

대법원 2025. 3. 13. 선고 2023다250746 판결 [보험금]

대 법 원

제 1 부

판 결

사건	2023다250746 보험금
원고,상고인	원고 소송대리인 변호사 윤인한
피고,피상고인	○○○보험 주식회사 소송대리인 법무법인 서면 담당변호사 권용제 외 3인
원심판결	부산지방법원 2023. 5. 24. 선고 2022나59325 판결
판결선고	2025. 3. 13.

주 문

원심판결을 파기하고, 사건을 부산지방법원에 환송한다.

이 유

상고이유를 판단한다.

1. 사안의 개요

원심판결 이유와 기록에 따르면 다음 사실을 알 수 있다.

가. 소외인은 2015. 9. 24. 피고와, 피보험자 및 보험수익자를 원고로 하는 (보험명생략)(이하 ‘이 사건 보험계약’이라 한다)을 체결하였다.

나. 이 사건 보험계약 중 질병 관련 특별약관의 주요 내용은 다음과 같다.

1) ‘암진단비’ 특별약관은 보장개시일 이후에 암 진단확정 시 보험가입금액의 100%를 지급하되(단, 최초 1회 한정, 보험계약일로부터 90일 이내 진단확정 시에는 지급하지 아니하고, 90일 초과 1년 미만 진단 시에는 보험가입금액의 50% 지급), 갑상선암으로 진단확정 시에는 보험가입금액의 20%를 지급하는 내용(단, 최초 1회 한정, 보험계약일로부터 1년 미만 진단확정 시에는 보험가입금액의 10% 지급)을 정하고 있고, ‘암수술비’ 특별약관은 보장개시일 이후에 암 치료 목적으로 수술 시 수술 1회당 보험가입금액의 100%를 지급하되(단, 보험계약일로부터 90일 이내 수술 시 미지급), 갑상선암 치료 목적으로 수술 시에는 수술 1회당 보험가입금액의 20%를 지급하는 내용을 정하고 있다(이하 위 각 특별약관을 합하여 ‘이 사건 보험약관’이라 한다).

2) 이 사건 보험약관에 따르면 ‘암’은 약관 [별표2] 한국표준질병 사인분류 [Korean standard classification of diseases, KCD, 제6차 개정 통계청 고시 제2010-246호(2011. 11. 1. 시행)] 중 ‘악성신생물(암) 분류표’에서 정한 질병을 말한다고 정의되는데, 위 약관 [별표2]에는 분류번호 C76-C80의 ‘불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물’이 포함되어 있다.

3) 이 사건 보험약관은 이와 별도로 ‘암’에서 “분류번호 C44[기타 피부의 악성신생물(암)], C73[갑상선의 악성신생물(암)] 및 전암 상태(암으로 변하기 이전 상태)는 제외”한다는 이른바 ‘갑상선암 등 제외조항’을 두는 한편(제3조 제1항), 위 조항에 대한 유의사항으로 “한국표준질병·사인분류 지침서의 ‘사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침’에 따라 C77~C80[불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)]의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류”한다는 이른바 원발부위 기준 분류조항(이하 ‘이 사건 약관조항’이라 한다)을 두고 있다.

다. 원고는 2018. 12. 24. 갑상선 전절제술 및 우측 경부 림프절 절제술을 받았고, 2019. 1. 3. 갑상선암(C73), 림프절 전이(C77.9, 이하 ‘이 사건 진단’이라 한다) 등의 최종 진단을 받았다.

라. 원고는 피고에게 이 사건 진단에 대하여 이 사건 보험계약에 따른 보험금의 지급을 청구하였고, 피고는 2019. 1. 22. 원고에게 이 사건 보험약관 및 이 사건 약관조항에 따라 갑상선암을 기준으로

하여 보험금 4,400,000원(암진단비 4,000,000원 및 암수술비 400,000원)을 지급하였다.

마. 이에 원고는, 이 사건 진단은 갑상선암과는 별개의 암을 진단받은 것에 해당하고, 피고는 보험 계약 체결 당시 이 사건 약관조항에 대하여 원고에게 설명하지 않았으므로 이를 보험계약의 내용으로 주장할 수 없다고 주장하면서 이 사건 보험계약에 따른 ‘암’ 보험금 22,000,000원(암진단비 20,000,000원 및 암수술비 2,000,000원)의 지급을 구하고 있다.

2. 설명의무 위반 여부에 관하여

가. 소액사건에서 상고이유의 판단이 필요한 경우

소액사건에서 구체적 사건에 적용할 법령의 해석에 관한 대법원 판례가 아직 없는 상황에서 같은 법령의 해석이 쟁점으로 되어 있는 다수의 소액사건들이 하급심에 계속되어 있을 뿐 아니라 재판부에 따라 엇갈리는 판단을 하는 사례가 나타나고 있는 경우, 소액사건이라는 이유로 대법원이 그 법령의 해석에 관하여 판단을 하지 아니한 채 사건을 종결한다면 국민생활의 법적 안정성을 해칠 것이 우려된다. 이와 같은 특별한 사정이 있는 경우에는 소액사건에 관하여 상고이유로 할 수 있는 ‘대법원의 판례에 상반되는 판단을 한 때’의 요건을 갖추지 아니하였다고 하더라도 법령해석의 통일이라는 대법원의 본질적 기능을 수행하는 차원에서 실체법 해석 적용의 잘못에 관하여 판단할 수 있다고 보아야 한다(대법원 2004. 8. 20. 선고 2003다1878 판결, 대법원 2024. 3. 12. 선고 2023다290485 판결 등 참조).

이 사건 쟁점인 암보험 약관 중 이 사건 약관조항과 같은 원발부위 기준 분류조항의 의의 및 위 조항이 설명의무의 대상이 되는지에 관하여, 아직 대법원 판례가 없고 하급심의 판단이 엇갈리고 있으므로 법령해석의 통일을 위하여 판단한다.

나. 원심의 판단

원심은 그 판시와 같은 이유로, 이 사건 약관조항이 보험사고에서 제외되는 암의 의학적인 분류기준을 명확히 한 것에 불과하고, 일차성 암에 대한 보험금의 지급을 넘어 모든 전이암에 대하여 일차성 암과 별도로 보험금을 지급받는 것을 기대하는 것은 오히려 이례적인 사정으로 보이는 점 등을 고려하면, 원고는 이 사건 약관조항에 따른 암의 분류와 무관하게 이 사건 보험계약을 체결하였고 봄이 합리적이므로 원고가 이 사건 약관조항에 관하여 설명을 들었는지 여부 등은 이 사건 보험계약의 체결에 영향을 미치지 아니하였고, 또한 이 사건 약관조항의 내용은 거래상 일반적이고 공

통된 것이어서 보험계약자가 별도의 설명 없이도 충분히 예상할 수 있었던 사항이므로 보험자인 피고에게 설명의무 위반을 주장할 수 없다고 판단하였다.

다. 대법원의 판단

그러나 원심의 판단은 다음과 같은 이유로 받아들이기 어렵다.

1) 일반적으로 보험자 및 보험계약의 체결 또는 모집에 종사하는 사람은 보험계약을 체결할 때 보험계약자 또는 피보험자에게 보험약관에 기재되어 있는 보험상품의 내용, 보험료율의 체계 및 보험청약서상 기재사항의 변동사항 등 보험계약의 중요한 내용에 관하여 구체적이고 상세한 명시 설명의무를 진다. 여기서 설명의무의 대상이 되는 ‘중요한 내용’이란 사회통념에 비추어 고객이 계약체결의 여부 또는 대가를 결정하거나 계약체결 후 어떤 행동을 취할지에 관하여 직접적인 영향을 미칠 수 있는 사항을 말하고, 약관조항 중에서 무엇이 중요한 내용에 해당하는지에 관하여는 일률적으로 말할 수 없으며, 구체적인 사건에서 개별적 사정을 고려하여 판단하여야 한다(대법원 2010. 7. 15. 선고 2010다19990 판결 등 참조).

이러한 명시 설명의무가 인정되는 것은 어디까지나 보험계약자가 알지 못하는 가운데 약관의 중요한 사항이 계약내용으로 되어 보험계약자가 예측하지 못한 불이익을 받게 되는 것을 피하고자 하는데 그 근거가 있으므로, 약관에 정하여진 사항이라고 하더라도 거래상 일반적이고 공통된 것이어서 보험계약자가 이미 잘 알고 있는 내용이거나 별도의 설명 없이도 충분히 예상할 수 있었던 사항 또는 이미 법령에서 정하여진 것을 되풀이하거나 부연하는 정도에 불과한 사항이라면 그러한 사항에 대하여까지 보험자에게 명시 설명의무가 인정되는 것은 아니지만, 이와 같이 보험자에게 명시 설명의무가 면제되는 경우가 아니라면 보험자가 이러한 보험약관의 명시 설명의무에 위반하여 보험계약을 체결한 때에는 그 약관의 내용을 보험계약의 내용으로 주장할 수 없다(대법원 2010. 3. 25. 선고 2009다91316, 91323 판결 등 참조).

2) 위 법리와 기록에 비추어 원심판결 이유를 살펴본다.

가) 이 사건 보험약관에 따르면 한국표준질병·사인분류의 ‘악성신생물(암) 분류표’에 기재된 질병은 원칙적으로 ‘암진단비’ 및 ‘암수술비’ 특별약관상 보험가입금액 100% 지급사유인 ‘암’에 해당한다. 그런데 이 사건 보험약관은 분류번호 C73[갑상선의 악성신생물(암)] 등을 보험계약상 ‘암’에서 제외하고 약 20% 수준의 보험금을 지급하는 내용의 갑상선암 등 제외조항을 별도로 두는 한편,

C77~C80[불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)]에 포함되는 이차성 악성신생물(암)의 경우에는 일차성 악성신생물(암)이 확인되면 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류한다는 이 사건 약관조항을 두고 있다. 그 결과 림프절 등의 부위에 암이 발견되어 분류번호 C77~C80의 진단이 내려진 경우에도 원발부위가 갑상선인 이차성 암으로 확인되면 갑상선암 등 제외조항과 이 사건 약관조항에 따라 이 사건 보험계약상 암 보험금 지급 대상인 ‘암’에서 제외되고 갑상선암으로만 보장을 받아 약 20% 수준의 보험금을 지급받는데 그치게 된다.

그렇다면 이 사건 보험계약상 ‘암’의 분류기준을 정한 이 사건 약관조항은 이 사건 보험계약에서 무엇을 보험사고로 할 것인지에 관한 것으로서 실질적으로 보험금 지급의무의 존부, 보장 범위 또는 보험금 지급액과 직결되는 보험계약의 핵심적 사항에 해당한다고 볼 수 있다. 결국 이 사건 약관조항은 이 사건 보험계약의 체결 여부나 그 대가를 결정하는 데 직접적인 영향을 미칠 수 있는 사항이므로 이 사건 보험계약의 중요한 내용으로 보아야 한다.

나) 이 사건 보험약관 [별표2]에는 분류번호 C76-C80로 ‘이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)’을 독립된 암의 하나로 명시하고 있다. 이에 따라 일반인으로서 이 사건 약관조항에 관한 보험자의 설명 없이는 갑상선암에서 전이된 이차성 암이 진단된 경우에 이 사건 약관조항에 근거하여 ‘암’으로 보장을 받을 수 없고 원발부위를 기준으로 갑상선암에 대한 보장만 부여된다는 사정을 예상하기는 쉽지 않을 것으로 보인다. 실제로 이 사건 약관조항은, 갑상선암 등 이른바 소액암에서 다른 부위로 전이된 경우를 분류하는 기준이 정립되어 있지 않은 탓에 보험금 지급실무에 발생한 혼선을 해결하기 위해 금융감독원이 마련한 보험약관 개선방안에 따라 도입되었다. 이에 더하여 이 사건 보험약관의 내용과 이 사건 약관조항의 도입 경위까지 종합하여 보면, 이 사건 약관조항이 거래상 일반적이고 공통된 사항이어서 보험계약자가 그에 관한 별도의 설명 없이도 충분히 예상할 수 있었다고 보기 어렵고, 이 사건 약관조항이 한국표준질병 사인분류 등에 제시된 암의 진단 및 분류에 관한 보편적인 의학적 기준에 따른 것으로서, 금융감독원이 마련한 보험약관 개선방안을 기초로 국내의 다수 보험회사들이 활용하는 보험약관에 포함되어 널리 보험계약이 체결되었다는 사정만으로 달리 볼 것은 아니다. 그밖에 기록을 살펴보아도 보험계약자가 보험계약 체결 당시 이 사건 약관조항의 내용을 충분히 잘 알고 있었다고 볼 만한 객관적인 자료를 찾을 수 없다.

다) 따라서 피고로서는 이 사건 보험계약 체결 시 보험계약자 또는 피보험자에게 이 사건 약관조항

을 구체적이고 상세하게 설명할 의무가 있다고 할 것이다. 그럼에도 원심은 그 판시와 같은 이유만으로 이 사건 약관조항에 관하여 피고의 설명의무가 인정되지 않는다고 보아 원고의 청구를 기각하였다. 이러한 원심의 판단에는 보험약관의 설명의무에 관한 법리를 오해하여 판결에 영향을 미친 잘못이 있다.

3) 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 객관적으로 해석하여야 한다(대법원 2010. 11. 25. 선고 2010다45777 판결 등 참조).

이 사건 보험약관의 내용, 체계 및 이른바 일반암에서 일반암으로 전이된 경우에는 ‘최초 1회 한정’ 등의 약관 규정으로 그 보장을 제한하여 일반암 기준 보험금을 1회만 지급하면서 소액암인 갑상선암에서 일반암으로 전이된 경우에는 갑상선암 보험금과 일반암 보험금을 이중으로 지급하여야 한다고 보는 것은 갑상선암을 소액암으로 취급하여 일반암으로서의 보장대상에서 제외한 취지에 비추어 타당하다고 보기 어려운 점 등을 종합하여 보면, 갑상선암과 동시에 또는 별개로 갑상선을 원발부위로 하는 이차성 일반암이 진단되었을 경우, 보험자가 보험계약 체결 시 이 사건 약관조항에 대한 설명의무를 위반하여 보험계약의 내용으로 주장할 수 없다고 하더라도, 약관에 달리 정하는 등 특별한 사정이 없는 한 일반암 보험금 기준으로 보험금을 지급하면 되고, 갑상선암 보험금을 이미 지급한 상태라면 그 차액만을 지급하면 된다고 해석하는 것이 합리적임을 밝혀 둔다.

3. 결론

나머지 상고이유에 대한 판단을 생략한 채 원심판결을 파기하고 사건을 다시 심리 판단하도록 원심 법원에 환송하기로 하여, 관여 대법관의 일치된 의견으로 주문과 같이 판결한다.

대법관 신숙희(재판장) 노태악(주심) 서경환 노경필