은 환자의 질병에 대한 저항력이 매우 낮거나 투여되는 약물이 가져오는 부작용 혹은 부수효과와 관련하여 의료진의 지속적인 관찰이 필요한 경우, 영양상태 및 섭취음식물에 대한 관리가 필요한 경우, 약물투여·처치 등이 계속적으로 이루어질 필요가 있어 환자의 통원이 오히려 치료에 불편함을 끼치는 경우 또는 환자의 상태가 통원을 감당할 수 없는 상태에 있는 경우나 감염의 위험이 있는 경우 등에 환자가 병원 내에 체류하면서 치료를 받는 것으로서, 보건복지부 고시인 ‘요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항’ 등의 제반 규정에 따라 환자가 6시간 이상 입원실에 체류하면서 의료진의 관찰 및 관리 아래 치료를 받는 것을 의미하나, 입원실 체류시간만을 기준으로 입원 여부를 판단할 수는 없고, 환자의 증상, 진단 및 치료 내용과 경위, 환자들의 행동 등을 종합하여 판단하여야 한다.
- ② 기망행위를 수단으로 한 권리행사의 경우 그 권리행사에 속하는 행위와 그 수단에 속하는 기망행위를 전체적으로 관찰하여 그와 같은 기망행위가 사회통념상 권리행사의 수단으로서 용인할 수 없는 정도라면 그 권리행사에 속하는 행위는 사기죄를 구성하는데, 보험금을 지급받을 수 있는 사유가 있다 하더라도 이를 기화로 실제 지급받을 수 있는 보험금보다 다액의 보험금을 편취할 의사로 장기간의 입원 등을 통하여 과다한 보험금을 지급받는 경우에는 지급받은 보험금 전체에 대하여 사기죄가 성립한다.
- ③ 환자들의 건강상태에 맞게 적절한 진료행위를 하지 않은 채 입원의 필요성이 적은 환자들에게까지 입원을 권유하고 퇴원을 만류하는 등으로 장기간의 입원을 유도하여 국민건강보험공단에 과다한 요양급여비를 청구한 행위는 사회통념상 권리행사의 수단으로 용인할 수 없는 것이어서, 비록 그 중 일부 기간에 대하여 실제 입원치료가 필요하였다고 하더라도 그 부분을 포함한 당해 입원기간의 요양급여비 전체에 대하여 사기죄가 성립한다

■ 입원치료의 의미와 입원 여부의 판단 방법(대법원 2006.1.12. 선고 2004도 6557)

쟁점사항

① 통원치료와 대비되는 개념으로서의 입원치료의 의미와 입원 여부의 판단 방법

- ② 환자가 입원수속을 밟은 후 고정된 병실을 배정받아 치료를 받는 형식을 취하였고 병원에 6시간 이상 체류하였다고 하더라도, 실제 치료를 받은 시간과 치료의 내용이나 목적 등을 종합하여, 치료의 실질이 입원치료가 아닌 통원치료에 해당한다고 한 원심의 판단을 수긍한 사례
- ③ 의사인 피고인이 입원치료를 받을 필요가 없는 환자들이 보험금 수령을 위하여 입원 치료를 받으려고 하는 사실을 알면서도 입원을 허가하여 형식상으로 입원치료를 받도록 한 후 입원확인서를 발급하여 준 사안에서, 사기방조죄가 성립한다고 한 원심의 판단을 수긍한 사례

판결요지

- ① 입원이란 함은 환자의 질병에 대한 저항력이 매우 낮거나 투여되는 약물이 가져오는 부작용 혹은 부수효과와 관련하여 의료진의 지속적인 관찰이 필요한 경우, 영양상태 및 섭취음식물에 대한 관리가 필요한 경우, 약물투여·처치 등이 계속적으로 이루어질 필요가 있어 환자의 통원이 오히려 치료에 불편함을 끼치는 경우 또는 환자의 상태가 통원을 감당할 수 없는 상태에 있는 경우나 감염의 위험이 있는 경우 등에 환자가 병원 내에 체류하면서 치료를 받는 것으로서, 보건복지부 고시인 ‘요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항’ 등의 제반 규정에 따라 환자가 6시간 이상 입원실에 체류하면서 의료진의 관찰 및 관리하에 치료를 받는 것을 의미한다고 할 것이나, 입원실 체류시간만을 기준으로 입원 여부를 판단할 수는 없고, 환자의 증상, 진단 및 치료 내용과 경위, 환자들의 행동 등을 종합하여 판단하여야 한다.
- ② 환자가 입원수속을 밟은 후 고정된 병실을 배정받아 치료를 받는 형식을 취하였고 병원에 6시간 이상 체류하였다고 하더라도, 실제 치료를 받은 시간과 치료의 내용이나 목적 등을 종합하여, 치료의 실질이 입원치료가 아닌 통원치료에 해당한다
- ③ 의사인 피고인이 입원치료를 받을 필요가 없는 환자들이 보험금 수령을 위하여 입원 치료를 받으려고 하는 사실을 알면서도 입원을 허가하여 형식상으로 입원치료를 받도록 한 후 입원확인서를 발급하여 준 사안에서, 사기방조죄가 성립한다

■ 입원치료 기간의 적정성(대법원 2007.8.23. 선고 2007다35442)

쟁점사항

- 2주정도 입원치료를 하면 그 이후에는 통원치료로 충분함에도 장기간 입원한 경우 입원급여금 지급 대상 여부

판결요지

좌술관절 퇴행성 관절염의 경우 보통 2주 정도 입원치료를 하면 그 이후에는 통원치료로 충분한 사실, 원고는 입원 기간 40일 동안 무단외출·외박으로 병원측으로부터 주의를 받기도 한 사실, 원고는 이 사건 이전에는 2000. 4. 3.부터 2005. 11. 17.까지 사이에 요추염좌 등으로 인하여 수차례 입원, 통원치료 및 수술을 받아 피고가 이 사건 제1보험금으로 46,890,000원, 이 사건 제2보험금으로 53,540,000원을 지급한 사실이 인정되는바, 위 인정사실들을 종합해보면 원고가 인천○○병원에서 40일간 입원한 것은 과도하다고 보아므로 2주를 제외한 나머지 기간 동안의 보험금을 삭감한 피고의 조치는 정당하다

10 적정 입원기간 판단

1. 기본 개념

가. 적정 입원기간의 의미

‘입원’은 사전적 의미로는 환자가 병을 고치기 위하여 일정한 기간 동안 병원에 들어가 머무는 것을 말하며, 생명보험 입원특약에서는 의사의 자격을 가진 자에 의하여 질병 또는 재해로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말한다.

생명보험 상품에서 입원보험금은 피보험자에게 재해 또는 질병이 발생한 경우 그 치료를 직접목적으로 4일 이상 계속하여 입원한 때에 가입시 약정한 금액(1일 기준)을 120일을 한도로 지급하는 것이므로, 입원보험금 지급금액은 가입시 약정한 금액에 입원기간을 곱하여 산출된다.

입원기간을 기준으로 입원보험금을 산출·지급하나, 피보험자가 입원하였다고 무조건 입원보험금 지급대상 입원기간으로 인정되는 것은 아니다. 보험금 지급대상 입원기간으로 인정되기 위해서는 ①의사가 재해 또는 질병 치료가 필요하다고 인정하고 ②그 치료를 위하여 자택 등에서의 치료가 곤란하여 입원이 필요하여 ③병원에 입원하여 의사의 관리하에 질병 등에 대한 치료를 받은 경우이어야 한다. 즉 ①·②이 조건이 충족된 상태에서 실제 입원하여 치료받은 기간이어야만 보험금 지급대상 입원기간을 인정되는 것이다. 이와 같은 조건을 충족한 입원기간은 그 입원기간의 장단(長短)에 무관하게 일정한도까지 보험금 지급대상 입원기간으로 인정된다.

따라서, 통원치료가 가능하거나 치료가 이미 종결되었음에도 입원하고 있거나 입원의 형식만을 갖추고 있는 경우, 입원의 필요성이 없다는 의사의 판단에 반하여 피보험자가 정당한 사유 없이 계속 입원하고 있거나, 의사에 지시에 따르지 않아 질병 등이 악화되어 입실기간이 길어진 경우 등에는 보험금 지급대상 입원기간으로 인정되지 않거나 제한될 수 있다.

생명보험 특별약관 등에서는 입원보험금 지급과 관련하여 적정 입원기간이란 말은 어디에도 나와 있지 않다. 이는 실무상 사용하는 용어로 앞에서 살펴본 바와 같이 보험금 지급대상 입원기간으로 인정되는 기간이라는 의미로 이해된다. 일부 현장에서는 건강보험공단에서 통계로 발표한 질병별

평균 입원기간으로 이해하고 있으나, 이는 단순 통계수치로 이를 기준으로 피보험자 입원기간의 적정성을 판단하여서는 안된다. 피보험자의 입원기간의 적정성 여부는 의료인의 판단에 따라야 하는 부분으로, 피보험자의 상태(세질과 연령 등), 치료경과 등에 따라 다르게 나타나기 때문이다.

나. 입원기간의 적정성 판단

피보험자가 질병 등의 직접치료를 목적으로 입원한 기간이 적절한 지에 대한 판단은 환자인 피보험자의 상태와 이에 대한 의사의 소견서에 기초하여 판단하여야 한다. 건강보험공단이 발표한 질병별 평균 입원일수를 기준으로 입원기간의 적정성을 판단하여서는 안 된다. 그 수치는 질병별 평균 입원일수일 뿐으로 입원기간의 적정성을 판단할 수 있는 절대적인 기준은 아니기 때문이다.

참고로, ‘결핵환자의 적정 입원기간’을 정한 보건복지부 고시 제2008-21호에 의하면 입원기간은 환자의 치료단계를 기준으로 정하되, 연장이 필요한 경우에는 환자의 상태 및 의사소견서를 참조하여 사례별로 정하도록 하고 있다. 입원보험금 산정대상 적정 입원기간을 판단함에 있어도 이와 같은 기준에 따라, 피보험자의 상태와 의사소견서를 기준으로 피보험자별로 판단하여야 한다.

[결핵환자의 적정 입원기간(보건복지부 고시 제2008-21호 발췌)]

| | |
|---------------|---|
| 결핵환자의 적정 입원기간 | <p>결핵은 유효한 화학치료를 실시하면 전염성이 소실되므로 외래치료를 원칙으로 하나 병발증인 객혈, 심한 호흡곤란, 고열, 기흉, 농흉, 약제에 대한 심한 부작용, 당뇨병 등 합병증이 동반된 경우에는 입원치료가 가능하므로 환자가 투약을 규칙적으로 잘 받고, 임상적으로 호전되어 가는 경우 각 치료단계별 입원기간은 다음과 같이 인정하되 연장이 필요한 경우에는 환자상태 및 의사소견서를 참조하여 사례별로 인정한다.</p> <p>- 다음 -</p> <p>가. 초 치료환자 - 2주간의 입원치료를 원칙으로 함</p> <p>나. 재 치료환자 중</p> <p>① 1차약제 투여환자 - 초치료와 동일</p> <p>② 2차약제 투여환자 - 매월 객담도말 검사상 통상 3회 연속(수일 간격) 균음전 시까지 입원인정</p> <p>다. 다제내성(난치성) 결핵환자</p> <p>매월 객담도말 검사상 통상 3회 연속(수일 간격) 균음전 시까지 입원인정</p> <p>(2005.1.1. 진료분부터 적용)</p> |
|---------------|---|

<요약금어의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 개정(안)>

다. 부정적 입원기간 보험금 지급책임 및 입증책임

피보험자가 질병 등의 직접치료 목적으로 입원하였다면, 원칙적으로 입원기간 전체(120일 한도)에 대해 입원보험금을 지급하여야 한다. 그러나 피보험자의 입원기간이 보험금 지급대상 입원기간으로 인정하기 어려운 사유가 있을 때에는 부정적 입원으로 보고 입원기간 전부 또는 일부가 보험금 지급대상 입원기간에서 제외될 수 있다. 이와 같은 부정적 입원 기간에 대해서는 보험회사에 입원보험금 지급책임이 발생하지 않는다.

앞에서 설명한 바와 같이 입원기간의 적정성은 피보험자인 환자의 상태와 의사소견서에 기초하여 판단하여야 한다. 현재 실무상 인정되고 있는 부정적 입원 사례로는 피보험자의 질병 등의 상태에 비해 입원기간이 지나치게 긴 경우, 입원기간에 적합한 특별한 치료행위가 인정되지 않거나 통원치료가 가능한 경우, 치료의사의 퇴원 권유에도 불구하고 계속 입원한 경우, 부득이한 사유가 없었음에도 무단 외출이나 외박을 한 경우 등이 있다.

부정적 입원 사례에 해당되면 의사소견서 등에 기초하여 피보험자가 입원보험금 지급대상으로 인정하기 어려운 과다입원을 하였다는 사실을 입증하면 보험회사는 그 기간에 해당하는 보험금 지급책임을 면할 수 있다.

◆ 외출, 외박 기간에 대한 입원기간 인정여부

- ▶ 보험의 선의성에 비추어 볼 때 피보험자 스스로 보험의 보호영역에서 벗어난 행위에 대해서까지 보험금이 지급되는 모순이 발생하고, 이 경우 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 다른 피보험자와 형평을 기할 수 없게 되어 보험의 단체성이 침해될 수 있고
- ▶ 약관상으로도 보험금 지급대상 입원으로 인정되기 위해서는 병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하여야 하므로, 의사의 관리 통제를 벗어난 외출, 외박 기간은 입원기간으로 인정하기 어렵다.

2. 주요 민원유형

□ 의사 소견에 따른 장기입원 전체에 대한 입원보험금 발생여부

- (사례 1) 약관상 입원보험금 지급대상 질병으로 의사소견에 따라 입원 치료를 받고 보험금을 청구하였으나, 통상의 입원기간에 비해 장기간 입원하였다며 통상의 입원기간만 입원보험금을 인정한다고 하는데

- ☞ 질병별로 인정되는 입원기간은 없으며, 해당 질병에 대한 입원치료가 필요하다는 의사 소견에 따라 입원하였다면, 비록 해당질병에 대한

통상의 입원기간에 비해 장기간이라 하더라도 해당 입원기간 전체에 대해 입원보험금을 지급받을 수 있음

□ 의사 소견 없는 장기입원 입원보험금 인정범위

○ (사례 2) 천식으로 진단받아 입원치료가 필요하다는 의사 소견이 없는 상태에서 90일간 장기입원한 경우, 입원기간 전체에 대해 입원보험금을 지급 받을 수 있는지

☞ 입원보험금이 지급되는 입원기간은 입원치료가 필요하다는 의사 소견에 따라 입원치료한 기간으로 제한되는 것이므로, 피보험자가 입원보험금 지급대상 질병인 천식이 발병하였더라도 입원치료가 필요하다는 의사의 소견 없이 무단히 입원치료를 받았다면, 입원기간 전체에 대해 입원보험금 지급책임이 발생하는 것은 아님

□ 입원 중 외박했다는 이유로 부지급 결정

○ (사례 3) 관절염으로 입원하던 입원기간 중 외박을 했다는 사유로 입원보험금 일부를 삭감한다고 하는데 타당한 것인지

☞ 입원보험금 지급이 지급되기 위해서는 병원에 입실하여 의사의 관리하여 치료에 전념하여야 하는데, 외출·외박의 경우에는 의사의 관리하에 치료받고 있는 것이 아니므로

보험회사가 외박한 기간에 대해 입원보험금을 삭감하는 것은 정상적인 업무처리에 해당

□ 관절증으로 여러 차례에 걸쳐 장기 입원한 경우 일부지급 타당

○ (사례 4) 발목 관절증으로 4차례에 입·퇴원을 반복하며 60일간 입원치료한 경우 입원보험금을 일부만 지급한다고 하는데, 타당한 것인지

☞ 입원기간이 60일인 것은 명확하나, 의료감정 실시결과 적정 입원기간은 ○일에 불과한 것으로 나타나, 보험회사가 의료감정 결과에 기초하여 ○일을 초과하는 입원기간에 대한 입원보험금을 지급하지 않은 것으로 부당한 결정으로 보기 어려움

○ 이 건 피보험자의 외출·외박 사유가 당해 보험약관에서 정하고 있는 “입원”의 정의를 최소화한 만한 정도의 특별한 예외사항(환자의 정밀검사 등을 위한 일시적 전원, 직계 가족 등의 신상에 긴급한 사항 등 퇴원으로 간주할 수 없을 정도의 수준)에 있었다고 보기 어려운 점.

○ 피보험자가 2009.12.17~2010.6.26.까지 입원하였던 ▽▽병원 및 ○○병원 담당의사에 대해 의적소견을 구한 결과, 당해 피보험자의 경우 구정 및 어린이란 전후 등 너무 긴 외출을 삼가도록 설명하였으나 피보험자가 강력히 원하여 외출 처리하였던 점.

○ ▽▽병원에 입원하여 4개월여 경과 후 퇴원을 권유하였으며, 퇴원 권유당시 피보험자가 지속적인 입원치료를 원하여 퇴원 기한을 연기하였으며, 피보험자의 상태는 뇌출혈 후 신경학적인 회복이 안정화되었고 어떤 의학적 응급상황의 발생은 거의 없을 것으로 평가되어 외박·외출에 대한 제재를 하지 않았던 점.

○ 과거 금융분쟁조정위원회가 입원기간 중 외출, 또는 외박을 하는 경우 약관상 정한 입원급여금이 지급되는지의 여부에 대한 판단(2003.12.16. 조정번호 제2003-60호.)을 함에 있어, 직계 가족의 사망 등 외출, 외박이 불가피한 경우를 제외하고 피보험자가 자신의 의사에 기초하여 과도하게 외출·외박하는 경우에도 입원급여금을 지급하게 된다면, 보험의 선의성에 비추어 볼 때 피보험자 스스로 보험의 보호영역에서 벗어난 행위에 대해서까지 보험금이 지급되는 모순이 발생하고, 이 경우 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 다른 피보험자와의 형평을 기할 수 없게 되어 보험의 단체성을 유명무실하게 하는 결과를 초래할 수 있다고 조정결정하였던 점 등을 감안할 때 이 건 피보험자의 입원을 당해 보험약관이 정하고 있는 건강생활비의 지급사유에 해당된다고 인정하기는 어렵다.

판단결과

피보험자의 2009.12.17~2010.6.26.까지 입원사실에 대하여 당해 보험약관에서 정한 건강생활비를 지급하지 않은 피신청인의 업무처리를 부당하다 할 수는 없음

3. 분쟁조정사례

■ 장기 입원했으나 계속입원이라 보기 어려운 경우 건강생활비 지급 여부 (10.11.23. 결정 제10-101호)

| 사건개요 |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">○ 피보험자가 뇌출혈로 2006.4.17.~6.12.(○○대학교 한방병원), 2006.6.13.~9.4.(◇◇병원), 2006.9.5.~10.18.(△△△병원), 2009.12.17.~2010.5.27.(▽▽병원) 입원하였고, 뇌출혈 후 유증 등으로 2010.5.27.~6.26.(○○○병원) 입원하여 건강생활비를 청구○ 보험회사가 피보험자가 입원한 기간 중에 실시한 MBI(국제평가기준인 바텔지수: 뇌졸중 환자 등에 대한 운동장애를 수치로 평가) 등의 검사상 양호한 수준의 소견이 관찰되고, 외출 또는 외박이 빈번하게 이루어졌던 점을 감안할 때 피보험자가 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념한 것으로 인정할 수 없다며 건강생활비의 지급을 거절○ 피보험자가 2009.12.17~5.27(▽▽병원), 2010.5.27~6.26(○○○병원)에서의 입원기간 중 주말 등의 시간에 외출·외박이 있었던 것은 사실이나, 재활환자에게 있어 외출 등은 치료의 일환이며, 과거 입원 치료시에도 문제를 삼지 않다가 지금에 와서 외출, 외박만을 이유로 장기입원을 인정하지 않으면서 건강생활비의 지급을 거절하는 것은 부당하다며 분쟁조정을 신청 |

쟁점사항

장기입원 기간 중에 외출 또는 외박을 하는 경우 이를 건강생활비의 지급대상에 해당하는지 여부

판단근거

○ 당해 보험약관 상 “계속”의 사전적 의미(국립국어원 표준국어대사전)는 “어떤 행위 등이 끊이지 않고 이어 나가는 것”을 말하고 있는 바, 이 건 피보험자가 위 2009.12.17~2010.6.26.까지 총 192일간의 입원기간 중 39박 62일간 외출 또는 외박을 한 점 등을 감안할 때 계속 입원의 상태에 놓여 있었다고 보기 어려우며, 더욱이 일률적으로 120일만을 한도로 하여 지급하는 입원비의 성격과는 달리 건강생활비는 31일, 121일, 181일 이상 장기간 입원하는 경우에 한하여 그 기간의 정도에 따라 환자를 위로하는 요양비의 특성을 가지고 있으므로 계속 입원이라는 전제조건을 충족해야 하는 점

○ 당해 보험약관상 “입원”이라 함은 (1) 의사가 보장대상이 되는 질병 등의 치료가 필요하다고 인정한 경우, (2) 자택 등에서의 치료가 곤란하여 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 의미하는데, 설명 의사의 허락을 받아 외출, 또는 외박을 하였고, 뇌졸중 및 척수손상 등 재활치료를 받는 환자들의 경우 병의 특성상 절대안정을 필요로 하는 상태가 아니라서 재활치료가 없는 주말이나 공휴일에 외박을 원하는 경우가 많다 하더라도 그 기간 중에는 의사의 관리 하에 치료에 전념해 있었다고 볼 수 없을 뿐만 아니라 이러한 피보험자의 개별적 사정에 의해 당해 보험약관의 문언상 취지를 달리 해석함은 온당하지 못한 점.

■ 입원기간 중 외출, 또는 외박을 하는 경우 약관상 정한 입원급여금이 지급되는지의 여부(03.12.16. 결정 제03-60호)

사건개요

○ '02.4.21. 낙하산을 타고 강하하던 중 착지를 잘못하여 우측 슬관절 부상을 당하여 124일의 입원치료를 받고, 입원급여금을 청구

○ 보험회사에서 입원기간 중에 피보험자가 주말에 총 13회에 걸쳐 28일간 외박 하였고, 1회 외출할 사실이 있다며, 외출·외박일수 29일을 제외한 95일에 대하여만 입원급여금을 지급

○ 입원급여금을 지급하면서 외출·외박일수를 제외한 것은 부당하다며 분쟁을 제기

쟁점사항

입원기간 중 외출, 외박이 입원급여금 지급대상에 해당하는지 여부

판단근거

직계 가족의 사망 등 외출, 외박이 불가피한 경우를 제외하고 피보험자가 자신의 의사에 기초하여 과도하게 외출·외박하는 경우에도 입원급여금을 지급하게 된다면, 보험의 선의성에 비추어 볼 때 피보험자 스스로 보험의 보호영역에서 벗어난 행위에 대해서까지 보험금이 지급되는 모순이 발생하고, 이 경우 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 다른 피보험자와의 형평을 기할 수 없게 되어 보험의 단체성을 유명무실하게 하는 결과를 초래할 수 있다고 조정결정

판단결과

입원기간 중 외출, 외박은 입원급여금 지급대상에 해당하지 않음

4. 판례

- 천식으로 10-20일씩 2년간 입원한 경우 천식으로 입원치료가 필요한 지 여부(대법원 '12.9.13. 선고 2012다51592)

쟁점사항

특정질환의 입원 형식만으로 입원급여금 지급사유에 해당하다고 볼 수 있는 지 여부

판결요지

각 입원의 경우 천식으로 입원치료가 필요한 증상이 나타나지 않았고, 입원기간 중 1회 폐기능 검사가 시행되었으나 나머지 병원에서 폐기능 검사가 이루어지지 않은 점, 검사 결과 천식으로 보이는 소견이 관찰되지 않았음에도 원고 스스로 각 입원 당시 호흡곤란, 기침, 가래 등의 증상을 호소하여 입원치료를 받게 되었는데 이러한 증상은 천식 뿐 아니라 다른 질환에서도 볼 수 있는 점,

천식에 대한 약물치료를 받았는데 치료 약제들은 투여를 위해 입원이 필요한 것이 아니거나 경구 투여가 가능한 약제로 전환이 가능한 점, 진료기록 감정 결과 원고는 통원치료가 가능한 상태였으며, 천식의 초기 평가 단계를 지난 시점인 2-3일을 경과한 때에도 약제에 큰 변동이 없었던 점을 고려하면 이 사건 각 입원에 대하여 입원당 3일 이상의 지속적인 입원은 필요하지 아니하다.

- 통원치료 권유 이후 입원기간에 대해 입원보험금 인정사례(서울서부지방법원 2006.11.9. 선고 2006나2678)

쟁점사항

치료의사로부터 통원치료를 권유 받은 이후에도 호전되지 않아 계속 입원한 경우 입원보험금 지급책임 발생 여부

판결요지

피보험자가 진료한 담당의사가 2003.6.초경 외래방문치료 또는 1차 진료기관으로의 전원을 권유하였고, 이후 2003. 7. 7.경 제2차 외래방문치료 또는 1차 진료기관으로의 전원을 권유한 사실, ㉠ 위 진료의사는 2003.8.4.자 및 2003.8.18.자 각 진료확인서를 통하여 피보험자가 2003.6.10.부터 외래방문치료가 가능하였다고 진단하고 있는 사실은 인정할 수 있으나

① 진료의사가 작성한 2003.7.15.자 진단서에 의하면 피보험자가 진단서 작성일 이전에는 좌측소뇌반구 경색 등으로 중환자실에서 집중 치료를 시행하였고, 폐렴, 요도 감염 등의 휴유증으로 장기적인 치료를 병행하였으며, 진단서 작성일 당시까지도 재활 치료 중이며 향후 장기적인 치료 및 추적 관찰을 요한다고 기재되어 있는 사실

② 피보험자는 진료의사로부터 퇴원하여 외래방문치료 또는 1차 진료기관으로의 전원을 권유받은 2003.6.초경 및 2003.7.7.경에도 소뇌 경색에 의한 증상이 완전히 치유되지 아니하여 사지 운동 마비 증상 등이 남아 있는 상태였고, 그 후 퇴원하기 직전인 2003.8.6.까지도 휠체어를 이용하여 거동하였으며, 그 무렵까지도 재활을 위한 물리치료를 지속적으로 받고 있었던 사실

③ 한편, 서울직접자병원은 피보험자가 입원한지 3개월이 경과된 무렵인 2003.6.초경 의료보험공단으로부터 피보험자에 대한 과잉 진료의 여지가 있어 의료급여를 삭감한다는 취지의 통지를 받은 후 피보험자에게 퇴원을 종용하였으나, 피보험자가 퇴원한 무렵인 2003.8.11.까지도 의료보험공단의 피보험자에 대한 의료보험급여가 중단되지는 아니한 사실을 인정할 수 있고

위 ①, ②, ③의 인정사실 및 그로부터 알 수 있는 다음과 같은 사정, 즉, ④ 진료의사가 피보험자에게 입원이 더 이상 필요 없을 만큼 치료가 되었다는 취지에서 퇴원을 권유하였다고 보거나 제3차 진료기관인 서울직접자병원에서 제1차 진료기관으로 전원하여 입원 치료(의료보험수가가 변경됨)를 받을 것을 권유하였던 것으로 보이는 점

⑤ 환자인 피보험자로서는 거동이 불편한 상태에서 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념할 필요성이 충분히 있었다고 판단되는 점에 비추어 보면, 위 ㉠, ㉡의 인정 사실에도 불구하고 피보험자는 2003.3.10.부터 2003.8.11.까지 자택 등에서의 치료가 곤란한 상황에서 이 사건 보험계약에 정한 ‘주요성인병’의 치료를 직접 목적으로 정당하게 서울직접자병원에 입원하여 치료를 받은 것으로 보이고, 달리 위와 같은 사실인정을 뒤집고 피보험자가 2003.6.초경 이후 입원 치료가 불필요함에도 불구하고 계속하여 입원하였음을 인정할 증거가 없다.

- 건강생활비 지급요건 중 ‘계속 입원’의 정의(광주지방법원 2009.4.17. 선고 2008나11319판결)

쟁점사항

건강생활비 지급기간 산정시 중간에 퇴원기간이 있는 3차에 걸친 각 입원기간을 합산해야 하는 지 및 계속입원의 해석

| |
|--|
| ▶ 당노병 및 간염으로 ①06.7.21.~06.8.21.까지 ○○병원에서 32일간 1차 입원 ②06.10.19.~07.1.25.까지 ◇◇병원에서 99일간 2차 입원 ③07.2.20.~07.8.29.까지 □□병원에서 191일간 3차 입원 치료 |
| ▶ 입원기간 적정여부에 대하여 의학적 소견상 1차 입원기간 중 14일, 2차 입원은 약 43일, 제3차 입원은 약 101일임 |
| ▶ 당해 약관에서 현대인의 12대 질병(당뇨 및 간염 포함)으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접 목적으로 181일간 계속입원 후 생존하여 퇴원한 경우 1,700만원의 건강생활비를 지급한다고 규정 |

판결요지

- 3차에 걸친 각 입원기간을 합산한 입원일수를 기준으로 산정해야 하는지에 관하여, 보통거래약관의 내용은 개개 계약체결자의 의사나 구체적인 사정을 고려함이 없이 평균적 고객의 이해가능성을 기준으로 하되 보험단체 전체의 이해관계를 고려하여 객관적, 확실히 해석해야 하고, 그 해석에는 약관 기재 내용의 문리적 의미 뿐만 아니라 문장 속에서 표현하고자 하는 취지 등도 참고가 된다 할 것인데,
- 이 사건 보험계약 약관은 계속입원에 관하여 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우

11 후유장애보험금 지급기준

1. 기본 개념

가. 후유장애의 의미

‘후유장애’라 함은 상해 또는 질병이 치유된 후에도 신체 기능에 영구적인 훼손상태가 잔존하는 것을 의미한다. 즉, 질병 또는 재해에 대한 치료의 효과를 기대할 수 없게 되고 또한 그 증상이 고정된 상태를 의미하는 것으로, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장애에 포함되지 않는다.

후유장애보험금은 보험기간 중 피보험자가 상해 또는 질병으로 신체의 일부를 잃거나 신체기능에 영구적으로 장애가 남는 경우에 육체나 정신의 훼손 상태에 대한 부분을 지급률이나 장애 급수로 산정하여 지급하는 보험금을 말한다. ‘영구적’이란 치유시 장애 회복의 가망이 없는 상태로서 정신적 또는 육체적 훼손상태가 의학적으로 인정되는 경우를 의미한다.

생명보험에서는 한시적인 후유장애에 대해서는 보험금을 지급하지 않는 것이 원칙이었으나, 2005.4월 이후부터는 한시장애 기간이 5년 이상인 경우에 해당 장애 지급률의 20%를 후유장애보험금으로 지급하고 있다.

나. 후유장애보험금 지급요건

생명보험에서 후유장애보험금은 해당 보험기간 중에 상해사고나 질병이 발생하고 그 직접결과로써 해당 보험기간 중에 약관에서 정한 장애지급률에 해당하는 장애상태가 된 경우에 지급한다. 보험금 지급여부는 가입한 상품이나 담보에서 정하고 있는 사고나 질병의 범위에 따라 결정되므로, 보험사고 발생여부 판단시에는 약관내용을 꼼꼼히 살펴야 한다.

후유장애보험금 지급여부는 ①장애진단 시점 ②상해내용과 장애내용(장애부위)의 일치여부 ③사고후 회복을 위한 치료(상해치료, 장애치료)가 시행되었는지 와 그 치료내용 ④다른 사고, 질병, 기왕증의 영향은 없었는지 ⑤해당과 전문의로부터 장애진단을 받았는지 ⑥장애상태가 영구장애인지 한시장애인지 등의 여부를 종합적으로 확인한 후에 결정하게 된다.

후유장애등급, 지급률 등은 기존 생·손보사가 다르게 적용하고 있었으나 2005.4월 보험업감독규정시행세칙 표준약관 개정시 통일시켜 현재는 생·손

라도 피고가 인정하는 때에는 계속입원으로 본다는 내용만을 규정하고 있을 뿐 계속입원에 관한 별도의 정의규정을 두지 아니한 사실, 4월 이상의 계속입원에 대하여 지급하는 입원비의 경우 피보험자가 동일한 질병 치료를 목적으로 2회 이상 입원을 한 경우에는 1회의 입원으로 보아서 각 입원일수를 합산한다는 내용의 규정을 두고 있으나 건강생활비에 대하여는 위와 같은 규정이 없는 사실이 인정되므로 건강생활비 지급요건인 계속입원이라 함은 피보험자가 중도 퇴원 없이 계속하여 입원한 경우를 의미한다

보사가 동일한 기준을 적용하고 있다. 다만, 동 기준 개정전에 가입한 가입자는 가입당시의 장애등급표가 적용되는 점에 유의하여야 한다.

다. 후유장애 판정시기

후유장애는 상해 또는 질병에 대하여 치료가 끝나고 더 이상 치료의 효과를 기대할 수 없으며 그 증상이 고정된 때에 판정하여야 한다.

부위별로 살펴보면 운동기능 장애는 사고 후 최소 6개월 이상 경과하고, 눈 및 신경계 장애는 사고 후 1년 이상 경과하며, 정신장애는 사고 후 2년 이상 경과하여야 적절한 후유장애를 평가할 수 있다. 이는 수상부위에 따라 치유기간이 다르고 치유 후 장애가 남을 경우라도 신체가 저하된 기능장애에 적용하고 그 증상이 고정될 때 까지 시간이 필요하기 때문이다. 세부 내용은 다음과 같다.

① 재해 후유장애

피보험자가 보험기간 중에 상해로 장애분류표에서 정한 지급률에 해당하는 장애상태가 되었을 때 후유장애를 판정한다. 다만 장애상태가 상해 발생일로부터 180일 이내에 확정되지 않으면 상해 발생일로부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 후유장애로 결정한다(표준약관 §4②).

② 질병 후유장애

재해 후유장애 판정시기와 동일하다. 보험기간 중에 확정된 시점 또는 질병 발병일로부터 180일 이내에 확정되지 않으면 180일 되는 날에 후유장애를 산정한다(표준약관 §4②).

③ 악화된 장애

후유장애가 산정되어 장애지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간 중에 장애상태가 악화된 경우에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 후유장애를 재 산정하여 후유장애보험금을 지급한다(표준약관 §4③).

보험계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해 또는 질병 발생일로부터 2년 이내에 대해서만 악화된 장애를 평가할 수 있으며, 보험기간이 10년 미만인 계약은 악화된 장애 평가기간이 1년으로 단축된다(표준약관 §4③).

④ 장애분류표에서 별도로 정한 장애판정시기

표준약관에서는 장애지급률 산정시기를 장애분류표에서 별도로 정하고 있는 경우에는 그 기준에 따르도록 하고 있는데(표준약관 §4②), 구체적인 내용은 다음과 같다.

- ▶ 안구의 운동장애
 - 외상 후 1년 이상 경과한 후에 그 장애정도를 평가
- ▶ 청력장애
 - 순음청력검사 결과를 데시벨로 표시하고 3회 이상 청력검사를 실시한 후 순음평균치에 따라 판단
- ▶ 팔다리 장애 중 금속내고정물을 사용한 경우
 - 금속내고정물이 기능장애의 원인이 된 때에는 금속내고정물을 제거한 후에 장애정도를 평가
- ▶ 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계 질환
 - 외상 또는 발병 후 6개월 동안 지속적으로 치료한 후에 평가
 - 6개월 치료 후 뚜렷한 기능 향상이 진행되거나, 단기간 내 사망이 예상되는 경우에는 6개월 범위 내에서 장애평가 유보
- ▶ 정신행동장애
 - 발병 후 24개월 경과 후 평가가 원칙
 - 의식상실이 1개월 이상 지속되는 경우에는 18개월 경과 후 평가 가능

이와 같이 장애분류표에서 각 신체부위별 특성을 고려하여 후유장애 판정시기를 다르게 정하고 있으므로, 후유장애 판정시 각 부위별 후유장애 판정시기를 고려하여 후유장애 평가가 적절한 것이지를 판단할 필요가 있다.

라. 후유장애 판정기준

① 후유장애 평가

상해보험의 후유장애 평가는 AMA(American Medical Association:미국의사협회) 영구적 신체장애 평가지침의 정상각도 및 측정방법 등에 따르며, 운동범위 및 관절기능 장애를 표시할 경우에는 장애부위의 장애각도와 정상부위의 측정치를 동시에 측정하여 장애상태를 판단한다.

◆ **AMA 장애평가방법**

▶ 의의

- 미국의학협회 산하 장애평가위원회가 만든 영구적 신체장애에 대한 평가지침

▶ 장·단점

- 신체 각 부위에 대한 장애평가기준과 장애율을 표시하여 객관적
- 최신 의학수준을 반영하여 장애명, 장애종류, 검사방법 등이 합리적
- 노동능률상실률이 아닌 신체기능에 대한 장애율만 표시, 신체노동능력 평가에는 불합리
- 외상(外傷)으로 인한 후유증은 미비

▶ 평가방식

- 모든 관절의 운동범위를 종립위치를 '0°'를 기준으로 평가, 관절운동은 '0°'를 시점으로 평가

② 5년 이상 한시장애

생명보험에서의 후유장애보험금은 ‘영구적인 정신 또는 육체의 훼손’ 지급하나, 다만 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애에 대하여 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 후유장애보험금으로 지급한다.

단, 5년 이상 한시장애는 해당 문구가 명기된 2005년 4월 이후 약관만 적용이 가능하고, 이전약관은 영구장애에 대해서만 후유장애보험금이 지급된다. 민원처리시 이 점 유의하여야 한다.

③ 장애분류표에 해당하지 않는 후유장애

신체의 장애정도에 따라 장애분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정한다(표준약관 §4⑧).

④ 같은 상해·질병으로 발생한 두 가지 이상의 후유장애

동일한 재해나 질병을 직접적인 원인으로 두 가지 이상의 후유장애가 생긴 경우에는 각각에 해당하는 장애지급률을 합산하여 장애지급률을 결정한다(개별특약). 다만, 동일한 신체부위에 장애분류표상 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용한다. 다만 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다(표준약관 장애분류표 ①-3-2).

⑤ 다른 상해·질병으로 발생한 두 가지 이상의 후유장애

다른 상해나 질병으로 후유장애가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장애지급률을 결정한다. 그러나 그 후유장애가 이미

후유장애보험금을 지급 받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장애상태에 해당하는 후유장애보험금에서 이미 받은 후유장애보험금을 차감하여 지급한다(개별특약).

⑥ 동일한 신체부위 적용기준

장애분류표에서는 신체부위를 13개 부위로 구분하고 있다. 이를 각각 동일한 신체부위라고 한다. 같은 질병 또는 재해로 동일한 신체부위에 장애분류표상 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용한다(표준약관 장애분류표 ①-3-2).

따라서 장애발생 내역을 평가할 때는 장애가 발생한 부위를 장애분류표상 신체부위별로 분류하여 살펴보고 지급률을 결정하여야 한다. 특히, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌우를 각각 다른 신체부위로 보고 있기 때문에 좌우의 신체부위에 두 가지 이상의 장애가 각각 발생한 경우에는 합산하여 적용하여야 하는 점에 유의하여야 한다.

⑦ 파생장애

하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 경우에는 각각 그 중 높은 지급률만을 적용하여 후유장애보험금을 지급한다(표준약관 장애분류표 ①-3-1).

⑧ 뇌사판정과 장애

의학적으로 뇌사 판정을 받고 호흡기능과 심박박동기능을 상실하여 인공 심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장애의 판정대상에 포함되지 않는다(표준약관 장애분류표 ①-3-3).

이는 근 기간 내 사망(장기공여 등 과정을 통해)할 가능성이 높은 상태이므로 향후 장애를 안고 살아가야 할 장애상태로 보지 않기 때문이다. 우리나라에서는 「장기 등 이식에 관한 법」에서 「뇌사자란 이 법에 의한 뇌사판정기준 및 뇌사판정절차에 따라 뇌 전체의 기능이 되살아 날 수 없는 상태로 정지되었다고 판정된 자를 말한다」고 규정함으로써, 뇌사자는 장기이식을 시행할 수 있는 법적인 사망상태에 있는 것으로 규정하고 있다.

마. 후유장애분류표 주요 내용

① 장애의 정의

상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태를 말한다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장애에 포함되지 않는다.

② 신체부위

①눈 ②귀 ③코 ④혓바닥 먹거나 말하는 기능 ⑤외모 ⑥척추(등뼈) ⑦체간골 ⑧팔 ⑨다리 ⑩손가락 ⑪발가락 ⑫흉·복부장기 및 비뇨생식기 ⑬신경계·정신행동의 13개 부위를 말하며, 이를 각각 동일한 신체부위라 한다. 다만, 좌·우의 눈, 귀, 팔, 다리는 각각 다른 신체부위로 본다.

③ 지급률 결정

장애지급률은 ‘장애분류표’에 따라 결정함을 원칙으로 하며, 앞에서 설명한 바와 같이 파생장애와 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 그 중 높은 지급률에 따라 지급하며, 뇌사는 장애판정 대상에 포함되지 않는다.

바. 분쟁발생시 처리방법

후유장애지급률에 대해 합의에 도달하지 못한 경우에는 보험수익자와 보험회사가 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있다. 제3자는 의료법 제3조에 정한 종합병원 소속 전문의를 말하며, 보험금 지급사유 판정에 소요되는 비용은 보험회사가 부담한다(표준약관 §49).

지급보험금 결정 등과 관련하여 보험금 지급이 늦어지는 경우에는 가지급보험금을 지급할 수 있으며, 일부 지급률은 확정되고 초과된 부분에 대해 분쟁이 있는 경우에는 확정된 부분에 대해서는 보험금을 가지급할 수 있다(표준약관 §82·③·④·⑤).

2. 주요 민원유형

□ 상해 또는 질병의 직접결과로써의 후유장애여부(1)

- (사례 1) 작업 중 사고로 제2수지 부상 후 제3수지의 피판을 떼어내 제2수지에 신경혈관을 포함한 피판 이식술 시행, 제2 및 제3수지에

- ☞ 교통사고로 동일부위에 후유장애가 발생한 것이므로, 교통사고로 발생한 장애지급률이 기존 장애지급률을 상회하는 경우에 한하여 기존 장애지급률을 차감한 범위의 보험금 지급책임이 발생

□ 사망 전 후유장애 진단의 후유장애보험금 인정 요청

- (사례 5) 상해사고로 식물인간 상태에서 후유장애 진단을 받은 이후 사망한 건에 대하여 후유장애 보험금 지급을 요청

- ☞ 식물인간 상태는 사망으로 진행되는 단계에서 거치는 일시적인 장애상태로 이는 증상이 고정되어 신체에 남아있는 영구적 훼손상태로 보기 어려워, 후유장애보험금이 지급 대상이 아닌 사망보험금 지급대상에 해당

□ 후유장애의 평가방법 및 인정기준

- (사례 6) 좌측 슬관절에 12mm의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 확인되어 후유장애보험금을 청구한 경우, 환측(장애발생 부위)만 측정한 상태로 장애를 청구하였으나 보험사는 건측(정상 부위)과 환측(장애발생 부위)을 확인하여 판단하여야 한다고 하는데

- ☞ 개인별로 기본적으로 관절에 동요가 있기 때문에 건측을 확인하고 환측에 대한 장애발생정도를 확인하고자 하는 것임(건측에 있는 동요는 제외)

□ 동일부위 장애 장애지급률 인정범위

- (사례 7) 신경계 장애로 인해 일상생활 기본동작(ADLs)장애 60% 및 다리장애 40%가 발생하여 100%의 장애를 청구한 경우, 장애지급률을 합산하여 장애보험금을 지급하여야 하는 것인지

- ☞ 하나의 상해 또는 질병으로 동일한 신체부위에 장애분류표상 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용(하나의 하지에 대한 지급률 최고한도는 60%)하여야 하므로, 이 경우 장애지급률 60%를 적용하여 후유장애보험금 지급

대한 장애보험금을 청구한 경우, 제3수지에 발생한 후유장애를 후유장애보험금 지급요청

- ☞ 제3수지에 발생한 후유장애는 상해사고의 직접결과로써 발생한 후유장애에 해당되지 않고, 제2수지를 치료하기 위해 환자의 예견과 동의하에 이루어진 의료행위에서 비롯된 것이므로

제해에 해당하는 우연한 사고가 아니므로, 제3수지에 발생한 후유장애보험금은 인정되지 않음

□ 상해 또는 질병의 직접결과로써의 후유장애여부(2)

- (사례 2) 자궁암으로 진단된 이후에 난소암 등을 예방하기 위하여 양측 난소를 적출한 후 비뇨생식기에 대한 후유장애보험금을 청구한 경우, 후유장애보험금이 인정되는지

- ☞ 난소암 예방을 위해 양측 난소를 모두 제거하여 비뇨생식기에 장애가 발생한 것으로, 자궁암의 직접 결과로 발생한 장애로 보기 어려우므로, 후유장애보험금 지급대상으로 보기 어려움

□ 상해로 발생한 한시장애 후유장애보험금 지급대상 여부

- (사례 3) 상해사고로 족관절 분쇄골절 진단을 받고 수술치료를 받은 후 3년 한시장애 진단을 받은 경우, 상해보험의 후유장애보험금 지급대상에 해당되는지

- ☞ 2005.4.1일 이후 적용된 표준약관에 따르면 질병 또는 상해로 후유장애가 발생한 경우 영구장애에 대해서만 보험금을 지급하는 것이 원칙이나 예외적으로 5년 이상의 한시장애에 대해서는 해당 장애지급률의 20%를 지급하도록 규정

이 건의 경우 한시장애 인정기간이 3년으로 약관상 후유장애보험금 지급대상에 포함되지 않음

□ 가중된 장애로 인정하여 보험금 지급 요청

- (사례 4) 후유장애 진단을 받고 보험금 수령 후 교통사고로 동일부위에 후유장애가 발생한 경우, 기존의 장애진단을 받은 부위 외에 새롭게 장애가 발생한 ‘가중된 장애’로 인정해 줄 것을 요청

3. 분쟁조정사례

■ 상해사고로 인한 후유장애 해당여부(‘10.1.26. 결정 제10-11호)

| 사건개요 |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ○ 신청인은 ‘08.1.17. 보험에 가입한 후, 2008.6.14. 공사장에서 작업 중 좌 제2수지 압제 손상 등의 사고로 변연절제술 및 일차봉합술 시행한 후, ‘09.6.3. 좌 제2수지 위축 및 신경중 진단하에 좌 제3수지부위에서 피판을 떼어내 신경혈관을 포함한 피판이식술 시행하고 ○ ‘09.6.16. 피판에 사용된 제3수지부의 피부결손에 대해 피부이식술 시행한 다음 ‘09.9.10. 좌 제2,3수지 각각 후유장애 진단을 받고 후유장애보험금을 신청하였으나 ○ 보험회사가 당시 상해를 입지 않은 좌 제3수지에 대한 후유장애는 치료과정중에 발생한 것으로 이는 상해의 직접적인 결과로 인해 발생한 장애가 아니라는 이유로 장애보험금 지급을 거절하자, 민원을 제기 |

쟁점사항

피보험자의 좌 제3수지의 장애가 상해사고로 인한 후유장애에 해당하는지 여부

판단근거

- 해당 상품의 약관 보상하는 손해에서는 피보험자가 보험기간중에 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체에 상해를 입고 그 상해로 인하여 생긴 손해를 보상한다고 규정하며, 그 상해의 직접적인 결과로써 사고일로부터 2년 이내에 신체의 일부를 잃었거나 또는 그 기능이 영구히 상실된 경우 장애보험금을 지급한다고 규정하고 있음
- 보상하지 아니하는 손해에서는 피보험자의 임신, 출산(제왕절개 포함), 유산, 외과적 수술 또는 그 밖의 의료처치는 보상하지 않는 손해로 규정하고 있음
- 외과적 수술, 기타 의료처치 과정에서 피보험자가 사망하거나 장애를 입는 경우는 피보험자의 예견과 동의하에 이루어지는 의료행위로서 ‘우연한 사고’에 해당하지 않는다고 할 것이고, 이러한 점에서 약관에서 해당 사항을 보상하지 않는 손해로 규정하고 있는 것은 상해보험의 성질상 당연한 경우를 규정하고 있는 것이라고 봄(서울지법 2002.9.3. 선고 2002가단75597 판결, 대법원 1980.11.25.선고 80다1109 판결)
- 좌 제3수지에 대한 후유장애는 2008.6.14.발생한 상해사고의 직접적인 결과로 인해 발생한 것이 아니며, 좌 제2수지를 치료하기 위하여 환자의 예견과 동의하에서 이루어지는 의료행위에서 비롯된 것으로 상해보험의 당연한 성질인 우연한 외래의 사고에 있어서 우연한 사고에 해당되지 아니함

판단결과

좌 제3수지에 발생한 후유장애는 해당 보험약관에서 규정하고 있는 보상하지 않는 손해이고, 또한 상해의 직접적인 결과로 인해 발생한 장애가 아니므로 장애보험금 불인

■ 보험가입전 경추장해가 있던 피보험자에게 요추장해가 발생한 경우 요추장해보험금 지급대상 여부(02.4.23. 결정 제02-13호)

| 사건개요 |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">○ 피보험자는 2000.4.17. ○○병원에서 교통사고로 인한 경추 추간판탈출증으로 생명보험장해분류표에 의거 5급 장해로 진단된 후 2000.12.29. 중생보험에 가입○ 이후 피보험자는 2001.7.28. 자신의 직장인 동 병원에서 환자를 촬영하기 위해 촬영테이블로 환자를 옮기던 중 허리를 다쳐 요추(4·5번) 추간판탈출증으로 2001.9.12.~9.21. 기간중 입원하면서 9.13. 수술을 받았으며, 같은 해 12.19. 중도의 추간판탈출증으로 5급에 해당된다는 후유장해진단서를 발급 받고 보험금을 청구하였으나○ 보험회사가 신청인이 보험가입시 경추에 장해를 알리지 않았음을 이유로 2001.12.8. 본 건 계약을 해지처리하고, 요추부의 장해발생과 관련하여 장해발생 부위가 경추와 동일부위임을 이유로 하여 장해보험금 지급도 거절하자, 민원을 제기 |

쟁점사항

보험가입전 경추장해가 있던 피보험자에게 요추장해가 발생하였을 경우 요추장해보험금 지급대상인지 여부

판단근거

- 당해 약관에 의하면 “장해가 이미 장해급여금을 지급받은 동일부위에 가중된 장해일 때에는 새로이 발생한 장해에 해당하는 장해급여금에서 이미 지급한 장해급여금을 뺀 금액을 지급한다”고 규정하고 있으며, 동 약관 장해등급 분류표를 보면 “중도의 추간판탈출증”은 장해등급 5급에 해당되고, 신체의 동일부위와 관련하여 척추에 대하여는 목뼈이하를 모두 동일부위라 한다고 규정하고 있음.
- 약관상 척추의 경우 목뼈이하를 모두 동일부위로 정하고 있는 바, 척추에 있어 동일부위의 해석과 관련하여 동 약관에서 척추의 운동장태에 대해 경추, 흉추, 요추의 운동범위를 포함하고 있고, 일반적으로 “목뼈이하”의 개념은 목뼈를 포함한다고 보여지므로, 경추와 요추를 동일부위라고 해석하는 것이 타당하다고 판단되는 점
- 당해 약관에서 동일부위에 발생한 장해에 대하여 책임개시전에 발생한 장해에 대하여는 이미 장해보험금이 지급된 것으로 보고, 새롭게 발생한 장해에 해당되는 장해급여금에서 해당금액을 뺀다고 명시하고 있는 점
- 보험가입 후 동일부위인 요추에 5급장해가 발생하였는데 이 경우 장해등급에 변화가 없으므로 약관상 추가적인 보험금이 발생하지 않는 점 등을 종합하여 볼 때 피보험자의 요추부 장해가 장해보험금 지급대상이라고 인정하기는 어려운 것으로 판단

판단결과

보험회사가 계약전 알릴의무위반을 이유로 계약을 해지처리하고 요추부에 대한 장해보험금을 지급하지 않는 것은 타당한 것으로 판단

■ 가중된 장해에 해당되는지 여부1[(‘10.1.26. 결정 제10-6호)

| 사건개요 |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">○ 신청인은 2000.10.25. 상해보험에 가입한 후, 2007.1.11. 계단에서 넘어진 사고가 발생하여, 같은 해 1.18. ○○대학교병원에서 1차 디스크 제거술을, 2.21. 2차 디스크 제거술을 시행하였고, 같은 해 6.11. 동 병원에서 요추부 후유장해진단(제4급16호)을 받고, 4급 장해치료비(1,400만원)를 보험금으로 수령○ 이후 2008.5.17. 휴일에 교통사고를 당하여, 2009.9.30. 위 병원에서 요추부 후유장해진단(제4급15호)을 받았고, 같은 해 10.9. 장해치료비를 청구하였으나○ 보험회사가 기존에 지급된 장해부위와 동일부위·동일급수(4급)의 장해상태로 가중된 장해에 해당되지 않아 보험금 지급을 거절하자, 민원을 제기 |

쟁점사항

2008.5.17. 발생한 교통사고로 인해 진단받은 후유장해(4급15호, 정상운동범위의 1/2이하로 제한)가 당해 보험약관에서 정하고 있는 “가중된 장해에 해당하는지” 또는 ‘휴일교통통해 장해치료비 지급사유에 해당하는지’ 여부

판단근거

- 우선 신청인의 장해원인은 계단에서 넘어지는 사고(2007.1.11)와 교통사고(2008.5.17)로 그 유형이 다르고, 교통사고로 인해 나사못 고정술을 시행 받은 점, 1차사고(2007.1.11) 시에는 제4, 5요추 추간판제거술(2회 시행)을 시행하였고, 2차사고(2008.5.17)시 2회에 걸친 수술의 효과가 없기 때문에 나사못 고정술을 시행 받은 점 등을 감안할 때의 학적으로 이를 가중된 장해로 인정할 수 있으며
- 당해 보험약관에서는 동일한 급수라 하더라도 일반장해, 교통장해 또는 휴일교통통해인지 여부에 따라 보험금 지급규모가 다르게 설계되어 있으므로 이 건의 경우와 같이 일반장해(2007.1.11)로 인해 제4, 5번에 장해가 발생한 후 장해치료비의 지급사유가 다른 휴일교통통해로 동일 부위에 장해가 발생한 경우에는 장해 등급이 동일하더라도 지급할 보험금이 추가로 존재하는 점을 부인할 수 없고
- 피신청인이 당해보험 약관에 휴일관련 보험금 지급규정을 별도로 정하고 있는 것은 휴일에 사고가 발생하는 경우 평일보다 더 많은 보험금을 지급하겠다는 것으로 보험가입자의 입장에서라도 이를 기대하고 보험에 가입한 점 등을 감안할 때 이를 당해 보험약관에서 정하고 있는 휴일교통통해장해치료비의 지급사유에 해당되지 않는다 할 수 없을 것임

판단결과

2008.5.17.(휴일) 발생한 교통사고로 인한 장해진단에 대하여 피신청인이 휴일 교통통해 장해치료비에서 일반장해 장해치료비를 뺀 차액을 지급하는 것이 타당

■ 뇌종양으로 사망하기 전 신체상태가 1급 장해에 해당하는지(04.2.27. 결정 제03-69호)

| 사건개요 |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">○ 신청인의 처는 1999.3.29. 연금보험에 가입한 후, 2002.12.7. 뇌종양(교모세포종)으로 ○○병원에 입원하여 12.11. 개두술(開頭術) 및 종양제거술을 시행 받은 후, 2003.9.4. 장애인복지법상 뇌병변장애 1급진단(장애원인: 뇌종양)을 받은 사실이 있으며○ 같은 해 9.23.부터 ▽▽병원에 입원한 중 12.2. 사망하자, 피보험자가 뇌종양 발병 후 1급장애 진단을 받았으므로 약관상 1급장해에 대한 보험금을 지급을 청구하였는데○ 보험회사가 피보험자가 장애인복지법상 1급장애 진단을 받았다고 하여도 이는 뇌종양으로 인하여 사망에 이르는 과정에서 나타난 것이므로 약관에서 규정하는 장해로 볼 수 없다며 보험금 지급을 거절하자, 민원을 제기 |

쟁점사항

피보험자가 장애인복지법상 1급장애 진단을 받은 사실을 이유로 약관상 1급 장해를 인정할 수 있는지 여부

판단근거

- 피보험자가 뇌종양으로 2003.7.14. 4급장애진단을 받은 후 불과 50일만인 같은 해 9.4. 1급장애진단을 받았고, 1급장애 진단을 한 △△병원 의사가 장애진단시점에서 피보험자의 여명기간(餘命期間)을 6월 이내로 추정하였으며, 1급장애 진단 후 약 3개월만에 피보험자가 사망한 사실에 의할 때 1급장애진단을 받을 당시 피보험자는 뇌종양으로 인한 정신 또는 육체의 훼손상태가 호전될 가능성 없이 악화되어 사망에 임박한 상태였던 것으로 인정되는 점.
- 본 건에서 뇌종양으로 치료받던 중 사망하기 전에 장애인복지법에 따라 1급장애 진단을 받은 사실은 치료가 종결되지 아니한 상태에서 이루어진 것이므로 이러한 사실은 약관상 장해상태로 인정할 수 있는 근거가 될 수 없는 점.
- 따라서 피보험자가 2003.9.4. 장애인복지법상 1급장애 진단을 받은 사실이 있다고 하여도 약관상 “장해”의 정의 및 관련 판례와 조정례에 의할 때 장애진단시점에서 피보험자가 약관상 1급장해 상태에 있었던 것으로 볼 수 없음

판단결과

피보험자의 입원 및 사망에 따른 보험금 지급은 별론으로 하고 약관상 1급장해와 관련된 신청인의 1급장해 보험금 청구는 이유 없다 할 것임

■ 가중된 장해에 해당되는지 여부2[(‘10.1.26. 결정 제10-7호)

| 사건개요 |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">○ 신청인은 2000.12.20. 상해보험에 가입한 후, 2002.5.11. 계단에서 넘어진 사고가 발생하여, 2004.5.1. ○○정형외과의원에서 경도의 추간판탈출증으로 후유장해진단(제6급14호)을 받고 장해치료비(400만원)를 보험금으로 수령한 후○ 2009.5.16. 교통사고를 당하여, 같은 해 8.24. ◇◇병원 및 9.23. △△병원에서 각각 후유장해진단을 받은 후, 9.28. 장해치료비를 추가로 청구하였으나○ 보험회사가 2009.5.16. 교통사고로 인한 후유장해(6급14호, 경도의 추간판탈출증)는 가중된 장해가 아니라 기 발생한 장해와 동일부위·동일등급으로 장해치료비의 지급사유에 해당되지 않는다면 장해치료비 지급을 거절하자, 민원을 제기 |

쟁점사항

신청인이 2009.5.16. 발생한 교통사고로 인해 진단 받은 후유장해(경도의 요추부 동통 및 운동제한과 하지 격거삼 앙상소견, 간헐적인 하지 이상감각)를 당해 보험약관에서 정하고 있는 가중된 장해에 해당하는지 여부

판단근거

- 이 건 신청인의 장해상태에 대한 2004.5.1. ○○정형외과의원의 장해진단서, 2009.8.24. ◇◇병원의 후유장해진단서, 2009.9.23. △△병원의 후유장해진단서, 2009.10.8. △△병원의 진료확인서를 기초로 할 때 동일 부위에 대해 당해 보험약관 장해등급분류상 제6급14호(경도의 추간판탈출증)에 해당되어 장해등급의 급수에 변화가 없는 점
- 2009.5.16. 신청인은 차량 뒷좌석에 탑승한 상태에서 교통사고가 발생하였으며 동 사고로 인해 △△병원에서의 추가된 진단명은 기존의 장해진단을 받은 요추부위 외에 다발성 좌상에 한정되어 있어 이로 인해 새롭게 장해가 발생하였다고 보기 어려운 점
- 당해 보험약관에서 정하고 있는 장해란 재해로 인한 상해 또는 질병에 대하여 충분한 치료를 하였으나 완전히 회복되지 않고 그 증상이 고정되어 신체에 남아 있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태를 말하고 있는데 이 건 2009.8.24. ◇◇병원의 후유장해진단서에는 피보험자의 장해를 1년 한시로 평가한 점 등을 고려할 때 이러한 경우를 당해 보험약관에서 정하고 있는 “가중된 장해”에 해당된다고 인정할 수는 없을 것임

판단결과

본 건 후유장해에 대해 당해 보험약관에서 정하고 있는 가중된 장해에 해당되지 않아 관련 보험금을 지급하지 아니한 피신청인의 업무처리가 부당하다고 보기는 어려움

4. 판례

- 사망으로의 진행단계에서 거치게 되는 일시적 장애상태는 후유장해보험금 지급대상이 아님(대법원 2008.6.26. 선고 2008다13968)

쟁점사항

교통사고로 뇌출혈 진단 후 식물인간 상태에서 사고일로부터 6개월만에 장애 1급 진단, 장애 진단 다음날 사망한 경우 장해보험금의 인정 여부

판결요지

보험약관에서 ‘장애’를 ‘재해로 인한 상해 또는 질병에 대하여 충분한 치료를 하였으나 완전히 회복하지 않고 증상이 고정되어 신체에 남아 있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손 상태’라고 규정하고 있는 경우, 사망으로의 진행단계에서 거치게 되는 일시적 장애상태는 보험약관상에서 규정하는 ‘장애’에는 해당하지 아니함 (대법원 2007.7.26. 선고 2007다 17086판결 등)

기록에 의하면, 망인은 교통사고 발생일인 2005.1.1.부터 뇌출혈 등으로 인하여 식물인간 상태에 있다가 2005.7.8. 후유장해진단을 받았으나 그로부터 24시간도 경과하기 전인 2005.7.9. 10:20경 사망한 것으로, 이러한 사실관계와 그 밖의 기록에 나타난 망인의 증세·치료과정 및 사망에 이르게 된 경위 등을 앞서 본 법리에 비추어 보면, 망인의 장애상태는 사망으로의 진행단계에서 거치게 되는 일시적 장애상태에 불과한 뿐, 증상이 고정되어 신체에 남아 있는 영구적 훼손상태라고 볼 수 없으므로 보험약관상에서 규정한 ‘장애’에 해당하지 않는다고 본 사례

- 상해보험의 후유장해보험금 산정시 기왕증 공제 등(대법원 2002.3.29. 선고 2000다18752)

쟁점사항

- ① 상해보험의 경우 보험자가 피보험자의 기왕증이 보험사고의 발생 또는 확대에 기여하였다는 사유로 보험금을 감액할 수 있는지 여부
- ② 상해보험 특별약관에서 정한 ‘사고로 상해를 입고 그 직접 결과로서 치료를 받은 경우’에 피보험자의 기왕증이 공동원인이 된 경우도 포함되는지 여부
- ③ 상해보험의 경우 보험자가 보험사고로 생긴 피보험자의 제3자에 대한 권리를 대위 행사할 수 있는지 여부

판결요지

- ① 상해보험은 피보험자가 보험기간중에 급격하고도 우연한 외래의 사고로 인하여 신체에 손상을 입는 것을 보험사고로 하는 인보험으로서, 보험사고가 발생하기 전에 피보험자가 고지의무에 위배하여 중대한 병력을 숨기고 보험계약을 체결하여 이를 이유로

12 재해사망보험금 지급기준

1. 기본 개념

가. 사망보험금의 의미

피보험자가 보험기간 중에 보험약관에서 정한 보험사고(질병 또는 재해)로 사망하였을 때 보험수익자에게 지급하는 보험금을 사망보험금이라 한다. 지급금액은 가입당시 정한 금액이다. 사망보장이 없는 보험계약의 경우에는 피보험자 사망 당시 책임준비금을 보험금으로 지급한다.

생명보험의 경우 보험기간 중에 피보험자가 사망하거나, 장애분류표 중 질병 또는 동일한 재해를 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 80% 이상인 장애상태가 되었을 경우에 사망보험금을 지급한다.

‘사망’이라 함은 사람이 죽는 것으로, 생명보험에서 보험금 지급사유로 인정하고 있는 ‘사망’에는 실제 사망(특정질병사망, 일반질병사망, 재해사망) 이외에도 ①실종선고를 받은 경우(어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정)와 ②인정사망(관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보)이 포함된다.

| |
|--|
| ◆ 생명보험 약관상 사망의 분류 |
| ▶ 특정질병사망 : 약관 규정상 특정질병 사망으로 분류된 사망 |
| ▶ 일반질병사망 : 질병 또는 재해적 요인에 의한 사망 |
| ▶ 재해사망 : 교통사고 또는 일반 재해 사고로 사망(정신과 진단이 있는 자의 자살은 재해사망으로 인정하고 일반재해 사망보험금 지급) |

나. 사망보험금의 종류

① 재해사망보험금

보험기간 중 재해분류표 기준 우발적인 외래의 사고(災害)를 직접적인 원인으로 보험기간 중에 사망하였거나, 장애분류표 중 동일한 재해를 원인으로 여러 신체부위에 장애가 발생하고 그 장애지급률이 80% 이상인 상태가 되었을 때 지급하는 보험금을 재해사망보험금이라 한다.

재해사망보험금은 가입당시 약정한 금액을 지급하며, 재해사망보험금 지급대상이 되는 재해의 범위는 약관에서 정하고 있다.

보험자가 상법의 규정에 의하여 보험계약을 해지하거나, 상해보험약관에서 계약체결 전에 이미 존재한 신체장해 또는 질병의 영향에 따라 장애가 중하게 된 때에는 보험자가 그 영향이 없었을 때에 상당하는 금액을 결정하여 지급하기로 하는 내용의 약관이 따로 있는 경우를 제외하고는 보험자는 피보험자의 체질 또는 소인 등이 보험사고의 발생 또는 확대에 기여하였다는 사유를 들어 보험금을 감액할 수 없다.

- ② 상해보험계약에 적용된 임시생활비담보 특별약관에 정한 ‘사고로 상해를 입고 그 직접 결과로서 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 입원하여 치료를 받은 경우’나 의료비담보 특별약관에 정한 ‘사고로 상해를 입고 그 직접 결과로서 요양기관에서 치료를 받은 경우’라 함은, 사고로 입은 상해가 주요한 원인이 되어 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 피보험자가 입원하여 치료를 받게 되거나, 요양기관에서 치료를 받은 경우를 말하고 사고로 입은 상해 이외에 피보험자가 가진 기왕의 질환 등이 공동원인이 되었다 하더라도 사고로 인한 상해와 (입원)치료 사이에 통상 일어나는 원인 결과의 관계가 있다고 인정되는 이상 여기서 말하는 직접 결과에 해당한다고 봄이 상당하다.

- ③ 상해보험의 경우 보험금은 보험사고 발생에 의하여 바로 그 지급조건이 성취되고, 보험자와 보험계약자 또는 피보험자 사이에 피보험자의 제3자에 대한 권리를 대위하여 행사할 수 있다는 취지의 약정이 없는 한, 피보험자가 제3자로부터 손해배상을 받더라도 이에 관계없이 보험자는 보험금을 지급할 의무가 있고, 피보험자의 제3자에 대한 권리를 대위하여 행사할 수도 없다.

② 일반사망보험금

보험기간 중 발생한 질병의 그 직접결과로써 보험기간 중에 사망하거나, 질병을 원인으로 여러 신체부위에 장애가 발생하고 그 장애지급률이 80% 이상인 상태가 되었을 때 보험수익자에게 지급하는 보험금을 일반사망보험금이라 한다. 일반사망보험금도 가입당시 약정한 금액을 지급한다.

생명보험 계약에서 일반사망보험금은 주계약으로 보장하며, 재해사망보험금은 특약으로 보장하고 있다. 지급금액은 재해사망보험금이 일반사망보험금에 비해 고액인 경우가 대부분이다.

다. 사망보험금 지급요건

생명보험에서 사망보험금은 피보험자가 보험기간 중에 의사의 진단으로 사망이 확정되었거나, 정부기관이 사망으로 인정하여 가족관계등록부에 기재되면 보험수익자에게 지급한다. 지급금액은 가입시 정한 금액이며, 사망보험금이 지급되면 해당 보험계약은 종료된다.

사망보험금 지급시 사망일자는 사망진단서 및 사체검안서에 기재된 사망일자를 기준으로 하고, ①실종선고는 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 보고 ②인정사망은 가족관계등록부에 기재된 사망년월일을 기준으로 한다. 사망일자는 사망보험금 청구권 소멸시효의 기산점으로서 의미를 갖는다.

질병 또는 재해로 인정되는 경우 해당 약관에서 정한 보험금이 지급되므로 지급금액과 관련해서 특별한 문제가 발생할 여지는 없으나, 실종선고나 인정사망시 일반사망보험금을 지급하여야 하는지 아니면 재해사망보험금을 지급하여야 하는지가 문제될 수 있다.

기본적으로 법원의 판결문이나 가족관계증명원 기재사항에 기초하여 결정하여야 할 사안이나, 현재는 침묵한 선택이나 추락한 항공기에 있었던 경우와 같은 특별실종으로 인한 실종선고시에는 재해사망보험금을 지급하며 기타 일반실종에 대해서는 일반사망보험금을 지급하고 있다.

인정사망은 관공서가 수난, 화재 기타 사변으로 사망을 인정하는 것이므로 원칙적으로 재해사망보험금을 지급하고 있다. 실종선고 및 인정사망시 보험금 지급시기, 지급보험금의 종류 등에 대한 자세한 내용은 아래 표에서 기술하기로 한다.

[실종신고 및 인정사망시 보험금 지급기준]

| | |
|---|--|
| ◆ 실종신고 | |
| ▶ 의의 : | 생사불명의 상태가 일정기간 계속된 부재자에 대해 가정법원의 선고에 의하여 사망으로 의제하는 제도(특별실종과 일반실종으로 구분) |
| ① 특별실종 | |
| ▶ 사유 : | 전지에 임한 자, 침울한 선택 중에 있던 자, 추락한 항공기중에 있던 자, 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한 자 |
| ▶ 사망시기 : | 위난 종료 후 1년이 경과한 때 사망한 것으로 간주(상속개시) |
| ▶ 보험금 : | 재해로 인한 특별실종이라는 판결문이 나오면 재해사망보험금 지급 |
| ▶ 실종기간이 1년이 경과되어야 보험금을 지급받을 수 있다. | |
| ▶ 실종일 자체를 사망일로 보기 때문에 보험금은 1년이 경과된 시점에서 지급이 되더라도 사망일 자체가 실종일이기 때문에 보험료 미납으로 적용하지 않는다. | |
| ② 일반실종 | |
| ▶ 사유 : | 특별한 제한 없음(생사불명 상태가 일정기간 계속된 경우 포괄) |
| ▶ 사망시기 : | 법원의 실종신고 후 5년경과 시점(가족관계등록부 사망일자 등록일 기준) |
| ▶ 보험금 : | 일반사망보험금 지급 |
| ▶ 우리 민법상 실종기간 만료일을 사망일로 간주하므로 사망보험금을 지급받기 위해서는 실종기간 만료시까지 계약이 계속 유지되어야 함 | |
| ▶ 이 경우, 실종후 사망인정 시점까지 보험료를 미납한 경우에는 사망보험금 지급 시 미납 보험료를 공제 후 지급처리 | |
| ◆ 인정사망 | |
| ▶ 의의 : | 사망의 확정(시체확인 등)은 없지만 사망한 것이 확실하다고 생각되는 경우(수난, 화재, 사변 등)에는 그것을 조사한 관공서의 사망보고에 기하여 가족관계등록부에 사망으로 기재하여 사망한 것으로 인정하는 제도 |
| ▶ 사망시기 : | 사망사실을 가족관계등록부에 기재한 날 |
| ▶ 보험금 : | 재해사망보험금 지급 |

라. 재해사망 판단기준

생명보험에서 ‘재해’라 함은 재해분류표 기준 우발적인 외래의 사고를 의미하며, 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화되었을 때에는 그 경미한 외부 요인은 우발적인 외래의 사고로 보지 아니한다.

생명보험에서는 각각의 재해항목을 나열하고 있는 열거주의 방식으로 상해를 포괄적으로 규정(급격하고도 우연한 외래의 사고)하고 있는 손해보험과는 규정방식이 약간 다르다. 현행 생명보험 약관상 재해는 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고 또는 전염병 예방법 제2조 제1항 제1호에 규정한 전염병을 말한다.

협자의 신체적 결함 즉 질병이나 체질적 요인 등에 기한 것이 아닌 외부적 요인에 의해 초래된 것을 의미’하는 것으로 판시하고 있다(대법원 2001.8.21. 선고 2001다27579, 2001.11.9. 선고 2001다55499, 55505).

실무상으로는 보험기간중 피보험자가 사망하고 사망진단서 등 사고증명서에 의해 사망원인이 약관상 재해에 해당된다는 사실이 객관적으로 입증되면 재해로 인정하나, 약관에서 정한 재해로 사망하였다는 사실을 객관적인 증거자료 없이 사망진단서에 사망의 원인이 ‘사인불명(死因不明)’으로 기재되어 있거나 사망의 종류가 외인사가 아닌 ‘기타의 불상(不詳)’으로 기재되어 있으면 정황증거를 제시하거나 유족 등 이해관계자의 진술이 있다 하더라도 재해로 인정하지 않고 있다.

▶ 재해와 사망의 인과관계

피보험자에게 발생한 재해로 인하여 사망하여야 재해사망보험금이 지급되는 것이므로, 재해와 사망 간에는 서로 인과관계가 있어야 한다.

판례에서는 인과관계에 대하여 ‘인과관계라 함은 의학적·과학적 인과관계가 아니라 사회적·법적 인과관계를 의미하므로 반드시 의학적·과학적으로 명백히 입증되어야 하는 것은 아니라는 입장’이므로, 일반적 경험칙상 사고의 개인성이 충분히 존재한다면 그 원인과 결과 사이의 사회적·법적 인과관계가 인정된다(대법원 2008.4.24. 선고 2006다72734)라고 설명하고 있다.

재해와 사망의 인과관계에 대한 입증책임은 보험금 청구권자에 있으며, 통상 사망원인이 약관상 재해에 해당된다는 내용이 기재되어 있는 사고증명서(사망진단서 등)를 제출하는 것으로 이를 대신할 수 있다.

② 면책사유 해당여부

생명보험 표준약관에서는 보험금을 지급하지 않는 사유를 규정하고 있고, 보험사고(질병 또는 재해)가 열거하고 있는 면책사유가 원인이 되어 발생하면 보험회사는 보험금을 지급하지 않는다(표준약관 §5). 표준약관에서 정하고 있는 면책사유는 시기별로 약간씩 다르기 때문에 반드시 해당 약관내용을 확인하여야 한다.

2016.4월 현재 표준약관에서는 ①피보험자가 고의로 자신을 해친 경우 ②보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우 ③계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우 세 가지 면책사유를 정하고 있다.

① 보험사고 해당여부

생명보험 재해사망특약 ‘보험금의 종류 및 지급사유’에서는 이 특약의 보험기간중 ‘재해분류표’에서 정하는 재해로 인하여 보험기간 중 사망하거나 보험기간 중 장해분류표 중 동일한 재해를 원인으로 여러 신체부위의 장해 지급률을 더하여 80%이상인 장해상태가 되었을 때 보험수익자에게 약정한 재해사망보험금을 지급하는 것으로 정하고 있다.

‘재해사망’으로 인정되기 위해서는 ①재해사망특약의 보험기간 중 ②한국표준질병·사인분류상 ‘S00~Y84’에 해당하는 ③우발적인 외래의 사고를 ④ 직접적인 원인으로 사망한 경우로서 ⑤경미한 외부 요인에 의한 발병과 같은 보험금을 지급하지 않는 재해로 인한 사망이 아니어야 한다. 위에 서 열거한 다섯 가지 요건을 충족하여야 재해사망으로 인정된다.

◆ 약관상 보험금을 지급하지 않는 재해의 범위

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
 - ▶ 과로 및 과식한 또는 반복적 운동(X50)
 - ▶ 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
 - ▶ 식량부족(X53), 물 부족(X54), 상세불명의 결핍(X57)
 - ▶ 고의적 자해(X60 ~ X84)
 - ▶ ‘법적 개입’ 중 법적처형(Y35.5)
- ③ ‘외과적 및 내과적 치료 중 환자재난(Y60 ~ Y69)’ 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 후에 합병증을 일으키게 한 외과적 및 내과적 처치(Y83~Y84)는 보상)
- ④ ‘자연의 힘에 노출(X30 ~ X39)’ 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
- ⑤ ‘우발적 의사 및 의수 (W65 ~ W74), 기타 호흡과 관련된 불의의 위험(W75 ~ W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물질(W44)’ 중 질병에 의한 호흡장애 및 삼킴장애
- ⑥ 한국표준질병·사인분류상의(U00 ~ U99)에 해당하는 질병

▶ 우발적인 외래의 사고

표준약관에서는 전염병을 제외하고는 재해사고의 요건으로 ‘우발적인 외래의 사고’일 것을 요구하고 있다. 이에 대하여 판례에서는 ‘인보험계약에 의하여 담보되는 보험사고의 요건 중 우발적인 사고라 함은 피보험자가 예측할 수 없는 원인에 의하여 발생하는 사고로서 고의에 의한 것이 아니고 예견치 않았는데 우발적으로 발생하고 통상적인 과정으로는 기대할 수 없는 결과를 가져오는 사고를 의미하고 외래의 사고라 함은 사고의 원인이 피보

③ 재해사망에 대한 입증책임

생명보험의 재해는 약관에서 열거하고 있다. 보험금 청구시 제출하는 사고증명서(의뢰기관 진료기록, 근로복지공단 유족급여지급내역서, 경찰서 부검감정서·수사결과지 등, 법원 판결문, 소방서 구급활동일지 등)에 기재되어 있는 사망원인이 약관상 재해에 해당되면 재해로 인정되므로 별도로 수익자가 이를 입증할 책임은 없다. 즉 수익자는 피보험자가 약관에서 열거한 재해로 사망하면 사고증명서(사망진단서 등)를 첨부하여 보험금을 청구하면서, 보험금청구서에 피보험자에게 발생한 재해사실(사고일자, 사고장소, 사고내용 등)을 육하원칙에 따라 작성하여 제출하는 것으로 충분하다.

수익자가 사고증명서를 첨부하여 재해사망보험금을 청구하면 보험회사는 재해사망보험금을 지급하여야 한다. 만일 피보험자의 사망원인이 재해가 아니라는 이유로 보험금 지급을 거절하고자 한다면 수익자에게 재해사망이라는 입증을 요구할 수 없고 재해사망이 아니라는 사실은 보험회사가 입증하여야 한다.

④ 계약시기별 적용약관 확인필요

재해사망보험금의 보험사고 판정기준인 ‘재해’에 대하여 2005.4.1. 이전 약관과 그 이후 약관이 다르게 정의하고 있으므로, 보험금 청구 또는 민원처리시 반드시 신청인이 가입한 약관내용을 확인하고 보험금 지급대상 보험사고인지를 판단하여야 한다.

2005.4.1. 이전 약관에서는 ‘재해’라 함은 우발적인 외래의 사고(다만, 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화되었을 때에는 경미한 외부 요인은 우발적인 외래의 사고로 보지 아니함)로서 한국표준질병·사인분류 중 ‘질병이환 및 사망의 외인’이며, 재해에서 제외되는 7가지를 사항을 규정하고 있었다.

2005.4.1. 이후 약관에서는 ‘재해’라 함은 한국표준질병·사인분류상 ‘S00~Y84’에 해당하는 우발적인 외래의 사고나 전염병 예방법 제2조 제1항 제1호에 규정한 전염병(콜레라, 장티푸스, 파라티푸스, 세균성 이질, 장출혈성대장균감염증, A형간염)이며, 재해에서 제외되는 6가지 사항을 규정하고 있다.

2005.4.1.을 기준으로 재해의 내용과 보험금을 지급하지 않는 재해의 범위가 다르므로 민원처리시에는 이와 관련한 내용을 반드시 확인하고 처리하여야 한다.

2. 주요 민원유형

- 넘어진 사고 이후 사망, 재해사망 해당 여부
 - (사례 1) 보험기간 중 신청인의 모친(피보험자)이 넘어지는 사고가 발생하여 안면부 타박상 및 뇌진탕을 진단받고 입원치료 이후 사망한 경우에 재해사망보험금 지급대상에 해당되는지 여부
 - ☞ 넘어지는 사고는 ‘우발적인 외래의 사고’에 해당되나, 동 사고로 피보험자가 사망하였다는 사실이 진단서, 사망진단서 등으로 입증되어야 재해사망보험금이 지급되는데, 사망진단서 등에 사망의 원인이 ‘치매, 폐렴’으로 기재되어있어, 재해사망보험금 지급대상으로 보기는 어려움
- 시체검안서상 사망원인이 ‘질식사, 의사추정’, 사망의 종류가 ‘기타의 불상’으로 기재된 경우 재해사망으로 인정할 수 있는지
 - (사례 2) 시체검안서상 사망의 원인으로 ‘질식사, 의사추정’ 및 사망의 종류로는 ‘기타의 불상’으로 기재되어 있는 경우에 보험사가 재해사망보험금을 지급해 주지 않는 것이 약관상 타당한지 여부
 - ☞ 재해로 인정되기 위해서는 ‘우발적인 외래의 사고’임을 요구하고 있어, 사망진단서와 같은 사고증명서에서 피보험자가 우발적인 외래의 사고로 사망하였음이 객관적으로 입증되어야 재해사망보험금을 지급할 수 있음
 - 피보험자의 시체검안서에 따르면 사망의 원인은 ‘질식사’, ‘의사 추정’으로 기재되어 있고 사망의 종류도 외인사가 아닌 ‘기타 및 불상’으로 기재되어 있어, ‘우발적인 외래의 사고’로 사망하였다고 보기는 어려워, 재해사망보험금을 지급하지 않는 보험회사의 업무처리는 타당
- 유족 진술에 근거하여 재해사망을 인정할 수 있는지
 - (사례 3) 유족 측이 피보험자가 저녁식사 도중에 음식물이 기도를 막아 현장에서 질식사하여 사망하였다고 주장하였음에도, 보험회사가 이를 인정하지 않고 재해사망보험금 지급을 거절하는 것이 정당한 것인지
 - ☞ 피보험자가 재해로 사망하였다는 사실이 사고증명서에 의해 객관적으로 입증되어야 하나, 시체검안서상 사망원인이 ‘노환’으로 기재되어 있고, 소방서 구급활동일지에도 사망 경위가 나타나 있지 않으며, 사망 당일 병원 진료기록에도 재해로 사망하였다는 사실을 입증할 만한 내용이 없어 보험회사가 유족 측 진술내용을 수용하지 않고 해당 보험사에서 재해사망보험금을 지급하지 않은 것은 불합리한 결정은 아님

3. 분쟁조정사례

- 자전거에서 떨어져 사망한 경우가 재해사망에 해당하는 지(09.12.22. 결정 제09-103호)

| 사건개요 |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">○ 신청인은 1997.6.5. A생명과 보장보험계약을 체결하고, 피보험자가 자전거대회에 참가 중 사망하자 보험금을 청구하였으나○ 보험회사가 피보험자가 외부적 요인에 의해 사망했다는 객관적 증빙이 없다는 이유로 재해사망을 인정하지 않고 일반사망보험금을 지급하자○ 사망한 피보험자는 1965년생으로 평소 특별한 질병이 없었고 사체검안서에도 직접 사인을 “급성기도폐쇄”로 기록하고 있는데도 보험회사가 재해사망보험금 또는 교통재해사망보험금 지급을 거절하는 것은 부당하다며 분쟁을 신청 |

| 쟁점사항 |
|---------------------------------------|
| 자전거 타던 중 사망한 피보험자의 사망이 재해사망에 해당되는지 여부 |

| 판단근거 |
|------|
|------|

- 사고일 당시 위 건 사고와 관련하여 출동한 119 안전센터 구급대원들의 확인서에 따르면, 최초 현장 도착당시 환자의 입안과 주변에 토사물은 없었으며, 현장 도착 후 심폐소생술을 시행하면서 토사물이 생겼다고 진술하고 있고, ○○병원에서 2009.12.7. 발행한 소견서에 따르면, “도착 당시 구강내 토사물 흔적이 있는 것으로 보아 급성기도폐쇄를 의심하였다”라고 기재하고 있는 사실 등을 고려할 때 “급성기도폐쇄”가 사망원인으로 작용했다고 단정하기 어렵고
- ○○병원에서 2009.8.30. 발행한 사체검안서에 따르면, 사망의 종류에 병사 또는 외인사가 아닌 “기타의 불상”으로 기재되어 있고, 동 병원에서 2009.9.15. 발행한 소견서에서도 “급성기도폐쇄의 원인은 외부에 의한 것인지 또는 질환에 의한 것인지 알 수 없다”라고 기재되어 있을 뿐만 아니라, 사고 당시 자전거에 특별한 충돌이 있었다는 기록이나 사체의 외상흔적 등이 발견되지 않아 우발적인 외래의 사고로 인해 사망했다고 볼만한 증거자료를 찾아 볼 수 없는 점 등을 종합적으로 고려할 때 피보험자가 재해로 사망했다고 보기 어려움
- 또한, 이건 사고가 교통재해에 해당되기 위해서는 먼저 “재해”에 해당되어야 함이 문인해석상 명백한데, 앞서 본 바와 같이 피보험자의 사망은 재해에 해당한다고 보기 어려워 당연히 교통재해에도 해당되기 어렵고, 사고당시 피보험자가 자전거에 탑승하고 있을 때 발생한 사고이면 외래적 요인이 없더라도 무조건 교통재해에 해당된다는 취지로 해석할 수는 없음

| 판단결과 |
|--|
| 재해사망보험금 또는 휴일교통재해사망보험금을 지급하지 아니한 보험회사의 조치는 부당하지 않음 |

- 음주 후 잠을 자다가 사망한 경우 이를 재해사망이라고 볼 수 있는지 (01.7.23. 결정 제01-31호)

| 사건개요 |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">○ 피보험자는 1987.1.15. A생명, 1998.8.21. B생명, 1999.7.15. C생명에 보험계약을 체결한 이후 전라북도 ○○시 소재 ○○여관에 투숙 중 2000.12.5. 사망. 재해사망보험금을 청구○ 보험회사가 경찰서 변사사실확인서, 병원이 발급한 시체검안서 등을 종합할 때 재해사망으로 인정하기 어렵다며 재해사망보험금 지급을 거절하자, 재해사망보험금 지급을 요청하며 민원을 제기 |

| 쟁점사항 |
|--|
| 음주후 수면 중 사망이 보험약관에서 정한 재해로 인하여 발생하였다고 볼 수 있는지 여부 |

| 판단근거 |
|------|
|------|

- 보험약관에 의하면 피보험자가 보험기간중 재해를 직접적인 원인으로 하여 사망하였을 경우 재해사망보험금이 지급된다고 규정하고 있고, ‘재해’라 함은 우발적인 외래의 사고(다만, 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화되었을 때에는 그 경미한 외부요인은 우발적인 외래의 사고로 보지 아니함)를 말한다고 규정하고 있음
- 본건의 경우 시체검안서상 사망의 원인이 과량의 알콜이라고 되어있으나 관할 경찰서의 변사사실확인원에 의하면 피보험자는 평소 폭주하는 음주습관을 가지고 있어, 사망의 원인이 우발적인 음주인지 아니면 지속, 반복적인 음주인지 불분명한 점. 사망직전 피보험자의 음주량, 음주지속시간, 혈중 알콜농도 등의 객관적인 자료가 없는 점 등을 고려하여 볼 때 제출된 자료만으로는 피보험자가 약관에서 정하고 있는 재해로 인하여 사망하였는지 여부를 판단하기 곤란함

| 판단결과 |
|---|
| 피보험자가 약관에서 정하고 있는 재해로 인하여 사망하였다고 인정할 만한 증거가 부족하다고 판단됨 |

- 수면 중 사망사고가 재해사망에 해당하는지 여부(05.10.25. 결정 제05-73호)

| 사건개요 |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">○ A씨는 2004.5.31. 자신을 보험계약자 겸 피보험자로 하여 건강보험에 가입한 다음, 2005.4.22. 오후 2시경 친구의 자취방에서 친구와 같이 있다가 친구는 외출하고 피보험자는 피곤하다며 잠을 잤으며, 같은 날 오후 3시경 이불 위에 엎드린 채 사망한 상태로 발견○ 보험금을 청구하였으나 보험회사는 부검감정서에 사인을 명확히 밝히기 어려우나 심장에서 기인한 급사 가능성을 배제할 수 없다고 되어 있고, 우발적인 외래의 사고를 인정할 근거가 없다며 재해사망을 인정하지 않음○ 신청인은 청장년급사중후군은 원인불명의 내인성 급사를 말하고, 내인성 급사는 육체적, 정신적 자극이 가해졌을 때 발생하므로 피보험자의 사인은 자연사가 아닌 외부적 요인의 의한 것이라며 재해사망보험금 지급을 요청하는 분쟁을 제기 |

| 쟁점사항 |
|---|
| 수면중 사망한 피보험자의 사망을 약관상 재해를 직접적인 원인으로 사망한 것으로 볼 수 있는지 |

| 판단근거 |
|------|
|------|

- 피보험자는 잠을 자다가 사망한 채로 발견되었으며 사망 직전에 사망의 직접적인 원인이 되는 우발적인 외래의 사고가 없었고, 부검감정서에도 ‘특기할 외상이 없고 혈액 및 위 내용물 검사상 특기할 약물 및 독물 성분은 검출되지 않았다’고 되어 있어 우발적인 외래의 사고가 있었다고 볼 근거가 없고
- 법의학에서는 청장년급사중후군이 10대 후반에서 40세 정도 사이의 청장년에서 주로 수면 중에 발생하고 현대의학에서도 사망의 뚜렷한 원인을 밝히지 못하지만 사망자에 내재하는 어떠한 이상에 기인한다는 점에서 외인사(外因死)와 대립되는 개념인 내인사(內因死)에 포함하고 있으며
- 법의학적으로 사망하고 3일 지난 후 부검을 하였다 하여 사망당시의 혈중알콜 농도 보다 낮게 관찰되는 것이 아닌 점 및 혈중 알콜을 농도 0.05% 미만이라는 것은 도로교통법상 주취운전에 해당하는 0.05% 이상이 아니라는 취지로 기재한 것으로 보이고, 0.05% 미만의 혈중알콜을 농도로는 음주가 사망의 원인이라는 신청인의 주장을 인정하기 어렵고
- 신청인은 피보험자가 중고자동차 매매상에서 일을 하다가 다른 일자리를 구하는 과정에서 받은 스트레스도 사망의 원인이므로 재해라고 주장하지만, 신청인의 주장을 인정할 직접적인 증거도 없을 뿐만 아니라 새로운 직장을 구하는 과정에서 발생하는 스트레스가 사망에 이르게 할 정도로 급격하고 우연한 외래의 사고라고 보기 어려운 점 등을 종합할 때 피보험자가 재해를 직접적인 원인으로 사망하였다고 보기 어려움

| 판단결과 |
|-------------------------------|
| 보험회사에 재해사망보험금 지급책임을 인정하기는 어려움 |

- 사망 당시 넘어져 있는 상태로 발견된 경우에 재해사망이라고 볼 수 있는지(‘10.12.5. 결정 제09-15호)

| 사건개요 |
|---|
| <div> <ul style="list-style-type: none">○ A씨는 자신을 계약자 겸 피보험자로 하는 보험계약을 2005.5.30. 2006.7.31. 각각 가입한 이후, ○○여관에 투숙 중 2008.9.25. 욕실에서 사망한 채 발견 ○ 사체 부검결과에 기초하여 보험회사에 재해사망보험금을 청구하였으나, 보험회사에서는 사체 부검결과 사인을 재해로 보기는 어렵다며 일반사망보험금 지급대상이라고 결정하고 재해사망보험금 지급을 거절 ○ 보험회사가 재해사망보험금 지급을 거절하는 것은 부당하다며 분쟁을 제기 </div> |

| 쟁점사항 |
|---|
| <div> <p>사망 이후 사체 부검결과로 당해 보험약관에서 정한 재해로 인하여 발생하였다고 볼 수 있는지 여부</p> </div> |

| 판단근거 |
|--|
| <div> <ul style="list-style-type: none">○ 국립과학수사연구소의 부검감정서(‘08.10.15. 발행)에 의하면, 피보험자 양쪽 폐에 부종(좌우 각각 579mg, 779mg)이 관찰되었는데 이러한 폐 부종의 원인은 내적인 질병 또는 외부로부터의 수분 유입으로 구분해서 생각할 수 있으나, 피보험자의 ‘건강보험요양급여내역’에 따르면 피보험자에게 폐 부종을 일으킬 만한 특별한 지병을 찾아보기 어려워 상기 폐 부종은 결국 외부로부터의 수분 유입에 따른 것으로 보여지는다 ○ 피보험자 발견 당시의 상황(사위기에서 물이 나오는 상태로 피보험자가 화장실 바닥에 누워있는 자세로 발견된 점, 화장실 바닥에서 세숫비누가 한쪽이 발뚧뚱치로 쪼터겨진 채 발견된 점, 피보험자 후두부에 광범위한 두피하 출혈이 발견된 점)을 종합적으로 고려할 때, 피보험자는 샤워도중 화장실 바닥에 있던 비누에 미끄러져 넘어지면서 바닥에 머리를 부딪쳐 의식을 잃은 상태에서 사위기에서 나온 물이 호흡을 타고 폐로 유입되어 질식사ة 이른 것으로 보여지며 ○ 한편 피보험자의 사망원인이 뇌출혈 또는 심장마비 등에 따른 내인성 급사일 가능성을 완전히 배제할 수는 없으나, 상기 부검감정서를 살펴보면 뇌실질의 손상은 발견되지 않은 점 그리고 심장마비로 인해 피보험자가 넘어져 바닥에 머리를 부딪쳤다면 이미 심장박동이 정지된 상태이어서 의료경험척상 후두부에 광범위한 두피하출혈이 발생하기 어렵다는 점 등을 고려할 때 상기 원인으로 인한 내인성 급사의 가능성은 희박함 </div> |

| 판단결과 |
|--|
| <div> <p>피보험자 발견 당시의 상황, 부검감정서상 후두부에 광범위한 두피하 출혈 관찰 및 뇌실질의 손상 부재, 폐부종 관련 병력 없으므로 보험사는 신장인에게 재해사망보험금을 지급할 책임이 있음</p> </div> |

- 계단추락으로 인한 질식사는 재해사망에 해당(‘12.12.18. 결정 제12-35호)

| 사건개요 |
|---|
| <div> <ul style="list-style-type: none">○ 2003.5.14. 자신을 계약자·피보험자로 하는 종신보험 계약을 체결한 후, 2012.4.4. (22:30) 회사직원들과 회식을 마치고 헤어진 다음, 당일 23:51경 주침 밖 계단에 떨어져 병원 입원 후 48일후에 사망하여 보험금을 청구 ○ 보험회사가 피보험자가 우발적인 외래의 사고로 인해 사망했다고 볼 수 있는 증거자료가 없으므로 재해사망보험금이 아닌 일반사망보험금을 지급하자 ○ 피보험자가 사망 이전에 질병이 없는 상황에서 술에 취해 계단에서 굴러 떨어져 질식으로 뇌손상을 입은 후 2달 뒤에 사망하였는데도 보험회사가 일반사망으로 간주하여 재해사망 보험금을 지급하지 않는 것은 부당하다며 분쟁을 제기 </div> |

| 쟁점사항 |
|--|
| <div> <p>계단 추락으로 인한 사망사고가 재해사망에 해당하는 것인지 여부</p> </div> |

| 판단근거 |
|---|
| <div> <ul style="list-style-type: none">○ 관할 경찰서의 사건사고사실확인원에 따르면 피보험자가 발생현장에 들어갔을 당시 주변 CCTV 등을 확인한 결과 발생장소에 피보험자 이외에는 들어간 사람이 없었으며, 지하 주점 입주의 진술기록에 따르면 영업 중에 주점밖 계단에서 소리가 들려 나갔는데 피보험자가 술에 취해 계단에서 비틀거리며 혼자 서 있는 것을 보았고, 주점으로 들어간 후 ‘쿨’ 소리가 나서 다시 나갔더니 피보험자가 계단에서 떨어져 있었다고 진술하고 있어 피보험자의 고의에 의한 것이라고 보기 어렵고, 피보험자가 계단에서 ‘우발적’으로 ‘추락’하여 사고가 발생하였다는 점 ○ 관할 소방서 119안전센터의 당시 구급활동일지 및 구급대원의 진술에 따르면 사고현장 도착시 피보험자의 머리 뒷부분이 지면에 있고, 피보험자의 얼굴을 상체의 앞부분이 누르고 있을 정도로 목이 아래로 완전히 꺾여있어 호흡이 도저히 불가능할 정도로 매우 비정상적인 자세였으며, 이미 얼굴은 검은 피부를 보였고, 무호흡, 무맥박, 무의식 상태였다고 진술하고 있으며 ◇◇병원에서 발행한 사망진단서에도 사망의 원인을 사고 당시 질식에 의해 허혈성 뇌손상이 발생했고, 결국 폐렴 및 폐혈증에 의해 다발성 장기부전을 직접사인으로 사망했다고 명시하고 있으며 △△병원의 소견서에서도 피보험자의 병명을 저산소성 뇌손상, 심실세동, 심정지, 혼수, 질식으로 명시하면서, 확률적으로는 내인성 심장급사 가능성이 높으나, 과거 다른 질병은 없는 건강한 39세 남성이었고, 사고 당시 계단에서 추락하여 목이 아래로 꺾인채 몸이 접혀 있는 등 신체의 손상도가 심하였으므로 외인성으로 인한 심장급사의 가능성을 완전히 배제할 수 없다고 명시하고 있어 ○ 피보험자가 계단에서 떨어져 호흡이 도저히 불가능할 정도로 목이 완전히 꺾여 질식이 발생하였고 결국 사망에 이르게 된 것으로 피보험자가 외부적 요인에 의해 호흡을 할 수 없어 질식이 초래된 것으로 판단되므로 피신청인의 주장처럼 내인성으로 인한 심장 </div> |

4. 판례

- 계단 앞 인도에서 후두부에 약 1cm 크기의 열상으로 인한 후두부 출혈과 입 주위에 청색증이 있고, 누운 상태로 사망한 경우 일반재해 사망에 해당하는지 여부(대법원 2012.11.29. 선고 2012다70579)

| 쟁점사항 |
|---|
| <div> <p>피보험자가 계단 앞 인도에서 머리부위가 계단을 향하고 다리 부위가 도로를 향하여 누운 상태로 사망한 채 발견되었으나, 사망진단서상 사망의 원인이 미상으로 기재된 점, 유족의 거부로 망인에 대한 부검이 이루어지지 않은 점, 망인의 사고 순간을 목격한 사람이 없는 경우에 재해사망 인정 가능 여부</p> </div> |

| 판결요지 |
|--|
| <div> <p>피보험자가 계단 앞 인도에서 머리부위가 계단을 향하고 다리부위가 도로를 향하여 누운 상태로 사망한 채 발견된 사실, 피보험자 후두부에 존재하던 열상으로 인하여 출혈이 발견되었으나, 사망진단서는 사망의 원인이 ‘외상성 뇌손상’이 아닌 미상으로 기재되어 있었던 점, 유족의 거부로 망인에 대한 부검이 이루어지지 않아 사인이 명확히 밝혀지지 못한 점, 망인의 사고 순간을 목격한 사람은 아무도 없는 점, 계단에서는 혈흔이 발견되지 않았고, 후두부 열상의 크기가 약 1cm 정도에 불과하며 후두부 함몰 여부는 알 수 없는 점 등에 비추어 피보험자가 계단에서 미끄러져 넘어지면서 후두부가 계단에 충돌하였고, 그 결과 외상성 뇌손상으로 사망에 이르렀다고 인정하기에 부족하고 달리 이를 인정할 만한 증거가 없음</p> </div> |

- 심장관련 치료력이 있던 자가, 교통사고로 인하여 사망한 경우 교통사고와 사망과의 인과관계 여부(서울고등법원 2009.7.1. 선고 2007나92690)

| 쟁점사항 |
|--|
| <div> <p>피보험자가 심장관련 치료력을 가진 상태에서 운전중 앞차량의 후미를 추돌한 교통사고를 내었고 119구급대에 의하여 병원으로 후송도중 사망한 경우에 피보험자의 사망이 약관상 재해사망 인정 가능한지 여부</p> </div> |

| 판결요지 |
|---|
| <div> <ul style="list-style-type: none">○ 망인이 운전하던 승용차는 이 사건 교통사고의 충격으로 진행방향 우측 2차로변의 인도터이 3차로 충돌한 후 진행방향 1차로와 중앙선 사이에서 최종 정차한 사실은 인정되나 발생 후 10분이 채 경과하지 않은 상태에서 사고 현장에 119구급대가 도착하였는데, 구급대 도착 당시 망인은 입술창색증(입술 등 피부 및 점막이 암적색을 띠는 상태를 말하며 일반적으로 혈중 산소농도의 저하 및 이산화탄소 농도의 상승을 뜻하며, 심폐질환 증세의 하나로 위독한 질환의 예후를 나타내는 중요한 지표)을 보이고 호흡이 없는 상태였으며 후송도중에 사망한 점 </div> |

○ 망인에 대한 시체검안서에는 사망의 종류로서 기타 및 불상에 해당한다고 검안하였고, 그 이유에 관하여 망인에게 외상의 흔적이 전혀 없고 외상으로 인한 신체손상의 증거가 없었던 점, 망인이 발견 당시 의식이 없는 상태였고, 차량손상이 거의 없는 경미한 사고였다는 목격자들의 진술 등을 토대로 외인사로 보지 않았다고 밝히고 있는 점. 망인의 시체를 부검한 국립과학수사연구소 법의학부 법의학과 감정인으로부터 사인(死因)에 대하여 심장에서 고도의 심비대 소견을 보이고 심근의 비후 소견을 보이며 관상동맥에서 석회화 및 동맥경화 소견을 보고 조직학적 검사상 심근세포 비후 및 국소적인 간질 섬유화 소견을 보는 점, 심혈이 암적색, 유종성이며, 각 실질장기가 윤혈 상인 소견을 보는 등 급성사 또는 심장사 때 보는 일반적인 소견들이 인정되는 점, 사건개요 등을 고려할 때 심장병변(심비대, 관상동맥경화 등)을 제외하고 사인으로 고려할 만한 손상이나 질병 또는 중독의 소견을 보지 못함. 따라서 본시의 사인은 급성 심장사로 생각된다고 설명하는 한편 사건개요상 교통사고와 관련된 손상으로 인하여 사망하였을 가능성이 고려되었으나 부검소견상 교통사고와 관련된 손상으로 인하여 사망하였다고 볼 만한 특기할 소견을 보지 못한다고 한 점

○ 피보험자는 1998.2.9.에는 상세불명의 협심증으로 1998.11.9.에는 심장기능상실(심부전)로, 1999.8.26.에는 (울혈성) 심장기능상실(심부전)을 동반한 고혈압성 심장병으로 투약 받았을 뿐만 아니라 1996.10.경부터 2005.6.경까지는 본태성 고혈압으로, 2005.8.경부터 사망 당시까지는 대동맥활중후군(다가야수 혈관염)으로 정기적으로 투약받아 온 점 등에 비추어 볼 때 이 사건 교통사고가 망인의 사망에 직접적이고 중요한 원인이 되었다고 인정하기에 부족하고, 달리 이를 인정할 증거가 없으며 오히려 위 인정사실을 종합하면 평소 심장이 좋지 않던 망인이 이 사건 교통사고 전 심장에 이상이 와서 교통사고를 일으킨 후 사망에 이르렀거나 교통사고 후 충격으로 말미암아 심장에 이상이 초래되어 사망한 것으로 봄이 상당함

■ 고혈압 지병을 가진 상태에서 축구경기를 하던 중 쓰러져 사망한 경우 재해사망으로 볼 수 있는지 여부(대법원 2011.9.29. 선고 2011다53324)

쟁점사항

고혈압 지병을 가진 상태에서 운동장에서 축구경기를 하던 중 쓰러져 의식을 잃고 의료기관에 이송되었으나 성인 사망의 가장 많은 원인인 급성 심장사가 의심된다고 기재된 경우에 재해사망 인정 가능한지 여부

판결요지

○ 보험수익자측이 주장하는 사고내용인 피보험자가 축구경기 중 헤딩 후 바닥에 떨어지는 과정에서 받은 충격 등과 같은 외부적 요인이 직접적인 원인이 되어 이로 인해 사망하였다고 인정하기에 부족하고 달리 이를 인정할 증거가 없다. ○○병원 소속의사는 환자진료소견서에 ‘운동 도중 갑자기 쓰러져 심정지가 발생하였고 신체 외부에 외상의 흔적이 보이지 않으므로 급성심장사가 의심되며 급성심장사의 원인은 부정맥(심실 세동)이나 심근경색으로 추정한다’고 기재한 사실, 응급초진기록 중 현 병력 란에

‘HTN med중인 자로 급일 점심 식사 후 축구경기 도중(약 10분 가량 경기 뛰었음) 갑자기 앞으로 쓰러진 뒤 altered mentality 보여 119 신고 후 응급실 내원함’이라고 기재한 사실(이는 고혈압약을 투여 중임을 의미한다)을 인정할 수 있어 피보험자가 보험사와 체결한 각 보험계약에서 정한 ‘재해사망’이라고 보기 어렵다

○ 따라서, 피보험자의 사망은 질병이나 체질적 요인 등에 기인한 것이거나 또는 이러한 체질적 요인이 있는 상태에서 경미한 외부요인에 의하여 발병, 증상이 악화된 경우가 그 원인이라 할 것이어서 이 사건 각 보험계약에서 정한 ‘재해사망’이라고 보기 어렵다.