

암보험 관련 주요 분쟁사례 연구

2019. 10

백영화·박정희

머 리 말

보험 약관의 해석과 관련한 보험회사와 소비자 사이의 분쟁은 끊임없이 발생해왔다. 특히 최근에는 암보험 약관상의 암 입원비 지급 대상 해당 여부에 관한 분쟁이 크게 문제되기도 하였다. 암보험 약관의 경우 의학적·전문적인 용어가 포함되어 있기 때문에 소비자들이 그 의미를 이해하기 어려운 경우도 많고, 의료인의 의학적 판단에 따라 약관의 해석이 달라질 수도 있으며, 의료기술의 발달 등에 따라 의학적 판단 기준 자체가 변화할 수도 있기 때문에, 분쟁이 많이 발생하는 측면이 있다.

본 보고서에서는 암보험 약관의 해석과 관련하여 이제까지 발생하였던 주요 분쟁사례들을 연구하였다. 암보험 약관상 어떤 조항과 관련하여 분쟁들이 제기되었는지, 기존 분쟁들에서 문제가 된 쟁점은 무엇이었는지, 이에 대하여 금융감독원 금융분쟁조정위원회와 법원에서는 어떻게 판단하였는지를 검토 및 분석하고, 이를 통한 시사점을 제시해보았다.

기존 분쟁사례 분석을 통하여 암보험 상품에 대한 소비자의 정확한 이해 및 합리적 선택에 도움이 될 수 있기를 희망해본다. 또한 보험회사로서도 암보험금 지급 여부 심사 및 판단 시 기존의 분쟁사례들을 참고로 할 수 있을 것이다. 아울러 다수의 분쟁을 유발한 약관 조항 등을 파악함으로써 향후 암보험 약관 개선에 참고할 수 있기를 기대한다.

마지막으로 본 보고서에 수록된 내용은 연구자들 개인의 의견이며 우리원의 공식 의견이 아님을 밝혀둔다.

2019년 10월

보 험 연 구 원
원장 안 철 경

■ 목차

요약 / 1

I. 서론 / 2

1. 연구의 배경 및 목적 / 2
2. 연구의 구성 / 4

II. 암보험의 개요 / 5

1. 암보험의 역사 / 5
2. 암보험의 주요 내용 / 7

III. 암보험 관련 주요 분쟁 사례 / 21

1. 암보험 약관상 “암”에 해당하는지 여부 관련 / 21
2. 암의 진단 확정 방법 관련 / 30
3. 암보험 약관상 “수술”에 해당하는지 여부 관련 / 45
4. “암의 직접적인 치료 목적”에 해당하는지 여부 관련 / 53
5. 암이 전이되거나 재발한 경우 관련 / 67
6. 암의 분류 기준의 변경 관련 / 76
7. 암과 경계성 종양 또는 제자리암의 구분 관련 / 83
8. 고지의무 위반을 주장할 수 있는지 여부 관련 / 100
9. 고지의무 위반으로 인한 보험계약 해지 시 보험금 지급 책임의 범위 관련 / 121
10. 기타 / 132

IV. 결론 및 시사점 / 137

| 참고문헌 | / 144

■ 표 차례

- 〈표 II-1〉 기존 암보험과 새로운 암보험 종류 비교 / 6
- 〈표 II-2〉 종양의 구분 / 7
- 〈표 II-3〉 행동양식 분류번호에 따른 구분 / 10
- 〈표 III-1〉 양성 종양과 악성 종양의 특성 비교 / 22
- 〈표 III-2〉 혈구탐식성 림프조직구증 및 뇌종양의 암 해당 여부에 관한 분쟁사례 / 28
- 〈표 III-3〉 암이 아닌 후유증 또는 합병증 등의 치료 목적으로 본 사례 / 61
- 〈표 III-4〉 서울남부지방법원 2014나50673 판결의 고려 사항 / 74
- 〈표 III-5〉 직장유암종 관련 대법원 판례 사안의 사실관계 / 91
- 〈표 III-6〉 비침습방광암에 대해 제자리암으로 판단한 하급심 판례 사안의 사실관계 / 95
- 〈표 III-7〉 대장점막내암에 대한 조항 예시 / 98
- 〈표 III-8〉 비침습방광암에 대한 조항 예시 / 99
- 〈표 III-9〉 상법상 고지의무 관련 조항 / 100
- 〈표 III-10〉 고지의무 위반에 해당하지 않는다고 판단한 사례 / 102
- 〈표 III-11〉 고지의무 위반에 해당한다고 판단한 사례 / 105
- 〈표 III-12〉 고지의무 위반 사실과 보험사고 사이의 인과관계에 대한 사례 / 108
- 〈표 III-13〉 대법원 2014다73336 판결 사안의 사실관계 / 112
- 〈표 III-14〉 고지의무 위반을 인정한 기타 하급심 판례 / 113
- 〈표 III-15〉 대법원 2009다103349 판결 사안의 사실관계 / 115
- 〈표 III-16〉 고지의무 위반을 부정한 기타 하급심 판례 / 117

■ 그림 차례

- 〈그림 I-1〉 연도별·성별 암발생자수 추이 / 2
- 〈그림 II-1〉 악성 신생물 분류표 예시 / 8
- 〈그림 II-2〉 암입원비 지급 안내 예시(180일 한도 보장의 경우) / 12
- 〈그림 II-3〉 암입원비 지급 안내 예시(120일 한도 보장 및 4일 이상 입원 보장의 경우) / 12
- 〈그림 II-4〉 의학적 암의 진단 과정 / 14
- 〈그림 II-5〉 암 종류별 보험금 비교 / 16
- 〈그림 II-6〉 경계성종양 및 제자리암에 대한 분류표 예시 / 17
- 〈그림 II-7〉 암진단보험금 진단 시점별 보장 내용 / 19
- 〈그림 III-1〉 암보장개시일과 암의 진단 확정의 문제 / 31
- 〈그림 III-2〉 암보험 약관상 일반적인 수술의 범위 / 52
- 〈그림 III-3〉 면역력 치료의 암의 직접 치료 목적 해당 여부 / 56
- 〈그림 III-4〉 “암의 직접적인 치료”의 범위 / 65
- 〈그림 III-5〉 요양병원 암 입원보험금 분리 / 65
- 〈그림 III-6〉 분쟁조정 사례 제2003-64호의 쟁점 / 71
- 〈그림 III-7〉 대장의 4개층 / 86
- 〈그림 III-8〉 대장벽의 해부학적 구조 / 86
- 〈그림 III-9〉 서울고등법원 2010나44271 판결의 판단 / 119
- 〈그림 III-10〉 고지의무 위반으로 인한 보험계약 해지 시 보험금 지급 책임의 범위 / 122
- 〈그림 IV-1〉 공동의료자문절차 / 142
- 〈그림 IV-2〉 금감원을 통한 제3의료기관 자문절차(안) / 142

A Study on Major Disputes Cases Related to Cancer Insurance

Recently, disputes over the eligibility for cancer hospitalization payment under cancer insurance policy have been a major problem. Cancer insurance policies often contain medical and technical terms, making it difficult for consumers to understand their exact meaning. Also, interpretation of cancer insurance policies may vary depending on the medical judgment made by medical doctors, and further, standards for the medical judgment themselves may change according to the development of medical technology. In this regard, there have been a lot of disputes in relation to cancer insurance policies.

In this report, we have studied the major cases of disputes related to the interpretation of cancer insurance policies. We examined and analyzed which provisions of cancer insurance policies have raised disputes, what issues have been in question in the past disputes, and how the courts and the Financial Supervisory Service's Financial Dispute Resolution Committee have judged the issues.

We hope that the analysis of the past disputes cases will help consumers to understand and make rational choices about cancer insurance products. As for insurance companies, they can refer to the past disputes cases when reviewing and determining whether to pay cancer insurance payments. We also hope that identifying the provisions that have caused a number of disputes may help improve the cancer insurance policies in the future.

요약

암보험 약관의 해석과 관련하여 보험회사와 소비자 사이에서 분쟁이 빈번하게 발생해 왔다. 암보험 약관에서는 의학적·전문적인 용어가 사용되기 때문에 그 의미를 명확하게 이해하기 쉽지 않은 경우도 많고, 의학적 판단에 따라 결론이 달라질 수도 있으며, 의료기술의 발달 등에 따라 의학적 판단 기준 자체가 변화할 수도 있기 때문에, 분쟁이 많이 발생하는 것이 불가피한 면도 있다. 예를 들어, 암보험에서는 암환자가 입원한 경우를 모두 담보하는 것이 아니라 암의 치료를 직접적인 목적으로 하여 입원한 경우만을 담보하는 것인데 어떤 경우에 암의 직접적인 치료 목적이 인정되는 것인지, 암이 전이되거나 재발된 경우에는 원발암을 기준으로 판단하는 것인지 전이암 또는 재발암을 기준으로 판단하는 것인지, 보험계약 가입 시점과 암으로 진단 받은 시점에 암의 분류 기준이 달라진 경우에는 어느 시점의 기준에 따라 암 해당 여부를 판단해야 하는지 등과 관련하여 다양한 분쟁이 발생하여 왔으며, 이에 본 연구에서는 기존의 분쟁 사례들을 쟁점별로 정리 및 분석하였다.

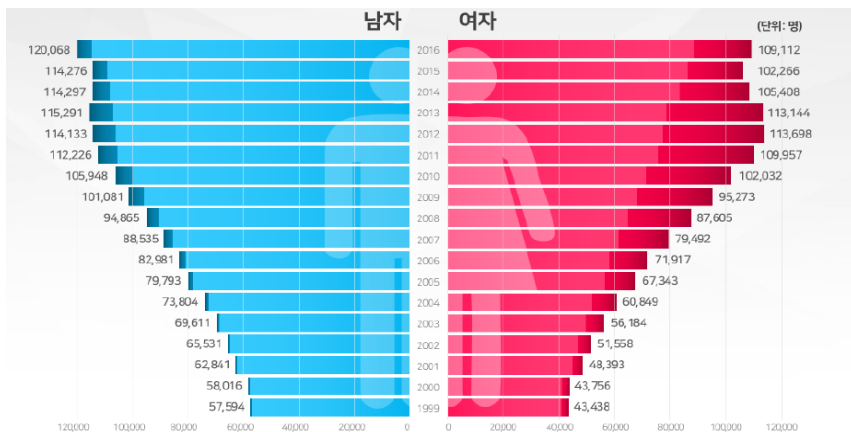
소비자들은 암보험 상품의 내용을 정확하게 이해하는 데에 기존 분쟁사례들을 참고할 수 있을 것이다. 보험회사 또한 기존 분쟁사례들을 숙지하고 이를 보험금 지급 여부 심사 및 민원 처리 시 반영해야 할 것이며, 나아가 기존에 다수의 분쟁을 유발한 약관 조항이 있는 경우 이를 적절히 개정하는 것이 필요할 것이다. 특히 암보험에 있어서는 의학기술의 발달 등에 따라 약관 작성 시에는 예상하지 못한 상황들이 새롭게 발생할 수 있기 때문에 의학계의 입장이나 현실에 맞추어 약관 내용을 지속적으로 개정해나가는 작업이 필요할 것이며, 이를 위해서는 감독당국의 개입이 필요할 수도 있다. 아울러, 암보험금 해당 여부의 판단과 관련하여 공신력 있는 자문의 제도를 갖추는 것이 중요할 것이며, 분쟁 감소를 위해서는 감독당국을 통한 의료자문 절차를 마련하는 것도 고려해볼 수 있을 것이다.

I. 서론

1. 연구의 배경 및 목적

통계청이 2018년 9월 발표한 『2017년 사망원인통계』에 의하면 암은 우리나라 사망원인 1위의 질병으로, 2017년 국내 사망자의 27.6%(78,863명)가 암으로 사망하였으며, 사망률¹⁾도 계속하여 증가하고 있다. 또한 보건복지부·중앙암등록본부·국립암센터의 『2016 국가암등록통계』 자료에 따르면 현재 국내 암 유병자는 1,739,951명, 2016년 우리나라의 암 발생자수는 229,180명에 달하고, 국민들이 기대수명(남자 79세, 여자 85세)까지 생존할 경우 암에 걸릴 확률은 남자 38.3%, 여자 33.3%에 이른다.²⁾

〈그림 I-1〉 연도별·성별 암발생자수 추이



*그래프의 진한 색은 갑상선암 발생자수를 의미함

자료: 보건복지부·중앙암등록본부·국립암센터(2018)

- 1) 사망률은 인구 10만 명당 명을 말하며, 2017년 암 사망률은 153.9명으로 전년 대비 1.0명(0.6%) 증가함
- 2) 보건복지부·중앙암등록본부·국립암센터(2018)

게다가 암은 통상적으로 치료기간이 길고 치료비용이 많이 발생하며³⁾ 간병비 등 부대비용과 암을 치료하는 기간 동안 경제활동을 하지 못함으로 인하여 발생하는 소득 감소분까지 감안하면 암으로 인한 개인의 경제적 부담이 매우 높은 것이 현실이고, 이에 암보험의 필요성이 높을 수 있다.

그런데 이러한 암보험 상품에 있어서, 그 약관의 해석과 관련하여 소비자와 보험회사 사이의 분쟁이 끊임없이 발생하고 있다.

특히 최근에는 암보험 요양병원 입원비 분쟁이 크게 문제된 바 있다. 암보험 약관에서는 피보험자가 암으로 진단 확정되고 그 암의 치료를 직접적인 목적으로 하여 입원한 경우에 암입원비 급부를 지급하도록 규정하고 있는데, 암 환자가 암치료를 받은 후 요양병원에 입원한 경우에 이것이 “암의 치료를 직접적인 목적으로 하여 입원을 한 경우”에 해당하는지에 대해 소비자와 보험회사 사이에서 다툼이 발생한 것이다. 소비자들은 요양병원 입원도 암치료의 연장으로 볼 수 있기 때문에 암입원비 지급 대상에 해당한다고 주장하는 반면, 보험회사는 암치료 후에 면역력 강화 등을 위해 요양병원에 입원하는 것은 암의 치료를 직접적인 목적으로 한 것이라고는 볼 수 없다고 하면서 보험금을 지급하지 않는 경우가 많았고, 이에 다수의 분쟁이 발생하였다.⁴⁾ 금융감독원에 따르면 2018년에 암입원비와 관련하여 2,125건의 민원이 제기되었고, 이는 생명보험회사에 대한 민원이 전년 대비 크게 증가하는 원인이 되기도 하였다.⁵⁾

그 외에도, 갑상선암이 림프절로 전이된 경우에 소액에 해당하는 갑상선암보험금만 지급하면 되는 것인지 아니면 림프절암으로 보아 일반암보험금을 지급해야 하는 것인지 여부, 대장점막내암이 일반암에 해당하는 것인지 상피내암에 해당하는 것인지 여부

3) 국립암센터가 2009년에 발표한 자료에 의하면 당시 환자 1인당 비용 부담이 평균 2,970만 원인 것으로 조사되었음. 1인당 비용 부담이 가장 높은 암을 암종별로 살펴보면 가장 비용 부담이 큰 암은 백혈병으로 6,700만 원이었으며 간암(6,620만 원), 췌장암(6,370만 원), 폐암(4,660만 원) 등이 그 뒤를 이었음(국립암센터 보도자료(2009. 6. 3), “암 관련 경제적 부담 큰 폭 증가”)

4) ‘보험사에 대응하는 암환우 모임’ 회원들이 요양병원 입원비를 지급하지 않는 보험회사들을 규탄하는 집회를 수차례 열기도 하였으며, 최근 언론보도에 의하면 금융감독원에서 보험분쟁 조정 TF를 출범하여 암보험 분쟁을 집중적으로 처리하고 있는데 암환자의 요양병원 입원비 보험금 관련 신규 민원이 매주 60~90건씩 접수된다고 함(파이낸셜 뉴스(2019. 8. 8), “암환자 요양병원 보험 민원 1000건 달해”, <http://www.fnnews.com/news/201908081713001234>)

5) 금융감독원 보도자료(2019. 4. 30), “2018년도 금융민원 및 금융상담 동향”

등 암보험 약관의 해석과 관련한 분쟁이 빈번하게 발생해왔다.

약관을 해석상 이론의 여지없이 완벽하게 명확히 작성하기란 현실적으로 쉽지 않다. 특히 암보험 약관의 경우에는 의학적·전문적인 용어가 사용되기 때문에 그 의미를 정확하게 이해하기 쉽지 않은 경우도 많고, 의학적 판단에 따라 결론이 달라질 수도 있으며, 또한 의료기술의 발달 등에 따라 의학적 판단 기준 자체가 변화할 수도 있기 때문에, 암보험 약관의 해석과 관련된 분쟁이 많이 발생하는 측면이 있다.

이에 본 연구에서는 암보험 약관의 해석과 관련하여 기존에 제기되었던 주요 분쟁 사례들을 다루어 보려고 한다. 암보험 약관상 어떠한 조항과 관련하여 분쟁들이 제기되었는지, 기존 분쟁들에서 쟁점이 된 사항들은 무엇이었는지, 이에 대하여 금융감독원 금융분쟁조정위원회와 법원에서는 어떻게 판단하였는지, 가급적 많은 분쟁 사례들을 대상으로 하여 검토 및 분석해보고자 한다.

기존 분쟁사례 분석을 통하여, 일차적으로는 암보험 약관의 해석에 관한 분쟁이 발생하였을 경우 해당 쟁점에 대한 금융분쟁조정위원회와 법원의 기존 입장을 확인하여 참고로 할 수 있을 것이다. 나아가 암보험금 지급 대상에 해당하는 경우와 해당하지 않는 경우 등에 대한 정보를 소비자에게 제공함으로써 암보험 상품에 대한 소비자의 정확한 이해 및 합리적 선택에도 도움이 될 수 있을 것이다. 보험회사로서도 암보험금 지급 여부 심사 및 판단 시 기존의 사례들을 참고로 할 수 있을 것이며, 또한 기존에 다수의 분쟁을 유발한 불명확한 약관 규정 등을 파악함으로써 이를 통해 향후 암보험 약관 개선방안 또는 약관 작성 시 유의사항 등을 제시해볼 수 있을 것으로 기대한다.

2. 연구의 구성

본 연구에서는 우선 II장에서 암보험 상품의 개요와 주요 내용에 대하여 살펴본 후, III장에서 암보험 약관의 해석과 관련한 주요 분쟁 사례들을 검토한다. 주요 분쟁 사례 검토에 있어서는 암보험 약관의 해석과 관련하여 기존에 제기되었던 금융감독원 금융분쟁조정위원회 조정결정 사례들과 판례들을 쟁점별로 정리 및 분석한다. 이어서 IV장에서는 연구의 결과를 정리하고 시사점을 도출해보고자 한다.

II. 암보험의 개요

본 장에서는 암보험 상품의 변천 과정 및 암보험 약관의 주요 내용을 간단하게 살펴본다.

1. 암보험의 역사

우리나라에서 암보험은 1980년 12월에 최초로 판매되었다. 성인병 증가와 국민의 건강에 대한 관심 고조로 인하여 재무부에서 암보험 및 건강보험을 6개 생명보험회사가 공동으로 개발·판매하도록 지시(재무부, 보험 1223-431)한 것에 따른 것으로, 최초의 암보험 상품에서는 암으로 인한 사망, 수술, 입원, 통원, 요양을 담보하는 것을 그 내용으로 하였다.⁶⁾ 암보험 상품이 출시된 초기에는 이처럼 암 사망을 주된 급부로 하였으며, 1991년부터는 암 진단 급부가 추가됨으로써 현재의 암보험의 모습을 갖추기 시작하였다.⁷⁾ 또한 암보험 상품은 원래 생명보험회사만 판매하였으나, 1997년부터는 손해보험회사도 암보험 판매가 가능해졌다.⁸⁾

원래는 암(악성종양, 악성 신생물)만을 담보하던 암보험 상품에서, 1997년부터는 상피내암(현재는 “제자리암”이라는 용어를 사용함)도 담보하기 시작하였다. 상피내암은 일반적으로 암세포가 점막상피층에 국한해서 존재하는 상태를 의미하는데, 이는 악성

6) 김석영·김세영·이선주(2018)

7) 서재영·이창수·김석영·김세영(2012)

8) 1997년 금융개혁위원회가 질병, 상해, 간병보험 등 제3분야 보험의 겸영을 허용할 것을 건의하였고, 이에 따라 1997년 11월, 11개 손해보험회사들이 공동상품으로 재정경제원에 암보험 인가 신청을 하였음(<https://www.mk.co.kr/news/home/view/1997/11/75304/>)

신생물로 분류되지 않기 때문에 원래 암보험의 담보 대상에서 제외되어 있었으나, 상피내암의 경우에도 향후 암으로 전이될 가능성이 있음을 고려하여 암보험의 담보 대상에 포함시키되 다만 일반암보험금의 40% 수준으로 보험금을 지급하기로 하였다.⁹⁾ 이후 2002년부터는 경계성종양도 암보험의 담보 대상에 포함되었다. 양성종양과 악성종양의 중간 경계에 해당하는 경계성종양의 경우에도 암으로의 전이 가능성 등을 고려하여 상피내암과 동일한 수준으로 보장하도록 한 것이다.¹⁰⁾

한편 의료기술의 발전에 따른 암의 조기 발견율 증가 등으로 인하여 2000년대에 들어서 암보험의 손해율이 높아졌고, 그에 따라 2000년대 중반부터 암보험 시장이 위축되었다. 이에 보험회사들은 다른 암에 비해 치료 비용이 저렴하고 예후도 좋은 기타 피부암, 갑상선암 등은 소액암으로 분류하여 일반암에 비해 진단 급부를 축소함으로써 리스크를 관리하고자 하였다.

이후 2010년대에 들어 감독당국은 소비자들의 암보험 수요를 충족시키기 위해 암보험을 활성화시킬 필요성이 있음을 강조하였고,¹¹⁾ 보험회사들도 내부 경험실적 및 통계를 활용하여 새로운 암보험 상품을 개발하는 등 암보험 활성화를 위한 시도를 하고 있다고 평가된다.¹²⁾

〈표 II-1〉 기존 암보험과 새로운 암보험 종류 비교

구분	기존 상품	새로운 상품 종류
보장금액	동일 금액(예: 5천만 원) 지급	암 진행정도(병기) 및 치료비 등에 따라 차등 지급
진단보험금 보장횟수	통상 1회(최대 2회)	보험기간 중 반복 지급(횟수제한 無)
가입대상	60세 이하 건강한 사람	80세 이하 및 암·만성질환 등 유병자까지 확대
보험기간	통상 80세 이하	100세 혹은 사망 시(종신)까지

자료: 금융감독원 보도자료(2013. 8. 22), “다양해진 암보험, 이것만은 알고 가입하세요”

9) 장경환(2001)

10) 금융감독원 보도자료(2002. 5. 20), “생명보험 표준약관 개정 추진”

11) 금융감독원 보도자료(2011. 6. 20), “암보험 판매 현황 및 활성화 방안 마련 추진”

12) 금융감독원 보도자료(2013. 8. 22), “다양해진 암보험, 이것만은 알고 가입하세요”

2. 암보험의 주요 내용

가. 암의 정의

암보험은 피보험자의 암에 대한 진단급여금과 치료비, 암으로 인한 사망 등을 보장하는 보험이다.

정상적인 세포는 세포 내 조절 기능에 의해 분열하며 성장하고 죽어 없어지기도 하면서 세포 수의 균형을 유지하는데, 여러 가지 이유로 인해 세포의 유전자에 변화가 일어나면 비정상적으로 세포가 변하여 불완전하게 성숙하고 과다하게 증식하게 되며 이를 암이라고 한다. 암에는 주위 조직 및 장기에 침입하고 이들을 파괴할 뿐 아니라 다른 장기로 퍼져갈 수 있는 특징이 있다. 암에 대해 ‘악성종양’이라는 표현을 사용하기도 한다. 의학적으로 ‘종양’이라는 것은 조직의 과율적인 과잉적 성장을 의미하는 것으로서, 쉽게 말하자면 우리 몸속에서 새롭게 비정상적으로 자라난 덩어리라고 볼 수 있는데, 종양 중에서 빠른 성장과 침윤성(파고들거나 퍼져나감), 체내 각 부위에 확산 및 전이하는 성질을 가지고 생명에 위협을 초래할 수 있는 종양을 악성종양이라고 한다.¹³⁾

〈표 II-2〉 종양의 구분

구분	내용
양성종양과 악성종양	- 일반적으로 종양은 임상 및 병리형태학적으로 양성종양과 악성종양으로 구분함 - 양성종양에는 용종, 낭종, 섬유종, 근종, 지방종 등이 있고, 악성종양에는 크게 암종(Carcinoma), 육종(Sarcoma), 림프종(Lymphoma)이 있음 - 양성종양과 악성종양은 세포의 특성, 성장속도, 혈관침범성, 전이성, 재발성, 예후 등에서 큰 차이가 있음
경계성종양	- 대부분의 종양은 양성 또는 악성이 명확히 구분되나, 일부 종양에서는 임상 및 병리형태학적으로 경계형이어서 한쪽으로 분류하기 어려운 경우가 있음 - 경계성종양은 전이능력은 낮으나 성장속도가 다양하고 재발성과 침윤성 특징도 가지고 있음
제자리암(상피내암)	- 제자리암은 일반적으로 상피조직에서 발생한 암세포가 표피의 최하층인 기저막까지는 아직 침범하지 못하고 상피내에 머물러 있는 상태임 - 제자리암을 비침윤성암, 정상소재암, 0기암, 상피내암이라고도 하며, 암의 전암(前癌) 상태라고 볼 수 있음 - 일반적으로 우리가 부르는 암이란 침윤성 암으로 1기~4기까지로 구분하며, 제자리암이 침윤성암으로 진행되는 경우는 거의 드문 것으로 알려짐

자료: 보험연수원(2018), 『보험대리점 등록교육교재 제3보험』

13) 국가암정보센터, <https://www.cancer.go.kr/lay1/S1T273C274/contents.do>

암보험 약관에서는 암에 대해 한국표준질병·사인분류를 인용하고 있다. 즉, 약관 본문에서 “암이라 함은 제[]차 한국표준질병·사인분류에 있어서 별표 []에서 정한 질병을 말한다”라고 정의하고, 약관 별표에서 악성 신생물 분류표를 제시하여 그 대상이 되는 악성 신생물의 종류와 분류번호를 열거하고 있다. 현재 판매되는 암보험 상품은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016. 1. 1. 시행)에 따르고 있으며, 암보험 약관 별표에서 제시하고 있는 악성 신생물 분류표를 예시하면 아래와 같다.

〈그림 II-1〉 악성 신생물 분류표 예시

별표2 악성신생물 분류표(기타피부암, 갑상선암, 비침습 방광암 및 대장점막내암 제외)	
약관에 규정하는 악성신생물로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.	
대상 악성 신생물	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00-C14
2. 소화기관의 악성신생물	C15-C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물	C30-C39
4. 골 및 관절연골의 악성신생물	C40-C41
5. 피부의 악성흑색종	C43
6. 중피상 및 연조직의 악성신생물	C45-C49
7. 유방의 악성신생물	C50
8. 여성 생식기관의 악성신생물	C51-C58
9. 남성 생식기관의 악성신생물	C60-C63
10. 요로의 악성신생물	C64-C68
11. 눈, 뇌 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성신생물	C69-C72
12. 부신의 악성신생물	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물	C76-C80
15. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81-C96
16. 독립된(일차성) 여러 부위의 악성신생물	C97
17. 진성 적혈구 증가증	D45
18. 골수 형성이상 증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[파호산구증후군]	D47.5
(㉞) 1. 제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다. 2. 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류부호부어를 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. 3. ‘요로의 악성신생물(C64~C68)’의 경우 이 계약 제2조의3(“비침습 방광암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 “비침습 방광암”은 제외됩니다. 4. ‘소화기관의 악성신생물(C15-C26)’의 경우 이 계약 제2조의4(“대장점막내암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 “대장점막내암”은 제외됩니다.	

한편, 현재 판매되고 있는 암보험 상품들에서는 일부 암을 따로 분류하여 일반암에 비해 소액 급부의 대상으로 설계하는 것이 일반적이며, 이 경우 그와 같은 소액암들에 대해서는 암의 정의에서 제외한 후 별도의 정의 조항을 두고 있다(위 <그림 II-1>을 보더라도, 암의 범위에서 기타피부암, 갑상선암, 비침습방광암 및 대장점막내암을 제외하고 있다). 이와 같이 암의 정의에서 제외되는 소액암의 종류와 범위는 보험회사별로 차이가 있다. 또한 암보험 약관에서 담보하는 암은 악성종양을 의미하는 것으로서, 앞서 살펴본 경계성종양이나 제자리암의 경우 암의 범위에서는 제외되며 역시 별도의 조항을 두어 규정하고 있다.¹⁴⁾

약관에서 암의 정의를 위해서 인용하고 있는 한국표준질병·사인분류(Korean Standard Classification of Diseases, “KCD”)는 국가보건의통계를 위해 의무기록자료 및 사망원인통계조사 등 질병이환 및 사망 자료를 그 성질의 유사성에 따라 체계적으로 유형화한 자료로서, 세계보건기구(WHO)의 국제질병분류의 기준과 체계를 따르고 있다.¹⁵⁾

악성 신생물(악성종양)과 관련해서 살펴보면, 한국표준질병·사인분류는 제3편 「내용예시표 및 4단위 숫자 항목분류표」 제2장에서 신생물(Neoplasms, C00-D48)의 행동양식에 따른 분류를 신체 부위에 따라 세분화하여 질병분류번호를 부여하고 있으며, 암보험 약관에서 이러한 질병분류번호를 명기하고 있는 것이다. 일반적으로 악성 신생물의 경우에는 C코드가 사용되며(C00-C97), D코드의 경우에는 제자리신생물이나 양성 신생물, 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 등이 이에 해당한다.

이러한 질병분류번호를 적용하기 위해서는 제4편 「신생물의 형태분류」를 참조하는데, 여기에서는 신생물의 조직학적 형태의 분류를 위하여 종양학 국제질병분류(ICD-O)에 따라 5자리 숫자로 구성된 형태 분류번호를 두고 있다. 5자리 형태 분류번호 중 처음 4자리 수는 신생물의 조직학적 형태를 표시하며, 사선 뒤의 다섯째 자리 수는 그 행동양식을 표시한다. 신생물의 행동양식이 악성(Malignant)이고 원발부위(Primary Site)에 소재하는 경우에는 행동양식 분류번호 “/3”을 부여하고, 양성인지 악

14) 암의 종류 등에 따른 급부의 차등화에 대해서는 아래 마.항에서 다시 살펴보도록 함

15) 한국표준사인·질병분류상 분류내용은 통계분류포털 사이트에서 확인할 수 있음
(http://kssc.kostat.go.kr/ksscNew_web/link.do?gubun=004#)

성인지 불확실한, 경계성 악성, 낮은 악성 잠재성, 불확실한 악성 잠재성(Uncertain Whether Benign or Malignant, Borderline Malignancy, Low Malignant Potential, Uncertain Malignant Potential)의 경우에는 행동양식 분류번호 “/1”을 부여하며, 정상 소재의 암종(Carcinoma in Situ)의 행동양식을 상피내(Intraepithelial), 비침윤성(Noninfiltrating), 비침범성(Noninvasive)으로 규정하고 행동양식 분류번호 “/2”를 부여한다.

행동양식 분류번호 “/3”의 신생물은 한국표준질병·사인분류 제3편 제2장의 C00-C97에 해당하는 ‘악성 신생물(Malignant Neoplasms)’로 분류되고, 행동양식 분류번호 “/1”의 신생물은 D37-D48에 해당하는 ‘행동양식 불명 또는 미상의 신생물(Neoplasms of Uncertain and Unknown Behavior)’로 분류되며, 행동양식 분류번호 “/2”의 신생물의 경우 D00-D09에 해당하는 ‘상피내 신생물(In Situ Neoplasms)’로 분류된다. 즉, 행동양식 분류번호가 “/3”인 경우에 암(악성종양)에 해당하는 것이며, “/1”인 경우에는 경계성종양, “/2”인 경우에는 제자리암에 해당한다고 이해하면 될 것이다.

〈표 II-3〉 행동양식 분류번호에 따른 구분

행동양식 분류번호	제2장 항목
/0 양성 신생물	D10 - D36
/1 불확실한 또는 알려지지 않은 성격의 신생물	D37 - D48
/2 제자리신생물	D00 - D09
/3 일차성으로 기재 또는 추정된 악성 신생물	C00 - C76 C80 - C97 D45, D46, D47.1, D47.3, D47.4, D47.5
/6 이차성으로 기재 또는 추정된 악성 신생물	C77 - C79

한편, 한국표준질병·사인분류는 1952년에 최초로 작성한 이후로 의학 발전 및 새로운 통계적 요청에 부응하고 국제질병분류의 업데이트 내용을 반영하기 위하여 수차례 개정되어 왔으며, 이에 언제 판매된 암보험 상품인지에 따라 약관에서 인용하고 있는 한국표준질병·사인분류 개정판의 차수가 다를 수 있다.¹⁶⁾

나. 주요 급부

암보험의 주요 급부에는 암진단보험금, 암입원비, 암수술비, 암통원비, 암사망보험금 등이 있다.

암진단보험금은 피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단 확정되었을 경우에 지급하는 보험금이다. 최초 1회에 한하여 지급하는 것이 일반적이는데, 최근에는 특약 등의 형태로 재진단암¹⁷⁾을 담보하는 경우도 있으며 다만 그 세부적인 지급 기준은 상품마다 다를 수 있다.

암입원비는 피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단 확정되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에 지급되는 보험금이다. 암과 조금이라도 관련이 있는 입원을 모두 담보하는 것이 아니라 “암의 직접적인 치료”를 목적으로 한 입원을 담보하는 것임을 유의할 필요가 있다. 암입원비는 통상 입원 1일당 일정액으로 보험금을 지급한다. 세부적인 지급 기준은 상품마다 상이할 수 있는데, 지급일수는 1회 입원당 120일 또는 180일을 한도로 하는 경우가 많으며, 피보험자가 동일한 암의 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 입원일수를 합산하여 계산한다. 다만 암입원비가 지급된 최종 입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 보며, 암입원비가 지급된 최종 입원일부터 180일이 경과하도록 계속 입원 중인 경우에는 암입원비가 지급된 최종 입원일의 그 다음날을 퇴원일로 본다. 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 그 계속 중인 입원기간에 대한 암입원비는 지급하는 것이 일반적이다. 상품에

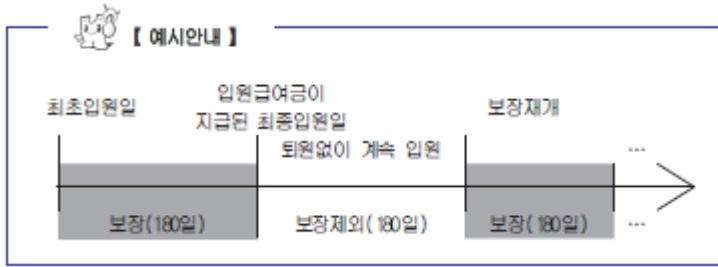
16) 한국표준질병사인분류의 개정 연혁은 다음과 같음:

개정판	시행시기
제1차 개정 한국표준·질병사인분류	1973. 1. 1.
제2차 개정 한국표준·질병사인분류	1979. 1. 1.
제3차 개정 한국표준·질병사인분류	1995. 1. 1.
제4차 개정 한국표준·질병사인분류	2003. 1. 1.
제5차 개정 한국표준·질병사인분류	2008. 1. 1.
제6차 개정 한국표준·질병사인분류	2011. 1. 1.
제7차 개정 한국표준·질병사인분류	2016. 1. 1.

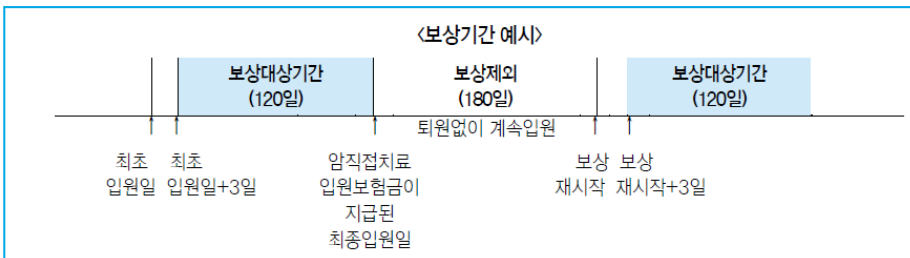
17) 일반적으로 새로운 원발암, 동일 장기 또는 타부위에 전이된 암, 동일 장기내 재발된 암, 암에 대한 보장개시일 이후 발생한 암 진단 부위에 암세포가 남아 있는 경우를 의미할 수 있음

따라서는 4일 이상 계속하여 입원하였을 것을 암입원비의 지급 조건으로 정하고 있는 경우도 있다.¹⁸⁾

〈그림 II-2〉 암입원비 지급 안내 예시(180일 한도 보장의 경우)



〈그림 II-3〉 암입원비 지급 안내 예시(120일 한도 보장 및 4일 이상 입원 보장의 경우)



암수술비는 피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단 확정되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에 지급하는 보험금이다. 역시 “암의 직접적인 치료”를 목적으로 한 수술을 보장하는 것으로, 통상 수술 1회당 일정액으로 보험금을 지급하며, 최초 1회의 수술에 한하여 암수술비를 지급하는 상품도 있다. 흡인(주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(바늘 또는 관을 쏴서 체액조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것), 신경 차단, 미용성형 목적의 수술, 피임 목적의 수술, 검사 및 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등), 항암방사선치료와 항암약물치료 등은 명시적으

18) 4일 이상 입원한 경우 3일 초과분에 대해 보상하는 경우도 있고 입원 첫날부터 보상하는 경우도 있음

로 수술의 범위에서 제외하고 있는 것이 일반적이며, 최신 수술의 경우 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 수술기법은 수술로 인정한다. 보험상품에 따라서는 수술의 종류를 구분하여 보험금의 액수를 차등화하는 경우¹⁹⁾도 있으며, 항암방사선치료와 항암약물치료에 대한 비용을 특약으로 별도로 보장하는 경우도 있다.

암통원비는 피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단 확정되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 경우에 지급하는 보험금이다. 통원 1회당 일정액으로 보험금을 지급한다.

암사망보험금은 피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단 확정되고 그 암으로 인하여 사망한 경우에 지급하는 보험금이다.

다. 암의 진단 확정

앞서 살펴본 바와 같이 암보험은 피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단이 확정되었을 때 진단급여금과 치료비, 사망 등을 보장하는 보험이기 때문에, 암보험금 지급 대상에 해당하기 위해서는 약관에서 정하는 바에 따라 암의 진단 확정을 받는 것이 필요하다.

암보험 약관에서는 일반적으로 “암의 진단 확정은 병리와 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(Fixed Tissue) 검사, 미세바늘흡인(Fine Needle Aspiration) 검사 또는 혈액(Hemic System) 검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.”는 내용으로 정하고 있다.

통상 암의 진단은 임상 의사가 환자를 진찰하고, 병리과에 조직검사를 의뢰하여, 병리과에서 조직검사 후 결과 보고를 하면, 임상 의사가 이를 토대로 진단서를 발급하는

19) 예를 들어 내시경수술이나 카테터수술에 대해서는 관혈수술(병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변 부위를 노출시켜서 수술하는 것)에 비해 소액의 보험금을 지급함

절차에 의하게 된다. 그런데 병리와 의사와 임상 의사 사이에 특정 질병의 진단에 대한 견해가 다른 경우도 적지 않다. 병리적 방법에 의한 진단은 현재 종양의 실질을 가장 정확하고 객관적으로 파악하는 방법인데 반하여, 임상적 진단은 치료를 위하여 환자의 예후, 악성으로 변할 가능성 등 다양한 요소를 종합적으로 참고하여 내리는 방법이기 때문에 진단하는 의사에 따라 달리 판단될 수 있으며, 이에 암보험 약관에서는 원칙적으로 병리학적 진단에 따르도록 정해놓은 것으로 이해된다.²⁰⁾

〈그림 II-4〉 의학적 암의 진단 과정

① (임상의 진찰) 임상의는 환자의 면담을 통해 증상에 대해 면밀히 진찰하고 관련 신체 부위를 체계적으로 검사*하기를 시작

*병리조직검사, 내시경검사, 종양표지자검사, 영상진단검사(전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI) 등), 핵의학검사(양전자방출단층촬영(PET), 골스캔, 갑상선스캔) 등

〈병리조직검사 개요〉

◇ (개요 및 역할) 병리조직검사란 질병 등을 알고 있는 인체조직을 떼어내어 현미경 관찰을 통해 질병명 확정에 필수적인 검사를 의미

• ① 진단에 활용 ② 수술 후 수술이 잘되었는지를 검사 ③ 수술 후 침범의 정도와 림프절 전이를 판독하여 재발가능성을 예측하는 용도로 사용

◇ 검사도구에 따른 종류 구분

• 침으로 깊고 가늘게 뽑는 침생검(針生檢) 병리조직검사, 전신마취 상태로 수술하여 장기를 들어내는 수술 병리조직검사, 피부를 조금 절개한 뒤 편치로 잘라내는 피부편치검사, 내시경을 넣고 해당 부위를 오려내는 내시경 병리조직검사 등

◇ (검사과정) ① 병리와 조직검사 의뢰 → ② 육안관찰 : 사진촬영, 육안으로 특징 → ③ 조직슬라이드 제작 → ④ 현미경 관찰(병리의 수행)

② (병리검사결과 보고) 병리의는 환자의 몸에서 채취한 종양세포의 크기와 모양, 세포구성물질, 세포분열정도 등을 현미경으로 관찰

• 질병에 대한 전문자료, 다른 슬라이드 등을 참조하여 질병명(양성종양/악성종양, 저등급/고등급 등)을 진단 후 그 결과를 보고

③ (진단서 발급) 임상의는 각종 검사결과·환자 예후·치료 경과 등을 종합적으로 고려하여 질병명, 분류코드 등을 기재한 진단서를 발급

자료: 금융감독원 보도자료(2017. 11. 3), “금융꿀팁 200선 - 암보험 가입자가 꼭 알아야 할 필수정보: 암진단비, 암입원비”

대부분 소비자들은 임상 의사(주치의)를 통해 암의 진단 여부를 확인하게 되는데, 앞서 살펴본 바와 같이 임상 의사와 병리와 의사 사이에서 진단에 대한 견해가 다를 수 있으며, 그렇기 때문에 경우에 따라서는 임상 의사가 암으로 진단하더라도 암보험금 지급 대상에 해당하지 않는 상황도 생길 수 있으므로 유의할 필요가 있다. 암보험금 지급

20) 이준교·정찬목(2017)

대상에 해당하기 위해서는 병리과나 진단검사의학과 의사의 진단이 우선하는 것이 원칙이며 약관에서 정하고 있는 방법인 조직검사 등에 기초한 암의 진단이 있어야 하기 때문이다. 다만 임상학적 진단 후 조직검사를 받기 전에 피보험자가 사망한 경우 등 병리학적 진단이 물리적으로 불가능한 경우 등에는 임상학적 진단으로 암을 인정할 수 있다.

라. 암보장개시일

일반적인 보험은 상법 제656조에 따라 제1회 보험료 납입일부터 보장이 개시된다. 그러나 암보험의 경우에는 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날(“암보장개시일”)부터 보장이 개시된다고 정하고 있으므로 이에 유의할 필요가 있다.²¹⁾ 피보험자가 암보장개시일 전에 암으로 진단 확정되는 경우에는 보험계약이 무효가 되며 보험회사는 보험계약자에게 기납입보험료를 반환한다.

이처럼 암보험에서 90일의 부담보기간(또는 면책기간)을 두고 보장이 개시되도록 한 것은, 보험 가입 전에 이미 암이 발생하였거나 암이 의심되는 사람이 보험금을 받을 목적으로 보험에 가입하는 것을 방지하기 위한 것이다.²²⁾ 보험계약 체결 시점에 암이 존재하고 있다는 사실을 숨기고 보험에 가입할 가능성을 배제할 수 없으며 따라서 보험계약 체결 이전에 암이 발생하였는지를 확인할 필요가 있고 특히 암보험의 경우 고액의 보험금이 지급되므로 사행성이 크다는 점에서 도덕적 해이에 의한 역선택 방지를 위해서도 일정 기간의 부담보기간을 두기로 한 것이다.²³⁾

일반적인 암에 있어서는 위와 같이 90일의 부담보기간을 두는 것이 통상적인데, 경

21) 상법 제656조에서는 “보험자의 책임은 당사자간에 다른 약정이 없으면 최초의 보험료의 지급을 받은 때로부터 개시한다”고 정하고 있기 때문에, 약관을 통해 책임개시일을 제1회 보험료 지급일이 아닌 다른 날로 약정하는 것도 가능함. 과거에는 보험업감독업무시행세칙상 “암을 담보하는 보험의 경우에는 계약일부터 암확인을 위한 최소의 기간을 담보하지 아니하는 기간(부담보기간)으로 설정할 수 있다”는 조항을 두고 있기도 하였음(2003년 전면개정 전의 구 보험업감독업무시행세칙 제22조(상품설계의 일반기준) 제3항)

22) 금융감독원 보도자료(2017. 11. 3), “금융꿀팁 200선 - 암보험 가입자가 꼭 알아야 할 필수정보: 암진단비, 암입원비”

23) 임용수(2006)

우에 따라서는 이와 같은 부담보기간의 적용이 배제되기도 한다. 즉, 대부분의 암보험 상품에서는 기타피부암이나 갑상선암 같은 소액암의 경우, 피보험자의 나이가 15세 미만인 경우 등에는 위 90일의 부담보기간을 적용하지 않고 제1회 보험료 납입일로부터 보장이 개시되도록 하는 것이 일반적이며, 갱신계약의 경우에도 부담보기간을 적용하지 않고 갱신일로부터 보장을 개시한다.

한편 재진단암을 담보하는 암보험에서는 재진단암에 대한 보장개시일에 대해서도 별도로 정하고 있다. 일반적으로 첫 번째 재진단암은 최초로 발생한 암의 진단확정일 부터 그 날을 포함하여 2년이 지난날의 다음날, 두 번째 이후 재진단암은 직전 재진단 암 진단확정일부터 그 날을 포함하여 2년이 지난날의 다음날을 보장개시일로 정하고 있는 경우가 많다.

마. 암의 종류에 따른 급부의 차등화

암보험에서는 모든 종류의 암에 대해 동일한 수준의 보험금을 지급하는 것이 아니며, 진단 확정된 암의 종류에 따라 보험금액을 달리 책정하는 것이 일반적이다.²⁴⁾

〈그림 II-5〉 암 종류별 보험금 비교

구 분	지급 사유	지급 보험금
일반암	위암, 대장암, 폐암 등	암진단비 100%
소액암	갑상선암, 기타 피부암, 대장점막내암 등	일반암진단비의 10~30%
기타	제자리암, 경계성 종양	일반암진단비의 10~30%

자료: 금융감독원 보도자료(2011. 1. 31), “암보험 가입시 유의사항”

24) 암진단보험금뿐만 아니라 입원비, 수술비 등의 경우에도 마찬가지로

우선, 다른 암에 비해 치료비용이 저렴하고 예후도 좋은 갑상선암, 기타피부암 등의 경우에는 일반암보험금의 10~30%를 보장하는 것이 일반적이다. 그런데 일반암에 해당하지 않는 소액암의 범위는 일률적이지 않고 보험 상품별로 다를 수 있으며, 보험회사에 따라서는 소액암 중에서도 이를 세분화하여 지급 보험금액을 달리 책정하는 경우도 있다.²⁵⁾ 이처럼 일반암과 달리 취급하는 소액암에 대해서는 약관상 암의 정의에서 제외하고 별도의 정의 규정을 두어 설명하고 있다.

일부 암보험 상품에서는 백혈병, 췌장암 등을 고액암으로 추가 분류하여 일반암보다 고액으로 보장하기도 한다.

〈그림 II-6〉 경계성종양 및 제자리암에 대한 분류표 예시

별표3 <u>행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표</u>	
약관에 규정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.	
대 상 질 병 명	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내 기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추 신경계의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 행동양식 불명 및 미상의 조직구 및 비만세포 종양	D47.0
10. 미결장의 단클론감마글로불린병증	D47.2
11. 기타 명시된 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D47.7
12. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 상채불명 신생물	D47.9
13. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48
(※ 제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.	

25) 예를 들어 유방암이나 전립선암에 대해서는 일반암 진단비의 40%, 갑상선암에 대해서는 일반암 진단비의 30%, 기타피부암에 대해서는 일반암 진단비의 10%를 지급하는 내용의 암보험 상품도 있음

별표4

제자리 신생물 분류표(비침습 방광암 및 대장점막내암 제외)

약관에 규정하는 제자리암으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상 질병명	분류번호
1. 구강, 식도 및 위의 제자리 암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화 기관의 제자리 암종	D01
3. 중이 및 호흡계통의 제자리 암종	D02
4. 제자리 흑색종	D03
5. 피부의 제자리 암종	D04
6. 유방의 제자리 암종	D05
7. 자궁경부의 제자리 암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리 암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 제자리 암종	D09

- ※ 1. 제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
2. '기타 및 상세불명 부위의 제자리 암종(D09)'의 경우 이 특약 제2조의9("비침습 방광암"의 정의 및 진단 확정)에서 정한 "비침습 방광암"은 제외됩니다.
3. '기타 및 상세불명의 소화 기관의 제자리 암종(D01)'의 경우 이 특약 제2조의9("대장점막내암"의 정의 및 진단 확정)에서 정한 "대장점막내암"은 제외됩니다.

한편 제자리암(상피내암)과 경계성종양의 경우, 앞서 살핀 바와 같이 암에는 해당하지 않지만 전이가능성 등을 고려하여 소액암과 유사한 수준의 보험금을 지급한다.²⁶⁾ 암보험 약관상 제자리암과 경계성종양에 대해서도 별도의 정의 조항을 두고 위 그림에서 보는 바와 같이 별표에서 이에 해당하는 한국표준질병·사인분류표상의 분류표를 제시하면서 대상질병명과 분류번호를 명시하고 있다.

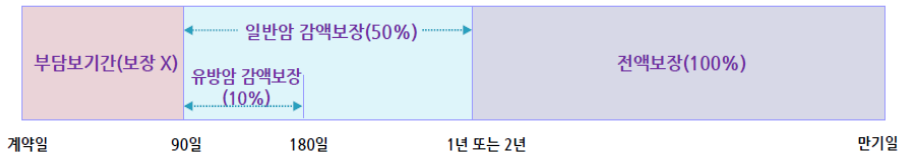
이처럼 진단 확정된 암의 종류에 따라 보험금의 액수가 달라질 수 있고, 암의 종류별 급부의 차등화에 대해서는 보험회사나 보험상품에 따라 그 대상 및 내용이 다양하기 때문에, 소비자로서는 보험 가입 시 해당 내용을 면밀히 확인할 필요가 있다.

26) 한편 최근 언론보도에 의하면 갑상선암, 기타피부암, 경계성종양, 제자리암 등 소액암과 유사암에 대해서도 일반암과 동일한 수준으로 보험금을 지급하는 암보험 상품들이 출시되었다고 함. 머니투데이(2019. 5. 13), "10년만에 깨진 '암보험 20%룰'...보험상품 판 흔들린다", <https://news.mt.co.kr/mtview.php?no=2019051202594662717>

바. 암의 진단 확정 시점에 따른 급부의 차등화

암의 진단 확정 시점에 따라서도 보험금이 달라질 수 있다. 즉, 암보장개시일이 지났더라도 통상 피보험자가 보험계약일 이후 1년 또는 2년 이내에 암으로 진단 확정 받은 경우에는 암보험금의 50%만 지급하는 것이 일반적이며, 일부 암보험 상품의 경우 자가진단이 용이한 유방암은 암보장개시일부터 90일 이내에 진단 확정 시 암보험금의 10%를 지급하기도 한다.

〈그림 II-7〉 암진단보험금 진단 시점별 보장 내용



자료: 금융감독원 보도자료(2017. 11. 3), “금융꿀팁 200선 - 암보험 가입자가 꼭 알아야 할 필수정보: 암진단비, 암입원비”

한편 최근에는 보험회사들이 이와 같은 감액기간을 없애고 90일의 부담보기간 종료 이후에는 바로 보험금의 100%를 지급하는 상품들도 출시하고 있다.²⁷⁾

이처럼 피보험자가 암으로 진단 확정된 시점에 따라 보험금의 액수가 달라질 수 있고, 이는 보험회사나 보험상품별로 내용이 다를 수 있으므로, 자세한 보장 내용에 대해서는 보험 약관을 확인할 필요가 있다.

사. 제3의 의료기관에 의한 자문

암보험 약관상 보험금 지급 사유에 해당하는지 여부에 대해서는 의학적 판단이 필요한 사항이며 의사마다 견해가 다를 수도 있기 때문에 보험회사와 보험수익자 측의

27) 뉴데일리(2019. 6. 4), “암 보험 판매 경쟁 치열.. 감액 기간 없애고 공격 영업”, <http://biz.newdaily.co.kr/site/data/html/2019/06/04/2019060400127.html>

입장 차이가 있을 수 있다. 이에 암보험 약관에서는, 보험금 지급 사유에 대해 보험수익자와 보험회사가 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 보험회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있도록 하고 있다. 제3자는 의료법상 종합병원²⁸⁾ 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급 사유 판정에 드는 의료비용은 보험회사가 전액 부담한다.

28) 의료법상 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 함(의료법 제3조의3):

1. 100개 이상의 병상을 갖춘 것
2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

Ⅲ. 암보험 관련 주요 분쟁 사례

본 장에서는 암보험 약관의 해석과 관련하여 제기되었던 주요 분쟁 사례들을 살펴 보고자 하며, 문제가 되었던 쟁점별로 금융감독원 금융분쟁조정위원회 조정결정²⁹⁾ 사례(이하, ‘분쟁조정 사례’라 함)와 판례를 소개 및 분석한다.

1. 암보험 약관상 “암”에 해당하는지 여부 관련

가. 쟁점

앞서 살펴본 바와 같이, 암보험 약관상 “암”이라 함은 한국표준질병·사인분류에 따라 악성 신생물로 분류되는 질병을 말하며, 암보험 약관의 별표에서는 보장 대상이 되는 악성 신생물의 종류와 분류번호를 명시적으로 열거하고 있다. 그리고 암보험금의 지급 대상에 해당하기 위해서는 약관에서 정한 방법에 따라 암의 진단 확정을 받는 것이 필요한데, 암보험 약관에서는 일반적으로 “암의 진단 확정은 병리와 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(Fixed Tissue) 검사, 미세바늘흡인(Fine Needle Aspiration Biopsy) 검사 또는 혈액(Hemic System) 검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된

29) 금융위원회의 설치 등에 관한 법률에 따라 금융 관련 분쟁의 조정에 관한 사항을 심의·결정하기 위하여 금융감독원에 금융분쟁조정위원회를 두고 있음. 금융분쟁조정위원회가 사건을 심의하여 조정안을 작성하면 금융감독원장은 신청인과 관계 당사자에게 이를 제시하고 수락을 권고할 수 있으며, 당사자가 조정안을 수락한 경우 그 조정안은 재판상의 화해와 동일한 효력을 가짐

기록 또는 증거가 있어야 합니다”라고 정하고 있다.³⁰⁾ 즉, 원칙적으로는 조직검사 등 병리학적 검사를 통해 해당 종양이 악성인지 양성인지 등에 대한 진단을 받아야 하며, 다만 이러한 병리학적 진단이 불가능할 때에는 종양의 발생 위치나 치료 방법, 예후 등을 전체적으로 고려하여 내리는 임상학적 진단 방법도 이용할 수 있다는 것이다.

이와 관련하여, 비록 병리학적으로는 악성종양(악성 신생물, 암)에 해당하지 않지만 임상학적으로 볼 때에는 악성종양만큼 위험하고 예후가 불량한 경우에(예를 들어 뇌 종양 등), 이를 악성종양에 준하는 것으로 보아 암보험 약관상의 암으로 인정해줄 것인지 여부가 문제될 수 있다.

일반적으로는, 악성종양은 빠른 성장과 침윤성을 특징으로 하고 체내 각 부위에 확산·전이하여 생명에 위협을 초래하는 반면, 양성종양은 비교적 서서히 성장하고 신체 여러 부위에 확산·전이하지 않으며 제거하여 치유시킬 수 있고 대부분의 경우 생명에 위협을 초래하지 않는 것으로 이해된다.

〈표 III-1〉 양성 종양과 악성 종양의 특성 비교

특성	양성 종양	악성 종양
성장속도	• 천천히 자람 • 성장이 멈추는 휴지기를 가질 수 있음	• 빨리 자람 • 저절로 없어지는 경우는 매우 드뭄
성장양식	• 점점 커지면서 성장하나 범위가 한정되어 있음 • 주위 조직에 대한 침윤은 없음	• 주위 조직으로 침윤하면서 성장함
피막 형성 여부	• 피막이 있어 종양이 주위 조직으로 침윤하는 것을 방지함 • 피막이 있으므로 수술적 절제가 쉬움	• 피막이 없으므로 주위 조직으로의 침윤이 잘 일어남
세포의 특성	• 분화가 잘 되어 있음 • 분열상은 없거나 적음 • 세포가 성숙함	• 분화가 잘 안 되어 있음 • 정상 또는 비정상의 분열상이 많음 • 세포가 미성숙함

30) 과거 암보험 약관에서는 “암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(Fixed Tissue) 또는 혈액검사(Hemiscystem)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 암에 대한 임상학적인 진단이 암의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.”라고 하여, 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에 임상학적인 진단이 암의 증거로 인정될 수 있다는 표현을 사용하였음

〈표 III-1〉 계속

특성	양성 종양	악성 종양
인체에의 영향	• 인체에 거의 해가 없음	• 인체에 해가 됨
전이 여부	• 없음	• 흔함
재발 여부	• 수술로 제거 시 재발은 거의 없음	• 수술 후 재발 가능함
예후	• 좋음	• 종양의 크기, 림프절 침범 여부, 전이 유무에 따라 달라짐

자료: 국가암정보센터, <https://www.cancer.go.kr/lay1/S1T273C275/contents.do>

그러나 예외적으로 악성종양만큼 위험하고 예후가 불량한 양성종양도 있을 수 있고 이러한 경우에 문제가 되는 것이다.

약관에서 암에 해당하는 악성 신생물의 종류와 분류번호를 명시적으로 열거하고 있고 또한 암의 진단 확정은 원칙적으로 병리학적 검사를 통해 내려져야 한다고 규정하고 있는 이상, 병리학적으로 악성종양에 해당하지 않는 경우라면 암보험 약관상의 암으로 볼 수 없는 것이 원칙이다. 그러나 이와는 달리, 비록 병리학적으로는 악성종양에 해당하지 않더라도 그 위험성이나 임상적 증상, 치료방법, 예후 등을 고려할 때 악성종양과 유사하게 취급되는 경우라면 이를 실질적으로는 악성종양과 다름없다고 보고 암보험금을 지급하는 것이 암보험의 취지에 부합하는 것이 아니냐는 입장도 있고, 이러한 상반된 입장이 대립되어 분쟁이 발생하는 것이다.

나. 주요 분쟁 사례

1) 금감원 분쟁조정 사례

가) 암보험 약관상의 암에 해당한다고 판단한 사례

피보험자가 좌심방내 점액종으로 진단받고 종양 제거술을 받았고, 진단서상 해당 좌심방내 점액종은 악성종양이 아닌 양성종양으로 확인된 사안이었다. 그런데 이에 대해 분쟁조정위원회에서는, “단순히 조직학적으로 양성인지 또는 악성인지의 여부만을 기초로 암을 정의함은 불합리하고, 설사 조직학적으로는 위 분류기준상 양성으로

분류된다 하더라도 특히 그것이 뇌(뇌의 내부에 발생된 것에 한함) 또는 심장과 같이 생명과 직접적인 관계가 있는 위험한 부위에 발생된 것이고 임상학적으로 재발될 수 있는 성격을 띤 것이라고 한다면 이를 해당 보험약관에서 담보하는 암으로 간주하여야 할 것이고 그것이 암을 담보하는 암보험의 취지로 보아 합당하다"고 판단하였다(96 조정-36).

또한 피보험자가 혈구탐식성 림프조직구증³¹⁾(질병분류코드 D76.1)³²⁾으로 진단받은 사안에서, 병리학적으로는 비록 양성 신생물로 분류되지만, 피보험자를 치료한 담당 의사의 소견과 의료자문 회신 등을 종합해보면 혈구탐식성 림프조직구증의 경우 임상학적으로는 악성종양보다 예후가 더 나쁘고 악성종양 수준으로 항암제 및 면역억제 치료를 해야 한다는 것이므로 이를 고려하여 암으로 인정할 수 있다고 보았다(제2009-61호).

나) 암보험 약관상의 암에 해당하지 않는다고 판단한 사례

피보험자가 뇌의 신생물로 입원하여 개두술 및 종양제거술을 받았고 조직검사 결과 뇌수막종(질병분류코드 D32.9)으로 진단받은 사안에서 분쟁조정위원회는, 해당 뇌수막종의 질병분류코드는 한국표준질병·사인분류표상 “수막의 양성 신생물”로 표시되어 있으며 해당 암보험 약관에서 규정하고 있는 악성 신생물에 포함되어 있지 않은 점, 의료경험칙상 뇌수막종은 대부분 양성종양이고 상당수 완전 치유가 가능한 종양으로 알려져 있으며 해당 건에 대해서 담당 의사도 방사선 치료가 필요하지 않다는 소견을 보이고 있는 점 등을 고려하여, 해당 뇌수막종은 암보험 약관상의 암에 해당하지 않는다고 판단하였다(제2001-43호).

피보험자가 혈구탐식성 림프조직구증(질병분류코드 D76.1)으로 진단받은 사안에서 해당 혈구탐식성 림프조직구증이 다발성소아암³³⁾에 해당하는지 여부가 문제되었다.

31) 조직구가 여러 장기에서 증식하여 증세를 일으키는 조직구 증식증의 일종으로, 혈액 및 조혈기관의 질환과 면역기전을 침범함

32) 한국표준질병·사인분류상 악성 신생물의 경우에는 C코드가 사용되며(C00-C97), D코드의 경우에는 제자리신생물이나 양성 신생물, 행동양식 불명 또는 미상의 신생물, 혈액 및 조혈기관의 질환과 면역메커니즘을 침범한 특정 장애에 해당함

이 사안에서 분쟁조정위원회는, 위 제2009-61호 사안과는 결론을 달리하여, 피보험자의 질병은 한국표준질병·사인분류표상 D76.1로 분류되어 해당 암보험 약관에서의 다발성소아암 분류표에 포함되지 않으므로 다발성소아암에 해당하지 않는다고 판단하였다.³⁴⁾ 아울러, “조직학적으로 양성종양의 범주에 포함된다고 하더라도 종양의 발생 부위 및 피보험자의 신체 상태 등의 이유로 조직을 추출하여 검사하는 병리학적 검사를 할 수 없거나 병리학적 검사를 진행하기 어렵고 수술의 위험이 극도로 높을 뿐만 아니라 완전히 제거하는 것이 불가능하며 재발의 가능성이 높아 생명의 위험이나 신경학적 장애가 발생할 수 있는 경우”라면 임상학적 진단을 암의 증거로 인정하여 암 수준에 해당하는 보험금을 지급하는 것이 타당할 수 있겠지만, “잠재적으로 재발 가능성이 있다는 사정만으로 병리학적 증거를 무시한 채 임상학적 소견에 근거하여 실제 질병분류코드를 변경해야 한다는 의미로 해석하기는 어렵다”고 덧붙였다(제2011-46호).

2) 판례

가) 암보험 약관상의 암에 해당한다고 판단한 사례

뇌하수체 종양에 대해, 비록 조직학적으로 악성에 해당하지 않더라도 임상학적으로 볼 때 악성이라면 이는 암보험에서 담보하는 암에 해당한다고 본 판례가 있다. 해당 사안에서 법원은, 피보험자의 뇌하수체 종양은 뇌의 내부라는 생명과 직결되는 위험한 부위에 발생된 것으로서 조직의 증식이 있고 주위 조직에 침범하며 임상적으로 그 진행이 생명에 큰 위험이 되어 임상적으로 악성종양에 준할 수 있으므로 암보험 약관상의 암에 해당한다고 보았다(대법원 2002. 7. 12. 선고 2002다19940 판결).

위 대법원 판결과 동일한 취지로, 뇌종양(뇌수막종)에 대해, 일반적으로 조직학적 소견이 양성(D 32.0 뇌수막 양성종양)이라고 하더라도 종양이 주위 조직을 침범하여 수술로서 완치가 불가능하고 재발의 가능성이 있어 방사선 치료 등이 필요하며 진행 시

33) 뇌, 중추신경계암, 악성림프종, 백혈병 등을 ‘다발성소아암’으로 분류하여 ‘다발성소아암 이외의 암’보다 고액의 보험금을 지급하는 보험상품이었음

34) 다발성소아암 이외의 암에 해당하는지 여부에 대해서는 별도로 판단하지 않았음

에 생명의 위험이나 신경학적 장애가 발생할 수 있는 경우에는 임상학적으로 악성(C 70.0 뇌수막 악성종양)에 준하는 것으로 볼 수 있으므로 이는 암보험 약관상의 암에 해당한다고 본 판례도 있다(서울고등법원 2004. 7. 29. 선고 2003나84240 판결). 마찬가지로, 피보험자의 뇌종양에 대해 병리와 전문의는 조직검사 결과 양성종양에 해당한다는 병리와 검사보고서를 작성했는데 이를 토대로 신경외과 전문의가 임상학적으로는 뇌간의 악성 신생물(C 71.7)에 해당한다고 진단한 사안에서, 비록 조직학적으로는 악성에 해당하지 않더라도 피보험자의 종양은 뇌간 부위를 침범하여 발생한 것으로서 조직의 증식이 있고 임상적으로 그 진행이 생명에 큰 위험이 있어 임상적으로 악성종양에 준할 수 있으므로 암보험 약관상의 암에 해당한다고 본 하급심 판례도 있다(서울중앙지방법원 2012. 5. 25. 선고 2012나3943 판결).

또한 삼차신경초종³⁵⁾에 대해서도, 암의 진단에 있어 일차적으로는 병리학적 소견에 따르지만 임상학적 증거를 보조 증거로서 인정한 취지, 삼차신경초종 질병의 특수성과 치료 경과 등을 종합하여 볼 때 비록 조직학적으로는 악성에 해당하지 않는다고 하더라도 임상학적으로 볼 때는 악성 신생물로 볼 수 있다면 암보험 약관상의 암에 해당한다고 판단하였다(대법원 2008. 4. 24. 선고 2008다13630 판결).³⁶⁾

나) 암보험 약관상의 암에 해당하지 않는다고 판단한 사례

혈구탐식성 림프조직구증에 대해 금감원 분쟁조정 사례 중에는 약관상 암으로 인정한 사례(제2009-61호)와 인정하지 않은 사례(제2011-46호)가 혼재되어 있는데, 이에 대해 암에 해당하지 않는다고 본 대법원 판례가 있다. 피보험자가 혈구탐식성 림프조직구증(질병분류코드 D76.1)으로 진단받았는데, 혈구탐식성 림프조직구증은 외부에서 침투하는 바이러스에 대한 면역기능을 담당하는 세포인 조직구가 균형을 깨고 과

35) 신경초종은 신경을 둘러싸서 받쳐주는 관상의 구조인 신경초(슈반세포)에서 발생하는 종양을 통틀어 말하며, 삼차신경은 12개의 뇌신경 중 5번째의 뇌신경으로 얼굴의 감각 및 일부 근육 운동을 담당함

36) 사실관계는 원심판결인 부산지방법원 2008. 1. 11. 선고 2007나12392 판결에 의함. 다만 해당 사안에서는 피보험자의 보험금청구권이 시효로 소멸하여 보험회사의 암보험금 지급 책임은 인정되지 않음

도하게 활동하여 골수 및 중추신경계 등 신체의 여러 조직에 쌓여 정상조직을 파괴하는 질환으로서, 병리학적 의미의 악성 신생물은 아니지만 임상학적으로는 암치료에 사용되는 항암제를 사용하고 예후가 일반암보다 더 나쁠 수 있다는 것으로, 그렇다면 악성 신생물과 마찬가지로 취급해야 하는 것이 아닌지가 문제된 사안이었다. 그러나 법원은, 위 혈구탐식성 림프조직구증은 한국표준질병·사인분류표상 D76.1로 분류되는 질병으로서 병리학적으로 다발성 소아암 또는 암에 해당하지 않음이 분명하므로 임상학적 진단 등 다른 증거가 보충적으로 적용될 수 없다고 보아, 해당 암보험 약관에서의 다발성소아암이나 암에 해당하지 않는다고 보았다. 또한 조직구의 이상으로 생기는 혈구탐식성 림프조직구증과 같은 부류의 ‘조직구 증식증후군’에 속하는 랑게르한스 조직구증이라는 질병은 2011. 1. 1.부터 시행된 제6차 한국표준질병·사인분류표상 질병분류코드 D76.0에서 삭제되고 질병분류코드 C96으로 분류가 변경된 점과 비교하여 볼 때, 혈구탐식성 림프조직구증은 여전히 D76.1이라는 질병분류코드가 유지되고 있으므로 혈구탐식성 림프조직구증에 대하여 한국표준질병·사인분류표상 질병분류코드가 변경되지 않는 이상 다발성 소아암이나 암으로 볼 수 없다고 판시하였다(대법원 2012. 12. 13. 선고 2012다68736 판결).³⁷⁾

뇌종양(뇌수막종)에 대해서도, 위 서울고등법원 2003나84240 판결과는 반대로, 대법원에서는 암에 해당하지 않는다고 판단하였다. 뇌종양(수막종, 뇌막의 양성 신생물)은 한국표준질병·사인분류표상 D32.0으로 분류되는 질병으로서, 설사 그 발생 위치, 치료 방법, 예후 등에 비추어 임상학적으로 악성종양에 준하는 것으로 볼 수 있다고 하더라도, 여전히 병리학적으로 악성종양에 해당하지 않음이 명백하므로 암보험 약관상의 암에 해당하지 않는다는 것이다. 암보험 약관상 암의 진단 확정은 원칙적으로 병리학학적 진단에 의해야 하고 그와 같은 병리학학적 진단이 가능하지 않을 때에 한하여 비로소 임상학적 진단에 수반된 다른 증거 방법에 의한 암 진단 확정이 예외적·보충적으로 인정되는 것이며, 그 문언의 객관적 의미상 “병리학적으로 양성종양임이 명백하더라도 그 위험성 등에 비추어 실질적으로 악성종양에 준하는 것으로 볼 수 있는 경우”까지도 보험금 지급사유에 포함되는 것이라고는 해석하기 어렵다고 본 것이다. 법원은,

37) 사실관계는 원심판결인 서울중앙지방법원 2012. 7. 13. 선고 2012나10606 판결에 의함

악성종양에 준할 만큼 위험한 양성종양에 대해서도 악성종양으로 보아 보험금을 지급한다는 약정을 하지 않은 이상, 단순히 그 위험성만으로 명시적 약정에 반하여 보험금 지급 의무를 인정할 수 없고 만약 그와 같이 해석한다면 보험금 지급 사유가 매우 불명확해지고 자의적으로 확대 또는 축소될 여지가 있다는 점도 아울러 고려하였다(대법원 2014. 4. 10. 선고 2014다200022 판결).³⁸⁾

다. 검토

병리학적으로는 악성종양(악성 신생물, 암)이 아니지만 임상학적으로 볼 때에는 악성종양만큼 위험하고 예후가 불량한 경우에 대하여, 보험 약관의 문언 상으로는 암보험금 지급 대상에 해당한다고 보기 어렵다. 그럼에도 불구하고, 실질적으로는 암만큼 위험하고 치료법도 유사한데 단지 병리학적 진단에만 근거해서 암보험금 지급 대상에서 제외하는 것은 지나치게 형식적이며 정서상 받아들이기 어렵다는 입장이 있을 수 있다. 이에, 관련 분쟁들이 다수 제기되었고, 실제로 혈구탐식성 림프조직구증이나 뇌종양 같은 질병의 경우에는 분쟁조정 사례와 판례들 사이에서도 결론이 엇갈리기도 하였다.

〈표 III-2〉 혈구탐식성 림프조직구증 및 뇌종양의 암 해당 여부에 관한 분쟁사례

구분		사례	근거
혈구탐식성 림프조직구증	암으로 인정	분쟁조정결정 제2009-61호	병리학적으로는 양성종양이지만 임상학적으로는 악성종양 처럼 예후가 나쁘고 악성종양 수준으로 항암제 및 면역억제 치료가 필요함
	암으로 불인정	- 분쟁조정결정 제2011-46호 - 대법원 2012. 12. 13. 선고 2012다68736 판결	한국표준질병사인분류상 D코드로 분류되는 질병으로서 병리학적으로 암에 해당하지 않음이 명백함

38) 사실관계는 원심판결인 서울고등법원 2013. 12. 11. 선고 2013나2009589 판결에 의함

〈표 III-2〉 계속

구분		사례	근거
뇌종양 (뇌수막종)	암으로 인정	- 서울고등법원 2004. 7. 29. 선고 2003나84240 판결 - 서울중앙지방법원 2012. 5. 25. 선고 2012나3943 판결	병리학적으로는 양성종양이지만 위험성 등에서 임상학적으로 악성에 준하는 것으로 볼 수 있음
	암으로 불인정	- 분쟁조정결정 제2001-43호 - 대법원 2014. 4. 10. 선고 2014다200022 판결	한국표준질병사인분류상 D 코드로 분류되는 질병으로서 병리학적으로 암에 해당하지 않음이 명백함

기존의 분쟁 사례들을 살펴보면, 과거에는 병리학적으로는 암이 아님에도 불구하고 그 실질적 위험성을 고려하여 암으로 인정해준 사례들이 있었다. 그러나 비교적 최근의 분쟁조정 사례나 판례에서는 기본적으로 암에 해당하는지 여부의 판단은 약관상의 기준인 병리학적 진단에 따라야 한다는 입장을 취하고 있는 것으로 이해되며(분쟁조정 결정 제2011-46호, 대법원 2012다68736 판결, 대법원 2014다200022 판결), 이러한 입장이 타당하다고 생각된다.

암보험 약관에서, 암에 해당하는 악성 신생물의 종류와 분류번호를 명시적으로 열거하고 있고, 또한 암의 진단 확정은 원칙적으로 병리학적 검사를 통해 내려져야 하며 그러한 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에 한하여 비로소 임상학적 진단에 수반된 다른 증거 방법이 사용될 수 있다고 명시적으로 규정하고 있다. 따라서 병리학적 검사를 통해 암이 아닌 것으로 진단 확정이 되었다면, 아무리 임상학적으로 볼 때 암과 유사하게 위험한 질병이라고 하더라도 암보험 약관상의 암에는 해당하지 않는다고 해석하는 것이 타당할 것이다.

병리학적으로 암에 해당하지 않는다는 진단을 받았음에도 불구하고 그 위험성 등에 비추어 실질적으로 악성종양에 준하는 것으로 볼 수 있는 경우까지도 암의 범위에 포함된다고 해석한다면, 이는 약관 조항의 문언에 반할 뿐만 아니라, 과연 어떤 경우에 실질적으로 악성종양에 준한다고 볼 수 있는지에 대한 기준도 모호하여 암 해당 여부에 대한 판단이 자의적이고 불명확해질 수 있다.

악성종양에 준할 만큼 위험한 양성종양을 악성종양과 동일한 수준으로 담보할 필요

가 있다면, 현재의 암보험 약관상 암의 범위를 무리하게 확대해석하기보다는, 위험한 양성종양도 담보될 수 있도록 암보험 약관을 개정하거나 별도의 보험 상품을 개발하는 방법 등에 의하는 것이 타당할 것이다.

2. 암의 진단 확정 방법 관련

가. 쟁점

암보험의 보험금 지급 대상에 해당하기 위해서는 보험약관에서 정한 방법에 따라 암의 진단 확정을 받는 것이 필요하다. 앞서 살펴본 바와 같이, 현재 사용되고 있는 암보험 약관에서는 일반적으로 “암의 진단 확정은 병리와 또는 진단검사의학과³⁹⁾ 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(Fixed Tissue) 검사, 미세바늘흡인(Fine Needle Aspiration) 검사 또는 혈액(Hemic System) 검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.”는 내용으로 정하고 있다. 과거에 판매된 암보험 약관에서는 “암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 암에 대한 임상학적인 진단이 암의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.”라고 정하고 있었다.

이와 관련하여, 우선 암의 진단 확정이 있어야 보험금 지급 사유에 해당하기 때문에, 보험약관에서 정하고 있는 암의 진단 확정 요건을 갖추었다고 인정될 수 있는지 여부가 문제될 수 있다. 예를 들어, 암보험 약관에 의하면 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에 한하여 임상학적 진단이 암의 증거로 인정될 수 있는데, 여기서 어떤 경우가

39) ‘해부병리과’가 ‘병리과’로, ‘임상병리과’가 ‘진단검사의학과’로 명칭이 변경됨

“병리학적 진단이 가능하지 않을 때”에 해당하는지가 문제될 수 있을 것이다.

또한, 앞서 살펴본 바와 같이 암보험에서는 일반적으로 계약일부터 90일이 지난 날의 다음 날(암보장개시일)부터 보장이 개시되기 때문에, 만약 피보험자가 암보장개시일 전에 암으로 진단 확정을 받은 경우에는 암보험금을 받을 수 없다.⁴⁰⁾ 암보장개시일이 지났더라도 암으로 진단 확정 받은 시기가 언제인지에 따라 보험금을 달리 책정하고 있는 경우도 많다.⁴¹⁾ 이 경우, 암의 진단 확정이 있었던 시기가 언제인지에 따라 보장 여부 또는 보험금액이 달라질 수 있다. 예를 들어, 암보장개시일 전에 CT 검사를 통해 암이라는 소견을 받고 암보장개시일 이후에 조직검사를 받아 암으로 진단을 받은 경우, 암보장개시일 전에 CT 검사를 통해 암 소견을 받은 것이 암보장개시일 전에 암으로 진단 확정을 받은 경우에 해당하는지가 문제될 수 있다. 이러한 사안에서는 오히려 약관상 암의 진단 확정에 해당하지 않는다고 인정되어야 소비자가 보험금을 지급받을 수 있는 상황이 된다.

〈그림 III-1〉 암보장개시일과 암의 진단 확정의 문제



40) 이 경우 해당 보험계약이 무효로 되고 보험회사는 기납입보험료를 반환함

41) 계약일 이후 1년 또는 2년 이내에 암으로 진단 확정 받은 경우에는 암진단비의 50%만 지급하는 경우, 계약일 이후 10년 후에 암으로 진단 확정 받은 경우에는 암진단비의 150%를 지급하는 경우 등임

나. 주요 분쟁 사례

1) 금감원 분쟁조정 사례

가) 암의 진단 확정이 없었다고 판단한 사례

암보장개시일 전에 피보험자가 받은 검사 결과에 대해 암의 진단 확정이 아니라고 보아서 보험회사의 보험금 지급 책임을 인정한 분쟁조정 사례들이 있다.

우선, 피보험자가 보험 가입 71일째에 CT 촬영 결과 전이성 세포암의 소견을 받고 보험 가입 97일째에 조직검사를 통해 전이성 세포암의 진단을 받은 사안에서, 피보험자는 정식 조직검사에 의한 암 진단은 암보장개시일 이후에 있었으므로 암보험금 지급 대상에 해당한다고 주장하고, 보험회사는 CT 검사 결과 암보장개시일 전에 암으로 진단 확정되었으므로 해당 보험계약을 무효로 처리하여야 한다고 주장하면서 분쟁이 발생하였다. 이 사안에 대하여 분쟁조정위원회에서는, CT 촬영 결과에서는 세포암 ‘추정’의 소견을 냈을 뿐 암이라고 확정 진단을 한 것은 아니라고 보았으며, 설사 암 진단으로 인정한다고 하더라도 약관에 의하면 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에 한하여 임상학적 진단을 암의 증거로 인정하는 것인데 해당 전에서는 조직검사라는 병리학적 진단이 가능하였고 실제로 암보장개시일 이후에 조직검사를 받았으므로, ‘암보장개시일 전의 CT 촬영 결과에 의한 암 소견’이 아니라 ‘암보장개시일 이후의 조직검사 결과에 의한 암 진단’을 암의 진단 확정으로 보았다. 이에, 보험회사의 계약 무효 처리는 부당하며 보험금 지급 책임이 있다고 판단하였다(98조정-14).

피보험자가 암보장개시일 전에 CT 와 MRI 검사를 받은 결과 악성종양이 의심된다는 소견을 받고, 암보장개시일 전에 1차 조직검사를 받았는데 여기에서는 악성이 아니라는 소견이 나왔으며, 암보장개시일 이후에 받은 2차 조직검사 결과 악성 뇌교종으로 진단이 확정된 사안도 있었다. 여기에서도 분쟁조정위원회는, 암보장개시일 전의 임상학적 진단만으로 암 진단이 확정되었다고 볼 수 없고, 암보장개시일 이후에 받은 조직검사 결과 비로소 암의 진단 확정이 있었다고 보아, 보험회사의 보험금 지급 책임을 인정하였다(제2004-19호).

또한 피보험자가 암보장개시일 전에 혈액검사 및 골수검사를 받았는데, 암보장개시일 전에 나온 혈액검사 판독보고서상 백혈병의 가능성에 대한 내용이 기재되어 있었고⁴²⁾ 암보장개시일 이후에 나온 골수검사 결과상 만성골수성 백혈병으로 진단을 받은 사안에서, 분쟁조정위원회는, 암보장개시일 이후의 골수검사 결과를 통해 암으로 진단 확정되었으므로 암보험금이 지급되어야 한다고 판단하였다. 약관상 조직 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 암의 진단 확정을 한다고 규정하고 있으므로 위 혈액검사가 약관에서 정하고 있는 암 진단 방법에 해당하지는 않지만, 위 사안에서는 혈액검사 보고서상으로는 백혈병의 ‘가능성’에 대한 내용만 기재되어 있을 뿐 백혈병으로 진단이 ‘확정’되었다고 볼 만한 내용이 없고, 담당 의사도 백혈병에 있어서는 혈액검사는 암 진단의 보조검사이고 확실한 진단을 위해서는 골수검사를 필요로 한다고 진술한 점을 판단 근거로 하였다(제2001-26호).

미세바늘흡인검사(미세침흡인검사)를 암 진단 방법으로서 인정할 것인지에 대한 분쟁조정 사례들도 많이 있다. 현재 암보험 약관에서는 조직검사, 미세바늘흡인검사, 혈액검사를 암의 진단 방법으로 규정하고 있지만, 과거에 판매된 암보험 약관에서는 조직 또는 혈액검사만을 규정하고 있을 뿐 미세바늘흡인검사는 별도로 포함시키지 않고 있었는데, 이러한 과거 약관하에서 미세바늘흡인검사를 통해 암으로 진단 받은 경우에 대해서 분쟁조정위원회는 이를 암의 진단 확정으로 인정하지 않았다.⁴³⁾ 사례들을 살펴보면 다음과 같다.

피보험자가 암보장개시일 전에 미세침흡인검사를 통해 갑상선암의 일종인 유두상의 악성 신생물(암)로 진단되었으며, 그에 따라 암보장개시일 이후에 갑상선 절제술을 시행 받고 갑상선 조직검사 결과 미세침흡인검사와 동일한 결과인 유두상의 악성 신생물로 진단된 사안이었다. 해당 보험의 약관에서는 암의 진단 확정은 조직 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 해야 한다고 규정하고 있었다. 이에 분쟁조정위원

42) 피보험자가 시행받은 혈액검사는 LAP 검사(Leukocyte Alakline Phosphatase Stain Score)로 손끝에서 혈액을 채취하여 현미경으로 특정수치를 관찰하는 방법이었으며, 판독보고서에는 LAP Score가 감소되어 있다고 하면서 만성골수성 백혈병, 발작성 야간혈색소뇨증, 유전적 저인산증 등으로 인하여 LAP Score가 감소된다는 내용이 기재되어 있었음

43) 이와 달리 약관상 미세바늘흡인검사를 암의 진단 방법의 하나로 규정한 이후에는 암의 진단 확정으로 인정한 분쟁조정 사례들이 많으며, 이에 대해서는 나)항에서 후술함

회에서는, 미세침흡인검사는 인체의 작은 세포를 주사기로 빼내어 검사하는 세포검사로써 약관에서 정하고 있는 조직검사로 볼 수 없으므로 약관에서 정하고 있는 암의 진단 확정 방법에 해당하지 않고, 따라서 위 사안의 경우 암보장개시일 전에 미세침흡인검사상 암으로 진단 확정되었음을 이유로 보험계약을 무효 처리한 것은 부당하며 보험회사의 보험금 지급 책임이 있다고 판단하였다(제2002-15호).

피보험자가 계약 후 5년 이상 10년 미만의 기간에 암으로 진단 확정 받은 경우 보험가입금액의 100%를 지급하고, 10년 이후에 암으로 진단 확정 받은 경우에는 보험가입금액의 150%를 지급하는 암보험에 2001. 4. 11. 가입했는데, 계약 후 10년이 지나기 전인 2011. 2. 23. 미세침흡인검사상 갑상샘암(의증) 진단을 받고 계약 후 10년이 지난 시점인 2011. 4. 14.에 갑상선 우엽 절제술을 시행하고 2011. 4. 20. 갑상선 조직검사상 갑상선암으로 진단을 받은 사안이다. 즉, 미세침흡인검사에 따른 진단을 암의 진단 확정으로 인정한다면 보험가입금액의 100%를 지급하고, 만약 미세침흡인검사를 인정하지 않고 조직검사에 따른 진단을 암의 진단 확정으로 인정하는 경우에는 보험가입금액의 150%를 지급해야 하는 것이다. 해당 보험의 약관에서는 암의 진단 확정은 조직 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 해야 한다고 규정하고 있었다. 이에 대해 분쟁조정위원회는, 2002년 8월부터는 보험약관에 미세침흡인검사를 암 진단 방법으로 명시하였지만 본건에서 피보험자가 가입한 해당 보험약관에서는 미세침흡인검사를 암 진단 방법으로 명시하고 있지 않으므로 작성자 불이익 원칙에 따라 고객에게 유리하게 해석할 필요가 있다는 점, 본건 미세침흡인검사 결과 시 진단서에 갑상샘암(의증)으로 명시하고 있어 암 확정 진단을 의심할 만한 여지도 있다는 점 등을 감안하여, 본건의 경우 미세침흡인검사가 아니라 조직검사에 따라 갑상선암으로 진단을 받은 날인 2011. 4. 20.을 암의 진단 확정 시점으로 판단하여 보험가입금액의 150%를 지급해야 한다고 보았다(제2011-39호).

한편 보험약관에서 미세침흡인검사를 암의 진단 방법으로 인정하고 있었지만, 피보험자가 미세침흡인검사서에서 갑상선암으로 진단을 받은 후에 갑상선 절제술을 시행하고 조직검사를 한 결과 조직검사 결과에서는 암이 아니라 갑상샘 양성 신생물(D34)로 최종 진단 받은 사안도 있었다. 피보험자는 약관에서 인정하고 있는 진단 방법인 미세

침흡인검사에서 갑상선암으로 진단을 받았으므로 암보험금 지급 대상에 해당한다고 주장하였으나, 분쟁조정위원회에서는 당해 피보험자가 치료를 받았던 질병의 최종진단명은 갑상샘의 양성 신생물(D34)이므로 이는 암보험금의 지급사유에 해당하지 않는다고 판단하였다. 약관에서 정하고 있는 진단 방법인 조직검사, 미세침흡인검사, 혈액검사에 대해 약관에서는 그 검사 방법에 대한 유형만을 제시하고 있을 뿐 정밀도 등의 우선 순위를 두고 있지는 않지만 최종진단 소견에 따르는 것이 타당하다고 본 것이다(제2010-110호).

나) 암의 진단 확정이 있었다고 판단한 사례

보험 약관에서 미세침흡인검사를 암의 진단 방법의 하나로 명시한 경우에는 미세침흡인검사에 의한 진단을 암의 진단 확정으로 인정하고 있다.

피보험자가 암보장개시일 전에 미세침흡인검사서 갑상샘의 악성 신생물로 진단을 받았고 암보장개시일 이후에 갑상선 절제술 및 조직검사 결과 갑상샘의 악성 신생물로 진단을 받은 사안인데, 보험약관에서 암의 진단에 대해 “조직(Fixed Tissue) 검사, 미세침흡인(Fine Needle Aspiration Biopsy) 검사 또는 혈액(Hemic System) 검사에 대한 현미경 소견을 기초로 한다”고 규정하고 있었으며, 이에 대해 분쟁조정위원회는 암보장개시일 전에 암의 진단 확정이 있었다고 보아 보험회사의 보험계약 무효 처리는 정당하다고 판단하였다. 한편 이 사안에서는 피보험자가 받은 것이 ‘미세침흡인 세포검사’였는데 이것이 약관상의 ‘미세침흡인검사’에 해당하는 것인지도 쟁점이 되었다. 미세침흡인검사(Fine Needle Aspiration, 이하, ‘FNA’라 함)란 주사침을 병소 부위에 찔러서 조직이나 세포를 흡인하고 유리슬라이드에 도말한 후 염색하여 광학 현미경으로 관찰하는 진단 방법으로서, ① 병변으로부터 조직을 얻어서 검사하는 미세침흡인 조직검사(Fine Needle Aspiration Biopsy, 이하, ‘FNAB’라 함)와 ② 세포를 얻어서 검사하는 미세침흡인 세포검사(Fine Needle Aspiration Cytology, 이하, ‘FNAC’라 함)로 구분될 수 있는데, 본건의 경우 약관에서는 ‘미세침흡인검사’라고 하면서 영문으로서는 미세침흡인 조직검사에 해당하는 ‘FNAB’라고 기재하고 있고 실제로 피보험자가 받

은 검사는 ‘FNAC’여서 이것이 약관상의 진단 방법인 미세침흡인검사에 해당하는지가 문제된 것이다. 이에 대해서 분쟁조정위원회는, FNAB와 FNAC의 어느 쪽이 더 우수하다고 할 수 없고 실제로 의료계에서는 이를 엄격히 구분하지 않고 미세침흡인검사로서 동일한 진단 방법으로 보고 있으며, 해당 건에 있어서도 동일한 검사자료를 검사한 결과 어떤 대학병원의 보고서에는 FNAC로 기재되어 있고 다른 병원의 보고서에는 FNA로 기재되어 실제로 혼용되어 사용된 점 등을 고려하면, 약관상의 진단 방법인 미세침흡인검사에는 미세침흡인 조직검사(FNAB)와 미세침흡인 세포검사(FNAC)가 모두 포함되는 것으로 해석하는 것이 합리적이라고 보았다(제2005-33호).

피보험자가 계약 후 5년 미만의 기간에 암으로 진단 확정 받은 경우 보험가입금액의 50%를 지급하고 5년 이상 10년 미만의 기간에 암으로 진단 확정 받은 경우 보험가입금액의 100%를 지급하는 보험에 2004. 11. 19. 가입하였고, 가입 후 5년이 경과하기 전인 2009. 9. 5.에 미세침흡인검사 결과 유두상 갑상선암으로 진단 받았으며, 가입 후 5년이 지난 2009. 11. 23. 갑상선절제술을 시행하고 2009. 11. 25. 조직검사 결과 유두상 갑상선암으로 진단 받은 사안에서, 진단 확정 시점을 언제로 보아야 하는지가 문제되었다. 보험약관에서는 암의 진단 방법으로 조직검사, 미세침흡인검사 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 한다고 규정하고 있었다. 이에 분쟁조정위원회는 보험약관상 암의 진단 확정 방법에 미세침흡인검사가 명시적으로 포함되어 있으므로 본 건에서는 미세침흡인검사 결과 유두상 갑상선암으로 진단 받은 2009. 9. 5.에 암의 진단 확정이 있었다고 보아 보험가입금액의 50%를 지급하면 된다고 판단하였다(제2010-55호).

암보험 약관상 암의 진단 확정은 원칙적으로 조직검사 등을 통한 병리학적 진단에 의하여야 하며 다만 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 암에 대한 임상학적 진단이 암의 증거로 인정될 수 있는데, 여기서 “병리학적 진단이 가능하지 않을 때”의 의미에 관하여 참고할 만한 분쟁조정 사례도 있다. 피보험자가 초음파 검사, 촉진, CT 촬영 등을 통해 난소암(의증)으로 진단 받고 의사로부터 수술을 권유 받았으나 수술을 받지 않고 지내다가 약 2개월 후 사망하였고 사망 원인과 관련하여 난소암(의증)으로 추정된 사안에서, 이 경우 난소암으로 진단 확정되지 않았음에도 불구하고 임상학적 진단

만으로 암으로 진단할 수 있는 경우라고 보아 암보험금 지급 대상에 해당하는지가 문제되었다. 분쟁조정위원회는, 약관상 “병리학적 진단이 가능하지 않을 때”의 의미는 종양의 발생 부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 인해 조직을 추출하여 검사하는 병리학적 검사를 할 수 없는 경우(예컨대, 종양이 뇌 속에 발생하여 조직 추출 시 생명의 위험을 초래하거나 피보험자가 사망하여 병리학적 검사를 진행하기 어려운 경우 등)를 의미한다고 하면서, 위 사안의 경우 통상 난소암은 그 특성상 수술을 통해서만 조직검사가 가능한데 피보험자가 수술을 받지 않고 사망하였으므로 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에 해당하고, 피보험자의 경우 초음파 검사, 촉진, CT 촬영 등을 통해 난소암(의증)으로 진단되었으므로 임상학적으로 난소암으로 진단을 할 수 있는 경우라고 보아, 암보험금 지급 대상에 해당한다고 보았다(제2008-70호).

2) 판례

가) 암의 진단 확정이 없었다고 판단한 사례

약관에서 미세침흡인검사를 검사 방법으로 인정하고 있었지만 해당 사안에서 미세침흡인검사를 통해 갑상선암 의증의 진단만을 받은 경우에는 암의 진단 확정이 아니라고 판단한 사례가 있다. 암보장개시일 전에 피보험자가 미세침흡인검사를 통해 갑상선암 의증의 진단을 받았고 암보장개시일 후에 갑상선절제술 및 조직검사를 통해 갑상선암으로 최종진단을 받은 사안에서, 법원은 피보험자에 대해 미세침흡인검사를 통해 갑상선암 의증의 소견을 밝힌 의사가 해부병리 또는 임상병리의 전문의인지 여부가 불분명하여 약관에서 정한 요건에 따른 진단 확정이 이루어졌다고 보기 힘들다고 보았으며, 또한 미세침흡인검사의 정확도가 100%도 아니기 때문에 본건에서는 갑상선 절제술 후 해부병리 전문의에 의해 갑상선암으로 최종진단이 내려진 시점에서야 약관상의 진단 확정이 있었다고 보아, 보험회사에게 보험금 지급 책임이 있다고 판단하였다(대법원 2008. 12. 11. 선고 2008다67675 판결).⁴⁴⁾ 마찬가지로, 약관에서 암의

44) 사실관계는 원심판결인 수원지방법원 2008. 8. 22. 선고 2008나1290 판결, 수원지방법원 2007. 12. 4. 선고 2007가단26543 판결에 의함

진단 확정은 조직검사, 미세침흡인검사 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하도록 정하고 있었으며, 암보장개시일 전에 피보험자가 미세침흡인검사를 통해 갑상선암 진단을 받았고 암보장개시일 후에 갑상선절제술 및 조직검사를 통해 갑상선암으로 최종진단을 받은 사안에서, 법원은 미세침흡인검사의 정확도가 100%도 아니기 때문에 암의 진단 확정은 수술 후 얻는 병리조직소견을 본 후 내려진다고 보아야 하고 따라서 갑상선 절제술 후 갑상선암으로 최종진단이 내려진 시점에서야 약관상의 진단 확정이 있었다고 보아 보험회사에게 보험금 지급 책임이 있다고 판단한 하급심 판결이 있다(서울동부지방법원 2009. 6. 3. 선고 2008가단2297 판결).⁴⁵⁾

피보험자가 암보장개시일 전에 CT 검사 및 MRI 검사 결과 간암일 가능성이 높다는 소견을 받고, 이후 암보장개시일 후에 병원에 입원하여 간암 확진을 받은 사안에서, CT나 MRI 검사 결과 간암일 가능성이 높다는 정도이지 확진을 받았다고 볼 수 없는 점, 간암 진단 확정을 위해서는 병리학적 조직검사가 필요한 점 등에 비추어, 암보장개시일 전에 암의 진단 확정이 있었던 경우가 아니라고 보았다(청주지방법원 2004. 11. 4. 선고 2004나2008, 2015 판결).

피보험자가 병원에서 자궁경부암 의심 증상으로 진찰과 검사를 받았으나 해당 병원에서 암이 아니라고 오진을 하였고, 이후 암보험계약을 해지하였는데, 해지 이후에 자궁경부암 3기로 진단을 받았으며 최초 병원에서 피보험자를 진료하였던 의사도 당시 피보험자의 상태가 자궁경부암이 맞다고 시인한 사안에서, 의료기관의 귀책사유 내지 착오 등으로 인해 추가적인 병리학적 진단을 받지 못한 경우가 약관상 ‘병리학적 진단이 가능하지 않을 때’에 해당하는지가 문제되었다. 그러나 이에 대해 법원은, ‘병리학적 진단이 가능하지 않을 때’란 일반적으로 피보험자가 임상학적 진단을 받은 뒤 조직검사 등 병리학적 진단을 받을 겨를도 없이 십수일만에 사망한 경우와 같이 병리학적

45) 이 사안의 경우 암보장개시일 전에 미세침흡인검사에 의한 진단이 있었기 때문에 이를 암의 진단 확정으로 인정하지 않아야 소비자에게 유리한 경우였음. 이와 반대로 보험기간 중에 미세침흡인검사에 의한 갑상선암 의증 진단이 있었고 보험기간 만료 후에 갑상선 절제술 후 갑상선암으로 최종진단이 내려진 사안에서는 미세침흡인검사 결과에 따른 암의 진단 확정을 인정한 하급심 판결도 있으며(광주지방법원 2008가합322 판결), 이에 대해서는 후술함(이 경우에는 반대로 미세침흡인검사에 의한 진단 확정을 인정해야 보험기간 중에 암의 진단 확정이 있는 것이 되어 보험금 지급 사유에 해당해서 소비자에게 유리함)

진단이 물리적으로 불가능한 경우라거나, 종양이 발견되었더라도 치료 전에 종양을 일부 떼어내어 조직검사를 하는 것이 불가능하여 임상적 진단을 한 후에 수술을 통해 제거한 종양조직을 검사하여 최종 병리학적 암 진단을 하게 되는 경우와 같이 실제 암의 발병 부위나 특성에 따라 암치료 개시 전에 병리학적 진단이 가능하지 않을 경우 등을 말하는 것인데, 위 사안의 경우 피보험자는 자궁경부 액상 세포진검사(병리학적 진단 방법에 해당하지 않음) 결과 이상이 없다는 통보만을 믿고 더 이상의 검사를 받지 않았다는 것으로서 설사 진료 및 검사 과정에 있어 의료기관의 책임 있는 사유로 인해 잘못된 병리학적 진단이 이루어졌다 하더라도 이러한 경우까지 위 약관에서 규정하고 있는 ‘병리학적 진단이 가능하지 않았을 때’에 해당한다고 보기는 어렵다고 판단하였다(서울중앙지방법원 2012. 10. 12 선고 2012나21392 판결).

나) 암의 진단 확정이 있었다고 판단한 사례

피보험자가 특별한 사유 없이 수술을 거부하여 암보장개시일 전에 암으로 진단 확정될 수는 없었지만 암보장개시일 전에 암으로 진단 확정되었을 것이 명백한 경우에는 암의 진단 확정이 있었던 것과 동일하게 취급해야 한다는 대법원 판례가 있다. 피보험자가 암보장개시일 전에 미세침흡인검사를 받은 결과 갑상선암으로 강력히 의심된다는 진단을 받고 담당 의사로부터 수술을 권유 받았는데 피보험자는 이를 거부하였고, 약 1개월 후 다른 병원에서 다시 미세침흡인검사를 받고 암으로 의심된다는 진단을 받고 암보장개시일이 지난 후에 갑상선 절제술을 시행하고 조직검사 결과 갑상선암으로 진단된 사안이었다.⁴⁶⁾ 대법원은, 미세침흡인검사 결과는 약관에서 정하고 있는 조직 또는 혈액검사에 의한 병리학적 진단 결과에는 해당한다고 볼 수 없지만, 이 사안의 경우 ‘병리학적 진단이 가능하지 않을 때’에 해당하여 임상학적 진단만으로도

46) 피보험자가 가입한 보험의 약관에서는 암의 진단 확정에 대해 “해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 한다. 그러나, 상기의 병리학적 진단이 가능하지 아니할 때에는 암에 대한 임상학적 진단이 암의 증거로 인정되고, 이 경우에는 피보험자가 암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 한다”고 규정하고 있었음

암의 진단 확정을 인정할 수 있는 경우라고 판단하였다. 병리학적 검사가 물리적으로 불가능하지는 않다 하더라도 갑상선암의 경우처럼 임상학적 검사 결과의 정확도가 매우 높아서 별도의 병리학적 검사 없이 수술을 시행하는 것이 통상적인 경우, 게다가 피보험자가 암보장개시일 전에 수술 받기를 거부함으로써 그 기일 내에 병리학적 검사 방법에 의하여 암이라는 확정 진단을 받을 수 없었던 경우에는 약관에서 말하는 ‘병리학적 검사가 가능하지 아니할 때’에 해당한다고 보는 것이 타당하다는 것이다. 나아가 암보장개시일 전에 이미 객관적으로 확정된 보험사고를 배제하고자 하는 약관의 취지와 당사자가 인위적으로 조종할 수 없는 우연성을 요소로 하는 보험사고의 본질에 비추어 볼 때, 피보험자가 수술이나 진단을 거부하지 않고 정상적인 진료 과정을 거쳤더라면 암보장개시일 전에 암이라는 확정 진단이 내려졌을 것이 명백한 경우라면, 임상학적 또는 병리학적 확정 진단이 그 기일 이후에 내려진 경우라 하더라도, 이를 암보장개시일 전에 암의 진단 확정이 내려진 경우와 동일하게 취급할 수 있다⁴⁷⁾고 보았다(대법원 2003. 5. 16. 선고 2002다60986 판결).

미세침흡인검사와 관련하여, 피보험자가 보험기간 중에 미세침흡인검사를 받고 갑상선암 의증이라는 진단을 받았으며 보험기간이 만료된 후에 갑상선 절제술 후 갑상선암으로 최종진단이 내려진 사안에서, 미세침흡인검사 결과에 따른 암의 진단 확정을 인정하여 보험회사에게 보험금 지급 책임이 있다고 판단한 하급심 판결도 있다. 해당 보험 약관에서는 암의 진단은 조직 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 해야 한다고 하여 미세침흡인검사를 명시적으로 암의 진단 방법의 하나로 인정하고 있지도 않은 사안이었는데, 법원에서는 미세침흡인검사는 세포 조직에 대한 현미경에

47) 이와 같이 해석하지 않는다면, 만약 피보험자가 미세침흡인검사 결과에 따라 통상적인 기간 내에 수술을 받았더라면 조직에 대한 병리학적 검사가 이루어져 암보장개시일 전에 암이라는 확정 진단이 나올 가능성이 대단히 높은 경우에도 피보험자가 수술을 받지 않는 이상 약관에 규정된 병리학적 확정 진단이 없게 되어 보험금이 지급되어야 한다는 결론에 이르게 됨으로써, 의사의 소견에 따라 암 진단에 필요한 모든 검사와 수술을 받아 보험계약의 암보장개시일 전에 암이라는 확정 진단을 받은 피보험자는 보험금을 지급받지 못하게 되는 반면, 암보장개시일까지 수술을 회피함으로써 병리학적 확정 진단을 지연시킨 피보험자는 보험금을 지급받는 결과가 되어 형평에 어긋날 뿐 아니라 피보험자로 하여금 도덕적 해이에 빠지게 할 우려가 있게 됨(위 대법원 판결의 원심인 서울지방법원 2002. 9. 18 선고 2002나3579 판결)

의한 진단으로서 약관이 정한 확정 진단이라고 볼 수도 있는 점, 갑상선암의 경우 미세침흡인검사의 정확도가 약 95%로 가장 정확한 수술 전 진단 방법이고 미세침흡인검사 결과 암이 의심되는 소견이 있으면 별도의 검사 없이 수술이 시행되는 것이 통상적인 점 등을 고려하여 미세침흡인검사 결과에 의한 암의 진단 확정을 인정하였다(광주지방법원 2008. 9. 11. 선고 2008가합322 판결)

다) 기타 암의 진단 확정 주체, 시기 등 관련 사례

암인지 상피내암(현재는 제자리암이라는 용어를 사용함)인지에 대해 여러 의사로부터 서로 다른 진단을 받은 사안에서,⁴⁸⁾ 법원은 해부병리와 전문의의 병리학적 진단에서는 상피내암이라고 하였기 때문에 이에 따라야 하고, 해부병리 또는 임상병리 전문의가 아닌 의사가 작성한 진단서나 입원사실증명서 등으로는 암의 진단 확정 사실을 인정할 수 없다고 보았다(대법원 2011. 11. 24. 선고 2011다55801 판결). 동일한 취지

48) 상피내암은 암세포가 상피에는 존재하나 상피와 기질 사이의 경계를 형성하는 기저막까지는 침범이 되지 않은 상태를 말하는 것으로 흔히 암의 병기로는 '0기암'으로 표시되고, 암세포가 기저막을 침범해야 비로소 '암'으로 분류하게 됨. 해당 사안에서 피보험자가 진단 등을 받은 내용은 다음과 같았으며, 법원에서는 해부병리와 전문의인 A에 의하여 피보험자의 자궁경부에 대한 병리학적 진단이 이루어진 사안이므로 해부병리 또는 임상병리 전문의가 아닌 B나 D가 작성한 진단서, 입원사실증명서로는 암의 진단 확정 사실을 인정할 수 없다고 본 것임:

- ① 피보험자는 2007. 8.경 甲의료재단에서 자궁경부에 대한 부인과적 세포병리검사를 받은 결과 '상피내암'으로 진단을 받았음
- ② 乙병원 소속 해부병리와 전문의인 A가 피보험자에 대한 자궁경부원추생검의 전절편 검사를 실시한 후 작성한 검사결과에 의하면 A는 현미경 소견으로 '샘 침범된 상피내암'으로 진단하였음
- ③ 이후 피보험자는 전자궁적출술과 양측 난소난관절제술을 받았는데 위 수술 전 진료기록지에는 피보험자에 대한 진단명이 '상피내암'으로 기록되어 있고, 위 乙병원 소속 산부인과 전문의로서 피보험자에 대한 수술을 시행한 B가 작성한 수술기록에도 '수술 전 진단: 상피내암', '수술 후 진단: 상동'이라고 기록되어 있었음
- ④ 한편 B는 피보험자에 대한 진단명을 '자궁경의 악성 신생물(한국질병분류번호 C53)'로 기재한 진단서를 발급하였음
- ⑤ 위 乙병원 소속 병리와 전문의 C가 위 수술 후에 작성한 조직병리결과보고서에 의하면 C는 피보험자의 자궁 경부에 대한 현미경 진단으로 '잔여 상피내암 없는 원추절제 후 상태'라고 기록하였음
- ⑥ 피보험자는 위 수술 이후 치료를 위하여 丙의원에서 입원치료를 받았는데, 丙의원 의사 D는 피보험자에 대한 진단명으로 '자궁경의 악성 신생물(한국질병분류번호 C53)'이 기재된 입원사실증명서를 발급하였음

로, 피보험자가 조직병리검사 결과 병리와 전문의로부터 방광상피내암으로 진단을 받고 보험회사에 제출하기 위해 임상 의사로부터 받은 진단서에서는 방광암(C 67.9)로 진단 받은 사안에 대해, 병리 전문의에 의해 피보험자에 대한 병리학적 진단이 상피내암으로 내려졌으므로 이에 따라야 하며 병리 전문의가 아닌 임상 의사의 진단만으로는 암의 진단 확정 사실을 인정할 수 없다고 판시한 하급심 판례들도 있다(서울북부지방법원 2017. 10. 24. 선고 2017나30550, 30567 판결 등).⁴⁹⁾

한편, 암보험 약관상 암의 진단 확정은 원래 병리와 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의해 내려져야 하는 것인데, 병리와 전문의의 조직병리검사결과보고서를 토대로 임상 의사가 병명을 진단한 경우에 약관에 따른 진단 확정이 있었다고 볼 수 있는지가 문제될 수 있다. 피보험자가 대장 내시경 검사를 받던 중 직장 용종이 발견되어 용종 절제술을 받았는데, 병리와 전문의가 작성한 조직병리검사결과보고서에서는 “직장 유암종, 크기 0.4cm X 0.3 cm, 절제면에 종양 침범 소견 없다”는 내용으로만 기재되어 있었으며 그 후 피보험자의 주치의인 임상 의사가 위 조직병리검사결과보고서를 토대로 피보험자의 최종적인 병명을 “직장의 악성 신생물, 한국표준질병분류번호 C20”으로 기재한 진단서를 작성한 사안에서 약관에 따른 암의 진단 확정이 있었는지가 문제되었다. 직장 유암종의 경우 사안에 따라 악성종양(암)에 해당하는지 경계성종양에 해당하는지 논란이 있을 수 있는데, 위 건에서 병리와 전문의는 직장 유암종이라고만 기재하였을 뿐 악성종양(암)이라고 진단한 것이 아니고, 암이라고 진단한 것은 임상 의사일 뿐인데, 이것이 약관에서 정하고 있는 암의 진단 확정 요건에 부합하는 것인지가 문제된 것이다.⁵⁰⁾ 이에 대하여 법원은 병리와 전문의의 조직병리검사결과보고서 등을 토대로 임상 의사가 병명을 진단서에 기재하였다면 이는 보험약관에서 말하는 병리학적 진단으로 암의 진단 확정이 있었다고 보아야 한다고 판단하였다(대법원 2018. 7. 24. 선고 2017다256828 판결, 대법원 2012. 5. 24. 선고 2011다

49) 방광암과 방광상피내암 쟁점과 관련하여서는 7항에서 추가로 살펴보도록 함

50) 만약 병리와 전문의가 ‘경계성종양’이라고 진단하고 임상 의사가 악성종양이라고 진단하였다면 앞서 살펴본 ‘여러 의사로부터 서로 다른 진단을 받은 사안’에 해당할 것임. 그러나 본건의 경우 병리와 전문의는 ‘직장 유암종’이라고만 진단하였을 뿐 ‘경계성종양’이라고 진단한 것은 아님

13968, 13975 판결 등).

암의 진단 확정 시기와 관련해서도, 약관에서는 조직검사 등에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 한다는 정도의 내용만 규정하고 있을 뿐 암의 진단 확정 시기에 대해서는 상세한 규정을 하고 있지 않기 때문에, 검사를 위해 조직을 떼어낸 날짜, 조직검사를 시행한 날짜, 조직검사가 보고된 날짜 등 여러 날짜 중에서 언제 암이 진단 확정된 것으로 보아야 하는지가 문제될 수 있다. 특히 위 각 날짜들이 암보장개시일 전후에 걸쳐 있는 경우 등이라면 암의 진단 확정 시기를 언제로 보느냐가 중요한 쟁점이 될 수 있는데, 이에 대한 하급심 판례들을 살펴보면, 피보험자의 유방 조직에서 조직검사를 위하여 표본을 분리한 것은 진단을 위한 사전 준비행위에 불과한 것이고 그에 대한 조직검사를 의뢰하여 유방암으로 조직검사결과가 보고된 날짜가 암의 진단 확정 시기라고 본 사례(서울지방법원 2002. 8. 21. 선고 2002가합1543 판결), 미세침흡인검사결과를 병리과 의사가 판독한 것만으로는 진단이라고 볼 수 없고 위 판독 결과를 기초로 피보험자에게 갑상선암이라고 알림으로써 비로소 진단이 내려졌다고 보아야 한다고 판단한 사례(수원지방법원 2010. 9. 16. 선고 2009가합24265, 2010가합15748 판결)가 있다.

다. 검토

암의 진단 확정에 해당하는지 여부는 암보험 약관에서 정하고 있는 암의 진단 확정 요건을 갖추었는지를 합리적으로 판단하여야 할 것이다.

우선 약관상 암의 진단 확정은 병리과(舊 해부병리과) 또는 진단검사의학과(舊 임상병리과) 전문의에 의해 내려져야 한다고 정하고 있으므로, 여러 의사들 사이에서 진단의 내용이 서로 다른 경우 특히 병리과 의사와 임상 의사 사이에서 진단이 다른 경우에는 원칙적으로 병리과 또는 진단검사의학과 전문의에 의한 진단을 기준으로 판단하는 것이 현행 약관의 해석에 부합할 것이다.

나아가, 약관에서 정한 방법에 따른 진단이 있어야 하는데, 이와 관련하여 특히 미세침흡인검사를 통한 갑상선암의 진단이 암의 진단 확정에 해당하는지 여부와 관련된

분쟁이 많이 발생하였다. 과거에는 암보험 약관상 조직검사 또는 혈액검사만을 암의 진단 방법으로 정하고 있었는데, 갑상선암의 경우에는 수술 전에 시행하는 미세침흡인검사를 통한 진단이 매우 정확도가 높기 때문에 2002년 8월부터 암보험 약관에서 미세침흡인검사를 암의 진단 방법의 하나로 명시적으로 포함시켰다. 그에 따라 과거 약관하에서는 미세침흡인검사 결과 암의 진단이 있었다고 하여도 약관상의 암의 진단 확정으로 인정하기는 어려웠지만, 2002년 8월 이후 약관하에서는 암의 진단 확정으로 인정될 수 있다.

또한 약관에 의하면 원칙적으로 조직검사 등을 통한 병리학적 진단에 의하여야 하며 다만 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적 진단도 인정되는데, 여기서 “병리학적 진단이 가능하지 않을 때”란 원칙적으로는 피보험자의 신체 상태나 종양의 발생 부위 등의 이유로 병리학적 검사를 진행하는 것이 물리적으로 어려운 경우 등으로 제한적으로 해석되고 있다.

약관상의 암의 진단 확정에 해당하는지 여부는 특히 여러 종류의 검사 및 진단이 암보장개시일 전후에 걸쳐서 이루어진 경우 등에 중요한 쟁점이 될 수 있다. 즉, 암보장개시일 전에 암의 진단 확정이 있었던 것으로 인정되면 보험계약이 무효로 되며, 암보장개시일 이후에 암의 진단 확정이 있었던 것으로 인정되면 보험금 지급 대상에 해당할 수 있는 것이다.

이와 관련하여, 암의 진단 확정에 있어 피보험자가 인위적·의도적으로 암의 진단 확정 시기를 정할 수 있도록 해서는 안 될 것이다. 예를 들어 정상적인 진료 과정을 거쳤더라면 피보험자가 암보장개시일 전에 암으로 진단 확정 받았을 것이 명백함에도 불구하고 피보험자가 의도적으로 암보장개시일 후까지 수술을 회피함으로써 암의 진단 확정을 지연시킨 경우에 대하여 암보험금이 지급 되는 것은 합리적이지 않으며, 이러한 경우 암보장개시일 전에 암의 진단 확정이 내려진 경우와 동일하게 취급할 수 있다고 본 대법원(대법원 2002다60986 판결)의 입장이 타당하다고 생각된다.

한편, 기존의 하급심 판례들을 보면, 소비자에게 유리한 방향으로 결론을 내리고자 하는 사안들도 없지 않았던 것으로 보인다. 예를 들면, 미세침흡인검사를 통한 갑상선암 진단과 관련하여, 약관에서 미세침흡인검사를 암의 진단 방법으로 인정하고 있었고

암보장개시일 전에 피보험자가 미세침흡인검사를 통해 갑상선암 진단을 받고 암보장개시일 후에 갑상선절제술 및 조직검사를 통해 갑상선암 진단을 받은 사안에서 법원은 미세침흡인검사의 정확도가 100%가 아니기 때문에 암의 진단 확정은 암보장개시일 이후의 조직검사에 의해 이루어졌다고 보아 보험회사의 보험금 지급 책임을 인정하였는데(서울동부지방법원 2008가단2297 판결), 한편 미세침흡인검사를 암의 진단 방법으로 명시하고 있지도 않던 과거 약관하에서 피보험자가 보험기간 중에 미세침흡인검사를 통해 갑상선암 의증 진단을 받고 보험기간 만료 후에 갑상선절제술 및 조직검사를 통해 갑상선암 진단을 받은 사안에서 법원은 미세침흡인검사의 정확도가 높은 점 등을 고려하여 보험기간 중에 미세침흡인검사 결과에 의한 암의 진단 확정이 있었다고 보아 보험회사의 보험금 지급 책임을 인정하기도 한 것이다(광주지방법원 2008가합322 판결). 그러나 암의 진단 확정이 있었는지 여부에 대하여, 어떻게 판단하여야 소비자에게 유리한지의 측면에서만 접근하는 경우에는 위 미세침흡인검사와 관련한 하급심 판례들처럼 개별 사안마다 결론을 달리하고 서로 논리가 상충되는 상황이 발생할 수 있다. 암의 진단 확정이 있었는지 여부는 약관에서 정하고 있는 진단 확정의 요건에 부합하는지를 일률적인 기준을 적용하여 객관적·합리적으로 판단하는 것이 타당할 것이다.

3. 암보험 약관상 “수술”에 해당하는지 여부 관련

가. 쟁점

암보험 상품에서는 피보험자가 암보장개시일 이후에 암으로 진단 확정되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우 암수술비를 담보한다. 그런데 과거에 판매된 암보험 상품의 약관에서는 “수술”의 의미나 범위에 대해서 별도로 정의하거나 자세히 설명하고 있지 않은 경우가 많았고,⁵¹⁾ 이에 일반적인 외과적 수술이 아닌 시술

51) 현재 판매되는 암보험 약관에서는 별도의 정의 규정을 두어 보장 대상이 되는 수술의 의미와 범위에 대해 정하고 있는 것이 일반적이며, 이에 대해서는 후술함

이나 처치 등이 암보험 약관상의 수술에 해당하는 것인지에 대한 분쟁이 발생하기도 하였다.

우선, 수술이라 함은 “피부나 점막, 기타의 조직을 의료 기계를 사용하여 자르거나 찢거나 조작을 가하여 병을 고치는 일”⁵²⁾을 말하는 것이므로 이처럼 몸의 일부를 자르거나 찢는 등의 외과적인 치료방법을 사용한 경우에만 수술에 해당한다고 보는 입장이 있다. 반면, 암보험 약관에서 수술의 의미나 범위에 대해 별도로 제한하고 있지 않은 이상 외과적 수술만을 의미하는 것으로 제한적으로 해석할 수는 없다고 보는 반대 견해도 존재한다.

나. 주요 분쟁 사례⁵³⁾

1) 금감원 분쟁조정 사례

가) 암보험 약관상의 수술에 해당한다고 판단한 사례

분쟁조정위원회에서는 백혈병 치료를 위한 중심정맥관 삽입술 및 요추천자 항암제 주입술에 대하여 암보험 약관상의 수술에 해당한다고 보았다.⁵⁴⁾ 중심정맥관삽입술이란 수혈이나 항암제 투여 등을 위해 환자의 목의 경정맥이나 팔 윗부분의 상지정맥 또는 쇄골하정맥 등을 통하여 특수하게 고안된 도관(Catheter)을 원하는 위치에 삽입하는 시술을 말하며,⁵⁵⁾ 요추천자 항암제 주입술은 긴 주사 바늘을 요추와 요추 사이를 통해 집어넣어 척수강에 항암제를 투여하는 시술을 말한다. 이러한 중심정맥관삽입술이

52) 국립국어원 표준국어대사전

53) 분쟁 사례들 중에는 암보험 약관상의 “수술”에 해당하는지 여부의 쟁점과 “암의 직접적인 치료 목적”의 수술에 해당하는지 여부의 쟁점이 혼재되어 있는 경우도 많음

54) 나아가 분쟁조정위원회는 이러한 중심정맥관삽입술이나 요추천자 항암제 주입술이 암치료를 직접적인 목적으로 하는 수술에 해당한다고 인정하였음(이와 반대로 중심정맥관삽입술에 대해 암의 치료를 직접적인 목적으로 한 수술이라고 보기 어려우므로 암수술비 지급 대상에 해당하지 않는다고 판단한 판례가 있으며, 이에 대해서는 후술함)

55) 장기간에 걸쳐 계속적으로 약물, 혈액, 항암제 등의 투여가 필요한 환자의 경우 말초혈관을 이용하면 곧 혈관에 손상을 가져와 새로운 정맥을 이용해야 하기 때문에 이러한 불편을 해소하고 환자에게 고통을 덜어주며 편리하게 투여하기 위함임

나 요추천자 항암제 주입술은 외과적으로 자르거나 찌는 수술이라고 보기 어렵다는 이유로 분쟁이 제기된 것인데, 이에 대하여 분쟁조정위원회는 도관을 삽입하는 것도 수술에 포함될 여지가 충분히 있다고 본 것이다(제2001-27호, 제2011-26호).⁵⁶⁾

나) 암보험 약관상의 수술에 해당하지 않는다고 판단한 사례

중심정맥관 삽입술과 관련하여, 암보험 약관상 수술의 의미나 범위에 대한 별도의 정의의 규정이 없었던 위 제2001-27호 및 제2011-26호 사례와는 달리, 암보험 약관상 수술에 대해 “수술이라 함은 의사에 의하여 암에 대한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에 입원하여 의사의 관리하에 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 적제(摘除) 등의 조작을 가하는 것을 말하며 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK은 제외한다”라는 정의 조항을 두고 있는 사안에서는, 약관상 천자 등의 조치를 수술에서 명시적으로 제외하고 있으므로 약관상 수술에 해당하지 않는다고 판단한 분쟁조정 사례가 있다(제2005-57호).

피보험자가 간암으로 인한 간이식 수술 후 합병증으로 담관 협착이 발생하여 담도배액관 삽입술·교체술 및 확장술을 받은 사안에서 분쟁조정위원회는, 해당 암보험 약관에서 수술의 정의를 규정하고 있지는 않지만 일반적으로 수술이라 함은 “몸의 일부를 찌거나 도려내거나 하여 병을 낫게 하는 외과적인 치료 방법”을 말하는 것인데 담도배액관 삽입술 등은 국소마취 후 피부를 천자하여 도관을 삽입·교체하여 담즙을 배액하거나 협착 부위에 풍선을 삽입하여 넓혀주는 시술로서 수술이라기보다는 의료적 처지에 가깝다고 보아 암보험 약관상의 수술에 해당하지 않는다고 판단하였다(제2006-27호).⁵⁷⁾

또한 갑상선 결절 치료를 위한 고주파 절제술(고주파 열치료술)에 대해서도 수술에 해당하지 않는다고 보았다.⁵⁸⁾ 고주파 절제술은 특수 전극이 부착된 1~2mm 굵기의 바

56) 한편 암보험 약관상 수술의 의미에서 명시적으로 천자의 방법을 제외하는 조항을 두고 있는 사례에서는 중심정맥관 삽입술을 약관상 수술로 인정하지 않았으며(제2005-57호), 이에 대해서는 나)항에서 살펴봄

57) 나아가 항암치료의 후유증을 완화시키기 위한 의료행위이므로 암의 치료를 직접적인 목적으로 하는 수술에 해당한다고 보기 어렵다고 판단하였음

늘을 외부에서 목에 꽃아 종양 내에 삽입한 후 고주파 영역에서 전류를 통하게 하여 발생하는 마찰열로 종양세포를 제거하는 시술로, 외과적 수술과는 달리 종양을 완전히 제거하는 것이 아니라 종양의 크기를 줄이는 중간적인 치료방법으로 이해되고 있다.⁵⁹⁾ 이에 대해 분쟁조정위원회는, 일반적으로 수술이라 함은 “몸의 일부를 찢거나 도려내거나 하여 병을 낫게 하는 외과적인 치료 방법”을 말하는 것인데 고주파 절제술의 경우에는 수술로 보기보다는 의료적 처치에 가깝다고 보았고, 또한 설사 수술의 사전적 의미에 부합하지 않더라도 “수술을 대신하여 완치율이 높고 일반적으로 의학계에서 인정하고 있는 침단의 치료기법”에 해당한다면 수술로 보는 것이 합리적일 수 있겠지만 고주파 절제술은 이에 해당한다고 보기도 어려워 암수술비 지급 대상에 해당하지 않는다고 판단하였다(제2007-22호, 제2008-89호).⁶⁰⁾

2) 판례

가) 암보험 약관상의 수술에 해당한다고 판단한 사례

갑상선 결절 치료를 위한 고주파 절제술에 대해 금감원 분쟁조정위원회는 수술에 해당하지 않는다고 판단하였지만, 대법원에서는 이와 결론을 달리하여 수술에 해당한다고 보았다. 보험 약관에서 수술비의 지급 대상이 되는 수술에 대해 의료기계를 사용하여 신체의 일부를 절단하거나 절제하는 외과적 치료방법으로 제한하고 있지 않고, 피보험자는 갑상선 결절의 치료를 직접적인 목적으로 하여 외과적 치료 방법을 대체하는 치료 방법으로서 고주파 절제술을 받은 것이므로, 고주파 절제술도 넓은 의미의

58) 고주파 절제술의 경우 갑상선 결절의 치료를 위한 것이어서 엄밀히 말하면 암보험이 아닌 일반 질병보험 약관의 해석과 관련된 분쟁이기는 하지만, 수술의 의미와 관련된 의미 있는 분쟁이므로 소개하기로 함

59) 치료 효과가 더디거나 반복적인 치료가 필요할 수는 있지만 수술반흔을 남기지 않아서 미용적 측면에서는 우수함

60) 그러나 2)항에서 후술하는 바와 같이 대법원 판례는 갑상선 결절 치료를 위한 고주파 절제술에 대해 약관상의 수술에 해당한다고 인정하였으며, 이러한 판례 등을 고려하여 최근 금융감독원에서는 갑상선 고주파 절제술에 대해 수술보험금을 지급하는 것이 타당하다는 내용으로 감독행정작용으로서 『갑상선고주파절제술에 대한 수술보험금 지급 시 유의사항 안내』를 시행하였음(갑2019-41001, 시행일 2019. 4. 1)

수술에 포함될 여지가 충분히 있다고 판단한 것이다. 아울러, 약관의 내용은 개개 계약 체결자의 의사나 구체적인 사정을 고려함이 없이 평균적 고객의 이해가능성을 기준으로 하여 객관적·획일적으로 해석해야 하고 고객보호의 측면에서 약관 내용이 명백하지 못하거나 의심스러운 때에는 고객에게 유리하게, 약관 작성자에게 불리하게 제한 해석해야 하는 것인데,⁶¹⁾ 위와 같이 고주파 절제술이 수술에 포함될 수 있다고 해석하는 것이 약관 해석에 있어서의 작성자 불이익의 원칙에도 부합한다고 본 것이다(대법원 2011. 7. 28. 선고 2011다30147 판결).

대법원은 폐색전술에 대해서도 암보험 약관상의 수술에 해당한다고 판단하였다. 색전술이란 암세포가 혈액에 의존하는 점을 이용하여 가는 관을 대동맥에 삽입하고 이를 통해 항암제를 투여하고 영양분을 공급하는 혈관을 차단하는 방법으로 암세포만을 선택적으로 괴사시키는 치료방법으로서, 일반적인 외과적 수술이라고 보기 어렵고 폐암의 치료에 있어 표준화된 치료가 아니라 소수의 병원에서 실험적으로 시행되는 것이므로 암수술비의 지급 대상인 수술에 해당한다고 볼 수 없는 것 아니냐는 점이 문제되었다. 이에 대해 대법원은, 암보험 약관상 암수술비의 지급 대상을 ‘의료계에서 표준적으로 인정되는 수술’이라고 제한하고 있지 않고 수술의 의미를 구체적으로 명확하게 제한하고 있지도 않으므로 폐색전술도 넓은 의미의 수술에 포함될 여지가 충분히 있고 이러한 해석론이 약관 해석에 있어서의 작성자 불이익의 원칙에도 부합한다고 보았다(대법원 2010. 7. 22. 선고 2010다28208 판결).

나) 암보험 약관상의 수술에 해당하지 않는다고 판단한 사례

백혈병 치료를 위한 중심정맥관 삽입술 및 요추천자 항암제 주입술 등과 관련하여,⁶²⁾ 암보험 약관상 수술의 의미에 대해 “수술이라 함은 의사에 의하여 암의 치료가

61) 대법원 2005. 10. 28. 선고 2005다35226 판결, 대법원 2007. 2. 22. 선고 2006다72093 판결 등임. 약관의 규제에 관한 법률 제5조 제2항에서도 “약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 고객에게 유리하게 해석되어야 한다”라고 하여 작성자 불이익 원칙을 규정하고 있음

62) 한편 중심정맥관 삽입술에 대해서 “수술”에 해당하는지 여부보다는 “암의 치료를 직접 목적으로 한 수술”에 해당하는지 여부의 측면에서 판단하여 이 경우에는 암의 직접 치료 목적으로 인정할 수 없다고 본 판례도 있음. 즉, 중심정맥관 삽입술은 백혈병의 치료를 직접

필요하다고 인정한 경우로서 ... 의사의 관리하에 암 등의 질병의 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체에 절단(특정 부위를 잘라내는 것), 절제(특정 부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 흡인(주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경차단(Nerve Block)은 제외한다”라는 정의 조항을 두고 있는 사례에서, 약관에서 천자를 명시적으로 제외하고 있음을 근거로 암보험 약관상의 수술에 해당하지 않는다고 보았다(서울중앙지방법원 2013. 12. 19. 선고 2013나14421, 15240 판결⁶³⁾).

피보험자가 간암 및 대장암을 이유로 받은 고주파 온열치료에 대해 암보험 약관상의 수술에 해당하지 않는다고 본 하급심 판례도 있다. 약관에서 수술의 의미에 대해 정의하고 있지는 않지만 사회 일반인의 평균적 이해가능성을 고려할 때 암보험 약관상의 수술의 의미는 보편적·사전적인 의미의 수술에 한정된다고 할 것이고 일반적으로 수술이란 “피부나 점막, 기타의 조직을 의료 기계를 사용하여 자르거나 찢거나 조작을 가하여 병을 고치는 일”을 의미한다 할 것인데 고주파 온열치료는 고주파를 해당 부위에 쬔도록 함으로써 암 조직에 대해서만 선택적으로 고온의 열을 가하는 것일 뿐 신체를 자르거나 찢는 등의 외상을 가하는 행위가 없다는 점 등을 근거로, 이는 암보험 약관상의 수술에 해당하지 않는다고 판단한 것이다(서울고등법원 2013. 5. 29. 선고 2012나70120 판결⁶⁴⁾).

위와 동일한 취지로 방사선 조사기술에 대해 암보험 약관상의 수술에 해당하지 않

목적으로 하기보다는 치료에 필요한 항암제를 투여하는 데 그 목적이 있는 점, 암수술비 급부는 암치료와 발생하는 수술비용 전부를 보장하기 위한 것이라기보다는 암치료를 직접적인 목적으로 하는 수술로 인하여 환자가 부담하게 될 비용 중 일부만을 보장할 것으로 예상하고 책정된 것인 점, 중심정맥관 삽입술의 건강보험 요양급여비용은 최고 109,640원으로 정해져 있어 오히려 암수술비 급부금인 300만 원에 훨씬 미치지 못하고 있는 점 등에 비추어 볼 때, 중심정맥관 삽입술은 암보험 약관에서 정한 암치료를 직접 목적으로 하는 수술에 해당한다고 볼 수 없다고 판단한 것임(대법원 2003. 10. 10 선고 2003다38467 판결)

63) 1심 판결에서는 약관상의 명시적 조항에도 불구하고 혈액암의 경우에는 요추천자나 중심정맥관 삽입 등을 통하여 약물을 주입하는 것이 통상적이고 필수적인 치료방법이기 때문에 약관상 수술의 범위에 포함된다고 해석하는 것이 타당하다고 보았으나(서울중앙지방법원 2013. 2. 15. 선고 2012가단5065341, 5100695 판결), 항소심에서는 이와 달리 수술의 범위에 포함되지 않는다고 판단한 것임

64) 사실관계는 원심판결인 서울중앙지방법원 2012. 7. 29. 선고 2012가합8296 판결에 의함

는다고 본 하급심 판례도 있다. 사회 일반인의 평균적 이해가능성을 고려할 때 보험 약관상의 수술의 의미는 보편적·사전적인 의미의 수술에 한정된다고 할 것인데 방사선 조사시술은 고에너지의 방사선을 인체에 조사하여 치료 부위의 국소 미세암을 사멸시키는 치료법으로서 일반적인 의미의 수술에 해당하지 않는다고 본 것이다(춘천지방법원 2012. 5. 10. 선고 2012가소454 판결, 수원지방법원 2011. 5. 27 선고 2010가소 101950 판결).⁶⁵⁾

65) 방사선 치료에 관한 이와 같은 하급심 판례에도 불구하고, 갑상선 결절 치료를 위한 고주파 절제술에 대해 약관 작성자 불이익 원칙을 적용한 대법원 2011다30147 판결 이후로 금융감독원에서는 『암수술을 대체한 방사선 치료에 대한 암수술급여금 지급기준』을 마련하여, 암보험 약관상 수술의 정의를 별도로 두고 있지 않은 상품에서 수술이 불가능할 정도로 암이 진행된 경우 또는 시행할 경우 신체 기능 훼손 등으로 시행할 수 없는 경우에 수술을 대체하여 방사선 치료를 받은 경우에는 종양전문의의 진단서 등을 근거로 암수술비를 지급하도록 보험회사에 지도하였음(금융감독원 보도자료(2013. 8. 16), “보험약관에 수술의 정의가 없는 경우, 암수술을 대체한 방사선 치료도 암수술급여금을 지급 받는다”). 주요 내용은 아래와 같음

- (적용대상) 아래의 조건을 모두 충족하는 보험 계약
 - ① 수술의 정의가 '생체에 절단, 절제 등'으로 명시되지 아니한 암보험 상품
 - ② 수술이 불가능할 정도로 암이 진행된 경우 또는 시행할 경우 신체기능훼손 등으로 시행할 수 없는 경우
- (적용대상 판단근거) 해당 암환자를 직접 치료한 종양전문의의 진단서나 진료소견서(계약자 증빙 필요)
 - 단, 계약자와 보험회사 간 이견이 있는 경우 양 당사자가 합의한 대학병원급 이상의 제3병원의 종양전문의의 진료소견서에 따름
- (지급기준) 신체부위와 상관없이 병원에서 1Cycle(일정기간 수회 걸친 방사선조사)로 인정한 방사선조사를 1회의 수술로 간주하여 보험금 1회 한정 지급
- (제외기준)
 - 기존에 1회라도 수술급여금이 지급된 경우는 제외(외과적 수술, 항암화학요법, 사이버 나이프 등)
 - 외과적 수술 후 재발방지나 증상완화 또는 잔존암의 가능성으로 시행되는 방사선 조사는 제외
 - 방사선요도 치료 제외(경구투약, 수술후 재발방지 목적)
 - 외과적 수술 전 종양축소 등의 목적으로 시행된 방사선 조사는 제외
 - 암의 진행정도가 양호하거나 경미하여 주치의 판단*에 따라 외과적 수술이 아닌 방사선조사가 선택된 경우는 제외
 - * 당사자간 이견이 있는 경우 당사자가 합의한 대학병원급 이상의 3병원의 종양전문의의 소견에 따름
- ⇒ 다만, 완치판정 후 재발 또는 원발성 암이 새롭게 발생하여 구제기준에 해당될 경우는 지급기준에 따라 1회 지급
- (소급적용) 과거 2년 이내(상법상 보험금 청구권 소멸시효)에 시행한 방사선치료

다. 검토

암보험 약관상 수술에 해당하는지 여부와 관련된 분쟁들이 제기되면서, 수술에 대해 별도의 정의 조항을 두고 있지 않던 과거와는 달리, 2000년대 중반 이후 판매되는 암보험 상품의 약관에서는 별도의 조항을 두어 수술의 의미나 범위에 대해 비교적 상세하게 규정하고 있다. 일반적으로 수술의 의미에 대해서는 의사가 암의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 의료 기구를 사용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말하고, 보건복지부 산하 신의료기술평가 위원회로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술 기법도 포함되는 것으로 규정하고 있다. 또한 흡인, 천자, 신경 차단 등의 경우에는 명시적으로 수술의 범위에서 제외하고 있다.

〈그림 III-2〉 암보험 약관상 일반적인 수술의 범위⁶⁶⁾

수술에 해당하는 경우	수술에서 제외되는 경우
• 의사가 암의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 병원에서 의사의 관리 하에 수술하는 것이어야 함 • 그 방법으로는 기구를 사용하여 생체에 절단(특정 부위를 잘라내는 것), 절제(특정 부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것이어야 함 • 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료 효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됨	• 흡인(주사기 등으로 빨아들이는 것) • 천자(바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 • 신경 차단(Nerve block) • 미용성형 목적의 수술 • 피임 목적의 수술 • 검사 및 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등) • 항암방사선치료와 항암약물치료

약관에서 수술의 의미 및 범위에 대해 명시적 조항을 두고 있는 경우에는 기본적으로 그 조항에 따라 수술 해당 여부를 판단하여야 할 것이다. 그러한 조항이 없었던 과거 암보험 상품의 경우에는 고주파 절제술과 폐색전술에 관한 대법원 판례에 따라 약관 해석에 있어서의 작성자 불이익의 원칙이 적용될 가능성이 높아 보인다. 평균적 고

66) 다만 세부적인 내용은 보험상품별로 조금씩 다를 수도 있음

객의 이해가능성을 기준으로 볼 때 누가 봐도 수술이 아니라고 받아들일 수 있을 때에는 수술에 해당하지 않는다고 판단할 수 있겠지만, 평균적 고객의 이해가능성을 기준으로 볼 때 수술에 해당하는지 해당하지 않는지 여부가 명확하지 않은 경우라면 약관에서 수술의 범위에 대해 사전적 의미의 수술, 외과적 치료방법을 사용한 수술로 제한하고 있지 아니한 이상 넓은 의미의 수술의 범위에 포함된다고 해석될 가능성이 있을 것이다. 한편 약관상 수술의 범위에 포함된다고 하더라도 암수술비의 지급 대상에 해당하기 위해서는 “암의 직접적인 치료 목적”을 위한 수술이라는 요건도 충족하여야 하며, “암의 직접적인 치료 목적” 쟁점에 대해서는 항을 바꾸어 살펴보도록 한다.

4. “암의 직접적인 치료 목적”에 해당하는지 여부 관련

가. 쟁점

암보험 상품에서 암입원비와 암수술비를 담보하는 경우, 암과 조금이라고 관련이 있는 입원이나 수술이 있었다고 하여 무조건 보험금이 지급되는 것이 아니며, 암보험 약관에서는 피보험자가 암보장개시일 이후에 암으로 진단 확정되고 “그 암의 치료를 직접적인 목적으로” 입원을 하거나 수술을 한 경우만을 보험금 지급 사유로 정하고 있다. 그런데 기존 암보험 약관에서는 암의 치료를 직접적인 목적으로 하는 경우가 구체적으로 어떤 경우를 의미하는 것인지에 대해서 별도로 정하고 있지 아니하였고, 이에 암과 관련하여 입원을 하거나 수술을 받은 경우에 이것이 암의 치료를 직접적인 목적으로 하는 경우에 해당하는지 여부에 대한 해석이 문제될 수 있다.

특히 최근에는 암환자가 암치료 후 요양병원에 입원한 경우에 이것이 암의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원으로서 암입원비 지급 대상에 해당하는지 여부와 관련하여 소비자와 보험회사 사이의 분쟁이 크게 문제된 바 있다.

나. 주요 분쟁 사례

1) 금감원 분쟁조정 사례

가) 암의 직접적인 치료 목적에 해당한다고 판단한 사례

암으로 진단 확정되기 전에 실시한 진단 목적의 1차 수술에 대해 암의 직접적인 치료 목적 수술로 인정한 사례가 있다. 피보험자가 지방종양 절제술을 시행하고 이에 대해 조직검사를 의뢰한 결과 악성 지방육종으로 진단되어 2차로 광범위한 지방육종 절제술을 시행한 사안에서, 피보험자가 1차로 받은 지방종양 절제술도 암수술비 지급 대상에 해당하는지 여부가 문제되었던 것이다. 1차 지방종양 절제술의 경우 지방육종에 대한 치료를 목적으로 한 것이 아니라 조직검사를 통해 질병을 정확히 규명하기 위해 시행한 것으로 이는 암치료를 직접적인 목적으로 수술한 것이 아니라는 입장이 있었으나, 분쟁조정위원회는 암의 진단 자체가 암치료를 목적으로 한 것이므로 1차 수술이 진단 목적이었다고 하더라도 암수술비 지급대상에 해당한다고 보았다(95조정-7).

피보험자가 암에 대한 절제술을 받은 이후 인근 부위의 잔존암 가능성을 이유로 담당 의사의 권유하에 2차 절제술을 받았는데 해당 부위에서는 결과적으로 암이 발견되지 않은 경우에, 2차 절제술에 대해, 수술 시행 결과 암이 발견되지 않았다고 하더라도 암의 치료를 직접적인 목적으로 하는 수술에 해당한다고 보았다. 암의 치료를 직접적인 목적으로 한 수술이라는 것은 그 수술의 시행 “목적”에 대한 것이지 그 수술의 시행 “결과”에 대한 것이 아니므로, 수술의 시행 결과 암이 발견되는 경우만을 이에 포함된다고 해석하는 것은 타당하지 않으며, 약관의 문언대로 실제 수술의 시행 목적을 기준으로 판단해야 한다는 것이다. 이에 따라, 해당 건의 경우에는 암의 진단을 받은 피보험자가 의사의 권유하에 2차 절제술을 받았고 그 수술이 일반적인 의료경험칙상 필요한 수술이었다고 인정되는 이상, 이는 혹시라도 있을 암세포의 제거를 목적으로 시행된 것이라고 보아야 하며 따라서 암수술비 지급 대상에 해당한다고 판단하였다(제2015-21호).

암에 대한 수술이 아닌 합병증에 대한 수술과 관련하여, 분쟁조정위원회는 암으로

인한 합병증이 발생되고 암수술이 불가능한 상황에서 합병증 수술을 하지 않으면 생명 유지가 불가능하여 불가피하게 합병증을 수술할 경우에는 암의 치료를 목적으로 한 수술로 보는 것이 타당하다고 보았다. 이에 따라 피보험자가 췌장암으로 인한 황달 증세를 없애고 소화 장애로 인한 고통을 덜어주기 위해 받은 경피적 담즙 배액술, 경피적 위로술, 경피적 복수 배액술에 대해 암수술비 지급 대상으로 인정하였고(98조정-18), 피보험자가 자궁경부암(재발성, 폐전이)에 대한 방사선 치료 후 발생한 좌측 신장 주변 농양, 괴사 근막염, 콩팥수신증 등의 합병증 치료⁶⁷⁾를 위해 시행 받은 수술에 대해서도 암수술비 지급 대상으로 보았다(제2010-19호).

최근 요양병원 입원비가 암입원비 지급 대상에 해당하는지 여부에 관한 분쟁이 빈발하면서, 분쟁조정위원회에서는 암환자의 요양병원 입원비에 대하여 일응의 판단 기준을 제시하였다. 즉, ① 암의 치료 후 발생한 후유증 내지 합병증을 치료하거나 건강 회복을 위하여 입원하는 요양치료의 경우에는 암의 치료를 목적으로 한 것으로 인정하기 어렵고, 만약 ② 동일한 내용의 항암치료가 일정 기간 지속되는 상황에서 종전에 받았던 항암치료로 인한 후유증을 치료하고 신체기능을 회복하기 위해 입원하는 것이 앞으로 예정되어 있는 항암치료를 받기 위해 필수불가결한 경우⁶⁸⁾라면 암의 치료를 목적으로 한 입원에 해당한다는 것이다. 이러한 기준에 따라, 피보험자가 유방암 진단을 받고 부분절제술을 받은 후 6차에 걸쳐 항암약물치료를 받는 과정에서 항암치료를 받는 중간에 부작용을 치료하고 면역력을 강화하기 위해 요양병원에서 입원 치료를 받아온 사안에 대해, 해당 요양병원에 입원한 것은 그 후의 항암치료를 받기 위해 필수불가결한 것으로서 암의 치료를 직접 목적으로 한 입원에 해당한다고 판단하였다(제2018-14호).

67) 진료확인서에 의하면 해당 합병증 치료를 하지 않을 경우 피보험자의 생명에 위험을 초래할 수 있는 상태라는 것임

68) 항암치료로 인한 후유증의 치료나 신체기능 회복을 위한 치료 그 자체가 항암치료에 해당하거나 항암 효과가 있어야만 하는 것은 아니며, 아울러 후유증의 치료나 신체기능 회복을 위한 치료가 반드시 수술·방사선·항암약물치료 등과 동일한 병원 내에서 같은 의사에 의해 이루어져야 하는 것도 아니라고 봄

나) 암의 직접적인 치료 목적에 해당하지 않는다고 판단한 사례

요양병원 입원비와 관련하여, 위암 수술 후 복통, 식욕 부진 등 후유증 치료를 위해 휴식, 운동, 예배, 숯찜질, 헬릭소(Helixor) 투약 등을 위해 요양병원에 입원한 경우 암의 직접적인 치료를 위한 입원으로 인정하지 않은 사례가 있다(제2001-47호).

또한 요양병원 입원비 관련 최근 기준⁶⁹⁾에 따라, 피보험자가 구불결장의 악성 신생물 진단으로 절제술을 받고 총 12회의 항암화학요법 치료를 받은 후 그러한 항암화학요법 치료종결일로부터 1년 8개월이 지난 후에 요양병원에 입원하여 면역력 회복을 위한 치료를 받은 사안(그 이후에는 항암치료를 받지 않았음)에 대해서는, 이는 후유증만을 치료하기 위해 입원한 것이므로 암의 직접적인 치료 목적에 해당하지 않는다고 보았다(제2018-15호).

〈그림 III-3〉 면역력 치료의 암의 직접 치료 목적 해당 여부

치료	암의 직접 치료 목적 해당 여부
직접 치료 면역력 치료 직접 치료	암의 직접 치료를 계속하기 위해 필수불가결한 면역력 강화, 후유증 치료는 암의 직접 치료 목적에 해당
직접 치료 면역력 치료	단순히 암의 치료 후 발생한 후유증, 합병증을 치료하기 위한 치료는 암의 직접 치료 목적에 해당하지 않음

백혈병 치료를 위한 조혈모세포 이식(골수 이식) 수술 전에 사랑니 제거 수술을 받은 사안에서(피보험자가 치주염이 있었고 구강 내에 염증이 있을 경우 골수 이식이 실패할 수 있기 때문에 시행하였다는 것임), 위와 같은 사랑니 제거 수술 자체가 백혈병 치료를 직접적으로 치료하기 위한 수술은 아니라고 보았다(제2002-3호).

69) 앞서 살펴본 바와 같이, ① 암의 치료 후 발생한 후유증 내지 합병증을 치료하거나 건강 회복을 위하여 입원하는 요양치료의 경우에는 암의 치료를 목적으로 한 것으로 인정하기 어렵고, ② 동일한 내용의 항암치료가 일정 기간 지속되는 상황에서 종전에 받았던 항암치료로 인한 후유증을 치료하고 신체기능을 회복하기 위해 입원하는 것이 앞으로 예정되어 있는 항암치료를 받기 위해 필수불가결한 경우라면 암의 치료를 목적으로 한 입원이라고 보는 것임

백혈병 치료를 위한 조혈모세포 이식 수술을 받고 백혈병은 완치되었으나 조혈모세포 이식의 후유증인 만성 이식 편대 숙주 반응⁷⁰⁾이 발생하였고 이를 치료하는 과정에서 거대세포 바이러스에 감염되어 입원 치료한 경우, 해당 입원도 백혈병 치료의 연장으로 보아 암입원비를 지급해야 하는지 여부가 문제되었는데, 이에 대해 분쟁조정위원회는 이미 백혈병이 완치된 상태에서 일반적인 후유증을 치료한 것이므로 백혈병에 대한 직접 치료를 목적으로 한 입원에 해당하지 않는다고 보았다(제2009-90호).

피보험자가 대퇴골 골육종을 진단 받고 광범위 종양 절제술을 받은 후에 종양 절제술로 인해 결손된 피부 조직을 채우고 수술 부위 상처를 치유하기 위해 받은 전층 식피술(피부이식)에 대해, 암의 치료를 직접적인 목적으로 한 수술로 보기 어렵다고 판단한 사례도 있다(제2008-35호).

2) 판례

법원은 “암의 직접적인 치료 목적”에 대하여, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하기 위한 경우, 나아가 암 자체 또는 암의 성장으로 인하여 직접 발현되는 중대한 병적 증상을 호전시키기 위한 경우는 이에 해당한다고 보지만, 암이나 암치료 후 그로 인하여 발생한 후유증을 완화하거나 합병증을 치료하기 위한 경우에는 암의 직접적인 치료 목적에 해당하지 않는다고 보고 있다(대법원 2010. 9. 30. 선고 2010다40543 판결 등). 이러한 원칙에 기초하여 암의 직접적인 치료 목적 해당 여부에 대해 판단한 구체적 사례들을 아래에서 살펴보도록 한다.

가) 암의 직접적인 치료 목적에 해당한다고 판단한 사례

항암치료가 종결되지 않고 향후에도 일정 기간 계속될 것으로 예정되는 상황에서 그 치료를 받기 위해 종전의 항암치료로 인한 후유증을 치료하고 면역력 등 신체 기능을 회복하기 위한 치료를 받는 것이 향후의 항암치료에 필수불가결한 것이라면 암의 직접

70) 조혈모세포이식 후 100일 이상 생존한 환자의 20~70%까지 발생하는 가장 중요하고 흔한 합병증의 하나로 이해됨

치료 목적에 해당한다고 보는 것이 대법원 판례의 입장이다.⁷¹⁾ 암의 치료를 직접 목적으로 하는 치료는 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하기 위한 치료로 한정되는 것이 아니라 암 자체 또는 암의 성장으로 인하여 직접 발현되는 중대한 병적 증상을 호전시키기 위한 치료를 포함하는 점, 항암치료는 암세포뿐만 아니라 정상세포도 공격하여 면역력 저하, 전신 쇠약 등의 부작용을 초래하므로 이를 연속적으로 받을 수는 없고 일정한 시간 간격을 두어 그 기간이 지나 면역력 등 신체기능이 회복된 후에야 다시 받을 수 있는 특성이 있는 점 등을 고려하면, 동일한 내용의 항암치료가 일정 기간 지속되어야 하는 경우 그 기간 내에 종전의 항암치료나 수술로 인한 후유증을 치료하고 면역력 등 신체기능을 회복하기 위한 입원이 포함되어 있다고 하더라도 그 입원이 항암치료 등을 받기 위하여 필수불가결한 것이라면, 이 역시 암의 치료를 직접 목적으로 하는 입원에 해당한다고 보는 것이 타당하다는 것이다. 그에 따라 피보험자가 암으로 진단 받은 후 수술과 항암치료를 계속 받으면서 그 사이 사이 기간에 요양병원에 입원하여 종전의 항암치료로 인한 후유증 치료 및 면역력 강화 치료(압노바 주사, 셀레나제 투약, 항구토제·진통제 등의 약물과 수액주사, 물리치료 등)를 받은 사안에 대해 해당 요양병원에서 받은 입원 치료에 대해 암의 직접 치료 목적을 인정하였다(대법원 2016. 9. 9. 선고 2016다230164, 2016다230171 판결,⁷²⁾ 서울중앙지방법원 2015. 9. 4. 선고 2014가합523324, 2014가합49284 판결, 광주지방법원 2012. 9. 28. 선고 2010가단76394 판결).

다만 법원은, 여러 차례의 항암치료를 받는 사이 기간에 요양병원에 입원하였다거나, 요양병원에 입원해 있으면서 다른 병원에 통원하면서 항암치료를 받았다는 사정 그 자체만으로 암의 직접 치료 목적을 바로 인정하는 것은 아니며, 환자의 상태나 치료 내용 등 구체적인 사실관계에 따라 요양병원에서 받은 치료가 향후 예정되어 있는 항암치료에 불가피한 것이었는지 여부를 판단하고 있는 것으로 보인다.⁷³⁾

71) 전술한 바와 같이 최근의 금융감독원 분쟁조정 사례들 역시 이러한 대법원 판례의 입장을 따르고 있음

72) 사실관계는 원심판결인 서울고등법원 2016. 6. 3 선고 2015나2048953, 2015나2048960 판결에 의함

73) 후술하는 대법원 2013다9444 판결 사안에서는 피보험자가 요양병원에 입원해있으면서 다른 병원에 통원하면서 항암치료를 받았지만 요양병원 입원 치료를 암의 직접 치료 목적으로 인정하지 않았음

이에 따라 요양병원에 입원한 기간 중에서도 그 일부 기간에 대해서는 암의 직접 치료 목적을 인정하고 일부 기간에 대해서는 암의 직접 치료 목적을 인정하지 않은 경우도 있다. 피보험자가 유방암 진단 및 절제술을 받은 다음 요양병원에 입원하여 압노바 주사, 고주파 온열 치료 등을 받고 그 사이에 유방암의 진단 및 절제술을 받은 병원으로 통원하면서 여러 차례의 항암약물치료를 받았는데, 총 8회 정도의 항암약물치료가 예정되어 있었으나 부작용이 너무 심하여 3차 항암약물치료 후 담당 의사가 항암약물 치료 중단을 결정한 사안이었다. 이 사안에서 법원은, ① 항암약물치료의 중단을 결정하기 전까지의 요양병원 입원은 항암치료가 일정기간 지속될 것으로 예정되어 있는 상황에서 기존 항암치료로 인한 후유증을 치료하고 면역력 등 신체 기능을 회복하기 위한 입원이었고 피보험자의 후유증의 정도에 비추어 볼 때 그 입원은 예정되어 있던 항암치료에 필수불가결하였다고 보아 암의 직접 치료 목적 입원으로 판단하였지만, ② 피보험자에 대한 항암약물치료 중단이 결정된 후의 요양병원 입원은 단순히 암치료로 인해 발생한 후유증을 치료하고 건강을 회복하는 등 요양치료를 위한 입원에 불과한 것으로 보아 암의 직접 치료 목적 입원으로 인정하지 않았다(서울고등법원 2012. 2. 2. 선고 2011나11377 판결).

특별한 치료 방법이 없는 말기암 환자가 요양병원에 입원하여 면역력 강화 등의 치료를 받은 것에 대하여, 암의 치료를 직접 목적으로 한 입원으로 인정한 하급심 판례도 있다. 피보험자가 위암으로 진단 확정될 당시 이미 폐 전이가 되어 있는 4기 암에 해당하여 수술조차 도움이 되지 않은 상태였고 이에 항암제 투여 및 방사선 치료 후 요양병원에 입원하여 요양병원에서 헬릭소(면역증강제)를 투여받고 영양주사, 운동요법, 심리요법, 명상요법 등의 치료를 받은 사안이었는데, 이에 대해 법원은 말기암 환자의 경우 현대 의학의 수준에서도 완치가 거의 불가능하며 이와 같이 암의 완치를 위한 특별한 치료 방법이 없는 상태에서 요양병원에 입원하여 면역증강제를 투여받으며 대체 의학적 요법을 통해 암치료를 받은 것으로 이는 암치료를 직접 목적으로 한 입원에 해당한다고 본 것이다(서울중앙지방법원 2004. 7. 1. 선고 2003나56037 판결).

암의 치료에 대해 종양의 제거뿐만 아니라 종양으로부터 발현되는 증상의 호전 또는 암 환자의 생명 연장을 위한 치료도 포함된다고 보아, 담도암으로 진단 받은 피보험

자가 담도암과 관련하여 받은 경피적담도배액술, 경피적담도배액관교체, 스텐트삽입술에 대해서 암의 치료를 직접 목적으로 하는 수술로 인정하기도 하였다. 해당 사안에서 피보험자는 간에서 생성된 담즙이 십이지장으로 흘러내려가는 길목인 담도(담관)에 종양이 발생했고 담관이 종양의 성장 등으로 인하여 막히면서 담즙이 담도 내에 정체되어 황달, 통증, 발열 등의 증상이 발생하여 경피적담도배액술, 경피적담도배액관교체, 스텐트삽입술을 받았다.⁷⁴⁾ 위 3가지 시술은 모두 담즙이 배액될 수 있는 통로를 만들어 주기 위한 목적으로 시행되었으며 이러한 시술이 담도암을 완치시킬 수는 없었지만 담도암의 증상 호전에 큰 효과가 있고 종양 제거가 불가능한 환자의 생명 연장을 위하여 필요하다고 인정되었는데(실제로 피보험자는 담도암 진단 당시 예상 여명기간이 약 6개월에 불과하였으나 위 3가지 시술을 통하여 3년 9개월 이상 생존하였음), 따라서 위 3가지 시술은 단순한 후유증 내지 합병증에 대한 치료에 불과한 것이 아니라 종양 자체 또는 종양의 성장으로 인하여 담도가 막히는 직접적이고도 중대한 담도암의 증상을 호전시킴으로써 피보험자의 생명을 연장하기 위하여 불가피하게 시행된 수술이라고 보아 암의 직접 치료 목적을 인정한 것이다(부산지방법원 2009. 1. 8 선고 2008가단21039 판결).

또한 암의 직접 치료 목적으로 입원을 하거나 수술을 받는 것이 반드시 암으로 '진단 확정된 후'여야 하는 것은 아니고, 암으로 진단 확정되기 전이라도 암의 치료를 직접 목적으로 수술을 받거나 입원을 하는 것이 가능하다고 본 하급심 판례가 있다. 보험약관에서 암입원비의 지급 사유에 대해 “보험기간 중 피보험자가 책임개시일 이후 최초로 암으로 진단이 확정되고 그 암의 치료를 목적으로 하여 입원하였을 때”라고 정하고 있는바, 이에 의하면 ① 암의 진단 확정과 ② 그 암의 치료를 직접 목적으로 한 입원이라는 두 가지 요건을 단순히 병렬적으로 나열하고 있을 뿐이므로 위 두 가지 요건을 갖추면 보험금 지급 사유에 해당하는 것이며, 굳이 시간적으로 ①의 요건을 갖춘 후 ②의 요건을 갖추어야만 보험금 지급 사유에 해당한다고 해석할 근거는 없다고 본 것이

74) 경피적담도배액술은 큰 바늘로 복부에 구멍을 뚫어 담도 내에 담즙이 흘러내려올 수 있는 배액관을 삽입하는 시술, 경피적담도배액관교체는 경피적담도배액술에서 삽입된 배액관이 종양의 성장 등으로 인하여 막혔을 때에 배액관을 교체해 주는 시술, 스텐트삽입술은 악성종양으로 막혀 있는 담도를 직접 뚫어서 담즙이 흘러내려 올 수 있는 통로를 만들어 주는 시술임

다.⁷⁵⁾ 이에 따라, 암의 확정 진단이 없는 상태에서 정체불명의 질병으로 병원에 입원하여 일반적인 방법으로 치료를 받아오던 중 그 질병의 원인이 결장 종양에 기인한 것으로 판명되어 그 종양의 제거 수술을 받고 제거된 종양에 대해 조직검사를 시행한 후 그것이 악성종양(암)이었다는 확정 진단이 사후에 내려졌고 위 입원 및 수술을 전후하여 피보험자에게서 위와 같이 확정 진단된 암 외에는 입원이나 수술을 필요로 하는 다른 질병이 발견되지 않은 경우라면, 위 확정 진단이 있기 전의 입원이나 수술도 객관적으로 보아 사후에 확정 진단된 암의 치료를 직접 목적으로 한 것이었다고 볼 수밖에 없다고 판단하였다(제주지방법원 1995. 11. 22. 선고 95가단7016 판결).

나) 암의 직접적인 치료 목적에 해당하지 않는다고 판단한 사례

앞서 살핀 바와 같이 암이나 암치료 후 그로 인하여 발생한 후유증을 완화하거나 합병증을 치료하기 위한 경우까지 암의 직접적인 치료 목적에 포함된다고 보기는 어렵다는 것이 법원의 입장이다. 이에 다음의 사례들에서는 이는 단순히 후유증 또는 합병증의 치료 목적으로서, 암의 직접적인 치료 목적에는 해당하지 않는다고 보았다.

〈표 III-3〉 암이 아닌 후유증 또는 합병증 등의 치료 목적으로 본 사례

사건번호	사실관계 및 법원의 판단
대법원 2010. 9. 30. 선고 2010다 40543 판결	- 피보험자가 말기 간부전 및 간세포암으로 진단 받고 그 치료를 위해 간이식 수술을 받았으며, 간이식 수술 후 암은 존재하지 않게 되었지만 간이식 수술로 인한 합병증으로 담도문합부에 협착이 발생하여 담도문합부 확장술을 받은 사안 - 위 담도문합부 확장술은 간이식 수술로 더는 암이 존재하지 아니한 상태에서 간이식 수술로 인해 발생한 합병증을 치료하기 위한 것으로서, '암의 치료를 직접 목적으로 하는 수술'에 해당하지 않음

75) 이와 관련하여, 암의 진단 확정이 있기 전에 시행된 수술이나 입원이 사후에 진단 확정된 암의 치료를 직접 목적으로 하는 것이었는지의 여부는, 수술 또는 입원 당시 수술 시행자나 입원자의 주관적인 의사를 기준으로 할 것은 아니며, 수술 또는 입원의 원인이 된 당해 질병이 암이었다는 확정 진단이 이루어진 시점에서 수술 또는 입원 당시로 돌아가 당초부터 암의 치료를 직접 목적으로 하는 수술이나 입원이 필요했었는지 여부에 따라 의학적 견지에서 객관적으로 결정되어야 할 것이라고 보았음

〈표 III-3〉 계속

사건번호	사실관계 및 법원의 판단
대법원 2013. 5. 24. 선고 2013 다9444 판결	- 피보험자가 유방암 진단을 받고 절제술을 받은 후에 요양병원으로 전원하여 입원 치료를 받은 사안 - 유방암 절제술을 받은 후 피보험자의 상태는 전반적으로 회복되었으나 빈혈로 인한 어지럼증, 구토, 전신약화 등의 수술후유증이 남아 있었던 것으로 보이는 점, 요양병원에서 어깨통증에 대한 물리치료를 받은 것은 유방암 수술이나 항암치료와는 직접 관련이 없어 보이는 점, 요양병원에서의 주요 치료 내용은 침상 안정과 피보험자의 상태에 대한 추적관찰이 대부분이었던 점에 비추어보면, 위 요양병원에서의 입원은 암치료 후 후유증 완화를 위한 치료 또는 요양을 위한 것으로서 암의 치료를 직접 목적으로 한 것으로 보기 어려움 - 요양병원에 입원하는 기간 동안 다른 병원에 통원하여 항암치료를 받았다는 사실만으로는 위 요양병원에서의 입원이 암의 치료를 직접 목적으로 하는 것이라고 보기에 부족함
대법원 2008. 4. 24. 선고 2008 다13777 판결	- 피보험자가 유방암 진단을 받고 절제술을 받은 후에 요양병원으로 전원하여 입원 치료(압노바 주사치료, 헬릭소 주사치료, 침·뜸 등 한의학적 치료, 식이치료)를 받은 사안 - 유방암 수술 전후로 입원 치료 및 외래 진료를 받았는데 암이 재발되거나 전이되는 등 어떠한 징후도 나타나지 않았으며, 압노바나 헬릭소는 주로 환자의 면역력 강화를 통한 대체 항암요법으로 임상시험을 통해 그 항암 효능이 입증된 바 없어 그 투여만을 가지고 암치료를 직접 목적으로 하였다고 보기 어려우며 그 투여를 위해 반드시 입원이 필요한 것도 아닌 사실 등을 고려하면, 위 요양병원에서의 입원은 암의 치료를 직접 목적으로 한 것으로 보기 어려움
대구지방법원 2013. 8. 14. 선고 2012가단12075 판결	- 피보험자가 유방암 진단을 받고 절제술을 받은 후에 요양병원으로 전원하여 입원 치료(셀레나제 투약, 온열치료, 물리치료, 수액요법, 헬릭소 투약, 통증완화 치료 등)를 받은 사안 - 이 사건 치료행위에 투여된 셀레나제, 헬릭소 등은 직접적인 항암치료보다는 항암치료에 따른 부작용 감소와 신체 기능 회복, 면역력 강화 등의 목적으로 투여하는 약물이며, 요양병원에서는 면역력을 증가시키는 암에 대한 보존적인 치료를 시행하였을 뿐이므로, 위 요양병원에서의 입원은 암의 치료를 직접 목적으로 한 것으로 보기 어려움
서울고등법원 2006. 12. 29. 선고 005나36023 판결	- 피보험자가 직장암 진단을 받고 절제술을 받은 후에 요양병원으로 전원하여 입원 치료(헬릭소와 압노바 주사 치료, 면역요법, 식이요법, 운동요법, 행동요법 등)를 받은 사안 - 헬릭소와 압노바는 암세포를 괴사, 소멸시키거나 증식을 억제하는 기능을 한다는 점에 관하여 의학적으로 입증되어 있지 못하여, 피보험자가 이를 투여 받고 그 외에 식이요법, 면역요법 등에 따른 치료를 받은 것만으로는 암의 치료를 직접 목적으로 한 것으로 보기 어려움

〈표 III-3〉 계속

사건번호	사실관계 및 법원의 판단
서울중앙지방법원 2004. 10. 7. 선고 2004가합48985 판결	- 피보험자가 소아암의 일종인 횡문근육종 진단을 받고 절제술 및 항암치료를 받은 후에 요양병원에 입원하여 식이요법, 심리치료 및 물리치료를 받은 사안 - 해당 횡문근육종에 관해 종양절제술 및 항암치료를 마치고 잔존 종양이 없는 때에도 재발 여부에 대해 지속적인 추적관찰이 필요하기는 하지만, 암의 치료에는 종양이 남아 있지 않은 상태에서 재발을 방지하기 위한 의료행위 및 항암치료의 후유증을 완화시키기 위한 의료행위까지도 포함한다고 볼 수는 없으며, 설사 재발 방지를 위한 의료행위를 포함한다고 보더라도 위 식이요법, 심리치료, 물리치료가 횡문근육종의 재발을 방지하는데 효과적이고 필요한 치료라고 인정하기 어려움
서울중앙지방법원 2012. 12. 21. 선고 2012나33968 판결	- 피보험자가 직장암 진단을 받고 저위전방 절제술 및 임시 회장루 조성술⁷⁶⁾을 받은 후에, 몇 개월 후 장루 복원술⁷⁷⁾을 받은 사안(장루 복원술의 암 직접 치료 목적 수술 여부가 문제됨) - 장루 복원술 자체는 암으로 발현되는 병증을 호전시키기 위한 수술이 아니라 자연 항문을 살리기 위한 수술인 점, 직장암으로 절제술을 받는 모든 환자가 장루 복원술을 받을 수 있는 것은 아닌 점, 회장루 조성술과 장루 복원술은 대장암 외에도 중증 궤양성 대장염과 같이 대장의 일부를 절제할 필요가 있는 질환의 경우에도 시술되는 점을 감안하면, 위 장루복원술은 암의 치료와 직접 관련될 뿐이지 암의 치료를 직접 목적으로 한다고 보기는 어려움
대전지방법원 2006. 4. 13. 선고 2004가합3820, 4489 판결	- 피보험자가 척수종양 진단을 받고 종양절제술을 받은 후, 척수종양 및 그 수술로 인하여 발생한 하지마비의 증상을 개선하기 위한 물리치료, 약물치료 등 재활치료를 받기 위한 입원한 사안 - 재활치료를 위한 입원은 암의 치료를 직접 목적으로 하는 입원에 해당한다고 보기 어려움

중심정맥관 삽입술의 경우 앞서 살펴본 대로 암보험 약관상 수술에 해당하는지 여부가 쟁점이 될 뿐 아니라 암의 직접 치료 목적의 수술에 해당하는지 여부도 쟁점이 되었는데, 이에 대해 대법원은 백혈병의 치료를 직접 목적으로 하기 보다는 치료에 필요

76) 암 조직이 자리를 잡은 직장의 일부를 절제함과 아울러 일시적으로 해당 부위의 상처가 아물 때까지 대장으로의 변 통과를 막기 위하여 소장의 말단 부분인 회장과 대장을 절단한 후 회장을 복벽에 돌출시켜 배변을 유도하는 인공항문을 설치하는 수술임

77) 절제부위의 전후 대장 부분이 안정된 후 복강 안으로 끌어들이는 회장과 대장 절단부 및 절제부위의 전후 대장 부분을 각 연결함으로써 다시 항문을 통해 배변을 볼 수 있도록 하는 수술임

한 항암제를 투여하는 데 그 목적이 있는 것으로서 암치료를 직접 목적으로 하는 수술로 볼 수 없다고 판단하였다. 암수술비 급부는 암치료와 발생하는 수술비용 전부를 보장하기 위한 것이라기보다는 암치료를 직접적인 목적으로 하는 수술로 인하여 환자가 부담하게 될 비용 중 일부만을 보장할 것으로 예상하고 책정된 것인 점, 중심정맥관 삽입술의 건강보험 요양급여비용은 최고 109,640원으로 정해져 있어 암수술비 급부금인 300만 원에 훨씬 미치지 못하고 있는 점 등을 함께 고려하였다(대법원 2003. 10. 10 선고 2003다38467 판결).

피보험자가 비인두암으로 진단 받고 구강 섭취를 할 수 없어 경정맥 영양 공급 및 지속적인 방사선 치료를 위하여 위루술⁷⁸⁾을 받은 사안에서, 이러한 위루술은 주된 목적이 영양 공급을 위한 것이므로 암의 치료를 직접 목적으로 하는 수술이라고 인정하지 않았다(수원지방법원 2011. 5. 27. 선고 2010가소101950 판결).

다. 검토

“암의 직접적인 치료 목적”의 범위와 관련된 분쟁이 증가하자 금융감독원에서는 「암보험 약관 개선 T/F」를 구성·운영하고 의료계와 소비자단체 등의 의견 수렴을 거쳐 암보험 약관 개선 방안을 마련하였으며,⁷⁹⁾ 이에 따라 암보험 상품을 판매하는 보험회사에서는 2019년 1월부터 위 개선 방안을 반영한 암보험 상품을 판매하고 있다.

우선, 분쟁조정 사례 및 법원 판례에 의한 기준을 고려하여 암보험 약관상 “암의 직접적인 치료”의 의미를 구체화하여 정의하도록 하였고, 이에 따라 현재 판매되는 암보험 상품의 약관에서는 “암의 직접적인 치료”에 대해 다음과 같이 정하고 있다.

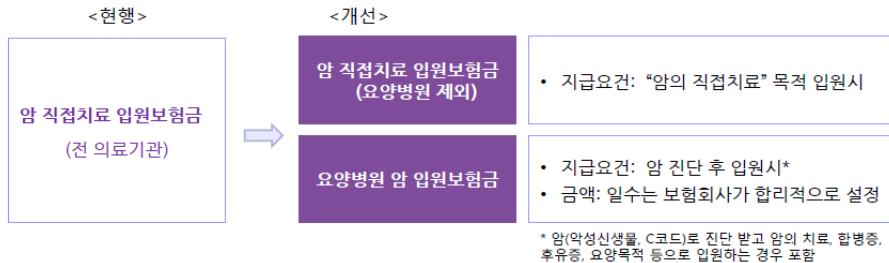
78) 위에 구멍을 만들어서 관을 삽입하여 음식이나 영양제를 투입하기 위한 것임

79) 금융감독원 보도자료(2018. 9. 28), “암 입원보험금 분쟁 예방을 위한 암보험 약관 개선 추진”

〈그림 III-4〉 “암의 직접적인 치료”의 범위

정 의	포함되는 사항	제외되는 사항
암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료 (“암의 제거 및 증식 억제 치료”) * 보건복지부 산하 신의료기술 평가위원회(항후 제도 변경시 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함	〈원칙적 포함〉 - 항암방사선치료 - 항암화학치료 - 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 - 이들을 병합한 복합치료 〈예외적 포함〉 - 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료 “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료 “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료 - 연명의료결정법에 의한 말기암환자에 대한 치료	- 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료 - 면역력 강화 치료 - 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

〈그림 III-5〉 요양병원 암 입원보험금 분리



자료: 금융감독원 보도자료(2018. 9. 28), “암 입원보험금 분쟁 예방을 위한 암보험 약관 개선 추진”

또한 금융감독원의 개선 방안에서는 위와 같이 요양병원 암입원비를 별도로 분리하여 상품을 설계하도록 하였다. 요양병원에서의 암치료 행위는 암의 직접 치료에 해당하지 않는 경우가 많은 반면 소비자는 요양병원에서의 입원 치료에 대해서도 암입원비를 받을 수 있을 것이라 기대하여 분쟁이 다수 발생함에 따라,⁸⁰⁾ 암입원비 급부에서 요양병원 암입원비 급부를 별도로 분리하고 요양병원 암입원비의 경우에는 암의 직접 치료 여부와 상관없이 보험금이 지급되도록 한 것이다.

80) 금융감독원에 따르면 2018년 1/4분기 금융감독원에 접수된 “암의 직접 치료” 해석 관련 민원(274건) 중 요양병원 민원이 92.3%(253건)을 차지한다는 것임

이와 같은 약관 개선에 따라 2019년 1월부터 판매되는 새로운 암보험 상품에서는 암의 직접 치료에 대하여 어느 정도 구체적인 기준을 제공하고자 하고 있는데, 다만 어떤 경우에 암의 제거 및 증식 억제 치료를 받기 위해 “필수불가결한” 치료에 해당하는지 등과 관련해서는 여전히 해석상 다툼이 생길 수 있을 것으로 보인다. 한편 분쟁이 많이 발생하고 있는 요양병원 입원비와 관련해서는, 암의 직접 치료 여부와 상관없이 급부를 제공하도록 하고 있기 때문에, 앞으로 요양병원에서의 암치료에 관련된 입원비 보험금 분쟁은 줄어들 수 있을 것으로 기대한다.

과거에 판매된 암보험 상품의 경우에는, 결국 판례에서 제시하고 있는 기준들을 토대로 구체적 사안에서 암의 직접 치료 목적에 해당하는지 여부가 판단될 것이다. 앞서 살펴본 대로 판례에 의하면 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하기 위한 경우, 암 자체 또는 암의 성장으로 인하여 직접 발현되는 중대한 병적 증상을 호전시키거나 암 환자의 생명 연장을 위해 필요한 경우, 종전의 항암치료로 인한 후유증 치료 및 면역력 등 신체 기능 강화 치료가 향후 예정되어 있는 항암치료에 필수불가결한 경우에는 암의 직접 치료 목적을 인정하고 있다.

암보험 약관에서 암입원비나 암수술비의 지급 사유를 “암의 직접적인 치료 목적”의 입원이나 수술로 제한한 것은, 암의 치료와 관련이 되어 있는 모든 입원과 수술을 담보하려는 것이 아니라, 원칙적으로는 문언 그대로 암을 직접 치료하는 방법인 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하기 위한 입원이나 수술만을 담보하려는 의사였다고 생각된다. 그러나 판례는 여기에서 나아가 암으로 인한 증상을 호전시키거나 생명 연장을 위해 필요한 경우, 향후 항암치료에 필수불가결한 후유증 및 면역 강화 치료 등까지 암의 직접 치료 목적으로 인정하였으며, 이는, 암보험 상품에 대한 소비자의 기대 등을 고려하여 합목적적으로 담보 범위를 판단한 것으로 이해된다. 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하기 위한 경우에는 그 의미나 범위를 판단하는 것이 비교적 명확할 수 있을 것이나, 그 외에 암으로 인한 증상을 호전시키거나 생명 연장을 위해 필요한 경우, 향후 항암치료에 필수불가결한 후유증 및 면역 강화 치료에 해당하는지 여부 등에 대해서는 결국 개별 사안에서 환자의 상태, 치료의 내용 및 방법 등 구체적 사실관계에 따라 의학적·객관적으로 판단해야 할 문제일 것이다.

5. 암이 전이되거나 재발한 경우 관련

가. 쟁점

암에는 주위 조직 및 장기에 침입하고 이들을 파괴할 뿐 아니라 다른 장기로 퍼져갈 수 있는 특징이 있어서, 다른 장기로의 전이가 일어나기도 한다.⁸¹⁾ 앞서 살펴본 대로 암보험 상품에서는 진단 확정된 암의 종류에 따라 보험금을 달리 책정하는 것이 일반적인데(일반암과 소액암의 구분 등), 이에 원발 부위의 암에 적용되는 보험금과 전이된 부위의 암에 적용되는 보험금의 액수가 달라지는 경우가 발생할 수 있으며, 이 경우 원발암 기준으로 보험금을 지급해야 하는지 전이암 기준으로 보험금을 지급해야 하는지가 문제될 수 있다.

특히 갑상선암이 인접 부위 림프절에 전이된 경우에 대한 분쟁이 다수 발생하였다. 갑상선암의 경우 다른 암에 비해 치료 비용이 저렴하고 예후도 좋은데 발병률은 높아서 암보험 약관에서는 이를 소액암으로 분류하여 일반암보험금의 10~30%를 지급하는 것이 일반적이다. 그런데 갑상선암이 인접 부위의 림프절에 전이된 경우에, 한국표준질병·사인분류상 갑상선암에 대해 부여되는 C73(갑상선의 악성 신생물) 코드 외에 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물) 코드⁸²⁾가 병기되는 경우가 있으며, 이 때에 원발암인 C73 코드를 기준으로 소액암보험금을 지급해야 하는지 아니면 C77 코드에 따라 일반암보험금을 지급해야 하는지가 문제된 것이다.

이에 대해서는 원발성 갑상선암이 주변 림프절에 전이된 경우에 이는 별개의 질환이 아니라 한 개의 질환(즉, 갑상선암의 진행 단계에 불과한 것)으로서 원발암인 갑상선암에 대한 보험금만 지급하면 된다고 보는 입장이 있다. 이와 반대로, 피보험자가 C73 코드와 함께 C77 코드도 진단 받은 이상, 암보험 약관상 C77 코드로 진단 확정된 경우에는 일반암보험금 지급 대상에 해당하므로 일반암보험금을 지급해야 한다고 보

81) 전이란 암세포가 원발 장기를 떠나 다른 장기로 가는 것을 말하며, 원발암에서 암 조직이 성장하여 직접적으로 주위 장기를 침윤하는 것과, 멀리 있는 다른 장기로 혈관 또는 림프관을 따라 원격 전이를 하는 것이 있음

82) 암보험 약관상 C77 코드는 소액암이 아닌 일반암에 해당함

는 입장도 있을 수 있다.

그 밖에도, 암보험의 경우 최초 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날(암보장개시일)부터 보장이 개시되는 것이 일반적이고, 만약 피보험자가 계약 일 이후 암보장개시일 전에 암으로 진단 확정된 경우에는 해당 보험계약을 무효로 하고 기납입보험료를 반환하도록 정하고 있다. 그런데 만약 암보장개시일 전에 발병된 암에 의해 전이된 암이 암보장개시일 이후에 진단 확정된 경우에는, 원발암 기준으로 암보장개시일 “전”에 암으로 진단 확정된 것으로 보아야 하는지 아니면 전이암 기준으로 암보장개시일 “후”에 암으로 진단 확정된 것으로 보아야 하는지가 문제될 수 있다. 또한 전이가 된 것이 아니라 암이 치료되었다가 재발된 경우라면 위와 같은 경우에 어떻게 취급해야 하는지도 문제될 수 있을 것이다. 이하에서는 갑상선암의 주변 림프절 전이 사례를 포함하여, 암의 전이 또는 재발과 관련된 기존의 주요 분쟁 사례들을 살펴 보도록 한다.

나. 주요 분쟁 사례

1) 금감원 분쟁조정 사례

가) 갑상선암의 주변 림프절 전이 사례

피보험자가 갑상선 좌엽절제술 및 중심부 림프절 청소술을 받고 조직검사 결과 ‘갑상샘⁸³⁾의 악성 신생물(C73)’ 및 ‘머리, 얼굴 및 목의 림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(C77)’로 진단 받았으며, 이에 대해 갑상선암 진단비 보험금(3백만 원)이 지급되어야 하는지 일반암 진단비 보험금(3천만 원)이 지급되어야 하는지가 문제되었다. 이 사안에서 분쟁조정위원회는, 분쟁조정위원회 전문위원 및 관련 학회(대한갑상선학회, 대한병리학회) 등에 의뢰한 자문 결과를 토대로, 일반암이 아닌 갑상선암에 대한 보험금을 지급하는 것이 타당하다고 판단하였다.

83) 제5차 한국표준질병사인분류(2008. 1. 1. 시행)까지는 “갑상샘”으로 기재, 제6차 한국표준질병사인분류(2011. 1. 1. 시행)부터는 “갑상선”으로 기재됨

원래 C77 코드는 속발성 및 상세불명의 악성 신생물에 부여하는 코드로서 원발암 수술 시에 동시에 발견된 주변 림프절 전이의 경우에 사용하는 코드가 아니며, 수술 당시에 원발 부위인 갑상선 주변 림프절에 전이가 존재하더라도 원발암과 전이된 부위의 암이 같은 것이라면 이를 두 가지 질환이 아닌 한 가지 질환으로 판정하는 것이 보편적이므로 C73 단일 코드로 진단하는 것이 표준이라는 것이다. 원발 부위와 전이된 부위를 알 수 있게 C73과 C77를 모두 코딩하는 것은 갑상선암의 '진행 상태'를 적절히 보여주기 위한 것으로서, 이 경우 두 가지 암이 존재한다는 뜻이 아니라 갑상선암이 진행하여 림프절로 전이가 되었음을 나타내는 것이며, 림프절에서 발견된 암에 대해 림프절 전이라는 표현을 사용하기는 하지만 수술과 동시에 절제된 원발 장기 주변의 림프절 전이는 암의 성장 양식에 따른 침윤 또는 확산의 개념으로 보는 것이 타당하다고 보았다. 또한 중앙암등록본부 등에서 실시하는 암발생 등록 시에도 C73과 C77이 각각 다른 두 개의 암으로 등록되는 것이 아니라 갑상선암(C73) 하나로 분류된다는 점, 갑상선암은 림프절 전이 유무와 상관없이 일반암에 비해 예후가 훨씬 좋기 때문에 갑상선암을 다른 일반암과 구분하여 암보험금을 지급하는 것인데 C73 코드만 부여받은 환자와 C73 코드에 C77 코드를 추가 부여받은 환자를 구분하여 암보험금을 차등 지급하는 것은 문제가 있다는 점 등도 함께 고려하였다(제2014-12호).

나) 기타 전이 및 재발 관련 사례

피보험자가 난소암으로 진단된 후 그 암이 위암에서 전이된 암이라고 밝혀진 경우에 최초로 진단 확정된 암을 위암으로 보아야 하는지 난소암으로 보아야 하는지가 문제된 사안이 있다. 피보험자가 가입한 암보험은 최초로 암으로 진단 확정된 경우 암보험금을 지급하며(3천만 원) 그 암이 다발성암(여성의 경우 위암, 유방암, 자궁암)일 때에는 다발성암보험금(7천만 원)을 지급하는 상품이었는데, 피보험자가 자궁근종으로 수술을 받고 수술 부위에 대한 조직검사 결과 원인미상의 난소암(크루켄버그 종양)으로 진단을 받았다가 얼마 후 종합검사 결과 위암으로 진단을 받았으며 그 위암이 난소로 전이되어 난소암이 발생했던 것으로 밝혀졌다. 이 경우, 비록 난소암으로 진단을 받

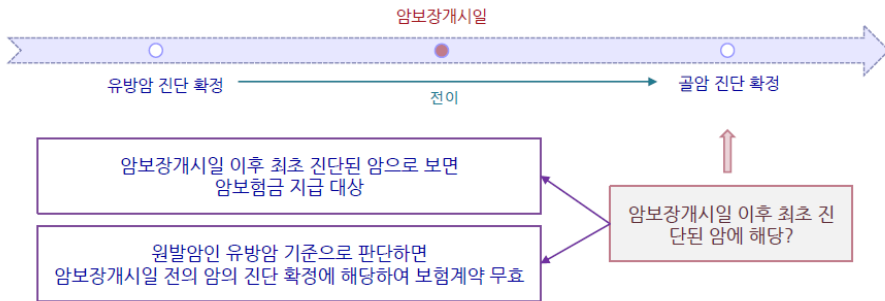
은 이후에 원발성 위암으로 진단 받았다고 하더라도 최초로 진단된 병명은 난소암이므로 난소암에 대한 보험금(3천만 원)만 지급하면 되는 것인지, 아니면 원발암인 위암을 기준으로 다발성암보험금(7천만 원)을 지급해야 하는지가 문제된 것이다. 이에 대해 분쟁조정위원회는, 최초로 진단 확정된 암의 의미는 원발성 암을 의미하는 것으로 해석하는 것이 타당하다고 보았다. 의료경험칙상 암은 전이되는 특성을 가졌음에도 불구하고 먼저 발견된 부위에 따라 암의 종류가 확정되는 것은 불합리하며, 최초로 암이 발생한 시기 및 원인보다 병원에서의 암 진단 시점에 따라 암이 확정된다면 암보험금 지급과 관련하여 보험수익자에게 불리하게 적용될 소지가 있다고 본 것이다(제2000-54호).

암의 전이는 부담보 특약의 적용 범위와 관련해서도 문제될 수 있다. 피보험자가 갑상선 치료(상당)한 사실을 고지하고 갑상선 부위에 생긴 질병은 보험기간 동안 담보하지 않는 특별조건부인수특약(특정부위 부담보 특약)을 부가하여 암보험에 가입하였고, 이후 갑상선암(C73) 진단을 받고 갑상선 전적출술을 시행하고 외래 추적관찰 도중 경부림프절로 전이가 되어 머리, 얼굴 및 목의 림프절 악성 신생물(C77) 진단을 받고 좌측경부림프절 광적술을 시행한 사안이었다. 여기에서 림프절암에 따른 보험금 지급 대상에 해당하는지가 문제된 것인데, 분쟁조정위원회는 부담보 특약에 따라 림프절암의 진단에 따른 보험금 지급 책임이 없다고 판단하였다. 부담보 특약에서는 “특정부위로 지정된 부위(해당 건에서는 갑상선)에 발생한 질병을 직접적인 원인으로 보험금의 지급 사유가 발생한 경우”에는 보험금을 지급하지 않고, 다만 특정부위에 발생한 질병의 합병증으로 인하여 특정부위 이외의 부위에 발생한 질병으로 보험금의 지급 사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급한다고 규정하고 있는데, 위 건에서 피보험자의 림프절암은 갑상선암에서 전이된 것이므로 갑상선암을 직접적인 원인으로 한 것이고 또한 림프절암은 갑상선암이 다른 부위에 옮겨 발생한 것이지 갑상선암의 합병증으로 인하여 발생한 것이 아니므로,⁸⁴⁾ 부담보 특약에 따라 보험금 지급 책임이 없다고 본 것이다(제2006-71호).⁸⁵⁾

84) 합병증이란 기본적으로 원래의 병과 다른 질병인데, 전이란 종양이 한 장기나 부위에서 다른 부위로 옮겨 발생한 것으로서 합병증과는 다르다는 것임

암보장개시일 전에 발병된 암에 의해 전이된 암이 암보장개시일 이후에 진단 확정된 경우에 대한 분쟁조정 사례도 있다. 피보험자가 암보험에 가입하고 암보장개시일 전에 유방암으로 진단 확정 받고 유방절제술 및 항암치료를 받은 후 추적관찰을 하던 중 약 2년 경과 후 골암(유방암에 의한 전이성 골암 소견)으로 진단 받은 사안이었는데, 분쟁조정위원회에서는 위 골암은 암보장개시일 이후에 최초로 진단 받은 암으로 볼 수 없으므로 보험금 지급 대상이 아니라고 판단하였다. 암보험 약관에서는 암보장개시일 이후에 최초로 암으로 진단 확정된 경우 암보험금을 지급하는 것인데, 암보장개시일 전에 발병된 암에 의해 전이되어 발병된 암의 경우에는 암보장개시일 이후에 최초로 진단 확정된 암이라고 볼 수 없고 따라서 암보험금 지급 책임이 없다고 본 것이다(제2003-64호).

〈그림 III-6〉 분쟁조정 사례 제2003-64호의 쟁점



보험 가입 전에 진단 받은 암이 암보장개시일 이후에 재발한 경우에 대한 사례도 있다. 피보험자가 2001년 선양낭성암종(입천장의 악성 신생물, C05) 진단으로 절제술 시행 및 방사선 치료를 하고 이후 2003년까지 추적관찰을 하였으며, 2006년에 암보험에 가입하고, 2008년에 뇌 및 뇌막의 속발성 악성 신생물(C79.3), 입천장의 악성 신생물(C05) 진단을 받았고 이는 과거 입천장의 악성 신생물이 재발하고 두경부까지 침범한

85) 한편 위 사안에서 갑상선암이 암보장개시일 전에 진단 확정되었음을 이유로 암보험계약이 무효에 해당한다는 주장도 제기되었지만 해당 주장은 받아들여지지 않았음. 이에 대해서는 10항에서 후술함

것이라는 담당의사 소견이 있는 사안이었다.⁸⁶⁾ 이 사안에서 분쟁조정위원회는, 마지막 추적관찰 이후 약 5년 6개월간 치료 사실이 없다가 암이 재발한 것이므로 이번에 재발한 암이 보험 가입 전에 이미 발생하였다고 평가할 수 있을 정도로 확실히 예견되었다고 보기 어렵고 통상 의학적으로 완치란 5년 이내에 재발이 없는 경우를 의미하므로, 위 사안에서 피보험자의 경우 보험 가입 이후 새로운 암으로 진단을 받은 것으로 보아 암보험금 지급 대상에 해당한다고 판단하였다(제2009-32호).

위와 같은 분쟁조정 사례들을 보면, 분쟁조정위원회는 일반적으로 암이 전이된 경우에는 원발암이 진행된 것으로 보아 원발암 기준으로 판단을 하고, 암이 치료되었다가 재발한 경우에는 새로운 암으로 보는 입장인 것으로 이해된다.

2) 판례

암의 전이 또는 재발과 관련한 판례들은 갑상선암이 주변 림프절로 전이된 사례에 대한 것들인데, 이에 대해 원발암을 기준으로 갑상선암보험금을 지급하면 된다고 본 하급심 판례와 일반암보험금을 지급해야 한다고 본 하급심 판례가 혼재하고 있으며 아직 이에 대한 대법원 판례는 없다.

가) 갑상선암의 주변 림프절 전이 시 갑상선암보험금 지급 대상으로 판단한 사례

피보험자가 갑상선암으로 진단 받고 진단서상 “(주) 갑상선암(C73), 목림프절 전이 C77)”이라고 기재되어 있는 사안에서, 법원은 전이암은 ‘별도의 질환’이 아니라 암의 ‘진행 정도’를 나타내는 것에 불과하다고 보아, 갑상선암보험금만 지급하면 된다고 판단하였다. 해당 건에서 C73과 C77을 별도로 표기한 것은 암의 종류가 두 가지라는 것을 뜻하는 것이 아니라 갑상선암이 목림프절까지 전이되었다는 사실을 명시하기 위한 것으로서, 즉 목림프절 전이를 별도의 암으로 진단한 것이 아니라 주된 질병인 갑상선

86) 상법 제644조에 의하면, 보험계약 당시에 보험사고가 이미 발생한 계약은 무효로 하며, 그러나 당사자 쌍방과 피보험자가 이를 알지 못한 때에는 그러하지 아니함

암의 진행 정도를 명확히 나타내기 위해 C77을 부여한 것에 불과하다고 본 것이다(대구지방법원 2013. 8. 29 선고 2013가합201756 판결).

피보험자가 갑상선암으로 진단 받고 “갑상선암(C73), 쇄골상부 림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(C77)”을 병명으로 하는 진단서를 발급 받은 사안에서도, 법원은 피보험자가 갑상선암과 별도의 암을 진단 받은 것이라고 볼 수 없으므로 갑상선암 보험금만 지급하면 된다고 보았다. 피보험자는 갑상선암과 갑상선암이 림프절에 전이되었다는 진단을 받은 것이지, 갑상선암과 별도의 암이 림프절 등에 발생하였다는 진단을 받은 것이 아니라는 것이다. 또한 암보험 약관에서 일반암과 갑상선암을 구분하여 보험금에 차등을 두고 있는 것은 갑상선암의 발병 빈도·치료 난이도·비용·완치를 등을 고려한 것이라는 점, 임상학적으로도 ‘림프절에 전이된 암’과 ‘림프절에서 비롯된 암’이 유사한 암이라고 볼 수 없다는 점도 함께 고려하였다. 보험회사가 이후 암보험 약관을 개정하여 C77 코드가 부여되는 경우 원발부위가 확인되면 원발부위를 기준으로 암보험금을 지급하는 내용을 명시한 것에 대해서도, 이는 당초의 보험 보장 범위를 더 명확히 한 것에 불과하지 그 이전에는 담보하던 것을 보장 범위에서 제외한 것이라고 볼 수는 없다고 판시하였다(서울중앙지방법원 2014. 8. 20. 선고 2013가단165064 판결).

나) 갑상선암의 주변 림프절 전이 시 일반암보험금 지급 대상으로 판단한 사례

피보험자가 갑상선 전절제술을 받고 조직검사 결과 갑상선 유두암과 갑상선 주위 연부조직의 침범이 관찰되었으며 갑상선 주위의 국소 림프절 9개 중 4개에서 전이가 발견된 사안이었고, 해당 피보험자의 입·퇴원 기록에는 병명이 C77 코드로 기재되었으나 진단서에는 C73 코드로 기재된 사안이었다. 해당 사안에 대하여 법원은 다음의 사항들을 고려할 때, 갑상선암이 인근 국소 림프절로 전이된 경우에 C73 코드 이외에 C77 코드도 부여할 수 있는지 여부 자체가 불명확한 경우라고 보고, 따라서 작성자 불이익 원칙을 적용하여 보험금액이 높은 일반암보험금이 지급되어야 한다고 판단하였다(서울남부지방법원 2015. 7. 24 선고 2014나50673 판결).⁸⁷⁾

〈표 III-4〉 서울남부지방법원 2014나50673 판결의 고려 사항

-
- 갑상선암이 인근 국소 림프절로 전이된 경우 C73 코드 이외에 C77 코드도 부여할 수 있는지 여부에 대해 ‘한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서’에서 명확한 기준을 제시하지 않고 있음
 - 이 경우 C73 코드 외에 C77 코드도 부여할 수 있는지에 대해 해당 분야 전문의들 사이에서도 여러 견해가 존재함
 - ① 피보험자의 주치의인 외과 전문의는 갑상선암 수술 후에 재발성으로 생긴 경우라면 C77 코드를 부여할 수 있으나, 본건과 같이 갑상선암 수술과 동시에 발견된 경우에는 C73 코드를 부여해야 한다는 취지로 회신함
 - ② 내분비과 전문의 2인에 대한 진료기록 감정축탁 결과, 1인은 C73 코드가 적절하다고 회신, 1인은 C77 코드 부여도 가능하다고 회신
 - 대한의사협회에서도 법원의 사실 조회에 대해 담당 의사에 따라 서로 상반되는 내용으로 회신함
 - ① 본건에서는 갑상선의 속발성 암이란 갑상선암에 기인하여 전이된 암종으로서 일차 림프절을 비롯한 갑상선 이외의 조직에 암이 침범한 경우를 말하고 본건 피보험자의 질병에 대한 분류 코드는 C73과 C77이라는 내용으로 회신
 - ② 다른 건에서는 C77 코드는 원발성 암을 발견하지 못한 상태에서 림프절로 전이를 일으킨 선암종이 발견된 경우나 원발성 암을 모두 치료한 후에 추적 관찰 중에 림프절에 단독으로 암이 재발되었을 경우에 부여할 수 있는 것이며, 원발암인 갑상선암이 명확히 확인되고 원발암 장기 주변의 림프절 전이에 불과한 경우에는 C73 코드를 적용하는 것이 타당하다고 회신
 - 이 사건 약관은 C77 코드 적용 여부에 따라 보험금 지급액을 달리 정하면서도 C77 코드를 적용할 수 있는지 여부 자체가 불명확한 경우에 관하여 아무 기준을 제시하고 있지 않으므로 약관 조항의 뜻이 명백하지 않은 경우에 해당하여 약관 작성자 불이익 원칙이 적용되어야 함
-

피보험자가 C73 및 C77 코드로 진단 받은 사안에서, 원발성 갑상선암이 주변 림프절을 침범하고 다른 원격전이가 없는 경우에도 C77 코드를 적용할 수 있으며 여기에 약관 내용이 명백하지 못하거나 의심스러운 때에는 고객에게 유리하게 해석하여야 한다는 작성자 불이익 원칙을 고려하면 이 경우 일반암보험금 지급 대상에 해당한다고 본 판례도 있다(부산지방법원 2015. 5. 14 선고 2013나44321, 2014나7992 판결).

87) 1심 판결에서는 해당 건의 경우 갑상선암이 수술 도중 인근의 경부 림프절에서 발견된 국소전이 불과하여 C73에 해당하며, 갑상선암에 의해 림프절암이 속발성(Secondary)으로 생긴 것이 아니고 특정 암이 림프절로 원격전이된 경우도 아니며 원발 부위를 모르는(Unspecified) 악성 신생물이 림프절에서 전이성 암으로 발견된 것도 아니어서 C77에는 해당하지 않는 것으로 일의적으로 해석되는 경우라고 보아, 갑상선암보험금 지급 대상에 해당한다고 판단하였는데(서울남부지방법원 2014. 1. 17 선고 2012가단215406 판결), 항소심에서 결론이 바뀐 것임

다. 검토

전이암, 특히 갑상선암이 주변 림프절에 전이된 경우와 관련한 분쟁이 자주 발생하자 금융감독원에서는 ‘이차성 암에 대한 보험금 지급기준 합리화’ 방안을 마련하고 보험회사들로 하여금 2011년 4월 1일부터 해당 보험약관에 반영하도록 하였다.⁸⁸⁾ 진단 받은 암이 이차성(Secondary) 암으로 판정되는 경우, 일차성(원발부위) 암 발생 부위를 알 수 없거나 상세불명인 경우에는 진단 받은 표준질병·사인분류대로 보험금을 지급하고, 일차성 암 발생 부위를 알 수 있는 경우에는 일차성 암에 따라 보험금을 결정하고 해당 위험률에 반영⁸⁹⁾하라는 것이다.

이에 따라 2011년 4월 1일 이후 판매되는 암보험 약관에서는 악성 신생물 분류표 하단에 “한국표준질병·사인분류 지침서의 ‘사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침’에 따라 C77-C80(불명확한, 속발성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)의 경우 일차성 악성 신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다”라는 문구가 명시되어 있다. 이에 따르면 향후에는 갑상선암이 주변 림프절로 전이된 경우에는, 설사 C73 코드와 C77 코드를 모두 부여받는 경우라고 하더라도, 원발암인 갑상선암에 해당하는 보험금을 지급하면 될 것이다. 한편 이와 관련하여 보험회사로서는 암보험 상품을 판매함에 있어 위와 같이 원발부위가 확인되는 전이암의 경우 원발암 기준으로 보험금을 지급한다는 내용에 대한 설명의무를 이행하도록 유의하여야 할 것이다.⁹⁰⁾

88) 금융감독원 보도자료(2011. 3. 14), “소비자 권익 보호를 위한 보험약관 개선”

89) 예를 들어 갑상선의 악성 신생물(C73)과 림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(C77) 중 갑상선을 원발부위로 하는 경우를 갑상선암에 모두 포함한 위험률을 적용하라는 것임

90) 최근에는 2011년 4월 1일 이후에 판매된 암보험 상품과 관련하여 소비자가 위와 같이 원발부위가 확인되는 전이암의 경우 원발암 기준으로 보험금을 지급한다는 내용의 유의사항(이른바 ‘원발암 기준 분류특약’)에 대해 제대로 설명 듣지 못하였으며 따라서 보험회사가 이를 보험계약의 내용으로 주장할 수 없으므로 일반암보험금을 지급해야 한다고 소송을 제기하는 사례도 발생하고 있음. 이에 대해 다룬 1심 판결들에서는 위 원발암 기준 분류특약은 실질적으로 보험금 지급 여부를 결정하는 기준에 해당하여 보험계약의 중요한 내용에 해당하므로 보험회사의 설명의무 대상에 해당한다고 판단하고 있음(서울중앙지방법원 2018. 3. 15. 선고 2017가단5011615 판결, 서울중앙지방법원 2018. 10. 18. 선고 2018가단5038488 판결 등)

위와 같이 원발부위가 확인되는 전이암의 경우 원발암 기준으로 보험금을 지급한다는 내용이 명시되지 않은 2011년 4월 1일 이전에 판매된 암보험 약관의 경우에는 원발암 기준으로 보험금을 지급해야 하는지 전이암 기준으로 보험금을 지급해야 하는지가 계속 문제될 수 있는데, 전이암의 경우 별도의 암이라기보다는 원발암의 진행 단계라고 볼 수 있으므로, 전이된 경우에 원발암에 비해 치료 비용이나 예후 등에 있어 크게 차이가 나는 등의 사정이 없는 한, 원칙적으로는 원발암을 기준으로 판단하는 것이 합리적이라고 생각된다. 다만 약관상 이러한 내용이 명확하게 기재되어 있지 않다는 점에서 작성자 불이익 원칙을 적용해야 하는 것이 아닌지가 문제되고 갑상선암이 주변 림프절에 전이된 사례에 대한 항소심 판례들에서는 실제로 작성자 불이익 원칙을 적용하여 금액이 더 높은 보험금을 지급하도록 판단하고 있다.

6. 암의 분류 기준의 변경 관련

가. 쟁점

암보험 상품은 피보험자가 암보장개시일 이후에 암으로 진단이 확정되었을 경우 암 진단비를 지급한다. 그런데 의료 수준 등의 변화에 따라 특정 소비자가 보험계약을 체결한 시점과 보험사고가 발생한 시점(진단 시점) 사이에 암(악성 신생물)의 분류 기준에 변경이 생기는 경우가 발생할 수 있으며, 이 경우 어느 시점의 기준에 따라 판단해야 하는지가 쟁점이 될 수 있다.

우선, 어떠한 종양이 보험계약 체결 시점에서는 악성종양으로 분류되었으나 실제로 피보험자가 진단을 받은 시점에는 경계성종양으로 분류되는 경우가 있을 수 있다. 예를 들어, 경계형 악성의 장액성 낭선종(Serous Cystadenoma, Borderline Malignancy)의 경우 제4차 한국표준질병·사인분류(2003. 1. 1. 시행)에서는 “M8442/3 (C56)” 코드의 악성종양으로 분류되었으나, 제5차 한국표준질병·사인분류(2008. 1. 1. 시행)에서는 “M8442/1 (D39.1)” 코드의 경계성종양으로 분류가 변경되었다.⁹¹⁾ 앞서 살펴본 바

와 같이 일반적으로 암보험 상품에서는 경계성종양에 대해서 악성종양(암)보다 소액의 보험금을 지급하고 있는데, 만약 어떠한 피보험자가 2004년에 암보험에 가입하여 2009년에 경계형 악성의 장액성 낭선종으로 진단을 받았다고 한다면, 보험계약 체결 시의 기준에 따라 악성종양(암)에 해당하는 보험금을 지급해야 하는 것인지 아니면 진단 시의 기준에 따라 경계성종양에 해당하는 보험금을 지급해야 하는 것인지가 문제 되는 것이다.

이에 대해서는 우선 보험계약 체결 시점의 암의 분류 기준에 따라 판단해야 한다고 보는 입장이 있을 수 있다. 암보험 약관에서 그 당시 유효한 한국표준질병·사인분류를 인용하면서 그에 따라 악성 신생물로 분류되는 질병으로 암을 정의하고 있기 때문에 (위에서 예로 든 사안이라면 약관상 암에 대해 “제4차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성 신생물로 분류되는 질병”이라고 정의됨), 이러한 약관의 문언에 의하면 보험계약 체결 시점에 유효한 한국표준질병·사인분류를 기준으로 암에 해당하는지 여부를 판단해야 한다는 것이다. 한편, 진단 시점의 암의 분류 기준에 따라 판단하는 것이 타당하다고 보는 견해도 있을 수 있다. 암진단비라는 것은 “암으로 진단 확정된 경우”에 지급되는 것인데, 진단 시점에서 암이 아니라 경계성종양으로 분류되는 것이라면 암으로 진단 확정된 것이 아니라 경계성종양으로 진단 확정된 경우이고 따라서 암진단비의 지급 대상에 해당하지 않는다는 것이다.

위에서 예시한 사안과는 반대로, 보험계약 체결 시점에서는 경계성종양으로 분류되던 것이 진단 시점에서는 악성종양으로 분류되는 경우도 생길 수 있다. 그런데 이에 대해서는 암보험 약관에서 한국표준질병·사인분류의 개정으로 새롭게 악성종양으로 분류되는 경우에는 해당 질병도 포함한다는 내용을 명시적으로 규정하고 있기 때문에, 그와 같이 새로운 분류 기준에 따라 악성종양(암)으로 취급하면 될 것이다. 다만 그 적용 시점과 관련하여, 즉 한국표준질병·사인분류의 개정 이후에 암으로 진단 받는 경우에 한하여 적용되는 것인지 아니면 이미 경계성종양으로 진단을 받고 그 이후에 한국

91) 한국표준질병·사인분류 제4편 ‘신생물의 형태분류’에 따른 행동양식 분류번호 ‘/3’의 신생물은 한국표준질병·사인분류 제3편 제2장의 C00-C97에 해당하는 ‘악성 신생물(Malignant Neoplasms)’로 분류되고, ‘/1’의 신생물은 D37-D48에 해당하는 ‘행동양식 불명 또는 미상의 신생물(Neoplasms of Uncertain and Unknown Behavior)’로 분류됨

표준질병·사인분류가 개정된 경우에도 소급하여 암으로 취급되는 것인지에 대한 분쟁이 제기된 적도 있다.

나. 주요 분쟁 사례

1) 금감원 분쟁조정 사례

암의 분류 기준 변경과 관련해서, 보험계약 체결 시점에서는 악성종양으로 분류되었으나 진단 시점에서는 경계성종양으로 분류가 변경된 사안, 보험계약 체결 시점 및 진단 시점에서는 경계성종양으로 분류되었는데 그 이후에 악성종양으로 분류가 변경된 사안에 대한 분쟁조정 사례가 있으며, 아래에서 살펴보도록 한다.

가) 보험계약 체결 시점에서는 악성종양으로 분류되었으나 진단 시점에서는 경계성종양으로 분류가 변경된 사례

피보험자가 경계형 악성의 유두상 장액성 낭선종으로 진단 받았는데, 이는 보험약관에서 인용하고 있는 제4차 한국표준질병·사인분류상으로는 악성 신생물로 분류되었으나 진단 시점에 유효한 제5차 한국표준질병·사인분류에서는 경계성종양으로 분류가 변경된 사안이다. 이에 대해 분쟁조정위원회에서는, 보험계약 체결 시점의 기준인 제4차 한국표준질병·사인분류에 따라 판단하여, 경계성종양에 대한 진단비가 아닌 암에 대한 진단비가 지급되어야 한다고 보았다.

해당 보험약관에서 암은 “제4차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성 신생물로 분류되는 질병”으로 정의하고 있으므로 암진단비 지급 여부는 제4차 한국표준질병·사인분류에 따라 판단해야 하고, 피보험자가 진단 받은 경계형 악성의 유두상 장액성 낭선종은 제4차 한국표준질병·사인분류에 의하면 악성 신생물로 분류되기 때문에 암진단비가 지급되어야 한다는 것이다.

아울러, 해당 보험약관에서 “제5차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함한다”라고 규정

하고 있는 것은, 제4차 한국표준질병·사인분류에서는 악성 신생물로 분류되지 않았으나 제5차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 악성 신생물로 분류될 경우 그 질병까지 악성 신생물로 추가한다는 것이지, 반대로 제4차 한국표준질병·사인분류에서 악성 신생물로 분류되었던 것이 제5차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 악성 신생물로 분류되지 않으면 그 질병을 악성 신생물로 보지 않는다는 내용이 보험약관에 명시된 것은 아니므로 작성자 불이익의 원칙에 따라 고객에게 유리하게 해석할 필요가 있다고 덧붙였다. 즉, 위 내용은 제4차 한국표준질병·사인분류상 악성 신생물의 범위보다 그 범위가 ‘확장’ 되는 경우만을 예상하여 제5차 한국표준질병·사인분류의 적용을 긍정하는 것이지, 반대로 악성 신생물의 범위가 ‘축소’ 되는 경우는 전혀 예정하고 있지 않으므로 이 경우에는 개정된 기준이 적용되지 않는다고 본 것이다(제2012-14호).

나) 보험계약 체결 시점 및 진단 시점에서는 경계성종양으로 분류되었으나 그 이후에 악성종양으로 분류가 변경된 사안

피보험자가 2008년에 보험계약을 체결하고, 2010년 8월에 랑게르한스세포 조직구증(D76.0) 진단을 받고 이에 따라 2010년 9월 경계성 종양에 대한 보험금을 지급받았다. 그런데 제6차 한국표준질병·사인분류(2011. 1. 1. 시행)에서 랑게르한스세포 조직구증은 질병분류코드 D76.0에서 삭제되고 ‘림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세불명의 악성 신생물(C96)’로 분류가 변경되었으며, 이에 피보험자가 다시 랑게르한스세포조직구증(C96.6) 진단을 받아 암에 대한 보험금을 청구한 사안이다.⁹²⁾

이에 대해 분쟁조정위원회에서는, 피보험자에 대해 암에 대한 보험금을 지급하는 것이 타당하다고 보았다. 해당 보험약관에서 “제5차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 질병 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다”라고 규정하고 있는데, 이 내용이 그와 같이 추가되는 질병이 한국표준질병·사인분류 개정 이후에 발생한 것에 한하여 보상한다는 의미인지 아니면 한국표준질병·사인분류 개정 이전에 이미 발생하여 진단 확정된 질

92) 해당 사안에서 암에 대한 보험금은 5천만 원, 경계성 종양에 대한 보험금은 4백만 원이었음

병의 분류코드가 변경된 경우에도 소급하여 보상한다는 의미인지 약관의 뜻이 명확하지 아니하여 다의적으로 해석될 여지가 있으므로 작성자 불이익의 원칙에 따라 고객에게 유리하게 해석할 필요가 있다고 본 것이다(제2011-35호).

2) 판례

보험계약 체결 시점에서는 악성종양으로 분류되었던 것이 진단 시점에서는 경계성종양으로 분류가 변경되었다거나 보험계약 체결 시점 및 진단 시점에서는 경계성종양으로 분류되었으나 그 이후에 악성종양으로 분류가 변경된 것 자체가 쟁점이 되어서 이에 대해 직접적으로 판단을 내린 판례는 아직 없는 것으로 보인다.

다만, 직장유암종에 대한 판례⁹³⁾에서 해석 원칙을 제시한 바 있다. 즉, 보험약관에서 암이란 한국표준질병·사인분류 기본분류에서 악성 신생물로 분류되는 질병을 의미하고, 별표에서 한국표준질병·사인분류의 분류기준과 그 용어를 인용하여 악성 신생물로 분류되는 질병은 제3차 개정 한국표준질병·사인분류에 따르고, 제4차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 위 질병 이외에 추가로 암으로 분류하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하도록 규정한 사안이었는데, 이에 대해 대법원은 위 약관 규정의 취지에 대해 “보험계약 체결 당시 고시된 한국표준질병·사인분류에 따라 암에 해당하는지를 정하되, 보험계약 체결 당시에는 악성 신생물로 보지 않던 것이라도 보험사고의 발생 시점, 즉 해당 질병의 진단확정 시를 기준으로 가장 최근에 개정·고시된 한국표준질병·사인분류에서 새롭게 악성 신생물로 포함하면, 이를 악성 신생물로 보아 보험금을 지급하겠다는 의미로 보아야 한다”고 판시하였다(대법원 2018. 7. 24 선고 2017다256828 판결). 그리고 위와 반대로 종전의 한국표준질병·사인분류에서는 암에 해당하였으나 그 후 개정으로 이에 해당하지 않게 된 경우에 그 질병을 암의 범주에서 배제하는 것은 특별한 이유 없이 종전의 보장 범위를 좁히는 것으로서 계약자에게 불리하여 허용될 수 없다고 보아야 한다고 덧붙인 판례도 있다(서울중앙지방법원 2019. 1. 11. 선고 2018나50361 판결).

93) 암과 경계성 종양의 구분과 작성자 불이익 원칙 등이 쟁점이 된 판례로, 이에 대해서는 7항에서 더 자세히 살펴보도록 함

다. 검토

1) 보험계약 체결 시점에서는 악성종양으로 분류되었으나 진단 시점에서는 경계성종양으로 분류가 변경된 경우

현재 암보험 약관의 문언을 놓고 보면, 원칙적으로 보험계약 체결 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 암에 해당하는지를 판단하되, 한국표준질병·사인분류가 개정되어 악성 신생물에 새로 “추가”된 경우에만 예외적으로 진단 시점의 새로운 분류 기준을 적용하는 것으로 해석하는 것이 불가피한 면이 있어 보인다.

암보험 약관상 보험계약 체결 시점에 유효한 한국표준질병·사인분류를 인용하면서 그에 따라 악성 신생물로 분류되는 질병으로 암을 정의하고 있고, 그 이후에 개정된 한국표준질병·사인분류에서 위 질병 이외에 “추가로” 암으로 분류하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함한다는 내용만 규정하고 있기 때문에, 그 반대해석상 한국표준질병·사인분류의 개정으로 악성 신생물의 범위에서 제외되어 경계성종양으로 분류가 변경된 경우에는 개정된 한국표준질병·사인분류가 아니라 원래대로 보험계약 체결 시점의 한국표준질병·사인분류에 따라야 한다고 해석하지 않을 수 없는 것이다.

다만, 위와 같이 해석하고 운영하는 것은 암보험으로서의 본질이나 취지에는 부합하지 않을 수 있다고 생각된다. 암보험에서의 보험사고는 “암으로 진단 확정되는 것”이기 때문에, 보험금을 지급하여야 하는 보험사고가 발생했는지 여부의 판단은 진단 확정될 당시의 기준에 따르는 것이 타당할 것이기 때문이다. 암보험은 어떠한 “증상”이 발생한 것을 보험사고로 보고 그것에 대해 보험금을 지급하는 것이 아니라 그러한 증상에 대해 의사의 “진단”이 개입됨으로써 “암의 진단 확정”이라는 사건이 발생하였을 때에 보험금을 지급하는 것을 내용으로 하는 계약이고, 의사가 진단을 함에 있어서는 진단 당시의 의학 수준이나 기준에 따라서 진단을 내리는 것이기 때문에, 결국 암의 진단 확정이 있었는지의 여부는 진단 확정될 당시의 기준에 따라 판단하는 것이 합리적이라고 판단된다. 아울러 암보험의 주요 기능이 암치료에 필요한 재정적 지원을 제공하는 것이라는 점을 고려하면, 진단 시점에 더 이상 암으로 분류되지 않는 경우라면

그 치료에 수반되는 신체적·재정적 부담이 암의 경우보다 가볍다고 볼 수 있고 따라서 암의 치료를 위한 수준의 보험금을 지급할 필요성이 있다고 보기도 어려울 것이다.

이에, 향후에는 암보험 약관을 개정하여, 한국표준질병·사인분류의 개정으로 악성 신생물이 “추가”되는 경우뿐만 아니라 “제외”되는 경우도 포함시켜서, 진단 시점에 암의 분류 기준이 변경되는 경우에는 진단 시점의 기준에 따라 판단한다는 내용을 약관에 명시하는 방안을 고려해볼 필요가 있을 것으로 생각된다.

2) 보험계약 체결 시점에서는 경계성종양으로 분류되었던 것이 진단 시점에서는 악성종양으로 분류가 변경된 경우

보험계약 체결 시점에서는 경계성종양이었으나 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 악성종양으로 분류가 변경되어 악성종양으로 진단을 받은 경우에는, 약관상 명시적인 규정에 따라 암보험금 지급 대상에 해당할 것이고 이는 암보험의 본질이나 취지에도 부합한다.

3) 보험계약 체결 시점 및 진단 시점에서는 경계성종양으로 분류되었으나 그 이후에 악성종양으로 분류가 변경된 경우

보험계약 체결 시점 및 진단 시점에서는 경계성종양으로 분류되었는데 그 이후에 한국표준질병·사인분류가 개정되어 악성종양으로 분류가 변경된 경우에 대해, 금융감독원 분쟁조정 사례에서는 이 경우에도 소급적으로 암보험금 지급 대상에 해당한다고 판단하였다.

그러나 해당 분쟁조정 사례는 피보험자가 경계성종양으로 진단 받은 지 불과 몇 개월 만에 해당 질병이 악성종양으로 분류가 변경된 특별한 사정을 고려한 예외적인 판단으로 이해할 것이지, 이를 일반화하여 진단 시점 이후에 악성종양으로 분류가 변경된 모든 경우에 소급하여 암보험금을 지급해야 한다고 보는 것은 타당하지 않다고 생각된다. 위와 같이 해석한다면 보험회사가 이미 경계성종양에 해당하는 보험금을 지

급한 후에도 언제 발생할지도 모르는 암 분류 기준의 변경 여부에 따라 암보험금 지급 책임이 무한히 확대될 수 있어 부당하며, 암보험에서의 보험 사고는 암으로 진단 확정 되는 것이기 때문에 원칙적으로 진단 시점의 기준에 의하는 것이 합리적이기 때문이다. 대법원 2017다256928 판결에서도 “보험계약 체결 당시에는 악성 신생물로 보지 않던 것이라도 보험사고의 발생 시점, 즉 해당 질병의 진단확정 시를 기준으로 가장 최근에 개정·고시된 한국표준질병·사인분류에서 새롭게 악성 신생물로 포함하면, 이를 악성 신생물로 보아 보험금을 지급하겠다는 의미로 보아야 한다”고 판시하고 있으므로, 이에 의하더라도 적어도 진단 시점에 개정된 한국표준질병·사인분류를 적용하는 것이지 진단 시점 이후에 개정된 한국표준질병·사인분류를 소급하여 적용하는 것은 타당하지 않을 것이다.

7. 암과 경계성 종양 또는 제자리암의 구분 관련

가. 쟁점

앞에서도 살펴본 바와 같이, 제자리암과 경계성종양의 경우 악성종양(암)에는 해당하지 않지만 암보험 상품에서는 이들에 대해 소액암과 유사한 수준의 보험금을 지급하는 것이 일반적이다. 그런데 사안에 따라 어떠한 질병이 암보험 약관상의 암에 해당하여 일반암보험금을 지급해야 하는 것인지 아니면 제자리암 또는 경계성종양에 해당하여 소액의 보험금을 지급해야 하는 것인지가 명확하지 않아서 분쟁이 발생하는 경우가 있다. 특히 대장점막내암, 직장유암종, 비침습방광암과 관련하여 소비자와 보험회사 사이의 다수의 분쟁이 발생하였으며, 이에 대해 아래에서 살펴보도록 한다.

나. 주요 분쟁 사례

1) 금감원 분쟁조정 사례

비침습방광암에 대한 최근의 분쟁조정 사례가 있다.⁹⁴⁾ 방광의 종양 세포가 점막과 유층이나 점막근층까지 침범하지 아니한 경우 병리학적으로는 제자리암에 해당하지만 임상 의사가 이에 대해 암으로 진단을 내리는 경우가 있어 분쟁이 발생하기도 한다. 임상 의사 입장에서는, 비침습방광암의 경우에도 진행 가능성과 재발 가능성이 높은 경우가 많은데 종양의 개수나 크기 등 위험인자에 대한 고려 없이 단순히 상피에 국한된 것과 근육을 침범한 것으로만 구분하는 것은 타당하지 않다고 보고 임상적으로 암으로 진단하는 경우들이 있는 것이다.⁹⁵⁾

분쟁조정 사례 사안에서는, 피보험자가 방광암 의심 소견으로 방광종양절제술을 시행한 후 수술 시 떼어낸 조직에 대한 조직병리검사를 실시하였는데, 조직병리검사 결과지에는 피보험자의 종양에 관해 “비침습성 유두상 요로상피세포 암종, 고등급, 고유근육층 조직 포함, 고유근육에 침범 없음”이라고 기재되어 있었고, 피보험자를 치료한 임상 의사(비뇨기과 전문의)는 이를 토대로 피보험자의 병명을 “상세불명의 방광의 악성 신생물(C67.9)”로 진단한 진단서를 발급하였다. 이 경우 피보험자의 질병이 암인지 제자리암(상피내암)인지가 문제된 것인데, 분쟁조정위원회에서는 병리와 전문의의 조직병리검사결과 보고서를 토대로 임상 의사가 병명을 진단한 경우에도 약관에 따른 암의 진단 확정이 있다고 볼 수 있음을 근거로⁹⁶⁾ 본건에서도 암의 진단 확정이 있었던 것으로 판단하였다. 아울러, 비침습방광암의 경우 한국표준질병·사인분류 제4편 신생물의 형태분류상 ‘비침범

94) 그 외에 직장유암종이 ‘중대한 암’에 해당하는지 경계성종양에 해당하는지에 대한 분쟁조정 사례도 있으나(제2018-2호), 이 사안에서는 직장유암종에 대한 조직병리검사에서 형태학적 분류가 ‘3’으로 분류되어 악성종양으로 진단이 되었고 이것이 ‘중대한 암’에 해당하는지 여부가 문제된 것이기 때문에 판례에서 문제된 사안들(병리검사 결과에서는 직장유암종이라고만 진단하고, 이를 근거로 임상 의사가 암 또는 경계성종양으로 진단한 경우)과는 성격이 약간 다를 수 있겠음. 해당 분쟁조정 사례에 대해서는 10항에서 소개함

95) 박은경·박경기·허정식(2017)

96) 앞서 진단 확정 주체에 관하여 살펴보았던 대법원 2018. 7. 24. 선고 2017다256828 판결 등을 근거로 함

성 유두상 이행세포 암종(Papillary Transitional Cell, Non-invasive)'을 'M8130/2'로 분류하고 있는 것인데, 이러한 '비침범성 유두상 이행세포 암종'은 2008. 1. 1.부터 시행된 제5차 한국표준질병·사인분류에서 처음 규정된 것이며, 제4차 한국표준질병·사인분류까지는 '유두상 이행세포 암종(Papillary Transitional Cell)'을 'M8130/3'으로 분류하고 있는 외에 '비침범성 유두상 이행세포암종'에 대하여는 따로 분류를 하지 아니하고 있었으며, 피보험자가 가입한 보험에는 제4차 한국표준질병·사인분류가 적용되므로 그에 따르면 유두상 이행세포 암종의 침윤 여부와 관계없이 'M8130/3'으로 분류되어 암에 해당한다고 보았다(제2019-5호).

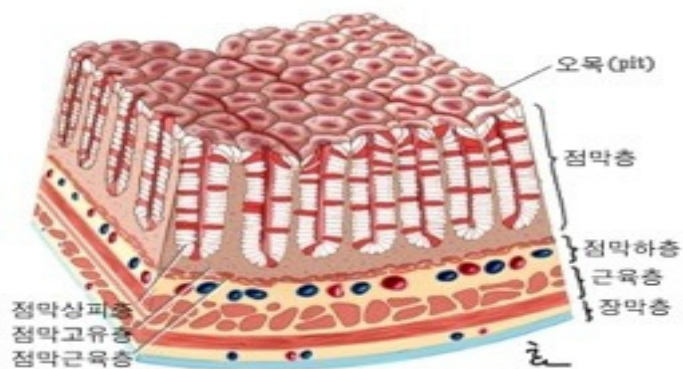
2) 판례

가) 대장점막내암 사례

위장관은 깊이에 따라 점막층, 점막하층, 근육층, 장막층의 4개층으로 이루어져 있으며, 이 중 점막층은 상피세포층, 점막고유층, 점막근층으로 구성된다.

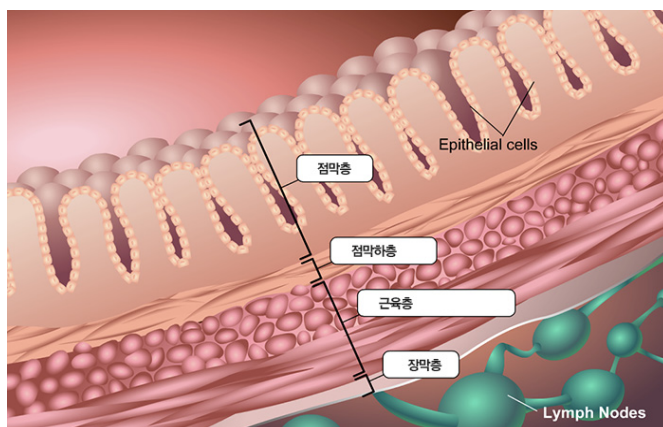
일반적으로는 암세포가 점막의 상피세포층에만 국한된 경우를 제자리암(상피내암)이라고 한다. 그런데 다른 기관과는 달리 대장의 경우에는, 암세포가 상피세포층을 넘어 점막고유층이나 점막근층까지 침범하였지만 점막하층까지는 침범하지 않은 경우, 즉 여전히 점막층 내에만 머무르는 경우(이에 대해 '대장점막내암'으로 칭함)에도, 사실상 전이의 위험성이 없다고 보아 의학계에서는 이를 제자리암에 포함되는 것으로 취급하기도 한다.

〈그림 III-7〉 대장의 4개층



자료: 대한위대장내시경학회

〈그림 III-8〉 대장벽의 해부학적 구조



자료: 닥터최의 대장암이야기.

<http://blog.naver.com/PostView.nhn?blogId=hschoimd&logNo=60072206472&parentCategoryNo=&categoryNo=1&viewDate=&isShowPopularPosts=false&from=postView>

즉, 국제적으로 암의 진행 병기를 분류하는 TNM 분류법⁹⁷⁾에 의하면, 위암의 경우 암세포가 위벽의 점막층을 침범하면 1기로 보고 있지만, 대장암의 경우에는 암세포가

97) 원발부위의 침윤의 정도(T 분류, Tumor의 약자), 주위 림프절 전이 정도(N 분류, Node의 약자), 원격 전이 여부(M 분류, Metastasis의 약자)를 종합하여 암의 병기를 분류하는 방법으로 국제암 연맹(Union for International Cancer Control, 이하, 'UICC'라 함)에 의해 만들어진 분류법임

점막하층을 침범한 경우부터 1기로 보고 있으며 암세포가 점막층에만 국한되어 있는 경우에는 0기(Tis)로 분류하여 제자리암으로 취급하는 것이다.⁹⁸⁾

이와 관련하여, 대장점막내암이 암보험 약관상 암에 해당한다고 보아 일반암보험금을 지급해야 하는 것인지, 아니면 제자리암에 해당하는 보험금만 지급하면 되는 것인지에 대한 분쟁이 다수 발생하였는데, 대법원은 약관 해석에 있어서의 작성자 불이익 원칙을 적용하여, 대장의 경우에도 점막내 암종을 제외한 상피내 암종만이 암보험 약관상의 제자리암(상피내암)에 해당한다고 보아야 하며 따라서 암세포가 상피세포층을 넘어 점막고유층이나 점막근층까지 침범한 대장점막내암의 경우에는 암보험 약관상의 암에 해당하는 것으로 보아야 한다고 판단하였다(대법원 2010. 12. 9. 선고 2010다71158 판결, 대법원 2010. 12. 9. 선고 2009다60305 판결, 대법원 2011. 4. 28. 선고 2011다1118 판결, 대법원 2011. 2. 10. 선고 2010다93011 판결).

위 사례들은 피보험자들이 대장 용종 절제술을 받고 수술 후 조직검사 결과 병리과 전문의가 “점막의 고유층에 국한된 선암” 등의 내용으로 조직병리보고서를 작성하였으며 이를 토대로 임상 의사가 악성 신생물(C코드)로 진단한 사안들이었다.⁹⁹⁾

이에 대해 대법원은 암보험 약관에서 규정하는 “상피내암”¹⁰⁰⁾이 객관적으로 다의적으로 해석되어 약관 조항의 뜻이 명백하지 않으므로 약관 작성자 불이익의 원칙을 적용해야 한다고 보았다. 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 하며 위와 같은 해석을 거친 후에도 약관 조항이 객관적으로 다의적으로 해석되고 그 각각의 해석이 합리성이 있는 등 당해 약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 고객에게 유리하게 해석하여야 한다는 것이 작

98) 국가암정보센터, 대장암 및 위암의 진행단계 참고:

https://www.cancer.go.kr/lay1/program/S1T211C214/cancer/view.do?cancer_seq=3797&menu_seq=3810,

https://www.cancer.go.kr/lay1/program/S1T211C213/cancer/view.do?cancer_seq=4661&menu_seq=4674

99) 사안에 따라서는 악성 신생물(C18.9)과 양성 신생물(D12.6)이 모두 기재된 진단서를 받은 경우, 악성 신생물(C19)과 제자리암(D01)의 진단서를 모두 받은 경우도 있었음

100) “제자리암”이라는 용어로 변경되기 이전의 약관들이었음

성자 불이익의 원칙¹⁰¹⁾인데(대법원 2010. 11. 25. 선고 2010다45777 판결 등), 대법원은 대장점막내암의 경우 ① 상피내암에 해당한다고 보는 해석과 ② 상피내암에 해당하지 않는다고 보는 해석이 모두 가능하며 그 각각의 해석이 합리성이 있는 경우이므로 작성자 불이익 원칙이 적용될 사안이라고 판단한 것이다.

우선, 대장점막내암에 대해 상피내암으로 보는 해석도 국제적인 병리학의 흐름 및 국내 의학계의 입장에 부합한다는 점에서 합리성이 인정된다고 보았다. 대장점막내암의 경우 앞서 살핀 바와 같이 암의 국제임상병기분류인 TNM 분류법에 의하면 상피내암과 마찬가지로 0병기(Tis)로 분류되고, 세계보건기구(WHO) 산하 국제암연구소(International Agency for Research on Cancer)에서 발간한 『세계보건기구 종양분류』라는 책자는 상피내 암종과 점막내 암종 모두 전이될 위험성이 사실상 없다는 이유로 마찬가지로 취급하고 있는 점, 국내에서도 대한병리학회 소화기병리연구회의 2006년 「대장암 병리보고서 기재사항 표준화」 논문 및 2008년 「병리의사를 위한 소화기계 암 등록에 대한 제안」 논문 발표 이후에 점막층에 국한된 대장점막내암에 대해서는 행동양식 분류번호 “/2”를 부여하여¹⁰²⁾ 상피내암으로 분류하는 것이 국내 의료계의 다수를 이루고 있는 점¹⁰³⁾을 고려한 것이다.

101) 약관의 규제에 관한 법률 제5조 제2항에서도 “약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 고객에게 유리하게 해석되어야 한다”라고 하여 작성자 불이익 원칙을 규정하고 있음

102) 악성종양의 경우 행동양식 분류번호 “/3”을 부여함

103) 국내에서 1988년 대한대장항문학회와 대한외과학회 주관으로 일본의 대장암 취급 규약을 따라 작성한 『한국인 대장암 취급지침서』에 의하면 대장의 상피내암은 0기암(Cis, Tis)으로, 점막내암은 1기암(m, t1a)으로 분류하였기 때문에, 과거 국내 의료계에서는 위 지침서에 따라 분류를 해 왔음. 그러나 대한병리학회 소화기병리연구회에서 2005년과 2006년에 걸쳐 ‘대장암 병리보고서 기재사항 표준화’ 사업을 시행하고 2006년 「대장암 병리보고서 기재사항 표준화」라는 논문을 발표하였는데 위 논문에서는 암종이 고유판을 침범하지 않는 상피내 암종과 고유판을 침윤하나 점막에 국한된 점막내 암종을 모두 TNM 분류법에 따라 Tis에 포함시켰음. 위 논문 발표 후 대한병리학회 소화기병리연구회는 그 주관하에 ‘2007년도 병리의사용 암등록 지침서 i-소화기계 암종’이란 주제로 회의를 개최하고 2008년 그 결과를 「병리의사를 위한 소화기계 암등록에 대한 제안」이라는 논문에 발표하였는데, 위 논문에는 회원들 간의 회의 토론결과 대장의 상피내 암종과 점막내암종의 용어는 계속 구분하여 사용하고, TNM 병기 분류법상 고유층 침윤이 있는 암종이라도 점막층에 국한된 경우에는 위암의 경우와는 달리 Tis로 규정하므로 이에 따라 행태코드 “/2”를 부여하기로 의견이 일치되었다는 내용이 들어 있음. 대한병리학회 소화기병리연구회에서 위 논문을 작성하기 위하여 대한병리학회와 대한세포병리학회의 회원 240명을 상대로 한 설문조사 결과에 따르면 회원 중 81.7%가 행동양식 분류번호 “/2”부여에 동의하

그러나 해당 암보험의 약관에 의하면 대장점막내암의 경우 상피내암에 해당하지 않는다고 해석하는 것도 합리성이 있다고 보았다. 약관에서는 암과 상피내암의 분류기준으로 TNM 병기 분류법 등을 인용하는 것이 아니라 단지 한국표준질병·사인분류의 분류기준과 그 용어만을 인용하고 있는 점, TNM 병기 분류법에서 대장의 경우 예외적으로 정상 소재의 암종에 상피내 암종뿐만 아니라 점막내 암종도 포함된다고 명시하고 있는 것과는 달리 한국표준질병·사인분류에서는 그와 같은 명시적·예외적 규정을 두고 있지 아니한 점, 오히려 한국표준질병·사인분류 제3편 및 제4편에 나와 있는 악성 신생물과 상피내신생물의 분류기준 및 그 용어에 의하면 상피내에 존재하는 비침윤성·비침범성의 신생물을 상피내암종으로 분류하고 있어 암종이 상피를 넘어 기저막을 뚫고 점막고유층까지 침윤한 점막내 암종의 경우에는 상피내신생물에 해당한다고 보기 어려울 수 있는 점 등을 고려하면, 이와 같이 약관과 한국표준질병·사인분류의 문언에 충실하게 해석한다면 대장점막내암에 대해 상피내암이 아니라 암으로 보는 해석이 충분히 가능하고 그러한 해석의 합리성도 인정된다고 본 것이다.

이처럼 대장점막내암에 대해 상피내암에 해당한다고 보는 해석과 상피내암에 해당하지 않는다고 보는 해석이 모두 가능하고 두 가지의 해석이 모두 합리성이 있으므로, 작성자 불이익 원칙을 적용하여, 암보험 약관상 상피내암은 대장의 경우라고 하더라도 점막내 암종을 제외한 상피내 암종만이 그에 해당한다고 보아, 대장점막내암에 대해서는 상피내암이 아닌 암에 해당하는 보험금이 지급되어야 한다고 판단하였다.

나) 직장유암종 사례

직장유암종(Carcinoid Tumor)은 직장의 신경 내분비 세포에서 발생하는 내분비 종양으로, 경우에 따라 악성종양인지 경계성종양인지에 대한 논란이 발생한다.

경계성종양은 악성종양과 양성종양의 경계성(Borderline Type)으로 존재하는 종양

였으나, 16.3%는 행동양식 분류번호 “/3”부여에 동의하였다고 하며, 위 논문 발표 후 임상 의사의 진단 실무상 대장의 경우 점막고유관을 침범한 종양에 대하여 행동양식 분류번호 “/2”를 부여하는 것이 다수를 점유하게 되었으나, 행동양식 분류번호 “/3”을 부여하는 경우도 여전히 존재하여 그 기준이 완전히 통일되었다고 보기는 어려움

으로, 이를 세계보건기구(WHO)에서는 ‘행동양식 불명 또는 미상의 신생물’이라고 하여 별도의 분류로 정하고 있다.¹⁰⁴⁾ 직장유암종의 경우, 한국표준질병·사인분류 제4판에 따른 형태 분류번호가 “M8240/3”이면 악성 신생물에 해당하여 제3판에 따른 “직장의 악성 신생물”로 질병분류번호 C20에 해당하며, 형태 분류번호가 “M8240/1”이면 “행동양식 불명 또는 미상의 신생물(경계성종양)”로 질병분류번호 D37에 해당한다. 다만 한국표준질병·사인분류에서는 직장유암종의 크기나 침윤정도 등에 따라 이들을 달리 분류하고 있지는 않다.

한편 의료계에서는 직장유암종의 크기나 침윤정도 등에 따라 악성종양인지 경계성종양인지를 구분하는 경우가 많다. 즉, 우리나라 대한병리학회가 작성한 2008년 논문(「병리의사를 위한 소화기계 암등록에 대한 제안」)과 2012년 논문에서는, 직장에 생긴 신경내분비 종양이 대세포(L Cell Type) 형으로 1cm 미만이고 1등급(Grade 1)이며 점막층과 점막하층에 국한되어 혈관 침윤이 없는 경우에는 행동양식 분류번호 “/1”인 경계성 종양에 해당하여 D37로, 그 이외의 경우에는 악성종양에 해당하여 C20으로 분류할 것을 제안하였고, 2012년 논문을 작성하기 위하여 병리 전문의사들을 상대로 한 설문조사 결과에 따르면 대다수 응답자가 이와 같은 분류기준에 동의하였다.¹⁰⁵⁾

이에, 직장유암종의 크기가 1cm 미만이고 혈관 침윤이 없는 경우에 이에 대해 경계성종양에 대한 보험금을 지급해야 하는지 암에 대한 보험금을 지급해야 하는지에 대한 분쟁이 다수 발생하였으며, 대법원 판례 중에는 일반암으로 판단한 사례(대법원 2018. 7. 24. 선고 2017다256828 판결, 대법원 2012. 5. 24. 선고 2011다13968, 13975 판결)와 경계성종양으로 판단한 사례(대법원 2013. 7. 25. 선고 2013다202786 판결, 대법원 2012. 12. 13. 선고 2012다95820 판결)가 모두 존재한다.

104) 한병규(2017)

105) 대법원 2018. 7. 24. 선고 2017다256828 판결 등

〈표 III-5〉 직장유암종 관련 대법원 판례 사안의 사실관계

구분	사건번호	사실관계
암으로 판단한 사례	대법원 2017다 256828 판결	- 피보험자가 병원에서 대장내시경 검사를 받던 중 직장 에서 용종이 발견되어 용종 절제술을 받음 - 용종에 대한 조직검사 결과 위 병원 소속 병리 전문의 A 는 용종에 대한 조직검사 결과 '직장 유암종, 크기 0.4cm × 0.3cm, 절제면에 종양 침범 소견 없다'는 내용 의 조직병리검사결과보고서를 작성함 - 그 후 피보험자의 주치의인 위 병원의 임상 의사 B는 위 조직병리검사결과보고서를 토대로 피보험자의 최종적 인 병명을 '직장의 악성 신생물, 한국표준질병분류번호 C20'으로 기재한 진단서를 작성함 - 한편 다른 의사 C에 대한 진료기록감정축탁 결과에서 는, '피보험자의 종양은 직장의 신경내분비 종양으로 크 기는 1cm 미만이고, 분화 정도는 조직학적으로 G1이며, 침윤 정도는 혈관침윤이 없다', '병리학적 소견상 피보 험자의 종양은 그 크기와 침범 정도에 비추어 경계성 종 양으로 분류하는 것이 타당하다, 대한병리학회에서 발 표한 논문에서도 이러한 직장 유암종에 대해서 형태코 드 /1을 부여하여야 한다는 데에 의견이 일치하였다', '피보험자의 임상 의사가 내린 진단 내용은 병리의사의 조직병리결과지를 기초로 한 것이기는 하나, 2014년도 한국표준질병·사인분류 질병 코딩지침서에 따르면 형 태코드 8240/1, 한국표준질병·사인분류 D37.5의 행동 양식 불명 또는 미상의 신생물로 보는 것이 맞다'는 취 지의 의학적 소견을 제시함
	대법원 2011다 13968, 13975 판결 ¹⁰⁶⁾	- 피보험자가 대장내시경검사를 받다가 직장에서 용기성 병변이 관찰되어 조직검사를 받은 결과 유암종(추정)으 로 확인됨 - 이에 병원에서 내시경 종양절제술을 받았고, 당시 수 술을 담당했던 위 병원 소화기 내과 과장 A는 피보험자 의 병명을 직장유암종(질병분류번호 c20c)으로 진단함 - 한편 다른 의사 B에 대한 진료기록 감정결과에서도 '현 재의 분류체계(한국표준질병사인분류)에서는 직장의 모 든 카르시노이드 종양은 크기가 작아도 잠재적으로 악 성의 경과를 보일 여지가 적지만 있는 것으로 간주하고 있다'고 밝히고 있음

106) 사실관계는 1심 판결인 인천지방법원 2010. 7. 1. 선고 2009가단27393, 2010가단9315
판결에 의함

〈표 III-5〉 계속

구분	사건번호	사실관계
경계성종양 으로 판단한 사례	대법원 2013다 202786 판결 ¹⁰⁷⁾	- 피보험자가 대장내시경검사 및 조직검사를 받은 결과 '직장 부위의 카르시노이드 종양(Carcinoid Tumor, '유암종')'으로 진단받고 병원에서 내시경적 종양절제수술을 받음 - 피보험자의 퇴원 당시 위 병원 의사 A는 피보험자의 병명을 '직장의 악성 신생물(국제질병분류번호 C20)'로 진단하는 내용의 진단서를 발급하였음 - 한편 위 병원 병리과 의사 B는 위 수술 이후 피보험자의 절제 병변에 대한 조직병리검사를 실시하여 '잘 분화된 신경내분비성 종양 Grade 1으로서, 0.8cm×0.6cm×0.6cm의 크기이고, 점막층과 점막하층에 분포되어 있다'는 내용의 검사결과보고서를 제출하였음 - 피보험자의 주치의인 위 병원 소화기내과 의사 C는 위 조직병리검사결과를 기초로 피보험자의 병명을 한국표준질병사인분류에 따른 '소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물(분류번호 D37)'로 최종 진단하는 내용의 진료확인서를 발급하였음
	대법원 2012다 95820 판결 ¹⁰⁸⁾	- 피보험자는 병원에서 직장 내시경 초음파 및 내시경적 용종 절제술을 받음 - 위 병원 병리과 의사 A는 용종에 대한 조직검사 결과 '임상진단(Clinical Diagnosis)이 직장의 카르시노이드인 견본(1.2×1×0.8cm인 점막조직)에 대한 조직검사를 시행, 병리학적 진단 결과: 직장에서 SMT를 제거하여 카르시노이드 종양(Carcinoid Tumor) 확인하였는데, 크기가 8×5mm이고, 우세한 섬유주 패턴이 보이며, 점막과 점막하에 위치하고 있음'이라는 내용의 조직검사 보고서를 작성하였음 - 이를 토대로 용종 절제술을 시행한 의사 B는 "피보험자의 직장에 미상의 신생물이 있는 것으로 임상적 추정이 되며, 그에 대한 한국질병분류번호는 D37.5이다"라는 내용의 진단서를 발급하였음

107) 사실관계는 원심 판결인 서울동부지방법원 2013. 2. 15. 선고 2012나100786 판결에 의함

108) 사실관계는 원심 판결인 서울중앙지방법원 2012. 9. 28. 선고 2011나57868 판결에 의함

먼저 직장유암종에 대해서 일반암으로 판단한 사례에서, 2012년 대법원 판결에서는 주치의의 진단 및 진료기록 감정결과 등에 근거하여 암으로 판단을 하였는데, 2018년 대법원 판결에서는 약관 해석에 있어서의 작성자 불이익 원칙을 적용하였다. 직장유암종이 ① 경계성종양에 해당한다고 보는 해석과 ② 암에 해당한다고 보는 해석이 모두 가능하고 두 해석의 객관성과 합리성이 인정되므로 작성자 불이익 원칙에 따라 암으로 보는 것이 타당하다는 것이다.

즉, 우리나라 병리학회에서는 크기가 1cm 미만이고 점막층과 점막하층에 국한되며 혈관침윤이 없는 직장유암종은 세계보건기구의 2010년 소화기계 종양 분류에서 세분화한 신경내분비 종양 중 L세포 타입 종양일 가능성이 높으므로 한국표준질병·사인분류상으로도 형태코드 ‘/1’로 분류하여 경계성 종양으로 보는 것이 타당하다는 견해를 제시하였고, 이러한 병리학적 분류체계는 대부분의 병리 전문의사가 동의한다는 점에서 그 합리성을 선불리 부정할 수 없으므로, 이를 전제로 경계성종양으로 해석하는 것도 객관성과 합리성이 있다고 보았다. 반면, 해당 암보험의 약관에 의하면 암에 해당한다고 해석하는 것도 객관성과 합리성이 있다고 보았다. 해당 약관에서는 암의 의미에 관하여 제3차 한국표준질병·사인분류에 따르도록 규정하고 있는데, 제3차 한국표준질병·사인분류에서는 ‘충수 이외의 다른 부위에서 발생한 상세불명의 직장유암종’은 형태분류번호 ‘M8240/3’으로 분류하고 ‘충수에서 발생한 상세불명의 직장유암종’은 ‘M8240/1’로 분류하고 있을 뿐이고 그 밖에 직장유암종의 크기나 침윤, 분화도 등 구체적인 성질에 따라서 달리 구분하고 있지는 않은 것이다. 이에 충수가 아닌 직장에서 발생한 유암종은 ‘M8240/3’에 해당하는 악성 신생물로서 질병분류번호 C20으로 분류하는 것이 제3차 한국표준질병·사인분류의 문언에 충실한 해석이라는 것이다. 이처럼 상반되는 두 가지의 해석이 모두 객관성과 합리성을 가지므로 작성자 불이익 원칙을 적용하여, 경계성종양이 아닌 암에 해당하는 보험금을 지급해야 한다고 보았다.

이와는 달리 직장유암종에 대해 경계성종양으로 판단한 사례들에서 법원은, 종양은 크기, 혈관 침윤 유무, 종양이 직장 근층을 침윤했는지 유무, 전이 등에 따라 악성, 양성 또는 경계성으로 나뉘는 것인데 종양의 구체적 성질을 불문하고 직장의 모든 카르시노이드 종양이 형태코드 ‘M8240/3’으로 분류된다고 보면 한국표준질병·사인분류상

의 구분이 무의미하게 된다고 보았다. 특히 해당 사안들은 피보험자의 주치의가 경계성종양인 D37(또는 D37.5)¹⁰⁹⁾로 최종 진단을 내렸던 경우들이었고, 이에 법원은, 약관상 암의 진단 확정은 의사의 진단에 의하도록 규정하고 있고 종양이 악성인지 경계성인지 등은 구체적 사정을 종합하여 고도의 전문적 지식과 경험을 가지고 의사가 판단하는 영역인데 해당 건에서 피보험자의 주치의가 조직병리검사결과 등을 종합하여 D37(또는 D37.5)에 해당한다고 진단하였다는 점을 중요한 판단 근거로 삼고 있다.

다) 비침습방광암 사례

앞서 분쟁조정 사례에서 살펴본 바와 같이 방광의 종양 세포가 점막고유층이나 점막근층까지 침범하지 아니한 경우¹¹⁰⁾ 병리학적으로는 제자리암에 해당하지만 임상적 사가 이에 대해 암으로 진단을 내리는 경우가 있어 분쟁이 발생하기도 한다. 이처럼 방광암인지 방광의 제자리암에 대해 병리의사와 임상 의사 사이의 진단이 다른 경우,¹¹¹⁾ 하급심 판례들은 대부분 조직검사 결과에 따른 병리와 의사의 진단을 우선시하여 제자리암으로 판단하고 있다.

109) D37은 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물, D37.5는 구강 및 소화기관 중에서 직장의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물에 대한 것임

110) 한편 병리의학계에서는 종양이 점막하층까지 침범한 경우부터 방광암 1기로 분류하며 점막층에 국한된 경우에는 제자리암과 유사하게 취급하고 있는 것으로 보이는데(국가암정보센터, https://www.cancer.go.kr/lay1/program/S1T211C223/cancer/view.do?cancer_seq=3965&menu_seq=3978), 만약 종양세포가 상피세포층을 넘어 점막고유층이나 점막근층까지 침범한 경우에는 앞서 살펴본 대장점막내암에서의 쟁점이 마찬가지로 발생할 수도 있을 것으로 보임

111) 이는 앞서 살펴본 병리학적으로는 암에 해당하지 않지만 임상학적으로는 악성종양에 준하는 것으로 보아 암보험 약관상의 암으로 인정해줄 것인지 여부의 쟁점, 암의 진단 확정 주체의 쟁점과도 연결되는 것으로 볼 수 있음

〈표 III-6〉 비침습방광암에 대해 제자리암으로 판단한 하급심 판례 사안의 사실관계

사건번호	사실관계
서울중앙지방법원 2012. 3. 14 선고 2010가단464284 판결	- 피보험자가 방광암 절제술을 받음 - 병리과 의사는 조직검사 결과 '해당 종양은 유두모양 요로상피암(Papillary Urothelial Carcinoma)으로, 저등급(Low Grade), WHO Grade2(세계보건기구 2등급)이며, 점막 고유층에 침윤이 없고(Noinvasion of Lamina Propria), 고유 근층에 침윤이 없다(No Proper Muscle)'는 취지의 조직검사(병리) 보고서를 작성하였음 - 임상의사는 피보험자의 최종 병명을 '상세불명의 방광 악성 신생물(국제질병분류번호: C67.9)'로 기재한 진단서를 발급하였음 - 대한의사협회에 대한 사실조회 결과에 의하면 피보험자의 질병은 비침윤성의 유두모양 요로상피암(Papillary Urothelial Carcinoma)으로 한국표준질병·사인분류 제4편 신생물의 형태분류에 따라 분류번호 M8130/2 '비침범성 유두상 이행세포 암종(Papillary Transitional Cell Carcinoma, Non-invasive)'에 해당하고, 이는 한국표준질병·사인분류 제3편 제2장의 D09 '기타 및 상세불명 부위의 상피내 암종(Carcinoma in Situ of Other and Unspecified Sites)' 중 D09.0 '방광(Bladder)'에 해당된다는 취지로 답변하였음
서울북부지방법원 2016. 12. 16 선고 2015가단105671, 2015가단129950 판결	- 피보험자가 경요도적 방광종양 절제술을 받음 - 조직병리검사 결과 병리과 전문의사로부터 "Papillary Urothelial Carcinoma High Grade, No Stromal Invasion(기질 침윤 없음)", "Urothelial Carcinoma in Situ(방광상피내암)"으로 진단을 받았음 - 그런데 임상의사로부터는 방광암(C67.9)과 방광 제자리암종(D09.0)이 모두 기재된 진단서를 발급받음 - 대한의사협회에 대한 진료기록 감정촉탁 및 사실조회 결과에 의하면 "① 피보험자에 대한 조직병리진단보고서 및 검체 슬라이드 및 그 외 진료기록을 참고하여 판단한 결과 암종세포가 방광 상피층내에 국한되어 존재하고 있으며, 상피층을 뚫고 상피하결합조직(고유층, Lamina Propria) 또는 근육층(Muscleproper) 아래로 침윤된 부분을 발견할 수 없다. ② 피보험자의 병리학적 진단은 Non-invasive Papillary Urothelial Carcinoma, High Grade(비침범성 유두상요로상피암, 고등급 분화)이다. 한국 통계청에서 제시한 신생물의 형태분류로는 상피내암종(Transitional Cell Carcinoma in Situ), 비침범성 유두상 이행세포암종(Papillary Transitional Cell Carcinoma Non-invasive)인바, 피보험자의 조직검사 결과는 상피내암종(행동양식번호 /2가 부여되는 종양)으로 분류된다. ③ 한국표준질병·사인분류에서 해당되는 분류번호는 D09 기타 및 상세불명 부위의 제자리암종(Carcinoma in Situ of Other and Unspecified Sites), D09.0 방광(Bladder)에 해당한다"는 취지로 답변하였음

〈표 III-6〉 계속

사건번호	사실관계
서울중앙지방법원 2010. 2. 17 선고 2009가단261700 판결	- 피보험자가 방광암 절제술을 받음 - 조직검사 결과 병리와 의사는 '비침범성 저등급 유두 요로상피암종 (Non-invasive Papillary Urothelial Carcinoma, Low Grade)'에 해당한다고 판단하였음 - 한편 피보험자를 진찰·수술한 임상 의사는 피보험자의 병명이 방광악성종양이고, 한국질병분류번호 C67.9에 해당한다는 내용의 진단서를 발급하였음
창원지방법원 통영지원 2013. 10. 10 선고 2013가합1323 판결	- 피보험자가 방광암 절제술을 받음 - 해당 병원에서는 조직검사를 실시한 후 '경요도적 방광암 절제술상 유두상 요로상피암종(M8130/2) 확진. 비침범성 유두상 암종'이라는 취지의 조직검사 결과보고서를 작성하였음 - 한편 임상 의사는 이를 바탕으로 이 사건 종양은 '주상병: 방광암, 부상병: 방광출구폐색, 한국 질병분류번호: C67.9'에 해당한다는 내용의 진단서를 발급하였음

한편 최근 언론 보도에 의하면, 조직검사 결과 '비침윤성 요로세포암종, 고등급' 진단을 받고 임상 의사가 '상세불명의 방광의 악성 신생물(C67.9)'로 진단한 사안에서, 단지 비침습성이라는 이유만으로 고등급인 피보험자의 종양을 암이 아니라고 보기는 어렵다고 하여 일반암보험금을 지급하라고 판단한 하급심 판례가 있다고 하며, 이에 앞서 금감원 분쟁조정 사례에서 살펴본 대로 비침습방광암은 한국표준질병·사인분류 제4편 신생물의 형태분류상 '비침범성 유두상 이행세포 암종(Papillary Transitional Cell, Non-invasive)'을 'M8130/2'로 분류한 것인데, 이러한 '비침범성 유두상 이행세포 암종'은 제5차 한국표준질병·사인분류에서 처음 규정된 것이고 제4차 한국표준질병·사인분류까지는 '유두상 이행세포 암종(Papillary Transitional Cell)'을 'M8130/3'으로 분류하고 있는 외에 '비침범성 유두상 이행세포암종'에 대하여는 따로 분류를 하지 아니하고 있었다는 점에서, 피보험자의 보험 가입 시기가 언제인지에 따라(즉 제4차 한국표준질병·사인분류가 적용되는지, 제5차 한국표준질병·사인분류가 적용되는지)암의 분류

112) 인사이트코리아(2019. 8. 1), "방광암, 비침습성이라도 고등급이면 암보험금 지급 대상", <http://www.insightkorea.co.kr//news/articleView.html?idxno=47750>; 해당 판결문은 공개되지 않았음

기준 변경에 관한 분쟁이 발생할 가능성도 있을 것으로 보인다.

다. 검토

대장점막내암 사례의 경우, 의학계의 입장과 약관에서 인용하고 있는 한국표준질병·사인분류의 문언 해석 사이에 다툼이 있는 경우라고 볼 수 있는데, 대법원은 양자의 해석이 모두 객관성과 합리성이 있다고 보아 작성자 불이익 원칙을 적용하였다. 직장유암종 사례에서는, 이제까지의 대법원 판례들은 결국 임상 의사가 어떻게 진단하였는지에 따라 암인지 경계성종양인지 결론을 달리 하고 있다고 볼 수 있는데, 가장 최근인 2018년에 나온 대법원 판례에서 작성자 불이익 원칙을 적용하였기 때문에, 앞으로 임상 의사가 경계성종양으로 진단을 내린 경우에 법원이 그 판단을 존중하여 경계성종양으로 판단할 것인지 작성자 불이익 원칙을 적용하여 암으로 판단할 것인지는 지켜볼 필요가 있을 것이다. 비침습방광암의 경우 이제까지의 하급심 판례들은 병리의사의 판단에 따라 제자리암으로 보고 있는데 아직 대법원 판례는 없는 상황이고, 최근에 나온 분쟁조정 사례에서는 제자리암이 아니라 암으로 판단하였으며 앞으로 추가 분쟁이 발생할 소지가 있음은 앞서 살펴본 바와 같다.

암과 경계성종양 또는 제자리암의 구분과 관련된 기존의 분쟁 사례들을 살펴보면, 암보험 약관에서는 암의 정의에 있어 한국표준질병·사인분류를 인용하고 있는데 경우에 따라서는 한국표준질병·사인분류상의 기준이 특정암의 특수성이나 의학계의 최신 입장 등을 상세하게 반영하고 있지 못하여 실제 의학계의 현실과는 괴리가 발생하는 상황이 나타날 수도 있는 것으로 보인다. 이에 최근 판매되고 있는 암보험 약관에서는 특정암에 대해서 그 특수성을 반영하여 별도로 정의 규정을 마련하기도 한다.

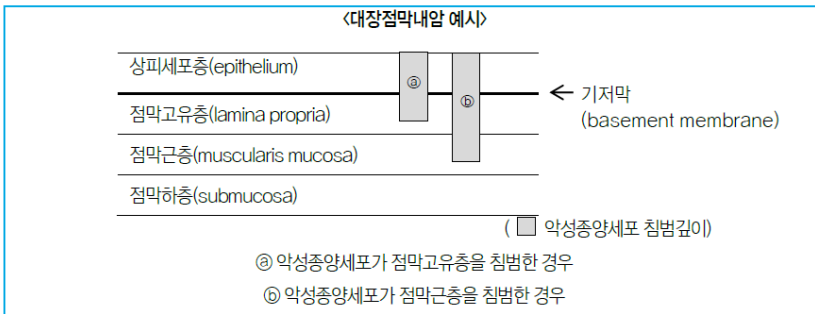
앞서 살펴본 바와 같이 대장점막내암이 암에 해당하는지 제자리암에 해당하는지에 관하여 다수의 분쟁이 발생하였고, 이에 현재 판매되고 있는 거의 모든 암보험 약관에서는 대장점막내암을 일반암의 범위에서 제외하고 별도로 정의 규정을 두어 소액암 급부를 적용하고 있다. 즉, 대장점막내암에 대해 대장의 상피세포층에서 발생한 악성 종양 세포가 기저막을 뚫고 내려가서 점막고유층 또는 점막근층을 침범하였으나 점막

하층까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말한다고 정의하고, 그림을 덧붙여서 설명하고 있다.

〈표 Ⅲ-7〉 대장점막내암에 대한 조항 예시

제2조의4 [“대장점막내암”의 정의 및 진단 확정]

① 이 계약에 있어서 “대장점막내암”이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.



② “대장점막내암”의 진단 확정은 병리와 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “대장점막내암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

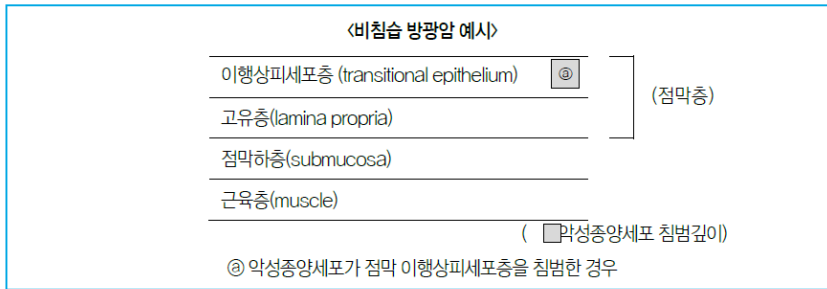
자료: 삼성생명 올인원 암보험

또한 일부 보험회사가 판매하는 암보험 약관에서는 최근 비침습방광암에 대해서도 별도로 정의하여 소액암으로 취급하고 있다.

〈표 Ⅲ-8〉 비침습방광암에 대한 조항 예시

제2조의3 [“비침습 방광암”의 정의 및 진단 확정]

① 이 계약에 있어서 “비침습 방광암”이라 함은 방광의 이행상피세포층(transitional epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 점막 고유층(lamina propria)까지는 침범하지 않은 비침습 유두암(papillary carcinoma) 상태로 ‘AJCC 암병기설정매뉴얼[AJCC(American Joint Committee on Cancer) Cancer Staging Manual] 제7판’에서 정한 병기상 TaNOM0인 방광암을 말합니다.



② 제1항의 AJCC 암병기설정매뉴얼이 향후 개정되는 경우에는 “비침습 방광암”의 진단 확정 시점에 적용되는 AJCC 암병기설정매뉴얼을 따릅니다.

③ “비침습 방광암”의 진단 확정은 병리와 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경조건을 기초로 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “비침습 방광암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

자료: 삼성생명 올인원 암보험

한편 직장유암종에 대해서는 별도의 정의 규정을 두고 있는 암보험 상품은 아직 없는 것으로 보인다. 직장은 대장에 포함되므로 대장의 상피세포층에서 발생한 악성종양 세포가 기저막을 뚫고 내려가서 점막고유층 또는 점막근층을 침범하였으나 점막하층까지는 침범하지 않은 경우라면 앞서 본 대장점막내암의 정의에 포함된다고 볼 소지도 있겠다. 그러나 직장유암종이 점막하층까지 침범한 경우에는 약관상 대장점막내암의 범위에는 포함되지 않을 것인데, 직장유암종이 점막하층까지 침범하더라도 혈관 침윤이 없고 대세포(L cell type) 형으로 1cm 미만이고 1등급(Grade 1)인 경우에는 의학계에서는 경계성종양으로 분류하는 것이 다수의 견해라는 것이므로, 이처럼 크기나 침윤 정도 등을 반영하여 별도로 명확하게 규정할 필요는 없을지 고려해볼 필요도 있을 것으로 생각된다.

8. 고지의무 위반을 주장할 수 있는지 여부 관련

가. 쟁점

상법상 보험계약자 또는 피보험자는 보험계약을 체결함에 있어서 중요한 사항을 보험회사에 알려주어야 할 고지의무를 부담한다. 보험계약자 또는 피보험자가 고지의무를 위반하는 경우에는, 보험회사는 보험계약을 해지하고 일정한 요건하에 보험금 지급 책임을 면하게 된다.

〈표 III-9〉 상법상 고지의무 관련 조항

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

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

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

상법에 의하면, 보험계약자 또는 피보험자의 고지의무 위반이 성립하기 위해서는 보험계약자 또는 피보험자가 “중요한 사항”에 대하여 “고의 또는 중대한 과실”로 “불고지 또는 부실고지”를 하였어야 한다. 위와 같은 고지의무 위반의 요건이 충족되면 보험회사는 보험계약을 해지하고¹¹³⁾ 보험금 지급 책임을 면할 수 있는데, 다만 고지의무

113) 다만 보험회사가 고지의무 위반 사실을 안 날로부터 1월 내에, 계약을 체결한 날로부터 3년 내에 한하여 보험계약을 해지할 수 있으며, 보험회사가 계약 당시에 고지의무 위반 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못한 때에는 보험계약을 해지할 수 없음

위반 사실과 보험사고 발생 사이에 “인과관계”가 없는 경우에는 보험계약을 해지하더라도 해지 전에 발생한 보험사고에 대해서는 여전히 보험회사가 보험금 지급 책임을 지게 된다.¹¹⁴⁾

암보험에 가입함에 있어 보험계약자 또는 피보험자가 어떠한 사항을 보험회사에 제대로 알리지 않은 경우, 이것이 암보험 계약에 있어서 중요한 사항에 해당하는지 여부가 문제될 수 있다. 보험계약자나 피보험자가 고지의무를 지는 “중요한 사항”이란, 보험회사가 보험사고의 발생과 그로 인한 책임 부담의 개연율을 측정하여 보험계약의 체결 여부 또는 보험료나 특별한 면책조항의 부가와 같은 보험계약의 내용을 결정하기 위한 표준이 되는 사항으로서 객관적으로 보험자가 그 사실을 안다면 그 계약을 체결하지 않든가 또는 적어도 동일한 조건으로는 계약을 체결하지 않으리라고 생각되는 사항을 말하며 어떠한 사실이 이에 해당하는가는 보험의 종류에 따라 달라질 수밖에 없는 사실인정의 문제로서 보험의 기술에 비추어 객관적으로 관찰하여 판단되어야 하며 최종적으로는 보험의 기술에 정통한 전문가의 감정에 의하여 결정되어야 한다.¹¹⁵⁾ 암보험의 경우 어떠한 사실이 고지의무의 대상이 되는 “중요한 사항”에 해당하는지가 문제될 수 있는 것이다. 그 밖에, 고지의무 위반에 있어 보험계약자 또는 피보험자에게 고의나 중과실이 있었다고 볼 수 있는지, 만약 고지의무 위반에 해당한다면 이러한 고지의무 위반 사실과 암의 발생 사이에 인과관계가 있었다고 볼 수 있는지 등도 쟁점이 될 수 있다.¹¹⁶⁾

114) 상법 제655조 문언에 의하면 고지의무 위반 사실과 보험사고 발생 사이에 인과관계가 없다는 점에 대해서는 보험계약자 또는 피보험자가 이를 입증하여야 함. 그러나 보험약관에서는 고지의무 위반 사실이 보험사고 발생에 영향을 미쳤다는 점에 대해 보험회사가 이를 증명하도록 규정하고 있는 것이 일반적임

115) 대법원 1996. 12. 23. 선고 96다27971 판결 등임

116) 그 밖에도, 고지의무 위반으로 인해 보험계약을 해지하더라도 고지의무 위반과 보험사고 발생 사이에 인과관계가 없는 경우에는 보험계약 해지 전에 발생한 보험사고에 대해 보험회사가 보험금 지급 책임을 부담하는데, 암보험에서는 보험계약 해지 전에 진단 확정된 암과 관련하여 보험계약 해지 후에 수술, 입원 등이 발생한 경우에 보험회사가 암수술비, 암입원비 등의 지급 책임을 부담하는 것인지에 대한 분쟁도 다수 발생하였음. 이에 대해서는 9항에서 별도로 살펴보도록 함

나. 주요 분쟁 사례

1) 금감원 분쟁조정 사례

가) 고지의무 위반 요건 관련 사례

암보험의 경우 어떠한 사실이 고지의무의 대상이 되는 중요한 사항에 해당하는지와 관련하여 분쟁조정위원회에서는 원칙적으로 청약서상 질문표 기재 내용에 따라 엄격하게 판단하고 있는 것으로 보이며, 다음과 같은 사례들에서 고지의무 위반에 해당하지 않는다고 판단하였다.

〈표 III-10〉 고지의무 위반에 해당하지 않는다고 판단한 사례

사건번호	사실관계 및 분쟁조정위원회의 판단
제2000-15호	- 피보험자가 1995. 10. 내시경검사에서 만성위염으로 진단받고 이후 1년에 1~2일 통원치료를 받은 사실을 고지하지 않고 1999. 5. 보험에 가입하였고, 1999. 8. 위암으로 확정 진단을 받은 사안 - 표준청약서 질문표상으로는 최근 5년 이내의 치료 등과 관련하여 “계속 7일 이상의 치료”를 고지하도록 하고 있으나, 해당 사안에서 사용된 약식청약서 질문표상으로는 7일 이상이라는 제한 없이 “최근 5년 이내에 의사의 진료·치료·투약·입원·수술 등을 받은 사실이 있는지”를 질문하고 있었고, 이에 대해 피보험자가 아니라고 답변함 - 고지의무의 대상이 되는 중요한 사항은 약식청약서가 아닌 표준청약서를 기준으로 하여 합리적이고 제한적으로 해석해야 하며, 해당 사안에서는 1년에 1~2일 통원치료를 받았을 뿐이어서 표준청약서상 질문표에 의하면 고지의무 위반에 해당하지 않음 - 해당 사안에서는 표준청약서와는 현저히 다른 약식청약서를 사용함으로써 피보험자가 자신의 병력에 대해 충실하게 고지할 수 없었으며, 만성위염은 성인의 위내시경 검사 상 흔히 발견되는 것으로서¹¹⁷⁾ 4년 전의 위내시경 검사 사실과 1년에 평균 1~2일 치료받은 사실을 고지하지 않은 것에 피보험자의 고의 또는 중과실이 있다고 보기는 어려움
제2003-59호	- 피보험자가 2002. 12. 받은 유방 검사에서 암이 아니라는 진단(유방 실질의 음영)과 함께 6개월마다 정기 검진을 받으라는 권유를 받았고, 2003. 4. 보험에 가입하였는데 2003. 7. 유방암으로 확정 진단을 받은 사안 - 청약서 질문표상 “최근 5년 이내에 의사로부터 진찰 또는 검사를 받고 그 결과 입원·수술·정밀검사를 받았거나 계속하여 7일 이상 치료, 30일

117) 피보험자를 치료한 전문의도 만성위염은 성인의 위내시경 검사에서 발견되는 일반적인 내시경 소견이라고 진술함

〈표 III-10〉 계속

사건번호	사실관계 및 분쟁조정위원회의 판단
제2003-59호	이상 투약 받은 적이 있는지”, “최근 5년 이내에 다음과 같은 병명¹¹⁸⁾으로 의사로부터 진찰 또는 검사를 통해 진단을 받았거나 치료·투약·입원·수술·정밀검사를 받은 적이 있는지”라는 질문에 대해 피보험자가 아니라고 답변함 · 청약서 질문표상 정밀검사를 받은 사실 유무를 묻는 질문에 대해서는 청약서 뒷면의 건강상태표를 참조하여 작성하도록 하고 있는데, 해당 사안에서 문제된 유방 실질의 음영은 건강상태표에 있는 악성종양은 물론 양성종양에도 해당하지 않고 기타 건강상태표에서 열거한 어떠한 질환에도 해당하지 않으므로 고지 대상으로 보기 어려움 · 정밀검사를 받아 특별한 이상이 없는 소견이 나온 사실은 고지의무의 대상이 되는 중요한 사항이라고 보기 어려우며, 설사 중요한 사항이라고 보더라도 검사 결과 특별한 문제가 없는 경우에는 고지 대상에 포함되는지를 판단하기가 쉽지 않아 피보험자에게 고의 또는 중과실이 있다고 보기 어려움
제2005-49호	· 피보험자가 2000. 12. 초음파검사 결과 갑상선 선종 의심 소견을 받고, 2002. 11. 실시한 건강검진에서는 갑상선 결절(Indetermined) 및 3개월 후 추적검사 필요라는 소견을 받았는데, 2003. 9. 보험에 가입하였으며 2005. 1. 갑상선암으로 확정 진단을 받은 사안 - 청약서 질문표상 “최근 5년 이내에 아래와 같은 증상이나 질환으로 의사로부터 진찰, 검사를 통하여 진단을 받았거나 치료, 투약, 입원, 수술, 정밀검사를 받은 적이 있는지” 라고 되어 있고 그 아래 당뇨병, 갑상선 질환, 내분비 질환 등이 열거되어 있는 질문에 대해 피보험자가 아니라고 답변함 · 해당 사안에서 ‘갑상선 선종 의심, 갑상선 결절(Indetermined) 및 3개월 후 추적검사가 필요하다’는 소견만으로는 갑상선 질환에 대한 진단이 있었다고 보기 어려움¹¹⁹⁾ · 설사 고지해야 할 중요한 사항에 해당된다고 하더라도 피보험자가 최초로 갑상선 선종 의심 소견을 받고 약 4년 1개월, 보험계약 후 1년 4개월 동안 정밀진단이나 치료 등의 사실이 전혀 없었던 점으로 보아 피보험자는 해당 소견을 경미한 증세로 판단하고 고지하지 않은 것으로 보이므로 고의 또는 중대한 과실이 있었다고 보기 어려움
제2013-4호	· 피보험자가 2010. 7. 및 2011. 7. 직장건강검진에서 갑상선 결절 진단과 ‘당장은 특별한 치료가 필요하지 않지만 경과관찰 위해 추적검사 요함’이라는 소견을 받고, 2011. 10. 보험에 가입하였으며 2012. 8. 갑상선암으로 확정 진단을 받은 사안

118) 암, 백혈병 등이 열거되어 있음

119) 분쟁조정위원회에서는 ‘갑상선 결절(Indetermined)’이라는 기재를 갑상선 결절로 확정적으로 진단하였다고보다는 갑상선 결절이 의심된다는 소견 정도로 이해한 것으로 추측됨. 참고로 갑상선 결절의 경우 악성인지 양성인지 구별할 수 없는 중간형에 대해 Indeterminate라는 표현을 사용하기도 하는 것으로 이해됨

〈표 III-10〉 계속

사건번호	사실관계 및 분쟁조정위원회의 판단
제2013-4호	- 청약서 질문표상 “최근 3개월 이내에 의사로부터 진찰 또는 검사를 통하여 의료행위(질병확정진단, 질병의심소견, 치료, 입원, 수술, 투약)를 받은 사실이 있는지”라는 질문에 대해 피보험자가 아니라고 답변함 • 해당 사안에서 갑상선 결절에 대해 당장은 특별한 치료가 필요하지 않다고 명시되어 있고 별도의 정밀검사가 필요하다는 내용도 없으며 실제로 피보험자가 치료, 수술, 투약 등을 받은 적도 없어 청약서상 의료행위 중 질병 확정진단이나 질병 의심소견을 받은 것으로 단정하기 어려우며, 통상 성인 2~4명 중 1명은 갑상선 결절이 발견된다는 점을 감안할 때 단순한 건강검진상의 갑상선 결절을 고지의무 사항이라고 보기는 어려움¹²⁰⁾ • 피보험자가 다른 질문사항에 대해서는 정확하게 고지한 점, 2012. 8. 건강검진에서 흡입세포검사가 필요하다는 내용을 안내받고 나서야 정밀검사 후 치료를 받은 점, 건강검진센터에서 특별한 치료가 필요하지 않고 단지 경과관찰만이 필요하다고 안내받았을 뿐인 점 등을 감안하면 피보험자에게 고의 또는 중대한 과실이 있었다고 보기 어려움
제2012-13호	• 피보험자가 2009. 8. 자궁경부 세포진검사 결과 ‘고등급 편평상피내 병변’ 소견을 받고 2010. 1. 보험에 가입하였으며 2011. 3. 자궁경부 악성 신생물로 확정 진단을 받은 사안 - 청약서 질문표상 “최근 3개월 이내에 의사로부터 진찰, 검사를 통하여 진단을 받았거나 그 결과 치료·입원·수술·투약을 받은 사실이 있는지”, “최근 5년 이내에 의사로부터 진찰 또는 검사를 받고 그 결과 입원·수술·정밀검사를 받았거나 계속하여 7일 이상 치료, 30일 이상 투약 받은 적이 있는지” 라는 질문에 대해 피보험자가 아니라고 답변함 • 피보험자는 청약 5개월 전에 소견을 받은 것뿐이어서 위 청약서 질문표상 물어보고 있는 상황에는 해당하지 않음 • 고지의무의 대상이 되는 중요한 사항은 반드시 청약서 질문표에 열거된 내용에 한정된다고 보기는 어렵지만, 질문표에 해당하지 않더라도 중요한 사항에 해당한다는 것을 피보험자가 알고도 고의로 또는 중대한 과실로 고지하지 않았다는 점을 보험회사가 입증해야 할 것이나, 해당 사안에서는 입증되지 아니하였음

한편, 초음파검사나 미세침흡인검사 등 정밀검사를 통해 갑상선 결절, 유방 결절 등이 발견되었는데 이를 고지하지 않고 보험에 가입한 경우에 대해서는 피보험자의 고지의무 위반을 인정한 사례가 많다.

120) 한편 아래 〈표 III-11〉에서 보는 대로 제2009-80호 사안에서는 직장건강검진에서 두 차례 갑상선 결절 소견을 받은 것을 알리지 않은 것에 대해 피보험자의 고지의무 위반을 인정하였음

〈표 III-11〉 고지의무 위반에 해당한다고 판단한 사례

사건번호	사실관계 및 분쟁조정위원회의 판단
제2006-13호	- 피보험자가 2003. 5. 초음파검사 결과 갑상선에 낭종이 발견되었고 2003. 9. 초음파검사 결과 갑상선 결절이 발견되었으며 2003. 9. 실시한 미세침흡인검사에서는 결절성 갑상선 선종 진단을 받았으며 6개월 후 추적관찰 소견이 있었는데, 2004. 1. 보험에 가입하였으며 2005. 9. 갑상선암 확정 진단을 받은 사안 - 청약서 질문표상 “최근 5년 이내에 의사로부터 진찰, 검사를 받고 그 결과 병이나 증상으로 7일 이상 계속 치료, 입원하였거나 또는 30일 이상 투약하거나 수술, 정밀검사(심전도, X선, 혈액검사, 종합건강진단 등)를 받은 적이 있는지” 라는 질문에 대해 피보험자가 아니라고 답변함 - 질문서에서는 정밀검사 중 가장 기본적인 X선, 혈액검사 등을 예시하고 있는 것으로서 정밀검사가 이에 한정되는 것은 아니며 초음파검사나 미세침흡인검사도 정밀검사에 해당함 - 해당 사안에서 초음파검사 또는 미세침흡인검사를 통해 갑상선 질환에 대한 정밀검사를 받은 사실이 있고 그 결과 갑상선 결절이 발견되었으며 향후 추적관찰이 필요하다는 의료소견까지 있었으므로, 청약시 이를 고지하지 않은 데에 피보험자에게 고의 또는 중과실도 있었다고 보임¹²¹⁾
제2006-14호	- 피보험자가 2005. 2. 초음파검사 결과 갑상선 결절이 발견되었으며 2005. 2. 실시한 미세침흡인검사에서는 여포성 세포로 진단되었고 반복적 검사를 받도록 권유를 받았는데, 2005. 7. 보험에 가입하였으며 2005. 11. 갑상선암 확정 진단을 받은 사안 - 청약서 질문표상 “최근 5년 이내에 의사로부터 진찰, 검사를 받고 그 결과 병이나 증상으로 7일 이상 계속 치료, 입원하였거나 또는 30일 이상 투약하거나 수술, 정밀검사(심전도, X선, 혈액검사, 종합건강진단 등)를 받은 적이 있는지” 라는 질문에 대해 피보험자가 아니라고 답변함 - 질문서에서는 정밀검사 중 가장 기본적인 X선, 혈액검사 등을 예시하고 있는 것으로서 정밀검사가 이에 한정되는 것은 아니며 초음파검사나 미세침흡인검사도 정밀검사에 해당함 - 해당 사안에서 초음파검사 또는 미세침흡인검사를 통해 갑상선 질환에 대한 정밀검사를 받은 사실이 있고 그 결과 갑상선 결절이 발견되었으며 향후 추적관찰이 필요하다는 의료소견까지 있었으므로, 청약시 이를 고지하지 않은 데에 피보험자에게 고의 또는 중과실도 있었다고 보임
제2009-75호	피보험자가 2008. 5. 갑상선 기능저하증 진단과 약물 처방을 받고 2008. 5. 초음파검사 결과 갑상선 양성 신생물 진단 및 6개월 후 초음파검사를 다시 받도록 권유를 받았는데, 2008. 9. 보험에 가입하였으며 2008. 12. 갑상선암 확정 진단을 받은 사안

121) 〈표 III-10〉에서 살펴본 바와 같이 갑상선 결절과 관련하여 제2005-49호 사안에서는 고지의무 위반을 인정하지 않았음. 본 사안과 비교해보면 제2005-49호의 사안에서는 갑상선 결절로 확정적으로 진단받았다고보다는 갑상선 결절 의심 소견 정도로 이해한 것으로 보이며 정밀검사인 미세침흡인검사까지 받은 것이 아니라는 차이점이 있음

〈표 III-11〉 계속

사건번호	사실관계 및 분쟁조정위원회의 판단
제2009-75호	- 청약서 질문표상 “최근 5년 이내에 의사로부터 진찰, 검사를 받고 그 결과 입원, 수술, 정밀검사(심전도, 방사선, 건강진단 등)를 받았거나 계속하여 7일 이상 치료 또는 30일 이상 투약을 받은 적이 있는지” 라는 질문에 대해 피보험자가 아니라고 답변함 • 질문서에서 고지대상인 정밀검사는 위 3가지 검사만을 의미한다고 한정적으로 해석하기보다는 정밀검사 항목을 예시적으로 나열하고 있는 것으로 이해하는 것이 합리적임 • 해당 사안에서 보험계약 체결 약 100일 전에 초음파검사 결과 갑상선 양성 신생물로 진단받고 6개월 후 초음파 재검사가 필요하다는 의료소견이 있었음에도 이를 알리지 않은 것은 피보험자에게 고의 또는 중과실도 있었다고 보임
제2009-80호	• 피보험자가 2004. 12. 및 2005. 12. 초음파검사(직장건강검진)에서 갑상선 결절 진단과 내분비 내과의 진료 또는 추적검사가 필요하다는 소견을 받고, 2006. 12. 보험에 가입하였으며 2008. 12. 갑상선암으로 확정 진단을 받은 사안¹²²⁾ - 피보험자의 자진청약으로 보험 가입이 이루어졌으며, TM 상담원과의 유선통화 내용에 의하면 고지의무의 취지를 피보험자가 충분히 인식하고 있었던 것으로 보임 • 직장건강검진 결과이고 피보험자가 해당 검사 결과를 가법계 여겼다고 해서 고지의무 위반이 배제될 수는 없는 것이며, 보험계약 체결 이전 두 차례에 걸쳐 이루어진 초음파검사 결과 갑상선 결절 소견이 있었음에도 이를 알리지 않은 것은 고지의무 위반이 인정됨
제2008-2호	• 피보험자가 2006. 3. 자궁근종 진단을 받고 2006. 4. 유방 정밀검사 결과 양성으로 추정되는 결절이 발견되었으며 2007. 2. 보험에 가입하였고 2007. 7. 유방암으로 확정 진단을 받은 사안 - 청약서 질문표상 “최근 5년 이내에 의사로부터 진찰을 받고 그 결과 입원, 수술(제왕절개 포함), 정밀검사(심전도, 방사선, 건강진단 등)를 받았거나, 계속하여 7일 이상 치료 또는 30일 이상 투약 받은 적이 있는지” 라는 질문에 대해 피보험자가 아니라고 답변함 • 해당 사안에서 정밀검사인 유방촬영술 결과 유방결절이 있어 유방 초음파 검사를 권유받았음에도 이를 고지하지 않은 것은 적어도 중대한 과실로 고지의무를 위반한 것으로 보임
제2005-38호	• 피보험자가 2002. 7. 왼쪽 팔 중앙 제거 수술을 받고 당시 조직검사 결과 ‘지방육종’ 진단을 받았으며, 2002. 11. 보험에 가입하였고 2003. 3. 척추 옆 대동맥에 지방육종이 발병하여 방사선 치료를 받고 2004. 6. 조직검사 결과 지방육종 진단을 받은 사안

122) 청약서 질문표상 질문 내용은 분쟁조정위원회 조정결정서에 나타나 있지 않았음

〈표 III-11〉 계속

사건번호	사실관계 및 분쟁조정위원회의 판단
제2005-38호	- 청약서 질문표상 “최근 3개월 이내에 의사로부터 진찰, 검사를 통하여 진단을 받았거나 그 결과 치료·입원·수술·투약을 받은 사실이 있는지”라는 질문에 “예”라고 답하였고, “최근 5년 이내에 아래와 같은 병명으로 의사로부터 진찰, 검사를 받고 그 결과 입원·수술·정밀검사(심전도, 방사선, 건강진단 등)를 받았거나 계속하여 7일 이상 치료, 30일 이상 투약 받은 적이 있는지”라는 질문에 대해 “중양·육종(악성중양), 양성중양”란에도 “예”라고 체크하였으며, 세부 기재내역에 “병명: 지방종, 치료병원: 고대 안암, 치료기간: 7일 입원, 치료내용: 수술, 재발경험: 없음, 완치여부: 완치”라고 기재함 • 피보험자가 중양 제거 수술을 하면서 시행한 조직검사에서 지방육종으로 진단 받은 사실을 알고 있었으므로 병명을 지방육종이 아니라 양성중양인 지방종으로 기재한 것은 중과실에 의한 고지의무 위반으로 보임¹²³⁾
제2001-37호	• 피보험자가 1995. 6. 대장암(선암)으로 진단 받고 수술을 받았으며 1995. 7.부터 6개월간 항암제를 매일 투약 받았고, 2000. 8. 보험에 가입하였는데 2001. 3. 간암으로 진단 받은 사안 - 청약서 질문표상 “최근 5년 이내에 암으로 치료, 복약, 입원하였거나 또는 수술, 정밀검사를 받은 사실이 있는지”라는 질문에 대해 아니라고 답변함 - 2001. 3. 간암으로 진단 받은 병원의 결과보고서에 의하면 대장암(선암)에서 전이되었을 가능성이 가장 크다고 기록되어 있음 • 피보험자가 보험 가입 전 5년 이내에 대장암치료를 위해 항암제를 수개월간 매일 투약 받은 사실이 있음에도 이를 고지하지 않은 것은 고의 또는 중과실에 의한 고지의무 위반으로 보임

나) 기타 사례

앞서 살핀 바와 같이, 고지의무 위반의 요건이 충족되면 보험회사는 보험계약을 해지하고 보험금 지급 책임을 면할 수 있지만, 다만 고지의무 위반 사실과 보험사고 발

123) 다만 해당 건에서는 피보험자가 치료병원, 치료기간, 수술 등의 내역을 사실대로 기재하였으므로 보험회사가 지방종 또는 지방육종에 대한 수술 여부를 추가로 확인하지 않은 것은 보험회사에게 중과실이 있었다고 하여 피보험자의 고지의무 위반을 이유로 한 보험계약 해지 처리는 타당하지 않다고 판단함(상법 제651조에 의하면 보험회사가 계약 당시에 고지의무 위반 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못한 때에는 보험계약을 해지할 수 없음). 이처럼 피보험자의 고지의무 위반을 이유로 한 보험계약 해지는 인정하지 않았지만, 한편 해당 건에서는 피보험자가 보험계약 체결 이전에 이미 조직검사 결과 지방육종으로 진단 받은 사실이 있고 이는 보험계약 당시에 이미 보험사고가 발생한 경우라고 보아, 최종적으로는 상법 제644조에 따라 해당 보험계약을 무효라고 판단하였음

생 사이에 인과관계가 없는 경우, 즉 보험사고의 발생이 보험계약자나 피보험자가 불고지 또는 부실고지한 사실에 의한 것이 아닌 경우에는 여전히 보험회사가 보험금 지급 책임을 지게 된다. 고지의무 위반 사실과 보험사고 사이에 인과관계가 인정되는지 여부의 쟁점과 관련해서는 다음과 같은 분쟁조정 사례들이 있다.

〈표 III-12〉 고지의무 위반 사실과 보험사고 사이의 인과관계에 대한 사례

사건번호	사실관계 및 분쟁조정위원회의 판단
제2001-37호	- 피보험자가 보험 가입 전에 대장암(선암)으로 진단 받은 후 수술 및 항암 치료를 하고 보험에 가입하였으며 그 후 간암으로 진단 받은 사안 - 간암으로 진단 받은 병원의 결과보고서에 의하면 대장암(선암)에서 전이되었을 가능성이 가장 크다고 기록되어 있음 - 의료경험직상 간암은 원발성보다는 전이성이 훨씬 많고, 전이되는 경우 대장암이나 위암 등으로부터 전이되는 경우가 많으며, 해당 진에서 병원의 결과보고서에 의하더라도 피보험자의 간암이 대장암(선암)에서 전이되었을 가능성이 가장 크다고 추정하고 있는 점에 의하면 고지의무 위반과 보험사고 간에 인과관계가 인정된다고 보아, 보험회사에게 보험금 지급 책임이 없다고 판단함
제2012-17호	- 피보험자가 2010. 7. 에 ‘경부(목) 및 서혜부(대퇴부) 림프절 종대’를 병명으로 진료의뢰서를 발급받고 2010. 8. 림프절 종대로 초음파 및 조직검사를 예약한 후 이를 고지하지 않고 2010. 8. 보험에 가입하였으며, 보험 가입 후 2010. 8. 실시한 경부 및 서혜부 림프절 조직검사에서는 ‘반응성 증식(또는 임파선염)’으로 진단받았고, 이후 2011. 5. ‘복강(복부)내 비호지킨 림프종’으로 진단 받은 사안 - 비호지킨 림프종으로 진단 받은 병원의 진료소견서에는 경부 및 서혜부 림프절은 암과 연관되지 않는 것으로 판단된다고 기재되어 있었으며, 비호지킨 림프종으로 진단 받았을 때에도 경부 및 서혜부는 반응성 증식으로 진단되었음 - 반응성 증식은 바이러스나 세균 감염에 대한 방어작용의 하나로 림프구가 증식하여 림프절이 커지는 경우로서 암인 비호지킨 림프종과는 다르며, 해당 사안에서 피보험자는 비호지킨 림프종으로 진단되었을 당시에도 경부 및 서혜부 림프절에 대한 조직검사 결과는 이전과 마찬가지로 반응성 증식으로 나온 것을 보면, 경부 및 서혜부 림프절 종대는 처음부터 끝까지 반응성 증식이었고 이와는 별도로 비호지킨 림프종이 복강 내에서 새로이 발병한 것으로 보이므로, 경부 및 서혜부 림프절 종대로 진찰받은 것과 비호지킨 림프종 사이의 인과관계가 인정되지 않는다고 봄 - 이에, 고지의무 위반을 이유로 한 보험계약 해지는 적정하나, 보험회사에게 보험금 지급 책임은 있다고 판단함

보험계약자나 피보험자의 고지의무 위반을 이유로 한 보험회사의 보험계약 해지와 관련하여, 그 해지권 행사의 방법에 관해 다루고 있는 분쟁조정 사례도 있다. 이에 의하면 분쟁조정위원회는, 보험회사가 고지의무 위반을 이유로 한 해지 통지를 할 때에는 단지 '고지의무 위반을 이유로 보험계약을 해지한다'는 정도의 내용만 기재하는 것으로는 부족하며, 구체적으로 고지의무 위반 사실이 무엇인지를 해지 통지의 상대방이 알 수 있도록 기재해야 한다는 입장이다(제2019-1호).

해당 분쟁조정 사례는 피보험자가 간세포 암종 진단을 받았음을 이유로 암진단비를 청구한 사안이었는데, 피보험자가 보험 가입 당시 ① '간경화에 관한 사실'과 ② '당뇨에 관한 사실'을 고지하지 않았고, 보험회사도 ① '간경화에 관한 사실'과 ② '당뇨에 관한 사실'을 불고지했음을 알았지만, 보험회사가 해지를 함에 있어서는 ①의 '간경화에 관한 사실'만을 계약 해지 사유로 명시하였을 뿐 ②의 '당뇨에 관한 사실'은 명시하지 않고 해지 통지를 하였다. 그 이후 해지 사유로 명시되었던 '간경화에 관한 사실'에 대해서는 결과적으로 피보험자의 고의·중과실이 없다고 판단되어 고지의무 위반으로 인한 보험계약 해지의 효력이 발생하지 않게 되었는데, 이 경우 '당뇨에 관한 사실'에 대한 고지의무 위반을 이유로 한 보험계약 해지의 효력은 발생했다고 볼 수 있는지가 문제되었다.¹²⁴⁾

즉, 보험회사는 '당뇨에 관한 사실'을 불고지했음을 이유로 해지의 의사표시를 한

124) 구체적 사실관계를 살펴보면, 피보험자가 2015. 12. 22. 보험에 가입한 후 2016. 11. 16. 간세포 암종으로 확정 진단을 받고 2017. 1. 24. 보험회사에 암진단비를 청구하였는데, 2017. 2. 17. 손해사정 결과 보고서에 의하면 피보험자가 과거 '복부초음파 검사상 조기 간경변증 소견'과 '당뇨 진단하에 1회 통원'한 사실을 보험 가입 당시 고지하지 않았다고 기재되어 있었음. 이에 보험회사는 '피보험자가 간경화 진단을 받았음에도 이 사건 보험 계약 체결 시 이를 알리지 않아 고지의무를 위반했다'는 이유로 2017. 3. 6. 보험계약을 해지하고, 고지의무 위반 사실(간경화)과 보험금 지급 사유(간세포 암종) 간에 인과관계가 인정되므로 보험금을 지급할 수 없다는 사실을 2017. 4. 14. 피보험자에게 통지하였음. 그런데 추가 조사 결과 피보험자가 과거에 의사로부터 간경화가 있다는 사실을 들은 적이 없어 해당 사실을 인지하지 못하고 있었음이 확인되었고, 이에 보험회사는 '간경화'와 관련한 고지의무 위반에 대해 피보험자의 고의·중과실이 없다고 판단하여 암진단비를 피보험자에게 지급하였음. 이후 피보험자는 고지의무 위반이 없었기 때문에 해지된 계약을 원상회복시켜야 한다고 보험회사에 요청하였으나, 보험회사는 피보험자가 '당뇨'로 치료 받은 사실을 고지하지 않아 고지의무를 위반하였으므로 보험계약 해지는 여전히 적법하다고 주장하였고, 이에 해당 보험계약이 적법하게 해지된 것인지 아니면 유효하게 존속하는 것인지에 대한 분쟁이 발생한 것임

사실이 없으므로 보험계약이 해지되지 않았다고 보아야 하는 것인지,¹²⁵⁾ 아니면 해지 통지문에 당뇨에 관한 사실을 특정하여 명시하지 않았을 뿐 고지의무 위반을 이유로 보험계약을 해지한다는 취지가 피보험자에게 전달된 이상 종래의 해지의 의사표시는 당뇨를 포함한 ‘고지의무 위반’을 이유로 한 것으로 해석되므로 보험계약은 이미 적법하게 해지되었다고 보아야 하는 것인지가 문제된 것이다.

이에 대해 분쟁조정위원회는, 보험회사가 고지의무 위반으로 보험계약을 해지하고자 하는 경우에는 불고지 사실이 무엇인지 해지 통지의 상대방이 알 수 있도록 기재해야 한다고 보았다. 불고지 사실이 무엇인지 알리지 않은 채 단지 ‘고지의무를 위반했기 때문에 보험계약을 해지한다’는 내용만을 기재해서 보험계약을 해지하는 것이 허용될 경우에는 보험계약자 측의 방어권이 충분히 보장되지 않는다고 본 것이다. 또한 보험약관상 고지의무 위반의 효과에 관한 조항에 의하면 보험회사가 보험계약을 해지할 때 “계약 전 알릴 의무 위반 사실뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 계약의 처리결과를 ‘반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다’라는 문구와 함께 계약자에게 서면 등으로 알려 드립니다”고 정하고 있는데,¹²⁶⁾ 이에 의하더라도 고지의무 위반을 이유로 보험계약을 해지한다는 내용만 통지하는 것으로는 부족하다고 보았다. 아울러, 2개 이상의 질병에 대한 고지의무 위반이 있는 경우에는 각각의 질병을 기준으로 고지 대상인 중요한 사항인지 여부, 보험계약자 또는 피보험자에게 고의·중과실이 있는지 여부가 달리 판단될 수밖에 없고, 해지권 행사의 제척기간 역시 각각의 불고지 사실을 보험회사가 안 날을 기준으로 진행하므로 보험회사는 2개 이상의 질병에 대한 고지의무 위반으로 해지권을 행사하는 경우에는 각각의 제척기간 내에 행사해야 한다고 보았다.

결국, 해당 사안의 경우 보험회사는 ‘간경화’에 대한 고지의무 위반을 이유로 해지한다고 통지하였을 뿐 ‘당뇨’에 대한 고지의무 위반을 기재한 사실이 없고, 보험회사가 ‘당뇨’에 대한 고지의무 위반에 대해 해지하겠다고 언급한 시점에는 이미 해지권 행사

125) 보험회사가 해지 사유로 당뇨병을 언급하기 시작한 시점에는 이미 상법상 해지권 행사기간(고지의무 위반 사실을 안 날로부터 1월)이 경과한 후였음

126) 현행 생명보험표준약관 제14조 제2항에서도 동일한 내용으로 규정하고 있음

의 제척기간이 경과하였으므로, 해당 보험계약은 해지된 바 없이 유효하게 존속하고 있다고 판단하였다.

2) 판례

가) 고지의무 위반 요건을 충족하였다고 판단한 사례

보험계약자 또는 피보험자의 고지의무 위반이 성립하기 위해서는 보험계약자 또는 피보험자가 ‘중요한 사항’에 대해 고지하지 아니하거나 부실의 고지를 하여야 하는데, 이와 관련하여 법원은 청약서 질문 사항에 포함되어 있지 않다고 하더라도 고지의무의 대상인 중요한 사항에 해당할 수 있다는 입장을 취하고 있다. 즉, 피공제자가 1990년에 위암으로 수술 및 항암치료를 받고 그 후 정기적 혹은 부정기적으로 검진을 받는 상황이었는데 1996. 1. 상복부 불편감을 이유로 복부 초음파 검사를 받은 결과 위암 재발이 의심된다는 소견을 받고 확진을 위해 1개월 후에 복부 초음파 검사를 다시 받을 것을 권유 받았으나, 검사를 다시 받지 않고 1996. 2.에 ‘5년 내에 암을 앓거나 치료받은 적이 없다’고 답하면서 생명공제계약을 체결하였으며, 이후 1996. 5. 과 1996. 6. 항암치료를 받고 1996. 8. 위암의 재발 또는 전이로 사망한 사안이었다. 이 사안에서 법원은, 피공제자의 병력 내지 자각 증세, 의사의 암 재발 가능성 고지 사실 등은 설사 공제계약 청약서상의 질문사항에 포함되어 있지 않다고 하더라도 피공제자의 생명위험 측정상 중요한 사실로서 고지대상인 중요 사항에 포함된다고 보고 피공제자가 이를 고지하지 않은 것은 고지의무 위반에 해당한다고 판단하였다(대법원 1999. 11. 26. 선고 99다37474 판결).¹²⁷⁾

고지의무 위반의 요건 중 ‘중대한 과실’과 관련해서는, 법원은 현저한 부주의로 중요

127) 뒤에서 살펴보겠지만, 피보험자가 이미 5년 이전에 질병의 치료를 마친 후 그 재발 여부를 확인하기 위하여 정기적으로 검사를 받은 것이 고지의무 대상에 해당되는지가 명백하지 않다고 본 하급심 판례도 있음(서울고등법원 2011나72396 판결). 그러나 대법원 99다37474 판결 사안의 경우, 단순히 5년 전에 질병의 치료를 마치고 정기적으로 검사를 받던 상황에서 그친 것이 아니라, 그 과정에서 암의 재발이 의심된다는 소견 및 확진을 위한 재검사를 권유받은 상황에서 재검사를 받지 않고 1달 안에 보험에 가입한 상황이었음

한 사항의 존재를 몰랐거나 중요성 판단을 잘못하여 그 사실이 고지하여야 할 중요한 사항임을 알지 못한 것을 의미한다고 보며, 그와 같은 중대한 과실이 있는지 여부는 보험계약의 내용, 고지하여야 할 사실의 중요도, 보험계약의 체결에 이르게 된 경위, 보험자와 피보험자 사이의 관계 등 제반 사정을 참작하여 사회통념에 비추어 개별적·구체적으로 판단하고 있다. 이와 관련하여, 피보험자가 종양표지자 검사 및 재검사를 받는 동안 수치가 상승하였고 조직검사까지 받은 사실을 고지하지 않고 암보험에 가입한 사안에 대해서는 피보험자의 중대한 과실이 있었다고 볼 여지가 있다고 판단하였다(대법원 2015. 5. 14. 선고 2014다73336 판결).

〈표 III-13〉 대법원 2014다73336 판결 사안의 사실관계

-
- ① 피보험자는 2011. 10. 14. A의원에서 PSA수치 검사¹²⁸⁾를 받았는데 그 수치가 8.45ng/ml¹²⁹⁾으로 대학 병원 정밀검사를 받을 것을 권유받았음
 - ② 피보험자가 2011. 11. 7. ○○대학교병원에서 다시 검사한 PSA 수치는 6.36ng/ml이었고, 며칠 뒤인 2011. 11. 11. 같은 병원에서 다시 검사한 PSA 수치는 116.3ng/ml이었으며, 피보험자는 같은 날 전립선 조직검사도 받았음
 - ③ 피보험자는 2011. 11. 16. 암진단비, 암수술비 등 암 관련 담보를 포함하는 이 사건 보험계약을 체결하였음. 이 사건 보험계약 체결 당시 그 청약서 '계약 전 알릴 의무사항'란의 "최근 1년 이내에 의사로부터 진찰 또는 검사를 통하여 추가검사(재검사)를 받은 사실이 있습니까?"라는 질문사항에 대하여 '아니오'란에 표시하였음
 - ④ 피보험자는 2011. 11. 21. ○○대학교병원에서 진료를 받았는데 조직검사 결과 '전립선암'이 아니라 '양성전립선비대증'으로 진단되었음
 - ⑤ 이후 피보험자는 6개월마다 주기적 PSA 수치 검사를 받았는데 PSA 수치가 지속적으로 증가하자 전립선 생검을 실시하게 되었고 그 결과 2012. 12. 27. 전립선암으로 진단되었음
-

위 사안에 대해 1심 및 2심¹²⁹⁾에서는 피보험자의 PSA 수치 재검사 전력 등은 고지

128) PSA(Prostate Specific Antigen, 전립선 특이 항원)란 전립선의 상피세포에서 합성되는 단백질 분해 효소로 전립선 이외의 조직에서는 거의 발현되지 아니하여 전립선암의 선별에 이용되는 유용한 종양표지자임. 일반적으로 PSA 수치가 4ng/ml 이상이면 전립선암의 가능성이 있으나 전립선염, 전립선 비대증, 전립선 경색 등에서도 그 수치가 높아질 수 있음. 특별한 증상 없이 PSA 수치가 4ng/ml 이상인 경우에는 경직장 전립선 초음파, 신체검진 및 문진 등의 과정을 거쳐 전립선 조직검사를 받아 전립선암의 가능성을 배제한 후 PSA 수치를 주기적으로 추적 관찰하는 것이 권장됨

129) 대구지방법원 2014. 1. 9 선고 2013가합4535, 2013가합8032(반소) 판결; 대구고등법원 2014. 9. 23. 선고 2014나537(반소), 2014나544(반소) 판결

의무의 대상인 중요한 사항에는 해당하지만, 피보험자에게 종과실이 있었다고 보기는 어렵다고 판단하였다.¹³⁰⁾ 그러나 대법원에서는, 피보험자는 A의원에서 PSA수치 검사 결과 전립선암을 의심할 수 있는 정도의 수치가 나와서 2011. 11. 7. ○○대학교병원에서 다시 PSA 수치 검사를 받은 결과 정상수치보다 높은 수치가 나오자 불과 4일 후인 2011. 11. 11. PSA 수치 검사, 재검사, 전립선 조직검사를 받는 과정에서 전립선암으로 진단될 가능성이 있다는 점을 인식하고 있었다고 할 수 있으므로, 이 사건 보험계약을 체결할 때 이러한 사정을 고지하여야 한다는 것을 충분히 알고 있었거나 적어도 현저한 부주의로 인하여 이를 알지 못하였다고 볼 여지가 있다고 판단하였다.

그 밖에 고지의무 위반을 인정한 하급심 판례들은 다음과 같다.

〈표 Ⅲ-14〉 고지의무 위반을 인정한 기타 하급심 판례

사건번호	사실관계 및 법원의 판단
서울고등법원 2007. 11. 29. 선고 2006나79126 판결	• 피보험자가 보험 가입 전에 간기능 관련 정밀검사를 받고 30일 이상 투약한 사실이 있음에도 이를 고지하지 않고 보험에 가입하였으며 그 후 간암으로 진단 받고 치료를 받던 중 사망한 사안 - 피보험자는 2002. 10. 7. 병원에서 간기능검사, c형간염항체검사, 흉부 엑스레이 촬영을 한 후 2002. 10. 8. 위 병원에서 실리마린¹³¹⁾과 우루사 처방을 받고 30일분의 약을 구입함 - 2004. 5. 22. 정기건강검진 후 2004. 6. 14. 간장질환이 의심되어 정밀검사가 필요하다는 판정을 받아 2004. 7. 13. 정밀검사를 받은 결과 2004. 7. 16. 간장질환주의 판정을 받음 - 2004. 9. 22. 보험계약을 체결하면서 보험청약서상에 계약전 고지의무 사항으로 기재된 사항 중 최근 5년 이내에 의사로부터 진찰, 검사를 받고, 그 결과 입원, 수술, 정밀검사(심전도, 방사선, 건강진단 등)를 받았거나 또는 계속하여 7일 이상 치료 또는 30일 이상 투약을 받은 적이

130) PSA 수치는 전립선암인 경우 뿐만 아니라 전립선염, 전립선 비대증 등에서도 높아질 수 있는 것으로서 확정적인 질병 진단이라고 할 수는 없고 전립선계 질병 가능성을 암시하는 검사에 불과하므로 그 수치가 높다는 사정만으로 곧바로 전립선암이라고 확진할 수는 없는 점, 이 사건 보험계약 청약서 질문표에는 PSA 수치와 관련된 구체적 질문은 전혀 없었고 일반적 질병 진단 및 치료 등의 병력에 관한 질문만 기재되어 있었던 점, 따라서 피보험자는 자신이 PSA 수치검사를 세 차례 받았던 사실이 암진단 및 암수술을 주요보장대상으로 하는 이 사건 보험계약을 체결함에 있어서 고지해야 할 중요한 사항에 해당한다고 인식하기는 어려웠을 것으로 보이는 점, 실제로도 PSA 수치검사 및 전립선 조직검사 결과 이후 이 사건 암 진단까지 약 1년 이상 피보험자에게 어떠한 이상 증상이 나타났다는 별다른 자료가 없는 점 등을 종합적으로 고려한 것임

〈표 III-14〉 계속

사건번호	사실관계 및 법원의 판단
서울고등법원 2007. 11. 29. 선고 2006나79126 판결	있느냐는 물음에 '없음'이라고 기재함 • 최근 5년 이내에 정밀검사를 받은 사실과 30일 이상 투약을 한 사실을 보험회사에 고지하지 않은 것은 고지의무 위반에 해당한다고 판단함
대전지방법원 2003. 4. 10. 선고 2002가단3852 판결	• 피보험자가 보험 가입 전에 자궁경부 중등도 이형성증 등으로 진단받은 사실이 있음에도 이를 고지하지 않고 보험에 가입하였으며 그 후 자궁경부편평세포암으로 진단 받은 사안 - 피보험자는 자궁경부, 질, 외음부염, 외음부농양 등의 증세로 2000. 4. 22. 경부터 2001. 6 말경까지 사이에 수차례에 걸쳐 산부인과 의사로부터 진료를 받은 사실이 있음 - 2001. 6. 28.경 세포병리검사를 실시한 결과 2001. 7. 5. 자궁경부 중등도 이형성증, 자궁경부상피내종양 3기로 진단되었으며,¹³²⁾ 산부인과 의사는 그 당시 피보험자에게 세포병리검사의 결과를 설명하고 보다 정밀한 검사 및 처치를 위하여 종합병원을 방문할 것을 권유함 - 피보험자는 2001. 9. 11. 이 사건 보험계약 체결 시 청약서를 작성하면서, '계약전 고지의무 사항'에 속하는 '최근 3개월 이내에 의사로부터 진찰, 검사를 통하여 진단을 받았거나, 그 결과 치료, 입원, 수술, 투약을 받은 사실이 있습니까'라는 질문 및 '최근 5년 이내에 암과 같은 병명으로 의사로부터 진찰 또는 검사를 통하여 진단을 받았거나 치료, 투약, 입원, 수술, 정밀검사를 받은 적이 있습니까'라는 질문에 모두 '아니오'라고 답변함 • 피보험자가 세포병리검사 결과 자궁경부 중등도 이형성증, 자궁경부상피내종양 3기로 진단받고 종합병원에서 보다 정밀한 검사 및 처치를 받을 것을 권유받고도 진단 받은 사실이 없다고 답변한 것은 고의 또는 이에 가까운 중대한 과실로 중요한 사항에 대해 부실 고지를 한 것이라고 봄

나) 고지의무 위반 요건을 갖추지 못하였다고 판단한 사례

피보험자가 직장건강검진에서 갑상선 결절 진단을 받은 사실을 고지하지 않은 사안에
서, 법원은 고지의무의 대상인 '중요한 사항'에는 해당한다고 보았지만 피보험자에게 '중대
한 과실'이 있다고는 인정하지 않았다(대법원 2011. 4. 14. 선고 2009다103349 판결).¹³³⁾

131) 독성간질환, 간세포보호, 만성간염, 간경변 등을 치료하기 위한 용도로 사용되는약품

132) 피보험자가 진단받은 자궁경부 중등도 이형성증(Severe Dysplasia), 자궁경부상피내종양 3기(Cervical Intraepithelial Neoplasia Cin III)는 자궁경부암의 전구병소로 상피내암종으로 분류되는 것으로 이는 자궁경부암의 전구병변임

133) 사실관계는 원심판결인 대전고등법원 2009. 11. 25. 선고 2009나4075, 2009나4082 판결에 의함

〈표 III-15〉 대법원 2009다103349 판결 사안의 사실관계

-
- ① 피보험자가 2005. 10. 직장건강검진에서 받은 갑상선 초음파 검사 결과 ‘우측 갑상선 결절(5mm) 및 우측 갑상선 낭종(2~3mm)’의 진단과 함께 ‘6개월 후 추적검사’를 하라는 의사의 소견을 받았으나, 그 이후로 추적검사나 입원, 수술, 정밀검사 등을 받은 사실은 없었음
 - ② 피보험자가 2007. 1. 5. 보험에 가입하면서 ‘최근 5년 이내에 의사로부터 진찰, 검사를 받고 그 결과 입원, 수술, 정밀검사를 받았거나 계속하여 7일 이상 치료 또는 30일 이상 투약을 받은 적이 있습니까?’라는 질문에 ‘아니오’라고 답하였음
 - ③ 이후 2007. 12. 다시 직장건강검진을 받게 되었는데 갑상선 초음파 검사 결과 우결절(6mm), 낭종(3mm, 5mm), 좌결절(3.3mm) 진단과 양성 여부 판별을 위해 미세침흡인검사가 필요하다는 소견을 받고 2008. 2. 미세침검사 등의 정밀검사를 받았으며 2008. 3. 갑상선 우엽 절제술을 받고 갑상선암 확정 진단을 받았음
-

위 사안에서 우선 피보험자가 청약서 질문표에 사실과 다르게 답하였는지 여부가 문제되었는데,¹³⁴⁾ 피보험자는 직장건강검진 결과 갑상선 결절 진단을 받은 사실은 있으나 그러한 진단의 결과로 입원, 수술, 정밀검사를 받거나 치료 또는 투약을 받은 사실은 없으므로, 우선 청약서의 질문표에 거짓으로 답한 것으로 볼 수는 없다. 한편 청약서 질문표에 거짓으로 답한 것은 아니라고 하더라도, 상법 제651조에 따라 ‘중요한 사항’을 불고지 또는 부실고지한 경우에는 보험계약 해지 사유에 해당하기 때문에 피보험자가 불고지 또는 부실고지한 사항이 ‘중요한 사항’에 해당하는지 여부가 다시 쟁점이 되는데, 위 사안에 대해 법원은 갑상선 결절 진단을 받은 사실은 보험계약 체결에 있어 고지의무의 대상이 되는 중요한 사항에는 해당한다고 보았다. 그러나 나아가 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 고지의무를 위반했는지에 대해서는, ① 피보험자가 2005. 10. 실시한 직장건강검진 결과 통보받은 건강검진결과에는 갑상선결절 및 낭종, 6개월 후 추적검사를 받으라는 문구가 명시되어 있었을 뿐이어서 피보험자가 어떠한 질병을 확정적으로 진단받은 것으로 인식하였을 것이라고 보기 어렵다는 점, ② 피보험자는 2005. 10. 직장건강검진 이후 2007. 12. 다시 직장건강검진을 받기까지 2년여 동안 별다른 건강상의 장애나 이상 증상이 없어서 재검사를 받지 않았고 갑상선 결절과 관련된 추가적인 검사나 치료를 받지 않았던 점, ③ 피보험자가 위 건강검진결과를

134) 청약서 질문표에 사실과 다르게 답한 경우에는 해당 내용이 ‘중요한 사항’에 해당하는지 여부를 따질 필요 없이 보험약관에 따라 바로 보험계약 해지 사유에 해당할 수 있음

통보받고 1년 이상 지난 2007. 1. 이 사건 보험계약을 체결함에 있어 제시된 청약서의 질문사항에도 의사로부터 추적검사를 받으라는 내용의 진단결과가 있었는지를 묻는 질문이 없고, 의학전문가가 아닌 피보험자에게 그와 같이 질문사항에도 기재되지 아니한 사항까지 고지하여야 한다고 인식하거나 인식할 수 있었을 것으로 기대하기는 어려운 점 등을 종합하면, 피보험자가 이 사건 보험계약 체결 시 갑상선 결절 등의 사실을 고지하지 않은 것에 고의 또는 중대한 과실이 있었다고 단정하기는 어렵다고 판단하였다.

피보험자가 산부인과 의원에서 유방종괴 진단을 받고 악성종양이 의심된다는 이유로 종합병원으로의 전원 의뢰를 받았는데, 종합병원에서 유방촬영을 한 결과 유방실질불투과성¹³⁵⁾ 외에 특이 소견이 없고 1년 후 추적 관찰을 요한다는 진단을 받았으며, 이후 보험계약을 체결하면서 유방종괴 진단을 받은 사실에 대해 고지하지 않은 사안에서, 법원은 피보험자에게 고의 또는 중대한 과실이 있었다고 보기는 어렵다고 판단하였다. 피보험자가 산부인과 의원에서 유방종괴 진단을 받기는 했으나 해당 병원의 전원 의뢰에 따라 보다 전문적인 장비를 갖춘 종합병원에서 검사를 받았는데 그 당시 최종적으로 별다른 특이 소견이 없는 것으로 진단 받은 만큼 피보험자로서는 자신의 건강에 별다른 문제가 없는 것으로 생각할 수밖에 없었다고 본 것이다(대법원 2003. 6. 27. 선고 2003다12847 판결).

피보험자와 보험계약자가 다른 경우에 피보험자가 갑상선 결절로 진단 받은 사실에 대하여 보험계약자가 이를 알지 못하고 보험에 가입한 사안¹³⁶⁾에서, 법원은, 피보험자 본인이 아니면 정확하게 알 수 없는 개인적 신상이나 신체상태 등에 관한 사항은 보험계약자도 이미 그 사실을 알고 있었다거나 피보험자와의 관계 등으로 보아 당연히 알았을 것이라고 보이는 등의 특별한 사정이 없는 한 보험계약자가 피보험자에게 적극적으로 확인하여 고지하는 등의 조치를 취하지 아니하였다는 것만으로 바로 중대한

135) 유방 실질 조직이 비교적 단단하여 충분한 X선 투과가 되지 않아 사진상 하얗게 나타나는 것임

136) 보험계약자는 피보험자의 어머니였으며, 청약서 질문표 말미에 보험계약자와 피보험자가 각각 자필서명을 하도록 되어 있었지만 보험모집인이 보험계약자로부터만 서명을 받고 피보험자로부터는 자필서명을 받거나 질문사항에 대해 따로 확인한 바 없었음

과실이 있다고 할 것은 아니라고 보았다(대법원 2013. 6. 13 선고 2011다54631 판결).

그 밖에도 고지의무 위반을 부정한 하급심 판례들을 살펴보면 다음과 같다.

〈표 III-16〉 고지의무 위반을 부정한 기타 하급심 판례

사건번호	사실관계 및 법원의 판단
서울고등법원 2012. 4. 6. 선고 2011나72396 판결	- 피보험자가 5년 이전에 유방암치료를 마친 후 재발 여부를 확인하기 위해 정기적으로 검사를 받은 사실 등을 고지하지 않고 보험에 가입하였는데 그 후 재발성 유방암, 뇌로 전이의 진단을 받은 사안 - 피보험자는 2002. 12. 18. 병원에서 유방암진단을 받은 후 2003. 3. 14. 우측 유방절제술을 받았고, 2003. 3. 24.까지 입원하여 항암치료를 받았으며, 퇴원 후에는 2003. 8. 11.까지 통원치료를 받았음 - 수술 후 경과관찰을 위해 2004. 4. 7. 위 병원 방사선종양학과에 내원하여 흉부 후 전면 단순방사선촬영을, 2004. 4. 8. 위 병원 외과 및 중앙내과에 내원하여 좌측 유방촬영을 하였으나 진찰 및 검사결과 별다른 이상 소견은 없었고, 다만 유방암수술 후 호르몬 수용체 양성 of 병리소견이 있어 재발의 위험을 억제하기 위해 보조치료제로써 항호르몬제인 놀바덱스 6개월분을 처방받았음 - 경과관찰 및 검사를 위해 2004. 6. 24., 2004. 9. 20. 및 2004. 10. 11. 진료예약이 되었으나 그 후 위 병원에 내원하지 않았음 - 피보험자는 2008. 12. 1. 이 사건 보험계약을 체결하면서, 청약서상 “최근 5년 이내에 암 등과 같은 병명으로 의사로부터 진찰 또는 검사를 통하여 진단을 받았거나 치료, 투약, 입원, 수술, 정밀검사를 받은 적이 있습니까”라는 질문 및 “최근 5년 이내에 의사로부터 진찰, 검사를 받고 그 결과 입원, 수술, 정밀검사(심전도, 방사선, 건강진단 등)를 받았거나 계속하여 7일 이상 치료 또는 30일 이상 투약을 받은 적이 있습니까”라는 질문에 모두 ‘아니오’를 선택하여 표시하였음. 다만 피보험자는 당시 보험모집인에게 자신이 ‘암 수술을 받았다’는 사실은 고지하였음 - 이후 2010. 7. 4. 재발성 유방암, 뇌로 전이의 진단을 받음 - 피보험자와 같이 이미 5년 이전에 질병의 치료를 마친 후 그 재발 여부를 확인하기 위하여 정기적으로 검사를 받는 경우 등도 위 질문에서 열거한 알려야 할 사항에 해당되는지는 명백하지 않다고 봄 - 피보험자가 2004. 4. 정기검진에서 별다른 이상을 없다는 소견을 받았으며 보험계약 체결일을 기준으로 5년 이내에는 항암치료 등을 받았음을 인정할 만한 증거가 없는 이상, 고지의무 위반으로 판단하기 어렵다고 봄
부산지방법원 2006. 9. 8. 선고 2005가단132659 판결	- 의사가 피보험자에게 암의 가능성에 대해 제대로 설명해주지 않은 사안 - 피보험자는 2003. 2. 6. 의사 A로부터 임상진단, 혈액검사 및 초음파검사를 거쳐 샘종성 갑상샘종이라는 진단을 받고 이에 대한 45일분의 약물치료를 받은 후, 2004. 4. 27. 세침흡인세포진검사를 받았음 - 병리와 소속 의사는 2004. 4. 29. 의사 A에게 “이 표본은 비교적 정상적인 소포세포군들을 나타낸다”라는 설명과 함께 제1순위 진단명 샘종성 갑상샘종(Adenomatous Goiter..Suggestive), 제2순위 진단명 유두상암(Papillary Carcinoma)으로 된 검사결과를 통보하였음

〈표 III-16〉 계속

사건번호	사실관계 및 법원의 판단
부산지방법원 2006. 9. 8. 선고 2005가단132659 판결	- 의사 A는 피보험자에게 세포검사 결과를 설명하면서, 단순한 갑상샘종으로 나왔으므로 수술이나 다른 특별한 조치는 필요하지 않고 약물치료만 받으면서 경과를 살펴보자는 취지로 얘기하는 한편 암의 가능성을 내비추긴 하였으나 그 가능성은 매우 적다면서 다시 한 번 검사 결과가 암이 아님을 반복하여 설명하면서 특별히 암의 치료나 암의 위험성에 대한 설명도 하지 아니하고 이미 4. 24. 처방해 준 갑상샘종에 대한 30일분의 약물을 그대로 복용하도록 하였음 - 피보험자는 2005. 4. 11. 이 사건 보험계약을 체결하면서 위 갑상샘종, 유두상암 진단을 받은 사실을 고지하지 않음 - 피보험자는 이후 2005. 8. 5.경 갑상선 복용을 위하여 갑상선 검사를 받을 때까지 갑상선과 관련하여 병원이나 약국에서 치료를 받거나 약물을 조제 받은 적이 없었음 - 이후 피보험자는 2005. 9. 12. 갑상선 유두상암 진단을 받음 • 담당 의사조차도 암의 가능성을 희박하게 보아 암의 치료나 그 위험성도 설명해 주지 않고 약물 처방도 변경해 주지 않았다면 의학에 문외한인 피보험자로서는 자신의 질병을 단순 결절로 믿은 채 이에 대한 약을 먹고 나니 몸에 특별한 이상이 없어 완치된 것으로 믿었다고 하여 어떤 잘못이 있었다고는 할 수 없는 점, 담당 의사가 암의 가능성을 내비추었다고 하더라도 그 설명방법이나 정도, 이를 들은 피보험자의 태도 등에 비추어 볼 때 환자의 주의를 끌 수 없을 정도의 의례적이고 형식적인 수준에 지나지 않았던 것으로 보이는 점, 실제로 피보험자는 이후 갑상선과 관련된 어떠한 추가적인 진료 내지 검사를 받거나 투약을 하지도 않았던 점 등을 고려하면, 피보험자에게 중대한 과실이 있었다고 보기 어렵다고 판단함

다) 기타 사례

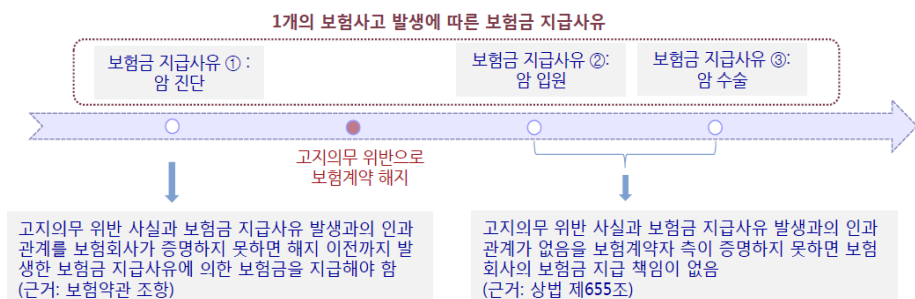
고지의무 위반 사실과 보험사고 발생 사이의 인과관계에 대한 입증책임 관련하여 참고할 만한 판례가 있다. 앞서 살펴본 바와 같이 상법 제655조에 의하면 보험사고가 발생한 후라도 보험회사가 고지의무 위반을 이유로 보험계약을 해지한 경우에는 보험금 지급 책임을 면할 수 있지만, 다만 고지의무 위반 사실과 보험사고 발생 사이에 인과관계가 없는 경우에는 여전히 보험회사가 보험금 지급 책임을 지게 된다.

여기서 위 상법 제655조에 의하면 고지의무 위반 사실과 보험사고 발생 사이에 인과관계가 없다는 점에 관한 입증책임은 원래는 보험계약자 측에 있는 것이다.¹³⁷⁾ 다

137) 손주찬·정동윤(2007); 한기정(2018); 대법원 2014. 3. 13. 선고 2013다91405,91412 판결 등

만, 보험약관에서는 고지의무 위반 사실이 보험사고 발생에 영향을 미쳤다는 점에 대해 보험회사가 이를 증명하도록 입증책임을 전환하고 있는 경우가 많은데, 생명보험 표준약관에서도 ‘계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 계약의 해지 이전까지 발생한 해당 보험금을 지급한다’고 규정하고 있다.¹³⁸⁾ 위 약관 조항의 해석과 관련하여 법원은, 약관에서 ‘계약의 해지 이전에 발생한 보험사고로 인한 보험금액 전체’가 아니라 ‘계약의 해지 이전까지 발생한 보험금’을 지급한다고 규정하고 있으므로, ‘계약의 해지 이전에 발생한 보험사고로 인하여 계약의 해지 이후에 발생한 보험금’에 대한 보험회사의 지급책임 유무를 판단함에 있어서는 다시 상법 제655조의 원칙으로 돌아가서 보험계약자 측이 인과관계 부존재에 대한 입증책임을 부담하는 것이라고 보았다(서울고등법원 2011. 5. 26. 선고 2010나44271 판결).¹³⁹⁾

〈그림 III-9〉 서울고등법원 2010나44271 판결의 판단



이 사안에서는 피보험자가 급성 골수성 백혈병 진단 및 입원 치료를 받고 피보험자의 고지의무 위반을 이유로 보험계약이 해지되었는데(해지 이후에도 추가로 입원 치료 및 조혈모세포이식 수술을 받았음), 보험사고는 급성 골수성 백혈병의 발병 자체이며 그로 인한 진단, 입원, 수술 등은 별개의 보험사고가 아니라 1개의 보험사고 발생에 따

138) 생명보험 표준약관 제14조 제4항

139) 보험금 지급 사유가 여러 개 있는데 이들을 단일한 보험사고로 파악하는 입장에 의하면, ‘해지 이전에 발생한 보험사고로 인한 보험금’과 ‘해지 이전에 발생한 보험금’은 달라질 수 있음. 이 부분에 대해서는 9항에서 추가로 살펴보도록 함

른 보험금 지급사유라고 보면서, 다만 고지의무 위반과 급성 골수성 백혈병 진단 사이의 인과관계에 대해 증명이 없는 경우로 보아, 보험계약 해지 전에 발생한 보험금 지급 사유에 대해서는 약관 조항에 따라 보험회사 측이 인과관계가 있음을 입증해야 하는데 입증을 못하였으니 보험금 지급 책임을 지는 것이고, 보험계약 해지 후에 발생한 보험금 지급사유에 대해서는 상법 제655조에 따라 보험계약자 측이 인과관계가 없음을 입증해야 하는데 입증을 못하였으니 보험회사의 보험금 지급 책임이 없다고 보았다.

한편, 보험회사가 보험계약을 체결할 때에 청약서상 질문사항에 관하여 구체적이고 상세한 명시·설명을 해야 하는지의 쟁점에 대한 판례도 있다. 대법원은, 피보험자의 질병과 사망을 담보하는 보험계약의 경우 주요 질병 또는 그 소인의 보유 여부에 대한 질문은 거래상 일반적이고 공통적인 것이어서 구체적이고 상세한 설명이 없더라도 통상의 보험계약자나 피보험자라면 그 내용과 취지를 쉽게 이해하고 답할 수 있는 사항이므로, 보험계약을 체결하면서 보험모집인이 질문표에 의하여 그 해당 사항이 있는지 여부를 직접 확인한 것만으로도 그에 대한 명시·설명의무를 다하였다고 할 수 있다고 판시하였다(대법원 2010. 11. 25. 선고 2010다39192 판결).

다. 검토

보험계약자 또는 피보험자의 고지의무 위반이 성립하기 위해서는 보험계약자 또는 피보험자가 ‘중요한 사항’에 대해 고지하지 아니하거나 부실의 고지를 하여야 하는데, 우선적으로는 청약서상의 질문 사항에 대해 사실대로 고지하였는지가 중요한 기준이 된다. 보험약관에서도 고지의무 조항에서 “청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 한다”고 정하고 있으며,¹⁴⁰⁾ 상법에서도 보험회사가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정한다는 조항을 두고 있다. 하지만, 청약서의 질문 사항에 없는 내용이라고 해서 바로 고지의무의 대상에서 제외되는 것은 아니며, 청약서상의 질문 사항에 포함되어 있지 않다고 하더라도 위험 측정에 중요한 사실이라면 고지의무의 대상인 중요한 사항에 해당할 가능성도 있다.

140) 생명보험 표준약관 제13조

보험회사가 고지의무 위반을 이유로 보험계약을 해지하기 위한 요건인 보험계약자 또는 피보험자의 '중대한 과실'이 있었는지 여부는, 고지해야 할 사실의 중요도, 보험계약자 또는 피보험자의 인식의 정도, 보험계약의 체결에 이르게 된 경위 등 제반 사정을 고려하여 개별적·구체적으로 판단되고 있다.

분쟁조정 사례나 판례에 의하면, 어떠한 이상이 있어서가 아니라 일상적으로 직장 검진을 받은 경우, 일반적으로 흔히 나타나는 질병인 경우(예를 들어 만성위염이나 갑상선결절 등), 검사나 진단을 받았지만 일정 기간 경과 후 추적 검사를 받으라는 정도의 소견만 들은 경우, 검사나 진단을 받은 후에 어떠한 추가적인 검사나 정밀진단 또는 치료를 별도로 받지 않은 경우, 검사나 진단을 받은 시점과 보험에 가입한 시점 사이에 상당한 시간이 경과한 경우 등에는 중대한 과실이 있었다고 보기는 어려울 수 있다. 반면 정밀검사 결과 질병의 진단을 받은 경우, 암으로 의심되니 정밀검사를 받으라는 권유를 받은 경우, 그와 같은 진단이나 권유를 받고 얼마 지나지 않아 보험에 가입한 경우 등에는 고의나 중대한 과실이 있었다고 인정하는 경향이 있는 것으로 보인다.

9. 고지의무 위반으로 인한 보험계약 해지 시 보험금 지급 책임의 범위 관련

가. 쟁점

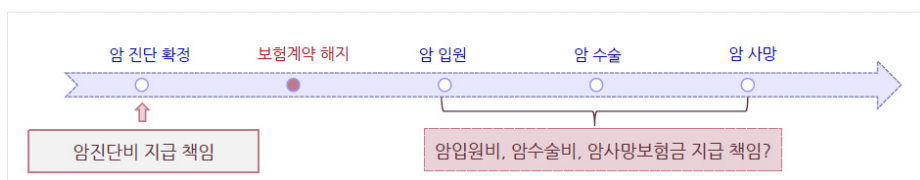
앞서 살펴본 바와 같이 보험계약자·피보험자의 고지의무 위반으로 인하여 보험회사가 보험계약을 해지하는 경우라 하더라도 고지의무 위반 사실과 보험사고 발생 사이에 인과관계가 없는 경우에는 보험회사가 보험금 지급 책임을 지게 되는데, 이 때 보험회사의 보험금 지급 책임의 범위와 관련하여 분쟁이 발생하기도 한다.

이 경우 상법 제655조에 의하면 원칙적으로 보험회사는 보험계약 해지 전에 이미 발생한 보험사고에 대해서 보험금 지급 책임을 부담하는 것이다. 그런데 피보험자가 암으로 진단을 받은 후에 고지의무 위반을 이유로 보험회사가 보험계약을 해지하였고,

보험계약이 해지된 후에 피보험자가 그 암을 치료하기 위하여 입원·수술·사망한 경우, 우선 암진단비에 대해서는 보험계약 해지 전에 이미 발생한 보험사고(암으로 진단 확정된 것)에 대한 것이므로 보험회사가 지급 책임을 지는 것이 당연한데, 나아가 보험계약 해지 전에 진단 확정된 암에 관하여 보험계약 해지 후에 발생한 암입원비, 암수술비, 암사망보험금 등에 대해서도 보험회사가 보험금 지급 책임을 부담하는 것인지 여부가 문제된다.

이에 대해서는, 암 진단 확정이라는 하나의 보험사고가 연장된 경우로서 암의 진단, 입원, 수술 나아가 사망까지도 단일한 보험사고로 보아 보험회사가 보험계약 해지 이후의 암치료 및 사망에 대해서까지도 전부 보상해야 한다는 입장(전부보상설)과, 암 진단, 입원, 수술, 사망 등을 각각 별개의 보험사고로 보아서 보험계약 해지 전에 발생한 보험사고에 대해서만 보험회사가 보험금 지급 책임을 부담한다는 입장(일부보상설)이 대립하고 있다.¹⁴¹⁾

〈그림 Ⅲ-10〉 고지의무 위반으로 인한 보험계약 해지 시 보험금 지급 책임의 범위



전부보상설에서는, 암이라는 질병의 특성상 암으로 진단된 후에 입원, 수술 또는 사망에 이르는 과정이 시간의 경과에 따라 연속되어 발생하는 것이 의료경험칙상 일반적이므로 이러한 과정 전부를 단일한 보험사고로 보는 것이 타당하다는 것이며, 보험약관에서 보험금 지급 사유인 암진단, 암입원, 암수술, 암사망 등을 구분하여 열거한 것에 대해서도 단순히 보험금 지급 시기를 구분한 것에 불과하다고 해석한다.¹⁴²⁾ 반면 일부보상설의 경우에는, 단일한 보험사고인지 여부는 위험의 독립성 및 단일성, 사건

141) 조규성(2018)

142) 조규성(2018)

의 동일성, 위험보험료의 개별적인 측정 가능성 여부로 판단하여야 하며, 암보험 약관에서 암의 발병에서부터 전개되는 일련의 과정을 나누어 보험금 지급사유로 세분화해 놓은 것은 각각의 보험금 지급사유를 별개의 보험사고로 설정한 것으로 해석함이 타당하고, 개별 보험금 지급 사유가 보험사고인 점에 대해서는 보험계약자 입장에서도 합리적 예측이 가능하다고 본다.¹⁴³⁾

나. 주요 분쟁 사례

1) 금감원 분쟁조정 사례

가) 단일한 보험사고로 판단한 사례

과거 암보험 약관에서는 암과 인과관계 없는 고지의무 위반으로 보험계약이 해지되었을 경우 암 진단확정일로부터 180일 이내에는 암으로 인한 보험금을 지급한다는 규정을 두고 있었고,¹⁴⁴⁾ 위와 같이 암 담보기간을 암 진단 후 180일로 제한하는 조항의 유효성이 문제된 분쟁조정 사례들이 있다.

해당 분쟁조정 사례들에서는, 보험계약 해지 전에 암이 진단 확정된 경우에는 이미 보험사고가 발생한 것이므로 일정기간 이내로 보험회사의 책임을 제한하는 내용은 보험계약자 등의 불이익변경금지에 관한 조항인 상법 제663조에 위반되어 무효라고 보았다. 자세한 내용을 살펴보면 다음과 같다.

143) 이성남(2017)

144) 해당 조항의 개정 연혁은 다음과 같음

시기	내용
1996. 4. 이전	해지 후 보험회사의 책임을 제한하는 별도의 내용 및 계약 해지 후 일정기간 담보 조항이 없음
1996. 4. ~ 2000. 4.	암과 인과관계 없는 고지의무 위반으로 해지되었을 경우 암진단 확정일로부터 180일 이내에 그 암을 직접적인 원인으로 사망하거나 장해분류표상 제1급의 장해상태가 된 경우에 한하여 암 관련 보험금이 지급된다는 내용으로 규정
2000. 4. ~ 2010. 4.	암과 인과관계 없는 고지의무 위반으로 해지되었을 경우 암진단 확정일로부터 180일 이내에는 암 관련 보험금이 지급된다는 내용으로 규정(사망이나 제1급 장해상태로 제한하지 않음)
2010. 4. 이후	계약 해지 후 일정기간 담보 조항이 삭제됨

자료: 조규성(2018)

피보험자가 1999. 1. 9. 암치료특약부 종신보험에 가입하였고 1999. 11. 12. 우대퇴근위부 종양으로 확정 진단을 받고 계속하여 암치료 중인데, 보험회사는 피보험자가 보험에 가입할 당시에 만성담마진으로 치료받은 사실을 고지하지 않았음을 이유로 1999. 11. 22. 위 보험계약을 해지하고 해지 시점까지 발생한 암치료 보험금만 지급하였다. 피보험자가 가입한 암치료특약에 “암과 인과관계가 없는 고지의무 위반으로 해지되었을 경우 암진단 확정일로부터 180일 이내에 그 암을 직접적인 원인으로 사망하거나 제1급의 장애상태가 되었을 경우에만 암 관련 보험금이 지급된다”는 조항이 있고, 해당 사안은 피보험자가 사망하거나 제1급 장애상태가 된 경우가 아니므로, 보험계약 해지 전에 받은 암치료에 대한 보험금만 지급하면 되고 해지 후에 받은 암치료에 대한 보험금에 대해서는 지급 책임이 없다는 것이 보험회사의 입장이었다. 이에 대해 분쟁조정위원회는, 암으로 인한 치료, 입원 및 수술 등은 ‘암 진단’이라는 하나의 보험사고를 원인으로 하여 시차를 두고 발생하는 일체적 연장선상의 사고로서 암 진단 확정으로부터 치료가 종료될 때까지는 하나의 보험사고로 이해되어야 하고,¹⁴⁵⁾ 따라서 보험회사의 책임은 암 진단으로 인하여 필연적으로 수반되는 치료, 입원, 수술 등에 전부 미치는 것이라고 보았다. 그런데 위 암치료특약에서는 보험회사의 책임을 암진단 확정일로부터 180일 이내에 사망하거나 제1급의 장애상태가 되었을 경우로 제한하고 있고, 이는 고지의무로 인한 보험계약 해지 시 보험금 지급 책임에 대해 정하고 있는 상법 제655조를 보험계약자에게 불리하게 변경한 것으로서 상법 제663조¹⁴⁶⁾에 따라 위 조항은 무효라고 판단하여, 보험계약 해지 후에 발생한 그리고 향후 발생할 암치료 보험금에 대해서도 보험회사가 지급 책임을 부담한다고 판단하였다(제2000-8호).

암보험 약관에서 암 진단 확정 후 암 발병과 관련 없는 고지의무 위반으로 계약이 해지된 경우 암 진단확정일부터 180일 이내에 암으로 인한 해당 보험금을 지급한다는 규정을 두고 있던 사안에서도, 분쟁조정위원회는 보험회사의 암 담보기간을 위와 같

145) 분쟁조정결정서에 의하면 해당 암치료특약 약관상 보험금 지급사유 조항은 “암으로 인한 치료, 입원 및 수술을 받을 경우에 보험금을 지급한다”고 규정하고 있다고 함

146) 상법 제663조(보험계약자 등의 불이익변경금지)에서는 “이 편의 규정은 당사자간의 특약으로 보험계약자 또는 피보험자나 보험수익자의 불이익으로 변경하지 못한다”라고 규정하고 있음

이 암 진단확정일부터 180일 이내로 제한하는 조항은 상법 제655조 및 제663조에 의거하여 무효라고 판단하였다. 피보험자가 1998. 5. 21. 뇌종양으로 진단을 받고 1998. 6. 13.까지 입원하면서 종양제거술 및 방사선 치료 등을 받았는데, 피보험자가 보험 가입 당시 지방간으로 치료를 받은 사실을 고지하지 않았음을 이유로 보험회사가 1998. 8. 8. 뇌종양과 관련된 암진단비, 입원비 등을 지급한 후 보험계약을 해지하였고, 이후 1999. 3. 5. 피보험자가 뇌종양으로 사망한 사안이었는데, 이처럼 암 진단확정일부터 180일 이후에 암으로 사망한 경우에도 보험회사가 암사망 보험금 지급 책임이 있다고 보았다. 암으로 진단되어 입원하고 수술하는 과정(사망까지 연장되는 경우도 포함)은 시간의 경과에 따라 연속되어 발생하는 것이 의료경험칙상 일반적이므로 이러한 과정을 일련의 단일한 사고라고 봄이 상당하고, 약관상 보험금 지급사유인 암진단, 암입원, 암사망 등을 구분하여 열거한 것은 위와 같은 일련의 과정에 대해 보험금 지급 시기를 구분한 것에 불과하다고 해석한 것이다(제2001-7호).

한편, 고지의무 위반으로 인한 보험계약 해지의 경우는 아니지만, 보험기간이 만료된 경우에 대한 분쟁조정 사례도 참고로 할 수 있다. 보험기간 중에 피보험자가 유방암으로 확정 진단을 받았고, 그 후 보험기간이 만료되었으며, 그 이후 유방암에 대한 입원 치료 및 수술을 받은 사안이었는데,¹⁴⁷⁾ 분쟁조정위원회에서는 암 진단 확정으로부터 입원, 수술까지는 하나의 보험사고로 볼 수 있으므로 보험기간 만료 후 발생한 암입원과 암수술에 대해서도 보험회사에게 보험금 지급 책임이 있다고 보았다. 암으로 진단되어 입원하고 수술하는 과정은 시간의 경과에 따라 연속되어 발생하는 것이 의료

147) 약관상 보상하는 손해에 대한 조항은 다음과 같이 규정하고 있었음

제12조(보상하는 손해) ① 회사는 보험기간 중 책임개시일 이후에 보험증권에 기재된 피보험자에게 아래 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 보험사고가 발생하였을 때에는 이 약관에 따라 보상하여 드립니다.

① 진단급여금: 피보험자가 책임개시일 이후에 최초로 “여성특정암”, “상피내암”, “뇌줄종”, “급성심근경색증”으로 진단확정 되었을 때(단, 각각 1회의 진단확정에 한하여 지급합니다.)

② 입원급여금: 피보험자가 책임개시일 이후에 “여성특정암”, “여성특정질환”, “부인과질환”, “여성만성질환”으로 진단확정되고 “여성 특정암”, “여성특정질환”, “부인과질환”, “여성만성질환”의 치료를 직접적인 목적으로 4일 이상 계속 입원하여 의사의 치료를 받을 때

③~④(생략)

⑤ 수술급여금: 피보험자가 책임개시일 이후에 “여성특정암”, “여성특정질환”, “부인과질환”, “여성만성질환”으로 진단확정되고 “여성 특정암”, “여성특정질환”, “부인과질환”, “여성만성질환”의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때

경험칙상 일반적이므로 하나의 보험사고로 볼 수 있고 일반적인 소비자들도 그러한 기대를 하고 보험계약에 가입하였으리라고 보는 것이 상당하다고 판단한 것이다(제 2010-91호).

나) 별개의 보험사고로 판단한 사례

질병사망 특약에 따른 질병사망보험금에 있어서 보험사고가 ‘질병의 발생’인지(사망은 질병의 발생으로 인한 결과에 불과하다고 보는 것임) 아니면 ‘사망’인지에 관해, 질병의 발생과 사망을 별개의 보험사고로 판단한 최근 분쟁조정 사례가 있다.¹⁴⁸⁾ 피보험자가 2017. 4. 간암으로 진단 받아 암진단 보험금을 청구하였는데, 피보험자가 보험 가입 당시 관절염·만성위염으로 치료 받은 사실을 고지하지 않았고, 이에 보험회사가 고지의무 위반을 이유로 2017. 6. 보험계약을 해지하면서 다만 고지의무 위반 사실과 암진단 보험금 발생 사이에 인과관계가 없다고 보아 해지 전에 발생한 암진단 보험금을 지급하였다. 보험계약이 해지된 후인 2017. 7. 피보험자가 간암으로 사망하였는데, 이에 대해 보험회사가 질병사망보장 특약에 따른 사망보험금 지급 책임을 부담하는지가 문제된 사안이다. 여기서, 보험계약 해지 후에 피보험자가 사망하였다고 하더라도 보험사고(간암이라는 질병)가 보험계약 해지 전에 발생했기 때문에 보험회사가 질병사망보험금을 지급할 책임이 있는 것인지, 아니면 사망은 질병과는 별개의 보험사고로서 보험계약 해지 후에 사망이라는 보험사고가 발생한 것이므로 보험회사에게 보험금 지급 책임이 없는 것인지에 대한 분쟁이 발생한 것이다.

이에 대해 분쟁조정위원회는, 질병과 사망을 별개의 보험사고로 보고, 보험계약이 해지되어 보험기간이 종료된 후에 피보험자가 사망하였으므로 보험회사에게 질병사망보험금의 지급 책임이 없다고 판단하였다. 보험사고가 구체적으로 무엇인지는 일률적으로 정해져 있는 것이 아니라 당사자 사이에 어떠한 내용으로 약정이 체결되었는지 보험약관의 해석을 통해서 판단해야 하는 것인데, 해당 특약에서는 “피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 직접결과로써 사망한 경우”에 사망보험금을 지급한

148) 분쟁조정결정서에는 피보험자가 가입한 주계약의 담보 내용은 나와 있지 않음

다고 정하고 있으므로, 이와 같은 보험약관의 문언상 ① 특약의 보험기간 중 사망할 것과 ② 그 사망이 질병의 직접결과로 인한 것일 것이라는 두 가지 요건이 모두 충족되어야 보험사고가 발생한 것이라고 본 것이다. 아울러, 피보험자가 보험기간 중 간암으로 진단 받아 이로 인해 사망할 것이 필연적으로 예상되었으므로 간암으로 진단 받은 때에 이미 질병사망보험금의 보험사고가 발생했다고 보아야 한다는 주장에 대해서도, 간암으로 진단 받았다는 사정만으로는 그로 인해 사망에 이를 것이 필연적으로 예상되었다고 볼 수 없을 뿐만 아니라, 원칙적으로 보험약관에서 정한 요건이 모두 충족되어야 비로소 보험사고가 발생하는 것이지 시간의 경과에 따라 사망할 것이 필연적으로 예견된다고 하여 피보험자가 실제로 사망하기도 전에 보험사고가 발생한 것으로 볼 수는 없다고 판단하였다(제2019-2호).

2) 판례

가) 단일한 보험사고로 판단한 사례

피보험자가 골육종(암) 진단을 받고 보험금을 청구하였는데, 피보험자가 보험에 가입할 당시 대퇴골두괴사증으로 치료를 받은 사실을 고지하지 않았음을 이유로 보험회사가 보험계약을 해지하면서 다만 고지의무 위반 사실과 보험사고 발생 사이에 인과관계가 없다고 보아 해지 전에 발생한 암진단 보험금을 지급하였다. 보험계약 해지 이후에도 피보험자는 골육종(암)의 치료를 위해 수술, 입원치료 및 통원치료를 받았으며, 이에 피보험자가 위 수술, 입원, 통원치료에 대한 보험금을 청구한 사안이다.¹⁴⁹⁾ 이에 대해 법원은, 암보험에서의 치료, 수술, 입원, 통원 등의 급여금은 암 진단 확정이라는 하나의 보험사고를 원인으로 하고 있으므로 암 진단 확정이 보험기간 중에 있었다고

149) 피보험자가 가입한 보험계약상, 계약일로부터 1년 미만의 시점에서 골육종(암)과 같은 고액암으로 진단이 확정된 경우 금 6,000,000원의 암치료보험금을, 각 암의 치료를 직접 목적으로 하여 ① 입원한 경우 1일당 금 100,000원의 암입원급부금을, ② 수술을 받은 경우 1회당 금 5,000,000원의 암수술급부금을, ③ 통원한 경우 1회당 금 50,000원의 암통원급부금을, ④ 31일 이상 계속 입원한 경우 30일을 초과한 1일당 금 50,000원의 암간병급부금을 각 지급하는 것으로 규정하고 있었음

한다면 보험계약의 해지 후에도 당해 암으로 수술, 입원, 통원으로 인한 보험금을 지급할 의무가 있다고 판단했다(서울중앙지방법원 2004. 10. 28 선고 2004나21069 판결).

피보험자가 급성 골수성 백혈병 진단을 받고 입원 치료 및 조혈모세포이식 수술을 받았는데, 피보험자가 보험 가입 당시 기존에 갑상선 기능저하증 진단을 받은 사실 등을 고지하지 않았음을 이유로 보험회사가 보험계약을 해지하고 보험계약 해지 이전까지 발생한 암 진단보험금 및 입원 치료에 대한 보험금만 지급하였고, 이에 피보험자가 보험계약 해지 이후에 발생한 입원 치료 및 수술에 대한 보험금을 청구한 사안이다. 법원은 이 사건에 있어서의 보험사고는 급성 골수성 백혈병 발병 자체이며, 이로 인한 진단, 입원, 수술 등은 별개의 보험사고가 아니라 보험사고 발생에 따른 보험금 지급사유로 보는 것이 사회통념 및 당사자의 의사에 합치되는 해석이라 할 것이므로, 만약 고지 의무 위반 사실이 이 사건 보험사고의 발생에 영향을 미치지 않았다는 점이 증명된다면 보험회사는 보험계약 해지 후에도 계속된 급성 골수성 백혈병 치료로 인한 입원·수술 등과 관련된 보험금을 지급할 의무가 있다고 보았다(서울고등법원 2011. 5. 26. 선고 2010나44271 판결).¹⁵⁰⁾

나) 별개의 보험사고로 판단한 사례

일반사망을 담보하는 주계약과 암 진단·수술·입원을 담보하는 암보장특약에 가입한 피보험자가 암으로 사망한 경우 ‘암으로 인한 사망’과 ‘암 진단’이 단일한 보험사고인지 쟁점이 된 사안에서, 법원은 이를 별개의 보험사고로 판단하였다. 피보험자가 식도암 진단 및 수술을 받고 암보장특약에 따른 보험금을 보험회사에 청구하였는데, 피보험자가 보험에 가입할 당시 위염 등으로 통원치료를 받아 오고 있던 사실을 고지하지 않았음을 이유로 보험회사가 주계약의 해지를 통지하였고(암보장특약상, 주계약이 해지 등으로 효력을 가지지 않게 되면 암보장특약도 더 이상 효력을 가지지 않는다고 규정되어 있음) 다만 고지의무 위반 사실과 보험사고 발생 사이에 인과관계가 없다고

150) 그러나, 앞서 살펴본 대로, 이 건에서는 고지의무 위반 사실이 보험사고 발생에 영향을 미치지 않았다는 점이 증명되지 않았다고 보아, 결국 보험계약 해지 이후에 발생한 보험금 지급사유에 따른 보험금 지급 책임은 없다고 판단하였음

보아 해지 전에 발생한 암보장특약에 따른 보험금은 지급하였다. 이후 피보험자가 식도암으로 사망하자 상속인이 식도암으로 인한 사망과 식도암 진단은 단일한 보험사고라고 주장하면서 이 사건 주계약에 따른 사망보험금을 청구한 사안이었다. 이에 대해 법원은, 이 사건 주계약상의 보험사고는 ‘피보험자의 사망’이고, 암보장특약상의 보험사고는 ‘암의 진단확정’, ‘위 진단확정 후 암의 치료를 직접적인 목적으로 하는 수술’, ‘위 진단확정 후 암의 치료를 직접적인 목적으로 4일 이상 계속 입원’으로 정해져 있는데, 그렇다면 위 암보장특약은 이 사건 주계약에 더하여 암 진단과 그 치료를 위한 지급반을 목적으로 위 세 가지 보험사고에 한하여 추가로 보장하고 있는 것이고 주계약 자체는 암보장보험과 동일하게 볼 수 없다고 보아, 이 사건 주계약상의 보험사고가 보험계약 해지 전에 발생한 것으로는 볼 수 없으므로 보험회사에 주계약에 따른 사망보험금 지급 책임이 없다고 판단하였다. 아울러, 이 사건 주계약 약관에서 보험가입자가 고지의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 해당 보험금을 지급한다고 규정되어 있지만 이것은 ‘고지의무 위반을 이유로 하여 보험계약을 해지하기 이전에 이미 보험사고가 발생한 경우’에 적용될 뿐이고 이 사건과 같이 보험사고 발생 이전에 보험계약을 해지하는 경우에는 적용되지 않는다고 보았다(대법원 2004. 6. 24. 선고 2004다4775, 2004다4782 판결).¹⁵¹⁾

암보험에서 암으로 인한 ‘수술·입원·통원’과 암으로 인한 ‘사망’을 구분하여, 암으로 인한 수술·입원·통원은 암 진단 확정과 하나의 보험사고로 본 반면 암으로 인한 사망은 별개의 보험사고로 판단한 판례가 있다. 피보험자가 위암 진단 및 수술을 받고 보험금을 청구하였는데, 피보험자가 보험에 가입할 당시 골반염 치료를 받은 사실을 고지하지 않았음을 이유로 보험회사가 보험계약을 해지하면서 다만 고지의무 위반 사실과 보험사고 발생 사이에 인과관계가 없다고 보아 해지 전에 발생한 암진단 보험금과 암수술비, 특약상 수술비 등은 지급하였다. 보험계약 해지 이후에도 피보험자는 입원 치료를 받다가 결국 위암으로 사망하였으며, 이에 피보험자의 상속인들이 보험계약 해지 이후의 입원 치료 및 사망에 대한 보험금을 청구한 사안이다.¹⁵²⁾ 이에 대해 법원은

151) 사실관계는 원심판결인 창원지방법원 2003. 12. 19. 선고 2003나5331, 2003나5348 판결에 의함

우선 암보험에서의 수술, 입원, 통원 등의 급여금은 암 진단 확정이라는 하나의 보험사고를 원인으로 하고 있으므로 암 진단 확정이 보험기간 중에 있었다고 한다면 보험계약의 해지 후에도 당해 암으로 수술, 입원, 통원으로 인한 보험금을 지급할 의무가 있다고 보아 해당 건에서 위암치료를 위한 수술, 입원에 따른 보험금에 대한 보험회사의 지급 책임을 인정하였다. 그러나 사망보험금 및 암사망보험금 청구 부분에 대해서는, 비록 암이 다른 질병과는 달리 발병하게 되면 사망률이 높다고 하더라도 이 사건 보험계약에서 사망을 입원·수술 등과는 별개의 보험사고로 하여 특약으로 정한 점, 암의 진단 확정이 있게 되면 그 암이 진행함에 따라 필연적으로 치료를 위해 입원·수술 등이 있게 되는 것은 인정되지만 필연적으로 사망에 이르게 되는 것은 아니라는 점 등에 비추어보면 암 진단 확정이라는 보험사고와 사망이라는 보험사고는 별개의 보험사고로 보아야 한다고 판단하여, 사망보험금 및 암사망보험금 지급 책임은 인정하지 않았다(수원지방법원 2009. 2. 3. 선고 2008가단58202 판결).

다. 검토

암과 인과관계 없는 고지의무 위반으로 보험회사가 보험계약을 해지하였는데 해지 전에 암의 진단이 있었던 경우에 그 보험금 지급 책임의 범위와 관련하여, 암으로 진단된 후에 입원, 수술, 통원, 사망 등에 이르는 경우 이러한 과정 전부를 일체로 보아 단

152) 피보험자가 가입한 보험계약상 관련 급부 내용은 다음과 같았음:

주계약	암치료비	암보장개시일 이후 최초로 암으로 진단확정 시 고액치료비관련암 이외의 암 3,000만 원
	암수술비	암보장개시일 이후 암으로 진단확정 후 그 치료를 직접목적으로 수술 시 최초 수술 300만 원
	암입원비	암보장개시일 이후 암으로 진단확정 후 그 치료를 직접목적으로 4일 이상 계속 입원 시 3일 초과 1일당 10만 원(120일 한도)
특약	질병입원급여금	질병으로 인하여 그 치료를 직접목적으로 4일 이상 계속 입원 시 3일 초과 1일당 2만 원(120일 한도)
	입원급여금	질병으로 인하여 그 치료를 직접목적으로 4일 이상 계속 입원 시 3일 초과 1일당 1만 원(120일 한도)
	사망보험금	특약의 보험기간 중 피보험자가 사망한 경우 4,000만 원
	암사망보험금	암보장개시일 이후에 암으로 진단확정 후 그 암을 직접원인으로 사망한 경우 3,000만 원
	수술비	보험기간 중 질병으로 인하여 그 치료를 직접목적으로 수술을 받을 시 1회당 500만 원

일한 보험사고로 볼 것인지, 아니면 각각 별개의 보험사고로 볼 것인지가 문제되는데, 이를 판단함에 있어서는 결국 보험약관에서 보험사고를 어떻게 정하고 있는지를 합리적으로 해석해야 할 문제일 것이다. 보험사고가 구체적으로 무엇인지는 일률적으로 정해져 있는 것이 아니라 당사자 사이에서 어떻게 약정이 되었는지 보험약관의 해석을 통해서 판단해야 하는 것이다.

기존의 분쟁사례들을 살펴보면, 암의 진단 확정 및 암의 치료, 사망 등을 단일한 보험사고로 판단한 사례가 더 많았다. 특히 질병사망이나 일반사망이 암의 진단·치료 등과는 주계약과 특약의 형태로 분리되어 있는 경우에 있어 사망 담보에 대해서는 암의 진단과 별개의 보험사고로 판단한 사례도 일부 있었지만, 암으로 진단 받은 후에 이의 치료를 위한 입원, 수술, 통원의 경우에는 기존의 분쟁사례들에서는 이를 단일한 보험사고로 보고 있다.

그러나 암보험 약관에서 암의 진단, 입원, 수술, 통원, 사망 등을 구분하여 각각의 보험금 지급사유로 정하고 있는 경우가 많은데, 이러한 경우에는 각각의 보험금 지급사유를 별개의 보험사고로 정해 놓은 것으로 해석하는 것이 타당하다고 생각된다.

보험계약자 입장에서도 약관의 문언이나 형식을 보면 각각의 보험금 지급 사유가 각각의 보험사고에 해당한다는 점에 대한 합리적 예측이 가능할 것으로 보인다.¹⁵³⁾ 또한 암의 진단, 입원, 수술, 통원, 사망 등을 단일한 보험사고로 보는 입장에서는 암이라는 질병의 특성상 암으로 진단된 후에 입원, 수술 또는 사망에 이르는 과정이 시간의 경과에 따라 연속되어 발생하는 것이 의료경험칙상 일반적이라는 점을 그 근거로 하고 있는데, 암뿐만 아니라 다른 중대한 질병들의 경우에도 치료나 사망이 예상될 수 있다는 점에서, 암보험의 경우에만 특별히 달리 취급할 합리적인 근거를 찾기는 어렵다고 생각된다. 특히, 보험계약자나 피보험자가 고지의무를 위반한 경우에 원래는 보험회사가 보험계약을 해지하고 보험금 지급 책임을 지지 않는 것인데 다만 고지의무 위반 사실과 보험사고 발생 사이에 인과관계가 없는 경우에 이미 발생한 보험사고와 관련하여 보험금 지급을 하도록 한 것은 보험계약자 측을 보호하기 위해 특별히 마련한 예외적 조항이라는 점에서, 이를 확대 적용하는 것이 바람직하다고 보기는 어려울 것이다.¹⁵⁴⁾

153) 이성남(2017)

154) 조규성(2018)

10. 기타

가. '중대한 암' 해당 여부

중대한 질병을 보장하는 CI 보험 약관에서 '중대한 암'에 대해 "악성종양세포가 존재하고 또한 주위 조직으로 악성종양세포의 침윤파괴적 증식으로 특징지을 수 있는 악성종양을 말하며, 다음 각호에 해당하는 경우는 보장에서 제외한다."고 정의하고 악성종양 중 침범정도가 낮은 악성흑색종, 초기전립샘암, 초기갑상샘암 등과 전암병소·상피내암·경계성종양, 양성종양을 중대한 암의 범위에서 명시적으로 제외하고 있는 경우, 약관상 중대한 암에 해당하기 위해서 실제로 주위 조직으로의 침윤파괴적 증식이 발생해야 하는 것인지가 문제되었다.

그러나 이에 대해 금감원 분쟁조정위원회는, 약관상 "침윤파괴적 증식으로 특징지을 수 있는"이라고 정하고 있을 뿐이고 "침윤파괴적으로 증식한"이라고 정하고 있지 않으므로, 진단 시점에 악성종양 세포가 실제로 주위 조직으로 침윤파괴적 증식을 하고 있어야 하는 것은 아니라고 보았다. 악성종양 세포가 존재한다고 인정된 경우라면 당연히 그 악성종양 세포는 주위 조직으로 침윤파괴적 증식하는 특징을 가지는 것으로서 이에 비추어 보면 약관상 '중대한 암'의 정의 중 "주위 조직으로 악성종양세포의 침윤파괴적 증식으로 특징지을 수 있는 악성종양" 부분은 별개의 요건을 정한 것이 아니라 악성종양의 일반적 특징을 부연한 것에 불과하다¹⁵⁵⁾고 본 것이다(제2018-2호).

155) 이와 같이 해석한다면 악성종양으로 진단받은 경우에는 언제나 중대한 암에 해당하여 일반암과 달리 중대한 암을 특별히 보장하는 취지에 반하는 것이 아니냐는 반론이 제기될 수도 있으나, 중대한 암의 정의 조항에서는 악성종양 중에서도 초기전립샘암, 초기갑상샘암 등을 제외하고 있으므로 일반암과 달리 중대한 암을 정의한 의의를 찾을 수 있다고 보았음

나. 설명의무 대상 관련

약관의 어떠한 내용이 보험회사의 설명의무의 대상¹⁵⁶⁾에 해당하는지에 대해 참고할 만한 판례들이 있다.

우선, 암보험에서는 일반적으로 계약일부터 90일이 지난날의 다음날(암보장개시일)부터 보장이 개시되어 만약 피보험자가 암보장개시일 전에 암으로 진단 확정을 받은 경우에는 암보험금을 받을 수 없는데, 이처럼 90일이 지난날의 다음날부터 보장이 개시된다는 내용은 보험회사의 설명의무의 대상이라는 것이 대법원의 입장이다. 상법 제656조에 의하면 보험회사의 책임은 당사자 간에 다른 약정이 없으면 최초의 보험료의 지급을 받은 때로부터 개시한다고 규정하고 있는데, 암보험 약관에서는 상법의 일반 조항과 다르게 책임개시시기를 정한 것으로서 보험회사가 구체적이고 상세한 설명의무를 지는 보험계약의 중요한 내용이라 할 것이고, 위 약관의 내용이 거래상 일반적이고 공통된 것이어서 보험계약자가 별도의 설명 없이도 충분히 예상할 수 있었던 내용이라고는 할 수 없다고 본 것이다(대법원 2005. 12. 9 선고 2004다26164 판결).

앞서 살펴본 바와 같이 갑상선암이 주변 림프절로 전이된 경우에 갑상선암에 해당하는 보험금을 지급하여야 하는지 림프절암에 해당하는 보험금을 지급하여야 하는지에 대한 분쟁이 다수 발생하였고, 이에 2011. 4. 1. 이후에 판매된 암보험 약관에서는 이러한 경우 원발부위를 기준으로 분류한다는 문구를 명시하고 있다. 이와 같이 원발부위를 기준으로 분류한다는 내용은 실질적으로 보험금 지급 여부를 결정하는 기준에

156) 상법 제638조의3 제1항 및 약관의 규제에 관한 법률 제3조의 규정에 의하여 보험회사는 보험계약을 체결할 때에 보험계약자에게 보험약관에 기재되어 있는 보험상품의 내용, 보험료율의 체계, 보험청약서상 기재 사항의 변동 및 보험자의 면책사유 등 보험계약의 중요한 내용에 대하여 구체적이고 상세한 명시·설명 의무를 지며, 만일 보험회사가 이러한 보험약관의 명시·설명 의무에 위반하여 보험계약을 체결한 때에는 그 약관의 내용을 보험계약의 내용으로 주장할 수 없음. 다만, 이러한 명시·설명 의무가 인정되는 것은 어디까지나 보험계약자가 알지 못하는 가운데 약관의 중요한 사항이 계약내용으로 되어 보험계약자가 예측하지 못한 불이익을 받게 되는 것을 피하고자 하는데 그 근거가 있는 것이기 때문에, 약관에 정하여진 사항이라고 하더라도 거래상 일반적이고 공통된 것이어서 보험계약자가 별도의 설명 없이도 충분히 예상할 수 있었던 사항이거나 이미 법령에 의하여 정하여진 것을 되풀이하거나 부연하는 정도에 불과한 사항이라면, 그러한 사항의 경우에는 보험회사에게 명시·설명 의무가 있다고는 할 수 없음(대법원 2004. 4. 27. 선고 2003다7302 판결 등)

해당하여 보험계약의 중요한 내용에 해당하므로 보험회사의 설명의무 대상에 해당한다고 판단한 하급심 판결들이 있다(서울중앙지방법원 2018. 3. 15. 선고 2017가단5011615 판결, 서울중앙지방법원 2018. 10. 18. 선고 2018가단5038488 판결 등).

한편 경계성 종양의 경우 일반암에 비해 소액의 보험금이 지급된다는 내용은 보험회사의 설명의무의 대상이 아니라고 보았다. 2002년경부터 경계성 종양에 대하여 상피내암(일반암보험금의 20~40% 정도를 보장)과 동일하게 보장하고 있는데, 해당 사안에서 보험계약이 체결된 2006년경에는 암보험에 있어 경계성종양에 관한 규정을 두고 이에 대하여 일반암의 20~40% 정도의 보험금을 지급하는 것이 일반적이고 공통된 사항이었던 점, 질병보험에서 질병의 종류에 따라 보험금이 다를 수 있고 특히 암보험에 있어서 암의 발생 빈도 내지 그 심각성에 따라 보험금이 다를 수 있다는 것은 일반적으로 보험계약자가 충분히 예상할 수 있는 사항인 점 등에 비추어 보면, 약관 중 경계성종양에 관한 부분은 거래상 일반적이고 공통된 것이어서 보험계약자가 별도의 설명 없이도 충분히 예상할 수 있었던 사항이라고 판시하였다(대법원 2014. 6. 12 선고 2012다30090 판결).

다. 부담보특약 관련

부담보특약에 가입한 경우 해당 부담보 부위에서 암보장개시일 전에 암의 진단 확정 이 있더라도 보험계약을 무효로 할 수 없다고 본 분쟁조정 사례가 있다. 피보험자가 갑상선 치료한 사실을 고지하고 갑상선 부위에 생긴 질병은 보험기간 동안 담보하지 않는 특별조건부인수특약(특정부위 부담보 특약)을 부가하여 암보험에 가입하였는데 이후 암보장개시일 전에 갑상선암(C73)으로 진단을 받고 이후 림프절에 전이되어 머리, 얼굴 및 목의 림프절 악성 신생물(C77) 진단까지 받은 사안이었다. 원래 암보장개시일 전에 암으로 진단 확정되는 경우 보험계약을 무효로 하는 것이지만, 갑상선부위를 부담보하는 조건으로 보험계약을 체결한 것은 갑상선에서 발생한 질병은 해당 보험계약의 인수 위험에서 배제하여 보험사고로 인정하지 않는다는 의미인데 그럼에도 불구하고 부담보 부위인 갑상선에서 암보장개시일 전에 암으로 진단 확정되었다는 이

유로 보험계약을 무효로 해석하는 것은 신의성실의 원칙에 위반된다고 보았다(제2006-71호).¹⁵⁷⁾

암보험 약관에서 암보장개시일 이후 암으로 진단 확정되었을 때에는 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제한다고 정하고 있는데, 부담보특약에 의해 보험금 지급 책임을 지지 않는 경우에도 보험료 납입이 면제되는 것인지 여부가 문제되었다. 보험회사는 보험료 납입 면제는 보험금과 같은 성질의 급부이므로 보험회사가 보험금 지급 책임을 지지 않는 경우에는 보험료 납입 면제 또한 적용되지 않는다고 주장하였는데, 분쟁조정위원회에서는 약관상 보험회사가 면책되는 경우에 보험료 납입 면제를 하지 않는다는 조항이 없는 점, 보험료 납입 면제를 통해 보험계약자가 얻을 수 있는 경제적 효과는 보험수익자에게 지급되는 보험금과 다르다는 점, 비록 암을 직접적으로 보장하는 경우가 아니더라도 피보험자에게 암 진단 등 건강상태 악화가 확인되었을 때 보험계약자에게 제공하는 혜택의 일종으로 차후 보험료 납입을 면제하는 취지로도 볼 수 있다는 점 등을 고려하여, 보험금 지급사유의 발생 요건과 보험료 납입 면제의 그것은 서로 구분된다고 보았다. 이에, 암보장개시일 이후의 피보험자의 암 진단 확정이라는 요건이 충족되면, 부담보특약에 의해 보험회사의 보험금 지급 책임이 없는 것과는 무관하게 보험계약자의 보험료 납입은 면제되어야 한다고 보았다(제2018-7호).

라. 기타

과거 암보험 약관상 암요양급여금의 지급 요건으로 “피보험자가 암 또는 상피내암의 치료를 직접적인 목적으로 31일 이상 계속 입원하였을 때”라고 규정한 것과 관련하여, 피보험자가 일시적으로 퇴원하였다가 재입원한 경우 위 “계속” 입원에 해당하는지 여부가 문제된 사례가 있다. 이에 대하여 금감원 분쟁조정위원회는, 퇴원을 전후한 입원이 의학상 중요한 관계가 있다고 인정되거나 그 퇴원기간이 치료의 연속이라고 볼 만한 정도의 상당한 기간이라면 “계속” 입원에 해당한다고 하면서, 담당 의사의 의학

157) 이처럼 보험계약이 무효로 되는 것은 아니지만, 해당 림프절암은 갑상선암에서 전이된 것이어서 갑상선암을 직접적인 원인으로 한 것이기 때문에 부담보특약에 따라 림프절암 보험금 지급 책임이 없는 것으로 최종 판단되었음

적 견지에서 해당 피보험자의 질환 상태나 당해 의료기관의 사정 등을 감안하여 일시 퇴원을 권유하여 퇴원하였던 사례에서 암요양급여금 지급 대상에 해당한다고 판단하였다(98조정-45호).

보험계약일 이후 1년 이내에 암으로 진단 확정 받은 경우에는 암진단비의 50%를 지급하는 암보험에서, 해당 보험계약이 부활된 경우, 최초 보험계약일을 기준으로 하면 1년이 초과되었지만 부활일을 기준으로 하면 1년 이내의 기간에 암으로 진단확정 받은 경우에는 암진단비의 50%를 지급해야 하는지 아니면 100%를 지급해야 하는지에 대한 분쟁도 있었다. 분쟁조정위원회는 부활일을 기산점으로 하여 1년 이내에 암으로 진단 확정받았다는 이유로 암진단비를 50% 감액 지급하는 것은 부당하며 전액을 지급해야 한다고 판단하였는데, 해당 약관에서 부활의 경우에 책임개시일이 부활일을 포함하여 90일이 지난날의 다음날이라는 점을 명시적으로 규정하고 있는 것과 달리 보험금 감액 기간에 대한 사항은 별도로 정하고 있지 않은 점, 설사 부활일을 기준으로 보험금 감액 기간을 산정하여야 한다는 보험회사의 주장을 인정한다고 하더라도 이는 부활계약 청약 여부를 결정함에 있어 중요한 사항이므로 설명의무의 대상이라고 할 것인데 해당 건에서 보험회사가 설명의무를 위반하였으므로 보험계약의 내용으로 주장할 수 없다는 점을 판단의 근거로 삼았다(제2016-13호).

IV. 결론 및 시사점

앞서 살펴본 바와 같이, 암보험 약관의 해석과 관련하여 소비자와 보험회사 사이에서 다양한 분쟁이 발생하여 왔다. 우선, 암보험 약관에서 정하고 있는 “암”의 정의에 해당하는지와 관련하여, 약관에 의하면 원칙적으로 병리학적 진단에 의해 악성종양에 해당해야 하는 것인데 예외적으로 악성종양만큼 위험하고 예후가 불량한 양성종양의 경우에도 암보험 약관상의 암으로 볼 수 있는 것인지, 약관에서는 암의 정의에 있어 한국표준질병·사인분류상의 기준을 인용하고 있는데 만약 보험계약 체결 시점과 진단 시점에 있어 위 기준이 변경된 경우에는 어떠한 기준에 따라 암 해당 여부를 판단해야 하는 것인지, 특정 질병이 암인지 여부와 관련하여 최신 의학계의 입장과 한국표준질병·사인분류상의 기준이 일치하지 않는 경우에는 어디에 따라야 하는 것인지 등이 문제될 수 있다. 암보험 약관상의 “수술”에 해당하는지, “암의 직접적인 치료 목적”이라고 볼 수 있는지 여부에 대해서도 사실관계에 따라 다툼이 발생할 수 있다. 또한 암보험 약관상의 암의 “진단 확정”이 있었는지 여부에 따라 보험금 지급 대상 해당 여부가 달라질 수 있기 때문에 보험약관에서 정하고 있는 암의 진단 확정 요건을 갖추었는지가 문제될 수 있고, 특히 이는 여러 종류의 검사 및 진단이 암보장개시일 전후에 걸쳐서 이루어진 경우에 중요한 쟁점이 될 수 있다. 암보장개시일 전에 암의 진단 확정이 있었던 것으로 인정된 경우에는 보험계약이 무효로 되어 보험금 지급 대상에 해당하지 않기 때문이다. 그 밖에도 암이 전이되거나 재발된 경우에는 어떠한 암을 기준으로 판단해야 하는지가 문제될 수 있고, 고지의무 위반과 관련된 분쟁들도 다수 발생하였다.

원래 약관을 누구나 명확하게 이해할 수 있도록 작성하기란 현실적으로 어려울 뿐만 아니라 특히 암보험 약관의 경우 의학적이고 전문적인 내용이 많기 때문에 그 해석과 관련한 논란이 많이 발생하는 면이 있고, 보험금 지급 대상에 해당하는지 여부와 관

련해서는 의학적인 판단이 중요한데 실제로 의사들 사이에서도 판단이 서로 일치하지 않는 경우도 많다. 나아가 약관을 작성할 당시에는 특별히 불합리하다고 보기 어려웠지만 그 후 의료기술의 발달이나 의학계의 입장의 변화 등으로 인해 약관과 의학계의 현실 사이에 괴리가 발생하기도 했다. 이에 분쟁들이 빈번하게 발생해오고, 그에 따라 약관이 지속적으로 수정되어 오고 있는 것으로 이해된다.

소비자와의 분쟁을 줄이기 위해 향후 암보험 상품을 어떠한 방식으로 개발하고 암보험 약관을 어떠한 방식으로 개선해야 할지를 논의하기 위해서는 실제로 각 암종별로 암을 진단하고 치료하는 과정과 의학계의 실무에 대한 심도 깊은 연구 및 해외 사례 조사 등이 전제되어야 할 것으로 생각된다. 이에 이러한 개선 방안에 대해서는 후속 연구로 남겨 두고, 본고에서는 과거 분쟁사례 연구를 통한 시사점들을 몇 가지 제시해 보고자 한다.

우선, 소비자들로서는 이러한 분쟁사례들을 토대로 가입하고자 하는 암보험 상품의 내용에 대해 정확하게 이해하는 데에 참고할 수 있을 것이다. 기존 분쟁사례들을 토대로 소비자가 암보험에 가입할 때 유의하여야 할 사항들을 몇 가지 제시하여 보면, 우선 대부분 소비자들은 주치의(임상의사)를 통해 진단서를 받게 되지만 현행 암보험 약관에 의하면 원칙적으로 조직검사 등을 토대로 한 병리와 또는 진단검사의학과 의사의 진단이 우선함을 유의할 필요가 있다. 암으로 확정 진단을 받은 시점에 따라 보험금액이 달라질 수 있다는 점에도 주의하여야 한다. 즉, 암보험에서는 일반적으로 보험계약일로부터 90일 동안은 보장이 개시되지 않기 때문에 만약 90일 내에 암으로 진단 받는 경우에는 보험금을 지급 받을 수 없다는 점, 90일 이후에 암으로 진단 받는 경우라 하더라도 통상 보험계약일 이후 1~2년 내에는 보험금의 50%만 지급하는 경우도 많다는 점을 유의하여야 할 것이다. 암과 관련하여 입원이나 수술을 한 경우에도 무조건 암입원비나 암수술비를 지급받을 수 있는 것은 아니며 그러한 입원이나 수술이 암의 치료를 직접적인 목적으로 한 경우에만 보험금 지급 대상에 해당한다는 점도 이해하고 있어야 할 것이다. 또한 암보험에서는 암의 종류에 따라 보험금의 액수가 달라질 수 있다. 그 세부적인 내용은 보험회사나 보험상품에 따라 다양하므로, 소비자로서는 보험 가입 시 약관 등을 통해 해당 내용을 잘 확인할 필요가 있으며 보험회사별로 암보험 상품의 내용을 비교하여 보는 것도

바람직할 수 있다. 현재 생명보험협회(www.klia.or.kr) 및 손해보험협회(www.knia.or.kr) 홈페이지에서도 보험회사별 암보험 상품의 비교 공시표 및 상품요약서를 제공하고 있어서 대략적인 내용을 비교해볼 수 있을 것이다.¹⁵⁸⁾

보험회사들로서는 기존의 분쟁사례들에서 법원 및 금감원 분쟁조정위원회가 어떠한 입장을 취하였는지 해당 내용을 숙지하고 수시로 업데이트함으로써 암보험금 지급 여부의 심사나 민원 처리 시 이를 참고로 해야 할 것이다. 또한 기존에 분쟁이 많이 제기되었던 조항이나 소비자가 특히 유의해야 할 조항들에 대해 소비자가 그 내용을 명확하게 이해할 수 있도록 설명의무를 이행하여야 할 것이며, 약관 서두¹⁵⁹⁾나 보험안내 자료, 또는 유지계약에 대해 매년 제공하는 보험계약관리내용 등을 이용하여 소비자가 가입한 보험과 관련된 분쟁사례들의 내용을 소비자에게 제공해줌으로써 소비자의 이해를 제고하는 방안도 생각해볼 수 있을 것이다.

기존에 다수의 분쟁을 유발한 약관 조항이 있는 경우 이를 개정하는 작업도 필요할 것이다. 기존에 암보험 약관 개정을 통하여 수술의 정의 조항을 추가한 것, 전이암의 경우에는 원발부위를 기준으로 분류한다는 조항을 추가한 것, 대장점막내암이나 비침습방광암 등에 대해 별도로 분리하여 정의 조항을 둔 것, 암의 직접 치료 목적에 대한 세부 내용을 추가한 것 등이 그 사례가 될 수 있을 것이다. 그 외에도 앞서 살펴본 바와 같이 한국표준질병·사인분류의 개정으로 악성 신생물의 범위에서 제외되는 경우에 보험계약 체결 시의 기준에 따를 것인지 진단 시의 기준에 따를 것인지의 문제, 직장유암 종에 대해 크기나 침윤 정도 등을 반영하여 암과 경계성종양을 구분하는 문제 등과 관련하여 향후 약관 개정을 통해 이를 반영하는 방안에 대해서도 고려해볼 필요가 있다고 생각된다.

특히 암보험에 있어서는 의학기술의 발달 등에 따라 약관 작성 시에는 예상하지 못한 상황들이 발생할 수 있으며 의학계의 입장이나 현실에 맞추어 약관 내용을 지속적으로 개정해야 할 필요성이 있을 것이다(예를 들어, 암보험 약관에서는 암에 해당하는

158) 협회의 '공시실'에서 '상품비교공시'로 들어가서 '암보험' 메뉴를 선택할 수 있음

159) 현재에도 약관 서두에서 보험금 지급에 관한 사례를 제시하고 있으나 그 내용이 충실하다고 보기는 어렵다고 생각됨

지를 판단하기 위해 기본적으로 한국표준질병·사인분류에 따르도록 규정하고 있는데 한국표준질병·사인분류상의 기준이 특정암의 특수성이나 의학계의 최신 입장 등을 상세하게 반영하고 있지 못하여 실제 의학계의 현실과는 괴리가 발생하는 상황이 나타날 수도 있는 것이다.¹⁶⁰⁾ 이를 위해, 보험금 청구가 들어오면 이를 심사하는 부서나 고객의 민원을 처리하는 부서에서는 암보험 약관의 어떠한 조항과 관련하여 보험회사와 소비자 사이에서 이견이 발생하는지 분석하고 이를 법무부서와 수시로 공유하는 것이 바람직할 것으로 생각된다. 필요한 경우에는 법률전문가나 의료전문가의 자문을 받아서 해당 쟁점에 대하여 심도 깊은 검토 및 정리를 하여 이를 지급 심사나 민원 처리시에 참고하여야 할 것이며, 나아가서는 이를 상품개발부서와도 공유함으로써 약관의 작성 및 개정 업무에도 반영될 수 있도록 하는 것이 필요할 것이다.¹⁶¹⁾

약관의 개정 작업에 있어서는 감독당국의 개입이 필요한 경우도 있을 수 있을 것이다. 보험회사와 소비자 사이의 분쟁이 빈번하게 발생하고 이것이 여러 보험회사의 보험상품에 있어 공통적으로 발생하는 상황이라면, 감독당국이 보험업계와 소비자단체 등의 다양한 의견을 수렴하고 의료계의 전문적인 자문을 받아서 합리적인 개선안을 마련하는 것이 효율적일 수 있을 것이다.

아울러, 암보험금 해당 여부의 판단과 관련하여 공신력 있는 자문의 제도를 갖추는 것이 매우 중요하다고 생각된다. 암보험 약관상 보험금 지급 사유에 해당하는지는 진단 당시의 의학적 기술 수준과 자료를 기초로 전문의에 의해 판단되어야 하고 전문가인 의사의 판단이 최대한 존중되어야 할 것이다. 그러나 상황에 따라 의사별로 판단이나 진단이 다른 경우도 발생하게 되며, 특히 보험회사 측 자문의의 의견에 대해서는 보험회사에서 의뢰한 자문이라는 이유만으로도 소비자가 이를 신뢰하지 못하는 것이 현

160) 앞서 살펴본 대장점막내암의 제자리암(상피내암) 해당 여부에 대한 분쟁이 이와 관련된 것으로 볼 수 있으며, 이에 보험회사들은 대장점막내암에 대해서는 별도의 정의 조항을 두는 방식으로 약관을 개정하였음

161) 한편 기존에 다수의 분쟁을 유발한 약관 조항들을 개정하는 것과 관련하여, 만약 약관을 개정하는 경우에는 해당 약관 조항이 기존에 불명확하였다는 점을 보험회사 스스로가 인정하는 셈이 되어 결국 작성자 불이익 원칙이 적용되어 분쟁에서 불리하게 작용하는 것은 아닌지를 염려하여 약관의 개정에 소극적이 될 수도 있을 것임. 그러나 이와 관련해서 법원이나 분쟁조정위원회가 약관을 개정했다는 사실만으로 작성자 불이익 원칙을 쉽게 적용하는 것은 타당하지 않을 것임

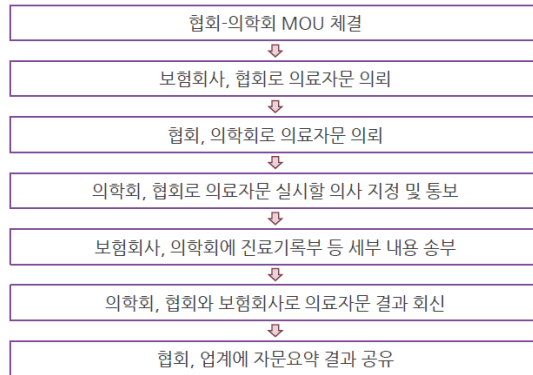
실이다. 보험금 지급 사유에 대해 보험회사와 소비자 사이에서 합의에 이르지 못하는 경우에는 보험회사와 소비자가 함께 제3의 의료기관을 정하여 그 의견에 따를 수 있도록 약관에서 정하고 있으나, 이러한 제3의 의료기관 자문 절차와 관련해서도 당사자들의 상호 신뢰 부족으로 인하여 협의를 통한 제3의 의료기관 선정에 시간이 오래 걸리고 그 결과도 잘 받아들이지 않는 실정인 것이다.¹⁶²⁾

이에, 암보험 등 의료적인 판단이 필요한 보험 상품과 관련하여, 제3의 의료기관의 자문을 받을 수 있는 절차를 마련하거나 또는 전문적인 보상자문기구를 감독당국 내의 기구 등으로 운영하는 방안 등을 고려해볼 필요가 있을 것이다. 최근 언론보도에 의하면 보험협회가 의학회와 MOU를 체결하고 민원과 분쟁이 잦은 사안을 중심으로 공동 의료자문을 실시할 예정이라고 하는데,¹⁶³⁾ 이에 의하면 보험회사가 보험협회로 의료자문을 의뢰하면 보험협회가 개별 의학회로 해당 내용을 전달하고, 의학회가 의료자문을 실시할 의사를 지정하여 보험협회로 통보하게 된다. 의학회에 의료자문을 의뢰한 이후의 의사 선정 등의 과정은 의학회가 독립적으로 진행하는 것이고 보험회사가 이에 직접 관여할 수 없기 때문에, 개별 보험회사가 직접 자문의에게 의뢰하는 현재의 방식보다는 신뢰도가 높아질 수 있을 것으로 기대된다.

162) 금융감독원 보도자료(2017. 5. 25), “보험회사의 의료분쟁 관련 불합리한 관행 개선”

163) 머니투데이(2019. 3. 17), “공정성 논란 잠재울까...민간 첫 공동의료자문 시행”,
<https://news.mt.co.kr/mtview.php?no=2019031516052441492>

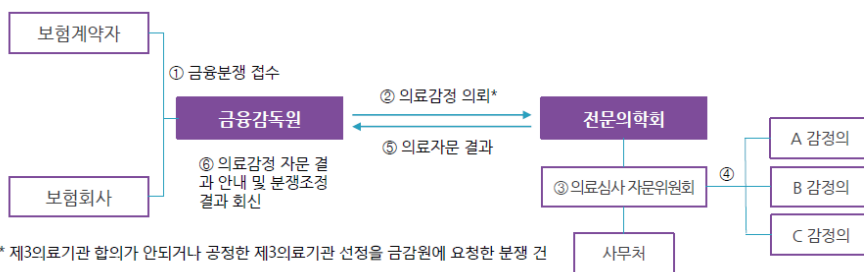
〈그림 IV-1〉 공동의료자문절차



자료: 머니투데이(2019. 3. 17), “공정성 논란 잠재울까...민간 첫 공동의료자문 시행”

다만, 소비자들로서는 보험협회를 통한 의료자문이라는 점에서 객관적·중립적인 자문이라기보다는 보험회사에 유리한 자문이라고 인식할 가능성이 여전히 있을 수 있을 것이다. 따라서 소비자 분쟁을 최소화하고자 한다면, 장기적으로는 감독당국을 통한 의료자문 절차나 보상자문기구 제도를 마련하는 방안을 고려할 필요가 있을 것으로 생각된다.

〈그림 IV-2〉 금감원을 통한 제3의료기관 자문절차(안)



자료: 금융감독원 보도자료(2017. 5. 25), “보험회사의 의료분쟁 관련 불합리한 관행 개선”

법원이나 분쟁조정위원회에서도 작성자 불이익 원칙을 너무 손쉽게 적용하는 것은 피해야 할 것이다. 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 하며, 작성자 불이익 원칙은 위와 같은 해석을 거친 후에도 약관 조항이 객관적으로 다의적으로 해석되고 그 각각의 해석이 합리성이 있는 등 당해 약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에 비로소 적용될 수 있다(대법원 2010. 11. 25. 선고 2010다45777 판결 등). 암보험과 같이 의학적·전문적인 내용을 포함하는 약관의 경우에는 100% 명확한 약관을 만든다는 것은 사실상 불가능하다고 할 수 있는데, 이런 경우 “약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우”의 범위를 넓게 해석한다면 거의 대부분의 약관에 있어 작성자 불이익 원칙이 적용되어야 할 것이다. 작성자 불이익 원칙은 약관 해석에 있어서의 보충적 원칙으로서, 모든 해석 방법을 동원하더라도 합리적인 해석이 두 개 이상 존재하는 경우에 비로소 적용되어야 하는 것이며, 법원이나 분쟁조정위원회로서는 단지 여러 가지 해석의 여지가 있다는 이유만으로 바로 작성자 불이익 원칙에 기대지 않도록 유의할 필요가 있다.¹⁶⁴⁾ 개별 사안에서 무조건 소비자에게 유리하게 결론을 내리는 것이 소비자 보호를 위해 바람직한 것은 아니며 그러한 경우 오히려 보험단체 전체의 이익을 해하는 결과를 초래할 수 있을 것인바, 법원이나 분쟁조정위원회로서는 암치료에 필요한 재정적 지원을 제공한다는 암보험의 목적과 취지에 따라 객관적·합리적으로 해석을 끝까지 시도하고, 그럼에도 불구하고 합리적인 해석이 두 개 이상 존재하는 경우에 한하여 작성자 불이익 원칙을 적용하는 것이 타당할 것이다.

164) 권영준(2015)

참고문헌

- 권영준(2015), 「자살과 재해사망보험금 지급에 관한 보험약관의 해석 - 서울중앙지방법원 2015. 10. 7. 선고 2015나14876 판결의 평석」, 『재산법연구』, 제32권, 제3호
- 김석영·김세영·이선주(2018), 『보험상품 변천과 개발 방향 생명보험 상품 중심』, 보험연구원
- 박은경·박경기·허정식(2017), 「의학적 관점에서 본 보험약관상 표재성 방광암의 해석
문제: 암보험약관상 방광암의 의학적 소견과 보험과의 관계를 중심으로」, 『한국의료법학회지』, 제25권, 제1호
- 보건복지부·중앙암등록본부·국립암센터(2018), 『2016 국가암등록통계』
- 보험연수원(2018), 『보험대리점 등록교육교재 제3보험』
- 서재영·이창수·김석영·김세영(2012), 「암보험의 상품개발 방향에 대한 고찰」, 『보험학회지』, 제91집, 12-4
- 손주찬·정동운(2007), 『주식 상법(총칙·상행위)』, 한국사법행정학회
- 이성남(2017), 「보험사고 발생 후 고지의무 위반에 따른 보험계약해지 및 보험금 지급 책임의 범위」, 『법과 기업 연구』, 제7권, 제1호
- 이준교·정찬목(2017), 『판례를 통하여 배우는 보험이론 및 분쟁실무』, 보험연수원
- 임용수(2006), 『보험법』, 법률정보센터
- 장경환(2001), 「경제성 종양과 암보험」, 『보험학회지』, 제20권
- 조규성(2018), 「암보험 관련 대표 분쟁사례에 대한 약관해석상의 문제점과 개선방안 고찰」, 『금융법연구』, 제15권, 제1호
- 통계청(2018), 『2017년 사망원인통계』
- 한기정(2018), 『보험법』, 박영사
- 한병규(2017), 「현행 암보험약관 해석 기조에 대한 비판적 재고 - 경제성종양의 문제점을 중심으로 -」, 『법학연구』, 통권 제54집
- 국가암정보센터(<https://www.cancer.go.kr/lay1/S1T273C274/contents.do>)
- 닥터최의 대장암이야기
(<http://blog.naver.com/PostView.nhn?blogId=hschoimd&logNo=60072206472&parentCategoryNo=&categoryNo=1&viewDate=&isShowPopularPosts=false&from=postView>)
- 통계분류포털(http://kssc.kostat.go.kr/ksscNew_web/link.do?gubun=004#)

보험연구원(KIRI) 발간물 안내

※ 2017년부터 기존의 연구보고서, 정책보고서, 경영보고서가 연구보고서로 통합되었습니다.

■ 연구보고서

- 2017-1 보험산업 미래 / 김석영·윤성훈·이선주 2017.2
- 2017-2 자동차보험 과실상계제도 개선방안 / 전용식·채원영 2017.2
- 2017-3 상호협정 관련 입법정책 연구 / 정호열 2017.2
- 2017-4 저소득층 노후소득 보장을 위한 공사연계연금 연구 / 정원석·강성호·마지혜 2017.3
- 2017-5 자영업자를 위한 사적소득보상체계 개선방안 / 류건식·강성호·김동겸 2017.3
- 2017-6 우리나라 사회안전망 개선을 위한 현안 과제 / 이태열·최장훈·김유미 2017.4
- 2017-7 일본의 보험회사 도산처리제도 및 사례 / 정봉은 2017.5
- 2017-8 보험회사 업무위탁 관련 제도 개선방안 / 이승준·정인영 2017.5
- 2017-9 부채시가평가제도와 생명보험회사의 자본관리 / 조영현·이혜은 2017.8
- 2017-10 효율적 의료비 지출을 통한 국민건강보험의 보장성 강화 방안 / 김대환 2017.8
- 2017-11 인슈어테크 혁명: 현황 점검 및 과제 고찰 / 박소정·박지윤 2017.8
- 2017-12 생산물 배상책임보험 역할 제고 방안 / 이기형·이규성 2017.9
- 2017-13 보험금청구권과 소멸시효 / 권영준 2017.9
- 2017-14 2017년 보험소비자 설문조사 / 동향분석실 2017.10
- 2017-15 2018년도 보험산업 전망과 과제 / 동향분석실 2017.11
- 2017-16 퇴직연금 환경변화와 연금세제 개편 방향 / 강성호·류건식·김동겸 2017.12
- 2017-17 자동차보험 한방진료 현황과 개선방안 / 송윤아·이소양 2017.12
- 2017-18 베이비부머 세대의 노후소득 / 최장훈·이태열·김미화 2017.12
- 2017-19 연금세제 효과연구 / 정원석·이선주 2017.12
- 2017-20 주요국의 지진보험 운영 현황 및 시사점 / 최창희·한성원 2017.12
- 2017-21 사적연금의 장기연금수령 유도방안 / 김세중·김유미 2017.12
- 2017-22 누적전망이론을 이용한 생명보험과 연금의 유보가격 측정 연구 / 지홍민 2017.12
- 2018-1 보증연장 서비스 규제 방안 / 백영화·박정희 2018.1
- 2018-2 건강생활서비스 공·사 협력 방안 / 조용운·오승연·김동겸 2018.2
- 2018-3 퇴직연금 가입자교육 개선 방안 / 류건식·강성호·이상우 2018.2
- 2018-4 IFRS 9과 보험회사의 ALM 및 자산배분 / 조영현·이혜은 2018.2
- 2018-5 보험상품 변천과 개발 방향 / 김석영·김세영·이선주 2018.2

- 2018-6 제리적 관점에서 본 실손의료보험 개선 방안 / 조재린·정성희 2018.3
- 2018-7 국내 보험회사의 금융겸업 현황과 시사점 / 전용식·이혜은 2018.3
- 2018-8 장애인의 위험보장 강화 방안 / 오승연·김석영·이선주 2018.4
- 2018-9 주요국 공·사 건강보험 연계 체계 분석 / 정성희·이태열·김유미 2018.4
- 2018-10 정신질환 위험보장 강화 방안 / 이정택·임태준·김동겸 2018.4
- 2018-11 기초서류 준수 의무 위반 시 과징금 부과 기준 개선방안 / 황현아·백영화·권오경 2018.8
- 2018-12 2018년 보험소비자 설문조사 / 동향분석실 2018.9
- 2018-13 상속법의 관점에서 본 생명보험 / 최준규 2018.9
- 2018-14 호주 퇴직연금제도 현황과 시사점 / 이경희 2018.9
- 2018-15 빅데이터 기반의 사이버위험 측정 방법 및 사이버사고 예측모형 연구 / 이진무 2018.9
- 2018-16 빅데이터 분석에 의한 요율산정 방법 비교: 실손의료보험 적용 사례 / 이항석 2018.9
- 2018-17 보험 모집 행위의 의미 및 범위에 대한 검토 / 백영화·손민숙 2018.10
- 2018-18 보험회사 해외채권투자와 환해지 / 황인창·임준환·채원영 2018.10
- 2018-19 베트남 생명보험산업의 현황 및 시사점 / 조용운·김동겸 2018.10
- 2018-20 여성 관련 연금정책 평가와 개선 방향 / 강성호·류건식·김동겸 2018.10
- 2018-21 디지털 경제 활성화를 위한 사이버보험 역할제고 방안 / 임준·이상우·이소양 2018.11
- 2018-22 인구 고령화와 일본 보험산업 변화 / 윤성훈·김석영·한성원·손민숙 2018.11
- 2018-23 퇴직연금기금 디폴트 옵션 도입 방안 및 부채연계투자전략에 관한 연구 / 성주호 2018.11
- 2018-24 보험 산업의 블록체인 활용: 점검 및 대응 / 김현수·권혁준 2018.11
- 2018-25 생명보험산업의 금리위험 평가: 보험부채 중심으로 / 임준환·최장훈·한성원 2018.11
- 2018-26 보험회사의 장수위험에 관한 연구 / 김세중·김유미 2018.11
- 2018-27 보험산업 전망과 과제: 2019년 및 중장기 / 동향분석실 2018.11
- 2018-28 보험산업 중장기 전망 / 전용식·김유미·최예린 2018.12
- 2018-29 빅데이터 활용 현황과 개선 방안 / 최창희·홍민지 2018.12
- 2018-30 판매채널 변화가 보험산업에 미치는 영향 / 정원석·김석영·박정희 2018.12
- 2018-31 Solvency II 시행 전후 유럽보험시장과 시사점 / 김해식 2018.12
- 2018-32 보험회사 대출채권 운용의 특징과 시사점 / 조영현·황인창·이혜은 2018.12
- 2019-1 보험회사의 시스템리스크에 대한 고찰 / 김범 2019.1

2019-2 인도 보험시장 현황 및 진출 전략 / 이승준·정인영 2019.8

2019-3 2019년 보험소비자 설문조사 / 동향분석실 2019.10

■ 연구보고서(구)

- 2008-1 보험회사의 리스크 중심 경영전략에 관한 연구 / 최영목·장동식·김동겸 2008.1
- 2008-2 한국 보험시장과 공정거래법 / 정호열 2008.6
- 2008-3 확정급여형 퇴직연금의 자산운용 / 류건식·이경희·김동겸 2008.3
- 2009-1 보험설계사의 특성분석과 고능률화 방안 / 안철경·권오경 2009.1
- 2009-2 자동차사고의 사회적 비용 최소화 방안 / 기승도 2009.2
- 2009-3 우리나라 가계부채 문제의 진단과 평가 / 유경원·이혜은 2009.3
- 2009-4 사적연금의 노후소득보장 기능제고 방안 / 류건식·이창우·김동겸 2009.3
- 2009-5 일반화선형모형(GLM)을 이용한 자동차보험 요율상대도 산출 방법 연구 / 기승도·김대환 2009.8
- 2009-6 주행거리에 연동한 자동차보험제도 연구 / 기승도·김대환·김혜란 2010.1
- 2010-1 우리나라 가계 금융자산 축적 부진의 원인과 시사점 / 유경원·이혜은 2010.4
- 2010-2 생명보험상품별 해지율 추정 및 예측 모형 / 황진태·이경희 2010.5
- 2010-3 보험회사 자산관리서비스 사업모형 검토 / 진 익·김동겸 2010.7

■ 정책보고서(구)

- 2008-2 환경오염리스크관리를 위한 보험제도 활용방안 / 이기형 2008.3
- 2008-3 금융상품의 정의 및 분류에 관한 연구 / 유지호·최 원 2008.3
- 2008-4 2009년도 보험산업 전망과 과제 / 이진면·이태열·신종협·황진태·유진아·김세환·이정환·박정희·김세중·최이섭 2008.11
- 2009-1 현 금융위기 진단과 위기극복을 위한 정책제언 / 진 익·이민환·유경원·최영목·최형선·최 원·이경아·이혜은 2009.2
- 2009-2 퇴직연금의 급여 지급 방식 다양화 방안 / 이경희 2009.3
- 2009-3 보험분쟁의 재판외적 해결 활성화 방안 / 오영수·김경환·이종욱 2009.3
- 2009-4 2010년도 보험산업 전망과 과제 / 이진면·황진태·변혜원·이경희·이정환·박정희·김세중·최이섭 2009.12
- 2009-5 금융상품 판매전문회사의 도입이 보험회사에 미치는 영향 / 안철경·변혜원·권오경 2010.1
- 2010-1 보험회사기 영향요인과 방지방안 / 송윤아 2010.3

- 2010-2 2011년도 보험산업 전망과 과제 / 이진면·김대환·이경희·이정환·최 원·김세중·최이섭 2010.12
- 2011-1 금융소비자 보호 체계 개선방안 / 오영수·안철경·변혜원·최영목·최형선·김경환·이상우·박정희·김미화 2010.4
- 2011-2 일반공제사업 규제의 합리화 방안 / 오영수·김경환·박정희 2011.7
- 2011-3 퇴직연금 적립금의 연금전환 유도방안 / 이경희 2011.5
- 2011-4 저출산·고령화와 금융의 역할 / 윤성훈·류건식·오영수·조용운·진 익·유진아·변혜원 2011.7
- 2011-5 소비자 보호를 위한 보험유통채널 개선방안 / 안철경·이경희 2011.11
- 2011-6 2012년도 보험산업 전망과 과제 / 윤성훈·황진태·이정환·최 원·김세중·오병국 2011.12
- 2012-1 인적사고 보험금의 지급방식 다양화 방안 / 조재린·이기형·정인영 2012.8
- 2012-2 보험산업 진입 및 퇴출에 관한 연구 / 이기형·변혜원·정인영 2012.10
- 2012-3 금융위기 이후 보험규제 변화 및 시사점 / 임준환·유진아·이경아 2012.11
- 2012-4 소비자중심의 변액연금보험 개선방안 연구: 공시 및 상품설계 개선을 중심으로 / 이기형·임준환·김해식·이경희·조영현·정인영 2012.12
- 2013-1 생명보험의 자살면책기간이 자살에 미치는 영향 / 이창우·윤상호 2013.1
- 2013-2 퇴직연금 지배구조체계 개선방안 / 류건식·김대환·이상우 2013.1
- 2013-3 2013년도 보험산업 전망과 과제 / 윤성훈·전용식·이정환·최 원·김세중·채원영 2013.2
- 2013-4 사회안전망 체제 개편과 보험산업 역할 / 진 익·오병국·이성은 2013.3
- 2013-5 보험지주회사 감독체계 개선방안 연구 / 이승준·김해식·조재린 2013.5
- 2013-6 2014년도 보험산업 전망과 과제 / 윤성훈·전용식·최 원·김세중·채원영 2013.12
- 2014-1 보험시장 경쟁정책 투명성 제고방안 / 이승준·강민규·이해랑 2014.3
- 2014-2 국내 보험회사 지급여력규제 평가 및 개선방안 / 조재린·김해식·김석영 2014.3
- 2014-3 공·사 사회안전망의 효율적인 역할 제고 방안 / 이태열·강성호·김유미 2014.4
- 2014-4 2015년도 보험산업 전망과 과제 / 윤성훈·김석영·김진익·최 원·채원영·이아름·이해랑 2014.11
- 2014-5 의료보장체계 합리화를 위한 공·사건강보험 협력방안 / 조용운·김경환·김미화 2014.12
- 2015-1 보험회사 재무건전성 규제 -IFRS와 RBC 연계방안 / 김해식·조재린·이경아 2015.2

- 2015-2 2016년도 보험산업 전망과 과제 / 윤성훈·김석영·김진익·최 원·채원영·
이아름·이해랑 2015.11
- 2016-1 정년연장의 노후소득 개선 효과와 개인연금의 정책방향 / 강성호·
정봉은·김유미 2016.2
- 2016-2 국민건강보험 보장률 인상 정책 평가: DSGE 접근법 / 임태준·이정택·
김혜란 2016.11
- 2016-3 2017년도 보험산업 전망과 과제 / 동향분석실 2016.12

■ 경영보고서(구)

- 2009-1 기업후지보험 활성화 방안 연구 / 이기형·한상용 2009.3
- 2009-2 자산관리서비스 활성화 방안 / 진 익 2009.3
- 2009-3 탄소시장 및 녹색보험 활성화 방안 / 진 익·유시용·이경아 2009.3
- 2009-4 생명보험회사의 지속가능성장에 관한 연구 / 최영목·최 원 2009.6
- 2010-1 독립판매채널의 성장과 생명보험회사의 대응 / 안철경·권오경 2010.2
- 2010-2 보험회사의 윤리경영 운영실태 및 개선방안 / 오영수·김경환 2010.2
- 2010-3 보험회사의 퇴직연금사업 운영전략 / 류건식·이창우·이상우 2010.3
- 2010-4(1) 보험환경변화에 따른 보험산업 성장방안 / 산업연구실·정책연구실·
동향분석실 2010.6
- 2010-4(2) 종합금융서비스를 활용한 보험산업 성장방안 / 금융제도실·재무연구실 2010.6
- 2010-5 변액보험 보증리스크관리연구 / 권용재·장동식·서성민 2010.4
- 2010-6 RBC 내부모형 도입 방안 / 김해식·최영목·김소연·장동식·서성민 2010.10
- 2010-7 금융보증보험 가격결정모형 / 최영수 2010.7
- 2011-1 보험회사의 비대면채널 활용방안 / 안철경·변혜원·서성민 2011.1
- 2011-2 보증보험의 특성과 리스크 평가 / 최영목·김소연·김동겸 2011.2
- 2011-3 충성도를 고려한 자동차보험 마케팅전략 연구 / 기승도·황진태 2011.3
- 2011-4 보험회사의 상조서비스 기여방안 / 황진태·기승도·권오경 2011.5
- 2011-5 사기성클레임에 대한 최적조사방안 / 송윤아·정인영 2011.6
- 2011-6 민영의료보험의 보험리스크관리방안 / 조용운·황진태·김미화 2011.8
- 2011-7 보험회사의 개인형 퇴직연금 운영방안 / 류건식·김대환·이상우 2011.9
- 2011-8 퇴직연금시장의 환경변화에 따른 확정기여형 퇴직연금 운영방안 /
김대환·류건식·이상우 2011.10
- 2012-1 국내 생명보험회사의 기업공개 평가와 시사점 / 조영현·전용식·
이혜은 2012.7
- 2012-2 보험산업 비전 2020 : @ sure 4.0 / 진 익·김동겸·김혜란 2012.7

- 2012-3 현금흐름방식 보험료 산출의 시행과 과제 / 김해식·김석영·김세영·이혜은 2012.9
- 2012-4 보험회사의 장수리스크 발생원인과 관리방안 / 김대환·류건식·김동겸 2012.9
- 2012-5 은퇴가구의 경제형태 분석 / 유경원 2012.9
- 2012-6 보험회사의 날씨리스크 인수 활성화 방안: 지수형 날씨보험을 중심으로 / 조재린·황진태·권용재·채원영 2012.10
- 2013-1 자동차보험시장의 가격경쟁이 손해율에 미치는 영향과 시사점 / 전용식·채원영 2013.3
- 2013-2 중국 자동차보험 시장점유율 확대방안 연구 / 기승도·조용운·이소양 2013.5
- 2016-1 뉴 노멀 시대의 보험회사 경영전략 / 임준환·정봉은·황인창·이혜은·김혜란·정승연 2016.4
- 2016-2 금융보증보험 잠재 시장 연구: 지방자치단체 자금조달 시장을 중심으로 / 최창희·황인창·이경아 2016.5
- 2016-3 퇴직연금시장 환경변화와 보험회사 대응방안 / 류건식·강성호·김동겸 2016.5

■ 조사보고서

- 2008-1 보험회사 글로벌화를 위한 해외보험시장 조사 / 양성문·김진익·지재원·박정희·김세중 2008.2
- 2008-2 노인장기요양보험 제도 도입에 대응한 장기간병보험 운영 방안 / 오영수 2008.3
- 2008-3 2008년 보험소비자 설문조사 / 안철경·기승도·이상우 2008.4
- 2008-4 주요국의 보험상품 판매권유 규제 / 이상우 2008.3
- 2009-1 2009년 보험소비자 설문조사 / 안철경·이상우·권오경 2009.3
- 2009-2 Solvency II의 리스크 평가모형 및 측정 방법 연구 / 장동식 2009.3
- 2009-3 이슬람 보험시장 진출방안 / 이진면·이정환·최이섭·정중영·최태영 2009.3
- 2009-4 미국 생명보험 정산거래의 현황과 시사점 / 김해식 2009.3
- 2009-5 헤지펀드 운용전략 활용방안 / 진 익·김상수·김종훈·변귀영·유시용 2009.3
- 2009-6 복합금융 그룹의 리스크와 감독 / 이민환·전선애·최 원 2009.4
- 2009-7 보험산업 글로벌화를 위한 정책적 지원방안 / 서대교·오영수·김영진 2009.4
- 2009-8 구조화금융 관점에서 본 금융위기 분석 및 시사점 / 임준환·이민환·윤건용·최 원 2009.7
- 2009-9 보험리스크 측정 및 평가 방법에 관한 연구 / 조용운·김세환·김세중 2009.7
- 2009-10 생명보험계약의 효력상실·해약분석 / 류건식·장동식 2009.8

- 2010-1 과거 금융위기 사례분석을 통한 최근 글로벌 금융위기 전망 / 신종협·최형선·최 원 2010.3
- 2010-2 금융산업의 영업행위 규제 개선방안 / 서대교·김미화 2010.3
- 2010-3 주요국의 민영건강보험의 운영체제와 시사점 / 이창우·이상우 2010.4
- 2010-4 2010년 보험소비자 설문조사 / 변혜원·박정희 2010.4
- 2010-5 산재보험의 운영체제에 대한 연구 / 송윤아 2010.5
- 2010-6 보험산업 내 공정거래규제 조화방안 / 이승준·이종욱 2010.5
- 2010-7 보험종류별 진료수가 차등적용 개선방안 / 조용운·서대교·김미화 2010.4
- 2010-8 보험회사의 금리위험 대응전략 / 진 익·김해식·유진아·김동점 2011.1
- 2010-9 퇴직연금 규제체계 및 정책방향 / 류건식·이창우·이상우 2010.7
- 2011-1 생명보험설계사 활동실태 및 만족도 분석 / 안철경·황진태·서성민 2011.6
- 2011-2 2011년 보험소비자 설문조사 / 김대환·최 원 2011.5
- 2011-3 보험회사 녹색금융 참여방안 / 진 익·김해식·김혜란 2011.7
- 2011-4 의료시장 변화에 따른 민영실손의료보험의 대응 / 이창우·이기형 2011.8
- 2011-5 아세안 주요국의 보험시장 규제제도 연구 / 조용운·변혜원·이승준·김경환·오병국 2011.11
- 2012-1 2012년 보험소비자 설문조사 / 황진태·전용식·윤상호·기승도·이상우·최 원 2012.6
- 2012-2 일본의 퇴직연금제도 운영체제 특징과 시사점 / 이상우·오병국 2012.12
- 2012-3 솔벤시 II의 보고 및 공시 체계와 시사점 / 장동식·김경환 2012.12
- 2013-1 2013년 보험소비자 설문조사 / 전용식·황진태·변혜원·정원석·박선영·이상우·최 원 2013.8
- 2013-2 건강보험 진료비 전망 및 활용방안 / 조용운·황진태·조재린 2013.9
- 2013-3 소비자 신뢰 제고와 보험상품 정보공시 개선방안 / 김해식·변혜원·황진태 2013.12
- 2013-4 보험회사의 사회적 책임 이행에 관한 연구 / 변혜원·조영현 2013.12
- 2014-1 주택연금 연계 간병보험제도 도입 방안 / 박선영·권오경 2014.3
- 2014-2 소득수준을 고려한 개인연금 세제 효율화방안: 보험료 납입단계의 세제방식 중심으로 / 정원석·강성호·이상우 2014.4
- 2014-3 보험규제에 관한 주요국의 법제연구: 모집채널, 행위 규제 등을 중심으로 / 한기정·최준규 2014.4
- 2014-4 보험산업 환경변화와 판매채널 전략 연구 / 황진태·박선영·권오경 2014.4
- 2014-5 거시경제 환경변화의 보험산업 파급효과 분석 / 전성주·전용식 2014.5
- 2014-6 국내경제의 일본식 장기부진 가능성 검토 / 전용식·윤성훈·채원영 2014.5
- 2014-7 건강생활관리서비스 사업모형 연구 / 조용운·오승연·김미화 2014.7

- 2014-8 보험개인정보 보호법제 개선방안 / 김경환·강민규·이해량 2014.8
- 2014-9 2014년 보험소비자 설문조사 / 전용식·변혜원·정원석·박선영·오승연·이상우·최 원 2014.8
- 2014-10 보험회사 수익구조 진단 및 개선방안 / 김석영·김세중·김혜란 2014.11
- 2014-11 국내 보험회사의 해외사업 평가와 제언 / 전용식·조영현·채원영 2014.12
- 2015-1 보험민원 해결 프로세스 선진화 방안 / 박선영·권오경 2015.1
- 2015-2 재무건전성 규제 강화와 생명보험회사의 자본관리 / 조영현·조재린·김혜란 2015.2
- 2015-3 국내 배상책임보험 시장 성장 저해 요인 분석 - 대인사고 손해배상액 산정 기준을 중심으로 - / 최창희·정인영 2015.3
- 2015-4 보험산업 신뢰도 제고 방안 / 이태열·황진태·이선주 2015.3
- 2015-5 2015년 보험소비자 설문조사 / 동향분석실 2015.8
- 2015-6 인구 및 가구구조 변화가 보험 수요에 미치는 영향 / 오승연·김유미 2015.8
- 2016-1 경영환경 변화와 주요 해외 보험회사의 대응 전략 / 전용식·조영현 2016.2
- 2016-2 시스템리스크를 고려한 복합금융그룹 감독방안 / 이승준·민세진 2016.3
- 2016-3 저성장 시대 보험회사의 비용관리 / 김해식·김세중·김현경 2016.4
- 2016-4 자동차보험 해외사업 경영성과 분석과 시사점 / 전용식·송윤아·채원영 2016.4
- 2016-5 금융·보험세제연구: 집합투자기구, 보험 그리고 연금세제를 중심으로 / 정원석·임 준·김유미 2016.5
- 2016-6 가용자본 산출 방식에 따른국내 보험회사 지급여력 비교 / 조재린·황인창·이경아 2016.5
- 2016-7 해외 사례를 통해 본 중·소형 보험회사의 생존전략 / 이태열·김해식·김현경 2016.5
- 2016-8 생명보험회사의 연금상품 다양화 방안: 종신소득 보장기능을 중심으로 / 김세중·김혜란 2016.6
- 2016-9 2016년 보험소비자 설문조사 / 동향분석실 2016.8
- 2016-10 자율주행자동차 보험제도 연구 / 이기형·김혜란 2016.9
- 2019-1 자동차보험 잔여시장제도 개선 방향 연구 / 기승도·홍민지 2019.5

■ 조사자료집

- 2014-1 보험시장 자유화에 따른 보험산업 환경변화 / 최 원·김세중 2014.6
- 2014-2 주요국 내부자본적정성 평가 및 관리 제도 연구 - Own Risk and Solvency Assessment - / 장동식·이정환 2014.8

- 2015-1 고령층 대상 보험시장 현황과 해외사례 / 강성호·정원석·김동겸 2015.1
- 2015-2 경증치매자 보호를 위한 보험회사의 치매실태 도입방안 /
정봉은·이선주 2015.2
- 2015-3 소비자 금융이해력 강화 방안: 보험 및 연금 / 변혜원·이해랑 2015.4
- 2015-4 글로벌 금융위기 이후 세계경제의 구조적 변화 / 박대근·박춘원·
이향용 2015.5
- 2015-5 노후소득보장을 위한 주택연금 활성화 방안 / 전성주·박선영·김유미 2015.5
- 2015-6 고령화에 대응한 생애자산관리 서비스 활성화 방안 / 정원석·김미화 2015.5
- 2015-7 일반 손해보험 요율제도 개선방안 연구 / 김석영·김혜란 2015.12
- 2018-1 변액연금 최저보증 및 사업비 부과 현황 조사 / 김세환 2018.2
- 2018-2 리콜 리스크관리와 보험의 역할 / 김세환 2018.12
- 2018-3 주요국 혼합형 퇴직연금제도 현황과 시사점 / 이상우 2018.12

■ 연차보고서

- 제 1 호 2008년 연차보고서 / 보험연구원 2009.4
- 제 2 호 2009년 연차보고서 / 보험연구원 2010.3
- 제 3 호 2010년 연차보고서 / 보험연구원 2011.3
- 제 4 호 2011년 연차보고서 / 보험연구원 2012.3
- 제 5 호 2012년 연차보고서 / 보험연구원 2013.3
- 제 6 호 2013년 연차보고서 / 보험연구원 2013.12
- 제 7 호 2014년 연차보고서 / 보험연구원 2014.12
- 제 8 호 2015년 연차보고서 / 보험연구원 2015.12
- 제 9 호 2016년 연차보고서 / 보험연구원 2017.1
- 제 10 호 2017년 연차보고서 / 보험연구원 2018.1
- 제 11 호 2018년 연차보고서 / 보험연구원 2019.1

■ 영문발간물

- 제 7 호 Korean Insurance Industry 2008 / KIRI, 2008.9
- 제 8 호 Korean Insurance Industry 2009 / KIRI, 2009.9
- 제 9 호 Korean Insurance Industry 2010 / KIRI, 2010.8
- 제10호 Korean Insurance Industry 2011 / KIRI, 2011.10
- 제11호 Korean Insurance Industry 2012 / KIRI, 2012.11
- 제12호 Korean Insurance Industry 2013 / KIRI, 2013.12

제13호	Korean Insurance Industry 2014 / KIRI, 2014.8
제14호	Korean Insurance Industry 2015 / KIRI, 2015.8
제15호	Korean Insurance Industry 2016 / KIRI, 2016.8
제16호	Korean Insurance Industry 2017 / KIRI, 2017.8
제17호	Korean Insurance Industry 2018 / KIRI, 2018.8
제18호	Korean Insurance Industry 2019 / KIRI, 2019.8
제 7 호	Korean Insurance Industry Trend 2Q FY2013 / KIRI, 2014.2
제 8 호	Korean Insurance Industry Trend 3Q FY2013 / KIRI, 2014.5
제 9 호	Korean Insurance Industry Trend 1Q FY2014 / KIRI, 2014.8
제10호	Korean Insurance Industry Trend 2Q FY2014 / KIRI, 2014.10
제11호	Korean Insurance Industry Trend 3Q FY2014 / KIRI, 2015.2
제12호	Korean Insurance Industry Trend 4Q FY2014 / KIRI, 2015.4
제13호	Korean Insurance Industry Trend 1Q FY2015 / KIRI, 2015.8
제14호	Korean Insurance Industry Trend 2Q FY2015 / KIRI, 2015.11
제15호	Korean Insurance Industry Trend 3Q FY2015 / KIRI, 2016.2
제16호	Korean Insurance Industry Trend 4Q FY2015/ KIRI, 2016.6
제17호	Korean Insurance Industry Trend 1Q FY2016/ KIRI, 2016.9
제18호	Korean Insurance Industry Trend 2Q FY2016/ KIRI, 2016.12
제19호	Korean Insurance Industry Trend 3Q FY2016/ KIRI, 2017.2
제20호	Korean Insurance Industry Trend 4Q FY2016/ KIRI, 2017.5
제21호	Korean Insurance Industry Trend 1Q FY2017/ KIRI, 2017.9
제22호	Korean Insurance Industry Trend 2Q FY2017/ KIRI, 2017.11
제23호	Korean Insurance Industry Trend 3Q FY2017/ KIRI, 2018.2
제24호	Korean Insurance Industry Trend 4Q FY2017/ KIRI, 2018.5
제25호	Korean Insurance Industry Trend 1Q FY2018/ KIRI, 2018.8
제26호	Korean Insurance Industry Trend 2Q FY2018/ KIRI, 2018.12
제27호	Korean Insurance Industry Trend 3Q FY2018/ KIRI, 2019.2
제28호	Korean Insurance Industry Trend 4Q FY2018/ KIRI, 2019.4
제29호	Korean Insurance Industry Trend 1Q FY2019/ KIRI, 2019.10

CEO Report

- 2008-1 자동차보험 물적담보 손해를 관리 방안 / 기승도 2008.6
- 2008-2 보험산업 소액지급결제시스템 참여 관련 주요 이슈 / 이태열 2008.6
- 2008-3 FY2008 수입보험료 전망 / 동향분석실 2008.8

- 2008-4 퇴직급여보장법 개정안의 영향과 보험회사 대응과제 / 류건식·서성민 2008.12
- 2009-1 FY2009 보험산업 수정전망과 대응과제 / 동향분석실 2009.2
- 2009-2 퇴직연금 예금보험요율 적용의 타당성 검토 / 류건식·김동겸 2009.3
- 2009-3 퇴직연금 사업자 관련규제의 적정성 검토 / 류건식·이상우 2009.6
- 2009-4 퇴직연금 가입 및 인식실태 조사 / 류건식·이상우 2009.10
- 2010-1 복수사용자 퇴직연금제도의 도입 및 보험회사의 대응과제 / 김대환·이상우·김혜란 2010.4
- 2010-2 FY2010 수입보험료 전망 / 동향분석실 2010.6
- 2010-3 보험소비자 보호의 경영전략적 접근 / 오영수 2010.7
- 2010-4 장기손해보험 보험회사기 방지를 위한 보험금 지급심사제도 개선 / 김대환·이기형 2010.9
- 2010-5 퇴직금 중간정산의 문제점과 개선과제 / 류건식·이상우 2010.9
- 2010-6 우리나라 신용카드시장의 특징 및 개선논의 / 최형선 2010.11
- 2011-1 G20 정상회의의 금융규제 논의 내용 및 보험산업에 대한 시사점 / 김동겸 2011.2
- 2011-2 영국의 공동계정 운영체제 / 최형선·김동겸 2011.3
- 2011-3 FY2011 수입보험료 전망 / 동향분석실 2011.7
- 2011-4 근퇴법 개정에 따른 퇴직연금 운영방안과 과제 / 김대환·류건식 2011.8
- 2012-1 FY2012 수입보험료 전망 / 동향분석실 2012.8
- 2012-2 건강생활서비스법 제정(안)에 대한 검토 / 조용운·이상우 2012.11
- 2012-3 보험연구원 명사초청 보험발전 간담회 토론 내용 / 윤성훈·전용식·전성주·채원영 2012.12
- 2012-4 새정부의 보험산업 정책(I): 정책공약집을 중심으로 / 이기형·정인영 2012.12
- 2013-1 새정부의 보험산업 정책(II): 국민건강보험 본인부담경감제 정책에 대한 평가 / 김대환·이상우 2013.1
- 2013-2 새정부의 보험산업 정책(III): 제18대 대통령직인수위원회 제안 국정과제를 중심으로 / 이승준 2013.3
- 2013-3 FY2013 수입보험료 수정 전망 / 동향분석실 2013.7
- 2013-4 유럽 복합금융그룹의 보험회사업 매각 원인과 시사점 / 전용식·윤성훈 2013.7
- 2014-1 2014년 수입보험료 수정 전망 / 동향분석실 2014.6
- 2014-2 인구구조 변화가 보험계약규모에 미치는 영향 분석 / 김석영·김세중 2014.6
- 2014-3 『보험 혁신 및 건전화 방안』의 주요 내용과 시사점 / 이태열·조재린·황진태·송윤아 2014.7

- 2014-4 아베노믹스 평가와 시사점 / 임준환·황인창·이혜은 2014.10
 2015-1 연말정산 논란을 통해 본 소득세제 개선 방향 / 강성호·류건식·정원석 2015.2
 2015-2 2015년 수입보험료 수정 전망 / 동향분석실 2015.6
 2015-3 보험산업 경쟁력 제고 방안 및 이의 영향 / 김석영 2015.10
 2016-1 금융규제 운영규정 제정 의미와 시사점 / 김석영 2016.1
 2016-3 2016년 수입보험료 수정 전망 / 동향분석실 2016.7
 2016-4 EU Solvency II 경과조치의 의미와 시사점 / 황인창·조재린 2016.7
 2016-5 비급여 진료비 관련 최근 논의 동향과 시사점 / 정성희·이태열 2016.9
 2017-1 보험부채 시가평가와 보험산업의 과제 / 김해식 2017.2
 2017-2 2017년 수입보험료 수정 전망 / 동향분석실 2017.7
 2017-3 1인 1 퇴직연금시대의 보험회사 IRP 전략 / 류건식·이태열 2017.7
 2018-1 2018년 수입보험료 수정 전망 / 동향분석실 2018.7
 2018-2 북한 보험산업의 이해와 대응 / 안철경·정인영 2018.7
 2019-1 기후변화 위험과 보험회사의 대응 방안 / 이승준 2019.4
 2019-2 2019년 수입보험료 수정 전망 / 동향분석실 2019.7
 2019-3 보험생태계 강화를 위한 과제 / 김동겸·정인영 2019.8

■ Insurance Business Report

- 26호 퇴직연금 중심의 근로자 노후소득보장 과제 / 류건식·김동겸 2008.2
 27호 보험부채의 리스크마진 측정 및 적용 사례 / 이경희 2008.6
 28호 일본 금융상품 판매법의 주요내용과 보험산업에 대한 영향 / 이기형 2008.6
 29호 보험회사의 노인장기요양 사업 진출 방안 / 오영수 2008.6
 30호 교차모집제도의 활용의향 분석 / 안철경·권오경 2008.7
 31호 퇴직연금 국제회계기준의 도입영향과 대응과제 / 류건식·김동겸 2008.7
 32호 보험회사의 헤지펀드 활용방안 / 진 익 2008.7
 33호 연금보험의 확대와 보험회사의 대응과제 / 이경희·서성민 2008.9

■ 간행물

- 보험동향 / 연 4회
 ○ 보험금융연구 / 연 4회

『 도서 회원 가입 안내 』

회원 및 제공자료

	법인회원	특별회원	개인회원
연회비	₩ 300,000원	₩ 150,000원	₩ 150,000원
제공자료	- 연구보고서 - 기타보고서 - 연속간행물 · 보험금융연구 · 보험동향 · KIRI 포커스 모음집 · KIRI 이슈 모음집 · KOREA INSURANCE INDUSTRY	- 연구보고서 - 기타보고서 - 연속간행물 · 보험금융연구 · 보험동향 · KIRI 포커스 모음집 · KIRI 이슈 모음집 · KOREA INSURANCE INDUSTRY	- 연구보고서 - 기타보고서 - 연속간행물 · 보험금융연구 · 보험동향 · KIRI 포커스 모음집 · KIRI 이슈 모음집 · KOREA INSURANCE INDUSTRY
	- 영문연차보고서	-	-

※ 특별회원 가입대상 : 도서관 및 독서진흥법에 의하여 설립된 공공도서관 및 대학도서관

가입문의

보험연구원 도서회원 담당

전화 : (02) 3775 - 9113 팩스 : (02) 3775 - 9102

회비납입방법

- 무통장입금 : 국민은행 (400401 - 01 - 125198)

예금주 : 보험연구원

가입절차

보험연구원 홈페이지(www.kiri.or.kr)에 접속 후 도서회원가입신청서를 작성·등록 후 회비입금을 하시면 확인 후 1년간 회원자격이 주어집니다.

자료구입처

서울 : 보험연구원 자료실 (02-3775-9113 / lsy@kiri.or.kr)

저 자 약 력

백 영 화

서울대학교 법학 학사
사법연수원(31기) 수료
보험연구원 금융법센터 센터장
(E-mail : pyh@kiri.or.kr)

박 정 희

고려대학교 경영학 석사
보험연구원 선임연구원
(E-mail : pjh@kiri.or.kr)

연구보고서 2019-4

암보험 관련 주요 분쟁사례 연구

발행일 2019년 10월

발행인 안 철 경

발행처 **보 험 연 구 원**

서울특별시 영등포구 국제금융로 6길 38

화재보험협회빌딩

대표전화 : (02) 3775-9000

조판및
인 쇄 고려씨엔퍼

ISBN 979-11-89741-14-3

979-11-85691-50-3 (세트)

정가 10,000원