

# 보험약관상 보험금 지급사유인 ‘장해상태’의 법적 의미에 관한 연구\*

- 대법원 2014. 7. 24. 선고 2013다43956(본소), 43963(반소)판결의 평석을 중심으로 -

임 호 산\*\*

<차례> \_\_\_\_\_

- I. 서 언
- II. 대상 판결의 개요
- III. 대상 판결에 대한 평석
- IV. 결 어

주제어 : 보험사고, 보험기간, 보험약관의 해석, 장해의 발생, 장해의 진단확정, 후유장해보험금, 보험금 지급사유, 복합부위통증증후군

<국문초록> 보험자는 보험약관에서 정한 기간 내에 보험사고가 발생한 경우에 보험금 지급 의무를 부담한다. 여기서 보험기간 내의 보험사고가 무엇에 해당하느냐는 약관의 해석의 문제이다. 보험약관에서 ‘소정의 기간 내에 장해상태가 된 경우’를 보험사고로 정하고 있는 경우, 그 보험약관의 해석에 대하여 대법원 2014. 7. 24. 선고 2013다43956(본소), 43963(반소) 판결은 ‘소정의 기간 내에 장해상태가 발생하면 즉하고 장해상태의 진단확정은 소정의 기간이 경과한 이후나 보험기간 만료 후에 이루어져도 무방하다’는 취지로 판시하였다. 보험약관의 해석의 원칙인 통상해석의 원칙, 객관적 해석의 원칙, 작성자불이익의 원칙 등에 따르면 대상판결이 ‘장해상태가 된 경우’를 장해상태의 ‘발생’으로 해석하고, 장해상태의 ‘진단 확정’으로 확대해석하지 않은 것은 타당하고 본다. 다만 대상판결의 보험약관해석과 같이 ‘일정 기간 내에 소정의 장해상태가 발생’한 경우를 실제로 입증하기 위해서는 결국 소정의 장해상태가 발생하였다는 진단이 요구될 수밖에 없다는 한계가 있다. 또 보험자가 인수한 위험의 범위 내에서 보험자의 책임을 인정하고 보험자의 책임을 무한정 확대하지 않기 위해서는 대상판결의 보험약관 해석에 덧붙여 보험기간 후에 진단 확정된 장해상태가 보험기간 내의

\* 본 논문은 2019년 제76회 한국보험법학회 보험판례연구회에서 필자가 발표한 내용을 수정 및 보완한 것입니다.

\*\* 법무법인(유) 총정

- 논문접수일(2019.09.30), 심사개시일(2019.10.07), 게재확정일(2019.10.29)

장해상태를 입증한다는 점이 전제되어야 할 것이다. 구체적으로 살펴보면, 장해상태의 진단 확정은 보험기간 만료 후 이루어졌다고 하더라도 그러한 장해상태의 검사는 해당기간 내에 이루어졌거나, 보험기간 내 발생한 장해상태가 고정되어 보험기간 만료 후 진단 시점까지 악화된 사실이 없거나, 해당 장해가 일정한 정도로 악화 또는 개선되어 보험기간 내의 장해상태를 보험기간 후에 진단 확정할 수 있다는 점 등이 전제되어야 한다.

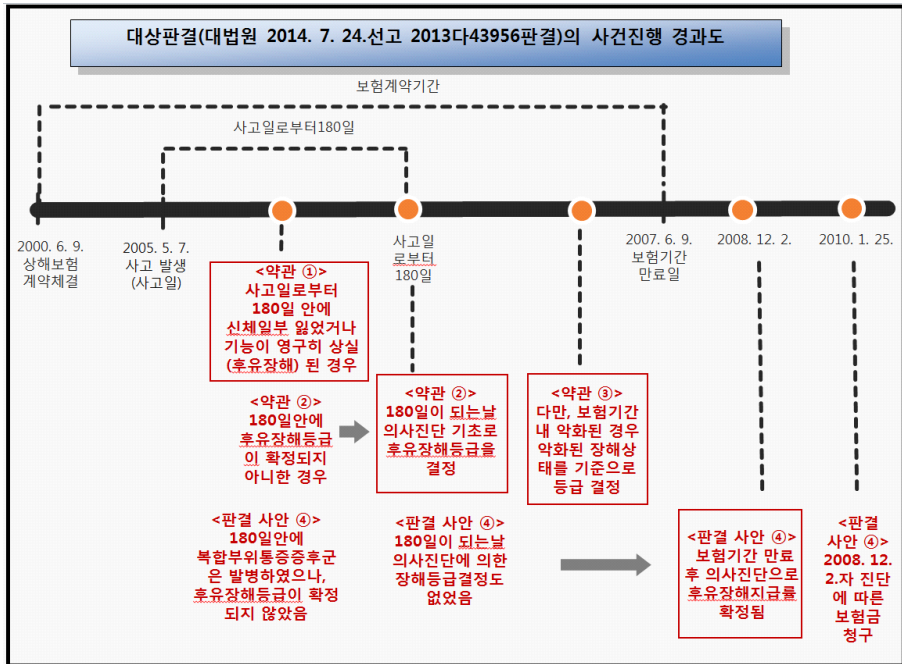
## I. 서 언

보험자는 보험약관에 따라 인수한 위험에 한하여 책임을 부담한다. 따라서 보험자는 보험약관에서 정한 기간 내에 보험사고가 발생한 경우에만 보험금 지급 의무를 진다. 여기서 보험기간 내의 보험사고가 무엇에 해당하는지는 약관의 해석의 문제이다. 보험약관의 미묘한 문언의 차이에 따라 보험기간 내 보험사고가 무엇을 의미하는지 달리 해석된다. 이와 관련하여 보험약관에서 '소정의 기간 내에 장해상태가 된 경우'를 보험사고로 정하고 있는 경우, 그 보험약관의 해석에 대하여 대법원 2014. 7. 24. 선고 2013다43956(본소), 43963(반소) 판결은 '소정의 기간 내에 장해상태가 발생하면 족하고 장해상태의 진단확정은 소정의 기간이 경과한 이후나 보험기간 만료 후에 이루어져도 무방하다'는 취지로 판시하였다. 이하에서는 대상판결의 약관해석의 타당성을 검토하면서, 보험약관에서 보험금의 지급사유를 '소정의 기간 내에 장해상태가 된 경우'로 규정하고 있는 경우 각 약관의 유형별로 보험사고의 의미가 어떻게 해석되는지를 비교·고찰하여 본다.

## II. 대상 판결의 개요

### 1. 사실관계

대상판결은 보험계약이 보장하는 기간 내에 보험사고가 발생한 것으로 볼 수 있는지 여부가 핵심 쟁점인 사안으로서 보험계약이 보장하는 기간과 사건의 경과를 먼저 그림으로 살펴보면 다음과 같다.



### (1) 보험계약의 체결

보험자인 원고는 2000. 6. 9. 소외인과 사이에 피보험자를 피고로, 보험기간을 2000. 6. 9.부터 2007. 6. 9.까지로 한 상해보험계약이하 ‘이 사건 보험계약’이라고 한다. 이 사건 보험계약에는 피보험자가 상해를 입은 경우 다음과 같은 보험금을 지급하는 내용이 포함되어 있다.

보험금의 종류	사유	가입금액	보상한도액
상해사망후유장해보험	사망 및 후유장해를 입은 경우	1,000만 원	1,000만 원
일반상해재활연금	우연한 외래의 사고로 장해지급률 50% 이상의 후유장해를 입은 경우	2,500만 원	5,000만 원
교통상해재활연금	교통사고로 장해지급률 50% 이상의 후유장해를 입은 경우	2,500만 원	1억 원

이 사건 보험계약에 적용되는 약관의 내용 중 이 사건과 관련이 있는 부분은 다음과 같다.

<b>※ 보통약관</b>
제3조 (보상하는 손해) ① 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.
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 지급률을 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.
제31조 (청구권의 소멸시효) 이 약관에 의한 보험금청구권과 해약환급금 및 만기환급금의 청구권은 2년간 행사하지 아니하면 그 효력이 소멸됩니다.

<p><b>※ 특별약관</b></p> <p>1. 상해로 인한 재활연금 담보 특별약관</p> <p>제1조 (보상하는 손해)</p> <p>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 후유장해지급률표의 지급률이 50% 이상에 해당하는 후유장해가 남았을 경우에는 매 사고시마다 이 특별약관에서 정한 보험가입금액의 10%를 상해로 인한 재활연금으로 20년 동안 매년 확정 지급하여 드립니다.</p> <p>제2조 (준용규정)</p> <p>이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 만기환급금, 사망보험금 및 후유장해보험금은 지급하지 않습니다.</p>
<p>2. 교통상해로 인한 재활연금 담보 특별약관</p> <p>제1조 (보상하는 손해)</p> <p>① 우리 회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 '피보험자'라 합니다)가 보험기간 중에 아래에 정한 사고로 신체에 상해(이하 '교통상해'라 합니다)를 입었을 경우에는 그 상해로 인한 손해를 보상하여 드립니다.</p> <p>나. 피보험자가 운행 중의 교통수용구에 탑승하고 있을 때 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고</p> <p>제2조 (교통상해로 인한 재활연금)</p> <p>① 회사는 피보험자가 제1조에 정한 상해를 입고 그 직접결과로써 사고일로부터 180일 안에 신체의 일부를 잃었거나 또는 그 기능이 영구히 상실되어 【별표1】에 정한 후유장해지급률표의 지급률이 50% 이상에 해당하는 후유장해가 남았을 경우에는 매 사고시마다 이 특별약관에서 정한 보험가입금액의 10%를 교통상해로 인한 재활연금으로 20년 동안 매년 확정 지급하여 드립니다.</p> <p>제2조 (준용규정)</p> <p>이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 만기환급금, 사망보험금 및 후유장해보험금은 지급하지 않습니다.</p>

【별표1】 후유장애지급률표	
후 유 장 해 의 종 류	지급률
11. 정신·신경계통의 장애	75
3) 정신·신경계통의 기능에 심한 장애가 남아 혼자서는 생명유지를 위한 기본동작·기능에 상당한 제한이 있거나 감금상태에서 생활할 정도는 아니나 자해나 타해의 위험성이 지속적으로 있어서 부분적인 개호 내지 감시를 요할 때	

### (2) 보험사고의 발생

피고(피보험자)는 2005. 5. 7. 20:20경 버스에서 내리던 중 피고가 하차를 완료하기 전에 버스가 출발하여 좌측 슬관절 염좌 등의 상해(이하 ‘이 사건 사고’라고 한다)를 입었는데, 이후 상해부위에서부터 복합부위통증증후군(CRPS)이 발생하여 2005. 8. 2.부터 ○○대학교병원 신경통증클리닉에서 약물치료와 신경차단치료 등을 받았으나 계속 상태가 악화되어 2006. 6. 27. 척수자극기 삽입술을 시행 받았다. 피고는 사고일(2005. 5. 7.)로부터 180일이 되는 날이나 보험기간 만료일(2007. 6. 9.)까지 후유장애에 대한 진단을 받지 않았다. 이후 피고는 사고일(2005. 5. 7.)로부터는 약 3년 7개월이 경과하고 보험기간 만료일(2007. 6. 9.)로부터는 약 1년 6개월이 경과한 후인 2008. 12. 2. ○○대학교 안산병원에서 후유장애진단을 받았다. 진단 내용은 ‘좌측 하지 전체 및 좌측 상지 일부에 있는 통증은 비가역적으로 고착되었을 가능성이 높고, 추후 다른 사지에까지 통증이 확산될 가능성이 있으며, 통증으로 인한 활동제한, 접촉곤란, 근력약화 등으로 말미암아 좌측 하지의 기능이 하지 절단 후 보조기를 착용한 환자보다 못한 상태이므로 맥브라이드 장애평가방법을 준용하면 노동능력상실률은 40%로 판단된다’는 것으로서 이 사건 보험 약관【별표1】 후유장애지급률표 11. 3)의 후유장애에 해당하고, 장애지급률이 75%가 된다.

### (3) 피고의 보험금 청구

피고(피보험자)는 이 사건 사고발생 당시 원고에게 목뼈의 염좌 및 긴장으로

인한 이 사건 보험계약에 근거한 보험금(입원기간 16일)을 청구하여 2005. 12. 8. 경 상해의료비 명목으로 1,000,000원을 지급받았다. 이후 피고는 2010. 1. 25.경 이 사건 사고로 인하여 후유장해가 발생하였다면서 이 사건 보험계약과 2008. 10. 2.자 후유장해진단에 근거하여 원고(보험자)에게 ① 상해사망후유장해 보험금, ② 일반상해재활연금, ③ 교통상해재활연금을 청구하였다.

## 2. 당사자들의 주장

### (1) 원고(보험자)의 주장

이 사건 보험약관에서는 사고 후 180일 이내에 발생한 후유장해만 보험사고에 해당하는데 피고에게 발생한 후유장해는 그 이후에 발생한 것이어서 보험사고에 해당하지 아니하고, 설령 180일 이내에 후유장해가 발생하였다고 하더라도 이미 보험금청구권의 소멸시효가 완성되었으므로 피고에 대하여 보험금지급채무가 존재하지 않는다.

### (2) 피고(피보험자)의 주장

이 사건 보험약관상의 '사고일로부터 180일'이라는 기준은 후유장해의 발생시점에 관한 것이 아니라 장해판정시점에 관한 것이므로, 피고의 후유장해가 이 사건 사고로 인한 것임이 분명한 이상 원고는 피고에게 이 사건 보험계약에 기한 ① 상해사망후유장해 보험금, ② 일반상해재활연금, ③ 교통상해재활연금을 지급할 의무가 있다. 또한 신체의 후유장해에 따른 보험금청구권은 치료가 종결된 후 장해의 정도가 판명된 상태가 되어야 그 시효가 진행된다고 할 것이므로, 소멸시효의 기산점은 최소한 이 사건 사고로 인한 후유장해가 최초로 진단된 2008. 12. 경 이후로 보아야 할 것이므로, 피고가 후유장해보험금 등을 청구한 2010. 1. 25. 경은 소멸시효가 완성되지 아니하였다. 따라서 원고는 피고에게 이 사건 보험계약에 기하여 상해사망후유장해 보험금 750만 원(1,000만 원×75%), 일반상해재활연금 2010. 1. 29.부터 20년간 매년 250만 원씩(2,500만 원×10%), 교통상해재활연금 2010. 1. 29.부터 20년간 매년 500만 원씩(5,000만 원×10%) 및 이에 대한 지연손해금을 지급할 의무가 있다.

### 3. 제1,2심 법원의 판결<sup>1)</sup>

(1) 보험약관은 신의성실의 원칙에 따라 당해 약관의 목적과 취지를 고려하여 공정하고 합리적으로 해석하되, 개개의 계약당사자가 기도한 목적이나 의사를 참작함이 없이 평균적 고객의 이해가능성을 기준으로 보험단체 전체의 이해관계를 고려하여 객관적·획일적으로 해석하여야 한다(대법원 2010. 11. 25. 선고 2010다45777 판결 참조).

(2) 이 사건 보험계약에 따른 보험금 지급사유 중 후유장해보험금은 피보험자가 보험기간 중에 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체에 상해를 입고, 그 직접 결과로서 사고일로부터 180일 안에 신체의 일부를 잃었거나 그 기능이 영구히 상실된 경우이고(보통약관 제3조, 제24조), 일반상해재활연금은 위 사유에 더하여 후유장해지급률표의 지급률이 50% 이상에 해당하는 후유장해가 남았을 경우이며(보통약관 제3조, 특별약관 제1조), 교통상해재활연금은 피보험자가 보험기간 중에 교통상해를 입고 그 직접 결과로서 사고일로부터 180일 안에 신체의 일부를 잃었거나 그 기능이 영구히 상실되어 후유장해지급률표의 지급률이 50% 이상에 해당하는 후유장해가 남았을 경우이다(특별약관 제1조, 제2조). 한편, 사고일로부터 180일이 지나도록 후유장해등급이 확정되지 아니하는 경우에는 사고일로부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 후유장해의 등급으로 결정하되, 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간 중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 후유장해 등급을 결정하게 된다(보통약관 제24조 제2항).

따라서 원고(보험자)는 피보험자가 보험기간 중 급격하고도 우연한 외래의 사고로 영구장해를 입고, ① ‘사고일로부터 180일 안에’ 후유장해지급률이 확정된 경우, ② ‘사고일로부터 180일이 되는 날’ 의사의 진단에 의해 후유장해지급률이 결정된 경우, ③ ‘사고일로부터 180일이 되는 날’ 의사의 진단에 의해 후유장해지급률이 결정되었으나 ‘보장을 받을 수 있는 기간’ 중에 상태 악화로 위 후유장해

1) 수원지방법원안양지원 2012. 10. 26. 선고 2012가합2007(본소), 2012가합2014(반소) 판결 [채무부존 재확인·보험금], 서울고등법원 2013. 5. 3. 선고 2012나96733(본소), 2012나96740(반소) 판결 [채무 부존재확인·보험금]. 하급심 판결들의 이유 설시가 동일하므로 제1심과 제2심 판결을 구분하지 않고 공통하여 살펴본다.

지급률이 변경되어 새로운 후유장해지급률이 확정된 경우에 보험금지급의무를 지게 된다.

더 나아가 이 사건과 같이 ④ '사고일로부터 180일 안에' 후유장해지급률이 확정된바 없고, '사고일로부터 180일이 되는 날' 의사의 진단에 의해 일응의 후유장해지급률이 결정된 바도 없지만, 사고 당시 발생한 손해가 악화되어 후유장해지급률이 그 후 확정된 경우에도 원고가 보험금지급의무를 부담하게 되는지에 관하여 본다.

다음과 같은 사정 즉, ㉠ 이 사건 보통약관 및 특별약관에서 사고일로부터 180일이 지나도록 후유장해지급률이 확정되지 않는 경우 사고일로부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 일응의 후유장해지급률을 정하도록 한 것은 원고가 지급하여야 할 보험금액을 조기에 확정함으로써 법률관계의 안정을 도모하고자 하는 취지로 볼 수 있는 점, ㉡ 또한 피고의 주장에 따른다면 사고일로부터 180일이 지나고 보험기간이 종료한 이후 장해가 발생하거나 악화되는 경우까지 무한정 원고에게 책임을 지게 하는 것은 공정하고 합리적인 해석이라고 보기 어려운 점, ㉢ 피고가 보험금지급의무를 지게 되는 '사고일로부터 180일이 되는 날' 의사의 진단에 의해 일응의 후유장해지급률이 결정되었으나 '보장을 받을 수 있는 기간' 중에 상태악화로 일응 결정된 후유장해지급률이 변경되어 새로운 후유장해지급률이 확정된 경우(위 ③번)라 함은 사고일로부터 180일이 지난 후 보험기간의 만기가 돌아오는 이 사건과 같은 경우에 있어서 보험기간 중에 상태가 악화되어 '사고일로부터 180일이 되는 날' 의사의 진단에 의해 일응 결정된 후유장해지급률이 변경되는 경우를 예정한 것이므로 위 약관에서 규정한 '보장을 받을 수 있는 기간'이란 '보험기간'을 의미하는 것으로 해석되는 점, ㉣ 이와 같은 상해보험은 피보험자가 장애에 실제로 입게 되는 모든 손해를 보상하는 것이 아니고, 보험약관에서 정한 보험기간 및 지급사유와 금액 등 제한된 요건에 해당하는 경우에 한하여 보험금을 지급하는 것인 점에 비추어 보면, 사고일로부터 180일이 지나서 보험기간의 만기가 돌아오는 이 사건의 경우에 있어서는 '사고일로부터 180일 안에' 후유장해지급률이 확정된바 없고, '사고일로부터 180일이 되는 날' 의사의 진단에 의해 일응의 후유장해지급률이 결정된 바도 없지만, 적어도 '보험기간' 중에 피고의 장해상태가 더 악화된 경우이어야만 피고는 그 악화된

장해상태를 기준으로 결정된 후유장해지급률에 따라 증가된 보험금을 받을 수 있다고 할 것이다.

그런데 피고는 이미 이 사건 보험계약의 보험기간 만기인 2007. 6. 9.이 지난 후인 2008. 12. 2.에 이르러서야 비로소 이 사건 사고 당시 발생한 손해가 악화되어 후유장해지급률이 확정된 것이므로, 원고는 이 사건 보험기간이 종료된 후 악화되어 확대발생 된 후유장해에 대한 보험금의 지급을 구하는 피고에게 추가로 보험금을 지급할 의무는 없다.

(3) 따라서 위 보험금지급채무의 부존재 확인을 구하는 원고(보험자)의 이 사건 본소청구는 원고의 시효소멸 주장에 관하여 더 나아가 살펴볼 필요 없이 이유 있고, 원고에게 위 보험금지급채무가 있음을 전제로 보험금 지급을 구한 피고(피보험자)의 반소청구는 더 나아가 살펴볼 필요 없이 이유 없다.

#### 4. 대법원의 판단

이 사건 보통약관 제24조 제1항은 ‘사고일로부터 180일 내에 신체 일부를 상실하거나 그 기능을 영구히 상실할 것(이하 신체 일부 또는 그 기능의 영구적 상실을 ‘장해’라고 한다)을 후유장해보험금의 지급사유로 규정하고 있을 뿐 장해의 진단확정까지 위 기간 내에 이루어질 것을 요구하고 있지 않으므로, 이 사건 사고와 상당인과관계가 있는 장해로서 사고일로부터 180일 내에 발생한 장해이 기만 하면 이에 대하여 후유장해보험금을 지급할 의무가 발생하고 그 진단확정은 위 180일은 물론 보험기간이 지난 후에 이루어져도 무방하다고 할 것이고 다만 같은 조 제2항의 규정에 따라 사고일로부터 180일 내에 발생한 장해가 보험기간 중 더 악화된 경우에는 보험기간 내 악화된 장해상태를 기준으로 후유장해지급률을 결정하여야 한다고 해석함이 상당하다.

그리고 이 사건 제1, 2특별약관과 이에 준용되는 이 사건 보통약관 제24조를 종합하여 보면, 사고일로부터 180일 내에 사고로 인한 장해가 발생하고 보험기간 내에 후유장해지급률이 50% 이상에 이를 정도로 장해상태가 악화된 경우 이 사건 제1, 2특별약관에 따른 재할연금을 지급할 의무가 발생하는데, 그 진단확정은 앞서와 마찬가지로 보험기간 만료 후에 이루어져도 무방하다고 할 것이다.

앞에서 본 사실관계를 이러한 이 사건 보험계약 약관조항의 해석에 비추어 보면, 피고의 복합부위통증증후군은 2005. 8. 2.경 발병하였으므로 그 무렵부터 복합부위통증증후군으로 인한 좌측 하지 기능의 장애가 시작되었다고 할 것이고, 따라서 피고의 복합부위통증증후군으로 인한 장애는 이 사건 사고일로부터 180일 내에 발생하였다고 볼 수 있으므로, 위 장애가 이 사건 사고로 인한 것이라면 피고에게 이 사건 보통약관 제24조에 따른 후유장해보험금 청구권과 이 사건 제1, 2특별약관에 따른 재활연금 청구권이 발생할 여지가 충분하다.

그렇다면 원심으로서서는 피고의 복합부위통증증후군이 이 사건 사고로 인하여 발병한 것인지 등에 관하여 심리, 판단하였어야 하고, 피고에게 이 사건 보통약관 제24조에 따른 후유장해보험금 청구권, 이 사건 제1, 2특별약관에 따른 상해 및 교통상해 재활연금 청구권이 인정된다면 위 각 청구권이 소멸시효의 완성으로 소멸하였다는 원고의 항변에 대하여도 판단하였어야 한다.

그런데도 원심은 이 사건 사고일로부터 180일 안에 장애의 발생 및 그에 따른 후유장해지급률의 확정 이 이루어지거나, 이 사건 보험계약의 보험기간 안에 장애상태의 악화 및 그에 따른 새로운 후유장해지급률의 확정이 이루어져야 한다는 이유로, 원고는 피고에게 이 사건 보통약관 제24조 및 이 사건 제1, 2특별약관에 따른 후유장해보험금 등을 지급할 의무가 없다고 판단하고 말았다. 이러한 원심의 판단에는 이 사건 보통약관 제24조 및 이 사건 제1, 2특별약관의 해석을 그르쳐 필요한 심리를 다하지 아니함으로써 판결의 결과에 영향을 미친 위법이 있다.

### Ⅲ. 대상 판결에 대한 평석

#### 1. 대상판결의 쟁점

대상판결의 보험약관은 세 가지 보험금의 종류인 (가)후유장해보험금, (나)일반상해재활연금, (다)교통상해재활연금의 각 지급요건을 규정하고 있다. 해당 보험약관은 보험금 지급사유의 발생 시기를 크게 세 가지, ① '사고일로부터 180일 이내', ② '사고일로부터 180일이 되는 날', ③ '사고일로부터 180일이 되는 날

이후 보험기간 만료일 이전'으로 구분하고 있다. 구체적으로 대상판결의 보험약관은 '보험자는 피보험자가 보험기간 중에 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체에 상해를 입고, 그 직접 결과로서 ① 사고일로부터 180일 안에 신체의 일부를 잃었거나 그 기능이 영구히 상실된 경우 후유장해보험금을(보통약관 제3조, 제24조), 위 사유에 더하여 후유장해지급률표의 지급률이 50% 이상에 해당하는 후유장해가 남았을 경우 일반상해재활연금을(보통약관 제3조, 특별약관 제1조), 피보험자가 보험기간 중에 교통상해를 입고 그 직접 결과로서 사고일로부터 180일 안에 신체의 일부를 잃었거나 그 기능이 영구히 상실되어 후유장해지급률표의 지급률이 50% 이상에 해당하는 후유장해가 남았을 경우 교통상해재활연금을(특별약관 제1조, 제2조) 각 지급할 의무가 있다고 규정하고 있다. 한편, 대상판결의 보험약관은 '② 사고일로부터 180일이 지나도록 후유장해등급이 확정되지 아니하는 경우에는 사고일로부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 후유장해의 등급으로 결정하되, ③ 사고일로부터 180일이 되는 날 이후 보장을 받을 수 있는 기간 중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 후유장해 등급을 결정한다(보통약관 제24조 제2항)'고 규정한다.

하급심과 대법원은 위 약관 규정 중 위 ①과 ③의 '일정 기간 내에 소정의 장해상태가 된 경우'라는 문구에 대한 해석이 엇갈린다. 먼저 ①의 경우 하급심은 사고일로부터 180일 이내에 장해상태(후유장해지급률)가 '확정'되어야 보험금 지급의무가 발생한다고 본 반면, 대법원은 사고일로부터 180일 이내에 장해가 '발생'하면 족하고 진단확정은 180일은 물론 보험기간이 지난 후에 이루어져도 무방하다고 보았다. ③의 경우에도 하급심은 보험기간 만료 전 악화된 후유장해지급률이 '확정'되어야 보험금 지급의무가 발생한다고 본 반면, 대법원은 보험기간 내에 장해상태가 악화되기만 하면 족하고 그 악화된 상태에 대한 진단확정은 보험기간 만료 후에 이루어져도 무방하다고 보았다.

즉, 보험약관상 '일정 기간 내에 소정의 장해상태가 된 경우'의 의미를 하급심은 장해상태의 '확정'으로 본 반면, 대법원은 장해상태의 '발생'으로 보았다. 대상판결의 타당성을 검토하기 위하여 보험약관상 보험금 지급사유인 '일정 기간 내에 소정의 장해상태가 된 경우'를 어떻게 해석하여야 할지 살펴본다. 이는 보험기간 내의 보험사고를 무엇으로 정의할지의 문제다.

## 2. 보험사고와 보험기간

보험자의 보상책임의 범위는 보험사고와 보험기간에 의해 확정된다.<sup>2)</sup> 우리상법은 보험사고의 의미를 명시하여 규정하고 있지는 않지만, 학설상으로는 보험사고의 의미를 보험자의 급부무와 관련지어 정의하고 있는 것이 일반적이다.<sup>3)</sup> 우리나라의 학계에서는 보험사고의 의미를 '보험계약에서 책임을 구체화시키는 우연한 사고,<sup>4)</sup> '보험자의 책임을 발생시키는 조건이 되는 사건으로서 위험(risk covered; versicherte Gefahr),<sup>5)</sup> '보험회사의 보험금 지급 의무, 즉 보험자의 책임을 현실화시키는 우연한 사고,<sup>6)</sup> '보험자의 책임을 발생시키는 사건으로서 위험,<sup>7)</sup> '보험목적에 손해를 야기하는 사고로서 그 발생에 의해서 보험자의 보험금 지급 책임이 구체화되는 것<sup>8)</sup> 등으로 설명한다. 우리 대법원은 보험사고의 의미를 '보험계약에서 보험회사의 보험금 지급책임을 구체화하는 불확정한 사고라고 판시하여 위 학계의 정의와 다르지 않다.<sup>9)</sup> 우리 상법 제638조는 보험계약은 당사자의 일방이 약정한 보험료를 지급하고 재산 또는 생명이나 신체에 불확정한 사고가 발생할 경우에 상대방이 일정한 보험금이나 그 밖의 급여를 지급할 것을 약정함으로써 효력이 생긴다고 규정하므로, 보험사고는 보험계약의 한 요소로서 보험계약에서 특정된다.<sup>10)</sup> 보험사고의 내용이 무엇인지는 결국 계약해석의 문제이다.<sup>11)</sup>

대상판결 사안과 같은 상해보험계약은 보험자가 피보험자의 신체의 상해에 관한 보험사고가 생길 경우에 보험금액 기타의 급여를 지급하기로 하는 계약이다(상법 제737조). 장기손해보험표준약관(금융감독원 제정)은 보험사고를 '급격하고도 우연한 외래의 사고로 피보험자가 신체에 입은 상해'라고 규정한다. 이 경우 보험사고는 '사고 + 상해'로 특정되고, 사고는 급격성, 우연성, 외래성을 요한다.

- 
- 2) 최병규, "가입전 발병과 보험금지급 책임에 대한 연구", 『기업법연구』 제28권 제4호, 한국기업법학회, 2014, 304쪽.
- 3) 김재걸, "보험법상 보험사고의 의미에 대한 일 고찰", 『기업법연구』 제18권 제1호, 2004, 10쪽.
- 4) 정찬형, 『상법강의(하)』, 박영사, 2019, 561쪽.
- 5) 이기수, 최병규, 김인현 공저, 『보험·해상법』 제9판, 박영사, 2015, 81쪽.
- 6) 박세민, 『보험법』 제5판, 2019, 143쪽.
- 7) 양승규, 『보험법』 제5판, 삼지원, 2005, 100쪽.
- 8) 한기정, 『보험법』 초판, 박영사, 2017, 40쪽.
- 9) 대법원 2006. 4. 28. 선고 2004다16976 판결.
- 10) 김성태, 『보험법강론』, 법문사, 2001, 131쪽.
- 11) 한기정, 『보험법』 초판, 박영사, 2017, 274쪽.

그런데 대상판결과 같이 보험약관에서 보험사고를 '피보험자가 급격하고도 우연한 외래의 사고로 상해를 입고 그 직접 결과로서 사고일로부터 180일 안에 신체의 일부를 잃었거나 그 기능이 영구히 상실(후유장해)된 경우'라고 규정한 경우 보험사고는 '사고 + 상해 + 장해'로 특정된다. 다만 여기서 보험사고의 요소 중 하나인 '장해'가 '장해의 진단 확정'을 말하는지 아니면 '장해의 내용에 해당하는 증상의 발현'을 말하는지는 약관의 해석의 문제이다.

한편, 보험기간은 보험자의 책임이 시작되어 종료하는 기간, 즉 그 기간 내에 보험사고가 발생함으로써 보험자가 책임을 지게 되는 기간을 말하는데, 이 기간을 책임기간 또는 위험기간이라고도 한다.<sup>12)</sup> 보험기간 내의 보험사고의 발생에 대하여 손해보험에서는 손해의 보상, 생명보험에서는 일정한 금액의 지급을 약정한다.<sup>13)</sup> 즉, 보험기간은 보험사고에 대한 시간적 제한이다.<sup>14)</sup> 이러한 보험기간은 개념상 보험계약이 성립하여 존속하는 기간인 보험계약기간과 구별된다.<sup>15)</sup> 보험계약에서 보험계약자의 보험료의 지급과 보험자의 위험의 인수는 대가적인 관계에 있으므로 보험자는 보험계약자가 보험료를 지급한 기간에 발생하는 위험만을 인수하는 것이 원칙이지만,<sup>16)</sup> 약정에 따라 보험료를 납입하지 않는 기간이라도 책임기간으로 정할 수 있다. 보험계약은 보험자의 승낙으로 성립하고, 보험자는 보험계약으로 인수한 위험에 한하여 책임을 부담하므로 약정한 보험기간(책임기간)내에 발생한 보험사고에 대하여만 책임을 부담한다.<sup>17)</sup> 보험기간은 당사자간 계약에서 정해야 한다.<sup>18)</sup> 보험기간은 당사자 간에 이에 관한 특약이 없으면 보험계약기간과 일치하지만 보험자의 책임기간을 명백히 하고 당사자 간의 분쟁을 막기 위하여 실제로는 보험기간을 특약하는 것이 보통이다.<sup>19)</sup>

12) 정찬형, 앞의 책, 583쪽.

13) 장덕조, 「보험법」제2판, 법문사, 2015, 105쪽.

14) 채이식, 「상법강의(하)」, 박영사, 2003, 499쪽.

15) 정찬형, 앞의 책, 583쪽.

16) 대법원 2004. 8. 20. 선고 2002다20889 판결.

17) 보험기간(책임기간)의 시기(始期)와 관련하여 계약전발병부담보조항 등으로 보험자가 인수하는 위험의 범위를 한정하는 것과 마찬가지로 보험계약에서 보험기간(책임기간)의 종기(終期)도 보험계약 만료일 이후로 정할 수 있다(김선정, "고지의무 이행자에 대한 계약전발병부담보", 「상사판례연구」 제27집 제4권, 한국상사판례학회, 2014, 156쪽.)

18) 최병규, "가입전 발병과 보험계약의 무효 법리에 대한 연구", 「강원법학」 제56권, 강원대학교 비교법학연구소, 2019, 110쪽.

19) 정찬형, 앞의 책, 583쪽.

대상판결의 보험약관은 보험사고의 요소별로 보험기간을 세분화하여 규정하는데, 먼저 급격하고도 우연한 외래의 사고로 인한 신체의 상해는 '보험기간 중에' 발생하여야 하고, 장해상태(신체의 일부를 잃었거나 그 기능이 영구히 상실되는 것 또는 후유장해지급률표의 지급률이 50% 이상에 해당하는 후유장해가 남는 것)는 '사고일로부터 180일 안에', 장해상태의 악화는 '사고일로부터 180일이 되는 날 이후 보험기간 만료일 이전'에 일어날 것을 규정한다. 대상판결의 보험약관 중 보험기간에 관한 규정은 '사고일로부터 180일 이내', '사고일로부터 180일이 되는 날 이후 보험기간 만료일 이전'과 같이 명확하여 이에 대하여는 약관 해석에 이론이 있을 가능성이 크지 않다. 실제로 대상판결의 하급심과 대법원도 이러한 기간에 대한 판단은 다르지 않았다.

그러므로 대상판결의 핵심 쟁점은 보험사고의 한 요소인 '장해'의 의미를 어떻게 해석하느냐이다. '장해'의 의미를 '장해의 진단 확정'으로 해석한다면 보험자의 보험금 지급책임이 발생하기 위해서는 보험기간 내에 보험약관에서 정한 장해상태에 관하여 의사의 진단 확정까지 이루어져야 한다. 반면, '장해'를 '장해의 내용에 해당하는 증상의 발현'으로 해석한다면 보험기간 내에 해당 증상이 발현되면 족하고 그 장해상태가 보험약관상 어느 등급에 해당하는지 진단 확정은 보험기간 이후에 이루어져도 무방하다.

### 3. 보험기간 내의 보험사고의 개념에 관한 관련 판례 검토

대상판결의 하급심은 보험사고를 '사고 + 상해 + 장해의 진단확정'으로 본 반면, 대상판결(대법원)은 보험사고를 '사고 + 상해 + 장해의 발생'으로 보고 '장해의 진단 확정'은 보험기간 내에 발생하여야 하는 보험사고의 내용에 포함되지 않는다고 판단하였다. 관련하여 대법원이 각 약관의 문언별로 '보험기간 내의 보험사고'를 무엇으로 해석하였는지 관련 판례들을 비교하여 살펴본다.

(1) 관련 판례1. : 대법원 2008. 10. 9 선고 2008다42683 판결

#### 1) 약관 규정

관련 판례1.의 보험약관은 '회사는 보험기간 중 피보험자에게 재해가 발생하고

그 재해를 직접 원인으로 장해등급분류표 중 제1급 내지 제6급의 장해상태가 되었을 경우에는 보험수익자에게 약정한 재해장해급여금을 지급합니다라고 규정되어 있다.

## 2) 대법원의 판단

이에 대하여 대법원은 ‘위 약관 규정의 문언을 보더라도 보험금지급사유를 보험기간 중에 재해 및 장해가 발생하여야 한다고 해석할 수 없고(보험기간 중에 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 보험금지급책임의 성립에 영향이 없다고 판시하였다.

## 3) 보험사고: 재해

관련판례1.의 보험약관에 관하여 대법원은 본 건의 보험사고를 보험기간 중의 재해로 한정하고 보험기간 중 장해상태의 발생을 요하지는 않는다고 해석하였다. 위 약관의 문언은 ‘보험기간 중 재해가 발생하고 그 재해를 직접 원인으로 소정의 장해상태가 될 것을 보험금 지급사유로 규정하고 있다. 그 문언의 형식을 살펴보면 ‘보험기간 중’이란 문구가 ‘재해의 발생’만을 수식하고 ‘장해상태의 발생’은 수식하지 않고 있어, 그 문언상 장해까지 보험기간 중에 발생해야 한다고 해석하기 어렵다. 따라서 대법원의 위와 같은 해석은 문언의 통상 해석 등에 비추어 타당하다고 보인다. 한편, 위 판례는 ‘장해의 진단을 받아야 하는 것은 더 더욱 아니다’라고 판시하여 ‘장해의 발생’과 ‘장해의 진단’을 별개의 개념으로 보고 있다. 평석대상 판결과 궤를 같이 한다고 볼 수 있다.

## (2) 관련판례2.: 대법원 2007. 12. 28 선고 2005다63221 판결

### 1) 약관 규정

관련판례2.의 보험약관(재해장해연금특약 약관과 교통재해보장특약 약관)은 ‘피보험자가 특약의 보험기간 중 재해 또는 교통재해를 직접적인 원인으로 하여 제2급 내지 제6급 장해상태가 되었을 때 장해급수에 따라 약정에 따른 재해장해연금과 교통재해장해연금을 지급한다고 규정되어 있다.

## 2) 대법원의 판단

대법원은 “재해장해연금이나 교통재해장해연금의 지급사유는 ‘보험자가 보험기간 중 재해 또는 교통재해를 직접적인 원인으로 하여 제2급 내지 제6급 장해상태가 된 때’고, 재해 또는 교통재해의 발생 그 자체라고 할 수 없다”고 판시하였다.

## 3) 보험사고: 재해 + 장해의 발생

관련판례2.의 약관은 ‘보험기간 중 재해를 직접원인으로 하여 소정의 장해상태가 되었을 때’의 형식으로 규정되어 평석대상 판결의 약관인 ‘보험기간 중 사고로 상해를 입고 그 직접 결과로서 소정의 기간(사고일로부터 180일 안에)에 신체의 일부를 잃거나 또는 그 기능이 영구히 상실된 경우와 규정 형식이 유사하다. 관련판례2.는 평석대상 판결과 마찬가지로 재해뿐만 아니라 장해의 발생을 보험사고로 보았다. ‘특약의 보험기간 중 재해 또는 교통재해를 직접적인 원인으로 하여 제2급 내지 제6급 장해상태가 되었을 때’라는 문언은 ‘보험기간 중’이라는 문구가 ‘소정의 장해상태가 되었을 때’를 수식하므로 소정의 장해상태는 보험기간 중에 발생해야 한다고 해석함이 타당하다.

한편, 관련판례2.에서 ‘장해의 발생’을 장해의 ‘진단확정’으로 보았는지는 상고를 기각한 하급심 판결(대구고등법원 2005. 9. 27. 선고 2004나3957,3964 판결)에 나타난다. 하급심은 장해 여부를 해당 보험약관에서 정한 제2급 내지 제6급에 대한 의사의 진단확정이 있었는지 여부에 따라 판단하지 않고, 피보험자의 장해상태가 실제로 제2급 내지 제6급 소정의 상태에 해당하는지 즉, 다리를 완전 영구히 사용하지 못하였는지 피보험자의 출근 및 근무 사실 등 객관적 사실을 통해 판단하였다. 관련판례2.도 평석대상 판결과 유사하게 보험기간 내의 장해의 진단확정을 보험사고의 내용으로 보지 않았다.

## (3) 관련판례3.: 대법원 2013. 7. 26. 선고 2011다70794판결

### 1) 약관규정

관련판례3.의 보험약관은 질병입원의료비담보(갱신형) 특별약관과 질병통원의료비담보(갱신형) 특별약관에서 ‘회사는 보험가입증서(보험증권)에 기재된 피보험자가

이 특별약관의 보험기간 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 입원하거나 통원하여 치료를 받은 경우가 발생한 경우 질병입원의료비 또는 질병통원의료비를 보상하여 드립니다)라고 규정되어 있다.

## 2) 대법원의 판단

관련판례3.에서 대법원은 ‘이 사건 보험약관은 보험기간 중에 질병으로 인하여 입원 또는 통원 치료를 받은 경우 원고가 그 입원의료비 또는 통원의료비를 보상한다고 정하고 있을 뿐, 입원 또는 통원 치료의 원인이 되는 질병이 보험기간 중에 발생한 것이어야 한다는 취지로 규정하고 있지 않으며, 다만 피보험자가 보험계약 청약일로부터 과거 5년 이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우에는 이 사건 보험계약의 보상대상에서 제외한다고 정하고 있으므로, 이러한 규정의 문언이나 내용을 앞서 본 법리에 비추어 보면, 입원 또는 통원치료의 원인이 되는 질병이 이 사건 보험기간 중에 발생하였는지 여부와 관계없이 피보험자가 그 질병으로 인하여 입원 또는 통원치료를 받은 경우에는, 보험계약 청약일로부터 과거 5년 이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우를 제외하고는 질병입원의료비 또는 질병통원의료비의 보상대상이 된다고 보는 것이 합리적이고 이 사건 보험약관의 취지에도 부합 한다고 판단하였다.

## 3) 보험사고: 보험기간 중에 질병으로 입원 및 통원치료를 받은 것(질병의 발생 자체는 보험사고가 아니므로 질병이 보험기간 중에 발병할 필요는 없음)

관련판례3.의 보험약관의 문언 형식을 보면 ‘보험기간 중에 질병으로 인하여 보험금 지급사유(입원하거나 통원치료를 받은 경우가 발생한 경우) 질병입원의료비 또는 질병통원의료비를 보상한다고 규정되어 있다. ‘보험기간 중’이라는 문구가 ‘입원하거나 통원치료를 받은 경우’를 수식하므로 입원 또는 통원치료를 보험기간 중에 받아야 보험금청구권이 발생한다고 해석한 것은 보험약관의 통상적, 객관적 해석 원칙에 따라 이론의 여지가 없이 타당하다고 보인다. 입원 및

통원치료의 원인이 질병이어야 하는데, 질병통원의료비담보특약은 의료비 손해를 보장하는 것이고 질병 자체는 보험사고로 하지 않으므로 보험기간 내에 질병이 발생할 필요는 없고 보험기간 내에 입원이나 통원치료라는 보험사고만 발생하면 족하다.

#### 4. 대상판결에 대한 평가

##### (1) 보험약관의 해석

대상판결은 세 가지 종류의 보험금, 즉 (ㄱ) 후유장해보험금, (ㄴ) 일반상해재활연금, (ㄷ) 교통상해재활연금의 청구권이 존재하는지를 판단하였다. 대상판결의 보험약관은 '(ㄱ) 후유장해보험금은 피보험자가 보험기간 중에 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체에 상해를 입고, 그 직접 결과로서 사고일로부터 180일 안에 신체의 일부를 잃었거나 그 기능이 영구히 상실된 경우(보통약관 제3조, 제24조), (ㄴ) 일반상해재활연금은 위 사유에 더하여 후유장해지급률표의 지급률이 50% 이상에 해당하는 후유장해가 남았을 경우(보통약관 제3조, 특별약관 제1조), (ㄷ) 교통상해재활연금은 피보험자가 보험기간 중에 교통상해를 입고 그 직접 결과로서 사고일로부터 180일 안에 신체의 일부를 잃었거나 그 기능이 영구히 상실되어 후유장해지급률표의 지급률이 50% 이상에 해당하는 후유장해가 남았을 경우(특별약관 제1조, 제2조) 각 보험금청구권이 발생한다고 규정한다. 한편, 위 보험약관은 '사고일로부터 180일이 지나도록 후유장해등급이 확정되지 아니하는 경우에는 사고일로부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 후유장해의 등급으로 결정하되, 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간 중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 후유장해 등급을 결정한다(보통약관 제24조 제2항)'고 규정한다.

이러한 보험약관의 해석에 관하여 대상판결은 '사고와 상당인과관계가 있는 장해로서 사고일로부터 180일 내에 발생한 장애이기만 하면 이에 대하여 후유장해보험금을 지급할 의무가 발생하고 그 진단확정은 위 180일은 물론 보험기간이 지난 후에 이루어져도 무방하다'고 판단하고, '사고로 인한 장애가 사고일로부터 180일 내에 발생하고 보험기간 내에 후유장해지급률이 50% 이상에 이를 정도로

장해상태가 악화되면 제1, 2특별약관에 따른 재환연금을 지급할 의무가 발생하는 데, 그 진단확정은 앞서와 마찬가지로 보험기간 만료 후에 이루어져도 무방하다고 판단하였다. 대상판결은 보험사고를 ‘사고 + 상해 + 장해발생’으로 보고 ‘장해의 진단 확정’은 보험기간 내에 발생하여야 하는 보험사고의 내용에 포함되지 않는다고 판단하였다. 앞서 살펴 본 관련판례들과 유사한 취지이다. 이러한 대법원의 약관해석이 타당한지 약관해석의 원칙에 비추어 살펴본다.

약관은 그 용어가 가지는 통상적이며 통속적인 의미로 해석해야 하고(통상해석의 원칙), 보험계약을 체결하는 평균적 고객의 이해가능성을 기준으로 객관적, 획일적으로 해석하여야 하며(객관적 해석의 원칙), 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 해석되어야 하며 고객에 따라 다르게 해석되어서는 안 되고(신의성실의 원칙), 약관은 작성자가 일방적으로 작성하는 것이기 때문에 신의성실의 원칙을 준수하기 위해 약관 조항의 내용을 일정한 범위로 축소하거나 제한하여 해석할 수 있고(효력유지적 축소해석), 약관 조항의 의미가 불명확하거나 다의적인 해석이 가능한 경우에 약관을 작성한 보험자에게 불이익하게 해석해야 한다(작성자불이익의 원칙).<sup>20)</sup> 이와 같은 약관 해석의 원칙에 따라 대상판결의 보험약관상의 ‘장해’의 의미를 해석하여 본다.

대상판결의 특별약관은 상해로 인한 재환연금을 ‘보통약관 제3조에서 정한 상해를 입고 그 직접결과로써 사고일로부터 180일 안에 신체의 일부를 잃거나 그 기능이 영구히 상실되어 【별표1】에 정한 후유장해지급률표의 지급률이 50% 이상에 해당하는 후유장해가 남았을 경우’ 지급한다고 규정한다. 여기서 【별표1】에 정한 후유장해지급률이 50%이상에 해당하는 후유장해가 남았을 경우를 통상적 의미로 해석해보면, 이는 소정의 후유장해가 남았다는 사실만을 의미하고, 소정의 후유장해에 대한 의사의 진단이 있을 것까지를 의미한다고 해석하기 어렵다. 또한 보험계약을 체결하는 평균적 고객이 보험약관에 ‘일정 장해상태가 된 경우 보험금을 지급한다고 규정되어 있는 경우 보험금의 지급을 받기 위해서는 일정 상태가 되면 족하지, 반드시 의사에 의하여 등급을 진단 확정 받아야 한다고 이해할 것으로 보이지 않는다. 보험약관의 문언이 다소 애매한 측면이 있다고 하더라도 ‘일정 장해상태가 된 경우’라고 규정된 약관을 ‘의사의 진단에 의하여

20) 박세민, 앞의 책, 68-91쪽.

특정 장해등급이 확정될 것까지 요구하는 것으로 해석한다면 이는 작성자불이익의 원칙에도 위배될 수 있다. 따라서 '사고일로부터 180일 이내에 【별표1】에 정한 후유장해지급률이 50%이상에 해당하는 후유장해가 남았을 경우를 사고일로부터 180일 이내에 【별표1】에 정한 후유장해지급률이 50%이상에 해당하는 후유장해가 발생하면 죽고 그 진단 확정은 사고일로부터 180일이 지나거나 보험기간이 경과한 후 이루어져도 무방하다고 해석한 대상판결의 약관 해석은 타당하다고 본다.

대상판결의 약관해석 자체는 위와 같이 타당하다고 본다. 다만, 피보험자의 장해상태에 대한 진단의 확정 없이 해당 보험기간 내에 피보험자에게 소정의 장해상태가 발생하였다는 사실을 입증하기는 곤란한 경우가 있을 수 있다.

## (2) '보험사고'의 입증의 문제

첫째로, 의사의 진단 확정 없이는 보험사고인 장해의 발생 사실을 입증하기 곤란할 수 있다. 만일 약관에서 정한 장해상태가 '손가락을 두 마디 이상 상실한 경우와 같이 객관적 사실에 해당하고 '판단의 여지가 개입되지 않는 경우는 약관에서 정한 보험기간 내에 '상실'이라는 객관적 사실이 발생하기만 하면 해당 장해가 발생하였다는 입증이 되었다고 할 수 있다. 그러나 만일 약관에서 정한 장해상태가 대상판결의 보험약관 【별표1】의 지급률 75%의 장해과 같이 '정신·신경계통의 기능에 심한 장해가 남아 혼자서는 생명유지를 위한 기본동작·기능에 상당한 제한이 있거나 감금상태에서 생활할 정도는 아니나 자해나 타해의 위험성이 지속적으로 있어서 부분적인 개호 내지 감시를 요할 때인 경우 해당 장해상태가 발생하였는지 여부에 '판단의 여지가 개입될 수밖에 없다. 정신·신경계통의 기능 장애가 '심한 상태라고 할 수 있는지 여부, 기본동작·기능의 제한이 '상당하다고 할 수 있는지 여부, 자해나 타해의 '위험성이 지속적으로 존재하는지' 여부, 부분적인 개호 내지 감시가 '필요한지' 여부는 단순한 객관적 사실이 아니라 판단에 의하여 결정되는 사안이므로 결국 의사의 진단 확정 없이 지급률 75%에 해당하는 정도의 장해상태가 발생하였음을 입증하기는 쉽지 않다.

특히 대상판결의 보험약관의 보험기간 분류 중에서 위 ③에 해당하는 경우, 즉, 사고일로부터 180일이 지나도록 후유장해등급이 확정되지 않아 사고일로부터 180일이

되는 날 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 후유장애의 등급으로 결정하였는데 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간 중에 장애상태가 더 악화되어 그 악화된 장애상태를 기준으로 후유장애 등급을 결정하여 보험금을 지급하게 되는 경우 입증 곤란 문제가 더 크다. 이 경우 악화된 장애상태에 대한 보험금 청구권이 인정되기 위해서는 당초 의사의 진단에 의하여 일응 결정되었던 후유장애등급이 반복될 정도로 진단 이후에 장애상태가 악화되었다는 사실을 입증해야 하기 때문이다. 이에 대하여 대상판결의 하급심은 의사의 진단에 의하여 일응 결정된 후유장애지급률이 변경되어 새로운 후유장애지급률이 확정되어야 한다고 판단하였으나 대법원은 소정의 기간 내에 후유장애지급률이 50%이상을 이룰 정도로 장애상태가 악화된 경우 해당 보험금을 지급할 의무가 발생하고 그 진단확정은 보험기간 만료 후에 이루어져도 무방하다면서 원심의 판단은 약관의 해석을 그르친 위법이 있다고 판단하였다. 그런데, 기존 의사의 진단 확정에 의한 후유장애지급률이 변경되어 후유장애지급률이 50%에 이를 정도로 장애상태가 악화되었다는 사실을 의사의 진단 확정 없이 입증하기가 쉽지 않다는 한계가 있다.

### (3) '보험기간 내' 보험사고가 발생하였다는 사실에 대한 입증의 문제

둘째로, 보험기간 내에 의사의 진단 확정이 이루어지지 않는다면 장애가 해당 보험기간 내에 발생하였는지를 입증하기 어려울 수 있다. 보험약관은 장애의 '정도를 구체적으로 구분하여 그 정도에 따라 보험금의 액수를 정하고 있는데 사고일로부터 180일 안에 피보험자의 후유장애가 어느 정도의 장애율에 해당하는지에 대한 진단이 없었던 경우 사고일로부터 180일 안에 그러한 장애율에 해당하는 장애가 발생하였는지를 입증하기는 쉽지 않을 것으로 보인다. 예컨대, 사고일로부터 180일 안에 장애율에 대한 진단이 이루어지지 않았다면 사고일로부터 3,4년이 경과한 이후에 의사의 진단에 의하여 일정 장애율에 해당한다는 것이 확정되었다고 하더라도 의사가 진단한 장애상태가 사고일로부터 180일 이내에 발생한 것인지 사고일로부터 180일이 지난 이후에 발생한 것인지 불분명하기 때문이다.

이에 대하여 대상판결은 실제로 소정의 장애상태가 사고일로부터 180일 내에 발생하였는지에 관하여 '사고일로부터 180일 내에 복합부위통증증후군이 발병하였으므로 좌측 하지 기능의 장애가 시작되었다고 할 것이고, 따라서 복합부위통증

증후군으로 인한 장애는 사고일로부터 180일 이내에 발생하였다고 볼 수 있다고 판시하였다. 그러나 복합부위통증증후군은 진행경과에 따라 장애의 정도가 심화되는 질병이므로 해당 기간 내에 해당 복합부위통증증후군이 어느 정도의 장애율에 해당하는지에 대한 진단이 없다면 기간 만료 후 이루어진 진단은 기간 만료 후 악화된 장애상태를 입증한다고 할 수 있다.

복합부위통증증후군(CRPS)은 사지말단 부위에 입은 상해 등으로 인해 신체의 말단 부위에 발작적이거나 지속적인 통증을 느끼다가 시간의 경과에 따라 통증을 호소하는 부위가 원래의 상처가 있던 곳보다 확산되고 임상증상이 여러 가지로 역동적으로 변화하는 형태의 만성 통증질환을 의미한다.<sup>21)</sup> 복합부위통증증후군의 진행경과는 부종, 피부온도 차이, 통각과민 등의 제1기부터 근육 등의 위축, 관절 약화, 운동의 심한 제한으로 강직이 발생하는 제3기까지 심화되고 확대된다.<sup>22)</sup> 이에 따라 우리 법원은 복합부위통증증후군이 발생한 경우 맥브라이드포나 미국의사협회(American Medical Association, A.M.A.) 신체장애평가지침(이하 'AMA 지침'이라 한다)에 따라 후유장애의 노동능력상실률이나 장애율을 각기 다르게 판단하고 있다.

구체적으로 살펴보면 대구지법 2007가합6721 판결이나 서울중앙지법2007가단299459 판결(확정)에서는 AMA지침을 적용하여 15%의 장애율을 인정하기도 하고, 서울서부지법 2006가합676112 판결(확정)은 현저한 운동기능 저하 등의 후유장애로 AMA지침 기준 39%의 장애율을 인정하기도 하였다.<sup>23)</sup> 맥브라이드포에 의한 판단에 있어서도 말초신경 항목을 준용한 경우(서울중앙지법 2007가단27432판결 등), 관절강직 항목을 준용한 경우(서울북부지법 2005가단29761판결, 서울중앙지법 2007가단32526판결 등), 절단 항목을 적용한 경우(인천지법 2003구단114판결) 등 장애의 '정도'에 대하여 세부적으로 각각 다른 판단을 하고 있다.<sup>24)</sup> 대법원 2012. 4. 13. 선고 2009다77198 판결은 복합부위통증증후군 환자의 노동능력상실률을 평가기준에 관하여 AMA 지침은 복합부위통증증후군 판정기준과 신체장애율을 규정하고 있어 통증에 대한 항목이 없는 맥브라이드포보다 적합하다는 취지의 판시를 하기도 하였다.

21) 서울고등법원 2007. 9. 11. 선고 2005나109006, 2005나109013(병합) 판결 참조

22) 조규성, "복합부위통증증후군(CRPS)에 관한 일고찰", 손해사정연구 제5권 제2호, 2013, 11쪽.

23) 조규성, 앞의 논문, 17-19쪽.

24) 조규성, 앞의 논문, 17-19쪽.

따라서 대상판결의 사안에서 사고일로부터 180일 이내에 AMA 지침 등에 의하여 장애의 정도가 '진단되지 않았으므로 【별표1】 소정의 등급에 해당하는 장애가 '발생'하였다는 점이 입증되었다고 보기 어려울 수 있다. 그러므로 대상판결의 약관 해석 자체에는 찬동하나 실제 장애상태에 대한 '진단' 없이 해당 기간 내에 장애가 발생하였다는 사실을 입증하기 곤란한 측면이 있다고 본다. 또한 장애가 고정되지 않고 악화될 수 있다는 점을 고려하면 약관에서 정한 기간이나 보험기간 만료 후 상당한 시간이 경과한 시점에서 장애상태에 대한 검사가 이루어지고 진단이 확정된 것이라면 이는 보험자의 책임을 보험자가 보험기간 내에 인수한 위험에 한정하지 않고 무한정 확대할 우려가 있다. 이러한 점을 감안하면 대상판결이 실시한 바와 같이 '소정의 기간 내에 장애가 발생하기만 하면 그 진단 확정은 기간 이후에 이루어져도 무방하다'는 약관해석이 적용되는 사안은, 기간 만료 후에 장애의 진단 내용이 확정되었다고 하더라도 진단을 위한 검사는 소정의 기간 내에 이루어진 경우거나 기간 만료 후 진단된 장애상태의 정도가 기간 만료 전의 장애상태로부터 악화되지 않고 장애상태가 고정된 경우 또는 장애의 악화 속도나 정도가 일정하여 기간 만료 후 진단을 통해서도 기간 내의 장애상태를 추정할 수 있는 경우에 한정되어야 할 것이다.

#### IV. 결 어

대상판결은 '사고일로부터 180일 이내에 소정의 장애상태가 된 경우 보험금을 지급한다는 보험약관을 해석함에 있어, 보험사고인 '사고일로부터 180일 이내에 소정의 장애상태가 된 경우'란 사고일로부터 180일 이내에 소정의 장애상태가 발생할 것을 의미할 뿐, 해당 장애상태의 진단확정까지 이루어질 것을 의미하지는 않는다고 해석하여 원심을 파기환송하였다. 보험약관은 그 용어가 가지는 통상적인 의미로 해석해야 하고(통상해석의 원칙), 보험계약을 체결하는 평균적 고객의 이해가능성을 기준으로 객관적, 획일적으로 해석하여야 하며(객관적 해석의 원칙), 약관 조항의 의미가 불명확하거나 다의적인 해석이 가능한 경우에 약관을 작성한 보험자에게 불이익하게 해석해야 한다(작성자불이익의 원칙). 이러한 보험약관의 해석원칙에 따르면 대상판결이 '장애상태가 된 경우'를 장애상태의 '발생'으로

해석하고 '진단 확장'으로 확대해석하지 않은 것은 타당하고 본다. 다만 대상판결의 보험약관해석과 같이 '일정 기간 내에 소정의 장해상태가 발생한 경우를 실제로 입증하기 위해서는 결국 소정의 장해상태가 발생하였다는 진단이 요구될 수밖에 없다는 한계가 있다. 또 보험자가 인수한 위험의 범위 내에서 보험자의 책임을 인정하고 보험자의 책임을 무한정 확대하지 않기 위해서는 대상판결의 보험약관 해석에 덧붙여 보험기간 후에 진단 확정된 장해상태가 보험기간 내의 장해상태를 입증한다는 점이 전제되어야 할 것이다. 구체적으로 살펴보면, 장해상태의 진단확정은 보험기간 만료 후 이루어졌다고 하더라도 그러한 장해상태의 검사는 해당기간 내에 이루어졌거나, 보험기간 내 발생한 장해상태가 고정되어 보험기간 만료 후 진단 시점까지 악화된 사실이 없거나, 해당 장해가 일정한 정도로 악화 또는 개선되어 보험기간 내의 장해상태를 보험기간 후에 진단 확정할 수 있다는 점 등이 전제되어야 한다.

## 참고문헌

- 김성태, 「보험법강론」, 법문사, 2001.
- 박세민, 「보험법」 제5판, 2019.
- 양승규, 「보험법」 제5판, 삼지원, 2005.
- 이기수, 최병규, 김인현 공저, 「보험·해상법」, 박영사, 2015.
- 장덕조, 「보험법」 제2판, 법문사, 2015.
- 정찬형, 「상법강의(하)」, 박영사, 2019.
- 채이식, 「상법강의(하)」, 박영사, 2003.
- 한기정, 「보험법」 초판, 박영사, 2017.
- 
- 김선정, “고지의무 이행자에 대한 계약전발병부담보”, 「상사판례연구」 제27집 제4권, 한국상사판례학회, 2014.
- 김재걸, “보험법상 보험사고의 의미에 대한 일 고찰”, 「기업법연구」 제18권 제1호, 2004.
- 조규성, “복합부위통증증후군(CRPS)에 관한 일고찰”, 「손해사정연구」 제5권 제2호, 2013.
- 최병규, “가입전 발병과 보험계약의 무효 법리에 대한 연구”, 「강원법학」 제56권, 강원대학교 비교법학연구소, 2019.
- 최병규, “가입전 발병과 보험금지급 책임에 대한 연구”, 「기업법연구」 제28권 제4호, 한국기업법학회, 2014.

<Abstract>

**A study on the meaning of 'Impairment' on  
Insurance Clause**  
- Focused on the Supreme Court's Decision dated July 24,  
2014(Case No. 2013Da43956,43963) -

**Lim, Ho San**

An insurer is responsible for paying insurance benefit to the insured in the event of insured accident taken place within the contracted term of insurance. To determine the insured accident within the contracted term of insurance, the insurance clauses must be referred to. The decisions 2013Da43956 (Original) and 2013Da43963 (Counter) -- decisions made on Jul. 24, 2014 -- state that 'it is acceptable that the confirmative diagnosis of impairment, if occurred within a certain period of time, is made after the lapse of such period' -- or even the contracted term of insurance - if the insurance clauses set forth that 'impairment occurred within a certain period of time' falls under an insured accident. According to the doctrines of general interpretation and objective interpretation and *contra proferentem*, it is deemed reasonable for such decisions to interpret 'entering into the state of impairment' as 'occurrence' of such impairment, weeding out broad interpretation of such state as 'confirmative diagnosis.' However, the decisions are quite limited in that a diagnosis of occurrence of such impairment is needed to factually evidence the 'occurrence of the certain state of impairment within a certain period of time.' To properly limit the insurer's responsibility to the extent that the risk assumed by the insurer is not exceeded, it must be assumed that the state of impairment that has been confirmatively diagnosed after the lapse of the contracted term of insurance properly verifies the state of such impairment valid within such term, in addition to the interpretation of the insurance clauses made by the decisions above. More specifically, even though a

confirmative diagnosis of the state of impairment has been made after the lapse of the contracted term of insurance, it must be assumed that the screening for confirmative diagnosis of the state of impairment must have been made within the contracted term of insurance, OR the state of impairment occurred within the contracted term of insurance has not been aggravated to the point of confirmative diagnosis made after the lapse of the contracted term of insurance, OR impairment has to certain extent been aggravated or improved such that the state of such impairment within the contracted term of insurance can be confirmatively diagnosed after the lapse of such term.

**Key Words** : Occurrence of impairment, Confirmative diagnosis of impairment, Risk covered, Insurance accident, Period of Insurance, Insurance Clause, Complex regional pain syndrome(CRPS)