

## 제6장 생명보험 표준약관 및 해설

생명보험은 우연한 사고에 대비하여 가입자들이 공동으로 보험료를 납부하고 사고가 발생한 경우 약정한 금액을 지급하여 경제적 손실을 보전시켜 주는 경제준비의 한 형태이다. 우리가 생명보험에 가입하는 이유는 위험, 즉 사망·질병으로 손해를 입을 가능성에 대비하기 위해서이다.

생명보험 표준약관은 급변하는 금융시장환경에 부응하기 위해 최근 들어 네 차례, 즉 2005년, 2008년, 2010년, 2013년 개정되었다.

먼저 2005년 2월 개정된 주요내용은 다음과 같다.

그간 생명보험계약은 보험계약자가 사망이나 질병으로 인해 입게 될 경제적 손실을 만회하고 안정적인 경제활동을 할 수 있도록 보험금 규모나 보장내용이 지속적으로 확대되기는 하였으나, 다소 미흡한 부분이 존재하였다. 따라서 2005년 생명보험 표준약관 개정은 경제·사회적 환경 변화에 따른 보험소비자들의 다양한 욕구를 반영하기 위해 노력하였으며, 보험계약자들의 권익이 침해될 소지가 있는 조항을 발굴하여 합리적으로 개선하였다는데 그 의의가 있다. 또한 보험소비자가 그동안 난해한 문구 및 용어로 인해 이해하기 어려웠거나 의미가 모호한 약관조항 및 용어 등을 보다 쉽고 명확하게 정비하는 효과도 거두었다.

한편 기존의 장애등급분류표의 장애항목 등이 단순하여 장애등급 적용과 관련한 분쟁이 지속적으로 발생하고, 생명보험과 손해보험의 겸영이 가능한 제3보험의 경우 동일한 장애에 대하여 생명보험과 손해보험간 상이한 등급을 적용하는 등의 불합리한 점이 있어, 2005년 생명보험 표준약관 개정시 장애분류표 개선사항도 반영하였다.

생명보험 표준약관은 소비자의 권익보호를 위해 2008년 3월 또다시 개정되었다. 이는 현재 판매 중인 보험상품의 약관내용에 민원 및 분쟁을 유발할 소지가 있거나 금융환경변화 등에 비추어 불합리하다고 판단되는 내용들을 발굴하여 정비·개선함으로써 보험소비자의 권익을 보호하고자 하는데 그 목적이 있다.

주요내용을 보면, 뇌출혈이나 심근경색증(급성) 확정시 임상학적 진단을 인정토록 하고, 한국표준질병·사인분류표의 개정(2008.1.1 시행)으로 새로이 악성신생물로 분류된

신생물(암)에 대해서도 보장을 확대하도록 하였다. 또한 약관 및 보험금 지급기준을 명확히 하고 소비자의 혼동을 초래하는 보험용어도 정비하였다.

그리고 금융감독원은 생명보험 표준약관 등이 2005년 2월 최종 개정된 이후 약 5년이 경과하였으며, 그동안 상품심사 과정에서 나타난 문제점과 소비자의 민원발생 사례 등을 분석하여 개선안을 도출하는 등의 과정을 거쳐, 2010년 1월 표준약관을 개정하기에 이르렀다. 개정 약관에는 통신판매 확대 등 금융·보험환경의 변화와 이메일 등 전산환경의 보편화에 따른 소비자 편익 제고사항을 보완하였고, 소비자의 이해를 증진시키기 위해 용어의 변경 및 용어해설 등을 포함하였다.

그 주요 내용을 보면, (1) 보험소비자의 권익강화를 위해 ① 통신판매 계약의 청약철회 및 품질보증해지 기간 확대(생·손보), ② 보험약관 교부시점 변경(생·손보), ③ 장해분류표 준용기준 마련(생보), ④ 보험사의 고의 등으로 인한 계약 무효시 책임 부과(생·손보), ⑤ 질병의 장해판정 시기 설정(생·손보), ⑥ 피보험자의 서면동의 철회권 신설(생·손보), ⑦ 계약자의 보험수익자 변경권 명확화(생·손보), ⑧ 보험계약의 소멸조건 구체화(생·손보), ⑨ 보험자의 불성실 책임 부과(생·손보) 등을 하였다. (2) 보험금 지급기준의 명확화를 위해 ① 자살 및 자사(自死)시 보험금 지급기준 구체화(생보), ② 고의 고도장해에 대한 사망보험금 지급 제한(생보), ③ 계약전 알릴의무 위반시 해지권 행사기간 명확화(생·손보), ④ 분할보험금의 일시금 수령시 할인기준 명확화(생·손보)를 도모하였다. (3) 보험소비자의 편의성 제고를 위해 ① 보험료의 자동대출납입 신청 다양화(생·손보), ② 납입최고 및 해지통보 방법 확대(생·손보)하였고, (4)기타 개정사항으로 ① 계약전 알릴의무 위반으로 인한 계약해지시 해지환급금 지급(생·손보), ② 장해판정 의료기관 선정기준 마련(생·손보), ③ 범규개정 및 실손의료보험 표준약관 등 반영(생·손보) 등이 있다. 이러한 개정 내용은 2010년 4월부터 체결되는 신계약에 대해 적용되고 있다.

그 동안 보험약관에 대한 소비자 이해도 제고를 위해 표준약관을 지속적으로 개선하였음에도 전문적인 용어와 한자어 등으로 이루어진 약관에 대해 난이하고 어렵다는 지적이 끊임없이 제기되자, 약관 간소화와 소비자의 이해도 제고를 위해 2013년 12월 표준약관이 개정되었다. 개정 약관은 소비자들이 권리행사를 위해 필요한 부분을 쉽게 찾아보고 이해할 수 있도록 조문 체계를 재편성하고 용어 정의조항을 신설하는 등 전면적으로 개정되었다. 또한, 금융감독원의 상품심사와 민원처리 과정에서 나타난 문제점을 개선하고 사회·경제적 환경변화를 반영하였다. 개정 약관은 2014년 4월부터 체결되는

신계약에 적용되고 있으며, 주요 개정 내용은 다음과 같다.

- (1) 기존 표준약관이 계약의 성립부터 시간적 순서로 구성되어 있어서 소비자가 필요한 정보를 찾아보기 어려웠던 불편을 해소하기 위해서, 개정 표준약관은 소비자가 가장 궁금해하는 보험금 지급, 제한사유, 지급절차 등을 통합하여 전면에 배치하였다.
- (2) 약관의 간소화와 분쟁예방을 위해 용어정의 조항을 신설하였다. (3) 신속한 분쟁 해결을 위해서 제3의 의료기관의 판정신청 대상을 장애지급률뿐 아니라 질병·수술비 등 다른 보험금지급 관련 사항에도 확대 적용하도록 하였다. (4) 해지환급금의 적립 비율은 청구일의 다음날부터 보험계약대출이율을 적용하도록 하고, (5) 불공정한 합의에 의한 손해배상 요건도 소비자에게 유리하게 곤궁·경솔·무경험의 이용이라는 요건을 삭제하여 완화하였다. (6) 전자적 방식의 약관 등 교부를 명시하였고, (7) 소비자의 입장에서 개인정보보호에 대한 포괄적 선언 규정을 신설하였다. (8) 그 밖에도 2011년 제6차 개정된 ‘한국표준질병·사인분류’가 반영되어 있지 않던 <부표 4> 재해분류표를 개정하고, (9) 2011년부터 시행된 보험약관이해도평가 결과를 반영하여 약관의 문구를 평이하고 간결하게 수정하는 한편, (10) 장해분류표의 어려운 한자어와 문어체를 설명을 추가하거나 한글로 바꾸는 등 정비하였다.

현재 생명보험 표준약관은 보험업감독업무시행세칙 별표15의 형태로 되어 있으며, 주요내용은 다음과 같다.

## 제1관 목적 및 용어의 정의

## 제1조 (목적)

이 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 피보험자의 생존이나 사망에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

## 해설

보험계약의 당사자(보험계약자와 보험회사)와 어떤 위험을 보장하기 위한 계약인지를 첫 부분에 명확히 하는 목적 조항은 개정 약관에 신설되었다. 일반 계약자들이 가입한 계약의 기본 성격도 모르는 경우가 없도록 서두에 생명보험의 기본적인 담보인 생존과 사망을 보장하기 위한 것이라고 기재하였다. 사망담보가 없는 제3보험인 경우에는 해당 계약에서 그 성격에 맞게 수정되어 사용된다.

## 제2조 (용어의 정의)

이 계약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 계약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

## 1. 계약관계 관련 용어

- 가. 계약자: 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
- 나. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
- 다. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
- 라. 진단계약: 계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.
- 마. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

## 2. 지급사유 관련 용어

- 가. 장애: <부표 3> 장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.

나. 재해: <부표 4> 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.

다. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

### 3. 지급금과 이자율 관련 용어

가. 연단위 복리: 회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.

나. 표준이율: 회사가 최소한 적립해야 할 적립금 등을 계산하기 위해 시장금리를 고려하여 금융감독원장이 정하는 이율로서, 이 계약 체결 시점의 표준이율을 말합니다.

다. 해지환급금: 계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

### 4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

## 2012

용어 정의 조항은 개정 약관에서 신설되었다. 약관 전체에 걸쳐 빈번히 쓰이고 중요한 용어를 연관성이 있는 용어끼리 4개의 항목으로 구분하고, 각 용어에 대해 정의하였다. 정의되지 않은 용어는 소비자가 이해하기 어렵고 중복되거나 괄호 안에 설명이 계속 반복되어 문장이 간결하지 못했었다. 본문에서 반복되는 용어를 용어정의 조항에 정리함으로써 약관 본문에서는 다시 설명할 필요가 없어서 약관이 간소화되는 효과가 있다.

계약관계 관련 용어는 상법 보험편에 근거하여 정의하고 있다. 지급사유 관련 용어인 '장해'나 '재해'는 생명보험에서 보험금의 지급기준이 되는 중요한 개념인데, 부표로 뒷부분에 첨부되어 있다 보니 일반 소비자들이 이를 간과하는 경우가 많아서 정의조항에 명시한 것이다. 장해분류표에 의하면 '장해'는 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아 있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태를 말하며, 장해분류표에 정한 신체부위

별 장애의 판정기준과 지급률에 의해서 장애로 인한 보험금의 지급여부가 결정된다. 장애인복지법에 의해 장애인 등록을 위한 장애의 판정과는 그 목적과 기준이 다르다고 하겠다. 재해분류표는 재해를 원인으로 하는 보험사고에 대한 보장대상 여부의 기준을 제시하고 있다. 개정 표준약관은 보장대상이 되는 재해를 ① 한국표준질병·사인분류상(S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고와 ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 감염병이라고 규정하고, 보험금을 지급하지 않는 재해에 대해서 열거하고 있다. 개정 전 표준약관에서는 보험금을 지급하는 재해와 코드만 열거하고 보험금을 지급하지 않는 재해를 명시적으로 열거하지 않았던 것과 비교할 때 개정 약관의 재해분류표가 계약자측 입장에서 지급여부에 대해 보다 명확하게 이해할 수 있는 방법이라고 할 수 있다.<sup>1)</sup>

‘연단위 복리’, ‘영업일’과 같은 용어는 정의를 하지 않더라도 이해가 되는 용어이지만, 일반 소비자들의 입장에서는 이런 용어의 해석에 따라 지급받는 금액이 달라질 수도 있는 부분이므로 명확히 해달라는 요청이 있어왔기 때문에 이번 개정 약관에 반영되었다. ‘표준이율’은 보험회사의 건전성을 위해 금융감독원에서 정하는 이율로서 경제상황, 시중금리 등을 고려해서 변동가능성이 있지만, 약관에서 말하는 표준이율은 보험계약을 체결할 당시의 표준이율로 고정되어 그 계약이 종료될 때까지 해당 약관에서 정한 이자율의 계산 등에 사용된다.

## 제2관 보험금의 지급

### 제3조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간중의 특정시점에 살아있을 경우 : 중도보험금
2. 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 경우 : 만기보험금
3. 보험기간 중 사망한 경우 : 사망보험금
4. 보험기간 중 진단확정된 질병 또는 재해로 장애분류표(〈부표3〉 참조)에서 정한

1) 개별 생명보험상품 약관의 재해분류표는 이미 2006년 4월부터 지금의 개정 표준약관과 같은 방식으로 변경되어 사용되어 왔으나, 표준약관이 이를 반영하지 못하고 있다가 금번 개정에서 반영되었다.

- 각 장애지급률에 해당하는 장애상태가 되었을 때 : 장애보험금
5. 보험기간 중 질병이 진단확정되거나 입원, 통원, 요양, 수술 또는 수발이 필요한 상태가 되었을 때 : 입원보험금 등

## 해설

보험금 지급사유는 보험종목별로 형태가 다르다. 생명보험의 경우 순수한 사망보험의 경우는 드물고, 오늘날은 생존, 사망 및 질병 모두에 대하여 일정한 보험금을 지급하는 패키지(package) 형태의 혼합형 보험상품들을 많이 판매하고 있다.

피보험자가 보험기간중의 특정시점에 살아있을 경우에는 중도보험금을, 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 경우에는 만기보험금을, 보험기간 중 사망한 경우에는 사망보험금을, 보험기간 중 진단확정된 질병 또는 재해로 장애분류표(〈부표3〉 참조)에서 정한 각 장애지급률에 해당하는 장애상태가 되었을 때에는 장애보험금을, 보험기간 중 질병이 진단확정되거나 입원, 통원, 요양, 수술 또는 수발이 필요한 상태가 되었을 때에는 입원보험금 등을 보험수익자에게 보험금을 지급한다.

### 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제3조(보험금의 지급사유) 제3호 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
  1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
  2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ② 제3조(보험금의 지급사유) 제4호에서 장애지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표(〈부표3〉 참조)에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ③ 제2항에 따라 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단

확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

- ④ 청약서상 계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑤ 제4항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑥ 제5항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안' 이라 함은 이 약관 제26조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑦ 이 약관 제27조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑧ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다.
- ⑨ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유) 제3호에서 제5호의 보험금 지급사유에 대해 합의에 도달하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

## 해설

보험금 지급사유로서의 사망을 인정하기 위한 기준을 민법과 연결하여 규정하고 있다. 실종선고는 민법상의 보통실종 및 특별실종을 포함하며, 실종기간 만료시를 사망시로 보아 보험금을 지급하게 된다. 개정 약관은 이러한 민법상 사망시점이 법원에 의하여



인정되는 실종기간이 끝나는 때라는 설명을 추가하여 실종선고의 의미에 대해서 명확히 하였다. 다만 관공서에 의하여 인정되는 인정사망의 경우도 사망에 해당하는 것으로 하고 있음에 주의를 요한다. 인정사망에 대해서 특별실종에 준하는 사유라고 하여 특별실종과 혼동하는 경우가 있었는데, 개정 약관은 인정사망이 관공서에 의하여 가족관계등록부에 기재되는 행정행위에 의하게 됨을 설명해주고 있다.

사망과 장애지급률 결정은 보험계약이 유효한 기간을 기준으로 하되 그 확정이 쉽게 나타나지 않거나 어려운 경우에 합리적인 처리와 조속한 거래관계의 확정을 위하여 일정한 기간까지를 연장하여 장애지급률을 판단하는 것은 그 타당성이 인정된다.

재해 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 장애지급률이 확정되지 않는 경우에는 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정하고 있는데, 재해 이외에도 질병이 추가된 것은 2010년 약관부터이다. 또한 장애지급률이 결정되었지만 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정하는데, 장애지급률 결정 이후 보장을 받을 수 있는 기간에 있어서 계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내로 한다. 개정 약관은 악화된 장애상태에 사망을 포함한다는 문구를 삭제하였는데, 이는 예전에 장애가 중한 경우에 사망과 같이 취급하였던 약관에서 남아있던 문구로 현재 장애와 사망이 엄연히 구분되고 있는 약관에서는 불필요하고 오히려 분쟁을 유발할 우려가 있기 때문이다.

그리고 중요사항에 대한 청약서상 계약전 알릴의무에 해당하는 질병으로 인하여 과거<sup>2)</sup>에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 보험금 중 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니하는 것으로 규정하고 있다. 그러나 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우 청약일부터 5년이 지난 이후에는 보험보호가 주어진다. 개정 약관에서는 갱신형 보험의 경우에 5년의 기산점에 대해서 최초 계약의 청약일이 기준이라는 점을 보다 명확히 하고 있다. 보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활이 이루어진 경우(표준약관 제27조)에는 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없는 경우 부활을 청약한 날을 청약일로 하여 적용한다. 그리고 장애분

2) 청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말한다(동조 제4항).

류표에 해당되지 아니하는 장애는 신체의 장애 정도에 따라 장애분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정한다.

개정 약관은 보험수익자와 보험자가 피보험자의 장애지급률 이외에 사망, 입원, 수술 등 보험금 지급사유에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 보험수익자와 보험자가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있도록 제3의 의료기관의 판정 대상을 확대하였다. 이러한 제3의 의료기관의 판정은 양측이 합의하지 못하는 경우 소송으로 가기 전에 객관적인 의사의 판단을 구해서 신속한 분쟁해결을 도모하는 수단이며, 장애지급률이 아닌 다른 보험금 지급사유와 관련해서도 유용하므로 개정 약관에 반영되었다.<sup>3)</sup> 판정에 소요되는 비용은 보험자가 부담하게 된다.

○ 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하면 보험금을 지급합니다.

가. 피보험자가 임신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우

특히 그 결과 사망에 이르게 된 경우에는 재해사망보험금(약관에서 정한 재해사망보험금이 없는 경우에는 재해 이외의 원인으로 인한 사망보험금)을 지급합니다.

나. 계약의 보장개시일(부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복)청약일)부터 2년이 지난 후에 자살한 경우에는 재해 이외의 원인에 해당하는 사망보험금을 지급합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

그러나, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 그 보험수익자에

3) 장애지급률 이외의 보험금 지급상에 대해서는 합의에 도달하지 못하는 경우 제3자 의견을 구하는 절차가 부재하여 질병·사망 등 보험금 지급사유에 대해 당사자간 분쟁이 생길 경우 금융감독원 분쟁조정이나 법원에 소송을 제기하여야 했다. 2013.5.24. 금융감독원은 '보험산업 신뢰도 제도 방안'에서 상해·후유장해 진단비 약관에 대해 제3의료기관 심의신청 절차를 마련하겠다는 계획을 발표한 바 있었고, 개정 표준약관에서 그 근거를 마련하면서 판정신청 및 합의의 주체를 보험금 청구권자인 보험수익자로 변경하였다. (금융감독원, 보도자료 '생명보험 및 질병, 상해보험 표준약관 개정'(2013.9.26) 10면 참조)

해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자에게 지급합니다.

### 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

## 2. 4

보험계약이 유효하게 성립되어 보험회사의 책임이 개시된 후 해당 약관에서 보장하는 보험사고가 발생한 경우 보험회사는 보험금 청구권자(보험수익자)에 대하여 보험금을 지급하는 것이 보험계약의 일반형태이다. 그러나 예외적으로 보험사고가 발생하였다 하더라도 보험회사가 책임을 지지 않는 사고가 있는데, 보험사고의 발생원인과 관련하여 보험회사의 책임이 면제되는 사유를 가리켜 ‘면책사유’라 한다.

상법이나 약관상 면책사유는 보험관계자가 피보험자를 해친 경우이다. 상법에서는 ‘피보험자가 고의로 자신을 해친 경우’는 보험자의 면책사유이나 그럼에도 불구하고 약관에서는 2년이 경과한 경우의 자살에 보험금을 지급하도록 함으로써 소비자보호를 강화하고 있다.

면책사유에 대해서도 예외가 인정이 되는데, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험자가 면책되지 않고 보험금을 지급한다.<sup>4)</sup> 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 결과 사망하는 경우<sup>5)</sup>는 일반사망이 아니라 재해사망보험금<sup>6)</sup>을 지급하는 것으로 하고 있다. 그리고, 보장개시일부터 2년이 경과된 후에 자살한 경우에는 재해 이외의 원인에 해당하는 보험금을 지급하는 것으로 한다. 개정 전 약관은 이와 같이 면책사유의 제한에 해당하여 보험자가 보험금을 지급할 때 재해 이외의 원인으로 인한 사망보험금이 없는 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 따른 책임준비금을 지급한다고 하고 있었다. 그러나, 보장하지 않는 사고로 사망한 경우 책임준비금의 지급은 면책사유의 제한에만 해당하는

4) 보험계약의 보장개시일로부터 2년 후에 자살하거나 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친(자사) 경우 개정 전 약관에는 일반사망보험금과 재해사망보험금 중 어떤 보험금을 지급해야 하는지 정하고 있지 않아, 자살 및 자사와 관련하여 재해사망보험금을 요구하는 계약자측과 일반사망보험금을 지급하겠다는 보험자간의 분쟁이 발생하는 등의 문제가 있었다.

5) 상법 제659조 제1항 및 제732조의2의 입법 취지에 비추어 볼 때, 사망을 보험사고로 하는 보험계약에 있어서 자살을 보험자의 면책사유로 규정하고 있는 경우, 그 자살은 자기의 생명을 끊는다는 것을 의식하고 그것을 목적으로 의도적으로 자기의 생명을 절단하여 사망의 결과를 발생케 한 행위를 의미하고, 피보험자가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 사망의 결과를 발생하게 한 경우까지 포함하는 것은 아닐 뿐만 아니라, 그러한 경우 사망의 결과를 발생하게 한 직접적인 원인행위가 외래의 요인에 의한 것이라면 그 보험사고는 피보험자의 고의에 의하지 않은 우발적인 사고로서 재해에 해당한다(대법원 2008. 8. 21. 선고 2007다76696).

6) 약관에서 정한 재해사망보험금이 없는 경우에는 재해 이외의 원인으로 인한 사망보험금을 지급한다.

것이 아니고, 피보험자의 사망에 대해 사망보험금이 없는 보험상품의 경우에 기초서류에서 책임준비금을 지급하도록 정하고 있느냐의 문제이므로 해당 문구는 계약의 소멸에 관한 제22조로 이동되었다.

보험에 있어서 면책사유가 존재하는 것은 대수의 법칙을 적용하기 곤란한 비정상적인 위험에 대한 보상책임으로부터 보험회사를 해방하고, 보험계약자의 도덕적 위험을 방지하기 위해서이다. 따라서 보험사고가 발생한 경우 면밀히 사고를 조사한 후 보험사고가 면책사유에 해당된다고 판단될 경우 보험회사는 보험계약자측에 보험금을 지급하여야 할 책임이 없음을 적극 주장해야 할 필요가 있다. 이는 보험단체의 운영자로서 보험단체 전체의 이익을 수호하기 위한 보험회사의 의무이기 때문이다.

### 1. 피보험자의 자살

보험회사의 면책사유 중 생명보험 약관에서 일반적으로 정하고 있는 사유는 '자살' 관련내용이다. 생명보험계약에서의 자살이란 자기의 생명을 끊는다는 것을 의식하고도 자기의 생명을 끊어 사망의 결과를 초래하는 행위를 말한다. 상법에서도 보험계약자 등의 고의에 의한 보험사고는 보험회사의 책임이 없는 것으로 정하고 있는데 이의 취지를 살펴보면 인위적인 보험사고의 발생은 막대한 경제적·사회적 손실을 초래할 수 있기 때문에 정책적인 측면에서 인정하고 있으며, 다른 측면에서는 신의성실의 원칙과 공서양속에 반하는 행위로 인해 중구적으로 공익을 해치기 때문이다. 그러나 사리를 분별할 수 없는 정신장애자의 자살이나 심신상실 중의 자살 등은 자기의 생명을 끊는다는 의사 자체가 결여되어 있으므로 일반적으로 보험계약자 등의 고의로 의한 행위로 보기 어렵다고 할 수 있기 때문에 면책사유로 보지 않고 해당 약관에서 정한 보험금을 지급하고 있다. 즉 보험회사가 정신질환상태에서 자신을 해친 경우에 대해 보험금을 지급하는 것은 자신의 행위에 대한 인식을 하지 못한 상태에서 결과적으로 자신을 해친 경우는 공서양속에 반하여 공익을 해친 경우라고 보기 어려울 뿐만 아니라 도덕적 위험에 의한 비난 가능성이 별로 존재하지 않기 때문일 것이다.

위에서 언급한 내용과 관련하여 2010년 이전의 생명보험약관은 피보험자가 '정신질환상태에서 자신을 해친 경우'에는 보험금을 지급한다는 표현을 사용하고 있었다. 외국의 생명보험 약관과 달리 정신질환의 범위, 시점 등에 대한 구체적이고도 명확한 정의를 내리고 있지 않아 '정신질환 상태'를 어떻게 해석하고 적용하여야 할 것인지에 대한 분쟁이 지속적으로 발생하여 왔었다.

따라서 2010년 개정된 약관에서는 피보험자 등의 인위적인 보험사고를 방지하고 사행계약에서 오는 공서양속 침해의 위험성을 다소나마 배제하기 위해 정신작용의 병적인 장애로 인하여 자유로운 의사결정을 할 수 없는, 즉 사리를 분별할 수 없거나 고의로 자신을 해쳐 보험금을 수령하겠다는 의사 자체가 결여된 정도의 중대한 정신질환으로 인하여 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 행한 행위로 인해 결과적으로 자신을 해친 경우에 대해서만 보험회사가 책임을 부담하도록 약관의 문구를 다소 구체적으로 표현하고 내용을 명확히 하였다. 또한 이런 정신질환상태에 기인한 자살은 일반사망이 아닌 재해사망으로 취급하여야 할 필요가 많다고 할 것이다. 즉 우연성이 인정된다고 볼 수 있기 때문이다. 나아가 생명보험 표준약관은 책임개시 후 일정기간(2년)이 경과한 후의 피보험자의 자살에 대하여는 보험금을 지급한다고 규정한다. 이 경우 사망보험금은 재해사망이 아니라 일반사망보험금을 지급함이 타당할 것이다.

## 2. 보험수익자에 의한 피보험자 고의살인

이 경우에는 해지환급금을 보험계약자에게 지급한다. 그러나 보험수익자가 보험금의 일부 수익자인 경우에는 그 수익자에게 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자에게 지급한다. 예를 들어 상속인이 여러 명이고 그 중 1인이 피보험자를 고의로 해친 경우 다른 상속인에게는 그 잔액을 지급한다. 보험수익은 상속재산이 수익자의 고유재산이기 때문에 피보험자를 고의로 해쳐서 민법상 상속결격사유에 해당되는 사람의 보험수익자로서의 몫은 다른 보험수익자에게 지급되지 않고 그 부분만큼 보험자가 면책되는 것이다.

## 3. 보험계약자에 의한 피보험자의 고의살인

이 경우에는 보험자는 적립금 반환의무도 없다(상법 제736조).

### 제6조(보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유의 발생을 안 때에는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

보험계약자는 보험사고 발생의 통지의무를 진다. 사고발생 사실에 대해 보험자에게 지체없이 통지를 발송해야 한다(상법 제657조). 이에 대한 법적 성격에 대해 다수설은 진정한 의무라고 보나 책무라고 해야 한다. 즉 동 의무를 게을리 하였다고

하여 계약을 해지할 수 있거나 지체 책임을 지는 것은 아니고 이 의무를 해태하여 손해가 증가하였을 때 보험자는 그 증가분에 대해서 지급책임이 없을 뿐이다(상법 제657조 제2항). 통지를 받은 보험자는 지체없이 보험금을 확정하고 확정된 날부터 10일 내에 지급해야 한다(상법 제658조).

해설

상법<sup>7)</sup>과 마찬가지로 표준약관도 보험계약자·피보험자·보험수익자는 보험사고 발생을 안 때, 이를 지체 없이 보험회사에 통지하도록 규정하고 있는데, 이는 아마도 보험사고 발생 사실을 먼저 인지한 다수의 통지자를 통해 보험사고 발생 사실을 파악한 후 조속한 기한 내에 사고조사를 통해 보험금 지급이 가능하도록 하기 위한 것으로 보인다.

제7조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
  1. 청구서(회사양식)
  2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서 등)
  3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
  4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이거나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

해설

보험금을 지급받기 위해 청구시 필요한 서류를 규정하고 있다. 개정 전 약관은 보험금 이외에 계약자가 해지환급금을 청구할 때에도 같은 서류가 필요한 것처럼 규정하고 있어서 금원의 청구주체와 필요서류에 대해 오해의 소지가 있었다. 따라서, 개정 약관은 제7조에서는 보험금 청구에 대해 규정하고, 해지환급금은 해지에 관한 제32조에서 규정

7) 상법 제657조(보험사고발생의 통지의무) 제1항 : 보험계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 보험사고의 발생을 안 때에는 지체없이 보험회사에 그 통지를 발송하여야 한다.

하는 것으로 정리되었다.

보험금 청구서류에서 현행 약관은 보험증권을 제외시키고 있다. 보험증권은 보험계약의 성립과 내용을 증명하기 위하여 계약의 주요내용을 기재하고, 보험회사가 기명날인(또는 서명)하여 보험계약자에게 교부하는 증권을 말한다. 보험증권은 보험계약이 성립한 후 보험회사가 이를 증명하기 위해 작성하는 증권이다. 보험증권은 여기에 기재된 내용의 보험계약이 일단 성립하였음을 추단케 하는 자료로서, 증거증권에 속하므로 그 기재가 실제의 합의와 다른 때에는 당사자는 증권 외의 사실로써 증권상의 기재를 다룰 수 있다. 따라서 보험금 청구시 구비서류 중에서 생명보험에서는 다소 효용성이 떨어지는 보험증권을 보험금 청구서류에서 삭제하여 보험수익자의 부담을 다소나마 완화시키고 있다.

#### 제8조(보험금의 지급절차)

- ① 회사는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고, 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 지급합니다.
- ② 회사는 제3조(보험금의 지급사유) 제1호 또는 제2호에 해당하는 보험금의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 회사가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 알려드리며, 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 <부표4-1> '보험금 지급할 때의 적립이율 계산'과 같이 계산합니다.
- ③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
  1. 소송제기
  2. 분쟁조정신청
  3. 수사기관의 조사

4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
  5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
  6. 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제9항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ④ 제3항에 의하여 장해지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 확정된 장해지급률에 따른 보험금을 초과한 부분에 대한 분쟁으로 보험금 지급이 늦어진 경우에는 보험수익자의 청구에 따라 이미 확정된 보험금을 먼저 지급할 수 있습니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제14조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

### 해설

보험계약자·피보험자·보험수익자는 보험사고 발생을 안 때 이를 지체 없이 보험회사에 통지하여야 하고 보험회사는 소정의 기일 내에 보험금을 지급하여야 한다. 과거 생명보험약관에서는 보험금 청구서류를 접수한 날로부터 3일 이내에, 예외적으로 지급사유의 조사나 확인이 필요한 보험사고의 경우에는 보험금 청구서류 접수 후 10일 이내에 보험금을 지급하도록 하고, 만일 약정일까지 정당한 사유없이 보험금을 지급하지 않을 경우 지급기일의 다음날부터 보험금지급일까지의 기간에 대해 약정한 이율을 부리한 금액을 지급하도록 규정되어 있었다.

그러나 조속한 보험금 지급으로 보험계약자측의 경제적 생활안정을 도모하기 위한 취지로 도입된 제도이기는 하나 보험사고에 대한 정확한 사고조사가 필요한 보험회사의 입장에서는 다소 부족한 시간일 수밖에 없었다. 특히 보험사고의 내용이 다소 비도덕적으로 추정되는 사고가 발생하면 정해진 기간 내에 사고조사를 끝내고 보험금을 지급한다는 것은 물리적으로 어려우며, 특히나 주말이나 공휴일에 보험사고가 발생한 경우 보험사고 조사를 제대로 못한 상태에서 보험금을 지급하여야 하는 경우가 실제로 발생되



곤 하였다. 따라서 현행 약관에서는 보험금 지급기일을 영업일 기준으로 하고 소송, 조사 등의 사유가 있는 경우는 30영업일 이내로 연장하고 있어서 보험회사로 하여금 보험 사고에 대한 조사를 원활하게 수행하도록 하였으며, 또한 계약자 등이 보험사고 조사에 대한 협조를 정당한 사유없이 거절하여 보험사고 조사가 지체되는 경우에는 향후 지연 이자를 지급하지 않도록 하였다.

개정 약관은 보험회사가 보험금 청구서와 사고증명서 등의 서류를 접수한 때에 접수증을 교부하는 방법 이외에 추가로 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 접수 사실을 송부하도록 개정되었다. 소비자들이 방문을 하여 접수하는 경우에도 접수증의 교부와 추가 방법으로 안내를 하게 되며, 인터넷을 통해서 접수하는 경우에도 이러한 여러 방법으로 알려주어 소비자의 편의를 도모하고자 한 것이다.

약관은 보험사고의 조사 등으로 보험금의 지급이 늦어지게 되는 경우 보험수익자의 불편을 덜어주기 위하여 가지급제도를 두고 있는데, 개정 약관은 생명보험표준약관에 가지급의 기준에 대해 불명확하여 분쟁의 소지가 있었던 것을 감안하여 '회사가 추정하는 보험금의 50% 이내'를 지급한다고 명시하였다. 이 기준은 손해보험회사가 사용하는 질병·상해보험 표준약관에 있는 기준을 동일하게 적용한 것이다.

**제9조(보험금 받는 방법의 변경)**

- ① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 제3조(보험금의 지급사유) 제3호 및 제4호에 따른 사망보험금이나 장해보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 표준이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 표준이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

**2. 13**

이는 보험계약자측의 편의를 위하여 보험금 수령을 일시불이 아닌 분할지급 또는 연금지급방식으로 지급할 수 있도록 한 약관규정이다. 일시금보험은 보험사고가 발생한

때에 보험자가 보험금액의 전부를 일시에 지급하는 보험계약이다. 당사자간에 다른 약정이 없으면 일시금보험이 일반적이다. 연금보험은 보험사고가 발생한 때에 보험자가 보험금액을 연금으로 분할하여 지급하는 보험계약이다. 연금보험에는 보험금액을 지급하는 기간에 따라 종신연금보험과 확정기간연금 보험이 있다. 이 경우에는 소정의 이자를 지급하여야 한다. 개정 약관은 '일시금', '분할지급'과 같은 한자용어를 일반 사람들이 사용하는 국어로 풀어서 기재하였다.

#### ○ 제10조 (주소변경통지)

- ① 계약자(보험수익자가 계약자와 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 그 변경 내용을 회사에 알려야 합니다.
- ② 제1항에서 정한 대로 계약자 또는 보험수익자가 변경 내용을 알리지 않은 경우에는 계약자 또는 보험수익자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 시일이 지난 때에 계약자에게 도달된 것으로 봅니다.

#### 해설

보험회사의 각종 통지를 위하여 계약자의 주소변경 사실을 회사에 통지하도록 하고 있는 규정이다. 그런데 아래의 판례가 지적하듯이 주소가 바뀌어 우편물 등이 도달이 안 되는 경우에도 회사입장에서 일응 신주소를 파악하기 위한 노력이 고려되어야 한다는 것이다. 그러한 점에서 이 약관조항은 한정적으로 해석하여야 한다. 개정 약관은 보험수익자가 계약자와 다른 경우 보험수익자도 주소변경을 통지하도록 명시하는 한편, 보험회사가 계약자측에 최종 연락처로 알린 경우 그 방법에 있어서 '등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법'에 한하여 도달을 간주하는 것으로 개정하였다. 이는 독일의 보험계약법의 규정과 같으며, 우리 우편물취급규칙상 일반 우편이 아닌 등기우편, 배달증명, 내용증명의 경우에 수취여부가 확인이 되기 때문에 도달간주의 효력은 전달 방법을 제한하는 것이 타당하기 때문이다.

## 〈관련판례〉

### 보험계약자가 주소변경사실을 알리지 않은 경우 보험회사가 종전 주소지로 납입최고할 수 있다고 규정한 약관의 효력(한정적극)

- 대법원 2000.10.10. 선고, 99다35379 판결 -

약관에서 보험계약자가 주소변경을 통지하지 않는 한 보험증권에 기재된 보험계약자의 주소를 회사의 의사표시를 수령할 지정장소로 하여 보험료의 납입최고를 할 수 있다고 규정하고있는 경우, 위 약관조항을 문언 그대로 보아 회사가 보험계약자의 변경된 주소 등 소재지를 알았거나 혹은 보통 일반인의 주의만 기울였더라면 그 변경된 주소 등 소재를 알 수 있었음에도 불구하고 이를 게을리 한 과실이 있어 알지 못한 경우에도 보험계약자가 주소변경을 통지하지 않는 한 보험증권에 기재된 종전 주소를 회사의 의사표시를 수령할 지정장소로 하여 보험료의 납입최고나 보험계약의 해지를 할 수 있다고 해석하게 되는 경우에는 위 약관조항은 고객의 이익에 중대한 영향을 미치는 사업자의 의사표시가 상당한 이유 없이 고객에게 도달된 것으로 보는 조항에 해당되는 것으로서 약관규제법의 규정에 따라 무효라고 할 것이고, 따라서 위 약관조항은 위와 같은 무효의 경우를 제외하고 회사가 과실 없이 보험계약자의 변경된 주소 등 소재를 알지 못하는 경우에 한하여 적용되는 것이라고 해석하여야 한다 [법률신문 제2922호(2000년 10월 16일, 9면)].

### [보통우편으로 우편물을 발송한 경우 송달이 추정되지 않는다는 판례]

- 대법원 2002. 7. 26. 선고 2000다25002 판결 -

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

이러한 법리를 전제로 살펴보면, 원심이 피고가 계약해지예고부 최고서를 망인의 주소지를 송달장소로 하여 보통우편으로 발송하였고 그 후 반송되지 아니한 사실을 인정할 수 있다고 하더라도, 그러한 사실만으로 위 최고서가 발송일로부터 상당한 기간 내에 보험계약자인 망인에게 송달되었다고 보기 어렵고 달리 이를 인정할 만한 충분한 증거가 없다고 하여, 위 최고서가 적법하게 도달하여 이 사건 보험계약이 해지

되었다는 피고의 주장을 받아들이지 아니한 조치는 정당한 것으로 수긍할 수 있고, 거기에 상고이유의 주장과 같은 의사표시의 도달에 관한 법리오해나 판례 위반 등의 위법이 없다.

#### ○ 제11조(보험수익자의 지정)

이 계약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 제3조(보험금의 지급사유) 제1호 및 제2호의 경우는 계약자로 하고, 같은 조 제3호는 피보험자의 법정상속인, 제4호 및 제5호는 피보험자로 합니다.

### 해설

#### 1. 타인을 위한 보험

보험계약자는 타인을 보험수익자로 하여 생명보험계약을 체결할 수 있다(상법 제733조 제1항 참조). 이를 타인을 위한 생명보험계약이라 한다. 이 계약의 주요취지는 유족의 생활보장을 도모하는데 있다. 타인을 위한 보험계약에서 보험수익자는 보험계약자가 정한다.

보험계약자에 의해 제3자가 보험수익자로 지정되면 타인을 위한 생명보험계약이다. 따로 수익자에 대한 지정이 없으면 보험계약자가 자신을 보험수익자로 한 계약이라고 해야 한다. 제3자가 보험수익자로 지정된 경우에는 보험수익자가 보험계약자의 권리를 승계취득하는 것이 아니라 자기 고유의 권리로서 보험금청구권을 취득한다. 지정하는 방식은 특정인을 지정할 수도 있지만 가령 “상속인”이나 “피보험자의 상속인”으로 하여도 된다. 보험수익자의 수나 자격에는 제한이 없다. 법인도 보험수익자가 될 수 있다. 수익자가 수인이고 비율을 정하지 않은 경우는 각자가 균등한 비율로 보험금청구권을 행사할 수 있다. 상속인들을 보험수익자로 하고 몫을 정하지 않았을 때에는 법정 상속분에 따라서 한다.

#### 2. 수익자의 권리

보험수익자는 상법 제639조 제2항에 의하여 당연히 고유한 권리로서 원시적으로 보험계약상의 권리를 취득한다. 수익자가 권리를 포기하면 자신을 위한 생명보험이 된다

고 하여야 한다. 수익자가 취득할 권리는 보험금지급청구권뿐이고 계약해지권 등은 보험계약자가 갖는다. 다만 적립금반환청구권 같은 것은 계약당사자의 합의에 의해 보험수익자에게 귀속시킬 수도 있다.

### 3. 수익자의 의무

보험수익자는 보험료의 지급의무를 지지 않으나 보험계약자가 파산에 빠진 경우에 보험료를 내던지 권리를 포기하여 보험료지급의무를 면하던지 할 수 있다(상법 제639조 제3항 제2문). 사고발생시 보험수익자도 통지하여야 하나 이는 보험금지급청구권 발생요건이 아니라 보험자가 이행지체에 빠지게 하는 효과만 가진다.

### 4. 수익자의 지정·변경

상법은 생명보험의 특수성을 들어 민법의 일반원칙을 수정하여 보험계약자가 수익자를 지정·변경할 수 있는 권리를 인정한다(상법 제733조). 이는 형성권의 일종으로서 보험자의 동의가 없어도 행사가 가능하다. 보험계약자가 지정·변경권을 행사하지 않은 채 사망한 경우에 지정권이 행사되지 않은 경우는 피보험자를 보험수익자로 보고 변경권을 행사하지 않은 경우는 수익자의 권리가 그대로 확정된다(상법 제733조 제2항 본문). 그 승계인이 지정·변경권을 행사할 수 있다는 약정이 있을 때에는 그 승계인이 지정·변경권자가 된다. 보험계약자가 지정·변경권을 행사하기 전에 보험사고가 생긴 경우, 지정권을 행사하지 않은 경우는 중도보험금 및 만기보험금은 계약자, 사망보험금은 피보험자의 상속인, 장해보험금 및 입원보험금 등은 피보험자가 보험수익자가 되고, 변경권을 행사하지 않은 경우는 보험수익자의 지위가 그대로 확정된다.

### 5. 지정·변경의 대항요건

보험계약자가 계약성립 후에 보험수익자의 지정·변경을 한 경우에는 보험자의 2중지급 방지를 위해 보험자에 대해 그 지정·변경을 통지하지 않으면 이를 보험자에게 대항할 수 없도록 하고 있다(상법 제734조 제1항). 또한 통지는 단지 대항요건이므로 나중의 수익자는 이전의 수익자가 받은 보험금의 반환을 청구할 수 있다. 표준약관 제20조(계약내용의 변경 등) 제2항에서도 보험수익자의 변경시 대항요건을 상법과 같이 규정하고 있다.

## 6. 지정·변경권이 유보되지 않은 경우

지정·변경권이 유보되지 않은 경우 보험수익자의 권리는 확정되며 보험계약자는 지정·변경할 수 없다. 피보험자와 보험수익자가 다른 사람인 경우 보험수익자가 사망하면 보험계약자는 새로이 보험수익자를 지정할 수 있다(상법 제733조 제3항 제1문). 이때 보험계약자가 재지정권을 행사하지 않고 사망한 경우에는 보험수익자였던 자의 상속인이 보험수익자가 된다(상법 제733조 제3항 제2문). 보험수익자가 사망한 후 보험계약자가 보험수익자를 새로 지정하기 전에 보험사고가 발생한 경우는 보험수익자의 상속인을 보험수익자로 한다(상법 제733조 제4항).

타인을 위한 생명보험계약에 있어 일반 실무를 살펴보면 계약서상에 보험수익자를 특정하지 아니하고 상속인이라고 지정한 경우가 흔히 있는 바, 이 경우에도 보험수익자의 특징이 있다고 볼 수 있는지 의문이 있으며, 이러한 생명보험금청구권이 상속재산인지 아니면 고유재산인지가 문제된다. 계약 당시 추정상속인 내지는 예정상속인들로 특징이 되었다고 할 것이며, 보험금청구권의 발생 당시 제1순위의 법정상속인들인 배우자와 직계비속들이 생존하고 있을 때에는 그들에게 보험금청구권을 귀속시킬 것으로 예정하고 있는 것이라고 보이므로 이러한 보험금청구권은 법정상속인들의 고유재산이 된다고 생각된다.<sup>8)</sup>

## 제12조 (대표자의 지정)

- ① 계약자 또는 보험수익자가 2명 이상인 경우에는 각 대표자를 1명 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.
- ② 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 않은 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 보험수익자 1명에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에게도 효력이 미칩니다.
- ③ 계약자가 2명 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

8) 서울고등법원 판결 2000나777판결도 동지

## ④ 13

계약자나 보험수익자가 2명 이상의 복수인 경우 회사의 연락 등을 위하여 대표자를 지정하도록 한 것이다. 그리고 그 경우의 당사자의 책임은 연대책임으로 하는 것이 보통이다. 가령 주식의 공유에 대한 상법 제333조에서도 유사한 규정을 두고 있다.

### 제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

#### ○ 제13조(계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말함) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 '계약전 알릴의무'라 하며, 상법상 '고지의무'와 같습니다) 합니다. 그러나 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

## ④ 13

### 1. 의의

보험계약자 또는 피보험자는 보험자에 대하여 중요한 사항을 고지하고 부실의 고지를 하지 아니할 의무를 부담하는데(상법 제651조), 이를 계약 전 알릴 의무(고지의무)라고 한다.

### 2. 법적 성질

이 의무위반의 경우에 보험자에게 계약해지권이 인정될 뿐 이행강제, 불이행을 이유로 한 손해배상청구는 못한다. 따라서 이를 보통의 의무와는 달리 책무, 간접의무 또는 자기의무라고 한다. 민법상 각종의무의 종류로 급부의무, 부수적 주의의무, 보호의무, 책무가 있는데 바로 이 책무에 해당한다.

### 3. 근거

고지의무를 인정하는 근거에 대하여는 보험자는 위험률 측정이 필요하고, 위험의 기

초사실을 관리·지배하고 있는 보험계약자나 피보험자는 이를 보험자에게 고지하여 위험측정에 협조할 의무가 있다고 보는 위험측정설(기술설), 보험계약은 고도의 신의성실이 요구되는 선의계약 내지 사행계약이어서 자기에게 불리한 사실이라도 보험자에게 고지할 의무가 있다는 선의계약설(사행계약설)이 있다.

#### 4. 당사자

고지의무를 부담하는 자는 보험계약자와 피보험자이다. 인보험의 보험수익자는 이 의무를 부담하지 않는다. 손해보험의 피보험자도 피보험이익의 귀속자로 이해관계를 가지므로 그도 고지의무를 부담한다. 고지수령권자, 즉 고지의 상대방으로 문제되는 경우는 다음과 같다.

##### 가. 진사의

진찰의사가 보험자의 위탁을 받아 피보험자가 될 자를 검진하게 된다. 신체검사를 받았어도 피보험자는 중요한 사실을 고지하여야 한다. 이때 진사의가 통상적인 주의를 기울여도 알 수 없었거나 진정한 건강상태를 이미 알고 있지 않는 한 보험자에게 중과실이 있는 것이 아니어서 보험자는 보험계약을 해지할 수 있다(상법 제651조). 청약시 승낙 이전에 보험자가 책임을 지는 경우에도 피보험자가 건강진단을 받기 이전에는 책임지지 않는다(상법 제638조의2 제3항). 일반적으로 진사의의 고지수령권은 인정한다.

##### 나. 보험설계사

(1) 원칙보험설계사는 원칙적으로 고지수령권이 없으며 특히 그 권한을 부여받은 경우 또는 표현대리의 법리가 적용되는 사정이 있는 경우를 제외하고 보험설계사의 지(知)·부지(不知)를 보험자의 지(知)·부지(不知)로 돌릴 수 없다. 무진단보험에 대해서는 보험설계사의 고지수령권한을 인정하는 설이 유력하다. 피보험자가 과거 수술병력이 있으나 보험설계사가 지장이 없다고 권유하여 보험에 든 경우에는 보험회사는 보험계약을 해지하지 못한다는 서울고등법원의 판례가 있다(서울고법 1997년 11월 4일 선고 97나21156 판결). 일반인은 보험설계사가 수령권한이 있다고 보는 데에 문제가 있다. 판례는 보험설계사의 제1회 보험료수령권을 인정한다. 보험설계사의 교육이 중요하며 보험회사에게 선임·감독책임을 물어 선의의 계약자를 보호하여야 한다. 이와 관련하여 독일연방대법원은 1987년 11월 11일 보험대리점 내지 모집종사자는 보험자의 “눈과 귀”가 되어 움직인다고 하여



이들이 보고 들은 것은 보험자가 보고 들은 것과 동일시할 수 있다는 상징적인 판결을 내린 바 있다.

## (2) 사례

### ① 사안

K가 1993년 보험에 가입하면서 별도로 보험가입청약서를 작성하지 않고 보험료를 지급하였으나 보험회사 영업소 직원이 보험료를 입금하지 않고 횡령하여 달아났다. 보험회사는 계약자가 보험가입청약서를 작성하지 않고 적법하게 발행된 보험증권도 교부받지 않아 보험계약이 체결되지 않았으므로 보험금을 지급할 수 없다고 주장한다.

### ② 법원의 판단

이러한 사안에 대하여 서울민사지방법원은 “보험계약은 당사자 사이의 의사의 합치에 의하여 성립되는 불요식의 낙성계약으로서 보험자가 보험계약자로부터 보험계약의 청약과 함께 보험료의 전부 또는 일부를 지급받고서 30일 이내에 상대방에게 거절의 의사를 표시하지 않으면 그로써 성립된다. 보험계약자가 보험가입청약서를 작성, 교부하지 않고 보험증권이 적법하게 발행되지 않았으며 보험자의 직원이 수령한 보험료를 횡령하였다고 하더라도 보험계약의 성립에는 영향을 미치지 않는다”고 하였다.

## (3) 법적 근거

보험설계사의 불법행위에 관하여 그 사용자인 보험회사가 손해배상책임을 지는가에 대하여 살펴본다. 민법 제756조 제1항은 타인을 사용하여 어느 사무에 종사하게 한 자는 피용자가 그 사무집행에 관하여 제3자에게 가한 손해를 배상할 책임이 있다. 그러나 사용자가 피용자의 선임 및 그 사무감독에 상당한 주의를 한 때 또는 상당한 주의를 하여도 손해가 있는 경우에는 그러하지 아니하다고 규정한다. 보험회사는 보험설계사를 위촉하여 보험모집업무에 종사케 한 사용자이므로 피용자인 보험설계사가 고객에게 가한 불법행위에 관하여 손해배상책임을 부담하여야 한다. 따라서 보험계약자는 보험회사를 상대로 손해배상청구소송을 제기하면 보험금액에 상당하는 손해의 배상을 받을 수 있다. 다만 보험계약자가 조금만 주의를 기울였다면 보험설계사로부터 교부받은 보험서류가 진정인 것이 아니라는 것을 알 수 있었을 것이라고 인정되는 경우에는 보험계약자가 이를 게을리 하여 손해를 확대시킨 과실이 법원에서 참작되어 보험계약자의 과실 비율만큼 손해배상액이 감액될 수도 있다. 관계 법조문으로 보험업법 제102조가 있다. 동조 제1항에 의하면 “보험회사는 그 임직원·보험설계사 또는 보험대리점(보험대리점 소

속 보험설계사를 포함한다)이 모집을 하면서 보험계약자에게 손해를 입힌 경우 배상할 책임을 진다. 다만, 보험회사가 보험설계사 또는 보험대리점에 모집을 위탁하면서 상당한 주의를 하였고 이들이 모집을 하면서 보험계약자에게 손해를 입히는 것을 막기 위하여 노력한 경우에는 그러하지 아니하다.”고 한다. 민법 제756조와 보험업법 제102조의 관계에 대하여는 대법원은 보험업법 제102조는 민법 제756조의 특칙으로서 이에 우선한다고 한다.

#### 5. 고지의 시기 및 방법

고지는 보험계약 성립시까지 하여야 한다. 계약성립시가 기준이 된다. 서면이나 구두로도 할 수 있다. 실무상으로는 청약서상에 질문표가 있어서 이에 기재된 사항에 답하도록 되어 있다.

### 〈관련판례〉

#### [대법원 2012. 8. 23. 선고 2010다78135 판결]

甲이 乙주식회사에 피보험자를 丙으로 하는 보험계약을 청약하고 보험청약서의 질문표에 丙이 최근 5년 이내에 고혈압 등으로 의사에게서 진찰 또는 검사를 통하여 진단을 받았거나 투약 등을 받은 적이 없다고 기재하여 乙회사에 우송하였는데, 사실은 청약 당일 丙이 의사에게서 고혈압 진단을 받았고, 이에 甲이 상법 제651조에서 정한 중요한 사항에 대한 고지의무를 위반하였는지가 문제 된 사안에서, 보험계약자 또는 피보험자는 상법 제651조에서 정한 ‘중요한 사항’이 있는 경우 이를 보험계약의 성립 시까지 보험자에게 고지하여야 한다고 고지의무 위반 여부는 보험계약 성립 시를 기준으로 하여 판단하여야 한다고 판시. 보험계약을 청약한 이후 보험계약이 성립하기 전에 丙이 고혈압 진단을 받았음에도 甲은 청약서의 질문표를 작성하여 乙회사에 우송할 때에 고의 또는 중과실로 그러한 사실이 없다고 기재하는 등 고지의무를 위반하였고 이를 이유로 한 乙회사의 해지 의사표시에 따라 보험계약이 적법하게 해지되었다고 한 사례.

## 6. 고지사항

고지할 사항은 중요한 사항이다. 보험자가 보험의 인수여부 및 보험료액 판단에 영향을 미칠 수 있는 사실, 즉 보험자가 그 사실을 알았으면 계약을 체결하지 않았거나 적어도 같은 조건으로 계약을 체결하지 않았을 것이라고 객관적으로 생각되는 사실이다. 그러나 이 범위를 너무 확대해석해서는 안된다. 청약서상 질문표에 기재된 사항은 중요한 사항으로 추정된다(상법 제651조의2).

### ○ 제14조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)

- ① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제13조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.
1. 회사가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
  2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
  3. 계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
  4. 회사가 이 계약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다)
  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 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.

- ② 회사는 제1항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴 의무 위반사실뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 계약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 등으로 알려 드립니다.
- ③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제32조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
- ④ 제13조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

### 24 13

고지의무란 보험계약자 또는 피보험자가 보험계약의 체결당시에 보험자에 대하여 중요한 사항을 고지하거나 또는 부실고지를 하지 아니할 의무를 말한다(상법 제651조 본문). 보험계약의 선의성의 반영으로 보험계약자 등은 고지의무 외에도 보험기간중의 위험변경·증가에 따른 통지의무(상법 제652조) 및 보험사고발생을 안 때의 통지의무(상법 제657조) 등을 부담하는데, 고지의무는 보험계약의 성립 전에 지는 의무이다.<sup>9)</sup> 즉, 고지는 보험계약자 등에게 보험계약의 체결에 즈음하여 보험자가 보험사고발생의 가능성을 측정하는데 도움이 되도록 보험계약상 중요한 사항에 관하여 진실을 알릴 것을 요구하는 보험계약법상의 특수한 의무로서 보험계약의 성립 전에 지는 것이므로 보험계약 전에 보험자에게 알려야 하는 의무이다. 그러므로 이 고지의무는 보험계약의 성립 후에 지는 통지의무와는 구별되는 것이다.

해지의 제한사유로 3호의 계약체결일로부터 3년 경과<sup>10)</sup>, 5호의 보험설계사 등이 고지

9) 이러한 고지의무는 보험계약자 등이 자기의 불이익을 방지하기 위한 자기의무이고, 또한 보험계약의 효과로서 부담하는 의무가 아니고 단지 보험계약의 전제조건으로서 지는 간접의무이다(통설). 이러한 고지의무를 인정하는 근거는 보험계약의 선의성과 기술성에 있다.

10) 상법 제651조에 의하면 보험자는 계약체결일로부터 3년이 경과하면 해지할 수 없으나, 개정 전 약관에 명시되지 않아 보장개시일로부터 2년 이내에 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약체결일로부터 3년이 경과한 경우 보험자의 해지권 행사 가능 여부와 관련한 분쟁의 소지가 있어 이를 반영한 것이다.

기회를 주지 않거나 방해하는 등 보험모집의 귀책사유가 있는 경우에 대해서는 2010년 개정에서 추가되었다. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 고지의무 위반을 이유로 해지권을 행사할 수 있다. 또한 고지의무 위반을 이유로 계약을 해지하였을 때에는 해지환급금만 지급하는 것으로 하였고(동조 제3항), 다른 보험 가입내역에 대한 계약 전 알릴의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 못하도록 하고 있다(동조 제5항).

고지의무의 위반사실이 보험금 지급사유 발생과 인과관계가 없는 경우에는 해지 전에 발생한 보험금은 지급하는데, 인과관계의 입증책임에 대해서 생명보험 표준약관은 회사에 입증책임을 두고 있다.

## 1. 고지의무 위반의 요건

### 가. 주관적 요건

고지의무 위반에 대하여 보험계약자나 피보험자의 고의 또는 중대한 과실이 있어야 한다. 이때 고의라 함은 중요사항을 알면서 고지하지 않는 것, 허위인 줄 알면서 고지하는 것을 의미한다. 중대한 과실의 대상과 관련하여서는 다음과 같이 견해가 나뉘어진다.

- ① 중과실이 고지·불고지에 관하여 있는 경우뿐만 아니라 중요한 사실을 알지 못한 경우도 중과실에 포함한다는 견해
- ② 고지사항 자체를 알지 못한 것이 중대한 과실로 인한 경우에는 여기서 말하는 중대한 과실에 포함되지 않고, 따라서 그러한 경우는 고지의무 위반이 되지 않는다는 견해

보험계약자 측에게 적극적 탐지의무를 부과할 것은 아니기 때문에 후자의 견해가 타당하다는 주장이 있으나, 오히려 고의와 거의 동일시되는 중대한 과실로 중요한 사실을 인식하지 못한 사람을 보호하지 않는 것이 상법 제651조의 취지라고 본다면 전자의 견해가 더 타당하다고 본다.

### 나. 객관적 요건

보험계약자 등에 의한 중요사항의 불고지 또는 부실고지가 있어야 한다. 불고지는 중요한 사항인 줄 알면서 알리지 아니한 것을 말한다. 중요사항은 위험인수 및 보험료산정에 영향을 미칠 수 있는 사실로, 보험자가 그 사실을 알았다면 계약의 인수를 거절하거

나 동일한 조건으로 계약을 체결하지 않았을 것이라고 객관적으로 인정되는 사실이다.

다. 입증책임

위반사실이 보험계약자 등의 고의·중과실로 생긴 것임을 보험자가 입증하여야 한다.

2. 고지의무 위반의 효과

보험자는 그 사실을 안 날로부터 1월 내에, 계약을 체결한 날로부터 3년 내에 한하여 (제척기간) 계약을 해지할 수 있다(상법 제651조 본문). 보험사고가 발생한 후에 계약을 해지한 때에는 보험자는 보험금액을 지급할 책임이 없고 이미 지급한 보험금액은 그 반환을 청구할 수 있다(상법 제655조 본문).

3. 인과관계

가. 의의

고지의무를 위반한 사실이 보험사고의 발생에 영향을 미치지 않았음이 증명된 때에는 보험자는 보험금 지급책임을 면치 못한다(상법 제655조 단서).

나. 고지의무 위반의 경우 인과관계에 대한 대법원 판례

▷ 상해보험계약 체결시 접대부임을 속이고 주부라고 허위고지한 자가 후에 교통사고로 사망한 경우의 인과관계에 대한 대법원 판례(대법원 1992년 10월 23일 선고 92다28259 판결 - 인과관계 인정)

4. 인과관계가 없을 경우 계약해지 가능여부

가. 개관

고지의무 위반을 검토할 때에는 항상 계약의 효력지속 문제와 당해 보험사고에 대해 보험금을 지급하여야 하는지 여부의 문제를 분리하여 생각하여야 한다. 우리나라의 통설은 상법 제655조 단서의 “그러하지 아니하다”를 “계약을 해지할 수 없다”라고 해석하고 있다. 대법원 판례도 그 부수적 논거에서 고지의무 위반과 보험사고 발생간에 인과관계가 없으면 계약 자체를 해지할 수 없는 것으로 보고 있다. 그런데 상법 제651조에서는 “해지할 수 있다”라고 하여 소급효가 없는 해지로 하고 있기 때문에 보험금은 지급하여야 되는 것이나, 상법 제655조 본문에서 그에 대한 특칙으로 보험금을 지급하지 않아도 된다고 하였고 다시 상법 제655조 단서에서 인과관계를 문제삼고 있다. 따라서 이 단서에서의 의미는 계약 자체는 해지할 수 있되 인과관계가 없을 때에는 상법 제655조

본문, 즉 보험금을 지급하지 않는 것에 대한 예외로서 그 경우는 보험금을 다시 지급하도록 하는 것이라 해석하여야 한다. 즉 이 해석방법에 의하면 인과관계가 없어도 해지는 할 수 있게 되는 것이다. 이에 대해 개정 상법<sup>11)</sup> 제655조 단서는 “다만, 고지의무를 위반한 사실 또는 위험이 현저하게 변경되거나 증가된 사실이 보험사고 발생에 영향을 미치지 아니하였음이 증명된 경우에는 보험금을 지급할 책임이 있다”라고 변경하였는데, 이는 “그러하지 아니하다”가 보험금의 지급책임은 있다는 것으로 명확하게 한 것이다. 따라서, 인과관계가 없더라도 해지는 가능하다고 보아야 한다.

#### 나. 검토사항

고지의무의 위반은 계약의 신뢰성이 무너지는 경우로서 개정 상법은 타당하다고 보며, 개정 상법 제655조의 개정으로 계약해지가 가능하다고 해석하는데 이론이 없게 되겠다. 하지만, 실제 업무처리에 있어 계약해지 처리를 할 경우는 보다 신중할 필요성이 있다. 이와 관련하여 분쟁조정위원회에서 청약서의 규정에도 불구하고 불고지 사실 자체가 중요한 고지대상이 되지 않는다고 판정한 사례도 많고(위염, 기관지염 등) 더욱이 판매과정에서의 약관설명 부족, 청약서 임의 기재 등에 대한 보험자책임을 인정한 판례와 분쟁조정례가 많은 것도 예의주시할 필요가 있다.

### 5. 민법상 착오·사기와의 관계

고지의무 위반이 민법상 착오 또는 사기의 요건을 갖추고 있는 경우에 보험자는 보험계약을 해지할 수 있는 외에 민법의 일반원칙에 따라 보험계약을 취소할 수 있는가 하는 문제이다.

#### (1) 고지의무 위반과 사기

##### [사례 문제]

갑은 K 대학병원에서 종합검진을 받았더니 뜻밖에도 암이라는 사실이 밝혀졌다. 그리하여 갑은 방사선치료를 받기 시작하였다. 이때 을생명보험회사의 모집인이 찾아와 보험에 들 것을 권유하여 보험금을 6,000만원으로 하는 국민복지보험계약을 청약하고, 회사가 지정한 병원에서 건강진단을 받으면서 보험의의 질문에 “건강에 이상이 없다”라고 대답하였다. 그 결과 건강진단에 문제없이 처리되었다. 을회사는 갑의 청약을 받아들

11) 상법 법률 제12397호는 2014.3.11. 일부 개정되었으며, 2015.3.12.에 시행된다.

여 보험계약이 성립되었으나 그 후 1년 8개월만에 사망하였다. 을회사의 보험약관에는 진단보험의 경우 고지의무 위반을 이유로 한 보험자의 계약해지권에 대한 제척기간을 1년으로 하고 있고, 또 사기로 인한 보험계약은 무효로 한다는 규정이 담겨 있다. 이 경우 을회사는 보험수익자인 병의 보험금 청구에 응하여야 하는가?

### [사례 해설]

#### ① 고지의무 위반과 계약해지

보험계약자 갑은 보험계약 체결 전에 대학병원에서 이미 암이라는 진단을 받고 있고 그러한 상황에서 을보험회사에 대하여 보험계약을 청약한 것이다. 따라서 보험의로부터 진단을 받으면서 현재의 건강상태를 물었을 때 “건강에는 아무런 이상이 없다”라고 대답한 것으로 보아 ‘중요한 사실’에 대한 부실고지의 사실이 있다. 그러므로 보험계약자인 갑은 고의로 인한 의무 위반이 있고, 보험자가 그 사실을 입증하고 계약을 해지할 수 있다. 그러나 이 사례에서 갑이 체결한 보험계약의 약관에는 진단보험의 경우 그 계약해지권의 제척기간을 1년으로 하고 있으므로 계약성립 후 1년 8개월만에 피보험자인 갑이 사망하였으므로 보험자는 고지의무 위반으로 인한 계약해지는 할 수 없다.

#### ② 사기로 인한 보험계약의 무효

설문에서는 보험계약자인 갑은 이미 암이란 사실이 밝혀졌다. 또 갑이 보험계약 체결 시에 그 사실을 보험자에게 고지하였다면 보험자는 갑의 청약을 승낙하지 않았으리라는 점은 명백하다. 그러므로 이 사례에서는 갑이 을보험회사의 보험의로부터 진단을 받을 때 대학병원에서 진단을 받아 암이 있다는 사실을 알려야 할 의무를 지고 있고, 이를 속이고 “건강에 아무런 이상이 없다”고 대답한 것은 보험자를 기망하여 착오에 빠지게 한 것이라 할 수 있다. 따라서 이 보험계약은 보험계약자인 갑의 사기로 인하여 성립한 것으로 약관의 규정에 따라 당연히 무효라 할 것이다. 따라서 이 사건 보험계약에서의 보험수익자인 병은 보험자인 을을 상대로 갑의 사망을 원인으로 6,000만원의 보험금 청구는 할 수 없으며, 보험자가 병의 청구에 응할 이유가 없다. 보험계약자 갑은 이미 암의 사실을 발견하고 보험자 을과의 사이에 문제의 보험계약을 체결하였으므로 전형적인 역선택의 경우이다. 따라서 이 경우에는 보험자인 을은 비록 약관상 고지의무 위반을 이유로 한 계약해지권 행사의 제척기간이 경과하였다 하더라도 약관의 규정에 따라 그 보험계약의 무효를 주장하거나 민법의 일반원칙에 따라 그 계약을 취소할 수 있다.



(2) 고지의무 위반과 사기, 착오, 불가쟁약관

- 1) 대법원 1991년 12월 27일 선고 91다1165 판결보험자는 상법의 규정에 의하여 보험계약을 해지할 수 있음은 물론 민법의 일반원칙에 따라 그 보험계약을 취소할 수 있다. 판례에 의하면 최소한 사기와 고지의무 위반과의 경합에 대하여는 민·상법 중복적용설을 취하고 있으나, 착오나 강박 등의 경우와 고지의무 위반의 관계에 대하여는 명시적인 언급이 없다.
- 2) 서울고등법원 1990년 6월 8일 선고 89나40930 판결보험자가 중요부분의 착오로 인하여 계약을 체결하였으나 그 착오에 관하여 보험자의 중대한 과실이 있으므로 보험자는 문제의 계약을 취소할 수 없다. 이 판결은 고지의무 위반과 사기의 관계에 대하여 민·상법 중복적용설을 전제하는 듯하다.

○ 제15조(사기에 의한 계약)

계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물사용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기의사에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 보장개시일로부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터는 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

해설

고지의무 위반 사실이 있다 하더라도 ① 보험자가 고지의무위반의 사실을 안 날로부터 1월을 경과하거나 계약을 체결한 날로부터 3년을 경과한 경우(상법 제651조 본문 후단), ② 보험자가 보험계약 당시에 고지의무위반의 사실을 알았거나(고의) 중대한 과실(중과실)로 인하여 알지 못한 경우(상법 제651조 단서),<sup>12)</sup> 예외적으로 보험계약을 해지할 수 없다(상법 제655조 단서). 이와 관련하여 2010년 개정 전 약관은 책임개시일로부터 보험금지급사유가 발생하지 아니하고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년) 이상 지났을 때에는 민법 제110조(사기에 의한 의사표시)에 의한 취소권<sup>13)</sup>을 행사하지 않

12) 여기서 말하는 보험자는 보험자 자신 뿐 만 아니라, 보험대리점·보험의 등 고지수령권이 있는 자를 포함한다.

13) 대법원 1991. 12. 27. 선고 91다1165(보험계약자의 고지의무위반이 사기에 해당하는 경우에는 보험자는 상법의 규정에 의하여 계약을 해지할 수 있음은 물론 민법의 일반원칙에 따라 그 보험계약을 취소할 수 있는 것이라 할 것이다.).

는다고 하면서, 다만 계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물복용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위조 또는 청약일 이전에 사기의사에 의하여 계약이 성립되었음을 보험자가 증명하는 경우에는 최초 개시일로부터 5년 이내(사기 사실을 안 날로부터는 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있다고 하여, 해지권 행사기간을 민법의 규정보다 연장하여 놓고 있었다.

2010년 개정 약관은 이를 두 가지 유형 즉, 하나는 중대사유로 인한 해지의 경우와 다른 하나는 사기에 의한 계약으로 나누어 규정하기 시작했다. 이번 개정 약관에서는 사기에 의한 계약은 고지의무 위반과 같은 관에서 규정하고, 중대사유로 인한 해지(제30조)는 제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등으로 배치하였다. 사기에 의한 계약의 경우에 있어서, 계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물사용<sup>14)</sup>을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염(속칭 에이즈)의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기의사에 의하여 계약이 성립되었음을 보험자가 증명하는 경우에는 보장개시일부터 5년 이내(사기 사실을 안 날부터는 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있다.

## 제4관 보험계약의 성립과 유지

### ○ 제16조 (보험계약의 성립)

- ① 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.
- ② 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
- ③ 회사는 계약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
- ④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금

14) 개정 약관은 의료환경의 변화를 반영하기 위하여 진단절차를 통과하기 위한 약물은 복용하는 것뿐만 아니라 주사, 피부에 붙이는 경우 등까지 포함하기 위해서 '약물복용'을 '약물사용'으로 바꾸었다.

액을 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 표준이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

## 해설

원래 상시거래관계에 있는 상인 사이의 청약(상법 제53조)이 아닌 한 청약을 받은 자는 승낙여부를 통지할 의무가 없고 상당기간 내에 승낙의 통지가 없으면 그 청약은 효력을 잃고 계약은 성립되지 않는다(민법 제529조, 상법 제52조). 그런데 보험거래실정은 승낙권한이 없는 보험설계사 등에게 청약함으로써 보험계약이 성립되었다고 믿고 청약과 동시에 보험료상당액을 납부한 때에는 보장을 받을 수 있는 것으로 믿는다.

한편 상법 보험편에 의하면 보험자가 보험계약자로부터 청약과 함께 보험료상당액의 전부 또는 일부를 지급받은 때에는 다른 약정이 없을 때에는 30일 내에 낙부통지를 발송해야 하고 이를 게을리 하면 승낙한 것으로 본다. 이때 인보험에서는 30일의 기간은 신체검사를 받은 날로부터 기산한다(상법 제638조의2 제1항, 제2항). 이는 1991년 개정시 보험계약자를 보호하기 위해 규정을 신설한 것이다. 그러나 외국에서는 이러한 입법을 찾아보기 어렵다.

제4항의 경우 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절하는 경우 거절통지와 함께 받은 금액을 돌려 주되, 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 표준이율 +1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 준다는 점에 특징이 있다.

### 제17조 (청약의 철회)

- ① 계약자는 청약을 한 날부터 15일(통신판매계약의 경우는 30일) 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 진단계약, 단체(취급)계약 또는 보험기간이 1년 미만인 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

#### 【통신판매계약】

전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말 합니다.

- ② 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일

이내에 이미 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에는 회사는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

- ③ 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.

### 해설

원래 상법에는 청약철회에 대한 규정이 없다. 그런데 보험계약을 체결한 후 보험계약자의 의사가 바뀌어 이를 철회하고자 할 경우가 있다. 이러한 경우를 고려하여 일종의 냉각기간(cooling-off)으로 15일의 청약철회기간을 규정한 것이다. 약관에 따라 15일의 숙려기간 내에 청약의 철회를 할 수 있도록 정한 것이다. 기간에는 차이가 있지만 할부거래법(7일), 방문판매 등에 관한 법률(14일)에서도 명시적으로 청약철회기간을 규정하고 있다. 그런데 이러한 법률들은 명시적으로 보험계약에 대해 그 적용이 없다는 점에서, 생명보험표준약관상 청약철회에 대한 규정이 의의를 갖게 된다.

보험계약은 보험계약자의 청약과 보험자의 승낙에 의하여 성립하는데, 보험계약자가 보험계약의 청약을 한 때에는 임의로 철회하지 못한다(민법 제527조). 그런데 생명보험계약에 있어서 무진단보험의 경우 보험계약자는 보험자를 직접 상대하지 아니하고 생명보험모집인을 통해서 보험계약청약서를 교부하는 것이 보통이다. 이에 따라 일단 보험계약자가 청약을 한 후에도 일정한 기간 동안 이를 신중히 고려하여 그 의사표시를 철회할 수 있도록 하는 제도가 인정되고 있는데, 이를 생명보험계약자의 청약철회제도라 한다.

2010년 개정 약관에서 통신판매계약의 경우에는 청약을 한 날부터 30일 이내에 그 청약을 철회할 수 있도록 하였는데, 이는 비대면적 거래라는 통신판매의 특성에 기초하여 대면적 계약에 비해 청약 철회 기간을 연장하였던 것이다. 또한 개정 약관은 계약자가 청약을 철회한 때에 보험자는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 이미 납입한 보험료를 반환하도록 규정함으로써, 개정 전 약관에서 3일 이내에 반환하도록 한 것을 약관의 다른 지급에 대해서는 영업일 기준을 사용하는 것과의 형평성 및 지급업무

의 현실을 반영하여 변경하였다(제17조 제2항 본문).<sup>15)</sup>

그리고 청약을 철회할 당시에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나, 계약자가 그 보험금 지급사유의 발생 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않는 것으로 규정함으로써(동조 제3항), 결과적으로 보험계약자를 보호하고 있다. 이와 관련하여 상법은 보험자가 보험계약자로부터 보험료 상당액의 전부 또는 일부를 받은 경우에는 그 청약을 승낙하기 전에 보험사고가 생긴 때에는 그 청약을 거절할 사유가 없는 한 보험계약상의 책임을 져야 한다고 규정하여(상법 제638조의2 제3항), 승낙의제가 인정되기 전에(즉 승낙통지기간의 경과 전에) 보험사고가 발생했을 때 적격피보험체를 보호하고 있는데, 청약철회 시점에 보험금 지급사유가 발생하고 계약자가 이를 알지 못하고 철회를 하는 경우에는 설사 승낙하기 전이라도 청약을 거절할 사유가 없는 한 보험금을 지급받을 수 있다.

이렇게 약관에 근거하였던 청약철회에 대해서는 법에서 정하여야 한다는 소비자단체의 요구 등에 따라서 국회에서 보험업법 개정이 이루어졌다. 2014.1.14.에 개정된 보험업법 제102조의 4(청약철회)와 제102조의5(청약철회의 효과)는 생명보험 표준약관의 내용을 기본으로 하여 청약철회를 규정하고 있다. 표준약관과 가장 큰 차이점은 청약철회의 기산점을 청약일이 아니라 보험증권을 받은 날로부터 15일로 하였다는 점이다. 이는 계약자가 자기가 청약한 보험의 내용을 살펴보고 청약철회의 여부를 결정할 수 있어야 한다는 점과 외국의 입법례에서 계약과 관련된 서류를 교부받은 날을 기준으로 한다는 점에서 착안된 내용이다. 또한, 실제로 보험증권의 교부에 대해서 분쟁이 발생할 소지가 많고 입증이 어려워 계약이 장기간 불안정한 상태에 놓여 있을 수 있기 때문에 제102조의4 제1항 단서에서는 “청약을 한 날로부터 30일을 초과한 경우에는 그러하지 아니하다”라고 하여 보험증권을 늦게 받더라도 청약일로부터 30일을 초과하면 청약을 철회할 수 없게 된다. 보험증권의 교부에 관한 입증책임은 보험회사에 있다.<sup>16)</sup> 향후 표

15) 그러나, 개정 보험업법 제102조의5 제2항은 개정 전 표준약관과 같이 청약철회를 접수한 날부터 '3일 이내'에 이미 납입한 보험료를 반환하도록 규정하고 있어서 보험업법의 시행에 따라 '3일 이내'로 기한이 다시 줄어들게 된다. 따라서 표준약관의 개정에도 불구하고 개별 보험상품의 약관은 보험업법의 취지에 따라 그대로 '3일 이내'로 명시하고 있어서 표준약관의 개정은 무의미하게 되었다. 향후 표준약관도 보험업법과 같이 3일로 다시 개정되어야 할 것으로 생각된다.

16) 보험업법 제102조의4(청약철회) ① 보험회사는 일반보험계약자로서 보험회사에 대하여 대통령령으로 정하는 보험계약을 청약한 자(이하 이 절에서 "청약자"라 한다)가 보험증권을 받은 날로부터 15일(거래 당사자 사이에 15일보다 긴 기간으로 약정한 경우에는 그 기간) 이내에 대통령령으로 정하는 바에 따라 청약철회의 의사를 표시하는 경우에는 특별한 사정이 없는 한 이를 거부할 수 없다. 다만, 청약을 한 날로부터 30일을 초과한 경우에는 그러하지 아니하다. ② 보험증권의 교부에 관하여 다툼이 있으면 보험회사가 이를 증명하여야 한다. 제102조의5(청약철회의 효과) ① 보험회사는 제102조의4제1항에 따른 청약의 철회를 접수한 날로부터 3일 이내에

준약관은 보험업법의 내용을 반영해서 개정될 것으로 예상된다. 그러나 표준약관에서 청약일에 약관 및 계약자 보관용 청약서 부분을 계약자에게 교부하도록 되어 있기 때문에 증거증권에 불과한 보험증권의 교부일을 기준으로 청약철회를 기산해야만 계약자를 보호할 수 있는 것은 아니라고 생각된다. 오히려 약관과 청약서 부분을 늦게 교부하는 것을 방지하기 위해 그 서류들의 교부일이 기준으로 되는 것이 보다 바람직하다고 본다.

#### ○ 제18조(약관교부 및 설명의무 등)

- ① 회사는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 청약 후에 지체 없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 드립니다. 다만, 계약자가 동의하는 경우 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 광기록매체(CD, DVD 등) 및 전자우편 등 전자적 방법으로 송부할 수 있으며, 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다. 또한, 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자의 동의를 얻어 다음 중 한 가지 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.
1. 인터넷 홈페이지에서 약관 및 그 설명문(약관의 중요한 내용을 알 수 있도록 설명한 문서)을 읽거나 내려받게 하는 방법. 이 경우 계약자가 이를 읽거나 내려받은 것을 확인한 때에 당해 약관을 드리고 그 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
  2. 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
- ② 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제

이미 납입 받은 보험료를 반환하여야 하며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 대통령령으로 정하는 바에 따라 계산한 금액을 더하여 지급하여야 한다.

- ② 보험회사는 청약자에 대하여 그 청약의 철회에 따른 손해배상 또는 위약금 등 금전의 지급을 청구할 수 없다.  
 ③ 보험계약 청약의 철회 당시 이미 보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 그 청약 철회의 효력은 발생하지 아니한다. 다만, 청약자가 보험금의 지급사유가 발생했음을 알면서 해당 보험계약의 청약을 철회한 경우에는 그러하지 아니한다.  
 [본조신설 2014.1.14.] [시행일 : 2014.7.15.]

2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명을 포함합니다)을 하지 않은 때에는 계약자는 청약일부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다. 다만, 단체(취급)계약은 계약이 성립한 날부터 1개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

③ 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 위 제1항의 규정에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.

1. 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우
2. 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우

④ 제2항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

## 해설

원래 보험계약자는 보험약관을 제대로 알지 못하여 예상치 못한 불이익을 받는 경우가 많다. 상법은 보험자에게 약관의 교부·설명 의무를 부과하였으며(상법 제638조의3 제1항), 또한 보험계약은 그 추상성과 난해성으로 인해 보험자와 계약자간 정보의 비대칭성이 다른 금융상품에 비해 훨씬 크다. 이런 점에 착안하여 상법상의 제목은 교부·명시의무라고 되어 있다. 그 조항에 의하면 보험자는 보험계약체결시 보험계약자에게 약관을 교부하고 그 중요내용을 알려주어야 한다(상법 제638조의3 제1항). 알려주어야 할 사항의 예로는 보험료와 그 납입방법, 보험금액, 보험기간, 보험사고의 내용 및 면책사유 등을 들 수 있다. 계약대리권이 없는 모집관계자도 이 의무를 진다고 보아야 한다.

이 의무에 위반할 경우 보험계약자는 보험계약이 성립한 날로부터 1월 내에 계약을 취소할 수 있다(상법 제638조의3 제2항).<sup>17)</sup> 취소하면 계약은 무효가 되며(민법 제141조), 그 효과로서 보험료도 반환해야 한다(상법 제648조 참조). 그런데 약관규제법 제3조 제3항에 의하면 약관의 교부·설명 의무에 위반한 경우 보험자는 그 해당약관을 계약

17) 2015년에 시행되는 개정 상법 제638조의3 제2항은 보험계약이 성립한 날부터 3월 내에 계약을 취소할 수 있다고 기간을 연장하여 개정되었다.

의 내용으로 주장할 수 없다. 이 법과 상법의 관계가 문제되나(약관규제법 제30조 제3항 참조), 통설과 판례는 중첩적 적용이 가능한 것으로 해석하고 있다.

보험계약은 보통보험약관을 통하여 체결되는 것이 보통이어서 보험자에게 이러한 의무를 부과하고 있다. 통상 보통보험약관은 보험자가 일방적으로 미리 작성하여 보험계약자와의 계약체결시 사용하는 것이어서 보험계약자는 동 약관을 제대로 알지 못하여 불이익을 받을 수 있으므로 보험자로 하여금 보험계약자에게 동 약관을 교부하고 설명하도록 하여 이러한 불이익을 사전에 예방하기 위한 취지에서 보험약관의 교부·명시의무를 보험사업자에게 부과하고 있는 것이다. 다른 금융상품과 비교하면 약관규제법의 명시·설명 의무가 적용되는 동일하나, 보험에서는 약관의 교부까지를 요구하여 그 정도가 높다고 볼 수 있다. 이는 보험이 갖는 부보위험의 범위 등에 있어 기습조항의 존재 가능성이 높다는 측면, 그리고 보험설계사라는 특이한 권유체계를 가지고 있는 점 등에서 소비자 보호를 위하여 그 의무이행 정도를 높게 요구하고 있는 것이다.

약관의 명시·교부·설명 의무는 원칙적으로 보험자가 설명의무자이고, 나아가 계약대리권이 있는 계약대리점의 경우도 동 의무를 부담한다고 할 수 있다. 보험설계사가 이러한 명시·설명 의무의 의무자인지가 문제되나 학설과 판례는 이 점을 긍정하고 있다. 설명 의무의 대상은 상법상으로는 중요한 사항이라고 개괄적으로 규정되어 있으나 그 범위는 보험상품의 내용, 보험요율의 체계 및 보험청약서상의 기재변동 등 개별 약정과 개별 약관에 따라 동 약정의 계약내용의 변경을 가져올 수 있음을 의미한다. 이러한 사정이 없었다면 달리 약정을(보험요율이나 기간 인수여부 등) 할 수 있다고 볼 수 있는 사항은 모두 그 설명 의무의 대상이 된다고 할 것이다. 나아가 판례는 보험자의 면책사유 및 계약해지사유 등도 그 설명 의무의 대상이라고 한다. 다만, 모든 약관의 내용이 중요하다고 해서 모두 설명을 하여야 하는 것은 아니다. 즉 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 대하여서까지 보험자에게 명시·설명 의무가 인정된다고 할 수 없다. 또한 보험자가 보험약관의 내용을 잘못 설명한 경우에는 개별 약정 우선의 원칙에 의하여 설명된 대로 보험계약의 내용이 정하여지는 것으로 해석하여야 한다. 대법원 판례도 같은 취지이다.<sup>18)</sup>

18) 대법원 1996.4.12. 96다4893 채무부존재확인



오늘날 정보통신기술과 마케팅기법의 발달로 보험회사가 직접 소비자와 접촉하여 이루어지는 판매방식이 급격히 늘어나고 있다. 전자통신매체 등에 의한 판매(telemarketing, DM 등) 등이 그 예이다. 보험가입을 원하는 고객이 통신매체에 의해 보험에 가입하는 경우에도 약관을 교부하고 설명하여야 하는데, 이때 무엇을 교부·설명한 것으로 볼 것인가가 문제된다. 보험자는 계약자가 청약한 경우 약관 및 청약서를 교부하고, 약관의 중요한 내용을 설명할 이른바 약관의 교부 및 설명의무를 부담한다. 상법상 보험자는 보험계약 체결시 보험계약자에게 약관을 교부하고 그 중요내용을 알려주어야 하는데(상법 제638조의3 제1항), 표준약관은 보험자에 대하여 청약시 약관 및 청약서 부분의 교부 및 약관의 설명의무를 지우고 있다.<sup>19)</sup>

2010년 개정 약관은 통신판매 계약은 계약자가 동의하는 경우 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 광기록매체 및 전자우편 등 전자적 방법으로 송부하고 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서(청약서 부분) 등을 수신하였을 때에는 당해 문서를 교부한 것으로 보았다. 그러나, 약관의 전자적 방법에 의한 교부는 통신판매계약이 아닌 대면채널에 의해 체결된 계약이라도 계약자가 원하는 경우에는 가능하도록 되어 있으므로<sup>20)</sup> 개정 약관은 실무를 반영하여 통신판매에 국한하지 않고 모든 계약의 약관 및 계약자 보관용 청약서가 계약자가 동의하는 경우에는 광기록매체(CD, DVD 등) 및 전자우편 등으로 교부할 수 있도록 개정되었다. 또한, 약관의 중요내용에 대하여 계약자가 약관과 설명문을 인터넷 홈페이지에서 읽거나 내려받게(download) 하는 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있게 하고 있다(제18조 제1항 단서 제1호).<sup>21)</sup> 또한 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에 보험자는 계약자의 동의를 얻어 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약 체결을 위하여 필요한 사항을 질문 또는 설명하고, 그에 대한 계약자의 답변, 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 보고 있다(동조 제1항 단서 제2호). 개정 약관은 한 문장이 너무 길어서 계약자의 가독성이 떨어지는 것을 방지하기 위하여 문장으로 이어서 쓰여진 내용을 각 호로 나누어 기재하고 있다. 보험자가 약관 등의 교부 및 설명

19) 보통 청약단계에서 약관이 교부되지 않아 계약자는 충분한 정보가 없는 상태에서 모집자 및 상품설명서에만 의존하므로 불완전판매 소지가 상존하기 때문에 2010년 개정 약관에서 청약 시점으로 개정된 것이다.

20) 보험업감독규정 제7-45조의2 참조

21) 온라인상 거래는 오프라인상에서 면대면으로 약관의 중요 내용에 대한 설명이 이루어지지 기 때문에, 소비자보호를 위해서는 인터넷상에서의 약관의 중요 내용에 대한 글자의 크기나 색상 등을 강조 처리하도록 하여야 할 뿐만 아니라, 중층적 확인 절차를 의무화하는 등 보다 구체적으로 규정할 필요가 있다고 본다.

의무를 위반한 경우, 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 아니한 경우에는 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있는데, 2010년 개정 약관은 단체(취급)계약<sup>22)</sup>의 경우에는 그 특성을 감안하여 계약체결일로부터 1개월 이내에 계약을 취소할 수 있도록 하였고, 개정 약관은 기산일을 상법과 동일하게 계약성립일로 개정하였다(동조 제2항 단서). 그러나, 개정 상법이 약관의 설명의무 위반에 대해 계약성립일로부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있도록 연장하였기 때문에 동 조항은 상법에 맞춰서 개정될 사항이라고 본다.

약관의 내용과 설명해준 내용이 다른 경우에는 설명해준 내용대로 계약이 성립된다(반대견해 있음)(대법원 1989년 3월 28일 선고, 88다8645 판결도 같은 취지이다). 그런데 보통보험약관의 법적 성질과 관련하여 계약설을 취하면 이러한 해석이 당연한 것이다.

## 〈관련판례〉

### 【보험자 약관 명시·설명 의무의 범위】

- 대법원 2004. 11. 25. 선고 2004다28245 판결 -

일반적으로 보험자 및 보험계약의 체결 또는 모집에 종사하는 자는 보험계약의 체결에 있어서 보험계약자 또는 피보험자에게 보험약관에 기재되어 있는 보험상품의 내용, 보험료율의 체계 및 보험청약서상 기재사항의 변동사항, 보험자의 면책사유 등 보험계약의 중요한 내용에 대하여 구체적이고 상세한 명시·설명 의무를 지고 있고, 보험자가 이러한 보험약관의 명시·설명 의무에 위반하여 보험계약을 체결한 때에는 그 약관의 내용을 보험계약의 내용으로 주장할 수 없는바, 이와 같이 보험자에게 보험약관의 명시·설명 의무가 인정되는 것은 어디까지나 보험계약자가 알지 못하는 가운데 약관에 정하여진 중요한 사항이 계약 내용으로 되어 보험계약자가 예측하지 못한 불이익을 받게 되는 것을 피하고자 하는 데 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 사항에 대하여서는 보험자에게 명시·설명 의무가 인정되는 것은 아니다.

22) 단체취급계약이라 함은 보험계약자가 동일한 회사, 사업장, 관공서, 국영기업체, 조합 등 일정 수(보통 5인) 이상의 근로자를 고용하고 있는 단체에서 급여를 받고 있는 경우, 단체가 보험료를 계약자의 급여에서 공제하여 보험자에게 지급하는 방식 등으로 다수의 개별계약의 보험료를 일괄적으로 수납하는 경우로, 단체 자체가 계약자가 되어 체결하는 단체계약과는 차이가 있다.

무가 인정된다고 할 수 없고, 또 보험계약자나 그 대리인이 이미 약관의 내용을 충분히 잘 알고 있는 경우에는 보험자로서는 보험계약자 또는 그 대리인에게 약관의 내용을 따로 설명할 필요가 없다고 보는 것이 상당하다.

#### [상법과 다르게 책임개시 시기를 정한 경우 약관 명시·설명의무]

- 대법원 2005. 12. 9. 선고 2004다26164 판결 -

상법 제638조의3 제1항 및 약관의 규제에 관한 법률 제3조의 규정에 의하여 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 없고, 다만 보험약관의 중요한 내용에 해당하는 사항이라 하더라도 거래상 일반적이고 공통된 것이어서 보험계약자가 별도의 설명 없이도 충분히 예상할 수 있었던 사항이거나 보험계약자나 그 대리인이 그 내용을 충분히 잘 알고 있는 경우에는 그 약관이 바로 계약내용이 되어 당사자에 대하여 구속력을 가지므로 보험자로서는 보험계약자 또는 그 대리인에게 약관의 내용을 따로 설명할 필요가 없다.

기록에 의하면, 이 사건 보험약관 제7조 제1항은 회사의 책임의 시기 및 종기에 관하여 “회사의 책임은 보험증권에 기재된 보험기간의 첫날 오후 4시에 시작하며 마지막 날 오후 4시에 끝납니다. 그러나 특정암, 일반암 또는 상피내암에 대한 회사의 책임은 보험증권에 기재된 보험기간의 첫날로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날에 시작하며 마지막 날에 끝납니다.”라고 규정하고, 위 약관 제17조 제2항은 효력상실된 계약이 부활하는 경우 위 약관 제7조의 규정을 다시 적용한다고 규정하고 있음을 알 수 있는바, 상법 제656조에 의하면, 보험자의 책임은 당사자 간에 다른 약정이 없으면 최초의 보험료의 지급을 받은 때로부터 개시한다고 규정하고 있음에 비추어, 위 약관 제7조는 상법의 일반 조항과 다르게 책임개시시기를 정한 것으로 보험자가 구체적이고 상세한 명시·설명의무를 지는 보험계약의 중요한 내용이라 할 것이고, 위 약관의 내용이 거래상 일반적이고 공통된 것이어서 보험계약자가 별도의 설명 없이도 충분히 예상할 수 있었던 내용이라 할 수 없다.

[약관의 교부·설명 의무를 위반한 경우는 고지의무 위반으로 인한  
해지도 불가능하다는 판례]

1. 판결요지

① 보험자 및 보험계약의 체결 또는 모집에 종사하는 자는 보험계약의 체결에 있어서 보험계약자 또는 피보험자에게 보험약관에 기재되어 있는 보험상품의 내용, 보험요율의 체계 및 보험청약서상 기재사항의 변동사항 등 보험계약의 중요한 내용에 대하여 구체적이고 상세한 명시·설명 의무를 지고 있으므로, 보험자가 이러한 보험약관의 명시·설명 의무에 위반하여 보험계약을 체결한 때에는 그 약관의 내용을 보험계약의 내용으로 주장할 수 없고, 보험계약자나 그 대리인이 그 약관에 규정된 고지의무를 위반하였다 하더라도 이를 이유로 보험계약을 해지할 수 없다.

② 상법 제638조의3 제2항에 의하여 보험자가 약관의 교부 및 설명 의무를 위반한 때에 보험계약자가 보험계약 성립일로부터 1월 내에 행사할 수 있는 취소권은 보험계약자에게 주어진 권리일 뿐 의무가 아님이 그 법문상 명백하므로, 보험계약자가 보험계약을 취소하지 않았다고 하더라도 보험자의 설명 의무 위반의 법률효과가 소멸되어 이로써 보험계약자가 보험자의 설명 의무 위반의 법률효과를 주장할 수 없다거나 보험자의 설명 의무 위반의 하자가 치유되는 것은 아니다.

2. 대법원의 구체적 판단

① 제1, 2점에 관하여

보험자 및 보험계약의 체결 또는 모집에 종사하는 자는 보험계약의 체결에 있어서 보험계약자 또는 피보험자에게 보험약관에 기재되어 있는 보험상품의 내용, 보험요율의 체계 및 보험청약서상 기재사항의 변동사항 등 보험계약의 중요한 내용에 대하여 구체적이고 상세한 명시·설명 의무를 지고 있다고 할 것이어서 보험자가 이러한 보험약관의 명시·설명 의무에 위반하여 보험계약을 체결한 때에는 그 약관의 내용을 보험계약의 내용으로 주장할 수 없다 할 것이므로, 보험계약자나 그 대리인이 그 약관에 규정된 고지의무를 위반하였다 하더라도 이를 이유로 보험계약을 해지할 수는 없다고 보아야 할 것이다(대법원 1996년 3월 8일 선고 95다53546 판결, 1995년 8월 11일 선고 94다52492 판결 및 1992년 3월 10일 선고 91다31883 판결 등 참조).

원심은 그 판시사실을 인정한 다음, 이 사건 보험계약자인 피고가 이 사건 보험계

약을 체결할 당시 실제로는 자신의 아들인 소외 서○○이 이 사건 차량의 주운전자 인데도 자신의 처인 소외 홍○○을 주운전자로 허위 고지함으로써 보험계약의 중요 사항에 대하여 고지의무를 위반하였으므로 특별한 사정이 없는 한 원고는 약관에 따라 이 사건 보험계약을 해지할 수 있다고 하면서도, 한편 원고가 이 사건 보험계약을 체결함에 있어 피고에게 주운전자제도와 관련된 보험약관의 내용, 특히 그 부실고지의 경우에 입게 되는 계약해지의 불이익 등에 관하여 구체적이고도 상세한 설명을 하여 주었다는 점에 부합하는 그 판시증거를 믿지 아니하고 달리 이를 인정할 만한 증거가 없어 원고가 주운전자에 관한 보험약관의 명시·설명 의무를 이행하였음을 인정할 수 없는 이상, 피고의 주운전자에 관한 고지의무 위반을 이유로 한 원고의 이 사건 보험계약 해지는 부적법한 것으로서 그 해지의 효력이 없다고 판단하였는 바, 기록에 비추어 살펴보면 원심의 위와 같은 사실인정과 판단은 옳고 거기에 소론과 같은 보험계약자의 고지의무 위반과 보험자의 설명의무 위반의 효과, 설명의무 위반의 입증책임 및 그 증명 정도 등에 관한 법리오해의 위법이 있다고 할 수 없다.

## ② 제3점에 대하여

상법 제638조의3 제2항에 의하여 보험자가 약관의 교부 및 설명의무를 위반한 때에 보험계약자가 보험계약 성립일로부터 1월 내에 행사할 수 있는 취소권은 보험계약자에게 주어진 권리일 뿐 의무가 아님이 그 법문상 명백하므로 보험계약자가 보험계약을 취소하지 않았다고 하더라도 보험자의 설명의무 위반의 법률효과가 소멸되어 이로써 보험계약자가 보험자의 설명의무 위반의 법률효과를 주장할 수 없다거나 보험자의 설명의무 위반의 하자가 치유되는 것은 아니라고 할 것인 바, 원심이 이와 같은 취지에서 “원고의 설명의무 위반에도 불구하고 피고가 이 사건 보험계약이 성립한 날로부터 1월 내에 취소권을 행사한 바가 없으므로 피고는 원고의 설명의무 위반의 점을 가지고 원고에게 대항할 수 없다.”라는 원고의 주장을 배척하였음은 옳고, 거기에 소론과 같은 상법 제638조의3 제2항에 관한 법리오해의 위법이 있다고 할 수 없다.

## 제19조 (계약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보

보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다.
2. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우
3. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

## 해설

### 1. 의의

보험계약자가 자신을 피보험자로 하여 계약을 체결한 경우가 자기의 생명보험계약이며, 타인을 피보험자로 하여 계약을 체결한 경우가 타인의 생명보험계약이다. 타인의 생명보험계약은 그 실익이 크다. 그러나 타인의 사망을 보험사고로 하는 경우에는 이를 무제한적으로 인정하면 피보험자의 사망을 은연 중에 기대하는 것과 같은 폐해가 예상된다. 이를 경계하고자 상법은 타인의 사망보험의 경우 보험계약체결시에 그 타인의 서면에 의한 동의를 얻도록 하고 있다(상법 제731조 제1항).

### 2. 입법주의

#### ① 이익주의

이는 영·미에서 취하는 주의이다. 어떤 이해관계를 갖는 경우에만 계약을 체결할 수 있도록 한다. 이는 피보험이익과 밀접한 관련이 있어 피보험이익을 인정하는 입법에서 채용한다. 계약체결시에 이해관계가 존재하지 않으면 계약은 무효이다. 이해관계는 계약성립요건일 뿐 존속요건은 아니다. 이익입증이 불필요한 경우로서는 가령 처가 남편의 생명에, 채권자가 자신의 채권의 정도에 따라 채무자의 생명에 피보험이익을 갖는다

고 한다. 즉 혈연관계나 채무관계 등 보험계약의 성립이 당연시되는 피보험이익이 존재할 수 있는 관계가 있어야만 유효한 계약으로 본다.

## ② 동의주의

이는 독일, 프랑스, 스위스, 일본이 취하는 주의이다. 여기서는 피보험자가 될 타인의 동의를 필요로 한다. 이에 의해 어느 정도 생명보험의 가능성이 확대될 수 있고 형식적인 보험계약자·보험수익자의 자격부여로 인한 폐해는 동의요건으로 배제가 가능하다. 우리 상법도 동의주의를 채택하고 있다. 또 보험계약으로 인하여 생긴 권리를 피보험자가 아닌 자에게 양도하는 경우에도 동의를 얻도록 하고 있다(상법 제731조 제2항).

## 3. 동의를 요하는 경우

‘타인의 사망보험’인 경우에만 동의를 요한다. 순수한 생존보험에서는 피보험자의 동의는 불필요하다. 상법 제735조의3 제1항에 의하여 단체보험의 경우 구성원 각자의 동의는 필요하지 않다. 이는 단체보험의 경우에는 단체의 대표자가 규약에 의해 일괄적으로 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 보험계약을 체결하기 때문에 다른 개별적 보험의 경우와 달리 그 폐해의 위험이 적기 때문이다. 피보험자인 타인이 보험수익자인 경우에도 동의가 있어야 한다.

## 4. 보험계약에 의해 발생한 권리의 양도

피보험자의 동의를 얻어 성립된 보험계약상의 권리를 보험수익자가 피보험자가 아닌 자에게 양도할 때에는 피보험자의 동의가 필요하다(상법 제731조 제2항). 보험계약자는 별도인이고 피보험자와 보험수익자가 동일인일 때 이 피보험자로부터 권리를 양수한 자가 타인에게 다시 양도할 경우 피보험자의 동의가 필요하다. 또한 보험계약자와 피보험자가 동일인인 사망보험계약에서 보험수익자가 권리를 양도할 경우에도 피보험자의 동의를 요한다. 마찬가지로 타인의 생명보험계약이 성립된 후 보험수익자를 새로이 지정·변경할 때에도 피보험자의 동의가 필요하다(상법 제734조 제2항, 제731조 제1항). 다만 피보험자가 보험수익자로 지정·변경될 때에는 물론 피보험자의 동의가 필요없다.

## 5. 동의의 성질

‘동의’는 자신의 사망을 보험사고로 하는 생명보험계약에 대해 이의가 없다는 의사표명이다. 이로써 그 계약에 반공서양속성(反公序良俗性)이 없음이 추정된다. 추정이므로 반증이 있으면 동의의 효력에 영향을 미칠 수 있다. 동의는 계약의 효력요건이고 성립요

건이 아니다. 동의에 관한 상법의 규정은 강행규정으로 보아야 한다. 물론 단체보험에 대해서는 상법의 특칙이 있다. 동의의 법적 성질은 준법률행위이다.

#### 6. 동의의 방식·시기·철회

과거실무상 피보험자가 계약체결시 청약서에 서명 또는 기명날인하여 동의하는 것이 통례였다. 이를 1991년 개정 상법에서 채택하여 서면에 의한 동의를 요구한다. 구두 또는 묵시적인 동의는 인정되지 않으며, 또 동의는 각 계약에서 개별적으로 하여야 하며 포괄적 동의는 인정되지 않는다. 동의의 시기는 보험계약체결시이다. 따라서 피보험자가 계약이 성립하기 전 또는 성립할 때까지 동의하여야 하고 보험계약 성립 후에는 추인이 불가능하다. 보험기간중의 권리의 양도와 보험수익자 지정변경의 경우에는 그 행위가 있을 때 동의하여야 한다. 이때 동의는 상대방의 수령을 요하므로 보험계약 당사자 중 일방에게 도달하여야 한다.

동의를 계약성립 전에는 철회할 수 있으나 일단 계약이 성립되면 이를 임의로 철회할 수 없으며 보험계약자 및 보험수익자의 동의가 있어야 철회할 수 있다고 이해된다. 다만, 약관 제29조 제2항에 정한 바와 같이 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있다는 청약 철회권이 약관상 인정되고 있다.

#### 7. 동의능력

상법 제732조에 규정된 자의 동의 하에 보험계약이 체결되어도 무효이다. 15세 이상 20세 미만의 자가 유효한 동의를 하기 위하여는 법정대리인의 동의가 있어야 하며 또 법정대리인이 보험수익자 또는 보험계약자인 경우에는 법원이 선임한 특별대리인의 동의가 있어야 한다.

#### 8. 기타

특히 2010년 개정 약관은 계약체결시 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우에도 계약의 무효사유로 추가 규정하고 있는데,<sup>23)</sup> 다만 보험자가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 무효로 되지 않는다(제4

23) 계약에서 구체적 나이를 기준으로 보험계약을 체결하는 경우라 하더라도 그것이 보험계약자측의 사기 등에 의한 것이 아닌 한 보험나이에 관한 규정(표준약관 제21조)을 준용하여 보험료를 조정하는 것이 합리적이라고 본다.



조 제3호 본문). 그러나 만 15세 미만자의 경우에 보험자가 나이 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우라 하더라도 무효로 된다(동조 제3호 단서). 따라서 13세 아동을 피보험자로 하여 계약을 체결한 경우 나이 착오에 대해 보험자가 발견한 것이 16세가 된 시점이라 하더라도 그 계약은 무효가 되는 것이다.

상법상 생명보험에 있어서 15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자<sup>24)</sup>의 사망을 보험사고로 한 보험계약은 무효가 된다(상법 제732조). 이는 타인의 생명의 사망보험에서 피보험자의 동의를 요하는데, 유효한 동의를 할 능력이 없는 무능력자의 생명의 사망보험을 금지하는 취지이다. 15세 미만자 등의 생명보험계약이 성립한 때에는 그 보험계약이 당연히 무효이므로 보험계약자가 보험료를 계속 지급하였고 또 보험사고가 발생한 때에 가령 피보험자가 15세 이상으로 되었다 하더라도 보험계약자는 보험자에 대하여 보험금 청구권을 행사할 수는 없다.

이와 같이 보험계약이 무효로 되는 경우에 있어서 ① 보험자의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와, ② 보험자가 승낙전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 보험자는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 반환할 의무를 진다(제19조 단서).

## 〈관련판례〉

### 【대법원 1996.11.22 선고 96다37084 판결】

#### 1. 판결요지

① 타인의 사망을 보험사고로 하는 보험계약에는 보험계약체결시에 그 타인의 서면에 의한 동의를 얻어야 한다는 상법 제731조 제1항의 규정은 강행법규로서 위 규정에 위반하여 체결된 보험계약은 무효라고 할 것이고, 위 규정의 입법취지에는 도박보험의 위험성과 피보험자 살해의 위험성 외에도 피해자의 동의를 얻지 아니하고 타인의 사망을 이른바 사행계약상의 조건으로 삼는데서 오는 공서양속(公序良俗)의 침

24) 개정 상법은 제732조 단서에 “다만, 심신박약자가 보험계약을 체결하거나 제735조의3에 따른 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 그러하지 아니하다.”는 내용을 신설하였다. 이는 심신박약자라는 이유로 보험회사들이 인수거절을 하는 사례가 많고 의사능력이 있는 경우는 보험가입이 필요하다는 데에 의의가 있다. 그러나, 실제로 의사능력을 판단하는 것이 쉽지 않아서 앞으로 어떻게 운영될지 연구과제이다.

해의 위험성을 배제하기 위한 것도 들어있다고 해석되므로, 상법 제731조 제1항을 위반하여 계약을 체결한 자 스스로가 무효를 주장함이 신의성실의 원칙 또는 금반언의 원칙에 위배되는 권리행사라는 이유로 이를 배척한다면, 위와 같은 입법취지를 완전히 몰각시키는 결과가 초래되므로 특단의 사정이 없는 한 그러한 주장이 신의성실 또는 금반언의 원칙에 반한다고 볼 수는 없다.

② 피보험자 K가 이 사건 보험계약에 동의한다는 의사를 표시한 인증서를 작성하고 이를 증거로 제출하였다. 그러나 상법 제731조 제1항의 규정에 의하면 피보험자가 서면으로 동의의 의사표시를 하여야 하는 시점은 보험계약체결시까지이다. 따라서 이 사건 보험계약체결 이후에 작성되어 제출된 인증서는 피보험자의 동의로 인정할 수 없다.

## 2. 사실관계

원고 Y는 1993년 남편 K를 피보험자로 하는 생명보험계약을 체결하고 보험료를 납입하였다. 이후 남편 K가 1994년 위암 등으로 병원에 입원하여 수술을 받게 되자 보험계약의 내용이 된 약관에 따른 보험금지급사유가 발생하였다고 피고인 보험회사에 보험금지급청구를 하였다. 이에 보험자는 계약체결시 청약서상의 피보험자의 자필서명란에 기재된 이름이 피보험자의 자필서명이 아니라면서 피보험자의 동의없이 체결된 이 보험계약은 무효라고 주장하여 보험금지급을 거절하자 원고는 소송을 제기하였다.

## 3. 쟁점

① 원고 Y의 주장은 상법 제731조 제1항의 규정은 오로지 「피해자」 또는 「타인」을 보호하기 위한 규정이지 보험자를 위한 규정이 아니므로 보험자인 피고가 이 사건 보험계약이 유효함을 전제로 보험료를 징수하고서도 보험사고가 발생한 이후에야 비로소 피보험자의 서면동의를 없었다는 사유를 내세워 이 사건 보험계약의 무효를 주장하는 것은 신의성실의 원칙에 위배된 반사회적인 주장이거나 금반언의 원칙에 위배된 행위로서 무효라고 주장한다.

② 이 사건 보험계약을 체결할 당시 보험설계사가 원고에게 보험의 종류와 내용만을 설명하여주고 원고의 선택에 따라 이 사건 보험계약을 체결하기로 약정한 후 보험설계사가 회사로 돌아와 보험청약서를 스스로 작성하면서 피보험자의 자필서명란에

K의 이름을 서명한 사실이 인정될 뿐, 달리 이 사건 보험계약체결시 K의 서면에 의한 동의가 있었음을 인정할만한 증거가 없다고 판단하고, 나아가 원고 Y는 남편인 K로부터 서면동의서의 작성권한을 위임받고 보험설계사는 원고로부터 위와 같은 권한을 다시 위임받은 것이므로 이 사건 보험계약은 그 계약체결 당시 K의 서면동의가 있었던 것으로 보아야 할 것이라고 원고는 주장한다.

#### 4. 관련문제

타인의 사망을 보험사고로 하는 보험계약을 체결하려고 하는 자가 그 타인을 보험계약자 및 피보험자로 하여 보험에 가입한 경우에 상법 제731조가 적용되어 이러한 보험계약을 무효로 볼 것인가 하는 점도 문제된다. 이에 대하여는 실질적으로 타인의 생명보험에 해당하는 경우에는 상법 제731조가 적용되어 그 피보험자의 동의가 없는 한 무효라는 견해와, 이는 타인의 생명보험계약은 아니고 무권대리인(無權代理人)에 의한 생명보험계약으로 보아야 한다는 주장이 있다. 후자의 견해는 상법 제731조를 탈법할 의도로 행하여질 가능성이 있기 때문에 무권대리에 의한 계약의 추인에 있어서는 신중을 기하여야 한다.

### [대법원 1989년 11월 28일 선고 88~다카33367 판결]

#### 1. 사실관계

원고는 권현망어선 5척으로 수산업을 경영하는 자로서 소외 K를 비롯한 선원 34명을 피보험자 겸 보험수익자로 하고 보험기간 중 우발적인 외래의 사고 등으로 선원이 사망한 보험사고가 발생하는 경우에는 그 보험금으로 1인당 1천 5백만원을 지급하도록 하는 단체대형보장보험을 피고 D보험회사와 체결하였다. 그 후 K가 해상에서 조업 중 바다에 빠져 사망하자 그 보험수익자의 지위를 상속한 그 자녀들로부터 보험금지급청구권을 양도받아 피고회사를 상대로 보험금지급청구의 소를 제기하였다.

#### 2. 원심판결 (부산고법 1988년 11월 17일 선고 88나1370 판결)

보험계약자가 타인의 사망을 보험사고로 하는 경우 피보험자의 동의를 얻도록 규정한 취지는 타인의 사망을 보험사고로 한 보험계약을 무제한으로 인정하면 보험이 도박의 목적에 악용될 우려도 있고 고의로 피보험자의 생명을 해할 우려가 있어 이에

대한 제한을 가할 필요에서 연유되었다 할 것이고, 위 단체대형보장보험의 경우에는 그 단체의 대표자 내지 사용자가 일괄적으로 그 구성원을 피보험자로 하여 보험계약을 체결하는 것이어서 위와 같은 우려가 없어 피보험자의 개별적인 명시적 동의를 요하지 아니하고 묵시적 동의 내지 추정적 동의 의사만으로 족하다 할 것인데, 피고회사가 단체대형보장보험의 계약약관을 제정하면서 단체대형보장보험의 특질을 무시한 채 생명보험 표준약관에 기재된 내용을 아무런 수정없이 그대로 옮겨 놓아 피보험자의 서면동의까지 요구한 것은 보험청약자 내지 보험계약자의 의사표시의 형식이나 요건에 대하여 부당하게 엄격하게 제한을 가한 것으로 무효라 할 것이고(만일 위와 같은 사소한 보험약관을 이유로 보험금의 지급을 거절할 수 있다면 이는 신의칙 내지는 공평의 원칙에 크게 반한다고 할 것이다), 따라서 원고가 피보험자인 선원들의 묵시적 승낙 하에 위 단체대형보장보험을 청약한 이상 피고회사로서는 보험금을 지급할 의무가 있다.

### 3. 대법원 판결

타인의 사망을 보험사고로 하는 보험계약에는 피보험자의 동의를 얻어야 한다는 상법 제731조 제1항의 규정은 강행법규로 보아야 하므로 피보험자의 동의는 방식이 어떻든 당해 보험계약의 효력발생요건이 되는 것이고, 그 입법취지에는 도박보험의 위험성과 피보험자 살해의 위험성 외에도 피보험자의 동의를 얻지 아니하고 타인의 사망을 이른바 사행계약상의 요건으로 삼는데서 오는 공서양속 침해의 위험성을 배제하기 위한 것도 들어있다고 할 것이므로, 단체대형보장보험의 경우 그 단체의 대표자 내지 사용자가 일괄적으로 그 구성원을 피보험자로 하여 보험계약을 체결하는 것이어서 도박보험이나 피보험자 살해의 위험성이 없다는 이유만으로는 피보험자의 서면에 의한 동의를 요구하고 있는 단체대형보장보험의 약관의 통용성을 부정할 수 없다고 봄이 상당하다.

## [대법원 1992년 11월 24일 선고 91다47109 판결]

### 1. 사실관계

갑을 포함하여 약 30명의 종업원을 고용하여 청소대행업을 하는 B는 갑의 동의를 받지 아니한 채 그를 피보험자로 하고 자신을 보험수익자로 하여 소외 D회사와의 사

이에 피보험자가 각종 사고로 사망하였을 경우 일정액의 보험금을 지급받기로 하는 내용의 단체대형보장보험 및 직장인 보장보험계약을 체결하고 그 보험료를 자신의 출재(出財)로 납부하여 왔다. 그런데 갑이 교통사고로 사망하여 B가 보험회사로부터 보험금을 지급받자, 갑의 상속인들인 A 등은 B를 상대로 그 수령한 보험금의 반환을 구하는 소(訴)를 제기하였다.

## 2. 원심판결 (서울고등법원 1991년 11월 22일 선고 91나28797 판결)

피보험자인 갑의 동의없이 체결된 이상 위 보험계약은 타인의 생명보험계약부분에 있어서는 무효라고 할 것이므로, 보험계약상 보험수익자로 되어 있는 B나 피보험자의 상속인들인 A 등은 모두 보험금지급청구권을 가질 수 없고, 따라서 보험계약이 외관상 피보험자의 동의를 얻어 보험계약을 체결한 것으로 되어 있어 사실상 보험금이 B에게 지급되었다고 하더라도 원고들의 권리가 침해되었다고 할 수 없다.

## 3. 대법원의 판결

피보험자의 동의가 없는 타인의 생명보험계약은 무효이고, 보험계약이 피보험자에게 지급할 퇴직금의 적립을 위하여 체결된 것이라 하여 사정이 달라지지 아니한다.

## [서울고등법원 1996년 6월 14일 선고 95나31425 판결]

### 1. 사실관계

누나 L이 동생의 동의없이 동생을 보험계약자 및 피보험자로 하여 생명보험계약을 체결하였다. 그 후 동생이 사망하여 그 상속인인 어머니가 보험회사를 상대로 보험금 지급을 청구하였다.

### 2. 원고의 주장

원고(어머니)는 누나가 보험계약을 체결할 당시 보험계약자인 망인(동생)의 명시적 승낙을 받지 않았으나 그 후 원고(어머니)를 통하여 동인의 승낙을 얻었으며 적어도 추정적 승낙을 얻었으므로 동생은 보험계약을 추인하였다고 할 것이고, 가사 누나의 무권대리행위에 의하여 체결된 것이라고 하더라도 상속인인 원고(어머니)가 피고 보험회사에 대하여 준비서면의 송달로써 보험계약을 추인하는 의사표시를 한 이상

계약당시에 소급하여 유효하다고 주장하였다.

### 3. 법원의 판단

원고가 위 망인에게 그 보험가입 사실을 알려 동인의 승낙을 얻었다는 점에 관하여는 위 증인(누나)의 증언만으로는 이를 인정하기에 부족하고 그밖에 이를 인정할 만한 아무런 증거가 없는바, 위에서 인정한 사실만으로는 위 망인이 자신의 동의 없이 체결된 이 사건 보험계약의 체결을 승낙하였다거나 또는 추정적으로 승낙하였다고 추인하기 어렵다고 할 것이다. 또한, 상법 제644조는 보험계약 당시에 보험사고가 이미 발생하였거나 또는 발생할 수 없는 것인 때에는 그 계약은 무효로 한다. 그러나 당사자 쌍방과 피보험자가 이를 알지 못한 때에는 그러하지 아니하다고 규정하고 있고, 이는 보험계약 체결시에 적어도 보험계약자 또는 피보험자가 보험사고가 발생하였음을 아는 경우에는 보험계약은 무효라는 취지라고 할 것인바, 그 이유는 보험계약은 우연한 사고의 발생에 대비하기 위하여 이용되는 것이고 따라서 보험사고는 불확정한 것이어야 한다는 데에 있다고 할 것이므로, 이러한 위 법조항의 입법취지에 비추어 볼 때, 보험계약이 무권대리인에 의하여 체결된 경우 보험계약자인 본인이나 그 상속인은 보험사고가 발생하였음을 안 후에는 그 추인권을 행사할 수 없다고 해석함이 상당하다.

원고가 위 망인의 사망을 보험사고로 하여 피고 보험회사에 대하여 보험금의 지급을 구하는 이 사건 소를 제기한 이후에 위 준비서면의 송달로써 위 L의 무권대리에 의하여 체결된 이 사건 보험계약을 추인하는 것은 적법한 추인이라고 볼 수 없다.

#### 〈참고 : 단체보험의 법적 문제점〉

단체의 대표자가 자신을 보험수익자로 하고 그의 종업원을 피보험자로 하여 가입한 단체생명보험계약관계에 있어서 피보험자에게 보험사고가 발생한 경우에 대표자가 보험금 전액을 수령하여 사용하거나 그 일부만을 유가족에게 돌려주는 경우가 일반적이어서 보험금지급과 관련하여 분쟁이 발생하는 경우가 있다. 단체보험계약을 단체규약에 따라 체결하는 경우에는 1991년 개정 상법 제735조의3 제1항에 따라 피보험자인 종업원 개 개인의 서면동의를 받지 않고 보험계약을 체결할 수 있게 되어 있으므로 종업원 자신의 생명이 보험에 가입되어 있는 사실을 의식하지 않고 있는 경우가 일반적이다.

더 나아가 그가 사망한 이후에는 그의 유가족들이 그러한 사실을 모르고 있는 경우가 대부분이다. 그리하여 종업원이 사망하면 그 단체의 대표자가 보험금을 지급받게 되는 결과가 되어 자칫 보험금을 노리는 도덕적 위험이 야기될 가능성이 있다. 가령 단체의 대표자는 종업원들의 근무환경을 개선하지 않고 방치하여 그들에게 불의의 사고가 발생할 수 있도록 조장할 우려도 있다. 이는 상법 제735조의3 제1항이 피보험자인 종업원 개개인의 동의없이 그 대표자를 보험수익자로 하여 단체보험에 가입할 수 있게 함으로써 빚어진 결과로 평가하고 이는 곧 헌법 제10조가 규정하는 인간의 존엄과 가치 및 행복추구권을 침해하는 것이 되어 위헌여부가 문제되었다(대전고법 위헌제청결정 1998년 6월 3일, 97나6184).

헌법재판소는 결론적으로 이는 위헌이 아니라고 하였다(사건 : 98헌가6 상법 제735조의3 제1항 위헌제청) : 단체의 규약이 있는 경우에는 그 단체규약에 따라 피보험자인 구성원의 개별적인 서면동의를 받지 않고도 단체보험 가입이 가능하게 규정하고 있는 상법 제735조의3 제1항은 종래의 단체보험실무관행을 도입·명시한 주의적인 규정에 불과하고 헌법 제10조를 위배하였다고 보기는 어렵다. 단체규약에 따른 단체보험 가입을 명시하는 것은 절차의 간편성을 인정하고 단체협약과 같은 규약에 의해 단체의 동의가 포함된 경우에는 개별적인 구성원의 동의를 이중적으로 인정할 필요가 없다는데 기인하는 것이므로 단체구성원의 개별적인 동의를 생략하는 것이 곧 인간의 존엄과 가치 및 행복추구권을 해한다고 보기는 어렵다.

그러나, 단체보험은 타인의 생명보험계약에서 계약의 유효요건으로 요구하는 타인의 서면동의를 배제하고 있다 보니 단체가 자신을 보험수익자로 지정하는 경우에 피보험자의 동의가 필요한지, 피보험자인 구성원의 권리가 침해되는 것은 아닌지 논란이 있어 왔다. 이번 개정 상법 제735조의3은 제3항을 신설하여 보험계약자인 단체가 규약에 따라 구성원을 피보험자로 하는 생명보험계약을 체결하면서 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 사람을 보험수익자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정하는 경우 외에는 그 피보험자의 서면 동의를 받아야 한다고 규정하였다.<sup>25)</sup>

25) 개정 상법의 개정이유에서는 단체보험에서 단체의 구성원인 피보험자의 서면 동의를 받도록 함으로써 유족의 이익과 더불어 단체구성원의 이익을 보호할 수 있을 것으로 기대된다고 실시하고 있다.

## 〈관련판례〉

## [대법원 1999년 5월 25일 선고 98다59613 판결]

단체보험의 경우 보험수익자의 지정에 관하여는 상법 등 관련 법령에 별다른 규정이 없으므로 보험계약자는 단체의 구성원인 피보험자를 보험수익자로 하여 타인을 위한 보험계약으로 체결할 수도 있고, 보험계약자 자신을 보험수익자로 하여 자기를 위한 보험계약으로 체결할 수도 있을 것이며, 단체보험이라고 하여 당연히 타인을 위한 보험계약이 되어야 하는 것은 아니므로 보험수익자를 보험계약자 자신으로 지정하는 것이 단체보험의 본질에 반하는 것이라고 할 수 없다.

## [대법원 2007.12.27.선고 2007다70285판결]

이 사건 보험계약은 보험계약자인 단체가 보험료를 납입하되, 보험기간 중에 피보험자인 직원이 재해로 사망하는 보험사고가 발생할 경우에는 보험회사가 보험수익자인 단체에게 사망보험금을 지급하고, 보험기간의 만기까지 보험사고가 발생하지 아니하는 경우에는 단체에게 납입한 보험료의 일부를 지급하는 내용의 단체보험계약으로서 그 보험사고를 피보험자의 업무상 재해로 인한 사망 또는 부상에 국한시키지 아니한 점, 피보험자가 업무상 재해가 아닌 사망이나 부상을 당하는 보험사고가 발생한 경우에도 단체가 그 보험금을 수령하여 보유하는 것을 용인할 의도로 특별히 보험수익자를 단체로 하는 이 사건 보험계약 체결에 동의하였다고 보기는 통상적으로 어려운 점 등에 비추어 보면 피고와 소외인 사이에서 특별히 다른 약정을 하였다는 사정이 없는 한, 이 사건 보험계약의 보험기간 내에 보험사고가 발생하지 아니한 경우에는 만기 급여금을, 업무상 재해로 인한 보험사고가 발생한 경우에는 보험금을 각 단체가 수령하여 보유하되, 업무외 재해로 보험사고가 발생한 경우에는 단체가 보험금을 수령하여 이를 보유하는 것이 아니라 피보험자인 직원이나 그 유족에게 지급하기로 하는 의미로 보험수익자를 보험계약자인 단체로 하는 데 대하여 피보험자가 동의한 것이라고 보는 것이 당사자의 의사에 부합하는 해석이라고 하겠다.



#### 제20조(계약내용의 변경 등)

- ① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
  1. 보험종목
  2. 보험기간
  3. 보험료의 납입주기, 납입방법 및 납입기간
  4. 보험가입금액
  5. 계약자
  6. 기타 계약의 내용
- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.
- ③ 회사는 계약자가 제1회 보험료를 납입한 때부터 1년 이상 지난 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 때에는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.
- ④ 회사는 계약자가 제1항 제4호에 의하여 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제32조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ⑥ 회사는 제1항에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

#### 해설

동 조항은 보험에 가입하고 중간에 여러 가지 사정으로 계약내용을 변경할 필요성이 있게 되는 바 이를 합리적으로 처리하기 위한 규정이다. 피보험자와 보험수익자가 다른 경우에는 그 수익자를 변경하기 위하여는 피보험자의 동의를 받아야 한다. 상법은 생명

보험의 특수성들이 민법원칙을 수정하여 보험계약자가 수익자를 지정·변경할 수 있는 권리를 인정한다(상법 제733조). 이는 형성권의 일종으로서 보험자의 동의가 없어도 행사 가능하다.

보험계약자가 지정·변경권을 행사하지 않은 채 사망한 경우에 지정권이 행사되지 않은 경우는 피보험자를 보험수익자로 보고 변경권을 행사하지 않은 경우는 수익자의 권리가 그대로 확정된다(상법 제733조 제2항 본문). 그 승계인이 지정·변경권을 행사할 수 있다는 약정이 있을 때에는 그 승계인이 지정·변경권자가 된다. 보험계약자가 지정·변경권을 행사하기 전에 보험사고가 생긴 경우 지정권을 행사하지 않은 경우는 피보험자의 상속인이 보험수익자가 되고, 변경권을 행사하지 않은 경우는 보험수익자의 지위가 그대로 확정된다.

보험계약상의 당사자 관계는 그 성질상 계속적 계약관계이므로 보험기간 중 여러 가지 사정으로 인하여 보험계약의 내용이 변경되는 경우가 생기게 된다. 보험계약은 양 당사자의 의사의 합치로 성립하므로, 보험기간 중에 당사자간의 합의로 종래의 계약을 종료시키고 새로운 계약을 체결하는 것은 언제나 가능하다. 뿐만 아니라 종래의 계약의 내용만을 필요에 따라 변경하는 것도 계약자유원칙에 따라 가능하다.

2010년 개정 전 약관에는 보험수익자에 대해 보험계약자는 보험자의 승낙을 얻어 변경할 수 있는 것으로 하였으나, 이는 상법 제733조에 부합하지 않았기 때문에 2010년 개정 약관에서는 계약자는 보험수익자를 보험자의 승낙없이 변경할 수 있다고 명시하였다. 다만, 계약자가 보험수익자를 변경하는 경우 보험자에게 통지하지 아니하면 변경 후의 보험수익자는 그 권리로서 보험자에게 대항하지 못한다. 그러므로 계약자는 자유로이 보험수익자에 대한 변경권을 갖지만, 그 변경에 대해 보험자에게 통지하여야만 변경된 보험수익자가 보험자에게 대항할 수 있게 된다(동조 제2항).

개정 약관은 계약자가 변경되는 경우 보험회사가 변경된 계약자에게 보험증권과 약관을 교부하도록 의무화하고, 약관의 중요사항은 변경된 계약자의 요청이 있는 경우에 설명해주도록 하는 조항을 신설하였다. 이는 금융감독원에서 개별약관의 개선사항으로 발굴하여 보험회사에 추가하도록 지도했던 조항을 표준약관에 반영시킨 것이다.

#### 제21조(보험나이 등)

- ① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제19조(계약의 무효) 제2호의 경우에는 실제 만 나이를 적용합니다.

- ② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약 해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.
- ③ 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 사실과 다른 경우에는 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

**【보험나이 계산 예시】**

생년월일 : 1988년 10월 2일, 현재(계약일) : 2014년 4월 13일  
 ⇒ 2014년 4월 13일 - 1988년 10월 2일 = 25년 6월 11일 = 26세

**해설**

보험나이는 표준사업방법서에 있던 사항을 2002년 8월 표준약관에 규정하였다. 계약자들이 일반적으로 오해하는 경우가 보험나이에 대한 것인데 약관상의 보험나이가 실제 만 나이나 우리나라 나이와 다르다는 점에 유의할 필요가 있다.

특히 2010년 개정시 이를 보다 구체적으로 규정하였다. 질병이나 사망을 보장하는 보험상품의 경우 보험나이에 따라 보험료가 달라질 뿐만 아니라, 가입에도 제한을 받을 수 있다. 즉 보험나이가 많아질수록 사망 등의 위험이 커지게 되기 때문에 보험료도 증가하게 된다. 따라서 보험나이는 보험가입 당시 피보험자의 가족관계등록부의 생년월일을 기준으로 하되, 생일이 지난 지 6개월 미만이면 만나이를 계산하고 6개월 이상이면 나이를 한 살 올린다. 예컨대 1971년 3월 5일생이 2010년 5월 25일에 생명보험을 가입할 경우 보험나이를 계산하면 계약일 현재 만나이는 39년 2개월 20일이 되는데 6개월 미만은 버려야 하므로 보험나이는 39세가 된다. 그러나 계약일이 9월 25일 이라면 39년 6개월 20일이 되어 단수인 6개월을 1년으로 계산하여 보험나이는 40세가 된다. 그러나, 계약의 무효사유가 되는 만15세 미만자의 기준은 만 나이를 기준으로 하며, 개별 보험상품에서 만 나이를 특별한 조건으로 하는 때에는 (예를 들어 자동차보험에서 '만21세 이상 한정 운전'특약과 같은 경우) 개별 약관에 만 나이임을 명시하고 있다.

그런데 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 사실과 다른 경우에는 이를 어떻게 보아야 하는가 하는 문제가 있다. 이에 대해 약관은 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 사실과 다른 경우에는 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보

험료로 변경되는 것으로 규정하고 있다.

○ 제22조 (계약의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 사망을 보험금 지급사유로 하지 않는 경우에는 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다.

【책임준비금】

장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

해설

보험사고는 보험자의 책임을 발생시키는 사건으로서 위험이라고도 한다. 보험사고가 이미 발생하였거나 발생할 수 없는 것이면 원칙적으로 계약은 무효이다(상법 제644조 본문). 그러나 일응 계약이 유효하게 진행하던 중 피보험자의 사망 등으로 인하여 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력을 가지지 않게 된다. 즉 보험사고의 발생에 의하여 보험금액이 지급된 경우에는 보험계약관계는 원칙상 종료한다. 왜냐하면 보험계약이 그 목적을 달성하였으므로 보험관계가 지속될 이유가 없기 때문이다. 인보험에 있어서는 피보험자의 사망으로 보험계약은 종료한다. 사망보험이나 상해보험에서는 이를 보험사고로 하여 보험금이 지급되므로, 이때에는 보험계약이 그 목적을 달성한 셈이다.

개정 전 약관은 피보험자의 사망 등으로 인하여 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 보험계약이 소멸하는 것으로 규정하고 있었는데, 이는 개정 약관에서도 그대로 유지되었다. 개정 전 약관은 장해지급률이 80% 이상인 장해상태가 되어 보험금을 지급하였다 하더라도 약관상의 보험금 지급사유가 추가로 발생할 수 있는 경우에는 해당 보험계약이 그대로 존속하는 것으로 규정하고 있었다. 이는 장해분류표에서 정한 지급률이 80% 이상인 경우 사망보험금과 같이 보험가입금액 전액을 지급하였던 보

협계약에서 고도장해가 있는 경우 소멸처리되어 입원이나 수술 등에 대한 추후 보험보상을 하지 않게 되는 문제가 있기 때문에 두었던 조항이다. 그러나, 2011년 이후 상품에서는 장해지급률 80% 이상과 사망사고의 보험가입금액에 차등을 두는 상품이 일반화되었기 때문에 더 이상 필요가 없는 조항으로 되어 개정 약관에서는 제2항이 삭제되었다.

개정 약관에서는 사망을 보험금 지급사유로 하지 않는 경우 회사가 적절한 책임준비금을 지급한다는 단서를 추가하였는데, 사망을 담보하지 않는 보험에서 모든 계약이 책임준비금을 지급하는 것은 아니고 해당 계약의 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에서 정한 바에 따라 그 지급여부는 달라질 것이다. 개정 전 약관에서는 보험금을 지급하지 않는 사유의 예외사유에 해당하는 경우로서 재해이외의 원인으로 인한 사망보험금이 없는 경우에는 책임준비금을 지급한다고 규정되어 있었으나, 면책사유에 예외인 경우에만 국한되는 내용이 아니기 때문에 계약의 소멸조항으로 위치를 이동했다고 하겠다.

## 제5관 보험료의 납입

### 제23조 (제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

- ① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받는 때로 하며, 계약자의 책임 있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.
- ② 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

#### 【보장개시일】

회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

- ③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.
1. 제13조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
  2. 제14조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
- ④ 청약서에 피보험자의 직업 또는 직종별로 보험가입금액의 한도액이 명시되어 있음에도 그 한도액을 초과하여 청약을 하고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그 초과 청약액에 대하여는 보장을 하지 않습니다.

### 해설

보험기간은 보험사고발생에 대한 시간적 제한을 의미한다. 이에는 다음의 세 가지가 있다.

- ① 실질적 보험기간-이 기간내 사고발생시 보험금청구권이 발생
  - ② 보험료기간(기술적 보험기간)-보험료산정의 기준이 되는 기간
  - ③ 보험계약기간(형식적 보험기간)-당사자사이에 보험계약이 존속하기로 약정한 기간
- 보험기간의 확정을 위해 당사자가 기간에 대해 계약에서 정해야 한다. 그리고 보험증권에 시기(始期)·종기(終期)를 기재해야 한다. 소급보험도 가능하다(상법 제643조). 일자로 보험기간이 정해진 경우에는 특약이 없으면 시일의 0시부터 개시하고, 종일의 24시에 종료한다. 당사자 간의 약정이 없으면 보험자의 책임은 최초의 보험료를 지급받은 때부터 개시한다(상법 제656조). 별도의 보험기간에 대한 약정을 했다 하여도 보험자의 책임은 최초보험료(제1회 보험료)를 지급받은 때로부터 개시한다.

생명보험계약의 체결은 보험설계사 등의 가입권유, 가입자의 청약 및 최초보험료의 납입, 심사를 거친 후 보험회사의 승낙, 보험증권의 교부 등의 순서로 진행된다. 보험계약은 불요식 낙성 계약이므로 보험계약의 청약은 구두나 서면 혹은 전화에 의한 청약도 가능하다. 그러나 실제로 보험계약은 보험계약자가 청약을 하고, 보험계약자의 청약에 대해 보험회사가 승낙한 경우 계약이 성립한다. 승낙의 방법에는 청약의 경우와 같이 제한은 없으나 보험회사는 별도의 승낙 의사표시를 행하지 않고 보험증권의 교부로 같은

하고 있다. 실무상으로는 보험회사의 승낙절차와 보험증권의 교부절차는 통합되어 이루어지며, 보험회사가 승낙을 할 경우 보험회사의 책임은 최초보험료가 지급된 때로 소급하여 개시한다. 청약과 동시에 최초보험료를 미리 납입하는 것이 보험계약의 관행이므로 요물(要物)계약처럼 보이나 보험계약은 본질적으로낙성계약이므로, 보험료의 선 지급이 없어도 보험계약은 유효하게 성립된다. 다만 최초보험료의 지급없이는 보험회사의 책임이 개시되지 아니한다. 보험회사가 보험계약자로부터 보험료 상당액의 전부 또는 일부를 받은 경우에는 그 청약을 거절할 사유가 없는 한 보험회사는 보험계약에 따른 책임을 지므로 그 청약을 승낙하기 전에 보험사고가 생긴 때에도 청약을 거절할 사유가 없는 한 보험계약상의 책임을 져야 한다. 청약을 거절할 수 없는 사유란 당해 약관 제3항 제1호와 제2호에 정한 사유 및 기타 계약을 승낙하지 않을 수 있는 정당한 사유를 말한다. 따라서 단순히 보험청약 후 보험사고가 났다는 이유만으로는 면책이 되지 않는 것이다.

한편 지급수단의 다양화로 인해 과거에 주로 현금위주로 이루어지던 보험료 납입이 근래에 들어서는 오히려 신용카드나 자동이체를 이용하는 경우가 많다. 현금에 의한 보험료 납입의 경우 납입여부에 대한 확인이 실시간으로 가능하여 보험료 납입시점과 관련된 분쟁이 발생할 소지가 거의 없지만 문제는 카드납입과 자동이체 납입이다. 보험계약 체결을 목적으로 계약자측이 보험회사에게 카드번호 등 계약자의 신용정보를 충분히 알려주었다 하더라도 계약자 측의 잔고 부족 등으로 인해 보험료 납입이 이루어지지 않거나 혹은 보험회사가 업무처리를 지연하여 보험료를 상당기간 인출하지 않은 상태에서 보험사고가 발생한 경우 책임개시 시점과 관련한 분쟁이 발생할 수 있다. 이러한 문제는 자동이체에서도 마찬가지이다. 현실적으로 발생하고 있는 책임개시 시점과 관련된 문제를 명확히 하고 분쟁을 예방하기 위해 약관에서는 관련 법령 등에서 일반적으로 규정하고 있는 책임개시 시점과 달리 보험계약자가 보험가입을 목적으로 자신의 신용카드번호 등 신용정보를 보험회사에게 알려준 경우에 있어서는 보험료 납입이 실제로 이루어지지 않았다 하더라도, 보험료 납입이 이루어지지 않은 사유가 계약자의 책임있는 사유가 아닌 경우에는, 보험회사의 책임이 개시되도록 하고 있다.

◦ 제24조 (제2회 이후 보험료의 납입)

계약자는 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 하며, 회사는 계약자가 보험료를 납입한 경우에는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융회사(우체국

포함)를 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사 발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.

#### 【납입기일】

계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

### 해설

보험계약은 유상계약이므로 보험료는 보험계약 성립의 효과로서 보험계약자가 보험자에 대하여 지급할 의무로서 부담하는 것이다. 보험계약자가 지급하는 보험료는 보험자의 보험금 지급의무와 대가관계를 이루고 있다. 보험료와 관련하여서는 모집관련자의 보험료 수령권 문제, 보험료 대납의 문제가 우선 제기되며, 어음·수표에 의한 보험료 지급을 둘러싼 문제점이 있다. 그리고 계속보험료 지급 지체시의 소위 실효약관의 효력과 관련하여 문제가 되었다.

계속보험료 지급의무를 규정하며 지급에 대한 확인으로 보험회사에게 원칙적으로 영수증 교부의무를 부과하였다. 최초보험료를 납입하지 않으면 보험자의 책임이 개시되지 않지만 계속보험료의 납입을 지체한 경우에는 상법 제650조 제2항과 제663조와 관련하여 보험소비자 보호의 문제가 발생한다. 이에 대하여는 종래 통용되었던 소위 실효약관의 효력과 관련하여 변천이 있었다. 분납보험료를 제때에 납입하지 않으면 보험회사는 상법 제650조에 의하여 최고(독촉)를 하고 그래도 납입하지 않으면 계약을 해지할 수 있고, 해지하면 보험금 지급책임이 없게 된다. 과거의 실효약관은 변경된 판례에 의하여 그 효력을 가질 수 없고 최고의 절차를 반드시 거쳐야만 보험금 지급을 거절할 수 있다.

#### 제25조(보험료의 자동대출납입)

- ① 계약자는 제25조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따른 보험료의 납입최고(독촉)기간이 지나기 전까지 회사가 정한 방법에 따라 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있으며, 이 경우 제33조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동



대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성 녹음) 등으로 계약자에게 알려드립니다.

- ② 제1항에도 불구하고 보험계약대출금과 보험계약대출이자를 더한 금액이 해지환급금(해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 금액을 말합니다)을 초과하는 때에는 보험료의 자동대출납입을 더는 할 수 없습니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따른 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출 납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.
- ④ 보험료의 자동대출 납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입 전 납입최고(독촉) 기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출 납입이 없었던 것으로 하여 제32조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

## 26 13

보험계약자의 편의를 위하여 인정된 규정이다. 보험자와의 약정에 의하여 계속보험료에 대한 자동대출납입을 통하여 보험료 지체를 방지할 수 있는 방법이다. 최초보험료가 납입되어야 보험자의 책임이 개시되고, 자동대출납입을 무한정으로 인정하면 보험제도의 본질을 훼손하므로 제한을 가하고 있다. 즉 자동대출납입을 대출원금과 이자를 합한 금액이 해지환급금 범위 내에서 이루어지도록 하는 금액상의 제한과 기간을 1년으로 제한하는 기간상의 제약을 통해 보험회사의 계약보전업무와 계약자의 계약유지(실효방지) 노력간의 적정한 균형을 도모하고 있다.

2010년 개정 약관부터 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 수 있도록 하였고, 이 경우 보험자는 자동대출납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 통지하도록 하였다.

### ○ 제26조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

- ① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는

최고(독촉)기간은 그 다음 날 까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입 최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ② 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면, 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.
- ③ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제32조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

## 해설

### 1. 보험료 지급의무

보험계약자는 보험계약체결 후 지체없이 계약에서 정해진 보험료의 전부 또는 제 1회 보험료를 지급할 의무를 진다(상법 제650조 제1항 전단). 이를 보험계약자의 보험료 지급의무라 한다. 보험료는 보험계약자가 보험자에게 지급할 금액이다. 보험계약에는 반드시 보험계약자가 지급해야 할 보험료가 있어야 한다. 이는 보험계약자가 이행해야 할 유일한 적극적 의무이다.

### 2. 보험료 지급지체의 효과

보험료가 계약성립 후 2월 안에 지급되지 아니한 때에는 다른 약정이 없으면 그 보험

계약은 자동 해제되고(상법 제650조 제1항 후단), 계속보험료가 약정한 시기에 지급되지 아니한 때에는 보험자는 상당한 기간을 정하여 보험계약자에게 최고하고 그 기간 내에 지급되지 아니한 때에는 보험자는 계약을 해지할 수 있다(상법 제650조 제2항). 그런데 제2회 이후의 보험료는 그 납입기일부터 일정한 기간(보통 1개월 이상의 기간)의 유예기간을 두고, 그 기간이 경과할 때까지 보험료의 지급이 없으면 보험계약은 자동으로 실효된다고 정하고 있는 것이 보통인데, 이러한 약관을 실효약관(失效約款)이라 한다. 이러한 실효약관과 관련하여 상법 제650조에 저촉하는 것이 아니냐 하는 문제가 있는데, 판례는 이를 무효로 보고 있다.<sup>26)</sup>

약관은 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 아니하여 보험료 납입이 연체 중인 경우에 보험자는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하여 계약자에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용과 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 아니할 경우, 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 계약이 해지된다는 내용을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 통지하여야 한다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유가 생긴 경우 보험자는 이에 대하여 보상한다. 또한 보험자가 이러한 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자의 동의를 얻어야 하는데, 개정 약관은 동의를 받는 방법으로 서면 이외에 전자서명법에 의한 전자서명과 공인전자서명도 포함시켰다. 약관에 정한 대로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 아니한 것으로 본다. 보험자는 전자문서가 수신되지 아니한 것으로 확인되는 경우에는 납입최고(독촉)기간을 설정하여 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 계약이 해지된다는 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 통지하여야 한다.

### 3. 관련 대법원 판례

[대법원 1995년 11월 16일 선고, 94다56852 판결]

#### 가. 사건개요

원고 X는 피고Y와의 사이에 1990년 12월 20일 그 소유의 엑셀승용차에 주운전자

26) 대법원 1995.11.16.선고 94다5685

를 아들 A로 하고, 보험기간을 같은 날 24:00부터 1991년 12월 20일 24:00까지로 하는 자동차종합보험계약을 체결하였다. 보험료 559,280원 가운데 제1회보험료 335,570원은 계약당일에 납입하고 1991년 6월 20일까지 제2회보험료 223,710원을 납입하기로 약정하였다. 그러나 원고는 제2회보험료를 납입하지 않고 있다가 1991년 11월 11일에 보험계약의 부활을 청구하면서 제2회보험료를 납입하였다. 주운전자는 1991년 10월 7일 19:30경 위 차량을 운전하여 충북 보은군 탄부면 성시리 앞 국도상을 운행하다가 오토바이와 충돌하여 인사사고를 일으키고 그 손해에 대한 배상책임을 이행하였다. 이에 원고는 피고에 대하여 자동차종합보험계약에 의한 보험금 지급을 청구하였으나 피고는 보험료분할납입특약의 실효약관에 따라 보험계약이 실효된 기간 중에 생긴 사고이므로 보상책임이 없다고 주장하여 소송에 이르게 되었다.

#### 나. 판결요지

1991년 상법이 개정되기 전의 상법 제650조는 보험료가 정당한 시기에 지급되지 아니한 때에는 보험자는 상당한 기간을 정하여 보험계약자에게 최고하고 그 기간 내에 지급하지 아니한 때에는 계약을 해지할 수 있음을 규정하고 있다. 또 동법 제663조는 보험계약자측 불이익변경 금지를 규정하고 있다. 따라서 분납보험료가 소정의 시기에 납입되지 않은 것을 이유로 위와 같은 절차를 거치지 아니하고 곧바로 보험계약이 해지되거나 실효됨을 규정하고 보험자의 보험금 지급책임을 면하도록 규정한 보험약관은 위 상법의 규정에 위배되어 무효라고 보아야 한다고 판시하였다.

또 원심인 고등법원은 상법 제650조의 규정이 보험료 미납을 이유로 보험자의 일방적인 의사표시로서 보험계약을 해지하는 경우의 그 해지요건에 관한 규정일 뿐 보험자의 의사표시를 기다릴 필요없이 분납보험료가 연체되거나 혹은 그 분납보험료의 납입유예기간이 경과되면 바로 보험계약이 실효되거나 보험자가 면책되는 것으로 규정하는 경우에까지 적용되지는 않는다고 해석할 것은 아니라고 하여 위 약관의 효력이 유효하다고 하였었다. 이러한 원고의 청구를 기각한 원심을 파기하고 아울러 위 대법원 판결과 다른 취지의 대법원 판결들을 변경하였다.

#### 4. 경과

공정거래위원회는 1994년 5월 21일 생명보험계약에 적용되는 약관 중 “제2회 이후

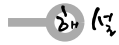
의 보험료는 납입기일부터 납입기일이 속하는 달의 다음달 말일까지 보험료를 납입하지 아니하는 경우에는 유예기간이 끝나는 날의 다음날부터 이 계약은 더이상 효력을 가지지 아니한다”는 규정에 대하여 동 약관규정은 상법 제650조, 제663조 및 약관의규제에 관한법률 제9조 제2호에 의하여 무효라고 판단하고 당시 재정경제원장관에 동 약관을 삭제 또는 수정하도록 시정 요청하였다. 그리고 그 후 약관에 “회사는 보험료납입기일까지 보험료를 납입하지 아니하는 경우 계약자에게 유예기간이 끝나기 10일 이전까지 제1항의 내용(납입기일 및 유예기간 경과시 실효된다는 내용)을 서면으로 알려드립니다”라는 규정이 추가되었다.

## 5. 문제점

그런데 법원이 실효약관을 무효라고 함으로써 보험회사의 입장에서 일처리를 철저히 하지 않으면 다른 선의의 보험계약자에게 부담을 주면서 보험료 납입을 게을리 한 보험계약자가 보호되는 문제점이 있다.

### 제27조 (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활[효력회복])

- ① 제26조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고[독촉]와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 표준이율 + 1% 범위 내에서 각 상품별로 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 다만 금리연동형보험은 각 보험상품별 사업방법서에서 별도로 정한 이율로 계산합니다.
- ② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제13조(계약 전 알릴 의무), 제14조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과), 제15조(사기에 의한 계약), 제16조(보험계약의 성립) 제2항 및 제3항 및 제23조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.



### 보험계약의 부활

계속보험료의 부(不)지급으로 인하여 보험계약이 해지되고 해지환급금이 지급되지 않은 경우에 보험계약자는 상당한 기간 내에 연체보험료에 약정이자를 붙여 보험자에게 지급하고 보험계약의 부활을 청구할 수 있다. 이러한 부활은 종래 보험약관에 의하여 인정되고 있던 것을 1991년 상법개정시에 명문화한 것이다. 생명보험의 경우 새로운 보험계약을 체결하려면 피보험자의 고령화로 인하여 그 조건이 불리하게 되는데 계약의 부활에 의하여 이를 피할 수 있다. 부활계약의 법적 성질에 대하여는 실효된 구계약과 동일한 내용을 가지는 새로운 계약이라는 견해도 있으나 종전의 계약을 실효 전의 상태로 회복시키는 특수한 계약이라고 보는 것이 다수설이고 타당하다.

부활을 위하여는 보험계약자의 신청과 보험자의 승낙이 필요하다. 계약의 부활은 계속보험료의 지급해태로 보험계약이 해지된 후 해지환급금이 지급되지 않은 경우에 일정한 기간 내에 연체보험료에 약정이자를 붙여 보험자에게 지급함으로써 신청하여야 한다(상법 제650조의2). 보험자가 승낙하면 실효하였던 보험계약은 부활한다. 생명보험 표준약관 제27조에서는 실효한 날로부터 2년 내에 회사가 정한 절차에 따라 부활을 청구할 수 있고 회사가 이를 승낙한 때에는 연체보험료에 표준이율+1% 범위 내에서 각 보험상품별로 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 가산하여 납입하도록 하고 있다. 보험계약의 부활에서 보험자는 그 보험료를 수취한 때부터 책임이 있다. 이 때에는 승낙의제에 관한 상법 제638조의2가 준용된다(상법 제650조의2). 즉 보험자가 30일 이내에 낙부통지를 하여야 하고, 이를 해태할 경우 승낙한 것으로 본다.

부활이 이루어지면 종전의 계약이 실효 전의 상태를 회복한다. 종전의 계약에 존재한 무효·취소·해지 등의 원인은 부활 후의 계약에서도 주장할 수 있다. 다만 부활 전의 고지의무 위반에 관하여는 부활신청시 보험자가 피보험자에 대해 고지서의 제출을 요구하고 있으므로 종전의 계약체결시에 고지의무 위반이 있어도 이를 묻지 않는다는 취지이며 따라서 부활시의 고지내용을 중심으로 법률관계가 결정된다고 본다.

#### 제28조(강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복))

- ① 회사는 계약자의 해지환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 의해 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자

의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에게 지급하고 제20조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.

- ② 회사는 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.
- ③ 회사는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 회사는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.
- ④ 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다.
- ⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 의해 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

## 해설

일반적으로 보험계약의 부활이란 보험계약자가 제2회 이후의 계속보험료를 지급하지 아니 함으로 인하여 보험계약이 해지되었거나 실효되었음에도 해지환급금이 지급되지 아니한 경우에, 보험계약자가 일정한 기간 내에 지체보험료에 약정이자를 붙여 보험자에게 지급하고 그 계약의 부활을 청구하고 보험자가 이를 승낙함으로써 종전의 보험계약을 부활시키는 것을 말한다(상법 제650조의2). 이러한 보험계약의 부활은 보험계약이 해지되거나 실효한 경우에 보험계약자가 해지환급금을 받는 것이 손해이고 또 새로이 보험계약을 체결하면 보험료가 할증되거나 보험계약의 체결 자체가 불가능한 경우에 이용된다. 약관은 이와 같은 일반적 의미의 보험계약의 부활 이외에도, 강제집행 등으로 인하여 해지된 계약에 대한 특별부활(효력회복) 규정을 두고 있다. 즉 보험자는 계약자의 해지환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 의해 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 보험자가 채권자에게 지급한 금액을 보험자에게 지급하고 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 한다(제28조 제1항). 보험자는 이 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 하지만, 보험자는 법정상속

인이 보험수익자로 지정된 경우에는 그 통지를 계약자에게 할 수 있다(동조 제3항). 보험수익자는 통지를 받은 날부터 15일 이내에 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 보험자가 채권자에게 지급한 금액을 보험자에게 지급하고 특별부활 절차를 이행할 수 있다(동조 제5항). 보험자는 이러한 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활에 대한 청약을 승낙하여야 한다(동조 제2항).

부활이 이루어지면 해지된 종전의 보험계약을 회복시키는 것이므로 해지된 계약과 동일한 내용의 보험계약이 유효하게 존속하게 된다. 따라서 보험자의 책임은 부활계약의 승낙시부터 다시 개시된다. 그러므로 보험계약의 해지 또는 실효기간 중에 일어난 보험사고에 대하여는 보험자는 보험금지급책임을 지지 않는다. 그러나 보험자가 부활계약을 승낙하기 전에도 연체보험료와 법정이자를 지급받은 후 그 청약을 거절할 사유가 없는 경우에는 발생한 보험사고에 대하여 책임을 진다(상법 제638조의2 제3항, 제650조의2 제2문).

## 제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등

### 제29조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권)

- ① 계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며(다만, 연금보험의 경우 연금이 지급개시된 이후에는 해지할 수 없습니다), 이 경우 회사는 제32조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제19조(계약의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제32조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

### 해설

#### 1. 보험계약 중도해지의 배경

과거 IMF구제금융을 전후하여 보험계약 해지가 잇따른 적이 있다. 1997년 12월 생명보험회사들의 해지환급금은 3조 9,275억원으로 전년 동기의 2조 973억원보다 87.3



%가 늘었다. 이와 같이 보험계약 해지가 큰 폭으로 증가한 것은 그 당시 시중금리가 치솟으면서 거액의 자금이 타금융권으로 이탈하였기 때문이었다. 손해보험의 경우에도 장기보험 해지가 예년에 비하여 1.5~2배 늘었다(보험신보 1998년 2월 2일, 9쪽). 이러한 상황 하에서 보험회사들은 특히 새로운 계약체결보다도 기존계약의 해지를 방지하기 위한 노력을 기울여야 했다.

보험가입자들은 보험계약을 중도해지하면 손해를 본다는 점을 알 필요가 있다. 생명보험의 경우 장기간에 걸쳐 운용되는 보험이므로 중도에 해약할 경우 해지환급금이 발생하지 않거나 해지환급금이 납입된 보험료총액보다 적을 수가 있다. 보험제도는 “동질적인 경제상의 위험에 놓여 있는 다수인이 당사자가 약정한 우연한 사고가 발생한 경우 재산상의 수요를 충족시키기 위하여, 미리 일정한 근거에 의해 산출된 보험료를 출연하여 위험공동체를 구성하고 현실적으로 재해를 입은 사람에게 일정한 금액이나 정기금을 지급함으로써 경제생활의 불안을 제거 또는 감경시키려는 사회적 고안물”이다. 이는 안전을 추구하는 인간심리의 표출이며 인간의 합리적 이성이 만들어낸 무형상품이다. 이러한 보험제도의 원리상 사고를 당한 사람에게 지급되는 보험금은 많은 계약자들이 납입한 보험료에서 충당되기 때문에 중간에 보험계약을 해약하면 납입한 보험료를 전부 돌려받지 못한다. 그리고 보장성보험과 연금보험의 해지환급금은 차이가 있다. 연금보험의 경우 적립하는 부분(저축보험료)이 많고, 보장성 보험의 경우 보험사고에 의해 지급하는 보험료(위험보험료)가 많아 적립하여 두는 부분이 상대적으로 적다. 보험계약을 해지하는 이유 가운데에는 IMF구제금융과 과거 일부기업의 부도 등으로 인하여 계약자들의 불안심리가 작용한 것도 영향을 미쳤다.

## 2. 보험계약의 중도해지

보험계약은 보험자가 일정기간 안에 보험사고가 발생한 경우에 보험금을 지급하는 것을 내용으로 하므로 그 기간 동안 보험관계가 지속되는 계속적 계약의 성질을 갖는다. 보험계약은 다른 계약에 비해서 비교적 장기의 존속기간을 예정하고 있으므로, 계약당사자 간에는 다수의 권리의무가 발생하게 되고, 이와 같은 계속적 채권관계의 특질의 하나로 ‘당사자의 상호신뢰성’이 강하게 요구된다. 따라서 보험계약자 등은 보험료를 모두 지급한 후에도 위험변경시 또는 사고발생시에 보험계약자의 보험자에 대한 통지의무(상법 제652조, 제657조)와 같은 일정한 보험계약법상의 의무를 지며, 보험기간이 한번 개시되면 보험계약은 장래를 향해서만 해지되는 것이 원칙이다(상법 제649조 제2항, 제

669조 제1항 등).

보험사고가 발생하기 전에는 보험계약자는 언제든지 계약의 전부 또는 일부를 해지할 수 있다. 그러나 타인을 위한 보험계약의 경우에는 보험계약자는 그 타인의 동의를 얻지 아니하거나 보험증권을 소지하지 않으면 계약을 해지할 수 없다(상법 제649조 제1항). 보험계약자는 보험사고 발생 후에도 임의로 보험계약을 해지할 수 있다(상법 제649조 제2항). 그러나 보험자가 임의로 계약을 해지하는 것은 불가능하다. 즉 원칙적으로 고지의무 위반 등 일정한 사유가 있을 때에만 가능하게 되어 있다. 보험계약자보호 차원에서 그와 같이 규정한 것이다. 보험사고가 발생한 후에 보험자가 보험금액을 지급한 때에도 보험금액이 감액되지 않는 경우에는 보험계약자는 보험계약을 해지할 수 있다(상법 제649조 제1항, 제2항).

그런데 보험자는 일정한 사유가 있는 경우 이외에는 계약을 해지할 수 없다는 점에서 외국의 입법례에 비하여 보험계약자에게 더 유리한 내용으로 되어 있다(보험경영연구회, 『보험론』, 문영사, 2002, 84~85쪽 참조). 가령 독일에서는 보험사고 발생 후에는 보험자가 계약을 해지하는 것이 보험계약자와 같이 가능하게 되어 있다(독일 보험계약법 제96조 참조). 그리고 보험계약자는 보험사고 발생 전에 계약을 임의로 해지할 수 있다는 우리 상법 제649조 제1항과 같은 규정을 두고 있지 않다.

### 3. 보험계약 해지시 보험자의 의무

#### 가. 보험료 반환의무

계약의 전부 또는 일부가 무효인 경우 보험계약자와 피보험자가 선의이며 중과실이 없는 경우에는 보험료의 전부 또는 일부를 반환하여야 한다(상법 제648조 제2문).

#### 나. 적립금 반환의무

생명보험의 저축성 성격으로 인하여 법은 계약이 해지된 때에 보험계약자에게 보험수익자를 위해 적립한 금액을 반환하도록 하고 있다(상법 제736조 제1항 본문). 보험업법은 보험자에게 결산기마다 책임준비금을 계상할 의무를 부과하며(보험업법 제120조 제1항), 상법 제736조에서는 가령 사고발생 전에 보험계약자의 임의해지 등의 경우에 적립금 반환의무를 규정하고 있다.

#### 다. 해지환급금 반환의무

보험계약자가 임의로 계약을 해지한 경우에 보험수익자를 위하여 적립된 책임준비금

의 일부(해지환급금)가 반환된다는 뜻을 생명보험 표준약관 제29조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권), 제32조(해지환급금)에서 정하고 있다. 보험계약자가 보험에 가입한 후 보험료를 일정한 유예기간이 지나도 납입하지 않거나 보험계약자가 해약을 청구한 때 보험자가 보험계약자에게 지급하는 금액을 해지환급금이라 한다. 이 해지환급금은 계약시점에서 명확히 결정되어야 한다.

해지환급금의 기본이 되는 것은 책임준비금인데, 책임준비금 전부를 해지환급금으로 하지 않고 보통 책임준비금으로부터 일정부분을 공제하는 것이 일반적이다. 이 공제금액을 해약공제라고 한다. 해약공제를 하는 이유는 다음과 같다.

- ① 신계약비에 사용되는 비용은 통상 초년도의 부가보험료보다 크기 때문에 이 신계약비의 미상각부분을 해약공제액 속에 포함시켜야만 한다.
- ② 해지자는 건강한 사람이 많으므로 잔존 계약집단의 사망률이 높아질 가능성이 있다. 이는 보험계약의 해지에 의한 역선택으로 볼 수 있다.
- ③ 해지는 수시로 행하여지므로 해지환급금의 지급에 대비하기 위하여 보험회사는 자산의 일부를 현금화하거나 환금이 용이한 자산의 형태로 보유하여야 한다. 이것은 수익률을 떨어뜨릴 수 있으므로 그 대가로 해약공제액이 필요하다.
- ④ 중도해지로 인한 사무처리에 특별한 경비가 필요하다.

#### 4. 적정한 보험기간

보험계약에 있어서 그 기간을 몇 년으로 정할 것인가는 보험자와 보험계약자의 이해관계에 직결되는 중요한 문제이다. 예를 들어 1997년 12월 15일부터 판매된 손해보험 회사의 암보험과 관련하여 관심이 집중된 것은 그 보험기간이었다. 이와 관련하여 손해보험회사 암보험의 보험기간은 장기손해보험 최장만기인 15년 이내로 확정되었다. 한편 변액보험을 생명보험회사가 판매하게 되면서 보험대리점 등이 그에 대하여 상품내용을 충분히 고객에게 설명해주는 조치를 취하여야 하는데, 이때 보험기간과 보험수익률의 관계가 중요한 관심사가 된다.

보험계약은 계속계약으로서 대부분 장기간의 보험기간과 연결되어 있다. 그런데 상해보험 등에서 과연 어느 정도의 보험계약기간이 당사자를 부당히 기속하지 않는 계약기간이 되는지가 논란이 된다. 계약에의 기속이나 자유이냐의 딜레마는 역사적 고찰과 계약당사자의 힘의 균형관계 및 보호의 필요성 등을 고려하여 결정하여야 한다. 계약은 준

수되어야 한다(pacta sunt servanda)는 원칙은 오늘날에도 적용되는 법원칙이다. 또 이 원칙은 보험계약법에서도 적용된다. 그런데 이 원칙에 생명력을 붙여넣으려면 그에 대한 취급에 있어서 융통성을 부여하여야 한다.

### 5. 정리

보험계약자는 보험사고 발생 전이나 후에 계약을 해지할 수 있다. 비록 중도의 계약 해지는 계약자 자신에게 불리한 것이 대부분이지만 보험계약자의 사정에 따라서는 보험료를 감당하기 어려운 경우도 있을 수 있기 때문에 중도에 계약을 해지할 수 있도록 허용해줌으로써 누리는 가치는 인정하여야 한다. 또한 계약진행의 도중에 해지가 가능하여도 중간에 해지하면 해지환급금 등에서 계약을 만기까지 유지하는 것보다 불리한 경우가 대부분이므로 보험계약자에게 다양한 기간에 대한 선택권을 계약체결시 부여하여야 한다. 특히 보험상품을 개발할 때 이 점을 염두에 두고 상품구성·조합을 하여야 한다.

그리고 계약이 해지되면 보험자는 보험료 반환, 적립금 반환, 해지환급금 반환의 의무를 부담한다. 그러나 이러한 환급금 등은 보험료로 납입한 금액보다 반드시 많은 것은 아니므로 보험계약을 해지할 때에는 신중히 생각한 후에 하여야 한다. 그리고 보험계약자측은 일단 계약이 실효된 이후에도 부활을 청구할 수 있으므로 이를 활용하는 것도 좋은 방법이다.

### 6. 피보험자의 서면동의 철회권

2010년 개정 전 약관은 계약자의 임의해지에 관한 사항만을 규정하고 있을 뿐, 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 사망보험에서 피보험자는 서면동의에 대해 철회할 수 있는 권한이 부여되어 있지 않았다.<sup>27)</sup> 이에 개정 약관은 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면에 의한 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간 중에는 언제든지 서면 동의를 장래를 향하여 철회할 수 있도록 하는 사항을 임의해지에 추가하였고, 서면 동의를 철회로 계약이 해지되어 보험자가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 보험자는 이를 계약자에게 지급하여야 한다(제29조 제2항).

27) 보험계약 체결 이후 여러 사정의 변경(이혼, 경제적 여건 등)으로 피보험자가 서면 동의를 철회하고자 하여도 철회하기 어려운 문제가 있어 개정된 것이다.

## 〈관련판례〉

[대법원 2013. 11. 14. 선고 2011다101520 판결]

### 1. 사실관계

甲주식회사가 임직원으로 재직하던 乙등이 재직 중 보험사고를 당할 경우 유가족에게 지급할 위로금 등을 마련하기 위하여 乙등을 피보험자로 한 보험계약을 체결하고 乙등이 보험계약 체결에 동의한 사안에서, 乙등이 甲회사에서 퇴직하면서 보험계약의 전제가 되는 사정에 중대한 변경이 생겼으니 동의를 철회하고자 하였으나 계약자의 동의가 없어서 철회가 되지 않자 자기들은 더 이상 피보험자가 아니라는 점을 법원에 확인받기 위해서 피보험자지위 부존재 확인의 소를 제기한 사례

### 2. 대법원 판단

상법 제731조, 제734조 제2항의 취지에 비추어 보면, 보험계약자가 피보험자의 서면동의를 얻어 타인의 사망을 보험사고로 하는 보험계약을 체결함으로써 보험계약의 효력이 생긴 경우, 피보험자의 동의 철회에 관하여 보험약관에 아무런 규정이 없고 계약당사자 사이에 별도의 합의가 없었다고 하더라도, 피보험자가 서면동의를 할 때 기초로 한 사정에 중대한 변경이 있는 경우에는 보험계약자 또는 보험수익자의 동의나 승낙 여부에 관계없이 피보험자는 그 동의를 철회할 수 있다. 그리고 피보험자가 서면동의를 할 때 기초로 한 사정에 중대한 변경이 있는지는 보험계약자 또는 피보험자가 보험계약을 체결하거나 서면동의를 하게 된 동기나 경위, 보험계약이나 서면동의를 통하여 달성하려는 목적, 보험계약 체결을 전후로 한 보험계약자 또는 보험수익자와 피보험자 사이의 관계, 보험계약자 또는 보험수익자가 고의로 피보험자를 해치려고 하는 등으로 피보험자의 보험계약자 또는 보험수익자에 대한 신뢰가 깨졌는지 등의 제반 사정을 종합하여 사회통념에 비추어 개별적·구체적으로 판단하여야 한다.

### 3. 판례의 의의

약관에 피보험자의 서면동의 철회권이 규정되기 이전의 약관에 의해 체결된 보험계약에서 피보험자가 동의를 철회하려면 계약법의 일반론에 따라 계약자와 보험회사의 동의까지 필요한 것으로 해석되었다. 따라서 2010년 이전에 체결된 계약의 경우

철회권이 인정되느냐가 논란이 되어 왔는데, 위 판례는 서면동의를 할 때의 기초 사정에 대한 중대한 변경이 있는 경우 피보험자가 일방의 의사표시로 동의를 철회할 수 있다고 인정하면서 회사의 임직원의 지위에서 피보험자였던 경우 퇴사를 그 중대한 사정변경으로 본 것이다. 근래에 가족관계에 있었기 때문에 피보험자로 동의하였으나 이혼 등의 사유로 가족관계가 해체된 경우에도 철회권을 인정해달라는 경우가 있다고 한다. 이러한 경우가 중대한 사정변경으로 인정되는지에 대한 판례는 아직 찾아볼 수 없으나, 향후 구체적인 사정에 따라서는 인정되는 경우도 있을 것으로 보인다.

제30조 (중대사유로 인한 해지)

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다
  - 1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
  - 2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제32조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

해설

중대사유로 인한 해지의 경우에 있어서 보험자는 ① 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의<sup>28)</sup>로 보험금 지급사유를 발생시킨 사유,<sup>29)</sup> ② 계약자, 피보험자 또는 보험수

28) 대법원 2006. 3. 10. 선고 2005다49713(상법 제659조 제1항은 보험사고가 보험계약자 또는 피보험자나 보험수익자의 고의 또는 중대한 과실로 인하여 생긴 때에는 보험자는 보험금액을 지급할 책임이 없다고 규정하고, 상법 제732조의2는 사망을 보험사고로 한 보험계약에서 사고가 보험계약자 또는 피보험자나 보험수익자의 중대한 과실로 인하여 생긴 경우에도 보험자는 보험금액을 지급할 책임을 면하지 못한다고 규정하고 있으므로 위 규정에 따르면 사망을 보험사고로 하는 보험계약에 있어서도 피보험자 등의 고의로 인하여 사고가 생긴 경우에 보험자는 보험금을 지급할 책임이 없다고 할 것인바, 이는 피보험자가 고의에 의하여 보험사고를 일으키는 것은 보험계약상의 신의성실의 원칙에 반할 뿐만 아니라, 그러한 경우에도 보험금이 지급된다고 한다면 보험계약이 보험금 취득 등 부당한 목적에 이용될 가능성이 있기 때문이다. …상법 제659조 제1항 및 제732조의2의 입법 취지에 비추어 볼 때, 사망을 보험사고로 하는 보험계약에 있어서 자살을 보험자의 면책사유로 규정하고 있는 경우, 그 자살은 사망자가 자기의 생명을 끊는다는 것을 의식하고 그것을 목적으로 의도적으로 자기의 생명을 절단하여 사망의 결과를 발생케 한 행위를 의미하고, 피보험자가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 사망의 결과를 발생케 한 경우까지 포함하는 것이

익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우<sup>30)</sup>에는, 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있다(제23조 제1항). 이때 보험자는 그 취지를 계약자에게 통지하고 해지환급금을 지급할 의무가 있다(동조 제2항).

### 제31조 (회사의 파산선고와 해지)

- ① 회사가 파산의 선고를 받은 때에는 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.
- ② 제1항의 규정에 의하여 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.
- ③ 제1항의 규정에 따라 계약이 해지되거나 제2항의 규정에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제32조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 드립니다.

### 해설

보험회사의 경영이 악화된 경우 보험업법상의 보험계약이전제도에 의해 다른 보험회사로 보험계약을 이전하는 보호장치가 마련되어 있지만, 보험업의 경우도 예금자보호법을 적용받아 보험회사가 파산 등으로 보험금을 지급하지 못하게 된 경우 보험가입자는 이 법에 의해 보호를 받을 수 있다. 파산 등으로 인해 보험회사가 보험계약상의 채무를 이행할 수 없게 된 경우에는 보험계약체결 시기에 관계없이 파산금융기관당 1인당 기준으로 예금자보호법에 의해 5천만원 한도 내에서 각종 환급금 및 보험금 지급을 보장한다. 다만, 실적배당형 상품인 변액보험의 주보험과 보험계약자 및 보험료납부자가 법인인 경우에는 보호되지 않는다.<sup>31)</sup>

라고 할 수 없을 뿐만 아니라, 그러한 경우 사망의 결과를 발생케 한 직접적인 원인행위가 외래의 요인에 의한 것이라면 그 보험사고는 피보험자의 고의에 의하지 않은 우발적인 사고로서 재해에 해당한다.···부부싸움 중 극도의 흥분되고 불안한 정신적 공황상태에서 베란다 밖으로 몸을 던져 사망한 경우, 위 사고는 자유로운 의사결정이 제한된 상태에서 망인이 추락함으로써 사망의 결과가 발생하게 된 우발적인 사고로서 보험약관상 보험자의 면책사유인 '고의로 자신을 해친 경우에 해당하지 않는다).

29) 물론 이 경우는 면책사유에 해당하기 때문에 보험자는 보험금지급책임을 부담하지 않는다(상법 제659조).

30) 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않는다.

31) 일반 보험소비자들 및 대부분의 보험설계사들마저 혼동하는 내용은 보험사의 해산 또는 파산시 납입한 보험료 및 보험금을 보호하는 것으로 오인하고 있는데, 예금자보호법에서 보호하는 대상은 납입한 보험료 원금 또는 보험금이 아니라, 해산 또는 파산 당시 정상 유지되고 있는 계약의 해지환급금 또는 만기가 도래한 경우 만기환급금이 보호대상이며, 해산 또는 파산시점 이전에 발생한 보험사고의 미지급된 보험금을 5천만원 한도로 보호한다는 점에는 유의하여야 한다.

2010년 개정 약관은 개정 전 약관과 달리 보험자의 파산선고시 해지에 관한 규정을 새로이 규정하였다. 즉 보험자가 파산의 선고를 받은 때에는 계약자는 계약을 해지할 수 있고, 해지하지 아니한 계약은 파산선고 후 3개월을 경과한 때에는 그 효력을 잃게 된다. 이 경우에 보험자는 해지환급금을 계약자에게 지급할 의무를 진다.

○ 제32조 (해지환급금)

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 <부표 4-1> '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

— 24 — 해설

보험계약을 중도에 해지하는 경우는 보험계약자에게 불리하다. 그럼에도 불구하고 계약자 사정에 따라서는 부득이 중도에 계약을 해지하지 않을 수 없는 경우도 생긴다. 그러한 경우에는 보험자는 소정의 방식으로 산출한 해지환급금을 지급하여야 한다. 다음 표에서 보듯이 생명보험의 효력으로서 보험자의 의무 가운데 해지환급금 반환의무가 인정된다.

보험자의 의무	증권 교부의무 보험금 지급사유 ; 면책사유 보험료 반환의무 적립금 반환의무 해약환급금 반환의무 이익배당의무
---------	--

개정 약관은 해지환급금의 청구와 지급기일(접수한 날부터 3영업일)에 대해서 개정 전 약관이 보험금의 청구에 관한 조항에 '보험금 등'이라는 표현으로 포함시켰던 것으로 해지환급금 조항으로 분리시킨 것이다. 해지환급금의 경우 지급에 대해 특별히 조사를



요한다거나 보험금을 확정시키는 절차와 같이 시간이 소요되는 경우가 거의 없는 점을 감안하여, 개정 약관은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산에서 해지환급금은 지급기일이 아니라 바로 청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간 동안 가장 높은 이자율인 보험계약대출이율을 적용하도록 하였다.

### 제33조 (보험계약대출)

- ① 계약자는 이 계약의 해지환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 '보험계약대출'이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.
- ② 계약자는 제1항에 따른 보험계약대출금과 보험계약대출이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 때에는 보험금, 해지환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.
- ③ 회사는 제26조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감합니다.
- ④ 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

### 해설

상법(보험계약법)에서 규정하고 있지는 않지만 보험회사는 보험계약자에게 약관대출의 명목으로 해지환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출을 해주고 있다. 그런데 이 대출금의 법적 성격이 무엇인가에 대해서는 학설대립이 있다. 즉 약관대출의 법적 성질에 대하여는 ①보험금·해지환급금의 일부 선급으로 보는 견해, ②보험계약자 또는 보험수익자가 보험자에 대한 청구권과 상계하여 변제할 것을 예정하고 있는 특수한 금전소비대차라고 보는 견해가 있다. 이에 대해 대법원의 다수견해는 약관에 따른 대출금의 성격을 보험금 또는 해약환급금을 미리 지급하는 선급금과 같은 성격이라고 하면서, 일반적인 대출과 달리 소비대차로서의 법적 성격을 가지지 않으며 보험금이나 해약환급금에서 대출원리금을 공제하고 지급하는 것은 민법상 상계와는 성격이 다르다고 판시하고 있다.<sup>32)</sup>

보험계약대출(약관대출)은 보험계약기간 중에 계약자에게 보험료 납입의 계속을 곤란

하게 하는 사정이나 금전을 필요로 하는 사정이 생긴 경우에 해지환급금 범위 내의 금전을 융통하여 사용하는 한 방법이라 할 수 있다. 생명보험은 보험기간이 장기에 걸쳐 계속되고, 그로 인해 계약자가 어떠한 사정으로 인해 보험료를 계속 납입할 수 없게 되거나 일시적으로 곤궁해지는 사정이 발생한 경우를 대비하여 해지환급금의 범위에서 계약자에 대출을 하고, 그 대출금을 변제하지 않는 경우에는 후일 보험회사가 지급할 보험금이나 해지환급금으로부터 이를 공제한다는 취지로 보험계약대출을 운용하고 있다. 보험계약대출에 대해서는 원금과 이자의 상환기일이 정해져 있지 않으므로 연체자의 개념은 없다.

요컨대 보험계약대출이란 보험회사가 계약자가 납입한 보험료의 일정액을 보험약관에 의거하여 대출이라는 형식을 통해 계약자가 이용할 수 있도록 하는 제도를 말한다.

원래의 보험계약대출은 계약자가 일시적으로 계속보험료를 납입하기 어려운 사정이 있는 경우에 기존의 적립금의 반환청구를 담보로 하여 그 범위 내에서 우선 융통하여 계약의 해지를 방지하려는 의도에서 나타난 제도라 할 수 있다. 따라서 대출이라는 측면보다는 소비자의 편의도모 측면이 더 강조되고 있다.

이러한 보험계약대출제도의 장점에도 불구하고 기존의 보험계약대출의 경우 보험료 납입연체로 인해 보험계약이 해지된 경우에도 보험계약대출원리금이 해지환급금을 초과하기 전까지는 보험계약대출원리금과 해지환급금을 상계처리 하지 못하게 규정함으로써, 경제적 궁핍으로 보험계약대출을 받은 계약자의 경우 보험계약대출원리금과 해지환급금이 상계처리되는 시점에 있어서는 해지환급금을 거의 수령하지 못하는 결과를 초래하게 되었다. 따라서 현행 약관에서는 보험계약대출의 골격은 그대로 유지한 채 보험료 납입연체로 보험계약이 해지될 경우 즉시 해지환급금과 보험계약대출원리금을 차감하도록 하였으며, 이와 함께 해지환급금이 시간이 경과할수록 감소하거나 해지환급금의 금액 자체가 존재하지 않아 보험회사의 채권 확보가 어려운 계약에 대해서는 보험계약대출을 제한할 수 있도록 하는 단서조항도 함께 마련하고 있다.

2010년 개정 약관은 보험계약자의 보험료 납입연체시 납입최고를 한 후 계약을 해지한 경우에는 보험자는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출 원리금을 차감하도록 함으로써(제33조 제3항) 보험자의 원리금 회수의 기회를 보장해주고 있다. 또한 보험자는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있도록 함으로써, 보험수익자의 보호방안도 강구하고 있다(동조 제4항).

32) 대법원 2007.9.28.선고 2005다15598 전원합의체 판결

### 제34조(배당금의 지급)

- ① 회사는 금융감독원장이 정하는 방법에 따라 회사가 결정한 배당금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 회사는 배당금 지급이 결정되었을 때에는 그 내역을 계약자에게 알려드립니다.

### 해설

회사가 배당상품으로 개발·판매한 경우에는 그 요건에 해당할 때 소정의 배당금을 지급하여야 한다. 즉 이익배당의무는 이익배당부 생명보험에서 인정된다. 약관에 의해 보험자가 생명보험상의 이익을 보험계약자에게 배당해야 한다고 정한 경우가 그러하다. 이때 보험자는 이익배당의무를 지며 필요한 준비금을 적립해야 한다. 하지만, 근래에는 무배당 상품이 주를 이루며, 무배당 상품약관의 배당금의 지급 조항에서는 배당하지 않는다고 명시하고 있다.

## 제7관 분쟁의 조정 등

### 제35조(분쟁의 조정)

계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁 당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있습니다.

### 해설

보험분야에서의 분쟁해결을 위해서 곧바로 법원의 소송으로 가면 여러 가지 불이익이 따르게 된다. 특히 보험소비자의 입장에서는 우선 시간이 많이 소요되고 변호사 비용 등 비용도 무시할 수 없다. 그리고 소송을 제기해도 승소할 것인지도 확실하지 않아 불안이 따르기 마련이다. 따라서 소송으로 가기 전에 금융감독원에 설치된 분쟁조정위원회를 이용할 수 있다. 이는 정식 소송절차가 아니기에 비용과 시간이 적게 들며, 당사자의 상호 양보에 의한 분쟁해결이 가능하다. 분쟁조정에서 화의를 하게 되면 소송과 동일한 효력이 생기며, 당사자는 더 이상추가절차를 진행할 수 없다.

○ 제36조(관할법원)

이 계약에 관한 소송 및 민사조정은 계약자의 주소지를 관할하는 법원으로 합니다. 다만, 회사와 계약자가 합의하여 관할법원을 달리 정할 수 있습니다.

해설

보험계약과 관련하여 법적 분쟁이 발생하였을 경우 소송을 제기할 필요성이 있다. 이때 재판관할을 일방적으로 보험회사 소재지 법원으로 하는 약관은 불공정약관으로 인정될 소지가 높다. 이 약관에서는 관할법원을 계약자 주소지 관할법원으로 하고 있으며, 합의에 의하여 다른 약정이 가능함을 규정하고 있어 불공정성의 문제는 없다.

○ 제37조(소멸시효)

보험금청구권, 보험료 반환청구권, 해지환급금청구권, 책임준비금 반환청구권 및 배당금청구권은 2년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

해설

보험자의 보험금 지급의무에 대해서는 2년의 소멸시효가 적용된다(상법 제662조). 그 취지는 신속한 결제를 통해 보험산업의 원활화를 도모하는 데에 있다. 한편 보험계약자가 보험사고 발생 전에 보험계약의 전부 또는 일부를 해지한 경우 미경과보험료를 반환해 줄 의무가 있다(상법 제649조 제1항, 제3항). 이때 보험자의 보험료 반환의무도 2년의 단기소멸시효에 의해 소멸한다(상법 제662조). 현재 표준약관에서는 보험금청구권의 소멸시효의 기간만을 명시하고 있지 어느 경우에 소멸시효가 진행되는지 중단되는지에 대한 규정이 없어 민법일반의 원리에 따라 판단하여야 할 것이다.

대다수의 보험금청구권은 보험사고가 발생한 날부터 보험금청구권이 발생하고 이때부터 소멸시효가 진행하게 될 것이다. 따라서 판례<sup>33)</sup> 역시 보험사고가 발생한 것인지의 여부가 객관적으로 분명하지 아니하여 보험금청구권자가 과실없이 보험사고의 발생을

33) 대법원 2001.12.28. 2001다61753, 손해배상(자) 보험사고가 발생한 것인지의 여부가 객관적으로 분명하지 아니하여 보험금청구권자가 과실없이 보험사고의 발생을 알 수 없었던 사정이 있는 경우에는 보험사고의 발생을 알았거나 알 수 있었을 때부터 보험금청구권의 소멸시효가 진행하지만, 그러한 특별한 사정이 없는 한 보험금청구권의 소멸시효는 원칙적으로 보험사고가 발생한 때부터 진행한다.

알 수 없었던 사정이 있는 경우에는 보험사고의 발생을 알았거나 알 수 있었을 때부터 보험금청구권의 소멸시효가 진행하지만, 그러한 특별한 사정이 없는 한 보험금청구권의 소멸시효는 원칙적으로 보험사고가 발생한 때부터 진행한다고 판시하고 있다.

2014년 개정된 상법은 보험금 청구권 등의 소멸시효 2년이 너무 짧아서 계약자측이 권리를 행사하는 데 문제가 있다는 이유로 3년으로 연장하였다. 그 동안 소멸시효로 인해서 피해를 보는 일반인이 많다는 의견이 반영된 것이다. 개정 상법은 2015년부터 시행되므로 이에 맞춰서 표준약관도 개정될 것으로 보이나, 표준약관이 개정되지 않더라도 상법보다 불리한 조항은 무효가 되므로 개정 상법의 시행 이후에는 3년의 시효가 적용된다.

## 〈관련판례〉

### [보험금청구권의 소멸시효 기산점]

- 대법원 2001년 4월 27일 선고 2000다31168 판결 -

보험금청구권의 소멸시효는 특별한 다른 사정이 없는 한 원칙적으로 보험사고가 발생한 때로부터 진행한다고 해석하여야 할 것이며, 보험사고가 발생한 사실을 확인할 수 없는 객관적인 사정이 있는 경우에는 보험금청구권자가 보험사고의 발생을 알았거나 알 수 있었던 때로부터 보험금청구권의 소멸시효가 진행한다고 해석할 것이다.

### [분납보험료의 보험료반환청구권 소멸시효의 기산점]

- 대법원 2011. 3. 24. 선고 2010다92612 판결 -

상법은 보험료반환청구권에 대하여 2년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성한다는 취지를 규정할 뿐(제662조) 소멸시효의 기산점에 관하여는 아무것도 규정하지 아니하므로, 소멸시효는 민법 일반 법리에 따라 객관적으로 권리가 발생하고 그 권리를 행사할 수 있는 때로부터 진행한다. 그런데 상법 제731조 제1항을 위반하여 무효인 보험계약에 따라 납부한 보험료에 대한 반환청구권은 특별한 사정이 없는 한 보험료를 납부한 때에 발생하여 행사할 수 있다고 할 것이므로, 위 보험료반환청구권의 소멸시효는 특별한 사정이 없는 한 각 보험료를 납부한 때부터 진행한다.

무효인 보험계약에 따라 납부한 보험료에 대한 반환청구권의 소멸시효 기산점이

문제된 사안에서, 보험계약자가 납부한 보험료 전체의 반환청구권 소멸시효가 보험료를 마지막으로 납부한 때부터 진행된다는 전제에서 보험료의 반환청구권이 시효소멸하지 아니하였다고 본 원심판결을 파기한 사례.

#### ○ 제38조 (약관의 해석)

- ① 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하여야 하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 않습니다.
- ② 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.
- ③ 회사는 보험금을 지급하지 않는 사유 등 계약자나 피보험자에게 불리하거나 부담을 주는 내용은 확대하여 해석하지 않습니다.

## 해설

### 1. 약관해석의 특수성

보통거래약관의 기본적인 해석원칙은 그 법적 성질을 어떻게 파악하느냐에 따라 달리 설명된다. 보통거래약관을 법규범 내지 하나의 제도로서 이해한다면 그 해석에는 법규범의 해석원칙에 의하여야 할 것이고, 구속력의 근거를 당사자의 합의에 있다고 본다면 그 해석에는 당연히 계약(법률행위)의 해석원칙이 적용된다. 의사실에 의하면 약관의 해석은 당사자의 구체적 의견, 진의의 탐구, 당사자의 약관이해 등 개별적 사정을 고려하여야 할 것이다. 그러나 보통거래약관은 계약의 일방당사자가 다수의 상대방과 계약을 체결하기 위하여 미리 마련한 계약의 내용이 되는 것이고(약관규제법 제2조 제1항), 계약의 당사자가 계약의 내용에 대하여 아무런 교섭없이 계약을 체결하는 것인 이상 오히려 약관에 대한 특수한 해석원칙을 인정하는 것이 타당할 것이다.

### 2. 개별약정우선의 원칙

이는 보통거래약관에 의한 거래에서 일정한 사항에 관하여 사업자와 고객이 약관의 내용과 다른 합의를 할 때에는 당해 합의사항은 약관에 우선한다는 것이다(약관규제법 제4조). 이 원칙은 특별보험약관이 보통보험약관에 우선하여 적용되는 점과 그 궤를 같이 한다. 개별약정이 있는 경우에 이와 상충되는 약관도 계약내용에 편입되지만, 계약의

해석에 있어서는 개별약정과 상충되는 약관조항의 적용이 배제된다고 할 것이다. 약관의 내용과 다른 내용의 개별약정을 체결할 경우에 약관의 내용과 개별약정이 서로 배치될 우려가 있는데, 대법원은 초기에 계약서가 허위문서임을 내세워 그 약관의 문언과 다른 당사자의 의사를 거부하였으나, 후에 소위 예문해석을 통하여 약관의 문언과 다른 개별적인 약정의 존재를 인정하였다.

최근에는 개별약정은 약관에 우선한다는 개별약정우선의 원칙을 명시적으로 선언하고 있으며, 약관규제법은 제4조에서 이 원칙을 명시적으로 규정하고 있다. 개별약정은 그것이 비록 신의성실의 원칙에 반하여 공정을 잃은 경우에도 강행규정이나 선량한 풍속 기타 사회질서에 반하지 않는 한 유효하다. 그러나 사업자가 어떠한 약관이 불공정약관에 해당되어 무효로 되는 것을 회피하기 위하여 실제로는 약관임에도 불구하고 고객과 개별적으로 약정한 것과 같은 외관을 갖춘 경우에는, 그 개별약정이 있었다고 하여 무효인 약관조항이 유효로 되는 것은 아니다.

### 3. 객관해석의 원칙(통일적 해석의 원칙)

약관규제법 제5조 제1항 후단은 「약관은 고객에 따라 다르게 해석되어서는 아니된다」고 규정하고 있다. 보통거래약관은 집단적이고 반복적인 거래를 정형적으로 처리하기 위하여 작성한 것이므로 그 자체가 범규범은 아니지만 그 거래에 전형적으로 관여하는 집단의 총체적인 이해관계를 고려하여 객관적인 기준에 따라 해석하여야 하며, 거래마다 특수한 사정이나 계약당사자들의 개별적인 이해관계 등이 고려되어서는 안된다. 즉 그러한 거래에 참여한 일반적 고객의 이익을 고려하여 정상적 계약당사자가 표명했을 것이라고 판단되는 의사가 기준이 된다.

### 4. 불명확성의 원칙(작성자불이익의 원칙)

약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 고객에게 유리하게 해석되어야 한다(약관규제법 제5조 제2항). 이는 ‘작성자불이익의 원칙’이라고도 하는데, 의심스러운 것은 작성자에게 불리하게 해석하여야 한다는 것이다. 보통거래약관은 계약의 일방당사자가 다수의 상대방과 계약을 체결하기 위해 미리 작성되므로, 약관의 작성자는 그 조항의 명확성에 대한 책임을 져야 한다는 것이다. 그렇다고 하여 약관의 의미가 모호한 모든 경우에 사업자의 불이익으로 한다는 것이 아니라, 계약의 해석을 진지하게 시도해도 명확해지지 않고 2~3가지의 뜻으로 해석되는 경우에 그 가운데 고객에게 가장 유리한 의미로 결정

한다는 취지이다. 불명확성의 원칙의 전제조건은 '모든 가능한 해석수단을 다 동원하였는데도 불구하고 최소한 법적으로 주장할 수 있는 2개의 해석가능성이 남아 있을 때'이다.

## 〈관련판례〉

### [대법원 2010. 12. 9. 선고 2009다60305 판결]

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 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 한다.

암보험계약의 약관에서 암과 상피내암 여부에 따라 암치료자금과 수술자금을 달리 지급하는데, 제3차 한국표준질병사인분류의 기본분류상 악성 신생물로 분류되는 질병을 '암'으로, 상피내의 신생물로 분류되는 질병을 '상피내암'으로 규정한 사안에서, 국내 의료계의 다수가 피보험자의 질병인 '구불결장의 점막고유층에 국한된 관상선종'을 상피내 암종으로 분류할 수 있다는 견해를 취하고 있지만, 위 약관에서 보험사고 내지 보험금 지급액의 범위를 정하는 기준으로 규정한 한국표준질병사인분류의 분류기준과 그 용어에 충실하게 피보험자의 질병과 같은 점막내 암종을 상피내암이 아니라 암으로 보는 해석이 가능하고 그 객관성과 합리성도 인정되므로, 위 약관이 규정하는 '상피내암'은 객관적으로 다의적으로 해석되어 약관 조항의 뜻이 명백하지 아니한 경우에 해당하므로, 약관의 규제에 관한 법률 제5조 제2항이 규정하는 작성자 불이익의 원칙을 적용하여 위 약관이 규정하는 상피내암은 점막내 암종을 제외한 상피내 암종만이 해당한다고 제한 해석해야 한다고 한 사례

#### 5. 축소해석의 원칙(확대해석제한의 원칙)

2010년 개정 약관은 특히 보험자는 보상하지 않는 사항 등 계약자나 피보험자에게 불리하거나 부담을 주는 내용은 확대하여 해석하지 아니한다는 규정을 새로이 추가하였다(동조 제3항). 이는 실정법상의 임의규정을 변경하여 계약상대방을 불리하게 하는 내



용은 축소하여 해석하여야 한다는 원칙을 의미한다. 따라서 축소해석의 원칙에 의하여 면책조항의 경우 이를 일반적 면책조항으로 보아서는 안 되고, 문언에서 열거한 사유 이외의 확장해석은 금지된다.<sup>34)</sup>

## 6. 신의성실의 원칙

약관해석의 원칙으로서 신의성실의 원칙이란 거래상대방의 정당한 이익을 고려하여 해석하여야 한다는 것을 의미하는 것으로 약관해석에 관한 다른 원칙의 기초를 이룬다. 원래 신의성실의 원칙은 계약해석의 원칙으로서 전개된 것이다. 독일 민법 제157조에서 계약을 신의성실이 요구하는 대로 해석하여야 할 것을 규정하고 있고, 우리 민법 제2조에서도 신의성실의 원칙을 규정하고 있다. 그리고 약관규제법 제5조 제1항에서 약관이 신의성실의 원칙에 따라 해석되어야 함을 규정하고 있다. 이 원칙은 실질적 내용통제에서도 중요한 척도가 된다. 즉 약관규제에 대한 일반규정인 약관규제법 제6조에서 이를 약관판단의 척도로 언급하고 있다.

원래 독일에서 약관규제를 위한 별도의 입법이 행하여지기 전에는 신의성실에 관한 독일 민법 제242조에 의하여 약관통제가 이루어지고 있었다. 그런데 독일 약관규제법이 제정되고 나서 이 원칙을 동법 제9조에서 규정하게 되었다. 그러나 2002년 1월 1일자로 독일 약관규제법은 폐지되고 민법으로 규정의 위치를 옮기게 되었으며, 일반적 내용통제에 대해서는 독일 민법 제307조에 규정되어 있다.

## 7. 예문해석

종래 우리나라의 판례이론이 예문해석이라고 하는 특이한 법적 구성을 사용해왔다. 인쇄된 계약서의 문구나 약관에 있는 문구가 단지 예문에 불과하다는 것은 그 문구가 계약의 내용으로 채용되지 못하거나 채용되었더라도 유효한 계약내용을 구성하지 못하므로 효력이 부인된다는 의미로 해석된다. 예문해석의 법리는 약관규제법의 제정 이전에 불공정한 약관조항의 효력을 부인하는 방법으로 창출되었으며, 당사자 간에 그 문구를 합의하려는 진정한 의사가 개진되지 않았다는 논리를 이용하였다.

34) 대법원 2007. 9. 6. 선고 2006다55005(‘피보험자가 고의로 자신을 해친 경우’를 ‘보험금을 지급하지 아니하는 보험사고’로 규정하면서 그 단서에서 ‘피보험자가 정신질환상태에서 자신을 해친 경우’ 등을 제외한 보험계약의 약관 조항이, 보험금 지급사유가 발생한 경우를 전제로 보험자의 면책사유를 규정한 취지가 아니라 원칙적으로 보험사고에 해당하지 않는 고의에 의한 자살 등을 예외적으로 위 단서 요건에 해당하면 특별히 보험사고에 포함시켜 보험금 지급사유로 본다.)

### 제39조(회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력)

보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사 제작의 보험안내자료(계약의 청약을 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다) 내용이 이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

### 해설

보험안내장도 계약체결 이전에 전형적인 문구로 작성된 것이면 보통거래약관으로 보아야 한다. 판례<sup>35)</sup>는 이러한 경우 계약의 구속력 내지는 약관의 구속력의 차원에서 먼저 접근하고 있다. 보통거래(보험)약관은 그 자체가 법이 아니라 그것을 계약의 내용으로 하기로 합의하였기 때문에 당사자 간에 효력을 갖는 것이다. 그리고 보험약관 등 각종의 약관에 대한 교부·명시·설명의무가 제대로 이행되지 못하고 있는 현실에 비추어 볼 때에 약관의 법적 성질론으로는 규범설이 아닌 의사설이 타당하며 또한 판례의 태도이다.

보험계약자들이 약관을 읽고 확인하지 않는 상황에서 보험안내장은 대부분 인식을 하는 경우가 많은데 그렇게 되면 보험안내장을 통하여 보험회사가 설명해 주는 것을 믿고 계약을 체결한 경우가 되어 안내장에 의한 설명내용이 약관에 우선한다고 보아야 한다. 또한 작성자 불이익의 원칙(불명확성의 원칙)을 고려하여도 약관과 보험안내장 가운데 보험계약자에게 유리한 내용을 적용하는 것이 타당하다.

### 제40조(회사의 손해배상책임)

- ① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임 있는 사유로 인하여 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 발생한 손해에 대하여 관계 법령 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.
- ② 회사는 보험금 지급거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었는데도 소를 제기하여 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 손해를 가한 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.
- ③ 회사가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 공정을 잃은 합의로 보

35) 대법원 2001.11.27.선고 2000다66492

협수익자에게 손해를 가한 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

## 6. 12

보험회사의 책임에 대한 관계법조문으로는 보험업법 제102조 제1항이 있다. 그 내용은 민법 제756조와 유사하게 규정되어 있다. 즉 보험회사는 그 임원, 직원, 보험설계사 또는 보험대리점이 모집을 함에 있어서 보험계약자에게 가한 손해를 배상할 책임을 진다. 다만, 보험설계사와 보험대리점에 있어서는 모집을 위탁한 보험회사가 당해 보험설계사 또는 보험대리점의 위탁을 함에 있어서 상당한 주의를 하였고 또 이들이 행하는 모집에 있어서 보험계약자에게 가한 손해의 방지에 노력한 때에는 그러하지 아니하다는 것이다. 우리나라 판례(대법원 1994년 11월 22일 선고 94다19617 판결 ; 대법원 1995년 7월 14일 선고 94다19600 판결)는 보험업법 제102조와 민법 제756조의 관계에 대하여 특별규정인 보험업법이 민법에 대하여 우선적으로 적용된다는 입장에 있다. 민법 제756조 제1항에서도 타인을 사용하여 어느 사무에 종사하게 한 자는 피용자가 그 사무집행에 관하여 제3자에게 가한 손해를 배상할 책임이 있다. 그러나 사용자가 피용자의 선임 및 그 사무감독에 상당한 주의를 한 때 또는 상당한 주의를 하여도 손해가 있는 경우에는 그러하지 아니하다고 규정한다.

2010년 개정 약관에서는 이에 더해<sup>36)</sup> 소송남용<sup>37)</sup>이나 무리한 합의중용의 경우에도 보험자의 손해배상책임을 인정하고 있다. 즉 보험자는 보험금 지급거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었는데도 소를 제기하여 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 손해를 가한 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 진다(제40조 제2항).

36) 표준약관은 계약자측의 고지의무위반 시 계약해지 등 계약자 측의 신의성실의무에 관련된 규정을 두고 있으나, 보험자의 신의성실의무 위반책임에 관한 규정이 미미하여 보험자의 권리남용을 예방하는 효과가 미약하였다. 특히 보험금 지급 관련 악의적인 소제기를 통한 보험금 미지급 및 계약자측의 곤궁, 무경험을 이용한 합의 등 보험자의 불성실행위로 인하여 소비자피해가 야기되는 문제가 있었기 때문에 이를 규정한 것이다.

37) 2010년 1/4분기 중 금융감독원에 접수된 금융분쟁은 총 6,573건으로 전년대비 1,376건 감소(17.3% ↓)하였으며, 이는 은행·중소서민금융(55.8% ↓)과 금융투자(55.6% ↓)부문의 펀드관련 분쟁이 전년대비 큰 폭 감소한데 기인한다. 금융권역별로는 생보 2,689건(40.9%), 손보 2,614건(39.8%), 은행(서민금융포함) 1,050건(16.0%), 금융투자 220건(3.3%) 순이다. 특히 '10년 1/4분기 중 분쟁조정 신청관련 소제기건은 총 333건으로 전년 동기(403건) 대비 70건 감소(17.4% ↓)하였다. 금융회사가 제기한 소송이 313건으로 대부분(94.0%)을 차지하고 민원인이 제기한 건은 20건으로 6.0%를 차지하고 있고, 금융회사의 소 제기건의 금융권별 비중(민원인 제기건 제외)을 보면, 금융회사 소제기건 총 313건 중 손보사의 소 제기건이 290건으로 92.7%를 차지하였고, 은행·중소서민금융 17건(5.4%), 생보 4건(1.3%), 금융투자 2건(0.6%) 순이다(금융감독원, 「보도자료」 (2010년도 1/4분기 금융분쟁조정 신청관련 소송제기 현황(2010. 5. 23))(http://www.fss.or.kr/ 참조).

또한 개정 약관은 보험자가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 곤궁, 경솔 또는 무경험을 이용한다는 조건을 삭제하여 그러한 곤궁, 경솔 또는 무경험을 이용하였는지를 불문하고 현저하게 공정을 잃은 합의를 한 경우에도 보험자는 손해를 배상할 책임을 부담하도록 하였다(동조 제3항).

#### ○ 제41조 (개인정보보호)

- ① 회사는 이 계약과 관련된 개인정보를 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 「개인정보 보호법」, 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 등 관계 법령에 정한 경우를 제외하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 동의없이 수집, 이용, 조회 또는 제공하지 않습니다. 다만, 회사는 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 위 관계 법령에 따라 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련단체 등에 개인정보를 제공할 수 있습니다.
- ② 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

#### 해설

개정 전 약관은 '계약내용의 교환' 조항을 두고 개인정보를 이용하기 한 특별법인 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률을 근거 조항으로 명시하고 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 계약자 정보, 계약내용, 질병정보 등을 다른 보험회사나 보험관련 단체에 제공할 수 있다고 규정하고 있었다. 그러나, 개인정보에 관한 일반법인 개인정보 보호법이 2011년부터 시행되었고, 보험계약의 체결시에 개인정보의 수집, 제공, 활용에 대해서는 별도의 동의서에서 법에서 정해진 요건에 맞게 계약자와 피보험자에게 동의를 받고 있다. 그럼에도 최근 정보유출 등의 사례가 발생하여 금융기관이 보유하는 개인정보에 대한 보호 문제가 중요한 이슈가 되고 있다. 이에 개정 약관에서는 개인정보의 보호에 관한 일반 조항을 두고 관련 법령인 개인정보 보호법과 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률에 정한 바에 따라서 고객의 정보를 수집, 이용 등 한다는 내용과 회사가 안전하게 관리하겠다는 선언적인 규정도 두었다. 즉, 이용되는 정보의 범위는 약관에서 정할 것이 아니라 관련 법에 따라 계약의 체결과 유지를 위해 필요한 목적에 따라 정할 문제이므로 약관에서는 삭제된 것이다.

#### 제42조(준거법)

이 계약은 대한민국 법에 따라 규율되고 해석되며, 약관에서 정하지 않는 사항은 상법, 민법 등 관계 법령을 따릅니다.

#### 해설

계약의 준거법을 정한 규정이다. 사실 이러한 규정을 약관에서 두지 않아도 같은 원리가 적용된다. 즉 법적용의 일반원리에 따라서 특별법우선의 원칙, 성문법 우선의 원칙, 사적자치의 원칙, 상법 제1조, 민법 제1조 등에 의하여 법적용 순서가 결정된다. 개정 약관은 일반적으로 적용되는 상법, 민법을 관계 법령의 예시로 보여주고 있다.

#### 제43조 (예금보험에 의한 지급보장)

회사가 파산 등으로 인하여 보험금 등을 지급하지 못할 경우에는 예금자보호법에서 정하는 바에 따라 그 지급을 보장합니다.

#### 해설

IMF구제금융 이후 금융기관도 안전하지 못하고 도산하는 사태가 발생하자 정부는 예금자보호법에서 일정범위 내의 예금과 보험계약에 대해서는 그 지급을 보장하고 있는 바, 이를 약관으로 규정한 것이다.