

간병보험 약관의 ‘보험기간 중 보험사고 발생’ 조항에 대한 해석론

- 대법원 2023. 10. 12. 선고 2020다232709, 232716
판결의 평석 -

임 정 윤*

<차례> _____

I. 서 론

IV. 간병보험의 ‘보험기간 중 보험사고 발생’
약관 조항에 대한 해석

II. 사실관계 및 법원의 판단

V. 결 론

III. ‘보험기간 중 보험사고 발생’의 의미와
보험약관의 해석 원칙

주제어 : 간병보험, 보험기간, 보험사고, 보험약관, 효력유지적 축소해석

<국문초록> 최근 대법원은 간병보험 약관의 ‘보험기간 중 보험사고 발생’에 관한 조항에 대하여 다양한 약관의 해석 원칙을 적용함으로써 구체적인 해석론을 제시하는 판결을 선고하였다. 보험자의 보험금 지급책임은 보험기간 중에 보험계약에서 정한 보험사고가 발생하여야 성립하므로, 보험금 지급책임의 존부를 판단하기 위하여는 해당 보험계약에 편입된 보험약관의 ‘보험기간 중 보험사고 발생’ 조항에 대한 해석이 먼저 이루어져야 한다. 보험약관이 당사자에 대한 구속력을 갖는 근거를 당사자 사이의 합의에서 찾을 수 있다고 본다면, 보험약관의 해석에는 법률행위, 즉 계약 해석의 일반 원리가 적용될 수 있으며, 약관규제법에서 구체적으로 정하고 있는 여러 가지 약관 해석의 원칙 또한 적용이 가능하다.

이 글의 대상이 되는 위 판례에서는 문제가 된 간병보험 약관 조항에 대하여 제1심 및 원심 법원과는 다른 해석을 하였는데, 대법원은 계약 해석의 원리에 따라 해당 간병보험 약관 조항의 문언을 중심으로 하여 간병보험의 목적·취지, 거래 관행 등 맥락을 함께 고려하였으며, 약관규제법상 신의성실의 원칙에 근거를 두고 있는 객관적 해석의 원칙을 적용하여 동 약관 조항을 해석하였다. 이에 대법원은 ‘보험기간 중 노인장기요양보험 수급대상으로 인정되었을 경우’ 보험금을 지급한다는 간병보험 약관 조항은 그 문언에 충실하여 ‘보험기간 중

* 법무법인(유한) 광장 변호사.

- 논문접수일(2024.05.31), 심사개시일(2024.06.26), 게재확정일(2024.06.30)

국민건강보험 등급판정위원회의 장기요양등급 판정을 받은 경우' 보험금을 지급한다는 의미로 해석할 수 있고, 또한 그 해석된 내용이 신의성실의 원칙에 위배되어 사적자치의 한계를 벗어나는 정도가 아니므로 약관 조항의 전부 무효화나 일부 무효화, 즉 효력유지적 축소해석은 허용되지 않는다고 보았다. 이러한 해석에 의거하여 대상 판례에서 대법원은 피보험자의 사망으로 인하여 보험기간 중에 아닌 보험기간 종료 후에 장기요양등급 판정이 이루어졌다면 보험기간 중에 피보험자가 장기요양을 필요로 하는 상태임이 확인되었더라도 보험기간 중 보험사고가 발생하였다고 볼 수 없고, 따라서 보험자의 보험금 지급책임이 발생하지 않는다고 판단하였다.

대상 판례는 간병보험 약관의 '보험기간 중 보험사고 발생' 조항에 대한 상세한 해석론을 제시한 최초의 판례라는 점에서 중요한 의미가 있으며, 현재 판매되고 있는 다수의 간병보험 상품에서 유사한 구조와 내용의 약관 조항을 차용하고 있음을 고려하면 향후 간병보험에서 보험자의 보험금 지급책임과 관련된 분쟁이 발생하였을 때 대상 판례가 제시한 판단 기준과 해석 방법을 적용할 수 있을 것으로 생각된다. 또한 대상 판례는 효력유지적 축소해석 또는 수정해석의 한계를 명확히 하였다는 점에서도 의의를 갖는다. 다만 대상 판례에서 제시된 해석론은 모든 간병보험 약관 조항에 동일하게 적용될 수는 없다는 한계가 있으며, 보험계약자의 이익을 온전히 보호하지 못한다는 관점에서 비판의 여지가 있다. 그러나 이는 약관에 대한 법원의 통제으로써 해결될 문제는 아니고, 향후 간병보험에 관한 표준약관의 마련 등 정책적인 측면에서 충분한 이익 형량 후 해결 방안을 모색하여야 할 부분이라고 생각되므로, 대상 판례에서 제시한 해석론은 타당하다고 생각된다.

I. 서론

현재 우리나라는 의학의 발전과 생활수준 향상으로 인한 평균수명의 증가가 저출산 추세와 맞물려 노인인구의 비중이 가파르게 증가하고 있는데, 2023년 기준 65세 이상 고령인구는 우리나라 인구의 18.4%였으며, 향후 그 비중이 계속 증가하여 2025년에는 무려 20.6%로 초고령사회에 진입할 것으로 예상된다.¹⁾ 이러한 고령화의 심화와 노인인구 증가에 따라 간병과 관련된 사회경제적 문제도 심각해지고 있는데, 간병비 부담이 지속적으로 증가하여 2023년 기준 월평균 간병비(370만 원)는 65세 이상 고령가구 중위소득(224만 원)의 1.7배로 사실상 대부분의 고령가구가 감당하기 어려운 수준이 되었고,²⁾ 사적 간병비 규모는 무려

1) 통계청 보도자료, “2023 고령자 통계”, 사회통계국 사회통계기획과 (2023. 9. 28.), 2면.

2) 채민석/이수민/이하민, “돌봄서비스 인력난 및 비용 부담 완화 방안”, 「BOK 이슈노트」 2024-6호,

약 10조 원을 초과하였을 것으로 추정된다.³⁾ 이에 노후 대비의 일환으로 간병보험⁴⁾에 가입하여야 할 필요성이 사회적으로 부각되면서 보험회사들도 간병보험 상품을 경쟁적으로 출시하고 있다.

간병보험은 피보험자가 보험기간 중 더 이상 일상생활을 할 수 없는 활동불능 상태나 치매 등 인식불명 상태가 되어 타인의 간병을 필요로 할 경우 일시금이나 연금의 형태로 간병자금을 지급하는 보험이다.⁵⁾ 보험업법에서는 간병보험을 상해보험, 질병보험과 함께 제3보험으로 분류하여 법적 근거를 두고 있으나(보험업법 제4조 제1항 제3호 다목), 상법상으로는 상해보험이나 질병보험과 달리 간병보험에 대한 별도의 명시적인 규정을 두고 있지는 않다. 또한 간병보험에 대한 경제적·사회적 측면에서의 논의가 활발하게 이루어지고 있는 반면 그와 비교하여 법적인 측면에서의 논의는 아직 충분히 활성화되지 않은 상황이었는데, 최근 대법원에서 보험자의 보험금 지급책임 발생 여부를 판단하기 위해 간병보험 약관상 '보험기간 중 보험사고 발생' 조항을 해석한 대법원 2023. 10. 12. 선고 2020 다232709, 232716 판결(이하 "대상판결")을 선고하였다. 대상판결에서는 기존에 판례와 금융분쟁조정위원회(이하 "분조위")의 조정결정⁶⁾ 등에서 제시되었던 여러 보험약관 해석의 원칙을 적용하여 문제가 된 간병보험 약관의 '보험기간 중 보험사고 발생' 조항을 해석하였으며, 특히 보험약관의 효력유지적 축소해석 또는 수정해석에 관한 기존의 법리를 응용하여 그 한계를 명확히 제시하였다.

이 글에서는 먼저 이하 II.에서 대상판결의 사실관계를 분석하고 하급심의 판단 내용 및 대법원이 제시한 법리와 간병보험 약관 조항의 구체적인 해석을 살펴보고자 한다. 그리고 이하 III.에서는 보험약관의 해석 원칙에 관한 일반론과 기존의 논의를 정리한 후, 이하 IV.에서는 간병보험의 특징과 그 약관상 '보험기

한국은행, 2024, 5면.

- 3) 보건복지부 보도자료, "간병비 걱정 없는 나라, 국가가 중심이 되어 책임집니다", 간호정책과 (2023. 12. 21.), 3면.
- 4) 실제로는 간병보험 외에도 개호보험, 치매보험, 장기요양(LTC)보험 등 다양한 명칭으로 간병보험 상품이 판매되고 있으나, 이 글에서는 법규상 용어인 '간병보험'으로 통칭하고자 한다.
- 5) 금융감독원 보도자료, "노후 대비 '간병보험' 가입시 유의 사항", 보험계리실 손해보험팀 (2012. 7. 5.), 2면; 오병국, "제3보험의 이해 3: 간병보험", 「KIRI 리포트」 제210호, 보험연구원, 2012, 18면.
- 6) 분조위는 금융분쟁에 관한 대체적 분쟁해결제도(ADR)로서 금융소비자 보호에 관한 법률(이하 "금융소비자보호법")에 따라 금융분쟁의 조정에 관한 심의의결을 위해 금융감독원 내에 설치된 분쟁조정 기구로, 양 당사자가 분조위의 조정안을 수락하면 재판상 화해와 동일한 효력을 갖게 된다(금융소비자보호법 제33조 및 제39조).

간 중 보험사고 발생' 조항의 발전 연혁 및 현황을 분석하고, 질병보험·상해보험의 유사한 약관 조항을 해석한 선례와의 비교를 통하여 대상판결의 해석론이 갖는 법적인 의미를 검토하고자 한다.

II. 사실관계 및 법원의 판단

1. 사실관계

(1) 보험계약의 체결

망 소외인(이하 “망인”)은 2014. 3. 26. 원고 ○○손해보험 주식회사(이하 “원고”)와 신(新)장기간병요양진단비를 보험금으로 지급하는 내용이 포함된 보험계약(이하 “이 사건 보험계약”)을 체결하였으며, 그 무렵 원고에게 이 사건 보험계약에 의한 보험료를 지급하였다.

이 사건 보험계약에 편입된 보통약관(이하 “이 사건 보통약관”)과 특별약관(이하 “이 사건 특별약관”, 이 사건 보통약관과 함께 “이 사건 보험약관”)의 내용 중 대상판결의 쟁점과 관련이 있는 부분은 다음과 같다.

<표1> 이 사건 보험약관의 ‘보험기간 중 보험사고 발생’ 관련 조항

(1) 이 사건 보통약관

7. (계약의 소멸)

① 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 계약은 소멸됩니다.

16. (보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 보통약관의 보험기간 중에 노인 장기요양보험 수급대상으로 인정되었을 경우에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 보통약관의 보험가입금액을 신장기간병요양진단비(1, 2, 3등급)으로 확정 지급하여 드립니다.

② 위 ①의 노인장기요양보험 수급대상으로 인정되었을 경우라 함은 국민건강보험공단 등급판정위원회에 의해 1등급, 2등급 또는 3등급의 장기요양등급을 판정받은 경우를 말합니다.

(2) 이 사건 특별약관(4-1. 신장기간병요양진단비(1등급)(세만기) 특별약관)

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 노인 장기요양보험 수급대상으로 인정되었을 경우에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 신장기간병요양진단비(1등급)로 확정 지급하여 드립니다.
- ② 위 ①의 노인장기요양보험 수급대상으로 인정되었을 경우라 함은 국민건강보험공단 등급판정위원회에 의해 1등급의 장기요양등급을 판정받은 경우를 말합니다.

4. (특별약관의 소멸)

- ① 회사가 1. (보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 신장기간병요양진단비(1등급)를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 특별약관이 소멸한 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 위 ① 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급하여 드립니다.

(3) 이 사건 특별약관(5-1. 신장기간병요양진단비(1, 2등급)(세만기) 특별약관)

1. (보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 노인 장기요양보험 수급대상으로 인정되었을 경우에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 신장기간병요양진단비(1, 2등급)로 확정 지급하여 드립니다.
- ② 위 ①의 노인장기요양보험 수급대상으로 인정되었을 경우라 함은 국민건강보험공단 등급판정위원회에 의해 1등급 또는 2등급의 장기요양등급을 판정받은 경우를 말합니다.

4. (특별약관의 소멸)

- ① 회사가 1. (보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 신장기간병요양진단비(1, 2등급)를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 위 ①에 따라 특별약관이 소멸한 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 위 ① 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 책임준비금을 지급하여 드립니다.

(2) 보험사고의 발생

망인은 2014. 3. 25. 병원에 입원하여 직장종양 의증을 진단받았으며, 다음날인 2014. 3. 26. 대장내시경을 실시하여 직장암 의증을 진단받은 후 2014. 3. 27. 퇴원하였다. 이후 조직검사 결과 직장암이 확진되었고, 망인은 2014. 4. 1. 외래 진료를 통해 직장암 확진 사실을 확인하였다.

한편 망인은 2017. 6. 1. 국민건강보험공단(이하 “공단”)에 장기요양인정신청을 하였고, 공단 실사팀이 2017. 6. 8. 망인이 입원한 병원에서 실사를 진행한 후 2017. 6. 21. 망인의 장기요양등급을 1등급으로 판정하였다. 그런데 망인은 공단 등급판정위원회의 장기요양등급 판정이 있기 전인 2017. 6. 8. 대장암의 다발성 전이를 원인으로 한 패혈증으로 사망하였다. 피고는 망인의 배우자로서 상속인 중 1인이며, 그 법정 상속지분은 3/7이다.

(3) 보험금 청구와 소의 제기

원고는 피고를 상대로 이 사건 보험계약에 따른 원고의 피고에 대한 신장기간 병요양진단비 보험금 지급채무가 존재하지 아니함을 확인하기 위한 채무부존재확인의 소를 제기하였으며, 피고(반소원고)는 원고(반소피고)를 상대로 이 사건 보험계약에 따른 신장기간병요양진단비 보험금 50,000,000원 중 피고의 상속지분인 3/7에 해당하는 보험금 21,428,571원 및 이에 대한 지연손해금의 지급을 청구하였다.

2. 원고의 주장

원고는 이 사건 보험계약에 따른 자신의 피고에 대한 신장기간병요양진단비 보험금 지급채무의 부존재를 뒷받침하기 위하여 크게 3가지 주장을 하였는데, 그 중 하나로 보험기간 중 보험사고가 발생하지 않았다는 주장을 하였다.⁷⁾ 즉, 이

7) 원고는 ① 이 사건 보험계약에 따른 보험기간 중 보험사고가 발생하지 않았다는 주장 외에도, ② 이 사건 보험계약 체결 당시 망인이 직장암 발병 사실을 알고 있었음에도 이를 숨긴 채 이 사건 보험계약을 체결하였으므로 이는 사기에 해당하여 이 사건 보통약관 제29조에 따라 이 사건 보험계약이 취소되었다는 주장, 그리고 ③ 망인이 이 사건 보험계약을 체결하면서 자신의 입원 사실이나 직장 종양 발견 사실을 원고에게 고지하지 않았으므로 이 사건 보통약관 제25조에 따라 원고의 보

사건 보통약관 제7조 제1항에 따라 이 사건 보험계약은 망인의 사망으로 소멸하였는데, 망인에 대한 공단의 장기요양등급 판정은 망인의 사망 이후에 이루어졌으므로, 이 사건 보험계약의 소멸 이후에 보험사고가 발생한 것이라서 원고의 보험금 지급의무가 발생하지 않았다는 것이다.

3. 법원의 판단

(1) 제1심 및 원심의 판단⁸⁾

이 사건 보험약관에 따른 보험기간 중 보험사고가 발생하지 아니하였다는 원고의 주장에 대하여, 제1심⁹⁾과 원심¹⁰⁾에서는 이 사건 보험계약이 피보험자인 망인의 사망으로 장래에 향하여 효력을 상실하게 된 것은 맞지만, 이 사건 보험계약상 '보험기간 중 보험사고 발생'은 보험기간 중 장기요양등급 판정의 원인이 되는 사실, 즉 피보험자의 건강상태가 장기요양을 필요로 할 정도임이 확인되면 충분하고, 피보험자의 사망으로 이 사건 보험계약의 효력이 소멸한 후에 장기요양등급 판정이 이루어졌다고 하더라도 이를 다르게 볼 수는 없다고 판단하였다. 공단 등급판정위원회의 장기요양등급 판정은 피보험자의 장기요양인정신청 당시에, 또는 적어도 공단에서 실사를 통하여 피보험자의 건강상태를 확인할 당시에 피보험자의 건강상태가 장기요양을 요하는 상태였음을 확인하여 주는 것에 불과하므로, 설령 최종 판정 시점에 피보험자가 사망하였다고 하더라도 보험기간 중 피보험자의 건강상태가 장기요양을 요하는 상태였다는 사실 자체가 부인되지는 않으며, 따라서 보험기간 중 보험사고가 발생하였다고 본 것이다.

보험금 지급의무가 없다는 주장을 하였다.

8) 이 사건 보험계약 중 '보험기간 중 보험사고의 발생' 조항의 해석과 관련된 쟁점에 대하여는 원심에서 제1심의 사실인정과 판단이 정당하다고 보아 제1심의 판결이유를 그대로 인용하였으므로, 이 하에서는 제1심과 원심 판결을 따로 구분하지 않고 함께 정리하였다. 다만 원심에서는 '망인의 고지의무 위반으로 원고의 보험금 지급의무가 없다는 원고의 주장에 대하여 추가로 판단하였는데, 우선 망인이 고의나 중대한 과실로 자신의 입원 사실이나 직장 종양 발견 사실을 고지하지 않았다고 보기 어렵고, 설령 망인이 이를 고의나 중대한 과실로 고지하지 아니하였다고 하더라도 원고의 이 사건 보험계약 해지권은 원고가 위 사실을 알았던 것으로 보이는 이 사건 보험계약을 해약시킨 날인 2017. 9. 1.로부터 1개월이 경과한 때, 그리고 이 사건 보험계약 체결일인 2014. 3. 26.로부터 3년이 경과한 때에 이미 소멸하였으므로, 원고의 주장은 이유가 없다는 결론을 내렸다.

9) 울산지방법원 2019. 2. 15. 선고 2017가단16241(본소), 2018가단60191(반소) 판결.

10) 울산지방법원 2020. 5. 14. 선고 2019나11876(본소), 2019나11883(반소) 판결.

또한 제1심과 원심에서는 공단 등급판정위원회의 장기요양등급 판정이 피보험자의 사망 전에 이루어지지 않았음을 이유로 보험기간 중 보험사고가 발생한 것으로 볼 수 없다고 한다면, 등급판정위원회의 판단이 언제 이루어지는지에 따라 보험금 지급 여부가 달라지게 되어 불합리한 결과가 발생할 수 있다는 점을 지적하였다. 만약 등급판정위원회의 판단이 빨리 이루어져서 피보험자가 보험기간 중에 장기요양등급 판정을 받았다면 보험금을 지급 받을 수 있었을 것이나, 등급판정위원회의 판단 지연으로 인하여 보험금을 지급 받을 수 없게 될 수 있다는 것이다.¹¹⁾

(2) 대상판결

대법원도 제1심 및 원심과 마찬가지로 보험자인 원고의 보험금 지급채무 발생 여부를 판단하기 위하여 이 사건 보험약관 중 ‘보험기간 중 보험사고 발생’에 관한 조항을 해석하였는데, 해석의 결과 대법원은 제1심 및 원심과 상반되는 결론을 내렸다. 특히 대법원은 보험계약 및 보험약관 해석의 법리와 이를 적용한 이 사건 보험약관상 ‘보험기간 중 보험사고 발생’ 조항의 해석에 대하여 상당히 구체적인 실시를 하였다.

우선 대법원은 보험계약의 해석에 관한 기존 판례 법리를 원용하여, 보험계약의 주된 부분인 보험사고 등을 확정하는 절차는 보험증권이나 약관에 기재된 내용에 의하여 정해지는 것이 일반적이고, 그 내용이 불명확하다면 추가적으로 당사자가 보험계약을 체결한 경위와 과정, 동종의 보험계약에 관하여 보험회사가 실무를 처리하는 관행 등 다양한 사정을 참작하여 결정하여야 하며,¹²⁾ 보험약관

11) 한편 제1심과 원심에서는 ‘이 사건 보험계약이 사기에 의하여 취소되었다’는 원고의 주장에 대하여는 다음과 같은 근거를 들어 이유가 없다고 판단하였다. 망인이 이 사건 보험계약을 체결하였던 당시에 직장 내 종양 의심 진단과 직장암 의심 진단을 받은 상태이기는 하였으나, 이 사건 보험약관 제29조에서 사기에 의한 취소 사유로 정하고 있는 ‘암의 진단 확장’은 조직검사 등에 의해 내려져야 하는 것으로 대장내시경을 통한 단순 의증 진단과는 구별되며, 약관은 그 뜻이 명백하지 않을 때에는 작성자에게 불리하게 해석하여야 하고, 이 사건 보험계약상 보험금 지급사유는 대장암 확진이 아닌 장기요양등급 판정이라는 점을 감안하면, 이 사건 보험계약이 사기에 의해 체결되었음을 인정하기에는 부족하고, 설령 그렇지 않더라도 원고는 이 사건 보험계약을 실효시킨 2017. 9. 1.에는 이미 위와 같은 이 사건 보험계약 체결 과정을 알았을 것으로 보이는데 그로부터 1개월이 경과하기 전에 사기를 이유로 이 사건 보험계약을 취소하지 않아 취소권이 소멸하였다는 것이다. 다만 대법원은 위 쟁점을 포함한 원고의 다른 주장들에 대하여는 판단하지 않았으며, 이 사건 보험약관의 해석에 기반하여 보험기간 중 보험사고가 발생하지 아니하였다고만 판시하였다.

은 신의성실의 원칙에 따라 당해 약관의 목적·취지를 고려하여 공정하고 합리적으로 해석하여야 하되, 개별 계약당사자의 목적 또는 의사를 참작하지 않고 평균적 고객의 이해가능성을 기준으로 보험단체 전체의 이해관계를 고려하여 객관적·확일적으로 해석하여야 한다¹²⁾고 실시하였다. 즉, 보험계약상 보험사고의 의미 확정은 우선적으로 보험약관의 문언을 기준으로 삼아야 하며, 다만 문언이 불명확하다면 보험계약의 체결 경위, 동종 보험계약에 관한 보험회사의 실무 관행 등 여러 요소를 고려하여야 하고, 보험약관의 해석에 있어서 그 목적·취지를 고려하여 개별 계약당사자가 아닌 평균적 고객의 이해가능성을 기준으로 보험단체 전체의 이해관계를 감안하여, 신의성실의 원칙에 기반한 객관적 해석의 원칙을 준수하여야 한다는 것이다.

그리고 대법원은 위와 같은 기존 판례 법리에서 한 걸음 더 나아가서 보험약관에 대한 법원의 내용통제 및 효력유지적 축소해석 또는 수정해석의 한계에 관한 법리를 명확히 제시하였다. 보다 구체적으로는, 보험약관은 보험자가 다수의 보험계약자와 계약 체결을 위하여 일방적으로 마련한 것이지만, 그 내용이 보험계약자의 정당한 이익과 합리적인 기대에 반하고, 이에 더하여 사적자치의 한계를 벗어나는 등으로 인하여 무효라고 판단할 만한 사정이 없는 경우라면, 법원이 함부로 이러한 보험약관의 내용을 배척하거나 이를 그 목적·취지 등과 다르게 개별 사건에서 임의로 해석할 수 없다고 판시하였다.

또한 대법원은 이러한 법리를 이 사건 보험계약에 적용하여, 이 사건 보험계약에 편입된 이 사건 보험약관에서 보험기간 중 보험사고 발생 여부를 판단하기 위한 기준인 '피보험자가 보험기간 중 노인장기요양보험 수급대상으로 인정되었을 경우'의 의미를 해석하였다. 특별한 사정이 없다면 '피보험자가 보험기간 중 노인장기요양보험 수급대상으로 인정되었을 경우'라 함은 '피보험자가 보험기간 중 공단 등급판정위원회에 의하여 장기요양등급을 판정받은 경우'를 의미하며, 결론적으로 피보험자의 심신상태가 노인장기요양보험 수급대상에 해당할 정도라는 점이 확인되었더라도, 장기요양등급 판정이 이루어지지 않은 채 보험계약이 소멸했다면 보험기간 중 보험사고가 발생한 것으로 볼 수 없다고 판단한 것이다.

12) 대법원 2008. 11. 13. 선고 2007다19624 판결; 대법원 2014. 6. 12. 선고 2013다208661 판결.

13) 대법원 2010. 11. 25. 선고 2010다45777 판결; 대법원 2010. 10. 15. 선고 2020다234538, 234545 판결 등.

이러한 결론에 이르기 위한 이 사건 보험약관상 ‘보험기간 중 보험사고 발생’ 규정의 해석에 있어서 대법원은 3가지 요소를 중점적으로 고려하였는데, 이는 ① 이 사건 보험약관의 문언, ② 이 사건 보험약관의 목적과 취지, 그리고 ③ 이 사건 보험약관의 내용이 보험계약자의 정당한 이익과 합리적인 기대에 반할 뿐 아니라 사적자치의 한계를 벗어나는 등 무효라고 볼 만한 사정이 있는지이다. 우선 대법원은 ① 이 사건 보통약관 제16조 제1항 및 제2항에 의하면, 이 사건 보험약관에서 보험금 지급사유로 장기요양등급 판정을 요구하고 있음이 문언상 명백하다고 보았다. 또한 ② 이 사건 보험약관이 보험금 지급사유인 ‘노인장기요양보험 수급대상으로 인정되었을 경우’의 의미를 ‘공단 등급판정위원회에 의하여 특정한 장기요양등급을 판정받은 경우’로 정한 것은 보험금 지급사유의 발생 여부를 ‘장기요양등급의 판정’을 통하여 객관적이고 확실히 판단하려는 취지이며, 이는 일정한 장애의 발생사실 자체를 보험사고로 정하는 보험계약과는 목적·취지가 다르다는 점을 제시하였다. 마지막으로 ③ 피보험자가 장기요양인정신청을 하였으나 그 이후에 사망한 경우, 사망시점과 장기요양등급 판정시점의 선후관계에 따라 보험자의 보험금 지급책임 유무가 달라질 수는 있으나, 노인장기요양보험법상 장기요양급여는 그 성질상 피보험자의 생존을 전제하고 있으므로 장기요양인정신청인이 사망한 이후에는 장기요양등급을 판정할 수 없고, 등급판정위원회가 이를 알지 못하여 장기요양등급 판정을 하였더라도 사망자에 대한 장기요양등급 판정은 법률상 유효하다고 보기 어려우므로 이 사건 보험약관에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 것은 아니라고 판단하였다. 결국 이는 등급판정위원회가 장기요양등급 판정을 하기 전에 피보험자의 사망 사실을 알게 되어 판정을 하지 않은 경우나 피보험자가 장기요양인정을 받을 정도의 심신상태에 이르렀으나 장기요양인정신청을 하기 전에 사망하여 판정을 받지 못한 경우와 동일하고, 이 사건 보험계약의 목적 및 취지를 함께 고려하면, 피보험자의 사망시점과 장기요양등급 판정시점의 선후관계에 따라 보험자의 보험금 지급책임 유무가 달라질 수 있다는 사정만으로 이 사건 보험약관의 내용이 보험계약자의 정당한 이익과 합리적인 기대에 반한다거나 사적자치의 한계를 벗어나는 등으로 무효라고 볼 수 없다는 것이다.

Ⅲ. '보험기간 중 보험사고 발생'의 의미와 보험약관의 해석 원칙

1. '보험기간 중 보험사고 발생'의 의미

상법상 보험계약은 일방 당사자가 약정한 보험료를 지급하고 재산이나 생명 또는 신체에 불확정의 사고가 발생하면 상대방이 일정한 보험금 기타 급여를 지급할 것을 약정하는 계약으로 정의되어 있다(상법 제638조). 따라서 보험계약에 따른 보험자의 보험금 지급책임이 발생하기 위하여는 ① 보험계약에서 정한 보험사고가 발생하였을 것, ② 이와 같은 보험사고가 보험기간 중에 발생하였을 것, 그리고 ③ 보험계약자가 보험료를 지급하였을 것이 요구된다.¹⁴⁾ 즉, 보험자의 보험금 지급책임이 있는지 판단하기 위하여는 그 선결문제로 위 보험금 지급책임 발생 요건 중 위 ①의 요건과 위 ②의 요건에 해당하는 '보험기간 중 보험사고 발생' 여부에 대한 판단이 확정되어야 한다.¹⁵⁾

먼저 '보험기간'이란 보험자의 책임이 시작되어 종료할 때까지의 기간으로, 책임기간 혹은 위험기간이라고도 한다.¹⁶⁾ 위에서 살펴본 보험자의 보험금 지급책임 발생 요건 중 ②번 요건에서 확인할 수 있듯이, 보험자는 원칙적으로 보험기간 중에 발생한 보험사고에 대한 책임만을 부담한다. 이와 같이 보험사고는 보험기간 중에 발생하여야 하나, 보험사고로 인한 손해가 보험기간 중에 발생하거나 보험금 청구를 보험기간 중에 할 것까지 요구되지는 않으므로, 보험기간 종료 후에 손해가 발생하였거나 보험기간 종료 후에 보험금을 청구하였더라도 보험사고가 보험기간 중에 발생하였다면 보험자는 보험금 지급책임을 부담한다.¹⁷⁾ 보험기간 중에 보험사고가 발생했다는 점에 대한 입증책임은 보험계약자가 부담한다.¹⁸⁾ 한편 보험기간은 보험계약기간, 즉 보험계약이 성립하여 존속하는 기간과는 구별되는 개념으로, 당사자 사이의 별도 약정이 없으면 보험기간과 보험계약기간이 일치한다고 보지만, 보험자가 책임을 부담하는 기간을 명확하게 확정하고 당사자간 분쟁을 방지하기 위하여 실제로는 일반적으로 보험기간에 대한 특약을 둔다.¹⁹⁾

14) 장덕조, 「보험법」 제6판, 법문사, 2023, 155면.

15) 최병규, "인보험상 보험사고", 「일감법학」 제15권, 건국대학교 법학연구소, 2009, 321면.

16) 정찬형, 「상법강의(하)」 제23판, 박영사, 2022, 586면.

17) 한기정, 「보험법」 제3판, 박영사, 2021, 296면.

18) 박세민, 「보험법」 제7판, 박영사, 2023, 153면.

그리고 ‘보험사고란 보험자의 책임을 발생시키는 사건으로, 위험이라고 표현되기도 한다.²⁰⁾ 상법상 보험사고는 보험계약의 한 요소로 규정되어 있을 뿐이며(상법 제638조), 보험사고를 명시적으로 정의하고 있는 상법 규정이 존재하지는 않는다. 다만 학계에서는 대부분 보험사고를 보험자의 보험금 지급책임과 연계하여 정의하는데,²¹⁾ 보험자의 보험금 지급책임을 발생시키거나 구체화 현실화시키는 사고·사건·위험 등으로 설명하고 있다.²²⁾ 판례도 보험사고의 의미에 대하여 “보험계약에서 보험자의 보험금 지급책임을 구체화시키는 불확정한 사고”라고 여러 차례 판시하여 왔으며,²³⁾ 이는 보험사고의 의미를 보험자의 급부의무와 관련지어 파악하는 학계의 입장과 같은 취지로 보인다.

보다 구체적으로 인보험에서 각 보험의 종류에 따른 보험사고의 내용을 살펴보자면, 상법상 생명보험에 대하여는 ‘피보험자의 사망, 생존, 그리고 사망과 생존에 관한 보험사고’ 발생시에 보험자의 급부의무가 발생한다고 규정하고 있으며(상법 제730조), 상해보험의 경우 ‘신체의 상해에 관한 보험사고’ 발생시에(상법 제737조), 질병보험의 경우 ‘피보험자의 질병에 관한 보험사고’ 발생시에 각각 보험자의 급부의무가 발생한다고 규정하고 있다(상법 제739조의2). 이와 같이 상법에서는 인보험의 보험사고에 대하여 상당히 포괄적인 방식으로 규정하고 있으며,²⁴⁾ 인보험 중 제3보험의 일종인 간병보험에 대하여는 상법상 별도의 규정이 없으므로 당연히 보험사고에 관한 규정 역시 존재하지 않는다. 결국 개별 보험계약에서 담보하는 보험사고가 무엇인지는 보험약관이나 보험증권에 기재된 바에 따르며, 이렇게 당사자 사이의 약정으로 정한 보험사고가 발생한 경우에만 보험

19) 정찬형, 앞의 책, 586면.

20) 양승규, 「보험법」 제5판, 삼지원, 2005, 100면.

21) 김재걸, “보험법상 보험사고의 의미에 대한 일 고찰”, 「기업법연구」 제18권 제1호, 2004, 10면.

22) 박세민, 앞의 책, 158면; 이기수/최병규/김인현, 「보험·해상법」 제9판, 박영사, 2015, 81면; 정찬형, 앞의 책, 583면; 한기정, 앞의 책, 41면.

23) 대법원 1998. 2. 13. 선고 96다19666판결; 대법원 2000. 3. 24. 선고 98다25177 판결; 대법원 2006. 4. 28. 선고 2004다16976 판결; 대법원 2007. 2. 9. 선고 2006다28533 판결; 대법원 2010. 3. 11. 선고 2009다41366 판결; 대법원 2014. 7. 24. 선고 2013다27978 판결; 대법원 2015. 11. 26. 선고 2013다62490 판결; 대법원 2020. 3. 12. 선고 2016다225308 판결; 대법원 2021. 2. 25. 선고 2020다248698 판결; 대법원 2022. 3. 31. 선고 2021다294902 판결.

24) 상법상 생명보험·상해보험에서 보험금의 지급과 관련한 개념 정의가 너무 막연하게 규정되어 있어 구체적인 사안에서 실질적인 도움이 되지 않는다는 비판이 제기되고 있다(최병규, 앞의 논문, 309면).

지는 보험금 지급책임을 부담하게 된다.²⁵⁾ 보험자의 책임범위를 명확하게 하기 위하여 보험사고의 범위에 대하여는 특정성이 요구되며, 이 범위를 벗어나면 보험사고의 발생이 인정되지 않는다.²⁶⁾ 결국 구체적인 사안에서 보험사고의 내용이 무엇인지, 그리고 더 나아가서 보험기간 중 보험사고가 발생하였는지의 판단에 있어서 핵심은 보험계약과 이에 편입된 보험약관의 해석 문제이다.²⁷⁾

2. 보험약관의 해석 원칙

(1) 보험약관의 의의

보험계약은 위험단체에 기초하여 보험자가 다수의 보험계약자와 동일한 내용의 계약을 체결하는 다수계약이자 정형화된 보험약관에 의하여 이루어지는 부합계약으로,²⁸⁾ 보험계약의 해석 문제는 일반적으로 보험약관의 해석 문제와 직결된다. 보험약관은 보통거래약관의 일종으로, 보험자가 불특정 다수인과 동종의 위험에 대한 수개의 보험계약을 체결하기 위하여 일방적으로 작성한 정형적인 계약이다.²⁹⁾ 보험약관은 보험계약의 성질상 다수의 보험가입자를 상대방으로 하므로 그 내용을 정형화할 필요가 있다는 기술적 요구에 의하여 만들어진 것으로, 특히 위험단체에 기초하는 보험계약은 그 구성원을 개별적으로 달리 취급하지 않고 동일하게 취급하여야 한다는 점에서 보험약관의 존재 의의가 있다.³⁰⁾

25) 박세민, 앞의 책, 158면.

26) 이기수/최병규/김인현, 앞의 책, 81면.

27) 한기정, 앞의 책, 294면.

28) 장덕조, 앞의 책, 54면. 한편 보험약관의 종류는 크게 보통보험약관, 특별보통보험약관 및 특별보험약관의 3가지로 구분할 수 있다(양승규, 앞의 책, 63면). 보통보험약관은 보험계약의 일반적이고 표준적인 내용을 담고 있는 가장 기본적인 형태이며, 특별보통보험약관은 보다 상세한 내용의 약관을 필요로 할 때 보통보험약관을 보충하기 위하여 이용되는 것으로, 보험자가 미리 정형적으로 작성하여 보험계약자에게 제시한다는 점에서 보통보험약관과 성질은 동일하고, 반면 특별보험약관은 보험자와 보험계약자 사이의 개별적 합의에 의한 약정으로 예외적으로 이용된다(박세민, 앞의 책, 65-66면). 이 글에서 '보험약관'은 논의의 편의를 위하여 보통보험약관과 특별보통보험약관으로 한정한다.

29) 박세민, 앞의 책, 63-64면.

30) 맹수석, "보험약관의 법적 쟁점과 최근 대법원 판례의 검토", 「법학연구」 제27권 제1호, 충남대학교 법학연구소, 2016, 139-140면.

(2) 보험약관의 해석 원칙

1) 일반적인 계약 해석의 원리

보험약관이 당사자에 대한 구속력을 갖는 근거에 대하여 전통적인 법률행위 이론을 적용하는 의사설³¹⁾의 입장에 의하면 보험약관의 해석에는 일반적인 법률행위, 즉 계약의 해석 원칙이 적용될 수 있는데, 이 경우 계약 당사자의 의사를 확정하기 위한 계약의 해석은 일반적으로 계약의 문언으로부터 출발하여야 하고, 이에 더하여 계약의 맥락을 고려하여야 한다.³²⁾ 따라서 보험약관의 해석에 있어서도 마찬가지로 보험약관 조항의 문언에서 출발하여 그 맥락을 고려하여야 할 것이다. 판례도 계약 해석의 기본 원리에 대하여 “법률행위의 해석은 당사자가 그 표시행위에 부여한 객관적인 의미를 명백하게 확정하는 것으로서, 계약문서에 나타난 당사자의 의사해석이 문제되는 경우에는 문언의 내용, 약정이 이루어진 동기와 경위, 약정으로 달성하려는 목적, 당사자의 진정한 의사 등을 종합적으로 고찰하여 논리와 경험칙에 따라 합리적으로 해석하여야 한다”고 하여 계약의 문언과 맥락을 중시하는 취지로 여러 차례 판시한 바 있고³³⁾ 보험약관의 해석에 있어서도 이와 유사하게 문언을 중심으로 맥락을 고려하는 일반적인 계약 해석의 원리를 적용하고 있다.³⁴⁾

2) 약관규제법상 약관의 해석 원칙

한편 보험약관의 구속력의 근거에 대한 견해의 차이를 불문하고, 보험약관은

- 31) 판례는 “보험약관이 계약당사자 사이에 구속력을 갖는 것은 그 자체가 법규범이거나 또는 법규범적 성질을 가지기 때문이 아니라 당사자가 약관의 규정을 계약 내용에 포함시키기로 합의하였기 때문”이라고 하여, 의사설의 입장을 취하고 있다(대법원 1991. 9. 10. 선고 91다20432 판결; 대법원 2017. 6. 15. 선고 2013다215454 판결; 대법원 2017. 9. 26. 선고 2015다245145 판결; 대법원 2019. 3. 28. 선고 2016다211224 판결 등).
- 32) 권영준, “자살과 재해사망보험금 지급에 관한 보험약관의 해석”, 「재산법연구」 제32권 제3호, 한국재산법학회, 2015, 217면.
- 33) 대법원 1997. 12. 12. 선고 97다5060 판결; 대법원 2005. 5. 27. 선고 2004다60065 판결; 대법원 2017. 6. 22. 선고 2014다225809 전원합의체 판결 등.
- 34) “보험계약의 주요한 부분인 보험사고나 보험금액의 확정절차는 보험증권이나 약관에 기재된 내용에 의해 결정되는 것이 보통이지만, 보험증권이나 약관의 내용이 명확하지 않은 경우에는 이에 더하여 당사자가 보험계약을 체결하게 된 경위와 과정, 동일한 종류의 보험계약에 관한 보험회사의 실무 처리 관행 등 여러 사정을 참작하여 결정하여야 한다”(대법원 2001. 6. 29. 선고 99다55786 판결; 대법원 2008. 11. 13. 선고 2007다19624 판결; 대법원 2014. 6. 12. 선고 2013다208661 판결 등). 이와 같이 판례에서 제시되어 온 보험약관 해석의 법리는 대상판결에서도 동일하게 원용되었다.

원칙적으로 보통거래약관의 일종으로서 약관규제법의 적용을 받으므로, 보험약관의 해석에는 약관규제법상 약관의 해석 원칙이 적용된다.³⁵⁾ 이하에서는 보험약관에 적용되는 약관규제법상 약관의 해석 원칙 중 대상판결의 내용과 연관성이 있는 신의성실의 원칙, 객관적 해석의 원칙, 작성자 불이익의 원칙 및 효력유지적 축소해석의 내용을 살펴보고자 한다.³⁶⁾

첫 번째로, 보험약관은 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 해석하여야 한다는, 약관 해석의 기본 원칙인 신의성실의 원칙이 있다(약관규제법 제5조 제1항). 보험약관의 작성자인 보험자는 계약의 상대방인 보험계약자의 정당한 이익과 합리적인 기대에 반하지 않고 형평에 맞도록 보험약관 조항을 작성하여야 하는데, 이를 달성하기 위한 보험약관의 해석 원칙이자 보험자의 행위원칙이 바로 신의성실의 원칙이다.³⁷⁾ 다만 신의성실의 원칙 자체가 약관의 특유한 해석 원칙은 아니며, 계약 해석의 일반 원리를 약관의 해석에도 인정하는 것으로 이해된다.³⁸⁾ 신의성실의 원칙은 단순한 원칙규정이거나 다른 항변과 더불어 행사되어야 하는 것은 아니고,³⁹⁾ 그 자체가 약관 해석의 중요한 원리로 작동함과 동시에 다른 약관 해석 원칙들과 법원에 의한 약관의 내용통제 및 수정해석 또는 효력유지적 축소해석의 근거가 된다.

두 번째로, 보험계약을 체결한 다수의 보험계약자들에 대하여 보험약관을 적용하고 해석할 때 이들을 서로 다르게 취급해서는 안 된다는 객관적 해석의 원칙이 있다.⁴⁰⁾ 약관규제법 제5조 제1항 후단에서는 약관은 고객별로 다르게 해석하여서는 안 된다고 규정하고 있다. 이러한 객관적 해석의 원칙은 보험단체 혹은 위험단체에 기초한다는 보험약관의 특성을 고려하였을 때 일반적인 약관에 비하

35) 맹수석, 앞의 논문, 154면. 다만 보험약관에 대하여는 그 특수성을 고려하여 약관규제법의 적용을 배제해야 한다는 견해도 있다(양승규, 앞의 책, 66면).

36) 그 밖에도 약관규제법 제4조에 따른 개별약정 우선원칙이 있는데, 이는 보험계약의 당사자가 보험약관의 전부나 일부에 대하여 이와 다른 내용의 개별적인 약정을 하였다면 그 약정이 보험약관에 우선한다는 원칙이다(박세민, 앞의 책, 74면; 김효신, “약관규제의 일반원칙과 수정해석”, 「법학논고」 제13권, 경북대학교 법학연구소, 1997, 261면).

37) 박세민, 앞의 책, 79면.

38) 이기수/최병규/김인현, 앞의 책, 40면; 이병준, 「약관법론」 초판, 세창출판사, 2023, 207-208면; 한기정, 앞의 책, 170면.

39) 최병규, “약관해석의 특수성과 제도운용방안”, 「경제법연구」 제13권 제1호, 한국경제법학회, 2014, 71면.

40) 박세민, 앞의 책, 84면.

여 보험약관에서 특히 더 큰 중요성을 갖는다.⁴¹⁾ 대법원은 보험약관을 해석할 때 객관적 해석의 원칙을 일관적으로 적용하고 있으며, 이와 관련하여 보험약관의 해석은 일반적인 법률행위나 계약의 해석과 달리 개별 계약 당사자의 목적 또는 의사가 아닌 평균적 고객의 이해가능성을 기준으로 이루어져야 하되, 보험단체 전체의 이해관계를 참작하여 객관적·획일적 해석을 하여야 한다고 실시하여,⁴²⁾ ‘평균적 고객의 이해가능성’과 ‘보험단체 전체의 이해관계’라는 구체적인 판단 기준을 제시하고 있다.

세 번째로, 보험약관의 뜻이 불명확한 경우에는 보험계약자에게 유리하게 해석하여야 한다는 작성자 불이익의 원칙이 있다. 약관규제법 제5조 제2항에서는 약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 고객에게 유리하게 해석되어야 한다고 정하고 있다. 다만 작성자 불이익의 원칙이 적용되기 위하여는 약관 조항의 해석에 있어서 실제로 불명확성이나 의문이 존재하여야 하며, 약관 조항의 의미에 관하여 당사자들 사이에 다툼이 있더라도 법적으로 명확한 경우에는 불명확성이 존재하지 않는다고 본다.⁴³⁾ 만약 이러한 불명확성이 존재하지 않는 경우에도 작성자 불이익의 원칙을 만연하게 적용하게 된다면, 보험료 인상이나 보험자의 담보 범위 축소 등 궁극적으로 보험계약자에게 불리한 결과를 초래할 수 있다는 가능성도 지적되고 있다.⁴⁴⁾ 대법원도 보험약관을 해석할 때 작성자 불이익의 원칙을 적용하고 있으나, 보험약관의 특정 조항에 대하여 신의성실의 원칙이나 객관적 해석의 원칙 등 여러 약관 해석의 원칙을 모두 적용했음에도 불구하고, 여전히 객관적으로 다의적인 해석이 가능하고 그 각각의 해석이 모두 합리성을 가지고 있는 등 해당 보험약관 조항의 의미가 불명확한 경우에는 중구곡적으로 약관의 작성자인 보험자에게 불이익하게, 그리고 보험계약자에게 유리하게 해석하여야 한

41) 정찬형, 앞의 책, 555면.

42) 대법원 1995. 5. 26. 선고 94다36704 판결; 대법원 2009. 1. 30. 선고 2008다68944 판결; 대법원 2009. 5. 28. 선고 2008다81633 판결; 대법원 2009. 8. 20. 선고 2007다64877 판결; 대법원 2009. 11. 26. 선고 2008다44689 판결; 대법원 2010. 11. 25. 선고 2010다45777 판결; 대법원 2011. 4. 28. 선고 2010다106337 판결; 대법원 2014. 9. 4. 선고 2013다66966 판결; 대법원 2017. 1. 25. 선고 2014다20998 판결; 대법원 2019. 10. 31. 선고 2016다258063 판결; 대법원 2020. 10. 15. 선고 2020다234538 판결; 대법원 2023. 6. 15. 선고 2021다206691 판결 등.

43) 이병준, 앞의 책, 237면.

44) 유주선, “보험계약상 작성자불이익원칙에 관한 연구”, 「상사판례연구」 제32권 제3호, 한국상사판례학회, 2019, 115면.

다고 하여, 작성자 불이익의 원칙의 보충성에 대하여 명확히 판시하고 있다.⁴⁵⁾

마지막으로, 보험약관을 해석함에 있어 신의성실의 원칙을 준수하기 위해 보험약관 조항의 내용을 일정한 범위로 축소하거나 제한하는 수정해석 또는 효력유지적 축소해석의 원리가 있다.⁴⁶⁾ 보험약관의 해석과 내용통제 사이의 경계가 반드시 명확하지는 않으며, 수정해석 또는 효력유지적 축소해석은 '해석'이라는 표현을 사용하여 지칭되기는 하나 본연의 계약 해석과는 그 성질이 다르므로, 법원에 의한 보험약관의 내용통제 방법이라고 볼 수도 있다.⁴⁷⁾ 수정해석 또는 효력유지적 축소해석에 대하여 약관규제법상 명시적인 근거 규정이 있지는 않으나, 약관규제법에서 정하는 신의성실의 원칙은 보험약관에 대한 해석의 기준이기도 하고(약관규제법 제5조 제1항), 동시에 내용통제의 기준이기도 하므로(약관규제법 제6조 제1항), 이는 신의성실의 원칙에 기반한다고 볼 수 있다. 또한 약관 조항의 수정해석 또는 효력유지적 축소는 약관규제법 제16조에 의한 '일부무효'와는 구별되는 것으로, '일부무효'는 하나의 약관을 구성하는 여러 약관 조항 중에 계약에 편입되지 못하거나 무효인 조항을 제외한 나머지 조항들의 효력을 유지시키는 것이며, 수정해석 또는 효력유지적 축소해석은 하나의 약관 조항 내에서 불공정한 부분은 무효화하고 나머지 부분은 유효하게 존속시키는 방향으로 해석하는 것이다.⁴⁸⁾ 우리나라의 대법원은 신의성실의 원칙에 기반한 보험약관 조항의 수정해석을 인정하고 있다.⁴⁹⁾

45) 대법원 1991. 12. 24. 선고 90다카23899 전원합의체 판결; 대법원 1996. 6. 25. 선고 96다12009 판결; 대법원 2005. 4. 15. 선고 2004다65138 판결; 대법원 2005. 10. 28. 선고 2005다35226 판결; 대법원 2007. 2. 22. 선고 2006다72093 판결; 대법원 2007. 9. 6. 선고 2006다55005 판결; 대법원 2009. 5. 28. 선고 2008다81633 판결; 대법원 2010. 7. 22. 선고 2010다28208 판결; 대법원 2011. 7. 28. 선고 2011다30147 판결; 대법원 2015. 5. 28. 선고 2012다50087 판결; 대법원 2016. 5. 12. 선고 2015다243347 판결; 대법원 2019. 3. 14. 선고 2018다260930 판결 등.

46) 박세민, 앞의 책, 82면.

47) 한기정, 앞의 책, 171면. 보험약관 조항 내용의 불공정성 등을 심사하여 그 조항의 효력 유무를 결정하는 내용통제는 구체적 계약관계를 전제로 하지 않고 보험약관 조항 자체의 내용을 심사하여 그 효력 유무를 결정하는 추상적 내용통제와 구체적 계약관계에서 당사자의 권리와 의무를 확정하기 위한 선결문제로 보험약관 조항의 효력 유무를 결정하는 구체적 내용통제로 구분할 수 있는데, 우리나라에서는 주로 추상적 내용통제는 공정거래위원회가, 그리고 구체적 내용통제는 법원이 담당하고 있다(김효신, 앞의 논문, 259-260면).

48) 김효신, 앞의 논문, 271-272면.

49) “약관의 내용통제원리로 작용하는 신의성실의 원칙은 보험약관이 보험사업자에 의하여 일방적으로 작성되고 보험계약자로서는 그 구체적 조항내용을 검토하거나 확인할 충분한 기회가 없이 보험계약을 체결하게 되는 계약성립의 과정에 비추어, 약관작성자는 계약상대방의 정당한 이익과 합리적

이러한 약관의 효력유지적 축소해석(geltungserhaltende Reduktion) 인정 여부에 대하여는 특히 독일에서 많은 논의가 이루어졌으므로,⁵⁰⁾ 국내의 논의에 있어서도 이를 참고할 수 있다. 독일에서 효력유지적 축소해석을 부정하는 견해는 약관 작성자가 약관 조항이 전부 무효화될 위험 없이 허용되지 않는 약관 조항을 작성할 수 있도록 하여 약관규제법의 예방적 억제력을 저해한다는 점을 주된 논거로 제시하고 있으며,⁵¹⁾ 반면 긍정하는 견해는 효력유지적 축소해석은 합리적인 범위 내에서 약관 조항의 효력을 유지하는 것으로 이를 인정하지 않고 약관 조항을 전부 무효화한다면 작성자에게 과도한 부담을 준다는 근거를 들고 있다.⁵²⁾ 독일의 판례는 일정한 예외적인 경우를 제외하고는 기본적으로 효력유지적 축소해석을 부정하고 있다.⁵³⁾

3. 소결

보험자의 보험금 지급책임이 성립하기 위한 요건인 보험기간 중 보험사고 발생 여부를 판단하기 위하여는, 결국 당해 보험계약에 편입된 보험약관의 관련 조항을 해석하여 그 의미를 확정하여야 한다. 보험약관의 해석은 보험약관이 보험계약자에 대한 구속력을 갖는 근거를 어디에서 찾는지와도 밀접한 관련이 있는데, 그 근거를 당사자 사이의 합의에서 찾는다면, 보험약관의 해석에는 계약 해석의 기본 원리가 적용되므로 보험약관 조항의 문언을 기초로 하여 그 목적·취지 등 맥락을 고려하여 해석하여야 한다. 이에 더하여 약관규제법에서 정하고 있는 신의성실의 원칙, 객관적 해석의 원칙, 작성자 불이익의 원칙 등 여러 약관 해석

인 기대 즉 보험의 손해전보에 대한 합리적인 신뢰에 반하지 않고 형평에 맞게끔 약관조항을 작성하여야 한다는 행위원칙을 가리키는 것이며, 보통거래약관의 작성이 아무리 사적자치의 영역에 속하는 것이라고 하여도 위와 같은 행위원칙에 반하는 약관조항은 사적자치의 한계를 벗어나는 것으로서 법원에 의한 내용통제 즉 수정해석의 대상이 되는 것은 지극히 당연하다. 그리고 이러한 수정해석은 조항전체가 무효사유에 해당하는 경우 뿐만 아니라 조항일부가 무효사유에 해당하고 그 무효부분을 추출배제하여 잔존부분만으로 유효하게 존속시킬 수 있는 경우에도 가능한 것이다”(대법원 1991. 12. 24. 선고 90다카23899 전원합의체 판결).

50) 김화, “약관에 있어서 효력유지적 축소해석 - 독일법상의 논의를 중심으로”, 「민사법학」 제82권, 한국민사법학회, 2018, 107면.

51) Fornasier, *Freier Markt und zwingendes Vertragsrecht*, Duncker & Humblot, 2013, S184f.

52) Mäsch, *Staudinger BGB*, C.H. Beck, 2019, Rn. 27.

53) BGH, NJW 1982, S2309ff.

원칙 또한 적용될 수 있다. 그리고 우리나라의 판례는 보험약관 조항에 대한 효력유지적 축소해석을 인정하고 있으므로, '보험기간 중 보험사고 발생'에 관한 보험약관 조항이 효력유지적 축소해석을 통한 내용통제의 대상이 될 수 있는지도 고려하여야 한다.

IV. 간병보험의 '보험기간 중 보험사고 발생' 약관 조항에 대한 해석

1. 들어가며

보험계약에 따른 보험자의 보험금 지급책임이 있는지 판단하기 위하여는 보험기간 중 보험사고가 발생하였어야 하므로, 해당 보험계약에 편입된 보험약관의 '보험기간 중 보험사고 발생' 조항에 대한 해석이 선행되어야 한다. 이는 간병보험계약에 따른 보험자의 간병보험금 지급책임 발생 여부를 판단할 때에도 마찬가지이므로, 간병보험 약관의 '보험기간 중 보험사고 발생' 조항을 어떻게 해석할지가 중요한 문제가 된다.

이때 보험약관의 해석에 계약 해석의 기본 원리를 적용할 수 있다는 전제하에, 간병보험 약관 조항의 문언에서부터 출발하여 이와 관련된 맥락, 즉 간병보험의 목적과 취지, 간병보험에 관한 보험업계의 실무 처리 관행 등을 고려하여 해석하여야 한다. 또한 약관규제법상 다양한 약관 해석의 원칙이 적용될 수 있는데, 신의성실의 원칙을 준수하여 공정하게 해석하여야 하며, 평균적 고객의 이해가능성을 기준으로 보험단체 전체의 이해관계를 고려하는 객관적 해석의 원칙에 따라 해석하여야 하고, 만약 해당 간병보험 약관 조항의 의미가 불명확하다면 작성자 불이익의 원칙을 적용할 수 있을 것이다. 마지막으로 이러한 해석의 결과 간병보험 약관의 '보험기간 중 보험사고 발생' 조항이 신의성실의 원칙 등에 위배된다면 이에 대한 수정해석 또는 효력유지적 축소해석을 적용할 수 있는지도 검토하여야 할 것이다.

이하에서는 간병보험 약관에서 '보험기간 중 보험사고 발생' 조항의 해석에 관

한 법적 논의를 전개하기 위하여, 우선 다른 보험과 구별되는 간병보험의 특성을 파악하고자 간병보험의 의의와 법적 성격을 살펴본 후, 우리나라의 보험회사들이 판매하는 간병보험 약관에서 ‘보험기간 중 보험사고 발생’ 조항을 어떻게 규정하고 있는지 그 발전 과정과 현황을 정리하고자 한다. 그리고 대상판결 이전에 질병보험·상해보험 등 다른 제3보험에서 유사한 ‘보험기간 중 보험사고 발생’ 조항에 대한 해석이 어떻게 이루어졌는지 기존의 판례와 분조위 조정결정에 대한 분석을 한 후, 이를 기반으로 이 사건 보험약관의 ‘보험기간 중 보험사고 발생’ 조항에 대한 대상판결의 해석론이 타당한지 보험약관의 해석 원칙을 적용하면서 기존 선례의 해석론과 비교하여 보고, 대상판결의 의의와 한계를 검토하고자 한다.

2. 간병보험의 법적 성격과 ‘보험기간 중 보험사고 발생’ 약관 조항

(1) 간병보험의 의의와 법적 성격

보험업감독규정상 간병보험은 치매 또는 일상생활장해 등 타인의 간병을 필요로 하는 상태 및 이로 인한 치료 등의 위험에 관하여 금전 및 그 밖의 급여를 지급할 것을 약속하고 대가를 수수하는 보험으로 정의되어 있다(보험업감독규정 제1-2조의2 및 [별표 1] 보험 종류(계약) 구분기준(제1-2조의2 관련) 제3호). 보험업법에서는 2003년 8월 개정시에 제3보험 개념을 도입하면서 간병보험을 상해보험, 질병보험과 함께 제3보험으로 구분하였고(보험업법 제4조 제1항 제3호 다목), 이러한 제3보험 보험상품은 일정한 요건을 갖춘 생명보험회사와 손해보험회사 모두 취급할 수 있다(보험업법 제4조 제3항).

간병보험은 정부가 운영하는 공적 보험인 노인장기요양보험법상 장기요양보험⁵⁴⁾을 보완하는 민영보험이라는 점에서, 역시 공적 보험인 국민건강보험법상 건강보험을 보완하는 민영보험인 질병보험과 유사한 측면이 있다. 질병보험의 경우 2014년 3월 상법 개정으로 제3장 인보험, 제4절에 관련 규정이 신설되었는데, 상법 제739조의2에 따라 질병보험계약의 보험자는 피보험자의 질병에 관한 보험

54) 노인장기요양보험법에 따른 장기요양보험은 65세 이상의 노인이나 치매·뇌혈관성질환 등 노인성질환이 있는 65세 미만의 자가 6개월 이상 혼자 일상생활의 수행이 어려워 수급자로 판정받은 경우, 장기요양기관으로부터 신체활동, 가사활동, 인지활동 지원 등 장기요양급여를 받을 수 있는 제도이다(국민건강보험공단, “노인장기요양보험 급여이용 안내” (2023. 3.), 4면).

사고가 발생할 경우 보험금이나 그 밖의 급여를 지급할 책임이 있으며, 상법 제 739조의3에 따라 질병보험에 관하여는 그 성질에 반하지 않는 범위에서 생명보험 및 상해보험에 관한 규정을 준용하도록 정하고 있다. 질병보험과 달리 간병보험에 대하여는 상법상 별도의 명시적인 규정이 아직 존재하지 않으나, 간병보험은 사람의 신체에 관한 보험사고를 보장하는 것이므로 같은 제3보험으로 분류된 상해보험·질병보험과 마찬가지로 인보험의 성격을 갖는다. 다만 정액 지급 방식이 아닌 실손보상 방식으로 설계된 간병보험의 경우, 실제 손해액을 보상하는 방식의 상해보험·질병보험과 마찬가지로 인보험의 성격뿐만 아니라 손해보험의 성격을 함께 갖는다.

(2) '보험기간 중 보험사고 발생' 약관 조항의 발전 연혁과 현황

미국에서는 민영 간병보험이 1970년대 후반부터 1980년대 초반에 '요양시설보험(nursing home insurance)'의 형태로 판매되기 시작하였으며,⁵⁵⁾ 일본에서는 1985년에 생명보험회사인 AFLAC이 최초로 '치매개호보험'을 개발하였다.⁵⁶⁾ 우리나라에서는 1998년에 최초로 정액형 장기요양(LTC)보험의 형태로 민영 간병보험이 도입되었으나, 당시 사회 전반에서 간병보험의 필요성에 대한 인식의 정도가 낮고 보험금 지급 조건도 까다로워서 판매 실적은 미미하였고⁵⁷⁾ 이후 보험업법에서 제3보험 개념이 도입된 2003년부터 간병보험이 본격적으로 출시되기 시작하였다.⁵⁸⁾ 현재는 생명보험회사와 손해보험회사 모두 간병보험 상품을 적극적으로 판매하고 있으며, 2022년 기준 간병·치매보험 가입자는 약 799만 명으로 집계되어 전체 국민 대비 가입률이 15.5%에 달하였다.⁵⁹⁾

간병보험 약관에서 '보험기간 중 보험사고 발생' 조항을 규정하는 방식은 크게

55) Eric C. Nordman, "The State of Long-Term Care Insurance: The Market, Challenges and Future Innovations", *CIPR Study Series*, 2016-1, National Association of Insurance Commissioners & The Center for Insurance Policy and Research, 2016, p2.

56) 강성호/김혜란, "노인장기요양서비스 현황과 보험회사의 역할 제고 방향", 연구보고서 2019-11, 보험연구원, 2019, 46면.

57) 김석영, "노인장기요양보험의 보장범위 확대와 민영장기요양보험의 문제점", 「KIRI Weekly」 제 237호, 보험연구원, 2013, 5면.

58) 금융감독원 보도자료, 앞의 글, 1면.

59) 보험개발원 보도자료, "행복한 노년을 위한 준비, 간병·치매보험과 함께!", 생명장기손해보험부문 장기손해보험팀 (2023. 11. 2.), 4면.

3가지 유형으로 구분할 수 있다. 우선 ① 회사 기준, 즉 해당 보험회사에서 인정하는 활동불능이나 중증치매 등 인식불명 상태의 진단확정을 기준으로 규정하는 방식이 있으며, ② 공적 기준, 즉 노인장기요양보험법에 따른 공단 등급판정위원회의 장기요양등급 판정을 기준으로 규정하는 방식이 있고, 마지막으로 ③ 혼합형, 즉 회사 기준과 공적 기준을 혼합하여 규정하는 방식이 있다.⁶⁰⁾

보다 구체적으로는, 노인장기요양보험법에 의한 노인장기요양보험제도 시행 전에는 보험회사들이 각자 독자적인 회사 기준을 사용하여 간병보험 약관의 ‘보험기간 중 보험사고 발생’ 조항을 작성하였는데, 특히 활동불능 상태의 판단에 있어서는 주로 5가지 일상생활 동작(이동, 식사, 화장실 사용, 목욕, 옷입기)의 수행이 가능한지 여부를 기준으로 하였다.⁶¹⁾ 예를 들어 2003년 출시된 삼성생명보험주식회사(이하 “삼성생명”)의 ‘무배당삼성실버케어보험(보장형)’ 보험약관에서는 보험기간 중 피보험자가 최초로 일상생활장해상태나 치매상태로 진단이 확정되었을 때 보험금을 지급한다고 규정하였으며(동 보험약관 제19조 제1호), 이때 ‘일상생활장해상태’는 피보험자가 재해나 질병으로 인하여 특별한 보조기구를 사용하여도 생명유지에 필요한 일상생활 기본동작들을 스스로 할 수 없는 상태로, 이동(보행)을 스스로 할 수 없는 상태이자 동시에 식사, 화장실 사용, 목욕, 옷입기 중 하나 이상을 스스로 할 수 없는 상태로서 발생시로부터 90일 이상 계속되어 장래에 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 상태라고 정의하였다(동 보험약관 제17조 제1항). 즉, 간병보험 약관의 ‘보험기간 중 보험사고 발생’을 보험기간 중 활동불능이나 인식불명 상태의 진단확정으로 규정하였으며, 활동불능 상태를 5가지 일상생활 동작 중 일부의 수행이 불가능한 상태로 정의하여 독자적인 회사 기준을 활용하고 있음을 확인할 수 있다.

한편 2008년 노인장기요양보험제도가 시행되면서 민영 간병보험 약관의 ‘보험기간 중 보험사고 발생’ 조항에도 변화가 나타났다. 일부 보험회사들은 회사 기준을 계속 사용하였고, 나머지 보험회사들은 노인장기요양보험법에 따른 공적 기준을 혼용하여 혼합형 약관 조항을 활용하였는데, 이에 대하여는 민원 방지와 신뢰 증진을 위해 다양한 간병보험 상품에서 보험사고로서 장기요양상태에 대한 평가 및 판정 체계를 일원화하여야 한다는 비판이 제기되었다.⁶²⁾ 이후 금융감독

60) 강성호/김혜란, 앞의 글, 26면.

61) 김석영, 앞의 글, 6면.

당국이 혼합형을 사용하지 않는 방향으로 지도하면서, 현재는 대부분의 간병보험 약관에서 공적 기준인 공단 등급판정위원회의 장기요양등급 판정이 보험금 지급 기준으로 활용되고 있다.⁶²⁾ 일례로 교보생명보험 주식회사가 현재 판매 중인 ‘교보돌봄 간병보험(무배당)’의 보험약관(보통약관)에서는 피보험자가 보험기간 중 최초로 경도이상 장기요양상태가 되었을 경우 보험금을 지급한다고 규정하고 있으며(동 보험약관 제5조), 이때 ‘경도이상 장기요양상태’는 만 65세 이상 노인 또는 노인성 질병을 가진 만 65세 미만의 자로서 거동이 현저히 불편하여 장기요양이 필요하다고 판단되어 노인장기요양보험법에 따라 등급판정위원회에서 장기요양 1등급 내지 4등급으로 판정받은 경우라고 정의하고 있다(동 보험약관 제3조 제1항). 또한 메리츠화재해상보험 주식회사가 판매하고 있는 ‘무배당 메리츠 당신 곁에 돌봄 간병보험2404’의 보험약관(보통약관)에서는 피보험자가 보험기간 중 노인장기요양보험 수급대상으로 인정되었을 경우 보험수익자에게 보험금을 지급한다고 규정하고 있으며(동 보험약관 제3조 제1항), 여기에서 ‘노인장기요양보험 수급대상으로 인정되었을 경우’란 공단 등급판정위원회에 의해 1등급 내지 5등급의 장기요양등급을 판정받은 경우라고 정의하고 있다(동 보험약관 제3조 제2항). 결국 세부적인 보험약관 조항의 문언에 있어서는 다소간 차이가 있으나, 기본적으로 모두 공단 등급판정위원회의 장기요양등급 판정이라는 공적 기준을 사용하는 방식을 채택하였음을 확인할 수 있다.

3. ‘보험기간 중 보험사고 발생’ 약관 조항의 해석론에 관한 기존 선례의 검토

(1) 문제의 소재

우리 사회에서 간병보험의 필요성에 대한 인식이 널리 확산되기 시작한 것은 비교적 최근이므로, 대상판결 이전에 간병보험 약관에서 ‘보험기간 중 보험사고 발생’ 조항의 해석론에 대하여는 법률적인 측면에서의 검토와 논의가 거의 이루어지지 않았다. 이러한 점을 고려하면, 간병보험과 마찬가지로 제3보험으로 분류

62) 보험연구원 보도자료, “노인장기요양보험 도입에 대응하여 장기간병보험 운영시스템 전면 보완 필요”, 정책연구실 (2008. 5. 9.), 1면.

63) 강성호/김혜란, 앞의 글, 26면; 김석영, 앞의 글, 7면.

되는 상해보험이나 질병보험 약관의 유사한 조항을 해석한 기존 선례와의 비교도 충분히 의미를 가질 수 있다. 따라서 상해보험·질병보험 등에서 보험약관의 ‘보험기간 중 보험사고 발생’ 관련 조항에 대하여 대법원 2014. 7. 24. 선고 2013다43956, 43963 판결(이하 “2014년 판결”)과 대법원 2013. 7. 26. 선고 2011다70794 판결(이하 “2013년 판결”), 그리고 보다 최근에 있었던 금융분쟁조정위원회 2021. 7. 19.자 제2021-14호 조정결정(이하 “2021년 조정결정”)⁶⁴⁾과 금융분쟁조정위원회 2018. 6. 12.자 제2018-9호 조정결정(이하 “2018년 조정결정”)에서 제시된 해석론을 살펴보고, 이를 간병보험에 대한 대상판결의 해석론과 비교하여 보고자 한다.

(2) 2014년 판결

1) ‘보험기간 중 보험사고 발생’ 약관 조항

2014년 판결에서 문제된 상해보험계약의 보통약관(이하 본 IV.4.(2)에서 “이 사건 보통약관”)과 ‘상해로 인한 재활연금 담보 특별약관(이하 본 IV.4.(2)에서 “이 사건 특별약관”) 중 ‘보험기간 중 보험사고 발생’에 관한 조항은 다음과 같다.⁶⁵⁾

<표 2> 이 사건 보통약관 및 특별약관의 ‘보험기간 중 보험사고 발생’ 관련 조항

보통약관 제3조 (보상하는 손해)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 ‘사고’라고 합니다)로 신체에 상해를 입었을 때에는 그 상해로 인한 손해(이하 ‘손해’라 합니다)를 보상하여 드립니다.

64) 2021년 조정결정에서 문제된 보험계약은 농어업인의 안전보험 및 안전재해예방에 관한 법률에 의해 피보험자가 농작업 중 발생하는 사고 등으로 재해를 입은 경우 신체나 재산에 대한 손해를 보상하는 정책성 보험이므로, 일반적인 상해보험이나 질병보험과는 그 성격이 다르다. 다만 이러한 재해로 인한 신체에 대한 상해 또는 질병을 보험의 목적으로 하는 부분에 한하여는 상해보험·질병보험과 유사한 성격을 갖는다고 볼 수 있으므로, 대상판결에서 제시한 해석론과의 비교 분석 목적을 위하여는 2021년 조정결정의 내용도 참고가 될 수 있을 것으로 생각된다.

65) 실제로 이 사건에서는 동일한 상해보험계약의 ‘교통상해로 인한 재활연금 담보 특별약관’에 따른 보험자의 보험금 지급책임 유무도 판단의 대상이 되었으나, 관련 조항의 구조와 내용이 기본적으로 이 사건 특별약관의 관련 조항과 유사하므로, 논의의 편의를 위하여 이 글에서는 이 사건 특별약관의 관련 조항만 다루기로 한다.

보통약관 제24조 (후유장해보험금)

① 회사는 피보험자가 제3조에서 정한 사고로 상해를 입고 그 직접 결과로서 사고일로부터 180일안에 신체의 일부를 잃었거나 또는 그 기능이 영구히 상실(이하 '후유장해'라 합니다)된 경우에는 [별표1] 각 호에 정한 지급율을 보험가입금액에 곱하여 후유장해보험금으로 피보험자에게 지급하여 드립니다.

② 위 1항에도 불구하고 사고일로부터 180일이 지나도록 [별표1]의 각 호에서 정한 후유장해등급이 확정되지 아니하는 경우에는 사고일로부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 후유장해의 등급으로 결정합니다. 다만, 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간 중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 후유장해 등급을 결정합니다.

특별약관 제1조 (보상하는 손해)

① 우리 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보통약관 제3조에 정한 상해를 입고 그 직접결과로써 사고일로부터 180일 안에 신체의 일부를 잃었거나 또는 그 기능이 영구히 상실되어 [별표1]에 정한 후유장해지급율표의 지급율이 50% 이상에 해당하는 후유장해가 남았을 경우에는 매 사고시마다 이 특별약관에서 정한 보험가입금액의 10%를 손해로 인한 재활연금으로 20년 동안 매년 확정 지급하여 드립니다.

특별약관 제2조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 만기환급금, 사망보험금 및 후유장해보험금은 지급하지 않습니다.

2) 보험약관 조항에 대한 대법원의 해석

대법원은 이 사건 보통약관 제24조 제1항에 대하여 사고일로부터 180일 내에 후유장해의 발생, 즉 신체 일부의 상실이나 그 기능의 영구적 상실이 발생할 것을 요구하고 있으며, 후유장해의 진단확정까지 위 기간 중에 이루어질 것을 요구하지는 않는다고 해석하였다. 이에 따라 대법원은 보험기간 중 사고로 인한 상해가 발생하고, 그 사고와 상당인과관계가 있는 후유장해가 사고일로부터 180일 내에 발생하였다면, 이에 대하여 보험자는 보험금 지급책임이 있고, 그 진단확정은 위 180일 기간은 물론 보험기간 종료 후에 이루어져도 무방하다고 판단하였다. 그리고 이 사건 특별약관과 이에 준용되는 이 사건 보통약관 제24조를 종합적으

로 보았을 때, 사고일로부터 180일 내에 사고로 인한 후유장해가 발생하고 보험 기간 중에 후유장해지급률이 50% 이상에 달할 정도로 장해상태가 악화되면 이 사건 특별약관에 따른 보험자의 보험금 지급의무가 발생하는데, 장해상태의 진단 확정은 앞서와 마찬가지로 보험기간 종료 후에 이루어져도 보험금 지급책임의 성립에는 영향이 없다고 해석하였다.

(3) 2013년 판결

1) ‘보험기간 중 보험사고 발생’ 약관 조항

2013년 판결에서 문제된 질병보험계약의 ‘질병입원의료비담보(갱신형) 특별약관(이하 본 IV.4.(3)에서 “이 사건 보험약관”) 중 ‘보험기간 중 보험사고 발생’에 관한 조항은 다음과 같다.⁶⁶⁾

<표 3> 이 사건 보험약관의 ‘보험기간 중 보험사고 발생’ 관련 조항

제1조 (보상하는 손해)

① 회사는 보험가입증서(보험증권)에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험 기간 중에 질병(다만 보험계약 청약일로부터 과거 5년 이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외)으로 인하여 보험금 지급사유 [병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다) 등에 입원하여 치료를 받은 경우가 발생한 경우 아래의 질병입원의료비를 보상하여 드립니다.

1. 입원실료 : 진찰료, 기준병실(해당 병원 또는 의원에서 국민건강보험 환자에게 적용하는 기준 병실을 말합니다) 사용료, 환자관리료, 식대
2. 입원제비용 : 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법료, 정신요법료, 처치료, 재료대, 캐스트료, 지정진료비
3. 수술비 : 수술료, 마취료, 수술재료비
4. 병실료차액 : 실제 사용병실(단, 특실 또는 1인실을 사용한 경우는 2인실의 병실료를 기준으로 합니다)과 기준병실과의 병실료 차액

66) 실제로 이 사건에서는 동일한 질병보험계약의 ‘질병통원의료비담보(갱신형) 특별약관에 따른 보험자의 보험금 지급책임 유무도 판단의 대상이 되었으나, 관련 조항의 구조와 내용이 기본적으로 이 사건 보험약관의 관련 조항과 유사하므로, 논의의 편의를 위하여 이 글에서는 이 사건 보험약관의 관련 조항만 다루기로 한다.

2) 보험약관 조항에 대한 대법원의 해석

2013년 판결에서 대법원은 보험약관의 해석 원칙에 관한 기존 판례 법리를 원용하여 이 사건 보험약관의 해석에 적용하였는데, 특히 약관규제법상 신의성실의 원칙에 근거한 객관적 해석의 원칙과 작성자 불이익의 원칙에 중점을 두었다. 즉, 보험약관은 신의성실의 원칙에 따라 그 목적·취지를 고려하여 공정하고 합리적으로 해석하되, 개별 계약 당사자가 기도한 목적이나 의사가 아닌 평균적 고객의 이해가능성을 기준으로, 보험단체 전체의 이해관계를 고려하여 객관적·확실적 해석을 하여야 하며, 위와 같은 해석 이후에도 약관 조항의 다의적인 해석이 가능하고 그 각각의 해석이 합리적인 등 당해 약관의 뜻이 불명확한 경우에는 고객에게 유리하게 해석하여야 한다는 것이다(대법원 2009. 5. 28. 선고 2008다81633 판결 등 참조).

이와 같은 보험약관의 해석 원칙에 기초하여, 대법원은 이 사건 보험약관 제1조 제1항은 보험기간 중 질병으로 인하여 입원 치료를 받은 경우 보험자가 보험금을 지급하여야 한다고 정하고 있을 뿐, 입원 치료의 원인이 된 질병이 반드시 보험기간 중에 발생하여야 한다는 취지는 아니라고 해석하였다. 즉, 입원 치료의 원인이 된 질병이 보험기간 중 발생하였는지 여부와 관계없이, 피보험자가 질병으로 인하여 보험기간 중 입원 치료를 받았다면 원칙적으로 보험기간 중 보험사고가 발생한 것이므로, 보험자의 보험금 지급책임이 성립한다고 판단함이 합리적이고, 이 사건 보험약관의 취지에 부합한다고 판단하였다.

(4) 2021년 조정결정

1) '보험기간 중 보험사고 발생' 약관 조항

2021년 조정결정에서 문제된 농업인 안전재해보험계약의 보험약관(이하 본 IV.4.(4)에서 “이 사건 보험약관”) 중 ‘보험기간 중 보험사고 발생’에 관한 조항은 다음과 같다.

<표4> 이 사건 보험약관의 '보험기간 중 보험사고 발생' 관련 조항

제9조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표 1] “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다.

4. 보험기간 중 농업작업안전재해로 인하여 장해분류표(별표 4 참조)에서 정한 장해지급률 중 3% 이상 80% 미만에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 재해장해급여금
5. 보험기간 중 동일한 농업작업안전재해로 인하여 장해분류표(별표 4 참조)상의 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 때 : 간병(재해장해)급여금
8. 보험기간 중 농업작업안전재해로 인하여 장해분류표(별표 4 참조)에서 정한 장해지급률 중 3% 이상 80% 미만에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 재활(재해장해)급여금

제10조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ② 제9조(보험금의 지급사유) 제3호에서 제8호까지 장해지급률이 농업작업안전재해일 또는 농업작업안전질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 농업작업안전재해일 또는 농업작업안전질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표 4 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ③ 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간·계약의 효력이 없어진 경우에는 농업안전재해일 또는 농업작업안전질병의 진단확정일부터 1년 이내에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

2) 보험약관 조항에 대한 분조위의 해석

분조위는 이 사건 보험약관에 따른 보험기간 중 보험사고가 발생하였는지 여부를 판단함에 있어서 후유장해의 발생과 진단확정의 시기에 관한 2014년 판결을 원용하여, 이 사건 보험약관은 피보험자가 보험기간 중 농업작업안전재해로 인하여 장해상태가 된 경우 보험자가 보험금을 지급하여야 한다고 정하고 있을 뿐, 보험기간 중 장해의 진단까지 이루어질 것은 요구하고 있지 않다고 해석하였다. 결론적으로, 분조위는 보험기간 중 피보험자에게 농업작업안전재해가 발생하고 이를 원인으로 장해상태가 되었다면 보험회사에 보험금을 지급할 의무가 발생하며, 이와 같은 장해의 진단확정은 보험계약이 종료된 후에 이루어져도 무방하다고 판단하였다.

한편 이 사건 보험약관 제10조 제3항의 해석과 관련하여, 분조위는 이 사건 보험약관 제10조 제3항은 동조 제2항에 따라 농업작업안전재해일로부터 180일

이내에 장해지급률이 결정된 후 장해가 악화된 경우 장해지급률의 결정에 관한 조항이므로, 농업작업안전재해일로부터 180일 이내에 장해지급률이 결정되지 않은 경우에는 적용할 수 없다고 해석하였다. 따라서 피보험자가 이 사건 보험계약의 보험기간 종료 후, 그리고 농업안전재해일로부터 1년이 경과한 이후에 장해의 진단확정이 이루어졌더라도 이 사건 보험약관 제10조 제3항에 따라 보험자의 보험금 지급책임이 면제되는 것은 아니라고 보았다.

(5) 2018년 조정결정

1) '보험기간 중 보험사고 발생' 약관 조항

2018년 조정결정에서 문제된 질병보험계약의 보험약관(이하 본 IV.4.(5)에서 “이 사건 보험약관”) 중 ‘보험기간 중 보험사고 발생’에 관한 조항은 다음과 같다.⁶⁷⁾

<표5> 이 사건 보험약관의 '보험기간 중 보험사고 발생' 관련 조항

제2조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 진단확정된 질병으로 ‘장애인 복지법 시행령’ 제2조 및 ‘장애인 복지법 시행규칙’ 제2조(별표16 참조)의 지체장애, 뇌병변장애, 시각장애, 청각장애, 언어장애, 지적장애, 신장장애, 심장장애, 간 장애, 안면장애, 장루요루장애, 호흡기장애 중 하나 이상의 장애(단, 자폐장애, 정신장애, 간질장애 제외)가 발생하고, 1급 또는 2급 장애인(지체장애인, 뇌병변장애인, 시각장애인, 청각장애인, 언어장애인, 지적장애인, 신장장애인, 심장장애인, 간 장애인, 안면장애인, 장루요루장애인, 호흡기장애인)이 되었을 때 최초 1회에 한하여 10년간 매년 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 보험금 지급사유 발생 해당일(단, 해당년도에 보험금 지급사유 발생일이 없는 경우에는 보험금 지급사유 발생일이 속한 달의 말일로 합니다)에 질병 고도장애(1,2급) 생활자금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다.

67) 실제로 이 사건에서는 제1보험계약의 ‘질병고도장애(1, 2급)생활자금 특약과 제2보험계약의 ‘질병고도장애(1, 2급)생활자금(월지급형) 특약 및 ‘질병중증장애(1, 2, 3급)생활자금(월지급형) 특약에 따른 보험자의 보험금 지급책임 유무가 각각 판단의 대상이 되었으나, 각 특약 중 관련 조항의 구조와 내용이 거의 동일하며 그에 대한 분조위의 판단도 실질적으로 동일한 취지이므로, 이 글에서는 논의의 단순화를 위하여 제1보험계약의 ‘질병고도장애(1, 2급)생활자금 특약의 내용을 기준으로 정리하였다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 회사는 피보험자(보험대상자)의 장애상태가 확정되지 않은 상태에서 보험기간이 종료된 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일 이상 지속적으로 치료한 후 보건복지부 장애등급 판정기준에 정한 장애판정 시기(별표 17 참조)에 장애인 판정을 받은 경우 보험금을 지급합니다. 다만, 장애상태가 결정된 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병의 진단확정일부터 1년)중에 장애상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 상태를 기준으로 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)를 적용합니다.

2) 보험약관 조항에 대한 분조위의 해석

분조위는 이 사건 보험약관의 ‘보험기간 중 보험사고 발생’ 관련 조항을 해석함에 있어서 유사한 내용의 보험약관 조항에 관한 대법원 2008. 10. 9. 선고 2008다42683 판결의 해석론을 참고하였는데, 동 판례에서 대법원은 “보험기간 중 피보험자에게 재해가 발생하고 그 재해를 직접 원인으로 장해등급분류표 중 제1급 내지 제6급의 장해상태가 되었을 경우에는 보험수익자에게 약정한 재해장해급여금을 지급”한다고 정한 보험약관 조항에 대하여 “위 약관 규정의 문언을 보더라도 보험금 지급사유를 보험기간 중에 재해 및 장해가 발생하여야 한다고 해석할 수 없고, 보험기간 중 장해상태의 진단을 받아야 하는 것은 더 더욱 아니다, 보험기간 중 재해가 발생한 이상 장해상태 또는 장해상태의 진단이 그 이후에 이루어졌다 하더라도 위 재해를 직접적인 원인으로 장해상태가 되었을 때에는 보험금 지급책임의 성립에 영향이 없다”고 판단하였다. 이러한 판례의 해석론을 적용하여, 분조위는 이 사건 보험약관 제2조는 ‘보험기간 중 진단확정된 질병으로 장애가 발생하고 1·2급 장애인이 된 때’라고 정하여 ‘보험기간 중이 ‘진단확정’만을 수식하는 점이 문언상 명백하여, 보험기간 중 질병의 진단확정이 있었으면 장애의 발생이나 1·2급 장애인이 된 시점이 보험기간 종료 이후라도 보험자의 보험금 지급책임 성립에 영향이 없으며, 보험계약자가 보험계약을 해지하였더라도 달리 볼 수 없다고 판단하였다. 또한 분조위는 설령 이 사건 보험약관 제2조를 피보험자가 보험기간 중에 1·2급 장애인이 되어야 한다는 의미로 해석할 수 있다고 하여도, 보험약관 조항이 다의적으로 해석되고 각각의 해석이 합리적인

경우에는 보험계약자에게 유리하게 해석하여야 한다는 작성자 불이익의 원칙을 적용하여야 하므로, 결국 이 사건 보험약관 제2조는 보험기간 중 질병의 진단확정만 있었다면 그로 인하여 보험기간 종료 후 장애가 발생하여 1·2급 장애인이 된 경우에도 보험자의 보험금 지급책임이 있다고 해석하는 것이 작성자 불이익 원칙에 부합한다고 판단하였다.

한편 이 사건 보험약관 제2조의 '장애인이 되었을 때'는 장애인복지법에 따라 '장애인으로 등록한 때'를 의미하므로 원칙적으로 보험기간 중 장애인 등록까지 이루어져야 한다는 보험자의 주장에 대하여, 분조위는 장애인복지법상 '장애인'은 동법 시행령 및 시행규칙에서 정한 기준에 부합하는 장애를 가진 자를 의미하고, 이러한 기준에 부합하는 장애인이 동법 제32조에 따라 장애인으로 등록할 수 있는 것이므로, 이 사건 보험약관 제2조의 '장애인이 되었을 때'란 장애인복지법에 따라 장애 판정을 받고 장애인으로 등록한 때가 아니라, 장애인복지법과 동법 시행령, 시행규칙에서 정한 기준에 부합하는 장애 상태가 되었을 때로 해석하여야 한다고 판단하였다.

(5) 소결

대사판결 이전에 간병보험 약관의 '보험기간 중 보험사고 발생' 조항에 대한 해석례는 거의 없었으나, 같은 제3보험인 상해보험이나 질병보험 등의 보험약관상 유사한 조항에 대하여는 대법원 판결과 분조위 조정결정을 통하여 지속적으로 해석론이 발전되어 왔다. 우선 2014년 판결에서 대법원은 보험약관의 해석 원칙에 관한 법리를 명시적으로 실시하지는 않았으나, '사고일로부터 180일 안에 후유장해가 발생한 경우' 보험금을 지급한다는 보험약관 조항에 대하여 동 기간 내에 발생할 것이 요구되는 보험사고는 '후유장해의 발생'이며 '후유장해의 진단확정'까지는 요구되지 않고, '후유장해의 진단확정'이 보험기간 중에 이루어질 것도 요구되지 않는다고 해석하였다. 이는 보험약관 조항의 문언에 충실한 해석으로, 문언에서 명시되지 않은 추가적인 보험사고가 보험기간 중 발생할 것을 요구할 수는 없다고 해석한 것이다. 또한 2013년 판결에서 대법원은 '보험기간 중 질병으로 인하여 입원 치료를 받은 경우' 보험금을 지급한다는 보험약관 조항에 대하여 일반적인 계약 해석의 원리로서 문언과 맥락, 그리고 약관규제법상 보험약

관 해석 원칙인 신의성실의 원칙, 객관적 해석의 원칙과 작성자 불이익의 원칙을 적용하여, ‘보험기간 중은 ‘질병’이 아닌 ‘입원 치료’를 수식한다고 해석하였다. 이 경우 ‘보험기간 중이 보험약관 조항의 문언에서 명시된 보험사고 중 어느 부분을 수식하는지에 대한 다의적인 해석 가능성도 있었는데, 이와 같이 보험약관 조항의 의미가 불명확한 경우 판례는 작성자 불이익의 원칙에 따라 보험자에게 불리하고 보험계약자에게 유리한 방향의 해석을 하고 있다.

나아가 2021년 조정결정에서 분조위는 ‘보험기간 중 농업안전작업재해로 인하여 장해상태가 된 경우’ 보험금을 지급하도록 정한 보험약관 조항을 해석하면서 위 2014년 판결을 원용하여, 보험기간 중 발생할 것이 요구되는 보험사고는 ‘농업안전작업재해로 인한 장해상태의 발생’이며, ‘장해상태의 진단확정’은 보험기간 중에 이루어질 것이 요구되지 않는다고 해석하였다. 이 역시 보험약관의 문언이 갖는 통상적인 의미에 충실한 해석이라고 볼 수 있다. 그리고 2018년 조정결정에서 분조위는 ‘보험기간 중 진단확정된 질병으로 장애가 발생하고 1·2급 장애인이 된 경우’ 보험금을 지급한다는 보험약관 조항에 대하여 보험약관의 해석 원칙 중 작성자 불이익의 원칙을 적용하여, ‘보험기간 중은 ‘질병의 진단확정’만을 수식한다고 해석하였다. 이는 위 2013년 판결과 유사한 취지에서, 보험약관 조항의 문언에서 ‘보험기간 중이 보험사고 중 어느 부분을 수식하는지에 대한 다의적인 해석이 가능할 경우에는 보험자에게 불리하고 보험계약자에게 유리하게 해석하는 법리를 일관되게 적용하고 있는 것으로 평가할 수 있다.

위와 같은 기존 선례를 종합하여 보았을 때, 상해보험·질병보험 등에서 보험자의 보험금 지급책임 발생 여부를 판단하기 위한 선결문제로 보험약관상 ‘보험기간 중 보험사고 발생’에 관한 조항의 의미를 해석함에 있어서 법원과 분조위가 유사한 해석론과 법리를 일관되게 적용하고 있음을 알 수 있다. 결국 보험약관 조항의 문언을 최우선으로 하여 신의성실의 원칙과 객관적 해석의 원칙 등 보험약관의 다양한 해석 원칙을 적용하되, 그 의미가 불명확하여 여러 가지의 합리적인 해석이 가능하다면 작성자 불이익의 원칙을 적용하여 보험계약자에게 유리한 해석을 하고 있는 것이다.

4. 대상판결에 대한 검토

(1) 일반적인 계약 해석 원리의 적용

계약 해석의 기본 원리는 계약의 문언에서 출발하는 것이므로, 우선 대상판결에서 문제된 간병보험 약관 조항의 문언을 살펴보면, 이 사건 보험약관의 '보험기간 중 보험사고 발생' 조항은 그 문언의 내용이 비교적 명백하고 일의적이라고 평가할 수 있다. 이 사건 보험약관은 피보험자가 보험기간 중에 '노인장기요양보험 수급대상으로 인정되었을 경우' 보험금을 지급한다고 규정하고 있으며, 이와 같은 '노인장기요양보험 수급대상으로 인정되었을 경우'란 '국민건강보험 등급판정위원회에 의해 1-3등급의 장기요양등급을 판정받은 경우'라고 명시적으로 정의하고 있다. 만약 이 사건 보험약관에 '노인장기요양보험 수급대상으로 인정되었을 경우'에 대한 별도의 정의 조항이 없었다면 그 의미에 대한 여러 가지 해석이 가능하였을 수도 있으나, 이 사건 보험약관에서는 명확한 정의 조항을 둬으로써 해석의 혼란을 최대한 방지하고자 하였음을 알 수 있다. 이는 위에서 살펴본 기존 선례 중 2014년 판결과 2021년 조정결정에서 보험약관 조항의 문언에 충실한 해석, 즉 보험약관의 문언에서 명시적으로 정하고 있는 보험사고가 무엇인지에 중점을 두고 해석한 취지에도 부합한다고 볼 수 있다.

특히 노인장기요양보험법상 국민건강보험 등급판정위원회의 장기요양등급판정을 위한 요건 중 하나인 장기요양인정 신청자격요건은 신청인이 원칙적으로 장기요양보험가입자, 즉 국민건강보험의 가입자일 것을 요구하는데(노인장기요양보험법 제15조 제2항, 제12조 제1호 및 제7조 제3항), 국민건강보험법상 가입자는 그가 사망한 날의 다음 날에 그 자격을 상실하게 되고(국민건강보험법 제10조 제1항 제1호), 이는 장기요양보험가입자의 자격 상실에 준용된다(노인장기요양보험법 제11조). 따라서 대상판결의 사안에서와 같이 신청인이 사망한 경우에는 그 다음 날부터 장기요양인정 신청자격요건을 갖추지 못하여 국민건강보험 등급판정위원회의 장기요양등급판정을 받을 수 없게 된다. 이러한 취지에서 이 사건 보험약관이 정하는 '국민건강보험 등급판정위원회에 의한 1-3등급의 장기요양등급 판정'이라는 보험사고는 보험기간 중에 발생하지 아니하였을 뿐만 아니라, 피보험자에 대한 장기요양등급판정은 장기요양보험가입자 자격을 상실하여 신청자격요

건을 갖추지 못한 자에 대해 잘못 이루어진 것으로, 그 효력이 없어서 아예 보험 사고가 발생하지 않았다고 볼 수도 있다.⁶⁸⁾

또한 계약의 문언에 더하여 계약 체결 경위와 계약의 목적, 동종의 계약에 관한 거래 관행 등 다양한 맥락을 고려하여 계약을 해석하여야 하므로, 이 사건 보험계약과 같은 간병보험계약을 체결함으로써 당사자들이 달성하고자 하는 목적이 무엇인지, 그리고 간병보험에 관한 보험회사의 일반적인 실무처리 관행이 어떠한지 검토할 필요가 있다. 간병보험은 최근 고령화 추세가 심화되면서 사회 전반적으로 사망시 보장에 비하여 생존시 보장에 대한 수요가 증가하여 그 중요성이 부각되고 있는 보험상품이다.⁶⁹⁾ 사적 보험인 민영 간병보험은 공적 보험인 노인장기요양보험을 보완하는 기능을 한다고도 볼 수 있는데, 노인장기요양보험의 목적에 대하여는 고령이나 노인성 질병 등의 사유로 일상생활을 혼자서 수행하기 어려운 노인등에게 제공하는 신체활동이나 가사활동 지원 등을 통한 노후의 건강증진 및 생활안정 도모와 그 가족의 부담 경감이라고 규정되어 있다(노인장기요양보험법 제1조). 이러한 사정에 비추어 보았을 때, 간병보험은 기본적으로 피보험자의 생존을 전제로 하여 타인의 간병을 요하는 활동불능이나 인식불명 상태를 보장하기 위한 목적의 보험이며, 피보험자의 사망에 대한 보장을 목적으로 하고 있지는 않다.

그리고 상술한 바와 같이 보험회사들의 간병보험 약관 작성 실무에 있어서 ‘보험기간 중 보험사고 발생’ 조항이 최초의 회사 기준 유형에서 혼합형, 그리고 현재의 공적 기준 유형으로 발전하여 온 과정을 보면, 간병보험 약관상 보험사고를 일률적·획일적으로 규정하기 위한 필요에서 공단 등급판정위원회의 장기요양등급판정이라는 공적 기준을 도입하게 되었음을 알 수 있다. 만약 제1심·원심의 판단과 같이 이 사건 보험약관의 ‘보험기간 중 보험사고 발생’ 조항을 보험기간 중 장기요양등급판정의 원인이 되는 사실, 즉 피보험자의 건강상태가 장기요양을 필요로 할 정도임이 확인되면 보험기간 중 보험사고가 발생한 것으로 인정하기에 충분하다고 해석한다면, 개별 사건마다 ‘장기요양을 필요로 할 정도의 건강상

68) 이준교, “2023년 손해보험 분쟁 관련 주요 대법원 판결 및 시사점(하)”, 「월간 손해보험」 제663호, 손해보험협회, 2024, 67면.

69) 박복희/전희주, “제3보험의 가입 요인: 간병보험을 중심으로”, 「리스크관리연구」 제29권 제3호, 한국리스크관리학회, 2018, 79면.

태를 어떻게 판단하여야 하는지에 대한 다양한 해석과 기준을 적용할 수 있게 된다. 결국 이는 실무상 보험금 지급 관련 분쟁의 증가와 간병보험에 대한 신뢰의 저해로 이어질 수 있으므로, 일의적인 판단이 가능하도록 공적 기준을 도입한 취지를 몰각시키는 결과로 이어질 수 있다. 결국 간병보험의 목적과 취지, 그리고 간병보험의 약관 작성에 관한 보험업계의 실무 관행이 발전하여 온 연혁을 고려하였을 때 이 사건 보험약관에 대한 대상판결의 해석은 합리적이라고 생각된다.

(2) 약관규제법상 약관 해석 원칙의 적용

약관규제법에서 정하고 있는 다양한 약관 해석의 원칙 중에서 대상판결이 이 사건 보험약관의 '보험기간 중 보험사고 발생' 조항을 해석할 때 적용한 주된 원칙은 신의성실의 원칙에 기반한 객관적 해석의 원칙이다. 판례는 보험약관의 해석에 있어서 객관적 해석의 원칙을 적용할 때 '평균적 고객의 이해가능성'과 '보험단체 전체의 이해관계'를 판단 기준으로 삼고 있는데, 위에서 살펴본 바와 같이 이 사건 보험약관의 '보험기간 중 보험사고 발생' 조항은 그 문언이 상당히 명확하므로, 평균적인 보험계약자가 이와 같은 문언을 보았을 때 피보험자가 보험기간 종료 후에 장기요양등급 판정을 받거나 이에 효력이 없는 장기요양등급 판정을 받더라도 보험기간 중 보험사고 발생이 인정되어 보험금을 지급 받을 수 있다고 이해할 가능성은 매우 낮다. 또한 보험기간 중 장기요양등급 판정을 받아야 한다고 위 조항을 해석하는 것이 보험계약자의 정당한 이익과 합리적인 기대에 반하거나 형평에 맞지 않아서 신의성실의 원칙에 반한다고 보기도 어렵다. 그리고 보험단체 전체의 이해관계를 고려하였을 때에도, 간병보험의 재무건전성을 확보하여 보험계약상 보험사고가 발생하였을 때 보험자의 보험금 지급이 가능한 상태를 유지하고 간병보험 상품의 판매 활성화를 통하여 사회 전체적으로 간병과 관련된 위험 보장이 이루어질 수 있도록 할 필요가 있다.⁷⁰⁾ 이를 위하여는 간병보험의 약관에서 특정한 보험사고가 보험기간 중에 발생하였을 때에만 보험금을 지급하도록 보험사고의 범위에 대한 해석을 지나치게 확대하지 않아야 한

70) 실제로 미국에서는 간병보험의 수익성이 악화되면서 최근 많은 보험회사가 판매를 중단하고 시장에서 철수하였다(임준/정성희, “미국 장기요양보험 사례 연구”, 「보험연구원 이슈보고서」 2022-06호, 보험연구원, 2022, 10면).

다. 결론적으로 대상판결의 해석은 신의성실의 원칙과 객관적 해석의 원칙에 부합하여 정당성이 있다고 판단된다.

이에 더하여 약관규제법상 약관 해석의 원칙 중 작성자 불이익의 원칙을 적용할 수 있는지 여부도 문제될 수 있는데, 작성자 불이익의 원칙은 보험약관의 문언이 명확하지 않아서 다의적인 해석이 가능하고 각각의 해석이 합리적인 경우에만 적용될 수 있다. 이 사건 보험약관상 ‘보험기간 중 보험사고 발생’ 조항의 문언을 보았을 때, ‘보험기간 중이’ ‘노인장기요양보험 수급대상으로 인정되었을 경우’를 수식함은 명백하여 다의적인 해석의 여지가 없으며, 그 의미에 대하여도 ‘국민건강보험 등급판정위원회의 1-3등급 장기요양등급 판정’이라고 명확히 적시하고 있다. 따라서 작성자 불이익의 원칙을 적용할 여지가 없다고 판단되며, 대상판결에서 대법원도 작성자 불이익의 원칙에 관한 별도의 설시를 하지는 않았으나 이를 적용하지 않은 것으로 보인다. 그리고 이는 유사한 보험약관 조항에 대한 기존 선례에서 대법원과 분조위가 제시한 해석론과도 그 전체적인 취지가 일관되며 모순되지 않는다. 이 사건 보험약관의 ‘보험기간 중 보험사고 발생’ 조항에 대한 대상판결의 해석이 일견 보험계약자나 피보험자에게 불리해 보이는 결과로 이어지므로, 기존 선례의 해석론에 따른 보험약관 조항 해석 결과와 배치되는 것으로 보인다는 의문을 제기할 수도 있다. 그러나 위에서 살펴본 바와 같이 대법원과 분조위는 일관되게 보험약관의 문언에 충실하여 신의성실의 원칙과 객관적 해석의 원칙에 기반한 해석을 하고 있으며, 보험약관의 문언이 명확하지 않아 여러 가지의 합리적인 해석이 가능한 경우에만 작성자 불이익의 원칙을 적용하고 있으므로, 이는 대상판결의 해석론과 일치하며, 그 해석의 결과가 특정 보험계약자에게 불리하거나 유리하다고 하여 해석론 자체가 서로 상이하다고 볼 수는 없다.

마지막으로, 보험약관 조항에 대한 해석이 확정된 이후에 그 내용이 신의성실의 원칙에 위배되어 사적자치의 한계를 벗어났다고 판단된다면, 법원에 의한 보험약관 조항의 효력유지적 축소해석 내지 수정해석을 통하여 약관 조항의 일부분만 무효로 하고 나머지 부분은 유효하게 유지시킬 수 있는지 검토하여야 한다. 상술한 바와 같이 이 사건 보험약관에서 ‘보험기간 중 보험사고 발생’ 조항은 ‘보험기간 중 장기요양등급 판정을 받은 경우’ 보험금을 지급하여야 한다고 해석할

수 있으며, 이러한 해석의 내용이 보험계약자의 정당한 이익과 합리적인 기대나 형평에 반하여 신의성실의 원칙에 위배된다고 생각되지는 않으므로, 이를 사적자치의 한계를 벗어난 약관 조항이라고 보기는 어렵다. 그런데 이 사건 보험약관의 '보험기간 중 보험사고 발생' 조항에 대하여 제1심 및 원심 법원이 보험기간 중 장기요양등급 판정의 원인이 되는 사실, 즉 피보험자의 건강상태가 장기요양을 필요로 할 정도임이 확인되면 보험기간 중 보험사고 발생을 인정하기에 충분하다고 해석한 것은 결국 보험기간 중 장기요양등급 판정의 원인이 되는 사실이 발생하였더라도 장기요양등급 판정을 받지 못하였다면 보험기간 중 보험사고가 발생하지 않았다고 보는 한도에서 위 약관 조항을 부분적으로 무효화한 효력유지적 축소해석 또는 수정해석을 한 것과 다름이 없다. 효력유지적 축소해석 또는 수정해석은 사적자치의 원칙과 충돌할 위험이 있으므로 신의성실의 원칙에 근거하여 제한적으로만 적용되어야 한다는 점, 효력유지적 축소해석을 지나치게 광범위하게 인정하면 예방주의의 관점에서 보험자로 하여금 최대한 신의성실의 원칙을 준수하여 공정한 약관 조항을 작성하도록 하는 약관규제법의 취지 자체를 몰각시킬 수 있다는 점, 그리고 이 사건 보험약관의 문언과 취지 등 여러 사정에 비추어 보았을 때, 제1심·원심 법원과 달리 효력유지적 축소해석을 할 수 없다고 본 대법원의 판단은 타당하다고 생각된다.

(3) 대상판결의 의의와 한계

구체적인 사건에서 법원이 제시하는 보험약관 조항의 해석론은 특정 보험계약에 편입된 보험약관을 대상으로 하는 것이므로, 다른 보험계약이나 보험약관의 해석에 있어서 동일한 해석론을 만연히 그대로 적용할 수는 없다. 그러나 실제로 동일한 종류의 보험상품에 대하여는 다수의 보험회사들이 그 보험약관에서 상당히 유사한 구조와 문언의 조항들을 작성하여 사용하고 있으므로, 물론 개별 보험약관 사이의 차이도 고려할 필요는 분명히 있으나, 유사한 보험약관 조항에 대하여는 기존 선례에서의 해석론이 비슷하게 적용될 가능성이 상당히 높다. 따라서 대상판결에서 제시한 간병보험 약관의 '보험기간 중 보험사고 발생' 조항에 대한 해석론은 향후 다른 간병보험 약관의 해석에 있어도 중요한 판단 기준으로 참고가 될 수 있다. 이에 대상판결은 간병보험에서 보험자의 보험금 지급책임 발생

여부를 판단하기 위하여 그 약관의 ‘보험기간 중 보험사고 발생’ 조항에 대한 구체적인 해석론을 제시한 최초의 판결이라는 점에서 의의가 있으며, 그 과정에서 법원이 보험약관 조항의 해석이자 내용통제 방법으로 적용하여 온 신의성실의 원칙에 기반한 효력유지적 축소해석 또는 수정해석의 한계를 명확히 판시하였다는 점에서도 의미를 가진다.

다만 대상판결에서 제시한 이 사건 보험약관의 해석은 모든 간병보험에서 일의적으로 적용 가능한 해석은 아니고, 개별 간병보험의 약관마다, 그리고 동일한 약관 내에서도 개별 조항마다 문언이 달리 규정되어 있으므로 그에 따라 다른 판단도 가능하다. 물론 현재 많은 보험회사들이 판매하고 있는 대부분의 간병보험 상품에서는 일률적인 공적 기준의 도입에 따라 그 보험약관상 ‘보험기간 중 보험사고 발생’ 조항이 이 사건 보험약관과 유사한 내용과 구조로 구성되어 있으므로, 이러한 다른 간병보험 약관에 대하여도 대상판결에서 제시한 해석론이 유사하게 적용될 가능성이 높다. 그러나 다수의 간병보험 상품에서 간병보험의 보험사고 중 활동불능이 아닌 인식불명 상태, 즉 치매에 대하여는 별도의 약관 조항을 두고 있는데, 일례로 DB손해보험 주식회사가 현재 판매 중인 ‘무배당 프로미라이프 간편한가족사랑간병치매보험2404’의 보험약관(보통약관)에서는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해로 인해 중증치매상태로 진단확정되었을 경우 보험금을 지급한다고 규정하고 있고(동 보험약관 제3조), 여기에는 노인장기요양보험법상 장기요양등급 판정과는 전혀 다른 판단 기준이 적용된다. 이는 2018년 조정결정에서 분조위가 내린 판단의 맥락과도 일치하는데, 특정 간병보험의 약관상 ‘보험기간 중 보험사고 발생’ 조항에서 보험사고 자체를 공단 등급판정위원회의 장기요양등급 판정으로 명백히 규정하지 않았다면 동 약관 조항을 해석할 때 작성자 불이익의 원칙을 적용하여 대상판결과는 달리 보험자의 보험금 지급책임을 인정할 수도 있다. 이와 같이 간병보험이라는 동일한 종류의 보험에 속하더라도, 상이한 내용으로 구성된 보험약관 조항에 대하여는 대상판결의 해석론을 적용할 수 없다는 현실적인 한계가 존재한다.

또한 노인장기요양보험법상 장기요양등급판정기간은 원칙적으로 30일 이내이며, 정밀조사가 필요한 경우 등 부득이한 사유가 있다면 60일 이내로 연장될 수 있는데(노인장기요양보험법 제16조), 높은 등급의 장기요양등급에 해당하는 피보

험자일수록 최대 60일이라는 판정기간 동안 건강상태가 급격히 악화되어 사망할 가능성이 충분히 존재한다. 사실상 이러한 판정기간 동안, 그리고 그 전에도 피보험자에 대한 간병비가 발생하였을 가능성이 상당한데, 대상판결의 해석론에 의하면 피보험자에 대하여 타인의 간병을 요하는 상태 및 그로 인한 손해가 발생하였음에도 피보험자가 판정기간 중 사망함으로써 인하여 간병보험에 따른 보험금을 지급 받지 못하게 되는 것이다. 이는 관점에 따라서는 피보험자의 보호 측면에서 상당히 불합리하고 간병보험의 취지에도 다소 어긋난다고 보일 수도 있다. 또한 일반적으로 보험은 보험사고라는 위험을 보장하기 위한 목적을 가지며, 보험사고는 보험기간 중에 발생하여야 하나 보험사고로 인한 손해가 보험기간 중에 발생하였을 것은 요구되지 않는다. 따라서 보험계약자는 보험사고의 발생에 대한 통지의무가 있으며, 이를 통하여 보험자가 동 사실을 인지한 후 보험사고의 발생 여부를 최종적으로 판단하여 보험금을 지급하는, 즉 보험사고 발생 시점과 손해액 산정 시점이 분리된 구조로 운영된다. 2013년 판결과 2021년 조정결정에서 대법원과 분조위가 각각 상해 또는 장애의 진단확정이 보험기간 종료 후에 이루어져도 보험사고가 그 전에 발생하였다면 보험자의 보험금 지급책임에 영향이 없다고 판단한 기존 선례도 위와 같은 논리를 근간에 두고 있다. 그런데 이러한 보험의 취지와 구조가 간병보험에만 달리 적용될 이유가 없다는 점을 생각하였을 때, 상해보험 등 다른 보험의 약관에서는 통상적으로 일정한 장애의 발생 사실 그 자체를 보험사고로 정하는 반면, 간병보험 약관에서는 타인의 간병을 요하는 상태의 발생 사실 자체가 아닌 장기요양등급 판정을 보험사고로 정하고 있는 것이 과연 타당한지 의문이 제기될 수 있다. 다만 특정 피보험자의 보호만이 아닌 보험단체 전체의 이해관계를 중요하게 고려하여야 하는 보험의 특수성을 감안하면, 보험사고를 일의적으로 정의함으로써 보험금 지급책임 유무를 판단하는 비용과 분쟁의 소지를 최소화하고 보험금의 청구와 지급이 만연히 일어나지 않도록 합리적인 선에서 한계를 설정할 필요는 분명히 있고, 이와 같은 상황이 대상판결에서도 판시하였듯이 신의성실의 원칙에 위배되어 사적자치의 한계를 벗어나는 정도로 불공정한 것은 아니라고 생각되므로, 이러한 문제를 해결하기 위하여 법원의 효력유지적 축소해석 또는 수정해석으로 보험약관 조항의 일부를 무효화하는 방안은 바람직하지 않다.

V. 결 론

보험계약에 따른 보험자의 보험금 지급책임 발생 여부를 확정하기 위하여는 선결문제로서 보험기간 중 보험사고가 발생하였는지를 판단하여야 하는데, 이는 결국 해당 보험계약에 편입된 보험약관의 ‘보험기간 중 보험사고 발생’ 조항의 해석 문제로 귀결된다. 실제로도 이러한 보험약관 조항의 해석은 많은 보험금 청구 사건에서 주된 쟁점으로 문제가 되고 있다. 질병보험이나 상해보험 약관의 ‘보험기간 중 보험사고 발생’ 조항에 대한 해석론과 관련하여는 기존에도 학계에서 활발한 논의가 이루어졌고 다수의 판례와 분조위 조정결정을 통하여 어느 정도 확립된 해석 방향이 제시되고 있었으나, 간병보험은 비교적 최근에 그 사회적 중요성이 증가하면서 가입이 활성화되었기 때문에 그 약관 해석에 대하여도 아직 심도 있는 논의는 많이 진행되지 않았다. 이에 대상판결은 간병보험의 보험약관에서 ‘보험기간 중 보험사고 발생’ 조항에 관한 구체적인 해석론을 제시한 최초의 대법원 판결이라는 점에서 의의가 있으며, 향후 간병보험 약관의 해석에 있어서 중요한 기준으로 활용 가능할 것으로 예상된다.

대상판결에서 대법원은 문제가 된 간병보험 약관의 ‘보험기간 중 보험사고 발생’ 조항을 해석하면서 계약 해석의 기본 원리에 따라 동 약관 조항의 문언을 중심으로 맥락, 즉 간병보험의 목적과 취지 및 관련 실무 관행을 고려하여 판단하였으며, 약관규제법상 약관 해석의 원칙 중 신의성실의 원칙과 그에 기반한 객관적 해석의 원칙을 적용하였다. 그 결과 대법원은 해당 약관 조항에서 보험기간 중 발생할 것이 요구되는 보험사고는 국민건강보험 등급판정위원회의 장기요양등급 판정이라고 해석하였으며, 이러한 등급판정이 보험기간 중에 이루어지지 않았다면 보험기간 중 피보험자의 건강상태가 장기요양을 필요로 할 정도임이 확인되었다고 하더라도 보험기간 중 보험사고가 발생하였다고 볼 수 없고, 따라서 보험자의 보험금 지급책임이 없다고 판단하였다. 이와 같은 대상판결의 해석론은 질병보험이나 상해보험의 유사한 약관 조항에 관한 기존 선례에서 대법원과 분조위가 적용한 보험약관의 해석 원칙 및 방법에도 부합하며, 구체적인 사안에서 개별 약관 조항의 문언 등이 상이하여 그 해석의 결과 보험자의 보험금 지급책임 인정 여부가 달라졌다고 하더라도, 기본적으로 적용된 해석의 기준 자체는 모

두 동일하다고 볼 수 있다. 나아가 대상판결에서 대법원은 해당 약관 조항을 위와 같이 해석하였을 때 효력유지적 축소해석 또는 수정해석의 적용 요건을 충족하지 아니하므로 이를 적용할 수 없다고 판단하였는데, 대상판결은 보험약관의 해석에 있어서 효력유지적 축소해석 또는 수정해석의 적용 요건이자 한계를 재차 강조하여 법원이 효력유지적 축소해석을 통한 약관 조항의 부분 무효화를 남용하지 않고 신중히 적용하도록 하였다는 점에서도 의미를 찾을 수 있다.

다만 대상판결에서 제시한 해석을 모든 간병보험 약관의 관련 조항에 일률적으로 적용하여 보험기간 중 보험사고 발생 여부를 판단할 수는 없으며, 이는 개별 보험약관 조항과 구체적인 사실관계를 고려하여 달리 판단되어야 할 것이다. 그리고 공단 등급판정위원회의 판단 지연 등 외부적인 요인으로 인하여 장기요양등급판정기간이 최대 60일로 비교적 길어질 수 있다는 점을 감안하면, 동 기간 중 피보험자의 사망에 따라 간병보험의 본래 취지와는 달리 피보험자가 보험기간 중 타인의 간병을 요하는 상태가 되고 그로 인하여 손해를 입었는데도 간병보험금을 지급받지 못하게 되는 부당함이 대상판결에서 제시한 해석론의 문제점으로 지적될 수 있다. 다만 이러한 대상판결의 한계는 현재 판매되고 있는 간병보험의 약관 조항에 대한 사법적 통제로 극복할 문제는 아니라고 생각된다. 우선 공단 등급판정위원회의 장기요양등급 판정이 최대한 신속히 이루어질 수 있도록 제도적·행정적으로 개선할 필요가 있으며, 질병보험이나 상해보험과는 달리 간병보험에 대한 표준약관은 아직 마련되어 있지 않은데, 점차 증대될 간병보험의 중요성과 사회적 영향을 고려하면 향후 어느 시점에는 표준약관을 도입할 필요성이 있을 것으로 생각된다. 이때 피보험자의 장기요양인정신청이 있었음에도 장기요양등급판정기간이 일정한 기간, 예컨대 30일을 초과하고 보험기간 중 피보험자가 타인의 간병을 필요로 하는 상태였다는 사실을 보험계약자나 보험수익자가 입증할 수 있는 경우에 한하여 피보험자의 사망으로 장기요양등급 판정을 받지 못하였더라도 일부 감액된 보험금을 지급하는 등의 규정을 간병보험의 표준약관에 추가함으로써 보험회사들이 이러한 보험약관 조항을 작성하여 사용하도록 유도하는 방법도 고려하여 볼 수 있을 것이다. 물론 이는 획일적인 공적 기준의 도입을 통한 보험 관련 분쟁의 최소화와 간병보험의 전반적인 재정건전성이라는 이익과 충돌될 수 있으므로, 각자의 이익을 형량하여 보험단체 전체의 이해관계

에 부합하는 방향으로 표준약관에 반영되어야 할 것이다. 궁극적으로는 간병보험에 대한 상법 규정과 표준약관의 정립을 통하여 간병보험을 보다 제도화하고 그 구체적인 내용에 대한 충분한 논의와 검토를 통해 일정한 기준을 확립하고 정비하는 작업이 필요하다고 생각된다.

참고문헌

<국내 문헌>

- 박세민, 「보험법」 제7판, 박영사, 2023.
- 양승규, 「보험법」 제5판, 삼지원, 2005.
- 이기수/최병규/김인현, 「보험·해상법」 제9판, 박영사, 2015.
- 이병준, 「약관법론」 초판, 세창출판사, 2023.
- 장덕조, 「보험법」 제6판, 법문사, 2023.
- 정찬형, 「상법강의(하)」 제23판, 박영사, 2022.
- 한기정, 「보험법」 제3판, 박영사, 2021.
- 권영준, “자살과 재해사망보험금 지급에 관한 보험약관의 해석”, 「재산법연구」 제32권 제3호, 한국재산법학회, 2015.
- 김재걸, “보험법상 보험사고의 의미에 대한 일 고찰”, 「기업법연구」 제18권 제1호, 2004.
- 김화, “약관에 있어서 효력유지적 축소해석 - 독일법상의 논의를 중심으로”, 「민사법학」 제82권, 한국민사법학회, 2018.
- 김효신, “약관규제의 일반원칙과 수정해석”, 「법학논고」 제13권, 경북대학교 법학연구소, 1997.
- 맹수석, “보험약관의 법적 쟁점과 최근 대법원 판례의 검토”, 「법학연구」 제27권 제1호, 충남대학교 법학연구소, 2016..
- 박복희/전희주, “제3보험의 가입 요인: 간병보험을 중심으로”, 「리스크관리연구」 제29권 제3호, 한국리스크관리학회, 2018..
- 양승규, “보통보험약관의 구속력”, 「법학」 제27권 제4호, 서울대학교 법학연구소, 1986.
- 유주선, “보험계약상 작성자불이익원칙에 관한 연구”, 「상사판례연구」 제32권 제3호, 한국상사판례학회, 2019.
- 이준교, “2023년 손해보험 분쟁 관련 주요 대법원 판결 및 시사점(하)”, 「월간 손해보험」 제663호, 손해보험협회, 2024.
- 최병규, “약관해석의 특수성과 제도운용방안”, 「경제법연구」 제13권 제1호, 한국경제법학회, 2014.

최병규, “인보험상 보험사고”, 「일감법학」 제15권, 전국대학교 법학연구소, 2009.

강성호/김혜란, “노인장기요양서비스 현황과 보험회사의 역할 제고 방향”, 연구보고서 2019-11, 보험연구원, 2019.

국민건강보험공단, “노인장기요양보험 급여이용 안내” (2023. 3.).

금융감독원 보도자료, “노후 대비 ‘간병보험’ 가입시 유의 사항”, 보험계리실 손해보험팀 (2012. 7. 5.).

김석영, “노인장기요양보험의 보장범위 확대와 민영장기요양보험의 문제점”, 「KIRI Weekly」 제237호, 보험연구원, 2013.

보건복지부 보도자료, “간병비 걱정 없는 나라, 국가가 중심이 되어 책임집니다!”, 간호정책과 (2023. 12. 21.).

보험개발원 보도자료, “행복한 노년을 위한 준비, 간병·치매보험과 함께!”, 생명장기손해보험 부문 장기손해보험팀 (2023. 11. 2.).

보험연구원 보도자료, “노인장기요양보험 도입에 대응하여 장기간병보험 운영시스템 전면 보완 필요”, 정책연구실 (2008. 5. 9.).

오병국, “제3보험의 이해 3: 간병보험”, 「KIRI 리포트」 제210호, 보험연구원, 2012.

임준/정성희, “미국 장기요양보험 사례 연구”, 「보험연구원 이슈보고서」 2022-06호, 보험연구원, 2022.

채민석/이수민/이하민, “돌봄서비스 인력난 및 비용 부담 완화 방안”, 「BOK 이슈노트」 2024-6호, 한국은행, 2024.

통계청 보도자료, “2023 고령자 통계”, 사회통계국 사회통계기획과 (2023. 9. 28.).

<서양 문헌>

Fornasier, *Freier Markt und zwingendes Vertragsrecht*, Duncker & Humblot, 2013, S184f.

Mäsch, *Staudinger BGB*, C.H. Beck, 2019, Rn. 27.

Eric C. Nordman, “The State of Long-Term Care Insurance: The Market, Challenges and Future Innovations”, *CIPR Study Series*, 2016-1, National Association of Insurance Commissioners & The Center for Insurance Policy and Research, 2016, p2.

<Abstract>

Interpretative Theory on the “Occurrence of an Insured Event during the Insurance Period” Clause in Long-Term Care Insurance Terms and Conditions
- Review of the judgment of the Supreme Court 2020C232709, 232716 sentenced on October 12, 2023 -

Lim, Jeong yoon*

The Supreme Court recently rendered a decision on the interpretation of the "occurrence of an insured event during the insurance period" clause in the terms and conditions of long-term care insurance. In this decision, the Supreme Court applied various rules of standard form contract interpretation to lay out a detailed theory of interpretation. As the insurer's liability to pay insurance benefits arises only if the insured event specified in the insurance contract occurs during the insurance period, the determination of whether the insurer's liability has arisen must be preceded by the interpretation of the "occurrence of an insured event during the insurance period" clause in the insurance terms and conditions that constitute part of the insurance contract. If one finds the grounds for which insurance terms and conditions are binding on the contracting parties in the parties' mutual agreement, the general principles of legal acts, i.e., contracts, interpretation are applicable to the interpretation of insurance terms and conditions. Additionally, the various rules of standard form contract interpretation specifically provided for in the Act on the Regulation of Terms and Conditions are also applicable.

In the case addressed by this article, the Supreme Court's interpretation of the disputed clause in the long-term care insurance terms and conditions differed from that of the lower and appellate courts. The Supreme Court, adhering to principles of contract

* Lee & Ko, Attorney at law.

interpretation, focused on the wording of the clause in question while also considering the context, including the purpose and intent of long-term care insurance, trade practices and other relevant factors. The Supreme Court further applied the principle of objective interpretation, rooted in the principle of good faith as stipulated in the Act on the Regulation of Terms and Conditions. Consequently, the Supreme Court interpreted the clause stating insurance benefits are payable "if the insured is recognized as eligible for long-term care insurance benefits during the insurance period" to mean that insurance benefits are payable "if the insured receives a long-term care rating from the assessment committee during the insurance period," in accordance with the wording of the clause. Furthermore, the Supreme Court determined that this interpretation did not violate the principle of good faith beyond the limits of private autonomy, thus ruling out the complete nullification or partial nullification, i.e., validity-preserving interpretative reduction, of the clause. Based on this interpretation, the Supreme Court ruled that if the insured was assessed with a long-term care rating after the insurance period terminated due to the insured's death, the insured event could not be considered to have occurred during the insurance period, even if it was confirmed that the insured was in a state requiring long-term care during the insurance period, and therefore, the insurer's liability to pay insurance benefits did not arise.

This court decision is significant as it is the first to establish a specific interpretation theory for the "occurrence of an insured event during the insurance period" clause in long-term care insurance policies. Given that many long-term care insurance products currently on the market have clauses with similar structures and content, the standards and interpretation methods from this decision are expected to apply to future disputes relating to the insurer's liability to pay insurance benefits under such contracts. Moreover, the court decision is meaningful in that it clearly delineates the limits of validity-preserving interpretative reduction or modifying interpretation. However, there are also limitations, as the interpretation theory presented in the court decision may not uniformly apply to all long-term care insurance

policies and may not fully protect policyholders' interests. Nevertheless, addressing these issues should involve policy measures, such as establishing standard terms for long-term care insurance after considering all interests of relevant parties, rather than relying on judicial control over standard form contract clauses. Thus, the interpretation theory presented in the court decision can be deemed to be appropriate.

Key Words : Long-Term Care Insurance, Insurance Period, Insured Event, Insurance Terms and Conditions, Validity-Preserving Interpretative Reduction