

■ 논 단

암보험 약관상 ‘원발부위기준 조항’에 관한 연구
- 울산지방법원 2021.2.4. 선고 2019가단118653 판결을
중심으로 -

전 한 덕

책임연구원 / 전주대학교 금융보험학과 조교수 / 법학박사

배 현 경

공동연구원 / (주)손해사정법인 한울 손해사정사 / 전주대학교 대학원 금융보험학전공 석사과정

요 약 문

최근 들어 피보험자가 암으로 진단받았음에도 불구하고 보험회사가 내부 의료자문을 통해 보험금 지급을 거절하거나 중요한 사항에 대해 설명하지 않은 약관상 면책조항을 이유로 암보험금을 지급하지 않는 등 암보험을 가입한 보험소비자의 피해가 증가하고 있다. 대상판결은 최초의 암이 다른 암으로 전이될 경우 암보험 약관에서 보험회사가 최초 발생한 암을 기준으로 보험금을 제한하여 지급하도록 규정한 약관조항을 다루고 있다. 대상판결은 작성자불이익의 원칙을 적용하여 암보험 약관의 원발부위기준 조항을 보험계약자에게 유리하게 해석하였고, 해당 약관의 내용을 보험회사가 보험계약자에게 설명하여야 하는 중요한 사항으로 보고, 보험회사의 상품설명 의무 위반을 인정하였다. 대상판결의 결론에는 찬성한다. 그러나 대상판결의 사안에 있어서는 보충적으로 적용하여야 하는 작성자불이익의 원칙보다는 객관적 해석의 원칙을 적용하는 것이 더 정확한 해석 방법으로 판단된다. 또한 보험계약자가 계약체결시점에 보험약관을 교부받은 후 상품설명확인서에 서명하였고, 보험설계사의 모집경위서 상에도 상품설명 의무 이행에 대한 내용이 기재되어 있음에도 불구하고, 법원이 이에 대해서 충분한 심리를 하지 않은 채 보험회사의 설명 의무 위반을 사실상 추정할 것은 수긍할 수 없다. 이는 증거를 중심으로 재판을 진행하여야 하는 재판부가 심증에 치중하여 판결을 내린 것으로 재판의 공정성을 침해한 것으로 본다.

주제어 : 작성자불이익의 원칙, 설명의무, 원발부위기준 조항, 암보험 약관, 악성신생물

— <目 次> —

I. 서 론	1. 서설
	2. 작성자불이익의 원칙 적용
II. 대상판결	3. 설명의무
1. 사실관계	4. 대상판결 평석
2. 당사자들의 주장	
	IV. 결 론
III. 평 석	

I. 서 론

2018년 신규 발생한 암환자는 24만 3837명으로, 2017년(23만 5547명)에 비해 8,290명(3.5%) 증가하였다.¹⁾ 우리나라에서의 암환자는 2015년 이후 매년 증가하는 추세에 있다.²⁾ 연구 결과에 의하면 우리나라 국민이 기대수명인 83세까지 생존할 경우 암에 걸릴 확률은 37.4%로 나타났다³⁾며, 이 중 남자(기대수명 80세)는 5명 중 2명(39.8%), 여자(기대수명 86세)는 3명 중 1명(34.2%)이 암이 발생할 것으로 추정된다고 한다.⁴⁾ 2018년 기준으로 우리나라 사람들에서 가장 많이 발생한 암은 위암이었으며, 그 뒤를 이어 갑상선암, 폐암, 대장암, 유방암, 간암, 전립선암 순으로 많이 걸리는 것으로 파악되었다. 2014년에서 2018년까지 최근 5년간 암환자의 5년 상대생존율⁵⁾은 70.3%로, 암환자 10명 중 7명은 5년 이상 생존한다는 것이다. 암종별로 보면 갑상선암(100.0%), 전립선암(94.4%), 유방암(93.3%)이 높은 생존율을 보였고, 간암(37.0%), 폐암(32.4%), 담낭 및 기타담도암(28.8%), 췌장암(12.6%)은 상대적으로 낮은 생존율을 기록하였다.⁶⁾ 그러나 우리나라에서 사망원인 중 오랜 기간 동안 압도적 1위를 차지해왔던 것 또한 암이다. 즉 우리나라 국민들의 10대 사망원인은 악성신생물(암), 심장 질환, 폐렴, 뇌혈관 질환, 고의적 자해(자살), 당뇨병, 알츠하이머병, 간 질환, 만성하기도 질환, 고혈압성 질환 순으로 나타났는

1) 보건복지부·중앙암등록본부 보도자료, “암 유병자 200만 시대, 진단 후 5년 초과 생존자는 꾸준히 증가”, 2020.12.29., 1면.

2) 2015년 21.8만 명 → 2016년 23.2만 명 → 2017년 23.6만 명 → 2018년 24.4만 명

3) 위 보건복지부·중앙암등록본부 보도자료, 2면.

4) 5년 상대생존율은 암환자의 5년 생존율과 일반인의 5년 기대생존율의 비로, 일반인과 비교하여 암환자가 5년간 생존할 확률을 의미한다.

5) 위 보건복지부·중앙암등록본부 보도자료, 6면.

데, 그 중 암에 의한 사망률은 인구 10만 명당 158명대에 이르러 사망자의 27.5%가 암으로 사망한 것으로 나타났다.⁶⁾

이와 같이 우리나라에서 암환자는 매년 꾸준히 증가하고 있고, 암으로 사망하는 경우 또한 전체 사망원인 중에서 가장 높은 비율을 차지한다. 반면에 의학기술의 발전으로 인하여 일부 암의 경우에는 생존율이 매우 높다. 암에 걸렸을 때 암치료를 위한 비용의 확보는 생존율과 직결되는 문제이다. 이러한 사정으로 인하여 암치료를 위한 암보험의 필요성과 암보험에 가입하는 사람들은 꾸준히 증가하고 있다.

그러나 암보험에 가입하고도 보험금을 제대로 지급받지 못하는 사례 또한 늘고 있다. 한국 소비자원이 조사한 내용에 따르면 2018년부터 2020년 기간까지 최근 3년간 접수된 '암보험 관련 피해구제 신청'은 총 451 건이었으며, 그 중 암보험금 지급과 관련한 구제 신청은 총 398건에 달하는 것으로 나타났다. 피해구제 신청 중 암 진단비 관련 신청(256건·64.3%)이 가장 많았으며 입원비(84건·21.1%), 수술비(33건·8.3%) 등의 순으로 나타난다. 분쟁사건 중에서 당사자 간 합의가 이뤄진 경우는 27.4%에 불과한 것으로 조사됐다.⁷⁾

보험회사는 피보험자가 암으로 진단받았음에도 불구하고 내부 의료자문을 통해 보험금 지급을 거절하거나 중요한 사항에 대해 설명하지 않은 약관상 면책조항을 이유로 암보험금을 지급하지 않는 등으로 인한 보험소비자의 피해가 증가하고 있다. 특히 최근에는 암이 전이될 경우에 암보험 약관에서 보험회사가 원발부위 즉 최초 발생한 부위를 기준으로 보험금을 지급하도록 규정한 것과 관련하여 많은 분쟁이 발생하고 있다. 본 논문에서는 전이된 암의 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하도록 규정한 암보험 약관과 관련한 최근 울산지방법원 판결에 대해서 다루고자 한다.

6) 사망원인 추이

(단위: 인구 10만 명당 명, 명, %)

순위	2019년			
	사망원인	사망자수	구성비	사망률
1	악성신생물	81,203	27.5	158.2
2	심장 질환	31,030	10.5	60.4
3	폐렴	23,168	7.9	45.1
4	뇌혈관 질환	21,586	7.3	42.0
5	고의적 자해(자살)	13,799	4.7	26.9

* 자료: 통계청 보도자료, "2019년 사망원인통계 결과", 2020.9.22. 내용 편집.

7) 보험매일, "암보험 가입 시 보험금 지급 제한 사항 꼼꼼히 확인해야", 2021.4.6.

II. 대상판결⁸⁾

1. 사실관계

원고 A는 2017. 4. 29. 피고에 속한 우체국과 보험수익자 및 주피보험자를 원고로, 종피보험자를 김○○으로, 보험기간을 10년으로 하여 암보험계약을 체결하였다(이하 '1보험계약'이라고 함). 위 보험계약에는 보험계약일로부터 2년 미만의 경우, 일반암진단 확정시 2,100만 원을 지급하고 그 외 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성 종양 진단 확정시 210만 원의 보험금을 지급하도록 규정되어 있다. 또 다른 원고 B는 우체국과 보험수익자 및 피보험자를 원고로, 보험기간을 2017년부터 10년으로 정하고 암보험계약을 체결하였는데(이하 '2보험계약'이라고 함), 위 보험약관에서는 보험계약일로부터 2년이 지나서 일반암에 진단될 경우 3,000만 원을 지급하고, 그 외 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성 종양으로 진단될 경우에는 300만 원을 지급하도록 규정되어 있었다.

이 사건 1보험계약의 종피보험자인 김○○은 2018년 11월 29일 부산 기장군 소재동남권원자력의학원에서 주상병으로 갑상선의 악성 신생물(진단코드 C73), 부상병으로 머리, 얼굴 및 목의 림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(C77) 진단을 받았고, 2018년 12월 17일 피고 우체국에게 이 사건 1보험계약에 따른 보험금을 청구하였다. 피고는 이 사건 원발암기준 분류약관에 따라서 림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(C77)은 갑상선암(C73)이라는 원발암이 전이되어 발생한 것이므로 약관에 따라 원고 A에게 원발부위에 발생한 갑상선암 진단확정에 따른 보험금 2,100,000원을 지급하였다. 이 사건 2보험계약의 피보험자인 원고 B는 2019년 2월 14일 서울 강남구 소재 삼성서울병원에서 갑상선암(C73), 림프절 전이(C77) 진단을 받고 피고에게 이 사건 2보험계약에 따른 보험금을 청구하였다. 피고는 위 1보험계약 사건과 같은 이유로 원고 B에게 갑상선암 진단확정에 따른 보험금 3,000,000원을 지급하였다.

2. 당사자들의 주장

가. 원고들의 주장

원고들은 악성신생물의 이차성 및 상세불명의 림프절 전이(C77) 진단을 받았는데, 이는 이 사건 각 보험계약 약관에서 정한 '일반암'에 해당한다. 이 사건 각 보험계약 약관에 원발암기준 분류약관이 포함되어 있기는 하지만, 피고가 이 사건 각 보험계약 체결 당시 원고들에게 원발암기준 분류약관에 대하여 제대로 설명하지 아니하였으므로 이를 이 사건 각 보험계약의 내

8) 울산지방법원 2021.2.4. 선고 2019가단118653 판결.

용으로 주장할 수 없다. 따라서 피고는, 원고 A에게 일반암 진단비 2,100만 원, 원고 B에게 일반암 진단비 3,000만 원과 각 이에 대한 지연손해금을 지급하여야 한다.

나. 피고의 주장

원고들이 진단받은 악성신생물의 림프절 전이(C77)는 최초 갑상선에 발생한 악성신생물이 전이된 것이므로 원발암기준 분류약관에 따라 각 갑상선암을 기준으로 보험금이 지급되어야 한다. 이러한 원발암기준 분류약관은 거래상 일반적이고 공통된 것이어서 별도의 설명이 없이도 충분히 예상할 수 있었던 사항 또는 단순히 법령에서 정해진 사항을 되풀이하거나 부연하는 정도에 불과한 사항이라서 설명의무의 대상에 해당되지 않으며, 원발암기준 분류약관은 원고들이 그와 같은 사정을 알았다고 하더라도 보험계약을 체결하지 아니하거나 더 이상 유지하지 않을 만한 것이 아니어서 설명의무의 대상이 되는 중요한 내용이라고 볼 수도 없다. 설령 피고에게 원발암기준 분류약관에 대한 설명의무가 있다고 하더라도, 피고는 원고들과 이 사건 각 보험계약 체결 당시 약관의 교부 및 설명의무를 모두 이행하였다. 만약 피고의 일반암 진단비 보험금 지급의무가 인정된다고 하더라도 피고가 이미 지급한 갑상선암 진단비는 공제되어야 한다.

다. 판시사항

(1) 작성자불이익의 원칙 적용 여부

원고들이 진단받은 분류번호 C77에 해당하는 '악성신생물의 이차성 및 상세불명의 림프절 전이'는 이 사건 각 보험계약 [별표2] 악성신생물(암) 분류표에서 "암"으로 규정하고 있는 분류번호 C76 ~ C80에 포함되는 점, 이 사건 각 보험계약의 약관에서 분류표 C77에 해당하는 암을 일반암에서 제외한다는 내용은 없는 점, 보험계약상 약관이 불명확한 경우 고객에게 유리하게 해석하여야 하는 원칙을 고려할 때 위와 같은 기재의 문언상 내용에도 불구하고, 원고들이 악성신생물의 림프절 전이를 진단 받은 것이 갑상선암의 진행 정도만을 나타내기 위한 것에 불과하다고 볼 근거도 없는 점 등을 종합하여 보면, 원고들과 같이 갑상선암이 림프절로 전이된 경우도 일반암 진단이 확정된 경우에 해당하여 일반암보험금 지급사유에 해당한다.

(2) '원발암기준 분류약관'이 설명의무의 대상인 중요한 사항인지 여부

원발암기준 분류약관에 따르면 이 사건의 경우와 같이 이차성 및 상세불명의 악성신생물의 경우 암이 최초 발생한 부위인 갑상선을 기준으로 분류하게 되어 일반암 진단비를 지급받을

수 없게 되므로, 실질적으로 보험금 지급 여부를 결정하는 기준에 해당하여 보험계약의 중요한 내용에 해당한다고 봄이 상당하다. 또한 이차성 및 상세불명의 악성신생물의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위를 기준으로 분류하여 일반암에서 제외된다는 내용이 보험계약자가 이미 알고 있거나 보험계약자에게 별도의 설명이 없더라도 충분히 예상할 수 있었던 거래상 일반적이고 공통된 사항이거나, 법령에 정해진 사항으로도 볼 수 없어 보험계약자 입장에서는 이를 알지 못한 채 보험계약을 체결할 경우 예측하지 못한 불이익을 받는 상황을 피하기 위해서 그 내용을 구체적으로 설명할 필요성이 있다.

(3) 보험자가 설명의무를 제대로 이행하였는지 여부

이 사건 각 보험계약 당시 상품설명서 등에 원발암기준 분류약관의 내용이 포함되어 있지 않고, 보험모집인이 상품설명서에 기재되어 있지 않은 내용을 원고들에게 설명하였다고 보기 어려운 점, 피고는 보험모집인의 보험모집경위서를 근거로 원고 A에게 원발암기준 분류약관을 설명하였다고 주장하나, 이 사건 1보험계약 체결 후 약 3년 가까운 시간이 경과한 시점에 작성되었고 그 내용이 원고와 이해관계가 대립될 소지가 있는 보험모집인 측의 일방적 답변이라는 점에 비추어 그대로 믿기 어려운 점, 상품설명확인서 상에는 '보험금 지급관련 보장하지 않는 사항 등 보험금 지급관련 유의사항'에 대하여 설명받으시고 이해하였다는 표시의 기재가 있고, "본 상품의 중요사항에 대하여 상품설명 내용을 모집자는 보험계약자에게 충분히 설명하였고, 보험계약자는 설명받은 내용을 이해하였음을 확인합니다."라는 기재가 부동문자로 기재되어 있을 뿐, 원발암기준 분류약관의 내용이 구체적으로 기재되어 있지 않은 점 등을 종합하여 보면, 피고가 제출한 증거들만으로 피고가 이 사건 각 보험계약을 체결할 당시 원고들에게 원발암기준 분류약관에 대하여 구체적으로 설명하였음을 인정하기 어려우므로, 피고는 원발암기준 분류약관을 이 사건 각 보험계약의 내용으로 주장할 수 없다.

(4) 기지급 받은 유사암 진단 보험금을 공제하여야 하는지 여부

이 사건 각 보험계약에는 암치료보험금으로 일반암 진단확정과 갑상선암 진단확정의 경우가 별개의 사항으로 포함되어 있고, 이 사건 각 보험계약상 이를 포함하여 해석하거나 공제하여야 한다고 볼 근거가 없는바, 원고들이 갑상선암(C73)과 이차성 및 상세불명의 악성신생물(C77) 진단을 받은 이상 각 약정에 따라 '일반암 진단비'와 '갑상선암진단비' 지급사유가 각각 발생하였으므로, 기지급 받은 보험금을 공제하는 것은 타당하지 않다.

III. 평 석

1. 서설

암보험계약에서 갑상선암은 과거에는 일반암으로 분류되어 일반암 진단에 따른 보험금을 받을 수 있었지만, 2000년대 중반부터는 소액암으로 변경되어 보험계약에서 별도의 특약으로 정하고 있는 소액의 보험금을 받을 수 있도록 규정하거나 주계약에서 일반암 가입금액의 10~20%정도의 보험금을 지급받는 암(이하 '소액암보험금'이라고 함)으로 변경되었다.

따라서 2000년대 중반 이후에 암보험계약에 가입한 피보험자가 갑상선암으로 확진될 경우 소액암보험금을 지급받게 되었다. 대상판결은 갑상선암에서 '악성신생물의 이차성 및 상세불명의 림프절 전이(분류번호 C77)'라는 새로운 암이 발병한 경우, 암보험 약관의 원발암기준 분류조항에 따라 원발암인 갑상선암을 기준으로 보험금이 지급되어야 하는지 아니면 보험계약 약관에서 정한 '일반암'에 해당되는 보험금이 지급되어야 하는지 여부와 관련하여 보험자와 보험소비자 사이에 발생한 분쟁을 다루고 있다. 최근 들어 갑상선암에서 림프절로 전이된 암과 관련된 분쟁이 증가함에 따라 최근 판매하는 암보험 약관에서는 원발암기준 조항에 추가하여 갑상선암의 림프절전이암을 예시한 내용을 약관하단에 새롭게 추가하였다. 즉 암보험상품을 판매하는 보험사들은 암보험 약관을 개선하여 원발부위기준 조항에 대해서 보다 상세하게 안내하고 설명의무를 강화하여 분쟁의 소지를 없애고자 하였다.

〈참고〉 D사 2021년 3월 30일 현재 암보험 판매약관 내용

유의사항 한국표준질병-사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
< 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시 > - C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다. - C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다. - C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

이번 판결은 피보험자들이 최초 갑상선암에 진단되고 림프절전이암으로 발전한 사건과 관련하여 일반암보험금을 지급받는 것이 정당한지 여부를 다루고 있다. 즉 동 판결에서는 암보험 약관이 개선되기 이전에 만들어진 과거 약관과 관련하여 그 해석상 약관의 내용이 모호하여 작성자불이익의 원칙이 적용될 수 있는지 여부, 원발암기준 분류약관이 약관상 중요한 사항으로 설명의무의 대상이 되는지 여부 및 설명의무의 대상이라면 보험회사가 설명의무를 제

대로 이행했는지 여부 등을 핵심적으로 다루고 있다. 특히 동 판결에서는 보험회사의 설명의무의 이행과 관련하여 보험회사에 소속된 보험설계사의 모집경위서와 보험계약자가 원발암기 준 분류약관이 기재되어 있지 않는 상품설명확인서에 서명을 하였다는 사실만으로는 그 의무를 제대로 이행하였다고 볼 수 없다고 판시하여 보험회사의 설명의무와 관련하여 형식적이고 추상적인 이행보다는 실질적이고 강화된 이행이 필요하다는 점을 분명히 명시하였다.

2. 작성자불이익의 원칙 적용

가. 의의

작성자불이익의 원칙이란 객관적·확일적 해석의 원칙 또는 신의성실의 원칙 등을 모두 적용한 이후에도 해당 약관의 조항이 다의적으로 해석되고, 그 해석들이 모두 합리적으로 타당할 경우에는 중궁적으로는 소비자에게 유리하게 해석하여야 한다는 원칙이다.⁹⁾ 즉 작성자불이익의 원칙은 그 적용을 함에 있어 보충성에 따라 우선 다른 약관해석의 원칙들을 적용한 후에도 약관의 해석이 어렵다고 인정될 경우에 한하여 최후에 적용되는 약관해석의 원칙이다.¹⁰⁾ 즉 약관의 해석과 관련하여 분쟁이 발생하였을 경우 우선 다른 모든 약관해석의 원칙을 적용해 보고 그 의미를 해석하여야 하며, 아무리 해도 그 의미를 파악하기 어려울 경우 비로소 작성자불이익의 원칙이 적용되는 것이다.¹¹⁾ 따라서 작성자불이익의 원칙은 신의성실의 원칙이나 객관적 해석의 원칙 등을 적용하였음에도 불구하고 약관이 여전히 다의적으로 해석되는 경우에 최종적·보충적으로 적용되는 원칙으로, 그 적용에 있어 매우 엄격하고 신중함을 필요로 한다고 할 것이다.¹²⁾ 작성자불이익의 원칙과 관련하여 약관규제법 제5조 제2항에서는 “약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 고객에게 유리하게 해석되어야 한다.”라고 규정하고 있다. 판례도 작성자불이익 원칙은 최종적으로 적용해야 하는 원칙임을 분명히 하고 있다.¹³⁾ 여기서 다의적 해석 가능성이라 함은 약관 조항이 객관적으로 다의적으로 해석되고 그 각각의 해석이 모두 합리성이 있는 것을 의미한다.¹⁴⁾ 이와 달리 합리성을 벗어난 해석 가능성까지는 다의적

9) 대법원 2011.2.10. 선고 2010다93011 판결 ; 대법원 2010.12.9. 선고 2009다60305 판결 ; 대법원 2009.5.28. 선고 2008다81633 판결, 대법원 2009.8.20. 선고 2007다64877 판결 등.
 10) 김은경, 「보험계약법」 보험연수원, 2016, 64면 ; 박세민, 「보험법」, 박영사, 2019, 85면; 김준엽·맹수석, “암보험금의 지급과 약관해석의 쟁점-유암종의 암해당 여부에 대한 작성자불이익 원칙의 적용을 중심으로”, 「보험법연구」, 14권 1호, 한국보험법학회, 2020.2., 78면.
 11) 박세민, 앞의 책, 85면.
 12) 최병규, “보험법상 수술의 개념과 작성자불이익원칙”, 「일감법학」 제32호, 건국대학교 법학연구소, 2015.10., 429면.
 13) 대법원 2018.7.24. 선고 2017다285109 판결; 대법원 2010.12.9. 선고 2009다60305 판결, 대법원 2011.4.28. 선고 2011다1118 판결 등.
 14) 대법원 2009.5.28. 선고 8008다81633 판결.

해석 가능성에 포함하지는 않는 것으로 본다.

이 원칙에 의하면 약관은 일방적으로 사업자에 의하여 작성된 계약조항이므로 약관의 작성자만이 조항에 대해서 객관성과 명확성을 기할 책임이 있으며, 불명확한 약관조항으로 인한 불이익은 모두 작성자가 부담하는 것이 타당하다.¹⁵⁾ 즉 작성자불이익의 원칙의 목적은 사업자는 약관내용을 명백하게 작성할 수 있음에도 불구하고 그렇게 하지 않을 경우, 사업자에게 불이익을 준다는 데서 찾을 수 있다. 따라서 작성자불이익의 원칙은 다의적 해석 가능성 중에서 소비자에게 유리하게 해석하여 이를 신뢰한 소비자를 보호하는 한편, 작성자의 부주의를 향한 일종의 제재적 성격도 갖는다.

나. 원발부위기준 조항

원고들이 가입한 이 사건 보험약관 제5조 제2항 하단의 박스에는 '유의사항'이라는 제목 하에 "한국표준질병사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 **일차성 악성신생물(암)**이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준"으로 한다는 원발부위기준 조항을 두고 있고, <별표 2> 보험금지급기준표의 각주 3에서도 동일한 내용의 원발부위기준 조항을 두고 있다.

이 사건과 관련된 약관의 주요 내용은 제5조에 규정되어 있고, 특히 이 사건 각 보험계약에는 원발암기준 분류약관이 제5조 【유의사항】에 기재되어 있다.

제3조 【보험금의 지급사유】

체신관서는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1. "보험금 지급기준표" 참조)

1. 보험기간 중 암보장개시일 이후에 최초의 암으로 진단이 확정되었거나, 보험기간 중 최초의 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성 종양으로 진단이 확정되었을 때(단, 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성 종양 각각 최초 1회에 한하여 지급함) : 암치료보험금

제5조 【암, 갑상선암 및 기타피부암의 정의 및 진단 확정】

① 이 계약에 있어서 "암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표2[대상이 되는 악성신생물 분류표(갑상선암 및 기타피부암 제외)]에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)과 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)는 제외합니다.

② 이 계약에 있어서 "갑상선암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

15) 권오승, "보통거래약관의 해석 -대법원 1981년 11월24일 선고 80다320, 321 판결 법원 공보 672호-", 『법률신문』 제1468호, 1982, 11면.

【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(일차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다. 원발암기준 분류약관의 다의적 해석 가능성

대상판결에서 피고인 우체국보험측은 원고들이 진단받은 악성신생물의 림프절 전이(C77)는 최초 갑상선에 발생한 악성신생물이 전이된 것이므로 원발암기준 분류약관에 따라 갑상선암을 기준으로 하는 보험금이 지급되어야 한다고 주장한다.

그러나 원발부위기준 조항은 다음과 같이 두 가지로 해석이 가능하다. 첫째, 위 약관상 원발부위기준 조항의 ‘일차성 악성신생물(암)’이 한국표준질병사인분류상 악성신생물을 의미한다는 해석이다. 갑상선암은 한국표준질병사인분류상 분류번호 ‘C73’에 해당하는 ‘악성신생물’이다. 이에 따르면 갑상선암, 기타 피부암은 암보험 약관상 악성신생물에 포함되는 것으로 해석된다. 둘째, 이 사건 보험약관상 ‘암’ 내지 ‘약관에 규정하는 악성신생물(암)’을 의미한다고 해석할 수도 있다. 이 경우 갑상선암, 기타 피부암은 암보험 약관상 악성신생물에서 제외된다.

보험회사의 주장과 같이 해당 암보험 약관을 해석하기 위해서는 원발부위기준 조항에서 사용하는 ‘악성신생물(암)’에 ‘갑상선의 악성신생물(갑상선암)’이나 ‘기타 피부의 악성신생물(기타 피부암)’이 포함되어야 할 것이다. 그러나 원발부위기준 조항의 ‘일차성 악성신생물(암)’이 이 사건 보험약관상 ‘암’ 내지 ‘약관에 규정하는 악성신생물(암)’을 의미한다고 해석할 경우에는 갑상선암, 기타 피부암은 암보험 약관상 악성신생물에서 제외된다. 이 사건 보험약관 제5조 제1항 본문에서는 “한국표준질병사인분류 중 대상이 되는 악성신생물 분류표...에서 정한 질병”을 ‘암’으로 정의하고 있는데, 여기서 “대상이 되는 악성신생물”은 한국표준질병사인분류상 악성신생물 중에서 ‘암치료비’의 지급대상이 되는 악성신생물을 뜻하며, 구체적으로는 <별표 2>에서 “약관에 규정하는 악성신생물(암)로 분류되는 질병”을 의미한다. 그러나 이 사건 보험계약에서 사용하는 ‘암’에는 ‘갑상선암’과 ‘기타 피부암’이 제외되어 있고, 이 사건 보험계약상 ‘암’에 해당하는 질병을 열거한 <별표 2>에서도 한국표준질병사인분류상 악성신생물에 해당하는 ‘갑상선의 악성신생물’이나 ‘기타 피부의 악성신생물’을 “약관에 규정하는 악성신생물(암)”에 포함하지 않고 있다. 따라서 원발부위기준 조항의 ‘악성신생물(암)’은 “약관에 규정하는 악성신생물(암)”에 해당하고 ‘암’에 관한 용어의 정의를 배제하지 않고 있으므로, 원발부위기준 조항의 ‘악성신생물(암)’에는 ‘갑상선의 악성신생물(갑상선암)’이나 ‘기타 피부의 악성신생물(기타 피부암)’은 제외되는 것으로 해석할 수 있다. 대상판결과 유사한 사안에서 아래와 같이 법

원은 모두 작성자불이익의 원칙을 적용하여 원고 승소 판결을 내린바 있다. 첫째, 원고는 2016년 11월 22일부터 2016년 12월 3일까지 고신대학교복음병원에 입원하였고, 갑상선암이 경부로 전이되어 갑상선 전절제술과 오른쪽 경부림프절절제술을 받은 사안에서 법원은 “분류번호 C77에 해당하는 암은 이 사건 보험계약 별표1 악성신생물(암) 분류표에서 ‘암’으로 규정하고 있는 분류번호 C76~C80에 포함되는 점, 이 사건 보험약관에서 분류표 C77에 해당하는 암을 일반암에서 제외한다는 내용은 없는 점, 보험계약 약관이 불명확한 경우 고객에게 유리하게 해석하여야 하는 원칙을 고려할 때, 원고의 진단명에 분류번호 C77에 별도로 부여된 것이 별도의 암을 진단받은 것이 아니라 갑상선암의 진행 정도만을 나타내기 위한 것에 불과하다고 볼 근거도 없는 점 등을 종합해 보면 원고와 같이 갑상선암이 림프절로 전이된 경우도 일반암 진단이 확정된 경우에 해당하여 일반암보험금 지급사유에 해당한다.”고 판시하였다.¹⁶⁾ 둘째, 원고는 건국대학교병원에서 갑상선의 악성신생물(C73), 경부림프절의 이차성 악성신생물(C77)을 진단받고 2015년 10월 14일 갑상선부분절제술 및 중심경부 임파선확충술을 시행받았고, 수술 후 시행된 조직검사결과 상 갑상선암의 림프절 전이가 있음이 확인된 사안에서, 법원은 “분류번호 C77에 해당하는 암은 이 사건 보험계약 별표4 악성신생물(암) 분류표에서 ‘암’으로 규정하고 있는 분류번호 C76~C80에 포함되는 점, 이 사건 보험약관에서 분류표 C77에 해당하는 암을 일반암에서 제외한다는 내용은 없는 점 등을 종합해 보면 원고와 같이 갑상선암이 림프절로 전이된 경우도 일반암 진단이 확정된 경우에 해당하여 일반암보험금 지급사유에 해당된다.”고 판시하였다.¹⁷⁾

라. 대상판결 평석

(1) 작성자불이익의 원칙 적용의 신중성

보험약관조항이 객관적으로 다양한 의미로 해석되고 그 각각의 해석에 합리성이 있는 등 당해 보험약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 작성자불이익의 원칙에 따라 보험계약자에게 유리하게 해석해야 한다.¹⁸⁾ 그럼에도 불구하고 작성자불이익의 원칙은 약관을 해석함에 있어 최우선적으로 고려하여야 하는 해석 원칙은 아니다. 즉 이 원칙은 신의성실의 원칙, 객관적 해석의 원칙 등 다른 해석의 원칙을 모두 적용하여도 약관의 내용이 추상적이고 여러 의미로 해석되며, 그 해석들이 모두 합리성이 인정될 때 비로소 적용되는 원칙이다.¹⁹⁾ 따라서 약관의 문

16) 서울중앙지방법원 2019.3.15. 선고 2017가단5011615 판결.

17) 서울중앙지방법원 2018.9.12. 선고 2017가단5217437 판결. 이 사건에서 법원은 명시적으로 작성자 불이익의 원칙을 근거로 판시하지 않았으나, 판결문 6페이지 '가. 관련 법리'에서 작성자불이익의 원칙에 대해서 명시하고 있다.

18) 대법원 2010.9.9. 선고 2007다5120 판결 등

19) 신현윤, 「경제법」 제5전정판, 법문사, 2012, 634면.

언적 내용이 다소 모호하고 추상적으로 기재되어 있다고 할지라도 곧바로 작성자불이익의 원칙을 적용할 것이 아니라 해당 약관이 의미하는 바를 합리적, 평균적 고객의 이해가능성을 기준으로 객관적으로 해석하여야 한다.²⁰⁾ 이와 같이 작성자불이익의 원칙은 엄격하고 최후적 수단으로 적용하여 남게 되는 약관조항의 모호성을 사업자에게 부담시키려는 것이다.²¹⁾ 그렇게 하지 않고 약관의 문언이나 단어에 집착하여 작성자불이익의 원칙을 과도하게 적용한다면 오히려 객관적이고 공정한 해석에 이르지 못하고, 이로 인하여 다수의 선량한 보험계약자를 제대로 보호하지 못하고 과도한 사회적 비용낭비가 초래될 것이다.²²⁾

(2) 원발부위기준 조항의 해석

대상판결의 암보험 약관상 원발부위기준 조항의 ‘악성신생물(암)’이 제7차 한국표준질병사인분류에서 규정하고 있는 악성신생물을 의미(갑상선암(C73), 기타 피부암(C44) 포함)한다는 해석과 이 사건 보험약관상 ‘암’ 내지 “약관에 규정하는 악성신생물(암)”을 의미(갑상선암, 기타 피부암 제외)한다는 해석이 모두 가능하다. 전자의 해석방법에 의할 경우 갑상선암과 기타 피부암도 악성신생물에 해당된다. 그 결과 원고들이 최초로 진단된 갑상선암은 이 사건 보험약관 제5조 하단의 【유의사항】 및 <별표2> 주석3에서 규정하고 있는 ‘일차성 악성신생물’에 해당되게 되므로, 피고 보험회사는 원발부위를 기준으로 보험금 지급의무를 부담하게 된다. 반면 보험약관의 문언적 의미에 충실한 후자의 해석방법에 의할 경우에는 갑상선암과 기타피부암은 한국표준질병사인분류에도 불구하고 악성신생물에서 제외된다.

(3) 작성자불이익의 원칙의 적용

생각건대, 위 각각의 해석은 모두 합리성이 인정될 수 있다고 본다. 따라서 대상사건의 경우에는 작성자불이익의 원칙을 적용하여 암보험 약관의 원발부위기준 조항을 보험자에게 불리하게 적용하고 보험계약자인 원고들에게 유리하게 해석하여 ‘악성신생물(암)’에는 갑상선암과 기타 피부암은 포함되지 않는 것’으로 해석하여야 한다. 그 결과 원발부위기준 조항의 ‘악성신생물(암)’에 ‘갑상선암’이 포함된 것으로 볼 수 없고, 원발부위가 갑상선인 ‘림프절 전이(C77.0)’로 진단된 경우에는 ‘갑상선암 진단비’가 아닌 ‘일반암 진단비’의 지급사유가 발생한 것으로 보아야 하므로, 피고는 원고들에게 일반암 진단에 따른 보험금을 지급하여야 한다.

20) 대법원 2010.9.30. 선고 2009다61318 판결.

21) 이기수/최병규/김인현, 「보험·해상법」 제9판, 박영사, 2015, 39면.

22) 김선정, “약관의 해석에 있어서 작성자 불이익의 원칙, 「비교법연구」 제11권 제3호, 동국대 비교문화연구원, 2011, 36면; 유주선, “보험계약상 작성자불이익원칙에 관한 연구”, 「상사판례연구」 32권 3호, 한국상사판례학회, 2019.9., 114면.

사건으로는 후자의 해석방법에 찬성한다. 원고들이 가입한 보험약관 제5조 제1항 본문에서는 약관에 규정하는 악성신생물로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016. 1. 1. 시행) 중에서 해당 약관 <별표2>에서 규정한 질병을 말한다. 그런데 이 사건 보험약관에서 사용하는 암에는 갑상선암과 기타 피부암은 제외되어 있다(제5조 제1항 단서, <별표2>의 주석 2). 그러나 한국표준질병사인분류에 의하면 갑상선암과 기타 피부암도 악성신생물에 해당된다. 즉 이 사건 보험약관 제5조 제1항에서는 암을 정의하면서 갑상선암과 기타 피부암을 제외하고 있고, <별표2>의 주석 2에서도 대상이 되는 악성신생물 분류표에서도 동일한 내용이 기재되어 있다. 따라서 이 사건 원고들의 경우와 같이 최초로 갑상선암으로 진단된 것은 이 사건 약관에서 말하는 악성신생물에 포함되지 않으므로, 원고들이 그 후 한국표준질병사인분류 지침서에 따른 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물로 진단되었다면 일차성 악성신생물이 확인되는 경우 원발부위를 기준으로 보험금을 지급하도록 규정하고 있는 약관의 면책조항은 적용되지 않는 것으로 보아야 한다.

그러나 대상판결과 같이 작성자불이익의 원칙을 적용하여 결론을 내린 부분에 대해서는 동의하기 어렵다. 이 사건 암보험계약과 관련하여 갑상선암과 같이 소액보험금이 지급되는 보험사고의 취지와 목적, 원발부위기준 조항의 문언적 내용 등을 종합적으로 고려하였을 경우 갑상선암과 기타피부암은 악성신생물에서 제외되는 것으로 해석하는 것도 충분히 가능하다고 본다. 즉 이 사건 암보험약관의 원발부위기준 조항에서는 갑상선암과 기타피부암은 악성신생물에서 제외되는 것으로 명확히 규정되어 있으므로, 일반보험계약자가 잘 알지도 못하는 한국표준질병사인분류상의 악성신생물 분류표를 적용하여 갑상선암과 기타 피부암을 악성신생물에 포함시키는 것으로 해석하는 것은 지나치게 보험회사의 입장만 고려한 것이다.

작성자불이익의 원칙은 약관의 문언만으로 충분하고 명확한 해석이 가능하다면 그 적용을 자제해야 한다. 대법원도 보험약관에서 병리학적으로 악성 종양에 해당하는 경우에 암보험금을 지급하도록 규정하고 있다면 병리학적으로는 양성 종양이 명백하더라도 그 위험성 등에 비추어 실질적으로는 악성 종양에 준하는 것으로 볼 수 있다고 하더라도 이러한 경우에만 작성자불이익의 원칙을 적용하여 이를 악성종양보험금 지급사유에 포함하는 것으로 해석할 수 없다고 판시했다.²³⁾ 또한 피보험자가 혈구탐식성 림프조직구증으로 진단받은 사안에서 대법원은 혈구탐식성 림프조직구증은 한국표준질병사인분류상 분류코드 D76.1로 분류되는 질병으로 병리학적으로 보험약관에서 다발성 소아암이나 악성신생물(암)로 규정하고 있지 아니한 질병이고, 약관의 해당 조항이 객관적·다의적으로 해석되고 그 각각의 해석이 합리성이 있는 등 당해 약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에 해당한다고 보아도 않는다고 판시했다.²⁴⁾

23) 대법원 2018.6.28. 선고 2018다203395 판결.

24) 대법원 2012.12.13. 선고 2012다68736 판결.

(4) 객관적 해석의 원칙의 적용 여부

암보험약관의 원발부위기준 조항에서 사용하는 악성신생물 즉 암은 일반적으로 사용하는 악성신생물(암) 정의 및 한국표준질병사인분류와는 다르게 정하고 있는데, 이는 보험자가 약관에서 특별히 면책규정을 정한 것이다. 그리고 이러한 암의 경우 확진시 지급되는 보험금은 90만 원에서 300만 원 수준으로 다른 암에 비해(900만 원~6천만 원) 적은 수준이다. 이는 갑상선암과 기타 피부암도 한국표준질병사인분류에서 다른 암과 동일하게 악성신생물로 분류하고 있는 것과 비교했을 때 매우 낮은 수준의 보험금액으로 이는 보험회사의 면책조항으로 볼 수 있다. 그 이유는 갑상선암과 기타 피부암의 경우 한국인들이 가장 많이 진단되는 암이고, 다른 암에 비해 치료와 완치가 쉽기 때문에 제자리암 및 경계성종양과 같은 유형으로 분류한 것으로 이해된다.²⁵⁾ 제자리암 즉 상피내암은 조직을 감싸고 있는 부분에 암이 위치하고 있는 것으로 기저막까지 침범하지 않은 암을 말한다. 제자리암의 경우 암으로 분류하기 보다는 암으로 이행될 가능성이 높은 전단계로 분류된다. 경계성 종양은 조직학적으로 암에 해당되지 않는 상태로 한국표준질병사인분류상 '행동양식 불명 또는 미상의 신생물(D37-D48)'로 분류된다. 따라서 만약 피보험자가 제자리암과 경계성 종양에 진단되고 보험금을 지급받았다면 이것이 전이되어 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물로 진단될 경우에는 당연히 이에 따른 보험금을 지급하여야 한다. 이 사건 약관에서 갑상선암과 기타 피부암도 제자리암과 경계성 종양과 같은 분류를 하고 있고, 동일한 보험금을 지급하도록 규정하고 있기 때문에 이와 동일하게 해석하여야 한다.

이 사건 보험약관에서는 갑상선암과 기타 피부암이 한국표준질병사인분류상으로는 악성신생물에 해당함에도 불구하고, 보험자의 사정으로 인하여 두 가지 유형의 암에 대해서는 보험약관상 악성신생물에서 제외시키고 보험약관에서 특별히 보험자의 보험금 지급제한 사유로 규정하여 다른 일반암과는 차별적인 보험금 지급액을 책정하고 있다. 그러나 보험회사가 원발부위기준 조항을 적용함에 있어서는 한국표준질병사인분류에 따라 갑상선암과 기타 피부암을 악성신생물로 포함시키는 등 모순된 해석을 하고 있다.

보험약관은 개별 당사자의 주관적 의도나 목적 등을 고려하지 않고 평균적 고객의 이해가능성을 기준으로 하되, 보험단체 전체의 이해관계를 고려하여 신의성실의 원칙에 따라 공정하고, 객관적·확일적으로 해석하여야 한다.²⁶⁾ 본 사안의 경우처럼 보험약관에 명확하게 악성신생물에 갑상선암과 기타피부암이 제외되어 있음에도 불구하고 보험소비자가 잘 알지도 못하는 한

25) 암환자 발생이 급증하고 이에 대한 치료비가 필요한 현실 등을 고려하여 감독당국의 정책적인 판단에 따라 현재 대다수의 보험회사는 암보험약관에서 제자리암, 상피내암, 경계성종양 등을 소액암으로 분류하고 일반암 보험금의 10~20%의 보험금을 지급하고 있다(양희석, "암보험에서 임상학적으로 악성이나 병리학적으로 양성인 경우", 「보험법연구」 13권 1호, 한국보험법학회, 2019, 185면).

26) 대법원 2019.1.17. 선고 2016다277200 판결; 대법원 1991.12.24. 선고 90다카23899 판결.

국표준질병사인분류에 따라 이를 포함되는 것으로 해석한다면, 이는 약관의 문언적 내용에도 반하고, 보험계약자의 정당한 이익과 합리적 기대수준에도 어긋나는 것이어서 고객에게 부당하게 불리하고 형평을 잃은 해석방법이다. 객관적 해석을 통해서 약관의 문언적인 의미를 충분히 파악할 수 있는 경우에까지 작성자불이익의 원칙을 확대하는 것은 바람직하지 않다.²⁷⁾ 이 경우 보험금 지급사유가 불명확해지고 보험자가 약관을 작성한 시점에 기도했던 목적과 취지와는 다르게 약관을 해석하는 자에 의해 자의적으로 확대되거나 축소될 위험이 있기 때문이다. 따라서 암보험약관상 소액보험금이 지급되는 보험사고의 취지와 목적, 원발부위기준 조항의 문언적 내용, 평균적 고객을 기준으로 했을 때 해당 약관의 이해가능성 등을 종합적으로 고려하였을 경우 이 사건 암보험약관의 원발부위기준 조항을 적용함에 있어 갑상선암과 기타피부암은 악성신생물에서 제외되는 것으로 해석하는 것이 타당하다.

3. 설명의무

가. 개념

보험자는 보험계약 체결시에 보험계약자에게 보험약관을 교부하고 약관의 중요한 부분을 자세하게 설명할 의무를 부담한다(상법 제638조의3 제1항). 사업자는 약관에서 규정하고 있는 중요한 내용을 고객이 이해할 수 있도록 설명하여야 한다(약관규제법 제3조 제2항). 이는 설명의무에 관한 규정이다. 즉, 상법이나 약관규제법에서 규정하고 있는 설명의무의 개념은 크게 차이가 없다. 설명의무는 보험자 측에서 일방적으로 작성한 약관의 중요한 내용이 보험계약자 측이 인식하지 못하는 가운데 보험계약으로 편입되어 이로 인한 불측의 불이익을 예방하기 위하여 보험계약자로 하여금 사전에 약관의 중요한 내용을 알리기 위해 보험자에게 부과하는 의무이다.²⁸⁾ 보험약관의 설명의무는 보험자와 보험계약자간 정보비대칭으로 인한 불균형을 해소하고 계약적 균형관계를 유지하기 위한 것에 근본적 취지가 있다.²⁹⁾

금융소비자보호법은 각 금융관련 법률에서 규제하던 설명의무를 통합하여 규정하고 있다. 이에 따라 기존 보험업법에서 규정하였던 설명의무 조항은 폐지되었다.³⁰⁾ 금융소비자보호법에 의하면 금융상품판매업자 등은 계약체결시 일반금융소비자에게 금융상품에 관한 중요한 사항을 일반금융소비자가 이해할 수 있도록 설명하여야 한다(법 제19조 제1항). 설명의무 위반시에

27) 정준아, “보험약관의 해석에 있어 작성자 불이익의 원칙”, 『소비자법연구』 제5권 제3호, 한국소비자법학회, 2019.11., 93면.

28) 대법원 2011.3.24. 선고 2010다96454 판결; 대법원 2003.5.30. 선고 2003다15556 판결; 대법원 1999. 2.12. 선고 98다52374 판결.

29) 김은경, “보험자의 설명의무에 대한 재고”, 『상사판례연구』 제20권 3호, 한국상사판례학회, 2007.9., 116면.

30) 다만 보험계약의 체결 시부터 보험금 지급 시까지의 주요 과정 설명의무와 일반보험계약자에 대한 보험금의 지급절차 및 지급내역 등의 설명의무는 그대로 유지하고 있다(보험업법 제95조의2 제3항, 4항).

보험계약자는 위법계약해지권을 행사할 수 있고(법 제47조), 설명의무 위반과 관련하여 보험회사의 고의 또는 과실로 인하여 보험계약자에게 손해가 발생할 경우 손해배상청구권을 행사할 수 있으며(법 제44조 제1항), 이 경우 손해배상에 대한 입증책임이 전환되며(법 제44조 제2항), 보험자에 대하여는 징벌적 과징금·과태료(법 제57조 제1항), 판매제한명령권(법 제49조 제2항)과 같은 강력한 규제들을 신설하였다.

나. 설명의무의 대상과 범위

설명의무의 대상이 되는 약관의 ‘중요한 사항’과 관련하여 상법과 약관규제법에서는 특별히 규정하고 있지 않다. 대법원 판례에 의하면 설명의무는 약관의 모든 사항으로 확장할 필요는 없고, 일반적으로 중요한 사항을 설명하면 충분하며, 여기서 중요한 사항은 보험계약자가 그러한 약관의 조항을 알지 못할 경우 계약의 체결여부에 영향을 줄 수 있는 사항을 의미한다.³¹⁾ 따라서 약관에 정하여진 사항이어도 거래상 일반적이고 공통된 것으로 보험자가 별도로 설명하지 않아도 보험계약자가 충분히 예상할 수 있었던 사항이거나, 이미 법령에 의하여 정하여진 것을 되풀이하거나 부연하는 정도에 불과한 사항이라면, 보험자에게 설명의무가 부과되지 않는다.³²⁾

금융소비자보호법에서는 설명의무의 대상과 관련하여 열거주의 방식을 채택하고 있다. 보험상품의 경우에는 보장성 상품의 내용, 보험료, 보험금 지급제한 사유 및 지급절차, 위험보장의 범위, 위험보장 기간, 계약의 해지·해제, 보험료의 감액 청구, 보험금 또는 해약환급금의 손실 발생 가능성, 기타 금융위원회가 고시하는 사항이 설명의무의 대상이다(법 제19조 제1항, 시행령 제13조 제1항). 그러나 법에서 정하여진 사항은 열거방식으로 규정한 것일 뿐이며, 설명의무의 대상과 범위가 법에 의해 확정되는 것이 아니다. 또한 금융소비자보호법은 일반금융소비자가 특정 사항에 대한 설명만을 원하는 경우 해당 사항에 대해서만 설명의무가 존재하는 것으로 규정하고 있다(법 제19조 제1항). 대법원은 중요한 내용이라고 하더라도 보험계약자 또는 그의 대리인이 해당 내용을 잘 알고 있거나, 거래상 일반적이고 공통된 사항으로 보험자가 설명을 하지 않아도 보험계약자가 충분히 예상할 수 있었거나, 법령에 의하여 정하여진 사항을 약관에 반복하거나 부연하는 정도의 사항이라면 보험자에게 명시·설명 의무가 인정되지 않는다고 한다.³³⁾ 결국 설명의무의 대상과 범위는 보험계약의 종류에 따라 달라질 수 있고, 구체적인 사건에서 보험계약자의 개별 사정 등을 고려하여 판단하여야 하는 유동적인 개념으로 이해하여야 할 것이다.³⁴⁾ 따라서 보험계약의 중요사항은 반드시 법령이나 보험약관에서 규정하고

31) 대법원 2012.11.29. 선고 2010다38663 판결; 대법원 2005.7.14. 선고 2004다36215 판결.

32) 대법원 2015.3.26. 선고 2014다229917,229924 판결; 대법원 2007.4.27. 선고 2006다87453 판결.

33) 대법원 2003.1.10. 선고 2002다32776 판결.

34) 대법원 2010.7.17. 선고 2010다19990 판결; 대법원 2008.12.16. 선고 2007마1328 판결; 박세민, 앞의 책, 175면.

있는 사항에 한정된다고 할 수 없다.³⁵⁾

다. 설명의무의 이행 방법

설명 의무의 이행 방법이나 정도에 대해서도 법에서 특별히 규정하고 있는 사항은 없다. 이와 관련하여 법원은 “보험계약의 중요한 내용에 대하여 구체적이고 상세한 명시·설명 의무를 지고 있다.”고 한다.³⁶⁾ 따라서 보험계약의 청약을 유인하는 안내문의 교부만으로 보험자의 설명 의무가 이행되었다고 볼 수 없다.³⁷⁾ 또한 보험자는 보험계약자에게 약관 또는 설명서 등의 서면을 교부하는 것만 가지고는 설명 의무를 이행하였다고 할 수 없고, 보험계약자에게 약관의 중요 사항에 대해서 구체적이고 상세히 명시·설명하고, 보험계약자가 이를 충분히 이해하여야 한다.³⁸⁾

금융소비자보호법에서는 설명 의무 이행의 방법으로 금융상품판매업자 등에게 설명서 작성 의무를 부과하고 있다. 설명서에는 설명 의무와 관련한 중요한 사항이 포함되어야 하며, 그 내용은 일반금융소비자가 쉽게 이해할 수 있도록 작성되어야 한다(시행령 제14조 제1항). 금융상품판매업자 등은 중요한 사항의 설명에 필요한 설명서를 일반금융소비자에게 제공하여야 하며, 설명한 내용을 일반금융소비자가 이해하였음을 서명 등의 방법으로 확인을 받아야 하고(법 제19조 제2항), 일반금융소비자에게 설명한 내용과 실제 설명서의 내용이 같다는 사실에 대해 보험자 측의 확인이 있어야 한다(시행령 제19조 제2항).

라. 증명 책임

보험약관의 설명 의무 이행과 관련하여 증명 책임은 일반적으로 보험자가 부담하는 것으로 본다.³⁹⁾ 그러나 법원은 사안에 따라 입증 책임의 주체를 달리 보고 있다. 즉 구체적으로 어느 조항에 관하여 사업자의 설명 의무 위반이 있었고 그 결과 나머지 약관만으로는 계약의 목적 달성이 불가능하거나 소비자에게 부당하게 불리하다는 점에 대하여 계약자의 주장이나 입증이 없다는 이유로 사업자의 설명 의무 위반에 관한 주장을 배척한 경우가 있는가 하면,⁴⁰⁾ 보험회사 측이 보험계약자에게 설명 의무를 구체적으로 이행하였다는 것을 인정할 만한 증거가 없다는 이유로 보험회사의 위 주장을 배척한 판례도 있다.⁴¹⁾ 그러나 대법원 판례가 설명 의무 입

35) 대법원 2018.4.12. 선고 2017다229536 판결.

36) 대법원 2005.12.9. 선고 2004다26164 판결.

37) 대법원 1999.3.9. 선고 98다43342 판결.

38) 서울고등법원 2012.2.1 선고 2011나27563 판결.

39) 김은경·임채욱, “보험약관의 명시 설명 의무 이행의 주체와 위반의 증명 책임-대법원 2014.01.29. 선고 2013다 215850 판결을 중심으로-”, 「법제연구」 제46호, 법제처, 2014, 300면.

40) 대법원 2012.6.26. 선고 2010다57466 판결.

41) 대법원 2004.4.27. 2003다7302 판결.

증책임의 주체를 개별 사안에 따라 달리 판단하는 것은 재판의 일관성과 증명책임의 분배라는 관점에서 보면 문제가 있다. 보험자는 보험약관을 보험계약자에게 교부하고, 중요한 사항에 대해서 설명하였다는 사실에 대해서 입증하여야 할 것이다.⁴²⁾ 다만, 보험계약자는 보험회사가 설명의무를 위반하였다는 개략적인 사실과 이로 인하여 어떠한 손해가 발생하였는지에 대해서 입증하여야 할 것이다. 대법원은 보험계약자나 그의 대리인 측에서 해당 약관의 내용을 충분히 잘 알고 있었다는 점 또는 약관이 설명의무의 대상이 아니라는 점 등의 특별한 사정의 존재에 대해서는 이를 주장하는 사업자가 입증하여야 한다.”고 판시하고 있다.⁴³⁾ 따라서 약관의 중요한 내용, 설명의무의 면제사유 등에 대해서도 모두 보험자가 입증하여야 할 것이다.

마. 설명의무 위반의 효과

보험약관의 설명의무 위반시 보험계약자는 보험계약이 성립한 날로부터 3개월 이내에 그 계약을 취소할 수 있다(상법 제638조의3 제2항). 한편 약관규제법에 따르면 사업자는 당해 약관을 계약내용으로 주장할 수 없다(제3조 제4항). 설명의무 위반과 관련하여 규정하고 있는 두 법률의 관계에 대해서는 상법단독적용설과 중첩적적용설이 대립하고 있다.⁴⁴⁾ 상법단독적용설은 특별법인 상법의 취지를 존중하여 상품설명 의무로 인한 보험계약자의 취소권은 3개월 이내에 행사하여야 한다고 한다.⁴⁵⁾ 판례와 다수설은 중첩적적용설을 취하고 있다.⁴⁶⁾

보험자의 고의 또는 과실로 설명의무를 위반하여 보험계약자에게 손해가 발생할 경우 보험업법 제102조에 따라 손해배상책임을 부담할 수도 있다. 법원은 보험설계사의 설명의무 위반과 적합성 원칙의 위반은 불법행위를 구성하므로 보험회사와 보험설계사는 보험계약자에게 발생한 손해(총 납입보험료와 해약환급금과의 차액)를 배상할 책임이 있다고 판시하고 있다.⁴⁷⁾

4. 대상판결 평석

가. ‘원발암기준 분류약관’의 중요한 사항인지에 관하여

이 사건의 보험약관에 의하면 보험기간 중 암보장개시일 이후에 최초의 암으로 진단이 확정

42) 김은경, 앞의 책, 173; 박세민, 앞의 책, 188면; 한창희, 「보험법」 개정4판, 국민대학교출판부, 2019, 199면.

43) 대법원 2010.7.15. 선고 2010다19990 판결; 대법원 2003.8.22. 선고 2003다27054 판결; 대법원 2001.7.27. 선고 99다55533 판결 등.

44) 김은경, 앞의 책, 170면.

45) 김성태, 「보험법강론」, 법문사, 2001, 190면; 양승규, “보험계약의 성립과 약관의 교부 명시 의무”, 「사법행정」 제377호, 한국사법행정학회, 1992, 69면.

46) 대법원 2006.1.26. 선고 2005다60017(본소), 60024(반소) 판결; 대법원 1999.3.9. 선고 98다43342 판결; 대법원 1985.11.26. 선고 86다카2543 판결; 박세민, 앞의 책, 194~195면.

47) 대법원 2014.10.27. 선고 2012다22242 판결; 서울고등법원 2010.3.31. 선고 2009나97606 판결.

되었거나, 보험기간 중 최초의 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성 종양으로 진단이 확정되었을 때 암치료 보험금을 지급하며, 단, 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성 종양에 대해서는 각각 최초 1회에 한하여 지급한다(제3조). 약관 제5조에서는 암, 갑상선암 및 기타피부암의 정의 및 진단 확정에 대한 정의를 하고 있고, 하단에는 특별히 '유의사항'으로 "한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 한다."는 점이 기재되어 있다. 【별표1】 '보험금지급기준표'에서는 암의 종류에 따른 구체적인 보험금 지급기준을 규정하고 있는데, 일반적으로 암보장개시일 이후에 암으로 진단이 확정되었을 때, 최초 1회에 한하여 보험금 지급액을 규정하고 있다. 다만, 보험계약 체결 기간과 고액암인지 아니면 일반암인지 여부에 따라 보험금은 차등지급 되도록 규정하고 있다. 그러나 보험기간 중 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성 종양으로 진단이 확정되었을 때에는 각 최초 1회에 한하여 소액의 보험금을 지급하도록 규정하고 있다. 이 경우에는 보험계약 체결 기간에 따라 90만 원(1년 미만), 210만 원(2년 미만), 300만 원(2년 이상)으로 차등지급한다. 【별표2】의 '대상이 되는 악성신생물 분류표'주석 부분에서는 "갑상선의 악성신생물(분류번호 C73)과 기타 피부의 악성신생물(분류번호 C44)은 상기 분류표에서 제외합니다."라는 문구와(주석 2), "한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물]의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다."라는 보험자의 보험금 지급 면책사항을 규정하고 있다.

보험회사의 주장과 같이 원발암기준 분류약관의 '악성신생물(암)'이 한국표준질병·사인분류상 악성신생물을 의미(갑상선암, 기타 피부암 포함)한다.'고 해석할 경우 본 사건의 경우에는 이차성 및 상세불명의 악성신생물의 경우 암이 최초 발생한 부위인 갑상선을 기준으로 분류하게 되어 일반암 진단비를 지급받을 수 없게 된다. 이는 실질적으로 보험금 지급 여부 및 보험자의 면책사유와 관계되는 사항으로 보험계약의 중요한 내용에 해당된다. 이러한 내용이 보험계약자가 이미 알고 있거나 거래상 일반적이고 공통된 내용도 아니다. 만약 보험계약자가 이러한 사실을 알았거나 알 수 있었다라면 해당 보험계약을 체결하지 않았거나 같은 조건으로는 보험계약을 체결하지 않았으리라는 점을 충분히 예상할 수 있다. 따라서 보험자는 보험계약자가 이러한 사실을 제대로 알지 못한 채 보험계약을 체결할 경우 예측하지 못한 불이익을 받는 상황을 예방하기 위해서 해당 약관의 내용을 상세하고 구체적으로 설명할 필요가 있다.

나. 보험자가 설명의무를 제대로 이행하였는지 여부

설명의무의 이행방법과 수준에 관해서 상법이나 약관규제법에서는 별도로 규정하고 있는

내용이 없다. 이와 관련하여 법원은 보험계약자에게 보험계약의 중요사항을 구체적이고 상세하게 명시·설명하여야 한다고 보고 있다.⁴⁸⁾ 설명의무의 대상과 범위는 보험계약의 종류에 따라 달라질 수 있고, 구체적인 사건에서 보험계약자의 개별 사정 등을 고려하여 판단하여야 한다.⁴⁹⁾ 또한 보험자의 설명의무는 보험계약자가 이해할 수 있을 정도의 수준으로 하여야 한다(약관규제법 제3조 제3항, 금융소비자보호법 제19조 제1항).⁵⁰⁾ 보험회사 또는 보험모집종사자가 보험계약자에게 보험계약의 중요사항에 관하여 어느 수준으로 설명하여야 하는지에 대해서는 개별 보험상품의 특성 및 위험도, 보험계약자의 보험가입경험 및 보험에 대한 이해도 등을 종합하여 판단해야 한다.⁵¹⁾ 만약 보험약관만으로 중요사항을 설명하기 어려울 경우, 보험회사는 상품설명서나 안내장 등과 같은 자료를 활용하여 보험계약자를 충분히 이해시킬 수 있게 설명하여야 한다.⁵²⁾ 따라서 보험자의 '구체적이고 상세한 명시·설명'은 개별 보험계약 및 보험계약자의 경험과 지식 등을 고려하여 판단하여야 할 것이다.

대상판결은 상품설명서 등에 원발암기준 분류약관의 내용이 포함되어 있지 않다는 점, 보험모집인이 상품설명서에도 기재되어 있지 않은 내용을 보험계약자들에게 설명하였으리라고는 추정하기 어렵다는 점, 보험모집인의 보험모집경위서에는 원발암기준 분류약관을 설명한 것으로 기재되어 있지만, 보험계약 체결 후 오랜 시간이 경과한 후에 모집경위서가 작성되었고 보험회사와 전속계약을 체결하고 있는 보험모집인 측의 일방적 답변이어서 신빙성이 떨어진다는 점 등을 이유로 보험회사가 제출한 증거들만으로는 원발암기준 분류약관에 대하여 구체적으로 설명하였다고 보기 어려워 보험회사는 원발암기준 분류약관을 보험계약의 내용으로 주장할 수 없다고 판시하였다.

상품설명서는 보험상품의 핵심적인 내용만을 축약하여 제작한 상품요약서로, 그 성질상 보험약관의 내용 중에서 핵심적인 사항들 몇 가지만 기재할 수밖에 없는 현실적·물리적인 한계가 있다. 비록 보험자에게 보험약관 외에도 부가자료를 활용하여 보험상품을 설명하여야 할 의무가 부과되어 있다고 하더라도, 이는 어디까지나 보험약관에서 가장 중요하고 핵심적인 사항들에 관한 설명의무에 한정된다고 보아야 하고, 보험약관의 중요한 내용을 모두 상품설명서 등에 기재하도록 한다면 상품설명서의 양이 한없이 늘어날 것이며, 효율적인 방법도 아니다. 나아가 이는 상품설명서의 취지와 목적에도 부합하지 않고 보험자의 사업비 증가 요인으로 작용할 수밖에 없을 것이다. 상품설명서에 기재되어 있지 않은 사항이라도 중요한 사항에 대해서는 보험약관에 자세하게 나와 있고, 이에 대해서는 보험모집인의 구두 또는 서면에 의한 설명으로 충분히 해결할 수 있다. 그럼에도 불구하고 대상판결에서 보험자의 설명의무 위반의

48) 서울고등법원 2012.2.1 선고 2011나27563 판결.

49) 대법원 2010.7.17. 선고 2010다19990 판결; 대법원 2008.12.16. 선고 2007마1328 판결; 박세민, 앞의 책, 175면.

50) 대법원 2014.10.27. 선고 2012다22242 판결.

51) 대법원 2018.4.12. 선고 2017다229536 판결.

52) 대법원 2018.4.12. 선고 2017다229536 판결.

지표 중 하나로 단순히 '상품설명서 등에 원발암기준 분류에 관한 사항이 기재되어 있지 않다는 점'을 든 것은 타당하지 않다고 본다. 상품설명서에는 '보험금 지급관련 보장하지 않는 사항 등 보험금 지급관련 유의사항'에 대하여 설명받으시고 이해하였다는 표시의 기재가 있고, '본 상품의 중요사항에 대하여 상품설명 내용을 모집자는 보험계약자에게 충분히 설명하였고, 보험계약자는 설명받은 내용을 이해하였음을 확인합니다.'라는 내용이 있고, 이에 대해서 보험계약자 본인이 확인을 하였고 서명을 한 사실이 있는 점으로 미루어보아 보험계약자는 보험자로부터 보험약관의 중요한 내용에 대해서 설명을 듣고, 이에 따라 보험계약을 체결하였다는 것을 확인하는 서명을 이행하였다는 점에서 해당 보험계약이 정상적으로 체결되었음을 추정할 수 있다. 이와 달리 변액보험 주요내용 설명확인서에 약관상 중요한 설명의무 대상이 기재되어 있고, 각 문장의 주요 단어는 옅게 기재되어 있어, 보험계약자가 그 옅게 기록된 부분 위에 같은 내용을 자필로 다시 기재하도록 되어 있음에도 불구하고 이를 보험계약자가 직접 쓰지 않고 보험설계사 등이 대신 작성하는 등의 경우와 같이 보험회사의 위법행위가 개입된 경우에는 상품설명의무를 위반한 것으로 보아야 한다.⁵³⁾ 따라서 보험자의 입증책임은 상품설명확인서를 통해서 어느 정도 이행되었으므로, 이에 대해서 보험계약자 측에서 구체적인 증거를 제시하여 원발암기준 분류약관에 대해서 설명받지 못했다는 사실을 반증하는 것이 민사재판에서의 증거재판주의 및 입증책임의 분배의 원칙에 부합하는 것으로 본다.

또한 대상판결은 보험모집인의 보험모집경위서에서 원발암기준 분류약관을 설명한 것을 증거로 채택하지 않았다. 그 이유로는 해당 모집경위서가 보험계약 체결 후 3년이 경과한 시점에서 작성되었고, 보험회사와 전속계약을 체결하고 있는 보험모집인 측의 일방적 답변이어서 신빙성이 떨어진다는 점을 들고 있다. 그러나 모집경위서가 오랜 시간 경과 후에 작성하였다는 점과 보험모집인이 보험회사에 소속된 자라는 점만을 근거로 모집경위서의 신빙성을 부정한다는 것은 다소 납득하기 어렵다. 증거재판주의를 채택한 민사소송의 절차에서 모집경위서도 상당한 객관성과 정확성을 지닌 문서가 될 수 있다. 다만 이를 담보하기 위해서 해당 모집인이 재판에 증인으로 참석하여 경위서 작성의 진실성과 선의성을 진술할 필요가 있다. 그럼에도 불구하고 이러한 판단과정을 거치지 않고서 단순 추정에 의하여 모집경위서의 증거능력을 부정하는 것은 재판의 객관성과 공정성을 훼손하는 일이라고 본다.

대상판결과 관련된 사건에서는 상품설명확인서에 보험계약자가 상품을 충분히 설명받고 이해하였다는 사실이 기재되어 있고, 이를 보험계약자 본인이 확인하였고, 직접 서명한 사실이 있다. 또한 해당 보험상품을 모집한 보험설계사는 모집경위서를 통해 원발암기준 분류조항을 포함하여 약관의 중요한 사항을 설명하였다고 진술하고 있다. 이에 반하여 보험계약자들은 보험회사가 원발암기준 분류조항에 대해서 제대로 설명을 하지 않았다고 주장만 할 뿐, 이에 대

53) 서울고등법원 2012.2.1. 선고 2011나27563 판결.

해 구체적인 증거자료를 제시하지도 않았다. 그렇다면 누구의 주장이 더 설득력이 있고 보호되어야 할 것인가는 자명하다. 이 사건과 유사한 금융감독원 분쟁조정결정 사건에서 신청인이 TV 홈쇼핑을 통하여 암보험계약 체결한 사안과 관련하여 금융분쟁조정위원회는 체결과정이 녹취된 자료를 확인한 결과 보험회사가 갑상선암의 경우 보험금이 200만원 지급된다는 점을 설명한 점은 확인되나, 보험약관상 원발부위기준 조항의 내용에 대한 설명은 제대로 이루어지지 않았다고 결정한 바 있다.⁵⁴⁾ 이와 같이 보험자가 보험약관의 설명의무를 제대로 하지 않았다는 사실이 명확하게 드러난 경우에 한하여 보험자의 설명의무 위반을 제한적으로 인정하여야 할 것이다. 따라서 사안의 경우 보험회사가 보험약관을 교부하였고, 보험설계사를 통해 보험약관의 중요한 내용을 설명하였다는 점, 이러한 내용이 모집경위서에 구체적으로 기술되어 있고 상품설명확인서에서 보험계약자가 보험약관의 중요내용을 보험회사로부터 설명 듣고 충분히 이해한 상황에서 보험에 가입한다는 사실을 확인하였다는 점을 종합적으로 고려해 볼 때, 보험회사는 약관의 중요한 사항에 대하여 보험계약자에게 설명하였다고 본다.

IV. 결 론

대상판결은 작성자불이익 원칙을 적용하여 암보험 약관의 원발부위기준 조항을 보험자에게 불리하게 적용한 반면, 보험계약자인 원고들에게 유리하게 해석하여 ‘악성신생물(암)에는 갑상선암과 기타 피부암은 포함되지 않는 것’으로 해석하였다. 그 결과 원고들이 최초로 갑상선암으로 진단된 것은 보험약관 제5조 하단의 【유의사항】에서 규정하고 있는 보험금 지급제한 사유인 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에 해당되지 않아, 전이된 암을 기준으로 고액의 일반암보험금이 지급되는 것으로 판단하였다. 이러한 법원의 판단은 적정하다고 판단된다. 그러나 보충적 수단인 작성자불이익의 원칙을 적용하기에 앞서 약관의 다른 해석원칙을 우선적으로 적용해 보려는 시도가 없었던 점은 다소 아쉬운 부분이다. 즉 이 사건 보험약관상 암보험 약관의 원발부위기준 조항을 해석함에 있어서는 신의성실의 원칙을 적용하여 소액보험금이 지급되는 보험사고의 취지와 목적, 원발부위기준 조항의 문언적 내용 등을 종합적으로 고려하였을 경우 갑상선암과 기타피부암은 악성신생물에서 제외되는 것으로 해석하는 것이 가능하다고 본다.

보험회사의 상품설명 의무 위반과 관련하여 대상판결에서는 원발부위기준 조항은 보험약관에서 보험금 지급기준에 관한 사항으로 보험자가 설명하여야 하는 중요한 사항으로 판단하였다. 그리고 설명의무를 구체적으로 보험계약자가 이해할 수 있을 정도로 이행하였는지 여부와

54) 금융분쟁조정위원회, 조정결정서 제2019-17호(2019.12.24).

관련하여서는 이를 입증할 명확한 증거가 없으므로 보험자의 설명의무 이행을 부정하였다. 그러나 사안에서 보험회사가 보험계약 체결시 보험계약자에게 보험약관을 교부하였고, 보험설계사를 통해 보험약관의 중요한 내용을 설명하였다는 것을 모집경위서를 통해 증거로 제출하였다. 또한 보험계약 체결 당시 보험계약자는 상품설명확인서에서 보험약관의 중요내용을 보험회사로부터 설명 듣고 이를 충분히 이해한 상태에서 보험에 가입한다는 사실을 자필서명을 통해 확인하였다. 이러한 제반 사정을 무시하고 법원은 보험회사의 설명의무 이행을 부정하였다. 설명의무 제도가 보험자가 일방적으로 작성한 약관에 의해 보험소비가 피해 보는 일을 예방하고 보험계약자의 권익을 충실하게 보호하기 위한 제도라는 점, 이로 인하여 보험회사는 무거운 설명의무를 부담하여야 한다는 점을 충분히 감안하더라도 대상사건에서 보험회사가 증거가 될 수 있는 자료를 상당 부분 제출하였음에도 불구하고 설명의무의 이행을 인정하지 않은 것은 제대로 심리를 하지 않은 것으로 평가한다. 즉 이 경우 법원은 원고들을 상대로 보험자의 설명의무 불이행에 관한 증거를 제출하게 하거나 모집경위서를 작성한 보험설계사를 대상으로 증인으로 불러 심문을 하는 등 충분한 심리와 증거수집을 거쳐 판결에 이르렀어야 할 것으로 생각한다. ☐

(논문접수 : 2021. 6. 2. / 심사개시 : 2021. 7. 2. / 게재확정 : 2021. 7. 22.)

참 고 문 헌

<서적>

- 김성태, 「보험법강론」, 법문사, 2001.
김은경, 「보험계약법」 보험연수원, 2016.
박세민, 「보험법」, 박영사, 2019.
신현윤, 「경제법」 제5전정판, 법문사, 2012.
이기수/최병규/김인현, 「보험·해상법」 제9판, 박영사, 2015.
한창희, 「보험법」 개정4판, 국민대학교출판부, 2019.

<논문>

- 권오승, “보통거래약관의 해석 —대법원 1981년 11월24일 선고 80다320, 321 판결 법원 공보 672호—”, 「법률신문」 제1468호, 1982.
김선정, “약관의 해석에 있어서 작성자 불이익의 원칙”, 「비교법연구」 제11권 제3호, 동국대 비교문화연구원, 2011.
김은경, “보험자의 설명의무에 대한 재고”, 「상사판례연구」 제20권 3호, 한국상사판례학회, 2007.9.
김은경·임채욱, “보험약관의 명시 설명의무 이행의 주체와 위반의 증명책임-대법원 2014.01.29. 선고 2013다215850 판결을 중심으로-”, 「법제연구」 제46호, 법제처, 2014.
김준엽·맹수석, “암보험금의 지급과 약관해석의 쟁점-유암종의 암해당 여부에 대한 작성자 불이익 원칙의 적용을 중심으로-”, 「보험법연구」 14권 1호, 한국보험법학회, 2020.2.
양승규, “보험계약의 성립과 약관의 교부 명시 의무”, 「사법행정」 제377호, 한국사법행정학회, 1992.
양희석, “암보험에서 임상학적으로 악성이나 병리학적으로 양성인 경우”, 「보험법연구」 13권 1호, 한국보험법학회, 2019.
유주선, “보험계약상 작성자불이익원칙에 관한 연구”, 「상사판례연구」 32권 3호, 한국상사판례학회, 2019.9.
정준아, “보험약관의 해석에 있어 작성자 불이익의 원칙”, 「소비자법연구」 제5권 제3호, 한국소비자법학회, 2019.11.
최병규, “보험법상 수술의 개념과 작성자불이익원칙”, 「일감법학」 제32호, 건국대학교 법학연구소, 2015.10.

<기타>

금융분쟁조정위원회, 조정결정서 제2019-17호(2019.12.24.).

보건복지부·중앙암등록본부 보도자료, “암 유병자 200만 시대, 진단 후 5년 초과 생존자는
꾸준히 증가”, 2020.12.29.

통계청 보도자료, “2019년 사망원인통계 결과”, 2020.9.22.

Abstract

A Study on the 'initial site standard clause' of cancer insurance terms

Jun, Han-Deok
Bae, Hyun-Kyung

Recently, even though the insured has been diagnosed with cancer, the insurance company has refused to pay the insurance through internal medical consultation or did not pay the cancer insurance because of the exemption clause that does not explain important matters. The subject judgment covers the terms and conditions stipulated that if the first cancer is transferred to another cancer, the insurance company should pay the insurance premium based on the first cancer. The subject judgment interpreted the provisions of the primary part of the cancer insurance terms and conditions in favor of the policyholder by applying the interpretation against the draftsman(Contra proferentem), and to view the contents of the terms and conditions as important matters that the insurance company should explain to the policyholder, and to recognize the violation of the insurance company's obligation to explain the products. I agree with the conclusion of the subject judgment. However, in the case of the subject judgment, it is judged to be a more accurate interpretation method to apply the principle of objective interpretation rather than the principle of the interpretation against the draftsman. Also, it is not acceptable that the court actually estimated the violation of the obligation to explain of the insurance company without sufficient hearing, even though the policyholder signed the product description confirmation after receiving the insurance terms at the time of the contract, and the insurance planner's recruitment statement also stated the contents of the product explanation obligation. This judgment made by the court, which should proceed with the trial based on the evidence, focusing on the heart, is considered to have violated the fairness of the trial.

Key Words : Contra proferentem, Explanation obligation, Initial site standard clause, Cancer insurance terms, Malignant neoplasm

