

금융분쟁조정 사례집(제1권)

보 험

2017년 12월



금융감독원

목 차

제1편 | 주제별 주요 조정사례 (I)

1. 계약전 알릴의무 위반 및 계약해지 등	3
(1) 암 관련	3
(2) 고혈압 관련	37
(3) 기타 질환 관련	50
(4) 보험계약의 성립 및 취소	96
2. 재해 등 인정 여부	123
(1) 교통사고	123
(2) 신체장해	146
(3) 재해사망	178
3. 암 진단 등	209
(1) 암 진단 관련	209
(2) 암수술 해당 여부	239
4. 장애 및 수술 해당 여부	260
(1) 장애 해당 여부	260
(2) 수술 해당 여부	291
5. 법률 및 약관해석 등	340
(1) 보험금 청구권자	340
(2) 보험금 지급책임	353
(3) 기타	405

제2편 | 주제별 주요 조정사례 (II)

1. 자동차보험	479
(1) 약관 교부·설명 의무 위반	479
(2) 대인배상	492
(3) 대물배상	518
(4) 자기신체사고	531
(5) 운전자의 과실 여부	552
(6) 보험계약의 무효·취소, 계약변경	571
(7) 기타	587
(8) 법률 및 약관해석	613
2. 질병·상해 등 보험	642
(1) 고지의무 위반	642
(2) 약관 교부·설명 의무	655
(3) 상해사고	670
(4) 사망사고	690
(5) 암 여부	712
(6) 기타 질병 여부	724
(7) 수술 등 해당 여부	732
(8) 보험기간	743
(9) 법률 및 약관해석	764
3. 보증 및 배상책임보험	785
(1) 보험사고의 발생	785
(2) 손해방지 비용	807
(3) 보험금 지급	818

4. 기타	844
(1) 운전자 보험	844
(2) 화재보험 등	864
(3) 해상보험	884
(4) 건설공사 관련	891

부 록

1. 금융분쟁조정 관련 법규	905
(1) 금융위원회의 설치 등에 관한 법률(발체)	907
(2) 금융위원회의 설치 등에 관한 법률 시행령(발체)	910
(3) 금융분쟁조정세칙	913
2. 색인	925
(1) 법원 판례 목록	927
(2) 수록 안건 색인	937

사례 목차

제1편 | 주제별 주요 조정사례 (Ⅰ)

제1장 계약전 알릴의무 위반 및 계약해지 등

제1절 암 관련	3
1. 만성위염 치료사실 미고지로 인한 계약해지의 적정성 여부(2000)	3
2. 대장암 치료사실 미고지로 인한 계약해지의 적정성 및 간암과의 인과관계 (2001)	7
3. 암이 아니라는 진단과 6개월 후 재검진 요망 사실이 고지대상인지 여부(2003)	10
4. 미세침흡입검사 결과 미고지로 인한 계약해지 및 갑상선암과의 인과관계(2006) ..	14
5. 건강검진상 유방결정 소견 미고지가 계약전 알릴의무 위반인지 여부(2008)	17
6. 초음파검사결과 갑상선 양성신생물 진단사실의 미고지가 계약전 알릴의무 위반인지 여부(2009)	20
7. 보험가입전 암 진단사실 미고지에 대한 계약취소 및 상법규정 적용 여부(2011) ..	23
8. 림프절 종대 진단사실 미고지가 계약전 알릴의무 위반인지 여부 및 비호지킨 림프종과의 인과관계 여부(2012)	29
9. 건강검진에 따른 갑상선 결절 소견이 계약시 알릴의무 사항인지 여부(2013)	33
제2절 고혈압 관련	37
10. 고혈압 진단사실 미고지 관련 보험금 지급거절 약관규정의 법률저촉 여부(1999) ..	37
11. 고혈압 치료사실 미고지로 인한 계약 해지의 적정성(2001)	40
12. 고혈압 진단사실 미고지로 인한 계약 해지의 적정성(2002)	43
13. 보험설계사에게 고혈압 치료사실을 통지한 경우 계약전 알릴의무 위반 여부 (2008)	45
14. 고혈압 투약사실 미고지가 계약전 알릴의무 위반에 해당되는지 여부(2009)	47

제3절 기타 질환 관련 50

15. 정신분열증 입원치료사실 미고지가 보험계약 무효사유에 해당되는지 여부
(2000) 50
16. 부활계약시 최초계약 이후 발생한 B형간염 치료사실을 고지하지 않은 경우
계약해지의 적정성 및 간경화와의 인과관계(2001) 52
17. 계약체결일 3년 경과 후 계약전 알릴의무 위반으로 해지 가능 여부(2003) 55
18. 건강검진상 심근경색 의증소견 미고지가 계약전 알릴의무 위반인지 여부(2009) .. 61
19. 다면적 인성검사 결과 미고지가 계약전 알릴의무 위반인지 여부(2011) 64
20. 안저검사 결과 미고지가 계약전 알릴의무 위반인지 여부(2011) 69
21. 고지의무 위반에 따른 담보 삭제 및 부담보 설정의 효력 발생 여부(2016) 73
22. 보험계약 청약시 태아의 선천성 심장 기형 가능성을 알리지 않은 것이
계약 전 알릴의무 위반에 해당하는지 여부(2017) 79
23. 계약전 발병 부담보 조항의 유효성 여부(2017) 85

제4절 보험계약의 성립 및 취소 96

24. 보험계약의 중요사항을 설명듣지 못한 경우에 계약전 알릴의무 성립 여부(2002) ... 96
25. 보험료 납입최고가 도달되지 않은 경우 보험계약 해지의 적법성 여부(2004) 98
26. 심신박약 상태에서 보험에 가입한 경우 계약무효에 해당하는지 여부(2005) 100
27. 계약자 배우자의 약관대출 등에 대한 표현대리 인정 여부(2006) 103
28. 장기 연체 안내문이 반송된 경우에 보험계약 해지의 적법성 여부(2008) 105
29. 타인의 생명의 보험에서 보험사가 피보험자 서면동의에 대한 설명을 하지 않아
계약무효가 된 경우 보험사의 배상책임 유무(2009) 108
30. 보험가입전 진단받은 암이 책임개시일 이후 재발한 경우 보험계약의 효력
(2009) 110
31. 건강확인서 서명을 타인의 생명보험에서 피보험자의 동의로 볼 수 있는지 여부
(2013) 113
32. 유방암 진단 및 놀바텍스 투약 사실을 알리지 않은 것이 사기에 의한
계약에 해당하는지 여부(2016) 119

제2장 재해 등 인정 여부

제1절 교통사고	123
1. 1차 추돌사고로 부상당한 후 도로에서 구호조치중 2차사고로 사망한 경우 사망과 1차사고와의 인과관계 여부(1999)	123
2. 주차중 운전석 문과 차체 사이에 끼여 사망한 것을 차량탑승중 사망사고로 볼 수 있는지 여부(2000)	127
3. 납골당 공사현장에서의 사고가 교통재해에 해당하는지 여부(2006)	129
4. 콘크리트 펌프카 충돌사고가 교통재해에 해당하는지 여부(2006)	132
5. 자동차리프트 통행로 추락사고가 교통재해에 해당하는지 여부(2007)	135
6. 폐선박 정리 중 발생한 추락사고가 교통재해에 해당하는지 여부(2008)	137
7. 땅콩보트를 타던 중 발생한 사고가 교통재해에 해당하는지 여부(2010)	139
8. 에스컬레이터 주변에서 발생한 사고가 교통재해에 해당하는지 여부(2011)	142
제2절 신체장해	146
9. 타인과의 몸싸움과 장해1급과의 인과관계 여부(1999)	146
10. 의사가 자신에게 투약하여 식물인간 상태가 된 경우 재해사고 해당 여부(2000) ..	148
11. 질병에 의한 졸중풍이 재해에 해당하는 지 여부(2000)	151
12. 추간판탈출증이 재해에 해당하는지 여부(2004)	154
13. 자발성 뇌출혈이 재해에 해당하는지 여부(2005)	157
14. 간이식 수술 후 발생한 복벽탈장이 재해에 해당하는지 여부(2007)	160
15. 보험사고로부터 2년 경과 후 보험금 청구시 재해장해급여금 지급 책임 유무 (2008)	165
16. 추간판탈출증으로 인하여 방광장해가 발생한 경우 방광장해에 대하여도 별도로 재해장해 보험금을 지급해야 하는지 여부(2009)	168
17. 가중된 장해에 해당되는지 여부(1)(2010)	171
18. 가중된 장해에 해당되는지 여부(2)(2010)	174

제3절 재해사망	178
19. 자해 착수 전 만취로 인한 심장마비사가 재해사망에 해당하는지 여부(1999)	178
20. 간경화를 앓고 있다가 벌에 쏘여 사망한 경우 재해사망 인정여부(2002)	180
21. 수면 중 사망사고가 재해사망에 해당하는지 여부(2005)	182
22. 기도폐쇄로 인한 사망사고가 재해사망에 해당하는지 여부(2008)	185
23. 외국에서 발생한 재해가 현지에서는 평일, 국내에서는 휴일에 해당하는 경우 휴일장해사망 해당 여부(2008)	187
24. 항암치료 중 실종 사망사고가 재해사망에 해당하는지 여부(2008)	190
25. 자전거에서 떨어져 사망에 이른 경우 재해사망에 해당하는지 여부(2009)	193
26. 늑골골절 치료 중 발생한 패혈증으로 사망한 경우 재해사망에 해당하는지 여부(2010)	196
27. 계단추락으로 인한 질식사가 재해사망에 해당하는지 여부(2012)	199
28. 피보험자가 업무상 질병으로 사망한 경우 산업재해사망보험금 지급책임 유무(2017)	203

제3장 암 진단 등

제1절 암 진단 관련	209
1. 난소암으로 진단된 후 그 암이 위암에서 전이된 암이라고 밝혀진 경우 최초로 진단확정된 암을 위암이라고 볼 수 있는지 여부(2000)	209
2. 피보험자가 암담보 책임개시일 이전에 혈액검사를 통하여 암으로 진단 확정 되었다고 볼 수 있는지 여부(2001)	211
3. 전산단층촬영 판독지에 간암이 발견된 경우 암진단비 지급사유 해당 여부(2007) ...	213
4. 초음파 검사, CT촬영 등에서 난소 악성종양으로 진단받은 경우 임상학적 암진단으로 볼 수 있는지(2008)	215
5. 미세침흡인검사가 암진단 확정방법에 포함되는지 여부(2010)	218

6. 약관상 진단방법으로 명시되지 않은 미세침흡인검사에 의한 암진단 인정 여부 (2011)	222
7. 보험계약 부활시 암진단급여금 감액지급의 적정성 여부(2016)	225
8. 14년 전 진단받은 암과 동일한 암으로 진단확정된 경우 단체보험계약상 암진단보험금 지급책임(2017)	232

제2절 암수술 해당 여부 239

9. 백혈병 치료를 위한 중심정맥관삽입술이 암치료 목적 수술에 해당하는지 여부 (2001)	239
10. 요양병원에서의 숯뜸질, 헬릭소투약 등이 약관상 입원급여금 지급대상에 해당 되는지 여부(2001)	241
11. 조혈모세포 이식전의 제3대구치 발거술이 암수술급여금 지급대상에 해당 하는지 여부(2002)	243
12. 담도배액관 삽입술이 암수술에 해당하는지 여부(2006)	245
13. 추가로 시행한 유방부분절제술이 암수술금 지급대상에 해당하는지 여부(2009) ..	248
14. 백혈병 치료용 중심정맥관삽입술 및 요추천자 항암제 주입술의 암수술 인정 여부(2011)	251
15. 잔존암 의심 소견으로 수술을 받았으나 잔존암이 발견되지 않은 경우 암의 치료를 직접목적으로 하는 수술인지 여부(2015)	255

제4장 장애 및 수술 해당 여부

제1절 장애 해당 여부 260

1. 중추신경계 장애로 한쪽 팔이 마비된 경우 3급장애에 해당하는지 여부(2001)	260
2. 보험가입전 경추장애가 있던 피보험자에게 요추장애가 발생한 경우 요추장애 보험금 지급대상 여부(2002)	262
3. 뇌종양으로 사망하기 전 신체상태가 1급 장애에 해당하는지 여부(2003)	265
4. 한 팔의 운동기능을 완전히 잃은 장애상태에 해당하는지 여부(2007)	268

5. 안면부에 생긴 반흔 2cm가 경부 추상장애에 해당하는지 여부(2007)	272
6. 황반변성에 따른 장애1급의 보험금 지급책임 유무(2007)	275
7. 인공와우 이식수술후 청력검사결과가 42dB인 경우가 “청력을 완전 영구히 잃었을 때”에 해당되는지 여부(2009)	278
8. 추상장애가 자동차상해 특별약관상 후유장애로 인정되는지 여부(2016)	281
9. 무릎의 동요관절에 대한 장애판정 적정 여부(2016)	286

제2절 수술 해당 여부 291

10. 3회에 걸친 사이버나이프 수술이 각각 수술자금 지급대상인지 여부(2006)	291
11. 실리콘오일제거술이 당뇨치료를 직접 목적으로 하는 수술에 해당 여부(2006)	293
12. 에탄올 주입술이 수술에 해당하는지 여부(2007)	296
13. 고주파열치료가 수술에 해당하는지 여부(2007)	298
14. 자궁소파술이 수술에 해당하는지 여부(2007)	300
15. 당뇨병망막병증 등 치료를 위한 유리체 절제술 등이 여성만성질환 치료를 직접 목적으로 한 수술에 해당하는지 여부(2007)	302
16. 안면함몰 치료를 위한 성형수술이 상해로 인한 반흔 등을 제거하기 위한 성형 수술에 해당하는지 여부(2008)	304
17. 건관절 석회성 건염에 대한 체외충격술이 보험약관 수술분류표상 ‘충격파에 의한 체내결석 파쇄술’에 해당하는지 여부(2009)	307
18. 간경변 합병증으로 인한 식도정맥류출혈 수술이 성인11대질환 수술에 해당하는지 여부(2009)	309
19. 화염상 모반치료를 위한 레이저수술의 수술인정 여부(2010)	313
20. 용종제거 수술 후 받은 내시경적 지혈술의 수술급여금 인정 여부(2010)	317
21. 만성신부전증 치료를 위한 동정맥루조성술의 수술급여금 인정 여부(2010)	319
22. 인공무릎관절 수술 후 재치환술을 받은 경우 수술자금 인정 여부(2011)	323
23. 어깨의 석회성 힘줄염 치료를 위한 체외충격파치료의 수술 인정 여부(2011)	326
24. 무증상 뇌경색이 뇌졸중(뇌경색증) 진단급여금 지급대상인지 여부(2011)	329

25. 경막외신경감압(성형)술이 수술분류표상 신경관혈수술에 해당하는지 여부(2012) ..	332
26. 무지외반증 내고정물 제거술이 질병의 치료를 직접목적으로 하는 수술에 해당하는지 여부(2016)	335

제5장 법률 및 약관해석 등

제1절 보험금 청구권자 340

1. 친권을 상실한 생모에 대한 보험료 환급행위의 적법 여부(1999)	340
2. 1인이 체결한 수개의 보험계약의 유효성 여부 등(1999)	342
3. 수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우에 해당되는지 여부(2006)	344
4. 보험수익자가 피보험자와 동반자살을 결행하여 피보험자가 사망한 것이 ‘보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우’에 해당하는지(2017)	347

제2절 보험금 지급책임 353

5. 보험계약이 해지되었으나 보험금지급사유가 발생한 경우 보험금 청구권의 계약이전대상 여부 및 소멸시효 완성 여부(2000)	353
6. 보험청약을 승낙하기 전의 사고에 대한 보험금 지급책임 인정 여부(2006)	355
7. 제1급 장애상태로 인한 보험계약 소멸 여부(2007)	358
8. 보험기간 이후 보험금 지급책임의 존재 여부(2009)	361
9. 장해진단에 대한 조사 미동의를 이유로 보험금 지급을 거절할 수 있는지 여부(2009)	364
10. 장기 입원하였으나 계속입원이라고 보기 어려운 경우 건강생활비 지급 여부(2010) ..	367
11. ‘파킨슨 질환에 동반한 뇌졸중’의 경우 뇌졸중 진단급여금 지급책임 인정여부 (2015)	371
12. 백내장 수술시 사용한 다초점인공수정체 비용에 대한 보험금 지급책임 유무 (2016)	376
13. 자폐성장장애인에 대한 언어장애 위로금 지급책임(2016)	380

14. 과거 자궁근종수술 병력으로 제왕절개 수술을 한 경우 보험금 지급책임 유무 (2016)	386
15. 급성심장사한 피보험자에 대한 부검결과로 급성심근경색증 진단비 지급책임을 인정할 수 있는지 여부(2017)	391
16. 허혈성심질환진단비 1회 수령후 보험계약이 소멸하지 않고 갱신된 경우, 2회차 진단비 청구에 대해 보험금 지급책임을 있는지 여부(2017)	396
제3절 기타	405
17. 보험모집인이 모집시 사용한 안내장을 약관보다 우선적용할 수 있는지 여부 (2002)	405
18. 영업소장의 만기보험금 보장 약정 및 손해배상책임 여부(2006)	407
19. 보험계약이 특별조건부 인수특약으로 체결되었는지 여부(2008)	410
20. 보험료 할증에 대한 위험소멸시 보험료 감액청구권 인정여부(2010)	413
21. 직업의 변경에 따른 통지의무 위반 및 사망보험금 삭감지급 적정 여부 (2015)	417
22. 체육대학교 진학사실 미고지가 계약 후 알릴 의무 위반에 해당되는지 여부 (2016)	423
23. 도수치료 비용에 대한 실손의료비 지급책임 유무(2016)	428
24. 여성형 유방증 수술비용에 대한 실손의료비 지급책임 유무(2016)	431
25. ‘리바운드 에어워커’ 구입비용에 대한 보험금 지급책임 유무(2016)	434
26. 하악전방유도장치 구입비용에 대한 실손의료비 지급책임 유무(2016)	436
27. 생존보험금에 부가되는 가산금에 대한 소멸시효 적용 가부(2017)	439
28. 즉시연금(만기/상속형)에서 최저보증이율 적용의 적정성(2017)	454
29. 국가유공자의 배우자가 국가로부터 의료비 지원을 받은 경우 실손의료보험금 산정기준(2017)	466

제1장 자동차보험

제1절 약관 교부·설명의무 위반	479
1. 연령한정 운전특약의 설명의무 위반 여부(2006)	479
2. 가족운전자한정 운전특약에 의한 보상책임 인정 여부(2008)	482
3. “다른 자동차”의 개념과 관련한 보험약관의 명시·설명의무 위반 여부(2008) ...	485
4. 연령한정 운전특약에 대한 보험약관의 명시·설명의무 위반 여부(2010)	488
제2절 대인배상	492
5. 법체류자의 상실수익액 산정(1999)	492
6. 손해배상금 산정시 형사합의금 공제 여부(1999)	494
7. 구급차에서 뛰어내리다 부상당한 경우 자동차 운행중 사고인지 여부(1999)	496
8. 무단운전시 차량소유자의 운행자성 상실 여부(2000)	497
9. 무단운전에 동승한 피해자에 대한 차량소유자의 운행자 책임 여부(2001)	502
10. 절취차량의 사고에 대한 차량 보유자의 손해배상책임 유무(2008)	507
11. 형의 차량을 주로 사용하는 자가 자동차손해배상보장법상 타인에 해당 여부 (2008)	509
12. 피해자가 동업자로서 자동차손해배상보장법상 공동운행자에 해당 여부(2009)	512
13. 대리운전자가 교통사고를 발생시킨 경우 차량소유자의 책임부담 여부(2010)	515
제3절 대물배상	518
14. 피보험자와의 사용자관계 인정 여부(1)(2004)	518
15. 피보험자와의 사용자관계 인정 여부(2)(2004)	521
16. 피보험자동차가 공사수행중 구조물을 붕괴시켜 발생한 손해에 대해 약관상 면책조항의 적용 여부(2006)	524

17. 화물차 적재함에서 옥수수를 삶던 중 근처 주차된 벤츠에 화기가 옮겨 붙어 훼손된 경우 대물배상책임 유무(2017)	526

제4절 자기신체사고 531

18. 자키를 내리는 순간 그 반동으로 차량이 움직여 부상당한 경우 운행중 사고에 해당하는지 여부(1999)	531
19. 콤파인 조작 중 추락사고를 자동차 운행중 사고로 볼 수 있는지 여부(2003)	533
20. 정차후 하차 중 부상당한 경우 자동차 운행중 사고로 볼 수 있는지 여부(2004) ..	536
21. 자기신체사고 담보에서의 후유장해의 인정 범위(2004)	539
22. 차량에 던진 돌로 실명한 경우 자동차 운행중 사고에 해당하는지 여부(2005)	541
23. 조수석에서 하차 중 입은 부상과 교통사고 간에 인과관계 여부(2005)	544
24. 차량내에서 취침 중 LPG폭발 사고가 자동차 운행중 사고인지 여부(2008)	546
25. 적재함 화물 작업중 상해사고가 자기신체사고로 보상할 손해인지 여부(2009)	549

제5절 운전자의 과실 여부 552

26. 정차중 추돌사고 피해자의 과실 유무(1999)	552
27. 중앙선 없는 도로에서 승용차와 이륜차 충돌시 승용차 운전자의 과실 유무 (2002)	554
28. 중앙선 침범 차량과 충돌사고시 자기차선을 따라 운행하는 자의 과실 여부 (2004)	557
29. 고가도로 무단횡단 사고시 운행자의 과실인정 여부(2005)	560
30. 중앙선 침범 차량과 충돌한 과속 운전자의 책임 유무(2005)	563
31. 추돌사고로 정차한 선행차량 운전자의 과실 인정 여부(2008)	566
32. 불법주차 차량의 과실 인정 여부(2011)	568

제6절 보험계약의 무효·취소, 계약변경 571

33. 계속보험료 미납으로 인한 보험계약 해지의 적정성 여부(2000)	571

34. 보험료 납입유예기간내에 자동이체계좌에 해당보험료를 초과하는 금액이 입금 되어 있었으나 이체되지 못한 경우 보험계약 해제의 적정성 여부(2001)	574
35. 장기부채로 보험료 납입최고장을 수령하지 못한 경우 보상책임 유무(2003)	577
36. 연령한정 운전특약의 임의 변경 여부 (2007)	580
37. 자동차보험계약의 유효 여부 및 운전자가 승낙피보험자인지 여부(2009)	582
제7절 기타	587
38. 자기차량손해에 대한 보험회사의 대위권 유무(1999)	587
39. 적재물의 추락과 후속 주행 자동차의 교통사고간 상당인과관계 유무(1999)	589
40. 차량수리기간중 대여자동차에 발생한 사고에 대한 자기차량손해 보상책임 발생 여부(2008)	591
41. 사업주가 자신의 사업장 현장에서 임차 크레인 운전자의 과실로 상해를 입은 경우 무보험자동차 상해담보 면책조항이 적용되는지(2017)	594
42. 피보험자동차 전손시 자기차량손해담보에서 보험가액 산정(2017)	599
제8절 법률 및 약관해석	613
43. 손해배상채무와 상속에 따른 보험금청구권의 혼동으로 보험금청구권이 소멸 되는지 여부 (1999)	613
44. 피보험자동차 사용에 대한 기명피보험자의 승낙 유무(2006)	616
45. 통상의 대리운전 중에 발생한 사고로 볼 수 있는지 여부(2007)	619
46. 보험대리점 과실에 대한 보험회사의 배상책임 인정 여부 (2008)	621
47. 소유권 없이 실질적으로 사용하고 있는 경우 약관상 “다른 자동차”에 해당될 수 있는지 여부(2008)	624
48. 차주가 동승하지 아니한 채 발생한 사고의 약관상 대리운전사고 해당 여부 (2012)	628
49. 부부운전자 한정운전 특약에 가입한 경우 제3자 운전 중 발생한 사고에 대한 차량단독사고 손해보상 특약상 책임 유무(2017)	633

제2장 질병·상해 등 보험

제1절 고지의무 위반	642
1. 종합검진결과의 미고지가 계약전 알릴의무 위반에 해당하는지 여부(2008)	642
2. 갑상선 결절 미통지가 계약전 알릴의무 위반에 해당하는지 여부(2008)	644
3. 승모관 치환술 미통지가 계약전 알릴의무 위반에 해당하는지 여부(2010)	647
4. 질문표에 미포함된 과거병력 미통지가 계약전 알릴의무 위반에 해당하는지 여부(2012)	650
제2절 약관 교부·설명의무	655
5. 해외여행보험 배상책임담보 면책사항을 설명하였는지 여부(2005)	655
6. 신청인이 주유소 내 세차시설을 알리지 않은 경우 피신청인에게 세차기로 인한 사고가 보상되지 않음에 대해 설명의무가 있는지 여부(2010)	658
7. 갯도내 붕괴사고 면책약관에 대하여 교부·설명의무가 있는지 여부(2010)	662
8. 계약후 이륜차 운전사실 통지의무를 보험회사가 설명해야 하는지 여부(2011)	665
제3절 상해사고	670
9. 선천성 기형으로서의 면책사유에 해당하는지 여부(2005)	670
10. 대중목욕탕 탕내에서 익사한 사고가 보험약관상의 상해사고 해당 여부(2005)	673
11. 사랑니 발치중 발생한 의료사고로 인한 손해의 보상 여부(2008)	675
12. 신우암 진단후 방광암으로 1급장애 추가판정을 받은 경우 별개의 보험사고로 볼 수 있는지 여부(2010)	678
13. 스테로이드 치료와 관련한 대퇴골두 무혈성 괴사의 상해 인정 여부(1)(2012)	681
14. 스테로이드 치료와 관련한 대퇴골두 무혈성 괴사의 상해 인정 여부(2)(2013)	686
제4절 사망사고	690
15. 교통사고와 사망사고간의 인과관계 존재 여부(2001)	690
16. 주사기에 의한 약물투여로 인한 사망에 대한 보상 여부(2006)	692

17. 알코올성 간경화와 과로사 관련 사망보험금과의 인과관계(2009)	695
18. 심인성 쇼크사가 외래의 사고에 해당하는지 여부(2011)	698
19. 슬레이트 지붕에서 추락한 것이 보험약관상 붕괴사고에 해당하는지 여부 (2012)	701
20. 찜질방 불가마내 수면중 사망사고의 상해 인정 여부(2013)	704
21. 익사로 추정되는 사망사고의 상해 인정 여부(2013)	708
제5절 암 여부	712
22. 랑게르한스세포 조직구증의 다발성 소아암 인정 여부(2011)	712
23. 혈구탐식성 림프조직구증의 다발성 소아암 인정 여부(2011)	715
24. 간경변증 치료 중 간암진단 후 사망한 경우 암사망보험금 지급책임 유무 (2010)	719
제6절 기타 질병 여부	724
25. 임신 중 임신성 고혈압으로 치료를 받은 경우 보험회사의 면책 여부(2003) ..	724
26. 자궁각 임신의 손해보상 여부(2008)	726
27. 아놀드-키아리 증후군이 면책약관상 선천성 뇌질환에 해당되는지 여부(2010) ...	728
제7절 수술 등 해당 여부	732
28. 간이식을 위한 간좌엽 절제술의 보험금 지급 여부(2008)	732
29. 전층 식피술에 대한 암수술비 지급 여부(2008)	734
30. 가해자 자동차보험에서 지급받은 치료비가 “피보험자가 부담하는 비용”에 포함되는지 여부(2009)	736
31. 유방재건술의 실손의료비 보상책임 인정 여부(2012)	739
제8절 보험기간	743
32. 보험료가 납입되지 않는으나 보험증권상 보험기간 개시후 보험사고가 발생한 경우 보험금 지급책임 여부(2001)	743

33. 알코올성 간염이 보험가입 전 발생한 보험사고인지 여부(2005)	745
34. 당뇨 및 고혈압 진단으로 보험가입 전 보험사고가 확정되었는지 여부(2005)	748
35. 골절사고일로부터 11개월 후에 금속판 제거술을 받은 경우 상해의료비 등 지급대상인지 여부(2009)	750
36. 보험기간 중 암진단을 받고 보험기간 종료후 입원치료 및 수술을 받은 경우 보험금 지급대상 해당여부(2010)	753
37. 보험기간을 보고연장기간까지 포함한 15년으로 인정할 수 있는지 여부(2011) ..	757
38. 계약해지전 보험사고 발생사실이 부활청구 거절사유에 해당하는지 여부(2011) ..	760

제9절 법률 및 약관해석 764

39. 상대방의 폭력행위에 대항하여 약간의 폭력을 행사한 것이 폭력행위에 대한 면책조항 적용대상인지 여부(2001)	764
40. 자살에 따른 면책 해당 여부(2005)	766
41. 합의시 감액금액 및 지출비용에 대한 지급책임 유무(2006)	768
42. 보험계약 해지의 적정 여부(2009)	773
43. 보험계약의 성립여부 및 피보험자 미통지의 효과(2010)	776
44. 면책약관상의 “직무상 선박에 탑승중 생긴 손해”에 해당되는지 여부(2010) ..	781

제3장 보증 및 배상책임보험

제1절 보험사고의 발생 785

1. 운송대금이 보상하는 손해에 해당하는지 여부(2002)	785
2. 도료의 채도색 관련 비용의 보상 여부(2007)	788
3. 축구공 놀이 중의 사고에 대한 배상책임 유무(2007)	791
4. 친구간 이종격투기 놀이중 발생한 사고가 폭행에 해당하는지 여부(2009)	793
5. 자동차운전학원 소속 강사가 근로자에 해당하는지 여부(2011)	796
6. 생태조사 등 연구활동 수행중 익사한 사고의 보상책임 여부(2011)	800

7. 묘지정리 중 발생한 사고가 일상생활배상책임보험의 담보대상인지 여부(2012) ···	802
제2절 손해방지 비용	807
8. 감리비 정산방법 및 손해방지의무(1999)	807
9. 퇴직금으로 대출금을 상환받지 못한 행위가 신청인의 중대한 과실에 기인한 것으로 손해방지경감의무 위반행위에 해당하는지 여부(1999)	811
10. 누수 차단을 위한 방수공사비의 손해방지비용 인정 여부(2013)	814
제3절 보험금 지급	818
11. 인·허가보증보험 보험금 청구권의 소멸시효(1999)	818
12. 하자보수 청구가 하자보증기간 이후 이루어진 경우 보상책임 유무(2013) ····	821
13. 아파트 외벽에 생긴 균열에 의한 빗물 누수로 입주자 피해가 발생한 경우 배상책임 유무(2017)	826
14. 교통사고로 피해자의 기왕증이 악화되어 사망한 경우 형사합의지원금 지급책임 유무(2017)	830
15. 정비의뢰된 차량이 돌진하여 손해가 발생한 경우 차량정비업자 배상책임 보험금의 지급책임 유무(2017)	836
 제4장 기타	
제1절 운전자 보험	844
1. 보험계약후 유사보험에 가입한 사실을 통보할 의무가 있는지 여부(1999) ····	844
2. 계약체결후 이륜차 운전사실 미통지가 계약후 알릴의무 위반인지 여부(2001) ···	847
3. 사망사고시 형사합의가 없어도 형사합의지원금을 지급하여야 하는지 여부 (2003)	849
4. 크레인 조종중 창고가 무너져 사망한 경우 운전중 발생 사고에 해당 여부 (2003)	852
5. 경운기를 모판운반에 사용하던 중 발생한 사고의 교통사고 인정 여부(2004) ····	855

6. 콤바인을 작업기계로 사용하던 중 발생한 사고의 교통사고 인정 여부(2009)	858
7. 영업목적으로 운전하던 중 발생한 사고에 해당되는지 여부(2010)	860
제2절 화재보험 등	864
8. 그라인더 작업중 발생한 화재가 피보험자의 중과실에 의한 사고인지 여부 (1999)	864
9. 평소보다 높은 화기로 인해 재산상 피해가 발생한 경우 화재사고 해당 여부 (2004)	867
10. 타워크레인의 링기어 파손이 동산종합보험에서 담보하는 손해인지 여부(2005) ..	870
11. 탱크로리 화재가 자동차로 생긴 손해에 해당하는지 여부(2006)	873
12. 태풍에 의한 유리창 파손의 보상 책임 유무(2013)	876
13. 공장화재보험에서 호이스트 철거작업이 계약 후 알릴의무 대상인지 여부 (2016)	879
제3절 해상보험	884
14. 선박보험에서 담보하는 보험사고인지 여부(2001)	884
15. 선박침수 후 청약된 해상적하보험 사고에 대한 보험회사의 책임 여부(2002)	888
제4절 건설공사 관련	891
16. 건설공사보험(공사물건보험)에서 고속도로 건설사업 진행 중 사면붕괴사고 발생시 보험금 지급범위(2017)	891

 제 **1** 편

주제별 주요 조정사례 (I)

- 제1장 계약전 알릴의무 위반 및 계약해지 등
- 제2장 재해 등 인정 여부
- 제3장 암 진단 등
- 제4장 장애 및 수술 해당 여부
- 제5장 법률 및 약관해석 등

제1장

계약전 알릴의무 위반 및 계약해지 등

제1절 암 관련

1-1 만성위염 치료사실 미고지로 인한 계약해지의 적정성 여부

[인용] 생명보험표준약관의 기본양식을 크게 벗어나 자의적으로 작성된 청약서상의 질문사항이 계약인수 여부 판단에 영향을 미치는 중요한 사항이라고 보기는 매우 어렵고, 피신청인의 질문사항이 중요한 사항에 해당하는지를 판단함에 있어서는 약식청약서가 아닌 표준청약서를 기준으로 하여 합리적이고 제한적으로 해석되어야 함.(2000.2.29. 조정번호 제2000-15호)

가. 사실관계

신청인은 1995.10.20. A의원에서 위내시경 검사결과 만성위염으로 진단받고 2일분의 약을 받아 복용하였으며, 이후 1996.5.25.~5.27. 3일간과 1997.3.31. 및 1998.9.24. 동 의원에 내원하여 치료를 받음.

신청인은 1999.5.7. 피신청인의 보험모집인으로부터 TM(Tele-marketing)방식에 의하여 보험가입을 권유받고 동 일자로 청약을 하여 1999.5.15. 보험계약¹⁾이 체결됨.

신청인은 1999.5.11.~6.1. 기간중 A의원에서 통원치료를 받았고 1999.8.20. B의원에서 위암 확정진단을 받은 후 같은 달 30일 C병원에 입원하여 다음 달 2일 위아전절제술(胃亞全切除術)을 시행받음. 피신청인은 1999.10.6. 신청인이 이 같은 병력이 있음에도 불구하고 이를 고지하지 아니하고 보험계약을 청약하였다는 이유로 본건 보험계약을 해지함.

나. 당사자의 주장

1) 주요보장내용 : ① 암진단확정금 : 4천만원, ② 뇌졸중진단확정금 : 4천만원, ③ 사망보험금 : 4천만원.

(1) 신청인의 주장

피신청인의 보험모집인으로부터 1999.4월 중순경부터 수차례에 걸쳐 전화로 ○○백화점 VIP고객만이 가입할 수 있는 상품이라고 보험가입을 권유받았고, 같은 해 5.7. 보험계약청약서를 FAX로 받아 작성하여 다시 FAX로 송부하였으며 같은 달 15일 피신청인으로부터 보험증권 등을 송부 받았음.

보험청약 4년전 소화가 잘 되지 않아 A의원에서 의사의 권유에 따라 위내시경 검사를 하였고, 이후 1년에 1~2일 통원치료를 받은 적은 있으나 약을 장기간 복용하였거나 입원한 사실은 전혀 없음. 당시 담당의사는 식생활에 조금만 유의하면 별 문제가 없다고 하면서 위염증세는 식생활이 불규칙한 한국성인이면 흔히 있을 수 있다고 진단소견을 말하였음. 따라서, 보험청약 약 4년전에 위내시경검사를 받고 1년에 1~2일 약을 복용한 사실을 고지하지 아니하였다 하여 보험계약을 해지한 피신청인의 조치는 부당함.

(2) 피신청인의 주장

신청인은 1995.10.20. 위내시경검사를 하여 자신이 만성위염의 병력이 있음을 알고 있었고 이후에도 수차례에 걸쳐 병원치료를 받았음에도 이를 숨기고 보험에 가입하였음. 특히 본건 보험계약 체결 당시(1999.5.15.)에는 위 증상으로 치료중이었음.

보험계약청약서 작성에 있어 보험자가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정되고 동 사항에 대하여 고지하지 아니하거나 부실의 고지를 한 경우에는 보험자는 계약을 해지할 수 있음을 상법 및 해당약관에 규정하고 있으므로 본건 보험계약 해지는 정당함.

다. 위원회의 판단

◆ 본건의 쟁점은 ① 보험자가 추상적이고 포괄적으로 작성한 약식청약서의 질문사항의 중요 사항 해당 여부와 ② 보험청약 4년전에 위내시경검사를 받아 만성위염의 진단소견을 듣고 이후 1년에 약 1~2일 정도 통원치료한 사실이 고지대상에 해당하는지 여부라 할 것임.

(1) 고지의무 위반의 요건 및 이행시기에 관한 일반원칙

보험계약을 체결할 당시에 보험계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 보

험자에게 중요한 사항을 고지하지 아니하거나 또는 부실의 고지를 하는 경우에는 고지의무를 위반한 것이 되고 이 경우 보험자는 그 사실을 안 날로부터 1월내에, 계약을 체결한 날로부터 3년내에 한하여 보험계약을 해지할 수 있음(상법 제651조, 해당약관 제12조).

보험계약을 해지할 수 있는 기준으로는 보험자가 그러한 사실을 알았다면 보험계약을 체결하지 않았거나 적어도 동일한 조건으로는 계약을 체결하지 않았을 것이라고 객관적으로 인정되는 사실이 있는 경우이며 상법에서는 보험자가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정한다는 규정을 두고 있음(상법 제651조의 2).

상법 제651조는 고지의무의 이행시기를 “보험계약 체결시”로 정하고 있으나 본건 보험약관 제12조에서는 “보험계약 청약시”로 정하고 있으므로 보험계약자나 피보험자에게 유리한 “보험계약 청약시”를 기준으로 하여 고지의무 위반여부가 판별되어야 함

(2) 피신청인의 보험계약해지가 정당한지 여부

신청인이 보험계약청약 약 4년전부터 1년에 1~2일 통원치료를 받았던 사실이 보험자에게 알려야 할 중요한 사항인지의 여부와 관련하여 살펴볼 때, 보험자가 추상적이고 포괄적으로 질문한 사항을 어느 범위까지 중요한 사항으로 볼 수 있는지가 문제됨.

FAX에 의한 보험계약청약서에서 피신청인은 “최근 5년이내에 아래와 같은 병명이나 증상으로 의사의 진료, 치료, 투약, 입원하였거나 수술, 정밀검사(심전도, X선, 종합건강진단)를 받은 적이 있습니까?”라고 묻고 있을 뿐임. 「생명보험표준약관」상의 보험계약청약서에는 “계속 7일이상의 치료”라는 제한이 있고 과거나 현재의 건강상태에 대하여 개별적이고 구체적으로 질문하고 있어, 보험계약자나 피보험자로 하여금 보험계약 청약시 건강상태에 대하여 상당히 주의하여 충실하게 답변하도록 유도하고 있음. 따라서 본건 FAX에 의한 보험계약청약서상의 기재내용에 의하면 신청인은 과거 1일 이상의 치료, 투약 등의 병력만 있어도 이를 전부 고지하여야 하고, 이의 위반이 있는 경우 피신청인은 계약을 해지할 수 있다는 판단이 도출될 수 있음.

그러나 「생명보험표준약관」 청약서상의 기본양식을 크게 벗어나 자의적으로 작성된 본건 FAX에 의한 청약서상의 질문사항이 아무런 제한없이 계약의 인수여부 판단에 영향을 미치는 중요한 사항이라고 보기는 매우 어렵고, 피신청인의 질문사항이 중요한 사

항에 해당하는지를 판단함에 있어서는 약식청약서가 아닌 표준청약서를 기준으로 하여 합리적이고 제한적으로 해석되어야 할 것임.

위와 같은 관점에서 신청인이 본건 보험계약청약 약 4년전인 1995.10.19.부터 1년에 약 1~2일 통원치료(보험계약청약전 최종치료는 보험계약 청약일로부터 약 8개월전에 이루어짐)를 받았다는 점을 피신청인에게 고지하지 아니한 행위가 중요한 사항의 불고지 또는 부실고지에 해당되는지의 여부를 판단하건대, 표준청약서의 질문표에 기재된 계속 7일 이상의 치료, 복약, 입원의 병력을 기준으로 하여 볼 때 신청인의 최장 치료기간은 1996.5.25.부터 3일간이 있을 뿐이므로 고지의무위반에 해당된다고 보기는 어려움.

나아가 고지의무위반이 성립되기 위하여는 신청인에게 고의 또는 중대한 과실이 있어야 하며 중대한 과실이란 고지하여야 할 사실을 알고 있지만 현저한 부주의로 인하여 그 사실의 중요성의 판단을 잘못하였거나 그 사실이 고지하여야 할 중요한 사실이라는 것을 알지 못하는 것을 말함.²⁾ 따라서 아래와 같은 제반 사정을 종합할 때 보험계약청약서에 신청인에게 고의 또는 중과실이 있었다고 볼 수 없음.

① 신청인이 본건 보험계약을 청약하게 된 동기가 피신청인의 보험모집인으로부터 수차례에 걸쳐 TM 방식에 의한 보험가입권유에 의하여 이루어졌고 청약서의 작성 및 송부가 FAX를 통해 이루어짐으로써 청약서 작성시의 질의문답이 사실상 생략된 채 보험계약의 청약과 승낙이 이루어진 점.

② 신청인이 과거 위내시경 검사사실과 위염치료 병력을 피신청인에게 고지하기 못하게 된 주된 원인은 피신청인이 보험가입고객을 다수 유치하기 위하여 생명보험표준약관상의 청약서와는 현저히 다른 약식청약서를 사용함으로써 신청인이 자신의 병력에 대하여 피신청인에게 충실하게 고지할 수 없었던 점.

③ 또한, 생활이 불규칙한 한국성인의 경우 소화불량 등의 위염증상을 호소하는 경우가 많고 신청인을 치료하였던 전문의 A의원의 소견서에 의하면 만성위염은 성인의 위내시경 검사상 흔히 발견되는 일반적인 내시경소견이라고 진술하고 있는 점에 비추어 볼 때에도 일반평균인의 경우에도 1년에 평균 1~2일 치료받은 사실과 보험계약청약 약

2) 대법원 1996.12.23. 선고 96다27971 판결 참조.

4년전의 위내시경 검사사실까지 고지하여야 할 중요한 사항이라고 판단하기에는 다소 무리가 있다고 판단되는 점.

피신청인은 보험계약청약서상의 질문표에서 신청인의 현재의 병력에 대하여도 질문하였으며 피신청인의 보험계약승낙일(1999.5.15.)전인 1999.5.11.(6.1.까지 계속됨) 신청인이 통원치료를 받았음에도 본건 보험계약 체결승낙시(1999.5.15.)까지 신청인이 고지의무를 이행하지 아니하였으므로 계약해지가 적법하다 주장하나, 고지의무의 이행시기는 보험계약자나 피보험자에게 유리한 당해약관 제12조가 적용되어야 하므로 보험청약시(1999.5.7.)를 기준으로 판단되어야 하고, 따라서 피신청인의 위 주장은 정당한 사유로 인정받기 어렵다 판단됨.

라. 결 론

따라서 신청인은 고지의무를 위반하였다고 볼 수 없어 피신청인은 신청인에게 해당 보험약관 규정에 의한 암진단확정보험금을 지급함이 타당함.

1-2 대장암 치료사실 미고지로 인한 계약해지의 적정성 및 간암과의 인과관계

[기각] 피보험자가 보험가입 5년전에 대장암 치료사실이 있음에도 청약서에 해당사항이 없다고 기재하고 자필로 서명하였으므로 계약전 알릴의무 위반이 인정됨. 한편, 의료경험척상 간암의 경우 대장암, 위암 등으로부터 전이되는 경우가 많으며, CT결과 보고서에 의하면 피보험자의 간암은 대장암(선암)에서 전이되었을 가능성이 가장 크다고 추정하고 있으므로 고지의무 위반과 보험사고발생간에 인과관계가 있다고 판단됨.(2001.8.21. 조정번호 제2001-37호)

가. 사실관계

청약당시 피보험자는 최근 5년이내에 암으로 치료, 복약, 입원하였거나 또는 수술, 정밀검사를 받은 사실여부를 묻는 질문에 대하여 “없다”라고 고지함. 피보험자는 보험가입 전인 1995.6.14. ○○대학교병원에서 대장암(선암)으로 진단받고 수술을 받았으며, 같은

해 7.6.부터 6개월간 화학적 항암 요법으로 항암제(5-FU제제, Furtlon)를 매일 600mg씩 투약 받음.

2001.3.6. 피보험자는 병원에서 컴퓨터 단층촬영(CT)과 혈청학 결과 간암(의증)으로 진단되었는데 동 병원의 결과보고서에 의하면 선암에서 전이되었을 가능성이 가장 크다고 기록되어 있음. 피보험자의 상태는 수술이 불가능한 상태로 조직검사를 받을 수 없었음.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

보험계약이 성립된 후 피보험자가 간암으로 진단되어 보험금을 청구하였으나 피신청인이 보험금 지급을 거부하면서 일방적으로 계약을 해지처리하는 것은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

보험가입전 피보험자가 대장암으로 치료받은 사실을 고지하지 않았으므로 계약전 알릴의무 위반에 해당되고, 대장암과 간암간에 인과관계가 있다는 의사의 소견이 있으므로 간암진단과 관련한 보험금을 지급하지 않은 것은 정당함.

다. 위원회의 판단

◆ 본건의 쟁점은 계약전 알릴의무 위반 여부와 보험사고간의 인과관계 존재 여부임.

계약전 알릴의무 위반 여부와 보험사고간의 인과관계 존재여부에 대하여 살펴보면, 계약자 또는 피보험자는 청약시(건강진단을 받는 경우에는 건강진단시 포함) 청약서에 서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 하고, 건강진단을 받고 가입하는 경우 「의료법」 제3조의 종합병원 및 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있다고 규정하고 있으며, 보험회사가 계약전 알릴의무 위반을 적용하기 위해서는 계약전 알릴의무를 이행하지 않는 것에 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실이 있어야 함.

또한 계약전 알릴의무와 관련하여 청약서에서 피보험자가 최근 5년이내에 암 등으로 치료, 복약, 입원하였거나 또는 수술, 정밀검사(심전도, X선, 종합건강진단 등)를 받은 적이 있는지 여부를 묻고 있는 바, 피보험자가 보험가입전 5년이내에 대장암을 치료받기 위해 항암제를 수개월간 매일 투약받은 사실이 있음에도, 본건 청약서를 보면 피보험자의 병력과 관련하여 해당사항이 없다고 기재하고 신청인이 자필로 서명하였으므로 계약전 알릴의무를 이행하지 않은 것에 신청인의 고의 또는 중과실이 있었다고 보여지고 계약전 알릴의무 위반이 있었다고 판단됨.

한편, 모집인은 보험가입시 과거 피보험자의 암진단 및 수술사실을 들었으나 가입시점에는 치료사실이 없다고 하여 계약을 유지하였다고 진술하고 있는 바, 모집인은 고지수령권한이 없고,³⁾ 상법 제651조의 규정에 의한 계약전 알릴의무 위반을 이유로 하는 보험계약의 해지는 법률로 정해진 사항으로서 명시·설명의무의 대상이 되지 않음.⁴⁾

따라서, 계약전 알릴의무는 청약서를 통하여 회사에 하여야 그 의무를 다하는 것이므로 본건 청약서상 알릴의무대상을 모집인이 모두 설명하지 않았다고 하여 계약전 알릴의무 위반이 없었다고 인정하기 어려움.

그리고, 피보험자가 보험기간중 책임개시일 이후에 특정암(위암, 간암, 폐암)으로 진단이 확정되었을 때 특정암진단자금을 지급한다고 규정하면서, 계약전 알릴의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우에는 해당 보험금을 지급하지 않는다고 규정하고 있는 바, 아래와 같은 사항을 감안하면 계약전 알릴의무 위반과 보험사고간에 인과관계가 존재한다고 보여져 암관련 보험금 지급대상이 아니라고 판단됨.

① 의료경험칙상 간암의 경우 원발성(原發性)보다는 전이성(轉移性) 간암이 훨씬 많고 전이된 경우 대장암, 위암 등으로부터 전이되는 경우가 많은데, 병원의 CT 결과보고서에 의하면 피보험자의 간암은 대장암(선암)에서 전이되었을 가능성이 가장 크다고 추정하고 있는 점.

3) 대법원 1979.10.30. 선고 79다1234 판결 참조.

4) 대법원 2000.12.22. 선고 99다1352 판결 참조.

② 계약전 알릴의무 위반 사실과 보험사고 발생간에 인과관계가 없다는 점에 대한 입증책임은 보험계약자측에 있고, 만약 그 인과관계가 있다고 인정될 때에는 보험금은 지급되지 않는다고 보아야 하는 점.

라. 결 론

피보험자의 계약전 알릴의무 위반이 인정되고, 계약전 알릴의무 위반과 보험사고간에 인과관계가 있다고 인정되므로 피신청인은 보험금 지급책임이 없다고 판단됨.

1-3 암이 아니라는 진단과 6개월후 재검진 요망 사실이 고지 대상인지 여부

[인용] 보험가입 이전에 실시한 유방검사 결과 좌측 유방실질(parenchyma)에 현저한 비대칭적 음영(prominent asymmetric density)이 있다는 소견이 있을 뿐 악성이 아닌 것으로 되어 있고, 청약서 질문사항 중 5년 이내에 정밀검사를 받은 사실 유무를 묻는 질문은 청약서 뒷면의 건강상태표를 참조하도록 되어 있으나 유방 실질의 음영은 건강상태표에 있는 악성종양은 물론 양성종양에도 해당되지 않고 기타 건강상태표에서 열거한 질환에도 해당되지 않으므로 이러한 사실을 고지대상으로 보기 어렵다고 판단됨.(2003.11.18. 조정번호 제2003-59호)

가. 사실관계

신청인은 2002.12월 좌측 유방에 몽우리가 만져져 같은 달 26일 A병원에서 유방에 대한 X선 촬영(맘모그램) 및 초음파검사를 받았으나, 암이 아니라는 진단과 함께 의사로부터 6개월 후 검진을 받으라는 권유를 받았으며, 다음 해 4.4. 본인을 보험계약자 겸 피보험자로 해서 피신청인과 종신보험계약을 체결하였음.

신청인은 2003.7.14. A병원에서 검사를 받은 후 같은 달 21일 유방암 진단을 받았고, 같은 달 28일 B병원에 입원하여 그 다음 날 유방 전체를 절제하는 ‘유방 전절제수술’을 받은 후 다음 달 7일에 퇴원하였음(입원일수 11일).

이후 신청인은 2003.8.18. 피신청인에게 암관련 보험금을 청구하였으나, 피신청인은 계

약전 알릴의무 위반을 이유로 보험금 지급을 거절하고 다음 달 19일 해당 보험계약을 해지하였음.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

정밀검사를 실시한 결과 암이 아니라는 진단을 받았고 의사가 6개월 마다 정기검진을 받으라는 권유를 한 사실은 있으나, 이는 보험가입시 알려야 할 사항에 해당하지 않음.

(2) 피신청인의 주장

의사로부터 좌측 유방촬영과 초음파 등 정밀검사를 받았고 보험가입 후 3개월 여만에 검사를 받았던 부위와 동일한 부위에 암진단을 받은 사실을 볼 때 보험가입 전에 이미 암이 진행 중에 있었으며, 신청인이 의사로부터 암이 아니라는 설명을 듣고 정확하고도 구체적인 병명은 인지하지 못하였을지라도, 이러한 정도의 병증이나 자각증세는 보험가입 당시 보험회사에 반드시 알려야 할 중요한 사항임에도 이를 알리지 않았으므로 계약 전 알릴의무를 위반하였음.

다. 위원회의 판단

◆ 본건의 쟁점은 신청인이 보험계약을 체결하기 전 정밀검사를 받은 사실과 신청인의 신체 상태가 고지대상에 해당하는지 여부라 할 것임

(1) 관련 법률 및 약관

해당 보험의 주계약 약관 제21조 및 제22조 제1항에 의하면, 보험계약자 또는 피보험자는 청약시 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 하며, 보험계약자나 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 “중요한 사항”에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 보험자인 피신청인이 계약을 해지할 수 있음.

“중요한 사항”의 의미에 관해서 동 약관 제22조 제2항에서는 피신청인이 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액한도 제한, 일부담보 제외, 보험금

삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 인수하는 등 계약인수에 영향을 미칠 수 있는 사항이라고 규정하고 있으며, 상법 제651조의2에서는 보험자가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정한다고 규정하고 있음.

(2) 청약서상 계약전 알릴의무 사항

2003.4.4. 작성된 청약서 중 계약전 알릴의무사항에서는 “현재 및 과거의 질병, 현재의 장애상태, 직업, 운전, 위험한 취미 등”을 중요한 사항으로 예시하고 있음.

또한 피보험자의 건강상태에 관한 질문사항에서는, “3. 최근 5년이내에 의사로부터 진찰 또는 검사를 받고 그 결과 입원, 수술, 정밀검사(심전도, 방사선, 건강진단 등)를 받았거나 계속하여 7일이상 치료, 30일이상 투약받은 적이 있습니까?”(이하 “질문3”이라 함) 및 “4. 최근 5년이내에 다음과 같은 병명으로 의사로부터 진찰 또는 검사를 통하여 진단을 받았거나 치료, 투약, 입원, 수술, 정밀검사를 받은 적이 있습니까?”라는 질문과 함께 암, 백혈병 등을 대상 질병으로 열거하고 있고(이하 “질문4”라 함), “7. 여성의 경우 이상 임신이나 분만, 자궁 또는 질출혈, 자궁내막증, 자궁적출, 유방질환, 포상기태”를 묻는 질문들이 있는데 신청인은 이들 질문에 대하여 각각 “아니오”라고 답한 점이 확인됨.

(3) 계약전 알릴의무 위반 여부

피신청인은 신청인이 계약체결 전 정밀검사를 받고 6개월 뒤 검진을 요한다는 진단 사실을 알리지 않았으므로 계약전 알릴의무 위반이라고 주장하나, 다음과 같은 점에 비추어 볼 때 타당하지 않은 것으로 판단됨.

① 2002. 12. 26. A병원에서 실시한 유방검사 결과인 “진단방사선과 판독소견서”에서는, 좌측유방 실질(parenchyma)에 현저한 비대칭적 음영(prominent asymmetric density)이 있다는 소견이 있을 뿐 악성이 아닌 것으로 판독하고 있는 점.⁵⁾

5) 참고로 보험계약을 체결하기 3개월 전에 실시한 유방촬영결과에서 유방 실질 불투과성 외에 특이 소견이 없고 1년 후 추적관찰을 요한다는 진단을 받은 사례에서, 대법원은 유방 실질 불투과성이란 유방 실질조직이 비교적 단단해서 충분한 X선 투과가 되지 않아 사진상 하얗게 나타나는 것에 불과한 것으로 그 상태에서 유방암이 발병할 가능성은 보통 사람의 경우와 차이가 없고, 1년 후 추적관찰을 요한다는 것은 특이 소견이 없을 때 1년의 간격을 두고 정기검사를 하는 것이 필요하다는 취지라고 해석한 원심판결을 정당하다고 판시하였음(대법원 2003.6.27. 선고 2003다12847 판결).

② 보험계약당시 신청인에게 유방질환이 있어서 신청인 측에서 이를 알고 있었던 것으로 인정할 만한 증거가 없는 점.

③ 청약서상 질문사항 중 5년이내에 정밀검사를 받은 사실 유무를 묻는 질문3에 대해서는 청약서 뒷면의 건강상태표를 참조하여 작성하도록 하고 있는 바, 유방 실질의 음영은 건강상태표에 있는 악성종양은 물론 양성종양에도 해당하지 않고 기타 건강상태표에서 열거한 질환에도 해당하지 않으므로 이를 고지해야할 대상으로 보기 어려운 점.

④ 질문4와 관련하여 신청인은 5년이내에 암이나 암과 관련된 증상으로 치료, 투약, 입원, 수술, 정밀검사를 받은 사실이 없으므로, 동 질문사항의 고지대상에는 포함되지 않는 것으로 판단되는 점.

⑤ 본 건과 같이 정밀검사를 받아 특별한 이상이 없는 소견이 나온 사실은 청약서에서 “중요한 사항”으로 예시하고 있는 “현재 및 과거의 질병, 현재의 장애상태, 직업, 운전, 위험한 취미”와 동일한 수준의 위험 요소라고 할 수 없고, 의학적인 관점에서 피보험자의 위험을 측정하는데 필요한 사항이라고 볼 수도 없는 점.

⑥ 가사 정밀검사를 받은 사실 자체가 중요한 사항이라 하여도, 검사 결과 특별한 문제가 없는 경우에도 고지해야할 대상에 포함되는지를 판단하기가 용이하지 않고, 보험계약당시 신청인이 유방질환이 있었던 것을 알았다고 인정할만한 증거를 발견할 수 없는 바, 사정이 이러하다면 신청인 측에서 고지해야하는 중요한 사항이 있는 것을 알면서도 이를 알리지 않았거나, 현저한 부주의로 인하여 그 사실의 중요성에 대한 판단을 잘못하거나 고지하여야 할 중요한 사항이라는 것을 알지 못한 것으로 볼 수 없으므로,⁶⁾ 신청인이 고의 또는 중대한 과실로 계약전 알릴의무를 위반한 것으로 볼 수 없는 점.

라. 결 론

그렇다면 본 건에서는 정밀검사를 받은 사실 자체를 중요한 사항으로 볼 수 없고, 나아가 신청인이 고의 또는 중대한 과실로 계약전 알릴의무를 위반했다고 볼 수 없으므로, 피신청인은 계약해지를 취소하고 해당 보험약관에서 규정하는 암 관련 보험금을 지급해

6) 대법원 1996.12.23. 선고 96다27971 판결, 2001.2.13. 선고 99다13737 판결 참조.

야 할 것으로 판단됨.

1-4 미세침흡인검사 결과 미고지로 인한 계약해지 및 갑상선암과의 인과관계

[기각] 미세침흡인검사는 그 정확도가 약 95% 정도인 갑상선암의 수술 전 진단방법이고 동 검사에서 암으로 진단되면 조직검사 없이 수술을 하는 점 등으로 보아 정밀검사에 해당된다는 사실을 쉽게 알 수 있고, 이는 청약서상 고지대상이라 할 것이므로 본 건에 있어서 초음파 검사 또는 미세침흡인검사 결과 갑상선 결절 등이 발견된 사실을 알리지 아니한 것은 고지의무 위반에 해당되며 보험사고인 갑상선암과의 인과관계가 있다고 판단됨.(2006.3.28. 조정번호 제2006-13호)

가. 사실관계

신청인은 2003.5.16. ○○외과의원에서 초음파검사결과 갑상선 좌측엽에 1cm 이하의 낭종 2개가 발견되었고, 같은 병원에서 2005.11.4. 발급된 진료확인서에는 “갑상선 초음파상 발견된 병변으로 ◇◇대학병원에 의뢰하여 양성소견으로 회신”받은 것으로 기재되어 있으며, ◇◇대학병원에서 2003.9.4. 시행한 초음파 검사에서는 갑상선 결절(1.0×0.8cm)이 발견되었고, 다음 날 미세침흡인검사(FNA)에서는 결절성 갑상선 선종(Adenomatous hyperplasia) 진단을 받았으며 6개월 후 추적관찰 소견이 있었음.⁷⁾

신청인은 2004.1.29. 자신을 보험계약자겸 피보험자로 하여 건강보험계약을 체결하였으며, 보험계약 체결 이후인 같은 해 12.22. ◇◇대학교병원에서 갑상선 검사결과 갑상선 결절이 발견되었고 6개월 후 추적관찰 소견이 있었으며, 다음 해 9.20. △△병원에서 갑상선 유두암(C73) 진단을 받고 그 다음 날 갑상선 전절제술 및 전경부임파선 제거술을 하였음.

신청인은 당해 보험계약 체결 당시 “최근 5년 이내에 의사로부터 진찰, 검사를 받고 그 결과 병이나 증상으로 7일 이상 계속 치료, 입원하였거나 또는 30일 이상 투약하거나

7) 갑상선 결절은 갑상선의 일부가 비정상적으로 커져서 혹을 형성하는 것이고, 한 개 이상의 결절이 커진 것을 결절성 갑상선 선종이라 함.

수술, 정밀검사(심전도, X선, 혈액검사, 종합건강진단 등)를 받은 적이 있습니까?”라는 청약서의 질문사항에 대하여 “아니오”라고 기재하였으며, 피신청인은 계약전 알릴의무 위반을 이유로 2005.11.7. 당해 보험계약을 해지하였음.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

보험계약 체결 이전에 초음파검사 또는 미세침흡인검사에서 갑상선 결절 진단받은 사실은 있으나 청약서의 질문사항에 해당되지 아니하여 고지하지 않았고, 초음파검사 또는 미세침흡인검사가 청약서에 열거된 정밀검사도 아니므로 피신청인이 계약전 알릴의무 위반을 이유로 계약해지하고 해당 보험금을 지급하지 아니하는 것은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

미세침흡인검사에서 암세포가 발견되지 않았다고 하여 암세포가 없다고 단정할 수 없고, 경과 관찰하는 도중에 악성으로 판명되는 경우가 있으며, 초음파검사 또는 미세침흡인검사는 정밀검사에 해당되고 신청인이 이러한 검사결과 갑상선 결절이 발견되었음에도 고지하지 아니하였으므로 계약전 알릴의무 위반에 해당됨.

다. 위원회의 판단

◆ 본건의 쟁점은 신청인이 초음파 검사 및 미세침흡인검사, 갑상선 결절 발견 사실을 고지하지 않은 것이 계약전 알릴의무위반에 해당하는지 여부라 할 것임.

(1) 당해 보험약관 규정

당해 보험계약 보통약관 제30조(계약전 알릴의무)에는 “계약자 또는 피보험자는 청약시 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 하며, 회사는 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있다.”고 되어 있고, 같은 조 제5항에는 “계약전 알릴의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤

음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당보험금을 지급한다.”고 규정하고 있음.

(2) 계약전 알릴의무 위반 여부

보험자는 보험계약 체결시 고지를 요하는 중요한 사항을 청약서에 질문형식으로 열거하여 보험계약자 등이 이에 응답하도록 하고 있고, 상법 제651조의 2(서면에 의한 질문의 효력)에는 보험자가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정한다고 규정하고 있음.

신청인은 청약서 질문서에 초음파 검사 또는 미세침흡인검사가 정밀검사에 포함된다 고 명시하고 있지 아니하므로 고지대상이 아니라고 주장하지만, 청약서 질문서에는 정밀 검사 항목에 대하여 예시적으로 나열되어 있고, 가장 기본적인 검사라고 할 수 있는 X선, 혈액검사를 정밀검사로 예시하고 있으며, 미세침흡인검사는 그 정확도가 약 95% 정도인 갑상선암의 수술전 진단방법이고 동 검사에서 암으로 진단되면 조직검사 없이 수술을 하는 점 등으로 보아 정밀검사에 해당된다는 사실을 쉽게 알 수 있고, 이는 청약서상 고지대상이라 할 것임.

본 건 보험계약 청약서에는 “최근 5년 이내에 의사로부터 진찰, 검사를 받고 정밀검사(심전도, X선, 혈액검사, 종합건강진단 등) 등을 받은 적이 있는지 여부”에 대하여 질문하고 신청인은 “아니오”라고 답변한 사실과 관련하여 계약전 알릴의무 위반 여부를 살펴보면, 신청인은 당해 보험계약 체결일로부터 불과 약 8개월전인 2003.5.16.부터 계약체결시까지 2차례에 걸쳐 초음파 검사 또는 미세침흡인검사를 통하여 갑상선 질환에 대한 정밀검사를 받은 사실이 있고, 그 결과 갑상선 결절이 발견되었으며 향후 추적관찰이 필요하다는 의료소견이 있었던 점으로 보아 청약시 동 사실을 고지하지 않은 것은 신청인에게 고의 또는 중과실이 있었다고 판단되고, 고지의무위반 사실과 보험사고 발생과의 인과관계가 조금이라도 엮을 수 있는 여지가 있다면 보험자는 보험금 지급의무를 부담하지 아니 한다는 판례⁸⁾에 비추어 보아, 본 건에 있어서 초음파 검사 또는 미세침흡인검사 결과 갑상선 결절 등이 발견된 사실을 알리지 아니한 것과 보험사고인 갑상선암과의 인과관계가 있다고 판단됨.

8) 대법원 1997.10.28. 선고 97다33089 판결 참조.

라. 결 론

그렇다면 계약전 알릴의무 위반을 이유로 당해 보험계약을 해지하고 관련 보험금을 지급하지 아니한 피신청인의 처리는 부당하다고 보기 어렵다고 판단됨.

1-5 건강검진상 유방결절 소견 미고지가 계약전 알릴의무 위반인지 여부

[기각] 피보험자가 보험가입 이전에 실시한 건강검진에서 유방촬영술(MMG) 결과 유방결절(양성추정)이 진단되었음에도 보험가입시 이를 사실대로 알리지 아니하고 보험계약을 체결한 사실이 확인되어 계약전 알릴 의무를 위반하였음이 인정되고, 좌유방 유방정밀검사결과 양성으로 추정되는 결절이 유방암으로 진단되어 계약전 알릴의무 위반 사실과 보험사고간에 인과관계가 성립하여 피신청인은 보험금을 지급할 책임이 없는 것으로 판단됨.(2008.1.29. 조정 번호 제2008-2호)

가. 사실관계

신청인은 2006.3.29. ○○병원에서 자궁근종 진단을 받았고, 같은 해 4.5. 해당 병원에서 좌유방 유방정밀 검사결과 양성으로 추정되는 결절이 발견됨.

신청인은 2007.2.13. 피신청인과 보험계약을 체결하였고, 같은 해 6.18. 해당 병원에서 좌유방 유방정밀 검사상 과거 결절 사이즈가 증가하였다는 진단을 받은 바 있으며, 7.4. 조직생체 검사상 유방암으로 진단받아 8.6. 유방종괴 및 림프절 절제술을 시행함.

신청인은 2007.8.29. 보험금을 청구하였으나 피신청인은 계약전 알릴의무 위반을 이유로 당해 보험계약을 해지하고 보험금 지급을 거절함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

2006.4.5. 건강검진 결과를 통보 받을 당시 의사가 X-ray 사진 판독상 작은 혹처럼 보이는 것은 있으나 염려하지 않아도 된다고 하여 당해 보험가입시 이러한 사실을 고지하

지 아니하였으나, 피신청인이 이를 이유로 계약전 알릴의무를 위반하였다고 보험계약을 해지하고 보험금 지급을 거절하는 것은 부당하니 당해 계약의 원상회복 및 보험금을 지급해야 함.

(2) 피신청인의 주장

피보험자는 당해 보험 가입 이전에 실시한 건강검진에서 유방결절 및 자궁근종을 진단받은 바 있음에도 보험계약청약서에 이를 사실대로 알리지 아니하여 계약전 알릴의무 위반을 이유로 보험계약을 해지하였으며, 계약전 알릴의무 위반 사실과 보험사고 사이에 인과관계가 존재하여 보험금을 지급하지 않음이 타당함.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 계약전 알릴의무 위반에 따른 보험계약 해지 가능 여부라 할 것임.

(1) 보험약관 규정

해당보험 주계약 약관 제23조(계약전 알릴의무)에서 “계약자 또는 보험대상자(피보험자)는 청약시 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 한다”라고 규정하고 있으며, 같은 약관 제24조(계약전 알릴의무 위반의 효과)에 의하면 “회사는 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 제23조에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있다”라고 규정하고 있고, 같은 조 제5항에는 “계약전 알릴의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당보험금을 지급한다”라고 규정하고 있음.

같은 보험 암진단특약 약관 제15조(보험금의 종류 및 지급사유)에 의하면 “회사는 보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 최초의 암으로 진단 확정 되었을 때, 또는 보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중 상피내암, 경계성종양, 기타피부암 및 갑상선암으로 진단확정 되었을 경우에는 보험금을 받는 자(보험수

익자)에게 약정한 보험금을 암진단급여금으로 지급한다”라고 명시하고 있고, 같은 보험 특정질병진단특약 약관 제16조(보험금의 종류 및 지급사유)에 의하면 “회사는 보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 최초의 암으로 진단확정 되었을 때, 또는 보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중 상피내암, 경계성종양, 기타 피부암 및 갑상선암, 뇌출혈 또는 급성심근경색증으로 진단확정 되었을 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 진단급여금으로 지급한다”라고 규정하고 있으며, 같은 보험 특정질병수술보장특약 약관 제18조(보험금의 종류 및 지급사유)에 의하면 “보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중 암, 기타피부암, 갑상선암, 경계성종양 또는 상피내암의 치료를 직접 목적으로 관혈수술, 내시경수술, 카테터수술 또는 신의료수술을 받은 경우에 암수술급여금을 지급한다”라고 규정하고 있음.

(2) 계약전 알릴의무 위반 여부 등

신청인은 당해 보험가입시 계약전 알릴의무를 성실히 이행하였으므로 피신청인은 보험계약을 원상회복하고 보험금을 지급할 의무가 있다고 주장하나 다음과 같은 점에 비추어 위 주장은 이유 없음.

① ○○병원 의사의 2006.3.29.자 외래초진기록지에 의하면 질초음파상 6.15×4.75cm 크기의 자궁근종이 있는 것으로 기재되어 있고, 같은 의사의 2006.4.5.자 외래경과기록지에 의하면 정밀검사인 유방촬영술(MMG) 결과 유방결절(양성추정)이 있는 것으로 기재되어 있음에도, 본 건 보험계약청약서의 “최근 5년 이내에 의사로부터 진찰을 받고 그 결과 입원, 수술(제왕절개 포함), 정밀검사(심전도, 방사선, 건강진단 등)를 받았거나, 계속하여 7일 이상 치료 또는 30일 이상 투약 받은 적이 있는지 여부”에 대한 질문란에 신청인은 청약시 아무런 고지를 하지 아니한 점.

② 대법원 판례⁹⁾는 보험계약에 있어 고지의무위반이 성립하기 위해서는 고지의무자에게 고의 또는 중대한 과실이 있어야 하고, 여기에서 “중대한 과실”이란 고지하여야 할 사실은 알고 있었지만 현저한 부주의로 인하여 그 사실의 중요성의 판단을 잘못하였거나 그 사실이 고지하여야 할 중요한 사실이라는 것을 알지 못하는 것을 말한다고 판시

9) 대법원 1996.12.23. 선고 96다27971 판결 참조.

하고 있는데, 2007.12.3. 금감원에 제출한 분쟁조정신청서에 따르면 신청인도 유방 X-Ray 결과 작은 혹처럼 보이는 것이 있다는 내용을 의사로부터 들었음을 인정하고 있고, 보험금 청구 이후 발급된 상기 병원 의사 발행 2007.9.27.자 소견서에 “2006.3월 유방 촬영술 결과 유방결절(양성추정) 소견이 나왔고, 임상적으로 증세가 전혀 없었던 상태여서 유방초음파를 필수로 권장하지 아니한다”라고 기재된 사실과 달리 신청인을 검진한 같은 의사의 2006.4.5.자 외래경과기록지에 의하면 정밀검사인 유방촬영술 결과 유방결절(양성추정)이 있어 “rec> breastsono”(유방초음파 권유)로 기재되어 있으므로 신청인은 적어도 중대한 과실로 인해 계약전 알릴의무를 위반하였다고 보아야 한다는 점.

③ 상법 제655조 및 당해 보험 주계약 약관에서 계약전 알릴의무를 위반한 사실이 보험사고의 발생에 영향을 미치지 아니하였음이 증명된 때에는 보험금을 지급하도록 규정하고 있으나, 본 건에서는 2006.4.5. 좌유방 유방정밀검사결과 양성으로 추정되는 결절이 2007.7.4. 좌유방 조직생체 검사상 유방암으로 진단되어 계약전 알릴의무 위반 사실과 보험사고간에 인과관계가 인정된다는 점.

라. 결 론

그렇다면 계약전 알릴의무 위반을 이유로 당해 보험 계약을 해지하고 관련 보험금을 지급하지 아니한 피신청인의 업무처리가 부당하다고 보기는 어렵다고 판단됨.

1-6

초음파검사결과 갑상선 양성신생물 진단사실의 미고지가 계약전 알릴의무 위반인지 여부

[기각] 신청인은 보험가입 약 100일전에 초음파 검사 결과 갑상선 양성신생물 진단을 받았음에도 보험가입시 정밀검사를 받은 사실이 없다고 답하고 있고, 보험청약서상 ‘정밀검사’에 대해 ‘심전도, 방사선, 건강진단 등’으로 명시하고 있고 이는 이 3가지 검사만 정밀검사에 해당된다는 의미라기보다는 정밀검사 항목을 예시적으로 나열하고 있는 것으로 해석해야 할 것이므로 신청인이 초음파 검사 사실을 사실대로 알리지 않았다면 이는 중대한 과실로 계약전 알릴의무를 위반한 것으로 판단됨.(2009.7.21. 조정번호 제2009-75호)

가. 사실관계

신청인(49세)은 2008.5.24. ○○클리닉에 내원하여 “상세불명의 갑상선 기능저하증”을 진단받은 후, 같은 달 26일 동 병원에서 초음파검사 결과 갑상선 양성신생물(0.6cm) 진단 및 6개월 후 초음파검사 권유를 받음. 신청인은 같은 해 9.3. 보험에 가입하였으며, 가입시 상기 내용은 고지하지 않음.

2009.1.6. 신청인은 ◇◇병원에서 갑상선암 진단을 받고, 같은 해 3.18. 동 병원에서 좌측 전체 및 우측 부분 갑상선 절제술 시행을 받은 후 같은 해 4.2. 보험금을 청구하였음. 그러자 피신청인은 2009.4.27. 보험계약 해지를 통보¹⁰⁾하고 그 다음 날 기납입 보험료를 반환하였으며, 신청인은 다음 달 11일 금융분쟁조정을 신청하였음.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

계약전 알릴의무는 청약서에 기재되어 있는 질문에만 고지하게 되어 있는 소극적인 의무로 알고 있는데, 청약서상의 계약전 알릴의무 사항에는 “초음파검사”가 정밀검사 항목으로 나와 있지 않아 고지할 생각을 하지 못했음. 0.6cm 물혹은 나이든 사람이면 누구나 생길 수 있는 것이고 있다가도 없어질 수도 있으며, 담당의사가 당장 떼어내자고 하지도 않는 등 크게 걱정할 것이 없다고 생각하여 고지하지 않았음

(2) 피신청인의 주장

초음파검사는 “정밀검사”로서 초음파검사 결과 “갑상선 양성신생물” 진단을 받은 사실은 계약전 알릴의무 대상임에도 보험가입시 이를 알리지 않았으므로 계약전 알릴의무 위반을 이유로 보험계약을 해지하고 보험금 지급을 거절한 것은 타당함.

다. 위원회의 판단

10) 당일에 신청인이 방문하여 계약해지 확인서를 받음.

◆ 본 건의 쟁점은 보험가입시 초음파검사 결과 갑상선 양성신생물 진단받은 사실을 알리지 않은 것이 계약전 알릴의무 위반인지 여부임.

신청인은 청약서 “계약전 알릴의무 사항” 질문에 초음파검사가 정밀검사에 포함된다고 명시되어 있지 않으므로 초음파검사 결과 갑상선 양성신생물로 진단받은 사실은 계약전 알릴의무 대상이 아니라고 주장하나, “최근 5년 이내에 의사로부터 진찰, 검사를 받고 그 결과 입원, 수술, 정밀검사(심전도, 방사선, 건강진단 등)를 받았거나 계속하여 7일 이상 치료 또는 30일 이상 투약을 받은 적이 있습니까?”라는 질문에서 고지대상인 “정밀검사”를 위 3가지 검사만을 의미한다고 한정적으로 해석하기보다는 정밀검사 항목을 예시적으로 나열하고 있는 것으로 이해하는 것이 합리적인 해석이라 할 것임.¹¹⁾

또한 신청인은 보험계약 체결일(2008.9.3.)로부터 약 100일전인 같은 해 5.26. 초음파검사 결과 갑상선 양성신생물로 진단받고 6개월 이후 초음파 재검사가 필요하다는 의료소견이 있었던 점으로 미루어 볼 때 본건 보험청약시 상기 진료결과를 알리지 않은 사실에 대해 신청인의 고의 또는 중과실이 인정되며, 아울러 피신청인의 인수지침에 따르면 갑상선 기능저하의 경우 질병사망, 질병의료비, 진단비에 대해서는 인수 거절대상이며 갑상선 양성결절의 경우 수술 및 호르몬 치료를 받지 않았다면 진단후 1년경과 시점부터 전기간 부담보 인수하도록 정하고 있는 바, 신청인이 보험가입시 상기 진료결과를 사실대로 알렸다면 동 인수지침에 따라 인수가 거절되었을 것으로 판단됨.

한편 인과관계 존재 여부 판단과 관련하여서는, 계약전 알릴의무 위반 사실과 보험사고 발생과의 인과관계를 조금이라도 엿볼 수 있는 여지가 있다면 보험자는 보험금 지급 의무를 부담하지 아니한다는 관례¹²⁾에 비추어 본건 갑상선 양성신생물 진단사실과 갑상선암 사이에 인과관계가 있다고 판단됨.

11) 초음파 검사 또는 미세침흡인검사가 청약서상 정밀검사에 해당되는지 여부와 관련하여, 동 검사가 청약서상 정밀검사에 명시적으로 포함되어 있지는 않더라도 청약서 질문서에서는 정밀검사 항목을 예시적으로 나열하고 있을 뿐이므로 동 검사는 청약서상 정밀검사에 해당된다고 결정(금융분쟁조정위원회 2006.3.28. 조정번호 제2006-13호).

12) 대법원 1997.10.28. 선고 97다33089 판결 참조.

라. 결 론

따라서 계약전 알릴의무 위반을 이유로 본건 보험계약을 해지하고 관련 보험금을 지급하지 아니한 피신청인의 처리가 부당하다고 보기 어려움.

1-7 보험가입전 암 진단사실 미고지에 대한 계약취소 및 상법규정 적용 여부

[일부 인용] 림프암 진단사실 미고지는 계약전 알릴의무 위반에 해당하며, 보험계약 해지권 제한사유의 경과기간을 도과하였으므로 보험계약을 해지할 수는 없지만, 계약취소권 행사기간인 5년을 넘지 않은 보험계약은 취소할 수 있음. 한편, 피보험자가 보험가입전 진단받은 T-세포 림프종과 사망원인이 된 급성골수성백혈병을 동일질병으로 단정지을 수 없으므로 보험사고가 객관적으로 확정되었다고 보기는 어려움.(2011.3.22. 조정번호 제2011-17호)

가. 사실관계

신청인의 자녀(피보험자)는 보험가입 이전인 2003.8월 프랑스 파리로 유학(당시 초등학교 6학년 재학중)을 떠났으며, 유학중이던 2005.1.4. 현지 병원에서 T-cell lymphoma 진단을 받고, 2005.1~7월 기간중 현지 병원에서 상기 진단명으로 입원 치료를 하였음.

신청인은 2005.2.14.에 해당 자녀를 피보험자로 하여 피신청인과 어린이보험 계약을 체결하였고, 피보험자는 2005.6.22. 고용량 항암치료 및 자가말초혈액조혈모세포이식 수술을 받았으며, 2005.9.26.~2009.1.19. 기간중에는 원자력병원에서 18회에 걸쳐 정기적 추적관찰을 받았음. 2006.4.3.~4.15. 기간중에는 좌하퇴전면부 심부열창으로 ◇◇정형외과에 입원하였고, 2006.6.1. 신청인이 동 정형외과 입원 관련 보험금을 청구하여 2006.6.1. 피신청인이 비조사 지급(입원, 통원비 등 100만원)한 바 있음.

신청인은 2007.3.29. 해당 자녀를 피보험자로 하여 피신청인과 변액유니버설종신보험 계약을 체결하였고, 피보험자는 2009.8.4. △△연합외과에서 외래진료를 받으면서 항문주위 농양으로 수술을 받았으며, 2009.11.21. 동 외과에서 백혈병 의심이 된다 하여 제3기관으로 전원을 의뢰하였고, 2009.11.21.~12.22. 기간중 ○○대학병원에 급성골수성백혈병으로 입원하였다가 사망하였음.

2010.1.21. 신청인이 급성골수성백혈병 관련 보험금을 청구하자, 같은 해 2.10. 피신청인은 보험계약 취소를 안내(2.18. 신청인측에 공문 전달)하였고, 같은 해 12.20. 신청인은 분쟁조정을 신청하였음.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

2005.2월 보험가입 당시 피보험자가 프랑스에 있던 관계로 병명에 대한 충분한 의사소통이 부족하여 이를 알리지 않았고, 이로 인하여 고지의무를 위반한 결과가 되었으므로 보험회사에 보험금 청구를 하지 않았으며, 2005.1월 진단받은 림프암과 2009.11월 진단받은 급성골수성백혈병은 재발의 개념이 아닌 다른 질병임에도 피신청인이 암 관련 보험금을 지급하지 않는 것은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

이 건 신청인 등은 피보험자가 2005.1월 프랑스에서 림프암 진단을 받고 입원치료를 받고 있는 기간 중 어린이보험을 가입하였으며, 이후 원자력병원에서 정기적으로 혈액검사 등의 추적관찰을 받아 왔음에도 보험계약 체결시 이를 알리지 아니한 채 변액유니버설종신보험에 가입하여 결과적으로는 계약전 알릴의무를 위반하였음이 명백하고, 2005.1월 진단받은 림프암과 급성골수성백혈병은 그 의적 인과관계 또한 상당하므로 당해 보험약관¹³⁾에 따라 보험계약을 취소함은 물론 상법 제644조(보험사고의 객관적 확정)의 효

13) 어린이보험약관 제24조(가입자의 계약전 알릴의무) 및 변액유니버설종신보험약관 제35조(계약전 알릴의무)에서는 계약자 또는 피보험자는 청약시 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 하도록 정하고 있고, 어린이보험약관 제25조(계약전 알릴의무 위반의 효과) 및 변액유니버설종신보험약관 제36조(계약전 알릴의무 위반의 효과) 제1항에서는 회사는 계약자 또는 피보험자가 제24조 또는 제35조에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있음. 다만, ①회사가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 알지 못하였을 때, ②회사가 그 사실을 안 날로부터 1개월 이상 지났거나 또는 책임개시일로부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년) 이상 지났을 때, ③회사가 이 계약의 청약시 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 의하여 승낙통지를 한 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 제

과)에 의해 무효로 함이 타당함.

다. 위원회의 판단

◆ 본건의 쟁점은 위 각각의 보험약관에 정하는 바에 따라 ①보험계약을 해지할 수 있는지 또는 ②보험계약을 취소할 수 있는지의 여부와 함께 ③상법 제644조(보험사고의 객관적 확정 효과)에 따라 보험계약을 무효로 할 수 있는지 여부 등이라 할 것임.

(1) 계약전 알릴의무 위반에 따른 보험계약 해지 여부

보험계약을 체결함에 있어 보험회사가 서면으로 질문한 사항을 중요한 사항이라고 봄은 이론의 여지가 없는 사실이고, 보험계약자 등이 보험가입시 이를 불고지 하거나 부실 고지한 경우 보험계약을 해지할 수 있도록 정하고 있으며, 상법 제651조 소정의 고지의무 대상이 되는 중요한 사항의 의미에 대하여 법원은 보험회사가 그 사실을 알았더라면 보험계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 담보 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 인수하는 등 계약인수에 영향을 미치는 사항으로 판단¹⁴⁾하고 있으므로 살피건대, 보험계약 체결시 청약의 의사표시를 기재하는 청약서에는 보험계약자가 청약서에 기재한 내용에 대하여 사실대로 알리지 않거나 사실과 다르게 알린 경우에는 보험가입이 거절될 수 있고, 특히 중요한 사항(회사가 그 사실을 알았더라면

외), ④보험을 모집한 자가 계약자 또는 피보험자의 계약전 알릴의무 사항을 임의로 기재한 경우에는 회사의 계약해지권 행사를 하지 못하도록 정하고 있음. 동 조 제2항에서는 중요한 사항을 회사가 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 인수하는 등 계약인수에 영향을 미칠 수 있는 사항으로 정의하고 있음. 또한 어린이보험약관 제26조(계약취소권의 행사제한) 및 변액유니버설 종신보험약관 제37조(계약취소권의 행사제한)에 따르면 회사는 책임개시일로부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년(진단 계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때에는 민법 제110조(사기에 의한 의사표시)에 의한 취소권을 행사하지 아니하는 것으로 정하되, 계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물복용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 에이즈의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기의사에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 책임개시일로부터 5년 이내(사기사실을 안날로부터는 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있도록 정하고 있으며, 어린이보험약관 제40조(준거법) 및 변액유니버설종신보험약관 제54조(준거법)에 의하면 이 약관에서 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따르도록 정하고 있음.

14) 대법원 1996.12.23. 선고 96다27971 판결 등 참조.

보험계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도제한, 일부 보장제외, 보험료 할증과 같이 조건부로 인수하는 등 계약인수에 영향을 미치는 사항)에 해당되는 경우에는 보험계약자의 의사와 관계없이 보험약관상 계약 전 알릴의무 위반의 효과 조항에 의해 계약이 해지되거나 보장이 제한될 수 있음을 전제로 하면서 “최근 5년 이내에 다음과 같은 병명(암, 백혈병, 당뇨병, 협심증, 심근경색, 심장판막증, 간경화증, 고혈압, 뇌졸중, 간염, 에이즈)으로 의사로부터 진찰, 검사를 통하여 진단을 받았거나 치료, 투약, 입원, 수술, 정밀검사를 받은 적이 있습니까?”, 또는 “최근 5년 이내에 의사로부터 진찰, 검사를 받고, 그 결과 입원, 수술, 정밀검사(심전도, 방사선, 건강진단, 조직검사 등)를 받았거나 계속하여 7일 이상 치료 또는 30일 이상 투약 받은 적이 있습니까?”를 질문하고 있는데, 이 건 신청인은 2005.2.14. 어린이보험계약을 체결하면서 피보험자가 2005.1.4. 프랑스 소재 병원에서 T-cell lymphoma(T-세포 림프종)으로 진단받고 입원치료기간 중이었음에도 이를 회사에 알리지 않았으며, 신청인의 배우자가 2007.3.29. 변액유니버설종신보험계약을 체결할 당시 피보험자가 프랑스병원에서 암진단으로 인하여 치료받은 사실은 물론 원자력병원에서 기 진단받은 T-세포 림프종에 대하여 치료를 하지는 않지만 재발의 가능성이 있기 때문에 재발을 하는지 여부를 추적하기 위하여 정기적으로 정밀검사¹⁵⁾를 받고 있었음에도 이를 회사에 알리지 아니하고 보험계약을 체결하였는 바, 이러한 사실이 당해 보험약관에서 정한 계약전 알릴의무를 위반했음은 다툼의 여지가 없는 사실이라 할 것임.

다만, 위 각각의 보험계약 체결일에 대하여 살피건대, 어린이보험의 경우 2005.2.14., 변액유니버설종신보험의 경우 2007.3.29. 각각 보험계약이 체결되었는 바, 비록 신청인 등이 계약전 알릴의무를 위반하였다고는 하나, 보험계약 해지권 제한사유의 경과기간을 초과하였으므로 피신청인이 위 각각의 보험계약을 해지할 수는 없다 할 것임.

(2) 보험계약 취소 가능 여부

보험계약 체결시 그 중요한 사항에 관한 보험계약자의 고지의무 위반이 당해 보험약

15) 일반진단혈액검사, 일반임상화학검사, 간기능혈액검사, 말초혈액도말검사, 단순흉부촬영, 경부전산화단층촬영, 핵의학 양전자 단층촬영 등을 통하여 일부 림프세포수 증가, ALP수치 증가, 일시적 LDH 증가 등의 소견.

관에서 정하고 있는 계약취소권의 행사제한에 해당하는 경우에는 보험회사가 상법의 규정에 의하여 계약을 해지할 수 있음은 물론 민법의 일반원칙에 따라 그 보험계약을 취소할 수 있다고 판단¹⁶⁾하고 있음에 기초하여 살펴보건대, 어린이보험약관 제26조 및 변액유니버설종신보험약관 제37조에서 정한 계약취소권의 행사제한 조항에 따르면, 회사는 책임개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년이 경과하였을 때에는 취소권을 행사하지 아니하는 것으로 정하되, 계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물복용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 에이즈의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기의사에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 책임개시일부터 5년 이내(사기사실을 안날로부터는 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있도록 정하고 있을진대, 이 건 피보험자가 2005.1.4. 프랑스 소재 병원에서 T-cell lymphoma(T-세포 림프종)으로 진단확정을 받았음에도 신청인 등이 보험계약을 체결하면서 이를 회사에 알리지 아니하고 가입하였음은 이론의 여지가 없는 사실임을 전제로 할 때 이 건 피신청인이 위 각각의 보험계약을 취소할 수 있다는 결론에 이를 수 있고, 위 각각의 보험계약에 대한 취소가능 기간을 정함에 있어 책임개시일부터 5년 이내의 기간을 정할 때 어린이보험의 경우 2010.2.14., 변액유니버설종신보험의 경우 2012.3.29. 이내에는 피신청인의 보험계약 취소권 행사가 제한받을 수 없다 할 것임.

다만, 보험계약에 대한 취소의 의사표시는 의사표시의 효력발생시기에 관한 별 다른 합의가 없는 한 상대방에게 그 통지가 도달된 때로부터 효력이 생기는 것임을 기초해 볼 때, 이 건 피신청인이 신청인에게 계약의 취소를 통보하여 신청인에게 도달한 시점은 2010.2.18.로 어린이보험의 경우 보험계약 취소권 행사 기간인 5년을 도과하였으므로 피신청인이 어린이보험계약에 대하여 계약의 취소를 할 수 없을 것이나, 변액유니버설종신보험의 경우 계약취소권의 행사 가능 기간을 도과하지 않았음이 명백하므로 이에 대하여 피신청인의 보험계약 취소권 행사를 제한할 수 없다 할 것임

(3) 상법 제644조(보험사고의 객관적 확정 효과) 적용 여부

16) 대법원 1991.12.27. 선고 91다1165 판결 등 참조.

보험사고의 객관적 확정의 효과에 관하여 규정하고 있는 상법 제644조는 보험계약 당시 보험사고가 이미 발생한 때에 그 계약을 무효로 한다고 규정하고 있으므로, 설사 기간의 경과에 따라 보험사고의 발생이 필연적으로 예견된다고 하더라도 보험계약 체결당시 이미 보험사고가 발생하지 않은 이상 상법 제644조를 적용하여 보험계약을 무효로 할 것은 아니라고 판단¹⁷⁾한 취지가 있음과 함께, 이와는 달리 암 진단의 확정 및 그와 같이 확진이 된 암을 직접적인 원인으로 한 사망을 보험사고의 하나로 하는 보험계약에서 피보험자가 보험계약일 이전에 암 진단이 확정되어 있는 경우에는 보험계약을 무효로 한다는 약관 조항은 보험계약을 체결 하기 이전에 그 보험사고의 하나인 암 진단이 확정되어 있었던 경우에 그 보험계약을 무효로 한다는 것으로서 상법 제644조의 규정 취지에 따른 것이라고 할 것이므로 동 규정취지나 보험계약은 원칙적으로 보험가입자의 선의를 전제로 한다는 점에 비추어 볼 때 그 약관조항은 그 조항에서 규정하고 있는 경우에 그 보험계약 전체를 무효로 한다는 취지로 보아야 할 것이지, 단지 보험사고가 암과 관련하여 발생한 경우에 한하여 보험계약을 무효로 한다는 취지라고 볼 수 없다고 판단¹⁸⁾한 법원의 판례 등이 있음에 기초하여 종합적으로 살펴보건대 우선, 이 건의 경우 피보험자가 어린이보험계약 체결이전 진단받은 T-세포 림프종이 피보험자의 사망의 원인이 된 급성골수성백혈병에 해당하는지의 여부가 쟁점이 될 것인바, 금융감독원이 금융분쟁조정위원회 전문위원회에 의뢰한 바에 따르면 T-세포 림프종과 급성골수성 백혈병과의 의적인과관계는 직접 인과관계에 있지 않으며, T-세포 림프종의 치료로 사용한 항암제가 골수세포의 DNA에 돌연변이 등을 일으켜 이에 의해 2차적으로 급성골수성백혈병이 발병할 수 있으나, T-세포림프종의 치료에 많이 사용되는 약제에 의한 급성백혈병의 발생 가능성을 약 3% 내외 정도로 보고 있음을 전제로 할 때 피보험자의 사망원인이 된 급성골수성백혈병과 보험가입 이전 진단받은 T-세포 림프종을 동일한 질병으로 단정 지을 수 없으므로 이를 인보험계약에 있어 보험사고가 객관적으로 확정되었다고 볼 여지는 부족하다 할 것임.

(4) 어린이보험 암보장 특약의 무효 여부

어린이보험 암보장특약 약관 제3조(특약의 무효)에서는 피보험자가 보험계약일부터

17) 대법원 2010.12.9. 선고 2010다66835 판결 참조.

18) 대법원 1998.8.21. 선고 97다50091 판결 참조.

암에 대한 책임개시일(보험계약일로부터 그날을 포함하여 90일)의 전일 이전에 암으로 진단이 확정되어 있는 경우 그 특약을 무효로 하고 있는데, 이 건 어린이보험계약은 2005.2.14. 체결되었는 바, 동 보험계약의 암보장특약약관에서 담보하고 있는 피신청인의 보험금 지급의무는 2005.5.14. 이후 암 진단의 확정 및 그와 같이 확진이 된 암을 직접적인 원인으로 하는 보험사고가 발생하는 경우에 대하여 보험계약상의 지급의무가 있다고 할 것이나, 당해 피보험자는 동 보험계약의 암보장특약 약관에서 정한 책임개시일 이전인 2005.1.4. T-세포림프종으로 진단을 받았고, 이후 2005.7월까지 프랑스 소재 병원에서 입원을 하며 항암치료를 받았음은 이론의 여지가 없는 사실로 위 암보장특약을 무효로 함에 약관상 위배됨은 없다 할 것임.

라. 결 론

그렇다면 이 건 계약취소권 행사 기간을 도과한 어린이보험계약의 주계약 및 입원보장특약에서 담보하고 있는 일반사망보험금과 입원급여금에 대하여만 피신청인으로 하여금 관련 보험금을 지급하도록 하되, 어린이보험계약의 암보장특약은 암에 대한 책임개시일 이전 암진단을 받았으므로 동 특약을 무효로 하고, 변액유니버설종신보험계약은 동 보험계약의 청약일 이전 암 진단을 받은 후 계약취소권의 행사기간을 도과하지 않았음이 명백하므로 보험계약을 취소함이 타당할 것임.

1-8

림프절 종대 진단사실 미고지가 계약전 알릴의무 위반인지 여부 및 비호지킨 림프종과의 인과관계 여부[2012]

[인용] 보험계약 체결 전 진찰결과 “경부 및 서혜부 림프절 종대”로 진료의뢰서를 발급받은 사실을 피신청인에게 알리지 않은 것은 계약전 알릴의무 위반에 해당되나, “경부 및 서혜부 림프절 종대”가 “비호지킨 림프종”과 인과관계가 있다고 보기 어려우므로 피신청인의 보험금 지급책임은 존재함.(2012.5.22. 조정번호 제2012-17호)

가. 사실관계

피보험자는 2010.7.23. ○○내과에서 진찰 받아 “경부(목) 및 서혜부(대퇴부) 림프절 종대”를 상병명으로 진료의뢰서 발급받은 후, 같은 해 8.5. ◇◇◇병원에 “림프절 종대”로 초음파 및 조직검사를 예약하였고, 같은 달 12일 보험계약¹⁹⁾을 체결함.

피보험자는 2010.8.13. ◇◇◇병원에서 받은 초음파 검사상 “림프절 종대”로 관찰되어 조직검사를 받았고, 같은 달 17일 조직검사상 “반응성 증식”으로 진단되어 3개월 후 관찰 소견을 받았으며, 같은 해 11.11. 받은 초음파 검사상 “과거 검사와 큰 변화소견 없으며, 향후 커지면 조직검사 필요할 수 있음”으로 소견을 받음.

피보험자는 2011.4.19~5.11. 기간중 동 병원에 입원하여, 5.6. 복강(복부)내 조직검사상 “비호지킨 림프종”으로 진단²⁰⁾받았고, 2011.5.~11월 기간중에는 △△△병원에서 이에 대한 항암치료를 진행하였으며, 같은 해 11.29. 암진단·입원에 대한 보험금을 청구하였고, 2012.1.30. “비호지킨 림프종”을 직접사인으로 사망함.

피신청인은 2012.2.1. 피보험자의 계약전 알릴의무 위반을 이유로 보험금 부지급 및 계약해지를 통보하였고, 신청인은 같은 해 3.22. 금감원에 분쟁조정²¹⁾을 신청함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

피보험자가 보험계약 체결 전에 보험모집인에게 경부와 서혜부에 염증이 있다는 사실을 알렸고, 보험가입 후 ◇◇◇병원에서도 조직검사 결과 단순 염증으로 처방이 필요하지 않다고 했는데, 피신청인이 경부와 서혜부의 염증이 사망원인(비호지킨 림프종)과 인과관계가 있다며 보험금 지급을 거절한 것은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

이 건 피보험자는 보험계약 체결 전에 “경부 및 서혜부 림프절 종대”로 진료의뢰서를 받은 사실을 알리지 않아 계약전 알릴의무²²⁾를 위반하였고, 계약전 알릴의무 위반사실

19) 보험계약상의 보장내용 : 사망, 암진단 및 입원비

20) 경부 및 서혜부의 림프절은 기존과 동일하게 ‘반응성 증식’임.

21) 분쟁금액(177백만원) = 사망(150백만원) + 암진단(15백만원) + 암입원(12백만원)

과 보험금 지급사유인 “비호지킨 림프종”과의 인과관계도 부인할 수 없으므로 보험금 지급을 거절하는 것이 타당함.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 ① 보험 계약전 “경부 및 서혜부 림프절 종대”로 진료의뢰서를 발급받은 것을 피신청인에게 알리지 않은 것이 계약전 알릴의무 위반에 해당되는지 여부와 ② “경부 및 서혜부 림프절 종대”가 “비호지킨 림프종”과 인과관계가 있는지 여부라 할 것임.

(1) 계약전 알릴의무 위반에 해당되는지 여부

피신청인은 피보험자가 보험계약 체결일(2010.8.12.) 이전인 2010.7.23. ○○내과에서 진찰받고 “경부 및 서혜부 림프절 종대”라는 상병명으로 진료의뢰서를 발급받았으며, 같은 해 8.5. ◇◇◇병원에서도 ‘경부 및 서혜부 림프절 종대’로 진찰받고 초음파 및 조직검사를 예약한 사실이 있어 계약전 알릴의무 위반에 해당된다고 주장하므로 살펴보건대, 당해 보험약관에 따르면 피보험자는 청약시 청약서에 질문한 사항에 대하여 반드시 사실대로 알려야 하고, 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있다고 정하고 있고, 청약서에서 최근 3개월 이내에 의사로부터 진찰 또는 검사를 통하여 의료행위(질병확정진단, 질병의심소견, 치료, 입원, 수술, 투약)를 받은 사실(진찰 또는 검사란 건강검진을 포함하며 질병의심소견이란 의사로부터 진단서 또는 소견서를 발급받은 경우를 말함)이 있는지를 질문하고 있는데, ○○내과의 진료기록을 확인한 결과 피보

22) 해당 보험약관 제26조(계약전 알릴의무) 및 제27조(계약전 알릴의무 위반의 효과)에서는 계약자 또는 피보험자는 청약시 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 “계약전 알릴의무”라 하며, 상법상 “고지의무”와 같습니다) 하고, 회사는 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있으나, 계약전 알릴의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당보험금을 지급한다고 정하고 있으며, 동 보험계약 청약서에서 최근 3개월 이내에 의사로부터 진찰 또는 검사를 통하여 의료행위(질병확정진단, 질병의심소견, 치료, 입원, 수술, 투약)를 받은 사실(진찰 또는 검사란 건강검진을 포함하며 질병의심소견이란 의사로부터 진단서 또는 소견서를 발급받은 경우를 말함)이 있는지 등을 질문하고 있음.

험자가 보험계약 체결일 이전인 2010.7.23. ○○내과에서 진찰을 받고 “경부 및 서혜부 림프절 종대”라는 상병명으로 진료의뢰서를 발급받은 사실이 있으며, 같은 해 8.5. ◇◇◇병원에서도 “경부 및 서혜부 림프절 종대”로 진찰받고 초음파 및 조직검사를 예약한 사실이 확인되었으나, 피보험자가 작성한 해당 청약서를 확인한 결과 최근 3개월 이내에 의사로부터 진찰을 받고 의료행위(질병의심소견)를 받은 사실이 있는지에 대한 질문에 피보험자가 “아니오”라는 표시한 것이 확인되어 피보험자가 계약전 알릴의무를 위반한 것이 인정되므로 피신청인이 피보험자의 계약전 알릴의무 위반을 이유로 보험계약을 해지한 업무처리는 부당하다고 보기 어렵다 할 것임.

(2) “경부 및 서혜부 림프절 종대”와 복강내 “비호지킨 림프종”의 인과관계 여부

피신청인이 자체 의료자문 결과를 토대로 피보험자가 보험계약 체결 전인 2010.7.23. ○○내과에서 “경부 및 서혜부 림프절 종대”로 진찰받은 것이 2011.5.6. △△△병원에서 복강내 조직검사상 “비호지킨 림프종”으로 진단받은 것과 인과관계가 있으므로 보험금 지급을 거절한 것은 타당하다고 주장하나, 다음과 같은 점을 감안할 때 피보험자가 보험계약 체결 전에 “경부 및 서혜부 림프절 종대”로 진찰받은 것을 “비호지킨 림프종”과 인과관계가 있다고 보기 어려우므로 피신청인의 보험금 지급책임은 존재한다 할 것임.

① 당해 보험약관에 따르면 피보험자가 계약전 알릴의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 지급한다고 정하고 있는데, 피보험자가 “비호지킨 림프종”으로 진단받은 △△△병원의 진료소견서에는 “경부 및 서혜부 림프절”은 암과 연관되지 않는 것으로 판단된다고 명시되어 있으며, ◇◇◇병원의 진료기록에서도 2010.8.17. 조직검사상 경부 및 서혜부의 림프절이 커진 “반응성 증식”이라고 진단받은 후 6개월이 넘는 기간동안 관찰하였으나, 통증이 없고, 크기가 커지지 않는 등 큰 변화 소견이 없다고 명시되어 있고, 별도의 치료를 받은 사실도 확인되지 않았으며, △△△병원에서 복강내 조직검사를 실시하여 “비호지킨 림프종”으로 진단받았을 때에도 경부 및 서혜부는 ◇◇◇병원과 동일하게 ‘반응성 증식’으로 진단되었다는 점.

② 금융분쟁조정위원회 전문위원에게 의뢰한 자문의견에 따르면 “경부 및 서혜부 림

프절 종대”란 경부 및 서혜부에 림프절이 커진 것을 말하며, 조직검사 결과 “반응성 증식”(임파선염이라고 진단하기도 하였음)으로 진단받았는데, “반응성 증식”은 바이러스 또는 세균 감염이 몸에 일어나는 경우 이를 제거하기 위해 몸에서 일어나는 방어작용의 하나로 림프구가 증식하여 림프절이 커지는 경우로 조직검사를 하면 림프절의 정상적인 구조를 그대로 유지하고 증식된 림프구도 정상모양을 유지하는 반면, “비호지킨 림프종”은 “암”으로 다른 림프절 및 장기로 전이되며, 치료되지 않는 경우 사망에 이를 수 있는데, 피보험자의 경우 “반응성 증식”으로 진단받은 후 관찰 중에도 큰 변화가 없었고, 복부종괴로 인해 △△△병원에서 복강내 조직검사를 실시하여 “비호지킨 림프종”으로 진단되었을 당시에 경부와 서혜부의 림프절 조직검사결과는 이전과 마찬가지로 “반응성 증식”이 나온 것을 보면 “경부 및 서혜부의 림프절 종대”는 처음부터 끝까지 “반응성 증식”이었고, 이와는 별도로 “비호지킨 림프종”이 복강 내에서 새로이 발병한 것으로 보이므로, 흔히 반응성 증식이 잘 나타나는 부위의 “반응성 증식”에 의한 “림프절 종대”와, 이후 “비호지킨 림프종”의 발병 사이의 연관관계를 주장할 수는 없다고 한 점.

라. 결 론

그렇다면 본 건과 관련하여 피신청인이 피보험자의 계약전 알릴의무 위반을 이유로 보험계약을 해지한 업무처리는 부당하다고 보기 어려우나, 피신청인이 관련 보험금(1억 7,700만원)을 지급할 책임은 있다 할 것임.

1-9 건강검진에 따른 갑상선 결절 소견이 계약시 알릴의무 사항인지 여부

[인용] 건강검진 결과 갑상선 결절이 있어 경과관찰을 위해 6개월 후 추적검사가 필요하다고 되어 있을 뿐이고, 실제로 피보험자가 치료, 수술, 투약 등도 받은 적도 없다면 청약서상 질병 확정진단이나 질병의심소견으로 보기 어려우며, 통상 성인 2~4명 중 1명은 갑상선 결절이 발견된다는 점을 감안할 때 본건과 같이 단순한 건강검진상의 갑상선 결절을 계약전 알릴의무 사항이라고 보기는 어려움.(2013.2.26. 조정번호 제2013-4호)

가. 사실관계

신청인은 2011.10.13. ○○생명보험(주)와 보험계약을 체결하였음. 신청인은 보험가입 전인 2010.7.3. 건강검진(△△클리닉) 결과²³⁾ 갑상선 결절이 관찰된다는 소견을 받았고, 그 다음 해 건강검진(2011.7.16., △△클리닉)²⁴⁾에서도 갑상선 결절이 관찰됨.

한편, 보험가입 후인 2012.8.4.자 건강검진(△△클리닉)²⁵⁾에서는 갑상선 결절이 악성 가능성을 배제할 수 없어 흡입세포검사 필요하다는 소견을 받고, 2012.8.18.~9.10. 기간 중 동 클리닉에 3회 통원하여 세포흡입검사(8,30.) 시행후 갑상선암을 진단 받음.

2012.9.13.~10.12. 기간중에는 ◇◇병원에 7회 통원 및 4회 입원하여 갑상선암 절제 수술(10.5.)을 받았으며, 같은 해 10.18. 보험금을 청구하였으나, 피신청인은 같은 해 11.21. 계약전 알릴의무 위반을 이유로 계약해지 및 보험금 지급 거절을 결정하였음. 이에 신청인은 같은 해 12.11. 분쟁조정을 신청하였음.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

2년 전부터 배우자 직장의 건강검진에서 갑상선 결절이 발견되었으나 건강검진센터에서 치료가 필요 없다고 하여 병원치료를 받은 적도 없고 보험계약시에도 피신청인이 이러한 내용을 질문하지 않았는데도 건강검진 결과에 갑상선결절 내용이 있다는 이유로 피신청인이 보험계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않는 것은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

보험계약 체결일(2011.10.13.) 이전 건강검진(2010.7.3., 2011.7.16.)에서 갑상선 결절이 있고 추적관찰이 필요하다고 하였는데도, 신청인이 보험청약서의 “최근 3개월 이내에 의

23) 갑상선 결절 관찰됨. 정기적인 추적관찰 요함.

24) 갑상선 결절이 있음. 당장은 특별한 치료가 필요하지 않지만 변화시 치료가 필요할 수 있어 경과관찰 위해 추적검사 요함.

25) 갑상선 결절 중 석회화를 동반한 긴 형태의 결절은 악성 가능성을 배제할 수 없어 감별을 위해 흡입 세포검사 요함.

사로부터 진찰 또는 검사를 통하여 의료행위를 받은 사실이 있습니까?”라는 질문에 “아니오”로 답변하였으므로 계약전 알릴의무를 위반²⁶⁾한 것으로 보험계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않는 것은 타당함.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 신청인이 해당 보험계약을 체결할 때 갑상선 결절을 알리지 않은 것이 고의 또는 중대한 과실로 인한 계약전 알릴의무 위반에 해당하는지 여부임.

피신청인은 피보험자가 건강검진시 갑상선 결절이 있고 추적관찰이 필요하다고 하였는데 보험계약시 알리지 않은 것은 계약전 알릴의무 위반이라고 주장하나, 다음과 같은 점을 볼 때 ① 계약전 알릴의무 사항이라고 보기 어렵고, ② 알릴의무 사항이라고 하더라도 고의 또는 중대한 과실로 계약전 알릴의무를 위반한 것으로 보이지 않음.

(1) 건강검진상의 갑상선 결절이 계약전 알릴의무 사항인지 여부

2011.7.16. △△클리닉의 건강검진 결과에는 갑상선 결절이 있어 경과관찰을 위해 6개월 후 추적검사가 필요하다고 되어 있을 뿐 “당장은 특별한 치료가 필요하지 않다”고 명시되어 있고 별도의 정밀검사가 필요하다는 내용도 없으며, 이는 2010.7.3. 실시된 건강검진 결과와도 동일한 내용으로 실제로 피보험자가 치료, 수술, 투약 등도 받은 적도 없어 청약서상 의료행위 중 질병확정 진단에 해당되지 않고 치료대상이 되는 질병의심소견을 받은 것으로 단정하기 어려우며, 통상 성인 2~4명 중 1명은 갑상선 결절이 발견된다는 점을 감안할 때 본건과 같이 단순한 건강검진상의 갑상선 결절을 계약전 알릴의무사항이라고 보기는 어려운 점이 있음.

26) 당해 보험약관 제24조(계약전 알릴의무) 및 제25조(계약전 알릴의무 위반의 효과)에서는 계약자는 보험청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 하고, 회사는 계약자가 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항을 사실과 다르게 알린 경우에는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있다고 정하고 있으며, 보험청약서에는 최근 3개월 이내에 의사로부터 진찰 또는 검사를 통하여 의료행위(질병확정진단, 질병의심소견, 치료, 입원, 수술, 투약)를 받은 사실이 있는지 등을 질문하고 있음(“진찰 또는 검사”란 건강검진을 포함하며, “질병의심소견”이란 의사로부터 진단서 또는 소견서를 발급받은 경우를 말함).

(2) 갑상선 결절 미고지에 고의 또는 중대한 과실이 있었는지 여부

피보험자는 보험청약서상 질문사항인 “최근 5년 이내에 의사로부터 진찰 또는 검사를 통하여 다음과 같은 의료행위를 받은 사실이 있습니까?”라는 질문에는 과거 피보험자가 의료행위를 받은 “제왕절개 수술과 임파선염 치료”에 대해 정확하게 알린 사실이 있으며, 피보험자가 보험계약 체결 후에도 의료행위를 받은 적이 없고 10개월이 지난 시점인 2012.8.4. 건강검진에서 “갑상선 결절이 악성 가능성을 배제할 수 없어 흡입세포검사가 필요”하다는 내용을 안내받고 나서야 비로소 정밀검사 등의 필요성을 인식하고 정밀검사 후 치료를 받았다는 점을 감안할 때, 피보험자가 보험계약시 건강검진 결과에 갑상선 결절 내용이 있었다는 것을 보험회사에 알려야 한다는 점을 알면서도 이를 알리지 않은 것으로는 판단되지 아니하고, 건강검진센터에서 특별한 치료가 필요하지 않고 단지 경과 관찰만이 필요하다고 안내받았을 뿐이므로 갑상선 결절을 알리지 않았다 하더라도 이에 고의 또는 중대한 과실이 있었다고 보기 어려움.²⁷⁾

라. 결 론

그렇다면 본 건과 관련하여 피신청인이 계약전 알릴의무 위반을 이유로 보험계약을 해지하고 보험금 지급을 거절한 업무처리는 부당하므로 주문과 같이 결정함.

27) 유사 판례에서는 “피보험자가 보험회사와 보험계약을 체결하면서 갑상선 결절 사실을 고지하지 않은 사안에서, 건강검진 결과 통보내용에 비추어 피보험자로서는 어떠한 질병을 확정적으로 진단받은 것으로 인식하였다고 보기 어려운 점, 검진 이후 2년여 동안 별다른 건강상의 장애나 이상 증상이 없었으며 갑상선 결절과 관련된 추가적인 검사나 치료도 받지 않았던 점 등에 비추어, 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사실을 고지하지 아니한 것으로 단정하기 어렵다”고 판시한 바 있음(대법원 2011.4.14. 선고 2009다103349, 103356 판결).

제2절 고혈압 관련

1-10 고혈압 진단사실 미고지 관련 보험금 지급거절 약관규정의 법률저촉 여부

[인용] 보험계약체결전에 고혈압진단을 받은 사실이 있는 경우 무제한적으로 보험계약을 무효화 시킬 수 있는 당해 보험약관 제9조 제1호의 조항은 상법 제663조, 약관의규제등에관한 법률 제6조(일반원칙)의 입법정신에 비추어 볼 때 무효이며, 위 약관조항이 유효함을 전제로 하는 피신청인의 보험금 지급거절은 이유 없으므로 해당보험약관 규정에 따라 신청인에게 보험금을 지급하는 것이 타당함.(1999.9.28. 조정번호 제99-42호)

가. 사실관계

신청인은 자신을 계약자 겸 피보험자로 하여 1996.2.3. 피신청인과 건강보험계약을 체결하기 전에 이미 1993.4.27. ○○병원에서 고혈압, 고콜레스테롤 혈증 및 만성C형 간염으로 진단받고, 1993.4.27.~5.14. 기간중 5차례 통원 및 투약치료를 받은 사실이 있음.

신청인은 1999.2.20. 02:00경 자신이 경영하는 노래방에서 일을 마치고 귀가 하던중 머리에 통증을 느껴 ◇◇중양병원 응급실에서 진찰을 받은 바, 고혈압성뇌출혈로 판명되어 당일 △△세브란스병원에 입원하여 치료를 받았음.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

보험계약체결일 전에 고혈압 진단을 받은 사유를 들어 보험계약을 무효로 처리하는 것은 부당하므로 피신청인은 해당 약관규정에 따라 보험금을 지급하여야 함.

(2) 피신청인의 주장

해당 보험약관에 의하면 “피보험자가 계약일 이전 또는 계약일로부터 성인병에 대한 책임개시일 이전에 성인병으로 진단확정되어 있는 경우에는 보험계약을 무효로 한다”(제9조제1호)라고 규정되어 있으므로 보험계약을 무효처리함은 정당함.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 보험가입전의 고혈압 진단사실을 보험계약 무효사유로 규정하고 있는 건강보험 보통약관 제9조 제1호의 유효성 여부에 대한 판단임.

당해 보험약관 제9조 각호의 규정내용을 보면 다음 세 가지의 경우 보험계약이 무효되는 사유로 규정하고 있음.

- 1) 피보험자가 계약일 이전 또는 계약일로부터 성인병에 대한 책임개시일의 전일 이전에 성인병으로 진단이 확정되어 있는 경우(이 경우에는 계약자 또는 피보험자가 그 사실을 알고 있거나 모르고 있거나를 불문합니다)
- 2) 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 보험계약에서 계약체결시까지 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻지 아니한 경우
- 3) 만 15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 한 경우

위 제2호 및 제2호의 규정은 상법 제731조(타인의 생명보험) 내지 제732조(15세미만자 등에 대한 계약의 금지)의 규정을 그대로 반영한 선언적 조항이고, 제1호의 규정은 “보험계약 당시에 보험사고가 이미 발생하였거나 또는 발생할 수 없는 것인 때에는 그 계약을 무효로 한다”라고 규정한 상법 제644조(보험사고의 객관적 확정 효과)의 정신에 기초하여 신설한 규정으로 판단됨.

의학적 관점에서 살펴볼 때 고혈압은 암에 비해 사망률이 높은 질병도 아니고, 고혈압의 유무에 대하여는 건강검진 등을 통하여 쉽게 발견할 수 있는 것임. 따라서 피신청인은 고혈압 진단사실을 고지의무 사항으로 규정함으로써 보험계약자 등이 이를 위반할 경우 당해 보험약관 제17조의 규정에 따라 보험계약을 해지하거나, 보험사고와 고지의무 위반사실간의 인과관계를 입증하여 보험계약상의 책임을 면할 수 있을 뿐만 아니라 나아가 악의의 보험계약자 등에 대하여는 사기에 의한 계약체결을 이유로 보험계약의 취소를 주장하여 보험금지급책임을 면할 수 있는 제도적인 장치가 마련되어 있음에 비추어 보험약관 제9조 제1호에서 성인병 진단사실을 계약무효사유로 규정한 것은 피신청인의 보험계약에 대한 면책범위를 과도하게 확장한 것으로 평가됨.

또한 본건 보험약관 제9조 제1호에서 정하는 바에 따르면 보험계약체결일 이전이라면

과거 어느 시기에 한번이라도 성인병진단을 받은 사실이 있는 경우에는 언제든지 보험 계약을 무효화 시킬 수 있는 바, 일반 성인병보다 사망률과 재발률이 높은 암의 발생을 보험사고로 하는 암보험약관의 경우 보험계약을 무효화 시킬 수 있는 기간을 일정한 범위[계약일로부터 과거 5년 이내]로 제한하여 규정하고 있는 것과 비교하여 살펴보면 본건 보험약관은 보험계약자 등에게 불리한 규정으로써 형평성을 상실하고 있음.

나아가 당해 보험약관 제9조 제1호의 규정이 유효하다고 볼 경우에는 보험자의 보험 계약의 해지 및 취소권을 제한하고 있는 상법 규정 등의 입법정신을 크게 훼손시켜 실 정법상의 다음과 같은 법률조항을 형해화 시킬 우려가 있음.

① 보험자는 보험자가 고지의무위반의 사실을 안 날로부터 1개월내, 계약을 체결한 날 (책임개시일)로부터 3년내에 한하여 계약을 해지할 수 있다고 정하여 보험자의 보험계약해지권을 제한하고 있는 상법 제651조 및 보험약관 제17조 제2항 제2호.

② 보험자가 계약당시에 고지의무위반의 사실을 알았거나 중대한 과실로 알지 못한 때에는 계약을 해지할 수 없다고 정하여 보험자의 보험계약해지권을 제한하고 있는 상법 제651조 단서 및 보험약관 제17조 제2항 제1호.

③ 고지의무 위반의 사실과 보험사고의 발생사이에 인과관계가 없으면 계약을 해지할 수 없다고 정하여 보험자의 보험계약해지권을 제한하고 있는 상법 제655조 단서 및 보험약관 제17조 제5항.

④ 계약자 또는 피보험자가 사기에 의하여 계약을 체결한 경우에는 보험자는 그 사실을 안 날로부터 1월내에, 책임개시일로부터 5년내에 한하여 계약을 취소할 수 있다고 정하여 보험자의 계약취소권을 제한하고 있는 보험약관 제18조.

또한 상법 제663조(보험계약자 등의 불이익변경금지)에서 “이 편의 규정은 당사자간의 특약으로 보험계약자 또는 피보험자나 보험수익자의 불이익으로 변경하지 못한다”라고 규정하고 있는 정신 및 약관의규제등에관한법률제6조(일반원칙)제1항 및 제2항 제1호에서 고객에 부당하게 불리한 약관조항은 무효라고 규정하고 있는 관련법규의 입법정신에 비추어 볼 때에도 본건 보험약관조항은 그 유효성을 인정하기 어려운 것으로 판단됨.

라. 결 론

보험계약체결전에 고혈압진단을 받은 사실이 있는 경우 무제한적으로 보험계약을 무효화 시킬 수 있는 당해 보험약관 제9조 제1호의 조항은 상법 제663조, 약관의규제등에 관한법률 제6조(일반원칙)제1항 및 제2항 제1호의 입법정신에 비추어 볼 때 무효이며, 위 약관조항이 유효함을 전제로 하는 피신청인의 보험금 지급거절은 이유없으므로 해당 보험약관 규정에 따라 신청인에게 보험금을 지급하는 것이 타당함.

1-11 고혈압 치료사실 미고지로 인한 계약 해지의 적정성

[기각] 계약전 알릴의무는 보험가입자가 청약서를 통하여 회사에 하여야 그 의무를 다하는 법적의무이므로, 피보험자가 보험가입전에 건강진단병원에서 고혈압으로 진단되어 투약 치료를 받은 사실이 있음에도 건강진단서 및 청약서상 고혈압 치료여부를 묻는 질문에 대하여 “없다”라고 기재하고 자필서명하였다면 진단의사가 과거 피보험자를 치료하였다는 사실을 알지 못하였다는 것만으로는 보험가입자의 계약전 알릴의무 위반에 대하여 회사의 계약해지권을 제한하기는 어렵다고 판단됨.(2001.9.25. 조정번호 제2001-46호)

가. 사실관계

신청인(40년생)은 자신을 피보험자로 하여 2000.9.4. 보험에 가입하였으며, 보험가입자인 2000.2.9. 및 5.10.에 ○○의원에서 고혈압²⁸⁾ 및 당뇨로 진단받고 투약치료를 받은 바 있음. 보험가입당시 신청인은 보험청약서에 병력이 없다고 고지하였고, 2000.8.28. 위 의원에서 보험가입을 위해 실시한 건강진단시에도 병력이 없다고 고지함.

신청인은 2001.1.10. ◇◇대학교병원에서 협심증 등을 진단받고 입원하여 관상동맥중재술을 시행받았으며, 같은 해 2.15. 피신청인은 신청인이 고혈압 치료 등을 계약전에 알리지 않았음을 이유로 하여 본 건 계약을 해지처리함.

나. 당사자의 주장

28) 2000.2.9. 혈압 190/90, 2000.5.10. 혈압 170/100.

(1) 신청인의 주장

보험가입시 고혈압 및 당뇨병 치료사실을 모집인에게 알렸고, 보험회사가 지정하는 병원에서 건강진단을 받고 가입하였으며 또한 건강진단을 받은 병원은 과거 치료받은 병원이었으므로 위 병력을 충분히 알고 있었다고 보아야 하고, 만약 몰랐다면 중대한 과실로 알리지 못한 경우라고 보아야 하므로, 계약전 알릴의무 위반을 이유로 계약을 해지처리한 것은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

보험가입시 청약서에 고혈압 등으로 치료받은 사실을 고지하지 않았고 건강진단시 건강진단서에서 묻고 있는 회사에 알려야 할 사항에도 치료 병력이 없다고 표시하였으므로 본건 계약전 알릴의무 이행에 있어 신청인의 고의 또는 중과실이 있다고 판단됨. 따라서 계약을 해지처리하고 보험금 지급을 거절한 것은 타당함.

다. 위원회의 판단

◆ 본건의 쟁점은 계약전 알릴의무 위반으로 인한 계약해지의 적정여부와 계약전 알릴의무 위반과 보험사고간의 인과관계 존재 여부라 할 것임.

계약전 알릴의무(고지의무) 위반으로 인한 계약해지의 적정여부와 계약전 알릴의무 위반과 보험사고간의 인과관계 존재 여부에 대하여 살펴보면, 상법 제651조(고지의무 위반으로 인한 계약해지)에 의하면 “보험계약당시에 보험계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 중요한 사항을 고지하지 아니하거나 부실의 고지를 한 때에는 보험자는 그 사실을 안 날로부터 1개월내에, 계약을 체결한 날로부터 3년내에 한하여 계약을 해지할 수 있으나, 보험자가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못하였을 때에는 그러하지 아니하다”라고 규정하고 있음.

또한 당해 약관에 의하면 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중과실로 인하여 계약전 알릴의무를 위반하였을 경우 회사는 계약을 해지할 수 있으나, 회사가 계약당시 계약전 알릴의무 위반 사실을 알았거나 중대한 과실로 알지 못하였을 때에는 해지할 수 없다고 규정하고 있으며, 청약시(건강진단을 받는 경우에는 건강진단시 포함) 청약서에서 질문

한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 한다고 규정하고 있음.

아래의 사정을 고려하면 신청인의 계약전 알릴의무 위반이 인정되므로 계약해지는 타당하다고 판단됨.

① 보험가입전 의원에서 고혈압으로 진단되어 투약치료를 받은 사실이 있음에도 건강진단서 및 청약서상 고혈압 치료여부를 묻는 질문에 대하여 “없다”라고 기재하고 신청인이 자필서명한 점.

② 신청인은 치료사실을 모집인에게 알렸다고 주장하나 모집인은 이를 부인하고 있고 설령, 알렸다고 하더라도 모집인은 고지수령권한이 없으며²⁹⁾, 계약전 알릴의무는 청약서를 통하여 회사에 하여야 그 의무를 이행한 것으로 인정되는 점.

또한 신청인을 치료한 의사가 건강진단을 담당한 의사이기는 하나, 건강진단의사가 과거 신청인을 치료하였다는 사실만으로 신청인의 치료사실을 알지 못한 것에 고의 또는 중과실이 있었다고 단정할 수 없으므로 피신청인의 계약해지권을 제한하기는 어렵다고 판단됨.

한편, 당해 약관에 의하면 계약전 알릴의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유발생에 영향을 미쳤을 경우에는 해당 보험금이 지급되지 않는 바, 본건의 경우 아래와 같은 이유로 계약전 알릴의무 위반과 보험사고간에 인과관계가 존재한다고 보여지고 피신청인에게 보험금 지급책임이 없다고 판단됨.

① 의료경험척상 협심증 발병의 주요요인으로 고혈압, 당뇨, 흡연, 비만 등이 알려져 있는 점.

② 계약전 알릴의무위반과 보험사고간에 인과관계가 있다면 보험금은 지급되지 않아야 하는 점³⁰⁾

라. 결 론

29) 대법원 1979.10.30. 선고 79다1234 판결 참조.

30) 대법원 1992.10.23. 선고 92다28259 판결 참조.

신청인의 계약전 알릴의무 위반을 이유로 하여 계약을 해지하고 관련 보험금을 지급하지 않은 피신청인의 처리는 타당하다고 판단됨.

1-12 고혈압 진단사실 미고지로 인한 계약 해지의 적정성

[인용] 피보험자가 보험가입 당시 혈압이 높게 나타난 적이 있음을 알리지 않은 것은 사실이나, 고혈압으로 투약치료를 받은 사실이 없고 정기적으로 치료받은 사실이 없을 뿐만 아니라 보험가입일로부터 가장 가까운 날에 측정한 혈압이 정상범위내에 있어, 보험가입 당시 혈압도 정상일 가능성이 있으므로 본 건 계약에 대해 계약전 알릴의무 위반을 이유로 계약을 해지처리하는 것은 부당하다고 판단됨.(2002.3.26. 조정번호 제2002-8호)

가. 사실관계

신청인은 2001.5.24. 자신을 피보험자로 하여 종신보험에 가입한 후 같은 해 9.8.~9.17. 기간중 기관지 확장증에 의한 객혈 및 폐기종으로 ○○병원에 입원함. 동 병원의 응급센터 기록지의 과거 병력란에 고혈압이 없었다고 기록되어 있으며, 입원 당시 혈압은 120/80으로 기록되어 있음. 피신청인은 신청인의 계약전 알릴의무 위반을 이유로 하여 2001.11.6. 본건 계약을 해지 처리함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

매년 병원에서 건강검진을 받고 있으며, 2001년 대학병원에서 기본 혈액검사, 뇨검사, 간기능검사, 당뇨검사, 혈압측정을 받았으나 아무런 이상이 없었는데도 계약전 알릴의무 위반으로 계약을 해지처리 하는 것은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

신청인이 보험가입전에 고혈압, 심계항진으로 진료를 받았고 1년전에도 고혈압으로 진단받은 사실이 있음에도 이를 알리지 않았으므로 계약전 알릴의무 위반³¹⁾으로 당해 계

약을 해지처리 하는 것은 정당함.

다. 위원회의 판단

◆ 본건의 쟁점은 신청인이 보험가입전에 높게 나타난 혈압수치를 고혈압으로 피신청인에게 알리지 않은 것에 대해 계약전 알릴의무 위반을 적용할 수 있는지 여부임.

본 건의 경우 아래의 사정을 종합하여 볼 때 계약전 알릴의무를 이행함에 있어 신청인의 고의 또는 중과실이 있었다고 보기 어려워 계약전 알릴의무 위반을 적용할 수 없음.

① 2001.5.14. 병원 외래기록부에 의하면 내원 1년전에 고혈압으로 진단되었다고 기록되어 있으나, 고혈압으로 투약치료를 받은 사실이 없고 정기적으로 진료받은 사실도 없는 점.

② 병원의 응급센터 기록지에 의하면 과거력에 고혈압이 없다고 기재되어 있고 혈압도 정상인 점.

③ 보험가입일로부터 가장 가까운 날에 측정한 혈압이 정상범위내에 있었으므로 보험가입 당시 혈압도 정상일 가능성이 있어, 신청인이 자신의 혈압을 청약서에 알려야 할 정도로 중요한 사항이라고 인식하기 어렵다고 판단되는 점.

라. 결 론

피신청인이 신청인의 계약전 알릴의무 위반을 이유로 본 건 계약을 해지 처리한 것은 부당하다고 판단됨.

31) 당해 약관에 의하면 계약자 또는 피보험자는 청약시 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 하고, 청약서에서는 계약전 알릴의무사항으로 최근 3개월 이내에 의사로부터 진찰, 검사를 통하여 진단을 받은 사실이 있는지 여부 및 최근 5년 이내에 고혈압 등으로 진단받은 사실여부를 묻고 있으며, 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 계약전 알릴의무를 위반한 때에는 보험금 지급사유 발생여부에 관계없이 회사는 계약을 해지할 수 있다고 규정하고 있음.

1-13 보험설계사에게 고혈압 치료사실을 통지한 경우 계약전 알릴의무 위반여부

[인용] 피보험자는 보험가입시 과거 고혈압, 당뇨병으로 9회 통원, 121일 투약한 사실을 미 고지한 바 있고, 당해 사실을 보험설계사에게 고지하였다고 하나 고지수령권이 없는 보험설계사에게 알렸다고 하더라도 고지의무를 이행한 것으로 보기는 어려우나, 피보험자는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년이 경과한 후 사망하여 피신청인은 당해 보험계약을 계약전 알릴의무 위반으로 계약을 해지할 수 없어 신청인에게 사망보험금을 지급하여야 할 것임.(2008.5.27. 조정번호 제2008-39호)

가. 사실관계

A씨는 2005.6.14. 자신을 피보험자로 하여 종신보험 계약을 체결하였으며, 보험가입자인 2004.7.21.~2005.6.14. 기간중 ○○내과의원에서 고혈압, 당뇨병으로 9회 통원, 121일 투약치료 받은 사실이 있음. 2006.11.6.~11.16. 기간중 △△△병원에서 당뇨병, 고혈압, 만성 심부전증 등으로 입원치료중 침대에서 내려오다 넘어져 좌측 상완골 근위부 골절 및 좌측 하지 비골 골절을 당하여 골절에 대해서만 2007.11.28. 재해골절치료비를 청구하여 피신청인은 50만원을 지급함. 2007.11.13.~11.16. 기간중 당뇨병성 혼수, 고혈압, 허혈성 심장병, 만성 심부전증, 좌 상완골 경부 골절로 △△△병원에서 입원치료함.

A씨는 2007.11.16. △△△병원에서 ◇◇요양병원으로 전원하여 만성 심부전증, 고혈압, 당뇨병, 좌 상완골 경부 골절로 입원치료하다 같은 해 12.28. 사망하였으며, ◇◇요양병원 의사가 당시 발행한 사망진단서에 의하면 피보험자의 사인은 “직접사인: 만성 심부전증, 중간 선행사인: 고혈압, 선행사인: 당뇨병”으로 기재되어 있음.

A씨 가족인 신청인은 2008.1.17. 피신청인에게 사망보험금 및 입원급여금을 청구하였으나, 피신청인은 피보험자가 계약전 알릴의무를 위반하였다고 당해 보험계약을 해지하고 기납입보험료를 반환함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

보험가입시 보험설계사에게 당뇨와 고혈압에 대한 치료사실을 모두 고지하였고, 보험설계사로부터 2년후 보험혜택을 받는데 아무런 문제가 없다는 설명을 듣고 가입하였음에도 피신청인이 계약전 알릴의무 위반을 이유로 당해 보험계약을 해지하고 보험금을 지급하지 아니하는 것은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

피보험자는 보험가입 이전에 당뇨와 고혈압으로 치료받은 사실이 있음에도 청약서에 이를 사실대로 알리지 않았고, 보험설계사에게 과거병력에 대하여 고지하였다고 하나 이를 인정하기가 어려워 계약전 알릴의무 위반으로 당해 보험계약을 해지하였으며, 또한 고지의무 위반 사실과 보험사고 사이에 인과관계가 존재하여 보험금을 지급할 수 없음.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 계약전 알릴의무 위반으로 인한 계약해지 가능 여부라 할 것임.

○○내과의원 의사가 2008.1.25. 발행한 진료확인서에 의하면 피보험자는 2004.7.21.부터 2005.6.14.까지 고혈압, 당뇨병으로 9회 통원, 121일 투약한 바 있음에도 본건 보험계약청약서의 “최근 5년 이내에 의사로부터 진찰을 받고 그 결과 입원, 수술, 정밀검사를 받았거나, 계속하여 7일 이상 치료 또는 30일 이상 투약 받은 적이 있는지 여부”에 대한 질문란에 피보험자는 “아니오”라고 체크하고 자필서명란에 성명과 서명을 기재한 후 보험계약을 체결한 바 있으며, 대법원 판결³²⁾은 “보험가입을 권유하던 보험설계사에게 기왕병력을 말하였다는 것이나 보험가입을 권유하는 사람에게 말한 것으로는 보험회사에 고지한 것이라고 할 수 없다”고 판시하여 보험설계사는 고지의무수령권이 없으므로, 본건에서 설령 피보험자가 보험설계사에게 과거 병력 등을 구두로 고지하였다고 하여도 계약전 알릴의무를 이행한 것으로 보기는 어려워 피보험자는 계약전 알릴의무를 위반한 것으로 보임.

그러나, 당해 보험 보통약관 제22조(계약전 알릴의무 위반의 효과) 제1항 제2호에서

32) 대법원 1979.10.30. 선고 79다1234 판결 참조.

보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때에는 회사는 당해 보험계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없도록 규정하고 있는데, 피보험자는 보장개시일인 2005.6.14.로부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년이 경과한 2007.12.28. 사망하여 피신청인은 당해 보험계약을 계약전 알릴의무 위반으로 계약을 해지할 수 없어 신청인에게 사망보험금을 지급하여야 할 것임.

한편, 입원특약 약관 제1조(특약의 체결 및 소멸)에 의하면 “이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 보험회사가 승락함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어진다”고 규정하고 있고, 같은 약관 제16조(주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)에서 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따르도록 규정하고 있는데, 피보험자는 2006.11.6.~11.16. 기간중 △△△병원에서 당뇨병, 고혈압, 만성 심부전증 등으로 입원치료한 바 있어 당해 보험계약의 보장개시일로부터 2년 이내에 보험금 지급사유가 발생한 바, 당해 보험계약을 계약전 알릴의무 위반으로 계약을 해지할 수 있으며 신청인이 청구한 입원급여금을 지급할 수 없을 것으로 보임.

라. 결 론

그렇다면 피신청인은 신청인에게 사망보험금을 지급하여야 하나, 신청인이 청구한 입원급여금에 대해서는 지급책임이 없다고 판단됨.

1-14 고혈압 투약사실 미고지가 계약전 알릴의무 위반에 해당되는지 여부

[기각] 신청인이 뇌출혈 증상으로 최초 내원한 △△병원의 경과기록지에 의하면, 고혈압과 관련하여 “평소 높다는 말 들었다 하나”라고 기재되어 있는 점으로 미뤄 볼 때 신청인이 혈압이 높았다는 사실을 인지하고 있었던 것으로 보여지고, 신청인의 혈압수치는 고혈압으로 진단이 가능한 수준이었으므로, 의사가 고혈압에 대한 처방사실 등을 신청인에게 설명해 주었다고 볼 수 있으나 신청인이 본 건 보험가입시 이를 알리지 않은 것은 중대한 과실이라고 볼 수 밖에 없으므로 신청인의 계약전 알릴의무 위반이 인정됨.(2009.2.24. 조정번호 제 2009-16호)

가. 사실관계

신청인은 2006.12.19. 보험에 가입하였으며, 보험가입 전인 2004.5.27.과 2005.9.22.에 고혈압으로 통원치료³³⁾를 받은 바 있고, 2006.2.23. ○○외과의원에서 치질수술을 받으면서 혈압을 측정³⁴⁾한 바 있음.

신청인은 2007.1.20~3.6.과 같은 해 5.25.~5.28. 기간중 자발성 뇌실질 출혈로 △△병원에 입원³⁵⁾하였고, 2008.8.30. 동일 질병으로 후유장해 진단을 받았으며, 같은 해 10.22. 보험금을 청구하였으나, 2008.12.8. 피신청인은 계약전 알릴의무 위반으로 계약을 해지함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

2005년도에 과음으로 목이 빠근하여 내원하였더니 혈압이 조금 높다고 들은 사실은 있으나 기본적으로 지어주는 약인줄 알았고, 이후 감기나 치질 등으로 수차례 통원치료 받으면서 고혈압에 대한 이야기를 듣거나 치료받은 사실이 없는데도, 피신청인이 고혈압으로 약을 복용한 사실을 고지하지 않았다는 이유로 계약을 해지한 것은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

신청인은 고혈압으로 2004.5.27. 7일분 투약, 2005.9.22. 1일분 투약 처방을 받은 사실이 확인되며, 2007.1.20. △△병원 의무기록지상 과거병력상에 혈압이 평소 높다는 말 들었다고 기록되어 있어 고혈압 병력을 본인도 인지하고 있었던 것으로 판단되고, 고혈압과 뇌출혈은 인과관계가 있으므로, 계약전 알릴의무 위반³⁶⁾을 이유로 보험계약을 해지하고

33) 2004.5.27. : 139/97, 7일 투약처방(◇◇내과), 2005.9.22. : 159/97, 1일 투약처방(◇◇내과).

34) Vital Signs Record상 2.23.~2.28. 기간동안 혈압수치는 70mmHg~132mmHg 범위.

35) 2007.1.20. 최초 내원시 경과기록지 병력기재란에 “HTN(+) : 평소 높다는 말 들었다 하나 Mx(-)” 내용 기재됨.

36) 관련약관 제22조(계약전 알릴의무) 계약자 또는 보험대상자(피보험자)는 청약시(진단계약의 경우에는 건강진단시 포함) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 “계약전 알릴의무”이라 함)합니다. 그러나 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 및 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대

보험금을 지급하지 않은 것임.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 보험가입전 고혈압으로 투약 처방을 받은 사실을 보험가입시 알리지 않은 것이 계약전 알릴의무 위반에 해당되는지 여부임.

보험청약서상 병력 질문에 대해 신청인이 보험가입전 고혈압으로 7일, 1일 각각 투약 처방을 받은 사실을 알리지 않은 점과 관련하여 신청인의 고의 또는 중과실 여부를 살펴보면, 아래와 같은 사정을 감안할 때 신청인의 고의 또는 중과실이 인정됨.

① 신청인이 뇌출혈 증상으로 최초 내원한 △△병원 경과기록지에 의하면, 고혈압과 관련하여 “평소 높다는 말 들었다 하나” 라고 기재되어 있는 점으로 미뤄 볼 때 신청인이 혈압이 높았다는 사실을 인지하고 있었던 것으로 보여지는 점.

② 일시적인 요인으로 혈압이 높게 측정되는 경우에도 수축기 혈압은 200mmHg 이상으로 나타날 수 있으나, 확장기 혈압은 90mmHg을 넘지 않는 경우가 대부분인데, 신청인의 혈압수치는 139/97mmHg(2004.5.27 ◇◇내과 측정), 159/97mmHg(2005.9.22 ◇◇내과 측정)로서 확장기 혈압이 모두 90mmHg을 초과하여 고혈압으로 진단이 가능한 수준이었는바, 사정이 이러하다면 의사가 고혈압에 대한 처방사실 등을 신청인에게 설명해 주었다고 볼 수 있으나, 신청인이 이 건 보험가입시 이를 알리지 않은 것은 중대한 과실이 라고 볼 수밖에 없는 점.

라. 결 론

따라서 피신청인이 본건 보험계약을 해지한 것을 부당하다고 볼 수 없음.

신할 수 있습니다.

제23조(계약전 알릴의무 위반의 효과) ① 회사는 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 제22조(계약전 알릴의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.

제3절 기타 질환 관련

1-15 정신분열증 입원치료사실 미고지가 보험계약 무효사유에 해당되는지 여부

[기각] 재해로 인하여 정신장애가 발생하였는지 여부에 대하여는 이를 주장하는 자가 입증하여야 하는 바, 재해발생의 입증이 없는 상태에서 오래전부터 정신분열증으로 치료받은 사실을 토대로 보면 피보험자는 보험가입전에 이미 심신상실 또는 심신박약의 상태에 있다고 보아야 하므로 당해계약은 무효처리됨이 타당함.(2000.11.14. 조정번호 제2000-46호)

가. 사실관계

신청인은 본인을 계약자로 하고 동생을 피보험자로 하여 2건의 보험에 가입함. 신청인은 피보험자가 1999.3.7. 경기도 광주군 소재 도로상에서 목욕을 하러가는 도중 교통사고(뺑소니)를 당하였다고 관할 경찰서에 신고(신고일자: 1999.8.9.)하였고, 동 사고후 같은 해 5.13. 경기도 성남시 소재 ○○외과의원에 내원하였으나 외상으로 치료받은 사실은 없고 정신과적 관찰을 요한다는 진단을 받음.

보험가입전 피보험자는 ◇◇병원에서 정신분열증으로 3차례³⁷⁾ 입원하였고, 1993.3.22. ~1998.7.23. 기간중 정신요양시설에 입원하는 등 10년간에 걸쳐 장기간(총 2,252일) 입원한 사실이 있으며,³⁸⁾ ◇◇병원의 심리보고서(1988.7.11.)에 의하면 현재 지능이 상당히 저하(IQ 81)되어 있고 사고의 장애, 판단력의 장애, 주의 집중력의 장애 등을 뚜렷하게 드러내고 있으며, 비논리적 사고, 자폐적 사고, 성에 관련된 공상, 기괴한 망상 등 정신분열증에서 보이는 사고의 혼란 및 와해를 두드러지게 드러내고 있다고 기재되어 있음.³⁹⁾ 또한, 피보험자는 1999.7.21. 청각장애(만성중이염) 및 정신지체로 인하여 관할 읍사무소에 1급 장애인으로 등록됨.

37) 1차: 1988.6.16.~8.31., 2차: 1992.12.22.~1993.1.18., 3차: 1998.7.23.~1999.1.29.

38) 보험가입후인 1999.10.19.부터 2000.3.7.까지 정신병원에 입원함

39) 동 병원의 정신의학적 평가기록지(1988.6.20.)에 의하면 피보험자는 고등학교 1학년때 발병하여 진학하지 못하였고, 부모도 잘 키우고 싶었으나 정신병으로 오랫동안 고생하였다고 기록되어 있음.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

보험가입전 질병이 있음을 이유로 해당 계약을 무효처리하는 것은 부당하고, 피보험자가 사고로 인하여 장애가 발생하였음에도 보험금을 지급하지 않은 것은 부당하므로 정신적 피해 등을 보상하는 차원에서 9경 7천조원을 지급해 줄 것을 요구함.

(2) 피신청인의 주장

피보험자가 보험가입전 정신분열증으로 병원에 입원한 사실 및 해당 병원의 심리보고서의 내용 등을 토대로 보면, 계약무효 사유(심신상실자 또는 심신박약자)에 해당되며, 재해로 인하여 장애가 발생하였다고 볼 수 없어 장해보험금 지급대상이 아님.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 피보험자가 보험가입전 심신상실(박약) 상태에 있었는지 여부 및 정신병으로 장기간 입원한 사실을 알리지 아니한 것인 고지의무위반에 해당하는지 여부임.

(1) 피보험자가 보험가입전 심신상실(박약) 상태에 있었는지 여부

상법 제732조(15세미만자 등에 대한 계약의 금지)에 의하면 사망을 보험금 지급사유로 하는 보험계약에서 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험사고로 한 보험계약은 무효인 바, 피보험자는 보험가입시점 약 10년전부터 장기간 정신분열증으로 ◇◇병원 및 정신요양원에 입원하여 치료를 받은 사실이 인정되고, ◇◇병원의 심리보고서 및 정신의학적 평가결과를 보더라도 비논리적 사고, 자폐적 사고, 성(性)에 관련된 공상, 기괴한 망상 등의 증상으로 정신분열증이 심하였음을 알 수 있어, 피보험자는 보험가입전부터 심신상실 또는 심신박약의 상태에 있었다고 봄이 상당하다 할 것임.

(2) 고지의무 위반 및 재해발생 인정 여부

가사 무효 사유에 해당되지 않는다 하더라도, 보험가입전 피보험자가 정신병(정신분열증)으로 장기간 입원한 사실이 있음에도 이를 청약서상에 고지하지 않았으므로 고지의무 위반으로 인한 계약 해지사유에 해당됨. 또한, 신청인은 피보험자에게 교통사고(뺑소

니)가 발생하였다고 주장하나, 아래의 사정을 감안하면 신청인의 주장을 인정하기는 어려움.

- ① 교통사고(뺑소니) 발생일로부터 약 5개월정도가 지나서 신고된 점.
- ② 관할 경찰서에서도 신청인의 주장 이외에는 뺑소니 사고라고 볼만한 아무런 증거가 없어 사고 접수후 1년이 지난 현재까지 계속 미결상태에 있는 점.
- ③ 목격자가 신청인 밖에 없고 사고후 외상으로 치료받은 사실 없이 목욕을 하러 간 점.

라. 결 론

보험가입전부터 피보험자는 심신상실 또는 심신박약의 상태에 있었다고 봄이 상당하므로 피신청인의 계약 무효처리는 타당함.

1-16 부활계약시 최초계약 이후 발생한 B형간염 치료사실을 고지하지 않은 경우 계약해지의 적정성 및 간경화와의 인과관계

[기각] 부활계약은 양 당사자간의 합의에 의해 효력이 상실된 계약을 종전의 상태로 회복시키는 특수한 계약으로 보이나, 계약서인 부활청약서에서 청약일을 기준으로 하여 과거 5년간 피보험자의 병력을 알리도록 정하고 있으므로, 보험료 미납으로 실효(해지)된 계약에 대하여 실효전에 피보험자가 간염으로 치료받은 사실이 있었음에도 부활계약시에 이를 알리지 않았다면 계약전 알릴의무 위반에 해당된다고 보아야 함.(2001.10.31. 조정번호 제2001-50호)

가. 사실관계

신청인(48년생)은 자신을 보험자로 하여 1995.1.24. 보험에 가입하였으며, 1998.2.23. 서울소재 ○○의원에서 혈액검사결과 B형 간염 및 간기능이상으로 투약치료(3일분)를 받는 등 1998.3.26.까지 5차례 통원하여 총 75일간 투약치료를 받음.

위 보험계약이 보험료 미납으로 2000.5.1. 해지되었으나, 신청인은 같은 해 6.17. 부활시켰으며 부활청약서에 신청인은 건강상태에 이상이 없다고 표시하고 자필서명함.

신청인은 2000.7.6.~12.1. ○○의원에서 초음파 검사상 간경화증 소견이 있어 2001.4.7. 까지 지속적으로 투약치료(301일분)를 받았으며, 서울소재 ○○대학교병원에 간경화, 간성 혼수 및 복수 등으로 2차례(2001.4.21.~4.27. 및 2001.6.16~6.22) 입원함.

2001.7.13. 피신청인은 신청인이 부활청약시 B형 간염으로 투약치료한 사실을 알리지 않았음을 이유로 하여 본건 계약을 해지처리함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

보험료 미납으로 계약이 실효되었으나 피신청인의 안내에 따라 보험계약을 정상적으로 부활시켰고, 병원에서 치료받은 것은 실효되기전에 있었던 일인데 치료받은 사실을 부활시 알리지 않았음을 이유로 하여 해지하고 관련 보험금도 지급하지 않는 것은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

신청인은 보험계약 부활전에 간염으로 장기간 투약치료받은 사실이 있음에도 이러한 사실을 알리지 않았으므로 계약전 알릴의무위반을 이유로 하여 계약을 해지처리한 것은 정당하고 또한 간염과 간경화간에는 인과관계가 존재하므로 관련보험금 지급을 거절한 것은 정당함.

다. 위원회의 판단

◆ 본건의 쟁점은 부활계약에 대하여 계약전 알릴의무위반 적용가능여부와 보험사고간의 인과관계 존재 여부임.

부활계약에 대하여 계약전 알릴의무위반 적용가능여부와 보험사고간의 인과관계 존재 여부에 대하여 살펴보면, 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)에 의하면 보험계약 당시에 보험계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 중요한 사항을 고지하지 아니하거나 부실의 고지를 한 때에는 보험자는 그 사실을 안 날로부터 1개월내에, 계약을 체결한 날로부터 3년내에 한하여 계약을 해지할 수 있으며, 동법 제

650조의2(보험계약의 부활)에 의하면 계속보험료가 약정한 시기에 지급되지 아니하여 보험자가 계약을 해지하였으나 해지환급금이 지급되지 아니한 경우 보험계약자는 일정한 기간내에 연체보험료에 지연이자를 붙여 보험자에게 지급하고 계약의 부활을 청구할 수 있으며, 이 경우 동법 제638조의2(보험계약의 성립)의 규정을 준용하도록 함.

또한, 당해 약관 제20조(효력상실된 계약의 부활)에 의하면 계약이 효력상실되었을 경우 계약자는 효력상실일로부터 2년이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활을 청할 수 있으며, 부활되는 계약의 계약전 알릴의무는 동 약관 제15조(가입자의 고지의무)의 규정을 준용하도록 되어 있음. 약관 제15조(가입자의 고지의무) 제1항에서는 계약자

또는 피보험자는 청약시(건강진단을 받는 경우에는 건강진단시 포함) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 함.

본건은 보험료 미납으로 계약이 실효(해지)되었으나 실효전에 신청인이 간염으로 치료받은 사실이 있었고 부활시에 이를 알리지 않은 것이 계약전 알릴의무위반에 해당되는지 여부가 쟁점인 바, 아래의 사정을 감안하여 볼 때 본건에 대하여 계약전 알릴의무위반을 인정하는 것이 타당할 것으로 판단됨.

① 부활계약은 양 당사자간의 합의에 의해 효력이 상실된 계약을 종전의 상태로 회복시키는 특수한 계약으로 보이나, 계약서인 부활청약서에서 청약일을 기준으로 하여 과거 5년간 피보험자의 병력을 알리도록 정하고 있는 점.

② 부활계약시 계약전 알릴의무 이행규정과 관련하여 피보험자가 보험계약 실효전에 치료받은 사실은 알리지 않아도 된다는 규정이 없으므로, 실효전의 치료사실도 알려야 한다는 의미로 해석하여야 하고, 이는 부활청약시 발생할 수 있는 역선택의 위험을 방지할 취지로 보여지는 점.

③ 신청인은 부활청약전에 간염으로 장기간(75일간) 투약치료를 받은 사실이 있음에도 부활청약서상 간의 치료여부를 묻는 질문에 대하여 “없다”라고 기재하고, 자필서명한 점에 비추어 신청인에게 고의 또는 중과실이 있다고 인정되는 점.

또한, 당해 약관에 의하면 계약전 알릴의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유발생에

영향을 미쳤을 경우에는 해당 보험금이 지급되지 않는 바, 의료경험척상 간경화를 일으키는 주요 요인은 B형 간염으로 알려져 있으므로, 계약전 알릴의무위반과 보험사고간에 인과관계가 존재한다고 보여짐.

라. 결 론

부활계약에 대하여 신청인의 계약전 알릴의무위반을 이유로 하여 계약을 해지하고 관련 보험금을 지급하지 않은 피신청인의 처리는 타당하다고 판단됨.

1-17 계약체결일 3년 경과후 계약전 알릴의무 위반으로 해지 가능 여부

[인용] 무진단계약(無診斷契約)은 책임개시일로부터 2년내에 보험금 지급사유가 발생하지 않은 경우에는 약관상 제척기간인 2년내에 계약해지권을 행사할 수 있으나, 2년내에 보험금 지급사유가 발생하면 상법상 제척기간인 3년을 적용하여 계약해지권을 행사할 수 있는 것으로 해석됨. 본 건은 피보험자가 책임개시일로부터 2년내에 장애인복지법상 뇌발달장애 1급 진단을 받음으로 인하여 보험금 지급사유가 발생하였으나 상법상 제척기간인 3년을 경과하여 해지권을 행사한 것이므로 계약전 알릴의무 위반으로 계약 해지하는 것은 적법하지 않은 것으로 판단됨.(2003.8.19. 조정번호 제2003-32호)

가. 사실관계

피보험자는 1997.9.22. 출생한 후 발달장애로 1999.5.25. 및 같은 해 7.2. 각각 A병원 및 B병원에 통원하였고, 같은 해 8.12. 발달장애, 정신지체, 경련성 질환으로 C의원에 통원한 후, 2000.2.16.~3.16. 기간중 4회 통원하면서 40일분 투약을 받았으며, 2000.2.18. 같은 의원에서 실시한 뇌파검사(EEG: ElectroEncephalogram)에서는 이상 뇌파인 극파(棘派, spike)⁴⁰⁾ 소견을 보임.

그 후 2000.2.22. D병원 소아과에 발달장애로 통원하였고, 같은 해 3.27. 신청인은 자신

40) 뇌파의 이상 파형 중 “간질성 이상 파형”에 속하는 것으로, 침처럼 끝이 날카롭고 폭이 좁은 모양으로 나타남.

을 보험계약자로 해서 피신청인과 어린이보험계약(납입보험료 월 25,000원, 보험계약금액 1천만원)을 체결하였으며, 피보험자는 보험가입 후인 2000.3.29.~2001.5.21. 기간중 C 의원에 28회 통원하면서 392일분 투약을 받았고, 2001.2.28. 실시한 심리검사에서는 중등도 지체의 진단을 받았음.

신청인은 2001.3.13. 피보험자에 대해서 장애인복지법상 뇌발달장애 1급을 내용으로 하는 장애진단서를 발급 받아 장애인등록을 하고, 2003.4.3. 약관상 장애 1급에 대한 보험금을 청구하였으나, 피신청인이 계약전 알릴의무 위반을 이유로 계약을 해지함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

보험가입 전 통원 및 투약한 사실이 있으나, 의사들이 피보험자의 병명을 구체적으로 이야기 한 적이 없고 투약한 약물에 대해서도 영양제라고 했는데도, 계약전 알릴의무 위반으로 계약해지하는 것은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

피보험자는 보험가입 전에 발달장애로 통원 및 투약하고 뇌파 검사를 한 사실이 있는데도 이를 알리지 않았으므로 계약전 알릴의무를 위반하였으며, 본 건은 계약전 알릴의무 위반과 관련하여 계약해지권을 행사할 수 있는 약관상 제척기간인 2년 내에 보험사고가 발생하였으므로(뇌발달장애 1급 진단) 정당하게 계약을 해지하였고, 피보험자가 보험 가입 전에 이미 보험사고가 발생하였으므로 상법 제644조에 의거 무효 사유에도 해당함.

다. 위원회의 판단

◆ 본건의 쟁점은 제척기간을 도과한 계약전 알릴의무 위반을 이유로 한 계약해지의 적법 여부 및 보험가입전 보험사고 발생을 이유로 한 보험계약 무효의 적법여부임.

(1) 계약전 알릴의무를 위반했다고 볼 수 있는지 여부

계약전 알릴의무를 규정하고 있는 상법 제651조 및 해당 보험약관 제17조에서는 보험 계약 당시 보험계약자 또는 피보험자가 보험회사에 대해서 중요한 사항을 사실대로 알 리도록 하고, 고의·중과실로 이를 위반한 때에는 보험회사가 계약을 해지할 수 있도록 규정하고 있음. 신청인은 계약체결 당시 피보험자의 건강상태를 제대로 알지 못하였는 데도 피신청인 측에서 계약전 알릴의무 위반을 이유로 계약을 해지하는 것은 부당하 다고 주장하고 있으나, 다음과 같은 점에 비추어 볼 때 신청인의 주장을 수용하기는 어려운 것으로 판단됨.

① 계약체결일인 2000.3.27. 작성된 당해 보험계약청약서에는 피보험자의 건강상태를 알리는 항목과 관련하여, “현재 의사의 진료를 받고 있거나 신체적으로 불편한 증상이 있습니까?”라는 질문과 함께, “최근 5년 이내에 아래와 같은(부위의) 병이나 증상으로 계속 7일이상 치료, 입원하였거나 또는 수술, 정밀검사(심전도, X선, 종합건강진단 등)를 받은 적이 있습니까?”라고 질문한 다음 관련되는 신체부위로 심장, 혈관, 뇌, 신경, 정신 등을 열거하고 있으며, 이들 질문에 대한 답변으로 보험계약자 측에서 “예” 또는 “아니 오” 중 선택하도록 하고, “예”인 경우 질병명, 치료시기, 치료기간, 완치 여부, 치료·수 술내용 및 신체장애내용 등을 기재하도록 하고 있는데, 청약서에는 이들 질문에 대해서 “아니오”라고 답변한 점.

② 피신청인이 제출한 진료기록부 및 진료확인서 등을 보면, 피보험자는 계약체결시점 인 2000.3.27.로부터 37일 전인 2000.2.18. C의원에 통원하여 뇌파검사를 받아 그 결과 이 상 뇌파인 “극파” 소견을 받음에 따라, “Sodium Valproate”⁴¹⁾ 등의 약물을 각각 5일분 (2.18.~2.22.) 및 7일분(2.23.~2.29.) 투약하도록 처방 받아 12일간 계속 복용하였으며, 그 이후에도 2000.3.2. 및 3.16. 각각 14일분씩(3.2.~3.15, 3.16.~3.29.) 처방 받아 계속 28일 간 복용함에 따라, 결과적으로 2000.2.18.부터 계약체결일인 3.27.까지 40일간 발달장애에 따른 투약치료를 받은 점.

③ 2000.2.22. D병원 소아과에서 작성한 진료기록부에는 피보험자에 대해서 “상기 29

41) 난치성 정신분열병 환자 중 공격성이나 충동성을 보이는 환자에 대해서 전통적인 항정신병 약물과의 병용 요법(並用 療法)으로 쓰이는 약물임(김용식 외, 「정신분열병의 약물치료」, 일조각, 2002년, 216·225면)

개월 남아는 혼자서 식사를 하지 못하고 벽에 머리를 찌는 행동을 자주 보임. 잠을 자지 못하고 걷기가 익숙하지 못함. C의원에서 뇌파검사를 하여 전두엽 문제로 진단 받고 투약 권유받아 3일간 복용한 후 further evaluation 위해 내원함. 겁이 많고 잘 움. 위험에 대한 인지도가 떨어짐.”이라고 기재한 점.

이상과 같은 점을 종합해 볼 때, 신청인은 발달장애로 통원 및 투약치료하고 있는 피보험자의 건강상태에 대해서 이미 알고 있었던 것으로 추정되며, 설령 알지 못하였다고 하더라도 보험가입당시 출생한 지 30개월 된 피보험자의 母인 신청인으로서 조금만 주의를 기울였다면 이를 알 수 있었을 것이므로 알지 못한 것에 대해 중대한 과실이 있다고 해야 할 것임. 따라서 신청인이 피보험자의 투약치료 및 뇌파검사 사실을 알리지 않은 것은 계약전 알릴의무를 위반한 것으로 판단됨.

(2) 계약전 알릴의무 위반을 이유로 한 계약해지의 적법성 여부

해당 보험약관 제17조 제2항 제2호에 의하면 책임개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년) 내에 보험회사가 계약전 알릴의무 위반을 이유로 계약해지권을 행사할 수 있으며, 상법 제651조에서는 계약체결일로부터 3년 내에 계약전 알릴의무 위반을 이유로 계약을 해지할 수 있는 것으로 규정하고 있음. 무진단계약(無診斷契約)을 기준으로 해서 위 약관과 상법의 관계를 살펴보면, 책임개시일로부터 2년내에 보험금 지급사유가 발생하지 않은 경우에는 보험회사가 약관상 제척기간인 2년내에 계약해지권을 행사할 수 있으나, 2년내에 보험금 지급사유가 발생하면 상법상 제척기간인 3년을 적용하여 계약해지권을 행사할 수 있는 것으로 해석됨.

본 건의 경우 2001.3.13. 피보험자가 장애인복지법상 뇌발달장애 1급진단을 받았는데, 이는 책임개시일로부터 2년 내에 보험금 지급사유가 발생한 것이므로 상법상 제척기간인 3년 내에 계약해지권을 행사할 수 있는 경우에 해당함.

그런데 피신청인은 2003.5.7. 신청인에게 계약해지를 통보한 사실이 있어, 피신청인의 해지권 행사는 계약체결일인 2000.3.27.로부터 3년을 경과한 후에 행사된 것이 역수상 명백하다 할 것이고, 본 건에서 신청인이 계약체결일로부터 3년을 경과한 후에 보험금 청구를 한 사실이 있다고 하여도 제척기간의 법적 성질에 비추어 볼 때 그러한 사유로 인

하여 중단되거나 정지될 수 없는 것으로 판단되므로 피신청인의 해지권 행사는 적법하지 않은 것으로 판단됨.

(3) 신청인이 1급장해와 관련된 보험금청구권을 행사할 수 있는지 여부

2001.3.13. 피보험자에 대해서 장애인복지법상 뇌발달장애 1급을 내용으로 하는 장애진단서를 발급 받아 장애인등록을 마침으로써 이 시점에서 보험사고의 발생을 알 수 있었을 것이며, 보험사고가 발생한 사실을 확인할 수 없는 객관적인 사정이 존재하였던 것으로 볼 수 없고, 보험금청구권의 행사에 어떠한 법률상의 장애도 없었던 것으로 판단됨.

따라서 신청인이 보험금을 청구한 시점이 보험사고가 발생한 2001.3.13.로부터 2년이 경과한 2003.4.3. 제기되었음이 명백한 이상, 1급장해 상태와 관련해서 해당 보험계약에 기한 신청인의 보험금청구권은 2년의 소멸시효가 완성되어 모두 존재하지 않는다고 할 것임. 나아가 본건이 보험금 청구권에 대한 소멸시효가 완성되지 않은 경우라고 하여도, 다음과 같은 점을 고려할 때 신청인의 보험금 청구권 행사는 인정될 수 없다고 판단됨.

보험계약과 관련된 법률관계에서는, 다른 사법적 법률관계가 단순히 계약당사자간의 이해관계의 규정만을 목적으로 하는 것과는 달리, 선의성 내지 신의성실의 원칙이 강하게 요구되고 있음. 물론 선의성이나 신의성실의 원칙은 보험계약만의 문제가 아니라 모든 계약에서 적용되어야 하는 기본 원칙이라고 할 수 있으나, 특히 보험계약은 우연한 사고의 발생을 전제로 하므로 그 선의성은 더욱 강조되지 않을 수 없으며, 보험계약법에서도 이를 반영한 여러 제도들을 규정하고 있음.

본 건의 보험금청구권의 행사가 선의성 내지 신의성실의 원칙에 반하는 것이라고 하기 위해서는 당해 보험계약의 체결경위, 보험상품의 내용, 보험사고의 종류, 보험금 청구와 관련된 보험계약자의 행위 등을 종합해서 객관적이고 합리적으로 판단하여야 하는바, 본 건의 경우 해당 보험약관에 의하면 피보험자가 만 15세 미만에 사망하면 이미 납입한 보험료 전액을, 만 15세 이후에 사망하면 보험가입금액인 1천만원을 사망보험금으로 지급하고, 피보험자가 1급장해상태가 되었을 때에는 1천만원을 20년동안 매년 지급하도록 규정하고 있어, 피보험자의 1급장해상태가 사망보다도 중한 보험사고에 해당함.

그런데 신청인은 2001.3.13. 장애진단에 따라 1급장해 상태에 따른 보험금 지급사유가

발생하였음을 충분히 알 수 있었음에도, 상당한 기간 동안 자신의 권리를 행사하지 아니함으로써 마치 보험사고가 발생하지 않은 것으로 보험회사에 신뢰를 부여하였음은 물론, 계약전 알릴의무 위반에 따른 해지처리를 피하기 위하여 제척기간이 도과할 때까지 보험금청구권을 행사하지 아니하였다고 판단될 뿐만 아니라, 2003.4.3. 1급장해 상태에 따른 보험금을 청구하면서 2001.3.13. 장애진단을 받은 사실을 알리지 않고 보험금을 청구하였는바, 이러한 경우에 대해서도 보험금청구권을 그대로 인정한다면, 보험계약의 선의성(善意性)에 기초를 두고 있는 계약전 알릴의무 제도를 형해화(形骸化)시키며 선량한 보험단체에 오히려 손해를 가할 수 있다는 점에 비추어 볼 때, 이러한 청구는 보험계약의 선의성 내지 신의성실의 원칙에 반하는 청구라고 할 수 있을 것임.

(4) 보험가입전 보험사고가 발생하여 계약을 무효로 할 수 있는지 여부

보험사고의 객관적 확정의 효과를 규정하고 있는 상법 제644조는 “보험계약당시에 보험사고가 이미 발생하였거나 또는 발생할 수 없는 것인 때에는 그 계약은 무효로 한다. 그러나 당사자 쌍방과 피보험자가 이를 알지 못한 때에는 그러하지 아니하다.”라고 규정하고 있음.

이와 관련하여 2003.5.20. 작성된 진료소견서 중 현재의 장해상태를 묻는 항목에서 피보험자를 치료하였던 C의원 의사는 “현 상태는 초진시 상태보다 다소 호전되었음”이라고 답변하였고, 2003.7.29. 작성된 진료소견서에서도 동 의사는 피보험자가 보험가입전에 “항상 간호” 상태에 있었던 것으로 소견을 밝히고 있는 점 등을 이유로, 피신청인은 보험가입 전에 이미 보험사고가 발생하였기 때문에 보험계약의 무효사유에 해당한다고 주장하고 있으나, 다음과 같은 점에 비추어 볼 때 피신청인의 주장을 수용하기 어려움

① 질병으로 인한 장해진단의 시점은 질병의 발병시점이 아니라 의사가 질병으로 인하여 최종적으로 장해상태가 발생하였다고 인정하는 시점인데⁴²⁾, 본 건에서는 피보험자에 대한 뇌발달장애 1급 진단시점이 보험계약체결 이후인 점.

② 분쟁조정 전문위원의 의료자문결과에서 피보험자가 보험가입전 발달지연은 있었으나 보험가입당시 출생후 30개월 이전이어서 장해상태를 확정짓기 어렵다는 소견을 밝히

42) 금융분쟁조정위원회 2001.8.21. 결정, 조정번호 2001-42.

고 있는 점.

라. 결 론

그렇다면 본 건의 경우 보험가입전 보험사고 발생을 이유로 보험계약을 무효로 할 수 없으며, 제척기간이 도과했으므로 계약전 알릴의무 위반을 이유로 계약을 해지한 피신청인의 행위는 적법하지 않아 계약을 원상 회복하여야 하며, 1급장해에 따른 신청인의 보험금청구권은 소멸시효가 완성되어 존재하지 않을 뿐만 아니라 보험계약의 선의성 내지 신의성실의 원칙에 반하므로 인정될 수 없다고 판단됨.

1-18 건강검진상 심근경색 의증소견 미고지가 계약전 알릴의무 위반인지 여부

[기각] 신청인이 보험가입전 직장 건강검진에서 심근경색 의증 소견과 함께 정밀검사를 권유 받았으나 보험가입 전후 병력사항을 보면 신청인이 보험가입시 ‘보험청약서의 병력사항 질문’에 대해 고의 또는 중과실로 사실과 다르게 기재한 것으로 보여지고, 신청인의 미고지 사실과 본 건 보험사고인 심근경색증 사이에는 의학적 인과관계가 인정되므로, 피신청인이 계약전 알릴의무 위반을 이유로 보험계약을 해지하고 관련 보험금 지급을 거절한 것을 부당하다고 하기 어려움.(2009.3.24. 조정번호 제2009-30호)

가. 사실관계

피보험자(53세)는 2007.10.2. 종신보험(진단계약)에 가입⁴³⁾하였으며, 보험가입 이전인 2006.7.27.과 2007.9.8 두 차례 직장 건강검진에서 심근경색 의증 소견을 받았음.⁴⁴⁾ 보험가입 후인 2008.8.6. 건강검진에서도 유사한 소견을 받았으며,⁴⁵⁾ 2008.8.7.~8.12. 6일간은

43) 기존 보험가입 현황(10년전 A생명 1건, 6년전 B생명 1건).

44) 2006.7.27. ○○의원에서의 건강검진에서는 “심전도 검사결과 QS(V2-V3, avL) 소견입니다. 처음 나온 소견이거나 흉통 등이 있는 경우는 반드시 내과 상담이 필요합니다”라는 결과를 받았고, 2007.9.8. ◇◇연구소에서의 건강검진에서는 “심전도 검사상 구(舊) 전벽(前壁) 심근경색 의증 소견입니다. 이는 심장혈관의 혈류차단으로 인해 심장 근육이 손상되었음을 의미합니다. 과거 결과와 비교 및 흉통 등의 증상 유무 확인 후 필요시 정밀검사 또는 주기적인 검사를 요합니다”라는 결과를 받음.

L4-L5-S1 추간판탈출증으로 ◇◇병원에 입원하였으며,⁴⁶⁾ 2008.10.7.에는 ○○병원으로부터 심근경색을 진단⁴⁷⁾받았고, 2009.1.7 금융분쟁조정을 신청함.⁴⁸⁾

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

직장에서 하는 건강검진 결과 나타난 구(舊) 전벽(前壁) 심근경색 의증 소견을 이유로 보험계약을 해지하고 관련 보험금 지급을 거절하는 것은 부당함. 건강검진 이후 심근경색으로 인한 치료력이 없을 뿐만 아니라 금번 심근경색 진단도 허리통증으로 인해 입원 치료중 실시한 검진을 통해 내려진 것임.

(2) 피신청인의 주장

신청인은 상기 보험가입 이전 직장 건강검진에서 “구(舊) 전벽(前壁) 심근경색 의증” 소견과 함께 정밀검사 및 주기적인 검사를 권유받았으나, 보험가입 당시 청약서에 그 사실을 알리지 않았음.

상기 사실은 보험계약시 신청인이 알려야 할 중요한 사항에 해당함에도 이를 알리지 않은 것은 ‘고의 또는 중과실’에 해당하며, 금번 입원 및 수술은 좌전하행지 관상동맥의 폐쇄에 따른 오래된 심근경색에 대한 치료로서 그 치료부위가 “구(舊) 전벽(前壁) 심근경색 의증” 진단을 받은 부위와 동일하여 둘 사이에 인과관계가 인정되므로 보험금 지급 책임 또한 없음.

45) 건강검진에서 “심전도 검사상 전벽(前壁) 심근경색 의증(V1-V3 : QS양상) 소견입니다. 처음 나온 소견이거나 흉통 등이 있을 때는 내과 상담바랍니다”라는 결과를 받음.

46) 2008.8.7.자 진료기록은 다음과 같음

EKR : V1-V3 a??? Q, ST elevation

Echo : LV apex hypokinesia “4년전부터 심전도상 안좋게 나온다.”

47) 진단서 내용 : 병명 ‘오래된 심근경색증(I252)’, 상기 병증으로 2008.9.29. 입원하여 좌전하행지 관상동맥의 완전 폐쇄소견에 대해 PCI(경피적 관상동맥 중재술) 시행하였으나 실패함. 입원기간 : 2008.9.29.~10.2. 진단일 : 2008.9.23. 발병일 : 알 수 없음, 진단방법 : 심전도, 심초음파, 심혈관조영술

48) 분쟁금액 3,085,000원(수술급여금 3백만원 + 입원급여금 8만5천원)

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 보험가입전 신청인이 직장 건강검진시 ‘심근경색 의증’ 진단을 받은 사실을 보험가입시 알리지 않은 것이 계약전 알릴의무 위반에 해당되는지 여부임.

신청인이 작성한 보험청약서의 병력사항 부분을 살펴보면, “최근 5년 이내에 아래와 같은 증상이나 질환으로 의사로부터 진찰, 검사를 통하여 진단을 받았거나 치료, 투약, 입원, 수술, 정밀검사를 받은 적이 있습니까? () 흉통, 심잡음, 부정맥 심혈관질환 등” 질문에 대해 해당사항이 없는 것으로 기재되어 있는데, 이와 관련하여 보험가입 전후 병력사항을 살펴보면, 보험가입일 이전에 실시한 직장 건강검진에서 “심전도 검사결과 QS 소견입니다. 처음 나온 소견이거나 흉통 등이 있는 경우에는 반드시 내과 상담이 필요합니다.”(2006.7.27. 검진), “심전도 검사상 구 전벽 심근경색 의증 소견입니다. 이는 심장혈관의 혈류차단으로 인해 심장근육이 손상되었음을 의미합니다. 과거 결과와 비교 및 흉통 등의 증상 유무 확인후 필요시 정밀검사 또는 주기적인 검사를 요합니다.”(2007.9.8. 검진) 라는 검진결과가 나왔음.

또한 보험가입 이후 추간판탈출증으로 입원한 ◇◇병원 2008.8.7.자 진료기록에 “4년전부터 심전도상 안좋게 나온다”로 기재되어 있으며, 금번 심근경색증으로 입원한 ○○병원 경과기록지에도 “상기 환자 약 2년전부터 활동시 발생하는 chest discomfort(따끔따끔) 있어 F/E & Tx(CAG) 위해 adm”으로 기재되어 있는 바, 신청인은 피신청인의 계약인수시 영향을 미칠 수 있는 중요사항에 해당되는 ‘보험청약서의 병력사항 질문’에 대해 고의 또는 중과실로 사실과 다르게 기재한 것으로 보여지고, 아울러 신청인의 미고지 사실과 금번 심근경색증 사이에는 의학적 인과관계가 인정되므로, 피신청인이 계약전 알릴의무 위반을 이유로 보험계약을 해지하고 관련 보험금 지급을 거절한 것을 부당하다고 하기 어려움.

라. 결론

따라서 신청인의 주장은 이유 없어 이를 기각함.

1-19 다면적 인성검사 결과 미고지가 계약전 알릴의무 위반인지 여부

[인용] 다면적 인성검사(MMPI)는 심리검사 중의 하나로 이 검사만으로는 정신과적 진단을 내리는 것이 매우 부적절하고, 최근 공공기관 및 각 기업체의 인사선발 과정 등 비정신과 영역에서도 널리 사용되는 검사인 점을 감안할 때 당해 보험계약의 청약서에서 정밀검사로 명시하고 있는 심전도, 방사선, 조직검사 등과 같이 중요성을 갖는 검사에 포함된다고 보기 어렵다 할 것임. (2011.3.22. 조정번호 제2011-18호)

가. 사실관계

보험계약자는 2008.12.17. 피신청인과 변액유니버설중신보험 계약을 체결하였음. 피보험자는 보험 가입전인 2007.10.27. 불안감 등을 호소하며 ○○기독병원에 내원하였고,⁴⁹⁾ 같은 해 같은 달 29일에는 MMPI 검사결과 관련 담당의 면담(투약 등 치료 없음)한 사실이 있음.⁵⁰⁾

보험 가입후인 2009.5.13. 심한 불안감 등으로 동 병원에 내원하였다가, 같은 증세로 ◇◇대학교병원에도 내원하였음. ◇◇대학교병원에서는 2009.5.13.~2010.8.9. 기간중 항정신병 투약 치료를 하였고, 2010.8.9. 피보험자가 자택 아파트 4층에서 추락하여 사망하였음.

이에 신청인은 2010.8.18. 사망보험금을 청구하였으나, 같은 해 9.27. 피신청인이 보험계약 해지를 통보하였기에 같은 해 10.11. 신청인이 분쟁조정을 신청함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

피보험자는 중·고교시절 적극적이고 성실한 학생이었으며, 2007.10.27. ○○기독병원에 내원한 이유도 당시 대입 3수를 한 탓에 수능일이 가까워 오자 불안감과 초조함을 호소하였기 때문이었고, 2007.10.29. 다면적 인성검사(MMPI) 결과에 대해 담당의사와 면담하였으나 약물치료 등은 일체 없었으며, 2008.12월 보험가입 당시에는 **대 유아교육

49) MMPI(다면적 인성검사 : Minnesota Multiphasic Personality Inventory) 실시.

50) 진료기록지에 “observation & follow up” 기재.

과 1학년에 재학 중으로 학교성적도 중위 수준을 유지하는 등 정상적인 생활을 했으나, 2009.5월부터 매사에 흥미가 없고 혼자 중얼거리는 등의 증세가 나타나 ◇◇대학교병원에서 MMPI 등의 검사를 받고 정신분열증의 진단 하에 사망에 이르는 시점까지 통원치료를 받아왔으므로 피신청인은 관련 보험금을 지급하여야 함.

(2) 피신청인의 주장

피보험자는 보험가입 전인 2007.10.27. “의심되는 정신 및 행동장애에 대한 관찰”로 ○○기독병원에 내원하여 MMPI검사를 받았으며, 2007.10.29. 동 병원에서 담당의사 면담 및 진료기록지상 “observation & follow up”이라는 사실이 있었음에도 보험가입시 이를 회사에 알리지 않았으므로 계약전 알릴의무를 위반하였고, 이후 2008.12월부터 “동생이 한 말이 어이가 없어서 혼자 웃는다. 지난 겨울부터 집에 오면 방안에서만 생활한다. 혼자 말을 한다. 무슨 말을 하면 공격적으로 나온다.” 등의 증세가 있었으며, 2009.5.13. ◇◇대학교병원에 내원하여 정신질환 장애로 통원치료를 받던 중 2010.8.9. 증세가 악화되어 자택 아파트 4층에서 추락하여 사망하였으므로 보험가입 전의 병력과 의적 인과관계가 있으므로 관련 사망보험금을 지급하지 않고 보험계약을 해지한 것은 타당한 것임.

다. 위원회의 판단

◆ 당해 조정사건의 쟁점은 보험가입 전 피보험자가 다면적 인성검사(MMPI)를 받은 사실을 회사에 알리지 아니한 것이 계약전 알릴의무 위반에 해당되는지 여부 등이라 할 것임.

(1) 계약전 알릴의무 위반에 따른 보험계약해지 여부

보험계약자나 피보험자가 보험계약 당시에 보험회사에게 고지할 의무에 대해 규정하고 있는 보험약관 및 상법 제651조에서 의미하고 있는 “중요한 사항”이라고 하는 것은 보험회사가 보험사고의 발생과 그로 인한 책임부담의 개연율을 측정하여 보험계약의 체결 여부 또는 보험료나 특별한 면책조항의 부가와 같은 보험계약의 내용을 결정하기 위한 표준이 되는 사항으로서 객관적으로 보험회사가 그 사실을 안다면 그 계약을 체결하지 아니하든가 또는 적어도 동일한 조건으로는 계약을 체결하지 아니하리라고 평가되는 사항을 말하며, 보험회사가 계약을 체결함에 있어 서면으로 질문한 사항은 보험계약에

있어서 중요한 사항에 해당하는 것으로 추정되고, 이러한 서면에는 보험청약서도 포함된다는 것이 법원의 판단이며, 특히 인보험계약의 경우 청약서상 질문표에는 질병의 치료 사실만을 질문하고 있을 뿐 완치여부를 묻지 않고 있는 것이 일반적인데, 이는 어떠한 질병이 개별 피보험자에게 미치는 영향이나 예후 등을 예단하기 어렵고, 그 완치여부 또는 질병의 진행경과와 관련해서도 의사마다 견해가 다르기 때문이다.

이러한 점 등에 기초하여 살펴보건대, 우선 이 건 보험계약 체결시 청약의 의사표시를 기재하는 청약서에는 “최근 5년 이내에 의사로부터 진찰, 검사를 받고, 그 결과 입원, 수술, 정밀검사(심전도, 방사선, 건강진단, 조직검사 등)를 받았거나 계속하여 7일 이상 치료 또는 30일 이상 투약 받은 적이 있습니까?”를 질문하고 있는 바, 당해 피보험자가 2007.10.27. ○○기독병원에서 실시한 다면적 인성검사(MMPI)를 받은 사실이 위 청약서 상에서 질문하고 있는 정밀검사에 포함되는지의 여부에 대하여 금융감독원이 금융분쟁조정위원회 전문위원에게 의뢰한 바에 따르면 “정신과 영역에서 다면적 인성검사(MMPI)는 본래 사람의 성격 특성을 보고자 함이 주된 목적이고, 정신분열증에 대한 진단은 전적으로 임상 의사의 병력 청취, 면담과 관찰이 가장 중요한 것이며, 다면적 인성검사(MMPI)는 심리검사 중의 하나로 이 검사만으로는 정신과적 진단을 내리는 것이 매우 부적절하여 위 보험청약서상 질문에서 예시한 정밀검사의 방법으로 다면적 인성검사(MMPI)를 포함하는 것은 적절하지 않다.”라는 소견인 점, 위 다면적 인성검사(MMPI)는 최근 공공기관 및 각 기업체의 인사선발 과정 등 비정신과 영역에서도 널리 사용되는 검사인 점을 감안할 때 당해 보험계약의 청약서에서 정밀검사로 예시하고 있는 심전도, 방사선, 조직검사 등과 같이 중요성을 갖는 검사에 포함된다고 보기 어렵다 할 것임.

또한, 아래와 같은 점 등을 감안할 때 이 건 피신청인이 계약전 알릴의무 위반을 전제로 하여 당해 보험계약을 해지할 수 는 없다 할 것임.

① 2007.10.27. 실시한 다면적 인성검사(MMPI) 결과에 대한 금융분쟁조정위원회 전문위원의 자문에 따르면 “당시 피보험자의 상태는 10개의 임상척도에서 유의(사전적 의미로는 의미나 뜻이 있을 정도의 수준)할만한 병리적 소견은 나타나지 않았고, 담당 임상 의사의 견해도 정신적인 발병상태로 보지 않은 상태에서 관찰을 요하는 것으로 진단”하였다는 소견인 점.

② 위 다면적 인성검사 결과 후 피보험자가 정신과 영역의 질환으로 인하여 당해 보험계약의 청약서에서 질문하고 있는 “계속하여 7일 이상 치료 또는 30일 이상 투약”을 받은 사실이 없었던 점.

③ 2007.10.29. ○○기독교병원의 진료기록지상 “observation & follow up”이 갖는 의학 적 의미를 보면 “관찰”은 발병 증세는 뚜렷하지 않으나, 정신적으로 건강하지 않은 상태임을 말하지만 병명을 진단할 만한 병적상태를 의미하지 않고, 다만 향후 발병할 가능성을 배제하기 어려우므로 임상 의사가 일반적으로 “추적(관찰)”이라는 판단을 하게 된다는 자문소견이 있는 점.

④ 2010.10.6. ○○기독교병원 의사가 작성한 사실조회소견서에 의하면 2007.10.27. 내원 당시 환자의 증상에 대한 초진 기록상 “대입 3수에 대한 불안감, 누가 우리집에 침범하였다...라고 하는 등의 불안감이 있었으며, 주치의사가 퇴직하여 정확히는 알 수 없으나 입원이나 약물치료가 필요한 상태가 아니어서 향후 관찰해 보자는 의견이었던 것으로 추정된다.”는 소견이 있는 점.

⑤ 2009.5.13. ◇◇대학교병원의 정신과 초진기록지에 의하면 “피보험자가 2007.10월 관계사고, 의심된 환청으로 ○○기독교병원 외래에서 상담만 했으나, 아무 이상이 없어 치료를 받지 않았음. 지난 겨울부터 증상이 있어 어머니와 함께 내원하였음”이라는 기록이 있는 점.

⑥ 보험계약 체결시 청약서에서 질문하는 내용이 중요한 사항이고, 이를 알리지 않았을 경우 그 계약을 해지할 수 있음이 당해 보험약관의 규정취지임에도 불구하고 청약서에서 질문하지 않은 질병 등 광범위한 사항에 대해서까지 고지대상으로 보고 보험사고가 발생한 후에 그 의적 인과관계의 준부를 논한다면 피신청인의 계약해지권 행사의 남용을 초래하게 되어 결과적으로는 현행 보험약관 및 상법에서 정하고 있는 계약전 알릴 의무 제도의 취지를 반하게 할 우려가 있는 점.

⑦ 이 건 피보험자가 2007.10.27. 및 10.29. ○○기독교병원에 내원한 이후 불과 15일 후인 11.15. 치러진 2008학년도 대입 수능시험에 응시하였고, 이후 **대학 유아교육학과에 입학하여 1학년 1학기 학점이 평균 3.69(백분율 환산 88.62점), 2학기 학점이 평균 3.09점

(백분율 환산 82.50)의 수준을 유지한 점.

한편, 당해 보험계약의 가입경로에 대해 살펴보면 피신청인의 소속 보험설계사 A씨는 보험영업활동을 위해 **시장을 왕래하던 중 신청인이 운영하고 있는 점포를 방문하여 신청인과 상담을 하여왔으며, 2008.12.17. 동 점포에서 신청인과 당해 보험계약을 체결하고, 피보험자의 자필서명은 신청인 거주 아파트를 방문하여 받았는데 보험설계사가 당시 피보험자를 면담할 당시 건강하고 밝은 표정이었다고 진술하고 있는 점, 위 변액유니버설종신보험 계약 체결당시 보험료 등 신청인의 경제적 사정에 의해 기 유지하고 있던 타 생명보험사의 보험계약을 2008.12.11.자로 해약을 하고 보험에 가입하였던 점을 감안할 때 이 건 신청인의 보험계약에 선의성이 결여되었다고 볼만한 여지는 부족하다 할 것임.

(2) 보험금을 지급하지 아니하는 보험사고에 해당되는지 여부

사망을 보험사고로 하는 보험계약에 있어서 자살을 보험회사의 면책사유로 규정하고 있는 것은 피보험자가 자기의 생명을 끊는다는 것을 의식하고, 의도적으로 자기의 생명을 절단하여 사망의 결과를 발생케 하는 경우에까지 보험금이 지급된다고 한다면 이는 피보험자가 고의에 의하여 보험사고를 일으키는 것은 보험계약상의 신의성실의 원칙에 반하기 때문이나, 피보험자가 정신질환 등으로 인하여 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 사망의 결과를 발생케 한 경우는 예외로 하고 있음이 법원 및 조정위원회의 일관된 판단이었음은 이론의 여지가 없는 사실임을 기초로 하여, 아래와 같은 점 등을 감안할 때 이 건 피보험자가 정신질환으로 인하여 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 사망하였음을 쉽게 추단할 수 있으므로 피신청인의 보험금 지급책임은 존재한다 할 것임.

① 이 건 피보험자가 2009.5.13. ◇◇대학교 병원에 내원당시 정신병적 증상들과 그에 따르는 이상행동들이 뚜렷하였으며, 환청이 의심되어 정신분열병의 가능성이 크게 나타났던 점.

② 이로 인하여 2010.8.9. 사망에 이르기까지 지속적으로 향정신병약물 등의 치료를 받아왔던 점.

③ 이 건 피보험자의 대학 성적도 2008년 1학년 학점(1학기 3.69, 2학기 3.09)은 중상위 수준을 유지하였으나, 피보험자의 정신건강에 이상이 온 것으로 보이는 2009년 1학기 학점은 평균 1.11(백분율 환산 44.70점)으로 하위 수준을 유지하는 점.

④ 위 치료기간 중인 2009.6.26. 자해 및 타해 위험성 있는 행동문제, 약물 순응도 등의 문제로 담당의사가 입원치료를 권유하였던 점.

⑤ 2010.8.9. 사망 당일의 ◇◇대학교병원 외래진료기록지상 피보험자와 피보험자의 모친이 진술한 바에 의하면 “환자가 아르바이트 한다고 나가버려서 서울도 가버리고, 지방으로도 가버리고..... 경찰서에서 찾아 왔어요. 지구대에서... 안절부절 못하고 배회하니까 신고..... 본인은 약물을 복용하던 중 더 그런다.”고 진술하고 있으며, 이에 피보험자의 모친이 사고의 위험성이 있어 입원을 원하였던 점.

⑥ 위 ◇◇대학교 병원에 내원한 2010.8.9. 14:20경 피보험자가 자신이 거주하던 아파트 4층에서 추락하여 사망하였던 점.

라. 결 론

그렇다면 이 건 2010.8.9. 발생한 피보험자의 보험사고에 대하여 피신청인은 당해 보험약관에서 정하는 관련 보험금을 지급함이 타당할 것임.

1-20 안저검사 결과 미고지가 계약전 알릴의무 위반인지 여부

[인용] 감기로 진료받은 소아과위원의 진료차트상 ‘눈 맞춤?’이라는 내용과 ○○안과의 진료차트상 ‘눈을 잘 못 맞춤, 3개월 뒤’라고 기록된 내용은 의사로부터 진단서 또는 소견서를 발급받은 것이 아니므로 청약서상 질문사항인 “최근 3개월 이내에 의사로부터 진찰 또는 검사를 통하여 의료행위를 받은 사실이 있습니까?”에서 정하고 있는 의료행위에는 해당하지 아니함. (2011.10.25. 조정번호 제2011-57호)

가. 사실관계

보험계약자는 2010.7.21. 자녀를 피보험자로 하여 피신청인과 보험계약을 체결하였음. 자녀인 피보험자는 보험 가입전인 2010.1.2. 34주 조기출산으로 출생하였고, 같은 해 6.7. 감기로 소아과의원 진료를 받았으며,⁵¹⁾ 7.12.에는 ○○안과에서 정밀안저검사 진료차트상 “눈을 잘 못 맞춤, 3개월 뒤”라는 기록을 받았음.

2010.7.16.에 본건 보험청약서 발급과 동시에 상품설명서상 신청인의 자필서명이 완료되었고, 7.20.에는 청약서상 보험료 자동이체 납입예정이 13시로 기록되었으며, 14시에 ○○안과의 진료의뢰서⁵²⁾가 발급되었음.

2010.7.21. 모집인이 청약날짜를 7.21.로 기입하여 전산처리를 완료하였고, 같은 달 23일 대학병원 안과에서 초진을 하였고, 8.27.에는 동 대학병원에서 MRI 검사를 실시하여 9.3.에 뇌성마비, 뇌실주위백질연화증 진단을 받았음.

2010.9.24.~10.31. 기간중 이정표의 지연 등으로 ◇◇◇◇병원에 입원하였고, 2010.12.1. 신청인이 입원보험금을 청구하였으나 2011.1.13. 피신청인이 계약전 알릴의무 위반으로 보험금 부지급 및 계약해지를 통보함에 따라 신청인이 같은 해 5.17. 분쟁조정을 신청함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

신청인은 2010.7.17. 청약서를 작성하여 모집인에 제출하였는데, 피신청인이 2010.7.20. 14시에 ○○안과에서 진료의뢰서를 발급받은 것을 이유로 계약전 알릴의무 위반에 해당한다며 보험금을 지급하지 않고, 계약을 해지하는 것은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

이 건 피보험자는 보험계약 체결일(2010.7.21.) 이전인 2010.7.12. ○○안과에서 정밀안저검사를 실시하여 “눈을 잘 못 맞춤” 증상이 있었고, 2010.7.20. 동 안과에서 발행한 진료의뢰서에 “눈을 잘 못 맞춤, 시신경 발육부진 의심소견이 있다는 이야기를 들었으며

51) 진료차트상 ‘눈 맞춤??’이라는 기록이 있음.

52) 진료는 없었고, 모친이 지인을 통해 진료의뢰서만 발급함.

로, 신경계발육을 포함한 검진이 필요함”이라고 기록되어 있으므로 계약전 알릴의무 위반에 해당되어 보험금을 지급하지 않고 계약을 해지한 것임.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 보험계약 청약 전 병원의 진료기록상에 ‘눈을 잘 못맞춤’이라고 기록된 것을 피신청인에게 알리지 않은 것이 계약전 알릴의무 위반에 해당하는지 여부라 할 것임.

피신청인이 피보험자가 보험계약 체결일(2010.7.21.) 이전인 2010.6.7. 감기로 내원한 소아과의원의 진료차트상 “눈 맞춤??”이라는 내용이 있고, 같은 해 7.12. ○○안과에서 정밀안저검사를 실시한 결과 진료기록상 “눈을 잘 못 맞춤, 3개월 뒤”라는 내용이 있으며, 2010.7.20. 14시 동 안과에서 같은 내용으로 진료의뢰서가 발급되었으므로 보험계약전 알릴의무 위반에 해당된다고 주장하므로 살펴보건대,

① 우선, 당해 보험약관에 따르면 청약서에서 계약전 알릴의무를 이행해야 하는 시점은 보험계약 체결시가 아니라, 보험계약 청약시라고 정하고 있어 청약자·모집인 모두가 자필서명한 상품설명서의 날짜와 청약서 발행일이 2010.7.16.로 명시되어 있고, 초회보험료 납입일시가 2010.7.20. 13시로 기재되어 있는 것을 감안할 때 진료의뢰서를 발급(2010.7.20. 14:07)받기 전에 청약이 이루어진 것으로 보이고, ○○안과에 확인 결과 피보험자가 내원한 사실이 없고, 피보험자의 모친이 지인을 통해 진료의뢰서만 발급받은 것을 감안할 때 해당 진료의뢰서는 계약전 알릴의무의 대상이 되지 않는 것으로 판단되며, 감기로 진료받은 소아과의원의 진료차트상 “눈 맞춤??”이라는 내용과 ○○안과의 진료차트상 “눈을 잘 못 맞춤, 3개월뒤”라고 기록된 내용은 의사로부터 진단서 또는 소견서를 발급받은 것이 아니므로 청약서상 질문사항인 “최근 3개월 이내에 의사로부터 진찰 또는 검사를 통하여 의료행위(질병확정진단, 질병의심소견, 치료, 입원, 수술, 투약)를 받은 사실(진찰 또는 검사란 건강검진을 포함하며 질병의심소견이랑 의사로부터 진단서 또는 소견서를 발급받은 경우를 말함)이 있습니까?”에서 정하고 있는 의료행위에 해당되지 않아 계약전 알릴의무 대상이 아니라는 점.

② 또한, 감기로 진료받은 소아과의원의 진료차트상에 단순히 “눈 맞춤??”이라고 기록

되어 있을 뿐, 진찰(검사) 필요 등 다른 기록은 전혀 없으며, ○○안과에서도 피보험자에게 실시한 정밀안저검사가 단순히 의사가 의료장비를 통해 눈을 들여다 본 것으로 “검사결과지”도 없다고 확인하고 있고, 진료차트상에만 “눈을 잘 못 맞춤, 3개월 뒤”라고만 기록되어 있을뿐 시신경 이상소견 등 다른 내용은 전혀 없는 상황으로 이를 의사가 진찰 또는 검사를 통하여 추가검사(재검사)를 시행했다고 보기 어려우므로 청약서상 질문 사항인 “최근 1년 이내에 의사로부터 진찰 또는 검사를 통하여 추가검사(재검사)를 받은 사실이 있습니까?”에 해당되지 않아 계약전 알릴의무 대상이 아니라는 점.

③ 금융분쟁조정위원회 전문위원에게 의뢰한 자문의견에 따르면 조기출산한 5~6개월 아이가 눈을 못맞추는 경우 정상발달 보다 늦은 발달 지연으로 판단되나, 이를 뇌성마비나 뇌실주위백질연화증으로 진단할 수는 없으며, 안저검사는 안구 내부의 뒤쪽에 있는 망막부분을 관찰하여 시신경이나 망막의 이상을 검진하는 방법으로 ○○안과의 진료기록상으로는 특별한 이상 소견이 없다는 점.

④ 판례에서도 “보험계약에 있어 고지의무 위반이 성립하기 위하여는 고지의무자에게 고의 또는 중대한 과실이 있어야 하고, 여기서 말하는 중대한 과실이란 고지하여야 할 사실은 알고 있었지만 현저한 부주의로 인하여 그 사실의 중요성의 판단을 잘못하거나 그 사실이 고지하여야 할 중요한 사실이라는 것을 알지 못하는 것을 말한다.”라고 판시⁵³⁾하고 있어 병원의 진료차트상에만 단순히 “눈을 잘 못 맞춤, 3개월뒤”라고 기록되어 있을 뿐, 시신경 이상소견 등 다른 내용이 전혀 없는 상황에서 신청인이 피신청인에게 동 내용을 알리지 않은 행위가 신청인에게 고의 또는 중대한 과실이 있었다고 보기 어려운 점 등을 감안할 때, 계약전 알릴의무 위반에 해당된다고 인정할 수는 없다 할 것임.

라. 결 론

그렇다면 본 건과 관련하여 피신청인이 신청인의 계약전 알릴의무 위반을 이유로 보험금 지급을 거절하고 보험계약을 해지한 것은 부당하다 할 것임.

53) 대법원 1996.12.23. 선고 96다27971 판결 참조.

1-21 고지의무 위반에 따른 담보 삭제 및 부담보 설정의 효력 발생 여부

[기각] 고지의무 위반에 대하여 보험계약을 전부 해지하지 아니하고 담보를 삭제하거나 부담보를 설정하는 것은 상법상 불이익변경금지원칙에 위반되지 아니하고, 비록 유선통화를 통하여 담보 삭제 및 부담보 설정이 이루어졌더라도 유효하다고 본 사례(2016.1.28. 조정번호 제 2015-22호)

가. 사실관계

신청인은 2008.5.13~2012.9.26 기간 중 무릎관절증 등('08.05.13~'08.06.24, 13회 통원), 갑상선기능항진증 등('08.11.03~'09.11.24, 9회 통원), 갈비뼈 골절 등('09.03.02~'11.02.05, 19회 통원), 녹내장 의증 등('11.06.07~'12.09.26, 18회 통원)의 진단으로 통원치료를 하였음.

신청인은 2012.11.14. 본인을 계약자 및 피보험자로 하여 피신청인과 (무)○○보험 TM(Tele-Marketing)계약을 체결하면서 무릎관절증 등 치료 사실을 알리지 않음. 이후 신청인은 2014.11.17.~12.15. 기간 중 좌측 슬부 내측반월상연골판 파열로 입원(12일), 통원(2회) 및 수술치료를 받고 전원하여 좌측 반달연골의 이상 진단으로 입원치료(14일)를 시행 받고 보험금을 청구함. 피신청인은 2015.1.19. 위 보험금 청구에 대한 손해사정보고서를 접수하여 신청인의 고지의무 위반 사실을 알게되었고 2015.1.27. 신청인에게 고지의무 위반을 이유로 상해실손의료비특약 해지 및 안구, 갑상선, 관절염 부담보 사실을 안내함.

신청인은 2015.1.30. 상해실손의료비특약의 해지 및 부담보 특약의 부가를 다투는 취지로 분쟁조정을 신청함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

가입 전 무릎관절증 의증으로 무릎이 시려서 가끔 물리치료를 받았을 뿐인데, 이를 알리지 않았다는 이유로 피신청인이 상해실손의료비특약을 해지하고 일방적으로 부담보특

약을 부가한 것은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

신청인은 보험 가입시 병력 및 치료력을 제대로 고지하지 아니하여 고지의무를 위반하였으므로, 심사 후 상해실손의료비특약을 해지하고 특정 부위·질병을 부담보 처리한 것은 부당하지 않음.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건 쟁점은 고지의무 위반을 이유로 유선통화를 통하여 이루어진 상해실손의료비특약 해지(이하 ‘담보 삭제’라 함) 및 특정부위 및 질병 부담보특약 부가(이하 ‘부담보 설정’이라 함)의 효력 발생 여부임.

(1) 관련 규정

<상법 규정>

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

<(무)○○해피라이프보험 약관 규정>

[보통약관]

제1조(계약의 성립) ② 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 아니한 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 부과하여 인수할 수 있습니다.

제23조(계약전 알릴의무) 계약자 또는 피보험자는 청약시 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 『계약 전 알릴의무』라 하며, 상법상 『고지의무』와 같습니다) 합니다.

제25조(알릴의무 위반의 효과) ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 이 계약을 해지할 수 있습니다.

- 1) 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제23조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
- ② 제1항 제1호의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.
- 2) 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년(건강진단을 받은 피보험자의 경우에는 1년)이 지났을 때
- 3) 계약체결일부터 3년이 지났을 때

[특정부위 및 질병 부담보 특별약관]

제1조(특별약관 계약의 체결 및 효력) ① 이 특별약관은 보험계약(보험약관을 말하며 특별약관이 부가된 경우에는 그 특별약관을 포함합니다. 이하 같습니다)을 체결할 때 피보험자(보험대상자)의 건강상태가 보험회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 보험계약에 부가하여 이루어집니다.

(2) 생점에 대한 검토

우선, 신청인에 대하여 고지의무 위반을 인정할 수 있는지 여부가 문제됨. 상법 및 보험약관상 고지의무 위반이 인정되기 위해서는 청약시 가입자가 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항을 제대로 알리지 아니하여야 하는바, ‘중대한 과실’은 중요성 판단을 잘못하여 그 사실이 고지하여야 할 중요한 사항임을 알지 못한 것을 포함하고(대법원 2013.6.13. 선고 2011다54631 판결), 고지대상이 되는 ‘중요한 사항’이란 객관적으로 보험자가 그 사실을 안다면 계약을 체결하지 않거나 적어도 동일한 조건으로는 계약을 체결하지 않으리라고 생각되는 사항을 의미함(대법원 2004.6.11. 선고 2003다18494 판결). 신청인은 가입 당시 최근 5년 이내 계속하여 7일 이상 치료를 받은 사실이 있는지 등의 질문에 대하여 무릎관절증, 갑상선기능항진증, 녹내장의증 등 치료력을 알리지 아니하였

는데, 다수 통원치료와 장기간 약물치료를 받았던 점 및 가입시로부터 불과 2개월 전까지 통원한 사실이 있는 점 등에 비추어 볼 때 신청인의 고의 또는 중대한 과실을 부정하기 어렵고, 피신청인측 계약인수지침 등에 비추어 볼 때 해당 치료력을 고지하였을 경우 적어도 같은 조건으로는 계약을 체결하지 않으리라고 생각되는 중요한 사항이라 할 것이므로, 신청인에 대하여 고지의무 위반을 인정할 수 있음.

다음으로, 고지의무 위반에 대하여 보험계약을 전부 해지하지 아니하고 담보를 삭제하거나 부담보를 설정하는 것이 관련법상 유효한지 여부가 문제됨. 상법은 고지의무 위반의 효과로서 보험계약의 해지만을 규정하고 있으나 반드시 보험계약 전부를 해지하여야 하는 것은 아니고 보험가입자에게 더 불이익하지 않는 한(상법 제663조) 보험자는 담보를 삭제하거나 부담보를 설정함으로써 보험계약을 유지할 수 있다고 할 것인데, 담보 삭제와 부담보 설정은 보장 내용을 축소할 뿐 계약의 효력을 유지할 수 있도록 하고, 이를 원하지 아니하는 가입자는 담보 삭제 및 부담보 설정에 동의하지 아니하거나 이후 보험계약을 해지함으로써 언제든지 계약의 구속력에서 벗어날 수 있으므로, 고지의무 위반에 대한 담보 삭제 및 부담보 설정이 상법보다 가입자에게 더 불이익하다고 할 수 없음. 한편, 본 건 특정부위 및 질병 부담보 특별약관 제1조 제1항은 ‘보험계약을 체결할 때’ 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 부가됨을 정하고 있으나, 당사자 간 합의에 의한 부담보 설정은 사적자치 및 개별 약정 우선의 원칙에 의하여 유효한 것으로서 보험기술통칙 등 특약을 원용하였을 뿐이고 피신청인의 재무건전성이나 신청인의 권익을 침해한다고 볼 수도 없으므로 보험업법상 기초서류 준수 의무 위반(제127조의 3)이 있었다고 보기 어려울 뿐 아니라, 보험업법 위반이 있다고 하더라도 사법상 계약의 효력이 부정되는 것은 아님. 따라서 피신청인이 신청인에 대하여 기존의 보험계약 전부에 대한 해지의 의사를 표시한 바 없고 다만 보험계약을 유지하면서 일부 담보를 삭제하고 특정 부위·질병에 부담보를 설정하였다고 하더라도, 상법상 불이익변경금지원칙이나 보험업법에 위반되지 아니함.

그렇다면, 본 건 유선통화를 통하여 이루어진 담보 삭제의 법적 성질과 그 효력이 문제됨. 상법 및 약관은 가입자의 고지의무 위반시 회사가 계약을 전부 해지할 수 있도록 정하고 있으므로, 해지의 대상이 가분적이고, 계약의 일부라도 존속시키려는 당사자의 명시적·묵시적·가정적 의사가 인정되며, 계약의 일부만으로는 목적 달성이 불가능하거나

일방에게 부당하게 불리한 사정이 없는 경우, 당연히 보험계약의 일부해지 또한 가능하다고 할 것임. 본 건 담보 삭제는 전체 계약 중 주계약과 나머지 특약은 유지하되 상해 실손의료비특약만을 해지한 것으로서, 보장 내용과 보험료가 별도로 책정된 일부 특약의 효력이 장래를 향하여 소멸하였고, 특약 부분 보험료가 감액되는 동시에 해지환급금이 지급되었으며, 신청인은 현재까지 나머지 계약 부분을 정상 유지하고 있으므로, 그 법적 성질은 보험계약의 일부 해지로서 상법 및 약관상 해지에 관한 법리가 여전히 적용되어야 할 것임. 따라서 담보 삭제는 일부해지의 의사표시로서 해지의 제척기간 내에 상대방에게 유효하게 도달하여야 하는바, 피신청인이 신청인에게 담보 삭제를 안내한 본 건 유선통화 당시(2015.1.27.) 피신청인이 손해사정보고서를 접수하여 신청인의 고지의무 위반을 안 날(2015.1.19.)로부터 1월이 도과하지 않았고, 계약체결일(2012.11.14.)로부터 3년 역시 도과하지 않았으며, 제1회 보험료를 받은 때부터 2년 내에 보험금 지급사유가 발생한 바 있으므로(2013.6.29.~2013.8.17.), 제척기간 내에 신청인에게 일부해지의 의사표시가 도달했다고 할 것이어서 본 건 담보 삭제는 보험계약의 일부해지로서 유효함.

다음으로, 본 건 유선통화를 통하여 이루어진 부담보 설정의 법적 성질과 그 효력이 문제됨. 부담보 설정은 일정 기간 동안 특정 신체부위 또는 질병을 보장대상에서 제외함으로써 계약 내용의 변동을 목적으로 하고 있고, 부담보 특약이라는 제도성 특약을 부가하는 형태로 이루어지는 한편 보험료나 해지환급금의 변동을 수반하지 아니하며, 1년에서 5년 사이의 기간을 선택하여 부담보를 설정하는 것이 가능한데다 전기간이라도 최초 청약일로부터 5년 이내 관련치료가 없을 경우 부담보를 적용하지 않을 수 있으므로 계약의 일부 효력이 장래를 향하여 소멸하였다고 보기 어려운 점이 있어, 담보 삭제와 달리 계약의 일부 해지가 아니라 계약 변경으로서의 성질을 가짐. 본 건 부담보 설정 또한 전기간 눈, 갑상선, 관절염을 보장대상에서 제외하는 것을 내용으로 하고 있으므로 쌍방 의사의 합치가 필요한 계약의 변경이라고 할 것인데, 보험계약은 낙성·불요식 계약이므로 계약 변경에 대한 당사자 간 의사의 합치만 확인되면 족하고, 특히 청약조차 유선통화로 이루어지는 TM계약의 경우 유선통화를 통한 합의가 있다면 계약의 변경이 가능하다고 할 것이며, 비록 ‘특정부위 및 질병 부담보 특별약관’이 “보험계약을 체결할 때”, “청약”과 “승낙”을 통하여 부가됨을 정하고 있다고 하더라도(제1조 제1항) 당사자 간 의

사의 합치만 있다면 사적자치 및 개별약정 우선의 원칙에 의하여 계약 유지 중 부담보 설정이 유효하게 성립하므로, 부담보 설정에 대한 안내 및 동의가 이루어진 본 건 유선통화를 통하여(2015.1.27.) 신청인과 피신청인 간 부담보 설정에 관한 의사의 합치가 있었는지 여부를 살펴보아야 함.

먼저, 본 건 유선통화를 진행한 TM상담원은 피신청인과 고객상담 및 안내 업무의 위탁계약을 체결한 전문업체 소속 직원으로서, 동 위탁계약에 의하여 피신청인을 대리하여 업무를 수행하였거나 사자(使者)로서 피신청인이 결정한 부담보 설정 내용을 신청인에게 전달하였을 뿐이며, 통화 이후 피신청인은 부담보 설정이 반영된 보험증권을 새로이 발행하였으므로 적어도 주인이 있었다고 할 것이어서, TM상담원과 신청인 간 이루어진 본 건 유선통화를 기준으로 계약 당사자인 피신청인과 신청인 간 의사의 합치 유무를 판단하는데 무리가 없음. 한편, 본 건 유선통화 내용에 의하면, 신청인은 상담원이 차분한 속도로 3회에 걸쳐 부담보 설정을 안내할 때마다 시종일관 “예”라고 긍정의 답변을 한 점, 통화 말미에서 부동의시 계약 체결이 거절될 수 있음을 안내 받은 후 보험계약 상담 및 인수여부 결정을 위한 고유식별정보 처리에 동의한 점, 가입시부터 직장 및 향문, 대장 부위에 이미 부담보가 설정되어 있어 이를 잘 이해하고 있었던 것으로 보이는 점, 본 건 유선통화 직후 이루어진 추가통화에서 직장 및 향문 부담보 삭제 안내와 함께 본 건 부담보 설정을 재차 안내 받고 그 의미를 거듭하여 확인한 점, 담보 삭제가 과중하다는 취지의 분쟁조정을 신청한 이후에도 보험계약을 정상 유지하면서 약 9개월 후에야 비로소 부담보 설정을 다투는 취지를 추가한 점 등에 비추어 볼 때, 본 건 부담보 설정에 관하여 적어도 묵시적 동의가 인정되어 당사자 간 의사의 합치가 있었다고 할 것임. 따라서 본 건 유선통화 당시 신청인과 피신청인 간 의사의 합치가 인정되어 본 건 부담보 설정은 계약 내용의 변경으로서 유효하게 성립하였음.

마지막으로, 본 건 담보 삭제 및 부담보 설정의 내용 및 범위에 부당함이 있는지 여부가 문제됨. 신청인은 의증에 불과한 관절증을 이유로 상해실손의료비특약을 전부 해지하는 것은 부당하다고 주장하나, 의무기록상 무릎관절증은 총 13회 통원치료 중 1회에 한하여서만 진단명에 의증으로 기록되어 있을 뿐이고, 피신청인의 내부 계약인수지침상 의증인지 여부와 상관없이 관절증 치료내역이 있을 경우 상해 위험이 확대된다고 보아

상해실손의료비특약의 인수대상에서 제외되고 있으며, 본 건 부담보 설정 대상은 모두 상당 기간 동안 통원 및 약물 치료가 이루어진 부위 또는 질병으로서 가입 전 병력과 관계되어 있음. 더욱이 신청인이 보험 가입 당시 고지의무를 제대로 이행하였더라도 상해실손의료비특약에 대하여 인수가 거절되고 치료력이 있는 부위 및 질병에 대하여 부담보가 설정되었을 것이므로, 본 건 담보 삭제 및 부담보 설정의 내용과 범위에 특별히 부당함을 발견하기 어려움. 따라서 본 건 담보 삭제는 일부해지로서, 부담보 설정은 당사자 간 합의에 의한 계약의 변경으로서 유효하게 성립하였다고 할 것임.

라. 결 론

그렇다면 신청인의 청구는 이유 없다고 할 것이므로 신청인의 청구를 기각함.

1-22

보험계약 청약시 태아의 선천성 심장 기형 가능성을 알리지 않은 것이 계약 전 알릴의무 위반에 해당하는지 여부

[인용] 신청인이 산전 초음파 검사결과 태아의 심실중격결손증이 의심되니 정밀검사가 필요하다는 소견을 듣고 정밀초음파 검사를 예약한 후 본건 보험계약을 청약하면서, 청약서상 「계약 전 알릴 의무 사항」에 기재된 “[태아의 경우] 임신과정 또는 산전검사에서 아래와 같은 태아 이상 가능성이 발견되었거나 진단을 받은 적이 있습니까? 선천성 기형, 선천성 장애”라는 질문에 대하여 ‘아니오’라고 답변한 사안에서 계약 전 알릴의무를 위반하였다고 한 사례(2017. 3. 14. 조정번호 제2017-1호).

가. 기초 사실

(1) 보험계약의 체결

신청인은 쌍태아를 포태 중이던 2015.11.24. 피신청인과 사이에 주피보험자를 태아⁵⁴⁾,

54) 피보험자가 출생 전 자녀인 경우, 이 사건 보험약관의 7. 제도성 특별약관 중 7-1. 출생전 자녀가입 특별약관의 적용을 받는다. 이 경우 태아는 출생시에 피보험자가 되고, 출생시부터 회사의 보장이 개시된다.

종피보험자 겸 수익자를 신청인으로 하여 ‘무배당 ○○ 보험’(이하, ‘이 사건 보험계약’이라 한다.)을 체결하였다. 이 사건 보험계약의 보험금 지급사유에는 태아의 선천성 기형으로 인한 선천이상수술비, 장애출생보험금 등이 포함되어 있다.

(2) 보험계약의 약관 등

이 사건 보험계약 약관 및 상법은 계약 전 알릴 의무에 대하여 다음과 같이 규정하고 있다.

<무배당 ○○보험 보통약관>

제16조(계약 전 알릴 의무) 계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 ‘계약 전 알릴 의무’라 하며, 상법상 ‘고지의무’와 같습니다) 합니다. (단서 생략)

제18조(알릴 의무 위반의 효과) ① 회사는 다음 각 호와 같은 사실이 있을 경우에는 손해⁵⁵⁾의 발생 여부에 관계없이 이 계약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제16조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
- ② 제1항 제1호의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.
 5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 제1항 제1호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 계약 전 알릴 의무 위반사실 뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다.”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 등으로 알려 드립니다.

<상법>

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

제651조의 2(서면에 의한 질문의 효력) 보험자가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정한다.

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

(3) 보험사고의 발생경위

신청인은 2015.12.2. 인천 C병원에서 시행된 정밀 초음파 검사에서 쌍태아 중 한 태아(출생 후 이름 D, 출생 전 이하 ‘태아’라 하며 출생 후 이하 ‘피보험자’라 한다.)의 엽스타인 기형⁵⁵⁾ 및 삼첨판역류⁵⁷⁾ 의심 진단을 받고, 위 병원 담당의사 E의 진료의뢰에 따라 2015.12.3.~2016.2.13. 기간 중 F병원에서 통원치료 및 입원치료를, 2015.12.23.~2016.3.6. 기간 중 G병원에서 통원치료를 받았다.

이후 신청인은 2016.3.7. G병원에서 피보험자를 분만하였고, 동 피보험자는 같은 달 18. 같은 병원에서 대동맥축착(Q25.1)⁵⁸⁾, 삼첨판폐쇄부전(I36.1)⁵⁹⁾, 이중출구우심실

55) 보험사고로 생긴 손해의 크기에 따라 보험금이 결정되는 손해보험과 달리 본건과 같이 미리 일정하게 약정된 금액을 지급하는 정액보험의 경우에는 ‘보험금지급사유’로 적시하는 것이 보다 적절하므로 향후 약관개정시 이를 고려할 필요가 있다.

56) 우심방과 우심실 사이에 있는 삼첨판엽이 삼첨판륜이 아닌 우심실 아래쪽에 붙은 기형.

57) 삼첨판 이상으로 우심실이 수축하여 피를 폐로 내보낼 때 피의 일부가 삼첨판을 통하여 우심방 내로 역류하는 질병.

58) 신체를 순환하는 피는 좌심실에서 대동맥을 통해 분출되는데 대동맥의 흐름이 막히는 질병.

59) 삼첨판의 병변으로 우심실의 수축기시 우심방으로 혈류의 역류가 일어나는 질병.

(Q20.1)⁶⁰⁾, 기타 심실중격결손(Q21.08)⁶¹⁾⁶²⁾ 진단으로 심장 수술을 받았으며, 같은 달 31.까지 입원하였다.

(4) 보험금 청구 및 분쟁조정신청 등

신청인은 2016.4.8. 피신청인에게 관련 보험금을 청구하였으나, 피신청인이 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 보험금 지급을 거절하고 보험계약 해지 통보를 하자 2016.8.10. 금융감독원에 분쟁조정을 신청하였다. 본건 분쟁 관련 보험금 지급항목은 선천이상수술비 500,000원, 선천이상수술비(허유착증 제외) 1,000,000원, 장해출생보험금 1,000,000원, 어린이개흉심장수술비 10,000,000원, 질병수술비 500,000원, 질병입원비 290,000원, 입원의료비 5,802,525원이며, 분쟁금액은 이들 보험금 지급항목을 합산한 금 19,092,525원이다.

나. 당사자 주장

신청인은 보험계약 청약시 보험설계사에게 태아의 선천성 심장 기형 가능성에 대해 언급하였고, 피신청인이 요청한 산전 의무기록지를 제출하였으며, 설령 계약 전 알릴 의무를 위반하였다고 하더라도 고의 또는 중과실이 없으므로 피신청인이 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 보험계약을 해지하고 보험금 지급을 거절하는 것은 부당하다는 취지로 주장한다.

이에 대하여 피신청인은 신청인이 태아의 선천성 심장 기형 가능성을 알면서도 「계약

60) 심장의 양대혈관인 대동맥과 폐동맥이 모두 우심실과 연결되어 있는 선천성 심장 기형.

61) 좌심실과 우심실 사이 중간 벽에 구멍이 있는 선천성 심장 질환. 본건 보험계약의 출산 위험 특별약관 【별표】 장해의 대상은 ‘장해의 대상이 되는 기형은 다음과 같으며 아래 이외의 기형은 보상하지 않습니다.’라고 정하면서 ‘1. 순환기계 기형, 1)심실중격 결손증: 좌우 심실 사이에 작은 구멍이 있어 심장이 수축할 때 압력이 높은 좌심실로부터 압력이 낮은 우심실로 혈액이 역류하는 것. 따라서 우심실에 부담이 생겨 나중에 심부전을 일으킨다.’라고 규정하고 있다.

62) 한국표준질병사인분류(세계보건기구(WHO)에서 권고한 국제질병사인분류체계(International classification of Disease and Cause of Death)를 근거로 표준화한 것)상 Q코드는 ‘선천성 기형, 변형 및 염색체 이상’이며, 특히 Q25는 대동맥 혈관의 선천기형, Q20은 심장방실 연결의 선천기형, Q21은 심장중격의 선천기형이다. 또한 당해 약관 【별표】 “선천성기형, 변형 및 염색체 이상 분류표”의 대상이 되는 질병은 ‘3.순환계통의 선천성기형: Q20~Q28’으로 분류하고 있다.

전 알릴 의무 사항」에 모두 ‘아니오’로 표시하였고, 심장 이상 소견이 있기 이전의 산전 의무기록지만 선별 제출하였으며, 보험설계사의 고지방해가 있었다고 볼 수도 없으므로 이 사건 보험계약에 따른 보험금 지급책임이 없고 본건 보험계약을 원상회복할 의무도 없다고 주장하여 서로 다툰다.

다. 위원회 판단

상법은 “보험계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 중요한 사항을 고지하지 아니하거나 부실의 고지를 한 때에는 계약을 해지할 수 있고(제651조), 보험자가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정한다(제651조의2).”고 규정하고, 이 사건 보험계약 약관은 “계약자 또는 피보험자는 청약할 때 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 한다(제16조).”고 하면서 “계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제16조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우 보험계약을 해지하고 보험금 지급을 거절할 수 있다(제18조 제1항 제1호, 같은 조 제4항).”고 정하고 있다.

신청인은 2015.11.18. 인천 C병원에서 산전 초음파 검사 결과, 태아의 심실중격결손증 및 전기축편위⁶³⁾가 의심되니 정밀검사가 필요하다는 소견(이하, ‘선천성 심장 기형 의심 소견’이라 한다.)을 듣고 같은 해 12.2.을 예약일자로 하여 정밀초음파 검사를 예약하였다. 그럼에도 불구하고 신청인은 2015.11.24. 이 사건 보험계약을 청약하면서 청약서상 「계약 전 알릴 의무 사항」에 기재된 “[태아의 경우] 임신과정 또는 산전검사에서 아래와 같은 태아 이상 가능성이 발견되었거나 진단을 받은 적이 있습니까? 선천성 기형, 선천성 장애(이하 생략)”라는 질문에 대하여 ‘아니오’라고 답변한 사실이 확인된다. 나아가 신청인은 이 사건 보험계약 체결 과정에서 피신청인의 요청에 따라 산전 의무기록지를 제출하였는데 2015.11.18. 인천 C병원에서 작성한 선천성 심장 기형 의심 소견이 기재된 의무기록지는 제출하지 않고 그 이전인 2015.7.24.~2015.10.19. 기간 중 부천 H병원에서 ‘특이소견 없음’으로 작성된 의무기록지만을 제출한 사실이 인정된다.

63) 심전도의 전기축(Electrical axis)이 한 쪽으로 편향된 것.

살피건대, 고지의무의 대상인 ‘중요한 사항’이란 “보험자가 보험사고의 발생과 그로 인한 책임부담의 개연율을 측정하여 보험계약의 체결 여부 또는 보험료나 특별한 면책조항의 부가와 같은 보험계약의 내용을 결정하기 위한 표준이 되는 사항으로서, 객관적으로 보험자가 그 사실을 안다면 계약을 체결하지 않거나 적어도 동일한 조건으로는 계약을 체결하지 않으리라고 생각되는 사항”을 말하는바(대법원 2001.11.27. 선고 99다33311 판결 등 참조), 청약서 등 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정되고(대법원 2001.1.5. 선고 2000다31847 판결 등 참조), 앞서 살펴본 바와 같이 산전 초음파 검사 결과 태아의 선천성 심장 기형 가능성이 발견된 이상 선천성 심장 기형으로 확진될 개연성이 상당한 점, 피신청인이 이 사건 보험계약 체결과정에서 산전 의무기록지를 특별히 요청한 점 등에 비추어보면, 신청인이 태아의 선천성 심장 기형 가능성을 고지하였더라면 보험계약이 체결되지 않았거나 적어도 같은 조건으로는 체결되지 않았을 것으로 봄이 상당하다. 따라서 신청인은 이 사건 보험계약 청약 당시 중요한 사항을 고지하지 않았다고 판단된다.

한편, 신청인은 2015.11.18. 시행된 산전 초음파 검사 결과 담당의사로부터 태아에게 선천성 심장 기형 가능성이 있음을 들은 것은 사실이나 청약서상 서면으로 고지하여야 할 중요한 사항으로 인식하지 못하였다는 취지로 주장한다. 그러나 본건 「계약 전 알릴 의무 사항」은 임신과정 또는 산전검사에서 태아의 선천성 기형 내지 장애 가능성이 발견되었는지를 명확하게 묻고 있어 조금만 주의를 기울이면 신청인의 경우가 여기에 해당함을 알 수 있는 점, 위 산전 초음파 검사를 받은 날로부터 불과 6일 만에 이 사건 보험계약을 체결하고 보험계약 체결 후 10여일 만에 정밀초음파 검사를 받았는데 해당 정밀 초음파 검사는 위 산전 초음파 검사결과에 따른 담당의사의 권유를 받아들여 진행된 것이라는 점, ‘중대한 과실’은 중요성 판단을 잘못하여 그 사실이 고지하여야 할 중요한 사항임을 알지 못한 것을 포함하는 점(대법원 2013.6.13. 선고 2011다54631 판결 등 참조) 등에 비추어 보면 본건 부실고지는 신청인의 고의 또는 중과실에 기인한 것으로 봄이 상당하다.

나아가 이 사건 보험계약 약관은 “보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계

약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때” 보험계약자 등의 고지의무위반이 있더라도 피신청인의 해지권이 제한된다고 정하고 있는데(제18조 제2항 제5호), 보험설계사 I는 신청인이 의사로부터 “쌍둥이들에게 흔히 나타날 수 있으며, 큰 문제는 아니라고 들었다.”거나 “서로 대수롭지 않게 여겨 계약을 체결하게 되었다.”고 진술하고 있고(2016.5.26. 및 2016.7.5.자 모집경위서), 신청인 또한 피신청인과의 통화에서 신청인 본인이 “큰일로 생각하지 않았기 때문에 I도 큰일이라 생각하지 않았을 것”(2016.5.24. 녹취기록)이라는 등 동일한 취지로 진술하고 있는 것을 볼 때, 위 약관이 정한 보험설계사의 고지방해 또는 부실고지 권유 등에까지 이르렀다고 보기는 어렵다 할 것이다.

라. 결론

그렇다면, 신청인은 이 사건 보험계약 청약시 계약 전 알릴 의무를 위반하였다 할 것이므로 피신청인은 신청인에게 보험금을 지급할 책임이 없고 해지된 보험계약을 원상회복할 의무도 없다고 할 것이다. 이에 신청인의 분쟁조정신청을 모두 기각하기로 하여 주문과 같이 결정한다.

1-23 계약전 발병 부담보 조항의 유효성 여부

[인용] 이른바 계약전 발병 부담보 조항은 상법이 정한 고지의무 제도를 형해화하고 개념이 모호한 ‘발병’이라는 용어를 사용함으로써 담보범위 확정을 불가하게 하므로, 피신청인의 주장과 같이 해당 약관 조항을 계약전 발병 부담보 조항으로 해석하는 한 상법 제663조의 불이익변경에 해당하여 무효로 본 사례(2017. 6. 27. 조정번호 제2017-9호).

가. 기초 사실

(1) 보험계약의 체결

신청인의 처남인 정○○는 2014.10.30. 피신청인 ○○손해보험(주)와 정△△을 피보험자로 하고 보험기간은 2014.10.30.부터 2020.10.30.까지로 하여 ‘(무)○○상조보험’ 계약(이하

‘이 사건 보험계약’이라 한다)을 체결하였다. 이 사건 보험계약은 청약 시 건강진단을 실시하거나 건강진단서 사본 등을 확인한 후 체결되었던 계약이 아니며 청약서상 「계약 전 알릴의무」 사항에 기재된 질문에 대해 보험계약자 및 피보험자의 답변을 받은 후 체결되었다. 이 사건 보험계약의 보험금 지급사유에는 피보험자가 질병으로 사망한 경우 장례비용, 추모비용, 장례부대비용 등의 지급이 포함되어 있다.

(2) 보험계약의 약관 등

이 사건 보험계약에 적용되는 상법, 「약관의 규제에 관한 법률」, 보험약관 중 이 사건과 관련된 내용 등은 다음과 같다.

<무배당 ○○ 상호보험 보통약관>

제8조(보험금의 지급절차)

⑥ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제16조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우 사실 확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

제14조(계약전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 “계약 전 알릴 의무”라 하며, 상법상 “고지의무”와 같습니다)합니다. 다만, 진단계약의 경우 의료법 제3조(의료기관)(【별표7】(기타관계법규) 참조)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제16조(알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해⁶⁴⁾의 발생여부에 관계없이 이 계약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제14조(계약전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우

② 제1항 제1호의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.

1. 회사가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때

2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년이 지났을 때)
3. 계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때

<질병사망 장례비용 | · 추모비용 | · 장례부대비용 | 특별약관>

제1조(보험금의 지급사유)

보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 사망한 경우(상해로 인한 사망은 제외합니다) 아래금액을 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 청약서상 “계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)” 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보험계약 청약일 이전에 진단된 질병이라고 하더라도 보험청약일 이후 5년(갱신형계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일로부터 5년이 경과한 이후에는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보장하여 드립니다.

<상법>

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

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

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

제663조(보험계약자등의 불이익변경금지) 이 편의 규정은 당사자간의 특약으로 보험계약자 또는 피보험자나 보험수익자의 불이익으로 변경하지 못한다. 그러나 재보험 및 해상보험 기

타 이와 유사한 보험의 경우에는 그러하지 아니하다.

<약관의 규제에 관한 법률>

제6조(일반원칙) ① 신의성실의 원칙을 위반하여 공정성을 잃은 약관 조항은 무효이다.

② 약관의 내용 중 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 내용을 정하고 있는 조항은 공정성을 잃은 것으로 추정된다.

1. 고객에게 부당하게 불리한 조항
2. 고객이 계약의 거래형태 등 관련된 모든 사정에 비추어 예상하기 어려운 조항
3. 계약의 목적을 달성할 수 없을 정도로 계약에 따르는 본질적 권리를 제한하는 조항

제7조(면책조항의 금지) 계약 당사자의 책임에 관하여 정하고 있는 약관의 내용 중 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 내용을 정하고 있는 조항은 무효로 한다.

2. 상당한 이유 없이 사업자의 손해배상 범위를 제한하거나 사업자가 부담하여야 할 위험을 고객에게 떠넘기는 조항
3. 상당한 이유 없이 사업자의 담보책임을 배제 또는 제한하거나 그 담보책임에 따르는 고객의 권리행사의 요건을 가중하는 조항

(3) 보험사고의 발생경위 등

신청인의 장인인 피보험자 亡정△△은 2017.2.1. 사망하였다. 같은 날 ○○병원 소속 의사가 작성한 사망진단서상 피보험자의 사망 원인은 「(가) 직접사인 : 급성호흡부전」, 「(나) (가)의 원인 : 폐렴, 만성폐쇄성폐질환 급성악화」, 「(다) (나)의 원인 : 만성폐쇄성폐질환」이다. 이에 신청인은 피신청인에게 질병사망 장례비용, 질병사망 추모비용, 질병사망 장례부대비용 등 15,500,000원을 청구하였으나, 피신청인이 보험금 지급을 거절하자 2017.4.7. 금융감독원에 이 건 분쟁조정을 신청하였다.

나. 당사자 주장

64) 보험사고로 발생한 손해의 정도에 따라 지급되는 보험금이 결정(보상)되는 손해보험과 달리 약정된 금액을 지급하는 정액보험의 경우에는 보험사고가 곧 보험금 지급사유가 된다. 따라서 이 사건과 같은 정액보험의 경우에는 보험금 지급사유로 표현하는 것이 보다 정확하므로 향후 약관 개정을 요한다.

신청인은 피보험자가 만성폐쇄성폐질환, 폐렴 및 만성폐쇄성폐질환 급성악화, 급성호흡부전을 각각 선행사인, 중간사인, 직접사인으로 사망하였으므로 피신청인이 질병사망 장례비용·추모비용·장례부대비용 등을 모두 지급하여야 한다고 주장한다.

이에 피신청인은 신청인이 제출한 ○○병원 외래기록지에는 ‘old Tb⁶⁵⁾(2013년) △△병원’이라고 기재되어 있는데, 이러한 치료력은 청약서의 계약전 알릴 의무사항에 해당하며, 2013년 피보험자에게 발병하였던 오래된 폐결핵과 만성폐쇄성폐질환 사이에는 인과관계가 있는 것으로 보이므로 이 사건 보험계약 질병사망 장례비용 I· 질병사망 추모비용 I· 질병사망 장례부대비용 I 특별약관 각 제2조 제1항의 규정에 따라 보험금을 지급할 책임이 없다고 주장하여 서로 다툰다.

다. 위원회 판단

상법, 「약관의 규제에 관한 법률」, 해당보험약관, 신청인의 분쟁조정 신청서류 및 피신청인의 제출자료 등 관련자료 일체를 종합하여 살펴보면,

상법 제651조는 “보험계약 당시에 보험계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 중요한 사항을 고지하지 아니하거나 부실의 고지를 한 때에는 보험자는 그 사실을 안 날로부터 1월 내에, 계약을 체결한 날로부터 3년 내에 한하여 계약을 해지할 수 있다.”고 규정하고 있고, 상법 제651조의2는 “보험자가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정한다.”고 규정하고 있다. 이 사건 보험계약 보통약관 제14조와 제16조에서도 이와 동일한 취지의 규정을 두고 있으며, 다만 “제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년이 지났을 때)”이 지나면 계약전 알릴의무, 즉 고지의무 위반을 이유로 보험계약을 해지할 수 없다고 정하고 있다.

신청인이 제출한 피보험자의 ○○병원 의무기록지에는 “Old Tb(2013년) : △△병원”이라고 기재되어 있어 피보험자가 2013년 △△병원에서 오래된 폐결핵으로 진단 및 치

65) Tb는 결핵(tuberculosis)의 약자이고, Old Tb란 X-ray 사진 등에서 결핵의 흔적이 발견되었을 때 사용하는 의학용어이다.

료받았음을 알 수 있다. 그럼에도 보험계약자 또는 피보험자는 이 사건 보험계약을 청약하면서 청약서상 「계약 전 알릴 의무사항」에 기재된 “4. 최근 5년 이내에 의사로부터 진찰 또는 검사를 통하여 다음과 같은 의료 행위를 받은 사실이 있습니까? 입원, 수술(제왕절개 포함), 계속하여 7일 이상 치료, 계속하여 30일 이상 투약”라는 질문에 대하여 “아니오”라고 답변한 사실은 인정된다.

살피건대, 고지의무의 대상인 중요한 사항이란 보험자가 보험사고의 발생과 그로 인한 책임부담의 개연율을 측정하여 보험계약의 체결 여부 또는 보험료나 특별한 면책조항의 부가와 같은 보험계약의 내용을 결정하기 위한 표준이 되는 사항으로서, 객관적으로 보험자가 그 사실을 안다면 계약을 체결하지 않거나 적어도 동일한 조건으로는 계약을 체결하지 않으리라고 생각되는 사항(대법원 2001.11.27. 선고 99다33311 판결 등)을 말한다. 그런데 피신청인이 제출한 보험계약 언더라이팅 가이드라인에 따르면 특정 호흡기계 질환들에 대해 소견서를 첨부하여 치료수준 및 재발여부 등을 추가적으로 심사한 뒤 인수를 결정하도록 정하고 있어 객관적으로 보험자가 그 사실을 알았다면 적어도 동일한 조건으로는 계약을 체결하지 않으리라고 생각되는 사정이 보이고, 이 사건 보험계약 청약 당시 보험계약자 또는 피보험자로서는 조금만 주의를 기울였다면 이를 고지할 수 있었을 것임에도 이를 불고지한 이상 고지의무 위반에 해당한다고 볼 것이다.

다만, 상법 제651조와 이 사건 보험계약 보통약관 제16조를 종합해보면 책임개시일로부터 2년 내에 보험금 지급사유가 발생하지 않은 경우에는 보험자가 약관상 제척기간인 2년 내에 계약해지권을 행사할 수 있으나, 2년 내에 보험금 지급사유가 발생하면 상법상 제척기간인 3년을 적용하여 계약해지권을 행사할 수 있는 것으로 해석된다. 그런데 이 사건 보험계약은 상조보험계약으로 피보험자의 질병을 원인으로 한 사망과 상해를 원인으로 한 사망 외에 다른 담보는 보장하고 있지 않다. 따라서 본 건의 경우 보험계약 체결일인 2014.10.30.로부터 2년이 경과한 후인 2017.2.1.에 최초로 이 사건 보험약관상의 보험금 지급사유인 질병사망사고가 발생하였음은 역수상 명백하다 할 것이고, 피신청인은 고지의무 위반을 이유로 한 해지권을 행사할 수 없다고 하겠다. 이 점에 대해서는 당사자 사이에 달리 다툼이 있지도 아니하다. 따라서 피보험자가 보험기간 중에 질병으로 사망한 이상 피신청인은 이 사건 질병사망 특별약관상의 보험금 일체를 지급할 의무를

면하지 못한다고 할 것이다.

그럼에도 불구하고 피신청인은 이 사건 질병사망 특별약관 제2조 제1항에서 고지대상 기간 중 질병으로 진단 또는 치료받고 보험기간 중에 그로 인해 피보험자가 사망하였다고 하더라도 위 질병과 ‘관련’된 보험금을 지급하지 않는다고 정하고 있는 점 등에 비추어 볼 때, 위 피보험자의 사망 원인이 되는 질병이 보험기간 전에 발병한 이상 질병사망 특별약관상의 보험금 지급사유에는 해당되지 않는다고 주장한다. 이는 보험계약 전에 발병의 소인이나 증상 등이 있었던 경우에는 보험기간 중에 그로 인한 보험금 지급사유가 발생하였다고 하더라도 보험금을 지급하지 않는다는 의미의 이른바 ‘계약전 발병 부담보(혹은 책임개시전 발병 부담보, 이 사건 약관의 문언상으로는 청약전 발병 부담보) 조항’에 해당한다는 취지로 이해된다. 즉 고지의무 위반으로 인한 보험계약 해지권을 제척기간이 도과되어 행사하지 못한다 하더라도 고지대상에 해당하는 질병과 인과관계가 있는 보험금 지급사유에 대하여는 청약일로부터 5년의 기간이 경과하는 동안 그 질병으로 진단 또는 치료를 받지 않은 경우를 제외하고는 보험자의 담보범위에 포함되지 않는다고 주장하므로 이 점에 관하여 살펴보기로 한다.

보험자는 인수하는 위험의 종류와 범위, 보험요율 등을 그 자신의 경영전략에 따라 자유로이 설정할 수 있는 것이나, 상법 제663조는 상법 제4편의 규정은 당사자 간의 특약으로 보험계약자 또는 피보험자나 보험수익자에게 불이익으로 변경하지 못한다고 규정함으로써 보험을 이용하는 일반대중의 이익을 보호하고 보험계약자와 보험자 간의 대등하지 않은 관계를 보정하기 위하여 재보험 등을 제외한 보험계약에 대하여 후견적 개입을 통해 사적 자치를 일정 부문 제한하고 있다. 동조의 ‘불이익’이라는 개념은 다소 추상적이기는 하나, 형평의 관점에서 상법 보험편의 개별규정이 예정하고 있는 보험계약을 둘러싼 당사자의 이익상태를 고려하여 보험계약자 등에게 불이익하게 변경한 것인지 여부를 판단해야 하는 것이고, 보험계약자 등에게 유리한 법령상의 요건을 보험약관에서 명시적으로 배제 또는 완화한 경우뿐만 아니라 실질적으로 그러한 요건을 배제 또는 완화한 것과 마찬가지로 볼 수 있는 경우도 동조에 따라 무효라고 보아야 한다(대법원 1995.11.16. 선고 94다56852판결). 즉 실질적으로는 위험의 종류 및 범위에 관한 규정은 아니나, 형식상 위험의 종류 및 범위에 관한 것처럼 외관을 만들고서 그에 따라 상법 제

663조의 적용을 회피하면서 면책을 시도하는 것은 상법 강행규정의 회피 내지 잠탈로서 허용되지 아니한다 할 것이다. 따라서 계약전 발병 부담보 조항이 고지의무 위반으로 인한 보험계약 해지에 관한 상법규정보다 보험계약자 측에 더 불리한 내용을 둔 것으로 인정된다면 계약전 발병 부담보 조항은 그 효력이 없는 것이며, 피신청인은 이를 이유로 보험금 지급책임을 면할 수 없다 할 것이다.

앞에서 살핀 상법 제651조 및 제655조, 해당보험약관을 종합하여 보면 보험자는 보험계약자 또는 피보험자가 질문표 상의 고지의무에 해당하는 질병으로 진단 또는 치료받은 사실을 보험계약자 또는 피보험자가 ①고의 또는 중과실로 알리지 않은 경우 ②고지의무 위반사항을 알지 못한데 대하여 보험자의 고의, 과실이 없으며 ③계약일로부터 3년(보험금 지급사유가 발생하지 아니한 무진단계약의 경우에는 2년), 보험계약자 또는 피보험자의 고지의무 위반사실을 안 날로부터 1개월 이내에 보험계약을 해지한 경우에 한하여 보험금 지급책임을 면하게 되는 것이나, 계약전 발병 부담보 조항에 따르면 ①보험계약자 또는 피보험자가 계약전 알릴의무에 해당하는 사항을 알리지 않은 데에 고의·중과실이 있는지 여부를 불문하고 ②보험자가 보험계약 당시 고지의무 위반 사항을 알았거나 과실로 알지 못하였거나 ③보험자가 보험계약자 또는 피보험자의 고지의무 위반사실을 안 날로부터 1개월이 경과하거나 보험계약 체결일로부터 3년 또는 2년이 도과하여 해지권을 행사할 수 없는 경우뿐만 아니라 ④고지대상에 해당하는 질병을 보험자 측에 고지하였는지 여부와 관계없이 보험자는 보험금 지급을 거절할 수 있게 된다. 요컨대 이 사건과 같이 사망만을 보험금 지급사유로 하는 보험계약에서는 사망 이외의 질병치료사실 등은 고지대상인 중요한 사항, 즉 위험상태 내지는 위험사정에 지나지 않음에도 그 법률효과 측면에서 현저히 다른 결과가 초래된다.

다시 말해 보험계약자 또는 피보험자가 고지대상에 해당하는 사실을 보험자에게 고지하지 않은 경우 동 조항을 적용해 보면, 객관적으로 담보범위를 확정하는 것이라는 이유로 피보험자가 청약시 아무 증상도 자각하지 못한 경우까지 보험보호범위에서 제외되는 결과가 되는데, 이는 보험계약자 측의 합리적인 기대에 반할 뿐만 아니라 주관적 사정을 고려하는 고지의무제도에 비하여도 가혹하다. 또한 본래 위험은 보험자의 책임 아래 조사하여야 할 것을 보험기술상의 이유 등을 들어 특별히 보험계약자 측에게 전가시킨 것

이 고지의무인데, 이를 더 강화하는 계약전 발병 부담보조항은 상법상 고지의무보다 보험계약자 측에게 더 불리하다 할 것이고, 고지의무 위반으로 인한 보험계약 해지권 행사의 제척기간을 실질적으로 형해화하는 결과가 초래되어 고지의무제도의 본질에 반하는 등 상법상의 고지의무 규정보다 보험계약자 측의 지위를 불리하게 하므로 상법 제663조가 규정하는 상법 규정의 불이익한 변경에 해당하여 무효라고 할 것이다.

한편 「약관의 규제에 관한 법률」 제6조는 고객에게 부당하게 불리한 조항이라거나(1호), 고객이 계약의 거래형태 등 관련된 모든 사정에 비추어 예상하기 어려운 조항(2호), 계약의 목적을 달성할 수 없을 정도로 계약의 본질적 권리를 제한하는 조항(3호)은 공정성을 잃은 것으로 추정되어 무효라고 규정하고 있고, 동법 제7조는 상당한 이유없이 사업자의 손해배상 범위를 제한하거나 사업자가 부담하여야 할 위험을 고객에게 떠넘기는 조항(2호), 상당한 이유없이 사업자의 담보책임을 배제 또는 제한하거나 그 담보책임에 따르는 고객의 권리행사의 요건을 가중하는 조항(3호)은 무효라고 정하고 있다.

그런데 고지의무를 성실하게 이행한 보험계약자에게 계약전 발병 부담보 조항을 적용할 경우 보험자는 해당 사실을 알고 위험을 인수하였음에도 불구하고 후에 계약전 발병을 이유로 보험금 지급을 거절할 수 있게 되는 것이며, 이는 보험계약자 측의 처지에서는 보험자의 부당한 이중적 견제장치에 해당한다고 볼 수 있어 보험계약자 측의 보험보호기대에도 반하게 된다. 또한 고지의무 위반에 해당하는 경우에도 해지권 행사의 제척기간이 도과하면 보험자가 해지권을 주장할 수 없어 보험금 지급책임을 부담하는 것과 비교해 볼 때 보험계약자 간의 형평에도 맞지 않는다.

나아가 계약전 발병 부담보 조항을 유효하게 해석하여 적용해보면 보험사고의 발생에 대한 증명책임을 부담하는 보험수익자로서는 피보험자의 질병으로 인한 보험사고의 발생이라는 사실뿐만 아니라 피보험자의 질병이 보험기간 중에 최초로 발병한 것이라는 점, 보험계약 청약 이전에는 보험사고와 인과관계 있는 그 어떤 질병으로도 진단·치료 받은 적이 없다는 점까지 증명해야 한다는 결론에 이르게 된다. 그러나 질병 혹은 그 소인의 발병 시기는 상해보험(또는 생명보험회사가 판매하는 재해보험)에서 사고의 발생시점을 증명하는 것과는 상이한 것으로 그 질병의 최초 발병 시기를 객관적으로 확정짓는 것은 실제상 거의 불가능에 가까울 뿐더러⁶⁶⁾ 의학의 발달에 따라 발병시기가 지속적

으로 소급되는 경향인 점 등에 비추어 볼 때, 그 의미가 지극히 포괄적이고 모호한 “계약전 발병”을 이유로 한 보험자의 무제한적인 면책효 주장을 허용한다면 보험계약자 측이 질병보험이나 생명보험계약을 체결한 근본목적을 위태화 할 수 있다.

따라서 계약전 발병 부담보 조항은 보험계약자 측의 정당한 이익과 합리적인 기대에 반하는 등 일반적으로 예상하기 어려운 조항이며, 신의칙에 반하여 보험계약자 측을 부당하게 불이익하게 하고, 보험자가 부담하여야 할 담보책임을 상당한 이유없이 배제하는 것이어서 현저하게 형평을 잃은 조항이라 하지 않을 수 없으므로 「약관의 규제에 관한 법률」 제6조 제1항, 제2항 및 제7조 제2호, 제3호의 각 규정에도 위배되므로 무효라고 할 것이다.⁶⁷⁾⁶⁸⁾

-
- 66) 질병의 발병 시기란 병원균이 인체에 침입한 시기와 같이 자연과학적이고 물리적인 상태를 의미하는 것이 아니라 사회통념상 발병하였다고 볼 수 있는 상태, 즉 의사나 일반인이 통상적인 주의력으로 병증을 탐지할 수 있는 시기를 의미하거나 환자가 최초로 병증을 자각하거나 병증이 외부에 노출되어 그가 느끼는 객관적인 증상이 질병의 주요 증상과 합치될 경우에는 그 시점부터 발병한 것으로 볼 수 있다. 따라서 질병의 발병 시기는 질병이 발생했다고 인정된 시기를 의미한다는 점에서 질병의 발병 후에 그 병명을 확정 내지 확인하기 위하여 형식적으로 이루어지는 진단확정과는 구별된다. 그러나 질병의 발병 시기는 진단 후나 환자의 진술 등에 의하여 역으로 추산하는 방법에 의하여 정해지므로 그 시기의 확정은 대단히 어렵다.
- 67) 다른 한편, 종래 암진단 등 질병의 진단을 보험금 지급사유(진단보험금 또는 진단급여금)로 설정한 질병보험약관에서는 피보험자가 약관에서 정한 책임개시일(보험계약 체결 후의 위험선택, 즉 고지의 무제도에 의하여 걸리지 아니한 위험선택을 보완하는 측면에서 암보험약관과 같이 계약일로부터 일정기간이 지난 날부터 책임이 개시되기도 한다) 이전에 암진단 등 질병으로 진단이 확정되었을 경우는 이미 위험의 실현, 즉 약관상의 보험금 지급사유가 발생하였으므로 당해 보험계약은 당연히 무효로 되거나 책임이 개시되지 않는다고 정하고 있었지만, 보험상품의 패키지화 내지는 종합보험화 추세 및 보험기간이 장기인 경우에는 보험계약 전부를 무효로 돌리거나 이미 진단받은 질병의 경우 보험기간이 종료될 때까지 부담보되는 것은 장기간에 걸쳐 보험계약을 유지한 보험계약자 측의 기대에 반할 수도 있다는 점 등을 감안하여 책임개시 전에 이미 발생한 보험금 지급사유가 사망 등과 같이 보험계약 소멸사유에 해당하지 않는 한에 있어서는, 책임개시일로부터 일정기간(예컨대 질문표의 기간과 동일한 5년)이 경과하는 동안 추가적인 진단이나 치료사실이 없었다면 자연적인 인과율 등을 감안하여 법률적으로 새로운 보험사고로 간주하는 조항의 취지의 조항을 설정하는 것이 합리적이라는 거래계의 일부 주장을 수용하여 이 사건 질병사망 특별약관 제2조 제1항, 제2항이 설정된 것이라는 일응 수긍이 가는 견해도 있을 수 있다. 물론 이 사건의 경우는 사망이 유일한 보험금 지급사유이고, 피보험자가 책임개시 후에 질병으로 사망하였으므로 이 견해에 의해서도 질병사망 보험금 일체가 지급되는 것에 아무런 방해가 되지 않을 것이지만, 앞서 본 바와 같이 “관련”이라는 포괄적 문언을

라. 결론

이 건 피보험자는 질병으로 사망한 사실이 인정되고, 피신청인이 주장하는 면책사유인 이 사건 보험계약 질병사망 장례비용 I· 질병사망 추모비용 I· 질병사망 장례부대비용 I 특별약관 각 제2조 1항은 상법이 규정한 고지의무 규정을 실질적으로 잠탈하는 등으로 보험계약자 등에게 부당하게 불리한 조항으로 상법 제663조와 약관의 규제에 관한 법률 제6조, 제7조 등에 따라 무효라고 해석된다.

그렇다면, 피신청인은 신청인에게 이 사건 보험계약 특별약관이 정한 바에 따라 질병사망 장례비용·추모비용·장례부대비용 등을 지급할 책임이 있다 할 것이므로 분쟁조정 신청을 인용하기로 하여 주문과 같이 결정한다.

사용하는 것은 책임개시 전의 보험사고(약관상의 보험금 지급사유) 발생여부에 대해 보험자로 하여금 보험사고 발생의 현재화(顯在化)된 증명을 요구하는 등 이를 엄격하게 제한하는 조정 선례(인보험분쟁조정위원회 1994. 11. 18. 사건 94조정-41 무배당암보험 분쟁)나 판례(대법원 2010. 12. 9. 선고 2010다66835 판결 등)의 태도 등에 비추어 받아들일 수 없다. 만약 약관 작성자의 의도가 위 견해와 같은 취지의 것이라면 약관의 문언을 법리에 충실하게 보다 분명하고, 그리고 평이하게 작성하는 등으로 그 가독성을 높여야 할 것이다.

- 68) 피신청인은 예비적으로 피보험자의 의무기록지상 “Old Tb(2013년) : △△병원”이라고 기재되어 있는 사실에 대하여 추가적으로 조사한 뒤 당해 보험사고와의 인과관계를 확인할 필요가 있어 이 사건 보험계약 보통약관 제8조에 따라 신청인에게 조사동의를 요청하였으나, 신청인이 조사요청에 동의하지 않아 부득이 보험금을 부지급하였다고 주장한다. 보험계약에서 보험기간 중 보험사고가 발생하였다는 사실에 대한 증명책임은 보험계약자 측에게 있지만 법률상 및 약관상 보험자의 면책사유의 존재에 대한 증명책임은 보험자가 부담하는 것으로, 해당 약관조항은 보험자가 면책사유 증명을 위한 조사를 함에 있어 다른 수단이나 방법이 없는 경우에 한하여 의례히 그랬으면 하는 바람직한 권장의무사항을 선언적으로 규정한 내용이다. 이 사건의 경우 고지의무 위반으로 인한 해지권 행사의 제척기간은 도과하였음이 분명하고 더 나아가 계약전 발병 부담보 조항이 무효로 밝혀진 이상 피신청인이 추가적인 조사를 통해 새로운 병력이나 치료사실 등을 확인한다고 하더라도 그것은 고지대상인 위험상태, 위험사정에 불과할 것이어서 보험금 지급에 대한 결론을 내림에 있어 아무런 영향을 미칠 수 없다. 신청인은 당해 약관이 정하고 있는 보험금 지급 신청에 필요한 서류들을 모두 피신청인에게 제출하였고, 피신청인은 면책사유에 대한 최소한의 요건사실도 증명한 사실이 없음에도 조사요청에 동의하지 아니하였다는 사정만으로 피신청인 측의 면책을 허용한다면, 이는 보험자의 증명책임을 경감하고 보험계약자 측에게는 추가적인 의무를 부과하는 불합리한 결과를 초래하게 될 것이다. 따라서 이 사건 보험계약 보통약관 제8조는 그 형식에도 불구하고 보험계약상 진정한 의무가 아니라 권고적 사항에 지나지 않는 것으로 해석함이 상당하다 할 것이며, 피신청인은 이를 면책사유로 삼을 수는 없다고 할 것이다.

제4절 보험계약의 성립 및 취소

1-24 보험계약의 중요사항을 설명하지 못한 경우에 계약전 알릴의무 성립여부

[인용] 피보험자가 보험가입 당시 중요한 사항을 모집인으로부터 설명 듣지 못한 상태에서 청약서에 생질녀가 대신 자필서명 하였고, 과거 위염 치료사실을 알려야 한다는 사실도 몰랐으므로 피보험자에게 알려야 할 사항을 제대로 설명하였다고 보기 어려워, 본 건 계약에 대해 계약전 알릴의무 위반을 적용하여 암보험금 지급을 거절하는 것은 부당한 것으로 판단됨. (2002.1.21. 조정번호 제2002-4호)

가. 사실관계

신청인은 1999.12.7. 자신을 피보험자로 하여 건강보험에 가입한 후 2001.7.20. ○○병원에서 위암으로 진단 받음.

신청인은 1996.12.19. ◇◇의원에서 급성위염으로 진단받은 후 1997.9.13. 동 의원에서 만성위염으로 진단 받고, 1999.12.3.까지 수십차례 통원하면서 7일 이상 투약치료를 받는 등 지속적인 치료를 받은 사실이 있음. 신청인의 과거 건강상태와 관련하여 청약서에는 자궁근종으로 치료받은 사실이 있다고 기재되어 있으나 위염과 관련하여 치료받은 사실은 기재되어 있지 아니하고, 자필 서명란에는 신청인의 생질녀가 대신 자필서명 하였음.

2001.9.3. 피신청인은 계약전 알릴의무 위반을 이유로 본 건 계약을 해지 처리함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

보험가입 당시 중요한 사항을 설명 듣지 못한 상태에서 청약서에 생질녀가 대신 자필서명을 하였고, 과거 위염치료사실을 알려야 한다는 사실도 몰랐으므로 그 치료사실을 알리지 않았음을 이유로 하여 계약을 해지처리하고 위염과 위암과의 인과관계가 있다는 이유로 암보험금을 지급하지 않는 것은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

본 건 계약의 모집인은 청약당시 신청인이 같이 있던 생질녀에게 대신 서명을 하라고 시켰다고 진술하고 있고, 신청인이 보험 가입전 위염으로 장기간 치료받은 사실이 있음에도 이를 알리지 않았으므로 계약을 해지 처리한 것임. 또한, 의료경험척상 위염은 위암으로 진행된다고 알려져 있어 계약전 알릴의무 위반과 보험사고간에 인과관계가 있으므로 암보험금 지급거절은 정당함.

다. 위원회의 판단

◆ 본건의 쟁점은 청약서에 피보험자가 직접 자필서명을 하지 않은 경우 피보험자가 위염 치료사실을 알리지 않은 것에 대해 계약 전 알릴의무위반을 적용할 수 있는지 여부임.

(1) 계약전 알릴의무 위반 관련 약관 규정

당해 약관에 의하면 계약자 또는 피보험자는 청약시 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 하고, 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 계약전 알릴의무를 위반한 때에는 보험금 지급사유 발생여부에 관계없이 회사는 계약을 해지할 수 있다고 규정하고 있으며, 계약전 알릴의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 해당 보험금을 지급한다고 규정하고 있음.

(2) 계약전 알릴의무위반 적용가능 여부

본 건 계약전 알릴의무와 관련하여 청약서에서 피보험자가 최근 5년이내에 위염 등으로 계속 7일이상 치료, 복약, 입원하였거나 또는 수술, 정밀검사를 받은 적이 있는지 여부를 묻고 있으므로 계약자 겸 피보험자인 신청인은 위염치료 사실을 알려야 하나, 신청인이 청약서에 직접 자필서명을 하지 않은 상태에서 단순히 모집인이 아픈데 없다고 물은 사정만으로 신청인에게 알려야 할 사항을 제대로 설명하였다고 보기 어려우므로 본 건 계약에 대하여 계약전 알릴의무위반을 적용하기 어렵다고 판단됨. 한편 본 건 계약에 대하여 계약전 알릴의무 위반을 적용할 수 없으므로 계약전 알릴의무 위반과 보험사고간의 인과관계 존재여부는 더 나아가 살펴볼 필요가 없음.

라. 결 론

본 건 계약에 대하여 계약전 알릴의무 위반을 적용할 수 없으므로 피신청인은 보험계약을 원상 회복하여야 하며, 암치료 자금도 지급하여야 할 것으로 판단됨.

1-25 보험료 납입최고가 도달되지 않은 경우 보험계약 해지의 적법성 여부

[기각] 피신청인이 보통우편으로 발송한 보험료 미납안내는 도달 여부가 확인되지 아니하나 등기우편으로 발송한 보험료 납입최고 및 보험계약해지(확인) 통지서가 보험계약자에게 도달된 것으로 보이고, 동 통지서에는 수령일로부터 15일 이내에 연체된 보험료를 납입하지 않으면 수령일로부터 15일이 되는 다음날부터 보험계약이 해지된다는 내용을 담고 있으므로 보험계약은 적법하게 해지된 것으로 판단됨.(2004.7.27. 조정번호 제2004-32호)

가. 사실관계

신청인은 1999.1.5. 자신을 보험계약자 겸 피보험자로 하여 피신청인과 보험계약을 체결⁶⁹⁾함. 피신청인은 2002. 11월분 보험료가 납입되지 아니하자 2002.12.6. 약관상 보험료 납입유예기간(2002.12.31)까지 납입되지 않으면 그 다음 날부터 보험계약이 해지(효력상실)된다는 내용의 “보험료 미납입 안내”를 보통우편으로 발송하였으나 보험료가 납입되지 아니함.⁷⁰⁾

2003.1.8.에는 “보험료 납입최고 및 보험계약해지(확인) 통지서”(이하 “통지서”라 함)를 등기우편으로 발송하면서 “이미 발송한 보험료 미납입 안내를 받지 못한 경우에는 본 통지서를 받은 날로부터 15일 내에 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않으면 통지서 수령일로부터 15일이 되는 다음날부터 보험계약이 해지된다”고 통지함.

69) 보험계약 내용은 다음과 같음.

- 보험종목 : 보장보험 - 수금방법 : 방문수금 - 최종납입 : 2002.10월(46회 납입)
- 보험가입금액 : 주계약 2천만원/ 재해장해연금특약 8백만원/ 재해입원특약 2천만원/ 휴일재해보장특약 1천만원/ 암치료특약 2천만원

70) “보험료 미납입 안내”는 보통우편으로 발송되어 신청인에게 도달되었는지 여부는 확인되지 않음.

위 통지서는 등기우편으로 발송되어 2003.1.13. 우체국 집배원이 주거에 부재중인 신청인 대신 동네에서 수퍼를 경영하는 이웃주민에게 전달하였고, 이웃주민은 그 다음날인 14일 신청인의 집 대문 앞에서 신청인에게 전달함. 신청인은 2003.4.26. 오토바이 운행중 교통사고가 발생하여 같은 해 12.3.까지 ○○병원에서 입원치료 하였음.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

피신청인은 보험료 미납에 따른 납입최고를 우편으로 하였다고 하나 이를 수령한 사실이 없으므로 납입최고는 도달하지 않았고, 따라서 보험계약은 해지되지 않았으며 당해 약관에서 정한 보험금을 지급해야 함.

(2) 피신청인의 주장

신청인에게 등기우편으로 우송한 “보험료 납입최고 및 보험계약해지(확인) 통지서”가 도달되었으므로 보험계약 해지는 적법하고 해지 이후 발생한 사고에 대한 보험금 지급 의무는 없음.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 피신청인이 등기우편으로 발송한 보험료 납입최고 및 보험계약해지 통지서의 도달 여부 및 보험계약 해지의 적법성 여부임.

보험료 납입최고가 도달하지 않았다는 신청인의 주장은 아래와 같은 점을 종합해 볼 때 타당하지 않은 것으로 판단됨.

① 피신청인이 2003.1.8. 등기우편으로 발송한 “보험료 납입최고 및 보험계약해지(확인) 통지서”는 우체국 집배원이 2003.1.13. 신청인이 송달주소에 부재중인 관계로 신청인 대신 동네에서 수퍼를 경영하고 있는 이웃주민에게 전달한 사실이 확인되었고, 이웃주민은 그 다음날인 14일 신청인의 집 대문 앞에서 신청인에게 전달하였다고 진술하였는 바, 이웃주민이 신청인과 별다른 이해관계가 없어 그 진술의 신빙성을 인정할 수 있는 점.

② “보험료 납입최고 및 보험계약해지(확인) 통지서”는 이미 발송한 미납안내를 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 통지로서 보험료 납입최고와 동시에 기간내에 이행이 없는 것을 정지조건으로 하여 미리 계약해지의 의사표시를 한 것으로 볼 수 있는 점.

③ 매월 보험료를 수금하기 위해 방문했다는 보험모집인의 진술에 대하여 신청인은 2002.11.부터 본건 사고 발생일인 2003.4.26.까지 보험모집인이 한 번도 수금하러 온 적이 없어 보험계약의 해지사실을 통보받지 못했다고 주장하고 있으나, 모집인의 통상적인 업무처리방식에 비추어 특별한 사정없이 6월간 수금을 방치했다는 신청인의 주장은 설득력이 없는 점.

라. 결 론

그렇다면 피신청인의 보험료 납입최고는 적어도 2003.1.14. 신청인에게 도달하였다고 볼 것이고, 본 건 보험계약은 적법하게 해지되었다 할 것이므로 신청인의 주장은 이유 없음.

1-26 심신박약 상태에서 보험에 가입한 경우 계약무효에 해당하는지 여부

[기각] 전체 지능지수가 59이고, 아주 단순한 말을 하거나 쓰기, 읽기도 불가능하며, 의사소통능력 3~3.5세 수준, 자기조절능력 4~5세 수준, 이동능력 6~7세 수준으로서 기본적인 사회생활을 영위하거나 간단한 작업기능을 유지하는 것이 어려운 점 등을 볼 때 보험계약 체결 당시 피보험자는 사물을 변별할 능력이나 의사를 결정할 능력이 미약한 심신박약 상태에 있었던 것으로 봄이 상당하므로 피보험자의 서면동의 유무와 관계없이 당해 보험계약은 무효라고 판단됨.(2006.1.24. 조정번호 제2005-97호)

가. 사실관계

보험계약자 A씨는 삼촌인 B씨를 피보험자로 하여 피신청인과 보험계약을 체결⁷¹⁾하였음. 피보험자는 2000.1.5. ○○병원에서 장애인복지법상 정신지체 3급 장애인진단을 받았는데, 동 병원 정신과 임상심리전문가가 2000.1.11. 발행한 심리학적 평가보고서에는 “환자의 지적능력은 가벼운 정도의 정신지체 수준이나 기본적인 이해력과 판단력, 표현력, 수 개념이 매우 부족한 상태여서 일상생활의 적응에서는 ‘중간정도의 정신지체 수준 정도’로 시사되어 어려움이 매우 많을 것으로 여겨지며, 특히 사회생활의 기능은 더욱 극심하게 지체되어 있어서 기본적인 사회생활을 영위하거나 간단한 작업기능을 유지하는 것이 어려울 것으로 사료됨”이라고 되어 있음.(전체 IQ = 59, 언어성 IQ = 61, 동작성 IQ = 61, Social Age = 4.70, SQ = 15.67).

피보험자는 2004.9.14. 이웃집 일을 도우던 중 경운기에 올라 타려다가 떨어지면서 좌측 무릎을 다쳐 2004.9.15.~10.14. 기간중 인근 병원에서 입원치료를 하였고, 2004.10.14. 입원치료 중 의식을 잃고 쓰러져 ◇◇광역시 소재 병원으로 이송되어 수혈하였으나 호전되지 아니하여 다음 날 △△병원으로 전원하였으며, 같은 날 22:30경 사망하였는데, ◎◎대학교 의과대학 법의학과 교수가 2005.6.7. 발행한 감정서에는 피보험자의 사인은 “외상에 의한 무릎인대 파열에 대한 수술 후 합병증으로 초래된 패혈증으로 추정”으로 되어 있음.

이와 관련하여 피신청인은 2005.9.16. 상법 제731조(타인의 생명의 보험) 및 제732조(15세 미만자 등에 대한 계약의 금지)와 당해 보험약관 제8조(계약의 무효)⁷²⁾에 의거 무효처리하고 납입한 보험료를 반환하였음.

71) 보험계약 내용은 다음과 같음.

- 보험종목 : 생명보험 - 계약일자 : 2000.5.4 - 보험수익자 : A씨
- 보험기간 : 20년 - 보험료(월) : 61,100원 - 최종납입 : 2005.8.26 (64회 납입)
- 주계약 1천만원, 특정재해사망특약 6천만원, 재해장해Ⅱ특약 1억원, 재해치료Ⅱ특약 1천만원, 암치료Ⅱ특약 1천만원 등.

72) 당해 보험계약 보통약관 제8조(계약의 무효)에는 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약체결시까지 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻지 아니한 경우, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 한 경우에는 계약을 무효로 한다고 규정하고 있음.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

피보험자가 정신지체 3급 장애진단은 받았으나 정상인으로 생활을 하였음에도 재해로 사망한 사고에 대한 보험금을 지급하지 아니하고 계약 무효처리하는 것은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

타인의 생명보험에서 피보험자의 서면에 의한 동의가 없었고, 보험계약체결 당시 피보험자가 심신박약 등의 상태에 있었으므로 당해 보험계약은 상법 제731조 및 제732조에 의거 무효인데, 당해 보험계약은 C생명보험과 체결되어 유지되던 중 금융감독위원회의 계약이전결정에 따라 D생명보험으로 이전되었으며, 상법 제731조 및 제732조에 의해 무효인 계약은 이전대상계약이 아님.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 보험계약 체결 당시 피보험자가 심신상실 또는 심신박약의 상태에 있어 당해 보험계약이 무효인지 여부임.

“심신박약”이란 어떠한 심신장애로 말미암아 사물을 변별할 능력이나 의사를 결정할 능력이 미약한 것을 말하고, 심신박약자란 이러한 심신박약 상태에 있는 자⁷³⁾를 의미함.

당해 보험계약이 체결되기 약 4개월 이전인 2000.1.5. 피보험자는 ○○병원에서 정신지체 3급 장애진단을 받았으며, 이 때 작성된 심리학적 평가보고서에 “전체 지능지수가 59이고, 아주 단순한 말을 하거나 쓰기, 읽기도 불가능하며, 의사소통능력 3~3.5세 수준, 자기조절능력 4~5세 수준, 이동능력 6~7세 수준으로서 기본적인 사회생활을 영위하거나 간단한 작업기능을 유지하는 것이 어려울 것”으로 되어 있는 점으로 보아, 보험계약 체결 당시 피보험자는 사물을 변별할 능력이나 의사를 결정할 능력이 미약한 심신박약 상태에 있었던 것으로 봄이 상당하므로 타인의 사망을 보험사고로 한 당해 보험계약에서 피보험자의 서면동의 유무와 관계없이 당해 보험계약은 무효라고 판단됨.

73) 대전지방법원 2001.12.20 선고 2001가단1101 판결 참조.

라. 결 론

그렇다면 보험계약 체결 당시 피보험자가 심신상실 또는 심신박약의 상태에 있었다고 보이므로 당해 보험계약은 무효이고, 피보험자의 사망에 따른 피신청인의 보험금 지급책임은 존재하지 아니한 것으로 판단됨.

1-27 계약자 배우자의 약관대출 등에 대한 표현대리 인정 여부

[인용] 배우자는 민법 제827조(부부간의 가사대리권)에 따라 일상 가사대리권으로서 기본 대리권은 있으나, 약관대출 및 보험계약해지 행위는 일상가사의 범위를 넘는 것으로 보아야 할 것이고, 이 사건 배우자가 그의 남편으로부터 약관대출 및 보험계약해지 권한을 받았다고 믿을 만한 정당한 사정도 존재하지 않음.(2006.3.28. 조정번호 제2006-7호)

가. 사실관계

신청인은 1995.1.5. 자신을 보험계약자겸 피보험자로 하여 보험계약을 체결하였음. 신청인의 배우자 A씨는 1997.12.20.~2000.11.30. 기간중 10회에 걸쳐 본 건 보험계약에서 18,210,000원의 약관대출을 받았고, 2001.1.10.에는 보험계약을 해지하였음.⁷⁴⁾

A씨는 약관대출 및 보험계약 해지시 신청인의 인감증명서와 위임장을 제출하였고, 자신의 주민등록증과 건강보험증을 제시한 것으로 되어 있으나, 인감증명서는 신청인이 아닌 A씨가 대리 발급한 것이고 약관대출금 및 해약환급금은 A씨가 직접 수령한 것으로 되어 있음. A씨는 2001.1.10. 당해 보험계약 해지를 청구하였고, 피신청인은 해약환급금 21,673,857원에서 대출원금 18,210,000원과 이자 78,577원을 공제한 잔액 3,385,280원을 지급하였음.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

74) A씨는 2003.7월 가출하여 소재불명이며, 신청인은 A씨와 2004.4.24. 재판상 이혼을 하였음.

신청인은 A씨가 약관대출을 받고 계약해지 하는데 대하여 권한을 위임한 사실이 없고, 피신청인도 신청인의 의사를 확인한 적이 없었으므로, 피신청인의 약관대출은 효력이 없고 당해 보험계약은 원상회복되어야 함.

(2) 피신청인의 주장

신청인의 위임장, 인감증명서, 가족관계를 확인할 수 있는 건강보험증 등 구비서류가 제출되었고, A씨는 정상적인 혼인상태의 신청인의 배우자였으므로 대리권이 인정되므로 약관대출 및 계약해지 처리는 타당함.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 신청인의 처가 약관대출을 받고 보험계약을 해지한 행위에 대하여 표현 대리책임 인정 여부라 할 것임.

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 A씨는 신청인의 처로서 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 말하므로⁷⁵⁾ 약관대출 및 보험계약 해지 행위는 일상가사의 범위를 넘는 것으로 보아야 할 것임.

본 건에 있어서 피신청인이 A씨가 신청인으로부터 약관대출 및 보험계약해지 권한을 받았다고 믿을 만한 정당한 사정이 있었는지 여부에 대하여 살펴보면, A씨가 약관대출 및 보험계약 해지 청구시 신청인의 인감증명서, 위임장 및 부부관계를 확인할 수 있는 건강보험증 등을 제출한 사실은 인정되지만, 총 10회에 걸친 약관대출과 보험계약 해지 청구시 제출된 인감증명서는 모두 A씨가 대리발급 하였고 사용용도에도 공란으로 되어 있으며, 부부간에는 인감의 사용이나 인감증명서 대리 발급이 용이하다는 사실을 감안하

75) 대법원 1997.11.28. 선고 97다31229 판결 참조.

면, 피신청인에게는 대리권을 확인하지 아니한 과실이 있고, 달리 신청인이 대리권을 부여하였다고 믿을 만한 객관적인 사정이 있었다고 보기 어려우며, 처가 임의로 남편의 인감도장과 용도란에 아무런 기재없이 대리로 발급받은 인감증명서를 소지하고 남편을 대리하여 친정 오빠의 보증보험계약상의 채무를 연대보증한 경우 남편의 표현대리 책임을 인정하지 아니한 판례⁷⁶⁾에 비추어 보더라도 본 건에 있어서 표현대리를 인정하기는 어렵다고 판단됨.

한편, 신청인이 보험료 납입을 A씨에게 위임하여 A씨가 보험료를 장기간 납입하였다고 하더라도 신청인이 약관대출 및 보험계약 해지 권한까지 위임하였다고 보기 어렵고, 2001.1.10. 보험계약 해지시점부터 2005.4.8.까지 4년 동안 신청인이 피신청인에게 이의를 제기하지 아니한 사실은 있으나, A씨가 보험료를 납입하였고 본 상품이 개인연금인 점 등으로 볼 때 2003.7월 A씨가 잠적할 시점까지는 정상적으로 계약이 유지되는 것으로 기대한 것으로 볼 수 있음. 또한, 피신청인이 약관대출금 및 해약환급금 잔액을 수표와 현금으로 A씨에게 직접 지급한 사실로 볼 때 신청인이 이러한 사실을 인지하고 추인하였다고 볼 만한 사정도 없다고 판단됨.

라. 결 론

그렇다면 피신청인은 본 건 약관대출 및 계약해지가 적법하지 아니하므로 원상회복하여야 한다고 할 것임.

1-28 장기 연체 안내문이 반송된 경우에 보험계약 해지의 적법성 여부

[인용] 민법에 따르면 상대방있는 의사표시는 그 통지가 상대방에 도달한 때로부터 효력이 생기는데, 본 건 피신청인은 등기우편으로 보험계약대출 장기연체 계약해지 안내문을 신청인의 주소지로 발송하였으나, 2회에 걸쳐 수취인 부재 및 폐문부재로 반송되어 서면으로 당해 보험계약의 해지통보를 하였다고 볼 수 없으므로, 당해 보험계약을 해지하여 보험계약대출금과 상계한 업무처리는 정당하다고 할 수 없음. (2008.7.1. 조정번호 제2008-49호)

76) 대법원 1998.7.10. 선고 98다18988 판결 참조.

가. 사실관계

신청인은 1996.8.13. 피신청인과 보험계약을 체결하였음. 신청인은 2006.7월 당해 보험계약의 보험료를 완납한 바 있으며, 1998.4.19.~2006.9.26.까지 총 30여회에 걸쳐 약 5백만원의 보험계약대출을 받음.

피신청인은 2007.6.27.이후 신청인이 보험계약대출금 이자를 납입하지 아니하여 같은 해 12.27. 보험계약대출이자 장기연체로 당해 보험계약을 해지한다는 내용으로 핸드폰 문자메시지를 발송하고, 다음 날 등기우편으로 보험계약대출 장기연체 계약해지 안내문을 신청인의 주소지로 발송하였으나 같은 해 12.31. 수취인 부재, 2008.1.7. 폐문부재로 반송된 바 있음. 이에 피신청인은 2008.1.23. 보험계약대출금과 당해 보험계약의 해약환급금을 상계처리하고 당해 보험계약을 해지함.

신청인은 2008.2.19. 피신청인의 지점을 방문하여 2008.1.22.~2.18. 26일간 갑상선 전절제술 수술후상태 등으로 ○○의원에 입원한 것에 대해 입원급여금을 청구하였으나, 지점 창구직원이 당해 보험계약이 해지된 사실을 안내하자 신청인은 보험계약의 원상회복을 요청하고 지연이자 등을 납입함.

다음 날 피신청인은 신청인이 당해 보험계약 해지 이전에 30여회 보험금을 수령한 바 있고, 최근에도 입원한 사실이 있다는 이유로 당해 보험계약의 원상회복이 불가하다고 안내하고 상기 납입금액을 환급함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

피신청인은 보험계약대출 장기연체 계약해지 안내문을 등기우편으로 발송하였다고 하나 이를 수령한 바 없고, 피신청인의 창구직원이 당해 보험계약을 원상회복시켜 준다고 안내하여 원리금 일부와 지연이자를 납입한 바 있음에도 당해 보험계약을 원상회복하지 아니하는 것은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

신청인이 보험계약대출금의 이자를 납입하지 아니하여 주소지로 보험계약대출 장기연체 계약해지 안내문을 등기우편으로 발송하였으나 신청인의 부재로 반송된 바 있으며, 당해 보험약관에서 보험계약대출금과 정상이자 및 연체이자가 해약환급금과 동일하게 되는 시점에 계약을 해지할 수 있도록 규정⁷⁷⁾하고 있어 2008.1.23. 보험계약대출금과 당해 보험계약의 해약환급금을 상계처리하고 당해 보험계약을 해지한 것은 정당하며, 신청인이 과거 수차례에 걸쳐 보험금을 수령하였으며 최근에도 입원한 사실이 있어 당해 보험계약의 원상회복은 불가함.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 당해 보험계약의 해지가 정당한지 여부라 할 것임.

피신청인은 신청인이 보험계약대출금 이자를 연체하여 계약해지 안내문을 등기우편으로 발송한 바 있으며, 당해 보험약관에서 보험계약대출금과 당해 보험계약의 해약환급금을 상계처리할 수 있으므로 당해 보험계약을 해지하여 보험계약대출금과 상계처리한 업무처리는 정당하다고 주장하나, 다음과 같은 점에 비추어 위 주장은 이유 없음.

민법 제111조(의사표시의 효력발생시기)제1항은 “상대방있는 의사표시는 그 통지가 상대방에 도달한 때로부터 그 효력이 생긴다”라고 규정하고 있고, 당해 보험 보통약관 제27조(약관대출)제3항은 “회사가 약관대출이자의 납입지연 등을 이유로 약관대출 대상계약을 해지하고자 하는 경우에는 해지 10일전까지 계약자에게 그 내용을 서면으로 통지하여야 한다”라고 규정하고 있으며, 보험계약대출금 차용 약정서 제4조(보험계약해지)제2항에 의하면 “보험계약대출대상계약을 해지하는 경우에는 그 내용을 회사가 알고 있는

77) 당해 보험 보통보험약관 제27조(약관대출) ①계약자는 이 계약의 해약환급금 범위내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출을 받을 수 있습니다.

②계약자는 제1항에 규정에 의한 약관대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 아니한 때에는 보험금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 제지급금에서 상계하는 방법으로 회수합니다.

③회사가 약관대출이자의 납입지연 등을 이유로 약관대출 대상계약을 해지하고자 하는 경우에는 해지 10일전까지 계약자에게 그 내용을 서면으로 통지하여야 한다.

최종의 주소지로 해지이유와 함께 서면으로 통지해야만 한다”라고 규정하고 있는데, 피신청인은 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 없고 당해 보험계약을 해지하여 보험계약대출금과 상계한 업무처리는 정당하다고 보이지 아니함.

본건에서 피신청인이 당해 보험계약을 해지한 2008.1.23. 이전인 2008.1.22.부터 같은 해 2.18.까지 입원치료한 기간에 대해서 피신청인은 신청인에게 입원급여금을 지급하여야 할 것임.

라. 결 론

그렇다면 피신청인은 당해 보험계약을 원상회복하고 신청인에게 입원급여금을 지급할 책임이 있다고 판단됨.

1-29

타인의 생명의 보험에서 보험사가 피보험자 서면동의에 대한 설명을 하지 않아 계약무효가 된 경우 보험사의 배상책임 유무

[일부인용] 타인의 생명의 보험에서 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. 다만 신청인도 그 보험계약이 유효하기 위한 조건 등을 미리 알아보고 피보험자의 서면동의를 받아야 할 주의의무가 있었음에도 이를 게을리 한 잘못이 있었던 점 등에 비추어 볼 때 신청인의 과실비율은 30%로 봄이 상당함.(2009.2.24. 조정번호 제2009-17호)

가. 사실관계

신청인은 2006.10.4. 홈쇼핑 광고를 보고 TM모집인에게 전화하여 자신을 보험수익자

로 하고, 부친을 피보험자로 하는 보험계약을 체결하였으며, 계약 당일 계약자와 TM모집인 간의 통화녹취에서 피보험자가 자필서명을 해야 한다는 모집인의 설명은 없었음.

피보험자는 2008.11.6. 직장암을 선행사인으로 사망하였고, 피신청인이 2008.11.14. 계약 무효를 이유로 보험금 지급을 거절함에 따라 2008.12.5. 금융분쟁조정(분쟁금액 : 암사망 보험금 3천만원)을 신청하게 됨.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

보험 가입당시 피신청인은 피보험자의 자필서명이 없으면 보험계약이 무효가 되므로 피보험자가 자필서명을 반드시 해야 한다는 내용을 설명하지 않았음에도, 피보험자가 사망한 이후에 피보험자가 자필서명을 하지 않았다는 이유로 보험계약의 무효를 주장하며 사망보험금 지급을 거절하는 것은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

보험가입 당시 TM모집인이 피보험자가 해당 청약서에 반드시 자필로 서명해야 한다고 설명한 사실은 없으나 계약자가 피보험자의 자필서명을 대신 한 사실이 확인된 이상, 관련 보험약관 제4조(계약의 무효) 및 상법 제731조(타인의 생명의 보험) 규정에 의거하여 보험계약 무효처리가 합당하므로 사망보험금 지급책임이 없음.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 타인의 생명의 보험에서 피신청인이 신청인에게 피보험자의 서면동의를 얻어야 한다는 설명을 하지 않아 계약무효가 된 경우 피신청인의 손해배상책임 유무임.

타인의 생명의 보험에서 피보험자가 청약서에 자필서명을 하지 않았다면, 그 보험계약은 보험약관 제4조(계약의 무효)⁷⁸⁾ 및 상법 제731조(타인의 생명의 보험)에 의거하여 무

78) 보험약관 제4조(계약의 무효) 다음 중 한가지에 해당되는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

효가 되는 것은 명백함.

하지만, 타인의 생명의 보험에서 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.⁷⁹⁾

라. 결 론

따라서 피신청인은 사망보험금의 70% 상당액의 손해배상금을 지급할 책임이 있다 할 것임.

1-30 보험가입전 진단받은 암이 책임개시일 이후 재발한 경우 보험계약의 효력

[인용] 신청인은 선양낭성암종에 대한 마지막 추적관찰 이후 약 5년 6개월 동안 치료사실이 없다가 이 후에 암이 재발하였으므로 금번 진단받은 암이 보험가입 전에 이미 발생하였다고 평가할 수 있을 정도로 확실히 예견되었다고 보기 어렵고, 통상 의학적으로 완치란 치료후 통상 5년 이내에 재발이 없는 경우를 의미하므로, 신청인의 경우 보험가입 이후 새로운 암으로 진단을 받은 것으로 보는 것이 타당하므로 피신청인은 암진단보험금을 지급할 책임이 있음.(2009.3.24. 조정번호 제2009-32호)

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약체결시까지 보험대상자(피보험자)의 서면에 의한 동의를 얻지 아니한 경우

79) 대법원 2007.9.6. 선고 2007다30263 판결 등 참조.

가. 사실관계

신청인은 2006.2.25. 자신을 피보험자로 하여 보험계약을 체결하였는데, 보험 가입전인 2001.9.4.~9.21. 기간중 ○○병원에서 선양낭성암종(입천장의 악성신생물, C05) 진단으로 광범위 종괴절제술, 연구개 및 경구개 종양절제술을 시행한 바 있고, 2001.10.8.~11.16. 기간중 동 병원에서 방사선 치료를 받은 후 2003.1.14.까지 추적관찰이 필요하다는 소견을 받음.

보험 가입후인 2008.7.19.~8.1. 기간중에는 뇌 및 뇌막의 속발성 악성신생물(C79.3), 입천장의 악성신생물(C05) 진단으로 측두하부 개두술 및 내시경적 종양제거술을 시행하고 입원치료를 하였으며, 뇌의 속발성 악성신생물은 입천장의 악성신생물이 재발, 두경부 침범하여 수술한 것이라는 담당의사 소견이 있음. 2008.8.7. 신청인이 암진단 보험금 4천 만원을 청구하자, 2008.10.21. 피신청인은 계약을 무효 처리함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

금번 암진단은 암책임개시일 이후에 이루어진 것이어서 약관 제4조⁸⁰⁾에서 정하고 있는 계약 무효사유에 해당되지 않고, 금번 암은 의학적으로 볼 때 2001.9월 진단받은 선양낭성암종이 재발한 것이라고는 하나 2003.1.14. 마지막 추적관찰 이후 5년 이상이 경과한 시점에서 재발하였는 바, 이는 새로운 암진단으로 보는 것이 타당한 해석이므로 상법 제644조에 따른 계약무효를 주장하는 것은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

신청인은 2001년 ○○병원에서 입천장의 악성신생물로 진단받고 수술 및 방사선 치료 후 2003.1.14.까지 추적검사 시행한 사실이 있고, 2008.7월 진단받은 뇌의 속발성 악성신

80) 제4조(계약의 무효) 보험대상자(피보험자)가 계약일로부터 제9조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시일) 제5항에서 정한 “암보장개시일”의 전일 이전에 제14조(“암” 및 “기타피부암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”으로 진단확정 되어 있는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

생물은 입천장의 악성신생물이 재발하여 수술한 것이라는 담당의사 소견이 확인되어 상법 제644조⁸¹⁾ 및 해당보험 약관 제4조에 의거하여 계약을 무효 처리한 것임.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 보험가입일로부터 약 4년 6개월 이전에 진단받은 암이 보험가입 이후 90일이 경과한 시점에서 재발한 경우가 상법 제644조 및 약관 제4조의 보험계약 무효사유에 해당되는지 여부임.

보험약관 제4조의 보험계약 무효사유는 보험계약일로부터 암책임개시일 사이에 암 진단확정이 내려진 경우이므로 암 책임개시일 이후에 암 진단확정이 내려진 본 건은 보험약관 제4조의 보험계약 무효사유에 해당되지 않음.

과거에는 암보험의 경우 암진단시 무효로 처리하는 진단시점을 “보험계약 이전 및 보험가입후 5년 이내”로 그 범위를 넓게 설정한 바 있으나, 점차 범위를 축소하여 본 건 약관조항에 이르게 되었는데, 이는 암 확정진단이 쉽지 아니한 점을 감안하여 보험계약 체결이전에는 계약전 알릴의무 위반 문제로 해결하고 보험계약 체결 후에는 암책임개시일까지 암 부담보 방법으로 해결하고자 하는 취지로 보여짐.

본 건의 경우 2003.1.14. 마지막 추적관찰 이후 약 5년 6개월 동안 치료사실이 없다가 2008.7월에 암이 재발하였는 바, 사정이 이러하다면 금번 진단받은 암이 보험가입전에 이미 발생하였다고 평가할 수 있을 정도로 확실히 예견되었다고 보기 어렵고 또한 암의 경우 5년 이후에도 재발할 가능성은 있지만, 통상 의학적으로 완치란 치료후 통상 5년 이내에 재발이 없는 경우를 의미하므로 신청인의 경우 보험가입 이후 새로운 암으로 진단을 받은 것으로 보는 것이 타당함.

라. 결 론

81) 제644조(보험사고의 객관적 확정의 효과) 보험계약 당시에 보험사고가 이미 발생하였거나 또는 발생할 수 없는 계약은 무효로 한다. 그러나 당사자 쌍방과 피보험자가 이를 알지 못한 때에는 그러하지 아니하다.

따라서 피신청인은 금번 진단받은 뇌 및 뇌막의 속발성 악성신생물에 대해 암진단보
험금을 지급할 책임이 있다고 판단됨

1-31 건강확인서 서명을 타인의 생명보험에서 피보험자의 동의로 볼 수 있는지

[인용] 상법 제731조(타인의 생명의 보험) 제1항에서 타인의 서면동의를 요구하는 것은 동의
의 시기와 방식을 명확히 함으로써 분쟁의 소지를 없애려는데 취지가 있으므로 타인의 동의
는 개별적인 서면에 의하여 이루어져야 하고 포괄적인 동의 또는 묵시적이거나 추정적 동의
만으로는 부족하다 할 것이므로 피보험자가 자신의 사망을 보험사고로 하는 계약에 동의할
지 여부를 결정하는데 영향을 미칠 수 있는 중요한 정보는 전혀 기재되어 있지 아니한 건강
확인서 서명만으로는 피보험자의 서면동의를 있었다고 보기는 어려움.(2013.6.25. 조정번호 제
2013-16호)

가. 사실관계

신청인의 배우자는 2011.6.16. 신청인을 피보험자로 하는 종신보험 계약을 청약하였고,
다음 날 초회보험료를 납부하였음. 피신청인은 같은 달 22일 신청인에 대한 방문 검
진⁸²⁾을 실시한 후, 24일 보험계약의 청약을 승낙하였음.

한편, 신청인의 배우자는 2012.1.19. 계약자를 당초 본인에서 신청인(피보험자)으로 변
경하였고, 같은 해 11.27. 보험료 자동이체 해지한 이후 보험료를 미납하였음. 그 이후
2013.1.30. 신청인 배우자의 보험계약 해지 요청이 있자 피신청인은 “보험계약 해지는 계
약자만 가능함”을 안내하였고, 2013.2.1. 계속보험료 미납으로 보험계약을 해지(최종납부
는 2012.11월)하기에 이름.

이에 신청인은 2013.2.5. 계약을 무효 처리하고 기납입보험료 등을 환급해 줄 것을 요
구하였으나, 피신청인은 같은 달 22일 해지환급금(358,060원) 외에는 신청인 주장을 수용
할 수 없음을 안내하였고, 신청인은 다음 달 22일 금융분쟁조정을 신청함.

82) 건강확인서상 “귀사가 피보험자(보험대상자)의 건강상태 등을 관련의사에게 조회하였을 때 의사가 이에
응하여도 이의가 없음을 서약합니다”라는 내용을 확인토록 하고, 신청인은 확인란에 자필로 서명함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

본 건 계약은 본인(피보험자)의 서면 동의 없이 체결되었으므로 무효이며 이는 피신청인의 귀책사유에 의한 것이므로 기납입 보험료의 환급 뿐만 아니라 약관에서 정한 소정의 이자상당액도 지급해야 함.

(2) 피신청인의 주장

본 건 계약 청약 당시 보험계약자는 모집인에게 청약서의 피보험자 서명에 대해 신청인(피보험자) 본인이 직접한 것⁸³⁾이라고 하였고, 계약인수 여부를 결정하기 위한 방문검진시(2011.6.22)에도 신청인이 건강확인서에 자필 서명한 사실 등에 비추어 신청인은 본 건 계약에 대해 적법하게 동의한 것으로 봄이 타당함.

(3) 다툼이 없는 사실

2011.6.16. 보험계약자가 피보험자인 신청인을 대신하여 서명한 후 모집인에게 청약서를 전달한 사실, 같은 달 22일 피보험자에 대한 방문검진시에는 신청인이 건강확인서에 자필로 서명한 사실, 다음 해 1.19. 보험계약자가 신청인을 보험계약자로 변경한 때에도 신청인 대신 서명한 사실 등에 대해서는 당사자간에 다툼이 없음.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 본 건 계약이 ‘타인의 생명의 보험계약’에서 요구되는 피보험자 동의를 흠결로 본 건 계약이 무효 사유에 해당하는지 여부 등이라 할 것임.

(1) 본 건 계약을 무효로 볼 수 있는지 여부

상법 제731조(타인의 생명의 보험) 제1항에 따르면 타인의 사망을 보험사고로 하는 보험계약은 타인의 동의를 얻어야 하며 그 시기는 보험계약 체결시까지로 규정하고 있

83) 보험계약자는 피보험자가 바빠서 직접 만나기 어려우니 청약서 양식을 자신에게 미리 주면 나중에 피보험자의 서명을 받아주겠다고 하여 모집인은 청약서를 청약일(2011.6.16.)이전에 보험계약자에게 전달하였다 함.

으므로 본 건 계약의 무효 여부를 판단하기 위해서는 본 건 계약 청약일인 2011.6.16.과 피신청인이 본 건 계약을 승낙한 2011.6.24.중 어느 날을 계약체결시점으로 볼 것인지, 2011.6.22. 신청인이 건강확인서의 확인란에 자필로 서명한 것을 가지고 본 건 계약에 동의했다고 볼 수 있는지 등을 살펴 보아야 할 것인데 아래 사실 등을 감안할 때 본 건 계약은 무효로 봄이 타당하다고 할 것임.

1) 본 건 계약체결시점 관련

상법 제638조의2 제1항에 따르면 보험계약의 성립은 보험자가 보험계약의 청약과 함께 그 상대방에 대하여 낙부의 통지를 발송함으로써 계약이 성립되고, 당해 약관 제1조(보험계약의 성립) 제1항에 따르면 보험계약은 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 이루어진다고 각각 규정하고 있으며, 보험계약은 당사자 사이의 의사합치에 의하여 성립되는 낙성계약⁸⁴⁾이어서 보험계약자의 청약으로 곧바로 계약이 체결되는 것이 아니라 이에 대한 보험자의 승낙이 있어야 비로소 그 효력이 발생(효력발생 요건)된다 할 것이므로, 본 건 계약체결 시점은 청약일(2011.6.16.)이 아닌 피신청인이 건강검진을 실시하여 피보험자의 건강상태를 확인한 후 청약을 승낙한 날(2011.6.22.)로 보는 것이 타당함.

2) 피보험자의 동의 관련

한편, 피신청인은 신청인이 2011.6.22. 건강검진을 받으면서 건강확인서에 자필로 서명한 만큼 계약 체결 이전에 본 건 계약에 대하여 동의한 것이라고 주장하나, 아래와 같은 사실 등을 감안할 때 이를 인정하기 어려움.

① 상법 제731조(타인의 생명의 보험) 제1항에 따르면 타인의 동의는 서면으로 얻도록 구체적으로 방식을 규정하고 있고, 이에 대하여 법원은 “타인의 사망을 보험사고로 하는 보험계약의 체결시 그 타인의 서면동의를 얻도록 규정한 것은 동의의 시기와 방식을 명확히 함으로써 분쟁의 소지를 없애려는데 취지가 있으므로 타인의 동의는 각 보험계약에 대하여 개별적으로 서면에 의하여 이루어져야 하고 포괄적인 동의 또는 묵시적 이거나 추정적 동의만으로는 부족하다”는 입장⁸⁵⁾을 취하고 있는데, 2011.6.22. 작성된 본

84) 대법원 1992.10.27. 선고 92다32852 판결 참조.

건 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 설령 신청인이 본 건 계약에 대해 포괄적 또는 묵시적으로 동의한 것으로 볼 수 있다고 하더라도 적어도 개별적이고 구체적으로 서면 동의한 것으로 인정하기는 어려운 점.

② 피신청인은 2013.1.25. 신청인에게 다른 보험상품을 소개하기 위해 유선통화로 “소중한 보장 유지해주셔서 감사하며, 연락처나 주소 변경사항은 없느냐”고 문자 신청인이 “없다”고 답변한 정황 등을 고려할 때 본 건 계약에 동의한 것으로 추인할 수 있다고 주장하나, “계약체결후 곧바로 피보험자가 건강진단을 받고 약 5년간 계속하여 보험료를 납입함으로써 계약체결을 추인하였다고 하더라도 무효인 계약이 유효로 될 수는 없다”는 판결⁸⁵⁾ 등에 비추어 피신청인의 단순한 사후적 추정 사실만으로 본 건 계약이 유효하다고 인정하기는 곤란한 점.

(2) 보험계약자 변경으로 환급 범위가 달라지는지 여부

신청인 배우자의 계약자 변경 행위로 종전 계약(타인의 생명보험)이 소멸하고 새로운 계약(자기의 생명보험)이 성립된 것으로 보게 될 경우 피신청인이 환급해야 하는 기납입보험료의 크기가 계약자 변경시점을 기준으로 달라진다 할 것인데 아래 사실을 감안할 때 새로운 계약의 체결로 보기는 어려우므로 피신청인은 기납입보험료 전액을 환급해야 할 것임.

① 당해약관 제6조(계약내용의 변경 등)에 따르면 계약자는 회사의 승낙을 얻어 계약내용을 변경할 수 있으며, 변경가능 항목에는 기본보험금액, 보험료의 수금방법, 계약자, 기타 계약의 내용을 열거⁸⁷⁾하고 있는데, 일반적으로 보험종목, 보험기간, 보험가입금액

85) 대법원 2008.8.21. 선고 2008다37674 판결 등 참조.

86) 대법원 2010.2.11. 선고 2009다74007 판결 참조.

등은 보험자의 위험인수여부 결정에 영향을 미치는 중요한 사항이므로 동 내용을 변경할 경우에는 새로운 계약의 성립으로 볼 여지도 있다고 할 것이나, 본 건처럼 보험계약자나 보험료 수금방법 등 비교적 경미한 사항의 변경은 보험계약자의 경제적 사정이나 보험수익자 간의 관계 변동 등을 고려하여 보험계약자 등의 편익을 위해 이루어지는 단순한 것인 만큼 새로운 계약의 체결이 아니라 종전 계약의 내용이 그대로 유지된 것으로 해석하는 것이 합리적인 점.

② 2012.1.19. 작성된 본 건 “보험계약변경(정정) 신청서”에는 변경전 계약자와 변경후 계약자가 변경내용을 모두 확인토록 하고 있는데, 피신청인이 제출한 사실확인서에 따르면 모집인은 이에 대하여 “계약자(부인)가 남편이 사업자 등록을 내게 되어 계약자 변경을 요청하였기에 만나서 계약자 변경서류를 전달하였으며, 이 역시 부인이 남편에게 서명을 받아서 주겠다고 해서 전해 주었다”고 확인하고 있으나, 이와 관련하여 신청인은 위 보험계약변경(정정) 신청서에 서명한 사실이 없으며 계약 변경사실조차 모른다고 주장하고 있어 계약자 변경 당시 신청인이 본 건 계약에 대한 청약 의사가 있었다고 단정하기도 어려운 점.

③ 법원에서도 “상법 제731조 제1항은 타인의 사망을 보험사고로 하는 보험계약에 있어서 도박보험의 위험성과 피해자의 살해의 위험성 및 선량한 풍속 침해의 위험성을 배제하기 위하여 마련된 강행규정인 바, 제3자가 타인의 동의를 받지 않고 타인을 보험계약자 및 피보험자로 하여 체결한 생명보험계약은 보험계약자의 명의에도 불구하고 실질적으로 타인의 생명보험계약에 해당한다”고 판시⁸⁷⁾하는 등 본 건과 같이 타인의 동의가 없는 경우에는 외견상 “자기의 생명보험”의 형식을 취하고 있다고 하더라도 타인의 생명보험계약으로 보아야 한다고 해석하고 있는 점.

(3) 기납입보험료에 대한 이자 상당액 환급 책임 유무

당해약관 제5조(계약의 무효)에 따르면 “회사의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효

87) 생명보험 표준약관 제5조(계약내용의 변경 등) 제1항에서는 “계약자가 회사의 승낙을 얻어 ①보험종목, ②보험기간, ③보험료의 납입주기, 수금방법 및 납입기간, ④보험가입금액, ⑤계약자, ⑥기타 계약의 내용을 변경할 수 있다”고 규정하고 있음.

88) 대법원 2010.2.11. 선고 2009다74007 판결 참조.

로 된 경우와 회사가 승낙전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 아니한 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약 대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드린다”고 규정하고 있어 아래와 같은 사실을 감안할 때 피신청인은 기납입보험료 환급 외에도 소정의 이자 상당액을 약관에 따라 지급할 책임이 있다고 판단됨.

① 피신청인은 모집인에게 피보험자(신청인)의 서명을 받아 주겠다고 약속하거나 실제 피보험자 대신 서명한 것은 모두 보험계약자에 의한 것이므로 본 건 계약 체결과 관련하여 아무런 과실이 없다고 주장하나, 상법 제731조의 규정이 도박보험의 위험성과 피보험자 살해의 위험성 및 선량한 풍속 침해의 위험성 배제 등을 위해 마련된 강행법규임을 고려할 때 피신청인은 계약체결전에 본 건 계약에 대해 동의한 사실이 있는지 여부를 구체적으로 확인하는 것이 타당하다 할 것인데도 보험계약자의 말만 듣고 이를 위한 아무런 조치를 취하지 아니한 점.⁸⁹⁾

② 신청인의 서명과 관련하여 살펴보면, 2011.6.16. 작성된 본 건 계약 청약서상의 필체와 6.24. 작성된 건강확인서상의 필체는 외견상 명백히 상이하여 피신청인이 조금만 주의를 기울였다면 서명의 진위 여부나 신청인의 보험가입 사실 인지 여부를 쉽게 확인할 수 있었음에도 이를 해태한 것은 적어도 당해 약관상 “회사가 승낙전에 무효임을 알았거나 알 수 있는 경우”에 해당한다고 봄이 상당한 점.

③ 본 건 분쟁과 관련하여 피신청인도 모집인이 신청인의 자필 서명 확인과 면담을 이행하지 아니하였다는 이유로 자체 내부통제규정에 따라 인사조치 등을 시행한 점.

라. 결 론

사정이 이러하다면 본 건 계약은 피보험자의 동의를 얻지 못하여 관련법규 및 약관상 계약 무효 사유에 해당하므로 달리 반증이 없는 한 기납입보험료 전액 및 소정의 이자 상당액을 신청인에게 지급해야 할 것임.

89) 피신청인은 2012.4.16부터 계약자와 피보험자가 상이한 경우 피보험자에게 자필서명 여부를 유선 확인(땡큐콜)토록 하는 규정을 마련한 바 있음.

[인용] 약관 제18조 사기에 의한 계약은 보험계약자 또는 피보험자가 ‘암진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입’하는 경우와 ‘대리진단, 약물사용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위변조’의 경우를 병렬적으로 열거하고 있으므로, ‘사기에 의한 계약’에 해당하기 위해서는 보험계약자 또는 피보험자의 행위가 적극적인 은폐행위나 증거의 조작 등에 이르러야 하는 것으로 보이는데 장례비용을 보장하는 상조보험인 이 건 보험가입 당시 신청인에게 사기의 의사가 있었다고 단정하기 어렵다고 본 사례 (2016. 9. 6. 조정번호 제2016-23호)

가. 사실관계

신청인은 2014. 11. 19. 어머니 망 C를 피보험자로 하는 (무)○○상조보험 계약을 체결하였음. 본건 관련 보장내역은 질병사망장례서비스 지원금 및 질병사마장례비용 각 1천만원의 합계 2천만원임.

망인은 2005. 12. 9. 좌측 유방절제술을 시행하고 2006. 1. 10.경부터는 유방 중앙부의 악성신생물 치료를 받았으며 2009. 11. 28.~2011. 1. 24. 기간 중에는 놀바텍스 투약을 받았음. 마지막 투약일인 2011. 1. 24. 이후 3년이 도과한 2014. 11. 19. 이 사건 보험계약이 체결되었음. 망인이 2015. 12. 31. 급성심근경색으로 사망하자 신청인이 피신청인에게 보험금을 청구하였으나 피신청인은 보험금 지급을 거절하고 사기로 인한 계약이라며 계약 취소를 통지하였음. 이에 신청인은 분쟁조정을 신청함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

당해 보험 가입 8년 10개월여 전의 유방암 진단 및 수술 사실은 계약 전 알릴의무대상에 해당하지 않으며, 놀바텍스 투약사실과 피보험자의 사망원인인 급성 심근경색과는 인과관계가 없음에도 피신청인이 사기에 의한 계약을 이유로 보험금 지급을 거절하는 것은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

피보험자는 보험계약 청약일 이전에 유방암 수술을 받은 사실과 항암치료제의 하나인 놀바덱스를 투약받은 사실이 있음에도 보험가입 당시 이를 숨기고 알리지 않은 것은 당해 보험약관에서 정하고 있는 사기에 의한 계약에 해당하므로 보험금을 지급할 책임이 없음.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 보험가입 당시 유방암 진단 및 수술, 놀바덱스 투약 사실을 알리지 않은 것이 ‘사기에 의한 계약’에 해당되는지 여부라 할 것임

(1) 관련 규정

□ 무배당 ○○ 상조보험 보통보험약관

제17조(알릴 의무 위반의 효과) ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 이 계약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제15조 (계약전 알릴의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제16조(상해보험계약 후 알릴의무) 제 1항에서 정한 계약 후 알릴의무를 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 이행하지 않았을 때

②~⑤ (생략)

⑥ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미치지 않았음을 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 증명한 경우에는 제4항과 제5항에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.

⑦~⑧ (생략)

제18조(사기에 의한 계약) 계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물사용을 수단으로 진단

절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 계약일부터 5년 이내 (사기사실을 안 날로부터는 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

(2) 쟁점에 대한 검토

피신청인은 신청인이 보험가입 당시 피보험자가 유방암으로 진단받고 수술받은 사실과 항암치료제인 놀바텍스를 투약받은 사실을 알리지 않은 것은 ‘사기에 의한 계약’에 해당하므로 보험금 지급책임이 없다고 주장하나, 아래와 같은 사정을 종합하여 판단할 때 인정하기 어려움.

신청인이 이 건 보험가입 당시 보험청약서의 계약전 알릴의무 사항 중 “최근 5년 이내에 의사로부터 진찰 또는 검사를 통하여 다음과 같은 의료행위를 받은 사실이 있습니까? 1)질병확정진단 2)치료 3)입원 4) 수술 5) 투약”의 질문에 “아니오”라고 기재하여 놀바텍스 투약사실을 알리지 않은 점은 인정되나,

피보험자의 유방암 진단과 수술은 당해 보험 가입 8년 10개월여 전에 시행된 것이므로 계약 전 알릴의무사항에는 해당되지 않고, 피보험자가 2005.12.9. 유방절제술을 시행받은 후 2009.11.28~2011.1.24까지 병원에 내원하여 놀바텍스를 투약받은 사실은 있으나, 2011.1.24.부터 이 건 보험 가입일인 2014.11.19.까지 3년 10개월여 기간 중에는 피보험자가 유방암과 관련하여 추가적인 진단이나 투약을 받았다는 기록을 찾아볼 수 없는 점.

피보험자의 주치의였던 E병원 담당의사는 놀바텍스정을 투여한 것은 암이 완치되어 예방목적으로 투여했으며, 국소재발이나 전이의 증거가 없고 이에 대한 치료도 없었다는 소견을 피력하고 있는 점.

당해 보험약관 제17조에서는 계약 전 알릴의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미치지 않는 경우에는 약정한 보험금을 지급한다고 규정하고 있는데, 이 건 피보험자의 놀바텍스 투약사실을 보험가입 당시 알리지 않은 것이 계약 전 알릴의무에 위반된다 하더라도 놀바텍스 투약사실과 사망원인인 급성 심근경색간에는 인과관계가 없다는 신청인의 주장에 대하여 피신청인이 이의를 제기하지 않는 점.

또한, 당해 보험약관 제18조에서는 보험계약자 또는 피보험자가 ‘암진단 확인을 받은 후 이를 숨기고 가입’하는 경우와 ‘대리진단, 약물사용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조’의 경우를 병렬적으로 열거하고 있으므로, ‘사기에 의한 계약’에 해당하기 위해서는 보험계약자 또는 피보험자의 행위가 적극적인 은폐행위나 증거의 조작 등에 이르러야 하는 것으로 보이는 데

이 건 피보험자의 유방암 수술 이후 치료기록, E병원 담당의사의 소견 등에 따를 경우 장례비용을 보장하는 상조보험인 이 건 보험가입 당시 신청인에게 사기의 의사가 있었다고 단정하기 어려울 뿐만 아니라 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 피신청인이 증명하였다고 보기도 어려운 점.

라. 결 론

그렇다면, 피신청인은 당해 보험약관에서 정한 바에 따라 보험금을 지급할 책임이 있다 할 것이므로 신청인의 청구를 인용함.

제2장

재해 등 인정 여부

제1절 교통사고

2-1

1차 추돌사고로 부상당한 후 도로에서 구호조치중 2차사고로 사망한 경우 사망과 1차사고와의 인과관계 여부

[인용] 보험금 지급사유의 “차량탑승중 교통재해를 직접적인 원인으로 한 사망”의 의미에 있어 “직접적인 원인”이란 연쇄적으로 일어난 상당인과관계 있는 후속사고를 배제하는 것이 아니며, 본건 A씨의 사망과 1차사고는 상당인과관계에 있다고 할 수 있으므로 신청인의 교통재해 사망보험금 청구는 이유있다 할 것임.(1999.3.30. 조정번호 제99-5호)

가. 사실관계

신청외 A씨는 자신을 계약자 및 피보험자로 하여 1997.10.15. 피신청인과 교통안전보험계약을 체결함. 1998.2.16. 00:00경 B씨가 봉고차량(이하 “차량1”이라 함) 조수석에 피보험자인 동거녀 A씨를 탑승시키고 수원으로 가던중 05:40경 경부고속도로 상행선 도로에서 2차로를 이용하여 주행하다 깜박 졸음운전으로 3차로로 진입하여 앞서 진행하던 화물트럭(이하 “차량2”라 함)의 후미를 들이받는 1차사고가 발생하였고, B씨는 1차사고로 의식을 잃은 A씨를 3차로에 정차된 차량1의 우측앞바퀴 옆에 눕히고 후속조치를 하고 있었음.

차량2의 운전자는 119구급대에 신고후 사고현장으로부터 20m가량 후방 갓길에서 후속사고 방지를 위해 후레쉬를 흔들고 있었고, 1차사고후 20여분이 지난 06:00경 3차로를 주행하던 화물트럭(이하 “차량3”이라 함)이 3차로에 있던 차량1 및 A씨를 뒤늦게 발견하고 브레이크를 밟았으나 미치지 못하여 차량1을 충격하고 옆에 누워 있던 A씨를 치는 2차사고가 발생함. 이에 A씨의 어머니인 신청인이 교통재해 사망보험금을 청구하였으

나, 피신청인은 A씨가 2차사고로 사망하였음을 이유로 일반재해 사망보험금 지급이 타당하다고 주장하여 분쟁이 발생함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

피보험자 A씨는 차량탑승중 발생한 1차 추돌사고로 인한 심한 부상 또는 충격을 받았으므로 후속조치중 사망하였을 가능성이 있으며, 사망하지 않았더라도 도로상에서 구호조치중 2차사고를 당하였으므로 직접적인 사망원인은 1차사고라 할 수 있는 바, 해당 보험 약관 제11조(보험금의 지급사유) 제1항 제4호에서 규정하고 있는 “보험기간중 피보험자가 차량탑승중 교통재해를 직접적인 원인으로 사망하였을 때”에 해당하므로 교통재해 사망보험금(1억 1천만원)을 지급하여야 함.

(2) 피신청인의 주장

피의자(B씨) 신문조서에 의하면 1차사고 직후 A씨가 B씨에게 “오빠”라고 불렀던 점으로 보아 생존해 있었으며, B씨가 A씨를 차량1의 오른쪽 앞바퀴 옆에 눕히고 차량2 운전자와 함께 후속차량의 주의를 위해 손을 흔들 정도의 상태인 것으로 미루어 보아 1차사고의 충격으로 A씨가 사망에까지 이르지 않는 것으로 판단되므로, 차량 탑승중인 1차사고가 아니라 도로상에 누워 있던 중 발생한 2차사고를 직접적인 사망원인으로 보는 것이 타당하므로 일반재해 사망보험금(1천만원)을 지급하여야 함.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 A씨의 사망과 1차사고가 상당인과관계에 있는지 여부임.

(1) 1차사고시 사망 여부

신청인의 신청서, 피신청인의 처리의견서, 피의자 신문조서 및 처리결과, 교통사고 발생상황 진술서, 시체검안서 등 관련자료 일체를 종합하여 피보험자 A씨의 1차사고로 인한 사망 여부를 살펴보건대, 1차사고로 차량1의 전면부위가 심하게 손상되었고 우측문짝

이 일그러져 있으며, 우측차량탑이 조수석의 좌석까지 밀려져서 들어올려져 있는 점 등으로 미루어보아 상당한 충격을 당하였음을 알 수 있으며, 1차사고후 A씨가 비록 몸을 움직이거나 말을 하지는 못하였으나, 맥박이 뛰고 추워서 입김을 내는 등 살아있었음을 B씨가 진술하고 있고, B씨 및 목격자의 진술에 의하면 1차사고시 출혈이 심하지 않았던 것으로 판단되고, 시체검안서에는 119구급대의 진술에 의거 사망시간을 2차사고 발생시점인 06:00로, 직접사인을 저혈량성 쇼크에 의한 즉사로 추정하고 있고, 검찰은 A씨가 1차사고로 기절한 후 B씨의 후속차량에 대한 잘못된 사고사실 표시 및 차량3 운전자의 전방주시의무 태만이 경합되어 발생한 2차사고로 사망에 이른 것으로 판단한 사실이 있는 바, 상기 사실들을 종합하여 판단하면 경험법칙상 일반적으로 1차사고로 A씨가 상당할 정도의 충격을 당하였음이 인정되나, A씨가 1차사고로 사망하였다고 단정할 수 있는 객관적인 다른 증거가 없으므로 1차사고로 사망한 것으로 보기는 어려움.

(2) “직접적인 원인”의 해석

보험금 지급사유의 “차량탑승중 교통재해를 직접적인 원인으로 한 사망”의 의미에 대해서는 통상 약관을 해석함에 있어 객관적인 문언의 의미가 그 해석의 첫번째 기준이 되며, 보험계약도 다른 계약과 마찬가지로 당사자가 사용한 용어의 표현은 모호하지 아니한 평이하고 통상적인 일반적인 뜻으로 받아들이고 이해되는 용어에 따라 풀이되어야 하므로, 이 건 또한 당해약관이 적용되는 평균적 소비자의 합리적 이해가능성 및 사회일반의 상식과 거래의 통념에 따라 합리적으로 해석되어야 할 것인 바,⁹⁰⁾ 약관에는 직접적인 원인의 의미에 대해서 명시적으로 정의되어 있지 아니하며 유사 조정사례에서는 보험약관에서 재해와 사망사이에 직접적인 인과관계의 존재를 요구하고 있는 것은 재해가 사망의 결과에 대하여 주요한 원인으로 되는 것을 말하는 것으로 보고 있으므로,⁹¹⁾ 다른 특별한 사정이 없는한 직접적인 원인은 발생한 결과에 경미하지 아니한 상당하거나 강력할 정도의 원인력을 가지는 것으로 이해하고 신뢰하는 것이 일반적일 것이므로, 이 건 보험금지급 여부를 결정함에 있어 사망과 1차사고와의 상당인과관계를 고찰하는

90) 1998년 대형보장보험 외 7건에 대한 분쟁조정 결정례(조정번호 1998-36) 참조.

91) 1998년 암치료보험에 대한 분쟁조정 결정례(조정번호 1998-29) 참조.

것이 합당하다고 판단되므로, 단순히 2차사고로 사망하였음을 이유로 차량탑승중 교통재해로 인정할 수 없다는 피신청인의 주장은 합리적이라 볼 수 없음.

(3) 사망과 1차사고와의 인과관계

경험칙에 비추어 어떠한 사실이 어떠한 결과발생을 초래하였다고 시인할 수 있는 고도의 개연성을 가지고 있으며 그 판정에 있어 통상인이라면 의심을 품지 아니할 정도로 진실성의 확신을 가질 수 있다면 상당인과관계에 있다고 할 수 있으므로,⁹²⁾ 이 건 1차사고 직후 A씨는 의식을 잃은 상태에서 119구급대가 도착할 때까지 고속도로 3차로상에서 구호조치를 받을 수밖에 없었던 점이 인정되고, 2차사고가 동이 완전히 트기전 겨울철인 1998.2.16. 06:00경에 발생한 점, 후속차량들에 대하여 선행사고 사실을 식별하게 할 수 있는 적색의 섬광신호 또는 불꽃신호가 제대로 이루어지지 아니한 점 및 사고장소가 고속주행이 가능한 고속도로였던 사실을 고려하여 차량3 운전자가 고속도로 3차로상에 선행사고가 있었던 사실을 발견하기는 그리 용이한 상태가 아니었음을 정상참작하여 검찰이 기소유예 한 사실이 있는 바, 상기 제반정황 및 사실들을 종합하여 판단하면 후속차량의 운전자들이 조금만 전방주시의무를 태만히 하여도 A씨를 충격하여 사망에 이르게 할 수 있음을 보통인의 일반경험상 그 가능성이 있음을 쉽게 예상할 수 있으므로, 2차사고로 인한 A씨의 사망과 1차사고는 상당한 인과관계가 있다고 판단하는 것은 그 이유가 충분하다 할 수 있음.

라. 결 론

약관의 “직접적인 원인”이 연쇄적으로 일어난 상당인과관계에 있는 후속사고를 배제하는 것이 아니며, 이 건 A씨의 사망과 1차사고는 상당인과관계에 있다고 할 수 있으므로 직접적인 사망원인이 1차사고에 있음을 이유로 한 신청인의 교통재해 사망보험금 청구는 이유 있다고 할 것이므로 피신청인은 신청인이 지급요구한 차량탑승중 교통재해 사망보험금을 지급하여야 함.

92) 대법원 1990.6.26. 선고 89다카7730 판결 참조.

[인용] 보험약관의 ‘차량탑승중’의 의미는 차량 탑승자가 차량에 승차하기 시작한 시점부터 탑승자가 차량으로부터 완전히 이탈한 때까지의 전과정을 지칭하는 것으로 해석함이 타당하고, 본건 피보험자의 사망위치로 보아 피보험자는 운행을 마치고 시동을 멈춘후 차량에서 완전히 이탈한 상태는 아니었던 것으로 보이므로 피보험자는 사망당시 사고차량에 탑승 중에 있었다고 판단됨.(2000.5.30. 조정번호 제2000-26호)

가. 사실관계

신청인은 1999.10.15. 상해보험에 가입함. 본건 사고는 위 상해보험의 피보험자가 같은 해 12.17.(금) 17:40경 트럭을 도로변에 주차시키는 과정에서 동 차량의 열린 운전석 문과 차량사이에 끼인 채 경사길에 후진되어 운전석 문이 담벼락과 압축되면서 차량문에 몸부위가 압박되어 현장에서 사망한 사고임.⁹³⁾

동 사고에 대하여 피신청인은 2000.2.17. 휴일교통재해사망보험금 등 총 4천만원을 지급하였으나 차량탑승중 사고에 대한 보험금은 지급하지 않음.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

피보험자는 몸이 차량에 끼인채 사망하였고 사망당시 차량엔진이 켜진 상태였으므로 동건 사고는 차량탑승중의 사고에 해당된다고 사료되는 바, 피신청인은 해당약관에 따라 차량탑승중 사망사고에 대한 보험금을 지급하여야 함.

(2) 피신청인의 주장

해당보험약관 차량탑승중 특약 및 차량탑승중 교통재해분류표를 종합적으로 살펴보면 차량탑승중 교통재해란 “운행중인 차량의 사고로 인하여 차량탑승자가 입은 불의의 사

93) 사고 당시 해당 차량은 엔진이 켜진 상태였음.

고”라고 정의하고 있음. 본건 사망사고의 경우 피보험자가 차량을 주차시킨 후 완전히 차량에서 하차하여 두발이 지면에 놓여있는 상태에서 경사로 상의 차량이 갑작스럽게 뒤로 후진하면서 미처 이를 피하지 못한 피보험자가 차량과 함께 뒤로 밀리면서 차량과 벽사이에 끼어 사망한 것으로 이는 차량탑승중 재해에 해당되지 않은 사고임.

따라서 신청인에게 휴일교통재해사망보험금 등을 지급하였는 바, 더 이상의 추가보험금 지급채무는 없음.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 주차중 차량운전석문과 차체사이에 끼여 사망한 사고를 차량탑승 중 사망 사고로 볼 수 있는지 여부임.

(1) 차량탑승중 교통재해의 정의

본건 「차량탑승중사망특약 약관」 제2조에 의하면 “차량탑승중 교통재해란 차량탑승자(운전자 및 비운전자)에게 <별첨D>(차량탑승중 교통재해분류표)에서 정하는 교통재해를 직접적인 원인으로 발생하는 사고를 말합니다”라고 규정하고 있음. 또한 「차량탑승중 교통재해분류표」에 의하면 “이 보험에서 차량탑승중 교통재해라 함은 다음에 정하는 사고를 말합니다.”라고 규정하고 다음에 “운행 중인 차량의 사고로 인하여 차량탑승자가 입은 불의의 사고”를 차량탑승중의 교통재해로 정의하고 있음.

(2) 차량탑승중 교통재해에 대한 해석

위에서 본 바와 같이 해당 약관은 “차량탑승중 교통재해”를 운행중인 차량의 사고로 인하여 차량탑승자가 입은 불의의 사고라고 규정하고 있는 바, 본 건 보상여부는 운행중인 차량의 사고에 대한 개념과 차량탑승중의 개념을 어떻게 해석할 것인지에 달려 있음.

본건 상해보험 차량탑승중 사망특약은 차량운행과 관련하여 발생하는 위험을 담보하기 위하여 개발된 상해보험 상품으로서, 동 특별약관에는 운행중인 차량의 사고에 대한 정의를 별도로 정하고 있지 않고 있음. 이와 같이 약관에 차량의 운행에 관한 개념을 별도로 정하지 아니한 경우에는 법체계의 일관성과 동 보험상품의 성격상 「자동차손해배

상보장법」상의 운행의 개념을 유추적용하는 것이 타당하다고 보여짐.

한편 「자동차손해배상보장법」 제2조(정의) 제2호에 의하면 “운행이라 함은 사람 또는 물건의 운송여부에 관계없이 자동차를 그 용법에 따라 사용 또는 관리하는 것을 말한다”고 규정하고 있고, “자동차를 당해 장치의 용법에 따라 사용한다는 것은 자동차의 용도에 따라 그 구조상 설비되어 있는 각종의 장치를 각각의 장치목적에 따라 사용하는 것을 말한다”라고 대법원은 해석하고 있음.⁹⁴⁾ 또한 본건 보험약관의 차량탑승중의 의미는 차량 탑승자가 차량에 승차하기 시작한 시점부터 탑승자가 차량으로부터 완전히 이탈한 때까지의 전과정을 지칭하는 것으로 해석함이 타당함.

(3) 본건 사고가 차량탑승중 교통재해에 해당하는지 여부

본건 사고는 피보험자가 사고차량을 주차시키는 과정에서 시동을 켜 채 하차하다가 차량이 후진되어 운전석 문이 담벼락과 부딪치면서 피보험자의 몸부위가 동 차량의 운전석 문과 차량사이에 끼인 채 사망한 사고인 바, 피보험자의 사망위치로 보아 피보험자는 운행을 마치고 시동을 멈춘후 차량에서 완전히 이탈한 상태는 아니었던 것으로 보임. 동 사고차량에 탑승중에 있었다고 판단됨. 나아가 본건 사고는 시동이 걸려 있는 상태로 자동차가 후진하면서 발생한 사고인 점으로 볼 때 사고 당시 피보험자는 사고 자동차를 그 용법에 따라 사용 또는 관리, 즉 운행중에 있었던 것으로 볼 수 있음.

라. 결 론

본건 사고는 운행중인 차량의 사고로 인하여 차량탑승자가 입은 불의의 사고에 해당하므로, 피신청인은 신청인에게 차량탑승중 사망특약에 따른 보험금을 지급함이 타당함.

2-3 납골당 공사현장에서의 사고가 교통재해에 해당하는지 여부

[인용] 약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 고객에게 유리하게 해석하여야 하는바, 본 건 사고 장소인 납골당 공사현장은 면책약관상의 공장, 토목작업장, 채석장, 탄광 또는 광산에 해당하지 않는 것으로 판단됨. (2006 2.28. 조정번호 제2006-3호)

94) 대법원 1997.9.30. 선고 97다24276 판결 참조.

가. 사실관계

보험계약자는 2000.3.10. 신청인을 피보험자로 하여 보장보험 계약⁹⁵⁾을 체결하였음. 피보험자는 2004.10.25. ○○광역시 소재 납골당 공사현장에서 대리석을 맞추는 작업을 하던 중 4.5톤 트럭에 장착된 크레인에 운반되던 대리석이 떨어져 허리 부위를 충격하는 사고를 당하였는데, 이 사고로 인하여 2004.10.25.~2005.3.3. 기간중 2개 병원에서 입원치료를 하였음. 피보험자는 2005.6.15. A대학병원에서 장애등급분류표상 제1급 장애진단을 받고 보험금을 청구하였으나, 피신청인은 같은 해 8.24. 일반재해관련 장애보험금 일시금 1억 1백 만원을 지급하였음.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

당해 보험약관 교통재해분류표에는 “공장, 토목작업장, 채석장, 탄광 또는 광산의 구내에서 사용되는 교통기관으로 인한 사고는 교통사고로 보지 않는다”고 되어 있고 납골당 공사현장은 이에 포함되지 않으므로 교통재해 관련 보험금을 지급하여야 함.

(2) 피신청인의 주장

건축물 공사를 위해서는 토목공사가 필연적으로 선행되며 납골당 건설공사장도 토목작업장에 포함되고 피보험자는 “교통기관에 직무상 관계하는 자”에 해당되므로 교통재해라고 볼 수 없음.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 본 건 사고가 보험약관에서 규정한 교통재해에 해당되는지 여부임.

교통재해분류표상⁹⁶⁾ 교통기관은 그 본래의 용법이 사람이나 물건을 운반하는 것으로

95) 제1급 장애시 보험금 : 교통재해인 경우 - 매년 18,210천원씩, 20회 지급

교통재해 이외의 재해인 경우 - 매년 9,105천원씩, 20회 지급

교통재해분류표에 예시된 교통기관과 이와 유사한 구조와 원리에 의하여 움직이는 장치인데, 본 건 크레인 장착 4.5톤 트럭은 화물을 운송하는 기능을 갖추고 자체 적하 등의 작업을 수행할 수 있는 설비를 갖춘 화물자동차이므로 교통재해분류표상 교통기관에 해당되고, 교통기관의 운행이란 그 용법에 따라 사용하거나 이와 밀접한 관련성을 가진 경우를 말하는데 본 건 사고는 크레인 장착 4.5톤 트럭이 그 본래의 용법에 따라 크레인을 이용하여 피보험자가 작업하고 있는 장소로 대리석을 이동하는 작업을 하던 중 발생하였는 바, 교통재해분류표에서 규정한 교통사고에 해당된다고 판단됨.

한편, 본 건 사고가 토목작업장에서 발생한 사고이고 피보험자는 교통기관에 직무상 관계하는 자에 해당되므로 교통재해분류표 제4호에 의하여 교통재해가 아니라는 피신청인의 주장에 대하여 살펴보면, 교통재해분류표 제4호는 “교통기관의 운행중인 사고일지라도 공장, 토목공사장, 채석장, 탄광 또는 광산의 구내에서 사용되는 교통기관에 직무상 관계하는 피보험자의 그 교통기관으로 인한 직무상 사고는 교통사고로 보지 아니한다”는 것인데, 이는 세가지의 범주, 즉 ① 공장 등 특정한 사업장에서 일어난 사고일 것, ②

96) 당해 보험약관 교통재해분류표에는 다음과 같이 규정하고 있음.

1. 이 보험에서 “교통사고”라 함은 다음에 정하는 사고를 말합니다.
 - 가. 운전 중의 교통기관(이에 적재되어 있는 것을 포함합니다)의 충돌, 접촉, 화재, 폭발, 도주 등으로 인하여 그 운행중의 교통기관에 탑승하고 있지 아니한 피보험자가 입은 불의의 사고.
 - 나. 운행중인 교통기관에 탑승하고 있는 동안 또는 승객으로서 개찰구를 갖는 교통기관의 승강장 구내(개찰구의 안쪽을 말합니다)에 있는 동안 피보험자가 입은 불의의 사고.
 - 다. 도로 통행중 건조물, 공작물 등의 도괴 또는 건조물, 공작물 등으로부터의 낙하물로 인하여 피보험자가 입은 불의의 사고.
2. 제1호에서 “교통기관”이라 함은 본래 사람이나 물건을 운반하기 위한 것으로 다음에 정한 것을 말합니다.
 - 가. 기차, 전동차, 기동차, 모노레일, 케이블카, 엘리베이터 및 에스컬레이터 등
 - 나. 승용차, 버스, 화물자동차, 오토바이, 스쿠터, 자전거, 화차, 경운기 및 우마차 등
 - 다. 항공기, 선박(윌트, 모타보트, 보트를 포함합니다) 등
3. 제2호의 교통기관과 유사한 기관으로 인한 불의의 사고일지라도 도로상에서 사람 또는 물건의 운반에 사용되고 있는 동안이나 도로상을 주행 중에 발생한 사고를 교통사고로 봅니다.
4. 제1호 “가” 또는 “나” 해당하는 사고일지라도 공장, 토목작업장, 채석장, 탄광 또는 광산의 구내에서 사용되는 교통기관에 직무상 관계하는 피보험자의 그 교통기관으로 인한 직무상의 사고는 교통사고로 보지 아니합니다.

특정한 사업장의 구내에서 사용하는 것을 주된 목적으로 하는 교통기관에 의한 사고일 것, ③ 그 교통기관의 직무상 관계하는 자의 직무상 사고를 요건⁹⁷⁾으로 한다는 의미로 보아야 함.

토목공사의 사전적 의미는 목재나 철재, 토석 따위를 사용하여, 도로나 둑, 교량, 항만, 철도, 상하수도 따위를 건설하거나 그것을 유지하기 위한 공사 등을 의미하는데, 가족 납골당은 일반적으로 벽과 기둥, 지붕을 갖춘 일정한 규모의 건물로서의 구조물을 갖추고 그 안에 유골함을 보관하도록 하는 건축공사로 보아야 하고, 설사 토목작업장에 준하는 모든 작업장에서의 사고를 교통재해에서 제외하려는 것이 보험자의 의도였다고 하더라도 「약관규제에 관한 법률」 제5조 제2항에 의거 약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 고객에게 유리하게 해석되어야 하는 바, 납골당 건설시 석공이 대리석을 맞추는 작업을 토목작업장에 포함된다고 해석할 수는 없음.

따라서 본 건 사고가 교통기관에 직무상 관계하는 피보험자의 그 교통기관으로 인한 직무상 사고 여부와 관계없이 교통재해분류표 제4호의 면책요건에 해당되지 아니하므로 교통재해로 인정하여야 할 것으로 판단됨.

라. 결 론

본 건 피보험자가 다친 사고는 당해 보험약관의 교통재해에 해당되므로 피신청인은 교통재해관련 보험금을 지급할 책임이 있다고 판단됨.

2-4 콘크리트 펌프카 충돌사고가 교통재해에 해당하는지 여부

[기각] 본 건 콘크리트 펌프카는 작업을 마치고 이동 중이었고, 사람 또는 물건의 운반에 사용되고 있지도 아니하였으므로, 본 건 사고는 교통재해분류표 제3호에서 규정하고 있는 “교통기관과 유사한 기관이 도로상에서 또는 사람, 물건의 운반에 사용되고 있는 동안이나 도로상을 주행중에 발생한 사고”에 해당된다고 보기 어려움.(2006 5.23. 조정번호 제2006-28호)

97) 1998.10.30. 조정번호 1998-37호.

가. 사실관계

신청인은 1998.9.5. 자신을 보험계약자겸 피보험자로 하여 보험계약⁹⁸⁾을 체결하였음. 일용근로자인 신청인은 2005.4.12. 17:00경 경기도 소재 아파트 건축현장 내의 차량이동로 변에 서 있던 중 작업을 마치고 이동하던 콘크리트 펌프카에 충돌하는 사고가 발생하였음.⁹⁹⁾

신청인은 2005.4.12.~8.18. 기간중 경기도 소재 ○○병원에서 입원치료를 하였고, 같은 해 11.15. 장해진단을 받았는데, 동 장해진단서에는 생명보험 장해등급분류표상 상지는 제5급 2항, 하지는 제5급 3항에 각각 해당된다고 기재되어 있음.

2005.11.18. 신청인의 장해급여금 청구에 대하여 피신청인은 당해 보험약관에서 규정한 교통재해에 해당되지 아니한다는 이유로 평일일반상해 급여금 5백만원을 지급하였음.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

가해차량인 콘크리트 펌프카는 작업장 내에서만 사용, 이동하는 교통기관이 아니며, 신청인은 동 차량과 직무상 관계가 없는 용접일을 하는 일용근로자이고, 작업 중에 발생한 사고도 아니므로 피신청인이 본 건 사고가 “토목작업장의 구내에서 사용되는 교통기관에 직무상 관계하는 피보험자의 그 교통기관으로 인한 직무상 사고”이므로 교통재해가 아니라고 주장하는 것은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

본 건 사고는 토목작업이 수시로 이루어지는 아파트 건설현장에서 발생하였고, 콘크리트 펌프카는 건설현장에서 사용되는 특수차량이며, 신청인은 건설현장에서 용접일을 하는 근로자임. 따라서 본 건 사고는 당해 보험약관에서 규정한 교통재해에 해당되지 아니하므로 교통상해급여금이 아닌 일반상해급여금을 지급하는 것이 타당함.

98) 제5급 장해시 장해보험금 : 일반상해급여금 250만원, 교통상해급여금 500만원.

99) 신청인의 진술에 의하면 신청인은 용접 및 기타 잡무를 하는데, 사고 당일 오전에 용접일을 마치고 오후에는 공사장 출입차량을 체크하는 일을 하고, 사고 시점에는 퇴근을 하려는 중이었다고 함.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 콘크리트 펌프카 충돌사고가 약관상 교통재해에 해당되는지 여부임.

교통재해분류표¹⁰⁰⁾에서 “교통기관”이라 함은 본래 사람이나 물건을 운반하기 위한 것으로 기차, 승용차, 화물자동차 등을 말한다고 열거하고 있으나, 교통기관과 유사한 기관에 대하여는 구체적으로 규정하고 있지 아니함.

본 건 사고차량인 콘크리트 펌프카는 시멘트, 모래 및 물 등이 혼합된 콘크리트를 타설하기 위한 펌프가 탑재된 기계장치로서 본래 사람이나 물건을 운반하기 위한 것은 아니며, 법원 판례에서는 이와 유사한 기계장치인 콘크리트 믹서트럭, 굴삭기, 로우더를 교통기관과 유사한 기관으로 인정한 것에 비추어 보면 교통기관과 유사한 기관으로 보아야 할 것임.

또한, 교통재해분류표에는 도로라 함은 일반의 교통에 사용할 목적으로 공중에서 개방되어 있는 모든 도로라고 규정하고 있는데, 본 건 사고지점은 아파트 건설현장 내 차량의 이동로로서 일반 공중의 접근이 제한된 장소이고 일반의 교통에 사용할 목적으로 공중에게 개방되어 있지 아니하므로 당해 보험약관에서 규정한 도로에 해당된다고 보기는 어려움.

또한, 사고 당시 콘크리트 펌프카는 작업을 마치고 이동 중이었던 바 사람 또는 물건의 운반에 사용되고 있지도 아니하였으므로, 본 건 사고는 교통재해분류표 제3호에서 규정하고 있는 “교통기관과 유사한 기관이 도로상에서 또는 사람, 물건의 운반에 사용되고 있는 동안이나 도로상을 주행 중에 발생한 사고”에 해당된다고 보기는 어렵다고 판단됨.

라. 결 론

그렇다면 본 건 사고는 당해 보험약관에서 규정한 교통상해급여금 지급사유에 해당되는 교통재해로 보기 어렵고, 피신청인의 평일교통상해급여금 지급책임은 없다고 판단됨.

100) 각주 81번 내용 참조.

2-5 자동차리프트 통행로 추락사고가 교통재해에 해당하는지 여부

[기각] 자동차리프트 통행로가 리프트라는 기계장치와 일체를 이루고 있는 반드시 필요한 부속장치라 할지라도 교통기관인 리프트의 역할을 분담하고 있다고 볼 수 없으므로 통행로는 교통기관에 해당하지 않으며, 통행로를 교통기관으로 보지 않는 이상 피보험자가 운행중인 교통기관에 탑승하고 있었다고 할 수 없음.(2007.4.24. 조정번호 제2007-55호)

가. 사실관계

신청인은 1999.7.26. A씨를 피보험자로 하는 교통상해보험 계약¹⁰¹⁾을 체결하였음. 피보험자는 2006.12.26. 서울특별시 소재 ○○빌딩 주차관리요원으로 근무하던 중, 자동차리프트 주차장에서 차량 출차를 위해 리프트 버튼을 눌렀으나 리프트가 작동하지 않자 반대편 통로에 있던 컨트롤 박스를 확인하기 위해 리프트 통행로를 걸어가다 발을 헛딛어 약 5미터 아래로 추락함. 피보험자는 서울특별시 소재 A병원으로 후송되어 치료중 같은 날 사망함.

피신청인은 본 건 사고는 교통재해가 아닌 일반재해에 해당한다며 2007.2.14. 평일일반재해사망보험금(2천만원)을 지급함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

본 건 사고는 당해 보험약관에서 정하고 있는 운행중인 교통기관에 탑승하고 있는 동안 피보험자가 입은 재해에 해당하므로 피신청인은 평일기타교통재해사망보험금을 지급하여야 함.

(2) 피신청인의 주장

피보험자는 운행중인 자동차리프트가 아닌 통행로를 지나가다 추락하여 사망하였는 바, 통행로는 자동차리프트와 달리 당해 보험약관에서 정하고 있는 교통기관에 해당되지

101) 평일일반재해사망보험금 2천만원, 평일기타교통재해사망보험금 8천만원.

않으며, 당해 사고가 교통재해로 인정되기 위해서는 교통승용구 또는 교통과 어느 정도 관련성이 있어야 하겠으나, 자동차리프트의 통행로에서 추락하여 사망한 사고는 운행중인 교통기관과의 관련성이 없어 평일기타교통재해사망보험금 지급을 요구하는 신청인의 주장을 수용할 수 없음.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 자동차리프트 통행로에서 추락하여 사망한 경우 교통재해에 해당하는지 여부라 할 것임.

신청인은 본 건 사고가 당해 보험약관에서 정하고 있는 운행중인 교통기관에 탑승하고 있는 동안 피보험자가 입은 재해에 해당한다고 주장하나, 다음과 같은 점에 비추어 위 주장은 이유 없음.

자동차리프트 통행로가 리프트라는 기계장치와 일체를 이루고 있는 반드시 필요한 부속장치라 할지라도 교통기관인 리프트의 역할을 분담하고 있다고 볼 수 없으므로 통행로는 교통기관에 해당하지 않으며, 통행로를 교통기관으로 보지 않는 이상 피보험자가 운행중인 교통기관¹⁰²⁾에 탑승하고 있었다고 할 수 없음.

또한, 법원 판결은 “탑승을 하면 탑승자는 독립적으로 활동하는 상태가 아니라 교통기관의 이동에 따라 함께 이동하는 상태가 되어야 한다”라고 판시¹⁰³⁾하고 있어, 본 건에서 자동차리프트 통행로를 걷는 것은 교통기관에 탑승하고 있는 것으로 보기는 어려움.

라. 결 론

그렇다면 피신청인이 신청인에게 평일기타교통재해사망보험금이 아닌 평일일반재해사망보험금을 지급한 업무처리가 부당하다고 보기 어려움.

102) “교통기관”과 관련한 약관내용에 대하여는 각주 81번 내용 참조.

103) 서울지법 2001가단178734

2-6 폐선박 정리 중 발생한 추락사고가 교통재해에 해당하는지 여부

[인용] 피보험자는 폐선박 정리작업을 위해 폐선박에 승선하여 다른 폐선박을 밀다 해상에 추락하여 사망하였는데, 한국표준질병사인분류에서 정한 ‘선박사고가 없는 수상운수 관련 익수(V92)’에 ‘선박에서 추락과 같은 사고로 인한 익수’가 포함되어 있으므로 본건 사고는 특정 사고보장특약 약관의 항공기·선박철도에 의한 교통재해분류표에서 정한 수상운수사고에 해당하여 특정사고 사망보험금의 지급책임이 있음.(2008.4.29. 조정번호 제2008-31호)

가. 사실관계

신청인은 1999.4.19. 피신청인과 상해보험계약¹⁰⁴⁾을 체결하였음. 피보험자는 2007.7.3. 부친이 운영중인 선박해체 사업장에서 폐선박의 정리작업을 위해 폐선박에 승선하여 다른 폐선박을 밀다 폐선박 사이가 점점 벌어지면서 몸을 지탱하지 못하고 해상에 추락함.

피보험자는 같은 날 ○○대학교병원으로 후송되었으나 이미 병원도착전 사망상태로서 위 병원의 시체검안서상 사망의 직접사인은 익사임.

신청인은 2007.7.11. 보험금을 청구하였으나 피신청인은 본건 사고는 일반재해에 해당한다며 같은 해 9.4. 일반재해사망보험금 2천만원만 지급하고 특정사고사망보험금 지급을 거절함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

피보험자는 선박에 승선하여 작업중 해상에 추락하여 사망한 것으로 당해 약관에서 정한 수상운수사고에 해당함에도 피신청인이 특정사고사망보험금을 지급하지 아니하고 일반재해사망보험금만 지급하는 것은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

본건 사고는 단순 추락사고로 당해 약관에서 규정한 “운행중 교통사고”에 해당하지

104) 일반재해사망보험금 2천만원, 특정사고사망보험금 5천만원.

아니하며, 당해 보험 특정사고보장특약 약관의 항공기·선박·철도에 의한 교통재해분류표의 수상운수사고에도 해당하지 아니하여 일반재해사망보험금만 지급한 업무처리는 부당하지 아니함.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 본건 사고가 당해보험 특정사고보장특약 약관의 항공기·선박·철도에 의한 교통재해분류표중 “수상운수사고”에 해당하는지 여부라 할 것임.

피신청인은 본건 사고는 단순 추락사고로 당해 보험약관에서 규정한 “운행중 교통사고”에 해당하지 아니하며, 당해 보험 특정사고보장특약 약관의 항공기·선박·철도에 의한 교통재해분류표의 수상운수사고¹⁰⁵⁾에도 해당하지 아니한다고 주장하나, 다음과 같은 점에 비추어 위 주장은 이유 없음.

① 피신청인은 본건 사고가 “운행중의 교통사고”에 해당하지 아니한다고 주장하나, 당해 보험 (무)특정사고보장특약 약관은 운행중의 교통사고에 대하여 규정한 바 없고, 본 건의 쟁점은 당해 사고가 항공기·선박·철도에 의한 교통재해중 수상운수사고에 해당

105) 당해 보험의 약관 규정은 다음과 같음.

제3조(보험금의 지급사유) ① 이 특약의 보험기간중 피보험자가 다음 사항중 한 가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 특약보험가입금액의 5배액을 특정사고 사망보험금으로 드립니다.

2. 별표4에서 정하는 항공기·선박·철도에 의한 교통재해로 인하여 사망하였거나 장해분류표 중 제1급의 장해상태가 되었을 때

<별표4> 항공기·선박·철도에 의한 교통재해분류표

이 보험에서 항공기·선박·철도에 의한 교통사고라 함은 분류표에 따른 항공 및 우주운수사고, 수상운수사고, 철도사고를 말합니다.

(수상운수 사고)

- ① 익수의 원인이 된 선박사고(V90)
- ② 기타 손상의 원인이 된 선박사고(V91)
- ③ 선박사고가 없는 수상운수 관련 익수(V92)¹⁾
- ④ 익수의 원인이 아닌 선박사고가 없는 선상사고(V93)
- ⑤ 기타 및 상세불명의 수상운수 사고(V94)

하는지 여부라 할 것이며, 「한국표준질병사인분류표」 “XX. 질병이환 및 사망의 외인”의 “선박사고가 없는 수상운수 관련 익수(V92)”를 “선박에서 추락과 같은 사고로 인한 익수” 등으로 규정하고 있는 점.

② 피신청인은 사고선박이 폐선박으로 운행성을 상실하여 교통기관으로서의 기능을 할 수 없는 폐기처분을 위해 정박해 놓은 폐기물에 불과하다고 주장하나, 본건 사고선박이 폐선박이라 할지라도 물의 부력에 의하여 이동이 가능하여 선박의 기능을 완전히 상실하였다고 보기 어려우므로 당해 약관에서 규정한 선박이 아니라고 할 수 없는 점.

따라서, 피보험자는 폐선박의 정리작업을 위해 폐선박에 승선하여 다른 폐선박을 밀던 중 해상에 추락하여 사망하였는 바, 본건 사고는 「한국표준질병사인분류표」에서 정한 “선박사고가 없는 수상운수 관련 익수(V92)”의 “선박에서 추락과 같은 사고로 인한 익수”로 당해 보험 특정사고보장특약 약관의 항공기·선박·철도에 의한 교통재해분류표에서 정한 수상운수사고에 해당하는 것으로 판단됨.

라. 결 론

그렇다면 피신청인은 신청인에게 특정사고 사망보험금을 지급할 책임이 있다고 판단됨.

2-7 땅콩보트를 타던 중 발생한 사고가 교통재해에 해당하는지 여부

[기각] 당해 보험약관 「교통재해분류표」에서 정하는 교통기관이라 함은 본래 사람이나 물건을 운반하기 위한 것으로 교통재해분류표에 명시된 교통기관을 의미하고, 명시된 교통기관에는 요트, 모타보트, 보트 등이 포함되어 있는데, 본 건 신청인이 탑승한 땅콩보트는 땅콩 모양의 튜브로 자체 동력 없이 모터보트 등에 로프로 연결되어 수면 위를 이끌려 가는 것으로써 일반적으로 물위에 떠 있기 위해 이용하는 튜브와 유사하므로 교통기관의 정의를 충족하고 있다고 보기 어려움.(2010.11.23. 조정번호 제2010-99호)

가. 사실관계

신청인은 2005.4.12. 자신을 피보험자로 하는 보험계약¹⁰⁶⁾을 체결하였음. 신청인은 일요일이던 2008.8.24. 땅콩보트를 타다가 충돌사고를 당해 같은 해 8.26.~11.20. 기간중 좌측 장골 및 천추골절로 ○○병원에 입원하였으며, 2010.6.22. ◇◇병원에서 좌측 고관절 운동제한으로 후유장해 진단을 받았음.

이에 대하여 2010.6.25. 피신청인은 일반재해장해급여금(540만원)을 지급하였고, 같은 해 9.28. 신청인은 분쟁조정을 신청함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

이 건 피보험자가 땅콩보트를 타던 도중 정박해 있던 보트와 충돌하는 사고로 인하여 후유장해 진단을 받았음에도 피신청인이 교통재해 장해급여금을 지급하지 않는 것은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

이 건 피보험자가 탑승 하였던 땅콩보트는 땅콩모양의 튜브를 모터보트나 제트스키에 줄로 연결하여 수면위로 끌고 가는 레저기구로 그 명칭만 보트 일뿐 일반적인 튜브와 다를 바가 없으며, 당해 보험약관에서 정한 교통기관의 정의(본래 사람이나 물건을 운반하기 위한 것)에도 해당되지 않으므로 일반재해 장해급여금을 지급한 것임.

(3) 신청인의 사고발생 경위

2009.9.18.자 산업재해보상보험 요양급여신청서 상 작성된 재해원인 및 발생사항에 의하면 당해 사고는 2008.8.24. △△광역시 소재 공원내 저수지에서 직원결속을 위한 야유회를 실시하는 도중 신청인을 포함하여 2인1조 형태로 땅콩보트를 타던 도중 정박해 있던 보트와 충돌하면서 사고가 발생한 것으로 확인됨.

106) 일반재해장해급여금 540만원, 휴일교통재해 장해급여금(주계약) 2,160만원, 휴일교통재해 장해급여금(新휴일교통재해장해특약) 750만원.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 땅콩보트를 타던 중 발생한 사고를 교통재해로 인정할 수 있는지 여부라 할 것임.

당해 보험약관 “교통재해분류표”에서 정하는 교통기관이라 함은 본래 사람이나 물건을 운반하기 위한 것으로 교통재해분류표에 명시된 교통기관을 의미하고 있는데, 이 건 신청인이 탑승한 땅콩보트는 땅콩 모양의 튜브로 자체 동력 없이 모터보트 등에 로프로 연결되어 수면 위를 이끌려 가는 것으로 이러한 땅콩보트가 당해 보험약관의 교통재해분류표에서 정하고 있는 교통기관에 해당되는지의 여부에 대해 살펴보면, 우선 당해 보험약관 교통재해분류표에서 교통기관으로 예시하고 있는 3가지의 유형 중 ③항의 선박과 관련해서는 요트·모터보트·보트 등을 포함하는 것으로 분류하고 있는데, 그 사전적 의미(국립국어원 표준국어대사전)에 대해 보면 “요트(yacht)”는 유람·항해·경주 따위에 쓰는 속도가 빠른 서양식의 작은 배를, “모터보트(motorboat)”는 내연 기관의 모터를 추진기로 사용하는 보트를, “보트(boat)”는 노를 젓거나 모터에 의하여 추진되는 서양식의 작은 배를 의미하고 있는 점을 감안하면, 이 건 신청인이 탑승한 땅콩보트는 일반적으로 물위에 떠 있기 위해 이용하는 튜브와 유사 하므로 교통재해분류표에서 정하고 있는 교통기관의 정의를 충족하고 있다고 보기 어려움.

또한, 당해 보험약관에서 정하고 있는 교통사고는 운행의 요건을 전제로 하고 있는데, 자동차손해배상법상 “운행”이라 함은 교통기관을 당해 장치의 용법에 따라 사용 또는 관리하는 것으로 규정하고 있으며, 앞서 언급한 “당해 장치”의 의미에 대해 대법원은 교통기관에 계속적으로 고정되어 있는 장치로 교통기관의 용도에 따라 그 구조상 설비되어 있는 당해 교통기관 고유의 각종장치를 말하는 것으로 화물차의 적재함 옆에 임시적으로 설치한 발판은 당해 장치에 해당되지 않는다고 판단¹⁰⁷⁾하였던 점을 감안할 때 이 건 땅콩보트를 모터보트에 계속적으로 고정된 장치로 보기 어렵고 모터보트 구조상 설비되어 있는 장치로도 보기 곤란함.

한편, 사회통념상으로도 바나나 모양의 고무보트에 매달려 타는 것은 바나나보트이며,

107) 대법원 2004.7.9. 선고 2004다20340, 20357 판결 참조.

땅콩보트는 2인승 바나나보트라고 알려져 있는데, 이는 동력기관의 기계장치 구조 등에 의해 그 이름이 부여되기 보다는 튜브 모양에 따라 이름이 부여되는 것으로 단지 보트라는 이름을 사용한다고 하여 교통기관의 정의를 충족하고 있다고 보기 어려우며, 이러한 해석이 보험계약자 또는 수익자의 객관적이고 합리적인 기대를 존중하지 않는다고 볼 여지가 적음.

라. 결 론

그렇다면 이 건 땅콩보트 충돌 사고로 인한 후유장해 진단에 대하여 일반재해장해 급여금을 지급한 피신청인의 처리를 부당하다 할 수는 없다 할 것임.

2-8 에스컬레이터 주변에서 발생한 사고가 교통재해에 해당하는지 여부

[기각] 피보험자가 매장 내에 설치된 에스컬레이터 설비의 하나인 승강장 디딤판을 완전히 벗어나 넘어진 것으로 확인되고, 에스컬레이터에 탑승하여 내려오는 과정 또는 승강장 디딤판을 벗어나기 전에 넘어지거나 하는 등의 불의의 사고가 발생하지 않았으며, 사고장소에서 넘어지게 된 원인도 교통기관인 에스컬레이터와는 무관하게 매장 내 바닥에 떨어진 욕실화 걸이를 밟음으로써 발생하였던 점 등을 감안할 때 당해 피보험자의 사고를 이 보험약관에서 정한 교통재해에 해당된다고 인정하기는 어렵다 할 것임.(2011.1.25. 조정번호 제2011-4호)

가. 사실관계

신청인은 2008.3.17. 자신을 피보험자로 하여 피신청인과 건강보험계약¹⁰⁸⁾을 체결하였음. 신청인은 2010.1.13. 에스컬레이터 앞에서 넘어지는 사고를 당하여, 같은 해 8.14. ○○대병원에서 제2요추 압박골절로 인한 후유장해 진단¹⁰⁹⁾을 받고, 8.17. 교통재해장해급여금을 청구함.

108) 일반장해급여금 3백만원, 교통장해급여금 6백만원.

109) 단순 측면 방사선 사진상 약 6도의 후만각 관찰.

피신청인이 2010.8.26. 교통재해이외의 재해장해급여금을 지급하자, 같은 해 9.2. 신청인은 교통재해장해급여금을 재청구하였고, 이에 피신청인이 지급 불가를 안내하자(9.10.) 신청인은 분쟁조정을 신청함(11.18).

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

이 건 피보험자가 에스컬레이터를 이용하던 중 에스컬레이터 바로 앞에 떨어진 옷걸이를 밟고 넘어지는 사고가 발생하였고, 이로 인하여 제2요추 골절로 진단받고 후유장해를 입었음에도 피신청인이 교통재해장해급여금을 지급하지 않는 것은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

이 건 피보험자는 서울 **구 소재 ○○쇼핑센터내 매장 3층에서 2층으로 내려오는 에스컬레이터에서 내린 후, 교통기관으로 정의하고 있는 에스컬레이터와는 상관없이 다른 매장으로 가기 위해 보행을 하던 중 매장 바닥에 떨어진 욕실화 걸이를 밟아 넘어지는 사고가 발생하였으므로 당해 보험약관에서 정하고 있는 교통재해장해급여금의 지급은 불가함.

(3) 사고경위

서울 **구 소재 ○○쇼핑센터에서 작성한 사고보고서에 의하면 피보험자는 2010.1.13. 14:25경 2층 내부 무빙워크 앞 보행 중 이물질(욕실화 걸이)을 밟고 넘어졌으며, 사고발생의 원인을 매장 바닥에 있던 욕실화 걸이로 보았고, 동종 사고의 예방대책 일환으로 전 직원을 대상으로 하여 매장 바닥의 이물질 제거를 철저히 하도록 교육하겠다고 작성되어 있음.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 피보험자의 사고가 당해 보험약관에서 교통기관으로 분류하고 있는 에스컬레이터로 인해 발생하였는지의 여부라 할 것임.

이 건 피보험자의 사고경위에 대하여 그 관련성 여부를 다투고 있는 에스컬레이터(escalator)는 사람이나 화물을 자동적으로 위·아래층으로 오르내릴 수 있도록 만든 계단 모양의 장치로 그 구조상 계단에 해당하는 디딤판이 있고, 각각의 디딤판은 좌·우 양쪽의 작은 롤러에 의해 디딤판 레일 위를 구르게 되어 있으며, 타는 곳과 내리는 곳을 승강장 디딤판(고정된 수평바닥)이라고 하는데, 당해 보험약관의 교통재해분류표¹¹⁰⁾에서 교통기관으로 분류하고 있음은 이론의 여지가 없는 사실임.

다만, 신청인은 사고당시 에스컬레이터 철판에 나머지 한발이 걸쳐진 상태에서 철판을 벗어나기 위해 발을 떼었으나 땅에 착지하기 전에 넘어졌으며, 이는 에스컬레이터 탑승의 연장선에 놓여 있었던 것임을 쉽게 알 수 있음에도 피신청인이 교통재해장해급여금의 지급을 거절하고 있는 것은 부당하다고 주장하므로 살펴보건대, 피보험자의 사고발생 경위를 실질적으로 확인할 수 있는 사고당시의 폐쇄회로텔레비전(CCTV, 2010.1.13. 14:08부터 사고발생전후의 모든 과정이 녹화)을 보면, 피보험자는 서울 ** 소재 ○○쇼핑센터 매장내에 설치된 에스컬레이터에 탑승하여 내려왔으며 에스컬레이터 구조상 설비의 하나인 승강장 디딤판을 완전히 벗어나 넘어진 것으로 확인되는 점, 피보험자가 에스컬레이터에 탑승하여 내려오는 과정 또는 승강장 디딤판을 벗어나기 전에 넘어지거나 하는 등의 불의의 사고가 발생하지 않았던 점, 피보험자가 동 사고 장소에서 넘어지게 된 원인도 교통기관인 에스컬레이터와는 무관하게 매장 내 바닥에 떨어진 욕실화 걸이를 밟음으로써 발생하였던 점 등을 감안할 때 당해 피보험자의 사고를 이 보험약관에서 정한 교통재해에 해당된다고 인정하기는 어렵다 할 것임.

또한, 운행 중인 교통기관에 탑승하고 있을 때 발생한 사고의 보장여부에 대한 판단을 함에 있어 법원은 “운행중인 교통수용구에 타고 있을 때 발생한 사고는 그 사고가 적어도 교통수용구 또는 교통과 어느 정도 관련성이 있어야 한다고 해석함이 상당하고, 그 교통수용구가 폭발, 추락하는 등과 같이 운행 중인 교통수용구 자체에 의하여 발생한 또는 그 교통수용구에 다른 교통수용구가 충돌하거나 외부에서 그 교통수용구에 낙하물이 떨어지는 등과 같이 운행 중인 교통수용구에 대하여 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 인한 손해를 배상한다는 취지로 해석¹¹¹⁾하고 있는 점을 감안할 때 이건 피보험

110) 각주 81번 내용 참조.

자의 사고가 탑승하였던 에스컬레이터의 충돌 등에 의해 발생하지 않았던 점, 탑승의 사전적 의미는 배나 비행기, 차 따위에 올라타는 것을 전제로 하고 있는데 피보험자가 에스컬레이터를 타고 내려왔고 승강장 디딤판을 완전히 벗어나 매장 내 지면에서 보행동작이 이어졌고 그 후에 사고가 발생하였던 점을 보면 당해 피보험자가 운행 중인 에스컬레이터에 탑승하고 있는 동안 사고가 발생하였다고 인정할 수 없는 점, 더 나아가 에스컬레이터가 개찰구를 갖는 교통기관은 아니지만 승강장 구내(개찰구의 안쪽)에서 일어난 사고인지를 보더라도 에스컬레이터 설비상의 구조를 완전히 벗어나서 사고가 발생하였던 점을 볼 때 이 건 피보험자의 사고가 당해 보험약관에서 정한 교통재해의 정의를 충족하고 있지 못한 것으로 판단함이 타당할 것임.

라. 결 론

그렇다면 이 건 피보험자의 사고에 대하여 교통재해를 인정하지 않고 교통재해 이외의 재해장해급여금을 지급한 피신청인의 처리를 부당하다 할 수는 없을 것임.

111) 서울고등법원 2003.7.10. 선고 2002나67972 판결 등 참조.

제2절 신체장해

2-9 타인과의 몸싸움과 장애1급과의 인과관계 여부

[인용] 몸싸움 등으로 인한 정신적인 스트레스 등이 체질적인 요인과 겹쳐서 어떤 질병을 유발 또는 악화시켰다면 이는 경미하지 않은 외래의 충격으로서 장애와 인과관계가 있다할 것이므로 장애연금을 지급하여야 함.(1999.7.27. 조정번호 제99-29호)

가. 사실관계

신청인의 처 A씨는 1997.10.28. 자신을 계약자 및 피보험자로 하여 피신청인과 보상보험 등 3건의 보험계약을 체결하여 유지하여 오다가 1998.8.17. 자신이 운영하던 상점 앞에서 종업원과 말다툼을 하다 쓰러져 ○○병원으로 옮겨져 같은 날 뇌지주막하출혈로 진단받고 즉시 ◇◇병원으로 전원되어 같은 해 11.21.까지 입원치료를 받음.

1999.3.11. ◇◇병원으로부터 뇌동맥류의 파열로 인한 거미막하출혈과 좌측 측두두정골 경색으로 인한 우측 편부전마비의 병명으로 장애1급 진단을 받음.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

피보험자가 종업원과 말다툼과 몸싸움을 하다가 넘어져 우측 편부전 마비 및 실어증의 후유장애가 발생하였으므로 재해로 인정하고 재해장애연금을 지급하여야 함.

(2) 피신청인의 주장

피보험자의 후유장애를 야기시킨 뇌지주막하출혈은 대부분 갑자기 발병하는 급성질환이 아니라 만성적 또는 선천적 질병이며, 피보험자는 진단서상 외상이 없었던 점으로 볼 때 체질적요인에 의한 뇌출혈로 봄이 타당하므로 외상에 의한 재해로 인정할 수 없음.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 감정적 흥분을 동반한 몸싸움과 장애(1급)와의 인과관계 여부임.

신청인의 신청서, 장애진단서, 진료확인서, 진료소견서, 의료자문 회신서 및 피신청인의 의견서 등 관련자료 일체를 종합하여 감정적 흥분을 동반한 몸싸움과 장애(1급)와의 인과관계 여부를 살펴건대, ◇◇병원에서 발급한 장애진단서에 의하면 혈관경축으로 인한 우측 편부전마비로 옷입고 벗기 등 개인위생을 포함한 많은 영역에서 계속적인 간호가 필요하고 심한 언어장애로 인하여 일상생활에서 의사소통을 하는데 상당한 제약이 있을 뿐만 아니라 현재의 장애상태가 향후에도 영구히 지속될 것으로 판단하여 장애1급을 판정하였음. 이는 해당 약관(무배당사랑보험 및 차차차교통안전보험) 장애분류표의 장애 제1급 제3호에 해당되고 이에 대하여는 당사자간에 다툼이 없음.

피보험자가 말다툼과 몸싸움을 하다가 넘어져 장애상태가 발생하였으므로 재해로 인정하여야 한다는 신청인의 주장에 대하여 살펴보면, 1999.4.26. ◇◇병원 및 1999. 6.14. ○○병원에서 발급한 진료소견서에 의하면 피보험자의 현재 장애상태는 뇌동맥류파열로 인한 뇌지주막하출혈에 기인한 것으로 보고 있음. 나아가 뇌지주막하출혈은 일종의 뇌혈관 질환인 뇌동맥류의 파열에 의하여 대부분 발생하고 무거운 물건을 드는 것과 같은 육체적 노동, 배변, 성행위, 외상, 감정적 흥분, 스트레스 등이 기존의 뇌동맥류를 파열시키는 촉발요인으로 작용할 수 있음을 들고 있음. 그리고 피보험자는 발병 당시 말다툼과 몸싸움이 있었으며 이러한 사실이 뇌지주막하출혈이 발병하는데 촉발요인으로 작용하였을 것으로 보고 말다툼과 감정적인 흥분을 동반한 몸싸움과 장애상태는 상당한 인과관계가 있다고 기술하고 있음. 위원회 자문위원인 전문의 의료자문서의 내용도 상기 기술내용과 부합되고 있고 여타의 반증도 없음.

한편 피신청인은 피보험자의 후유장애를 야기시킨 뇌지주막하출혈은 대부분 갑자기 발병하는 급성질환이 아니라 만성적 또는 선천적 질병일 뿐만 아니라 사고 3일전 의식을 잃었던 점 및 외상이 없었던 사실로 미루어 볼 때 장애상태는 재해가 아닌 체질적요인에 기인한 것이라는 주장을 하므로 이에 대하여 살펴보면, 해당 약관에서 재해란 우발적인 외래의 사고(다만, 질병 또는 체질적요인이 있는 자로서 경미한 외부요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화되었을 때에는 그 경미한 외부요인은 우발적인 외

래의 사고로 보지 아니함)로서 재해분류표에 의한 사고를 말한다고 규정되어 있음.

○○병원의 진료소견서에 의하면 피보험자가 평소 뇌동맥류 증세가 있었고 감정적 흥분 등이 뇌동맥류과열을 초래한 근본적인 원인이라고 할 수 없으나 촉발요인으로 작용한 것으로 보고 있음. 또한 판례¹¹²⁾ 및 조정례¹¹³⁾에 의하면 몸싸움 등으로 인한 정신적인 스트레스 등이 체질적인 요인과 겹쳐서 어떤 질병을 유발 또는 악화시켰다면 이는 경미하지 않은 외래의 충격으로서 그 인과관계가 있다고 보고 있고 전문의의 의견도 그러한 내용과 부합됨. 동 장애상태가 외상이 아닌 감정적 흥분, 스트레스 등에 의해 촉발될 수 있음을 이미 지적한 바 외상이 없다는 이유만으로 재해로 인정할 수 없다는 피신청인의 주장은 타당하지 않음.

라. 결 론

피보험자의 장애상태는 감정적 흥분을 동반한 몸싸움과 상당부분 인과관계가 있다고 인정되므로 피신청인은 수익자에게 장애연금을 지급하여야 함.

2-10 의사가 자신에게 투약하여 식물인간 상태가 된 경우 재해사고 해당 여부

[인용] 보험약관에 의하면 재해라 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)로서 재해분류표에 따른 사고를 말한다”라고 규정되어 있는 바, 약물중독의 입증이 없는 상태에서 의사인 피보험자가 자신에게 약물을 투약하여 발생한 장애는 내과적 치료중 우발적·외래적으로 발생한 재해사고에 기인한 것으로 재해분류표상 “치료시 부작용을 일으키는 약물에 의한 사고” 또는 “의도 미확인 사건”에 해당된다고 판단됨.(2000.8.23. 조정번호 제2000-39호)

가. 사실관계

112) 대법원 1995.3.14. 선고 94누7935 판결 참조.

113) 1998.5.29. 조정번호 제1998-19호.

신청인(○○협회)은 1999.3.18. A씨(병원장·이사장, 일반외과 전문의)를 피보험자겸 수익자로 하여 상해보험에 가입함. 피보험자는 1999.3.19. 15:30경 본인의 구술처방하에 간호사로부터 바륨¹¹⁴⁾ 20mg을 주사기로 투여받고, 1시간이 지난 후 바륨 20mg을 재투여 받았으며, 20분정도 지난 후 또 다시 본인의 처방하에 간호사로부터 포폴¹¹⁵⁾ 15cc정도를 주사기로 투여받음.¹¹⁶⁾

이후 3~5분 사이에 피보험자 맥박이 이상하여 응급조치하였으나 혼수상태로 저산소성 뇌손상이 발생, 식물인간 상태에 이름.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

피보험자는 병원장이며 이사장으로서 병원의 진료업무와 병원경영의 과중한 업무에 힘들어 하고 스트레스를 받고 있었음. 사고 당일에도 그 동안 쌓인 스트레스와 전날 야간당직 진료후의 피로, 무리한 업무수행으로 인한 긴장, 두통, 불안감을 극복하기 위하여 간호사로부터 본인의 처방하에 본건 약물을 투여받았으나 그 후 약물부작용으로 쇼크에 빠지게 된 것임. 따라서 이는 정당한 내과적 치료중 우발적으로 발생한 약물 부작용으로 인한 환자의 재난임. 또한, 본건 사고는 특별약관에서 정한 산업재해보상보험법상의 업무상 재해에 해당한다고 볼 수 있음.

(2) 피신청인의 주장

피보험자가 평소 잠이 안오면 바륨을 주사 맞았던 경험이 있고, 간호사의 확인내용에 의하면 사고일 그 이전에도 잠이 안 온다고 하여 피보험자 본인의 구술처방하에 바륨을 2회 주사한 사실이 있는 바, 약물에 대한 지식을 갖고 있는 의사가 본인의 불면증에 대

114) 바륨(디아제팜)은 벤조다이아제핀계의 일종으로 통상 불안, 긴장, 골격근 경련의 완화 등 경련성장에 의 치료와 마취전 또는 마취의 목적으로 사용되는 약제임.

115) 포폴은 전신마취의 유도 및 유지 등을 위해 흔히 사용되는 마취제임.

116) 피보험자는 본건 사고일 이전인 1999.2.18 및 2.19.에도 본인이 처방하여 간호사로부터 바륨을 10mg 씩 주사기로 투여받은 사실이 있음.

한 처방으로써 정상인의 경우 도저히 처방할 수 없는 과용량의 중추신경계 억제효과가 있는 진정제(바륨)와 마취제(포폴)를 주사맞은 사실은 이미 피보험자가 진정제에 대한 상당한 남용상태에 있었다 할 것임. 그렇다면 본건 사고는 약물남용(중독) 상태에서 약물과용에 의한 사고로 판단되므로 피보험자의 장해원인을 재해로 인정할 수 없음.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 본건 약물투여 사고가 재해사고에 해당하는지 여부라 할 것임.

(1) 피보험자의 장해원인이 당해 보험약관상의 재해사고에 해당하는지 여부

당해 보험약관 제9조 제1항 제3호에 의하면 “피보험자가 보험기간 중 별표A(재해분류표)에서 정하는 재해로 인하여 장해분류표 중 제1급 내지 제6급의 장해상태가 되었을 때” 상해급여금을 지급한다고 규정되어 있고, 재해분류표상 “재해라 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)로서 재해분류표에 따른 사고를 말한다”라고 규정되어 있음.

피신청인은 피보험자의 장해가 약물중독(바륨 중독) 상태에서 약물과용으로 인한 사고라고 주장하나, 아래와 같은 점에 비추어 볼 때 피보험자의 장해는 내과적 치료중 우발적·외래적으로 발생한 재해사고에 기인한 것으로 재해분류표상 “치료시 부작용을 일으키는 약물에 의한 사고” 또는 “의도 미확인 사건”에 해당된다고 판단됨.

① 피보험자가 1999.2.18, 2.19. 바륨 10mg씩을 투여받은 과거력은 있으나 이러한 사실만으로 약물 중독이 생겼다고 단정하기 어려운 점.

② 바륨과 포폴 모두 약물의 특성상 환자개인에 따라 그 사용량의 범위가 넓기 때문에 본건 사용량이 치료범위를 넘은 약물과용이라고 단정하기 어렵고, 동 약물로 인한 사고는 당해 보험약관상의 재해사고에 해당되는 점.¹¹⁷⁾

117) 바륨 및 포폴은 당해 보험약관의 재해분류표상 “치료시 부작용을 일으키는 약물, 약제 및 생물학 물질(Y40~Y59)”에 각각 Y47.1 및 Y48.2로 해당됨.

③ 바륨과 포폴 사용량이 통상의 사용수준을 넘어 사고가 발생하였다 할지라도 이러한 사고가 불의인지 의도적인 자해인지가 명확하지 않은 점.¹¹⁸⁾

(2) 피보험자의 장해가 특별약관상의 업무상의 재해에 해당하는지 여부

당해 산업재해보상특약 약관 제3조 제1항 제1호에 의하면 “회사는 피보험자가 보험기간 중 산업재해보상보험법에 규정된 업무상의 사유¹¹⁹⁾에 의하여 장해상태가 되었을 때 상해급여금을 지급합니다.”라고 규정되어 있음.

피보험자가 자신에게 약물을 투여한 행위를 업무라고 보기 어렵고, 가사 업무에 해당한다 할지라도 업무상 재해를 인정하기 위해서는 업무와 재해발생 사이에 인과관계가 있어야 하고 이를 주장하는 측에서 입증하여야 하는 바, 피보험자가 병원운영 및 진료행위를 하면서 막연히 스트레스를 받거나 과로를 호소하였다 하더라도 피보험자의 재해발생이 약물부작용 혹은 의도미확인 사고에 주요 원인이 있는 이상 업무와 본건 사고와의 사이에 인과관계가 있다고 추단하기에는 어려우므로 특별약관이 정한 산업재해에 해당된다고 볼 수 없음.

라. 결 론

피보험자의 장해원인이 당해 보험약관상의 재해에 해당된다고 할 것이므로 피신청인은 해당 보험약관 규정에 따라 관련 보험금을 지급하여야 함.

2-11 지병에 의한 졸중풍이 재해에 해당하는지 여부

[기각] 뇌경색(졸중풍)은 외래의 사고로 인해 발병되는 것이 아니라 고혈압, 당뇨, 고지혈증 등의 질병에 의해 발병된다는 것이 의학적인 견해이고, 과도한 정신적 충격, 스트레스 등에 의해 졸중풍, 심장질환 등이 발병하여 장애를 입는 경우 당해 장애가 보험약관에서 담보하는

118) 당해 보험약관의 재해분류표에는 한국표준질병사인분류상의 「의도 미확인 사건(Y10~Y34)」이 포함되어 있음.

119) “업무상의 재해”라 함은 업무상의 사유에 의한 근로자의 부상, 질병, 신체장해 또는 사망을 말함.

우발적인 외래의 사고로 인하여 발생하였다고 하는 점은 이를 주장하는 자가 입증하여야 하므로 이러한 입증이 없다면 졸중풍은 외래의 사고로 인해 발병한 것이 아니라 고혈압 등의 질병에 의해 발병하였다고 보아야 함.(2000.8.23. 조정번호 제2000-48호)

가. 사실관계

신청인은 1982.4.28.~1996.11.12. 기간중 자신을 피보험자로 하여 여러 건의 보험에 가입한 후 1996.11.19. ○○경찰서 청소부로 일하던 중 형사과장의 지갑분실 사건과 관련하여 의심을 받음. 그 후 같은 달 26일 신청인은 ○○병원에서 졸중풍 진단을 받고, 동 병원에서 1996.11.28.~1997.1.16. 기간중 입원치료를 받음.

1997.7.8. 신청인은 ◇◇병원에서 중추성 뇌병변으로 인한 후유장애 3급 장애진단을 받고, 같은 달 10일 재해장해보험금을 청구하자, 피신청인은 일반질병장애 3급을 인정하여 보험계약에 대하여 보험료를 납입면제 처리하였고, 재해장해보험금 지급대상이 아니라고 통보함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

경찰서 청소업무를 수행하던중 형사과장의 지갑이 분실되면서 도둑으로 의심받아 형사과장으로부터 일주일 정도 협박과 폭언에 의한 추궁을 받다보니 심한 고열과 두통이 생기고 졸중풍이 발병한 후 후유장애가 발생함. 따라서 동 장애는 정신적인 충격에 의해 발생한 약관상 우발적인 외래의 사고에 의한 장애이며, 이러한 사고이전에는 건강한 상태에 있었으므로 피신청인은 재해장해보험금을 지급하여야 함.

(2) 피신청인의 주장

신청인이 재해라고 주장하는 경찰서 형사과장의 협박 및 폭언 등이 있었는지에 대한 객관적인 입증이 없을 뿐만 아니라 그러한 정도의 긴박감 내지 스트레스는 일상생활에서 흔히 겪을 수 있는 상황으로 이는 통상인에게 뇌혈관 또는 심장질환을 유발한다고 보기 어려움. 또한 뇌경색증은 외래의 사고로 인해 발병되는 것이 아니라 고혈압, 당뇨,

고지혈증 등의 질병에 의해 발병된다는 것이 의학적 견해이며, 특정질병의 발현 이전에 그와 연관되는 질환으로 치료받은 사실이 없다고 하여 그 원인이 신체 외부에 있다고 보기는 어려움.

따라서 통상인에게 영향을 미치지 아니하는 정도의 긴박감 내지 스트레스를 받은 후 뇌경색증이 발생하였다는 주장만으로 본건 졸중풍에 의한 장애를 재해에 의한 장애로 인정할 수 없음.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 피보험자의 장애(졸중풍) 원인이 당해 보험약관상의 재해사고에 해당하는지 여부임

(1) 피보험자의 장애원인이 당해 보험약관상의 재해사고에 해당하는지 여부

당해 보험약관의 재해분류표상 “재해라 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)로서 재해분류표에 따른 사고를 말한다.”라고 규정되어 있는 바, 신청인은 형사과장의 추궁으로 인하여 졸중풍이 발병하고 후유장애가 발생하였다고 주장하나 아래와 같은 점에 비추어 볼 때 신청인의 후유장애가 당해 보험약관에서 담보하는 재해장애라고 보기 어려움.

① 과도한 정신적 충격, 스트레스 등에 의해 졸중풍, 심장질환 등이 발병하여 장애를 입는 경우 당해 장애가 보험약관에서 담보하는 우발적인 외래의 사고임은 이를 주장하는 자가 입증하여야 하나 신청인이 입증하지 못하는 점.¹²⁰⁾

② 신청인의 재해장애를 인정하기 위해서는 형사과장의 추궁과 후유장애와의 직접적인 인과관계가 있어야 하나, 형사과장의 추궁이 있었는지가 불분명하고, 가사 추궁이 있었다 할지라도 그러한 추궁이 일상생활에서 흔히 겪을 수 있는 정도의 수준을 넘어 후유장애를 일으킬 만한 정도의 추궁이었는지 판단이 곤란한 점.¹²¹⁾

120) 입증책임과 관련한 법원의 판결례에서는 보험수익자 또는 그 이해관계인의 진술만으로는 재해입증이 충분히 이루어졌다고 인정하지 않음(서울지법서부지원 98가합9809 판결).

③ 뇌경색(졸중풍)은 외래의 사고로 인해 발병되는 것이 아니라 고혈압, 당뇨, 고지혈증 등의 질병에 의해 발병된다는 것이 의학적인 견해이고(분조위 97-43사건), 신청인이 졸중풍 발현 이전에 그와 연관되는 질환으로 치료받은 사실이 발견되지 않았다고 하여 사실관계가 불분명한 형사과장의 추궁에 의해 졸중풍이 발병하였다고 단언하기 곤란한 점.¹²²⁾

라. 결 론

신청인이 심한 정신적 충격을 받았는지에 대하여 입증하지 못하고, 졸중풍은 외래의 사고로 인해 발병되는 것이 아니라 고혈압 등의 질병에 의해 발병된다는 의학적 견해에 비추어 보았을 때 신청인의 재해장해보험금 청구는 이유가 없다고 할 것임.

2-12 추간판탈출증이 재해에 해당하는지 여부

[기각] MRI 판독지에 퇴행성 소견이 있고 제4-5 디스크 간격이 좁아진 것으로 되어 있는 점으로 보아 퇴행성 변화가 오래 전부터 진행된 것으로 보이고, 우발적인 외래의 사고로 발생하였다는 신청인의 주장을 인정할 자료를 어디에도 찾아볼 수 없으므로 추간판탈출증이 재해로 발생하였다고 인정하기 어려움.(2004.9.21. 조정번호 제2004-53호)

가. 사실관계

신청인은 2001.6.2. 자신을 피보험자로 하여 피신청인과 종신보험¹²³⁾ 계약을 체결함.

신청인은 2003.10.4. 서울 소재 ○○병원에서 제4-5요추 추간판탈출증 진단을 받고 같은 달 6일 추간판제거술을 받았으며, 2004.4.3.까지 물리치료 등의 통원치료를 하였음. 동병원에서 촬영한 MRI 판독지에는 “퇴행성”이라고 되어 있고, 담당의사는 “제4-5 요추간 추간판의 퇴행성 변화가 기존해 있다가 발병시기에 외력에 의한 악화가 있었을 것으로

121) 형사과장은 지갑분실과 관련하여 신청인의 주장과 같이 협박 및 폭언을 한 사실은 없었다고 주장함.

122) 뇌경색은 뇌출혈과 달리 스트레스에 의해 발병하지 않고, 고혈압 등의 체질적 요인에 의해 발병됨.

123) 보험가입금액 : 주계약 4억원/ 재해상해특약 2.8억원/ 가족수입특약 2억원/ 암특약 0.2억원/ 입원특약 0.6억원/ 수술특약 0.1억원

판단”된다는 소견이며, 신청인이 2003.10.4. 처음 내원한 ○○병원 진료기록부에는 “onset 1WA, 어제 오후부터 심해짐. 20일전에 빠꼈했다(아침에 일어나서 굶히다가)/ 운동으로 악화, 아침에 일어날 때 발생”으로 기록되어 있음.

신청인은 2004.4.16. 경도의 요추 추간판탈출증으로 장해진단(장해등급분류표상 6급에 해당)을 받고 피신청인에게 약관에서 정한 장해급여금 28백만원을 청구하였음.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

1986년경부터 매우 간헐적으로 허리에 통증이 있어서 물리치료를 받은 적은 있으나 요추 추간판탈출증 진단을 받은 사실은 없으며, 2003.10.3. 18:00경 승용차에서 내리던 중 바닥에 있는 바나나 껍질을 밟아 넘어지는 사고로 인하여 요추 추간판탈출증 장해진단을 받았으므로 피신청인은 당해 보험약관에서 정한 재해장해급여금을 지급하여야 함.

(2) 피신청인의 주장

재해를 인정할 입증자료가 없고, MRI 판독지에 퇴행성 소견이 있으며 진료기록부에는 신청인이 “20일전에 아침에 일어나서 굶히다가 빠꼈했다”라고 말한 것으로 되어 있는 점으로 볼 때 재해로 인하여 장해가 발생하였다고 볼 수 없으므로 보험금 지급책임이 없음.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 피보험자의 장해가 약관상 재해로 발생하였다고 볼 수 있는지 여부임.

(1) 당해 보험약관

당해 보험특약 약관 제8조 제1항에는 “보험기간 중 피보험자가 재해분류표에서 정하는 재해로 인하여 장해등급분류표 중 제2급 내지 제6급의 장해상태가 되었을 때 약정한 급여금을 지급한다”라고 규정하고 있고, 재해분류표상에는 “재해라 함은 우발적인 외래의 사고(다만, 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부요인에 의하여 발병하

거나 또는 그 증상이 더욱 악화되었을 때에는 그 경미한 외부요인은 우발적인 외래의 사고로 보지 아니함)로서 재해분류표에 따른 사고를 말한다”라고 규정하면서 “기타 불의의 사고 중 과로 및 격렬한 운동으로 인한 사고” 등은 제외한다고 규정하고 있음.

(2) 약관규정에 대한 해석

외래 사고란 외부로부터의 우연한 돌발적인 사고로 인한 신체의 손상을 말하는 것이므로 그 사고 원인이 피보험자의 신체의 외부로부터 작용하는 것을 말하고 신체의 질병 등과 같은 내부적 원인에 기한 것은 제외되며, 이러한 사고의 외래성 및 상해 또는 사망이라는 결과와 사이의 인과관계에 관해서는 보험금 청구권자에게 입증책임이 있음.¹²⁴⁾

규정상 “다만, 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 악화되었을 때에는 그 경미한 외인은 우발적인 외래의 사고로 보지 아니함”이라는 내용은 질병 또는 체질적 요인이 직접적이고 중요한 사망원인인 경우에 경미한 외부적 요인이 이에 가공하였다고 하더라도 사망의 직접적 원인이 질병 또는 체질적 요인에 있는 이상 그 경미한 요인을 보험약관상 재해사고에서 제외한다는 취지로서, 위 약관조항이 「약관의 규제에 관한 법률」 제6조의 신의성실의 원칙에 반하여 공정을 잃은 조항으로서 무효라고 할 수 없음.¹²⁵⁾

(3) 피보험자의 장애가 약관상 재해로 발생하였다고 볼 수 있는지 여부

재해로 인하여 장애가 발생하였다는 신청인의 주장은 아래와 같은 점을 종합해 볼 때 인정하기 어려움.

① 신청인이 치료한 병원의 MRI 판독지에 퇴행성(Degeneration of L4-5 disk) 소견이 있고 또한 제4-5 디스크 간격이 좁아진(mild narrowing of L4-5 disk space) 것으로 되어 있는 점으로 보아 퇴행성 변화가 오래전부터 진행된 것으로 볼 수 있으며, 2004.8.27. ○○병원 담당의사의 소견서에는 “제4-5 요추간 추간판의 퇴행성 변화가 기존해 있다가 발병시기에 외력에 의한 악화가 있었을 것으로 사료됩니다”로 기재되어 있는 점으로 볼 때 신청인에게는 질병 또는 체질적 요인이 있었던 것으로 보이는 점.

124) 대법원 2003.8.22. 선고 2003다26211 판결 참조.

125) 대법원 1994.12.27 선고 93다29396 판결 참조.

② 피보험자인 신청인이 ○○병원 내원시의 2003.10.4. 진료기록부에는 “onset 1WA, 어제 오후부터 심해짐. 20일전에 빠긋했다(아침에 일어나서 굶히다가)/ 운동으로 악화, 아침에 일어날 때 발생”으로 기재된 사실로 보아 우발적인 외래의 사고없이 발생하였을 가능성이 높은 것으로 추단되는 반면, 바나나 껍질을 밟아 넘어지는 사고로 발생하였다는 신청인의 주장을 인정할 자료를 어디에도 찾아볼 수 없는 점.

라. 결 론

그렇다면 신청인이 당해 보험약관에서 정한 재해로 인하여 장해가 발생하였다고 인정하기 어려우므로 피신청인이 장해급여금을 지급할 책임이 없는 것으로 판단됨.

2-13 자발성 뇌출혈이 재해에 해당하는지 여부

[기각] 재해라 함은 우발적인 외래의 사고로서 그 사고 원인이 피보험자의 신체의 외부로부터 작용하는 것을 말하고 사고의 외래성 및 상해 또는 사망이라는 결과와의 인과관계에 관해서는 보험금 청구권자에게 입증책임이 있는데, 병원 소견서 등에는 비외상성 머리내 출혈로 인한 우측 편마비이고 외상성이 아닌 자발성 뇌출혈로 사료된다고 되어 있으며, 사고 당시 영하 7도의 저온이 뇌출혈 발생의 직접적이고 주요한 원인이라는 객관적 입증자료도 없으므로 재해로 인해 뇌출혈이 발생했다고 인정하기 어려움.(2005.4.26. 조정번호 제2005-25호)

가. 사실관계

신청인의 남편인 A씨를 피보험자로 하여 피신청인들과 체결된 보험계약은 각각 다음과 같음.

피신청인	A생명보험		B생명보험	C생명보험
보험종목	○○보장	○○연금	○○상해	○○암치료
계약일자	1993.3.9.	1994.2.18.	2000.1.28.	1993.3.9
보험기간	10년	종신	30년	20년

* 재해관련 보험금 : 18,340만원 상당

피보험자는 1982.9.9. 입대하여 2001.7.2.부터 헬기중대장으로 근무하였고, 2002.11.25.부터 군 비행장에서 동계 전술종합훈련을 실시하였으며, 이후 2002.11.28. 18:20경 난방을 하고 있는 텐트 안에서 20분 정도 브리핑을 한 후 약 700미터 떨어진 헬기로 이동하여 헬기에 시동을 켜 후, 이륙하기 직전에 갑작스런 의식저하, 우측편마비 및 구토 등의 증상이 있어 인근 ○○병원에 이송되어 대뇌반구 피질의 뇌내출혈 진단을 받았음.¹²⁶⁾ 같은 날 ◇◇병원으로 이송되어 개두술 및 혈중제거술을 받은 후 입원 치료를 받았으며, 2004.10.25.부터 △△병원에서 재활치료를 받고 있음. 이에 신청인은 2003.6.18. ○○○재활 의학과의원에서 1급 장애진단을 받아 보험금 청구를 하였고, 피신청인은 재해로 인하여 장애상태가 된 것이 아니라는 이유로 일반장해보험금(2,200만원 일시지급, 150만원씩 17회 분할지급)을 지급하였음.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

피보험자는 사고 이전에 고혈압 진단 및 치료받은 사실도 없고 육군 헬기조종사로서 장기간 근무한 건강한 사람이며, 뇌출혈의 원인은 훈련으로 인한 과로와 추운 날씨로 인하여 발생한 재해임.

(2) 피신청인의 주장

◇◇병원의 진료기록지에는 고혈압성 뇌출혈로 기재되어 있고 △△병원에서 발행한 소견서에도 비외상성 뇌출혈이라는 소견이며, 사고 당시 기온이 과도한 저온이라고 하기도 어렵고 이로 인하여 뇌출혈이 발생하였다고 볼 수도 없음.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 당해 보험약관에서 정한 재해로 인하여 뇌출혈이 발생하였는지 여부라 할 것임.

(1) 당해 약관규정 등

126) 사고 당일 해당 지역의 기온은 최저 영하 9도, 최고 영상 4.7도 었음.

○○보장보험약관 제6조(보험금 지급사유) 제1항 제2호, ○○연금보험약관 제8조 제1항 제2호, ○○상해보험약관 제10조 제1항 제3호 및 ○○암치료보험약관 제10조 제1항 제6호에는 보험기간 중 재해분류표에서 정한 재해로 인하여 장해분류표 중 제1급의 장해상태가 되었을 때 당해 약관에서 정한 보험금을 지급한다고 규정하고 있고, ○○보장보험 재해입원특약 및 ○○암치료보험 재해입원특약 각각 제3조 제1항에는 보험기간 중 재해분류표에서 정한 재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 일정기간 이상 계속하여 입원하였을 때에는 약정한 급여금을 지급한다고 규정하고 있음.

재해분류표상에는 “재해라 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)로서 재해분류표에 따른 사고를 말한다”라고 규정하고 있고, ○○보장보험, ○○연금보험, ○○암치료보험 약관의 재해분류표에는 자연 및 환경요인에 의한 불의의 사고 중 과도의 저온으로 인한 사고가 포함되어 있고, ○○상해보험 약관의 재해분류표에는 자연의 힘에 노출된 사고 중 과도한 자연한랭에 노출된 사고가 포함되어 있으며, 위 4개 보험약관 모두 기타 불의의 사고 중 과로 및 격렬한 운동으로 인한 사고는 제외한다고 규정하고 있음.

외래의 사고란 외부로부터의 우연한 돌발적 사고로 인한 신체의 손상을 말하는 것이므로 그 사고의 원인이 피보험자 신체의 외부로부터 작용하는 것을 말하고 신체의 질병 등과 같은 내부적 원인에 기한 것은 제외되며, 이러한 사고의 외래성 및 상해 또는 사망이라는 결과와 사이의 인과관계에 관해서는 보험금 청구권자에게 입증책임이 있음.¹²⁷⁾

(2) 본 건 피보험자의 뇌출혈이 약관상 재해로 발생하였다고 볼 수 있는지 여부

재해로 인하여 뇌출혈이 발생하였다는 신청인의 주장은 아래와 같은 점을 종합해 볼 때 인정하기 어려운 것으로 판단됨.

① 신청인이 제출한 육군 모 부대장 발행 상병(폐질)경위서에는 헬기 시동 후 갑작스런 의식저하를 보였다고 되어 있고, 2002.12.10. ◇◇병원에서 작성된 입원환자 정보조사지에는 전술훈련 중 야간 비행을 위해 조종석에 앉은 후 앉은 자세로 쓰러진 것으로 기

127) 대법원 2003.8.22. 선고 2003다26211 판결 참조.

록되어 있으며, 2005.1.7. △△병원에서 발행된 소견서에도 비외상성 머리내 출혈로 인한 우측 편마비라는 소견으로 보아 외상 등 외부의 충격이 없었던 점.

② ◇◇병원의 진료기록지에는 고혈압성 뇌출혈(의증)로 진단되어 있고, 2003.4.1. 서울특별시 소재 □□병원에서 발행한 의료심사결과에도 사고 당일 시행한 CT상 “좌측 뇌 기저핵의 출혈이 관찰되며 다른 부위의 출혈소견은 보이지 않고 골절도 없어 외상과 연결시키기는 어렵고 외상성이 아닌 자발성 뇌출혈로 사료된다”는 소견인 점.

③ 신청인은 피보험자가 사고발생 3일전인 2002.11.25.부터 동계 전술종합훈련을 시작하여 같은 달 26일, 27일 2일 동안 야외숙영을 함에 따라 신체적으로 매우 경직된 상태에서 과로와 혹한의 날씨로 인하여 뇌출혈이 발생하였다고 주장하고 있으나, 당해 보험약관의 재해분류표에는 과로로 인한 사고는 재해에서 제외한다고 규정하고 있고, 의료경험척상 뇌출혈은 대부분 고혈압성 뇌출혈로서 동맥경화, 혈관기형, 뇌동맥류 파열, 외상 등의 원인으로도 발생하며 또한 순간적인 혈압의 변화나 스트레스, 과로, 기압의 변화, 온도의 변화 등에 의하여도 발생할 수 있고, 기타 원인 미상 등 여러 가지 요인에 의하여 발생할 수 있는데, 사고 당시 영하 7도 정도의 저온이 뇌출혈 발생의 직접적이고 주요한 원인이라는 객관적인 입증자료도 없이 단지 피보험자가 사고 이전에 고혈압 진단 및 치료사실이 없다는 주장만으로 재해라고 단정할 수 없는 점.

라. 결 론

본 건 피보험자의 뇌출혈은 당해 보험약관에서 정한 재해로 인하여 발생하였다고 인정하기 어려우므로 피신청인의 재해관련 보험금 지급책임은 없는 것으로 판단됨.

2-14 간이식 수술 후 발생한 복벽탈장이 재해에 해당하는지 여부

[인용] 재해는 우발성 및 외래성을 모두 충족하여야 하는데, 간이식수술은 신청인의 의지에 의해 선택되어 시행된 것이며, 간이식상태는 간이식수술의 당연한 결과로 예견되었던 것이었는바, 간이식수술 자체를 우발적으로 발생한 재해라고 할 수 없고, 다만, 간이식 수술후 발생한 복벽탈장은 수술 당시 언급이 없었던 합병증이므로 재해로 보는 것이 타당하다 할 것이

며, 우발적으로 발생한 복벽탈장으로 인한 장애에 대하여는 재해장해급여금을 지급할 책임이 있는 것으로 판단됨.(2007.4.23. 조정번호 제2007-29호)

가. 사실관계

신청인은 2000.7.10. 자신을 보험계약자 겸 피보험자로 하여 피신청인과 직장인보장보험(부부형) 계약¹²⁸⁾을 체결하였음. 신청인은 2004.6.26. 대구광역시 소재 A병원에서 간세포암종으로 임상적 추정진단을 받았으며, 같은 해 8.2. 서울특별시 소재 B병원(이하 “B병원”이라 함)으로 간암치료를 위해 전원하였고 같은 해 8.4. 간암 확정진단을 받음.

신청인은 2005.10.31. 간이식수술을 위해 중국 소재 ○○시 C병원에 입원하여 같은 해 11.4. 간이식 수술을 받고 같은 해 12.12. 퇴원하였음. 위 병원에서 작성된 간이식수술지원서에는 수술합병증에 대하여 열거하고 있으나 복벽탈장에 대한 명시적 기재는 없음.

신청인은 2005.12.13. B병원에 입원하여 간이식 후 상태관리중 같은 달 15일 간이식수술 합병증에 의한 수술창 부위 복벽탈장 진단을 받았으며 2006.10.9. 탈장수술을 위해 위 병원에 입원하여 같은 해 10.13. 영구적 인공막을 이용한 탈장교정수술 및 반흔 구축제거술을 시행받았음.¹²⁹⁾

128) 주계약 3천만원, 휴일재해보장특약 3천만원, 휴일2배보장재해장해특약 2천만원, 암진단2배보장특약 2천만원, 무배당입원특약 2천만원.

<보험약관상 이 사건 관련 보험금>

구 분	주계약	휴일2배보장 재해장해특약
재해장해2급	2,100만원×20회	1,400만원×20회
재해장해4급	1,500만원	1,000만원
질병장해2급	보험료 납입면제	-

129) B병원이 2007.4.12. 발행한 후유장해진단서에는 다음과 같이 기재되어 있음.

[후유장해내용] 상기 환자는 2005.12.15.부터 2006.10.13. 수술 직전까지 지속되는 복벽허니아 제3등급(전신장해율 30%)으로 평가되는 수술 절개창 복벽탈장이 있었음.(환자는 2006.5.18. 수술예정으로 5.16. 입원하였으나 간호소치 상승으로 수술연기하였고 그 당시에 상기에 해당하는 장애가 있었음)

[AMA 방식] 1. 장애내용 절개창 복벽탈장으로서 결장의 비정상적 위치와 변형에 의한 기능 장애 및 일상적 신체 운동 제한 및 보행장애, 이동동작제한, 배변제한(배변제한은 환자의 주호소에 의함), (최초 진단일은 2006.2.27.)부터 2006.10.12까지 기간에 해당됨. 2006.5.4. 시점(간이식 수술 6개월 후 시

피신청인은 신청인의 간이식상태(질병장해2급)에 대하여 2006년 2월분 보험료부터 납입면제 처리하였으나 신청인이 2007.1.2. 청구한 재해장해연금(재해장해2급)에 대하여는 간이식수술이 보험약관에서 정한 재해에 해당되지 않는다는 이유로 지급을 거부함.¹³⁰⁾

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

간이식 수술 합병증으로 복벽탈장이 발생하고, 탈장교정수술후 영구적 인공막 삽입에 따른 육체훼손 및 일상생활 운동제약이 있는 상태임. 간암 치료를 위해 간이식 수술을 받았으나, 처치 당시에는 언급이 없었던 합병증으로 수술창 부위에 복벽탈장이 발생하였으므로, “합병증을 일으킨 간이식수술”은 당해 보험약관의 재해분류표 분류항목 제31번(처치당시 언급이 없었던 합병증)에 해당하는 재해임.

당해 보험약관 장해등급분류해설에 명시된 “장해의 정의”에서 장해는 “재해로 인한 상해”이거나 “질병 치료후 남아 있는 육체적 훼손상태”의 2가지로 해석되고, 복벽탈장은 “간이식수술”이라는 재해로 인하여 발생한 상해임. 따라서 피신청인은 동일한 재해(간이식수술)로 발생한 간이식상태에 대하여는 제2급 재해장해연금을, 복벽탈장으로 인한 육체훼손(영구적 인공막 삽입) 및 일상생활 운동제약에 대하여는 제4급 재해장해급여금을 모두 지급하여야 함.

(2) 피신청인의 주장

간이식수술은 간암치료를 위해 시행받은 것으로 “수술후 간이식상태”가 처치당시 재난의 언급이 없었던 합병증으로 발생한 것은 아니므로 “간이식수술”을 당해 보험약관

점에 환자는 간이식수술 재해(Y83.0)에 의한 이식장해(Z94.4, 보험약관 제2급) 및 절개창복벽탈장장해(K439, 보험약관 제4급)였음을 확인합니다. 일반진단서, 질병이환 및 사망의 외인분류표, Y83.0 코드, 보험약관을 근거로 진단합니다.

2. 장해부위 : 상복부 절개창 복벽 및 이식간 하단부의 간곡결장

3. 장해평가해당항목 : 복벽허니아(수술후 절개창부위)

4. 장해율(%) : 20-30%(확정진단일은 2006.2.27.이며 이 때부터 2006.10.12.까지 기간에 해당됨)

5. 최종장해율(%) : 30%(확정진단일인 2006.2.27.이며 이 때부터 2006.10.12.까지 기간에 해당됨)

130) 분쟁금액 : 재해장해연금2급 7억원, 재해장해4급 2,500만원.

재해분류표 분류항목 제31번의 “처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 후에 합병증을 일으키게 한 외과적 처치”에 해당된다고 볼 수 없음.

또한, 간이식 수술의 합병증으로 발생한 복벽탈장은 중국 ○○시 C병원에서 작성된 간이식수술지원서상 언급이 없어 약관상 재해(Y83)로 인정한다 하더라도, 신청인이 제출한 B병원 후유장애진단서에는 한시적으로 장애가 남아 있다는 내용만 기재되어 있을 뿐이므로 당해 보험약관에서 정하는 영구적인 장애(제4급)로도 볼 수 없음.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 재해로 인한 장애해당 여부라 할 것임.

(1) 보험약관 규정

당해 보험약관 제9조(보험금의 지급사유) 제1항에서는 피보험자가 보험기간중 재해로 인하여 장애분류표중 제1급 내지 제3급의 장애상태가 되었을 때에는 ‘재해장애연금’을, 제4급 내지 제6급의 장애상태가 되었을 때에는 ‘재해장애급여금’을 각각 지급한다고 규정하고 있고, 제2항에서는 보험료 납입기간중 장애분류표중 제1급 내지 제3급의 장애상태가 되었을 때에는 차회이후의 보험료 납입을 면제한다고 규정하고 있으며, 제4항에서는 장애상태의 등급이 재해일로부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애상태의 등급으로 결정한다고 규정하고 있고, 제6항에서는 피보험자가 동일한 재해로 인하여 보험기간중에 두 종목이상의 장애를 입었을 경우 그 각각에 해당하는 재해장애연금 또는 재해장애급여금을 수익자에게 드린다고 규정하고 있음.

당해 보험약관의 별표2 재해분류표에서는 재해라 함은 우발적인 외래의 사고로서 다음 분류표에 따른 사고를 말한다고 규정하고 있으며, 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제1993-3호, 1995. 1. 1. 시행)를 기준으로 재해분류표 31호에서는 ‘처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 후에 합병증을 일으키게 한 외과적 및 내과적 처치’(분류번호 Y83-Y84)를 재해로 분류하고 있음.

당해 보험약관의 별표3 장애등급분류표에서는 장애등급 및 신체장애에 대하여 “흉·복부 장기에 뚜렷한 장애를 남겨서 평생토록 수시 간호를 받아야 할 때”를 제2급 제2호로, “흉·복부 장기에 뚜렷한 장애를 남겨서 평생 일상생활 기본동작에 제한을 받게 되었거나, 양쪽 고환을 잃었을 때”를 제4급 제4호로 분류하고 있으며, 장애등급분류해설에서는 “재해로 인한 상해 또는 질병에 대하여 충분한 치료를 하였으나 완전히 회복되지 않고 증상이 고정되어 신체에 남아 있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태”를 장애로 정의하고 있고, “심장, 신장 또는 간장의 장기이식을 한 경우 또는 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때”를 “수시 간호”로 해설하고 있으며, 생명유지를 위한 일상생활의 기본동작(‘이동동작’, ‘음식물 섭취동작’, ‘옷 입고 벗기 동작’, ‘배변, 배뇨 또는 그 뒷처리’, ‘목욕’) 중 하나 이상에 제한은 있으나 타인의 수발이나 보조장구(휠체어, 목발 등)가 필요치 않은 상태를 “일상생활 기본동작의 제한”으로 해설하고 있음.

(2) 간이식상태가 재해로 인한 장애에 해당하는지 여부

신청인은 간이식수술 결과 수술 당시에는 언급이 없었던 복벽탈장이 발생하였으므로 간이식수술이 재해라고 주장하나, 당해 보험약관 재해분류표의 본문에서는 ‘재해’를 우발적인 외래의 사고로서 재해분류표에 따른 사고로 규정하고 있으므로 재해는 우발성 및 외래성을 모두 충족하여야 하는데, 간이식수술 자체는 신청인의 의지에 의해 선택되어 시행된 것이며, 간이식상태는 간이식수술의 당연한 결과로 예견되었던 것이었는바, 간이식수술 자체를 우발적으로 발생한 재해라고 할 수 없음.

다만, 간이식 수술후 발생한 복벽탈장은 수술 당시 언급이 없었던 합병증이므로 재해로 보는 것이 타당하다 할 것임. 따라서 간이식수술이 재해가 아닌 이상 간이식상태를 당해 보험약관에서 정하는 “재해로 인한 장애”로 볼 수 없음.

(3) 복벽탈장으로 인한 장애 유무

당해 보험약관에서는 장애상태의 등급이 재해일로부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일로부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애상태의 등급으로 결정하다고 규정하고 있는데, B병원이 2007.4.12. 발행한

후유장해진단서의 장해내용에는 “절개창 복벽탈장으로 결장의 비정상적 위치와 변형에 의한 기능장해 및 일상적 신체 운동 제한 및 보행 장해, 이동동작 제한, 배변 제한(최초 진단은 2006.2.27.)부터 2006.10.12.까지 기간에 해당됨”으로 기재되어 있으며, 위 병원이 2007.1.31. 발행한 진료확인서의 향후 경과란에는 “삼출액의 흡수정도에 따라 다르지만 향후 1개월내 흡수되면 현재보다는 호전될 것으로 예상되며 일상생활의 운동제약도 나아질 것으로 예상됨. 그러나 삼출액이 계속 흡수되지 않을 경우 창상 절개 등의 치료가 필요할 수 있으며 그 이후의 결과는 절개후에 알 수 있음.”이라고 기재되어 있는 바, 위 후유장해진단서상의 기재내용이 다소 불분명한 점은 있으나, 재해(복벽탈장) 발생일인 동 병명이 진단된 2005.12.15.이고, 2006.2.27. 이동동작 제한 등으로 확정 진단받았음이 위 후유장해진단서상 확인되는 바, 신청인의 복벽탈장은 재해일로부터 180일이 경과된 시점에서도 “흉·복부 장기에 뚜렷한 장애를 남겨서 평생 일상생활 기본동작에 제한을 받는 경우”에 해당하는 장해상태에 있었다고 봄이 타당함.

라. 결 론

그렇다면 신청인의 간이식상태는 재해로 인한 장애가 아니므로 피신청인은 제2급 재해장해연금을 신청인에게 지급할 책임이 없으나 간이식수술 당시 재난의 언급이 없어 우발적으로 발생된 복벽탈장으로 인한 장애에 대하여는 제4급 재해장해급여금을 지급할 책임이 있는 것으로 판단됨.

2-15 보험사고로부터 2년경과후 보험금 청구시 재해장해급여금 지급책임 유무

[기각] 보험약관은 장해상태의 등급이 재해일로부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일로부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정된 것으로 인정되는 상태를 장해상태의 등급으로 결정한다고 규정하고 있어 신청인은 적어도 재해일로부터 180일이 되는 날부터 보험금 청구가 가능하므로, 비록 보험기간 중에 장해 상태가 발생하였다 할지라도 보험사고일부터 이미 2년이 경과하여 재해장해보험금을 청구한 경우에는 보험금 청구권 소멸시효가 완성되어 피신청인은 재해장해급여금 지급 책임이 없는 것으로 판단됨.(2008. 1.29. 조정번호 제2008-3호)

가. 사실관계

신청인은 2004.4.26. 피신청인과 종신보험 계약(재해상해특약 4천만원)을 체결하였음. 신청인은 같은 해 5.13. 편의점 앞에서 중앙선을 넘어 좌회전 하던 차량과 충돌하는 교통사고로 경·요추부 염좌, 뇌진탕으로 ○○의원에서 사고 당일부터 같은 해 5.31.까지 19일간 입원치료한 후 피신청인으로부터 48만원의 입원급여금을 받음.

2005.3.1. 고속도로 옆길을 운행하던중 가로수를 접촉하는 사고로 ◇◇성모병원에서 경부 및 요부 염좌, 양측 슬부 타박상, 요추 제4-5간 및 요추 제5-천추 제1간 추간판탈출증으로 5일간 입원치료한 후, 같은 해 3.5. 상기 △△의원으로 전원하여 같은 해 3.30.까지 25일간 입원치료한 후 피신청인으로부터 81만원의 입원급여금을 받음.

신청인은 2006.7.27. 거리에서 차선변경중 다른 차선에서 직진하던 차량과 충돌하는 교통사고로 목뼈 및 허리뼈의 염좌 및 긴장으로 ◎◎메디칼의원에서 사고 다음날 부터 8.10.까지 14일간 입원치료한 후 다시 피신청인으로부터 33만원의 입원급여금을 받음.

보험료 미납으로 2007.3.1. 당해 보험계약이 실효되어 부활을 요청하였으나 피신청인은 과거병력이 있다는 이유로 당해 보험계약의 부활을 거절함. 신청인은 피신청인이 보험계약의 부활을 거절하자 같은 해 5.2. 당해 보험계약을 해약하고, 10.17. ▽▽병원에서 후유장해¹³¹⁾를 진단받아 11.2. 재해장해급여금을 청구하였으나, 피신청인은 당해 보험계약 실효 이후에 후유장해를 진단받았다는 이유로 11.7. 재해장해급여금 지급을 거절함 (분쟁금액 : 재해장해급여금 4백만원).

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

보험기간 중에 발생한 교통사고로 인하여 후유장해가 발생하였으며 후유장해진단 시점이 비록 보험계약 실효 이후라고 하더라도 피신청인은 재해장해급여금을 지급하여야 함.

131) ▽▽병원의 후유장해진단서 내용은 다음과 같음.

“상병명: ① 요추 제4-5간 추간판탈출증, ② 제5요추-제1천추간추간판탈출증, 장애내용: 경도의 추간판탈출증, 장애부위: 요추 추간판탈출증, 장애평가: 제6급-14에 해당함, 영구장해로 추정함”

(2) 피신청인의 주장

본건에서 신청인이 진단받은 후유장애는 보험기간 중에 발생한 재해로 인한 후유장애라고 인정하기 어렵고, 설사 신청인이 2005.3.1. 발생한 교통사고로 보험기간 중에 후유장애가 발생하였다고 하더라도 보험금 청구권 소멸시효가 완성되어 재해장해급여금을 지급할 수 없음.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 피신청인에게 재해장해급여금 지급책임이 있는지 여부라 할 것임.

(1) 보험약관 규정

종신보험의 재해상해특약 약관 제10조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항에 의하면 “회사는 이 특약의 피보험자가 특약의 보험기간중 발생한 재해분류표에서 정하는 재해를 직접적인 원인으로 장애등급분류표중 제2급 내지 제6급의 장애상태가 되었을 때에는 보험수익자에게 보험금지급기준표에서 약정한 금액을 지급한다.”라고 규정하고 있고, 또한 같은 특별약관 제11조(보험금 지급에 관한 세부규정)제1항에 의하면 “제10조제1항에서 장애상태의 등급이 재해일로부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일로부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정된 것으로 인정되는 상태를 장애상태의 등급으로 결정한다.”라고 규정하고 있으며, 종신보험 주계약 약관 제20조(소멸시효)에 의하면 “보험금 청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권은 2년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성된다.”라고 규정하고 있음.

(2) 재해장해급여금 지급 책임 유무

신청인은 재해장해진단 시점이 당해 보험계약 실효 이후라고 할지라도 후유장애가 보험기간 중에 발생하였으므로 재해장해급여금을 지급하여야 한다고 주장하나 다음과 같은 점에 비추어 위 주장은 이유 없음.

① 본 건 후유장애진단서는 사고일인 2005.3.1.부터 약 2년7개월이 경과한 2007.10.17.에 발행된 것인데, 동 진단서를 발행한 의사는 사고 당시 신청인을 진료하거나 추적 관

찰한 사실이 없이 신청인이 제출한 자료에만 근거하여 진단서를 발급하였는 바, 동 진단서의 신빙성이 떨어지는 것으로 보이는 점.

② 대법원 판례는 보험금청구권 소멸시효는 원칙적으로 보험사고가 발생한 때부터 진행한다고 판시하고 있고, 당해 보험 주계약 약관 제20조(소멸시효)에서 보험금 청구권은 2년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성된다고 규정¹³²⁾하고 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 것이므로, 설사 신청인의 주장과 같이 보험기간 중에 장해 상태가 발생하였다 할지라도 이미 2년이 경과하여 보험금 청구권 소멸시효가 완성되었다는 점.

라. 결 론

그렇다면 재해장해급여금을 지급하지 아니한 피신청인의 조치가 부당하다고 보기는 어려움.

2-16

추간판탈출증으로 인하여 방광장해가 발생한 경우 방광장해에 대하여도 별도로 재해장해 보험금을 지급해야 하는지 여부

[인용] ‘신체의 동일부위에서 발생한 장해’의 의미를 살펴보면, ‘장해의 원인이 신체의 동일부위에서 발생한 장해’라기보다는 장해가 발생하였는데 그 ‘장해의 위치가 신체상의 동일부위에서 발생한 장해’로 이해하는 것이 사전적 의미에 부합하는 해석이며, ‘신체의 동일부위’에 대해서는 장해등급분류해설에서 별도로 정하고 있는데, 동 해설에 따르면 척추에 대하여는 ‘목뼈 이하를 모두 동일 부위’라고 정하고 있어 척추와 방광을 신체의 동일부위라고 보기 어려우므로, 피신청인은 척추장해 및 방광장해에 대해 각각 재해장해보험금을 지급할 책임이 있음 (2009.1.20. 조정번호 제2009-7호)

132) 대법원 2005.12.23. 선고 2005다59383, 59390 판결 참조.

가. 사실관계

신청인은 1999.5.18과 2001.9.4.에 각각 피신청인들과 보험계약을 체결하였음. 신청인은 2002.08.06. 자동차 수리 작업중에 허리를 다치는 산재사고를 당하였고, 2002.08.12.~2006.10.12. 기간중 제4-5요추 추간판탈출증으로 ○○병원 등 4개병원에 입원하였으며, 2003.11.24.에는 제4-5요추간 추간판제거, 후외방고정 및 추체간유합술을, 2006.02.23.에는 제4-5요추간 척추고정기기 재고정술을 각각 받았음.

그 후 2006.10.12.~2008.2.1. 기간중에는 제4-5요추 추간판탈출증 및 신경인성 방광으로 ◇◇정형외과 등 2개병원에서 입원하였고, 2008.2.28~7.17. 기간중에는 ○○병원에서 배뇨장애로 통원치료를,¹³³⁾ 2008.7.21.에는 ◇◇정형외과에서 척추4급 및 방광4급 장애인단을 받음.¹³⁴⁾

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

척추 및 방광에 대해 각각 4급 장애인단을 받았는데, 약관상 하나의 장애가 다른 장애와 파생되는 관계에 있는 경우 그중 장애등급이 높은 장애에 대해서만 재해장해보험금을 지급한다는 명시적인 조항이 없는데도, 척추장애에 대해서만 재해장해보험금을 지급하고 방광장애에 대해서는 재해장해보험금 지급을 거절하는 것은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

신청인의 방광장애는 제4-5요추 추간판탈출증 수술후 ‘신체의 동일부위(척추)’에서 발생한 ‘추간판탈출증의 파생장애’인 바, “장애상태가 신체의 동일부위에서 발생한 경우에는 최상위 등급에 해당하는 재해장애급여금을 지급한다”라는 약관조항¹³⁵⁾에 따라 추간

133) 초진기록 : 2003년부터 배뇨장애.

134) 추간판탈출증에 대해서는 4급 재해장해보험금을 지급 받음.

135) 1999.5.18. 가입한 보장보험의 약관 내용은 다음과 같음.

제11조(보험금 지급사유) ① 회사는 보험기간중 피보험자에게 다음 사항중 어느 한가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 수익자에게 약정한 보험금을 지급하여 드립니다.

판탈출증에 대해 4급 재해장해보험금을 지급하였으므로 방광장해(4급 장애)에 대해서는 추가로 재해장해보험금을 지급할 책임이 없음.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 추간판탈출증 및 방광장해가 ‘신체의 동일부위에서 발생한 장애’에 해당되는지 여부임.

‘신체의 동일부위’에 대해서는 당해보험 장애등급분류해설에서 별도로 정하고 있는데, 동 해설에 따르면 척추에 대하여는 ‘목뼈 이하를 모두 동일 부위’라고 정하고 있어 방광이 척추의 동일부위라고 보는 것은 위의 정의에 맞지 않고, 신경인성 방광증상이 최초 허리 수상사고 당시 추간판탈출로 인한 신경손상으로 발생한 것이라는 피신청인의 주장은 의적 소견으로는 옳은 것이라 할지라도 피신청인이 이를 이유로 보험금지급을 거절하기 위해서는 평균인이 이해할 수 있도록 “하나의 장애로 인하여 다른 장애가 발생한 때에는 동일한 신체부위에 발생한 것으로 봅니다” 등의 구체적인 내용이 추가적으로 들어 있어야 함에도 이러한 내용이 들어 있지 않음.

결국 이건 보험약관 신체의 ‘동일부위’에 대한 정의규정에서는 보험금지급 거절사유가 될 만한 규정을 찾아보기 어려우므로 추간판탈출증과 방광장해를 신체상의 동일부위의 장애로 볼 수 없음.

라. 결 론

따라서 피신청인은 신청인의 방광장해에 대해 4급 재해장해보험금을 지급할 책임이 있음.

4. 피보험자가 재해를 직접적인 원인으로 장애분류표중 제4급 내지 제6급의 장애상태가 되었을 때
: 재해장해급여금

⑦제1항 4호의 경우 피보험자가 동일한 재해를 직접적인 원인으로 하여 두 종목 이상의 장애를 입었을 경우에는 그 각각에 해당하는 재해장해급여금을 수익자에게 드립니다. 그러나 그 장애상태가 신체의 동일부위에서 발생한 경우에는 최상위의 등급에 해당하는 재해장해급여금만 드립니다.

한편, 2001.9.4. 가입한 종신보험의 약관 내용도 위와 동일함.

2-17 가중된 장애에 해당되는지 여부[1]

[인용] 신청인이 평일 발생한 일반재해로 인하여 후유장해진단(요추부 장애 4급16호)을 받고 보험금 수령 후, 휴일교통사고로 동일 부위(요추부 장애4급15호) 장애진단을 받았는데, 신청인의 장해원인은 계단에서 넘어지는 사고와 교통사고로 그 유형이 다르고, 교통사고로 인해 나사못 고정술을 시행받은 점, 1차사고시에는 제4,5요추 추간판제거술(2회 시행)을 시행하였고, 2차사고시에는 2회에 걸친 수술의 효과가 없기 때문에 나사못 고정술을 시행받은 점 등을 감안할 때 의학적으로 이를 가중된 장애로 인정할 수 있음.(2010.1.26. 조정번호 제 2010-6호)

가. 사실관계

신청인은 2000.10.25. 피신청인과 상해보험 계약을 체결하였음. 신청인은 2007.1.11. 계단에서 넘어진 사고가 발생¹³⁶⁾하여, 같은 해 1.18. ○○대학교병원에서 1차 디스크 제거술을, 2.21. 2차 디스크 제거술을 시행하였고, 같은 해 6.11. 동 병원에서 요추부 후유장해진단(제4급16호)¹³⁷⁾을 받았음. 이에 대하여 피신청인은 같은 해 6.26. 4급 장해치료비(1,400만원)를 지급함.

신청인은 2008.5.17. 휴일에 교통사고를 당하여, 2009.9.30. 위 병원에서 요추부 후유장해진단(제4급15호)¹³⁸⁾을 받았고, 같은 해 10.9. 장해치료비를 청구하였으나, 10.21. 피신청인이 장해치료비 지급이 불가함을 안내함으로써 같은 해 11.9. 분쟁조정¹³⁹⁾이 신청됨.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

피보험자가 평일(2007.1.11.)에 발생한 일반재해로 인하여 후유장해진단(요추부 장애 4

136) 요추부 추간판탈출증(제45번간)

137) 4급16호 : 고도의 추간판탈출증(45추간관 채수술)

138) 4급15호 : 중도의 운동장해(정상운동범위의 1/2이하 제한)

139) 분쟁금액 14백만원(동일 부위 가중장애 인정시), 휴일교통재해 장해치료비(차량탑승중) 28백만원.

급16호)을 받고 보험금 수령 후, 휴일 교통사고(2008.5.17.)로 동일 부위(요추부 장해4급 15호) 장해진단을 받았으므로, 휴일 교통재해 장해치료비에서 일반재해 장해치료비를 뺀 차액을 지급해야 함.¹⁴⁰⁾

(2) 피신청인의 주장

신청인은 일반재해로 인해 발생한 요추부 추간판탈출증으로 장해4급에 해당하는 장해 치료비를 지급받은 후, 휴일 차량탑승중 교통사고로 동일부위에 척추강 협착증 등의 장해진단을 받고 휴일 교통재해 장해치료비에서 일반재해 장해치료비를 뺀 차액지급을 요구하나 기존에 지급된 장해부위와 동일부위·동일급수(4급)의 장해상태로 가중된 장해에 해당되지 않아 차액을 지급할 수 없음.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 피신청인이 2008.5.17. 발생한 교통사고로 인해 진단받은 후유장해(4급 15호, 정상운동범위의 1/2이하로 제한)가 당해 보험약관에서 정하고 있는 “가중된 장해에 해당하는지” 또는 ‘휴일교통재해 장해치료비 지급사유에 해당하는지’ 여부라 할 것임.

당해 보험약관 제17조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제6항은 제5항에 규정한 소득보상금 및 장해치료비의 지급사유가 다른 재해로 인하여 2회 이상 발생하였을 때에는 그 때마다 이에 해당하는 소득보상금 및 장해치료비를 지급하도록 정하고 있으나, 그 장해가 이미 지급받은 동일부위에 가중된 장해일 때에는 새로이 발생된 장해에 해당하는 소득보상금 및 장해치료비에서 이미 지급한 소득보상금 및 장해치료비를 뺀 금액을 지급

140) 신청인의 요추부위 후유장해진단은 다음과 같음.

- ① 2007.6.11. ○○대학교병원의 후유장해진단서 : 2007.1.11. 계단에서 넘어진 사고로 인해 요추부추간판탈출증(제45번간)의 진단 하에 동년 1.18. 후궁절제 후 요추제45번간 파열된 추간판을 제거하였고, 2.21. 2차 수술 시행 이후에 좌측하지 마비 및 감각이상과 요추5번 좌측 신경근이 손상되었으며 근력약화 및 근위축 증상 등이 뚜렷하게 남아 있는 상태라는 소견임.
- ② 2009.9.30. G대학교병원의 신체장애감정서 : 2008.5.17. 교통사고이후 제45요추간 추간판탈출증, 요추 척추강 협착증 진단하에 2009.3.19. Y병원에서 나사못 고정술을 시행받았으며, 2009.9.28. 이학적 검사상 흉요추 운동제한(굴곡 45도, 신전10도, 좌굴 10도, 우굴 10도, 좌회전 15도, 우회전 15도)로 정상운동 범위의 1/2이하로 제한받고 있다는 소견임.

하도록 정하고, 제16조(보험금의 종류 및 지급사유)에서는 제3급 내지 제6급의 장애상태가 되었을 때 지급하는 장애치료비를 재해발생의 유형에 따라 일반재해 장애치료비, 휴일 교통재해 장애치료비, 평일 교통재해 장애치료비로 구분하면서 그 지급규모를 달리 정하되, 장애치료비의 지급사유가 다른 재해로 인하여 2회 이상 발생하였을 때에는 그 때마다 이에 해당하는 소득보상금 및 장애치료비를 지급하도록 정하고 있으나, 그 장애가 이미 지급받은 동일부위에 가중된 장애일 때에는 새로이 발생한 장애에 해당하는 소득보상금 및 장애치료비에서 이미 지급한 소득보상금 및 장애치료비를 뺀 금액을 지급하도록 정하고 있는데, 우선 신청인의 장애원인은 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 때 의학적으로 이를 가중된 장애로 인정할 수 있으며, 당해 보험약관에서는 동일한 급수라 하더라도 일반재해, 교통재해 또는 휴일교통재해인지 여부에 따라 보험금 지급규모가 다르게 설계되어 있으므로 이 건의 경우와 같이 일반재해(2007.1.11)로 인해 제4, 5번에 장애가 발생한 후 장애치료비의 지급사유가 다른 휴일교통재해로 동일 부위에 장애가 발생한 경우에는 장애 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 입장에서 이를 기대하고 보험에 가입한 점 등을 감안할 때 이를 당해 보험약관에서 정하고 있는 휴일교통재해장애치료비의 지급사유에 해당되지 않는다고 할 수 없을 것임.

한편, 신청인은 2008.2.18. 금융감독위원회와 금융감독원 명의로 배포된 “소비자권익보호를 위한 보험약관개선” 내용을 피신청인이 적용하지 않는 것은 부당하다고 주장하므로 살피건대, 동 보도참고자료의 내용은 책임개시 이전에 이미 장애상태에 있는 계약자가 책임개시 이후 새로운 원인에 의해 장애상태가 악화될 경우 현행 약관에서는 그 보험금 지급기준이 모호하므로 2008.4.1. 이후의 개정 약관부터는 책임개시 이전의 장애가 악화될 경우 기존 장애 해당부분을 제외하고 추가된 장애에 대해 관련 보험금을 지급하

도록 지도한 것으로 본 건 신청사건과 관련지어 판단할 사항은 아님.

라. 결 론

그렇다면 이 건 2008.5.17.(휴일) 발생한 교통사고로 인한 장애진단에 대하여 피신청인이 휴일 교통재해 장애치료비에서 일반재해 장애치료비를 뺀 차액을 지급하는 것이 타당함.

2-18 가중된 장애에 해당되는지 여부[2]

[기각] 신청인은 2004.5월 요추부위 후유장애(6급14호, 경도의 추간판탈출증)에 해당하는 장애급여금을 지급받았고, 2009.5.16. 발생한 휴일 교통사고로 인하여 제4,5요추간 추간판탈출증으로 후유장애 진단을 받았는데, 본 건 장애는 2004.5월 진단받은 장애와 동일한 부위에 발생하였고 장애등급의 급수도 변화가 없는 점, 본 건 사고로 추가된 진단명은 기존의 장애진단을 받은 요추부위 외에 다발성 좌상에 한정되어 있어 동 사고로 인해 새롭게 장애가 발생하였다고 보기 어려운 점, 본 건 후유장애진단서에는 피보험자의 장애를 1년 한시로 평가하여 ‘영구적인 육체의 훼손상태’에 해당한다고 보기 어려운 점 등을 고려할 때 “가중된 장애”에 해당된다고 인정할 수 없음.(2010.1.26. 조정번호 제2010-7호)

가. 사실관계

신청인은 2000.12.20. 피신청인과 상해보험 계약을 체결하였음. 신청인은 2002.5.11. 계단에서 넘어진 사고가 발생하여, 2004.5.1. ○○정형외과의원에서 경도의 추간판탈출증으로 후유장애진단(제6급14호)을 받았음. 이에 대하여 피신청인은 같은 달 11일 장애치료비(400만원)을 지급함.¹⁴¹⁾

신청인은 2009.5.16. 교통사고를 당하여, 같은 해 8.24. ◇◇병원 및 9.23. △△병원에서 각각 후유장애진단을 받은 후, 9.28. 장애치료비를 청구하였으나, 10.20. 피신청인이 장애치료비 지급이 불가함을 안내함으로써 같은 해 12.4. 분쟁조정¹⁴²⁾이 신청됨.

141) 주계약(200만원), 휴일재해보장특약(200만원).

142) 분쟁금액 4백만원(동일 부위 가중장애 인정시)

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

피보험자가 2009.5.16(토요일) 발생한 휴일 교통사고로 인하여 제4,5요추간 추간판탈출증으로 후유장해진단을 받았는 바, 금번 사고에 대한 휴일교통재해 장해치료비에서 과거 지급받은 장해치료비를 뺀 차액을 지급해야 함.¹⁴³⁾

(2) 피신청인의 주장

이 건 피보험자의 요추부위 후유장해(6급14호, 경도의 추간판탈출증)에 해당하는 장해급여금을 기 지급하였으며, 2008.5.16. 교통사고로 인한 후유장해(6급14호, 경도의 추간판탈출증)는 가중된 장해가 아니라 기 발생한 장해와 동일부위·동일등급으로 장해치료비의 지급사유에 해당되지 않음.

다. 위원회의 판단

- 주계약(교통재해장해치료비 4백만원), 휴일재해보장특약(4백만원)

143) 신청인의 요추부위 후유장해진단은 다음과 같음.

- ① 2004.5.1. ○○정형외과의원의 장해진단서 : 2002.5.11. 이학적 검사상 요통 및 하지직거상 검사에 의한 양성소견 보이며, 우측 하지의 저린감 등으로 일상생활에 불편이 클 것으로 사료되며 당해보험약관 제6급14항의 장해에 해당된다는 소견임.
- ② 2009.8.24. ◇◇병원의 후유장해진단서 : 2009.5.16. 발생한 교통사고로 인해 경추요추부염좌로 진단받았으며, 2009.5.26. MRI 소견상 중심성 디스크 팽윤(신경근압박 소견은 없음), 경도의 요추부 동통 및 운동제한, 간헐적 하지 이상감각, 맥브라이브식 장해평가상 1년 한시(최종노동력상실률 12%)라는 소견임.
- ③ 2009.9.23. △△병원의 후유장해진단서 : 2009.5.19(경찰서에는 2008.5.16.사고) 발생한 교통사고로 인해 요추 제4,5간 추간판 팽윤증, 척추후 관절염(경도)의 진단을 받았고, 경도의 요추부 동통 및 운동제한과 하지 직거상 양성소견, 간헐적인 하지 이상감각을 호소하는 상태에 해당된다는 소견임.
- ④ 2009.10.8. △△병원의 진료확인서 : 상기 교통사고로 인해 경추부 및 요추부 염좌, 다발성 좌상으로 진단하였고, 동 병명의 발병원인에 대해서는 체질적 요인(퇴행성 변화 포함)이 있던 중 사고에 의하여 통증이 발생하고 악화되었으며, 그 기여도는 20~30%로 추간판의 퇴행성 변화 소견을 보이며 요배부 동통과 좌하지방사통을 보여 기여도를 추측해 보았고 장해기간은 한시적 1년에 해당된다는 소견임.

◆ 본 건의 쟁점은 신청인이 2009.5.16. 발생한 교통사고로 인해 진단 받은 후유장해(경도의 요추부 동통 및 운동제한과 하지 직거삼 양성소견, 간헐적인 하지 이상감각)를 당해 보험약관에서 정하고 있는 가중된 장해에 해당하는지 여부 등이라 할 것임.

(1) 가중된 장해에 해당되는지의 여부

당해보험 약관에서는 “가중(加重)”의 의미에 대하여 별도의 설명을 두고 있지는 않으나, 그 사전적(국립국어원 표준국어대사전) 의미는 “책임이나 부담 따위를 더 무겁게 하는 것”이라고 정의하고 있으며, 법원은 ‘이미 신체장해(업무상 재해여부를 불문)가 있던 자가 부상 또는 질병으로 인하여 동일부위에 장해의 정도가 가중된 경우 여기에서 말하는 가중이란 업무상 재해로 새롭게 장해가 더해진 결과 현존하는 장해가 기존의 장해보다 중하게 된 경우를 말하되 신체장해등급표상 기존의 장해등급보다도 현존하는 장해의 등급이 중하게 되지 않으면 가중에 해당되지 않는다고 판단¹⁴⁴⁾하고 있음.

우선, 당해 보험약관 제19조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제6항 및 동 보험의 휴일 재해보장특약 약관 제14조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제5항에서는 장해치료비의 지급사유가 다른 재해로 인하여 2회 이상 발생하였을 때에는 그 때마다 이에 해당하는 장해치료비를 지급하도록 정하고 있으나, 그 장해가 이미 지급받은 동일부위에 가중된 장해일 때에는 새로이 발생한 장해에 해당하는 소득보상금 및 장해치료비에서 이미 지급한 소득보상금 및 장해치료비를 뺀 금액을 지급하도록 정하고 있는 동 약관조항의 문언 취지는 서로 다른 재해로 인하여 동일한 부위에 장해가 새로이 발생하는 경우라 하더라도 피보험자의 장해상태가 현재의 장해등급 보다 상위의 장해등급 등 장해급수의 변화가 전제되지 않는, 즉 가중된 장해에 해당하지 않는다면 새로이 발생한 장해로 볼 수 없고 따라서 추가적으로 지급할 보험금이 없다고 봄이 상당하며, 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

144) 대법원 2001.12.24. 선고 2000두598 판결 참조.

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.

(2) 휴일교통재해 장해치료비 지급 여부

신청인은 금번 2008.5.16. 교통사고는 토요일(휴일)에 발생하였으므로 휴일교통재해장해치료비가 지급되어야 한다고 주장하므로 살피건대, 당해 보험약관 제18조(보험금의 종류 및 지급사유)에서는 제3급 내지 제6급의 장해상태가 되었을 때 지급하는 장해치료비를 재해발생의 유형에 따라 교통재해 장해치료비, 기타재해 장해치료비로 구분하고, 휴일재해보장특약 약관 제14조(보험금의 종류 및 지급사유)에서는 휴일교통재해 장해치료비, 휴일기타재해 장해치료비로 구분하면서 그 지급규모를 달리 정하되, 장해치료비의 지급사유가 다른 재해로 인하여 2회 이상 발생하였을 때에는 그 때마다 이에 해당하는 소득보상금 및 장해치료비를 지급하도록 정하고 있으나, 그 장해가 이미 지급받은 동일 부위에 가중된 장해일 때에는 새로이 발생한 장해에 해당하는 소득보상금 및 장해치료비에서 이미 지급한 소득보상금 및 장해치료비를 뺀 금액을 지급하도록 정하고 있음을 감안할 때 앞서 설명한 바와 같이 이 건을 가중된 장해로 보기는 어려울 뿐만 아니라 장해치료비의 지급규모가 단지 평일과 휴일에 의해 결정되는 것은 사회통념상 인정하기 어렵다 할 것임.

라. 결 론

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

제3절 재해사망

2-19 자해 착수 전 만취로 인한 심장마비사가 재해사망에 해당하는지 여부

[인용] 피보험자의 사망사고는 자해행위를 착수하기 전단계에서 자해행위로 나아가지 못하고 신나를 뿌리고 술을 마시던중 만취되어 쓰러져 자다가 다른 부수적인 원인에 의하여 사망한 것으로 볼 수 있으므로 피보험자의 자해로 인한 사망사고라는 사실을 전제로 하는 피신청인의 면책주장은 이유 없음.(1999.11.16. 조정번호 제99-60호)

가. 사실관계

1999.7.19. 16:40경 ○○건물 4층 옥상 가건물내 거실에서 피보험자가 쓰러져 사망한 상태로 있는 것을 신청외 A씨가 발견하여 소방서에 신고함. 사고당시 동 옥상 가건물내 거실내부의 창문은 닫혀 있었고, 거실 바닥에는 신나가 흥건하게 고여 있었으며 거실 한 켠에서는 소주 2병(1.8리터)과 신나 1통(18리터)이 발견되었음.

◇◇의료원 소속 의사가 발행한 사체검안서상의 기록에 의하면 피보험자는 동 의료원에 도착당시 이미 사망한 상태이었고, 피보험자의 사망원인을 “선행사인 과음”, “직접사인 심장마비사”로 추정하고 있음.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

보험회사는 피보험자가 고의로 자해를 하기 위해 신나를 뿌려 놓고 많은 양의 술을 마심으로써 질식사한 것이라 주장하나, 사망진단서상에는 선행사인 과음, 직접사인 심장마비로 되어 있는 등 자살한 것이라고 보이지 아니하므로 보험금을 지급하여야 함. 또한 피보험자는 비록 채무문제는 있었으나 충분히 변제가 가능한 상황이었음.

(2) 피신청인의 주장

경찰의 사고조사 기록에 의하면 한여름 날씨에 창문이 밀폐되어 있고, 방안에서 10분

이상 건디기 힘들 정도로 신나냄새가 심한 상태였으며, 외상 및 타살의 혐의점을 발견하지 못하였음. 또한 피보험자는 평소 자주 죽고 싶다는 말을 하여 왔다는 점으로 미루어 볼 때 피보험자는 채무관계 및 가정불화 등의 이유로 자해를 목적으로 자신의 주위에 다량의 신나를 뿌려 놓고 소주를 마시다가 질식사하여 사망한 것으로 판단됨.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 과음으로 인한 심장마비사를 피보험자의 자살에 의한 사고로 볼 수 있는지 여부임.

피보험자가 가입하고 있는 종신보험 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 아니하는 보험사고) 제1항에 의하면 “회사는 다음중 어느 한가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 계약을 해지할 수 있습니다”라고 규정하고 제1호에 “피보험자가 고의로 자신을 해친 경우”를 면책사유의 하나로 열거하고 있음. 따라서 본건 사고에서 피보험자가 자신을 해친다는 고의를 가지고 있었고 이에 더 나아가 자신을 해치는 행위(자해행위)를 하여 상해 또는 사망의 결과에 이르렀다고 판단될 경우에는 피신청인은 위 보험약관상의 면책규정에 의하여 보험금을 지급할 책임이 발생하지 않는다고 할 것임.

사고 당시 피보험자의 주변상황 등 사실관계를 종합해 볼 때 피보험자는 채무관계, 가정문제 등 다소 고통스러운 사정이 있었던 것으로 보이며, 또한 신나 등이 흘러 있는 곳에 술을 마신 상태에서 특별한 외상없이 사망한 채 발견된 것으로 보아 일응 피보험자가 고의를 가지고 자해하였으리라 추정할 수는 있다고 보여짐.

그러나 위와 같은 자해의 주관적인 의사가 추정된다 하더라도 객관적으로 보아 자해의 실행으로 볼 수 있는 자해행위가 착수되고, 그 행위의 결과로 인하여 사망하였다는 객관적인 요건이 충족되지 아니하면 피보험자의 사망이 자해로 인한 결과라고 보기는 어렵다 할 것임.

그런데 자살의 행위정형을 고려해 볼 때 자해의 수단이나 방법으로써 음주나 신나만을 이용한다는 것은 이례적인 것이므로, 피보험자가 신나를 뿌리고 술을 마신 행위를 자

해의 직접적인 실행행위로 보기 어렵다 할 것임. 최소한 피보험자가 신나를 뿌리고 술을 마신후 객관적으로 보아 자살의 실행의 착수로 볼 수 있는 직접적인 실행행위(즉 방화 등)를 하였다는 객관적인 사실이 확인되어야 비로소 자살행위의 실행의 착수가 있었다고 인정될 수 있을 것임.

더욱이 본건 사고가 피보험자의 자해행위로 인한 것이라는 사실은 피신청인이 입증하여야 할 것인데, 피신청인이 제출한 자료를 검토한 결과 피보험자가 자살을 하였다고 인정하기에 부족하며, ◇◇의료원의 사체검안서에 의할 때에도 사망의 종류를 “기타 사고사”로 분류하고, 사망원인을 “과음에 의한 심장마비사”로 진단하고 있는 점으로 볼 때 본건 사고를 피보험자의 자살에 의한 사고라고 단언하기 어려움.

라. 결론

본건 사고가 피보험자의 자해로 인한 사망사고라는 사실을 전제로 하는 피신청인의 면책주장은 이유 없으므로 피신청인은 보험수익자에게 보험약관에서 정한 바에 따라 보험금을 지급함이 타당함.

2-20 간경화를 앓고 있다가 벌에 쏘여 사망한 경우 재해사망 인정 여부

[인용] 당해 약관에 “재해라 함은 외래의 사고로 분류표에 따른 사고”를 말한다고 되어 있고, 분류항목에 유독성 동물 및 식물과의 접촉이 포함되어 있음. 한편 의학자료에 의하면 벌에 과민반응을 가진 사람이 벌에 쏘일 경우 쇼크, 호흡곤란 등의 증상으로 사망을 초래할 수 있다고 알려져 있어 벌에 쏘인 것이 경미한 외부 요인이라고 보기도 어려움.(2002.4.23. 조정 번호 제2002-14호)

가. 사실관계

피보험자는 2001.7.10. 논둑의 풀을 깎던 중 땅벌집을 건드려 벌에 머리 등을 쏘여 논둑을 뛰는 것을 논에서 농약을 치던 이웃주민이 발견하고 잠시 후 가보니 논바닥에 넘어져 병원으로 후송되었으나 사망함. 시체검안서에 의하면 피보험자는 2001.7.10. 사망하

였으며 사망원인으로 직접원인이 쇼크사(벌), 중간 선행사인은 간경화증(중증)이라 기재되어 있음. 피보험자는 사망전에 당뇨 및 간염등으로 ○○병원에서 2차례(1998.12.23~1999.1.2, 2000.12.1~12.11) 입원하는 등의 치료사실이 있음.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

피보험자가 벌에 쏘여 쇼크로 사망하였다고 시체검안서에 기재되어 있는데, 간경화라는 체질적 요인이 있었다는 이유로 피보험자의 사망을 재해사망으로 인정하지 않는 것은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

본 건 피보험자는 알코올성 간경변으로 진단되어 치료를 받고 있었고, 당시 시체검안 의사도 피보험자는 간이 비대하였고 간경화증이 사망에 영향을 줄 수 있다는 소견을 제시하는 등 제반 사정을 고려하면 체질적 요인이 있는 상태에서 경미한 외부요인에 의해 사망한 것이라고 보아야 하므로 약관상 재해사망보험금 지급대상이 아님.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 피보험자가 약관상 재해로 인하여 사망하였다고 볼 수 있는지 여부임.

(1) 당해 약관상 재해의 개념

암치료보험 및 단체보장보험 약관에 의하면 재해라 함은 “외래의 사고로서 분류표에 따른 사고를 말한다”고 되어 있고, 분류항목에 유독성 동물 및 식물과의 접촉이 포함되어 있으며 유독성 동물 및 식물과의 접촉에는 말벌 및 벌과의 접촉이 포함되어 있음.

또한, 연금보험과 종합공제 약관에서는 재해의 분류항목에 자연 및 환경요인에 의한 불의의 사고가 포함되어 있으며, 자연 및 환경요인에 의한 불의의 사고에는 벌에 쏘인 경우도 포함되어 있음.

(2) 본 건 피보험자가 약관상 재해로 인하여 사망하였다고 볼 수 있는지 여부

본 건의 경우 아래의 사정을 종합하여 볼 때 피보험자의 사망은 약관에서 정하는 재해로 인하여 발생하였다고 봄이 상당함.

① 시체검안서에 피보험자의 직접사인은 쇼크사라고 기재되어 있는 점.

② 당해 약관에서 별과의 접촉을 재해에 포함하고 있으며, 의학자료에 의하면 벌에 과민반응을 가진 사람이 벌에 쏘일 경우 쇼크, 호흡곤란 등의 증상으로 사망을 초래할 수도 있다고 알려져 있어 벌에 쏘인 것이 경미한 외부요인이라고 보기 어려운 점.

③ 체질 내적인 요인 등의 원인이 어느 정도 병존하고 있다고 하더라도, 재해와 사망 간에 인과관계가 있다고 인정될 때에는 재해가 직접적인 원인이 되어 사망의 결과를 초래한 점.

라. 결 론

본 건 피보험자는 약관상 재해로 인하여 사망하였다고 봄이 상당하므로 피신청인에게 재해사망보험금 지급책임이 있다고 판단됨.

2-21 수면 중 사망사고가 재해사망에 해당하는지 여부

[기각] 피보험자는 수면중 사망한 채 발견되었고, 부검감정서에도 특기할 외상이 없다고 되어 있어 우발적인 외래 사고가 있었다고 볼 근거가 없으며, 법의학에서는 청장년급사증후군이 청장년에서 주로 수면중 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 있는 것으로 보아 피보험자가 재해를 직접적인 원인으로 사망하였다고 보기 어려움.(2005.10.25. 조정번호 제2005-73호)

가. 사실관계

신청인의 아들인 A씨는 2004.5.31. 자신을 보험계약자 겸 피보험자로 하여 피신청인과

건강보험 계약을 체결하였음.

피보험자는 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 발견되었는데, 당일 ○○대학교병원에서 발행된 사체검안서에는 사망의 종류에는 ‘기타 및 불상’으로 되어 있고, 직접 사인에는 ‘미상’으로 되어 있음. 그 후 4.25. 국립과학수사연구소에서 부검을 하였음.¹⁴⁵⁾

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

청장년급사증후군은 원인불명의 내인성 급사를 말하고, 내인성 급사는 육체적, 정신적 자극이 가해졌을 때 발생하므로 피보험자의 사인은 자연사가 아닌 외부적 요인의 의한 것이며, 사망후 3일 지나서 부검을 하였지만 혈중 알코올 농도가 0.05%미만으로 되어 있는 점으로 보아 사망 이전에 많은 양의 음주를 한 것으로 추정되고, 취직을 하려고 스트레스를 받고 있었던 상황이었으므로 외력에 의한 호흡곤란으로 사망한 재해사고임.

(2) 피신청인의 주장

부검감정서에 사인을 명확히 밝히기 어려우나 심장에서 기인한 급사 가능성을 배제할 수 없다고 되어 있고, 우발적인 외래의 사고를 인정할 근거가 없으므로 재해로 인정할 수 없음.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 피보험자가 재해를 직접적인 원인으로 사망하였는지 여부임.

145) 국립과학수사연구소가 2005.5.13. 발행한 부검감정서에는 아래와 같이 기재되어 있음.

- ① 부검을 통해서도 사인을 명확히 밝히기 어려운 사인 불명으로서 청장년급사증후군에 속하며, 심장의 관상동맥경화에서 기인한 급사의 가능성도 완전히 배제할 수 없음.
- ② 외표 검사상 특기할 외상을 보지 못하고, 내부 검사상 심장 관상동맥에서 최대 70% 가량의 관상동맥경화 소견을 보이나 사망에 이른다고 단정할 정도로 심하지 않음.
- ③ 혈액 및 위 내용물 검사상 특기할 약물 및 독물 성분이 검출되지 않았으며, 혈중 알코올 농도는 0.05% 미만임.

(1) 당해 보험약관

당해 건강보험 보통약관 제17조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호에는 “보험기간 중 책임개시일 이후에 교통재해 이외의 재해를 직접적인 원인으로 사망하였을 때에는 일반 재해사망보험금을 지급한다”라고 규정하고 있고, 재해분류표상에는 “재해라 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)로서 재해분류표에 따른 사고를 말한다”라고 규정하면서 “기타 불의의 사고 중 과로 및 격심한 또는 반복적 운동으로 인한 사고” 등은 제외한다고 규정하고 있음.

(2) 피보험자가 당해 약관에서 규정한 재해를 직접적인 원인으로 사망하였는지 여부

피보험자가 재해를 직접적인 원인으로 사망하였다는 신청인의 주장은 아래와 같은 점을 종합해 볼 때 인정하기 어려움.

① 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 성분이 검출되지 않았다’고 되어 있어 우발적인 외래의 사고가 있었다고 볼 근거가 없는 점.

② 법의학에서는 청장년급사증후군이 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 있는 점.

③ 법의학적으로 사망하고 3일 지난 후 부검을 하였다 하여 사망당시의 혈중알콜 농도 보다 낮게 관찰되는 것이 아닌 점 및 혈중 알코올 농도 0.05% 미만이라는 것은 도로교통법상 주취운전에 해당하는 0.05% 이상이 아니라는 취지로 기재한 것으로 보이고, 0.05% 미만의 혈중알코올 농도로는 음주가 사망의 원인이라는 신청인의 주장을 인정하기 어려운 점.

④ 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.

라. 결 론

그렇다면 피보험자는 당해 보험약관에서 규정한 재해를 직접적인 원인으로 사망하였다고 보기 어려우므로 신청인의 청구는 이유없어 이를 기각함.

2-22 기도폐쇄로 인한 사망사고가 재해사망에 해당하는지 여부

[인용] 사체검안서상 피보험자의 사망원인이 미상으로 기재되어 있으나, 피보험자는 평소 특별한 질병을 치료한 사실이 없는 점, 경찰서의 본건 관련 사진에서 피보험자는 입술 및 코부분에 이물질이 있고 이를 닦은 화장지가 안방바닥에 널려 있음이 확인되는 점, 소방서의 구급활동일지에 의하면 피보험자가 구토를 하여 신청인이 구토물을 닦아준 사실이 있다고 기재되어 있는 점, 경찰서의 수사기록에 의하면 피보험자는 과음으로 인한 인사불성인 상황에서 기도폐쇄로 사망하였다고 추정하고 있는 점 등으로 볼 때 본건은 당해 보험약관에서 정한 재해에 해당한다고 봄이 타당함.(2008.7.1. 조정번호 제2008-47호)

가. 사실관계

신청인의 남편은 2000.7.7. 및 같은 해 8.31. 본인을 피보험자로 하여 피신청인과 교통안전보험 및 암보험 계약을 체결하였음. 피보험자는 2007.12.22. 저녁 부부동반모임에서 술을 마시다 정신을 잃어 다음날 오전 4시경 자택으로 귀가하였으나 계속 의식을 잃고 있어 신청인이 119구급대에 신고함.

119구급대가 출동하여 피보험자를 확인한 결과, 맥박 및 혈압이 정상소견을 보여 특별한 조치 없이 돌아갔는데, 오전 10시경 신청인의 신고를 받고 다시 119구급대가 출동하여 피보험자를 확인한 결과 이미 사망한 것으로 판명되었고, 본건을 수사한 경찰서의 사건 사진을 보면 피보험자는 입술과 코부분에 이물질이 있는 것을 확인할 수 있음.¹⁴⁶⁾

경기도 소재 ○○병원의 의사가 발행한 2007.12.23.자 사체검안서상 피보험자의 사망원인은 직접사인, 중간선행사인 및 선행사인이 모두 “미상”으로 기재되어 있고, 경찰서의 수사기록에 의하면 피보험자의 사망원인은 기도폐색 또는 내인성급사로 추정된다고 기재되어 있음.

신청인은 2008.3.3. 보험금을 청구하였으나 피신청인은 본건 사고는 재해에 해당하지 아니한다며 교통안전보험은 책임준비금 820,891원을, 암보험은 재해이외 사망급여금(4백만원 + 기납입보험료) 5,646,651원만 지급하고 일반재해사망보험금(7천만원) 지급을 거절함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

피보험자는 구토하던 중 음식물에 의한 기도폐색으로 사망하였으므로 피신청인은 본건 사고를 재해로 인정하여 일반재해사망보험금을 지급하여야 함.

(2) 피신청인의 주장

신청인은 피보험자가 구토하는 과정에서 음식물로 인한 기도폐색으로 사망하였다고 하나 사망장소에서 다량의 음식물 찌꺼기가 발견된 바 없으며, 사체 발견 당시 피보험자의 입안에 구토물의 흔적이 없고 사체검안서상 사망원인이 미상이라고 기재되어 있으며, 경찰조서에서 피보험자의 사망원인이 기도폐색이나 내인성급사로 추정된다고 기재되어 있으나 이를 입증할만한 객관적인 증빙이 없는 한 피보험자가 재해로 사망하였다고 볼 수 없어 신청인에게 일반재해사망보험금을 지급할 수 없음.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 본건 사고가 재해에 해당하는지 여부라 할 것임.

146) 신청인은 다음날인 23일 오전 6시경 피보험자가 수면중 구토한 것을 보고 이를 닦아 주었다고 주장함.

당해 보험약관은 재해를 우발적인 외래의 사고라고 규정하고 있으며, 대법원은 “술을 마시고 잠을 자다 구토를 하여 기도폐색으로 질식 사망한 경우, 급격하고도 우연한 외래의 사고에 해당하고, ‘외래의 사고’를 상해 또는 사망의 원인이 피보험자의 신체적 결함 즉 질병이나 체질적 요인 등에 기인한 것이 아닌 외부적 요인에 의해 초래된 모든 것을 의미한다”라고 판시¹⁴⁷⁾하고 있는데, 경기도 소재 ○○병원 의사가 발급한 2007.12.23.자 사체검안서상 피보험자의 사망원인이 미상으로 기재되어 있으나, 피보험자는 평소 특별한 질병을 치료한 사실이 없는 점, 경찰서의 본건 관련 사진에서 피보험자는 입술 및 코 부분에 이물질이 있고 이를 닦은 화장지가 안방바닥에 널려 있음이 확인되는 점, 동일자 경기도 ◇◇소방서의 구급활동일지에 의하면 피보험자가 구토를 하여 신청인이 구토물을 닦아준 사실이 있다고 기재되어 있는 점, 경찰서의 수사기록에 의하면 피보험자는 과음으로 인한 인사불성인 상황에서 기도폐색으로 사망하였다고 추정하고 있는 점 등으로 볼 때 본건은 당해 보험약관에서 정한 재해에 해당한다고 봄이 타당함.

라. 결 론

그렇다면 피신청인은 신청인에게 일반재해사망보험금을 지급할 책임이 있다고 판단됨.

2-23

외국에서 발생한 재해가 현지에서는 평일, 국내에서는 휴일에 해당하는 경우 휴일장해사망 해당 여부

[기각] 외국에서 발생한 재해의 경우에는 휴일 적용 여부에 대해 계약체결지(대한민국)를 기준으로 할 것인지 아니면 재해발생지(외국)를 기준으로 할 것인지 명확하지 않으나, 동일한 보험계약을 체결한 다른 계약자의 경우 계약체결지를 기준으로 공휴일 여부를 판단했을 때 재해발생일이 평일이 되어 동 원칙에 따른 해석임에도 불구하고 계약자에게 불리한 해석이 될 수 있는 바 작성자 불이익 원칙이 본건 약관에는 적용하지 않는 것이 타당함.(2008.8.26. 조정번호 제2008-60호)

가. 사실관계

147) 대법원 1998.10.13. 선고 98다28114 판결 참조.

보험계약자는 1999.7.26. 본인을 피보험자로 하여 피신청인과 상해보험 계약을 체결하였음. 피보험자는 중국의 ○○특별행정구에서 현지시간으로 금요일인 2006.11.3. 23:30분 조직폭력배에 의해 칼에 찔린 후 병원으로 후송되었으나, 다음 날(토요일) 00:45분 과다출혈로 사망하였음.

신청인(피보험자의 배우자)이 2006.12.8. 휴일재해사망보험금을 청구하자, 피신청인은 평일재해사망보험금 2천5백만원을 지급하였으며, 이에 신청인은 2008.5.13. 피신청인이 휴일재해사망보험금을 지급하지 않음을 이유로 분쟁조정을 신청함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

피보험자가 ○○지역 현지시간으로 2006.11.3.(금) 23:30분경 칼에 찔려 병원으로 후송되었으나 2006.11.4.(토) 00:45분에 과다출혈로 사망하였고, 사망일인 토요일은 약관에서 휴일에 해당한다고 정하고 있으므로 휴일재해사망보험금(5천만원)을 지급해야 함.

(2) 피신청인의 주장

휴일재해사망과 평일재해사망을 구분하는 기준은 사망의 원인이 된 재해가 휴일 또는 평일 발생 여부이지, 사망일을 기준으로 하는 것은 아님. 피보험자는 ○○지역 현지시간으로 2006.11.3.(금) 23:30분경 칼에 찔리는 사고로 인해 사망하였으므로 평일재해사망보험금(2천5백만원)을 지급하는 것이 타당함.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 휴일재해사망과 평일재해사망을 구분하는 기준 및 본건 사고가 약관상 휴일재해에 해당하는지 여부라 할 것임.

(1) 휴일재해사망과 평일재해사망을 구분하는 기준

“재해사망보험금의 경우 그 보험사고는 재해를 직접원인으로 한 사망으로서 그 중 주된 요소는, ‘사망’이라는 재해에 따른 결과라기보다는 우연성을 중심적 개념요소로 하는

보험사고의 개념에 더 근접한 우발적인 외래의 사고로서의 ‘재해’라 할 것인 점에 비추어, 피보험자의 사망일이 아닌 재해발생일이 휴일인가 아니면 평일인가에 따라 보험금 지급의 범위를 달리하는 것으로 정한 취지라고 봄이 상당하다”라는 판결¹⁴⁸⁾에 비추 볼 때, 사망일이 아니라 재해발생일을 기준으로 휴일재해사망 또는 평일재해사망 여부를 결정하는 것이 타당함.

(2) 상기 재해의 휴일 발행 여부

해당 약관에서 정하고 있는 바를 살펴보면, 동 약관 제9조(휴일 및 평일의 정의)에서, “이 계약에서 휴일이라 함은 ‘토요일’과 ‘관공서의 공휴일에 관한 규정에 정한 공휴일’로 하고, 평일이라 함은 휴일을 제외한 나머지의 날로 합니다”라고 정하고 있는 것으로 볼 때, 해당 약관에서는 우리나라의 시간 및 관련 법규를 기준으로 휴일 및 평일을 구분하고 있음을 알 수 있음. 그러나 외국에서 발생한 재해에 대해서는 동 재해의 휴일 또는 평일 발생 여부에 대한 기준을 약관에서 별도로 정하고 있지 않아, 계약체결지(대한민국)를 기준으로 할 것인지 아니면 재해발생지(외국)를 기준으로 할 것인지에 대한 추가적인 약관해석 절차가 필요함.

약관해석과 관련하여 「약관의 규제에 관한 법률」 제5조(약관의 해석) 제1항 “약관은 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 해석되어야 하며 고객에 따라 다르게 해석되어서는 아니된다.”의 입법취지를 살펴보면, 약관의 해석은 일반적인 고객의 이익을 고려하여 계약당사자가 표시하였으리라고 판단되는 의사를 기준으로 이뤄져야 하므로, 평균적 고객의 이해가능성을 기준으로 객관적·확일적으로 해석되어야 한다는 것인데, 본 건 약관에서 휴일사고 또는 평일사고인지 여부에 따라 재해장해에 대한 보장수준을 다르게 책정하고 있는 이유는 통상 사고발생율이 평일보다 휴일에 높게 나타나므로 휴일재해에 대한 계약자의 보장니즈가 더 크다는 데 있다는 점을 감안할 때, 실제 사고발생지를 기준으로 휴일사고 또는 평일사고인지 여부를 결정하는 것이 보험설계 취지 및 보험계약 당사자의 계약체결의사에도 부합하는 해석이라 할 것임.

한편, 약관의 뜻이 명백하지 않아 다의적으로 해석이 가능한 경우에는 「약관의 규제에

148) 서울고등법원 2001.12.20. 선고 2001나31129 판결 참조.

관한 법률」 제5조 제2항에서 정하고 있는 ‘작성자 불이익의 원칙’에 따라 계약자에게 유리하게 해석해야 한다고 주장할 여지도 있으나, 작성자 불이익의 원칙은 약관내용이 불명확하여 계약자에게 불리하게 해석될 수 있는 경우에는 오히려 계약자에게 유리하게 해석해야 한다는 약관해석 원칙으로, 결국 동 원칙에 따라 약관을 해석했을 때 계약자에게 유리한 방향의 해석이어야 할 것임.

그러나 본 건에서는 동 원칙에 따라 계약체결지를 기준으로 공휴일 여부를 판단할 경우 재해발생일이 공휴일이 되어 계약자에게 유리하나, 동일한 보험계약을 체결한 다른 계약자의 경우 계약체결지를 기준으로 공휴일 여부를 판단했을 때 재해발생일이 평일이 되어 동 원칙에 따른 해석임에도 불구하고 계약자에게 불리한 해석이 될 수 있는 바, 작성자 불이익의 원칙이 본건 약관에는 적용하지 않는 것이 타당할 것으로 보여짐.

라. 결 론

그렇다면 피신청인은 신청인에게 휴일재해사망보험금을 지급할 보험계약상 의무가 없다고 판단됨.

2-24 항암치료 중 실종 사망사고가 재해사망에 해당하는지 여부

[인용] 말기 폐암환자인 피보험자가 병원에서 항암치료를 받은 후 귀가중 실종되었고, 이후 시 외각 논제방에서 바지의 지퍼가 열린채 엎드린 자세의 변사체로 발견되었는데, 발견당시 변사체의 자세(엎드린 자세, 지퍼가 열려있는 상태)를 고려할 때 소변을 보는 자세에서 정면으로 추락했을 가능성이 높고, 병원 소견서에 의하면 피보험자가 입원을 요할 정도의 병세가 아니었으며, 최근 항암치료 결과 병세가 호전되고 있었다는 사실을 알 수 있는 바, 피보험자는 추락후 의식을 잃고 장시간 추위에 노출되어 저체온사 했을 가능성이 높다고 할 것이어서 재해로 사망한 것으로 판단됨.(2008.8.26. 조정번호 제2008-61호)

가. 사실관계

보험계약자는 2004.11.25. 배우자를 피보험자로 하여 피신청인과 생명보험 계약을 체결

하였음. 2006.6.7. 피보험자는 폐암말기 진단을 받았고, 2007.12.3. 항암치료를 받은 후 귀가중 실종되었고, 같은 달 9일 시(市) 외각에 위치한 논 제방에서 바지의 지퍼가 열린 채 엎드린 자세의 변사체로 발견되었으며, 부검을 실시하지 않음.¹⁴⁹⁾

2008.5.13. 신청인은 피신청인이 재해사망보험금 지급을 거절하자 분쟁조정을 신청함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

피보험자가 2007.12.3. 항암치료 후 귀가하던 중 논두렁에 처진 노끈에 발이 걸려 논아래로 추락하였고, 그 상태에서 의식을 잃어 추위에 장시간 노출됨에 따라 결국 저체온사로 사망하였음에도 재해사고에 해당하지 않는다는 이유로 재해사망보험금의 지급을 거절하는 것은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

사체검안서에 의하면 직접사인은 미상이며, 사망에 이를 정도의 외상 흔적은 없었던 것으로 확인되고, 또한 경찰 작성서류에 의하면 피보험자 발견당시 피보험자의 코와 입 주변에 출혈흔적이 있었다고 하나, 이는 외상이 아니라 각혈로 인한 것으로 추정됨.

피보험자의 최근 몸상태로 봤을 때 폐암말기 및 중증의 만성폐쇄성폐질환으로 인한 혈전, 심장마비, 각혈 등으로 급격하게 사망에 이를 수 있다는 점 등을 고려할 때 재해로 사망하였다고 보기 어려움.

다. 위원회의 판단

149) 2008.3.13. 관할 경찰서의 사건사고 사실확인원상 사고 발생개요 : “변사자는 2007.12.3. 16:00경 병원에서 폐암치료후 귀가를 위해 ○○교통 ***번 버스를 탔으나 목적지인 종합터미널에서 내리지 못하고 종착지까지 가버린 것을 걸어서 위 터미널 방면을 찾아 가다가 길을 잘못 들어 ◇◇동 소재 시유지 옆 도로에 불상의(알 수 없는) 이유로 처져 있는 노끈에 발이 걸려 앞으로 넘어지면서 5미터 아래인 논으로 떨어져 실족후 정신을 잃고 저 체온증으로 사망한 것으로 추정되고 2007.12.9. 10:40경 신고자에 의해 발견된 것임”

◆ 본 건의 쟁점은 말기 폐암환자인 피보험자가 제방에서 추락후 의식을 잃고 장시간 추위에 노출되어 저체온증으로 사망한 것인지 아니면 피보험자가 제방에서 추락후 폐암 말기 등 병세가 악화되어 사망한 것인지 여부임.

피신청인의 주장은 다음과 같은 이유로 그 타당성을 인정하기 어려움

폐암말기 및 중증의 만성폐쇄성폐질환 등 피보험자의 병력을 감안하건대, 각혈로 인해 사망에 이를 수도 있다는 점에서 피보험자의 각혈 여부는 사망원인 판단에 있어 중요한 의미를 가진다고 할 것인데, 이에 대해 피신청인은 코와 입 주변에 출혈흔적이 각혈에 따른 것으로 주장하나, 피보험자 발견당시 얼굴이 바닥에 눌러있는 상태였던 점으로 비춰 볼 때 추락시 코와 입이 추위로 딱딱해져 있는 눈바닥에 부딪혀 출혈이 발생하였을 가능성도 있으므로 이를 각혈에 따른 출혈로 단정하기 곤란함.

또한 피신청인은 피보험자의 경우 폐암말기 및 중증의 만성폐쇄성폐질환으로 인한 혈전, 심장마비, 각혈 등으로 급격하게 사망에 이를 수 있다는 ○○대학교병원 진료소견서(2008.2.25. 발행) 내용을 재해사망이 아니라는 반증자료로 제시하고 있으나, 동 진료소견서를 살펴보면, 최종 내원당시 항암치료후 후유증상으로 입원치료가 필요한 상태였는지 여부에 대하여 “입원치료가 필요한 상태는 아니었음”으로 기재되어 있고, 아울러 동 병원 의사소견서(2008.5.7. 발행)에 의하면, “재발 상태에서 2차 항암제 1주기 항암제를 11월 5일과 12일 시행하였으나 식사량은 좋았으며 전신상태는 호전의 경과를 보여 2주기 항암제를 12월 3일 시행하고 집으로 귀가하였습니다.”라고 기재되어 있는 바, 상기와 같은 피보험자의 건강상태로 볼 때, 피신청인의 주장대로 폐암말기 및 중증의 만성폐쇄성폐질환으로 인한 혈전, 심장마비, 각혈 등으로 급격하게 사망했다고 단정하기는 곤란함.

피신청인의 주장과는 달리, 피보험자는 제방에서 발생한 추락사고로 인해 정신을 잃고 장시간 추위에 노출되어 결국 저체온증으로 사망했을 개연성이 크므로, 결국 피보험자는 재해로 인해 사망한 것으로 보는 것이 타당할 것임.¹⁵⁰⁾

150) 이와 관련한 유사판례는 다음과 같음.

① 교통재해를 직접적인 원인으로 하여 사망하였다는 의미는 교통재해로 입은 상해가 주요한 원인이 되어 사망한 경우를 말하고, 교통재해로 입은 상해 이외에 피보험자가 가진 기왕의 질환 등이 공

라. 결 론

그렇다면 피신청인은 신청인에게 재해사망보험금을 지급할 책임이 있다고 판단됨.

2-25 자전거에서 떨어져 사망에 이른 경우 재해사망에 해당하는지 여부

[기각] 피보험자가 자전거 대회에 참석하여 자전거를 타던 중 자전거에서 떨어져 사망하였는데, 병원에서 발행한 사체검안서에 따르면, 사망의 종류에 병사 또는 외인사가 아닌 “기타의 불상”으로 기재되어 있고, 동 병원 소견서에도 “사망의 진단명은 급성기도폐쇄로 추정”되나 “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 외상 흔적 등이 발견되지 않아 우발적인 외래의 사고로 인해 사망했다고 볼만한 증거자료를 찾아 볼 수 없는 점 등을 종합적으로 고려할 때 피보험자가 재해로 사망했다고 보기 어려움 (2009.12.22. 조정번호 제2009-103호)

가. 사실관계

보험계약자는 1997.6.5. A생명과 보장보험계약(계약기간 1997.6.5.~2030.6.5.)을, B화재와 생활체육안전보험계약(계약기간 2009.8.29.~8.30.)을 체결한 바 있음. 피보험자(남, 1965년생)는 자전거대회에 참가 중 사망하였고, 이에 B화재는 2009.9.18. 돌연사 보험금(5백만원)을 지급하였으며, A생명은 2009.10.5. 일반사망보험금(20백만원) 지급하였음.

동원인이 되었다 하더라도, 교통재해로 인한 상해와 사망의 결과 사이에 통상 일어나는 원인 결과의 관계가 있다고 인정되는 이상, 여기서 말하는 직접적인 원인에 해당한다고 봄이 상당하고, 민사분쟁에 있어서의 인과관계는 의학적·자연적 인과관계가 아니라 사회적·법적 인과관계로서 그 인과관계는 반드시 의학적·자연과학적으로 명백히 입증되어야 하는 것은 아니다.(대법원 2000.3.28. 선고 99다67147 판결 참조).

② 이 사건 교통사고로 인하여 A씨가 입은 상해는 사망의 유일한 원인은 아닐지라도 A씨의 고령이나 치료과정에서 받은 스트레스, 교통과 함께 작용하여 A씨를 사망에 이르게 한 주요한 원인이라 할 것이고, 결국 A씨는 이 사건 보험계약상 ‘차량탑승중 교통재해’ 또는 재해보장특약상 ‘재해’를 직접적인 원인으로 하여 사망한 경우에 해당한다고 할 것이다.(서울고등법원 2007.4.27. 선고, 2006나 96152(본소), 2006나96169(반소) 판결).

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

피보험자는 1965년생으로 평소 특별한 질병이 없었고 사체검안서에도 직접사인을 “급성기도폐쇄”로 기록하고 있는데도 피신청인이 재해사망보험금 또는 교통재해사망보험금 지급을 거절하는 것은 부당함.¹⁵¹⁾

(2) 피신청인의 주장

사체검안서를 발급한 담당의사의 진단(급성기도폐쇄)은 임상적 추정에 불과하고 그 원인은 알 수 없으며, 급성기도폐쇄가 외부에 의한 것인지, 질환인지 또한 알 수 없다라고 소견을 밝히고 있으며 외부적 요인에 의해 사망했다는 객관적 증빙이 없어 재해사망을 인정할 수 없음.¹⁵²⁾

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 피보험자의 사망이 재해사망에 해당되는지 여부라 할 것임.

신청인의 주장은 다음과 같은 이유로 그 타당성을 인정하기 어려움

① 대법원 판례에서는 “상해보험에서 담보되는 위험으로서 상해란 외부로부터의 우연한 돌발적인 사고로 인한 신체의 손상을 말하는 것이므로, 그 사고의 원인이 피보험자의 신체의 외부로부터 작용하는 것을 말하고 신체의 질병 등과 같은 내부적 원인에 기인한

151) 관할 경찰서의 변사사건 처리결과 보고(2009.9.2.) 내용 : “변사자는 프리랜서 카메라맨으로 생활하는 자로, ○○○시청에서 주최하는 제○회 전국 쉼터(MTB) 자전거대회에 참석하여 2009.8.30. 09:55경 초보자급 경기를 신청하여 자전거를 타며 ○○○시 ○○병원 방면 언덕길을 진행 중 2회에 걸쳐 킥킥거리며 자전거에서 떨어져 바닥에 넘어진 후 얼굴이 파랗고 입에 거품이 나고 입술을 약간 내민 채 몸을 떨며 의식이 없어 보이자 119 구급대원이 출동하여 심폐소생술을 한 후 병원 응급실 후송 중 이미 사망한 것으로, 다른 외상 전혀 없고 타살혐의점 없어 본 건 내사 종결코자 함.”

152) ○○병원의 진료소견(2009.12.7. 발행) 내용 : “사망의 진단명은 급성기도폐쇄로 추정되며, 원인은 알 수 없고 급성기도폐쇄가 외부에 의한 것인지 질환인지 또한 알 수 없음. 도착당시 구강내 토사물 흔적 있는 것으로 보아 급성기도폐쇄를 의심하였음.”

것은 제외되며, 이러한 사고의 외래성 및 상해 또는 사망이라는 결과와 사이의 인과관계에 관해서는 보험금 청구권자에게 그 입증책임이 있다”라고 판시¹⁵³⁾하고 있는데, 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 어려운 점.

② ○○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 볼 만한 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 문언해석상 명백한데, 앞서 본 바와 같이 피보험자의 사망은 재해에 해당한다고 보기 어려워 당연히 교통재해에도 해당되기 어렵고, 판례에서도 교통재해라 함은 운행 중 교통수용구가 추락·폭발하거나 다른 교통수용구와 충돌하는 등과 같이 교통수용구에 대해 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 인한 손해라고 판단¹⁵⁴⁾하고 있는 바, 사고당시 피보험자가 자전거에 탑승하고 있을 때 발생한 사고이면 외래적 요인이 없더라도 무조건 교통재해에 해당된다는 취지로 해석할 수는 없음.

라. 결 론

153) 대법원 2001.8.21. 선고 2001다27579 판결 참조.

154) 서울고등법원 2003.7.10. 선고 2002나67972 판결 참조.

그렇다면 재해사망보험금 또는 휴일교통재해사망보험금을 지급하지 아니한 피신청인1의 조치나, 상해사망보험금을 지급하지 아니한 피신청인2의 조치도 부당하다고 보기 어려움.

2-26 **늑골골절 치료중 발생한 패혈증으로 사망한 경우 재해사망 해당 여부**

[기각] ○○정형외과의원 진료소견에 의하면 당해 피보험자의 골절부 골전위가 심하지 않아 장기손상이 동반되었다고 보기 힘들다는 소견이 확인되고, 이러한 경우와 같이 장기손상을 동반하지 않거나 다발성 골절 또는 개방성골절이 아닌 경우 임상에서 특별히 문제가 되는 골절로 보고 있지 않는 점, 의료자문에 의하면 ①늑골골절 또는 요추골절을 패혈증의 직접적인 원인으로 보기 어려운 점, ②개방성 골절이 아닌 단순골절로 인해 패혈증이 발생한 경우를 임상에서 거의 찾아보기 어려운 점 등을 고려할 때 본 건 피보험자의 사망을 재해에 기인하였다고 인정하기는 어렵다 할 것임.(2010.5.25. 조정번호 제2010-48호)

가. 사실관계

보험계약자는 피신청인과 2007.11.28. 보험계약을 체결하였음. 피보험자는 2009.12.2. 냉장고 문에 가슴을 부딪치는 사고를 당하였으며, 같은 해 12.2.~12.6 기간중 늑골골절로 12주 진단을 받고 ○○정형외과에 입원하였음. 피보험자는 2009.12.7. 심망증세로 ◇◇요양병원으로 전원한 후, 같은 달 9일 병세악화로 인해 △△병원으로 전원하였다가, 그 다음날 사망(직접사인 : 패혈증, 중간사인 : 뇌경색)하였음.

2009.1.13. 신청인이 재해사망보험금을 청구하였고, 같은 해 2.12. 피신청인이 일반사망보험금을 지급하자, 2.17. 신청인이 분쟁조정을 신청함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

피보험자는 냉장고 문에 가슴을 충격당하는 사고로 늑골골절 및 요추골절로 입원치료를 받던 중에 갑자기 심망증세를 보여 요양병원으로 전원을 하였으나 그 상태가 악화되어 패혈증 쇼크 및 다발성 장기부전으로 사망하였고, 피보험자의 사망원인이 “내외과 치

료중 환자의 재난중 처치에는 언급이 없었으나 환자에게 이상 반응이나 후에 합병증을 일으키게 한 외과적 및 내과적 처치”에 해당될 수 있으므로 당해보험 약관에서 정한 재해사망보험금을 지급해야 함.¹⁵⁵⁾

(2) 피신청인의 주장

이 건 피보험자의 사망진단서에서는 사망의 종류를 “병사”, 중간 선행사인을 “뇌경색”, 직접사인을 “폐혈증”으로 기재하고 있어 피보험자의 사망이 질병사망임을 쉽게 알 수 있고, 피보험자가 냉장고 문에 부딪쳐 발생하였다고 하는 늑골골절의 정도가 심하였다고 보여지지 않음은 물론 장기손상이 동반되었다고 보기도 어려우며, △△병원의 CT검사결과 급성뇌경색증으로 진단되었는 바, 재해와 사망간에 명백한 인과관계가 확인되지 않으므로 일반사망보험금을 지급함이 타당함.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 신청인이 늑골골절 치료 중 발생한 폐혈증을 직접적인 원인으로 사망한 경우가 재해사망에 해당되는지 여부 등이라 할 것임.

155) 신청인의 사고경위와 치료, 사망경위는 다음과 같음.

- ① ○○정형외과 2009.12.2.자 진료기록부, 2010.1.29.자 진료확인서 : “당해 피보험자는 내원 일주일전에 식당에서 일을 하다가 냉장고 문에 부딪쳤고 이로 인해 가슴부위에 통증이 심하여 내원하였으며, 방사선 촬영과 임상적 진단 및 진찰소견으로는 골절부 골전위가 심하지 않아 장기손상이 동반되었다고 보기 힘들 것으로 사료되고, 우측 흉부 10번 늑골골절 및 제4요추 압박골절의 진단하에 침상안정가료 중 색전증이 발생하여 해당 손상장기에서 장기부전증이 속발되면서 궁극적으로는 폐혈증으로 진행되었다는 소견이 확인됨.”
- ② ◇◇요양병원 2009.12.9.자 소견서 : “당해 피보험자는 2009.12.7. 섬망증세가 발생하여 동 병원으로 전원 되었고, 상세 불명의 간질환, 척추의 골절의 후유증, 허리부위 상세불명의 척추증 등의 진단하에 입원치료를 하였다는 소견이 확인됨.”
- ③ △△병원 2009.12.9.자 응급실기록지 : “당해 피보험자는 특이질환이 없던 환자로 우측 흉부 10번 늑골 골절 등의 진단 하에 정형외과 의원에서 입원 도중 2009.12.7. 섬망증상이 있어 ◇◇요양병원으로 전원되어 치료되었다고 하며, 내원 전날부터 의식이 없어 응급실로 내원하였다는 소견임.”
- ④ ○○병원 2009.12.10.자 사망진단서 : “피보험자의 사망종류를 “병사”, 중간 선행사인을 “뇌경색”, 직접사인을 “폐혈증”으로 하였고, 중간선행사인을 뇌경색으로 한 이유에 대해서는 △△병원에서 실시한 뇌CT검사상 뇌경색(급성) 진단을 근거로 하였다는 소견임.”

(1) 늑골골절 치료 중 발생한 패혈증을 직접적인 원인으로 사망한 경우가 재해 사망에 해당되는지 여부

이 건 피보험자가 2009.12.2. ◇◇정형외과의원에 가슴통증을 주소로 내원할 당시 진술한 내용을 보면, 동 의원에 내원하기 약 일주일전 식당에서 일을 하다가 냉장고 문에 부딪혔다고 진술하고 있고 이 점에 대해서는 양 당사자간 다툼이 없는 사실임.

다만, 신청인은 당해 피보험자가 이 사고로 발생한 늑골골절로 인하여 패혈증이 병발되었고, 결국 사망에 이르게 되었으므로 재해사망보험금이 지급되어야 한다고 주장하므로 살펴보면, 우선 ◇◇정형외과의원 담당의사의 진료소견에 의하면 당해 피보험자의 골절부 골전위가 심하지 않아 장기손상이 동반되었다고 보기 힘들다는 소견이 확인되고, 이러한 경우와 같이 장기손상을 동반하지 않거나 다발성 골절 또는 개방성 골절이 아닌 경우 임상에서 특별히 문제가 되는 골절로 보고 있지 않는 점, 금융감독원이 분쟁조정 전문위원들에게 의뢰한 자문에 의하면 ①늑골골절 또는 요추골절을 패혈증의 직접적인 원인으로 보기 어려운 점, ②개방성 골절이 아닌 단순골절로 인해 패혈증이 발생한 경우를 임상에서 거의 찾아보기 어렵고, 단순 늑골골절 또는 수술하지 않는 골절환자의 경우 통증 치료가 주 목적이며 패혈증 발생을 예상하지 않는 점, ③X-선상 골전위가 별로 없는 단순 늑골골절 후 이로 인해 약 10일 이상 경과한 후 색전증이 발생할 가능성은 희박한 점, ④환자의 섭망은 고령, 외상, 통증, 감염, 진통제 등 여러 요소로 인해 나타난 것으로 보이며, 이후 색전증, 감염과 패혈증이 나타났고 다기관 부전증으로 사망하였던 점 등을 고려할 때 이 건 피보험자의 사망을 재해에 기인하였다고 인정하기는 어렵다 할 것임.

(2) 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 후에 합병증을 일으키게 한 외과적 및 내과적 처치(Y83~Y84)에 해당되는지 여부

이 건 신청인은 당해 피보험자가 늑골골절과 요추골절로 인한 간염증으로 심신이 쇠약해진 상태에서 2차적인 패혈증균의 혈액감염으로 인해 쇼크가 왔으므로 이는 약관에서 정하고 있는 “처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 후에 합병증을 일으키게 한 외과적 및 내과적 처치(Y83~Y84)”에 해당된다고 주장하므로

살펴보면, 당해 보험약관 재해분류표의 외과적 및 내과적 처치(Y83~Y84)에 해당되기 위해서는 한국표준질병사인분류에서 구체적으로 정하고 있는 조건에 부합해야 할 것인데, 외과적 처치(Y83)는 전장기 이식의 외과적 수술, 인공내부장치 이식의 외과적 수술, 문합·회로 또는 이식의 외과적 수술, 외부개구 형성의 외과적 수술, 기타 재건수술, 사지의 절단, 기타 장기의(부분, 전체)절제, 기타 외과적 처치, 상세불명의 외과적 처치로 분류하고 있으며, 내과적 처치(Y84)는 심장도자술, 콩팥(신장)투석, 방사선과적 처치 및 방사선 요법, 쇼크요법, 수액의 흡인, 위 또는 십이지장 더듬자의 삽입, 요로 도자술, 혈액 채취, 기타 내과적 처치, 상세불명의 내과적 처치 등을 함에 있어 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 후에 합병증을 일으킨 사실이 의학적으로 명백하게 입증되어야 하나 신청인의 주장을 인정할 만한 입증자료는 찾아보기 어려운 점, 이 건 피보험자가 외과적 또는 내과적 처치에 포함된 수술이나 처치를 받은 적이 없고 수액 공급과 통증완화를 위한 진통주사를 처방 받은 점 등을 고려할 때 이 건 피보험자의 사망이 외과적 및 내과적 처치(Y83~Y84)에 기인하였다고 인정하기는 어렵다 할 것임.

라. 결 론

그렇다면 이 건 피보험자의 사망에 대하여 일반사망보험금을 지급한 피신청인의 업무처리가 당해 보험약관에 위배되었다거나 부당하다 할 수 없을 것임.

2-27 계단추락으로 인한 질식사 재해사망에 해당하는지 여부

[인용] 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 피신청인은 피보험자가 재해로 사망한 것으로 인정하여 관련 보험금을 지급할 책임이 있음. (2012.12.18. 조정번호 제2012-35호)

가. 사실관계

보험계약자는 2003.5.14. 자신을 피보험자로 하여 피신청인과 종신보험 계약을 체결하였음. 피보험자는 2012.4.4.(22:30) 회사직원들과 회식을 마치고 헤어졌으며, 그 후 당일 23:50 이전에 지하주점 계단 위에서 술에 취해 비틀거리며 서 있는 것을 해당 지하주점 업주가 목격하였다고 진술하였음. 주점업주는 23:51경 주점 밖에서 ‘쿵’ 소리가 나서 나갔더니, 피보험자가 계단에서 떨어져 있어 즉시 119 및 112에 신고하였음.

2012.4.4.(23:54) 119 대원이 현장에 도착시 피보험자는 목이 아래로 꺾인채, 상체 아래로 머리가 위치¹⁵⁶⁾했으며, 얼굴은 검은 피부를 보였고 무호흡, 무맥박, 무의식 상태였음. 그 다음 날 00:16경 ○○병원 응급실에 내원하여 22일간 입원하고, 같은 달 26일 ◇◇병원으로 전원하여 48일간 입원한 후 같은 해 6.12. 동 병원에서 사망¹⁵⁷⁾하였음.

2012.8.2. 피신청인은 재해사망 보험금 지급을 거절하였고(일반사망 보험금 1억원은 기지급), 같은 해 10.8. 신청인은 분쟁조정을 신청함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

피보험자가 사망 이전에 질병이 없는 상황에서 술에 취해 계단에서 굴러 떨어져 질식으로 뇌손상을 입은 후 2달 뒤에 사망하였는데도 피신청인이 일반사망으로 간주하여 재해사망 보험금을 지급하지 않는 것은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

이 건 피보험자는 병원의 CT상 경추골절이 없고, 뇌도 외상성 소견이 없으며, 담당의 사도 외인성으로 인한 심장급사의 가능성을 완전 배제할 수는 없으나, 확률적으로 내인성 심장급사 가능성이 높다는 소견이어서 피보험자가 우발적인 외래의 사고로 인해 사망했다고 볼 수 있는 증거자료가 없으므로 재해사망 보험금이 아닌 일반사망 보험금으로 지급하는 것이 타당함.

156) 머리 뒷부분이 지면에 있고, 얼굴을 상체 앞부분이 누르고 있을 정도로 목이 아래로 완전히 꺾여 있어 도저히 호흡이 불가능할 정도로 매우 비정상적인 자세였음.

157) 질식→허혈성 뇌손상→폐렴 및 폐혈증→다발성 장기부전.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 계단 추락으로 인한 사망사고가 재해사망에 해당되는 것인지 여부임.

피신청인은 CT상 경추골절이 없고, 담당의사도 확률적으로 외인성보다는 내인성 심장급사 가능성이 높다는 소견이므로 재해사망에 해당하지 않는다고 주장하나, 아래와 같은 점 등을 감안할 때 피보험자는 재해로 사망한 것으로 보임.

① 당해 보험약관에서 재해라 함은 우발적인 외래의 사고로서 추락, 기타 불의의 호흡 위협 등에 따른 사고라고 정하고 있고, 동 약관 규정과 관련하여 법원은 인보험계약에 의하여 담보되는 보험사고의 요건 중 “우발적인 사고”라 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 사고”라 함은 사고의 원인이 피보험자의 신체적 결함 즉 질병이나 체질적 요인 등에 기인한 것이 아닌 외부적 요인에 의해 초래된 것을 의미한다고 해석¹⁵⁸⁾하고 있는데, 관할 경찰서의 사건사고사실확인원에 따르면 피보험자가 발생현장에 들어갔을 당시 주변 CCTV 등을 확인한 결과 발생장소에 피보험자 이외에는 들어간 사람이 없었으며, 지하주점 업주의 진술기록에 따르면 영업중에 주점밖 계단에서 소리가 들려 나갔는데 피보험자가 술에 취해 계단에서 비틀거리며 혼자 서 있는 것을 보았고, 주점으로 들어간 후 ‘쿵’ 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.

② 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 불가능 정도로 매우 비정상적인 자세였으며, 이미 얼굴은 검은 피부를 보였고, 무호흡,

158) 대법원 2010.5.13. 선고 2010다6857 판결, 2001.8.21. 선고 2001다27579 판결 등 참조.

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 꺾인 채 목이 접혀 있는 등 신체의 손상도가 심하였으므로 외인성으로 인한 심장급사의 가능성을 완전 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 심장급사만으로 보기 어렵다는 점.

③ 의료계(금융분쟁조정 전문위원)에서도 사고에 의하여 특이한 자세를 취하게 되고, 그 결과 자세의 원상복구가 되지 않은 상태에서 그 자세가 질식의 원인으로 작용하여 사망에 이르게 되는 것을 “체위성 질식”이라고 하는데, 동 사건의 경우 피보험자가 술에 취한 상태에서 계단에서 떨어지면서 머리의 뒷부분이 지면에 있고, 피보험자의 얼굴을 상체의 앞부분이 누르고 있을 정도로 목이 아래로 완전히 꺾여 급성 기도 폐쇄로 인한 질식이 일어나 산소공급이 상당기간 중단되어 회복되지 않은 뇌손상을 입었고 결국 사망한 것으로 보이며, 과거 심장질환 등 질병이 없었던 남성이 이러한 외인성 요인을 배제한 채 내인성 요인으로 급성 심장사(돌연사)가 발생했다는 것은 가능성이 낮고 그 근거도 찾기 어렵다는 점.

라. 결 론

그렇다면 피신청인은 재해사망에 대해 관련 보험금을 지급할 책임이 있다 할 것임.

2-28 피보험자가 업무상 질병으로 사망한 경우 산업재해사망보험금 지급책임 유무

[인용] 보험약관이 산업재해보상보험법상 ‘업무상 재해’로 인한 사망을 보험금 지급사유로 명시하면서도 ‘질병에 기인한 사망은 제외’라고 괄호에 부기되어 있는 사안에서 ‘질병에 기인한 사망은 제외’라는 부분의 ‘질병’은 업무기인성 없는 질병만을 의미하는 것으로 해석됨. 따라서 업무에 기인한 질병으로 사망한 신청인에 대해 피신청인의 보험금지급책임을 인정 (2017.3.14. 조정번호 제2017-2호)

가. 기초 사실

(1) 보험계약의 체결

신청의 C는 ○○○의 사업주로서 2012.9.5. 피신청인과 사이에 피보험자를 동 회사 소속 근로자, 사망시 보험수익자를 피보험자의 법정상속인으로 하는 ‘(무) □□ 직장인보험’(이하 ‘이 사건 보험계약’이라 한다)을 체결하였다. 신청인의 배우자 ㄷ는 위 회사 소속 근로자로서 이 사건 보험계약의 피보험자이다.

(2) 보험계약의 약관

이 사건 보험계약에 적용되는 보험약관(이하, ‘이 사건 보험약관’이라 한다.) 및 이 사건 보험약관이 준용하고 있는 산업재해보상보험법의 관련 조항은 다음과 같다.

<무배당 □□직장인보험 산업재해사망보장 특별약관>

제2조 (보험금의 종류 및 지급사유) 회사는 피보험자(보험대상자)에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.

① 보험기간중 산업재해보상보험법에서 정한 업무상의 재해(이하 “업무상의 재해”라 합니다)가 발생하고 직접결과로써 사망하였을 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 산업재해사망 보험가입금액 전액을 산업재해사망보험금으로 지급

<산업재해보상보험법>

제37조(업무상의 재해의 인정 기준) ① 근로자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사유

로 부상·질병 또는 장애가 발생하거나 사망하면 업무상의 재해로 본다. 다만, 업무와 재해 사이에 상당인과관계(相當因果關係)가 없는 경우에는 그러하지 아니하다.

1. 업무상 사고

- 가. 근로자가 근로계약에 따른 업무나 그에 따르는 행위를 하던 중 발생한 사고
- 나. 사업주가 제공한 시설물 등을 이용하던 중 그 시설물 등의 결함이나 관리소홀로 발생한 사고
- 다. 사업주가 제공한 교통수단이나 그에 준하는 교통수단을 이용하는 등 사업주의 지배관리 하에서 출퇴근 중 발생한 사고
- 라. 사업주가 주관하거나 사업주의 지시에 따라 참여한 행사나 행사준비 중에 발생한 사고
- 마. 휴게시간 중 사업주의 지배관리 하에 있다고 볼 수 있는 행위로 발생한 사고
- 바. 그 밖에 업무와 관련하여 발생한 사고

2. 업무상 질병

- 가. 업무수행 과정에서 물리적 인자(因子), 화학물질, 분진, 병원체, 신체에 부담을 주는 업무 등 근로자의 건강에 장애를 일으킬 수 있는 요인을 취급하거나 그에 노출되어 발생한 질병
- 나. 업무상 부상이 원인이 되어 발생한 질병
- 다. 그 밖에 업무와 관련하여 발생한 질병

(3) 보험사고의 발생경위 등

亡D은 2015.12.17. 17:00경 출근하여 프레스 성형작업을 하던 중 19:00경 쓰러진 상태로 지나가던 동료 근로자에게 발견되어 병원으로 후송하였으나 사망하였다. 같은 날 △의원 소속 의사가 작성한 시체검안서상 사망 원인은 「(가) 직접사인 : 급성심장사(추정)」, 「(나) (가)의 원인 : 상세불명의 심장질환(추정)」이다.

신청인은 2016.7.18. 피신청인에게 산업재해사망보험금 1억원을 청구하였으나, 피신청인이 보험금 지급을 거절하자 2016.9.30. 금융감독원에 이견 분쟁조정을 신청하였다.

나. 당사자 주장

신청인은 이 사건 보험약관이 ‘산업재해보상보험법에서 정한 업무상 재해’로 사망한 경우 산업재해사망보험금을 지급하는 것으로 정하고 있는데, 신청인이 근로복지공단으

로부터 본건 피보험자의 사망이 ‘산업재해보상보험법상 업무상 질병’에 기인한다는 점을 인정받아¹⁵⁹⁾ 유족연금을 지급받고 있으므로 피신청인은 산업재해사망보험금을 지급하여야 한다고 주장한다.

이에 대하여 피신청인은 이 사건 보험약관이 ‘산업재해보상보험법에서 정한 업무상 재해로 사망한 경우’를 보험금 지급사유로 정하고 있는 것은 사실이나, 괄호에 ‘질병으로 인한 사망은 제외합니다.’라고 명시하고 있으므로 피보험자의 사인이 병사인 본건의 경

159) <산업재해보상보험법>

제37조(업무상의 재해의 인정 기준) ① 근로자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사유로 부상·질병 또는 장애가 발생하거나 사망하면 업무상의 재해로 본다. 다만, 업무와 재해 사이에 상당인과관계(相當因果關係)가 없는 경우에는 그러하지 아니하다.

1. (생략)

2. 업무상 질병

가. 업무수행 과정에서 물리적 인자(因子), 화학물질, 분진, 병원체, 신체에 부담을 주는 업무 등 근로자의 건강에 장애를 일으킬 수 있는 요인을 취급하거나 그에 노출되어 발생한 질병

나. 업무상 부상이 원인이 되어 발생한 질병

다. 그 밖에 업무와 관련하여 발생한 질병

(이하 생략)

제38조(업무상질병판정위원회) ① 제37조 제1항 제2호에 따른 업무상 질병의 인정 여부를 심의하기 위하여 공단 소속 기관에 업무상질병판정위원회(이하 “판정위원회”라 한다)를 둔다.

② 판정위원회의 심의에서 제외되는 질병과 판정위원회의 심의 절차는 고용노동부령으로 정한다.

③ 판정위원회의 구성과 운영에 필요한 사항은 고용노동부령으로 정한다.

<산업재해보상보험법 시행규칙>

제6조(업무상질병판정위원회의 구성) ① 법 제38조 제1항에 따른 업무상질병판정위원회(이하 “판정위원회”라 한다)는 위원장 1명을 포함하여 150명 이내의 위원으로 구성한다. 이 경우 판정위원회의 위원장은 상임으로 하고, 위원장을 제외한 위원은 비상임으로 한다.

② 판정위원회의 위원장 및 위원은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람 중에서 공단 이사장이 위촉하거나 임명한다.

1. 변호사 또는 공인노무사

2. 「고등교육법」 제2조에 따른 학교에서 조교수 이상으로 재직하고 있거나 재직하였던 사람

3. 의사, 치과의사 또는 한의사

4. 산업재해보상보험 관련 업무에 5년 이상 종사한 사람

5. 「국가기술자격법」에 따른 산업위생관리 또는 인간공학 분야 기사 이상의 자격을 취득하고 관련 업무에 5년 이상 종사한 사람

(이하 생략)

우 보험금 지급책임이 없다고 주장하여 서로 다툰다.

다. 위원회 판단

약관을 해석함에 있어서는 개개 계약 당사자가 기도한 목적이나 의사를 참작함이 없이 약관의 문언에 충실하게 평균적 고객의 이해가능성을 기준으로 객관적·확일적으로 해석하여야 하며, 위와 같은 해석을 거친 후에도 약관 조항이 객관적으로 다의적으로 해석되고 그 각각의 해석이 합리성이 있는 등 당해 약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 고객에게 유리하게 해석해야 한다.

본건 보험약관은 산업재해보상보험법상 ‘업무상 재해’로 인한 사망을 보험금 지급사유로 명시하면서도(제2조 제1항 본문) ‘질병에 기인한 사망은 제외’한다고 되어 있다(제2조 제1항 괄호). 먼저, 보험금 지급사유를 정한 이 사건 보험약관 제2조 제1항 본문에 관하여 살펴보면, 보험금 지급사유로 ‘산업재해보상보험법상 업무상 재해로 사망한 경우’를 명시하고 있는데 제2조 제1항 본문이 준용하고 있는 ‘산업재해보상보험법상 업무상 재해’는 ‘업무상 사고’ 또는 ‘업무상 질병’으로 인하여 발생한 부상·질병·장해·사망을 의미하므로(산업재해보상보험법 제37조) 업무상 질병으로 인한 사망이 제2조 제1항 본문에 규정된 업무상 재해로 인한 사망에 해당함은 문언상 명백하다.

한편 제2조 제1항 괄호의 ‘질병에 기인한 사망 제외’라는 부분은 이 사건 보험계약이 피보험자가 업무에 기인하여 입은 재해를 보장하기 위한 것이므로 업무기인성이 없는 질병은 애초에 보장 대상이 아니라는 점을 명확히 병기한 것으로 이해하는 것이 합리적이다. 만일 이와는 달리 보험금 지급사유인 ‘업무상 사고로 인한 재해(사망 등)’와 ‘업무상 질병으로 인한 재해(사망 등)’ 중 ‘업무상 질병으로 인한 사망’을 보험금지급 대상에서 제외하기 위한 것이라면 ‘업무상 질병에 기인한 사망은 제외한다.’는 등으로 작성자의 그러한 의사가 약관에 보다 명확하게 표시되었어야 한다. 즉, 보험자의 책임을 한정하는 조항은 협의로 해석되어야 하고 이를 확장하거나 유추 적용하여서는 아니 된다. 여기서 약관 작성자의 의도는 문언에서 알 수 있는 때에만 고려되며 이때의 문언은 작성자의 의도를 나타내는 최대한의 한계가 된다. 나아가 본 건은 다의적 해석 가능성이 있는 등

이 사건 약관 조항의 뜻이 명백하지 않으므로 작성자 불이익 원칙¹⁶⁰⁾도 적용 가능하므로 제2조 제1항 괄호는 ‘업무에 기인하지 않은 질병은 애초에 보험의 부보대상이 아니라는 점을 명확히 한 것’으로 해석될 수 있다.¹⁶¹⁾¹⁶²⁾

이처럼 업무에 기인한 질병으로 인한 사망은 제2조 제1항 본문에 따라 산업재해사망 보험금을 지급하여야 하는 보험금지급사유로 해석하는 것이 타당한데, 이 사건 피보험자의 사망과 관련하여 2016.7.7.자 근로복지공단 판정서에 ‘장시간근로, 야간근로가 인정되어 상병과의 업무관련성 있음’, ‘근무시간에 비추어 상당한 정도의 과로 사실이 인정되는 점’ 등의 언급(2016 판정 제0787호, 업무상질병판정서)이 있는 점에 비추어 볼 때, 시체 검안서상의 사인인 ‘급성심장사’, ‘상세불명의 심장질환’은 업무에 기인한 질병으로 보이며¹⁶³⁾, 그 외 위 질병이 업무에 기인하지 않았다는 점을 인정할 반증은 없다.

160) 대법원 2011.2.10. 선고 2010다93011 판결 등 다수

161) 참고로 본 사안의 경우 피신청인에 대한 사실조회 회신에 따르면 피신청인은 본건 보험상품 설계시 산업재해보상보험법상의 재해 개념에 따라 ‘업무상 사고’와 ‘업무상 질병’을 합산한 산업재해사망지수를 보험료 산출의 기초로 삼은 사실이 확인되는 바(아래 표 참조), 원칙적으로 보험료 산출 기초는 보험계약자에게 수리적 지식을 강요하는 결과가 되는 등으로 약관해석과 무관하며, 이는 보험상품의 계산 기초를 보다 명확하게 그리고 착오 없이 약관에 구현하여야 할 보험자의 책무에 지나지 않으나, 본건의 경우에는 이러한 보험료 산출기초가 약관상으로도 제2조 제1항 본문의 보험금지급사유로 반영되었다고 보는 것이 합리적이다.

<산업재해 사망률(㉔)/㉓=0.000234) 산출근거>

산업재해보상보험 가입 근로자수 (단위 : 명)				산업재해 사망자* (단위 : 명)			
2004년	2005년	2006년	합 계 ㉓	2004년	2005년	2006년	합 계 ㉔
10,473,090	11,059,193	11,688,797	33,221,080	2,825	2,493	2,453	7,771

(* 업무상 질병으로 인한 사망자 수 포함 수치임)

162) 피신청인은 그간 ‘업무상 질병으로 인한 사망’을 보장한다는 명목으로 보험료를 수령하여 왔는데 이처럼 보험료를 수령하고도 약관을 근거로 보험금을 미지급하는 모순된 상황에 대하여 기수령 보험료를 반환함으로써 해결하겠다는 입장이다.

163) 대법원 2003.11.14. 선고 2003두5501 판결(산업재해보상보험법 소정의 업무상 재해라고 함은 근로자의 업무수행 중 그 업무에 기인하여 발생한 질병을 의미하는 것이므로 업무와 질병 사이에 인과관계가 있어야 하지만, 질병의 주된 발생원인이 업무수행과 직접적인 관계가 없더라도 적어도 업무상의 과로나 스트레스가 질병의 주된 발생원인에 겹쳐서 질병을 유발 또는 악화시켰다면 그 사이에 인과관계가 있다고 보아야 할 것이고, 그 인과관계는 반드시 의학적·자연과학적으로 명백히 입증되

4. 결론

이와 같이 이 사건 보험약관 제2조 제1항 본문은 업무상 사고로 인한 사망과 업무상 질병으로 인한 사망을 보험금지급 대상으로 정하고 있으며, 제2조 제1항 괄호의 ‘질병으로 인한 사망은 제외합니다.’라는 부분은 업무기인성 없는 질병으로 인한 사망은 보험금지급 대상이 아니라는 점을 명확히 병기하기 위한 것으로 해석된다. 또한 본건 피보험자는 업무에 기인한 질병으로 사망한 사실이 인정된다.

그렇다면, 피신청인은 신청인에게 당해 보험약관에서 정한 바에 따라 산업재해사망보험금을 지급할 책임이 있다 할 것이므로 분쟁조정신청을 인용하기로 하여 주문과 같이 결정한다.

어야 하는 것은 아니고 제반 사정을 고려할 때 업무와 질병 사이에 상당인과관계가 있다고 추단되는 경우에도 그 입증이 있다고 보아야 한다.) 등 참조.

제1절 암 진단 관련

3-1

난소암으로 진단후 그 암이 위암에서 전이된 암이라고 밝혀진 경우 최초 진단확정된 암을 위암이라고 볼 수 있는지 여부

[인용] 난소암 진단은 특정부위(난소)에 대한 조직검사를 통하여 암 발생여부를 판단한 것이지, 최초로 암이 발생한 부위(원발성 또는 전이성 여부)까지 판단한 것이 아니고, 조직검사결과 원발성 암은 위암이고 위에서 난소로 전이되어 난소암이 발생되었음이 밝혀졌다면, 최초로 진단확정된 암은 위암이라고 보아야 함.(2000.12.12. 조정번호 제2000-54호)

가. 사실관계

신청인은 2000.3.23. 자신을 피보험자로 하여 암치료보험에 가입함.¹⁶⁴⁾ 신청인은 같은 해 7.25. 경기도 소재 ○○산부인과의원에서 양측 난소종양 제거수술(양측 난소와 자궁 적출술)을 받았고 같은 해 7.31. 수술부위에 대한 조직검사결과 원인미상의 난소암으로 진단을 받았으며, 8.18. 서울특별시 소재 ◇◇병원에서 조직검사결과 위암(골반으로 전이되어 크루켄버그 종양¹⁶⁵⁾발생)으로 진단받음.

2000.8.31. 신청인은 난소암 치료비(4천만원)를 청구하여 지급받은 후, 같은 해 9.20. 신청인은 위암 진단과 관련하여 특약에서 담보하는 위암 치료비(3천만원)를 추가로 청구 하였으나, 피신청인이 지급을 거절함.

164) 최초 진단명이 위암일 경우 주계약에서 4천만원, 특약에서 3천만원이 지급(총 7천만원)되고, 난소암 일 경우 주계약에서 4천만원이 지급됨.(1회에 한하여 지급)

165) “크루켄버그 종양”이란 난소에서 발견되는 악성종양을 말하는데, 이 종양은 주로 위암이 난소로 전이되어 발생하는 경우가 대부분임.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

자궁근종으로 수술을 받고 조직검사결과 난소암으로 진단을 받았으나, 종합검사결과 원발성(原發性) 암은 위암이고 위암이 난소로 전이되어 난소암이 발생하였다면, 최초로 진단 확정된 암은 위암이라고 보아야 하므로 특약상의 위암 치료비가 지급되어야 함.

(2) 피신청인의 주장

해당 보험약관상 암보험금은 최초 진단을 기준으로 1회에 한하여 지급되는바, 신청인은 조직검사결과 난소암으로 최초 진단을 받았으므로, 난소암 진단이후에 원발성 위암으로 진단받았다 하더라도 난소암이 최초로 진단된 병명이므로 위암 치료비를 지급하지 않은 것은 정당함.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 위암을 최초로 진단확정된 암으로 볼 수 있는지 여부임.

(1) 암 진단확정과 관련한 특약규정 해석

해당 보험 특약 제3조(보험금 지급사유)에 의하면 피보험자가 암보장 책임개시일 이후에 최초로 암으로 진단확정되고 그 암이 다발성암(여성의 경우 위암, 유방암, 자궁암) 일 때에는 다발성 암치료비를 지급한다고 규정하고 있는 바, 암진단 후 그 암은 전이된 암이었고 원발성 암은 다른 암이었다고 진단된 경우, 위 특약에서 최초로 진단확정된 암의 의미는 아래와 같은 이유를 감안하여 볼 때, 원발성 암을 의미하는 것으로 해석함이 타당하다고 판단됨.

① 의료경험칙상 암은 전이되는 특성을 가졌음에도 먼저 발견된 부위에 따라 암의 종류가 확정되는 것은 불합리한 점.

② 최초로 암이 발생한 시기 및 원인보다는 병원에서의 암진단시점에 따라 암이 확정된다면 암보험금 지급과 관련하여 보험수익자에게 불리하게 적용될 소지가 있는 점.

(2) 본 건의 경우 위암을 최초로 진단확정된 암으로 볼 수 있는지 여부

신청인은 위암 진단전 난소 조직검사를 통하여 원인미상의 난소암(크루켄버그 종양)이 있다는 판정을 받았으나, 크루켄버그 종양의 경우 의료경험척상 위암이 난소로 전이되어 발생하는 경우가 대부분이라고 알려져 있고, 당시 난소암 진단은 특정부위(난소)에 대한 조직검사를 통하여 암 발생여부를 판단한 것이지, 최초로 암이 발생한 부위(원발성 또는 전이성 여부)까지 판단한 것은 아님.

◇◇병원의 조직검사결과 원발성 암은 위암이고 위에서 난소로 전이되어 난소암이 발생되었음이 밝혀졌으므로 최초로 진단확정된 암은 위암이라고 보아야 할 것임.

라. 결 론

본건의 경우 최초로 진단확정된 암은 위암이라고 볼 수 있으므로 피신청인은 특약에서 정하고 있는 위암 치료비를 지급하여야 함.

3-2

피보험자가 암담보 책임개시일 이전에 혈액검사를 통하여 암으로 진단 확정되었다고 볼 수 있는지 여부

[인용] 혈액검사도 암진단 방법에 포함되나, 동 검사후 암(백혈병)발병의 가능성에 대하여 언급되어 있을 뿐 암으로 진단확정되었다고 볼만한 내용이 없고, 담당의사도 혈액검사는 암 진단의 보조검사이고 확실한 진단을 위해서는 골수검사가 필요하다고 언급하고 있으므로 이 경우 피보험자의 암진단확정은 골수검사를 통하여 이루어졌다고 보아야 함. (2001.5.15. 조정 번호 제2001-26호)

가. 사실관계

신청인은 2000.9.25. 자신을 피보험자로 하여 암보험에 가입함. 같은 해 12.14. ○○병원에서 종합검진결과 간기능 요주의 판정과 12.19. 내과의원에서 백혈구 수치($90,000/\mu\ell$)에 이상이 있어 같은 해 12.20.~12.29. 기간중 ◇◇병원에 입원하였고, 12.21. 혈액검사(LAP 검사) 및 골수검사를 받음.

2000.12.21. 혈액검사 판독보고서상 백혈병의 가능성을 보이는 내용이 있고, 12.29. 골수검사결과 만성골수성 백혈병으로 진단을 받음.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

암진단은 골수검사결과를 기준으로 확정된다고 보아야 하는 바, 약관상 책임개시일 이 후인 골수검사 결과일에 암으로 진단 확정되었으므로 암진단 보험금이 지급되어야 함.

(2) 피신청인의 주장

약관상 암의 진단확정은 조직검사 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여 결정되고, 암보험 책임개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 한다고 규정되어 있는 바, 본건 암 책임개시일 이전에 혈액검사결과 암(백혈병)으로 진단되었다고 볼 수 있으므로 암진단 보험금 지급을 거절한 것은 타당함.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 피보험자가 책임개시일 이전에 혈액검사를 통하여 암으로 진단확정되었다고 볼 수 있는지 여부임.

피보험자가 책임개시일 이전에 혈액검사를 통하여 암으로 진단확정되었다고 볼 수 있는지 여부에 대하여 살펴보면, 당해 약관 제13조(암의 정의 및 진단확정)에 의하면 암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자 또는 회사가 이와 동등한 자격을 가진 것으로 인정하는 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 한다고 규정하고 있고, 동 약관 제4조(계약의 무효)에 의하면 피보험자가 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날의 전일 이전에 암으로 진단확정되어 있는 경우(이 경우에는 계약자 및 피보험자가 그 사실을 알고 있었거나 모르고 있었거나를 묻지 아니합니다.)에는 계약을 무효로 한다고 규정하고 있는 바, 2000.12.21. 피보험자가 시행받은 혈액검사는 혈액을 채취하여 현미경으로 관찰하는 방법이므로 약관에서 정하고 있는 암진단방법에 해당된다고 보여지

나, 동 검사결과 보고서상에 암(백혈병)발병의 가능성에 대한 내용만 기재되어 있을 뿐, 암으로 진단확정되었다고 불만한 내용이 없고, 본건과 관련된 병원의 담당의사도 혈액 검사는 암진단의 보조검사이고 확실한 진단을 위해서는 골수검사를 필요로 한다고 확인하고 있음.

따라서 피보험자는 계약일(2000.9.25.)로부터 90일이 경과한 시점(2000.12.29.)에서 골수 검사를 통하여 암(백혈병)으로 진단 확정되었다고 보아야 함.

라. 결 론

피보험자는 암담보 책임개시일 이후에 암(백혈병)으로 진단 확정되었다고 판단됨.

3-3 전산단층촬영 판독지에 간암이 발견된 경우 암진단비 지급사유 해당 여부

[인용] 전산단층촬영 판독지에 의하면 피보험자는 보험가입 후 약 2cm 정도의 새로운 간암이 발생한 것으로 진단하고 있어 당해 보험약관에서 정한 암진단비 지급 사유에 해당하므로 피신청인은 암진단비 지급 책임이 있다고 할 것임.(2007.10.23. 조정번호 제2007-76호)

가. 사실관계

보험계약자 A사는 2007.1.21. B씨를 피보험자로 하여 피신청인과 단체보험계약을 체결하였음. 피보험자는 2004.11.23. ○○시 소재 ◇◇병원에서 AFP 및 복부 CT검사상 간암으로 진단받고, 같은 날 전원하여 △△병원에 간세포암 파열로 입원하여, 다음 날 간동맥 색전술을 시행하고 같은 해 11.30. 퇴원함.

2004.12.15.~2005.3.8. 기간중 간세포암으로 △△병원에서 통원치료를 받으며 추적검사를 시행하였으며, 2007.3.12. 동 병원에 간세포암으로 입원하여 같은 해 3.14. 고주파 열치료를 시행하고 다음 날 퇴원함.

신청인은 2007.3.29. 암진단비를 청구하였으나 피신청인이 피보험자의 암진단은 당해 보험약관 책임개시일 이전에 발생하였다는 보험금 지급을 거절함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

보험가입시 안내문에 “가입과 동시 보험 보장(기왕증·현증자 포함)”이라고 기재되어 있어 기왕증이 있는 자도 보장을 한다는 의미임에도 당해 보험가입 후 새롭게 발병한 암에 대하여 진단비를 지급하지 아니하는 것은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

본 건 보험계약 체결시 입찰조건에 기왕증·현증자 포함은 일괄고지라는 병력고지상의 일부 제한성으로 제시 되어진 내용으로 기왕증 및 현증이 이미 보험금 지급 사유 발생에 해당되는 것까지 보장한다는 의미는 아니며, 피보험자는 당해 보험가입 이전에 간암 진단을 받고 간동맥 색전술 시행 후 지속적으로 추적관찰 하던 중에 다시 재발한 것으로 간암이 완치되어 새로운 암이 발생한 것이 아니므로 암진단비를 지급할 수 없음.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 암진단비 지급 책임 유무라 할 것임.

(1) 보험약관 규정

당해 보험 암진단보장특약 약관 제14조(보험금의 종류 및 지급사유)에 의하면 “피보험자가 보험기간중 암보장개시일 이후에 최초로 암으로 진단확정 되었을 때, 또는 피보험자가 보험기간중 경계성 종양, 상피내암, 기타피부암으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 보험금을 지급한다.”라고 규정하고 있음.

(2) 암진단비 지급 책임 유무

△△병원 의사가 발행한 2007.3.8.자 전산단층촬영 판독지에 의하면 피보험자는 보험가입 후에 약 2cm 정도의 새로운 간암이 발생한 것으로 진단하고 있어 당해 보험약관에서 정한 암진단비 지급 사유에 해당하므로, 피신청인은 암진단비 지급 책임이 있다고 할 것임.

라. 결 론

그렇다면 피신청인은 피보험자의 암진단비를 지급하여야 할 책임이 있다고 판단됨.

3-4

초음파 검사, CT촬영 등에서 난소 악성종양으로 진단받은 경우 임상학적 암진단으로 볼 수 있는지

[인용] 피보험자는 초음파 검사, CT촬영 등 검사결과 난소 악성종양(의증) 진단을 받고 수술을 권유받았으나, 이를 거부하고 약 2개월만에 갑자기 사망하였는데, 당해 약관에서 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적 증거만으로 암으로 진단할 수 있도록 정하고 있는데, 통상 난소암은 수술을 통해서만 조직검사가 가능하므로 수술전에는 조직검사가 불가능하다고 할 것이어서 본 건의 경우 병리학적 진단이 가능하지 않은 때에 해당된다고 할 것임. 사망전까지 3개 병원에서 초음파, CT촬영, 촉진 등의 방법으로 난소 악성종양(의증)으로 진단을 받았고, 사망진단서상 사망원인도 난소 악성종양(의증)으로 기재되어 있는바 이를 당해 약관상 임상학적 암 진단으로 보는 것이 타당함.(2008.9.23. 조정번호 제2008-70호)

가. 사실관계

신청인은 1999.12.24. 자신의 자녀를 피보험자로 하여 피신청인과 건강보험 계약을 체결하였음. 피보험자는 2006.5.10. ○○병원에서 초음파상 난소에 13cm 종괴 진단을 받았고, 그 다음 날에 ◇◇병원으로 입원하여 정밀검사를 받도록 권유받았으나 내원을 거절하였음.

피보험자는 같은 해 5.19. ○○병원에서 골반내 악성종양(의증)을 진단받았고, 골반내 15cm 직경의 거대 종양이 촉진되고 컴퓨터 단층촬영 검사상 악성종양이 의심되어 수술이 필요하였으나, 본인이 거부하였음.¹⁶⁶⁾

피보험자가 2006.7.25. 교회에서 실신하여 병원에 후송 후 사망(사인: 난소암 의증)하자 암진단 보험금을 청구하였으나 피신청인이 암진단 확정으로 볼 수 없다며 보험금 지급을 거절함.

166) 수술일자(2006.5.24)까지 예약하였으나 수술을 거부함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

난소암으로 진단을 받고 수술을 권유 받았으나 수술에 대한 두려움으로 수술을 거부하고 투병해 오던 중 골반내 난소암이 악화되어 사망했으므로 피신청인은 암 진단비를 지급해야 함.

(2) 피신청인의 주장

피보험자가 난소암 확정진단이 아니라 난소암 의증으로 진단을 받았을 뿐이며, 난소암 의증 진단후에 의사로부터 수술을 권유받았으나 이를 거부한 채 지내다가 2개월 정도 경과후 사망하였고, 또한 피보험자의 사망원인과 관련하여 제3의료기관(○○○병원)에 자문의뢰한 결과 “난소암으로 확진할 수 없고 진단명은 난소종양 의증으로 추정된다”는 소견을 밝히고 있으므로 암 진단급여금을 지급할 수 없음.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 피보험자는 병원에서 난소암(의증)으로 진단받고 약 2개월 만에 사망하였는데, 이를 해당 보험약관에서 정하고 있는 암 진단확정으로 볼 수 있는지 여부임.

(1) 약관 규정

제9조(보험금의 지급사유) 보험기간 중 피보험자가 최초로 암 또는 상피내암으로 진단이 확정되었을 때 : 진단급여금 지급 (1회에 한함)

제10조(“암”의 정의 및 진단확정) 암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 암에 대한 임상학적 진단이 암의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

(2) 쟁점 검토

해당 약관 제10조상 “암의 진단확정”은 병리학적 진단에 따르는 것이 원칙이나, 병리학적 방법에 따라 암으로 진단을 확정할 수 없는 경우에는 임상학적 소견에 의한 암 진단확정을 인정하고 있음. “병리학적 진단이 가능하지 않을 때”의 의미는 종양의 발생부위 및 피보험자의 신상태 등의 이유로 조직을 추출하여 검사하는 병리학적 검사를 할 수 없는 경우 예컨대 종양이 뇌 속에 발생하여 조직 추출시 생명의 위험을 초래하거나, 피보험자가 사망하여 병리학적 검사를 진행하기 어려운 경우를 의미한다고 할 것임.

또한 피보험자에게 난소암(의증) 소견을 제시한 의사는 물론 피보험자의 사망진단서를 작성한 의사의 소견도 임상학적 진단으로 볼 수 있을 것이고, 그간 3개의 병원에서 초음파 검사, 컴퓨터 단층촬영 검사, 촉진 등의 방법으로 난소암(의증)으로 진단받은 문서화된 기록 또한 존재함.

통상 난소암은 그 특성상 수술을 통해서만 조직검사가 가능하므로 수술전에는 조직검사가 불가능하다고 할 것이어서 이는 “병리학적 진단이 가능하지 않을 때”에 해당한다고 할 것이고, 아래와 같은 사실을 감안할 때 피보험자의 경우 임상학적으로 암으로 진단할 수 있을 것임.

① 피보험자를 처음 진단한 ○○병원에서 초음파검사결과 13cm나 되는 종괴가 감지되고 악성종양이 의심되어 수술을 권유한 사실이 있는 점.

② 피보험자가 사망하기 전 최종 진단장소인 ○○삼성병원에서 역시 악성종양의증이라는 소견으로 수술을 권유받고 수술날짜를 정한 후 혈액검사와 CT촬영을 했고 촬영결과 15cm의 거대 종괴가 진단된 점.

③ 사망진단서를 발급한 의사의 추정에서 확정 진단은 아니라 할지라도 직접사인으로서 “난소암의증”으로 기재된 점으로 볼 때 사망당시 피보험자의 신체적 증상이 난소암환자의 그것과 상충되지는 않았으리라고 추측되는 점.

④ ○○병원에서의 촉진 후 사망에 이르기까지 약 2개월간 질병의 진행에 따른 신체 변화의 경과나 증상이 난소암의 증후와 유사한 점.

⑤ 제3의료기관(○○○병원) 의료자문 결과에 의하면 수술을 해 보아야 아는 난소암의 특성상 의료심사자가 난소암으로 확진할 수는 없으나 난소암일 가능성이 높다고 진술한

점을 감안할 때, 피보험자가 사전에 수술을 받았더라면 암이 아닐 가능성보다는 암이라는 확정 진단이 내려졌을 가능성이 훨씬 높다고 판단되는 바, 이와 같은 경우에는 암의 확정 진단 여부를 단순히 기계적으로 해석할 것은 아니라고 할 것임.

참고로 이 건 분쟁의 질병이 보험가입 후 6년 이상이 경과한 시점에서 자각되었고, 난소암의 확정 진단은 개복수술을 필요로 하는 점에서 미혼인 피보험자의 수술 거부 가능성을 이해할 수 있어 피보험자가 보험금을 노려 암수술을 거부하였다고 보기 어려움.

상기 내용을 종합해서 판단해 볼 때, 피보험자의 경우 임상학적으로 난소암으로 진단을 할 수 있어 해당 약관의 “암의 진단확정”에 해당되는 것으로 보는 것이 타당함.

라. 결 론

그렇다면 피신청인은 보험수익자에게 (무)00건강보험의 암 진단급여금을 지급할 책임이 있다고 판단됨

3-5 미세침흡인검사가 암진단 확정방법에 포함되는지 여부

[기각] 피신청인이 가입한 당해 보험약관에는 미세침흡인검사를 조직검사 또는 혈액검사 같이 암의 진단확정 방법에 포함하고 있고, 또한 일반의 의료경험칙상 병리조직검사는 침생검 혹은 수술적 절제술을 이용한 조직검사와 미세침흡인검사와 같은 세포병리학적 검사를 모두 포함하고 있는 것으로 정의하고 있으므로, 피보험자가 당해 보험계약 후 5년이 경과하기 전인 2009.9.5. 미세침흡인검사를 통하여 유두상 갑상선암으로 확정 진단을 받은 것으로 판단함에 무리가 없다 할 것임.(2010.6.29. 조정번호 제2010-55호)

가. 사실관계

신청인은 2004.11.19. 자신을 피보험자로 하여 피신청인과 종신보험계약을 체결¹⁶⁷⁾하였음. 신청인은 2009.9.1. 서울○○병원에서 미세침흡인검사(FNAB)를 실시하여 같은 달

167) 당해 보험약관에 의하면 암진단 경과기간이 계약후 5년 미만일 경우 보험가입금액의 50%를 지급하고, 5년 이상 10년 미만일 경우 100%를 지급함.

5일 미세침흡인검사 최종보고서상 유두상 갑상선암으로 진단되었고, 같은 해 11.23. 동 병원에서 전신마취하에 갑상선절제술 등을 시행¹⁶⁸⁾하여 11.25. 병리와 외과병리 최종보고서상 유두상 갑상선암으로 진단됨.¹⁶⁹⁾

신청인은 2009.12.23. 암진단급여금 청구하였으나 피신청인이 암진단급여금 중 50%만을 지급하자 분쟁조정을 신청함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

이 건 피보험자는 2009.11.23. 서울○○병원에서 갑상선 전절제술 및 중심경부 림프절 절제술을 받았으며, 2009.11.25. 최종 보고된 병과 외과병리 보고서의 소견상 유두상 갑상선암으로 진단이 내려졌는 바, 이는 당해 보험계약 후 5년이 경과한 시점에 해당됨에도 암 진단급여금의 50%만을 지급한 것은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

당해 피보험자는 이 건 보험계약 후 5년이 경과하기 전인 2009.9.1. 보험약관에서 암 진단확정 방법의 하나로 예시하고 있는 미세침흡인검사를 통하여 유두상 갑상선암으로 진단(최종 보고일: 2009.9.5.)을 받았으므로 암 진단급여금을 50% 지급하는 것이 타당함

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 피보험자의 유두상 갑상선암 진단시점을 당해 보험계약 후 5년이 경과하기 전인 2009.9.5.로 인정할 것인지의 여부라 할 것임.

168) 유두상 갑상선암, 만성편도염 진단

169) 신청인의 암 진단경위는 다음과 같음.

- ① 당해 피보험자는 2009.9.1. 서울○○병원에서 미세침흡인검사(FNAB)를 받았으며, 2009.9.5. 최종 보고된 병리와 검사보고서상 유두상 갑상선암으로 진단받은 사실이 확인됨.
- ② 당해 피보험자는 2009.11.23. 서울○○병원에서 전신 마취하에 갑상선 절제술 및 중심경부 림프절 절제술, 편도 절제술을 받았으며, 2009.11.25. 최종 보고된 병리와 외과병리 보고서상 유두상 갑상선암으로 진단받은 사실이 확인됨.

(1) 약관규정

종신보험 암특약 약관 제9조(암 및 기타피부암의 정의 및 진단확정) 제3항에서는 암 및 기타피부암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(Fixed tissue)검사, 미세침흡인(Fine needle aspiration biopsy)검사 또는 혈액(Hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하 되, 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적 진단이 암 및 기타피부암의 증거로 인정되며, 이 경우에는 피보험자가 암 및 기타피부암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 하는 것으로 정하고 있음.

동 약관 제11조(보험금의 종류 및 지급사유)에 의하면 피보험자가 암에 대한 책임개시일 이후에 암으로 진단이 확정되었을 때 경과기간에 따라 암진단급여금을 지급하도록 규정하고 있음.¹⁷⁰⁾

(2) 쟁점검토

이 건 신청인은 2009.11.23. 서울○○병원에서 갑상선 절제술 등을 받은 후 같은 달 25일 최종 보고된 병리와 외과병리 보고서상 유두상 갑상선암으로 진단받았다고 주장하고, 피신청인은 당해 피보험자가 같은 해 9.1. 동 병원에서 미세침흡인검사를 통하여 9.5. 유두상 갑상선암으로 진단받았다고 주장하므로 살펴보건대, 다음과 같은 이유로 신청인의 주장을 인정하기 어려움.

① 당해 신청인은 암에 대한 최종 진단은 미세침흡인검사가 아닌 수술 후 조직검사를 통하여 내려져야 하고, 일견 과거 금융분쟁조정위원회에서도 미세침흡인검사를 암보험 약관에서 암 진단방법으로 인정하는 조직검사에 해당되지 않는다는 조정결정¹⁷¹⁾을 내렸으므로 2009.9.5.자 미세침흡인 검사결과에 따른 유두상 갑상선암 소견을 암의 진단확정 시점으로 인정하기 어렵다고 주장하고 있으나, 피신청인이 가입한 당해 보험약관에는 미세침흡인검사(Fine needle aspiration biopsy)를 조직검사(Fixed tissue) 또는 혈액검사(Hemic system)와 같이 암의 진단확정 방법에 포함하고 있는 점.

170) 계약후 5년미만은 50%, 5년이상 10년미만은 100%, 10년이상은 150%의 암진단급여금을 지급함.

171) 2002.5.21. 조정번호 제2002-15호

② 이와 같이 암진단확정 방법에 미세침흡인검사가 보험약관에 포함된 것은 2002.6.28. 「보험업감독업무시행세칙」 개정을 통해 이루어졌는데, 당시 이를 보험약관에 포함하게 된 배경은 갑상선암의 경우 수술 전 시행하는 미세침흡인검사서 100%에 가까운 진단 일치율을 보이기 때문에 암의 진단확정 방법으로 약관에 포함하였던 점.

③ 과거 금융분쟁조정위원회의 조정결정¹⁷²⁾은 해당 보험약관에서 정하는 암의 진단 확정방법이 조직검사 또는 혈액검사로 국한되어 있을 뿐 미세침흡인검사는 포함되어 있지 않았으며, 이러한 암의 진단 확정방법에 의하지 않는 경우 신청인의 권익을 침해하지 못하도록 결정한 취지였던 점.

④ 미세침흡인검사가 암의 진단확정 방법에 편입된 이후 금융분쟁조정위원회는 더 나아가 미세침흡인검사(FNAB)외에 미세침흡인세포검사(FNAC)도 의학적으로 동일한 효과를 갖는 암 진단방법이라고 인정하여 조정결정¹⁷³⁾을 하였던 점.

⑤ 암 진단 확정일에 대한 법원의 판단은 조직시료를 채취하는 등의 검사를 시행한 날짜가 아니라 검사결과가 최종 보고된 일자를 암 진단 확정일로 판단하고 있는 점 등을 감안할 때 이 건 신청인이 당해 보험약관에서 암 진단확정 방법의 하나로 예시된 미세침흡인검사를 통하여 유두상 갑상선암으로 최종 보고된 시점이 2009.9.5.임은 이론의 여지가 없는 사실이고, 2009.9.5. 서울○○병원에서 최종 보고된 병리과 검사 보고서에 “suspicious” 등 암 진단확정을 의심할 만한 검사소견도 존재하지 않으므로 이를 달리하여 해석할 여지는 부족하다 할 것임.

또한, 일반적인 의료경험척상 병리조직검사(histopathological examination)는 침생검(needle biopsy) 혹은 수술적 절제술(excision)을 이용한 조직검사와 미세침흡인검사(FNAB)와 같은 세포병리학적 검사를 모두 포함하고 있는 것으로 정의하고 있는 점, 금융감독원의 분쟁조정 전문위원의 의적소견에서도 2009.9.5.(최종 보고일)에 병리조직학적 소견상 유두상 갑상선암으로 확정 진단을 받은 것으로 판단함이 타당하다는 소견인 점 등을 감안할 때 이 건 피보험자가 당해 보험계약 후 5년이 경과하기 전인 2009.9.5. 유두

172) 2002.5.21. 조정번호 제2002-15호.

173) 2005.5.30. 조정번호 제2005-33호.

상 갑상선암으로 확정 진단을 받은 것으로 판단됨.

라. 결 론

그렇다면 이 건 피보험자의 유두상 갑상선암 진단시점을 당해 보험계약일로부터 5년이 경과하기 전인 2009.9.5.로 인정하여 암 진단 급여금(특약보험가입금액 대비 50%)을 지급한 피신청인의 업무 처리가 부당하다 할 수는 없을 것임.

3-6

약관상 진단방법으로 명시되지 않은 미세침흡인검사에 의한 암진단 인정 여부

[인용] 당해 보험약관에는 “조직 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 진단한다”고 명시하고 있을 뿐, 미세침흡인세포검사를 암 진단방법으로 명시하지 않았으므로 작성자 불이익의 원칙에 따라 고객에게 유리하게 해석할 필요가 있다는 점, 미세침흡인세포검사결과서 진단서에는 갑상샘암(의증)으로 명시하고 있어 암 확정 진단을 의심할 만한 여지가 있다는 점 등을 감안할 때 본 건 피보험자가 미세침흡인세포검사에 따라 갑상샘암(의증)으로 진단받은 날을 암 확정진단 시점으로 보기는 어려움.(2011.6.28. 조정번호 제2011-39호)

가. 사실관계

신청인은 2001.4.11. 자신을 피보험자로 하여 피신청인과 종신보험계약을 체결¹⁷⁴⁾하였음. 신청인은 2011.2.23. ○○대학교병원에서 미세침흡인세포검사상 갑상샘암(의증) 진단을 받아 같은 해 4.14. 동 병원에서 갑상선 우엽 절제술 시행하였고, 이후 같은 해 4.20. 동 병원에서 조직검사상 갑상선암 진단을 받은 후 암진단급여금을 청구하였으나 피신청인이 암진단급여금으로 청구액의 일부만을 지급하자 분쟁조정을 신청함.

나. 당사자의 주장

174) 당해 보험약관에 의하면 암진단 경과기간이 계약후 5년 미만일 경우 보험가입금액의 50%를 지급하고, 5년 이상 10년 미만일 경우 100%를 지급함.

(1) 신청인의 주장

이 건 피보험자는 2011.4.14. ○○대학교병원에서 갑상선 우엽 절제술을 받았으며, 2011.4.20. 조직검사상 갑상선암으로 진단이 내려졌는 바, 이는 보험계약일로부터 10년이 경과한 시점에 해당됨에도 해당 약관상 암 진단방법으로 명시되지 않은 미세침흡인세포 검사에 따라 갑상샘암(의증)으로 진단받은 시점을 암 진단일로 보아 암진단급여금을 과소 지급한 것은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

당해 피보험자는 이 건 보험계약 후 10년이 경과하기 전인 2011.2.23. ○○대학교병원에서 미세침흡인세포검사를 통하여 갑상샘암(의증)으로 진단받았으므로 미세침흡인세포검사가 해당 약관상 암 진단방법으로 명시되지 않았더라도 정확도가 매우 높은 검사방법이기 때문에 암진단급여금 2,000만원을 지급하는 것이 타당함.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 피보험자의 갑상선암 진단시점을 해당 약관상 명시되지 않은 미세침흡인세포검사에 따라 갑상샘암으로 진단받은 날인 2011.2.23.로 인정할 것인지의 여부라 할 것임.

(1) 약관규정

종신보험 암특약 약관 제9조(암의 정의 및 진단확정) 제2항에서는 암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(Fixed tissue) 또는 혈액검사(Hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하되, 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 암에 대한 임상학적 진단이 암의 증거로 인정되며, 이 경우에는 피보험자가 암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 하는 것으로 정하고 있음.

동 약관 제11조(보험금의 종류 및 지급사유)에 의하면 피보험자가 암에 대한 책임개시일 이후에 암으로 진단이 확정되었을 때 경과기간에 따라 암진단급여금을 차등 지급하도록 규정하고 있음.¹⁷⁵⁾

(2) 쟁점 검토

이 건 피보험자가 2011.2.23. ○○대학교병원에서 미세침흡인세포검사를 통하여 갑상샘암(의증)으로 진단을 받았고, 같은 해 4.14. 동 병원에서 갑상선 우엽 절제술을 받았으며, 같은 해 4.20. 조직검사상 갑상선암으로 진단을 받은 점에 대해서는 다툼의 여지가 없음.

다만, 신청인은 암진단 시점이 해당 약관에 명시되어 있는 조직검사상 진단일이라고 주장하고, 피신청인은 피보험자가 해당 약관상 명시되지 않는 미세침흡인세포검사를 통해 갑상샘암(의증)이라고 진단을 받은 사실이 있으므로 그 날을 진단일로 보아야 한다고 주장하므로 살펴보건대, 당해 피신청인은 미세침흡인세포검사가 주사침을 병소 부위에 찔러 세포를 도말·염색하여 현미경으로 관찰하는 검사방법으로 정확도가 매우 높은 진단방법이어서 조직검사에 준하는 결과를 확인할 수 있으며, 이에 따라 2002.8월부터 보험약관에 미세침흡인검사를 암 진단방법에 포함시킨 바 있고, 과거 금융분쟁조정위원회에서도 미세침흡인세포검사를 암 확정 진단방법으로 인정할 수 있다는 조정결정¹⁷⁵⁾을 내렸으므로 2011.2.23.자 미세침흡인세포검사결과에 따라 갑상샘암(의증)으로 진단받은 날을 암의 진단확정 시점으로 인정하여야 한다고 주장하고 있으나, ① 피보험자가 가입한 당해 보험약관에는 “조직(Fixed tissue) 또는 혈액검사(Hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 진단한다”고 명시하고 있을 뿐, 미세침흡인세포검사를 암 진단방법으로 명시하지 않았다는 점, ② 피신청인이 제시한 과거 금융분쟁조정위원회의 조정결정시 보험약관은 “암 및 기타피부암의 진단은 조직 검사, 미세침흡인검사 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 한다” 정하고 있고 미세침흡인검사는 미세침흡인조직검사와 미세침흡인세포검사를 모두 포함하는 것으로 해석되므로 미세침흡인세포검사를 암 확정 진단방법으로 보아야 한다는 취지였다는 점, ③ 2002.8월부터는 보험약관에 미세침흡인검사를 암 진단방법으로 명시하였으나 피신청인이 가입한 당해 보험약관에는 미세침흡인검사가 암 진단방법으로 명시되지 않았으므로 작성자 불이익의 원칙에 따라 고객에게 유리하게 해석할 필요가 있다는 점, ④ 2011.2.23.자 미세침흡인세포검사 결과시

175) 계약후 5년미만 : 보험가입금액의 50%(1,000만원), 계약후 5년이상 10년미만 : 100%(2,000만원), 계약후 10년이상 : 150%(3,000만원)

176) 2005.5.30. 조정번호 제2005-33호.

진단서에는 갑상샘암(의증)으로 명시하고 있어 암 확정 진단을 의심할 만한 여지가 있다는 점 등을 감안할 때 이 건 피보험자가 2011.2.23. 미세침흡인세포검사에 따라 갑상샘암(의증)으로 진단받은 날을 암의 확정 진단시점으로 보기는 어려운 것으로 판단되며, 조직검사상 갑상선암으로 진단을 받은 날인 2011.4.20.을 암의 확정 진단시점으로 판단하는 것이 타당하다 할 것임.

라. 결 론

그렇다면 피신청인은 이 건 피보험자의 갑상선암 진단시점을 당해 보험계약일로부터 10년이 경과된 후인 2011.4.20.로 인정하여 암진단 급여금(보험가입금액의 150%)을 지급하여야 하므로 기지급한 암진단급여금(2,000만원) 외에 1,000만원을 추가로 지급하는 것이 타당함.

3-7 보험계약 부활시 암진단급여금 감액지급의 적정성 여부

[인용] ‘보험계약의 부활’이라 함은 해지된 종전 계약이 다시 그 효력을 회복하는 것으로 이미 소멸한 종전 계약에 갈음하여 별개의 신계약을 체결하는 것은 아니고, 본건 암진단특약 약관은 특약의 보장개시일에 대하여는 부활일을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 명시적으로 규정하고 있는 반면, 보험금 감액기간에 대하여는 별도로 정하고 있지 않으므로 부활일을 기산점으로 하여 1년 이내에 암으로 진단받았다는 이유로 암진단급여금을 감액지급한 것은 부당하다고 본 사례 (2016.5.24. 조정번호 제2016-13호)

가. 사실관계

신청인은 2004.7.14. 및 2005.5.10. 본인을 계약자 겸 피보험자로 하여 ① A장기상해보험, ② B건강보험을 각 체결하였다. 신청인은 위 보험계약을 체결하면서 암진단보장특약도 각 체결하였다. 암진단보장특약 보험금지급기준표는 암보장책임개시일 이후 1년이 경과하였을 때에는 암진단급여금 2000만원을 지급하나, 경과기간이 1년 미만일 경우 1000만원을 지급한다고 정하고 있다.

신청인의 보험료 미납으로 2013.6.1. ②보험계약이, 2013.9.1. ①보험계약이 각 해지되었다. 신청인은 2014.2.26. ①, ②보험계약에 대한 부활신청을 하였고 그 무렵 계약이 모두 부활되었다. 신청인은 같은해 7.15. 난소암진단을 받고 보험금을 청구하였는데 피신청인이 암진단급여금 1000만원을 지급하자 본건 분쟁조정을 신청하였다.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

당해 보험계약 2건은 보험계약 체결일로부터 보험기간이 10년 이상 경과*하였고, 부활 신청시 부활 후 1년 이내에 암진단을 받으면 암진단급여금이 50%만 지급된다고 설명을 받은 바 없음에도 암진단급여금을 감액하여 지급하는 것은 부당함

(2) 피신청인의 주장

당해 보험약관에서는 부활일을 보장개시일로 보고 있고, ‘부활’의 법적 성격은 기존 보험계약의 효력을 그대로 회복하는 것이므로 부활시에도 최초 계약체결시와 동일하게 부활일로부터 보험금감액기간을 적용하여 암진단급여금을 50%만 지급하는 것이 타당함

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 피신청인이 부활계약에 대하여 부활일을 기산점으로 보험금 감액기간을 적용하는 것이 타당한지 여부라 할 것임

(1) 관련 규정

<A 장기상해보험 주계약 약관>

제1조(보험계약의 성립) ② 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 아니한 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 부과하여 인수할 수 있습니다.

③ 회사는 계약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 아니하는 계약은 청약일, 건강진단을 받는 계약은 진단일로부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여

야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 교부합니다. 그러나, 30일이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙한 것으로 봅니다.

제9조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시일) ① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다. 그러나 회사가 청약 시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙한 경우에는 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

제13조(보험료 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)) ② 제1항에 따라 해지계약을 부활하는 경우에는 제1조(보험계약의 성립) 제2항 및 제3항, 제9조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시일), 제21조(계약전알릴의무), 제22조(계약전 알릴의무 위반의 효과) 및 제23조(계약취소권의 행사제한)를 준용합니다.

<A 암진단보장 특약약관>

제3조(특약의 보장개시일) ① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 책임개시일과 동일합니다.

② 제1항의 규정에도 불구하고 제12조(암 및 기타피부암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암에 대한 책임개시일은 최초계약에 한하여 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제6조(특약의 자동갱신) ① 계약자가 이 특약의 보험기간이 끝나는 날의 15일 전까지 특약을 갱신하지 않는다는 통지를 하지 아니하고 특약의 보험료 납입기일까지 계약자가 갱신계약의 1회 보험료를 납입할 때, 이 특약은 자동갱신되는 것으로 합니다.

② 갱신계약의 효력에 관하여 제3조(특약의 책임개시일에도 불구하고 갱신전 특약의 보험기간 만료일 다음날)을 책임개시일로 합니다.

제11조(보험료 납입연체로 인한 해지계약의 부활) ① 회사는 이 특약의 부활 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활의 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활을 취급합니다.

② 주계약의 부활청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부

활을 청약한 것으로 봅니다.

③ 이 특약의 부활하는 경우의 보장개시일은 제3조(특약의 보장개시일)의 규정을 준용합니다.

제15조(보험금의 종류 및 지급사유) 회사는 다음과 같이 보험금을 지급합니다. (별표1 “보험금지급기준표” 참조)

1. 회사는 보험기간 중 제3조(특약의 보장개시일)에서 정한 암보장책임개시일 이후에 최초로 제12조 제1항에서 정하는 “암”으로 진단이 확정되었을 때: 암진단급여금 지급

[별표1] 보험금지급기준표

구분	지급사유	지급금액	
		경과기간	
암진단 급여금	피보험자가 특약의 보험기간 중 암에 대한 책임개시일 이후에 최초로 “암”으로 진단이 확정되었을 때(단, 1회에 한하여 지급합니다.)	1년미만	1,000만원
		1년이후	2,000만원

주) 1. 약관 제12조(“암” 및 “기타 피부암”의 정의 및 진단확정)에 따라 기타 피부암은 암의 정의에서 제외되는 바, 기타 피부암으로 보험금지급사유 발생시는 기타 피부암에 해당하는 급여금을 지급합니다.

2. 이 약관의 암보장책임개시일은 최초계약에 한하여 계약일(부활일)로부터 계약일(부활일)을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날입니다.

<B건강보험 주계약 약관>

제1조(보험계약의 성립) ② 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 아니한 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 부과하여 인수할 수 있습니다.

③ 회사는 계약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 아니하는 계약은 청약일, 건강진단을 받는 계약은 진단일로부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 교부합니다. 그러나, 30일이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙한 것으로 봅니다.

제9조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시일) ① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다. 그러나 회사가 청약 시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙한 경우에는 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

제13조(보험료 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)) ① (생략)② 제1항에 따라 해지계약을 부활하는 경우에는 제1조(보험계약의 성립) 제2항 및 제3항, 제9조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시일), 제22조(계약전알릴의무), 제23조(계약전 알릴의무 위반의 효과) 및 제24조(계약취소권의 행사제한)를 준용합니다.

<B건강보험 암진단특약 약관>

제3조(특약의 보장개시일) ① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

② 제1항의 규정에도 불구하고 제11조(암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암에 대한 보장개시일은 최초계약에 한하여 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제6조(특약의 자동갱신) ③ 갱신계약에 대하여는 다음과 같이 취급합니다. 1. (생략)
2. 갱신계약의 효력에 관해서는 제3조(특약의 보장개시일)의 규정에도 불구하고 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제10조(보험료 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)) ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

③ 이 특약의 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제3조(특약의 보장개시일)의 규정을 준용합니다.

제14조(보험금의 종류 및 지급사유) 회사는 다음과 같이 보험금을 지급합니다. (별표1 “보험금지급기준표” 참조)

1. 회사는 보험기간 중 제3조(특약의 보장개시일)에서 정한 암보장개시일 이후에 최초로 제11조 제1항에서 정하는 “암”으로 진단이 확정되었을 때 : 암진단 급여금 지급

[별표1] 보험금지급기준표

구분	지급사유	지급금액	
		경과기간	
암진단 급여금	피보험자가 특약의 보험기간 중 암에 대한 책임개시일 이후에 최초로 “암”으로 진단이 확정되었을 때(단, 1회에 한하여 지급합니다.)	1년미만	1,000만원
		1년이후	2,000만원

- 주) 1. 약관 제12조(“암” 및 “기타 피부암”의 정의 및 진단확정)에 따라 기타 피부암은 암의 정의에서 제외되는 바, 기타 피부암으로 보험금지급사유 발생시는 기타 피부암에 해당하는 급여금을 지급합니다.
2. 이 약관의 암보장책임개시일은 최초계약에 한하여 계약일(부활일)로부터 계약일(부활일)을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날입니다.
3. 갱신계약의 경우는 계약일로부터 1년미만시에도 감액하여 지급하지 아니합니다.

(2) 쟁점에 대한 검토

피신청인은 암특약 부활시에도 최초 계약체결시와 동일하게 부활일을 기산점으로 보험금 감액기간(1년 미만 50% 감액)을 적용하여 암진단급여금을 지급 하는 것이 타당하다고 주장하나, 아래와 같은 사정을 종합하여 판단할 때 이를 인정하기 어려움.

동일한 보장을 내용으로 하는 보험계약을 새롭게 체결하는 경우 연령 증가 등으로 인해 인상된 보험료를 지급해야 하는 부담을 회피하기 위한 보험계약 부활조항의 도입취지 등을 감안할 때 ‘보험계약의 부활’이라 함은 해지된 종전 계약이 다시 그 효력을 회복하는 것으로 이미 소멸한 종전 계약에 갈음하여 별개의 신계약을 체결하는 것은 아니라고 보는 것이 상당하다고 판단되는 점(제2011-60호, 금융분쟁조정위원회 조정결정).

당해 보험계약의 암진단특약약관을 살펴보면, 특약이 부활되는 경우 암에 대한 책임개

시일은 특약의 보장개시일을 준용하여 부활일을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 명시적으로 규정하고 있는 반면, 보험금 감액기간의 준용에 대해서는 별도로 정하고 있지 않음이 확인되는 바, 이견 특약의 부활시에는 암특약에 대한 보장개시일(90일)에 관한 규정만 적용되고 보험금 감액기간에 관한 규정은 적용되지 않는다고 보는 것이 약관의 문언에 부합하는 해석이라 할 것임.

또한, 보험회사는 당해 보험약관 제3조(약관 교부 및 설명의무 등), 상법 제638조의3(보험계약의 교부·명시의무) 및 「약관의 규제에 관한 법률」 제3조(약관의 명시·설명 의무)에 따라 보험계약자에게 약관의 중요한 내용에 대하여 명시·설명 의무를 부담하고 이를 위반하여 보험계약을 체결한 때에는 약관의 내용을 보험계약의 내용으로 주장할 수 없으며

보험금의 감액지급 여부 등 지급제한 사항은 부활계약 청약여부를 결정함에 있어 중요한 사항으로 보험회사는 보험계약자에게 이에 대한 명시·설명 의무를 부담한다고 할 것이나

이 건 보험계약의 청약서, 청약녹취록, 부활청약서, 부활녹취록 등을 살펴보면 보험금 감액기간에 대한 설명이 이루어졌음을 인정할 만한 증거가 없음은 물론, 피신청인도 보험계약 체결 및 부활청약시 보험금 감액기간에 대하여 신청인에게 이를 설명하였다는 사실을 입증하지 못하고 있는 점 등을 종합해보면 피신청인이 명시·설명 의무를 위반하였으므로 설사 보험계약 부활시 보험금 감액기간이 새롭게 적용된다는 피신청인의 주장을 인정하더라도 이 건 부활계약의 내용으로 주장할 수 없다 할 것임.

라. 결 론

그렇다면, 피신청인이 부활일을 기산점으로 하여 1년 이내에 암으로 진단받았다는 이유로 암진단급여금을 감액지급하는 것은 부당하므로 암진단급여금 전액을 신청인에게 지급할 책임이 있다고 할 것임.

14년 전 진단받은 암과 동일한 암으로 진단확정된 경우 단체보험계약상 암진단보험금 지급책임

[인용] 피보험자는 이 사건 보험계약의 보험기간 중 암으로 진단확정 되었고 14년 전 진단 확정된 암을 이유로 이 사건 보험계약의 요소가 결여되었다고 보기도 어려우므로 암진단보험금을 지급함이 타당하다고 본 사례 (2017.7.25. 조정번호 제2017-16호)

가. 기초 사실

(1) 보험계약의 체결

(주)A는 2014. 12. 18. B손해보험(주)와 사이에 피보험자를 직원, 직원의 배우자, 직원의 자녀로 하고 보험기간을 2014. 12. 31. 16:00부터 2016. 12. 31. 16:00까지로 하는 ○○단체보험(Ⅱ)계약을 체결하였다. (주)A의 직원인 신청인은 2015. 12. 15. 배우자 박○○을 위 단체보험의 피보험자로 편입할 것을 요청하여 같은 날 박○○은 같은 보험의 피보험자가 되었다(이하 박○○을 ‘피보험자’라 하며, 박○○이 피보험자로 편입된 시점 이후의 보험계약을 ‘이 사건 보험계약’이라 한다). 피신청인은 2015. 6.경 B손해보험(주)를 인수합병하여 이 사건 보험계약이 피신청인에게 승계되었다.

(2) 보험계약의 약관

이 사건 보험계약의 암치료비 특별약관(이하 ‘이 사건 특약’이라 한다)은 다음과 같이 정하고 있다.

< 암치료비 특별약관 >

제1조 (보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간중 암에 대한 보장개시일 이후에 암, 제자리암(상피내암) 또는 경계성종양으로 진단확정된 경우 아래에 정한 금액을 각각 1회에 한하여 지급하여 드립니다.

구분	암진단보험금
암(기타피부암 및 갑상선암 제외)	20,000,000 ¹⁷⁷⁾

- ② 제1항의 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)에 대한 보장개시일은 이 특별약관의 보험기

간의 첫날부터 그날을 포함하여 (0178))일이 지난 날의 다음날로 하며, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암(상피내암), 경계성종양은 보험기간의 첫날부터 합니다. (...)

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 청약서상 「계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)」에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다. (...)

제3조(암의 정의 및 진단확정)

- ① “암”이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병 (【악성신생물(암)분류표】 참조)을 말합니다. (...)

【악성신생물(암)분류표】

약관에서 규정하는 암으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
남성생식기관의 악성신생물	C60 ~ C63

< 상법 >

제643조(소급보험) 보험계약은 그 계약전의 어느 시기를 보험기간의 시기로 할 수 있다.

제644조(보험사고의 객관적 확정 효과) 보험계약당시에 보험사고가 이미 발생하였거나 또는 발생할 수 없는 것인 때에는 그 계약은 무효로 한다. 그러나 당사자 쌍방과 피보험자가 이를 알지 못한 때에는 그러하지 아니하다.

제735조의3(단체보험) ① 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 생명보험계약을 체결하는 경우에는 제731조를 적용하지 아니한다.

- ② 제1항의 보험계약이 체결된 때에는 보험자는 보험계약자에 대하여만 보험증권을 교부한다.

- ③ 제1항의 보험계약에서 보험계약자가 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자를 보험수익자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정하는 경우 외에는 그 피보험자의 서면 동의를 받아야 한다.

(3) 보험사고의 발생경위

피보험자는 2002. 경 ○○대학교 병원에서 고환암 진단을 받고 같은 해 4. 26. 좌측 고환절제술을, 11. 13. 후복막종양절제술을 각 시행받았다. 피보험자는 수술 후 정기적으로 검진을 받아왔으나, 특이소견이 없다가 14년이 경과한 2016. 12. 5. 같은 병원에서 같은 종류의 암, 즉 고환암[주상병: 하강고환의 악성신생물(C62.1), 부상병: 비정상피종의 생식세포종양(M90653)]이 후복막종양절제술을 받은 부위에서 발생하였다는 진단을 받았다.

(4) 보험금 청구 및 분쟁금액 등

신청인은 2016. 12. 27. 피신청인에게 암진단보험금을 청구하였으나, 피신청인이 그 지급을 거절하자 금융감독원에 분쟁조정을 신청하였다. 본건 분쟁 관련 보험금은 암진단 보험금 20,000,000원이다.

나. 당사자 주장

신청인은 암 진단으로 수술을 받은 후 14년이 경과하였을 뿐만 아니라 매년 추적검사를 받아왔으나 아무런 문제가 없었음에도 불구하고, 피신청인이 사실상 완치되었던 암과 동일한 부위에 새로운 암이 발생하였다는 이유로 보험금 지급을 거절하는 것은 부당하다고 주장한다.

이에 대하여 피신청인은 이 사건 특약은 ‘보험기간 중 암에 대한 보장개시일 이후에 암으로 진단확정된 경우’ 암진단보험금을 지급한다고 정하는데, 피보험자는 보험계약 체결 전 암 진단을 받았을 뿐만 아니라 과거 암이 완치되지 않고 잠재된 상태에서 2016. 재발한 것이므로 이번에 진단받은 암은 과거의 암의 연장선상에 있는 것으로서 보험기간 중 진단확정된 암으로 볼 수 없다고 주장하여 서로 다툰다.

177) 이 사건 보험계약은 일반직(남자), 일반직(여자), 배우자(남자), 배우자(여자), 자, 녀로 그룹을 나눠 보장내용을 달리하고 있다. 피보험자는 배우자(남자)그룹으로, 배우자(남자) 그룹의 암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 진단비 1인당 가입금액은 2000만원이다.

178) 암보험의 책임개시일(보장개시일)은 보험기간의 첫 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하는 것이 보통이나, 본건 단체보험계약은 책임개시일을 별도로 설정하지 않고 0일로 하였다.

다. 위원회 판단

상법, 해당 보험약관, 신청인의 분쟁조정신청 서류, 피신청인의 제출자료 등 관련 자료 일체를 종합하여 살펴보면,

이 사건 특약 제1조는 “회사는 피보험자가 보험기간 중 암으로 진단확정된 경우 암진단보험금을 1회에 한하여 지급하여 드립니다.”라고 정하는데, 피보험자는 보험기간 중이던 2016. 12. 5. 아주대학교 병원에서 같은 약관 제3조의 암에 해당하는 하강고환의 악성신생물(C62.1)로 진단받은 사실에는 다툼이 없다. 다만, 피신청인은 과거 암이 재발하였다면 약관상 ‘보험기간 중 진단확정된 경우’에 해당하지 않는다는 취지로 주장하므로 이에 대해 살펴본다. 피신청인의 이러한 주장은 보험기간 중 최초 암으로 진단확정된 경우에 한하여 암진단보험금이 지급되어야 한다는 것으로 선해할 수 있다. 그런데 이 사건 특약은 보험기간 중 고환암 등으로 진단확정된 경우에 1회에 한하여 암진단보험금을 지급한다고 정하고 있을 뿐, 전 생애 기간 중 최초로 진단확정된 암에 대하여만 보험금을 지급한다거나, 암이 재발한 경우에는 면책된다는 조항이 포함되어 있지 않는 등 이 사건 특약으로부터 보험기간 중 최초 암으로 진단확정된 경우에 한하여 보험금 지급사유가 발생한다고 제한적으로 해석할 만한 근거를 도출해낼 수가 없다. 오히려 이 사건 특약상 암진단보험금은 암의 발생시기, 해당 암이 기존 암의 재발인지 여부, 기존 암에 대하여 보험금이 지급되었는지 여부 등과 무관하게 해당 암의 진단확정이 보험기간 중에 이루어진 경우 그 지급사유가 발생한 것으로 봄이 상당하다. 그렇다면 이와 전제를 달리하는 피신청인의 주장은 이유 없다고 할 것이다.

더욱이 본건은 단체보험¹⁷⁹⁾으로서 위험선택의 단위가 ‘단체’이고, 보험자는 단체 고유

179) 진정 단체보험은 피보험단체의 고유한 위험물을 산정하여 위험선택을 하는 것이므로 (담보)위험의 실현인 보험사고(약관상의 보험금 지급사유)는 그에 부합하게 정해야 한다. 그러나 우리나라에서 판매되는 단체라는 명칭을 사용하는 보험약관의 내용은 그러하지 아니한 경우가 많다. 이 사건 보험약관을 보더라도, 보험금 지급사유에서 단체 고유의 위험물과는 관계없는 ‘주말상해사망’ 등을 보장하며, 보험금 지급요건으로 직무종사성을 요하지도 않는다. 나아가 단체구성원의 배우자, 자녀 등을 피보험자로 추가할 수도 있다. 생각건대, 위험물 등에 터잡은 단체보험의 실체 내지 개념을 명확히 정립하기는 어렵기 때문에 상법 제735조의3에서 추론되는 형식적 요건을 갖춘 경우에는 단체보험으로 인정할 수밖에 없을 것이나, 이 사건 보험계약을 비롯하여 우리나라에서 판매되는 대다수의 단체보

의 위험률에 따라 부보가능성을 판정하여 인수 여부를 결정한다. 단체에 속한 각 구성원의 위험률은 보험계약 인수여부에 영향을 미치지 않으므로 구성원 개인의 질병치료 여부 등 부보적격성을 묻지 않고 피보험자의 교체나 변경도 자유롭다. 본건 피보험자도 질문표 등에 의한 계약 전 알릴의무를 이행할 기회 없이 이 사건 보험계약의 피보험자로 편입된 것이다. 보험자가 과거 병력을 질문하지 않은 것은 피보험자 개인들의 과거 병력 등을 포함한 위험을 고려하지 않겠다는 것인데, 그럼에도 불구하고 보험사고 발생 후 새삼스럽게 과거 병력을 이유로 면책을 주장하는 것은 금반언의 원칙에 반하는 것으로 받아들이기 어렵다.

나아가 보충적으로 살펴보면, 이 사건 특약의 보험금 지급사유는 암 진단확정이므로 암 진단확정이 곧 보험사고라 할 것인데, 피보험자는 보험계약체결일로부터 13년 전 암 진단확정을 받았으므로 보험계약체결 당시 이미 보험사고가 발생하였다 할 것이어서 보험계약 요소가 결여¹⁸⁰⁾되어 이 사건 보험계약이 무효인지 여부에 대하여 의문이 있을 수 있다. 그러나 이 사건 특약 제2조 제2항은 “청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가진단 또는 치료 사실이 없을 경우 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.”라고 정하고 있고, 위 조항은 피보험자에게 과거 진단확정된 질병이 있었다고 하더라도 특정시점으로부터 5년이 지나도록 추가 진단이나 치료 사실이 없는 경우에는 과거 진단확정된 질병을 완치된 것으로 보아 이후 과거 진단확정된 질병과 동일한 질병으로 진단받더라도 이를 범

험은 단체의 명의를 빌린 형해화된 단체보험이라고 표현하는 것이 보다 정확할 것이다.

180) 보험계약 체결 전 보험사고의 발생을 상법 제644조의 적용 문제로 보기도 한다(대법원 2004.8.20. 선고 2002다20889 판결). 그러나 상법 제644조는 같은 법 제643조의 소급보험의 경우에만 적용된다고 봄이 타당하다. 상법 제644조를 소급보험 이외에도 적용한다면, 피보험자의 사망을 담보로 하는 보험계약에서 피보험자가 이미 사망하였으나 보험계약관계자가 선의인 경우, 이미 발생한 보험사고를 담보하는 보험계약이 무효가 되지 않는 문제가 있다. 나아가 위험인수의 대가로 책임개시시기가 소급되는 부분에 대하여 추가 보험료를 납입받지 않았음에도 보험계약관계자가 선의라는 이유로 모든 보험이 책임개시시기에 대한 제한이 없는 보험이 될 우려도 있다. 그러므로 보험계약 체결 전 보험사고의 발생은 보험의 객체, 보험사고, 보험기간 등 보험계약이 유효하기 위한 보험계약의 요소가 결여된 경우 보험계약관계자의 선악의를 묻지 않고 무효가 된다는 보험계약의 요소론으로 풀어나가는 것이 보다 정확하다고 할 것이다.

를적으로 새로운 보험사고로 보고 이 사건 보험계약의 보장범위에 포함시키고자 하는 것으로 해석된다.¹⁸¹⁾¹⁸²⁾ 그렇다면 이 사건 특약은 과거 진단확정된 질병에 대하여 5년을 기준으로 추가 진단이나 치료 사실이 없는 경우 완치된 것으로 간주하고 있다 할 것이며, 피보험자는 보험계약체결 13년 전 진단확정 받은 암에 대하여 진단 및 치료 후 5년 이상의 기간 동안 추가 진단이나 치료를 받은 사실이 없으므로 과거 진단받은 고환암은 완치되었고, 2016. 12. 15. 고환암 진단은 새로운 보험사고로 봄이 타당하다 할 것이다. 종합하면, 과거 진단확정된 암은 과거의 일회적 사건에 불과한 것으로 그로 인하여 이미 보험사고가 발생하였다거나 보험사고 발생의 우연성이 소멸되었다고 할 수 없으며, 보험계약의 요소가 결여된 것이라고 보기도 어렵다.¹⁸³⁾

181) 다만, 이 사건 보험계약은 단체구성원 내지 피보험자에 대하여 개별적인 위험선택, 즉 청약서상 질문표를 사용하고 있지 않음에도 이 사건 특약 제2조 제1항에서 “...청약서상 해당질병의 고지대상 기간...”이라는 문언을 사용하고 있는 점은 납득할 수 없다.

182) 종래 암진단 등 질병 진단을 보험금 지급사유로 설정한 질병보험약관에서는 피보험자가 약관에서 정한 책임개시일 이전에 암진단 등 질병으로 진단이 확정되었을 경우는 이미 위험의 실현, 즉 약관상 보험금 지급사유가 발생하였으므로 당해 보험계약은 당연히 무효가 되거나 책임이 개시되지 않는다고 정하고 있었지만, 보험상품의 패키지화 내지는 종합보험화 추세 및 보험기간이 장기인 경우에는 보험계약 전부를 무효로 돌리거나 이미 진단받은 질병의 경우 보험기간이 종료될 때까지 부담되는 것은 장기간에 걸쳐 보험계약을 유지한 보험계약자의 기대에 반할 수 있다는 점 등을 감안하여 책임개시 전에 이미 발생한 보험금 지급사유가 사망 등과 같이 보험계약 소멸사유에 해당하지 않는 한에 있어서는, 책임개시일로부터 일정기간(이 사건 특약의 경우 5년)이 경과하는 등 추가적인 진단이나 치료사실이 없었다면 자연적인 인과율을 감안하여 법률적으로 새로운 보험사고로 간주하는 조항을 설정하는 것이 합리적이라는 거래계의 일부 주장을 수용하여 설정된 조항이라고 보아야 할 것이다. 따라서 이 조항을 계약전 발병 부담보와 연계할 수는 없다(금융분쟁조정위원회 2017. 6. 27. 결정 제2017-9호 각주 4) 참고).

183) 과거 조정선례는 보험계약체결 14년 전 유방암 진단이 있었던 경우 암진단보험금 등을 보장하는 보험계약이 무효인지에 대하여 i) 보험계약체결시 청약서상 계약전 알릴의무 질문표는 최근 5년 이내의 암 진단을 받거나 치료한 사실만을 고지하게 되어 있어 14년 전 암진단 사실을 고지하지 않고 보험계약을 체결하여도 계약전 알릴의무 위반이 아닌 점, ii) 보험계약의 무효요건은 해지요건보다 제한되어야 하는데 계약전 알릴의무 위반이 아니어서 해지도 불가한 보험계약을 무효로 하는 것은 균형에 맞지 않는 점, iii) 14년 전 암진단, 치료는 과거 발생한 일회적 사건에 불과한 것으로 보험사고의 발생가능성이 소멸되었다고 인정하기 어려운 점 등을 고려하여 보험자가 14년 전 암 진단확정으로 보험사고의 발생가능성이 소멸하였다는 것을 입증하지 않는 한 당해 보험계약을 무효인 보험계약으로 볼 수 없다고 판단한바 있다(인보험분쟁조정위원회 1994. 11. 18. 결정 94조정-41 무배당

라. 결론

피보험자는 이 사건 보험계약의 보험기간 중 암으로 진단확정 되었고 14년 전 진단확정된 암을 이유로 이 사건 보험계약의 요소가 결여되었다고 보기는 어렵다. 그렇다면, 신청인의 분쟁조정신청을 인용함이 타당하다 할 것이므로 주문과 같이 결정한다.

암보험 분쟁). 청약서상 질문표는 계약 전 알릴의무와 관련된 문제로 보는 것이 원칙이지만, 보험계약에 따라서는 결과적으로 청약 전 보험사고 발생여부를 질문하는 경우도 있다. 앞서 각주 6)에서 언급한바와 같이 보험상품의 패키지화 내지 종합보험화로 단일한 보험계약에서 보험금 지급사유가 사망, 질병, 상해, 장해 등 다기화되어 있는데, 질문표상 과거 암진단 사실 유무에 대한 질문은 사망 담보와 관련하여서는 고지대상이 되는 중요한 사항으로서 위험상태 내지 위험사정에 지나지 않지만, 암진단도 보험금 지급사유에 포함된 경우에는 보험계약 체결 전 보험사고(약관상의 보험금 지급사유)가 발생한 사실이 있는지 여부를 질문하는 의미도 내포되어 있는 것이다. 위 조정결정은 이러한 점에 주목한 것으로 보인다. 그러나 본건은 단체보험이어서 보험자가 위험선택을 포기하고 피보험자에게 계약전 알릴의무 이행 기회를 부여하지 않았는바, 위 조정선례를 그대로 적용하기에는 난점이 있다.

제2절 암수술 해당여부

3-9 백혈병 치료를 위한 중심정맥관삽입술이 암치료 목적 수술에 해당 여부

[인용] 중심정맥관 삽입은 단순히 환자의 편의를 위해서 삽입하는 것이 아니고 말초혈관으로 주입할 수 없는 항암제를 주입하거나 조혈모세포 이식을 위하여 필수적인 과정이므로 동 삽입술을 암치료를 목적으로 하는 수술이라고 보아야 함. 따라서, 약관에서 암치료를 직접목적으로 수술을 받았을 때 암수술급여금을 지급한다고 규정하고 있다면 수술횟수에 관계없이 회사는 보험금 지급책임을 부담하는 것으로 보아야 함. (2001.5.15. 조정번호 제2001-27호)

가. 사실관계

신청인은 1992.8.27. 자신을 피보험자로 하여 암보험에 가입한 후 2000.2.9. ○○대학교 병원에서 백혈병으로 진단되어, 같은 해 10.8. 동 병원에서 중심정맥관삽입술을 시행받고 같은 해 11.24.에도 중심정맥관삽입술을 시행받음.

피신청인은 2차례에 걸친 위 삽입술에 대하여 1회분의 암수술급여금(340만원)을 지급함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

약관에 의하면 암치료를 목적으로 수술을 받을 경우 암수술급여금을 지급한다고 규정하고 있는 바, 암치료를 목적으로 2차례에 걸쳐 암수술을 받았음에도 1회분의 수술급여금만 지급하는 것은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

중심정맥관삽입술은 항암치료요법중 화학요법으로써 이는 의사가 환자의 몸에 기구를 사용하여 외과적으로 자르거나 찌는 수술이라고 보기 어려움. 다만, 보편적으로 암진단 시 외과적 수술이 1회 시행되는 점과의 형평성을 고려하고 동 삽입술이 일정한 간격을 두고 반복적으로 시행되는 점을 감안하여, 본건에 대하여 암수술급여금 1회분을 지급한

것이므로 신청인의 주장은 부당함.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 중심정맥관삽입술을 암치료를 직접목적으로 하는 수술이라고 볼 수 있는지 여부임.

중심정맥관삽입술을 암치료를 직접목적으로 하는 수술이라고 볼 수 있는지 여부에 대하여 살펴보건대, 당해 약관 제8조(보험금 지급사유)에 의하면 보험기간중 피보험자가 책임개시일 이후에 최초로 암으로 진단이 확정되고, 그 암의 치료를 직접목적으로 하여 수술을 받았을 때 암수술급여금을 지급한다고 규정하고 있는 바, 중심정맥관삽입술은 아래의 사항을 감안하여 볼 때 암 치료를 직접적인 목적으로 하는 수술이라고 보아야 함.

① 수술의 사전(辭典)적 의미는 몸의 일부를 찢거나 도려내거나 하여 병을 낫게 하는 외과적인 치료방법이라고 정의되어 있으며, 동 삽입술은 마취상태에서 몸의 일부를 통하여 도관을 삽입하고 도관을 통하여 항암치료를 하는 외과적인 치료방법이므로 수술이라고 봄이 상당하다고 인정되는 점.

② 피신청인이 ○○대학교병원 교수에게 의료자문한 결과, 중심정맥관 삽입은 단순히 환자의 편의를 위해서 삽입하는 것이 아니고 말초혈관으로 주입할 수 없는 항암제를 주입하거나 조혈모세포 이식을 위해서 필수적인 과정이므로 동 삽입술을 암치료를 목적으로 하는 수술이라고 보아야 한다고 답변하고 있는 점.

③ 피신청인도 동 삽입술에 대하여 암수술급여금을 지급한 점.

또한, 당해 약관 제8조(보험금 지급사유)에서 암치료를 직접목적으로 수술을 받았을 때 암수술급여금을 지급한다는 규정이 있고, 암수술급여금의 지급횟수를 1회로 제한한다는 규정이 없으므로, 암수술에 대하여 피신청인은 수술횟수에 관계없이 보험금 지급책임을 부담하는 것으로 해석함이 타당함. 한편, 병원 내과전문의 의료자문결과, 영양제 주입, 수혈, 항암제 투여 등 환자의 생명유지를 위해 반복 시행된 중심정맥관삽입술에 대하여 그 시행시마다 별개의 수술로 봄이 타당하다는 의견이 있음.

따라서, 본건 피신청인이 암수술급여금 지급횟수를 1회로 한정하는 것은 부당하다고

보여짐.

라. 결 론

2차례의 중심정맥관삽입술에 대하여 이를 각각의 수술로 인정하여 수술급여금이 지급되어야 할 것으로 판단됨.

3-10 요양병원의 쏫빔질, 헬릭소투약 등이 약관상 입원급여금 대상 해당 여부

[기각] 피보험자가 암치료를 목적으로 요양병원에 입원하였다 하더라도 치료받은 내용이 휴식, 쏫빔질, 헬릭소(Helixor) 투약 등이고, 그외에 심신을 안정시키는 아침예배, 온천욕, 성경공부, 레크리에이션, 산책, 조깅, 영화감상, 요리강습 등을 한 경우 이러한 치료방법이 반드시 입원을 통하여야만 가능하다고 보기 어려워 요양병원에 입원한 기간이 약관에서 정하고 있는 입원의 개념에 부합된다고 보기 어려움.(2001.9.25. 조정번호 제2001-47호)

가. 사실관계

신청인(1941년생)은 자신을 피보험자로 하여 1999.1.13. 암보험에 가입함. 신청인은 보험 가입후인 2000.3.20. ○○병원에서 위암으로 진단받고 입원하여 같은 해 4.12. 수술을 받았으며, 그 이후 2001.4.2.까지 요양병원에 수 차례에 걸쳐 입원하는 등 총 211일간 입원함.

병원 및 요양병원 입원기간(211일)에 대하여 149일분에 해당하는 입원급여금(일당10만원)은 지급되었으나 62일분(2000.11.13~11.17., 2001.2.5~4.2.)은 지급되지 아니함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

위암 수술후 체력악화와 통증으로 인하여 요양병원에 입원하여 치료를 받았음에도 피신청인이 동 병원에 입원한 것을 암치료를 직접목적으로 인한 입원이 아니라고 하면서

입원급여금을 지급하지 않는 것은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

신청인은 1기 위암환자로 통상 전이 및 타합병증이 없는 1기 위암환자와 비교하여 볼 때 장기 입원이고, 병원의 담당의사도 입원치료를 요하는 특정한 소견이 없다는 답변이 있었음. 또한, 본건과 유사한 사례와 관련하여 최근 소비자보호원 산하 소비자분쟁조정 위원회에서 입원으로 인정하지 않았으므로 본건 입원급여금 지급거절은 정당함.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 암보험 약관상 입원의 의미와 약관상 입원급여금 지급가능 여부임.

암보험 약관상 입원의 의미와 약관상 입원급여금 지급가능 여부에 대하여 살펴보건대, 당해 약관 제13조(입원의 정의와 장소)에 의하면 “입원”이라 함은 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 의사라 합니다)에 의하여 암 또는 상피내암의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조 제2항에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말한다고 규정하고 있는 바, 암치료를 위한 입원과 관련하여 과거 금융분쟁조정위원회에서 위암환자가 수술후 고혈압 치료 및 영양제 투여등 보존적 치료만 하였을 경우 이를 암치료 목적의 입원이라고 보기 어렵다고 인정한 사례¹⁸⁴⁾, 골육종 진단하에 수술을 받은 후 후유증 치료를 위한 입원은 암치료를 위한 입원이 아니라고 조정한 사례¹⁸⁵⁾ 등을 고려하여 볼 때, 약관상 입원으로 인정받기 위해서는 자택에서는 치료가 곤란하여 암을 직접적으로 치료하기 위해 병원에 입원하여 치료를 받는 경우에 해당되어야 할 것임.

본건 신청인이 요양병원에 입원한 기간(62일)은 아래의 이유를 감안하여 볼 때 약관상 입원급여금 지급대상이라고 보기 어려움.

184) 조정번호 제1997-12호.

185) 조정번호 제1996-43호.

① 요양병원의 간호기록지에 의하면 입원기간(2000.11.13~11.17., 2001.2.5~4.2)중 신청인이 주로 치료받은 내용은 휴식, 운동, 예매, 숯찜질, 헬릭소(Helixor) 투약 등인데, 이러한 치료방법이 반드시 입원을 통하여야만 가능하다고 보기 어려운 점.

② 입원기간중 실시한 혈액검사와 신청인이 제시한 병원의 진단서를 토대로 보면 암이 재발되었거나 합병증이 발병되지 아니한 점.

③ 복통, 식욕부진 등 위절제증후군의 증세가 있어 장기간의 가료를 요한다는 병원 의사의 소견이 있으나, 복통, 식욕부진은 위암 수술후 후유증이고, 후유증 치료를 위한 입원은 암치료를 위한 입원이 아니라고 판단되는 점.

④ 요양병원은 위 입원기간중 암 치료나 검사를 위한 의료장비가 구비되어 있지 않고 물리치료를 받을 수 있는 침상과 일부 기구만 있으며, 심신을 안정시키는 아침예매, 체조, 온천욕, 성경공부, 레크리에이션, 산책, 조깅, 영화감상, 체육회, 요리강습 등을 실시하는 것으로 알려져 있어, 동 병원의 입원이 약관에서 정하고 있는 입원의 개념에 부합된다고 보기 어려운 점.

라. 결 론

본건 신청인의 입원이 암치료를 위한 입원이라고 보기 어렵다고 판단됨.

3-11 조혈모세포 이식전의 제3대구치 발거술이 암수술급여금 대상 해당 여부

[기각] 약관상 암수술급여금의 지급대상이 되기 위해서는 피보험자의 신체에 외과적인 치료행위가 있어야 하고, 그 외과적 치료행위는 암치료를 직접적인 목적으로 시행된 것이어야 함. 의료경험척상 제3대구치는 음식물이 끼고 부패되어 염증을 일으키게 되며 충치와 구취의 원인이 되기도 하여 뽑게 되는데 이러한 발거술 자체가 백혈병을 직접적으로 치료하는 수술은 아니라고 판단됨.(2002.2.26. 조정번호 제2002-3호)

가. 사실관계

피보험자는 2001.3.3. ○○병원에 입원하여 입원기간중인 2001.3.31. 골수검사를 통하여 급성 림프구성 백혈병으로 진단받음. 피보험자는 동 병원에서 백혈병 치료를 위한 조혈 모세포 이식전인 2001.8.23. 치주염으로 양측 하악 제3대구치 발거술을 시행받고, 같은 해 9.7. 조혈모세포 이식술을 시행 받음.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

백혈병 치료의 목적으로 골수이식 수술을 받기 위해 병원에서 치아를 제거하는 수술을 시행받았고, 동 병원에서도 치아 발거술이 수술이라고 확인하였음에도 동 치아 발거술에 대하여 암수술급여금을 지급하지 않은 것은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

피보험자는 치주염이 있었고, 피보험자가 시행 받은 대구치발거술은 조혈모세포 이식술을 시행받기 전에 사전적 처치로써 백혈병 치료의 목적을 극대화하기 위해 시행한 수술에 불과할 뿐 이를 암에 대한 직접적인 치료목적의 수술로 인정하기 어려움.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 대구치 발거술이 암치료를 직접적인 목적으로 시행된 수술이라 볼 수 있는지 여부임.

(1) 당해 약관상 암수술급여금 지급 범위

당해 약관 제10조(보험금의 지급사유) 제1항에 의하면 피보험자가 제6조(계약의 효력)에서 정한 책임개시일 이후에 최초로 암으로 진단이 확정되고 그 암의 치료를 직접 목적으로 하여 수술을 받았을 때 암수술급여금을 지급한다고 규정하고 있음.

한편 수술의 사전적 의미는 몸의 일부를 제거나 도려내거나 하여 병을 낫게 하는 외과적인 치료방법이라고 볼 수 있어, 약관상 암수술급여금의 지급대상이 되기 위해서는 피보험자의 신체에 외과적 치료행위는 암치료를 직접적인 목적으로 시행되어야 할 것임.

(2) 대구치 발거술이 암치료를 직접적인 목적으로 시행된 수술이라 볼 수 있는지 여부

본 건 피보험자가 시행받은 제3대구치 발거술이 외과적 수술이라고 볼 수는 있겠으나, 아래의 사정을 종합하면 암치료를 직접적인 목적으로 하는 수술은 아니라고 판단됨.

① 피보험자가 시행받은 대구치 발거술과 관련하여 구강내에 염증이 있는 경우 골수 이식이 실패할 수 있기 때문에 시행하였다는 담당의사의 소견을 토대로 보면 본 건 수술은 치주염 치료를 직접목적으로 하면서 백혈병 치료의 효과를 높이기 위하여 시행된 수술이라고 보이는 점.

② 의료경험척상 제3대구치는 음식물이 끼고 부패되어 염증등을 일으켜 뽑게되는데 이러한 발거술 자체가 백혈병을 직접적으로 치료하는 수술은 아니라고 판단되는 점.

라. 결 론

본 건 제3대구치 발거술은 암수술급여금 지급대상이 아니라고 판단됨.

3-12 담도배액관 삽입술이 암수술에 해당하는지 여부

[기각] 당해 약관은 수술의 정의를 규정하고 있지 않으나, 일반적으로 수술이라 함은 “몸의 일부를 떼거나 도려내거나 하여 병을 낫게 하는 외과적인 치료 방법”을 말하며, 담도배액관 삽입술 등은 국소마취후 피부를 천자하여 도관(導管, catheter)을 삽입·교체하여 담즙을 배액 하거나, 협착부위에 풍선을 삽입하여 넓혀주는 시술로서, 수술이라기 보다는 의료적 처치에 가까우며, 암의 치료를 직접 목적으로 하는 수술로도 볼 수 없음.(2006.5.23. 조정번호 제2006-27호)

가. 사실관계

신청인은 1994.9.9. 자신을 피보험자로 하여 피신청인과 암보험계약을 체결하였음. 신청인은 1999.1.12. 간암으로 진단 받은 이후 간동맥색전술 등을 10회 받았고, 2002.12.17. 간이식수술을 받았으며, 피신청인은 각각의 수술에 대해 암수술급여금 22백만원(11회)을

지급하였음.

신청인은 간이식 수술로 인한 합병증으로 우측 담관 협착이 발생하여 2003.4.18. 담도 배액관 삽입술을 1회 시행한 이후 2004.5.13.까지 담도배액관 교체술 및 확장술을 11회 시행하였음. 피신청인은 총 12회 시행된 수술 중 4회에 대해서 암수술급여금 8백만원을 지급하였고, 나머지 8회에 대해서는 암수술급여금 지급을 거절하였다가, 같은 해 9.22. 신청인으로부터 수술급여금 지급관련 확인서¹⁸⁶⁾를 받고 5회의 암수술급여금 1천만원을 추가 지급하였음.

2005.11.17.과 11.21. 신청인은 좌측 담관 협착으로 담도배액관 삽입술 및 확장술을 받았으며, 피신청인에게 암수술급여금 지급을 청구하였으나 피신청인은 이를 거절하였음.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

간암으로 인한 간이식수술후 담관협착 때문에 담도배액관 삽입술·교체술 및 확장술을 받았는데 피신청인이 간암에 대한 직접적인 치료가 아니라는 이유로 지급을 거절하는 것은 부당하며, 우측 담관 협착에 따른 담도배액관 삽입술·교체술 및 확장술에 대해서는 암수술급여금을 지급받았으므로 좌측 담관 협착에 따른 담도배액관 삽입술·교체술 및 확장술에 대해서도 동일하게 지급되어야 함.

(2) 피신청인의 주장

간암의 직접치료를 위한 수술은 간이식수술로 이식 후 현재 정밀검사상 확인되는 암의 존재가 있는 것도 아니며, 담도배액관 삽입술·교체술 및 확장술은 간이식수술에 따른 합병증을 치료하기 위한 것이므로 암수술급여금을 지급할 수 없음. 또한 신청인은 과거에 담도배액관 삽입술 및 확장술과 관련된 어떠한 청구나 민, 형사상의 이의제기도 하

186) 신청인은 동 확인서에 “담관배액술 및 담관배액관 확장술이 당 보험의 약관에서 보장하는 암의 근치적인 수술에 해당하는 수술이 아님을 인정합니다. 하지만 2003.5.26.부터 2004.5.13.까지 청구한 수술급여금 중 지급되지 않은 8회의 수술중 5회의 수술급여금을 지급하여 주시면, 이후 이와 관련된 어떠한 청구나 민·형사상의 이의제기도 하지 않을 것을 약속합니다”라고 기재하였음.

지 않을 것을 약속하는 확인서를 제출하였으므로 암수술급여금을 지급할 수 없음.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 담도배액관 삽입술·교체술 및 확장술이 약관에서 정한 암수술급여금 지급대상인지 여부임.

담도배액관 삽입술·교체술 및 확장술이 당해 약관에서 정하고 있는 “수술”인지 여부를 살펴보면, 당해 약관은 수술의 정의를 규정하고 있지 않으나, 일반적으로 수술이라 함은 “몸의 일부를 찢거나 도려내거나 하여 병을 낫게 하는 외과적인 치료 방법”을 말하며, 상기 담도배액관 삽입술 등은 국소마취후 피부를 천자하여 도관(導管, catheter)을 삽입·교체하여 담즙을 배액하거나, 협착부위에 풍선을 삽입하여 넓혀주는 시술로서, 수술이라기 보다는 의료적 처치에 가까움.

가사, 동 시술을 수술로 볼 수 있다 하더라도, 판례가 “암의 치료”를 종양이 잔존하고 있음을 전제로 하여 잔존종양을 제거하거나, 종양의 증식을 억제하는 등의 방법으로 환자를 낫게 하기 위한 의료행위를 뜻한다고 할 것이고, 종양이 남아있지 아니한 상태에서 재발을 방지하기 위한 의료행위 및 항암치료의 후유증을 완화시키기 위한 의료행위까지도 포함한다고 할 수 없다고 판시¹⁸⁷⁾하고 있는 점에 비추어 볼 때, 본 건 시술은 담당 의사의 소견에 따르면 간이식수술로 인하여 종양이 남아있지 않은 상태에서 간이식수술에 따른 합병증의 치료를 목적으로 시행된 것임이 분명한 바, 당해 약관에서 정하고 있는 “암의 치료를 직접 목적으로 하는 수술”로 볼 수 없다 할 것임.

라. 결 론

그렇다면 신청인의 담도배액관 삽입술·교체술 및 확장술에 대한 피신청인의 암수술 급여금 지급책임은 존재하지 아니한 것으로 판단됨.

187) 서울중앙지방법원 2004.10.7. 선고 2004가합48985 판결 참조.

3-13 추가로 시행한 유방부분절제술이 암수술금 지급대상에 해당하는지 여부

[인용] 피신청인은 2009.7.30. 유방부분절제술만 악성신생물 근치수술에 해당되고, 동 수술 후 시행 받은 유방부분절제술은 악성신생물의 근치수술로 인정할 수 없다고 주장하나, 병원 담당의사는 본 건 유방부분절제술을 추가 시행한 경위에 대해 “우측유방 부분 절제술 시행 후 상측 절단면에 종양세포가 발견되어 2009.8월 추가 절제술을 시행하였으며, 2회 수술 모두 악성신생물 근치수술에 해당된다”는 소견을 보이고 있고, 당해보험 수술보장특별약관에는 “관혈적 악성신생물 근치수술”에 대한 의미가 약관에 명시되어 있고 신청인이 2회에 걸쳐 유방부분절제술을 시행 받으면서 각각 관혈적 방법을 통해 유방의 악성종양을 절제, 제거하였음은 이론의 여지가 없는 사실이므로 피신청인은 신청인에게 수술자금(5종)을 지급할 책임이 있음.(2009.11.24. 조정번호 제2009-99호)

가. 사실관계

신청인은 2007.10.19. 자신을 피보험자로 하여 피신청인과 보험계약을 체결¹⁸⁸⁾하였음. 신청인은 2009.4.6. ○○병원에서 우측유방암 진단을 받은 후 같은 해 7.30.¹⁸⁹⁾과 8.11.¹⁹⁰⁾에 우측 유방절제술을 각각 시행하였음.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

2009.4월 경기도 소재 ○○병원에서 유방암 진단을 받고 입원치료를 받던 중 같은 해 7.30. 1차 유방절제술을 받았으나, 종양세포가 추가로 발견되어 같은 해 8.11. 2차 유방절제술을 받았음에도 이에 대한 수술자금(5종)을 지급하지 않는 것은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

188) 당해보험의 ‘수술보장특별약관’에 따르면 피보험자가 악성신생물 치료를 목적으로 수술(5종)한 경우 수술자금을 지급하도록 규정됨.

189) 수술자금 지급(5종, 500만원)

190) 수술자금 지급(3종 수술로 인정, 50만원 지급)

당해 보험약관 수술·신생물 근치방사선 조사분류표에는 “근본 혹은 근치수술은 일회의 수술로 해당 질병을 완전히 치유할 수 있는 수술을 말하는 것”으로 정의하고 있으며, 신청인이 2009.7.30, 2009.8.11. 2회에 걸쳐 유방절제술을 받은 점은 인정되나, 악성신생물에 대한 근치수술은 2009.7.30 수술에 국한되고 2009.8.11. 시행 받은 수술은 근치수술로 인정하기 어려움.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 신청인이 2009.8.11. 시행 받은 유방절제술이 당해 보험 수술보장특별약관에서 정하고 있는 수술자금(5종)의 지급사유에 해당하는지 여부라 할 것임.

(1) 약관규정

수술보장특별약관 제10조(보험금의 종류 및 지급사유)에 의하면 회사는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 수술·신생물 근치 방사선 조사분류표에서 정한 수술을 받았을 경우에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 수술자금을 지급하도록 규정하고 있으며, 동 약관 별표5의 수술·신생물 근치 방사선 조사분류표 II. 악성신생물 치료목적의 수술분류에 의하면 “①관혈적 악성신생물 근치수술(내시경 수술, 카테터·고주파 전극 등의 경피적 수술 등은 제외함)은 그 종류를 5종으로 정하고 있고, ②내시경 수술, 카테터·고주파 전극 등에 의한 악성신생물 수술(시술 개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함)은 3종으로, ③상기 이외의 기타 악성신생물 수술(시술 개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함)은 2종으로” 정하고 있음.

(2) 쟁점 검토

피신청인은 2009.7.30. 유방부분절제술만 악성신생물 근치수술에 해당되고, 동 수술 후 같은 해 8.11. 시행 받은 유방부분절제술은 악성신생물의 근치수술로 인정할 수 없다고 주장하나, 다음과 같은 이유로 인정하기 어려움.

① ○○병원 담당의사는 이 건 신청인이 2009.8.11. 유방부분절제술을 추가 시행한 경위에 대해 “2009.7.30. 우측 유방 부분 절제술과 액와절제술 시행 후 상측 절단면에 종양 세포가 발견되어 2009.8.11. 추가 절제술을 시행하였으며, 2회 수술 모두 악성신생물 근

치수술에 해당된다.”는 소견을 보이고 있으며, 2009.11.11. 금감원 분쟁조정 담당직원과의 면담시 동 신청인의 경우와 같이 “1차 수술시 종양을 발견하지 못하고 추가로 발견하여 수술을 받는 경우가 10%에 불과하다.”는 의견으로 담당의사가 1차 수술당시 추가 종양 세포를 인지하지 못하였음은 물론 신청인 또한 수술자금의 추가 지급을 전제로 2차에 걸쳐 수술을 하였다고 볼 아무런 이유가 없으므로 위 각각의 수술이 당해 보험약관에서 정하는 관혈적 악성신생물의 근치수술이 아니라고 할 근거가 부족한 점.

② 피신청인은 당해보험 수술특약 <별표5> “수술·신생물 근치 방사선 조사분류표” 하단의 수술·신생물 근치 방사선 조사분류표 사용지침에 기재되어 있는 “근본 혹은 근치수술(일회의 수술로 해당 질병을 완전히 치유할 수 있는 수술)”에 대한 설명을 근거로 수술자금이 지급될 수 없음을 주장하나, 동 지침에는 당해 신청인이 시행 받은 “관혈적 악성신생물의 근치수술(관혈적 방법을 통해 악성신생물의 원발병소를 완전히 절제, 적제, 적출하고 혹은 광청술을 함께 실시한 경우)”에 대해 별도의 정의를 내리고 있을 진대 이 건 신청인이 2회에 걸쳐 유방부분절제술을 시행 받으면서 각각 관혈적 방법을 통해 유방의 악성종양을 절제, 제거하였음은 이론의 여지가 없는 사실로 피신청인이 이러한 약관규정을 작성자에게 유리한 부분만을 발췌·해석하여 판단함은 적정하지 아니한 점.¹⁹¹⁾

③ 더욱이 약관조항의 의미내용은 약관 작성자인 회사의 의도를 계약자에게 강제하는 것이 아니라 객관적 기준에 의해서 해석되어야 함이 원칙일진대, 이 건 당해보험 수술보장특별약관에는 “관혈적 악성신생물 근치수술”에 대한 의미가 약관에 명시되어 있으므로 이 문언의 취지에 맞게 충실하게 해석하면 되는 것일 뿐만 아니라 “근치 또는 근본수술”, “관혈적 악성신생물 근치수술” 등 그 내용이 다의적으로 해석되거나 명백하지 아니한 때에는 그 불명확성의 위험을 작성자가 부담하여야 하고 계약자에게 유리하게 해석되어야 한다는 점은 다툼의 여지가 없는 사실인 점.

④ 또한, 동 특별약관에서 정하는 “악성신생물 치료 목적의 수술”은 ①관혈적 악성신생물의 근치수술을 5종으로 구분하고 있을 뿐 다른 악성신생물 치료목적의 수술(②내시

191) 신청인은 전신마취하에 관혈적 방법을 통해 2009.7.30. 2시간 30여분 가량 절제수술, 2009.8.11. 1시간 30분가량 절제수술을 받았음

경 수술, 카테터·고주파 전극 등에 의한 악성신생물 - 시술개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도, ③상기 이외의 기타 악성신생물 수술 - 시술개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함)과 같이 수술회수에 대한 제한을 두고 있지 않아 관혈적 악성신생물 근치수술을 1회의 수술로 한정하여 해석 할 이유가 없는 점.

라. 결 론

그렇다면 이 건 신청인이 2009.8.11. 유방 상측 절단면에 추가로 발견된 종양세포를 절제하기 위한 악성신생물 근치수술을 받았음을 인정할 수 있으므로 피신청인은 신청인에게 수술자금(5종)을 지급할 책임이 있음.

3-14

백혈병 치료용 중심정맥관삽입술 및 요추천자 항암제 주입술의 암수술 인정 여부

[인용] 본 건 암보험의 경우 암이라는 질병의 특성상 수술의 정의를 반영하고 있지 않음은 물론 수술의 면책 조항(흡인, 천자, 적제) 등의 조치 및 신경 Block은 제외한다는 규정)을 두고 있지 않는 점, 보험약관에 수술의 정의 등이 구체적으로 반영되어 있는 금융분쟁조정 사건에 대해서는 금융분쟁조정위원회가 기각결정을 내린 점 등을 감안할 때 당해 보험약관에 수술의 면책조항이 전제되어 있지 않음에도 이를 확대해석한다면 작성자 불이익의 원칙에 부합하지 않는 결과를 초래한다 할 것이므로 백혈병 치료를 위한 중심정맥관 삽입술 및 요추천자 항암제 주입술은 암수술급여금 지급대상에 해당.(2011.4.26. 조정번호 제2011-26호)

가. 사실관계

신청인은 1993.8.13. 자녀를 피보험자로 하여 피신청인과 암보험계약을 체결¹⁹²⁾하였음. 피보험자는 2003.6.11. 백혈병 진단을 받은 후 2004.9.10. 중심정맥관 삽입술(피신청인, 암수술급여금 지급)을 시행하였고, 2011.1.4. 서울○○병원에서 급성림프모구성 백혈병 진단을 받은 후 같은 해 1.7.~2.11. 기간중 요추천자 항암제 주입술(2회) 및 항암제 투입을

192) 당해보험약관에 따르면 암수술 1회당 240만원의 수술자금을 지급함.

위한 중심정맥관 삽입술(3회)을 시행하였음.

피보험자가 2011.2.11. 암수술급여금 청구를 문의하였으나 피신청인이 보험금 지급이 불가하다고 안내하자 분쟁조정을 신청함.¹⁹³⁾

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

이 건 피보험자는 급성림프모구성 백혈병의 치료를 위하여 중심정맥관 삽입술을 통해 항암제를 투여받았고, 항암제가 잘 들어가지 않는 척수강 내에 항암제를 주입하기 위해 요추천자 주입술을 받았음에도 암수술급여금을 지급하지 않는 것은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

일반적으로 수술이라 함은 몸의 일부를 찢거나 도려내거나 하여 병을 낫게 하는 외과적인 치료방법을 의미하는데, 중심정맥관 삽입술 또는 요추천자 항암제 주입술은 수술이라기보다는 암 치료시 항암제 투입을 위한 사전시술에 불과하므로 암수술급여금의 지급은 불가함.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 백혈병 치료를 위하여 시행 받은 중심정맥관 삽입술 및 요추천자 항암제 주입술이 암 수술급여금의 지급사유에 해당하는지 여부라 할 것임.

이 건 피보험자가 2003.6.11. 백혈병으로 진단을 받고, 이에 대한 항암치료를 위하여 2004.9.10. 시행 받은 중심정맥관 삽입술에 대하여 피신청인이 암진단 및 암수술급여금을 지급한 점에 대해서는 다툼의 여지가 없음.

다만, 피보험자가 2011.1.4. 서울○○병원에서 시행한 골수검사상 급성 림프모구성 백혈병으로 진단받고, 항암제 투입을 위한 중심정맥관 삽입술(2회), 요추천자 항암제 주입

193) 분쟁금액 : 12백만원(수술1회당 240만원 × 5회)

술(3회)을 받은 사실에 대하여 피신청인이 당해 보험약관에서 정한 암수술급여금의 지급사유에 해당되지 않는다고 주장하므로 살펴보건대

그간 금융분쟁조정위원회는 수술의 정의, 즉 ①의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, ②의료기관에서 의사의 관리 하에 기구를 사용하여, ③생체에 절단(切斷), 적제(摘除) 등의 조작을 가하는 것으로 흡인(吸引), 천자(穿刺), 적제(滴劑) 등의 조치 및 신경 BLOCK은 제외한다는 규정을 반영하고 있지 않고 암 등 특정 질병의 치료를 직접 목적으로 수술한 경우에 대해서는 수술급여금을 지급하도록 조정결정¹⁹⁴⁾을 하는 등 일관된 입장을 취해 왔으며, 특히 백혈병 치료를 위해 1회 이상 시행된 중심정맥관 삽입술이 각각 수술급여금 지급대상이라고 볼 수 있는지의 여부에 대한 판단을 함에 있어 수술의 사전적 의미가 몸의 일부를 찢거나 도려내거나 하여 병을 낫게 하는 외과적인 치료방법이라고 정의되어 있는데, 중심정맥관 삽입술은 마취상태에서 몸의 일부를 통하여 도관을 삽입하고 도관을 통하여 항암치료를 하는 외과적인 치료방법이므로 수술이라고 봄이 상당하고, 이러한 중심정맥관 삽입이 단순히 환자의 편의를 위해서 삽입하는 것이 아니라 말초혈관으로 주입할 수 없는 항암제를 주입하거나 조혈모세포 이식을 위해서 필수적인 과정이므로 동 삽입술이 암치료를 목적으로 하는 수술이라고 보아야 한다는 의료 자문 소견을 전제로 하여 조정결정을 내렸으며,

최근 법원의 판례도 보험약관에서 수술의 의미를 구체적으로 명확하게 제한하고 있지 않은 경우 가는 관을 대동맥에 삽입하여 이를 통해 약물 등을 주입하는 색전술도 넓은 의미의 수술에 포함될 여지가 충분히 있고, 이러한 해석론이 작성자 불이익의 원칙에도 부합하는 것이라고 판단¹⁹⁵⁾하여 과거 수강포막내 항암제주입술과 중심정맥관 삽입술에 대한 림프구성 백혈병 수술급여금 지급책임이 없다는 판단¹⁹⁶⁾과 달리 해석하고 있음은 물론 더 나아가 생명보험회사의 사장단은 각 생보사별로 약관에 대한 해석이 달라 보험

194) 조정번호 제2001-27호(백혈병 치료를 위해 1회 이상 시행된 중심정맥관 삽입술이 수술급여금 지급 대상이라고 볼 수 있는지 여부), 제2007-10호(에탄올 주입술이 수술에 해당되는지 여부, 제2010-19호 : 암의 치료를 직접 목적으로 하는 수술인지 여부), 제2010-80호(만성신부전증 치료를 위한 동정맥루조성술의 수술급여금 인정 여부) 등.

195) 대법원 2010.7.22. 선고 2010다28208 판결 참조.

196) 서울고등법원 2006.6.22. 선고 2005나96803 판결 참조.

금 지급시 발생하는 민원을 해소하기 위해 “약관해석 통일 시행방안”을 만들어 암의 치료를 직접 목적으로 하는 수술여부에 대한 해석을 함에 있어 암수술이 불가능하고 합병증 수술을 하지 않으면 생명유지가 불가능하여 불가피하게 수술을 한 경우 암수술 급여금을 지급하도록 1995.10.1.부터 시행함으로써 이와 관련한 민원해소를 위해 적극 노력해 왔음.

또한, 금융감독원이 보험약관에서 정한 수술의 의미를 종합적으로 판단하기 위하여 금융분쟁조정위원회의 전문위원(혈액종양학, 일반외과학)에게 의뢰한 자문소견에 따르면 백혈병 치료에는 고용량의 항암제 투여가 근간을 이루는데 매번 팔, 다리의 혈관을 찾아 주사하기 어렵고 고농도의 영양제는 말초혈관에 손상을 쉽게 가져오는 관계로 중심정맥관 삽입술(0.5cm미만 절개하고 봉합은 1~2바늘)을 하고 있으며, 백혈병 세포가 척수액 내에 전이가 되었는지 여부를 확인하거나, 또는 전이가 없더라도 이 부위가 재발을 잘 하므로 예방적으로 항암제를 투여하기 위해 요추천자 항암제 주입술(긴 주사바늘을 요추와 요추사이를 통해 집어넣어 척수강에 항암제 투여)을 실시하며, 이러한 중심정맥관 및 요추천자 항암제 주입술이 암치료를 위해 필수적이라는 점, 중심정맥관 삽입술의 경우 혈관염이나 항암제의 혈관 외 누액으로 인한 피부괴사 등의 국소 합병증 위험성 및 반복되는 천자로 인한 환자의 고통, 중심정맥관을 상당기간 유지할 경우 세균감염 등의 우려가 있어 오랜 기간 숙련 받은 의사가 필요한 점, 요추천자 항암제 주입술의 경우 척수강내로 항암제를 투여하기 위해서는 이 방법외 다른 방법이 없는 점, 이러한 중심정맥관 삽입술 또는 요추천자 항암제 주입술이 사전 기술적 측면보다는 암의 치료를 위한 항암제 투여를 목적으로 하는 치료의 연속과정인 점 등에서는 의견의 일치를 보이고 있으나, 일반적인 수술에 해당되는지의 여부에 대해서는 혈액종양학적 소견과 일반외과학적 소견이 달라 그 적정여부에 대해 판단하건대 그간 금융분쟁조정위원회의 조정결정례 및 대법원의 판례 취지에 따르면 중심정맥관 삽입술 또는 요추천자를 통한 항암제 주입술이 암보험에 있어 암의 치료를 목적으로 하지 않았다 볼 여지가 부족할 뿐만 아니라, 중심정맥관 삽입술에 대해서는 이미 금융분쟁조정위원회가 수술에 해당된다는 조정결정을 내린바 있고, 이에 대해 보험회사가 수술급여금을 지급(당해 신청사건의 경우에도 피보험자가 2004.9.10.시행한 중심정맥관 삽입술에 대해 피신청인이 암수술 급여금을 지급)

하고 있는 점, 이 건 암보험의 경우 암이라는 질병의 특성상 수술의 정의를 반영하고 있지 않음은 물론 수술의 면책 조항 즉, 흡인(吸引), 천자(穿刺), 적제(滴劑) 등의 조치 및 신경 BLOCK은 제외한다는 규정을 두고 있지 않는 점, 보험약관에 수술의 정의 등이 구체적으로 반영되어 있는 금융분쟁조정 사건¹⁹⁷⁾에 대해서는 금융분쟁조정위원회가 기각 결정을 내린 점 등을 감안 할 때 당해 보험약관에 수술의 면책조항이 전제되어 있지 않음에도 이를 확대해석한다면 작성자 불이익의 원칙에 부합하지 않는 결과를 초래한다고 할 것임.

라. 결 론

그렇다면 피신청인은 이 건 피보험자가 백혈병 치료를 위해 중심정맥관 삽입술 및 요추천자 항암제 주입술을 받은 사실에 대하여 당해보험 약관에서 정하고 있는 암수술급여금을 지급하는 것이 타당하다 할 것임.

3-15

진존암 의심 소견으로 수술을 받았으나 진존암이 발견되지 않은 경우 암의 치료를 직접목적으로 하는 수술인지 여부

[인용] 암수술비 지급 여부는 약관의 문언대로 실제 수술의 시행 목적을 기준으로 판단해야 하는 것이고, 수술의 시행 결과 종양의 유무만으로 달리 결정할 것은 아니며, 본 건 수술은 단순히 암의 확인이나 예방만을 목적으로 하는 것이 아니라 혹시라도 있을 암세포의 제거를 목적으로 시행된 것이라고 보이므로 “암의 치료를 직접적인 목적으로 하는 수술”에 해당하여 암수술비 지급대상이라고 본 사례.(2015.11.24. 조정번호 제2015-21호)

가. 사실관계

신청인은 2000.10.26. 본인을 계약자 겸 피보험자로 하는 A종합보험 계약¹⁹⁸⁾을 체결하였음. 신청인은 결장암에 대한 내시경적 점막절제술(1차 수술) 시행 당시 조직검사를 통

197) 조정번호 제2005-57호 : 백혈병 치료를 위한 중심정맥천자 수술급여금 지급 여부.

198) 암수술비: 암으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 때 수술 1회당 500만원

해 암의 확정진단을 받았으며, 이후 인근 부위(직장)의 잔존암 가능성을 이유로 담당의의 권유 하에 대장절제술(2차 수술, 이하 ‘본 건 수술’)을 시행 받았으나 이후 조직검사에서는 암이 발견되지 않음. B대학병원 진료확인서에 따르면 ‘본건 수술 후 조직검사상 악성 병변이 없으나, 잔존암의 가능성이 10% 정도로서 수술이 필요한 상황이었음.’으로 기재.

신청인이 피신청인에게 암수술비 지급을 청구하였으나, 피신청인은 암수술비는 부지급하고 암입원비 70만원만 지급. 이에 신청인이 분쟁조정을 신청함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

잔존암 가능성이 있어 대장을 절제해야 한다는 담당의의 권유에 따라 시행 받은 수술임에도 불구하고, 암조직이 발견되지 않았다는 이유만으로 암수술비를 지급받지 못한 것은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

암의 치료를 직접적인 목적으로 하는 수술은 수술 후 최종 결과까지 함께 고려하여야 할 것이므로, 시행 결과 잔존암 소견이 확인되지 아니한 본 건 수술은 암수술비 지급 대상에 해당하지 않음.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 잔존암 의심 소견으로 수술을 시행 받았으나 종양이 발견되지 아니한 경우에도 암 치료를 직접목적으로 하는 수술로서 암수술비 지급대상으로 볼 수 있는지 여부임.

(1) 관련 약관 규정

제19조(보험금의 종류 및 지급사유)회사는 보험기간 중 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)

4. 피보험자가 보험기간 중 『암보장 책임개시일 이후에 암』 또는 『책임개시일 이후에 상피내암』으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 때: 암수술비 지급.

(별표1) 보험금 지급 기준표

[기준: 계약보험가입금액 1,000만원]

급여명	지급사유	지급내용
암수술비 (약관 제19조 제4호)	피보험자가 암보장 책임개시일 이후에 암으로 진단이 확정되고, 그 암의 치료를 직접적인 목적으로 하여 수술을 받았을 때	수술 1회당 500만원

(2) 쟁점에 대한 검토

암수술비 지급사유인 “암의 치료를 직접적인 목적으로 하여 수술을 받았을 때”에 대하여 수술의 시행 결과 암세포가 발견되는 경우만을 의미하는 것으로 해석할 수 있는지 여부가 문제됨.

약관의 해석은 신의성실의 원칙에 따라 해당 약관의 목적과 취지를 고려하여 공정하고 합리적으로 해석하되 평균적 고객의 이해가능성을 기준으로 객관적·확일적으로 해석하여야 하며, 위와 같은 해석을 거친 후에도 약관 조항이 객관적으로 다의적으로 해석되고 당해 약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 고객에게 유리하게 해석해야 함.

문언상 “암의 치료를 직접적인 목적으로 한 수술”은, 그 수술의 시행 목적에 관한 것으로 보일 뿐 그 수술의 시행 결과에 관한 것이라고 보기 어려우므로, 수술의 시행 결과 종양이 발견되는 경우만을 이에 포함한다고 해석한다면 평균적 고객의 이해가능성을 기준으로 객관적·확일적으로 해석해야 하는 약관 해석의 한계를 뛰어넘는 것일 뿐만 아니라, 당해 약관의 뜻이 명백하지 않다고 하더라도 계약자에게 불리한 해석으로서 적절하지 아니함.

따라서 암수술비 지급 여부는 약관의 문언대로 실제 수술의 시행 목적을 기준으로 판단해야 하는 것이고, 수술의 시행 결과 종양의 유무만으로 달리 결정할 것은 아님.

다음으로, 이미 암의 확정진단을 받은 자가 수술 시행 후 잔존암이 의심되어 절제술이 필요하다는 소견 하에 재차 수술을 시행 받았다면 암의 치료를 직접목적으로 하는 수술에 해당하는지 여부가 문제됨.

일반적으로 “암의 치료를 직접적인 목적으로 하는 수술”이란, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하기 위한 수술, 암 자체 또는 암의 성장으로 인하여 직접 발현되는 중대한 병적 증상을 호전시키기 위한 수술을 포함한다고 할 것이나, 암이나 암 치료 후 그로 인해 발생한 후유증을 완화하거나 합병증을 치료하기 위한 수술까지 포함하지는 아니하며(대법원 2010. 9. 30. 선고 2010다40543 판결), 설사 이러한 경우라도 암의 직접적인 치료에 필수불가결한 것이라면 암의 치료를 직접 목적으로 한다고 볼 수 있음(서울고등법원 2012. 2. 2. 선고 2011나11377 판결).

따라서 “암의 치료를 직접적인 목적으로 하는 수술”에 있어서, 암의 제거, 암의 증식 억제, 중대한 병적 증상의 호전, 또는 이에 필수불가결하게 부수되는 치료를 그 시행 목적으로 하는 경우는 포함시켜야 하는 한편, 면역치료·보존적인 치료나 암의 후유증·합병증의 치료만을 목적으로 하는 등 “암”의 치료가 목적이 아닌 경우와 암진단이 없는 상태에서 단순히 암인지 여부를 확인하거나 암의 예방만을 목적으로 하는 등 암의 “치료”가 목적이 아닌 경우는 제외시켜야 할 것임.

본 건 의무기록과 의료소견 등을 종합하여 살펴보면, 신청인과 같이 점막하 침윤이 있는 중등도 분화의 암은 결장암에 대한 내시경적 점막절제술 이후에도 잔존암 가능성이 10% 정도로서 특히 암세포가 직장의 절제면에 근접하여 대장절제술이 필요한 상황이었다는 것으로 파악되므로, 이미 암의 확정진단을 받은 신청인이 의사의 권유 하에 대장의 절제술을 시행 받았고 그 수술이 일반적인 의료 경험칙상 필요한 수술이었다고 인정되는 이상, 본 건 수술은 단순히 암의 확인이나 예방만을 목적으로 하는 것이 아니라, 혹시라도 있을 암세포의 제거를 목적으로 시행된 것이라고 보아야 함.

따라서 본 건 수술은 시행 결과 잔존암이 발견되지 않았더라도 약관상 “암의 치료를 직접적인 목적으로 하는 수술”에 해당하여 암수술비 지급대상이라고 할 것임.

라. 결 론

그렇다면 피신청인은 신청인에게 암수술비를 지급할 책임이 있다 할 것이므로 신청인의 청구를 인용함.

제4장

장해 및 수술 해당 여부

제1절 장해 해당 여부

4-1 중추신경계 장애로 한쪽 팔이 마비된 경우 3급장애에 해당하는지 여부

[인용] 중추신경계 장애로 인하여 한쪽팔이 마비되는 경우 장애등급 적용에 있어, 약관에서 한 팔을 완전 영구히 사용하지 못하게 되었을 경우 장애등급 3급에 해당된다고 명시하고 있는 바, 단순히 한쪽 팔의 기능을 상실하면 3급으로 인정하면서 중추신경계가 손상되어 한쪽 팔을 사용할 수 없는 경우에는 중추신경계의 손상으로 인한 기본동작제한으로 보아 4급으로 인정한다는 것은 형평성에 맞지 않으므로, 본 건에 대하여 3급장애를 인정함이 타당함. 한편, 이 경우 장애의 발생은 신체의 동일부위인 중추신경계에서 비롯되었으므로 장애등급은 최상위 장애등급(3급) 하나만 적용함이 타당하다고 판단됨.(2001.11.20. 조정번호 제2001-53호)

가. 사실관계

신청인(1954년생)은 2000.10.27. 22:40경 술을 먹고 뒤로 넘어지는 사고로 인하여 ○○대학교병원에서 두개골 골절, 뇌경막상혈종, 뇌좌상 등의 병명으로 수술을 받음. 신청인은 2001.6.15. 동 병원으로부터 복합 뇌기능 장애로 인한 중추신경계의 기질적 질환에 대하여 보험약관상 4급에 해당된다는 후유장애진단서를 발급받음. 같은 해 7.26. 동 병원으로부터 뇌출혈의 후유증으로 좌상지(左上肢) 마비가 되어 장애등급 3급에 해당된다는 신체장애진단서를 발급받음.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

넘어지는 사고로 인하여 두개골이 골절되고 뇌출혈을 일으켜 그 후유증으로 왼쪽 팔

을 사용할 수 없는 3급 장애상태가 되었음에도 4급 장애로 인정하는 것은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

신청인의 중추신경계 장애에 대하여 ○○대학교병원에서 4급 장애진단의 소견이 있어 해당 보험금을 지급하였음. 그 후 동 병원에서 왼쪽 팔의 마비를 이유로 3급장애진단서를 발급하였으나, 중추신경계의 손상으로 인한 장애등급은 1급, 2급, 4급뿐이므로 3급 장애를 인정할 수 없음.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 중추신경계의 장애로 인하여 한쪽 팔이 마비되는 장애가 발생한 경우 3급 장애 인정여부임.

약관상 장애등급의 정의와 중추신경계의 장애로 인하여 한쪽 팔이 마비되는 장애가 발생한 경우 3급 장애 인정여부에 대하여 살펴보건대, 표준약관상 장애등급분류표에 의하면 “중추신경계 또는 정신에 뚜렷한 장애를 남겨서 평생 일상생활 기본동작에 제한을 받게 되었을 때” 장애등급 4급에 해당되고, “한팔 또는 한팔의 3대 관절중 2관절을 완전 영구히 사용하지 못하게 되었을 때” 장애등급 3급에 해당됨. 일상생활 기본동작에 제한이라 함은 ①이동동작, ②음식물 섭취동작, ③옷 입고 벗기 동작, ④배변, 배뇨 또는 그 뒷처리 ⑤목욕 중 하나 이상에 제한은 있으나 타인의 수발이나 보조장구가 필요치 않은 상태를 말함.

또한, 장애보험금 지급과 관련하여 당해 약관의 규정을 보면, 동일한 재해를 직접적인 원인으로 하여 두 종목이상의 장애를 입었을 경우 그 각각에 해당하는 보험금을 지급하나, 장애상태가 신체의 동일부위에서 발생한 경우에는 최상위 등급에 해당하는 보험금만을 지급한다고 규정하고 있고, 장애가 이미 장애보험금을 지급한 동일부위에 가중된 장애일 때에는 새로이 발생된 장애에 해당하는 장애보험금에서 이미 지급한 보험금을 뺀 금액을 지급한다고 규정하고 있음.

본건 피신청인은 한쪽 팔의 마비는 중추신경계의 장애로 인하여 발생하였으므로 약관 해석상 장애등급 3급은 적용할 수 없다고 주장하나, 아래의 사정을 종합하여 볼 때 신청

인의 장애에 대하여 장애등급 3급을 인정함이 타당할 것으로 판단됨.

① 당해 약관에서 한팔을 완전영구히 사용하지 못하게 되었을 경우 장애등급 3급에 해당된다고 명시하고 있으며, 중추신경계의 장애로 인하여 한팔을 사용하지 못하게 되는 경우는 제외된다고 언급하지 않고 있는 점.

② 단순히 한쪽 팔의 기능을 상실하는 경우에 3급으로 인정하면서 중추신경계가 손상되어 한쪽 팔을 사용할 수 없는 경우에 4급으로 인정하는 것은 장애등급의 적용에 있어 형평성에 맞지 않는 점.

한편, 중추신경계의 장애와 팔의 장애를 각각의 장애보험금 지급대상으로 인정하여야 하는지 여부와 관련하여, 중추신경계의 장애로 인하여 팔이 마비되는 경우 장애의 발생은 신체의 동일부위인 중추신경계에서 비롯되었다고 봄이 상당하므로 최상위 장애등급(3급) 하나만 적용하는 것이 타당하다고 판단됨.

라. 결 론

중추신경계의 장애로 인한 팔의 운동장애에 대하여 3급 장애를 인정함이 타당하므로 피신청인은 기지급한 4급장애 보험금과 3급장애 보험금의 차액을 추가로 지급하여야 할 것으로 판단됨.

4-2

보험가입전 경추장애가 있던 피보험자에게 요추장애가 발생한 경우 요추 장애보험금 지급대상 여부

[기각] 약관에 “장애가 이미 장애급여금을 지급받은 동일부위에 가중된 장애일 때에는 새로이 발생한 장애에 해당하는 장애급여금에서 이미 지급한 장애급여금을 뺀 금액을 지급한다”고 규정하고 있고, 일반적으로 ‘목뼈이하’의 개념은 목뼈를 포함한다고 보고 있으므로 경추와 요추를 동일 부위라고 해석함이 타당하므로 추가 보험금 지급이 어려운 것으로 판단됨.(2002. 4.23. 조정번호 제2002-13호)

가. 사실관계

피보험자는 2000.4.17. ○○병원에서 교통사고로 인한 경추 추간판탈출증으로 생명보험
장해분류표에 의거 5급 장애로 진단된 후 2000.12.29. 종신보험에 가입함.

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 해당
된다는 후유장애진단서를 발급 받음.

한편 피신청인은 신청인이 보험가입시 경추에 장애가 있음에도 이를 알리지 않았음을
이유로 하여 2001.12.8. 본 건 계약을 해지처리하고, 요추부의 장애발생과 관련하여 장애
발생 부위가 경추와 동일부위임을 이유로 하여 장애보험금 지급도 거절함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

보험가입전 경추부의 장애에 대하여 타 보험회사로부터 보상을 받은 적이 있는데 이
를 알리지 않았으므로 계약이 해지된 것은 수용할 수 있으나, 보험가입 후 허리를 다쳐
요추부에 장애가 발생하였음에도 경추와 요추가 동일부위라는 이유로 요추에 대한 장애
보험금을 지급하지 않는 것은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

경추부에 5급 장애가 발생한 사실을 알리지 않았으므로 계약전 알릴의무위반으로 계
약을 해지처리한 것은 타당하며, 약관상 척추에 대하여 목뼈이하의 모두 동일부위이고
보험가입전에 발생한 장애부위(5급)와 가입 후 발생한 장애부위가 동일 부위이므로 본
건에 대하여 추가적으로 지급할 보험금이 없음.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 보험가입전 경추장애가 있던 피보험자에게 요추장애가 발생하였을 경우
요추장애보험금 지급대상인지 여부임.

(1) 장해보험금 지급관련 규정

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 추간관 탈출증”은 장해등급 5급에 해당되고, 신체의 동일부위와 관련하여 척추에 대하여는 목뼈 이하를 모두 동일부위라 한다고 규정하고 있음.

(2) 본 건 요추부 장해의 장해보험금 지급대상 여부

피보험자도 인정하는 바와 같이 보험가입시 청약서에 장해상태를 알리지 않았으므로 본건 계약에 대해 계약전 알릴의무 위반을 이유로 하여 계약이 해지된 것은 타당하나, 신청인의 요추부 장해가 약관상 장해보험금 지급대상인지 여부가 쟁점사항이라고 할 수 있음. 본 건 아래의 사정을 종합하여 볼 때 피보험자의 요추부 장해가 장해보험금 지급 대상이라고 인정하기는 어려울 것으로 판단됨.

① 약관상 척추의 경우 목뼈이하를 모두 동일부위로 정하고 있는 바, 척추에 있어 동일부위의 해석과 관련하여 동 약관에서 척추의 운동장해에 대해 경추, 흉추, 요추의 운동범위를 포함하고 있고, 일반적으로 “목뼈이하”의 개념은 목뼈를 포함한다고 보여지므로, 경추와 요추를 동일부위라고 해석하는 것이 타당하다고 판단되는 점.

② 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.

③ 보험가입 후 동일부위인 요추에 5급장해가 발생하였는데 이 경우 장해등급에 변화가 없으므로 약관상 추가적인 보험금이 발생하지 않는 점.

라. 결 론

본 건 피신청인이 계약전 알릴의무위반을 이유로 계약을 해지처리하고 요추부에 대한 장해보험금을 지급하지 않는 것은 타당한 것으로 판단됨.

4-3 뇌종양으로 사망하기 전 신체상태가 1급 장애에 해당하는지 여부

[기각] 뇌종양으로 장애인복지법상 4급 장애진단을 받은 후 불과 50일만에 1급 장애진단을 받았고 1급 장애진단 당시 담당의사는 피보험자의 여명기간을 6월 이내로 추정하였으며 이후 3개월만에 사망한 사실로 볼 때 장애인복지법상 1급 장애진단을 받았다고 하여도 진단시 점에서 피보험자의 질병이 악화되는 과정에 있고 그 치료가 의학적으로 불가능하여 결국 사망에 이를 것으로 예상되는 경우에는 당해 보험계약의 약관상 1급 장애상태에 해당한다고 보기 어렵다고 판단됨.(2004.2.27. 결정 제2003-69호)

가. 사실관계

신청인의 처는 1999.3.29. 자신을 보험계약자 겸 피보험자로 하여 피신청인과 연금보험계약을 체결하였음. 피보험자는 뇌종양(교모세포종)으로 2002.12.7. ○○병원에 입원하여 12.11. 개두술(開頭術) 및 종양제거술을 시행 받은 후 다음 해 1.11. 퇴원하였고, 퇴원 후에도 2.16., 7.16., 7.25. 및 7.26. 동 병원에 입원하였으며, 7.14. 동 병원에서 장애인복지법에 의한 뇌병변장애 4급진단(장애원인: 뇌종양)을 받았음.

그 후 피보험자는 뇌종양으로 2003.8.18.~8.22. 기간중 ◇◇병원에 입원한 다음, 8.22.~9.23. 기간중에는 △△병원에 입원하였고, 동 병원에 입원하고 있던 2003.9.4. 장애인복지법상 뇌병변장애 1급진단(장애원인: 뇌종양)을 받은 사실이 있으며, 같은 해 9.23.부터 ▽▽병원에 입원하던 중 12.2. 사망하였는데, 동 병원에서 12.3. 작성한 사망진단서에는 피보험자의 사망원인에 관해서 직접사인을 “경천막하탈출”로, 중간선행사인은 “뇌종양(교모세포종)”으로 각각 기재되어 있음.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

피보험자가 뇌종양 발병 후 1급장애 진단을 받았으므로 약관상 1급장애에 대한 보험금을 지급해야 함.

(2) 피신청인의 주장

피보험자가 장애인복지법상 1급장애 진단을 받았다고 하여도 이는 뇌종양으로 인하여 사망에 이르는 과정에서 나타난 것이므로 약관에서 규정하는 장애로 볼 수 없음.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 피보험자가 장애인복지법상 1급장애 진단을 받은 사실을 이유로 약관상 1급 장애를 인정할 수 있는지 여부임.

(1) 관련 약관 규정 및 판례

본 건 보험의 주계약 약관(이하 “약관”이라 함) 제10조 제1호 및 제2호에 의하면 피보험자가 제1보험기간 중 사망했을 때에는 유족연금을 지급하고, 장애등급분류표에서 정한 제1급의 장애상태가 되었을 때에는 장애연금을 지급한다고 규정하고 있으며, 동 분류표에서는 “중추신경계 또는 정신에 뚜렷한 장애를 남겨서 평생토록 항상 간호를 받아야 할 때”를 제1급 제3호에 해당하는 장애로 분류하고 있음.

또한 장애등급분류표 중 장애등급분류해설 제1호 가목에서는 약관상 “장애”의 의미를 “재해로 인한 상해 또는 질병에 대하여 충분한 치료를 하였으나 완전히 회복되지 않고 증상이 고정되어 남아 있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태”라고 규정하고 있음. 여기서 “증상이 고정되어 남아 있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태”라 함은 ① 장래에 더 이상의 호전을 기대할 수 없이 증상이 고정되었거나, ② 일정 기간이 경과한 후에도 호전될 가능성의 유무를 확정할 수 없거나, ③ 호전가능성이 있다하여도 장애확정시점까지는 상당한 시간이 소요되는 훼손상태를 의미하는 것으로 해석됨.

한편 판례는 국내에서 완치가 불가능한 것으로 알려진 부신백질이영양증(副腎白質異營養症; Adrenoleukodystrophy)으로 인한 경직성 사지마비로 1급장애진단을 받은 후 약 1개월만에 피보험자가 사망한 사건에서, 1급장애에 따른 보험금이 지급되려면 피보험자가 “생존해 있는 상태에서 그 치료가 종결된 후에도 영구적인 장애가 남는 경우 그 장애가 약관상 장애등급분류표 중 제1급의 ‘장애상태’에 해당될 때에 비로소 1급장애보험금을 지급하는 것으로 해석하여야” 하며, “만일 위와 같이 해석하지 않는다면 피보험자

가 어떠한 질병으로 인하여 치료를 받다가 사망한 경우 사망 이전에 장애등급분류표 중 제1급에 해당하는 장애상태가 된 경우에는 언제나 장애보험금을 지급해야 한다는 부당한 결론에 이르게 된다”고 하면서, 1급장애진단 당시 피보험자의 경직성 사지마비는 치료가 종결되지 않은 상태에서 발생한 것으로 이는 약관상 장애상태에 부합하지 않는다는 이유로 1급장애보험금 청구를 기각하였음¹⁹⁹⁾.

위와 같은 판례의 취지에 비추어 볼 때, 피보험자가 어떠한 질병으로 인하여 치료를 받다가 사망한 경우 즉, 질병이 악화되어 치료가 종결되지 않은 상태에서 사망하였을 때에는 장애보험금이 지급될 수 없는 것으로 판단되며, 이와 유사한 취지로 당 위원회에서 도 질병이 악화되어 사망에 이르는 과정에서 나타나는 증상은 약관상 장애상태로 볼 수 없다고 결정한 바 있음²⁰⁰⁾.

따라서 장애인복지법상 1급장애진단을 받았다고 하여도 진단시점에서 피보험자의 질병이 악화되는 과정에 있고 그 치료가 의학적으로 불가능하여 결국 사망에 이를 것으로 예상되는 경우에는 약관상 1급장애상태에 해당한다고 볼 수 없는바, 이러한 경우 장애인복지법에 의한 장애진단 시점부터 사망하기까지 피보험자가 생존한 기간의 장단(長短)만으로 약관상 장애상태 여부를 판단하는 것은 부적절하며, 오히려 장애진단 시점에서 피보험자가 실제로 약관상 장애상태에 있었는가를 중점적으로 고려해야 할 것임.

(2) 피보험자가 약관상 1급장애에 해당하였는지 여부

신청인은 피보험자가 약관상 1급장애에 해당하므로 그에 대한 보험금을 지급해야 한다고 주장하지만, 다음과 같은 점에 비추어 볼 때 타당하지 않은 것으로 판단됨.

① 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 6월이내로 추정하였으며, 1급장애 진단 후 약 3개월만에 피보험자가 사망한 사실에 의할 때 1급장애진단을 받을 당시 피보험자는 뇌종양으로 인

199) 광주고등법원 1999.10.15. 선고 98나5875 판결(동 판결은 대법원 2000.6.26. 선고 99다65752 판결로 확정됨) 참조.

200) 1998.9.4. 조정번호 제1998-31호.

한 정신 또는 육체의 훼손상태가 호전될 가능성 없이 악화되어 사망에 임박한 상태였던 것으로 인정되는 점.

② 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.

라. 결 론

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

4-4 한 팔의 운동기능을 완전히 잃은 장해상태에 해당하는지 여부

[기각] 정형외과 의원이 발행한 진료확인서 등에 기재된 우측 3대 관절의 운동상태를 살펴보면, 손목관절은 모두 완전강직 또는 완전강직에 준하는 소견을 보였으나, 어깨관절과 팔꿈치 관절은 완전강직 보다는 약간의 운동은 가능한 불완전 강직으로 기재되고, 본건 사안에 대한 의료자문결과 “손목관절과 손가락관절은 모두 완전강직 상태에 준하나 어깨관절과 팔꿈치관절은 비록 동통은 심하지만 완전강직 보다는 약간의 운동이 있다”고 기록되어 있으므로 한 팔의 3대 관절중 1관절의 기능에 뚜렷한 장해를 영구히 남겼을 때로 판단됨.(2007.4.24. 조정번호 제2007-25호)

가. 사실관계

신청인은 2005.6.26. 22:50경 발생한 교통사고로 강원도 소재 ○○병원에서 “요추부 염좌, 경추부 염좌, 우 상완골 골절”로 8주간의 가료가 필요하다는 소견을 받았고, 다음 날 ◇◇대학교병원으로 전원하여 “우측 상완골 원위간부 분쇄골절 및 요골신경 손상”으로

진단받고 같은 해 6.29. “관혈적 정복술 및 금속판 내고정술”을 시행받은 후 같은 해 7.18.까지 입원치료를 받았음.

2005.7.18. △△정형외과의원으로 전원하여 “우측 상완골 원위부 골절(수술후 상태). 우측 요골 신경마비” 병명으로 같은 해 9.29.까지 입원치료를 받았고, 2006.1.11. ▽▽대학교병원에서 “작열통(복합부위통증증후군 2형)”으로, 같은 해 4.5. 위 ◇◇대학교병원에서 “복합부위통증증후군 type II”로 각각 진단받은 후 같은 해 5.30. “척추자극기 영구 삽입술”을 시행받았음.

신청인은 2006.10.27. 위 △△정형외과의원에서 후유장해진단²⁰¹⁾을 받고 피신청인에게 장해 2급 보험금을 청구하였으며, 신청인과 피신청인이 2006.11.23. △△정형외과의원과 ◇◇대학교병원을 함께 방문하여 미국의사협회(A.M.A.) 방식으로 측정한 신청인의 우측 상지 3대 관절의 운동범위는 다음과 같음.

운동부위	운동종류	△△정형외과의원	◇◇대학교병원
어깨관절 (견관절)	신 전	5° (50°)	10° (40°)
	굴 곡	10° (180°)	20° (150°)
	내회전	0° (90°)	10° (40°)
	외회전	0° (90°)	20° (90°)
	외 전	10° (180°)	20° (150°)
	내 전	10° (50°)	-
팔굽관절 (주관절)	신 전	-15° (0°)	-10° (0°)
	굴 곡	30° (140°)	30° (150°)
	회 내	30° (80°)	-
	회 외	40° (80°)	-
손목관절 (완관절)	신 전	5° (60°)	움직임이 거의 없음.
	굴 곡	5° (60°)	
	요 굴	5° (20°)	
	척 굴	15° (30°)	

201) 후유장해 진단내용은 다음과 같음.

- 상병명 : ① 우 상완골 원위 간부 분쇄골절. ② 복합부위 통증증후군(CRPS II)
- 후유장해내용 : 통증과 이로 인한 관절운동제한, 근육과 피부위축, 우측 상지전체에 골다공증 증세가 심하여 우측 상지 3대 관절이 굳어진 상태로 전폐에 가까워 완전강직 또는 상지 절단에 준할 것으로 사료됨
- 후유장해평가 : 교통안전보험약관 <별표4> 장애등급분류표상 제2급3항에 해당될 것으로 사료됨.

신청인이 제출한 2006.12.22. ◇◇대학교병원 발행 후유장애진단서에는 우측 상지의 3대 관절의 운동범위가 다음과 같이 기재되어 있음.

- 견관절 : 신전 10°, 굴곡 20°, 외전 20°, 내전 0°, 내회전 5°, 외회전 5°
- 주관절 : 신전 -10°, 굴곡 20°
- 완관절 : 완관절 이하 완전 구축. 손의 양력이 없는 상태

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

사고로 인한 요골신경손상과 복합부위통증증후군(CRPSⅡ)에 따른 관절의 구축과 통증으로 인하여 우측 팔의 3대 관절 중 일부 관절은 미세하게 움직임이 가능하나 관절로서의 기능을 할 수 없어 사실상 우측 상지의 기능이 전혀 없는 상태로 진단받았음에도, 피신청인이 3대 관절이 완전강직된 상태가 아니라는 이유로 장해2급(“한 팔 및 한 다리를 완전 영구히 사용하지 못하게 되었을 때”)이 아닌 장해4급을 적용하여 보험금을 지급하겠다는 것은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

장해등급분류표상의 신체장해는 한정적으로 해석하여야 하는데, 신청인의 신체장해는 우측 팔의 3대 관절 중 손목관절은 강직에 준하는 상태이나 어깨관절과 팔굽관절은 운동이 가능한 상태임. 따라서 신청인의 신체장해는 “한팔을 완전 영구히 사용하지 못하게 되었을 때”에 해당되지 않고, “한 팔의 3대 관절 중 1관절을 완전 영구히 사용하지 못하게 되었을 때”(장해4급)에 해당함.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 신청인의 신체장해가 당해 보험약관의 장해등급분류표상 “한 팔의 운동기능을 완전히 잃은 것”에 해당하는지 여부라 할 것임.

(1) 약관 규정

당해 보험약관들의 장애등급분류표에서는 팔의 장애 및 등급을 다음과 같이 분류하고 있음.

- ① 한 팔 및 한 다리를 완전 영구히 사용하지 못하게 되었을 때: 제2급 제3호
- ② 한 팔 또는 한 팔의 3대관절중 2관절을 완전 영구히 사용하지 못하게 되었을 때: 제3급 제3호
- ③ 한 팔의 3대관절중 1관절을 완전 영구히 사용하지 못하게 되었을 때: 제4급 제5호

한편, 장애등급분류해설에서는 “팔다리를 완전 영구히 사용하지 못하는 것”에 대하여 “팔다리의 운동기능을 완전히 잃은 것을 말하며, 팔 다리의 완전운동 마미 또는 팔다리 각각의 3대 관절(팔은 어깨관절, 팔꿈치 관절, 손목, 다리는 골반 관절, 무릎, 발목)의 완전강직으로 그 회복이 불가능한 경우를 말한다. 관절을 영구히 쓸 수 없는 경우(인공관절 포함)에도 이에 준한다”라고 기술하고 있음.

(2) “한 팔의 운동기능을 완전히 잃은 상태”에 해당하는지 여부

신청인은 “한 팔 및 한 다리를 완전 영구히 사용하지 못하게 되었을 때”를 한 팔만 완전 영구히 사용하지 못한 경우도 해당한다고 주장하나, 당해 보험약관의 장애등급분류표에서는 “한 팔 및 한 다리를 완전 영구히 사용하지 못하게 되었을 때”를 제2급 제3호로 분류하고 있고 “한팔을 완전 영구히 사용하지 못하게 되었을 때”를 제3급 제3호로 각각 분류하고 있으므로, 장애등급분류표 제2급 제3호는 한 팔과 한 다리를 모두 완전 영구히 사용하지 못하게 되었을 때에 해당함이 명백함.

신청인의 장애상태는 아래와 같은 사항을 종합할 때 당해 보험약관의 장애등급분류표상 “한 팔의 3대 관절중 1관절을 완전 영구히 사용하지 못하게 되었을 때”(제4급 제5호)에 해당하는 것으로 판단됨.

- ① △△정형외과의원이 2006.11.23. 발행한 진료확인서, ◇◇대학교병원이 2006.11.23. 발행한 진료확인서와 2006.12.22. 발행한 후유장애진단서에 기재된 우측 3대 관절의 운동상태를 살펴보면, 손목관절은 모두 완전강직 또는 완전강직에 준하는 소견을 보였으나, 어깨관절과 팔꿈치관절은 완전강직 보다는 약간의 운동은 가능한 불완전 강직으로 기재되어 있는 점.

② 본건 사안에 대한 의료자문결과 “◇◇대학교병원과 △△정형외과의 장해소견서상의 상태가 사실이라면, 손목관절과 손가락관절은 모두 완전강직 상태에 준하나 어깨관절과 팔꿈치관절은 비록 동통은 심하지만 완전강직 보다는 약간의 운동이 있다”고 기록되어 있으므로 한 팔의 3대 관절중 1관절의 기능에 뚜렷한 장애를 영구히 남겼을 때로 판단하고 있는 점.

라. 결 론

그렇다면 피신청인이 당해 보험약관에서 정한 장해4급에 해당하는 장해급여금을 지급하겠다는 것을 부당하다고 할 수 없음.

4-5 안면부에 생긴 반흔 2cm가 경부 추상장애에 해당하는지 여부

[기각] 통상 외모란 두부, 안면부, 경부와 같이 일상 노출된 부분을 말하는데, 당해 보험약관은 두부 및 안면부에 대한 추상장애만을 인정하고 있어 신청인의 경부 추상장애는 보상범위에 포함되지 아니하며, 안면부의 반흔 길이 2cm는 당해 약관에서 정하고 있는 안면부의 추상반흔 5cm 이상에도 해당하지 아니하여 장해보험금을 지급하기는 어렵다고 판단됨.(2007.10.23. 조정번호 제2007-79호)

가. 사실관계

신청인은 2007.2.10. 경상남도 모 마을 입구 해안도로에서 자전거를 타고가다 승용차 후미를 충격하는 사고로 ○○병원에서 2007.2.10.~3.23. 기간중 우측 경부 연부조직 결손증, 비골골절(폐쇄성)으로 42일간 입원치료하면서 같은 병원에서 같은 해 2.26. 국소피관술을 이용한 재건술, 비골골절 정복술을 시행함. 같은 해 3.24.~4.19. 기간중에는 ◇◇정형외과의원에서 우측 경부 연부조직 결손, 비골골절, 경요부염좌로 27일간 입원치료함.

신청인은 2007.5.10. ○○병원에서 경부 추상장애진단²⁰²⁾을 받고 장해보험금을 청구하

202) C병원 △△△ 의사 발행 2007.5.10.자 후유장애진단서에 의하면 “상병명 : 경부 다발성 비후성 반흔 (total 약 34cm), 안면부 반흔(약 2cm)” 으로 기재되어 있음.

였으나 피신청인이 당해 보험약관²⁰³⁾에서 경부 추상장해는 보험금 지급대상이 아니라며 보험금 지급을 거절함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

교통사고로 인해 경부 추상장해가 발생하여 장애보험금을 청구하였음에도 당해 보험약관에서 정한 장해에 해당하지 아니한다며 보험금 지급을 거절하는 것은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

당해 보험약관에서 보상하는 추상장해는 두부 또는 안면부의 추상장해로 규정하고 있어 신청인의 경부 추상장해는 보상대상이 아니며, 대법원 판례에서도 약관의 장해등급분류표상 신체장해를 한정적으로 해석하여야 한다고 판시하고 있어 신청인의 경부 추상장해에 대해 장애보험금을 지급할 수 없음.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 안면부에 발생한 반흔이 경부 추상장해에 해당하는지 여부라 할 것임.

(1) 약관 규정

당해 보험 I 보통보험약관 제15조(보험금의 종류 및 지급사유)에 의하면 “피보험자가 보험기간 중 재해로 인하여 장해등급분류표 중 제3급 내지 제6급의 장해상태가 되었을 때에는 재해장해급여금을 지급한다.”라고 규정하고 있으며, 당해 보험약관 (무)재해장해연금Ⅱ특약약관 제11조(보험금의 종류 및 지급사유)에 의하면 “피보험자가 휴일에 발생한 재해로 인하여 장해등급분류표 중 제3급 내지 제6급의 장해상태가 되었을 때에는 휴일재해장해급여금을 지급한다”라고 규정하고 있음.

당해 보험Ⅱ 보통보험약관 제17조(보험금의 종류 및 지급사유)에 의하면 “피보험자가

203) 신청인은 A생명보험(주) 및 B생명보험(주)와 각각 보험 I 및 보험Ⅱ 계약을 체결하였음.

보험기간 중 휴일에 발생한 교통재해로 인하여 장애등급분류표 중 제1급 내지 제6급의 장애상태가 되었을 때에는 휴일교통재해장애급여금을 지급한다.”라고 규정하고 있음.

당해 보험 I 및 보험Ⅱ약관 <별표3> 장애등급분류표 제5급제16항은 “두부 및 안면부에 현저한 추상을 남겼을 때”라고 규정하고 있고, 제6급제12항은 “두부 및 안면부에 추상을 남겼을 때”라고 규정하고 있음.

당해 보험약관 장애등급 분류해설 17. 두부 및 안면부의 추상에서 “가. 현저한 추상 : 두부 또는 안면부에 최대 길이 10cm 이상 또는 직경 5cm 이상의 추상반흔 또는 조직함몰이 된 경우로서 성형수술을 하여도 더 이상 반흔이나 함몰이 없어지지 않는다는 의사의 진단이 있는 경우”라고 규정하고 있고, “나. 추상 : 두부 또는 안면부에 최대 길이 5cm 이상 또는 직경 2cm 이상 5cm 미만의 추상반흔 또는 조직함몰이 된 경우로서 성형수술을 하여도 더 이상 반흔이나 함몰이 없어지지 않는다는 의사의 진단이 있는 경우”라고 규정하고 있음.

(2) 경부 추상장애가 보상대상인지 여부

대법원 판결에서는 보험약관의 장애등급분류표상의 신체장애는 한정적으로 해석함이 상당하다고 판시²⁰⁴⁾하고 있으며, 통상 외모란 두부, 안면부, 경부와 같이 일상 노출된 부분을 말하는데, 당해 보험약관은 두부 및 안면부에 대한 추상장애만을 인정하고 있어 신청인의 경부 추상장애는 보상범위에 포함되지 아니하며, 안면부의 반흔 길이 2cm는 당해 약관에서 정하고 있는 안면부의 추상반흔 5cm 이상에도 해당하지 아니하여 장애보험금을 지급하기는 어려움.

라. 결 론

그렇다면 피신청인은 신청인의 경부 추상장애에 대한 장애보험금 지급책임이 없다고 판단됨.

204) 대법원 2003.1.24. 선고 2002다29510 판결 참조.

4-6 황반변성에 따른 장애1급의 보험금 지급책임 유무

[일부인용] 당해 보험 I 은 보험기간중에 발생한 재해나 질병으로 사망이나 장애상태가 된 경우 보험금을 지급하는데, 피보험자는 보험가입 이전인 1996.1.19. 전기생리검사상 양안 황반변성, 근시성 난시로 진단받은 바 있어 보험기간중 장애상태의 원인이 발생하지 아니하여 보험금을 지급할 수 없으며, 당해 보험 II 는 제1급의 장애상태가 되는 원인의 보험기간 발생여부에 대하여는 명확히 규정하고 있지 않아 보험기간중에 장애상태가 된 경우 보험금 지급책임이 인정된다고 보아야 할 것인 바, 피보험자는 보험기간중인 2007.4.18. 양안 황반부 색소변성증(양안 시력 0.02 교정)으로 진단받은 바 있어 당해 보험약관에서 규정하고 있는 제1급의 장애상태에 해당하므로 사망보험금을 지급하여야 할 것으로 판단됨.(2007.11.20. 조정번호 제2007-70호)

가. 사실관계

피보험자는 보험가입 전인 1996.1.19. 부산광역시 ○○병원에서 전기생리검사상 양안 황반변성, 근시성 난시로 진단받았고, 같은 해 2.21. 양안 황반변성으로 군입대 면제 처분을 받음. 피보험자와 A씨(피보험자의 모친)는 1998.7.14. 보험1을, 2001.7.13. 보험2를 가입하면서 양안 황반변성 등으로 진단받은 사실을 고지하지 아니함.

피신청인은 2003.3.26.~2006.8.17. 기간중 ◇◇안과에 양안 황반변성으로 8일간 통원치료하였으며, 2004.4.19. 시각장애 3급 등록, 2006.8.11. ◇◇안과에서 양안 교정시력 0.04로 진단받고 시각장애 2급 등록함. 2007.4.18. △△안과의원에서 양안 황반부 색소변성증(양안 시력 0.02 교정)으로 진단받았으며, 같은 해 4.20. 시각장애1급으로 등록함.

신청인은 2007.4.18. 후유장애보험금을 청구하였으나 피신청인은 피보험자의 장애는 보험가입 이전에 이미 발생하였다며 보험금 지급을 거절하고 당해 보험계약을 무효처리하여 기납입보험료를 반환함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

피보험자는 보험가입 이전에 일상생활에 약간의 지장을 주나 시력이 더 이상 나빠지는 아니할 것이라는 의사의 설명을 듣고 생활해 오다 장애1급에 해당하는 진단을 받고 후유장해보험금을 청구하였으나 피신청인이 당해 보험계약의 무효를 이유로 보험금 지급을 거절하는 것은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

피보험자는 보험가입 이전 양안 황반변성으로 진단받고 군면제 처분을 받은 사실이 있음에도 당해 보험계약 체결시 이를 알리지 아니한 사실이 있고, 장애진단의사가 최초 진단 당시에 이미 현재 상태로의 악화가 충분히 예상되었을 것이라는 소견을 보여 당해 보험은 보험가입 이전에 이미 보험사고가 발생하여 보험계약이 무효이므로 신청인에게 장해보험금을 지급할 수 없음.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 피보험자의 양안 황반부 색소변성증으로 인한 장애가 보험기간중에 발생한 것인지 여부라 할 것임.

(1) 약관 규정

당해 보험1 보통보험약관 제12조(보험금의 지급사유) 제1항 제2호에 의하면 “보험기간 중 피보험자가 재해분류표에서 정하는 재해 및 암 이외의 원인으로 인하여 사망하거나 제1급의 장애상태가 되었을 때, 또는 계약일로부터 암보장책임개시일의 전일 이전에 암으로 사망하거나 제1급 장애상태가 되었을 때에는 일반사망보험금을 지급한다”라고 규정하고 있음. <별표3> 장애등급분류표 제1급제1항은 “두 눈의 시력을 완전 영구히 잃었을 때”라고 규정하고 있는데, 장애등급 분류해설 4. “시력을 잃은 것”이란 “시력이 0.02 이하(시력의 측정은 국제식 시력검사표에 따라 한 눈씩 교정시력에 대하여 측정함)로 되어 회복되지 않는 경우를 말한다”라고 규정하고 있음.

당해 보험2 주계약 약관 제15조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항에 의하면 “피보험자가 보험기간(종신)중 사망하거나 장애분류표중 제1급의 장애상태가 되었을 때에는 사

망보험금을 지급한다”라고 규정하고 있음. <별표3> 장애등급분류표 제1급제1항은 “두 눈의 시력을 완전 영구히 잃었을 때”라고 규정하고 있는데, 장애등급 분류해설 4. “시력을 잃은 것”이란 “국제식 시력검사표에 의하여 한 눈의 교정시력이 0.02 이하로 되어 망막 또는 시신경손상이 증명되고 회복되지 않는 경우를 말한다. 단, 시력장해가 아닌 시야장해, 안구운동장해 등의 눈의 장애는 제외한다”라고 규정하고 있음.

(2) 보험금 지급 사유 해당 여부

당해 보험1 보통보험약관은 보험기간중 피보험자가 재해분류표에서 정하는 재해 및 암 이외의 원인으로 인하여 사망하거나 제1급의 장애상태가 되었을 때 일반사망보험금을 지급한다고 규정하고 있으며, 보험사고란 우연한 것이어야 한다는 보험원리에 비추어 보면, 당해 약관의 보험금 지급 사유에 해당하기 위해서는 보험기간중에 발생한 재해나 질병으로 인하여 사망이나 장애상태가 되어야 할 것인 바, 피보험자는 보험가입 이전인 1996.1.19. 부산광역시 소재 ○○병원에서 전기생리검사상 양안 황반변성, 근시성 난시로 진단받은 바 있어 보험기간중 장애상태의 원인이 발생하지 아니하여 보험금을 지급할 수 없을 것으로 판단됨.

당해 보험2 주계약 약관은 피보험자가 보험기간(종신)중 사망하거나 장애분류표중 제1급의 장애상태가 되었을 때에는 사망보험금을 지급한다고 규정하고 있을 뿐 제1급의 장애상태가 되는 원인의 보험기간 발생여부에 대하여는 명확히 규정하고 있지 않아 보험기간중에 장애상태가 된 경우 보험금 지급책임이 인정된다고 보아야 할 것인 바, 피보험자는 보험기간중인 2007.4.18. 부산광역시 소재 △△안과의원에서 양안 황반부 색소변성증(양안 시력 0.02 교정)으로 진단받은 바 있어 당해 보험약관에서 규정하고 있는 제1급의 장애상태에 해당하므로 사망보험금을 지급하여야 함.

라. 결 론

그렇다면 피신청인은 당해 보험1에 대해서는 보험금 지급책임이 없으나, 보험2에 대해서는 보험금을 지급할 책임이 있다고 판단됨.

[인용] 사고로 청력이 손상된 피보험자의 장애등급 산정시 보조기구를 착용한 청력상태를 기준으로 할 것인지 아니면 자연상태의 청력상태를 기준으로 할 것인지 여부와 관련하여, 피보험자가 인공와우 이식수술 후 보조기구 장착 등으로 우측 귀의 청력이 다소 회복되었다면, 이는 우측 귀의 청력기능 자체가 치료되었다기 보다는 보조기구를 통해 청력기능을 보완한 것으로 보는 것이 합리적인 해석임. 또한 피보험자가 인공와우 이식수술을 받지 않고 보험금을 청구하였다면 당연히 보험금이 지급될 수 있음에도 동 수술을 먼저 받았다는 이유로 보험금이 지급되지 않는 것은 비합리적임.(2009.2.24. 조정번호 제2009-14호)

가. 사실관계

신청인은 1997.11.21. 자신을 피보험자로 하여 보험계약을 체결함. 신청인은 2005.6.14. 계단에서 넘어지는 사고를 당하여 2005.7.14. 우측 귀 인공와우 이식수술을 시행하였고, 이후 2006.2.7. ○○병원에서 양측 귀 전농 진단(청력장애 2급)을 받았으며, 같은 해 3.6. 우측 귀 인공와우 이식수술 이후 순음 청력검사 결과 42dB(○○병원 일반소견서)이었으나, 피신청인이 같은 해 3.10. 좌측 귀에 대해서만 5급 장애보험금을 지급(약 375만원)하자 분쟁조정을 신청함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

인공와우 이식수술 시행후 관련 보조기구 착용시 좌측 귀의 청력이 호전(순음 청력검사 청력 역치 42dB)된다는 이유로 2급 재해장해보험금 지급을 거절하는 것은 부당함. 인공와우 역시 보청기처럼 탈부착이 가능한 보조기구에 불과한데, 인공와우를 착용한 상태에서 청력 장애를 판정하는 것은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

신청인이 더 이상의 호전이 어려울 정도의 상태였다면 장애 2급을 확정할 수 있겠으

나, 이미 인공와우 이식수술을 시행하여 회복을 보였다면 충분한 치료를 시행한 후 영구적으로 고정된 현재의 장해상태²⁰⁵⁾를 기준(42dB 청력)으로 장해등급을 산정해야 하므로 장해 5급에 해당됨.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 사고로 청력이 손상된 피보험자의 장해등급 산정시 보조기구를 착용한 청력상태를 기준으로 할 것인지 아니면 자연상태의 청력상태를 기준으로 할 것인지 여부임.

(1) 약관 규정

제12조(보험금의 지급사유) ①회사는 보험기간 중 피보험자에게 다음 사항중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 수익자에게 약정한 보험금 (별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다.

5. 피보험자가 보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 장해분류표 중 제1급 내지 제6급의 장해상태가 되었을 때: 장해치료비 지급

6. 피보험자가 보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 장해분류표 중 제1급 내지 제3급의 장해상태가 되었을 때: 생활비 지급

③장해상태의 등급이 재해일로부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 180일이 되는 날 현재의 장해진단을 기준으로 장해상태의 등급을 결정합니다.

<별표4> 장해등급분류표²⁰⁶⁾

제2급 6. 두 귀의 청력을 완전 영구히 잃었을 때

205) 피보험자의 경우 인공와우 이식술로 인해 우측 귀의 청력역치(청력검사단위 - dB)가 42dB(2급의 경우 80dB 이상)로 완화된 후 일정부분 회복되었고 담당 조사자가 피보험자를 면담할 때도 2M 전방에서 TV시청이 가능할 정도의 청력 상태를 확인.

206) <장해등급분류해설>에 따르면 다음과 같음.

⑧청력을 완전 영구히 잃는 것: 주파수 500, 1000, 2000, 4000헬스의 경우에 청력상실의 정도를 각각 a, b, c, d 데시벨(청력검사단위)로 했을 때, $1/6(a+2b+2c+d)$ 의 값이 80데시벨(청력검사단위) 이상(꺾전에 접하여도 큰 소리를 듣지 못하는 것)으로서 회복이 불가능한 경우를 말한다.

⑨청력의 뚜렷한 장해: 위 방법에 따른 값이 60데시벨(청력검사단위) 이상 (40cm 이상의 거리에서 보통의 말소리를 해독하지 못하는 것)으로서 회복이 불가능한 경우를 말한다.

제5급 11. 두 귀의 청력에 뚜렷한 장애를 영구히 남겼을 때

12. 한 귀의 청력을 완전 영구히 잃었을 때

(2) 쟁점 검토

피신청인은 인공와우 이식 수술을 통해 우측 귀의 청력이 호전되었다면, 이 상태를 “충분한 치료(인공와우 이식 수술) 이후에 영구적으로 고정된 청력상태”로 보아 2급 장애에는 해당되지 않는다고 주장하나, 일반인의 견지에서 볼 때 피보험자가 인공와우 이식수술 후 보조기구 장착 등으로 우측 귀의 청력이 다소 회복되었다면, 이는 우측 귀의 청력기능 자체가 치료되었다기보다는 보조기구를 통해 청력기능을 보완한 것으로 보는 것이 합리적인 해석이며, 이는 의족이나 의수를 장착한 사람들이 일상생활에 큰 불편이 없이 살아가고 있다고 하더라도 이들이 신체상 장애가 없다고 보지 않는 사회통념에도 부합되는 해석임.

또한 피보험자가 인공와우 이식수술을 받지 않고 보험금을 청구하였다면 당연히 보험금이 지급될 수 있음에도 동 수술을 먼저 받았다는 이유로 보험금이 지급되지 않는 것은 비합리적인.

해당 약관의 장애등급분류해설을 살펴보면, 시력장애와 관련하여서는 교정시력을 기준으로 장애정도를 측정하도록 명시하고 있으나 청력장애에 대해서는 이에 대해 아무런 언급이 없어 청력측정시 교정청력을 기준으로 할지 자연상태의 청력을 기준으로 할지 여부가 불분명한 상태이며, 이와 같이 약관내용이 불명확하여 다의적으로 해석이 가능한 경우에는 “작성자 불이익의 원칙”에 따라 계약자에게 유리하게 해석해야 하므로 자연상태의 청력을 기준으로 장애등급을 산정하는 것이 타당하다고 보여짐.

상기 내용을 종합해서 판단해 볼 때, 피보험자의 청력장애는 “청력을 완전 영구히 잃는 것”에 해당되는 것으로 보는 것이 타당함.

라. 결 론

따라서 피신청인은 신청인에게 장애2급에 해당되는 장애치료비 35백만원, 생활비 90백만원을 지급할 책임이 있다고 판단됨.

4-8 추상장애가 자동차상해 특별약관상 후유장애로 인정되는지 여부

[인용] 맥브라이드식 장애평가방법에 추상장애 항목이 없다는 이유만으로 노동능력이 상실된 피보험자에게 보상책임이 없다고 보기 어렵고, 맥브라이드식 장애평가방법에서 규정하고 있지 않는 후유장애에 대하여는 국가배상법 시행령 별표2의 신체장애등급표 등을 적용하여 노동능력상실률에 대한 판정을 할 수 있는 것으로 해석함이 타당하다고 한 사례(2016.4.12. 조 정번호 제2016-7호).

가. 사실관계

신청인의 父A는 2014.9.6. 피신청인과 본인을 계약자 겸 피보험자로 하여 B자동차보험 계약을 체결하였다. 신청인은 A의 딸로서 당해 보험약관상 피보험자에 해당한다. 신청인은 2014.12.7. 전남 영광군 해안도로 부근 커브길에서 운전하다 미끄러져 낭떠러지로 떨어지는 사고를 당하였고, 이후 안와내벽골절로 재건술을 하였으나, 안구함몰 부분에 대하여는 국가배상법상 노동능력상실률 15%에 해당한다는 장애진단을 받았다. 이에 신청인은 피신청인에게 후유장애 보험금을 청구하였으나 피신청인이 추상장애에 해당하지 않는다는 이유로 보험금 부지급 통보를 하자 본건 분쟁조정을 신청하였다.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

신청인은 우측안구에 발생한 직경 3cm×3cm 크기의 함몰에 대하여, ▲▲대학교병원 성형외과 전문의로부터 국가배상법 시행령 별표 2. 「신체장애의 등급과 노동력 상실률」 제12급 제13호 “외모에 추상이 남은 자” (노동력상실률 15%)로 장애진단을 받았고, 자동차손해배상보장법 시행령 별표 2. 「후유장애의 구분과 책임보험금의 한도금액」에서도 외모에 흉터가 남은 경우 후유장애를 인정하고 있음에도 추상장애에 따른 보험금을 지급하지 않는 것은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

당해 보험약관에서는 국가배상법 시행령에 따른 신체장애등급표가 아닌 맥브라이드식 장애평가방법에 따라 노동능력상실률을 산정하고 있는데, 맥브라이드식 장애평가방법에 따르면 ‘외모의 추상장애’에 대하여는 노동능력상실률을 인정하고 있지 않으므로 추상장애에 대한 보험금을 지급 하지 않는 것이 타당함.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 당해 보험약관상 상해보험금 지급기준인 맥브라이드식 장애평가방법에 추상장애 항목이 없으므로 후유장애에 대한 보험금 지급을 거절하는 것이 타당한 지 여부라 할 것임.

(1) 관련 규정

<자동차손해배상보장법 시행령>

자동차손해배상보장법 시행령 [별표2] (후유장애의 구분과 책임보험금의 한도금액(제3조 제1항 제3호 관련))

장애급별	신체장애 내용	한도금액
7급	12. 외모에 뚜렷한 흉터가 남은 사람	4,000만원
12급	13. 외모에 흉터가 남은 사람	1,250만원

<자동차상해 특별약관>

제17조(보상하는 손해) 「자동차상해」에서 보험회사는 피보험자가 피보험자동차를 소유·사용·관리하는 동안에 생긴 피보험자동차의 사고로 인하여 죽거나 다친 때 그로 인한 손해를 보상하여 드립니다.

제21조(지급보험금의 계산) ① 「자동차상해」의 지급보험금은 다음과 같이 계산합니다.

지급보험금 = 실제손해액 + 비용 - 공제액

1. 실제손해액은 <별표1> ‘대인배상, 자동차상해, 무보험자동차에 의한 상해보험금 지

급기준'에 따라 산출한 금액 및 소송이 제기된 경우 확정판결금액으로써 과실상계 및 보상한도를 적용하기 전의 금액을 말합니다.

<별표1> 대인배상, 자동차상해, 무보험자동차에 의한 상해보험금 지급기준

다. 후유장애

각 보장종목별 보험가입금액 한도 내에서 다음의 금액을 지급하되, 「대인배상 I」은 「자동차손해배상보장법 시행령」[별표 2]에서 정한 후유장애급별 보상한도 내에서 지급함.

2. 상실수익액

다. 노동능력상실률

맥브라이드식 장애평가방법에 따라 일반의 옥내 또는 옥외 근로자를 기준으로 실질적으로 부상 치료 진단을 실시한 의사 또는 해당과목 전문의가 진단, 판정한 타당한 노동능력상실률을 적용하며, 동 판정과 관련하여 다툼이 있을 경우 보험금 청구권자와 보험회사가 협의하여 정한 제3의 전문의료기관의 전문의에게 판정을 의뢰할 수 있음.

<자동차보험 보통약관>

제62조(준용규정) 이 약관에서 정하지 않은 사항은 대한민국 법령에 따릅니다.

(2) 쟁점검토

피신청인은 당해 보험약관에서는 노동능력상실률을 산정함에 있어 맥브라이드식 장애 평가방법을 따르도록 정하고 있으며 위 평가방법에는 외모의 추상장애에 대한 항목이 없으므로 노동능력상실률은 인정되지 않는다고 주장하나, 아래와 같은 사정을 종합하여 판단할 때 인정하기 어려움.

1) 외모의 추상장애가 보상하는 손해에 해당하는지 여부

당해 보험약관상 자동차상해에 따라 보상하는 손해는 피보험자동차의 사고로 인하여 죽거나 다친 때에 그로 인한 손해를 보상한다고 규정하고 있는데 신청인은 피보험자동

차의 사고로 인해 부상을 입었고, 그로 인하여 손해가 발생한 점.

지급보험금은 실제손해액 등으로서 ‘대인배상, 자동차상해, 무보험자동차에 의한 상해보험금 지급기준’(이하 ‘상해보험금 지급기준’이라 함)에 따라 산출한 금액뿐만 아니라 소송상 확정판결금액도 포함하고 있는데 대법원은 추상장애로 인한 손해배상책임을 인정*하고 있는 점.

* 불법행위로 인한 후유장애로 말미암아 외모에 추상이 생긴 경우에 그 사실만으로는 바로 육체적인 활동기능에는 장애를 가져오지 않는다 하더라도 추상의 부위 및 정도, 피해자의 성별, 나이 등과 관련하여 그 추상이 장래의 취직, 직종선택, 승진, 전직에의 가능성 등에 영향을 미칠 정도로 현저한 경우에는 그로 인한 노동능력상실이 없다 할 수는 없으므로 그 경우에는 추상장애로 인하여 노동능력상실이 있다고 보는 것이 상당함(대법원 1991. 8. 27. 선고 90다9773 판결, 대법원 2011.1.13. 선고 2009다105062 등).

당해 보험약관상 ‘상해보험금 지급기준’에서 정하고 있는 노동능력상실률은 맥브라이드식 장애평가방법을 따르도록 하고 있으나, 다툼이 있을 경우에는 별도의 판정절차를 따를 수 있도록 규정하고 있으며,

약관 제62조(준용규정)는 이 약관에서 정하지 않은 사항은 대한민국 법령에 따른다고 규정하고 있는데 국가배상법 및 자동차손해배상 보장법에서는 추상장애를 후유장애로 인정하고 있는 점을 감안하여 볼 때 단지 맥브라이드식 장애평가방법에 추상장애 항목이 없다는 이유만으로 노동능력이 상실된 피보험자에 대하여 보상책임이 없다는 피신청인의 주장은 인정되기 어렵다 할 것임.

2) 맥브라이드식 장애평가방법만을 인정해야 하는지 여부

대법원은 추상장애에 대한 노동능력상실이 있다고 판단하여 그 추상장애를 인정하는 기준으로 “추상장애에 대하여 국가배상법 시행령 별표 2의 신체장해등급표의 기준에 따른 신체장해율과 원고의 성별, 나이 등”을 들면서 “국가배상법 시행령 별표의 신체장해

등급표는 국가배상에만 적용될 뿐 일반 민사사건에는 적용할 수 없다는 논지는 독자적인 견해에 불과하므로 채용할 수 없다.”라고 판단한 점(대법원 1991.8.27. 선고 90다9773 판결).

당해 보험약관에서는 “맥브라이드식 장애평가방법에 따라 일반의 옥내 또는 옥외 근로자를 기준으로 실질적으로 부상 치료 진단을 실시한 의사 또는 해당과목 전문의가 진단, 판정한 타당한 노동능력상실률을 적용하며, 동 판정과 관련하여 다툼이 있을 경우 보험금청구권자와 보험회사가 협의하여 정한 제3의 전문의료기관의 전문의에게 판정을 의뢰할 수 있음”이라고 규정하고 있는데

위 약관 규정의 해석과 관련하여 살펴보면, ‘동 판정과 관련하여 다툼이 있을 경우’라 함은 후유장애의 정도에 대한 다툼일 수도 있지만 추상장애와 같이 맥브라이드식 장애평가방법만으로는 산정이 불가능한 후유장애에 관한 다툼도 포함된다고 볼 수 있으며

제3의 전문의료기관의 전문의가 노동능력상실률을 판정함에 있어 다시 맥브라이드식 후유장애평가방법에 따라야 하는 것인지, 아니면 다른 평가방법을 적용할 수 있는 것인지 그 의미가 명확하지 않아 다의적으로 해석될 수 있으므로

작성자 불이익의 원칙에 따라 보험금 청구권자와 보험회사가 협의하여 정한 제3의 전문의료기관의 전문의가 노동능력상실률을 판정함에 있어 맥브라이드식 장애평가방법에서 규정하고 있지 않는 후유장애에 대하여는 국가배상법 시행령 별표2의 신체장애등급표 등을 적용하여 노동능력상실률에 대한 판정을 할 수 있는 것으로 해석함이 타당하다 할 것임.

라. 결 론

그렇다면, 피신청인은 신청인에게 제3의 전문의료기관의 전문의가 판정한 노동능력상실률을 근거로 후유장애로 인한 상실수익액을 지급함이 타당하다고 할 것임.

4-9 무릎의 동요관절에 대한 장애판정 적정 여부

[기각] 당해 약관은 '상해로' 장애상태가 되었을 경우 후유장해보험금을 지급한다고 하여 상해가 장애의 원인이 되어야 함을 밝히고 있고 약관 [별표1] 장애분류표는 '다리의 관절기능 장애' 평가는 관절운동범위 제한 및 동요성 유무 등으로 평가하고, 관절기능 장애를 표시할 경우에는 장애부위의 정상각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단'한다고 하여 관절기능장애 평가의 일환으로 시행된 동요성 유무의 표시 역시 장애부위와 정상부위를 비교하여야한다고 해석됨 (2016.12.13. 조정번호 제2016-31호)

가. 사실관계

신청인의 母 C는 신청인을 피보험자로 하여 피신청인과 후유장해보험금을 담보로 하는 본건 보험계약을 체결하였음. 신청인은 2015.4.24. 축구경기 중 점프하다 착지하면서 우측 무릎을 접질러 우측 슬관절(무릎관절) 전방십자인대파열 진단(S8352)을 받고 전방십자인대 재건술을 시행받았음. 2016.6.3. 신청인은 F 대학교 의과대학 부속병원에서 우측 무릎관절 후유장해(지급률 5%, 한 다리의 3대관절 중 1관절의 기능에 약간의 장애를 남긴 때) 진단을 받아 신청인이 후유장해보험금을 청구하였으나, 피신청인은 정상부위를 고려하면 장애부위의 동요는 0.48mm로 보험약관상 장애에 해당하지 않다는 이유로 보험금 지급 거절하였음.

신청인이 2016.6.3. 받은 후유장해 진단은 전방스트레스뷰 단순방사선검사에 의한 것으로 우측 무릎관절 잔방 검사시 31.4-24.3=7.1mm 동가 관찰된다는 것이었으나, 피신청인이 2016.7.15. 후유장해진단서 발급 주치의에게 진료확인서 요청 결과 '건측(정상부위)이 6.62mm, 환측(장애부위)이 7.1mm'로 '반대측도 동요 있어서 양측 비교만으로는 장애 평가하기는 힘들었을 것으로 보임'이라는 소견을 받음.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

당해 보험약관에서는 정상부위와 장애부위를 비교하여 관절동요를 측정한다고 명시하

고 있지 않음에도 피신청인이 우측 무릎관절의 후유장해(스트레스뷰 단순방사선 검사상 7.1mm)를 정상부위와 비교하여 인정하지 않는 것은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

동요관절의 후유장애 측정은 정상부위와 장해부위를 비교하여 측정하는 것이 타당하고, 동 측정방식에 의한 신청인의 우측 무릎 동요관절은 정상부위와 비교하여 5mm이하이므로 후유장해보험금 지급대상에 해당되지 않음.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 동요관절 장해 판정시 정상부위와 장해부위를 비교하여 장해율을 산정하는 것이 타당한지 여부라 할 것임.

(1) 이 사건 약관

1) 보통약관

제15조(보험금의 종류 및 지급사유) 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 「상해」라 합니다)로 장해분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 아래에 정한 금액을 후유장해보험금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다.

구분	장해지급률	지급금액
고도후유장해보험금	80%이상	보험증권(보험가입증서)에 기재된 보험가입금액 (이하 「후유장해보험가입금액」이라 합니다)
일반후유장해보험금	80%미만	장해분류표에서 정한 지급률을 후유장해보험가입금액에 곱하여 산출한 금액

2) 상해 사망 및 후유장해 특별약관

제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 회사는 피보험자(보험대상자)에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험 수익자(보험금을 받는 자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.

2. 보험기간 중에 상해로 장해분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해 지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 아래에 정한 금액을 후유장해보험금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다.

구분	장해지급률	지급금액
고도후유장해보험금	80%이상	보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액(이하 「후유장해보험가입금액」 이라 합니다)
일반후유장해보험금	80%미만	장해분류표에서 정한 지급률을 후유장해보험가입금액에 곱하여 산출한 금액

【별표1】 장해분류표

< 장해분류별 판정기준 >

9. 다리의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
6) 한다리의 3대관절중 1관절의 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5

나. 장해판정기준

- 4) “다리의 3대 관절”이라 함은 고관절, 무릎관절 및 발목관절을 말한다.
- 6) 다리의 관절기능 장해 평가는 하지의 3대관절의 관절운동범위 제한 및 동요성 유무 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) “영구적 신체장해 평가지침”의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장해를 표시

할 경우에는 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해 상태를 명확히 한다.

라) “약간의 장해”라 함은

- ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우

(2) 쟁점검토

신청인은 정상부위와 장해부위의 비교없이 장해부위만을 기준으로 동요관절 장해를 판정하는 것이 타당하다고 주장하나, 아래와 같은 사정을 종합하여 판단할 때 인정하기 어려움.

법원은 ‘약관의 해석은, 신의성실의 원칙에 따라 당해 약관의 목적과 취지를 고려하여 공정하고 합리적으로 해석하되, 개개 계약 당사자가 기도한 목적이나 의사를 참작함이 없이 평균적 고객의 이해가능성을 기준으로 객관적·확일적으로 해석하여야 하며, 위와 같은 해석을 거친 후에도 약관 조항이 객관적으로 다의적으로 해석되고 그 각각의 해석이 합리성이 있는 등 당해 약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 고객에게 유리하게 해석하여야 하나, 당해 약관의 목적과 취지를 고려하여 공정하고 합리적으로, 그리고 평균적 고객의 이해가능성을 기준으로 객관적이고 확일적으로 해석한 결과 그 약관조항이 일의적으로 해석된다면 그 약관 조항을 고객에게 유리하게 제한 해석할 여지가 없다’(대법원 2009. 5. 28. 선고 2008다81633 판결, 대법원 2010. 9. 9. 선고 2007다5120 판결 등 참조)고 판시하고 있는 점.

당해 보험약관 [별표 1] 장해분류표 9. 다리의 장해 나. 장해판정기준에서는 다리의 관절기능 장해 평가는 하지의 3대 관절의 관절운동 범위 제한 및 동요성 유무 등으로 평가하고, 관절기능 장해를 표시할 경우에는 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다고 명시하고 있으므로 정상부위의 고려없이 장해부위만을 기준으로 동요관절의 장해를 판정해야 한다고 해석하기 어려운 점.

당해 보험약관에서는 동요관절의 측정방법으로 스트레스 엑스선 검사를 객관적 검사로 예시하고 있고 피보험자는 스트레스 뷰 방사선 검사를 통해 동요관절 장해를 진단받

있는데, 두 검사방법 모두 정상부위와 장해부위의 무릎관절을 동일한 각도로 유지하여 전방 및 후방으로 밀거나 당겨서 방사선 촬영을 하고 그 필름을 서로 비교하여 전방동요와 후방 동요의 차이를 mm 단위로 측정한다는 점에서 측정방법이 동일한 점.

금융감독원 분쟁조정위원회 전문위원의 의료자문결과에 따르면, 정상인의 경우에도 관절의 동요가 존재할 수 있으나 개인차가 심하여 일괄적으로 기술하기 어려워 정상부위와 장해부위를 비교하여 장해를 판정하는 것이고, 장해부위의 관절을 동요관절로 확정한 때에는 정상부위와 장해부위를 비교하는 것이 불문율이며, 피보험자의 정상부위 동요는 5.1mm, 장해부위 동요는 8.3mm로 정상부위를 고려한 신청인의 우측 무릎의 관절 동요는 3.2mm라는 소견을 피력하고 있는 점 등을 종합할 때, 피보험자의 우측 무릎관절의 동요는 정상부위와 비교하여 5mm 이상의 동요관절이 있는 것으로 보기는 어렵다 할 것임.

라. 결 론

그렇다면, 피보험자의 우측 무릎의 관절동요는 당해 보험약관상 일반후유장해에 해당한다고 볼 수 없으므로 신청인의 청구를 기각함이 타당함.

제2절 수술 해당 여부

4-10 3회에 걸친 사이버나이프 수술이 각각 수술자금 지급대상인지 여부

[인용] 담당 의사가 환자의 상태, 질병의 정도 등을 고려하여 불가피하게 나누어 시행할 수밖에 없는 경우 각각의 수술로 인정하는 것이 약관해석의 원칙에 부합하며, 사이버나이프 수술은 종양 부위에만 방사선을 집중 조사하여 부작용 없이 종양을 제거하는 최근에 개발된 기술로서 환자의 상태, 암세포의 전이 정도, 주위 조직의 상태 등에 따라 2회 내지 3회 정도 시행되고, 본 건 신청인의 경우 1회 시행하는 경우 척수가 손상될 위험이 발생할 수도 있으므로 척수의 보호를 위하여 담당 의사가 불가피하게 3회에 걸쳐 나누어 시행되었으므로 각각의 수술로 인정함이 타당함.(2006.7.25. 조정번호 제2006-44호)

가. 사실관계

신청인은 2005.9.16. 서울특별시 소재 ○○병원에서 폐암진단을 받고, 같은 해 9.23. 항암치료를 위해 케모포트(chemoport) 삽입술을 시행하였음. 이후 폐암의 경추 4번 전이에 의한 압박골절 소견이 있어 2006.3.8.~3.10. 기간중 위 병원에 입원하여 사이버나이프 수술을 3회 나누어 받고 1천만원의 병원비를 지급하였음.

2006.4.17. ○○병원의 의사가 발행한 진료확인서에는 “폐암으로 척추전이에 의한 압박골절 및 심한 경부통증으로 인한 치료 목적으로 1회 방사선 수술을 시행하여야 하나 척수의 보호를 위하여 3회 분할하여 시행”하였다고 기재되어 있음.

피신청인은 치료자금 3,000만원, 입원급여금 2,058만원 등을 지급하였으나, 3회 나누어 시행한 사이버나이프 수술에 대하여는 1회의 수술로 인정하여 650만원의 수술자금 등을 지급하였음.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

당해 보험계약 암보장특약 약관에는 수술 1회당 수술자금을 지급한다고 규정하고 있

음에도 3회 시행한 사이버나이프 수술에 대해 1회의 수술자금만 지급하는 것은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

사이버나이프 수술을 시행한 S병원에서 발행된 소견서에 “1회 시행할 수술을 척수 보호를 위하여 3회 분할 시행”한 것으로 되어 있으므로 1회의 수술로 인정하여 수술관련 보험금을 1회 지급하는 것이 타당함.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 사이버나이프 수술을 3회 나누어 시행한 경우 1회 수술한 것으로 인정할 수 있는지 여부임.

(1) 약관 규정

당해 암보장특약 약관 제12조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호에는 “피보험자가 책 임개시일 이후에 암 또는 상피내암으로 진단이 확정된 후 암 또는 상피내암의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 때(1회당) 수술자금을 지급한다.”고 규정하고 있음.

또한, 수술보장특약 약관 제9조(보험금의 종류 및 지급사유)에는 “보험기간 중 피보험자가 수술을 받았을 때에는 보험수익자에게 수술종류에 따라 수술급여금을 지급하며, 수술종류는 제1종에서 제3종까지 3종류로 분류하고 지급액은 각각 특약보험가입금액의 2%, 5%, 10%를 지급한다.”고 규정하고 있고, <별표1> 수술분류표에는 “수술이란 치료를 직접 목적으로 하고 기구를 사용해서 생체에 절단, 적재 등의 조작을 가하는 것을 말하고, 수술분류표의 수술을 대신하여 완치율이 높고 일반적으로 의학계에서 인정하고 있는 첨단 치료기법으로 시술한 경우 수술분류표상의 동일부위 수술로 본다.”고 규정하고 있음.

(2) 3회 나누어 시행한 사이버나이프 수술의 1회로 인정 여부

1회 시행할 사이버나이프 수술을 3회 나누어 시행하였으므로 당해 보험약관상 1회의 수술로 인정하여야 한다는 피신청인의 주장은 아래의 사항을 종합해 볼 때 타당하지 아니하다고 판단됨.

① 보통거래약관의 내용은 개개 계약체결자의 의사나 구체적인 사정을 고려함이 없이 평균적 고객의 이해가능성을 기준으로 하되 보험단체 전체의 이해관계를 고려하여 객관적·확일적으로 해석하고, 고객보호의 측면에서 약관내용이 명백하지 못하거나 의심스러운 때에는 약관작성자에게 불리하게 제한 해석되어야²⁰⁷⁾하는 약관해석의 일반원칙에 비추어 볼 때, 당해 보험약관에서 동일 병소에 대하여 나누어 수술한 경우는 1회의 수술로 인정한다는 등의 제한 규정이 별도로 없다면 담당 의사가 환자의 상태, 질병의 정도 등을 고려하여 불가피하게 나누어 시행할 수 밖에 없는 경우 각각의 수술로 인정하는 것이 약관해석의 원칙에 부합하는 점.

② 사이버나이프 수술은 종양부위에만 방사선을 집중 조사하여 부작용 없이 종양을 제거하는 최신 기술로서 척추의 암세포 전이시 일반적으로 1회 시행하는 경우가 많으나 환자의 상태, 암세포의 전이 정도, 주위 조직의 상태 등에 따라 2회 내지 3회 정도 시행하는데, 본 건 신청인의 경우 1회 시행하는 경우 척수가 손상될 위험이 발생할 수도 있으므로 척수의 보호를 위하여 담당 의사가 불가피하게 3회에 걸쳐 나누어 시행한 점.

라. 결 론

그렇다면 본 건에서 3회로 나누어 시행한 사이버나이프 수술을 1회로 인정할 수 없는 바, 피신청인은 각각의 수술자금 등을 지급할 책임이 있다고 판단됨.

4-11 실리콘오일제거술이 당뇨치료를 직접 목적으로 하는 수술에 해당 여부

[인용] 실리콘오일제거술은 실리콘오일 삽입 후 일정기간이 경과하여 망막의 재유착이 안정적으로 유지되면 삽입한 실리콘오일을 제거하는 수술로, 이를 시행하지 않으면 백내장, 각막증 등의 합병증이 발생할 수 있고, 의료척상 실리콘오일 삽입시 제거술은 통상적으로 시행되는 것이므로, 이는 일련의 치료과정으로 당뇨병의 치료를 직접적인 목적으로 한 수술에 해당함. (2006.10.24. 조정번호 제2006-66호)

207) 대법원 2005.4.15. 선고 2004다65138 판결 참조.

가. 사실관계

신청인은 2005.3.11.~2006.5.9. 기간중 인슐린-비의존 당뇨병 합병증인 망막의 견인박리, 당뇨병성 유리체 출혈 등으로 인해 병원에서 5회에 걸친 수술을 받았음. 신청인은 5회의 수술에 대해 피신청인에게 보험금 지급을 청구하였으나, 피신청인은 2005.3.11.~11.8. 기간중의 4회 수술에 대해서만 보험금 2,000만원을 지급하고, 2006.5.9. 시행된 실리콘오일 제거술에 대해서는 보험금 지급을 거절하였음.²⁰⁸⁾

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

당해 약관 보험금 지급사유에 의하면 당뇨의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 때 수술비를 지급한다고 규정하고 있고, 실리콘오일제거술 또한 당뇨병성 유리체출혈의 치료과정에서 반드시 시행해야 하는 수술이므로 수술비를 지급하여야 함.

(2) 피신청인의 주장

실리콘오일제거술은 충전된 실리콘오일을 수동적으로 제거하는 것으로서 당뇨병은 물론 당뇨병성 유리체출혈 자체에 대한 치료행위라기 보다는 실리콘오일 충전에 따른 부작용 예방을 위한 수술이므로 수술비를 지급할 책임이 없음.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 실리콘오일제거술이 수술비 지급대상인 수술에 해당하는지 여부임.

208) 신청인의 수술 및 보험금 지급 내역은 다음과 같음.

일시	수술 내역	비 고
2005. 3월	유리체절제술, 막제거술, 레이저치료술, 백내장제거술	보험금지급
2005. 4월	공기액체교환술	
2005. 5월	유리체절제술, 막제거술, 안구내 레이저	
2005.11월	유리체세척술, 눈속레이저, 실리콘오일삽입술	
2006. 5월	실리콘오일제거술	보험금 거절

(1) 약관 규정

당해 보험약관은 피보험자에게 수술비를 지급하는 경우로 “4. 피보험자가 책임개시일 이후에 최초로 ‘현대인의 12대질병’ 또는 상피내암으로 진단이 확정되고 ‘현대인의 12대질병’ 또는 상피내암의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 때”를 규정하고 있으며, 당해 보험약관 <별표2>에서는 한국표준질병사인분류 E10~E14에 해당하는 당뇨병을 현대인의 12대질병으로 정의하고 있고, 한국표준질병사인분류 상 눈합병증을 동반한 인슐린-비의존 당뇨병은 E11.3으로 분류되고 있음.

(2) 실리콘오일제거술이 당뇨병의 치료를 직접적인 목적으로 한 수술인지 여부

실리콘오일삽입술은 망막의 안정적인 재유착을 위해 실리콘오일을 유리체 강내에 주입하는 수술로서 당뇨병성 유리체 출혈의 치료를 직접적인 목적으로 하는 수술이라 할 것이며, 실리콘오일제거술은 실리콘오일 삽입 후 일정기간이 경과하여 망막의 재유착이 안정적으로 유지되면 삽입한 실리콘오일을 제거하는 수술임. 실리콘오일제거술은 실리콘오일의 삽입으로 인하여 발생할 수 있는 합병증을 방지하기 위한 것이나, 다음과 같은 점에서 볼 때 궁극적으로 삽입술의 목적인 당뇨병성 유리체 출혈의 치료를 달성하기 위한 수술이라 할 것인 바, 삽입술과 연계하여 눈합병증을 동반한 당뇨병의 치료를 직접적인 목적으로 한 수술로 보는 것이 타당하다 할 것임.

① 의학계에 보고된 바에 따르면 실리콘오일 삽입 후 제거하지 않으면 백내장, 각막증 등의 합병증이 발생할 수 있으므로 일정기간내에 이를 제거하여야 하며, 실제로 실리콘오일을 충전한 환자중 62.8%는 6개월 이내에 이를 제거하였던 점.

② 치료병원 의사가 2006.6.16. 발행한 진료확인서에 의하면 실리콘의 삽입과 제거는 일련의 치료과정으로서 실리콘의 안내(眼内) 충전후 기간차이는 있을 수 있으나 실리콘오일 제거술을 통상적으로 시행하는 점.

③ 본 건 신청인의 경우 2005.11.8. 실리콘오일을 삽입한 후 6개월이 경과하여 담당사의 판단하에 제거술을 시행한 점.

라. 결 론

따라서 피신청인은 2006.5.9. 시행된 신청인의 실리콘오일제거술에 대한 수술비 지급 책임이 있다 할 것임.

4-12 에탄올 주입술이 수술에 해당하는지 여부

[기각] 에탄올주입술은 초음파 등 영상장비를 이용하여 치료하려는 병소의 위치를 확인 후 병소를 주사기로 천자하여 그 내용물을 흡인 후 일정량의 에탄올을 주입하고 약 2~10분 정도 기다렸다가 주입했던 에탄올을 다시 흡인·제거하는 치료행위로 천자, 흡인 등의 조치에 해당되는 바, 신청인이 시행받은 에탄올주입술은 당해 보험약관에서 규정하고 있는 수술이라고 보기 어렵다 할 것임.(2007.3.27. 조정번호 제2007-10호)

가. 사실관계

신청인은 2006.9.6. 서울특별시 소재 ○○병원에서 비중독성 갑상선 결절 진단을 받고 같은 해 9.21. 및 9.22. 갑상선 결절 치료를 위한 에탄올주입술을 각각 시행받았음.

신청인은 2006.9.29. 수술급여금을 청구하였는데, 피신청인은 신청인이 시행받은 “에탄올주입술”이 당해 보험약관에서 정의하는 수술에 해당되지 않는다는 이유로 수술급여금을 지급하지 아니하였음.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

피신청인의 수술보장특약약관 수술분류표에는 침단의 치료기법으로 시술한 경우 수술로 본다고 규정하고 있음에도 피신청인이 수술의 범위를 축소 해석하여 2회의 에탄올주입술에 대하여 수술급여금을 지급하지 않는 것은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

에탄올주입술은 기구를 사용하여 생체에 절단, 적제 등의 조작을 가하는 수술에 해당하지 않아 수술급여금 지급대상이 아니므로 수술급여금을 지급하지 않은 것은 타당함.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 에탄올주입술이 약관에서 규정하는 수술에 해당하는지 여부라 할 것임.

(1) 약관 규정

주계약 보험약관 제24조(“입원” 및 “수술”의 정의와 장소) 제2항에서는 “수술”이라 함은 여성특정암, 상피내암, 심질환·뇌혈관질환, 여성만성질환, 부인과질환 및 골절·골다공증 등의 치료를 목적으로 입원하여 수술[기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 적제(摘除) 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK은 제외] 받는 경우를 말한다고 규정하고 있음.

(2) 에탄올주입술이 수술에 해당되는지 여부

에탄올주입술은 초음파 등 영상장비를 이용하여 치료하려는 병소의 위치를 확인 후 병소를 주사기로 천자하여 그 내용물을 흡인 후 일정량의 에탄올을 주입하고 약 2~10분 정도 기다렸다가 주입했던 에탄올을 다시 흡인·제거하는 치료행위로 천자, 흡인 등의 조치에 해당되는 바, 신청인이 시행받은 에탄올주입술은 당해 보험약관에서 규정하고 있는 수술이라고 보기 어렵다 할 것임.

한편, 신청인은 에탄올주입술은 수술보장특약의 수술분류표에서 정하는 침단의 치료기법에 해당하므로 수술급여금을 지급해야 한다고 주장하나, 신청인이 주장하는 수술보장특약은 다른 보험상품에 부가되어 있는 특약이고 본건 보험상품의 특약으로는 구성되어 있지 아니한 바, 신청인의 위 주장은 이유 없다 할 것임.

라. 결 론

그렇다면 신청인이 시행받은 2회의 에탄올주입술에 대하여 피신청인은 보험약관에서 정한 수술급여금을 지급할 책임이 없는 것으로 판단됨.

4-13 고주파열치료가 수술에 해당하는지 여부

[기각] 고주파열치료는 초음파를 보며 고주파열치료 바늘을 종양내에 삽입한 후 고주파 영역에서 전류를 통하게 되면 바늘 끝에서 섭씨 100도 정도의 마찰열이 발생하는데 이 열로 종양을 태워 크기를 줄여나가는 중간적인 치료방법으로 수술로 보기보다는 의료적 처치에 가까우며, 또한 고주파열치료를 갑상선 종양치료에 이용하는 것은 아직 초기단계로서 일반적으로 의학계에서 수술을 대신하여 완치율이 높은 시술로 인정되는 치료기법이라고 보기도 어려움. (2007.4.24. 조정번호 제2007-22호)

가. 사실관계

신청인은 2006.6.17. 서울특별시 소재 ○○병원에서 갑상선초음파상 “다발성 갑상선 결절” 진단을 받고 같은 날 우측 갑상선 결절 치료를 위하여 에탄올주입술을 시행받았으며, 같은 해 7.24. 위 병원에 입원하여 “비중독성 갑상선 결절” 진단을 받고 같은 날 우측 갑상선 결절에 대한 고주파열치료술을 시행받았으며, 같은 해 7.27. 좌측 갑상선 결절에 대한 고주파열치료술을 시행받은 후 다음날인 7.28. 퇴원하였음.

2006.7.28. ○○병원 의사가 발행한 진단서에는 “비중독성 갑상선 결절 2개를 고주파열 치료로 치료하였습니다. 결절이 아직도 여러 개가 많이 있어서 추후에 추가 치료가 필요한 상태입니다.”라고 기재되어 있음.

신청인은 2006.8.1. 고주파열치료 2회에 대한 수술급여금을 청구하였으나 피신청인이 1회분의 수술급여금만을 지급하겠다고 하자 분쟁조정을 신청함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

“비중독성 갑상선 결절” 치료를 위해 2회의 고주파열치료를 시행받았음에도 피신청인이 1회분의 수술급여금만을 지급하겠다는 것은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

고주파열치료는 종양을 완전히 제거하지는 못하는 중간적인 치료방법으로 갑상선 암 일 경우나 종양이 큰 경우 또는 재발하는 경우에는 완전한 치료방법으로 절제술을 권유하고 있어 고주파열치료를 수술과 동일한 효과를 갖는 치료법이라 보기는 어려움. 다만, 고객의 불만을 적극적으로 수용하는 차원에서 전체의 고주파열치료에 대해서 동일한 효과를 갖는 1회의 절제술에 해당하는 것으로 보아 1회의 수술급여금만을 지급하기로 한 처리는 타당함.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 고주파열치료가 당해 보험약관에서 규정하는 수술급여금 지급대상에 해당하는지 여부라 할 것임.

(1) 약관 규정

제15조(“여성만성질환”의 정의 및 진단확정) 제2항에서는 “여성만성질환”이라 함은 한국표준질병사인분류 중 <별표7>(여성만성질환 분류표)에서 정한 질병을 말한다고 규정하고 있고, 동 분류표에서는 “기타 비중독성 갑상선종”(E04)을 여성만성질환으로 분류하고 있음. 제19조(보험금의 지급사유) 제1항 제3호에서는 피보험자가 보험기간중 여성만성질환의 치료를 직접목적으로 하여 수술을 받았을 때 수술급여금을 지급하는 것으로 규정하고 있음.

(2) 고주파열치료가 수술에 해당되는지 여부

갑상선 종양 치료를 위한 고주파열치료는 아래와 같은 사항을 종합할 때 수술에 해당된다고 보기는 어려운 것으로 판단됨.

당해 보험약관에서는 수술의 정의를 규정하고 있지 않으나, 일반적으로 수술이라 함은 “몸의 일부를 제거나 도려내거나 하여 병을 낫게 하는 외과적인 치료방법”을 의미하고,²⁰⁹⁾ 고주파열치료는 초음파를 보며 고주파열치료 바늘을 종양내에 삽입한 후 고주파 영역에서 전류를 통하게 되면 바늘 끝에서 섭씨 100도 정도의 마찰열이 발생하는데 이

209) 2006.5.23. 조정번호 제2006-27호.

열로 종양을 태워 크기를 줄여나가는 중간적인 치료방법으로 수술로 보기보다는 의료적 처치에 가까우며, 또한 고주파열치료를 갑상선 종양치료에 이용하는 것은 아직 초기단계로서 국내 특정병원에서만 시행되고 있고 그 치료효과에 대하여 일반적으로 의학계에서 수술을 대신하여 완치율이 높은 시술로 인정되는 치료기법이라고 보기도 어려움 점.

라. 결 론

따라서 고주파열치료가 수술이 아님을 이유로 수술급여금을 지급할 수 없다는 피신청인의 조치를 부당하다고 할 수는 없는 것으로 판단됨.

4-14 자궁소파술이 수술에 해당하는지 여부

[인용] 자궁소파술은 임신과 관련된 치료 뿐 아니라 자궁출혈의 원인 규명, 자궁내막폴립 진단 및 제거, 자궁근종의 진단 및 제거, 자궁내막 증식증에 대한 조직검사, 암발생 여부 등에 이용되며, 그 수술방법은 기구를 이용한 생체의 적제술로서 위 약관에서 정하고 있는 수술의 정의에 부합하고 2종수술에 해당한다고 판단됨.(2007.5.22. 조정번호 제2007-34호)

가. 사실관계

신청인은 2006.12.24. 경기도 소재 ○○산부인과에서 초음파상 “계류유산” 진단을 받고 같은 날 자궁소파술을 시행 받았으며 자궁소파술에 대해 수술급여금을 청구하였으나, 피신청인이 본 건 보험약관의 수술분류표에서 정하고 있는 수술로 볼 수 없으나, 적극적인 분쟁해소 차원에서 1종수술 급여금으로 지급이 가능함을 안내하자 분쟁조정을 신청함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

수술분류표의 <요(尿) 성기(性器)의 수술 50. 기타의 자궁수술>에는 자궁경관폴립제거술, 인공임신중절술만을 기타의 자궁수술에서 제외하고 있는 바, 자궁소파술은 기타의 자궁수술에 해당하므로 2종수술급여금을 지급함이 타당함.

(2) 피신청인의 주장

자궁소파술은 자궁경부를 약물을 통해 확장시키고 큐렛이라는 기구를 자궁에 삽입해 태반 및 임신 부속물을 긁어내는 것으로 약관상 기타의 자궁수술에서 제외하고 있는 인공임신중절술과 매우 유사한 방법인 바, 인공임신중절술은 기타의 자궁수술에서 제외하고 있어 2종수술급여금을 지급하기 어려우나 피신청인의 심리적 충격 등 보험계약자를 보호하고자 1종수술급여금 상당액을 지급하고자 함.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 계류유산으로 인해 시행한 자궁소파술이 당해 보험약관에서 규정하는 수술급여금 지급대상에 해당하는지 여부라 할 것임.

(1) 약관 규정

수술보장특약 약관 제10조(“수술”의 정의와 장소)에 의하면 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 질병 또는 재해로 인한 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 수술분류표(별표1 참조)에 정한 행위 [기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 적제(摘除) 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經) Block은 제외] 를 하는 것을 말한다고 규정하고 있고, <별표1> 수술분류표에서 “50. 기타의 자궁수술은 [자궁경관 Polyp 절제술, 인공임신중절술은 제외함] , 수술종류 2종” 으로 정하고 있음.

동 약관 제11조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간중 제10조(“수술”의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받았을 때에는 보험수익자에게 수술종류에 따라 3가지로 구분²¹⁰⁾하여 수술급여금을 지급한다고 정하고 있음.

(2) 자궁소파술이 수술에 해당되는지 여부

210) 1종수술: 특약가입금액의 2%, 2종수술: 특약가입금액의 5%, 3종수술: 특약가입금액의 10%.

자궁소파술은 아래와 같은 사항을 종합할 때 해당약관 수술분류표에서 정하고 있는 “기타의 자궁수술”에 해당하며, 수술종류는 2종수술에 해당한다고 판단됨.

① 계류유산이라 함은 태아가 죽은 채로 2개월이상 자궁내에 머물러 있는 것으로 소파술을 시행해야 하는 질병이며, 소파술은 수술방법이 인공임신중절술과 거의 동일하나 치료목적이 아니라 개인의 선택으로 시행하는 중절술과는 목적이 다른 점.

② 의료자문결과, 자궁소파술은 임신과 관련된 문제에 대한 치료 뿐 아니라 자궁출혈의 원인 규명, 자궁내막폴립 진단 및 제거, 자궁근종의 진단 및 제거, 자궁내막 증식증에 대한 조직검사, 암발생 여부 등에 이용되며, 그 수술방법은 기구를 이용한 생체의 적제술로서 위 약관에서 정하고 있는 수술의 정의에 부합하는 점.

라. 결 론

따라서 본 건 자궁소파술에 대해 피신청인은 2종수술 급여금의 지급책임이 인정된다 할 것임.

4-15

당뇨망막병증 치료를 위한 유리체 절제술 등이 여성만성질환 치료를 직접 목적으로 한 수술에 해당하는지 여부

[인용] 한국표준사인분류 중 “인슐린의존성당뇨병(E10)”의 상세내역은 “눈 합병증을 동반한 인슐린 의존 당뇨병(E10.3+)” 등으로 기술하고 있고, “눈 합병증을 동반한 당뇨병(E10.3+)”의 내용은 “당뇨 백내장(H28.0*), 당뇨망막병증(H36.0*)”으로 규정하고 있으며, 진단서에 의하면 피보험자의 병명은 “증식성 당뇨망막병증 우안(H36.0), 유리체 출혈 우안(H43.1)”으로 기재되어 있어 당해 보험약관에서 규정하고 있는 여성만성질환에 해당함.(2007.11.20. 조정번호 제2007-93호)

가. 사실관계

피보험자는 2007.5.20. 대구광역시 소재 ○○병원에 우안 당뇨망막병증(H36.0) 등으로 입원하고, 다음 날 유리체 절제술, 초음파 유화술 및 인공수정체 삽입술을 시행받은 후

같은 해 5.27. 퇴원함. 신청인은 2007.6.8. 보험금을 청구하였으나, 피신청인이 여성만성질환의 치료를 직접 목적으로 한 수술 및 입원이 아니라며 보험금 지급을 거절함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

피보험자는 당뇨병 합병증으로 인한 수술 및 입원을 하였음에도 피신청인이 여성만성질환 수술급여금 및 입원급여금 지급을 거절하는 것은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

피보험자의 주치의 면담결과, 피보험자는 당뇨의 합병증으로 발생한 질병에 대한 치료라는 소견이므로 당뇨의 치료를 직접적인 목적으로 한 수술에 해당하지 않아 수술급여금을 지급할 수 없음.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 여성만성질환 치료를 직접목적으로 한 수술인지 여부라 할 것임.

(1) 약관 규정

건강보험 주계약 약관 제19조(보험금의 지급사유) 제1항에서 “피보험자가 보험기간중 심질환·뇌혈관질환, 여성만성질환 또는 골절·골다공증의 치료를 직접목적으로 하여 수술을 받았을 때에는 수술급여금을 지급하고, 피보험자가 보험기간중 심질환·뇌혈관질환 또는 여성만성질환의 치료를 직접목적으로 4일 이상 계속하여 입원하였을 때에는 입원급여금을 지급한다”라고 규정하고 있음.

동 약관 제15조(“여성만성질환”의 정의 및 진단확정) 제1항에 의하면 “이 계약에 있어서 ‘여성만성질환’이라 함은 한국표준질병사인분류 중 별표7(여성만성질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.”라고 규정하고 있고, 같은 조 제2항에서 “여성만성질환의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외

의 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다”라고 규정하고 있음.

동 약관 <별표7>여성만성질환 분류표에 의하면 여성만성질환에는 관절염, 위궤양, 당뇨병, 고혈압, 갑상선염 등이 포함되며, 당뇨병 관련 질병은 인슐린의존성당뇨병(E10), 인슐린비의존성당뇨병(E11), 영양실조와 관련된 당뇨병(E12) 등이 있음.

(2) 여성만성질환 치료를 직접목적으로 한 수술인지 여부

피신청인은 피보험자가 당뇨병의 치료를 직접 목적으로 한 수술이 아니라며 보험금 지급을 거절하나 다음과 같은 점에 비추어 위 주장은 이유 없음.

한국표준사인분류 중 “인슐린의존성당뇨병(E10)”의 상세내역은 “눈 합병증을 동반한 인슐린 의존 당뇨병(E10.3+)” 등으로 기술하고 있고, “눈 합병증을 동반한 당뇨병(E10.3+)”의 내용은 “당뇨 백내장(H28.0*), 당뇨망막병증(H36.0*)”으로 규정하고 있으며, ○○병원 의사가 발행한 2007.6.4.자 진단서에 의하면 피보험자의 병명은 “증식성 당뇨망막병증 우안(H36.0), 유리체 출혈 우안(H43.1)”으로 기재되어 있어 당해 보험약관에서 규정하고 있는 여성만성질환에 해당함.

라. 결 론

그렇다면 피신청인은 신청인에게 여성만성질환 수술급여금 및 입원급여금을 지급할 책임이 있다고 판단됨.

4-16

안면함몰 치료를 위한 성형수술이 상해로 인한 반흔 등을 제거하기 위한 성형수술에 해당하는지 여부

[기각] 신청인은 운동 중 얼굴에 야구공을 맞아 안면골격이 함몰되는 상해를 입고, 원상회복을 위하여 입술 안쪽을 절개하여 함몰부위 뼈를 나사로 고정하는 수술을 받고 보험금(성형수술비)을 청구하였는데, 약관에서 보상하는 성형수술비는 상해의 주된 치료, 즉 1차 치료 후에도 회복되지 아니하고 남아 있는 외관상의 반흔이나 추상을 제거하기 위한 성형수술에 대해서 보상하는 것으로 보아야 하며, 본 건의 경우 함몰을 복원하는 성형수술 자체가 주된 치료이므로, 피신청인은 보험금 지급 책임이 없음. (2008.9.23. 조정번호 제2008-71호)

가. 사실관계

2008.6.6. 신청인은 안면에 야구공을 맞아 우측관골(광대뼈), 상악골(위턱뼈) 및 비골(코뼈)이 함몰되는 상해를 입고 응급처치를 받은 후, 2008.6.12. 원상회복을 위하여 입술 안쪽을 절개한 후, 함몰부위 뼈를 나사로 고정하는 “성형수술”을 받음. 동 수술로 치료가 완료되었으며, 입술 안쪽을 절개한 것이어서 추가적인 성형수술을 요하는 안면부의 반흔이나 추상은 남아있지 아니함.

신청인은 동 수술비용 150만원을 병원에 지불하고, 피신청인으로부터 일반상해의료비(100만원), 골절진단비(50만원), 입원일당(8만원) 등 총 158만원의 보험금을 수령하였음. 그 이후 신청인이 성형수술비(500만원) 지급을 요구하여 피신청인이 이에 응하지 않음에 따라 분쟁조정이 신청됨.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

당해 약관에서 담보하는 상해를 치료하기 위하여 “성형수술”을 받은 것으로서 진단서 상에도 “치료목적의 성형수술”이라고 명기되어 있고, 사고 당일 응급실에서 1차 치료를 받았으며, 그 후 재검사를 통해 2차 치료를 받은 것이므로 「성형수술비담보특별약관」상 지급요건을 충족하며, 보험계약 체결시 동 건과 같은 경우는 보험금 지급대상이 아니라는 사실을 설명들은 사실도 없음.

(2) 피신청인의 주장

상해사고 치료를 위하여 절개한 부위는 입술 안쪽이므로, 입술 안쪽은 약관에서 보상하는 “안면부”에 해당하지 아니할 뿐만 아니라, “상해 치료의 직접적인 결과로 발생한 외관상의 반흔이나 추상장해”를 제거하기 위한 수술이 아니므로, 당해 약관상 성형수술비 지급사유에 해당하지 아니함.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 상해로 인한 함몰을 복원하기 위한 성형수술이, 당해 성형수술비담보특별약관에서 정하는 성형수술비 지급사유에 해당되는지 여부임.

(1) 약관 규정

당해 성형수술비담보특별약관은 “사고로 치료를 받고 그 직접적인 결과로 인하여 안면부에 외형상의 반흔이나 추상장해가 발생하여 그 원상회복을 목적으로 성형외과 전문의로부터 성형수술을 받은 경우, 안면부 수술 1cm당 14만원을 지급한다”고 규정하고, 안면부의 정의에 관하여 “이마를 포함하여 목까지의 얼굴부분”이라고 정하고 있음.

(2) 쟁점 검토

동 약관에서 보상하는 성형수술비는 상해의 주된 치료, 즉 1차 치료 후에도 회복되지 아니하고 남아 있는 외관상의 반흔이나 추상을 제거하기 위한 성형수술에 대해서 보상하는 것으로 보아야 함.

이 건의 경우에는 신청인이 받은 응급처치를 1차적인 주된 치료로 볼 수 없고, 함몰을 복원하는 “성형수술” 자체가 주된 치료이므로 신청인이 당해 약관에서 정한 “치료를 받고 그 직접적인 결과로 인하여 안면부에 발생한 외형상의 반흔이나 추상장해의 원상회복을 목적”으로 성형수술을 받은 것으로 볼 수 없음.

또한 동 성형수술에 지출된 비용은 일반상해의료비 등의 항목에서 전액 보상받았고, 동 수술 후에는 안면부에 어떠한 반흔이나 추상이 남아있지 아니하므로, “안면부 수술 1cm당 14만원”이라는 지급기준에 의한 보험금 산정도 곤란함

(3) 약관의 명시·설명의무

대법원에서는, 보험자에게 보험약관의 명시·설명의무가 인정되는 것은 어디까지나 보험계약자가 알지 못하는 가운데 약관의 중요한 사항이 계약내용으로 되어 보험계약자가 예측하지 못한 불이익을 받게 되는 것을 피하고자 하는 데에 그 근거가 있으므로, 보험약관에 정하여진 사항이라고 하더라도 거래상 일반적이고 공통된 것이어서 보험계약자가 별도의 설명 없이도 충분히 예상할 수 있었던 사항이거나 이미 법령에 의하여 정하여진 것을 되풀이하거나 부연하는 정도에 불과한 사항이라면, 그러한 사항에 대하여서까

지 보험자에게 명시·설명 의무가 있다고는 할 수 없어²¹¹⁾ 본건 응급치료가 1차적인 주된 치료가 아니라는 사실까지를 피신청인이 신청인에게 명시·설명해야 할 의무가 있다고 볼 수 없음.

라. 결 론

따라서 치료의 명칭이 “성형수술”이라거나, 1차 치료(응급처치) 이후에도 추상(함몰)이 남아있었고 그 추상을 치료하기 위한 수술이므로 신청인의 주장은 이유 없다 할 것임

4-17

건관절 석회성 건염에 대한 체외충격술이 수술분류표상 ‘충격파에 의한 체내결석 파쇄술’에 해당하는지 여부

[인용] 당해 약관에서 ‘결석 발생 부위 및 결석의 의학적 정의’에 대한 규정을 두고 있지 않아 ‘충격파에 의한 체내 결석 파쇄술’의 대상이 되는 결석을 ‘비뇨기계에서 발생한 결석’으로 한정할 근거가 없고, 담당의사의 소견서에 따르면, ‘건관절 석회성 건염’은 체내 결석의 범주에 포함된다고 밝히고 있으며, 보험약관의 수술분류표에서 ‘충격파에 의한 체내 결석 파쇄술’을 2종 수술로 규정하고 있을 뿐만 아니라 시술 개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 한다고 정하고 있는 바, 피신청인은 충격파에 의한 체내결석 파쇄술에 대한 수술급여금을 지급할 책임이 있음.(2009.3.24. 조정번호 제2009-31호)

가. 사실관계

신청인은 우측 건관절 석회성 건염(M753) 진단을 받았고, 2008.11~12월중 담당의사의 권유로 체외충격 파쇄술을 3회 받은 후 보험금을 청구하였으나 피신청인이 체외충격 파쇄술은 수술로 보기 어렵다며 보험금 지급을 거절하자 분쟁조정을 신청함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

211) 대법원 1998.11.27. 선고 98다32564 판결 등 참조.

우측 견관절 “석회성 건염”(M753) 진단과 함께 어깨(견관절)에 돌이 있다는 담당의사의 권유로 체외충격 파쇄술을 받았음에도 동 보험약관의 수술분류표에서 정하고 있는 “충격파에 의한 체내결석 파쇄술(2종수술)”에 대한 수술급여금 지급 거절은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

보험약관 수술분류표에서 정하고 있는 ‘충격파에 의한 체내결석 파쇄술’의 결석은 비뇨기계에서 발생하는 돌을 의미하고 신청인이 받은 체외충격 파쇄술은 수술이라기보다는 보존적 치료에 불과하여 수술급여금 지급대상으로 보기 어려움.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 우측 견관절 ‘석회성 건염’이 보험약관 수술분류표에서 정하고 있는 ‘충격파에 의한 체내결석 파쇄술’의 결석으로 볼 수 있는지 여부임.

(1) 약관 규정

제11조(보험금의 종류 및 지급사유) ① 회사는 이 특약의 피보험자에게 다음 사항중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금 또는 급여금 등을 지급합니다.

3. 특약의 보험기간 중 발생한 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 하여 수술을 받았을 때 : 수술급여금 지급(<별표3> “수술분류표” 참조)

<별표3> 수술분류표 86. 충격파에 의한 체내 결석 파쇄술(2종)

(2) 쟁점 검토

결석의 의미를 신장을 포함한 비뇨기계에 발생하는 돌로 제한적으로 해석해야 하고, 신청인이 받은 수술은 보존적 치료에 불과하므로 수술분류표상 수술에 해당되지 않는다는 피신청인의 주장은 아래와 같은 사유로 그 타당성을 인정하기 어려움.

① 수술급여금 지급 기준과 관련하여, 해당 약관에서 “특약의 보험기간 중 발생한 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 하여 수술을 받았을 때”로 정하고 있고, 수술분류표에서도 “수술이란 치료를 직접목적으로 하고 기구를 사용해서 생체(生

體)에 절단(切斷), 적제(滴除) 등의 조작을 가하는 것을 말하며 다음표의 수술번호 1-88을 지칭합니다. 흡인·천자(吸引·穿刺) 등의 조치 및 신경차단(Block)은 제외합니다.”라고 정하고 있을 뿐 “결석 발생 부위 및 결석의 의학적 정의”에 대한 규정을 두고 있지 않아, “충격파에 의한 체내결석 파쇄술”의 대상이 되는 결석을 “비뇨기계에서 발생한 결석”으로 한정해서 해석할 약관상 근거를 찾아보기 어려운 점.

② 신청인을 치료한 담당의사의 의료자문에 대한 소견서(2009.2.17.)에 따르면, “견관절 석회성 건염”은 체내 결석의 범주에 포함된다고 밝히고 있으며, 한편 피신청인이 제출한 의료심사 회신서(2009.1.13.)에서도 석회 침착은 넓은 범위에서는 결석의 일부로 생각될 수도 있다고 명시하고 있는 점.

③ 약관은 일반인의 관점에서 해석되어야 하는데, 의사들도 석회침착을 결석으로 혼용하기도 하고, 치료방법(분쇄)의 측면에서도 석회성 건염이 결석과 동일하므로 일반인이 석회침착을 결석과 다른 것으로 해석하기 어려운 점.

④ 약관의 수술분류표에서 “충격파에 의한 체내 결석 파쇄술”을 2종 수술로 규정하고 있을 뿐만 아니라 상기 수술의 정의에 비춰 볼 때 수술 해당 여부 판단시 보존적 치료 여부는 고려대상이 아님이 명백하고, 오히려 수술분류표에서 상기 파쇄술의 경우 시술 개시일부터 60일만에 1회의 급여를 한도로 한다고 정하고 있는바 동 수술은 근치적 치료술이 아니라는 사실을 약관 자체에서 내포하고 있는 점.

라. 결 론

따라서 피신청인은 체내결석 파쇄술에 대한 수술급여금의 지급 책임이 있다고 판단됨.

4-18

간경변 합병증으로 인한 식도정맥류출혈 수술이 성인11대질환 수술에 해당하는지 여부

[인용] 담당의사 진료확인서에 의하면 “피보험자는 간경변증의 합병증인 식도정맥류 출혈에 대한 치료를 위해 내시경적 결찰술을 시행”했다는 소견으로 식도정맥류 출혈이 ‘성인11대질환’의 하나인 간경변의 후유증으로 인해 발생하였고, 상부소화관출혈 중 가장 높은 사망률을

보이는 응급질환인 식도정맥류 출혈에 대한 치료를 하지 않을 경우 신청인의 생명유지에 심각한 결과를 초래한다고 볼 수 있으므로 피신청인은 성인11대질환 수술급여금 지급 책임이 있음.(2009.12.22. 조정번호 제2009-106호)

가. 사실관계

신청인은 2007.8.12. 울산광역시 소재 ○○병원에서 간경변 진단을 받고, 2008.10.23. 및 2009.7.7. 각각 식도정맥류출혈에 따른 경화요법 및 식도정맥류출혈에 따른 내시경적 결찰술을 시행하였으나, 피신청인이 “성인11대질환” 수술급여금의 지급사유에 해당되지 않는다고 보험금 지급을 거절하자 분쟁조정을 신청함.²¹²⁾

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

보험약관에서 정하는 “성인11대질환”의 하나인 간경변으로 인하여 발생한 합병증인 식도정맥류 출혈에 대한 수술을 받았으므로 성인11대질환 수술급여금(2회: 2008.10.23. 경화요법, 2009.7.7. 내시경적 결찰술)을 지급해야 함.

(2) 피신청인의 주장

이 건 피보험자는 “성인11대질환”인 간경변의 치료를 직접목적으로 수술을 받은 것이 아니라 그 합병증으로 인해 발생한 식도정맥류 출혈에 대한 수술을 받았으므로 당해보험 약관에서 정하고 있는 “성인11대질환” 수술급여금의 지급사유에 해당되지 않음.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 간경변 합병증으로 인해 발생한 식도정맥류 출혈에 대한 2008.10.23. 경화요법, 2009.7.7. 내시경적 결찰술이 당해 보험약관에서 정하고 있는 “성인11대질환” 수술급여금 지급사유에 해당하는지 여부라 할 것임.

212) 신청인이 가입한 건강보험약관에는 피보험자가 성인11대질환으로 수술하였을 경우 관련 보험금(1회 수술당 3백만원)을 지급하도록 규정됨(분쟁금액 6백만원(1회당 3백만원×2회)).

(1) 약관 규정

당해 약관 제24조(성인11대질환의 정의 및 진단) 제1항은 “이 계약에 있어서 ‘성인 11대질환’이라 함은 한국표준질병사인분류중 성인 11대질환분류표에서 정한 질병을 말하고, 성인 11대 질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의한다”라고 규정하고 있고, 동 약관 제25조(입원 및 수술의 정의와 장소) 제2항은 “이 계약에 있어 ‘수술’이라 함은 의사에 의하여 제26조(보험금의 종류 및 지급사유)제3호로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 기구를 사용하여 생체에 절단, 적제 등의 조작을 가하는 것을 말하며 흡인, 천자, 적제 등의 조치 및 신경 BLOCK은 제외한다”고 규정하고 있으며, 동 약관 제26조(보험금의 종류 및 지급사유) 제3호에서는 “보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 ‘성인 11대질환’으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 수술을 받았을 때 수술1회당 수술급여금을 지급한다”고 규정하고 있음.

(2) 쟁점검토

2008.11.3.자 울산광역시 소재 ○○병원의 진단서에 의하면 신청인은 2007.8.12. 간경변(국제질병분류번호 K74.6)으로 진단받았으며, 동 진단명이 당해 보험약관 “성인11대질환분류표”상 간질환에 해당된다는 점에 대해서는 다툼의 여지가 없는 사실임.

다만, 간경변 합병증으로 인한 식도정맥류 출혈에 대해 신청인이 2008.10.23. 경화요법, 2009.7.7. 내시경적 결찰술을 받은 사실이 당해 보험약관에서 정하는 “성인11대질환” 수술급여금 지급대상이 되는지 여부에 대해 살피건대, 다음과 같은 점 등을 고려할 때 지급사유를 충족한다 할 것임.

① 우선 각 생보사별로 약관에 대한 해석이 달라 보험금 지급시 발생하는 민원을 해소하기 위해 생보사 사장단 결의로 “약관해석 통일시행방안”을 만들어 1995.10.1.부터 시행하였는데, 위 방안에 의하면 암으로 인한 합병증 발병시 수술을 하지 않으면 생명유지가 불가능하여 불가피하게 합병증을 수술한 경우에는 암수술급여금을 지급하도록 수술

범위를 확대하였으며, 동 시행방안의 취지를 반영하여 폐암의 합병증으로 인한 식도협착 증 수술²¹³⁾, 췌장암의 합병증인 황달증세를 없애기 위한 경피적 담즙배액술²¹⁴⁾에 대해 암수술급여금을 지급토록 조정결정 하였던 점.

② 일반의 의료경험칙상²¹⁵⁾ 간경변 합병증의 하나인 식도 또는 위 정맥류 출혈은 상부소화관출혈 중 가장 높은 사망률을 보이는 응급질환으로 단시간에 많은 양의 출혈을 초래하며(1년내에 재출혈률이 80~95%나 되는 중증의 질환), 내시경 검사에서 식도정맥류 출혈이 확인되면 내시경 정맥류 결찰술이나 내시경 주사 경화요법을 통해 1) 간기능 악화예방, 2) 혈량 저하증 교정, 3) 신속한 지혈, 4) 초기 재출혈 예방, 5) 출혈과 연관된 합병증 등을 예방하는 것으로 알려져 있는데, 2008.10.23. 신청인에게 시행된 경화요법은 간단하게 약물을 주입하는 일반적인 주사요법과 달리 늘어난 정맥류 조직에 내시경을 통해 약물을 주입하여 혈관을 경화시키는 요법으로 식도정맥류 출혈에 대한 직접적인 치료를 위해 사용되었으며, 또한 2009.7.22.자 ○○병원 담당의사가 발행한 진료확인서에 의하면 “피보험자는 간경변증의 합병증인 식도정맥류 출혈에 대한 치료를 위해 2009.7.7. 내시경적 결찰술을 시행”했다는 소견으로 식도정맥류 출혈이 “성인11대질환”의 하나인 간경변의 후유증으로 인해 발생하였고, 상부소화관출혈 중 가장 높은 사망률을 보이는 응급질환인 식도정맥류 출혈에 대한 치료를 하지 않을 경우 신청인의 생명유지에 심각한 결과를 초래한다고 볼 수 있어 앞선 “약관해석 통일시행방안” 및 조정사례의 취지에 부합된다고 인정되는 점.

라. 결 론

그렇다면 이 건 간경변의 합병증으로 인해 발생한 식도정맥류 출혈 치료를 위해 신청인이 시행받은 2008.10.23. 경화요법, 2009.7.7. 내시경적 결찰술에 대해 당해보험 약관에 서 정하고 있는 성인 11대 질환 수술급여금을 지급하는 것이 타당하다 할 것임.

213) 1997.6.27. 조정번호 제1997-20호.

214) 1998.5.29. 조정번호 제1998-18호.

215) 2005년 대한간학회 간경변 합병증 치료 가이드라인(대한간학회), 분당차병원 소화기내과 질병정보 등

4-19 화염상 모반치료를 위한 레이저수술의 수술인정 여부

[인용] 화염상 모반에 대한 혈관레이저수술은 선천적으로 이상이 생긴 혈관부위를 레이저로 피부에 손상 없이 혈관을 태워 제거하거나 모반을 얇게 하는 효과를 가지고 있어 당해 보험 약관에서 수술에 포함되는 것으로 예시된 절단(切斷) 또는 적제(摘除)와 같이 비정상적인 신체 부위를 제거하는 것을 의미한다고 인정할 수 있으므로 수술의 범주에 포함되는 것으로 봄이 타당함.(2010.1.26. 조정번호 제2010-8호)

가. 사실관계

신청인은 2008.7.15. 출생한 자녀가 2009.5.28. ○○피부과의원에서 화염상 모반으로 인한 레이저수술을 받자 수술급여금을 청구하였으나 피신청인이 약관상 수술에 해당하지 않는다고 보험금 지급을 거절하자 분쟁조정을 신청함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

피보험자가 선천성 화염상 모반의 치료를 위해 레이저수술을 받았음에도 레이저수술이 보험약관에서 정하고 있는 수술에 해당되지 않는다고 수술급여금을 지급하지 않는 것은 부당함.²¹⁶⁾

(2) 피신청인의 주장

당해 보험약관에서 정하고 있는 수술은 의료기관에서 의사의 관리하에 기구를 사용하여 생체에 절단, 적제 등의 조작을 가하는 것으로 규정(흡인, 천자, 적제 등의 조치 및 신경 BLOCK은 제외)하고 있는데, 피보험자가 시행 받은 레이저치료는 레이저를 쏘아 혈관을 태우는 치료로 당해보험 약관에서 정하고 있는 수술에 해당되지 않음.

216) ○○피부과의원 발행 2009.5.28.자 진단서에 의하면 피보험자는 선천성 화염상모반 진단에 따라 당일 전신마취 하에 혈관레이저 수술을 시행받은 것으로 확인됨.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 선천성 화염상 모반의 치료를 위한 혈관레이저수술이 당해보험 약관에서 정하고 있는 수술급여금의 지급사유에 해당하는지 여부라 할 것임.

(1) 약관규정

당해보험 특약 약관 제10조(입원 및 수술의 정의와 장소) 제2항은 “이 특약에서 ‘수술’이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 기구를 사용하여 생체에 절단(切斷), 적제(摘除) 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 흡인(吸引), 천자(穿刺), 적제(滴劑) 등의 조치 및 신경 BLOCK은 제외한다”고 규정하고 있으며, 동 특약 제11조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2항은 “특약보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 출생 후 선천이상이 직접적인 원인이 되어 그 치료를 직접목적으로 수술을 받았을 때 선천이상수술급여금(수술1회당)을 지급한다”고 규정하고 있음.

(2) 쟁점검토

2009.5.28.자 ○○피부과의원 발행의 진단서에 의하면 이 건 피보험자는 선천성 화염상 모반(한국질병분류번호: Q82.5)으로 진단을 받았으며, 동 진단명이 당해 보험약관에서 분류하고 있는 선천이상 분류표에 해당된다는 점에 대해서는 다툼의 여지가 없음.

다만, 선천성 화염상 모반의 치료를 위해 혈관레이저수술을 받은 사실이 당해 보험약관에서 정하고 있는 수술급여금의 지급대상이 되는지 여부에 대해 판단하건대, 일반의 의료경험칙상 화염상 모반은 선천적으로 발생하는 혈관종의 일종으로 성장하면서 점차 뚜렷해지는 경향이 있고, 피부가 울퉁불퉁 해질 수 있으며, 가능한 조기에 치료하는 것이 원칙이고, 여러 가지 레이저의 개발로 치료가 가능하게 되어 1~2개월 간격으로 시술하며, 5~10회 정도 반복하여 치료하는 것으로 알려져 있고,²¹⁷⁾ 당해 보험의 특약 약관에서는 별도의 수술분류표 기준을 두지 않고 ‘수술’에 대한 정의(①의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, ②의료기관에서 의사의 관리 하에 기구를 사용하여, ③생체에 절단(切斷), 적제(摘除) 등의 조작을 가하는 것으로 흡인(吸引), 천자(穿刺), 적제

217) 2008.8.27. ◇◇대학교부속병원 성형외과 의료자문에 따름.

(滴劑) 등의 조치 및 신경 BLOCK은 제외)를 충족하는 경우 수술급여금을 지급하도록 정하고 있는데, 이 건 2009.7.13.자 ○○피부과 의원 발행의 진료소견서에 의하면 피보험자가 선천성 화염상 모반에 대한 근본적인 치료를 위해 혈관레이저수술의 치료가 필요하다고 인정하였고, 담당의사의 관리 하에 Vbeam 레이저를 사용하여 치료하였는바 ①항과 ②항을 충족하고 있음을 쉽게 엿볼 수 있음.

또한, 당해 특약에서는 ‘기구’에 대해 별도의 설명을 하고 있지 않으나 그 사전적(국립국어원 표준국어대사전) 의미는 세간, 도구, 기계 따위를 통틀어 이르는 말로 과거의 전통적인 메스(surgeon's knife)만을 의미하고 레이저 수술장비를 포함하지 않는다고 볼 수 없으며, ③항에서 수술로 예시된 절단(切斷), 적제(摘除)와 수술에 해당하지 아니하는 것으로 예시된 흡인(吸引), 천자(穿刺), 적제(滴劑) 등의 사전적 의미에 대해 살펴건대, 금융감독원은 2004.7.13, 2006.7.7. 일반소비자의 보험에 대한 이해도를 높이고 민원예방을 위해 생·손보험회에 보험용어에 대한 정비를 하도록 2회에 걸쳐 지도²¹⁸⁾하는 한편 보험업법 및 약관의 어려운 보험용어를 순화하는 작업을 추진해 왔는데, 이를 통해 그 의미를 정의해 보면, ‘절단(切斷)’ 또는 적제(摘除)는 수술로 제거하는 것을 의미하고 세부적으로 ‘절단(切斷)’은 특정부위를 잘라 내는 것을, ‘적제(摘除)’는 특정부위를 잘라 들어내 없애는 것을 의미하고, 수술에 해당하지 않는 것으로 예시된 흡인(吸引)은 주사기 등으로 빨아들이는 것을, 천자(穿刺)는 바늘 또는 관을 꽂아 체액이나 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것을, 적제(滴劑)는 미량의 액체약물을 주사기 등으로 투여하는 것을 의미하고 있는바, 이 건 화염상 모반에 대한 혈관레이저수술이 당해 보험약관에서 수술에 해당하지 아니하는 것으로 예시된 흡인, 천자, 적제로 볼 수 없고, 오히려 혈관레이저 수술이 선천적으로 이상이 생긴 혈관부위를 레이저로 피부에 손상 없이 혈관을 태워 제거하거나 모반을 얇게 하는 효과를 가지고 있는 점 등을 감안하면 당해 보험약관에서 수술에 포함되는 것으로 예시된 절단(切斷) 또는 적제(摘除)와 같이 비정상적인 신체 부위를 제거하는 것을 의미한다고 인정할 수 있는바 이를 수술의 범주에 포함되는 것으로 봄이 타당함.

또한 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조제1항 <별표2>에서는 주근

218) 2004.7.13. 보감총6110-00417, 2006.7.26. 보감총-00295.

깨·다모(多毛)·무모(無毛)·백모증(白毛症)·탈기코 등의 피부질환은 업무 또는 일상 생활에 지장이 없는 경우로 보아 비급여대상으로 정하고 있으나, 혈관종은 대부분 출생 시에 나타나 성장기 전·후에 일부는 자연퇴화 되기도 하나 궤양화를 초래하여 2차 감염을 일으키기도 하고 많은 경우에 부작용이 있거나 기능장해를 유발할 뿐만 아니라 노출부위에 병소가 있는 경우에는 타인에게 혐오감을 주어 안정된 사회생활이 어려우므로 얼굴, 목, 손, 팔, 무릎이하의 노출 부위가 포함된 병소에 대한 치료를 하는 경우에는 급여대상으로 한다는 보건복지가족부 고시²¹⁹⁾ 취지에 비추어보더라도, 이 건 피보험자는 3세의 여아(女兒)로 좌측하지의 50%정도에 화염상 모반이 발병하여 향후 동 질환으로 인한 수치심 또는 타인 기피 등 일상생활에 지장을 초래할 수 있음을 쉽게 엿볼 수 있는 점, ○○피부와 담당의사는 피부에 손상이 없도록 혈관만 태워 제거하기 위하여 Vbeam 레이저를 사용하고 있으며, 화염상 모반 혈관레이저수술에 소요되는 치료시간이 한 시간에 달하고 통증이 수반되므로 전신마취가 꼭 필요하다는 소견인 점 등을 고려할 때 이 건 혈관레이저수술이 당해보험 약관에서 정하고 있는 수술급여금의 지급사유를 충족한다 할 것임.

한편, 피신청인은 당해 분쟁조정신청 사건과 유사한 분쟁이 모두 기각처리 되었고, 레이저치료를 수회 반복하여야 하므로 특정 병변 부위에 대한 반복 치료를 1회로 보아야 한다고 주장하고 있으나, 그 간 화염상 모반으로 인한 분쟁조정위원회에 상정된 안건²²⁰⁾은 기각결정이 아닌 각하결정되어 피신청인의 주장은 사실과 다르며, 화염상 모반에 대한 레이저치료는 환자의 화염상모반의 크기, 색소침착의 정도 등에 따라 담당의사가 그 치료의 정도를 판단하도록 봄이 상당하고, 건강보험심사평가원에서도 안면부, 목 등의 화염상 모반에 대해 20회에 걸쳐 레이저치료를 시행한 환자에 대해 총 6~7회 정도의 보험급여가 가능한 것으로 판단(2009.5.21. 피부과 간담회)하였으며, 당해 피보험자의 혈관레이저 수술에 대한 치료비용이 약관상 정한 보장금액(수술1회당 100만원)과 유사할 뿐만 아니라 동 보험의 선천이상보장특약 약관에서는 수술의 정의에 대해서만 규정하고

219) 제43~46호, 건강보험혁신TF의 합리적 급여기준 마련에 따른 관련고시(2005.6.24.)

220) 제2008-72호는 피신청인이 수술급여금을 2회 지급하여 신청인이 취하서를 제출하였고, 제2008-75호는 피신청인이 수술 회당 실제 치료비용을 모두 지급하여 신청인이 취하서를 제출한 바 있음.

있을 뿐 횡수에 대한 규정 및 제한을 두고 있지 않음에도 불구하고 이를 보험계약자에게 불리하게 적용하여 횡수의 제한을 둘 경우 작성자 불이익의 원칙에 반하는 부당한 결과를 초래할 수 있음.

라. 결 론

그렇다면 이 건 피보험자의 화염상 모반 치료를 위한 혈관레이저 수술에 대해 당해보험 약관에서 정하고 있는 수술급여금을 지급하는 것이 타당하다 할 것임.

4-20 용종제거 수술 후 받은 내시경적 지혈술의 수술급여금 인정 여부

[기각] 당해 보험 수술특약 약관에서는 Fiberscope에 의한 복부장기수술을 수술의 종류로 분류하되 시술개시일로부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 정하고 있는데, 본 건 피보험자가 2009.9.24. Fiberscope에 의한 용종절제술 후 동 급여한도일 경과이전인 2009.9.28. 재차 Fiberscope에 의한 지혈술을 시행 받은 것은 사실이나, 일반의 의료경험칙상 대장의 용종을 제거하는 경우 이로 인한 출혈 및 지혈술이 필요하고, 이러한 일련의 수술과정을 연속선상에서 이루어지는 것으로 봄이 상당한 점 등을 감안할 때 본 건 피보험자의 2009.9.28. 내시경적 지혈술이 당해 보험약관에서 정하고 있는 수술급여금의 지급사유를 충족한다고 보기 어려움.(2010.1.26. 조정번호 제2010-10호)

가. 사실관계

피보험자가 ○○병원에서 2009.9.24. 및 9.28.에 각각 대장내시경적 용종절제술과 내시경적 지혈술²²¹⁾을 시행받은 후 수술급여금을 청구하였으나, 피신청인이 9.24. 수술에 대해서만 보험금을 지급하자 분쟁조정을 신청함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

221) 결장의 양성신생물, 소화기계통의 기타 처치후 장애로 인하여 시행함.

2009.9.24. 피보험자가 대장용종의 진단하에 용종절제술을 받은 이후 혈변 및 복부장기 내 출혈이 심하여 2009.9.28. 내시경적 지혈술을 받았음에도 내시경적 복부장기수술 시술 일로부터 60일이 경과되지 않았다 하여 수술급여금을 지급하지 않는 것은 부당함.²²²⁾

(2) 피신청인의 주장

이 건 피보험자가 2009.9.24. 대장내시경적 용종절제술, 2009.9.28. 내시경적 지혈술을 시행 받은 점은 인정되나, 당해 보험약관에서 정하는 파이버스코프(Fiberscope)²²³⁾에 의한 복부장기수술은 시술개시일로부터 60일만에 1회의 급여를 한도로 하고 있어 그 기간이 경과되지 않았으므로 2009.9.28. 시행 받은 수술에 대해서는 수술급여금 지급이 불가함.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 신청인이 2009.9.28. 내시경적 지혈술이 당해 약관에서 정한 “Fiberscope에 의한 복부장기수술 시술개시일로부터 60일 미경과 시점”에 해당되어 수술급여금 지급 사유에서 제외되는지 여부라 할 것임.

(1) 약관 규정

종신보험 수술특약 약관 제10조(수술의 정의와 장소)는 “이 특약에서 ‘수술’이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 기구를 사용하여 생체에 절단, 적제 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 흡인, 천자, 적제 등의 조치 및 신경 BLOCK은 제외한다”고 규정하고 있으며, 동 약관 제11조(보험금의 종류 및 지급사유)는 “피보험자가 특약보험기간 중 발병한 질병 또는 재해를 직접적 원인으로 수술의 종류 및 등급분류표(부표5)에서 정하는 수술을 받았을 때에는 수술급여금을 지급한다”고 정하고, <부표5>에서는 Fiberscope에 의한 복부장기수술을 1종으로 분류하되 시술 개시일로부터 60일만에 1회의 급여를 한도로 하고 있음.

222) 피보험자는 2009.9.22. 건강검진센터에서 실시한 대장내시경검사 소견상 용종 8개가 발견되어 이 중 1개를 제거하였으나 나머지 용종은 크기가 크고 제거시 출혈 및 장천공의 위험성 때문에 ○○병원으로 전원되었고, 동 병원에서 2009.9.24. 대장용종의 진단 하에 대장내시경적 용종절제술, 2009.9.28. 결장의 양성신생물 및 소화기계통의 기타 처치 후 장애의 진단 하에 내시경적 지혈술을 시행받았음.

223) 유리섬유의 내시경.

(2) 쟁점검토

이 건 피보험자가 ○○병원에서 2009.9.24. 대장용종의 진단 하에 대장내시경적 용종절제술, 2009.9.28. 결장의 양성신생물 및 소화기계통의 기타 처치 후 장애의 진단 하에 내시경적 지혈술을 받은 사실에 대해서는 다툼의 여지가 없음.

다만, 2009.9.28. 결장의 양성신생물 및 소화기계통의 기타 처치 후 장애의 진단 하에 내시경적 지혈술을 받은 사실이 당해보험 약관에서 정하고 있는 수술급여금의 지급사유에 해당되는지의 여부가 관건이므로 살피건대, 당해보험 수술특약 약관에서는 피보험자가 특약의 보험기간 중 발생한 질병의 치료를 목적으로 수술을 받았을 때 수술급여금을 지급하도록 정하고 Fiberscope에 의한 복부장기수술을 수술의 종류로 분류하되 시술개시일로부터 60일만에 1회의 급여를 한도로 정하고 있는 바, 이 건 피보험자가 2009.9.24. Fiberscope에 의한 용종절제술 후 동 급여한도일 경과이전인 2009.9.28. 재차 Fiberscope에 의한 지혈술을 시행 받은 것은 사실이나, 일반의 의료경험칙상 대장의 용종을 제거하는 경우 이로 인한 출혈 및 지혈술이 필요하고, 이러한 일련의 수술과정을 연속선상에서 이루어지는 것으로 봄이 상당한 점 등을 감안할 때 이 건 피보험자의 2009.9.28. 내시경적 지혈술이 당해 보험약관에서 정하고 있는 수술급여금의 지급사유를 충족하는 것으로 보기 어려움.

라. 결 론

그렇다면 이 건 피보험자가 2009.9.28.시행 받은 내시경적 지혈술에 대하여 피신청인이 시술개시일로부터 60일이 경과하지 않았음을 이유로 수술급여금의 지급을 거절한 업무처리를 부당하다 할 수 없을 것임.

4-21 만성신부전증 치료를 위한 동정맥루조성술의 수술 급여금 인정 여부

[인용] 동정맥루조성술은 만성신부전 환자를 직접 치료하기 위한 방법인 혈액투석법을 하기 위해 시행하는 수술이고, 또한 동정맥루조성술은 피부절개를 하고 자가혈관 혹은 인조혈관을

이용해 동맥과 정맥을 연결해 주는, 즉 생체에 조작을 가하는 행위로 외과 또는 흉부외과 전문의 중 혈관외과를 전공한 의사가 주로 시행하는 수술이므로 피신청인은 피보험자의 만성신부전증 치료를 위한 동정맥루조성술에 대하여 당해보험 약관에서 정하고 있는 수술급여금을 지급하는 것이 타당함.(2010.7.27. 조정번호 제2010-80호)

가. 사실관계

피보험자는 2009.9.5. ○○병원에서 만성신부전증 진단을 받고 9.7. 동정맥루조성술을 시행하였고 수술급여금을 지급받음. 피보험자가 다시 2009.11.17. 동정맥루조성술을 시행하고 보험금을 청구하였으나 피신청인 보험금 지급을 거절하였음.

이후 피보험자가 2010.3.5. ◇◇혈관내과의원에서 다시 동정맥루조성술을 시행한 후 보험금을 청구하였으나 피신청인은 2009.11.17. 건에 대해서는 보험금을 지급하고 2010.3.5. 건에 대해서는 보험금 지급을 거절하자 분쟁조정을 신청함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

피보험자가 만성신부전증(한국표준질병사인분류: N18)의 치료를 위해 동정맥루조성술을 받았음에도 수술급여금을 지급하지 않는 것은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

이 건 피보험자가 시행 받은 동정맥루조성술은 정맥과 동맥을 연결하는 등 혈액투석의 경로확보를 하기 위한 조치에 불과하고, 절단(切斷), 적제(摘除) 등 일반적인 수술의 정의에 해당하기 보다는 “천자(穿刺) 등의 조치”로 봄이 타당하므로 이를 인정할 수 없으며, 2회에 걸쳐 수술급여금을 지급한 것은 민원해소 차원에 기인한 것이었음.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 만성신부전증의 치료를 위한 동정맥루조성술이 당해보험 약관에서 정하고 있는 수술급여금의 지급사유에 해당하는지 여부라 할 것임.

(1) 약관 규정

당해 보험약관 제2조(각종 질환의 정의 및 진단확정) 제1항 제2호에서는 이 보험에의 “9대 질환”을 당뇨, 심장질환, 고혈압, 뇌혈관질환, 간질환, 만성호흡기질환, 위·십이지장궤양, 갑상선 장애, 신부전증(한국표준질병사인분류 : N17~N19)으로 분류하고 있으며, 동 약관 제11조(보험금의 지급사유) 제1항 제3호에서는 보험기간 중 피보험자가 9대 질환으로 진단확정 되고, 그 9대 질환의 치료를 직접 목적으로 하여 수술을 받았을 때 수술급여금을 지급하도록 정하고 있음.

(2) 쟁점 검토

2009.9.12.자 ○○병원 발행의 수술확인서에 의하면 이 건 피보험자는 2009.9.5. 만성 콩팥(신장) 기능상실, 상세불명의 만성 콩팥(신장) 기능상실(한국질병분류번호: N18, N18.9)로 진단을 받았으며, 동 진단명이 당해 보험약관에서 분류하고 있는 9대 만성질환에 해당된다는 점에 대해서는 다툼의 여지가 없음.

다만, 이 건 피보험자가 만성신부전증의 치료를 위해 시행 받은 동정맥루조성술이 당해 보험약관에서 정하고 있는 수술급여금의 지급대상이 되는지 여부에 대해 판단하건대, 다음과 같은 점 등을 감안할 때 당해보험 약관에서 정하고 있는 수술급여금 지급 대상에 해당한다 할 것임.

① 금융감독원이 금융분쟁조정위원회 전문위원에게 의뢰한 의료자문 등의 소견에 의하면 만성신부전 환자의 치료방법으로는 복막투석법, 혈액투석법, 신장이식법 등이 있으며, 신장이식법이 가장 이상적인 치료방법이겠으나 여러 가지 제한사항이 있어 현실적으로는 대부분의 만성신부전 환자들이 혈액투석법에 의존하고 있으며, 혈액투석을 장기적으로 받을 경우 반드시 필요한 혈관조성 수술이 동정맥루조성술이라는 점.

② 수술로 만든 동정맥루는 다른 용도로 사용하지 못하고 오로지 혈액투석의 접근 통로로만 이용되며, 일단 수술로 만든 동정맥루는 충분히 숙성하는데 시간이 걸리고, 막히지 않게 잘 보존하는 것이 환자의 생명 유지에 대단히 중요한 점, 이러한 동정맥루조성술은 만성신부전 환자를 직접 치료하기 위한 방법인 혈액투석법을 하기 위해 시행하는 수술인 점.

③ 혈액투석은 펌프를 이용하여 계속적으로 환자의 혈액을 빼내어 투석기를 거친 후 깨끗한 혈액을 다시 환자에게 투입하는 일련의 치료법인데, 적절한 혈액투석을 위해서는 혈류속도가 1분에 250~500cc 정도 되어야 하므로 일반 혈관으로는 혈액투석을 시행 할 수 없어 동맥과 정맥을 연결한 동정맥루를 이용하거나 응급시에는 중심혈관을 이용하고 있는 점, 좋은 동정맥루는 환자의 장기 예후에 직결되므로 각 병원에서 혈관을 전문적으로 다루는 일반외과 의사 또는 흉부외과 전문의가 수술하고 있는 점.

④ 이 건 보험상품은 9대 질환 등 특정질환의 치료(진단, 수술, 입원 등)를 중점 보장하는 상품으로 당해 보험약관에서도 수술급여금의 지급사유를 정함에 있어 “9대 질환의 치료를 직접 목적으로 하여 수술을 받았을 때”로만 정하고 있을 뿐, 현행 보험약관에서 정하고 있는 별도의 수술기준(①의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, ② 의료기관에서 의사의 관리 하에 기구를 사용하여, ③생체에 절단(切斷), 적제(摘除) 등의 조작을 가하는 것으로 흡인(吸引), 천자(穿刺), 적제(滴劑) 등의 조치 및 신경 BLOCK은 제외)을 정하고 있지 않는 점, 피신청인들이 동 약관에서 정하고 있지 않는 상기의 수술 기준의 취지를 십분 인정하더라도 동정맥루조성술은 피부절개를 하고 자가혈관 혹은 인조혈관을 이용해 동맥과 정맥을 연결해 주는, 즉 생체에 조작을 가하는 행위로 외과 또는 흉부외과 전문의 중 혈관외과를 전공한 의사가 주로 시행하는 수술이라는 점.

⑤ 그간 금융분쟁조정위원회는 간경변 합병증으로 발생한 식도정맥류 출혈 치료를 위해 시행한 내시경적 결찰술을 특정질환 수술로 인정한 점²²⁴⁾, 자궁경부암(재발성, 폐전이)에 대한 방사선 치료 후 발생한 좌측 신장주변 농양, 괴사 근막염, 콩팥수신증 등의 합병증 치료를 위해 시행한 요관부목교체술을 암수술로 인정한 점²²⁵⁾, 당뇨병의 합병증 치료를 위해 시행한 실리콘오일제거술을 일련의 치료과정으로 보아 당뇨병 치료를 직접 목적으로 한 수술에 해당된다고 인정한 점²²⁶⁾, 췌장암의 합병증인 황달증세를 없애고 소화장애로 인한 고통을 덜어 주기 위해 시행한 경피적 담즙배액술·경피적 위루술·경피적 복수배액술을 암치료를 직접 목적으로 한 수술로 인정한 점²²⁷⁾ 등.

224) 조정번호 제2009-106호.

225) 조정번호 제2010-19호.

226) 조정번호 제2006-66호.

라. 결 론

그렇다면 이 건 피보험자의 만성신부전증 치료를 위한 동정맥루조성술에 대하여 당해 보험 약관에서 정하고 있는 수술급여금을 지급하는 것이 타당하다 할 것임.

4-22 인공무릎관절 수술 후 재치환술을 받은 경우 수술자금 인정 여부

[인용] 인공관절의 수명은 10년으로 평가되며, 마모와 통증이 수반되면 교환주기에 관계없이 재치환술을 시행하고 있는 점, 당해 피보험자 또한 무릎관절염에 대한 직접 치료 방법으로 인공관절 전치환술을 받았으나, 시술 1년여 만에 부정정열로 인한 삽입물의 이완이 발생하였는데 이는 환자의 대퇴골 또는 경골에 변형이 심해 시술 시 충분히 교정하지 못하게 되어 인공관절 재치환술을 받은 것으로 보이는 점, 당해 보험약관에서 정하고 있는 수술자금의 지급사유는 특정질병의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 때로 정하고 있는데, 이 건 피보험자의 우측 슬관절염에 대한 치료가 인공관절 전치환술 및 인공관절 재치환술 이외 다른 치료방법을 찾기 어려운 점 등을 감안 할 때 피신청인은 수술자금을 지급할 책임이 있다고 판단됨.(2011.4.26. 조정번호 제2011-27호)

가. 사실관계

피보험자는 2010.1.6. ○○병원에서 인공슬관절 전치환술을 시행받은 후 보험금을 청구하여 수술자금을 지급 받음. 피보험자는 같은 해 10.20. ○○병원에서 인공관절 재치환술을 받은 보험금을 청구하였으나 피신청인이 인공관절 재치환술은 무릎 관절질환의 치료목적이 아니라며 보험금 지급을 거절하자 분쟁조정을 신청함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

이 건 피보험자는 우측 슬관절의 관절병증이 악화되어 2010.1.6. 인공관절 전치환술을

227) 조정번호 제1998-18호.

받았으며(피신청인 수술급여금 지급), 2010.10.20. 우측 슬관절의 인공관절 삽입기구가 느슨해져 통증을 유발함에 따라 우슬관절의 인공관절에 대해 재치환술을 받았음에도 피신청인이 이에 대한 수술자금의 지급을 거절하는 것은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

이 건 피보험자가 2010.10.20. 시행 받은 인공관절 재치환술은 무릎 관절질환의 치료 목적이라기보다는 과거 시행하였던 인공관절전치환술 시 삽입하였던 인공관절 삽입기구의 문제로 인한 것이므로 수술자금의 지급은 불가함.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 무릎관절증 치료를 위한 인공관절 수술 후 재치환술을 받은 경우가 당해 보험 약관에서 정하고 있는 수술자금의 지급사유에 해당하는지 여부라 할 것임.

(1) 약관 규정

건강생활보험약관 제9조(특정질병의 정의 및 진단확정) 제1항은 이 보험에서 “특정질병”이라 함은 성인 남성 7대 특정질환 분류표, 성인 여성 7대 특정질환 분류표, 골다공증 및 관련 질환 분류표, 또는 부인과 질환 분류표에 정한 질병을 말하는 것으로 정하고 있으며, 동 보험약관 제14조(보험금의 지급사유) 제1항 제4호에서는 피보험자가 책임개시일 이후에 특정질병으로 진단이 확정되고, 특정 질병의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 때 수술자금 및 외래치료비를 지급하도록 정하고 있음.

한편, 특정질병보장특약 약관 제3조(특정질병의 정의 및 진단확정) 제1항에서는 이 보험에의 “특정질병”이라 함은 골다공증 및 관절관련 질환 분류표, 부인과 질환 분류표에 정한 질병을 말하는 것으로 정하고 있으며, 동 약관 제6조(보험금의 지급사유) 제1항 제2호에서는 피보험자가 책임개시일 이후에 특정질병으로 진단이 확정되고, 특정질병의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 때 수술자금을 지급하도록 정하고 있음.

(2) 쟁점 검토

이 건 피보험자가 위 각각의 보험약관에서 특정질병으로 분류된 골다공증 및 관절 관

련질환의 하나인 무릎관절증(한국표준질병분류사인표상 코드기호: M17)으로 진단받은 점, 2010.1.6. ○○병원에서 우측 인공관절 전치환술을 시행받은 점, 2010.10.20. 동 병원
에서 우측관절 인공관절 재치환술을 받은 점에 대해서는 다툼의 여지가 없는 사실임.

다만, 피신청인은 당해 피보험자가 2010.10.20. 시행 받은 인공관절 재치환술은 무릎관
절증의 상태악화 등에 기인하였다기보다는 10여개월 전 인공관절 전치환술을 받으면서
삽입된 인공삽입물에 문제가 발생하여 재치환술을 받은 것이므로 한국표준질병사인분류
표상 병명코드도 M17(무릎관절증)이 아닌 T84(내부 인공삽입물의 기계적 합병증 등)에
해당되어 수술자금의 지급은 불가하다고 주장하고 있으나, 다음과 같은 점 등을 감안할
때 피신청인이 수술자금의 지급을 거절할 근거는 부족하다 할 것임.

① 금융감독원이 금융분쟁조정위원회의 전문위원에게 의뢰한 의료자문 등의 소견에
의하면 인공관절의 수명은 10년으로 평가되며, 마모와 통증이 수반되면 교환주기에 관계
없이 재환술을 시행하고 있는 점.

② 당해 피보험자 또한 무릎관절염에 대한 직접 치료 방법으로 인공관절 전치환술을
받았으나, 시술 1년여 만에 부정정열로 인한 삽입물의 이완이 발생하였는데 이는 환자의
대퇴골 또는 경골에 변형이 심해 시술 시 충분히 교정하지 못하게 되어 인공관절 재치
환술을 받은 것으로 보이는 점.

③ 당해 보험약관에서 정하고 있는 수술자금 지급사유는 특정질병의 치료를 직접적인
목적으로 수술을 받았을 때로 정하고 있는데, 이 건 피보험자의 우측 슬관절염에 대한
치료가 인공관절 전치환술 및 인공관절 재치환술 이외 다른 치료방법을 찾기 어려운 점.

④ 피신청인 등 보험사에서도 인공관절 전치환술 후 일정기간이 경과하여 재치환술을
받는 경우 관련 수술자금을 지급하고 있는 점.

또한, 피신청인은 2010.10.20. 시행한 우측관절 인공관절 재치환술이 무릎관절증(M17)의
이상으로 인해 발생한 것이 아니라 내부 관절 인공 삽입물의 기계적 합병증, 즉 한국표
준질병사인분류표상 병명코드인 T84에 해당되므로 위 각각의 보험약관에서 정한 골다
공증 및 관절관련 질환 분류표에 해당되지 않는다고 주장하고 있으나, 한국표준질병사인
분류표상 T84(내부관절 및 인공삽입물의 기계적 합병증)은 liner라는 중간 삽입물의 심

각한 마모 또는 파절, 대퇴 및 경골 삽입물의 파절 및 이완에 해당되는 경우 부여하게 되는데 금융분쟁조정위원회의 전문위원에게 의뢰한 의료자문 등의 소견에 의하면 이 건 피보험자의 인공관절 재치환술의 원인이 이러한 기계적 합병증이라고 보이지 않는다는 소견을 피력하고 있는 점, 신청인 및 피신청인측에서 제출한 ○○병원 발행의 모든 진단서 소견에는 피보험자의 병명 코드를 일관되게 무릎관절증(MI7)으로 분류하고 있는 점 등을 감안할 때 한국표준질병사인분류표상 T84(내부관절 및 인공삽입물의 기계적 합병증)를 전제로 수술자금의 지급을 거절한 피신청인의 주장은 이유 없다 할 것임.

라. 결 론

그렇다면 피신청인은 이 건 피보험자가 무릎관절증 치료를 위해 시행 받은 인공관절 재치환술에 대하여 당해보험 약관에서 정하고 있는 수술자금을 지급하는 것이 타당하다 할 것임.

4-23 어깨의 석회성 힘줄염 치료를 위한 체외충격파치료의 수술 인정 여부

[기각] 체외충격파치료는 수술을 대신하기 보다는 수술에 앞서 보존적 치료의 일환으로 간단히 외래에서 시행하는 방법이라는 점, 체외충격파쇄석술과 체외충격파치료는 충격파라는 같은 원리를 이용하나 물리적 파괴와 생리적 용해와는 그 의미가 다른 점, 당해 보험약관 별표1의 수술분류표에 따르면 수술급여금의 지급 대상 수술명으로 체외충격파쇄석술을 2종 수술로 명확하게 분류하고 있는 점 등을 감안할 때 이 건 피보험자가 시행 받은 체외충격파치료를 당해 보험약관에서 정한 수술급여금의 지급대상이라고 인정할 수는 없다 할 것임.(2011.5.31. 조정번호 제2011-33호)

가. 사실관계

피보험자는 2011.1.25.~2.5. 기간중 어깨의 석회성 힘줄염으로 ○○정형외과에 입원하였고 동 기간중 1.28. 및 2.1. 각각 체외충격파치료(ESWT)를 받은 후 보험금을 청구하였으나 피신청인이 약관상 수술에 해당하지 않는다며 보험금 지급을 거절하자 분쟁조정

을 신청함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

이 건 피보험자는 좌측 어깨의 석회성 힘줄염의 치료를 위해 체외 충격파치료를 받았고, 이와 유사한 금융분쟁조정위원회의 조정결정사례²²⁸⁾에서 수술급여금을 지급하도록 결정하였음에도 불구하고 피신청인이 수술급여금을 지급하지 않는 것은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

당해 보험약관에서 정하고 있는 체외충격파쇄석술(ESWL: extracorporeal shock wave lithotripsy)은 체외 충격파를 통하여 몸속에 있는 결석을 쇠석(돌을 잘게 깨뜨려 부숨)하여 치료하는 것을 의미하고 있는데, 이 건 피보험자가 시행받은 체외충격파치료(ESWT: extracorporeal shock wave therapy)는 체외에서 충격파를 통증부위에 가해 통증의 감소 및 기능을 개선하는 치료법으로 약관에서 정한 수술에 해당되지 않아 수술급여금을 지급하지 않은 것임.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 좌측 어깨의 힘줄염 치료를 위해 시행한 체외충격파치료(ESWT)가 당해 보험약관에서 정하고 있는 수술급여금의 지급사유에 해당하는지 여부라 할 것임.

(1) 약관 규정

당해 보험약관 수술보장특약 제10조(수술의 정의와 장소)에서는 이 특약에 있어 수술이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자에 의하여 질병 또는 재해로 인한 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 수술분류표에서 정한 행위(기구를 사용하여 생체에 절단(切斷), 적제(摘除) 등의 조작을 가하는 것을 말하며 흡인(吸引), 천자(穿刺), 적제(滴劑) 등의 조치 및 신경 BLOCK은 제외)를 말하는 것

228) 2009.3.24. 조정번호 제2009-31호.

으로 정하고 있으며, 동 특약 제11조(보험금의 종류 및 지급사유)에서는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제10조에서 정한 수술을 받았을 때에는 수술의 종류에 따라 수술급여금을 지급하도록 정하고 있음.

한편, 동 특약 별표1의 수술분류표에 따르면 수술급여금의 지급 대상 수술명으로 체외충격파쇄석술(ESWL; 體外衝擊破碎石術)을 2종 수술로 분류하면서 시술개시일부터 60일 간에 1회의 급여를 한도로 하는 것으로 정하고 있음.

(2) 쟁점 검토

이 건 피보험자가 2011.1.25.~2.5.기간 중 ○○정형외과에 입원 중 좌측 어깨의 석회성 힘줄염의 진단 하에 2011.1.28, 2.1. 각각 체외충격파치료(ESWT)를 받은 점에 대해서는 다툼의 여지가 없는 사실임. 다만, 피보험자가 좌측 어깨의 석회성 힘줄염의 치료를 위해 체외충격파치료(ESWT)를 받은 사실에 대하여 피신청인이 당해 보험약관에서 정한 수술급여금의 지급사유에 해당되지 않는다고 주장하나, 다음과 같은 점 등을 감안할 때 이 건 피보험자가 시행 받은 체외충격파치료를 당해 보험약관에서 정한 수술급여금의 지급대상이라고 인정할 수는 없다 할 것임.

① 금융감독원이 금융분쟁조정위원회 전문위원에게 의뢰한 자문소견에 따르면 체외충격파치료(ESWT: extracorporeal shock wave therapy)는 충격파를 한 방향에서 조사하여 조사된 조직에서 염증 반응이 유발, 촉진되어 석회성분이 흡수되도록 고안한 치료법으로 수술을 대신하기 보다는 수술에 앞서 보존적 치료의 일환으로 간단히 외래에서 시행하는 방법이라는 점.

② 체외충격파쇄석술과 체외충격파치료는 충격파라는 같은 원리를 이용하나 물리적 파괴(쇄석: 돌을 잘게 깨뜨려 부숴)와 생리적 용해와는 그 의미가 다른 점.

③ 2011년 ○○정형외과의원 발행의 진료확인서에도 체외충격파쇄석술과 체외충격파치료를 별개의 치료방법으로 보고 있는 점.

④ 당해 보험약관 <별표1> 수술분류표에 따르면 수술급여금의 지급 대상 수술명으로 체외충격파쇄석술(ESWL: 體外衝擊破碎石術)을 2종 수술로 명확하게 분류하고 있는 점.

한편 신청인은 건관절 석회성 건염에 대한 체외충격술이 보험약관 수술분류표상 충격

파에 의한 체내결석파쇄술에 해당된다는 금융분쟁조정위원회의 조정결정과 동일한 유형이므로 수술급여금이 지급되어야 한다고 주장하므로 살펴보건대, 동 건 조정결정은 석회성 건염이 몸에 생기는 돌의 일종이고, 이에 대한 치료의 방법 중 하나로 초음파 충격술이 중요한 방법으로 등장하였는데 이를 통하여 체내에 있는 결석을 파쇄하는 점을 감안하여 신청인의 청구를 인용하는 결정을 내린 것으로 신청인의 청구취지와 동일하다고 인정할 수는 없는 것임.

라. 결 론

그렇다면 신청인이 체외충격파치료(ESWT)를 받은 사실에 대하여 피신청인이 수술급여금의 지급을 거절한 업무가 당해 보험약관상 위배되었다 할 수 없을 것임.

4-24 무증상 뇌경색이 뇌졸중(뇌경색증) 진단급여금 지급대상인지 여부

[기각] 약관상 뇌졸중의 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 MRI 등을 기초로 하여야 하나 2011년 MRI/MRA 검사결과상 2005년 검사결과와 변화가 없이 ‘경도의 다발성 소혈관 허혈 병변’으로 확인되었으므로 뇌졸중(뇌경색증)으로 진단되었다고 보기 어려우며, 담당의사와의 면담결과, 피보험자는 뇌경색 흔적만 있는 상태로 신경학적 결손이 없는 무증상성 뇌경색으로 현재 나타나는 두통과 인과관계가 있다고 보기도 어려우며, 진구성 뇌경색은 증상이 있는 경우에 부여하는데 피보험자의 경우에는 증상이 없으므로 진구성 뇌경색으로도 볼 수 없다고 진술하고 있으므로 피신청인에게 뇌졸중(뇌경색증) 진단급여금을 지급할 책임이 있다고 할 수 없음.(2011.9.27. 조정번호 제2011-53호)

가. 사실관계

신청인은 2005.12.22. ○○병원에서 두통으로 MRI 및 MRA 검사를 시행하여 경도의 다발성 소혈관 허혈병변 관찰²²⁹⁾ 소견을 받은 적이 있고, 2011.2.14. 동 병원에서 두통으로 MRI 및 MRA 검사를 재시행하여 2005년 검사 결과와 변화없다는 소견을 받음.

²²⁹⁾ 검사 후 2006.9.18.까지 3회 추적 관찰.

신청인은 2011.2.22. ○○병원에서 상세불명의 뇌경색증(I63.9), 상세불명의 편두통(G43.9)으로 진단서(임상적 추정)를 받았으며, 진단서상 “뇌MRI에서는 소동맥 경색증 소견 보임”으로 기재되어 있어 뇌졸중(뇌경색증) 진단급여금을 청구하였으나, 피신청인이 2011.3.31. ◇◇병원에 의료자문을 실시한 결과, “기타 뇌혈관 질환(I67), 편두통(G43)”으로 확인되어 보험금 지급을 거절하자 분쟁조정을 신청함.

분쟁조정 신청 후 2011. 4.26 피신청인이 ○○병원에 의료자문을 실시한 결과, “뇌 소혈관질환(I69)”으로 진단됨.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

이 건 피보험자는 2011.2.22. ○○병원으로부터 상세불명의 뇌경색증(I63.9)으로 진단받았음에도 불구하고, 피신청인이 뇌졸중(뇌경색증) 진단급여금을 지급하지 않는 것은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

이 건 피보험자가 2011.2.14. 시행한 MRI 검사결과는 2005년과 동일하며, 현재 신경학적 후유증상도 없으며, 2회에 걸친 의료자문 결과, 뇌경색증(I63)에 해당되지 않는 것으로 확인되어 뇌졸중(뇌경색증) 진단급여금을 지급하지 않은 것임.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 무증상 뇌경색이 당해 보험약관에서 정하고 있는 뇌졸중(뇌경색증) 진단급여금의 지급대상에 해당하는지 여부라 할 것임.

(1) 약관규정

당해 건강보험약관 제12조(“뇌졸중”의 정의 및 진단확정)에서는 이 계약에 있어서 “뇌졸중”이라 함은 별표6(심질환·뇌혈관질환 분류표)에서 정한 대외혈관 질환 중에서 뇌졸중으로 분류되는 질병(분류번호 I60~I63, I65~I66)을 말하고, 뇌졸중의 진단확정은 의료

법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 핵자기 공명영상법(MRI), 뇌 혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 한다고 정하고 있으며, 동 약관 제19조(보험금의 지급사유)에서는 피보험자가 보험기간중 계약일로부터 계약일을 포함하여 90일이 지난날의 다음날 이후에 뇌졸중으로 진단확정되었을 때 진단급여금을 지급한다고 정하고 있음.

(2) 쟁점 검토

피신청인이 피보험자가 2011.2.22. ○○병원으로부터 진단받은 내용에 대해 당해 보험약관에서 정한 뇌졸중(뇌경색증) 진단급여금 지급대상에 해당되지 않는다고 주장하므로 살펴보건대, 아래와 같은 점 등을 감안할 때, 당해 보험약관에서 정한 뇌졸중(뇌경색증) 진단급여금의 지급대상이라고 인정할 수는 없다 할 것임.

① 당해 보험약관에 따르면 뇌졸중의 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 MRI(핵자기 공명영상법) 등을 기초로 하여야 한다고 정하는 있는데, 2011년 MRI/MRA 검사결과상 2005년도의 검사결과와 변화가 없이 “경도의 다발성 소혈관 허혈병변”으로 확인되었으므로 동 MRI/MRA 검사결과를 기초로 뇌졸중(뇌경색증)으로 진단되었다고 보기 어렵다는 점.

② 피보험자에게 진단서를 발행한 ○○병원의 담당의사와 면담결과, 피보험자는 뇌경색 흔적만 있는 상태로 신경학적 결손이 없는 무증상성 뇌경색으로 현재 나타나는 두통과 인과관계가 있다고 보기도 어려우며, 피보험자의 연령의 경우 누구나 MRI/MRA 검사를 하면 나올 수 있는 병변으로 볼 수 있다고 하고, 진구성 뇌경색은 증상이 있는 경우에 부여하는데, 피보험자의 경우에는 증상이 없으므로 진구성 뇌경색으로도 볼 수 없다고 하는 점.

③ 금융분쟁조정위원회 전문위원에게 의뢰한 자문소견에 따르면 뇌졸중의 진단확정은 보험약관에 따라 병력, 신경학적 검진 및 특수 검사를 기초로 하여야 하는데, 동 건의 진료기록을 보면 주 증상이 두통이며, 신경학적 검사상 이상 소견이 관찰되지 않았고, 2005년 시행한 MRI 검사상 양측 뇌실 주변부 및 좌측 기저부에 소혈관성 허혈성 병변

이 다발성으로 관찰되는데, 이는 고혈압, 당뇨병 환자 혹은 고령 등에서 주로 발생하는 뇌의 소혈관의 이상 변화로 인해 뇌 심부에 발생하는 허혈성 변화로 보이므로 병력, 신경학적 검진, 특수검사 등을 고려할 때 뇌경색증(I63)에는 해당되지 않는 것으로 보이며, 발생 시기가 불분명하고 비특이적, 소혈관성 뇌혈관 질환에 합당한 것으로 보여 상세불명의 뇌혈관 질환(I67.9)이 가장 근접한 병명으로 판단하고 있다는 점.

④ 판례²³⁰⁾에서 과거에 발생한 뇌경색으로 인해 신경증상이 잔존하는 진구성 뇌경색에 대해서도 보험약관상 뇌경색증(I63)이 아니라, 대뇌경색증(I69.3)의 후유증에 해당하여 보험금 지급의무가 없다고 판결하고 있는 바, 진구성 뇌경색보다 경미하다고 볼 수 있는 무증상 뇌경색을 보험약관상 뇌경색증(I63)으로 보기는 어렵다는 점.

라. 결 론

그렇다면 피신청인이 뇌졸중(뇌경색증) 진단급여금의 지급을 거절한 업무가 당해 보험약관상 위배되었다 할 수 없을 것임.

4-25 경막외신경감압(성형)술이 수술분류표상 신경관혈수술에 해당하는지 여부

[기각] ‘경막외신경감압(성형)술’은 디스크 탈출증, 유착 혹은 척추강 협착증 등 통증의 원인이란 생각되는 부위에 척추뼈 사이의 구멍 혹은 꼬리뼈를 통해 가는 특수관(Racz Catheter 등)을 삽입하여 여러 약물을 주입하는 시술로서 ‘신경관혈수술’과는 완전히 다른 치료법이어서 이를 2종 수술인 ‘신경관혈수술’로 보기 어려움.(2012.1.31. 조정번호 제2012-3호)

가. 사실관계

신청인은 2011.1.8. ○○병원에서 경추추간판탈출증으로 경막외신경감압(성형)술을 시행받았고 이후 수술급여금을 청구하였으나, 2011.1.20. 피신청인이 2종 수술급여금(200만원)이 아닌 1종 수술급여금(50만원)을 지급하자 분쟁조정을 신청함.

230) 서울고등법원 선고 2003나12092 판결 등 참조.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

○○병원에서 경추추간판탈출증으로 시행받은 ‘경막외신경감압(성형)술’은 보험약관상 “수술분류표상의 수술을 대신하여 완치율이 높고 일반적으로 의학계에서 인정하고 있는 첨단 의료기법으로 시술한 경우 수술분류표상의 동일부위 수술로 봅니다”라는 규정에 의해 보험약관 수술분류표상 신경의 수술 중 ‘신경관혈수술’(57번)에 해당함에도 불구하고, 피신청인이 2종 수술급여금(200만원)을 지급하지 않고 1종 수술급여금(50만원)을 지급한 것은 부당함

(2) 피신청인의 주장

이 건 피보험자가 ○○병원에서 시행받은 ‘경막외신경감압(성형)술’은 꼬리뼈 부위에 특수카테터를 삽입한 후 통증 부위에 약물을 주입하는 시술법으로 보험약관 수술분류표상 상기이외의 수술 중 “Fiberscope 또는 혈관 Basket Catheter에 의한 뇌·후두·흉부·복부장기수술”(87번)에 해당되므로 1종 수술급여금을 지급하는 것이 타당함.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 ‘경막외신경감압(성형)술’이 당해 보험약관 수술분류표에서 정하고 있는 ‘신경관혈수술’에 해당하는지 여부라 할 것임.

(1) 약관 규정

당해 보험 특약약관 제13조(수술의 정의와 장소)에서는 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 의사에 의하여 질병 또는 재해에 대한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 <별표4> “수술분류표”에서 정한 행위(기구를 사용하여 생체에 절단, 적제 등의 조작을 가하는 것을 말하며 흡인, 천자, 적제 등의 조치 및 신경 차단은 제외)를 하는 것을 말하며, 다만, 해당 수술을 대신하여 완치율이 높고 일반적인

로 의학계에서 인정하고 있는 침단의 치료기법으로 시술한 경우에는 동일 부위 수술로 본다고 정하고 있음.

한편, 동 약관 제14조(보험금의 종류 및 지급사유)에서는 피보험자가 이 특약의 보험기간중 발생한 질병 또는 재해로 인하여 그 치료에 직접적인 목적으로 수술을 받았을 때에는 보험금을 받는 자에게 약정한 수술급여금(<별표4> “수술분류표” 참조)을 지급(<별표1> “보험금 지급기준표” 참조)한다고 정하고, 동 약관 <별표1> 보험금지급기준표에서는 피보험자가 보험기간중 발생한 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 하여 수술을 받았을 때(수술1회당) 1종수술은 50만원, 2종수술은 200만원, 3종수술은 500만원을 지급한다고 정하고 있으며, <별표4> 수술분류표에서는 “신경관혈수술(형성술·이식술·절제술·감압술·개방술·염제술)”(57번)은 2종수술이고, “Fiberscope 또는 혈관 Basket Catheter에 의한 뇌·후두·흉부·복부장기수술”(87번)은 1종수술로 분류한다고 정하고 있음.

(2) 쟁점 검토

피신청인이 피보험자가 2011.1.8. ○○병원에서 시행받은 ‘경막외신경감압(성형)술’은 당해 보험약관 수술분류표에서 정한 ‘신경관혈수술(형성술·이식술·절제술·감압술·개방술·염제술)’(57번)에 해당되지 않고, ‘Fiberscope 또는 혈관 Basket Catheter에 의한 뇌·후두·흉부·복부장기수술’(87번)에 해당된다고 주장하므로 살펴보건대, 아래와 같은 점 등을 감안할 때, ‘경막외신경감압(성형)술’은 당해 보험약관에서 정한 ‘신경관혈수술’의 수술급여금 지급대상이라고 인정할 수는 없다 할 것임.

① ○○병원의 인터넷홈페이지를 확인한 결과 ‘경막외경감압(성형)술’은 척추수술을 하기 전에 마지막 비수술 치료를 원하는 환자에게 필요한 시술로 주사바늘이 달린 지름 2mm, 길이 40~50cm의 특수 카테터를 환부에 집어넣고 고농도 식염수 등의 약물을 주입하여 통증을 유발하는 염증과 부종, 흉터 따위를 없애는 시술이라고 설명하고 있어, ‘경막외신경감압(성형)술’은 카테터를 이용하여 약물을 주입하는 시술로서 척추수술이 아닌 것으로 판단되며, 당해 보험약관 수술분류표상 수술종류를 확인한 결과 카테터를 이용하여 약물을 주입하는 시술은 ‘Fiberscope 또는 혈관 Basket Catheter에 의한 뇌·후

두·흉부·복부장기수술’(87번)에 해당된다고 보이는 점.

② 금융분쟁조정위원회 전문위원에게 의뢰한 자문소견에 따르면 ‘경막외신경감압(성형)술’은 디스크 탈출증, 유착 혹은 척추강 협착증 등 통증의 원인이라 생각되는 부위에 척추뼈 사이의 구멍 혹은 꼬리뼈를 통해 가는 특수관(Racz Catheter 등)을 삽입하여 여러 약물을 주입하는 시술로 관혈적 치료가 아닌 반면, ‘신경관혈수술(형성술·이식술·절제술·감압술·개방술·염제술)’(57번) 중 감압술은 병변부위에 피부를 절개하고 근육층을 박리한 다음 비후되어 있는 후관절 및 황색인대를 수술 기구를 이용해 제거하는 척추수술로 ‘경막외신경감압(성형)술’과는 완전히 다른 치료법이어서 ‘경막외신경감압(성형)술’을 2종 수술인 ‘신경관혈수술’로 보기 어려우며, 1종 수술인 ‘Fiberscope 또는 혈관 Basket Catheter에 의한 뇌·후두·흉부·복부장기수술’(87번)로 보는 것이 타당하다고 한 점.

라. 결 론

그렇다면 피신청인이 ‘경막외신경감압(성형)술’에 대하여 ‘신경관혈수술(형성술·이식술·절제술·감압술·개방술·염제술)’(57번)이 아닌, ‘Fiberscope 또는 혈관 Basket Catheter에 의한 뇌·후두·흉부·복부장기수술’(87번)로 판단하여 2종수술 급여금(2백만원)을 지급하지 않고 1종 수술급여금(5십만원)을 지급한 업무가 당해 보험약관상 위배되었다 할 수 없을 것임.

4-26

무지외반증 내고정물 제거술이 질병의 치료를 직접적인 목적으로 하는 수술에 해당하는지 여부

[인용] 무지외반증 수술에는 뼈의 고정을 위하여 내고정물을 사용하는 것이 당연히 수반되는 것이고, 내고정물을 제거하는 수술은 무지외반증 치료의 완성을 위한 일련의 과정이라 할 것이어서 발가락 골절술 뿐만 아니라 내고정물 제거술도 ‘무지외반증 치료를 직접적인 목적으로 하는 수술’에 해당된다고 보는 것이 타당하다고 본 사례(2016. 5.24. 조정번호 제 2016-5호).

가. 사실관계

신청인은 2008.2.12. 피신청인과 본인을 계약자 겸 피보험자로 하는 ○○보험계약(16대 질병수술비 2백만원, 여성만성질환수술비 50만원)을 체결하였음. 신청인은 2015.7.9. 무지외반증 진단으로 수술을 하면서 내고정물을 삽입하였음. 수술 2개월 경과 후인 2015.9.7. 무지외반증 내고정물을 제거하기 위한 2차 수술을 시행하였음. 신청인은 2차 수술에 대한 보험금을 청구하였으나 피신청인은 2차 수술에 대한 수술비 지급을 거절함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

무지외반증 치료를 위해 무지외반증 내고정물 제거술을 받았음에도 질병의 치료를 직접적인 목적으로 수술한 것이 아니라며 수술비 지급을 거절하는 것은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

당해 보험약관은 질병의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에 한하여 수술비를 지급하도록 정하고 있는데, 내고정물 제거술은 골절 부분이 접합된 후 필요 없게 된 고정물을 단순 제거하기 위한 부차적인 수술로서 보험약관상 수술비 지급 사유에 해당하지 않음.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 무지외반증 내고정물 제거술이 무지외반증 치료를 직접적인 목적으로 하는 수술에 해당하는지 여부부라 할 것임.

(1) 보험약관 규정

<○○보험 보통약관>

제13조(보상하는 손해) ① 회사는 보험가입증서(보험증권)에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다)에 상해를 입었을 때에는 그 상해로 인하여 생긴 손해를 이 약관

에 따라 보상하여 드립니다.

<여성만성질병수술비 담보 특별약관>

제1조(보상하는 손해) ① 보험회사는 보험가입증서(보험증권)에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 여성만성질병으로 진단이 확정되고 여성만성질병의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 보험가입증서(보험증권)에 기재된 여성만성질병수술비 담보 보험가입금액을 수술1회당 여성만성질병수술비로 보험수익자에게 지급하여 드립니다.

제2조(여성만성질병의 정의 및 진단확정) ① 이 특별약관에 있어서 “여성만성질병”이라 함은 제4차 한국표준질병사인분류에 있어서 【별표12】 (여성만성질병 분류표)에서 정한 골다공증, 관절염으로 분류되는 질병을 말합니다.

【별표12】 여성만성질병 분류표

약관에 규정하는 여성만성질병으로 분류되는 질병은 제4차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2002-1호, 2003.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분 류 번 호
[관절염 - 기타 관절 장애] 20. 손가락 및 발가락의 후천성 변형	M20

<16대질병수술비 담보 특별약관>

제1조(보상하는 손해) ① 보험회사는 보험가입증서(보험증권)에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 16대질병으로 진단 확정되고 해당 질병의 치료를 직접적인 목적으로 의 료법 제3조에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관에 입원하여 의사의 관리하에 치료에 전념할 경우 이 계약에 따라 보상하여 드립니다.

제2조(16대질병의 정의 및 진단확정) ① 이 특별약관에서 “16대질병”이라 함은 【별표 14】 (16대 질병분류표)에서 정한 당뇨병, 심장질환, 고혈압, 뇌혈관질환, 간질환, 위· 십이지장궤양, 갑상샘질환, 동맥 경화증, 만성하기도질환, 폐렴, 관절염, 백내장, 녹내장 결핵, 신부전, 생식기질환을 말합니다.

【별표14】 16대 질병분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 특정질병으로 분류 되는 질병은 제 4차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2002-1호, 2003.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병		분 류 번 호
관절염	기타 관절장애	M20~M25

(2) 쟁점에 대한 검토

무지외반증(Hallux valgus)은 엄지발가락의 뿌리부분인 제1중족 발가락이 발등 쪽으로 휘는 변형으로 인해 제1중족 발가락 관절 안쪽의 돌출 부위(건막류)가 신발과 마찰을 일으켜 통증과 염증이 일어나는 질병이며 엄지발가락의 변형이 심해져 2, 3번째 발가락의 변형을 초래하는 경우 사회활동에 장애를 일으킬 수 있음.

무지외반증 수술은 통증의 감소 및 발가락 관절의 기능향상을 위해 시행되며 그 무지외반증의 원인이 다양한 만큼 환자의 상태에 맞추어 여러 수술법이 개발되어 있으나, 통상적으로는 ① 엄지발가락 부위의 튀어나온 뼈를 제거하여 모양 변형을 교정하고 ② 휘어진 뼈를 잘라서 각도와 위치를 재접합하는 골절술(骨折術, Osteotomy)을 시행한 후 내고정물로 고정하며 ③ 근육, 연부조직 등을 재건하는 치료가 일부 또는 차례로 시행되는데, 이 때 사용되는 내고정물은 뼈가 충분히 고정된 후에는 제거하여야 하므로 이를 제거하는 수술을 내고정물 제거술이라고 함.

이 건 신청인이 시행받은 무지외반증 내고정물 제거술은 아래와 같은 사정을 종합적으로 고려할 때 ‘무지외반증 치료를 직접적인 목적으로 하는 수술’에 해당된다고 보는 것이 타당함.

① 금융감독원이 금융분쟁조정위원회 전문위원에게 무지외반증 내고정물 제거술이 무지외반증의 치료를 직접 목적으로 시행한 수술인지의 여부에 대하여 자문한 결과에 따르면, “최초 수술이 차후의 내고정물 제거술을 전제로 하는 수술법이라면 두 번에 나누어 하는 일련(一連)의 수술법으로 해석하여 내고정물 제거술 역시 무지외반증의 치료를 직

접적인 목적으로 하는 수술방법으로 보는 것이 옳다”는 소견과 함께 내고정물을 제거하지 않는 경우 무지외반증 치료가 완료되었다고 볼 수 있는지 여부에 대해서는, “내고정물에 의한 자극으로 통증 등의 증상을 호소하고 일상생활에 지장을 미치는 경우가 많아 내고정물을 제거하는 것이 원칙”이라는 소견을 제시하고 있는 점.

② 무지외반증의 치료를 위해서는 골절술을 시행한 후 뼈의 고정을 위하여 내고정물을 사용하는 것이 치료에 당연히 수반되는 것으로, 몸속에 내재된 내고정물을 제거하는 수술은 무지외반증 치료의 완성을 위한 일련의 치료과정으로 볼 수 있는 점.

라. 결 론

그렇다면, 피신청인은 신청인에게 당해 보험약관에 정한 바에 따라 무지 외반증 내고정물 제거술에 대한 수술비를 지급할 책임이 있다고 할 것임.

제1절 보험금 청구권자

5-1 친권을 상실한 생모에 대한 보험료 환급행위의 적법 여부

[기각] 보험수익자가 미성년자이므로 친권상실 심판이 확정되기 전까지(친권상실판결은 즉시 항고기간 14일이 경과하여야 확정판결로서 효력이 발생함)는 친권자인 생모가 법정대리인으로서 보험금청구권과 수령권을 가짐. 따라서 보험회사가 친권상실판결의 효력이 확정되기 전에 친권자인 생모에게 보험계약해지의 의사표시를 하고 기납입보험료를 지급한 것은 적법함.(1999.7.27. 조정번호 제99-30호)

가. 사실관계

피보험자가 1998.1.5. 간암의증 등으로 사망한 후 같은 해 6.20. 피보험자의 전처 A씨(수익자의 생모)가 보험금을 청구하자 피신청인은 고지의무위반을 이유로 계약을 해지하고 같은 해 7.16. 기납입보험료(223,765원)를 A씨에게 지급함. 1998.7.23. 신청인으로부터 피보험자의 암사망 관련 재조사를 요청받고, 같은 날짜에 이를 조사한 결과 해당 보험상품 모집과정에서 피보험자가 아닌 제3자가 대필서명한 사실이 확인되어 피신청인은 이미 처리한 보험계약해지를 취소하고, 같은 해 10.10 B씨(수익자의 조모, 친권자)에게 암보험금을 지급하면서 이미 지급한 기납입보험료 해당액을 공제함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

1998.7.9. A씨는 친권상실 판결을 받아 보험수익자에 대한 친권을 상실하였는데, 피신청인이 보험금청구권 및 수령권이 없는 A씨에게 기납입보험료 해당액을 지급하고 B씨

(수익자의 조모, 친권자)에게 암보험금을 지급하면서 동 금액을 공제한 것은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

1998.6.20. A씨가 제적등본과 인감증명서를 첨부하여 보험금을 청구하였는 바, 동 서류에 의하여 A씨가 수익자인 친권자로서 보험금청구권과 수령권이 있다고 믿고 고지의 무위반을 사유로 계약을 해지하고 기납입보험료를 환급하였음. 1998.7.9. A씨에 대하여 수익자에 대한 친권상실 판결이 있었으나 같은 해 7.16. 기납입보험료 지급 당시에는 동 사실을 알지 못하였으며 8.10.에야 신청인을 통하여 알게 되었음.

이와 같이 수익권 변경을 초래하는 친권상실의 소가 제기중인 사실관계는 특수한 경우로써 후견인이 그러한 사실을 보험회사에 능동적으로 알리지 아니한 이상 회사가 이를 적극적으로 인지하기는 어렵고 회사가 이를 알지 못한 데에 고의 또는 중대한 과실이 있다고 보기 어려움.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 친권상실판결을 받은 수익자의 생모에게 기납입보험료를 지급한 피신청인 행위의 적법성 여부임.

이 건 보험수익자는 미성년자이므로 1998.7.9.자 친권상실 심판이 확정되기 전까지는 친권자인 생모 A씨가 법정대리인으로서 보험금 청구권과 수령권을 가지고 있음. 「가사소송법」 제40조 및 제43조와 「가사소송규칙」 제103조에 의하면 1998.7.9. 있었던 친권상실판결은 즉시항고기간 14일이 경과하여야 확정판결로서의 효력이 발생하는 바, 동 기간이 경과되기 전에는 A씨는 수익자의 친권자로서 보험금 청구권과 수령권을 가지고 있으므로, 같은 달 16일 생모에게 한 피신청인의 법률행위는 상속인에게도 효력을 미치는 유효한 것임.

라. 결 론

피신청인이 A씨에게 계약해지의 의사표시를 하고 기납입보험료를 지급한 것은 친권상실판결의 효력이 확정되기 전이므로 적법하고, 따라서 후에 암사망보험금 지급시 동

해당금액을 공제하고 지급한 것은 부당하지 아니함.

5-2 1인이 체결한 수개의 보험계약의 유효성 여부 등

[일부인용] 보험계약이 공서양속에 위배되어 사회적 타당성을 잃었다면 그 보험계약 자체를 무효로 할 수 있으나, 신청인의 월평균소득에 비추어 월납보험료가 많다고 보기 어렵고, 신청인이 보험회사의 모집인인 점을 감안할 때 보험금을 부정취득할 의사가 있었다거나 고의로 교통사고를 야기시켰다 할 만한 증거가 없는 이상 신청인이 체결한 보험계약을 무효로 하기는 어려움. 한편 신청인이 당한 사고로 볼 때 113일간의 입원치료는 과다하다고 보여지는 점에 비추어 적정한 입원일수는 21일로 봄이 타당함.(1999.9.28. 조정번호 제99-43호)

가. 사실관계

계약자 겸 피보험자인 신청인은 1991.8월~1996.11월 기간중 매년 1~2건씩 총 7건의 보험계약을 체결하였고, 1997년도에 7건, 1998년도에 11건의 보험계약을 추가로 체결하여 1999.8.23. 현재 12개 보험사에 25건의 보험계약을 체결하여 월납입보험료는 1,521,453 원이며 총 보험가입금액은 512,500,000원임.

신청인은 1998.10.24. ◇◇◇지역 노상에서 일행과 보행중에 가해차량의 앞범퍼 부분에 충격을 당하여 슬관절 및 견관절의 다발성좌상, 경추 및 요배부의 염좌, 뇌진탕 등으로 1998.10.24.~1999.2.13. 총 113일간 ○○의원에서 입원치료를 받음.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

교통사고로 인한 경추 및 요부 염좌 그리고 뇌진탕 등으로 1998.10.24.~1999.2.13. 총 113일간 입원치료를 받았으므로 보험회사는 재해입원급여금을 지급하여야 함.

(2) 피신청인의 주장

신청인이 12개사에 총 25건의 보험계약을 체결한 경위 등에 비추어 보아 상기 25건의

보험계약은 신청인이 보험금을 부정취득할 의도에서 체결한 것이므로 민법 제103조(반사회질서의 법률행위)에 위반되어 무효임. 그리고 신청인이 입원하여 치료받은 병명은 통원치료가 가능한 병이므로 약관상의 입원급여금 지급대상이 아님.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 공서양속 위반을 이유로 하여 보험계약을 무효로 할 수 있는지 여부 및 적정 입원일수를 어떻게 볼 것인지 여부임.

(1) 공서양속 위반을 이유로 하여 보험계약을 무효로 할 수 있는지 여부

민법 제103조(반사회질서의 법률행위)는 “선량한 풍속 기타 사회질서에 위반한 사항을 내용으로 하는 법률행위는 무효로 한다”라고 규정하고 있음. 이에 의하면 보험계약이 공서양속에 위배되어 사회적 타당성을 잃었다면 그 보험계약 자체를 무효로 할 수 있음.

본 건에서 신청인은 12개사에 총 25건의 보험계약을 체결하였고 특히 1997.4.14. 제왕절개 수술로 보험금을 수령한 후 2년여 동안에 16건의 보험계약을 집중적으로 체결한 점, △△생명보험(주)에서 9년여간 모집인으로 일해 온 신청인이 소속 보험회사 등 12개사에 분산하여 자발적으로 보험계약을 체결한 점, 상기 보험계약의 총 월납보험료가 150만원을 상회하여 일반인이 생명, 신체에 대한 우연한 사고에 대비하기 위한 보험계약으로서 지나칠 정도로 다수이어서 통상적인 경우로 보기 어려운 측면이 있는 실정임.

그러나 한편 신청인의 1998년도 월 평균소득은 2,711,933원인 것으로 볼 때 월납보험료 150여만원을 부담하기에 무리가 없고, 모집인으로서 소속 보험회사에 다수의 보험을 가입한 행위 또는 다른 보험회사의 모집인과 계약을 교환하여 실적을 올리는 것이 일부 모집인들 사이에서는 통상 있을 수 있는 사실이라는 것을 감안할 때 피신청인의 주장처럼 신청인의 보험가입이 통상의 상규를 벗어난 것으로써 보험금을 부정취득할 의사가 있었다거나 고의로 교통사고를 야기시켰다고 볼 만한 증거가 없는 이상 신청인이 체결한 보험계약을 무효로 하기는 어렵다고 판단됨.

(2) 적정 입원급여금의 산정

본 건에서 신청인이 교통사고를 당한 장소는 차도가 아닌 골목길이므로 가해차량의

속도가 느렸을 것이라고 판단되며, 1098.12.14. 및 1999.1.15. ○○의원에서 실시한 CT촬영결과에 따른 경·요추부염좌 진단과 1999.1.13. ◇◇진단방사선과에서 실시한 MRI 촬영결과에 따른 벌징디스크(bulging disc) 진단이 나온 것으로 보아 신청인이 교통사고로 큰 부상을 당한 것으로 보이지 아니하고 신청인의 증상이 주로 자각증상에 의하고 있는 점 등을 감안할 때 113일간의 입원치료는 과다하다고 보여지며, 대한정형외과학회 발간 상해진단서 작성지침에 의하면 신청인이 입원하게 된 상해인 경추 및 요배부의 염좌, 견관절 등의 좌상은 통상 2~3주 정도의 치료기간을 요하는 상병으로 분류하고 있으며, 일부판례²³¹⁾에서도 유사 병명으로 인한 적절한 입원일수는 21일 정도로 판시하고 있음.

이 같은 사정에 비추어 볼 때 신청인이 상기 병명으로 113일간 입원하여 치료를 받은 것은 과다하다고 판단되고 적절한 입원일수는 21일 정도로 보는 것이 타당하다 판단됨.

라. 결 론

신청인이 보험금을 불법 취득하기 위하여 다수의 보험계약을 체결하였다고 볼 만한 증거가 부족하므로 동 보험계약들은 유효하다고는 판단됨. 그러나 적절한 입원일수는 21일 정도로 보여지므로 보험회사는 약관에 따라 동 기간에 해당하는 입원급여금을 지급하는 것이 타당한 것으로 판단됨.

5-3 수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우에 해당되는지 여부

[인용] 본 건 신청인은 형사재판에서 살인죄가 아닌 폭행치사죄로 징역 3년 및 집행유예 4년을 선고받음으로써 살인에 대한 고의 또는 미필적 고의가 있었다고 인정되지 아니하였고, 또한 신청인은 피보험자와 부부싸움을 하다가 순간적으로 화가 나서 피보험자의 왼쪽 턱 부위를 1회 걷어 찼는데 이로 인하여 피보험자가 외상성 뇌출혈로 인한 호흡중추마비로 사망한 것이며 반복적인 폭행 등을 가한 것이 아닌 점으로 보아 피보험자의 사망 가능성에 대한 인식이 있었거나 나아가 사망을 용인하는 내심의 의사가 있었다고 보기는 어렵다고 판단됨. (2006.3.28. 조정번호 제2006-8호)

231) 서울지방법원 선고 98가단100144 판결 참조.

가. 사실관계

관할 경찰서장이 발행한 사건사고사실확인원에는 2005.6.12. 20:00경 자택에서 신청인과 피보험자가 부부싸움을 하던 중, 피보험자는 신청인이 찬 발에 맞아서 호흡중추마비로 사망한 것으로 되어 있고, 신청인은 2005. 8. 10. ○○지방법원에서 폭행치사죄로 징역 3년을 선고 받았고, 2005.10.12.에는 ○○고등법원에서 폭행치사죄로 징역 3년 및 집행유예 4년을 선고 받았음.

피보험자의 사망사고는 당해 보험약관의 면책사유인 수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우에 해당된다는 이유로 2005.7.28. 피신청인은 당해 보험계약을 해지하였음.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

당해 보험약관의 면책조항인 “수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우”의 고의는 보험금 지급사유인 사망사고를 기준으로 판단하여야 하고, 본 건 수익자는 고의로 피보험자를 사망하게 한 것이 아니므로 사망보험금을 지급하여야 함.

(2) 피신청인의 주장

본 건 수익자가 피보험자를 해치려는 고의가 있었으므로 당해 보험약관의 면책규정인 “수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우”에 해당되므로 사망보험금 지급책임이 없음.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 수익자가 피보험자를 고의로 사망하게 하였다고 볼 수 있는지 여부임.

(1) 관련 법률 및 약관

상법 제732조의2(중과실로 인한 보험사고)에는 “사망을 보험사고로 한 보험계약에는 사고가 보험계약자 또는 피보험자나 보험수익자의 중대한 과실로 인하여 생긴 경우에도 보험자는 보험금액을 지급할 책임을 면하지 못한다”라고 규정하고 있고, 교육보험 보통

약관 제10조 제1항 제2호 및 연생재해 특약약관 제4조 제1항 제2호에는 수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 아니하나, 그 수익자가 보험금의 일부 수익자인 경우에는 그 잔액을 다른 수익자에게 지급한다고 규정하고 있음.

(2) 수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우에 해당되는지 여부

사망보험에 관하여 약관에서 말하는 “수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우”란 보험사고, 즉 사망이 전체적으로 보아 수익자의 고의로 평가되는 행위로 인한 경우를 뜻한다고 할 것이고²³²⁾, 민사재판에 있어서는 형사재판의 사실 인정에 구속을 받는 것은 아니라고 하더라도 동일한 사실관계에 관하여 이미 확정된 형사판결이 유죄로 인정한 사실은 유력한 증거자료가 된다고 판시하고 있는데²³³⁾, 본 건 신청인은 형사재판에서 살인죄가 아닌 폭행치사죄로 징역 3년 및 집행유예 4년을 선고받음으로써 살인에 대한 고의 또는 미필적 고의가 있었다고 인정되지 아니하였고, 또한, 신청인은 피보험자와 부부싸움을 하다가 순간적으로 화가 나서 피보험자의 왼쪽 턱 부위를 1회 걷어 찼는데 이로 인하여 피보험자가 외상성 뇌출혈로 인한 호흡중추마비로 사망한 것이며 반복적인 폭행 등을 가한 것이 아닌 점으로 보아 피보험자의 사망 가능성에 대한 인식이 있었거나 나아가 사망을 용인하는 내심의 의사가 있었다고 보기는 어렵다고 판단됨.

따라서 본 건 신청인이 폭행에 대한 고의는 있으나 사망에 대한 고의가 있었다고 인정할 수가 없어 당해 보험약관의 면책조항인 수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우에 해당된다고 볼 수 없음.

라. 결 론

그렇다면 수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우를 전제로 한 피신청인의 보험계약 해지는 이유가 없고, 피보험자의 사망에 따른 보험금 지급책임이 있는 것으로 판단됨.

232) 서울지방법원 1999.6.23. 선고 99나23368 판결 참조.

233) 대법원 1987.2.10. 선고 86도2338 판결 참조.

보험수익자가 피보험자와 동반자살을 결행하여 피보험자가 사망한 것이 ‘보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우’에 해당하는지

[인용] 피신청인은 동반자살 자체가 자살방조죄를 구성하며, 그 결과 약관상 “보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우”에 해당하여 면책된다고 주장하나, 구체적으로 피보험자와 보험수익자들이 자살에 이른 경위를 알지 못하는 상태에서 막연한 의심이나 추측을 하는 정도로는 일반인의 상식에서 다른 가능성에 대한 합리적인 의심이 들지 않을 만큼 명백한 주위 정황사실이 증명되었다고 볼 수 없으며, 특히 이미 고인이 된 보험수익자에 대하여 자살방조죄의 유죄 확정판결이 있는 것도 아닌데 이론적인 검토만으로 자살방조죄의 유죄를 인정하고 이를 근거로 면책을 주장하고 있어 부당함(2017.6.27. 조정번호 제2017-10).

가. 기초 사실

(1) 보험계약의 체결

ㄸ회〇〇은 피신청인과 사이에 자신을 보험계약자 겸 피보험자, 사망시 보험수익자를 상속인으로 하여 2008.7.3. □□보험을, 2010.5.20. △△보험을 각 체결하였다(이하 보험계약의 전부 또는 일부를 가리켜 ‘이 사건 보험계약’이라 한다).

(2) 보험계약의 약관 등

이 사건 분쟁과 관련한 보험약관(이하 ‘이 사건 보험약관’이라 한다) 등의 조항은 다음과 같다.

[□□보험]

제15조 [보험금의 종류 및 지급사유] 회사는 보험대상자(피보험자)에게 보험기간 중 제10조에서 정한 보장개시일 이후에 다음 사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.

2. 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 사망하거나 장애분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 80% 이상이 장애상태가 되었을 때 : 사망보험금 지급

제18조 [보험금을 지급하지 아니하는 보험사고] ① 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에

의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 계약을 해지할 수 있습니다.

1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우

그러나, ... 계약의 보장개시일부터 2년이 경과된 후에 자살하거나 자신을 해침으로써 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 80% 이상이 장해상태가 되었을 경우에는 그러하지 아니합니다.

2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우

그러나, 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 보험금을 받는 자(보험수익자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 지급합니다.

[△△보험]

제16조 [보험금의 종류 및 지급사유] 위 제15조와 동일

제18조 [보험금을 지급하지 아니하는 보험사고] ① 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 다만 다음 각목의 경우에는 그러하지 아니합니다.

나. 보장개시일부터 2년이 경과된 후에 자살한 경우에는 재해 이외의 원인에 해당하는 사망보험금을 지급(약관에서 정한 재해 이외의 원인으로 인한 사망보험금이 없는 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망 당시의 책임준비금을 지급)합니다.

2. 보험수익자(보험금을 받는 자)가 고의로 피보험자(보험대상자)를 해친 경우

그러나, 그 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부 보험수익자(보험금을 받는 자)인 경우에는 그 보험수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다.

※ 관련 상법 및 형법 조문

상법

제659조 [보험자의 면책사유] ① 보험사고가 보험계약자 또는 피보험자나 보험수익자의 고의 또는 중대한 과실로 인하여 생긴 때에는 보험자는 보험금액을 지급할 책임이 없다.

제663조 [보험계약자등의 불이익변경금지] 이 편은 당사자간의 특약으로 보험계약자 또는 피보험자나 보험수익자의 불이익으로 변경하지 못한다. 그러나 재보험 및 해상보험 기

타 이와 유사한 보험의 경우에는 그러하지 아니하다.

제732조의 2 [중과실로 인한 보험사고] 사망을 보험사고로 한 보험계약에는 사고가 보험계약자 또는 피보험자나 보험수익자의 중대한 과실로 인하여 생긴 경우에도 보험자는 보험금액을 지급할 책임을 면하지 못한다.

형법

제250조(살인, 존속살해) ① 사람을 살해한 자는 사형, 무기 또는 5년 이상의 징역에 처한다.

제252조(촉탁, 승낙에 의한 살인 등) ① 사람의 촉탁 또는 승낙을 받아 그를 살해한 자는 1년 이상 10년 이하의 징역에 처한다.

② 사람을 교사 또는 방조에 의하여 자살하게 한 자도 전항의 형과 같다.

(3) 보험사고의 발생경위 등

2016.7.11. ㉸○○(76년생)은 자택에서 아들(07년생)과 함께 숨진 채로 발견되고 ㉸○○의 처인 ㉸김△△(80년생, 이하 ‘보험수익자’라 한다)는 위독한 상태로 병원에 후송되었으나 의식불명 상태가 호전되지 않다가 2017.5월 사망하였다. 위 사고를 수사한 경남 ○○ 서부경찰서는 2016.12.7. ㉸○○과 ㉸김△△가 자살을 시도한 것으로 판단하고 내사 종결하였다. 2016.12.28. ㉸김△△의 부친이 피신청인에게 이 사건 보험약관이 정한 사망보험금을 청구하였으나, 피신청인은 2017.2.17. 면책사유에 해당함을 이유로 보험금 지급을 거절하였다. 이에 ㉸김△△의 부친으로부터 위임을 받은 신청인(㉸김△△의 사촌 언니)이 이 사건 분쟁조정을 신청하기에 이르렀다.

나. 당사자 주장

신청인은 피보험자인 ㉸○○이 보장개시일로부터 2년 경과 후에 사망하였고, 보험수익자인 ㉸김△△가 고의로 위 ㉸○○을 살해하였음을 인정할 증거가 없으므로 피신청인은 관련 보험금을 지급해야 한다고 주장한다.

이에 대하여 피신청인은 동반자살을 결행하고 시안화칼슘(숙칭 청산가리)을 구입하여 보관하던 중 1인이 이를 먹고 자살에 이른 경우 나머지 보관자에게 자살방조죄를 인정한 하급심 판례(서울중앙지방법원 2004. 3. 26. 선고 2004고합164 판결)와 자살방조죄는

자살하려는 사람의 자살행위를 도와주어 용이하게 실행하도록 함으로써 성립되고, 그 방법에는 자살도구인 총, 칼 등을 빌려주거나 독약을 만들어 주거나 조연 또는 격려한다거나, 기타 적극적·소극적·물질적·정신적 방법이 모두 포함된다는 판례(대전지방법원 2012. 11. 13. 선고 2012고합380 판결)를 들어 이 사건의 경우에도 피보험자인 ㄱ최○○과 보험수익자인 ㄱ김△△가 사고 발생 수일 전 함께 병원을 방문하여 수면 유도제를 처방받은 사실이 있는 등 보험수익자인 ㄱ김△△에게 자살방조죄가 인정되므로 약관상 ‘보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우’에 해당하여 관련 보험금을 지급할 수 없다고 주장하여 서로 다툰다.

다. 위원회 판단

해당보험약관, 신청인의 분쟁조정 신청서류, 피신청인의 제출자료 등 관련자료 일체를 종합하여 살펴보면,

이 사건 보험약관은 피보험자의 사망을 보험금 지급사유로 정하면서, 피보험자가 고의로 자신을 해쳐 사망한 경우에는 면책되지만, ‘보장개시일로부터 2년이 경과한 후의 자살’에 대해서는 다시 사망보험금을 지급하도록 면책제한사유를 설정하고 있다(□□보험약관 제18조 제1항 제1호 본문 및 단서 등). 이 사건 피보험자는 보장개시일로부터 2년이 경과하여 사망하였으므로 자살면책 제한사유에 해당함은 의문의 여지가 없고, 양 당사자가 이를 다투고 있지도 않다. 다만 위 자살면책 제한조항이 적용되는 경우라도 이와 별도의 보험금지급 제한사유인 ‘보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우’에 해당할 경우 피신청인이 보험금 지급책임을 면하게 되므로(같은 약관 제18조 제1항 제2호 등) 이 사건 사고가 여기에 해당하는지 살펴본다.

이 사건 보험약관상 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우란 살인죄와 같이 적극적으로 피보험자를 해치는 경우뿐만 아니라 보험수익자에게 미필적으로나마 피보험자를 살해할 의사가 있는 상태에서 이를 실행에 옮겨 피보험자가 사망에 이른 경우도 포함된다고 해석된다(서울고등법원 2010. 8. 19. 선고 2009나105279 판결 등). 따라서 피보험자의 사망을 목적으로 하는 한, 그 방법은 묻지 않으므로 스스로 직접 수행하거나 타인에게 부탁하여 살해하게 한 경우 혹은 자살방조 등도 포함된다고 풀이되는데(형법 제

252조), 경남 ○○ 서부경찰서 작성 내사결과 보고서 등 관련 기록에 의하면 이 사건은 외부 충격은 없는 상태에서 연탄 등을 이용하여 피보험자인 ㄱ최○○이 보험수익자 ㄱ김△△(妻)와 아들과 함께 동반자살을 시도하여 그 자신과 아들이 사망한 것으로 보이는 바, 보험수익자 ㄱ김△△(妻)가 피보험자인 ㄱ최○○를 ‘해친’ 경우인지, 즉 자살방조죄에 해당하는지 여부가 쟁점이라 할 수 있다.

자살방조죄가 성립하기 위해서는 자살하려는 사람의 자살행위를 도와주어 용이하게 실행하도록 함으로써 성립되는 것으로서 그 방법에는 자살도구인 총, 칼 등을 빌려주거나 조언 또는 격려를 한다거나 기타 적극적, 소극적, 물질적, 정신적 방법이 모두 포함된다 할 것이나, 이러한 자살방조죄가 성립하기 위해서는 그 방조 상대방의 구체적인 실행을 원조하여 이를 용이하게 하는 행위의 존재 및 그 점에 대한 행위자의 인식이 요구된다(대법원 2005. 6. 10. 선고 2005도1373판결 등). 이 사건 보험수익자인 ㄱ김△△가 피보험자인 ㄱ최○○과 함께 수면제를 처방받았다고는 하나, 본인이 지인이나 가족에게 죽고 싶다는 말을 하였다 등의 진술은 없을 뿐만 아니라 수면제 처방을 받은 다음 날에도 피보험자인 ㄱ최○○이 죽는다는 말을 하고 나갔으며 부모에게 전화를 한 점 등에 비추어 보면, 보험수익자인 ㄱ김△△가 피보험자인 ㄱ최○○의 자살을 예상하고 이를 용인하거나 방조할 의사가 있었다고 단정하기는 어렵다. 실제로는 피보험자 ㄱ최○○은 보험수익자인 ㄱ김△△에게는 경제적인 고민 등으로 수면장애를 겪어 그 치료용으로 수면제를 처방받으러 간다고 말하고, 보험수익자인 ㄱ김△△에게도 필요하면 같이 가자고 하였을 가능성도 있으며, 수면제를 가지고 밖에서 자살할 의사로 집을 나갔던 피보험자 ㄱ최○○이 집으로 돌아와서는 그 자신이 연탄 등을 피워 단독으로 동반자살을 꾀하였을 가능성도 배제할 수 없다. 즉 보험수익자인 ㄱ김△△가 수면제를 같이 처방받은 뒤 같이 죽었다는 사실만으로는 곧바로 보험수익자인 ㄱ김△△의 자살의사와 피보험자인 ㄱ최○○의 자살을 돕고자 하는 행위 및 자살방조죄의 인식이 분명하게 있었다고 범죄성립을 인정하기는 어렵다고 판단된다. 수사기관도 보험수익자인 ㄱ김△△를 자살 방조죄의 피의자로 취급한 사실이 없는 등 피보험자인 ㄱ최○○과 아들에 대한 사건으로 종결한 상태이다. 또한 최초에 보험수익자도 사망한 채로 발견되었다면 자살방조죄 성립여부가 문제되지 않았을 것인데도 시차를 두고 사망하였다는 이유로 달리 취급되는 것도 불합리하고, 의문이 있다.

더욱이 보험자가 보험금 지급책임을 면하기 위해서는 면책사유에 해당하는 사실을 증명할 책임이 있는바, 여기에서의 증명은 법관의 심증이 확신의 정도에 달하게 하는 것을 가리키고, 그 확신이란 자연과학이나 수학의 증명과 같이 반대의 가능성이 없는 절대적 정확성을 말하는 것은 아니지만, 통상인의 일상생활에 있어 진실하다고 믿고 의심치 않는 정도의 고도의 개연성을 말하는 것이며, 막연한 의심이나 추측을 하는 정도에 이르는 것만으로는 부족하다고 할 것인데(대법원 2010. 5. 13. 선고 2010다6857 판결 등), 피신청인은 앞서 살펴본 바와 같이 동반자살 자체가 자살방조죄에 해당할 수 있다는 원론적인 문제 제기 외에 보험수익자가 고의로 피보험자를 해쳤다고 볼 수 있는 사실을 증명하지 못하고 있다.

정리하면, 피신청인은 동반자살 자체가 자살방조죄를 구성하며, 이로써 약관상 ‘보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우’에 해당한다고 주장한다. 그러나 구체적으로 피보험자와 보험수익자들이 자살에 이른 경위를 알지 못하는 상태에서 막연한 의심이나 추측을 하는 정도로는 일반인의 상식에서 다른 가능성에 대한 합리적인 의심이 들지 않을 만큼 명백한 주위 정황사실이 증명되었다고 보기는 어렵다고 하겠다. 오히려 2016.7.11. 이 사건 사고 발생 당시 보험수익자는 의식불명으로 위중한 상태였고, 의식불명 상태에서 깨어나지 못하다가 사고발생 10개월 후 사망에 이르렀으며, 자신의 아들도 죽음에 동참시킨 점 등에 비추어 보면 보험수익자가 ‘남편을 죽이겠다는 인식 내지 의사’를 가지고 있었다기보다는 ‘다 같이 죽겠다’는 의사가 주요하였을 것으로 보인다.

라. 결론

이와 같으므로 피신청인은 신청인에게 당해 보험약관에서 정한 바에 따라 사망보험금을 지급할 책임이 있다 할 것이므로 분쟁조정신청을 인용하기로 하여 주문과 같이 결정한다.

제2절 보험금 지급책임

5-5

보험계약이 해지되었으나 보험금지급사유가 발생한 경우 보험금 청구권의 계약이전대상 여부 및 소멸시효 완성 여부

[인용] 피신청인이 A보험사로부터 계약을 이전받기로 하고 작성한 계약이전결정서의 취지에 비추어 보험계약의 해지여부와 상관없이 이미 발생한 보험금지급의무는 피신청인에게 이전되었다고 할 것이므로 보험계약이 피신청인에게 적법하게 이전되었고, A보험사가 소멸시효 완성 전에 보험금을 지급한 사실이 있는 바, 이는 민법 제168조에서 정하는 소멸시효의 중단사유에 해당된다 할 것이므로 보험금청구권도 시효로 소멸되었다고 보기 어려움.(2000.6.27. 조정번호 제2000-30호)

가. 사실관계

신청인은 1995.11.8. 유방암진단을 받았고, A생명보험(주)는 같은 해 12.30. 신청인이 보험가입전 위폐양 치료사실을 고지하지 않았음을 이유로 보험계약을 해지함.

신청인은 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.에도 암통원 치료기간에 대해 암통원치료 보험금을 지급 받음.

1998.8.21. A생명보험(주)는 부실금융기관으로 지정되어 계약이전(P&A) 방식으로 자산·부채가 피신청인에게 인수됨.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

1995.12.30. 고지의무 위반으로 보험계약이 해지되었으나 보험사고와의 인과관계가 인정되지 않아 보험금을 지급받아 왔는 바, 1998.8.21. A생명보험(주)가 피신청인에게 인수되었다 하여 암관련 보험금의 지급을 거절하는 것은 부당하므로 피신청인은 계속 보험금을 지급하여야 함.

(2) 피신청인의 주장

본 건 보험계약은 보험계약자의 고지의무 위반 사실이 확인되어 피인수회사(A생명보험)가 1995.12.30. 보험계약을 해지하였기 때문에 계약이전방식에 의한 인수대상계약이 아님. 설령 인수대상계약이라 할지라도 1998.8.21. 계약이전기준일 현재 상법 제662조에 서 정하고 있는 보험금청구권의 소멸시효가 완성되었으므로 보험금 지급 등 보험계약상의 책임이 없음.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 신청인의 보험계약이 계약이전결정서에 의해 피신청인에게 적법하게 이전되었는지 여부 및 신청인의 보험금청구권이 시효로 소멸되었는지 여부임.

(1) 계약이전(P&A) 대상인지의 여부

금융감독위원회의 계약이전결정서[A생명보험(갑), 피신청인(을)] 제3조(계약이전의 범위) 제1항에서는 “기준일 현재 ‘갑’의 보험계약(보험료미납 등으로 효력상실중에 있는 보험계약과 기준일전에 보험계약상의 보험금 등의 지급사유가 발생하였으나 기준일 현재 보험금등이 지급되지 아니한 보험계약을 포함한다)과 이에 기초한 권리·의무 기타 계약상의 지위는 ‘을’에게 이전한다.”라고 규정하고 있음.

피신청인은 본건 계약이전 기준일전 이미 보험계약이 해지되었으므로 본건 보험계약상의 효력은 이전되지 않는다고 주장하나, 아래의 사정을 종합할 때 피신청인의 주장은 받아들이기 어려움.

① 금융감독위원회 계약이전결정서 제3조에 의하면 기준일 전에 보험계약상의 보험금 등의 지급사유가 발생하였으나 기준일 현재 보험금 등이 지급되지 아니한 보험계약을 이전대상으로 명백히 규정하고 있는 점.

② 상법 제655조 단서에 의하면 고지의무위반에 해당된다고 할지라도 고지의무 위반사유와 보험사고 발생과 인과관계가 없는 경우에는 보험회사에 보험금지급책임이 있는 것으로 규정하고 있는 점.

③ 위궤양치료 사실을 고지하지 아니한 고지의무 위반 사유와 본건 보험사고인 유방암과는 인과관계가 인정되지 아니한다고 하여 A생명보험(주)도 암치료 보험금을 지급하였던 점.

(2) 보험금청구권의 소멸시효 완성여부

상법 제662조에 의하면 “보험금액의 청구권은 2년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성한다”라고 규정하고 있음.

피신청인은 보험금청구권이 시효로 소멸되었다고 주장하나, 1995.12.30. 신청인의 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 소멸시효의 중단사유에 해당된다 할 것이므로 피신청인의 주장은 받아들이기 어려움.

라. 결 론

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

5-6 보험청약을 승낙하기 전의 사고에 대한 보험금 지급책임 인정 여부

[기각] 청약을 승낙하기 전에 보험계약에서 정한 보험사고가 생긴 경우 그 청약을 거절할 사유가 없는 한 회사는 보험계약상의 책임을 부담하게 되나, 통상 피보험자의 오토바이 운전사실은 승낙거절 사유이거나 제한적으로 인수되는 바, 사고발생여부를 인지하지 못한 상태에서 계약적부확인시 피보험자의 오토바이 운전사실을 알고 계약을 불승낙 처리하였다면 사고발생 여부에 관계없이 회사는 청약을 거절할 충분한 사유가 있었다고 보여지므로, 회사에게 보험금 지급책임이 있다고 인정하기는 어려움.(2001.11.20. 조정번호 제2001-52호)

가. 사실관계

2000.7.14. 신청인(81년생)은 자신을 피보험자로 하여 보험에 가입하였음. 청약당시 신청인은 오토바이운전을 안한다고 청약서에 기재하고 자필서명하였으나 피신청인의 같은 해 7.20. 계약적부 확인시 신청인은 오토바이를 운전하고 있다고 알렸고, 이에 대하여 피신청인은 2000.7.26. 위 계약에 대하여 모두 불승낙 처리함.²³⁴⁾

2000.7.24. 21:50경 ◇◇동 부근에서 신청인이 운전하는 오토바이가 중앙선을 침범하여 유턴중인 차량(택시)과 충돌하는 사고가 발생하였고, 동 사고로 인하여 신청인은 두개골 골절, 급성 뇌경막의 혈종 등이 발생하였고, 개두술 및 혈종 제거술을 ○○병원에서 시행받음.

2001.2.21. 신청인은 △△병원에서 기질성 정신장애로 인하여 약관상 2급에 해당하는 장해²³⁵⁾가 발생하였다는 후유장해진단서를 발급받음. 신청인의 후유장해와 관련하여 본 건외 2000.5.4. 가입된 보험에 대하여는 관련 보험금(매월 6백만원×120회=720백만원)이 일시금(514백만원)으로 2001.5.22. 지급됨.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

청약당시 오토바이 운전사실을 알리지 않았으나 계약적부확인에서 피신청인에게 오토바이 운전사실을 알렸고, 이후 승낙거절되기 전에 보험사고가 발생하였음에도 관련 보험금을 지급하지 않는 것은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

청약당시 신청인이 오토바이를 운전하고 있음에도 이를 숨기고 청약하였으나, 보험계약 승낙전 계약적부 확인시에 신청인의 오토바이 운전사실을 인지하고 당해 계약을 불승낙 처리한 건임. 한편, 승낙전 사고와 관련하여 오토바이 운전사실이 보험금 지급사유에 영향을 미쳤다고 보아야 하므로 약관상 보험금 지급책임이 없음.

234) 청약서상 위험직종 등급표에 의하면 오토바이(35세이하)를 운전하는 경우 위험등급 1급에 해당됨.

235) 약관상 중추신경계 또는 정신에 뚜렷한 장애를 남겨서 평생토록 수시간호를 받아야 할 때 장해등급 2급에 해당됨.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 승낙전 사고에 대한 보험금 지급책임 인정 여부임.

승낙전 사고 관련 규정과 승낙전 사고에 대한 보험금 지급책임 인정여부에 대하여 살펴보면, 상법 제638조의2(보험계약의 성립) 제3항에 의하면 보험자가 보험계약자로부터 보험계약의 청약과 함께 보험료 상당액의 전부 또는 일부를 받은 경우에 그 청약을 승낙하기 전에 보험계약에서 정한 보험사고가 생긴 때에는 그 청약을 거절할 사유가 없는 한 보험자는 보험계약상의 책임을 진다고 규정하고 있고, 표준약관 제8조(제1회 보험료 및 회사의 책임개시일)에 의하면 회사가 청약을 승낙하고 제1회의 보험료를 받은 때부터 약관에서 정한 바에 따라 책임을 진다고 하면서, 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 때에도 책임을 진다고 규정하고 있음.

다만, 제20조(가입자의 계약전 알릴의무)의 규정²³⁶⁾에 의하여 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우에는 책임을 지지 아니한다고 규정하고 있음.

신청인은 청약시에는 오토바이 운전사실을 알리지 않았지만 피신청인의 계약적부확인 시 동 사실을 알렸으므로 계약전 알릴의무를 이행하였다고 판단되나, 아래의 이유를 볼 때 피신청인의 보험금 지급책임을 인정하기는 어렵다고 판단됨.

① 계약적부확인 보고서에 의하면 신청인의 오토바이 운전은 위험등급 1급에 해당되므로 기가입 보험을 고려할 때 가입한도초과로 불승낙하여야 한다고 기재되어 있는 점.

② 통상 피보험자의 오토바이 운전사실은 승낙거절되거나 제한적으로 인수되는 바, 피신청인은 보험금 청구이전인 계약적부확인시에 신청인의 오토바이 운전사실을 알고 사고발생여부를 인지하지 못한 상태에서 당해 계약을 불승낙 처리한 것으로 보아 사고발생여부에 관계없이 청약을 거절할 충분한 사유가 있었다고 보이는 점.

236) 제20조(가입자의 계약전 알릴의무) 계약자 또는 피보험자는 청약시(건강진단시 포함) 청약서에 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 함.

라. 결 론

승낙전 사고에 대하여 피신청인의 보험금 지급책임은 존재하지 않는다고 판단됨.

5-7 제1급 장애상태로 인한 보험계약 소멸 여부

[기각] 당해 보험약관에는 “피보험자가 제1급 장애상태가 되었을 경우에는 그 때부터 효력을 가지지 아니한다”고 규정하고 있는 바, 피보험자가 1급장애 상태가 된 경우에는 당해 보험의 주계약 및 특약은 효력을 가지지 아니하고 소멸하므로 피신청인은 후유장애 판정일 이전까지 발생한 장기입원급여금만을 지급할 책임이 있음.(2006.10.24. 조정번호 제2006-65호)

가. 사실관계

피보험자는 2002.10.31. 저녁 9시경 회사에서 근무하다가 뇌내출혈로 의식을 잃고 쓰러져 ○○병원에서 입원치료를 하였으며, 2003.3.7.부터 현재까지는 ◇◇복지병원에서 입원치료를 하고 있는데, 2003.7.21. ◇◇복지병원 의사가 발행한 “진료확인서”에는 피보험자는 뇌실질 출혈로 2003.3.7.부터 위 병원에서 입원치료를 하고 있으며, 의식이 없고 사지마비와 실어증이 있어 식물인간 상태라고 기재되어 있고, 같은 병원에서 2006.6.12. 발행한 “후유상태 확인서”에는 피보험자는 하루 중 24시간의 간호가 필요하고 본인 및 주위 사람을 인식하지 못하는 식물인간에 준하는 상태로서 항상 간호가 필요한 제1급 장애상태라고 기재되어 있음.

신청인은 2006.5.4까지 피보험자의 입원치료에 대한 입원급여금 5,340천원 및 장기입원급여금 110,100천원을 받았으나, 2006.5.5.이후 입원에 대한 장기입원급여금을 피신청인이 지급하지 아니하자 분쟁조정신청을 하였음.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

피보험자의 입원에 따른 장기입원급여금을 청구하였으나, 피보험자가 이미 제1급 장애

상태이므로 보험계약이 소멸되어 더 이상 장기입원급여금을 지급할 수 없다고 하는 것은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

피보험자는 2002.10.31. 뇌내출혈 발생 후 현재까지 의식이 없는 제1급 장애상태임에도 신청인은 장기입원급여금을 받기 위하여 장애진단을 받지 아니하고 사망보험금도 청구하지 아니함. 따라서 본 건 보험계약은 피보험자의 제1급 장애상태로 인하여 이미 소멸되었으므로 2006.5.5. 이후 입원에 대한 장기입원급여금을 지급할 책임이 없음.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 피보험자의 제1급 장애상태로 인하여 보험계약이 소멸되었는지 여부임.

(1) 당해 보험약관

당해 보험계약 보통약관 제4조(계약의 효력) 제6항에는 “주피보험자가 사망 또는 제1급 장애상태가 되었을 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력을 가지지 아니한다.”고 규정하고 있고, 제8조(보험금의 지급사유) 제1항 제4호에는 “보험회사는 제1보험기간 중 주피보험자 또는 종피보험자가 사망하거나 제1급 장애상태가 되었을 때에는 사망보험금을 지급한다.”라고 규정하고 있음.

보장특약 약관 제1조(특약의 체결 및 효력) 제6항에는 “주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니한다.”고 규정하고 있고, 제6조(보험금의 지급사유) 제1항 제4호에는 “보험회사는 특약보험기간 중 주피보험자 또는 종피보험자가 책임개시일 이후에 성인병의 치료를 직접 목적으로 하여 181일 이상 계속하여 입원을 하였을 때에는 장기입원급여금을 지급한다.”고 규정하고 있음.

(2) 당해 보험계약의 소멸 여부

당해 보험계약 보통약관 제4조(계약의 효력) 제6항에는 피보험자가 제1급 장애상태가

되었을 경우에는 계약은 그 때부터 효력을 가지지 아니한다고 규정하고 있고, 또한 보장 특약 약관 제1조 제6항에도 주계약이 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 이 특약도 효력을 가지지 아니한다고 규정하고 있는 바, 본 건 피보험자가 제1급 장애상태가 된 경우에는 당해 보험의 주계약 및 특약은 효력 없이 소멸되는 것으로 보아야 함.

2006.6.12. ◇◇복지병원의 의사가 발행한 “후유상태 확인서”에는 “피보험자는 24시간 간호가 필요하고 본인 및 주위 사람도 인식할 수 없는 식물인간에 준하는 상태로서 장애등급분류표상 제1급에 해당된다”고 되어 있고, 당 위원회 전문위원의 의료자문결과에는 신경계 손상의 장애는 보통 18개월이 지난 뒤에 평가하는데 24개월이 지난 뒤의 변화 가능성은 3%를 넘지 않으며, 본 건 피보험자는 2002.10.31. 발병 이후 약 3년 8개월이 지난 2006.6.12. “후유상태 확인서” 발행시까지 입원치료를 하였으나 거의 변화가 없는 점으로 보아 향후 지속적인 입원치료를 하여도 변화 가능성이 3% 미만으로 개선의 가능성이 없다고 판단되므로 제1급 장애상태로 보아야 한다는 의견임.

생명보험약관에서의 장애란 재해로 인한 상해 또는 질병에 대하여 충분한 치료를 하였으나 완전히 회복되지 않고 증상이 고정되어 신체에 남아 있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태를 의미하는데, 본 건 피보험자가 2002.10.31. 뇌내출혈 발생시점부터 입원치료를 하였으나 증세의 호전이 없었다고 하여 2002.10.31.부터 제1급 장애상태로서 보험계약이 소멸되었다고 볼 수는 없고, 오히려 후유장애상태 확인서가 발행된 시점까지는 치료기간으로 보아야 할 것임.

또한, 장애발생 여부 및 장애등급 분류는 의사의 판단에 기초하여 결정할 수 밖에 없는데, 본 건 피보험자는 2006.6.12. 후유상태 확인서가 발급되기 이전에는 장애상태를 확인할 수 있는 장애진단서 등이 발행되지도 아니하였는 바, 위 후유상태 확인서가 발행된 시점부터 제1급 장애상태로 인한 보험계약이 소멸된 것으로 보아야 한다고 판단됨.

한편, 보장특약 약관 제6조(보험금의 지급사유) 제1항 제4호에 규정된 장기입원급여금은 보험계약이 유효한 기간 중에 그 지급사유가 발생한 경우에만 지급되고 효력이 상실된 이후에 발생한 경우에는 지급할 수 없는 바, 본 건 피보험자의 제1급 장애상태로 인한 계약 소멸 이후 입원에 대한 장기입원급여금의 지급책임은 없다고 판단됨.

라. 결 론

그렇다면 본 건 보험계약은 피보험자가 제1급 장애상태 였다고 판단되는 2006.6.12. 소멸되었고, 피신청인은 피보험자의 2006.6.12. 이전 입원에 대한 장기입원급여금의 지급책임이 있음.

5-8 보험기간 이후 보험금 지급책임의 존재 여부

[기각] 당해 보험약관에서 정하고 있는 특수교육자금의 지급사유는 보험기간 중 재해를 직접적인 원인으로 하여 장애상태가 되고 장애발생 2차년도 이후 매년 장애발생일로 규정하고 있는 점, 보험료 및 책임준비금 산출방법서에도 위험존속기간과 보험기간이 일치하고 있는 점, 본 건 보험청약당시 계약자와 피신청인 직원의 청약녹취록에 의하면 당해 보험계약의 보장기간이 “만 스무살까지 보장을 받는다”는 점에 대해 피신청인측 직원이 2회에 걸쳐 설명을 하였고 계약자가 이를 충분히 인지한 상태에서 보험계약을 체결하였던 점 등을 감안할 때 피신청인은 보험기간에 한하여 특수교육자금을 지급하면 됨.(2009.6.23. 조정번호 제2009-60호)

가. 사실관계

신청인은 2002.1.14. 자녀를 피보험자로 하여 피신청인과 어린이의료보험 계약을 체결²³⁷⁾하였음. 피보험자는 2008.5.19.~7.17. 교통사고로 인해 흉추압박골절 진단하에 ○○병원에 입원하였고, 2009.1.22. 동 병원에서 흉추압박골절에 따른 변형 장애진단을 받음. 2009.2.17. 피신청인이 장애급여금(5급)만을 지급하고 특수교육자금을 지급하지 않자, 분쟁조정을 신청함.²³⁸⁾

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

237) 당해보험 약관에는 보험기간중 재해를 직접적인 원인으로 장애1급 내지 장애6급의 상태가 되고 매년 장애발생일에 살아 있을 때 특수교육자금을 지급하도록 규정(장애급여금 200만원은 기지급).

238) 분쟁금액(특수교육자금) : 200만원 × 장애발생 2차년도 이후 매년 장애발생일에 살아 있을 때

당해 보험약관에 특수교육자금에 대한 지급기한을 보험기간까지만 지급한다고 명시되어 있지 않고, 보험기간이 보험금 지급기한을 포함하는 것이라 볼 수 없으므로 피보험자가 살아 있는 동안에는 보험기간이 만료된 이후에도 특수교육자금을 지급해야 함.

(2) 피신청인의 주장

당해 보험 상품요약서 및 약관 첫 페이지의 “주요 보험용어 설명”에 의하면 “보험기간은 보험회사로부터 보장을 받는 기간”이라고 명시하고 있으며, 특수교육자금의 지급사유가 보험기간 중 재해로 인해 장애상태가 되고 보험기간 중 장애발생일에 살아있을 때 지급하는 것으로 보험계약이 만료된 이후에도 계속하여 특수교육자금 지급을 요구하는 신청인의 주장을 수용할 수 없음.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 보험기간이 만료된 이후에도 피보험자가 매년 장애 발생일에 살아 있는 한 계속하여 특수교육자금을 지급해야 하는지 여부라 할 것임.

보험기간은 그 기간내 발생하는 보험사고 등 피보험자의 위험에 대해 보험회사가 책임을 지는 기간으로 당해 보험계약상의 보험기간이 제1회 보험료를 납입한 2002.1.14.부터 만기일인 2021.1.14.까지이고, 이 기간내에 피보험자의 보험사고 내지 보험금 지급사유가 발생하는 경우 피신청인이 이에 대해 책임을 지는 것은 이론의 여지가 없을 것임.

또한 이 건 보험약관에서는 특수교육자금의 지급사유를 1)보험기간 중 재해를 직접적인 원인으로 하여 장애상태가 되고, 2)매년 장애발생일에 살아 있을 때 이며, 3)지급시기는 장애발생 2차년도 이후 매년 장애발생일로 규정하고 있을 뿐 다른 보험금의 지급사유와 다르게 별도의 지급기간을 명시하고 있지 않으므로 피신청인이 보험기간에 한하여 장애발생 2차년도 이후부터 매년 장애발생일에 피보험자의 생존여부를 확인하여 장애5급에 해당하는 특수교육자금을 지급하면 되는 것이지, 보험기간이 만료된 이후까지 피보험자의 생존여부 및 장애상태 등을 확인하여 특수교육자금을 지급해야 할 의무가 있다고 보기는 어려움.

당해 보험상품 기초서류(보험료 및 책임준비금 산출방법서)에도 위험존속기간과 보험

기간을 일치(보험기간 중 발생한 보험사고에 대해 보험기간 내에서 지급)하여 보험료가 산출되었으며, 설령 계약의 효력이 없어지더라도 보험기간 중에 발생한 재해사고에 대한 효력을 상당부분 인정하고 있는 생명보험표준약관 제15조(보험금의 지급에 관한 세부규정) 제3항²³⁹⁾의 규정취지를 심분 감안하더라도 인과관계 성립여부 등을 둘러싼 다툼의 소지가 상존할 것으로 예상되는 보험금 지급기간의 확대가 바람직한 결과를 초래한다고도 보기 어려움.

당해 보험약관에서는 특수교육자금의 지급사유만을 규정하고 있고 그 정의를 내리고 있지는 않지만 보험가입연령을 0~14세로, 보험기간을 20세만기로 하고 있는 점을 감안하여 살펴보면 문언상 보험기간 중 어린이 또는 청소년에게 장애가 발생하는 경우 그 특수교육을 위한 소요자금으로 해석할 수 있는 것으로 일반 소비자의 입장에서 피보험자가 성년이 되는 만기일이후부터 사망에 이르기까지 종신토록 특수교육자금을 지급하는 것으로 해석하기는 어려움.

한편, 당해 보험약관이 특수교육자금의 지급기한을 명시하지 않아 보험기간과 보험금 지급기한을 동일시 할 수 없는 등 보험약관의 의미가 불분명하므로 작성자 불이익의 원칙에 따라 피신청인에게 불리하게 해석되어야 한다는 점에 대해 살펴보면, 피신청인이 특수교육자금에 대한 지급기준을 당해 보험약관에 반영하면서 다수의 보험계약자를 불리하게 할 이유로 그 기준을 애매모호하게 하였다고 볼 수 없고, 평균적 수준의 계약자 이해력에 비추어 보더라도 보험기간이 만료된 이후에도 특수교육자금을 지급하는 것으로 해석될 여지가 부족함.²⁴⁰⁾

또한, 작성자 불이익의 원칙은 객관적 해석원칙의 보완적 기능 등 다른 모든 해석원칙을 적용하여 해석을 해보아도 의문의 여지가 남을 경우 적용되는 최종적인 해석원칙으로 봄이 상당한데, 이 건 보험청약당시 계약자와 피신청인 직원의 청약녹취록에 의하면

239) 계약의 효력이 없어진 경우에는 재해일부터 2년이내에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태(사망포함)를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.

240) 피신청인은 2003.4.15. 제4회 경험생명표 적용, 예정이율 인하(5%→4%) 등 기초서류를 변경신고(모든 보험상품)하면서 2003.4.1. 이후 판매되는 어린이의료보험상품 약관에서 특수교육자금의 지급사유를 “보험기간이 끝날 때까지 지급”한다고 변경하였음.

당해 보험계약의 보장기간이 “만 스무살까지 보장을 받는다”는 점에 대하여 피신청인측 직원이 2회에 걸쳐 설명을 하였고 계약자가 이를 충분히 인지한 상태에서 보험계약을 체결하였던 점이 인정됨.

라. 결 론

그렇다면 당해 보험약관에서 정하는 특수교육자금을 장애발생 2차년도 이후부터 보험기간 만료일(2021.1.14) 이전까지 피보험자가 장애발생일에 생존해 있을 때 보험금을 지급하겠다는 피신청인의 업무처리가 부당하다고 보기는 어렵다고 판단됨

5-9 장애진단에 대한 조사 미동의를 이유로 보험금 지급을 거절할 수 있는지

[인용] 당해 보험약관에서는 가입자의 고지의무와 관련하여 의료기관 등에 대한 회사의 조사에 동의하여야 한다고 규정하고 있을 뿐 이외의 사항에 대해서는 계약자 등에게 조사동의 의무를 부과하고 있지 않으므로 피신청인이 장애보험금 청구권에 대한 조사동의가 없음을 이유로 보험금 지급을 유예하거나 거절할 수는 없음. 또한 보험금 지급의 유예 또는 거절사유는 보험계약에 있어 중요한 사항이므로 피신청인이 이를 약관에 명시·설명하지 않는 이상 계약 내용으로 주장할 수도 없음.(2009.7.21. 조정번호 제2009-74호)

가. 사실관계

신청인은 자신을 피보험자로 하여 피신청인과 1999.10.28. 및 2000.10.30. 각각 교통상해보험계약²⁴¹⁾ 및 건강보험 계약²⁴²⁾을 체결하였음. 신청인은 2007.2.6. 교통사고로 같은 해 2.7.~3.2. 기간중 ○○정형외과에서 우측상완골 골절 등으로 입원치료를 받음.

이후 신청인은 2007.3.8.~3.13. ◇◇병원에서 견관절 회전근개파열 등으로 입원치료를

241) 교통상해보험 약관에는 피보험자가 평일에 발생한 교통재해로 인해 제3급 내지 제6급의 장애상태가 되었을 때 평일교통재해장해급여금을 지급한다고 규정함.

242) 건강보험약관에는 보험기간중 재해를 직접적인 원인으로 제1급 내지 제6급의 상태가 되었을 때 장해급여금을 지급한다고 규정함.

받았으며, 2009.3.17. △△신경과의원에서 후유장해진단서 발급받은 후 보험금을 청구하였으나 피신청인이 보험금 지급을 거절하자 분쟁조정을 신청함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

신청인은 2007.2.6. 발생한 교통사고로 인해 ○○정형외과 및 ◇◇병원 등에서 우측상완골 골절 등의 진단하에 입원(수술) 치료를 받은 이후 2009.3.17. △△신경과의원에서 우측 견관절 후유장해 진단을 받고 장해급여금을 청구하였으나, 피신청인측이 당해 보험약관상 계약자, 피보험자 또는 수익자에게 고지의무와 관련한 회사의 조사동의 의무만 있음에도 장해보험금 청구건에 대한 조사가 필요하다는 인감증명서 제출 및 병원에서의 동행을 요청하며 보험금 지급을 거절하고 있는 것은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

이 건 신청인은 교통사고 발생 후 2년이 경과한 시점에 그간 동 사고로 인한 치료를 일체 받지 않았던 △△신경과의원에 1회 내원하여 장해진단을 받고 보험금을 청구한 것으로 장해의 원인이나 정도 등 약관상 정한 보험금 지급여부 판단을 위해 신청인에게 인감증명서 제출 등 조사협조를 요청하였으나 신청인이 이를 거부하여 장해급여금 지급을 거절한 것임.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 신청인이 보험약관에서 정한 보험금 등 청구시 구비서류를 접수한 때에 피신청인이 신청인의 조사동의가 없음을 이유로 보험금 지급을 거절할 수 있는지 여부임.

이 건 신청인은 2007.2.6.에 발생한 교통사고로 인하여 우측상완골 골절, 견관절 회전근개파열 등의 진단 하에 관절경적건봉하점액낭 절제술, 회전근 변연절제술을 시행 받았으며, 2009.3.17. △△신경과의원에서 우측 견관절 신전 20(40), 60(150), 외전 70(150), 내회전 15(40), 외회전 15(40)로 운동제한과 통증이 있어 정상적인 일상과 생업에 지장이

있다는 후유장해진단을 받음.

이와 같은 신청인의 장해급여금 청구건에 대해 피신청인은 보험금의 지급을 거절하고 있으나 다음과 같은 이유로 인정하기 어려움.

① 신청인이 교통상해보험 및 건강보험 약관에서 정하고 있는 사고증명서(장해진단서) 등 보험금 청구에 필요한 서류를 모두 구비하여 장해급여금을 청구한 점.²⁴³⁾

② 2009.3.17.자 △△신경과의원 발행의 후유장해진단서상 신청인의 장해상태가 당해보험 약관에서 정하고 있는 제6급의 후유장해(팔다리 관절의 뚜렷한 장해 : 팔다리 각각의 3대관절의 운동방향이 AMA의 영구적 신체장해 평가지침에서 명시한 주운동방향을 기준으로 하여 1/2이하로 제한)가 있는 것으로 확인되는 점.

③ 피신청인이 이 건 신청인의 후유장해상태가 당해 보험약관에서 정하고 있는 장해급여금 지급사유에 해당되지 않는다는 것을 입증하지 못하고 있을 뿐만 아니라 동일 사고에 대해 타 보험회사에서 관련 사고에 대해 장해보험금을 지급한 점.

④ 이 건 당해 보험약관에서는 회사가 보험금 청구서류를 접수한 때에는 그 서류를 접수한 날로부터 3일 이내에 보험금 등을 지급하고, 다만 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10일 이내에 지급하도록 규정하고 있으며, 이 건 피신청인이 장해 급여금의 지급을 유예하거나 거절할 근거가 없는 점.

한편 피신청인은 보험금 지급의 적정여부 판단을 위해서는 신청인의 조사동의(인감증명서 제출 또는 의료기관에의 동행)가 있어야 함에도 신청인이 이를 거부하는 것은 부당하다고 주장하므로 살피건대, 당해 보험약관에서는 가입자의 고지의무와 관련하여 의료기관 등에 대한 회사의 조사에 동의하여야 한다고 규정하고 있을 뿐 이외의 사항에 대해서는 계약자 등에게 조사동의 의무를 부과하고 있지 않으므로 피신청인이 조사동의가 없음을 이유로 보험금 지급을 유예하거나 거절할 수는 없는 것임.²⁴⁴⁾

243) 교통상해보험 약관 제24조 및 건강보험 약관 제28조(보험금 등 청구시 구비서류)에 의하면 수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해약환급금을 청구하여야 함.

① 청구서(회사양식) ② 사고증명서(사망진단서, 장해진단서 등) ③ 보험증권
④ 주민등록증 제시(본인이 아닌 경우는 본인의 인감증명서)
⑤ 기타 수익자가 보험금등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

비록 당해 보험약관에서는 가입자의 고지의무에 국한하여 보험회사의 조사에 동의해야 한다는 규정을 두고 있더라도 신의칙상 보험계약자 등에게 일정한 요건 하에서 보험회사의 조사에 협력할 의무가 인정된다고 보는 견해도 있을 수 있으나, 이 건 신청인이 제출한 보험금 청구서류 내용에 대해 합리적인 의심이 있다고 인정할 만한 반증자료를 피신청인이 제시하지 못한 채 단지 조사동의가 없다는 이유만으로 보험금의 지급을 유예하거나 거절하는 행위가 적정하다고 보기 어려움.

또한 보험금 지급의 유예 또는 거절사유는 보험계약에 있어 중요한 사항이므로 피신청인이 이를 약관에 명시·설명하지 않는 이상 계약 내용으로 주장할 수 없을 뿐만 아니라 약관조항의 의미가 불명확하거나 다의적으로 해석될 가능성이 있는 경우에는 약관 작성자에게 불이익하게 적용되어야 한다는 법원의 판결 등을 감안 할 때 피신청인의 주장은 받아들여질 수 없음.

라. 결 론

그렇다면 피신청인은 이 건 피보험자의 후유장해에 대하여 당해 보험약관에서 정하고 있는 장해급여금 및 지연이자를 지급할 책임이 있음

5-10 장기 입원했으나 계속입원이라 보기 어려운 경우 건강생활비 지급 여부

[기각] 보험약관상 건강생활비의 지급사유는 12대질병 치료를 직접적인 목적으로 일정기간 계속 입원후 생존하여 퇴원하였을 때로 규정되어 있는데, 피보험자가 총 192일의 입원기간 중 39박 62일간 외출이나 외박을 한 점을 감안할 때 계속 입원의 상태에 놓여 있었다고 보기 어렵고, 또한 재활치료가 없는 주말이나 공휴일에 외박을 원하는 경우가 많다 하더라도 그 기간 중에는 의사의 관리하에 치료에 전념하였다고 볼 수 없어 보험약관상 입원에 해당하지 않는 점 등을 고려할 때 피보험자가 동 기간 입원사실에 대하여 보험약관에서 정한 건강생활비를 지급하지 않은 것은 부당하다 할 수는 없음.(2010.11.23. 조정번호 제2010-101호)

244) 2002.6.28. 표준약관 개정시 보험회사의 조사기능을 강화하기 위하여 보험금 등의 지급사유와 관련하여 회사의 서면 조사요청에 동의하도록 규정화함.

가. 사실관계

피보험자는 뇌출혈로 2006.4.17.~6.12.(○○대학교 한방병원), 2006.6.13.~9.4.(◇◇병원), 2006.9.5.~10.18.(△△△병원)²⁴⁵⁾, 2009.12.17.~2010.5.27.(▽▽병원)²⁴⁶⁾ 입원하였고, 뇌출혈 후유증 등으로 2010.5.27.~6.26.(◎◎병원) 입원하여 건강생활비를 청구하였으나, 피신청인이 보험금 지급을 거절하자 분쟁조정을 신청함²⁴⁷⁾

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

당해 피보험자가 2009.12.17~5.27(▽▽병원), 2010.5.27~6.26(◎◎병원)에서의 입원기간 중 주말 등의 시간에 외출·외박이 있었던 것은 사실이나, 재환환자에게 있어 외출 등은 치료의 일환이며, 과거 입원 치료시에도 문제를 삼지 않다가 지금에 와서 외출, 외박만을 이유로 장기입원을 인정하지 않으면서 건강생활비의 지급을 거절하는 것은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

신청인은 2006.4월에 진단받은 뇌출혈이 아직 완치되지 않았음을 이유로 2009.12.17~2010.6.26.까지 ▽▽병원 및 ◎◎병원에서 장기간 입원을 하였으며, 이는 약관에서 정한 건강생활비의 지급대상에 해당 된다고 주장하고 있으나, 동 입원기간 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 없으므로 건강생활비의 지급은 불가함.

다. 위원회의 판단

245) 관련 보험금 전액 지급(4,820만원)

246) 입원급여금 지급(720만원, 신청인 4회 청구)

247) 분쟁금액 17백만원(31일이상 입원시 2백만원, 121일이상 입원시 5백만원, 181일이상 입원시 1천만원)

◆ 본 건의 쟁점은 장기입원 기간중에 외출 또는 외박을 하는 경우 이를 건강생활비의 지급 대상에 해당된다 할 수 있는지 여부라 할 것임.

(1) 약관규정

약관 제4조(입원의 정의와 장소)에 의하면 이 계약에 있어 ‘입원’이라 함은 병원의 의사, 치과의사, 또는 한의사의 자격을 가진 자에 의하여 “현대인의 12대 질병”, 상피내암 또는 별표4(교통재해분류표)에서 정하는 교통재해로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조 제2항에 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말하며, 동 약관 제10조(보험금의 지급사유) 제1항 제3호에 의하면 피보험자가 책임개시일 이후에 최초로 ‘현대인의 12대 질병’ 또는 상피내암으로 진단이 확정되고 현대인의 12대 질병 또는 상피내암의 치료를 직접적인 목적으로 31일, 121일, 181일 이상 계속 입원(병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정하는 때에는 계속하여 입원한 것으로 봄) 후 생존하여 퇴원하였을 때 건강생활비를 지급하도록 정하고 있음.

(2) 쟁점검토

이 건 피보험자의 치료 병명인 뇌출혈, 뇌출혈 후유증 등이 당해 보험 약관에서 정하고 있는 “현대인의 12대 질병”에 해당됨은 다툼의 여지가 없는 사실임.

다만, 당해 보험약관에서 정하고 있는 건강생활비의 지급사유는 “현대인의 12대 질병” 치료를 직접적인 목적으로 31일, 121일, 181일 이상 계속 입원 후 생존하여 퇴원하였을 때(병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정하는 때에는 계속 입원으로 인정)로 규정되어 있는데, 이 건 피보험자는 2009.12.17~2010.6.26.까지 ▽▽병원 및 ○○병원에서의 입원기간 중 주말 등의 시간을 이용하여 총 22회에 걸쳐 39박 62일간 외출·외박을 하였던 사실이 확인되므로 이를 계속 입원으로 인정할 수 있는지, 또는 입원의 정의를 충족하고 있는지의 여부를 살펴보면, 다음과 같은 점 등을 감안할 때 이 건 피보험자의 입원을 당해 보험약관이 정하고 있는 건강생활비의 지급사유에 해당된다고 인정하기는 어렵다 할 것임.

① 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.

② 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, 설령 의사의 허락을 받아 외출, 또는 외박을 하였고, 뇌졸중 및 척수손상 등 재활치료를 받는 환자들의 경우 병의 특성상 절대안정을 필요로 하는 상태가 아니어서 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.

③ 이 건 피보험자의 외출·외박 사유가 당해 보험약관에서 정하고 있는 “입원”의 정의를 최소화할 만한 정도의 특별한 예외사항(환자의 정밀검사 등을 위한 일시적 전원, 직계가족 등의 신상에 긴급한 사항 등 퇴원으로 간주할 수 없을 정도의 수준)에 있었다고 보기 어려운 점.

④ 피보험자가 2009.12.17~2010.6.26.까지 입원하였던 ▽▽병원 및 ◎◎병원 담당의사에 대해 의적소견을 구한 결과, 당해 피보험자의 경우 구정 및 어린이날 전후 등 너무 긴 외출을 삼가도록 설명하였으나 피보험자가 강력히 원하여 외출 처리하였던 점.

⑤ ▽▽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.

⑥ 과거 금융분쟁조정위원회가 입원기간 중 외출, 또는 외박을 하는 경우 약관상 정한 입원급여금이 지급되는지의 여부에 대한 판단²⁴⁸⁾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 조정 결정하였던 점.

라. 결 론

이 건 피보험자의 2009.12.17~2010.6.26.까지 입원사실에 대하여 당해 보험약관에서 정한 건강생활비를 지급하지 않은 피신청인의 업무처리를 부당하다 할 수는 없을 것임.

5-11

‘파킨슨 질환에 동반한 뇌졸중’의 경우 뇌졸중 진단급여금 지급책임 인정여부

[인용] 약관은 “뇌졸중”의 정의와 진단확정의 방법에 대하여 규정하고 있을 뿐 뇌졸중의 진단이 주 진단명일 것을 요구하고 있지 아니하므로, 주 진단명이 아니라는 이유만으로 보험금을 지급하지 않는다면 이는 약관의 문리적 해석을 넘어서는 것이고 해당 보험약관은 뇌졸중의 진단확정만을 보험금 지급요건으로 정하고 있을 뿐 뇌졸중의 진단에 있어 병의 경중(輕重)이나 치료 여부에 따라 보험금 지급여부를 달리 정한 바 없으며, 진료기록에 의하면 2015.1.8. MRI 및 MRA 검사결과 ‘경도의 경동맥 협착’ 소견이 있고 진료확인서상 ‘파킨슨 병’만 정확한 진단명으로 기재되어 있으나, 검사결과에 ‘양측 경동맥 협착’ 소견과 함께 ‘동맥경화’ 소견이 있으며 경동맥 협착은 30% 정도’라고 기재되어 있으므로 피보험자는 해당 보험약관상 뇌졸중의 진단확정 방법에 의하여 뇌졸중으로 진단확정되었다고 봄이 타당하다고 한 사례(2015. 4. 28. 조정번호 제2015-12호)

248) 2003.12.16. 조정번호 제2003-60호.

가. 사실관계

신청인은 2000.5.3. 母 C를 피보험자로 하여 피신청인과 ○○보험계약을 체결하였음. C는 2015.1.13. 파킨슨병(G20), 대뇌죽상경화증(I67.2), 목동맥(경동맥)의 협착(I65.2)으로 진단받았으며, 진료확인서상 ‘뇌자기공명영상에서 미세혈관변화 및 위축, 양측 경동맥 협착소견, 뇌 양전자단층 촬영에서 양측 기저핵 음영 저하소견 관찰됨, 동맥경화 소견이 있으며, 경동맥 협착은 30% 정도, 정확한 진단명은 파킨슨병임’으로 기재. 신청인이 피신청인에게 보험금을 청구하였으나, 피신청인은 뇌졸중 진단급여금 1,000만원 지급거절.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

피보험자는 2015.1.13. 경동맥의 협착(I65.2)으로 진단받았으므로 피신청인은 보험약관상 뇌졸중 진단급여금 1,000만원을 지급하여야 함.

(2) 피신청인의 주장

피보험자의 경동맥 협착은 30% 정도로서 주 진단명은 파킨슨병이라는 의사의 소견이 있고, 협착의 정도가 경미하여 피보험자가 호소하고 있는 우측 팔다리 떨림, 행동이 느려지는 증상 등이 경동맥 협착으로 발생하였다고 보기 어려운바, 해당 보험약관의 뇌졸중의 정의 및 진단확정에 부합하지 아니하므로 경동맥 협착 진단 사실만으로는 뇌졸중 진단급여금 지급사유가 발생하였다고 볼 수 없음.

다. 위원회의 판단

(1) 보험약관 규정

<(무)○○건강보험 보통약관>

제12조 [“뇌졸중”의 정의 및 진단확정] ① 이 계약에 있어서 “뇌졸중”이라 함은

별표6(심질환, 뇌혈관질환 분류표)에서 정한 대뇌혈관질환 중에서 뇌졸중으로 분류되는 질병(분류번호 I 60~63, I 65~66)을 말합니다.

② 뇌졸중의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외)자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 핵자기 공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제19조 [보험금의 지급사유] ① 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 수익자에게 약정한 보험금(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다.

2. 피보험자가 보험기간중 계약일로부터 계약일을 포함하여 90일이 지난날의 다음날 이후에 여성특정암, 상피내암, 뇌졸중 또는 급성심근경색증으로 진단확정 되었을 때 : 진단급여금을 지급(단, 여성특정암, 상피내암, 뇌졸중 또는 급성심근경색증 각각 1회의 진단확정에 한하여 지급)

【별표6】 심질환 뇌혈관질환 분류표

약관에 규정하는 심질환 및 뇌혈관질환으로 분류되는 질병은 제3차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제1993-3호, 1995.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

뇌 혈 관 질 환	[대뇌혈관 질환]	
	• 거미막하 출혈	I60
	• 뇌내출혈	I61
	• 기타 비외상성 두개내 출혈	I62
	• 뇌경색(증)	I63
	• 대뇌경색(증)을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐색 및 협착	I65
	• 대뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐색 및 협착	I66

(2) 쟁점에 대한 검토

- 1) 피보험자의 경동맥 협착(I65.2) 진단은 해당 보험약관에서 보장대상으로 정하고 있는

“뇌졸중”에 해당한다고 볼 수 있는지 여부

일반적으로 ‘대뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐색 및 협착’ (I65)은 뇌졸중으로 분류되는 질병에 해당하지는 않으나 해당 보험약관은 ‘별표6(심질환, 뇌혈관질환 분류표)에서 정한 대뇌혈관질환 중에서 뇌졸중으로 분류되는 질병(분류번호 I60~I63, I65~I66)’을 뇌졸중으로 정의하고 있어 동 질병(I65)은 해당 보험약관에서 정하고 있는 “뇌졸중”의 정의에 포함됨.

* 2001년 본건과 유사한 진단급부금을 지급하는 대상 질병으로 기존의 ‘뇌졸중’(I60~I63, I65~I66)에서 ‘뇌출혈 및 뇌경색’(I60~I63)으로 변경

2) 피보험자의 경동맥협착이 그 정도가 경미하거나 주 진단명이 아닌 기타 진단명으로 진단되었을 경우 해당 보험약관에서 보장대상으로 정하고 있는 뇌졸중에 해당하는지 여부

약관의 해석은 신의성실의 원칙에 따라 해당 약관의 목적과 취지를 고려하여 공정하고 합리적으로 해석하되, 개개 계약 당사자가 기도한 목적이나 의사를 참작함이 없이 평균적 고객의 이해가능성을 기준으로 보험단체 전체의 이해관계를 고려하여 객관적·확일적으로 해석하여야 하며, 위와 같은 해석을 거친 후에도 약관 조항이 객관적으로 다의적으로 해석되고 그 각각의 해석이 합리성이 있는 등 당해 약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 고객에게 유리하게 해석하여야 할 것임(대법원 2009.5.28. 선고 2008다 81633 판결).

해당 보험약관은 “뇌졸중”의 정의와 진단확정의 방법에 대하여 규정하고 있을 뿐 뇌졸중의 진단이 주 진단명일 것을 요구하고 있지 아니하므로, 주 진단명이 아니라는 이유만으로 보험금을 지급하지 않는다면 이는 약관의 문리적 해석을 넘어서는 것이고,

해당 보험약관은 뇌졸중의 진단확정만을 보험금 지급요건으로 정하고 있을 뿐 뇌졸중의 진단에 있어 병의 경중(輕重)이나 치료 여부에 따라 보험금 지급여부를 달리 정한 바 없으며, 동 보험은 실제 치료비를 지급하는 실손의료보험이 아니라 정액의 진단급부금이 지급되는 보험상품이므로 뇌졸중 진단급부금 지급 여부는 병의 경중 또는 치료 여부에 따라 달리 판단할 사안은 아니라고 할 것임.

※ 주 진단이란 검사 후 밝혀진 최종 진단으로 병원치료(또는 의료시설 방문)를 필요

하게 만든 가장 중요한 병태를 의미하며, 기타 진단이란 진료기간 중 주 진단과 함께 있었거나 새롭게 발생한 병태로서 환자진료에 영향을 주었던 병태를 의미함 (한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서, 통계청, 2014.4).

3) 본 건에서 피보험자는 해당 보험약관에서 정하고 있는 방법에 의하여 뇌졸중으로 진단확정된 것으로 볼 수 있는지 여부

해당 보험약관은 의사(치과의사 제외)자격증을 가진 자에 의해 뇌졸중의 진단확정이 내려져야 하고, 이 진단은 병력, 신경학적인 검진과 함께 핵자기공명영상법(MRI) 등을 기초로 하도록 정하고 있음.

신청인이 제출한 2015.1.13. □□병원 진단서(담당의 신호식 발급)에는 병명(☑최종)으로 파킨슨병(G20)과 더불어 ‘목동맥(경동맥)의 협착(I65.2)’이 기재되어 있고, 진료기록에 의하면 2015.1.8. MRI 및 MRA 검사결과 ‘경도의 경동맥 협착’ 소견이 있으므로 피보험자는 해당 보험약관상 뇌졸중의 진단확정 방법에 의하여 뇌졸중으로 진단확정되었다고 볼 수 있음.

피신청인이 제출한 2015.2.10. 동 병원 진료확인서(주치의 E 발급)에는 ‘파킨슨병’만 정확한 진단명으로 기재되어 있으나, 검사결과에 ‘양측 경동맥 협착’ 소견과 함께 ‘동맥경화 소견이 있으며 경동맥 협착은 30% 정도’라고 기재되어 있으므로,

정확한 진단명에 파킨슨병만 기재되어 있다는 사실만으로는 피보험자가 경동맥 협착(I65.2)으로 진단확정된 사실을 부인하는 내용으로 보기 어렵고, 그 외 진단확정 사실을 부인할 만한 객관적인 증거가 제출되었다고 보기 어려우므로 피보험자는 해당 보험약관에서 정하고 있는 뇌졸중으로 진단확정되었다고 할 것임.

라. 결 론

그렇다면 피신청인은 피보험자의 경동맥협착(I65.2) 진단에 대해 뇌졸중 진단급여금 1,000만원을 지급할 책임이 있다 할 것이므로 신청인의 청구는 이유 있어 이를 인용함.

5-12 백내장 수술시 사용한 다초점인공수정체 비용에 대한 보험금 지급책임 유무

[인용] 다초점인공수정체 삽입술이 백내장 치료를 위한 것이라면 ‘외모개선’ 목적의 시력교정술로 보기는 어렵고, 당해 보험약관에서 보상하지 않는 사항으로 정하고 있는 외모개선 목적의 치료 중 “안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술”은 백내장 등 안구질환의 치료와는 무관하게 오직 시력 교정만을 위해 실시되는 라식, 라섹 등을 의미하는 것으로 해석될 뿐 백내장 수술에 부수하는 인공수정체의 선택에 의한 시력기능 개선 효과까지 포함하지 않는 것이므로 다초점인공수정체 비용에 대한 보험금을 지급할 책임이 있다고 판단한 사례(2016.3.29. 조정번호 제2016-3호).

가. 사실관계

신청인은 2008.11.28. 자신을 계약자 겸 피보험자로 하여 ○○보험계약을 체결하였음. 피신청인은 2015.9.14. A 안과의원에서 양안 백내장으로 진단받고 초음파 백내장 수술 및 다초점인공수정체 삽입술을 시행하였음. 이에 신청인이 실손의료보험금 지급청구를 하였으나, 피신청인은 다초점인공수정체 비용을 제외하고 보상함. 분쟁금액은 다초점인공수정체 비용에 대한 실손의료보험금 1,800,000원임.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

의사로부터 백내장 질병을 진단받고 그 치료를 목적으로 다초점인공수정체 삽입술을 받았음에도 피신청인이 “안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술”에 해당한다는 이유로 보험금을 지급하지 않는 것은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

① 당해 보험약관 면책조항에서 외모개선 목적의 치료 유형 중의 하나로 “안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술”을 열거하고 있는 점 ② 국민건강보험에서도 다초점인공수정체 삽입이 신체의 필수기능을 개선하기 위한 목적이 아닌 점을 감안하여

급여대상인 단초점인공수정체와 달리 다초점인공수정체 비용은 비급여대상으로 정하고 있는 점을 고려하면 당해 보험약관상 실손의료비 보상에서 제외되는 “안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술”에 해당하므로 보험금을 지급하지 않는 것이 타당함.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 백내장 치료과정에서의 다초점인공수정체 삽입이 당해 보험 약관에서 정하고 있는 면책조항 (외모개선 목적의 치료인 “안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술”)에 해당되는지 여부라 할 것임.

(1) 보험약관 규정

<실손의료비보장보험Ⅱ(갱신형) 약관>

제2조[담보종목별 보상내용]에서 회사가 이 특약의 보험기간 중 담보종목별로 각각 보상 또는 공제하는 내용은 다음과 같습니다.

<종합입원형>

회사는 피보험자(보험대상자)가 질병 또는 상해로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원의료비를 다음과 같이 하나의 질병당 또는 하나의 상해당 각각 보험가입금액(5,000만원)을 한도로 보상합니다.

구분	보상금액
입원실료, 입원제비용, 입원수술비	국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 ‘본인부담금’과 ‘비급여(입원시 실제 사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 제외)’의 합계액 중 90% 해당액(다만, 10% 해당액이 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다.)

제3조[보상하지 않는 사항] 회사가 이 특약에서 보상하지 않는 사항은 다음과 같습니다.

③ 회사는 아래의 입원의료비에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.

8. 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비

나. 사시교정, 완와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선목적이 아닌 외모개

선 목적의 수술

다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술 (이하 생략)

(2) 쟁점에 대한 판단

백내장은 눈 안의 수정체에 혼탁이 생겨 시력저하가 발생하는 안구 질환을 의미하며, 적시에 치료를 하지 않는 경우 녹내장 등의 합병증을 유발하거나 시력까지 잃게 되는 질환임. 백내장 수술은 혼탁한 수정체를 제거하고 눈안에 인공수정체를 삽입하여 시력을 개선하는 수술이며, 백내장 수술시 사용하는 인공수정체는 단초점인공수정체와 다초점인공수정체가 있는데, 단초점인공수정체는 초점이 하나이므로 수술 후 근거리 또는 원거리 중 한 가지 시력기능만 개선되는 효과가 있는 반면, 다초점인공수정체는 근거리와 원거리 모두의 시력기능이 개선되는 효과가 있음.

이 건 다초점인공수정체 삽입술이 당해 보험약관에서 정하고 있는 보상하지 않는 사항(외모개선 목적의 치료로 분류하고 있는 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술)에 해당된다는 피신청인의 주장은 아래와 같은 이유로 인정하기 어려움.

① 다초점인공수정체 삽입술은 백내장 수술 후 발생할 수 있는 근거리 시력저하 등을 종합적으로 감안하여 시행하는 것으로 이 건의 경우와 같이 백내장 치료를 위한 것이라면 ‘외모개선’ 목적의 시력교정술로 보기는 어려운 점.

- 금융감독원이 안과 전문의에게 실시한 의료자문 결과에 따르면 백내장 환자에게 백내장을 제거하고 다초점인공수정체를 삽입하는 것은 백내장 질환치료 목적을 위한 수술방법이라는 소견이 확인되고 신청인을 치료한 담당의사도 환자가 수술 후 가까운 곳의 시력이 나오지 않는 점을 감안하여 다초점인공수정체 삽입술을 시행하였다는 소견(피신청인이 제출한 진료확인서) 등을 감안하더라도 다초점인공수정체 삽입술을 외모개선 목적의 치료로 보기 어려움.

② 당해 보험약관에서 보상하지 않는 사항으로 정하고 있는 외모개선 목적의 치료로 분류하고 있는 “안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술”은 백내장 등 안구질환의 치료와는 무관하게 오직 시력 교정만을 위해 실시되는 라식, 라섹 등을 의미하는 것으로 해석되고, 백내장 수술에 부수하는 인공수정체의 선택에 의한 시력기능 개선 효

과까지 포함하지 않는 것으로 해석되는 점.

③ 약관의 해석은 신의성실의 원칙에 따라 해당 약관의 목적과 취지를 고려하여 공정하고 합리적으로 해석하되, 개개 계약 당사자가 기도한 목적이나 의사를 참작함이 없이 평균적 고객의 이해가능성을 기준으로 보험단체 전체의 이해관계를 고려하여 객관적·획일적으로 해석하여야 하며, 위와 같은 해석을 거친 후에도 약관 조항이 객관적·다의적으로 해석되고 그 각각의 해석이 합리성이 있어 당해 약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 고객에게 유리하게 해석해야 하는 점(대법원 2009.5.28. 선고 2008다81633 판결).

한편, 피신청인은 국민건강보험에서도 다초점인공수정체 삽입이 신체의 필수기능을 개선하기 위한 목적이 아닌 점을 감안하여 급여대상인 단초점인공수정체와 달리 다초점인공수정체 비용은 비급여대상으로 정하고 있는 점을 고려할 필요가 있다고 주장하나, 당해 보험약관에 따르면 회사는 피보험자가 질병으로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원의료비(입원실료·입원제비용·입원수술비)를 하나의 질병당 5,000만원을 한도로 보상하되, 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 ‘본인부담금’과 ‘비급여(실제 사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 제외)’ 부분의 합계액 중 90% 해당액을 지급하도록 정하고 있어 다초점인공수정체 비용이 ‘비급여’에 해당됨을 이유로 보험금 지급을 거절하는 것은 타당하지 않음.

라. 결 론

그렇다면 피신청인은 신청인에게 해당 보험약관에 정한 바에 따라 다초점 인공수정체 비용에 대한 보험금을 지급할 책임이 있다 할 것이므로 신청인의 청구를 인용함.

5-13 자폐성장장애인에 대한 언어장애 위로금 지급책임

[인용] 피보험자의 장애상태는 장애인복지법령에서 정하고 있는 언어장애인 기준을 충족하고 있으나 자폐성장장애와 언어장애는 공유장애이므로 중복 판정 및 등록이 불가하고, 본건 약관은 언어장애 위로금 지급대상이 되는 언어장애인의 범위를 ‘장애인복지법령에 따라 언어 장

애인으로 등록된 자'로 한정하고 있지도 않으므로 피신청인은 신청인에게 당해 보험약관에서 정한 바에 따라 장애위로금을 지급할 책임이 있음(2016.10.25. 조정번호 제2016-25호).

가. 사실관계

신청인은 2008.12.30. 신청인의 子 C를 피보험자로 하여 피신청인과 ○○어린이CI보험 계약을 체결하였음. 본건 보험계약은 시각, 청각, 언어 장애 진단을 받은 경우 3대 장애 위로금 1,000만원을 지급하도록 하고 있음. C는 2015.2.3. D 정신건강의학과에서 소아기 자폐증²⁴⁹⁾(F84.0)으로 진단 받고 같은 해 5. 29. C는 같은 정신건강의학과에서 장애진단을 위한 심리검사 결과 '아동의 전체 지능지수는 46으로 중간 정도의 정신지체 수준에 해당되고, 모든 소검사 수행이 원점수 0점에 해당되어 전반적인 인지 발달이 크게 지연되어 있음. 의사소통능력은 1세 5개월 수준으로 늘 보는 물건의 이름(예:물)을 대며 달라고 하고, "주세요"정도의 말을 할 수 있으나, 문장으로 이야기 하기 어려울 정도로 지체'되었다는 심리검사보고서를 발급받음. C는 2015.6.25. 자폐성 장애1급으로 등록하고 언어장애위로금을 청구하였으나 피신청인은 보험금을 지급거절함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

피보험자가 진단받은 자폐성장애(1급)는 당해 보험약관상 장애위로금 지급 대상인 언어장애를 포함하는 상위장애임에도 언어장애인으로 등록되지 않았음을 이유로 장애위로금 지급을 거절하는 것은 부당함.

* 보건복지부고시 장애등급판정기준상 자폐성장애의 일환으로 나타나는 언어 장애의 경우 별도로 장애 등록을 할 수 없음

(2) 피신청인의 주장

당해 보험약관에서는 언어장애가 발생하고 장애인복지법 시행령에서 정한 언어장애인

249) 언어발달의 심각한 지연으로 인해 의미 있는 의사소통이 불가능한 상태

이 된 경우에 장애위로금을 지급한다고 정하고 있는데, 설사 피보험자에게 언어장애가 있다고 하더라도, 장애인복지법령에 따라 언어장애인으로 등록되지 않았으므로 당해 보험약관에서 정하는 언어장애인으로 볼 수 없음.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 언어장애인을 ‘장애인복지법령에 따라 언어장애인으로 등록된 자’로 한정하여 해석해야 하는지 여부라 할 것임

(1) 보험약관 규정

□ 무배당 ○○ 어린이CI보험 3대 장애위로금 보장 특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 회사는 피보험자가 보험가입증서(보험증권)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다)중에 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다. 이하 같습니다)에 상해 또는 질병으로 인하여 시각장애, 청각장애, 언어장애 중 하나 이상의 장애(이하 “3대 장애”라 합니다)가 발생하고 장애인복지법 시행령 제2조에서 정한 장애인(시각장애인, 청각장애인, 언어장애인을 말합니다. [별표17] “장애인의 기준” 참조)이 된 경우에 보험가입증서(보험증권)에 기재된 이 특약 보험가입금액을 3대 장애위로금으로 수익자에게 지급합니다. 단, 피보험자가 3대장애 중 동시에 두 종류 이상의 장애가 발생하여 장애인이 된 경우에도 하나의 장애로 인한 3대 장애위로금만 지급합니다.

【별표 17】

장애인의 기준(장애인복지법 시행령 제2조 관련)

3. 언어장애인
음성 기능 또는 언어 기능에 영속적으로 상당한 장애가 있는 사람

□ 장애인복지법

제2조(장애인의 정의 등) ① “장애인”이란 신체적·정신적 장애로 오랫동안 일상생활이나 사회생활에서 상당한 제약을 받는 자를 말한다.

② 이 법을 적용받는 장애인은 제1항에 따른 장애인 중 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 장애가 있는 자로서 대통령령으로 정하는 장애의 종류 및 기준에 해당하는 자를 말한다.

1. “신체적 장애”란 주요 외부 신체 기능의 장애, 내부기관의 장애 등을 말한다.
2. “정신적 장애”란 발달장애 또는 정신질환으로 발생하는 장애를 말한다.

□ 장애인복지법 시행령

제2조 (장애인의 종류 및 기준)

① 「장애인복지법」 (이하 “법”이라 한다) 제2조 제2항 각 호 외의 부분에서 “대통령령으로 정하는 장애의 종류 및 기준에 해당하는 자”란 별표 1에서 정한 자를 말한다.

② 장애인은 장애의 정도에 따라 등급을 구분하되, 그 등급은 보건복지부령으로 정한다.

【별표 1】

장애인의 종류 및 기준(장애인복지법 시행령 제2조 관련)

1.~4. (생략)

5. 언어장애인(言語障礙人)

음성 기능이나 언어 기능에 영속적으로 상당한 장애가 있는 사람

6. (생략)

7. 자폐성장애인(自閉性障礙人)

소아기 자폐증, 비전형적 자폐증에 따른 언어·신체표현·자기조절·사회적응 기능 및 능력의 장애로 인하여 일상생활이나 사회생활에 상당한 제약을 받아 다른 사람의 도움이 필요한 사람

□ 장애인복지법 시행규칙

제2조 (장애인의 장애등급 등) ① 「장애인복지법 시행령」 (이하 “영”이라 한다) 제2

조제2항에 따른 장애인의 장애등급은 별표 1과 같다. ② 보건복지부장관은 제1항에 따른 장애등급의 구체적인 판정기준을 정하여 고시할 수 있다.

【별표 1】

장애인의 장애등급표(제2조 관련)

1.~4. (생략)

5. 언어장애인

제3급: 음성기능이나 언어기능을 잃은 사람

제4급: 음성·언어만으로는 의사소통을 하기 곤란할 정도로 음성기능이나 언어기능에 현저한 장애가 있는 사람

6. (생략)

7. 자폐성장아인

제1급: ICD-10(International Classification of Diseases, 10th Version)의 진단기준에 따른 전반성발달장애(자폐증)로 정상발달의 단계가 나타나지 아니하고, 지능지수가 70 이하이며, 기능 및 능력 장애로 인하여 주위의 전적인 도움이 없이는 일상생활을 해나가는 것이 거의 불가능한 사람

제2급: ICD-10의 진단기준에 따른 전반성발달장애(자폐증)로 정상발달의 단계가 나타나지 아니하고, 지능지수가 70 이하이며, 기능 및 능력 장애로 인하여 주위의 많은 도움이 없으면 일상생활을 해나가기 어려운 사람

제3급: 제2급과 같은 특징을 가지고 있으나 지능지수가 71 이상이며, 기능 및 능력 장애로 인하여 일상생활 혹은 사회생활을 해나가기 위하여 간헐적으로 도움이 필요한 사람

□ 장애등급 판정기준 [보건복지부 고시 제2013-174호]

1.~2. (생략)

3. 판정기준의 적용원칙

가. (생략)

나. 2종류이상의 장애가 중복되는 경우의 장애등급은 4.중복장애의 합산기준에 따라 판정한다.

4. 중복장애의 합산

가. 2종류 이상의 장애가 중복되어 있는 경우 주된 장애(장애등급이 가장 높은 장애)와 차상위 장애를 합산할 수 있다.

나. (생략)

다. 중복장애 합산의 예외

다음의 경우는 각각을 개별적인 장애로 판단하지 않는다.

(1)~(2) (생략)

(3) 지적장애, 자폐성장애, 정신장애와 그에 따른 증상의 일환으로 나타나는 언어장애

□ 지적장애 또는 자폐성장애로 인한 언어장애 판정관련 지침

[장애등록심사 지침 및 질의회신집, 장애심사기획부-1570(2012.09.07)]

언어장애판정은 장애인복지법 장애등급 판정기준에 따라 지적장애 또는 자폐성 장애로 판정하지 아니한 경우에 한함. 즉 지적장애, 자폐성 장애, 정신장애 증상의 일환으로 나타나는 언어기능의 저하는 별개의 장애로 판단하지 않도록 함.

- 지적장애 또는 자폐성장애를 등록한 이력이 없는 경우는 언어장애가 지능 또는 자폐증으로 인한 경우라도 언어장애로 판정할 수 있음.

(2) 쟁점에 대한 검토

피신청인은 당해 보험약관상 언어장애인은 장애인복지법령에 따라 언어장애인으로 등록된 사람이어야 한다고 주장하나, 아래와 같은 사정을 종합하여 판단할 때 인정하기 어려움.

① 장애인복지법 시행령 제2조에서는 언어장애인을 ‘음성기능이나 언어기능에 영속적으로 상당한 장애가 있는 사람’으로 규정하고 있고 당해 보험약관에서는 장애인복지법 시행령 제2조에서 정한 언어장애인이 된 경우에 장애위로금을 지급한다고 규정하고 있을 뿐 언어장애인으로의 등록을 명시적으로 규정하고 있지 않으므로, 이 건 언어장애 위로금 지급대상이 되는 언어장애인의 범위를 ‘장애인복지법령에 따라 언어 장애인으로 등록된 자’로 한정하여 해석하기는 어려운 점.

② 장애인복지법 제32조에서는 자치단체장은 등록을 신청한 장애인이 장애인복지법에

서 정한 신체적·정신적 장애기준에 맞으면 장애인등록증을 내주어야 한다고 규정하고 있는데, 신청인이 피보험자를 자폐성장장애인으로 등록하기 위해 서울 ○○구○○동 주민 센터에 제출한 D정신건강의학과와 진단서(2015.2.3)와 심리검사보고서(2015.9.29)에 따르면, 피보험자는 소아기 자폐증(F84.0)으로 ‘언어발달의 심각한 지연으로 의미있는 의사소 통이 불가능한 상태’라는 소견과 ‘피보험자의 의사소통은 1세 5개월 수준(검사 당시 6세) 으로 늘 보는 물건의 이름(예:물)을 대며 달라고 하고, “주세요” 정도의 말을 할 수 있으 나, 문장으로 이야기하기는 어려울 정도로 지체되어 있다’라는 소견이 확인되고,

③ 금융감독원이 실시한 의료자문결과에 따르면, 자폐성 장애1급으로 등록된 피보험 자는 ‘의학적으로 언어장애로 판정이 가능하고 또한 장애인복지법령에 따라 등록도 가 능한 장애상태’라는 소견을 피력하고 있는 바, 동 소견들을 종합할 때, 이진 피보험자의 장애상태는 장애인복지법령에서 정하고 있는 언어장애인 기준을 충족하고 있다고 보 여지는 점.

④ 장애인복지법령에 따라, 장애정도에 따른 심사를 담당하는 국민연금공단의 ‘지적장 애 또는 자폐성 장애로 인한 언어장애 판정 관련 지침’(장애심사기획부-1570(2012.09.07.) 에 따르면, 자폐성장애와 언어장애는 합산할 수 없으며, 자폐성장애를 등록한 이력이 없 는 경우는 언어장애가 자폐증으로 인한 경우라도 언어장애로 판정할 수 있다고 규정하 고 있는데, 이는 자폐성장애에 언어장애가 포함되어 있기 때문인 것으로 해석되는 점.

⑤ 언어장애는 자폐성장애의 하위장애이고, 통상적으로 상위장애(1급~3급)에 해당하는 자폐성장애로 판정 및 등록이 가능한 경우, 하위장애(3급~4급)인 언어장애는 공유장애이므 로 중복 판정 및 등록을 하지 않음에도, 보험금 청구를 위해 자폐성 장애인으로의 등록이 아닌 하위장애인 언어 장애인으로 등록을 해야 하는 불합리한 결과가 초래될 수 있는 점.

라. 결 론

그렇다면 피신청인은 신청인에게 당해 보험약관에서 정한 바에 따라 장애위로 금을 지급할 책임이 있다 할 것이므로 신청인의 청구를 인용함.

5-14 과거 자궁근종수술 병력으로 제왕절개수술을 한 경우 보험금 지급책임 유무

[인용] 약관은 질병입원의료비에 대하여는 ‘임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원한 경우(O00~O99)’ 보상하지 않는다고 일의적으로 정하고 있으므로 신청인이 과거 병력으로 인해 불가피하게 제왕절개수술을 받았다하더라도 질병입원의료비는 지급대상에 해당하지 아니하나, 질병입원일당에 대하여는 구체적인 분류기준 없이 ‘질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술’을 보상하지 않는 사항으로 정하고 있어 질병을 원인으로 하는 경우에는 보상되는 것으로 다의적으로 해석될 수 있으므로 작성자 불이익의 원칙과 면책약관 엄격해석의 원칙에 따라 질병입원일당은 지급함이 타당(2016.10.25 조정번호 제2016-26호).

가. 사실관계

신청인의 모 C는 2010.7.31. 신청인을 피보험자로 하여 ○○보험계약을 체결하였음. 본건 보험계약 실손의료비 특별약관은 질병입원의료비 및 질병입원일당을 지급한다고 정하고 있음. 신청인은 2013.12.17. 자궁의 벽내 평활근종(D25.1)진단으로 복강경하 자궁근종절제술을 시행하였고 이후 신청인은 2016.5.19. 제왕절개술(주상병: 선택적 제왕절개에 의한 분만(O820), 부상병: 상세불명의 태아골반불균형으로 인한 난산(O654), 자궁근종에 대한 산모관리, 임신 34주 이상(O3412))로 출산하였음. 이에 신청인은 질병입원의료비 및 질병입원일당 지급청구를 하였으나, 피신청인이 지급을 거절하지 본건 분쟁조정을 신청하였음.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

과거 자궁의 벽내 평활근종(D25.1)으로 자궁근종 절제수술을 받은 병력으로 인해 불가피하게 제왕절개수술과 입원치료를 받았으므로 질병입원의료비와 질병입원일당 보험금을 모두 지급함이 타당함.

(2) 피신청인의 주장

신청인이 진단받은 질병은 당해 실손의료비 특별약관에서 보상하지 아니하는 대상 질병으로 열거하고 있는 ‘임신, 출산 및 산후기’에 해당함이 분명하므로 질병입원의료비 지급책임이 없으며, 또한 당해 질병 입원일당 특별약관에서는 보험금을 지급하지 아니하는 사유에 제왕절개수술을 명시하고 있으므로 질병입원일당 지급책임도 없음.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 과거 자궁근종수술 병력으로 인해 불가피하게 시행받은 제왕절개수술이 당해 보험약관상 면책사유에 해당되는지 여부라 할 것임.

(1) 보험약관 규정

□ 실손의료비 특별약관

제3조(담보종목별 보장내용) 회사가 이 계약의 보험기간 중 담보종목별로 각각 보상 또는 공제하는 내용은 다음과 같습니다.

담보종목	보상하는 내용						
(5) 종합 입원	① 회사는 피보험자(보험대상자)가 상해 또는 질병으로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원의료비를 다음과 같이 보험가입금액(상해당, 질병당 각각 5,000만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다)을 한도로 보상하여 드립니다.						
	<table><tr><th>구분</th><th>보상금액</th></tr><tr><td>입원실료, 입원제비용, 입원수술비</td><td>‘국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금’과 ‘비급여(상급병실료 차액 제외)’ 부분의 합계액 중 90% 해당액(다만, 10% 해당액이 계약일 또는 매년 계약해당일부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다.)</td></tr><tr><td>상급병실료 차액</td><td>입원시 실제 사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 중 50%를 공제한 후의 금액(다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원 기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다)</td></tr></table>	구분	보상금액	입원실료, 입원제비용, 입원수술비	‘국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금’과 ‘비급여(상급병실료 차액 제외)’ 부분의 합계액 중 90% 해당액(다만, 10% 해당액이 계약일 또는 매년 계약해당일부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다.)	상급병실료 차액	입원시 실제 사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 중 50%를 공제한 후의 금액(다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원 기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다)
	구분	보상금액					
입원실료, 입원제비용, 입원수술비	‘국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금’과 ‘비급여(상급병실료 차액 제외)’ 부분의 합계액 중 90% 해당액(다만, 10% 해당액이 계약일 또는 매년 계약해당일부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다.)						
상급병실료 차액	입원시 실제 사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 중 50%를 공제한 후의 금액(다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원 기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다)						

제4조(보장하지 않는 사항) 회사가 보상하지 않는 사항은 다음과 같습니다.

담보종목	보상하는 내용
(5) 종합 입원	② 질병에 대하여는 ‘질병입원’을 적용
(3) 질병 입원	② 회사는 제5차 한국표준질병·사인분류에 있어서 아래의 입원의료비에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.(【별표16】 질병입원형·질병통원형·종합입원형(질병입원)·종합통원형(질병통원)에서 보상하지 아니하는 질병 참조) 3. 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원한 경우(O00~O99)

【별표 16】

질병입원형·질병통원형·종합입원형(질병입원)·종합통원형(질병통원)에서 보상하지 아니하는 질병

질병입원형·질병통원형·종합입원형(질병입원비)·종합통원형(질병통원비) 약관에서 보상하지 아니하는 상병으로 분류되는 상병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008.1.1.시행) 중 다음에 적은 상병을 말합니다.

대 상 상 병 명	분류번호
3. 임신, 출산 및 산후기(O00-O99)	O00~O99

<질병 입원일당(1일 이상) 특별약관>

제1조(보험금의 종류 및 지급사유) ① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중 진단확정된 질병으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받은 때에는 입원 1일당 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 질병 입원일당(1일이상)으로 보험수익자(보험금을 받는 자) (보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급합니다.

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) ① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생

긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 보통약관 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 제1항
- 2.~4. (생략)

② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

(2) 쟁점에 대한 검토

1) 질병입원의료비 지급대상 여부

신청인은 과거 자궁근종 절제수술 병력으로 인해 불가피하게 제왕절개 수술을 받았으므로 질병입원의료비를 지급하는 것이 타당하다고 주장하나, 아래의 사항들을 종합적으로 고려하여 볼 때 인정하기 어려움.

우선, 당해 실손의료비 특별약관에서는 제5차 한국표준질병·사인분류에 있어서 ‘임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원한 경우(O00~O99) 입원의료비를 보상하지 않는다고 일의적으로 정하고 있는데 신청인이 이견 수술 및 치료를 받았던 E병원의 진단서에 따르면, ① ‘주상병’으로 선택적 제왕절개에 의한 분만(O82.0) ② ‘부상병’으로 상세불명의 태아골반불균형으로 인한 난산(O65.4), 자궁근종에 대한 산모 관리, 임신 34주 이상(O34.12)으로 진단하고 있는 점과 금융감독원이 실시한 의료자문결과에서 신청인의 질병코드는 자궁흉터에 대한 산모관리(O34.28)에 해당한다는 소견이 피력되고 있는 점 등을 종합할 때, 신청인이 과거 병력으로 인해 불가피하게 제왕절개수술을 받았다 하더라도 이를 당해 보험약관상 보상하는 손해로 보기는 어렵다 할 것임.

2) 질병입원일당 지급대상 여부

피신청인은 제왕절개수술을 한 경우 보상하지 않는다고 당해 보험약관에서 규정하고 있으므로 질병입원일당보험금을 지급할 의무가 없다고 주장하나, 아래의 사항들을 종합

적으로 고려하여 볼 때 인정하기 어려움.

① 앞서 살펴본 실손의료비 특별약관에서는 ‘한국표준질병·사인분류 기준에 의하여 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원한 경우(O00~O99)’는 보상하지 않는다고 명시적으로 규정하고 있는 반면 당해 질병입원일당 특별약관에서는 구체적인 분류기준 없이 ‘질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술’을 보상하지 않는 사항으로 정하고 있어 질병을 원인으로 하는 경우에는 보상되는 것으로 다의적으로 해석될 수 있는 점.

② 당해 질병입원일당 특별약관에서 ‘질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술’ 이외에 ‘피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료’, ‘위생관리, 미모를 위한 성형수술’, ‘정상분만, 치과질환’ 등을 보상하지 않는 사항으로 열거하고 있는데 이는 질병과는 무관하게 피보험자의 임의적인 선택에 의한 치료행위는 보상하지 않는다는 것이고, 질병을 원인으로 하는 치료행위에 대하여는 보상하는 것으로 해석되는 점.

③ 그럼에도 이 건 신청인이 과거 자궁근종 절제수술 병력으로 인해 불가피하게 시행 받은 제왕절개 수술에 대해서까지 면책조항 소정의 ‘질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술’에 해당된다고 해석하는 것은 작성자 불이익의 원칙과 면책약관 엄격해석의 원칙에 부합한다고 보기 어려운 점.

라. 결 론

그렇다면 신청인의 질병입원의료비 청구는 기각하되, 피신청인은 질병입원일당 보험금을 지급할 책임이 있다 할 것이므로 질병입원일당에 대한 신청인의 청구를 인용함

급성심장사한 피보험자에 대한 부검결과로 급성심근경색증 진단비 지급 책임을 인정할 수 있는지 여부

[인용] 부검을 통한 사인규명은 “그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법(심전도, 심장초음파, 관상동맥촬영술, 혈액 중 효소검사 등)을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 급성심근경색으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.”라는 약관 문언에 포섭되므로 부검 감정서 기재 등을 통해 이 사건 피보험자가 급성심근경색으로 사망하였다는 점이 규명된 이상 피신청인은 신청인에게 급성심근경색증 진단비를 지급할 책임이 있음(2017.3.14. 조정번호 제 2017-3호).

가. 기초 사실

(1) 보험계약의 체결

신청인의 배우자 ㄸ는 2011.3.26. 피신청인과 사이에 자신을 계약자 겸 피보험자, 사망시 보험수익자를 법정상속인으로 하는 ‘(무)○○보험(이하 ‘이 사건 보험계약’이라 한다)’을 체결하였다.

(2) 보험계약의 약관

이 사건 보험계약에 적용되는 보험약관(이하, ‘이 사건 보험약관’이라 한다.) 중 이 사건과 관련된 내용은 다음과 같다.

<무배당 ○○보험 - 69. 급성심근경색증 진단비 특별약관>

제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 회사는 피보험자(보험대상자)에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 급성심근경색증 진단비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 “급성심근경색증”으로 진단확정되었을 경우 최초1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구분	보장금액
급성심근경색증 진단비	보험가입금액 (단, 가입 후 1년미만의 경우 상기금액의 50%)

제3조(“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정) ① 이 특별약관에서 “급성심근경색증”이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류(KCD)의 허혈성심장질환 중에서 급성심근경색증으로 분류되는 질병([별표18] “급성심근경색증 분류표” 참조)을 말합니다.

② 제1항의 급성심근경색증의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다.) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액 중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자(보험대상자)가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자(보험대상자)가 급성심근경색으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

[별표18] 급성심근경색증 분류표

약관에 규정하는 급성심근경색증으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 급성심근경색증	I21
2. 이차성 심근경색증	I22
3. 급성심근경색증에 의한 특정 현존 합병증	I23

(3) 보험사고 발생경위 등

피보험자 C는 2016.5.16. 19:30경 집에서 가족들과 통닭과 술을 먹고 안방에서 텔레비전을 보다가 22:30경 잠이 들었는데, 다음날 7:10경 안방 화장실 앞에서 왼쪽 팔을 몸 아래에 깔고 엎드려 쓰러진 채로 발견되어 병원으로 후송되었으나 사망하였다. 위 병원 시체검안서에 따르면 사망일시는 2016.5.17. 00:00 ~ 02:02(추정)이며, 직접사인은 급성심장사(추정)이다.

나. 당사자 주장

신청인은 시체검안서상 피보험자의 사인이 “급성 심장사(추정)”이며, 부검결과 “고도의 심장동맥경화증(급성심근경색증 가능성 포함)”으로 사인을 진단하였으므로 피신청인은 약관상 급성심근경색증 진단비(30,000,000원)를 지급할 책임이 있다고 주장한다.

이에 대하여 피신청인은 피보험자에 대한 급성심근경색증 진단의 기초로 할 만한 과거 치료내역이 없고, 부검결과에도 “고도의 심장동맥경화증” 소견만 나타나 있어 당해 보험약관에서 정한 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 없으므로 해당 보험금을 지급할 책임이 없다고 주장하여 서로 다툰다.

다. 위원회 판단

이 사건 보험약관 제3조 제2항 전문은 “……급성심근경색증 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.”라고 명시하고 있고(이하, “심전도, 심장초음파, 관상동맥촬영술, 혈액중 심장효소검사 등”을 ‘전문의 진단방법’이라 한다.), 같은 항 후문은 “그러나 피보험자가 사망하여 ‘전문의 진단방법’을 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 급성심근경색으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.”라고 되어 있다.

그러므로 분쟁의 쟁점은 본건 피보험자에 대한 부검이 이 사건 보험약관 제3조 제2항 후문의 “피보험자가 사망하여 ‘전문의 진단방법’을 기초로 할 수 없는 경우로서 피보험자가 급성심근경색으로 진단받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거”에 해당하는지 여부이다.

살피건대, 먼저 후문의 ‘진단’은 ‘전문 외 진단방법’을 의미한다고 보아야 할 것이다. 만일 후문의 ‘진단’이 ‘전문의 진단방법’과 같은 의미라면 이 사건 보험약관 제3조 제2항 후문은 “피보험자가 사망하여 ‘전문의 진단방법’을 기초로 할 수 없는 경우에는 ‘전문의 진단방법’에 의한다.”는 불합리한 해석이 되어버리기 때문이다. 또한 ‘진단’은 치료와는 달리 계속적 개념이 아니어서 ‘진단받고 있다’는 표현이 성립하지 않고, 생존자에게는 의학적·보험계약적 의미가 희박한 ‘전문 외 진단’²⁵⁰⁾을 급사한 피보험자에 대하여 생전에

250) ‘전문의 진단방법’은 의학적으로 급성심근경색증을 확인할 수 있는 신뢰도 높은 진단방법을 약관에 반영한 것이기 때문에 생존자로서는 의학적 가치가 희박한 ‘전문 외 진단’을 받을 이유가 없으며(설령 일정한 확인사항이 의료기록에 기재되어 있더라도 이것이 ‘진단’으로 인정될 가능성은 거의 없

받아들 것을 요구하는 내용으로 해석할 수도 없는 일이므로 피보험자가 사망하기 전에 어떠한 형태로든 ‘진단’이 존재하고 있는 경우에만 후문이 적용된다고 제한하여 해석하는 것은 타당하지 않다. 그렇다면 이 사건 보험약관 후문은 “피보험자가 사망하여 ‘전문 의 진단방법’을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 ‘전문 외 진단’으로 피보험자의 사인을 급성심근경색으로 규명하는 경우”를 포함하는 것으로 해석하는 것이 상당하다.

또한 진단이 생존을 전제로 한 것이 아니냐는 의문이 있을 수 있겠으나, 2017.1.17.자 □□대학교 의과대학 법의학교실 법의학연구소 교수 D에 대한 의료자문 회신에 의하면 “의사가 다른 사람을 진찰 및 검사한 결과를 종합하여 생명, 질병이나 이상 상태를 판단하는 것을 진단이라 한다. 진단은 대개 살아 있는 사람을 대상으로 실시하여 적절한 치료 계획을 세우는 일이 대부분이나, 사망한 사람에 대해서도 실시하며 의료문서에서도 ‘사망진단서’란 사망한 사람을 대상으로 그 원인, 즉 이상 상태를 판단하는 것으로 규정한다. 부검과 검안 역시 사망한 사람을 대상으로 사망을 초래한 질병, 병적상태 또는 손상을 판단하기 위한 진단행위이다.”라고 하여 사망자에 대한 진단이 의학적으로도 통용된다는 점을 명확히 하고 있고, 그 외 위 약관 어디에도 ‘진단’이 생존자만을 대상으로 한다는 명시가 없다. 오히려 이 사건 보험약관 제3조 제2항 후문(피보험자가 사망한 경우)에 ‘진단’이라는 용어를 병립시키고 있는 점에 비추어 사망자를 대상으로 한 사인확인이 ‘진단’의 일종이라는 점이 약관상으로도 내포되어 있다는 점을 능히 알 수 있다.

그러므로 부검이 이 사건 보험약관 제3조 제2항 후문에 해당하는지를 살펴보면, 부검은 사망자의 사인을 확인하는 신뢰도 높은 검진방법²⁵¹⁾이므로 일응 후문의 ‘진단’에 해

다), 약관상 요건에도 부합하지 않아 보험금청구 자료로도 사용할 수 없다.

251) 이 사건 보험약관과 동일한 약관 문언을 해석함에 있어 법원은 “... 급성심근경색증의 경우 돌연사함으로써 그 이전에 진단이나 치료과정이 있을 수 없거나 검사를 하는 것 자체가 불가능하게 되는 사안이 발생할 수 있어 그러한 경우 부검에 의하지 않고서는 정확한 진단이 어렵다는 한계가 있을 수는 있으나 ...” 라고 판시하고 있다.(서울고등법원 2013.1.18. 선고 2012나73549 판결) 이는 법원이 ‘부검’을 급성심근경색증으로 인한 돌연사의 경우에 대한 ‘정확한 진단방법’으로 보고 있음을 의미한다. (부검을 하였다면 부검감정서의 내용 여하에 따라 보험금지급책임이 인정될 수도 있었을 것이지만 부검 없이 유족들의 진술에 의존하여 사인을 급성심근경색증으로 추정한 시체검안서만 있었으므로 보험금지급책임이 인정되지 않은 사건)

그 외에도 진단의 일종으로 부검의 유효성을 인정한 판결로는 부산지방법원 2009.2.6. 선고 2008나17844

당하되 다만 부검감정서의 내용에 따라 급성심근경색 진단인지 여부에 대한 평가가 달라진다고 보아야 할 것이다. 본건의 경우 2016.6.9.자 국립과학수사연구원 대구과학수사연구소 법의학과 작성 부검감정서에 따르면 ① 변사자의 사인을 “...심장동맥에서 고도(75~80% 폐쇄)의 심장동맥경화증을 보이는 바 ... 이런 경우 심장에 적절히 혈액을 공급하지 못하여 예상하지 못하고 있는 상태에서 갑작스런 심장의 이상으로 사망할 수 있다.”고 설명하고, ② 사인을 “고도의 심장동맥경화증(급성심근경색증 가능성 포함)”으로 판단하였으며, ③ 참고사항에 “심근경색이라는 진단을 할 수는 없으나 심근경색이 일어났을 가능성은 충분하므로 부검결과 사인이 심장동맥경화증과 관련이 있거나 관련되었을 가능성이 있다고 판단하였으며, 이를 심근경색증과 같은 범주의 심장질환으로 받아들이는 것이 합리적”이라고 기재하고 있다. 나아가 2016.11.16.자 △△대학교의학전문대학원 법의학교수(의학박사) E에 대한 의료자문 결과, “급성심근경색은 심근에 미세한 형태학적인 변화가 존재하더라도 부검을 통해 심장을 수많은 절편으로 만들어 검사하거나 관상동맥 내부의 혈전을 육안검사로 완벽하게 찾아내는 것이 불가능하므로 이러한 경우 단정적인 표현 대신 가능성이 있다고 표현하는 것이 통상적인데, 본건의 경우 ‘고도의 심장동맥경화증’이라는 기재는 ‘급성심근경색증’과 거의 동의어로 해석해도 무방할 정도이므로 부검에 의하여 급성심근경색증 진단이 최종적이고 확정적으로 이루어진 것으로 이해된다.”라고 회신하여 이 사건 피보험자에 대한 부검감정을 통해 급성심근경색증 진단이 내려졌다는 점을 명확히 하고 있다.²⁵²⁾

판결(“...의사가 부검 등의 아무런 검사도 없이 단순히 사체검안을 통해 망인의 사인이 급성심근경색증일 것이라고 추정 한 것만으로는 이를 진단확정으로 볼 수는 없고...”); 대구지방법원 2010.9.28. 선고 2009가단1011판결(“...사망 후 검안의사의 추정사인을 전문의 진단이 아니라고 모두 배척할 경우, 이 사건과 같이 이미 사망하여 병원에 도착한 사체의 경우에는 부검을 해야만 보험금 지급 요건인 급성심근경색증 확진을 받을 수 있는 불합리가 있으므로, 위와 같이 사후의 전문의 소견이 진단확진에 갈음하는 정도의 효과가 있다고 보아야 할 것이다...”); 대법원 2010.9.30. 선고 2010다12241판결(“사망 원인이 분명하지 않아 사망 원인을 둘러싼 다툼이 생길 것으로 예견되는 경우에 망인의 유족이 보험회사 등 상대방에게 사망과 관련한 법적 책임을 묻기 위해서는 먼저 부검을 통해 사망 원인을 명확하게 밝히는 것이 가장 기본적인 증명 과정 중의 하나가 되어야 한다.”) 등 참조.

252) 부검에 의하고도 보험금지급책임이 인정되지 않은 종전의 분쟁조정례(2012.2.28. 제2012-12호)는 부검감정서에 동맥경화증을 진단한 내용이 없는 경우(“...국립과학수사연구원의 부검 소견은 다른 사고사를 배제하기 위한 수준의 검사로 동맥경화증에 대한 언급은 있으나, 관상동맥 전폐색, 혈전, 심

4. 결론

이처럼 부검은 이 사건 보험약관 제3조 제2항 후문의 “피보험자가 사망하여 ‘전문의 진단방법’을 기초로 할 수 없는 경우에 사망한 피보험자에 대하여 실시한 진단”으로 볼 수 있고, 이 사건 피보험자에 대한 부검감정서는 급성심근경색을 확정적으로 진단하고 있는 것으로 판단된다.

그렇다면, 피신청인은 신청인에게 당해 보험약관에서 정한 바에 따라 급성심근경색증 진단비를 지급할 책임이 있다 할 것이므로 분쟁조정신청을 인용하기로 하여 주문과 같이 결정한다.

5-16

허혈성심질환진단비 1회 수령후 보험계약이 소멸하지 않고 갱신된 경우, 2회차 진단비 청구에 대해 보험금 지급책임이 있는지 여부

[인용] 갱신형 담보와 관련하여 허혈성심질환진단비 특별약관에서는 보험가입증서(보험증권)에 기재된 보험기간 중 최초의 허혈성심질환 진단에 대하여 진단비를 지급하도록 정하고 있는데, 2017년 진단은 보장계약 자동갱신 특별약관에 따라 보험기간이 2015. 7. 6.~2020. 7. 6.으로 갱신된 갱신형 담보 보장계약의 최초의 허혈성심질환진단에 해당하여 이에 대한 피신청인의 보험금 지급책임이 인정됨(2017.11.14. 조정번호 제2017-18호)

가. 기초 사실

(1) 보험계약의 체결

신청인은 2005. 7. 6. 피신청인과의 사이에 자신을 보험계약자, 000을 피보험자로, 보험계약의 만기일을 2037. 7. 6.로 하여 보장계약 자동갱신 특별약관을 포함하고, 보험기간을 80세로 하는 허혈성심질환진단비A 담보(가입금액: 2천만원)와 보험기간을 5년으로

근괴사에 대한 소견은 없어 급성심근경색증의 확진 소견이 없으며, 돌연사의 많은 요인인 심실성부정맥에 의한 사망 등을 배제하지 못한 것으로 판단되므로 피보험자의 경우 해당 약관상 급성심근경색증의 대상인 ‘급성 심근경색증(I21)’, ‘속발성 심근경색증(I22)’, ‘급성 심근경색증에 의한 특정 현재 합병증(I23)’에 해당되지 않으며...”이므로 본건과는 상이하다.

하는 허혈성심질환진단비A 담보(가입금액: 2천만원)를 포함하는 0000 0000 보험계약을 체결하였다(이하 ‘이 사건 보험계약’이라 한다).

※ 보험계약 청약서 기준의 보험기간이며, 이하 이해를 위해 양 담보는 각각 ‘비갱신형 담보’, ‘갱신형 담보’로 한다.

(2) 보험계약의 약관 등

이 사건 보험계약에 적용되는 보험약관(이하 ‘이 사건 보험약관’이라 한다) 등의 조항은 다음과 같다.

[허혈성심질환진단비A 특별약관(갱신계약)]²⁵³⁾

제1조(보상하는 손해)

- ① 회사는 보험가입증서(보험증권)에 기재된 피보험자가 보험가입증서(보험증권)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 “보험기간”이라 합니다)중 최초의 허혈성심질환으로 진단 확정된 경우에는 이 약관에 따라 보상하여 드립니다.

제3조(허혈성심질환진단비)

회사는 피보험자가 최초의 허혈성심질환으로 진단확정된 경우 이 특별약관에 따라 아래에 정한 금액을 1회에 한하여 지급하여 드립니다.

구분	보상금액
허혈성심질환진단비	특약 보험가입금액의 100%

제6조(손해보상후의 계약)

- ① 회사가 3.(허혈성진단비)에서 정한 허혈성심질환진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 해당 피보험자에 대한 회사의 보상책임은 소멸됩니다.

[보장계약 자동갱신 특별약관]

제2조(보장계약의 자동갱신)

- ① 보장계약이 다음 각호의 조건을 충족하고, 보장계약이 만기되는 날로부터 1개월 전까지 회사 또는 계약자중 어느 한쪽으로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 종전의 보장계약(이하 「갱신전 보장계약」이라 합니다)이 만기되는 날의 다음날(이하 「갱신일」에 동일한 보장내용으로 갱신되는 것으로 합니다.
1. 갱신된 보장계약(이하 「갱신보장계약」이라 합니다) 만기일이 회사가 정한 기간내일 것
 2. 갱신일에 있어서 피보험자의 연령이 회사가 정한 연령의 범위 내일 것
 3. 갱신전 보장계약의 보험료가 정상적으로 납입 완료되었을 것

② 갱신보장계약의 보험기간은 갱신전 보장계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 단, 최초로 도래되는 갱신의 경우와 계약자의 요구에 의해 보험기간을 변경할 수 있습니다.

제5조(갱신보장계약의 보장개시)

위 2.(보장특약의 자동갱신)의 규정에 따라 계약이 갱신되는 경우, 갱신보장계약의 보장개시는 갱신일 당일부터 개시됩니다.

[000 0000 보험 제1장 총칙]

제1조(총칙)

① 이 보험의 계약기간은 최초 계약성립일로부터 제3조(가입대상자) 1.에서 정한 제2장(장기손해보험)의 피보험자 본인 및 배우자 중 저연령자의 계약연령 80세 계약해당일 전일과 자녀의 계약연령 30세 계약해당일의 전일 중 늦은날까지의 기간으로 합니다.

② 보험계약자는 위 ①에서 정한 계약기간 내에서 이 보험의 보통약관 및 특별약관의 보험기간을 정할 수 있으며, 회사는 이를 보험가입증서(보험증권)에 기재하여 드립니다.

[000 0000 보험 제2장 장기손해보험²⁵⁴⁾ 제1절 보통약관]

제41조(회사가 제작한 보험안내장의 효력)

보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사(각종 점포 및 대리점 포함)제작의 보험안내장(계약의 청약을 권유하기 위하여 만든 서류 등을 말합니다)의 내용이 이 약관의 규정과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

상법

제644조(보험회사의 객관적 확정 효과)

보험계약당시에 보험사고가 이미 발생하였거나 또는 발생할 수 없는 것인 때에는 그 계약은 무효로 한다. 그러나 당사자 쌍방과 피보험자가 이를 알지 못한 때에는 그러하지 아니하다.

253) 이 사건 약관은 ‘보상하는 손해’, ‘손해보상’ 등의 문언을 사용하고 있으나, 이 사건 분쟁과 관련된 보험계약의 내용은 보험사고로 발생하는 손해의 정도에 따라 지급되는 보험금이 결정(보상)되는 손해보험과 달리 미리 약정된 금액을 지급하는 정액보험에 해당하는 바, 정액보험의 경우에는 보험사고가 곧 보험금 지급사유가 되므로 보험금 지급사유로 표현하는 것이 보다 정확한 점 등에 비추어 볼 때, 관련 문언을 시급히 수정하는 등 향후 약관 개정을 요한다.

254) 이 사건 보통약관에서는 피보험자가 입은 상해 등에 대한 보험회사의 보험금 지급책임을 정하고 있

(3) 보험사고의 발생경위 등

신청인은 이 사건 보험계약 체결 이후 2011. 11. 4. 피보험자가 불안정 협심증(한국표준질병 분류번호: I20) 진단(이하 ‘2011년 진단’이라 한다)을 받고 관상동맥 성형술 및 스텐트 삽입술을 시행받은 후 2013. 12. 23. 이 사건 보험계약의 허혈성심장질환진단비 담보 2건에 대한 보험금 4천만원을 수령하였으며, 2015. 7. 6. 허혈성심장질환진단비 담보 2건을 포함한 이 사건 보험계약에 대하여 피신청인이 보장계약 자동갱신 특별약관에 따라 갱신된 것으로 신청인에 대해 안내한 바 있다.

2017. 2. 2. 피보험자가 불안정 협심증으로 재진단(이하 ‘2017년 진단’이라 한다)을 받아 관상동맥 성형술 및 스텐트 삽입술을 재시행 받았고, 신청인은 2017. 3월경 피신청인에게 허혈성심장질환진단비 담보 2건에 대한 보험금 4천만원의 지급을 청구하였으나 피신청인이 보험금 지급을 거절하자 2017. 7. 3. 금융감독원에 이견 분쟁조정을 신청하였다.

나. 당사자 주장

신청인은 보험증권에 ‘허혈성심장질환진단: 15~60세 1차 보장, 61세~80세까지 재보장’으로 표기되어 있고, 2011년 진단 이후에도 허혈성심장질환진단비 담보 2건의 보험료를 계속하여 지급하였으므로 피신청인이 2017년 진단에 대해서도 허혈성심장질환진단비 담보 2건에 대한 보험금을 지급하여야 한다고 주장한다.

이에 대하여 피신청인은 신청인이 주장하는 표기는 보험증권에 기재된 것이 아니라, 이 사건 보험계약의 모집단계에서 보험설계사가 보험계약자의 이해를 돕기 위하여 전산 시스템상 “보상한도 조회”화면을 인쇄한 자료로, ‘허혈성심장질환진단 15~60세 1차 보장, 61세~80세까지 재보장’을 의미하는 것이 아니라, 보험청약 단계에서 가입 담보금액을 차등하여 설정할 수 있다는 점을 설명하기 위한 자료에 불과하며,

이 사건 보험약관상 허혈성심장질환진단비 특별약관에서 허혈성심장질환진단비를 ‘1회에

는데, 이는 피보험자의 생명이나 신체에 관하여 발생한 보험사고에 대한 보험, 즉 상법상 인(人)보험에 해당한다. 약관의 장기손해보험이라는 표현은 인(人)보험과 물(物)보험을 구별하고 있는 법체계와 일치하지 않는 관계로, 2010. 4.1. 손해보험회사용 표준약관 개정을 통해 “질병·상해보험 표준약관”으로 그 명칭을 변경한 바 있다.

한하여 지급'하되, 허혈성심질환진단비를 지급한 경우 '손해보상의 원인이 생긴 때로부터 해당 피보험자에 대한 회사의 보상책임이 소멸하도록' 정하고 있어, 2013.12.23. 비갱신형 담보 및 갱신형 담보에 대한 보험금을 지급하였으므로 보험금 지급책임이 없다고 주장하여 서로 다툰다.

다. 위원회 판단

상법, 보험업법, 해당보험약관, 신청인의 분쟁조정 신청서류 및 피신청인의 제출자료 등 관련자료 일체를 종합하여 살펴보면,

보험계약은 당사자 사이의 의사 합치에 의하여 성립되는낙성계약으로서 별도의 서면을 요하지 아니하므로 보험계약을 체결할 때 작성·교부되는 보험증권은 하나의 증거증권에 불과한 것이어서 보험계약의 성립 여부라든가 보험계약의 내용 등은 그 증거증권만이 아니라 계약 체결의 전후 경위 등을 종합하여 인정할 수 있고(대법원 2003. 4. 25. 선고 2002다64520판결 참조), 보험계약자가 확정된 보험계약의 내용과 다른 내용을 보험계약의 내용으로 주장하려면 보험자와 사이에 다른 내용을 보험계약의 내용으로 하기로 하는 합의가 있었다는 사실을 증명하여야 하는데(대법원 2015. 11. 17. 선고 2014다81452 판결 등 참조),

신청인이 제출한 본건 출력물을 살펴보면, 좌측 상단에 “OOOO 보험 보상 한도 조회”로 표기되어 있는 한편, 피신청인이 제출한 보험증권과 양식의 차이가 확연히 존재하여 보험증권에 해당하는 것으로 보기는 어렵고, 설사 해당 출력물이 보험증권에 해당한다고 할지라도, 그 사실 자체만으로 출력물의 기재사항이 보험계약의 내용으로 확정되는 것으로 보기는 어렵다.

한편, 이 사건 보험계약과 관련하여 청약서, 보험약관 등 양 당사자가 제출한 다른 증거자료에서 신청인이 주장하는 바와 같이 ‘15~60세’, ‘61세~80세’의 구간을 구분하여 허혈성심질환진단비 담보에 대하여 재보장되는 취지로 해석될 수 있는 내용은 확인되지 않으며,

나아가 이 사건 보험약관의 보통약관에서는 보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회

사제작의 보험안내장의 내용이 약관의 규정과 다른 경우 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 정하고 있는데(보통약관 제41조), 신청인이 제출한 출력물이 이 사건 보험약관상 ‘보험안내장’에 해당하는지 여부에 대한 다툼을 차치하고서라도, i) 본건 출력물의 기재사항 중 신청인의 주장과 같이 재보장이 이루어진다는 점에 대한 명시적인 기재는 확인되지 아니하고, ii) 이 사건 보험계약의 체결과 관련하여, 보험설계사는 모집경위서를 통해 보험약관의 내용과 다른 내용으로 설명하지 않았다는 취지로 다루고 있으며, iii) 출력물의 기재사항으로, 재보장이 인정되는 것으로 보기 어려운 ‘사망’관련 담보도 ‘15~60세’, ‘61세~80세’로 구간을 구분하고 있는 점, iv) 2017 진단 당시의 피보험자의 나이가 만59세(보험나이: 60세)에 해당하여, 설령 신청인의 주장과 같이 양 구간 별로 허혈성심질환진단비 담보에 대한 재보장이 되는 것으로 해석한다고 할지라도, 피보험자의 2017 진단이 재보장 대상에 해당하지 않는 점 등에 비추어 볼 때 신청인의 주장을 받아들이기는 어려운 것으로 판단된다.

다음으로, 2017년 진단과 관련하여 피신청인의 허혈성심질환진단비 보험금 지급책임이 인정되는지 여부에 대하여 살펴보기로 한다.

보험약관은 신의성실의 원칙에 따라 약관의 목적과 취지를 고려하여 공정하고 합리적으로 해석하되, 개개 계약 당사자가 피한 목적이나 의사를 참작하지 않고 평균적 고객의 이해 가능성을 기준으로 객관적·확일적으로 해석하여야 하며, 위와 같은 해석을 거친 후에도 약관조항이 다의적으로 해석되고 각각의 해석이 합리성이 있는 등 약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 고객에게 유리하게 해석하여야 하는바(대법원 2016. 10. 27. 선고 2013다 90891, 90907판결 등 참조),

이 사건 보험계약의 허혈성심질환진단비 특별약관에서는 ‘피보험자가 보험가입증서(보험증권)에 기재된 특별약관의 보험기간 중 최초의 허혈성심질환으로 확정된 경우’ 보험금이 지급되도록 정하고 있는데(특약 제1조 제1항 참조),

갱신형 담보의 경우 보험증권의 ‘담보기간’으로 ‘5년갱신(80세)’이라고 기재되어 있어, i) 보험기간을 ‘80세’로 보아야 하는지, 혹은 ii) ‘(보장개시일 또는 갱신이 이루어진 경우 갱신이 된 날로부터) 5년’으로 보아야 하는지 여부에 대한 해석이 불분명하다.²⁵⁵⁾²⁵⁶⁾

살펴보면, i) 이 사건 보험약관의 제1장 총칙 제1조, 보장계약 자동갱신 특별약관²⁵⁷⁾ 제2조 및 동 특별약관 제5조의 문언상 ‘보험의 계약기간’을 80세로 하여 5년의 ‘보험기간’을 설정하였다고 보는 것이 약관의 문언해석상 타당하고, ii) 이 사건 보험계약의 청약서에도 갱신행 담보의 “보험기간”으로 “5년”이라고 명시적으로 기재하고 있는 점, iii) 이 사건 보험계약의 보장계약 자동갱신 특별약관에 따라 계약체결일로부터 매5년을 경과한 시점, 즉 2010년 및 2015년 피신청인이 계약변경확인서를 작성하여 신청인에게 안내한 사실 및 동 계약변경확인서상 갱신행 담보 관련 보험료가 인상된 점 등에 비추어 볼 때 갱신행 담보의 보험기간은 ‘5년’으로 보는 것이 타당하다.

즉 갱신행 담보와 관련하여 허혈성심질환진단비 특별약관에서는 5년을 보험기간으로 하여, 해당 보험기간 중 최초의 허혈성심질환 진단에 대하여 진단비를 지급하도록 정하고 있는 것으로 해석되어지는 바, 2017년 진단은 보장계약 자동갱신 특별약관에 따라 보험기간이 2015. 7. 6.~2020. 7. 6.으로 갱신된 갱신행 담보 보장계약의 최초의 허혈성심질환진단에 해당하여 이에 대한 피신청인의 보험금 지급책임이 인정되는 것으로, i) 허혈성심

255) 이러한 해석 차이는 보험계약의 갱신의 법적 성질에 대한 견해대립과 결부된다. 즉 보험계약의 갱신에 대해서 ‘보험기간의 연장’으로 보면, 80세(만기)까지의 전체 보험기간에 대하여 보험회사가 5년의 기간이 도과한 시점에서 갱신과 관련된 보험계약의 내용을 보장할지 여부에 대해서 결정하게 되고, 보험계약의 갱신을 ‘신계약의 체결’로 보게 되는 경우 보험기간은 원칙적으로 보장개시일로부터 5년에 해당하고, 5년이 경과한 후에는 해당 보험계약이 소멸하는 것으로, 당사자 간 합의에 따라 새로운 보험기간 중 발생하는 보험사고에 대한 보장을 내용으로 하는 새로운 계약이 체결된 것으로 보게 되는 것이다. 본 사건과 동일한 보험계약은 아니나, 대법원에서는 “기간보험에 있어서 보험기간이 종료되어 체결하는 갱신 보험계약은 갱신 전 보험계약과는 별개의 새로운 보험계약이라고 할 것이므로”라고 판시한 바 있다(대법원 1996.10.11. 선고 94다60332판결 참조).

256) 이와 달리 비갱신행 담보의 경우, 보험증권의 ‘담보기간’ 및 보험청약서의 ‘보험기간’이 ‘80세’로 동일하게 기재되어 있는 것이 확인되어 보험기간은 ‘80세’로 해석되고, 보험계약의 갱신 또한 문제되지 아니하여 보험약관의 내용에 따라 최초 허혈성심질환진단(2011년 진단)에 대하여 보험금 지급이 이루어져 피신청인의 보험금 지급책임이 소멸하였다고 보는 것이 타당한 것으로 판단된다.

257) “회사 또는 계약자 중 어느 한쪽으로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는” 보장계약이 동일한 조건으로 갱신되는 것으로 정하고 있는데(제2조 제1항), 이는 ‘기득권 존중의 원칙’ 내지 ‘현상고착의 원리’가 구체적으로 표현된 것으로 이해되고, 이 사건 보장계약 자동갱신 특별약관은 보장계약의 갱신과 관련하여 갱신이 가능한 조건 및 갱신 후의 보장계약의 내용에 대해서 보험회사와 보험계약자 간 사전의 합의라 할 수 있을 것이다.

질환진단비 특별약관 제6조에서 ‘보상책임’ 즉 보험금 지급책임이 소멸되는 것으로 정하고 있을 뿐 계약이 소멸되는 것으로 정하고 있지는 아니한 점,²⁵⁸⁾ ii) 보장계약 자동갱신 특별약관 제2조에서 보험금 지급책임이 소멸한 보장계약에 대한 갱신을 허용하지 않는 것으로 명시적으로 정하고 있지 않은 점, iii) 피신청인이 단순한 업무의 착오라고 주장하고 있으나, 갱신행 담보에 대한 보험금 지급책임이 소멸한 시점인 2011. 11. 4.(2011년 진단 시점) 이후에도 신청인은 2015. 7. 6. 갱신과정에서 인상된 부분을 포함하여 갱신행 담보 관련 보험료를 중단없이 납입한 반면, 2013년 신청인의 보험금 청구를 통해 보험사고의 발생 및 보험금 지급책임 소멸 사실을 인정한 피신청인이 5년 넘게 보험료를 수령하여 신청인으로 하여금 갱신행 담보 보장계약이 소멸되지 않고 갱신되었다는 신뢰를 부여하였다고 볼 수 있는 점 등에 비추어 불합리하다고 볼 수 없는 것으로 판단된다.²⁵⁹⁾

라. 결론

258) 이 사건 보험약관의 보통약관 제7조(계약의 소멸) 제2항에서는 “제1장(총칙) 제3조(가입대상자)의 제1항에서 정한 피보험자전부에 대하여 위 제1조의 보상책임이 소멸된 경우에는 이 계약은 소멸되며”라고 정하고 있어, 보상책임의 소멸과 계약의 소멸은 구분되는 것으로 해석되어진다.

259) 이에 대하여 피신청인이 명확하게 다투고 있는 것은 아니나 그 입장을 선회하여 보았을 때, 보험계약 갱신 당시 이미 신청인이 2011년 진단을 받았기 때문에 이 사건 보장계약의 갱신이 상법 제644조(보험사고의 객관적 확정 효과)에 위반하였거나, 보험계약의 요소인 보험사고가 흠결되어 보험계약이 무효라는 주장이 제기될 수 있겠으나, 본건 갱신행 담보와 관련된 보험사고는 ‘특별약관의 보험기간 중’ 최초의 허혈성심질환으로 진단확정된 것을 의미하므로 2011년 진단이 2015.7.6. 이후 5년을 보험기간으로 하는 갱신행 담보 보장계약의 보험사고로 볼 수는 없는 것이다. 한편 허혈성심질환은 단일한 병명이 아니라 협심증, 급성심근경색증, 속발성심근경색증, 급성심근경색증에 의한 특정현재 합병증, 기타 급성 허혈성심장질환, 만성 허혈성심장질환으로 분류되는 질병으로 다양한 심장관련 질환을 포괄하고 있는 것이므로 당해 특정 심장질환이 있다고 하더라도 이미 보험사고가 발생하였거나 발생할 수 없는 것이라고 볼 수 없고, 특히 이 사건 분쟁의 경우 신청인이 2011년 진단과 2017년 진단 사이에 허혈성심질환과 관련하여 치료를 받았거나 수술을 시행한 사실이 전혀 확인되지 않는 점에 비추어 볼 때, 동일한 질환이 연속되는 것으로 즉 단일한 보험사고라고 보기는 어려운 것으로 판단된다. 한편, 갱신행 담보의 자동갱신을 신계약의 체결로 보게 될 경우 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지) 위반 여부에 대해서도 검토할 필요가 있겠으나, 본건의 경우 2011년 진단에 대하여 신청인이 피신청인에 대하여 허혈성심질환진단비를 청구하여 피신청인이 이를 지급한 사실에 비추어 신청인이 피신청인이 이미 알고 있는 사실에 대하여 알려야 할 의무가 있는 것으로 보기는 어렵다.

이와 같이 '15~60세 1차보장, '61~80세 재보장'에 관한 신청인의 주장은 그 이유가 없다고 할 것이나, 이 사건 피신청인은 허혈성심질환진단비 갱신행 담보 관련 보험금을 지급할 책임이 있다 할 것이므로 분쟁조정신청을 일부인용하기로 하여 주문과 같이 결정한다.

제3절 기타

5-17 보험모집인이 모집시 사용한 안내장을 약관보다 우선적용할 수 있는지

[인용] 보험을 모집하는 자가 모집과정에서 사용한 보험안내장 내용이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 본다는 약관의 규정이 있어, 약관에 우선하여 안내장의 내용이 적용됨이 타당하고 단체보험이라 하더라도 이를 달리 볼 여지가 없으므로 본 건 배당금 지급은 약관의 배당금 지급규정보다 우선하여 적용됨이 타당함. (2002.12.17. 조정결정 2002-50호)

가. 사실관계

신청인은 1992.7.15. 종업원(234명)을 피보험자로 하여 직장인보장보험(단체보험)에 가입함. 모집당시 보험모집인은 직장인보장보험 안내장을 제시하였으며 동 안내장 내용 중 배당금액표에는 10년 만기시 배당금이 1,258,000원이 되고 수익률은 134.9%라고 표시되어 있으며, 동 금액표 하단에 「1992년도 재무부 배당지침 기준」이라고 기재되어 있음.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

보험가입당시 모집인으로부터 매월 보험료 3만원을 납입하면 10년 만기시 배당금을 포함하여 4,858,000원을 지급한다는 설명과 함께 홍보자료도 받았는데 배당금 지급액이 변동되었다고 하여 이 보다 적은 금액을 지급하는 것은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

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 있음. 따라서, 동 기준에 따라 적립된 배당금을 지급함이 타당함.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 안내장에 기재된 배당금 지급기준의 해석 및 본 건 배당금 지급에 있어 안내장의 내용을 약관에 우선하여 적용할 수 있는지 여부임.

(1) 배당금 및 안내장 관련규정

당해 약관 제7조(배당금의 지급)에 의하면 “회사는 사업방법서에 의하여 계산된 금액을 금리차보장금으로 지급하되 재무부장관이 인가하는 방법에 따라 계약자에게 배당금을 지급한다”라고 규정하고 있으며, 제2조의2(회사가 제작한 보험안내장 등의 효력)에 의하면 “보험을 모집하는 자가 모집과정에서 사용한 회사제작의 보험안내장 내용이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 본다”라고 규정하고 있음.

(2) 안내장에 기재된 배당금 지급기준의 해석

안내장에 기재된 「1992년도 재무부 배당지침기준」이라는 문구의 해석은 아래 사항을 종합하여 볼 때 확정된 배당금을 지급한다는 의미로 해석함이 타당하다고 판단됨.

① 배당금액기준과 관련하여 「1992년도 재무부 배당지침기준」이라는 문구만 있을 뿐 금액이 변동될 수 있다는 문구가 없어, 동 기준에 의해 금액이 확정된다고 오인시킬 소지가 충분한 점.

② 안내장에서 설명하고 있는 상품의 특징을 보면 고수익 저축효과가 있다고 하면서 매월 3만원을 120개월간 납입할 경우 배당금이 1,258,000원이라고 명기되어 있는 점.

(3) 본 건 배당금 지급시 안내장의 내용을 약관에 우선하여 적용할 수 있는지 여부

본 건 보험모집 당시 배당금 지급과 관련하여 신청인과 피신청인의 주장이 상이하여 어느 일방의 주장을 인정하기는 어려우나, 아래의 사항을 고려하여 볼 때 배당금의 지급에 있어 안내장의 내용을 약관에 우선하여 적용함이 타당할 것으로 판단됨.

① 모집인은 보험가입 당시 제시한 안내장은 회사에서 작성한 안내장을 근거로 똑같이 작성된 것이라고 진술하고 있고, 피신청인도 배당금액이 배당지침기준에 의거 산출되

는 예상금액으로 확인되어 임의로 기재된 것은 아니라고 인정하고 있으므로, 본 건 안내장은 회사에서 작성한 것이라고 볼 수 있는 점.

② 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 하는 점.

한편 피신청인은 본 건 계약은 단체보험이므로 안내장의 효력을 인정하기 어렵다고 주장하나, 본 건 보험은 피보험자가 개별적으로 보험료를 납부하고 보험수익자도 피보험자이며 퇴직후에는 개별계약으로 전환되는 성질도 가지고 있어 실질적으로 개별보험이라고 볼 수 있으며, 가사 단체보험으로 본다 하더라도 보험안내자료의 제공에 대한 해석은 단체보험의 경우에는 계약 체결시 보험안내서 등을 제공하지 않아도 된다는 의미이지 제공된 상품안내장의 효력 자체도 부인한다는 의미로 해석할 수는 없다 할 것임.

라. 결 론

본 건 배당금 지급은 약관의 배당금 지급규정보다 보험상품의 안내장 내용이 우선하여 적용됨이 타당하므로 피신청인은 안내장에서 제시한 배당금을 지급할 책임이 있다고 판단됨.

5-18 영업소장의 만기보험금 보장 약정 및 손해배상책임 여부

[인용] 피신청인의 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 것이므로 피신청인은 보험업법 제102조 및 당해 보험약관의 규정에 따라 손해배상책임이 있다고 판단됨.(2006.5.23. 조정번호 제 2006-31호)

가. 사실관계

보험계약자 A씨는 B씨를 피보험자로 하여 1999.8.3. 및 2000.12.22. 피신청인과 제1보

험 및 제2보험 계약을 체결²⁶⁰⁾하였음.

피신청인의 ○○지점 영업소장 C씨²⁶¹⁾는 1999.8.3. 제1보험계약을 체결하면서 “예치금액 1천만원, 예치기간 5년, 이자지급 매월 1%”라고 기재한 확인서를 작성하여 A씨에게 주었고, 또한 피신청인의 ○○지점 영업소장 D씨는 2000.12.22. 제2보험계약을 체결하면서 “예치금액 1천만원, 매월 이자지급 0.5%, 수령일시 2000.12.22.”이라고 기재한 확인서를 작성해 주었음.

피신청인은 제1보험계약에 대하여는 신청인에게 매월 1십만원씩 지급하였고, 만기시에는 당해 보험약관에서 정한 방법에 따라 산출된 만기보험금 5,805,048원을 지급하였으며, 제2보험계약에 대하여는 매월 5만원씩 지급하고 만기시에는 만기보험금 8,612,957원을 지급하였음.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

보험계약 체결당시 피신청인의 영업소장이 예치금액에 대하여 매월 일정율의 이자를 지급하고 만기시에 예치금액을 만기보험금으로 지급한다는 확인서를 작성해 주었음에도 불구하고 예치금액인 2천만원을 만기보험금으로 지급하지 아니하는 것은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

동 확인서는 이자(생활자금)를 매월 지급한다는 내용이고 만기보험금을 예치금액(보험료)으로 확정된 것은 아니며, 보험증권에도 만기보험금은 책임준비금으로 지급한다고 명시되어 있으므로 만기시 산출된 책임준비금을 지급하는 것이 타당함.

다. 위원회의 판단

260) 보험계약의 내용은 다음과 같음.

- ① 제1보험계약 : 만기일자 2004.8.3. 보험료(일시납) 1천만원
- ② 제2보험계약 : 만기일자 2005.12.22 보험료(일시납) 1천만원

261) C는 2001. 1. 31. D는 2002. 9. 30. 퇴직함.

◆ 본 건의 쟁점은 영업소장이 작성한 확인서에 기재된 예치금액을 만기보험금으로 지급할 책임이 있는지 여부임.

(1) 관련 법규 등

보험업법 제102조(모집을 위탁한 보험회사의 배상책임) 제1항에는 “보험회사는 그 임원·직원·보험설계사 또는 보험대리점이 모집을 함에 있어서 보험계약자에게 가한 손해를 배상할 책임을 진다.”라고 규정하고 있고, 제1보험계약 보통약관 제22조 및 제2보험계약 보통약관 제33조(회사의 손해배상책임)에는 “보험회사는 계약과 관련하여 임직원, 모집인 및 대리점의 책임있는 사유로 인하여 발생한 손해에 대하여 관계법규 및 사업방법서에서 정한 바에 따라 손해배상의 책임을 진다.”고 되어 있음.

또한 제1보험계약 보통약관 제7조 및 제2보험계약 보통약관 제10조(보험금의 지급사유)에는 “보험회사는 보험기간이 끝날 때까지 피보험자가 살아 있을 때 만기보험금을 지급하고, 생활자금 지급시기(매년 또는 매월 계약해당일)에 보험계약이 유효한 경우 생활자금을 지급한다.”고 규정하고 있으며, <별표1> 보험금 지급기준표에는 “책임준비금이란 이 계약의 적립계약 순보험료를 공시이율로 납입일로부터 일자 계산에 의하여 부리 적절한 금액이며, 생활자금 지급이 있을 경우 이를 차감하고, 매월 생활자금 선택비율은 일시납보험료의 0.5%~1.0%중 선택한다.”고 규정하고 있음.

(2) 보험회사의 손해배상책임 여부

피신청인의 ○○지점 영업소장인 C씨와 D씨가 보험계약자에게 작성·교부한 확인서에 대하여 피신청인은 만기보험금을 납입보험료로 확정 지급하기로 한 것이 아니라고 주장하고 있으나, 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 있음.

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, 영업소장 D씨는 만기시에 이자

을 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 D씨의 주장을 받아들이기는 어려움.

따라서 피신청인의 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 피신청인은 보험업법 제102조 및 당해 보험약관의 규정에 따라 손해배상책임이 있다고 판단됨.

(3) 손해배상금의 산정

신청인에게 발생한 손해액은 확인서상 예치금액인 2천만원과 만기보험금으로 수령한 14,418,005원과의 차액(5,581,995원)이라 할 것이나, 보험회사가 취급하는 보험상품은 은행의 예금상품과 달리 위험보장적인 성격을 가지고 있어 확정이자를 보장할 수 없다는 것은 통상의 주의만 기울이면 알 수 있는 점을 감안하면 보험계약자도 과실이 있다고 판단되며, 그 과실비율은 10%를 부담하는 것이 형평의 원리에 부합되는 것으로 판단됨.

라. 결 론

따라서 피신청인은 손해발생금액에서 보험계약자의 과실을 상계한 금 5,023,795원을 지급하는 것이 타당하다고 판단됨.

5-19 보험계약이 특별조건부 인수특약으로 체결되었는지 여부

[기각] 신청인은 당해 보험계약청약서 및 특별조건부 인수특약신청서에 자필로 성명 및 서명을 기재한 바 있으나, 특약내용에 대해서는 자필로 기재한 바 없다고 주장하여 신청인과 피

신청인이 합의한 필적감정기관에 필적감정을 의뢰한 결과 특별조건부 인수특약신청서의 필적이 신청인의 필적과 동일성이 높은 필적으로 판정을 받아, 달리 반증이 없는 한 당해 보험계약은 특별조건부 인수특약으로 체결된 것으로 판단되어 피신청인은 암진단자금 등을 지급할 책임이 없음.(2008.5.27. 조정번호 제2008-41호)

가. 사실관계

신청인은 2006.1.24. △△병원 건강의학센터에서 건강검진시 유방X선 촬영결과 왼쪽 유방에 전형적인 양성석회화가 관찰되어 유방확대촬영 검사를 권고 받은 바 있으며, 또한 갑상선 초음파상 결절이 관찰되어 12개월후 갑상선 초음파 검사가 필요하다는 담당 의사의 소견이 있었음.

2006.5.25. 당해 보험(건강보험 및 종신보험)에 가입하기 위해 피신청인의 ○○고객검진센터에서 건강검진을 받을 당시 갑상선 결절 관찰중, 유방석회화 소견이 있었으며, 당해 보험계약은 같은 해 5.29. 특별조건부 인수특약인 “유방질병 2년, 갑상선질병 전기간” 부담보로 체결된 것으로 되어 있음.²⁶²⁾

신청인은 2006.6.28. △△병원에서 좌측 유방 생검 결과 양성 미세석회화 소견을 받은 바 있고,²⁶³⁾ 2007.1.10. 동 병원에서 우측 유방암으로 진단받아 같은 해 1.11. 유방절제술을 시행받았으며, 같은 해 1.17.까지 8일간 입원치료후 보험금을 청구하였으나, 피신청인은 당해 보험은 유방 질병 2년 부담보로 인수하였다고 보험금 지급을 거절함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

당해 보험가입시 2006.1.24. △△병원에서 실시한 건강검진결과를 피신청인에게 제출하

262) 신청인은 특별조건부 인수특약으로 가입된다는 사실을 보험설계사로부터 설명받은 바 없으며, 동 인수특약신청서 및 보험계약청약서의 보험계약자 자필서명란에 성명 및 서명만 기재하였고, 부담보 부위, 내용 등에 대해서는 직접 기재한 바 없다고 주장함.

263) 피신청인의 인수지침상 유방석회화의 초음파 검사결과가 없을 경우는 보류 또는 전기간 부담보, 초음파 검사결과가 있을 경우 양성석회화는 정상인수, 미세석회화는 보류임.

였으나 보험설계사나 피신청인으로부터 건강검진결과에 대해 결격사유가 있다는 얘기를 들은 바 없으며, 보험설계사가 당해 보험 가입시 보험계약청약서, 특별조건부 인수특약 신청서의 보험계약자 자필서명란에 성명 및 서명만 기재하라고 하여 이를 이행하였을 뿐이며, 특별조건부 인수특약신청서의 특정부위·질병 부담보험료의 부담보 부위, 내용 등에 대해 보험설계사로부터 설명 들은 바 없고 동 특약신청서에 이를 기재한 사실도 없음.

당해 보험은 특별조건부 인수특약으로 계약이 체결된 바 없음에도 피신청인이 암진단 자금 등을 지급하지 아니하는 것은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

당해 보험계약 체결시 신청인에 대한 건강검진결과 유방 및 갑상선에 이상이 있음을 확인하고, 신청인에게 유방 질병 2년, 갑상선 질병 전기간 부담보로 인수가 가능함을 보험설계사를 통해 안내하고 특별조건부 인수특약신청서에 자필서명을 받아 보험계약을 체결하였음.

신청인이 본건 보험계약에 대해 특별조건부로 인수된 사실을 인지하지 못하였다고 주장하는 것은 인정할 수 없으며, 당해 보험계약이 유방 질병 2년, 갑상선 질병 전기간 부담보로 체결된 이상 신청인이 청구한 암진단자금 등에 대해 보험금을 지급할 수 없음.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 당해 보험계약이 특별조건부 인수특약으로 체결되었는지 여부라 할 것임.

신청인은 당해 보험계약은 특별조건부 인수특약으로 체결된 바 없으므로 피신청인이 암진단자금 등을 지급하여야 한다고 주장하나, 다음과 같은 점에 비추어 위 주장은 이유 없음.

신청인은 건강보험계약 및 종신보험계약 청약서의 계약전 알릴의무사항 중 최근 5년 이내에 갑상선 질환, 유방 질환에 대해 의사로부터 진찰, 검사를 통하여 진단을 받았거나 치료, 투약, 입원, 수술, 정밀검사를 받은 적이 있느냐는 질문에 “예”라고 답변하고

피보험자란에 성명을 기재하고 서명한 사실이 있고, 건강보험 특별조건부(인수)특약신청서의 특정부위·질병부담보란에 의하면 “부담보내용: 15번(유방(유선포함)) 2년, 19번(갑상선) 전기간”으로 기재되어 있으며, “귀사가 안내한 상기 특별조건부(인수)특약에 가입하고자 하며 특별조건부(인수)특약 약관내용과 안내사항을 인지함과 동시에 이에 대해 이의가 없음을 확인하고 가입을 신청합니다.”라는 문구 아래에 신청인의 성명과 서명이 기재되어 있음을 확인할 수 있고, 종신보험 특별조건부(인수)특약신청서의 특정부위·질병부담보란의 부담보내용을 보면 “신암진단, 특정입원, 입원, 암치료비, 방사선치료암, 수술, 특정진단은 15번(유방(유선포함)) 2년, 19번(갑상선) 전기간”으로 기재되어 있으며, “귀사가 안내한 상기 특별조건부(인수)특약에 가입하고자 하며 특별조건부(인수)특약 약관내용과 안내사항을 인지함과 동시에 이에 대해 이의가 없음을 확인하고 가입을 신청합니다.”라는 문구 아래에 신청인의 성명과 서명이 기재되어 있음을 확인할 수 있으며, 2008.3.18. 신청인과 피신청인이 합의하여 필적감정을 의뢰한 ◇◇문서감정원에서 특별조건부(인수)특약신청서의 필적과 신청인의 필적이 동일성이 높은 필적으로 판정받은 바, 달리 반증이 없는 한 당해 보험계약은 특별조건부(인수)특약신청서에 기재된 “유방 질병 2년, 갑상선 질병 전기간” 부담보로 보험계약이 체결되었다고 보아야 할 것임.

라. 결 론

그렇다면 당해 보험계약은 특별조건부 인수특약으로 체결된 것으로 보여 암진단자금 등을 지급하지 아니한 피신청인의 업무처리가 부당하다고 보기는 어렵다고 판단됨.

5-20 보험료 할증에 대한 위험소멸시 보험료 감액청구권 인정 여부

[인용] 약관에는 특별위험 소멸시 할증보험료 납입 여부에 대해 규정하고 있지는 않으나, 상법 제647조는 “보험계약 당사자가 특별한 위험을 예기하여 보험료를 정한 경우 보험기간 중 그 위험이 소멸한 때에는 보험계약자는 그 후 보험료 감액을 청구할 수 있다”고 규정하고 있는 바, 보험계약 체결시 할증보험료의 원인이 되었던 B형간염에 대해 항체가 생성된 경우도 이에 해당하므로 항체생성 이후에 납입된 할증보험료를 환급받을 수 있음.(2010.3.23. 조정번호 제2010-29호)

가. 사실관계

신청인은 2004.2.18. ○○의원에서 B형간염을 진단받아 2004.2.24. 보험계약 체결시부터 할증보험료(월 32,625원)를 납입하였으나, 2008.5.7. 서울◇◇의원의 검진결과 B형간염 항체가 형성된 것으로 확인되어 항체생성 이후 납입한 할증보험료를 환급해 달라며 분쟁 조정을 신청함²⁶⁴⁾

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

보험계약 체결이전에 간염보균으로 2주간 약물치료를 받았던 사실을 고지하였고, 이로 인하여 할증보험료(월 32,625원)를 납입해 왔으나 2008.5.7. B형간염 항체가 형성되어 할증보험료를 납입할 위험이 소멸되었으므로 항체생성 이후에 납입한 할증보험료를 환급 하여야 함.²⁶⁵⁾

(2) 피신청인의 주장

보험료는 최초 보험가입시 적용된 예정 기초율을 바탕으로 결정되기 때문에 가입당시 할증보험료를 부담하는 조건으로 계약이 성립되었다면 보험계약 후 건강상태에 변화가 있다고 할지라도 최초 계약시 산출된 보험료를 납입해야 하므로 할증보험료 환급은 불가함.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 신청인이 보험계약 체결당시 할증보험료의 원인이 되었던 B형간염에 대한 위험요인이 2008.5.7. 항체생성으로 소멸된 경우 그 후에 납입된 할증보험료를 환급받을 수 있는지 여부라 할 것임.

264) 분쟁금액 : 할증보험료 32,625원 × 2008.5.7.이후의 납입회수

265) 신청인은 당해 보험가입 9년전인 1995.4월경 간염보균으로 2주간 약물치료를 받았고, 2004.2.18. 간기능 검사소견상 정상, B형간염 검사상 B형간염 보균 상태였음. 2008.5.7. 서울◇◇의원 발행의 건강검진 결과 통보서에 의하면 피보험자의 B형간염 항체가 형성된 것으로 확인됨.

(1) 약관 규정

보험약관 제1조(보험계약의 성립) 제2항에서는 “회사는 피보험자가 계약에 적합하지 아니한 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부담보 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 부과하여 인수할 수 있도록 정하고 있음. 동 약관 제7조(계약내용의 변경) 제1항에서는 ①보험종목, ②보험기간, ③보험료 납입주기, 수금방법 및 납입기간, ④보험가입금액, ⑤계약자 또는 보험수익자, ⑥기타 계약의 내용 등에 대해 계약자가 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있고, 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권에 배서하도록 정하고 있으며, 제2항은 회사는 계약자가 제1회 보험료를 납입한 때부터 1년이상 경과된 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 때에는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하고, 제3항은 회사는 계약자가 제1항 4호에 의하여 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제25조(해약환급금)제1항²⁶⁶⁾에 따라 이를 계약자에게 지급하도록 정하고 있음.

(2) 쟁점 검토

“특별조건부 인수계약”이라는 것은 보험계약 당시에 특별한 위험이 있는 경우 그에 대하여 동일 보험단체의 평균위험요율 보다 높은 위험요율로 약정하여 계약을 체결하는 것으로, 이 건 신청인이 보험청약당시 B형간염 보균 상태였으며 이로 인해 32,625원의 할증보험료를 추가 납입해 온 점에 대해서는 당사자간 다툼의 여지가 없는 사실임.

다만, 2008.5.7. 신청인이 보험청약 당시 할증보험료 납입의 원인이 되었던 B형간염의 항체가 생성되어 특별위험이 소멸되었으므로, 이후 할증보험료의 납입이 적정한 것인지의 여부에 대하여 살피건대, 우선, 당해 보험약관에는 특별위험이 소멸하는 경우 할증보험료에 대한 납입 여부 등에 대해 규정하고 있지는 않으나, 동 약관 제7조(계약 내용의 변경)에서 보험가입금액 또는 기타 계약의 내용을 변경할 수 있도록 정하고 있으며, 준

266) 제25조(해약환급금) 제1항은 이 약관에 의해 계약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 상품의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산하도록 정하고 있음. 특별조건부인수특약 약관 제4조(주계약 약관 규정의 준용)에 의하면 이 특약에 따로 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정에 따르도록 정하고 있음.

거법 조항에서 이 약관에서 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따르도록 정하고 있는데, 상법 제647조(특별위험의 소멸로 인한 보험료의 감액청구)는 보험계약의 당사자가 특별한 위험을 예기하여 보험료의 액을 정한 경우에 보험기간 중 그 예기한 위험이 소멸한 때에는 보험계약자는 그 후의 보험료 감액을 청구할 수 있도록 규정하고 있으므로 동 상법 규정이 생명보험에는 적용되지 아니한다고 볼 수 없을 뿐만 아니라 이를 제한할 근거도 없다 할 것임.

또한, 상법 제647조는 보험료 감액청구의 전제조건으로 위험의 “소멸”만을 규정하고 있으므로 이 건 신청인의 위험이 “소멸”되었는지의 여부에 대해 살펴보면, 다음과 같은 점 등을 감안할 때 이 건 특별위험이 감소된 것이라기보다는 소멸되었다고 해석함이 합리적이라 할 것임.

① 피신청인의 B형간염보균 underwriting 기준에 의하면 B형간염 보균자의 경우에는 입원 또는 수술특약에 대한 부담보 기간을 정하는 등 특별조건부 인수기준에 맞게 보험가입을 제한하거나 할증보험료를 납입토록 하여 계약을 체결하고 있으나 B형간염 항체가 생성되어 있는 경우에는 보험계약 체결시 할증보험료 등 별도의 인수조건을 두지 않고 정상계약(표준체)으로 보험계약을 인수하고 있어 결과적으로는 피신청인이 위험사정의 소멸로 분류하여 underwriting 기준을 운영하고 있는 점.

② 피신청인이 법무법인에 의뢰한 법률자문에서도 상법 제647조의 규정취지가 피보험자에게 최초 인정되었던 특별한 위험이 일반 표준체에게 인정되는 수준으로 복귀하는 경우를 의미하는 것으로 해석하고 있는 점.

③ 신청인은 2008.5.7. B형간염에 대한 항체가 생성되었는데 항체가 생성되는 경우 면역기능의 강화 등 B형간염으로 인한 합병증의 병발원인이 현저하게 감소되는 것으로 알려져 있는 점.

한편, 상법 제652조(위험변경증가의 통지와 계약 해지) 제1항은 보험기간 중에 보험계약자 또는 피보험자가 사고발생의 위험이 현저하게 변경 또는 증가된 사실을 안 때에는 지체 없이 보험자에게 통지하여야 한다. 이를 해태한 때에는 보험자는 그 사실을 안 날로부터 1개월내에 한하여 계약을 해지할 수 있다고 정하고 있으며, 제2항에서는 보험자

가 제1항의 위험변증가의 통지를 받은 때에는 1개월내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있도록 정하고 있는데, 신청인의 B형간염 보균 여부는 당해 보험 계약 체결당시 특별조건부 인수기준에 의해 할증보험료를 납입하여야 할 정도의 중요한 사항으로 인정되므로 장래에 B형 간염의 항체생성이 소멸되는 등의 위험이 변경되는 경우 그 시점에 할증 보험료의 책정을 다시 하여 신청인이 피신청인에게 할증보험료를 납입토록 하는 것이 타당하다 할 것임.

라. 결 론

그렇다면 이 건 신청인의 특별위험이 소멸된 것으로 인정되는 2008.5.7. 이후 납입된 할증보험료에 대해서는 피신청인이 기 납입 할증보험료를 환급할 의무가 있다 할 것임

5-21 직업의 변경에 따른 통지의무 위반 및 사망보험금 삭감지급 적정 여부

[인용] 보험계약체결 당시 항만에서 항운노조반장으로 근무하였으나 정년퇴직 후 동일한 항만에서 컨테이너 고유번호를 기재하는 노무에 종사하다가 사망한 사안에서, 피보험자의 직업 변경은 객관적으로 계약의 기초를 변경할 만한 현저한 위험의 증가나 변경이라고 보기 어렵고 직업변경의 알리지 않은 것에 피보험자의 고의 증과실이 있었다고 보기도 어려움 (2015.10.27. 조정번호 제2015-20호).

가. 사실관계

신청인의 子A는 2012.7.20. 본인을 계약자 및 피보험자로하여 ○○보험계약을 체결하면서, 청약서상 ‘계약 전 알릴의무사항’에 “1. 귀하의 직업은 무엇입니까?”라는 질문에 대하여 “1)근무처: 녹동항운노조, 2)근무지역: ◇◇녹동여객선터미널, 3)업종: 서비스, 4)취급하는업무: 항운노조반장”이라고 기재하였음. A는 2012.10.31. 녹동항운노조(◇◇항운노조를 말함)를 정년 퇴직하고, 2014.10.15. ★★해운(녹동 항만부두 내)에 입사하였으며, 2014.12.24. 전남 고흥군 비봉로 녹동 신항 내에서 굴 박스 운반 작업 중이던 ◇◇항운노

동조합 소속 지게차에 치여 허혈성 쇼크로 사망하였음²⁶⁷⁾ 이에 A의 모로서 신청인이 보험금을 청구하였으나, 피신청인이 통지의무 위반으로 계약 해지 통보를 하고 직업변경에 따른 보험금 삭감 지급을 하자 분쟁조정신청을 하였음.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

피보험자의 사고 당시 직업은 가입 당시 직업과 근무장소 및 그 위험도가 동일하고, 운전자의 부주의로 발생한 본 건 사망사고와 직업변경은 인과관계가 없으므로 보험금 삭감 지급은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

피보험자의 사고 당시 직업은 일용단순노무직 노동자로서 가입 당시 직업과 상해급수에 차이가 있고, 변경된 직무를 수행하던 중 본 건 사고를 당한 것이므로 보험금 삭감 지급은 정당함.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 피보험자에 대하여 직업 변경에 대한 통지의무 위반 및 그에 따른 보험금 삭감지급을 인정할 수 있는지 여부임.

(1) 관련 규정

267) 한국산업안전보건공단 중대재해 조사의견서(2014.12.24.): 재해발생 경위에 대하여 “하역장에서 ★★해운 소속 피재자가 컨테이너 화물의 분류작업을 보조하던 중 화물을 운반하던 지게차와 충돌, 피재자의 주요업무에 대해 “화물선 선적 컨테이너의 수량 확인”이라고 각 기재됨.

근로복지공단 여수지사 문답서(2015.1.30.): ★★해운의 대표 J은 “고인이 맡은 업무는 항만에서 선박에 실으는 컨테이너 고유번호를 기재하는 작업인데 사고 장소에 왜 갔는지 모르겠습니다.”, 항만과 사고 장소와의 거리에 대하여 “100미터 정도입니다.” 각 진술함.

전남순천경찰서 사건사고사실확인원(2015.2.23.): “피의자는 이를 게을리 한 채 전방 주시 태만으로 진행하다 함께 일을 하던 피해자 K가 그곳 노상에 서있는 것을 발견하지 못하고 충격하여 넘어지게 한 후 지게차의 포크 밑으로 깔리게 하여 사망에 이르게 하였다.”고 기재됨.

1) 상법

제652조(위험변경증가의 통지와 계약해지) ① 보험기간 중에 보험계약자 또는 피보험자가 사고발생의 위험이 현저하게 변경 또는 증가된 사실을 안 때에는 지체없이 보험자에게 통지하여야 한다. 이를 해태한 때에는 보험자는 그 사실을 안 날로부터 1월내에 한하여 계약을 해지할 수 있다.

②보험자가 제1항의 위험변경증가의 통지를 받은 때에는 1월내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있다.

제653조(보험계약자 등의 고의나 중과실로 인한 위험증가와 계약해지) 보험기간중에 보험계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의 또는 중대한 과실로 인하여 사고발생의 위험이 현저하게 변경 또는 증가된 때에는 보험자는 그 사실을 안 날부터 1월내에 보험료의 증액을 청구하거나 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. 다만, 고지의무(告知義務)를 위반한 사실 또는 위험이 현저하게 변경되거나 증가된 사실이 보험사고 발생에 영향을 미치지 아니하였음이 증명된 경우에는 보험금을 지급할 책임이 있다.

2) ○○보험

제25조(상해보험계약 후 알릴 의무)

① 계약자 또는 피보험자는 보험기간 중에 피보험자가 그 직업, 직무 또는 나이를 변경(자가용 운전자가 영업용 운전자로 직업 또는 직무를 변경하는 등의 경우를 포함합니다)하거나 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 계속적으로 사용하게 된 경우에는 지체없이 회사에 알려야 합니다.

② 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려드리며, 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날부터 1개월 이내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.

③ 제1항의 통지에 따라 보험료를 더 내야 할 경우 회사의 청구에 대해 계약자가 그 납입을 게을리 했을 때, 회사는 직업 또는 직무가 변경되기 전에 적용된 보험료율(이하 ‘변경전 요율’이라 합니다)의 직업, 직무 또는 나이가 변경된 후에 적용해야 할 보험료율(이하 ‘변경후 요율’이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 변경된 직업, 직무 또는 나이와 관계없이 발생한 보험금 지급사유에 관해서는 그러하지 아니합니다.

④ 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 고의 또는 중대한 과실로 직업, 직무 또는 나이의 변경사실을 회사에 알리지 아니하였을 경우 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 동 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자에게 제3항에 의해 보장됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

(2) 쟁점에 대한 검토

① ‘보험기간 중에 보험계약자 또는 피보험자가 사고발생의 위험이 현저하게 변경 또는 증가된 사실을 안 때’에 한하여 통지의무를 부과하고 있는 상법과 달리 당해 약관은 단순히 직업 또는 직무를 변경하게 된 경우 통지의무를 부과하므로 그 해석이 문제됨.

당해 약관은 상법 제652조 제1항이 규정한 ‘사고발생의 위험이 현저하게 변경 또는 증가된’ 경우에 해당하는 사유들을 개별적으로 규정하는 조항으로서(대법원 2014.7.24. 선고 2013다217108 판결), 현저한 위험의 변경 또는 증가가 아닌 단순한 직업·직무의 변경에 대해서도 통지의무를 부과하는 조항으로 해석할 경우 불이익변경금지 원칙(상법 제663조)에 반할 우려가 있으므로, 상법 규정의 취지를 함께 고려하여 보험기간 중 직업·직무의 변경으로 사고발생의 위험이 현저하게 변경 또는 증가하는 경우에 한하여 통지의무를 부과하는 규정이라고 해석되어야 함(분조례 제2001-33호, 제2001-34호).

한편, 상법 제652조상 ‘위험이 현저하게 변경 또는 증가된 사실을 안 때’란 그 상태의 변경이 위험의 현저한 변경·증가에 해당된다는 것까지 안 때를 의미하고(대법원 2014.7.24. 선고 2012다62318 판결), 당해 약관에 의하면 계약자 또는 피보험자가 ‘고의 또는 중대한 과실로’ 직업·직무의 변경사실을 회사에 알리지 아니하였을 때에 한하여 요율에 따라 보험금을 삭감 지급할 수 있도록 정하고 있음.

따라서 직업·직무 변경에 대한 통지의무 위반을 이유로 보험금 삭감 지급을 인정하기 위해서는, 피보험자의 직업·직무 변경이 위험의 현저한 변경 또는 증가에 해당하여 통지의무가 인정되고, 보험계약자 또는 피보험자가 그 직업 변경이 위험의 현저한 변경·증가에 해당된다는 것까지 알았음에도 불구하고, 이를 고의 또는 중대한 과실로 회사에 알리지 않아야 함.

② 본 건 피보험자는 동 보험 가입 당시 항만에서 항운노조반장으로 근무하였으나 정년 퇴직 후 동일한 항만에서 컨테이너 고유번호를 기재하는 노무에 종사하다가 사망하였으므로, 이러한 직업 변경을 현저한 위험의 변경으로 볼 수 있는지 여부가 문제됨.

‘사고 발생의 위험이 현저하게 변경 또는 증가된 사실’이라 함은, 그 변경 또는 증가된 위험이 계약의 체결 당시에 존재하고 있었다면 보험자가 보험계약을 체결하지 않았거나 적어도 그 보험료로는 보험을 인수하지 않았을 것으로 인정되는 정도의 것을 의미하고(대법원 2003.11.13. 선고 2001다49630 판결), 이는 객관적으로 관찰하여 판단되어야 함(대법원 1997.9.5, 선고, 95다25268, 판결).

최근 대법원은 가입 당시 대학생(직업급수 1급)이던 피보험자가 졸업 후 취직하여 방송장비대여업(직업급수 2급)에 종사하면서 업무 중 화물자동차 교통사고를 일으킨 것에 대하여, 방송장비대여업이 사회통념상 일반 대학생이 졸업 후 취업하는 것을 예상하기 어렵거나 고도의 위험을 수반하는 직업이라는 사정을 알 수 있는 자료가 없고, 피보험자가 직업 변경으로 사고발생의 위험이 현저하게 변경 또는 증가된다는 것을 알았다고 볼 자료도 없다는 이유로 통지의무 위반을 부정한 바 있음(대법원 2014.7.24. 선고 2013다217108 판결).

피신청인은 항운노조반장이 수상운송사무원으로서 제1급, 항만에서 일당을 받은 근로자가 항만일용노무자로서 제3급의 상해급수에 각 해당한다고 주장하나 이는 피신청인의 내부기준에 불과한 것으로서, 본 건 피보험자의 가입 당시 직업과 사고 당시 직업은 근무장소가 동일하고 노동 형태나 강도가 유사하여 위험도의 현저한 차이가 없으며, 피보험자는 약 6개월 정도의 단기 사업을 보조할 목적으로 해운사에서 임시직을 맡게 된 것이어서 일회적·일시적 위험의 변경에 불과하므로, 본 건 피보험자의 직업 변경은 객관적으로 계약의 기초를 변경할 만한 현저한 위험의 증가나 변경이라고 보기 어려움.

또한 컨테이너 번호를 기재하는 작업이 고도의 위험을 수반하는 직업이라는 등의 사정을 알 수 있는 자료가 없으며, 정년퇴직 후 30년간 근무하던 곳에서 한시적으로 유사한 업무에 종사하게 된 피보험자가 본 건 직업의 변경이 사회통념상 현저한 위험의 증가 또는 변경이라는 것을 알았다고 볼 자료도 없음.

따라서 본 건 보험계약자 또는 피보험자에 대하여 당해 약관상 직업 또는 직무의 변경에 대한 통지의무 위반을 인정할 수 없음.

③ 설사 본 건 직업의 변경이 현저한 위험의 증가 또는 변경이라고 하더라도 보험금 지급사유에 영향을 미쳤음이 입증되지 않는 경우 보험금을 삭감 지급할 수 없으므로 그 인과관계를 살펴봄.

상법 제655조 단서는 위험의 현저한 변경이 보험사고 발생에 영향을 미치지 아니하였음이 증명된 경우에는 보험금을 지급할 책임이 있다고 규정하고 있고, 당해 보험약관 또한 변경된 직업·직무와 관계없이 발생한 보험금 지급사유에 관하여서는 요율에 따른 보험금 삭감을 하지 아니하는 것으로 정하고 있음.

경찰 조사 결과, 본 건 사고는 지게차 운전자의 주의의무 위반으로 발생한 점, 사고 장소는 피보험자가 항운노조반장으로 근무할 때와 동일 항만 내에 위치한 하역장으로서 사고시 ★★해운의 작업장과 중첩되는 점, 항운노조반장은 필요한 경우 감독업무 외에 직접 하역업무를 지원하기도 하는 점, 사고 당시 피보험자는 컨테이너 고유번호를 기재하는 본인의 업무를 수행 중이었던 것이 아니라 지인의 하역 업무를 돕고 있던 것으로 파악되는 점 등을 종합하여 살펴보면, 본 건과 같은 지게차 교통사고는 동 보험 가입 당시에도 발생할 수 있었던 위험으로서 피보험자의 변경된 직업에서 비롯되었다거나 직업의 변경으로 인하여 발생 가능성이 높아졌다고 보기 어려우므로, 변경된 직업과 본 건 보험사고 간에 인과관계가 있다고 볼 수 없음.

라. 결 론

그렇다면 피신청인은 신청인 측에 삭감되지 아니한 상해사망보험금 전액을 지급할 책임이 있다 할 것이므로 신청인의 청구를 인용함.

5-22 체육대학교 진학사실 미고지가 계약 후 알릴 의무 위반에 해당되는지 여부

[인용] 단순히 체육대학교 입학 사실만으로 위험의 정도가 현저하게 증가된다는 것은 일반인 입장에서는 알 수 없는 것이므로 체육대학교에 입학하는 경우 이를 보험회사에 알려야 한다고 피신청인이 설명해 주지 않는 이상 신청인과 피보험자가 위험의 현저한 변경 또는 증가에 해당된다는 것까지 알았다고 볼 수 없어 계약 후 알릴의무를 위반하였다고 인정하기 어려움 (2016.4.12. 조정번호 제2016-8호).

가. 사실관계

신청인은 2011.10.5. 신청인의 子 A를 피보험자로 하여 피신청인과 ○○보험계약을 체결하였음. 보험계약체결 당시 중학생이던 A는 이후 체육대학에 진학하게 되었고 태권도 선수로 활동하였는데, 2015.5.1. 운동 중 우측 외과골 인대가 손상되었음. 이에 신청인이 관련 보험금을 청구하였으나, 피신청인은 A가 ○○대학교 태권도 선수임을 확인한 후 2015.8.25. 신청인에게 직업급수 요율 변경에 따른 보험금 삭감 지급을 안내함. 한편, 피신청인은 같은해 9. 18. 계약후 알릴의무 위반에 대하여 2015.9.25.까지 직업급수 변경(중학생 : 1급 → 체육대학교 학생 : 3급)에 따른 계약 변경(상해담보 삭제) 미동의시 계약이 해지됨을 서면으로 안내하였으나, 신청인이 상해 담보 삭제에 동의하지 않자 2015.9.25. 본건 보험계약을 해지함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

보험계약 체결 당시 보험설계사로부터 중학생이었던 피보험자가 체육대학교에 진학하는 경우 직업 또는 직무가 변경되는 경우에 해당되어 이를 회사에 알려야 한다는 설명을 듣지 못하였음에도, 피신청인이 보험금을 삭감 지급하고 보장내용을 축소하는 것은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

당해 보험약관에서는 보험계약자 또는 피보험자는 보험기간 중에 피보험자가 그 직업

또는 직무를 변경한 경우 지체없이 회사에 알리도록 정하고 있음에도 신청인이 이를 알리지 않았으므로 변경된 직업 급수를 적용하여 보험금을 삭감하고, 보험계약을 해지한 것은 타당함.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 신청인이 계약 후 알릴의무를 위반했는지 여부라 할 것임.

(1) 관련 법령 등

<○○보험 보통보험약관>

제21조(약관교부 및 설명의무) ① 회사는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며 청약 후에 지체없이 약관 및 계약자 보완용 청약서를 드립니다.

제27조(상해보험계약 후 알릴 의무) ① 계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 보험기간 중에 피보험자(보험대상자)가 그 직업 또는 직무를 변경 (자가용 운전자가 영업용 운전자로 직업 또는 직무를 변경하는 등의 경우를 포함합니다)하거나 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 계속적으로 사용하게 된 경우에는 지체없이 회사에 알려야 합니다.

② 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려드리며, 계약자 또는 피보험자(보험대상자)의 고의 또는 중과실로 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날부터 1개월 이내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.

③ 제1항의 통지에 따라 보험료를 더 내야 할 경우 회사의 청구에 대해 계약자가 그 납입을 게을리 했을 때, 회사는 직업 또는 직무가 변경되기 전에 적용된 보험료율의 직업 또는 직무가 변경된 후에 적용해야 할 보험료율에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 변경된 직업 또는 직무와 관계없이 발생한 보험금 지급사유에 관해서는 그러하지 아니합니다.

④ 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 고의 또는 중과실로 직업 또는 직무의 변경사실을 회사에 알리지 아니하였을 경우 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는

회사는 동 사실을 안 날로부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자(보험대상자)에게 제3항에 의해 보장됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

제28조(알릴의무 위반의 효과) ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 이 계약을 해지할 수 있습니다.

- ① 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 고의 또는 중대한 과실로 제26조(계약전 알릴의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
- ② 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제27조(상해보험계약 후 알릴의무) 제 1항에서 정한 계약후 알릴 의무를 이행하지 아니하였을 때

<상법>

제638조의3(보험약관의 교부·설명 의무) ① 보험자는 보험계약을 체결할 때에 보험계약자에게 보험약관을 교부하고 그 약관의 중요한 내용을 설명하여야 한다.

제652조(위험변경증가의 통지와 계약해지) ① 보험기간 중에 보험계약자 또는 피보험자가 사고발생의 위험이 현저하게 변경 또는 증가된 사실을 안 때에는 지체없이 보험자에게 통지하여야 한다. 이를 해태한 때에는 보험자는 그 사실을 안 날로부터 1월내에 한하여 계약을 해지할 수 있다.

- ② 보험자가 제1항의 위험변경증가의 통지를 받은 때에는 1월내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있다

<약관의 규제에 관한 법률>

제3조(약관의 작성 및 설명의무 등) ③ 사업자는 약관에 정하여져 있는 중요한 내용을 고객이 이해할 수 있도록 설명하여야 한다. 다만, 계약의 성질상 설명하는 것이 현저하게 곤란한 경우에는 그러하지 아니하다.

- ④ 사업자가 제2항 및 제3항을 위반하여 계약을 체결한 경우에는 해당 약관을 계약의 내용으로 주장할 수 없다.

(2) 쟁점에 대한 검토

피신청인은 당해 보험약관에서 보험계약자 또는 피보험자는 보험계약 후 직업 또는 직무가 변경된 경우에는 지체없이 회사에 알리도록 정하고 있음에도 신청인이 이를 알리지 않아 계약 후 알릴의무를 위반하였다고 주장하나, 아래와 같은 사정을 종합하여 판단할 때 이를 인정하기 어려움.

당해 보험약관은 상법 제652조 제1항에서 정하고 있는 ‘사고발생의 위험이 현저하게 변경 또는 증가된’ 경우에 해당하는 사유들을 개별적으로 규정하는 조항으로서 보험기간 중 직업·직무의 변경으로 사고 발생의 위험이 현저하게 변경 또는 증가하는 경우에 한하여 통지의무를 부과하는 규정이라고 해석되어야 하며, 상법 제652조상 ‘위험이 현저하게 변경 또는 증가된 사실을 안 때’란 특정한 상태의 변경이 있음을 아는 것만으로는 부족하고 그 상태의 변경이 사고발생의 현저한 변경·증가에 해당된다는 것까지 안 때를 의미하므로(대법원 2014.7.24. 선고 2012다62318 판결)

체육대학교에 재학하는 경우 일반인에 비해 상해 위험성이 높다는 사실을 신청인과 피보험자가 알았다는 사실만으로는 부족하고 그 위험의 정도가 현저한 변경·증가에 해당되는 것까지 알아야 하나, 단순히 체육대학교에 재학하는 사실만으로는 그 위험의 정도가 현저하게 증가된다는 것은 보통 일반인 입장에서 알 수 없는 것이므로 체육대학교에 입학하는 경우 이를 보험회사에 알려야 한다고 피신청인이 설명해 주지 않는 이상 신청인과 피보험자가 위험의 현저한 변경 또는 증가에 해당된다는 것까지 알았다고 볼 수 없어 계약 후 알릴의무를 위반하였다고 인정하기 어려움.

한편, 직업·직무 변경 등으로 인한 위험증가 사실의 알릴 의무가 상법 제652조에서 정하고 있는 통지의무를 되풀이 하는 것에 불과하므로 보험계약 체결 당시 신청인에게 보험기간 중 체육대학교 등에 진학하는 경우 이를 보험회사에 알려야 할 의무가 있다는 사실은 설명의무 대상이 아니라는 피신청인의 주장을 살펴보면

보험회사는 당해 보험약관 제21조(약관 교부 및 설명의무), 상법 제638조의3(보험계약의 교부·명시의무) 및 「약관의 규제에 관한 법률」 제3조(약관의 명시·설명 의무)에 따라 보험계약자에게 약관의 중요한 내용에 대하여 명시·설명 의무를 부담하고 이를 위반하여 보험계약을 체결한 때에는 약관의 내용을 보험계약의 내용으로 주장할 수 없음.

당해 보험약관에서 정하고 있는 ‘계약 후 알릴의무’는 보험금의 삭감 및 지급거절, 보험료의 증액, 보험계약 해지 등 보험계약자가 불이익을 받을 수 있는 사항으로 보험계약 시 보험회사가 보험계약자 등에게 알려야 할 중요한 내용이라 할 것이므로 설명의무가 면제된다고 볼 수는 없을 것임.

아울러 신청인에게 보험약관 및 청약서를 전달하면서 직업 또는 직무 변경시 보험회사에 통지해야 한다는 사실을 신청인에게 설명하였다는 피신청인의 주장을 살펴보면

이 건 당해 보험약관, 청약서 및 상품설명서에는 체육대학교 등에 진학하는 것이 직업 또는 직무변경에 해당된다는 사실을 보험계약자 등이 알 수 있는 구체적인 예시 또는 설명자료가 없으며

<상품설명서 기재내용 >

5. 계약후 알릴의무 : 보험계약자 또는 피보험자는 보험계약을 맺은 후 **피보험자가 직업 또는 직무를 변경(자가용 운전자가 영업용 운전자로 변경하는 경우 포함)하거나 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 계속적으로 사용하게 된 경우**

피신청인이 직업 또는 직무 변경에 대한 계약 후 알릴의무 위반을 주장 하는 직업분류표나 상해급수에 따른 직업분류 코드가 보험계약 체결 당시 신청인에게 교부·설명되지 않았음은 물론 이 건 보험계약을 모집한 보험설계사, 보험설계사가 소속된 보험대리점 및 피신청인은 당해 보험계약 체결 당시 신청인에게 피보험자가 체육대학교 등에 진학할 경우 이를 보험회사에게 알려야 한다는 내용을 설명하였음을 입증하지 못하고 있어 피 신청인의 주장은 인정하기 어려움.

라. 결 론

그렇다면, 피신청인은 계약 후 알릴의무 위반을 이유로 삭감한 상해 보험금 전액을 신청인에게 지급할 책임이 있으며, 보험계약을 원상회복함이 타당하다 할 것임.

5-23 도수치료 비용에 대한 실손의료비 지급책임 유무

[기각] 약관은 ‘질병으로 인하여’ 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에 실손의료비를 보상하는 것으로 규정되어 있고, 약관에서 정하고 있는 보장대상이 되는 질병은 그 진단의 기초가 된 병력 및 객관적 검사결과가 충분하거나 그러한 검사결과 등에 기초한 진단이 일반적인 의료기준에 적합하다고 볼 수 있는 객관적인 사정이 있어야 하며, 그 치료는 질병과 상당인과관계가 인정되는 범위여야 하는데, 신청인이 2015.10.7~12.23. 기간 중 시행받은 22회의 도수 치료는 질병에 대한 적절한 진단 및 질병과 상당인과관계가 인정되는 범위내의 치료로 보기는 어려움(2016.5.24. 조정번호 제2016-12호).

가. 사실관계

신청인은 2013.10.30. 본인을 계약자 겸 피보험자로 하여 ○○실손의료보험계약을 체결하였음. 2015.8.29.~10.6. 기간 중 신청인은 경추간판 장애로 인한 경추통(M5422), 경추의 염좌 및 긴장(S134) 진단하에 C병원에서 도수치료(19회)를 시행받고 도수치료 부분에 대한 실손의료보험금을 청구하자 피신청인은 실손의료비를 지급하였음. 이후 2015.10.7.~12.23. 기간 중 신청인은 상기 진단명과 동일 증상으로 C병원에서 도수치료(22회) 시행 받고 실손의료보험금을 청구하였으나, 피신청인이 보험금 지급을 거절하자 본건 분쟁조정을 신청함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

C병원에서 경추통 등의 진단을 받고 통증치료를 위해 도수치료(22회)를 시행받았음에도 피신청인이 실손의료비를 지급하지 않는 것은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

신청인이 2015.8.29.~10.6. 기간 중 시행받은 19회의 도수치료는 통증치료로 인정할 수 있으나, 2015.10.7~12.23. 기간 중 시행받은 도수치료(22회)는 질병치료의 목적보다는 체형교정을 위한 외형개선 또는 질병의 예방차원이므로 실손의료비 지급대상이 아님.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 신청인이 2015.10.7~12.23. 기간 중 추가로 시행받은 도수치료가 당해 보험약관에서 정하고 있는 “질병으로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받은 경우”에 해당 되는지 여부라 할 것임.

(1) 관련 약관 규정

『○○보험 - 실손의료비보장특약(갱신형, 무배당)』

《질병통원형》

제3조(보상내용) ①회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자(보험대상자)가 질병으로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에 통원의료비로서 매년 계약해당일로부터 1년을 단위로 하여 다음과 같이 외래(외래제비용, 외래수술비) 및 처방조제비를 각각 보상합니다.

구 분	보 상 한 도
외래	방문 1회당 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 ‘본인부담금’과 ‘비급여(※)’ 부분의 합계액(본인이 실제로 부담한 금액)에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감하고 20만원을 한도로 보상 (매년 계약해당일로부터 1년간 방문 180회 한도)

(※) 국민건강보험 또는 의료급여법에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여 대상

<표1 항목별 공제금액>

구 분	항 목	공제금액
선택형 외래 (외래제비용 및 외 래수술비 합계)	의료법 제3조 제2항 제3호에 의한 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	1만5천원

(2) 쟁점에 대한 검토

일반적으로 도수치료란 약물을 사용하거나 수술을 하지 않고 시술자의 손으로 환자의 환부를 직접 어루만지고, 주무르고, 누르고, 비틀면서 자세를 교정하고 통증을 완화시켜 주는 치료를 의미함.

* 도수치료는 비수술적 방법을 통한 통증완화 등의 효과는 있으나 아직 현재까지는 도수치료에 대한 의학적인 근거가 제한되어 있어 도수치료가 보편화되기 위해서는 도수치료 대상, 방법 및 기간 등이 정립되고 학문적으로 입증되어야 할 필요가 있다는 의료계의 의견도 있음.

신청인은 2015.10.7~12.23. 기간 중 C병원에서 경추통 등의 진단하에 시행받은 22회의 도수치료 비용에 대하여 실손의료비를 지급해야 한다고 주장하나, 아래와 같은 사정을 종합하여 판단할 때 인정하기 어려움.

당해 보험약관에서는 ‘질병으로 인하여’ 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에 실손의료비를 보상하는 것으로 규정되어 있는데, 질병의 사전적 의미는 심신의 전체 또는 일부가 일시적 또는 지속적으로 장애를 일으켜 정상적인 기능을 할 수 없는 상태를 의미하고, 보험약관에서 정하고 있는 보장대상이 되는 질병은 그 진단의 기초가 된 병력 및 객관적 검사결과가 충분하거나 그러한 검사결과 등에 기초한 진단이 일반적인 의료기준에 적합하다고 볼 수 있는 객관적인 사정이 있어야 하며, 그 치료는 질병과 상당인과관계가 인정되는 범위를 충족하는 경우 실손 의료비를 보상하는 것으로 해석하는 것이 타당하다 할 것임.

금융감독원이 금융분쟁조정위원회 전문위원에게 의뢰한 자문결과 등을 종합하여 살펴보면, 신청인이 2015.10.7~12.23. 기간 중 시행받은 22회의 도수치료는 질병에 대한 적절한 진단 및 질병과 상당인과관계가 인정되는 범위내의 치료로 보기는 어렵다 할 것임.

① 신청인에 대한 C병원의 진료기록에는 경추통 등에 대한 환자의 증상 및 통증호소에 대해서만 기록되어 있을 뿐 그 진단의 기초가 되는 객관적 검사 결과가 충분하다는 사정을 찾아보기 어렵고, 환자의 통증호전을 목적으로 장기간 도수치료를 시행하였음에도 불구하고, 환자의 질병에 대한 상태의 호전 등 치료효과에 대한 평가가 없는 점.

② 본건과 같이 반복되는 도수치료가 질병의 치료를 위한 것이라고 인정되기 위해서는 경추 추간판의 퇴행성 변화를 개선시키거나 병변을 호전시킨다는 객관적인 의학적 증거에 따라야 하나, 신청인의 경우 이를 충족하였다고 볼 만한 증거자료를 찾기 어려운 점.

③ 신청인이 진단받은 경추통 등의 질병상태를 감안하더라도 신청인에게 필요한 도수

치료의 횟수는 도수치료의 목적을 고려할 때 주 2~3회, 4주 정도로 총 8~12회가 적절하다는 의적 소견이 있는 점 등을 감안할 때, 신청인이 2015.10.7~12.23. 기간 중 시행받은 도수치료는 당해 보험약관에서 정하고 있는 실손의료비 지급대상에 해당한다고 인정하기 어렵다 할 것임.

라. 결 론

그렇다면, 본건 신청인이 주장하는 도수치료는 당해 보험약관상 질병으로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받은 경우에 해당한다고 보기 어려워 신청인의 실손의료비 지급청구는 기각함.

5-24 여성형 유방증 수술비용에 대한 실손의료비 지급책임 유무

[인용] 신청인의 경우 비정상적인 유방조직으로 유방암 등의 질병 발생 가능성이 있어 제거가 필요하고, 지방흡입술 없이 유선절제 및 상처봉합수술만을 시행받았는바 여성형 유방증 치료를 목적으로 수술을 받은 것으로 인정되므로 신청인이 시행 받은 유선절제 및 상처봉합 수술을 두고 외모개선목적이라고는 할 수 없다고 본 사례(2016.6.28. 조정번호 제2016-14호).

가. 사실관계

신청인의 母는 신청인을 피보험자로 하여 피신청인과 ○○보험계약을 체결하였음. 2015.11.6. 신청인은 ‘여성형 유방증’ 진단으로 입원하여 유선절제술 및 상처봉합술 시행(1일 입원) 받았고, 주치의로부터 치료목적 100%라는 소견을 받았으나, 피신청인이 실손의료보험금 지급을 거절하자 본건 분쟁조정을 신청하였음.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

‘여성형 유방증(한국표준질병분류상 N62)’ 진단을 받고 양쪽 가슴에 비정상적으로 발

달된 유선조직의 치료를 목적으로 수술을 받았음에도 피신청인이 실손의료비를 지급하지 않는 것은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

신청인이 시행받은 수술은 당해 보험약관에서 보상하지 않는 사항으로 정하고 있는 외모개선 목적의 유방축소술에 해당되므로 실손의료비 지급대상이 아님.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 신청인이 ‘여성형 유방증’ 진단을 받고 시행받은 유선절제 및 상처봉합 수술이 당해 보험약관에서 정하고 있는 외모개선 목적의 유방축소술에 해당되는지 여부라 할 것임.

(1) 무배당 ○○○통합보험 실손의료비보장특약(갱신형) 약관

<중합입원형>

제3조(보상내용) ① 회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 질병 또는 상해로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원의료비를 다음과 같이 하나의 질병 또는 하나의 상해당 각각 보험가입금액(5천만원)을 한도로 보상합니다.

[입원실료, 입원제비용, 입원수술비] ‘국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금’과 ‘비급여(입원시 실제 사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 제외)’ 부분의 합계액 중 90% 해당액

[상급병실료차액] 입원시 실제 사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 중 50%를 공제한 후의 금액

제4조(보상하지 않는 사항) 회사가 이 특약에서 보상하지 않는 사항은 다음과 같습니다.

③ 회사는 아래의 입원의료비에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.

8. 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비

가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(윤비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름

살제거술 등

(2) 쟁점에 대한 검토

피신청인은 신청인이 ‘여성형 유방증’ 진단으로 입원하여 시행 받은 유선절제 및 상처봉합 수술이 당해 보험약관에서 보상하지 않는 사항으로 정하고 있는 외모개선 목적의 유방 축소술에 해당된다고 주장하나, 아래와 같은 사정을 종합하여 판단할 때 인정하기 어려움.

① ‘여성형 유방증’은 체내의 남성호르몬과 여성호르몬간에 불균형이 생기거나 여성호르몬에 대한 유선조직의 반응이 민감해져 남성의 유방에서 유선 조직의 증가로 여성처럼 유방이 발달하는 질병으로 원인이 불분명하거나 경과를 관찰해도 호전되지 않는 등 장기화된 여성형 유방증은 수술적인 치료가 요구되며, 고환염이나 고환암, 뇌하수체 종양 등의 질환의 초기지표가 될 수 있는 점.

② 국민건강보험법상 ‘비급여’ 대상에 해당된다고 하여 이를 반드시 외모개선 목적 치료라고 단정지을 수 없고, 건강보험심사평가원의 “요양 급여대상여부 확인요청에 대한 결정사항 통보”에서도 신청인의 여성형 유방증 수술 관련비용은 비급여가 타당하다는 내용만 있을 뿐 외모 개선목적으로 비급여를 결정하였다는 언급이 없는 점.

③ 이 건 수술비 등이 비급여로 청구된 사유에 대하여 이 건 수술을 시행한 D의원(담당의 E)의 진료확인서에 의하면 ‘초음파를 이용한 비절개식 유선용해술이 비급여’이기 때문이라는 소견을 밝히고 있는 점.

* 여성형 유방의 치료과정에서 ‘유방조직의 수술적 절제’는 국민건강보험법상 요양급여 대상임.

④ 금융감독원이 시행한 의료자문 결과에 따르면 ㉠ 신청인의 경우 비정상적인 유방조직으로 인해 유방암 등의 질병 발생가능성이 있어 제거가 필요하고 ㉡ 남성의 여성형 유방증은 사회적, 정신적 생활에 영향을 주게 되어 치료가 필요한 질병이며 ㉢ 진료기록의 신청인 체형상(키 181cm, 몸무게 76kg) 지방흡입술이 필요하지 않았으며 ㉣ 초음파 검사 소견상 유방조직의 비대소견이 관찰되므로 여성형 유방증으로 인한 치료를 목적으로 수술을 받은 것으로 인정되는 점 등을 고려시 이 건 신청인이 시행 받은 유선절제 및 상처

봉합 수술을 외모개선목적으로 보는 것은 타당하지 않다는 소견을 제시하고 있는 점.

라. 결 론

그렇다면, 피신청인은 신청인에게 당해 보험약관에 정한 바에 따라 여성형 유방증 수술비용에 대한 실손의료비 지급 책임이 있다 할 것이므로 신청인의 청구를 인용함.

5-25 ‘리바운드 에어워커’ 구입비용에 대한 보험금 지급책임 유무

[기각] 리바운드 에어워커 구입비용은 당해 보험약관에서 보상하지 않는 사항으로 정하고 있는 보조기 구입비용에 해당되므로 신청인의 보험금 지급신청은 이유없어 기각함(2016.4.12. 조정번호 제2016-6호).

가. 사실관계

신청인의 母는 2012.3.7. A를 피보험자로 하여 피신청인과 ○○실손의료비보험계약을 체결하였음. A는 농구경기 중 우측 족근관절 염좌 및 양측 측부인대 파열로 2015. 26.~12.4. 기간 중 입원치료를 받았음. 신청인은 퇴원하며 리바운드에어워커를 구입하였고, 리바운드에어워커 구입비용까지 포함하여 실손의료비보험금을 청구하였으나, 피신청인이 리바운드에어워커 구입비용에 대하여는 보험금을 지급할 수 없다고 하자 본건 분쟁조정을 신청하였음.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

신청인은 이 건 사고로 입원치료를 받던 중 ‘우측 하퇴부 고정치료 및 발목관절의 운동치료를 목적’으로 리바운드 에어워커*를 사용하였음에도 보험금 지급을 거절하는 것은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

신청인은 퇴원하기 하루 전날인 2015.12.3. 리바운드 에어워커를 구입하였고, 구입목적도 입원기간 중 치료목적이 아니라 일상생활에서 사용하기 위해 구입하였으므로, 리바운드 에어워커는 당해 보험약관에서 보상하지 않는 사항으로 정하고 있는 ‘보조기’에 해당하므로 보험금 지급책임이 없음.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 리바운드 에어워커 구입비용이 당해 보험약관에서 보상하지 않는 사항으로 정하고 있는 ‘보조기’에 해당하는지 여부라 할 것임.

(1) ○○실손의료비보험 보통보험약관

제3조(담보종목별 보장내용) 회사가 담보종목별로 각각 보상 또는 공제하는 내용은 다음과 같습니다.

5) 종합입원

① 회사는 피보험자가 질병 또는 상해로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원의료비를 다음과 같이 하나의 질병당 또는 하나의 상해당 각각 보험가입금액(5천만원)을 한도로 보상합니다.

구분	보상금액
입원실료, 입원제비용, 입원수술비	국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 ‘본인부담금’과 ‘비급여(입원시 실제 사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 제외)’의 합계액 중 90% 해당액(다만, 10% 해당액이 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다.)
상급병실료 차액	입원시 실제 사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 중 50%를 공제한 후의 금액(다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균 금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.)

제4조(보상하지 않는 사항) 회사가 보상하지 않는 사항은 다음과 같습니다.

3) 상해입원

③ 회사는 아래의 입원의료비에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.

6. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용(다만, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 제외합니다)

(2) 쟁점에 대한 검토

당해 보험약관에서는 ‘의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용’ (다만, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식이 되어 그 기능을 대신할 경우는 제외합니다)에 해당할 경우에는 보험금 지급의무가 없다고 정하고 있고,

‘보조기’(Orthosis)란 신체 기능이 약해져 있을 때 도와주는 역할과 과도한 힘이 들어 가거나 변형이 생겼을 경우 신체를 적절한 형태로 바로 잡아주는 역할을 하는 장비를 말하는데, 리바운드 에어워커는 발목 아킬레스건의 관절을 고정하거나 손상된 부위를 안정화시키고자 할 때 사용되며 하체 부분의 관절을 고정하여 압력이 골고루 분산되도록 도와주는 장비이며, 석고와는 달리 탈부착이 자유롭고 각도 조절이 가능하여 골절 등에 의한 손상된 신체의 기능을 보조하거나 재활을 돕는 기능을 가지고 있는 점.

금융감독원이 금융분쟁조정위원회 전문위원에게 의료자문한 결과에 따르면 리바운드 에어워커는 몸을 고정(안정)시키고, 변형을 막아주고, 추가 손상을 예방하며 기능을 돕는 보조기로 분류된다는 의견이 있었던 점 등을 고려할 때 보조기로 봄이 타당하다 할 것임.

라. 결 론

리바운드 에어워커 구입비용은 당해 보험약관에서 보상하지 않는 사항으로 정하고 있는 보조기 구입비용에 해당되므로 신청인의 보험금 지급신청은 이유없어 기각함.

5-26 하악전방유도장치 구입비용에 대한 실손의료비 지급책임 유무

[기각] 하악전방유도장치가 당해 보험약관에서 정하는 입원제비용에 해당하려면 입원치료에 필요한 재료대에 해당하여야 하는데 퇴원 후 사용을 목적으로 발생한 재료대 비용에 대하여

입원기간 중 비용이 청구되거나 비용이 지급된 사정만으로는 입원제비용에 해당하는 것으로 보기 어렵고, 약관은 ‘보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용’은 보상하지 않는다고 정하는 바, 하악전방유도장치는 보조기에도 해당하므로 하악전방유도장치 구입비용에 대하여는 실손의료비 지급책임이 없다고 본 사례(2016.6.28. 조정번호 제2016-16호).

가. 사실관계

신청인은 2010.5.19. 본인을 계약자 겸 피보험자로 하여 ○○보험계약을 체결하였음. 신청인은 2015.6.4. 고주파 수면무호흡수술(설근부축소술), 편도전적출술 시행 후 하악전방유도장치 구입(당일 입원 후 퇴원). 이에 신청인은 하악전방유도장치 구입비용에 대한 실손의료보험금을 청구하였으나 피신청인이 지급을 거절하자 본건 분쟁조정을 신청함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

입원기간 중 고주파 설근부축소술(수면무호흡수술), 편도전적출술을 시행받고 의사의 처방으로 입원제비용에 해당하는 하악전방유도장치를 구입하였음에도 실손의료비를 지급하지 않는 것은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

하악전방유도장치는 탈부착 및 휴대가 가능하고 퇴원 후 자신의 주거 등에서 해당 장치를 통해 하인두의 좁아진 부분을 넓혀 수면무호흡증을 개선하기 위해 사용하는 장치이므로 입원제비용에 해당하지 않음.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 본 건의 쟁점은 하악전방유도장치 구입비용이 당해 보험약관에서 보상하는 사항으로 정하고 있는 ‘입원제비용’에 해당하는지 여부라 할 것임.

(1) 『무배당 ○○보험』 실손의료비 특별약관

*** 질병입원형**

제3조(보상내용) ① 회사는 피보험자가 상해 또는 질병으로 병원에 입원하여 입원의료비를 다음과 같이 보험가입금액 (상해 질병당 각각 5,000만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다)을 한도로 보상하여 드립니다.

구 분	보 상 한 도
입원실료, 입원제비용, 입원수술비	국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 ‘본인부담금’과 ‘비급여(상급병실료 차액 제외) 부분의 합계액 90% 해당액 (다만 10% 해당액이 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과 금액은 보상합니다)

- 용어의 정의 (입원제비용)

입원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 재료대, 캐스트료, 지정진료비 등을 말함.

제4조(보상하지 않는 사항) 회사가 보상하지 않는 사항은 다음과 같습니다.

③ 회사는 아래의 입원의료비에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.

7. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용(다만, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 제외합니다)

(2) 쟁점에 대한 검토

하악전방유도장치(mandibular advancement devices)는 수면무호흡증, 코골이 등의 치료를 위해 아래턱을 앞으로 이동시켜 혀 뿌리 후방의 숨쉬는 길을 넓혀줄 목적(기도 폐쇄 방지 등)으로 구강 내에 착용하는 장치를 말하는데, 신체에 고정되지 않고 환자 스스로 탈부착이 가능하고 휴대가 용이한 의료기기임.

이 건 하악전방유도장치는 아래와 같은 사정을 종합적으로 고려할 때, 당해 보험약관에서 정하고 있는 실손의료비 지급대상으로 인정하기는 어렵다 할 것임.

① 신청인은 2015. 6. 4. 입원하여 고주파 설근부축소술, 편도전적출술을 시행받은 후 당

일 퇴원하면서 하악전방유도장치를 착용한 점.

- ② 하악전방유도장치가 당해 보험약관에서 정하는 입원제비용에 해당하려면 입원치료에 필요한 재료대에 해당하여야 하는데, 퇴원 후 사용을 목적으로 발생한 재료대 비용에 대하여 입원기간 중 비용이 청구되거나 비용이 지급된 사정만으로는 입원제비용에 해당하는 것으로 보기 어려운 점.
- ③ 하악전방유도장치는 일상생활을 하면서 잠을 자는 동안 착용하는 의료기구이고, 퇴원 후 자신의 주거 등에서 사용하기 위하여 자신의 구강에 맞는 장치를 구입한 점 등을 감안시 입원제비용에 해당하지 않는다고 판결한 점(의정부지방법원 2015.11.5. 선고, 2015나51839,51846).
- ④ 나아가 당해 보험약관에서는 ‘보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용(다만, 인공장기나 부분의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 제외합니다)’은 보상하지 않는다고 규정하고 있는데 금융감독원이 시행한 의료자문 결과에 따르면 “하악전방유도장치는 상시착용하는 것이 아니며, 집에서 스스로 탈부착이 가능한 ‘보조기’로 보는 것이 타당”하다는 소견이 있는 점.

라. 결 론

그렇다면, 신청인의 하악전방유도장치 구입비용은 당해 보험약관에서 정하고 있는 입원제비용 지급사유에 해당되지 않을 뿐만 아니라, 보상하지 않는 사항으로 명시된 ‘보조기’에도 해당하므로 신청인의 실손의료비 지급신청은 이유없어 기각함.

5-27 생존보험금에 부가되는 가산금에 대한 소멸시효 적용 거부

[인용] 이 사건 보험약관 해석상 보험수익자는 만기에 수령할 기납입보험료 상당액의 일부를 선택에 따라 문화생활자금 명목으로 미리 청구할 수 있으며, 자금의 성격·약관의 문언 및 구조·약관상 만기급여금 산정방식 등에 비추어 이러한 권한은 만기급여금 청구시까지 유지됨. 한편 문화생활자금에 부가되는 가산금은 발생시부터 ‘보험회사가 문화생활자금 청구 접

수를 접수받은 때부터 3일(또는 10일)까지’ 8.5%로 부리되므로 보험수익자가 문화생활자금을 청구하지 않는 동안은 가산금 계산을 위한 만기가 확정되지 않는데, 이처럼 유동적인 상태에서는 소멸시효가 적용될 여지가 없음. 따라서 피신청인이 일방적으로 ‘문화생활자금 미수령시 앞으로 가산금에 소멸시효를 적용하겠다.’는 취지로 발송한 안내장은 내용적 타당성이 없음. 이에 (신청인이 만기 전 문화생활자금을 청구하지 않는 한) 피신청인은 신청인에게 이 사건 문화생활자금에 대하여 지급사유 발생 익일부터 이 사건 보험 만기 시까지 예정이율+1%를 연복리로 계산한 금원을 부가하여 지급할 책임이 있음을 확인함 (2017.7.25. 조정번호 제2017-14호)

가. 기초 사실

(1) 보험계약의 체결

신청인은 보험계약자 겸 피보험자로서 1998. 4. 10. 피신청인과 사이에 주계약 보험료를 월 66,600원(5년납), 보험기간을 1998. 4. 10. 부터 2045. 4. 10.까지(70세 만기)로 하여 ‘○○보험 1종(○○&○○형) 보험계약’(이하 ‘이 사건 보험계약’이라 한다)을 체결하였다.

(2) 보험계약의 약관 등

이 사건 보험계약의 보통약관 및 관련 규정은 다음과 같이 정하고 있다.

< ○○보험 1종(○○&○○형) 보통보험약관 >

제3조 (회사가 제작한 보험안내장등의 효력) 보험을 모집한 자(이하 “모집인등”이라 합니다)가 모집과정에서 사용한 회사(영업국, 영업소 및 대리점 포함) 제작의 보험안내장(서류, 사진, 도화 등 모든 안내자료 포함)내용이 이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제12조 (보험금의 지급사유) ① 회사는 피보험자에게 보험기간중 다음 사항중 어느 한가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 수익자에게 약정한 보험금(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급하여 드립니다.

1. 피보험자가 보험기간이 끝날 때까지 장애분류표중 제1급의 장애상태가 되지 아니하고 살아있을 때 : 만기급여금 지급

18. 피보험자가 가입 후 매5년마다 계약해당일에 장애분류표 중 제1급의 장애상태가 되지 아니하고 살아있을 때 : 문화생활자금(단, 최대 5회에 한함)

제19조 (보험금 지급사유의 발생통지) 수익자는 제12조(보험금의 지급사유)에 보험금지급사유가 발생하였을 때에는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제23조 (보험금 등 청구시 구비서류) ① 수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 급여금, 자금, 축하금, 해약환급금 또는 보험료의 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(사망·장해·암진단서·상피내암진단서, 수술증명서, 입원치료확인서, 출산증명서)
3. 보험증권
4. 주민등록증 제시(본인이 아닌 경우는 본인의 인감증명서)
5. 기타, 수익자가 보험금 등의 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

제24조(보험금 등의 지급)

① 회사는 제23조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날로부터 3일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 드리거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 또는 보험료 납입면제의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수후 10일 이내에 보험금을 드리거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

③ 회사는 제1항의 규정에 의한 지급기일내에 보험금 또는 해약환급금을 지급하지 아니하였을 때에는 그 지급기일의 다음날로부터 지급일까지의 기간에 대하여 회사의 약관대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 드립니다.

⑤ 회사는 만기급여금, 문화생활자금의 지급시기가 도래할 때에는 도래일 7일 이전에 그 사유와 회사가 지급하여야 할 금액을 알려드립니다.

⑥ 만기급여금, 문화생활자금 및 해약환급금은 그 사유가 발생한 날의 다음날로부터 제1항의 규정에 의한 지급기일까지의 기간에 대하여 예정이율+1%를 연단위복리로 계산한 금액을 더하여 드립니다.

제34조(준거법) 이 약관에 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

[별표 1] 보험금 지급기준표*

<기준: 보험가입금액 2,000만원>

급부명	지급사유	지급금액
만기급여금	피보험자가 보험기간이 끝날때까지 장해분류표중 제1급의 장해상태가 되지 아니하고 살아있을 때	이미 납입한 보험료 전액에서 이미 지급한 문화생활자금 전액을 차감한 금액
문화생활자금	피보험자가 가입 후 매 5년마다 계약해당일에 장해분류표중 제1급의 장해상태가 되지 아니하고 살아있을 때	최초 5년간 납입한 보험료의 10%(단, 최대 5회에 한함)

여성특정암 치료자금	피보험자가 보험기간중 제2조(계약의 효력)에서 정한 책임개시일 이후에 최초로 여성특정암으로 진단확정되었을 때	1,000만원+지급사유발생해당월의 다음달부터 매월 지급사유발생 해당일에 100만원을 10회 확정지급(단, 1회에 한함)
일반암 수술자금	피보험자가 보험기간 중 제2조(계약의 효력)에서 정한 책임개시일 이후에 최초로 여성특정암 이외의 암으로 진단확정되고 그 암의 치료를 직접적인 목적으로 하여 수술을 받았을 때	1회 수술에 대하여 300만원
출산축하금	피보험자가 보험기간중 제2조(계약의 효력)에서 정한 책임개시일 이후에 출산하였을 때	출산아 1인당 10만원(단, 피보험자의 연령 40세까지 출산하였을 경우에만 지급)

*지급기준표 일부 발췌

※ 관련 상법 등 조문

[상법]

제662조 (소멸시효) 보험금 청구권은 3년간, 보험료 또는 적립금의 반환청구권은 3년간, 보험료 청구권은 2년간 행사하지 아니하면 시효의 완성으로 소멸한다.

* 제662조 (소멸시효) 보험금액의 청구권과 보험료 또는 적립금의 반환청구권은 2년간, 보험료의 청구권은 1년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성한다.(2014. 3. 11. 법률 제12397호로 개정 전)

[민법]

제166조(소멸시효의 기산점) ① 소멸시효는 권리를 행사할 수 있는 때로부터 진행한다.

제184조(시효의 이익의 포기 기타) ① 소멸시효의 이익은 미리 포기하지 못한다.

② 소멸시효는 법률행위에 의하여 이를 배제, 연장 또는 가중할 수 없으나 이를 단축 또는 경감할 수 있다.

[약관의 규제에 관한 법률]

제4조(개별 약정의 우선) 약관에서 정하고 있는 사항에 관하여 사업자와 고객이 약관의 내용과 다르게 합의한 사항이 있을 때에는 그 합의 사항은 약관보다 우선한다.

제5조(약관의 해석) ① 약관은 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 해석되어야 하며 고객에 따라 다르게 해석되어서는 아니된다.

② 약관의 뜻이 명백하지 아니하는 경우에는 고객에게 유리하게 해석되어야 한다.

(3) 분쟁 발생경위

신청인은 1998. 4. 10. 이 사건 보험계약체결 이후 2003년, 2008년 및 2013년 발생한 문화생활자금(생존 및 장해분류표상 제1급의 조건이 되지 않을 것을 지급사유로 하며, 이하 편의상 “생존보험금”과 혼용하기로 한다)의 지급을 청구하지 않고, 피신청인 또한 해당 보험금을 지급하지 아니하던 중, 피신청인은 2016. 4. 13. 경 이들 미지급 문화생활자금과 관련하여 “2001. 3. 29. 이전 계약 중 발생한 생존보험금을 수령하지 않는 경우 보험금 청구권의 시효가 소멸되어 더 이상 이자가 부리되지 않으니 조속히 수령하여 주시기 바랍니다.”는 내용의 안내장을 발송하였다. 신청인은 위 안내 사항이, 이 사건 보험계약 체결 당시 문화생활자금을 만기까지 수령하지 않을 경우 8.5%를 연복리로 가산하여 만기급여금으로 지급한다고 약속한 것과 다르며, 피신청인의 주장과 같이 문화생활자금에 대한 가산금에 소멸시효를 적용할 경우 보험금 액수가 과소하여 부당하다는 취지로 분쟁조정을 신청하였다.

나. 당사자 주장

신청인은 이 사건 문화생활자금 가산금에 대하여, 보험계약 체결시 가입설계서 등을 통해 피신청인으로부터 만기시까지 문화생활자금을 수령하지 않을 경우 연복리 8.5%의 가산금이 부리되는 것으로 안내받았기 때문에 문화생활자금을 청구하지 않았고, 피신청인 또한 이러한 사정으로 소멸시효 주장을 하지 못하였는데, 2016년 임의로 지급기준을 변경하여 이미 발생한 문화생활자금에 대해서는 만기가 아닌 2016. 10. 31. 까지만, 발생이 예정된 문화생활자금에 대해서는 3년간만 가산금을 지급할 예정임을 안내한바, 동 안내에 따르면 보험계약 체결 당시의 약정과 달리 문화생활자금의 청구를 유보하여 만기시까지 지급받을 수 있었던 가산금이 대폭 삭감되므로 부당하다고 주장한다. 이에 대하여 피신청인은 가입설계서에 표시한 금액은 단지 만기급여금의 산출금액을 예시한 것에 불과하고, 본래 보험금 청구권의 소멸시효는 그 지급사유일로부터 기산하는 것이 원칙이나, 시혜적으로 최근까지 소멸시효를 적용하지 않았던 것이며, 미수령보험금의 지속적 증가 및 금리하락 등에 따라 그동안 주장하지 않은 소멸시효를 부득이하게 적용하는 것이라고 주장하여 서로 다툰다.

이처럼 신청인은 피신청인이 미수령 문화생활자금(보험계약 체결 후 5년 주기로 최대 5회까지 발생)에 대하여 각 문화생활자금 발생시부터 보험만기인 2045. 4. 10.까지 8.5%의 연단위복리로 계산한 금액을 가산하여 만기에 33,920,000원을 지급할 의무가 있다고 주장하는 한편, 피신청인은 미수령 문화생활자금에 대한 가산금 종가를 소멸시효를 감안하여 제한함이 타당하므로 만기에 5,560,800원을 지급하는 것으로 족하다는 주장을 하고 있어 본건 분쟁금액은 그 차액인 금 28,360,000원 상당이다.²⁶⁸⁾

다. 위원회 판단

상법, 민법, 해당 보험약관, 신청인의 분쟁조정 신청서류, 피신청인의 제출자료 등 관련 자료 일체를 종합하여 살펴보면, 본건 분쟁의 쟁점은 생존보험금에 가산이율을 부리하는 경우(이하 가산이율이 부리된 금액을 ‘가산금’이라 한다) 소멸시효를 적용하는 것이 타당한지 여부라 하겠다.

소멸시효에 대하여 이 사건 보험약관에는 별도로 정하고 있지는 않으나, 이 사건에 적용되는 상법 제662조(소멸시효)는 “보험금 청구권은 2년간, 보험료 또는 적립금의 반환 청구권은 2년간, 보험료 청구권은 1년간 행사하지 아니하면 시효의 완성으로 소멸한다.”라고 규정하고 있고,²⁶⁹⁾ 민법 제166조(소멸시효의 기산점)은 “소멸시효는 권리를 행사할

268) <만기급여금 및 가산금(2045년 기준, 문화생활자금 전액 미수령 시)>

신청인 주장	피신청인 주장
① 만기급여금 : 기납입보험료 전액 (약관 [별표1])	
: 3,996,000원(월66,600원, 5년납, 미수령 문화생활자금* 포함) * 1,998,000원 = 399,600원(5년간 기납입보험료의 10%)×5회	좌동
② 차감할 기지급 문화생활 자금 (약관 [별표1])	
: 0원	좌동
③ 가산금(약관 제24조 ⑥)	
2003.4.10. [399,600원×1.085 ⁴² -399,600원] = 11,893,870원	2003.4.10. [399,600원×1.085 ^{13,57165} -399,600원] = 809,509원
2008.4.10. [399,600원×1.085 ³⁷ -399,600원] = 7,776,116원	2008.4.10. [399,600원×1.085 ^{8,57165} -399,600원] = 404,512원
2013.4.10. [399,600원×1.085 ²² -399,600원] = 5,037,622원	2013.4.10. [399,600원×1.085 ^{3,57165} -399,600원] = 135,171원
2018.4.10. (예정) [399,600원×1.085 ²⁷ -399,600원] = 3,216,400원	2018.4.10. (예정) [399,600원×1.085 ³ -399,600원] = 110,804원
2023.4.10. (예정) [399,600원×1.085 ²² -399,600원] = 2,005,204원	2023.4.10. (예정) [399,600원×1.085 ³ -399,600원] = 110,804원
④ 합계 (①-②+③, 만원이하 절사) 금 33,920,000원	금 5,560,000원

수 있는 때부터 진행한다.”라고 규정하고 있는데, ‘권리를 행사할 수 있는 때’의 의미와 관련하여 판례는 “권리행사에 법률상의 장애사유, 예컨대 기한의 미도래나 조건불성취 등이 있는 경우를 말하는 것이고, 사실상 그 권리의 존부나 권리행사의 가능성을 알지 못하였거나, 알지 못함에 과실이 없다 하여도 이러한 사유는 법률상 장애사유에 해당한다고 할 수 없는 것이다.”라고 판시하고 있다(대법원 1993. 4. 13. 선고 93다3622 판결 참조). 한편, 보험약관은 신의성실의 원칙에 따라 해당 약관의 목적과 취지를 고려하고 공정하고 합리적으로 해석하되, 개개 계약 당사자가 피한 목적이나 의사를 참작하지 않고 평균적 고객의 이해 가능성을 기준으로 객관적·확립적으로 해석하여야 하며, 위와 같은 해석을 거친 후에도 약관조항이 다의적으로 해석되고 그 각각의 해석이 합리성이 있는 등 해당 약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 고객에게 유리하게 해석하여야 할 것이다(대법원 2016.10.27. 선고 2013다90891, 90907 판결 등 참조).

(1) 본건 가산금은 문화생활자금을 원금으로 하여 ‘문화생활자금 지급사유 발생 익일부터 문화생활자금 지급기일까지의 기간’에 대하여 ‘예정이율+1%의 연단위복리’로 산출한다(제24조 제6항). 한편, ‘문화생활자금 지급기일’은 ‘보험수익자가 관련 서류를 구비하여 보험회사에 금원의 지급을 청구하고, 보험회사가 접수증을 교부한 날로부터 3일(조사나 확인이 필요한 경우 10일) 이내의 기간’(이하 ‘지급기일’이라 한다)까지이므로(제23조 제1항, 제24조 제1항) 가산금 부리 만기는 보험수익자가 문화생활자금의 지급을 청구한 날로부터 3일(조사나 확인이 필요한 경우 10일)까지가 된다.

따라서 우선적으로 보험수익자가 문화생활자금의 지급을 청구할 수 있는 기간에 대하여 살펴볼 필요가 있는데, 이하의 점을 감안할 때 보험수익자는 문화생활자금이 발생한 때로부터 보험 만기시까지 언제라도 문화생활자금의 지급을 청구할 수 있다고 해석함이 상당하다. (i) 이 사건 보험계약은 70세 만기 도래 전에 피보험자가 사망(또는 1급 장애)할 시에는 사망보험금을 지급하는 한편, 만기 생존 시에는 주계약 보험료 납입액 전액에 상당하는 금액을 만기급여금으로 지급하도록 되어 있다. 즉 사망 등 보험사고가 발생하지 않더라도 주계약 보험료의 원금은 돌려받게 되므로 보험계약자 입장에

269) 상법 개정(2014. 3. 11. 법률 제12397호)으로 소멸시효기간이 보험금청구권, 보험료 및 적립금 반환청구권은 3년, 보험료 청구권은 2년으로 종전에 비해 각각 1년씩 연장되었다.

서는 만기시까지의 운영이익 상당을 포기하면 이 사건 보험계약이 부보하는 위험을 보장받을 수 있도록 한 것이다. 다만, 본건 보험계약의 만기는 2045년으로, 기납입보험료 상당액을 지급한다는 측면에만 주목할 경우 통상의 생명보험이 그러하듯이 보험기간이 상당히 장기이므로 보험수익자가 받게 될 기납입보험료 상당액의 일부를 만기 전 먼저 지급받을 수 있도록 하였는데, 여기에 해당하는 것이 문화생활자금이다. (ii) 이 사건 보험약관 [별표1] 보험금 지급기준표에 의하면 만기급여금은 ‘피보험자가 보험기간이 끝날 때까지 장애분류표 중 제1급의 장애상태가 되지 아니하고 살아있을 때’를 그 지급사유로, ‘이미 납입한 보험료 전액에서 이미 지급한 문화생활자금 전액을 차감한 금액’을 ‘지급금액’으로 정하고 있는바, 이처럼 문화생활자금은 만기급여금의 일부를 선급하는 성격이 있고, 만기급여금과 마찬가지로 특정한 시점에서 피보험자가 제1급 장애가 아닌 상태로 살아있는 것을 지급사유로 하고 있는 등 여타의 보험사고 발생으로 인해 지급되는 사고보험금과는 상이하다.²⁷⁰⁾ (iii) 이에 약관의 전반적인 구성을 보더라도, ‘보험금’과는 구분하여 ‘급여금’ 내지 ‘자금’이라는 용어를 사용하고 있고(제23조 제1항), ‘보험금’을 염두에 둔 지급 시기 및 지연이자 조항(제24조 제1항, 제3항)과는 별도로 ‘만기급여금’ 내지 ‘문화생활자금’에 대한 가산금 조항을 두고 있으며(제24조 제6항), ‘보험금’ 지급사유 발생 사실은 보험수익자로 하여금 보험회사에 통지하도록 하고 있으나(제19조), ‘만기급여금’ 내지 ‘문화생활자금’에 대해서는 오히려 지급기일 도래 전 그 사유 및 금액을 보험회사가 알리도록 하는 등(제24조 제5항) 여타의 사고 보험금과는 달리 취급하고 있다. (iv) 문화생활자금(최초 5년간 납입한 보험료의 10%)은 이 사건 보험계약에서 정한 여성특정암치료자금(여성특정암 진단확정시 - 1,000만원), 일반암 수술자금(여성특정암 이외의 암 수술시 - 300만원), 출산축하금(피보험자 연령 40세까지 - 출산아 1인당 10만원) 등 여타의 사고 보험금과는 재원이 다르다는 점 또한 명확하다. (v) 해당 보험약관은 문화생활자금의 발생 시점에 대해서는 명시하고 있으나(제12조 제1항 제18호, [별표1] 보험금지급 기준표), 문화생활자금 청구권 행사 만기에 대한 제한은 없

270) 물론 엄밀한 의미에서 생존도 확률적 예측에 따른 보험기술이 반영된 독립된 보험사고(약관상의 보험금 지급사유)이기는 하나, 이 사건 보험계약의 생존보험에서 지급되는 보험금은 기납입보험료 상당액의 총액과 큰 차이가 없다는 점에서 여타의 보험사고와는 다소 구별된다.

다. 또한 만기급여금에서 차감하는 문화생활자금의 금액을 ‘이미 지급한 문화생활자금’이라고 명시하고 있을 뿐이며, ‘이미 지급한 문화생활자금 및 보험수익자가 행사기간 내에 이를 행사하지 않아 소멸한 문화생활자금’이라고 정하고 있지도 아니하다([별표1] 보험금지급 기준표).

이와 같이 문화생활자금은 만기에 수령할 기납입보험료 상당액의 일부를 선택에 따라 미리 청구할 수 있도록 보험수익자에게 부여된 권한이며, 자금의 성격·약관의 문언 및 구조·약관상 만기급여금 산정방식 등에 비추어, 이러한 권한은 만기급여금 청구시점까지 유지된다고 판단된다. 피신청인 조차도 보험계약 체결 시로부터 5년마다 5회에 한하여 발생하는 문화생활자금이 시효로 소멸한다거나 문화생활자금 청구권의 행사기간이 제한된다는 점을 명시적으로 주장하고 있지 아니하며, 피신청인이 제작하고 검증을 완료한 이후 이 사건 보험상품의 모집과정에서 일률적으로 사용한 가입설계서에 표기된 만기급여금 3,392만원은 문화생활자금을 미수령할 시 만기에 수령하게 될 문화생활자금 5회분 전액을 합산한 수치가 그대로 반영된 것이어서 보험계약 당시에 피신청인에게 이러한 인식은 없었다고 보여진다.

다음으로 문화생활자금에 부가되는 가산금 부리 기간에 대하여 살펴보기로 한다. 가산금은 앞서 살펴본 바와 같이 이율 및 기간을 요소로 하는데, 가산금 종기가 문제되고 있다. 문화생활자금에 부가되는 가산금의 종기는 약관상 ‘보험수익자가 문화생활자금을 청구하고 보험회사가 이를 접수받은 때로부터 3일(내지 10일)’까지 인데(제24조 제1항), 통상 보험수익자의 청구일로부터 3일 내에 문화생활자금이 지급되므로 이 시점에 원금인 문화생활자금이 보험수익자에게 지급되면 가산금도 더 이상 부리되지 않는다. 그런데 앞서 살펴본 바와 같이 보험수익자는 보험 만기시까지 문화생활자금을 청구할지에 대한 선택권이 있으므로 보험수익자가 문화생활자금을 청구하지 않는 동안은 가산금 계산을 위한 만기가 확정되지 않으므로²⁷¹⁾ 가산금에 대하여 소멸시효가 적용될 여지가 없다. 소멸시효는 권리를 행사할 수 있는 때로부터 진행하는데(민법 제166조 제1항), 추상적인

271) 즉 본건 보험계약은 만기급여금을 주된 내용으로 하되, 문화생활자금을 보험수익자가 부가적으로 선택할 수 있도록 한 계약으로서, 이를 선택하지 않을 경우에는 만기에 가산금이 합산되어 지급되는 것을 내용으로 하는 보험계약으로 이해하여야 할 것이다.

권리는 그것이 구체적인 권리로 확정되어야 그때부터 권리를 행사할 수 있게 되므로(대법원 2001. 4. 27. 선고 2000다31168 판결 등) 본건과 같이 문화생활자금에 대한 지급 신청 및 지급이라는 행위가 없어 가산금의 만기가 정해지지 않아 그 액수를 특정할 수 없다면 이 기간 동안은 소멸시효가 적용되지 않기 때문이다.

요컨대, 이 사건 보험계약은 앞서 살펴본 바와 같이 예컨대 2045년에 수령할 399,600원을 2003년에 수령할 수 있도록 보험자가 보험수익자에게 선택권을 부여하되 대신 보험수익자가 무려 42년이나 앞당겨 행사할 수 있는 권리를 유보할 경우 당연히 예상되는 화폐가치 하락분에 대한 보상으로 보험자 나름의 계산으로 산출한 ‘예정이율+1%’를 가산하여 주기로 한 전체적인 합의가 성립하였다고 볼 것이므로, 표면적으로는 문화생활자금에 대한 권리 불행사로 보일 수도 있는 보험수익자의 양태는 그 본질상 가산금 부리를 요구하는 권리 행사로서의 실질을 지니는 것이다. 따라서 시효제도의 존재이유는 권리불행사라는 영속된 상태를 존중하고 권리 위에 잠자는 자를 보호하지 않겠다는 데에 있고, 특히 소멸시효는 후자의 의미가 강하다는 점에서 본건의 경우 소멸시효가 적용될 여지가 없다고 볼 것이다.²⁷²⁾

이러한 논란은 애초에 신청인과 피신청인 사이에 만기에 지급할 기납입보험료의 일부를 보험계약 체결 후 5년마다 5회에 걸쳐 지급사유 발생일 이후 신청인의 선택 여하에 따라 보험만기까지 청구할 수 있도록 하되, 만일 신청인이 문화생활자금의 청구를 유보할 경우 그 기간 동안(즉 기납입보험료에서 기지급 문화생활자금을 공제하고 난 나머지를 만기급여금 형태로 정산 완료하는 시점까지) ‘예정이율+1%’의 연단위복리로 계산한 금액을 지급받기로 하는 약정이 전체적으로 성립하였는데도, 피신청인이 최근에 와서 ‘기납입보험료 반환 약정 - 문화생활자금 선지급 약정 - 문화생활자금 미지급 기간 동안의 가산금 지급 약정’간 유기적 관계를 도외시하고 인위적으로 합의의 내용을 분할하여 원금인 문화생활자금의 대해서는 함구하고 지급 부담이 큰 가산금에 대해서만 마치 통상의 이자채권과 동일한 취급을 함으로써 소멸시효 관련 주장을 하고 있기 때문에 야기된 것이다.

272) 대법원 2011. 7. 14. 선고 2011다19737판결 등 다수.

따라서 문화생활자금이 지급되지 않는 한 가산금 만기가 특정되지 않으므로 법리상 소멸시효 관련 쟁점을 논의할 실익이 없을 것이지만, 피신청인의 주장을 선행하여 이에 관해서는 아래 (3)부분에서 추가로 검토하기로 한다.

(2) 위에서 살펴본 바와 같이 신청인이 문화생활자금을 청구하지 않을 시 만기까지 가산금이 부가되는 점이 약관의 해석 자체로 명백하지만, 설령 약관상의 합의가 아니더라도 본건의 경우 신청인과 피신청인 사이에 그러한 내용의 개별약정이 성립한 것으로 보인다.

「약관의 규제에 관한 법률」 제4조(개별 약정의 우선)는 “약관에서 정하고 있는 사항에 관하여 사업자와 고객이 약관의 내용과 다르게 합의한 사항이 있을 때에는 그 합의 사항은 약관보다 우선한다.”고 규정하고 있고, 이 사건 보험약관 또한 제3조에서 “보험을 모집한 자(이하 “모집인등”이라 합니다)가 모집과정에서 사용한 회사(영업국, 영업소 및 대리점 포함) 제작²⁷³⁾의 보험안내장(서류, 사진, 도화 등 모든 안내자료 포함) 내용이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립“된 것으로 정하고 있다. 한편, 가입설계서에 대해서는 명시적인 조항이 없으나, 본건 보험약관상 보험안내장에 ‘서류, 사진, 도화 등 모든 안내자료 포함’이라고 되어 있으며, 피신청인이 가입설계서를 직접 제작하여 영업소 등에 제공하면 보험설계사가 보험계약 체결 과정에서 보험상품의 중요 내용을 설명하기 위하여 이를 활용하고 있어 판례(울산지방법원 2012. 5. 10. 선고 2011나5585 판결 등)도 개별약정 성립여부를 판단함에 있어 가입설계서의 내용을 비중 있게 고려하고 있는 점 등을 감안하면 보험가입설계서도 이 사건 보험약관상 보험안내장의 일종으로 보는 것이 타당하다. 이 사건 가입설계서의 경우에도 가입설계서상 수기로 작성된 “66,600×5=399,600”, “10%문화생활자금 390,000”, “7.5% 확정이율 → 8.5%”라는 내용이 계약체결 과정에서 부기된 것이라는 점에 대하여 당사자 사이에 다툼이 없는 바, 이견 가입설계서는 개별약정 성립의 기초가 되었다고 봄이 상당하다.

273) 다만, 통상 계약체결대리권이 부여되어 있지 않은 영업소 등을 보험회사와 동일시하는 것이 과연 타당한 것인지 의문이 있고, 또한 이를 인정할 경우 여타 법규에 대한 파급효과 등 몇몇 문제점이 있어 2010.4.1. 시행된 표준약관에서는 괄호 안의 문언을 삭제한 바 있다.

그러므로 가입설계서를 통해 신청인과 피신청인 사이에 성립한 가산금 관련 합의의 내용을 살펴보면, 신청인과 피신청인 모두 동일하게 제출한 이 사건 가입설계서에는 만기생존시 3,392만원의 ‘만기급여금’을 지급하며, “상기의 만기급여금은 문화생활자금에 수령하지 않았을 경우 받을 수 있는 금액을 예시한 것이며”라고 되어 있어,

비록 양당사자 간에 ‘만기까지’를 지급기일로 하여 문화생활자금에 가산금을 더하여 지급한다는 점에 대해서 가입설계서상 명시적인 문구는 확인되지 않으나, (i) 가입설계서상 피신청인의 전산시스템을 통해 산출·입력된 금액인 3,392만원은 이 사건 보험약관상의 만기급여금에 해당하는 금액과 각각의 해당년도에 발생하는 문화생활자금에 만기까지의 가산금을 합산한 수치와 정확하게 일치하는 반면, 본건 보험약관에서 정하고 있는 만기급여금의 지급기준을 피신청인의 주장대로 적용할 경우 도저히 3,392만원이라는 금액이 도출되지 않는다는 점,²⁷⁴⁾ (ii) 피신청인이 본건과 관련하여 제출한 자체 법률자문회신에 의하면 “귀사의 설명에 따르면 보험설계사들은 고객에게 위 안내자료를 보여주며 분할보험금을 바로 찾아가지 않으면 복리의 높은 이율로 적립이 되어 큰 금액을 찾아갈 수 있다는 취지의 설명을 하였다고 합니다.”라고 되어 있는 점, (iii) 가입설계서상 만기급여금을 3,392만원으로 산출하고, 그 하단에 “상기의 만기급여금은 문화생활자금을 수령하지 않았을 경우 받을 수 있는 금액을 예시한 것이며”라고 기재된 문구는 예컨대 보험계약 체결 후 5년마다 5회에 걸쳐 발생하는 문화생활자금 중의 일부라도 만기 이전에 청구하여 수령할 경우 그 금액이 달라질 수 있다는 취지에서 예시라는 것이므로 가산금에 대한 만기 약정을 부인할 논거가 될 수 없는 등 피신청인은 가산금 만기에 대한 합의 성립 사실을 부정할 만한 특별한 논거를 제시하지 못하고 있는 점 등에 비추어, 이 사건 당사자들 간에는 만기까지 가산금이 부가된다는데 대한 합의가 성립한 것으로 보인다.

(3) 마지막으로 ‘문화생활자금’을 ‘생존보험금 원금’으로, ‘가산금’을 이에 대한 ‘이자’의 일종으로 보아 ‘가산금’의 시효소멸을 주장하는 피신청인 견해의 타당성에 관하여 살펴본다.

274) 앞의 각주1) 표 참조.

‘이자’란 통상 금전 기타 대체물의 사용대가로 그 원본액과 사용기간에 따라 일정기마다 일정한 비율로 지급되는 금전 기타 대체물로 이해된다. 본건 보험약관에서 가산금은 일정기마다 일정한 비율(연단위 복리 8.5%)로 지급된다는 점에는 이견이 없으나, 피신청인이 문화생활자금의 ‘사용대가’로서 신청인에게 지급하는 것인지 여부에 대해서는 불분명하다. 만에 하나 이 사건 가산금을 이자로 보더라도, 그것은 채무자의 이행지체(보험금 미지급)시 그 이행(보험금 지급)을 강제하기 위하여 부과되는 성질의 것이 아니므로(이에 대해서는 약관 제24조 3항에 별도로 정하고 있다) 이를 지연이자로 볼 수는 없을 것이며, 약정 이자로 이해될 가능성만 남는다.

이 경우 약정이자의 일종인 가산금에 대하여 소멸시효 기산점의 연장 내지 소멸시효 남용 등을 추가적으로 살펴볼 필요가 있다고 하겠다.

먼저 소멸시효 기산점의 연장 가능성에 관하여 검토해 본다. 신청인이 문화생활자금을 청구하지 않을 경우 피신청인이 생존보험금에 대해 만기까지의 가산금을 부리하여 지급하는 보험계약의 내용은 지급유예기간을 정한 것이 아니라 이른바 만기까지 ‘변제기의 유예기간’을 설정한 것으로 보아야 하므로 유예기간이 도래한 때, 즉 만기 때부터 소멸시효가 진행되는 것으로 보아야 할 것이다(대법원 2006. 9. 22. 선고 2006다22852 판결 참조).²⁷⁵⁾

다음으로 소멸시효 완성주장이 신의성실의 원칙에 반하여 권리남용에 해당하는지 여부에 관하여 살펴본다. 법원은 “채무자의 소멸시효에 기한 항변권의 행사도 우리 민법의

275) 한편, 보충적으로 변제기 유예에 따른 이행기의 미도래 뿐만이 아니라 소멸시효 연장의 측면과 관련하여 살펴볼 필요가 있다. 소멸시효는 원칙적으로 민법 제184조 제2항에 따라 법률행위에 의하여 연장하는 것이 허용되지 않으나, 본건 개별약정에 따라 만기(중도청구 시에는 청구일+3일/10일)까지 이자를 부리하는 취지로 해석되는 경우, 상법 제663조(보험계약자 등의 불이익변경금지)의 반대해석상 당사자 간 특약을 통해 가산금 지급 및 보험금청구권의 소멸시효기간을 연장하여 보험계약자 측의 이익으로 보험계약의 내용을 변경한 것으로 볼 여지도 있다. 즉 시효기간을 연장하는 약정은 ① 보험회사가 사업 경영의 노력에 의해 보험사업 운영의 관점에서 합리적이고 감내할 수 있는 기간으로서 합리적인 것이고, ② 남용의 우려가 없으며, ③ 보험계약자 보호의 관점에서 문제가 없는 경우에는 보험계약자 측에 대한 경제적 약자 보호 취지를 고려하였을 때, 이를 무조건 무효라고 볼 수는 없다는 것으로, 보험계약자 측을 민법상의 계약자보다 더 두텁게 보호하는 보험계약법리와 주요국의 논의 동향 등에 비추어 볼 때 위와 같은 견해가 유력한 것으로 보인다.

대원칙인 신의성실의 원칙과 권리남용금지의 원칙의 지배를 받는 것이어서, 피신청인이 시효완성 전에 채권자, 즉 신청인의 권리행사나 시효중단을 불가능 또는 현저히 곤란하게 하였거나 그러한 조치가 불필요하다고 믿게 하는 행동을 하였거나 객관적으로 신청인이 권리를 행사할 수 없는 장애사유가 있었거나, 또는 일단 시효완성 후에 피신청인이 시효를 원용하지 아니할 것 같은 태도를 보여 권리자를 그와 같이 신뢰하게 하였거나, 채권자 보호의 필요성이 크고 같은 조건의 다른 채권자가 채무의 변제를 수령하는 등의 사정이 있어 채무이행의 거절을 인정함이 현저히 부당하거나 불공평하게 되는 등의 특별한 사정이 있는 경우에는 피신청인이 소멸시효의 완성을 주장하는 것이 신의성실의 원칙에 반하여 권리남용으로서 허용될 수 없다(대법원 2016. 9. 30. 선고 2016다 218713 판결 참조).”고 판시한 바 있다.

이 사건의 경우, (i) 가입설계서의 기재 등을 통하여 피신청인은 문화생활자금을 수령하지 않는 경우 3,392만원이라는 금액을 ‘만기급여금’으로 지급받을 수 있다고 안내한 점, (ii) 이 사건 보험약관 제24조 제5항에서는 생존보험금 지급시기 도래일 7일 이전에 사유 및 금액을 피신청인이 알리도록 정하고 있는데, 피신청인은 2003년, 2008년, 2013년 지급 안내를 해태하여 신청인으로 하여금 문화생활자금 수령 유보시 부가될 가산금 액수에 대하여 신뢰를 야기시킨 점, (iii) 지급기준 변경 안내 전까지 문화생활자금에 대해 약관상 가산금리를 그대로 부리하여 옴으로써 만기까지 그 수령을 유보해도 된다는 점에 대하여 신청인에게 신뢰를 부여하였으며, 가산금 부가 기간을 2016. 10. 31.이라는 임의의 기간으로 제한함으로써 해당 기간 전에 만기가 도래하여 변경 전 지급기준에 따라 만기까지 가산금이 부가된 만기급여금을 수령한 여타의 보험수익자와 비교하여 신청인은 동일한 조건의 보험계약을 체결하였음에도 불공평한 대우를 받게 되는 등 형평에 반하는 점, (iv) 피신청인뿐만 아니라 동종업계에서 공통으로 사용하는 ‘생명보험 보험계리 모범규준(생명보험협회, 2006. 2. 시행)²⁷⁶⁾’에서는 “중도생존보험금(또는 급여금) 청구권은 해당 보험계약의 만기일로부터 2년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성된다.”라고 그 처리기준을 정하고 있어 피신청인이 주장하는 보험금청구권에 대한 소멸시효 적용과 배치된다는 점, (v) 피신청인이 밝힌 지급기준 변경사유가 미수

276) 2014. 12. 30. 5차 금융혁신위원회 회의로 폐지.

령 보험금 증가 및 시중금리의 하락이라는 계약 외적 요소에 기인한다는 점 등에 비추어 볼 때,²⁷⁷⁾ 피신청인의 소멸시효 적용 주장은 스스로의 행위로 인하여 형성된 신청인의 기대이익을 합리적인 이유 없이 침해한 것이어서 금반언 및 신의성실의 원칙에 반하여 허용될 수 없다고 할 것이다.

라. 결론

결국, 생존보험금에 부가되는 가산금에 대한 피신청인의 소멸시효 주장은 약관 해석상 수용할 수 없을 뿐만 아니라 약관 해석을 차치하더라도 생존보험금에 대하여 만기까지 가산금을 지급하기로 한 양 당사자간 개별 약정을 임의로 변경하는 것으로 허용될 수 없다. 나아가 피신청인의 소멸시효 주장은 신의성실 원칙 및 금반언 원칙에 위배되어 허용될 수 없다고 봄이 상당하므로, 신청인의 분쟁조정신청을 인용하기로 하여 주문과 같이 결정한다.

277) 본건은 최근의 판례(대법원 2016. 9. 30. 선고 2016다218713 판결), 즉 피보험자의 자살로 인한 보험 수익자의 재해사망보험금 지급 청구와 관련, 보험회사의 소멸시효 적용 주장을 인용하면서 소멸시효 주장이 권리남용에 해당하지 않는다고 판시한 사건과는 구분된다고 하겠다. 동 판례의 경우 보험수익자의 재해사망보험금 지급 청구에 대하여 처음부터 보험회사의 지급거절 의사가 표시되어 애초에 보험계약자 측이 보험회사의 보험금 지급에 대한 신뢰가 형성되었다고 보기 어려웠던 반면, 본건의 경우 보험계약 체결 이후 피신청인이 처음부터 소멸시효 적용을 주장한 것이 아니라 저금리 등에 따른 재무건전성 악화가 우려되자 비로소 소멸시효 적용을 주장하고 있는 것이다. 그 밖에 피신청인이 금리하락 등 경제여건의 변동, 즉 사정변경을 이유로 신청인의 청구액을 감축할 수 있는지 문제가 될 수 있으나, 이 사정변경의 원칙은 계약의 구속력에 대한 중대한 예외라는 점에서 매우 신중하게 적용할 필요가 있다. 특히 보험계약에서 보험회사 측의 사정변경에 따른 급부 감축은 그것이 보험계약의 내용으로 포함되어 있지 않는 한, 보험의 존재목적 및 보험계약자 측의 이익에 반할 가능성이 매우 높기 때문에 대단히 엄격하게 해석하여야 할 것이다. 본건과 같이 보험회사가 금리 사정이 좋을 때에 자신들에게 유리하게 보험상품을 설계하여 판매하고, 그 사정이 달라졌다는 점을 구실로 사정변경에 따른 급부 감축을 주장하는 것은 자신들의 수익성 악화의 위험을 보험계약자 측에게 전가하는 행위일 뿐만 아니라 보험상품을 구매한 보험계약자 측의 신뢰에도 반하는 행동으로 법적으로 정당화될 수 없다고 하겠다. 설령 만에 하나 사정변경의 원칙이 적용되는 경우라도 그 효과는 계약의 소급적 소멸사유인 해제권 또는 해지권의 발생이라고 종래부터 해석해왔고, 사정변경을 고려하여 계약내용을 수정하거나 변경하는 권리가 인정되는 것은 아니라고 할 것이다.

[인용] 이 사건 보험약관은 연금계약 적립액 산출방법만을 지시문언을 통해 약관에 편입시키고 있는데, 약관에 편입된 연금계약 적립액 산출방법과 약관의 기타 조항을 종합하여 보면 피신청인은 연금지급개시시의 연금계약 적립액에 공시이율(공시이율이 최저보증이율 미만인 경우 최저보증이율)을 곱하여 계산한 금액을 생존연금으로 지급하되, 최초의 연금계약 적립액은 순보험료(납입한 보험료 총액에서 보장계약 보험료 및 예정사업비를 차감한 금액)가 되도록 하여야 함(2017.11.14. 조정번호 제2017-17호).

가. 기초 사실

(1) 보험계약의 체결 등

신청인은 2012. 9. 12. 피신청인과의 사이에 자신을 보험계약자, 피보험자 및 보험수익자로 하여 보험가입금액은 10억원, 보험기간은 10년, 납입기간 및 주기는 일시납, 보험형태는 즉시상속형,²⁷⁸⁾ 연금지급주기는 1개월로 하는 이 사건 (무)○○즉시연금계약(이하 ‘이 사건 연금보험계약’이라 한다)을 체결하였다. 신청인은 이 사건 보험계약에 따라 2012. 10.부터 2013. 9.까지는 매월 약 305만원, 2013. 10.부터 2014. 9.까지는 매월 약 259만원, 2014. 10.부터 2015. 9.까지는 매월 약 250만원, 2015. 10.부터 2016. 9.까지는 매월 약 184만원, 2016. 10.부터 2017. 9.까지는 매월 약 138만원, 2017. 10.에는 약 136만원의 생존연금²⁷⁹⁾을 수령하였으며, 이와 별도로 이 사건 보험계약 만기인 2022. 9. 11. 납입

278) 보험계약 체결시 보험료 전액을 일시에 납부하고 납입 익월부터 연금을 수령한다. 비교적 고액으로 운영하므로 보험기간 중에는 이자만으로 연금(생존연금)을 수령하다가 만기시 원금 상당액(만기보험금)을 환급받게 되므로 원금 상당액을 보전하였다가 상속하는데 유리하다. ‘즉시상속형’이라는 표현은 이러한 특성이 반영된 것이다.

279) 이 사건 보험계약은 보장계약과 연금계약으로 구성된다. 보장계약은 보험기간중 피보험자 사망시 사망보험금을 지급받기 위한 계약이며, 연금계약은 보험기간 중에는 매월 생존연금을, 만기시에는 납입보험료 총액에 상응하는 만기보험금을 지급받기 위한 계약이다.

보험료 총액(이하, ‘이미 납입한 보험료’ 또는 ‘납입원금’이라고도 한다) 10억원을 지급받는다.

(2) 보험계약의 약관 등

이 사건 분쟁과 관련한 보험약관(이하 ‘이 사건 연금보험약관’이라 한다) 등의 조항은 다음과 같다.

[(무)○○즉시연금보험 1종(즉시형) 약관]

제3조 (계약의 체결 및 보험료) ① 계약자는 다음에 정하는 보장계약과 연금계약을 동시에 체결하여야 합니다. (이하, “보장계약”과 “연금계약”을 합하여 “계약”이라 합니다.)

1. 보장계약 : 보험기간 중 피보험자가 제13조 제2호에 정한 사망보험금을 지급받기 위한 계약
2. 연금계약 : 보험기간 중 피보험자가 제13조 제1호 및 제3호에서 정한 생존연금 및 만기보험금을 지급받기 위한 계약

제13조 (보험금의 종류 및 지급사유) 회사는 피보험자에게 다음 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표1 “보험금 지급 기준표” 참조)을 지급합니다.

1. 보험기간중 피보험자가 매년 계약 해당 일에 살아 있을 때 : 연금지급형태에 따라 매월 생존연금
2. 상속연금형의 경우 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 때 : 사망보험금
3. 상속연금형의 경우 보험기간이 끝날 때까지 피보험자가 살아 있을 때 : 만기보험금

제16조(공시이율의 적용 및 공시) ① 이 보험의 연금계약 순보험료에 대한 적립이율은 매월 1일 회사가 정한 공시이율로 하며, 매월 1일부터 당월 말일까지 1개월간 확정 적용합니다.

② 제1항의 공시이율은 이 보험의 사업방법서에서 정하는 바에 따라 운용자산이익률과 외부 지표금리를 가중평균하여 산출된 공시기준이율에서 향후 예상수익 등을 고려한 조정률을 가감하여 결정하며, 공시이율은 산출된 공시기준이율의 80%~120% 범위 내에서 정합니다.

<이 사건 보험계약에 따른 보험료 및 보험금>

구분	납입 보험료 총액(A)	보험금
보장계약	- 사망보험금 산출에 필요한 보험료(B)	사망보험금 : 납입보험료의 10%
연금계약	- 사업비(C=납입보험료의 5.325%)	만기보험금 : 납입 보험료 총액
	- 만기보험금 및 생존연금 재원(D=A-B-C)	생존연금

<공시기준이율>

회사의 운용자산이익률과 시장의 외부지표금리를 아래와 같이 가중평균한 이율을 말합니다. 이때 운용자산이익률이란 직전 12개월간의 운용자산에 대한 투자영업수익에서 투자영업비용을 차감하여 계산한 이율을 말하며, 외부지표금리란 시중 실세금리를 반영하는 것으로서 직전 3개월간의 국고채수익률(5년), 회사채수익률(AAA,3년), 통화안정증권수익률(1년)을 혼합한 이율을 말합니다.

※ 공시기준이율=운용자산이익률×0.65 +외부지표금리×0.35

③ 회사는 제1항 및 제2항에서 정한 공시이율 및 산출방법 등을 매월 회사의 인터넷 홈페이지 등을 통해 공시합니다.

제17조(해지환급금)

- ① 이 약관에 의해 계약이 해지된 경우에 지급하는 해지환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금 계산시 적용되는 공시이율(가입후 10년 이내에는 연복리2.5%, 10년을 초과한 경우에는 연복리1.5% 최저보증, 이하 “공시이율”이라합니다)은 제16조(공시이율의 적용 및 공시)에서 정한 이율로 합니다.
- ③ 상속연금형의 경우 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

(별표1) 보험금 지급기준표

(1) 생존연금(약관 제13조 제1호) : 계약자가 선택한 연금지급형태에 따라 다음과 같이 연금을 지급합니다.

연금지급형태	지급사유	지급금액
상속 연금형	피보험자가 보험기간(10년, 15년, 20년, 30년)중 매년 계약 해당 일에 살아있을 때	보장개시일로부터 만1개월 이후 계약해당일부터 연금지급개시시의 연금계약의 적립액 을 기준으로 계산한 연금월액을 매월 계약 해당일에 지급

(2) 사망보험금 (약관 제13조 제2호) [상속연금형만 지급]

지급사유	피보험자가 보험기간 중 사망하였을 때
지급금액	이미 납입한 보험료의 10% + 사망 당시 연금계약적립액

(3) 만기보험금 (약관 제13조 제3호) [상속연금형만 지급]

■ 상속연금형(만기형)

지급사유	피보험자가 보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때
지급금액	연금계약 적립액 (이미 납입한 보험료 해당액)

- 주) 1. 생존연금의 계산은 공시이율을 적용하여 계산되기 때문에 공시이율이 변경되면 생존연금도 변경됩니다.
6. 연금계약적립액은 이 보험의 산출방법서에서 정한 바에 따라 계산한 금액으로 합니다.
7. 공시이율(가입후 10년 이내에는 연복리 2.5%, 10년을 초과한 경우에는 연복리 1.5%를 최저보증)은 매월 1일 회사가 정한 이율로 합니다.

※ 약관 서두

● 보험금지급 관련 특히 유의할 사항

주계약 관련 유의할 사항

- 연금계약적립액이란 연금개시전에는 연금계약순보험료(사망보장이 있는 경우 납입하신 보험료중 보장을 위한 보험료 및 예정사업비를 차감한 금액)를 공시이율로 납입일부터 일자 계산에 의하여 적립한 금액이며, 연금개시후에는 생존연금 발생분을 차감한 금액입니다.

[상품설명서]

1. 가입자 유의사항

가. 보험계약관련 특히 유의할 사항

- ☐ 이 보험은 적용이율(공시이율)이 변동하는 금리연동형 보험이므로 연금계약적립액, 생존연금 및 해지환급금이 공시이율 변동에 따라 변동됩니다.

나. 보험금지급관련 특히 유의할 사항

- ☐ 연금계약 적립액은 연금개시 전에는 연금계약순보험료(납입하신 보험료중 사망보장이 있는 경우 보장계약의 보험료 및 예정사업비를 차감한 금액)를 공시이율로 납입일부터 일자 계산에 의하여 적립한 금액이며 연금개시후에는 생존연금 발생분을 차감한 금액입니다.

4. 보험계약의 주요보장내역

구분	지급사유	지급금액
사망시	연금개시전(거치형에 한함)	
	연금개시후(상속형에 한함)	10,000만원+사망당시 연금계약적립액
만기생존시(상속연금형에 한함)		100,000만원
	지급사유	지급금액
상속 연금형	피보험자가 보험기간(10년, 15년, 20년, 30년)중 매년 계약 해당 일에 살아있을 때	보장개시일로부터 만1개월 이후 계약해당일부터 연금지급개시시의 연금계약의 적립액을 기준으로 계산한 연금월액을 매월 계약해당일에 지급

5. 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- ☐ 상속연금형의 경우 피보험자가 보험기간 중 매년 보험계약해당일에 생존시 생존연금이 지급되며 보험기간 중 사망시에는 사망보험금 지급후 계약이 소멸됩니다.

6. 보험계약관련 특히 유의할 사항

가. 보험계약관련 유의사항

- ☐ 이 보험계약은 보장기능이 있고 납입보험료에 보험회사가 경비로 사용하는 사업비가 포함되어 있는 연금보험상품으로 은행의 연금신탁 또는 예금, 적금과는 다릅니다.

라. 보험료 산출기초에 관한 사항

☐ 예정이율

이 보험의 보장부분에 적용한 예정이율은 연복리 3.5%입니다. 연금계약적립액에 적용되는 공시이율은 회사의 운용자산이익률 등에 따라 변동되면 2012년 9월 현재 연복리 4.5%이며, 최저보증이율은 가입후 10년 이내에는 연복리 2.5%, 10년 초과시에는 연복리 1.5%입니다.

[가입설계서(양식)]²⁸⁰⁾

<연금지급형태>

연금지급형태	지급사유	지급금액
상속 연금형	피보험자가 보험기간(10년, 15년, 20년, 30년)중 매년 계약 해당 일에 살아 있을 때	보장개시일로부터 만1개월 이후 계약해당일부터 연금지급개시시의 연금계약의 적립액 을 기준으로 계산한 연금월액을 매월 계약해당일에 지급

<연금지급형태별 연금월액 예시>

() 연금지급개시	연복리 %	최저보증이율 (10년 이내 연복리 2.5%, 10년초과 연복리 1.5%)
상속연금형(10년만기)		

※ 상기 예시된 연금지급액은 계약일 현재 공시이율 및 최저보증이율(가입후 10년 이내 연복리 2.5%, 10년초과 연복리 1.5%)이 계속하여 유지됨을 가정하여 산출한 1차년도 연금월액입니다. 따라서 향후 공시이율이 변동하거나 추가납입 및 중도인출이 있는 경우에는 차야기 있을 수 있습니다.

※ 연금계약적립액은 연금개시전에는 연금계약순보험료(납입하신 보험료중 사망보장이 있는 경우 보장계약의 보험료 및 예정사업비를 차감한 금액)를 공시이율로 납입 일부부터 일자계산에 의하여 적립한 금액이며 연금개시후에는 생존연금 발생분을 차감한 금액입니다.

<연금액 예시>

	공시이율 연(%)인 경우	최저보증이율인 경우 (10년 이내 연 2.5%, 10년 초과 연 1.5%)
매월	만원	만원
년간 총수령 예상액	만원	만원
세까지 총수령 예상액	만원	만원

※ 즉시형의 경우 연금계약순보험료(납입하신 보험료중 사망보장이 있는 경우 보장계약의 보험료 및 예정사업비를 차감한 금액)를 상기 공시이율로 계속 유지된다는 가장 하에 산출된 금액입니다.

[보험료 및 책임준비금 산출방법서]

7. 책임준비금(적립액) 계산에 관한 사항

나. 연금계약의 적립액

[상속연금형]

$${}_tV_{(x,x'):\overline{n}}^s = A_{(x,x'):\overline{n}}^s \cdot (1+i')^t - \sum_{j=1}^t S_j \cdot (1+\beta^A) \cdot (1+i')^{t-j+1}$$

[상법]

제638조의3(보험약관의 교부·설명 의무) ① 보험자는 보험계약을 체결할 때에 보험계약자에게 보험약관을 교부하고 그 약관의 중요한 내용을 설명하여야 한다.

② 보험자가 제1항을 위반한 경우 보험계약자는 보험계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 그 계약을 취소할 수 있다.

[약관의 규제에 관한 법률]

제2조 (정의) 이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다.

1. "약관"이란 그 명칭이나 형태 또는 범위에 상관없이 계약의 한쪽 당사자가 여러 명의 상대방과 계약을 체결하기 위하여 일정한 형식으로 미리 마련한 계약의 내용을 말한다.

제3조(약관의 작성 및 설명의무 등)

① 사업자는 고객이 약관의 내용을 쉽게 알 수 있도록 한글로 작성하고, 표준화·체계화된

용어를 사용하며, 약관의 중요한 내용을 부호, 색채, 굵고 큰 문자 등으로 명확하게 표시하여 알아보기 쉽게 약관을 작성하여야 한다.

② 사업자는 계약을 체결할 때에는 고객에게 약관의 내용을 계약의 종류에 따라 일반적으로 예상되는 방법으로 분명하게 밝히고, 고객이 요구할 경우 그 약관의 사본을 고객에게 내주어 고객이 약관의 내용을 알 수 있게 하여야 한다. (단서 생략)

③ 사업자는 약관에 정하여져 있는 중요한 내용을 고객이 이해할 수 있도록 설명하여야 한다. 다만, 계약의 성질상 설명하는 것이 현저하게 곤란한 경우에는 그러하지 아니하다.

④ 사업자가 제2항 및 제3항을 위반하여 계약을 체결한 경우에는 해당 약관을 계약의 내용으로 주장할 수 없다.

제5조(약관의 해석) ① 약관은 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 해석되어야 하며 고객에 따라 다르게 해석되어서는 아니 된다.

② 약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 고객에게 유리하게 해석되어야 한다.

[보험업법]

제5조(허가신청서 등의 제출) 제4조 제1항에 따라 허가를 받으려는 자는 신청서에 다음 각 호의 서류를 첨부하여 금융위원회에 제출하여야 한다. 다만, 보험회사가 취급하는 보험종목을 추가하려는 경우에는 제1호의 서류는 제출하지 아니할 수 있다.

3. 경영하려는 보험업의 보험종목별 사업방법서, 보험약관, 보험료 및 책임준비금의 산출방법서(이하 "기초서류"라 한다) 중 대통령령으로 정하는 서류

4. 제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 서류 이외에 대통령령으로 정하는 서류

280) 위 신청인의 경우 가입 설계서를 미제출하여 내용을 확인하기 곤란하나 같은 회사의 유사 분쟁 건에서 신청인이 제출한 가입설계서의 기재는 다음과 같다.

<연금지급형태별 연금월액 예시>

	공시이율 年 4.7%인 경우 (現 공시이율)	최저보증이율 (10년 이내 年 2.5%, 10년 초과 年 1.5%)
상속연금형(10년만기)	617	279

※ 위 연금액 예시는 가입당시 공시이율 및 최저보증이율이 계속 유지됨을 가정하여 산출한 1차년도 연금월액입니다.

※ 향후 공시이율은 변동될 수 있으며, 변동 시에는 변경된 이율이 적용되므로 상기 예시된 금액은 변동될 수 있습니다. 따라서 공시이율의 하락시 실제 지급되는 연금액은 예시된 연금액보다 적을 수 있습니다.

나. 당사자 주장

신청인은 2012. 9. 12. 금리가 아무리 하락하더라도 최저 2.5%가 보장된다는 피신청인의 설명에 따라 이 사건 보험계약을 체결하였으므로 적어도 매월 208만원²⁸¹⁾ 이상이 지급되어야 하는데, 계약체결 이후(계약체결 당시 공시이율 : 4.5%) 초기 3년간은 최저보증이율 이상의 연금을 수령하였으나, 4차년도는 월 180여만원, 분쟁조정 신청 시점인 현재는 월 136만원 수준으로 지급되고 있어 부당하다고 주장한다.

이에 대하여 피신청인은 이 사건 상품구조에 따라 연금월액을 산출하여 지급하였고, 신청인의 주장은 상품구조에 대한 오해에서 비롯된 것이라고 주장한다. 즉 동 상품은 계약체결 당시 일시납 보험료에서 공제(보장계약보험료와 예정사업비)한 연금계약 순보험료(2차년도 이후는 연금계약 적립액으로 부른다)를 공시이율(가입후 10년 이내에는 연복리 2.5%, 10년을 초과한 경우에는 연복리 1.5%를 최저보증)로 적용하여 산출한 운용수익으로 만기보험금(일시납보험료 상당액) 지급을 위해 일정액을 충당하고 잔여액은 생존연금으로 지급된다. 공시이율이 높은 경우에는 만기보험금 지급을 위한 충당액이 적게 설정되어 상대적으로 고액의 생존연금이 지급될 수 있지만, 공시이율이 하락할 경우에는 만기보험금 지급을 위해 유보하여야 할 금액이 커지게 되므로 생존연금이 줄어들 수 있다. 아울러 공시이율 하락 시 보험기간 내내 최저보증이율이 유지되는 경우보다 연금월액이 적게 산출되는 것도 이 사건 상품구조상 가능하다. 즉 피신청인은 이 사건 보험계약과 관련하여 기초서류대로 정확하게 산정한 생존연금을 지급하였다고 주장하여 서로 다툰다.

다. 위원회 판단

해당보험약관, 신청인의 분쟁조정 신청서류, 피신청인의 제출자료 등 관련자료 일체를

281) 208만원이라는 수치는 계약 체결 시 신청인이 납입한 보험료 총액인 10억에 최저보증이율 2.5%를 직접 적용하여 산출한 것*으로 보장보험료 및 사업비 공제를 감안하지 않은 것이기는 하다. 그러나 신청인 주장은 보장보험료 및 사업비 공제를 용인할 수 없다는 취지라기보다는 연금액 산출시 최저보증이율 약정이 제대로 이행되고 있는지를 판단해 달라는데 있는 것으로 전해 된다.

* 10억(일시납 보험료 총액) × 0.025(최저보증이율 2.5%) ÷ 12개월 = 2,083,333

종합하여 이 사건 즉시연금(만기/상속형) 보험계약에서 지급되고 있는 생존연금이 과연 약관에서 정한대로 지급되고 있는지 여부를 살펴보면,

이 사건 약관 제13조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에 의하면 피보험자가 매년 계약 해당일에 살아 있을 때 (별표 1) 보험금지급 기준표에서 계산한 생존연금을 보험 수익자에게 지급한다고 정하고 있고, 동 기준표에 의하면 보장개시일로부터 만1개월 이후 계약해당일로부터 연금지급 개시시의 연금계약 적립액을 기준으로 계산한 연금월액을 매월 계약해당일에 지급하는데, 동 기준표 주) 1, 6에서는 생존연금의 계산은 공시이율을 적용하여 계산되기 때문에 공시이율이 변경되면 생존연금도 변경되며, 연금계약 적립액은 보험료 및 책임준비금 산출방법서(이하 ‘산출방법서’라 한다)에서 정한 바에 따라 계산한 금액으로 한다고 정하고 있고, 주) 7에 의하면 공시이율(가입후 10년 이내에는 연복리 2.5%, 10년을 초과한 경우에는 연복리 1.5%를 최저보증)은 매월 1일 보험회사가 정한 이율로 한다고 정하고 있다. 한편, 구체적인 공시이율은 사업방법서에서 정하는 바에 따라 운용자산이익률 등에 의하여 산출되며(약관 제16조), 최저보증이율은 운용자산 이익률 및 시중금리가 하락하더라도 보험회사에서 보증하는 최저한도의 적용이율을 말한다고 정하고 있는바(약관 제17조),

약관의 구속력의 근거는 법률행위에 있지만 약관이 대량거래의 정형화를 위해 작성된 것임에 비추어 보면 약관의 내용은 개개 계약체결자의 의사나 구체적 사정을 고려함이 없이 평균적 고객의 이해가능성을 기준으로 하여 객관적·확일적으로 해석하여야 한다.²⁸²⁾ 객관적 해석의 원칙이란 약관 작성자인 회사의 의도를 계약자에게 강제하는 것이 아니라 객관적 기준에 의하여 개별 사례의 우연한 사정 및 당사자 간의 개별적인 생각이나 특별한 이익사정으로부터 벗어나 해석되어야 한다는 것을 말한다. 약관에서 사용하고 있는 용어가 단순하고 모호함이 없을 때에는 그 용어의 통상적인 의미로(in the ordinary and popular sense)해석하여야 하며, 보험에 관한 전문용어로서 보통의 의미와는 다른 특별한 의미를 가진 용어는 그 용어가 가지고 있는 특별한 의미가 약관에 명시되어야 한다. 즉, 약관은 그 문언에 충실하게 해석하는 것이 중요하며 그로써 충분하다.

282) plain, ordinary, popular and natural이라고 표현하기도 하는데, 이를 통상적 해석의 원칙 혹은 일반적 의미의 해석원칙이라고 한다.

위 약관 기재 내용을 이러한 해석원칙에 따라 종합해 보면 연금계약 적립액에 공시이율을 적용하여 지급되는 생존연금이 변동되거나 줄어들 수 있다는 정도까지는 비교적 명확하게 나타나 있으나, 그 줄어드는 정도가 약관에 명기한 최저보증이율을 하회하는 것이 가능하다는 결론은 도출해 낼 수 없다. 즉 생존연금의 계산은 공시이율을 적용하여 계산한다고 명시하고, 그 공시이율에 관한 조항 내에서 또는 그와 병렬하여 최저보증이율을 정하고 있다는 점에서 생존연금 지급금액의 변동가능성이 곧 최저보증이율을 하회하여 지급할 수 있다는 의미로 읽히지는 않는다.

산출방법서의 난해하고 복잡한 관련 수식 등을 정밀 분석해보면, 일응 피신청인의 주장과 같이 일시적으로 최저보증이율을 적용한 금액에 미달하는 생존연금 지급이 이루어질 여지도 있다. 그러나 산출방법서는 보험자가 보험료를 결정하는 기초통계자료 등에 관한 사항과 보험금 지급 등의 재원으로 사용되는 책임준비금의 산출기초가 작성되어 있는 서류를 말하는데, 그것은 약관과 함께 기초서류에 속하기는 하지만 그 작성 목적이 다르다(보험업법 제5조 제3호 등). 약관이 보험계약자를 향하고 있는데 비하여 산출방법서는 보험회사 내부의 계리적 서류에 지나지 않는 것으로 보험회사가 보험감독당국으로부터 감독이나 명령 등을 받는 공법관계의 근거가 될 뿐이다. 따라서 원칙적으로 보험계약자를 구속하는 등 사법(私法)관계인 보험계약관계에 적용될 수는 없다. 다만 예외적으로 그 내용이 전문적, 기술적이어서 약관에서 정하기에 기술적 한계가 있을 때에는 약관으로 편입시키는 지시문언²⁸³⁾을 삽입하는 등으로 약관과 내적인 연관관계를 확보할 경우에는 산출방법서의 내용이 그에 한하여 약관의 일부로 편입될 수도 있다. 즉 i) 산출방법서의 내용이 지시조항을 통해 특정되고 ii) 약관이 사법상 권리·의무관계를 확정하는 것을 중핵으로 하는 것을 감안해 볼 때 그 내재적 한계로서 산출방법서의 해당 내용이 권리·의무에 관한 사항일 것 iii) 보험자가 산출방법서에 대하여 설명의무를 이행

283) 가령 「...에 관한 사항은 산출방법서에 정한 바에 따릅니다.」 등의 문언을 말하며, 사업방법서도 같은 방법으로 편입시킬 수도 있을 것이다. 물론 이 경우 그 특정사항이 보험계약의 내용을 이루게 되는 이유는 산출방법서나 사업방법서 자체의 사법적 효력 때문이 아니라 약관의 조항을 통하여 약관의 내용으로 편입되었기 때문이다. 다만 약관조항을 통하여 일정한 사항을 산출방법서 등에 위임하는 것은 약관에 대한 가독성을 저해하는 등 많은 문제가 내포되어 있기 때문에 바람직한 것은 아니라고 하겠다.

한 경우에 해당 내용이 계약으로 편입된다고 볼 것이다.

그런데 이 사건 연금보험약관 제13조에 따른 (별표1)의 주6)은 “연금계약 적립액은 이 보험의 산출방법서에서 정한 바에 따라 계산한 금액”이라고 기재되어 있어 산출방법서상의 ‘연금계약 적립액 산출방법’²⁸⁴⁾에 대하여만 약관으로 편입시키고 있을 뿐인데, 위 산출방법서와 상품설명서 등을 종합하면 ‘연금계약 적립액’을 연금개시 전에는 연금계약 순보험료(납입한 보험료 중 사망보장이 있는 경우 보장계약의 보험료 및 예정사업비를 차감한 금액)를 공시이율로 납입일부터 일자계산에 의하여 적립한 금액으로, 연금개시 후에는 위 연금계약 순보험료에서 생존연금 발생분을 차감한 금액이라고 정의하고 있다. 그 외 피신청인 주장의 근거로 제시하고 있는 산출방법서 상의 ‘연금연액에 관한 사항’ 등 여타 수식은 약관의 지시조항 등을 통해 약관으로 편입된 바 없고, 이 사건 보험상품에 대한 운영지침 등을 정한 내규적 성질을 지닌 사업방법서를 정사해 보더라도 그러하다.²⁸⁵⁾ 따라서 피신청인의 주장은 약관상 근거가 없는 것이다.

이와 달리 설령 피신청인이 주장하는 내용이 약관에 편입되었다고 하더라도 피신청인은 산출방법서의 보험수리적 내용 모두를 보험계약자가 주지하도록 설명하는 정도는 아니어도 보험계약자가 보험계약 체결 여부를 판단하는데 영향을 미칠 사항에 대한 핵심적인 의미는 보험계약자에게 설명되어야 할 것임에도 이를 인정할 아무런 증거가 없는 이상 피신청인은 그것을 계약의 내용이라고 주장할 수 없다(상법 제638조의3, 「약관의 규제에 관한 법률」 제3조 제4항).²⁸⁶⁾

$${}^tV^s_{(x,x'):\overline{n}} = A^s_{(x,x'):\overline{n}} \cdot (1+i')^t - \sum_{j=1}^t S_j \cdot (1+\beta^A) \cdot (1+i')^{t-j+1}$$

284) 이 사건 상품설명서는 피신청인 회사(영업국, 영업소, 대리점 포함)가 제작한 보험안내장 또는 안내자료(보험업법 제95조 등)라 해석된다. 동 상품설명서의 내용을 본 평균적 수준의 보험계약자라면 설령 피신청인이 주장하는 바와 같이 기본적인 상품구조가 그러하고, 생존연금 산출방식 역시 그에 따라 정해졌다고 하더라도 보험회사가 보험의 상품성을 높이기 위하여 최소한 일정비율만큼은 생존 연금을 지급하는 내용으로 보험상품을 만들 수도 있을 것이라고 능히 생각할 개연성이 상당하다. 특히나 보험약관에서 생존연금의 계산은 공시이율을 적용하여 계산한다고 명시하고, 그 공시이율에 관한 조항 내에서 또는 그와 병렬적으로 최저보증이율을 정하고 있다면 더욱 그러하다. 반면 피신청인의 주장은 보험계리사나 보험상품 개발 전문가의 시각에서 전혀 벗어나지 못한 것으로 약관해석원칙상 받아들이기 어렵다.

라. 결론

그러므로 이 사건 보험계약은 기납입 보험료로 확정된 만기보험금에 더하여 최저보증이율 이상의 변동되는 공시이율을 적용한 생존연금액을 매월 지급하기로 하는 내용의 계약이라고 해석되어야 할 것이다. 따라서 피신청인은 연금지급개시시의 연금계약 적립액에 공시이율(공시이율이 최저보증이율 미만인 경우 최저보증이율)을 곱하여 계산한 금액을 생존연금으로 지급하되, 최초의 연금계약 적립액은 순보험료(납입한 보험료 총액에서 보장계약 보험료 및 예정사업비를 차감한 금액)가 되도록 하여야 한다. 이에 주문과 같이 결정한다.

5-29

국가유공자의 배우자가 국가로부터 의료비 지원을 받은 경우 실손의료보험금 산정기준

[인용] 신청인은 이 사건 보험계약의 보험기간 중 보훈병원에서 통원치료를 받았고 국가보훈처장이 해당 병원으로 직접 의료비 지원금을 납부하여 해당 의료비 지원금을 공제한 나머지 금액만을 병원에 납부하였으나, 이 사건 약관은 국민건강보험법 및 의료급여법에 따라 결정되는 급여 및 비급여 금액을 기준으로 보험금을 산정하도록 하고 있으므로 의료비 지원금과는 무관하게 의료비 지원금 공제 전 의료비를 기준으로 보험금이 산정되어야 함(2017.11.14. 조정번호 제2017-19호)

286) 부연하면 “보험약관에 기재되어 있는 보험상품의 내용, 보험료율의 체계 및 보험청약서상 기재사항의 변동사항 등 보험계약의 중요한 내용에 대하여 구체적이고 상세하게 설명할 의무를 지고, 보험자가 이러한 보험약관의 설명의무를 위반하여 보험계약을 체결한 때에는 약관의 내용을 보험계약의 내용으로 주장할 수 없다.”고 하면서 “연금보험계약의 체결에 있어 보험자 등은 보험계약자 등에게 수학식에 의한 복잡한 연금계산방법 자체를 설명하지는 못한다고 하더라도, 대략적인 연금액과 함께 그것이 변동될 수 있는 것이면 그 변동 가능성에 대하여 설명하여야 한다.”라고 판시한 바 있다(대법원 2015. 11. 17. 선고 2014다81542판결). 이 사건 연금보험계약의 경우 납입보험료 총액과 연금계약 순보험료의 차액분(보장보험료 및 예정사업비) 적립을 감안하여 생존연금 지급액을 산출하고 있어 생존연금 채원 감소 효과가 문제되고 있고, 급부내용이 수리적·전문적 용어 등으로 구성되어 있어 합리적인 일반인이라고 하더라도 그 내용에 대하여 쉽게 이해하기 어려워 정보비대칭이 다른 계약에 비하여 큰 편인 점 등을 종합해 보면, 설명의무의 대상으로 명시한 연금액 내지 보험상품의 내용에 해당한다고 볼 것이다.

가. 기초 사실

(1) 보험계약의 체결 및 보험사고의 발생 등

신청인은 2010. 9. 10. 피신청인과 사이에 보험계약자 겸 피보험자를 본인, 보험기간을 2010. 9. 10.부터 2077. 9. 10.까지로 하는 ‘무배당 ○○보험’ 계약(이하 ‘이 사건 보험계약’이라 한다)을 체결하였다.

신청인은 2017. 5. 19. ○○ 보훈병원에서 감기 및 가슴통증으로 통원치료를 받았는데, 신청인은 공상군경의 배우자로서 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「보훈보상대상자 지원에 관한 법률」 등에 따라 보훈병원에서 진료를 받는 경우 국가보훈처장이 해당 보훈병원에 의료비 지원금을 직접 납부함으로써 의료비 지원을 받는 자이므로, 의료비 지원금을 제외한 나머지 금액만을 병원에 납부하였다. 한편, 신청인은 의료급여법에 따른 의료급여수급권자에도 해당한다.

(2) 보험계약의 약관 및 관련 법령 등

이 사건 보험계약의 실손의료비 특별약관(이하 ‘이 사건 약관’이라 한다) 및 관련법령 등은 다음과 같다.

< 무배당 ○○ 보험 98. 실손의료비(강신청) 특별약관 >

제3조 (보장내용) 회사가 이 계약의 보험기간 중 담보종목별로 각각 보상 또는 공제하는 내용은 다음과 같습니다.

담보종목	보상하는 사항	
	구분	보상한도
(4) 질병통원	① 회사는 피보험자(보험대상자)가 질병으로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에는 통원의료비로서 매년 계약해당일로부터 1년을 단위로 하여 다음과 같이 외래(외래제비용, 외래수술비) 및 처방조제비를 각각 보상하여 드립니다.	
	외래	방문 1회당 ‘국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금’과 ‘비급여’부분의 합계액에서 <항목별 공제금액>을 차감하고 외래의 보험가입금액 ^{주)} 을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 방문 180회 한도)

주) 외래 및 처방조제비는 회(건)당 합산하여 30만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다.

<항목별 공제금액>

구분	보상한도	공제금액
외래 (외래제비용 및 외래수술비 합계)	의료법 제3조 제2항 제3호에 의한 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	1만5천원

제4조(보상하지 않는 사항²⁸⁷⁾) 회사가 보상하지 않는 사항은 다음과 같습니다.

담보 종목	보상하지 않는 사항
(4) 질병 통원	① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 입원의료비는 보상하여 드리지 않습니다. 2. 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의. (이하 생략) ③ 회사는 아래의 통원의료비에 대하여는 보상하여 드리지 않습니다. 10. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(담보종목별 보장내용)에 따라 보상하여 드립니다.

<붙임> 용어의 정의

용 어	정 의
보상대상의료비	실제 부담액 - 보상제외금액
수익자	보험금을 수령하는 사람

< 상 법 >

제4편 보험

제2장 손해보험

제1절 통칙

제672조(중복보험) ① 동일한 보험계약의 목적과 동일한 사고에 관하여 수개의 보험계약이 동시에 또는 순차로 체결된 경우에 그 보험금액의 총액이 보험가액을 초과한 때에는 보험자는 각자의 보험금액의 한도에서 연대책임을 진다. 이 경우에는 각 보험자의 보상책임은 각자의 보험금액의 비율에 따른다. (이하 생략)

제682조(제3자에 대한 보험대위) ① 손해가 제3자의 행위로 인하여 발생한 경우에 보험금을

지급한 보험자는 그 지급한 금액의 한도에서 그 제3자에 대한 보험계약자 또는 피보험자의 권리를 취득한다. 다만, 보험자가 보상할 보험금의 일부를 지급한 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 아니하는 범위에서 그 권리를 행사할 수 있다.

제3장 인보험

제1절 통칙

제729조(제3자에 대한 보험대위의 금지) 보험자는 보험사고로 인하여 생긴 보험계약자 또는 보험수익자의 제3자에 대한 권리를 대위하여 행사하지 못한다. 그러나 상해보험계약의 경우에 당사자간에 다른 약정이 있는 때에는 보험자는 피보험자의 권리를 해하지 아니하는 범위 안에서 그 권리를 대위하여 행사할 수 있다.

제2절 생명보험

제730조(생명보험자의 책임) 생명보험계약의 보험자는 피보험자의 사망, 생존, 사망과 생존에 관한 보험사고가 발생할 경우에 약정한 보험금을 지급할 책임이 있다.

제3절 상해보험

제737조(상해보험자의 책임) 상해보험계약의 보험자는 신체의 상해에 관한 보험사고가 생길 경우에 보험금액 기타의 급여를 할 책임이 있다.

제739조(준용규정) 상해보험에 관하여는 제732조를 제외하고 생명보험에 관한 규정을 준용한다.

제4절 질병보험

제739조의2(질병보험자의 책임) 질병보험계약의 보험자는 피보험자의 질병에 관한 보험사고가 발생할 경우 보험금이나 그 밖의 급여를 지급할 책임이 있다.

제739조의3(질병보험에 대한 준용규정) 질병보험에 관하여는 그 성질에 반하지 아니하는 범위에서 생명보험 및 상해보험에 관한 규정을 준용한다.

<국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률>

제4조(적용 대상 국가유공자) ① 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 국가유공자, 그 유족 또는 가족 (다른 법률에서 이 법에 규정된 예우 등을 받도록 규정된 사람을 포함한다)은 이 법에 따른 예우를 받는다.

6. 공상군경(公傷軍警): 군인이나 경찰·소방 공무원으로서 국가의 수호·안전보장 또는 국민의 생명·재산 보호와 직접적인 관련이 있는 직무수행이나 교육훈련 중 상이(질병을 포함한다)를 입고 전역하거나 퇴직한 사람으로서 그 상이정도가 국가보훈처장이 실시하는 신체검사에서 상이등급으로 판정된 사람

제42조(진료) ⑤ 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람에 대하여는 「한국보훈복지의료공단법」 제7조에 따른 보훈병원에서 진료한다. 이 경우 그 진료 비용은 대통령령으로 정하는 바에 따라 감면(減免)하며, 그 감면된 비용은 국가보훈처장이 예산의 범위에서 해당 보훈병원에 지급할 수 있다.

2. 국가유공자의 가족 중 배우자

<보훈보상대상자 지원에 관한 법률>

제51조(진료) ⑤ 보훈보상대상자의 배우자는 「한국보훈복지의료공단법」 제7조에 따른 보훈병원에서 진료한다. 이 경우 그 진료 비용은 대통령령으로 정하는 바에 따라 감면(減免)하며, 그 감면된 비용은 국가보훈처장이 예산의 범위에서 해당 보훈병원에 지급할 수 있다.

<보훈보상대상자 지원에 관한 법률 시행령>

제63조(진료비용의 감면) ① 보훈병원장은 법 제51조제5항에 따라 보훈보상대상자의 배우자를 진료한 경우에는 총리령으로 정하는 바에 따라 진료에 든 비용을 면제하거나 해당 비용의 60퍼센트 범위에서 감액할 수 있다.

<보훈대상자 의료지원에 관한 규칙>

제6조(국가유공자의 유족 또는 가족등의 보훈병원 진료 비용 지원) ① 국가유공자의 유족 또는 가족등이 국가보훈관계 법령 중 의료지원과 관련된 규정에 따라 보훈병원에서 진료를 받는 경우 국가는 그 진료 비용에서 다음 각 호의 비용을 제외한 진료 비용 중 국민건강보험공단등에서 부담하는 비용을 제외한 금액에 별표 1의2에 따른 국가유공자의 유족 또는 가족등의 진료비 감면비율(이하 "대상자별 진료비 감면비율"이라 한다)을 곱한 금액을 부담한다. (이하 생략)

[별표 1의 2] 국가유공자의 유족 또는 가족 등의 진료비 감면 비율 (제6조 제1항 관련)

국가유공자의 유족 또는 가족 등	진료비 감면비율
2. 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 제4조제1항 제7호·제8호·제13호·제18호에 따른 무공수훈자·보국수훈자·4·19혁명공로자·국가사회발전 특별공로자, 같은 법 제5조에 따른 국가유공자의 배우자 또는 유족. (이하 생략)	100분의 60

<의료급여법>

제3조(수급권자) 이 법에 따른 수급권자는 다음 각 호와 같다.

5. 독립유공자예우에 관한 법률, 국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률 및 보훈보상대상자 지원에 관한 법률의 적용을 받고 있는 사람과 그 가족으로서 국가보훈처장이 의료급여가 필요하다고 추천한 사람 중에서 보건복지부장관이 의료급여가 필요하다고 인정한 사람

(3) 보험금 청구 및 분쟁금액 등

신청인은 2017. 6. 23. 피신청인에게 국가로부터 지원받은 금액을 포함한 통원 의료비(291,300원, 아래 표 ⑥환자부담총액)를 기준으로 산정한 실손의료보험금 250,000원의 지급을 청구하였으나, 피신청인은 국가로부터 지원받은 금액(174,780원, 아래 표 ⑦감면금액)을 공제한 통원의료비(116,520원, 아래 표 ⑧환자실부담액)를 기준으로 실손의료보험금을 산정하여 101,520원을 지급하자 금융감독원에 분쟁조정을 신청하였다. 본건 분쟁 관련 보험금은 실손의료보험금 148,480원²⁸⁸⁾이다.

<신청인의 의료비 영수증>

항목	급여			비급여	금액산정내용	
	일부본인부담		전액본인부담			
	본인부담	공단부담금				
진찰료	...	...	...	...	⑤ 진료비총액(①+②+③+④)	477,984
입원료	...	...	...	...	⑥ 환자부담총액(①+③+④)	291,300
...					⑦ 감면금액	174,780
합 계	① 2,000	② 186,684	③ 0	④ 289,300	⑧ 환자실부담액(⑥-⑦)	116,520

287) 보험사고의 원인과 관련하여 회사의 책임을 면제하는 사유를 면책사유(exceptions)로, 애초 계약 자체가 특정한 범위의 위험만 인수하도록 설계된 경우에는 그 이외의 위험을 부담보위험(exclusions)으로 구분해야 한다는 주장이 있을 수 있다. 그러나 약관은 전문적이고 기술적인 의미로 해석될 것이 아니라 일반인이 이해가능한 통상적 의미로 해석되어야 하는데, 통상의 계약자로서는 이러한 구분을 이해하지 못하며, 실거래 약관도 이러한 개념을 구분 없이 혼용하고 있다. ‘exceptions’와 ‘exclusions’의 구분은 이미 존재 의미를 상실한 것으로 봄이 옳고, 보험사고의 정의에 일단 해당하는 것이라면 그로부터 배제하거나 제한하는 것은 모두 면책사유로 봄이 타당하다.

288) 보훈병원은 의료법 제3조 제2항 제3호에 의한 종합병원이므로 이 사건 약관 제3조 (4) 질병통원 ① <항목별 공제금액>에 따라 본인부담금 15,000원을 제한 금액을 보험금으로 지급하여야 한다. 그러므로, 신청인의 주장에 따라 산정되는 보험금은 250,000원(291,300원-15,000원)으로 276,300원이나, 건당 합산 한도금액인 250,000원을 초과하므로 250,000원)이고 피신청인 주장 보험금은 101,520원(116,520원-15,000원)이므로 분쟁금액은 그 차액인 148,480원이다.

나. 당사자 주장

신청인은 이 사건 약관 제3조는 국민건강보험법 및 의료급여법에서 정한 급여 중 본인부담금과 비급여의 합계액을 기준으로 보험금을 산정한다고 정하고 있을 뿐, 국민건강보험법 및 의료급여법과 무관한 의료비 지원금을 공제 후 보험금을 산정한다고 정하고 있지 않음에도 의료비 지원금을 공제한 금액을 기준으로 보험금을 산정하는 것은 부당하다고 주장한다. 나아가 의료비 지원금은 신청인을 위하여 국가가 지급하는 것임에도 보험금 산정시 공제한다면 궁극적으로 의료비 지원금이 보험회사의 이익이 되는 것이므로 부당하다고 주장한다.

이에 대하여 피신청인은 실손의료보험은 공적지원 외 개인이 부담하는 의료비 경감을 위해 도입된 민영보험으로 의료비 지원금을 제외한 실제 납부한 의료비를 기준으로 보험금을 산정하는 것이 원칙이며 실제 납부한 금액을 초과하여 보험금을 산정하는 것은 실손보상원칙에 반하는 것이라 주장한다. 특히 2012.12.28. 개정 표준약관은 ‘본인이 실제로 부담한 금액’이라는 문구를 추가하였는바, 개정 표준약관의 취지를 고려하면 의료비 지원금을 공제하고 실제 병원에 납부한 금액을 기준으로 보험금을 산정하는 것이 타당하다고 주장하여 서로 다툼다.

다. 위원회 판단

관련 법령, 해당 보험약관, 신청인의 분쟁조정신청 서류, 피신청인의 제출자료 등 관련 자료 일체를 종합하여 살펴보면,

이 사건 약관 제3조(보장내용) 담보종목 (4)질병통원 제1항은 “피보험자가 질병으로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받은 경우, 방문 1회당 ‘국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금’과 ‘비급여’ 부분의 합계액”을 기준으로 보험금을 산정하되 보훈병원 등 종합병원에서 진료를 받은 경우 15,000원을 공제하고 건당 합산하여 250,000원을 한도로 하여 보상하도록 정하고 있다. 즉 이 사건 약관 제3조(보장내용)는 국민건강보험법과 의료급여법에 따라 결정되는 금액을 기준으로 보험금을 산정하도록 정하고 있으며, 국민건강보험법과 의료급여법 체계를 벗어난 다른

법률의 적용이나 피보험자의 개별적인 사유로 의료비를 지원받는 경우에 대하여는 별도로 정하고 있지 않고, 약관 제4조(보장하지 않는 사항)에서도 국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률 등에 따라 의료비 지원을 받는 경우를 보상대상에서 제외하고 있지 않다.²⁸⁹⁾ 다시 말해, 본인부담금과 비급여는 법령에 의하여 결정되는 것으로 그 금액이 확정적이어서 약관에서 본인부담금과 비급여의 합계액을 기준으로 보험금을 산정한다고 정하는 이상 피보험자가 보험계약 당시 전혀 예상하지 못한 별도의 법률 등의 요건을 갖추어 지원받은 의료비 지원금을 보상범위에서 제외하여야 한다고 해석할만한 근거를 도출해낼 수가 없는 것이다.

이에 대하여 피신청인은 2012. 12. 28. 개정 보험업감독업무시행세칙 [별표5] 표준약관 <실손의료보험> 제3조(보장내용)은 “방문 1회당 ‘국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금’과 ‘비급여’의 합계액(본인이 실제로 부담한 금액)”으로 개정되어 “본인이 실제로 부담한 금액”이라는 문구가 추가되었는바, 개정 표준약관의 취지에 비추어 볼 때 이 사건 의료비 지원금과 같이 신청인이 병원에 실제로 납부하지 않은 의료비 지원금은 본인이 실제로 부담한 금액이 아니므로 보험금 산정시 공제되어야 한다고 주장한다.

우선, 개정 후 약관이 이 사건 보험계약에 적용될 수 있는지 보건의 보험계약이 계약 당시 약관에 의하여 유효하게 체결된 이상 이후 약관이 개정되어 내용이 변경되더라도 당사자가 그 개정 약관에 의하여 보험계약의 내용을 변경하기로 합의하는 등의 특별한 사정이 없는 한 개정 약관의 효력이 개정 전 체결된 보험계약에 미친다고 할 수 없고 (대법원 2010.1.14. 선고 2008다89514판결 등 참조), 신청인과 피신청인은 보험계약의 내용을 변경하기로 한 바 없으므로 보험계약 당시의 약관이 적용된다고 봄이 상당하다.²⁹⁰⁾

289) 예컨대, 이 사건 약관 제4조 보상하지 않는 사항 (4)질병통원 제3조 제10호는 ‘산재보험에서 보상받는 의료비’는 보상하지 않는다고 별도로 정하고 있으므로, 이 경우에는 특별히 의료비 지원금이 공제될 수 있는 것이다.

290) 이 사건 보험계약은 만기까지 3년마다 계약이 갱신되므로 보험계약체결일인 2010. 9. 10. 이후 두 차례(2013. 9. 10., 2016. 9. 10.) 보험계약이 갱신되었다. 이 사건 보험계약 실손의료비 보장특약 자동갱신 특별약관 제4조는 보험계약이 갱신되더라도 갱신 전 약관을 적용하나, 다만 ‘제도적인 약관 개정’에 따라 약관이 변경되는 경우에는 변경된 약관을 적용한다고 정한다. ‘제도적인 약관 개정’이 무엇

나아가 설령 개정 후 약관이 적용된다고 하더라도, ‘(…)급여 중 본인부담금’과 ‘비급여’의 합계액(본인이 실제로 부담한 금액)은 피신청인의 주장과 같이 ‘본인부담금과 비급여의 합계액 중 본인이 실제로 병원에 납부한 금액’으로 해석하는 것도 전혀 불가능한 것은 아니나, ‘본인부담금과 비급여의 합계액이 곧 본인이 실제로 부담하는 금액’이므로 개정 약관에서 추가된 괄호 부분은 본인부담금과 비급여의 합계액을 부연 설명한 것으로 볼 수 있고 이러한 해석이 더욱 합리적이다. 작성자불이익 원칙의 관점에서는 물론이거니와 본인부담금과 비급여의 합계액, 즉 의료비라 함은 의료비 지급채무를 이행하였는지 그 이행은 누가 하였는지와 무관하게 치료과정에서 발생한 의료비용이라고 이해되고, 약관상 실제로 부담한 금액을 실제로 납부한 금액으로 해석해야 하는 근거도 부족하며, 개정 전 약관인 이 사건 약관 <붙임> 용어의 정의는 보상대상의료비를 ‘실제 부담액 - 보상제외금액’으로 하고 있는 등 이미 실제로 부담한 금액을 보상한다는 취지를 밝히고 있어 개정 전후에 따라 약관의 해석을 달리해야 한다고 보기도 어렵다. 또한 이 사건 약관은 보험금 산정시 각 치료항목별로 보상하는 손해 및 보상하지 아니하는 손해 해당 여부에 따라 보험금 지급범위를 달리하는데, 실제 납부한 금액을 기준으로 보험금을 산정한다면 의료비 지원금을 보상하는 손해에 해당하는 의료비에서 공제할 것인지 보상하지 아니하는 손해에 해당하는 의료비에서 공제할 것인지도 불분명하다.²⁹¹⁾ 애당초 이 사건 약관은 납부 금액을 기준으로 보험금을 산정하는 경우를 예정하고 있지 않았던 것으로 보인다. 더욱이 실손의료보험은 보험요율 산출 기초자료로 의료비 지원금은 포함

인지에 대하여 금융감독원장이 정하는 보험업감독업무시행세칙 [별표 15] 표준약관 또는 보험감독국의 행정지도 등을 의미하는 것으로 읽히기도 하나, 그 문언이 추상적이고 모호한 등 의문이 있다.

[참고] 실손의료비 보장특약 자동갱신 특별약관 제4조(자동갱신 적용) ① 회사는 갱신후 보장특약에 대하여 갱신 전 보장특약의 약관을 적용하며(법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관 개정 등에 따라 약관이 변경되는 경우에는 변경된 약관을 적용) 보험요율에 관한 제도 또는 보험료 등을 개정할 경우에는 갱신후 보장특약에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료 등을 적용합니다.

291) 예컨대 피보험자에게 발생한 환자부담총액 1,000,000원 중 약관상 보상하는 손해에 해당하는 의료비가 500,000원이고 보상하지 아니하는 손해에 해당하는 의료비가 500,000이며 의료비 지원금이 300,000원이라면, 보상하는 손해에서 의료비 지원금을 공제하여 200,000원을 기준으로 보험금을 산정할 것인지, 보상하지 아니하는 손해에서 의료비 지원금을 공제하여 500,000원을 기준으로 보험금을 산정할 것인지, 보상하는 손해 및 보상하지 아니하는 손해의 비율에 따라 공제 금액이 정해지는 것으로 보아 350,000원을 기준으로 하여 보험금을 산정할 것인지 등에 대하여 전혀 정하고 있지 않다.

하지 않는데, 그럼에도 의료비 지원금을 공제한 후 보험금을 산정한다면 타 보험계약자와 보험료가 동일한 점, 의료비 지원금 면책에 대한 설명을 하지 않은 점, 궁극적으로 피보험자의 개별적 사정에 의해 발생한 의료비 지원금이 보험회사의 이익이 되는 점에서 부당할 뿐만 아니라 납득할 수도 없다.

한편, 피신청인은 신청인이 병원에 실제로 납부한 금액을 초과하여 보험금을 지급하는 것은 손해보험의 실손보상원칙²⁹²⁾에 반하는 것으로 부당하다고 주장한다. 우선 이 사건 약관의 법적 성질에 대해 살펴보면, 이 사건 약관은 피보험자가 상해 또는 질병으로 인하여 병원에 입원 또는 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받는 경우 보상하는 보험으로 상법상 상해보험 또는 질병보험에 속한다. 상법은 상해보험 및 질병보험을 제2장 손해보험이 아닌 제3장 인보험으로 분류하여 생명보험에 관한 규정을 준용하도록 하고 있고, 원칙적으로 보험자대위가 인정되는 손해보험(상법 제682조)과 달리 당사자 사이에 약정이 있는 경우에만 보험자대위를 행사하도록 하는 등(동법 제729조) 손해보험과는 법적 성질을 달리함을 분명히 하고 있다. 특히 이 사건 약관은 보험자대위에 대하여 별도로 정한 바가 없고, 손해보험에 적용되는 중복보험(동법 제672조) 대신 ‘다수보험’이라는 용어를 사용하고 있으며,²⁹³⁾ 손해보험에서는 ‘보험수익자’의 지위를 인정하지 않는데 반해 ‘보험수익자’의 지위를 인정하고 있는 등²⁹⁴⁾ 전형적인 손해보험과는 그 성질을 달리하는 것으로 판단된다. 그 밖에 피신청인이 주장하는 바와 같이 실손보상원칙을 적용

292) 생명보험과 손해보험을 구분하는 본질적인 기준은 사람의 생사를 담보하는지 아니면 보험사고로 인한 재산상의 손해를 보상하는지 여부이다. 실손보상원칙은 전통적으로 손해보험에서 발전해왔는데, 손해보험은 금전적 평가가 불가한 사람의 생명과 달리 금전으로 산정할 수 있는 경제적 이익(상법 제668조), 즉 피보험이익을 보험계약의 목적으로 한다는 점에서 출발한다. 이득금지의 원칙이라고도 한다.

293) 이 사건 약관은 중복보험(상법 제672조) 대신 ‘다수보험’이라는 용어를 사용하고 있는데 상법상 중복보험이라는 용어는 보험의 목적에 대한 금전적 평가를 전제로 한 손해보험계약에 적용되는 용어인데 반하여, 그간 국내의 보험회사가 영위하였던 상해보험과 질병보험은 단지 비용보상이라는 보험금 지급방식에서만 동일하였을 뿐 손해보험의 특색과는 거리가 멀어 중복보험이라는 용어를 그대로 적용하기는 어려워 ‘다수보험’이라는 용어를 사용하여 왔다.

294) 이 사건 약관 <불임> 용어의 정의는 ‘수익자’를 ‘보험금을 수령하는 사람’으로 정하고, 제4조(보상하지 않는 사항)등에서도 ‘보험수익자(보험금을 받는 자)’라고 하는 등 피보험자와 별도로 보험수익자를 두고 있다.

하더라도 정액으로 지원되는 의료비 지원금도 공제되어야 하는지에 대하여 근본적인 의문이 있다.²⁹⁵⁾²⁹⁶⁾ 종합하면, 이 사건 약관 등 실손의료보험에서 실손방식으로 보험금을 지급한다 함은 약관에서 정한 바와 같이 본인부담금과 비급여의 합계액을 기준으로 보험금을 산정하기로 약정하였음을 의미하는 것이지 손해보험의 실손보상원칙을 엄격하게 적용해야 한다는 의미로 보기는 어렵다. 그러므로 이와 전제를 달리하는 피신청인의 주장은 모두 이유 없다 할 것이다.

라. 결론

신청인은 이 사건 보험계약의 보험기간 중 ○○ 보훈병원에서 통원치료를 받았고 국가보훈처장이 해당 병원으로 직접 의료비 지원금을 납부하여 해당 의료비 지원금을 공제한 나머지 금액만을 병원에 납부하였으나, 이 사건 약관은 국민건강보험법 및 의료급여법에 따라 결정되는 급여 및 비급여 금액을 기준으로 보험금을 산정하도록 하고 있으므로 의료비 지원금과는 무관하게 의료비 지원금 공제 전 의료비를 기준으로 보험금이 산정되어야 한다. 그러므로 피신청인은 신청인에게 의료비 지원금을 공제하기 전 의료비를 기준으로 보험금을 산정하여 실손의료보험금을 지급할 책임이 있다 할 것이다.

295) 정액급부는 지급되는 금액이 일정하게 고정되어 있다는 뜻이 아니라 일정한 기준에 따라 급부금액이 산정되도록 정하여져 있다는 의미로 이해된다. 신청인은 ‘보훈대상자 의료지원에 관한 규칙’에 따라 의료비의 100분의 60을 감면받고 있는데, 100분의 60으로 급부 산정의 기준이 정해져 있으므로 신청인 역시 ‘정액’으로 의료비 지원을 받고 있다고 하겠다.

296) 더욱이 전형적인 손해보험에서도 피보험자에게 발생한 손해를 보상할 뿐 보험 이외에 피보험자의 개별적 사정에 의해 지원받는 금액은 보상에서 제외하지 않는 것으로 보이는데, 그럼에도 의료비 지원금을 공제한 금액을 기준으로 보험금을 산정해야한다는 것이 손해보험 법리상으로도 타당한 것인지 의문이다. 한편, 손해보험의 실손보상원칙은 기본적으로는 절대적 원칙이나 이익보험(상법 제667조)이나 기평가보험(제670조), 신가보험(제676조 제1항 단서) 등 불가피한 경우에는 어느 정도 양적 예외가 허용되는 등 그 절대성은 약화되고 있고(금융분쟁조정위원회 2017.4.26. 결정 제2017-4호 각 주 1)참조), 실손보상원칙은 모럴 해저드의 역제를 주된 목적으로 하는 것이기 때문에 이 원칙의 강행법적 적용범위는 당해 계약에 있어서 모럴 해저드의 대소에 따라 유연하게 생각할 수도 있다는 등 실손보상원칙의 유연화 경향도 참고할 필요가 있다.



제 2 편

주제별 주요 조정사례 (II)

제1장 자동차보험

제2장 질병·상해 등 보험

제3장 보증 및 배상책임보험

제4장 기타

제1장

자동차보험

제1절 약관 교부·설명의무 위반

1-1 연령한정 운전특약에 대한 설명의무 위반 여부

[기각] 피신청인측이 팩스로 보낸 보험계약청약서상에 연령한정 운전특약의 내용이 구체적으로 표현되어 있고, 신청인측은 동 특약내용을 확인했다는 의미로 날인하였으며, 청약서 작성시 반드시 확인하고 날인해야 할 사항에 대하여 동그라미 표시를 하였고, 특히 <만 ○○세 특약>에 대해서도 동그라미 표시를 해서 직접 숫자를 기재하도록 요청하였다는 점 등에 비추어 연령특약에 대한 설명의무 이행은 인정됨.(2006.8.22. 조정결정 2006-52호)

가. 사실관계

신청외 ○○개발주식회사(이하 “신청회사”라 함)가 피신청인과 2005.11.17. 체결한 자동차보험계약을 체결하면서 만26세 이상 한정운전 특별약관을 가입하였음.

피신청인의 대리점 대표 A씨는 2005.11.17. 신청회사가 업무용 자동차를 구입하여 피신청인에게 자동차보험을 가입하기를 원한다는 소개를 받았으며, 이에 A씨가 소개 받은 연락처로 전화하여 만26세 이상 한정운전 특별약관을 부가한 보험료를 산출한 보험계약 청약서를 발행한 후 특약내용을 확인하고 직접 작성 및 날인하여야 하는 부분을 동그라미로 표시하여 신청회사 직원 B씨에게 동 보험계약청약서를 팩스로 송부함.²⁹⁷⁾

동그라미로 표시된 청약서를 받은 신청회사 직원 B씨는 <만○○세 특약>에 직접 해당 연령 26을 기재하지 아니한 채 계약자 및 서명란에만 신청회사 명판과 사용인감을

297) 보험계약청약서상의 동그라미로 표시된 부분의 내용을 보면, “본인은 주민등록증상 1979.11.17. 이전 출생자만 운전 가능한 <만○○세 특약>에 가입하였다는 내용과 보상상품에 대한 설명을 충분히 듣고 보험약관과 부본을 받았으며, 청약사항에 이의가 없음을 확인합니다. 계약자(서명)”이라고 기재되어 있음.

날인하여 A씨에게 팩스로 보내면서 해당 보험료를 입금하였고, 이후 피신청인은 보험증권 및 영수증을 신청회사로 발송함.

한편, 2006.2월 신청회사에 입사한 직원 C씨(사고당시 만25세)가 2006.5.8. 피보험자동차를 직접 운전하여 신청인과 함께 업무상 강원도 지역을 다녀오던 중, 경기도 ◇◇시 부근의 고속도로상에서 선행사고로 정차한 차량의 후미를 추돌하여 사고수습을 위해 하차해 있던 선행차량의 운전자가 차량 바퀴에 깔려 사망하는 사고가 발생함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

보험계약체결 당시 피신청인으로부터 만26세 이상 한정운전 특별약관에 대한 설명을 듣지 못했음에도 불구하고 연령특약의 위반을 이유로 보험금을 지급하지 않음은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

자동차보험계약 체결 당시 신청회사의 직원에게 연령 특약을 설명하고 이에 대해 확인한 청약서를 제출받아 보험계약이 이루어졌으므로 신청회사가 연령 특약을 위반하여 발생한 사고에 대해 보상책임이 없음.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 보험계약 체결시 피신청인이 자동차보험약관의 연령한정특약에 대한 설명 의무를 이행하였는지 여부라 할 것임.

(1) 약관 규정

당해 자동차보험 운전자연령 만26세이상 한정운전 특별약관의 보상내용에 의하면, “보험회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 자동차에 대하여 운전할 자를 26세 이상으로 한정하는 경우에는 이 특별약관이 정하는 바에 따라 보상합니다”라고 규정하면서, 보상하지 아니하는 손해로 “회사는 이 특별약관에 의하여 26세미만의 자가 피보험자동차를 운전하던 중에 발생한 사고에 대하여는 보험금을 지급하지 아니합니다. 그러나 회사는

보험계약자 또는 피보험자에게 이 특별약관의 내용을 알려주었다는 사실을 입증하지 못하는 경우에는 보험금을 지급합니다”라고 규정하고 있음.

(2) 만26세 이상 한정운전 특별약관의 설명의무 이행 여부

보험자는 보험계약을 체결할 때에 보험계약자에게 보험약관에 기재되어 있는 보험상품의 내용, 보험료율의 체계, 보험청약서상 기재 사항의 변동 및 보험자의 면책사유 등 보험계약의 중요한 내용에 대하여 구체적이고 상세한 명시·설명 의무를 지고 있다고 할 것이어서, 만일 보험자가 이러한 보험약관의 명시·설명 의무에 위반하여 보험계약을 체결한 때에는 그 약관의 내용을 보험계약의 내용으로 주장할 수 없다 할 것임.²⁹⁸⁾

당해 보험계약의 연령한정 운전특약의 내용은 중요한 사항으로서 피신청인은 이에 대해 설명하여야 할 의무를 부담하여, 당해 약관규정에 따라 이러한 사실을 입증하여야 할 것인데, 이 건 보험계약 체결내용 등을 기초로 살펴보면 다음과 같은 사유로 피신청인이 연령한정 운전특약의 내용을 설명하였다는 사실은 입증된다 할 것임.

① 피신청인측이 팩스로 보낸 보험계약청약서상에 “주민등록증상 1979.11.17.이전 출생자만 운전 가능한...”이라고 연령한정 운전특약의 내용이 구체적으로 표현되어 있고, 신청인측은 동 특약 내용을 확인했다는 의미로 신청회사의 명판과 사용인감을 날인한 점.

② 청약서 작성시 반드시 확인해야 할 사항에 동그라미 표시를 하였고, 특히 <만○○세 특약>에 대해서도 동그라미 표시를 해서 직접 숫자를 기재하도록 요청하였다는 점.

③ 보험계약청약서상에 특약으로 분명하게 “만26세이상 운전”이 기재되어 있고, 보험계약 체결 이후 수령한 자동차보험 증권에도 “만26세이상 운전”이 표시되어 있다는 점.

④ 당해 피보험차량이 신청회사의 업무용차량임에도 신청인이 주로 사용하였고, 사고 운전자 역시 신청인을 위해 피보험차량을 처음으로 운전하다가 사고가 발생하였으며, 이 건 보험 가입 당시 신청회사에는 운전 가능한 만26세 이하의 직원이 없었다는 점.

라. 결 론

298) 대법원 1999.3.9. 선고 98다43342, 43359 판결 등 참조.

그렇다면 이 건 보험계약 체결 당시 피신청인이 연령한정 운전특약 내용을 알려주었다는 사실이 인정된다 할 것이므로 신청인의 보상청구는 수용하기 어려운 것으로 판단됨.

1-2 가족운전자 한정운전특약에 의한 보상책임 인정 여부

[기각] 보험가입시 보험대리점 사장이 친딸이 아닌 경우에도 가족운전한정특약으로 가입해도 보상에 문제가 없다고 하여 가입하였다고 주장하나, 이를 입증할 만한 구체적인 증거가 없고, 가족운전한정특약에서는 기명피보험자의 가족의 범위에 포함되는 자녀를 법률상의 혼인 관계에서 출생한 자녀, 사실혼관계에서 출생한 자녀, 양자 또는 양녀로 한정하고 있어, 재혼한 처의 前 남편 자녀인 본건의 사고운전자는 본 건 특약상의 가족의 범위에 포함되지 않는 것으로 해석함이 타당함.(2008.5.27. 조정번호 제2008-43호)

가. 사실관계

신청인은 2007.4.25. 자동차보험계약을 체결하면서 가족운전자 한정운전특별약관 및 만 21세이상 한정운전특별약관을 가입하였음.

2008.1.28. 04:40경 ○○휴게소 주차장에서 신청인과 재혼한 A씨의 前남편 딸인 B씨(이하 “사고운전자”라 함)가 운전하던 ◇◇◇◇차량(이하 “피보험차량”이라 함)이 사고운전자의 운전부주의로 주차장에 주차된 상대방 트랙터차량을 충격하여 피보험차량 및 트랙터차량이 파손되고, 사고운전자가 부상당하는 사고가 발생함.

신청인은 사고운전자의 모친인 C씨와 2006년 법률상으로 혼인한 후, 사고운전자 등과 함께 동일 주소지 내에서 주거와 살림을 같이 하였고, 피보험차량은 A씨가 주로 운전하였고, 사고운전자는 가끔 운전하였다 함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

보험 가입시 보험대리점 사장인 D씨에게 사고운전자가 신청인의 친딸이 아니라는 것을 설명하였고, 가족운전자 한정운전특약으로 가입해도 보상에 문제가 없다고 하여 가입

한 것임에도, 사고운전자가 가족운전자 한정운전특약상의 가족에 해당되지 않는다는 이유로 보험금 지급을 거절하는 것은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

보험대리점 사장인 D씨는 보험가입시 신청인이 재혼한 사실을 모르고 있었고, 친딸이 아닌 경우에도 보상이 가능하다고 설명한 적이 없다고 주장하고 있으며, 또한 신청인이 보험청약서 및 상품설명서에서 가족운전자 한정운전특약에 대하여 설명을 들었음을 확인하는 란에 자필서명한 사실이 인정되므로, 대인배상 I 을 제외한 기타 담보에 대하여 면책처리함이 타당함.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 ① 가족운전자 한정운전특약의 설명의무 위반 여부 및 ② 재혼한 처의 전 남편 자녀를 가족운전자 한정운전특약상의 가족으로 볼 수 있는지 여부라 할 것임.

(1) 보험약관

가족운전자 한정운전 특별약관에 의하면 “보험회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 자동차에 대하여 운전할 자를 보험증권에 기재된 피보험자와 그 가족으로 한정하는 경우에는 이 특별약관이 정하는 바에 따라 보상합니다. 그러나 대인배상 I 에 대하여는 그러하지 아니합니다”라고 규정²⁹⁹⁾하고, 동 약관의 “보상하지 아니하는 손해”에는 “회사는 이 특별약관에 의하여 기명피보험자와 그 가족 이외의 자가 피보험자동차를 운전하던 중에 발생한 사고에 대하여는 보험금을 지급하지 아니합니다”라고 규정하고 있음.

(2) 가족운전자 한정운전특약의 설명의무 위반 여부

신청인은 보험 가입시 보험대리점 사장인 D씨에게 사고운전자가 신청인의 친딸이 아님을 설명하였고, 가족운전자 한정운전특약으로 가입해도 보상에 문제가 없다고 하여 가입하였다고 주장하나, 다음과 같은 점에서 신청인의 주장은 인정하기 곤란하다 할 것임.

299) 당해 약관의 용어풀이에서는 “이 약관에서 기명피보험자의 가족이라 함은 다음의 사람을 말합니다.

4) 법률상의 혼인관계에서 출생한 자녀, 사실혼관계에서 출생한 자녀, 양자 또는 양녀”라고 기술됨.

① “이 차량은 만 21세이상 운전할 수 있다는 내용과 ‘가족운전자한정운전’의 경우 운전가능한 사람의 범위와 보험상품 설명을 충분히 안내 받았음을 확인합니다”라는 내용이 포함된 2007.4.20.자 보험청약서에 신청인의 자필서명이 되어 있는 점.

② 가족운전자 한정운전 특별약관을 가입하는 경우 보장되는 범위는 운전자가 “4. 법률상의 혼인관계에서 출생한 자녀, 사실혼관계에서 출생한 자녀, 양자 또는 양녀”인 경우라는 내용이 포함되어 있고, 신청인이 “보험모집인(D씨)으로부터 (상품설명서)를 교부받고 (설명)을 들었음”이라는 내용이 포함된 2007.4.20. 자동차보험 상품설명서 수령확인서에 신청인의 자필서명이 되어 있는 점.

③ 보험대리점 사장인 D씨에게 사고운전자가 신청인의 친딸이 아님을 설명했고, 보험대리점 사장인 D씨가 사고운전자가 친딸이 아닌 경우에도 가족운전자 한정운전특약으로 보상이 가능하다고 말했다는 신청인의 주장을 입증할 만한 구체적인 증거를 찾아볼 수 없는 반면, 2008.2.1.자 신청인의 사실확인서에 “이건 자동차보험계약과 관련하여 취급자(보험대리점)가 특별약관상 가족운전자 한정운전에 대하여 귀하 고객님께 설명을 했습니까?”라는 질문에 “네”라고 기재된 점.

(3) 재혼한 처의 전 남편 자녀를 가족운전자 한정운전특약상의 가족으로 볼 수 있는지 여부

판례는 “보통거래약관 및 보험제도의 특성에 비추어 볼 때 약관의 해석은 일반 법률 행위와는 달리 개개 계약당사자가 기도한 목적이나 의사를 기준으로 하지 아니하고 평균적 고객의 이해가능성을 기준으로 하되 보험단체 전체의 이해관계를 고려하여 객관적·확일적으로 해석하여야 할 것이므로³⁰⁰⁾ 위 가족운전자 한정운전 특별약관 소정의 기명피보험자의 부(父)에 기명피보험자의 법률상의 부가 아닌 기명피보험자의 모의 사실상의 배우자는 포함되지 아니한다고 해석함이 상당하다”³⁰¹⁾라고 판시한 바 있고, 자동차보험의 위 가족운전자 한정운전특약에서는 기명피보험자의 가족의 범위에 포함되는 자녀를 법률상의 혼인관계에서 출생한 자녀, 사실혼관계에서 출생한 자녀, 양자 또는 양녀

300) 대법원 1995.5.26. 선고 94다36704 판결 참조.

301) 대법원 2004.1.15. 선고 2003다53404 판결 참조.

로 한정하고 있고, 또한 가족운전자로 운전자를 한정하는 경우와 그렇지 않은 경우 보험료에 차등을 두고 있는 점을 비추어 보면, 재혼한 처의 前 남편 자녀인 본건의 사고운전자는 본 건 특약상의 가족의 범위에 포함되지 않는 것으로 해석함이 타당하다 할 것임.

라. 결 론

그렇다면 본 건과 관련하여 보험금을 지급하라는 신청인의 주장은 이유없다 할 것임.

1-3 “다른 자동차”의 개념과 관련한 보험약관의 명시·설명 의무 위반 여부

[기각] 신청인이 자신의 아파트에서 배우자 소유 차량을 운전하던 중 주차된 차량을 충격하는 사고가 발생하여 「다른 자동차운전담보 특별약관」에 따른 보상을 요구하였으나, 피신청인은 “배우자 소유의 차량”은 당해 약관상의 “다른 자동차”에 포함되지 않는다고 보험금 지급을 거절하였는데, 신청인은 과거 보험연수원에서 손해보험대리점 자격 취득에 필요한 전문과정을 이수한 후, 1년간 “○○보험대리점”이라는 상호로 보험대리점을 영위하면서 자동차보험 영업활동을 한 적이 있고, 보험대리점으로서 자동차보험계약을 모집할 때에는 당해 보험약관을 다른 보험계약자에게 명시·설명해야 할 의무를 지는 입장에 있었던 신청인이 동 보험약관의 내용을 몰랐다고 주장하는 점은 납득하기 어려움.(2008.12.23. 조정번호 제2008-99호)

가. 사실관계

보험계약자 겸 피보험자인 신청인은 2008.4.12. 피신청인과 자동차보험계약을 체결하면서 기명 「1인한정운전 특별약관」 및 「다른 자동차 운전담보 특별약관」에 가입하였음. 신청인은 2008.8.14. 자신의 아파트에서 배우자 소유 차량을 운전하던 중 주차된 차량을 충격하는 사고를 발생시켰으며 이에 신청인은 「다른 자동차 운전담보 특별약관」³⁰²⁾에 따른 보상을 요구하였으나, 피신청인은 “배우자 소유의 차량”은 당해 보험약관에 규정된 “다른 자동차”³⁰³⁾에 포함되지 않는다고 보험금 지급을 거절함.

302) “무보험차에 의한 손해담보”에 가입하는 경우 자동적으로 추가되는 특약이며, 다른 차량을 운전하던 중 발생한 사고를 자신의 자동차보험에서 보상받는 내용임.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

보험계약 체결 당시 신청인이 배우자의 차량은 「다른 자동차 운전담보 특별약관」상 “다른 자동차”에 해당되지 않는다는 내용을 설명한 사실이 없음에도 보험금 지급을 거절하는 것은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

“보험계약자가 이미 약관의 내용을 충분히 잘 알고 있는 경우에는 신청인으로서 보험계약자에게 당해 약관의 내용을 따로 설명할 필요가 없다”고 할 것인 바, 신청인은 자동차보험을 취급하는 손해보험회사에서 손해보험대리점으로 활동(1년)한 사실이 있고, 2002년부터 6년간 자동차보험에 가입한 사실이 있으며, 현재 자동차 매매상사에 근무하고 있어 이미 약관의 내용을 잘 알고 있으므로 별도로 설명할 필요가 없음.

또한, 이 건 보험계약 체결 당시 신청인은 “상품설명서에 기재되어 있는 보험계약의 주요 내용, 보험가입자의 권리와 의무, 보험계약의 주요 보장내용, 보험금 지급관련 특히 유의할 사항, 보험계약관련 특히 유의할 사항 및 기타 보험계약자가 알아야 할 사항에 대하여 충분히 설명받았음”을 확인하며 “자동차보험 상품설명서 수령확인서”에 자필서명한 사실이 있고, 이 건 보험증권 및 약관을 2008.4.11. 신청인의 주소지로 발송하였으므로 약관의 교부설명 의무를 위반하였다고 볼 수 없음.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 피신청인이 약관의 명시·설명 의무를 위반하였는지 여부라 할 것임.

(1) 관련 규정

상법 제638조의3 제1항 및 「약관의 규제에 관한 법률」 제3조의 규정에 의하여 보험자

303) 당해 약관에서는 “기명피보험자의 배우자가 소유하거나 통상적으로 사용하는 자동차”는 “다른 자동차”의 범주에 포함되지 않는다고 규정함.

는 보험계약을 체결할 때 보험계약자에게 보험약관에 기재되어 있는 보험상품의 내용 및 보험자의 면책사유 등 보험계약의 주요한 내용에 대하여 구체적이고 상세한 명시·설명의무를 지고 있다고 할 것이어서, 만일 보험자가 이러한 보험약관의 명시·설명의무에 위반하여 보험계약을 체결한 때에는 그 약관의 내용을 보험계약의 내용으로 주장할 수 없다고 할 것이나, 보험약관의 중요한 내용에 해당하는 사항이라 하더라도 “보험계약자가 그 내용을 충분히 잘 알고 있는 경우에는 그 약관이 바로 계약내용이 되어 당사자에 대하여 구속력을 가지므로 보험계약자에게 약관의 내용을 따로 설명할 필요가 없다”고 할 것임.³⁰⁴⁾

(2) 신청인이 당해 약관의 내용을 충분히 알고 있었는지 여부

신청인이 2002년 이후 6년간 자동차보험을 가입하여 왔다거나, 현재도 자동차 매매업에 근무하고 있는 점 등의 이유만으로, 신청인이 동 특약의 내용을 충분히 알고 있었다고 단정할 수는 없음. 그러나, 신청인은 2003년 보험연수원에서 손해보험대리점 자격 취득에 필요한 전문과정을 이수한 후, 2003.9월~2004.8월 기간중 “○○보험대리점”이라는 상호로 손해보험대리점을 영위하면서 자동차보험 영업활동을 한 적이 있는 바, 동 대리점 전문과정에는 당해 특약에 관한 내용을 다루는 자동차보험이 필수과목으로 되어 있으며, 당시의 자동차보험 교재에도 “다른 자동차”의 개념에 대하여 자세히 설명하고 있으므로 신청인도 그러한 교육을 받았다고 보아야 할 것이고, 보험대리점으로서 자동차보험계약을 모집할 때에는 당해 보험약관을 다른 보험계약자에게 명시·설명해야 할 의무를 지는 입장에 있었던 신청인이, 그러한 설명을 듣는 보험계약자로 입장이 변경되었다고 해서 동 보험약관의 내용을 몰랐다고 주장하는 점은 납득하기 어렵다 할 것임.

라. 결 론

“자동차보험 상품설명서 및 수령확인서”에 신청인이 날인하였고, 신청인이 동 약관의 내용을 충분히 잘 알고 있다고 볼 수 있으므로 「다른 자동차 운전담보 특약」 위반을 이유로 보험금 지급을 거절한 피신청인의 주장은 그 이유가 있어 신청인의 청구를 기각함.

304) 대법원 1998.4.14. 선고 97다39308 판결 참조.

[인용] 만26세 한정운전 특별약관은 피보험자의 범위를 확정하고 보험자의 면책과 관련된 사항으로 중요한 내용에 해당된다 할 것이므로, “만26세 이상의 의미”를 포함한 동 특약의 내용은 피신청인의 명시·설명 의무의 대상이 된다 할 것인 바, 계약 모집인의 경위서 및 유선 문답 등에 따르면, 피신청인의 모집인은 만26세 한정운전 특약 가입사실에 대해서는 설명한 것으로 보여지나 “만26세 이상의 의미” 및 “최저 운전가능 연령” 등에 대해서는 설명하지 않은 것으로 보이므로, 본 건 보험계약과 관련하여 만26세 연령한정특약 위반을 이유로 피신청인이 보험금 지급을 거부한 조치는 부당함.(2010.12.28. 조정번호 제2010-111호)

가. 사실관계

보험계약자 겸 피보험자인 신청인 A씨는 2010.7.28. 피신청인과 자동차보험계약을 체결하면서 만26세 운전한정특별약관 및 가족운전한정특별약관을 가입하였음. 당일 A씨는 ○○보험 대리점으로 전화하여 보험가입 의사를 밝히고 유선으로 보험계약 체결³⁰⁵⁾하였으며, 보험기간 개시(2010.8.6.) 이후인 2010.9.18. A씨는 부산에서 울산방향 운행 중 중앙선을 침범하여 맞은편에서 정차 중이던 차량의 앞부분을 충격(음주운전)하는 교통사고를 발생시켜 2010.9.25. 피신청인에게 사고접수 후 보험금을 청구하였으나 피신청인은 만26세 한정운전특약 위반(사고당시 만25세 8개월)을 이유로 보험금 지급을 거절함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

보험계약 체결당시 피신청인의 모집인에게 본인이 운전한다는 사실과 주민등록번호를 알려주었는데도 동 모집인은 신청인의 운전에 대해 아무런 문제점을 제기하지 않았으며, 모집인으로부터 연령한정 특약과 관련하여 나이 계산방법 등에 대해 설명을 들은 바도 없음. 또한 운전자연령 만26세이상 한정운전 특별약관에서는 이 특별약관의 내용을 알려주었다는 사실을 회사가 입증하지 못하는 경우에는 보험금을 지급하도록 규정하고 있음

305) 녹취계약이나 녹취기록은 미보관 상태임.

에도, 피신청인은 입증자료(녹취기록 등)를 제출하지 못하고 있으며, 피신청인이 영수증과 보험증권 만으로도 이에 대한 입증자료로 충분하다고 주장하는 것은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

계약체결시 신청인이 26세 한정특약을 원하여 가입하였고, 비록 녹취자료 등을 보관하고 있지는 않지만 모집자가 이에 대해 설명하였다고 주장하고 있는 사정 등을 감안할 때 신청인의 주장을 수용하기 어려우며, 보험계약 체결이후 피신청인이 신청인에게 발송한 보험영수증과 보험증권에 만26세 한정특약이라고 명시되어 있으므로 피신청인의 보험금 지급책임은 없음.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 피신청인의 모집인이 만26세이상 한정운전 특별약관의 명시·설명 의무를 위반하였는지 여부라 할 것임.

(1) 관련법규 및 보험약관

상법 제638조의3(보험약관의 교부·명시의무)에 의하면 보험자는 보험계약을 체결할 때에 보험계약자에게 보험약관을 교부하고 그 약관의 중요한 내용을 알려주어야 하며, 보험약관 운전자연령 만26세이상 한정운전 특별약관에 의하면 “회사는 이 특별약관에 의하여 만26세미만의 자가 피보험자동차를 운전하던 중에 발생한 사고에 대하여는 보험금을 지급하지 아니하고 위 규정에도 불구하고 회사는 보험계약자 또는 피보험자에게 이 특별약관의 내용을 알려주었다는 사실을 회사가 입증하지 못하는 경우에는 보통약관 ‘10.배상책임(대인배상1 제외)’, ‘11.자동차상해’, ‘12.무보험차에 의한 상해’ 및 ‘13.자기차량손해’에서의 손해에 대하여는 보험금을 지급한다”고 규정함.

(2) 만26세 이상 한정운전 특별약관이 명시·설명 의무 대상인지 여부

보험자 및 보험계약의 체결 또는 모집에 종사하는 자는 보험계약을 체결함에 있어 보험계약자 또는 피보험자에게 보험약관에 기재되어 있는 보험상품의 내용, 보험료율의 체계 및 보험청약서상 기재사항의 변동사항 등 보험계약의 중요한 내용에 대하여 구체적

이고 상세한 명시·설명의무를 지고 있으므로, 보험자가 이러한 보험약관의 명시·설명의무를 위반하여 보험계약을 체결한 때에는 그 약관의 내용을 보험계약의 내용으로 주장할 수 없으며³⁰⁶⁾, 약관 설명의무의 대상이 되는 “중요한 내용”이라 함은 사회통념에 비추어 고객이 계약체결의 여부나 대가를 결정하는데 직접적인 영향을 미치는 사항³⁰⁷⁾을 말하는 바, 만26세 한정운전 특별약관은 만26세 미만의 자가 운전중 발생한 사고에 대하여 보험자가 책임을 부담하지 않겠다는 의미인데, 동 약관에서의 “만26세 이상의 의미에 관한 사항” 및 “책임보험(대인배상 I)의 범위를 넘어서는 보상을 받을 수 없다는 사항”은 피보험자의 범위를 확정하고 보험자의 면책과 관련된 사항으로 중요한 내용에 해당된다 할 것이며, 당해 약관규정 제2조 제2항에서도 이러한 취지 등을 반영하여 특약 내용의 설명에 대한 입증여부에 따라 보험금 지급여부가 결정된다고 규정하고 있으므로, “만26세 이상의 의미”를 포함한 동 특약의 내용은 피신청인의 명시·설명의무의 대상이 된다 할 것임.³⁰⁸⁾

한편, 피신청인은 신청인이 동 특별약관 내용을 충분히 알고 있기 때문에 신청인에게 별도의 설명할 필요가 없다고 주장하나, 동 특별약관을 설명할 필요가 없을 정도로 보험계약자측이 그 내용을 잘 알고 있었다고 보기 위해서는 보험계약자측에서 “만26세 이상의 의미”에 관한 약관규정을 포함한 일체의 위 특별약관이 이 사건 보험계약에서 구체적으로 어떤 의미를 가지는지에 대해서도 알고 있어야 하는 바,³⁰⁹⁾ 신청인이 과거 만 21세 한정운전 특약을 가입한 사실이 있으며, 이 건 보험가입 당시 26세 한정운전 특약 가입을 직접 요청하였다는 사실만으로 보험계약자가 “만26세 이상의 의미” 등을 충분히 알고 있었다고 보기는 어려움.

306) 대법원 2007.4.27. 선고 2006다87453 판결 등 참조.

307) 대법원 2008.12.16. 선고 2007마1328 판결 등 참조.

308) 피신청인도 이러한 약관규정 취지에 따라 1) 대면계약의 경우에는 청약서에 “본인은 이 보험에 가입한 차량이 주민등록증상 0000년 00월 00일 이전 출생자만 운전가능한 운전자연령 만 26세 이상 한정특약에 가입된 사실과 만 26세 미만의 사람이 운전중 발생한 사고에 대하여 보상받을 수 없음을 확인합니다.”라고 기재되어 있고 계약자가 서명 또는 날인하도록 되어 있으며, 2) 전화를 이용한 계약의 경우에도 상담원이 “0000년생 생일 지난분만 운전이 가능하고 그 외의 분은 운전하다 사고시 보상이 불가능합니다.”라고 안내하도록 표준 안내자료에 기재되어 있음(동 건 보험계약은 미이행).

309) 대법원 2003.8.22. 선고 2003다27504판결 등 참조.

오히려 차주가 신청인 부모이고 신청인의 모친(만47세)이 주피보험자인 상황에서 만26세 한정특약으로 가입한 점 등을 고려할 경우 이건 차량의 주운전자는 신청인으로 보이고, 이러한 경우 신청인의 입장에서는 약관상 담보되지 않는 특약을 가입할 이유가 없는 점과 신청인이 동건 보험계약 가입 직전에는 만21세 한정특약으로 가입하다가 금번 보험계약 갱신시에 만26세 한정특약으로 변경한 사실 등에 비추어 신청인은 연령한정 특약이 만 나이를 기준으로 한다는 사실을 몰랐거나 아니면, 신청인 본인의 나이를 잘못 계산함으로 인해 만26세 연령한정특약을 가입한 것 봄이 상당함. 그렇다면 신청인이 이 건 보험계약과 관련하여 “만26세 이상”의 의미를 알지 못한 상태에서 보험계약을 체결한 것으로 보이므로 피신청인은 보험계약에 대해 명시·설명의무가 있다고 판단됨.

(3) 피신청인이 명시·설명의무를 위반하였는지 여부

신청인은 2010.7.28. ○○보험대리점에 전화를 걸어 자동차 보험계약을 체결하였는데, 계약을 모집한 위 대리점의 모집인의 모집 경위서 및 모집인과의 유선문답(2010.12.20.) 등에 따르면, 피신청인의 모집인은 만26세 한정운전 특약 가입사실에 대해서는 설명한 것으로 보여지나 “만26세 이상의 의미” 및 “최저 운전가능 연령” 등에 대해서는 설명하지 않은 것으로 보이며, 또한, 동 건 계약에 대한 설명의무 이행여부에 대한 입증을 위한 목적 뿐 아니라 보험모집행위에 대한 단속규범인 「보험업감독규정」에 따라 반드시 녹취가 필요한 계약임에도 녹취기록 등이 없고 달리 설명의무를 이행하였다고 인정될 만한 증거자료도 찾아 볼 수 없어 피신청인의 모집인이 보험계약 체결시 동 건 보험계약의 명시·설명의무를 이행하였다고 보기 어려우며, 보험계약의 명시·설명은 보험계약 체결시 이루어져야 할 것인데, 보험계약 체결 이후 보험료 영수증과 보험증권을 우편을 통해 송부하였다는 사실만으로는 당해 보험계약에 대한 명시·설명의무를 이행하였다고 보기 어려움.

라. 결 론

그렇다면, 동 건 보험계약과 관련하여 만26세 연령한정특약 위반을 이유로 보험금 지급을 거부한 피신청인의 조치는 부당한 것으로 판단됨.

제2절 대인배상

1-5 불법체류자의 상실수익액 산정

[기각] 불법체류자의 상실수익액은 2년간은 대한민국의 도시일용노동임금액을 인정하고 그 이후는 본국 거주자의 노동자의 평균임금을 기준으로 산정한 금액을 지급하는 것이 타당하다 할 것임.(1999.3.30. 조정번호 제1999-7호)

가. 사실관계

1998.11.13. 00:10경 피보험자 A씨는 평택-천안방면으로 피보험차량을 운행하던중 도로를 무단횡단하던 B씨(중국조선족 교포, 불법체류자)를 충격하여 사망케 함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

피해자 B씨는 자동차보험약관상 보험금지급기준에 의거 외국인, 무직자에 해당되므로 상실수익액을 일용근로자 임금을 기준으로 정년(60세)까지 계산하여 산정한 금액 43백 만원을 지급하여야 함.

(2) 피신청인의 주장

개인용자동차보험약관상 외국인, 무직자의 경우 일용근로자임금을 적용한다고 명시되어 있으나 이건과 같이 불법체류자까지 적용되어야 한다고 보기는 어려우며, 만일 불법체류자에게 동 조항을 적용하여 보험금을 지급하면, 상실수익액이 과다하게 지급되어 실손보상을 원칙으로 하는 손해보험의 원리에도 부합되지 않을 뿐만 아니라 피해자측이 부당한 이득을 획득하는 결과를 초래할 수 있으므로, 법원의 유사판례에 따라 2년간만 일용근로자 임금을 기준으로 적용하고 그 이후는 본국(중국)에서의 소득을 기준으로 상실수익액을 산정한 금액 10,573천원을 지급함이 타당함.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 사망한 불법체류자(중국 조선족 교포)의 경우 상실수익액의 산정에 있어, 약관상 지급기준에 근거하여 상실수익액을 지급하는 것이 타당한지 여부임.

최근 유사판례³¹⁰⁾를 보면 “자동차 사고로 사망한 불법체류자의 상실수익액의 산정에 대하여 사망후 2년간은 대한민국의 도시일용노동임금액을 인정하고, 그 이후에는 본국 거주지 노동자의 평균임금을 기준으로 산정한 금액을 지급”토록 판시하고 있으며, 이외에도 불법체류자의 상실수익액에 대하여 위와 유사한 판결³¹¹⁾을 하고 있는 바, 불법체류자에 대하여 정년까지 국내의 일용임금을 적용한다면 상실수익액이 과다계상되어 부당한 이득을 취하는 결과를 초래하게 됨. 한편, 이 같이 판결한 것은 불법체류자(망인)의 경우 불법체류사실이 적발되면 출입국관리법령에 따라 즉시 강제퇴거조치를 받을 지위에 있고, 가족이 본국에 거주하고 있어 일정한 기간이 지나면 스스로 본국으로 돌아갈 가능성도 있는 반면, 조선족 교포로서 국적취득의 가능성이 있고 가족중 일부가 국내에 거주하고 있는 점, 현실적으로 많은 중국교포들이 체류기간을 넘어 국내에 체류하면서 상당기간 소득활동을 하고 있는데 그 불법기간은 통상 2년 정도인 점 등을 고려한 것임.

본 건 피해자의 경우도, 불법체류자에 해당되어 적발되면 강제퇴거조치를 받을 지위에 있으며, 피해자의 배우자 및 자녀가 중국에 거주하고 있는 반면 조카 등 일부 친척이 한국에 거주하고 있는 점 등 판례에서 고려하고 있는 사항이 유사하여 사망후 2년간은 대한민국의 도시일용노동임금액을 인정하고 그 이후는 본국(중국)의 거주지의 노동자의 평균임금을 인정하는 것이 타당함.

라. 결 론

따라서 이 건 사고와 관련하여 불법체류자의 상실수익액은 피신청인의 주장과 같이 2년간은 대한민국의 도시일용노동임금액을 인정하고 그 이후는 본국 거주지의 노동자의 평균임금을 기준으로 산정한 금액을 지급하는 것이 타당하다 할 것임.

310) 대법원 1997.12.10. 선고 96나57032 판결 참조.

311) 대법원 1998.9.18. 선고 98다25825 판결 참조.

1-6 손해배상금 산정시 형사합의금 공제 여부

[인용] 형사합의서상 민사책임은 별도로 한다고 명시되어 있는 것으로 보아 동 형사합의금은 가해자가 신청인측이 형사상 이의제기를 하지 않는데 대한 호의로 지급한 것이라고 봄이 타당하므로 피신청인은 신청인측에 손해배상금을 지급함에 있어 형사합의금을 공제하지 않고 전액을 지급하여야 함.(1999.5.25. 조정번호 제1999-16호)

가. 사실관계

1998.11.27. 가해자 A씨는 피보험차량을 이용하여 운행하던중 마주 오는 이륜차를 충격하여 타고 있던 신청인의 부모인 B씨 및 C씨를 사망케 하는 교통사고를 발생시켰으며 망인의 유족대표인 D씨는 1999.1.12.에 민사책임은 별도로 하고 가해자의 형사상 책임 및 처벌을 원하지 않는다는 내용으로 가해자로부터 형사합의금 3천만원을 받고 형사합의를 함.

1999.3월 중순경 신청인은 피신청인에게 보험금을 청구하였으나 피신청인은 가해자로부터 형사합의금에 해당하는 금액의 보험금 청구가 있으므로 손해배상금 43백만원 지급시 형사합의금을 공제하여 지급하겠다고 함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

민사상 책임은 별도로 하고 가해자의 형사상 책임 및 처벌을 원치 아니한다는 내용으로 형사상 합의를 작성하여 가해자로부터 형사합의금으로 수령한 3천만원을 받은 것임에도 피신청인이 손해배상금의 일부로 보아 공제하여 지급하겠다고 함은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

가해자가 신청인에게 지급한 형사합의금에 대하여 동 금액의 보험금을 청구하였고 대법원 판례에서도 형사합의 당시 동 금액이 위자료 명목으로 지급하는 것임을 명시하지 않는 한 손해배상금의 일부로 보고 있으므로 형사합의금을 공제하여 지급함이 타당함.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 피보험자가 지출한 형사합의금이 해당보험약관에서 정하는 손해배상금에 포함되는지 여부임.

보험약관에 의하면 피보험자가 피보험자동차의 운행으로 인하여 남을 죽게 하거나 다치게 하여 「자동차손해배상보장법」 등에 의한 손해배상책임을 짐으로써 입은 손해를 보상하도록 하고 있으며, 피보험자가 지출한 형사합의금에 대하여는 별도로 정하고 있지 않음.

피신청인이 보험금을 지급함에 있어 형사합의금을 공제하여야 한다는 주장의 근거로 제시한 대법원 판례³¹²⁾에서는 형사합의금이 위자료 명목으로 지급받는 것임을 명시하는 등의 특별한 사정이 없는 한 재산상 손해배상금의 일부로 보고 있으나, 이건의 경우 합의서상 신청인측이 형사합의금을 수령하고 형사상 이의제기를 하지 않기로 하되 가해자의 민사상 책임은 별도로 한다고 명시되어 있으므로 이 형사합의금이 가해자의 재산상 손해배상금의 일부로서 지급된 것이라고 보기 어려움.

그러므로 이건 형사합의금은 가해자가 민사상 책임, 즉 법률적 손해배상책임과는 별도로 신청인측이 교통사고에 대한 형사상 이의를 제기하지 않는데 대하여 호의로 지급한 것이라고 봄이 타당하므로 피신청인이 손해배상금 지급시 형사합의금 해당액을 공제하고 지급하겠다고 하는 것은 이유 없음.

라. 결 론

따라서 형사합의서상 민사책임은 별도로 한다고 명시되어 있는 것으로 보아 동 형사합의금은 가해자가 신청인측이 형사상 이의제기를 하지 않는데 대한 호의로 지급한 것이라고 봄이 타당하므로 피신청인은 신청인측에 손해배상금을 지급함에 있어 형사합의금을 공제하지 않고 전액 지급하여야 함.

312) 대법원 1994.10.14. 선고 94다14018 판결, 1995.7.11. 선고 95다8850 판결, 1996.9.20. 선고 95다53942 판결 등 참조.

1-7 구급차에서 뛰어내리다 부상당한 경우 자동차 운행중 사고인지 여부

[기각] 구급차의 문을 열고 뛰어 내리는 과정에서 부상을 입은 사고는 자동차 운행중의 사고 이기는 하나 자동차 운행으로 말미암은 사고로는 볼 수 없으므로 피신청인에게는 대인배상 I 보험금을 지급할 책임이 없음.(1999.7.27. 조정번호 제1999-31호)

가. 사실관계

1999.5.18 01:45경 ◇◇광역시 소재 고속도로상에서 신청인 소속 운전자 A씨가 신청외 B씨를 구급차에 태워 ○○병원으로 후송하던 중 B씨가 임의로 구급차의 문을 열고 뛰어 내리는 것을 미처 발견하지 못하고 늦게 제동하여 B씨가 지면에 떨어져 1차부상(이하 “1차사고”라 함)을 입음.

이러한 상태에서 피해자가 일어나서 걸어서 중앙분리대를 넘어가 반대차로상에서 서성이던 중 반대 향으로 진행하던 군용차량(○○화재의 자동차보험에 부보) 앞부위에 부딪혀 2차부상을 입어 진단 12주의 우측 대퇴골 골절상(이하 “2차사고”라 함)을 입음.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

이 건 1차사고는 「자동차손해배상보장법」(이하 “자배법”이라 함)에 의한 자동차의 운행으로 인한 사고이므로 피신청인은 약관상의 대인배상 I 보험금을 지급하여야 함.

(2) 피신청인의 주장

신청인은 피해자가 차량에서 뛰어내리면서 이미 부상을 입었다고 주장하나, 피해자의 상병명은 “우측 대퇴골 개방상 골절상”으로 이러한 부상을 입은 사람이 사고지점에서 걸어서 중앙분리대를 넘어가 반대차로상을 우왕좌왕한다는 것은 경험칙상 불가능하고, 동 병명은 보행중 차량에 충격당하였을 때 통상 입게 되는 병명이므로 피해자의 부상은 2차사고에 의하여 발생한 것임.

1차사고는 피보험자동차의 운행과는 무관하게 신청인의 피해자에 대한 관리 및 감독

소홀로 인한 사고이므로 대인배상 I 보험금을 지급할 책임이 없음. 만약 피보험자동차 운행중의 사고라 하더라도 승객인 피해자가 차문을 열고 뛰어 내린 것은 자배법 제3조 제2호에 정한 “승객의 고의로 인한 사고”이므로 피신청인에게는 대인배상 I 보험금을 지급할 책임이 없음.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 1차사고가 자배법상 정하고 있는 자동차의 운행으로 인한 사고인지 여부임.

자배법 제3조는 “자기를 위하여 자동차를 운행하는 자가 그 운행으로 말미암아 다른 사람을 사망하게 하거나 부상하게 한 때” 손해배상책임이 발생한다고 정하고 있어, 자동차를 운행하는 자는 “운행중에 일어난 모든 사고”에 대하여 책임을 지는 것이 아니라 그 중에서도 “운행으로 말미암아 일어난 사고”에 대하여만 책임을 지는 것임.

1차사고는 운행중 사고에 해당하기는 하나, 신청인 소속 차량운전자의 피해자에 대한 관리감독 소홀로 인하여 피해자가 자동차에서 뛰어내려 발생한 것으로 운행과 상당인과 관계가 있다고 볼 수 없음. 신청인은 피해자가 차량에서 뛰어내리면서 이미 부상을 입었다고 주장하나 피해자의 우측 대퇴골 골절은 1차사고와 상당인과관계가 있다고 보기 어렵다는 전문의 자문의견 등을 종합하여 판단할 때 신청인의 주장을 인정하기는 어려움.

라. 결 론

1차사고는 자동차 운행중의 사고이기는 하나 자동차 운행으로 말미암은 사고로는 볼 수 없으므로 피신청인에게는 대인배상 I 보험금을 지급할 책임이 없음.

1-8 무단운전시 차량소유자의 운행자성 상실 여부

[기각] 차량소유자의 운행지배와 운행이익의 상실여부는 평소의 자동차나 그 열쇠의 보관 및 관리상태, 소유자의 의사와 관계없이 운행이 가능하게 된 경위, 소유자와 운전자의 인적관계, 운전자의 차량반환의사 유무, 무단운행후 소유자의 사후 승낙가능성, 무단운전에 대한 피해

자의 인식유무 등 객관적이고 외형적인 여러사정을 사회통념에 따라 종합적으로 이를 판단하여야 하는 바, 사고차량을 운전한 운전자가 차량소유자와는 전혀 관계가 없는 자이고, 업무를 마치고 퇴근한 후에 친구들과 함께 음주 등을 하다가 놀러갈 목적으로 운행하였으며, 차량소유자인 기명피보험자는 동 차량의 운행에 대하여 사후승인을 명시적으로 부인하고 있으므로 운전자의 운행자성은 상실되었다고 봄이 타당함.(2000.7.25. 조정번호 제2000-33호)

가. 사실관계

A사는 2000.4.25 피신청인과 포터냉동차에 대해 업무용 자동차보험(운전자연령 만21세 이상 한정운정특약)에 가입하였음.

2000.5.7. 05:30경 위 피보험차량을 차량소유자(A사)의 직원인 B씨의 친구 C씨가 주취상태(혈중알콜농도: 0.154%)에서 운전하다가 ◇◇시 ○○번 국도상에서 졸음운전으로 좌회전 커브길을 회전치 못하고 전방 우측도로를 이탈하여 논으로 추락한 단독 사고가 발생하였고, 동 사고로 동승자인 D씨가 사망하고, E씨, F씨, G씨(이상 4명 탑차 탑승), C씨(운전자), H씨, I씨(이상 2명 조수석 탑승) 등이 상해를 입었음.³¹³⁾

본건 피보험차량은 A사의 소유차량으로 업무시간에는 돈육배달용으로 사용되었으며 업무시간 외에는 동 회사의 생산 및 배달업무를 담당하고 있는 직원 B씨의 출·퇴근용으로 사용되는 차량이며, A사 대표이사는 위 B씨에게 출·퇴근용으로만 사용하도록 허락하였고, 위 B씨 또한 동 차량을 출퇴근용으로 사용하였으며 업무외적으로는 사용하지 아니한 것으로 진술하고 있음.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

313) 당시 피보험차량의 운행경위는 2000.5.6. 초등학교 또는 고등학교 동창 사이인 C씨 등 6인이 같은 날 저녁에 회합하여 놀고 있었던 바, 같은 날 23:00경 B씨도 업무를 마치고 이들과 합류하여 음주 등을 하면서 놀다가 동해안으로 해돋이 구경을 가기로 합의되어 다음 날 04:30경 이들의 거주지를 출발하였고, 처음 출발할 때는 동 차량을 B씨가 운전하였으나 ◇◇시에서 한 차례 휴식을 취한 후 C씨가 동 차량을 운전하여 가다가 사고가 발생한 것임.

이 사건 사고차량은 평소 보험계약의 보험계약자 겸 피보험자 A사의 피용자인 B씨가 운전을 전담하였고, 기명피보험자의 허락을 얻어 출·퇴근시 전적으로 사용하여 온 바, 피보험차량의 포괄적인 사용권리를 위임받은 C씨가 사용하다가 발생한 사고이고, 평소 차량의 관리상태로 보아 동 차량은 B씨의 개인용무로 사용할 수 있음이 예상되며 기명 피보험자의 묵시적인 승낙도 예견되므로 이 사건 사고로 사상한 피해자들에게 보험금을 지급할 책임이 있음.

(2) 피신청인의 주장

동 사고 차량은 B씨가 출·퇴근용으로 사용하도록 허락된 것은 사실이나 위 B씨와 그 친구들이 심야에 음주행락을 위하여 사용하던중 동해안으로 해돋이를 보러 가기 위해 사고차량 소유자와 관계없는 C씨가 운전중에 발생한 사고로서 피해자들은 무단운전중임을 알고 있었고, 차량소유자는 B씨에게 이 사건 차량을 출·퇴근용으로만 사용하도록 하였으며 이 사건 사고 발생후 사후승인도 하지 아니하고 있는 사실 등으로 보아 이 사건 사고는 차량소유자의 운행지배나 운행이익이 상실된 상태에서 발생한 것이므로 면책함이 타당함.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 무단운전을 알면서 동승한 피해자들에 대한 관계에 있어서 차량소유자의 운행자성 상실 여부임.

(1) 보험회사의 보상책임 요건

업무용자동차보험 보통약관 대인배상Ⅰ(책임보험) 제1조(회사의 보상책임)에 의하면 “우리회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 피보험자동차의 운행으로 인하여 남을 죽게 하거나 다치게 하여 자동차손해배상보장법 등에 의한 손해배상책임을 짐으로써 입은 손해를 이 약관에 따라 보상하여 드립니다”라고 규정하고 있음.

또한 동 약관 대인배상Ⅱ(책임보험초과손해) 제10조(회사의 보상책임)에 의하면 “회사는 피보험자가 피보험자동차를 소유, 사용, 관리하는 동안에 생긴 피보험자동차의 사고로 인하여 남을 죽게하거나 다치게 하여 법률상 손해배상책임을 짐으로써 입은 손해중

대인배상 I로 지급되는 금액 또는 피보험자동차가 대인배상 I에 가입되어 있지 아니한 경우에는 대인배상 I로 지급될 수 있는 금액을 넘는 손해를 이 약관이 정한 바에 따라 보상하는 책임을 집니다”라고 규정하고 있음.

따라서 이 사건 사고에 대한 보험회사의 보상책임은 손해배상책임의 주체가 운행자(피보험자)이어야 하고 이들 피보험자가 자동차손해배상보장법 등에 의하여 손해배상책임을 부담하는 사고임을 전제로 함.

(2) 차량소유자의 운행자성 상실 여부

자동차 사고에 의하여 손해배상책임의 주체가 되는 자는 운행자, 즉 사회통념상 당해 자동차에 대한 운행을 지배하여 그 이익을 향수하는 책임주체로서의 지위에 있는 자를 말하는 바, 앞서 살펴 본 바와 같이 보험회사의 보상책임은 운행자(피보험자)의 자동차손해배상보장법 등에 의한 손해배상책임을 전제로 하여 발생함. 동 사고는 승낙피보험자인 B씨가 출·퇴근용으로 사용하여야 할 차량을 유희를 목적으로 사용하던 중에 발생한 사고로서 이와 같이 승낙피보험자가 업무용차량을 허용된 범위를 이탈하여 운행하던 중에 사고를 야기한 경우 차량소유자의 운행자성의 상실 여부에 따라 보험회사의 보상책임 여부가 결정될 것임.

대법원은 차량소유자의 운행지배와 운행이익의 상실여부는 평소의 자동차나 그 열쇠의 보관 및 관리상태, 소유자의 의사와 관계없이 운행이 가능하게 된 경위, 소유자와 운전자의 인적관계, 운전자의 차량반환의사 유무, 무단운행후 소유자의 사후 승낙가능성, 무단운전에 대한 피해자의 인식유무 등 객관적이고 외형적인 여러사정을 사회통념에 따라 종합적으로 이를 판단하여야 하며, 특히 피해자가 무단운전자의 차량에 동승한 자인 경우에는 그가 무단운행의 정을 알았는지 여부가 자동차소유자의 운행지배 내지 운행이익의 상실 여부를 판단하는 중요한 요소가 된다고 판시³¹⁴⁾하고 있음.

또한 대법원은 “대구○○○○”상호가 새겨진 승합차를 업무용 및 출·퇴근용으로 사용하도록 허락받은 피보험자가 친구들을 만나 술을 마신후 △△시까지 놀러가기로 의기투합하여 허락피보험자의 친구가 운전하여 가던 중 사고가 발생한 사안에서 대법원은 허

314) 대법원 1997.7.8. 선고 97다15685 판결 등 참조.

락의 범위를 초과한 운행을 무단운행으로 보고 차량소유자의 업무와 전혀 관련이 없이 순전히 심야에 장시간의 음주행락을 목적으로 하여 이루어졌고, 더구나 사고 당시에는 허락피보험자가 주취로 안전운전이 불가능한 상태에 빠져 차량소유자와 관계가 없는 그의 친구가 역시 주취상태에서 대구 시내에서 상당히 거리가 떨어진 △△시를 향하여 이 사건 승합차를 운전해 가다가 사고를 야기하게 되는 등 그 일련의 운행경위도 상식적으로 이해하기 어려운 무모한 것인 점을 고려해 볼 때 적어도 이 사건 사고 당시에는 동승하여 피해를 입은 자에 대한 관계에서 차량소유자의 운행자성을 인정하기 어렵다고 판단한 바 있음.³¹⁵⁾

본건의 경우도, 아래와 같은 점을 종합해 볼 때 무단운전을 알면서 동승한 피해자들에 대한 관계에 있어서는 차량소유자는 운행지배와 운행이익을 상실하였다고 봄이 타당함.

① 이 사건 사고차량은 평소에 돈육배달용으로 사용되고 있는 차량으로서 출·퇴근시에 B씨가 사용하여 왔으며 출·퇴근 및 업무 외에는 사용하지 아니한 점.

② 차량열쇠는 차량소유자의 대표이사가 관리통제하고 주로 사무실에 보관하며 배달 등으로 운행이 있으면 차량열쇠를 내어주고 운행을 마치면 사무실에 반납하여 온 점.

③ B씨는 기명피보험자인 차량소유자로부터 출·퇴근용으로 사용을 허락받은 자에 불과하고 차량의 운행 및 보관·관리가 동인에게 전적으로 맡겨져 있는 것으로 보기에 어렵다는 점.

④ 이 사건 사고차량의 운행은 2000.5.6. 23:00경 기명피보험자의 피용자인 B씨가 업무를 마치고 퇴근한 후에 초등학교 또는 고교동창 관계에 있는 친구들과 함께 이곳 저곳을 배회하며 음주 등을 하다가 해당 지역에서 상당한 거리에 있는 동해안으로 놀러갈 목적으로 운행한 점.

⑤ 사고차량에 동승한 자들은 초등학교 동창 및 운전자의 고교동창생으로서 동 사고차량이 A사 소유차량이며 운전자가 음주상태인 점을 잘 알면서 동해안으로 해돋이 구경을 가기로 의기투합하여 무단운전에 가담하였다는 점.

⑥ 더욱이 사고당시 동 사고차량을 운전한 운전자 C씨는 차량소유자와는 전혀 관계가

315) 대법원 1994.9.23. 선고 94다9085 판결 참조.

없는 자이고, 차량소유자인 기명피보험자는 동 차량의 운행에 대하여 사후승인을 명시적으로 부인하고 있는 점.

라. 결 론

따라서 기명피보험자는 운행자성을 상실하였으므로 손해배상책임이 발생하지 아니하고 허락피보험자인 B씨 또한 무단운전중에는 피보험자로 보기 어려우므로 피보험자의 손해배상책임을 전제로 하는 피신청인의 보상책임은 없다고 할 것임.

1-9 무단운전에 동승한 피해자에 대한 차량소유자의 운행자책임 여부

[일부인용] 무단운전의 경우 평소 자동차 열쇠 관리상태, 소유자의 의사와 관계없이 운행이 가능하게 된 경위, 소유자와 운전자의 인적관계, 운전자의 차량 반환의사 유무, 무단운행 후 소유자의 사후 승낙가능성, 무단운전에 대한 피해자의 인식유무 등 여러 사정을 사회통념에 따라 종합적으로 평가하여 운행지배 및 운행이익의 상실여부를 판단하여야 하는 바, 사고차량을 운전한 운전자가 차량소유주의 종업원이었고, 신청인의子是 동료인 피보험자동차 운전자의 적극적인 권유에 의하여 동승하게 되었으며, 무단운전의 경위나 무단운전의 주행거리 및 주행시간 등 제반 정황에 비추어 볼 때 피보험자동차의 차량소유자가 운행지배나 운행이익을 완전히 상실하지 않았다고 보여짐.(2001.10.31. 조정번호 제2001-51호)

가. 사실관계

신청 외 A사의 사고차량은 2000.6.7. 업무용자동차보험(책임보험)으로, 신청인 차량은 1999.12.30. 개인용자동차보험에 가입됨.

2000.11.6. 02:45경 ○○시 소재 ○○사택 입구에서 기명피보험자의 종업원이 운전하던 사고차량이 시속 90킬로미터 속도로 커브길을 돌던중 진행방향 우측 전신주를 충격하여 동 차량에 동승한 신청인의 아들(B씨)이 우경비골 개방성분쇄골절 등의 병명으로 16주의 진단을 받은 사고가 발생함.

2000.12.1. 신청인은 피신청인과 본건 사고에 대한 손해배상 명목으로 금 12백만원에

합의하고 공증을 받음.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

피보험자동차 운전자(C씨)가 바람쐐려 가자고 계속적으로 권유하여 B씨가 수차례 거절 끝에 마지못해 피보험자동차에 동승하게 된 것이고, B씨의 적극적인 만류에도 불구하고 운전자(C씨)가 과속으로 주행하다가 이건 사고가 발생한 것으로서, B씨는 무단운전에 적극적으로 가담한 사실이 없음. 피보험자동차의 소유자가 B씨를 절도죄로 고소하고 차량수리비 4백만원을 변제하지 않으면 보험회사에 사고접수를 해주지 않겠다고 하는 상황에서, 피신청인이 치료비라도 일부 받을 수 있도록 해 줄테니 12백만원에 합의하자고 제의하여 합의하게 되었음. 피보험자동차에 부보된 책임보험금 치료비 한도액(15백만원)이나 후유장해보험금에 대하여 보상받을 수 있는 제도가 있다는 사실을 일체 알려주지 않았음.

B의 주민등록상 주소지가 신청인의 주소지와 다르고 ○○시에 있는 회사에서 일하고 있었지만 한달에 두세차례 본인의 집에 오고갔으며 조만간 집으로 복귀하겠다는 의사를 밝히고 있음에도, 피신청인이 본인과 동거하고 있는 자녀가 아니라며 무보험자동차에 의한 상해 보험금 지급을 거절하는 것은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

B씨가 무단운전임을 알면서도 피보험자동차에 동승하여 가다가 이건 사고가 발생하였고, 자동차불법사용의 죄명으로 처분된 점 등을 감안할 때, B씨가 자기를 위하여 피보험자동차를 운행한 자동차손해배상보장법상의 운행자에 해당된다고 볼 수 있음. 그럼에도 불구하고, 이건 합의당시 B씨의 형사상 혐의내용에 대한 확인이 어렵고 무단운전에 적극적으로 가담하였다는 것에 대한 명백한 입증이 곤란한 상태에서 면책주장을 위한 소송비용 등을 감안하여 신청인에게 책임보험 한도내에서 합의할 것을 제의하였고 신청인도 이에 응하여 2000.12.1. 상호 원만히 합의하게 된 것이고 공증까지 하게 된 것이므로 이 건 사고와 관련한 더 이상의 법률상 손해배상책임은 없음.

신청인과 B씨는 이미 4년이 넘게 부산과 울산에서 독립적인 경제생활을 영위하고 있고 주민등록상의 주소지도 다르게 되어 있으므로, B씨는 위 보통약관에서 정하고 있는 “기명피보험자의 동거중인 자녀”에 해당되지 아니함. 따라서, 무보험자동차에 의한 상해 보험금의 지급책임 또한 없음.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 차량소유자의 운행지배와 운행이익 상실여부 및 과실상계와 사고와 관련한 합의의 효력범위 등임.

차량소유자의 운행지배와 운행이익 상실여부 및 과실상계와 사고와 관련한 합의의 효력범위와 B씨를 무보험자동차에 의한 상해에서 정하고 있는 피보험자로 볼 수 있는지 여부에 대하여 살펴보건대, 피보험자동차 운전자가 차량소유자의 정당한 허락을 얻지 않고 무단 운행하다가 동 차량에 동승한 신청인의 자에게 발생한 상해사고로서, 이와 같이 무단운전에 동승한 자가 사상을 입은 경우 차량소유자가 운행지배 및 운행이익을 상실하지 아니하고 운행자로서의 손해배상책임을 부담하여야 하는지 여부가 쟁점임.

대법원은 “자동차소유자와 친인척, 고용관계 등 일정한 인적관계에 있는 자가 차량소유자의 의사에 반하여 무단운전한 경우 평소 자동차 및 그 열쇠의 관리상태, 소유자의 의사와 관계없이 운행이 가능하게 된 경위, 소유자와 운전자의 인적관계, 운전자의 차량 반환의사 유무, 무단운행후 소유자의 사후 승낙가능성, 무단운전에 대한 피해자의 인식 유무 등 객관적이고 외형적인 여러 사정을 사회통념에 따라 종합적으로 평가하여 운행지배 및 운행이익의 상실여부를 판단하여야 하고, 특히 피해자가 무단운전자의 차량에 동승한 경우에는 그가 무단운행의 정을 알았는지의 여부가 중요한 요소가 되는 것이지만, 피해자인 동승자가 무단운행에 가담하였거나 무단운행의 정을 알고 있었다고 하더라도, 그 운행경위나 운행목적에 비추어 당해 무단운행이 사회통념상 있을 수 있는 일이라고 설회할 만한 사정이 있는 경우에는 소유자가 운행지배와 운행이익을 완전히 상실하였다고 볼 수 없다”고 판시하고 있음.³¹⁶⁾

316) 대법원 1998.7.8. 선고 98다1072 판결 참조.

B씨가 무단운전의 정을 알고서도 무단운전자의 차량에 동승한 사실은 인정되나, 아래와 같은 사정을 종합할 때 본건 사고당시 자동차소유자가 운행지배와 운행이익을 완전히 상실하였다고 보기는 어려움.

① 피보험자동차는 자동차소유자 겸 기명피보험자와 동업관계에 있는 D씨가 평소에 주로 운전하였고, 동인과 함께 숙식하면서 고용관계에 있던 종업원(C씨)이 당시 허술하게 관리·보관되고 있었던 피보험자동차의 열쇠를 취득하여 무단운전에 이르게 된 점.

② 신청인의子是 같은 회사 동료인 피보험자동차의 운전자(C씨)의 적극적인 권유에 의하여 동승하게 된 사실에 비추어 볼 때 B씨가 무단운전에 적극적으로 가담하였다고 보기는 어려운 점.

③ 무단운전의 경위나 무단운전의 주행거리 및 주행시간 등 제반 정황에 비추어 무단운전자에게 차량반환 의사는 명백히 존재하였던 점.

한편, 피보험자동차의 차량소유자가 운행지배나 운행이익을 완전히 상실하지 않았으므로 피신청인에게 보험금지급책임이 인정된다고 할지라도, 본건 신청인의子在 무단운전의 정을 알면서 동승한 사정에 비추어 그 과실을 참작하되 과실비율은 손해액의 30%로 함이 상당하다고 할 것임.

또한, 자동차소유자가 운전자 책임을 지는지 여부가 불분명한 상황에서 신청인과 피신청인이 1,200만원에 합의하게 되었는데, 본건 합의가 나머지 손해배상청구권의 전부포기로 볼 수 있는지 여부가 문제됨.

합의 당시는 보험금지급책임의 존부가 불분명한 상황이었고, 치료비 및 향후 후유장애의 발생 등 손해의 범위를 정확하게 확인하기 어려운 상황에서 이루어진 사정에 비추어 부상보험금에 대한 합의로는 유효하나, 후유장애로 인한 손해까지를 포기하기로 한 합의라고 볼 수 없음. 대법원도 “합의가 손해발생의 원인인 사고 후 얼마 지나지 아니하여 손해의 범위를 정확히 확인하기 어려운 상황에서 이루어진 것이고, 후발손해를 예상하였더라면 사회통념상 그 합의금액으로는 화해하지 않았을 것이라고 보는 것이 상당할 만큼 손해가 중대한 것일 때에는 당사자의 의사가 이러한 손해에 대해서까지 그 배상청구권을 포기한 것이라고 볼 수 없다”고 판시하고 있음.³¹⁷⁾

또한, 신청인이 피신청인과 체결하고 있는 보험계약의 개인용자동차보험 보통약관 제 40조(피보험자) 제1항 제2호에 의하면 피보험자동차에 탑승중이 아닌 경우 “피보험자라 함은 기명피보험자, 그의 배우자, 기명피보험자 또는 그 배우자의 동거중인 부모 또는 자녀”라고 정하고 있음. 일반적으로 “동거”라 함은 사실상의 개념으로서 주민등록상 등 재된 주소지의 동일여부를 불문하고 일응 동일한 주거에서 일상생활을 함께하는 것을 말하는 것이고, 실질적인 기준으로서는 기거침식 등을 함께 하고 있는지, 생활의 안정성 및 정주성(定住性)이 있는지, 생활관계의 통제와 보호가 미치는 범위에 있는지, 경제적인 독립성 여부 등을 종합적으로 고려하여야 할 것임.

피신청인은 B씨가 가출상태에 있으면서 독립적인 경제생활을 영위하였으므로 해당약관에서 정한 피보험자에 해당하지 않는다고 주장하나, B씨가 일시적인 가출상태에 있었다고 할지라도 당시 만17세의 미성년자로서 1달에 두세번 정도 왕래하여 용돈을 받은 사실에 비추어 신청인과 경제적으로 독립된 생활을 영위하였다고 보기 힘들고, 실질적으로 친권자인 신청인의 생활통제가 미치는 범위에 있었다고 볼 수 있으므로 위 약관에서 정한 피보험자에 해당된다고 판단됨.

약관 제38조(회사의 보상책임) 제2항은 회사는 무보험자동차에 의한 사고로 피보험자가 입은 손해액이 대인배상Ⅰ이나 대인배상Ⅱ에 의하여 보상받을 수 있는 금액을 초과한 경우에는 그 초과액에 대해서 보상한다고 규정하고 있음. 신청인은 대인배상Ⅰ을 초과한 손해에 대하여 보상받을 수 있으나, 당시 신청인은 피신청인과 부상보험금에 대하여는 합의한 사실을 인정할 수 있으므로, 대인배상Ⅰ을 초과한 후유장해보험금에 대하여만 본건 약관에 의하여 보상을 받을 수 있음.

라. 결 론

당사자간의 합의로 후유장해로 인한 손해까지를 포기하였다고 볼 수 없고, B씨는 기명피보험자(신청인)의 동거중인 자녀에 해당하므로 피신청인은 해당약관에서 정한 바에 따라 B씨의 과실 30%를 참작한 후유장해보험금 지급책임이 존재하는 것으로 판단됨.

317) 대법원 1997.4.11. 선고 97다423 판결 참조.

1-10 절취차량의 사고에 대한 차량 보유자의 손해배상책임 유무

[기각] 차량 보유자는 피보험차량을 절취 당한 때 이미 피보험차량에 대한 운행지배와 운행 이익을 상실하였다고 보아야 할 것이며, 피보험차량이 절취 당시 시동이 켜진 상태였다고 해도 차량 보유자가 절취운전을 용인하였다고 평가할 정도의 과실이 있다고 볼 수 없고, 또한 피보험차량을 관리함에 있어 민법상 불법행위책임을 부담시킬만한 과실이 있다고 보기도 어려운 바, 차량 보유자에게 자동차손해배상보장법 및 민법에 따른 손해배상책임이 있다고 보기 어려움.(2008.2.26. 조정번호 제2008-14호)

가. 사실관계

보험계약자 겸 기명피보험자인 차량 보유자는 피보험차량에 대하여 2006.11.13. 피신청인과 업무용 자동차보험계약을 체결함.³¹⁸⁾ 차량 보유자는 피보험차량에 활어를 싣고 다니면서 회를 썰어 판매하는 사람으로서, 2007.11.6. 18:50경 ○○아파트 입구에서 피보험차량의 시동을 켜 채로 운전석 옆 적재함에서 회를 썰어주는 일을 하던중, 인근 가게에서 칼을 들고 경찰과 대치하며 난동을 부리던 사고자가 피보험차량을 절취하여 달아나다가 사고지점으로부터 40km 정도 떨어진 ◇◇시장 앞에서 신청인이 운전하던 ○○교통 소유의 영업용택시 등을 충격하고, 도주하던 중 경찰관 총에 맞아 사망함.

절취 당시 피보험차량은 수조에 있는 활어에 산소를 공급하고, 조명을 밝히기 위하여 시동을 켜놓은 상태였음.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

피보험차량의 보유자가 피보험차량에 시동을 걸어 놓은 상태에서 동 차량 운전석 옆 적재함에서 회를 썰어 주던 중에 사고자가 그 차량을 절취하였으므로 차량 보유자가 해당 차량을 부주의하게 관리한 책임이 있는 바, 차량 보유자에게 손해배상책임이 발생함.

318) 담보종목: 대인배상Ⅰ, 대인배상Ⅱ 무한, 대물배상 등.

(2) 피신청인의 주장

동 사고는 차량 보유자가 피보험차량에서 회를 썰어 주던 중 차량보유자와 아무런 인적 관계도 없는 사고자가 흥기를 들고 사고차량을 절취하여 운전하다가 발생한 사고로서, 동 사고가 피보험차량에 대한 차량 보유자의 운행지배와 운행이익이 단절된 상태에서 발생하였고, 또한 사고자가 흥기를 들고 있어 사고차량의 시동을 끄고 열쇠를 수거하는 등의 조치를 취하기 어려운 상황이었는바, 차량보유자에게 손해배상책임이 발생하지 아니함.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 “절취차량에 대한 차량 보유자의 손해배상책임 존재 여부”라 할 것임.

(1) 보험약관

자동차보험 보통약관에 의하면 “보험회사는 피보험자가 피보험자동차를 소유, 사용, 관리하는 동안에 생긴 피보험자동차의 사고로 인하여 남을 죽게 하거나 다치게 한 때 또는 남의 재물을 없애거나 훼손한 때에 법률상 손해배상책임을 짐으로써 입은 손해를 보상한다. 다만, 대인배상 I 은 자동차손해배상보장법에 의한 손해배상책임에 한한다”라고 규정함.

(2) 절취차량의 사고에 대한 차량 보유자의 손해배상책임 유무

판례는 “자동차사고로 인한 손해배상청구사건에서 자동차손해배상보장법이 민법에 우선하여 적용되어야 할 것은 물론이지만 그렇다고 하여 피해자가 민법상의 손해배상청구를 하지 못한다고는 할 수 없다.”라고 판시³¹⁹⁾하고 있는 바, 동 건과 관련하여 손해배상책임 여부를 판단하기 위해서는 자동차손해배상보장법과 민법에 대하여 배상책임 존재 여부를 검토하여야 할 것임.

판례는 “절취운전의 경우에는 자동차 보유자는 원칙적으로 자동차를 절취당하였을 때

319) 대법원 1988.3.22. 선고 86다카2747 판결 참조.

에 운행지배와 운행이익을 잃어 버렸다고 보아야 할 것이고, 다만 예외적으로 자동차 보유자의 차량이나 시동열쇠 관리상의 과실이 중대하여 객관적으로 볼 때에 자동차 보유자가 절취운전을 용인하였다고 평가할 수 있을 정도가 되고, 또한 절취운전 중 사고가 일어난 시간과 장소 등에 비추어 볼 때에 자동차 보유자의 운행지배와 운행이익이 잔존하고 있다고 평가할 수 있는 경우에 한하여 자동차를 절취당한 자동차 보유자에게 운행자성을 인정할 수 있을 것이다.”라고 판시³²⁰⁾하고 있는 바, 동 건의 경우 차량 보유자는 피보험차량을 절취 당한 때 이미 피보험차량에 대한 운행지배와 운행이익을 상실하였다고 보아야 할 것이며, 피보험차량이 절취 당시 시동이 켜진 상태였다고 해도, ① 수조에 있는 활어에 산소를 공급하고 조명을 밝히기 위하여는 불가피 하였다는 점, ② 차량보유자가 운전석 옆 적재함에서 회를 썰고 있어서 피보험차량을 언제라도 관리·지배할 수 있는 범위내에 있었던 점, ③ 피보험차량 주위에 회를 구입하려는 사람이 다수 있고, 사고자가 경찰관 및 소방관과 대치하고 있어 사고자가 피보험차량을 절취할 것이라고는 예상하기 어려웠던 점, ④ 사고자가 복부 등에서 피를 흘리며 흉기를 들고 있어 사고자의 피보험차량 절취를 막기 어려웠던 점 등을 고려할 때 차량 보유자가 절취운전을 용인하였다고 평가할 정도의 과실이 있다고 볼 수 없고, 또한 피보험차량을 관리함에 있어 민법상 불법행위책임을 부담시킬만한 과실이 있다고 보기도 어려운 바, 차량 보유자에게 자동차손해배상보장법 및 민법에 따른 손해배상책임이 있다고 보기는 곤란하다 할 것임.

라. 결 론

그렇다면 본 건과 관련하여 피신청인은 신청인에게 발생한 손해를 보상할 책임이 없다 할 것임.

1-11 형의 차량을 주로 사용하는 자가 자동차손해배상보장법상 타인 해당 여부

[기각] 「자동차손해배상보장법」에서 규정된 손해배상책임의 대상인 “다른 사람”이란 “자기를 위하여 자동차를 운행하는 자 및 당해 자동차의 운전자를 제외한 그 이외의 자”를 의미하는

320) 대법원 1998.6.23. 선고 98다10380 판결 참조.

바, 본 건의 경우 신청인이 경기도내 광범위한 지역에서 상당한 기간에 걸쳐 자동차를 운전한 점, 사고자동차의 사용을 허락한 피보험자는 신청인의 친형이므로 사고 당일에는 운전자 A씨에게만 사용을 허락하였다고 볼 만한 이유가 없는 점 등을 고려하면 신청인을 손해배상책임 대상인 “타인”으로 볼 수 없음.(2008.12.23. 조정번호 제2008-98호)

가. 사실관계

○○기업(대표: 신청인의 친형)은 2008.7.16. 피신청인과 업무용자동차보험계약을 체결함.³²¹⁾ 2008.8.17. 신청인 등 4명은 상기 피보험자동차로 충남 소재 모 해수욕장에서 당일 장사를 끝내고, 4명 중 A씨가 동 자동차(이하 “사고자동차”라 함)를 운전하여 숙소로 돌아가던 중 충돌사고가 발생하여 조수석에 탑승 중이던 신청인이 부상을 입어 피신청인에게 “자기신체사고” 담보가 아닌 “대인배상 I,Ⅱ” 담보에 따른 보험금을 청구하였음.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

사고 당시 운전자는 피보험자 “○○기업 소속” 직원인 A씨이고, 자신은 조수석에 탑승하였으므로, 피신청인은 “자기신체사고” 보험금이 아닌 “대인배상 I,Ⅱ” 담보에 따른 보험금을 지급하여야 함.

(2) 피신청인의 주장

운전자 A씨의 사고 직후 진술에 따르면, 신청인은 보험계약자 ○○기업 대표이사의 친동생으로서, 동 사고자동차는 신청인이 친형의 허락을 받고 평소에 업무중이나 개인용으로 많이 사용하였으며, 사고 즈음에는 모 해수욕장에서 휴가 겸 팔빙수 장사를 하던 중이었다고 하고, 신청인도 자신이 확인한 “사고확인서”에서, 자신이 친형의 허락을 받아 차량열쇠를 직접 관리하면서 출·퇴근용으로 사용하고 있었는데, 사고 즈음에는 회사일이 없어 해수욕장에 장사를 하기 위하여 간 것이고, 사고 당일에는 일을 마치고 숙소로 가던 중에 피곤해서 A씨가 운전을 하도록 하였다고 진술하고 있음.

321) 담보종목 : 대인배상 I, 대인배상Ⅱ, 자기신체사고, 자기차량손해 등.

평소에 신청인이 동 사고자동차를 주로 관리·사용하였다는 진술을 뒷받침하는 사실로서, 신청인이 2007.11월 경기도 ◇◇시에서 동 자동차 운행 중 사고가 발생하여 보상을 받은 적이 있으며, 2007.12월에는 경기도 △△지역에서 시동불능으로, 2008.6월에는 경기도 ▽▽지역에서 잠금장치 해제를 위하여, 2008.7월에는 충남 ○○지역에서 배터리 방전으로 세 차례 “긴급출동서비스”를 직접 요청한 사실이 있음.

따라서 상기 사실들로 미루어 신청인은 상당 기간 사고자동차를 운행하여 온 것으로 추정되는 바, 신청인은 “자기를 위하여 동 피보험 자동차를 운행하는 자”에 해당되므로 “대인배상 I,Ⅱ” 담보가 아니라 “자기신체사고” 담보에서 보상함이 타당함.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 신청인이 “자기를 위하여 자동차를 운행하는 자”가 아닌 보험약관에서 정한 “타인(他人)”에 해당하는지 여부라 할 것임.

(1) 타인성(他人性) 인정 여부

「자동차손해배상보장법」 제3조에 규정된 손해배상책임의 대상으로서 “다른 사람”이란 “자기를 위하여 자동차를 운행하는 자 및 당해 자동차의 운전자를 제외한 그 이외의 자”를 의미하고, “자기를 위하여 자동차를 운행하는 자”란 “사회통념상 자동차에 대한 운행을 지배하고 그 이익을 가지는 자”를 의미함.

이 건의 경우, 경기도 내 광범위한 지역에서 상당한 기간에 걸쳐 자동차를 운전하고 사고를 당하거나 긴급출동서비스를 요청한 자는 신청인이라는 점, 사고자동차의 사용을 허락한 피보험자는 신청인의 친형이므로 사고 당일에는 운전자 A씨에게만 사용을 허락하였다고 볼 만한 이유가 없는 점 및 신청인 본인과 A씨의 진술 등을 종합적으로 고려하면, 비록 신청인이 사고 당시에는 조수석에 탑승하고 있었다고 하더라도, 신청인은 피보험자인 형으로부터 동 자동차를 빌려서 상당기간 운행하면서 “동 자동차에 대한 운행을 지배하고 운행이익을 갖는 자”, 즉 “운행자”에 해당된다고 판단함에 무리가 없음

설령 신청인과 A씨가 공동으로 운행의 허락을 받았다고 하더라도, 운전자 A씨의 운행지배 및 운행이익이 신청인의 운행지배 및 운행이익 보다 주도적이거나 직접적이라고

볼 만한 이유도 없음.

(2) 사고확인서 허위작성 주장에 관하여

신청인은 자신의 사고확인서 작성경위에 관하여, 피신청인측 직원이 허위내용을 기재한 후 신청인의 손을 잡아 강제로 손도장을 찍게 하여 작성된 것이라고 주장하나, 피신청인은 치료중인 신청인이 확인서를 직접 작성하기 곤란하므로 신청인의 답변내용을 피신청인측 직원이 대필한 후 신청인이 손도장을 찍고 확인서를 작성하였는데, 그 후에 병실에 도착한 신청인의 친형이 확인서의 내용이 사실과 다르다고 항의하여 이미 작성된 확인서를 폐기하고 다시 내용을 기재한 후 신청인의 친형 및 신청인이 내용을 확인하고 신청인이 손도장을 찍어 작성된 것으로서, 피신청인은 사고확인서가 강요에 의해 작성되었다는 신청인의 주장은 사실무근이라고 주장하는 바, 최초 진술내용대로는 “대인배상 I,Ⅱ” 담보에 해당되지 않는다는 사실을 인지하게 된 신청인이 그 이후 진술에서 자신에게 유리한 방향으로 진술을 변경할 가능성을 배제할 수 없고, 동 사고확인서가 병원이라는 장소에서 친형의 입회하에 작성된 점 및 운전자 A씨가 작성한 진술서 등을 종합적으로 고려하면 신청인이 운전자라는 취지로 작성된 “사고확인서”의 내용을 신뢰하지 않을 만한 특별한 사유가 없음.

라. 결 론

신청인은 사고 당시 사고자동차에 대한 운행을 지배하고 운행이익을 갖는 운전자에 해당된다고 할 것이므로, “대인배상 I,Ⅱ” 담보에 해당되지 않는다는 피신청인의 주장은 그 이유가 있어 신청인의 청구를 기각함.

1-12 피해자가 동업자로서 자동차손해배상보장법상 공동운행자에 해당 여부

[기각] 피해자가 피보험차량 적재함에서 작업중 추락하여 상해를 입었는데, 신청인은 피해자와 공동으로 고물상을 운영하면서 그 수익을 분배해왔고, 피해자가 고철, 비철 운반용으로 피보험차량을 주로 사용해 왔으며, 사고당일에도 피해자가 피보험차량 운전자를 일용인부로

고용하여 작업지시를 내렸던 점 등을 종합적으로 고려할 때, 피해자는 피보험차량에 대한 운행이익 및 운행지배가 인정되는 바, 「자동차손해배상보장법」상 “공동운행자”에 해당되어 “다른 사람”이 아니므로 피신청인에게 보상책임이 없음.(2009.4.28. 조정번호 제2009-44호)

가. 사실관계

보험계약자는 A씨는 재활용 고철 도소매업을 운영하면서, 2008.11.12. 피신청인과 업무용자동차보험계약을 체결함.³²²⁾

2008.11.25. 작업장내에서 피보험차량의 적재함에 탑승하여 작업을 하던 피해자 C씨가 그의 피용인인 운전자 D씨에게 차량을 빼라고 하여 차량이 앞으로 움직이다가 C씨가 적재함에서 추락한 사고 발생하여 신청인이 대인배상금을 신청하였으나 피신청인이 대인배상금 지급은 거절하고 자기신체사고보험금이 지급가능하다고 안내함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

피해자 C씨와는 평소 일을 도와주고, 수익을 분배하는 관계이긴 하나, 동업자의 지위에 있다고 보기 어렵고, 자동차보험계약 체결을 포함한 차량의 소유 및 관리에 소요되는 유류대, 수리비용, 자동차세 등의 제비용을 전적으로 신청인이 부담하였으며, 사고당시에도 본인 없이 C씨가 피용인 D씨와 함께 작업을 수행하던 중 동 사고가 발생한 것이므로 피신청인은 “대인배상 I, II”에 따른 보상을 해야 함.

(2) 피신청인의 주장

신청인은 남편 B씨가 사망한 이후 남편이 운영하던 재활용고철 도소매업을 이어받아 C씨와 공동으로 운영하였고, 피해자 C씨가 “A자원”이라는 상호로 사업자등록을 내고 신청인과 공동으로 재활용 고철 도소매업을 하면서 수익을 분배하는 관계에 있었던 점, 신청인은 운전을 하지 못하고, 평소에도 C씨가 전적으로 차량을 사용한 것으로 보여지

322) 담보내용 : 대인배상 I, 대인배상 II, 대물배상, 자기신체사고, 무보험자동차에 의한 상해.

는 점, 사고 당일 인력업체를 통하여 C씨가 운전자 D씨를 일용인부로 고용하여 운전을 교대로 하면서 전체적인 작업지시를 내리고 있었던 점 등을 종합하면, 피해자 C씨는 약 관상 “승낙피보험자”에 해당하므로 “대인배상Ⅱ” 책임이 존재하지 아니하고, 자동차손해 배상보장법상으로도 “진정 공동운행자”의 지위에 해당하여 타인으로 볼 수 없어 “대인 배상Ⅰ” 책임도 존재하지 않으므로, 해당 사고에 대하여는 자동차보험 약관에 따른 자기 신체사고 보험금을 지급하는 것이 타당함.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 피해자 C씨를 자동차손해배상보장법상 “공동운행자”로 인정하지 않고 대인배상금을 지급해야 하는 지 여부임.

(1) 관계법규

「자동차손해배상보장법」에 의하면 “자기를 위하여 자동차를 운행하는 자는 그 운행으로 다른 사람을 사망하게 하거나 부상하게 한 경우에는 그 손해를 배상할 책임을 진다”고 규정되어 있음.

(2) 쟁점 검토

신청인은, C씨가 자동차손해배상보장법상 “다른 사람”에 해당되므로 피신청인은 본 건 자동차보험계약에 따라 “대인배상Ⅰ,Ⅱ”에서 보장해야 한다고 주장하나, 아래와 같은 이유로 신청인의 주장을 인용하기 어려움.

① 이 건 피해자 C씨가 사고당시 운전자 D씨의 확인서(2008.12.12. 작성)와 신청인의 확인서(2008.12.17. 작성) 등에 의하면, 신청인은 남편 사망후 남편이 운영하던 재활용 고철 도소매업을 C씨와 공동으로 운영(사업자등록은 C씨 명의)하면서 그 수익을 분배하여 왔던 점, ② 피보험차량의 자동차보험료, 유류비 등 차량경비와 관련하여 C씨는 신청인이 전부 부담하였다고 주장하는 반면 신청인은 운영수익에서 차량경비를 차감한 후 수익을 분배하였다고 진술하고 있으나, 통상 동업자 관계에서는 운영수익에서 운영경비를 차감하는 것이 일반적이므로 본 건의 경우에도 공동으로 차량경비를 부담한 것으로 보여지는 점, ③ 상기 도소매업 운영과 관련하여 C씨가 고철, 비철 운반용으로 피보험차량

을 주로 사용해왔고, 사고당일에도 C씨가 피보험차량 운전자 D씨를 일용인부로 고용하여 작업지시를 내렸던 점 등을 종합해서 보건대, 피보험차량에 대한 C씨의 운행이익 및 운행지배가 인정되어 C씨는 신청인과 함께 “공동운행자”에 해당되고 또한 사고당시 C씨가 피보험차량에 대해 신청인보다 더 직접적, 구체적, 현재적 지배를 행사한 것으로 보여지는 바, C씨는 「자동차손해배상보장법」상 “다른 사람”이 아니어서 피신청인에게 “대인배상 I,Ⅱ”의 책임이 발생하지 아니함.

라. 결 론

따라서 본 건 사고 피해자 C씨에 대해 “대인배상 I,Ⅱ”의 보상을 구하는 신청인의 청구는 그 이유가 없어 기각함.

1-13 대리운전자가 교통사고를 발생시킨 경우 차량소유자의 책임부담 여부

[기각] 자동차의 소유자가 유상의 대리운전계약을 체결하고 대리운전자에게 자동차를 운전하게 하였다고 하더라도 당해 자동차의 객관적, 외형적으로 자동차의 운행지배와 운행이익을 가지고 있으므로, 제3의 피해자가 자동차의 소유자를 상대로 손해배상을 청구할 경우 자동차 소유자가 그 운행지배와 운행이익을 부인할 수 없음.(2010.6.29. 조정번호 제2010-56호)

가. 사실관계

신청인 B씨는 2006.4.15. 피신청인과 자동차보험계약을 체결하였음. 2007.3.27. B씨가 대리운전자 C씨(대리운전자보험 미가입)에게 운전을 의뢰한 후 본인 소유차량 조수석에 타고 가던 중 A씨가 탑승한 차량과 충돌하는 사고가 발생(B씨는 12주 진단의 상해를 입음)하였음.³²³⁾

나. 당사자의 주장

323) 과실비율 : 80%(B씨 차량) 대 20%(A씨 차량)

(1) 신청인의 주장

신청인은 대리운전의 의뢰인으로서 특별한 사정이 없는 한 운전행위에 개입할 여지가 없는 단순 동승자로서 과실이 없으며, 대리운전자(C씨)와 상대방 운전자(A씨)는 신호등이 없는 교차로에서 사고를 야기하여 신청인에 대하여 손해를 발생케 하였는 바, 이는 공동불법행위에 해당되므로 A씨가 자동차보험을 가입한 피신청인은 신청인에 대하여 손해액을 전액배상하고 대리운전자에게 구상하여야 할 것임.

(2) 피신청인의 주장

가해자인 신청인이 대리운전을 의뢰하였다고 하더라도 운행자성이 인정되므로 신청인과 대리운전자가 80%의 책임을 부담하고 피해자인 피신청인측은 20%의 책임만을 부담하는 것이 타당함.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 차량의 소유자가 대리운전을 의뢰하여 사고가 발생한 경우 차량소유자가 운전자로서의 책임을 부담하는 지 여부라 할 것임.

(1) 관련 법규

자동차손해배상보장법 제2조(정의)에 의하면 “운행”이란 사람 또는 물건의 운송 여부와 관계없이 자동차를 그 용법에 따라 사용하거나 관리하는 것을 말한다고 규정함.

(2) 쟁점검토

자동차 소유자가 대리운전을 의뢰하여 사고가 발생한 경우 자동차 소유자의 운행지배와 운행이익의 상실여부는 자동차 소유자와 대리운전자의 관계(내부적 관계)에 해당되는지 또는 자동차 소유자와 제3자의 관계(외부적 관계)에 해당되는지에 따라 달리 결정되는 바, 대리 운전업자와 자동차의 소유자 또는 보유자 사이에서는 대리운전계약이 전제되고 이는 대리운전업자가 자동차의 소유자 또는 보유자에 대한 관계에서 일정한 대가를 받고 목적지까지 자동차를 안전하게 운전해야할 의무를 부담하는 유상계약이므로 택시운전수와 승객의 경우와 마찬가지로 대리운전업자만 그 운행지배 및 운행이익을 가

지게 된다고 할 것이어서³²⁴⁾ 자동차 소유자와 대리운전자 간의 내부적 관계에서는 대리운전자만이 모든 책임을 부담하고 자동차 소유자에게 책임의 분담을 요구할 수 없다³²⁵⁾고 할 것임.

그러나, 자동차의 소유자가 유상의 대리운전계약을 체결하고 대리운전자에게 자동차를 운전하게 하였다고 하더라도 제3자인 피해자에 대한 관계에서는 객관적, 외형적으로 위 자동차의 운행지배와 운행이익을 가지고 있으므로, 피해자가 자동차의 소유자 또는 보유자를 상대로 손해배상을 청구할 경우 자동차 소유자 또는 보유자가 그 운행지배와 운행이익을 부인할 수 없음.³²⁶⁾

따라서, 동 건의 경우에 있어서도 가해차량의 소유자인 신청인이 2007.3.27. 대리운전자(C씨)에게 대리운전을 의뢰하고 동 대리운전자의 과실로 사고가 발생하였더라도, 피해자인 A씨에 대한 관계에 있어서는 자동차의 소유자 또는 보유자가 위 자동차의 운행지배와 운행이익을 가지고 있다고 보아야 할 것이므로, 동 교통사고로 인한 차량소유자인 신청인의 손해배상액을 정함에 있어, 대리운전자(C씨)의 과실비율을 그대로 적용함이 피해자(A씨)와의 형평성에 비추어 타당하다 할 것임.

라. 결 론

그렇다면, 피해자(A씨)의 과실비율만큼만 손해배상책임을 부담하여야 한다는 피신청인의 주장은 부당하다고 보기 어려움.

324) 대법원 2005.9.25. 선고 2005다25755 판결 참조.

325) 대법원 2008.3.27. 선고 2008다2616 판결 등 참조.

326) 대법원 2008.3.27. 선고 2008다2616 판결 등 참조.

제3절 대물배상

1-14 피보험자와의 사용자 관계 인정 여부[1]

[기각] 자동차보험약관상 사용자는 도급계약, 위임계약 또는 이들과 유사한 계약에 기하여 기명피보험자의 사용자에 준하는 지위에 있는 자를 포함하므로 사용관계는 지휘, 감독관계에 있으면 족하다 할 것이고, 사용 관리하는 재물은 피보험자 또는 피보험자의 사용자 등이 자기 소유의 물건에 준하는 정도로 사용·수익 또는 지배·관리를 하는 관계에 있는 경우를 말한다 할 것임.(2004.10.26. 조정번호 제2004-61호)

가. 사실관계

신청인은 20013.12.4. 피보험자를 A씨로 하여 피신청인과 영업용자동차보험계약을 체결함. 신청외 ○○기업(주)는 기명피보험자인 A씨로부터 위 굴삭기를 임차하여 자사의 지휘·감독하에 A씨로 하여금 이를 운전하게 하였는데, 2004.5.27. 17:00.경 굴삭기를 운전하다가 천공기를 충격하여 파손시킴.

위 천공기는 ○○기업(주)가 신청외 B씨으로부터 임차한 장비로, 월인건비 180만원, 장비임대료 500만원 및 오일 및 경유비용을 ○○기업(주)가 부담함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

이 건 사고는 기명피보험자가 굴삭기를 운행하던 중 타인의 장비를 손상시킨 것이므로 피신청인은 이에 대한 보험금 지급책임을 져야 하고, 피신청인이 영업용 자동차보험 약관의 면책 조항에 대해 설명을 하지 아니하였으므로 보상책임이 없다고 주장함은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

기명피보험자가 피보험자동차인 굴삭기를 운행하던 중 파손시킨 재물은 피보험자의

사용자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물이므로 영업용자동차보험약관의 면책규정에 따라 보상책임이 없음.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 위 사고로 생긴 손해가 피보험자의 사용자가 소유, 사용, 관리하는 재물에 생긴 손해인지 여부임.

(1) 약관규정

영업용자동차보험약관 대물배상 규정에 의하면 “①피보험자 또는 그 부모, 배우자 및 자녀가 소유, 사용 또는 관리하는 재물에 생긴 손해 ② 피보험자가 사용자의 업무에 종사하고 있을 때 피보험자의 사용자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물에 생긴 손해는 보상하지 아니하고, 위 ②의 사항은 각각의 피보험자 모두에게 개별적으로 적용한다”고 규정하고 있음.

(2) ○○기업(주)이 기명피보험자의 사용자에 해당하는지 여부

자동차보험약관상 사용자는 도급계약, 위임계약 또는 이들과 유사한 계약에 기하여 기명피보험자의 사용자에 준하는 지위에 있는 자를 포함하므로 사용관계는 지휘, 감독관계에 있으면 족하다 할 것이고, 대법원에서도 이와 관련하여 “반드시 유효한 고용관계가 있는 경우에 한하는 것이 아니고 그 계약이 민법상의 고용계약이든 위임계약이든 또는 도급계약이든 그 형식에 관계없이 사실상 어떤 사람이 다른 사람을 위하여 그 지휘 감독 아래 그 의사에 따라 사무를 집행하는 관계”라고 판시³²⁷⁾한 바 있음.

이 건의 경우, ○○기업(주)이 피보험차량 운전자는 ○○기업(주)의 현장소장으로부터 작업 지시를 받고 그 작업을 진행하고 있었으므로 특별한 사정이 없는 한 피보험자와 ○○기업(주) 사이에는 사용관계가 성립된다 할 것이고, ○○기업(주)이 피보험자의 사용자로 인정되면 ○○기업(주)은 사용피보험자로서의 지위를 갖는다 할 것임.

(3) 피해 물품을 피보험자의 사용자인 ○○기업(주)이 사용, 관리하는 재물로 볼 수

327) 대법원 2003.12.26. 선고 2003다49542 판결 참조.

있는지 여부

자동차보험약관에서 본 건 관련 면책조항을 규정하고 있는 취지와 관련하여 대법원에 서는 “이와 같은 경우 배상책임을 지는 피보험자가 실제 그 가해자이거나 가해자를 지휘·감독하는 자일 경우에 그 재물에 대하여 생긴 손해와의 관계에서 그 피보험자는 그 재물의 피해자인 동시에 그 재물의 가해자가 되어 결국 피해 받을 권리와 피해를 배상 해 주어야 할 의무가 함께 발생하는, 즉 권리의 혼동과 비슷한 현상이 생겨 그 권리가 소멸하는 것과 같은 현상이 생겨 책임보험으로써 보호되어야 할 보험이익이 크게 줄어들게 되고, 또 그와 같은 관계에서도 보상을 허용하게 되면 피보험자가 그 피해를 과장 하여 과도한 피해보상을 받게 되는 도덕적 위험을 방지하기 위한 것이다”라고 판시³²⁸⁾한 바 있음. 이러한 취지에 비추어 볼 때, 사용 관리하는 재물은 피보험자 또는 피보험자의 사용자 등이 자기 소유의 물건에 준하는 정도로 사용, 지배·관리를 하는 관계에 있는 경우를 말함.

본 건의 경우 피해물품 소유자인 B씨는 인건비, 장비임대료, 오일 및 경유비용을 ○○기업(주)이 부담하기로 하는 내용으로 계약을 체결하고, 작업현장에서 ○○기업(주) 현장소장의 지휘, 감독에 따라 피해물품이 사용되었다 할 것이므로 피해물품은 ○○기업(주)이 사용, 관리하는 재물에 해당되는 것으로 판단됨.

(4) 위 면책조항이 중요한 사항에 해당되어 설명의무의 대상이 되는지 여부

보험회사에게 명시·설명 의무가 인정되는 것은 어디까지나 보험계약자가 알지 못하는 가운데 약관의 중요한 사항이 계약내용으로 되어 보험계약자가 예측하지 못한 불이익을 받게 되는 것을 피하고자 하는데 그 근거가 있음³²⁹⁾.

그런데 피신청인이 신청인에게 위 면책조항을 설명하였다면 신청인이 이 사건 보험계약을 체결하지 않았으리라고 보이는 객관적 사정을 인정하기는 어려울 것으로 사료되고, 신청인은 1997년부터 현재까지 해마다 반복적으로 위 보험계약과 같은 내용의 보험계약을 체결했던 점 등에 비추어 보면 위 면책조항은 상법 제638조의3(보험약관의 교부·명

328) 대법원 1998.4.23. 선고 97다19403 판결 참조.

329) 대법원 2004.4.27. 선고 2003다7302 판결 참조.

시의무)상의 설명의무의 대상이 되는 중요한 사항이라 할 수 없다 할 것임.³³⁰⁾

라. 결 론

그렇다면 본건 사고는 영업용자동차보험의 면책조항인 ① 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물에 생긴 손해 ② 피보험자가 사용자의 업무에 종사하고 있을 때 피보험자의 사용자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물에 생긴 손해에 해당하는 바, 피신청인의 보험금 지급책임은 없는 것으로 판단됨.

1-15 피보험자와의 사용자관계 인정 여부[2]

[인용] 자동차보험 면책 약관상의 사용자는 도급계약, 위임계약 또는 이들과 유사한 계약에 기하여 기명피보험자의 사용자에 준하는 지위에 있는 자를 포함하므로 사용자관계는 지휘, 감독관계에 있으면 인정된다 할 것이나, 이 건 계약은 상법상의 순수 운송계약 즉, 운송이라는 일의 완성을 목적으로 하는 도급계약으로 이 건 사고 당시 신청인의 피보험자동차의 운행에 대해 ○○기업(주)가 사실상 지휘·감독하고 있지 않았을 뿐만 아니라 화물운송에 있어 운송인의 독립적인 운송 과정에 대해 송하인이 객관적으로도 지휘·감독을 하여야 할 지위에 있다고 하기도 어렵다 할 것임.(2004.12.21. 조정번호 제2004-75호)

가. 사실관계

신청인은 2004.2.17. 피신청인과 영업용자동차보험계약을 체결함. 신청인은 2004.3.10. 운송을 알선하는 ◇◇화물(주)로부터 경기도 소재 ○○기업(주)의 화물을 △△시로 운송하는 일³³¹⁾을 연락 받아 당일 16:40분경 ○○기업(주) 공장에 도착함.

○○기업(주) 공장에 도착한 신청인은 화물을 상차하기 위해 피보험자동차를 후진하던 중 공장내에 적재되어 있는 유리를 파손시켜 8백만원의 손해배상책임을 부담함.

330) 서울지방법원 1997.7.11. 선고 97나9085 판결 참조.

331) 신청인은 운임으로 ○○기업(주)으로부터 7만원을 수령기로 함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

운송계약에 있어서 화주는 운송업자의 사용자에게 해당한다 할 수 없고, 사고 당일에도 피보험자동차의 운행에 대해 화주로부터 지휘, 감독을 받은 사실이 없기 때문에 화주를 사용자로 인정하여 보상책임이 없다는 피신청인의 주장은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

피보험차량을 임차한 ○○기업(주)은 신청인의 사용자이므로 이 건 사고는 피보험자의 사용자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물에 입힌 손해에 해당되어 영업용자동차보험 약관의 면책규정에 따라 보상책임이 없음.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 화주가 운송인의 사용자에게 해당하는지 여부라 할 것임.

(1) 약관규정

영업용자동차보험약관 대물배상 규정에 의하면 “①피보험자 또는 그 부모, 배우자 및 자녀가 소유, 사용 또는 관리하는 재물에 생긴 손해, ② 피보험자가 사용자의 업무에 종사하고 있을 때 피보험자의 사용자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물에 생긴 손해는 보상하지 아니한다”고 규정하고 있음. 위 규정 제2항의 사용자는 도급계약, 위임계약 또는 이들과 유사한 계약에 기하여 기명피보험자의 사용자에 준하는 지위에 있는 자를 포함하므로 사용관계는 지휘, 감독관계에 있으면 인정된다 할 것임.

(2) ○○기업(주)이 피보험자의 사용자에게 해당하는지 여부

위에서 실시하고 있는 바와 같이 ○○기업(주)이 신청인의 사용자로 인정되기 위해서는 적어도 계약의 형식에 관계 없이 ○○기업(주)이 신청인을 지휘, 감독하는 관계에 있어야 하는데, 이 건 계약의 형태, 사고경위 등에 비추어 보면 ○○기업(주)은 신청인의 사용자의 지위에 있다고 보기 어려움.

신청인은 운송을 알선하는 ○○화물로부터 ○○기업(주)의 제품을 경기도 ▽▽에서 △△시로 운송하는 일을 연락 받고 ○○기업(주)과 위 구간에 대한 운송으로 운임 7만 원을 지급받기로 하였고, 운송 과정에서 노선이나 운행방법 등에 대하여 ○○기업(주)의 지시나 감독을 받기로 하였다고 볼 만한 다른 사정이 없다는 점에 비추어 보면, 이 건 계약은 상법상의 순수 운송계약으로 판단되며, 운송계약은 운송이라는 일의 완성을 목적으로 하는 도급계약이라 할 수 있음.

물론 도급계약에서도 도급인이 수급인을 실질적으로 지휘·감독하는 관계가 존재할 수도 있지만, 일반적으로 도급에서 수급인은 도급계약에서 정해진 일을 자기의 판단에 따라 완수할 의무를 질 뿐이고, 도급인이 수급인을 지휘·감독하는 관계에 있지는 않으며, 이 건 사고 당시 신청인의 피보험자동차의 운행에 대하여 ○○기업(주)이 사실상 지휘·감독하고 있지 않았을 뿐만 아니라 화물운송에 있어 운송인의 독립적인 운송 과정에 대하여 송하인이 객관적으로도 지휘·감독을 하여야 할 지위에 있다고 하기도 어렵다 할 것임.

한편, 피신청인은 이 건 사고장소가 ○○기업(주)의 지배영역에 속한 곳이고, 진입에 통제를 받는다는 이유로 신청인이 ○○기업(주)의 지휘·감독을 받는다고 주장하고 있으나, 운송계약에서는 운송인이 계약에 따라 운송을 실행하기 위하여 송하인에 대하여 운송물의 인도를 청구할 수 있는 권리가 있고, 송하인은 운송물의 인도에 대하여 협력의무를 부담한다고 할 것인 바, 이러한 운송계약의 본질에 비추어 보면 피신청인의 주장은 이유 없다 할 것임.

라. 결 론

그렇다면 ○○기업(주)은 화물의 운송을 의뢰한 화주에 불과할 뿐 신청인을 지휘·감독하는 사용자의 위치에 있다고는 볼 수 없으므로 피신청인은 신청인이 ○○기업(주)의 재물을 파손시켜 법률상 손해배상책임을 짐으로써 입은 손해를 보상함이 타당하다고 판단됨.

[기각] 신청인측이 공장건물을 철거할 목적으로 피보험자동차인 타이어식 굴삭기를 철거현장에 투입하여 건물을 철거하던 중에 운전자의 부주의로 피보험자동차의 후미가 공사현장의 담을 충격하여 담 밖에 주차되어 있던 차량 6대가 파손되었는 바, 이는 당해 보험약관의 면책규정인 “피보험자가 피보험자동차를 공사수행을 위하여 사용 또는 관리하던 중 건물구조물의 붕괴, 도괴로 생긴 손해”에 해당된다 할 것임.(2006.4.25. 조정번호 제2006-22호)

가. 사실관계

신청인은 2005.7.10. 피신청인과 영업용자동차보험계약을 체결함. 신청인은 철거전문업체로 신청외 A사로부터 경기도 소재 A사의 공장부지 철거를 도급받아 2006.1.16. 공장의 일부분을 철거하고자 피보험차량이 작업에 동원되었고, 피보험차량 운전자가 공장의 철거 작업에 앞서 피보험차량의 조정에 필요한 작업공간을 확보하던 중 피보험차량의 뒷부분으로 공장 담장을 충격하여 담이 붕괴되면서 담밖에 주차된 차량 6대가 파손되는 사고가 발생함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

이 건 사고는 굴삭기의 운전자가 공장 철거 작업을 위해 굴삭기를 조정하다가 우연히 담장을 충격하여 담 밖에 주차된 차량을 파손시킨 것으로, 이는 자동차보험의 대물배상 규정에 따라 보상하여야 하는 손해에 해당함.

(2) 피신청인의 주장

당해 보험약관에서는 “피보험자가 피보험자동차를 공사수행을 위하여 사용 또는 관리하던 중 지하케이블, 도관, 기타 지하시설물을 파손한 경우 또는 지반의 침하로 생긴 손해 및 건물, 구조물의 붕괴 또는 도괴로 생긴 손해는 보상하지 않는다”라고 규정하고 있는 바, 이 건 사고는 피보험자동차가 공사수행을 위하여 사용하던 중 구조물을 붕괴시켜

발생한 손해이므로 약관의 면책규정에 의거 보상책임이 발생하지 않음.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 공장 철거 작업 중 담장 붕괴로 인한 손해가 자동차보험 대물배상 면책 조항인 “건물, 구조물의 붕괴 또는 도괴로 생긴 손해”에 해당하는지 여부라 할 것임.

(1) 약관 규정

당해 보험약관의 대물배상 보상내용에 의하면, “피보험자는 피보험자동차를 소유, 사용, 관리하는 동안에 생긴 피보험자동차의 사고로 인하여 남의 재물을 없애거나 훼손한 때에 법률상 손해배상책임을 짐으로써 입은 손해를 보상합니다”라고 규정하면서, 보상하지 아니하는 않는 경우로 “피보험자가 피보험자동차를 공사수행을 위하여 사용 또는 관리하던 중 지하케이블, 도관, 기타 지하시설물을 파손한 경우 또는 지반의 침하로 생긴 손해 및 건물구조물의 붕괴, 도괴로 생긴 손해”를 규정하고 있음.

(2) 이 건 사고가 면책사유에 해당하는지 여부

보험약관의 해석은 공정하고, 객관적으로 문언에 충실하게 이루어져야 하며, 문언은 평이하고 통상적인 의미로 해석하여야 할 것인 바, 당해 면책약관을 살펴보면, 피보험자가 피보험자동차를 공사수행을 위하여 사용 또는 관리하던 중 ①지하케이블, 도관, 기타 지하시설물을 파손한 경우 ②지반의 침하로 생긴 손해 ③건물구조물의 붕괴, 도괴로 생긴 손해는 보상하지 않는 경우로 규정하고 있는데, 자동차보험은 자동차의 운행위험으로 인한 손해를 보상하는 것으로 자동차가 공사에 사용되는 경우 공사위험에 따른 손해는 그 보상범위에서 제외된다 할 것이며, 이는 「자동차손해배상보장법 시행령」 제2조에서 정하고 있는 6종 건설기계(이들은 순수 건설기계라기보다는 자동차로서의 기능을 함께 가지고 있으며, 자동차 운행에 따른 위험도 다른 일반 자동차와 동일함)를 제외한 나머지 건설기계에 대해서는 자동차보험이 강제되어 있지 아니한 사실에서 더욱 분명해진다 할 것임.

이에 본 건 사고를 살펴보면, 신청인측이 공장건물을 철거할 목적으로 피보험자동차인 타이어식 굴삭기를 철거현장에 투입하여 건물을 철거하던 중에 운전자의 부주의로 피보

험자자동차의 후미가 공사현장의 담을 충격하여 담 밖에 주차되어 있던 차량 6대가 파손되었는 바, 이는 피보험자가 공사현장에서 피보험자자동차를 건설기계로 사용하던 중 건물 구조물을 붕괴, 도괴시켜 발생한 손해로서 당해 보험약관의 면책규정인 “피보험자가 피보험자자동차를 공사수행을 위하여 사용 또는 관리하던 중 건물구조물의 붕괴, 도괴로 생긴 손해”에 해당된다 할 것임.

라. 결 론

따라서 피신청인의 보험금 지급책임은 없다 할 것임.

1-17 화물차 적재함에서 옥수수를 삶던 중 근처 주차된 벤츠에 화기가 옮겨 붙어 훼손된 경우 대물배상책임 유무

[인용] 약관은 “피보험자가 피보험자자동차를 소유·사용·관리하는 동안에 생긴 피보험자자동차의 사고로 인하여 다른 사람의 재물을 없애거나 훼손하여 법률상 손해배상책임을 짐으로써 입은 손해를 보상합니다.”라고 정하고 있는데, 신청인은 이 사건 피보험자자동차를 소유·관리하였고, 당초 설계된 용법대로 차량 적재함을 물건(가스버너)을 올려놓는 용도로 사용하였으며, 그러던 중 가스버너 폭발이 주변 건물 및 벤츠E250 차량 훼손으로 이어져 이로 인하여 신청인이 건물 및 차량 소유주로부터 민법 제750조 등에 따른 배상책임을 지게 되었으므로 피신청인은 신청인에게 대물배상 보험금을 지급할 책임이 있음(2017.4.26. 조정번호 제2017-5호)

가. 기초 사실

(1) 보험계약의 체결

신청인은 보험계약자 겸 피보험자로서 피신청인과의 사이에 자신이 소유한 *** (LPG) 차량을 피보험자자동차(이하 ‘이 사건 피보험차량’이라 한다), 보험기간을 2016.1.20.부터 2017.1.20., 대물배상 가입금액을 2억원으로 하는 자동차종합보험계약을 체결하였다(이하 ‘이 사건 보험계약’이라 한다).

(2) 보험계약의 약관 등

이 사건 보험계약에 적용되는 보험약관(이하 ‘이 사건 보험약관’이라 한다) 등의 조항은 다음과 같다.

(3) 보험사고의 발생경위 등

신청인은 이 사건 피보험차량에 옥수수 등을 싣고 이동하여 노상에서 옥수수 등을 팔아 생계를 유지하는 자로서, 이 사건 사고 당일인 2016.10.30. 에도 당일 영업을 위한 준비 작업으로 자신이 거주하고 있는 경기 ○○시 ○○구 ○○동 소재 주차장에서 이 사건 피보험차량 적재함에 가스버너를 올려놓고 옥수수를 삶던 중 잠시 옷을 갈아입으러 집에 들어간 사이 가스버너의 불이 바람을 타고 근처 현수막에 옮겨 붙는 등 화재가 발생하여 이 사건 피보험차량이 전소되고³³²⁾, 1층 상가 창문 및 계랑기 등이 소실되었으며, 이 사건 피보험차량 옆에 주차되어 있던 벤츠E250 차량이 훼손되는 사고가 발생하였다(이하 ‘이 사건 사고’라고 한다). 이 사건 사고로 인한 피해금액은 1층 상가건물 유리창 교체비용 등이 1,000,000원, 벤츠E250 차량 수리비가 13,000,000원이다.

신청인은 이 사건 사고와 관련하여 피신청인에게 대물배상 보험금을 청구하였으나, 피신청인이 보험금 지급을 거절하므로 2016.11.18. 금융감독원에 이견 분쟁조정을 신청하였다³³³⁾.

나. 당사자 주장

신청인은 이 사건 보험약관이 대물보상에 대하여 “보험회사는 피보험자가 피보험자동차를 소유·사용·관리하는 동안에 생긴 피보험자동차의 사고로 인하여 다른 사람의 재물을 없애거나 훼손하여 법률상 손해배상책임을 짐으로써 입은 손해를 보상합니다.”라고 정하고 있고(제6조 제2항), 이 사건 사고는 신청인이 이 사건 피보험자동차를 소유·사용·

332) 이 사건 피보험차량은 이 사건 사고 이후 폐차되어 2016.11.16. 보험계약이 해지되었고, 피신청인은 자기차량 손해에 대해서보험금 2,220,000원을 지급하였다.

333) 신청인은 자비로 상가건물 수리비를 지급하였고, 벤츠E250차량 수리비는 해당 차량을 피보험차량으로 하는 보험회사가 보험처리를 하였으므로 향후 신청인에 대한 구상권 행사가 예정되고 있다.

관리하는 동안에 다른 사람의 재물을 훼손하여 법률상 손해배상책임을 지게 된 손해에 해당하므로 피신청인은 관련 보험금을 지급하여야 한다고 주장한다.

이에 대하여 피신청인은 신청인이 구조변경 신청을 한 사실이 없는 점, 이 사건 사고는 피보험자동차의 운송수단으로서의 본질이나 위험과 무관하고, 자동차 고유장치에 의하여 발생한 것이 아니라는 점 등을 이유로 보상책임이 없다고 주장하여 서로 다툰다.

다. 위원회 판단

본건 대물배상 보험약관 제6조 제2항은 “피보험자가 피보험자동차를 소유·사용·관리하는 동안에 생긴 피보험자동차의 사고로 인하여 다른 사람의 재물을 없애거나 훼손하여 법률상 손해배상책임을 짐으로써 입은 손해”에 대하여 피신청인이 대물배상 보험금을 지급한다고 정하고 있다. 위 약관 조항에서 피보험자인 신청인이 ‘이 사건 사고로 다른 사람의 재물을 훼손하여 손해배상책임을 지게 된 점’에 대해서는 다툼이 없으므로³³⁴⁾ 나머지 요건인 “피보험자가 피보험자동차를 소유·사용·관리하는 동안에 생긴 피보험자동차의 사고로 인하여”라는 문언의 해석이 문제된다.

피신청인은 보험금 지급 거절의 근거로 운행성과 운행기인성에 관한 대법원 1996. 5.31. 선고 95다19232 판결, 2000.12.8. 선고 2000다46375 판결, 서울동부지방법원 2009. 11.3. 선고 2009가단44670 판결 등을 제시하고 있다. 그러나 위 약관의 문언이 자동차손해배상보장법 상의 그것과 상이하므로 자동차손해배상보장법상의 운행성 내지 운행기인성에 관한 판단기준으로 이 사건 대물배상 보험약관을 해석하는 것은 타당하지 않다.

오히려 대법원 2004.5.14. 선고 2004다14000 판결은 덤프트럭 운전자인 계약자겸 피보험자가 덤프트럭의 작동유 교체작업을 함에 있어 주의의무를 게을리 하여 교체작업을 도와주던 작업자를 적재함과 차체 사이에 끼어 사망하게 한 사건에서, i) ‘관리’란 자동차의 유지, 수선 및 보관 등을 의미하므로 덤프트럭의 작동유 교체작업은 덤프트럭으로서

334) 손해배상책임을 범위와 관련하여 벤츠차량의 수리비 금액이 문제될 수 있으나, 본건 분쟁이 진행되는 동안 벤츠차량에 대한 수리가 완료되어 그 금액이 13,000,000원으로 확정되었으며, 수리비 금액의 적정성에 대해서는 다툼이 없다.

의 기능을 유지하거나 성능을 향상시키기 위한 정비작업으로서 ‘관리’ 행위에 해당되고, ii) ‘법률상 손해배상책임’의 범위는 자동차손해배상보장법상의 자동차 보유자의 손해배상책임에 한정되는 것이 아니라 민법상의 불법행위책임, 사용자책임 등을 포함하며, iii) 덤프트럭 관리 중에 피보험자의 책임 있는 사유로 사고가 발생한 이상 덤프트럭 ‘운행’ 중의 사고인지 여부에 관계없이 보상책임이 있다고 판시한 바 있다. 즉 이 사건 대물배상 약관조항은 상법 제726조의2에서 규정된 자동차보험자의 책임을 원용한 것으로 피보험자동차를 소유, 사용, 관리하는 동안에 생긴 피보험자동차의 사고이면 그로써 충분한 것이지, 따로 자동차손해배상보장법에 근거한 당해 장치의 용법이나 운행기인성 또는 자동차의 운송수단으로서의 본질이나 위험과 관련지어 제한적으로 볼 이유나 근거는 없다고 하겠다.³³⁵⁾

따라서 위 대물배상 보험약관상 i) ‘소유’란 ‘소유’ 자체로 자동차 사고가 발생하지는 않으므로 법률상 손해배상책임의 부담 원인으로 이해할 필요가 있다. ii) ‘사용’은 자동차를 자동차로서 사용하는 것(use of a vehicle as such)을 의미하며, 점차 자동차의 기능이 다양해지고 있으므로 운송수단으로만 한정할 수 없고, 약관상 명문의 근거가 없는 이상 ‘당해 장치의 용법에 따른 사용’ 또는 ‘그 용법에 따른 사용’에 국한된다고 볼 수는 없다. iii) ‘관리’란 유지, 수선과 함께 보관을 포함하므로 자동차를 사용하지 않고 주차, 정차, 수리, 전시, 보관하는 경우도 관리에 포함된다고 하겠다.

그러므로 본건이 “피보험자가 피보험자동차를 소유·사용·관리하는 동안에 생긴 피보험자동차의 사고로 인하여” 발생한 사고인지를 살펴보면, 본건에서 i) 신청인은 피보험차량을 소유하고 있고 ii) 화물 차량을 이용한 노점 상인인 신청인으로서 피보험차량을 운송 수단으로 사용하는 것뿐만 아니라 노점 영업을 위하여 일시적으로 피보험차량 화물 적재함에 가스버너 등의 장치를 올려놓고 사용할 개연성이 충분한데, 이는 피보험차량을 기능에 따라 사용한 것으로 볼 수 있으며 iii) 일시적으로 차량 근처에서 이탈하였으나 차량이 있는 장소가 자신이 거주하고 있는 집 주차장이고, 시동을 켜 채로 집에 잠시 옷을 갈아입으러 들어간 것에 불과하다면 관리가 계속되고 있다고 보아야 하므로 이

335) 이와 같은 취지에서 관리자의 부주의에 기인한 발화인지 여부를 불문하고 차량이 손해발생의 매개물이 된 경우 약관상 보상책임이 있다고 한 대법원 1997.6.10. 선고 95다22740 판결 참조.

사건 보험사고는 “피보험자가 피보험자동차를 소유·사용·관리하는 동안에 생긴 피보험자동차의 사고로 인하여” 발생한 것으로 보아야 할 것이다.

라. 결론

이와 같이 이 사건 보험약관은 “피보험자가 피보험자동차를 소유·사용·관리하는 동안에 생긴 피보험자동차의 사고로 인하여 다른 사람의 재물을 없애거나 훼손하여 법률상 손해배상책임을 짐으로써 입은 손해를 보상합니다.”라고 정하고 있는데, 본건에서 신청인은 이 사건 피보험자동차를 소유·관리하였고, 당초 설계된 용법대로 차량 적재함을 물건(가스버너)을 올려놓는 용도로 사용하였으며, 그러던 중 가스버너 폭발이 주변 건물 및 벤츠 E250 차량 훼손으로 이어져 이로 인하여 신청인이 건물 및 차량 소유주로부터 민법 제750조 등에 따른 배상책임을 지게 되었으므로 피신청인은 신청인에게 대물배상 보험금을 지급할 책임이 있다 할 것이므로 분쟁조정신청을 인용하기로 하여 주문과 같이 결정한다.

제4절 자기신체사고

1-18

자키를 내리는 순간 그 반동으로 차량이 움직여 부상당한 경우 운행중 사고에 해당하는지 여부

[인용] 신청인이 피보험자동차를 아파트 단지내에 주차시키고 차량 뒷부분을 자키로 들어 올린 행위는 피보험자동차의 용법에 따른 차량의 이상유무를 점검하기 위한 관리행위에 해당되며, 자키를 내리는 순간 그 반동으로 차량이 밀리면서 뒷바퀴에 의하여 상해를 입은 사고는 피보험 자동차로 인하여 발생한 사고로서 자기신체사고에 해당됨.(1999.8.31. 조정번호 제99-36호)

가. 사실관계

신청인이 1999.5.2. 15:54경(구급증명서) 자신이 거주하는 아파트주차장에 피보험자동차를 주차시킨 후 자키로 차량의 뒷바퀴 부분을 들어 올려 이상유무를 확인하고 자키를 내리는 순간 갑자기 차체가 내려 앉으면서 그 반동으로 차량 뒷바퀴가 굴러 신청인의 왼쪽다리가 충격된 사고가 발생함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

차량 뒷부분을 자키로 들어올려 차량 이상유무를 점검하고 자키를 내리는 순간 갑자기 차체가 내려 앉으면서 차가 뒤로 밀려 동 차량에 충격되어 부상을 입었는데, 이는 자동차를 소유, 사용 또는 관리하던 중에 피보험자동차의 사고로 인하여 발생한 상해사고이므로 피신청인은 자기신체사고 보험금(이하 “자손보험금”이라 함)을 지급하여야 함.

(2) 피신청인의 주장

업무용자동차보험 약관에 의하면 자손보험금은 “피보험자가 피보험자동차를 소유, 사용, 관리하는 동안에 생긴 피보험자동차의 사고로 인하여 상해를 입었을 때” 지급되며 판례에 의하면 동 요건은 “「자동차손해배상보장법」상의 운행”과 동일한 개념으로 보고 있음. 위 사고는 신청인이 수리공구인 자키를 이용하여 자동차를 수리하던중에 발생한 사

고이므로 자동차를 당해장치의 용법에 따라 사용한 경우로 보기 어렵고, 운행중 사고나 운행으로 말미암은 사고로 볼 수 없으므로 자손보험금 지급책임이 없음.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 위 사고가 약관에서 정하는 자기신체사고에 해당하는 지 여부임.

상법 제726조의2(자동차보험자의 책임)에 의하면 “자동차보험계약의 보험자는 피보험자가 자동차를 소유, 사용 또는 관리하는 동안에 생긴 사고로 인하여 생긴 손해를 보상할 책임이 있다”고 규정하여 자동차보험계약을 인수한 보험자가 담보하는 보험사고에 대하여 정의하고 있음. 업무용자동차보험약관 제32조에 의하면 자기신체사고 보험금은 “피보험자가 피보험자동차를 소유, 사용, 관리하는 동안에 생긴 피보험자동차의 사고로 인하여 상해를 입었을 때”에 지급됨.

자동차보험 대인배상 I (책임보험)의 보상책임 요건³³⁶⁾과 자기신체사고의 보상책임 요건³³⁷⁾은 각각 다르게 규정되어 있으므로 대인배상 I의 책임발생 요건인 운행의 개념으로 해석할 것이 아니라, 자기신체사고보험금이 지급되는 보험사고의 정의에 따라 해석하여야 할 것임. 이는 1999. 2.5. 개정된 자동차손해배상보장법 제2조 제2호³³⁸⁾에서도 자동차 “운행”의 개념을 확대한 취지와도 부합되는 것임.

상법 및 자동차손해배상보장법, 자동차보험약관 등 제반규정의 정신에 비추어 볼 때 자기신체사고에서 “보험사고”라 함은 피보험자가 피보험자동차를 그 용법에 따라 사용 또는 관리하던 중에 발생한 사고로서 피보험자동차와 직접 관련된 급격하고 우연한 외래적인 사고로 해석함이 타당할 것임.

336) 우리회사는 피보험자가 피보험자동차의 운행으로 인하여 남을 죽게하거나 다치게 하여 자동차손해배상보장법 등에 의한 손해배상책임을 짐으로써 입은 손해를 이 약관에 따라 보상하여 드립니다.

337) 회사는 피보험자가 피보험자동차를 소유, 사용, 관리하는 동안에 생긴 피보험자동차의 사고로 인하여 상해를 입었을 때에 이 약관이 정하는 바에 따라 보험금을 지급합니다.

338) 법 제2조 제2호. 운행이라 함은 사람 또는 물건의 운송여부에 관계없이 자동차를 그 용법에 따라 사용 또는 관리하는 것을 말한다.

따라서 신청인이 피보험자동차를 아파트 단지내에 주차시키고 차량 뒷부분을 자기로 들어 올린 행위는 피보험자동차의 용법에 따른 차량의 이상유무를 점검하기 위한 관리 행위에 해당되며, 자기를 내리는 순간 그 반동으로 차량이 밀리면서 뒷바퀴에 의하여 상해를 입은 사고는 피보험자동차로 인하여 발생한 사고에 해당됨.

라. 결 론

따라서 위 사고는 피보험자가 피보험자동차를 소유, 사용, 관리하는 동안에 생긴 사고에 해당하므로 피신청인은 신청인에게 자기신체사고 보험금을 지급함이 타당함.

1-19 콤바인 조작 중 추락사고를 자동차 운행중 사고로 볼 수 있는지 여부

[기각] 자동차보험 자기신체손해 담보규정상 “피보험자동차를 소유, 사용, 관리하는 동안에 생긴 피보험자동차의 사고”라 함은 피보험자동차를 당해장치의 용법에 따라 사용중 그 자동차에 기인하여 피보험자가 상해를 입거나 사망한 사고를 말하며, 이는 자동차 운행으로 말미암아 일어난 사고로 봄이 일반적이라 할 수 있는 바, 사고자동차에 적재되어 있는 콤바인은 당해장치에 포함되지 않는다고 봄이 상당하고 콤바인 조작 부주의는 피보험자동차의 운행으로 말미암아 발생한 사고가 아니라 할 것임.(2003.2.18. 조정번호 제2003-5호)

가. 사실관계

신청인의 부친(A씨)은 2001.11.16. 피신청인과 업무용자동차보험계약(자기신체사고 담보 포함)을 체결하였음. 2002.10.21. 08:30경 ○○소재 A씨의 집 마당에서 피보험차량에 적재된 콤바인을 살피다 동 차량이 한쪽으로 기울어진 사실을 발견하고 콤바인의 위치 교정을 위해 동 차량에 적재된 콤바인을 조작하다 콤바인과 함께 A씨가 마당으로 추락하여 부상을 당하는 사고가 발생함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

적재함 내에서 적재물(콤바인)을 옮기는 행위는 차량의 고유장치를 그 사용목적에 따라 사용한 것에 해당한다 볼 수 있으므로, 차량의 고유장치를 그 사용목적에 따라 사용하던 중 콤바인과 함께 마당으로 추락하여 부상당한 이건 사고에 대해 보상함이 타당함.

(2) 피신청인의 주장

보험회사가 보상하는 손해(자기신체사고보험금)는 피보험자가 피보험자동차를 소유, 사용, 관리하는 동안에 생긴 피보험자동차의 사고로 인하여 상해를 입었을 때 보상하는 것임. 이건 사고는 피보험자동차를 당해 장치의 용법에 따라 사용중 그 자동차에 기인하여 발생한 사고라기 보다는 피보험차량이 적재물의 중량을 이기지 못하여 기울어짐으로 인해 적재물과 함께 신청인의 부친이 마당에 떨어져 발생한 사고로 보여지므로 보상하지 않음이 타당함.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 적재함 내에서 콤바인을 조작하다 추락하여 부상을 당한 경우 피보험자동차를 소유, 사용, 관리하는 동안에 생긴 사고로 볼 수 있는지 여부임.

(1) 관련규정

업무용자동차보험 보통약관(자기신체사고) 제32조(회사의 지급책임)에 “보험회사는 피보험자가 피보험자동차를 소유, 사용, 관리하는 동안에 생긴 피보험자동차의 사고로 인하여 상해를 입었을 때에 이 약관이 정하는 바에 따라 보험금을 지급합니다.”라고 규정하고 있음.

피보험자동차의 사고라 함은 피보험자동차를 당해장치의 용법에 따라 사용 중 그 자동차에 기인하여 피보험자가 상해를 입거나 사망한 사고를 말하며 여기서 “당해장치”라 함은 “운전자나 동승자 및 화물과는 구별되는 당해 자동차에 계속적으로 고정되어 있는 장치로서 자동차의 구조상 설비되어 있는 당해 자동차 고유의 장치를 말하는 것이고 이와 같은 각종 장치의 전부 또는 일부를 각각의 사용목적에 따라 사용하는 경우에는 운행 중에 있다고 볼 수 있다”라고 판시³³⁹⁾하고 있음.

(2) 피보험자동차를 소유, 사용, 관리하는 동안에 생긴 사고로 볼 수 있는지 여부

이건 사고는 피보험차량의 적재함에 적재되어 있던 콤바인을 조작하다 동 차량이 기울면서 콤바인과 함께 A씨가 마당으로 추락함으로 인해 발생한 사고로 보여짐.

피보험자동차를 소유, 사용, 관리하는 동안에 생긴 피보험자동차의 사고라 함은 피보험자동차를 당해장치의 용법에 따라 사용중 그 자동차에 기인하여 피보험자가 상해를 입거나 사망한 사고를 말하며, 이는 자동차 운행으로 말미암아 일어난 사고로 봄이 일반적이라 할 수 있는 바, 이건 사고를 자동차의 운행으로 말미암아 일어난 사고로 볼 수 있느냐가 쟁점이라 할 수 있음.

신청인은 당해 자동차의 고유장치인 적재함내에서 콤바인을 조작하다 발생한 이 건 사고의 경우 피보험자동차를 소유, 사용, 관리하는 동안에 생긴 자동차의 사고에 해당되므로 이건 사고로 부상을 당한 부친에게 자기신체사고보험금을 지급하여야 한다고 주장하나, 아래와 같은 상황을 종합해 볼 때 신청인의 주장은 타당하지 않은 것으로 판단됨.

① 피보험자동차의 사고라 함은 피보험자동차를 당해장치의 용법에 따라 사용중 발생한 사고를 말하므로 사고 자동차에 적재되어 있는 콤바인의 경우 당해장치에 포함되지 않는다고 봄이 상당한 점.

② 이건 사고의 경우 피보험자동차를 당해장치의 용법에 따라 사용중 발생한 사고가 아니라 신청인의 부친이 피보험차량에 적재된 콤바인을 조작하던 중 조작 부주의로 인해 발생한 사고로 보여지는 점.

③ 이건 사고는 피보험자동차의 운행으로 말미암아 발생한 사고라기보다는 일종의 안전사고로 봄이 타당한 점.

라. 결 론

본 사고는 피보험자동차를 소유, 사용, 관리하는 동안에 생긴 피보험자동차의 사고로 인한 부상이라 보기 어려우므로 피신청인은 신청인에게 보험금을 지급할 책임이 없음.

339) 대법원 1993.4.27. 선고 92다8101 판결 참조.

1-20 정차 후 하차 중 부상당한 경우 자동차 운행 중 사고로 볼 수 있는지 여부

[기각] “피보험자동차를 소유, 사용, 관리하는 동안에 생긴 피보험자동차의 사고”라 함은 피보험자동차를 그 용법에 따라 사용 중 그 자동차에 기인하여 피보험자가 상해를 입거나 사망한 사고로서 그 운행과 사고발생 사이에 상당인과관계가 있어야 할 것임. 차량 정차후 운전석에서 내리다가 문 손잡이를 놓쳐 부상을 당했다면, 차량의 운행 이외에 제3의 외부적 작용이 핵심적으로 개입되어 사고가 발생한 경우로서 운행으로 말미암아 일어난 사고로 인정될 여지는 없다 할 것임.(2004.6.22. 조정번호 제2004-26호)

가. 사실관계

신청인은 2003.10.22. 피신청인과 자동차보험계약(자동차상해담보 포함)을 체결하였음. 신청인은 2004.1.29. 08:00경 서울시 소재 본인이 경영하고 있는 카센터 앞 도로상에 피보험차량을 정차한 후 운전석에서 내리다가 운전석 문 손잡이를 놓쳐 몸이 차량 밖으로 기울자 왼쪽발이 문틀 턱에 걸려 넘어지면서 슬개골 골절 등의 부상을 입음.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

이 건 사고는 잠시 정차 중에 발생하였고, 차량의 시동을 켜 놓은 상태에서 일시 하차하다가 차량 문틀 턱에 발이 걸려 넘어져 상해를 입은 것으로 “자동차를 용법에 따라 사용 중 동 차량에 기인하여 상해를 입은 경우”에 해당되어 동 보험 자동차상해담보 약관에 따라 보험금이 지급되어야 함이 마땅함.

(2) 피신청인의 주장

보험회사가 보상하는 손해(자동차상해보험금)는 피보험자가 피보험자동차를 소유, 사용, 관리하는 동안에 생긴 피보험자동차의 사고로 인하여 상해를 입었을 때 보상하는 것임. 즉 보험회사의 책임이 발생하려면 당해 사고가 운행 중의 사고이고, 그 사고가 운행에 기인하여 발생한 때에 한한다 할 것인 바, 이 건 사고는 피보험자동차를 당해 장치의 용법에 따라 사용 중에 발생한 운행 중의 사고이긴 하나 운행으로 말미암아 일어난 것

이라고는 할 수 없으므로 보상하지 않음이 타당함.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 신청인이 운전석에서 내리면서 왼발이 문틀 턱에 걸려 넘어지면서 입은 상해가 자동차의 운행으로 말미암아 일어난 사고인지 여부에 관한 것임.

(1) 관련규정

당해 자동차보험 보통약관 자동차상해담보의 (1) 보상책임 내용에 “보험회사는 피보험자가 피보험자동차를 소유, 사용, 관리하는 동안에 생긴 피보험자동차의 사고로 인하여 상해를 입었을 때에 이 약관이 정하는 바에 따라 보험금을 지급합니다.”라고 명시되어 있음. 위 약관에서 말하는 “피보험자가 피보험자동차를 소유, 사용, 관리하는 동안에 생긴 피보험자동차의 사고로 인하여 상해를 입었을 때”를 대법원에서는 피보험자가 피보험자동차를 그 용법에 따라 소유, 사용, 관리하던 중 그 자동차에 기인하여 피보험자가 상해를 입거나 사망한 사고를 말한다고 판시³⁴⁰⁾하고 있음.

(2) 본건이 피보험자동차를 소유, 사용, 관리하는 동안에 생긴 피보험자동차의 사고로 인한 것인지의 여부

피보험자동차를 소유, 사용, 관리하는 동안에 생긴 피보험자동차의 사고라 함은 피보험자동차를 그 용법에 따라 사용 중 그 자동차에 기인하여 피보험자가 상해를 입거나 사망한 사고를 말하며, 이는 자동차 운행으로 말미암아 일어난 사고 즉, 사고가 자동차 운행 중에 발생한 것이고 그 운행과 사고 발생 사이에 상당인과관계가 있어야 할 것임.

먼저 운행에 관해서 보면, 자동차손해배상보장법 제2조 제2호에서 사람 또는 물건의 운송여부에 관계없이 자동차를 그 용법에 따라 사용 또는 관리하는 것이라고 운행을 정의하고 있는 바, 자동차가 반드시 주행상태에 있지 않더라도 주행의 전후 단계로서 주·정차 상태에서 문을 열고 닫는 등 각종 부수적인 장치를 사용하는 것도 자동차의 용법에 따른 운행이라 할 것이므로 이 건 사고는 운행 중의 사고인 것으로 판단됨.

340) 대법원 2000.12.8. 선고 2000다46375 판결 참조.

그러나 피신청인은 운행 중에 발생한 모든 사고가 아니라 차량의 운행과 사고 발생 사이에 상당인과관계가 있는 사고에 대해서만 보상 책임이 있다 할 것인데, 이 건 사고가 운행과 상당인과관계가 존재하는 지는 다음을 근거로 판단하여야 할 것임.

자동차보험은 자동차 고유의 위험, 즉 자동차가 운송 수단으로서 갖는 위험을 담보하기 위한 보험이지 자동차 고유의 위험과 관계없는 것까지 담보하는 것은 아니라 할 것이므로 자동차 고유의 위험과 관계없는 사고로 인한 손해는 자동차의 운행과 상당인과관계가 없다 할 것이고, 차량의 운행 이외에 제3의 외부적 작용이 핵심적으로 개입되어 사고가 발생한 것이라면 운행으로 말미암아 일어난 사고로 인정될 여지는 없다 할 것임.

실제로 대법원에서는 버스승객이 버스가 정차한 상태에서 열린 출입문을 통하여 하차하다가 넘어져 사고가 난 경우 운행과 상당인과관계가 없다고 손해배상책임을 부인한 바 있으며³⁴¹⁾, 전(前) 보험감독원 분쟁조정위원회에서는 피보험자가 비탈길에 주차된 피보험차량의 시동을 걸다가 허리에 부상을 입은 사고 역시 자동차의 운행으로 말미암아 일어난 사고로 인정하기 어려운 것으로 판단하여 피보험자의 자손보험금 청구 신청을 기각³⁴²⁾한 바 있음

이 건은 신청인이 피보험자동차가 정차한 상태에서 운전석 문을 열고 하차하던 중 문 손잡이를 놓치면서 몸의 중심이 차량 밖으로 기울자 문틀 턱에 걸려 넘어진 사고로, 자동차가 운송수단으로서 본질적으로 갖는 위험과 관련된 것이라기보다는 신청인이 하차 중에 주의를 게을리 하여 몸의 중심을 잃고 자동차의 구조물에 걸려 넘어진 안전사고로 운행과는 상당인과관계 없는 사고라고 할 것임.

라. 결 론

이 건 사고는 피보험자동차를 소유, 사용, 관리하는 동안에 생긴 피보험자동차의 사고로 인한 부상이 아니라 할 것이므로 피신청인의 보험금 지급 책임은 없음.

341) 대법원 1994.8.23. 선고 93다59595 판결 참조.

342) 1998.7.27. 조정번호 제1998-39호.

1-21 자기신체손해 담보에서의 후유장해의 인정 범위

[기각] 상해보험과 같이 신체 손상을 보상하는 생명보험 및 산재보험 등도 후유장해를 영구적인 장애로 한정하고 있는 바, 자동차보험의 자기신체손해담보에서의 후유장해 역시 영구적인 장애로 한정함이 타당함.(2004.12.21. 조정번호 제2004-76호)

가. 사실관계

신청인의 부친은 2003.7.12. 피신청인과 개인용자동차보험 계약을 체결함.³⁴³⁾ 신청인은 2003.11.3. 00:10경 경부고속도로 하행선을 주행하던 중 충청북도 ○○시 지점에서 안전운전부주의로 방음벽을 충격하여 좌측 상완골 분쇄골절, 좌측 쇄골 분쇄골절, 좌측 견관절부 염좌, 경추부 염좌, 뇌진탕 등의 부상을 입고, ◇◇병원에서 33일간 입원 및 20일간 통원하며 관혈적 정복술 및 금속내고정술을 시행받았고, 2004.9.16. △△병원의 재활의학과 전문의로부터 “7년간의 한시적인 좌측 견관절 운동범위 제한 및 기능장해”라는 신체감정을 받음.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

자동차보험약관에서는 자기신체사고손해의 후유장해보험금에 대해 영구장해인 경우에만 보험금을 지급한다고 명시하고 있지 않음에도 불구하고 신체감정 결과 7년 한시장해 진단을 받았음을 이유로 자기신체사고손해 후유장해보험금을 지급하지 않음은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

자기신체사고손해담보는 상해보험적 성격을 가지고 있고, 상해보험에서의 후유장해는 영구장해만을 인정하고 있으므로 신청인이 자동차사고로 한시장해 판정을 받은 이상, 기간의 장단기와 관계 없이 자기신체사고손해 후유장해보험금 지급은 불가함.

343) 담보종목 : 대인배상 I, II, 대물배상, 자기신체사고, 무보험차상해.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 피보험자가 자동차사고로 한시장해를 입은 경우에 자기신체사고손해의 후유장해보험금 지급이 가능한지 여부임.

(1) 약관 규정

당해 자동차보험 보통약관상 자동차상해담보의 후유장해보험금은 “피보험자가 상해를 입은 직접적인 결과로 치료를 받은 후에도 신체에 장애가 남은 경우에 자기신체사고 지급기준의 후유장해구분 및 급별 보험가입금액표에 따라 보험증권에 기재된 후유장해보험가입금액에 해당하는 각 장애급별 보험가입금액을 피보험자에게 지급한다”고 규정하고 있음.

(2) 자기신체손해담보에 있어서의 후유장해의 의미

상해보험 보통약관에서는 “피보험자가 급격하고도 우연한 외래의 사고로 상해를 입고 그 직접결과로써 신체의 일부를 잃었거나 또는 그 기능이 영구히 상실”된 경우를 후유장해라 하여 영구장해만을 후유장해로 인정하고 있고, 상해보험과 같이 신체 손상을 보상하는 생명보험 및 산재보험 등도 후유장해를 영구적인 장애로 한정하고 있는 바, 자동차보험의 자기신체손해담보에서의 후유장해 역시 아래의 사유에 비추어 볼 때 영구적인 장애로 한정함이 타당함.

의학적으로 동일한 장애라 하더라도 개개의 보상제도 또는 보험의 특성에 따라 부보되는 장애는 달라질 수 있는 바, 자동차보험의 자기신체손해담보는 피보험자의 장애에 따른 일실수익, 위자료 등의 실손해를 담보하는 것이 아니고 상해보험과 같이 신체 손상이라는 손해에 대한 일정액의 보상을 목적으로 하는 것이므로 장애에 대한 평가 역시 상해보험에 준하여 처리한다고 볼 수 있고, 자동차보험 자기신체사고손해의 장애등급은 「자동차손해배상보장법시행령」 <별표2>에서 정한 후유장해 구분에 의하는 바, 신청인에게 해당될 수 있는 장애등급인 8급6항(한 팔의 3대 관절중 1개 관절을 제대로 못쓰게 된 사람) 또는 10급10항(한 팔의 3대 관절 중 1개 관절의 기능에 뚜렷한 장애가 남은 사람)과 관련하여 동법 <별표2>에서는 “제대로 못 쓰게 된 것”이란 정상기능의 4분의 3 이상을 상실한 경우를 말하고, “뚜렷한 장애가 남은 것”이란 정상 기능의 2분의 1 이상을

상실한 경우를 말한다고 ‘기능의 상실’로 정의하여 영구적 의미를 담고 있으며, 또한 법원에서는 위 <별표2>에서 정한 장애등급 11급6항인 “척추에 기형이 남은 사람”을 상해에 대한 치료 후 척추 부위에 고정적이고 영구적으로 잔존하는 변형상태가 있는 경우만으로 판단하여 경·요추상의 10년 한시장해를 배제한 바 있음.³⁴⁴⁾

(3) 이 건 사고로 신청인이 입은 장애가 영구장애인지 여부

신청인이 이 건 사고로 입은 장애와 관련해, △△병원 재활의학과 전문의가 2004.9.20. 발행한 의료자문감정서에 의하면, 신청인이 「자동차손해배상보장법시행령」 <별표2>에 의한 장애등급 10급10항에 해당하는 견관절부 운동제한으로 7년간의 한시장해를 갖고 있는 것으로 나타나고, 한시장해의 의미는 현재의 장애상태가 영구히 지속되는 것이 아니라 위 기간이 경과하면 현재 증세가 거의 회복되는 것으로 평가됨.³⁴⁵⁾

라. 결 론

그렇다면 신청인의 장애를 한시장해로 평가하고 후유장애보험금을 지급 거절한 피신청인의 업무처리는 타당하다고 판단됨.

1-22 차량에 던진 돌로 실명한 경우 자동차 운행중 사고에 해당하는지 여부

[인용] 피보험자동차의 사고란 피보험자동차의 소유, 사용, 관리와 관련된 사고이고, 이러한 피보험자동차의 사고에는 피보험자동차의 사용 중에 우연한 타물체와의 충돌 또는 피보험자동차에 가해진 가격(加擊)도 포함된다 할 것이므로, 피보험자가 피보험자동차를 정상적 방법으로 사용하던 도중에 가해자에 의한 투석행위로 피보험자동차의 운전석 옆 유리창이 깨지고, 그 유리 파편으로 실명하게 된 본 건 사고는, 피보험자가 피보험자동차의 사고로 그 자동차에 기인하여 부상을 입은 것이므로 신청인의 보험금 지급요구는 이유 있다 할 것임 (2005.6.28. 조정번호 제2005-43호)

344) 대전지방법원 2004.11.25. 선고 2002나4847 판결 참조.

345) 서울지방법원 1999.2.2. 선고 96가합48614 판결 참조.

가. 사실관계

신청인은 2004.5.17. 피신청인과 자동차보험(자기신체사고담보를 포함) 계약을 체결함. 신청인이 2004.12.22. 17:00경 경기도 ○○시 소재 주차장에서 피보험차량을 운전하여 밖으로 나오는 순간 가해자가 아무런 이유 없이 차량을 향해 던진 돌에 운전석 옆 유리창이 깨지고 왼쪽 눈을 가격당하는 사고로 신청인은 좌안 안구가 파열되어 경기도 ◇◇시 소재 △△대학교병원에서 사고 당일 좌안 각막 및 공막 봉합술을 시행하였으나 좌안을 실명한 상태임.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

이 건 사고는 피보험자동차를 운행하던 중에 발생한 사고이므로 자동차보험 자기신체 사고담보의 규정에 따라 보험금을 지급하여야 함.

(2) 피신청인의 주장

보험회사가 보상하는 손해는 피보험자가 피보험자동차를 소유, 사용, 관리하는 동안에 생긴 피보험자동차의 사고로 인하여 상해를 입었을 때 보상하는 것으로, 보험회사의 책임이 발생하려면 당해 사고가 운행 중의 사고이고, 그 사고가 운행에 기인하여 발생한 때에 한한다고 할 것인 바, 이 건 사고는 피보험자동차를 자동차의 용법에 따라 사용 중에 발생한 운행 중의 사고이긴 하나 운행으로 말미암아 일어난 것이라고는 할 수 없으므로 보상하지 않음이 타당함.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 본 건 신청인의 신체손상이 피보험자동차를 소유, 사용, 관리하는 동안에 생긴 피보험자동차의 사고로 인한 것인지 여부에 관한 것임.

(1) 상법 및 약관규정

상법 제726조의 2(자동차보험자의 책임)에서는 “자동차보험계약의 보험자는 피보험자

가 자동차를 소유, 사용 또는 관리하는 동안에 발생한 사고로 인하여 생긴 손해를 보상할 책임이 있다”고 규정하고 있고, 당해 보험약관 자기신체사고의 보상책임 내용에 의하면, “보험회사는 피보험자가 피보험자동차를 소유, 사용, 관리하는 동안에 생긴 피보험자동차의 사고로 인하여 상해를 입었을 때에 이 약관이 정하는 바에 따라 보험금을 지급합니다”라고 규정하고 있음.

(2) 피보험자동차를 소유, 사용, 관리하는 동안에 생긴 피보험자동차의 사고의 의미

자동차보험의 자기신체사고 담보는 「자동차손해배상보장법」(이하 “자배법”이라 함)의 적용을 받는 강제보험인 대인배상 I(책임보험)과는 달리 상해보험적 성격을 가지고 있는 임의보험의 일종이므로, 자기신체사고에 대한 보험자의 보상책임을 자배법상의 운행자책임인 “운행으로 말미암은 사고”와 같은 정도의 책임요건과 인과관계로 제한하여 해석, 적용함은 타당하지 않는 것으로 사료됨.

따라서 당해 규정의 “피보험자가 피보험자동차를 소유, 사용, 관리하는 동안에 생긴 피보험자동차의 사고로 인하여 상해를 입었을 때”는 피보험자가 피보험자동차의 운행으로 말미암은 사고로 입은 상해 뿐만 아니라 피보험자동차의 소유, 사용, 관리와 관련된 사고로 피보험자동차에 의해 입은 상해를 포함하는 것으로 해석, 적용함이 자기신체사고의 담보취지에 부합할 뿐만 아니라, 당해 약관의 문언에도 충실한 것이라 할 것임.

대법원에서도 자동차보험의 자기신체사고를 “피보험자가 피보험자동차를 그 용법에 따라 소유, 사용, 관리하던 중 그 자동차에 기인하여 피보험자가 상해를 입거나 사망한 사고”로 판시하여, 자기신체사고에 대한 보험자의 보상책임을 “운행으로 말미암은 사고”에 한정하고 있지는 않음.³⁴⁶⁾

(3) 본 건 피보험자의 상해가 자동차보험약관 자기신체사고담보에 해당하는지 여부

위에서 설시한 바와 같이 피보험자동차의 사고란 피보험자동차의 소유, 사용, 관리와 관련된 사고이고, 이러한 피보험자동차의 사고에는 피보험자동차의 사용 중에 우연한 타물체와의 충돌 또는 피보험자동차에 가해진 가격(加擊)도 포함된다 할 것이므로, 피보험

346) 대법원 2000.12.8. 선고 2000다46375 판결 등 참조.

자가 피보험자동차를 정상적 방법으로 사용하던 도중에 가해자에 의한 투석행위로 피보험자동차의 운전석 옆 유리창이 깨지고, 그 유리 파편으로 실명하게 된 본 건 사고는, 피보험자가 피보험자동차의 사고로 그 자동차에 기인하여 부상을 입은 것이므로 신청인의 보험금 지급요구는 이유 있다 할 것임

라. 결 론

그렇다면 당해 보험약관에 따라 피신청인의 보험금 지급 책임은 인정됨.

1-23 조수석에서 하차 중 입은 부상과 교통사고 간에 인과관계 여부

[기각] 자동차보험의 자기신체사고 담보는 첫째, 자동차를 그 용법에 따라 소유, 사용, 관리 하던 중 사고이어야 하고 둘째, 피보험자의 사상이 자동차에 기인하여야 할 것인바, 본 건 사고는 자동차를 그 용법에 따라 사용 중 발생한 사고이긴 하나, 피보험자의 부상이 자동차에 기인한 것으로 인정하기는 어려움.(2006.1.24. 조정결정 2005-93호)

가. 사실관계

신청인은 2005.4.12. 그의 소유차량에 대하여 피신청인과 업무용자동차보험계약(자기신체사고담보를 포함)을 체결함. 신청인의 모친 A씨는 2005.9.21. 배우자 B씨(신청인의 부친)가 운전한 피보험차량의 조수석에 탑승하였다가 하차하던 중 미끄러져 경부 골절상을 입는 사고가 발생함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

이 건 사고는 사고자가 차량에서 완전히 하차하지 않은 상태에서 운전자가 피보험자동차를 후진하는 바람에 사고자가 떨어져 부상을 입은 사고이므로 자동차보험 자기신체사고담보의 규정에 따라 보험금을 지급하여야 함.

(2) 피신청인의 주장

보험회사가 보상하는 손해는 피보험자가 피보험자동차를 소유, 사용, 관리하는 동안에 생긴 피보험자동차의 사고로 인하여 상해를 입었을 때인 바, 본 건 사고는 자동차와는 무관하게 피보험자의 부주의로 인한 것이므로 피신청인의 보상책임이 발생하지 않음.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 본 건 신청인의 신체손상이 피보험자동차를 소유, 사용, 관리하는 동안에 생긴 피보험자동차의 사고로 인한 것인지 여부임.

(1) 약관 규정

당해 보험약관 자기신체사고의 보상책임 내용에 의하면, “보험회사는 피보험자가 피보험자동차를 소유, 사용, 관리하는 동안에 생긴 피보험자동차의 사고로 인하여 상해를 입었을 때에 이 약관이 정하는 바에 따라 보험금을 지급합니다”라고 규정하고 있음.

자동차보험의 자기신체사고 담보는 상해보험적 성격을 가지고 있는 임의보험으로 대법원에서는 위 약관의 “피보험자동차를 소유, 사용, 관리하는 동안에 생긴 피보험자동차의 사고”를 피보험자가 피보험자동차를 그 용법에 따라 소유, 사용, 관리하던 중 그 자동차에 기인하여 피보험자가 상해를 입거나 사망한 사고로 해석하고 있음.³⁴⁷⁾

(2) 본 건 피보험자의 상해가 자동차보험약관 자기신체사고담보에 해당하는지 여부

자동차보험의 자기신체사고 담보는 대법원 판례에 따르면, 첫째 자동차를 그 용법에 따라 소유, 사용, 관리하던 중 사고이어야 하고 둘째 피보험자의 사상이 자동차에 기인하여야 할 것인 바, 자동차를 그 용법에 따라 사용한다는 것은 자동차의 용도에 따라 그 구조상 설비되어 있는 각종 장치의 전부 또는 일부를 각각의 사용목적에 따라 사용하는 것을 말하며, 자동차가 반드시 주행상태에 있지 않더라도 주행의 전후단계로서 주·정차 상태에서 각종 부수적인 장치를 사용하는 것도 여기에 포함된다 할 것이므로, 사고자가 하차하던 중 미끄러져 다친 본 건 사고는 “자동차를 그 용법에 따라 사용 중” 발생한

347) 대법원 2000.12.8. 선고 2000다46375 판결 등 참조.

사고라 할 것임.

본 건 사고가 자기신체사고에 해당하기 위해서는 자동차를 그 용법에 따라 사용 중 발생하여야 할 뿐만 아니라 피보험자가 “자동차에 기인하여 사상”할 것을 요하는 바, 본 건 사고의 사고자는 자동차에서 하차하던 중 미끄러져 추락하였는데, 이는 본 건 피보험 차량의 고유장치의 일부가 어떠한 원인제공을 하였다고 인정할 만한 사정이 존재하지 않으므로 사고자의 부상은 피보험자동차에 기인하여 발생하였다고 보기 어려움.

한편, 신청인은 사고자가 완전히 하차하지 않은 상태에서 운전자가 후진하는 바람에 떨어졌다고 주장하나, 피신청인의 사고접수 녹취내용에 차량이 정차 중에 사고자가 하차 하다가 미끄러진 것으로 나타나고, 사고자가 치료받은 병원 진료차트에 “내원 전 트럭에서 fall down(주차한 상태)”이라고 기록되어 있는 등 신청인의 이러한 주장은 이유 없다 할 것임.

라. 결 론

본 건 사고는 사고자 본인의 부주의에 의한 것으로 신청인의 보상청구는 이유 없음

1-24 차량내에서 취침 중 LPG폭발 사고가 자동차 운행 중 사고인지 여부

[인용] “변사사실확인원”에 따르면, 피해자가 음주상태에서 차량바퀴가 농로에서 벗어나 차량을 운행할 수 없게 되자 차량 뒷자리로 이동하여 잠을 자던 중 차량에서 누출된 LPG가스 폭발로 사망한 것으로 추정되는데, 음주여부가 ‘운행 중’ 여부의 결정적 판단요소가 될 수 없고 차량의 바퀴가 농로 밖으로 빠진 상태에서는 고도명정 상태의 피보험자가 달리 취할 방도가 없으므로 조치를 취하기에 앞서 술이 깼 때까지 승용차 안에서 휴식을 취하고자 하였거나 또는 극도의 비정상적인 정신상태에서 잠에 빠졌다고 보는 것이 일반적인 추정이며, 또한 농로에 바퀴가 빠져 운행불능의 상태가 발생하지 않았다면 당연히 근거리에서 있는 집까지 운행하였을 것이므로 본 건 사고는 피보험자가 의도한 “운행이 종료되기 전”에 발생한 것으로 보아야 함.(2008.10.21. 조정번호 제2008-78호)

가. 사실관계

보험계약자 겸 피보험자는 2007.7.14. 피신청인과 자동차보험계약(자동차상해대체특별약관(자기신체사고)포함)을 체결하였음.

“변사사실확인원”에 따르면, 2008.3.22. 피보험자는 음주상태로 차량을 운전하여 마을 앞 농로를 통하여 귀가하던 중, 오른쪽 바퀴가 농로를 벗어나 차량을 운행할 수 없게 되자, 차량의 뒷자리로 이동하여 잠을 자다가 차량에서 누출된 LPG 가스 폭발로 사망한 것으로 추정되는 것으로 기재되어 있고, 국립과학수사연구소의 부검결과 사고당시 피보험자의 혈중알콜농도는 0.311%로 고도명정 상태이었음

이에 신청인은 당해 자동차보험의 「자동차상해대체특별약관」에 따른 사망보험금을 청구하였으나, 피신청인은 자동차 운행 중에 자동차에 기인하여 발생한 사고라고 볼 수 없다며 보험금 지급 거절함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

피보험자가 피보험자동차를 운전하여 귀가 하던 중이었으며, 집에 도착하기 전, 즉 운행 중에 발생한 피보험자동차의 사고이므로 보험금을 지급하여 함

(2) 피신청인의 주장

피보험자가 피보험자동차에 타고 있다가 사망하였다 하더라도, “피보험자는 이전에도 술에 취해 운전하여 귀가하던 중 같은 농로에서 여러 차례 차량바퀴가 빠져 차안에서 잠을 잔 사실이 있었다는 주위사람들의 진술”이 있고, 피보험자가 뒷좌석으로 이동하여 잠을 잔 사실 등으로 미루어, 피보험자는 피보험자동차의 운행을 종료하고 잠을 자기 위하여 차량에 있었던 것으로 보아야 하므로, 동 사고가 피보험자동차의 고유장치 일부를 그 사용목적에 따라 사용·관리하던 중 그 자동차에 기인하여, 즉 자동차의 운송수단으로서의 본질이나 위험과 관련되어 발생하였다고 볼 수 없으므로 보험금 지급사유에 해당하지 아니함.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 사고가 자동차 운행중 자동차에 기인해 발생한 것인지 여부라 할 것임.

(1) 약관규정

동 사고와 관련된 개인용자동차보험의 「자동차상해대체특별약관」에는 “피보험자가 피보험자동차를 소유, 사용, 관리하는 동안에 생긴 피보험자동차의 사고로 인하여 상해를 입었을 때 손해를 보상”한다고 규정하고 있음. 동 특별약관은 보통약관의 “자기신체사고담보”를 대체하는 것으로서, 보상내용은 “자기신체사고담보” 조항과 동일하고 보상한도만 확대(2억원)된 것임.

(2) 쟁점 검토

법원의 판례는 동 약관의 “피보험자동차를 소유, 사용, 관리하는 동안에 생긴 피보험자동차의 사고”의 의미를 해석함에 있어 대법원은 “피보험자가 피보험자동차를 그 용법에 따라 소유, 사용, 관리하던 중 그 자동차에 기인하여 피보험자가 상해를 입거나 사망한 사고”³⁴⁸⁾로 보고 있으며, 동 사고와 유사한 사례에서 대법원은, 심야에 LPG 승용차를 운전하여 목적지로 향하여 운행하던 중 눈이 내려 도로가 결빙되어, 도로상태가 좋아질 때까지 휴식을 취할 목적으로 도로변에 승용차를 주차한 후 시동을 켜 채 승용차 안에서 잠을 자다가, 누출된 LPG 가스의 폭발로 화재가 발생하여 운전사가 소사한 경우에 자동차의 운행 중의 사고에 해당한다고 판시³⁴⁹⁾하고 있으며, 또한 고속도로상에서 교통사고가 발생하여 피보험자인 운전자가 불법 정차를 한 후 운전자와 동승자가 피보험차량을 떠난 상황에서, 부근에서 동승자가 타 차량에 충격당한 경우, 즉 ‘정차되어 있고 피보험차량 내에 사람이 들어가 있지 않은 상황’에서도 피보험차량의 운행 중 사고로 판단³⁵⁰⁾하고 있음.

피신청인은 운행중 사고 여부와 관련하여, 사고당시 피보험자가 혈중알콜농도 0.311%의 고도명정 상태이었던 점, 차량의 바퀴가 농로 밖으로 빠져 더 이상 운행이 불가했던

348) 대법원 2000.12.8. 선고 2000다46375 판결 참조.

349) 대법원 2000.9.8. 선고 2000다89 판결 참조.

350) 대법원 2008.9.8. 선고 2008다17359 판결 참조.

점 및 편안한 수면을 위하여 뒷좌석으로 이동한 점 등을 들어, 동 사고는 운행이 종료된 이후에 발생한 사고라고 주장하고 있으나, 음주여부가 운행 중 여부의 결정적 판단요소가 될 수 없으며, 차량의 바퀴가 농로 밖으로 빠진 상태에서는 고도명정 상태의 피보험자가 달리 취할 다른 방도가 없으므로 조치를 취하기에 앞서 술이 깼 때까지 승용차 안에서 휴식을 취하고자 하였거나 또는 극도의 비정상적인 정신상태에서 잠에 빠졌다고 보는 것이 일반적인 추정이며, 편안한 수면을 위하여 의도적으로 자동차 뒷좌석으로 이동하였다거나, 이전에도 농로 밖으로 바퀴가 빠진 상태로 자동차 안에서 여러 차례 잠을 잔 적이 있다는 주위사람들의 진술이 있다는 등의 이유로, 집 도착하기 전 수백 미터 지점의 폭 2.9m 도로상이 피보험자가 의도했던 운행의 최종목적지라고 보기 곤란하며, 만약 농로에 바퀴가 빠져 운행불능의 상태가 발생하지 않았다면 당연히 근거리에 있는 집까지 운행하였을 것이므로, 동 사고는 피보험자가 의도한 운행이 종료되기 전에 발생한 것으로 보아야 함.

또한 LPG가스 및 관련 장치는 자동차 연료장치로서 자동차의 구조상 설비되어 있는 자동차의 고유장치이므로, 동 가스의 누출로 폭발사고가 발생하고 동 사고로 피보험자가 사망하였다면, 동 사고는 피보험차량에 기인하여 발생한 사고라고 할 것임.

라. 결 론

피신청인은 당해 「자동차상해대체특별약관」에 따른 보험금을 지급할 의무가 있음.

1-25 적재함 하역작업중 상해사고가 자기신체사고로 보상할 손해인지 여부

[기각] 신청인은 피보험차량 적재함에서 2층으로 쌓여있던 드럼통을 적재함 바닥으로 내리던 중 손가락이 드럼통 사이에 끼어 상해를 입은 사고에 대해 자기신체사고 보험금을 청구하였는데, 본 사고는 차량 적재함 앞쪽에 2층으로 쌓여있던 드럼통을 적재함 바닥으로 내리던 중 드럼통과 드럼통 사이에 손가락이 끼어 발생한 사고로서 그 사고원인은 신청인의 부주의라 할 것이고, 차량 적재함이나 이외의 차량 장치는 본 건 사고에 기여하였거나 관련된 사항이 없는 것으로 보여지므로 피신청인은 보험금 지급책임이 없음.(2009.4.28. 조정번호 제2009-45호)

가. 사실관계

보험계약자 ○○기업(주)은 2008.11.23. 피신청인과 영업용자동차보험계약을 3개월마다 연장하는 조건으로 체결하였음.³⁵¹⁾ 2009.1.2. 회사 창고 내에서 운전자(신청인, 58세)가 시동을 켜 채 피보험차량(트럭)을 세워두고 적재함에 올라가 200리터짜리 엔진오일 드럼통을 내리는 과정에서 드럼통이 쓰러지면서 드럼통 사이에 신청인의 손가락이 끼어 절단창 및 골절상을 입은 사고가 발생하였고, 2009.1.2.~1.19 기간중 ◇◇병원에서 입원 치료(진단명 : 우측 제4수지 좌멸성 절단창(약3/4) 및 개방성골절, 우측 제5수지 원위지 골 골절)를 받고 보험금을 청구하였으나 피신청인은 보험금 지급을 거절함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

본 건 사고는 하역작업을 위해 화물자동차 시동을 켜 채 화물칸에서 하역을 하다 발생한 것으로 피보험자동차를 소유, 사용, 관리하는 동안에 발생한 사고이므로 피신청인은 자기신체사고 보험금을 지급하여야 함.

(2) 피신청인의 주장

본 건 사고는 피보험자동차의 시동은 켜져 있었으나 사이드브레이크가 당겨지고 버팀목이 꺾어져 정지된 상태에서 신청인이 적재함에 올라가 작업을 하던 중에 발생하였으며, 당해 사고가 차량의 고유장치인 적재함과는 관련이 없고 단지 적재함에서 하역중에 드럼통이 쓰러지는 과정에서 발생하여 자동차 고유장치의 조작으로 말미암아 발생한 사고로 보기 어렵고, “운행중” 발생한 사고도 아님.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 차량 적재함에서 드럼통 하역작업중 손가락을 골절당한 사고가 “자동차 운행중 발생한 손해”인지 여부임.

351) 담보내용 : 대인배상 I · II, 자기신체사고, 대물배상.

자동차보험계약상 “자기신체사고”로 규정된 “피보험자가 피보험자동차를 소유, 사용, 관리하는 동안에 생긴 피보험자동차의 사고로 인하여 죽거나 다쳤을 때”라고 함은 피보험자가 피보험자동차를 그 용법에 따라 소유, 사용, 관리하던 중 그 자동차에 기인하여 피보험자가 죽거나 다친 경우를 의미하고, 이 때 자동차를 그 용법에 따라 사용한다는 것은 자동차의 용도에 따라 그 구조상 설비되어 있는 각종의 장치를 각각의 장치목적에 따라 사용하는 것을 의미함.

본 건 사고는 차량 적재함 앞쪽에 2층으로 쌓여있던 드럼통을 적재함 바닥으로 내리던 중 드럼통과 드럼통 사이에 손가락이 끼어 발생한 사고로서 그 사고원인은 신청인의 부주의라 할 것이고, 차량 적재함이나 이외의 차량 장치는 본 건 사고에 기여하였거나 관련된 사항이 없는 것으로 보여짐.

따라서 본 건 사고는 자동차보험계약상 “자기신체사고”로 규정된 “피보험자가 피보험자동차를 소유, 사용, 관리하는 동안에 생긴 피보험자동차의 사고로 인하여 죽거나 다쳤을 때 그로 인한 손해”에 해당된다고 볼 수 없음

참고로, 유사 사례에 대한 대법원 판례를 살펴보면 화물차의 운전수가 화물차를 도로 상에 정차시키고 적재함에 올라가 화물인 철근 다발을 밀어 떨어뜨리는 작업을 하던 중 피해자의 등위로 위 화물을 떨어뜨려 사망에 이르게 한 사안에서 이 사건 사고는 운전자가 주위를 잘 살피지 아니하고 철근 다발을 밀어 떨어뜨린 행위로 인하여 일어난 것이고 위 차량의 적재함이나 기타 차량의 고유장치의 사용으로 일어난 것이 아니므로 차량의 운행으로 인한 사고로 볼 수 없다고 판시³⁵²⁾한 바 있음.

라. 결 론

따라서 본 건 사고에 대해 자동차보험 “자기신체사고” 보험금의 지급을 구하는 신청인의 청구는 그 이유가 없으므로 기각함.

352) 대법원 1996.9.20. 선고 96다24675 판결 참조.

제5절 운전자의 과실 여부

1-26 정차중 추돌사고 피해자의 과실 유무

[기각] 피신청인은 해당 법령 및 약관에서 정한 대로 “피보험자가 제3자에게 책임지는 손해”에 대해서만 보상한다 할 것이므로, 사고후 피보험자가 가해차량 부보회사와 작성한 ‘합의서’상 과실비율을 인정한 것만으로는 보험회사의 보상책임을 요구하기 어렵고, 신청인의 운전미숙 및 전방주시의무 태만으로 정차차량을 추돌한 본건 사고에 있어서 신청인의 보험금지급 청구는 이유 없다고 판단됨.(1999.7.2. 조정번호 제99-24호)

가. 사실관계

1999.3.26. 22:30경 신청외 A씨의 승용차(이하 “제1차량”이라 함)가 ○○시 지방도로상에서 도로우측 가장자리에 정차하던 중, 후속하던 신청인의 승용차(이하 “제2차량”이라 함)가 제1차량의 좌측후미를 충격하여, 피해자 A씨 및 신청인의 제2차량에 동승중이던 신청외 B씨가 부상하여 △△병원에 입원하여 치료를 받음.

1999.3.31. 신청인은 신청외 A씨에게 발생한 손해액 전부를 부담하기로 하는 각서를 써 주었고, 같은 날 오후 피신청인의 피보험자 A씨는 신청인의 부보회사인 ◇◇회사와 자신의 과실비율 20%를 인정하는 합의서를 작성함.

1999.4.1 신청인의 부보회사가 신청외 A씨의 병원치료비를 전액 지급하였고, 1999.4.3. 제1차량 파손수리비의 80%는 신청인의 부보회사가, 나머지 20%는 신청인이 A씨에게 주어 제1차량 수리업체인 ▽▽공업사에 지급토록 함.

1999.4.7 신청인이 A씨가 자동차보험을 가입한 보험회사(피신청인)를 상대로 동승자의 병원치료비에 대한 손해배상을 청구함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

정차차량 운전자인 A씨가 신청인의 부보회사와 “B씨의 치료비 및 대물과실 20%를 부담한다”는 합의서를 작성한 것은 사고발생에 피신청인의 피보험자가 과실 있음을 인정한 것이므로 피신청인은 합의서상의 과실비율에 따른 관련보험금을 지급해야 함.

(2) 피신청인의 주장

사고발생후 신청인이 신청외 A씨에게 입힌 손해액 전부를 배상하겠다는 각서를 교부한 사실이 있고, 경찰이 작성한 사고기록 등을 볼 때에도 피신청인측 피보험자의 정차중 과실책임을 인정하기 어려우며, 신청인의 대리인 ◇◇보험이 과실상계에 대해 사전설명 등 적법한 절차를 거치지 아니한 채 피보험자 A와 임의로 합의한 사항에 대해 그 효력을 인정하기 어려움.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 추돌사고에서 정차차량의 과실유무 및 피보험자의 “합의서”상 과실인정에 대한 보험회사의 책임여부임.

(1) 추돌사고에서 정차차량의 과실유무

신청외 A씨가 도로운측 갓길로 벗어나 차폭등을 켜 채 정차하는 등 「도로교통법」 제10조(정차 및 주차의 방법)와 제13조(주·정차시의 등화방법)에 따라 안전조치를 이행하였고, 사고지점의 노면상태가 양호하고 시야장애가 없었으며 차선폭이 3.2m에 이르러 후속차량의 운행에 지장이 없는 상태에서 신청인이 갓길로 피행할 긴급한 사유도 없이 정차차량을 추돌한 사고이므로 정차차량 운전자로서는 과실이 있다고 보기 어려움.³⁵³⁾

(2) 피보험자의 “합의서”상 과실인정에 대한 보험회사의 책임 여부

상법 제724조(보험자와 제3자와의 관계)에 의하면 “보험자는 피보험자가 책임을 질 사고로 인하여 생긴 손해에 대하여 제3자가 그 배상을 받기 전에는 보험금액의 전부 또는 일부를 지급하지 못하고, 제3자는 피보험자가 책임을 질 사고로 입은 손해에 대해 보험

353) 도로교통법상 차량통행에 필요한 최소 차선퍼비는 2.75m이며, 사고지점 앞에 횡단보도 및 안전운전 표지가 설치되어 있음.

자에게 직접 청구할 수 있으며, 피보험자는 보험자의 요구가 있을 때에는 협조하여야 한다”고 규정되어 있음. 또한, 자동차보험 보통약관 제67조(사고 발생시의 의무) 제3항에 의하면 ‘피보험자는 손해배상의 청구를 받은 경우에 미리 회사의 동의없이 그 전부 또는 일부를 합의하여서는 아니된다’고 규정되어 있음.

따라서 피보험자 A씨가 신청인에게 입힌 손해로 배상책임을 지는 경우 피신청인의 보험금지급 의무가 발생하는 것이고, 단지 피보험자가 신청인의 대리인 부보회사와 작성한 합의서상에 과실비율을 인정한 것만으로는 피신청인의 보험금 지급의무가 발생하였다고 볼 수 없음.

라. 결 론

피신청인은 해당 법령 및 약관에서 정한 대로 “피보험자가 제3자에게 책임지는 손해”에 대해서만 보상한다 할 것이므로, 사고후 피보험자가 가해차량 부보회사와 작성한 “합의서”상에 과실비율을 인정한 것만으로는 보험회사의 보상책임을 요구하기 어렵고, 신청인의 운전미숙 및 전방주시의무 태만으로 정차차량을 추돌한 본건 사고에 있어서 신청인의 보험금지급 청구는 이유 없다고 판단됨.

1-27 중앙선 없는 도로에서 승용차와 이륜차 충돌시 승용차운전자의 과실 유무

[기각] 신청인이 혈중알콜농도 0.158% 상당의 주취 상태로 이륜차(제1차량)를 운행하던 중 정지해 있는 제2차량을 이륜차 전면으로 우측측면을 충격함으로써 발생한 사고로 확인되었는 바, 제2차량 운전자로서는 본 건 사고를 미연에 예견하기 어려웠을 것으로 보이며, 사고가 발생한 도로 사정을 감안해 볼 때 제2차량 운전자로서는 사고를 회피할 수 있는 가능성도 없어 보여 피신청인에게 책임이 존재한다고 보기 어려움.(2002.4.23. 조정번호 제2002-12호)

가. 사실관계

신청인은 2002.2.3. 18:00경 중앙선이 없는 노폭 4m 아스팔트 도로를 혈중알콜농도 0.158% 상태에서 본인 소유 이륜차(이하 “제1차량”이라 함)를 운행하던 중, 마주오던 제

2차량과 교행하지 못하고 제1차량 전면으로 제2차량 우측 측면을 충격한 후 개울로 떨어져 신청인이 부상을 당하였음.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

음주운전 및 전방주시 태만으로 사고를 야기한 것은 인정하나, 좁은 도로를 운행하던 제2차량 운전자도 도로의 중앙으로부터 우측부분을 통행하여야 함에도 이를 준수하지 아니한 과실이 있으므로 피신청인이 치료비를 지불보증함이 타당함.

(2) 피신청인의 주장

본 건 사고도로는 시야장애가 없는 직선도로이며 제2차량이 정지한 지점의 좌측에 충분한 공간이 있어 음주를 하지 않고 전방을 주시하며 감속하여 운행하였다면 충분히 교행이 가능한 상태였음에도 불구하고 이를 태만히 하여 본 건 사고가 발생하였으므로 치료비 지불보증 책임이 없음.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 중앙선이 없는 도로에서 승용차와 이륜차 충돌시 승용차 운전자의 과실 책임 유무임.

(1) 관련 규정

민법 제750조(불법행위의 내용)는 “고의 또는 과실로 인한 위법행위로 타인에게 손해를 가한 자는 그 손해를 배상할 책임이 있다”라고 규정하고 있으며, 자동차손해배상보장법 제3조(자동차손해배상책임)는 “자기를 위하여 자동차를 운행하는 자는 그 운행으로 인하여 다른 사람을 사망하게 하거나 부상하게 한 때에는 그 손해를 배상할 책임을 진다”라고 규정하고 있음.

(2) 중앙선이 없는 도로에서 발생한 사고에 있어서의 제2차량 운전자의 과실유무

본 건 사고는 중앙선이 없는 노폭 4m 아스팔트 포장도로를 혈중알콜농도 0.158% 상

당의 주취 상태에서 이륜차 운전자가 도로사정에 비해 다소 빠른 시속 약 60km의 속도로 진행하다 마주 오던 제2차량 우측측면을 충격한 사고로, 본 건 사고에 대한 제2차량 운전자의 과실존재 여부가 쟁점 사항임.

신청인은 제2차량 운전자도 도로의 중앙으로부터 우측부분을 통행하여야 함에도 이를 준수하지 않고 도로중앙 근처로 진행함으로 인해 본 건 사고가 발생하였음을 이유로 본 건 사고에 대한 제2차량 운전자의 과실이 존재한다고 주장하나, 피신청인이 제출한 경찰서 발행의 교통사고사실확인원 및 현장사진 등 관련자료를 종합하여 판단해 볼 때 신청인의 주장은 타당하지 않은 것으로 판단됨.

① 사고지점이 아스팔트 직선도로로 사고 당시 노면이 건조한 상태였고, 사고시각이 18시로 날씨도 맑아 전방에 있는 제2차량을 식별하는데 특별한 장애가 없었다는 점.

② 신청인이 주취상태로 진행하던 중 반대편에서 마주오던 제2차량이 제1차량을 발견하고 정지해 있는 것을 제1차량 전면으로 제2차량 우측측면을 충격함으로써 발생한 사고로 조사되어 있어, 제2차량 운전자로서는 사고를 미연에 예견하기 어려웠을 것으로 판단되는 점.

③ 이 지역을 운행하는 대부분의 차량들도 개울이 있는 도로의 우측이 아닌 중앙을 주로 이용하고 있는 것으로 확인된 점.

④ 사고당시 제2차량이 정지한 지점의 좌측으로는 노외 공간까지 2m 정도의 여유가 있어, 신청인이 음주를 하지 않고 정상적으로 전방을 주시하며 진행방향 우측으로 운행하였다면 제2차량과의 교행이 가능한 상태였음에도 불구하고 주취상태로 전방주시 의무를 다하지 않은 채 망연히 진행하다 발생한 사고로 추정되는 점.

라. 결 론

본 건 사고의 경우 신청인의 일방적인 과실로 말미암아 초래된 사고로 봄이 상당하다 할 것인 바, 피신청인에게 치료비 지불보증 책임이 있다고 보기 어려운 것으로 판단됨.

1-28 중앙선침범 차량과 충돌사고시 자기차선을 따라 운행하는 자의 과실 여부

[기각] 일반적으로 중앙선이 설치된 도로를 자기차선을 따라 운행하는 자동차 운전자로서는 마주 오는 차량도 자기차선을 지켜 운행하리라고 신뢰함이 보통이므로, 특별한 사정이 없다면 상대차량이 중앙선을 침범해 들어올 경우까지 예상하여 운전하여야 할 주의의무는 없는 바, 반대차선 차량이 우로 굽은 도로를 과속으로 진행하다가 미처 방향전환을 하지 못하고 교차로상에서 반대 차로를 침범하였다면 교차로에 진입한 상대차량 운전자로서는 서행 또는 정지 이외에 달리 충돌사고를 방지하기 위한 조치를 취하기는 어렵다 할 것임.(2004.6.22. 조정번호 제2004-27호)

가. 사실관계

신청인의 동생(사고차량 운전자)이 사고 직전 친구 2명과 함께 소주방에서 술자리를 가진 후 혈중알콜농도 0.157% 상태에서 자신 소유의 차량(이하 “제1차량”이라 함)에 친구 A씨를 조수석에 태우고 중앙선이 있는 편도 1차선의 도로를 주행하던 중 진행방향 우(右)로 약 30도 정도 굽은 도로의 교차로 상에서 반대 방향으로 주행 중인 차량(이하 “제2차량”이라 함)과 충돌하였고, 충돌은 교차로 중간 부근에서 가상중앙선을 기준으로 제1차량이 중앙선을 침범한 상태에서 발생하였으며, 충돌 직후 제2차량은 충돌지점에서부터 약 8~9m 뒤 다리 난간 쪽으로 밀렸고, 제1차량은 우측 전방 약 6~7m 지점에 역방향으로 정지하였음.

한편, 신청인이 본 건 사고는 제2차량 운전자가 교차로상에서 좌회전하던 중에 발생하였다고 주장하나, 관할 경찰서 조사 기록상의 목격자 및 제1차량 탑승자의 진술내용에 비추어 이를 인정하기는 어렵다 할 것임.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

본 건이 음주상태에서 발생한 사고이긴 하나, 제2차량 운전자도 주의하여 자동차를 운행하여야 할 의무가 있음에도 이를 이행하지 아니한 과실이 있으므로 이에 대한 보험금

을 지급함이 타당함.

(2) 피신청인의 주장

본 건 사고는 제1차량 운전자가 음주상태에서 우로 굽은 도로를 과속으로 진행하다 미처 차선을 따라 회전하지 못하고 그대로 직진하여 반대차선으로 넘어가면서 제2차량을 충격한 사고로, 제2차량 운전자는 마주 오는 차량이 교통법규를 준수하여 도로의 중앙으로부터 우측부분을 통행할 것으로 신뢰하였을 뿐만 아니라 굽은 도로의 형태상 상대방차량의 진행을 예상하고 사고를 방지하기 위한 특별한 조치를 강구할 여지가 없었다 할 것이므로 보험금 지급책임이 없음.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 중앙선을 침범하여 진행하는 차량과 충돌사고 시 자기 차선을 따라 운행하는 자의 사고 예견가능성, 회피가능성 존재 및 그에 따른 과실 인정 여부라 할 것임.

(1) 관련규정

자동차손해배상보장법 제3조(자동차손해배상책임)에서는 “자기를 위하여 자동차를 운행하는 자는 그 운행으로 인하여 다른 사람을 사망하게 하거나 부상하게 한 때에는 그 손해를 배상할 책임을 진다.”라고 하면서 다만, “승객이 아닌 자가 사망하거나 부상한 경우에는 자기와 운전자가 자동차의 운행에 관하여 주의를 게을리 하지 아니하고, 피해자 또는 자기 및 운전자와의 제3자에게 고의 또는 과실이 있으며, 자동차의 구조상의 결함 또는 기능에 장애가 없었다는 것을 증명한 때”에는 책임을 면하는 것으로 규정함.

(2) 중앙선 있는 편도1차선 도로상 발생한 사고에서의 피해차량 운전자의 과실 유무

대법원은 “일반적으로 중앙선이 설치된 도로를 자기차선을 따라 운행하는 자동차 운전자로서는 마주 오는 차량도 자기차선을 지켜 운행하리라고 신뢰하는 것이 보통이므로, 상대방 차량의 비정상적인 운행을 예견할 수 있는 특별한 사정이 없다면 상대방 차량이 중앙선을 침범해 들어올 경우까지 예상하여 운전하여야 할 주의의무는 없다.”라고 판시³⁵⁴⁾하고 있음. 그러나 마주 오는 차가 이미 비정상적으로 중앙선을 침범하여 진행하

여 오는 것을 미리 목격한 경우라면, 그 차가 그대로 비정상적으로 운행을 계속함으로써 진로를 방해할 것에 대비하여 경음기나 전조등을 이용하여 경고신호를 보내거나 감속하면서 도로 우측으로 피행하는 등 충돌사고를 방지하기 위한 적절한 방어운전조치를 취하여야 할 것이나, 본 건 사고와 관련한 관할경찰서의 교통사고 실황조사서, 사고당시 현장사진 및 도로사정 등 관련자료 일체를 종합하여 판단해 볼 때, 다음과 같은 사유로 제2차량 운전자의 본 건 사고에 대한 책임은 없다 할 것임.

① 사고도로는 제1차량 운전자의 진행방향에서 우로 약30도 굽은 도로이고 교차로상의 사고지점이 굽은 도로의 곡각지점으로 교행하는 차량의 동태를 충분히 살피기 곤란한 바, 제2차량 운전자는 사고지점에 근접하기 직전까지 제1차량이 중앙선을 넘어 달리고 있다는 것을 인지하기가 용이하지 않은 점

② 제2차량 운전자는 자기 차선을 따라 시속 30~40km로 정상적으로 진행 중이었고, 목격자의 진술 및 위 충돌 사고 후 양 차량이 최종 정지한 위치(제2차량이 제1차량에 비해 공차중량 기준으로 약 500kg 무거운데도 뒤로 밀린 점)를 통해서도 제1차량 운전자의 과속을 추단할 수 있는 점.

③ 반대차선 차량이 우로 굽은 도로를 과속으로 진행하다가 미처 방향전환을 하지 못하고 교차로상에서 반대 차로를 침범한 상황에서 교차로에 진입한 제2차량 운전자로서는 서행 또는 정지 이외에 달리 충돌사고를 방지하기 위한 조치를 취하기는 어려운 점.

따라서 본 건 사고는 제1차량 운전자가 음주상태에서 과속으로 굽은 도로를 주행하던 중 차선을 따라 제대로 회전하지 못하고 제2차량 진행차선에 진입한 일방적 과실에 기인하다 할 것이고, 또한 조사 결과 제2차량에 구조상의 결함 또는 기능의 장애도 없었던 것으로 밝혀짐.

라. 결 론

본 건 사고는 신청인측 운전자의 일방적 과실에서 비롯된 것으로 피신청인의 보험금 지급책임은 없는 것으로 판단됨.

354) 대법원 1999.7.23. 선고 99다19346 판결 참조.

1-29 고가도로 무단횡단 사고시 운전자 과실인정 여부

[일부인용] 운전자가 상당한 거리에서 보행자의 무단횡단을 미리 예상할 수 있는 사정이 있었고, 그에 따라 즉시 감속하거나 급제동하는 등의 조치를 취하였다면 보행자와의 충돌을 피할 수 있었던 경우 사고에 대한 운전자의 주의의무 위반에 따른 과실은 있다 할 것인데, 본 건 고가도로의 진입에 이르는 도로는 직선에 가까운 오르막 도로라는 점, 비·바람·안개·눈 등으로 인한 이상기후 시에 운전자는 최고속도의 100분의 20내지 100분의 50 정도로 감속 운행하여야 하는데 사고운전자가 감속 운행을 다하지 아니한 것으로 인정되므로 본 건 사고 운전자의 과실은 있다 할 것임.(2005.7.26. 조정번호 제2005-50호)

가. 사실관계

신청외 A씨의 모친 B씨는 2003.8.22. 피신청인과 개인용자동차보험계약을 체결함. 신청외 A씨가 2004.7.4. 00:07경 서울특별시 ○○구 소재 고가도로 편도2차로중 2차로로 차량을 운행하다가 당시 도로를 걸어가던 보행자 C씨(사고당시 만23세)를 충격하는 사고가 발생함.

사고발생지역은 제한속도 시속 60km의 일반도로이고, 사고 장소는 위 고가도로로 진입한 후 약 20~30m지점으로 사고 당시는 비가 내려 노면이 미끄러운 상태였으며, 고가도로 주변 양측으로는 가드레일이 설치되어 있어 보행자의 통행 및 접근이 곤란한 장소이며, 동 사고로 C씨는 위 차량의 범퍼, 보닛 및 운전석 앞 유리창에 충격당하여 병원에서 외상성 경막하출혈 및 우측 다리 골절의 진단을 받고 개두술 및 혈종제거술, 뇌압감압술 등을 시행 받음.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

사고가 발생한 장소는 자동차전용도로가 아닌 일반도로상의 고가 초입이고, 사고 당시 비가 내리고 있었던 상황이었기 때문에 운전자는 평상시 정상 속도보다 감속하면서 전방을 철저히 주시할 필요가 있었음에도 이러한 주의의무를 게을리 하여 본 건 사고가

발생하였으므로 자동차보험사인 피신청인은 보상책임이 있음.

(2) 피신청인의 주장

자동차를 운전하는 운전자는 통상 고가도로에 보행자가 횡단하리라는 것을 예상하기 어려울 뿐만 아니라 사고 당시 비가 내리는 심야여서 운전자의 시야 확보가 어려웠던 사정에 비추어 보면, 본 건 사고는 운전자로서는 불가항력적인 즉, 보행자의 전적인 과실에서 비롯된 것으로 보상책임이 없음.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 고가도로에서 무단 횡단하는 보행자를 충격한 사고에 대한 자동차 운전자의 과실 인정 여부라 할 것임.

(1) 관련법규

「자동차손해배상보장법」 제3조(자동차손해배상책임)에서는 “자기를 위하여 자동차를 운행하는 자는 그 운행으로 인하여 다른 사람을 사망하게 하거나 부상하게 한 때에는 그 손해를 배상할 책임을 진다”라고 규정하여 자동차의 운행자에게 사실상 무과실책임에 가까운 무거운 책임을 부과하고 있으며, 같은 조 제1호에서는 운행자가 그 책임을 면하기 위해서는 “승객이 아닌 자가 사망하거나 부상한 경우에 있어서 자기와 운전자간 자동차의 운행에 관하여 주의를 게을리하지 아니하고, 피해자 또는 자기 및 운전자외의 제3자에게 고의 또는 과실이 있으며, 자동차의 구조상의 결함 또는 기능에 장애가 없었는 것을 증명한 때”에 한하는 것으로 규정하고 있음.

(2) 본 건 사고에 대한 운전자의 과실 여부

본 건 사고가 발생한 장소는 보행자의 보행이 금지되는 고속도로 또는 자동차 전용도로가 아니긴 하지만, 고가도로와 고가도로 아래의 편도2차선 도로는 서로 차단되어 있고, 고가도로상에는 보행할 수 있는 통행로가 없는 등 보행자의 접근이 어려운 도로여건을 감안할 때 이 사건 운전자에게 고가도로상에 보행자가 나타나 무단 횡단할 것까지 예상하여 급정차를 할 수 있도록 대비하면서 운전할 주의의무를 부담시키기는 어려울

것으로 사료됨.

그러나 운전자가 상당한 거리에서 보행자의 무단횡단을 미리 예상할 수 있는 사정이 있었고, 그에 따라 즉시 감속하거나 급제동하는 등의 조치를 취하였다면 보행자와의 충돌을 피할 수 있었다는 등의 특별한 사정이 객관적으로 인정되는 경우라면 사고에 대한 운전자의 주의의무 위반에 따른 과실은 있다 할 것인데, 본 건과 관련한 자료를 종합하여 살펴보면 다음의 사유로 인해 당해 사고차량 운전자에게는 위 「자동차손해배상보장법」 제3조 제1호 소정의 면책사유가 존재하지 않는 것으로 판단되므로, 피신청인측의 보상책임이 없다는 주장은 이유 없다 할 것임.

① 본 건 사고를 담당한 관할 경찰서 사고조사기록에는 사고 당시의 제반 사정을 감안하여 사고운전자에게 도로교통법 제48조(안전운전의무) 위반을 적용하고 있는 점.

② 사고 도로의 양측에 가로등이 50m 간격으로 서로 지그재그형태로 설치되어 있을 뿐만 아니라 기상청의 기상증명서상에 사고시간(2004.7.4. 00:07)대인 2004.7.4. 00시부터 01시까지의 1시간 강수량이 6.0mm로 많지 않았으며, 사고가 발생한 고가도로의 진입에 이르는 도로는 직선에 가까운 오르막 도로라는 점 등으로 인해, 운전자의 가시거리 및 시야 확보가 객관적으로 가능하여 운전자가 전방주시를 제대로 했다면 사고를 방지하거나 손해를 경감시키기에 충분한 사정이 객관적으로 존재하였다는 점.

③ 비·바람·안개·눈 등으로 인한 이상기후 시에 운전자는 최고속도의 100분의 20 내지 100분의 50 정도로 감속 운행하여야(도로교통법시행규칙 제12조제2항)하는데, 사고 운전자는 2005.7.6. 금감원에 제출한 사실확인서를 통해 “약 30~40m 전방에서 사람으로 보이는 하얀 물체가 1,2차선의 라인을 타고 걸어 가는 것을 보고 브레이크를 밟았으나 빗길에 밀려”라고 밝히고 있을 뿐만 아니라, 보행자를 충격한 차량의 앞유리창이 심하게 파손된 사정에서 사고운전자가 감속 운행을 다하지 아니한 것으로 보인다는 점.

(3) 본 건 사고에 대한 운전자의 책임 제한 정도

이상에서 실시한 바와 같이 당해 사고에 대한 사고운전자의 과실이 인정된다 할 것이나, 이는 보행자의 무단횡단에서 비롯된 것이므로 운전자의 책임을 제한적으로 적용하여 본 건 사고에 대한 보행자와 운전자의 책임을 7:3으로 결정함이 타당하리라 판단됨.

라. 결 론

그렇다면 피신청인은 이 건 사고로 보행자가 입은 손해의 30%에 대하여 당해보험약관에 따른 보상책임을 부담한다 할 것임.

1-30 중앙선 침범차량과 충돌한 과속 운전자의 책임 유무

[일부인용] 사고발생지점은 경사진 굽은 도로로 오르막을 올라가는 자동차운전자로서는 이러한 비정상적인 운행에 대비하여 사전에 미리 감속운행 하여야 함에도 불구하고 오히려 제한속도를 약 10km 정도 초과하여 운행한 과실이 있고, 음주운전자가 정상적인 운전자에 비해 위기상황에 대처하는 반응속도가 늦다는 것이 일반적으로 인정된 사실이라는 점에 비추어 보면, 자기차선을 따라 운전한 자동차운전자가 주의를 다하지 못하였다고 추정됨. 다만, 본 건 사고가 오토바이운전자의 중앙선 침범에서 비롯된 것이므로 자동차운전자의 책임을 제한적으로 적용하여 본 건 사고에 대한 오토바이 운전자와 자동차 운전자의 책임을 7:3으로 결정함. (2005.9.29. 조정번호 제2005-58호)

가. 사실관계

신청외 A씨는 피신청인과 2003.9.14. 개인용자동차보험계약을 체결함. A씨가 2004.8.30. 20:44경 편도 1차선의 도로를 혈중알콜농도 0.124% 상태에서 제한속도 60km를 초과한 69.69km의 속도로 피보험차량을 운전하던 중, 반대편에서 혈중알콜농도 미상의 주취상태에서 오토바이를 운전하다 중앙선을 침범한 신청외 B씨(신청인의 배우자)를 발견하고 급제동하면서 진행차선 오른쪽 갓길로 피양하였으나 오토바이와 충돌하면서 신청외 B씨가 사망하는 사고가 발생하였고, 사고발생지역은 주택가와 떨어진 굽은 도로의 시작 지점이었으나 사고발생시간이 야간이고 굽은 도로의 안쪽에는 정자와 나무들이 있어 피보험차량 운전자가 오토바이 운전자의 진행을 사전에 미리 확인하기는 곤란한 상황이었음.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

A씨가 자기차선을 따라 운행하였다고는 하나, 혈중알콜농도 0.1% 이상의 음주상태에서 규정 속도 이상으로 운전하다 발생한 사고이므로 피신청인은 보상책임이 있음.

(2) 피신청인의 주장

사고 당시 A씨가 주취상태이긴 하였으나 본 건 사고가 발생한 도로는 가로등이 전혀 없는 어두운 곡선지점으로 정상적인 운전자라 할지라도 사고를 방지하거나 손해를 경감할 수 있었던 상황이 아니라 할 것이므로 자기차선을 따라 운행한 피보험자의 과실이 전혀 없는 사고로 보상책임은 없음.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 중앙선을 침범한 차량과 충돌한 운전자의 주의의무 위반 여부라 할 것임.

(1) 관련법규

「자동차손해배상보장법」 제3조(자동차손해배상책임)에서는 “자기를 위하여 자동차를 운행하는 자는 그 운행으로 인하여 다른 사람을 사망하게 하거나 부상하게 한 때에는 그 손해를 배상할 책임을 진다”라고 규정하여 자동차의 운행자에게 사실상 무과실책임에 가까운 무거운 책임을 부과하고 있으며, 같은 조 제1호에서는 운행자가 그 책임을 면하기 위해서는 “승객이 아닌 자가 사망하거나 부상한 경우에 있어서 자기와 운전자가 자동차의 운행에 관하여 주의를 게을리하지 아니하고, 피해자 또는 자기 및 운전자외의 제3자에게 고의 또는 과실이 있으며, 자동차의 구조상의 결함 또는 기능에 장애가 없었다는 것을 증명한 때”에 한하는 것으로 규정하고 있음.

(2) 자기차선을 따라 운전한 운전자의 주의의무 위반 여부

일반적으로 중앙선이 설치된 도로를 자기차선을 따라 운행하는 자동차 운전자로서는 마주 오는 차량도 자기차선을 지켜 운행하리라고 신뢰하는 것이 보통이므로, 상대방 차량이 중앙선을 침범하여 들어올 경우까지 예상하여 운전하여야 할 주의의무는 없다 할 것임.

그러나 상대방 차량의 비정상적인 운행을 예견할 수 있는 특별한 사정이 있다면, 즉 도로의 상황에 비추어 상대방 차량이 자기차선을 지키며 중앙선을 침범하지 않고 정상적으로 운행하리라고 신뢰하기 어렵다면 이에 대비하여 운전하여야 할 것이고, 마주 오는 차가 이미 비정상적으로 중앙선을 침범하여 진행하여 오는 것을 미리 목격한 경우라면, 그 차가 그대로 비정상적으로 운행을 계속함으로써 진로를 방해할 것에 대비하여 경음기나 전조등을 이용하여 경고신호를 보내거나 감속하면서 도로 우측으로 피행하는 등 충돌사고를 방지하기 위한 적절한 방어운전조치를 취하여야 할 것인바, 이에 근거하여 본 건 사고를 살펴보면, 사고발생 지점은 경사진 굽은 도로이기 때문에 반대편 내리막에서 회전하여 내려오는 차량은 중앙선을 침범할 수 있는 개연성이 높다 할 것이므로, 오르막을 올라가는 자동차운전자 A씨로서는 이러한 비정상적인 운행에 대비하여 사전에 미리 감속운행 하여야 함에도 불구하고 오히려 제한속도를 약 10km 정도 초과하여 운행한 과실이 있고, 음주운전자가 정상적인 운전자에 비해 위기상황에 대처하는 반응속도가 늦다는 것이 일반적으로 인정된 사실이라는 점에 비추어 보면, 자동차운전자 A씨는 혈중알콜농도 0.124%의 만취상태에서 주의를 다하지 못하였다고 추정됨.

그렇다면 자동차운전자 A씨의 음주 및 과속운전이 본 건 사고의 발생 및 손해의 확대에 영향을 미쳤다고 인정할 만한 충분한 사정이 존재한다고 보여지므로 피신청인의 면책주장은 이유 없다 할 것임.

(3) 자동차운전자 A씨의 책임 정도

이상에서 실시한 바와 같이 당해 사고에 대한 자동차운전자 A씨의 과실이 인정된다 할 것이나, 본 건 사고가 오토바이운전자 B씨의 중앙선 침범에서 비롯된 것이므로 승용차운전자의 책임을 제한적으로 적용하여 본 건 사고에 대한 B씨와 A씨의 책임을 7:3으로 결정함이 타당하리라 판단됨.

라. 결 론

그렇다면 피신청인은 B씨가 입은 손해의 30%에 해당하는 법률상 손해배상금을 지급할 책임이 있다 할 것임.

1-31 추돌사고로 정치한 선행차량 운전자의 과실 인정 여부

[기각] 고속도로에서 안전거리 미확보상태에서 운전하던 차량이 운전부주의로 전복된 선행차량을 충격한 사안에서 선행차량 운전자에게 과실 책임을 인정한 판례가 있고, 본 건의 경우에도 신청인의 안전거리 미확보로 인해 발생한 1차 추돌사고로 인해 사고 제1차량이 도로에 정차해 있던중 2차 추돌사고가 발생한 이상 사고 제1차량의 운전자인 신청인에게 과실 책임이 일부(10%) 인정됨.(2008.4.29. 조정번호 제2008-29호)

가. 사실관계

보험계약자 겸 피보험자인 A는 2007.7.11. 피신청인과 영업용자동차보험계약을 체결함. 2007.9.7.자 ○○경찰서장 발행 “교통사고사실확인원”에 따르면 2007.8.28. 08:50경 신청인이 운전하던 1톤 화물차량(이하 “제1사고차량”이라 함)이 고속도로에서 1차로를 진행하던 중 안전거리 미확보로 앞서 진행하던 승용차(이하 “제2사고차량”이라 함)의 뒷부분을 추돌하고, 승합차량(이하 “제3사고차량”이라 함)가 안전거리 미확보로 위 사고로 정지된 제1사고차량의 뒷부분을 충격한 사고가 발생하여, 제3사고차량의 운전자가 사망한 사고가 발생함.

피신청인은 신청인의 안전거리 미확보로 인해 발생한 1차 추돌사고가 2차 추돌사고의 발생 및 손해 확대에 일부 기여했다며 신청인에게 10%의 과실책임을 부과함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

제3사고차량 운전자의 사망사고는 해당 운전자의 안전거리 미확보로 발생하였음에도, 신청인이 유발한 1차 추돌사고 때문에 2차 추돌사고가 발생했음을 이유로 신청인에게 과실책임을 부담시키는 것은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

안전거리 미확보로 1차 추돌사고를 야기한 신청인은 1차 추돌사고에 대해서 과실이

존재하며, 또한 1차 추돌사고가 2차 추돌사고의 발생 및 손해확대에 일부 기여한 점이 존재하는 바, 신청인에게 일부 과실(10%)이 인정됨.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 추돌 사고로 정차한 선행차량의 과실 인정 여부라 할 것임.

(1) 보험약관 및 관련법규

자동차보험약관(대인배상Ⅰ, 대인배상Ⅱ, 대물배상)에 의하면 보험회사는 피보험자가 피보험자동차를 소유, 사용, 관리하는 동안에 생긴 피보험자동차의 사고로 인하여 남을 죽게 하거나 다치게 한 때 또는 남의 재물을 없애거나 훼손한 때에 법률상 손해배상책임을 짐으로써 입은 손해를 보상하여야 하며, 도로교통법 제19조(안전거리확보 등) 제1항에서는 “모든 차의 운전자는 같은 방향으로 가고 있는 앞차의 뒤를 따르는 때에는 앞차와의 충돌을 피할 수 있는 필요한 거리를 확보하여야 한다”고 규정함.

(2) 추돌 사고로 정차한 선행차량의 과실 인정 여부

신청인은 동 사망사고는 제3사고차량 운전자의 안전거리 미확보로 인해 발생한 바, 신청인에게 과실책임을 부담시키는 것은 부당하다고 주장하나, 가랑비가 내리고 안개가 낀 심야에 고속도로를 안전거리 미확보 상태에서 주행하던 차량이 운전부주의로 고속도로 중앙분리대를 들이받고 진행방향 추월선상에 전복되어 있는 차량을 추돌하여 전복 차량에서 미처 빠져나오지 못한 운전자를 사망케 한 사안에서, 전복 차량 운전자의 과실이 동 건 사고로 인한 손해의 발생 및 확대의 중요한 원인이 되었다는 이유로 전복 차량 운전자에게 과실 책임을 인정한 판례³⁵⁵⁾가 있고, 동 건의 경우에도 1차 추돌사고가 신청인의 안전거리 미확보로 인해 발생하였고, 1차 추돌사고로 인해 사고 #1차량이 도로에 정차해 있던중 2차 추돌사고가 발생한 이상 사고 #1차량의 운전자인 신청인에게 과실 책임이 일부(10%) 인정된다고 봄이 타당함.

355) 서울고등법원 1995.1.26. 선고 94나36157 판결 참조.

라. 결 론

그렇다면 본 건과 관련하여 과실 책임이 없다는 신청인의 주장은 이유 없다 할 것임.

1-32 불법주차 차량의 과실 인정여부

[인용] 본건 도로는 편도 3차선의 곡선도로로 피신청인의 피보험차량(기종기식 트럭)은 갓길³⁵⁶⁾이 아닌 주정차가 허용되지 않은 3차로의 대부분을 무단으로 점거하고 있었다는 점과 이러한 곡선도로는 운전자의 시야확보에 장애 요소로 작용할 수 있다는 점, 그리고 피보험차량의 불법 주차는 3차로를 이용할 수 밖에 없는 사륜오토바이의 주행에 심각한 장애요소로 작용할 수 있다는 점 등을 감안할 때, 이 건 사고는 피보험차량의 불법주차와 인과관계가 있다고 보여지므로 피보험차량의 과실이 있다 할 것임.(2011.1.25. 조정번호 제2011-5호)

가. 사실관계

2010.8.9. 신청인의 부친 A씨(남 74세)가 강원도 소재 국도상에서 사륜 오토바이³⁵⁶⁾를 무면허로 운전하여 직진 중(휘어진 도로) 횡단보도 앞 10m이내 3차로에 불법 주차중인 트럭(기종기식 트럭)의 고정식 받침대에 머리가 부딪혀 부상당하는 사고가 발생하였으며 2010.9.1. 입원치료중 사망하였음.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

신청인의 부친이 농업에 필요한 비료를 구입하기 위해 사륜 오토바이를 운행 중 불법 주차된 차량의 측면(고정식 받침대)을 추돌하여 사망하였고, 불법주차된 차량이 없었다면 본건 사고는 발생하지 않았을 것이며, 불법주차 차량의 소유주도 보험처리 해주기를 희망하는데도, 피신청인이 판례를 이유로 불법주차된 차량의 과실이 전혀 없다며 보험금

356) 「자동차관리법 시행규칙」 제2조에서는 조향장치의 조작방식, 동력전달방식 또는 원동기 냉각방식 등이 이륜의 자동차와 유사한 구조로 되어 있는 삼륜 또는 사륜의 자동차로서 승용자동차에 해당하지 아니하는 자동차는 이륜자동차로 분류함.

지급을 거부하는 것은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

본건은 사고 발생 당시 시간이 08:40경으로 주간인 상태였고, 사고도로가 편도 2차로 도로에서 3차로 도로로 넓어지는 도로이며, 주차된 차량의 위치가 3차로상으로 직선도로에 가까워 시야가 확보된 장소이므로 주차된 차량을 쉽게 발견할 수 있는 사정이 있음에도 사륜 오토바이 운전자의 전방주시 태만 등으로 인하여 사고가 발생하였다고 보는 것이 타당하므로 주차 차량과 추돌사고 사이에 상당인과관계가 있다고 볼 수 없음.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 이 건 사고가 불법주차와 인과관계가 있는지 여부라 할 것임.

피신청인은 본건 사고는 신청인의 전방주시 태만으로 발생한 사고이므로 피신청인측 차량의 손해배상책임이 전혀 없다고 주장하나 다음과 같은 점에서 인정되기 어려움.

① 관할 경찰서에서 발행한 교통사고 사실 확인원(2010.9.14.), 교통사고보고 및 사고당시 사진자료 등에 따르면, 동 건 사고와 관련된 도로는 편도 3차선의 곡선도로로 피신청인의 피보험차량(기중기식 트럭)은 갓길에 아닌 주·정차가 허용되지 않은 3차로의 대부분을 무단으로 점거하고 있었다는 점과 도로의 형태도 직선도로가 아닌 곡선도로이므로 이러한 곡선도로는 운전자의 시야 확보에 장애 요소로 작용할 수 있다는 점.

② 피신청인은 사륜 오토바이 운전자가 좌측 1, 2차로를 이용하여 얼마든지 정상주행이 가능한 상태였다고 주장하나, 사고지점의 도로가 2차선에서 3차선으로 넓어진다고 하더라도 일반적으로 시속 50km 이내로 저속 주행하는 사륜오토바이는 도로의 가장자리인 3차로를 이용할 수 밖에 없는데 앞서 살펴본바와 같이 피신청인의 피보험차량은 갓길에 아닌 주·정차가 허용되지 않은 3차로의 대부분을 무단으로 점거하여 주차하고 있었고 이러한 불법주차는 3차로를 이용할 수 밖에 없는 사륜오토바이의 주행에 심각한 장애요소로 작용할 수 있다는 점과 사고당시 상황에 대한 목격자가 없어 정확하게 알기 어려우나, 사고당시 2차로로 미상의 차량들이 진행하고 있었다면 3차로에서 2차로로 피

하기도 어려울 수 있다는 점.

③ 사고당일 ○○대학교의과대학병원 응급센터 진료기록지(2010.8.9.)에 따르면, 사고당시 동 건 관련 사륜오토바이 운전자가 음주상태가 아니었던 것으로 확인되고, 졸음운전 또는 신체적으로 이상이 있는 상태에서 사륜 오토바이의 조향장치를 조작하였다고 볼 만한 증거자료도 찾아 볼 수 없는 점.

④ 당해 보험약관 27 과실상계 등 나. 과실비율의 적용기준에 따르면, 별도로 정한 “자동차사고 과실비율의 인정기준”에 따라 과실비율을 적용하도록 규정하고 있고, 피신청인을 포함한 보험회사에서 공통적으로 사용하는 “자동차사고 과실비율의 인정기준 및 보상처리 조건표”상의 “과실비율의 인정기준”에서는 주·정차법을 위반한 경우 기본적으로 과실(10%)을 인정하고 있다는 점.

따라서, 이 건 사고는 피보험차량의 불법주차와 인과관계가 있다고 보여지므로 피보험차량의 과실이 전혀 없다고 주장하는 피신청인의 주장은 이유없다 할 것임.

다만, 불법행위로 인한 손해의 발생 또는 확대에 관하여 피해자에게도 과실이 있을 때에 그와 같은 사유는 가해자의 손해배상 범위를 정함에 있어 참작되어야 하는 것인데, 양자의 과실비율을 정함에 있어서는 손해의 공평 타당한 분담이라는 제도의 취지에 비추어 사고발생에 관련된 제반 상황이 충분히 고려되어야 할 것³⁵⁷⁾인데, 이 건 관련된 사고 발생시기가 8월이고 발생시각이 야간이 아닌 08:40분경으로 어둡지 않았으며, 사륜오토바이 운전자가 사고지역 주변에 거주하고 있어 평소 주변지역을 잘 알고 있었다는 사정 등을 고려한다면 사륜 오토바이 운전자가 전방주시의무를 제대로 이행하였다면 동 건 사고를 피할 가능성도 있었음을 고려하여 사륜 오토바이 운전자의 과실이 더욱 크다 할 것이므로 피신청인의 피보험차량 과실을 10%로 제한하는 것이 타당하다 할 것임

라. 결 론

그렇다면, 동 건 보험계약과 관련하여 피신청인이 피보험차량의 무과실을 주장하며 보험금 지급을 거부한 조치는 부당한 것으로 판단됨.

357) 대법원 1991.7.9. 선고 91다14291 판결 등 참조.

제6절 보험계약의 무효·취소, 계약변경

1-33 계속보험료 미납으로 인한 보험계약 해지의 적정성 여부

[기각] 해지에고부 최고에서 상당한 시간은 보험계약자가 이행을 준비하고 이를 이행하는데 필요한 시간을 말하며 이행하여야 할 채무의 성질 기타 객관적인 사정을 고려하여서 결정되어야 하는 바, 보험계약자가 이행하여야 할 채무는 보험료의 납입이라는 금전채무로서 동 채무의 성질상 이행에 특별히 많은 시간이 소요된다거나 특별한 절차를 밟아야 하는 것도 아니고, 금융기관이나, 피신청인의 영업소 등을 통하여 용이하게 보험료 납입채무를 이행할 수 있다는 점 등을 고려해 볼 때 해지에고부 최고기간이 3일이더라도 이 기간이 상당하지 아니하다고 볼 수 없음.(2000.12.12. 조정번호 제2000-56호)

가. 사실관계

신청인은 2000.3.21. 피신청인과 개인용자동차보험계약을 체결³⁵⁸⁾하면서 보험료를 2회에 걸쳐 지급하기로 약정하고, 제1회 보험료(545,760원)는 2000.3.21 지급하고 제2회분 보험료(159,630원)는 같은 해 8.21. 납입하기로 약정하였음.

피신청인은 신청인에게 2000.7.1. 제2회분 보험료납입 지로영수증을 발송하였음에도 제2회분 보험료가 약정한 시기에 납입되지 아니하자 같은 해 9.15 보험계약자인 신청인의 주소지로 위 보험료에 대한 납입최고 및 해지안내장을 발송하였고, 위 보험료납입최고 및 해지 안내장은 같은 해 9.18 신청인에게 도달되었음.

피신청인은 이와 같은 보험료 납입최고에도 불구하고 신청인이 보험료를 납입하지 아니하자 개인용자동차보험 분할납입 특별약관³⁵⁹⁾에 따라 2000.9.20. 동 보험계약을 직권으로 해지하였는데, 2000.10.4. 신청인은 충청북도 ○○군에서 피보험차량을 운행하던 중 보행인을 충격하는 사고를 발생시킴.

358) 특약사항 : 가족운전자 · 만26세이상 한정운전특약, 보험료 분할납입 특약.

359) 보험료분할납입특별약관 제3조(분할보험료의 납입최고) ②납입최고기간안에 분할보험료를 납입하지 아니하는 때에는 납입최고기간이 끝나는 날의 24시부터 보험계약은 해지됩니다.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

상법 제650조(보험료의 지급과 지체의 효과) 제2항에 의하면 “계속보험료가 약정한 시기에 지급되지 아니한 때에는 보험자는 상당한 기간을 정하여 보험계약자에게 최고하고 그 기간내에 지급되지 아니한 때에는 그 계약을 해지”할 수 있도록 규정하고 있으나, 피신청인은 최고기간을 상당기간동안 부여하지 아니하였으므로 상당한 기간을 정하여 보험계약자에게 최고하도록 규정한 상법 제650조의 규정을 위반하였으므로 동 최고 및 해지는 무효임.

(2) 피신청인의 주장

피신청인은 「보험료분할납입특별약관」의 규정에 따라 납입최고기간이 끝나는 날 이전에 보험계약자인 신청인에게 납입최고 및 해지안내문을 발송하였고, 신청인이 동 안내문을 수령한 사실이 확인되므로 피신청인의 납입최고 및 해지는 적정하게 이루어진 것임.

신청인은 2000.9.18 납입최고 및 해지안내문을 수령하였음에도 수령일로부터 16일이 지난 사고발생일까지도 분할보험료를 납입하지 아니한 점으로 볼 때 보험계약의 유지의사가 없었던 것으로 보임. 또한 신청인이 최고장을 수령하고 보험료를 납입할 의사가 있었다면 보험계약의 직권해지일(2000.9.20)까지 3일간의 여유가 있었으므로 동 기간은 보험료납입의무를 이행할 수 있는 충분한 기간으로 사료됨.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 계속보험료 미납으로 인한 보험계약의 최고 및 해지처리의 적정성 여부임.

(1) 보험약관 및 관계법규

상법 제650조(보험료의 지급과 지체의 효과)제2항에 의하면 “계속보험료가 약정한 시기에 지급되지 아니한 때에는 보험자는 상당한 기간을 정하여 보험계약자에게 최고하고 그 기간내에 지급되지 아니한 때에는 그 계약을 해지할 수 있다”라고 규정하고 있음.

「개인용자동차보험 보험료 분할납입 특별약관」은 이와 같은 상법 규정을 구체화하여 “보험계약자가 약정한 납입일자까지 제2회 이후의 분할보험료를 납입하지 아니하는 때에는 약정한 납입일자로부터 30일간의 납입최고기간을 둡니다. 회사는 이 납입최고기간 안에 생긴 사고에 대하여는 보상합니다”라고 규정하고, “납입최고기간안에 분할보험료를 납입하지 아니하는 때에는 납입최고기간이 끝나는 날의 24시부터 보험계약은 해지되고”, “보험계약자가 약정한 납입일자까지 분할보험료를 납입하지 아니한 경우, 회사는 보험계약자 및 기명피보험자에게 납입최고기간이 끝나는 날 이전에 제1항 및 제2항의 내용을 서면으로 최고합니다”라고 규정함.

(2) 계속보험료 미납으로 인한 보험계약의 최고 및 해지처리의 적정성 여부

상법(제650조 제2항) 및 분납특약을 종합해 보면 보험계약자 등의 보험료 납입지체로 인한 보험자의 해지예고부 최고는 ①보험계약자가 약정한 납입일자까지 분할보험료를 납입하지 아니할 것, ②상당한 시간을 정하여 최고할 것, ③최고기간내에 보험료를 납입하지 아니하면 계약을 해지한다는 의사가 포함될 것을 요건으로 하고 있음.

본건의 해지예고부 최고를 보면 위 ①, ③의 요건은 충족하고 있음. 다만, 본건 해지예고부 최고기간은 수령일을 포함하여 3일간이었던 바, 위 최고기간이 위 상법의 규정에 비추어 상당한 시간을 정한 최고였느냐 하는 점이 문제됨.

해지예고부 최고에서 상당한 시간은 보험계약자가 이행을 준비하고 이를 이행하는데 필요한 시간을 말하며 이행하여야 할 채무의 성질 기타 객관적인 사정을 고려하여서 결정되어야 하고, 본건의 경우 보험계약자가 이행하여야 할 채무는 보험료의 납입이라는 금전채무로서 동 채무의 성질상 이행에 특별히 많은 시간이 소요된다거나 특별한 절차를 밟아야 하는 것도 아니고, 금융기관이나, 피신청인의 영업소 등을 통하여 용이하게 보험료 납입채무를 이행할 수 있다는 점 등을 고려해 볼 때 본건 해지예고부 최고기간이 상당하지 아니하다고 볼 수 없음.

가사, 본건의 해지예고부 최고가 상당한 시간을 정하지 않은 최고라고 하더라도, 최고의 유효성은 인정되는 것으로 보아야 하고 다만, 해지예고부 최고의 효과는 객관적으로 상당한 시간이 지난 시점에 발생하는 것이고 본건 보험사고는 신청인이 해지예고부 최

고를 수령한 날로부터 16일이 경과한 시점에 발생한 사고이므로 본건 보험사고는 해지의 효과가 발생한 후의 사고로 보여짐.

라. 결 론

따라서 이와 같은 점을 기초로 판단해 볼 때 이 사건 사고는 해지예고부 최고가 도달된 후 상당한 시간이 경과하여 발생한 사고이므로 이 사건 사고에 대한 피신청인의 보험금 지급책임은 발생하지 아니하는 것으로 판단됨.

1-34

보험료 납입유예기간내에 자동이체계좌에 해당보험료를 초과하는 금액이 입금되어 있었으나 이체되지 못한 경우 보험계약 해제의 적정성 여부

【인용】 보험료를 자동이체를 통해 납입하기로 약정한 경우 보험계약자는 약정된 이체일자에 이체계좌로 보험료 상당액을 예치하여 두면 족하므로 특별약관이 적용되는 한도에서 보험료 납입채무는 추심채무에 해당되는 것으로 판단되고, 따라서 납입유예기간내의 이체일에 자동이체될 수 있는 잔액을 유지시켰음에도, 피신청인의 부주의로 이체청구를 하지 않은 이상 신청인에게 보험료 납입지체의 책임을 지우기는 어려움. (2001.8.21. 조정번호 제2001-44호)

가. 사실관계

계약자 A씨는 1999.6.20. 개인용자동차종합보험 보험료 자동이체납입 및 자동갱신특별약관으로 특약담보의 보험계약을 체결함.

피신청인은 2000.4.7.과 5.3. 피신청인의 주소로 만기 안내문을 발송하였고, 동년 6.21, 6.30, 7.11.에 각각 이체청구를 하였으나 잔고부족으로 보험료가 납입되지 않았다는 이유로 2000.6.21.부터 소급하여 해제처리하였으나, 신청인은 보험료 납입유예기간(2000.6.21.~7.20.)내인 2000.7.14. 금 50만원을 입금하여 해당보험료를 초과하는 금액이 자동이체계좌에 존재함.

신청인은 2000.8.9. ○○시 소재 노상에서 피해자 B씨에게 전치6주의 상해를 입히는 교통사고를 유발함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

보험료자동이체납입 및 자동갱신특별약관을 가입한 보험계약의 경우 보험증권상 계좌이체일자가 매월 5, 11, 15, 21, 25, 말일로 명기되어 있고 보험료 납입유예기간이 1개월임. 기존계약이 2000.6.20. 만기가 되어 같은 해 7.14. 50만원을 입금하여 7.21까지 자동이체계좌에 갱신계약 해당보험료(278,020원)를 초과하는 금액이 존재하였는 바, 동년 7.15.에 피신청인의 부주의로 이체청구를 하지 않았음에도 갱신 보험계약을 해제처리하고, 동년 8.9. 발생한 자동차사고에 대하여 보상하지 않은 피신청인의 조치는 부당함.

(2) 피신청인의 주장

보험증권상 “계좌이체 일자는 매월 5, 11, 15, 21, 25, 말일중 보험기간이 시작한 날로부터 가장 가까운날”로 이체일자가 정하여져 있고, 보험계약 청약서상에도 약정이체일이 21일로 명기되어 있으므로 2000.6.21.에만 이체청구를 하면 의무를 다한 것임. 다만 보험계약자의 보험료납입 편의를 위하여 동년 6.30. 및 7.11.에 각각 이체청구를 하였으나, 잔액부족으로 보험료가 납입되지 않아 보험계약이 해제된 것으로 동년 8.9. 발생한 자동차사고에 대한 손해를 보상하지 않은 것은 정당함.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 보험료 자동이체납입 및 자동갱신 특별약관상 보험료 납입채무의 성격과 보험계약 해제의 적정성 여부임.

보험료 자동이체납입 및 자동갱신 특별약관상 보험료 납입채무의 성격과 보험계약 해제의 적정성여부에 대하여 살펴보면, 민법 제467조 제2항의 규정상 보험료는 채권자인 보험자의 영업소에서 납입해야 하는 지참채무라고 할 것임.

그러나 본건의 경우와 같이 보험료를 자동이체로 납입하기로 약정한 경우에는 보험계약자는 약정된 이체일자에 이체계좌로 보험료 상당액을 예치하여 두면 족하므로 특별약관이 적용되는 한도에서 보험료 납입채무는 추심채무에 해당되는 것으로 판단됨.

본건 특별약관에서는 “보험계약자는 보험계약 만료일 이후 도래하는 약정이체일까지 갱신계약 보험료를 자동이체 납입하여야 합니다.” 또 “위 약정 이체일까지 보험료를 납입하지 않는 경우에는 계약만료일로부터 30일간의 납입유예기간을 둡니다”라고 규정하고 있고, “갱신계약 보험료의 납입유예기간안에 보험료가 납입되지 아니한 때에는 갱신계약의 책임개시일자로부터 소급하여 계약이 해제된 것으로 봅니다”라고 규정하고 있음.

피신청인은 보험계약 만료일 이후 도래하는 약정이체일인 같은 해 6.21. 신청인이 이체계좌의 잔고를 충분하게 유지시키지 못하였으므로 본건 특별약관 제5조 제3항에 의한 계약 해제가 정당하다고 주장하나, 아래와 같은 사정을 종합할 때 타당하지 않는 것으로 판단됨.

① 피신청인이 납입유예기간(2000.6.20.~7.20)을 1개월로 설정한 취지 및 자동이체납입 특약에 의한 보험료 납입채무가 추심채무인 점을 감안할 때, 신청인이 2000.7.14. 갱신보험료를 초과하는 금액을 입금하여 납입유예기간내의 이체일인 같은 해 7.15에 자동이체될 수 있는 잔액을 유지시켰음에도, 피신청인이 이체청구를 하지 않은 이상 신청인에게 보험료 납입지체의 책임을 지우기 어려운 점.

② 보험료 자동이체납입 및 자동갱신평특약을 한 경우 본건 특별약관 제5조 제1항과 제2항이 상호 모순되는 것으로 해석될 여지가 충분하므로 약관 작성의 주체인 피신청인은 보험계약자가 약정이체일까지 보험료를 납입하지 아니한 경우에는 보험료의 납입유예기간내라 하더라도 피신청인의 영업소에서 직접 납입하여야 한다는 등의 규정을 명시하여, 약관의 문언내용을 명백히 하여야 함에도 이를 소홀히 한 사정이 존재하므로 “불명확할 때에는 작성자에게 불이익하게 해석한다”는 약관해석의 일반원칙상 약정이체일 이외에 갱신보험료 납입유예기간 내의 이체청구일(보험증권상 5, 11, 15, 21, 25, 말일)에 이체청구할 의무는 피신청인이 부담하는 것으로 해석함이 상당한 점.

③ 본건 특별약관 제3조 제2항(분할보험료의 납입유예 및 납입최고)에서도 “약정이체일에 분할보험료가 이체납입되지 아니한 경우에는 분할보험료 납입유예기간중에는 계속하여 이체청구를 할 수 있습니다.”라고 규정한 취지에 비추어도 위와 같이 해석함이 약관의 전체적인 취지에 부합하는 것으로 판단되는 점.

라. 결 론

신청인이 납입유예기간내의 이체일인 2000.7.15. 이체될 수 있는 잔액을 유지시킨 이상 신청인에게 보험료 납입지체의 책임을 지울 수 없으므로 피신청인의 특별약관 제5조 제3항에 의한 계약해제 주장은 정당하지 않은 것으로 판단됨.

1-35 장기부재로 보험료 납입최고장을 수령하지 못한 경우 보상책임 유무

[기각] 주소 변경이 있을 경우 이를 통지토록 하고 있는 약관내용은 자동차보험계약에 있어 일반적이고 공통된 것이어서 별도의 설명이 필요 없는 사항일 뿐만 아니라 자동차보험 가입 경력이 10여년 정도 되는 신청인은 이에 대해 별도의 설명 없이도 충분히 알고 있었을 것으로 보여지며, 피신청인은 차량등록원부를 통해 변경된 주소지까지 확인하여 납입최고를 위해 노력하였으나 신청인측의 장기부재로 인해 납입최고 및 해지통보문이 도달하지 못하였으므로 기각 결정함.(2003.3.25. 조정번호 제2003-10호)

가. 사실관계

신청인은 2002.5.18. 피신청인과 자동차보험계약을 체결함. 신청인은 2003.1.11. 11:25경 ○○시 노상에서 차량을 운행하던 중 운전 부주의로 앞서 진행중인 차량을 충격하여 사고(대물: 약 200만원)가 발생함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

보험료 납입최고 및 해지통보문을 수령한 사실이 없으므로 보험료 분할납입 특별약관에 의거 보험료 미납을 이유로 동 계약을 해지처리하고 보상을 거절함은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

보험료 분할납입 특별약관에 따라 보험증권상 기재된 주소지로 납입최고 및 해지통지문을 발송하였으나 장기 부재로 반송되어 자동차등록원부로 현 주소지를 확인하여 동

해지통지문을 재발송하였으나 또다시 장기부재로 도달되지 못하였으므로 이건 계약에 대해 해지처리하고 보상을 거절함은 타당함.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 신청인의 장기부재로 보험료 납입최고 및 해지통보문이 도달되지 못한 경우에도 보험료미납을 이유로 보상을 거절할 수 있는지 여부임.

(1) 관련 규정

민법 제111조(의사표시의 효력발생시기)에 “상대방 있는 의사표시는 그 통지가 상대방에게 도달한 때로부터 그 효력이 생긴다”라고 명시되어 있고, 자동차보험 보통약관 제64조(계약 후 알릴 의무) 제3항에는 “보험계약을 맺은 후 보험계약자 또는 피보험자의 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 변경사실을 보험회사에 알려야 한다.”라고 규정되어 있음.

법원은 “보험회사가 보험계약자 또는 피보험자의 변경된 주소 등 소재를 알았거나 혹은 보통 일반인의 주의 정도로 그 변경된 주소 등 소재를 알 수 있었음에도 불구하고 이를 게을리 한 과실이 있어 알지 못한 경우에도 보험계약자 또는 피보험자가 주소변경을 통보하지 않는 한 보험증권에 기재된 종전 주소를 보험회사의 의사표시를 수령할 장소로 하여 보험계약의 해지나 보험료의 납입최고를 할 수 있다고 해석하게 되는 경우에는 동 특별약관 조항은 고객의 이익에 중대한 영향을 미치는 사업자의 의사표시가 상당한 이유없이 고객에게 도달된 것으로 보는 조항에 해당하는 것으로서 「약관규제에 관한 법률」 규정에 따라 무효라 할 것이고, 따라서 동 특별약관 조항은 위와 같은 무효의 경우를 제외하고 보험회사가 과실없이 보험계약자 또는 피보험자의 변경된 주소등 소재를 알지 못하는 경우에 한하여 적용된다”라고 판시³⁶⁰⁾함.

(2) 신청인의 장기부재로 보험료 납입최고 및 해지통보문이 도달되지 못한 경우에도 보험료미납을 이유로 보상을 거절할 수 있는지 여부

360) 대법원 2000.10.10. 선고 99다35379 판결 참조.

신청인측의 장기부채로 인해 동 해지통보문이 도달되지 못한 경우로서 납입최고가 이루어지지 않은 경우에 있어서도 보험료 미납을 이유로 계약을 해지처리하고 사고에 대한 보상을 거절할 수 있느냐가 쟁점 사항임.

동 특별약관 제3조(분할보험료의 납입최고)에는 “보험계약자가 약정한 납입일까지 제2회 이후의 분할보험료를 납입하지 아니한 경우 약정한 납입일자로부터 30일간의 납입최고기간을 두며, 이 납입최고기간안에 생긴 사고에 대하여는 보상하고 납입최고기간안에 분할보험료를 납입하지 아니한 때에는 납입최고기간이 끝나는 날의 24시부터 보험계약은 해지된다.”라고 규정하고 있음.

신청인은 계약 당시 주소 변경이 있을 경우 이를 통지하여야 한다 라는 사실에 대해 설명을 듣지 못하였고, 보험료 납입최고 및 해지통보문을 수령하지 못하였음을 이유로 이건 사고에 대한 보상을 주장하나, 아래와 같은 상황을 종합해 볼 때 신청인의 주장은 타당하지 않은 것으로 판단됨.

① 주소 변경이 있을 경우 이를 통지토록 하고 있는 동 약관의 내용은 자동차보험 계약에 있어서 일반적이고 공통된 것이어서 별도의 설명이 필요 없는 사항일 뿐만 아니라 자동차보험 가입경력이 10여년 정도 되는 신청인은 이에 대해 별도의 설명 없이도 충분히 알고 있었을 것으로 보여지는 점.

② 2003.1.11. 사고발생일 이전까지 납입최고 및 해지통보문을 주소지로 발송하였으나, 신청인측의 장기부채로 인해 동 해지통보문이 도달되지 못한 점.

③ 차량등록원부를 통해 변경된 주소지까지 확인, 동 해지통보문을 재발송하는 등 납입최고를 위해 노력을 하였으나, 신청인측의 사정으로 동 통보문이 도달하지 못한 점.

라. 결 론

피신청인은 신청인에게 해당 보험금을 지급할 책임이 없음.

1-36 연령한정 운전특약의 임의 변경 여부

[기각] 신청인은 2000년 이후 계속하여 피신청인 대리점을 통하여 자동차보험을 가입해 왔고, 2006.3.27. 갱신한 보험계약의 분납보험료를 9.21. 납입하고 수령한 영수증의 운전가능 연령란에 “만30세 미만자 운전시 면책”이라고 기재되어 있었음에도 신청인이 아무런 이의 제기도 하지 아니하였다는 점, 연령특약이 만30세로 변경된 2005.3.27. 당시는 신청인의 자녀는 1980년생으로 만24세에 불과하였고, 2006.3.27. 보험 갱신시에도 만26세 미만이었다는 점, 신청인 소유의 또 다른 차량에 대한 타 보험회사와의 보험계약시 2005년에는 만30세 이상, 2006년에는 만48세 이상 한정운전특약을 가입한 점 등을 고려할 때 피신청인이 신청인의 동의를 얻어 만30세이상 한정운전으로 연령특약을 변경했다고 볼 수 있을 것임.(2007.3.27. 조정번호 제2007-7호)

가. 사실관계

신청인은 2006.3.27. 피신청인의 대리점 대표(신청인의 매형)와 자동차보험계약(운전자 연령 만30세 이상 한정운전 특별약관)을 체결함. 신청인의 자녀 C씨(사고 당시 만26세)는 충청남도에 소재한 A기업에 재직중인 자로, 2006.11.18. 03:40 음주상태에서 직장동료 2명을 피보험자동차에 탑승시키고 운전하던 중 도로우측 가로수를 충격하여 자신 및 동승자 2명이 부상을 입는 사고가 발생함.³⁶¹⁾

한편, 신청인은 2000.3.27. 이후 계속하여 피신청인에게 위 피보험자동차에 대한 자동차보험을 가입하고 있었는데, 운전자연령 만26세이상 한정운전 특약은 2000.3.27.부터 2005.3.27.까지 가입하였고, 운전자연령 만30세이상 한정운전 특약은 2005.3.27.부터 가입한 것으로 나타남.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

361) 운전자 C씨는 회사의 기숙사에서 생활을 하고 있으며, 사고발생 1주일전 서울에 거주하는 부모님을 방문하였다가 기숙사로 가져가야 할 짐이 많아지자 피보험자동차를 다음에 서울 올 때 가져오기로 하고 신청인으로부터 피보험자동차의 사용을 허락 받고 관리하던 중이었음.

자동차보험의 운전자연령 한정특약과 관련해서는 자동차보험을 가입한 이래 계속하여 만26세이상 한정특약으로만 가입하였음에도 불구하고 피신청인의 보험대리점이 신청인의 동의 없이 임의로 연령특약을 만30세이상 한정특약으로 변경하여 손해를 입게 되었으므로 피신청인은 이에 대해 책임을 져야 함.

(2) 피신청인의 주장

2005.3.27. 자동차보험계약 갱신시 신청인에게 운전자연령 만30세이상 한정특약에 대해 안내하고, 신청인의 동의하에 연령특약을 변경한 이후 계속하여 연령특약을 만30세이상 한정특약으로 가입하였음이 분명하므로 만26세인 신청인의 자녀 C씨가 운전하다 발생한 사고에 대해서는 대인배상 I에 대해서만 보상책임이 있음.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 피신청인이 신청인의 동의를 얻어 연령한정특약을 변경하였는지 여부라 할 것임.

(1) 약관 규정

당해 자동차보험 운전자연령 만30세이상 한정운전 특별약관의 보상내용에 의하면, “보험회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 자동차에 대하여 운전할 자를 30세 이상으로 한정하는 경우에는 이 특별약관이 정하는 바에 따라 보상합니다.”라고 규정하면서, 보상하지 아니하는 손해로 “회사는 이 특별약관에 의하여 30세미만의 자가 피보험자동차를 운전하던 중에 발생한 사고에 대하여는 보험금을 지급하지 아니합니다.”라고 규정하고 있음.

(2) 만30세이상 한정운전 특별약관 변경에 대한 동의 유무

신청인은 자동차보험을 가입한 이후 만26세이상 한정운전 특약만을 줄곧 가입하여 연령특약을 변경한 사실이 없다고 주장하나, 다음의 각 점에 비추어 보면 신청인의 주장은 이유 없다 할 것임.

- ① 신청인은 본건 피보험자동차에 대해 2000년 이후 계속하여 피신청인의 보험대리점

을 통하여 자동차보험을 가입해 왔고, 신청인이 2006.3.27. 갱신한 자동차보험계약의 분납보험료를 2006.9.21. 납입하고 수령한 자동차보험료 영수증의 운전가능 연령란에 “만30세 미만자 운전시 면책”이라고 기재되어 있었음에도 신청인이 아무런 이의 제기도 하지 아니하였다는 점.

② 연령특약이 만30세로 변경된 2005.3.27. 당시에는 신청인의 자녀 C씨는 1980년생으로 만24세에 불과하였고, 2006.3.27. 자동차보험 갱신시에도 만26세 미만이었다는 점.

③ 운전자연령 만30세이상 한정운전 특별약관은 자동차보험 가입자에게 특약 선택의 폭을 넓혀주기 위해 2005년도에 처음으로 개발된 특약이고, 신청인 소유의 또 다른 업무용차량 자동차보험 계약과 관련하여 신청 외 B보험회사에 2005년도에는 만30세이상, 2006년도에는 만48세이상 한정운전 특약을 가입한 점.

라. 결 론

그렇다면 피신청인이 자동차보험 계약 체결시 연령한정 운전특약을 임의로 변경하였다는 신청인의 주장은 이유 없다 할 것임.

1-37 자동차보험계약의 유효 여부 및 운전자가 승낙피보험자인지 여부

[기각] 신청인이 사채업자로부터 양도받은 C씨 명의 차량에 대해 C씨를 그대로 기명피보험자로 하여 피신청인과 자동차보험계약(대인, 대물)을 체결한 후 신청인이 차량 운행중에 보행자를 사망케 하였는데, 신청인이 전적으로 동 차량을 운행하였고 C씨는 동 차량이 양도된 사실조차 몰랐으므로 동 차량에 대한 피보험이익은 전적으로 신청인에게 있었다고 보여지는 바, 신청인이 C씨를 기명피보험자로 하여 체결한 본 건 보험계약은 상법 제668조에 따라 무효임. 또한 신청인은 차량을 C씨가 아닌 사채업자로부터 양도받았고 이후 본 건 보험계약 체결전까지 C씨의 승낙 사실에 대한 입증을 하지 못하고 있으므로 신청인을 승낙피보험자로 보기도 어려움.(2009.6.23. 조정번호 제2009-59호)

가. 사실관계

신청인 A씨는 2008.7.4. 피신청인과 기명피보험자를 C로 하여 기명1인 한정 및 만35세 이상 한정특약조건으로 개인용자동차보험계약을 체결함(담보: 대인배상 I, 대물배상). 보험계약의 기명피보험자 C씨는 2006.3월에 피보험차량을 담보로 제공하면서 신청외 D사로부터 금전 5백만원을 차용하였으나(차량등록증, 인감증명서, 인감 함께 교부) 이후 사업부도 등으로 채무를 변제하지 못하자 D사는 해당 차량을 2006.10.19. 신청인에게 550만원에 양도함.

신청인은 C씨가 신청인의 차량인수 및 운행에 대해 허락을 했다는 증거자료로 “차량인수 확인서” 및 “자동차양도증명서”를 제출하였으나 D사는 동 확인서 및 증명서중 본인의 인적사항 부분을 직접 작성한 사실이 없다고 주장하고 있음.

신청인은 차량등록증상 소유자 명의를 변경하지 않은 상태에서 운전을 했고, 2008.7.4. 피신청인과 유선으로 상기 자동차보험계약 체결함.³⁶²⁾ 2009.2.8. 경기도 ○○시에서 신청인이 후진 중에 보행자를 충격하여 보행자가 사망하는 사고가 발생하자 신청인이 사고 접수를 하면서 당시 C씨가 운전하다 사고가 발생한 것으로 진술(운전자 바뀌치기)하였으나 보상처리 과정에서 신청인이 운전한 사실이 확인됨.

피신청인은 피보험이익이 없는 자를 신청인이 기명피보험자로 고지하였으므로 자동차보험계약이 무효라는 이유로 “대인배상 I” 보험금 지급을 거절함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

자동차손해배상보장법(제5조, 제24조 등)에서 책임보험을 의무보험으로 규정하고 있는데 이는 강행규정이므로 본 건 보험계약은 유효하게 성립하였으며, 보험가입 당시 기명

362) 2008.7.4. 이전 해당 차량의 자동차보험계약 현황은 다음과 같음

보험기간	계약 내용
2006.10.25 ~ 2007.4.24.	계약자, 기명피보험자 모두 신청인으로 피신청인과 계약 체결
2007.4.24. ~ 2007.5.8.	계약자, 기명피보험자 모두 D씨로 피신청인과 계약 체결
2007.5.9. ~ 2008.7.3.	무보험 상태

피보험자가 명시적으로 차량사용을 허락하였으므로 피신청인은 보험금을 지급해야 함.

2006.10.19. 피보험차량을 인수하여 운행하였으나 차주와 연락이 닿지 않아 이전등록을 하지 못하다가, 2008.5.11. 차주의 도난신고로 경찰서에서 조사를 받았지만 채권채무 관련 서류 등을 제출하고 도난 혐의를 벗었고, 이후 차주(C씨)와 연락이 가능해져 채무상환과 이전등록을 요구하였으나 차주가 경제적 형편이 어려워 해줄 수 없다고 하여 경제 형편이 나아질 때까지 차를 사용하겠다고 하였으며, 차량의무보험가입을 부탁하였으나 차주가 여의치 않다고 하여 보험료는 자신이 부담하기로 협의하고 차주 앞으로 보험을 가입하고 차주에게 그 사실을 전화로 알려주었음.

2009.2.8. 사고가 발생하여 피해자를 병원에 후송하고 경황이 없어 사고접수 과정에서 사고운전자를 C씨로 잘못 접수하였으나, 얼마 후 보상담당자에게 자신이 사고운전자라고 사실대로 알렸고, C씨는 채무변제를 못한 탓에 차의 권리를 주장하지 못하다가 사고 후 교통사고처리를 볼모로 자신을 협박하여 2009.3.15. 이건 사고차량을 강취해 갔음.

(2) 피신청인의 주장

사고차량은 차량등록증상 명의자 C씨가 신청외 D사에 담보로 제공하였고 이후 D사가 신청인에게 양도하였으며, 신청인이 전적으로 운행하던 중 이건 사고가 발생하였는 바, 사고당시 C씨는 이건 사고 차량에 대한 운행이익이나 운행지배가 있다고 볼 수 없고 피보험이익이 없는 C씨를 피보험자로 하여 체결된 이건 자동차보험 계약을 유효하다고 볼 수 없음. 한편 신청인은 본인이 C씨의 동생이라고 하면서 이건 보험계약을 체결하였는 바, 계약체결 과정상 신청인의 고의 또는 중과실이 인정되므로 기납입보험료 반환의무도 발생하지 않음. 설령 이건 자동차보험계약이 유효하다고 하더라도, 신청외 C씨는 해당 차량이 신청인에게 양도된 사실조차도 몰랐을 뿐만 아니라 본인이 직접 신청인에게 차량사용에 대해 허락을 해 준 사실도 없다고 주장하고 있고, 신청인은 D사로부터 피보험 차량을 인수한 사실 등을 감안하면 신청인을 허락피보험자로 볼 수도 없음.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 자동차보험계약의 유효성 여부(운전자가 승낙피보험자인지 여부) 등임.

(1) 관련 규정

상법 제668조 (보험계약의 목적) 보험계약은 금전으로 산정할 수 있는 이익에 한하여 보험계약의 목적으로 할 수 있다. 동법 제726조의4 (자동차의 양도) 피보험자가 보험기간중에 자동차를 양도한 때에는 양수인은 보험자의 승낙을 얻은 경우에 한하여 보험계약으로 인하여 생긴 권리와 의무를 승계한다고 규정하고 있음.³⁶³⁾

자동차보험약관 [17] 보험계약의 소멸과 보험료의 환급 (1) 보험계약의 무효에 의하면 보험계약이 보험계약자 또는 보험계약자의 대리인의 사기행위에 의하여 맺어진 경우에는 무효로 된다고 규정하고 있음.³⁶⁴⁾

(2) 보험계약의 무효 및 운전자가 기명피보험자의 승낙을 받았는 지 여부 등

이건 보험계약의 유효성 여부에 대해 살펴보면, 신청의 C씨는 2006년 본건 차량을 D사에게 담보로 제공하면서 차량등록증, 인감증명서, 인감도장 등을 함께 인도하였다고 확인(2009.5.6. C씨 확인서)하고 있고, 신청인은 2006.10월 동 차량을 D사로부터 차량등록증과 함께 가져와 본인이 전적으로 운행하였으나 차량 관련 과태료 등이 정리되지 않아 명의이전은 하지 못했다고 확인(2009.3.2. 신청인 확인서)하고 있으며, C씨는 2008.7.4. 이건 보험가입 당시는 물론 사고시점까지도 동 차량을 전혀 사용할 수 없는 상황이었어서

363) 당해보험 약관 배상책임 2. 피보험자의 범위에 의하면 피보험자는 보험회사에 보상을 청구할 수 있는 사람으로 그 범위는 다음과 같음.

- (1) 보험증권에 기재된 피보험자
- (2) 기명피보험자와 같이 살거나 살림을 같이 하는 친족으로서 피보험자자동차를 사용 또는 관리중인 자
- (3) 기명피보험자의 승낙을 얻어 피보험자자동차를 사용하거나 관리중인 자
- (4) 기명피보험자의 사용자 또는 계약에 의하여 기명피보험자의 사용자에 준하는 지위를 얻은 자
- (5) 위 “(1)” 내지 “(4)”에서 규정하는 피보험자를 위하여 피보험자자동차를 운전중인 자

364) 보험료의 환급에 대하여는 아래와 같이 규정하고 있음.

무효의 유형	환급 방법
보험계약자 또는 피보험자가 선의이며 중대한 과실이 없는 경우	보험료의 전액을 환급
보험계약자 또는 피보험자의 과실이 있는 경우	보험회사가 무효사실을 안 날까지의 경과기간에 대하여 단기요율로 계산한 보험료를 공제하고 나머지를 환급
보험계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실이 있는 경우	보험료를 환급하지 아니함

사고당시 동 차량에 대한 피보험이익은 전적으로 신청인에게 있었다고 보여지는 바, 신청인이 C씨를 기명피보험자로 하여 체결한 본건 보험계약은 무효임.

또한 신청인은 유선으로 보험가입당시 상담원에게 자신이 C씨의 동생이라고 고지한 사실을 녹취록을 통해 확인할 수 있는 바, 이건 보험계약의 무효가 보험계약자인 신청인의 고의 또는 중대한 과실에 의한 것이라고 보지 않을 수 없어 신청인에게 기납입보험료를 환급할 수 없다는 피신청인의 주장은 그 이유가 있음.

한편, 신청인은 이건 보험계약이 유효하다고 주장하며, 자신이 기명피보험자로부터 차량사용을 승낙받은 승낙피보험자라고 주장하나, 자동차보험 보통약관에서 정하고 있는 기명피보험자의 승낙을 얻어 피보험자동차를 사용·관리중인 자인 ‘승낙피보험자’는 기명피보험자로부터 명시적, 개별적인 승낙을 받아야만 하는 것이 아니고 묵시적, 포괄적인 승낙이어도 무방하지만 그 승낙은 기명피보험자로부터의 승낙임을 요한다는 것이 대법원판례³⁶⁵⁾의 입장이고, 2009.3.10. 피신청인측에 제출한 확인서에서 C씨는 D사에게 이 건 차량을 담보로 제공한 이후 본인이 한번도 사용한 적이 없고 신청인에게 차량사용이나 보험가입을 허락한 적이 없다고 주장하고 있으며, 2009.6.17. 금감원 담당자와 유선통화에서 C씨는 차량도난신고 후 신청인과 연락이 닿았을 때 차를 반환하든지 아니면 명의이전을 하고 타라고 요구한 적은 있으나, 자신을 피보험자로 하여 보험에 가입한 사실을 몰랐다가 사고 후 피신청인으로부터 그 사실을 전해 듣고 신청인을 경찰에 고소하여 현재 수사중³⁶⁶⁾이라고 하고, 달리 신청인이 직접 C씨로부터 차량사용을 허락받았음을 입증하지 못하고 있는 바, 따라서 차량등록증까지 가지고 있으면서 차량사용을 별도로 허락받았다는 신청인의 주장도 납득하기 어려움.

라. 결 론

따라서 이건 자동차보험계약의 “대인배상 I” 보험금을 지급할 책임이 없다는 피신청인의 주장은 그 이유가 있음.

365) 대법원 1993.1.19. 선고 92다32111 판결 참조.

366) 사고차량은 당시 경찰서에 보관 중인 상태임.

제7절 기타

1-38 자기차량손해에 대한 보험회사의 대위권 유무

[인용] 사고 당일 피보험자가 차량키를 차에 두고 하차한 것은 신청인에게 피보험자동차를 정당하게 사용 또는 관리할 수 있는 권리를 부여한 것으로 볼 수 있고, 신청인의 주된 영업은 부페에식장이고 주차장은 이에 부수하여 ○○웨딩부페의 손님이 무료로 이용할 수 있도록 운영되고 있으므로 이 건 사고는 자동차보험 보통약관 제70조 제3항의 자동차를 취급하는 것을 업으로 하는 자가 업무로서 위탁받은 피보험자동차를 사용 또는 관리하는 동안에 생긴 사고에 해당한다고 볼 수 없음.(1999.2.23. 조정번호 제99-2호)

가. 사실관계

1997.11.16. 신청외 B씨가 신청인이 운영하는 ○○웨딩부페의 주차장에 피보험차량을 주차시키려 하던 중 당시 주차장의 차량을 정리하고 있던 신청외 A씨(○○웨딩부페 직원)가 차를 대신 주차시킬테니 차량키를 두고 내리라고 하여 차량키를 차에 꽂아둔 채 하차하였고, 그 후 성명불상의 자가 A씨에게 위 차량 운전자인 B씨의 동생이라며 차량키를 요구하자 이에 대한 확인없이 차량키를 내주었고, 예식이 끝난 후 나온 B씨가 동사실을 알고 도난신고하고 피신청인에게 보험금 지급을 청구하였고, 이에 피신청인이 자기차량손해의 도난보험금을 피보험자인 B씨에게 지급한 후, 피보험자의 신청인에 대한 손해배상청구권을 대위하여 신청인에게 구상청구하였음.³⁶⁷⁾

1998.7.15. 피신청인이 구상원금중 7백36만원은 포기하고 신청인이 나머지 금액 7백만 원을 현금으로 지급하기로 합의하고 신청인이 동 금액을 피신청인에게 지급하였는데, 같은 해 12.16. 도난당한 피보험차량이 발견되어 피신청인이 동 차량의 소유권을 취득하게 되자 신청인이 동 차량에 대한 50%의 소유권을 주장하며 분쟁조정을 신청하였음.

367) ○○웨딩부페의 주차장 운영실태 조사결과 신청인은 타인 소유의 건물을 임차하여 ○○웨딩부페를 운영하고 있고, 동 건물내 주차장은 건물주 명의로 되어 있으나 현재는 ○○웨딩부페의 부속주차장으로서 ○○웨딩부페를 이용하는 손님이 무료로 주차할 수 있고 별도의 주차요원 없이 필요에 따라 ○○웨딩부페의 직원이 수시로 관리하고 있는 사실을 인정할 수 있음.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

이건 도난사고에 대하여 신청인은 50%의 과실이 있다고 판단하여 피신청인이 구상청구한 차량보험금의 50% 상당액만 변제한 것이므로 도난 피보험차량이 회수되었다면 신청인은 동 차량에 대하여 50%의 소유권을 취득하는 것임.

(2) 피신청인의 주장

피신청인이 도난당한 피보험차량에 대하여 보험금을 전액 지급할 경우 피신청인은 자동차종합보험약관 제53조 제1항의 규정에 따라 피보험차량을 인수하게 되므로 이 사건의 회수 피보험차량에 대한 소유권은 전적으로 피신청인에게 있음.

이건 피보험차량 도난으로 인한 손해에 대해 최종적으로 배상책임이 있는 사람은 신청인과 차량절도범이므로, 신청인이 피신청인의 구상청구에 응하여 보험금의 일부를 지급해 주었다고 하더라도 신청인은 절도범에게 그 지급한 금액 범위 내에서 손해의 배상을 구하는 것이 가능할 뿐이고, 피신청인이 절도범에 대하여 가지는 구상권이나 나중에 회수된 도난차량에 대한 소유권중 일부를 신청인이 취득하는 것은 아님.

또한 피신청인이 구상원금중 일부를 포기한 것은 신청인의 구상채무의 일부를 탕감해 주고 신청인에 대해서는 더 이상 구상청구를 하지 않겠다는 의사표시일 뿐 구상권 자체를 포기한 것은 아니므로 피신청인이 절도범에 대한 구상권이나 회수된 피보험차량에 대한 소유권 취득의 권리는 여전히 보유하고 있는 것임.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 신청인에 대한 피신청인의 구상권 행사가 업무용자동차보험 보통약관 [자기 차량손해] 제70조 제3항의 규정에 의거 정당한지 여부 등임.

(1) 피신청인의 신청인에 대한 구상권 행사의 정당성 여부

자동차보험 보통약관 제70조 제3항에 의하면 자기차량손해의 경우 피보험자동차를 정당한 권리에 의하여 사용 또는 관리하던 자에 대하여는 보험회사가 대위권을 행사하지

않도록 규정하고 있으며, 다만, 자동차정비업, 주차장업, 급유업, 세차업, 자동차판매업, 자동차탁송업 등 자동차를 취급하는 것을 업으로 하는 자가 업무로서 위탁받은 피보험 자동차를 사용 또는 관리하는 동안에 생긴 사고의 경우에는 대위권을 행사하도록 규정함. 그러나 앞에서 인정한 사실관계에 의하면 사고 당일 피보험자가 차량키를 차에 두고 하차한 것은 신청인에게 피보험자동차를 정당하게 사용 또는 관리할 수 있는 권리를 부여한 것으로 볼 수 있고, 신청인의 주된 영업은 부페예식장이고 주차장은 이에 부수하여 그 손님이 무료로 이용할 수 있도록 운영되고 있으므로 이 건 사고는 자동차보험 보험약관 제70조 제3항의 자동차를 취급하는 것을 업으로 하는 자가 업무로서 위탁받은 피보험자동차를 사용 또는 관리하는 동안에 생긴 사고에 해당한다고 볼 수 없음.

(2) 회수된 피보험차량에 대한 인수권리

피신청인은 피보험자에게 피보험차량에 대한 전액보험금을 지급하였으므로 업무용자동차종합보험약관 제53조 제1항의 규정에 의하여 피신청인에게 인수할 권리가 있다고 봄이 타당함.

라. 결 론

따라서 피신청인이 신청인에게 구상권을 행사한 것은 부당하므로 피신청인은 신청인에게 구상금으로 받은 금액 전액을 반환할 의무가 있다 할 것임.

1-39 적재물의 추락과 후속 주행 자동차의 교통사고간 상당인과관계 유무

[기각] 시계가 양호한 오후 1시쯤 교통정체가 없는 고속도로에서 제1차량이 적재물을 떨어뜨려 제2차량이 급제동하였으나 제2차량은 제1차량과 충돌없이 정상적으로 정지한 사실에 비추어 볼 때, 제1차량이 적재물을 떨어뜨렸다 하더라도 제2차량의 뒤를 따라 주행하고 있던 신청인은 이러한 경우를 대비하여 충돌을 피할 수 있는 충분한 안전거리를 확보하여야 할 의무를 다하였다면 제2차량과의 충돌을 면할 수 있었으리라고 판단되고, 달리 적재물 추락과 이 건 사고간에 인과관계가 있다고 보기 어려움.(1999.4.29. 조정번호 제1999-13호)

가. 사실관계

1999.2.13. 제1차량(피신청인의 부보차량)이 중부고속도로 상행선을 주행하다 도로상에 적재물(종이상자)을 떨어뜨려 제1차량을 뒤따르던 제2차량이 급제동하게 되었고(제1차량과 충돌하지 않고 정지함) 제2차량이 급제동함에 따라 뒤따르던 제3차량(신청인 소유)이 제2차량의 후미를 추돌하는 사고가 발생함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

전방 차량흐름에 아무런 지장이 없는 상태에서 제2차량이 급제동하여 신청인 역시 급히 제동하였으나 미치지 못하고 추돌한 이 건 사고에서 신청인은 제1차량이 화물을 과다 적재하여 운행중 적재물을 고속도로상에 떨어뜨림으로서 제2차량의 급제동에 대한 직접적인 원인을 제공하여 부득이하게 제3차량이 제2차량의 후미를 추돌하게 되었으므로 적재물의 추락에 책임이 있는 제1차량의 부보회사인 피신청인에게 보상책임이 있음.

(2) 피신청인의 주장

불법행위에 있어서 배상책임이 존재하기 위해서는 가해행위와 손해사이에 인과관계가 있어야 하며, 이러한 인과관계에 관한 학설중 우리 민법 및 법원이 취하고 있는 입장은 원인과 결과간에 상당한 인과관계를 요구하고 있는바, 통상 차량에서 적재물이 떨어지게 될 경우 뒤따라오던 차량은 추돌사고를 야기하게 된다는 통상적인 관계가 성립한다고 볼 수 없으며, 제1차량의 적재물 추락이 제3차량의 추돌사고에 있어 조건적인 원인은 될 수 있으나 상당인과관계가 있는 원인행위가 될 수 없으므로 보상책임이 없음.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 신청인 차량이 제2차량에 추돌한 이 건 교통사고와 제1차량의 적재물 추락 사이에 상당인과관계가 있다고 볼 수 있는지 여부임.

이 건 사고가 시계가 양호한 오후 1시쯤 교통정체가 없는 고속도로에서 발생한 점과

제1차량이 적재물을 떨어뜨려 제2차량이 급제동하였으나 제2차량은 제1차량과 충돌 없이 정상적으로 정지한 사실에 비추어 볼 때, 제1차량이 적재물을 떨어뜨렸다 하더라도 제2차량의 뒤를 따라 주행하고 있던 신청인은 이러한 경우를 대비하여 충돌을 피할 수 있는 충분한 안전거리를 확보하여야 할 의무를 다하였다면 제2차량과의 충돌을 면할 수 있었으리라고 판단되고, 달리 적재물 추락과 이 건 사고간에 상당인과관계가 있다고 볼 만한 근거가 없음.

라. 결 론

이 건 사고는 신청인의 안전거리 미확보로 인하여 발생한 것이고 제1차량의 적재물 추락과는 상당인과관계가 있다고 보기 어려우므로 신청인의 주장은 이유 없음.

1-40

차량수리기간중 대여자동차에 발생한 사고에 대한 자기차량손해 보상책임 발생 여부

[기각] 자동차사고로 자신의 차량이 파손된 신청인이 차량 수리기간동안 대여받은 자동차를 운전하던 중 사고로 대여자동차가 파손되었으나, 동 대여자동차가 “자기차량손해” 담보가 가입되어 있지 아니하여 수리비를 신청인이 부담하게 된 경우 최초사고와 상당인과관계 있는 손해라고 보기 어렵고, 피보험자의 법률상 손해배상책임이 발생한다고 볼 수도 없음. (2008.11.25. 조정번호 제2008-91호)

가. 사실관계

신청외 A씨는 2008.6.18. 피신청인과 이륜자동차보험계약을 체결하였고, 2008.7.31. 신청인이 운전하는 승용차를 충격하는 사고(이하 “1차 사고”라 함)가 발생되었으며 신청인은 차량의 수리기간 중 대여자동차를 대차받아 운행하던 중 전봇대를 충격하는 사고(이하 “대여자동차 사고”라 함)로 약 6백만원의 수리비가 발생하였으나, 대여자동차는 “자기차량손해” 담보에 가입되어 있지 아니하여 수리비 전액을 신청인이 부담하였음

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

피신청인이 대여해 주는 차량은 피해차량과 동일하게 “자기차량손해” 담보가 가입되어 있어야 함에도 불구하고, 동 담보가 가입되어 있지 않은 사실을 사전에 설명들은 바가 없으므로 피신청인은 대여자동차 사고에 따른 수리비를 보상하여야 함.

(2) 피신청인의 주장

이륜자동차보험약관 “대물배상” 지급기준에 따라 피해차량의 수리기간동안 대차를 하는 경우 대여자동차 요금을, 대차를 하지 않은 경우 해당차종 대여자동차 요금의 20% 상당액을 대차료로 지급하도록 되어 있으므로, 이건 대여자동차는 신청인이 대여받은 것으로서 그 대차비용을 지급하면 되는 것이지 동 대여자동차의 사고로 인한 손해까지 보상해야 할 의무는 없음.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 자동차사고를 당한 신청인이 대여받은 자동차를 운전하던 중 대여자동차가 파손된 경우, 동 대여자동차가 “자기차량손해” 담보가 되어 있지 않아 수리비를 신청인이 부담하게 된 경우 피신청인이 이를 보상할 책임이 있는지 여부임.

(1) 약관 규정

자동차보험약관에 의하면 대물배상지급기준 대차료에 의하면 “비사업용자동차가 파손 또는 오손되어 가동하지 못하는 기간동안에 다른 자동차를 대신 사용할 필요가 있는 경우 그에 소요되는 필요 타당한 비용”을 지급하고, 대차를 하는 경우에는 “대여자동차로 대체 사용할 수 있는 차종에 대하여는 차량만을 대여하는 경우를 기준으로 한 대여자동차 요금”을 지급한다고 규정되어 있음.

(2) 법률상 배상책임 여부

자동차보험의 피보험자가 피보험자동차를 소유, 사용, 관리하는 동안에 생긴 피보험자동차의 사고로 인하여 타인에게 법률상손해배상책임을 지는 경우, 피신청인은 당해 보험

약관에 따라 보상책임을 지게 되는데, 이견 1차사고의 피해차량 차주인 신청인이 대여자동차를 운행중 사고로 그 자동차에 발생한 차량손해가 1차사고와 상당인과관계에 있는 손해라고 보기 어렵고, 달리 1차사고 피보험자의 법률상손해배상책임이 발생한다고 볼 수도 없음.

(3) 자기차량담보 미가입 사실의 설명의무 유무

신청인은 사고차량을 대여받을 당시에 대여업자로부터 대여자동차는 자기차량담보가 가입되어있지 않다는 사실을 설명들은 적이 없으며, 동 차량을 대여받게 된 것은 근본적으로 피신청인에게 보상책임이 있는 1차 사고에 따른 것이므로 피신청인이 대여자동차의 수리비를 보상해야 한다고 주장하나, 비사업용자동차가 파손(또는 오손)되어 가동하지 못한 기간 동안에 다른 자동차를 대신 사용할 필요가 있는 경우 그에 소요되는 필요 타당한 비용을 피신청인이 지급하도록 되어 있으므로, 신청인은 보험약관의 규정에 의거하여 차량만을 대여받아 사용하거나 또는 대여자동차를 사용하지 않는 경우에는 보험약관에 규정된 금액 상당액을 청구할 권리가 있고, 대여자동차의 사용여부 및 대여업자의 선택권은 신청인에게 있다할 것임.

신청인이 대여자동차를 사용하기로 한 이 건의 경우 “차량대여계약서”는 신청인과 대여업자간에 체결된 것으로서, 피신청인은 대차비용을 보상하기만 하면 되는 것일 뿐 직접 대여자동차를 대여하여 주거나 또는 대여계약에 관여할 의무가 없고, 설령 현실적으로 피신청인이 대여업자를 소개하고 대여에 관여하였다고 하더라도 그것은 신청인의 편의를 위한 배려일 뿐이어서, 동 대여계약에서 야기된 문제를 피신청인이 책임져야 할 이유가 없다고 할 것임.

더 나아가, 대여업자가 렌트카 대여계약을 체결할 당시 신청인에게 자기차량담보 미가입 사실을 설명을 하지 않았고, 그러한 설명누락이 신청인이 입은 손해와 인과관계가 있다고 하더라도, 그것은 신청인과 대여업자간의 문제로서 피신청인에게 책임이 없음.

라. 결 론

전술한 이유 등으로 신청인의 청구를 기각함.

사업주가 자신의 사업장 현장에서 임차 크레인 운전자의 과실로 상해를 입은 경우 무보험자동차 상해담보 면책조항이 적용되는지

[인용] 피신청인은 “피보험자가 사용자의 업무에 종사하고 있을 때 피보험자의 사용자 또는 피보험자의 사용자의 업무에 종사 중인 다른 피용자”의 사유를 들어 면책을 주장하나, ‘피보험자가 사용자의 업무에 종사하고 있을 때’ 내지 ‘피보험자의 사용자’라는 표현은 피보험자와 사용자가 각각 다른 주체일 것을 의미하므로 본건과 같이 피해자인 피보험자 자신이 사용자의 지위를 겸하면서 자신의 업무를 수행하고 있었던 경우는 여기에 해당하지 않음 (2017.4.26. 조정번호 제2017-6호)

가. 기초 사실

(1) 보험계약의 체결

신청인은 2014. 8. 23. 피신청인과의 사이에 자신을 보험계약자 겸 피보험자로 하여 경 기***** 차량을 피보험자동차(이하 ‘이 사건 피보험차량’이라 한다), 보험기간을 2014. 8. 23. 부터 2015. 8. 23. 까지, 무보험자동차 상해담보의 가입금액을 2억원으로 하는 ○○업 무용자동차 보험을 체결하였다(이하 ‘이 사건 보험계약’이라 한다).

(2) 보험계약의 약관 등

이 사건 보험계약에 적용되는 보험약관(이하 ‘이 사건 보험약관’이라 한다) 등의 조항은 다음과 같다.

[○○업무용자동차보험]

제1조(용어의 정의) 이 약관에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같습니다.

5. 무보험자동차 : **피보험자동차가 아니면서** 피보험자를 죽게 하거나 다치게 한 자동차로서 다음 중 어느 하나에 해당하는 것을 말한다. 이 경우 자동차라 함은 를 말하며, 피보험자가 소유한 자동차를 제외합니다.

가. 자동차보험 대인배상II.....가 없는 자동차

나. 자동차보험 대인배상II.....에서 보상하지 않는 경우에 해당하는 자동차

다. 이 약관에서 보상될 수 있는 금액보다 보상한도가 낮은 자동차보험의 대인배상II.....

가 적용되는 자동차 (단서 생략)

라. 피보험자를 죽게 하거나 다치게 한 자동차가 명확히 밝혀지지 않는 경우 그 자동차

13. 피보험자 : 보험회사에 **보상을 청구할 수 있는** 자로서 다음 중 어느 하나에 해당하는 자를 말하며, **구체적인 피보험자의 범위는 각각의 보장 종목에서** 정하는 바에 따릅니다.

가. 기명피보험자

나. 친족피보험자

다. 승낙피보험자 : 기명피보험자의 승낙을 얻어 피보험자동차를 사용하거나 관리하고 있는 자

라. 사용피보험자 : 기명피보험자의 사용자 또는 계약에 따라 기명피보험자의 사용자에게 준하는 지위를 얻은 자. 다만, 기명피보험자가 피보험자동차를 사용자의 업무에 사용하고 있는 때에 한합니다.

마. 운전피보험자

제2절 무보험자동차의 의한 손해

무보험자동차에 의한 손해는 대인배상Ⅰ, 대인배상Ⅱ, 대물배상, 자기신체사고에 모두 가입하는 경우에 한하여 가입할 수 있습니다.

제17조 (보상하는 손해) 무보험자동차에 의한 손해에서 보험회사는 피보험자가 무보험자동차로 인하여 생긴 사고로 죽거나 손해⁽¹⁾를 입은 때 그로 인한 손해에 대하여 배상의무자⁽²⁾가 있는 경우에 이 약관에서 정하는 바에 따라 보상하여 드립니다.

<용어풀이>

(1) 피보험자의 신체에 이상이 있는 점을 뒷받침할 수 있는 의학적 소견이 있는 경우에 한합니다.

(2) '배상의무자'라 함은 무보험자동차로 인하여 생긴 사고로 피보험자를 죽게 하거나 다치게 함으로써 피보험자에게 입힌 손해에 대하여 법률상 손해배상책임을 지는 사람을 말합니다.

제18조(피보험자) 무보험자동차에 의한 손해에서 피보험자는 다음과 같습니다.

1. 기명피보험자 및 기명피보험자의 배우자(피보험자동차에 탑승 중이었는지 여부를 불문함). 다만, 기명피보험자가 법인인 경우에는 이사와 감사를 기명피보험자로 봅니다.
2. 기명피보험자 또는 그 배우자의 부모 및 자녀(피보험자동차에 탑승 중이었는지 여부를 불문함)
3. 피보험자동차에 탑승중인 승낙피보험자. 다만 자동차 취급업자가 업무로서 위탁받은 피보험자동차를 사용 또는 관리하는 경우에는 피보험자로 보지 않습니다.

4. 제1,2,3호에서 규정하는 피보험자를 위하여 피보험자동차를 운전 중인 자. 다만, 자동차 취급업자가 업무로서 위탁받은 피보험자동차를 사용 또는 관리하는 경우에는 피보험자로 보지 않습니다.
5. 기명피보험자가 법인인 경우 제1호 및 제2호에서 규정하고 있는 자는 피보험자동차에 탑승 중에만 피보험자로 봅니다.

제19조 (보상하지 않는 손해) 다음 중 어느 하나에 해당하는 손해는 무보험자동차에 의한 손해에서 보상하지 않습니다.

10. 다음 중 어느 하나에 해당하는 사람이 배상의무자일 경우에는 보상하지 않습니다. 다만, 이들이 무보험자동차를 운전하지 않은 경우로, 이들 이외에 다른 배상의무자가 있는 경우에는 보상합니다.
 - 가. 상해를 입은 피보험자의 부모, 배우자, 자녀
 - 나. 피보험자가 사용자의 업무에 종사하고 있을 때 피보험자의 사용자 또는 피보험자의 사용자의 업무에 종사 중인 다른 피용자

(3) 보험사고의 발생경위 등

신청인은 2014.10.6. 15:30 경 ○○시 ○○로 ○○번길 신축공사 장 내에서 공장 철거 및 리모델링 공사를 수급받은 수급인 겸 현장관리 책임자로서 소유자인 이○○○○로부터 조종사 박▲▲과 함께 서울***** 크레인을 임차하여 박▲▲에게 지시를 하여 철근을 옮기던 중, 박▲▲에게 크레인 작동을 멈추게 한 다음 각목으로 철근 묶음을 받치기 위해 철근 묶음 아래에 들어가 작업하다가 신청인이 묶어 놓은 끈이 풀리면서 철근이 쏟아져 내려 신청인이 다리에 상해를 입었다.

신청인이 2015.8.26. 이 사건 크레인으로부터 입은 상해로 인해 발생한 치료비 등 손해를 무보험자동차 상해담보 보험금으로 청구하자, 피신청인은 2015.12.29. 신청인에게 보험금 35,367,000원을 지급하였다. 이후 2016.10.15. 신청인은 추가로 발생한 편제거 수술비 5,000,000원에 대한 보험금 지급여부를 유선으로 피신청인에게 문의하였으나, 피신청인은 피신청인과 가해자 이○○○○ 및 박▲▲간 구상금 소송이 계속되고 있는 점 등을 들어 보험금 지급을 거절하였고, 이미 지급한 보험금 35,929,550원에 대해서도 향후 상환청구가 있을 수 있다는 사실을 안내한 바, 이에 신청인은 2017.2.8. 이견 분쟁조정을 신청하였다.

나. 당사자 주장

신청인은 무보험자동차 상해담보에 가입하였고 피신청인은 약관에 따라 무보험자동차 상해담보 보험금 명목으로 35,367,000원을 지급하였으므로 추가로 발생한 핀제거 수술비 5,000,000원 상당의 손해에 대해서도 보험금을 지급하여야 한다고 주장한다.

이에 대하여 피신청인은 이 사건 사고가 무보험자동차 상해담보 보험금 면책사유인 “배상의무자가 피보험자의 사용자의 업무에 종사 중인 다른 피용자”에 해당하므로 보험금지책임이 없다고 주장하여 서로 다툰다.

다. 위원회 판단

먼저, 무보험자동차 상해담보의 보상사유(약관 제17조)인 “피보험자가 무보험자동차로 인하여 생긴 사고로 상해를 입은 때 그로 인한 손해에 대하여 배상의무자가 있는 경우”에 해당하는지와 관련하여 i) 이 사건 크레인이 무보험자동차에 해당하는지, ii) 신청인이 입은 손해에 대하여 배상의무자가 있는지에 대하여 살펴본다. i) 이 사건 크레인의 소유자 이○○○○는 XX손해보험(주)(변경 후 상호: xx손해보험(주))와의 사이에 이 사건 크레인을 피보험자동차로 하는 자동차보험계약을 체결한 바 있는데, 신청인과 xx손해보험(주) 사이에 xx손해보험(주)의 면책조항인 대인배상Ⅱ의 (승낙)피보험자 여부가 쟁점이 되어 수원지방법원 안산지원 2015가단111587, 112795호로 재판이 진행된 결과 최종적으로 xx손해보험(주)의 책임이 인정되지 않았으므로 이 사건 크레인은 위 보험약관 상의 무보험자동차로 볼 수 있다. ii) 한편, 2015.2.9.자 경기○○경찰서 사건처리결과 통지에 의하면 윤○○에 대한 업무상과실치상 사건이 기소(불구속) 의견으로 검찰에 송치한 사실, 2015.7.25.자 인천연수경찰서장 작성 사건사고사실확인원에 따르면 박▲▲의 크레인 조작 미숙 등으로 피해자 윤○○이 철근에 머리 부분을 맞고 오른쪽 다리 정강이를 다치는 안전사고가 발생하였다고 되어 있는 등 적어도 크레인 운전자 박▲▲을 신청인이 입은 손해에 대한 배상의무자로 볼 수 있다.

다음으로, 면책사유와 관련하여 배상의무자가 “피보험자가 사용자의 업무에 종사하고 있을 때 피보험자의 사용자의 업무에 종사 중인 다른 피용자”에 해당하는지 살펴본다.

먼저, ‘배상의무자’란 ‘피보험자를 죽거나 다치게 하여 법률상 손해배상책임을 지게 된 가해자’를 의미하며, ‘피보험자’란 ‘죽거나 다친 피해자’를 의미한다(제17조). 따라서 면책조항을 해석함에 있어서도 배상의무자(가해자인 박▲▲)가 “피보험자(피해자인 윤○○)가 사용자의 업무에 종사하고 있을 때 피보험자의 사용자의 업무에 종사 중인 다른 피용자”에 해당하여야 면책조항의 적용을 받을 수 있다. 그러나 면책조항의 ‘피보험자가 사용자의 업무에 종사하고 있을 때’, ‘피보험자의 사용자’라는 표현은 피보험자와 사용자가 각각 다른 주체일 것을 요구하며, ‘다른 피용자’라는 표현은 적어도 2명 이상의 피용자가 있는 가운데 피용자 중 한명(배상의무자)이 다른 피용자(피해자인 피보험자)를 가해한 경우라야 성립할 수 있으므로 본건과 같이 피해자인 피보험자 자신이 사용자의 지위를 겸하면서 자신의 업무를 수행하고 있었던 경우는 위 조항에 해당된다고 볼 수 없다.

한편, 피신청인은 신청인이 승낙피보험자에 해당하므로 보상책임이 없다고 주장하나, 이는 이 사건 크레인을 피보험차량으로 하는 자동차보험 계약의 대인배상Ⅱ 배상책임에서 신청인이 (승낙)피보험자로서 면책되는 것을 이 사건 보험계약에 잘못 적용한 오류에 기인하므로 받아들일 수 없다.

라. 결론

이와 같이 이 사건 사고는 보험약관 제17조의 보상사유에 해당하고, 제19조 제10호 나목의 면책사유에는 해당하지 않으므로 피신청인은 신청인에게 당해 보험약관에서 정한 바에 따라 무보험자동차 상해담보 보험금을 지급할 책임이 있다 할 것이므로 분쟁조정 신청을 인용하기로 하여 주문과 같이 결정한다.

1-42 피보험자동차 전손시 자기차량손해담보에서 보험가액 산정

[인용] 보험계약체결시 차량가액 기재를 사고시 보험가액에 대한 당사자간 합의로 보기 곤란하므로 당사자간 진정한 합의인 약관에 따라 보험가액을 산정하여야 함. 본건은 약관 중 “보험증권에 기재된 가액이 손해가 생긴 곳과 때의 가액을 현저하게 초과할 때에는 그 손해가 생긴 곳과 때의 가액을 보험가액으로 합니다.”라는 부분이 적용되는데, 당사자들이 주장하는

피보험차량의 가치평가방식(차량기준가액표 「II. 기준가액」, 중고차 시세, 가입시 차량가액에 감가상각율을 적용한 산출 값 등)에 의할 때 보험증권상의 차량가액 기재는 실제 가치와 현저한 차이를 보이므로 구속력이 없으며, 따라서 사고시 피보험차량의 실제 가치를 찾아야 함. 본건의 경우 가입시 차량가액에 2017년도 보험개발원 감가상각율(외산차)을 적용하여 산출한 4,083만원 정도가 사고시 피보험차량의 실제 가치를 반영한 적정 보험가액으로 판단됨 (2017.7.25. 조정번호 제2017-15호).

가. 기초 사실

(1) 보험계약의 체결

신청인은 2016. 3. 23. 피신청인과 사이에 신청인 소유의 **주**** 지프랭글러 루비콘(4도어, 2015년식, 이하 ‘피보험차량’이라고 한다)에 대하여 자신을 보험계약자 겸 피보험자, 보험기간을 2016. 5. 2. ~ 2017. 5. 2., 차량가액을 5,070만원(부속품가액을 합산한 총 차량가액 합계는 5,095만원), 자기차량손해담보의 보험가입금액을 5,095만원(최소 20만원·최대 50만원의 범위에서 자차 손해액의 20%를 자기부담금으로 설정), 자기차량손해담보 보험료를 778,500원으로 하여 개인용 ○○보험을 체결하였다(이하 ‘이 사건 보험계약’이라 한다).

(2) 보험계약의 약관 등

이 사건 분쟁과 관련한 보험약관(이하 ‘이 사건 보험약관’이라 한다) 등의 조항은 다음과 같다.

[개인용 ○○보험 보통약관]

제3절 자기차량손해

제21조 (보상하는 손해) 「자기차량손해」에서 보험회사는 피보험자가 피보험자동차를 소유·사용·관리하는 동안에 발생한 사고로 인하여 피보험자동차에 직접적으로 생긴 손해를 보험증권에 기재된 보험금액을 한도로 보상하되 다음 각 호의 기준에 따릅니다.

1. 보험가입금액이 보험가액보다 많은 경우에는 보험가액^(*)을 한도로 보상합니다.

(*) 보험가액이라 함은 보험개발원이 정한 차량기준가액표에 따라 보험계약을 맺었을 때에는 사

고발생 당시 보험개발원이 정한 최근의 차량기준가액을 말합니다. 그러나 위 차량기준가액이 없거나 이와 다른 가액으로 보험계약을 맺었을 경우 보험증권에 기재된 가액이 손해가 생긴 곳과 때의 가액을 현저하게 초과할 때에는 그 손해가 생긴 곳과 때의 가액을 보험가액으로 합니다.

2. 피보험자동차에 통상 붙어 있거나 장치되어 있는 부속품과 부속기계장치는 피보험자동차의 일부로 봅니다. 그러나 통상 붙어 있거나 장치되어 있는 것이 아닌 것은 보험증권에 기재한 것에 한합니다.

제24조 (지급보험금의 계산) 「자기차량 손해」의 지급보험금은 다음과 같이 계산합니다. ① 이 약관의 「피보험자동차에 생긴 손해액」과 「비용」을 합한 액수에서 보험증권에 기재된 「자기 부담금」을 공제한 후 보험금으로 지급합니다.

지급보험금 = 피보험자동차에 생긴 손해액 + 비용 - 보험증권에 기재된 자기 부담금

1. 위 「피보험자동차에 생긴 손해액」은 보험가액을 기준으로 다음과 같이 결정합니다.
가. 보험증권에 기재된 보험가입금액을 한도로 보상하며, 보험가입금액이 보험가액보다 많은 경우에는 보험가액을 한도로 보상합니다.

※ 관련 상법 조문

제670조(기평가보험) 당사자 간에 보험가액을 정한 때에는 그 가액은 사고발생시의 가액으로 정한 것으로 추정한다. 그러나 그 가액이 사고발생시의 가액을 현저하게 초과할 때에는 사고발생시의 가액을 보험가액으로 한다.

제671조(미평가보험) 당사자 간에 보험가액을 정하지 아니한 때에는 사고발생시의 가액을 보험가액으로 한다.

제676조(손해액의 산정기준) ① 보험자가 보상할 손해액은 그 손해가 발생한 때와 곳의 가액에 의하여 산정한다. 그러나 당사자간에 다른 약정이 있는 때에는 그 상품가액에 의하여 손해액을 산정할 수 있다.

② 제1항의 손해액의 산정에 관한 비용은 보험자의 부담으로 한다.

(3) 보험사고의 발생경위 등

신청인이 2017. 2. 17. ○○ 앞에서 이 사건 피보험차량을 운전하던 중 선행차량을 좌측으로 추월하는 과정에서 선행차량이 좌측으로 핸들을 꺾자 이를 피하고자 핸들을 조작하다 빗길에 미끄러져 건물 담벽에 충돌하는 사고가 발생하였고(이하 ‘이 사건 보험사고’라 한다), 당일 피신청인에 대하여 사고 접수를 완료하였다. 2017. 2. 23. 피신청인은 피보

험차량의 보험가액을 3,805만원으로 안내하였으며, 신청인은 1년 내 무려 1,290만원이 감가된 점은 납득하기 어렵다고 이의를 제기하였다. 이에 피신청인은 서울특별시자동차매매사업조합에 차량시세 평가를 의뢰하였고, 서울특별시자동차매매사업조합장은 이 사건 피보험차량의 중고자동차 시세를 상품 3,600만원, 중품 3,300만원, 하품 3,000만원으로 확인하였다. 2017. 3. 7. 피신청인은 신청인이 제출한 차량 수리비 견적이 47,122,000원이므로 위 중고자동차 시세를 기준으로 할 때 수리비가 차량가액을 초과하므로 전손으로 처리하여야 하며, 보험가액은 상품(上品) 기준으로 3,600만원이라는 점을 안내하였다. 이에 신청인은 2017.3.23. 위원회에 이 사건 분쟁조정을 신청하기에 이르렀다.

나. 당사자 주장

신청인은 보험증권상 차차 차량가액이 5,095만원으로 기재되어 있는데 9개월 지난 시점에 보험가액이 3,600만원~3,800만원 선으로 하락하였다는 점을 수궁할 수 없으며, 3,800만원의 근거에 대해 처음에는 보험개발원의 자료에 근거한 것이라고 설명하다가 막상 자료 확인을 요청하니 벤츠·BMW는 있으나, 피보험차량에 대한 보험개발원의 자료는 없다고 말을 바꾸는 등 피신청인의 업무처리를 신뢰할 수 없고, 신청인이 조사한 적정한 차량가액은 최소 4,000만원 정도라고 주장한다.

이에 대하여 피신청인은 보험가액은 손해가 생긴 곳과 때의 가액인 중고차시세로 산정한 금액으로 보상하는 것이 원칙이며(상법 제676조 제1항), 본건은 계약체결 당시 약정된 협정보험가액이 사고 발생 시 가액을 현저하게 초과하는지가 주요 판단 요소인데(상법 제670조), 보험증권상 차량가액은 5,095만원이고, 사고 당시 중고차 시세는 3,600만원이어서 차액이 1,495만원에 이르며, 차액발생비율은 약 30%(=1495만원/5,095만원)이므로 기 평가보험의 협정보험가액이 사고 발생시 가액을 현저하게 초과하는 것으로 볼 수 있어 중고시세인 3,600만원(상품 기준)으로 보상함이 타당하다고 주장하여 서로 다툰다.

다. 위원회 판단

상법, 보험업법, 해당 보험약관, 신청인의 분쟁조정 신청서류, 피신청인의 제출자료, 판

례 등 관련자료 일체를 종합하여 살펴본다.

(1) 법원은 “원래 손해보험에 있어서 보험자가 보상할 손해액은 그 손해가 발생한 때와 곳의 가액에 의하여 산정하는 것이 원칙이지만(상법 제676조 제1항 본문), 사고발생 후 보험가액을 산정함에 있어서는 목적물의 멸실 훼손으로 인하여 곤란한 점이 있고, 이로 인하여 분쟁이 일어날 소지가 많기 때문에 이러한 분쟁을 사전에 방지하고 보험가액의 증명을 용이하게 하기 위하여 보험계약 체결시에 당사자 사이에 보험가액을 미리 협정하여 두는 기평가보험제도가 인정된다.”라고 하면서 기평가보험제도의 취지를 밝히고, 이어서 “기평가보험으로 인정되기 위한 당사자 사이의 보험가액에 대한 합의는 명시적인 것이어야 하기는 하지만, 반드시 협정보험가액 혹은 약정보험가액이라는 용어 등을 사용하여야만 하는 것은 아니고, 당사자 사이에 보험계약을 체결하게 된 제반 사정과 보험증권의 기재 내용 등을 통하여 당사자의 의사가 보험가액을 미리 합의하고 있는 것이라고 인정할 수 있으면 충분하다.”라고 하며, “자기차량손해보험계약에서 차량가액을 정하고 이에 따라 자기차량손해금의 보험금액을 정한 경우 당사자 사이에 보험의 목적물인 차량에 대하여 그 보험가액을 미리 약정하고 있는 것이므로 그 자기차량손해보험계약은 기평가보험”이라고 판단한바 있다(대법원 2002. 3. 26. 선고 2001다6312 판결). 위 판례에서 제시한 기평가보험제도의 취지, 보험가액에 대한 합의 인정 기준 등에 비추어, 먼저 자기차량손해담보에서 피보험자동차 전손시 보험증권상의 차량가액 기재를 기평가보험 합의로 볼 수 있는지 검토해 보기로 한다.

우선 위 판례가 언급한 증명 곤란 및 분쟁예방 목적과 관련하여 보험관련 법규 및 약관이 정한 내용을 모두어 보면, 자기차량손해담보 약관 조항은 사고 발생시 증명 곤란 및 분쟁예방을 위해 보험가액을 산정하는 방식에 대해 세부 사항을 정하고 있는바, 전손의 경우 사고 발생시 피보험차량에 대한 피보험이익의 가액 전체를 손해사정 기초로 삼게 되는데, 이때 보험가액 산정방식에 대하여 보험개발원이 정한 차량기준가액표에 따라 보험계약을 맺었을 때와 그렇지 않은 경우로 구분하여 정하고 있다(제21조 제1호). 보험개발원의 차량기준가액표가 보험가액 산정의 기초가 되는 이유는 보험업법 등에서 자동차보험이 일반 국민에 미치는 광범위한 파급력을 감안하여 제3의 중립적 기관인 보험개발원으로 하여금 위 판례에서 언급한 증명 곤란 및 분쟁예방에 대처함과 동시에 합리적

보험료 산출 및 보상 기준을 마련하도록 하고 있기 때문이다.³⁶⁸⁾ 이처럼 판례가 언급한 증명 곤란의 문제 및 분쟁의 사전 예방대책은 실손보상원칙을 포기하고 약관상의 합의에도 반하여 보험증권의 차량가액 란의 기재를 보험가액으로 합의한 것으로 보는 해석을 통해서가 아니라, 약관을 통해 당사자 간 계약의 내용이 된 상법상의 실손보상원칙 및 이를 정교하게 제도화한 보험개발원의 기준가액 해석을 통해 달성하도록 되어 있다고 보여진다.

다음으로 보험계약을 체결하게 된 제반사정 및 보험증권의 기재 내용을 통하여 보험증권상의 차량가액을 보험가액으로 취급하는데 대한 당사자 간 합의가 성립한 것으로 볼 수 있는지 판단해 본다.

(가) 앞서 본 바와 같이 보험약관을 통해 보험개발원이 정한 기준가액을 보험가액으로 보기로 하는 등의 내용으로 이 사건 당사자 간 명확한 합의가 성립한 이상, 보험증권의 일정한 기재를 근거로 보험증권상 차량가액을 보험가액으로 보기로 한 기평가보험합의를 추단하기 곤란하다. 만일 보험증권에 차량가액을 기재한 사실만으로 그러한 합의를 인정할 경우 자기차량손해담보에 가입한 피보험차량에 전손 사고 시 피보험차량의 보험가액 산정이라는 동일한 쟁점을 두고 약관과 보험증권의 내용이 서로 충돌하는 결과가 될 수 있고,³⁶⁹⁾ 자칫 상법상 실손보상원칙을 합리적으로 구현하기 위하여 보험관

368) **보험업법 제176조**(보험요율 산출기관) ①보험회사는 보험금의 지급에 충당되는 보험료(이하 "순보험료"라 한다)를 결정하기 위한 요율(이하 "순보험요율"이라 한다)을 공정하고 합리적으로 산출하고 보험과 관련된 정보를 효율적으로 관리·이용하기 위하여 금융위원회의 인가를 받아 보험요율 산출기관을 설립할 수 있다. ② 보험요율 산출기관은 정관으로 정하는 바에 따라 다음 각 호의 업무를 한다. 6. 그 밖에 대통령령으로 정하는 업무

보험업법시행령 제86조(보험요율 산출기관의 업무) 법 제176조 제3항 제6호에서 "대통령령으로 정하는 업무"란 다음 각 호의 업무를 말한다. 1. 보유정보의 활용을 통한 자동차사고 이력 및 자동차 기준가액의 정보 제공 업무

369) 보험계약은 당사자 사이의 의사합치에 의하여 성립되는낙성계약이고, 보험계약을 체결할 때 교부되는 보험증권은 하나의 증거증권에 불과한 것이어서 보험계약의 내용은 증거증권인 보험증권만에 의하여 결정되는 것이 아니라 보험계약 체결에 있어서의 당사자의 의사와 계약체결의 전후 경위 등을 종합하여 인정할 수 있다(대법원 2003.4.25. 선고 2002다64520 판결, 1996.7.30. 선고 95다1019 판결, 1992.10.27. 선고 92다32852 판결 등). 그러나 위 판례와 같이 증거증권인 보험증권의 차량가액 기재로부터 당사자 간 보험가액에 대한 합의를 도출할 경우 보험계약체결 후 보험

런 법규가 마련한 제도가 유명무실해지는 결과를 가져 올 수 있다.

(나) 그 외에도 (i) 상법이 화재보험, 운송보험, 해상보험에서는 “보험가액을 정한 경우 그 가액”을 보험증권에 기재하도록 규정(제685조, 제690조, 제695조)한 것과는 달리 자동차보험에서는 “차량가액을 정한 때에는 그 가액”을 보험증권에 기재하여야 하는 것으로 규정하여(제726조의3) ‘보험가액’과는 구분되는 ‘차량가액’이라는 용어를 사용하고 있으므로 ‘차량가액’이 ‘보험가액’과 동일한 개념으로 당연히 해석되는 것은 아니라는 점, (ii) 오히려 보험증권의 보장내용 항목을 보면 ‘차량가액’과 ‘부속품가액’을 합산하여 ‘총 차량가액 합계’를 산출하고 있으므로 ‘차량가액’은 보험가액과는 무관하게 ‘부속품가액’에 대비되는 표현으로 사용된 것으로 볼 수 있는 점, (iii) 보험증권이 ‘차량가액’과 ‘부속품 가액’을 구별하여 표시하고 있는 이유는 약관(제21조 제2호)이 “피보험자동차에 통상 붙어 있거나 장치되어 있는 부속품과 부속기계장치는 피보험자동차의 일부로 봅니다. 그러나 통상 붙어 있거나 장치되어 있는 것이 아닌 것은 보험증권에 기재한 것에 한 합니다.”라고 정하고 있는바, 약관 전문의 장치는 ‘차량가액’에 포함되어 차량과 일체로 취급되는데 반해,³⁷⁰⁾ 약관 후문의 장치는 내비게이션, 블랙박스, 고가의 휠 등 보험계약자가 보험료를 추가로 지급할 의사로 보험에 부친 물건들로서 보험증권에 기재하여야만 보상 대상이 되는 것으로 예컨대 보험사고 발생 시 차량은 전손으로 처리되더라도 해당 물건은 재사용 가능할 시 보상에서 제외될 수도 있는 등 독립적으로 처리될 필요가 있기 때문인 점, (iv) ‘차량가액’과 ‘부속품 가액’을 합산한 ‘총 차량가액 합계’를 ‘보험가입금액’과 일치시킬 경우 이는 전부보험에 해당하나, ‘총 차량가액의 합계’에 미달하는 ‘보험가입금액’을 기재할 경우 일부보험 취지를 표시한 것으로 볼 수 있으므로³⁷¹⁾ 일부보

사고 발생 시까지의 감가상각이 적용되지 않아 상대적으로 높은 보험증권상의 차량가액이 보험금 산출 기초가 되는데, 이러한 현상은 국산차에 비해 초기에 급격하게 감가상각이 진행되는 고가의 외산차에 두드러진다.

370) 통상적으로 해당 자동차에 부착되어 있어 차량기준가액표 상으로도 기준가액에 포함하여 산정된다. 에어컨, ABS, 에어백 등이 여기에 해당한다.

371) <자동차보험 요율서>

- 「자기차량손해」中 「일부보험요율」: $(1 + \text{보험가액}^*/\text{보험가입금액}) \times 1/N$

- N 산출방식

험 여부를 가리기 위해 ‘차량가액’을 기재할 필요가 있는 점, (v) 2015년 기준, 피신청인이 체결한 자기차량손해담보 전체 계약 건 중 보험개발원이 정한 기준가액표에 따라 보험가액을 산출한 계약이 대부분을 차지하는데,³⁷²⁾ 피신청인이 이러한 실무와는 정반대의 내용으로(즉 감가상각을 인정하지 않고 차량가액을 보험가액으로 보겠다는 의사로) 합의하였을 것이라고는 추단할 수 없는 점 등에 비추어 일반적으로 보험증권에 차량가액을 기재한 것을 두고 보험가액에 대한 합의가 이루어진 것으로는 볼 수 없다.

이와 같이 보험업법 및 약관은 자기차량손해담보에 가입한 피보험차량의 전손사고에 대비하여 증명 곤란 및 분쟁예방 차원에서 보험개발원의 차량기준 가액표 등에 따르도록 세부적인 사항을 정하고 있고, 당사자는 약관을 통해 이에 구속되기로 명백히 합의한 이상 보험증권상의 차량가액이 아닌 약관에 따라 보험가액이 정해진다고 봄이 상당하다. 따라서 이하에서는 보험가액과 관련한 약관 조항을 살펴보기로 한다.

(2) 이 사건 보험약관은 피보험차량의 피보험이익인 보험가액을 ‘차량기준가액표에 따라 보험계약을 맺은 때(전문)’와 ‘차량기준 가액이 없거나 이와 다른 가액으로 보험계약을 맺었을 경우(후문)’로 구분하고 있다.

(가) 먼저, 전문의 경우에는 보험사고 발생시 분기별로 공시되는 보험개발원의 최근 차량기준가액에 의하여 보험가액을 산출하도록 하고 있다. 여기서 ‘보험개발원이 정한 차량기준가액표에 따라 보험계약을 맺었을 때’란 예컨대 2016. 2/4분기에 보험계약을 체결하면서 2016. 2/4분기 차량기준가액표 중 기준가액³⁷³⁾을 보험가입금액으로 정한 경우와 같이 차량기준가액표 상의 내용이 보험계약의 내용으로 반영된 경우를 의미한다. 이

일부보험 비율	산출식	일부보험 비율	산출식
60~70% 미만	$1.78 + 0.20 * (\text{보험가입금액}/\text{보험가액}^*)$	80~90% 미만	$1.64 + 0.40 * (\text{보험가입금액}/\text{보험가액}^*)$
70~80% 미만	$1.64 + 0.40 * (\text{보험가입금액}/\text{보험가액}^*)$	90~100% 미만	2.0

* 보험료가 1년간 고정되어 있으므로 보험계약 체결시 보험증권에 기재된 차량가액을 의미함. 즉 차량가액 기재는 일부보험 여부를 판단하기 위해 필요.

372) 2015년 기준으로 전체 자기차량손해담보 중 81.6%, 국산차 중 91.5%.

373) 보험개발원이 작성한 「자동차보험 차량기준가액표」는 <Ⅰ. 적용요령> <Ⅱ. 기준가액표> <Ⅲ. 부록>으로 구성되어 있다. 예컨대 2017년 2/4분기 <Ⅱ. 기준가액표>에 따르면 K3(1.6/ 디럭스/ 6단/ 에어컨 · P/S · ABS · AIR-D 장착)는 2017년도 기준가액이 1,400만원이다.

경우 예컨대 2017. 1/4분기에 보험사고가 발생하였다면 피보험차량에 대한 보험가액은 2017. 1/4분기 차량기준가액표 상 기준가액을 참조하여 정하게 된다.

(나) 다음으로, 후문의 경우에는 참조할 차량기준가액이 없거나 당사자 간 의사로 차량기준가액표를 배제하기로 합의하였으므로 실손보상원칙에 따라 ‘손해가 생긴 곳과 때의 가액’에 의하여 보험가액을 산출하도록 하고 있다. (i) 참조할 수 있는 차량기준가액표상의 근거가 없어 차량기준가액표에 따라 보험계약을 체결할 수 없거나, 차량기준가액표에 따라 보험가입금액을 정할 수는 있지만 실제 가치를 제대로 반영하지 못하는 등의 사정이 있어 당사자가 차량기준가액표와 달리 보험가입금액을 정한 경우 보험사고 발생 시 보험가액을 산정함에 있어서도 차량기준가액표에 의할 수 없거나 이를 적용할 경우 구체적 타당성이 떨어지므로 이때에는 “보험자가 보상할 손해액은 그 손해가 발생한 때와 곳의 가액에 의하여 산정한다(상법 제676조 제1항 1문).”라는 등의 실손보상원칙에 따라 “손해가 생긴 곳과 때의 가액을 보험가액으로 한다.”고 약관은 정하고 있다. 다만, 이처럼 실손보상원칙을 명시하면서도 ‘보험증권에 기재된 가액이 손해가 생긴 곳과 때의 가액을 현저히 초과할 때에는’ 이라는 조건을 부가하고 있어 ‘보험증권에 기재된 가액이 손해가 생긴 곳과 때의 가액과 대동소이한 경우에는 보험증권에 기재된 가액에 따라 보험가액을 확정하지만, 보험증권에 기재된 가액이 손해가 생긴 곳과 때의 가액을 현저히 초과한 때에는 손해가 생긴 곳과 때의 가액에 따라 보험가액을 산출’하기로 합의한 것으로 해석됨에 따라 부분적으로 실손보상원칙이 제한되는 측면이 있다. 이 경우 약관 조항만으로는 현저성에 대한 증명책임의 소재가 불분명할 수 있다. 상법 제670조 본문이 약정보험가액을 사고발생시의 가액으로 추정하고 있어 그 추정을 복멸시키기 위해서 같은 조 단서에 따라 보험자가 현저한 차이를 소명하여야 하는 것과는 달리, 이 사건 보험약관 후문은 보험증권에 기재된 가액을 사고발생시의 가액으로 추정하는 등의 내용이 없기 때문이다. 판단하건대 피보험자는 보험증권에 기재된 금액에 기초하여 보상을 구하는 한편, 보험자는 사고가 발생한 곳과 때의 가액을 보상의 기초로 삼고자 할 것이므로 보험증권에 가액이 기재된 이상 결과적으로 그 가액이 사고가 발생한 곳과 때의 가액을 현저히 초과한다는 데 대한 증명책임은 보험자에게 있다고 볼 것이다.

(ii) 그렇다면 어떠한 경우에 현저성이 증명되었다고 볼 수 있는지 살펴보기로 한다.

이 사건 약관 후문에 관한 해석은 아니지만 상법 제670조(기평가보험) 후문과 관련하여, 법원은 “상법 제670조 후문에서는 당사자 사이에 보험가액을 정한 기평가보험에 있어서 협정보험가액이 사고발생시의 가액을 현저하게 초과할 때에는 사고발생시의 가액을 보험가액으로 하도록 규정하고 있는바, 양자 사이에 현저한 차이가 있는지의 여부는 거래의 통념이나 사회의 통념에 따라 판단하여야 한다(대법원 2002. 3.26. 선고 2001다6312판결).”고 하여 일반적인 기준만을 제시하고 있다. ‘거래의 통념 내지 사회의 통념에 따라’ 현저성을 판단한다는 의미에 대하여, 협정가액 결정에는 보험자의 협조가 있었고 협정가액을 기초로 보험료도 지급받았으므로 단순히 협정가액이 시가보다 상당히 높다는 것만으로는 부족하며, 그 금액이 ‘상도의상 용인될 수 없는 정도로 극히 고액’인 때에만 약정 보험가액의 효력을 부인해야 한다거나 ‘사회 통념에 비추어 월등히 초과하는 경우에만 현저한 초과가 인정된다.’는 주장도 가능하다. 그러나 이러한 문제는 필요시 보험사고가 발생하여 보험가입금액 및 보험가액을 재조사하는 기회에 보험료를 환급하는 방식으로 불균형을 시정할 수도 있고, ‘보험설계사의 잘못으로 인하여 피보험차량의 가액이 실제 가액보다 높게 책정된 사정’이 피보험차량의 실제 보험가액 산정 또는 실제 보험가액과 약정 보험가액 간 차이의 현저성 판단과는 직접적인 관련이 없다는 비판도 가능할 것이다.³⁷⁴⁾

판단하건대 이 사건에서의 현저성 판단은 ‘자기차량손해담보’에서 ‘보상하는 손해’ 조항 내에 있는 ‘보험가액’의 해석과 관련된 것으로 보험계약 체결 및 보상실무 등 거래관행을 벗어나 획일적인 금액 내지 비율로 판단하기 곤란하며, 해당 거래관행의 범주 내에서 개별 사안의 특수성을 감안하여 상대적으로 비교 교량할 필요가 있다. 예컨대 1년 단위로 체결되는 자동차보험에서 상법 제670조 후문의 현저성이 인정되기 쉽지 않다는 주

374) 법원은 “보험계약을 체결할 당시 보험계약의 목적의 가액을 현저하게 초과하여 보험가액을 정함으로써 상법 제669조 제1항에 의하여 보험료와 보험금액의 감액을 청구할 수 있는 경우이거나 보험자의 고의나 과실에 의하여 그와 같이 보험가액이 정해진 경우에도 상법 제670조에 의하여 사고발생시의 가액을 보험가액으로 보아야 한다(2011. 9. 29. 선고 2011다41024 판결).”고 판시한 바 있다. 같은 맥락에서 협정가액과 진정한 보험가액의 관계를 판단함에 있어서는 자기부담금 및 보상관계는 고려대상 밖이다. 왜냐하면 그러한 것은 보험자의 급부의 범위를 한정하는 것이지 보험가액에 영향을 미치는 것은 아니기 때문이다.

장이 있을 수 있으나, 상법 제2장 제1절 손해보험 통칙에 편재된 위 조항을 해당 보험의 특성을 감안하지 않고 원천적으로 그 적용이 배제되는 것으로 해석하는 것은 불합리하다.³⁷⁵⁾ 당사자간 합의인 위 약관 조항은 애초에 ‘1년 단위’의 자기차량손해담보에서 보상하는 손해 조항의 ‘보험가액’ 해석과 관련하여 ‘현저성’을 판단하도록 요구하고 있으며, 이러한 취지는 차량기준가액표상 기준가액이 서울시자동차매매조합 내지 한국물가협회의 중고차량 가격 등을 기반으로 작성된 것이므로 실제 가치를 반영하고 있을 개연성이 높은데도 그것과 전문업소의 자동차시가감정서 사이에 ‘현저한 차이’가 있을 수 있다는 점을 예정하고 있는 것(차량기준가액표 I.1. 적용기준 나³⁷⁶⁾) 등에 나타나고 있다.

(iii) 약관 후문이 “차량기준가액이 없거나 이와 다른 가액으로” 보험계약을 맺은 경우 “손해가 생긴 곳과 때의 가액을 보험가액으로 한다.”라고 하여 원칙적으로 실손보상원칙을 천명한 가운데 이를 “보험증권에 기재된 가액이 손해가 생긴 곳과 때의 가액을 현저하게 초과하는 경우”로 한정한 이유는, 대체물인 차량은 피보험차량이 멸실되더라도 중고차 시장에서 동종의 차량 가액을 조사하거나 최초 가액에 감가상각율을 적용하는 등의 방식으로 현재의 차량가액을 산출하는 것이 가능한데, ‘중고차 시세’는 조사의뢰자 및 조사자에 따라 달라질 수 있고, ‘중고차 시세’와 ‘최초 가액에 감가상각율을 반영하여 산출한 금액’ 사이에도 차이가 있을 수 있는 등 현재의 차량가액을 표시하는 여러 수치 중 어떤 것이 실제 가치를 표상하는지 확정할 수 없는 경우에 이들 수치와 대동소이한 범주 내에 있는 협정가액으로 보험가액을 결정하도록 하기 위함이다. 그러하다면, 피보험차량의 가치를 산출하기 위하여 객관적으로 타당한 방식에 따라 조사 또는 산출된 수치들의 분포, 편차, 감가상각율 등을 종합적으로 고려하여 보험증권상의 차량가액이 실제 가치를 적정하게 반영하고 있다면 보험증권상의 차량가액을 선택할 수 있지만, 그렇지 않을 경우에는 보험증권상의 차량가액은 기속력을 잃어버리므로 객관적으로 타당한 방식에 따라 조사 또는 산출된 수치들을 감안하여 보험가액을 정하여야 할 것이다.

375) 제2장 손해보험 제1절 통칙에 편재된 제670조(기평가보험)는 제정 상법시부터 존재하던 조항이고, 제6절 자동차보험은 1991. 12. 31. 법률 제4470호(1993. 1. 1. 시행)로 신설되었다.

376) “자동차 시가가 기준가액표상의 가액과 현저한 차이가 있을 때에는 자동차매매계약서 또는 전문업소의 자동차시가감정서 등 합리적이고 객관적인 증빙자료를 참고로 한 시가를 기준가액으로 한다.”

(3) 이 사건에서, 앞서 본 바와 같이 보험증권상의 차량가액 기재가 일률적으로 보험 계약자와 보험자간 보험가액에 대한 합의로 인정되는 것은 아니지만, 이 사건 보험약관 후문에 대하여 당사자 간 합의가 성립하였으므로³⁷⁷⁾ ‘보험증권에 기재된 가액이 손해가 생긴 곳과 때의 가액을 현저하게 초과하는지’ 여부를 살펴보아야 할 것이다.

자기차량손해담보에서 피보험자동차 전손시 중고차 실거래 시세, 자동차 가격동향 및 거래상황, 수입 차량의 국내 유통가격, 내용연수를 감안한 자동차 감가상각율 등 객관적으로 타당한 방식에 따라 조사 또는 산출된 수치들을 감안하여 보험가액을 정하여야 할 것이다. 이 사건에서 당사자들이 예정하고 있는 피보험자동차에 대한 가치 평가방식으로는 차량기준가액표 「Ⅱ. 기준가액」, 중고차 시세, 가입시 차량가액에 감가상각율을 적용한 산출 값 등이 있다.

먼저, 피보험차량의 보험증권상 차량가액을 위와 같이 조사·산출된 차량의 실제 가치와 비교하여 그 차이가 현저한지 판단해 보기로 한다. (i) 우선, 차량기준가액표 「Ⅱ. 기준가액」에 따르면 보험가입금액은 4,940만원·보험가액은 3,554만원이며 이 경우의 감가상각율은 28.06%이다. (ii) 다음으로 서울특별시자동차매매사업조합의 차량시세평가확인서에 따르면 동종차량의 중고차 시세는 3,600만원(上品 기준)으로 조사된바, 보험계약 체결시 차량가액으로 그 적정성에 관하여 당사자 간에 특별한 다툼이 없는 5,070만원을 기준으로 계산하면 감가상각율은 28.99%이다. (iii) 한편 차량의 내용연수 및 물가지수 등이 반영된 감가상각율을 참조하면(본건 피신청인은 보험개발원의 차량기준가액표 「Ⅲ. 부록 4. 표준감가상각잔존율표(외산차)」를 참조하고 있다) 경과월수 15개월 미만 차량의 표준감가상각잔존율은 2017년 기준 80.55%, 2018년 기준 77.49%이므로 감가상각율은 각 19.45%(=100-80.55) 및 22.51%(=100-77.49)이다. 위 5,070만원을 이들 감가상각율에 적용하면 사고 시 가액은 각 4,083만원 및 3,929만원으로 산출된다. (iv) 마지막으로 피신청인은 자체 산출 값으로 보험가입금액은 5,070만원·보험가액은 3,787만원이 적정하다고 주장하고 있는바, 이 경우의 감가상각율은 25.31%이다.³⁷⁸⁾ 이처럼 보험증권

377) 본건은 차량기준가액표 「Ⅱ. 기준가액」에 이 사건 피보험차량과 동종의 차량가액(4,940만원)이 있는 데도, 이와 다른 가액(5,070만원)으로 보험계약을 맺은 경우에 해당하는 등 전문이 정한 ‘보험개발원이 정한 차량기준가액표에 따라 보험계약을 맺은 경우’에 해당하지 않는다.

상 차량가액은 5,070만원인데, 사고 시 가액으로 산출 또는 조사된 가액은 최고가가 4,083만원, 최저가가 3,554만원으로 양자 간 편차인 529만원 구간 내에 5건의 조사 가격이 수렴하는데 반해, 보험증권상의 차량가액인 5,070만원은 최고가인 4,083만원을 기준으로 보더라도 987만원이 높고(최저가를 기준으로 할시 1,516만원이나 높다), 계약체결 시 대비 사고 시 차량가치의 감가상각율이 최저 19.45%에서 최고 29.90%인데 반해, 보험증권상의 차량가액을 보험가액으로 볼 경우 감가상각율이 00.00%이므로 사고시 차량의 실제 가치와 현저한 차이를 보이게 되는데, 이 사건 보험증권상의 차량가액 기재는 기속력을 잃었다고 볼 것이다.³⁷⁹⁾

그러므로 위와 같이 조사 또는 산출된 수치 중 이 사건 피보험차량의 사고발생시 가액을 가장 잘 반영한 것으로 보이는 값을 살펴보기로 한다. (i) 먼저, 본건은 차량기준가액표 「Ⅱ. 기준가액」에 이 사건 피보험차량과 동종의 차량가액(4,940만원)이 있는데

378)

<이 사건 피보험차량의 가치>

가입금액 (만원)	보험가액			가입금액 (만원)	보험가액		
	금액 (만원)	산출근거	감가상각율 (%)		금액 (만원)	산출근거	감가상각율 (%)
4,940 (개발원 기준가액)	3,979	개발원 감가상각율 (외산차, '17년 적용분)	19.45	5,070 (자체 기준가액)	4,083	개발원 감가상각율 (외산차, '17년 적용분)	19.45
	3,828	개발원 감가상각율 (외산차, '18년 적용분)	22.51		3,929	개발원 감가상각율 (외산차, '18년 적용분)	22.51
	3,600	시세조사(上)	27.13		3,787	자체기준	25.31
	3,554	개발원 기준가액	28.06		3,554	개발원 기준가액	29.90
	5,070	증권상 차량가액	(역전 현상 발생)		5,070	증권상 차량가액	00.00

379) 만일 보험증권상 차량가액이 보험계약 체결시 차량의 실제 가치를 제대로 반영하지 못하고 있다면, 감가상각율을 적용함에 있어 보험계약 체결시의 차량의 실제가치를 재조사할 필요가 있을 것이다. 본건의 경우 보험계약 체결시 보험증권상 차량가액인 5,070만원의 적정성에 관하여 양당사자 사이에 다툼이 없으며, 보험개발원의 차량기준가액표 「Ⅱ. 기준가액」 상의 금액인 4,940만원과도 큰 차이가 없으므로 일응 그 가액이 적정한 것으로 볼 수 있다. 차량기준가액표 「Ⅱ. 기준가액」 상의 보험가입금액에 의하더라도 감가상각율은 19.45%~28.06% 수준을 보이므로 대동소이하다.

도 이와 다른 가액(5,070만원)으로 보험계약을 맺은 경우이므로 차량기준가액표 「Ⅱ. 기준가액」에 기재된 수치를 가입금액(4,940만원)으로 보거나 보험가액(3,554만원)으로 선택하는 것은 불합리할 수 있다.³⁸⁰⁾ (ii) 감가상각율을 적용함에 있어서는 일응 당사자 간 합의금액인 보험증권상의 5,070만원을 가입시 차량가액으로 적용하되 아직 2018년이 도래하지 않은 이상, 2018년도 보험개발원 감가상각율(외산차)을 적용한 수치보다는 2017년도 산출 결과를 채택하는 것이 타당할 것이다. (iii) 그 외 자체기준 내지 시세조사 결과는 2017년도 산출 결과를 채택하기로 한 이상, 2017년도에 비해 높은 감가율을 보이고 있는 2018년도 감가상각율보다도 더 높은 감가율을 보이고 있어 불합리하다. 그렇다면 이 사건의 경우 2017년도 보험개발원 감가상각율(외산차)을 적용하여 산출된 4,083만원 정도가 적정 보험가액으로 보인다.³⁸¹⁾

380) 이 사건 피보험차량을 예로 들면, 가입시 차량기준가액표 「Ⅱ. 기준가액(2016. 2/4분기)」에 따라 4,940만원을 차량가액으로 책정한 경우 그로부터 3분기 경과한 사고발생 시점의 차량가액은 차량기준가액표 「Ⅱ. 기준가액(2017. 1/4분기)」에 따라 3,554만원으로 책정된다. 3분기에 걸친 1,386만원 (=4,940만원-3,554만원)의 감가상각은 차량기준가액표 「Ⅱ. 기준가액」 책정 원칙(감가상각잔존율, 시세조사 결과 등이 반영됨)을 적용한 결과 값인 바, 가입시 차량가액을 4,940만원이 아닌 다른 값으로 책정한 이상 위 3,554만원을 보험가액으로 인정할 시 정합성이 떨어질 수 있다. 위 3,554만원은 가입시 차량가액으로 4,940만원을 산식 등에 적용한 결과 값이기 때문이다.

381) 그 밖에 이 사건 결론과는 관계가 없으나, 피신청인 제출 법률의견에 따르면 이 사건 보험약관의 해석과 관련하여 “...보험집단 전체의 이익을 해하는 것으로서 허용될 수 없다...”는 막연한 주장을 하고 있는바, 이는 마치 개별 보험계약자 측의 이익이나 요구를 보험제도의 근간을 모르는 근시안적인 이익으로 치부하면서 이익조정의 중심은 보다 고차원적인 보험단체(또는 위험단체)에 두어야 한다는 취지로 이해된다. 그러나 보험단체라는 개념 자체가 명문상 근거가 없는 허구적 개념 내지는 위험분산기법의 하나에 지나지 않으므로 보험단체의 이익이라는 것도 가상의 개념에 다름 아니다(금융분쟁조정위원회 2017. 6. 27. 결정 제2017-8호 각주 3) 참고). 설령 만에 하나 보험단체의 실질을 인정한다고 하더라도 만약 보험단체의 이익이 다수의 구성원이 향유하는 이익을 의미하는 것이라면 보험단체의 구성원에게 불리한 것이 어떻게 보험단체의 이익에 부합하는지 의문이다. 따라서 보험단체를 우선해야 한다고 주장하는 자는 보험단체의 이익을 위해 개별 보험계약자 측의 이익을 제한할 수 있다는 추상적인 언명에 그칠 것이 아니라 이를 정당화하고자 한다면 보호되어야 할 보험단체의 이익이 어떤 것인지, 왜 보험단체의 이익을 우선해야 하는지 등 기본적인 의문에 대한 법적 규명이나 논증을 하여야 함에도 이를 도외시한 채 단순히 복종해야 한다고만 강변할 뿐이다. 그러나 개별 보험계약자 측의 이익과 보험단체의 이익이 첨예하게 대립하는 상황 하에 있다면 보험단체의 이익이라는 개념의 구체화는 법적 판단의 합리화를 위해 반드시 필요하고, 그러한 논증이 실패할 경우 결국 그 주장의 저의를 의심할 수 밖에 없는 것이다. 나아가 설령 보험단체의 이익이 보험계약자 측

라. 결론

이와 같이 피신청인은 신청인에게 4,083만원(부속품 별도)을 보험가액으로 산출한 자기차량손해담보 보험금을 지급할 책임이 있으므로 신청인의 주장을 인용하기로 하여 주문과 같이 결정한다.

의 이익이 총합된 것이라고 이해하더라도 보험계약자 측은 보험단체의 지속적 이익을 위해 절대적인 손해를 항상 감수해야 한다면 이에 결코 동의하지 않을 것이다. 왜냐하면 그로 인해 보험계약자 측은 사전에 예견할 수 없는 손해에 대하여 배지수권을 하는 것이 되기 때문이다. 실제로 양자간의 이익형량에 있어서도 보험단체에 이익이 되는지 여부는 실증적 증거가 없는 이상 이를 확정하기도 쉽지 않은 등 그것이 객관적으로 명백한 것도 아닐 것이다. 더욱이 현실의 영리보험은 보험단체 자체의 계산과 책임으로 운영되는 것이 아니라 보험회사의 계산과 책임으로 보험을 인수하는 거래행위임이 분명하고, 여기서의 보험단체는 철저하게 보험회사의 이익을 위해 설계되거나 기획되는 반영물에 지나지 않으므로 보험단체의 이익은 종국적으로는 보험회사의 이익으로 귀속하게 된다. 따라서 보험약관 해석시 보험단체의 이익이나 이해관계를 반영해야 한다는 주장은 그 논거가 박약하고, 논리의 비약이 적지 않을 뿐만 아니라 보험계약의 해석에 있어 채권계약적·개인법적·상인주의적 고찰이 일반화되어 있는 국제적 동향과도 동떨어진 독자적 견해에 지나지 않으므로 받아들일 수 없다.

제8절 법률 및 약관해석

1-43

손해배상채무와 상속에 따른 보험금청구권의 혼동으로 보험금청구권이 소멸되는지 여부

[기각] 배우자와子を 자동차에 태우고 운전하던 중 교통사고를 야기하여 이들을 사망케 한 경우, 사망한 배우자와子에게 손해배상책임을 지고 있는 가해자인 신청인이 이들의 자신에 대한 손해배상청구권을 상속받음으로 인하여 그 손해배상청구권은 혼동으로 소멸하므로 신청인은 피신청인에 대하여 보험금을 청구할 수 없다고 보는 것이 타당함.(2000.1.25. 조정번호 제1999-64호)

가. 사실관계

신청인은 1998.9.25. 피신청인과 개인용자동차보험계약을 체결함. 신청인은 1999.5.25. 01:30경 자신의 차량에 배우자와子を 함께 태우고 경기도 ◇◇방면으로 운전하여 가다가 진행방향 우측에 불법주차된 차량을 충격하는 사고가 발생하여 배우자와子가 사망함.³⁸²⁾ 신청인은 본건 사고로 인하여 피해자들이 가지게 된 보험금청구권을 상속받았음을 사유로 1999.8.28. 피신청인에게 보험금을 지급할 것을 청구함.

이에 대하여 피신청인은 본건 사고의 피해자인 신청인의 배우자와子是 타인성이 인정되므로 자동차손해배상보장법에 근거하여 볼 때 신청인에게 일응 손해배상청구권이 발생하나, 한편으로는 신청인은 이들 피해자가 가지는 손해배상청구권을 상속 또는 재산상속받은 자로서의 지위와 아울러 또 이들에 대하여 손해배상채무를 지고 있으므로 상가양 채권·채무는 민법상의 혼동으로 인하여 소멸하였음을 사유로 보험금 지급을 거절함.

나. 당사자의 주장

382) ○○병원의 사체검안서, 관할 소방서의 구급활동일지 등을 종합하여 보면 이들 피해자들은 병원 도착전에 모두 사망한 것으로 되어 있으며, 본건 사고로 인한 피해자들의 정확한 사망시각은 알 수 없으나, 사체검안서를 발행한 담당의사의 진술 등을 기초로 판단하여 볼 때 신청인의子が 먼저 사망하고 이윽고 배우자가 순차적으로 사망한 것으로 보임.

(1) 신청인의 주장

신청인은 본건 사고로 인하여 사망한 자신의 배우자와子在가 지는 손해배상청구권을 상속받았으므로 피신청인은 신청인의 상속분에 해당하는 손해배상금을 지급하여야 함.

(2) 피신청인의 주장

본건 사고는 신청인의 음주운전(혈중알콜농도 : 0.08%)과 운전부주의로 인하여 동승자인 배우자와子在가 사망한 것으로 동인들의 사망에 따른 손해배상채권이 신청인에게 상속되는 한편 신청인의 이들에 대한 불법행위로 인한 손해배상채무도 발생되며 이들 채권·채무는 민법 제507조에 의하여 혼동으로 소멸하였음.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 자동차 운행자인 신청인이 피해자인 가족의 손해배상채권을 상속받아 보험 회사에 보험금을 청구한 경우 위 보험금청구권이 혼동으로 소멸되는지 여부임.

자동차사고로 인한 손해배상책임의 발생 근거가 되는 자동차손해배상보장법 제3조(자동차 손해배상책임)에 의하면 “자기를 위하여 자동차를 운행하는 자는 그 운행으로 말미암아 다른 사람을 사망하게 하거나 부상하게 한 때에는 그 손해를 배상할 책임을 진다”라고 규정하고 있고, 개인용자동차보험 보통약관 제1조(회사의 보상책임)에 의하면 “우리회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 피보험자동차의 운행으로 인하여 남을 죽게 하거나 다치게 하여 자동차손해배상보장법 등에 의한 손해배상책임을 짐으로써 입은 손해를 이 약관에 따라 보상합니다”라고 규정하고 있음. 또한 민법 제507조(혼동의 요건, 효과)에 의하면 “채권과 채무가 동일한 주체에 귀속한 때에는 채권은 소멸한다”라고 규정하고 있음.

한편, 자동차운행중 교통사고가 일어나 자동차의 운행자나 동승한 그의 친족이 사망하여 손해배상채권과 채무가 상속으로 동일인에게 귀속하게 된 경우, 그러한 손해배상채권이 혼동으로 소멸하는지에 대하여 우리 대법원 판례는, “자동차운행 중 교통사고가 일어나 자동차의 운행자나 동승한 그의 친족이 사망하여 자동차손해배상보장법 제3조에 의한 손해배상채권과 채무가 상속으로 동일인에게 귀속하게 된 때에, 교통사고를 일으킨

차량의 운행자가 자동차손해배상책임보험에 가입하고 있는 경우에는 가해자가 피해자의 상속인이 되는 등 특별한 경우를 제외하고는 생존한 교통사고 피해자나 사망한 피해자의 상속인에게 책임보험에 의한 보험의 혜택을 부여하여 이들을 보호할 사회적 필요가 있을 경우에는 자동차책임보험약관에 의하여 피해자가 보험회사에 대하여 직접 보험금의 지급청구를 할 수 있는 이른바 직접청구권이 수반되는 경우에는 그 직접 청구권의 전제가 되는 자동차손해배상보장법 제3조에 의한 피해자의 운행자에 대한 손해배상청구권은 상속에 의한 혼동에 의하여 소멸되지 아니한다고 보아야 한다”고 판시하고 있으며 이러한 해석론은 대법원의 확고한 입장인 것으로 보임.³⁸³⁾

결국, 위 대법원 판결은 상속인이 가해자가 아닌 제3자라면 이들을 보호하기 위하여 당해 보험금청구권은 소멸하지 아니하나, 상속인이 가해자라면 굳이 이를 보호할 필요가 없어 당해 보험금청구권은 소멸한다는 것임.

따라서 상기 자동차손해배상보장법, 개인용자동차보험약관 및 대법원 판례의 취지를 본 사건에 적용할 경우 신청인이 신청인의 자 및 배우자에 대한 가해자인 것이 분명한 이상 위 신청인이 자 및 배우자가 피신청인에 대하여 가지는 보험금청구권을 상속받았다 하더라도 신청인 자신이 이들에 대하여 손해배상채무가 있으므로 위 보험금청구권은 혼동으로 인하여 소멸한다고 보아야 하고, 신청인이 자의 사망으로 배우자가 상속한 보험금청구권을 재상속한 경우에도 피상속인의 손해배상청구권은 그 성질을 그대로 지닌 채 상속인에게 상속된다는 점과 가해자인 신청인에게 보험혜택을 부여하여야 할 사회적 당위성이 있다고 보여지지 아니하며, 대법원이 보험금청구권의 혼동으로 인한 소멸 여부를 상속인이 가해자인지 가해자가 아닌 제3자인지 등을 기준으로 결정하고 있으므로 이러한 경우에도 가해자가 손해배상채권을 직접상속받는 경우와 마찬가지로 혼동으로 인하여 소멸되는 것으로 판단됨.

라. 결 론

사망한 배우자와 자에게 손해배상책임을 지고 있는 가해자가 이들의 자신에 대한 손

383) 대법원 1995.7.14. 선고 94다36698 판결 참조.

해배상청구권을 상속받음으로 인하여 그 손해배상청구권은 혼동으로 소멸하므로 신청인은 피신청인에 대하여 보험금을 청구할 수 없다고 보는 것이 타당함.

1-44 피보험자동차 사용에 대한 기명피보험자의 승낙 유무

[인용] 신청인이 2004.7월 퇴사한 이후 사고일까지의 1년 6개월 동안 피보험자동차를 전적으로 사용했음에도 불구하고, 차량소유자는 신청인이 퇴사 후 약 7개월 후인 2005.2.16., 2.26. 두 차례에 걸쳐 내용증명으로 차량의 반환을 요청한 것 이외의 차량회수를 위한 적극적인 행위를 하지 아니하였다는 사실에서 차량소유자가 신청인의 피보험차량 사용에 대해 묵인한 것으로 인정할 수 있는 바, 당해 보험약관의 피보험자 규정에 따라 신청인은 승낙피보험자에 해당되며, 운전자는 승낙피보험자를 위하여 운전한 운전피보험자에 해당한다 할 것임.(2006.6.27. 조정번호 제2006-35호)

가. 사실관계

신청의 A씨는 2005.4.8. 피보험자를 B씨로 하여 피신청인과 업무용자동차보험계약을 체결함. 보험계약자 A씨와 피보험자 B씨는 건설사를 공동으로 운영하면서 피보험차량을 B씨 명의로 구입하여 업무용으로 사용함. 2003.9월경부터는 해당 건설사 직원인 C씨(이하 “신청인”이라 함)가 피보험차량을 주로 사용하게 되었고, 2004.7. 신청인이 회사를 그만두면서도 동 차량을 반납하지 아니하고 계속적으로 사용하다가 2006.1.2. 본건 사고가 발생함.

본 건 사고는 신청인이 동해안에 해돋이 구경을 갔다가 돌아오던 길에, 음주를 하여 운전을 할 수 없게 되자 함께 여행하였던 D씨에게 운전토록 하였는데, 운전자 D씨의 운전미숙으로 차량이 눈길에 미끄러지며 차량에 동승하였던 동반자 E씨가 하악골 골절 등의 부상을 입게 된 것임.

신청인이 퇴사 이후에도 계속적으로 피보험차량을 운행하게 된 경위에 대해서는 A씨·B씨측과 신청인측이 주장을 달리하고 있는바, A씨·B씨측은 신청인이 퇴사하면서 당연히 피보험차량을 반납하여야 함에도 불구하고 이를 무단으로 사용하고 있어 수차례

차량 반환 요청을 하였다고 주장하는 반면, 신청인은 건설사 근무 당시 지급받지 못한 임금에 대한 변제를 위해 A씨·B씨측이 신청인에게 피보험차량을 양도키로 하였다고 주장함.

한편, 2004.7월 신청인의 퇴사 이후에도 위 건설사 사업자 A씨는 동 차량에 대해 책임보험뿐만 아니라 임의보험도 가입하는 등 전담보로 갱신하였고, 2005.12월에는 대물피해 사고가 있었음에도 보험회사는 아무런 문제 제기도 없이 보상 처리함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

건설사 사업주 A씨, B씨가 지급하지 못한 임금채권에 대한 변제로 동 피보험차량을 신청인에게 양도키로 하였는 바, 이는 무단운전에 해당하는 것이 아니고 차량 운행에 대한 기명피보험자측의 묵시적 동의가 있었다고 할 것이므로 피신청인은 본 건 사고에 대한 보험금 지급책임을 부담함.

(2) 피신청인의 주장

신청인은 차량소유자로부터 수차례 차량반환 요청을 받았음에도 불구하고 무단으로 차량을 사용하다가 발생한 사고인 바, 차량소유자의 운행지배 및 운행이익이 상실되어 운행자책임이 발생하지 아니하므로 본 건 사고에 대한 피신청인의 보상책임은 없음.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 신청인 및 운전자가 승낙피보험자 등에 해당하는지 여부임.

(1) 약관 규정

업무용자동차보험약관에서는 “보험회사는 피보험자가 피보험자동차를 소유, 사용, 관리하는 동안에 생긴 피보험자동차의 사고로 인하여 남을 죽게 하거나 다치게 한 때 또는 남의 재물을 없애거나 훼손한 때에 법률상 손해배상책임을 짐으로써 입은 손해를 보

상한다”고 규정하고, 피보험자의 범위에 대해 “①보험증권에 기재된 피보험자(기명피보험자), ②기명피보험자와 같이 살거나 살림을 같이 하는 친족으로서 피보험자동차를 사용 또는 관리중인 자, ③기명피보험자의 승낙을 얻어 피보험자동차를 사용하거나 관리중인 자, ④기명피보험자의 사용자 또는 계약에 의하여 기명피보험자의 사용자에게 준하는 지위를 얻은 자, ⑤위 ①~④에서 규정하는 피보험자를 위하여 피보험자동차를 운전중인 자(운전보조자를 포함)”로 규정하고 있음(이하 위 ③은 “승낙피보험자”로, ⑤는 “운전피보험자”라 함).

(2) 승낙피보험자 등의 인정 여부

당해보험 약관상 피신청인은 차량소유자인 기명피보험자 뿐만 아니라 승낙피보험자가 제3자에 대하여 손해배상책임을 지는 경우에도 이에 대한 보상책임을 부담하는 바, 동건의 경우 신청인 내지 운전자 D씨가 당해 보험약관상의 승낙피보험자 또는 운전피보험자에 해당하는지 여부가 관건이라 할 것임.

자동차보험약관상의 승낙피보험자란 기명피보험자의 승낙을 얻어 피보험자동차를 사용 또는 관리하는 자를 말하며, 이 때 기명피보험자의 승낙은 반드시 명시적이거나 자동차를 사용할 때마다 개별적으로 할 필요는 없고 묵시적 또는 포괄적인 승낙도 가능하며³⁸⁴⁾, 이러한 승낙피보험자를 위하여 피보험자동차를 운전중인 자는 운전피보험자에 해당함.

이러한 판단 기준에 따라 살펴볼 때, 신청인 및 운전자의 피보험자성은 다음과 같은 점에 비추어 보면 인정된다 할 것임.

① 신청인이 2004.7월 퇴사한 이후 사고일까지의 1년 6개월 동안 피보험자동차를 전적으로 사용하였음에도 불구하고, 퇴사 후 약 7개월 후인 2005.2.16., 2.26. 두 차례에 걸쳐 내용증명으로 차량의 반환을 요청한 것 이외의 차량 회수를 위한 적극적인 행위를 하지 아니하였다는 사실에서 차량소유자가 신청인의 피보험차량 사용에 대해 묵인한 것으로 인정할 수 있다는 점.

② 신청인이 차량을 전적으로 사용하고 있는 동안에도 차량소유자는 차량의 할부대금

384) 대법원 1989.11.28. 선고 88다카26758 판결 등 참조.

을 납입하였을 뿐만 아니라, 2005.4월에는 전위험담보로 자동차보험을 갱신하여 계속적으로 가입하고 있었다는 점.

③ 이 건 사고 이전인 2005.12.7.에도 신청인이 피보험차량을 운행하다 타인의 재물을 파손한 사고에 대해 보험금을 지급하였다는 것은 피신청인이 신청인의 승낙피보험자 지위를 인정한 것으로 볼 수 있다는 점.

④ 운전자 D씨가 평소에도 피보험차량을 사용하고 있었던 것이 아니라 신청인이 술을 마셔 운전을 못하게 되자 신청인을 위하여 피보험차량을 운전한 것이라는 점.

라. 결 론

따라서 피신청인은 당해 보험약관상의 피보험자가 피보험자동차를 운행하던 중 운전미숙으로 발생한 사고로 동승자가 입은 피해에 대해 보상책임이 있다 할 것임.

1-45 통상의 대리운전 중에 발생한 사고로 볼 수 있는지 여부

[인용] “통상의 대리운전과정”의 의미에 대하여 당해 약관에서는 별도로 규정한 바가 없어, 대리운전회사를 통해서 대리운전 요청을 하는 경우만을 통상의 대리운전과정이라고 볼 근거가 없고, 대리운전업계에서 현장콜에 의한 대리운전이 통상적으로 이루어지고 있고, 동건의 경우 대리운전자가 식당주인으로부터 대리운전 요청 전화를 받은 후 대리운전자 이동용 차량을 타고 현장으로 이동한 점 등을 고려할 때 동 건 사고는 통상의 대리운전과정에서 발생한 사고로 보는 것이 타당하다 할 것임.(2007.2.18. 조정번호 제2007-97호)

가. 사실관계

보험계약자 겸 기명피보험자인 대리운전회사 A사(이하, “대리운전회사”라고 함)는 2006.11.3. 피신청인과 자동차취급업자 종합보험계약을 체결함.(가입특약 대리운전업자특약, 만21세이상 운전특약 등)

신청인 B씨는 2007.7.1 23:30경 충청남도 소재 모 식당에서 술을 마신후 식당주인에게

대리운전을 부탁하였고, 식당주인으로부터 개인휴대폰으로 대리운전 부탁을 받은 C씨(이하, “대리운전자”라 함)가 대리운전자 이동용 차량을 타고 현장으로 이동하여 대리운전을 하게 됨.

대리운전자가 신청인과 만난 후 대리운전회사로 연락(이하, “현장콜”이라 함)하지 못한 상태에서 식당내 주차장에서 대리운전차량을 후진하던 중 주차중인 다른 차량의 후미를 충격하는 사고가 발생하여 대리운전차량에 탑승한 신청인이 부상당하였고, 대리운전자는 사고 발생후 현장콜을 함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

통상의 대리운전 중에 발생한 사고에 대하여 보험금을 지급하지 않는 것은 부당함

(2) 피신청인의 주장

동 건 사고는 대리운전업자 특별약관의 “통상의 대리운전 과정을 이탈”하여 피보험자 동차를 운전 중 발생한 사고이고, 이는 동 보험 약관에서 보상하지 아니하는 손해에 해당되어 면책하는 것이 타당함.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 이건 사고가 통상의 대리운전 과정에서 발생한 사고인지 여부라 할 것임.

(1) 보험약관

자동차취급업자종합보험 보통약관 [9]배상책임(대인배상, 대물배상)에 의하면 피보험자가 보험기간중 대리운전을 위하여 피보험자동차를 수탁한 때로부터 통상의 대리운전 과정을 거쳐 차주에게 인도할 때까지의 피보험자동차의 사고로 생긴 피보험자의 손해만으로 한다고 규정하고 있음.

(2) 통상의 대리운전 과정에서 발생한 사고인지 여부

피신청인은 당해 약관의 “통상의 대리운전과정”이란 “대리운전회사 A사를 통해서 대리운전 요청을 하는 경우”를 말하는 것이라고 주장하나, “통상의 대리운전과정”의 의미에 대하여 당해 약관에서는 별도로 규정한 바가 없어, 대리운전회사를 통해서 대리운전 요청을 하는 경우만을 통상의 대리운전과정이라고 볼 근거가 없고, 오히려, 대리운전업계에서 현장콜에 의한 대리운전이 통상적으로 이루어지고 있고, 동 건의 경우 대리운전자가 식당주인으로부터 대리운전 요청 전화를 받은 후 대리운전자 이동용 차량을 타고 현장으로 이동한 점 등을 고려할 때 동 건 사고는 통상의 대리운전과정에서 발생한 사고로 보는 것이 타당하다 할 것임.

라. 결 론

따라서 본 건과 관련하여 피신청인은 신청인에게 본 건 사고로 인하여 발생한 손해액을 보상할 책임이 인정된다 할 것임.

1-46 보험대리점 과실에 대한 보험회사의 배상책임 인정 여부

[일부인용] 보험대리점이 신청인으로부터 특약변경 요청을 받았음에도 보험회사에 이를 신청하지 않았고, 신청인에게 추가납부 보험료 및 납부계좌를 휴대폰 문자메시지로 보내기로 약속하였음에도 불구하고 보험사고가 발생할 때까지 문자메시지를 보내지 않았으며, 신청인으로부터 특약변경에 따른 추가보험료가 납입되지 않았음에도 동 사실을 신청인에게 안내하지 않는 등 보험대리점의 과실 및 이에 대한 보험회사의 배상책임이 인정되나, 신청인도 보험대리점에 추가 보험료 입금계좌를 다시 확인하는 등의 필요한 조치를 취하지 아니한 과실이 있는바, 과실의 정도는 60%로 정하는 것이 타당함.(2008.7.1. 조정번호 제2008-53호)

가. 사실관계

보험계약자는 2007.12.27. 피신청인과 개인용자동차보험계약을 체결함.³⁸⁵⁾ 신청인(보험계약자의 자녀)은 2008.2.5. 피보험차량을 운전하던중 피보험차량에 동승한 신청인의 언

385) 가입특약 : 만26세이상운전특약, 2인한정운전특약, 카드특약

니를 통하여 ○○대리점 사장인 A씨(이하 “보험대리점”이라 함)에게 2인 한정운전에서 만26세이상 누구나 운전이 가능하도록 특약을 변경해 줄 것을 유선으로 요청하였고, 요청을 받은 보험대리점은 신청인에게 특약변경에 따른 추가 보험료를 안내하고, 추가보험료를 납부할 보험회사의 보험료 입금계좌를 신청인의 휴대전화 문자메시지를 통해 안내하기로 하였으나, 보험대리점이 과실로 신청인에게 보험료 입금계좌를 안내하지 못하여 추가 보험료가 입금되지 못함.

신청인은 보험대리점으로부터 추가보험료 입금계좌를 안내받지 못했으나 추가 보험료가 보험계약자인 신청인 부친의 계좌에서 자동이체 된 것으로 판단하고, 2008.2.6. 이후에는 신청인의 약혼자도 운전을 함.

2008.3.15 00:30경 신청인의 약혼자가 피보험차량을 음주상태에서 운전하던중 군용차량의 후미를 추돌하여 군용차량에 탑승한 군인 및 신청인의 약혼자가 부상당한 사고가 발생함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

보험대리점으로부터 추가 보험료 및 보험료 입금계좌에 대한 문자메시지를 받지 못하였으나, 신청인의 부친의 명의로 가입된 보험이다 보니 과거 2년간 보험료에 대한 사항은 보험대리점과 상의한 적이 없어 이번에도 당연히 신청인 부친의 계좌에서 자동이체되었을 것이라 판단하였고, 보험대리점도 보험료 입금계좌를 알리지 아니한 과실을 인정하고 있으므로 대인배상Ⅰ 뿐만 아니라 대인배상Ⅱ 등 기타 보험금도 지급함이 타당함.

(2) 피신청인의 주장

보험대리점에게 특약변경을 요청한 것은 사실이나, 실제 특약변경과 관련하여 추가보험료를 납입한 사실이 없으므로 대인배상Ⅰ을 제외한 기타 보험금은 지급하지 않는 것이 타당하며, 또한 추가보험료 미납이 보험대리점의 과실에 의한 것으로 볼 수 없는데, 손해배상책임도 발생하지 않음.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 ①보험금 지급책임 발생 여부와 ②보험업법 제102조에 의한 손해배상책임 발생 여부라 할 것임.

(1) 관련 법규

상법 제656조(보험료의 지급과 보험자의 책임개시) 보험자의 책임은 당사자간에 다른 약정이 없으면 최초의 보험료의 지급을 받은 때로부터 개시한다고 규정하고 있고, 보험업법 제102조(모집을 위탁한 보험회사의 배상책임) 보험회사는 그 임원·직원·보험설계사 또는 보험대리점이 모집을 함에 있어서 보험계약자에게 가한 손해를 배상할 책임을 진다. 다만, 보험회사가 보험설계사 또는 보험대리점에 모집을 위탁함에 있어서 상당한 주의를 하였고 또한 이들이 행하는 모집에 있어서 보험계약자에게 가한 손해의 방지에 노력한 경우에는 그러하지 아니하다고 규정하고 있음.

(2) 보험금 지급책임 발생 여부

보험계약은 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 이루어지고, 별도의 요식행위가 없어도 당사자간의 동의만 있다면 계약이 성사되는 불요식 낙성계약이므로, 계약자의 청약과 보험회사의 승낙이라는 요건을 갖추는 한 유효한 보험계약으로 보아야 할 것임.

동 건의 경우 신청인이 2인 한정운전특약을 만26세이상 누구나 운전가능한 특약으로 변경 요청을 하였고, 계약대리권이 있는 보험대리점이 이를 승낙하였으므로 보험계약은 유효하게 변경되었다 할 것임. 다만, 상법 제656조에 따라 보험자의 책임은 당사자간의 다른 약정이 없으면 최초의 보험료의 지급을 받은 때로부터 개시하는데, 동 건에 있어서 당사자간의 다른 약정 없이 특약 변경에 따른 추가 보험료가 납입되지 않은 상태에서 보험사고가 발생하였는바, 보험자의 보험금 지급책임은 발생하지 않는다 할 것임.

(3) 보험업법 제102조에 의한 손해배상책임 발생 여부

피신청인은 특약변경에 따른 추가보험료 미납이 보험대리점의 과실에 의한 것으로 볼 수 없어 손해배상책임이 발생하지 않는다고 주장하나, 다음과 같은 점에서 피신청인의 주장은 이유없다 할 것임.

① 보험대리점이 신청인으로부터 특약 변경 요청을 받았음에도 보험회사에 특약 변경 신청을 하지 않은 점.

② 보험대리점이 2008.2.5. 신청인으로부터 특약변경 요청을 받을 당시 신청인에게 추가 납부해야 할 보험료를 알려주고, 특약 변경에 따른 보험계약의 효력이 2008.2.5. 24:00 이후부터 발생한다는 사실을 안내한 이후 추가보험료를 입금할 보험회사 계좌를 휴대폰 문자메시지로 보내기로 약속하였음에도 불구하고 보험대리점이 보험사고가 발생한 3.15. 까지 신청인에게 문자메시지를 보내지 않은 점.

③ 신청인으로부터 특약변경에 따른 추가보험료가 납입되지 않았음에도 보험대리점이 동 사실을 신청인에게 안내하지 않은 점.

다만, 신청인이 보험대리점으로부터 추가 보험료 입금계좌에 관한 문자메시지를 받지 못하였음에도 불구하고, 보험대리점에 추가 보험료 입금계좌를 다시 확인하거나, 신청인의父에게 추가 보험료 납부 여부를 확인하는 등의 필요한 조치를 취하지 아니한 과실이 있는바, 손해배상액을 산정함에 있어 신청인의 과실이 피신청인의 과실보다 더 크다고 할 것이어서 신청인의 과실의 정도는 60%로 정하는 것이 타당하다 할 것임.

라. 결 론

그렇다면 본 건과 관련하여 피신청인은 당해 보험약관에서 정한 바에 따라 산정된 보험금(대인배상 I 제외)의 40%를 배상할 책임이 인정된다 할 것임.

1-47 소유권 없이 실질적으로 사용하고 있는 경우 약관상 “다른 자동차”에 해당될 수 있는지 여부

[기각] 신청인이 2년전 해외로 이민 간 지인의 자동차를 보관·관리해 오던 중 아파트 인근 도로에서 동 차량을 운전하다 도로구조물을 충격하는 사고가 발생하였는데, 사고 후 조사과정에서 신청인이 사고차량을 “개인적 업무로 가끔 사용하였다”고 진술하고 있고 신청인 차량의 네비게이션을 사고차량에 부착해 놓는 등 지인의 별도 허락없이 사고차량을 수시로 사용하여 왔거나 적어도 자유로이 사용할 수 있는 위치에 있었으며, 동 사고차량의 실질 사용자는 해외로 간 후 수년간 연락조차 두절된 등록증상 소유자가 아니라 신청인으로 보아야 하므로,

동 사고차량은 신청인이 “통상적으로 사용하는 자동차”에 해당된다 할 것임.(2008.12.23. 조
정번호 제2008-97호)

가. 사실관계

신청인은 2008.4.7. 피신청인과 개인용자동차보험계약을 체결하였음.³⁸⁶⁾ 신청인은 2년 전부터 해외로 이민 간 지인의 자동차(이하 “사고자동차”라 함)를 보관·관리하여 왔으며, 2008.9.26. 아파트 인근 도로에서 사고자동차를 운전하던 중 도로구조물을 충격하는 사고 발생하였으나 사고자동차는 무보험상태이므로, 신청인은 자신의 자동차보험에 특약으로 가입된 「다른 자동차 운전담보 특별약관」³⁸⁷⁾ 및 「다른 자동차 차량손해 추가 특별약관」³⁸⁸⁾에 따라 보험금을 청구하였음.

그러나 피신청인은 신청인이 “통상적으로 사용하는 자동차”는 상기 특별약관에서 보상되는 “다른 자동차”의 범주에 포함되지 아니하며, 당해 사고자동차는 단순히 지인의 차량이 아니라 신청인이 “통상적으로 관리·사용하는 자동차”에 해당된다는 사유로 보험금 지급을 거절하였음.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

당해 사고자동차는 지인이 해외로 나가면서 보관을 요청하여 2년여간 보관·관리하여 왔으며 아파트 주차장 출입증을 받은 이유는 단순히 아파트에 주차해 두기 위한 목적일 뿐임에도, 이러한 이유로 약관상의 “통상적으로 사용하는 자동차”에 해당한다는 피신청인의 주장은 부당하며 또한 보험계약 체결시 피신청인으로부터 상기 특별약관의 내용에 대하여 설명을 들은 적이 없음.

386) 가입특약 : 다른 자동차 운전담보 특별약관, 다른 자동차 차량손해 추가 특별약관.

387) “무보험자동차에 의한 손해” 담보에 가입하는 경우 자동적으로 추가되는 특약이며, 다른 차량을 운전하던 중 발생한 사고를 자신의 자동차보험에서 보상받는 내용임.

388) 상기 「다른 자동차 운전담보 특별약관」에서도 “자기차량손해”는 보상되지 않으므로 이를 보상받기 위한 특별약관임.

(2) 피신청인의 주장

신청인은 지인의 요청으로 당해 사고자동차를 단순히 보관만 하였다고 주장하고 있으나, 서류상 사고자동차의 소유자인 지인은 2년 전에 해외로 이민 간 이후 현재까지 연락 두절 상태이며, 사고 후 조사과정에서 신청인이 “개인적인 업무로 가끔씩 사용하였다”고 진술하였고, 자신의 자동차에 있던 네비게이션을 사고자동차로 이동하여 부착하여 놓았으며, 차량의 조수석 앞 사물함에 신청인의 사물이 저장되어 있는 등의 정황으로 미루어, 비록 서류상의 소유자가 아니라고 하더라도, 동 사고자동차는 신청인이 실질적으로 소유하면서 관리·사용하는 것이므로 약관에 규정된 신청인이 “통상적으로 사용하는 자동차”에 해당되어 보험금 지급대상에 해당되지 아니함.

다. 위원회의 판단

◆ 본건의 쟁점은 ①사고자동차가 약관상 면책조항에 규정된 ‘통상적으로 사용하는 자동차’에 해당하는지 여부 및 ②피신청인이 보험약관의 명사설명의무를 위반하였는지 여부라 할 것임.

(1) 약관 규정

「다른 자동차 운전담보 특별약관」은 피보험자가 “다른 자동차를 운전중”에 생긴 대인 사고나 대물사고로 인하여 법률상 손해배상책임을 짐으로써 손해를 입은 때, 또는 피보험자가 상해를 입었을 때에는 피보험자가 운전한 다른 자동차를 보통약관 배상책임(대인배상 I 제외) 규정의 보험증권에 기재된 피보험자동차로 간주하여 보통약관에서 규정하는 바에 따라 보상한다고 규정하고 있는데, 동 약관에서 “기명피보험자가 통상적으로 사용하는 자동차”는 “다른 자동차”의 범주에 포함되지 않는다고 규정하고 있음.

(2) “통상적으로 사용하는 자동차” 해당 여부

동 약관의 “통상적으로 사용하는 자동차”에 해당하는지 여부는 당해 자동차의 사용기간 이외에도 피보험자가 당해 자동차를 상시 자유로이 사용할 수 있는 상태에 있는지 여부(사용재량권의 유무), 피보험자가 간헐적으로 사용하는 이상으로 당해 자동차를 자주 사용하는지 여부(사용빈도), 피보험자가 사용할 때마다 당해 자동차 소유자의 허가를

받을 필요가 있는지 아니면 포괄적 사용허가를 받고 있는지 여부(사용허가의 포괄성 유무), 당해 자동차의 사용목적이 특정되어 있는지 여부(사용목적의 제한 유무) 등을 종합적으로 고려하여, 당해 자동차의 사용이 피보험자동차의 사용에 관하여 예측될 수 있는 위험의 범위를 일탈한 것이라고 평가될 수 있는지에 의하여 판단하여야 할 것임.³⁸⁹⁾

이 건의 경우 사고발생 후 조사과정에서, 신청인이 사고자동차를 “개인적인 업무로 가끔씩 사용하였다”고 진술하고 있는 바와 같이, 자신의 차량에 있던 네비게이션을 사고차량으로 이동하여 부착하여 놓는 등 지인의 별도 허락 없이 사고자동차를 수시로 사용하여 왔거나 또는 적어도 자유로이 사용할 수 있는 위치에 있었던 점 등과 동 사고차량의 실질적인 사용자가 해외로 나간 후 수년간 연락 조차 두절된 등록증상의 소유자가 아니라 신청인으로 보아야 하므로, 동 사고자동차는 신청인이 “통상적으로 사용하는 자동차”에 해당된다고 할 것임.

(3) 피신청인의 약관의 명시·설명의무 위반 여부

신청인은 이전에도 3차례 “무보험자동차에 의한 상해” 담보에 가입한 적이 있으므로 설령 “신청인이 통상적으로 사용하는 자동차”는 “다른 자동차”에 해당되지 않는다는 사실을 이미 알고 있었다는 피신청인의 주장을 인정하지 않더라도 동 건 보험계약의 모집인은 “다른 자동차 운전 및 차량손해를 포함한 무보험차 상해담보”에 대하여 상세히 설명하였다고 주장하고, 또한 신청인은 보험계약 체결시 “보험상품에 대한 내용을 충분히 듣고 위 청약사항에 이의가 없음”을 확인하면서 청약서에 자필로 서명한 사실이 확인되는바, 신청인의 구두 주장만을 받아들여 약관의 명시·설명이 이루어지지 아니하였다고 인정하기 어렵고, 또한 신청인은 「다른 자동차운전담보 특별약관」에서는 대인·대물·자손은 보상되지만 “차량손해”는 보상되지 않는다는 내용을 알고 “차량손해”를 보상받기 위하여 별도로 「다른 자동차 차량손해 추가 특별약관」을 추가 가입한 사실이 있어, 신청인이 통상적으로 사용하는 자동차는 다른 자동차의 범주에 포함되지 않는다는 사실만을 설명하지 못하였거나 알지 못하였다는 주장은 납득하기 곤란함.

389) 대법원 2008.10.9. 선고 2007다55491 판결 참조.

라. 결 론

이 건 사고자동차가 당해 약관 등에서 정한 다른 자동차에 해당되지 않음을 이유로 보험금을 지급할 수 없다는 피신청인의 주장은 그 이유가 있어 신청인의 청구를 기각함

1-48 차주가 동승하지 않은 채 발생한 사고의 약관상 대리운전사고 해당 여부

[기각] 보험약관은 기본적으로 표준적인 계약사항을 규정하는 보통보험약관(보통약관)과 보장범위의 확대 또는 축소, 보완 등을 목적으로 그 보험종류에 부수하여 개별적으로 정하는 특별보험약관(특별약관)을 포함하여 약관 전체의 체계, 취지, 문언 등을 종합하여 해석하여야 할 것인데 일반적인 탁송(託送)의 사전적 의미는 “남에게 부탁하여 물건을 보내는 것”을 의미하므로 차주가 동승하지 아니한 채 차량(물건)만을 목적지로 이동시키는 행위는 ‘탁송’에 해당한다고 봄이 상당함.(2012.3.27. 조정번호 제2012-15호)

가. 사실관계

보험계약자는 2010.5.2. 피보험자를 ○○대리운전으로 하여 피신청인과 대리운전업자 특별약관의 보험계약을 체결하였음.

2010.12.3. 10:40경 이 건 사고차량의 차주가 대리운전회사에 대리운전을 의뢰하였고 다시 ○○대리운전에 위탁하여 서울시 ◇◇지역에서 △△시청 근처까지 차량을 탁송해 줄 것을 의뢰하였고, 신청인은 차주가 동승하지 아니한 채 사고차량을 운전하던 중 13:30경 경기도 △△시 ▽▽동 부근에서 중앙선 가드레일과 접촉하는 사고가 발생함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

피신청인은 차주가 동승하지 아니한 채 발생한 이 건 사고는 약관상 보상하지 아니하는 “탁송중 사고”라고 주장하나, 약관상 대리운전은 차주가 차량에 동승할 것을 그 요건으로 정하고 있지 아니할 뿐만 아니라 일반적으로 “탁송”이라 함은 수 대의 차량을 운

반전용 차량으로 옮기는 것을 의미하므로 이 건 사고의 경우 이에 해당하지 아니하며, 대리운전보험의 경우 보험료를 실제 납부하는 자는 피보험자(신청인)인데도 피신청인으로부터 차주(의뢰인)가 동승하지 아니한 채 발생한 사고는 보상되지 아니한다는 설명을 들은 바도 없으므로 피신청인은 보험금을 지급하여야 함.

(2) 피신청인의 주장

해당약관상 보상하는 “통상의 대리운전”에는 자동차의 탁송 및 대리주차는 포함하지 아니한다고 규정하고 있으므로 이 건 사고로 인한 손해에 대한 보상책임은 없음.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 본건 사고가 ①약관상 “대리운전 중 사고”로 볼 수 있는지 여부와 ②피신청인의 약관설명 의무 위반 여부라 할 것임.

(1) 약관 내용

당해 보험 특별약관에 의하면 “피보험자가 보험기간 중 대리운전을 위하여 피보험자 동차를 수탁한 때로부터 통상의 대리운전과정을 거쳐 차주에게 인도할 때까지의 피보험 자동차의 사고로 생긴 피보험자의 손해를 보상”하고,³⁹⁰⁾ 동 약관 4. 보상하지 아니하는 손해 (1)에 의하면 “회사는 배상책임에 있어 보통약관 11. 보험회사가 보상하지 않는 사항(면책사항) 1. 일반면책사항의 손해 이외에 다음의 손해에 대하여도 보상하지 아니하며, 이에는 ① 통상의 대리운전과정을 일탈하여 피보험자동차를 사용 또는 관리하던 중 발생한 사고로 인한 손해” 등을 열거하고 있음.

(2) “대리운전 중 사고”로 볼 수 있는지 여부

신청인은 당해약관상 대리운전의 범위에 차주가 차량에 동승하지 아니한 경우를 제외

390) <용어정의>에는 “통상의 대리운전이라 함은 대리운전을 의뢰하는 자가 정상적으로 사업자등록을 하고 대리운전업을 영위하는 사업자(대리운전업체)에 대리운전을 요청하고, 대리운전업체는 이들이 고용하고 있는 피용인(보험증권 또는 운전자명세에 기재된 자)으로 하여금 의뢰받은 차량을 수탁받아 운전케 한 후, 의뢰인이 요청하는 장소까지 인도해 주고 그에 상응하는 일정액을 수수하는 일련의 과정을 의미합니다. 다만, 자동차의 탁송 및 대리주차는 포함하지 아니합니다”라고 정의하고 있음.

하고 있지 아니할 뿐만 아니라 탁송의 의미에 대해서도 달리 정하고 있지 아니하므로 이 건 사고는 약관상 대리운전중 사고에 해당한다고 주장하나, 아래와 같은 점을 고려할 때 이를 인정하기 어려움.

① 이 건 특별약관 1. 회사의 보상책임 (1)에 의하면 “우리회사가 보상할 자동차취급업자종합보험 보통약관(이하 “보통약관”이라 함) ⑨ 배상책임(대인배상, 대물배상) 1. 보상내용의 손해는 피보험자가 보험기간 중 대리운전을 위하여 피보험자동차를 수탁한 때로부터 통상의 대리운전 과정을 거쳐 차주에게 인도할 때까지의 피보험자동차의 사고로 생긴 피보험자의 손해만으로 합니다”라고 규정하면서 같은 조항에서 “이 특별약관에서 ‘통상의 대리운전’에 자동차의 탁송 및 대리주차는 포함하지 아니합니다”라고 정의하면서 “탁송”의 의미에 대해서는 달리 규정하고 있지는 아니하나, 보험약관은 기본적으로 표준적인 계약사항을 규정하는 “보통약관”과 보장범위의 확대 또는 축소, 보완 등을 목적으로 그 보험종류에 부수하여 개별적으로 정하는 “특별약관”을 포함하여 약관 전체의 체계, 취지, 문언 등을 종합하여 해석하여야 할 것인데 일반적인 탁송(託送)의 사전적 의미는 “남에게 부탁하여 물건을 보내는 것”을 의미하므로 차주가 동승하지 아니한 채 차량(물건)만을 목적지로 이동시키는 행위는 “탁송”에 해당한다고 봄이 상당할 뿐만 아니라, “탁송”을 통상의 대리운전의 범위에서 제외하고 있는 사실 외에 이 건 특별약관 4. 보상하지 아니하는 손해 (1)의 ①에 의하면 통상의 대리운전과정을 이탈하여 피보험자동차를 사용 또는 관리하던 중 발생한 사고로 인한 손해에 대해서는 보상하지 아니함을 규정하면서, ⑧ 탁송중 위험담보 추가특별약관 2. 보상내용에 의하면 “회사는 이 추가특별약관에 의하여 ‘6) 대리운전업자 특별약관 4. 보상하지 아니하는 손해의 (1)’에도 불구하고 피보험자가 자동차취급업자 또는 차주로부터 피보험자동차의 탁송을 의뢰받아 피보험자동차를 수탁한 때로부터 자동차취급업자 또는 차주가 요청한 장소로 인도할 때까지의 피보험자동차의 사고로 생긴 피보험자의 손해를 보상합니다”라고 규정하고 있는 사정 등을 종합하여 살펴보면, 차주가 실질적·직접적으로 차량을 지배하고 있지만 음주 등의 사유로 주로 야간에 본인이 차량의 운전을 타인에게 맡겨 대리운전자가 운행하던 중 발생하는 사고 위험과 차주가 탑승하지 아니하여 차량의 지배관리를 현실적으로 떠난 상태에서 주로 주간에 특정 장소까지 차량의 운전을 부탁하여 운행하던 중 발생하는

사고위험을 각각 구분하여 이 중 후자(後者)의 위험에 대해서는 「탁송중 위험담보 추가 특별약관」³⁹¹⁾에 가입한 경우에만 담보되는 방식을 취하고 있는 것으로 판단되는 점.

② 신청인은 대리운전의 범위에 차주가 차량에 동승하지 아니한 경우가 제외되어 있지 아니한데도 이를 이유로 이 건 사고를 탁송 중 사고라 함은 부당하다고 주장하나 2010.12.3. 녹취된 사고신고 내용에 따르면 신청인이 “제가 이게 탁송이거든요. 탁송,···차를 인도 받아서 고객한테 갖다 주는 과정인데 탁송이거든요”라고 진술한 사실이 확인되는 바, 신청인도 차주가 동승하지 아니하고 차량을 운전하는 경우는 ‘대리운전’이 아닌 ‘탁송’으로 인식하고 있었던 것으로 추정되는 점.

(3) 상품설명의무 위반 여부

신청인은 이 건 대리운전보험특약의 경우 실제로 보험료를 납부하는 자는 신청인을 포함한 피보험자(대리운전자)인데도 피신청인이나 보험계약자로부터 차주(의뢰인)가 동승한 채 발생한 사고는 보상되지 아니한다는 사실에 대한 설명을 듣지 못하였으므로 피신청인은 보험금을 지급하여야 한다고 주장하나, 다음과 같은 점을 고려할 때 이를 인정하기 어려움.

① 상법 제638조의3(보험약관의 교부·명시의무) 제1항에 의하면 “보험자는 보험계약을 체결할 때에 보험계약자에게 보험약관을 교부하고 그 약관의 중요한 내용을 알려주어야” 하며, 제2항에 의하면 “보험자가 제1항의 규정에 위반한 때에는 보험계약자는 보험계약이 성립한 날부터 1월내에 그 계약을 취소할 수” 있고, 「약관규제에 관한 법률」 제3조 제3항 및 제4항에 의하면 “사업자는 약관에 정하여져 있는 중요한 내용을 고객이 이해할 수 있도록 설명하여야 하며, 이를 위반하여 계약을 체결한 경우에는 해당 약관을 계약의 내용으로 주장할 수 없다”고 각각 규정하고 있으나, 이러한 보험자의 설명의무의

391) 이 건 보험계약의 경우 자동차취급업자종합보험(보통약관)과 1) 정비수탁자동차특별약관, 2) 검사용역대행업자특별약관, 3) 자동차판매상 손해보증포괄계약특별약관, 4)자동차정비업자 특별약관, 5) 임시운행기간 위험담보특별약관, 6)대리운전업자특별약관, 7)이륜차배달업자특별약관 등 7개의 특별약관으로 이루어져 있으며, 동 ‘6) 대리운전업자특별약관’은 다시 ① 대인배상 I 보장 추가 특별약관, ② 자기신체사고 추가특별약관, ③ 차량손해확장추가특별약관, ④ Slim패키지 특별약관, ⑤ 보험료분할납입 추가특별약관, ⑥ 대인사고 위로금지원 추가특별약관, ⑦ 신법률비용지원 추가특별약관, ⑧ 탁송중 위험담보 추가특별약관 등 8개의 ‘추가 특별약관’으로 나뉨.

이행 대상은 어디까지나 계약당사자인 보험계약자라 할 것이므로 신청인에게까지 설명 의무가 있다고 보기 어렵다 할 것이며, 대리운전업의 경우 피보험자가 수시로 변경되는 실정을 감안할 때 보험자에게 사전 또는 사후적으로 모든 피보험자(대리운전자)들에게 약관의 설명의무를 부담시키는 것은 현실적으로 어려울 뿐만 아니라 보험료 부담에 관한 사항은 보험계약자와 피보험자간의 내부적인 사항에 불과한 것으로서 실제 보험료를 부담하는 자가 보험계약자가 아닌 피보험자라는 사실만으로 피보험자에게까지 설명의무의 대상이 확대되는 것은 아니라고 판단되는 점.

② 피신청인이 제출한 보험대리점의 모집경위서에 따르면 약관내용에 대한 설명의무 이행여부에 대하여 “단체보험인 관계로 청약서와 상품설명서에 계약자의 자필서명만 받았으며 갱신계약으로 업체에서 대리운전자 보상범위에 대해서는 잘 알고 있었다”는 취지의 진술을 하고 있으며, 이에 대하여 보험계약자(A씨, 당시 보험계약 업무 담당)가 작성한 가입경위서에 따르면 “대리운전보험에서 탁송은 보상이 안된다는 것을 알고 계셨나요?”라는 질문에 대하여 보험계약자가 “대리운전 전문업체로 탁송은 취급하지 않았기에 알고 있었음”, “당사에서는 2010.1.1. 탁송중 사고도 보상이 가능한 탁송 중 「위험담보 추가 특별약관」을 신설하였는데 그 존재에 대하여 알고 계셨나요? 알고 계셨다면 가입하지 않으신 이유는?”이라는 질문에 대하여 “탁송추가시 전체기사에게 보험료를 추가로 8%정도 인상해야 되는데 기사들이 보험료 인상을 원치 않아 가입하지 않았음”이라고 각각 진술하고 있을 뿐만 아니라, 실제로 2010.10.26. 신청인의 다른 피보험자가 정비업체에서 수리한 차량을 차주가 탑승하지 아니한 채 다른 차량매매단지로 운행하던 중 정차중인 차량을 충격한 사고와 관련, 약관상 탁송에 해당한다는 이유로 피신청인이 보험금 지급을 거절하였으나 이에 대하여 별다른 이의제기를 하지 아니한 사실 등이 확인되는 바, 보험계약자가 이 건 보험계약의 중요한 내용 등에 대해서 충분히 인지하고 있었던 것으로 추정되는 점.

라. 결 론

그렇다면 달리 반증이 없는 한, 이 건 사고가 보상하는 손해에 해당하지 아니한다는 이유로 보험금 지급을 거절한 피신청인의 업무 처리가 부당하다고 보기 어렵다 할 것임.

부부운전자 한정운전 특약에 가입한 경우 제3자 운전 중 발생한 사고에 대한 차량단독사고 손해보상 특약상 책임 유무

[기각] 부부운전자 한정운전 특별약관이 면책사유로 정하고 있는 ‘피보험자와 그 배우자 이외의 자가 운전하던 중 발생한 사고’는 보통약관과 특별약관을 포함한 모든 담보에 걸쳐 적용된다는 취지로 해석함이 타당하다고 한 사례 (2017.4.26. 조정번호 제2017-7호)

가. 기초 사실

(1) 보험계약의 체결

신청인 김○○는 2016.4.24. 피신청인 ○○화재해상보험(주)와 신청인 소유의 ××○××××○○○ 차량(이하 ‘피보험자동차’라 한다)에 대하여 개인용 ○○○ 자동차보험(이하 ‘이 사건 보험계약’이라 한다)을 체결하였으며, 그 주요 내용은 다음과 같다.

- (1) 계약자 겸 피보험자 : 신청인
- (2) 보험기간 : 20××.×.××. - 20××.×.××.
- (3) 운전가능범위 : 부부한정(배우자 박○○)
- (4) 운전가능연령 : 만35세 이상
- (5) 가입담보

	담보내용	보험가입금액	
1	대인배상Ⅰ	자배법에서 정한 금액	
2	대인배상Ⅱ	무한	
3	대물배상	1억 원 (1사고 당)	의무:자배법에서 정한 금액 임의:의무담보 초과분
4	자동차상해	(1인당) 사망·후유장애 1억 원 (1인당) 부상 3천만 원	
5	무보험차상해	가입(1인당 최고 5억 원까지 보상)	
6	○○○서비스	서비스(보험기간 1년 : 6회)	
7	특약	가. 긴급견인서비스 확대 나. 신규등록비용 다. Eco리싸이클부품특약 라. 다른자동차운전담보 마. 타차차량손해 바. 차량단독사고보상특약	

(2) 보험계약의 약관

이 사건 보험계약에 적용되는 보험약관(이하 ‘이 사건 보험약관’이라 한다) 중 이 사건과 관련된 내용은 다음과 같다.

<부부운전자 한정운전 특별약관>

1. 보상내용

보험회사(이하 “회사”라 합니다)는 피보험자가 보험증권에 기재된 자동차(이하 ‘피보험자동차’라 합니다)에 대하여 운전할 자를 보험증권에 기재된 피보험자(이하 ‘기명 피보험자’라 합니다)와 그 배우자로 한정하는 경우에는 이 특별약관이 정하는 바에 따라 보상합니다.

2. 보상하지 아니하는 손해

회사는 이 특별약관에 의하여 기명 피보험자와 그 배우자 이외의 자가 피보험자동차를 운전하던 중에 발생한 사고에 대하여는 보험금을 지급하지 아니합니다. 그러나 다음 중 어느 하나에 해당하는 손해에 대하여는 보험금을 지급합니다.

① 피보험자동차를 도난당하였을 경우 그 도난당하였을 때로부터 발견될 때까지의 사이에 발생한 피보험자동차의 사고로 인한 보통약관 제2편의 ‘대인배상Ⅱ와 대물배상’, ‘자기신체사고’ 또는 ‘자동차상해특별약관’, ‘자기차량손해’ 또는 ‘차량단독사고 손해보상 특별약관’에서 보상하는 손해

4. 기타

대인배상Ⅰ에 대해서는 이 특별약관의 내용과 관계없이 보통약관의 규정에 따라 보상합니다.

<차량단독사고 손해보상 특별약관>

1. 가입조건

이 특별약관은 이 보험계약의 보통약관 ‘자기차량손해’에 가입한 경우에 한하여 가입할 수 있습니다.

2. 보상하는 손해

보험회사는 피보험자가 피보험자동차를 소유·사용·관리하는 동안에 발생한 사고*로 인하여 피보험자동차에 직접적으로 생긴 손해를 보험증권에 기재된 보험가입금액을 한도로 보상하되 다음 각항의 기준에 따릅니다.(후략)

* ‘사고’라 함은 보통약관 「자기차량손해」 제21조에서 규정한 사고를 제외한 다음의 경우를 말합니다.

ㄱ. 타물체와의 충돌, 접촉, 추락, 전복 또는 차량의 침수로 인한 손해

ㄴ. 화재, 폭발, 낙뢰, 날아온 물체, 떨어지는 물체에 의한 손해 또는 풍력에 의해 차체에 생긴

손해

4. 보상하지 않는 손해

이 특별약관에서 보상하지 않는 손해는 보통약관 제23조의 내용에 따릅니다.

(3) 보험사고의 발생경위 등

신청인 배우자의 지인인 박××은 20××.××.×. 20:50경 신청인 소유의 피보험자동차를 운전하던 중 차량에서 연기가 나는 것을 발견하고 ○○구 ○○동 ○○○ 아파트 앞 도로에 피보험자동차를 정차하였는데, 이후 대쉬보드 부분에서 불꽃이 일어 차량내외부가 전소되어 수리불능의 상태가 되는 사고(이하 ‘이 사건 화재사고’라 한다)가 발생하였다.

신청인은 20××.××.×. 피신청인에게 차량단독사고 손해보상보험금 4,872만원을 청구하였으나, 피신청인이 보험금 지급을 거절하자 20××.××.×., 20××.××.××. 금융감독원에 분쟁조정을 신청하여 두차례에 걸쳐 각각 회신을 받은 후 20××.×.××. 재차 금융감독원에 분쟁조정을 신청하였다.

나. 당사자 주장

신청인은 주위적으로 차량단독사고 손해보상 특별약관 “2. 보상하는 손해”는 “피보험자가 피보험자동차를 소유·사용·관리하는 동안에 발생한 사고로 인하여 피보험자에게 직접적으로 생긴 손해”라고 정하고 있으며, “4. 보상하지 않는 손해”는 “이 특별약관에서 보상하지 않는 손해는 보통약관 제23조의 내용에 따릅니다.”라고 규정하고 있을 뿐 보험증권에 기재된 운전 가능 범위 외의 사람이 피보험자동차를 운전하던 중에 생긴 사고에 대해 보험회사가 면책된다고 명시적으로 정하고 있지 않으므로 부부운전자 한정운전 특별약관에도 불구하고 작성자불이익의 원칙에 따라 피신청인이 차량단독사고 손해보상보험금을 지급해야 하고, 예비적으로 해당 약관의 해석상 부부운전자 한정운전 특별약관에 따라 해당 보험 사고가 면책된다고 하더라도 피신청인은 해당 약관에 대한 명시·설명의무를 다하지 않았으므로 차량단독사고 손해보상 보험금을 지급하여야 한다고 주장한다.

이에 대하여 피신청인은 부부운전자 한정운전 특별약관 “2. 보상하지 아니하는 손해”는 “기명피보험자와 그 배우자 이외의 자가 피보험자동차를 운전하던 중에 발생한 사고에

대하여는 보험금을 지급하지 아니합니다.”라고 명시하고 있으며, “4기타”는 “이 특별약관의 규정은 대인배상 I에 대해서는 적용하지 아니합니다.”라고 정하고 있으므로 기명피보험자와 그 배우자 이외의 자가 피보험자자동차를 운전하던 중 발생한 이 사건 화재사고의 경우 대인배상 I을 제외한 일체의 손해에 대하여 보험금 지급책임이 없고, 해당 약관에 대한 명시·설명 의무를 다하였다고 주장하여 서로 다툰다.

다. 위원회 판단

본건 보험계약은 사고시 보상내용과 자동차보험계약의 성립, 청약 철회 등의 표준적인 계약조항을 정한 보통약관과 보통약관의 보장범위를 확대·보완하거나 이를 배제·변경하는 특별약관으로 구성되어 있는 바, 양자 모두 미리 정형화되어 인쇄된 계약조건이라는 점에서는 그 명칭에 관계없이 보험약관으로서의 성질을 그대로 지니고 있다고 하겠다. 본건 차량단독사고 손해보상 특별약관은 보통약관에서 정한 자기차량손해에 가입한 경우에 한하여 가입할 수 있는 것으로 자기차량손해의 보상 범위를 확대하는 내용의 특별약관이며, 본건 부부운전자 한정운전 특별약관은 피보험자자동차를 운전할 수 있는 사람의 범위를 제한하여 보험계약자로 하여금 보험료를 일부 절감하는 효과를 누릴 수 있게 하는 특별약관이다.

부부운전자 한정운전 특별약관은 제2조 보상하지 않는 손해에서 “기명 피보험자와 그 배우자 이외의 자가 피보험자자동차를 운전하던 중에 발생한 사고에 대하여는 보험금을 지급하지 아니합니다.”라는 규정을 두고 있고, 차량단독사고 손해보상 특별약관은 제2조 보상하는 손해에서 “보험회사는 피보험자가 피보험자자동차를 소유·사용·관리하는 동안에 발생한 사고로 인하여 피보험자자동차에 직접적으로 생긴 손해를 보상한다.”라고 정하면서 제4조 보상하지 않는 손해에서 “이 특별약관에서 보상하지 않는 손해는 보통약관 제23조의 내용을 따릅니다”라고 규정하고 있으며, 보통약관 제23조에는 보험증권에 기재된 운전 가능 범위 외의 자가 피보험자자동차를 운전하던 중 발생한 사고에 대해 면책된다는 규정을 명시적으로 두고 있지 아니하다. 따라서 부부운전자 한정운전 특별약관을 가입한 경우 기명피보험자와 배우자 이외의 자가 피보험자자동차를 운전하던 중 발생한 사고에 대하여 피신청인이 차량단독사고 손해보상 특별약관에 따른 보험금 지급책임을 지는

지 여부가 문제된다.

약관의 해석은 신의성실의 원칙에 따라 당해 약관의 목적과 취지를 고려하여 공정하고 합리적으로 해석하되, 개개 계약 당사자가 기도한 목적이나 의사를 참작함이 없이 평균적 고객의 이해가능성을 기준으로 객관적·확일적으로 해석하여야 하며, 위와 같은 해석을 거친 후에도 약관 조항이 객관적으로 다의적으로 해석되고 그 각각의 합리성이 있는 등 당해 약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 고객에게 유리하게 해석하여야 할 것이나, 당해 약관의 목적과 취지를 고려하여 공정하고 합리적으로, 그리고 평균적 고객의 이해가능성을 기준으로 객관적이고 확일적으로 해석한 결과 그 약관 조항이 일의적으로 해석된다면 그 약관 조항을 고객에게 유리하게 제한해석할 여지가 없다(대법원 2010.9.9. 선고 2007다5120 판결 등 참조).

본건 부부운전자 한정운전 특별약관은 기명피보험자와 그 배우자 이외의 자가 ‘피보험자동차를 운전하던 중에 발생한 사고’에 대해서는 면책된다는 것을 규정하여 보통약관의 담보하는 범위를 제한하는 역할을 하고, 차량단독사고 손해보상 특별약관은 보통약관의 자기차량손해와 별개의 담보를 보장하는 것이 아니라 자기차량손해가 담보하는 사고의 범위를 넓히는 기능을 수행하고 있다. 따라서 이러한 각 특별약관이 정하는 면책사유나 보장범위는 상호모순되는 것이 아니라 중첩적으로 적용되는 것으로 해석함이 타당하다³⁹²⁾.

그런데 차량단독사고 손해보상 특별약관은 보험증권에 기재된 운전 가능 범위 외의 자가 피보험자동차를 운전하던 중 발생한 사고에 대해 면책된다는 규정을 명시적으로 두고 있지는 않으나, 본건 부부운전자 한정운전 특별약관 제2조 제1항은 기명 피보험자와 그 배우자 이외의 자가 운전하던 중에 발생한 사고에 대하여는 보험금을 지급하지 않지만, “피보험자동차를 도난당하였을 경우 그 도난당하였을 때로부터 발견될 때까지의 사이에 발생한 피보험자동차의 사고로 인한 보통약관 제2편의 대인배상Ⅱ와 대물배상, 자기신체사고 또는 자동차상해특별약관, 자기차량손해 또는 차량단독사고 손해보상 특

392) 판례는 연령한정특약과 가족운전자한정운전특약을 함께 가입한 경우 두 특약은 중첩되어 적용되는 것으로 해석한 바 있다(대법원 2004.7.9. 선고 2004도2551 판결, 서울고등법원 2014.7.3. 선고 2013나 2009459 판결).

별약관에서 보상하는 손해”는 보상한다고 정하고 있다. 이러한 약관 조항을 평균적인 고객의 이해가능성을 기준으로 해석해 보면, 본건 부부운전자 한정운전 특별약관을 가입한 경우 기명피보험자와 그 배우자가 아닌 다른 사람이 피보험자자동차를 운전하던 중에 발생한 사고의 경우 대인배상 I 을 제외한 일체의 담보에 대해 보험금 지급의무가 없고, 다만 도난운전으로 인하여 피보험자의 의사와 무관하게 기명피보험자 또는 그 배우자가 아닌 자가 피보험자자동차를 운전하는 경우에는 이를 피보험자의 불이익으로 돌리는 것이 가혹한 점 등을 감안하여 보상사유로 규정하고 있으므로 ‘운전 중 발생한 사고’에 대하여는 본건 부부운전자 한정운전 특별약관이 본건 보험의 보통약관과 특별약관을 포함한 모든 담보에 걸쳐 적용된다는 취지로 해석함이 타당하다.

이에 대해 신청인은 차량단독사고 손해보상 특별약관이 보상하는 손해는 운전자의 운전성향 및 위험과는 관계없는 원인으로 발생하는 사고를 보장하겠다는 취지이므로 동 약관의 목적과 취지를 살펴보았을 때 부부운전자 한정운전 특별약관이 적용될 수 없다고 주장하나, 차량단독사고 손해보상 특별약관 제2조는 보상하는 손해에서 운전자의 운전성향 및 위험과는 관계없는 원인으로 발생하는 사고뿐만 아니라 타물체와의 충돌, 접촉, 추락, 전복, 차량의 침수 등도 포함하고 있으며, 오히려 상대차량의 개입 없이 발생하는 차량단독사고의 경우 운전자의 운전성향이 사고 발생에 미치는 영향이 더 크다고 볼 수 있다. 더욱이 본건 보험계약 약관 책자의 구성을 살펴보면 보통약관 목차 앞에 “자동차보험 알아봅시다”라는 제목을 두고 간단한 질문과 답변으로 자동차 보험의 내용을 요약하여 설명하고 있는데 5면에는 “기명 피보험자 1인 한정운전 특별약관을 가입해도 다른 사람이 운전할 수 있나요?”라는 질문에 대하여 “특별약관에서 정하는 운전자의 범위는 기명피보험자만 가능합니다. 그 외의 사람이 피보험자자동차를 운전 중 발생한 사고는 보상받지 못합니다(대인배상 I 만 보상).”라는 내용을 기재하고 있고, 본건 보험계약 특별약관은 ‘운전가능자에 대한 제한’, ‘자기신체사고의 보상 확대’, ‘자기차량손해의 보상 확대’, ‘긴급출동 서비스’, ‘친환경 상품’, ‘사고처리 시 소요되는 비용’, ‘보험료 납입’, ‘기타’ 등 8가지 대분류로 나뉘어져 있으며, 특별약관 ‘운전가능자에 대한 제한’의 아래에는 운전자 연령 제한, 운전자 범위 제한 등으로 특별약관의 성격에 따라 중분류를 나누어 구성하고 있는데, 특별약관 목차 대분류 항목인 ‘I 운전가능자에 대한 제한’에 대한 설명

을 기재하고 있는 108면에는 “이 특약에 가입할 경우 일부 보험료를 절감하는 효과는 있으나 운전가능자 이외의 자가 운전할 경우 발생한 사고에 대해서는 대인배상 I(책임보험)을 제외한 담보는 보상을 받을 수 없으므로 주의하셔야 합니다.”라는 내용을 적시하고 있어, 당해 약관을 종합적으로 고려하여 볼 때에도 보험증권에 기재된 운전가능자 이외의 자가 운전하던 중 발생한 사고에 대해서는 부부운전자 한정 특약이 적용된다고 해석함이 상당하다.

다음으로, 이 사건 화재사고가 기명피보험자와 그 배우자 이외의 자가 ‘운전하던 중 발생한 사고’인지 여부에 대해 살펴본다. 신청인은 피보험자동차가 정차한 이후에 불꽃이 일어 차량이 전소되었다고 진술하고 있으며, 사고경위에 대해서는 신청인의 진술에만 의존하고 있어 본건 화재사고의 발화시점이 정차 전인지 혹은 그 후인지 여부에 대하여 다툼이 있을 수 있고, 나아가 이 사건 화재사고가 ‘운전 중에 발생한 사고’가 아니라는 견해가 있을 수 있으나, 도로교통법 제2조 제26호는 운전이라 함은 도로에서 차마를 그 본래의 사용방법에 따라 사용하는 것을 말한다고 정하고 있고, 동법 제40조는 운전자는 정비되어 있지 아니한 상태에서 운전하여서는 안된다고 규정하고 있어, 모든 운전자는 차량의 정비상태를 확인해야 하므로 설령 이 사건 화재사고가 차량을 정차한 이후에 발생한 것이라 하더라도 차량의 이상 여부를 확인한 행위는 안전운전을 위하여 취한 조치로서 운전자 본연의 운전행위의 일부 또는 그 연장이므로 차마를 그 본래의 사용방법에 따라 사용한 경우라 할 것이고, 이 사건 화재는 기명피보험자와 배우자 이외의 자가 ‘운전하던 중 발생한 사고’에 해당한다고 보아야 할 것이다.

따라서 이 사건 화재사고와 같이 기명 피보험자와 그 배우자 이외의 자가 피보험자동차를 운전하던 중에 발생한 사고의 경우 부부운전자 한정운전 특별약관에 가입한 신청인에 대하여 피신청인은 차량단독사고 손해배상 특별약관이 정한 보험금을 지급할 책임이 없다고 할 것이다.

그럼에도 부부운전자 한정운전 특별약관이 명시·설명의무의 대상에 해당하고 피신청인이 그 의무를 다하지 않았다면 그 약관의 내용은 보험계약의 내용으로 주장할 수 없으므로 이에 대해 살펴본다. 일반적으로 보험자 및 보험계약의 체결 또는 모집에 종사하는 자는 보험계약의 체결에 있어서 보험계약의 중요한 내용에 대하여 구체적이고 상세

한 명시·설명의무를 지고 있다. 그러나 명시·설명의무가 인정되는 것은 어디까지나 보험 계약자가 알지 못하는 가운데 약관의 중요한 사항이 계약 내용으로 되어 보험계약자가 예측하지 못한 불이익을 받게 되는 것을 피하고자 하는 데 근거가 있으므로 만약 약관 조항에 관한 명시·설명의무가 제대로 이행되었더라도 그러한 사정이 보험계약의 체결 여부에 영향을 미치지 아니하였다면 약관조항은 명시·설명의무의 대상이 되는 보험계약의 중요한 내용이라고 할 수 없다(대법원 2016.9.23. 선고 2016다221023 판결, 대법원 2005.10.7. 선고 2005다28808 판결 등). 그런데 2015년 2월 이전 자동차보험약관은 보통 약관의 자기차량손해 담보 내용 아래에 현재 보통약관 상의 자기차량손해에 해당하는 사고와 차량단독사고 손해보상 특별약관에 해당하는 사고를 모두 포함하고 있었고, 2015년 2월 이후 본건 약관과 같은 구조를 띄게 되었는데, 실무적으로는 보험계약자가 특별히 차량단독사고 손해보상 특별약관의 배제를 요청하지 않는 한 보통약관의 자기차량손해에 가입하면 차량단독사고 손해보상 특별약관도 자동적으로 가입되는 형태로 보험계약이 체결되고 있으며, 신청인은 이러한 약관 개정 이전부터 자기차량손해 담보에 가입하였던 사실 등을 종합적으로 고려할 때, 보험계약 체결시 신청인이 부부운전자 한정운전 특별약관이 차량단독사고 손해보상 특별약관에도 적용된다는 설명을 들었다고 하더라도 차량단독사고 손해보상 특별약관의 체결 여부에 영향을 미쳤을 것이라고 보기는 어려우므로 이 사건 신청인에 대해서 해당 내용은 명시·설명의무의 대상이 되는 보험계약의 중요한 사항이라고 볼 수 없을 것이다. 설령 해당 내용이 명시·설명의무의 대상이 된다고 하더라도 본건 보험계약 청약서에는 부부운전자 한정운전 특약에 가입하였음을 확인하면서 약관에 대한 자세한 설명을 받았다는 취지로 신청인이 직접 자필서명을 하고 있고, 앞서 살펴본대로 신청인이 보험계약 체결시 전달받은 약관 책자의 서두에는 부부운전자 한정운전 특약에 대한 충분한 설명이 기재되어 있으며, 신청인은 2013년부터 3회 이상 본건 보험계약과 동일한 내용의 계약을 체결하여 왔던 점 등 제반 사정을 종합적으로 고려해 볼 때 피신청인은 본건 보험계약 체결시 보험약관의 명시·설명의무를 이행한 것으로 판단된다.

라. 결론

이처럼 본건 보험계약 특별약관은 보통약관의 보상범위를 축소, 확대하는 역할을 하고 있어 각 특별약관들을 상호모순된다고 보아 개별적으로 해석할 수는 없는 것이고 보통약관, 각 특별약관 등은 중첩적으로 적용되는 것으로 보아 유기적으로 해석해야 하는바, 평균적인 고객의 이해가능성을 기준으로 당해 약관을 객관적으로 살펴보다도 본건 보험계약 부부운전자 한정운전 특별약관이 면책사유로 정하고 있는 ‘피보험자와 그 배우자 이외의 자가 운전하던 중 발생한 사고’는 보통약관과 특별약관을 포함한 모든 담보에 걸쳐 적용된다는 취지로 해석함이 타당하다.

또한 이 사건 화재사고는 운전자가 운전을 하던 중 정비상태를 점검하기 위하여 정차하였을 때 발생한 것으로, 이는 운전자 본연의 운전행위의 일부 또는 그 연장으로 차마를 그 본래의 사용방법에 따라 사용하던 중 발생한 사고라고 봄이 상당하므로 이 사건 화재는 기명피보험자와 그 배우자 이외의 자가 운전하던 중 발생한 사고에 해당한다.

나아가 부부운전자 한정운전 특별약관이 차량단독사고 손해보상 특별약관에도 적용됨은 이 사건 신청인에게 있어서 명시·설명의무의 대상이 되는 중요한 사항에 해당하지 않는다고 볼 것이나, 설령 해당 내용이 명시·설명의무의 대상이라고 하더라도, 본건 보험계약 체결시 드러난 객관적 사실관계를 종합해 볼 때 피신청인은 보험약관 명시·설명 의무를 이행한 것으로 판단된다.

그렇다면, 피신청인은 신청인에게 당해 보험약관에서 정한 바에 따라 차량단독사고 손해보상 특별약관 상의 보상책임이 없다 할 것이므로 분쟁조정신청을 기각하기로 하여 주문과 같이 결정한다.

제2장

질병·상해 등 보험

제1절 고지의무 위반

2-1 종합검진결과의 미고지가 계약전 알릴의무 위반에 해당하는지 여부

[인용] 신청인이 종합검진시 진단받은 ‘고콜레스테롤, 간 내 석회화, 만성 경부염 소견’은 청약서 질문사항인 “4. 최근 5년 이내에 의사로부터 진찰 또는 검사를 통하여 진단을 받았거나 치료, 투약, 입원, 수술, 정밀검사를 받은 적이 있습니까?”에서 정하고 있는 병명에 해당하지 않아 계약전 알릴의무사항이 아님.(2008.2.26. 조정번호 제2008-13호)

가. 사실관계

보험계약자 겸 피보험자인 신청인은 2007.5.18. 피신청인과 보험계약을 체결함. 신청인은 2007.8.27. 부산광역시 소재 ○○대학교 병원(이하 “○○병원”이라 함)에서 우 소뇌 교각부 종양(D43.1) 진단하에 수술을 받은 후 8.29.까지 3일간 입원 치료함.

피신청인은 신청인이 당해 보험가입 당시에 2005.7.25. ○○병원의 종합검진결과인 “고콜레스테롤, 간내 석회화, 만성 경부염 소견”을 고지하지 않았음을 이유로 2007.11.27. 당해 보험계약을 해지하였으나, 고지의무 위반내용과 보험사고 간에 인과관계가 없어 보험금 3,631,910원은 지급함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

감기나 몸살로 통원치료를 받은 사실은 있으나, 진단을 받고 입원한 사실이 없을 뿐만 아니라 건강검진에서 재검을 하라는 통보를 받은 사실이 없으므로 고지의무 위반으로

계약을 해지하는 것은 부당.

(2) 피신청인의 주장

신청인에 대한 2005.7.25. ○○병원의 종합검진결과인 고콜레스테롤, 간내 석회화, 만성 경부염의 소견은 피신청인이 알았다면 보험계약 인수를 거절할 중요한 사항으로 신청인이 동 검진결과를 알리지 않은 것은 계약전 알릴의무위반에 해당하므로 보험계약을 해지함이 타당함.³⁹³⁾

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 종합검진결과와 미고지가 계약전 알릴의무 위반에 해당하는지 여부임.

피신청인은 신청인이 2005.7.25. ○○병원의 종합검진결과인 “고콜레스테롤, 간내 석회화, 만성경부염의 소견”을 알리지 않은 것은 계약전 알릴의무 위반에 해당하므로 보험계약을 해지하는 것이 타당하다고 주장하나, 다음과 같은 점에서 신청인에 대한 보험계약 해지는 부당하다 할 것임.

① 당해보험 보통약관 제23조에서는 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인은 청약시 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 한다고 규정하고 있는데, 신청인이 2005.7.25. ○○병원에서 진단받은 “고콜레스테롤, 간 내 석회화, 만성 경부염 소견”은 청약서 질문사항인 “4. 최근 5년 이내에 다음과 같은 병명으로 의사로부터 진찰 또는 검사를 통하여 진단을 받았거나 치료, 투약, 입원, 수술, 정밀검사를 받은 적이 있습니까?”에서 정하고 있는 병명에 해당하지 않아 고지 대상이 아닌 점.

393) 당해 보험계약 청약서상 질문사항은 다음과 같음.

- ④ 최근 5년 이내에 다음과 같은 병명으로 의사로부터 진찰 또는 검사를 통하여 진단을 받았거나 치료, 투약, 입원, 수술, 정밀검사를 받은 적이 있습니까?
 - 압, 백혈병, 고혈압, 협심증, 심근경색, 간경화증, 당뇨병, 뇌졸중증(뇌출혈, 뇌경색), 에이즈(AIDS), HIV보균, 심장관막증
- ⑩ 최근 5년 이내에 의사로부터 진찰, 검사를 받고 그 결과 입원, 수술, 정밀검사(심전도, 방사선, 강진단 등)를 받았거나 또는 계속하여 7일 이상 치료 또는 30일 이상 투약을 받은 적이 있습니까?

② 신청인이 2005.7.25. ○○병원에서 받은 종합검진은 신청인이 의사로부터 진찰, 검사를 받은 후 정밀검사를 위해 받은 종합검진이 아닌, 단순히 건강검진을 위해서 받은 종합검진으로서 청약서상 질문사항인 “10. 최근 5년 이내에 의사로부터 진찰, 검사를 받고 그 결과 입원, 수술, 정밀검사(심전도, 방사선, 건강진단 등)를 받았거나 또는 계속하여 7일이상 치료 또는 30일 이상 투약을 받은 적이 있습니까?”에도 해당하지 않으므로 고지 대상으로 볼 수 없는 점.

③ 판례는 “보험계약에 있어 고지의무 위반이 성립하기 위하여는 고지의무자에게 고의 또는 중대한 과실이 있어야 하고, 여기서 말하는 중대한 과실이란 고지하여야 할 사실은 알고 있었지만 현저한 부주의로 인하여 그 사실의 중요성의 판단을 잘못하거나 그 사실이 고지하여야 할 중요한 사실이라는 것을 알지 못하는 것을 말한다.”라고 판시³⁹⁴⁾하고 있는데, 설령 신청인이 2005.7.25. ○○병원에서 받은 종합검진결과가 청약서상 계약전 알릴의무사항에 해당된다 할지라도, 동 종합검진결과 종합판정 및 소견에서는 신청인에게 소변검사 결과 일부 이상소견과 부인과 검사에서 경미한 이상소견이 관찰된다는 등의 의견만이 있을 뿐 별도의 정밀검사를 받으라는 소견이 없는 바, 피신청인에게 동 종합검진결과를 알리지 않은 행위에 신청인의 고의 또는 중대한 과실이 있었다고 보기 어려운 점.

라. 결 론

그렇다면 본 건과 관련하여 피신청인의 보험계약 해지는 부당하다 할 것임.

2-2 갑상선 결절 미통지가 계약전 알릴의무 위반에 해당하는지 여부

[기각] 신청인이 ○○연구소에서 진단받은 ‘갑상선 결절’이 TM상담원이 질문한 병명에 해당하지 않고, 청약시 TM 상담원이 스크립트와 달리 질문한 중대한 과실로 인하여 신청인의 ‘갑상선 결절’을 알지 못했으며, 신청인이 계약전 알릴의무를 위반한 위장약 투약 사실과 신청

394) 대법원 1996.12.23. 선고 96다27971 판결 참조.

인에게 발병한 갑상선 암과는 인과관계가 없고, 신청인의 갑상선 암이 보험가입 전에 발병했다고 볼 수 없는 바, 관련 보험금을 지급함이 타당함. 다만, 신청인이 ○○연구소의 종합검진 후 투약 받은 사실을 알리지 아니하여 계약전 알릴의무를 위반한 사실이 인정되므로, 피신청인의 보험계약 해지는 인정됨.(2008.5.27. 조정번호 제2008-45호)

가. 사실관계

보험계약자는 2005.6.14. 피신청인과 종신보험 계약을 체결하였음. 피보험자는 보험 가입전인 2004.7.21.~2005.6.14. 기간중 ◇◇광역시 소재 ○○내과의원에서 고혈압, 당뇨병으로 9회 통원, 121일 투약치료 받은 사실이 있음.

보험 가입후인 2006.11.6.~11.16. 기간중 ◇◇광역시 소재 △△병원에서 당뇨병, 고혈압, 만성 심부전증 등으로 입원치료중 침대에서 내려오다 넘어져 좌측 상지 근위부 상완근 골절 및 좌측 하지 비골 골절을 당하여 골절에 대해서만 2007.11.28. 재해골절치료비를 청구하여 피신청인은 50만원을 지급함.

피보험자는 2007.11.13.~11.16. 기간중 당뇨병성 혼수, 고혈압, 허혈성 심장병, 만성 심부전증, 좌 상완골 경부 골절로 △△병원에서 입원 치료하였고, 11.16.에는 △△병원에서 인근 ○○요양병원으로 전원하여 만성 심부전증, 고혈압, 당뇨병, 좌 상완골 경부 골절로 입원치료하다 같은 해 12.28. 사망하였으며, ○○요양병원 의사가 발행한 2007.12.28.자 사망진단서에 의하면 피보험자의 사인은 “직접사인: 만성 심부전증, 중간 선행사인: 고혈압, 선행사인: 당뇨병”으로 기재되어 있음.

신청인은 2008.1.17. 피신청인에게 사망보험금 및 입원급여금을 청구하였으나, 피신청인은 피보험자가 계약전 알릴의무를 위반하였다며 당해 보험계약을 해지하고 기납입보험료(2,819,200원)를 반환함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

보험가입시 보험설계사에게 당뇨, 고혈압에 대한 치료사실을 모두 고지하였고, 보험설

계사로부터 2년후 보험혜택을 받는데 아무런 문제가 없다는 설명을 듣고 가입하였음에도 피신청인이 계약전 알릴의무 위반을 이유로 당해 보험계약을 해지하고 보험금을 지급하지 아니하는 것은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

피보험자는 보험가입 이전에 당뇨, 고혈압으로 치료받은 사실이 있음에도 청약서에 이를 사실대로 알리지 않았고, 보험설계사에게 과거병력에 대하여 고지하였다고 하나 이를 인정하기가 어려워 계약전 알릴의무 위반으로 당해 보험계약을 해지하였으며, 또한, 고지의무 위반 사실과 보험사고 사이에 인과관계가 존재하여 보험금을 지급할 수 없음.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 계약전 알릴의무 위반으로 인한 계약해지 가능 여부라 할 것임

신청인은 피보험자가 보험가입시 계약전 알릴의무를 성실히 이행하였으므로 피신청인은 보험금 지급의무가 있다고 주장하나, 다음과 같은 점에 비추어 위 주장은 이유 없음.

① ○○내과위원의 의사가 2008.1.25.자로 발행한 진료확인서에 의하면 피보험자는 2004.7.21.~2005.6.14. 기간중 고혈압, 당뇨병으로 9회 통원, 121일 투약한 바 있음에도 본건 보험계약청약서의 “최근 5년 이내에 의사로부터 진찰을 받고 그 결과 입원, 수술, 정밀검사를 받았거나, 계속하여 7일 이상 치료 또는 30일 이상 투약 받은 적이 있는지 여부”에 대한 질문란에 피보험자는 “아니오”라고 체크하고 자필서명란에 성명과 서명을 기재한 후 보험계약을 체결한 점.

② 법원은 “보험가입을 권유하던 보험설계사에게 기왕병력을 말하였다는 것이나 보험가입을 권유하는 사람에게 말한 것으로는 보험회사에 고지한 것이라고 할 수 없다”고 판시³⁹⁵⁾하여 보험설계사는 고지의무수령권이 없으므로, 본 건에서 설령 피보험자가 보험설계사에게 과거 병력 등을 구두로 고지하였다고 하여도 계약전 알릴의무를 이행한 것으로 보기는 어려운 점.

395) 대법원 1979.10.30. 선고 79다1234 판결 참조.

③ 입원특약 약관 제1조(특약의 체결 및 소멸)에 의하면 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 보험회사가 승락함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어진다고 규정하고 있고, 같은 약관 제16조(주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)에서 이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따르도록 규정하고 있는데, 본 건에서 주계약은 “사망”을, 특약은 “입원”을 보험금 지급사유로 약정하였고 이 중 어느 하나의 지급사유가 보장개시일로부터 2년이내에 발생한 이상, 계약을 체결한 날로부터 3년이내에 한하여 계약을 해지할 수 있다는 상법 제651조 규정에 비추어 볼 때, 본 건은 계약전 알릴의무 위반으로 인한 해지가 가능하다고 보아야 하는 점.

또한, 당해 보험 보통약관에서 계약전 알릴의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 보험금을 지급하도록 규정하고 있으나, ○○내과위원회의 2008.1.25.자 진료확인서에 의하면 고혈압, 당뇨병은 만성 심부전 증의 원인이 될 수 있다고 기재되어 있어, 피보험자의 고지의무 위반사실이 보험사고에 영향을 미쳤음이 인정되므로 피신청인이 보험금을 지급하지 아니하는 것이 부당하다고 할 수 없음.

라. 결 론

그렇다면 계약전 알릴의무 위반을 이유로 당해 보험 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 아니한 피신청인의 업무처리가 부당하다고 보기는 어렵다고 판단됨.

2-3 승모판 치환술 미통지가 계약전 알릴의무 위반에 해당하는지 여부

[기각] 17년전 승모판 치환술을 이미 시행받은 경험이 있는 신청인의 경우에도 보험가입시 이러한 점을 인식하고 있었다고 봄이 상당하며, 피신청인의 보험계약 인수기준에 따르면 판막질환은 ‘계약 인수불가’ 대상으로 규정되어 있는 바, 이를 피신청인에게 알렸더라면 피신청인은 동 건 계약을 인수하지 않았으리라고 판단되므로 동 내용은 ‘중요사항’에 해당된다 할 것임. 따라서 계약전 알릴의무 위반을 이유로 보험계약을 해지하고 보험금 지급을 거부한 피신청인의 조치를 부당하다고 보기 어려움.(2010.11.23. 조정번호 제2010-105호)

가. 사실관계

신청인은 2009.3.11. 피신청인과 의료비보장보험 계약을 체결하였음. 신청인은 보험 가입자인 1993.6.2. ○○병원에서 “승모판 협착증”으로 진단받은 후 “승모판 치환술”을 받았으며, 2004.7.6. ○○병원에서 초음파 및 심전도 검사를 받았음.³⁹⁶⁾

2004.7.8. 신청인은 ○○병원에서 낙태수술을 받았음에도 2009년 상기 보험에 가입하면서 피신청인에게 승모판 치환술 및 낙태수술 경력을 통지하지 않았음.

이후 신청인은 2009.6.18.~6.30. 기간중 ◇◇병원에서 “폐쇄부전이 있는 승모판 협착증”으로 진단받고 경피적 승모판 성형술을 받은 후 피신청인에게 보험금 지급을 청구하였으나, 피신청인은 계약전 알릴의무 위반으로 보험금 지급을 거절함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

최근 5년이내에 “승모판 협착증”으로 치료를 받은 사실이 없고 2004년도에 낙태수술을 받기 전 과거 병력확인과정에서 “승모판 치환술”을 받은 사실이 확인되었으나 초음파 검사후 정상 소견이 있었음에도, 피신청인이 계약전 알릴의무 위반이라며 보험금 지급을 거부하는 것은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

“승모판 협착증”은 심장판막증의 일종으로서 청약서상 계약전 알릴의무사항 중 중대 질병에 포함되고, ○○병원의 의무기록지상 2004년도에 실시한 초음파 검사결과는 정상 범위를 초과하여 ‘관찰요망’ 소견으로 명시되어 있는데도, 신청인은 보험가입시 이를 고지하지 않은 바, 계약전 알릴의무 위반에 해당됨.³⁹⁷⁾

396) 승모판 협착증 관련 검사 등을 위해 2004.7.8.까지 2회 통원함.

397) 보험청약서상 관련 계약전 알릴의무 사항의 질문내용은 다음과 같음.

3. 최근 5년이내에 의사로부터 진찰, 검사를 받고 그 결과 입원, 수술, 정밀검사(심전도, 방사선, 건강검진 등)를 받았거나 계속하여 7일이상 치료 또는 30일이상 투약을 받은 적이 있습니까?
4. 최근 5년이내에 다음과 같은 병명으로 의사로부터 진찰 또는 검사를 통하여 진단을 받았거나 치

다. 위원회의 판단

◆ 본건의 쟁점은 과거 승모판 협착증 관련 검사를 받았는데, 보험가입시 이를 피신청인에게 알리지 않은 것이 계약전 알릴의무를 위반에 해당되는지 여부라 할 것임

신청인은 동 건 보험가입 전인 2004.7.6. ○○병원에 내원하여 과거 시행한 승모판 치환술에 대한 정밀검사 등을 받은 사실이 있음에도, 동 건 보험계약 체결 당시(2009.3.11.) 청약서상 “최근 5년이내에 의사로부터 진찰, 검사를 받고 그 결과 입원, 수술, 정밀검사(심전도, 방사선, 건강진단 등)를 받았거나 계속하여 7일 이상의 치료 또는 30일 이상의 투약을 받은 적이 있습니까?”라는 질문과 “최근 5년이내에 다음과 같은 병명(심장판막증)으로 의사로부터 진찰 또는 검사를 통하여 진단을 받았거나 치료, 투약, 입원, 수술, 정밀검사를 받은 적이 있습니까?”라는 질문에 아니오 란에 √표시한 사실이 있으며, 동 사실관계에 대해서 양 당사자 간 다툼이 없는 것으로 보임.

다만, 보험계약에 있어 신청인의 계약전 알릴의무 위반이 성립하기 위해서는 신청인의 “고의 또는 중대한 과실”이 있어야 하고, 그 의무가 “중요한 사항”에 해당되어야 하는 바, 먼저 신청인의 “고의 또는 중대한 과실” 인정 여부에 대해 살펴보면, 당해 약관에서의 “중대한 과실”이라 함은 고지하여야 할 사실을 알고 있었지만 현저한 부주의로 그 사실의 중요성을 잘못 판단하거나 그 사실이 고지하여야 할 중요한 사실이라는 것을 알지 못하는 것을 의미³⁹⁸⁾하는 바, 앞서 피신청인이 주장한 바와 같이 “승모판 협착증”은 심장판막증의 일종으로 의료적 관점에서 뿐만 아니라 사회통념상으로도 중대질병에 포함되는 점과 일반적인 의료경험칙상 기계판막과 비교해 조직판막은 비영구적이고 재수술 비율도 상대적으로 높는데 대부분의 승모판협착증 환자의 경우 이러한 점을 인지하고 있을 것으로 보여진다는 점에 비추어, 과거(1993.6월) 승모판 협착증 진단 하에 승모판 치환술을 이미 시행받은 경험이 있는 신청인의 경우에도 보험가입시 이러한 점을 인식하고 있었다고 봄이 상당하며, 동 건과 관련한 금감원의 의료자문에서도 승모판 치환술(조직판막)의 경우 수명이 짧아 대개 10년 후 30% 환자, 15년 후 약 60% 환자에서

료, 투약, 입원, 수술, 정밀검사를 받은 적이 있습니까? ①암 ②백혈병 ③고혈압 ④협심증 ⑤심근경색 ⑥심장판막증 ⑦간경화증 ⑧뇌졸중증(뇌출혈, 뇌경색) ⑨당뇨병 ⑩에이즈 및 HIV보균

398) 대법원 1996.12.23. 선고 96다27971 판결 등 참조.

재수술이 이루어진다는 의견이고, 2004.7.7. 검사결과 신청인의 경우 좌심실 기능은 정상이나 좌심방이 크고 수술 받은 조직판막이 좁아진 상태로 정상으로 볼 수 없다는 의견이며, 2004.7.8. ○○병원 진료기록지에서도 동 질병과 관련하여 “관찰요망” 소견이 있었다는 점 등에 미루어 볼 때 동 건 보험계약체결시 신청인이 검사사실 등을 알리지 않은 사실과 관련하여 신청인의 “고의 또는 중대한 과실”은 인정된다고 할 것이며, 2004.7.7. 검사가 낙태수술을 받기 위한 사전 검사라고 하여 달리 해석할 여지는 없다고 할 것임.

또한, 동 건 약관에서의 “중요한 사항”이란, 보험자가 보험사고의 발생과 그로 인한 책임부담의 개연율을 측정하여 보험계약의 체결 여부 또는 보험료나 특별한 면책조항의 부가와 같은 보험계약의 내용을 결정하기 위한 표준이 되는 사항으로서, 객관적으로 보험자가 그 사실을 안다면 그 계약을 체결하지 않든가 적어도 동일한 조건으로는 계약을 체결하지 않으리라고 생각되는 사항³⁹⁹⁾을 의미하는데, 피신청인의 보험계약 인수기준에 따르면 판막질환은 “계약 인수불가” 대상으로 규정되어 있는 바, 만약 보험가입 당시 동 질환 관련 검사사실 등을 피신청인에게 알렸더라면 피신청인은 동 건 계약을 인수하지 않았으리라고 판단되므로 동 내용은 “중요한 사항”에 해당된다 할 것임.

따라서, 동 건 계약 관련 알릴의무 사항과 관련하여 신청인의 “고의 또는 중대한 과실”이 인정된다 할 것이며 알려야 할 내용도 “중요한 사항”에 해당된다고 할 것임.

라. 결 론

그렇다면, 신계약 전 알릴의무를 위반하였다는 이유로 당해 보험계약을 해지하고 보험금 지급을 거부한 피신청인의 조치를 부당한 것으로 보기 어려움.

2-4 질문표에 미포함된 과거병력 미통지가 계약전 알릴의무 위반 해당 여부

[인용] 신청인이 “고등급 편평상피내 병변” 소견을 받은 시점은 본 건 계약체결일로부터 5개월 이상 이전이며, 이와 관련하여 최근 5년 이내에 추가로 진찰, 검사 등을 받은 사실도 없

399) 대법원 2005.7.14. 선고 2004다36215 판결 등 참조.

는 것으로 확인되는 바, 이러한 사실은 계약전 알릴 사항에 열거된 질문중 어느 사항에도 해당하지 아니한다고 할 것이므로 신청인이 계약전 알릴의무를 위반했다는 피신청인의 주장은 인정하기 어려운 것으로 판단됨.(2012.2.28. 조정번호 제2012-13호)

가. 사실관계

신청인은 보험 가입전인 2009.8.10 ○○병원에서 건강진단 결과 자궁경부 세포진검사 결과 “고등급 편평상피내 병변” 소견⁴⁰⁰⁾을 받은 바 있음. 신청인은 2010.1.20 자신을 피보험자로 하여 보장보험에 가입하였고, 같은 해 5.25. ◇◇병원에서 건강검진 결과 자궁경부세포검사(Pap Smear)상 “정상세포(Negative for malignancy)” 소견을 받음.

2011.2.22 △△산부인과에서 “고등급 편평상피내 병변”소견과 같은 해 3.5 “자궁경부의 침윤성 악성신생물” 소견을 받고, 같은 해 3.23~3.29. 기간중 ○○○센터에서 자궁경부 악성신생물(C53.9) 진단으로 수술(자궁절제술 및 림프절제술) 및 입원치료를 받음.

2011.4.5 신청인은 피신청인에게 보험금을 청구하였으나, 5.16 피신청인은 고지의무 위반으로 신청인과의 계약을 해지함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

보험가입전에 실시한 건강검진 결과 자궁내 이상 소견 통보를 받기는 하였으나 이에 대한 심각성을 제대로 인지하지 못하여 추가적인 검진 등을 받지 아니한 것인데도 이러한 사실을 알리지 아니하였다는 이유로 보험계약을 해지하고 관련보험금을 지급하지 아니함은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

400) 여성암검사(Cancer Screening)상 “HSIL consistent with in situ squamous cell carcinoma, with features suspicious for invasion”, 최종판정결과 “자궁경부암 세포검사 결과에 대하여 빠른 시일내에 방문하셔서 부인과 상담을 받으시기 바랍니다”라고 각각 기재되어 있음.

신청인은 보험가입전 이미 ‘고등급 편평상피내 병변’소견을 받은 사실을 보험계약 체결시 알리지 아니하였으며, 자체 의료자문 결과 동 병변은 보험금 청구사유인 자궁경부암과 인과관계가 있는 것으로 확인되는 바, 이는 약관상 계약전 알릴의무 위반 및 보험금 지급 거절사유에 해당함.

다. 위원회의 판단

◆ 이 건의 쟁점은 신청인이 받은 보험가입전 “고등급 편평상피내 병변” 소견이 약관상 계약전 알릴 “중요한 사항”에 해당하는지 여부 등이라 할 것임.

피신청인은 신청인이 진단 받은 “고등급 편평상피내 병변” 소견을 계약시 알리지 아니한 것은 약관상 계약전 알릴의무 위반에 해당하므로 이 건 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 아니한 업무처리는 부당하지 아니하다고 주장하나 아래와 같은 사실 등에 비추어 이를 타당하다고 인정하기는 어려운 것으로 판단됨.

상법 제651조의2(서면에 의한 질문의 효력)에 의하면 “보험자가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정한다”고 규정하고 있고, 당해 약관에서는 “계약전 알릴의무”에 대하여 “상법 제651조에서 정하고 있는 의무. 보험계약자나 피보험자는 청약시에 보험회사가 서면으로 질문한 중요한 사항에 대해 사실대로 알려야 하며, 위반시 보험계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 수 있습니다”라고 정의하고 있으며, 본 건 보험계약 청약서 “계약전 알릴의무” 사항에는 “① 최근 3개월 이내에 의사로부터 진찰, 검사를 통하여 진단을 받았거나 그 결과 치료, 입원, 수술, 투약을 받은 사실이 있습니까?, ② 최근 3개월 이내에 마약을 사용하거나 혈압강하제, 신경안정제, 수면제, 각성제(흥분제), 진통제 등 약물을 상시 복용한 일이 있습니까?, ③ 최근 5년 이내에 의사로부터 진찰, 검사를 받고 그 결과 입원, 수술, 정밀검사(심전도, 방사선, 건강진단 등)를 받았거나 계속하여 7일 이상 치료 또는 30일 이상 투약을 받은 적이 있습니까?”… (후략) 등 현재 및 과거 병력 등에 대한 구체적인 질문이 열거되어 있으나, 신청인이 “고등급 편평상피내 병변” 소견을 받은 시점은 이 건 계약 체결일(2010.1.20)로부터 5개월이상 이전이며, 이와 관련하여 최근 5년 이내에 추가로 진찰, 검사 등을 받은 사실도 없는 것으로 확인

되는 바, 이러한 사실은 계약전 알릴 사항에 열거된 질문(이하 “질문표”라 함)중 어느 사항에도 해당하지 아니한다고 할 것이므로 신청인이 계약전 알릴의무를 위반했다는 피신청인의 주장은 인정하기 어려운 것으로 판단됨.

한편, 피신청인은 상법 제651조에서 규정된 “중요한 사항”이라 함은 “보험자가 보험사고의 발생과 그로 인한 책임부담의 개연성을 측정하여 보험계약의 체결 여부 또는 보험료나 특별한 면책조항의 부가와 같은 보험계약의 내용을 결정하기 위한 표준이 되는 사항으로서 객관적으로 보험자가 그 사실을 안다면 그 계약을 체결하지 않거나 또는 적어도 동일한 조건으로는 계약을 체결하지 않으리라고 생각되는 사항”⁴⁰¹⁾으로 해석되고 있고, 자사 인수지침에 따르면 “자궁경부 상피내암”의 경우 완치 확인 후 인수 또는 인수가 거절되는 질병이어서 비록 “고등급 편평상피내 병변”에 대한 질문이 질문표에 포함되어 있지 않다고 하더라도 이러한 사실을 제대로 알렸다면 보험계약을 인수하지 아니하였을 것이므로 이는 “중요한 사항”에 해당함에도 신청인이 이를 고의 또는 중과실로 알리지 아니한 것이라고 주장하여 살피건대, 계약체결시 작성되는 질문표는 일반적으로 보험계약자가 계약전에 알려야 할 중요한 사항이 무엇인지 잘 알 수 없는 사정을 고려하여 구체적으로 무엇이 고지할 중요한 사항인가를 보험자가 미리 서면으로 정한 것으로 고지의무의 범위를 명확히 하여 향후 고지의무 위반 여부를 둘러싼 당사자간의 분쟁소지를 미연에 예방하는 한편, 질문표에 포함된 사항을 보험계약자 등이 고지하지 아니하였다면 보험자는 이 사실이 중요한 사항임을 주장하거나 입증하지 아니하더라도 중요한 내용으로 “추정”되므로 고지의무 위반 여부에 대한 보험자의 입증책임이 경감되는 효과 등을 위한 것인데, 법원에서도 “보험자가 계약체결에 있어서 서면으로 질문한 사항은 보험계약에 있어서 중요한 사항에 해당하는 것으로 추정되고(상법 제651조의2), 여기의 서면에는 보험청약서도 포함된다. 따라서 보험청약서에 일정한 사항에 관하여 답변을 구하는 취지가 포함되어 있다면 그 사항은 상법 제651조에서 말하는 중요한 사항으로 추정된다”고 판시⁴⁰²⁾하여 상법 제651조의2의 규정은 일종의 법률적 “추정”이라는 입장을 취하고 있고, 이 보험자가 서면한 질문한 사항과 관련하여 “암 치료 종료 후 5년이

401) 대법원 2001.11.27. 선고 99다33311 판결 등 참조.

402) 대법원 2010.10.28. 선고 2009다59688 판결 참조.

지나 검사를 실시한 결과 의사로부터 암 재발의 가능성을 고지받고 확진을 위한 재검사 요구를 받은 상태에서 5년내 암을 앓거나 치료받은 적이 없다고 신고하면서 생명공제계약을 체결한 경우, 암치료 종료후 정기적인 검진을 위하여 병원에 다니던 동안 피공제자의 상태는 비록 통상적인 의미에서 암 질병을 앓고 있는 것은 아니라고 할지라도 공제약관상 기재된 암 질환에 준하는 것이거나 또는 이러한 피공제자의 병력 내지 자각증세, 의사의 암 재발 가능성 고지사실 등은 공제계약 청약서상의 질문사항에 포함되어 있지 않다고 하더라도 피공제자의 생명위험 측정상 중요한 사실로서 고지할 중요 사항에 포함된다”고 판시⁴⁰³⁾한 바 있어 이를 종합하면 계약전 알릴 중요한 사항은 질문표에 열거된 내용에 한정된다고 보기는 어렵다 할 것임.

다만, “보험자가 다른 보험계약의 존재 여부에 관한 고지의무 위반을 이유로 보험계약을 해지하기 위하여는 보험계약자 또는 피보험자가 그러한 사항에 관한 고지의무의 존재와 다른 보험계약의 존재에 관하여 이를 알고도 고의로 또는 중대한 과실로 인하여 이를 알지 못하여 고지의무를 다하지 않은 사실이 입증되어야 할 것”이라는 판례⁴⁰⁴⁾ 취지 등에 비추어 볼 때, 신청인이 계약전 알릴의무를 위반하였다는 사실을 인정하기 위해서는 “고등급 편평상피내 병변” 소견이 비록 이 건 질문표에는 해당하지 아니하더라도 신청인이 약관상 “중요한 사항”이라는 것을 알고도 악의적으로 묵비하였다는 등 내심의 의사를 확인할 수 있거나 고의 또는 중과실로 알리지 아니하였다는 사실 등을 피신청인이 입증하여야 할 것이나 이를 인정할 만한 객관적인 자료를 찾아보기 어려운 실정임.

라. 결 론

그렇다면 계약전 알릴 의무위반을 이유로 이 건 보험계약을 해지하고 보험금 지급을 거절한 피신청인의 처리는 부당하다고 할 것임.

403) 대법원 1999.11.26. 선고 99다37474 판결 참조.

404) 대법원 2001.11.27. 선고 99다33311 판결 참조.

제2절 약관 교부·설명 의무

2-5 해외여행보험 배상책임담보 면책사항을 설명하였는지 여부

[기각] 상법 제646조(대리인이 안 것의 효과)에 의하면, 대리인에 의하여 보험계약을 체결한 경우에 대리인이 안 사유는 본인이 안 것과 동일한 것으로 하도록 정하고 있는 바, 신청인의 보험계약 대리인인 여행사 직원은 평소 여행객들의 해외여행보험 가입을 담당하면서 당해 보험계약과 같은 내용의 보험계약을 계속적·반복적으로 체결해 왔던 점에 비추어 대리인인 여행사 직원은 약관 내용을 알고 있었던 것으로 추정되어 피신청인에게 설명의무 위반이 있다고 인정하기는 어렵다 할 것임.(2005.6.28. 조정번호 제2005-34호)

가. 사실관계

신청인은 태국으로 여행을 가기 전 평소 잘 알고 지내던 여행사 직원인 신청외 A씨에게 해외여행보험 가입을 부탁하였고, 이에 A씨는 신청인을 대리하여 2004.12.14. 피신청인과 해외여행보험 계약을 체결함.

신청인은 같은 달 20일 12:00경 태국에서 제트스키를 임차하여 사용하던 중 타인의 제트스키와 충돌하는 사고로, 제트스키 임대인에게 제트스키 파손에 따른 수리비 6만 바트(약 180만원)를 지급하고 같은 달 28일 피신청인에게 보험금 지급을 청구하였으나 피신청인은 신청인이 제트스키 임대인에 지급한 수리비는 해외여행보험 배상책임담보 특별약관 제3조(보상하지 아니하는 손해)에 해당한다는 이유로 면책처리하였고, 다만 피신청인은 신청인에게 충돌 상대방의 제트스키를 파손시킨 것에 대한 배상책임보험금으로 신청인의 과실 50%를 산정, 수리비의 50% 상당액을 지급하였음.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

보험계약체결 당시 피신청인으로부터 당해 약관을 교부받지 못하였고 면책사항에 대해 설명 받은 사실이 없음에도 불구하고 약관의 보상하지 아니하는 손해에 해당한다는

이유로 보험금을 지급하지 않음은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

해외여행보험의 배상책임담보 특별약관 면책사항 중 “피보험자가 소유, 사용, 관리하는 재물의 파손에 대하여 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 배상책임” 규정은 거래상 일반적이고 공통된 것이어서 신청인이 그러한 사정을 알았더라도 동 보험계약을 체결하였을 것이므로 보험금 지급책임은 없음.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 피신청인의 약관의 교부설명의무 위반이 인정되는지 여부라 할 것임.

(1) 약관 규정

당해 해외여행보험 배상책임 담보 특별약관의 제1조(보상하는 손해)에서, “보험회사는 피보험자가 여행 도중에 생긴 우연한 사고로 타인의 신체의 장해 또는 재물의 손해에 대한 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해를 보상한다”고 규정하면서, 보상하지 아니하는 손해로 동 특약 제3조 제7호에 “피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물의 파손에 대하여 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 배상책임”을 규정하고 있음.

(2) 보험자의 약관의 교부·설명의무

보험자는 상법 제638조의3(보험계약의 교부·명시의무) 및 「약관의 규제에 관한 법률」 제3조(약관의 명시·설명의무)에 따라 보험계약자에게 약관의 중요한 내용에 대하여 교부·명시·설명의무를 부담하는데, 이러한 보험자의 의무를 인정하는 이유는 보험계약자가 알지 못하는 가운데 약관에 정하여진 중요한 사항이 계약 내용으로 되어 보험계약자가 예측하지 못한 불이익을 받게 되는 것을 피하고자 함이므로, 보험자는 보험계약을 체결할 때에 보험계약자에게 보험약관에 기재되어 있는 보험상품의 내용, 보험료율의 체계, 보험청약서상 기재 사항의 변동 및 보험자의 면책사유 등 보험계약의 중요한 내용에

대하여 구체적이고 상세한 명시·설명의무를 지고 있다고 할 것이어서, 만일 보험자가 이러한 보험약관의 명시·설명의무에 위반하여 보험계약을 체결한 때에는 그 약관의 내용을 보험계약의 내용으로 주장할 수 없다 할 것임.⁴⁰⁵⁾

다만, 보험약관의 중요한 내용에 해당하는 사항이라 하더라도 보험계약자나 그 대리인이 그 내용을 충분히 잘 알고 있는 경우나 약관 내용이 당해 보험계약에서 일반적이고 공통된 것이어서 보험계약자가 충분히 예상할 수 있거나 법령의 규정에 의하여 정해진 것을 부연하는 정도에 불과한 사항의 경우에는 당해 약관이 바로 계약 내용이 되어 당사자에 대하여 구속력을 가지므로 보험자로서는 보험계약자 또는 그 대리인에게 약관의 내용을 따로 설명할 필요가 없다 할 것임.⁴⁰⁶⁾

(3) 피신청인의 약관 교부·설명의무 위반이 인정되는지 여부

여행사 직원인 신청외 A씨는 신청인으로부터 해외여행보험의 계약 체결에 관한 권한을 포괄적으로 위임받아 신청인을 보험계약자 겸 피보험자로 하는 당해 해외여행보험 계약을 피신청인과 체결하였고, 피신청인은 A씨에게 보험약관의 교부와 내용에 대한 설명 없이 보험증권, 보험료영수증, 해외 여행보험 약관 요약본만을 전달한 것으로 확인되는 바, 이러한 사실관계를 기초로 살펴보면, 상법 제646조(대리인이 안 것의 효과)에 의하면, 대리인에 의하여 보험계약을 체결한 경우에 대리인이 안 사유는 본인이 안 것과 동일한 것으로 하도록 정하고 있는 바, 신청인의 보험계약 대리인인 여행사 직원은 평소 여행객들의 해외여행보험 가입을 담당하면서 당해 보험계약과 같은 내용의 보험계약을 계속적·반복적으로 체결해 왔던 점에 비추어 대리인인 여행사직원은 약관 내용을 알고 있었던 것으로 추정되어 피신청인에게 설명의무 위반이 있다고 인정하기는 어렵고, 법원에서도 자동차보험의 면책사항과 관련하여 해마다 반복적으로 동일한 내용의 보험계약을 체결한 경우 약관 내용을 알고 있다고 추정되므로 설명의무의 대상이 되는 중요한 사항이라 할 수 없다고 판시⁴⁰⁷⁾한 바 있음.

405) 대법원 1999.3.9. 선고 98다43342, 43359 판결 등 참조.

406) 대법원 2003.8.22. 선고 2003다27054 판결 참조.

407) 서울지방법원 1997.7.11. 선고 97나9085 판결 참조.

또한 해외여행보험은 보통약관상의 상해담보와 특별약관상의 질병담보, 배상책임담보, 휴대품손해담보, 특별비용담보 등을 패키지화하여 판매되고, 본 건 면책사항이 동종의 다른 배상책임담보 특별약관에서도 공통적으로 사용, 적용되는 조항이어서 신청인측이 달리 선택할 여지도 없었던 점에 비추어 보면, 당해 면책사항에 대한 피신청인의 설명 여부가 본 건 계약체결에 영향을 미치지 않는다는 점이 객관적으로 인정된다 할 것이므로 당해 면책사항이 약관의 중요한 내용으로서 설명의무의 대상으로 보기 어려움.

그렇다면 본 건 면책사항을 피신청인이 약관의 교부·설명 의무를 이행하지 아니하였다고 하더라도 당해 면책사항은 유효하게 보험계약에 편입되었다고 할 것임.

라. 결 론

따라서 이 건 신청인의 보험금 지급 요구는 수용하기 어려운 것으로 판단됨.

2-6

신청인이 주유소 내 세차시설을 알리지 않은 경우 피신청인이 세차기로 인한 사고가 보상되지 않음에 대한 설명의무가 있는지 여부

[기각] 주유소와 세차시설은 사회통념상으로도 구분되는 개념이며, 세차시설(자동세차기)이 주유소 내에 설치되어 있다 하어도 별도의 시설물로 봄이 상당하고, 신청인이 보험가입 당시 ‘영업배상책임보험 가입질문서(시설소유/관리자특약)’에 ‘세차시설(자동세차기)’을 별도로 기재하지 않아 피신청인이 동 세차시설의 존재를 알 수 없는 상황에서, 피신청인이 주유소내 세차시설(자동세차기)의 설치를 전제로 ‘보상하지 아니하는 손해’에 대하여 설명하여야 할 의무가 있다고 보기는 어려움.(2010.2.23. 조정번호 제2010-23호)

가. 사실관계

보험계약자는 2009.4.7. 피신청인과 영업배상책임보험⁴⁰⁸⁾ 계약을 체결하면서 시설소유

408) 영업배상책임보험약관의 내용은 다음과 같음.

제6조(보상하는 손해) 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)상의 보장지역 내에서

(관리)자 특약⁴⁰⁹⁾에 가입하였음.

2009.7.25. ○○고속도로 주유소에서 세차직원 A씨가 고객(벤츠)차량을 세차하던 중 기계조작 미숙으로 세차기가 넘어지면서 고객차량을 파손하였고, 같은 달 27일 신청인이 계약당시 모집인에게 보상가능 여부를 문의하자 모집인이 사고접수를 할 것을 안내함.

2009.7.29.~10.13. 피신청인의 자회사인 ◇◇손해사정(주) 소속 보상담당 직원이 수차례 보상가능하다고 안내하였고, 신청인은 같은 해 8.28. 피해자와 합의(합의금 35백만원)하고 피신청인에게 보험금을 청구함.

2009.10.14. ◇◇손해사정(주)의 보상담당 직원이 「물적손해확장추가특별약관」이 가입되어있지 않은 사실을 확인하고 신청인에게 “보상하지 아니하는 손해”에 해당함을 안내하자 2010.1.8. 신청인이 분쟁조정을 신청함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

보험가입 당시 「시설소유(관리)자 특별약관」의 “보상하지 아니하는 손해”에 대해서 설명을 들은 바 없으며, 피신청인이 보험금은 지급될 것이므로 먼저 고객(벤츠차량 소유

보험기간 중에 발생한 특별약관에 기재된 보험사고로 인하여 타인의 신체에 장해(이하 신체장해라 합니다)를 입히거나 타인의 재물을 망그러뜨려(이하 재물손해라 합니다) 법률적인 배상책임을 부담함으로써 입은 아래의 손해를 보상하여 드립니다.

1. 피보험자(보험대상자)가 피해자에게 지급한 법률상 손해배상금

제7조(보상하지 아니하는 손해) 이 계약에서 보상하지 아니하는 손해는 해당 특별약관의 규정에 따릅니다.

409) 시설소유(관리)자 특별약관의 내용은 다음과 같음.

제1조(사고) 이 특별약관에 있어서 회사가 보상할 영업배상책임보험 보통약관 제5조(보상하는 손해)의 사고라 함은 아래에 기재된 피보험자(보험대상자)가 소유, 사용 또는 관리하는 시설(이하 시설이라 합니다) 및 그 시설의 용도에 따른 업무의 수행으로 생긴 우연한 사고를 말합니다.

제2조(보상하지 아니하는 손해) 회사는 아래의 사유로 인한 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

4. 피보험자(보험대상자)가 소유, 점유, 임차, 사용하거나 보호, 관리, 통제(원인에 관계없이 모든 형태의 실질적인 통제행위를 포함합니다)하는 재물이 손해를 입었을 경우에는 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 손해에 대한 손해배상책임

주)에게 피해를 보상하라고 권유하여 손해배상금을 지급하고 보험금을 청구하였음에도, 피신청인이 보험금 청구 후 3개월이 지난 시점에서 당해 약관상 “보상하지 아니하는 손해”에 해당된다며 보험금 지급을 거절하는 것은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

자동세차중 사고는 「시설소유(관리)자 특별약관」에서 “보상하지 아니하는 손해”에 해당하며, 반드시 「물적손해 확장 추가특별약관」을 가입하여야 보상⁴¹⁰⁾이 되는데, 신청인이 제출한 “영업배상책임보험 가입 질문서”에 주유소 이외에 “자동세차기”가 기재되어 있지 않아 자동세차시 사고가 담보되는 「물적손해 확장 추가특별약관」이 가입되지 않은 바, 추가특약의 가입여부는 계약자의 의사에 따른 것이므로 동 특약이 가입되지 않은 본 건에 대한 보험금 지급 거절은 타당함.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 피신청인이 보험약관의 명시·설명의무를 위반하였는지 여부라 할 것임.

(1) 피보험자가 보호, 관리, 통제하는 재물에 해당되는지 여부

세차를 의뢰하는 법률관계는 세차작업 완료를 목적으로 하는 도급계약 관계이고 세차작업 중의 차량지배권은 세차업자에게 있다 할 것⁴¹¹⁾이므로 위 사건과 관련된 차량은 세차 시작시점부터 완료시점까지 「시설소유(관리)자 특별약관」의 “보상하지 아니하는 손해”에서 규정하고 있는 “피보험자가 보호, 관리, 통제하는 재물”에 해당한다 할 것임.

(2) 피신청인이 보험약관의 명시·설명의무를 위반하였는지 여부

410) 물적손해 확장 추가특별약관의 내용은 다음과 같음.

제1조(보상하는 손해) 회사는 특별약관 제2조(보상하지 아니하는 손해)의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자)가 소유, 사용 또는 관리하는 시설 및 그 시설의 용도에 따른 업무의 수행으로 생긴 우연한 사고로 피보험자(보험대상자)가 보호, 관리, 통제(원인에 관계없이 모든 형태의 실질적인 통제 행위를 포함합니다)하는 재물이 손해를 입음으로써 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가지는 사람에 대하여 배상책임을 부담함으로써 인해 입은 손해를 아래에 기재된 보상한도액 내에서 보상합니다.

411) 대법원 1976.10.26. 선고 76다517 판결 참조.

약관 설명의무의 대상이 되는 “중요한 내용”이라 함은 사회통념에 비추어 고객이 계약체결의 여부나 대가를 결정하는데 직접적인 영향을 미치는 사항을 말하고, 약관 조항 중에서 무엇이 중요한 내용에 해당되는지에 관하여는 일률적으로 말할 수 없으며, 구체적인 사건에서 개별적 사정을 고려하여 판단하여야 함.⁴¹²⁾

그러므로 살피건대, 다음과 같은 제반 사정에 비추어 볼 때 이 건 사고와 관련하여 피신청인이 보험약관의 명시·설명 의무를 위반하였다고 보기 어려워, 보험금을 지급하라는 신청인의 주장은 이유 없다 할 것임.

① 피신청인이 보험가입 기초자료로 활용하기 위해 신청인에게 작성토록 한 ‘영업배상책임보험 가입질문서(시설소유/관리자특약)’의 작성시 유의사항 4)에 따르면, “본 설문서에 기재되지 아니한 시설물로 인하여 피보험자가 제3자에게 손해배상 책임을 부담하지 않는 경우에는 보험금이 지급되지 아니하오니 이점 양지하시기 바랍니다.”라고 기재되어 있고, 동 질문서 II-1. 일반시설물용 2.에 따르면, “상기 예시에 해당되지 아니하는 시설물인 경우에는 해당 시설물의 명칭, 용도 및 기타 필요한 사항을 아래에 기재해 주시기 바랍니다.” 라고 기재되어 있으므로 신청인이 피신청인에게 세차시설(자동세차기) 존재 사실을 알려야 됨에도 담보대상 시설물에 “주유소”라고만 기재한 점.

② 주유소와 세차시설은 사회통념상으로도 구분되는 개념이며, 세차시설(자동세차기)이 주유소 내에 설치되어 있다하여도 별도의 시설물로 봄이 상당한 점.

③ 신청인이 보험가입 당시 “영업배상책임보험 가입질문서(시설소유/관리자 특약)”에 “세차시설(자동세차기)”을 별도로 기재하지 않아 피신청인이 동 세차시설의 존재를 알 수 없는데도, 피신청인이 주유소내 세차시설(자동세차기)의 설치를 전제로 ‘보상하지 아니하는 손해’에 대하여 설명하여야할 의무가 있다고 볼 수 없는 점.

라. 결론

그렇다면 신청인이 이 건 사고로 법률상 손해배상책임을 부담함으로써 입은 손해를 보상하지 않은 피신청인의 조치가 부당하다고 보기 어려움.

412) 대법원 2008.12.16. 선고 2007마1328 판결 참조.

2-7 갯도내 붕괴사고 면책약관에 대하여 교부·설명 의무가 있는지 여부

[인용] 본 건 보험청약서상 담보내용에 ‘붕괴상해 사망’으로 기재되어 있을 뿐 붕괴사고의 범위를 특정하고 있지 않고, 당해 약관에서도 건축구조물에 대해 별도의 정의규정을 두지 않은 점 등에 비추어 피보험자는 갯도내 붕괴사고도 보상이 된다고 생각하였을 것으로 보이고, 피보험자가 계약당시 갯도내 붕괴사고는 보상이 되지 않는다는 설명을 들었다면 본 건 보험에 가입하지 않았을 개연성이 높은 것으로 봄이 상당하므로 이에 대해 제대로 명시·설명하지 않은 피신청인은 명시·설명 의무를 이행하지 아니한 것으로 보아야 할 것임.(2010.4.27. 조 정번호 제2010-42호)

가. 사실관계

신청인은 2003.12.8. 피신청인과 보험계약을 체결하였고, 2009.8.25. 피보험자의 사망사고가 발생⁴¹³⁾함에 따라 2009.9.1. 보험금을 청구하였으나, 피신청인은 본건 탄광은 건물 또는 건축구조물에 해당되지 않는다고 보험금 지급을 거절함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

보험계약 체결당시 탄광에서 발생한 보험사고는 보상받지 못한다는 말을 듣지 못하였고, 탄광입구는 지붕과 기둥으로 설치되어 있으며 갯도 내에도 기둥으로 지지대가 설치되어 있기 때문에 건축구조물로 볼 수 있는데도 피신청인이 탄광은 건축구조물에 해당되지 않는다고 보험금 지급을 거절하는 것은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

계약당시 보험모집인의 모집경위서에 따르면, 계약자 본인이 직접 자필서명을 했고, 청약서 부분, 약관을 전달하였으며, 증권에 기재된 건물에 관계된 사고발생시 보장이 된

413) 변사사실확인원(○○경찰서, 2009.8.25.) : 변사자는 ○○광업소 중앙갱에서 채탄 후 선산부로 일하는 자인 바, 2009.8.25. 07:40분경 동료직원 2명과 함께 입갱하여 스크레퍼로 유탄작업을 하던 중 동발이 설치되지 않은 천정에서 탄더미가 쏟아져 매몰되면서 사망한 것임.

다고 설명했다고 진술하고 있으며 피보험자의 사망사고 장소는 건물 및 건축구조물이 아닌 토목구조물에 해당되는 탄광 내에서 발생한 사고이므로 보험금 지급책임이 없음.⁴¹⁴⁾

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 탄광의 갱도내 붕괴사고가 건축구조물의 붕괴 등의 사고에 해당되는지 여부와 피신청인이 동 계약과 관련하여 약관의 명시·설명 의무를 위반했는지 여부라 할 것임

(1) 탄광 갱도내 붕괴사고가 당해 약관의 보상하는 손해에서 규정하고 있는 “건축구조물의 붕괴 등의 사고”에 해당되는지 여부

당해 약관에서는 “건축구조물”의 정의나 예시규정을 두고 있지 않으며, 사전(국립국어원) 등에서도 “건축구조물”의 정의는 없음.

한편, 사전에서는 건축과 구조물에 대해서 각각 정의하고 있는 바, 건축의 사전적 의미는 “집이나 성, 다리 따위의 구조물을 그 목적에 따라 설계하여 흙이나 나무, 돌, 벽돌, 쇠 따위를 써서 세우거나 쌓아 만드는 일”이라고 정의하고 있고, 구조물의 사전적 의미는 “일정한 설계에 따라 여러 가지 재료를 얹어서 만든 물건, 건물, 다리, 축대, 터널 등”으로 정의하고 있음.

이러한 사전적 의미와 일반적으로 탄광입구가 지붕과 지지목 등이 설치되어 있고 갱

414) 당해 약관의 주요 내용은 다음과 같음.

제3조(보상하는 손해) ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 화재 및 폭발, 파열사고와 급격하고도 우연한 건물 및 건축구조물(건축중인 것을 포함합니다)의 붕괴, 침강 또는 사태사고로 신체에 상해를 입었을 때에는 그 상해로 인하여 생긴 손해를 보상하여 드립니다.

② 제1항의 붕괴, 침강, 사태라 함은 다음을 말합니다.

1. 붕괴 : 폭발, 파열, 화재 등의 외력이 아닌 통상적 용도에 따라 건물 또는 건축구조물을 사용할 때에 그 자체의 내부결함이나 부식 및 침식 등으로 그 전부나 일부가 갑자기 무너져 내리는 것을 말합니다. 다만, 균열 또는 파손에 의해 일부가 떨어지는 것은 붕괴로 보지 아니합니다.
2. 침강 : 폭발, 파열, 화재 등의 외력이 아닌 통상적인 용도에 따라 건물 또는 건축구조물을 사용할 때에 그 자체의 내부 결함이나 부식 및 침식 등으로 그 전부나 일부가 갑자기 내려앉는 것을 말합니다.
3. 사태 : 비로 말미암아 산이나 언덕의 토사가 한꺼번에 무너져 내리는 것을 의미합니다.

도 내에서도 지지목과 운반시설 등이 설치되어 있는 점 등에 비추어 볼 때 탄광의 시설물도 건축 구조물로 볼 여지가 상당하고 또한 약관 및 사전 등에서도 건축구조물 뿐만 아니라 토목구조물에 대한 명확한 정의 규정도 없어 갯도내의 석탄 채굴을 위한 제반시설물이 건축구조물에 해당되는지 토목구조물에 해당되는지 명확하지 않은 것으로 보임.

이렇듯 약관상 그 의미가 다의적으로 해석되어 명백하지 못하거나 의심스러울 때에는 약관작성자에게 불리하게 해석되어야 할 것⁴¹⁵⁾이므로 탄광의 붕괴사고도 건축구조물의 붕괴사고에 포함되는 것으로 해석하는 것이 합리적이라 할 것임.

(2) 피신청인이 당해 약관 명시·설명의무를 위반한 것으로 볼 수 있는지 여부

설령 견해를 달리하여 당해 약관조항이 다의적으로 해석될 여지가 없다고 하더라도, 피신청인이 당해 약관의 중요내용에 대한 설명의무를 위반하였다면 보험금 지급의무가 있다 할 것인 바, 판례에서는 보험자 및 보험계약의 체결 또는 모집에 종사하는 자는 보험계약을 체결함에 있어 보험계약의 중요한 내용에 대하여 구체적이고 상세한 명시·설명의무를 지고 있으므로, 보험자가 이러한 보험약관의 명시·설명의무를 위반하여 보험계약을 체결한 때에는 그 약관의 내용을 보험계약의 내용으로 주장할 수 없다고 판단⁴¹⁶⁾하고 있고, 약관 설명의무의 대상이 되는 ‘중요한 내용’이라 함은 사회통념에 비추어 고객이 계약체결의 여부나 대가를 결정하는데 직접적인 영향을 미치는 사항을 말하고, 약관조항 중에서 무엇이 중요한 내용에 해당되는지에 관하여는 일률적으로 말할 수 없으며, 구체적인 사건에서 개별적 사정을 고려하여 판단하여야 한다⁴¹⁷⁾라고 판시하고 있음.

그러므로 살피건대, 먼저 모집인의 모집경위서 등에 따르면, “3.상품 중요사항에 대해 설명하였습니까?”라는 질문에 대해 모집인은 “화재보험이므로 증권에 기재된 건물에 관계된 보장을 설명 안내함”이라고 진술하고 있는 점 등에 비추어 모집인은 “건물의 화재 사고” 등에 대해 설명한 것으로 보이고, “건축구조물의 붕괴사고” 등에 대해서는 설명이

415) 대법원 2007.9.6. 선고 2006다55005 판결 등 다수 참조.

416) 대법원 2007.4.27. 선고 2006다87453 판결 참조.

417) 대법원 2008.12.16. 선고 2007마1328 판결 참조.

있었던 것은 아닌 것으로 보임.

또한 청약서상 담보내용에 ‘붕괴상해 사망’으로 기재되어 있을 뿐 붕괴사고의 범위를 특정하고 있지 않은 점, 당해 약관에서도 건축구조물에 대해 별도의 정의규정을 두지 않은 점 등에 비추어 피보험자는 갭도내의 붕괴사고도 보상이 된다고 생각하였을 것으로 보이고, 피보험자가 계약당시 갭도내의 붕괴사고는 보상이 되지 않는다는 설명을 들었다면 동 건 보험을 가입하지 않았을 개연성이 높은 것으로 봄이 상당하므로 동 건 관련 약관의 보상하는 손해는 당해 보험계약 체결여부에 영향을 미칠 수 있는 “중요한 내용”에 해당된다 할 것이며, 상기와 같은 약관조항은 거래상 일반적이고 공통적인 것이 아니고, 별도의 설명 없이도 보험계약자가 충분히 예상할 수 있는 조항에 해당되지 않으며, 법령을 되풀이하거나 부연하는 정도에 불과한 사항으로도 보기 어려워 피신청인의 명시·설명의무가 면제되는 경우에 해당되지 않는다 할 것임.

따라서, 이 건 사고와 관련하여 피신청인은 당해 보험약관의 “중요한 내용”에 해당하는 “보상하는 손해”에 관한 내용 및 범위 등에 대해 명시·설명의무를 이행하지 아니한 것으로 보아야 할 것임.

라. 결 론

그렇다면 피신청인이 ‘보상하는 손해’에 관한 내용 및 범위 등에 대해 명시·설명의무를 이행하지 아니한 것으로 보이므로 신청인에게 보험금을 지급할 의무가 있다 할 것임.

2-8 계약후 이륜차 운전사실 통지의무를 보험회사가 설명해야 하는지 여부

[인용] 계약 후 이륜자동차를 운전하게 되는 경우 피신청인에게 통지해야 한다는 약관 조항은 위험률 변경에 따른 보험료율과 피보험자가 수령할 보험금의 액수를 결정하는 사항으로 약관의 명시·설명의 대상이 되는 중요한 내용에 해당된다 할 것이며, 보험사는 이에 대해 피보험자에게 구체적이고 명시적으로 설명할 의무가 있는 것으로 보임. 따라서 동 건 보험계약과 관련하여 계약후 알릴의무 위반을 이유로 보험금을 삭감하여 지급한 피신청인의 조치는 부당한 것으로 판단됨. (2011.2.22. 조정번호 제2011-11호)

가. 사실관계

보험계약자는 2007.10.15. 피신청인과 상해보험 계약을 체결(TM계약)하였으며, 이 당시 이륜차 운전여부에 대한 질문에 “운전하지 않음”으로 고지함. 그 후 2010.6.11. 피보험자가 이륜자동차를 구입하였으며, 같은 해 9.20. 피보험자가 이륜차 운전 중 뒷차량에 충격당하는 사고가 발생하여 9.22. 피보험자가 사망하게 됨.

이와 관련하여 신청인이 보험금을 청구하였으나, 피신청인은 계약후 알릴의무 위반을 이유로 보험금을 삭감하여 지급함에 따라 신청인은 금융분쟁조정을 신청함

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

이륜차를 소유·탑승하게 되는 경우 이를 회사에 알려야 한다는 사실⁴¹⁸⁾을 보험계약 체결 당시(2007.10.15.) 혹은 1년 단위로 계약 갱신시 안내를 받은 바가 없음에도, 피보험자가 이륜차를 운전하던 중 사망하였다는 이유만으로 피신청인이 보험금을 삭감하여 지급한 것은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

본건 보험계약 체결 당시 피보험자는 이륜차를 운전하지 않는 것으로 고지하였으나,

418) 당해 보험약관의 계약후 알릴의무 조항은 다음과 같음.

- ① 계약을 맺은 후 피보험자가 그 직업 또는 직무를 변경(자가용 운전자가 영업용 운전자로 직업 또는 직무를 변경하는 등의 경우를 포함합니다)하거나 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 직접 사용하게 된 경우 계약자 또는 피보험자는 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험가입증서(보험증권)에 확인을 받아야 합니다.
- ③ 제1항의 통지에 따라 보험료를 더 내야 할 경우 회사의 청구에 대해 계약자가 그 지급을 게을리했을 때, 회사는 직업 또는 직무가 변경되기 전에 적용된 보험료율(이하 “변경전 요율”이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 변경된 직업 또는 직무와 관계없는 사고로 발생한 손해에 관해서는 그러하지 아니합니다.
- ④ 계약자 또는 피보험자가 직업 또는 직무의 변경 사실을 회사에 알리지 아니하였을 경우 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 동 사실을 안 날로부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자에게 제3항에 의해 보상됨을 서면으로 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

2010.6.11. 이륜차를 구입하여 사용함으로써 위험률이 증가하였음에도 이를 알리지 않은 상태에서 이륜차 사고로 사망하였으므로 보험금을 삭감하여 지급하는 것이 타당함.

또한 신청인은 보험계약 체결 당시 직무나 직업변경이 있는 경우 회사에 알려야 한다는 사실을 설명들은 바 없다고 주장하나, 가입 당시 피신청인의 모집인이 직업 및 직무 변경에 대하여 계약후 알릴의무가 있음을 설명한 사실이 있으므로 약관의 명시·설명의무를 이행한 것으로 보아야 할 것임.

다. 위원회의 판단

◆ 본건의 쟁점은 계약 후 이륜자동차를 사용하게 되는 경우 피신청인에게 통지해야 한다는 약관조항이 명시·설명의무 대상인지 여부와 피신청인의 모집인이 동 약관내용의 명시·설명의무를 이행하였는지 여부라 할 것임.

(1) 계약 후 이륜자동차를 사용하게 된 경우 피신청인에게 통지해야 한다는 약관조항이 명시·설명의무 대상인지 여부

보험자 및 보험계약의 체결 또는 모집에 종사하는 자는 보험계약을 체결함에 있어 보험계약자 또는 피보험자에게 보험약관에 기재되어 있는 보험상품의 내용, 보험료율의 체계 및 보험청약서상 기재사항의 변동사항 등 보험계약의 중요한 내용에 대하여 구체적이고 상세한 명시·설명의무를 지고 있으므로, 보험자가 이러한 보험약관의 명시·설명의무를 위반하여 보험계약을 체결한 때에는 그 약관의 내용을 보험계약의 내용으로 주장할 수 없는 바,⁴¹⁹⁾ 약관 설명의무의 대상이 되는 “중요한 내용”이라 함은 사회통념에 비추어 고객이 계약체결의 여부나 대가를 결정하는데 직접적인 영향을 미치는 사항⁴²⁰⁾을 말하는데⁴²¹⁾, 동건 약관에서 규정하고 있는 계약 후 이륜자동차를 운전하게 되는 경

419) 대법원 2007.4.27. 선고 2006다87453 판결 등 참조.

420) 대법원 2008.12.16. 선고 2007마1328 판결 등 참조.

421) 다른 회사(OO손보)의 유사한 TM계약의 경우 “이륜차 또는 원동기 장치 자전거를 사용하게 되는 경우, 기타 위험이 증가한 때에는 지체없이 회사에 알려주시기 바랍니다. 변경 사실을 알려주지 않은 상태로 사고 발생시 보험계약의 변동, 해지 또는 보상이 되지 않을 수도 있습니다.”라고 안내하도록 표준 안내문구에 기재되어 있음.

우 피신청인에게 통지해야 한다는 약관 조항은 위험률 변경에 따른 보험료율과 피보험자가 수령할 보험금의 액수를 결정하는 사항으로 약관의 명시·설명의 대상이 되는 중요한 내용에 해당된다 할 것임.

동 약관내용에 대한 피신청인의 명시·설명의무가 면제되기 위해서는 피보험자가 해당 약관내용을 잘 알고 있거나 별도의 설명 없이도 충분히 예상할 수 있는 내용인 경우에 해당되어야 하는데, 피신청인 등이 제출한 동건 관련 자료를 종합하여 살펴보면, 이러한 약관조항의 내용을 피보험자가 알고 있었다고 단정할 만한 증빙자료를 찾아볼 수 없고, 계약 후 이륜자동차를 운전하게 되는 경우 피신청인에게 통지하여야 한다는 약관 내용은 피신청인의 별도 설명이 없어도 피보험자가 충분히 예상할 수 있는 사항으로 보기 어려움.

따라서, 피신청인은 동 건 보험계약과 관련하여 이륜자동차를 직접 사용하게 된 경우 회사에 지체 없이 통지하여야 한다는 내용에 대해 피보험자에게 구체적이고 명시적으로 설명할 의무가 있는 것으로 판단됨.

참고로, 최근 법원에서도 “이륜자동차를 직접 사용하게 된 경우에는 사고발생의 위험이 현저하게 변경 또는 증가된 경우에 해당하여 원고에게 지체 없이 통지하여야 한다는 점은 원고가 보험계약 체결 당시 이를 명시하여 설명하지 않는다면 망인으로서 이를 예상하기 어려웠을 것으로 보이므로, 이 사건 약관조항의 내용이 단순히 법령에 의하여 정하여진 것을 되풀이하거나 부연하는 정도에 불과하다고 볼 수도 없고, 따라서 이 사건 약관조항에 대한 원고의 명시·설명의무가 면제된다고 볼 수 없다”고 판시⁴²²⁾한 바 있음

(2) 피신청인의 모집인이 명시·설명의무를 이행하였는지 여부

피신청인은 해당 보험 가입 당시 신청인과 피보험자에게 직업 및 직무변경에 대하여 계약후 알릴의무가 있음을 설명한 사실이 있으므로 보험금을 삭감 지급하여야 한다고 주장하나, 피신청인이 제출한 청약 당시(2007.10.15.) 녹취기록에 의하면 모집인은 “보험 기간 중 주소나 연락처, 피보험자님 건강상태, 직무가 변경되시거나 기타 문의사항이나

422) 대법원 2010.3.25. 선고 2009다91316 판결 참조.

보험금 수령하실 일이 있으실 때는 고객센터 ****-0000번으로 연락 주시면 되세요.”라고 설명하였을 뿐 이륜차 사용시 이를 회사에 알려야 한다고 설명한 내용을 찾아볼 수 없으므로 이에 대한 명시·설명의무를 이행하였다고 보기 어려움.

라. 결 론

그렇다면, 동 건 보험계약과 관련하여 계약후 알릴의무 위반을 이유로 보험금을 삭감하여 지급한 피신청인의 조치는 부당한 것으로 판단됨.

제3절 상해사고

2-9 선천성 기형으로서의 면책사유에 해당하는지 여부

[기각] 피신청인이 동 특약의 위험을 산정시 선천성 기형을 배제하고 이를 보상하지 아니하는 손해로 약관에 명시하였고 보험계약자도 이에 해당하는 보험료를 납입하지 아니한 것이 분명한 바, 선천성 기형으로 인한 신체적 이상이 10년이 지난 시점에 발현되었다고 하더라도 피보험자의 당해 상병이 선천성 기형에 해당한다면 피신청인의 지급책임은 발생하지 않는 것으로 해석함이 타당하다고 판단됨.(2005.2.22. 조정번호 제2005-1호)

가. 사실관계

신청인은 2004.5.28. 자녀 A군(1990년생)을 피보험자로 하여 피신청인과 자녀보험 계약을 체결함. 본 건 피보험자 A군은 보험 가입전인 1994.5.19. ○○대학교병원에서 선천성 기형인 대동맥 축착⁴²³⁾이라는 진단을 받았고, 같은 해 8.17. ◇◇대학교병원의 담당 의사로부터는 대동맥 축착이 의심되나 하지의 맥박이 촉진상 의미 있게 감소되지는 않았다는 소견을 받음.

피보험자는 보험 가입후인 2004.7.14. 대동맥 축착을 이유로 ◇◇대학교병원에 입원하여 같은 해 7.28. 대동맥 축착 제거술을 시행받고 같은 해 8.9. 퇴원함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

10년 동안 아무런 증상 없이 건강하게 생활한 피보험자의 질병이 약관에서 면책사유로 규정하고 있는 선천성 기형에 해당한다는 이유로 보험금을 지급하지 않는 피신청인

423) 대동맥 축착(협착)은 대동맥의 일부가 국한적으로 좁아진 것으로 협착 부위는 대동맥궁(大動脈弓)에서 하행대동맥으로 이행하는 부분 가까이에서 동맥관 부착 부위 앞뒤에 걸쳐 있고, 관전형(管前型)은 동맥관개존·심실중격결손 등을 동반하며, 신생아기·유아기 초기에 중증으로 나타나고, 관후형(管後型)은 합병심기형(合併心畸型)이 적고 유아나 성인이 된 뒤에 증상이 나타남.

의 업무처리는 부당할 뿐만 아니라, 신청인이 당해 보험을 가입한 후 피신청인의 보험설계사로부터 수령한 약관은 질병입원의료비 특별약관과 관련하여 선천성 기형이 면책사유로 규정되어 있지 않은 구(舊)약관이므로 피신청인은 보험가입 이후 발생한 보험사고에 대하여 질병입원의료비를 지급하여야 함.

(2) 피신청인의 주장

피보험자는 당해 보험 가입 이전에 이미 대동맥 축착 진단을 받았고, 대동맥 축착은 당해 보험약관에서 면책사유로 정하고 있는 선천성 기형에 해당하므로 당해 보험 질병입원의료비 특별약관의 면책조항에 따라 보험금 지급책임은 없음. 또한 신청인이 선천성 기형이 면책사유로 규정되어 있지 않은 구(舊)약관을 수령하였다고 주장하나 이에 대해 구체적인 증거를 제시하고 있지 못해 이를 믿기는 어려움.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 대동맥 축착이 당해 보험약관의 면책사유인 선천성 기형에 해당하는지와 구 약관의 적용 여부라 할 것임.

(1) 약관 규정

당해 보험의 질병입원의료비 특별약관 제1조(보상하는 손해) 제1항에 의하면, “회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 발생한 질병으로 인하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원 또는 의원 등에 입원하여 치료를 받은 때에는 아래의 입원실료, 입원제비용, 수술비, 병실료차액을 보상한다”라고 규정하고 있고, 같은조 제2항에서는 “위 제1항의 질병이라 함은 이 보험계약에 의해 회사의 책임이 시작된 때부터 피보험자에게 감염되거나 발병된 질병으로 하며, 다만 회사의 책임이 시작되기 전에 피보험자가 감염 또는 발병된 사실을 모르고 있었던 때에는 보상한다”고 규정하면서, 동 특약 제2조(보상하지 아니하는 손해) 제3항 제9호에서 “선천성기형, 변형 및 염색체 이상으로 인한 손해에 대해서는 보상하지 아니한다”라고 규정하고 있음.

(2) 피보험자의 선천성 기형 진단 여부

당해 보험약관 규정에 의하면 선천성 기형으로 인한 손해는 보상하지 아니하는 것으로 규정하고 있는 바, 보험기간 중 발병한 질병이 선천성 기형에 해당하는 한 약관의 규정에 따라 면책함이 타당함. 당해 질병입원의료비 특별약관 제2조(보상하지 아니하는 손해) 제3항 및 [별표10]에서는 “선천성 기형, 변형 및 염색체 이상”을 한국표준질병사인분류상의 Q00~Q99로 정하고 있고, 2004.9.1. ○○대학교병원에서 발행한 진료확인서 및 2004.9.8. ◇◇대학교병원에서 발행한 의사소견서에서 당해 상병명의 분류번호를 Q25.1 (대동맥의 선천성 기형)로 밝히고 있는 점에 비추어 보면 피보험자의 대동맥 축착은 선천성 기형으로 인정된다 할 것이므로 피신청인의 보험금 지급책임을 인정하기는 어렵다 할 것임.

그리고 신청인은 피신청인이 당해 보험 가입 당시 청약서상의 질문표를 통해 피보험자의 건강상태와 관련하여 최근 5년 이내 진단 또는 치료받은 사실에 관한 것만을 확인하고 인수결정하였음에도 불구하고 10년 이상 증상이 나타나지 않은 질병이 선천성 기형이라는 이유로 보상하지 않음은 부당하다고 주장하나, 피신청인이 동 특약의 위험을 산정시 선천성 기형을 배제하고 이를 보상하지 아니하는 손해로 약관에 명시하였고 보험계약자도 이에 해당하는 보험료를 납입하지 아니한 것이 분명한 바, 선천성 기형으로 인한 신체적 이상이 10년이 지난 시점에 발현되었다고 하더라도 피보험자의 당해 상병이 선천성 기형에 해당한다면 피신청인의 지급책임은 발생하지 않는 것으로 해석함이 타당하다고 판단됨.

(3) 구 약관의 적용 여부

신청인은 선천성 기형이 면책사유로 정해져 있지 않은 구약관을 전달 받았기 때문에 구 약관을 적용하여야 한다고 주장하고 있어 이에 대해 살펴보면, 구 약관 적용 여부를 판단하기에 앞서 먼저 신청인의 구 약관 수령사실이 확인되어야 할 것임에도 신청인은 구약관 수령과 관련한 구체적 사실을 입증하지 못하고 있는 실정인 바, 신청인의 구 약관 적용 주장은 이유 없다 할 것임.

라. 결 론

그렇다면 피보험자의 질병이 당해 보험 질병입원의료비 특별약관에서 면책사유로 정하고 있는 선천성 기형에 해당하고 신청인측이 구 약관을 수령하였다는 사실을 입증하지 못하고 있으므로 피신청인의 보험금 지급 책임은 없는 것으로 판단됨.

2-10 대중목욕탕 탕내에서 익사한 사고가 보험약관상의 상해사고 해당 여부

[인용] 피보험자의 사인은 국립과학수사연구소의 부검결과 익사로 추정되고, 피보험자가 목욕탕내에서 자구력을 상실한 추정적 사유로 주취상태와 고도의 관상동맥경화가 경합함에도 피신청인이 피보험자의 체질적 요인인 관상동맥경화만을 자구력 상실 사유로 단정하여 책임을 부인하고 있는데, 이에 대한 합리적 근거가 존재하지 아니하며, 오히려 피보험자가 과다한 음주로 몸을 제대로 가누지 못하여 익사했을 가능성도 배제할 수 없는 바, 피신청인이 피보험자의 체질적 요인이 사망의 주요원인을 입증하지 못하고 있으므로 본 건 사고는 보험약관상의 상해사고에 해당한다 할 것임.(2005.12.20. 조정번호 제2005-87)

가. 사실관계

신청외 A씨(신청인의 배우자)는 2005.4.5. 그의 장인 B씨를 피보험자로 하여 피신청인과 보험계약을 체결하였으며, 같은 달 12일 02:30 피보험자가 대중목욕탕을 이용하던 중 탕내에서 사망함.⁴²⁴⁾

한편, 피보험자의 사망과 관련하여 부검을 실시한 국립과학수사연구소의 2005.5.19.자 부검감정서에 의하면, “양측 폐가 팽대되어 있고, 폐 기관지와 기도에서 다량의 포말을 보는 등 익사 때 볼 수 있는 일반적인 소견들이 인정되며, 외표검사상 사인이 될 만한 손상이 없고 내경검사상 우측 전두부에서 국소적인 두피하출혈이 있으나 사인으로 단정할 만한 손상을 보지 못하여 사인을 익사로 추정”하면서, 참고사항으로 “보통의 성인이 목욕탕 열탕에서 익사하기는 어려운 상황을 감안하여 부검소견상 심장에서 고도의 관상동맥경화 소견을 보이고, 혈중 알콜이 중등도 명정(酩酊) 상태로 검출(혈중 알콜농도

424) 피보험자는 신장 170cm, 체중 61kg 정도의 체격으로, 사망전의 병원 진료기록은 확인되지 않으며, 사고 직전 피보험자는 과다한 음주로 만취상태였음.

0.23%)되는 바, 변사자가 주취상태에서 허혈성 심장병변이 발생하여 자구력을 상실하였을 가능성을 고려해 볼 수 있다”고 기재되어 있음.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

피보험자가 평소 건강하여 병원에서 진료 받은 사실이 전혀 없을 뿐만 아니라 국립과학수사연구소에서 사인을 익사로 추정하였는 바, 이는 급격하고도 우연한 외래의 사고에 해당하므로 피신청인은 상해사망보험금 및 장제비를 지급하여야 함.

(2) 피신청인의 주장

사체 부검 결과에서 피보험자에게 고도의 관상동맥경화소견이 나타난 바와 같이, 피보험자는 목욕 중 본인의 체질적 사유로 쓰러져 익사한 것이므로 상해사망보험금 지급책임이 없음.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 피보험자의 사망이 당해 보험약관에서 정한 상해로 인한 것인지의 여부임.

(1) 당해 약관규정 등

당해 보험약관 제6조(보상하는 손해)에서는 “회사는 피보험자가 보험기간 중에 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체에 상해를 입었을 때에는 그 상해로 생긴 손해를 약관에 따라 보상하여 드립니다”라고 규정하고 있음. 외래의 사고란 외부로부터의 우연한 돌발적인 사고로 인한 신체의 손상을 말하는 것이므로 그 사고의 원인이 피보험자의 신체의 외부로부터 작용하는 것을 말함.

(2) 본 건 피보험자의 사망이 약관상 상해로 발생하였다고 볼 수 있는지 여부

피신청인은 피보험자가 고도의 관상동맥경화로 인해 익사한 것이므로 보험금 지급책임이 없다고 주장하나, 다음과 같은 사유로 피신청인의 주장은 이유 없다 할 것임.

① 피보험자의 사인은 국립과학수사연구소의 부검결과 익사로 추정되고, 익사는 기도
에 물이 흡인되어 질식사하여 사망하는 것으로 달리 반증이 없는 한 이는 급격하고 우연
한 외래의 사고로 인한 사망에 해당하는 것으로 인정된다는 점.

② 국립과학수사연구소의 부검결과, 피보험자가 목욕탕내에서 자구력을 상실한 추정적
사유로 주취상태와 고도의 관상동맥경화가 경합함에도 피신청인이 피보험자의 체질적
요인인 관상동맥경화만을 자구력 상실 사유로 단정하여 책임을 부인하고 있는데, 이에
대한 합리적 근거가 존재하지 아니하며, 오히려 피보험자가 과다한 음주로 몸을 제대로
가누지 못하여 익사했을 가능성도 배제할 수 없다는 점.

③ 설령 피보험자가 목욕 중에 허혈성 심장병변이 발생하여 자구력을 상실하였다고
하더라도, 피신청인이 보험금 지급책임을 면하기 위해서는 피보험자의 체질적 요인이 사
망의 주요원인이라는 사실, 즉 피보험자의 고도의 관상동맥경화 또는 기타 체질적 사유
가 익사를 배제할 수 있는 정도의 우월적 사망원인이었음을 입증하여야 함에도 이러한
입증이 없다는 점.

라. 결 론

그렇다면 피보험자의 사망은 당해보험약관에서 정한 상해사고로 인한 것임이 인정되
는 바, 신청인의 주장은 이유 있다 할 것임.

2-11 사랑니 발치중 발생한 의료사고로 인한 손해의 보상 여부

[인용] 당해 보험약관에서 “외과적 수술, 그 밖의 의료처치. 그러나, 회사가 부담하는 상해로
인한 경우에는 보상하여 드립니다”고 규정하고 있는 바, 신청인이 입은 설신경 손상은 사랑
니 발치과정에서 의사의 과실로 인해 우연히 발생한 상해사고이며 이를 치료하기 위해 병원
에서 의료처치를 받은 것은 당해보험 약관에서 담보하는 상해를 치료하기 위한 것으로 볼 수
있으므로 피신청인의 보상 책임이 있음.(2008.3.25. 조정번호 제2008-27호)

가. 사실관계

신청인은 2006.8.8. 자신을 피보험자로 하여 피신청인과 상해보험 계약을 체결함. 신청인은 2007.4.16. ○○치과에서 국소마취하에 좌측 제3대구치의 발치중 신경이 손상되어 좌측 혀부분에 감각 저하가 발생함.

신청인은 같은 달 25일 ◇◇대학교 치과병원 구강내과에 내원하여 구강 안면통 검사 및 치과 방사선 사진 검사를 받은 결과, 좌측 내측익돌근 및 교근의 근막동통 및 좌측 턱관절의 턱관절통을 포함하는 턱관절의 장애, 설신경 손상이 의심된다는 진단을 받았으며, 같은 해 6.2. △△대학교 치과병원에 내원하여 신경검사를 받은 결과, 신경계의 처치 후 장애(좌측 혀 감각이상)로 진단 받아, 같은 해 9.3. 동 병원에서 전신 마취하에 좌측 설신경 감압법 및 좌측 비복신경 이식술을 받음.

○○치과 원장은 2007.12.14. 동 사고가 의료사고임을 확인하는 재해확인서를 신청인에게 발급함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

사랑니 발치중에 의사의 실수로 신경이 끊어진 것은 상해사고에 해당하므로 상해관련 보험금을 지급해야 함.

(2) 피신청인의 주장

사랑니 발치 수술은 상당한 위험이 내재된 외과수술로서 신청인이 위험성을 예측할 수 있어 상해의 요건인 우연성을 결하고 있는 바 동 의료사고를 상해사고로 보기 어렵고, 설령 동 의료사고를 상해사고로 인정하다 하더라도 약관상 면책사유인 “외과적 수술, 그 밖의 의료처치”에 해당하는 바 면책처리함이 타당함.⁴²⁵⁾

425) 당해보험 보통약관 제13조(보상하는 손해) 제1항에서는 “회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험 기간중에 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다)에 상해를 입었을 때에는 그 상해로 생긴 손해를 보상하여 드립니다.”라고 규정하고 있고, 제14조(보상하지 아니하는 손해) 제1항 제7호에서는 “피보험자의 임신, 출산(제왕절개 포함), 유산 또는 외과적 수술, 그 밖의 의료처치”를 보상하지 아니하는 손해라고 규정하면서, “회사가 부담하는 상해로 인한 경우에는 보상하여 드립니다”라고 규정하고 있음.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 “사랑니 발치중 발생한 의료사고로 인한 손해의 보상 여부”라 할 것임.

(1) 사랑니 발치중 발생한 의료사고의 상해사고 인정 여부

판례는 “인보험계약에 의하여 담보되는 보험사고의 요건중 ‘우연한 사고’라 함은 사고가 피보험자가 예측할 수 없는 원인에 의하여 발생하는 것으로서, 고의에 의한 것이 아니고 예견치 않았는데 우연히 발생하고 통상적인 과정으로 기대할 수 없는 결과를 가져오는 것을 의미한다”⁴²⁶⁾라고 판시하고 있는데, 신청인이 입은 설신경 손상은 정상적인 사랑니 발치 행위로 인한 것이라기 보다는 사랑니 발치과정에서 의료사고로 인해 발생한 것으로 신청인이 예측할 수 있었다고 보기는 어려우며, 사랑니 발치를 담당한 의사도 동 사고가 의료사고임을 인정하고 있는 점을 고려할 때, 동 사고는 위 판례에서 말하는 우연한 사고로 상해사고에 해당된다 할 것임.

(2) 보험약관상의 보상책임 발생 여부

피신청인은 동 사고를 상해사고로 인정한다 하더라도 약관상 면책사유인 “외과적 수술, 그 밖의 의료처치”를 원인으로 하여 생긴 손해에 해당하는 바 면책처리함이 타당하다고 주장하나, 당해보험 보통약관 제14조 제1항 제7호 단서에 의하면 회사가 부담하는 상해로 인한 경우에는 보상하는 것으로 규정하고 있는데, 위에서 본 바와 같이 동 사고가 상해사고에 해당하는 이상 신청인이 ◇◇대학교 치과병원 및 △△대학교 치과병원에서 의료처치를 받은 것은 의료사고로 인해 발생한 상해를 치료하기 위한 것으로 볼 수 있는바, 동 단서에 의해 보상책임이 발생한다 할 것임.

라. 결 론

그렇다면 본 건과 관련하여 피신청인은 신청인의 사랑니 발치중 발생한 의료사고로 인한 손해를 보상할 책임이 있다 할 것임.

426) 대법원 2003.11.28. 선고 2003다35215, 35222 판결 참조.

신우암 진단후 방광암으로 1급장애 추가판정을 받은 경우 별개의 보험 사고로 볼 수 있는지 여부

[기각] 신청인의 장애 등급이 별도의 2급 장애담보 특별약관의 보상하는 손해에서 규정하고 있는 2급 장애에 해당되지 않으므로 2급 장애보험금 지급대상에도 해당되지 않는 것으로 판단되고, 신청인이 진단받은 방광암을 별개의 보험사고로 보기 어렵고, 동 건 관련 보험 사고는 원발성암인 신우암의 진단시 이미 발생하였다고 보는 것이 타당하다 할 것임.(2010.10.26. 조정번호 제2010-92호)

가. 사실관계

보험계약자는 2003.4.10. 피신청인과 보험계약을 체결하였음. 2009.5.26. 신청인은 신우암으로 진단받고 1급 장애로 판정을 받고 보험금을 청구하자 같은 해 7.10. 피신청인이 신청인에게 1급 장애에 해당하는 보험금(7천만원)을 지급하였으나, 2010.3.10. 신청인이 방광암으로 진단받고 1급 장애로 추가 판정을 받아 또다시 보험금을 청구하였으나 피신청인이 보험금지급을 거절하자 2010.8.25. 금융분쟁조정을 신청함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

2009.5.26. 신우암으로 진단받고 군인연금법 시행규칙에서 정하는 1급 장애 판정⁴²⁷⁾을 받은 후, 장애보험금(7천만원)을 지급받아 1급 장애 담보특약은 소멸되었으나, 2급 장애 담보특약을 유지 중에 있고, 2010.3.10. 방광암 진단으로 또다시 1급 장애 판정을 받았음에도, 단지 2급 장애 판정을 받지 않았다는 이유로 보험금 지급을 거절하는 것은 부당하

427) 군인사법시행규칙(심신장애등급표)에 따르면, ‘악성종양’은 2급에 해당되나 군인연금법시행규칙 제6조(신체장애등급구분)에 따라 1급에 해당함.

군인사법시행규칙(심신장애 등급표)	군인연금법시행규칙(신체장애등급구분)
1급~2급 심신장애 등급	제1급 신체 장애등급
3급~5급 심신장애 등급	제2급 신체 장애등급
6급~7급 심신장애 등급	제3급 신체 장애등급

며, 타 보험회사의 약관에서 정하는 바와 같이 “암은 1회에 한한다. 혹은 전이/재발을 지급하지 아니한다.”라고 해당 보험약관에 명시되어 있지 않으므로 피신청인이 2급 장애 보험금 지급을 거절하는 것은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

신청인은 2009.5.26. 신우암으로 진단받고 군인연금법 시행규칙에서 정하는 1급 장애 판정 후 1급 장애보험금(7천만원)을 지급 받았고 해당 장애 1급 담보 특약이 소멸되었으므로 보험금 지급사유에 해당되지 아니함

다. 위원회의 판단

◆ 본건의 쟁점은 본건 사고가 2급 장애보험금 지급대상에 해당되는지 여부와 신우암에 인한 장애1급 진단과 방광암에 의한 장애1급 진단을 별개의 보험사고로 볼 수 있는지 여부임

(1) 약관규정

1) 제1급 장애담보 특별약관

제1조(보상하는 손해) ①회사는 피보험자에게 보험기간 중 발생한 질병이나 부상으로 인하여 심신장애가 발생하고 심신장애등급이 「군인연금법시행규칙」 제6조(신체장애등급구분) 제1호에서 정한 제1급의 신체장애등급에 해당되는 경우 이 제1급 장애담보 특별약관(이하 “특별약관”이라 함)의 보험가입금액을 제1급 장애보험금으로 피보험자에게 지급하여 드립니다.

②제1항의 심신장애등급은 아래의 기준에 의하여 「군인사법시행규칙」 제51조(심신장애정도의 판정)에 의하여 “의무조사위원회”가 판정합니다.

1. 심신장애등급은 「군인사법시행규칙」의 <별표1>(심신장애등급표)을 기준으로 적용합니다.
2. 신체의 2개 부위 이상에 위 1호의 심신장애등급이 있는 경우에는 「군인사법시행규칙」의 <별표2>(신심장애종합평가등급표)를 기준으로 적용합니다.

제4조(계약의 소멸) ①회사가 이 특별약관에 따라 손해를 보상하였거나 무배당 장기상

해 군인보험(1종) 보통약관(이하 “보통약관”이라 함) 제8조(계약의 소멸) 제1항 제1호에 따라 보통약관이 소멸된 때에는 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관 계약은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 아니합니다.

2) 제2급 장애담보 특별약관

제1급 장애담보 특별약관과 규정 내용 및 체계가 유사하며, 해당 약관 제1조 등에서 사용한 “제1급”이라는 표현이 본 약관에서는 “제2급”으로 표현된 것만 차이가 있음.

(2) 2급 장애보험금 지급대상 해당 여부

약관의 해석은, 신의성실의 원칙에 따라 당해 약관의 목적과 취지를 고려하여 공정하고 합리적으로 해석하되, 개개 계약 당사자가 기도한 목적이나 의사를 참작함이 없이 평균적 고객의 이해가능성을 기준으로 객관적·획일적으로 해석하여야 할 것임⁴²⁸⁾

그러므로 살피건대, 신청인은 사망을 담보로 하는 주보험계약 외 장애등급별(1급, 2급, 3급) 특별약관을 선택하여 가입하였는 바, 이러한 각각의 특약은 장애등급별 위험도에 상응하는 보험료를 책정하고 있으며, 보험금 지급규모도 장애등급별로 상이함.

이러한 약관의 취지는 신청인은 각각의 장애등급에 해당하는 보험료를 납부하되, 피신청인은 보험사고 발생시 각각의 장애등급에 해당하는 손해액만 부담하며, 해당 장애등급에 해당되지 않는 경우에는 보험금을 지급하지 않겠다는 의미임.

동 건의 사고와 관련하여 신청인은 2009.5.26. 신우암으로 진단받아 장애1급에 해당하는 보험금(7천만원)을 지급받고, 당해 보험특약규정 제4조(계약의 소멸)에 의거하여 특약이 소멸되었는 바, 신청인이 2010.3.10. ‘방광암’으로 추가로 진단되어 장애1급 판정을 받았다고 하더라도 당해 특약(1급 장애담보 특별약관)이 소멸된 이상 1급 장애담보 특별약관의 보험금 지급대상에 해당되지 않으며, 앞서 본 바와 같이 신청인의 장애 등급이 별도의 2급 장애담보 특별약관의 보상하는 손해에서 규정하고 있는 2급 장애에 해당되지 않으므로 2급 장애보험금 지급대상에도 해당되지 않는 것으로 판단됨.

(3) 별개의 보험사고로 볼 수 있는지 여부

428) 대법원 2010.9.9. 선고 2007다5120 판결 등 참조.

앞서 살펴본 바와 같이 신청인은 2009.5.26. 신우암 진단을 받고 2010.3.10. 방광암 진단을 받은 사실이 있는데, 일반적인 의료 경험칙상 소변이 신우와 요관을 통해 방광으로 흘러가기 때문에 신우암과 요관암 환자의 약 1/3정도가 추후에 방광암이 발병⁴²⁹⁾되며, 2010.4.19. ○○대학교병원에서 발행한 진료소견서에서도 “원발성 가능성을 전혀 배제할 수 없으나 신우암의 방광내 재발의 가능성이 높습니다”라는 소견을 밝히고 있는 사실 등에 비추어 동 건 사고와 관련된 방광암은 신우암에서 전이된 것으로 봄이 상당함.

따라서, 2010.3.10. 신청인이 진단받은 방광암을 별개의 보험사고로 보기 어렵고, 동 건 관련 보험사고는 원발성암인 신우암의 진단시 이미 발생하였다고 보는 것이 타당하다 할 것임.

라. 결 론

그렇다면, 신청인의 장애등급이 해당약관에서 규정하고 있는 2급에 해당되지 않으며 또한 보험금 지급을 거부한 피신청인의 조치는 부당하다고 보기 어려움.

2-13 스테로이드 치료와 관련한 대퇴골두 무혈성 괴사의 상해 인정 여부[1]

[기각] 스테로이드 치료가 보험약관상 면책조항인 “외과적 수술, 그 밖의 의료처치”에는 해당하지 아니한다고 할 것이나, 본 건의 경우 보험사고의 성립조건인 사고와 상해간의 인과관계를 인정하기 어려워 피신청인은 약관에서 정하고 있는 보험금을 지급할 책임이 없다고 할 것임.(2012.7.24. 조정번호 제2012-19호)

가. 사실관계

신청인은 2005.12.9 피신청인과 보험계약을 체결하였으며, 2008.8.29~11.25 기간중 두드러기로 인한 피부과 통원 치료⁴³⁰⁾를 받음.

429) 서울아산병원 질환백과에 근거.

430) 18회 통원하였고, 스테로이드 약물을 복용함.

2011.5.15. 신청인은 ○○의료원에서 좌 고관절 인공치환술 및 우 고관절 골수 이식술을 받은 후 6.16. 상해관련 보험금(상해후유장해, 상해입원일당)을 청구하였으나 피신청인이 보험금 지급을 거절하자, 2012.1.11. 금융분쟁조정을 신청함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

담당의사는 이 건 대퇴골두 무혈성 괴사가 과거에 두드러기 치료를 위해 복용한 스테로이드제에 의한 것이라는 소견을 밝히고 있어 이는 치료과정 중에 전혀 예상치 못한 것인 만큼 약관상 보상하는 손해에 해당하는데도 관련 보험금을 지급하지 아니함은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

신청인의 스테로이드제 복용량이나 발병시점 등을 고려할 때 그 인과관계를 인정하기도 어려울 뿐만 아니라, 이를 상해로 인정한다고 하더라도 질병의 치료를 원인으로 하는 경우에는 약관상 보상하지 아니하는 손해인 “외과적 수술, 그 밖의 의료처치로 인한 손해”에 해당하므로 보험금 지급 거절은 타당함.

다. 위원회의 판단

◆ 이 건의 쟁점은 신청인의 대퇴골두 무혈성 괴사가 약관상 보상하는 손해인 “상해”에 해당하는지 여부와 만약 해당한다면 약관상 면책조항인 “외과적 수술, 그 밖의 의료처치로 인한 손해”에 해당하는지 여부라 할 것임.

(1) 스테로이드제 복용에 따른 대퇴골두 무혈성 괴사를 약관상 상해로 볼 수 있는지 여부

해당 약관 제14조(보상하는 손해)에 의하면 “피보험자가 보험기간 중에 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체에 상해를 입었을 때에는 그 상해로 인하여 생긴 손해를 보상한다고 규정하여 첫째, 사고가 급격성, 우연성, 외래성을 모두 충족하여야 하며, 둘째, 당

해 사고와 상해간에 인과관계가 있을 것을 그 요건으로 하고 있음.

1) 급격성, 우연성, 외래성 요건 충족 여부

신청인의 대퇴골두 무혈성 괴사가 스테로이드제에 의한 것인지 여부는 명확하지 않으나 그 인과관계가 있음을 가정한 다음 이 건 사고의 급격성, 우연성, 외래성 충족여부에 대해서 살펴보면, “급격성”이라 함은 객관적으로 사고가 갑작스럽게 발생하는 경우 뿐만 아니라 피보험자가 주관적으로 예견하지 아니하였거나 예견할 수 없는 순간에 발생하는 것도 포함된다고 할 것인데, 약물에 의한 부작용의 경우 약물을 계속적으로 장기간 복용함으로써 그 효과가 계속 누적되어 어느 시점에 나타나는 것이 일반적이고, 그 부작용을 예상할 수 없었던 사람의 입장에서는 급격하게 상해가 발생한 것으로 인정된다 할 것⁴³¹⁾이므로 신청인이 스테로이드 치료로 인한 대퇴골두 무혈성 괴사라는 부작용을 예견하였거나 예견할 수 있었다고 볼 만한 사정이 없다면 이 건 사고의 급격성이 인정된다고 할 것임.

다음으로 “우연성”은 사고의 발생이 계약자 등의 자발적인 의사에 의하지 아니함을 의미하는 것으로 특정 사고의 원인과 결과 중 어느 한쪽에 우연적인 요소가 있으면 그로써 충분하다 할 것인데, 이 건의 경우 사고 원인의 우연성은 별론으로 하더라도 적어도 사고의 결과인 대퇴골두 무혈성 괴사는 신청인이 의도하지 아니한 상황에서 발생한 것이라 할 수 있으므로 사고의 우연성을 부인하기 어렵다고 판단됨.⁴³²⁾

끝으로 외래성은 상해의 원인이 피보험자 신체의 외부로부터 작용하는 것으로서 피보험자의 신체적 결함 즉, 질병과 같은 내부적 원인에 기인한 것은 제외⁴³³⁾되는 것인데 대퇴골두 무혈성 괴사의 원인이 신청인의 체질적인 요인이 아니라 질병 치료를 위해 복용한 스테로이드제라면 외래성 또한 인정된다고 봄이 상당함.

위 사실을 종합하면 신청인에 대한 스테로이드 치료로 대퇴골두 무혈성 괴사가 발생하였다면 이 건 사고는 약관상 보상 요건의 하나인 급격성, 우연성, 외래성을 모두 충족

431) 서울지방법원 2008.6.11. 선고 2007가합113569, 서울고등법원 2004.7.9. 선고 2003나37183 판결 등 참조.

432) 대법원 2001.11.9 선고 2001다55499 판결 등 참조.

433) 서울고법 2006.6.8. 판결 2005나61623 등 참조.

한다고 할 것임.

2) 스테로이드제와 무혈성 대퇴골두 괴사의 인과관계 인정 여부

상해보험에서 담보되는 위험으로서 사고와 손해간의 인과관계에 대해서는 보험금 청구권자에게 그 입증책임이 있다고 할 것⁴³⁴⁾인데, 이와 관련하여 신청인은 ○○의료원에서 2011.8.17. 발행한 진단서상의 소견⁴³⁵⁾을 근거로 이 건 스테로이드와 무혈성 대퇴골두 괴사간에 인과관계가 있다고 주장하나, 대한정형외과학회지(제37권 제6호, 2002)에서 발표한 “스테로이드 치료를 받는 환자에서 대퇴골두 무혈성 괴사의 발병시기”에 관한 논문⁴³⁶⁾에 의하면 스테로이드 치료시작부터 진단까지의 기간은 1~16개월(평균 5.3개월)이었고, 22명의 환자 중에서 21명이 스테로이드 사용(평균사용량 5,928mg) 이후 12개월 이내에 대퇴골두 무혈성 괴사진단을 받았으며 이 임상적 위험시기를 지났을 경우 무혈성 괴사가 발병할 확률은 22명중 1명으로 5%미만으로 확인하고 있고, 금융분쟁조정위원회에서 의뢰한 의료자문 결과에 따르면 “스테로이드 약물과의 연관성에 관해서는 다소 논란이 있기는 하지만 사용된 스테로이드의 최고 용량, 하루 사용 용량, 축적 용량, 사용 기간 등이 중요한 위험요소이며 이 중에서도 고용량의 스테로이드를 사용하는 경우에 위험성이 가장 높은데 다른 연구결과에 따르면 일반적인 대퇴골두 무혈성 괴사의 최소 위험용량이 20mg이상 복용한 경우로 보고 있는데 최소 용량을 정확하게 정량화하기는 어려운 실정이나 신청인의 경우 스테로이드 약물 복용량이 하루 8mg씩 총 32일에 걸쳐 복용하여 총 축적량이 256mg으로 여러 참고문헌 등을 고려할 때 하루 최고용량이나 사용기간, 축적용량이 최소위험 용량에 비해 아주 소량이거나 단기간이며, 2008.11월 스테로이드 복용 중단후 2년이 훨씬 더 지난 시점인 2011.3월에 확인되었다는 점도 직접적인

434) 대법원 2010.5.13. 선고 2010다6857 판결 참조.

435) 2011.8.17. ○○의료원이 발행한 진단서에는 “상기 환자분은 ... (중략) ... 2008.8.29.~11.25. 기간중 외부 피부과 병원에서 알레르기성 두드러기 진단 하에 경구 스테로이드 및 주사 스테로이드를 처방받아 치료받은 바 있으며 같은 기간에 한약을 복용한 병력이 있습니다. 저명한 음주력이 없고 이외에 대퇴골두 무혈성 괴사와 밀접한 연관이 있는 원인을 찾기 어려워 스테로이드 사용의 절대량은 정확한 인과 관계가 증명된 바 없으며, 약물에 대한 반응은 환자에 따라 다른 것이므로 극히 소량이 아닌 경우 그 인과관계를 부정할 수 없습니다. 따라서 상기 환자 분의 병인은 스테로이드 사용이 가장 인과 관계가 높은 것으로 사료된다”고 기술되어 있음.

인과관계를 인정하기는 어렵다”는 소견 등을 감안할 때 이 건 신청인의 대퇴골두 무혈성 피사의 직접적인 원인이 약 2년 8개월전 복용한 스테로이드제라고 단정하기는 곤란한 것으로 판단됨.

(2) 스테로이드제 치료가 약관상 “외과적 수술, 그 밖의 의료처치로 인한 손해”에 해당하는지 여부

피신청인은 이 건 사고는 약관상 보상하지 아니하는 “외과적 수술, 그 밖의 의료처치로 인한 손해”에 해당한다고 주장하고 있음. 법원은 이와 관련하여 ‘위 면책조항은 약관상 보상하지 아니하는 질병 등을 치료하기 위한 외과적 수술, 기타 의료처치가 행하여지는 경우 피보험자는 일상생활에서 노출된 위험에 비하여 손해가 발생할 위험이 현저히 증가하므로 그러한 위험을 처음부터 보험보호의 대상으로부터 배제하고, 다만 보험회사가 보상하는 보험사고인 상해를 치료하기 위한 외과적 수술 등으로 인한 위험에 대해서만 보험 보호를 부여하고자 하는 것’이라는 입장⁴³⁶⁾을 취하고 있는데, 이는 질병 치료 목적의 의료행위에 따른 위험 발생가능성이 통상의 경우보다 높은 경우에는 약관상 손해사고의 성립요건인 우연성이 결여되므로 보상범위에 포함되지 아니한다는 상해보험 특성상 당연한 사항을 규정한 것에 불과⁴³⁷⁾하다는 의미이지 손해의 원인이 질병이라는 이유만으로 약관상 손해사고의 요건을 충족하는 경우에까지 모두 보상하지 아니한다는 의미로 과도하게 확대 해석하는 것은 부당한 것으로 판단되며, 같은 취지로 “이 사건 면책조항에서 정한 그 밖의 의료처치”라 함은 임신, 출산, 유산 또는 외과적 수술에 상응할 정도로 신체에 대한 위험이 따를 것이 예견되는 외과적·내과적 의료처치를 의미한다고 판시한 사례⁴³⁸⁾ 등을 종합하면 질병의 치료라 하더라도 피보험자의 입장에서 약물 부작용의 위험가능성을 전혀 예견할 수 없었다면 이 건의 경우에도 약관상 면책조항인 “외과적 수술, 그 밖의 의료처치”에는 해당하지 아니한다고 할 것임.

라. 결 론

436) 대법원 2010.8.19 선고 2008다78491 판결 참조.

437) 대법원 1980.11.25 선고 80다1109 판결, 서울지방법원 2002.9.3. 선고 2002가단75597 판결 등 참조.

438) 서울지방법원 2008.6.11. 선고 2007가합113569 판결 참조.

이 건 사고는 보험사고의 성립조건인 사고와 손해간의 인과관계를 인정하기는 어려운 것으로 판단되므로 달리 반증이 없는 한 피신청인은 약관에서 정하고 있는 보험금을 지급할 책임이 없다고 할 것임.

2-14 스테로이드 치료와 관련한 대퇴골두 무혈성 괴사의 상해 인정 여부[2]

[인용] 대퇴골두 무혈성 괴사의 원인이 스테로이드에 의한 것이라는 사실에는 당사자간에 다툼이 없으므로 사고의 급격성, 우연성, 외래성 충족 여부만을 살피면 이를 모두 충족한다고 판단됨. 약관의 면책조항은 특정 의료행위에 따른 사고발생 가능성이 통상의 경우 보다 높다면 약관상 손해사고의 성립요건인 우연성이 결여되므로 이를 보상범위에서 제외한다는 손해보험의 당연한 특성을 부연 설명한 것이지 질병치료를 위한 것은 모두 보상하지 아니한다는 의미로까지 확대해석하는 것은 불합리하다고 판단됨.(2013.5.28. 조정번호 제2013-15호)

가. 사실관계

신청인은 2004.5.14. 피신청인과 건강보험계약을 체결하고, 2008.11.26.~2009.1.9. 기간 중 ○○병원에서 성상세포종 진단을 받고 두부방사선 치료를 받았으며, 2009.2.10.~2010.4.29. 기간중 ○○병원 등에서 뇌종양 수술 및 방사선 치료 후 발생한 심한 뇌부종 치료를 위해 스테로이드제를 처방받았음.

2012.8.2. 신청인은 ◇◇병원에서 우측 고관절 대퇴골두 무혈성 괴사증으로 인공관절 치환술을 시행받은 후 2012.9.4. 보험금을 청구하였으나, 2013.1.4. 피신청인이 보험금 지급을 거절하여 2013.1.22. 금융분쟁조정을 신청함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

스테로이드제 약물 치료에 따른 대퇴골두 무혈성 괴사는 약관상 보상하는 손해(상해)에 해당하는데도 피신청인이 관련 보험금을 지급하지 아니함은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

대퇴골두 무혈성 괴사는 약물치료의 부작용으로 발생한 것으로 추정되는 만큼 이 건 사고는 질병이지 상해라기 보기 어려우며, 설령 상해로 인정된다고 하더라도 질병의 치료를 원인으로 하는 경우 약관상 보상하지 아니하는 손해인 “외과적 수술, 그 밖의 의료처치로 인한 손해”에 해당하므로 보험금을 지급할 책임이 없음.

다. 위원회의 판단

◆ 이 건의 쟁점은 ①신청인의 대퇴골두 무혈성 괴사가 약관상 보상하는 손해인 “상해”에 해당하는지 여부 및 ②약관상 보상하지 아니하는 손해(면책조항)중 “외과적 수술, 그 밖의 의료처치로 인한 손해”에 해당하는지 여부라 할 것임

(1) 다툼이 없는 사실

이 건 신청인의 우측 대퇴골두 무혈성괴사는 뇌종양 수술 및 방사선 치료 후 뇌부종이 발생하자 이를 치료하기 위해 사용한 스테로이드제의 부작용에 의한 것이라는 사실에 대해서는 당사자간에 다툼이 없음.

(2) 약관상 보상하는 손해에 해당하는지 여부

해당 약관 제14조(보상하는 손해)에 의하면 ‘피보험자가 보험기간 중에 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체에 상해를 입었을 때에는 그 상해로 인하여 생긴 손해를 보상한다고 규정하고 있는 바, 첫째, 사고가 급격성, 우연성, 외래성을 모두 갖추어야 하고, 둘째, 그 사고의 결과로 나타난 상해 사이에 상당한 인과관계가 존재해야 한다는 두가지 요건을 동시에 충족할 때에 약관상 상해로 인정된다 할 것인데, 이 건의 경우 대퇴골두 무혈성 괴사의 원인이 스테로이드 치료에 의한 것이라는 사실에는 당사자간에 다툼이 없으므로 사고의 급격성, 우연성, 외래성 충족 여부만을 살펴보면 아래 사실 등을 감안할 때 이를 모두 충족한다고 판단됨.⁴³⁹⁾

439) 유사 사례에서도 “스테로이드 치료로 대퇴골두 무혈성 괴사가 발생하였다면 약관상 보상요건의 하나인 급격성, 우연성, 외래성을 충족한다”고 결정한 바 있음(2012.7.24. 조정번호 제2012-19호).

① “급격성”이라 함은 객관적으로 사고가 갑작스럽게 발생하는 경우 뿐만 아니라 피보험자가 주관적으로 예견하지 아니하였거나 예견할 수 없는 순간에 발생하는 것도 포함된다고 할 것인데, 약물에 의한 부작용의 경우 약물을 계속적으로 장기간 복용함으로써 그 효과가 계속 누적되어 어느 시점에 나타나는 것이 일반적이고, 그 부작용을 예상할 수 없었던 사람의 입장에서는 급격하게 손해가 발생한 것으로 인정된다 할 것⁴⁴⁰⁾이므로 신청인이 무혈성 괴사라는 스테로이드 부작용을 예견하였거나 예견할 수 있었다고 볼 만한 사정이 없는 한 사고의 급격성이 인정된다고 할 것임.

② “우연성”은 사고의 발생이 계약자 등의 ‘자발적 의사에 의하지 아니함’을 의미하므로 특정한 사고의 원인과 결과 중 어느 한쪽에 우연적인 요소가 있으면 그로써 충분하다 할 것인데, 이 건의 경우도 사고의 원인이 우연한지 여부는 별론으로 하더라도 적어도 대퇴골두 무혈성 괴사라는 결과는 신청인이 당초 의도한 것이라고 보기는 어려우므로 사고의 우연성을 충족한다고 판단됨.⁴⁴¹⁾

③ “외래성”은 손해의 원인이 피보험자 신체의 외부로부터 작용하는 것으로서 피보험자의 신체적 결함 즉, 질병과 같은 내부적 원인에 기인한 것은 제외⁴⁴²⁾되는 것이므로 대퇴골두 무혈성 괴사가 신청인의 체질적인 요인이 아니라 스테로이드제에 의한 것이라는 사실에는 다툼이 없으므로 외래성 또한 인정된다고 할 것임.

(3) 약관상 “보상하지 아니하는 손해” 해당 여부

피신청인은 이 건 사고가 약관상 보상하지 아니하는 “외과적 수술, 그 밖의 의료처치로 인한 손해”에 해당한다고 주장하나, 법원에서도 “이 사건 면책조항에서 정한 그 밖의 의료처치”라 함은 임신, 출산, 유산 또는 외과적 수술에 상응할 정도로 신체에 대한 위험이 따를 것이 예견되는 외과적·내과적 의료처치를 의미한다고 판시⁴⁴³⁾한 점 등을 감안하면 질병의 치료라 하더라도 이 건과 같이 피보험자의 입장에서 약물 부작용의 위험

440) 서울고등법원 2004.7.9. 선고 2003나37183, 서울지방법원 2008.6.11. 선고 2007가합113569 판결 등 참조.

441) 대법원 2001.11.9. 선고, 2001다55499 판결 등 참조.

442) 서울고등법원 2006.6.8. 선고 2005나61623 판결 등 참조.

443) 서울지방법원 2008.6.11. 선고 2007가합113569 판결 참조.

가능성을 전혀 예견할 수 없는 단순한 경구 투약 등의 처방 정도를 “외과적 수술, 그 밖의 의료처치”에 해당한다고 보기는 어렵고, 그 외에도 “약관상 보상하지 아니하는 질병 등을 치료하기 위한 외과적 수술, 기타 의료처치가 행하여지는 경우 피보험자는 일상생활에서 노출된 위험에 비하여 손해가 발생할 위험이 현저히 증가하므로 그러한 위험을 처음부터 보험보호의 대상으로부터 배제하고, 다만 보험회사가 보상하는 보험사고인 상해를 치료하기 위한 외과적 수술 등으로 인한 위험에 대해서만 보험 보호를 부여하고자 하는 것”이라고 해석⁴⁴⁴⁾하고 있는 사정 등을 고려할 때, 위 면책조항은 특정한 의료행위에 따른 사고 발생 가능성이 통상의 경우 보다 높다면 약관상 상해사고의 성립요건인 우연성이 결여된 것이어서 이를 보상범위에서 제외한다는 상해보험의 당연한 특성을 다시 부연 설명한 것이지 질병치료를 위한 것이라면 모두 보상하지 아니한다는 의미로까지 확대 해석하는 것은 불합리하다고 판단됨.

라. 결 론

그렇다면 이 건 사고와 관련하여 달리 반증이 없는 한 피신청인은 약관에서 정한 보험금을 지급할 책임이 있다고 할 것임.

444) 대법원 2010.8.19. 선고 2008다78491 판결 참조.

제4절 사망사고

2-15 교통사고와 사망사고간의 인과관계 존재 여부

[인용] 교통사고로 피보험자가 입은 상해가 곧바로 사망의 결과를 가져올 정도의 치명상은 아니었다 하더라도 하악골골절, 비골골절, 흉부좌상, 다발성 안면부 좌상 및 열창 등의 증상을 입은 사실이 인정되고, 사고차량의 파손상태 등을 고려해 볼 때 수술과정에서 발생한 심장병은 부수적인 원인을 제공한 것으로 보이며 피보험자의 보다 직접적인 사망원인은 교통사고에 의한 상해로 봄이 타당함.(2001.1.16. 조정번호 제2001-2호)

가. 사실관계

신청외 A씨는 피신청인과 상해보험 등 4건의 보험계약을 체결하였고, 피보험자 B씨는 2000.2.1. 00:30경 본인 차량을 타고 ○○고속도로를 주행하던중 상행선 200km지점에 이르러 졸음운전을 한 과실로 같은 방향으로 선행하는 차량(5톤 트럭)을 충격함. 이 사고로 피보험자는 하악골 골절 등의 상해를 입고 인근 ◇◇병원으로 후송되어 응급치료를 받은 후 같은 시 소재 △△병원으로 전원되어 15:00부터 18:00까지 하악골 골절에 대한 관혈적정복술을 시행받고 회복과정에서 갑자기 혈압이 하강하여 심폐소생술을 시행하였으나 소생치 못하고 같은 날 20:20경 사망함.⁴⁴⁵⁾

피신청인의 의뢰에 따라 본건 사고사실관계를 조사한 손해사정보고서에 의하면 피보험자는 과거 교통사고로 인해 방사선 사진을 촬영하였다는 사실 외에는 특이사항이 없었고, 평소에 건강하고 성실하였다고 기록되어 있음.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

피신청인은 피보험자의 사망원인을 교통사고라기보다는 피보험자의 기존질환(고혈압,

445) △△병원에서 발행한 사망진단서에 의하면 피보험자의 사망원인은 선행사인: 교통사고, 중간선행사인: 하악골골절, 안면부 비골골절, 고혈압, 당뇨(추정), 직접사인: 심근경색(추정)으로 기록되어 있음.

당뇨병, 심장관련 질환)에 의한 것이라고 주장하나, 피보험자는 평소 매우 건강한 편이 었음. 피신청인은 신청인에게 보험금 지급을 거절하기 위해 본건 치료병원의 의료과실 사고로 유도하고 있으나 병원측에서는 정상적인 각종검사를 통하여 관혈적 정복술을 시행하였으며 마취과정이나 수술과정에서 의료과실을 인정할 만한 내용이 없는 것으로 밝혀짐. 따라서, 본건은 피보험자가 우발적인 외래의 교통사고로 상해를 입고 이를 치료하기 위한 수술과정에서 사망하였으므로 동 사건과 직접적인 인과관계가 있다고 보아야 함.

(2) 피신청인의 주장

국립과학수사연구소의 소견에 의하면 피보험자의 사인을 심장병변에 기인한 마취 중 사망으로 보고 있고, 대한의사협회의 소견에 의하면 피보험자의 심장은 고도의 심비대와 육안 및 조직검사상 좌우측 심관상 동맥에서 중등도의 심동맥경화를 보이고 있다는 소견임. 또한, 이 사건 사고로 야기된 하악골골절과 안면부 비골 골절의 진단은 생명에 지장을 줄 만한 상해정도는 아니며 부검결과상으로도 상기 진단이 사망에 이르게 한 영향은 없는 것으로 확인됨. 따라서, 교통사고가 피보험자 신체의 상해요인을 제공하였지만 사망에 이르는 직접적인 영향을 제공하지 않은 것으로 판단됨.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 피보험자의 사망이 이 사건 사고(교통사고)로 인한 것인지 여부임.

교통사고와 피보험자 사망간의 인과관계 존부에 대하여 살펴보건대, 이 사건 사고에 대한 사실관계와 아래와 같은 점을 종합하여 볼 때 피보험자의 사망은 이 사건 사고(교통사고)로 인한 것으로 보아야 함.

① 이 사건 사고로 피보험자가 입은 상해가 곧바로 사망의 결과를 가져올 정도의 치명상은 아니었다하더라도 하악골골절, 비골골절, 흉부좌상, 다발성 안면부 좌상 및 열창 등의 중상을 입은 사실이 인정되고, 피보험자는 이 사건 사고로 ◇◇병원에서 응급치료를 받은 후 △△병원으로 전원되어 중환자실에 입원 중 하악골부위에 출혈이 발생하고

있고, 2차적인 오염이 예상되는 긴급한 상황에서 하악골골절 관혈적정복술을 시행받던 중 사망한 점.

② 국립과학수사연구소의 부검결과에 의하면 피보험자의 사망원인을 심장병변에 기인한 마취 중 사망이라고 결론을 내리고 있으나 국립과학수사연구소의 위의 결론은 선행 행위인 교통사고를 고려한 법적 인과관계에 대한 판단이 아니고 피보험자가 수술 중 사망에 이르게 된 직접적인 원인에 대한 의학적 판단으로 보여지는 점.

③ 피보험자의 사망원인에 수술과정에서 발생한 심장병변이 어느 정도 영향을 미친 것으로 볼 수 있으나, 피보험자는 평소 심장 등 질병과 관련하여 치료를 받은 사실이 없이 건강한 생활을 영위해 온 점이 인정되고, 이 사건 사고차량의 파손상태가 심하였고, 피보험자의 상해상태가 중상이었던 점 등을 고려해 볼 때 수술과정에서 발생한 심장병변은 부수적인 원인을 제공한 것으로 보여지며 피보험자의 보다 직접적인 사망원인은 교통사고에 의한 상해로 봄이 타당하다는 점.

④ 대한의사협회의 회신에 의하면 마취과 의사의 수술전 환자상태 평가와 검사는 적절하게 시행되었고 마취방법이나 약제의 선택 및 사용용량 등에 대한 마취시행과정에서 과실을 발견할 수 없다는 것이고, 국립과학수사연구소의 부검결과 등에 비추어 피보험자의 사망에 의료과실이 개입되었다고 볼 만한 증거를 발견하기 어렵다는 점.

라. 결 론

이 사건 교통사고와 피보험자의 사망간에 인과관계가 없다고 볼 수 없으므로 피신청인은 해당 보험금을 지급하여야 함.

2-16 주사기에 의한 약물투여로 인한 사망에 대한 보상 여부

[기각] 주사기에 의한 약물투여 등의 주사는 그 약물의 성분, 그 주사기의 소독상태, 주사방법 및 주사량 등에 따라 인체에 위해를 발생시킬 우려가 높은 행위로 의료법상 의료행위에 포함되므로, 무자격자인 신청인이 피보험자에게 행한 주사행위는 약관상의 ‘그 밖의 의료처치’에 해당함.(2006.6.28. 조정번호 제2006-34호)

가. 사실관계

보험계약자 겸 피보험자인 망 A씨(1949년생)는 2005.2.24. 피신청인과 실버보험 계약을 체결하였고, 만성요통을 앓고 있었으나 자택에서 특별한 치료 없이 지냈음. 신청인은 피보험자의 딸로 성형외과에서 간호조무사로 근무하고 있었고, 피보험자가 요통을 호소할 때 몇 차례 피보험자의 둔부에 근육이완제를 주사한 적이 있음.

2005.5.10. 20:40경 피보험자가 요통을 호소하자 신청인은 자신이 간호조무사로 근무하는 성형외과 병원에서 브롬화 베쿠로니움이 주성분인 마비성 근육이완제 베카론(이하 “본 건 약물”이라 함) 1병(4mg), 하트만용액 1병(500ml), 증류수 1병(1cc) 등을 무단으로 가져와 자택에서 통증완화 목적으로 오른손 손목부위 정맥에 주사하였음. 그로부터 약 5분후 피보험자가 의식저하 및 호흡곤란 증상을 호소하여 ○○병원 응급실에 후송된 후 중환자실로 옮겨져 치료중 2005.5.12. 사망하였음.

○○병원 담당의사 확인결과 피보험자의 사망원인은 본 건 약물 투여로 인한 사망으로 사료되며, 약물투여 이외의 다른 사망원인의 가능성은 거의 희박하다는 소견을 보였으며, 국립과학수사연구소의 부검결과 베쿠로니움 중독으로 밝혀짐.

관할경찰서 담당형사 확인결과 신청인이 고의적인 행동으로 피보험자를 사망케 한 혐의는 없는 것으로 수사 종결되었고, 신청인은 무면허 의료행위와 관련하여 검찰에서 의료법 위반 및 업무상 과실치사로 기소유예 되었음.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

약제를 의사의 처방없이 사용한 것은 본인의 실수이지만 그것을 의료처치라고 볼 수는 없으므로 상해사망 보험금 및 장제비를 지급하여야 함.

(2) 피신청인의 주장

상해보험은 피보험자가 급격하고 우연한 외래의 사고로 인하여 신체에 손상을 입는 것을 보험사고로 하는 것인 바, 의료처치 중에 사망한 경우는 보험사고의 범주에 속한다

고 할 수 없으므로 상해사망 보험금 및 장제비 지급 책임은 없음.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 신청인이 피보험자에게 행한 주사행위가 약관상의 “그 밖의 의료처치”에 해당하는지 여부임.

(1) 보험약관 규정

당해 보험약관 제7조(보상하지 아니하는 손해) 제1항에는 “회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 아니하고 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.”라고 규정하고 있고, 그 사유 중 하나로 “피보험자의 임신, 출산(제왕절개 포함), 유산 또는 외과적 수술, 그 밖의 의료처치”를 열거하고 있음.

(2) 본 건 사망사고로 인한 손해가 ‘보상하지 아니하는 손해’에 해당하는지 여부

다음 사항을 고려할 때 신청인의 주사행위는 “그 밖의 의료처치”에 포함되며, 따라서 본 건 사망사고는 “보상하지 아니하는 손해”에 해당함.

당해 보험약관은 “그 밖의 의료처치”의 범위를 명확히 규정하고 있지 않으나, 판례는 외과적 수술 기타 의료처치 과정에서 피보험자가 사망한 경우 이러한 사고는 피보험자의 예견과 동의하에 이루어지는 의료행위로서 우연한 외래의 사고에 있어서의 ‘우연한 사고’에 해당하지 아니한다고 할 것이고, 이러한 점에서 본 건 보험약관이 외과적 수술, 그 밖의 의료처치를 면책사유의 하나로 규정하고 있는 것은 상해보험의 성질상 당연한 경우를 규정하고 있는 것이라고 보고 있음⁴⁴⁶⁾.

주사기에 의한 약물투여 등의 주사는 그 약물의 성분, 그 주사기의 소독상태, 주사방법 및 주사량 등에 따라 인체에 위해를 발생시킬 우려가 높은 행위로 의료법상 의료행위에 포함⁴⁴⁷⁾되므로, 신청인의 주사행위는 의료행위로 볼 수 있음.

다만, 신청인의 주사행위는 의료법상의 무면허 의료행위에 해당하나, 당해 보험약관에

446) 대법원 1980.11.25. 선고 80다1109 판결, 서울지방법원 2002.9.3. 선고 2002가단75597 판결 참조.

447) 대법원 1999.6.25. 선고 98도4716 판결 참조.

서 “그 밖의 의료처치”를 합법적인 의료행위로 한정하고 있지 아니한 점, 피보험자의 동의하에 이루어진 의료행위라는 점, “그 밖의 의료처치”의 범위를 합법적인 의료행위로 한정한다면 합법적인 의료행위로 인한 손해는 보상하지 않는 반면, 무면허의료행위로 인한 손해는 보상하는 불합리한 결과를 초래하게 된다는 점에서 신청인의 주사행위가 무면허 의료행위라 하여 달리 볼 합리적 이유가 없음.

라. 결 론

피보험자의 사망은 당해 보험약관에서 규정하고 있는 ‘보상하지 아니하는 손해’에 해당하므로 피신청인의 상해사망 보험금 및 장제비 지급책임은 없다고 판단됨.

2-17 알코올성 간경화와 과로사 관련 사망보험금과의 인과관계

[기각] 피보험자가 사망 4개월 전부터 13차례 “알코올성 간경화”로 치료받은 사실 등을 근거로 피보험자의 사망원인이 과로사 관련 특정질환인 것은 인정할 수 있으나, 피보험자가 보장개시일 이전에 이미 알코올성 간질환으로 진단받고 통원·투약치료 받은 사실이 있어 피보험자는 보장개시일 이전에 발생한 간질환으로 인해서 사망한 것으로 판단되므로 피신청인은 과로사관련 특정질병 사망보험금을 지급할 책임이 없음.(2009.5.26. 조정번호 제2009-53호)

가. 사실관계

피보험자는 2004.12.15.~2005.6.22. 기간중 ○○의원에서 알코올성 간염 및 본태성 고혈압으로 9회 통원 치료를 받은 후 2005.6.24. 소득보상보험 계약을 체결하였음. 그 이후 피보험자는 2005.7.26.~2008.5.9. 기간중 동 의원에서 계속해서 알코올성 간염 및 본태성 고혈압으로 31회 통원 치료를 받았으며, 2008.5.28.~9.17. 기간중 알코올성 간경화로 13회 통원 치료를 받았음.

2008.9.25. 피보험자는 고열 등으로 서울 소재 ◇◇병원 응급실에 내원하여 패혈증 상부 위장관 출혈 등으로 치료 중 2008.9.28. 사망하였음.⁴⁴⁸⁾

2008.10.16. 신청인의 보험금 청구에 대해 피신청인은 기타질병 사망보험금(1천만원)을 지급하였으나, 2009.3.9. 신청인이 과로사관련 특정질병사망보험금(4천만원)을 추가로 청구하자 피신청인이 지급을 거절함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

피보험자가 알코올성 간경화의 합병증인 패혈증으로 사망하였으므로 과로사 특정질병 사망보험금을 지급해야 함.

(2) 피신청인의 주장

피보험자의 직접적인 사망원인은 패혈증이지 간질환이 아니므로 기타질병사망보험금을 지급함이 타당함. 사망원인을 알코올성 간경화로 보더라도, 피보험자는 보험가입 이전에 이미 알코올성 간염으로 수차례 통원치료를 받은 사실이 있어, 보험가입 이전에 발생한 질병으로 인해 사망한 경우에 해당되므로 보험금 지급을 거절하는 것이 타당함.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 피보험자의 사망원인이 과로사관련 특정질병(간질환)인지 여부와 동 질병이 보장개시일 이후에 발생하였는지 여부임

(1) 해당 보험약관 규정

제5조(보상하는 손해) 회사는 피보험자가 보장개시일 이후에 발생한 아래의 질병으로 인하여 보험가입서(보험증권)에 기재된 이 특별약관의 보험기간중에 사망하거나 또는 그 질병이 치유된 후 직접결과로써 신체의 일부를 잃었거나 그 기능이 영구히 상실되어 장애분류표에서 정한 지급률이 80% 이상에 해당하는 후유장해가 남았을 경우 아래에 정한 금액을 유족생활소득보상금으로 수익자에게 지급하여 드립니다.

448) 직접사인 및 중간선행사인 : 패혈증의 진행, 선행사인 : 그람음성균패혈증

지급명칭	지급사유	보상금액
유족생활 소득보상금	과로사관련 특정질병 사망	보험가입금액의 5배
	과로사관련 특정질병 사망을 제외한 기타 질병사망	보험가입금액 전액

<별표2> 과로사관련 특정질병 분류표

대 상 질 병	분류번호
13) 간의 질환	K70-K77

(2) 쟁점검토

해당 약관 제5조(보상하는 손해)에 의하면, 피보험자가 보장개시일 이후에 발생한 과로사 관련 특정질병으로 인하여 보험기간중 사망한 경우에 사망보험금을 지급하도록 정하고 있으나, ○○의원 진료기록에 의하면, 피보험자는 보험계약일(2005.6.24) 이전인 2004.12.15.~2005.5.11. 기간중 알코올성 간염으로 진단받고 5회 통원·투약치료를 받은 사실이 있음에도 이 건 보험계약 체결당시 피신청인측의 보험설계사로서 동 치료사실을 고지하지 아니하였고, 보험계약일 이후에도 2005.10.21.~2008.5.9. 기간중 동일 질병으로 통원·투약치료를 반복적으로 받은 사실을 확인할 수 있어 피보험자의 간질환은 이 건 보험의 보장개시일 이전에 발병하였다고 볼 수 있음

한편 ◇◇병원 “진료사실확인 및 소견서”에 따르면 기존 간질환이 패혈증, 신부전을 급속히 악화시켰을 가능성이 있다고 밝히고 있으나 이는 의학이론적 가능성일 뿐 본 건의 경우 기존 간질환과 패혈증 사이에 직접적인 인과관계를 엿볼 수 있는 객관적인 의적자료를 찾아보기 어렵고, 또한 △△병원 사망진단서(2008.9.28)에 의하면 직접사인 및 중간선행사인은 “패혈증의 진행” 선행사인은 “그람음성균패혈증”으로 기재되어 있는 바, 피보험자가 과로사 관련 특정질병으로 사망하였다고 볼 수 없음

라. 결 론

따라서 피신청인은 과로사 관련 특정질병 사망보험금을 지급할 책임이 없다고 판단됨.

2-18 심인성 쇼크사가 외래의 사고에 해당하는지 여부

[기각] 피보험자의 사망종류는 ‘병사’로 기재되어 있고 직접사망원인은 ‘심인성 쇼크’, 중간 선행사인으로는 ‘급성 심근경색’으로 기재되어 있어 피보험자의 사망원인은 질병이라는 내부적 요인으로 확인되고 외부적 요인에 의해 초래되었다고 볼만한 사정이 없는 점. 의료과실까지 동 건 보험약관에서 규정하고 있는 ‘외래의 사고’로 인정하기 어려운 점 등을 감안시 상해보험금 지급을 거절한 피신청인의 조치를 부당하다고 보기 어려움.(2011.4.26. 조정번호 제 2011-28호)

가. 사실관계

보험계약자는 2008.11.24. 피신청인과 보험계약을 체결하였음. 피보험자는 2009.2.12. 등산 중 넘어지는 사고가 발생하여, ○○병원에서 요추염좌, 급성기관지염 진단 및 입원 치료를 받던 중 2009.2.15. 심인성 쇼크, 급성심근경색으로 사망하였음.

2009.9.17. 신청인이 보험금을 청구하여 피신청인은 질병사망보험금 25백만원을 지급하였고, 2010.8.12. 신청인은 ○○병원을 상대로 주치의의 과실을 주장하며 소송을 제기하여 의사에게 80%의 배상책임(의료과실)이 있다는 1심판결을 받은 후 병원측에서 항소 중 1심 판결금액의 60%를 지급받는 조건으로 합의하였음.

2011.2.11. 신청인이 피신청인에게 상해사망보험금을 청구하였으나, 피신청인이 지급을 거절하자 같은 해 3.11. 금융분쟁조정을 신청하였음.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

피보험자에게 제대로 된 치료가 시행되었다면 생존이 예견되었기 때문에 피보험자에게 적절한 진단과 치료를 하지 않은 사실은 질병의 진단과 치료를 기대한 피보험자에게는 급격하고도 우연한 사고에 해당되며, 피보험자의 주된 사망원인은 내재된 질병이나 체질적인 요인이 아니라 급격하고 우연한 사고에 법원에서 인정된 의사의 주의의무 위반이라는 외래적 요인이 결합되었으므로 피신청인의 상해보험금 지급 거절은 부당함.

또한 동 건 사고는 사망의 원인이 된 질병에 관하여 외과적인 수술이 없었고 적극적인 의료처치 자체가 없었던 경우이므로 동 약관의 면책사유 중 “피보험자의 임신, 출산(제왕절개 포함), 유산 또는 외과적 수술, 그 밖의 의료처치를 원인으로 하여 생긴 손해”에도 해당되지 않고 과거 유사 분쟁조정사례(조정번호 2008-27호)와 동일하게 보험금이 지급되어야 함.

(2) 피신청인의 주장

동 건 의료사고는 의사가 적극적으로 수술 등 처치를 하던 중 상해사망이 발생한 것이 아니라 의사의 부작위로 인해 사망에 이르게 된 것이므로 “외래의 사고”에 해당되지 않고, 피보험자의 사망원인은 심근경색이며, 동 질병은 면책조항에 해당되므로 상해사망 보험금의 지급책임이 없음.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 피보험자의 사망을 상해사고로 인정할 수 있는지 여부라 할 것임

(1) 보험약관 규정

해당 보험약관 제15조 제1항에서는 “피보험자가 보험기간 중에 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체에 상해를 입었을 때에는 그 상해로 인하여 생긴 손해를 이 약관에 따라 보상하여 드립니다”라고 규정하고 있고 제16조 제1항 제5호에서는 “피보험자의 질병”을 보상하지 아니하는 손해로 규정하고 있으며, 제16조 제1항 제7호에서는 “피보험자의 외과적 수술, 그 밖의 의료처치는 보상하지 아니한다. 그러나 회사가 부담하는 상해로 인한 경우에는 보상한다.”라고 규정하고 있음.

(2) 쟁점 검토

신청인은 주치의의 의료과실로 인해 피보험자가 사망하였으므로 이 건 사고는 ‘상해사고’에 해당된다고 주장하나 다음과 같은 점을 고려할 때 인정하기 어려움.

- ① 동 건 관련 약관규정에 따르면, “피보험자가 보험기간 중 급격하고도 우연한 외래

의 사고”를 보상하는 손해로 규정하고 있고, 판례에서는 약관의 내용 중 상해보험사고의 요건인 “급격하고도 우연한 외래의 사고” 중 “외래의 사고”라는 것은 상해 또는 사망의 원인이 피보험자의 신체적 결함 즉 질병이나 체질적 요인 등에 기인한 것이 아닌 외부적 요인에 의해 초래된 모든 것을 의미⁴⁴⁹⁾하는 것으로 판시하고 있으며, 동 건 관련 약관에서는 “피보험자의 질병”을 보상하지 아니하는 손해로 규정하고 있는 바, ○○병원에서 발급한 사망진단서(2009.2.16.) 등에 따르면, 피보험자의 사망종류는 “병사”로 기재되어 있고 직접사망원인은 “심인성 쇼크”, 중간 선행사인으로는 “급성 심근경색”으로 기재되어 있어 피보험자의 사망원인은 질병이라는 내부적 요인으로 확인되고 외부적 요인에 의해 초래되었다고 볼만한 사정이 없는 점.

② 이 건 관련 의료분쟁의 판결내용에 따르면, 주치의가 주의의무를 게을리 한 채 심근경색 진단에 필요한 추가검사 시행 없이 급성 기관지염(또는 폐렴)에 필요한 치료만을 시행하여 피보험자가 결국 사망에 이르게 된 것으로 보아 의료과실을 인정하고 있는 바, 설령 이러한 의료과실이 인정된다 하더라도 과거 분쟁조정사례(조정번호 2008-27호)⁴⁵⁰⁾의 경우와 같이 의료과실이 상해사고에 해당하려면 상해보험의 기본적인 요건을 충족하여야 할 것인데 상해보험에서의 “외래의 사고”는 “명백히 가시적으로 인식할 수 있는 외부에 있는 사고”에 기인하는 것⁴⁵¹⁾에 해당되어야 하나, 이 건 사고는 심근경색과 관련하여 수술 또는 의료처치를 하다가 피보험자의 사망이라는 상해사고가 발생한 것이 아니라 어떠한 외부적 작용없이 주치의의 주의의무 위반 및 부작위 등에 기인한 의료과실로 피보험자가 사망하였는 바, 이러한 의료과실까지 동 건 보험약관에서 규정하고 있는

449) 대법원 2010.9.30. 선고 2010다12241 판결 참조.

450) 조정번호 2008-27호 : “신청인이 입은 설신경 손상은 정상적인 사랑니 발치 행위로 인한 것이라기보다는 사랑니 발치과정에서 의료사고로 인해 발생한 것으로 신청인이 예측할 수 있었다고 보기는 어려우며, 사랑니 발치를 담당한 의사도 동 사고가 의료사고임을 인정하고 있는 점을 고려할 때, 동 사고는 위 판례에서 말하는 우연한 사고로 상해사고에 해당된다 할 것임. 또한 당해보험 보통약관 제14조 제1항 제7호 단서에 의하면 회사가 부담하는 상해로 인한 경우에는 보상하는 것으로 규정하고 있는데, 위에서 본 바와 같이 동 사고가 상해사고에 해당하는 이상 신청인이 ○○대학교 치과병원 및 ◇◇대학교 치과병원에서 의료처치를 받은 것은 의료사고로 인해 발생한 상해를 치료하기 위한 것으로 볼 수 있는바, 동 단서에 의해 보상책임이 발생한다 할 것임.”

451) 대법원 2006.2.10. 선고 2005다58083 판결 참조.

“외래의 사고”로 인정하기 어렵고, 상기 판례에서 실시하고 있는 외래의 사고 의미 즉 “명백히 가시적으로 인식할 수 있는 사고”에도 해당된다고 보기 어려운 점.

따라서, 이 건 피보험자의 사망은 질병이라는 내부적 요인에 의해 발생한 것으로 판단 되고, 외래의 사고로 인해 손해가 발생한 경우에 해당되지 않는 것으로 보임.

한편, 신청인은 과거 분쟁조정 사례(조정번호 2008-27호)에서도 “의료사고”가 “상해사고”로 인정되었으므로 동일하게 적용되어야 한다고 주장하므로 이에 대하여 살펴보면, 이 건 사고의 경우에도 피보험자가 예측할 수 없는 원인에 의하여 발생하고 통상적으로 기대할 수 없는 결과를 가져온 경우에 해당되어 “사고의 우연성” 요건은 충족할 수 있을 것으로 보여짐. 다만, 과거 조정례에서는 피보험자의 손해가 “사랑니 발치 중 의료사고”라는 외부적 작용에서 비롯된 반면 앞서 살펴본 바와 같이 이 건 사고는 외부적 작용과 무관하며, 오히려 피신청인이 주장하는 바와 같이 주치의의 주의의무 위반에 의한 질병(심근경색)의 자연적 경과로 피보험자가 사망에 이르게 된 것으로 보이므로 “사고의 외래성”이라는 요건을 충족하지 못한 경우에 해당된다 할 것이므로 이 건 사고를 과거 분쟁조정례와 동일하게 취급되어야 한다는 신청인의 주장은 이유 없다 할 것임.

라. 결 론

그렇다면, 이 건 의료사고는 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체에 상해를 입은 경우에 해당되지 않으므로 상해보험금 지급을 거절한 피신청인의 조치를 부당하다고 보기 어려움.

2-19 슬레이트 지붕에서 추락한 것이 보험약관상 붕괴사고에 해당하는지 여부

[기각] 약관상 붕괴는 “폭발, 파열, 화재 등의 외력에 의한 것이 아니라 그 자체의 내부 결함이나 부식 및 침식 등으로 인한 사고로 정의하고 있으므로, 이 때의 ‘외력에 의한 것’이라 함은 건물 등의 급격하고 우연한 붕괴사고가 건물 및 건축구조물 자체에 내재된 요인이 아니라 폭발, 파열, 화재 등 외부에 존재하는 요인이 원인이 되어 그 결과로 인하여 이차적으로 발생한 것이라고 해석함이 상당함.(2012.1.31. 조정번호 제2012-4호)

가. 사실관계

피보험자는 2009.12.10. 피신청인과 종합화재보험 계약을 체결하였음. 2011.9.18 피보험자가 슬레이트 지붕에서 추락⁴⁵²⁾하여 사망하자, 신청인이 10.4 보험금을 청구하였고, 같은 달 27일 피신청인은 약관상 보장하는 손해가 아니라는 이유로 보험금 지급을 거절함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

피보험자가 크레인 작동 오류로 변압기를 점검하기 위해 옥상에 올라갔다가 지붕이 무너져 추락하여 사망한 동 건 사고는 약관상 담보대상인 붕괴사고에 해당하는데도 보험금 지급을 거절함은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

이 건 사고는 건물 자체의 내부 결함 등이 아닌 “피보험자의 몸무게”라는 외력에 의하여 발생한 것으로 이는 약관상 보상하는 손해에 해당하지 아니함.⁴⁵³⁾

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 동 건 사고의 원인이 약관상 담보대상인 “건물 및 건축구조물의 붕괴, 침강 또는 사태사고”에 해당하는지 여부라 할 것임

452) 산재보험 청구서 내용 : 소각로 컨트롤룸 옥상 지붕에 있는 크레인 저항기를 점검하던 중 컨트롤룸 옥상과 폐기물 보관창고 건물 사이의 슬레이트 지붕으로 추락함.

453) 당해 보험약관 제25조(보상하는 손해) ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 화재 및 폭발, 파열사고와 급격하고도 우연한 건물 및 건축구조물(건축중인 것을 포함합니다)의 붕괴, 침강 또는 사태사고로 신체에 상해를 입었을 때에는 그 상해로 인하여 생긴 손해를 본 신체손해조항 및 일반조항에 따라 보상하여 드립니다

② 위 제1항의 붕괴, 침강, 사태라 함은 다음을 말합니다.

1. 붕괴 : 폭발, 파열, 화재 등의 외력이 아닌 통상적 용도에 따라 건물 또는 건축구조물을 사용할 때에 그 자체의 내부결함이나 부식 및 침식 등으로 그 전부나 일부가 갑자기 무너져 내리는 것을 말합니다. 다만, 균열 또는 파손에 의해 일부가 떨어지는 것은 붕괴로 보지 아니합니다.

당해 약관상 급격하고도 우연한 건물 및 건축구조물의 붕괴, 침강 또는 사태사고를 담보하며, 붕괴라 함은 “폭발, 파열, 화재 등의 외력이 아닌 통상적 용도에 따라 건물 또는 건축구조물을 사용할 때에 그 자체의 내부결함이나 부식 및 침식 등으로 그 전부나 일부가 갑자기 무너져 내리는 것”으로서 “균열, 또는 파손에 의해 일부가 떨어지는 것”은 이에 동 “붕괴”의 범위에 포함하지 아니하는 것으로 규정하고 있는 바, 이를 종합하면 담보대상이 되는 건물 등의 붕괴 사고는 (i) 폭발, 파열, 화재 등의 외력에 의한 것이 아닐 것, (ii) 통상적 용도에 따라 건물 또는 건축물을 사용할 때 사고가 발생할 것, (iii) 그 자체의 내부 결함이나 부식 및 침식 등으로 그 전부나 일부가 갑자기 무너져 내릴 것, (iv) 균열 또는 파손에 의해 일부가 떨어지지 않을 것을 모두 충족할 때 인정된다고 할 것임.

신청인은 이 건 사고가 약관상 붕괴사고에 해당한다고 주장하나, 다음 사항을 고려할 때 이를 인정하기는 어려운 것으로 판단됨.⁴⁵⁴⁾

① 약관상 붕괴는 “폭발, 파열, 화재 등의 외력에 의한 것이 아니라 그 자체의 내부 결함이나 부식 및 침식 등으로 인한 사고”로 정의하고 있으므로, 이 때의 “외력에 의한 것”이라 함은 건물 등의 급격하고 우연한 붕괴사고가 건물 및 건축구조물 자체에 내재된 요인이 아니라 폭발, 파열, 화재 등 외부에 존재하는 요인이 원인이 되어 그 결과로 인하여 이차적으로 발생한 것이라고 해석함이 상당하다 할 것이나, 피보험자가 슬레이트 지붕을 밟은 후 그 몸무게에 의한 하중을 견디지 못하고 지붕에 구멍이 뚫려 그 아래로 추락한 이 건 사고의 경우 피보험자의 “몸무게”라는 “외력”에 의하여 발생한 것으로 추정되므로 위 (i) 조건을 충족하지 있지 아니한 것으로 판단되는 점.

② 슬레이트 지붕은 건물과 건물 사이에 살짝 걸쳐 올려놓는 형식으로 설치되어 있어 일반적으로 그 위에 사람이 올라 설 경우 몸무게에 의한 하중을 견디지 못하고 부서지

454) 관할 경찰서에서 발급한 2011.9.18.자 “사건사고사실확인원”에 기재된 사고개요(신고내용)에 따르면 피보험자의 사망원인에 대하여 “2011.9.18 13:50경 공장에서 크레인 작업을 하던 중 크레인에 이상이 생겨 그 원인을 확인하고자 저항기를 살펴보니 공장 옥상에 올라갔다가 불상의 이유로 슬레이트로 된 공장 지붕을 밟아 슬레이트가 부서지면서 7~8미터 높이의 옥상에서 바닥으로 추락”한 데 따른 것이라는 사실에 대해서는 당사자간에 다툼이 없음.

기 쉬운 사정을 감안할 때 이를 달리 볼만한 사정이 없다면 이 건 사고가 통상적 용도에 따라 건물 또는 건축물을 사용하면서 발생한 것으로 보기 어렵고, 건물 또는 건축구조물 자체의 내부결함이나 부식 및 침식 등으로 그 전부나 일부가 갑자기 무너져 내린다는 의미는 위에서 살펴본 바와 같이 외력이 될 만한 외부요인이 없는 상황에서 건물에 내재되어 있던 결함 또는 시간경과로 인한 부식, 자연현상에 의해 건물이 균형을 잃고 무너지는 것이라고 해석함이 상당하다 할 것인데 이를 인정할 만한 객관적인 자료를 찾기도 어려우므로 위 (ii) 및 (iii) 요건을 충족하고 있지 아니한 것으로 판단되는 점.

③ 피신청인이 제출한 현장 사진 등에 따르면 이 건 사고로 인한 지붕의 손괴 정도가 피보험자가 슬레이트 지붕위에 서 있었던 부분으로 한정되어 있어 이는 약관상 붕괴의 범위에서 제외하고 있는 “균열이나 파손에 의해 건물이나 건축구조물의 일부가 떨어지는 것”에 해당한다고 봄이 상당하므로 이 건 사고가 위 (iv) 요건을 충족하고 있지 아니한 것으로 판단되는 점.

라. 결 론

그렇다면 피신청인은 이 건 사고가 약관상 보상하는 손해에 해당하지 아니한다는 이유로 보험금 지급을 거절한 피신청인의 처리가 부당하다고 보기 어렵다고 할 것임.

2-20 찜질방 불가마내 수면중 사망사고의 상해 인정 여부

[인용] 피보험자가 뜨거운 불가마실에 들어가 수면중 고온에 의해 질식사망한 것이라는 추정 외에 피보험자에게 평소 사망에 이를 만한 질병이나 체질적 요인이 있었다고 단정할 수 있는 증빙도 찾아 볼 수도 없어 ‘외래성’을 충족하고 있으며, 단지 부검을 실시하지 아니하였다는 사실만으로 보험금 청구권자가 그 입증 책임을 다하지 못했다고 단정한 것은 아니라고 봄이 타당하므로, 달리 반증이 없는 한 피신청인은 약관에서 정한 보험금을 지급하여야 할 것임.(2013.5.28. 조정번호 제2013-13호)

가. 사실관계

피보험자는 2009.5.29.과 2009.11.27. 피신청인과 2건의 보험계약을 체결하였음. 피보험자는 2010.5.14. 저녁 늦게 사우나에 입실한 후 다음 날 01:30경 사우나에서 취침 후 귀가하겠다고 가족에게 유선 통보하였으나, 06:57경 사우나 불가마실에서 사망하였음.⁴⁵⁵⁾

2012.4.28. 신청인은 보험금을 청구하였으나, 같은 해 9.26. 피신청인이 사고원인을 알 수 없다며 보험금 지급을 거절하자 금융분쟁조정을 신청함.⁴⁵⁶⁾

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

평소 건강한 피보험자가 사우나 찜질방에서 수면 중 사망하였다면 이는 약관상 보상하는 손해(상해)에 해당하는데도 피신청인이 보험금 지급을 거절함은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

피보험자의 사망 원인을 알 수 없어 이 건 사고가 약관에서 보상하는 “급격하고도 우연한 외래의 사고”에 해당하는 지 불명확하며 이에 대한 입증책임은 신청인측에 있음.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 이 건 사고가 약관상 보상하는 손해에 해당하는지 여부 및 이에 대한 입증의 정도라 할 것임.

(1) 이 건 사고가 보상하는 손해에 해당하는지 여부

당해 보험약관 제15조(보상하는 손해) 제1항에 따르면 “회사는 피보험자가 보험기간

455) ① 관할 경찰서 변사사건 조사내용 : “사우나 불가마실 입구 앞에 사우나 옷을 입은 채 입에 거품을 물고 쓰러져 있고 온도가 높은 불가마실에 오랜 시간 동안 있어 팔과 다리 피부가 까져 있는 상태로 특별한 외상 발견할 수 없음.”

② ○○의원 시체검안서 : 직접사인-미상, 사망종류-불상

456) 피보험자가 2010.5.15. 음주후 ○○사우나의 불가마실(섭씨 약 74도)에서 사망한 사실, 시체검안서상 사망의 종류는 “기타 및 불상”, 사망원인은 “미상”으로 각각 기재된 사실, 평소 피보험자에게 사망에 이를 만한 질병이나 체질적인 요인은 찾아볼 수 없는 사실 등에 대해서는 당사자간에 다툼이 없음.

중에 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외)에 상해를 입었을 때에 그 상해로 생긴 손해를 약관에 따라 보상한다”고 규정하고 있어, 약관상 “보상하는 손해”에 해당하려면 이 건 사고가 첫째, 급격성, 우연성, 외래성 등 세 가지 요건을 충족하여야 하고, 둘째, 그 사고와 상해, 즉 원인과 결과 사이에 상당 인과관계가 존재하여야 함.

약관상 “급격하고도 우연한 외래의 사고”라 함은 객관적으로 사고가 갑작스럽게 발생하거나 피보험자가 주관적으로 예견하지 아니하였거나 예견할 수 없는 순간에 발생하고(급격성), 계약자 등의 자발적인 의사에 의하지 아니하며(우연성), 상해 또는 사망의 원인이 피보험자의 신체적 결함, 즉 질병이나 체질적 요인이 아닌 외부 요인에 의한 모든 것(외래성)을 의미한다고 할 것⁴⁵⁷⁾인데, 고온의 밀폐 공간에서 질식사고가 발생했다면 피보험자가 예견하지 아니하였거나 예견하지 못한 것일 뿐만 아니라 자발적인 의사에 의한 것도 아니므로 이는 약관상 “급격성”과 “우연성”을 각각 충족한 것으로 봄이 상당하며, 관할 경찰서에서 작성한 변사사건 조사기록에 따르면 피보험자가 “술을 마신 채 동 사우나 74도의 뜨거운 보석 불가마실에 들어가 찜질을 하며 잠을 자다 가마실의 높은 온도에 의해 질식 사망한 것”이라는 추정 외에 피보험자에게 평소 사망에 이를 만한 질병이나 체질적 요인이 있었다고 단정할 수 있는 증빙도 찾아 볼 수도 없으므로 “외래성”도 충족한다 할 것임.

(2) 신청인이 인과관계의 입증을 다한 것으로 볼 수 있는지 여부

피신청인은 상해 사고와 그 결과 사이의 인과관계에 대한 입증책임은 보험금 청구권자가 부담하며, “망인에 대한 부검을 실시하지 아니하여 사망원인을 알 수 없는 경우 이에 따른 불이익은 유족들이 감수하여야 한다”는 판례⁴⁵⁸⁾ 등에 비추어 관련 보험금을 지급할 책임이 없다고 주장하나 아래 사실 등을 감안할 때 이를 인정하기 어려움.

457) 대법원 2010.9.30. 선고 2010다12241 판결 등 참조.

458) 위 판례(피보험자가 원룸에서 에어컨을 켜고 자다 불상의 이유로 사망한 사건)에서 “의사의 사체 검안만으로 망인의 사망원인을 밝힐 수 없었음에도 유족의 반대로 부검이 이루어지지 않은 경우… 부검을 통해 사망원인이 명확히 밝혀진 경우보다 더 유리하게 사망원인을 추정할 수는 없으므로 부검을 하지 않음으로써 생긴 불이익은 유족들이 감수하여야 한다”고 판시하고 있음.

① 법원은 “민사분쟁에 있어서의 인과관계라 함은 의학적·과학적 인과관계가 아니라 사회적·법적 인과관계를 의미하므로 반드시 의학적·과학적으로 명백히 입증되어야 하는 것은 아니다”는 입장⁴⁵⁹⁾이므로 일반 경험칙상 사고의 개연성이 충분히 존재한다면 그 원인(사고)과 결과(상해) 사이의 “사회적·법적 인과관계”가 인정된다 할 것인데, 관할 경찰서에서 작성한 변사사건 조사기록에 따르면 피보험자가 “술을 마신 채 동 사우나 74도의 뜨거운 불가마실에 들어가 찜질을 하며 잠을 자다 가마실의 높은 온도에 의해 질식사 사망한 것”으로 추정하고 있는 점.

② 유사 판례⁴⁶⁰⁾에서도 음주 후 사우나나 불가마에 방치될 경우, 혈관의 과도한 확장에 의한 저혈압 및 부정맥의 위험성 및 그로 인한 급사의 위험성이 증가하여 심혈관질환이 없는 사람의 경우에도 급사가능성이 있다고 판단하고 있는 사정 등을 고려할 때 이 건의 경우도 사인이 규명되지 아니하였다는 이유만으로 이러한 “사회적·법적 인과관계”를 부인하기 어려운 점.

③ 입증책임과 관련하여 피신청인이 제시한 위 판례(2010다12241판결)는 최근의 의학적 연구 및 실험 결과⁴⁶¹⁾, 그 동안 “밀폐된 공간에서 에어컨을 켜 채 잘 경우 저체온증으로 사망할 수도 있다”는 사회적·법적 인과관계⁴⁶²⁾를 더 이상 인정할 수 없다는 의미이지 단지 부검을 실시하지 아니하였다는 사실만으로 보험금 청구권자가 그 입증 책임을 다하지 못했다고 단정한 것은 아니라고 봄이 타당한 점.

(3) 이 건 사고가 보상하지 아니하는 손해에 해당하는지 여부

피신청인은 피보험자의 사망이 상해가 아니라 약관상 면책사유인 질병에 의한 것이라

459) 대법원 2008.4.24. 선고 2006다72734 판결 등 참조

460) 위 판결례 참조.

461) [한국배상의학회 사실조회 결과] 건강한 사람의 경우 선풍기나 에어컨 작동에 따른 표면냉각만으로 인체의 심부 체온을 사망에 이를 정도로 낮출 수 없으며, 폐쇄된 공간에서 선풍기나 에어컨을 켜 놓았다고 하더라도 산소부족이나 호흡곤란 등으로 사람이 질식사할 가능성은 없음.

462) 피보험자가 더운 날씨에 술에 만취하여 좁은 여인숙 방 안에서 선풍기를 가까운 곳에 틀어 놓고 취침중 사망한 사건에서 “망인이 주취상태에서 선풍기 바람 때문에 체열의 방산이 급격히 진행된 끝에 저체온에 의한 쇼크로 심장마비를 일으키거나 호흡중추신경 등의 마비를 일으켜 사망에 이르렀을 가능성이 높다”고 판시하고 있음(대법원 1991.6.25. 선고 1990다12373 판결).

고 주장하나 당해 약관(제16조)에서 질병을 면책사유로 규정하고 있는 것은 질병이나 체질적 요인이 직접적이고 중요한 사망 원인이 된 경우에는 경미한 외부적 요인이 이에 가공되었다고 하더라도 이는 약관상 “외래의 사고”에서 제외한다는 취지라고 봄이 상당하며 이에 대한 입증은 피신청인이 부담한다 할 것이나, 위에서 살펴본 바와 같이 불가마 내의 고온에 의한 질식 외에는 피보험자에게 평소 사망에 이를 만한 질병이나 체질적 요인이 있었다고 추단할 만한 어떠한 자료도 찾아 볼 수 없는 실정임.

라. 결 론

그렇다면 이 건 사고와 관련하여 달리 반증이 없는 한 피신청인은 약관에서 정한 보험금을 지급하여야 할 것임.

2-21 익사로 추정되는 사망사고의 상해 인정 여부

[기각] 신청인은 피보험자의 사망원인은 익사 외에 다른 사유는 찾아 볼 수 없으므로 본 건 사고는 약관상 보상하는 손해(상해)에 해당하고 피신청인은 보험금을 지급해야 한다고 주장하나 아래 사실 등을 감안할 때 이를 인정하기 어려움. 이 건 사고가 보상하는 손해에 해당하지 아니한다는 이유로 보험금 지급을 거절한 피신청인의 업무 처리가 부당하다고 보기 어렵다고 할 것임.(2013.7.23. 조정번호 제2013-14호)

가. 사실관계

피보험자는 2003.12.13. 피신청인과 상해보험 계약을 최초 체결한 후 자동연장하여 왔고, 2011.12.18. 상기 보험계약을 갱신한 후 2012.6.23. ○○시 ◇◇동 부근에서 행방불명⁴⁶³⁾되었고, 같은 해 7.3. ○○시 인근 해상에서 변사체로 발견⁴⁶⁴⁾되었음.

463) 2012.6.23. ○○시 모 지역에서 차량 접촉사고 후 23:10경 △△대학교 인근 도로에서 택시에 승차하는 모습이 마지막으로 목격됨.

464) ① 사건사고사실확인원 내용 : “목격자가 ○○시 소재 다리공사 현장(해상)을 향해하던 중 표류하고 있는 변사체를 발견”

2012.9.25. 신청인이 보험금을 청구하였으나, 9.26. 피신청인은 손해사정사에 사고조사를 의뢰하고 객관적 증빙을 확인할 수 없다며 보험금 지급을 거절함.⁴⁶⁵⁾

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

피보험자의 사망은 익사 외에 다른 사유는 찾아 볼 수 없으므로 이 건 사고는 약관상 보상하는 손해(상해)에 해당하는데도 피신청인이 이를 인정하지 아니함은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

피보험자에 대한 부검이 실시되지 아니하고 객관적인 증빙도 찾아 볼 수 없어 정확한 사망원인을 알 수 없는 만큼, 단순히 추정 사실(익사)만으로 보상여부를 결정할 수는 없으며 이로 인한 불이익은 입증책임을 부담하는 신청인측이 모두 감수해야 함.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 이 건 사고의 상해여부에 대한 입증의 정도라 할 것임.

당해약관 제13조(보상하는 손해)에 따르면 “회사는 피보험자가 보험기간 중에 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외)에 상해를 입었을 때에 그 상해로 생긴 손해를 약관에 따라 보상한다”고 규정하고 있음.

신청인은 피보험자의 사망원인은 익사 외에 다른 사유는 찾아 볼 수 없으므로 본 건 사고는 약관상 보상하는 손해(상해)에 해당하고 피신청인은 보험금을 지급해야 한다고 주장하나 아래 사실 등을 감안할 때 이를 인정하기 어려움.

① 입증책임에 관한 일반원칙에 따르면, 상해 사고와 결과 사이의 인과관계에 대한 입

② △△의원 발행 시체검안서 내용 : “사망의 종류 : 기타 및 불상, 사망의 원인 : 미상”

465) 피보험자가 2012.6.23. 21:50분경 ○○시 모 지역에서 차량 접촉사고가 있었던 사실, 같은 날 23:10경 △△대학교 인근 도로에서 택시에 승차하는 모습이 목격된 후 행방불명된 사실, 같은 해 7.3. 17:00경 ○○시 소재 다리공사 현장 해상에서 변사체로 발견된 사실 등에 대해서는 당사자간에 다툼이 없음.

증책임은 원칙적으로 보험금 청구권자가 부담⁴⁶⁶⁾한다 할 것인데, 본 건은 신청인이 망인에 대한 부검을 거부하여 사망원인을 알 수 없게 되었는데, 법원은 “의사의 사체 검안만으로 망인의 사망 원인을 밝힐 수 없었음에도 유족의 반대로 부검이 이루어지지 않은 경우, (중략) 부검을 통하여 사망원인이 명확히 밝혀진 경우보다 더 유리하게 사망원인을 추정할 수는 없으므로 부검을 하지 않음으로써 생긴 불이익은 유족들이 감수하여야 한다”는 입장⁴⁶⁷⁾이고, 또한 법원은 피보험자가 다리에서 추락·사망하여 상해사망보험금을 청구한 사건과 관련하여, ‘사고의 우연성에 관해서는 보험금 청구자에게 그 입증책임이 있다. (중략) 위 인정사실만으로 이 사건 사고의 경위를 전혀 알 수 없어 피고의 주장과 같이 망인이 물구경을 하다가 어지럼증으로 인하여 난간을 넘어 추락하여 사망하게 된 것이라고 인정하기에 부족하고, 달리 이를 인정할 만한 증거가 없다’⁴⁶⁸⁾고 판시하고 있는 점.

② 한편, 법원은 “민사분쟁에 있어서의 ‘인과관계’라 함은 의학적·과학적 인과관계가 아니라 사회적·법적 인과관계를 의미하므로 반드시 의학적·과학적으로 명백히 입증되어야 하는 것은 아니라”는 입장⁴⁶⁹⁾이므로 일반 경험칙상 사고의 개연성이 충분히 존재한다면 그 원인(사고)과 결과(상해) 사이의 “사회적·법적 인과관계”가 인정될 여지도 있다 할 것이나, 본 건의 경우 관할 경찰서가 작성한 2012.7.3.자 “내사요지 및 경찰의견”에 따르면 피보험자의 사망원인에 대해 “실족하여 해상에 추락, 익사하여 사망한 것으로 추정”하고 있기는 하나, 피보험자의 시체를 검안한 ○○의원에서 작성한 2012.7.3.자 시체검안 기록에 의하면 “물을 먹지 않은 상태(익사가 아닌 것으로 추정됨)”라고 기재하고

466) 피보험자가 과수원 돌담 보수를 위해 돌을 운반하던 중 불상의 이유로 사망한 사건에서 법원은 “사고의 외래성 및 상해 또는 사망이라는 결과와 사이의 인과관계에 관해서는 보험금 청구권자에게 그 입증책임이 있다고 할 것……병원에 도착하기 전에 이미 사망하였는데, 그 당시 망인의 입술은 청색증의 증상을 나타내고 있으며 정확한 사망원인을 알 수는 없지만 돌연사로 볼 수 있다는 것에 불과하며……피보험자의 사망이 위 보험약관상의 외래의 사고에 의한 상해의 직접적인 결과라고 단정하기 어려울 뿐만 아니라……달리 이를 인정할 자료도 없다”고 판시하고 있음(대법원 2001.8.31. 선고 2001다27579 판결).

467) 대법원 2010.9.30. 선고, 2010다12241 판결 참조.

468) 서울고등법원 2011.5.18. 선고 2010나109055 판결 참조.

469) 대법원 2010.8.24. 선고 2006다72734판결 등 참조.

있어 사고에 의한 익사로 추단하기 어렵다 할 것이며, 그 외에 사고개연성을 엿볼 만한 어떠한 증빙도 찾아볼 수 없는 점.

라. 결 론

그렇다면 달리 반증이 없는 한, 이 건 사고가 보상하는 손해에 해당하지 아니한다는 이유로 보험금 지급을 거절한 피신청인의 업무 처리가 부당하다고 보기 어렵다고 할 것임.

제5절 암 인정 여부

2-22 랑게르한스 세포조직구증의 다발성 소아암 인정 여부

[인용] 약관의 뜻이 명확하지 아니하여 다의적으로 해석될 여지가 있으므로 작성자 불이익의 원칙에 따라 고객에게 유리하게 해석할 필요가 있고, 해당약관에 항암치료가 암진단급여금 지급조건으로 규정되어 있지 않아 항암치료 여부가 암진단급여금 지급에 영향을 미치지 아니하는 점 등으로 보아, 피신청인은 본 건 랑게르한스 세포조직구증에 따른 다발성 소아암 진단급여금을 지급하는 것이 타당하다고 판단됨.(2011.5.31. 조정번호 제2011-35호)

가. 사실관계

보험계약자는 2008.1.30. 자녀를 피보험자로 하여 피신청인과 어린이CI보험⁴⁷⁰⁾ 계약을 체결하였음. 피보험자는 2010.8.3. ○○대병원에서 랑게르한스 세포조직구증(D76.0)으로 진단받고 입원한 후, 같은 달 5~26일 기간중 상기병명으로 수술(curettage) 및 항생제 치료 및 전이 여부 검사를 시행받았으며,⁴⁷¹⁾ 피신청인은 같은 해 9.2. 경계성 종양 관련 보험금(진단, 입원)을 지급하였음.

2011.1.19. 피보험자가 위 병원에서 랑게르한스 세포조직구증(C96.6)으로 진단⁴⁷²⁾받게 되자 같은 달 21일 피신청인에게 암관련 보험금(진단, 46백만원⁴⁷³⁾)을 청구하였으나, 피신청인은 같은 해 2.9. 암관련 보험금 지급을 거절하였음.

나. 당사자의 주장

470) 어린이CI보험 약관에는 피보험자가 다발성소아암으로 또는 경계성종양으로 진단확정된 경우에는 관련 보험금(암진단시 5천만원, 경계성종양 진단시 4백만원)을 지급함을 규정하고 있음.

471) 향후치료의견 : 향후 재발여부 확인을 위한 정기적인 진료 및 검사가 필요함.

472) 제6차 한국표준질병사인분류표 개정(시행일 2011.1.1)시 달리 분류되지 않은 랑게르한스 세포조직구증 코드(D76.0)가 삭제되고 해당 질병은 “림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세불명의 악성 신생물(C96)”로 분류됨.

473) 다발성 소아암 진단급여금(5천만원)에서 경계성종양 진단급여금(4백만원)을 제외함.

(1) 신청인의 주장

피보험자가 진단을 받은 랑게스한스 세포조직구증(D76.0)은 2011.1월부터 암으로 분류되고 있음에도 암 관련 보험금(진단급여금)을 지급하지 않는 것은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

피보험자는 「한국질병사인분류표」에 따른 “달리 분류되지 않은 랑게르한스 세포조직구증(D76.0)”으로 진단확정되어 약관에서 정한 본 건 질병 관련 보험금(경계성종양 진단급여금)을 이미 지급받았으며, 달리 항암치료를 받은 사실도 없어 임상적으로도 암으로 보기 어려울 뿐만 아니라 제6차 한국표준질병사인분류 개정에 따라 상기질환이 암으로 분류되었다 하더라도 이는 개정안 시행일 이후에 발생한 보험사고에 한하여 적용하는 것이 타당함.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 약관에서 담보하고 있는 질병코드가 변경된 경우 이미 질병코드 변경전에 보험사고가 발생한 건에 대해서도 변경된 질병코드를 적용할 수 있는지 여부라 할 것임

(1) 약관 규정

어린이CI보험약관 다발성소아암 진단급여금담보 특별약관 제1조(보상하는 손해)에 의하면 피보험자가 보험기간 중에 “다발성 소아암”으로 진단 확정된 경우에 이 특약에 따라 보험가입증서에 기재된 이 특약 보험가입금액을 최초 1회에 한하여 다발성 소아암 진단급여금으로 지급함을 규정하고 있음.

동 보험약관 제3조(다발성 소아암의 정의 및 진단 확정)에 의하면 이 특약에서 “다발성 소아암”이라 함은 <별표3>의 “다발성 소아암 분류표”에서 정하는 제4차 개정 한국표준질병사인분류에 따르며, 동 분류표 하단에는 “제5차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다”라고 규정하고 있음.

(2) 쟁점 검토

본건 관련 피신청인의 보험금 지급책임을 살펴보면, 약관의 규정 및 판례 등에 비추어 볼 때 아래와 같은 이유로 신청인의 주장을 인용하는 것이 타당하다고 판단됨.

① 동 보험약관 “다발성 소아암 분류표” 하단에는 “제5차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 질병 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다”라고 규정하고 있을 뿐 적용시점이 명확하지 아니하여, 제5차 개정 이후에 추가로 담보내용에 포함되는 질병이 한국표준질병사인분류 개정 이후에 발생한 것에 한하여 보상한다는 의미인지 아니면 본 건과 같이 한국표준질병사인분류 개정 이전에 이미 발생한 질병의 분류코드가 변경된 경우에도 소급하여 보상한다는 의미인지 약관의 뜻이 명확하지 아니하여 다의적으로 해석될 여지가 있으므로 작성자 불이익의 원칙⁴⁷⁴⁾에 따라 고객에게 유리하게 해석할 필요가 있는 점.

② 일반적으로 랑게르한스 세포조직구증은 대부분 복합 항암화학치료를 요하고 추가로 조혈모세포 이식까지 고려하며 임상적으로 악성에 준하는 질병이므로 다른 악성질환과 동일하게 추적 관찰 및 5년 이상의 경과 관찰이 필요하며, 이러한 점을 감안하여 제6차 한국질병사인분류 개정(2011.1.1. 시행)시에도 동 질병이 “달리 분류되지 않은 랑게르한스 세포조직구증” 코드(D76.0)에서 “림프, 조혈 및 관련조직의 기타 및 상세불명의 악성신생물(C96)”로 질병코드가 변경된 것으로 보이는 점.

③ 피보험자가 2010.8.16. 소파(curettage) 수술 및 항생제 치료를 받은 것 외에 달리 항암치료를 받은 사실은 없으나 본 건과 같은 단일 골병변의 경우 별다른 항암치료 없이 외과적 절제나 단순한 소파술(curettage)이 시행되는 것으로 알려져 있으며, 피보험자가 대퇴골 종양제거수술 이후 현재까지 재발 여부 확인을 위해 정기적으로 혈액검사, 엑스레이검사, 골 스캔 검사 등을 통해 동 질병에 대한 추적 관리가 이루어지고 있는 점.

④ 해당 약관에 항암치료가 암진단급여금 지급조건으로 규정되어 있지 않은 바 항암치료 여부가 암진단급여금 지급에 영향을 미치지 아니하는 점.

474) 약관의 규제에 관한 법률 제5조(약관의 해석) 제2항 약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 고객에게 유리하게 해석되어야 한다.

라. 결 론

그렇다면 피신청인은 이 건 피보험자의 랑게르한스 세포조직구증에 따른 다발성 소아암 진단급여금을 지급하는 것이 타당하다고 판단됨. 다만, 신청인은 이미 동 질병과 관련하여 경계성 종양 진단급여금을 지급받았으므로 피신청인이 신청인에게 지급할 보험금은 동 건 보험약관에서 정한 다발성 소아암 진단급여금에서 경계성 종양 진단급여금을 차감한 금액이라 할 것임.

2-23 혈구탐식성 림프조직구증의 다발성 소아암 인정 여부

[기각] 혈구탐식성 림프조직구증은 한국표준질병분류상 다발성 소아암 분류표에 포함되지 아니하고, 랑게르한스 세포조직구증과 동일한 ‘조직구 증식증후군’에 속하는 질병임에도 질병분류코드가 그대로 유지되고 있으며, 약관의 의미 등을 볼 때도 잠재적으로 재발 가능성이 있다는 사정만으로 병리학적 증거를 무시한 채 임상학적 소견에 근거하여 실제 질병분류코드까지 변경해야 한다고 해석하기는 어렵다 할 것이고, 더 나아가 이를 인정할 경우 약관규정의 해석가능 범위를 과도하게 벗어나는 결과를 초래할 우려가 있는 점 등을 감안시 ‘다발성 소아암 진단급여금’ 지급대상에는 해당되지 아니함.(2011.7.26. 조정번호 제2011-46호)

가. 사실관계

보험계약자는 2005.10.7. 자녀를 피보험자로 하여 피신청인과 보험계약⁴⁷⁵⁾을 체결하였음. 피보험자는 2011.2.28.~3.8. 기간중 고열 및 폐렴증상으로 ○○의원에 입원 치료를 받은 후 같은 해 3.10.~3.30. 기간중 ◇◇병원에서 입원 및 항암치료⁴⁷⁶⁾를 받았음.

신청인은 2011.4.4. 피신청인 콜센터에 혈구탐식성 림프조직구증의 약관상 다발성 소아암 해당 여부를 문의한 후, 같은 달 14일 금융분쟁조정을 신청하였고, 피신청인은 같은 달 17일 피신청인은 다발성 소아암이 아닌 일반암진단급여금(20백만원) 및 입원관련급

475) 다발성소아암 진단급여금 7천만원, 다발성소아암 이외의 암 진단급여금 2천만원

476) 2011.3.14. 혈구탐식 림프조직구증(D76.1)으로 진단받았으며, 진단서상 “차후 외래에서 경과 관찰하면서 항암치료 지속할 예정입니다”라는 소견이 있음.

여금(6,183,250원)을 지급하였음.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

혈구탐식성 림프조직구증을 금융분쟁조정위원회에서 암으로 인정(혈구탐식성 림프조직구증의 악성신 생물 인정 여부, 제2009-61)하였고, 법원에서도 동 질병을 다발성 소아암으로 판시한 사례가 있으며, 항암치료를 받은 사실 등에 비추어 피신청인은 다발성 소아암 관련 보험금을 지급할 책임이 있음에도 이를 거절함은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

피보험자의 질병은 약관상 “다발성 소아암”에는 해당하지 아니하므로 “다발성 소아암 이외의 암”에 준한 보험금(20백만원) 이외에 추가로 보험금을 지급할 책임은 없음.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 ‘혈구탐식성 림프조직구증’이 약관에서 담보하는 ‘다발성 소아암’에 해당 하는지 여부라 할 것임.

(1) 약관규정

당해 보험의 “다발성 소아암 진단급여금 담보 특별약관” 및 “다발성 소아암 이외의 암 진단급여금 담보 특별약관”에 의하면 피보험자가 보험기간 중에 “다발성 소아암”으로 진단 확정된 경우에는 “다발성 소아암 진단급여금”을 지급하고 “다발성 소아암 이외의 암(기타 피부암 제외)”으로 확정된 경우에는 “다발성 소아암 이외의 암 진단급여금”을 각각 최초 1회에 한하여 수익자에게 지급함을 명시하고 있으며, 제4차 한국표준질병 사인분류에 있어서 “다발성 소아암”으로 분류되는 질병(<별표4> “다발성 소아암 분류표” 참조)은 “다발성 소아암”으로, 같은 분류기준에서 “다발성 소아암 이외의 암”으로 분류되는 질병(<별표5> “다발성 소아암 이외의 암 분류표” 참조)은 “다발성 소아암 이외의 암”으로 각각 규정하고 있음.

한편, “다발성 소아암 진단급여금 담보 특별약관” 제5조(다발성 소아암의 정의 및 진단 확정)에 의하면 “다발성 소아암”의 진단 확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하나, 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 “다발성 소아암”에 대한 임상학적 진단이 “다발성 소아암”의 증거로 인정되며, 이 경우에는 피보험자가 “다발성 소아암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 하며, “다발성 소아암 이외의 암”의 진단 확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직검사, 미세침흡인검사 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하나, 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 “암등의 질병”에 대한 임상학적 진단이 “암등의 질병”의 증거로 인정되며, 이 경우에는 피보험자가 “암등의 질병”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 한다고 각각 규정하고 있음.

(2) 쟁점검토

본건 관련 피신청인의 보험금 지급책임을 살펴보면, 약관의 규정 및 판례 등에 비추어 아래와 같은 이유로 피신청인의 주장이 부당하다고 보기 어려운 것으로 판단됨.

① 당해약관 <별표4> “다발성 소아암 분류표”의 대상이 되는 질병은 “수막의 악성신생물(C70)”, “뇌의 악성신생물(C71)”, …… “림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세불명의 악성신생물(C96)” 등 구체적으로 열거되어 있으나, 2011.3.30 ◇◇병원에서 발급한 일반진단서 등에 의하면 피보험자의 질병(혈구탐식성 림프조직구증)은 한국표준질병분류상 D76.1로 분류되는 질병으로 동 “다발성 소아암 분류표”에는 포함되지 아니하는 점.

② 혈구탐식성 림프조직구증을 포함한 조직구 증식증후군을 3개군으로 분류할 경우, 제1군에 속하는 랑게르한스 세포조직구증은 제6차 한국표준질병사인분류 개정(2011.1월 시행)시 종전의 D76.0(달리 분류되지 않은 랑게르한스세포 조직구증)에서 C96(림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세불명의 악성신생물)으로 변경된 반면, 혈구탐식성 림프조직구증은 랑게르한스 세포조직구증과 동일한 “조직구 증식증후군”에 속하는 질병임에

도 질병분류코드가 그대로 유지되고 있는 점.

③ 약관규정 및 관련 판례, 금융분쟁조정사례 등⁴⁷⁷⁾을 종합하여 보면, 암 진단은 일차적으로 병리학적 소견을 따르되, 조직학적으로 양성 종양의 범주에 포함된다고 하더라도 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하여 검사하는 병리학적 검사를 할 수 없거나 병리학적 검사를 진행하기 어렵고 수술의 위험이 극도로 높을 뿐만 아니라 완전히 제거하는 것이 불가능하며 재발의 가능성이 높아 생명의 위험이나 신경학적 장애가 발생할 수 있는 경우에는 ‘암 수준’에 해당하는 보험금을 지급하라는 의미이지 잠재적으로 재발 가능성이 있다는 사정만으로 병리학적 증거를 무시한 채 임상학적 소견에 근거하여 실제 질병분류코드까지 변경해야한다는 의미로 해석하기는 어렵다 할 것이며, 더 나아가 이를 인정할 경우 약관규정의 해석가능 범위를 과도하게 벗어나는 결과를 초래할 우려가 있는 점.

④ 본 건 보험상품의 “다발성 소아암 및 다발성 소아암 이외의 암 발생률 산출(안)”에 따르면 다발성 소아암의 요율은 국립암센터에서 발급한 암등록 통계상의 암 발생자(ICD 코드 기준) 및 암 발생률을 기초로 산출되었으며, 여기서 “다발성 소아암”의 경우 실제로 뇌·중추신경계암(C70~C72), 악성림프종(C81~85, C96), 백혈병(C91~95)으로 진단받은 환자의 발생률을 요율산출 근거로 하고 있는 사실이 확인되나, 혈구탐식성 림프조직구증(D76.1) 진단을 받은 환자가 이에 포함된다고 볼 만한 사정을 찾아 볼 수 없는 점.

라. 결 론

그렇다면 본 건 피보험자의 질병이 “다발성 소아암 이외의 암 진단급여금” 지급대상에 해당되는지 여부는 별론으로 하더라도, “다발성 소아암 진단급여금” 지급대상에는 해당되지 아니한다고 할 것임.

477) 대법원 2002.7.12. 채무부존재확인 2002다19940 판결, 2008.9.23 조정번호 제2008-70호(난소 악성종양 해당 여부) 등 참조.

2-24 간경변증 치료중 간암진단 후 사망한 경우 암사망보험금 지급책임 유무

[기각] 사망진단서에 의하면 사망원인을 ①직접사인, ②중간 선행사인, ③선행사인으로 구분 하면서 ②와 ③에는 ①과 직접과학적 인과관계가 명확한 것만 기입토록 하고 있는데, ③선행 사인란에는 “상세불명의 간의 악성신생물”로 기재되어 있기는 하나 ①과 ②란이 모두 공란으 로 되어 있어 동 질병이 직접적인 원인이 된 것인지 여부를 판단하기 어렵고, “추적 CT검사 소견상 사망직전 검사 소견상 유의한 경과 변화가 없었는 바 피보험자의 사망과 관련된 간세 포암종의 관여도는 거의 생각하기 어렵다고 사료된다”는 소견을 밝히고 있는 점 등을 감안시 간암이 직접적인 피보험자의 사망원인이 아니라는 이유로 암사망보험금 지급을 거절한 피신 청인의 업무 처리가 부당하다고 보기 어렵다 할 것임.(2012.3.27. 조정번호 제2012-16호)

가. 사실관계

신청인은 2002.12.13. 자신의 부친을 피보험자로 하여 피신청인과 건강보험 계약을 체결함. 피보험자는 2008.3.2.~3.14. 기간중 ○○대학교병원에서 (중증)간경변증, 혈액구토, 출혈을 동반한 식도정맥류, 만성 바이러스 B형 간염, 간섬유증 등으로 입원 치료를 받았고,⁴⁷⁸⁾ 2009.1.5.~2011.9.23 기간중에도 상기병명 등으로 수차례 입원 치료를 받음.⁴⁷⁹⁾

2011.11.8~11.30. 피보험자가 상기병명 등으로 입원치료중 사망⁴⁸⁰⁾하자 11.30 신청인은 보험금을 청구하였으며, 2011.12.26 피신청인은 신청인에게 암사망보험금 면책⁴⁸¹⁾을 통

478) 응급진료기록상 피보험자는 2005년부터 간경변증(LC) 진단으로 치료(○○대학교병원)를 받은 것으로 기재됨.

479) 동 기간중 입원 치료 등의 경과는 다음과 같음.

- ① 2009.1.5.~1.8. : 2008.3.월과 동일한 병명 등으로 입원치료
- ② 2009.6.23.~7.3. : 상기병명 등으로 입원치료
- ③ 2009.9.21.~9.23. : 상기병명, 복수, 위장염 등으로 입원치료
- ④ 2011.2.16 : ‘상세불명의 간의 악성신생물’ 소견
- ⑤ 2011.5.12.~9.23. : 피보험자, 상기병명 등으로 입원치료(3회)

480) 2011.11.30.자 사망진단서상 선행사인은 ‘상세불명의 간의 악성 신생물’로 기재되고 직접사인과 중간 선행사인은 공란임.

481) 2011.12.20.자 ○○대학교병원 소견서상 “내원 당시 bp70/50으로 septic condition이었으며, ascites와 Blood에서 E.coli 동정되었습니다. 이에 기존에 있던 간경화로 인한 자발성 복막염 및 자발성 복막염

보하자 신청인은 금융분쟁조정을 신청함.⁴⁸²⁾

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

피보험자가 간경변증 등으로 치료하던 중 간암 진단을 받았으며 사망원인에 대한 소견에도 간암소견이 포함되어 있는데도 동 질병이 직접적인 사망 원인이 아니라는 이유로 보험금 지급을 거절함은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

피신청인의 사망원인에 대한 소견서상 피신청인은 악성신생물이 아닌 간경변 악화 및 폐혈증 등으로 사망한 것으로 확인되는 바, 이 건 사고는 약관상 암보험금 지급사유에 해당하지 아니함.

다. 위원회의 판단

◆ 이 건의 쟁점은 피보험자의 사망사고가 약관상 암사망보험금 지급사유인 ‘암을 직접적인 원인으로 사망한 경우’에 해당하는지 여부라 할 것임

(1) 약관 규정

당해 건강보험 보통약관 제12조(보상하는 손해)에 의하면 “회사는 피보험자가 보험기간 중 상피내암으로 진단확정되거나 제7조(회사의 책임의 시기 및 종기) 제1항에 정한 ‘책임개시일’ 이후에 암으로 진단확정되었을 때(단, 암 및 상피내암 각각 1회의 진단확정에 한하여 지급)에는 이 약관에 따라 보상”하고, 건강보험특별약관 제1조(보상하는 손해) 제1항에 의하면 “우리회사는 피보험자가 보험기간 중 책임개시일 이후에 최초의 암(상피내암 제외)으로 진단 확정되고, 그 암을 직접적인 원인으로 사망하거나 아래의 장해상

으로 인한 폐혈증으로 판단되어 항생제 사용하면서 경과 관찰하였으나 간경화 악화, 및 폐혈증으로 사망하였습니다”라는 기재에 근거함.

482) 신청인이 2012.2.1. 제출한 ○○대학교병원의 2012.1.19자 소견서는 기존 내용(2011.12.20.자)과 동일하나, 사망원인에 “간세포암”이 추가되어 있음.

태(이하 “제1급 장애상태”라 함)가 되었을 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 지급”함을 각각 규정하고 있으며, 동 약관 제2조(암의 정의 및 진단확정)항에 의하면 ① 제1조에서 보상하는 “암”이라 함은 “제3차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성 신생물로 분류되는 질병(<별표2> ‘악성신생물 분류표’ 참조)을 말하며, ② 암의 진단 확정은 해부병리 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 암 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다”라고 정의하고 있음.

(2) 쟁점검토

신청인은 피보험자의 사망진단서상 “상세불명의 간의 악성 신생물”이 원인이 된 것으로 확인되는데도 암사망 관련 보험금을 지급하지 아니함은 부당하다고 주장하나, 다음과 같은 점을 고려할 때 이를 인정하기 어려운 것으로 판단됨.

① 건강보험특별약관 제1조(보상하는 손해) 제1항에 의하면 “우리회사는 피보험자가 보험기간 중 책임개시일 이후에 최초의 암(상피내암 제외)으로 진단 확정되고, 그 암을 직접적인 원인으로 사망하거나 아래의 장애상태(이하 ‘제1급의 장애상태’라 함)가 되었을 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 지급”함을 각각 규정하고 있고, 약관상 ‘직접적인 원인’의 의미에 대하여 구체적으로 설명하고 있지는 아니하나 일반적으로 ‘직접적인 원인’이라 함은 어떤 결과의 발생에 이르는 데 가장 큰 영향을 미친 사건을 의미하는 것으로 다수의 사건이 경합하는 경우에는 어떤 특정 사건만으로 그 결과가 발생하리라고 예상하기 어렵다면 동 사건은 직접적인 원인의 범주에서 제외된다고 해석함이 타당하며 이에 대한 입증책임은 보험금청구권자에게 있다고 할 것이나, 피보험자는 2011.2.16.자로 ○○대학교병원으로부터 “상세불명의 간의 악성신생물” 진단을 받기 이전부터 간경변증, 혈액구토, 출혈을 동반한 식도정맥류, 만성 바이러스 B형 간염, 간섬유증 등을 원인으로 지속적으로 치료를 받아오던 중이었던 것으로 확인되고, 위 병원에서 발행한 2011.11.30.자 사망진단서에 의하면 사망의 원인을 ‘(가)직접사인’, ‘(나)중간 선행사인’, ‘(다)선행사인’으로 구분하면서 ‘(나)와 (다)에는 (가)와 직접의학적 인과관계가 명확

한 것만 기입'토록 하고 있고 '다)선행사인'란에는 '상세불명의 간의 악성신생물'로 기재되어 있기는 하나 '(가)직접사인' 및 '(나)중간 선행사인'란이 모두 공란으로 되어 있어 동 질병이 직접적인 원인이 된 것인지 여부를 판단하기 어려운 점.

② 위 병원에서 발행한 2011.12.20.자 소견서에는 피보험자가 “간경화, 간세포암, B형 간염, 식도 정맥류, 자발성 복막염, 패혈증”의 진단으로 지속적으로 진료를 받아왔으며 “간경화 악화, 패혈증으로 사망”한 것으로 기재된 이후 다시 2012.1.19.자 소견서상에는 동 사망원인 외에 “간세포암”이 추가되어 있으나 그 변경 사유를 명확히 확인하기 어렵고, 이와 관련하여 피신청인이 제출한 ◇◇의료원 발행 2012.2.5.자 의료자문서에 의하면 피보험자의 직접적인 사인에 대하여 “피보험자는 평소 ‘B형 간염 바이러스의 만성 감염에 따른 간경화증 및 이에 속발된 소간세포암 의증’ 진단하에 통원 치료하고 있던 중 발병한 패혈성 쇼크로 2011.11.30. 사망한 것으로 확인되는데 당시 복수 및 혈액에서 대장균이 동정되었던 사실을 감안하면 직접사인은 패혈증, 중간선행사인은 자발성 복막염, 선행사인은 간경화증에 상당한다”는 소견으로 피보험자가 간암이 아닌 간경화증에 의한 합병증 등으로 사망한 것으로 판단하고 있고, 피보험자의 “상세 불명의 간의 악성 신생물”의 사망 원인 기여도에 대하여도 “첨부된 영상자료를 검토한 결과 S7 및 S8부위에서 간세포암으로 추정되는 결절이 관찰되었으나 크기가 약 2.0cm 및 2.4cm에 불과하여 설사 간세포암의 확정 진단이라고 하더라도 병기는 제Ⅱ병기에 불과하였고 특히 경과 중 추적 CT검사 소견상 사망직전 검사 소견상 유의한 경과 변화가 없었는 바 피보험자의 사망과 관련된 간세포암종의 관여도는 거의 생각하기 어렵다고 사료된다”는 소견을 밝히고 있는 점.

③ 이 건과 관련한 금융분쟁조정위원회 전문위원의 의료자문 결과에서도 “일반적인 간암에 의한 사망 상황과 과정을 보면 간암의 크기가 크거나 여러개의 암 덩어리들이 간을 침범하여 간의 기능부전, 간암 파열에 의한 출혈, 간암이 다른 중요 장기(뇌, 폐 등)로 전이되어 중요 장기의 기능부전, 암의 말기 진행에 따른 전신상태의 회복불능 등으로 사망에 이르는 것으로 알려져 있으나, 이 건의 경우 2011.11.9. 복부 CT 판독지상 피보험자의 간암이 발견되었을 때부터 사망시까지 크기나 병변의 진행정도가 크게 변하지 않고 유지되고 있었으며, 임상적으로 2~3cm크기의 간암의 덩어리가 다른 원인 없이

환자를 사망케 하기는 쉽지 않다”는 소견을 밝히고 있는 점.

라. 결 론

그렇다면 달리 반증이 없는 한 간암이 직접적인 피보험자의 사망원인이 아니라는 이유로 암사망보험금 지급을 거절한 피신청인의 업무 처리가 부당하다고 보기 어렵다 할 것임.

제6절 기타 질병 여부

2-25 임신 중 임신성 고혈압으로 치료를 받은 경우 보험회사의 면책 여부

[기각] 약관에 “보험회사는 그 원인의 직접·간접을 묻지 아니하고 피보험자의 임신, 출산, 유산 또는 외과적 수술로 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다”라고 규정하고 있는 바, 여기서 손해에 직·간접적으로 원인이 되었다라고 하는 의미는 열거한 사유와 당해 보험사고가 된 상해나 질병에 따른 손해인 의료비용 등과 인과관계가 존재한다는 의미임. 따라서 임신성 고혈압은 임산부에게 발병하는 임신성 질환으로서 고혈압, 체중증가, 단백뇨를 수반하는 질병이고, 임신과 임신성 고혈압은 의료경험칙상 상당 인과관계가 존재한다고 볼 수 있음.(2003.3.25. 조정번호 제2003-11호)

가. 사실관계

신청인은 2002.4.10. 자신을 피보험자로 하여 피신청인과 건강보험 계약을 체결함. 신청인은 2002.4.26. 신청인은 숨이 차고 몸이 부어 병원에서 진찰받은 결과 임신성 고혈압으로 진단받았고, 이후 수차례에 걸쳐 임신성 고혈압의 치료를 위해 병원에 입·통원한 사실이 있음.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

임신성 고혈압으로 입·통원치료를 받은 후 해당약관에서 정한 바에 따라 해당비용(입원치료비 등)의 지급을 요구하였으나 보상하지 않는 손해에 해당됨을 이유로 보험금 지급을 거절함은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

신청인이 병원에 입·통원 치료받은 사실은 있으나, 이는 임신, 출산 및 산욕에 합병된 선제성 고혈압(임신성 고혈압)의 치료를 받기 위한 것으로 임신에 기인하여 발생한

손해에 해당되어 동 약관에 의거 보상하지 않음이 타당함.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 임신 중 임신성 고혈압으로 치료를 받은 경우 보험회사의 면책 여부라 할 것임.

(1) 약관 규정

해당약관은 피보험자가 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체에 상해를 입은 경우 그 상해 또는 질병으로 인하여 병원 또는 의원 등에 일정기간 계속하여 입·통원한 경우 해당 소요경비를 담보하는 재산보험임. 동 약관 중(보상하지 아니하는 손해)에 “보험회사는 그 원인의 직접·간접을 묻지 아니하고 피보험자의 임신, 출산, 유산 또는 외과적 수술로 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.”라고 하면서 “다만, 보험회사가 부담하는 상해나 질병으로 인한 경우는 보상하여 드립니다.”라고 규정되어 있음.

(2) 본건 임신성 고혈압이 보상하는 손해에 해당하는지 여부

당해 보험에 있어 보험회사의 보험금 지급책임이 발생하는 경우는 피보험자가 보험기간 중 급격하고도 우연한 외래의 사고로 인하여 신체에 상해를 입은 경우 그 상해 또는 질병으로 병원에 입·통원하여 치료를 받은 경우에 해당한다고 볼 수 있음.

보상하지 아니하는 손해로 규정된 당해 약관 제7조 제1항을 해석해 보면, 각 호에서 열거한 사유가 당해 상해나 질병에 따른 손해(의료비용등)에 직·간접적인 원인이 되었다면 보험회사는 이를 부담하지 않겠다는 의미로 사료됨. 여기서 손해에 직·간접적으로 원인이 되었다라는 의미는 열거한 사유와 당해 보험사고가 된 상해나 질병에 따른 손해인 의료비용등과 인과관계가 존재한다는 의미임.

한편, 제5호의 임신, 출산, 유산, 외과적 수술은 피보험자가 동의하거나 예기한 상태에서 행해지는 것이므로 우연성도 없고 따라서 상해나 질병에 해당하지 아니하므로 이에 대해 면책을 인정함과 동시에 이와 인과관계가 인정되는 상해나 질병에 대하여는 보험자의 면책으로 규정한 것으로 볼 수 있음. 그리고 제5호 단서의 의미는 비록 면책사유에

해당한다 하더라도 보험회사가 부담하기로 한 상해나 질병을 치료하는 외과적 수술에 대해서는 보상한다는 취지로 보여짐.

이러한 점에 비추어 임신성 고혈압은 임산부에게 발병하는 임신성 질환으로서 고혈압, 체중증가, 단백뇨를 수반하는 질병이고, 임신과 임신성 고혈압은 의료경험칙상 상당 인과관계가 존재한다고 볼 수 있음. 해당 약관의 규정과 해석에 근거하여 임신에 기인한 직접·간접의 손해는 보상하지 아니하기로 하였던 바, 따라서 피신청인은 본건 손해인 의료비용등을 보상할 책임이 없음.

라. 결 론

피신청인은 신청인에게 보상할 책임이 없는 것으로 판단됨.

2-26 자궁각 임신의 손해보상 여부

[인용] 보험약관은 보험회사가 부담하는 질병으로 인한 임신, 출산, 유산, 외과적 수술 또는 그 밖의 의료처치를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하는 것으로 규정하고 있고, 자궁각 임신은 한국표준질병사인분류에 질병으로 분류되어 있으며, 달리 보험회사가 부담하지 않는 질병 종류를 제한하여 규정하고 있지 않으므로 보험회사는 자궁각 임신에 의해 발생한 질병입원비, 입원의료비 및 통원의료비를 보상할 책임이 있음.(2008.1.29. 조정번호 제2008-7호)

가. 사실관계

신청인은 2006.11.7. 자신을 피보험자로 하여 보험계약⁴⁸³⁾을 체결함. 신청인은 2007.7.31. ○○대학교 병원에서 자궁각 임신⁴⁸⁴⁾으로 인한 자궁과열, 혈복강, 태아곤란으로 제왕절개 및 전자궁적출술을 시행한 후 2007.7.31.~8.7. 기간중 8일간 입원 치료함. 피신청인은 부인과 질병 및 여성다발성 질환담보에 대하여는 신청인에게 보험금을 지급기로 함.

483) 입원의료비 3천만원, 질병입원비 일당 3만원, 부인과질병 5백만원, 여성다발성질환 5백만원 등

484) 자궁각 임신은 기타 자궁외 임신(한국표준질병사인분류코드 000.8)의 한 종류로서 자궁에서 나팔관으로 연결되는 부위에 착상이 된 임신을 말함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

자궁내 출혈로 인해 부득이하게 제왕절개를 통해 조산 및 전자궁적출술을 하였는바, 입원의료비 등 관련 보험금을 지급해야 함.

(2) 피신청인의 주장

신청인에게 발생한 자궁파열, 혈복강, 제왕절개 및 전자궁 적출술은 보험약관상 면책사유인 임신에 해당하는 자궁각 임신에 의해 발생하였으므로 입원의료비, 질병의료비 및 통원의료비담보에 대하여는 면책처리함이 타당함.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 자궁각 임신의 손해보상 여부라 할 것임.

(1) 보험약관 규정

당해보험 질병입원비담보 특별약관 제4조 제2항 제3호, 입원의료비담보 특별약관 제3조 제1항 제6호, 통원의료비담보 특별약관 제3조 제1항 제6호에서는 “보상하지 아니하는 손해”에 대하여, “회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다. (아래) 피보험자의 임신, 출산(제왕절개 포함합니다), 유산, 외과적 수술 또는 그 밖의 의료처치. 그러나, 회사가 부담하는 질병으로 인한 경우에는 보상하여 드립니다.”라고 규정하고 있음.

(2) 질병입원비 보상 여부

피신청인은 신청인에게 발생한 자궁파열, 혈복강, 제왕절개 및 전자궁적출술은 보험약관상 면책사유인 임신에 의해 발생하였으므로 면책처리함이 타당하다고 주장하나, 다음과 같은 점에서 질병입원비(일당 3만원)는 보상함이 타당하다 할 것임.

① 당해보험 질병입원비담보 특별약관 제4조 제1항 제3호 단서에 의하면 회사가 부담하는 질병으로 인한 임신, 출산, 유산, 외과적 수술 또는 그 밖의 의료처치를 원인으로

하여 생긴 손해는 보상하는 것으로 규정하고 있는데, 신청인에게 발병한 자궁각 임신은 「한국표준질병사인분류」에 질병으로 분류되어 있고, 달리 회사가 부담하지 않는 질병 종류를 제한하여 규정하고 있지 않은 바, 자궁각 임신으로 인한 자궁과열, 혈복강, 제왕절개 및 전자궁적출을 위해 행한 신청인의 수술은 동 특별약관 제4조 제1항 제3호 단서에 의한 회사가 부담하는 질병으로 인한 외과적 수술에 해당한다는 점.

② 신청인의 입원이 제왕절개수술에 따른 치료뿐만 아니라, 자궁각 임신으로 인한 자궁과열, 혈복강 및 전자궁적출술에 따른 치료를 위해 이루어진 바, 동 특별약관 제4조 제2항 제1호에도 해당되지 않는다는 점.

(2) 입원의료비 및 통원의료비 보상 여부

입원의료비담보 특별약관 제3조 제1항 제6호 단서 및 통원의료비담보 특별약관 제3조 제1항 제6호 단서에서도 회사가 부담하는 질병으로 인한 임신, 출산, 유산, 외과적 수술 또는 그 밖의 의료처치를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하는 것으로 규정하고 있는 바, 신청인에게 발생한 입원의료비 및 통원의료비는 보상함이 타당하다 할 것임.

라. 결 론

그렇다면 본 건과 관련하여 피신청인은 신청인의 자궁각 임신에 의해 발생한 질병입원비, 입원의료비 및 통원의료비를 보상할 책임이 있다 할 것임.

2-27 이눌드-키아리 증후군이 면책약관상 선천성 뇌질환에 해당되는지 여부

[인용] 당해 보험약관의 보상하지 아니하는 손해에서는 ‘선천성 뇌질환’으로 규정되어 있을 뿐 이에 대한 정의 규정이 없고, 사전 등에서도 별도로 정하고 있지 않으나 한국표준질병·사인분류표는 이눌드-키아리 증후군(Q07)을 ‘신경계통의 기타 선천기형’으로 별도 분류하여 뇌와 직접적으로 관련된 질병으로 보고 있지 않는 점, 약관상으로도 이눌드-키아리 증후군이 ‘선천성 뇌질환’에 해당되는지가 명백하지 아니하므로, 약관 해석상 명확한 규정이 없어 작성자 불이익 원칙이 적용되어야 함.(2010. 9.28. 조정번호 제2010-83호)

가. 사실관계

신청인은 2008.3.28. 자신의 자녀(2008년생)를 피보험자로 하여 피신청인과 어린이CI보험 계약을 체결하였음. 2010.4.7. 피보험자는 ○○병원에서 아놀드-키아리 증후군(Q07.0) 진단받은 후 같은 해 6.28. ◇◇병원에서 아놀드-키아리 증후군(Q07.0)으로 2차 진단을 받아 피신청인에게 보험금을 신청하였으나, 피신청인은 “선천성 뇌질환”에 해당된다고 보험금 지급을 거부함.⁴⁸⁵⁾

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

병원 진단서에 따르면, 피보험자의 질병인 아놀드-키아리 증후군(Q07.0)은 “신경계 질환”이며 한국표준 질병·사인 분류표에도 “신경계 질환”으로 분류하고 있는데도, 피신청인이 당해 약관의 보상하지 아니하는 손해에서 규정하고 있는 “선천성 뇌질환”에 해당된다고 보험금 지급을 거부하는 것은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

질병관리본부 자료 등에 의하면 아놀드-키아리 증후군의 경우 소뇌의 일부가 척추강으로 돌출되어 발생하는 병으로 병의 원인이 선천성 뇌질환에 기인한 것으로 판단되므로 보험금 지급 책임이 없음.

다. 위원회의 판단

485) 아놀드-키아리 증후군(Arnold-Chiari Malformation)은 희귀 질환으로 태어날 때부터 뇌의 형성부전이 확실하게 나타난다. 이러한 뇌형성 부전은 출생 후 금방 감지되기 시작하나 어떤 환자는 정상으로 보이다 성장하며 뇌의 형성 부전이 나타난다. 이 질환의 특징은 소뇌의 일부분이 두뇌의 기저부를 통해 척추강으로 돌출되어 뇌와 척수가 만나는 곳에 이상이 생기는 것이다. 이로 인해 척수액이 뇌로 가는 흐름이 방해되며 결국 척수액이 척수와 뇌의 비어있는 공간에 축적된다. 척추강으로 돌출된 소뇌의 부분은 길어지며 이 모양이 편도(tonsil)와 닮았다고 해서 “소뇌 편도(Cerebellar tonsils)”라고 불린다.(질병관리본부)

◆ 본 건의 쟁점은 피보험자가 진단받은 아놀드-키아리 증후군이 당해 보험약관의 보상하지 아니하는 손해에서 규정하고 있는 ‘선천성 뇌질환’에 해당되는지 여부라 할 것임

(1) 약관규정

질병입원급여금(1일이상) 담보 특별약관 제2조(보상하지 아니하는 손해) 제1항 제2호에서는 “피보험자의 기질성 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실”은 면책사항으로 규정되어 있고, 질병입원의료비담보특별약관 및 질병통원의료비담보특별약관제2조(보상하지 아니하는 손해) 제1항 제5호에서는 “피보험자의 심신상실, 정신적 기능장애 및 선천성 뇌질환”을 면책사항으로 규정하고 있음.

(2) 쟁점 검토

약관의 내용은 개개 계약체결자의 의사나 구체적인 사정을 고려함이 없이 평균적 고객의 이해가능성을 기준으로 하되 보험단체 전체의 이해관계를 고려하여 객관적, 확일적으로 해석하여야 하고, 고객 보호의 측면에서 약관내용이 명백하지 못하거나 의심스러운 때에는 약관작성자에게 불리하게 제한 해석하여야 할 것임.⁴⁸⁶⁾

그러므로 살피건대, 이건 관련 보험약관의 보상하지 아니하는 손해에서는 “선천성 뇌질환”으로 규정되어 있을 뿐 이에 대한 정의 규정이 없고, 사전 등에서도 별도로 정하고 있지 않으나 한국표준질병·사인분류표(통계청 고시)에서는, “선천기형, 변형 및 염색체 이상”을 Q00~Q99로 분류하고 있고, Q00~Q07의 경우 “신경계통의 선천기형”으로 분류하고 있는데, 이중 Q00~Q04은 “뇌와 관련된 선천기형”, Q05~Q06의 경우에는 “척추 및 척수와 관련된 선천기형”, Q07은 “신경계통의 기타 선천기형”으로 별도 분류하고 있어 Q07을 뇌와 직접적으로 관련된 질병으로 분류하지 않고 있는 점.⁴⁸⁷⁾

또한 피신청인이 동 건 관련 보험약관을 2009.4월 개정하면서 보상하지 아니하는 손해에 관한 질병분류표의 “뇌의 선천기형”을 Q00~Q04까지로 명확하게 규정하였을 뿐만

486) 대법원 2010.7.22. 선고 2010다28208 판결 등 참조.

487) Q00 : 뇌없음증(무뇌증) 및 유사기형, Q01 : 뇌류, Q02 : 소두증

Q03 : 선천 수두증, Q04 : 뇌의 기타 선천 기형, Q05 : 척추 갈림증

Q06 : 척수의 기타 선천 기형, Q07 : 신경계통의 기타 선천 기형

아니라, 2009.9월 제정된 「질병보험 표준약관(손해보험 회사용)」에서도 “선천성 뇌질환”을 Q00~Q04로 규정하고 있다는 점.

만약 피신청인의 주장대로 Q07.0이 “보상하지 아니하는 손해”에 해당되고, 2009.4월 동 약관이 개정되면서 보상하지 아니하는 손해의 범위가 축소된 것이라면, 보장범위가 확대되어 동 특약의 위험률 산정시 위험률 증가 및 이에 따른 보험료 조정이 있어야 하나, 약관 개정에도 불구하고 동 조항 개정에 따른 별도 위험률 조정이 없었던 사정에 비추어 보험요율 산정 측면에서도 면책범위가 조정되었다고 볼만한 증빙자료를 찾아 볼 수 없는 점.

한편, 아놀드-키아리 증후군 질병의 원인이 후뇌(hind brain)의 이상과 관련 있다는 이유 등을 들어 “선천성 뇌질환”에 해당될 수 있다는 의학적 견해가 있을 수 있으나, 앞서 본 바와 같이 아놀드-키아리 증후군은 뇌와 척수가 만나는 경계 부위에 이상이 생기는 질환으로 의학적으로도 질환 부위를 명확하게 정하기 어려운 측면이 있으며, 약관상으로도 아놀드-키아리 증후군이 ‘선천성 뇌질환’에 해당되는지가 명백하지 아니한데, 약관 해석상 명확한 규정이 없어 다의적 해석이 가능한 경우 작성자 불이익 원칙이 적용되어야 한다는 점.

따라서, 동 약관에서 규정하고 있는 “선천성 뇌질환”은 한국 표준 질병·사인분류표에서 규정하고 있는 Q00(뇌없음증 및 유사기형)에서부터 Q04(뇌의 기타 선천 기형)까지 범위로 제한 해석하는 것이 타당하다 할 것임

라. 결 론

그렇다면, 아놀드-키아리 증후군을 당해 약관의 보상하지 아니하는 손해에서 규정하고 있는 ‘선천성 뇌질환’에 해당되는 것으로 판단하여 보험금 지급을 거절한 피신청인의 조치는 부당한 것으로 판단됨.

제7절 수술 등 해당 여부

2-28 간이식을 위한 간좌엽 절제술의 보험금 지급 여부

[기각] 보험약관에 따라 보상을 받기 위해서는 발생한 사고가 급격성, 우연성 및 외래성을 모두 충족하거나 질병 치료를 목적으로 한 입원이어야 하는데, 신청인이 받은 간좌엽 절제술은 신청인의 의지(간 기증)에 의해 선택되어 시행되었는 바 우연성을 결하고 있고, 또한 신청인의 질병 치료를 목적으로 한 입원으로도 볼 수 없음.(2008.1.29. 조정번호 제2008-8호)

가. 사실관계

신청인은 2001.8.10. 자신을 피보험자로 하여 피신청인과 보험계약을 체결함. 신청인은 2007.8.25. ○○병원에서 신청인의 9개월 된 딸에게 간이식을 하기 위해 간좌엽 절제술을 받음. 신청인은 간좌엽 절제술과 관련하여 2007.8.24.~9.3. 기간중 11일간 ○○병원에서 입원 치료함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

당해 보험약관에 간기증한 사람에 대해서 보험금을 지급하지 않는다는 내용이 없는 바, 입원비, 수술비, 입원제비용을 지급해야 함.

(2) 피신청인의 주장

신청인이 받은 간좌엽 절제술은 신청인의 질병치료를 목적으로 한 수술이 아니고, 당해보험 보통약관 제3조(보상하는 손해)의 급격하고도 우연한 외래의 사고에 해당하지 않으며, 제6조(보상하지 아니하는 손해)의 계약자나 피보험자의 고의에 해당하므로 면책 처리함이 타당함.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 간이식을 위한 간좌엽 절제술의 보상 여부라 할 것임.

(1) 약관 규정

당해보험 보통약관 제3조(보상하는 손해)에서는 “①회사는 피보험자가 보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체에 상해를 입었을 때에는 그 상해로 인하여 생긴 손해를 보상하여 드립니다.”라고 규정하고 있고, 제6조(보상하지 아니하는 손해)에서는 “①회사는 그 원인의 직접 간접을 묻지 아니하고 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.”라고 규정하면서 “계약자나 피보험자의 고의”를 그 대상의 하나로 열거하고 있음.

(2) 간이식을 위한 간좌엽 절제술의 보상 여부

신청인은 당해 보험약관에 간기증한 사람에 대해서 보험금을 지급하지 않는다는 내용이 없으므로 간좌엽 절제술과 관련된 입원비, 수술비, 입원제비용을 지급해야 한다고 주장하나, 당해보험 약관에서는 피보험자가 보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체에 상해를 입었을 때 그 상해로 인하여 생긴 손해, 질병으로 인해 입원 치료를 받은 경우 입원의료비 등을 보상한다고 규정하고 있으므로, 이 약관에 따라 보상을 받기 위해서는 발생한 사고가 급격성, 우연성 및 외래성을 모두 충족하거나 질병 치료를 목적으로 한 입원이어야 하는데, 신청인이 받은 간좌엽 절제술은 신청인의 의지에 의해 선택되어 시행되었는 바 우연성을 결하고 있고, 또한 신청인의 입원은 신청인의 질병 치료를 목적으로 한 입원으로도 볼 수 없는 바, 피신청인에게 보상책임이 발생하지 않는다고 할 것임.

라. 결 론

그렇다면 본 건과 관련하여 피신청인은 간좌엽 절제술로 인해 신청인에게 발생한 손해를 보상할 책임이 없다 할 것임.

2-29 전층 식피술에 대한 암수술비 지급 여부

[기각] 신청인은 광범위 종양 절제술 등을 받은 후 수술로 인해 결손된 피부조직을 채우고 수술 부위 상처를 치유하기 위해 같은 병원에서 전층 식피술을 받았는데, 동 전층식피술은 종양 절제술로 인하여 발생한 상처를 치료하기 위해 이뤄진 피부이식수술로서 암 치료를 직접적인 목적으로 한 수술로 보기 어렵고, 종양 절제술과 전층식피술은 일체를 이루는 하나의 수술로 보아야 하므로 피신청인은 전층식피술에 대해 암수술비를 지급할 책임이 없음. (2008.4.29. 조정번호 제2008-35호)

가. 사실관계

신청인은 2006.9.11. 자신을 피보험자로 하여 피신청인과 보험계약⁴⁸⁸⁾을 체결함. 그 후 신청인은 좌측 원위 대퇴골 골육종 진단하에 2007.6.12. ○○대학교병원에서 광범위 종양 절제술, 종양대치술 및 비복근 회전 피판술을 받고, 광범위 종양 절제술로 인해 결손된 피부조직을 채우고 수술부위 상처를 치유하기 위해 6.22 동 병원에서 전층 식피술을 받음. 피신청인은 6.12. 시술된 종양 절제술 등에 대하여 암수술비 및 관련 의료비를 지급하였고, 6.22 시술된 전층 식피술에 대하여 관련 의료비는 지급하였으나, 암수술비는 지급하지 않음.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

병원 주치의도 전층식피술은 암수술을 하면 꼭 해야 되는 수술이므로 암수술과 연관이 있다는 소견이므로 피신청인은 전층식피술에 대해 암수술비를 지급해야 함.

(2) 피신청인의 주장

전층 식피술은 종양절제술로 인해 결손된 피부 조직을 채우고 수술 부위 상처를 치유하기 위한 수술로서 약관에서 정하고 있는 “암의 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체를 절단, 적제 등의 조작을 가하는 것”과 무관한 상처치료 행위이므로 암수술비를 지급하지 않는 것이 타당함.

488) 당해보험의 주요 담보내용 : 암수술비C 1천만원, 암진단비C 4천만원 등

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 전층 식피술이 암의 치료를 직접적인 목적으로 한 수술인지 여부라 할 것임.

(1) 보험약관 규정

제1조(보상하는 손해) ①회사는 보험가입증서(보험증권)에 기재된 피보험자가 보험가입증서(보험증권)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 “보험기간”이라 합니다) 중에 보장개시일 이후에 암, 상피내암, 경계성 종양, 기타피부암으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 이 약관에 따라 보상하여 드립니다.

제5조(수술의 정의와 장소) 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 의사에 의하여 암의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관에서 의사의 관리하에 암의 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 적제(摘除) 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경차단은 제외합니다.

제6조(암수술비) 피보험자가 보장개시일 이후에 암, 상피내암, 경계성종양, 기타피부암으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 다음과 같이 암수술비를 지급하여 드립니다.

(2) 전층 식피술이 암의 치료를 직접적인 목적으로 한 수술인지 여부

신청인은 전층 식피술은 암의 치료를 직접적인 목적으로 한 수술로서 암수술비를 지급해야 한다고 주장하고 있으나, 동 건에 있어서 암의 치료를 직접적인 목적으로 한 수술은 2007.6.12. 시술된 광범위 종양 절제술이며, 같은 달 22일 시술된 전층 식피술은 광범위 종양 절제술이후에 결손된 피부 조직을 채우고 수술 부위 상처를 치료하기 위해 이루어진 피부이식수술로서 암의 치료를 직접적인 목적으로 한 수술로 보기 어려울 뿐만 아니라, 6.12. 시술된 광범위 종양절제술의 연장으로서 종양절제술과 전층 식피술은 일체를 이루는 하나의 수술로 보는 것이 타당할 것임.

라. 결 론

그렇다면 전충식피술에 대해 암수술비를 지급하지 아니한 피신청인의 조치가 부당하다고 보기는 어려움.

2-30 가해자 자동차보험에서 지급받은 치료비가 ‘피보험자가 부담하는 비용’에 포함되는지 여부

[인용] 당해 보험약관에 ‘피보험자가 부담하는 비용’의 40% 해당액을 상해입원의료비로 지급한다고 규정하고 있는데, ‘피보험자가 부담하는 비용’의 의미를 ‘피보험자가 실제로 지출한 비용’의 의미로 해석할 수도 있지만, 실제 비용지출 주체를 묻지 않고 ‘피보험자의 치료에 실제 소요된 비용’의 의미로도 해석할 수도 있는데, 이와 같이 약관내용이 다의적으로 해석되는 경우에는 원칙적으로 계약자에게 유리하게 해석되어야 하므로, 피보험자의 치료에 실제 소요된 의료비 중 일부로 총당된 자동차보험금도 ‘피보험자가 부담하는 비용’에 포함된다고 판단됨. (2009.9.22. 조정번호 제2009-82호)

가. 사실관계

신청인이 2007.8.30 실손의료보험을 가입하고 2007.8.30. 자동차보험계약을 계약을 체결한 바 있는데, 2008.7.13. 차량단독사고(가드레일 접촉사고) 치료비 등 자동차보험금을 수령하였으나 실손의료보험이 가입된 피신청인이 자동차보험에서 치료비를 지급받았다는 이유로 상해입원의료비의 지급을 거절함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

해당 보험약관에서 국민건강보험을 적용받지 못한 경우에는 “피보험자가 부담하는 비용”의 40% 해당액을 상해입원의료비로 지급한다고 규정하고 있을 뿐 자동차보험에서 지급된 치료비는 “피보험자가 부담하는 비용”에서 제외된다는 면책규정이 없음에도, 자동차보험에서 보상받은 치료비는 본인이 실제로 지출한 비용이 아니라는 이유로 피신청인이 이를 “피보험자가 부담하는 비용”에서 제외한 것은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

신청인이 주장하는 바와 같이 해당 보험약관상 자동차보험에서 지급된 치료비에 대한 별도의 면책규정은 없으나, 자동차보험금이 이미 지급되었다면 그 금액만큼은 신청인이 실제 지출한 비용이 아니라고 할 것이어서 피보험자가 부담하는 비용에서 신청인이 지급받은 자동차보험금을 제외한 것임. 신청인의 주장대로 자동차보험금을 피보험자가 부담하는 비용으로 인정하여 관련 보험금을 지급한다면 손해보험의 기본원리인 이득금지의 원칙에도 반한다 할 것임.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 신청인이 교통사고에 대해 지급받은 자동차보험금이 본 건 약관에서 규정하고 있는 “피보험자가 부담하는 비용”에 포함되는지 여부임.

(1) 관련 규정

당해보험 특별약관에 의하면 “회사는 피보험자가 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체에 상해를 입고 병원 또는 의원 등에 입원하여 치료를 받는 경우 피보험자가 부담하는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여중 본인부담금과 비급여에 해당하는 비용(단, 병실료차액의 경우 50% 해당액)의 100% 해당액을 1사고당 3천만원 한도로 상해입원의 료비를 보상하여 드린다”고 규정하고 있음.

(2) 쟁점 검토

피신청인은 약관문구 “피보험자가 부담하는 비용”의 의미를 피보험자가 실제로 지출한 비용으로 해석하여 신청인이 교통사고로 발생한 의료비에 대해 자동차보험금을 지급받았기 때문에 그 금액만큼은 피보험자가 실제로 지출한 비용이 없다는 이유로 상해입원의료비 추가지급을 거절하고 있으나 아래와 같은 사유를 종합적으로 고려할 때 피신청인의 주장을 수용할 수 없음.

① 먼저 약관문구 ‘피보험자가 부담하는 비용’의 의미를 글자 그대로 살펴보면, ‘피보험자가 실제로 지출한 비용’의 의미로 해석할 수도 있지만, 실제 비용지출 주체를 묻지 않고 “피보험자의 치료에 실제 소요된 비용”의 의미로도 해석할 수도 있는데, 이와 같이

약관내용이 다의적으로 해석되어 명확하지 않을 경우에는 원칙적으로 계약자에게 유리하게 해석되어야 하는 점. 만약 후자의 의미로 해석할 경우에는 피보험자의 치료에 실제 소요된 의료비 중 일부로 충당된 자동차보험금도 “피보험자가 부담하는 비용”에 포함될 수 있음.⁴⁸⁹⁾

② 피신청인은 자동차보험금에 대해서도 상해입원의료비를 지급하면, 이는 손해보험의 이득금지 원칙에 반한다고 주장하나, “상해의료실비 보험금과 관련한 자동차보험금의 중복지급 여부”를 다룬 사건에서 대법원은 “손해보험으로서의 성질과 함께 상해보험으로서의 성질도 갖고 있는 손해보험형 상해보험에 있어서는 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 있다”라고 판시⁴⁹⁰⁾하고 있는 점.

③ 본 건 상해입원의료비 특별약관 제2조(보상하지 아니하는 손해)에서 상해입원의료비에 대한 여러 면책사유를 규정하고 있는데, 자동차보험에서 보상받는 의료비는 동 조항의 면책사유에 포함되어 있지 않은 점.⁴⁹¹⁾

라. 결 론

따라서 자동차보험에서 부담한 치료비도 “피보험자가 부담하는 비용”에 포함된다 할 것이므로 피신청인은 신청인의 치료비중 자동차보험에서 부담한 금액의 40% 해당액을

489) 참고로, 피신청인의 일반상해의료비담보 특별약관 제1조(보상하는 손해)에서는 “회사는 보험가입증서(보험증권)에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체에 상해를 입고 그 직접 결과로써 의사의 치료를 받은 때에는 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 피보험자가 실제로 부담한 의료비 전액을 수익자에게 지급하여 드립니다.”라고 규정하고 있어 해석상 논란의 여지가 없음

490) 대법원 2003.11.28. 선고 2003다35215 판결 참조.

491) 피신청인이 현재 판매중인 상해입원의료보험 특별약관의 제2조(보상하지 아니하는 손해) 제3항을 살펴보면, 제1호~제7호까지는 본 건 상해입원의료 특별약관 제2조 제3항 제1호~제7호와 거의 일치하나, 신설된 8호에서 “자동차보험(공제를 포함합니다.) 또는 산재보험에서 보상하는 의료비”를 규정하고 있음.

상해입원의료비로 추가로 지급할 책임이 있음.

2-31 유방재건술의 실손의료비 보상책임 인정 여부

[인용] 보건복지부에 따르면 유방암 환자가 유방전절제술 후 시행받는 유방재건술은 국민건강보험 요양급여의 기준에 따라 ‘비급여 대상’에 해당한다는 견해를 밝히고 있으므로 이 건 수술은 당해 약관상 보상하는 손해인 ‘국민건강보험법의 적용을 받는 비급여 항목’에 해당한다 할 것임. 이 건 수술이 면책조항에 해당하는지 여부는 시술의 목적, 내용 등을 종합적으로 살펴보아야 하며 이러한 해석 방법이 작성자 불이익의 원칙에도 부합되는 바, 사정이 이러하다면 이 건 수술을 건강보험법 적용대상이 아니라는 이유로 청구금액의 40%만 지급한 피신청인의 업무처리는 부당하다고 할 것임.(2012.9.25. 조정번호 제2012-21호)

가. 사실관계

신청인은 2007.9.21. 자신의 배우자를 피보험자로 하여 피신청인과 보험계약을 체결하였음. 피보험자는 2012.4.3. 유방통으로 치료받고, 같은 달 18일 ○○병원에서 상세불명의 유방의 악성신생물(C5099)로 좌측 유방절제술 및 복원술⁴⁹²⁾을 시행받음.

2012.5.3 신청인은 보험금을 청구하였으나, 피신청인이 유방재건술은 성형수술이라는 이유로 보험금 지급을 거절하자 5.7 금융분쟁조정을 신청하였으며, 이후 5.8 피신청인은 신청인에게 보험금 일부⁴⁹³⁾를 지급함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

담당의사가 이 건 유방재건술은 미용 목적의 성형수술이 아니라 유방 상실로 인한 환자의 고통을 고려하여 치료목적으로 불가피하게 시행한 것이라는 소견을 밝히고 있는데

492) 피부보존 유방절제술 및 복직근 피판 유방재건술.

493) 청구금액의 40%만 지급함.

도 보상하는 손해가 아니라는 이유로 일부 보험금(청구금액 40% 해당 금액)만 지급함은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

대부분의 환자가 유방재건술을 받지 않았다고 하여 정신적 고통 등이 필연적으로 발생하는 것은 아니므로 이 건 사고는 약관에서 보상하는 손해라고 보기 어려우나, 담당의사 소견을 고려하여 청구한 보험금의 40%를 지급한 것으로 추가적인 보험금 지급 책임은 없다 할 것임.

다. 위원회의 판단

◆ 이 건의 쟁점은 유방재건술 시술로 피보험자가 부담한 의료비용이 약관상 ‘보상하는 손해’에 해당하는지와 ‘보상하지 아니하는 손해(면책조항)’에 해당하지 않는지 여부라 할 것임

(1) 약관조항

제1조(보상하는 손해) ①회사는 피보험자가 보험기간중에 질병으로 인하여 병원 또는 의원 등에 입원하여 치료를 받는 경우 피보험자가 부담하는 건강보험법에서 정한 요양급여중 본인부담금과 비급여에 해당하는 비용(단, 병실료차액의 경우 50% 해당액)의 100%해당액을 1질병당 3천만원한도로 질병입원의료비를 보상합니다.

②회사는 제1항에도 불구하고 피보험자가 국민건강보험을 적용받지 못한 경우(국민건강보험에 정한 요양급여 절차를 거치지 아니한 경우도 포함) 피보험자가 부담하는 비용의 40% 해당액을 1질병당 3천만원 한도로 질병입원의료비를 보상합니다.

제2조(보상하지 아니하는 손해) ③아래에 정한 사유로 발생한 질병입원의료비를 보상하지 아니합니다.

7. 위생관리, 미모를 위한 성형수술비 및 비만치료.

(2) 이 건 수술이 약관상 보상하는 손해에 해당하는지 여부

당해약관 제1조(보상하는 손해) 제1항에 의하면 “회사는 피보험자가 보험기간중에 질병으로 인하여 병원 또는 의원 등에 입원하여 치료를 받는 경우 피보험자가 부담하는

국민건강보험법에서 정한 요양급여 중 본인부담금과 비급여에 해당하는 비용(단, 병실료 차액의 경우 50% 해당액)의 100% 해당액을 1질병당 3천만원 한도로 질병입원의료비를 보상”하며, 같은 조 제2항에 의하면 “제1항에도 불구하고 피보험자가 국민건강보험을 적용받지 못한 경우(국민건강보험에 정한 요양급여 절차를 거치지 아니한 경우도 포함) 피보험자가 부담하는 비용의 40% 해당액을 1질병당 3천만원 한도로 질병입원의료비를 보상한다”고 각각 규정하고 있어 이 건 수술이 국민건강보험법상 비급여 항목에 해당하는지 여부가 관건이라 할 것임.

「국민건강보험법」 제41조(요양급여) 제3항에 의하면 보건복지부장관은 제2항에 따라 요양급여의 기준을 정할 때 업무나 일상생활에 지장이 없는 질환, 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 사항은 요양급여의 대상에서 제외할 수 있으며, 이에 따라 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조(비급여대상) 제1항에서 요양급여에서 제외되는 사항(비급여 대상)을 구체적으로 열거(별표2)하고 있는데 이에 “2. 다음 각목의 진료로서 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료”로서 “가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡인술, 주름살제거술 등 미용목적의 성형수술과 그로 인한 후유증치료”가 포함되어 있는데, 이와 관련한 보건복지부 회신에 따르면 유방암 환자가 유방전절제술 후 시행받는 유방재건술은 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조의 <별표2>에서 정하고 있는 “비급여 대상”에 해당⁴⁹⁴한다는 견해를 밝히고 있으므로 이 건 수술은 당해 약관상 보상하는 손해인 “국민건강보험법의 적용을 받는 비급여 항목”에 해당한다 할 것임.

(3) 이 건 수술이 약관상 면책조항에 해당하지 않는지 여부

한편, 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 <별표2>의 “미용목적의 성형수술”이 당해 약관 면책조항에 열거된 “미모를 위한 성형수술”과 동일한 것으로 볼 수 있는지 여부가 쟁점이 될 수 있으나 다음 사실 등을 감안할 때 서로 다른 의미로 해석함이 타당하다 할 것임.

494) 건강보험심사평가원의 상담사례에서도 유방재건술(근피관술 및 유두성형술)은 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 <별표2> “비급여 대상”에 해당한다고 답변하고 있음.

① 약관의 해석은 신의성실의 원칙에 따라 당해 약관의 목적과 취지를 고려하여 공정하고 합리적으로 하되, 개별 계약의 당사자가 의도한 목적이나 의사를 참작함이 없이 평균적 고객의 이해가능성을 기준으로 객관적·확일적으로 해석하여야 하며 이러한 해석을 거친 후에도 약관 조항이 다의적으로 해석되고 그 각각의 해석이 합리성이 있는 등 당해 약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 고객에게 유리하게 해석해야 할 것⁴⁹⁵⁾이므로, 위 <별표2>는 건강보험법의 적용을 받는 의료행위 등을 급여·비급여로 구분하기 위한 것인데 반해, 약관상 면책조항은 질병치료 목적이 아닌 경우 시술 등을 담보범위에서 제외하기 위해 구체적인 사유를 열거한 것으로 규정 목적이나 취지가 서로 상이하므로 이 건 수술이 면책조항에 해당하는지 여부는 시술의 목적, 내용 등을 종합적으로 살펴봐야 하며 이러한 해석 방법이 작성자 불이익의 원칙⁴⁹⁶⁾에도 부합되는 점.

② 유방재건술은 미모를 위한 것이라기 보다는 유방을 절제한 여성으로서의 정신적 고통의 해소에 더 본질적인 목적이 있으므로 신체의 일부를 절단한 사람이 원상회복을 위해 시술을 받는 것은 외모의 개선 등을 위한 성형수술과는 그 성격이나 취지가 다르다고 봄이 상당하고, 신청인이 제출한 담당의사 소견서(2012.5.2.자, ○○병원)에도 이 건 수술에 대하여 “이는 미용 목적의 미용성형 수술이 아니며 유방의 상실로 인한 환자의 고통을 고려하여 치료 목적으로 불가피하게 시행한 수술입니다. 수술을 시행하지 아니할 경우 환자의 정신적 고통 이외에 유방 비대칭의 인체 불균형에서 기인한 여타 합병증 발생의 위험이 있습니다”라는 견해를 밝히고 있는 점.

라. 결 론

사정이 이러하다면 이 건 수술을 건강보험법 적용대상이 아니라는 이유로 청구금액의 40%만 지급한 피신청인의 업무처리는 부당하므로 당해 약관 제1조 제1항에 따라 삭감한 금액(7,172,840원)을 추가로 지급할 책임이 있다고 할 것임.

495) 대법원 201012.9. 선고 2010다71158 판결 등 참조.

496) 약관의 규제에 관한 법률 제5조(약관의 해석) ②약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 고객에게 유리하게 해석되어야 한다.

제8절 보험기간

2-32

보험료가 납입되지는 않았으나 보험증권상 보험기간 개시후 보험사고가 발생한 경우 보험금 지급책임 여부

[인용] 보험자는 다른 약정이 없으면 보험료를 지급받은 때로부터 그 책임이 개시된다고 함이 상당할 것이고, 보험자가 보험기간이 기재된 보험증권을 최초보험계약 보험기간 만료전에 선발행하여 교부한 사실에 비추어 볼 때 보험료의 납입유예에 관한 약정이 당사자간에 존재하였다고 볼 수 있으므로 보험증권의 기재내용과 제반정황에 의할 경우 이건 사고는 책임개시후의 보험사고에 해당한다라고 봄이 타당함.(2001.7.10. 조정번호 제2001-39호)

가. 사실관계

신청인 A씨(주상복합건물 관리소장)는 1999.9.30. 피신청인과 ○○광역시 소재 주상복합건물을 보험의 목적으로 하여, 보험기간은 1999.9.30.~2000.9.30.로 2건의 화재보험계약을 각 체결하면서 보험료는 1999.10.6. 입금함.

피신청인의 영업소장이 2000.9.16. 관리사무소를 찾아와 위 각 보험계약의 갱신에 관한 문제 협의시, 신청인은 ◇◇건설의 관리비 선수금이 늦어질 것 같으니 위 관리비가 입금되는대로 보험료를 납입시켜 주겠다고 하였고, 신청인은 같은 달 29일 갱신보험증권(보험기간: 2000.9.30.~2001.9.30.)을 교부 받았음.

2000.10.5. 13:30경 위 건물에 하청업체의 인부가 냉각탑 방음벽 보수공사를 위하여 가스용접을 하던 중 불티가 냉각탑 밑부분 플라스틱에 붙어 화재가 발생하였고, 신청인은 같은 날 16:46경 위 각 보험계약에 대한 보험료를 입금함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

피신청인의 영업소장이 2000.9.16. 관리사무소 방문시 보험효력이 2000.9.30.부터 발생하도록 보험증권을 선발행한다고 하였고, 보험료도 2000.10월초에 입금하기로 구두 약정

한 바, 상법 및 해당약관 규정상 책임개시 시기에 대한 다른 약정이 있었다고 볼 수 있으므로 피신청인이 보험금을 지급하지 않은 것은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

보험료 납입전에 발생한 화재사고에 대하여 책임을 부담하기로 한 다른 약정이 있었다고 볼 수 없으므로 상법 및 해당보험약관에 따라 보험금을 지급하지 아니한 피신청인 조치는 정당함.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 보험계약청약서 및 보험증권의 기재내용과 제반정황에 비추어 책임개시후의 보험사고라고 볼 수 있으므로 피신청인은 보험금지급책임 존재 여부임.

보험자의 책임개시 시기에 관한 일반원칙과 보험계약상의 피신청인의 보험금지급책임 존부에 대하여 살펴보면, 상법 제656조(보험료의 지급과 보험자의 책임개시)에서는 “보험자의 책임은 당사자간에 다른 약정이 없으면 최초의 보험료의 지급을 받은 때로부터 개시한다”라고 규정하고 있고, 본건 약관 제4조 제2항에서도 “다른 약정이 없으면 보험기간이 시작된 후라도 보험료를 받기 전에 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다”라고 규정하고 있음. 상법 및 본건 약관의 규정을 종합적으로 해석할 때, 보험자는 다른 약정이 없으면 보험료를 지급받은 때로부터 그 책임이 개시된다고 할 것임.

피신청인의 본건 사고에 대한 보험금지급책임 존부는 보험자의 책임개시 시점에 대하여 당사자간에 다른 약정이 존재하였는지 여부에 따라 결정된다고 할 것이며, 양당사자의 주장이 상이하나, 아래와 같은 사정을 종합할 때 보험자의 책임개시 시점에 대하여 당사자간에 다른 약정이 존재하였다고 볼 수 있고, 그렇다면 본건 사고는 책임개시후의 사고이므로 피신청인은 보험금 지급책임이 있는 것으로 판단됨.

① 보험계약청약서 및 보험증권의 기재에 의하면 보험기간이 2000.9.30.~2001.9.30.까지로 기재되어 있고, 보험증권은 증거증권으로서 보험계약의 성립과 그 내용에 관하여 사실상의 추정력을 가지는 것이어서 보험증권의 기재내용과 다른 내용의 계약이 체결되었다는 점에 대한 입증책임은 피신청인에게 있으나 이를 입증할 만한 증거가 없는 점.

② 2000.9.16. 본건 갱신보험계약에 대한 문제 협의시, 신청인이 보험료의 입금이 늦어진다는 점에 대한 양해를 구한 바 있고, 이러한 점에 대하여 피신청인의 영업소장이 아무런 이의 없이 신청인으로 하여금 보험계약 청약서를 작성하게 하였으며, 위와 같이 보험기간이 기재된 보험증권을 최초보험계약 보험기간 만료전에 선발행하여 교부한 사실에 비추어, 보험료의 납입유예에 관한 약정이 당사자간에 존재하였다고 볼 수 있으므로 피신청인의 책임개시 시점은 보험계약청약서 및 보험증권에 기재된 바에 의하는 것이 합리적인 점.

③ 보험의 목적은 특수건물로서 「화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률」 제5조에 의하여 화재보험가입이 강제되어 있어 신청인은 갱신보험계약체결 당시 피신청인의 책임개시 시기를 최초보험계약의 종료직후부터로 약정할 충분한 이유가 있었던 점.

라. 결 론

보험계약청약서 및 보험증권의 기재내용과 제반정황에 비추어 책임개시후의 보험사고라고 볼 수 있으므로 피신청인은 보험금지급책임이 존재하는 것으로 판단됨.

2-33 알코올성 간염이 보험가입 전 발생한 보험사고인지 여부

[인용] 보험사고가 보험자의 책임개시 시점 이전에 발생한 경우에는 보험자의 책임이 존재하지 아니한다 할 것인 바, 알코올성 의존 환자라고 할지라도 일시적인 단주(斷酒)는 가능하고, 알코올성 간염은 단주 후 완전히 회복되는 질환일 뿐만 아니라 피보험자는 당해 보험가입 이전에 2차례에 걸쳐 알코올성 간염으로 입원 치료 받은 사실이 있으나, 이후 약 4년 동안 위 병명으로 치료받은 사실이 없고, 청약서상의 간질환치료사실 여부를 묻는 질문표에 “있다”와 “없다”의 양쪽란에 불분명하게 표시하였음에도 피신청인이 추가질문을 하거나 정확한 내용을 확인하는 등의 조사를 하지 않고 본 건 계약을 인수한 점 등을 감안시 보험가입 전에 이미 보험사고가 발생하였다는 피신청인의 주장은 이유 없다 할 것임.(2005.2.22. 조정번호 제 2005-2호)

가. 사실관계

신청인은 1999.7.16. 자신의 배우자를 피보험자로 하여 피신청인과 건강보험⁴⁹⁷⁾ 계약을 체결함. ○○종합병원이 2002.12.23.자로 발행한 진료소견서에 의하면, 피보험자는 당해 보험 가입일 이전인 1998.10.11.~11.3. 기간중(24일간), 1998.11.15.~11.25. 기간중(11일간) 2차례에 걸쳐 알코올성 간염 등으로 입원 치료하였고, 보험가입 이후에는 2002.8.9.~11.7. 기간중(91일간) 동일 병명으로 입원치료 받은 것으로 나타남.

한편 1999.7.16. 당해 보험 가입 당시, 피보험자는 청약서상의 “최근 5년이내에 간장·담낭·췌장과 관련한 병명이나 증상으로 계속 7일이상 치료, 복약, 입원하였거나 또는 수술, 정밀검사를 받은 적이 있는지”의 질문표 작성과 관련하여 “있다” “없다” 양쪽란에 모두 표시하였고, 다른 질문에 대해서는 모두 이상이 없는 것으로 표시함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

피보험자가 보험 가입 이후 별다른 이상 없이 건강하게 생활하다가 3년이 지난 시점에서 알코올성 간염으로 입원 치료 받고 보험금을 청구하였는데, 알코올성 간염이 보험 가입 전 발병한 질병이라는 이유로 보험금을 지급하지 않음은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

피보험자가 보험 가입 이전에 이미 2차례에 걸쳐 알코올성 간염으로 치료받은 사실이 있고, 피보험자를 진료한 담당의사도 당해 보험 가입 이전의 알코올성 간질환이 재발되었다는 소견을 밝히고 있는 점에 비추어 피보험자의 알코올성 간염은 보험가입 이전에 발병한 질병이므로 보험금 지급책임이 없음.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 보험가입 이전에 이미 보험사고가 발생하였는지 여부라 할 것임.

497) 담보종목 : 기본계약 - 특정질병입원급여금 1일당 4만원, 질병사망보험금 1천만원,
선택계약 - 암담보 5백만원, 상해사망보험금 1천만원 등.

(1) 약관 규정

당해 보험의 보통약관 제4조(보상하는 손해)에 의하면, “회사는 보험기간 중 책임개시일 이후에 피보험자가 특정질병(충수염, 위 및장관련질병, 호흡기관관련질병, 간관련질병, 심장관련질병, 뇌관련질병)으로 진단이 확정되고, 그 특정질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원하여 의사의 치료를 받거나 수술을 받은 때에는 이 약관에 따라 보상하여 드립니다”라고 규정하고 있음.

(2) 보험 가입 전 발생한 보험사고인지 여부

당해 약관에서 규정하고 있는 바와 같이 특정질병의 진단과 그 치료 및 수술이라는 보험사고가 보험자의 책임개시일 이후에 발생하여야만 보험자는 약관에 따른 보험금 지급 책임을 부담하며, 보험사고가 보험자의 책임개시 시점 이전에 발생한 경우에는 보험자의 책임이 존재하지 아니한다 할 것임.

따라서 본 건 보험사고가 당해 보험계약의 책임개시일 이전에 이미 발생한 것인지를 살피건대, 피보험자가 비록 경한 알콜 의존 환자라 할지라도 다음의 각 점에 비추어 보면 2002. 8. 9. 알코올성 간염 진단을 받고 이에 대한 입원치료를 한 본 건 보험사고는 피신청인의 책임개시일 이후에 발생한 것으로 판단됨.

① 알코올성 의존 환자라고 할지라도 일시적인 단주(斷酒)는 가능하고, 알코올성 간염은 단주 후 완전히 회복되는 질환이라는 점.

② 피보험자는 당해 보험가입 이전인 1998년에 2차례에 걸쳐 알코올성 간염으로 입원 치료 받은 사실이 있으나, 이후 본 건 2002.8.9. 알코올성 간염에 대한 입원치료 전까지 약 4년 동안 위 병명으로 치료받은 사실이 없고, ○○병원이 2005.2.1. 발행한 진단서를 통해 2000.5.30. 당시 피보험자의 간 기능 상태는 정상이라고 밝히고 있는 점.

③ 피보험자가 본 건 보험계약 당시 청약서상의 간질환치료사실 여부를 묻는 질문표에 “있다”와 “없다”의 양쪽란에 불분명하게 표시하였음에도 피신청인이 추가질문을 하거나 정확한 내용을 확인하는 등의 조사를 하지 않고 본 건 계약을 인수하였다는 것은 보험사고 발생의 위험이 높음을 알면서도 인수하였다고 볼 수 있을 것이므로 피신청인에게 당해 질병이 책임개시일 이전에 발병한 것이라는 것에 대한 보다 엄격한 입증책임

이 요구된다 할 것인 바, 이에 대한 증거가 부족한 점.

라. 결 론

그렇다면 이 건 신청인의 보험금 지급 요구는 타당한 것으로 인정되어야 할 것으로 판단됨.

2-34 당뇨병 및 고혈압 진단으로 보험가입 전 보험사고가 확정되었는지 여부

[인용] 본 건 특별약관에서는 특정질병에 대한 진단이 아니라 질병으로 인한 입원치료를 보상하는 것으로 규정하고 있어 동 보험약관상 인정되는 보험사고는 피보험자가 당뇨병으로 인한 합병증으로 최초로 입원치료 받은 것이라 할 수 있으므로, 당해 보험가입 전 피보험자의 당뇨병 및 고혈압 진단 그 자체로 보험사고가 객관적으로 확정되었다고 보기는 어렵다 할 것임.(2005.10.25. 조정번호 제2005-78호)

가. 사실관계

신청외 A씨(이하 “피보험자”라 함)는 1998.9.22. 상해사고를 담보하는 상해보험을 주계약으로, 질병과 관련한 사망, 입원비, 간병비 등을 담보하는 특약(건강생활보장 특별약관)을 추가하여 피신청인과 보험계약을 체결함.

피보험자는 위 보험가입 이전인 1998.3.16. ○○내과의원에서 당뇨병 및 고혈압 진단을 받고 1998.12.27일까지 총 31회에 걸쳐 통원, 약물치료를 받은 사실이 있음. 이후 피보험자는 ◇◇대학병원에서 2002.9.11. 당뇨병 신장병, 같은 해 12.28. 만성신부전 진단을 받았고, 최근 상기 만성신부전으로 2005.5.10.부터 △△대학병원에 입원하여 혈액투석을 받고 이에 대한 입원비 및 간병비를 피신청인에게 청구하였음.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

피보험자가 보험가입 전 당뇨 및 고혈압 진단을 받고 약물치료한 사실은 있으나, 보험 가입한 후 7년이 지난 말기신부전에 따른 관련 치료비를 지급하지 아니하고 보험계약을 무효처리함은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

피보험자는 보험가입 전 이미 당뇨와 고혈압 진단을 받고 계속적으로 치료를 하고 있었으며 보험기간 중 당뇨로 인한 신부전 진단을 받고 입원치료를 하였는데, 이는 보험가입 전 이미 보험사고가 발생한 것으로서 상법 제644조(보험사고의 객관적 확정 효과)에 의거 당해 보험계약은 무효임.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 보험가입 전 이미 보험사고가 발생하였는지 여부에 관한 것이라 할 것임.

(1) 약관 및 관련법규

당해 보험약관 건강생활보장 특별약관에서는, 피보험자가 상해 또는 질병으로 인하여 보험기간 중에 병원 또는 의원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원의료비 및 입원일당 간병비 등을 지급하는 것으로 규정하고 있음.

한편, 상법 제644조(보험사고의 객관적 확정 효과)에서는 “보험계약 당시에 보험사고가 이미 발생하였거나 또는 발생할 수 없는 것인 때에는 그 계약은 무효로 한다. 그러나 당사자 쌍방과 피보험자가 이를 알지 못한 때에는 그러하지 아니한다”고 규정하고 있음.

(2) 보험가입 전 당뇨 및 고혈압 진단 자체가 당해 보험약관상의 보험사고인지 여부

본 건 자료에 의하면, 피보험자가 1998.3.16. 당뇨 및 고혈압 진단 이후인 1998.9.22. 당해 보험을 가입하고 당뇨 및 고혈압에 따른 약물치료 이외의 별다른 추가진료 없이 지내다가, 보험가입 후 4년이 경과한 2002.12.28. 당뇨의 합병증인 만성신부전 진단을 받고 2005.5.10. 만성신부전으로 인한 혈액투석을 받음.

이와 관련하여 피신청인은 피보험자의 만성신부전으로 인한 혈액투석이 보험가입 이전에 진단 받은 당뇨로 인한 것이므로 보험사고는 보험가입 당시에 이미 발생하였다고 주장하나, 본 건 특별약관에서는 특정질병에 대한 진단이 아니라 질병으로 인한 입원치료를 보상하는 것으로 규정하고 있으며, 당뇨 및 고혈압이 입원치료를 요하는 신부전증 등의 합병증으로 반드시 진행한다고 할 수도 없는 점에 비추어 보면, 당해 보험가입 전 피보험자의 당뇨 및 고혈압 진단 그 자체로 보험사고가 객관적으로 확정되었다고 보기는 어렵다 할 것임.

따라서 본 건 관련 보험사고는 피보험자가 당뇨로 인한 합병증으로 최초로 입원치료 받은 것이라 할 수 있고, 이는 보험가입 이후에 발생하였음이 명백하므로 상법 제644조를 근거로 한 피신청인의 보험계약 무효 처리는 이유 없다 할 것임.

라. 결 론

그렇다면 피신청인의 당해 보험계약 무효처리는 이유 없다 할 것이므로 보험계약을 원상회복하고 보험금을 지급함이 타당함.

2-35

골절사고일로부터 11개월 후 금속판 제거술을 받은 경우 상해의료비 등 지급대상인지 여부

[기각] 당해 보험계약에서 보상하는 손해는 보험기간중 피보험자에게 발생한 모든 의료비와 입원비가 아니고 사고일로부터 180일 이내에 피보험자가 실제 부담한 의료비 및 사고일로부터 180일을 한도로 발생한 입원비라 할 것인데, 이는 법률관계를 신속히 확정함과 동시에 개별적인 사정을 묻지 않고 법률관계를 획일적으로 처리하기 위한 것인 바, 보험기간중 의료비 및 입원비 지급과 관련하여 일정한 기간제한을 두는 것 자체가 부당하다고 보기는 어려우므로, 피신청인은 사고일로부터 180일을 경과한 본 건 보험금 청구에 대한 지급 책임이 없음. (2009.7.21. 조정번호 제2009-76호)

가. 사실관계

신청인은 2007.6.28. 자신을 피보험자로 하여 피신청인과 보험계약⁴⁹⁸⁾을 체결함. 신청인은 2008.5.24. 축구경기 중 다른 사람과 부딪혀 넘어지면서 쇄골 골절을 입고 같은 해 5.26.~6.3. 기간중 ○○병원에서 우측쇄골 분쇄 골절, 관혈정복 및 내고정술 시술을 받았으며, 다음 해 4.28.~5.5. 기간중 ○○병원에서 우측쇄골 골절(유합 상태), 금속판제거술 시술(4.29.)을 받은 후 2009.5.13. 보험금을 청구하였으나, 피신청인은 사고일로부터 180일이 경과하였음을 이유로 보험금 지급을 거절하여, 신청인이 금융분쟁조정을 신청함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

2008년 5월 쇄골 골절사고로 수술받은 후 퇴원할 당시 담당주치의로부터 1년후 금속판 제거 수술을 받아야 한다는 설명에 따라 2009.4월에 입원후 금속판 제거 수술을 받았는데, 금번 금속판 제거술은 골절치료의 일련의 과정임에도 보험약관에서 일방적으로 설정해 놓은 담보기간이 경과되었다는 이유로 보험금을 지급하지 않는 것은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

일반상해의료비담보 특별약관 및 일반상해임시생활비담보 특별약관에 사고일로부터 180일을 한도로 보험금을 지급하는 것으로 규정되어 있는바, 사고일로부터 180일을 경과하여 치료받은 사항은 보상하는 손해가 아니므로 금번 입원 및 금속판 제거술에 대해 일반상해의료비 및 일반상해임시생활비 보험금 지급책임이 없음.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 최초 골절사고일로부터 약 11개월이 경과하여 입원후 금속판 제거술을 받은 것이 일반상해의료비담보 특별약관 및 일반상해임시생활비담보 특별약관에서 보상하는 손해인지 여부임.

(1) 관련 규정

498) 주요 담보내용 : 일반상해의료비담보 - 1천만원 한도, 일반상해임시생활비담보 - 입원 1일당 2만원

「일반상해의료비담보 특별약관」 제1조(보상하는 손해) 회사는 보험가입증서(보험증권)에 기재된 이 특별약관의 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 보통약관 제2장 제14조(보상하는 손해)에서 정한 사고로 신체에 상해를 입고 그 직접결과로써 의사의 치료를 받은 때에는 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 피보험자가 실제 부담한 의료비 전액을 지급하여 드립니다. 그러나 어떠한 경우에도 사고일로부터 180일 이내에 소요된 의료실비를 한도로 합니다.

「일반상해임시생활비담보 특별약관」 제1조(보상하는 손해) 회사는 보험가입증서(보험증권)에 기재된 이 특별약관의 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 보통약관 제2장 제14조(보상하는 손해)에서 정한 사고로 신체에 상해를 입고 그 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 입원하여 치료를 받는 경우에는 사고일로부터 180일을 한도로 입원 1일에 대하여 보험가입증서(보험증권)에 기재된 일당액을 일반상해임시생활비로 지급하여 드립니다.

(2) 쟁점 검토

신청인의 금번 입원치료 및 금속판 제거술은 최초 우측쇄골 골절사고와 직접적으로 관련된 치료임에는 분명하나 아래와 같은 사유로 미뤄 볼 때 일반상해의료비담보 특별약관 및 일반상해임시생활비담보 특별약관에서 보상하는 손해에는 해당되지 않는 것으로 판단됨.

본건 보험계약에서 보상하는 손해는 보험기간중 피보험자에게 발생한 모든 의료비와 입원비가 아니고 사고일로부터 180일 이내에 피보험자가 실제 부담한 의료비 및 사고일로부터 180일을 한도로 발생한 입원비라 할 것인데, 이는 법률관계를 신속히 확정함과 동시에 개별적인 사정을 묻지 않고 법률관계를 획일적으로 처리하기 위한 것인 바, 보험기간중 의료비 및 입원비 지급과 관련하여 일정한 기간제한을 두는 것 자체가 부당하다고 하기는 어려움.

참고로, 보험약관상 기간제한 조항의 효력과 관련하여, “피보험자가 자동차사고로 상해를 입고 그 직접 결과로써 사고일로부터 180일 안에 사망하였을 경우 사망보험금을 지급하도록 규정되어 있는 당해 약관조항은 사망보험금의 지급요건에 일정한 제한을 둔

것이라고 봄이 상당하고, 그 문언과 규정형식으로 보더라도 당해 약관조항이 고객에게 부당하게 불리하다거나 그 내용이 불명확하다고 보기 어려우므로 자동차사고로부터 180일 이후에 사망한 경우 보험자는 보험수익자에게 사망보험금을 지급할 의무가 없다”라고 판시한 사례가 있음.⁴⁹⁹⁾

결국 본건 보험약관의 취지는 피보험자가 실제로 입은 모든 손해를 보상하는 것이 아니라 약관상의 보험금 지급기준에 따른 사유와 금액을 한도로 보험금을 지급하는 것으로 의료비 및 입원비 지급요건에 일정한 제한을 둔 것이라 할 것임.

라. 결 론

따라서 사고일로부터 180일이 경과되었다는 이유로 금번 입원 및 금속판 제거술에 대해 관련 보험금 지급을 거절한 피신청인의 처리가 부당하다고 보기 어려움.

2-36

보험기간중 암진단을 받고 보험기간 종료후 입원치료 및 수술을 받은 경우 보험금 지급대상 해당여부

[인용] 암으로 진단되어 입원하고, 수술하는 과정은 시간의 경과에 따라 연속되어 발생하는 것이 의료경험칙상 일반적이라 할 수 있으므로 이러한 과정을 일련의 사고(단일한 사고)라고 보아야 할 것이며 각각 다른 별개의 사고(독립적인 사고)라고 보기 어렵고, 일반적인 소비자들도 그러한 기대를 하고 본 건 보험계약을 가입하였으리라고 봄이 상당하며, 피신청인이 보험요율 산정시 사용한 기초자료에도 국민 전체의 암발생률과 암수술률 등을 사용한 사실 등을 고려할 때 보험기간 중 암진단을 받고 보험기간 종료 후 입원치료 및 수술을 받은 경우도 보험금 지급대상에 해당함.(2010.10.26. 조정번호 제2010-91호)

가. 사실관계

보험계약자는 2000.6.9. 피신청인과 건강보험 계약을 체결하였음. 2010.6.8. 피보험자가 ○○병원에서 유방암(C50.2) 진단을 받았으나 그 다음 날인 6.9. 보험계약이 만료됨. 그

499) 인천지방법원 2004.10.15. 선고, 2004나3994 판결 참조.

이후 2010.6.21.~6.26. 기간중 피보험자는 부분유방절제술을 받고 같은 해 7.5. 피신청인에게 보험금을 청구하였으나, 피신청인은 보험기간 만료 이후의 수술이라는 이유로 보험금 지급을 거절함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

보험기간 만료 전 “유방암” 진단을 받았는데, 피신청인이 보험기간이 만료되었다는 이유로 보험기간 만료 후 실시한 입원치료 및 수술관련 보험금 지급을 거절하는 것은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

해당 약관에 의하면, 보험기간 중 “여성특정암”으로 진단확정되고 “여성특정암”의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받고 입원치료 받은 때 관련 보험금을 지급하도록 규정되어 있으며, 피보험자에게 시행된 수술 및 입원치료는 보험기간 만료 후 사고이므로 면책 처리하는 것이 타당함.

다. 위원회의 판단

◆ 본건의 쟁점은 피보험자가 보험기간 중 암진단을 받고 보험기간 이후 수술 및 입원치료를 받은 경우, 암진단 보험금외 수술 및 입원치료 관련 보험금이 당해보험약관상 보상하는 손해에 해당되는지 여부라 할 것임

(1) 약관규정

제12조(보상하는 손해) ①회사는 보험기간 중 책임개시일 이후에 보험증권에 기재된 피보험자에게 아래 사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 보험사고가 발생하였을 때에는 이 약관에 따라 보상하여 드립니다.

1. 진단급여금 : 피보험자가 책임개시일 이후에 최초로 “여성특정암”, “상피내암”, “뇌졸중”, “급성심근경색증” 으로 진단확정 되었을 때(단, 각각 1회의 진단확정에 한하

여 지급합니다).

2. 입원급여금 : 피보험자가 책임개시일 이후에 “여성특정암”, “여성특정질병”, “부인과 질환”, “여성만성질환” 으로 진단확정되고 “여성 특정암”, “여성특정질병”, “부인과 질환”, “여성만성질환”의 치료를 직접적인 목적으로 4일이상 계속 입원하여 의사의 치료를 받은 때.
5. 수술급여금 : 피보험자가 책임개시일 이후에 “여성특정암”, “여성특정질병”, “부인과 질환”, “여성만성질환” 으로 진단확정되고 “여성 특정암”, “여성특정질병”, “부인과 질환”, “여성만성질환”의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때.

제35조(입원급여금) ①회사는 피보험자가 제12조 제2항에 정한 입원시에는 아래의 금액을 입원급여금으로 피보험자에게 지급하여 드립니다.

구 분	입원급여금(90일 초과)
여성특정암으로 4일이상 계속 입원시	3일초과 1일당 10만원

1.~3. (생 략)

4. 피보험자가 “여성특정암”, “여성특정질병”, “부인과질환”, “여성만성질환”에 대한 책임개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료 후 최초로 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 위의 입원급여금은 계속 보장하여 드립니다.

제38조(수술급여금) ①회사는 피보험자가 제12조 제5항에 정한 수술시에는 아래의 금액을 수술급여금으로 피보험자에게 지급하여 드립니다.

구 분	수술급여금(90일 초과)
여성특정암 수술시	수술 1회당 500만원

(2) 쟁점 검토

피신청인은 보험기간 종료 후 발생한 암입원 및 암수술은 보험기간 중 사고에 해당되지 않으므로 면책되는 것이 타당하다고 주장하나 다음과 같은 점에서 인정하기 어려움.

① 암으로 진단되어 입원하고, 수술하는 과정은 시간의 경과에 따라 연속되어 발생하는 것이 의료경험칙 상 일반적이라 할 수 있으므로 이러한 과정을 일련의 사고(단일한

사고)라고 보아야 할 것이며 각각 다른 별개의 사고(독립적인 사고)라고 보기 어려운 점.⁵⁰⁰⁾

② 당해 보험약관 규정에서도 “피보험자가 책임개시일 이후에 여성특정암으로 진단 확정되고 여성특정암 등의 치료를 직접적인 목적으로 4일 이상 입원할 때 또는 여성특정암 등으로 진단 확정되고 여성특정암 등의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받을 때”라고 규정하고 있는 바, 동 약관이 이렇게 규정하고 있는 것은 암입원과 암수술은 암진단이라는 하나의 보험사고를 원인으로 발생하는 사고의 특성이 반영된 것으로 볼 수 있는 점.

③ 사회통념상으로도 암진단 확정으로부터 입원, 수술까지는 하나의 보험사고로 볼 수 있으며, 일반적인 소비자들도 그러한 기대를 하고 동 건 보험계약을 가입하였으리라고 봄이 상당한 점.

④ 동 건 보험계약과 관련하여 보험요율에 기초가 되는 암발생률 및 암수술률 등의 통계는 ‘한국인의 암등록 조사자료 분석보고서(’92~’94 : 보건복지부)’를 기준으로 산출되었는 바, 피신청인이 보험요율 산정시 사용⁵⁰¹⁾한 동 기초자료에는 국민 전체의 암발생률과 암수술률 등을 사용한 사실에 비추어, 보험기간 종료 후 발생한 암관련 입원 및 수술통계도 보험료에 반영되어 있다고 보여지는 점

⑤ 한편, 피신청인은 기존의 조정선례나 판례 등은 고지의무 위반으로 보험계약이 해지된 경우 보험금 지급범위에 대한 해석례라는 점에 반해 동 건 사고는 보험기간이 만료된 경우에 해당되므로 달리 적용되어야 한다고 주장하나, 질병의 특수성에 때문에 암진단, 입원, 수술은 하나의 사고에 해당되는 것으로 볼 수 있다라는 해석이 보험기간이 만료된 경우라고 하여 달리 해석될 여지가 없는 점.

라. 결 론

500) 금융분쟁조정위원회 2001.2.13. 결정 제2001-7호, 서울중앙지방법원 2004.10.28. 선고 2004나21069 판결 참조.

501) 동 건 보험계약과 관련하여 당시 피신청인(손해보험사 공통)은 자체 위험률이 없어 생명보험의 위험률을 사용하였으며, 당시 생명보험 위험률은 “한국인의 암등록 조사자료 분석보고서”의 통계를 사용.

그렇다면, 보험기간 중 암진단을 받고 보험기간 종료후 발생한 암입원과 수술은 보험기간 중 사고에 해당되지 않는다면 보험금 지급을 거부한 피신청인의 조치는 부당한 것으로 판단됨.

2-37 보험기간을 보고연장기간까지 포함한 15년으로 인정할 수 있는지 여부

[인용] 이건 보험계약은 청약서상 보험기간 1년에 보고연장기간 14년을 추가하여 총 15년을 보험기간으로 하기로 신청인과 피신청인이 약정하였다고 보는 것이 타당하다고 할 것이며, 보험계약의 보험기간은 15년이며, 이 경우 2차사고도 보험기간 내 사고에 해당되므로 동 면책 약관조항을 적용하여 해석할 여지는 없다고 할 것임. 동 건 보험계약과 관련하여 이건 사고가 면책사항에 해당된다면 보험금 지급을 거부한 피신청인의 조치는 부당한 것으로 판단됨.(2011.2.22. 조정번호 제2011-10호)

가. 사실관계

○○전력(신청인)은 2008.7.1. 피신청인과 보험기간과 보고연장기간을 합하여 총 보험기간을 15년으로 하는 보험계약⁵⁰²⁾을 체결하였음.

신청인은 2008.6.30.~9.28. 태양광발전소를 건설하여 운전을 개시하였으나, 2009.3월경부터 일조량이 많아지면서 피보험자가 시공한 태양광 발전시스템(인버터 및 모듈) 결함에 의한 다운현상이 발생하여, 2009.11.3.에 2008.9월~2009.9월 기간중의 전력손실에 해당하는 보험금(45,146,067원)을 수령함. 이후 피신청인이 주장하는 보험기간 종료 후 계속되는 다운현상으로 2009.9월~2010.9월 기간중의 전력손실에 대하여 배상을 청구함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

보험계약을 체결할 당시 보험모집인(대리점의 사용인)은 보험기간을 15년으로 설명을

502) 담보내용 : 태양광모듈과 인버터의 성능저하로 인한 재정적 손실 보상

하였고, 보험청약서의 별첨부분에 “총 보험기간이 15년임”이라고 기재되어 있으며, 은행에서 담보 대출시에도 보험기간을 15년으로 기재하여 대출을 받았음. 현재 피신청인이 이와 유사한 상품은 판매하지 않고 있는데, 최근 판매되는 보험계약은 1년 단위이며 보험료는 약 4백만원으로 신청인이 납부한 보험료(33백만원) 수준을 볼 때도 보험기간을 15년으로 보아야 함.

또한 금번 보험사고는 2009.3월경부터 인버터에서 발생된 문제점이 해결되지 않고 계속·반복적인 보수작업을 통해 2010.9월경 하자보수가 완료되었으므로 피신청인이 주장하는 보험기간에 발생한 보험사고에도 해당됨.

(2) 피신청인의 주장

동 건 보험계약의 청약서에서 보험기간은 2008.7.1.~2009.7.1.이라고 기재되어 있고, 2차 보험사고는 1차 보험사고 이후에 계속 또는 반복되는 사고이므로 해당 보험약관에서 정하는 면책사유(1년 보험기간의 종료 후에 계속 또는 반복된 사고이므로 면책)에 해당되므로 보험금 지급책임이 없음.

다. 위원회의 판단

◆ 본건의 쟁점은 보험청약서에 부가하여 보험조건(Terms & Conditions of this insurance)에 기재된 총 보험기간(15년)을 인정할 수 있는지 여부라 할 것임

(1) 보험조건(Terms & Condition)

⑧ 보고 연장기간 : 보험 만료일로부터 14년(보험기간과 보고연장기간을 합하여 총 보험기간은 15년임).

⑨ 피보험자는 본 건 보험가입 후 태양광발전소 운영 중 최초 사업성 검토시의 해당 소재지의 평균 일사량 3.8시간을 기준으로 한 연간 예상매출액 약 4.7억원에 미달할시 ○○○에서 제공한 태양광 모듈과 ○○○에서 제공한 인버터의 성능이 의심될 경우 보험사고를 접수하여 한국에너지기술연구원으로부터 제품의 성능하자 여부를 시험조사할 수 있습니다.

<매출 산정근거> 500kwh(발전소규모) × 677.38(차액) × 365(연) × 3.8kwh(평균일사량)

⑩ 모듈과 인버터의 성능이 의심될 경우 보험기간에 언제든지 사고 접수 가능함

(2) 쟁점 검토

피신청인은 당해 계약의 보험기간이 청약서상 1년으로 명기되어 있고 동건 2차 사고는 보험약관에서 정하고 있는 면책사유(보험기간 종료 후 계속 및 반복되는 부당한 행위)에 해당하여 보험금 지급책임이 없다고 주장하나 다음과 같은 점에서 인정하기 어려우며, 따라서 이건 보험계약은 청약서상 보험기간 1년에 보험기간 14년을 추가하여 총 15년을 보험기간으로 하기로 신청인과 피신청인이 약정하였다고 보는 것이 타당하다고 할 것임.

① 먼저 보험청약서에는 보험기간이 2008.7.1.~2009.7.1.로 기재되어 있으나, 별첨의 보험조건(Terms & Condition)에 따르면, 영문내용⁵⁰³⁾과 달리 “보험기간과 보고연장기간을 합하여 총 보험기간은 15년임”으로 기재하고 있고, 이러한 내용을 포함하여 청약서 등을 확인한다는 의미로 피신청인의 회사명과 대표이사 직인이 날인되어 있는 점.

② ○○전력이 태양광 발전소를 건설하는 과정에서 ◇◇은행 지점으로부터 25억원을 차입하면서 차입기간을 15년으로 설정함에 따라, 동 은행이 적정담보 확보를 위해 상기 보험의 가입을 여신조건으로 설정하고 동 차입기간과 보험기간을 동일하게 15년으로 설정한 사실을 확인할 수 있는데, 피신청인의 주장처럼 단지 1년간의 보험기간만 인정된다면, 은행입장에서는 담보확보가 되지 않아 여신조건을 충족할 수 없는 바, 계약초기부터 동 건 계약에 관여한 피신청인도 이러한 상황을 잘 알고 있었던 것으로 보여지고, 피신청인이 이러한 점을 고려하여 총 보험기간을 15년으로 별도 규정한 것으로 보이는 점.

③ 동 건 보험계약과 같이 복잡한 영문증권은 신청인처럼 보험의 비전문가가 이해하기는 매우 어려운 것으로 보이는데, 동 건 분쟁제기 이후인 2010.12.6. 16시경 신청인과 피신청인의 대리점 사용인과의 통화내역 등을 살펴보면, 보험계약 당시 신청인은 동 건과 관련된 보험기간을 15년으로 인식한 것으로 보여지고, 보험의 전문가인 피신청인의 모집인도 보험기간을 15년으로 설명한 것으로 보이는 점.

④ 피신청인이 판매하고 있는 보험상품 중 이와 유사한 대부분의 상품의 경우 보고

503) ⑧ Extended Reporting Period Endorsement(보고 연장기간) :14 years.

연장기간을 통상 60일 등 90일이내로 설정하고 있음에도 동 건 보험계약의 보고 연장기간은 14년으로 비정상적으로 장기로 설정되어 있으며, 동 건과 유사한 보험계약의 연간 보험료는 약 4백만원인데 동 건 보험계약의 보험료는 33백만원으로 유사보험계약에 비해 비정상적으로 많다는 점과 피신청인도 보고 연장기간에 대한 추가보험료가 포함되어 있다고 인정하고 있는 점.

한편, 피신청인은 동 건 보험약관(VII. 면책조항)에서 “보험기간 종료 후에도 계속되거나 다시 발생한 부당한 행위(wrongful acts)로 인한 경제적 손실은 보상하지 아니한다”고 규정하고 있고 동 건의 2차사고는 1차사고가 발생된 이후 피신청인이 주장하는 보험기간 종료일(2009.7.1.)이후 다시 발생한 부당한 행위(Continuing wrongful acts)에 해당되므로 보험금을 지급할 수 없다고 주장하나, 앞서 살펴본 바와 같이 동 건 관련 보험계약의 보험기간은 15년이며, 보험기간을 15년으로 인정할 경우 2차사고도 보험기간 내 사고에 해당되므로 동 면책 약관조항을 적용하여 해석할 여지는 없다고 할 것임.

라. 결 론

그렇다면, 동 건 보험계약과 관련하여 이건 사고가 면책사항에 해당된다며 보험금 지급을 거부한 피신청인의 조치는 부당한 것으로 판단됨

2-38 계약해지전 보험사고 발생사실이 부활청구 거절사유에 해당하는지 여부

[인용] 보험계약자 측면에서 동일한 보장을 내용으로 하는 보험계약을 새롭게 체결하는 경우 연령 증가 등으로 인해 인상된 보험료를 지급해야하는 부담을 회피하기 위한 보험계약 부활조항의 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 상당하다 할 것이므로 보험료 미납으로 계약이 해지되기 전에 보험사고가 발생하였음을 이유로 본건 보험계약의 부활을 거부한 피신청인의 조치는 부당함 (2011.11.22. 조정번호 제2011-60호)

가. 사실관계

신청인은 2009.9.30. 피신청인과 보험계약을 체결하였음. 신청인은 2010.1.29.~7.12. 기간중 4차례 보험사고⁵⁰⁴)로 보험금을 수령하였으며, 신청인이 2011.3.30. 18회차 까지만 보험료를 납입함에 따라 2011.5.1. 상기 보험은 보험료 미납으로 효력을 상실함.

2011.5.8 피신청인은 신청인에게 보험계약부활 및 환급금 청구 안내문을 발송하였고, 같은 달 16일 피보험자의 배우자가 보험계약 효력상실 안내문을 수령하였음. 2011.9.16 피신청인이 신청인의 보험계약 부활 신청을 거절하자, 신청인은 금융분쟁조정을 신청함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

보험료 미납으로 이 건 보험계약이 해지되기 전에 보험금을 수령한 사실이 있다는 이유로 부활 청구를 거절함은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

보험계약 부활 청구의 경우에도 이 건 약관에 따라 신계약과 동일한 승인 심사 절차를 거쳐 피보험자가 계약에 적합하지 아니하다고 판단되는 경우 승낙을 거절할 수 있음.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 보험료 미납으로 인한 보험계약 해지 이전에 보험사고가 발생한 경우 보험계약의 부활 청구를 거절할 수 있는지 여부라 할 것임.

(1) 관련 규정

상법 제650조의2(보험계약의 부활)에 의하면 제650조제2항⁵⁰⁵)에 따라 보험계약이 해지되고 해지환급금이 지급되지 아니한 경우에 보험계약자는 일정한 기간내에 연체보험

504) 교통사고 상해 2회(1.29.과 4.29.), 질병(비파열성 대뇌 동맥류)통원 치료 2회(5.27.과 7.12.) 등을 원인으로 총 1,747,330원 수령함.

505) 제650조(보험료의 지급과 지체의 효과) ② 계속보험료가 약정한 시기에 지급되지 아니한 때에는 보험자는 상당한 기간을 정하여 보험계약자에게 최고하고 그 기간내에 지급되지 아니한 때에는 그 계약을 해지할 수 있다.

료에 약정이자를 붙여 보험자에게 지급하고 그 계약의 부활을 청구할 수 있으며, 제638조의2의 규정은 이 경우에 준용함을 규정하고 있음.

당해약관 제14조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)) 제1항에 의하면 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 아니한 경우 계약자는 해지된 날로부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 회사가 이를 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체 보험료에 보장보험료에 대해서 예정이율 +1%로 계산한 이자를 더하여 납입하여야 하며, 같은 조 제2항에 따르면 계약의 부활(효력회복)에 관하여는 제1조(보험계약의 성립), 제10조(회사의 보장의 시기 및 종기), 제27조(계약전 알릴의무) 및 제29조(알릴의무 위반의 효과)의 규정을 준용한다고 규정하고 있고, 당해약관 제1조(보험계약의 성립) 제2항에 의하면 회사는 피보험자(보험대상자)가 계약에 적합하지 아니한 경우에는 승낙을 거절할 수 있다고 각각 규정하고 있음.

피신청인 인수지침에 의하면 “대뇌 동맥류”는 신계약 체결시 인수대상에서 제외하고 있음.

(2) 쟁점 검토

피신청인은 당해약관 제14조 제2항에 의하면 계약 부활(효력회복)에 관하여는 제1조(보험계약의 성립), 제10조(회사의 보장의 시기 및 종기), 제27조(계약전 알릴의무) 및 제29조(알릴의무 위반의 효과)의 규정을 준용한다고 규정하고 있고, 인수지침상 피보험자의 대뇌 동맥류는 인수거절 대상에 해당하므로 신청인의 부활 청구를 거절한 업무 처리는 타당하다고 주장하나 아래와 같은 사항에 비추어 이를 인정하기 어려움.

① 피신청인의 업무처리는 “보험계약의 부활이라 함은 종전 계약과 동일한 내용을 가지는 새로운 계약의 체결에 해당하므로 일반 계약과 마찬가지로 승낙이 있어야 부활이 성립하게 된다”는 이른바 신계약설에 기초하고 있는 것으로 보이나, 보험계약자 측면에서 동일한 보장을 내용으로 하는 보험계약을 새롭게 체결하는 경우 연령 증가 등으로 인해 인상된 보험료를 지급해야하는 부담을 회피하기 위한 보험계약 부활 조항의 도입 취지 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 판단되는 점.

② 이와 관련하여 법원에서도 “계약자가 부활을 청구하고 연체된 보험료를 납입한 때에는 계약은 유효하게 계속된다는 것은 소급하여 계속 보험계약이 유효하여 회사가 그 책임을 진다는 취지가 아니라 종전의 계약을 회복시키는 특수한 계약으로서 성질상 보험계약이지만 종전의 계약과 동일한 내용의 계약이 체결된 것으로 처리한다”고 판시⁵⁰⁶⁾하여 이른바 특수계약설의 입장을 취하고 있고, 통설도 보험계약의 부활은 종전 계약의 효력을 회복시킴을 목적으로 하는 일종의 특수한 계약으로 계속보험료 납입연체로 인한 계약해지는 해제조건부 법률행위로 주된 계약관계인 보험료 납입의무와 보험금 지급의무만 소멸하고 기타의 계약관계는 잔존하므로 부활가능 기간내의 부활이라는 해제조건을 성취하게 되면 그 때부터 보험계약해지의 효력은 소멸하고 종전계약은 그 효력이 회복된다고 보는 것이 계약당사자의 의사에 부합한다고 해석하고 있는 점.

③ 보험료 미납으로 계약이 해지되기 전에 보험사고가 발생한 이 건과 같은 경우 피신청인의 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 점.

라. 결 론

그렇다면 피신청인은 이 건 보험계약 해지 전에 발생한 피보험자의 질병이 신계약 체결시 내부 인수지침상 승인 거절사유에 해당한다는 이유로 보험계약의 부활 청구를 거절하기는 어렵다고 할 것임.

506) 서울고등법원 1993.10.13. 선고 93나19452 판결 참조.

제9절 법률 및 약관해석

2-39

상대방의 폭력행위에 대하여 약간의 폭력을 행사한 것이 폭력행위에 대한 면책조항 적용대상인지 여부

[인용] 폭력행위에 대한 면책조항의 적용은 모든 경우의 폭력행위를 면책할 수 있다고 해석하여서는 아니되고, 피보험자 자신이 고의로 상해의 결과를 발생시키기 위하여 폭력행위를 유발한 것이라거나 혹은 상해의 결과를 인식하면서도 이를 용인하고 감행한 미필적 고의에 의한 상해일 경우로 제한하여 해석하여야 할 것인 바, 상대방의 폭력행사에 대하여 약간의 폭력을 행사한 사실의 경우 폭력행위면책규정을 충족한 것으로 볼 수 없다고 보는 것이 타당함.(2001.3.13. 조정번호 제2001-13호)

가. 사실관계

신청인은 2000.1.28. 자신을 보험계약자 겸 피보험자로 하는 운전자상해보험계약을 피신청인과 체결함.

2000.10.7. 신청인과 신청외 A씨가 서로 먹살을 잡고 말다툼을 하다가 A씨가 오른손 바닥으로 신청인의 턱부위를 수회에 걸쳐 폭행하고 재차 머리로 안면부위를 수회에 걸쳐 폭력을 행사하여 신청인이 전치 4주간의 치료를 요하는 상해를 당하자 신청인도 이에 대하여 입으로 A씨의 팔을 물어 전치 2주간의 치료를 요하는 상해사고가 발생함.

이건 사고로 신청인은 경기도 소재 ○○의원에서 입원 및 통원치료를 받은 후 같은 해 11.29. 피신청인에 보험금을 청구함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

신청인은 상대방의 일방적인 폭력행사로 인하여 상해를 입었으므로 피신청인은 보험금을 지급하여야 함.

(2) 피신청인의 주장

신청인이 가입하고 있는 운전자보험 보통보험약관 제5조에 의하면 그 원인의 직접 간접을 불문하고 피보험자의 폭력행위로 인한 사고에 대해서는 보상하지 아니한다고 규정하고 있음. 사고는 상호 폭력행위 중에 발생한 상해사고로 인정되므로 동 보험약관에 따라 보상하지 아니함이 타당함.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 상해보험의 폭력행위 면책약관의 의미와 보험사고의 경우 상해보험의 폭력행위 면책약관을 적용할 수 있는지 여부임.

신청인과 피신청인간에 체결된 운전자상해보험 보통약관 제5조 제1항에서 “회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 아니하고 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다”라고 규정하면서, 제3호에 “피보험자의 자해, 자살, 자살미수, 범죄행위 또는 폭력행위로 인하여 생긴 손해”를 규정하고 있음.

위 폭력행위의 면책조항의 해석은 모든 경우의 폭력행위를 면책할 수 있다고 해석하여서는 아니되고, 피보험자 자신이 고의로 상해의 결과를 발생시키기 위하여 폭력행위를 유발한 것이라거나 혹은 상해의 결과를 인식하면서도 이를 용인하고 감행한 미필적 고의에 의한 상해일 경우로 제한하여 해석하여야 하고 또한 위 면책약관은 피보험자의 폭력행위로 인한 상해를 면책할 수 있을 뿐 상대방의 폭력행위로 인한 상해까지 면책할 수 있다고 볼 수 없음.

사실관계에서 나타난 바와 같이 본건 보험사고는 신청인과 A씨가 서로 먹살을 잡고 말다툼을 하다가 A씨의 폭력행사로 인하여 상해를 입었고, 또한 신청인이 고의적으로 상해결과를 유발하였다고 보기 어려우며, 동 보험약관 폭력행위의 면책조항은 피보험자의 폭력행위에 의한 상해의 경우에 보상을 면할 수 있다고 규정하고 있는 바, 신청인이 A씨의 폭력행사에 대항하여 약간의 폭력을 행사한 사실이 있다고 하더라도 신청인의 본건 상해는 A씨의 선행하는 폭력행사에 의하여 발생한 것으로 볼 수 있는 점 등에 비추어 볼 때 폭력행위 면책규정을 충족한 것으로 보기 어려운 것으로 판단됨.

라. 결 론

보험회사는 피보험자의 폭력행위가 아닌 상대방의 폭력행위로 인한 상해사고에 관하여 폭력행위로 인한 면책약관 규정을 내세워 보험금 지급책임을 거절할 수 없다고 할 것이므로 위 면책주장은 이유 없고 동 보험사고에 대하여 보험금을 지급함이 타당하다고 판단됨.

2-40 자살에 따른 면책 해당 여부

[기각] 당해 보험약관의 면책사유인 ‘자살’이란 자유로운 의사결정에 의하여 사망을 목적으로 자의로 자기의 생명을 끊어 사망이라는 결과를 발생시키는 행위를 말하는바, 사망 당시 피보험자가 정신병적 상태였음이 인정되는 본 건 사고는 약관의 면책사유인 ‘자살’에 해당하지는 않는 것으로 판단됨. 그러나 당해 보험약관에서는 ‘자살’ 면책규정 이외에 ‘정신질환으로 인한 상해’를 또 다른 면책사유로 정하고 있어, 본 건 사고는 동 면책사유에 해당한다 할 것임. (2005.12.20. 조정번호 제2005-79호)

가. 사실관계

신청 외 A씨(신청인의 부친, 이하 “피보험자”라 함)는 피신청인과 보험계약을 체결함. 피보험자가 상세불명의 하지 부종, 간기능 이상, 당뇨 등을 이유로 ○○병원에 2005.4.26. 입원하여 치료를 받던 중 같은 해 5.3. 00:10경 동 병원 4층 옥상에서 추락하여 사망한 사고가 발생하였는데, 동 병원 간호기록지에 의하면, 피보험자는 병실에서 큰소리로 기도하기도 하고, 갑자기 발작증세를 보이며, 이상한 말을 하고 격하게 행동하는 등의 이상증세를 보인 것으로 나타남.

본 건과 관련하여 2005.5.3. 사망진단서를 발행한 위 병원 담당의사는 사고종류를 “불의의 추락”으로 한 다음 “스스로 뛰어내렸을 가능성 있음”으로 기재하였고, 관할 경찰서에서는 타살의 혐의점을 발견하지 못하여 자살로 종결처리 함.

한편, 피보험자는 10년전 이혼하고 가족들과 떨어져 회사의 경비직으로 생활하고 있었

으며, 사고가 있기 전 2005.5.1. 06시경 신청인에게 “하느님이 세계 간증인이 되어라 명하셨다”며 전화하였다고 함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

피보험자가 정신착란 증세가 있는 상태에서 추락하여 사망하였고, 이로 인해 ○○보험으로부터는 재해사망보험금이 지급되었음에도 불구하고 피신청인이 사망보험금을 지급하지 않음은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

피보험자가 평소 정신질환을 앓았거나 이로 인한 치료를 받은 사실이 없고 경찰에서도 자살로 판단했을 뿐만 아니라 비록 피보험자가 정신착란으로 자살하였다고 하더라도 이는 당해보험의 면책사유에 해당하므로 보험금 지급책임이 없음.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 당해 보험약관의 면책사유인 자살 및 정신질환에 의한 상해에 해당하는지 여부에 관한 것이라 할 것임.

(1) 약관 규정 및 해석

당해 보험약관 제6조(보상하는 손해)에 의하면, “회사는 피보험자가 보험기간중에 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체에 상해를 입었을 때에는 그 상해로 인하여 생긴 손해를 이 약관에 따라 보상하여 드립니다”라고 규정하면서, 제7조(보상하지 아니하는 손해) 제1항 제1호 및 제3호에서는 “계약자나 피보험자의 고의” “피보험자의 자해, 자살, 자살미수, 형법상의 범죄행위 또는 폭력행위”를, 제5호에서는 “피보험자의 정신질환으로 인한 상해”를 보상하지 아니하는 손해로 규정하고 있음.

(2) 본 건 피보험자의 행위가 당해 보험약관상 면책사유에 해당하는지 여부

당해 보험약관의 면책사유인 ‘자살’이란 자유로운 의사결정에 의하여 사망을 목적으로

자의로 자기의 생명을 끊어 사망이라는 결과를 발생시키는 행위를 말하며, 여기에서 “자유로운 의사결정”이라 함은 사물을 변별할 능력 또는 의사를 결정할 능력에 흠결이 없는 자가 스스로 자신의 생명을 끊을 의사를 가지고 자신의 생명을 끊는 결과를 야기한 행위라고 정의할 수 있는 바, 피보험자는 입원 기간 중 갑자기 발작 증세를 보이거나 이상한 말을 중얼거리기도 하고, 뇌파검사를 요청하는 등 이상증세를 보였으며, 이러한 피보험자의 상태에 대해 의료자문을 구한 결과 피보험자는 “급성 일과성 정신병적 장애”, “기타 상세불명의 정신병적 장애”, “정신병적 증상이 동반된 기분장애” 등의 급성 발병의 정신병적 상태로 사물변별 및 의사결정 능력이 저하되어 있었을 것으로 사료된다고 나타났는바, 사망 당시 피보험자의 정신병적 상태는 인정된다 할 것이므로 본 건 사고는 당해약관의 면책사유인 “자살”에 해당하지는 않는 것으로 판단됨.

그러나 당해 보험약관에서는 “자살” 면책규정 이외에 “정신질환으로 인한 상해”를 또 다른 면책사유로 정하고 있어, 피보험자의 정신질환 상태에서의 투신이 면책사유인 “자살”에는 해당하지 않는다고 할지라도 추락 원인이 피보험자의 정신질환에 기인한 것이 명백한 이상, 본 건 사고는 당해 약관상 면책사유에 해당하는 것으로 해석함이 타당함.

라. 결 론

그렇다면, 피보험자가 정신질환상태에서 옥상 난간을 넘어 투신한 본 건 사고는 당해 보험약관의 면책사유인 ‘정신질환으로 인한 상해’에 해당한다 할 것이므로 피신청인의 보험금 지급책임을 요구하는 신청인의 주장은 이유 없다 할 것임.

2-41 합의 시 감액금액 및 지출비용에 대한 지급책임 유무

[일부인용] 신청인이 수해로 입은 손해에 대하여 가해자와 합의하면서 전체 손해액의 15.4%에 해당하는 금액을 포기한 이상, 신청인은 그 한도에서 피신청인에 대한 보험금청구권을 상실한 것이므로 피신청인의 보험금 지급책임을 없다 할 것임. 그러나 신청인이 가해자와 합의 과정에서 지출한 변호사비용 및 손해사정비용은 화재보험 약관상의 대위권보전비용에 해당한다 할 것이므로 제한된 범위 내에서 지급책임을 발생함(2007.1.30. 조정번호 제2006-87호)

가. 사실관계

신청인은 인쇄업체 A사의 대표로서 2005.12.1. 및 2006.3.13.에 피신청인과 각각의 화재 보험 계약을 체결하였으며, 풍수재위험담보 특별약관에 가입하였음. 2006.7.16. 집중호우로 인하여 지하철 공사구간의 인근하천 제방이 붕괴되어 그 지역 일대가 침수되면서 신청인의 인쇄기계 및 재고자산 등이 피해를 입음.

동 사고로 피해를 입은 공장들은 침수피해대책위원회(이하 “대책위원회”라 함)를 구성하여 지하철 공사 관련자[지하철 ***공구 시공사(B사, C사), 감리사(D사) 등]를 상대로 변호인단 42명을 선임하여 소송을 제기함.

이에 2006.8.4. 공사관련자들의 대표 B사는 공장침수 피해액 평가를 위해 대책위원회가 선정한 손해사정법인 ‘E사’와 B사가 선정한 손해사정법인 ‘F사’가 공동 조사하여 도출된 단일금액의 84.6%를 합의금으로 결정하고, 변호사 선임, 손해사정법인 선임 수수료는 각자 부담한다는 조건을 제시하였고, 같은 해 8.23. 대책위원회는 공사관련자 대표 B사와 위 조건으로 개별 피해업체와 합의한 금액을 지급받는 것으로 하여 향후 본 건 수해와 관련하여 여하한 명목으로도 민·형사 및 행정상 이의제기나 일체의 청구를 하지 않기로 합의함.

신청인은 위 합의내용에 따라 손해사정법인 E사와 손해사정법인 F사가 공동으로 도출한 금액 15억원에 대한 84.6% 해당금액을 B사로부터 수령하고, 변호사비용 1억원 및 손해사정비용 2천만원을 직접 지불함. 이에 신청인은 합의과정에서 감액된 2.3억원과 변호사비용 1억원 및 손해사정비용 2천만원을 피신청인에게 청구하였으나 피신청인은 지급을 거절함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

이 건 사고로 B사로부터 전체 손해의 84.6%에 해당하는 금액만 수령하는 것으로 합의하였으므로 피신청인은 감액된 2.3억원과 B사와 합의과정에서 발생한 비용인 변호사비용 1억원 및 손해사정비용 2천만원을 지급하여야 함.

(2) 피신청인의 주장

신청인이 B사와 일체의 손해배상금으로 전체 손해의 84.6%에 해당하는 금액 13억원을 지급받고 향후 민·형사상의 책임을 묻지 않기로 합의함으로써 향후 보험자가 행사할 대위권을 침해하였는 바, 감액부분에 대한 신청인의 보험금 지급청구는 상실되었다 할 것임. 그리고 변호사 비용은 보험금을 지급하였다면 구상권 행사에 소요되는 비용으로 보아 제한된 범위내에서 인정할 수 있을 것이나, 손해사정 비용은 신청인이 본인의 손해를 입증하기 위해 지출한 비용이므로 이에 대한 지급책임은 없음.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 피보험자가 제3자와 합의과정에서 포기한 금액 및 제3자와의 합의를 위해 지출한 변호사 비용 및 손해사정 비용에 대한 지급책임 여부라 할 것임.

(1) 보험약관 규정

당해 보험 보통약관 제6조(보상하는 손해)에 제1항에 의하면, “회사는 이 약관에 따라 보험에 가입한 물건이 화재로 입은 아래의 손해를 보상하여 드립니다 ① 화재에 따른 직접손해 ② 화재에 따른 소방손해 ③ 화재에 따른 피난손해”라고 규정하고 있고, 같은 조 제2항에 의하면, “회사는 제1항에서 보장하는 위험으로 인하여 손해가 발생한 경우 계약자 또는 피보험자가 지출한 아래의 비용을 추가로 지급합니다. 1) 잔존물 제거비용, 2) 손해방지비용 : 손해의 방지 또는 경감을 위한 일체의 방법을 조사하여 구하기 위하여 지출한 필요 또는 유익한 비용, 3) 대위권 보전비용 : 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 경우에는 그 권리를 지키거나 행사하기 위하여 지출한 필요 또는 유익한 비용, 4) 잔존물 보전비용, 5) 기타 협력비용”이라고 규정하고 있음.

그리고 풍수재위험담보 특별약관 제1조(보상하는 손해) 제1항에서는, “회사는 보통약관 제6조(보상하는 손해)의 손해 외에 태풍, 회오리바람, 폭풍, 폭풍우, 홍수, 해일, 범람 및 이와 유사한 풍재 또는 수재로 보험의 목적에 생긴 손해를 보상하여 드립니다”라고 규정하고 있음.

또한 상법 제682조(제3자에 대한 보험대위) 및 당해 보험 보통약관 제23조(대위권)에

서는 손해가 제3자의 행위로 인하여 생긴 경우에 보험금액을 지급한 보험자는 그 지급한 금액의 한도에서 그 제3자에 대한 보험계약자 또는 피보험자의 권리를 취득하는 것으로 규정하고 있음.

(2) 피보험자가 제3자와 합의과정에서 포기한 금액에 대한 지급책임 여부

손해보험계약에 있어 손해가 제3자의 행위로 인하여 생긴 경우 피보험자는 보험자가 보험금을 지급하기 전까지는 자유로이 제3자로부터 손해배상을 받을 수 있고, 그 경우 보험자는 그 한도내에서 보험금지급 책임을 면함.⁵⁰⁷⁾

또한 보험금이 지급되기 전에 피보험자가 제3자에 대한 권리를 처분했거나 포기한 때에는 보험자는 대위에 의하여 취득할 수 있었던 권리의 가액을 보험금에서 공제할 수 있고 피보험자는 그 한도에서 보험자에 대한 보험금청구권을 잃게 됨.⁵⁰⁸⁾

그렇다면, 본 건 신청인이 수해로 입은 손해에 대하여 가해자인 B사와 합의하면서 전체 손해액의 15.4%에 해당하는 금액을 포기한 이상, 신청인은 그 한도에서 피신청인에 대한 보험금청구권을 상실한 것이므로 피신청인의 보험금 지급책임은 없다 할 것임.

(3) 제3자와의 합의를 위해 지출한 변호사 비용 및 손해사정 비용의 지급책임 여부 및 그 범위

피보험자가 보험사고와 관련하여 본인이 지출한 비용을 보험자로부터 지급받기 위해서는 상법 및 보험약관에서 보험자의 지급책임으로 규정된 비용이어야 할 것인데, 당해 화재보험 약관 제6조에서는 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 경우에는 그 권리를 지키거나 행사하기 위하여 지출한 필요 또는 유익한 비용을 대위권보전비용으로 인정하고 있음.

이는 제3자에 대한 손해배상청구권과 관련한 피보험자의 조치가 보험금을 지급한 보험자가 취득하게 될 대위권을 보전케 함으로써 보험자의 대위권 행사에 따른 이익의 실현(보험금의 환수)을 도와주었다는 측면에서 인정하는 비용임.

507) 대법원 2000.11.10. 선고 2000다29769 판결 참조.

508) 대법원 1978.2.14. 선고 76다2119 판결 참조.

따라서 본 건 신청인이 변호사를 선임하고 손해액 평가에 손해사정을 의뢰한 사실이 피신청인의 보험금 환수를 도와주었다면, 신청인이 지출한 비용은 당해보험 약관에서 정하고 있는 대위권보전비용으로 평가하여야 할 것임.

살피건대, 신청인측이 본 건 사고 공사관련자를 상대로 한 손해배상청구권 행사를 위해 손해액을 평가하고, 소송을 제기하는 등의 조치를 취하여 결국 손해배상을 받게 되었고, 이로 인해 피신청인은 보험금을 지급하고 대위권 행사를 통해 환수하여야 할 보험금 지급을 면하게 되었음이 분명하므로, 신청인의 이러한 조치에 소요된 필요 또는 유익한 비용에 대한 피신청인의 지급책임은 인정된다 할 것임.

이상과 같이 신청인이 지출한 비용에 대한 피신청인의 지급책임이 인정된다 하더라도, 그 범위는 신청인이 지출한 비용 전체라기보다는 대위권보전비용을 인정하는 취지를 감안하여, 신청인이 B사와 합의하지 않았다면 피신청인이 지급하여야 할 보험금을 기준으로 한 변호사 비용 4,821,423원⁵⁰⁹⁾(추정보험금 554,284,640원을 기준으로 하여 대법원의 「변호사보수의 소송비용 산입에 관한 규칙」 제3조 제1항 <별표>에 따라 산정한 비용)과 당해 보험의 목적물에 생긴 손해사정금액 1,524,437,185원을 기준으로 한 손해사정 비용(「보험업감독규정」 제9-17조 제1항 제2호에 따른 보수기준)⁵¹⁰⁾에 국한함이 타당하다 할 것임.

라. 결 론

따라서 신청인이 합의과정에서 감액한 부분에 대한 피신청인의 지급책임은 없다 할 것이나, 신청인의 합의로 피신청인이 보험금 지급을 면한 범위내에서 신청인이 지불한 비용에 대한 피신청인의 지급책임은 인정된다 할 것임.

509) 대법원규칙 ‘변호사보수의 소송비용 산입에 관한 규칙’ 제3조 제1항 별표상의 ‘1억원을 초과하는 부분 [255만원+(소송물가액-1억 원)×0.5%]’에 추정보험금 554,284,640원을 산입하여 계산

510) 보험업감독규정 제9-17조 제1항 제2호에서는, “보험계약자 등이 부담하는 보수는 손해사정사 단체가 정한 보수기준”이라고 규정하고 있고, 동 손해사정 기본보수표는 손해사정금액을 기준으로 하고 있음.

[인용] 보험계약 해지의 의사표시는 민법(제111조 제1항)의 일반원칙에 따라 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 때에 발생하고 해지의 의사표시가 신청인에게 도달하였는지 여부에 대한 입증책임은 피신청인에게 있는데, 피신청인은 유선통화 및 일반우편을 통해 신청인에게 계약해지를 통보하였다고 주장하고 있으나, 일반우편으로 계약해지 통지문을 발송하여 반송된 사실이 없는 점만을 들어 동 의사표시가 신청인에게 도달하였다고 보기 어려운 등 신청인이 해지통지를 수령하였다는 객관적 입증자료를 확인할 수 없으므로 피신청인은 보험계약 해지를 적정하게 이행하였다고 볼 수 없음.(2009.11.24. 조정번호 제2009-91호)

가. 사실관계

신청인은 2009.2.20. 자신의 모친을 피보험자로 하여 피신청인과 건강보험 계약을 체결함. 피보험자는 보험 가입전인 2008.1.24. ○○병원에서 “갑상선 결절” 소견을 받고, 같은 해 3.7. 정밀진단을 통해 “갑상선 소포세포 변병”으로 진단을 받았음에도 보험계약을 체결하면서 갑상선 결절진단 등을 고지하지 아니함.⁵¹¹⁾

보험 가입후인 2009.3.25. 피보험자는 ◇◇대학병원에서 대뇌 죽상경화증, 본태성 고혈압으로 진단받고 4일간 통원치료를 받은 후 2009.6.10. 피신청인에게 보험금을 청구하였음. 이에 피신청인은 그 다음 날 본건 보험금 청구와 관련하여 손해사정법인에 손해사정의뢰를 하였고, 같은 해 7.3. 손해사정법인으로부터 손해사정보고서⁵¹²⁾를 받았음.

2009.7.10. 피신청인은 피보험자에게 보험금(질병통원 의료비 280,620원)을 지급하고, 같은 달 30일 일반우편으로 피보험자 자택⁵¹³⁾에 계약해지 통지문을 발송한 후 8.13. 계약해지 환급금을 지급하였음.

511) 청약시 피보험자가 ‘손목 염좌’로 치료중임을 고지함에 따라 ‘좌상지 및 우상지’ 2개 부위 부담보 조건으로 계약을 인수함.

512) 신청인의 가입전 알릴의무 위반(보험가입 전 갑상선 결절진단 불고지) 사실을 피신청인에게 보고

513) 피보험자의 주소(청약서상 계약자 주소), 보험가입시의 신청인 주소 및 2009.7.1. 이후의 신청인 주소는 각각 상이함. 참고로, 신청인은 보험가입 시부터 자녀양육 및 부인(경찰공무원)의 2교대 업무문제로 주중에는 피보험자의 주소에서 생활하였으며, 신청인은 피보험자의 주소(청약서상 주소)로 해지통지가 되지 않았음을 주장하고 있음.

2009.8.18. 신청인과 피보험자는 해지통지(일반우편)를 받지 못하였다고 하여 피신청인은 신청인 직장으로 등기우편 발송하였으며, 8.19. 신청인은 등기우편을 수령한 후 보험계약 해지가 부당하다며 금융분쟁조정을 신청함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

피신청인이 신청인의 계약전 알릴의무 위반사실을 안날은 손해사정보고서를 제출받은 날인 2009.7.3.이고, 신청인이 계약해지통보를 받은 날은 계약해지 관련 등기우편 수령일인 같은 해 8.19.이기 때문에 해지권 행사 제척기간(안날로부터 1개월)이 경과되었으므로 피신청인의 보험계약 해지는 부당함.

(2) 피신청인의 주장

2009.7.10.경 비록 관련 녹취록은 없으나 유선통화를 통해 신청인에게 계약 해지 사실을 안내하였고, 같은 달 30일 신청인에게 일반우편을 이용하여 계약해지 통지안내문을 발송하였으므로 신청인이 계약해지권 행사 제척기간 내 동 사실을 인지하였다고 볼 수 있으며, 계약전 알릴의무 위반에 의한 계약해지의 경우 피보험자의 선의성이 없다 할 것 이므로 민법상 의사표시 도달원칙은 보험료 미납으로 인한 실효해지의 경우와 달리 완화하여 적용하여야 함.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 당해 보험계약의 해지가 적정하게 행사되었는지 여부라 할 것임

(1) 관련법률 및 약관규정

민법 제111조(의사표시의 효력발생시기)제1항에서는 “상대방 있는 의사표시는 그 통지가 상대방에 도달한 때로부터 그 효력이 생긴다”라고 규정하고 있고, 상법 제651조(고지 의무 위반으로 인한 계약해지)에서는 “보험계약당시에 보험계약자 또는 피보험자가 고지의 또는 중대한 과실로 인하여 중요한 사항을 고지하지 아니하거나 부실의 고지를 한

때에는 보험자는 그 사실을 안날로부터 1개월 이내에, 계약을 체결한 날로부터 3년 내에 한하여 계약을 해지할 수 있다. 그러나 보험자가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못한 때에는 그러하지 아니하다.”라고 규정하고 있음.

한편, 본건 건강보험 약관 제30조(알릴의무 위반의 효과)에서는 보험계약을 체결할 당시에 보험계약자, 피보험자 또는 이들 대리인의 고의 또는 중대한 과실로 계약 전 알릴 의무를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우 보험계약을 해지할 수 있으나 보험자는 그 사실을 안 날로부터 1월내에, 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년이 지났을 때에는 계약을 해지할 수 없도록 규정하고 있음.

(2) 쟁점 검토

본 건의 쟁점은 피신청인의 보험계약 해지가 적정하게 행사되었는지 여부라 할 것인데, 피신청인은 계약전 알릴의무 위반 사실을 안날인 2009.7.3.로부터 1개월 이내에 유선통화 및 일반우편을 이용하여 신청인에게 계약해지 의사를 전달함으로써 계약해지권이 적정하게 행사되었다고 주장하나 다음과 같은 이유로 인정하기 어려움

민법 제111조제1항에 따르면, 상대방 있는 의사표시는 그 통지가 상대방에 도달한 때로부터 효력이 생긴다라고 규정하고 있으며, 보험계약의 해지권은 형성권이고, 해지권 행사기간은 제척기간이며, 해지권은 재판상이든 재판외이든 그 기간에 행사하면 되는 것이나 해지의 의사표시는 민법의 일반원칙에 따라 보험계약자 또는 그의 대리인에게 일방적 의사표시에 의하며, 그 의사표시의 효력은 상대방에게 도달한 때에 발생한다⁵¹⁴⁾고 판단하고 있으므로 살피건대, 피신청인은 2009.7.3. 손해사정법인으로부터 신청인의 가입 전 알릴의무 위반 사실을 보고 받고, 2009.7.10.경 유선통화 및 같은 달 30일 일반우편을 통해 신청인에게 계약해지를 통보하였다고 주장하고 있으나, 신청인이 동 사실을 부인하고 있을 뿐만 아니라, 신청인이 해지통지를 수령하였다는 객관적 입증자료를 확인할 수 없고, 설혹 피신청인이 과실 없이 신청인의 실제 주소가 청약서상 주소와 상이하였다는 사실을 몰랐다 하더라도, 해지의 의사표시가 신청인에게 도달하였는지 여부에 대한 입증 책임은 피신청인에게 있는데, 2009.7.30. 일반우편으로 계약해지 통지문을 발송하여 반송

514) 대법원2000.1.28. 선고 99다50712 판결 참조.

된 사실이 없는 점만을 들어 동 의사표시가 신청인에게 도달하였다고 보기 어려움.

따라서, 실제 해지의사가 도달된 날은 등기우편을 통하여 계약해지 통보문을 수령한 2009.8.19.이라 할 것이므로, 피신청인이 제척기간 내 적정하게 해지권을 행사하였다고 보기 어려움.

라. 결 론

그렇다면 피신청인은 보험계약 해지를 적정하게 이행하였다고 볼 수 없으므로, 당해 보험계약을 원상회복하여야 할 책임이 있는 것으로 판단됨.

2-43 보험계약의 성립 여부 및 피보험자 미통지의 효과

[인용] 본 건 해외여행보험은 1년 단위로 포괄계약을 체결하고 보험료의 수수료 (주)○○투어가 1개월의 추정보험료를 산출하여 피신청인에게 납입하면 피보험자 명단이 최종확정되면 매월 최종보험료를 수수하는 방식으로 이루어지고 있고, 또한 개별 피보험자와 계약체결 과정을 살펴보면 (주)○○투어가 여행일정표를 통해 당해 보험의 자동가입을 안내하고 피보험자들은 여행경비와 함께 보험료를 납부하는 방식으로 이루어지고 있으므로, 포괄계약의 특수성과 당해 포괄계약에서 피신청인이 부여하고 있는 (주)○○투어의 업무범위 등에 비추어 신청인들이 여행경비와 함께 보험료를 납부함으로써, 신청인들은 피보험자로서의 지위를 보유한 것으로 보아야 하며 본 건 보험계약은 성립된 것으로 보아야 할 것임.(2010.5.25. 조 정번호 제2010-50호)

가. 사실관계

(주)○○투어는 피신청인과 해외여행보험 계약⁵¹⁵⁾을 체결함. 2008.6.4. 신청인은 (주)○○투어에 여행예약⁵¹⁶⁾을 한 후 같은 달 19일 신용카드로 여행경비를 완납(보험료 포함)

515) 매년 포괄계약(Open policy)형태로 보험계약이 체결되고, 보험료는 (주)○○투어가 매월 추정보험료를 납부 후 피보험자가 확정되면 보험료를 정산함.

516) 여행일정표의 보험계약 안내사항 : 포함내역- 1억원 여행자보험, 기획여행은 여행자보험에 자동 가

하였음. 같은 달 24일 07:30 공항으로 가던 중 공항입구 주유소 근처에서 리무진 버스와 충돌하는 사고가 발생하여 당일 08:00 신청인은 교통사고로 후송 중 (주)○○투어에 여행취소를 통보하였고,

2008.6.26. (주)○○투어는 피보험자 명단 통보시 신청인들 명단을 누락하였으며, 같은 해 7.2. 신용카드 승인을 취소하였음.

2009.6.29. 신청인은 요추부 동통 및 운동장애 등 장해 진단을 받고 2010.1.12. 피신청인에게 보험금을 청구하였으나, 피신청인은 통지받은 피보험자 명단에는 신청인이 빠져있으며 보험료 납부 사실도 없다며 보험금 지급을 거절함에 따라 신청인은 금융분쟁조정을 신청함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

2008.6.24. 07:30경 공항으로 가던 중 교통사고가 발생하였고 동 사고는 보험기간 중 사고이므로 보험금을 지급하여야 함에도 피신청인이 여행사가 단지 피보험자들의 명단을 통보하지 않았다는 이유를 들어 보험금을 지급하지 않는 것은 부당함.⁵¹⁷⁾

(2) 피신청인의 주장

피신청인에게 통지된 피보험자 명단에는 신청인들이 빠져있으며 보험료도 납부된 사실이 없음. 즉 피신청인에게 통보된 청약관련 행위 또는 보험료 납부사실의 부재로 인하여 보험계약이 성립되지 않았으므로 보험금 지급책임이 없음.

입됩니다. 사고로 인한 보장은 상해-최대 3백만원, 질병- 최대 1백만원이며, 휴대품 도난과 파손은 최대 49만원 보상됩니다. 상세내용은 이용약관을 참조해 주시기 바랍니다.

517) (주)○○투어의 주장 : “여행자보험의 특성상 여행객의 여행경비 납입일이 보험가입일로 보아야 할 것이며, 여행자보험은 1년단위 특약인 단체포괄계약으로, 여행자보험 가입 및 정산업무를 진행하고 있으므로 여행경비의 납부를 보험료 납부로 간주하여야 함. 여행자보험은 Door to Door라는 특수한 규정을 가지고 있기 때문에 보험사고 당시 이미 여행자보험은 발효 중이므로 보험금을 지급하여야 함.”

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 보험계약자인 여행사의 실수로 피보험자명단이 미 통보된 경우 보험계약이 성립되지 않은 것으로 볼 수 있는지 여부라 할 것임

(1) 보험약관 규정

제1조(보험계약의 성립) ①보험계약은 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 이루어집니다.

②회사는 계약의 청약을 받고 보험료 전액 또는 제1회 보험료(일정기간 단위의 나눠 내는 보험료)를 받은 경우에는 청약일(진단계약의 경우는 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지를 하며 통지가 없으면 승낙한 것으로 봅니다.

③회사가 청약을 승낙한 때에는 지체없이 보험가입증서(보험증권)를 계약자에게 교부하여 드리며, 청약을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 계약자에게 돌려드립니다.

④이미 성립한 계약을 연장하거나 변경하는 경우에는 회사는 보험가입증서(보험증권)에 그 사실을 기재하거나 서면으로 알림으로써 보험가입증서의 교부에 대신할 수 있습니다.

제4조(회사의 보장의 시기 및 중기) ①회사의 보장은 보험기간의 첫날 오후 4시에 시작하여 마지막날 오후 4시에 끝납니다. 그러나 보험가입증서(보험증권)에 이와 다른 시각이 기재되어 있을 때에는 그 시각으로 하며, 그 시각은 보험가입증서(보험증권) 발행지의 표준시를 따릅니다.

②회사가 계약자로부터 계약의 청약과 함께 보험료 상당액의 전부 또는 일부를 받은 경우에 그 청약을 승낙하기 전에 계약에서 정한 보험사고가 생긴 때에는 회사는 계약상의 보장을 합니다.

제6조(보상하는 손해) ①회사는 피보험자가 가입증서(보험증권)에 기재된 여행을 목적으로 주거지를 출발하여 여행을 마치고 주거지에 도착할 때까지의 여행도중에 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다)에 상해를 입었을 때에는 그 상해로 인하여 생긴손해를 이 약관에 따라 보상합니다.

(2) 보험계약의 성립 여부

보험계약은 당사자 사이의 의사합치에 의하여 성립되는 낙성계약으로서 별도의 서면을 요하지 아니하므로 보험계약을 체결할 때 작성·교부되는 보험증권은 증거증권에 불과한 것이어서 보험계약의 성립여부는 그 증거증권만이 아니라 계약체결의 전후 경위 등을 종합하여 판단⁵¹⁸⁾하여야 함.

그러므로 살피건대, 이건 관련 해외여행보험의 가입은 기획여행⁵¹⁹⁾의 특수성 등을 이유로 1년 단위로 포괄계약을 체결하고 보험료의 수수료 (주)○○투어가 1개월의 추정보험료를 산출하여 피신청인에게 납입하면, 피보험자 명단이 최종 확정되면 매월 최종보험료를 수수하는 방식으로 이루어지고 있음.

또한, 개별 피보험자와 계약체결 과정을 살펴보면 (주)○○투어가 여행일정표를 통해 당해 보험의 자동가입을 안내하고 피보험자들은 여행경비와 함께 보험료를 납부하는 방식으로 이루어지고 있음.

사정이 이러하다면, 포괄계약의 특수성과 당해 포괄계약에서 피신청인이 부여하고 있는 (주)○○투어의 업무범위 등에 비추어 신청인들이 여행경비와 함께 보험료를 납부함으로써, 신청인들은 피보험자로서의 지위를 보유한 것으로 보아야 하며, 이건 보험계약은 성립된 것으로 보아야 할 것임

(3) 피보험자 통지 관련 조항의 해석 및 미통지의 효력

포괄계약서 제5조(피보험자의 통지)에서는 “피신청인의 책임은 (주)○○투어의 서면통지가 피신청인에게 접수되는 시점으로 한다.” 라고 규정하고 있어, 동 건 관련 교통사고로 여행이 취소되면서 피보험자들의 명단이 피신청인에게 통보되지 않았으므로 피신청인은 보험금을 지급할 수 없다고 주장하나, 다음과 같은 점에서 인정되기 어려움

앞서 본 바와 같이 포괄적 계약내용을 근거로 이루어지는 계약의 특성 등에 비추어 이건과 관련된 여행자들이 보험계약내용이 포함된 여행계약을 체결하고, 보험료가 포함

518) 대법원 2003.4.25. 선고 2002다64520 등 참조

519) 여행사가 미리 여행목적지, 관광일정, 운송, 숙박 및 여행요금을 정하여 광고 또는 기타방법으로 여행자를 모집하여 실시하는 여행.

된 여행요금을 납부하였다면 보험계약이 이미 성립된 것으로 해석하는 것이 타당하며, 여행출발 2일 후에 명단을 보내고 보험료를 정산하는 절차는 실무적인 확인절차로 보는 것이 합리적인 해석이라 할 것임.

만약, 피신청인이 주장하는 바와 같이 포괄계약서 제5조를 엄격하게 해석하여 피보험자의 명단이 피신청인에게 접수되는 시점부터 피신청인의 책임이 발생된다면, 보험가입 당시의 기대와 달리 이견 관련 신청인들 뿐만아니라 모든 피보험자들의 위험 담보여부가 여행출발 후 2일까지 확정되지 않는 심각한 결과를 초래할 수 있음. 예컨대, 단거리 해외여행에서 사고로 여행 1일차에 중도 귀국하여 여행이 취소되어 여행출발 2일 후 피보험자 명단에서 제외되는 경우 여행보험을 가입하고도 보상을 받지 못하는 부당한 경우가 발생될 수 있을 것임.

또한, 피신청인이 제출한 자료(2010.5.7, 이메일)에 따르면, 개별피보험자가 여행 출발 전 보험가입증서를 요구하면 증서를 발행하여 주고 있다고 답변하고 있는데, 만약 신청인들이 여행출발 전 보험가입증서를 요구하였다면, 여행출발 전 피보험자로 확정되어 보험금 지급여부에 다툼이 없을 것인 바, 피신청인의 주장대로 해석될 경우, 면·부채여부에 대한 결정이 관련법규 및 약관해석에 의한 것이 아니라 단지 여행 출발 전 피보험자의 보험가입 증서발행 요구 여부에 따라 결정되는 불합리한 결과가 초래될 것임.

따라서, 당해 포괄계약서 제5조(피보험자의 통지)의 조항은 피보험자 확정을 위한 실무적인 절차이고, 오로지 피신청인과 (주)○○투어의 업무편익을 위한 절차로 제한하여 해석함이 타당하며 통지여부는 당해 보험계약의 효력에도 영향을 미칠 수 없는 것으로 보아야 할 것임

라. 결 론

그렇다면 본 건 사고와 관련하여 (주)○○투어가 피보험자 명단을 통보하지 않았다는 이유로 보험금을 지급하지 않은 피신청인의 조치는 심히 부당하므로 당해 약관에서 정하고 있는 후유장해보험금 및 상해의료비 관련 보험금을 지급할 책임이 있다고 판단됨.

2-44 면책약관상의 “직무상 선박에 탑승중 생긴 손해”에 해당하는지 여부

[기각] 당해약관에서는, “선박승무원, 어부, 사공, 그 밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안에 생긴 손해”에 대하여는 “보상하지 아니하는 손해”로 규정하고 있는데, 피신청인이 제출한 어선출(입)항 신고서에 따르면, 동 선박의 소유주는 피보험자의 자녀로 기재되어 있으나 피보험자가 동 선박의 선장으로 기재되어 있고, 사고 당일을 포함하여 2010.1.2.~4.10.기간중 약 10회에 걸쳐 출(입)항한 사실을 확인할 수 있고, 피보험자가 “어선출(입)항 신고서”에 ‘신고자’로 기재되어 있는 점, 사고 직후인 4.11. 작성된 유족들의 진술조서에 따르면 피보험자는 농업 외에 어업에 종사하고 있었다고 봄이 상당한 점, 2010.4.30. ○○경찰서에서 작성된 ‘내사요지 및 경찰의견’에 따르면, “피보험자가 혼자 승선 조업차 출항하여 낚시 조업중 실종되었다.”라고 기재되어 있는 점 등을 고려할 때 본 건 사고는 “직무상 선박에 탑승하고 있는 동안 생긴 손해”에 해당한다 할 것임 (2010.11.23. 조정번호 제2010-103호)

가. 사실관계

보험계약자는 피보험자의 사위로서 2008.9.8. 피신청인과 보험계약을 체결하였음. 피보험자의 자녀 A씨는 2009.12.8. 본건 사고선박을 구입하고, 같은 달 10일 ○○시로부터 어업허가증을 취득하였으며, 이후 2010.1.2.~4.10. 기간중 피보험자가 수회 어선출(입)항 신고를 하였음

2010.4.10. 10:00 피보험자가 출항하였으나, 다음 날 06:40 익사체로 발견되어 신청인이 피신청인에게 보험금을 청구하였으나, 피신청인은 보험금 지급을 거절함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

피보험자는 밀감과수원을 운영하는 자경농업인으로 2010.4.11.까지 10여 차례 출항하였으나, 출항의 목적은 선박수리로 인한 시운전을 위한 것이었으며, 어업으로 생계를 유지하거나 금전적 수입을 얻은 사실이 없고, 일정한 기간 동안 계속하여 어업에 종사한 사

실도 없으며 수협조합원은 물론 어촌계원도 아니었음. 따라서, 동 건 사고는 해당 약관상 면책조항인 “선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안에 생긴 손해”가 아니므로 피신청인은 사망보험금을 지급하여야 함.

(2) 피신청인의 주장

본건 사고에 대한 경찰수사기록 및 유족의 진술을 살펴보면, 피보험자는 조업을 위해 바다에 출항한 것으로 확인되고, 피보험자는 본건 사고 이전에도 해당 선박의 선장으로 10회 어선출항을 한 바 있으며, 동 선박은 동력선으로 주어업이 연안복합어업이고 채취물의 종류도 돔, 옥돔, 조기 등으로 조업을 목적으로 어업허가를 받은 사실 등에 비추어 볼 때, 피보험자는 보험가입일 이후인 2010.1월~4월중 어업에 종사해 왔다는 사실이 확인되므로 당해 보험약관상⁵²⁰⁾ 면책되는 것이 타당함.⁵²¹⁾

다. 위원회의 판단

◆ 본건의 쟁점은 동 건 사고가 ‘직무상 선박에 탑승하고 있는 동안 생긴 손해’에 해당되는지 여부라 할 것임

신청인은 피보험자가 농지를 소유한 농부로 평소 농업에 종사하였고 동 건 사고는 피보험자가 선박의 시운전을 위해서 운행 중 발생한 사고로, 당해 약관상 ‘직무상 선박에 탑승하고 있는 동안에 생긴 손해’에 해당되지 않는다고 주장하나 다음과 같은 점에서 인정하기 어려움.

① 당해약관에서는, “선박승무원, 어부, 사공, 그 밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로

520) 제15조(보상하지 아니하는 손해) ③회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위를 하는 동안에 생긴 손해에 대하여는 보상하지 아니합니다.

3. 선박승무원, 어부, 사공, 그 밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안에 생긴 손해

521) 관할 경찰서의 사건사고사실 확인서(2010.4.20.)상 사건개요 : 변사자는 ○○시 선적 연안복합어선 △△호(2.43톤)의 선장으로서, 2010.4.10. 10:00경 ○○리 포구에서 △△호에 혼자 승선, 낚시 후 씨앵커를 감아 올리던 중 부주의로 해상에 추락 실종되었다가 같은 달 11일 06:43경 ○○시 북서방 약 1마일 해상에서 사망한 채로 발견된 것임

하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안에 생긴 손해”에 대하여는 “보상하지 아니하는 손해”로 규정하고 있는데, 이러한 규정의 취지는 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람은 그러하지 아니하는 사람보다 위험률이 현저히 높아 동 위험에 대해서는 피신청인이 인수하지 않겠다는 의미라 할 것인데, 먼저 피보험자가 “선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람”에 해당되는지를 살펴보면, 피보험자의 자녀는 2009.12.10. 어업허가증을 취득하였는 바, 동 허가증에는 “사용어선”으로 △△△호가 기재되어 있고, “어업의 종류”는 “연안 복합어업”으로 기재되어 있으며, 포획·채취물의 종류물에는 돔, 옥돔, 조기, 복어 등이 기재되어 있다는 점에서 동건 관련 어선 △△△호는 “어업” 영위 목적으로 허가를 받았고 실제로 있어서도 그러한 용도로 사용된 것으로 봄이 상당한 점.

② 피신청인이 제출한 어선출(입)항 신고서에 따르면, 동 선박의 소유주(선주)는 피보험자의 자녀로 기재되어 있으나 동 선박의 “선장”은 피보험자로 기재되어 있고, 사고 당일 일을 포함하여, 2010.1.2.~4.10. 기간중 약 10회에 걸쳐 출(입)항한 사실을 확인할 수 있고, 조업해역을 “근해 또는 연안”으로 명기하고 있으며, 피보험자가 “어선출(입)항 신고서”에 신고자로 기재되어 있는 점.

③ 신청인은 피보험자의 10회 출항이 조업을 위한 출항이 아니며, 선박 수리 후 시운전을 위한 출항이라고 주장하나 출항회수 및 해상에서의 체류시간⁵²²⁾ 등을 종합적으로 고려할 때 상기 출항을 “선박 수리 후 시운전을 위한 출항”으로 보기 어려운 점.

④ 사고 직후 2010.4.11. 작성된 유족들의 진술조서에 따르면, “저의 아버지는 어제(4.10.) 10:00경 △△포구에서 혼자 배에 타고 조업을 할려고 나갔습니다.”라고 진술한 바 있고, “어떻게 해서 사망한 채로 발견됐다고 생각하는가요?”라는 경찰의 질문에 대해, “밀감 과수원을 운영하는데 일이 없는 때에는 혼자 배를 타고 나갔습니다. (중략) 혼자 배를 타고 작업을 나갔다가 부주의로 바다에 빠져 돌아가신 걸로 생각합니다.”라고 일관되게 진술하고 있는 상황 등에 비추어 피보험자는 농업 외에 어업에 종사하고 있었다고 봄이 상당하고 사고 당일에도 조업 중 사고가 발생한 것으로 보여지는 점.

⑤ 2010.4.20. ○○해양경찰서에서 발행한 사건사고사실 확인서에서도 “사고 선박에서

522) 어선 출(입)항 신고서 : 출항시간(08:00~10:00), 입항시간(16:00~17:00)

혼자 승선, 낚시 후 부주의로 해상에 추락 실종되었다”라고 기재되어 있고, 같은 해 4.30. ○○경찰서에서 작성된 “내사요지 및 경찰의견”에 따르면, “피보험자가 혼자 승선 조업차 출항하여 낚시 조업 중 실종되었다.”라고 기재되어 있는 점.

따라서, 피보험자는 “선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람”으로 봄이 상당하고, 이 건 사고는 피보험자가 “직무상 선박에 탑승하고 있는 동안에 생긴 손해”에 해당된다고 보아야 할 것이며, 앞서 살펴본 바와 같이 피보험자가 농업에 종사하였다는 증빙 등이 있다는 사실만으로 달리 볼 여지는 부족하다 할 것임.

라. 결 론

그렇다면, 동 건 사고가 피보험자가 ‘직무상 선박에 탑승하고 있는 동안 생긴 손해’라는 이유로 보험금 지급을 거부한 피신청인의 조치를 부당한 것으로 보기 어려움.

제3장

보증 및 배상책임보험

제1절 보험사고의 발생

3-1 운송대금이 보상하는 손해에 해당하는지 여부

[인용] 보증보험의 성질상 본건 역시, 복합운송주선업으로 등록하여 사업을 행하는 자가 불법행위로 인하여 해당 계약상의 채권자에게 손해를 입힌 경우뿐만 아니라 채무자의 채무불이행으로 인하여 채권자에게 발생한 손해까지도 실질적 보증의 성격을 가진 보험계약의 보상범위로 볼 수 있는 바, 본건 계약자가 신청인에게 지급하지 않은 운송대금을 피신청인이 지급함이 타당함.(2002.2.17. 조정번호 제2002-52호)

가. 사실관계

신청인은 보험계약자(A기업)와 운송계약을 체결한 후 2000.3.13.~2000.6.18. 기간중 물품을 운송한 후 보험계약자에게 운송대금 4천6백만원을 청구하였으나 보험계약자가 이를 지급하지 않자 피신청인에게 동 금액을 청구함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

신청인은 2002.5.29. 법원으로부터 보험계약자의 채권자로서 확정판결을 받았고 복합운송주선업보증보험 등 가입운영에 따라 2차례에 걸쳐 채권신고공고를 하였음에도 운송대금이 보상범위에 포함되지 않음을 이유로 보험금 지급을 거절하고 있는 것은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

본건 보증보험계약에서 보상하는 사고는 복합운송주선업자가 화물을 인수한 후 화물

의 멸실·훼손 또는 인도의 지연으로 인하여 피보험자 또는 제3자에게 발생한 손해를 배상하지 아니하여 생긴 손해에 국한되고 운송대금은 포함되지 아니하므로 보상하지 않음이 타당함.

다. 위원회의 판단

◆ 본건 쟁점은 운송대금이 인·허가 보증보험에서 정하고 있는 보상하는 손해에 해당하는지 여부임.

(1) 관련 규정

「복합운송주선업보증보험등가입금운영규정」 제5조에는 “복합운송주선업자가 보증보험 가입금을 변제할 수 있는 채무는 육상·해상 및 항공운임, 화물의 멸실·훼손으로 인한 손해, 보관 및 하역관련 비용, 수출입화물의 운송과 직접 관련된 클레임 비용”으로 규정하고 있으며 동조 제2항에는 “복합운송주선업자는 개인적인 사채나 동 규정 제7조의 규정에 의한 채권신고를 하지 아니한 채무를 이행하기 위하여 보증보험가입금을 사용하여서는 아니된다.”라고 규정하고 있음.

(2) 운송대금이 인·허가보증보험상 보상하는 손해에 포함되는지 여부

피신청인은 본건 인·허가 보증보험의 성격상 운송대금의 경우 보상하는 손해에 해당되지 않음이 타당하다고 주장하나, 아래의 내용을 종합해 보면 보상하는 손해에 해당하는 것으로 보임.

① 「화물유통촉진법」 제1조 및 제2조를 살펴보면 화물의 유통뿐만 아니라 화물의 운송 역시 중요한 부분으로 인식하고 있음을 알 수 있음. 따라서 이건 인·허가 보증보험의 담보범위를 화물의 멸실·훼손 또는 인도의 지연으로 인하여 피보험자 또는 제3자에게 발생한 손해로만 국한할 것이 아니라 복합운송주선업자가 도산 등의 원인으로 신청인에게 지불하지 못한 운송대금까지도 포함된다고 봄이 타당한 점.

② 인·허가 보증보험약관에 의할 때 보험계약자가 인가, 허가, 특허, 면허, 등록 기타 명칭 여하를 불문하고 특정한 영업설비 또는 행위에 대하여 권리의 설정, 금지의 해제

기타 행위에 따른 조건을 이행하지 아니함으로써 피보험자 또는 제3자가 재산상의 손해를 입힌 경우 보험증권에 기재된 사항과 약관에 따라 그 손해를 보상하기로 약속된 것이므로, 본건의 경우에도 보험계약자의 채무불이행으로 인해 지급되지 못한 운송대금을 피신청인은 해당 대금을 지급함이 상당한 점.⁵²³⁾

③ 「복합운송주선업보증보험등가입금운영규정」이 본 건 인·허가 보증보험의 담보범위를 가늠하는 해석기준으로서의 기능을 한다고 볼 때 동 규정 제5조(채무의 범위)에 육상·해상 및 항공운임은 보험가입금으로 변제할 수 있는 채무에 해당된다는 점.

(4) 신청인이 보험금 청구권자인지 여부

피신청인은 신청인이 동 고시 제6조 내지 제9조의 규정에 따른 보험금 청구 절차를 위한 채권자 신고절차를 거치지 아니하였으므로 설사 운송대금이 보상하는 손해에 해당하더라도 보험금을 지급할 수 없다고 주장하나, 아래의 내용을 종합해 보면 신청인은 보험금을 청구할 수 있는 자격을 갖춘 것으로 판단됨.

① 당해 고시가 보험계약자와 피신청인 사이의 보험계약의 내용을 해석하는 기준이 된다는 점과 당해 고시가 제3자에게도 효력을 미치는가의 여부는 별개의 문제이므로 동 고시의 효력을 살펴보건데, 본건 고시가 건설교통부장관이 정한 고시라 하더라도 화물유통촉진법과 동 시행령에 의하여 건설교통부장관에게 그 법령 내용을 보충할 수 있는 권한을 부여한 바 없을 뿐만 아니라 당해 고시의 내용이 동 법 시행령상의 내용을 보충하기 위한 것이 아닌 점에서 법규명령으로서의 대외적 구속력이 없어 행정주체인 건설교통부와 행정객체인 보험계약자가 아닌 신청인을 구속할 수는 없다고 판단되는 점.

② 앞서 본 바와 같이 본 건 인·허가 보증보험은 복합운송주선인 등록요건이 됨과 동시에 실질적으로는 이행보증보험으로서의 성질을 가지고 있으므로 따라서 신청인은 수익자의 지위를 가진다 할 수 있는 점.

523) 인·허가보증보험 제1조(보상하는 손해)는 “우리회사는 보험계약자가 인가, 허가, 특허, 면허, 승인, 등록 기타 명칭여하를 불문하고, 특정한 영업설비 또는 행위에 대하여 권리의 설정, 금지의 해제 기타 행위에 따른 조건을 이행하지 아니함으로써 피보험자 또는 제3자가 입은 재산상의 손해를 보험증권에 기재된 사항과 이 약관에 따라 보상하여 드립니다.” 라고 규정하고 있음.

라. 결 론

피신청인은 당해 약관에서 정한 바에 따라 신청인에게 운송대금을 지급함이 타당한 것으로 판단됨.

3-2 | 도료의 재 도색 관련 비용의 보상 여부

[인용] 본건의 재도색 관련비용(불량도막 제거비용, 표면처리비용, 재도장비용)도 동 약관 제 6조 제17호의 면책조항에 속하는 것으로 보는 것이 타당할 것임. 다만, 도료의 결함에 따른 재도색비용은 도료 생산업자에게 발생할 수 있는 주된 배상책임의 유형이라는 점에서 생산물 배상책임보험에 처음 가입하는 보험계약자가 별도의 설명 없이도 충분히 예상할 수 있었던 내용이라고 보기는 어렵다 할 것이고, 피신청인이 동 면책조항에 대하여 보험계약자에게 설명했음을 인정할 만한 객관적 자료도 없으므로, 피신청인은 당해 보험약관에서 정한 바에 따라 재도색 관련 비용을 지급해야 할 것임.(2007.10.23. 조정번호 2007-73호)

가. 사실관계

보험계약자 겸 피보험자인 A사(이하 “보험계약자”라 함)는 2006.2.6. 피신청인과 보험계약을 체결⁵²⁴⁾함. 보험계약자는 도료 생산업체로서 동 계약 체결전에 생산물배상책임보험에 가입한 경험은 없음.

보험계약자는 B사의 주문에 따라 도료를 생산하여 B사에 납품하였고, B사는 납품받은 도료를 C사에 판매하였으며, C사는 구입한 도료를 이용하여 D사의 선체에 도색작업을 마쳤으나, 도료 자체의 결함으로 인하여 2006.7.25.경 선체 상부에서 필링(Peeling)현상⁵²⁵⁾이 발생.

이에 C사는 D사의 손해액으로 계상된 재도색관련 비용 1억 8,690만원을 B사에 청구

524) 보험계약 내용은 다음과 같음.

- 보험종목 : 생산물배상책임보험 - 보험기간 : 2006.2.6.~2007.2.6.
- 보상한도 : 대인·대물구분 없이 1사고당 5억원, 총보상한도 5억원

525) 도료의 도막이 자연적으로 벗겨지는 현상을 말함.

하였고, B사는 도료 생산업체인 보험계약자에게 모든 비용을 배상할 것을 요구하여 보험계약자는 2007.1.말까지 B사에 1억원을 현금으로 지급하였으며, 나머지 8,690만원은 12개월 동안 현금으로 분할 상환하고 있음. B사는 D사에 재도색 비용을 지급했고, D사가 직접 재도색을 실시함.

보험계약자는 보험 계약시 보험청약서에 자필서명을 한 사실이 없으며, 피신청인의 요청에 따라 생산물배상책임보험 가입 질문서에 기재사항을 기재해서 피신청인에게 팩스로 송부하였고, 보험계약이 성립된 후에 보험증권 및 보험약관을 전달받음.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

동 보험을 가입한 목적이 생산된 도료의 하자로 인해 발생할 수 있는 손해를 보상받기 위함이었고, 피신청인 측으로부터 동 약관상의 보상하지 않는 손해에 대하여 설명을 들은 바가 없으므로 피신청인이 재도색관련 비용을 보상하여야 함.

(2) 피신청인의 주장

도료의 하자로 인해 발생하는 재도색 관련 비용은 동 약관 제6조 제17호⁵²⁶⁾에서 보상하지 않는 손해로 규정하고 있는 “결함 있는 생산물의 회수, 검사 수리 또는 대체비용” 면책조항(이하, “면책조항”이라 함)에 해당되어 보상책임이 없으며, 또한 보험계약자에게 동 면책조항에 대하여 설명을 하였을 뿐만 아니라, 동 면책조항은 보험업계의 거래상 일반적이고 공통된 사항으로 설명대상이 아님.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 ① 재도색관련 비용이 보험약관 제6조 제17호의 면책조항에 해당하는지 여부 및 ② 피신청인의 약관 설명의무 이행 여부라 할 것임.

526) 제6조(보상하지 아니하는 손해) 회사는 아래의 사유로 인한 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

17. 결함있는 생산물의 회수, 검사, 수리 또는 대체비용 및 사용손실에 대한 배상청구

(1) 재도색관련 비용이 보험약관 제6조 제17호의 면책조항에 해당하는지 여부

경화 불량 콘크리트를 떼어내고 다른 콘크리트로 대체·시공하는 보수공사를 실시한 것과 관련하여 대법원 판례는 “원고가 보수공사비로 지출한 금원 중 32,733,600원(보통의 방법으로 콘크리트를 대체·시공하는 비용)은 원고 생산물인 레미콘의 하자에 의한 레미콘 자체의 손해이거나 또는 하자 있는 레미콘의 회수·수리·대체 비용이라고 할 것이므로, 이는 이 사건 보험 계약의 생산물 특별 약관 제2조에 규정된 ‘피고가 보상하지 아니하는 손해’에 해당 한다”라고 판시⁵²⁷⁾하고 있는 바, 위 판례와 유사한 본 건의 재도색 관련비용(불량도막 제거비용, 표면처리비용, 재도장비용)도 동 약관 제6조 제17호의 면책조항에 속하는 것으로 보는 것이 타당할 것임.

(2) 피신청인의 약관 설명의무 이행 여부

피신청인은 동 약관 제6조 제17호의 면책조항에 대하여 설명하였을 뿐만 아니라, 동 면책조항은 생산물배상책임보험 약관에 공통적으로 규정된 거래상 일반적이고 공통된 사항이어서 보험사의 설명유무와 관계없이 보험계약자는 보험가입을 하였을 것이므로 설명의 대상에 해당되지도 않는다고 주장하나, 도료의 결함에 따른 재도색비용은 도료 생산업자에게 발생할 수 있는 주된 배상책임의 유형이라는 점에서 생산물배상책임보험에 처음 가입하는 보험계약자가 별도의 설명 없이도 충분히 예상할 수 있었던 내용이라고 보기는 어렵다 할 것이고, 보험계약자가 동 면책사항을 알았더라면 도료의 결함에 따른 재도색비용의 보상이 가능한 다른 보험상품에 가입하였을 가능성이 높다 할 것이며, 또한 본 건 보험청약서의 “보험상품에 대한 설명을 충분히 듣고 뒷면의 꼭 알아야 할 사항을 확인함”란에는 자필서명이 되어 있지 않으며, 달리 피신청인이 동 면책조항에 대하여 보험계약자에게 설명했음을 인정할 만한 객관적 자료도 없는 바, 피신청인의 주장은 수용하기 어렵다 할 것임.

라. 결 론

따라서 본 건과 관련하여 피신청인이 보험계약자에게 면책조항을 설명했음을 인정할

527) 대법원 2003.6.27. 선고 2003다6958 판결 참조.

만한 객관적 자료가 없는 바, 피신청인이 재도색 관련 비용을 지급할 책임이 인정된다 할 것임.

3-3 축구공 놀이 중의 사고에 대한 배상책임 유무

[일부인용] 가해자의 어머니는 가해자와 함께 운동회에 참여하고 있었으며, 본건 사고가 운동회 공식행사가 아닌 자유시간 동안에 발생하였다는 점으로 보아, 친권자인 어머니의 감독 의무가 여전히 미치고 있었다고 보아야 할 것임. 다만, 운동회를 주최한 교회 측에 가해자 및 피해자에 대한 주된 감독의무가 있었고, 피해자도 골대 주위에서 대피하는 등 자신을 방어하는데 주의의무가 있었던 점 등을 감안 가해자 어머니가 부담할 손해액은 피해자에게 발생한 손해액의 30%로 정하는 것이 타당함.(2007.11.20. 조정번호 제2007-86호)

가. 사실관계

보험계약자 겸 기명피보험자인 A씨(이하, “보험계약자”라 함)는 2007.4.30. 피신청인과 보험계약⁵²⁸⁾을 체결함.

2007.5.4. 15:50경 B교회가 주최한 운동회에 참가한 C군(신청인의 아들, 만 11세, 이하 “가해자”라 함)이 실내체육관내 한구석에서 축구공 놀이 중 골대를 향해 공을 찼는데 이 공이 골대 옆에서 음료수를 마시고 있던 D군(만 11세, 이하 “피해자”라 함)의 음료수 병에 맞았고 음료수병이 피해자의 치아에 부딪쳐 치아가 파절되는 사고가 발생함. 사고 당시 E씨(가해자의 어머니)는 운동회가 열리는 실내체육관에서 배드민턴 시합을 구경하고 있었음.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

예상치 못한 사고 발생시 혜택을 받기 위해서 보험가입을 하였는데, 가해자의 과실이

528) 담보 : 일반상해사망후유장해 5백만원, 가족일상생활배상책임담보 1억원 등.

없다며 보험금을 지급하지 않는 것은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

축구공 놀이를 하는 가해자는 경기의 규칙을 잘 지키고 일부러 다른 사람을 향해 축구공을 맞추려고 하지 않는 한, 자신이 찬 공이 골대 밖으로 나가지 않도록 해야 할 주의의무는 없는데, 즉 공을 골대 안에 차 넣는 것과 찬 공이 골대를 벗어나는 것의 차이는 공을 찬 개인의 운동능력 및 당시의 공과 관련된 구체적 여건 등에 따라 생기는 것으로써 주의의무의 이행과는 무관함. 또한, 자신이 찬 공이 골대 밖으로 나갈 것을 대비하여 주위 사람들을 대피시킬 주의의무까지 있다고 볼 수는 없으므로 피보험자의 손해배상책임은 없음. 가해자의 부모가 자녀의 일상생활에 일반적인 감독의무가 있으나 축구공 놀이를 할 때 자녀가 골대 밖으로 공을 차지 않도록 하거나, 골대 밖으로 빗나갈 경우를 대비하여 주위 사람들을 대피시키도록 가해자를 지도할 주의의무는 없음.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 피보험자의 법률상 배상책임 발생 여부라 할 것임.

(1) 피보험자의 법률상 배상책임 발생 여부

피신청인은 축구공 놀이를 하는 가해자는 자신이 찬 공이 골대 밖으로 나가지 않도록 해야 할 주의의무가 없고, 자신이 찬 공이 골대 밖으로 나갈 것을 대비하여 주위 사람들을 대피시킬 주의의무까지 있다고는 볼 수 없다고 주장하나, 서울고등법원 판례⁵²⁹⁾는 “축구를 하는 사람으로서는 자기가 찬 공에 다른 사람이 다치지 않도록 할 기본적인 주의의무가 있다”라고 판시하고 있는 바, 피신청인의 주장은 수용하기 어렵다 할 것임.

또한, 대법원 판례는 “민법 제755조⁵³⁰⁾에 의하여 책임능력 없는 미성년자를 감독할 친

529) 서울고등법원 2007.11.7. 선고 2007나51255 판결 참조.

530) 민법 제755조(책임무능력자의 감독자의 책임) ① 전2조의 규정에 의하여 무능력자에게 책임없는 경우에는 이를 감독할 법정무능력자는 자가 그 무능력자의 제삼자에게 가한 손해를 배상할 책임이 있다. 그러나 감독의무를 해태하지 아니한 때에는 그러하지 아니하다.

권자 등 법정감독의무자의 보호·감독책임은 미성년자의 생활전반에 미치는 것이고, 법정 감독의무자에 대신하여 보호·감독의무를 부담하는 교사 등의 보호·감독책임은 학교 내에서의 학생의 모든 생활관계에 미치는 것이 아니라 학교에서의 교육활동 및 이와 밀접 불가분의 관계에 있는 생활관계에 한하며, 이와 같은 대리감독자가 있다는 사실만 가지고 곧 친권자의 법정감독책임이 면탈된다고는 볼 수 없다”라고 판시⁵³¹⁾하고 있는 바, 가해자의 어머니는 가해자와 함께 운동회에 참여하고 있었으며, 본건 사고가 운동회 공식 행사가 아닌 자유시간 동안에 발생하였다는 점으로 보아, 친권자인 어머니의 감독의무가 여전히 미치고 있었다고 보아야 할 것임.

다만, 동 건의 경우 가해자 및 피해자 모두 교회측에서 주최한 운동회에 참석하였는 바, 운동회를 주최한 교회측에 가해자 및 피해자에 대한 주된 감독의무가 있다 할 것이며, 피해자도 골대 주위에서 대피하는 등 자신을 방어하는데 주의를 기울일 필요가 있는 바, 가해자의 어머니가 부담할 손해액은 피해자에게 발생한 손해액의 30%로 정하는 것이 타당하다 할 것임.

라. 결 론

따라서 본 건과 관련하여 피신청인은 피해자에게 발생한 손해액의 30%를 보상할 책임이 인정된다 할 것임.

3-4 친구간 이종격투기 놀이중 발생한 사고가 폭행에 해당하는지 여부

[인용] 당해 약관상 면책대상인 폭행은 통상적 의미로는 사람의 신체에 대한 유형력의 행사로 이해하는 것이 합리적이며, 피해자 자신의 감정이었을 뿐 피보험자의 내면상태를 표현한 것은 아니라는 점. 피보험자에게 폭행의 고의를 인정하기 어렵고 오히려 피보험자의 부주의로 인해 피해자에게 안와골절 등의 상해가 발생하였다고 판단하는 것이 합리적인 결론이라 할 것이어서 이러한 피보험자의 행위가 약관의 “폭행 또는 구타”나 “폭력행위”에 해당된다고 보기 어려움.(2009.10.27. 조정번호 제2009-85호)

531) 대법원 2007.4.26. 선고 2005다24318 판결 참조.

가. 사실관계

보험계약자 A씨는 2008.5.15. 자녀인 B군(만 16세, 고교 1년)을 피보험자로 하여 피신청인과 일상생활배상책임보험 계약을 체결함. 피보험자는 2009.5.18. 교실에서 같은 반 친구와 K-1(이종격투기) 놀이를 하던 중 친구의 안면부를 가격하여 부상을 입힘.⁵³²⁾ 이와 관련하여 신청인이 6.3. 보험금을 청구하였고, 피신청인은 7.24. 신청인에게 면책 안내를 하였으며, 신청인은 금융분쟁조정을 신청함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

본건 사고는 피보험자 B군이 같은 반 친구인 C군과 장난으로 K-1 놀이를 하던 중 서로의 감정이 격해지면서 발생한 사고로 서로 상대방에게 상해를 가할 목적이 없었으며, 또한 상해발생 결과에 대해서 전혀 예측하지 못하고 한 행동임에도 이를 피보험자의 폭행 또는 구타에 기인한 행위로 보아 면책을 주장하는 피신청인의 업무처리능 부당함.

(2) 피신청인의 주장

피보험자가 처음에는 장난으로 K-1 흉내를 냈다고 하더라도 감정이 격해져 피해자의 얼굴을 가격한 것은 신체 공격행위에 해당하며 피보험자가 고등학생임을 감안할 때 공격행위에 미필적 고의가 있다고 보여지므로 이는 약관 면책조항의 “폭행 또는 구타, 폭력행위”에 해당되어 본 건 사고에 대하여는 보험금 지급책임이 없다고 할 것임.

다. 위원회의 판단

◆ 본건의 쟁점은 피보험자의 피해자 안면 가격행위가 약관상 “폭행”에 해당되는지 여부임

(1) 보험약관상 폭행의 의미

본건 보험약관에서 폭행에 대한 정의 규정을 별도로 두고 있지 않으므로, 피보험자의

532) 피해사항 : 폐쇄성 안와골절, 안구 및 안와 조직의 좌상 진단으로 수술을 받고 현재 통원치료중.

행위가 폭행에 해당되는지 여부는 형법 규정내용을 토대로 판단해야 할 것임.

형법상의 폭행은 가장 넓은 의미로 일체의 유형력의 행사(내란죄, 소요죄), 넓은 의미로 사람에 대한 직접 또는 간접의 유형력의 행사(공무집행방해죄, 특수도주죄, 강요죄), 가장 좁은 의미로 상대방의 반항을 제압할 정도의 강력한 유형력의 행사(강간죄, 강도죄) 등이 있지만, 통상적 의미로는 사람의 신체에 대한 유형력의 행사(폭행죄, 특수공무원폭행죄)로 이해하는 것이 합리적이며, 대법원 판례⁵³³⁾도 폭행은 사람의 신체에 대한 불법한 유형력의 행사를 의미하고, 그러한 유형력의 행사는 신체적 고통을 주는 물리력의 작용으로 이해하고 있음.

(2) 본건 사고가 보험약관상 폭행에 해당되는지 여부

피신청인은 피보험자의 안면가죽 행위는 폭행의 미필적 고의가 인정되어 폭행에 해당되므로 이로 인한 피보험자의 손해에 대해 보험금을 지급할 책임이 없다고 주장하나, 다음과 같은 점으로 미루어 볼 때 본건 사고는 전체적으로 보아 이종격투기 장난을 하는 중에 발생한 사고로서 서로 공격과 방어를 번갈아 가며 하던 도중 점차 감정이 흥분되어 공격의 강도가 높아진 상태에서 피보험자가 주먹을 세계 휘둘렀는데 피해자가 미처 주먹을 피하지 못해 발생한 것으로 보여짐.

① 피보험자 및 피해자의 사고경위서를 살펴보면, “K-1 놀이를 하다가 주먹이 광대뼈 주위에 맞았다. 못 피하다가(피보험자 경위서)” 및 “장난으로 K-1을 했는데 점점 감정이 격해지니깐 B군이 주먹을 세계 휘둘렀고 가만히 있다가 얼굴(눈 부위)쪽 맞고 안경이 부러졌다.(피해자 경위서)”라고 기재되어 있으며, 또한 피보험자 및 피해자 부모 문답서에 따르면, 이종격투기 장난중 사전에 약속된 행위를 하기로 했으나 사인이 맞지 않아 본 사고가 발생하였다고 밝히고 있는 점.

② 피신청인은 피해자의 “점점 감정이 격해지니깐 B군이 주먹을 세계 휘둘렀고”라는 진술을 근거로 피보험자에게 폭행의 미필적 고의가 있었다고 주장하나, 이는 피해자 자신의 감정이었을 뿐 피보험자의 내면상태를 표현한 것은 아니라는 점.

533) 대법원 2003.1.10. 선고 2000도5716 판결 참조.

③ 사회상규상 피보험자나 피해자 정도의 연령에서는 놀이행위로서 이러한 장난을 할 수도 있고 그런 과정에서 폭행의 의도없이 실수로 상대방을 가격하여 놀이 상대방의 신체에 침해를 가하는 경우가 발생할 수 있는 점.

사정이 이러하다면 피보험자에게 폭행의 고의를 인정하기 어렵고 오히려 피보험자의 부주의로 인해 피해자에게 안와골절 등의 상해가 발생하였다고 판단하는 것이 합리적인 결론이라 할 것이어서 이러한 피보험자의 행위가 약관의 “폭행 또는 구타”나 “폭력행위”에 해당된다고 보기 어려워 피신청인은 본 건 사고로 피보험자가 피해자에 대해 법률상 배상책임을 부담함으로써 입은 손해를 보상할 책임이 있음.

라. 결 론

따라서 피신청인은 본건 사고로 피보험자가 피해자에 대해 법률상 배상책임을 부담함으로써 입은 손해를 보상할 책임이 있음.

3-5 자동차운전학원 소속 강사가 근로자에 해당하는지 여부

[인용] 신청인이 피보험자로부터 상당한 지휘·감독을 받았다기 보다는 오히려 노무 제공에 따른 이윤이나 손실의 위험을 스스로 안고 독립적으로 자기 계산으로 사업을 영위한 것으로 보이는 점. 근로복지공단에서 신청인을 근로자로 볼 수 없다는 이유로 산재보험 요양승인을 취소한 데 대한 객관적인 입증자료 없이 근로자라 하여 면책조항을 적용하게 될 경우 신청인은 어떤 보상도 받지 못하게 되는 불합리한 결과를 초래하게 되는 점. 피신청인은 수강자의 법률적인 배상책임 여부는 더 살펴볼 것도 없이 본 건 운전학원시설위험담보 약관에 따라 신청인에게 관련 보험금을 지급할 책임이 있다고 할 것임.(2011.6.28. 조정번호 제2011-41호)

가. 사실관계

보험계약자는 2007.11.6. 피신청인과 종합보험계약을 체결하였고 2008.1.31. 자동차사고가 발생⁵³⁴⁾하여 신청인은 입원 및 통원치료를 받음. 이에 신청인은 2008.2.5. 사고접수를 하였으나, 2009.7.29. 근로복지공단은 요양승인 처분 취소 및 부당이득 징수결정 처분을

통보함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

본건 사고와 관련 근로복지공단에서 근로자에 해당하지 아니한다는 이유로 산재보험 요양승인을 취소하였음에도 불구하고, 근로복지공단의 주장과 달리 오히려 근로자에 해당하므로 본건 시설위험담보약관상 면책이라는 피신청인의 주장은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

신청인은 면책사유인 피보험자의 근로자에 해당하는 자이므로 신청인의 주장을 수용하기 곤란함.

다. 위원회의 판단

◆ 본건의 쟁점은 신청인이 약관상 면책사유인 ‘피보험자의 근로자’에 해당하는 지 여부라 할 것임

(1) 약관 규정

운전학원종합보험 II. 운전학원시설위험담보약관 제28조(보상하는 손해)에 따르면 “회사는 피보험자가 보험기간 중에 소유, 사용 또는 관리하는 운전학원시설 및 그 시설의 용도에 따른 업무의 수행으로 생긴 우연한 사고로 인하여 남의 신체에 장해를 입히거나 남의 재물을 망그러뜨려 법률적인 배상책임을 부담함으로써 입은 손해를 보상”하되, 동 약관 제31조(보상하지 아니하는 손해) 제10호에 따라 “피보험자의 근로자가 피보험자의 업무에 종사 중 입은 신체장해에 대한 손해배상책임에 대해 피보험자가 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하지 아니한다”고 규정하고 있음.

(2) 쟁점 검토

534) 자동차운전학원에서 수강생(A씨)이 강사가 동승한 차량을 운전하여 출발선으로 진입하던 중 다른 수강생(B씨)을 교육하기 위해 운전교육차량 조수석 문 앞에 서있던 신청인을 충격함.

피신청인은 신청인이 피보험자(○○자동차운전학원)와 근로계약을 체결하여 피보험자로부터 임금을 받아 근로를 제공하는 피용자일 뿐만 아니라, 관계법령에 따라 피보험자의 기능강사로 관할 경찰청에 신고가 되어 있는 자로 약관상 면책조항인 “피보험자의 근로자”에 해당한다고 주장하나 아래와 같은 이유로 이를 인정하기 어려움.

① 약관상 근로자에 대하여 별다른 규정이 없으므로 「근로기준법」상의 근로자 해당여부를 판단하는 기준에 대한 대법원 판례⁵³⁵⁾를 살펴보면, 「근로기준법」상의 근로자에 해당하는지 여부는 계약의 형식이 고용계약인지 도급계약인지 보다 그 실질에 있어 근로자가 사업 또는 사업장에 임금을 목적으로 종속적인 관계에서 사용자에게 근로를 제공하였는지 여부에 따라 판단하여야 하고, 위에서 말하는 종속적인 관계가 있는지 여부는 업무내용을 사용자가 정하고 취업규칙 또는 복무(인사)규정 등의 적용을 받으며 업무수행과정에서 사용자가 상당한 지휘·감독을 하는지, 사용자가 근무시간과 근무장소를 지정하고 근로자가 이에 구속을 받는지, 노무제공자가 스스로 비품·원자재나 작업도구 등을 소유하거나 제3자를 고용하여 업무를 대행하게 하는 등 독립하여 자신의 계산으로 사업을 영위할 수 있는지, 노무제공을 통한 이윤의 창출과 손실의 초래 등 위험을 스스로 안고 있는지, 보수의 성격이 근로 자체의 대상적(代償的) 성격인지, 기본급이나 고정급이 정하여졌는지 및 근로소득세의 원천징수 여부 등 보수에 관한 사항, 근로제공 관계의 계속성과 사용자에 대한 전속성의 유무와 그 정도, 사회보장제도에 관한 법령에서 근로자로서의 지위를 인정받는지 등의 경제적·사회적 여러조건을 종합하여 판단하여야 한다고 판시하고 있으나, 2009.10.22. 근로복지공단(이하 “공단”이라 함)이 작성한 의견서에 따르면 “청구인과 회사측에 확인한 결과, 청구인은 “○○운전” 상호로 사업자등록을 내고 2004년부터 자신이 직접 영업해서 모집한 수강생을 학원으로 데리고 와서 가르치면서 학원에는 장소와 차량이용 비용으로 일정액(1인당 1시간 16,000~18,000원)을 지불하고, 수강생으로부터 수강료도 청구인이 직접 수령하며, 강의내용이나 강의시간 등에 대하여는 학원측으로부터 어떠한 지시나 관리감독을 받지 않는 방식으로 사업을 해 왔으며”라고 기재되어 있어 위 사실만으로 비추어 볼 때 신청인이 피보험자로부터 상당한 지휘·감독을 받았다고 보다는 오히려 노무 제공에 따른 이윤이나 손실의 위험을 스스로 안고

535) 대법원 2007.9.7, 선고 2006도777 판결 등 참조.

독립적으로 자기 계산으로 사업을 영위한 것으로 보이는 점.

② 피신청인은 신청인이 피보험자로부터 임금을 받았다고 주장하나 공단에서 작성한 “산재보험 요양승인 취소 및 보험급여 부당이득금 납부 알림” 및 위 의견서에 따르면 “학원측에서는 신청인에게 실제로 지급된 급여가 전혀 없었음에도 임금대장에는 월 100 만원을 급여로 지급한 것으로 작성했었고, 그에 따른 근로소득세 조차도 학원측에서 부담”한 것으로 확인하고 있고, 신청인이 급여지급의 증거로 제시하고 있는 “2007년 귀속 사업장별 신고수입금액, 중간예납세액 및 국민연금보험료 납입금액”에 따르면 신청인이 피보험자의 사업장에서 획득한 수입금액은 근로소득이 아니라 단순경비율⁵³⁶⁾이 적용되는 사업소득으로 확인되고 있어 동 자료를 피신청인이 주장하는 바와 같이 신청인의 근로제공 근거로 인정하기 어렵고 달리 반증이 없는 점.

③ 피신청인은 신청인이 피보험자의 기능강사로 경찰청에 신고된 자이므로 고용관계에 있었다고 주장하나 이는 자동차학원을 설립·운영하는 자는 기능교육 강사의 정원을 확보(「도로교통법시행령」 제64조 제2항과 제3항)하여, 강사를 선임하고자 하는 때에는 강사선임 등 선임통지서에 필요서류를 첨부하여 지방경찰청에 제출하도록 규정(「도로교통법시행규칙」 제120조 제1항)한데 따른 것으로 단순히 이러한 기능강사 선임신고 사실만으로 신청인과 피신청인간에 근로계약이나 고용관계가 있었다고 단정하기 어려운 점.

④ 피보험자의 근로자가 피보험자의 업무에 종사중 입은 신체장해에 대한 손해배상책임을 면책으로 하고 있는 취지는 노사관계에서 발생하는 업무상 재해로 인한 손해에 대하여는 산업재해보상보험법에 의하여 전보받도록 하고 제3자에 대한 손해배상책임을 보상하는 것을 목적으로 하는 대인배상 범위에서는 이를 제외하려는데 그 취지가 있다고 해석하는 것이 타당(이른바 “피용자재해면책규정”)할 것인 바, 근로복지공단에서 신청인을 근로자로 볼 수 없다는 이유로 산재보험 요양승인을 취소한 데 대한 객관적인 입증자료 없이 근로자라 하여 면책조항을 적용하게 될 경우 신청인은 어떤 보상도 받지 못하게 되는 불합리한 결과를 초래하게 되는 점.

536) 종합소득신고서 직전년도 수입금액이 일정규모 미만인 소규모 영세사업자가 장부를 작성하지 않을 때 적용하는 경비율.

라. 결 론

그렇다면 피신청인은 수강자의 법률적인 배상책임 여부는 더 살펴볼 것도 없이 본 건 운전학원시설위험담보 약관에 따라 신청인에게 관련 보험금을 지급할 책임이 있다고 할 것임.

3-6 생태조사 등 연구활동 수행중 익시한 사고의 보상책임 여부

[기각] 본 건의 경우 비록 지도교수의 직접적인 인솔행위는 없었으나 실질적으로 지도교수의 감독 또는 지시하에 망인 등이 교직원의 위치에서 상호 인솔, 감독하면서 교육기관의 업무를 수행하던 중 발생한 사고라 할 것임. 망인은 피보험자의 교직원으로 봄이 타당하므로 본 건 사고는 약관상 보상하는 손해에 해당한다고 할 것이나, 동시에 면책조항에도 해당하는 것으로 판단됨. 본 건 사고와 관련하여 피신청인의 보험금 지급책임은 없다 할 것임.(2011.7.26. 조정번호 제2011-47호)

가. 사실관계

신청인은 2010.5.26. ○○연구재단과 연구계약을 체결하였고, 보험계약자 겸 피보험자 B씨는 2010.6.21. 피신청인과 배상책임보험 계약을 체결⁵³⁷⁾하였음. 2010.8.23. 사고가 발생하여 신청인은 2010.8.25. 피신청인에게 사고를 통하였으나, 피신청인은 2010.11.12. 신청인에게 보험금 부지급을 통보함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

망인(B씨)은 지도교수의 공동연구과제와 본인의 학위논문 작성에 필요한 연구활동 중 사망한 본건 사고는 약관상 담보대상에 해당됨에도 피신청인이 이를 인정하지 아니함은 부당함.

537) 보장내용 : 대인 1억원(1인당), 대물 1억원(1사고당), 신체손해부담보·치료비부담 특약 등

(2) 피신청인의 주장

본건 사고는 망인 등이 지도교수의 인솔, 감독 없이 교외활동을 수행하던 중 발생한 것으로 약관상 보상하는 손해에 해당하지 아니함.

다. 위원회의 판단

◆ 본건의 쟁점은 본 건 사고의 원인이 약관상 보상사유인 “교육 업무”에 해당하는지 여부 등이라 할 것임.

(1) 약관규정

당해 보험약관 제39조(보상하는 손해)에 의하면 피보험자가 보험증권(보험가입증서)상의 보장지역 내에서 보험기간 중에 교육기관의 경영과 관련하여 소유, 사용 또는 관리하는 시설(이하 “교육시설”이라 함) 및 교육시설이나 교육기관의 업무와 관련된 지역에서 교육기관의 업무(이하 “교육업무”라 함)의 수행으로 생긴 우연한 사고로 인하여 타인의 신체에 장애를 입히거나 타인의 재물을 망그러뜨려 법률적인 배상책임을 부담함으로써 입은 손해를 배상책임손해 부담조항과 일반조항에 따라 보상하며, 같은 약관 제42조(보상하지 아니하는 손해)에 의하면 회사는 피보험자가 아래에 기재된 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하지 아니하며, 동 면책사항에는 “피보험자의 근로자(교육기관, 교직원을 포함합니다)가 교육업무에 종사중 입은 신체장애에 대한 배상책임”을 포함하고 있음.⁵³⁸⁾

(2) 쟁점검토

피신청인은 약관상 “교육업무”라 함은 “교육기관경영과 관련하여 교육시설내에서 이루어지는 통상적인 업무활동으로 교육기관이 주관하는 교육기관 행사의 수행과 관련된

538) 같은 약관의 <용어풀이> 및 <용어의 정의>에 의하면 “신체장애라 함은 신체의 상해, 질병 및 그로 인한 사망을 말합니다”, “교육업무라 함은 교육기관경영과 관련하여 교육시설 내에서 이루어지는 통상적인 업무활동으로 교육기관이 주관하는 교육기관 행사의 수행과 관련된 업무를 말합니다. 교육기관의 장이나 그 대리인이 허가하고 교육기관 교직원의 인솔, 감독하에 이루어지는 교외활동은 교육업무로 봅니다”라고 규정하고 있음.

업무를 말하며, 교육기관의 장이나 그 대리인이 허가하고 교육기관 교직원이 인솔, 감독 하에 이루어지는 교외활동에 대해서만 교육업무로 본다고 규정하고 있으므로 지도교수의 인솔 없이 학생간의 교외활동 중에 발생한 본건 사고는 약관상 교육업무 수행중 사고에 해당하지 아니한다고 주장하나, 사고경위서, 출장신청서(2010.8.20.) 등을 종합하여 보면, 사고당일 망인 등이 수행한 생태조사 및 채집활동은 출장신청 등 내부절차에 따라 이루어진 공식적인 교외활동으로 볼 수 있고, 사고당일 망인 등이 지도교수에게 출장보고 후 학교(△△△연구실) 소유의 스쿠버다이빙 장비를 이용해 채집활동을 수행하였으며, 진행상황에 대해서도 지도교수와 유선 통화한 사실 등이 확인되므로 본 건의 경우 비록 지도교수의 직접적인 인솔 행위는 없었으나 실질적으로 지도교수의 감독 또는 지시하에 망인 등이 교직원의 위치에서 상호 인솔, 감독하면서 교육기관의 업무를 수행하던 중 발생한 사고라 할 것임.

다만, 약관 제42조(보상하지 아니하는 손해)에서는 교직원을 포함하는 피보험자의 근로자가 교육업무에 종사중 입은 신체장해에 대한 배상책임은 보상하지 아니한다고 규정하고 있는 바, 위에서 살펴본 바와 같이 망인은 피보험자의 교직원으로 봄이 타당하므로 본 건 사고는 약관상 보상하는 손해에 해당한다고 할 것이나, 동시에 면책조항에도 해당하는 것으로 판단됨.

라. 결 론

그렇다면 본건 사고와 관련하여 피신청인의 보험금 지급 책임은 없다고 할 것임

3-7 묘지정리 중 발생한 사고가 일상생활배상책임보험의 담보대상인지 여부

[인용] 약관상 면책대상인 “피보험자의 업무수행중 발생사고”에 해당하기 위해서는 피보험자가 피용인의 지위에 있는 사람에게 작업의 방법, 작업 내용 등을 일일이 알려주고 그에 따라 작업이 제대로 진행되고 있는지를 확인·점검하며 그러한 근로의 대가가 지급되는 등 구체적인 지시감독 관계가 있는 경우에 한하여 제한적으로 인정되어야 할 것인 바, 피신청인은 약관에서 정한 보험금을 지급할 책임이 있다 할 것임.(2012.11.27. 조정번호 제2012-27호)

가. 사실관계

보험계약자 겸 피보험자인 A씨는 2007.11.6. 피신청인과 보험계약을 체결⁵³⁹⁾하였음. 신청인은 2012.5.21. 지인의 부탁으로 묘지정리 작업중 신청인이 건드린 상석이 넘어져 타인이 부상당하는 사고가 발생하여 사고 접수를 하였고, 피신청인은 2012.5.31. 1차 보험금 지급 거절을 통보하였고, 2012.6.19. 2차 보험금 지급 거절을 통보함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

이 건 사고는 약관상 보상하는 손해에 해당하는데도 보험금 지급을 거절함은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

신청인이 이 건과 관련한 작업대가(20만원)를 받기로 한 점이나 작업 내용상 혼자서 할 수 있는 단순한 작업이 아니라 여러 사람이 함께 해야 하는 사정 등을 고려할 때, 이 건 사고는 약관상 담보대상인 “일상생활에 기인한 것”이 아니라 특정한 “직무” 내지는 “이에 수반되는 부수적인 행위에 의한 것”으로 보상하지 아니하는 손해인 “직무수행 중 발생한 사고”에 해당하며, 또한 피해자는 신청인으로부터 대가(10만원)를 받고 피보험자의 피용인으로서 일한 것이므로 또 다른 면책사유인 “피보험자의 업무에 종사 중 입은 상해”에도 해당함.⁵⁴⁰⁾

다. 위원회의 판단

◆ 이 건의 쟁점은 본건 사고가 “일상생활에 기인하는 사고” 및 “직무수행에 기인하는 사고” 중 어느 쪽에 해당하는지 여부 등이라 할 것임

539) 보장내용: 일반상해후유장해 1억원, 질병입원형질손의료비 5천만원, 가족일상생활배상책임Ⅱ 1억원 등

540) 신청인은 대리운전을 주된 업으로 하는 자로 그 외에 다른 생계유지 활동은 없었던 사실, 지인으로 부터 묘지정리 대가로 20만원을 받고 이 중 10만원은 피해자에게 지급하기로 한 사실, 2012.5.19. 오전 11시경 강원도 ◇◇시 인근에서 작업 중 신청인이 건드린 상석이 구덩이 안으로 떨어져 그 안에 있던 피해자의 좌측 정강이뼈가 골절된 사실 등에 대해서는 당사자간에 다툼이 없음.

(1) 가족일상생활중 배상책임에 해당하는지 여부

당해약관 제2조(보상하는 손해)에 의하면 피보험자가 “2. 피보험자의 일상생활에 인하는 우연한 사고”로 타인의 신체 또는 재물의 손해에 대한 법률상의 배상책임을 이 특별약관에 따라 보상하며, 같은 약관 제4조(보상하지 아니하는 손해) 제2항 2.에서는 “피보험자의 직무수행으로 인한 배상책임”을 제외한다고 각각 규정되어 있으나 “일상생활”이나 “직무”의 의미를 구체적으로 정의하고 있지 아니함.

약관의 해석은 신의성실의 원칙에 따라 당해 약관의 목적과 취지를 고려하여 공정하고 합리적으로 해석하되 개개 계약 당사자가 기도한 목적이나 의사를 참작함이 없이 평균적 고객의 이해가능성을 기준으로 객관적·확일적으로 해석하여야 하며, 위와 같은 해석을 거친 후에도 약관 조항이 객관적으로 다의적으로 해석되고 그 각각의 해석이 합리성이 있는 등 당해 약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 고객에게 유리하게 해석해야 할 것⁵⁴¹⁾임.

이 건 분쟁과 관련하여 쟁점이 되는 약관조항 등을 각각 살펴보면, “일상생활(日常生活)”의 사전적(辭典的) 의미는 “평상시(平常時)의 생활”을 뜻하는 것으로 여기서 “평상시”는 위기사, 비상사, 특별한 때 등과 대비되는 개념⁵⁴²⁾이며, “직무(職務)”의 사전적 의미는 “직책이나 직업상 책임을 지고 담당하여 맡은 사무”로서 어떤 과제를 수행하기 위해 맡겨진 특정한 임무나 생계유지 등을 위해 “계속적, 반복적으로 이루어지는 활동”으로 해석함이 타당하다 할 것임.

한편, “일상생활”과 “직무”를 약관상 “보상하는 손해”와 “보상하지 아니하는 손해”에 각각 규정한 취지는 평상시 활동 중의 사고 위험은 전문적인 지식이나 기술 또는 경험 이 요구되거나 생계유지 등을 위해 계속적, 반복적으로 이루어지는 경우의 위험과는 그 발생 가능성이나 성격이 서로 다르기 때문에 이를 구분하기 위한 것으로 판단됨.

이와 관련하여 피신청인은 이 건 사고가 일상생활에 기인한 것이 아니라 직무수행 중 발생한 것이라고 주장하나, 2012.6.4. 신청인이 작성한 확인서에 의하면 “동네 형님을 사

541) 대법원 2010.12.9. 선고 2009다60305 판결 등 참조.

542) 서울고등법원 2012.4.4. 선고 2011나76169 판결 참조.

고전에 우연히 만나 묘지 정리하는 일이 있으니 주말에 잠깐 하고 술값이나 받아가라고 제안하여 수락한 것”이라고 진술하고 있는 점 등에 비추어 이 건 사고를 평상시가 아닌 위기시, 비상시, 특별한 때에 발생한 것이라고 보기는 어려운 것으로 판단됨.

또한, 영업활동의 일환으로 볼 수 있는 직무도 계속적 또는 반복적 행위가 전제되어야 한다고 봄이 상당하다 할 것인데, 신청인의 경우 대리운전 외에 묘지정리 또는 이와 유사한 생계 유지를 위한 활동이 없었으므로 이 건 사고를 계속적 또는 반복적인 직무수행 중 발생한 것이라고 인정하기는 어렵다⁵⁴³⁾ 할 것임.

영업목적의 운전이라 함은 자동차를 요금이나 대가를 목적으로 계속적 또는 반복적으로 사용하는 것으로 보아야 함.⁵⁴⁴⁾

(2) 피해자를 피보험자의 피용인으로 볼 수 있는지 여부

피신청인은 이 건 사고가 약관상 면책조항인 “피보험자의 업무에 종사 중 입은 상해”에 해당한다고 주장하나, 동 면책조항의 취지는 피보험자의 피용인이 피보험자의 업무에 종사 중에 발생한 손해는 일상생활과 그 위험이 다를 뿐만 아니라 근로자재해보상책임보험 등 다른 법률에 정한 방법 등을 통해 보상받도록 하기 위함이라 할 것인 바, 동 조항을 적용하기 위해서는 적어도 피보험자가 피용인의 지위에 있는 사람에게 작업의 시기와 종기, 방법, 작업 내용 등을 일일이 알려주고 그에 따라 작업이 제대로 진행되고 있는지를 확인·점검하며 그러한 근로의 대가가 지급되는 등 구체적인 지시감독 관계가 있는 경우에 한하여 제한적으로 인정되어야 할 것임.

이와 관련하여 피신청인이 제출한 손해사정보고서 등에 의하면 이 건 작업은 삽, 곡괭이 등 일상적인 도구를 사용하여 구덩이를 판 후 상석을 밀어 넣어 묻는 것으로 달리 전문적인 기술이나 경험 등이 요구되지 않는 점이나, 2012.6.4. 신청인이 작성한 문답서 등에서도 “(지인으로부터 묘지정리 작업) 제안을 수락한 후 우연히 동네에서 피해자를

543) 가끔 자신 소유의 승합차를 이용하여 서적을 배달한 정도의 사실만으로 차량의 운송 경위나 목적, 빈도 등에 비추어 볼 때 계속적 반복적인 유상 운송제공 행위에 해당하지 아니함(대법원 1996.1.26. 선고 98다48682 판결),

544) 2010.1.26. 조정번호 제2010-13호.

보게 되었고 본인이 묘지정리를 하게 되었는데 잘 모르고 저녁에 술값 정도는 할 수 있으니 같이 하자고 한 것”이라고 진술한 점 등을 감안하면 이러한 사정만으로 이 건 사고가 피해자가 피용인으로서 피보험자의 업무에 종사하던 중 발생한 것이라고 인정하기도 어렵다 할 것임.

라. 결 론

그렇다면 피신청인은 약관에서 정한 이 건 사고와 관련한 보험금을 지급할 책임이 있다고 할 것임.

제2절 손해방지 비용

3-8 감리비 정산방법 및 손해방지의무

[기각] 보험금 청구한 후 주계약을 바로 해지하지 않은 것만으로는 손해방지의무 위반이라고 볼 수 없으나, 공사진행이 거의 안되고 감리비도 못받고 있는 상황에서 보험계약자가 부도가 난 이후에는 손해방지의무 이행을 위하여 주계약을 해지하는 등 손해의 확대를 경감하였어야 한다고 봄이 타당하므로 부도이후 발생한 감리비에 대하여는 피신청인이 지급할 책임이 없음.(1999.4.29. 조정번호 제1999-10호)

가. 사실관계

신청인은 감리를 하면서 1998.1.26. 1회차 감리비에 대한 보험금을 청구하였다가 2.11. 취하하였고, 1998.7.3. 1, 2회차, 1998.7.25. 3회차, 1998.10.28. 4회차 감리비에 대하여 보험금을 청구함.

보험계약자는 1998.7.22 당좌거래 정지되고, 신청인은 1998.10.7 감리 철회함.

나. 당사자 주장

(1) 신청인의 주장

이 건 주계약서상 감리비는 3개월마다 지급하도록 되어 있고, 사업주체(보험계약자)의 공정을 지연은 사업주체의 책임이고, 감리업무는 공사주체의 공사계획표에 따라 감리자가 감리계획서를 작성하여 수행하는 것으로 사업주체가 사업승인권자에게 공사계획변경서를 제출하여 승인을 받으면 감리자는 변경된 바에 따라 감리계획을 변경할 수 있을 뿐이고, 감리자가 감리계획을 임의로 변경할 수 없으므로 감리비는 공사기성고에 따라 정산하여야 하는 것이 아니고 감리계약기간 중 감리업무를 수행한 일수에 따라 감리비를 지급하여야 함.

총감리비 7억5백만원중 계약착수금으로 8천만원을 수령하였으나, 피신청인이 보증한 금액은 계약착수금을 제외한 6억2천5백만원이므로 계약착수금을 정산대상에 포함시키는

것은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

주택건설촉진법시행령 제34조의9제4항에 의하면 감리자의 교체시 감리비 정산기준을 감리기간이 아닌 “건축공정에 따른 비율”로 정하도록 되어 있고, 건설교통부 공고에 의하면 “공사가 중단된 경우에는 최소한의 관리에 필요한 감리인원을 투입해야 하고 공사중단이 장기간 계속될 경우에는 기성고에 따라 감리비를 정산해야 한다”고 되어 있는 바, 이 건의 경우 기성율은 2.14%에 지나지 않음에도 불구하고 신청인이 기수령한 감리비는 기성율 대비 25%(176,510,730원, 계약착수금 포함)이므로 보험금 지급할 책임이 없음.

또한 신청인은 1998.1.24 1회차 감리비도 받지 못해 보험금청구까지 한 상황에서 감리계약을 해지하지 않고 감리를 계속하여 감리비를 증가시켰는 바, 이는 피보험자의 손해방지의무 위반으로 증가된 손해이므로 보험금 지급할 수 없음.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 감리비 정산방법 및 손해방지의무에 따른 감리비 지급 여부임.

(1) 신청인이 1회차 감리비도 받지 못한 상태에서 감리계약을 해지하지 않고 계속 감리를 한 것이 손해방지의무 위반에 해당하는 지 여부

이 건 보험계약 체결형태를 보면 주계약인 감리용역계약에 의하여 3개월마다 감리비를 지급하도록 되어 있고 피신청인은 이러한 감리비지급보증을 함에 있어 지급기일인 3개월 단위로 보험증권 8개를 발급하였음.

피신청인은 보험사고가 발생하여 신청인이 보험금을 청구한 후에는 손해방지차원에서 손해액이 증가하지 않도록 주계약을 해지하고 감리를 중단하였어야 한다고 주장하나, 감리를 함에 있어 감리비를 제때 지급받지 못하는 일은 통상적으로 있는 일이고, 감리자가 감리비를 받지 못하는 등의 사유로 감리용역계약을 해지하고자 하는 경우 절차에 대하여 이 건 사업계획승인권자인 ◇◇시는 “그 내용을 사업계획승인권자 및 사업주체에 통

보하여 감리업무수행 종결일자 등을 협의·조치 후 계약해지함이 타당하다”고 회신하고 있는 바, 당초 2년여의 시공기간을 예상하고 있는 공사에서 한두번 감리비를 받지 못하였다하여 감리용역계약을 해지하여야 한다고 하는 것은 통상적인 감리업무수행에 비추어 볼 때 피보험자인 신청인에게 과중한 손해방지의무를 지우는 것임.

또한 신청인은 위와 같이 분할발급되어 있는 보험증권에 의하여 감리비를 지급기일에 받지 못할 때마다 감리비 회수를 조속히 하려는 목적에서 보험금을 청구한 것이지 향후 주계약을 해지하고 감리를 중단하려는 의사는 없었다고 주장하고 있는 바, 피신청인은 보증보험증권을 기간에 따라 분할발급함으로써 보험금청구권자인 신청인으로 하여금 각 보험증권에 의하여 지급기일에 감리비를 받지 못할 때마다 보험금청구권을 행사할 수 있다고 믿게 하였다 할 것이므로 신청인이 보험금을 청구한 후 즉시 주계약을 해지하지 않고 감리를 계속한 데에 손해방지의무 위반 등 중대한 과실이 있다고 보기 어려움.

손해방지를 위한 노력의 정도는 보험계약자나 피보험자가 자기의 이익을 위하여 할 수 있는 정도의 주의 즉, 보험계약이 존재하지 않는 경우 사고가 발생하였더라면 취하였을 정도의 주의로써 그 의무를 이행하여야 하는 바, 신청인이 주계약상 해지권이 있고 일정한 절차를 거쳐 해지권을 행사할 수 있으므로 1회차 감리비부터 제대로 지급받지 못하고 공사도 거의 진행되지 않고 있는 상황에서 보험계약자가 부도까지 났다면 신청인은 보험계약자의 감리비 지급가능성이 거의 없다고 판단하여 손해방지 차원에서 주계약을 해지하고 감리를 중단하여 손해액의 증가를 방지하였어야 한다고 봄이 타당함.

(2) 감리비 정산방법 - 감리일수에 따라 정산하여야 하는지 아니면 공사기성고에 따라 정산해야 하는지 여부 및 계약착수금의 정산방법

「주택건설촉진법시행령」 제34조의9제4항에서 정하고 있는 감리자의 교체는 감리자 업무수행중 발견한 위반사항을 묵인하는 경우와 같이 감리자에게 귀책사유가 있어 교체하는 경우를 의미하는 것으로 이 건 신청인의 경우는 이에 해당하지 아니하고, 공사의 중단이라 함은 사업계획 승인권자에 의하여 결정되는 것으로 이 건의 경우는 공사진행이 계획보다 지연되고 있었던 것이지 중단된 것이라고 보기는 어려우므로 피신청인이 주장하는 근거가 적용될 여지가 없다 할 것이고, 감리비의 정산방법에 대하여 주계약이나 관

런법규상 달리 정하고 있는 바가 없고, 주계약에서 감리비는 3개월마다 지급하도록 정하고 있고, 신청인이 1998.10월 ◇◇시에 제출한 3/4분기 감리보고서에 의하면 신청인은 보험계약자의 부도로 공사가 중단된 상태에서도 안전관리 등 감리업무를 수행한 것으로 볼 수 있으므로 주계약에서 정한대로 감리일수에 따라 정산함이 타당하다고 판단됨.

또한 신청인이 기수령한 계약착수금은 총감리계약금액의 일부로서 선급금의 성격을 갖는다고 볼 수 있으므로 보험자대위권을 갖는 피신청인이 지급보험금을 산정함에 있어 보험계약자의 채권으로서 정산할 수 있는 부분은 보증비율(보험계약자가 신청인의 감리철수시까지 계약착수금을 제외하고 감리비로 지급하여야 할 금액중 부도시까지 발생되어 지급하여야 할 감리비의 비율)에 의하여 정산된다 할 것임. 따라서 피신청인이 지불할 이행지급보증보험금을 산정함에 있어 신청인의 감리철수시까지 발생한 감리비 335,258,000원에서 계약착수금 80,000,000원을 제외한 금액 255,258,000원에 피신청인의 보증비율 78.568%을 곱하고 신청인이 보험기간중 기회수한 감리비 96,569,000원을 제하는 방식으로 계약착수금을 정산함이 타당함.

라. 결 론

감리비 정산방법에 대하여 보건대, 주계약에 의하면 감리비는 3개월마다 지급하도록 되어 있고, 신청인이 감리중단 시점까지 감리를 계속한 사실을 인정할 수 있으므로 신청인이 불필요하게 감리인원을 투입하는 등의 행위로 인하여 감리비가 과다지출 되었다는 입증이 없는 한 감리기간에 의하여 감리비를 지급하여야 한다는 신청인의 주장이 타당하고, 신청인이 기수령한 계약착수금은 앞에서 본바와 같이 피신청인의 보증비율에 의하여 비례정산함이 타당함.

손해방지의무 위반 여부에 대하여는 보험금 청구한 후 주계약을 바로 해지하지 않은 것만으로는 손해방지의무 위반이라고 볼 수 없으나, 공사진행이 거의 안되고 감리비도 못받고 있는 상황에서 보험계약자가 부도가 난 이후에는 손해방지의무 이행을 위하여 주계약을 해지하는 등 손해의 확대를 경감하였어야 한다고 봄이 타당하므로 부도이후 발생한 감리비에 대하여는 피신청인이 지급할 책임이 없다 할 것임.

퇴직금으로 대출금을 상환받지 못한 행위가 신청인의 중대한 과실에 기인한 것으로 손해방지경감의무 위반행위에 해당하는지 여부

[기각] 신청인이 보험계약자로부터 퇴직금수령통장을 받은 즉시 퇴직금 지급부서에서 퇴직금 입금을 의뢰하였음에도 퇴직금 지급부서가 업무착오 등의 사유로 다른 통장으로 퇴직금을 입금하였다는 등의 사정은 발견되지 아니하며 본건에 있어 조합원에 대한 대출취급과 대출금 회수를 주된 업무로 하는 신청인은 막연히 수탁받은 계좌로 퇴직금이 입금될 것이라고 믿고 퇴직금 지급부서에 업무협조를 구하지 아니하고 이의 관리를 소홀히 하였던 바, 이는 자기재산을 관리하는 채권자로서 주의의무를 현저히 결한 행위로 판단됨.(1999.9.28. 조정번호 제 1999-44호)

가. 사실관계

1998.1.10. 신청인은 피신청인 보증보험회사가 발행한 생활안정자금보증보험증권을 담보로 하여 보험계약자(A씨)에게 일반대출 50백만원을 취급함.

신청인은 보험계약자가 1998.6.18. ○○연구원을 퇴직함에 따라 1998.6.16. 보험계약자로부터 조합원탈퇴신청서를 받는 이외에 신청인이 보험계약자가 퇴직금을 수령할 통장에서 우선적으로 인출하여 대출금을 상환받기로 하는 동의서를 받음.

신청인은 퇴직금이 지급되는 날(1998.6.29) 퇴직금 입금여부를 확인한 바, 보험계약자는 신청인에게 맡긴 통장이 아닌 다른 통장을 통하여 퇴직금을 수령함으로써 신청인이 대출금을 회수하지 못함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

신청인은 보험계약자로부터 대출금을 상환받기 위하여 퇴직금이 입금될 통장과 예금청구서를 사전에 확보하는 등의 노력을 다하였으나, 보험계약자가 신청인에게 맡긴 통장이 아닌 다른 통장을 통해 퇴직금을 수령함에 따라 대출금을 회수하지 못하게 되었는 바, 본 건에 대해 신청인에게 고의 또는 중대한 과실이 있다고 하는 피신청인의 주장은

부당함.

(2) 피신청인의 주장

보험계약자의 실제 퇴직금 수령액이 88,618,272원인 점을 감안할 때 금전소비대차약정서 제6조에 의해 신청인은 보험계약자의 퇴직금청구권을 위임받았으므로 대출금 전액을 회수할 수 있었음에도 업무처리를 태만히 하여 본건 보험사고가 발생한 것으로 볼 수 있음.

따라서 본건 사고에 대하여 신청인은 생활안정자금보증보험보통약관 제4조에 따라 피보험자에게 요구되는 손해방지경감의무를 위반한 것이며, 나아가 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 인한 사고에 해당하므로 상법 제659조(보험자의 면책사유)에 의거 보험자인 피신청인에게 책임이 없음.

다. 위원회의 판단

◆ 본건 신청인이 보험계약자의 퇴직금으로 대출금을 상환받지 못한 행위가 피보험자의 중대한 과실에 해당하는 행위로서 약관상의 손해방지경감의무 위반에 해당하는지 여부임.

상법 제659조(보험자의 면책사유) 제1항에 의하면 “보험사고가 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 인하여 생긴 때에는 보험자는 보험금을 지급할 책임이 없다”라고 규정하고 있고, 본건 생활안정자금보증보험 보통약관 제4조에 의하면 “피보험자는 보험기간중 보험사고의 방지에 힘써야 하며 보험사고가 생긴 때에는 손해의 방지와 경감에 힘써야 한다”고 규정하고 있음.

본건 보증보험약관상 피보험자의 손해방지경감의무는 상법 제680조에 근거하여 만든 조항으로 보여지고, 동 의무는 상법과는 달리 보험사고 발생시점에서 비로소 발생하는 것이 아니라 보험기간중 언제라도 발생하는 것으로 확대되었음. 또한 본건 보증보험계약은 유효하게 성립되었으므로 이와 같은 손해방지경감의무는 당사자의 계약내용에 편입된 것으로 판단됨.

한편 피보험자의 손해방지경감의무의 내용은 보험사고의 완벽한 방지의무를 말하는

것은 아니고, 대출금 채권자인 피보험자가 통상적인 거래활동상 취할 수 있는 정도의 손해방지활동이라고 보아야 할 것임. 이러한 취지에 비추어 볼 때 신청인은 보험계약자가 근무하는 ○○연구원 직장내에 있는 신용협동조합이며, 동 연구원의 총무부장이 신용협동조합의 이사장직을 겸하고 있으므로 업무협조관계는 원활하게 이루어질 수 있는 것으로 보여지고, 또한 신청인은 조합원에 대한 여신 및 수신, 대출금의 회수업무를 담당하고 있으므로 통상인과 비교하여 대출금을 회수하는 데에 상당한 정도의 식견과 업무방법을 터득하고 있을 것으로 보여짐.

따라서 위와 같은 상황하에서 신청인의 업무수행내용을 살펴 볼 때, 신청인은 본건 보험계약자가 퇴직한다는 사실을 사전에 인지하고 1998.6.16. 동 보험계약자로부터 퇴직금을 받아 대출금을 상환하기로 하는데 동의를 받고, 조합원탈퇴신청서와 퇴직금이 지급될 통장 등을 수탁받은 후 특별한 조치를 취하지 않고 있다가 1998.6.29. 퇴직금이 신청인이 수탁받은 통장계좌가 아닌 보험계약자의 급여이체계좌에 입금되어 대출금을 회수하지 못하게 된 사실을 인정할 수 있음.

또한 신청인은 보험계약자로부터 대출금을 추심할 수 있는 동의를 받고 퇴직금이 지급될 통장을 수탁받았으므로 퇴직금 지급부서에 이러한 사실을 통보하고 신청인이 수탁받은 통장으로 퇴직금이 입금될 수 있도록 협조를 구하는 이외에 또 이를 확인하였어야 할 직무상의 주의의무가 발생하였다고 판단됨.

그러나 제반 업무처리내용을 볼 때 신청인이 보험계약자로부터 퇴직금수령통장을 받은 즉시 퇴직금 지급부서에서 퇴직금 입금을 의뢰하였음에도 퇴직금 지급부서가 업무착오 등의 사유로 다른 통장으로 퇴직금을 입금하였다는 등의 사정은 발견되지 아니하는 본건에 있어 조합원에 대한 대출취급과 대출금 회수를 주된 업무로 하는 신청인은 막연히 수탁받은 계좌로 퇴직금이 입금될 것이라고 믿고 퇴직금 지급부서에 업무협조를 구하지 아니하고 이의 관리를 소홀히 하였던 바, 이는 자기재산을 관리하는 채권자로서 주의의무를 현저히 결한 행위로 판단됨.

또한 동건은 ○○연구원과 동 원의 직원인 보험계약자와의 사이에서의 퇴직금 상계문제가 아니고, ○○연구원과는 다른 법인인 신청인과 보험계약자와의 대출금회수에 관한

문제로써 근로기준법 제42조 제1항(임금지불)과 직접 관련되는 사안은 아니므로 대출금 채권자인 신청인이 보험계약자의 자유로운 의사에 기하여 보험계약자로부터 수탁받은 예금계좌에서 대출금 상당액에 대한 추심위임을 받은 것이므로 달리 위법이 있다 할 수 없으므로, 선의로 해석하여 근로기준법의 저촉을 피하기 위하여 한 부득이한 업무처리였다고도 보여지지 아니함.

라. 결 론

따라서 본건 사고는 신청인의 중대한 과실에 기인한 손해방지경감의무 위반에 해당하므로 피신청인은 보증보험금 지급책임이 존재하지 아니한다고 판단됨.

3-10 누수 차단을 위한 방수공사비의 손해방지비용 인정 여부

[인용] 실제로 타인에 대한 손해배상책임을 부담하는 경우에만 손해방지비용이 보상되므로 양자간의 형평성 차원에서도 바람직하지 아니할 뿐만 아니라 관련법규 등의 손해방지비용 규정 취지에도 부합한다고 보기 어려운 점. 공사비용은 당해 약관상 보상하는 손해에 해당한다 할 것이므로 모집인의 보상처리 안내와 관련한 보상책임 유무는 따질 필요 없이 피신청인은 약관에서 정한 보험금을 지급하여야 할 것임.(2013.6.25. 조정번호 제2013-17호)

가. 사실관계

신청인(피보험자)은 휘트니스센터 내장공사 후(2012.1월) 영업을 개시하였고, 피신청인 과 2012.2.24. 보험계약을 체결⁵⁴⁵⁾함. 신청인은 같은 해 6.30. 지하2층 천장에 누수 발생 사실을 통보 받았고, 7월에 샤워실 바닥 방수공사를 시행한 후 보험금을 청구함. 이에 피신청인은 보험금 지급을 거절하였고, 신청인은 보상이 가능하다는 모집인의 말을 믿고 방수공사를 시행한 것이라며 피신청인에게 보험금을 재청구함.

545) 주요 보장내용 : 시설소유자배상책임(1사고당 1억원, 1인당 1천만원(공제금액 각 10만원)), 화재(건물 1억원, 시설 3천만원, 집기비품 5백만원 등)

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

본건 방수공사는 누수로 인한 피해자의 손해 확대 방지를 위한 것이므로 약관상 보상하는 손해에 해당할 뿐만 아니라, 모집인으로부터 보상이 가능하다는 말을 듣고 공사를 시행한 것인데도 보험금 지급을 거절함은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

본건 사고 당시 피해 장소는 철거공사 중이었으므로 피해자가 직접 입은 손해가 없는 만큼 보험금 지급책임이 없을 뿐만 아니라 신청인의 주장과 같이 모집인이 본건 사고에 대해 보상이 된다고 안내를 한 사실도 확인되지 아니함.⁵⁴⁶⁾

다. 위원회의 판단

◆ 본건의 쟁점은 본건 사고가 당해 약관상 보상하는 손해에 해당하는지 여부 및 모집인의 보상 안내에 따른 피신청인의 보상책임 유무라 할 것임

(1) 이 건 사고가 보상하는 손해에 해당하는지 여부

피신청인은 본건 사고와 관련한 방수공사 비용은 피해자가 아닌 피보험자 본인의 손해이므로 당해 약관상 보상하는 법률상 배상책임 손해에 해당하지 아니한다고 주장하나 아래와 같은 사실 등을 고려할 때 이를 인정하기 어려움.

① 당해약관 제2조(보상하는 손해의 범위) 제1항에 따른 보상 범위에는 피보험자가(보험대상자)가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금외에도 피보험자(보험대상자)가 “손해의 방지 또는 경감을 위하여 지출한 필요 또는 유익한 비용”도 포함하고 있는데, 본건 사고현장은 당시 여성전용사우나 개점을 위한 철거공사중이어서 직접적인 누수 피해는 없었다고 볼 수 있으나 이를 그대로 방치할 경우 추가적인 손해의 발생

546) 신청인이 운영하는 휘트니스센터(지하1층)내 샤워실 바닥에서 아래층(지하 2층) 천장으로 누수가 발생한 사실, 사고 당시 동 지하2층은 업종변경을 위한 철거공사가 진행중이어서 피해자에게 직접적인 피해는 발생하지 아니한 사실 등에 대해서는 당사자간에 다툼이 없음.

내지 확대가 충분히 예상된다할 것이므로 본 건 사고는 동 약관 제2조 제1항 제2호⁵⁴⁷⁾에서 규정하는 손해방지 또는 경감비용에 해당한다고 봄이 타당한 점.

② 본건 사고로 인한 피해와 관련하여 피신청인의 주장대로 피해자에 대한 신청인의 법률상 책임 유무가 확정되지 아니하였으며 실제로 손해배상청구가 이루어지지 아니한 사실은 인정되나, 법원은 “상법 제680조 및 보험약관에서 규정한 손해방지 비용은 보험자가 담보하고 있는 보험사고가 발생한 경우에 보험사고로 인한 손해의 발생을 방지하거나 손해의 확대를 방지함은 물론 손해를 경감할 목적으로 행하는 행위에 필요하거나 유익하였던 비용을 말하는 것으로서 이는 원칙적으로 보험사고의 발생을 전제로 하는 것이나 보험사고가 발생한 것과 같게 볼 수 있는 상태가 생겼을 때에도 그 때부터 피보험자의 손해방지의무는 생겨난다고 보아야 할 것이고, 보험사고 발생시 또는 보험사고가 발생한 것과 같게 볼 수 있는 경우에 피보험자의 법률상 책임 여부가 판명되지 아니한 상태에서 피보험자가 손해확대방지를 위한 긴급한 행위를 하였다면 이로 인하여 발생한 필요, 유익한 비용도 위 규정에 따라 보험자가 부담하는 것으로 해석함이 상당하다”고 판단⁵⁴⁸⁾하고 있는 점.

③ 일반적으로 손해방지를 위한 활동은 사고가 발생하기 전 예방적 차원에서 이루어지는 사전적 조치와 사고가 이미 발생하여 이에 따른 손해가 더 이상 확대되지 않거나 경감되도록 하는데 필요하거나 유익한 사후적 조치로 구분된다고 할 것인데, 상법 제680조나 당해 약관에서 규정하는 손해방지 비용은 주로 후자에 소요된 비용을 의미한다고 봄이 상당하다 할 것이므로 본건 방수공사 비용도 사후적 조치에 따른 비용으로서 당해 약관상 보상범위에 포함된다고 해석하는 것이 합리적인 점.

④ 피신청인의 입장에서도 적은 비용으로도 손해의 확대를 방지 또는 경감할 수 있었음에도 불구하고 이를 보상하지 아니하여 손해방지 활동이 제대로 이루어지지 못할 경우 결국 더 큰 손해배상비용을 보상하는 결과를 초래할 수 있을 뿐만 아니라, 피해자에

547) 제2조(보상하는 손해 범위) ① 회사가 1사고당 보상하는 손해의 범위는 아래와 같습니다.

1. 피보험자(보험대상자)가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금
2. 피보험자(보험대상자)가 손해의 방지 또는 경감을 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용

548) 대법원 2002.6.28. 선고 2002다22106 판결 참조.

대한 손해배상책임의 발생사실 유무만으로 보상 여부를 판단하게 될 경우 적절하고 유익한 손해방지 조치로 타인에게 손해가 발생하지 아니한 경우에는 지출된 비용이 보상되지 아니하는 반면, 유효 적절한 손해방지 조치가 이루어지지 아니하여 손해가 발생하는 등 실제로 타인에 대한 손해배상책임을 부담하는 경우에만 손해방지비용이 보상되므로 양자간의 형평성 차원에서도 바람직하지 아니할 뿐만 아니라 관련법규 등의 손해방지비용 규정 취지에도 부합한다고 보기 어려운 점.

(2) 이 건 사고가 보상하지 아니하는 손해에 해당하는지 여부

당해 약관 제3조(보상하지 아니하는 손해) 제1항 제4호에 따르면 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 소유, 점유, 임차, 사용하거나 보호, 관리, 통제(원인에 관계없이 모든 형태의 실질적인 통제행위를 포함합니다)하는 재물이 손해를 입음으로써 그 재물에 대한 정당한 권리를 가지는 사람에 대한 손해배상책임은 보상하지 아니하나, 본건 사고의 경우 피보험자가 소유, 점유, 임차, 사용하거나 보호, 관리, 통제하는 재물에 대한 손해가 아니라 그 재물의 하자 등으로 인하여 제3자에게 발생할 우려가 있는 손해의 방지 또는 경감을 위하여 지출된 것이므로 당해 약관조항에는 적용되지 아니한다고 할 것임.

라. 결 론

사정이 이러하다면 본건 사고와 관련한 공사비용은 당해 약관상 보상하는 손해에 해당한다 할 것임.

제3절 보험금 지급

3-11 인·허가보증보험 보험금 청구권의 소멸시효

[기각] 신청인은 보험사고를 인지하여 1995.6.16. 보험금을 청구한 후 피신청인이 보상심사 자료제출을 요구하자 같은 해 10.16. 이를 제출하였으나 11.17. 유족측 및 연대보증인 등의 재개발문제 협의 등을 이유로 보험금 청구 보류를 요청하였으며, 이후 1996.4.4. 다시 보험금을 청구하였다가 1996.7.3. 및 1997.3.29. 청구보류를 요청하였고 1998.7.11. 최종적으로 보험금을 청구하였는 바, 이는 신청인의 일방의 의사표시일 뿐이고, 피신청인이 행한 보상심사자료 제출요구는 보험금 지급여부 및 지급시 보험금 산정을 위한 자료징구에 해당될 뿐이며 이를 신청인에 대한 피신청인의 보험금 지급채무에 대한 명시적 또는 묵시적 승인으로 볼 수 없어 소멸시효가 중단되는 것이 아니므로 보험사고 발생일인 1995.2.26.부터 2년이 경과한 1997.2.25.에 소멸시효가 완성되었다고 판단됨.(1999.4.29. 조정번호 제1999-11호)

가. 사실관계

신청인은 1995.1.9. 채석허가기간이 만료됨에 따라 보험계약자(허가받은 자)인 A씨에게 채석지 복구 최종명령서를 통보(1995.1.28.까지 적지복구설계서를 제출토록 요구)하였으나 동인의 사망 및 배우자의 이사로 반송되었고, 1995.1.27. 및 1995.2.17. 2차에 걸쳐 A씨의 처인 B씨(상속인)에게 채석지 복구명령을 통보(1995.2.25.까지 복구설계서를 제출)하였으나 복구설계서가 제출되지 아니하여⁵⁴⁹⁾ 1995.6.16. 피신청인측에 보험금을 청구함.

피신청인은 1995.7.1., 8.30., 9.27. 3차례에 걸쳐 보상심사자료 제출을 신청인측에 요구하였으나, 신청인은 유족 및 연대보증인의 재개발문제 협의 등을 이유로 1995.10.16.에 보상심사자료를 제출하였고 이후 1995.11.17. 보험금 청구유보를 요청함.

1996.4.3. 신청인은 B씨 및 C씨 등에게 재허가 미신청으로 토석채취허가 만료지에 대해 복구계획을 통보하고 1996.4.4. 보험금 지급을 재청구하였으나 소송⁵⁵⁰⁾을 이유로 판

549) 신청인은 인허가보증보험계약의 연대보증인 C씨에게도 복구명령을 통보하여 자진복구의사가 있을시에는 1995.4.15.까지 복구설계서를 제출토록 하였으나 제출되지 않음.

550) 산주인 D씨가 1995.7.6. A씨의 유족측에게 임대차계약 해지통보를 하고 1996.4.1. 유족측을 상대로

결후에 복구비를 재청구하겠다고 1996.7.3. 및 1997.3.29. 보험금 청구보류를 요청함.

1998.7.11. 신청인은 허가지역에 대한 측량결과 국유지가 포함되어 사용허가 불가로 판단되어 최종적으로 보험금을 청구하고 이후 6차례에 걸쳐 보험금 지급을 촉구하였으며, 피신청인측은 1998.8.10. 신청인측에 보상심사자료 제출을 요청하였으나 1999.1.12. 보험금청구권 소멸시효 완성을 이유로 보험금 지급 불가를 신청인측에 통보함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

1995.6.16., 1996.4.4. 2회에 걸쳐 보험금을 청구하고 수차례에 걸쳐 행한 보험금 청구보류를 요청한 것은 이해관계자의 재허가 가능성 타진 및 A씨의 유족측과 임야소유주간의 소송으로 사업을 계속케 할 것인지 아니면 산림을 복구할 것인지 여부에 대한 결정이 어려운 상황이었고, 1997.3.29. 보험금청구 보류요청에서도 토석채취작업의 재개가 불가능할 경우 재청구하겠다고 분명히 하였고 그동안 피신청인은 신청인의 보험금 청구보류요청에 대하여 묵시적인 동의를 하고 있었다고 볼 수 있었음에도 피신청인측이 보험금청구권 소멸시효 완성을 주장하며 보험금을 지급하지 아니함은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

보험사고가 발생한 시점은 신청인이 보험금을 청구(1995.6.16.)한 문서상 나타난 최종 복구설계서 제출기한인 1995.4.30.이므로 이 때부터 보험금청구권의 소멸시효가 기산되어 1997.4.29.에 이미 완성되었으며, 적어도 최초 보험금을 청구한 시점(1995.6.16.)으로부터 2년이 경과한 1997.6.15.에 완성되었다고 보여지고, 보험금지급 채무에 대한 승인을 한 바도 없으므로 보험금을 지급할 수 없음.

다. 위원회의 판단

◆ 본건의 쟁점은 보험금청구권의 소멸시효가 완성되었는지 여부라 할 수 있음.

임차권부존재확인 청구의 소를 제기하여 1심에서 승소하였으나 상대방이 항소를 함.

상법 제662조(소멸시효) 및 인·허가보증보험 보통약관 2.(보험금의 청구)에 의하면 “보험금청구권은 2년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성된다”고 규정되어 있고, 민법 제166조(소멸시효의 기산점)에 의하면 “소멸시효는 권리행사를 할 수 있는 때로부터 진행한다”고 규정되어 있음.

따라서 본건의 경우 신청인은 관련법령(『산림법시행규칙』 제88조의3 등)에 의거 언제든지 복구명령을 할 수 있고 복구기간을 연장하거나 유예처분 등의 행정조치를 할 수 있으며 이러한 행정조치가 보험기간내에 속한 경우 이를 유효한 것으로 볼 수 있는 바, 신청인이 이건 보험계약자 유족측에 최종적으로 복구명령을 통보하면서 복구설계서를 1995.2.25.까지 제출토록 하였으나 유족측이 이를 제출치 않았고 그후 보험기간 내에 신청인이 유효한 행정조치를 하지 않음으로써 보험사고가 발생하였고 신청인은 보험사고 발생사실을 인지하여 1995.6.16. 대집행을 결정하여 보험금을 청구함.

신청인은 보험사고를 인지하여 1995.6.16. 보험금을 청구한 후 피신청인이 보상심사자료의 제출을 요구하자 같은 해 10.16. 동 자료를 제출하였으나 같은 해 11.17. 유족측 및 연대보증인 등의 재개발문제 협의 등을 이유로 보험금 청구 보류를 요청하였으며, 이후 1996.4.4. 다시 보험금을 청구하였다가 1996.7.3. 및 1997.3.29. 보험금 청구 보류를 요청하였고 1998.7.11. 최종적으로 보험금을 청구하였는 바, 이는 신청인의 일방의 의사표시일 뿐이고, 피신청인이 행한 보상심사자료 제출요구는 보험금 지급여부 및 지급시 보험금 산정을 위한 자료징구에 해당될 뿐이며 이를 신청인에 대한 피신청인의 보험금 지급채무에 대한 명시적 또는 묵시적 승인으로 볼 수 없어 소멸시효가 중단되는 것이 아니므로 보험사고 발생일인 1995.2.26.로부터 2년이 경과한 1997.2.25.에 소멸시효가 완성되었다고 판단됨.

라. 결 론

따라서 신청인이 최종적으로 보험금을 청구한 시점인 1998.7.11.에는 이미 보험금청구권의 소멸시효가 완성(1997.2.25.)되었다고 할 것임.

3-12 하자보수 청구가 하자보증기간 이후에 이루어진 경우 보상책임 유무

[인용] 하자보수 청구가 하자보증기간 이후에 이루어진 경우라 하더라도, 주택법 시행령으로 정하는 하자가 발생한 경우에는 입주자대표회의 등의 청구에 따라 하자를 보수해야 한다고 규정하고 있어 담보책임 기간내에 하자가 발생하면 하자보수 청구가 가능하다고 해석할 수 있고, 기간내에 하자보수를 요구하여야 한다거나 그 기간 동안 담보책임이 있다고 규정하고 있지는 않으므로 위 하자보수기간을 하자보수청구권 행사의 제척기간으로 해석할 수는 없다는 판결례 등을 감안할 때, 본건 사고는 당해 약관상 보상하는 손해에 해당한다고 봄이 타당함.(2013.7.23. 조정번호 제2013-21호)

가. 사실관계

2001.1.22. 하자보증 대상아파트(이하 “본 건 아파트”라 함)가 준공 승인되었고, 보험계약자(○○건설)는 피신청인과 2006.9.28. 보험계약을 체결⁵⁵¹⁾하였음.

2010.2.17. 본건 아파트 정밀점검을 실시하였고, 2013.1.11. 신청인⁵⁵²⁾은 보험계약자에게 하자보수⁵⁵³⁾를 요청함. 신청인은 2013.1.16. 보험계약자에게 하자보수 이행을 촉구(청구)하였고 피신청인에게 보험금을 청구함.

피신청인은 2013.1.22. 신청인에게 보상심사자료를 요청하였고, 보험계약자는 같은 달 28일 피신청인에게 신청인의 보험금 청구에 대해 이의를 제기함. 피신청인은 그 다음 날 신청인에게 보험계약자의 이의제기 사실을 통보하였고, 보험계약자는 같은 해 2.7. 신청인에게 하자보증책임 없음을 통보함. 신청인은 보상결정이 지연되자 금융감독원에 분쟁조정을 신청함.

나. 당사자의 주장

551) 보험계약 내용은 다음과 같음.

- 보험종목 : △△보증보험	- 피보험자 : 입주자대표회의(◇◇아파트)
- 보험기간 : 2006.9.29.~2011.1.21.	- 보험가입금액 : 140,696,048원

552) 신청인은 본 건 하자보증 대상아파트의 관리사무소 소장임.

553) 하자내용 : 외벽균열, 콘크리트 박리, 철근노출

(1) 신청인의 주장

보험계약자가 하자담보책임기간 중에 발생한 하자에 대한 보수 요청을 거절하여 본 건 보험계약에 따라 보험금을 청구한 것임에도 피신청인이 이를 거절함은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

아파트의 하자보수 요청이 하자담보책임기간 이후에 이루어졌으므로 본 건 보험계약에서 보상하는 손해로 볼 수 없음⁵⁵⁴⁾

다. 위원회의 판단

◆ 본건의 쟁점은 하자담보책임기간 내에 발생한 하자에 대하여 그 보수 또는 보완청구가 보험기간 이후에 이루어졌음을 이유로 보험금 지급을 거절할 수 있는지 여부라 할 것임

(1) 쟁점에 대한 검토

피신청인은 당해 약관에 따라 보상하는 손해에 해당하기 위해서는 하자가 하자(추가) 담보책임기간내에 발생하고, 동 기간내에 하자 보수 청구 등이 이루어진 경우에 보상되는 것이라고 주장하나 아래 사실을 감안할 때 이를 인정하기 어려움.

① 본건 보험약관 제1조(보상하는 손해)에 따르면 “우리회사는 채무자인 보험계약자가 도급계약 또는 매매계약에 대하여 준공검사 또는 검수를 받은 후 하자담보 책임기간 안에 발생한 하자에 대하여 그 보수 또는 보완청구를 받았음에도 불구하고 보험증권에 기재된 계약(이하 주계약이라 합니다)에 따라 이를 이행하지 아니함으로써 채권자인 피보험자가 입은 손해를 보험증권에 기재된 사항과 이 약관에 따라 보상한다”고 규정하여 담보대상 하자가 하자담보 책임기간내에 발생하여야 함을 정하고 있으나 이에 대한 하자 보수 청구기한 등에 대해서는 달리 정하고 있지 아니한 바, 당해 약관상의 하자담보 책임기간을 하자 발생뿐만 아니라 하자 보수 청구까지 그 기간 내에 이루어져야 보험금 청구가 가능하다고 확대하여 해석하기는 어렵다 할 것이며, 피신청인의 주장을 그대로

554) 2010.2.17. 본 건 아파트에 대한 정밀점검 결과, 구조체에 누수를 동반한 균열 등의 하자가 발견되었으며, 이는 관계 법령에서 규정하고 있는 하자담보책임기간내에 발생한 것이라는 사실에는 당사자간에 다툼이 없음.

인정하게 되면 하자가 하자담보 책임기간 내에 발생했다 하더라도 그 원인이 하자담보 책임기간 이후에 밝혀지는 경우에는 피보험자가 보상받지 못하는 등 불합리한 결과가 초래되는 점.

② 보험계약자는 신청인의 하자 청구에 대하여 「집합건물의 소유 및 관리에 관한 법률」(이하 “집합건물법”이라 함) 제9조⁵⁵⁵⁾ 및 민법 제671조⁵⁵⁶⁾에서는 본건 아파트와 같이 석조, 석회조, 금속 기타 이와 유사한 재료로 조성된 경우는 하자담보책임을 10년으로 정하고 있고 이에 대하여 법원에서는 동 기간을 제척기간으로 보고 있는 바,⁵⁵⁷⁾ 본건도 준공 승인일인 2001.1.22.로부터 제척기간(10년)을 이미 도과하여 신청인의 하자보수 청구에 대해 이행할 책임이 없다고 주장하나, 본건 물건에 대한 분양전환과 관련하여 2006.11.30. 보험계약자와 신청인측간에 체결된 합의서 제4조(하자보수)에 따르면 “본 합의서 작성 이후 발생한 하자의 보수(10년차)는 관련법령에 의한다.”고 정하고 있고, 관련 법령인 「주택법」 제46조 제2항⁵⁵⁸⁾ 및 동법 시행령 제60조 제1항⁵⁵⁹⁾ 등에 따르면 하자담

555) 제9조(담보책임) ①제1조 또는 제1조의2의 건물을 건축하여 분양한 자의 담보책임에 관하여는 민법 제667조 내지 제671조의 규정을 준용한다.

556) 제671조(수급인의 담보책임-토지, 건물등에 대한 특칙) ①토지, 건물 기타 공작물의 수급인은 목적물 또는 지반공사의 하자에 대하여 인도후 5년간 담보의 책임이 있다. 그러나 목적물이 석조, 석회조, 연와조, 금속 기타 이와 유사한 재료로 조성된 것인 때에는 그 기간을 10년으로 한다.

557) 구 집합건물법 제9조가 준용하는 민법 제671조 제1항 단서는 하자의 종류나 하자의 발생시점을 고려하지 않고 일률적으로 하자담보책임을 제척기간을 ‘인도’후 10년으로 정하고 있는데, 구 집합건물법 제9조와 민법 제667조 내지 671조의 각 규정 내용에 비추어 위 ‘인도’는 ‘인도’의 원인관계를 불문하고 ‘건축후 최초 인도’를 의미한다고 해석함이 타당하므로 이 사건 아파트와 같이 임대 후 분양 전환된 집합건물의 경우에도 분양전환 시점이 아닌 임대에 의하여 아파트를 인도받은 시점부터 하자담보책임을 제척기간이 진행된다고 할 것임(대법원 2012.5.10. 선고 2011다66610 판결).

558) 제46조(담보책임 및 하자보수 등) ①사업주체는 건축물 분양에 따른 담보책임에 관하여 전유부분은 입주자에게 인도한 날부터, 공용부분은 공동주택의 사용검사일 또는 「건축법」 제22조에 따른 공동주택의 사용승인일부터 공동주택의 내력구조부별 및 시설공사별로 10년 이내의 범위에서 대통령령으로 정하는 담보책임기간에 공사상 잘못으로 인한 균열·침하(沈下)·파손 등 대통령령으로 정하는 하자가 발생한 경우에는 해당 공동주택의 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자의 청구에 따라 그 하자를 보수하여야 한다. 1. 입주자 2. 입주자대표회의

②제1항에 따른 사업주체는 대통령령으로 정하는 바에 따라 하자보수보증금을 예치하여야 한다. 다만, 국가·지방자치단체·한국토지주택공사 및 지방공사인 사업주체의 경우에는 그러하지 아니하다.

보책임이 있는 사업주체는 현금이나 하자보수보증서를 예치토록 하고 있어 이 건 계약도 동 법령에 기하여 체결된 것인 만큼 본 건 사고의 경우도 주택법 등이 적용된다 할 것인데, 동 법 제46조 제1항에 따르면 “건축법 제22조에 따른 공동주택의 사용승인일 부터 공동주택의 내력구조부별 및 시설공사별로 10년 이내의 범위에서 대통령령으로 정하는 담보책임기간에 공사상 잘못으로 인한 균열·침하(沈下)·파손 등 대통령령으로 정하는 하자가 발생한 경우에는 입주자대표회의 등의 청구에 따라 하자를 보수해야 한다”고 규정하고 있어 집합건물법(추가)과는 달리 “담보책임 기간 안에 하자가 발생”하면 하자보수 청구가 가능하다고 해석할 수 있는 점.

③ 이와 관련하여, 법원도 “개정 집합건물법 제9조에 따른 하자보수 청구권 및 하자보수에 갈음하는 손해배상청구권과 개정 주택법 제46조에 따른 하자보수청구권 및 하자발생으로 인한 손해배상청구권은 독립적으로 행사할 수 있다. …(중략)… 개정 주택법 제46조에서 규정하는 하자에 대하여는 위 대통령령이 정하는 담보책임기간 안에 하자가 발생한 때에 한하여 개정 집합건물법 제9조에 따라 하자보수에 갈음하는 손해배상을 청구할 수” 있으며⁵⁶⁰⁾, 집합건물법과 주택법의 관계에 대해서도 “집합건물법 제9조에 의한 하자담보추급권은 특별한 사정이 없는 한 집합건물 구분소유자에게 귀속하고, 한편 구 주택건설촉진법, 구 공동주택관리령 등의 관련 규정에 의하면 입주자대표회의에게 공동주택의 사업주체에 대한 공사의 내용과 하자의 종류에 따른 하자보수청구권을 부여하고 있으나, 이는 행정적인 차원에서 공동주택 하자의 절차·방법, 기간 등을 정하고 하자보수보증금으로 신속하게 하자를 보수할 수 있도록 하는 기준을 정하는 데 그 취지가 있을 뿐이므로 입주자대표회의가 하자보수보증금에 갈음하여 예치된 주택사업공제조합 발행의 의무하자보수보증서에 기하여 하자보수청구권 또는 하자보수보증금채권을 행사함에 있어서는 집합건물법 제9조는 적용되지 않는다 할 것…(중략)…주택사업공제조합과 사업주체 사이에 특별히 보증계약으로 보증하고자 하는 하자의 내용을 정하지 않고 단

559) 제60조(하자보수보증금) ①법 제46조제2항 본문에 따라 사업주체는 사용검사권자가 지정하는 은행에 현금 또는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 하자보수보증금의 보증서 발급기관에서 발행하는 보증서를 사용검사권자의 명의로 예치하고, 그 예치증서를 사용검사신청서를 제출할 때 사용검사권자에게 제출하여야 한다.

560) 대법원 2012.7.12. 선고 2010다108234 판결 참조.

지 보증기간만을 정하는 경우⁵⁶¹⁾에는 그 보증계약상의 보증금액에 의하여 보증되는 하자는 그 보증기간 내에 발생한 하자보수책임기간 내의 모든 하자를 의미한다고 볼 것”이라고 판시⁵⁶²⁾하고 있는 점.

④ 주택법 시행령(2003.11.30.시행)에 흡수·폐지된 구 공동주택관리령 제16조(사업주체의 하자보수) 제2항에 따르면 “제1항의 규정에 의한 기간 내에 공동주택 등의 하자가 발생한 때에는 입주자 대표회의 등이 사업주체에 대하여 그 하자의 보수를 요구할 수 있다”고 규정하여 주택법 제46조(담보책임 및 하자보수 등)와 같은 취지와 유사한 문언으로 하자보수 관련 조항을 둔 바 있는데, 이에 대해서도 법원은 “공동주택관리령 제16조 제2항에서 제1항⁵⁶³⁾의 규정에 의한 기간 내에 공동주택 등의 하자가 발생한 때에는 입주자 대표회의 등이 사업주체에 대하여 그 하자의 보수를 요구할 수 있다고 규정하고 있을 뿐, 그 기간 내에 하자보수를 요구하여야 한다거나 그 기간 동안 담보책임이 있다고 규정하고 있지는 않으므로 위 하자보수기간을 하자보수청구권 행사의 제척기간으로 해석할 수는 없다”고 판시⁵⁶⁴⁾한 점.

라. 결 론

사정이 이러하다면 본건 사고는 당해 약관상 보상하는 손해에 해당한다고 봄이 타당하므로 달리 반증이 없는 한 피신청인은 본건 관련 보험금을 지급할 책임이 있다고 할 것임.

561) (의무하자보수보증계약 제1조) 조합은 이 보증서의 보증기간 동안 발생한 하자에 대하여 공동주택관리령에서 정한 절차에 따라 그 보수이행청구를 받았음에도 조합원이 이를 이행하지 아니함으로써 입주자대표회의가 입은 손해를 이 보증서에 기재된 사항과 약관에 따라 보상합니다.

562) 대법원 2009.3.12. 선고 2008다76020 판결 등 참조.

563) 공동주택관리령(2003.11.29. 폐지) 제16조(사업주체의 하자보수) ①공동주택등에 대한 하자보수기간은 그 사용검사일부터 주요시설인 경우에는 2년이상으로 하고 그 외의 시설인 경우에는 1년이상으로 하되, 하자보수대상인 주요시설 및 그 외의 시설의 구분 및 범위에 따른 기간은 별표 7과 같다.

②제1항의 규정에 의한 기간내에 공동주택등의 하자가 발생한 때에는 입주자·입주자대표회의 또는 관리주체는 사업주체에 대하여 그 하자의 보수를 요구할 수 있으며, 사업주체는 3일이내에 이를 보수하거나 보수 일정을 명시한 하자보수계획을 입주자대표회의 등에 통보하여야 한다.

564) 대법원 2006.6.16. 선고 2005다25632 판결 참조.

[인용] 신청인이 아파트 공용부분인 외벽의 유지·보수 및 안전관리의무를 소홀히 하여 입주자들에게 불법행위에 따른 손해배상책임이 발생하였고, 피신청인이 이 건 보험약관 및 입주자 대표자회의와 맺은 위·수탁관리계약서상의 내용이 보험금 지급여부에 영향을 미칠 수는 없는 것이므로 보험금 지급이 타당하다고 한 사례(2017.3.29. 조정번호 제2016-4호).

가. 사실관계

B 아파트 입주자대표회의는 2015.1.30. 피보험자를 신청인, B 아파트 관리사무소로 하여 ○○책임보험계약을 체결하였음. 2015.3.15. 아파트 외벽에 균열이 발생하고 위 균열을 통한 빗물 누수로 아파트 내부에 곰팡이 발생, 벽지 변색 등 피해가 발생하였음. 이에 신청인이 보험금을 청구하자 피보험자는 신청인에게 고의 또는 중대한 과실이 없어 위수탁관리계약서에 따라 신청인이 입주자들에게 배상할 책임이 없으므로 배상책임보험금을 지급할 수 없다고 하자 신청인이 본건 분쟁조정을 신청하였음.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

신청인은 공동주택 공용부분의 유지·보수 및 안전관리의무를 다하지 못하여 입주자들에게 불법행위에 따른 민법상 손해배상책임을 부담 하므로 피신청인은 당해 보험약관에 따라 보험금을 지급할 의무가 있음.

(2) 피신청인의 주장

피신청인은 신청인과 입주자대표회의 간 체결된 위·수탁관리계약서상 신청인은 고의 또는 중과실로 인한 손해에 대하여만 책임을 부담한다고 정하고 있는데, 이 건 사고는 신청인의 고의 또는 중과실로 인해 발생한 사고가 아니므로 보험금을 지급할 책임이 없음.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 ① 신청인이 아파트 공용부분인 외벽의 유지·보수 및 안전관리의무를 소홀히 하여 입주자들에게 불법행위에 따른 손해 배상책임이 발생하는지와 ② 피신청인이 이 건 보험약관 및 입주자 대표자회의와 맺은 위·수탁관리계약서에 따라 보험금 지급책임이 면제되는지 여부라 할 것임.

(1) 관련 규정

<주택법>

제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

14. "관리주체"란 공동주택을 관리하는 다음 각 목의 자를 말한다.

다. 제53조제1항에 따른 주택관리업자

제53조(주택관리업) ① 의무관리대상 공동주택의 관리를 업으로 하려는 자는 시장·군수·구청장에게 등록하여야 하며, 등록 사항이 변경된 경우에는 국토교통부령으로 정하는 바에 따라 변경신고를 하여야 한다.

<주택법 시행령>

제55조(관리주체의 업무) ① 법 제43조 제8항에 따라 관리주체는 다음 각호의 업무를 행한다. 이 경우 필요한 범위안에서 공동주택의 공용부분을 사용할 수 있다.

1. 공동주택의 공용부분의 유지·보수 및 안전관리

<영업배상책임보험 보통약관>

제10조(보상하는 손해) 회사는 피보험자가 보험증권(보험가입증서)상의 보장지역 내에서 보험기간 중에 발생한 보험사고로 인하여 피해자에게 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 아래의 손해를 이 약관에 따라 보상하여 드립니다.

1. 피보험자가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금

제11조(보상하지 아니하는 손해) 이 계약에서 보상하지 아니하는 손해는 해당 특별약관의 규정에 따릅니다.

<시설소유(관리)자 특별약관>

제2조(보상하지 아니하는 손해) 회사는 아래의 사유로 인한 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 계약자, 피보험자(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관) 또는 이들의 법정대리인의 고의나 법령위반 (고의 또는 중과실로 법령을 위반하고 법령위반사실과 보험사고간 인과관계가 있는 경우에 한합니다)으로 인한 손해

<위 · 수탁관리계약서 (B아파트 입주자대표회의와 관리사무소)>

제9조(책임한계) ① 위탁관리에 관한 을(관리업체)의 책임한계는 주택법령에 정한 사항 외에 갑(아파트입주자대표회의)의 공동주택의 공용부분 등에 한하며, 그 사유는 다음과 같다.

1. 을 또는 을의 고용인이 고의 또는 중대한 과실로 인하여 건물 또는 시설물에 손해를 입혔을 때
2. 을 또는 을의 고용인이 고의 또는 중대한 과실로 인하여 입주자 등에게 손해를 입혔을 때

(2) 쟁점에 대한 검토

1) 신청인의 아파트 입주자들에 대한 손해배상책임 발생여부

신청인은 이 건 아파트의 관리주체로서 주택법령(주택법 제2조 제14호 다목, 주택법 시행령 제55조 제1항 제1호)에 따라 아파트 공용부분인 외벽(대법원 1996.9.10, 선고94다50380 판결 등)의 유지·보수 및 안전관리 업무*를 부담한다 할 것이며, 관리업무를 위탁받은 자로서 선량한 관리자의 주의의무(민법 제681조)를 다하여 이 건 아파트를 관리할 의무가 있다고 할 것임.

- * 외벽의 상태를 점검하고 균열이 발견되는 대로 직접 하자보수를 실시하거나 입주자 대표회의에 이러한 사실을 보고하고 신속한 보수가 이루어지도록 요구하고 협의하는 등의 조치

이 건 아파트는 2006년 1월에 건축된 이래 사고발생일인 2015.3.15. 까지 9년 2개월이 경과하였고, 아파트 노후화 등으로 인해 외벽의 균열·누수가 발생할 수 있는 점을 감안하여 신청인이 외벽방수공사를 하거나 수시로 하자를 점검하는 등 선량한 관리자로서의 주의의무를 다했어야 함에도 이를 소홀히 하여 이 건 아파트 106동 총 4가구 입주자들이 외벽 균열에 의한 빗물 누수로 인하여 곰팡이, 벽지 변색 등의 피해를 입었다고 보아야 할 것이므로 신청인은 입주자들에게 민법 제750조에 근거한 손해배상책임이 발생하였다고 할 것임.

2) 당해 보험약관상 피신청인의 보험금 지급책임 면제여부

해당 보험약관에서는 신청인이 고의 또는 법령위반(고의 또는 중과실로 법령을 위반하고 법령위반사실과 보험사고간 인과관계가 있는 경우에 한함)으로 인한 손해는 보상하지 않는다고 규정하고 있는데

이 건 아파트의 구조는 최고 15층으로 되어 있으며 외벽 균열이 발생한 지점이 13층 및 14층에 위치하여 육안상으로는 쉽게 균열·누수를 확인하기 어렵다고 보여지고, 신청인이 선량한 관리자로서의 주의의무를 고의적으로 해태하거나 현저하게 위반하였다고 볼만한 사정을 찾아볼 수 없고, 피신청인도 이 건 사고에 대한 신청인의 과실이 고의나 중과실에는 해당하지 않는다고 주장하고 있음. 그렇다면, 신청인이 입주자들에게 불법행위에 따른 손해배상책임을 부담하고 이 건 아파트의 균열·누수로 인한 입주자들의 피해는 신청인의 고의 또는 중과실에 의한 사고가 아니므로 피신청인의 보험금 지급책임이 면제된다고 볼 수 없다고 할 것임.

3) 위 · 수탁관리계약서의 내용이 보험금 지급여부에 영향을 미치는지 여부

한편, 피신청인은 신청인의 고의 또는 중과실로 인한 손해에 대하여만 책임을 부담한다고 위 · 수탁관리계약서에서 정하고 있는데 이 건 손해는 신청인의 고의 또는 중과실로 발생한 것이 아니므로 보험금 지급책임이 없다고 주장하나

입주자대표회의가 행한 법률행위의 효과는 입주자대표회의 자체에 귀속*되고 그 구성원에게까지 귀속되는 것은 아니며

* 공동주택의 입주자대표회의는 동별세대수에 비례하여 선출되는 동별 대표자를 구

성원으로 하는 법인 아닌 사단이므로(대법원 2007.6.15. 선고 2007다6307판결) 입주자 대표회의는 구분소유자나 입주자들과 별개의 독립된 단체임.

신청인이 입주자대표회의와 체결한 위·수탁관리계약서의 법적 효력은 계약당사자인 신청인과 입주자대표회의 사이에서만 구속력을 가질 뿐, 제3자인 입주자들에게까지 효력이 미치는 것으로 볼 수 없다고 할 것임.

따라서, 신청인의 입주자들에 대한 손해배상책임에 대하여 위·수탁관리계약서의 내용을 이유로 보험금 지급을 거부하는 피신청인의 주장은 이유없다고 할 것임.

라. 결 론

그렇다면, 피신청인은 신청인에게 해당 보험약관에서 정한 바에 따라 100,000,000원 한도 내에서 아파트 누수로 발생한 입주자들의 실제손해액 상당의 보험금을 지급할 책임이 있다 할 것이므로 신청인의 청구를 인용함.

3-14

교통사고로 피해자의 기왕증이 악화되어 사망한 경우 형사합의지원금 지급 책임 유무

[인용] 사망진단서상 피해자의 사망원인이 기왕증인 만성심부전증의 악화로 인한 심인성쇼크 사라 할지라도 기왕증이 이 사건 교통사고와 피해자의 사망 간의 인과관계를 단절하고 압도적이고 독자적인 사망원인이 되었다고 보기는 어려운 이상 이 사건 교통사고는 피해자의 사망의 원인이 되었다고 봄이 타당하므로 이 사건 교통사고와 피해자의 사망 사이에는 인과관계가 존재한다고 봄이 상당함(2017.4.26. 조정번호 제2017-4호).

가. 기초 사실

(1) 보험계약의 체결

신청인은 2009.9.30. 피신청인과의 사이에 보험계약자, 피보험자, 보험수익자를 모두 본인, 보험기간을 2009.9.30.부터 2082.9.30. 16시까지로 하여 ‘무배당 ○○보험’(이하 ‘이 사

건 보험계약'이라 한다)을 체결하였다.

(2) 보험계약의 약관 등

이 사건 보험계약의 형사합의지원금 담보 특별약관(이하 '이 사건 특약'이라 한다)은 다음과 같이 정하고 있다.

< 형사합의지원금 담보 특별약관⁵⁶⁵⁾ >

제1조(보상하는 손해) ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 자동차(자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 자동차 중 이륜자동차는 제외합니다)를 운전하던 중에 급격하고도 우연한 자동차 사고로 생긴 손해를 이 특별약관에 따라 보상하여 드립니다.

제3조(형사합의지원금(타인사망)) ① 회사는 피보험자가 제1조(보상하는 손해)에서 정한 운전중 사고로 타인(피보험자 부모, 배우자 및 자녀인 경우는 제외합니다)을 사망케 하였을 경우에는 1사고당 보험증권(보험가입증서)에 기재된 형사합의지원금(타인사망) 담보 보험가입금액을 형사합의지원금(타인사망)으로 수익자에게 지급하여 드립니다. 다만, 피보험자가 수사관서에 형사상 피의자로 입건되지 아니한 경우에는 타인을 사망하게 한 경우에도 형사합의 지원금(타인사망)을 지급하지 아니합니다.

565) 이 사건 특약의 법적 구조나 문언상 그 법적 성질 등에 대하여 의문이 제기될 수 있는 바, 이에 관하여 간략히 살펴보기로 한다. i) 이 사건 특약은 가해자인 피보험자가 교통사고로 인해 그 책임을 경감받기 위한 목적으로 형사상 위로금 등의 명목으로 부득이 피해자 측과 형사합의를 하여야 할 경우 발생할 수 있는 피보험자의 경제적 위험을 보험자가 인수하는 것으로 그 성격은 배상책임보험과 유사하다는 주장이 있을 수 있다. 그러나 배상책임보험은 피보험자의 과실로 인한 법률상 손해배상책임을 담보하는 것이므로 피해자인 제3자의 존재뿐만 아니라 그의 직접청구권도 인정하는데, 이 특약에서는 그것이 없고 더욱이 형사합의는 임의적 사항일 뿐만 아니라 이 특약상 형사합의지원금은 형사합의 여부에 상관없이 지급하여야 하는 것이어서 이 특약을 피보험자의 손해 발생을 전제로 하는 배상책임보험의 일종이라고 보기는 어렵다. 또한 보험수익자는 보험계약자에 의해 보험수익자로 지정된 자를 말하는데, 교통사고 사망에 대하여 전혀 배상책임이 없는 자도 보험수익자로 지정될 수 있는 만큼 이를 배상책임보험으로 볼 수는 없다. 따라서 이 특약이 일종의 배상책임보험 기능을 수행한다는 것이나 보험수익자가 누구인지, 그가 받은 보험금을 어떤 용도로 사용하는지 전혀 문제되지 아니하는 이 특약에서 배상책임기능은 보험상품 설계자의 의도일 뿐이다. 그러므로 이 특약을 해석함에 있어 배상책임보험의 법리를 끌어다 쓸 일은 아니다. ii) 이 특약의 문언상 '형사합의금'의 지급으로 인하여 피보험자에게 발생한 재산상 손실을 전보한다고 하지 아니하고 '형사합의지원금'이라는 용어를 사용하고 있는 점이나 보험가입금액의 무조건적 지급을 약속하는 정액보험의 성격을 지니고 있는 점 등에 비추어 볼 때, 이 특약은 약관 소정의 교통사고 사망이라는 보험사고 발생과

(3) 보험사고의 발생경위

신청인은 2016.2.26. 19:00경 경남 ○○군 ○○읍 읍사무소 진입 도로에서 화물차량(차량번호: *****, 차종: 포터Ⅱ)을 후진하여 운전하던 중 차량 적재함 뒷부분으로 신청 외 피해자 전○○(84세의 여성으로 이하 ‘피해자’라 한다)을 충격하였다(이하 ‘이 사건 교통사고’라 한다). 피해자는 이 사건 교통사고로 도로에 주저앉게 되었고, 우측 대퇴골 경부 골절 등 12주간 치료가 필요한 상해를 입어 입원치료를 받던 중 기왕증인 만성심부전증이 악화되어 2016.6.4. 심인성쇼크사로 사망하였다.

피보험자가 수사관서에 형사상 피의자로 입건될 것을 정지조건으로 하는 무조건 지급의 약정이라는 주장도 가능하다. 즉 이 특약은 그 기능상으로는 배상책임보험의 기능에 착안한 것이지만, 특약의 구조는 인보험이라고 할 수 있다. 그러나 피해자가 보험계약 관계자로 등장하지 않으므로 상법상의 인보험으로 볼 수 있는지 다소 의문이 있다. iii) 이 특약은 피보험자의 ‘일반재산’에 생기는 손해를 보상하기 위한 것이므로 재산보험에 속하고, 더 나아가 피보험자가 자신의 일반재산(책임재산)에 손해가 생기게 하는, 즉 자신의 일반재산으로 부담해야 할 소극재산(책임, 비용 등)의 발생이나 증가로 생기는 손해를 보상하는 소극보험으로서 비용보험에 속한다는 주장도 가능할 것이다. 물론 이 특약은 피보험자가 입은 손해를 전보하는데 그쳐야 한다는 실손보상방식이 아니라 보험가입금액을 그대로 보험금으로 지급하는 정액보험방식이어서 이것이 허용되는지 문제가 될 수 있다. 종래 이득금지 원칙은 손해보험에서 기본적으로 절대적 원칙이되, 이익보험(상법 제667조)이나 기평가보험(제670조), 신가보험(제676조 제1항 단서) 등 불가피한 경우에는 어느 정도 양적 예외가 허용되는 등 그 절대성은 약화되고 있고, 손해액의 증명이나 산정에 따르는 번거로움을 덜고 간편한 보상을 바라는 거래계의 수요가 강하다면 손해보험으로서의 성질을 지닌 정액‘보상’보험으로 운영하는 것도 가능하다. 즉 이득금지의 원칙을 엄격하게 적용하여 이 특약의 의미를 형해화할 수는 없다. 따라서 정액보상보험으로 하더라도 손해보험인 이상 피보험이익의 귀속주체는 피보험자이고, 인보험이 아닌 한 보험수익자라는 법적 지위는 필요하지 않으므로 이 특약이 형사합의지원금을 보험수익자에게 지급하는 것으로 정한 것은 오류라고 할 수 있다. 그렇지만 이 주장에 대하여는 다음과 같은 의문, 즉 이 특약은 형사합의금이 아니라 형사합의지원금을 지급한다는 점, 이 특약을 인보험으로 볼 경우에는 손해보험을 전제로 한 이득금지원칙의 유연화라고 보기는 어렵다는 반론도 가능할 것이다. 더욱이 이 사건 특약은 현실적으로 도덕적 해이가 다수 발생(서울서부지방법원 2009. 9. 30. 선고 2009고합128판결 등)한 바 있는데, 이를 더 이상 손해보험적 성질을 지닌 것으로 볼 수 있는지 의문이 있으며, 그리하여 대다수 손해보험자들은 2009년 10월부터 이 특약을 실손보상방식으로 변경한 바 있다(다만, 도덕적 해이를 보다 철저히 방지하기 위해서는 최고 보상한도액을 설정했어야 할 것이다). iv) 어쨌든 상법에서 규정하고 있는 보험의 종류는 연혁적인 이유로 또는 많은 법률상 분쟁이 발생하고 있다는 사정 등에 기인하는 것일 뿐, 모든 보험의 종류를 열거하고 있는 것은 아니며, 보험계약 분류에 있어서의 상법의 임의법적 성질, 이 특약을 공서양속 등에 반하는 무효의 보험계약으로 보기는 어려우므로 비전형적 무명의 보험계약으로 볼 수밖에 없을 것이다.

○○지방검찰청 ○○지청이 이 사건 교통사고 및 피해자의 사망을 인지하여 교통사고 처리특례법위반(치사)으로 수사를 진행하던 2016.9.12. 신청인은 유족들에게 형사합의금 3,000만원을 지급하였다. 위 지청 소속 검사 이○○은 2016.10.27. “교통사고와 사망의 인과관계가 전혀 없다고 볼 수는 없으나 피해자의 직접적인 사망원인으로 보기 어렵다.”며 불기소처분을 하였다.

(4) 보험금 청구 및 분쟁조정신청 등

신청인은 2016.10.25. 피신청인에게 형사합의지원금을 청구하였으나, 피신청인이 그 지급을 거절하자 2016.12.5. 금융감독원에 분쟁조정을 신청하였다. 본건 분쟁 관련 보험금 지급항목은 형사합의지원금(타인사망) 3,000만원이다.

나. 당사자 주장

신청인은 이 사건 특약은 운전 중 사고로 타인이 사망하였을 경우 형사합의지원금을 지급한다고 정하는데, 피해자는 이 사건 교통사고로 입원하여 투병 끝에 사망하였으므로 피신청인은 형사합의지원금을 지급할 책임이 있다는 취지로 주장한다.

이에 대하여 피신청인은 피해자는 이 사건 교통사고로 우측 대퇴골 경부 골절 진단을 받았으나, 사망진단서상 사망 원인은 피해자의 기왕증인 만성심부전증이 악화된 심인성 쇼크사이고, 수사기관 또한 사고와 피해자의 사망 사이에 직접적인 인과관계가 없다는 이유로 불기소 처분을 하였으므로 피해자는 이 사건 교통사고로 인하여 사망한 것이 아니어서 형사합의지원금 지급책임이 없다고 주장하여 서로 다툰다.

다. 위원회 판단

이 사건 특약은 “자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연한 자동차 사고로 타인을 사망하게 하였을 경우” 형사합의지원금을 지급하고 다만, “피보험자가 수사관서에 형사상 피의자로 입건되지 아니한 경우”에는 보험금을 지급하지 아니한다고 정한다. 여기서 형사 입건(刑事立件)이란 범죄인지(검찰사건사무규칙 제2조 이하)를 말하는 것으로 수사기관이 사건을 수리하여 수사를 개시함을 뜻하며, 입건 이후 수사대상은 피의자가 된다. 앞서 본

바와 같이 신청인이 자동차를 후진하여 운전하던 중 차량 뒤쪽에서 피해자가 걸어가고 있는 것을 발견하지 못한채 차량 적재함 뒷부분으로 피해자를 충격하여 이후 피해자가 사망한 사실, 그리하여 신청인은 수사기관에 입건되어 피의자로서 조사를 받고 피해자의 유족에게 형사합의금으로 3,000만원을 지급한 사실은 양 당사자 사이에 다툼이 없다. 다만, 양 당사자는 이 사건 교통사고를 원인으로 하여 피해자가 사망하였는지 여부를 다투고 있으므로 본건의 쟁점은 이 사건 교통사고를 피해자 사망의 원인으로 볼 수 있는지 여부, 즉 이 사건 교통사고와 피해자의 사망 사이에 인과관계가 존재하는지 여부라 할 것이다.

민사 분쟁에서 인과관계는 경험칙에 비추어 어떠한 사실이 어떠한 결과를 발생하게 하였다고 인정할 수 있는 고도의 개연성이 있는지에 따라 판단하여야 하고 그 판단은 통상인이라면 의심을 품지 않을 정도의 상당한 인과관계일 것을 요한다. 다만 그 인과관계는 반드시 의학적·자연과학적으로 명백히 증명되어야 하는 것은 아니고 사회적·법적 인과관계가 있으면 족하다(대법원 1990.6.26. 선고 89다카7730판결 ; 대법원 2010.9.30. 선고 2010다12241,12258 판결 등). 한편 기왕증이 결과의 발생 또는 확대에 기여하였거나 공동의 원인이 된다고 하더라도 통상 일어나는 원인과 결과의 관계가 있다고 인정되는 이상 인과관계를 부인할 수 없다(대법원 2002.3.29. 선고 2000다18752, 18769 판결 등). 즉 기왕증이 사고와 사망간의 인과관계를 단절할 정도의 독자적인 사망원인이 아닌 한 사고와 사망 사이의 인과관계를 부인할 수 없는 것이다.

살피건대, 비록 이 사건 교통사고가 비교적 경미한 사고였다고는 하나, 고령의 피해자에게는 이 사건 교통사고로 인한 상해가 수술이 불가능할 정도로 위험이 높았고 보존적 입원치료만이 가능하여 지속적 침상 안정이 불가피하였으며, 그 부작용으로 만성 심부전증이 악화되어 사망에 이른 사실이 인정된다. 통상 고령의 노인이라면 경미한 교통사고만으로도 기왕증이 악화되거나 심지어는 사망에 이를 수도 있다. 특히 당해 피해자의 경우에는 애초의 상해 정도가 건강한 일반인의 경우와는 달리 치료를 불가능하게 할 정도여서 이 사건 교통사고가 사망에 중요한 원인이 되었다고 판단된다. 이 사건 교통사고 후 ○○화재가 자동차종합보험계약의 대인배상보험금을 지급하기 위해 의료자문을 한 결과에 따르면 이 사건 교통사고의 피해자 사망에 대한 기여도는

40~50%이하로 사료된다고 하여 마치 인과관계에 있어서 기왕증의 기여도가 우월하다는 인상을 주나, 이 사건 교통사고가 피해자 사망의 공동원인이 아니라거나 또는 피해자의 기왕증이 압도적이고 우월하게 사망과의 인과관계가 인정된다는 취지는 아닌 것으로 보인다. 즉 이 사건 교통사고와 기왕증이 공동의 원인이 되어 피해자를 사망에 이르게 한 것이지, 기왕증이 인과관계를 단절하고 압도적이고 독자적인 사망원인이 되었다고 보기는 어렵다.

이와 관련하여, 피신청인은 수사기관이 교통사고와 사망 사이의 직접적인 인과관계를 부정하며 불기소처분을 하였으므로 이 사건 교통사고와 피해자의 사망 사이에는 인과관계가 없다는 취지로 주장한다. 그러나 형사책임을 묻기 위한 인과관계 유무의 판단은 형벌을 부과하여야 하는 관계로 엄격하게 원인을 따져야 하기 때문에 보험금 지급책임(민사책임)을 판단하기 위한 인과관계 유무 판단과는 구별하여야 한다. 다시 말해 불법행위자에 대한 공적인 제재를 목적으로 하는 형사책임과 민사의 영역인 보험금 지급책임에서의 인과관계 판단이 반드시 일치해야 하는 것은 아닐 것이며, 또한 수사기관의 판단이 절대적인 것도 아니므로 수사기관의 불기소처분 사유에 구속될 이유는 없다. 더욱이 수사기관은 직접적인 인과관계만을 부정할 뿐 이 사건 교통사고와 피해자의 사망 사이에 인과관계가 존재함을 인정하고 있고, 이 사건 특약은 양자 간에 직접적인 인과관계가 있을 것으로 한정하고 있지 않다. 따라서 피신청인의 주장은 이유 없다고 판단된다.

라. 결론

사망진단서상 피해자의 사망원인이 기왕증인 만성심부전증의 악화로 인한 심인성쇼크이라 할지라도 이 사건 교통사고가 피해자의 기왕증을 악화시키는 원인이 된 이상 이 사건 교통사고는 피해자의 사망의 원인이 되었다고 봄이 타당하다. 그렇다면, 이 사건 교통사고와 피해자의 사망 사이에는 인과관계가 존재한다 할 것이므로 신청인의 분쟁조정신청을 인용하기로 하여 주문과 같이 결정한다.

[인용] 신청인은 보험기간 중 신청인 소유의 A자동차공업사에서 헤드램프 교체를 위한 차량 점검 중 우연한 사고로 포터차량, K7차량 및 B카네비 건물 일부를 망가뜨려 각 피해자에 대하여 법률상 배상책임을 부담하게 되었으므로 피신청인은 신청인에게 법률상 손해배상금 및 신청인이 지출한 변호사 비용의 합계 30,091,285원에 대하여 이 사건 보험약관에서 정한 바에 따라 보상할 책임이 있음. 나아가 포터차량은 피보험자가 점유, 사용, 관리하는 자동차가 아니고 이 사건 사고는 통상적인 수리작업 중 발생한 사고가 아니며, 간접손해에 대하여는 피신청인이 증명책임을 다하지 못하였는바, 피신청인은 이 사건 특약 제2조에 따라 면책되지 않는다고 봄이 상당함. (2017.6.27. 조정번호 제2017-11호)

가. 기초 사실

(1) 보험계약의 체결

신청인은 A자동차공업사를 운영하고 있는 자동차정비업자로서 2014.6.27. 피신청인과 사이에 보험계약자 및 피보험자를 본인, 보험기간을 2014.6.27.부터 2019.6.27.까지로 하여 ‘○○보험’(이하 ‘이 사건 보험계약’이라 한다)을 체결하였다.

(2) 보험계약의 약관

이 사건 보험계약의 차량정비업자배상책임 특별약관(이하 ‘이 사건 특약’이라 한다)은 다음과 같이 정하고 있다.

< 차량정비업자배상책임 특별약관 >

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 차량정비시설(이하 “시설”이라 하며, 보험증권에 기재된 시설에 한합니다) 및 그 시설의 용도에 따른 업무(이하 “업무”라 합니다)의 수행으로 생긴 우연한 사고로 타인의 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체 보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다. 이하 같습니다)에 장애(이하 “신체장애”라 합니다)를 입히거나 타인의 재물을 망가뜨려(이하 “재물손해”라 합니다) 법률상 배상책임을 부담함으로써 입은 손해를 보상합니다.

제2조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 아래의 손해에 대하여는 보상하지 않습니다.

5. 계약자 또는 피보험자가 소유, 점유, 임차, 사용하거나 보호, 관리, 통제(원인에 관계없이 모든 형태의 실질적인 통제행위를 포함합니다)하는 재물이 손해를 입음으로써 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가지는 사람에 대한 손해배상책임. 그러나 정비목적으로 수탁 받은 고객의 차량에 생긴 손해에 대한 배상책임은 보상합니다.

② 회사는 피보험자가 아래에 열거한 배상책임을 부담함으로써 입은 손해에 대하여는 보상하지 않습니다.

5. 피보험자가 소유, 점유, 임차, 사용 또는 관리(화물의 하역작업을 포함합니다)하는 자동차, 항공기, 선박으로 생긴 손해에 대한 배상책임. 그러나 정비의 목적으로 정비소 구내에서 차량의 이동 중 발생한 사고 및 피보험시설 구내의 인접도로에서 시험하기 위하여 도로 주행 중 차량으로 생긴 재물손해에 대한 배상책임은 보상합니다. 단, 무면허 운전은 보상하지 않습니다.

14. 타이어나 튜브에만 생긴 손해 또는 일부 부분품, 부속품이나 부속기계장치만의 도난으로 생긴 손해에 대한 배상책임

19. 차량부품의 수리, 대체 또는 통상적인 수리작업 중 발생한 사고로 차량에 입힌 손해에 대한 배상책임

21. 차량의 사용손실, 대차료 등 일체의 간접손해에 대한 배상책임

제4조(보험금 등의 지급한도)

① 회사가 1회의 사고당 보상하는 범위는 아래와 같습니다.

1. 피보험자가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상 손해배상금

2. 계약자 또는 피보험자가 지출한 아래의 비용

다. 피보험자가 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용

(3) 보험사고의 발생경위

신청인은 2015.2.12. 11:00경 인천 ○구 ○○동 소재 A자동차공업사에서 헤드램프 교체를 위하여 정비의뢰 받은 포터차량(차량번호: **다****, 차종: 2007년식 포터Ⅱ)의 헤드램프 작동 여부를 확인할 목적으로 차량 운전석 문을 열고 밖에서 선채로 허리를 굽혀 시동을 켜는 순간, 위 포터차량이 10M 앞으로 돌진하여 전방에 주차되어 있던 K7차량(차량번호: **마****)을 충격하고 B카네비 매장 내로 진입하였다(이하, '이 사건 사고'라 한다). 위 포터차량은 수동변속기 차량으로 신청인이 시동을 켤 때 2단 기어에 있는

상태였으나, 신청인은 미처 이를 확인하지 못하였다.

(4) 라. 보험금 청구 및 분쟁금액 등

신청인은 2015.2.12. 피신청인에게 차량정비업자배상책임 보험금을 청구하였으나, 피신청인이 그 지급을 거절하자 금융감독원에 분쟁조정을 신청하였다. 본건 분쟁 관련 보험금은 i)포터차량 수리비 1,464,089원, ii)K7차량 수리비 627,196원, iii)신청인과 B카네비 소유자 신청 외 김○진의 합의에 의한 ‘공사비용을 제외한 손해배상금 및 위자료 일체’ 12,000,000원(2015.3.18. 작성 확인서), 인천지방법원 화해조서(사건번호: ****가단****, 사건명: 손해배상)에 의한 공사비용 13,000,000원, iv)위 김○진이 신청인을 상대로 제기한 손해배상청구소송에 대응하기 위한 방어비용으로서 변호사비용 3,000,000원의 합계 30,091,285원이다.

나. 당사자 주장

신청인은 이 사건 특약은 피보험자가 차량정비시설에서 발생한 우연한 사고로 타인의 재물을 망가뜨려 법률상 배상책임을 부담하는 경우 그 배상액을 보상하여 준다고 정하는데, 정비의뢰 받은 포터차량이 갑자기 전진하여 신청인이 손해배상책임을 부담하게 되었으므로 피신청인은 이 사건 사고로 인한 손해를 모두 보상하여야 한다고 주장한다.

이에 대하여 피신청인은 이 사건 특약은 ‘피보험자가 점유, 관리하는 자동차로 생긴 손해에 대한 배상책임’은 보상하지 않는다고 하면서 ‘정비의 목적으로 정비소 구내에서 차량의 이동 중 발생한 사고로 생긴 재물손해에 대한 배상책임’은 보상한다고 정하는데, 포터차량은 신청인이 정비의뢰를 받아 점유, 관리하는 재물이고, 이 사건 사고는 정비 목적으로 정비소 구내에서 이동 중 발생한 사고도 아니므로 면책된다고 주장한다. 또한 이 사건 특약은 ‘통상적인 수리작업 중 발생한 사고로 차량에 입힌 손해’도 보상하지 않는다고 정하는데, 이 사건 사고는 헤드램프 교체라는 통상적인 수리작업 중 발생한 사고이므로 피신청인은 보험금 지급책임이 없고, 설령 보험금 지급책임이 있다고 하더라도 적어도 B카네비 매장의 휴업손해는 간접손해에 해당하여 면책된다고 주장하여 서로 다툼다.

다. 위원회 판단

보험약관, 신청인의 분쟁조정신청 서류, 피신청인의 제출자료 등 관련 자료 일체를 종합하여 살펴보면,

이 사건 특약 제1조는 “보험기간 중에 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 차량정비 시설 및 그 시설의 용도에 따른 업무의 수행으로 생긴 우연한 사고로 타인의 재물을 망가뜨려 법률상 배상책임을 부담함으로써 입은 손해를 보상한다.”고 정하고 있고, 신청인은 보험기간 중이던 2015.2.12. 신청인 소유의 A자동차공업사에서 헤드램프 교체를 위한 차량 점검 중 우연한 사고로 포터차량, K7차량 및 B카네비 건물 일부를 망가뜨린 사실이 확인되므로 신청인이 각 피해자에 대한 법률상 배상책임을 부담하는지 여부를 우선 살펴보기로 한다.

민법 제750조는 “고의 또는 과실로 인한 위법행위로 타인에게 손해를 가한 자는 그 손해를 배상할 책임이 있다.”고 규정하고 있으며, 동법 제390조는 “채무자가 채무의 내용에 좇은 이행을 하지 아니한 때에는 채권자는 손해배상을 청구할 수 있다. 그러나 채무자의 고의나 과실 없이 이행할 수 없게 된 때에는 그러하지 아니하다.”고 규정한다. 금융감독원 분쟁조정위원회 자동차 분야 전문위원에 따르면, 수동변속기 차량은 이미 기어가 들어가 있는 상태라면 시동과 동시에 10M 이상의 주행이 가능하고, 자동차정비업자라면 이와 같은 상황을 충분히 예견할 수 있으며, 이 사건 사고 당시 신청인이 차량에 탑승하고 있었다면 브레이크를 밟거나 기어를 중립으로 위치시켜 돌진을 예방할 수 있었을 것이라고 회신한 점, 2007년도에 생산된 포터차량 매뉴얼은 변속레버를 「N」(중립)으로 한 후 시동을 걸어야 함을 명시하고 있는 점, 신청인 스스로도 본인의 부주의로 인한 사고임을 인정하고 있는 점 등을 고려하면 이 사건 사고는 신청인의 과실로 인한 사고로 봄이 상당하다. 그렇다면, 자동차정비업자인 신청인으로서 정비의뢰 받은 포터차량의 시동을 걸기 전 차량에 탑승하여 기어의 중립여부를 확인하여야 함에도 만연히 이를 확인하지 않고 차량 밖에서 시동을 켜 이 사건 사고가 발생하였는바 이 사건 사고는 신청인의 과실로 인한 위법행위에 기인한 것으로 평가될 수 있고, 특히 포터차량 소유자에 대하여는 차량정비계약상 주의의무 위반, 즉 계약상 의무 불이행에 의한 것으로

도 볼 수 있다. 따라서 신청인은 K7차량 및 B카네비의 소유자에 대하여는 민법상 불법 행위책임(제750조)을, 포터차량 소유자에 대하여는 불법행위책임(제750조) 및 채무불이행책임(제390조)을 부담하므로 이 사건 특약 제1조 보험금 지급사유의 요건은 모두 갖추었다고 판단된다.

한편, 이 사건 특약 제1조의 요건을 갖추었다더라도 제2조에서 정한 면책사유에 해당하면 피신청인은 면책되므로 이에 관해 살펴본다. 이 사건 특약 제2조 제1항 제5호 본문은 “계약자 또는 피보험자가 소유, 점유, 임차, 사용하거나 보호, 관리, 통제(원인에 관계없이 모든 형태의 실질적인 통제행위를 포함합니다)하는 재물이 손해를 입음으로써 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가지는 사람에 대한 손해배상책임”은 보상하지 않는다고 정하고, 다만 단서에서 “정비목적으로 수탁 받은 고객의 차량에 생긴 손해에 대한 배상책임”은 보상한다고 정한다. 포터차량은 신청인이 정비의뢰를 받아 실질적으로 통제하는 재물이고, 신청인은 포터차량 소유자에 대하여 이 사건 사고로 인한 손해를 배상할 책임이 있으므로 일응 본문의 면책사유에는 해당하는 것으로 보인다. 그러나 포터차량은 정비목적으로 신청인이 수탁 받은 차량이므로 본호 단서에 해당하여 피신청인은 신청인에게 포터차량의 수리비에 대한 보험금을 지급할 책임이 있다고 하겠다.

다음으로, 이 사건 특약 제2조 제2항 제5호 본문은 “피보험자가 소유, 점유, 임차, 사용 또는 관리하는 자동차로 생긴 손해에 대한 배상책임”은 보상하지 아니하나, “정비의 목적으로 정비소 구내에서 차량의 이동 중 발생한 사고로 생긴 재물손해에 대한 배상책임”은 보상한다고 정하는데, 신청인이 포터차량을 소유, 임차한 것은 아님이 명백하므로 점유, 사용 또는 관리하였는지 여부를 살펴보기로 한다. 우선, 대법원은 면책조항상 ‘피보험자 또는 피보험자의 사용자가 사용·관리하는 재물’이란 그 물건의 이용으로부터 부수적인 이익을 얻는 것만으로는 부족하고, 자기 소유의 물건에 준하는 정도로 사용·수익 또는 지배·관리를 하는 관계에 있는 경우를 의미한다(대법원 2002.9.4. 선고 2002다31872 판결)고 하여 사용, 관리의 의미를 엄격하게 해석한바 있다. 더욱이 이 사건 특약 제2조는 면책사유로 31가지를 나열하고 있는데, 각 면책사유를 확대해석할 경우 자칫 면책사유 간 모순이 발생할 수 있다. 예컨대, 포터차량의 손해는 앞서 살펴본 바와 같이 이 사건 특약 제2조 제1항 제5호 단서에 따라 보상되어야 하나, 포터차량이 이 사건 특

약 제2조 제2항 제5호의 피보험자가 점유, 사용, 관리하는 자동차에 포함된다면 포터차량에 발생한 손해도 ‘피보험자가 소유, 점유, 임차, 사용 또는 관리하는 자동차로 생긴 손해’에 해당한다는 해석이 가능하여 본호에 의하여는 면책된다는 모순이 발생한다. 비록 위 판례와 본건은 사실관계가 다소 상이하기는 하나, 면책사유는 엄격하게 해석해야 하는 점 및 이 사건 특약 면책사유 각 항의 균형적인 해석을 고려하면 이 사건 특약 면책조항의 사용, 관리는 소유에 준하는 정도이거나 소유에 준하는 정도에 이르지 않는더라도 적어도 지속적인 사용, 관리이어야 한다고 봄이 상당하다. 그렇다면 신청인이 자동차정비계약에 기해 일시적으로 포터차량을 사용, 관리한 이상 본호의 사용, 관리에는 해당하지 않는다고 할 것이다.

나아가 신청인이 포터차량을 점유하였는지 여부에 대하여도 살펴보면, 같은 호에 나열된 ‘소유, 점유, 임차, 사용 또는 관리’에서 점유 이외 나머지의 경우에는 모두 자기 소유에 준하는 정도 또는 지속적인 것을 요하면서 점유에 대하여만 이를 요하지 않는다고 해석하는 것은 극히 이례적이고 특별히 그렇게 해석할 이유도 없다고 판단된다. 본건의 경우, 신청인은 정비의뢰 받은 포터차량을 일시적으로 점유하여 수리비 등 부수적인 이익을 얻으려고 하였을 뿐 이를 넘어 자기 소유의 물건에 준하는 정도로 점유하였거나 지속적으로 점유한 것이라고 보기는 어렵다고 봄이 상당하다. 그렇다면 포터차량이 이동 중이었는지 여부 등은 더 나아가 살필 것도 없이 신청인이 포터차량은 점유, 사용, 관리하였다고 보기는 어려워 이 부분 면책조항에는 해당하지 않는다고 판단된다.

이에 대하여 피신청인은 자동차정비업자가 자동차를 인도 받은 이상 수리완료 후 인도할 때까지 자동차에 대한 운행지배권은 정비업자에게 있으므로(대법원 2002.12.10. 선고 2002다53193 판결) 신청인은 포터차량을 인도받은 때부터 점유, 관리한 것이라고 주장한다. 그러나 해당 판례는 기본적으로 자동차손해배상보장법상 피보험차량의 운행지배 범위를 판시한 것에 불과하고, 그렇다고 하여 신청인이 포터차량을 소유에 준하는 정도 혹은 지속적으로 점유, 사용, 관리하였다고 볼 수는 없을 것이다. 즉 자동차손해배상보장법상 피보험차량 운행지배의 범위와 이 사건 특약상 면책사유의 해석은 논의의 평면이 다르다고 하겠다.

또한, 이 사건 특약 제2조 제2항 제19호는 “차량부품의 수리, 대체 또는 통상적인 수

리작업 중 발생한 사고로 차량에 입힌 손해에 대한 배상책임”은 보상하지 않는다고 정한다. ‘통상적인 수리작업’의 범위가 불분명하나 이를 넓게 해석하여 통상 차량정비시설에서 발생하는 수리작업 중 발생한 사고를 전부 면책한다면 이 사건 특약 제1조 보험금을 지급하는 사유에 해당하는 대부분의 보험사고가 면책되어 이 특약을 체결한 근본목적이 위태화될 수 있을 뿐만 아니라 정비목적으로 수탁 받은 고객의 차량에 생긴 손해는 보상한다는 제2조 제1항 제5호 단서와도 모순되며, 제2조 제14호에서 차량의 타이어나 튜브에 입힌 손해를 별도의 면책사유로 둔 것도 설명이 되지 않는다. 따라서 이 면책사유의 취지는 수리과정의 사소한 손해를 전부 보상대상으로 하기에는 적절하지 않아 제외하기 위한 것이라 할 수 있는바, 통상적인 수리작업 중 발생한 사고란 차량 부품의 수리, 대체 작업 중 발생할 수 있는 작은 규모의 부품 파손이나 그에 준하는 정도의 일상적이고 소규모인 사고로 봄이 타당하다. 그런데 본건 사고의 경우 일상적인 소규모의 사고가 아니어서 여기에는 해당하지 않는다고 판단된다.

다음으로, 이 사건 특약 제2조 제2항 제21호 “차량의 사용손실, 대차료 등 일체의 간접손해에 대한 배상책임”은 보상하지 않는다고 정한 부분에 대하여 살펴본다. 피신청인은 분쟁금액 중 신청인과 B카네비 소유자 김○진의 합의(2015.3.18. 작성 확인서)에 의한 ‘공사비용을 제외한 손해배상금 및 위자료 일체’ 12,000,000원 부분에는 B카네비가 이 사건 사고로 영업을 하지 못해 발생한 휴업손해 등이 포함되어 있을 것인데, 이는 간접손해에 해당하므로 면책되어야 한다고 주장하면서 그 금액은 12,000,000원에서 김○진이 소송과정에서 제출한 컴퓨터 수리비 등 영수증에 의한 금액 1,672,600원을 제외한 10,328,400원으로 추정된다고 주장한다. 살피건대, 비록 우리 민법은 손해를 직접손해와 간접손해로 구별하지는 아니하나, 직접손해는 가해행위에 의해 직접 발생한 손해 내지 피보험이익이 침해되어 발생하는 손해이고, 간접손해는 그로 인해 추가로 발생한 손해 내지는 법익침해로 인하여 피해자의 다른 법익에 발생한 결과적 손해를 의미하는 것으로 보이므로 휴업손해는 간접손해에 포함되는 것으로는 판단된다. 그러나 위 합의서의 금액에서 간접손해를 제외하여 보상하려면 ‘공사비용을 제외한 손해배상금 및 위자료 일체’에 포함된 휴업손해는 구체적으로 얼마인지, 즉 일일 휴업손해가 얼마인지, 휴업일수는 며칠인지 등 구체적인 증거가 있어야 할 것인데 그 증거가 없다. 그러므로 증명책임

의 원칙에 따라 이 부분 또한 이유 없다고 할 것이다.

마지막으로, 보험금 지급책임의 범위에 대해 살펴본다. 이 사건 특약 제4조(보험금 등의 지급한도) 제1항 제1호는 ‘피보험자가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상 손해배상금’을 보상한다고 정하면서 그 구체적인 산정방법은 정하고 있지 않으나, 포터차량 수리비 1,464,089원 및 K7차량 수리비 627,196원, 2015.3.18. 작성 확인서 및 인천지방법원 화해조서(사건번호: ****가단****, 사건명: 손해배상)에 의한 B카네비에 대한 배상액 25,000,000원은 모두 법률상 손해배상금으로 봄이 상당하다. 나아가 동조 제1항 제2호는 ‘계약자가 지급한 변호사비용’을 보상하는 범위에 포함하고 있고, 신청인은 변호사 비용으로 3,000,000원을 지급한 사실이 확인되는바 변호사비용 또한 보상되어야 한다.⁵⁶⁶⁾

라. 결론

신청인은 보험기간 중 신청인 소유의 A자동차공업사에서 헤드램프 교체를 위한 차량 점검 중 우연한 사고로 포터차량, K7차량 및 B카네비 건물 일부를 망가뜨려 각 피해자에 대하여 법률상 배상책임을 부담하게 되었으므로 피신청인은 신청인에게 법률상 손해배상금 27,091,285원 및 신청인이 지출한 변호사 비용 3,000,000원의 합계 30,091,285원에 대하여 이 사건 보험약관에서 정한 바에 따라 보상할 책임이 있다.

나아가 포터차량은 피보험자가 점유, 사용, 관리하는 자동차가 아니고 이 사건 사고는 통상적인 수리작업 중 발생한 사고가 아니며, 간접손해에 대하여는 피신청인이 증명책임을 다하지 못하였는바, 피신청인은 이 사건 특약 제2조에 따라 면책되지 않는다고 봄이 상당하다. 이에 신청인의 분쟁조정신청을 인용하기로 하여 주문과 같이 결정한다.

566) 돌이켜보면 이 사건 보험약관은 전반적으로 그 문언이 매끄럽지 못하면서 어렵고 까다로운 등 가독성에 문제가 있는 것으로 보이므로 체계적으로 재정비할 필요가 있다.

제4장

기타

제1절 운전자 보험

4-1 보험계약후 유사보험에 가입사실을 통보할 의무가 있는지 여부

[인용] 해당보험상품 약관에 의하면 피보험자가 유사한 위험을 담보하는 보험계약을 체결하고 이를 알리지 아니하면 보험계약을 해지할 수 있다고 규정되어 있으나, 본건의 경우 피보험자가 보험회사에 추가 보험가입사실을 알리지 아니함에 있어 고의 또는 중대한 과실이 있다거나 추가 보험가입사실이 위험의 현저한 변경 또는 증가라고 볼 수도 없으므로 보험회사는 본건 보험계약의 해지를 취소하여야 함.(1999.11.16. 조정번호 제99-58호)

가. 사실관계

신청인은 1997.7.29. 피신청인과 자동차운행중의 사고를 주된 담보내용으로 하는 ○○운전자상해보험계약을 체결함에 있어 다른 보험상품인 A상품(1995.10.16. 가입) 및 B상품(1997.3.22. 가입)에 대한 보험가입사실을 피신청인에게 고지함. 그 후 1998.11.27. 다른 보험회사의 운전자보험을 가입하였으나 동 사실은 피신청인에게 통지하지 아니함.

신청인은 1999.5.28. 23:00경 자신 소유의 개인택시를 운전하다가 신청외 B씨의 차량에 의하여 좌측 뒷 범퍼 부위를 충격당하는 사고가 발생하여 경추부염좌 등의 상해를 입고 ○○대학병원에서 71일간 입원치료를 받음.

신청인은 1999.9.2. 피신청인에게 동건 사고에 대한 보험금을 청구하면서 다른 보험회사의 운전자보험 가입사실을 신고하자 피신청인은 보험금은 지급하면서 통지의무를 위반하였다 하여 보험계약을 일방적으로 해지함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

피신청인의 ○○운전자상해보험은 자동차 운행중의 사고로 인한 손해 등을 담보하고 있는데 비하여 다른 보험회사에 가입한 운전자보험은 교통사고 등 광범위한 사고로 인한 해를 담보하고 있어 보상조건이 동일하지 않기 때문에 보험계약 체결사실을 통보하지 아니한 것임. 따라서 단순히 보험계약을 추가로 체결한 사실을 알리지 아니하였다는 이유로 보험계약을 해지처리한 것은 부당하므로 피신청인은 보험계약의 해지처리를 취소하여야 함.

(2) 피신청인의 주장

신청인은 본건 사고 이전에도 3회에 걸친 교통사고 피해자로서 보험금을 수령한 사고 다발자임. 1997.7.29. 본사와 보험계약을 체결한 이후 1998.11.27. 다른 보험회사와 동일한 위험을 담보하는 보험계약을 체결하였으나, 동 사실을 통지하지 않고 있다가 1999.9.2. 보험금 청구시에 동 사실을 알려왔으므로 ○○운전자상해보험 보통약관 제10조 및 제16조에 근거하여 계약을 해지함이 타당함.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 신청인이 피신청인과 보험계약을 체결한 후, 타 보험회사와 유사한 위험을 담보하는 보험계약을 추가로 체결하고도 동 사실을 피신청인에게 알리지 아니하였다는 이유를 들어 피신청인이 보험계약을 일방적으로 해지할 수 있는지 여부임.

신청인이 가입하고 있는 ○○운전자상해보험 보통약관 제10조(계약후 알릴 의무) 제1항 제2호에 의하면 “피보험자에 대하여 이 보험과 동일한 위험을 담보하는 다른 계약을 맺을 때 보험계약자 또는 피보험자는 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야합니다”라고 규정하고 있음. 또한 동 보험약관 제16조(보험계약의 해지)에 의하면 “회사는 제10조 제1항에 정한 계약후 알릴 의무를 이행하지 아니하였을 경우 보험계약을 해지할 수 있다”고 규정하고 있음.⁵⁶⁷⁾

567) ○○운전자상해보험약관 제10조(계약후 알릴 의무) 및 제16조(보험계약의 해지)는 상법 제652조(위험변경증가의 통지와 계약의 해지)의 내용을 보다 구체적으로 규정한 조항으로 볼 수 있음.

상법 제652조 및 당해 보험약관 제10조, 제16조의 규정취지, 대법원의 판례취지를 종합하여 살펴볼 때 보험회사가 통지의무 위반을 이유로 보험계약을 해지할 수 있으려면 보험계약자 또는 피보험자에게 보험사고 발생의 위험이 현저하게 변경 또는 증가된 사실이 있을 것, 이러한 사실을 보험계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 보험회사에 알리지 아니하였을 것을 필요로 한다고 볼 수 있고, 위험의 현저한 변경 또는 증가의 여부를 판단함에 있어서는 보험계약 후에 생긴 새로운 사실이 보험계약체결당시에 있었다면 보험회사가 보험계약을 체결하지 아니하였거나, 적어도 같은 보험료로는 보험계약을 인수하지 아니하였을 것이라고 인정되는 사정인지 여부가 고려되어야 할 것임.

본건의 경우에 있어 신청인은 1997.7.29. ○○운전자상해보험에 가입한 후, 동 보험과 유사한 위험을 담보하는 다른 보험계약을 체결한 사실이 있음에도 이러한 사실을 보험회사에 통지하지 아니하였으므로 신청인은 보험약관상의 통지의무를 위반한 것으로 볼 수 있음. 따라서 이에 대하여 피신청인은 당해 보험약관 제10조와 제16조에 정한 바에 따라 일응 보험계약을 해지할 수 있는 것으로 생각할 수 있음.

그러나 신청인은 본건 보험계약체결시 별지 보험가입명세표상의 A상품(1995.10.16. 가입) 및 B상품(1997.3.22. 가입)에 가입한 사실을 고지하였고, A상품 보험계약은 1998.1.13. 해지한 바 있음. 또한 본건 보험계약체결 당시와 비교해 볼 때, 보험계약 건수는 동일하게 유지되고, 신청인이 납입하는 보험료는 오히려 줄었으므로 보험계약자의 능력에 비하여 현저히 많은 보험료를 부담하고 있는 것도 아니므로 본건 보험계약 체결 후 유사한 위험을 담보하는 보험계약을 한건 더 가입하였다는 사실이 위험의 현저한 변경 또는 증가라고 볼 수 없음.

나아가 신청인은 문제가 되는 상품(1998.11.27. 가입)을 가입함에 있어서도 해당 보험사에 본건 보험계약을 포함하여 타사 보험계약사실을 고지한 바 있고, 신청인은 추가로 가입한 보험상품이 피신청인에게 가입하고 있는 상품과 다르다고 이해하여 이를 알리지 아니하였다고 진술하고 있는 점에 비추어 볼 때, 피신청인에게 유사한 위험을 담보하는 다른 보험계약사실을 알리지 아니함에 있어 고의 또는 중대한 과실이 있다고 보기는 어려움.

따라서 본건 보험계약 체결후 유사한 위험을 담보하는 보험계약을 한건 더 가입한 사실이 위험의 현저한 변경 또는 증가라고 볼 수도 없고, 동 사실을 알리지 아니하는데 있어 신청인의 고의 또는 중대한 과실이 있었다고 보기도 어려운 본건에 있어 피신청인이 통지의무 위반을 이유로 보험계약을 해지 처리한 것은 보험계약 해지권을 남용한 것으로 보지 않을 수 없음.

라. 결 론

따라서 본건 보험계약 체결후 유사한 위험을 담보하는 보험계약을 추가로 한건 더 가입한 사실을 알리지 아니하였다는 이유로 보험계약을 해지한 것은 통지의무 위반에 따른 보험계약해지의 법리를 오해한 잘못이 있으므로 피신청인은 본건 보험계약의 해지를 취소함이 타당함.

4-2 계약체결후 이륜차 운전사실 미통지가 계약후 알릴의무 위반인지 여부

[인용] 보험자가 계약후 알릴의무위반으로 보험계약을 해지하거나 보험사고 발생시 보험금을 삭감지급하기 위해서는 보험기간중에 피보험자가 사고발생의 위험이 현저하게 변경 또는 증가하여야 하고, 이러한 위험의 증가는 직업 또는 직무의 변경으로 인한 것이어야 하므로 피보험자가 보험계약체결 후 단지 이륜자동차를 운전한 사실을 알리지 않았다는 사정만으로는 계약후 알릴의무 위반에 해당된다고 볼 수 없음.(2001.6.12. 조정번호 제2001-34호)

가. 사실관계

피보험자는 2000.10.23. 이륜차를 구입하고 같은 해 11.9. 18:00경 미등록 이륜차를 운전하던 중 충청북도 ○○시에서 중앙선을 넘어 반대방향에서 진행중이던 타차량과 충돌한 사고로 사망함. 피신청인은 계약후 알릴의무 위반에 따른 계약해지 및 상해위험률/이륜차운행의 위험률 비례보상에 의거 보험금을 비례지급함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

오토바이 운전사실을 알려야 하는 규정이 약관에 없을 뿐만 아니라 오토바이를 직업 또는 직무상 운전하지도 않았는데 피신청인이 보험금을 삭감 지급한 것은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

계약체결후 피보험자가 오토바이 운전사실을 알리지 않은 것은 계약후 알릴의무 위반에 해당됨. 이륜차의 운전자와 이륜차를 사용하여 업무를 수행하는 자를 별도로 직무분류(위험등급 3급)하여 보험요율을 적용하고 있고, 이는 약관상의 직무의 변경에 해당되므로 보험금을 삭감 지급한 것이 정당함.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 이륜차 운행이 보험약관상 계약후 알릴의무에 위반에 해당되는 지 여부임.

약관상 계약후 알릴의무에 위배되는지 여부에 대하여 살펴보면, 상법 제652조 제1항은 “보험기간중에 보험계약자 또는 피보험자가 사고발생의 위험이 현저하게 변경 또는 증가된 사실을 안 때에는 지체없이 보험자에게 통지하여야 한다.”라고 규정하고 있음.

당해 약관 제9조(계약후 알릴의무) 제1항에서는 “피보험자가 그 직업 또는 직무를 변경할 때에는 계약자 또는 피보험자는 계약을 맺은 후 지체없이 서면으로 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.”라고, 제2항에서는 “회사는 제1항에 의하여 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날로부터 1개월 이내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있다.”라고 규정하고 있고, 제3항에서는 “제1항의 통지에 따라 보험료를 더 내야 할 경우 회사의 청구에 대해 계약자가 그 지분을 태만히 했을 때, 회사는 직업 또는 직무가 변경되기 전에 적용된 보험요율에 변경된 후에 적용해야 할 보험요율에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다.”라고 규정함.

상법 및 본건 약관의 규정을 종합하면 보험자가 계약후 알릴의무 위반으로 보험계약을 해지하거나 보험사고 발생시 보험금을 삭감지급하기 위해서는 보험기간중에 피보험자가 사고발생의 위험이 현저하게 변경 또는 증가하여야 하고, 이러한 위험의 증가는 직

업 또는 직무의 변경으로 인한 것이어야 하는 것으로 해석됨. 피보험자가 보험계약체결 후 이륜차를 할부로 구입하여 등록하지 아니한 채 운행하면서도 이륜차 운전사실을 보험자인 피신청인에게 알리지 아니한 사실은 인정됨.

피신청인은 “이륜차 운전자”를 별도 위험등급 3급으로 직무분류하고, 보험요율을 달리 평가하고 있으므로 이륜차 운전사실 자체가 해당약관에서 정한 직업 또는 직무에 해당하고, 보험계약체결후 피신청인에게 이를 알리지 않은 것은 본건 약관상의 계약후 알릴 의무에 위배된다고 주장하나, 아래와 같은 사정을 볼 때 타당성이 없는 것으로 판단됨.

① 약관에서 정한 계약후 알릴의무에 위배되기 위해서는 직업 또는 직무의 변경으로 인한 위험의 현저한 증가가 존재하여야 하고, “직업 또는 직무”라 함은 통상 생계의 유지 등을 위해 일상적·계속적으로 수행하는 업무를 의미하는 것으로 해석되나, 피보험자가 이륜차를 직업 또는 직무로서 운전하였다는 사실을 인정할 만한 증거가 없는 점.

② 피신청인이 직업위험등급표상 “이륜차의 운전자”(위험등급 3급)를 “학생(1급) 혹은 웨이터”(2급)와 다른 직업 또는 직무분류로서 사용하고 있었다 하더라도, 보험계약체결 당시, 이륜차의 운전을 계약후 알릴의무에서 정한 직업 또는 직무와 동등하게 평가한다는 당사자 사이의 별도의 약정이 없는 한, 피신청인의 <직업위험등급표>는 내부적인 보험계약 인수지침 또는 보험요율의 산출기준에 불과하고, 본건 해당약관에서 정한 직업 또는 직무로까지 평가할 수는 없는 점.

라. 결 론

피보험자가 보험계약체결후 이륜자동차를 운전한 사실을 알리지 않았다는 사정만으로는 본건 약관에서 정한 계약후 알릴의무 위반에 해당된다고 볼 수 없음.

4-3 사망사고시 형사합의가 없어도 형사합의지원금을 지급해야 하는지 여부

[기각] 형사합의지원금 특별약관은 피보험자가 해당 약관에서 정한 자동차를 운전하던 중 자동차사고로 타인을 사망케 하거나 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서 각호에 해당하는 사고중 무면허운전과 음주운전 등에 의한 사고를 제외한 사고(8대 사고)를 유발하여 부득이

피해자측과 형사합의를 하여야 할 경우 발생할 수 있는 피보험자의 경제적 위험을 보험회사가 인수하는 것으로 성격은 배상책임보험과 유사하다고 할 수 있는 바, 피신청인은 보험금을 지급할 책임이 없음.(2003.4.22. 조정번호 제2003-12호)

가. 사실관계

신청인은 피신청인과 운전자보험 계약을 체결한 후, 2002.12.14. 08:15경 ○○소재에서 이건 사고의 망인(가해자 A씨)이 신호를 위반하고 진행하던 중 정상적으로 진행 중인 제2차량(신청인)에 의해 자전거의 뒷바퀴 부분이 충격 당하는 사고로 인해 자전거 운전자 50여일 동안 병원에서 치료를 받던 중 사망함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

이건 사고는 망인(자전거 운전자 A씨)의 일방과실에 기인한 사고이기는 하나, 당해 보험 특별약관에서 정하고 있는 “교통사고로 타인을 사망케한 경우”에 해당하므로 해당 보험금을 지급함이 타당함.

(2) 피신청인의 주장

동 특별약관은 피보험자가 사망사고와 8대 중과실사고(음주·무면허 제외)를 유발한 경우, 피보험자 자신의 형사상 처벌경감을 위해 피해자측과 형사합의를 할 경우 이를 지원함으로써 정신적·경제적 부담을 경감시키게 위해 도입된 상품이고, 이건 사고의 경우 동 특별약관에서 정하고 있는 사고이기는 하나, 신청인(피보험자)이 가해자가 아닌 피해자로 확인되었고, 더욱이 형사상의 처벌 경감을 목적으로 유족측과 형사합의한 사실이 없어 형사합의지원금을 지급하지 않음이 타당함.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 사망사고에 있어 형사합의를 하지 않은 경우에도 형사합의지원금을 지급하여야 하는지 여부임.

(1) 약관 규정

○○특별약관에 “보험회사는 피보험자가 보험기간중 무배당상해 ○○운전자보험(Ⅱ) 보통약관에서 정한 자동차 운전중 교통사고(이륜자동차를 운전하던중 발생한 사고는 제외합니다.)로 「교통사고처리특례법」 제3조 제2항 단서에 해당하는 사고를 일으켜 피해자가 6주, 10주, 20주이상 치료를 요한다는 진단을 받은 경우에 피해자 각각에 대해 해당 금액을 형사합의지원금으로 수익자에게 지급(수익자의 지정이 없는 경우 피보험자)하여 드립니다.”라고 규정하고 있고, 동 특별약관에서 정하고 있는 자동차라 함은 “자동차 관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 손해배상보장법 시행령 제2조에서 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트 살포기, 타이어식 굴삭기”를 말한다고 규정함.

(2) 본건 사망사고와 관련하여 형사합의를 하지 않은 경우에도 형사합의지원금을 지급할 수 있는지 여부

이건 사고는 망인이 교차로에서 신호를 무시하고 진행하다 신호에 따라 진행중이던 제2차량에 의해 충격당함으로 인해 발생한 사고로 보여지고, 동 특별약관은 피보험자가 해당 약관에서 정한 자동차를 운전하던 중 자동차사고로 타인을 사망케 하거나 「교통사고처리특례법」 제3조 제2항 단서 각호에 해당하는 사고중 무면허운전과 음주운전등에 의한 사고를 제외한 사고(8대 사고)를 유발하여 부득이 피해자측과 형사합의를 하여야 할 경우 발생할 수 있는 피보험자의 경제적 위험을 보험회사가 인수하는 것으로 성격은 배상책임보험과 유사하다고 할 수 있으며, 동 특별약관의 도입취지 등을 근거로 형사합의지원금의 지급요건을 살펴보면 ① 피보험자가 타인을 사망케 하거나 8대 중대사고를 발생시켰을 것(즉, 피보험자가 가해자일 것), ② 피보험자가 해당 사고와 관련하여 피해자측(유족)과 자신의 형사상 형 경감을 위해 부득이 형사합의를 하였을 것, ③ 형사합의 후 피해자측에 해당금원을 지급하였을 것 등의 요건이 충족되었을 경우에 한해 동 지원금의 지급이 가능할 것으로 보여짐.

신청인은 동 특별약관에서 정하고 있는 자동차를 운전하던 중 타인을 사망케 하였으

므로 형사합의지원금은 당연히 지급되어야 한다고 요구하나, 아래와 같은 사정을 종합하여 판단해 볼 때 신청인의 주장은 타당하지 않은 것으로 판단됨.

① 교통사고사실확인원에 이건 사고는 신호를 무시하고 자전거를 진행하던 망인에 의해 유발된 사고로, 신청인은 가해자가 아닌 피해자(제2차량 운전자)로 기재되어 있는 점.

② 이건 사고와 관련하여 현재까지 신청인은 유족측과 자신의 형 경감을 위해 형사합의를 시도하지 않은 점.

③ 해당 금원(형사합의금)의 지급여부와 상관없이 동 지원금을 지급하게 될 경우 동 상품의 도입취지 및 배상책임의 원리에도 반하게 되는 점.

라. 결 론

신청인의 경우 이건 사고의 피해자이며, 형사합의를 한 사실도 없으므로 피신청인은 신청인에게 보험금을 지급할 책임이 없음.

4-4 | 크레인 조종중 창고가 무너져 사망한 경우 운전중 발생사고에 해당 여부

[인용] 당해 약관에 운전의 개념에 대해 명백히 정의하고 있지 않으므로 약관해석의 일반원칙에 따라 해석하여야 할 것인 바, 이 건 보험이 자동차사고로 신체에 상해를 입었을 경우 그 상해로 인한 손해를 보상하는 손해보험이라는 점에서 자동차손해배상보장법의 ‘운행’의 의미로 해석함이 타당한 바, 이 건 사고는 자동차를 운전하던 중 발생한 사고로 봄이 상당함.(2003.5.20. 조정번호 제2003-18호)

가. 사실관계

신청인의 남편(망인 A씨)은 피신청인과 보험계약을 체결⁵⁶⁸⁾하였고, 망인은 ○○시 소재 ◇◇창고내에서 건물을 철거하기 위해 사고차량에 장착된 크레인을 조종하고, 신청외 B씨는 산소용접기로 동 창고의 철골을 절단하던 중 철골 구조물이 무너져 내려 신청인

568) 담보내용 : 운전중사망후유장해, 운전중사망담보특별약관, 일반상해사망후유장해특별약관

남편이 사망하는 사고 발생함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

2002.1.7. 보험료 미납으로 장기상해○○보험의 계약이 해지처리되자 업무상 필요에 의해 운전자보험에 가입하였고, 동 운전자보험의 보상하는 손해에서는 “운전하던 중 발생한 자동차사고를 보상한다”라고 규정하고 있음에도 이건 사고의 경우 운전하던 중 발생한 자동차사고에 해당되지 않음을 이유로 추가 보험금의 지급을 거절함은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

舊계약인 장기상해○○보험은 2001.11월부터 보험료가 납부되지 않아 계약이 해지되었고, 2002.1.7. 해당지점을 방문한 망인에게 이에 대한 해지환급금을 지급한 후 운전자보험에 가입을 권유하여 망인이 가입하였고, 청약서, 모집인의 확인서 등 관련자료를 확인해 볼 때 동 상품의 내용에 대해 충분히 설명하였고, 또한 해당약관에 운전에 대한 정의는 없으나 이건 사고의 경우 운전하던 중 발생한 사고가 아니라 철거중인 창고가 무너지면서 발생한 안전사고로, 사고내용상 일반사망보험금만 지급함이 타당함.

다. 위원회의 판단

◆ 이건 사고는 망인과 신청외 B씨가 창고 철거작업을 하던 중 창고가 무너짐으로 인해 발생한 사고로 보여지는 바, 크레인을 조종하여 창고 철거를 하던 중 발생한 사고가 자동차를 운전하던 중에 발생한 사고에 해당한다고 볼 수 있는지 여부가 쟁점임.

(1) 관련 약관

동 운전자보험 제3조(보상하는 손해) 제1항에 “보험회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연한 자동차 사고로 신체에 상해를 입었을 때에는 그 상해로 인한 손해를 이 약관에 따라 보상하여 드립니다.”라고 규정되어 있으며, 제15조(사망보험금)에는 “보험회사는 피보험자가 자동차를 운전하던

중에 급격하고도 우연한 자동차 사고로 상해를 입고 그 직접결과로써 사고일로부터 180일 이내에 사망하였을 경우에는 보험가입금액 전액을 사망보험금으로 수익자(수익자 지정이 없을 때에는 피보험자의 상속인)에게 지급하여 드립니다”라고 규정되어 있음.

(2) “자동차를 운전하던 중”에 대한 해석

당해 약관에 운전의 개념에 대해 명백히 정의하고 있지 않으므로 약관해석의 일반원칙에 따라 해석하여야 할 것임.

운전과 관련하여 「도로교통법」 제2조에는 “운전이라 함은 도로에서 차를 그 본래의 사용방법에 따라 사용하는 것(조종을 포함한다)을 말한다”로, 「자동차손해배상보장법」 제2조에는 “운행이라 함은 사람 또는 물건의 운송여부에 관계 없이 자동차를 그 용법에 따라 사용 또는 관리하는 것을 말한다.”라고 각 규정하고 있음.

「도로교통법」의 “운전”과 「자동차손해배상보장법」의 “운행”의 의미에 대하여 대법원은 “운전은 자동차를 그 본래의 사용방법에 따라 사용하는 것이므로 이에 해당하기 위하여는 자동차의 원동기를 사용할 것을 요하고, 운행이라 함은 사람 또는 물건의 운송여부에 관계없이 자동차를 당해 장치의 용법에 따라 사용하는 것이므로 여기에서 자동차를 당해 장치의 용법에 따라 사용한다는 것은 자동차의 용도에 따라 그 구조상 설비되어 있는 각종의 장치를 각각의 목적에 따라 사용하는 것을 말하는 것으로, 「자동차손해배상보장법」상의 운행은 「도로교통법」상의 운전보다 넓은 개념이지 동일한 개념이 아니라고 할 것이다”라고 판시⁵⁶⁹⁾하고 있음.

피신청인은 이건 사고의 경우 도로가 아닌 창고에서 작업하던 중 발생하였고, 따라서 해당약관에서 정하고 있는 운전하던 중 발생한 사고에 해당한다고 보기 어려운 바, 사고 내용상 보험금의 추가 지급이 어렵다고 주장하고 있으나, 아래와 같은 사정을 종합하여 판단해 볼 때 피신청인의 주장은 타당하지 않은 것으로 판단됨.

① 위의 「자동차손해배상보장법」의 위치가 자동차사고로 인한 손해배상제도에 관한 민법에 대한 특별법의 지위를 가지고 있고 제정목적 역시 자동차의 운행으로 사람이 사망하거나 부상을 당한 경우에 있어서의 피해자 보호를 주된 목적으로 함에 반해 「도로

569) 대법원 1997.9.30. 선고 97다24412, 1999.11.12. 선고 98다30834 판결 참조.

교통법」은 그 제정 목적이 도로에서 발생하는 위험과 장해를 방지·제거하여 안전하고 원활한 교통질서를 확보하는 등의 공익목적 달성을 목적으로 하고 있음. 따라서 당해 보험의 해석의 준거를 삼기에는 당해 보험의 성격이 자동차사고로 신체에 상해를 입었을 경우 그 상해로 인한 손해를 보상하는 손해보험이라는 점에서 자동차손해배상보장법을 근거로 해석하는 것이 타당하다고 판단되는 점.

② 신청인이 제출한 보험증권과 피신청인이 제출한 전산자료에는 피신청인의 주장과 달리 “운전하던중 사고”를 보상하는 것이 아니라 “운행중 사고”를 보상하는 것으로 기재되어 있어, 피신청인 역시 “운전하던 중”의 개념을 위 자동차손해배상보장법의 “운행중”과 동일한 개념으로 이해하고 있다고 볼 수 있는 점.

③ 당해 약관을 「도로교통법」상의 “운전”으로 해석한다 해도 피신청인이 제출한 보험모집인 경위서에 의하면 모집인 자신도 차량 운행 중 발생한 사고에 대해 보상되는 것으로 설명하였다고 진술하고 있는 점에 비추어 보험모집인이 망인에게 잘못 설명하였을 가능성도 배제할 수 없는 점.

라. 결 론

이건 사고는 자동차를 운전하던 중 발생한 사고라고 봄이 상당하므로 피신청인은 신청인에게 보험금을 추가 지급함이 타당함.

4-5 경운기를 모판운반에 사용하던 중 발생한 사고의 교통사고 인정 여부

[인용] 농업기계는 농사라는 특수한 목적을 위해 제작된 기계로서 작업에 동원되는 경우가 일반적임에도 이를 당해 약관에서 원칙적으로 기타교통승용구로 인정하고 있는 이상, 사고 당시의 농업기계의 사용용도 즉, 농사와 관련된 일에 사용되었는지만을 가지고 작업기계 여부를 결정함은 타당하지 아니하며, 농업기계가 농사일과 관련되어 사용되는 경우라 하더라도 운반작업 등 장소적 이동이라는 교통수단으로서 사용되는 경우는 기타교통승용구로 인정되어야 할 것임.(2004.10.26. 조정번호 제2004-62호)

가. 사실관계

신청인의 모친 A씨는 2004.4.30. 피신청인과 운전자보험 계약을 체결하였음. A씨(이하 “피보험자”라 함)는 농업종사자로서 같은 해 5.31. 신청외 B씨의 집에 보관되어 있던 모판을 경운기로 약 20분 소요되는 논으로 운반하기 위해 자택에서 경운기를 운전하고 약 40미터 진행하여 B씨의 집 안으로 들어간 후 모판을 실을 목적으로 후진하던 중 경운기 조정대와 고목 사이에 끼여 다발성능골골절, 흉부압박 괴상으로 인한 폐 및 심장 손상을 입고 사망함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

피보험자가 경운기를 농사를 위한 작업기계로 사용한 것이 아니라 모판을 옮기기 위한 운송수단으로 사용하다 사망하였으므로 이는 당해 약관에서 규정하고 있는 교통사고에 해당하는 바, 피신청인은 교통사고로 인한 사망보험금을 지급하여야 함.

(2) 피신청인의 주장

이 건 사고는 피보험자가 경운기를 작업기계 즉, 농사와 관련된 모판을 옮기기 위해 경운기를 사용하는 동안에 발생한 것으로 이 경우 경운기는 당해 약관에서 규정하고 있는 기타교통수용구에 해당하지 아니하므로 교통사고로 인한 사망보험금에 대한 지급책임은 없음.

다. 위원회의 판단

◆ 본건의 쟁점은 모판을 옮기기 위해 사용된 경운기가 당해 약관에서 규정하고 있는 기타교통수용구에 해당하는지 여부에 관한 것임.

(1) 약관 규정

당해 약관 제13조(보상하는 손해) 제1항 제2호에, “피보험자가 운행 중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행 중인 기타교통수용구에 탑승(운전을 포

함)하고 있을 때에 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체에 상해를 입었을 때에는 이를 교통사고로 인정”하는 것으로, 같은 조 제3항에서는, “제1항에서 기타교통승용구라 함은 ① 기차, 전동차, 기동차, 케이블카, 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일 ② 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거 ③항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함) ④ 6종 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안에는 기타교통승용구로 보지 아니함) 중 어느 하나에 해당하는 것을 말한다”고 각각 규정하고 있음.

(2) 모판을 옮기기 위해 사용된 경운기가 당해 약관에서 규정하고 있는 기타교통승용구에 해당하는지 여부

당해 약관에서는 농업기계를 기타교통승용구로 인정하면서 예외적으로 이들이 작업기계로 사용되는 동안에는 기타교통승용구로 보지 않는 것으로 규정하고 있는 바, 농업기계가 작업기계로 사용되었는지 여부에 대해서는 농업기계의 사용목적·방법 등에 따라 제한적으로 엄격하게 해석, 적용하여야 할 것임.

농업기계는 농사라는 특수한 목적을 위해 제작된 기계로서 작업에 동원되는 경우가 일반적임에도 이를 당해 약관에서 원칙적으로 기타교통승용구로 인정하고 있는 이상, 사고 당시의 농업기계의 사용용도 즉, 농사와 관련된 일에 사용되었는지 만을 가지고 작업기계 여부를 결정함은 타당하지 아니하며, 농업기계가 농사일과 관련되어 사용되는 경우라 하더라도 운반작업 등 장소적 이동이라는 교통수단으로서 사용되는 경우는 기타교통승용구로 인정되어야 할 것임.

한편 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 이를 기타교통승용구로 보지 아니한다고 규정하고 있는 취지는, 당해 약관에서 담보하고자 하는 위험은 교통사고 위험인데, 이러한 교통사고 위험과는 다른 작업위험을 당해 약관의 담보범위에서 제외시키고자 하는 것임.

이러한 사정에 비추어 볼 때, 본건 경운기는 「농업기계화촉진법」 제2조 소정의 농업기계로서 당해 약관의 농업기계에 해당되며, 경운기의 교통사고 위험은 운반에 따르는 위험을 의미하고, 작업위험이란 경운기로 논밭을 갈거나 탈곡, 양수를 위한 동력원으로 사

용될 때 따른 위험으로 판단되는 바, 피보험자가 모판을 경운기 적재함에 싣고 경운기로 약 20분 정도 소요되는 논으로 운반하기 위하여, 즉 논·밭인 작업장소에서 벗어난 농가에서 경운기를 조작하여 후진하던 중 경운기 조정대와 고목사이에 끼여 사망하게 된 것은 농업의 작업위험으로 인한 것이라기보다는 경운기를 운송수단인 기타교통승용구로 이용하다 발생하였으므로, 이를 당해 약관에서 규정하고 있는 교통사고로 인정함이 경운기가 동 보험에서 원칙적으로 기타교통승용구에 해당된다고 이해한 보험계약자의 기대에도 부합한다 할 것임.

라. 결 론

그렇다면 피신청인은 신청인 측에게 일반상해사망보험금 이외에 교통사고 사망보험금에 대한 지급책임이 있는 것으로 판단됨.

4-6 콤바인을 작업기계로 사용하던 중 발생한 사고의 교통사고 인정 여부

[기각] 피보험자는 콤바인으로 벼베기 작업을 하다가 콤바인의 컨테이너에 벼가 가득차게 되자 운반용 트럭에 옮겨 싣기 위하여 경사진 농로를 올라오던 중, 운전조작 실수로 콤바인이 논바닥에 전도되면서 피보험자가 압사하였는데, 당해 약관상 콤바인이 ‘작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해는 보상되지 않는다’고 규정되어 있는바, 콤바인이 ‘작업기계로 사용’된다고 함은 단순히 ‘절단 및 탈곡’ 과정만을 의미하는 것이 아니라 컨테이너에 쌓인 벼를 비우는 일련의 과정까지를 포함하는 것으로 보아야 할 것이므로, 동 사고는 ‘교통승용구’가 아닌 ‘작업기계’로 사용되는 중 발생한 것 보아야 할 것임.(2009.3.24. 조정번호 제2009-29호)

가. 사실관계

신청인의 남편 A씨는 2005.1.4. 피신청인과 운전자보험 계약을 체결함. A씨(이하 “피보험자”라 함)는 사고 당시 콤바인으로 벼베기 작업을 하고 있었으며, 콤바인의 컨테이너에 가득 찬 벼를 운반용 트럭에 옮기기 위하여 경사진 농로를 올라오던 중, 운전조작 실수로 콤바인이 논바닥에 전도되면서 피보험자가 압사함.

동 사고와 관련하여 피신청인은, 콤바인이 “작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해는 보상되지 않는다”는 약관의 규정을 들어 보험금 지급을 거절함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

벼베기 작업을 끝내고 논을 벗어난 이후의 사고이므로, 작업기계로 사용되는 동안 발생한 사고로 보는 것은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

콤바인이 논 밖으로 나온 것은 컨테이너에 쌓인 벼를 운반용 트럭에 옮기기 위한 목적인데, 또한 당일 다른 논의 벼베기가 남아 있어 그 논으로 이동할 예정이었으므로 작업이 종료된 것으로 볼 수 없음

다. 위원회의 판단

◆ 본건의 쟁점은 운전조작 실수로 콤바인이 논바닥에 전도되면서 피보험자가 압사하였으나, 해당 건이 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해 여부임.

(1) 쟁점검토

이 건의 쟁점은 피보험자의 사망이 콤바인이 “작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해”인지 여부이며, 신청인은 이 사고가 벼베기 작업이 끝난 이후에 발생한 사고라고 주장하고 있음.

그러나 사고당일 함께 벼베기 작업을 하던 목격자 B씨의 진술에 따르면, 평소와 같이 피보험자가 벼베기 작업을 하여 컨테이너에 쌓인 벼를 운반용 트럭에 옮겨주면 C씨가 창고로 운반하는 작업을 반복하였고, 사고는 작업을 시작한지 1시간 반 정도 경과한 시점에 발생한 것으로서, 첫번째 논이 벼베기가 끝나고 컨테이너의 벼를 트럭으로 옮기기 위하여 이동하는 중 사고가 발생하였으며, 당일 작업해야 할 다른 논들이 남아 있으므로 그 논으로 이동할 예정이었다고 진술하고 있음.

한편 동 보험은 운전자보험으로서 승용차 등 교통승용구에 탑승하고 있던 중 발생한 사고(교통사고)를 보상하는 것으로서, 농업기계가 “작업기계”로서 사용되는 동안에, 즉 “교통승용구가 아닌 목적”으로 사용되는 동안의 사고는 보상범위에서 제외하고 있으며, 사고 콤바인은 타이어식이 아닌 궤도식 차량으로서 작업장소로 이동하는 경우에는 별도의 운반용 트럭에 실려 이동하며, 경운기나 트랙터 등이 작업기계 이외에 운송용 목적으로도 사용되는 것과는 달리 콤바인은 주로 벼베기 목적으로만 사용되는 장비임.

따라서 당해 약관이 의도하는 “교통사고”의 취지 등으로 보면 콤바인이 “작업기계로 사용”된다고 함은 단순히 “절단 및 탈곡” 과정만을 의미하는 것이 아니라 컨테이너에 쌓인 벼를 비우는 일련의 과정까지를 포함하는 것으로 보아야 할 것이므로, 이 건의 경우 콤바인이 첫번째 논에서 벼의 절단 및 탈곡 과정을 끝내고 논 밖으로 벗어났다는 사실만으로는 작업기계로서의 사용이 종료되었다고 할 수 없음.

라. 결 론

신청인의 주장은 이유 없어 이를 기각함.

4-7 영업목적으로 운전하던 중 발생한 사고에 해당되는지 여부

[인용] 피보험자의 운전이 영업목적의 운전인지에 대한 판단은 운행목적과 운행형태를 종합적으로 고려하여 판단되어야 할 것인 바, 신청인과 영어학원 원장 모두 사례비에 해당하는 금원을 주고 받은 사실이 없다고 일관되게 주장하고 있고, 영어학원 학생 운송을 위한 차량 운행도 비정기적으로 이루어지는 등 금번 사고와 관련된 신청인의 차량 운행이 요금이나 대가를 목적으로 이루어졌다고 보기 어려움.(2010.1.26. 조정번호 제2010-13호)

가. 사실관계

보험계약자는 2009.4.1. 피신청인과 보험계약을 체결⁵⁷⁰⁾함. 2009.4.1. 신청인은 차량 운

570) 보험계약 내용은 다음과 같음.

- 보험종목 : 가족사랑보험 - 보장내용 : 형사합의지원금(타인사망) 등

행중 어린이(5세, 남)를 치어 사망케 한 교통사고가 발생하여 현재 불구속 기소 상태로 형사처벌 및 벌금내역은 검찰로 송치되어 확인이 불가능함.

신청인은 2009.10.7. 보험금을 청구하였으나 보험금 지급이 어렵다는 통지를 받고 같은 달 30일 1차 금융분쟁조정을 신청하였고, 피신청인은 같은 해 11.24. 계약자의 계약전 알릴의무 위반(승합차량 운전사실 미고지) 주장이 포함된 1차 답변서를 제출함.

신청인은 2009.12.4. 본인은 승합차량 운전사실을 정확하게 고지하였는데 모집인의 실수로 청약서상 오류(승용차로 기재)가 발생하였다고 2차 금융분쟁조정을 신청하였고, 피신청인은 같은 달 18일 계약전 알릴의무 위반은 주장하지 않기로 하였으나 피보험자의 운전은 상기 약관상 보상하지 않는 손해인 “영업목적으로 운전하던 중 발생한 사고”에 해당함을 주장하며 2차 답변서를 제출함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

수학학원을 운영하는 친구(C씨)의 친구인 영어학원 원장(D씨)의 부탁으로 2~3차례 본인 차량(15인승 승합차량)에 영어학원 학원생들을 태워 준 사실이 있으나, 해당학원과 계약을 체결한 사실이 없고, 과거에 식사비(수고비)조로 2만원 정도 수령한 사실 외에 돈을 받은 사실이 없으며, 사고당일에도 돈을 받은 사실이 없는데도, 피신청인이 금번 사고를 영업목적으로 차량을 운전하던 중 발생한 사고라고 주장하면서 보험금 지급을 거절하는 것은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

약관상 “영업”은 “계속적 대가 내지 이익을 목적으로 하는 행위를 반복하는 것”으로 보이고 계속적 반복적 의사로 행하여진 것이라면, 그 회수에 제한되지 않으며, 신청인의 경우 2005년부터 업무용자동차 종합보험에 가입하면서, 유상운송특약에 가입하였던 점, 실제로 학원생을 수송하던 중 사고가 발생한 점, 영어학원장과 특별한 인적관계가 없어 대가없이 운송할 이유가 없는 점, 과거 소액이지만 돈을 받은 사실이 있는 점 등을 감안 하면, 본건 사고는 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 사고에 해당되므로 보험

금을 지급할 수 없음.

다. 위원회의 판단

◆ 본건의 쟁점은 동 건 사고가 신청인이 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 사고에 해당되는지 여부라 할 것임

(1) 쟁점검토

피신청인은 금번 사고는 신청인이 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 사고라고 주장하나 다음과 같은 이유로 피신청인의 주장을 받아들이기 어려움.

당해 보험약관에서 영업의 의미를 명확하게 규정하고 있지 않으나, 자동차보험 보통약관 등에서 정하고 있는 유상운송의 정의 등에 비추어 볼 때, “영업 목적의 운전”이라고 함은 “자동차를 요금이나 대가를 목적으로 계속적 또는 반복적으로 사용하는 것”으로 보아야 할 것이며, 피보험자의 운전이 영업목적의 운전인지에 대한 판단은 운행목적과 운행형태를 종합적으로 고려하여 판단되어야 할 것임.

이 건 사고와 관련하여 피신청인이 증거자료로 제출한 신청인의 문답서(2009.11.18.), 운전을 부탁한 영어학원 원장 면담내용 및 확인서(2009.12월) 등에 따르면, 신청인은 2009.5월~9월 기간중 약 4회 운전을 하였고, 사례비 또는 식사비 명목으로 2~3차례 2만원 또는 3만원을 수령한 사실을 확인할 수 있으나, 신청인이 수령하였다고 하는 2만원 또는 3만원의 사례비는 사회통념상 영업 대가의 금원보다는 차량 운행에 필요한 유류대 등의 실비성격으로 보는 것이 타당하며, 더구나 금번 사고와 관련하여 신청인과 영어학원 원장 모두 사례비에 해당하는 금원을 주고 받은 사실이 없다고 일관되게 주장하고 있는 점 등을 종합적으로 고려할 때, 금번 사고와 관련된 신청인의 차량 운행이 요금이나 대가를 목적으로 이루어졌다고 보기 어려움.

또한 영어학원 학생 운송을 위한 동 차량운행이 비정기적으로 이루어졌을 뿐만 아니라, 2009.5월~9월 기간중 총 4회에 걸쳐 운행되는 등 그 운행 빈도도 높지 않아 일반적인 영업목적의 운전에 비하여 보험사고 발생의 위험률이 현저히 낮아 운행형태 측면을 고려할 때에도, 피보험자의 자동차 운행이 영업목적의 운행이라고 보기 어려움.

유사관례에서도 서적 배달업무에 종사하면서, 가끔 자신 소유의 승합차를 이용하여 서적을 배달한 사실이 있다는 정도의 사실만으로는 차량의 운송 경위나 목적, 빈도 등에 비추어, “계속적·반복적인 유상운송제공행위”에 해당되지 않는다고 판단⁵⁷¹⁾한 바 있으며, 학생들로부터 실비의 분담차원에서 이용료를 받고 운행하는 통학버스의 운행도 그 운행의 목적, 빈도 등에 비추어 볼 때, “계속적·반복적인 유상운송제공행위”로 보기 어렵다고 함.⁵⁷²⁾

라. 결 론

그렇다면 금번 차량 운행은 영업목적의 차량운행으로 보기 어려워 피신청인은 당해 약관에서 정하고 있는 형사합의금을 지급할 책임이 있다고 판단됨.

571) 대법원 1996.1.26. 선고 98다48682 판결 참조.

572) 대법원 1995.5.12. 선고 94다54726 판결 참조.

제2절 화재 보험 등

4-8 그라인더 작업중 발생한 화재가 피보험자의 종과실에 의한 사고인지 여부

[인용] 보험약관에서 보험자의 면책사유로 규정하고 있는 종과실의 의미 내용은 거의 고의에 가까운 정도로 현저하게 주의를 결한 상태를 의미하는 것으로 매우 엄격하고 제한적으로 해석하여야 할 것이므로, 본건에 있어서와 같이 상점 내에서 진열대가 넘어져 어지럽혀진 상점을 빨리 수습하여 정상적인 영업을 하여야 하는 경황이 없는 상황이었음을 감안할 때 비록 완벽한 재해방지 조치에는 이르지 못하였지만 기본적인 주의의무를 이행하고 작업을 시작하였고, 이러한 작업중에 발생한 본건 화재사고에 대하여 신청인의 남편에게 중대한 과실이 있었다고 보기는 어려울 것으로 판단됨.(1999.10.26. 조정번호 제99-52호)

가. 사실관계

1999.8.25. 18:10경 신청인 및 신청인의 남편이 운영하는 ○○페인트 대리점(건평 약21평)내에서 철재앵글로 제작된 진열대(2,500×2,300mm)가 페인트 캔의 하중을 이기지 못하여 넘어지는 사고가 발생함. 이에 신청인은 동 대리점으로부터 가까운 곳에서 작업중인 신청인의 남편(A씨)에게 동 사실을 알림.

신청인의 남편은 대리점 내를 대충 정리한 후 쇠파스를 이용하여 철재앵글을 절단하려 하였으나 여의치 아니하자 동 상점 이웃에 있는 △△앵글사(상점주 B씨)에서 그라인더를 빌림. 이 때 신청인의 남편은 신청의 B씨로부터 그라인더 작업시 불꽃의 방산을 방지할 수 있는 방호벽(합판, 대략 800×900×12mm)을 함께 빌리고 그라인더의 사용방법과 주의사항에 대해 설명을 들음. △△앵글사에서 빌려온 합판을 신청인의 남편이 작업하는 전방에 설치하고 상점출입구쪽에 있는 전기코드에 그라인더를 연결시키고 작업을 하던중 갑자기 화재가 발생하여 신청인의 남편이 신체피해(양측하퇴부에 2도 및 3도화상)를 입고 페인트가 손상되는 등의 물적피해가 발생함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

신청인의 남편은 자신의 상점과 이웃에 있는 △△앵글사에서 그라인더와 방호벽을 빌리면서 작업시의 주의사항을 들은 바 있으며 철재앵글 절단작업을 하기전에 상점바닥에 흘러내린 페인트 등을 닦아내고 방호벽을 설치한 후 작업을 하던중 갑자기 화재가 발생한 것임. 따라서 단순히 페인트 등 인화물질이 있던 장소에서 그라인더로 작업중 그 불꽃으로 인하여 화재가 발생하였다는 사실을 들어 중과실에 의한 사고로 단정하고 보험금 지급을 거절하는 피신청인의 주장은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

본건 사고는 철재앵글로 만든 진열대가 하중을 이기지 못하여 넘어지면서 진열대위의 페인트와 신나통이 상점바닥으로 떨어져 내용물이 흘러나와 상점내에 고여 있는 상황에서 신청인의 남편이 그라인더로 철재앵글을 절단하던 중 불티가 상점바닥의 신나와 페인트에 착화되면서 발생한 화재임.

한편, 해당 보험약관 제6조 제1항에는 “보험계약자, 피보험자 또는 이들의 법정대리인의 고의 또는 중대한 과실로 생긴 화재손해는 보상하지 아니한다”고 규정하고 있는 바, 본건 사고경위와 법률자문내용에 의할 때 본건 사고는 신청인 남편의 중대한 과실로 인하여 발생한 것이므로 보험약관에 정한 면책사유에 해당되어 보험금 지급책임이 없음.

다. 위원회의 판단

◆ 본건의 쟁점은 그라인더로 철재앵글을 절단하던 중에 발생한 화재가 신청인의 남편의 중과실에 의한 사고로 볼 수 있는지 여부라 할 것임.

신청인이 가입하고 있는 ○○안전보험 보통약관(이하 “보험약관”이라 함) 제6조(보상하지 아니하는 손해) 제1항에 의하면 “보험계약자, 피보험자 또는 이들의 법정대리인의 고의 또는 중대한 과실로 인한 손해는 보상하지 아니합니다.”라고 규정하고 있음.

따라서 본건 사고가 실질적인 피보험자에 해당하는 신청인의 남편에 의한 고의 또는 중대한 과실에 기인하여 발생한 사고임이 판명되면 보험약관 제6조 제1항에 의거 피신

청인에게 보험금 지급책임이 발생하지 아니한다 할 것임.

본건 사고경위를 종합하여 보면 신청인의 남편은 상점바닥에 쏟아진 페인트, 신나통 등의 일부를 대충 정리하고 흘러내린 페인트 및 신나를 닦은 후 무너진 철재앵글 진열대를 치우기 위하여 자신의 상점과 이웃에 있는 삼성천막앵글에서 철재앵글을 절단할 수 있는 그라인더를 빌리면서 사용방법 및 주의사항에 대하여 설명을 들은바 있음. 또한 그라인더 작업시에 발생하는 불꽃의 방산을 방지할 수 있는 방호벽(합판)을 함께 빌려온 후 그라인더 작업을 시작하기 전에 작업위치 전방에 동 방호벽(합판)을 설치하고 작업을 하던중 갑자기 화재가 발생한 것으로 인정됨.

일반적으로 페인트, 신나 등 인화성물질이 가까이 있는 상황에서 불꽃이 일어나는 그라인더 작업을 하는 작업자로서는 사전에 인화물질을 밖으로 치우고 작업장소 주변에 흘러내린 인화물질이 있는지 여부를 주의깊게 살핀후 안전하게 작업하여야 할 주의의무가 있다 할 것인 바, 신청인의 남편의 중과실 여부를 판단함에 있어 피신청인은 본건 작업시에 신청인의 남편이 취한 주의조치 등 사고당시의 구체적인 상황을 고려함이 없이 단순히 본건 사고가 페인트 신나 등 인화성이 강한 물질 옆에서 그라인더 작업을 하던 중 발생한 사고이므로 신청인의 남편의 중대한 과실에 기인한 사고라고 단정하고 있으나, 비록 신청인의 남편은 작업착수전에 화재사고를 완벽하게 방지할 수 있는 조치를 취하지는 못하였으나 인화물질이 흘러내린 상점바닥을 닦고 아울러 불꽃의 확산을 방지하기 위한 방호벽을 설치하는 등 화재발생에 대비한 기본적인 필요조치는 취한 것으로 인정됨.

보험약관에서 보험자의 면책사유로 규정하고 있는 중과실의 의미 내용은 거의 고의에 가까운 정도로 현저하게 주의를 결한 상태를 의미하는 것으로 매우 엄격하고 제한적으로 해석하여야 할 것이므로 본건에 있어서와 같이 상점 내에서 진열대가 넘어져 어지럽혀진 상점을 빨리 수습하여 정상적인 영업을 하여야 하는 경황이 없는 상황이었음을 감안할 때 비록 완벽한 재해방지 조치에는 이르지 못하였지만 기본적인 주의의무를 이행하고 작업을 시작하였고 이러한 작업중에 발생한 본건 화재사고에 대하여 신청인의 남편에게 중대한 과실이 있었다고 보기는 어려울 것으로 판단됨.

라. 결 론

따라서 신청인의 남편에게 고의 또는 중대한 과실이 있음을 전제로 하는 피신청인의 면책주장은 이유 없으므로 해당 보험약관규정에 따라 신청인에게 보험금을 지급하는 것이 타당함.

4-9 평시보다 높은 화기로 인해 재산피해가 발생한 경우 화재사고 해당 여부

[인용] 일반적으로 ‘화재’란 불에 의해 야기된 재해를 말하는 것으로, 불자리(火床)을 떠나 독립적인 연소력을 가진 불에 의해 손해를 입거나 불이 의도하지 않은 곳에서 의도하지 않은 결과를 초래하는 경우에는 화재보험의 보상대상이 되는 화재라 할 것이며, 또한 불이 정상적인 장소에 머물러 있으나 예정된 목적을 벗어나 통제할 수 없게 되어 재산상의 손실을 가져오게 되었다면, 이 역시 화재보험의 담보대상이 되는 ‘화재’로 인정함이 불로 인한 의도하지 않은 모든 손해를 보상받겠다는 보험계약자의 합리적 기대에도 부응하는 것이라 할 것임.(2004.7.27. 조정번호 제2004-3호)

가. 사실관계

신청인은 피신청인과 화재보험계약을 체결하였고, 신청인은 외장재타일을 제조하는 업체로, 제품은 타일원료를 배합·분쇄·혼합하여 성형한 다음 소성로⁵⁷³⁾를 거쳐 완성되며, 예열구간에서 약 600°C~1000°C, 소성구간에서 약 1300°C 이상으로 가열한 다음 냉각구간을 거쳐 나오도록 되어 있으며 소성로 내 작업은 약 2시간 정도 진행됨. 또한 각 구간별 적정온도 유지는 중앙콘트롤 판넬에서 하며, 이는 소성로내 댐퍼를 작동시켜서 가스량을 조절함으로써 이루어짐.

2004.3.2. 21시경 작업자가 소성로에서 불길의 솟아오르는 것을 발견하고 콘트롤 판넬의 계기를 확인해보니 예열구간의 온도가 1300°C 이상을 가리키고 있어 급히 소성로의 가스밸브를 차단하였으나 과다 분출된 가스 등으로 인하여 30분 이상 계속 연소하여, 소

573) 소성로는 길이 약80m 폭 약1.5m의 터널식 로(爐)로, 이는 예열·소성·냉각 3구간으로 이루어져 있고, 제품은 롤러를 통하여 각 구간을 자동으로 이동하도록 설계되어 있는 장치임.

성로내 예열구간 내부의 내화벽돌이 변형되고 소성로 물러, 환풍기 등이 손상된 사고가 발생함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

불이 상존하는 소성로라 할지라도 불이 본래의 목적을 벗어나 평상시보다 높은 화기로 인하여 소성로내 예열구간의 내화벽돌 및 알루미늄 물러 등이 손상되었으므로 이는 화재보험에서 담보하는 화재사고에 해당하는 바, 피신청인은 보험금을 지급해야 함.

(2) 피신청인의 주장

불이 불자리(소성로)를 이탈하지 않았고 신청인이 입은 재산상 피해 역시 불꽃이 상존하는 소성로와 관련된 것일 뿐 그 이외의 연소피해는 없었다할 것이므로, 이는 화재보험에서 담보하는 화재사고로 비롯된 것이라 할 수 없음.

다. 위원회의 판단

◆ 본건의 쟁점은 정상적 장소내에 국한되어 있는 불로 인해 불꽃이 상존하는 로(爐)가 손상된 사고가 화재보험에서 담보하는 화재사고에 해당하는지 여부에 관한 것임.

(1) 본건의 손해가 화재보험에서 담보하는 화재로 인한 것인지 여부

화재보험 보통약관에서는 보험의 목적이 화재로 입은 손해를 보상한다고만 정하고 있고 무엇을 화재라고 할 것인지에 대해서는 아무런 규정이 없는 바, 화재보험에서 말하는 “화재”는 전문가가 아닌 일반인인 보험계약자의 입장에서 통상적이고 일반적인 의미로 해석되어야 하며 보험계약자의 합리적 기대에도 맞게 해석되어야 할 것임.

일반적으로 “화재”란 불에 의해 야기된 재해를 말하는 것으로, 불자리(火床)을 떠나 독립적인 연소력을 가진 불에 의해 손해를 입거나 불이 의도하지 않은 곳에서 의도하지 않은 결과를 초래하는 경우에는 화재보험의 보상대상이 되는 화재라 할 것이며, 또한 불이 정상적인 장소에 머물러 있으나 예정된 목적을 벗어나 통제할 수 없게 되어 재산상

의 손실을 가져오게 되었다면, 이 역시 화재보험의 담보대상이 되는 ‘화재’로 인정함이 불로 인한 의도하지 않은 모든 손해를 보상받겠다는 보험계약자의 합리적 기대에도 부응하는 것이라 할 것임.

한편 서울고등법원⁵⁷⁴⁾에서는 “화재”의 정의와 관련하여, “일반적으로 ‘화재’란 불이 나는 재앙을 말하고, ‘불’은 물질이 열이나 빛을 내면서 타는 현상 또는 그 때 생기는 열·빛·불꽃을 의미한다. 불이 정상적인 장소에서 정상적인 방법으로 이용되고 있을 때에는 이를 화재로 볼 수 없으며, 불이 화재로 평가되는 것은 재앙으로 볼 수 있는 경우이다. 불이 재앙으로 되는 것은 ① 원래 불이 있어서는 안 될 곳, 사람들이 의도하지 않은 곳에서 일어나는 경우를 들 수 있고, ② 정상적인 장소에 있던 불이 그 범위를 벗어난 경우를 들 수 있다. 그런데 사람들이 의도한 장소에 계속 머물러 있는 불이라도 너무 장기간 계속되거나 과열되는 등 ‘과도하게 된 경우’에는 불이 재앙으로 변하여 화재가 된다고 할 것이다”고 판시하였고, 이를 대법원⁵⁷⁵⁾에서도 인정한 바 있음.

사정이 이와 같다면, 이 건 사고가 비록 불이 상존하는 로(爐)에서 발생한 것이라 하더라도 소성로의 예열구간의 적정온도는 약 600°C~1000°C인데 반하여 이 건 사고 당시 예열구간의 온도는 1300°C 이상이었으므로 과열되었다고 할 수 있고, 작업자가 가스밸브를 차단한 후에도 30분 이상 계속 연소상태에 있었으므로 의도하지 않은 불이 그 통제범위를 벗어나 과도하게 되었다 할 것이며, 신청인이 소성로를 포함한 기계기구 일체(소성로가 80%를 차지함)를 화재보험에 가입한 이유는 이 건과 같은 통제할 수 없는 불에 의한 소성로의 손해를 화재보험으로 보상받을 목적이었다고 해석하는 것이 신청인의 합리적 기대에도 부응한다 할 것임.

라. 결 론

이 건 사고는 신청인이 가입한 화재보험에서 담보하는 화재사고로 인한 것이므로 피신청인은 동 보험 약관에 따라 산정한 보험금을 신청인에게 지급하여야 할 것임.

574) 서울고등법원 2001.2.15. 선고 99나44412 판결 참조.

575) 대법원 2003.10.23. 선고 2001다18285 판결 참조.

4-10 타워크레인의 링기어 파손이 동산종합보험에서 담보하는 손해인지 여부

[가각] 동산종합보험 ‘우연한 사고로 입은 손해’라 함은 보험계약의 성립 당시 그 발생 여부나 발생시기 또는 발생방법 등이 객관적으로 확정되지 아니한 사고로 인한 손해를 의미하는바, 신청인이 본 크레인을 구입하기 이전에 이미 턴 테이블내 링기어 부품인 베어링이 파손된 사실이 확인되고, 이러한 상태에서의 계속적 사용은 당연히 링기어 상태의 점진적인 악화로 나타날 수 밖에 없는 바, 이는 당해 보험 약관상 보상하지 아니하는 손해인 보험의 목적의 흠으로 생긴 손해에 해당한다할 것임.(2005.4.26. 조정번호 제2005-23호)

가. 사실관계

신청인 A씨는 경기도 ◇◇시 소재 아파트신축현장에 설치되어 있던 타워크레인을 2004.3.9. B렌탈(주)로부터 금 154,660,000원에 구입한 후 약 7개월 뒤인 같은 해 9.30. 위 타워크레인을 보험의 목적으로 하여 동산종합보험 계약을 체결함.

동 크레인은 위 아파트 신축현장에 2003.4.24. 설치되어 2004.10.29. 해체될 때까지 C씨가 임차하여 사용하던 중 2003.9. 중순경 크레인의 턴테이블에서 이상 소음이 발생함.

이에 C씨는 당시 소유자인 B렌탈(주)에 이러한 사실을 통지하였고, B렌탈(주)로부터 수리를 의뢰받은 D사가 턴테이블내 링기어의 베어링 파손을 확인하고 수리 소견을 제시했으나, 크레인의 스윙에 당장 문제가 되지 않음을 이유로 수리 없이 계속 사용하던 중 2004.10.19. 링기어 파손으로 사고크레인의 가동이 불가능하게 되었다며 신청인이 피신청인에게 사고내용을 통보함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

건설현장에서 정상적으로 가동 중인 타워크레인을 구입하여 7개월 이상 사용하다 턴테이블내 링기어가 파손되었음에도 피신청인이 보험금을 지급하지 않음은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

보험가입 이전인 2003.9월 중순경 이미 타워크레인의 턴테이블에서 이상소음이 발생한 사실이 있음에도 이를 수리하지 아니한 상태에서 계속적으로 무리하게 사용하다 손해가 확대된 것으로, 이는 당해 보험에서 담보하는 우연한 사고로 보험목적물이 입은 손해에 해당한다 할 수 없으므로 보험금 지급책임이 없음.

다. 위원회의 판단

◆ 본건의 쟁점은 보험목적물에 생긴 손해가 당해 보험에서 담보하는 사고로 인한 것인지 여부라 할 것임.

(1) 약관 규정 및 관련법규

당해 보험의 보통약관 제5조(보상하는 손해)에 의하면, “회사는 보험에 가입한 물건이 우연한 사고로 입은 손해를 이 약관에 따라 보상하여 드립니다”라고 규정하고 있으며, 보통약관 제6조(보상하지 아니하는 손해) 제1항 제5호에서는 원인의 직접, 간접을 묻지 아니하고 보험의 목적의 자연소모 또는 고유의 성질에 의한 마모로 생긴 손해를, 제6호에서는 보험의 목적의 흠으로 생긴 손해를 보상하지 아니하는 것으로 규정하고 있음.

동 보험의 기계적사고 담보 특별약관 제1조(보상하는 손해)에서는 “회사는 (중략) 우연한 외래의 사고에 직접적으로 원인이 되지 아니한 기계적 사고로 보험의 목적에 생긴 손해를 보상하여 드립니다”라고 규정하면서, 제2조(보상하지 아니하는 손해)에서는 계약자 및 피보험자가 정당한 이유없이 언제나 양호한 운전상태를 유지하기 위하여 정비하는 것을 위반함으로써 생긴 손해는 보상하지 아니하는 것으로 규정하고 있음.

(2) 링기어 파손이 당해 보험에서 담보하는 사고로 생긴 것인지 여부

동산종합보험에 의하여 보상되는 “우연한 사고로 입은 손해”라 함은 보험계약의 성립 당시 그 발생 여부나 발생시기 또는 발생방법 등이 객관적으로 확정되지 아니한 사고로 인한 손해를 의미한다 할 것임.⁵⁷⁶⁾

본 건 타워크레인의 턴테이블내 링기어 파손이 당해 보험에서 보상하는 우연한 사고

576) 대법원 2001.7.24. 선고 2000다20878 판결 참조.

로 생긴 손해인지를 살피건대, 사고크레인이 공사현장에 설치되어 약 1년 6개월 동안 작동되었다 하더라도 신청인이 본 크레인을 구입하기 이전인 2003.9월 당시 이미 턴테이블 내 링기어 부품인 베어링이 파손된 사실이 확인되고, 이러한 상태에서의 계속적 사용은 당연히 링기어 상태의 점진적인 악화로 나타날 수 밖에 없고, 링기어내 베어링이 파손된 사고크레인은 보험 가입 당시 링기어내 하자를 갖고 있었던 것으로 인정되고 이러한 하자로 손해가 확대되었는 바, 이는 당해 보험 약관상 보상하지 아니하는 손해인 보험의 목적의 흠으로 생긴 손해에 해당한다 할 것임.

그리고 신청인은 우연한 외래의 사고에 직접적으로 원인이 되지 아니한 기계적 사고로 보험의 목적에 생긴 손해를 보상받는 「기계적사고 담보 특별약관」에 가입하였으나, 사고크레인의 턴테이블에 이상이 있음에도 불구하고 이를 수리하지 아니한 채 사용하여 발생한 본 건 손해는 동 보험 기계적사고 담보 특별약관상의 보상하지 아니하는 손해인 정비불량으로 인한 것에 해당하므로 동 특약에 따른 보상 역시 어렵다 할 것임.

한편 신청인은 사고크레인의 링기어 하자를 모른 상태에서 구입하고 당해 보험에 가입하였기 때문에 피신청인은 상법 제644조 단서 규정에 따라 본 건 사고에 대해 보상하여야 한다고 주장하나, 사고크레인 운전기사에 대한 조사결과, 신청인은 크레인을 구입하기 이전에 이미 사고크레인의 하자를 알고 있었던 것으로 나타나고, 설령 신청인이 사고크레인의 하자를 모르고 있었다 하더라도 상법 제644조의 단서규정과 관련하여 대법원이 “보험계약의 당사자 쌍방 및 피보험자가 모두 선의이어서 위 단서가 적용되는 경우라 할지라도 보험자에게는 그 보험계약에서 정한 책임개시시기 이후 발생한 보험사고에 대하여 보험금 지급의무가 인정될 수 있을 뿐이고, 보험계약에서 정한 책임개시시기 이전에 보험사고가 발생한 경우 이는 그 보험자가 인수하지 아니한 위험에 해당한다”고 판시⁵⁷⁷⁾하고 있는 점에 비추어 보면 신청인의 주장은 이유 없다 할 것임.

라. 결 론

그렇다면 이 건 사고는 당해 보험에서 담보할 수 있는 우연한 사고로 인한 손해가 아

577) 대법원 2004.8.20. 선고 2002다20889 판결 참조.

니므로 신청인의 보험금 지급 요구는 이유 없다 할 것임.

4-11 탱크로리 화재가 자동차로 생긴 손해에 해당하는지 여부

[인용] 영업배상책임보험약관상 ‘펌프’ 부분을 살펴보면, 자체추진력 여부에 관계없이 ‘펌프’를 항구적으로 부착하여 장소의 이동을 목적으로 하는 차량은 자동차로 보지 아니한다는 의미로 해석될 수 있는데, 이 사건 탱크로리는 자체추진력을 갖추고 장소를 이동하며 유류를 배출·흡입하기 위한 펌프를 항구적으로 부착하고 있는 차량으로, 당해 약관 자동차 용어풀이 4)의 규정에 부합하므로 피신청인의 면책주장은 이유 없음(2006.6. 27. 조정번호 제2006-33호)

가. 사실관계

신청외 A사는 피신청인과 영업배상책임보험 계약을 체결⁵⁷⁸⁾하였으며, A사(이하 “피보험자”라 함)는 유류탱크의 청소 및 철거를 주로하는 업체로, 경기도 소재 ○○목욕탕으로부터 지하 보일러실의 유류탱크 Cleaning 작업을 의뢰받음.

2005.11.23. 13:30경 피보험자가 ○○목욕탕의 유류탱크 안에 남아있던 폐유를 탱크로리에 장착된 펌프로 흡입하는 작업을 하던 중 갑자기 차량 머플러부분에서 화재가 발생함.⁵⁷⁹⁾ 동 화재로 폐유가 유출, 노상으로 흐르면서 불이 폐유를 따라 빠르게 이동하여 주변에 주차된 차량 16대, 상가 등으로 옮겨 붙어 약 3억7천만원 정도의 손해가 생겼고, 신청인은 위 피해상가에서 독서실을 운영하면서, 이 건 사고로 약 1억 2천만원 정도의 피해를 입었음.

한편, 피보험자는 당해 영업배상책임보험 이외에 탱크로리 차량에 대해 자동차보험을 가입하였는데, 자동차보험회사에서는 이 건 사고에 대해 보험금을 지급하는 것으로 결정

578) 보험계약 내용은 다음과 같음.

- 보험종목 : 영업배상책임보험
- 담보종목 : 도급업자 배상책임담보특약(보상한도액 10억원/1사고)

579) 관할 경찰서 발행 2006.2.9. “화재사실확인원”상의 사고개요에 의하면, “위 차량에 대한 국립과학수사연구소 감정한 바, 탱크로리 차량의 머플러 끝부분으로 유출된 열기 등이 축열되어 주변의 가연물(전선의 절연피복 등)에 착화, 출화된 것으로 추정된다는 감정결과임”이라고 기재되어 있음.

하였음.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

탱크로리는 폐유 흡입을 위한 작업기계로 사용된 것으로 당해 보험약관에서 정한 자동차의 범위에 포함되지 아니함. 탱크로리를 자동차라 인정하더라도, 이 건 연소 피해는 자동차로 생긴 손해라기보다는 작업자의 부주의에서 비롯된 것으로 면책사유에 해당하지 아니함.

(2) 피신청인의 주장

탱크로리는 일반인의 통상적 입장에서 보더라도 자동차로 인정되며, 당해 보험약관 용어풀이 4)-(3) “자체추진력 여부에 관계없이 장소의 이동을 목적으로 펌프를 항구적으로 부착한 차량”이란 펌프 작업의 이동을 위하여 펌프에 가동성을 부여한 차량이라는 의미로, 이 건 탱크로리가 기름의 흡입, 배출을 위한 펌프를 장착하고 있다고 하더라도 탱크로리는 기름 등의 운반을 위하여 도로상을 주행하는 자동차에 해당함.

탱크로리가 당해 보험약관상의 자동차에 해당하는 이상, 이 건 사고는 자동차로 생긴 손해이지 자동차와 무관하게 피보험자의 작업수행상의 과실로 인한 것이라 할 수 없음.

다. 위원회의 판단

◆ 본건의 쟁점은 피보험자가 당해 영업배상책임보험 이외에 탱크로리 차량에 대해 자동차보험을 가입하였으나, 자동차보험회사에서 이 건 사고에 대해 보험금을 지급할지 여부임.

(1) 당해 약관규정 등

당해 보험약관의 제1조(보상하는 손해)에 의하면, “피보험자가 작업의 수행 또는 작업의 수행을 위하여 소유, 사용, 관리하는 시설로 생긴 우연한 사고로 인하여 타인의 신체에 장애를 입히거나 타인의 재물을 망그러뜨려 법률적인 배상책임을 부담함으로써 입은 손해를 보상합니다”라고 규정하고 있고, 제2조(보상하지 아니하는 손해) 제15호에서는

“피보험자가 소유, 점유, 임차, 사용 또는 관리하는 자동차로 생긴 손해에 대해서는 보상하지 아니합니다”라고 규정하면서, 당해 보험의 ‘자동차’에 대해 정의⁵⁸⁰⁾하고 있음.

(2) 이 건 사고가 당해 보험약관에서 정한 자동차로 생긴 손해에 해당하는지 여부

이 건 사고가 당해 보험약관의 면책사유에 해당한다는 이유로 피신청인이 보험금 지급책임을 면하기 위해서는 면책규정이 명확하여 그 해석이 다의적이지 않아야 하며, 보험계약자의 부보 목적 및 면책사유의 취지 등을 감안하여 제한적으로 적용하여야 함.

이에 따라 이 건 사고를 살피건대, 다음의 각 점을 사유로 피신청인의 보상책임이 인정된다 할 것임.

① 당해 약관 자동차 용어풀이 4)-(3) “펌프” 부분을 살펴보면, 자체추진력 여부에 관계없이 ‘펌프’를 항구적으로 부착하여 장소의 이동을 목적으로 하는 차량은 자동차로 보지 아니한다는 의미로 해석될 수 있는데, 이 사건 탱크로리는 자체추진력을 갖추고 장소를 이동하며 유류를 배출·흡입하기 위한 펌프를 항구적으로 부착하고 있는 차량으로, 당해 약관 자동차 용어풀이 4)의 규정에 부합한다는 점.

② 당해 보험의 보험계약자 겸 피보험자는 유류탱크 청소 및 보수, 저수조 청소 및 위생관리 등의 영업을 주로 하는 업체로, 피보험자에게 탱크로리는 그 본래의 기능인 유류 운반 자동차라기보다는 유류탱크의 청소 등에 사용되는 작업도구로써 사용되며, 이 건 사고 당시에도 탱크로리는 폐유 흡입을 위한 펌프로 사용되었다는 점.

580) 자동차라 함은 도로상을 주행하기 위하여 설계된 것으로써 육상에서 사용하는 원동기를 붙인 차량, 트레일러 또는 반 트레일러 및 여기에 장착된 장치를 말합니다. 그러나 아래의 차량(여기에 부착된 기계나 장치를 포함합니다)은 자동차로 보지 아니합니다.

4. 자체추진력 여부에 관계없이 장소의 이동을 목적으로 아래의 기계를 항구적으로 부착한 차량

(1) 파워크레인, 쇼벨, 로더, 굴삭기, 천공기

(2) 그레이더, 스kre퍼, 로울러 등의 도로건설 또는 포장용기계

(3) 에어콤프레셔, 펌프, 발전기(분무용, 용접용, 빌딩청소용, 지질조사용, 조명용 및 우물탐사용을 포함합니다)

5. 위 1.내지 4.이외의 차량으로 주로 사람이나 물건 운송 이외의 목적으로 사용하는 차량. 그러나 아래의 장치를 항구적으로 부착한 자력주행차량은 자동차로 봅니다.

(3) 에어콤프레셔, 펌프, 발전기(분무용, 용접용, 빌딩청소용, 지질조사용, 조명용 및 우물탐사용을 포함합니다)

③ 가사, 이 건 탱크로리가 당해 보험약관상의 자동차에 해당한다 할지라도, 당해 면책규정의 취지는 자동차의 운행위험은 배제하겠다는 의미로 보이는 바, 이 건 사고는 청소작업 중 탱크로리에서 발생한 화재로 폐유가 유출되어 지대가 낮은 피해 건물쪽으로 흘러 내려 불이 이를 따라 빠르게 이동하여 발생하였고, 이는 피보험자의 작업자 4명 모두가 건물지하 보일러실에 위치함으로써 차량에 발생한 화재를 초기 진화하지 못하고, 폐유의 유출을 사전 차단하지 못함으로써 비롯된 것이므로 자동차의 운행위험으로 인한 손해라기보다는 작업자의 작업 수행 중 과실로 발생한 것으로 평가할 수 있다는 점.

그렇다면 이 건 사고의 탱크로리는 당해보험 약관에서 규정하고 있는 자동차에 해당하지 아니하고, 사고 역시 작업자의 작업 수행 중 과실로 발생한 것이므로 피신청인은 보상책임이 있다 할 것임.

라. 결 론

따라서 피신청인은 당해보험약관에 따른 보상책임을 부담하므로 신청인 등 피해자에게 보험금을 지급하여야 할 것임.

4-12 태풍에 의한 유리창 파손의 보상 책임 유무

[인용] 본 건 상품은 화재, 폭발 또는 파열, 폭동, 파업, 시위 등의 다양한 형태의 위험 뿐만 아니라 벼락과 같은 자연재해도 담보하고 있어 태풍에 의한 위험을 보상범위에서 제외하고 있다고 볼만한 자료를 찾을 수 없고, 다양한 형태의 파열사고중 손해발생의 빈도 등을 고려하여 특정위험을 담보범위에서 제외하기 위한 것이며, 형법조항은 위험성의 정도 등을 고려하여 사회 안전망 확보 차원에서 특정한 범죄 행위에 대한 가중 처벌을 위해 마련된 것이므로 피신청인이 주장하는 바와 같이 파열의 의미를 화재나 폭발물 등에 의해 ‘터지거나 분출되는 형태의 사고’로만 제한 해석하기는 어렵다 할 것임.(2013.2.26. 조정번호 제2013-5호)

가. 사실관계

A는 피신청인과 2012.1.21. 화재보험계약을 체결함. 2012.8.28. 태풍 볼라벤⁵⁸¹⁾으로 아

파트 베란다 유리창(2장) 파손되었고, 피신청인은 보험금 청구 문의에 대해 지급불가 안 내함. 이에 신청인은 2012.10.4. 금융분쟁조정을 신청함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

이 건 사고는 약관상 보상하는 손해에 해당하는데도 보험금 지급을 거절함은 부당함

(2) 피신청인의 주장

이 건 보험약관의 담보위험은 주택의 화재로 인한 폭발, 파열 등인데 일반적으로 “파열”이라 함은 압력증가 등 내부적인 원인에 의하여 “터지거나 분출되는 형태의 사고”를 뜻하므로 강풍으로 유리창이 깨진 경우는 이에 해당하지 아니함.⁵⁸²⁾

다. 위원회의 판단

◆ 본건의 쟁점은 이 건 사고가 약관상 보상하는 ‘화재, 벼락, 폭발 또는 파열, 화재로 인한 연기 손해’에 해당하는지 여부라 할 것임

(1) 보상하는 손해에 해당하는지 여부

약관의 해석은 신의성실의 원칙에 따라 당해 약관의 목적과 취지를 고려하여 공정하고 합리적으로 해석하되 평균적 고객의 이해가능성을 기준으로 객관적·확일적으로 해석하여야 하며, 위와 같은 해석을 거친 후에도 약관 조항이 객관적으로 다의적으로 해석되는 등 당해 약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 고객에게 유리하게 해석⁵⁸³⁾해야 하는 바, 이러한 약관해석 원칙 및 아래와 같은 사실을 감안할 때 이 건 사고는 약관상 보상하는 손해에 해당한다고 판단됨.

581) 2007년 나리 이후 가장 강한 바람을 동반, 당시 전국에서 19명이 사망함.

582) 2012.8월 발생한 태풍 볼라벤의 영향으로 피보험물건인 아파트 베란드의 유리창이 파손된 사실에 대해서는 당사자간에 다툼이 없음.

583) 대법원 2010.12.9. 선고 2009다60305 판결 등 참조.

① 당해 약관 제1조(보상하는 손해) 제1항⁵⁸⁴⁾에 의하면 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 주택과 가재도구의 아래 손해를 보상한다고 규정하면서 이 건과 관련한 ‘1. 화재, 벼락, 폭발 또는 파열, 화재로 인한 연기 손해’를 보상대상으로 열거하고 있는 바, 이 중 “연기손해”는 “화재”에 의한 것임을 구체적으로 명시하고 있는데 반해 “화재, 폭발 또는 파열”에 의한 손해는 그 원인을 달리 규정하고 있지 아니한 점.

② 유리가 깨진 경우는 통상 “파손”이라고 말하기는 하나 “파열(破裂)”의 사전적(辭典的)의미는 “깨어지거나 갈라져 터짐”을 말하는 것이므로 유리창이 깨진 상태를 “유리 파열”이라고 하더라도 이를 잘못된 표현이라고 단정하기 어렵고⁵⁸⁵⁾ 당해 약관에서도 “파열”의 의미를 달리 정의하고 있지 아니한 점

③ 이 건 상품은 화재, 폭발 또는 파열, 폭동, 파업, 시위, 노동쟁의 등의 다양한 형태의 위험 뿐만 아니라 벼락과 같은 자연재해도 담보하고 있어 태풍에 의한 위험을 달리 보상범위에서 제외하고 있다고 볼만한 자료를 찾아 볼 수 없는 점.

(2) “파열”의 의미가 “터지거나 분출되는 형태의 사고”로 제한되는지 여부

피신청인은 파열의 의미와 관련하여 당해 약관 제3조(보상하지 아니하는 손해)에서 “화재로 인하지 아니한 수도관, 수관 또는 수압기 등의 파열로 생긴 손해”는 보상하지

584) 제1조(보상하는 손해) ① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 주택(이하 ‘주택’이라 합니다)과 가재도구의 아래 손해를 보상한다.

1. 화재, 벼락, 폭발 또는 파열, 화재로 인한 연기 손해
2. 폭동, 파업, 시위, 노동쟁의
3. 제3자의 악의적인 행위나 고의적 파괴
(이하 생략)

제3조(보상하지 아니하는 손해)

1. 공해 또는 오염
2. 테러리즘
3. 파동이나 폭음, 음속, 초음속으로 인한 손해
4. 건물의 결함, 설계 결함, 시공 결함, 재료 결함으로 인한 손해
(중략)

34. 화재로 인하지 아니한 수도관, 수관 또는 수압기 등의 파열로 생긴 손해

585) 국립국어연구원에 동 사항을 질의한 결과 유리창의 경우도 “깨어진다”의 뜻만 본다면 “파열”을 쓸 수 있다고 답변해 옴.

아니한다고 규정하고 있고, 형법 제172조 등⁵⁸⁶⁾에서도 파열을 폭발성 물건에 한정하여 적용하고 있는 사실 등에 비추어 파열은 “터지거나 분출되는 형태의 사고”로 해석하는 것이 타당하다고 주장하고 있으나, 당해 약관 제3조는 다양한 형태의 파열사고 중 손해 발생의 빈도 등을 고려하여 특정 위험을 담보범위에서 제외하기 위한 것이고, 위 형법조항은 위험성의 정도 등을 고려하여 사회 안전망 확보 차원에서 특정한 범죄 행위에 대한 가중 처벌을 위해 마련된 것이므로 피신청인이 주장하는 바와 같이 위 조항들을 근거로 하여 파열의 의미를 화재나 폭발물 등에 의해 “터지거나 분출되는 형태의 사고”로만 제한하여 해석하기는 어렵다 할 것임.

라. 결 론

그렇다면 피신청인은 약관에서 정한 이 건 사고와 관련한 보험금을 지급할 책임이 있다고 할 것임.

4-13 공장화재보험에서 호이스트 철거작업이 계약 후 알릴의무 대상인지 여부

[인용] 약관은 보험기간 중에 보험계약자 또는 피보험자가 사고발생의 위험이 현저하게 변경 또는 증가된 사실을 안 때에는 지체없이 보험자에게 통지하도록 정하고 있으며 ‘사고발생의 위험이 현저하게 변경 또는 증가된 사실’이라 함은 그 변경 또는 증가된 위험이 보험계약의 체결 당시에 존재하고 있었다면 보험자가 계약을 체결하지 않았거나 적어도 그 보험료로는 보험을 인수하지 않았을 것으로 인정되는 사실을 말하는데, (주)○○엔지니어링은 작업공정상 평소 공장내에 설치된 호이스트를 이용하면서 산소절단 등을 통한 작업을 수행해온 점, 피신청인은 보험계약의 갱신 과정에서 호이스트 사용 사실을 알 수 있었던 점, 피신청인 인수지침상 호이스트 설치 여부 등은 보험계약체결시 고려대상이 되지 않는 점 등을 고려하면, 사고발생의 위험이 현저하게 변경 또는 증가되었다고 볼 수 없음(2016.6.28. 조정번호 제2016-17호).

586) 제172조 제1항(폭발성물건파열) 보일러, 고압가스 기타 폭발성 있는 물건을 파열시켜 사람의 생명, 신체 또는 재산에 대하여 위험을 발생...

제173조의2 제1항(과실폭발성물건파열등) 과실로...(중략)...죄를 범한 자는 5년 이하의 금고 또는 1천 500만원 이하의 벌금에 처한다.

가. 사실관계

(주)○○엔지니어링 대표이사 A는 2015.7.15. (주)○○엔지니어링을 계약자 겸 피보험자로 하여 공장화재보험계약을 체결하였음. 본건 계약은 (주)○○엔지니어링 건물을 담보목적물로 하고 건물에 화재가 난 경우 330,000,000원을 한도로 보상하기로 하는 내용을 포함하고 있음. (주)○○엔지니어링은 2015.12.9.~10. 인근 공장으로 이사하였고, 2015.12.11. 철거업체가 기존 공장에 설치된 호이스트(공장 천정에 설치되어 소형의 화물 등을 들어 옮기는 천정크레인)를 산소절단기로 철거작업 후 40분이 경과한 시점에 공장건물에서 화재가 발생함. 이에 신청인이 보험금을 청구하였으나, 피신청인은 계약 후 알릴의무 위반을 이유로 보험계약을 해지하고 보험금 부지급 통보. 이에 신청인이 분쟁조정을 신청함.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

신청인은 금속주물틀을 완성·출하하는 업체이며, 평소 작업공정상 호이스트를 이용하여 산소절단 작업 등을 해왔음에도, 피신청인이 호이스트 철거작업을 현저한 위험의 변경 또는 증가로 보고 계약 후 알릴의무 위반을 이유로 보험금 지급을 거절하는 것은 부당함.

(2) 피신청인의 주장

공장건물을 보험의 목적으로 하는 보험계약에 있어 건물에 설치되었던 호이스트를 철거하는 작업은 당해 보험약관에서 계약 후 알릴의무로 정하고 있는 현저한 위험의 변경 또는 증가에 해당됨에도 이를 회사에 알리지 않았으므로 보험금 지급을 거부한 처리는 타당함.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 건물화재로 입은 손해를 담보하는 공장화재보험에서 호이스트 철거작업을 회사에 알리지 않은 것이 ‘계약 후 알릴의무’ 위반에 해당하는지 여부라 할 것임.

(1) 관련 규정

<공장화재보험 보통약관>

제16조(계약 후 알릴 의무) ① 계약을 맺은 후 보험의 목적에 아래와 같은 사실이 생긴 경우에는 계약자나 피보험자는 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험 증권에 확인을 받아야 합니다.

1. 이 계약에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 체결하고자 할 때 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 때
2. 양도할 때
3. 보험의 목적 또는 보험의 목적을 수용하는 건물의 구조를 변경, 개축, 증축하거나 계속하여 15일 이상 수선할 때
4. 보험의 목적 또는 보험의 목적을 수용하는 건물의 용도를 변경함으로써 위험이 변경되는 경우
5. 보험의 목적 또는 보험의 목적이 들어있는 건물을 계속하여 30일 이상 비워 두거나 휴업하는 경우
6. 다른 곳으로 옮길 때
7. 위험이 뚜렷이 변경되거나 변경되었음을 알았을 때

② 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려드리며, 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날부터 1개월 이내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.

제30조(계약의 해지) ③ 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 계약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인이 제15조(계약전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 때
2. 뚜렷한 위험의 변경 또는 증가와 관련된 제16조(계약후 알릴 의무)에서 정한 계약후 알릴 의무를 이행하지 않았을 때

<상 법>

제652조(위험변경증가의 통지와 계약해지) ① 보험기간 중에 보험계약자 또는 피보험

자가 사고발생의 위험이 현저하게 변경 또는 증가된 사실을 안 때에는 지체없이 보험자에게 통지하여야 한다. 이를 해태한 때에는 보험자는 그 사실을 안 날로부터 1월내에 한하여 계약을 해지할 수 있다.

② 보험자가 제1항의 위험변경증가의 통지를 받은 때에는 1월내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있다.

(2) 쟁점에 대한 검토

피신청인은 보험목적물인 건물에서 산소절단기를 이용한 호이스트 철거작업이 현저한 위험의 변경 또는 증가에 해당됨에도 이를 알리지 않은 것은 계약 후 알릴의무 위반에 해당한다고 주장하나, 아래와 같은 사정을 종합하여 판단할 때 인정하기 어려움.

우선, 당해 보험약관 및 상법에서는 보험기간 중에 보험계약자 또는 피보험자가 사고발생의 위험이 현저하게 변경 또는 증가된 사실을 안 때에는 지체없이 보험자에게 통지하도록 정하고 있으며 ‘사고발생의 위험이 현저하게 변경 또는 증가된 사실’이라 함은 그 변경 또는 증가된 위험이 보험계약의 체결 당시에 존재하고 있었다면 보험자가 계약을 체결하지 않았거나 적어도 그 보험료로는 보험을 인수하지 않았을 것으로 인정되는 사실을 말함(대법원 2004. 6. 11. 선고 2003다18494 판결).

이 건 보험계약자인 (주)○○엔지니어링은 금속주물틀을 완성·출하하는 업체로서 그 작업공정상 평소 공장내에 설치된 호이스트를 이용하면서 산소절단 등을 통한 작업을 수행해왔으며, 금번 호이스트 철거작업시에도 평소처럼 사용해오던 산소절단기를 이용하여 작업이 이루어진 점.

2016.6.20.자 (주)○○엔지니어링 관리자 H, 前 직원 I이 제출한 진술서에 의하면 ‘산소절단기, 전기용접을 사용하여 프라스코(금속주물틀)를 제작을 한다’고 진술하고 있고, 신청인이 제출한 2015.1~5월 기간 중 J종합가스 (등록번호 1**-2*-*****, △△ 소재)의 거래명세표에서도 (주)○○엔지니어링이 J종합 가스로부터 산소절단기 작업에 필요한 산소(O₂), 프로판 가스(C₃H₈)를 정기적으로 구입한 기록이 있으며

피신청인 또한 보험계약자인 (주)○○엔지니어링과 2013.7.16. 최초계약 이후 2차례에 걸쳐 보험계약을 갱신하는 과정에서 (주)○○엔지니어링이 평소 금속주물틀 제조를 위해

산소절단기 등을 사용하여 철판절단 등의 작업을 수행하는 업체임을 충분히 알았거나 알 수 있었던 것으로 보이는 점.

* 신청인의 보험가입증서의 가입내역을 살펴보면 “실영직종 : 금속기계기구 제조(금속 가공, 조립 및 의장), 보험의 목적 및 내용 : 철판절단 및 절곡”으로 기재되어 있음

이 건 건물화재로 입은 손해를 담보하는 계약에서 피신청인이 보험계약체결 당시에 신청인이 산소절단기를 사용한 호이스트 철거작업 사실을 알았다면 보험계약을 체결하지 않았거나 적어도 그 보험료로는 보험을 인수하지 않았다고 볼만한 객관적 증거가 제시되어야 하는데 피신청인의 인수지침, 요율서 등에 의하면 공장의 업종(금속가공, 조립 및 의장) 및 건물구조급수(철골조 샌드위치판넬 지붕, 외벽의 경우 3급)에 따라 보험 요율이 결정될 뿐, 호이스트 설치나 철거여부 및 산소절단기 사용유무에 따라 요율이 달라지거나 인수여부가 결정된다는 내용을 찾아볼 수 없는 점.

또한 피신청인은 호이스트 철거가 ‘철거 중 건물’에 해당되고, 이러한 경우 특별인수제한 기준에 따라 사전승인을 받은 경우에 대해서만 계약인수가 가능하다고 주장하고 있으나

① 이 건 공장화재보험의 보험목적물은 ‘건물’만을 대상으로 하고 있는데 금속주물틀 작업을 용이하게 하기 위해 건물 내부에 설치한 구조물의 하나인 호이스트를 철거하는 것에 대해서까지 공장건물 그 자체를 없애거나 공장건물 전체의 이전을 의미하는 ‘철거 중인 건물’로 보기 어렵고 ② 피신청인이 2015년 인수한 전체 화재보험 계약 17,665건 중 ‘철거 중인 건물’을 이유로 보험계약 인수를 거절한 사례가 없었으며, 호이스트 철거를 이유로 사전승인을 받거나 인수가 거절된 사례가 전혀 없었던 점 등을 감안할 때 피신청인이 이 건 호이스트 철거작업 사실을 알았다 하더라도 보험 계약체결을 거절하였을 것으로 인정하기 어려운 점.

라. 결 론

그렇다면, 피신청인은 신청인에게 당해 보험약관에서 정한 바에 따라 보험가입금액 한도 내에서 공장화재로 인한 손해액 상당의 보험금을 지급할 책임이 있다 할 것이므로 신청인의 청구를 인용함.

제3절 해상보험

4-14 선박보험에서 담보하는 보험사고인지 여부

[기각] 해상 고유의 위험(Perils of Seas)이라 함은 해상에서만 발생하는 우연한 사고 또는 재난만을 의미하고, 우연성이 없는 사고, 예컨대 통상적인 바람이나 파도에 의한 손상, 자연적인 소모 등은 이에 해당하지 아니하는 것으로 해석됨. 신청인은 운항도중 물밑에 있는 정체불명의 물체와 충돌하여 기관실내 다량의 해수 유입으로 선박이 침몰되었다고 주장하나, 선박과 수면하의 외부물체와의 심한 충돌이 있었는지 여부가 불분명하고, 여타 사정을 참작하더라도 선박의 침몰이 해상고유의 위험으로 인하여 야기된 사고에 해당한다라고 보기 어려움.(2001.4.10. 조정번호 제2001-19호)

가. 사실관계

보험계약자(○○○ Shipping Co., Limited)는 TLO(전손부담조건) SC(구조료) /SL(손해방지비용) 4/4 RDC(충돌배상책임) Deductible: US \$50,000의 조건으로 보험기간 1년(1999.8.2.~2000.8.2), 보험금액 8억원의 선박보험계약을 체결함.⁵⁸⁷⁾

2000.5.8. 동 선박은 한국 ◇◇항을 출항하여 같은 달 23일 인도네시아 △△△항에 도착하여 인근어장에서 어획물을 실음. 동 선박은 같은 해 6.22 11:30경 인도네시아 ▽▽항으로부터 동남방 약 270mile 정도 떨어진 지점을 향해하고 있던 중 외부물체와 충돌하는 듯한 “깡”하는 소리를 당시 기관당직을 수행하고 있던 기관장이 타기실에서 듣고 주엔진을 정지시켜 선박의 이상 유무를 점검하였으나 아무런 문제점이 발견되지 아니하여 정상항해를 계속함.

당일 오후 15:00경 1번 발전기에 문제가 발생하여 2번 발전기로 교체하고 이러한 사실을 선주측에 보고하여 저녁무렵 인근지역에 있는 중국어선에 화물을 전재하라는 선주

587) 보험목적물인 동 선박은 총톤수 1,566톤, 주기관은 Hanshin T6TSH, 크기 70.00m×12.80m×5.70m, 1962.1.1. 일본에서 제작된 냉동고기운반선으로 선원은 선장 및 기관장 등 포함하여 15명(한국인 선원 6명 및 인도네시아 선원 9명)임.

측의 지시를 받고 중국어선과의 접선지역으로 항해를 계속함.

2000.6.24. 10:00경 중국어선과 접선하여 화물환적 작업을 시작하였고 전재작업이 계속되고 있던 같은 달 27일 15:30경 인도네시아인 2등 기관사가 기관실 발전기 하단부분에 상당량의 해수가 침수되었다고 보고하여 기관장 등이 확인한 바, 기관실이 1미터 정도 물에 잠겨 있어 펌프를 이용하여 해수를 퍼내었으나 실패함.

2000.6.28 12:00경 선장과 기관장이 선박의 상태를 점검하기 위해 다시 본선에 재승선하여 엔진룸에 들어가 후레쉬 라이트를 찾으려고 라이트를 켜다 폭발사고로 화상을 입었음. 같은 날 23:00경 사고선박이 2/3 가량 침몰되는 것을 지켜보다 중국어선은 사고지역에서 떠남.

2000.6.29. 중국어선이 ∇∇항에 도착하여 선원들은 귀가하였고, 사고지역 인근에 있던 선박에 본선상태를 확인 요청한 결과 선박이 보이지 않으므로 침몰된 것으로 추정됨.

나. 당사자의 주장

(1) 신청인의 주장

보험목적물인 선박은 선령이 38년 되었다고 하나, 동 보험 부보시에 한국선급협회의 검사를 받았고, 나아가 선박국적국인 온두라스정부 검사관의 감항능력 증서도 발급 받았으므로 동 선박의 운항능력은 충분하였다고 볼 수 있음. 선박은 출항직전 1개월간에 걸쳐 어창부분 등을 많은 금액을 들여 수리하였으며 당 항차에 약 1천톤의 화물운송 수요가 있었고 다음 항차는 추석물량 화물이 대기하고 있었기 때문에 선박운항상에 아무런 문제가 없었는 바, 고의로 보험사고를 일으킬 아무런 이유가 없음. 신청인은 피신청인과 1999.8.1. 선박보험계약을 체결하여 인도네시아 △△△△ 해역에서 화물 530톤을 적재하고 운항도중 물밑에 있는 정체불명의 물체와 충돌하여 본선의 발전기 등의 고장은 물론 기관실내 다량의 해수 유입으로 선박이 침몰되었으므로 본건 사고에 대하여 피신청인은 보험금을 지급하여야 함.

(2) 피신청인의 주장

해저의 부유물은 해저의 암반과는 달리 해수와 비중이 비슷한 물체이므로 기본적으로

선체보다 단단한 물질은 아님. 당시 선박의 속도(9.5knot) 및 기관실의 구조적인 측면 등을 고려해 볼 때 기관실의 외판에 파공을 줄 정도의 충돌은 현실적으로 희박하다 할 것임.

또한, 2000.6.22. 해저 부유물과 충돌하는 소리가 있는 후 약 2일간 정상항해를 수행하였고, 기관침수 발견당시의 선미흘수는 약 3.5미터 이어서 항해중에 부유물과 충돌이 되었다고 주장할 때의 흘수인 5미터보다 작은 상태였음. 더욱이 전제 작업중에는 항해중보다 기관의 진동과 선수부의 조파저항 등이 현저히 적었음에도 불구하고 기관실에 갑작스런 침수가 있었다고 하는 것은 이해할 수 없음. 기관실의 외판이 외부물체와 충돌하여 어떠한 파공이 있었다고 하더라도 파공이 더 악화될 수 있는 상황에서 침수가 된 것이 아니고 오히려 상황이 더 호전된 상황에서 급작스런 기관침수가 발생한 것은 현실적인 가능성이 없음. 상기 선박은 1962년 일본에서 건조된 선박으로 매년 수리비가 적지 않게 발생하고 있었고, 동 선박에 승선한 선원들이 퇴선할 당시 급박한 상황이 아니었음에도 항해일지와 기관일지를 가지고 퇴선하지 아니하였음. 이와 같은 점을 종합해 볼 때 선박의 침몰원인은 고의적인 침몰가능성 또는 선박노후로 인한 침몰 가능성이 높으며 해상고유의 위험으로 인한 침몰가능성은 희박한 것으로 보임.

다. 위원회의 판단

◆ 본 건의 쟁점은 운항도중 물밑에 있는 정체불명의 물체와 충돌하여 선박이 침몰하였으나, 본 건의 경우 선박보험에서 담보하는 보험사고인지 여부라 할 것임.

선박보험에서 담보하는 해상 고유의 위험의 의미와 해상고유의 위험에 의하여 발생한 것으로 볼 수 있는지 여부에 대하여 살펴보건대, 보험증권에 첨부된 협회기간약관(INSTITUTE TIME CLAUSE-HULL) 서문에는 영국법을 준거법으로 하고 있으며 이와 같은 준거법 약관에 대해 우리 대법원은 그 유효성을 인정하고 있음.⁵⁸⁸⁾

선박보험약관은 담보하는 위험으로서 해상 고유의 위험(Perils of Seas)을 열거하고 있고, 해상 고유의 위험이라함은 해상에서만 발생하는 우연한 사고 또는 재난만을 의미

588) 대법원 1991.4.23. 선고 90다카25314 판결 참조.

하고, 우연성이 없는 사고, 예컨대 통상적인 바람이나 파도에 의한 손상, 자연적인 소모 등은 이에 해당하지 아니하는 것으로 해석됨.

선박보험계약은 열거책임주의가 적용되는 보험약관으로서 보험의 목적물에 생긴 손해가 위와 같은 해상 고유의 위험으로 인하여 발생한 것이라는 점에 관한 입증책임은 피보험자에게 있음.⁵⁸⁹⁾ 비교적 고요한 바다에서 기관실 침수로 인한 본건 선박의 침몰 사고원인은 침몰한 선박을 인양하여 조사를 실시하지 아니한 현상 상황에서 ① 해상고유의 위험으로 인한 우연한 사고 또는 재난에 의한 침몰 ② 통상 자연적 마모 또는 불감항으로 인한 침몰 ③ 고의적인 침몰 등 몇 가지 원인을 추정해 볼 수 있음.

아래와 같은 점을 고려해 볼 때 동 선박의 침몰은 본건 선박보험이 담보하는 위험인 해상 고유의 위험으로 인한 것이라고 인정할만한 증거가 충분하지 아니함.

① 동 선박에 외부 물체가 부딪히는 “굉”하는 소리를 들은 후 점검결과 별다른 이상 징후를 발견하지 못하였고, 이후 정상항해를 계속하였으며, 동 선박 해수침입 전·후 사고지역의 기상상태가 선박이 침몰될 수 있는 정도로 불량하였다고 보기 어려운 점.

② 소음이 심한 타기실에 있는 기관장이 들을 수 있을 정도로 실제 동 선박과 수면하의 외부물체와의 심한 충돌이 있었는지 여부가 불분명하고, 당시 선박의 운항상태, 운항 속도, 예상충돌지점의 구조, 수면하 물체와의 예상충돌 각도 등을 종합하여 살펴 볼 때 동 선박의 외판에 손상을 야기할 정도의 충돌 가능성은 극히 낮다는 점.

③ 동 선박의 발전기에 고장이 발생하여 동 발전기의 고장을 수리하기 위해서는 가까운 항구로 피난하여 수리를 하는 것이 보다 우선시 됨에도 이러한 조치를 하지 아니한 것으로 보이고, 사고상황으로 보아 긴박한 상황이 아니었음에도 항해일지 등을 가지고 나오지 아니하였고, 최초 기관실의 해수침수 당시 기관실에 당직자도 없었던 점.

④ 동 선박은 선령이 38년이나 되는 노후된 선박이며, 매년 상당한 수리비가 소요되고 있는 점.

한편, 신청인은 이 사건 선박이 항해중 확인할 수 없는 물체와 충돌하여 기관실에 해수가 침입하는 바람에 침몰되었다고 주장하나, 위에서 살펴 본 여러 사정을 참작해 볼

589) 대법원 1998.5.15. 선고 96다27773 판결 참조.

때 동 선박의 침몰이 해상고유의 위험으로 인하여 야기된 것이라고 인정할 만한 증거가 부족하고, 또한 법원에서도 이 사건과 유사한 사례에서 해상고유의 위험으로 인한 사고라고 볼 수 없다고 판시⁵⁹⁰⁾하고 있음.

라. 결 론

해상 고유의 위험에 의하여 발생하였다고 인정할만한 증거가 충분하지 아니하므로 피신청인의 보험금 지급 거절은 타당함.

4-15 선박침수 후 청약된 해상적하보험 사고에 대한 보험회사의 책임 여부

[기각] 본 건 해상적하보험계약은 소급보험의 성격으로서 통상의 계약체결에 있어 업계의 관행과 당사자간의 과거 보험계약체결과정을 참고하여 동 보험계약의 체결여부를 판단하여야 할 것임. 본 건의 경우 해상적하보험계약은 정상적으로 체결되었으나 신청인이 사고 발생 사실을 예상한 상태에서 그 사정을 모르는 피신청인과 사이에 계약이 체결된 이상 영국해상보험법 등 준거약관에서 정한 바에 의할 경우 보험금을 지급할 책임이 없음.(2002.1.22. 조정번호 제2002-2호)

가. 사실관계

신청인은 2001.9.6. 북태평양 어장에서 ○○선박으로부터 화물을 전재한 후 부산항으로 항해하던 중 같은 해 9.8. 02:05. 선박기관실에 해수유입이 최초 발견되었고, 같은 해 9.9. 04:20. 동 냉동 운반선이 일본 근해에서 침몰됨.

한편 신청인은 2001.10.13. FAX로 피신청인에게 적하보험을 동년 9.7.로 소급하여 부과하였음.

나. 당사자의 주장

590) 부산지방법원 선고 98가합18097 판결 참조.

(1) 신청인의 주장

적하보험계약체결 관행상 보험계약 청약 후 4~5일 이내에 피신청인이 보험증권 및 보험료청구서를 송부하여 보험료를 납입하여 왔으므로 본건에 있어서도 보험료 납입이 유예됨.

(2) 피신청인의 주장

신청인은 건별로 보험부보 요청을 해 온 보험계약자이고, 개별보험계약의 인수여부는 전적으로 보험자의 결정사항이므로, 피신청인이 보험증권 발행전 보험심사 중 사고발생 사실을 인지하고 인수를 거절한 것은 정당함.

다. 위원회의 판단

◆ 본건의 쟁점은 선박 침수 청약된 본 건 해상적하보험 사고에 대한 보험회사의 책임존재 여부라 할 것임.

(1) 본건 해상적하보험계약의 성립 여부

본 건 해상적하보험계약은 소급보험의 성격으로 통상의 계약체결에 있어 업계의 관행과 본 건 당사자간의 과거 보험계약체결과정 및 피신청인측이 본건 보험계약에 있어 FAX에 의한 부보청약을 이의 없이 접수하였던 사정 등에 비추어 계약이 체결되었다고 볼 수 있음. 보험계약이 일응 유효하게 체결되었으므로 본 건 사고와 관련하여 보험자의 책임여부와 관련한 준거법은 영국법 준거약관에 의한다 할 것임.

(2) 보험금지급책임 존재 여부

신청인을 포함한 4개 회사 화주들이 2001.9.8. 10:13경 이후 일제히 피신청인에게 부보 요청 FAX를 발송한 사실, 신청인의 직원이 피신청인측에 부보청약 직후 보험계약의 유효여부와 관련하여 수 차례 문의한 사실, 2개 회사 화주는 이후 피신청인으로부터 이의를 받아 부보청약을 철회한 사실 등에 비추어, 이는 통상의 보험계약체결 과정에 있어 극히 이례적이고 청약 당시 신청인이 사고선박의 침수사실을 인지한 것으로 추정됨.

「영국해상보험법 해석규칙」 제1조에는 “계약이 성립되기 전에 손해가 발생한 경우에

는 계약의 성립시에 피보험자가 손해 발생을 알고 있었고 보험자가 알고 있지 못한 경우를 제외하고 위험이 개시한다.”라고 규정하고 있고, 「영국해상보험법」 제17조 및 제18조에서는 고지의무위반을 이유로 한 보험계약의 해지가 정당함을 규정하고 있음.

그렇다면 본 건 해상적하보험계약이 체결되었다 하더라도 신청인이 사고발생 사실을 인지하였거나 예상한 상태에서 그 사정을 모르는 피신청인과 사이에 계약이 체결되었다 할 것이므로 「영국해상보험법」 등 준거약관에서 정한 바에 따라 피신청인은 담보책임을 지지 아니함.

라. 결 론

본 건 계약이 일응 유효하게 체결되었다 하더라도 신청인이 사고발생 사실을 인지하였거나 예상한 상태에서 그 사정을 모르는 피신청인과 사이에 계약이 체결된 이상 영국 해상보험법 등 준거약관에서 정한 바에 따라 피신청인은 담보책임을 지지 아니하므로 신청인의 주장은 이유가 없는 것으로 판단됨.

제4절 건설공사 관련

4-16

건설공사보험(공사물건보험)에서 고속도로 건설사업 진행 중 시면붕괴사고 발생시 보험금 지급 범위

[인용] 이 사건 보험약관에 따르면 ‘수리가 가능한 손해의 경우 사고 직전 상태로 복구하는데 필요한 수리비용’을, ‘전손의 경우 사고 직전 상태의 시가’를 각 손해사정의 기초로 하되 다만, ‘수리가 가능한 손해인 경우에도 수리비가 사고 직전의 가액 이상인 경우 전손의 예에 따른다.’라고 되어 있는 바, 전체 56.95km 구간 중 60m구간에 대하여 복구공사가 진행된 본건은 수리가 가능한 손해이므로 ‘수리비’와 ‘사고 직전의 가액’을 교량하여 그 중 적은 금액을 보험금 산정의 기초로 삼아야 함. 여기서 ‘사고 직전의 목적물의 가치’는 ‘복구구간’의 ‘기투입공사비’로 해석됨. 그런데 신청인이 제출한 자료만으로는 복구구간에 대한 정확한 기투입공사비를 확인할 수 없으므로 이 사건 신청은 손해액 산정에 필요한 소명이 부족한 경우에 해당하여 이유 없다고 할 것임(2017.6.27 조정번호 제2017-8호).

가. 기초 사실

(1) 보험계약의 체결

○○고속도로(주)는 2012.6.29. 피신청인과 사이에 자신을 보험계약자 겸 기명피보험자, 시공업체(신청인 포함), 하도급업체 등을 그 밖의 피보험자로 하여 담보위험을 ○○고속도로 민간투자사업, 보험기간을 2011.11.11.~2016.11.10., 공사물건보험(제1부분 : 물적손해담보) 보험가입금액을 금1,107,700,000,000원, 공사물건보험의 보험목적물은 공사목적물 그 자체뿐 아니라 공사용 자재와 건설장비 및 설비, 건설기계 등을 포괄하며, 사고당 자기부담금을 자연재해 금300,000,000원, 기타 재물손해 금100,000,000원 등으로 하는 건설공사보험계약을 체결하였다(이하 ‘이 사건 보험계약’이라 한다).

(2) 보험계약의 약관

이 사건 보험계약에 적용되는 보험약관(이하 ‘이 사건 보험약관’이라 한다) 등의 조항은 다음과 같다.

[독일식 건설공사보험 보통약관]
CONTRACTOR'S ALL RISKS POLICY

- 참고용 번역문 -

※ 동 참고용 번역문은 영문약관의 이해를 돕기 위한 것으로 약관의 적용은 영문약관을 기준으로 합니다.

일반조건

General Conditions

2. 스케줄과 각 부분은 이 증권에 포함되어 증권의 일부를 구성하며 이 계약에서 사용되는 “이 증권”이라는 표현은 스케줄과 각 부분을 포함한 것으로 한다. 증권 또는 스케줄의 일부분 또는 각 부분의 일부에 있는 특정의미로써 사용되는 단어, 또는 표현은 어디에 나오더라도 동일한 의미로 간주한다.

The Schedule and the Sections(s) shall be deemed to be incorporated in and form part of this Policy and the expression "this Policy" wherever used in this contract shall be read as including the Schedule and the Sections(s). Any word or expression to which a specified meaning has been attached in any part of this Policy or of the Schedule of the Section(s) shall bear such meaning wherever it may appear.

제1부분 물적 손해

Section I – Material Damage

메모 2 – 손해사정의 기초 : 손실 또는 손해가 발생한 때에 이 증권 상의 손해사정의 기초는 다음과 같다.

Memo 2 – Basis of Loss Settlement : In the event of any loss or damage the basis of any settlement under this Policy shall be

- a) 수리가 가능한 손해의 경우 – 사고 직전 상태로 복구하는데 필요한 수리비용(단, salvage 제외)

in the case of damage which can be repaired – the cost of repairs necessary to restore the items to their condition immediately before the occurrence of the damage less salvage, or

- b) 전손의 경우 – 사고 직전 상태의 시가(단, salvage 제외)

그러나 그 한도는 피보험자가 부담하는 비용 이내로서 보험가입금액 한도 내이어야 하며

제 조항 및 조건에 적합하여야만 하는 것을 전제로 한다.

in the case of a total loss – the actual value of the items immediately before the occurrence of the loss less salvage,
however, only to the extent the costs claimed had to be borne by the Insured and to the extent they are included in the sums insured and provided always that the provisions and conditions have been complied with.

회사는 경우에 따라 수리 또는 교체가 이행된 것을 증명하는 청구서 및 구비서류를 접수하여 승인후 지급한다. 그러나 수리될 수 있는 모든 손해는 수리를 하되, 만약 수리비가 사고 직전의 가액과 동일하거나 초과할 경우에는 전항 b)에 규정된 기준에 의하여 손해사정한다.

The Insurers will make payment only after being satisfied by production of the necessary bills and documents that the repairs have been effected or replacement has taken place, as the case may be. All damage which can be repaired shall be repaired, but if the cost of repairing any damage equals or exceeds the value of the items immediately before the occurrence of the damage, the settlement shall be made on the basis provided of in b) above.

[기타 관련 조항]

담보기간

Period of Cover

회사의 책임은 스케줄에 기재된 여하한 일자에도 불구하고 작업의 개시 또는 스케줄에 기재된 보험의 목적물이 공사현장에 하역된 직후부터 개시된다. 회사의 책임은 보험에 가입된 공사의 일부가 인도되거나 사용되는 데에 따라 종료된다.

The liability of the Insurers shall commence notwithstanding any date to the contrary specified in the Schedule, directly upon commencement of work or after the unloading of the items entered in the Schedule at the site. The Insurer's liability expires for parts of the insured contract works taken over or put into service.

제1부문에 대한 특별면책조항

Special Exclusions to Section I

회사는 아래에 대하여는 보상하지 아니한다.

The Insurers shall not however, be liable for

.....

- d) 재질결함이나 기술적 결렬로 인한 교체, 수리 또는 세공비용, 그러나 이 면책 조항은 직접적으로 영향을 받는 목적물에만 적용되며, 재질결함이나 기술적 결렬로 인한 사고의 결과로 정당하게 사용된 보험의 목적물에 발생한 손해 또는 손실은 보상한다.

the cost of replacement, repair or rectification of defective material and/or workmanship, but this exclusion shall be limited to the items immediately affected and shall not be deemed to exclude loss of or damage to correctly executed items resulting from an accident due to such defective material and/or workmanship;

.....

제1부문에 대한 적용조항
Provisions Applying to Section I

메모1 - 보험가입금액 : 이 보험의 필요조건으로 다음과 같이 스케줄이 기재된 보험가입금액은 다음의 가액보다 적어서는 아니된다.

Memo1 - Sums Insured : It is a requirement of this insurance that the sums insured stated in the schedule shall not be less than

Item 1 : 건설공사종료시까지의 총계약금액, 공사자재, 임금, 운임, 관세, 세금, 부대비용 및 발주자가 제공한 자재 포함

for item 1 : the full value of the contract works at the completion of the construction, inclusive of all materials, wages, freight, customs, duties, dues, and materials or items supplied by the Principal ;

Item 2&3 : 건설플랜트, 장비 및 기계의 재조달가액 ; 재조달가액이란 동종 동능력의 신제품으로 대체하는 재조달 비용을 뜻함 ; 피보험자는 임금이나 물가의 현저한 변동이 있을 경우에는 보험금액을 그에 따라 증액 또는 감액시켜야 하며, 그러나 이것은 회사가 증권에 기재한 이후에만 효력을 갖는다.

for item 2&3 : the replacement value of construction plant, equipment and construction machinery; which shall mean the cost of replacement of the insured items by new items of the same kind and same capacity; and the insured undertakes to increase or decrease the amounts of insurance in the event of any material fluctuation in wages or prices provided always that such increase or decrease shall take effect only after the same has been recorded on the Policy by the Insurers.

<SCHEDULE>

2. 계약자 : ○○고속도로(주)
3. 피보험자 :
제1부분 및 부분) 물적손해담보 및 제3자 배상책임담보
차주 및 사업시행자로서 ○○고속도로(주) / 시공업체 등
4. 소재지 :
경기도 광주시 초월읍 선돌리 ~ 강원도 ○○시 가현동
5. 담보위험 : ○○고속도로 민간투자사업
6. 보험기간 : 2011.11.11. ~ 2016.11.10.
7. 보험가입금액
제1부분(물적손해담보) : KRW 1,107,700,000,000. -
8. 자기부담금(면책기간)
제1부분(물적손해담보) :
- KRW 300,000,000. - 한사고당 / 자연재해 / 터널 / 유지담보 / 설계결함
- KRW 100,000,000. - 한사고당 / 기타 재물손해

(3) 보험사고의 발생경위 등

2016.3.9. ○○고속도로 제5공구 △△터널(서울방향) 중점부 사면에서 붕괴사고가 발생하자 신청인은 같은 해 5.3. 피신청인 앞으로 보험사고 발생사실을 통보하였고, 신청인은 사면 붕괴가 발생한 구간에 대한 복구공사를 2016.7.11.경 완료하였다. 위 보험사고를 접수한 피신청인은 □□손해사정(주)에 사고조사를 위임하여 손해사정절차를 진행하였으나, 손해사정 방식에 대한 견해 대립 등으로 합의점에 이르지 못하자 2016.8.8. 피신청인은 최종적으로 보험금 지급 거절통보를 하였다. 이에 신청인 소속 직원(장○○)은 2016.8.25. 분쟁조정을 신청하여 2016.11.16. 금융감독원으로부터 기각 회신을 받았으나, 이에 불복하고 2016.12.16. 다시 이 사건 분쟁조정을 신청하였다. 금융감독원의 석명요구를 받아 2017.4.4. 신청인은 그 소속직원(장○○) 앞으로 이 사건 분쟁조정 신청사건의 처리를 위임하였다.

나. 당사자 주장

이 사건 당사자들은 건설공사보험 영문약관상의 ‘손해사정 기초’ 조항의 해석 및 피보

험자가 부담하는 '자기부담금의 범위'와 관련하여 다투고 있는바, 먼저 전자에 대한 당사자의 주장을 살펴본다.

신청인은 약관상 전손(total loss, 全損)에 관한 개념 정의가 없으므로 보험약관 해석 원칙 등에 비추어, '보험목적물 전체가 멸실되어 발생한 손해'라는 사전적 의미로 이해하여야 하고, 이 사건 보험계약의 보험목적물은 '○○고속도로'이므로 전손인지 여부는 '○○고속도로' 전체를 기준으로 판단하여야 한다. 따라서 이 사건 보험사고는 ○○고속도로 중 일부 구간의 사면이 붕괴한 것에 불과하므로 개념상 전손이 아닌 분손(partial loss, 分損)에 해당하며, 또한 그 수리도 가능하므로 보험약관상 지급기준에 따라 '사고 직전 상태로 복구하는데 투입된 최소한의 수리비'인 금 694,130,000원이 보상되어야 한다고 주장한다.

이에 대하여 피신청인은 건설공사보험의 경우 보험계약 체결시점에 보험목적물(건설공사의 대상물)이 존재하지 않는 경우가 대부분이어서 보험계약 체결시점에서는 보험목적물의 시가를 미리 확인하기 어렵다. 이러한 건설공사보험의 특성 때문에 보험계약 체결시 보험계약자로부터 공사견적서, 도급내역서 등을 제출받아 이를 바탕으로 공구별, 공종(터널, 교량, 토공 등)별 공사비를 확정된 후, 동 금액을 해당 공구별, 공종별 보험가액(현실가액) 겸 보험가입금액으로 간주하게 된다. 즉 건설공사보험약관에서는 이러한 개별적이고 독립적인 공구, 공종을 품목(item)이라는 개념을 사용하여 표현하며, 보험가액과 보험가입금액은 개별 보험목적물로 정해진다. 따라서 i)전손·분손 여부는 전체공사(full value of construction works)를 기준으로 할 것이 아니라 각 공구, 공종(품목, item) 별로 판단하여야 하고, ii)수리비가 각 품목(item)의 가치와 동일하거나 이를 넘어서는 경우에는 그 품목의 시가를 보상하도록 정하고 있는데, 이 사건의 경우 복구공사비가 사고 전의 보험목적물(공사목적물)의 가치, 즉 도급내역서상 공사비를 초과하였으므로 약관상의 기준에 따라 도급내역서상의 공구별, 공종별 공사비를 기준으로 보상해야 하는바, 붕괴된 사면의 보강공사 실시구간인 60m 구간에 대하여 사고 직전까지 투입된 도급공사비를 보상하는 것이 상법(제676조 제1항)상 보험가액과 손해액은 사고가 발생한 때와 장소에 따른다는 실손보상의 원칙에도 부합하는 것이라고 주장한다.

다음으로 피보험자가 부담하는 자기부담금의 범위와 관련, 신청인은 자연재해란 천재

지변 또는 불가항력을 의미하므로 자연현상이 사고 발생에 기여하였다는 것만으로 부족하고 회피가능성이 없거나 사고발생의 주요원인이 되는 경우라야 하는데 이 사건 보험사고는 집중호우에 의해 발생한 것으로 보기 어려울 뿐만 아니라 강우가 이 사건 보험사고의 주된 원인이 된 것으로 볼 수도 없으므로 자기부담금은 '자연재해' 3억이 아닌 '기타 재물손해' 1억원이 적용되어야 한다고 주장한다.

이에 대하여 피신청인은 신청인이 제출한 자료에서 보험사고의 발생원인을 집중호우로 기재하고 있는 만큼 자연재해로 인한 사고에 해당하며, 그것이 아니라면 자연재해에 의한 사고가 아니라는 점을 신청인이 증명하여야 한다. 다만 잔존물제거비용에 대하여는 실투입비용에 대한 증명이 있을 경우 보상이 가능하다고 주장하여 서로 다툼다.

다. 위원회 판단

해당영문약관, 신청인의 분쟁조정 신청서류, 피신청인의 제출자료 등 관련자료 일체를 종합하여 살펴보면,

이 사건 건설공사보험은 건설공사의 착공부터 완성, 인도에 이르기까지 공사수행에 따라 발생하는 모든 위험을 담보하기 위하여 공사물건보험(이 사건 보험약관 「제1부분 : 물적 손해」에 해당)과 제3자에 대한 배상책임보험(이 사건 보험약관 「부분 : 배상책임 보험」에 해당) 등을 포함하여 공사기간 중에 발생하는 다종다양한 손해를 포괄적으로 전보하기 위한 특수한 손해보험의 일종이다. 앞서 살펴본 신청인과 피신청인 간 약관 해석에 관한 다툼은 「공사물건보험」에 관한 것으로, 먼저 이 사건 보험약관의 손해사정 기초에 관하여 살펴보기로 한다.

이 사건 보험약관 중 「공사물건보험」 부분은 보험목적물의 멸실 또는 훼손으로 보험사고가 발생한 경우 보험목적물에 발생한 손해를 금전으로 산정하는 기준으로 다음의 사항을 정하고 있다(이 사건 보험약관 「제1부분: 물적 손해, 메모2: 손해사정 기초 (Section I: Material Damage, Memo2: Basis of loss settlement」). 즉 보험목적물(items)이 멸실 또는 훼손된 경우 i)복구 가능한 훼손인 때에는 사고 발생 직전으로 복구하는데 소요되는 비용(a항), ii)전손 시에는 사고 직전의 가치(b항)를 각 보상하며 iii)

복구 가능한 훼손은 복구하는 것을 원칙으로 하되, 만일 복구비가 사고 발생 직전 보험 목적물의 가치 이상인 경우 전손의 예에 따라 사고 발생 직전 보험목적물의 가치를 보상한다(단서 2항). 약관상 ‘복구가 가능하더라도 복구비 대신 사고발생 직전 보험목적물의 가치에 따라 보상’하도록 한 위 조항(단서 2항)은 ‘물리적 복구 가능 시 복구공사를 진행하고, 복구공사에 투입된 복구비를 보상하는 경우’(a항)와 ‘물리적 복구는 가능하나 복구비가 보험목적물의 가치를 초과하여 사고 발생 직전 보험목적물의 가치에 따라 보상하는 경우’(a항 → 단서 2항, 이하 ‘추정전손’이라 한다)를 구분하는 근거가 된다.

또한 ‘전손’에 관하여 별도 정의조항 없이 ‘복구 가능성(a항)’과 ‘전손(b항)’을 병렬적으로 나열하고 있어 ‘전손’ 개념의 해석이 문제되는데, 동일한 보험사고에 기한 손해에 대하여 ‘수리비 보상’과 ‘사고발생 직전 보험목적물의 가치 보상’이 동시에 이루어 질 수는 없고, 앞서 살펴본 바와 같이 (a항)이 물리적 복구 가능성이 있는 경우에 관한 조항으로 해석되는 이상 (b항)의 전손은 물리적 복구 가능성이 없는 경우를 내포하는 것으로 이해된다. 즉 이 사건 보험약관은 물적 손해를 금전으로 산정하는 기준으로 ‘복구비 보상’과 ‘사고발생 직전 보험목적물의 가치 보상’을 구분하고 있는데, 먼저 ‘복구비 보상’은 물리적으로 복구가 가능할 뿐만 아니라 경제적으로도 복구비가 사고발생 직전 보험목적물의 가치를 상회하지 않는 경우라야 하고, 그 외 ‘사고발생 직전 보험목적물의 가치 보상’은 물리적으로 복구가 불가능하거나(b항의 전손) 물리적 복구는 가능할지라도 복구비가 사고발생 직전 보험목적물의 가치 이상이기 때문에 수리를 진행하는 것이 경제적 타당성이 없는 경우(a항 → 단서 2항)에 적용된다고 판단된다.

한편 보험사고 발생 시 손해사정의 기초가 되는 보험목적물의 단위는 다음과 같은 점에 비추어 복구 단위로 적용하는 것이 타당하다. i) ‘items’라는 용어가 ‘전손’(b항) 뿐만 아니라 ‘복구가능 훼손’(a항)의 경우에도 사용되고 있는데, 만일 신청인이 주장하는 바와 같이 ‘items’라는 용어가 ‘○○ 고속도로 전체’를 의미하는 것이라면 ‘○○ 고속도로의 일부’가 멸실 또는 훼손되어 일부 구간에 복구 작업이 진행된 경우 적용할 손해사정 기초 조항이 없게 되어 광범위한 공백이 발생하고, ii)본건과 같이 56.95km 구간에 이르는 대규모 고속도로 건설공사에서는 통상 면책사유로 약정되는 전쟁 등과 같은 이례적인 경우에만 ‘○○ 고속도로 전체’가 멸실될 수 있는데, 이러한 경우를 예정하고 약관이 손

해사정 기초를 정하고 있다고는 해석하기 곤란하며, iii)이 사건 공사물건보험의 보험목적물은 공사목적물 자체뿐만 아니라 공사용 자재와 재료, 공사용 가설물 등이 포함되는 바, 이들의 기능적·경제적 가치는 개별적으로 책정되기 때문에 가치 판단의 합리적 기준이 되는 재조달비용을 복구(수리)비와 개별적으로 교량하게 되는데, 공사목적물에 대해서만 유독 가치 교량시 ‘○○ 고속도로 전체’를 기준으로 하여야 한다고 볼 합리적 근거가 없고, iv)건설공사는 공사의 진행과 함께 공사 목적물의 가액이 점차 증가하는 것이어서 공사 중의 각 시점에 있어서의 보험가입금액을 미리 정확하게 정할 수 없어 이를 포괄하여 완공시의 공사의 총 가액으로 단일한 보험가입금액을 설정하게 되지만(대법원 1989. 8. 8. 선고 87다카929 판결), 이러한 ‘보험가입금액 결정방법’에 관한 논의를 손해사정 기초에까지 연계하여 볼 근거가 없으며, iv)이 사건 ‘손해사정 기초’ 조항이 ‘복구 가능’ 여부에 따라 보상방법을 달리 정하고 있고, v)신청인 주장대로라면 수리비 상한을 사고 직전 상태 가액으로 정한 약관이 유명무실하게 된다는 문제가 있으며, vi) 「담보기간」, 「제1부문에 대한 특별면책조항 d」, 「제1부문에 대한 적용조항 메모1. 보험가입금액」 등 그 외의 약관조항을 보더라도 items라는 용어가 앞서 검토된 내용들을 배척하고 ‘○○ 고속도로 전체’만을 의미하는 것으로 해석되지는 않는다. 또한 이와 같이 해석한다고 하여 신청인이 주장하는 “어떠한 원인에 대해서도 광범위하게 부보하는 all risk담보보험”인 건설공사보험의 취지에 반하는 것이라고 할 수는 없다.⁵⁹¹⁾

다음으로 자기부담금 적용범위에 관하여 살펴본다. 이 사건 보험약관은 ‘스케줄이 이 증권에 포함되어 증권의 일부를 구성하며 ……」 등으로 기재되어 있는바, 손해보험 가운데 계약의 내용이 전문적이고 복잡한 경우에는 약관 외에 추가상세사항으로 terms & conditions를 사용하는 경우가 많고 따로 보험증권의 항목란 혹은 계약명세서(schedule)를 작성하는 것은 아주 흔한 일이다. 스케줄은 보험계약 체결과정에서 계약조건의 교섭

591) 다만 통상 건설업자 위험담보보험이 all risk policy라고 불리는 것은 이 보험계약이 ①건설작업에 대한 손해에 대하여 작업현장에서 건축주, 기타 도급업자 등에 의하여 점유된 플랜트, 기타 장비에 의한 손실이나 손해배상을 포함할 수 있으며, ②건설업자에 의하여 업무수행 중에 발생할 수 있는 손해배상책임을 포함할 수 있다는 정도의 의미로 이해된다. 따라서 ‘모든 위험’이라는 용어는 피보험자가 문자 그대로 관련된 모든 위험에 대해 보상을 받는 경우가 없다는 점에서는 잘못된 표현이라고 볼 여지도 있다.

경과를 포함하여 작성되므로 약관보다는 실제로 보험증권에 가까운 것으로 이해되지만, 실무계에서는 그것이 약관인지 보험증권의 일부인지를 엄밀하게 구별하지 않고 이용하고 있는 것으로 보여진다. 이 사건 약관이 자연재해에 대하여 명시적으로 정의하고 있지는 않으나, 물적 손해 특별면책조항에서 ‘1사고당 스케줄에 명기되어 피보험자가 부담하는 자기부담금’으로 정하여져 있다면 이는 자기부담금에 관한 구체적인 사항은 스케줄이 정하는 바에 따르기로 당사자 간에 합의한 것이므로 ‘자연재해’의 개념은 해당 거래계에서 일반적으로 통용되는 의미로 사용하는데 합의하였다고 볼 것이다.

여기서 자연재해란 자연현상이 사고발생의 전적인 이유는 아닐 지라도 근인(近因) 또는 주요한 원인으로 작용한 경우로 이해하여야 할 것이다. 따라서 ○○청 도로계획과 작성 현황보고서 상 ‘사고원인 : 해빙기 지반 연약화와 강우로 인한 우수 침투로 사면 슬라이딩’, ○○ 5공구 작성 보고서 상 ‘3월 5일 시간당 20mm 집중호우 등 강우로 인하여 사면 절리면 전단 강도가 상대적으로 약화되어 슬라이딩 발생’, 신청인이 자체 작성한 보고서 상 ‘3월 5일 해빙기 때 내린 봄비로 절리면의 점착력이 약화되어 췌기파괴가 발생한 것’이라는 각 기재 등에 비추어, 만일 비가 내리지 않았다면 이 사건 사고가 발생하지 않았을 것이므로 비가 내린 사실이 이 사건 해빙기 사고의 근인으로 작용하고 있음을 객관적으로 나타내는 것이어서 자연재해로 인한 것임을 부정하기는 어렵다고 하겠다. 그 외 신청인이 이 사건 보험사고가 자연재해가 아니라는 취지로 제시한 기상청의 집중호우 분류기준 등은 기상업무 수행상 기준에 불과할 뿐, 이 사건 강우가 스케줄 상의 자연재해에 해당하는지를 판정하는 기준으로 보기 어려운 점 등 이 사건 사고와 강우의 연관성을 부정하는 의미 있는 자료로 보기는 곤란하다. 그 밖에 자연재해 개념은 여러 법에서 사용되고 있으나, 그 의미하는 바에 차이가 있는 것은 각 법의 입법목적과 주무관청이 다르기 때문인 것으로 이 사건 약관을 해석함에 있어서 반드시 이들 개념에 따라야 하는 것은 아니라고 판단된다. 이 사건 강우가 신청인이 주장하듯 호우라고 하기 어려울지라도 해빙기에 경사면에 내린 강우라는 점, 기상청의 강우량자료는 일정한 지역을 기준으로 평균 강우량이 측정되는 것으로서 동일지역(양평군) 안에서도 사고구간에 유독 더 많은 비가 내렸을 가능성을 배제할 수 없는 점, 실제 사고가 발생한 점, 그럼에도 불구하고 신청인이 사고가 자연재해 이외의 원인에 의하여 발생하였다는 점을 달리

증명하지 못하는 점 등을 합쳐서 보면, 이 사건 보험사고는 자기부담금 300,000,000원이 적용되는 자연재해로 인한 것으로 봄이 타당하다 할 것이다.⁵⁹²⁾

결론적으로 이 사건 사고발생 이후 복구공사가 완료되었으므로 물리적 의미의 복구 가능성이 인정되지만, 추정전손에 해당할 가능성이 있으므로 ‘복구비’와 ‘훼손 직전의 목적물의 가치’를 교량하여야 하는데, 가치 교량의 대상 단위인 보험목적물은 복구공사가 진행된 60m구간이다. 그런데 복구구간 60m의 ‘훼손 직전의 가치’는 i) 공사 자체를 보험의 목적물로 한 경우에는 목적물의 시가를 산정할 수 없으므로 기투입 공사비를 고려할 수 밖에 없고, 신청인의 주장대로 ‘복구비’로 볼 경우 ii) ‘추정전손에 관한 보상기준’(a항→단서 2항 : 사고 직전 보험목적물의 가치)을 논의하는 단계에서 ‘추정전손이 아닌 때의 보상기준’(a항 : 복구비)을 적용한 것과 같은 결과가 되어 불합리하며, ii) 약관이 ‘사고 발생 직전’의 가치라고 명시하고 있는데도 ‘사고 이후’의 사정에 전적으로 의존하게 되어 문언에 부합하지 않는 문제가 있으므로 ‘사고 발생 직전의 가치’는 사고발생 전 투입비로 보는 것이 보다 합리적이다.⁵⁹³⁾

592) 그 밖에 이 사건 결론과는 무방하나, 피신청인 제출자료에 따르면 “영국법원은 민법적으로 하나의 물건일 뿐인 파사드를 건설공사보험의 맥락에서는 하나의 아이템으로 볼 수는 없으며, 파사드를 구성하는 석고보드 천장(plasterboard ceiling)과 외부합판(external cladding)을 각각 별개의 아이템으로 보아야 한다고 주장하며, Seele Austria GmbH & Co KG[2008] EWCA Civ 441 at[50] 판결을 인용하고 있는데, 이 사건은 특정의 사고나 손실이 각 범주에 들어가는 사고인지를 판단하는 것이 쉽지 않다는 점을 지적하는 사례로 인용되는 판례로서, 마치 선박보험의 Inchmaree clause처럼 피보험자의 재산에 발생한 결함의 수리, 복구, 대치비용을 담보하는 ‘특별한 조항’이 추가적으로 삽입된 경우로 알려져 있다. 따라서 피신청인의 논거를 뒷받침하는 사례로 인용하기에 적절한지는 의문이다. 또한 피신청인은 자기부담금(deductible)과 관련된 사실의 증명책임은 보험금청구권자에게 있다는 취지로 주장하고 있는바, 자기부담금은 본래 발생한 보험금청구권의 일부에 대한 지급을 거절하는 사유여서 보험금지급청구권의 발생을 방해하는 권리장애사유가 된다는 점, 스케줄에 표시된 ‘8. 자기부담금’에 대하여 특별면책조항으로 정하고 있는 점 등에 비추어 보험자에게 증명책임이 있다고 볼 것이다.

593) 한편, 신청인 제출자료에 의하면 “약관은 (중략) 보험단체 전체의 이해관계를 고려하여” 해석하여야 한다고 하나, 다음과 같은 이유에서 납득할 수 없는 주장이다. 이 주장의 근거에는 보험이라는 제도는 다수 경제주체의 결합에 의한 위험의 중합·평균화라는 기술적 필요성 등으로 인해 보험계약자 집단인 보험단체(pooling)의 이익을 중심으로 살펴보아야 한다는 이른바 보험단체를 우선하는 일부의 견해에 터잡은 것으로 보인다. 그러나 보험단체라는 것은 생명보험 등 보험업 초기에 위험측정기

그런데 2017.6.23. 신청인이 제출한 60m 구간에 대한 복구비 내역을 보면, 실제 복구 구간은 터널을 포함하고 있지 않음에도 공사내역서에는 터널공이 포함되어 있는 등 신청인이 금737,833,000원으로 기투입공사비를 산출하여 제출한 동 내역서는 복구구간 60m에 대한 정확한 기투입 공사비로 보기 곤란하다는 피신청인의 주장에 설득력이 있고, 그 외에는 60m 복구구간에 대한 공사비 내역을 확인할 자료가 없다. 따라서 이 사건 신청은 손해액 산정에 필요한 소명이 부족한 경우에 해당하여 이유 없다고 할 것이다.

술이 일천하고 조잡한 시기에 통계적 불확실성 등을 어느 정도 안정화시키기 위해 고안된 보험회사의 위험측정기술 중의 하나에 지나지 않는다. 본 사례와 같은 전형적인 기업성 손해보험은 보험집단에 대한 통계량이 적을 뿐만 아니라 산업 전체적으로도 그리하여 애초부터 보험단체가 형성될 수 없을 뿐만 아니라 오히려 보험회사가 연합(pooling)하여 횡단적으로 위험을 인수하는 기법이 일반화되어 있고, 이 사건 건설공사보험계약도 8개 손해보험회사가 공동으로 인수한 것으로 확인되는데, 이런 종류의 보험은 종래의 보험단체 관념으로는 설명이 될 수가 없다. 또한 상법, 보험업법 등 보험관련 법규에서 보험계약 또는 보험상품이나 보험업을 정의함에 있어 ‘보험단체’의 성립을 인정할 수 있는, “불특정” 또는 “다수”라는 요건을 요하고 있지 않을 뿐더러 어떠한 보험계약에도 보험계약자가 보험계약을 통해 他보험계약자와 ‘보험단체’를 구성한다는 것이 명시되어 있지 않고, 나아가 보험계약을 체결함으로써 ‘보험단체’에 가입하겠다는 보험계약자 측의 가정적 의사를 추정할 수도 없다. 보험계약자는 보험단체의 공동비축기금에 대하여 각출(거출, 추렴)하는 것이 아니라 (즉 다른 보험계약과는 무관하게) 자신과 보험회사 간에 체결된 보험계약에 따른 위험 전가의 대가로 보험회사에 대하여 보험료를 지급하는 것에 불과하다. 따라서 보험단체라는 개념 자체가 명문상 근거가 없는 허구적 개념 내지는 단순한 위험분산기법의 하나에 지나지 않는다고 본다면 보험단체의 이익이라는 것도 가상의 개념에 다름 아니다. 나아가 보험회사의 마케팅 능력 등에 따라 보험단체가 형성된다고 하더라도 현실의 영리보험에서 보험회사는 그 지급받은 보험료를 곧바로 보험회사의 수익(매출)으로 회계 처리하고 있을 뿐만 아니라 지급보험금의 총액이 보험단체의 공동비축기금을 하회한 경우에도 그 차액은 보험단체에 귀속하는 것이 아니라 보험회사의 이익으로 회계 처리된다. 이는 영리보험의 보험단체에 대해 ‘법적 단체 혹은 사단성’(법인격)이 인정되지 않는 이상 당연한 귀결이라 하겠다. 즉 영리보험은 보험단체 자체의 계산과 책임으로 운영되는 것이 아니라 보험주식회사의 계산과 책임으로 보험을 인수하는 거래행위임이 분명하고, 여기서의 보험단체는 철저하게 보험회사의 이익을 위해 설계되거나 기획되는 반영물에 지나지 않으므로 보험단체의 이익은 종국적으로는 보험회사의 이익으로 귀속하게 된다. 결국 보험단체의 이익이라는 것은 보험회사의 이익 추구를 위한 합리화 도구로 기능하거나 실체적 판단을 포장하는 조작적 개념이라고 평가할 수 밖에 없다. 따라서 보험약관 해석에 있어 보험단체의 이익이나 이해관계를 그 논거의 하나로 삼아야 한다는 주장은 받아들이기 어렵다.

라. 결론

그렇다면 신청인의 피신청인에 대한 청구는 이유 없다 할 것이므로 신청인의 청구를 기각하기로 하여 주문과 같이 결정한다.



부 록 1

금융분쟁조정 관련 법규

1. 금융위원회의 설치 등에 관한 법률(발췌)
2. 금융위원회의 설치 등에 관한 법률 시행령(발췌)
3. 금융분쟁조정세칙

제정 1997.12.31. 법률 제5490호
일부개정 2017.11.28. 법률 제15144호

제3장 금융감독원

제3절 업무

제38조(검사 대상 기관) 금융감독원의 검사를 받는 기관은 다음 각 호와 같다.

1. 「은행법」에 따른 인가를 받아 설립된 은행
2. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 금융투자업자, 증권금융회사, 종합금융회사 및 명의개서대행회사(名義改書代行會社)
3. 「보험업법」에 따른 보험회사
4. 「상호저축은행법」에 따른 상호저축은행과 그 중앙회
5. 「신용협동조합법」에 따른 신용협동조합 및 그 중앙회
6. 「여신전문금융업법」에 따른 여신전문금융회사 및 겸영여신업자(兼營與信業者)
7. 「농업협동조합법」에 따른 농협은행
8. 「수산업협동조합법」에 따른 수협은행
9. 다른 법령에서 금융감독원이 검사를 하도록 규정한 기관
10. 그 밖에 금융업 및 금융 관련 업무를 하는 자로서 대통령령으로 정하는 자

제5절 금융 분쟁의 조정

제51조(분쟁조정기구) 제38조 각 호의 기관, 예금자 등 금융 수요자와 그 밖의 이해관계인 사이에 발생하는 금융 관련 분쟁의 조정에 관한 사항을 심의·의결하기 위하여 금융감독원에 금융분쟁조정위원회(이하 "조정위원회"라 한다)를 둔다.

제52조(조정위원회의 구성) ① 조정위원회는 위원장 1명을 포함한 30명 이내의 위원으로 구성한다.

② 조정위원회 위원장은 원장이 그 소속 부원장 중에서 지명하는 사람이 되며, 조정위원회 위원은 다음 각 호의 사람으로 한다.

1. 원장이 그 소속 부원장보 중에서 지명하는 사람

2. 판사·검사 또는 변호사의 자격이 있는 사람 중에서 원장이 위촉하는 사람
3. 「소비자기본법」에 따른 한국소비자원 및 소비자단체의 임원 또는 그 직에 있었던 사람으로서 원장이 위촉하는 사람
4. 금융기관 또는 금융 관계 기관·단체에서 15년 이상 근무한 경력이 있는 사람으로서 원장이 위촉하는 사람
5. 금융에 관한 학식과 경험이 있는 사람 중에서 원장이 위촉하는 사람
6. 전문의의 자격이 있는 의사 중에서 원장이 위촉하는 사람
7. 그 밖에 분쟁의 조정과 관련하여 원장이 필요하다고 인정하여 위촉하는 사람
- ③ 제2항제2호부터 제7호까지의 위원의 임기는 2년으로 하되, 연임할 수 있다.
- ④ 조정위원회 위원장이 부득이한 사유로 직무를 수행할 수 없을 때에는 원장이 지명하는 조정위원회 위원이 조정위원회 위원장의 직무를 대행한다.

제53조(분쟁의 조정) ① 제38조 각 호의 기관, 예금자 등 금융 수요자와 그 밖의 이해관계인은 금융과 관련하여 분쟁이 있을 때에는 원장에게 분쟁의 조정(調停)을 신청할 수 있다.

② 원장은 제1항에 따른 분쟁조정의 신청을 받으면 관계 당사자에게 그 내용을 알리고 합의를 권고할 수 있다. 다만, 분쟁조정의 신청내용이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 합의권고를 하지 아니하거나 제3항에 따른 조정위원회에의 회부를 하지 아니할 수 있다.

1. 이미 법원에 제소된 사건이거나 분쟁조정을 신청한 후 소송을 제기한 경우
2. 신청한 내용이 분쟁조정 대상으로서 적합하지 아니하다고 인정하는 경우
3. 신청한 내용이 관련 법령 또는 객관적인 증빙(證憑) 등으로 비추어 볼 때 합의권고절차 및 조정절차를 진행할 실익이 없는 경우
4. 그 밖에 대통령령으로 정하는 경우

③ 원장은 분쟁조정의 신청을 받은 날부터 30일 이내에 제2항에 따른 합의가 이루어지지 아니하면 지체 없이 이를 조정위원회에 회부하여야 한다.

④ 조정위원회는 제3항에 따른 조정의 회부를 받으면 60일 이내에 이를 심의하여 조정안을 작성하여야 한다.

⑤ 원장은 조정위원회가 조정안을 작성하면 신청인과 관계 당사자에게 이를 제시하고 수락을 권고할 수 있다.

제54조(조정위원회의 회의) ① 조정위원회의 회의는 조정위원회 위원장 1명을 포함하여 조정위원회 위원장이 회의마다 지명하는 7명 이상 11명 이하의 조정위원회 위원으로 구성하며, 조정위원회 위원장이 소집한다.

② 조정위원회는 제1항에 따른 구성원 과반수의 출석과 출석위원 과반수의 찬성으로 의결한다.

③ 원장은 조정위원회의 의결사항이 위법하거나 공익에 비추어 매우 부당하다고 판단하면 재의(再議)를 요구할 수 있다.

④ 제3항에 따른 재의요구가 있으면 제1항에 따른 구성원 3분의 2 이상의 출석과 출석위원 3분의 2 이상의 찬성으로 재의결한다.

제55조(조정의 효력) 당사자가 제53조제5항에 따라 조정안을 수락한 경우 그 조정안은 재판상의 화해와 동일한 효력을 갖는다.

제56조(조정의 중지) 원장은 조정신청사건의 처리절차의 진행 중에 한쪽 당사자가 소송을 제기한 경우에는 그 조정의 처리를 중지하고 그 사실을 양쪽 당사자 모두에게 통보하여야 한다.

제57조(조정위원회의 운영 등) 조정위원회의 운영 및 분쟁조정절차 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

2 금융위원회의 설치 등에 관한 법률 시행령 [발췌]

제정 1998.4.1. 대통령령 제15751호
일부개정 2016.2.12. 대통령령 제26980호

제13조(분쟁조정 신청) ①법 제53조제1항의 규정에 의하여 분쟁의 조정을 신청하고자 하는 자는 분쟁조정신청서에 다음 각호의 서류를 첨부하여 원장에게 제출하여야 한다.

1. 분쟁조정신청의 원인 및 사실을 증명하는 서류
2. 대리인이 신청하는 경우 그 위임장
3. 기타 분쟁조정에 필요한 증거서류 또는 자료

②제1항의 규정에 의한 분쟁조정신청서에는 다음 각호의 사항을 기재하여야 한다.

1. 신청인과 피신청인(이하 "당사자"라 한다)의 성명 및 주소(당사자가 법인인 경우에는 법인의 명칭 및 주된 사무소의 소재지와 그 대표자의 성명 및 주소를 말한다)
2. 대리인이 있는 경우에는 그 성명 및 주소
3. 신청의 이유

제14조(대표자의 선정) ①다수인이 공동으로 분쟁조정의 신청을 하는 때에는 신청인중 3인이내의 대표자를 선정할 수 있다.

②제1항의 규정에 의하여 신청인이 대표자를 선정하지 아니한 경우에 원장은 필요하다고 인정되는 때에는 신청인에게 대표자를 선정할 것을 권고할 수 있다.

③신청인은 대표자를 변경한 때에는 그 사실을 지체없이 원장에게 통지하여야 한다.

제15조(분쟁조정신청의 보완 등) ①원장은 제13조의 규정에 의한 분쟁조정의 신청에 대하여 보완이 필요하다고 인정될 때에는 상당한 기간을 정하여 그 보완을 요구하여야 한다.

②제1항의 규정에 의한 보완에 소요된 기간은 법 제53조제3항의 규정에 의한 기간에 이를 산입하지 아니한다.

제16조(조정위원회에 회부되지 아니하는 내용 등) ①법 제53조제2항제4호에서 "기타 대통령령이 정하는 경우"라 함은 다음 각호의 1에 해당하는 경우를 말한다.

1. 신청인이 정당한 이유없이 기한내에 보완을 하지 아니하는 경우
2. 신청의 내용과 직접적인 이해관계가 없는 자가 조정신청을 하는 경우
3. 신청인이 부당한 이익을 얻을 목적으로 조정신청을 한 것으로 인정되는 경우
4. 조정을 하는 것이 적당하지 아니하다고 인정되는 경우

②원장은 법 제53조제2항 단서의 규정에 의하여 합의권고를 하지 아니하거나 금융분쟁조정위원회(이하 "조정위원회"라 한다)에 회부하지 아니하는 때에는 이를 당사자에게 서면으로 통지하여야 한다.

제17조(조정위원회의 회의) ①법 제54조제1항의 규정에 의하여 조정위원회의 위원장(이하 이 조에서 "위원장"이라 한다)이 회의를 소집하고자 하는 때에는 당해 회의의 내용에 따라 위원장이 지명한 위원에게 긴급을 요하는 경우가 아닌 한 회의개최 1주일전까지 회의의 일시·장소 및 안건을 서면으로 통지하여야 한다.

②조정위원회의 회의는 공개하지 아니한다. 다만, 위원장이 필요하다고 인정하는 때에는 당사자 기타 이해관계인에게 방청을 하게 할 수 있다.

제18조(위원의 제척·기피 및 회피) ①조정위원회의 위원은 다음 각호의 1에 해당하는 경우에는 그 분쟁조정신청사건(이하 "사건"이라 한다)의 심의·의결에서 제척된다.

1. 위원 또는 위원의 배우자나 배우자이었던 자가 당해 사건의 당사자가 되거나 당해 사건에 관하여 공동권리자 또는 의무자의 관계에 있는 경우
2. 위원이 당해 사건의 당사자와 친족관계에 있거나 있었던 경우
3. 위원이 당해 사건에 관하여 당사자의 대리인으로서 관여하거나 관여하였던 경우
4. 위원이 당해 사건에 관하여 증언·법률자문 또는 손해사정 등을 한 경우

②당사자는 위원에게 심의·의결의 공정성을 기대하기 어려운 사정이 있는 경우에는 기피신청을 할 수 있다. 이 경우 원장은 조정위원회의 의결을 거치지 아니하고 기피여부를 결정한다.

③위원이 제1항 또는 제2항의 사유에 해당하는 때에는 스스로 그 사건의 심의·의결에서 회피할 수 있다.

제19조(사실조사 등) ①원장은 사건의 조사를 위하여 필요하다고 인정되는 경우에는 당사자에 대하여 사실의 확인 또는 자료의 제출 등을 요구할 수 있다.

②조정위원회는 조정사건의 심의를 위하여 필요한 경우에는 원장에게 당해 사건에 대한 조사 또는 관련자료의 수집을 요청할 수 있다.

제20조(당사자의 의견청취) ①조정위원회는 당사자 기타 이해관계인의 의견을 들을 필요가 있다고 인정되는 때에는 이들에게 회의에 출석하여 의견을 진술할 것을 요청할 수 있다.

②조정위원회는 제1항의 규정에 의하여 의견을 듣고자 하는 때에는 시기 및 장소를 정하여 긴급을 요하는 경우가 아닌 한 의견청취 3일전까지 당사자 기타 이해관계인에게 통지하여야 한다.

③당사자 기타 이해관계인은 조정위원회의 허가를 받아 조정위원회에 출석하여 의견을 진술할 수 있다.

제21조(조정 의 성립 등) ①원장은 법 제53조제5항의 규정에 의하여 조정안의 수락을 권고하는 때에는 법 제55조의 규정에 의한 조정의 효력과 제2항의 규정에 의한 뜻을 함께 고지하여야 한다.

②당사자가 제1항의 규정에 의한 조정안을 받은 날부터 20일이내에 조정안을 수락하지 아니한 때에는 조정안을 수락하지 아니한 것으로 본다.

③원장은 당사자가 제1항의 규정에 의한 조정안을 수락한 때에는 조정서를 작성하여 교부하여야 한다.

④금융기관은 조정안을 수락하지 아니한 때에는 그 사유를 원장에게 제출하여야 한다.

제22조(소제기의 통지) 당사자는 분쟁조정신청후에 당해 사건에 대하여 소를 제기한 때에는 지체없이 이를 원장에게 통지하여야 한다.

제1장 총 칙

제1조(목적) 이 세칙은 금융위원회의 설치 등에 관한 법률(이하 “법”이라 한다) 제3장 제5절, 법 시행령(이하 “령”이라 한다) 제13조 내지 제22조 및 금융감독원(이하 “감독원”이라 한다) 정관 제21조의 규정에 의한 금융분쟁조정위원회(이하 “위원회”라 한다)의 운영과 금융분쟁의 조정 절차 등에 관하여 필요한 사항을 정함을 목적으로 한다.

제2조(적용범위) 위원회의 운영과 조정절차 등에 관하여는 법·령 및 감독원의 정관에서 정하고 있는 사항을 제외하고는 이 세칙에서 정하는 바에 따른다.

제3조(용어의 정의) 이 세칙에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다.

1. “신청인”이라 함은 금융감독원장(이하 “원장”이라 한다)에게 금융관련분쟁의 조정을 신청한 자를 말한다.
2. “피신청인”이라 함은 신청인의 상대방을 말한다.
3. “당사자”라 함은 당사자 일방(신청인 또는 피신청인) 또는 당사자 쌍방(신청인 및 피신청인)을 말한다.
4. “금융관련기관”이라 함은 법 제38조에 의하여 감독원의 검사를 받는 기관을 말한다.
5. “금융분쟁”이라 함은 금융관련기관, 예금자 등 금융수요자 및 기타 이해관계인이 금융관련 기관의 금융업무 등과 관련하여 권리의무 또는 이해관계가 발생함에 따라 금융관련기관을 상대로 제기하는 분쟁을 말한다.

제2장 위원회의 구성 및 운영

제4조(위원회의 구성) ①위원회는 위원장 1인을 포함한 30인 이내의 위원으로 구성한다.

②위원회의 위원장(이하 “위원장”이라 한다)은 원장이 그 소속 부원장 중에서 지명하는 자가 되며, 위원회 위원은 원장이 그 소속 부원장보 중에서 지명하는 자와 다음 각 호의 자 중에서 위촉하는 자로 한다. 이 경우 위촉된 위원은 제7조 제4항의 규정 등을 준수하겠다는 내용의 서약서를 제출하여야 한다.

1. 판사·검사 또는 변호사의 자격이 있는 자
2. 소비자기본법에 의한 한국소비자원 및 소비자단체의 임원 또는 그 직에 있었던 자
3. 금융기관 또는 금융관계기관·단체에서 15년 이상 근무한 경력이 있는 자

4. 법률·경제·경영 또는 소비자 관련 분야 학문을 전공하고 대학이나 공인된 연구기관에서 7년 이상 근무한 자로서 부교수 이상 또는 이에 상당하는 직에 있거나 있었던 자

5. 전문의의 자격이 있는 의사

6. 기타 분쟁의 조정과 관련하여 원장이 필요하다고 인정하는 자

③원장은 위원회 위원이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 해당 위원을 해촉하여야 한다.

1. 금융기관으로부터 부당하게 금품 또는 향응을 제공받은 경우

2. 위촉시 경력, 학력 또는 「부패 방지 및 국민권익위원회의 설치와 운영에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 부패행위 전력을 거짓으로 제출한 경우

3. 제7조 제4항을 위반한 경우

4. 제7조의2 제3항의 회피사유에 해당됨에도 회피신청을 하지 않는 등 위원회의 공정성을 심각하게 훼손한 경우

5. 본인의 귀책사유로 회의소집 요구에 계속적으로 불응하여 절반이상 회의에 불참하는 경우

제5조(위원의 임기) 위원장 및 위원의 임기는 다음 각 호와 같이 한다.

1. 위원장 및 원장이 그 소속 부원장보 중에서 지명하는 위원 : 해당 직에 재직하는 기간

2. 금융관계기관·단체를 대표하는 위원 : 2년으로 하되 해당 직에 재직하는 기간 범위내에서 연임이 가능

3. 제4조 제2항 제1호부터 제6호까지의 위원(이 조 제2호의 위원을 제외한다) : 2년으로 하되 1회에 한하여 연임이 가능

제6조(위원장의 직무) ①위원장은 위원회를 대표하며, 위원회의 회의를 주재하고 사무를 통할한다.

②위원장이 부득이한 사유로 직무를 수행할 수 없는 때에는 위원회 위원 중 분쟁조정 담당 부원장보인 위원이 위원장의 직무를 대행한다.

제7조(위원회의 회의) ①위원회의 회의는 위원장 1인을 포함하여 보험 분야 또는 비보험 분야(은행, 증권, 비은행 등)별로 매 회의시 위원장이 지명하는 7인 이상 11인 이하의 위원으로 회의의 1주일 전까지 구성하며, 위원장이 소집한다.

②회의는 매월 첫째주(첫째주 화요일이 없는 경우는 셋째주) 화요일과 셋째주(첫째주 화요일이 없는 경우는 다섯째주) 화요일에 소집함을 원칙으로 하되 위원장이 필요하다고 인정하는 때에는 수시로 소집할 수 있다.

③위원회는 제1항의 규정에 의한 구성원 과반수의 출석과 출석위원 과반수의 찬성으로 의결한다.

④위원회의 회의에 참석한 위원은 회의와 관련하여 알게 된 정보를 타인에게 누설하여서는 아니된다.

제7조의2(위원의 제척, 기피 및 회피) ①위원회의 위원은 다음 각 호의 1에 해당하는 경우에는 그 분쟁조정신청사건(이하 “사건”이라 한다)의 심의, 의결에서 제척된다.

1. 위원 또는 위원의 배우자나 배우자이었던 자가 당해 사건의 당사자가 되거나 당해 사건에 관하여 공동 권리자 또는 의무자의 관계에 있는 경우
2. 위원이 당해 사건의 당사자와 친족관계에 있거나 있었던 경우
3. 위원이 당해 사건에 관하여 당사자의 대리인으로서 관여하거나 관여하였던 경우
4. 위원이 당해 사건에 관하여 증언, 법률자문 또는 손해사정 등을 한 경우

②당사자는 위원에게 심의·의결의 공정성을 기대하기 어려운 사정이 있는 경우에는 기피신청을 할 수 있다. 이 경우 원장은 위원회의 의결을 거치지 아니하고 기피여부를 결정한다.

③위원이 제1항 또는 제2항의 사유에 해당하는 때에는 스스로 그 사건의 심의·의결에서 회피할 수 있다.

제8조(간사) ①위원회의 사무를 처리하기 위하여 위원회에 간사 1인을 둔다.

②간사는 감독원직제에서 정한 소관부서장으로 한다.

③간사는 위원회에 참석하며, 위원장은 필요하다고 인정하는 때에는 간사로 하여금 안전에 대하여 설명하게 할 수 있다.

제9조(의사록) ①간사는 회의결과를 기재한 의사록을 작성·보관하여야 한다.

②제1항의 의사록은 위원장(법 제52조 제4항에 따라 대행하는 자를 포함한다), 회의에 참석한 위원 및 간사가 기명하고 날인 또는 서명하여야 한다.

③간사는 제1항 및 제2항의 규정에 의하여 작성한 의사록을 위원회의 차기회의에 보고하여야 한다.

제10조(전문위원) ①원장은 조정업무와 관련하여 원장 또는 위원회의 자문에 응하기 위하여 전문위원을 위촉할 수 있다.

②전문위원은 변호사의 자격이 있는 자, 대학이나 공인된 연구기관에서 조교수 이상 또는 이에 상당한 직에 있는 자, 전문의의 자격이 있는 의사 등 원장이 필요하다고 인정하는 자로 한다.

③감독원에 접수된 사건 및 위원회에 회부된 사건의 처리를 위하여 원장이 필요하다고 인정하는 경우에는 전문위원에게 자문을 의뢰할 수 있다.

④제1항의 규정에 의하여 위촉된 전문위원의 임기는 2년으로 하되 연임할 수 있다.

⑤제7조의2 제1항 및 제3항은 전문위원에게 자문을 의뢰하는 경우에 준용한다. 이 경우 “위원회 위원”은 이를 “전문위원”으로 보고, “심의·의결”은 이를 “자문”으로 본다.

⑥원장은 감독원에 접수된 사건 및 위원회에 회부된 사건의 처리를 위하여 필요하다고 인정할 때에는 전문위원 외의 전문가 등에게 자문을 의뢰할 수 있다.

제10조의2(전문소위원회) ①법률적 또는 의료적 사항 등 전문적 판단이 필요한 사건의 효율적 처리를 위하여 전문소위원회를 둔다.

② 전문위원회의 구성 및 운영에 관하여는 원장이 정하는 바에 의한다.

제3장 조정의 신청 등

제11조(분쟁조정신청) ①금융관련기관, 예금자 등 금융수요자 및 기타 이해관계인은 금융과 관련하여 분쟁이 있는 때에는 원장에게 분쟁의 조정을 신청(이하 “조정신청”이라 한다)할 수 있으며 원장에게 조정신청을 하고자 하는 자는 다음 각 호의 서류를 첨부한 분쟁조정신청서(이하 “조정신청서”라 한다)를 원장에게 제출하여야 한다.

1. 조정신청의 원인 및 사실을 증명하는 서류
2. 대리인이 조정신청서를 제출하는 경우에는 그 위임장
3. 기타 분쟁조정에 필요한 증거서류 또는 자료

②제1항의 규정에 의한 조정신청서에는 다음 각 호의 사항을 기재하여야 한다.

1. 신청인과 상대방의 성명 및 주소(당사자가 법인인 경우에는 법인의 명칭 및 주된 사무소의 소재지와 그 대표자의 성명 및 주소를 말한다)
2. 대리인이 있는 경우에는 그 성명 및 주소
3. 신청의 취지
4. 신청의 이유

③원장은 감독원에 접수된 진정서, 탄원서 기타 민원서류 중 그 내용이 이 세칙에 의한 조정 절차에 의하여 처리함이 타당하다고 인정되는 민원서류는 그 명칭 및 형식의 여하에 불구하고 이를 제1항의 규정에 의한 조정신청이 있는 것으로 처리할 수 있다.

④분쟁처리 담당자는 분쟁조정신청을 접수하는 즉시, 처리부서, 담당자 직성명, 전화번호 등을 유선, 전자우편, 문서 등 연락 가능한 방법으로 접수사실을 통지하여야 한다.

제11조의2(자율조정절차 등) ①원장은 신청인이 분쟁조정을 신청한 경우 그 사건의 처리에 앞서 신청인과 금융관련기관이 자율적인 조정절차를 거치도록 할 수 있다.

②원장은 분쟁조정사건의 내용·성격 등이 금융·보험상품거래와 무관하거나 우리원이 직접 처리하기 어렵다고 판단되는 경우 원장이 별도로 정하는 기관 등에서 자율조정에 대한 검토를

거치도록 할 수 있다.

제12조(대표자의 선정) ①다수인이 공동으로 신청한 분쟁조정제에 있어 대표자를 선정한 경우에는 그 선임사실을 서면으로 증명하여야 한다.

②선정된 대표자는 이를 선임한 신청인들을 위하여 사건에 관한 모든 행위를 할 수 있다. 다만, 조정신청의 취하, 피신청인과 합의 또는 조정결정서의 수락은 다른 신청인의 동의를 얻어야 하며, 이 경우 동의를 얻은 사실을 서면으로 증명하여야 한다.

제13조(대리인의 선임) 당사자는 변호사, 기타 제3자를 대리인으로 선임할 수 있다. 이 경우 그 선임사실을 서면으로 증명하여야 한다.

제14조(조정신청의 중간회신) ①감독원에 접수된 조정신청 중 사실조사 또는 위원회의 회부 등의 사유로 처리가 지연되는 경우 원장은 지연사유 등을 신청인에게 통지하여야 한다.

②조정신청이 접수된 때에는 소관부서장은 금융분쟁조정기록부에 조정신청의 접수, 보완, 사실조사 및 처리결과 등에 대한 기록을 유지하여야 한다.

제15조(조정신청의 보완) ①원장은 조정신청에 대하여 관련자료 등 보완이 필요하다고 인정될 때에는 상당한 기간을 정하여 구술·전화·문서·우편·전신·모사전송(FAX) 또는 인터넷 등으로 보완을 요구할 수 있다.

②원장은 신청인이 제1항의 기간 내에 보완을 하지 아니하는 때에는 7일 이내의 기간을 정하여 다시 보완을 요구할 수 있다.

제16조(사실조사 등) ①원장은 사건의 조사를 위하여 필요하다고 인정되는 경우에는 감독원 직원으로 하여금 사건에 대한 사실조사 및 조회 또는 관련자의 출석 등의 방법으로 조사를 하게 하거나 당사자에 대하여 사실의 확인 또는 자료의 제출 등을 요구할 수 있다.

②원장은 사건의 조사를 위하여 관계기관에 감정, 조회 기타 필요한 검사 등을 의뢰할 수 있다.

③금융관련기관에 대한 금융분쟁에 관련된 사실조사는 분쟁조정업무를 담당하는 소관부서장이 관할한다. 다만, 소관부서장은 필요하다고 인정되는 경우 소관 검사국장에게 검사를 의뢰할 수 있다.

④제3항에 의한 검사 및 그 처리 등에 관한 사항은 관련법령 및 감독원의 규정을 준용한다.

⑤원장은 제1항의 규정에 의한 사실조사가 필요한 경우 조사목적, 조사내용, 조사기간 등을 조사출장 3일 전까지 유선, 전자우편, 문서 등 연락 가능한 방법으로 사전통지하여야 한다. 다만 긴급을 요하거나 증거인멸 등이 우려되는 경우 이를 생략할 수 있다.

⑥분쟁조정업무 담당부서는 분쟁조정절차 진행 중 금융기관의 위법·위규사항이 발견되거나 제도개선이 필요한 경우 관련 부서에 이를 통보하여야 한다. 이 경우 통보를 받은 관련 부서에

서는 이에 대한 적절한 조치를 취하여야 한다.

⑦원장은 분쟁조정을 위해 필요한 경우 피신청인에게 조정신청서사본을 송달하거나 상당한 기일을 정하여 조정신청에 대한 의견서 또는 답변서와 관련 자료의 제출을 요구할 수 있다.

제4장 감독원장의 분쟁처리

제17조(조정신청의 위원회 회부 전 처리) ①원장은 조정신청내용이 다음 각 호의 1에 해당하는 경우에는 위원회에 회부를 하지 아니하고 직접처리하거나 해당기관에 이첩하여 처리하게 할 수 있다.

1. 이미 법원에 제소된 사건이거나 조정신청이 있는 후 소를 제기한 경우
2. 조정신청의 내용이 관련법령 또는 객관적인 증빙 등에 의하여 합의권고 또는 조정절차 진행의 실익이 없는 경우
3. 신청인이 정당한 사유 없이 제15조의 규정에 의한 보완요구를 받고도 지정된 기한 내에 이를 보완하지 아니하거나 소재불명 등으로 보완요구가 2회에 걸쳐 반송된 경우
4. 조정신청의 내용과 직접적인 이해관계가 없는 자가 조정신청을 하는 경우
5. 신청인이 부당한 이익을 얻을 목적으로 조정신청을 한 것으로 인정되는 경우
6. 신청인이 상당한 이유 없이 취하된 조정신청건 또는 동일한 내용에 대하여 다시 조정신청을 하거나 가명으로 조정신청한 것이 확인된 경우
7. 당사자의 주장이 상이하거나 증거채택이 어려워 사실관계 확정이 곤란하거나 수사사건과 직접적으로 관련된 경우
8. 당사자의 주장내용이 부당하거나 관련법령, 조정선례, 법원판례 등에 비추어 명백하게 받아들일 수 없다고 인정되는 경우
9. 금융·보험상품거래와 직접 관련이 없거나 수사기관의 수사가 필요한 경우 등 조정신청의 내용이 분쟁조정대상으로서 적합하지 아니하다고 인정되는 경우

제17조의2(처리기간의 계산) 사건에 대하여 제 17조의 규정에 의하여 직접처리를 하거나 해당기관에 이첩하여 처리하게 할 때에는 조정신청 접수일로부터 30일 이내에 그 처리결과 및 사유를 명시하여 당사자에게 통지한다.

제17조의3(처리기간에 산입하지 아니하는 기간) 조정신청의 처리기간에 산입하지 아니하는 기간은 다음 각호의 1에 해당하는 기간을 말한다.

1. 조정신청의 보완에 소요되는 기간(보완을 위하여 신청서를 신청인에게 발송한 날과 보완되어 행정청에 도달한 날을 포함한다)
2. 사건에 대하여 사실조사 및 조회 등에 부득이하게 소요되는 기간

3. 공휴일 및 토요일

제17조의4(처리기간의 연장 등) ①원장은 부득이한 사유로 제17조의2가 정한 처리기간 내에 사건을 처리하기 어렵다고 인정되는 경우에 대하여는 30일 이내의 범위에서 처리기간을 연장할 수 있다. 다만, 신청인의 동의를 받은 경우에는 한차례에 한하여 재연장을 할 수 있다.

② 제1항에 따라 처리기간을 연장하였을 때에는 처리기간의 연장 사유와 처리완료 예정일을 지체없이 신청인에게 통지하여야 한다.

제17조의5(처리결과의 통지) 제17조의2 규정에 의한 처리결과의 통지는 문서를 통하여 이루어져야 한다. 다만, 신청인이 원하거나 전자정부법 제9조에 따른 전자민원창구를 통하여 접수된 조정신청은 처리결과를 전자민원시스템에 입력함으로써 통지에 갈음할 수 있다.

제17조의6(반복 및 중복 조정신청의 처리) ①신청인이 동일한 내용의 조정신청을 정당한 사유 없이 3회 이상 반복하여 제출한 경우 2회 이상 그 처리결과를 통지하고, 그 후 접수되는 조정신청에 대하여는 종결처리할 수 있다.

②신청인이 2개 이상의 행정기관에 제출한 동일한 내용의 조정신청을 다른 행정기관으로부터 이송받은 경우에도 제1항의 규정을 준용하여 처리할 수 있다.

③제1항 및 제2항에 따른 동일한 내용의 조정신청인지 여부에 대하여는 해당 조정신청의 성격, 종전 조정신청과의 내용적 유사성·관련성 및 종전 조정신청과 동일한 답변을 할 수 밖에 없는 사정 등을 종합적으로 고려하여 결정하여야 한다.

제18조(조정신청의 취하 등) ①신청인은 사건명, 당사자 및 취하사유가 표시된 취하서를 우편·모사전송(FAX) 등으로 제출하거나 유선(녹취 등)으로 조정신청을 취하할 수 있다.

②신청인이 조정신청을 취하한 경우 등 이 규정에 의한 조정절차진행의 필요가 없는 사유가 발생한 경우에는 조정절차진행을 중지하고 당해 사건을 종결처리할 수 있다.

③제2항의 규정에 따라 사건을 종결처리한 경우 원장은 당사자에게 통지하여야 한다. 다만, 조정신청을 취하한 신청인에게는 그러하지 아니하다.

④당해사건이 위원회에 회부되어 계류 중인 경우에는 위원회에도 이를 통보하여야 한다.

제19조(소 제기 등의 통지) ①분쟁조정 신청 후에 당해 사건에 대하여 소를 제기하였거나 민사조정법에 따라 법원에 조정신청을 한 당사자는 지체없이 다음 각 호의 사항을 원장에게 통지하여야 한다.

1. 당해 사건의 관할법원
2. 소송일자 또는 조정신청일자
3. 소송번호 또는 사건번호

4. 소장 또는 조정신청서의 사본

5. 피신청인이 소를 제기하였거나 법원에 조정신청을 하였을 경우 그 사유

6. 피신청인이 소를 제기하였거나 법원에 조정신청을 하였을 경우 심급별 소송결과

②원장은 사건의 처리절차의 진행 중에 일방당사자가 소를 제기하거나 민사조정신청을 한 경우에는 그 조정의 처리를 중지하고 이를 당사자에게 통보하여야 한다.

제20조(합의권고) ①원장은 감독원에 접수된 사건 중 분쟁의 원만한 해결을 위하여 당사자가 합의하도록 함이 상당하다고 인정되는 사건의 경우에는 구두 또는 서면으로 당사자에게 합의할 것을 권고할 수 있다.

②원장은 제1항의 규정에 의한 합의권고에 있어 필요하다고 인정되는 경우에는 당해 조정신청에 관하여 이해관계를 가지는 자를 출석시켜 합의에 참가하도록 할 수 있다.

제20조의2(제3자 의견 구속력) 의료사항 등에 대한 제3자의 전문적 판단이 필요하다고 인정되는 사건에 대하여 제20조 제1항에 의하여 합의를 권고하는 경우에 당사자가 정한 제3자의 의견을 따르도록 할 수 있으며, 당사자인 금융관련기관은 제3자의 의견에 따라야 한다.

제20조의3(재검토요구) 원장은 법률, 기존의 분쟁조정위원회 조정례 및 판례 등에 비추어 피신청인의 처리가 부당하다고 판단되는 상당한 이유가 있는 때에는 서면으로 피신청인에게 재검토를 요구할 수 있다.

제21조(합의 불성립) 당사자가 원장의 합의권고를 거부하거나 정당한 이유 없이 합의권고절차 진행을 위한 출석기일에 출석하지 아니한 때에는 합의가 성립되지 아니한 것으로 본다.

제5장 위원회의 분쟁조정

제22조(위원회에의 회부 및 통지) ①원장은 다음 각 호의 1에 해당되는 경우에는 위원회 회부 사건 요약표를 작성하고 관련자료를 첨부하여 위원회에 회부하여야 한다.

1. 제17조의 규정에 따라 원장이 직접처리하거나 해당기관에 이첩하여 처리하는 것이 적당하지 않다고 인정되는 경우

2. 제20조의 규정에 의한 합의권고가 적당하지 않다고 인정되는 경우

3. 제20조의 규정에 따라 합의권고절차를 진행하였으나 사건의 접수일로부터 30일 이내에 당사자 간에 합의가 성립되지 아니한 경우

②원장이 제1항의 규정에 의하여 사건을 위원회에 회부한 때에는 당사자에게 당해 사건이 위원회에 회부된 사실을 통지하여야 한다. 이 경우 당사자에게 일정기간 내에 추가자료를 제출할 수 있다는 사실과 위원의 명단 및 이들에 대한 기피의 신청을 할 수 있다는 사실을 통지하

여야 한다.

③제2항의 기피의 신청을 하는 경우에는 기피사유와 증거자료를 서면으로 제출하여야 한다.

④제1항 제3호의 기간을 계산함에 있어 제17조의3과 제17조의4를 준용한다.

제23조(자료제출 등) ①위원회는 사건의 심의를 위하여 필요한 경우에는 원장에게 당해 사건에 대한 조사 또는 관련자료의 수집을 요청할 수 있다.

②원장은 위원회로부터 제1항의 규정에 의한 요청을 받은 때에는 지체없이 조사를 실시하거나 관련자료를 수집하여 위원회에 제출하여야 한다.

제24조(당사자 등의 의견청취) ①위원회는 당사자 기타 이해관계인·감정인·참고인 등의 의견을 들을 필요가 있다고 인정되는 때에는 이들에게 회의에 출석하여 의견을 진술할 것을 요청할 수 있다.

②위원회는 제1항의 규정에 의하여 의견을 듣고자 하는 때에는 시기 및 장소를 정하여 긴급을 요하는 경우가 아닌 한 의견청취 3일전까지 당사자 등에게 통지하여야 한다.

③당사자 기타 이해관계인은 위원회의 허가를 받아 위원회에 출석하여 의견을 진술할 수 있다.

제24조의2(사전심의) ①위원회는 다음 각호의 1에 해당되는 사항을 사전심의할 수 있다.

1. 다수인이 신청한 사건으로서 조정기준 마련 등을 위해 필요한 경우
2. 제10조의2의 전문소위원회 심의를 거친 경우
3. 그 밖에 위원회가 사전심의가 필요하다고 인정하는 경우

② 사전심의의 구성 및 운영에 관하여는 제4조부터 제9조까지의 규정을 준용한다.

제25조(결정) ①위원회는 사건이 회부된 날로부터 60일 이내에 이를 심의하여 조정결정하여야 한다. 다만, 신청의 내용이 제17조제1항 각호의 1에 해당되는 등 위원회의 조정의 실익이 없는 경우에는 각하결정을 할 수 있다.

②위원회가 제1항에 의한 결정을 한 때에는 조정결정서 또는 각하결정서를 작성하여야 한다.

③제2항의 조정결정서 또는 각하결정서에는 다음 각 호의 사항을 기재하여야 한다.

1. 당사자의 성명 또는 명칭과 주소
2. 조정 또는 각하결정사항
3. 조정 또는 각하결정이유
4. 조정 또는 각하결정일자

제26조(심의·의결 결과통보) 위원회가 사건에 대한 심의·의결을 종료한 때에는 그 결과를 원장에게 통보하여야 한다.

제27조(원장의 재의 요구) ①원장은 위원회의 의결사항이 다음 각 호의 1에 해당하는 경우 재의요구의 사유 등을 첨부하여 재의를 요구할 수 있다

1. 관련법규를 위반한 경우
2. 공익에 비추어 심히 부당한 경우

②제2항의 규정에 의한 재의 요구가 있는 때에는 제7조 제1항의 규정에 의한 구성원 3분의 2 이상의 출석과 출석위원 3분의 2이상의 찬성으로 재의결한다.

제28조(조정결정 등의 통지) 원장은 재의요구사항을 제외한 사건에 대하여는 위원회의 조정결정서 또는 각하결정서를 첨부하여 위원회의 의결내용을 당사자에게 통지한다. 다만, 신청인의 청구를 인용(부분인용 포함)하는 것으로 조정결정된 사건에 대하여는 다음 각 호의 사항을 함께 통지한다.

1. 조정결정의 수락은 조정결정의 통지를 받은 날로부터 20일 이내에 이루어져야 하며, 그러하지 아니할 경우에는 조정이 성립되지 아니한 것으로 처리된다는 사실
2. 당사자 쌍방이 조정결정내용을 수락할 경우 감독원에 출석하여 조정서를 작성하거나 조정결정 수락서에 기명하고 날인 또는 서명하여 감독원에 제출하여야 한다는 사실
3. 당사자 쌍방이 조정결정 내용을 수락하여 조정이 성립하면 법이 정하는 바에 따라 재판상 화해와 동일한 효력을 가진다는 사실

제29조(조정의 성립 등) ①당사자가 제28조의 규정에 의하여 통지된 조정안을 수락한 경우 당해 조정안은 재판상 화해와 동일한 효력을 갖는다.

②당사자쌍방은 제28조의 규정에 의한 조정결정의 통지를 받은 날로부터 20일 이내에 감독원에 출석하여 조정서 3부에 기명하고 날인 또는 서명하여야 하며 원장이 이를 확인하여 당사자에게 조정서 각 1부를 교부하고 1부는 감독원에서 보관하여야 한다.

③원장은 제1항의 규정에도 불구하고 당사자가 감독원에 출석하여 조정서에 기명날인하기 곤란하다고 판단될 때에는 당사자로 하여금 제28조의 규정에 의한 조정결정의 통지를 받은 날로부터 20일 이내에 조정결정수락서에 기명하고 날인 또는 서명하여 감독원에 제출토록 할 수 있다. 이 경우 원장이 조정결정수락서를 확인하여 조정서 3부를 작성하여 당사자에게 각각 1부를 교부 또는 송달하고 1부는 감독원에서 보관하여야 한다.

④당사자의 일방 또는 쌍방이 제28조의 규정에 의한 조정결정의 통지를 받은 후 소정기일 이내에 조정결정내용을 수락하지 아니한 때에는 조정이 성립되지 아니한 것으로 본다.

⑤원장은 조정이 성립되지 아니한 때에는 당사자에게 조정이 성립되지 아니한 사실 및 사유를 명시하여 통지한다.

⑥금융관련기관은 조정안을 수락하지 아니한 때에는 그 사유를 원장에게 제출하여야 한다.

제30조(처리결과와 통보 및 보고) ①원장은 조정결정한 사건의 처리결과를 위원회에 통보한다.
 ②제29조에 의하여 조정이 성립된 경우 당사자인 금융관련기관은 조정에 따른 처리결과를 조정이 성립한 날로부터 20일 이내에 원장에게 보고하여야 한다.

제31조(재조정신청) ①당사자는 다음 각 호의 1에 해당하는 사유가 있는 때에는 위원회의 결정에 대하여 재조정을 신청할 수 있다. 다만, 당사자가 당초 조정신청을 할 때에 그 사유를 주장하였거나 이를 알면서 주장하지 아니한 경우에는 그러하지 아니하다.

1. 조정 당시에는 제출되지 아니한 것으로서 조정의 결과에 중대한 영향을 미치는 새로운 사실이 나타난 경우
2. 조정의 증거로 된 문서, 증인의 증언, 참고인의 진술 등의 자료가 위조 또는 변조된 것이거나 허위임이 밝혀진 경우
3. 조정의 기초가 된 법률, 판결 등이 변경된 경우
4. 조정에 영향을 미칠 중요한 사항에 관하여 위원회가 판단하지 아니한 경우
5. 제척되어야 할 위원이 조정에 관여한 경우

②재조정신청은 당사자가 조정결정 또는 각하결정을 통지받은 날로부터 1개월 이내에 하여야 한다.

③제1항의 규정에 따른 재조정 신청사건의 처리에 대해서는 이장의 규정을 준용한다.

④원장은 제2항에서 정하는 기간을 경과한 재조정신청에 대하여는 특별한 사유가 없는 한 이를 각하처리한다.

제6장 보 칙

제32조(분쟁조정공표) 원장은 공익 또는 금융수요자 등의 보호를 위하여 필요하다고 인정하는 때에는 분쟁조정업무와 관련된 내용을 공표할 수 있다.

제32조의2(소송지원) ①원장은 다음 각 호의 1에 해당하는 사건으로서 피신청인의 조치가 현저히 부당하다고 위원회가 인정하여 소송지원을 요청하는 경우 신청인을 위한 소송지원을 할 수 있다. 다만, 소송지원이 실익이 없거나 공익목적상 부적절하다고 인정되는 경우에는 그러하지 아니한다.

1. 위원회에서 신청인의 청구를 인용하는 것으로 조정결정된 사건
2. 위원회에서 조정결정이 있기 전 사건으로서 위원회의 조정선례 또는 법원의 판례 등에 비추어 신청인의 청구를 인용하는 것으로 조정결정될 것이 명백한 사건

② 삭 제

③원장은 소송지원 결정 이후 다음 각 호의 1에 해당하는 사유가 발생하는 경우에는 소송지

원을 중단할 수 있다.

1. 신청인이 특별한 사정없이 소송당사자로서의 의무를 다하지 아니하는 경우
2. 신청인이 소송지원 신청시 제출한 자료나 진술 등이 허위로 판명된 경우
3. 소송지원 과정에서 새로이 발견된 사실로 인해 당해 소송지원이 실익이 없게 되거나 공익 목적상 부적절하게 된 경우
- ④기타 소송지원에 관한 세부사항은 원장이 정하는 바에 의한다.

제32조의3(사건개입 금지 등) ①누구든지 감독원 담당직원에게 분쟁조정 신청사건에 대한 처리를 종용하거나 관련 법령 등에 근거하지 아니하고 정보 등의 제공을 요구하여서는 아니된다.
②감독원 담당직원은 제1항의 요구를 받은 경우 이에 응하여서는 아니된다.

제33조(수당 등) 원장은 다음 각 호의 경우 감독원의 예산범위 내에서 따로 정하는 바에 따라 수당 및 실비, 출장비, 자문료 또는 수임료 등을 지급할 수 있다.

1. 제7조에 의하여 위원이 위원회에 참석하는 경우
2. 위원이 사건의 해결을 위하여 국내외에 출장을 하는 경우
3. 제10조에 의하여 전문위원이 원장의 자문에 응하는 경우
4. 제24조에 의하여 위원회가 요청한 감정인·참고인 등이 위원회에 출석하여 의견을 진술하는 경우
5. 제16조에 의하여 원장이 요청한 감정인·참고인 등이 출석하여 의견을 진술하는 경우

제34조(세부사항 등) 이 세칙의 시행을 위하여 필요한 서식 등 세부사항에 대하여는 감독원 직제에서 정한 소관부서장이 별도로 정하는 바에 의한다.



부 록 2

색 인

1. 법원 판례 목록
2. 수록 안건 색인

대법원

(판결번호)

(조정번호)

대법원 1965.8.31 선고 65다693	은행·중소서민 99-61
대법원 1969.7.22 선고 69다548	은행·중소서민 10-25
대법원 1976.7.13 선고 76다1155	은행·중소서민 00-11
대법원 1976.10.26 선고 76다517	보험 10-23
대법원 1978.2.14 선고 76다2119	보험 06-87
대법원 1978.3.14 선고 76다2168	은행·중소서민 00-23
대법원 1978.3.28 선고 78다282,283	은행·중소서민 10-25
대법원 1978.6.13 선고 78다568	은행·중소서민 08-73
대법원 1979.10.30 선고 79다1234	보험 01-37, 01-46, 08-39
대법원 1980.4.8 선고 80다188	은행·중소서민 10-87
대법원 1980.11.25 선고 80다1109	보험 06-34
대법원 1981.6.23 선고 80다609	은행·중소서민 99-46
대법원 1981.6.23 선고 81다167	은행·중소서민 08-73
대법원 1984.6.12 선고 83다카2159	은행·중소서민 11-50
대법원 1984.11.27 선고 84다310	은행·중소서민 99-46
대법원 1984.11.27 선고 84다카1283	은행·중소서민 99-46
대법원 1985.12.24 선고 85다카880	은행·중소서민 05-74, 05-98
대법원 1987.2.10 선고 86도2338	보험 06-8
대법원 1987.4.28 선고 82다카789	은행·중소서민 99-25
대법원 1987.7.7 선고 86다카2475	은행·중소서민 10-25
대법원 1988.3.22 선고 86다카2747	보험 08-14
대법원 1989.4.11 선고 88다카13219	은행·중소서민 05-66
대법원 1989.8.8. 선고 87다카929	보험 17-8
대법원 1989.11.14 선고 88다카29962	은행·중소서민 01-4

(판결번호)**(조정번호)**

대법원 1989.11.28 선고 88다카26758	보험	06-35
대법원 1990.2.13 선고 89다카10385	은행·중소서민	04-38
대법원 1990.6.26 선고 89다카7730	보험	99-5, 17-4
대법원 1991.1.29 선고 90다11028	금투	03-37
대법원 1991.4.23 선고 90다15129	은행·중소서민	00-35
대법원 1991.5.14 선고 90다카25314	보험	01-19
대법원 1991.6.25 선고 90다12373	보험	13-13, 13-14, 13-14
대법원 1991.8.27. 선고 90다9773	보험	16-7
대법원 1991.12.27 선고 91다1165	보험	11-17
대법원 1992.2.14 선고 91다9244	은행·중소서민	00-23, 05-74, 05-98
대법원 1992.6.12 선고 92다10722	은행·중소서민	99-26, 00-51
대법원 1992.10.23 선고 92다28259	보험	01-46
대법원 1992.10.27 선고 92다32852	보험	13-16, 17-15
대법원 1992.12.22 선고 91다22346	보험	99-16
대법원 1993.1.19 선고 92다32111	보험	09-59
대법원 1993.4.13. 선고 93다3622	보험	17-14
대법원 1993.4.27 선고 92다8101	보험	03-5
대법원 1993.7.13 선고 93다17980	은행·중소서민	09-48
대법원 1994.5.24 선고 93다44975	은행·중소서민	99-1
대법원 1994.6.10 선고 94다3445	은행·중소서민	10-25
대법원 1994.8.23 선고 93다59595	보험	04-26
대법원 1994.8.26 선고 93다15267	은행·중소서민	99-1
대법원 1994.9.23 선고 94다9085	보험	00-33
대법원 1994.9.27 선고 94다20617	금투	11-25
대법원 1994.9.30 선고 94다20242	은행·중소서민	09-42
대법원 1994.10.14 선고 94다14018	보험	99-16
대법원 1994.11.25 선고 94다8969	은행·중소서민	99-33
대법원 1994.12.27 선고 93다29396	보험	04-53
대법원 1995.3.14 선고 94누7935	보험	99-29
대법원 1995.3.24 선고 94다17826	금투	05-41
대법원 1995.3.24 선고 94다44620	은행·중소서민	10-86

(판결번호)**(조정번호)**

대법원 1995.5.12 선고 94다54726	보험 10-13
대법원 1995.7.11 선고 95다8850	보험 99-16
대법원 1995.7.14 선고 94다36698	보험 99-64
대법원 1995.9.15 선고 95다13371	은행·중소서민 04-38
대법원 1995.10.12 선고 94다16786	금투 03-48
대법원 1995.11.14 선고 95다30352	금투 09-92
대법원 1995.11.16. 선고 94다56852	보험 17-9
대법원 1996.1.26 선고 98다48682	보험 12-27
대법원 1996.2.23 선고 95다49141	은행·중소서민 10-25
대법원 1996.4.23 선고 95다55986	은행·중소서민 99-18
대법원 1996.5.31. 선고 95다19232	보험 17-5
대법원 1996.7.30. 선고 95다1019	보험 17-15
대법원 1996.8.23 선고 94다38199	금투 9-12, 9-35, 10-34
대법원 1996.8.23 선고 95다39472	은행·중소서민 06-19
대법원 1996.9.10 선고 94다50380	보험 16-4
대법원 1996.9.20 선고 95다53942	보험 99-16
대법원 1996.9.20 선고 96다24675	보험 09-45
대법원 1996.10.11 선고 95다43679	은행·중소서민 09-101
대법원 1996.10.11. 선고 94다60332	보험 17-18
대법원 1996.10.29 선고 95다2494	은행·중소서민 11-43
대법원 1996.12.23 선고 96다27971	보험 00-15, 03-59, 8-2, 08-13, 11-17, 11-57
대법원 1997.4.8 선고 96다54942	은행·중소서민 10-87
대법원 1997.4.11 선고 97다423	보험 01-51
대법원 1997.6.10.선고 95다22740	보험 17-5
대법원 1997.7.8 선고 97다15685	보험 00-33
대법원 1997.8.29 선고 96다14470	금투 03-37
대법원 1997.9.5 선고, 95다25268	보험 15-20
대법원 1997.9.26 선고 97다22768	은행·중소서민 00-18, 02-5
대법원 1997.9.30 선고 97다24276	보험 00-26
대법원 1997.9.30 선고 97다24412	보험 03-18
대법원 1997.10.24 선고 97다24603	금투 05-37

(판결번호)**(조정번호)**

대법원 1997.10.28 선고 97다33089	보험 06-13, 09-75
대법원 1997.11.28 선고 97다31229	보험 06-7
대법원 1997.12.10 선고 96나57032	보험 99-7
대법원 1997.12.26 선고 97다28780	금투 05-37
대법원 1998.2.27 선고 97다16077	은행·중소서민 03-21
대법원 1998.4.14 선고 97다39308	보험 08-99
대법원 1998.4.23 선고 97다19403	보험 04-61
대법원 1998.5.15 선고 96다27773	보험 01-19
대법원 1998.6.12 선고 97다18455	은행·중소서민 99-18
대법원 1998.6.23 선고 98다10380	보험 08-14
대법원 1998.7.8 선고 98다1072	보험 01-51
대법원 1998.7.10 선고 98다15835	은행·중소서민 00-11
대법원 1998.7.10 선고 98다18988	금투 11-25, 보험 06-7
대법원 1998.7.24 선고 97다49978	금투 07-24
대법원 1998.8.21 선고 97다50091	보험 05-38, 11-17
대법원 1998.9.18 선고 98다25825	보험 99-7
대법원 1998.10.13 선고 98다28114	보험 08-47
대법원 1998.10.27 선고 97다47989	은행·중소서민 08-93, 금투 08-4, 08-56, 09-12,
대법원 1998.11.10 선고 98다20059	은행·중소서민 05-61, 07-4, 11-45
대법원 1998.11.13 선고 97다53359	은행·중소서민 99-18, 04-36
대법원 1998.11.24 선고 98다33765	은행·중소서민 01-4
대법원 1998.11.27 선고 98다32564	보험 08-71
대법원 1998.12.8 선고 98다39923	은행·중소서민 00-11
대법원 1999.2.12 선고 98다45744	은행·중소서민 01-22
대법원 1999.3.9 선고 98다43342	금투 05-69, 보험 05-34, 06-52
대법원 1999.3.9 선고 98다43349	보험 05-34
대법원 1999.3.9 선고 98다43359	보험 06-52
대법원 1999.3.12 선고 98다48989	은행·중소서민 99-26, 11-31
대법원 1999.3.12 선고 98다51626	은행·중소서민 10-25
대법원 1999.6.25 선고 98도4716	보험 06-34
대법원 1999.7.23 선고 99다19346	보험 04-27

(판결번호)**(조정번호)**

대법원 1999.8.24 선고 99다26481	은행·중소서민 01-55
대법원 1999.9.7 선고 98다19240	은행·중소서민 03-50, 금투 05-69
대법원 1999.11.12 선고 98다30834	보험 03-18
대법원 1999.11.26 선고 99다37474	보험 12-13
대법원 2000.1.18 선고 99다57461	은행·중소서민 10-25
대법원 2000.1.28 선고 99다50712	은행·중소서민 10-25, 보험 09-91
대법원 2000.3.10 선고 99다67031	은행·중소서민 07-4
대법원 2000.3.28 선고 99다32332	은행·중소서민 04-78, 10-52
대법원 2000.3.28 선고 99다56253	은행·중소서민 09-101
대법원 2000.3.28 선고 99다67147	보험 08-61
대법원 2000.4.25 선고 99다68027	은행·중소서민 08-17, 보험 07-48
대법원 2000.6.26 선고 99다65752	보험 03-69
대법원 2000.9.8 선고 2000다89	보험 08-78
대법원 2000.11.10 선고 2000다29769	보험 06-87
대법원 2000.12.8 선고 99다37856	금투 11-25, 보험 02-3
대법원 2000.12.8 선고 2000다46375	보험 04-26, 05-43, 05-93, 08-78, 17-5
대법원 2000.12.22 선고 99다1352	은행·중소서민 02-47, 보험 01-37
대법원 2001.1.5. 선고 2000다31847	보험 17-1
대법원 2001.2.13 선고 99다13737	보험 03-59
대법원 2001.4.24 선고 99다30718	금투 04-20, 05-25
대법원 2001.4.27. 선고 2000다31168	보험 17-14
대법원 2001.5.29 선고 2001다11765	은행·중소서민 11-31
대법원 2001.7.24 선고 2000다20878	보험 05-23
대법원 2001.8.21 선고 2001다27579	보험 09-103
대법원 2001.9.25 선고 2001다48583	은행·중소서민 07-69
대법원 2001.11.9 선고 2001다55499	보험 12-19, 13-15
대법원 2001.11.27 선고 99다33311	보험 12-13, 17-1
대법원 2001.12.11 선고 2001다61852	은행·중소서민 02-47, 03-50
대법원 2001.12.24 선고 2000두598	보험 10-6, 10-7
대법원 2002.2.26 선고 2000다71494	은행·중소서민 08-73
대법원 2002.3.26. 선고 2001다6312	보험 17-15

(판결번호)**(조정번호)**

대법원 2002.3.29 선고 2001다49128	은행·중소서민 05-37
대법원 2002.3.29. 선고 2000다18752, 18769	보험 17-4
대법원 2002.4.23 선고 2001다84794	은행·중소서민 10-53
대법원 2002.6.28 선고 2001다49814	은행·중소서민 10-25, 11-30
대법원 2002.7.12 선고 99다68652	은행·중소서민 09-101
대법원 2002.9.4. 선고 2002다31872	보험 17-11
대법원 2002.12.10. 선고 2002다53193	보험 17-11
대법원 2003.1.10 선고 2000다34426	금투 03-17, 05-82
대법원 2003.1.10 선고 2000다50312	은행·중소서민 06-10, 08-20, 08-83, 10-79, 금투 08-33, 08-55, 09-38, 10-2, 10-45, 10-59, 10-85, 11-38
대법원 2003.1.10 선고 2000도5716	보험 09-85
대법원 2003.1.24 선고 2002다29510	보험 07-79
대법원 2003.4.11 선고 2001다12430	은행·중소서민 03-67
대법원 2003.4.11 선고 2001다53059	은행·중소서민 10-107
대법원 2003.4.25. 선고 2002다64520	보험 17-18
대법원 2003.6.27 선고 2003다12847	보험 03-59
대법원 2003.7.11 선고 2001다11802	은행·중소서민 08-20, 금투 07-44
대법원 2003.7.25 선고 2001다10458	은행·중소서민 10-60, 10-79, 금투 10-45, 10-59, 11-38
대법원 2003.8.22 선고 2003다26211	보험 04-53, 05-25
대법원 2003.8.22 선고 2003다27054	보험 05-34, 10-111
대법원 2003.10.23 선고 2001다18285	보험 04-3
대법원 2003.11.13. 선고 2001다49630	보험 15-20
대법원 2003.11.14. 선고 2003두5501	보험 17-2
대법원 2003.11.28 선고 2003다35215, 35222	보험 08-18, 08-27, 09-82
대법원 2003.12.16 선고 2003다49542	금투 10-73, 보험 04-61
대법원 2004.1.15 선고 2001다70825	은행·중소서민 09-28
대법원 2004.1.15 선고 2003다53404	보험 08-43
대법원 2004.4.27 선고 2003다7302	보험 04-61
대법원 2004.5.14. 선고 2004다14000	보험 17-5
대법원 2004.6.11. 선고 2003다18494	보험 16-17
대법원 2004.7.9 선고 2004다20304, 20357	보험 10-99

(판결번호)**(조정번호)**

대법원 2004.7.9 선고 2004다27160	은행·중소서민 10-36
대법원 2004.7.9. 선고 2004도2551	보험 17-7
대법원 2004.7.22 선고 2001다58269	은행·중소서민 06-19
대법원 2004.8.20 선고 2002다20889	보험 05-23, 17-16
대법원 2005.4.15 선고 2004다65138	보험 06-44
대법원 2005.5.27 선고 2004다60065	은행·중소서민 09-48, 09-86, 11-32
대법원 2005.6.10. 선고 2005도1373	보험 17-10
대법원 2005.7.28 선고 2005다22565	은행·중소서민 11-21, 11-43, 11-50, 13-23
대법원 2006.9.22. 선고 2006다22852	보험 17-14
대법원 2005.9.25 선고 2005다25755	보험 10-56
대법원 2005.10.7. 선고 2005다28808	보험 17-7
대법원 2005.10.28 선고 2005도5975	은행·중소서민 10-76, 13-1
대법원 2005.12.23 선고 2005다59383	보험 08-3
대법원 2005.12.23 선고 2005다59390	보험 08-3
대법원 2006.1.13 선고 2003다54599	은행·중소서민 06-17
대법원 2006.2.10 선고 2005다58083	보험 11-28
대법원 2006.3.24 선고 2005다59673	은행·중소서민 10-76
대법원 2006.5.11 선고 2003다51057	은행·중소서민 08-93, 금투 08-4, 08-56, 08-67 09-12, 09-34, 09-93, 10-2, 10-74
대법원 2006.6.16 선고 2005다25632	보험 13-21
대법원 2007.4.12 선고 2004다4980	금투 08-88
대법원 2007.4.26 선고 2005다24318	보험 07-86
대법원 2007.4.27 선고 2006다87453	보험 10-42, 10-111, 11-11
대법원 2007.6.15. 선고 2007다6307	보험 16-4
대법원 2007.7.12 선고 2006다53344 ..	은행·중소서민 10-79, 금투 10-2, 10-45, 10-59, 11-38
대법원 2007.9.6 선고 2006다55005	보험 10-42
대법원 2007.9.6 선고 2007다30263	보험 09-17
대법원 2007.9.7 선고 2006도777	보험 11-41
대법원 2007.11.29 선고 2007다51239	은행·중소서민 13-1
대법원 2008.3.27 선고 2008다2616	보험 10-56
대법원 2008.4.24 선고 2006다72734	보험 13-13, 13-14

(판결번호)**(조정번호)**

대법원 2008.6.12 선고 2008다7772	은행·중소서민	11-31
대법원 2008.8.21 선고 2008다37674	보험	13-16
대법원 2008.9.8 선고 2008다17359	보험	08-78
대법원 2008.10.9 선고 2007다55491	보험	08-97
대법원 2008.12.16 선고 2007마1328	금투 10-74, 보험 10-23, 10-42, 10-111, 11-11	
대법원 2008.12.24 선고 2006다53672	은행·중소서민	10-53
대법원 2009.2.26 선고 2007다30331	은행·중소서민	10-25
대법원 2009.3.12 선고 2008다76020	보험	13-21
대법원 2009.5.14 선고 2007다75921	금투	10-34
대법원 2009.5.28. 선고 2008다81633	보험	16-31
대법원 2009.9.24 선고 2009다37831	은행·중소서민	10-25
대법원 2009.12.10 선고 2009다69746	은행·중소서민	10-76
대법원 2010.1.14. 선고 2008다89514	보험	17-19
대법원 2010.2.11 선고 2009다74007	보험	13-16
대법원 2010.3.25 선고 2009다91316	보험	11-11
대법원 2010.5.13 선고 2010다6857	보험	12-19, 17-10
대법원 2010.5.27 선고 2007다66088	은행·중소서민	10-76, 13-1
대법원 2010.7.22 선고 2010다28208	보험	10-83, 11-26
대법원 2010.8.19 선고 2008다78491	보험	12-19, 13-15
대법원 2010.8.24 선고 2006다72734	보험	13-14
대법원 2010.9.9 선고 2007다5120	보험	10-92, 16-31
대법원 2010.9.30 선고 2010다12241, 12258	보험	13-14, 11-28, 13-13, 13-14, 17-4
대법원 2010.9.30 선고 2010다40543	보험	15-21
대법원 2010.10.28 선고 2009다59688	보험	12-13
대법원 2010.12.9 선고 2009다60305	보험	12-27, 13-5
대법원 2010.12.9 선고 2010다66835	보험	11-17, 17-9
대법원 2010.12.9 선고 2010다71158	보험	11-35
대법원 2011.2.10 선고 2010다83199	은행·중소서민	11-30
대법원 2011.2.10. 선고 2010다93011	보험	17-2
대법원 2011.7.14. 선고 2011다19737	보험	17-14
대법원 2012.5.10 선고 2011다66610	보험	13-21

(판결번호)**(조정번호)**

대법원 2012.7.12 선고 2010다108234	보험 13-21
대법원 2013.6.13. 선고 2011다54631	보험 15-22
대법원 2013.6.27 선고 2013다23372	은행·중소서민 13-25
대법원 2014.7.24. 선고 2012다62318	보험 15-20
대법원 2014.7.24. 선고 2013다217108	보험 15-20
대법원 2015.11.17. 선고 2014다81452	보험 17-18
대법원 2016.9.30. 선고 2016다 218713	보험 17-14
대법원 2016.9.23. 선고 2016다221023	보험 17-7
대법원 2016.10.27. 선고 2013다 90891, 90907	보험 17-18

하급심 등**(판결번호)****(조정번호)**

서울고등법원 1993.10.13 선고 93나19452	보험 11-60
서울고등법원 1995.1.26 선고 94나36157	보험 08-29
서울고등법원 1997.8.28 선고 96나5911	금투 99-27
서울고등법원 2001.2.25 선고 99나44412	보험 04-3
서울고등법원 2001.12.20 선고 2001나31129	보험 08-60
서울고등법원 2003.7.10 선고 2002나67972	보험 09-103, 11-4, 11-10
서울고등법원 2004.7.9 선고 2003나37183	보험 12-19, 13-15
서울고등법원 2006.6.8 선고 2005나61623	보험 12-19, 13-15
서울고등법원 2006.6.22 선고 2005다96803	보험 11-26
서울고등법원 2007.4.27 선고 2006나96152, 96169	보험 08-61
서울고등법원 2007.11.7 선고 2007나51255	보험 07-86
서울고등법원 2008.6.11 선고 2007가합113569	보험 12-19
서울고등법원 2010.8.19. 선고 2009나105279	보험 17-10
서울고등법원 2012.2.2. 선고 2011나11377	보험 15-21
서울고등법원 2012.4.4 선고 2011나76169	보험 12-27
서울고등법원 2013.1.18. 선고 2012나73549	보험 17-3
서울고등법원 2014.7.3. 선고 2013나2009459	보험 17-7

(판결번호)**(조정번호)**

부산고등법원 2003.6.27 선고 2003나1755	은행·중소서민 07-69
광주고등법원 1999.10.15 선고 98나5875	보험 03-69
서울지방법원 1997.7.11. 선고 97나9085	보험 04-61, 05-34
서울지방법원 1999.2.2. 선고 96가합48614	보험 04-76
서울지방법원 1999.6.23. 선고 99나23368	보험 06-8
서울지방법원 2002.2.8. 선고 2001나27173	금투 02-48
서울지방법원 2002.9.3. 선고 2002가단75597	보험 06-34, 12-19
서울중앙지방법원 2004.6.18. 선고 2003나52790	은행·중소서민 11-23
서울중앙지방법원 2004.3.26. 선고 2004고합164	보험 17-10
서울중앙지방법원 2004.10.28. 선고 2004나21069	보험 10-91
서울중앙지방법원 2005.4.22. 선고 2004나25771	은행·중소서민 08-48
서울중앙지방법원 2008.5.28. 선고 2007가합107069	금투 09-38, 10-45, 10-59
서울중앙지방법원 2008.6.11. 선고 2007가합113569	보험 12-19, 13-15
서울중앙지방법원 2012.11.15. 선고 2011가단371969	은행·중소서민 13-25
서울동부지방법원 2009.11.3. 선고 2009가단44670	보험 17-5
서울서부지방법원 2009.9.30. 선고 2009고합128	보험 17-4
부산지방법원 2009.2.6. 선고 2008나17844	보험 16-26
대구지방법원 2007.5.8 선고 2006가합8478	금투 08-56, 09-34, 09-35, 10-96
대구지방법원 2009.4.10 선고 2007가합2634	금투 10-96
대전지방법원 2001.12.20 선고 2001가단1101	보험 05-97
대전지방법원 2004.11.25 선고 2002나4847	보험 04-76
대전지방법원 2012.11.13. 선고 2012고합380	보험 17-3
인천지방법원 2004.10.15. 선고 2004나3994	보험 09-76
전주지방법원 2005.9.1. 선고 2005나1585	은행·중소서민 07-69, 10-76
울산지방법원 2012.5.10. 선고 2011나5585	보험 17-14
Mihara v. Dean Witter 619 F.2d 814(9th Cir. 1980)	금투 08-88
Seele Austria GmbH & Co KG[2008] EWCA Civ 441 at[50]	보험 17-8

제1권 (보험)

조정번호	페이지	조정번호	페이지	조정번호	페이지
1999- 2	587	2000-48	152	2002-50	405
1999- 5	123	2000-54	209	2002-52	785
1999- 7	492	2000-56	571	2003- 5	533
1999-10	807	2001- 2	690	2003-10	577
1999-11	818	2001-13	764	2003-11	724
1999-13	589	2001-19	884	2003-12	850
1999-16	494	2001-26	211	2003-18	852
1999-24	552	2001-27	239	2003-32	55
1999-29	146	2001-34	847	2003-59	10
1999-30	340	2001-37	7	2003-69	265
1999-31	496	2001-39	743	2004- 3	867
1999-36	531	2001-44	574	2004-26	536
1999-42	37	2001-46	40	2004-27	557
1999-43	342	2001-47	241	2004-32	98
1999-44	811	2001-50	52	2004-53	154
1999-52	864	2001-51	502	2004-61	518
1999-58	844	2001-52	355	2004-62	855
1999-60	178	2001-53	260	2004-75	521
1999-64	613	2002- 2	888	2004-76	539
2000-15	3	2002- 3	243	2005- 1	670
2000-26	127	2002- 4	96	2005- 2	745
2000-30	353	2002- 8	43	2005-23	870
2000-33	498	2002-12	554	2005-25	157
2000-39	148	2002-13	262	2005-34	655
2000-46	50	2002-14	180	2005-43	541

조정번호	페이지	조정번호	페이지	조정번호	페이지
2005-50	560	2007-73	788	2009- 7	168
2005-58	563	2007-76	213	2009-14	278
2005-73	182	2007-79	272	2009-16	47
2005-78	748	2007-86	791	2009-17	108
2005-79	766	2007-93	302	2009-29	858
2005-87	673	2007-97	619	2009-30	61
2005-93	544	2008- 2	17	2009-31	307
2005-97	100	2008- 3	165	2009-32	110
2006- 3	129	2008- 7	726	2009-44	513
2006- 7	103	2008- 8	732	2009-45	549
2006- 8	344	2008-13	642	2009-53	695
2006-13	14	2008-14	507	2009-59	582
2006-22	524	2008-27	675	2009-60	361
2006-27	245	2008-29	566	2009-74	364
2006-28	132	2008-31	137	2009-75	20
2006-31	407	2008-35	734	2009-76	750
2006-33	873	2008-39	45	2009-82	736
2006-34	692	2008-41	411	2009-85	793
2006-35	616	2008-43	482	2009-91	773
2006-44	291	2008-45	645	2009-92	496
2006-52	479	2008-47	185	2009-99	248
2006-65	358	2008-49	105	2009-103	193
2006-66	293	2008-53	621	2009-106	310
2006-87	768	2008-60	187	2010- 6	171
2007- 7	560	2008-61	190	2010- 7	174
2007-10	296	2008-70	215	2010- 8	313
2007-22	298	2008-71	304	2010-10	317
2007-25	268	2008-78	546	2010-13	860
2007-29	161	2008-91	591	2010-23	658
2007-34	300	2008-97	625	2010-29	413
2007-55	135	2008-98	510	2010-42	662
2007-70	275	2008-99	485	2010-48	196

조정번호	페이지	조정번호	페이지	조정번호	페이지
2010-50	776	2011-57	69	2016- 8	423
2010-55	218	2011-60	761	2016-12	428
2010-56	515	2012- 3	332	2016-13	225
2010-80	320	2012- 4	701	2016-14	431
2010-83	728	2012-13	651	2016-16	437
2010-90	322	2012-15	628	2016-17	879
2010-91	753	2012-16	719	2016-23	119
2010-92	678	2012-17	29	2016-25	380
2010-99	139	2012-19	681	2016-26	386
2010-101	367	2012-21	739	2016-31	286
2010-103	781	2012-27	802	2017- 1	79
2010-105	647	2012-35	199	2017- 2	203
2010-111	488	2013- 4	43	2017- 3	391
2011- 4	142	2013- 5	876	2017- 4	830
2011- 5	568	2013-13	704	2017- 5	526
2011-10	757	2013-14	708	2017- 6	594
2011-11	665	2013-15	686	2017- 7	633
2011-17	23	2013-16	113	2017- 8	891
2011-18	64	2013-17	814	2017- 9	85
2011-26	251	2013-21	821	2017-10	347
2011-27	323	2015-12	371	2017-11	836
2011-28	698	2015-20	417	2017-14	440
2011-33	326	2015-21	255	2017-15	599
2011-35	712	2015-22	73	2017-16	232
2011-39	222	2016- 3	376	2017-17	454
2011-41	796	2016- 4	826	2017-18	396
2011-46	715	2016- 5	335	2017-19	465
2011-47	800	2016- 6	434		
2011-53	329	2016- 7	281		

제2권 (은행, 중소기업금융, 금융투자)

조정번호	페이지	조정번호	페이지	조정번호	페이지
1999- 1	138	2001- 5	638	2004-38	17
1999- 4	315	2001-16	94	2004-78	110
1999-14	190	2001-17	432	2005- 6	339
1999-18	234	2001-21	96	2005-20	653
1999-23	220	2001-22	48	2005-25	662
1999-25	186	2001-24	641	2005-37	657
1999-26	194	2001-25	434	2005-41	734
1999-27	633	2001-41	615	2005-60	621
1999-28	676	2001-55	54	2005-61	211
1999-33	125	2002- 5	96	2005-66	161
1999-39	709	2002-10	100	2005-68	56
1999-41	596	2002-11	565	2005-69	737
1999-46	236	2002-25	644	2005-71	60
1999-49	548	2002-26	648	2005-74	243
1999-56	550	2002-30	307	2005-82	715
1999-57	695	2002-34	14	2005-95	329
1999-61	277	2002-37	572	2005-98	248
2000- 3	553	2002-47	225	2006- 2	319
2000-11	157	2002-48	475	2006- 4	20
2000-13	555	2003-17	711	2006-17	213
2000-14	562	2003-21	143	2006-19	217
2000-18	107	2003-22	618	2006-69	342
2000-23	240	2003-37	602	2007- 4	252
2000-28	473	2003-48	678	2007-24	718
2000-35	326	2003-49	479	2007-44	405
2000-45	598	2003-50	229	2007-58	575
2000-51	3	2003-67	197	2007-67	667
2000-52	635	2004-20	459	2007-69	283
2000-57	698	2004-33	356	2007-90	578
2001- 4	12	2004-36	280	2007-92	63

조정번호	페이지	조정번호	페이지	조정번호	페이지
2008- 4	437	2009-64	498	2011-25	625
2008- 6	683	2009-86	22	2011-30	9
2008-17	379	2009-92	610	2011-31	6
2008-20	360	2009-93	412	2011-32	154
2008-21	331	2009-100	558	2011-38	468
2008-23	408	2009-101	201	2011-43	128
2008-33	484	2010- 2	453	2011-44	44
2008-37	606	2010- 5	582	2011-45	257
2008-48	345	2010-17	206	2011-49	220
2008-55	463	2010-25	163	2011-50	132
2008-56	445	2010-34	721	2011-51	690
2008-57	147	2010-36	183	2011-56	395
2008-62	36	2010-45	418	2013- 1	291
2008-66	30	2010-52	117	2013-23	121
2008-67	448	2010-53	65	2013-25	173
2008-68	687	2010-59	427	2014- 7	74
2008-73	310	2010-60	373	2014-13	506
2008-81	382	2010-73	701	2014-19	81
2008-82	33	2010-74	503	2015- 4	725
2008-83	364	2010-76	285	2015- 5	351
2008-87	488	2010-77	51	2015-18	264
2008-88	670	2010-78	322	2016- 9	271
2008-93	385	2010-79	369	2016-10	295
2009- 3	335	2010-85	585	2016-11	588
2009- 8	151	2010-86	27	2016-19	526
2009-12	492	2010-87	171	2016-20	535
2009-28	390	2010-88	71	2016-28	300
2009-34	441	2010-96	705	2016-29	89
2009-35	495	2010-107	41	2016-30	729
2009-38	412	2011-21	103	2017-12	541, 628
2009-42	113	2011-22	60		
2009-48	178	2011-23	348		

금융분쟁조정사례집 (제1권)

- 보 험 -

-
- 인 쇄 2017년 12월
 - 편 집 인 이 현 열
홍장희, 유형주, 김지정, 이정필,
김택중, 남수빈, 한정원
 - 발 행 처 금융감독원
서울특별시 영등포구 여의대로 38
 - 인 쇄 처 한 야 토
-

< 비매품 >