
다수보험계약과 민법 제103조의 적용법리에 관한 연구*

- 손해사정실무상의 쟁점을 중심으로 -

(A Study on the Application of Civil Code Article 103 Related to Multiple Insurance Contracts: Focusing on the Practical Issues of Claim Adjust Affairs)

김형진** · 조규성***
Hyeongjin, Kim Gyuseong, Cho

<국문초록>

보험제도는 우연한 사고의 발생을 대비하기 위한 것으로 보험계약자의 선의성이 중요하다. 그런데 보험제도를 악용하여 보험금을 부정하게 취득할 목적으로 다수의 보험계약을 체결한 경우가 있고, 이 경우 보험계약의 효력을 부정하여 보험금 지급을 방지할 필요가 있다. 문제는 이러한 경우를 규율하는 상법상의 규정은 따로 없지만 민법 제103조에 따른 계약무효의 법리로 보험계약의 효력을 부정할 수 있는지 여부가 쟁점이 될 수 있다.

이에 대법원은 “보험계약자가 다수의 보험계약을 통하여 보험금을 부정취득할 목적으로 보험계약을 체결한 경우, 이러한 목적으로 체결된 보험계약에 의하여 보험금을 지급하게 하는 것은 보험계약을 악용하여 부정한 이득을 얻고자 하는 사행심을 조장함으로써 사회적 상당성을 일탈하게 될 뿐만 아니라, 또한 합리적인 위험의 분산이라는 보험제도의 목적을 해치고 위험발생의 우발성을 파괴

* 본 논문은 2016년 8월 석사학위논문을 수정·보완한 것임

** 주저자, 법학석사(손해사정 전공), 제3종 대인, 신체 손해사정사, 삼성화재(주) 송무파트 수석

*** 교신저자, 법학박사(보험법 전공), 제3종 대인 손해사정사, 협성대학교 금융보험학과 교수

투고일:2016. 7. 30. 심사일:2016. 8. 12. 게재확정일 2016. 8. 23.

하며 다수의 선량한 보험가입자들의 희생을 초래하여 보험제도의 근간을 해치게 되므로 이와 같은 보험계약은 민법 제103조 소정의 선량한 풍속 기타 사회질서에 반하여 무효” 라고 판시하고 있고, 최근 많은 하급심 판결에서도 위 대법원 판결과 유사한 판단을 하고 있다.

한편, 보험계약의 체결목적이 보험금을 부정하기 취득할 목적이라는 사실은 내심의 의사에 속하는 것으로 이를 직접적으로 증명하는 것은 쉽지 않으므로 사실상 대법원은 일정한 간접사실의 증명을 통하여 이러한 내심의 의사를 추정하고 있다.

본 논문에서는 관련 대법원과 하급심 판례를 통해 다수보험계약체결과 관련된 계약무효에 대한 손해사정실무상의 다툼과 쟁점들에 대해 살펴보고 내심의 의사를 추정할 수 있는 간접사실과 실무상 적용방안에 대해 고찰한 후 마지막으로 보험금 부정취득을 위한 다수보험가입을 통한 모럴 리스크를 방지하고 선량한 보험계약자를 보호하기 위한 법적·제도적 개선방안을 제안하였다.

※ 국문 주제어 : 대법원 판례, 다수보험계약, 계약 무효, 민법 제103조,
사행계약, 보험금 부정취득

I. 들어가는 말

보험계약을 유지하기 위해 보험계약자가 납입하는 보험료는 각자의 위험정도
와 보상범위에 상응하는 대가로서의 성격을 띠고 있는 것이지만 개별 보험계약
의 차원에서 볼 때에는 보험계약자가 납입하는 보험료와 보험사고시 지급받는
보험금 사이에 대가적 균형관계가 존재하지 않기 때문에 사행계약(射倖契約)의
성격을 띠고 있다.¹⁾

보험계약의 사행성으로 인하여 보험계약자 중 보험료를 납입하고 보험금을
지급받지 못하는 자도 있고, 반대로 근소한 보험료를 지급하고 거액의 보험금을
취득하는 자도 있다. 이러한 점을 악용하여 보험을 도박목적으로 이용하거나 고
의의 보험사고를 초래하고, 보험사고를 가장하여 불법적으로 보험금을 사취하고
자 하는 등 보험제도에는 항상 악용될 위험이 존재한다.²⁾

이러한 보험계약의 사행성을 악용하여 보험제도의 근간을 해치는 보험사기
중에서도 최근 사회적으로 이슈가 되고 있는 보험금의 부정취득을 목적으로 한
과다한 생명보험계약은 보험관련 법·제도나 약관 규정의 허점을 이용한 지능적
인 범죄유형이라 할 것이다.

이와 같이 악의의 피보험자들이 과장 또는 허위의 장기입원을 반복하면서 입
원일당 등 입원 관련 보험금을 집중 청구하는 행태가 빈발하고 있는 주요 원인
으로는 외환위기 이후 어려워진 경제적 상황으로 인해 보험제도를 악용하려는
악의의 보험가입자와 그들과 공모하여 다수의 보험계약을 집중적으로 체결케
함으로써 보험사기를 유인하는 독립법인대리점 등 일부 불량 모집조직, 그리고
장기간 입원을 권유하거나 허위·과잉진단을 남발하는 일부 비양심적인 병원을
들 수 있다. 여기에다 연성보험사기에 대한 사회적 용인 분위기와 법적 처벌의
관대함이 보험사기를 더욱 부추기고 있는 실정이다.

이러한 보험범죄로 인한 폐해를 그대로 용인한다면 대다수 선량한 보험가입
자에게 피해를 초래하는 등 보험제도의 근간을 해하게 되는 결과를 낳게 된다.

1) 양승규, 보험법 제5판, 삼지원, 2004, 22면.

2) 한창희, 보험법 개정3판, 국민대학교, 2016, 36면.

이러한 점에서 사회질서에 반하는 무효의 보험계약으로 판단하여 보험범죄에 경종을 울리고 사회정의 관념을 회복시켜야 한다는 요청이 강하게 제기된다. 물론 반사회질서의 법리는 매우 신중하게 적용되어야 하나, 사회적 상당성을 결여한 보험계약에 대해서는 과감하게 적용되어야 할 것으로 생각된다. 그리고 보험회사측의 보험계약 체결 전후에 결친 적극적인 입증활동이나 약관규정의 정비, 법제도의 완비를 통해 부정목적이 개재된 과도한 보험계약에 대처해야 할 것이다.

이에 대해 본 연구를 통해 보험감독기관과 보험업계, 보험소비자의 공감을 이끌어내고 최종적으로는 법원의 해석을 통하여 보험계약의 단체성과 개별성, 선량한 보험소비자의 보호필요성과 보험사고의 우연성이라는 보험의 본질에 충실해야 한다는 서로 상충되는 문제들을 조화롭게 해결해 나갈 수 있는 방안을 합리적으로 모색하고자 한다.

이하에서는 다수보험계약의 규율을 위한 적용법리와 그동안 선고된 대법원 판례에 대해 살펴보고, 민법 제103조의 적용을 위한 요건과 효과에 대한 검토와 보험금 부정취득을 위한 다수보험가입을 통한 모럴 리스크를 방지하고 선량한 보험계약자를 보호하기 위한 법적·제도적 개선방안을 제안하고자 한다.

II. 다수보험계약의 규율을 위한 적용 법리

1. 서설

보험제도의 역기능으로 인한 도덕적 위험(Moral Hazard)의 증가는 특히 인보험의 경우에 두드러지는데, 이는 손해보험과 달리 중복보험의 법리가 적용되지 않아 중복보상이 가능하기 때문인 것으로 추정된다. 즉 인보험의 경우에는 보험가액에 대한 개념이 없고, 보험금도 보험사고 발생에 의한 경제적 불이익에 대응하여 결정되는 것이 아니라 보험자와 보험계약자의 합의에 의하여 성립되기 때문에 동일한 위험에 대한 복수의 계약을 체결하더라도 아무런 제한이 없어 다수의 보험계약체결로 인한 보험사기의 가능성이 높다.

상법에서는 이러한 위험성에 대비하여 고지의무(제651조), 통지의무(제652조)를 규정하고 있으나, 이러한 장치만으로 다수의 보험계약 체결로 인한 보험사기를 방지하는 데는 턱없이 부족해 보인다. 물론 손해보험의 경우에는 상법 제672조 제2항을 두어서 “동일한 보험계약의 목적과 동일한 사고에 관하여 수개의 보험계약을 체결하는 경우에는 보험계약자는 각 보험자에 대하여 각 보험계약의 내용을 통지하여야 한다.” 고 규정하여 다수의 보험계약을 체결한 경우 보험계약자의 통지의무를 규정하고 있다.

그리고 보험계약자의 사기로 인하여 보험금액이 보험계약의 목적의 가액을 현저하게 초과한 때에는 그 계약은 무효라고 규정하고 있다(상법 제672조 제3항, 제669조 제1항, 제4항). 설령 보험사기가 아니라고 하더라도 중복보험의 법리 등으로 보험가액을 초과하여 보험금을 지급하지 않기 때문에(상법 제669조 제1항, 제672조 제1항) 이러한 상법의 규정 및 손해보험의 법리로 인하여 손해보험에서는 다수의 보험계약 체결로 인한 보험사기의 가능성은 거의 희박해 보인다.

그러나 인보험의 경우에는 위에서 살핀 바와 같은 손해보험과 다른 특징이 있기 때문에 위 상법의 규정을 직접 적용하거나 유추적용을 할 수 없다. 다만 보험계약자의 수입 등에 비추어 지나친 보험료를 납입하면서 수많은 보험계약을 체결하고 이를 보험자에게 통지하지 않는 경우에는 일종의 사기에 의한 보험계약으로 보아 그 보험계약의 효력을 부정할 수 있어야 한다. 이러한 보험계약은 우연한 위험을 담보하기 위한 것이 아니라 보험금을 부정하게 취득할 목적으로 보험계약을 체결한 것으로 보험제도의 원리에 부합하지 않기 때문이다.

물론 다수보험계약 그 자체가 불법은 아니지만 실제로 다수보험계약의 상당수가 보험금 과다청구 등 사기행위로 이어지고 있는 현실에 비추어 볼 때 다수보험은 매우 높은 잠재적 위험성을 지니고 있다고 할 것이다.³⁾ 현재 상법상 보험금 부정취득 목적으로 추정되는 다수 보험계약 체결에 관하여 계약의 효력을 부정하는 규정이 따로 없다.

이에 따라 보험회사는 단지 보험계약자가 다수계약을 보유하고 있다는 사실만을 들어 보험계약을 임의로 해지하기는 어려운 것이 현실이므로 보험금 부정취득

3) 김선정, “보험금부정취득을 목적으로 체결한 다수보험계약의 효력,” 월간생명보험 Vol.425, 생명보험협회, 2014, 50면.

목적의 존재에 대한 간접사실을 들어 다수보험가입자를 대상으로 신의칙 위반과 민법 제103조에 근거하여 법원에 계약무효 확인의 소를 제기하고 있는 실정이다. 이와 관련한 법리와 판례는 장을 달리하여서 좀 더 자세하게 살펴보고자 한다.

2. 민법 제103조의 적용

보험계약은 일종의 사행계약으로서 도박과 비슷한 성질이 있으므로 무조건 유효하지 않고 우연한 보험사고에 의한 경제적 손해의 회복이라는 정당한 목적을 위하여 이용되는 경우에 한하여 유효하다고 할 것이다. 따라서 처음부터 보험금의 취득이라는 부정한 목적을 가지고 체결한 보험계약은 공서양속에 위반된다고 보는 것이 타당하고 나아가 보험계약자의 도덕적 위험을 규제할 필요성도 있다.⁴⁾

이와 관련하여 학계에서는 판례가 정립되기 전부터 보험금의 부정취득을 목적으로 한 보험계약을 민법 제103조의 선량한 풍속 기타 사회질서에 반하는 행위로 보아 무효라고 주장할 수 있는가에 대해 논란이 되었고 이에 대하여 정리하면 다음과 같다.

1) 학설의 검토

(1) 적용 부정설⁵⁾

과다한 생명보험계약이라 하더라도 반사회질서 법리를 적용할 여지가 없다는 견해는 아래와 같다.

첫째, 반사회적 법률행위가 되기 위해서는 계약의 목적인 권리의무의 내용 자체가 사회질서에 위반해야 하는데, 과다한 생명보험계약에 속한 개개의 보험계약 내용은 그 권리의무의 내용이 사회적 상당성을 지니고 있으므로 반사회질서법리가 적용될 여지가 없다.

둘째, 과다한 생명보험계약에 내재하는 도덕적 위험의 배제는 구체적인 보

4) 주기동, 전계논문, 219면.

5) 성낙송, 전계논문, 6면.

험법규 및 제도의 완비 또는 보험자의 적극적인 노력에 의하여 정치한 약관규정(예, 보험계약 체결에 전에 다른 보험에 가입한 사정 등을 고지하거나 또는 보험계약 체결 후에 다른 보험에 가입한 사정을 통지하게 하는 등의 약관)을 삽입함으로써 그 목적을 충분히 달성할 수 있으므로 굳이 반사회질서의 일반법리를 동원하면서까지 보험자를 보호할 필요가 없다.

그러나 이 견해는 앞서 살핀 바와 보험계약자측의 고의·중과실에 대한 입증상의 곤란 등으로 인해 도덕적 위험을 배제하는 데에는 한계가 있다는 점을 간과한 것으로 보인다.

셋째, 생명보험계약은 손해보험 등과 달리 은행에 정기예금을 드는 것과 같은 저축성 기능을 가지고 있고(예, 상법 제735조의 양로보험 등), 보험계약은 보험계약자가 보험자에게 지급하는 보험료보다 보험자로부터 받게 되는 보험금액이 월등히 큰 사행계약이므로 과도한 보험금액의 생명보험계약이 체결되었다고 하여 사회질서에 반한다고 보기 어렵다.

넷째, 생명보험계약은 주로 보험회사간의 치열한 유치경쟁을 통하여 이루어지는 바, 보험회사가 사전에 과도한 보험계약의 체결을 방지하기 위한 아무런 노력도 기울이지 않은 채 오로지 실적 제고의 차원에서 경쟁적으로 보험계약을 체결한 다음, 보험계약이 유효함을 전제로 보험료를 계속 징수하여 오다가 보험사고가 발생하자 그제서야 무효를 주장하는 것은 신의성실 또는 금반언(禁反言)의 원칙에 반하는 것으로 허용하지 않아야 한다는 것이다.

그러나 이에 대해서도, 여러 건의 보험계약에 가입함으로써 보다 두터운 보호를 받을 수 있고 이는 보험회사와 가입자간의 계약자유에 속한다 할 것이지만 그렇다 하더라도 보험제도를 도박이나 투기의 목적으로 악용하는 자까지 보호한다는 것은 보험제도의 근간을 해하는 것일 뿐 아니라 그러한 법률행위는 사회의 법질서 또는 사회구성원들의 법감정에 반하는 것으로 용납될 수 없는 것이라 할 것이다.

(2) 적용 긍정설

과다한 생명보험 등의 인보험 계약의 체결은 반사회질서에 해당되어 무효에

해당된다는 법리의 적용을 긍정하는 견해를 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 상해보험계약의 경우 피보험자의 수입 등을 참작하여 지나친 보험료를 부담하고 수많은 보험계약을 체결하면서 이를 보험자에게 고지 또는 통지하지 않고 이후 보험사고가 발생한 때에 고액의 보험금을 수령하는 것은 도덕적 위험이 높을 뿐 아니라 선량한 사회질서에도 어긋나는 것이라고 본다.⁶⁾

둘째, 보험자는 결국 선의의 보험가입자를 위하여 보험단체를 관리하는 지위에 있고, 불량한 보험가입자에게 보험보상을 하여 주는 경우 보험단체 자체의 건전한 발전을 해하는 것이므로 불량위험에 적극 대처한다는 차원에서 반사회질서법리는 적극 활용되어야 한다.⁷⁾

셋째, 과도한 상해보험계약에 대한 반사회질서 법리의 적용을 주장하면서, 공서양속위반으로 인한 무효의 법리는 사기적 보험청구에 대응하기 위한 법 논리로서 사기로 인한 무효(우리 민법상의 표현으로는 취소로 인한 무효가 정확한 표현일 것임)와 그 요건에 있어 크게 다르지 않고, 다만 사기로 인한 취소의 경우 사기 목적이라는 주관적 요소가 법조문의 해석상 명시적으로 필요한 반면, 공서양속으로 인한 무효의 경우는 주관적, 객관적 요소를 총체적으로 파악되는 정도의 차이가 있다고 한다.⁸⁾

2) 일본의 학설

일본에서는 우리보다 앞서 논의가 시작되었는데, 대체적으로 긍정설이 다수설의 입장으로 제한적인 경우에 한하여 적용될 수 있다고 보고 있으며 그 근거는 다음과 같다.⁹⁾

첫째, 부정한 이득의 취득을 봉쇄하기 위한 각종 법제도가 정비되어 있다고 하더라도 보험계약에 법률행위의 일반규정이 적용될 가능성이 배제되는 것은 아니므로 반사회질서의 법리가 적용될 여지가 있으며 처음부터 부정한 이득을

6) 양승규, “사회질서에 어긋난 과도한 상해보험계약의 효력”, 보험판례연구, 삼지원, 498면-499면.
7) 김창준, “상해보험에 있어서의 보상사고와 면책사고”, 보험법의 쟁점(양승규, 장덕조), 법문사, 2000, 207면. 김성태 교수는 일반 보험범죄에 대한 제재로 반사회질서 법리의 적용을 긍정하고 있다(김성태, 보험법강론, 법문사, 2001, 180면).
8) 홍석한, “사기적 보험금청구와 공서양속의 원리”, 변호사 법률실무연구 제30집, 2000, 311면.
9) 성낙송, 전계논문, 10면.

언을 목적으로 체결된 보험계약은 공서양속에 위반하는 것으로 보아야 한다.¹⁰⁾

둘째, 공서양속위반의 법리를 보험사고의 가정 또는 보험사고의 고의적인 초래 등을 고도로 의심케 하는 사실관계를 동반하는 것 같은 상궤(常軌)를 벗어난 특수한 사안에 한하여 적용될 수 있다.¹¹⁾

셋째, 명확하게 불법이득 목적을 인정할 수 있는 때에는 이른 바, 동기의 불법에 해당하는 것이므로 공서양속에 반하는 것으로 보험계약을 무효로 할 수 있다.¹²⁾

이에 대하여 松井秀征 교수는 당사자의 예측가능성 또는 법적 안정성의 관점에서 일반조항은 신중하게 적용해야 하므로 과도한 생명보험계약에서 보험금 부채취득의 목적이 인정되는 경우 고의 사고 면책, 사기무효 등 법률 및 약관의 규정에 의하여 대처해야 할 것이라고 하면서, 나아가 그러한 법률, 약관의 규정에 의하여 대처할 수 없는 경우에 공서양속 위반을 적용할 여지가 있는지는 별개의 문제이지만 이론적으로는 상당히 어렵다고 하여 부정적인 견해를 취하고 있다.¹³⁾

3) 소결

민법 제103조의 반사회질서 법리는 법률행위가 개개의 강행규정에 위반하지 않더라도 그것이 선량한 풍속 기타 사회질서에 위반하는 사항을 내용으로 함으로써 사회적으로 타당성을 결여하게 되는 경우는 그 효력이 인정되지 아니한다는 것을 말한다.

이 규정은 도덕개념이나 사회질서의 내용은 시대와 국가에 따라 부단히 변천하기 때문에 구체적으로 열거하는 대신 일반적, 추상적 내용을 규정한 일반조항이다. 따라서 무엇이 반사회적 법률행위에 해당하는가는 개개의 사건에서 재판관을 통하여 법관에 의하여 그 시대의 도덕관 내지 정의관념이 추구하는 객관

10) 山下友信, 公序良俗違反の損害保險契約, *ジュリスト* 別冊 第138号, 11면.

山野嘉朗, 超過保險と 公序良俗違反, *判例タイムズ* 第967号, 95면.

11) 西嶋梅治, 保險契約が保險金の不正取得を目的としたものと追認され, 公序良俗に 反し無効とされた事例, *法律時報* 別冊 私法判例リマックス, 1995(下), 116면.

12) 竹濱修, 保險契約における道徳危険と民法理論”, *商事法學* 第1330号, 12면.

13) 松井秀征, 公序良俗違反による生命保險契約の無効, *ジュリスト* 第1130号, 130면.

적인 가치질서에 따라 구체화될 수밖에 없을 것이다.

이러한 반사회질서 법리는 일반조항의 성격상 그 시대의 국가 또는 사회의 질서의식에 의거하여 다분히 정책적인 판단을 수반하게 되므로 원칙적으로 다른 법리로 타당성 있는 결론을 얻을 수 없을 때에 한하여 보충적으로, 그리고 최후의 수단으로 적용되어야 한다.

따라서 과도한 생명보험계약에 이를 적용함에 있어서도 일단 약관 또는 상법, 보험관계법규 등의 규정에 근거하여 보험계약의 효력 유무를 검토한 다음 이로써 사회적으로 타당한 결론을 도출하기 어려운 경우에 한하여 보충적, 최종적으로 적용되어야 한다고 본다. 다만 당사자의 예측가능성 내지 법적 안정성의 측면에서 볼 때 반사회질서 법리는 신중하게 적용되어야 할 것으로 생각한다.¹⁴⁾

결국 민법상의 반사회질서 법리는 민사법의 최고원칙을 선언한 것으로 이는 보험계약에도 당연히 적용되어 사회질서에 위반하는 경우에는 무효라고 하여야 할 것이다. 이러한 반사회질서 법리에 의한 무효는 앞서 살펴보았던 다른 대응책들 즉 고지의무·통지의무 위반으로 인한 해지권이나 사기로 인한 취소권 등과 양립 가능하지만, 위 요건들을 충족시키지 못하여 부득이 보험계약이 유효로 되어야만 하는 경우에 최종적인 강력한 수단이 될 수 있을 것이다.¹⁵⁾

Ⅲ. 다수보험계약의 무효여부에 대한 최근 판례 분석

1. 서설

2000년대 초반만 해도 법원에서는 보험금의 부정취득을 목적으로 한 보험계약을 민법상의 공서양속 위반행위로 보아 무효라고 주장할 수 있는가에 대해 엇갈린 견해를 내리는 등 확립된 대법원 판례가 없어 계속 논란이 되어 왔었다.

14) 성낙송, 전계논문, 21면.

15) 김문희, 전계논문, 401면.

그러던 중 2000년 후반부터 일부 보험회사의 적극적인 영업확대 정책에 따른 언더라이팅 기준 완화와 맞물려 보장성 보험에 다수가입 후 장기간 입원을 통하여 입원일당을 수령하는 생계형 모럴가입자가 증가하자 해당 보험회사측에서 법원에 계약무효의 객관적인 판단을 구하는 소송을 적극적으로 제기함으로써 점진적으로 판단기준이 정립되어가고 있는 모습을 보이고 있음을 확인할 수 있다.

특히, 2010년을 전후로 다발(多發)적이고 경미한 사고로 입·퇴원을 반복하면서 입원일당 등을 청구하는 생계형 다수가입자가 꾸준히 증가함에 따라 일부 보험회사에서 보험계약의 무효에 기하여 이미 지급된 보험금의 반환을 구하는 계약무효 확인 및 부당이득반환청구 소송을 지속적으로 제기하였고 법원에서는 이를 판단하기 위하여 과거 대법원 판례 등을 참고하여 일정 기준을 제시하기도 하였다.

광주지방법원 2012. 11. 15. 선고 2011가합9732 판결에서는 하급심에서는 최초로 보험계약의 목적을 판단하기 위한 아래와 같은 세부적인 기준을 제시하였다. 동 판결에서는 ① 보험계약이 단기간에 집중적으로 체결되었는지 여부, ② 보험계약을 체결하게 된 경위, ③ 다수의 중복 보험에 가입할 특별한 이유가 있었는지 여부, ④ 보험의 성격이 저축성인지 보장성인지 여부, ⑤ 보험료의 합계액과 보험계약자 등의 재정 상태, ⑥ 보험금 총액이 사회통념상 상당성을 벗어났는지 여부, ⑦ 보험계약 체결 시 보험계약자 등이 허위사실을 고지했는지 여부, ⑧ 보험사고가 과장된 것인지 여부, ⑨ 보험사고가 우연히 발생한 것인지 여부, ⑩ 보험계약자의 의심스러운 행동 등 보험사고 전후의 정황, 그 외 입원치료의 필요성 및 입원기간의 적정성 여부 등 10여 개의 판단기준을 제시하고 민법 제103조 소정의 보험계약 효력 여부에 대해 기술적인 판단을 하였다.

2. 2010년 이후 대법원 판례

2010년 이전의 대법원 판결들도 보험가입의 목적을 추인할 수 있는 여러 가지 간접사실을 종합하여 무효라고 판단하면서, 특히 보험금 청구 대상이 되는 사고를 전후로 보험금 편취를 위해 보험에 가입한 사실이 드러나 형사처벌을 받은 사안이거나 보험사고로 위장한 인위적 보험사고(피보험자 살해 등)를 통해 고액의 보험금을 노린 사안이었다.

그러나 2010년 이후의 아래에서 살펴 볼 사례는 본 논문에서 중점적으로 다루고자 하는 대상판례들로 형사처벌 사실이 없고, 중대한 보험범죄가 아니면서 단기간에 보험계약 다수가입을 통하여 경미한 사고들로 입원과 퇴원을 반복하면서 실비변상적 성격이 강한 입원 및 수술 보험금을 수령한 사고 다발자에 대한 보험회사의 보험계약무효 및 부당이득반환청구에 대해 민법 제103조를 적용한 사례들이다.

1) 판결1: 대법원 2014. 4. 30. 선고 2013다69170 판결 [부당이득금]

① 갑은 계약체결 당시 식당 주방장으로 근무하며 월 200만 원 이상의 수입을 얻고 있었다고 주장하였으나, 자신의 소득을 입증할 만한 아무런 증거도 제출하지 아니하였다. ② 갑은 6개월 미만의 단기간동안 이 사건 보험계약을 비롯하여 10건의 동종의 보험계약을 체결하였는데, 특히 하루에 3개의 보험회사와 3건의 보험계약을, 1개월도 되지 아니한 단기간에 7건의 보험계약을 집중적으로 체결하였다. ③ 갑이 가입한 위 각 보험은 그 대부분이 입원·수술 등의 치료에 대한 실비변상의 성격이 강한 보장성 보험들이다. ④ 갑은 이 사건 보험회사와 보험계약을 체결하기 이전에 이미 6건의 동종의 보험에 가입하고 있었으나, 그러한 사실을 보험회사에 고지하지 아니하였다. ⑤ 갑은 보험계약을 체결한 시기로부터 얼마 지나지 아니하여 집중적으로 입원과 퇴원 등을 반복하면서 총 33회에 걸쳐 입원과 수술 등의 치료를 받았음을 이유로 보험금 합계 5,800여만 원에 이른다. ⑥ 한편, 갑은 병원에 입원한 사실이 없음에도 입원한 것처럼 보험금을 편취하여 사기죄로 유죄판결을 선고받았고 그 판결이 확정되었다.

위 사안에서 보험회사가 원고로서 갑을 피고로 하여 계약무효에 기한 기 지급보험금 반환청구 소송을 제기하였고 이 사건 대법원에서는 ① 피고는 무직으로 총 10건의 보험료 합계액인 월 464,000원은 과다하다고 보여지는 점, ② 피고가 단기간 내에 다수의 보험계약을 체결하여야 할 합리적인 이유가 있는 것으로 보이지 않는 점, ③ 위 각 보험은 그 대부분이 입원·수술 등의 치료에 대한 실비변상의 성격이 강한 보장성 보험인 점, ④ 2006. 3. 8. 원고와 이 사건 보험계약을 체결하기 이전에 이미 6건의 동종의 보험에 가입사실을 고지하지

아니한 점, ⑤ 피고는 보험계약을 체결한 시기로부터 얼마 지나지 아니하여 집중적으로 입원과 퇴원 등을 반복하면서 그에 따른 보험금을 지급받은 점, ⑥ 피고는 허위입원으로 원고 등 보험회사들로부터 22회에 걸쳐 함께 16,353,629원의 보험금을 지급받은 행위로 인하여 사기죄로 기소되어 유죄판결을 선고받은 점¹⁶⁾등으로 이 사건 보험계약이 선량한 풍속 기타 사회질서에 반하여 “무효”라고 판단하였다.¹⁷⁾

2) 판결2: 대법원 2015. 2. 12. 선고 2014다73237 판결 [보험금반환청구 및 보험계약무효확인]¹⁸⁾

① 을은 소득이 거의 전무함에도 불구하고 월 보험료 453,530원에 이르는 보험료를 지출하고, ② 이 사건 보험가입 전 동종·동일 위험을 담보하는 보험이 다수였음에도 불구하고 추가로 이 사건 보험에 가입하였으며, ③ 을이 가입한 보험들은 일부를 제외하고 대부분 을의 의사에 기해 가입이 이루어졌고, ④ 총 11건의 보험가입은 1년 사이에 집중적으로 이루어졌으며, ⑤ 최종 보험가입 직후 갑작스럽게 입원이 지속적으로 이루어졌고, 위 11건의 보험을 통해 수령한 보험금(질병입원 시 1일당 160,000원을, 상해입원 시 1일당 240,000원 포함)은 1억 4천여만 원에 이른 사안이었다.

이 사건 또한 보험회사가 원고로서 을을 피고로 하여 보험계약무효에 기한 기지급 보험금에 대한 반환을 주장하였는데 대법원은 원심¹⁹⁾을 파기하였다. 그

16) 판결문상 ‘이러한 사실은 다른 무엇보다 보험금 부정취득의 목적을 의심하게 하는 강력한 자료’ 라고 언급하고 있다.

17) 이 사건 원심(서울중앙지방법원 2012나57117) 판결에서는 이 사건 보험계약 당시 식당에서 주방일을 하고 있었다는 피고의 주장을 인정하고 피고가 가입한 10개의 보험계약에 따른 월 보험료 합계 465,000원은 일반인이 부담하기에 불가능할 정도로 과하다고 보이지 않는 점, 다수의 보험가입이 약관에 의해 금지되어 있는 것은 아닌 점 등을 들어 이 사건 보험계약이 무효라는 원고 보험회사의 주장을 배척하였다.

18) 해당 판결에 대한 평석은 조규성, “2015년도 보험법 판례 회고”, 법학연구 제57권 제2호, 부산대학교 법학연구소, 2016, 226~234면 참조.

19) 부산지방법원 2012. 1. 11. 선고 2011가합16625 판결. 일부 보험의 경우 모집인의 권유에 따라 보험계약을 체결하였고, 질병의 증상을 다소 과장하여 입원하거나 적정 입원기간을 넘어 입원 치료를 받았다는 사후의 사정만으로 당초의 보험계약 체결이 반사회질서행위에 해당한다고 단정하기는 어렵다고 판시하였다.

이유는 ① 피고의 수입을 인정할 수 있는 객관적인 자료는 전혀 없고 월 453,530원의 보험료는 피고에게 과도한 점, ② 단기간 내에 다수의 보험계약을 체결하여야 할 합리적인 이유가 있는 것으로 보이지 아니하고, 나아가 11건의 보험계약 중 2건만이 보험모집인의 권유에 의해 체결되었고 나머지는 모두 피고의 적극적인 자의에 의하여 체결된 점, ③ 피고의 입원병명, 치료내역 등을 통상적인 경우에 비추어 볼 때 피고의 입원횟수와 입원기간은 상당히 잦고 길며 지급받은 보험금은 지나치게 과도한 점, ④ 비정기적인 수입밖에 없었던 피고가 이와 같이 보장성 보험에 다수 가입하는 데에 대한 상당한 이유는 더욱 찾을 수 없는 점, ⑤ 보험계약 체결 이전에 이미 7건의 동종 보험에 가입하고 있었는데, 그 가입사실을 원고에게 고지하지 아니한 점 등으로 다수의 보험계약을 체결함으로써 보험사고를 빙자하여 보험금을 부정하게 취득할 목적으로 체결한 것으로 보아 “무효”로 판단하였다.

3) 판결3: 대법원 2015. 7. 9. 선고 2015다1475 판결 [부당이득금반환 등]

① 병은 2010. 9. 24. 에 원고 보험회사와 월 보험료 4만 원의 상해보험계약을 체결한 후 2010. 12. 28. 병판에 넘어지는 사고로 32일 입원을 시작으로 그 때부터 2013. 3. 15. 까지 약 2년 3개월 동안 입원과 통원을 반복하면서(749일 중 301일 입원)하여 치료받고 원고회사로부터 17,539,553원을 포함하여 94,493,887원을 지급받았다. ② 병은 원고회사와의 계약을 포함 모두 10건의 보험계약을 체결하였고, 원고와 보험계약을 체결하기 전 이미 3건의 동종의 보험에 가입한 사실을 고지하지 않았다. ③ 병은 2009년부터 2012년까지 평균 월 소득은 693,512원이고 매월 보험료의 합계는 515,416원인 사안에서 이 사건 법률심인 상고심은 사실심인 항소심 보다 훨씬 자세하게 사실관계를 파악하면서 원심²⁰⁾을 파기하였다.

즉, 이 사건 상고심은 ① 피고가 세무서에 신고한 자료를 기초로 계산된 평균 월 소득 693,512원을 넘어 자신의 통장에 1년간 정도 부정기적으로 입금된 350만

20) 이 사건 원심(서울고등법원 2015나20645)에서는 피고가 보험계약자인 보험료는 401,416원으로 피고의 소득에 비추어 과도하지 않은 점, 피고의 입원치료가 허위이거나 치료의 필요성이 없다고 볼 만한 자료가 없다는 이유로 피고의 보험계약을 민법 제103조 위반으로 무효라고 볼 수 없다고 판단하였다.

원~500만 원 정도의 돈에 대하여 일용근로소득을 얻고 있던 피고의 급여로 보기 어렵고 매월 보험료 합계인 515,416원은 피고의 경제적 사정에 비추어 과도한 것으로 볼 수 있는 점, ② 단기간 내 유사한 보험종목의 다수계약을 저축성이 아닌 보장성 보험으로 집중 가입한 점도 합리적이 아닌 점, ③ 이 사건 보험계약 체결 시에 다른 보험가입 사실을 고지하지 않은 점, ④ 피고의 입원병명, 치료내역 등이 통상적인 경우에 비하여 매우 길고 지급받은 보험금이 지나치게 과도한 점, ⑤ 여러 병원을 전전하면서 특히 이전 병원에서 입원치료를 받고 퇴원한 후 단기간 내에 전에 발병한 질병과 동일하거나 유사한 질병으로 다른 병원으로 입원한 점 등으로 다수의 보험계약 체결을 보험금 부정취득의 목적으로 인정하여 해당 보험계약을 “무효”로 판단하였다.

4) 대상판결들에 대한 검토

판결1의 경우에는 허위입원으로 유죄판결을 받기는 하였으나 보험계약 다수 가입을 통해 입원과 퇴원을 반복하면서 실비변상적 성격이 강한 입원 및 수술 보험금을 수령한 사고 다발자에 대해 민법 제103조를 적용한 최초의 대법원 판결로서 의미가 있다.

더욱이 동 판결에서는 보험금 부정취득의 목적을 추인할 수 있는 유력한 자료로 ① 보험계약자가 자신의 수입 등 경제적 사정에 비추어 부담하기 어려울 정도로 고액인 보험료를 정기적으로 불입하여야 하는 과도한 보험계약을 체결하였다는 사정, ② 단기간에 다수의 보험에 가입할 합리적인 이유가 없음에도 불구하고 집중적으로 다수의 보험에 가입하였다는 사정, ③ 보험모집인의 권유에 의한 가입 등 통상적인 보험계약 체결 경위와는 달리 적극적으로 자의에 의하여 과도한 보험계약을 체결하였다는 사정, ④ 저축적 성격의 보험이 아닌 보장적 성격이 강한 보험에 다수 가입하여 수입의 상당 부분을 그 보험료로 납부하였다는 사정, ⑤ 계약 체결 시 동종의 다른 보험 가입사실의 존재와 자기의 직업·수입 등에 관하여 허위의 사실을 고지하였다는 사정, ⑥ 다수의 보험계약 체결 후 얼마 지나지 아니한 시기에 보험사고 발생을 원인으로 집중적으로 보험금을 청구하여 수령하였다는 사정 등의 간접사실을 근거로 삼았다는 점을 주목할 만하다.

이후의 판결2와 판결3은 판결1의 취지와 근거를 충실히 반영하였을 뿐 아니라 간접사실에 대한 기준이 보다 정치화되었고 간접사실에 의하여 추인을 함에 있어서 무효라고 보게 되는 기준의 명확화가 진일보한 것으로 보인다.

이와 같은 최근 관련 대법원 판례들을 분석한 결과 보험금의 부정취득 목적을 추인하기 위한 간접사실들을 제시하면, ① 자발적·단기집중적 대량가입, ② 보장성 보험에의 가입, ③ 다수의 보험에 가입한 합리적 이유가 없음, ④ 보험금 총액이 과다함, ⑤ 고액 보험료를 계속하여 납입할 소득이 없음, ⑥ 계약 체결시 허위사실 고지 및 통지, ⑦ 보험사고의 발생시기나 우연성이 문제되는 등 의심스러운 행동으로 정리할 수 있다. 이러한 관점에서도 대상판결들은 타당하다고 본다.

3. 소송 경향의 변화

다수의 보험계약 체결로 인한 보험계약의 무효에 관하여 보험회사의 대응상황의 변화를 보면, 초기에는 보험수익자인 원고의 보험금 청구에 대하여 이를 방어하기 위한 항변으로 원고의 보험금청구권을 부정하기 위하여 민법 제103조에 의하여 무효주장을 하였다가 대법원 2005. 7. 28. 선고 2005다23858 판결 이후에는 보다 적극적으로 보험수익자의 보험금청구권이 존재하지 않는다고 하면서 보험회사에서 먼저 채무부존재확인을 구하였다. 그리고 2008년경부터 단기간 내 다수의 보험계약 가입자 및 경미한 사고다발자의 입원일당 수령사태가 빈발하자 2010년 이후에는 본격적으로 보험계약의 무효에 기하여 이미 지급된 보험금의 반환을 구하는 모습을 보이고 있다.

최근에는 일부 보험회사에서 지급된 보험금이 과다하고 보험사고가 모럴의 가능성이 있다고 판단된 다수보험 가입자를 선별하여 보험금청구와 관계없이 해당 가입자를 상대로 보험계약 자체의 무효확인을 구하는 소송을 제기하는 과정에서 일부 무리한 소송임이 확인되어 사회적 이슈를 촉발시킨 바 있었다.²¹⁾

21) 이에 따라 금융감독 당국에서는 2015. 7월부터 보험회사의 부당한 소송제기를 막는다는 취지로 소송여부를 최종 결정할 소송관리위원회를 보험회사 내부에 설치하고 내부통제를 강화하도록 한 바 있다.

그럼에도 불구하고 대다수의 하급심에서는 2010년을 기점으로 하여 다수보험 가입 및 모럴성 사고 다발자에 대해 보험계약의 무효를 확인하는 판결이 다수 선고되고 있다.²²⁾ 설사 판결로 선고되지 않더라도 재판부의 적극적인 합의 유도로 화해권고결정 내지 강제조정 등으로 종결하는 경우도 많이 확인되고 있는데 그 내용은 주로 보험계약의 무효를 확인하되, 보험회사는 이미 지급한 보험금의 반환을 청구하지 않으며 가입자 또한 이미 납부한 보험료의 반환을 청구하지 않는 내용이 대부분인 것으로 확인된다.²³⁾

일부 조정결정에서는 보험계약의 무효로 하지 않고 보험계약을 합의해지하고 해지환급금을 지급하는 것으로 조정한 사례도 확인되며, 그 중에서는 보험회사의 요구를 인용하여 모럴가입자로 판단되는 보험계약자나 피보험자에 대하여 향후 당해 보험회사에 가입을 원천적으로 차단하는 문구를 조정결정에 삽입하기도 한다.²⁴⁾

보험회사로서도 무효확인 및 부당이득반환의 판결을 받더라도 이미 지급한 보험금을 반환받기는 불가능한 경우가 대부분이고 향후 계속적인 보험금지급을 막기 위해 이러한 조정에 응하는 경우가 많고, 보험계약자로서도 보험계약의 무효로 인하여 기 지급받은 보험금의 반환을 하지 않기 위하여 법원의 조정결정에 따르는 경우가 많다.

22) 서울고등법원 2013나4700, 부산고등법원 2012나8359, 서울고등법원 2013나33838, 광주지법 2013나 50615, 서울고등법원 2013나2021497, 서울고등법원 2013나2031142, 광주고등법원 2014나580, 부산고등법원(창원)2014나20885, 대구고등법원 2015나20835, 부산고등법원(창원) 2014나20885, 부산고등법원 2015나52978 등(이상 ‘심리불속행 기각’ 확정), 서울고등법원 2012나85900, 대전고등법원 2014나12636, 서울고등법원 2013나2025758, 부산고등법원 2014나52285, 광주고등법원 2015나13163, 광주고등법원(전주) 2015나101646 등(이상 ‘항소기각’ 확정), 광주고등법원 2015나12689, 인천지법 2012나 23009, 광주고등법원 2014나12149, 광주고등법원 2015나13422 등(이상 ‘항소취하’ 확정), 부산지법 동부지원 2011가단18224, 광주지법 순천지원 2011가합4842, 광주지법 순천지원 2012가합21, 광주지법 2013가합3301, 광주지법 목포지원 2013가합10449, 광주지법 순천지원 2012가합10431, 광주지법 2013가합54156, 광주지법 목포지원 2013가합10524, 광주지법 순천지원 2013가합10568, 광주지법 2014가합52706, 창원지법 2014가합4118, 광주지법 목포지원 2014가합10798, 광주지법 2014가합 58353, 광주지법 2014가합58490, 광주지법 2014가합12480, 광주지법목포지원 2014가합12480, 광주지법 2014가합60134, 광주지법 2015가합53201 등(이상 ‘1심’ 확정)

23) 호남권역을 중심으로 광주지법과 순천지원, 목포지원 등에서 집중적으로 확인되고 있으며, 인천, 창원, 부산지역 법원에서도 화해권고결정이 활발히 이루어지고 있다.

24) 광주지방법원 2014가합6864 조정결정문에는 “이 사건 보험계약은 해지되었음을 확인하며, 쌍방은 향후 서로 보험계약을 체결하지 아니한다.” 라고 기술되어 있다.

Ⅳ. 다수보험계약에 대한 민법 제103조의 적용 요건 및 효과

1. 적용 요건 및 판단 기준

다수의 생명보험계약이라 하더라도 개별적인 보험계약의 내용 자체가 사회적 상당성을 결여하고 있는 것은 아니므로 과도한 보험계약 건수, 과도한 보험료의 부담 등의 객관적 사정만에 의하여 곧바로 반사회성을 인정할 수는 없고 보험계약자측에 보험금의 부정취득 목적이라는 주관적 의도가 존재하고 있는 경우에 한하여 반사회성을 인정할 수 있다고 할 것이다.

문제는 보험계약자측에 보험금 부정취득의 목적이 존재한다는 점을 어떤 방법으로 인정할 것인가인데, 객관적으로 쉽게 인정되는 간접사실들을 종합하여 보험계약체결이 통상의 위험분산의 목적에서 비롯된 것이 아니라 보험금의 부정취득 목적이라는 보험계약자측의 주관적 불법의도에 기인한 것임을 추인하는 방식으로 인정되어야 할 것이다. 아래에서는 다수의 소송과정 중 다양한 방법으로 현출된 간접사실들을 종합하여 보험계약자측에 보험금 부정취득 목적의 존재여부를 추인할 수 있는 요소가 어떤 것들이 있는지 살펴보기로 한다.

1) 판단 기준

(1) 보험가입금액 및 수령보험금 총액의 상당성

다수의 보험계약을 통한 보험가입금액이나 수령보험금의 총액이 보험금 청구의 대상이 되는 상해·질병의 정도에 비추어 현저하게 과도한 경우에는 도덕적 위험이 개재되어 보험목적에 반하는 상황이 발생할 가능성이 농후하다고 할 것이다. 생명보험은 자신의 노후 생활안정이나 유가족의 생계보장 등의 경제적 필요에 대비하고자 하는 것이므로 어느 정도의 보험금액이 현저하게 과도한 금액인지 여부를 결정하는 것은 어려운 문제이나 보험 가입목적에 비추어 합리적인 위험분산이라고 볼 수 없는 금액이라면 현저하게 과도한 것으로 보아야 한다.

만일 보험금액이 현저하게 과다한지 여부를 쉽게 인정하기 어려운 정도의 금액이라면 보험계약자의 보험료 납입능력 등의 경제적 사정을 중요한 참고자료로 삼아 현저하게 과다한지 여부를 판단할 수 있을 것이다.²⁵⁾

(2) 보험료 합계액과 재정상태

보험계약자의 재정적 사정에 비추어 부담하기 어려운 정도로 현저하게 고액인 보험료를 납입해야 하는 과다한 생명보험계약을 체결하였다면 특별한 사정이 없는 한 계약기간 동안 보험료를 정상적으로 납입하기 어렵다는 것을 넉넉히 짐작할 수 있으므로 이러한 경우 도덕적 위험이 고도로 개재되어 보험사고가 유발될 가능성이 높다고 볼 수 있다.

여기에서 보험료 부담능력은 단순히 보험료 액수의 절대적 크기를 말하는 것이 아니라 보험계약자의 실제 보험료 부담능력을 의미하므로²⁶⁾ 이를 가늠하기 위해서는 전체적인 가계지출 중 보험료 합산액의 비율, 실직상태 여부, 처분가능한 자산의 보유여부 등이 고려될 수 있을 것이다.²⁷⁾

만일 보험계약자의 재정사정에 비추어 부담하기 어려운 정도로 현저하게 고액인 보험료를 지불해야 하는 과다한 보험계약을 체결하였다면 특별한 사정이 없는 한 보험료를 정상적으로 납입할 능력이 없다는 사정이 증명되었다고 할 것이다. 이러한 경우 보험료를 끝까지 납입하지 않고 중간에 보험사고를 유발할 가능성이 높다는 사정을 인정할 수 있다.

어느 정도가 보험계약자의 재정사정에 비추어 부담하기 어려운 정도로 현저하게 고액인 보험료를 지불하고 있는 것인지는 보험계약자의 월 소득을 기초로 하여 판단하여야 할 것이다. 이때 참고가 될 기준으로 민사집행법 제246조 제1항 제4호에서 급여채권의 1/2은 압류하지 못하는 규정, 사망자에 대한 손해배상금(상실수익액) 산정 시 생계비로 1/3를 공제하는 법원의 실무 등을 고려할 때, 월수입의 1/2 내지 2/3 이상을 보험료로 지급하는 것은 현저하게 고액

25) 성낙송, 전계논문, 22면.

26) 일부 하급심 판례에서는 보험계약자의 배우자 또는 자녀 등 가족의 소득을 포함하여 판단하기도 한다.

27) 김선정, 전계논문, 44면

인 보험료로 볼 수 있을 것이다.²⁸⁾

(3) 보험계약 가입 건수 및 시기

보험금의 부정취득을 위해 가입한 보험계약인지 여부를 판단함에 있어 가장 기본이 되는 것이 보험계약자가 체결한 보험계약의 건수이다. 보험사기를 행하는 자들은 초과보험 또는 중복보험에 대한 상법과 약관상의 제재를 피하거나 거액보험에 대한 주목을 피할 목적으로 일부러 여러 건의 보험계약으로 쪼개어 가입하는 경향이 있다.²⁹⁾

따라서 다수의 보험계약을 가입할 합리적인 이유가 없음에도 불구하고 단기간 내에 다량의 보험계약을 체결한 경우에는 보험계약자가 정상적인 보험계약의 가입 의도로 계약을 체결한 것으로 볼 수 없을 것이다.

특히 손해보험과 달리 초과 및 중복보험 등에 대한 제한규정이 마련되어 있지 않은 생명보험의 경우 과도한 중복보험을 체결한 사실은 반사회성을 인정하는 중요한 간접사실이 될 수 있다.³⁰⁾

(4) 보험계약 체결경위 및 가입이유

보험계약 거래의 실상은 보험설계사의 권유 등에 의하여 보험계약을 체결하는 경우가 많다. 그러나 다수보험계약을 체결하는 보험계약자들은 대개 모집인 등의 권유를 받지 않고 자발적으로 보험회사를 선택하여 가입하며, 여러 보험자에게 나누어 가입하는 경향이 있다.³¹⁾ 이와 같이 보험계약자가 자의에 의해 적극적으로 보험에 가입하였다는 사정 등은 보험가입의 목적을 추인할 수 있는 중요한 판단자료가 될 것이다.

28) 성낙송, 전계논문, 22면-23면. 이러한 규정들은 채무자 또는 그 가족의 인간다운 생활을 보장하거나 최소한의 생계비를 고려하여 산출된 것이므로 위와 같은 한도(월 수입의 1/2 내지 2/3 이상)를 초과하여 월 보험료로 납입한다는 것은 사회적 상당성을 결여한 행동으로 평가해야 할 것이다.

29) 김선정, 전계논문, 44면.

30) 성낙송, 전계논문, 23면.

31) 김선정, 전계논문, 45면.

특히 보험계약자가 합리적 이유 없이 자발적으로 여러 개의 보험회사에 분산하여 과도한 수의 보험에 가입하였다면 도덕적 위험의 개재가능성이 더욱 높다고 볼 수 있다.³²⁾ 또한 대부분의 모럴 가입자의 경우에는 보험계약 체결 시 다수가입 사실이나 병력, 직업 등에 대해 고지하지 않거나 허위사실을 고지하는 경우가 많다.

(5) 보험계약의 성격

가입한 다수의 보험계약이 보장성 보험인지, 저축성 보험인지 여부도 보험금 부정취득 목적을 판단하는 중요한 자료가 된다. 통상 보장성 보험인 경우에는 납입보험료에 비하여 보험사고 발생으로 인하여 지급되는 보험금이 현저히 고액이기 때문에 저축성 보험에 비하여 보험계약 체결에 도덕적 위험이 개입될 가능성이 높다. 그러므로 계약자가 과도한 수의 보장성 보험을 체결하였다면 합리적인 위험분산의 목적에서 보험계약을 체결하였다고 보기 어려울 것이다.³³⁾ 특히 보험금 부정취득을 목적으로 하는 가입자의 대부분은 입원일당 등 실비보상 수준의 보장성 보험에 집중하며 보험금이 추가 지급되는 특약 등을 선호하는 경향을 보이고 있다.³⁴⁾

(6) 보험사고의 과장 또는 우연성

최근 판례에서 다수보험계약에 따른 입원일당 등의 보험금 수령에 대해 보험금부정취득이라고 판단한 사례를 분석해 보면, 그 사고내용이 가정 내에서 물건을 들다 허리를 빼끗하거나 의자나 욕실 등에서 넘어진 사고, 계단에서 내려오다가 또는 운동이나 등산 중 넘어진 사고, 눈길이나 빙판, 빗물에 미끄러진 사고 등 목격자가 없는 단독사고가 대부분인 것으로 확인된다. 질병의 경우에도 두통, 어지러움, 속쓰림, 소화불량 등 단순질병에 해당함에도 입원을 고수하여 입원보험금을 지급받는 사례도 다수 확인되었다. 이와 같이 보험계약을 다

32) 성낙송, 전계논문, 24면.

33) 성낙송, 전계논문, 24면.

34) 김선정, 전계논문, 46면.

수 가입하고서 보험사고가 과장되었거나, 우연성이 의심되는 사고의 경우에도 보험계약자측의 주관적 불법의도를 추인할 수 있는 요소가 될 것이다.

(7) 입원치료의 필요성 및 적정성

입원치료가 반드시 필요한지, 입원기간은 적정한지 등도 보험계약자측의 반사회성 여부를 판단하는 자료가 된다.

즉 위와 같은 경미한 사고나 질병으로 입원병명, 치료내역 등이 통상적인 경우에 비하여 매우 길고 지급받은 보험금이 지나치게 과다한 경우, 여러 병원을 전전하면서 특히 이전 병원에서 입원치료를 받고 퇴원한 후 단기간 내에 과거 발병한 질병과 동일하거나 유사한 질병으로 다른 병원으로 입원한 경우, 입원기간 중 외출이나 외박이 잦은 경우 등 입원치료의 필요성 및 입원기간의 적정성 여부가 의심되는 사안에서도 보험계약자에게 보험금 부채취득목적의 의사가 있다고 추인할 수 있을 것이다.

입원의 적정성 여부와 관련하여 자동차사고 허위·부채환자를 줄이기 위해 경미한 상해에 대하여 통원치료를 원칙으로 한 2012. 6. 28. 국토해양부(현재의 국토교통부) 권고의 ‘자동차사고 환자 입원기준’³⁵⁾이나, 대법원 판례에서 제시한 ‘입원치료의 의미와 입원 여부의 판단방법’³⁶⁾을 참고하면 좋을 것으로 보인다.

35) 국토해양부 자동차운영과-2050.이에 의하면 뇌·경추·요추의 좌상(타박상)및 염좌(뺨) 등으로 인한 경미한 또는 경도의 자동차사고 상해환자에 대해서는 통원치료가 원칙이며, 입원치료 여부는 경·요추부 통증을 호소하면서 식사·이동 등 일상생활이 상당히 제한될 것이라고 의학적으로 판단되는 경우로 하되, 이러한 입원기준은 보험업계와 의료업계의 자율적 기준으로 적용하도록 하였다.

36) ‘입원’이라 함은 환자의 질병에 대한 저항력이 매우 낮거나 투여되는 약물이 가져오는 부작용 혹은 부수효과와 관련하여 의료진이 지속적인 관찰이 필요한 경우, 영양상태 및 섭취음식물에 대한 관리가 필요한 경우, 약물투여·처치 등이 계속적으로 이루어질 필요가 있어 환자의 통원이 오히려 치료에 불편함을 끼치는 경우 또는 환자의 상태가 통원을 감당할 수 없는 상태에 있는 경우나 감염의 위험이 있는 경우 등에 환자가 병원 내에 체류하면서 치료를 받는 것으로서, 보건복지부 고시인 ‘요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항’ 등의 제반 규정에 따라 환자가 6시간 이상 입원실에 체류하면서 의료진의 관찰 및 관리 아래 치료를 받는 것을 의미하나, 입원실 체류시간만을 기준으로 입원 여부를 판단할 수 없고, 환자의 증상, 진단 및 치료내용과 경위, 환자들의 행동 등을 종합하여 판단하여야 한다(대법원 2009. 5. 28. 선고 2008도4665 등 참조).

(8) 형사상 처벌 여부

다수의 판결에서 보험회사들로부터 경미한 보험사고의 반복으로 다액의 보험금을 지급받아 사기죄로 기소되거나 유죄판결을 선고받은 경우 다른 무엇보다도 보험금 부정취득의 목적을 의심하게 하는 강력한 자료라고 언급하고 있다.

형사상의 범죄가 성립되기 위해서는 사기죄³⁷⁾의 구성요건에 해당되어야 하지만 이러한 사기죄의 구성요건에 해당하는 것과 보험계약이 민법 제103조의 법률요건에 해당하는 것은 차이가 있다.

민법 제103조의 무효는 보험계약의 체결동기가 보험금을 부정하게 취득하기 위한 목적일 경우에 그 보험계약을 무효로 되는 것이고, 형사상의 사기죄는 고의로 보험사고를 유발하거나³⁸⁾ 보험사고를 가장하여 보험금을 청구한 경우에 성립되는 범죄로 양자는 요건을 달리하고 있어 이를 동일하게 볼 수 없지만, 형사상 사기죄로 처벌되었는지 여부가 보험계약의 무효여부를 판단하는 결정적인 자료가 될 수 있다.

그러나 보험사기가 의심되는 사고로 형사사건에서 무죄판결을 받았다고 하여 민사상 계약이 유효한 것은 아니라고 할 것이다.³⁹⁾

2) 반사회적 보험계약의 판단 시점

‘선량한 풍속 기타 사회질서’는 부단히 변천하는 개념이므로 반사회적 법

37) 형법 제347조(사기) 제1항은 ‘사람을 기망하여 재물의 교부를 받거나 재산상의 이익을 취득한 자는 10년 이하의 징역 또는 2천만 원 이하의 벌금에 처한다.’고 하고, 제2항은 ‘전항의 방법으로 제삼자로 하여금 재물의 교부를 받게 하거나 재산상의 이익을 취득하게 한 때에도 전항의 형과 같다.’고 규정하고 있다.

38) 고의로 보험사고를 유발한 경우 면책사항에 해당되어 보험금 지급이 되지 않는다. 만약, 고의로 보험사고를 유발한 다음 보험금을 청구한 경우 보험자가 보험금을 지급하기 전에 그 사고가 고의에 의한 사고라는 점이 밝혀져 보험금을 지급하지 않게 된다면 사기죄의 미수는 성립될 수 있을 것이다.

39) 김선정, 전개논문, 46면. 이와 관련하여 대법원 판례에서는 “불법행위에 따른 형사책임은 사회의 법질서를 위반한 행위에 대한 책임을 묻는 것으로 행위자에 대한 공적 제재(형벌)를 그 내용으로 함에 비하여, 민사책임은 타인의 법익을 침해한 데 대하여 행위자의 개인적 책임을 묻는 것으로 형사상 범죄를 구성하지 아니하는 침해행위라고 하더라도 그것이 민사상 불법행위를 구성하는지 여부는 형사책임과 별개의 관점에서 검토하여야 한다.”고 하여 형사상 책임과 민사상 법률행위의 효과를 명확히 구분하고 있다(대법원 2008. 2. 1. 선고 2006다6713 판결 참조).

를 행위인지 여부를 결정하는 시점이 문제되는데, 학설은 법률행위 시를 기준으로 하여야 한다는 점은 앞서 살펴본 바와 같다.

따라서 과도한 생명보험계약의 사회질서위반 여부 역시 보험계약의 체결시점을 기준으로 판단해야 할 것이다. 다만, 일시 또는 단기간 내에 과도한 생명보험계약이 체결된 경우 그 계약 전부를 대상으로 보험계약의 총체적인 내용을 고려한 결과 반사회성을 인정할 수 있다고 하더라도 최초에 체결된 계약부터 사회질서에 반한다고 하여 무효로 돌릴 수는 없을 것이다.

과도한 생명보험계약이 수년에 걸쳐 순차로 체결된 경우에는 어느 계약의 체결시점부터 사회질서에 위반한다고 볼 것인가가 문제되는데, 위에서 살펴본 바와 같은 객관적인 간접사실 등을 종합하여 판단할 수밖에 없으리라 본다. 즉, 특정계약의 체결시점에서 판단할 때 앞에서 열거된 반사회적 징표를 갖는 객관적 사실들이 인정되고, 그로써 보험계약자의 주관적 불법목적이 추인되면 그 때부터 비로소 과도한 생명보험계약의 반사회성을 인정할 수 있을 것이다.⁴⁰⁾

2. 입증책임과 무효의 범위

1) 입증책임과 방법

법률행위가 선량한 풍속 기타 사회질서에 위반하여 무효로 되는 것은 권리발생의 장애사유이므로 무효로 인하여 이익을 받는 자가 이를 주장, 입증하여야 하므로 과도한 생명보험계약의 반사회성을 주장하는 보험회사가 입증책임을 부담하여야 할 것이다. 위에서 본 바와 같이 반사회적 징표를 갖는 객관적인 사실들의 인정을 통하여 보험계약자의 주관적 불법목적을 추인하는 경우에도 이는 어디까지나 법관의 자유심증의 범위 내의 사항이므로 입증책임의 소재에 변경을 초래하는 경우에는 해당하지 않는다 할 것이다.⁴¹⁾

보험회사의 보상실무에서 위에서 살핀 보험계약이 무효가 되기 위한 요건에 해당하는지 여부를 판단하는 것은 개인정보보호 이슈로 인해 한계가 있을 수밖에

40) 성낙송, 전계논문, 24면-25면.

41) 성낙송, 전계논문, 25면.

에 없기 때문에 소송을 제기한 후 세무서, 보험개발원 등 공공기관과 각 보험회사에 사실조회 및 문서제출명령을 통하여 확인할 수밖에 없다.

보험가입의 목적은 내심의 의사로 본인 외에는 알 수 없기 때문에 주장과 증명이 진실싸움일 때가 많다. 예를 들어, 보험회사가 원고가 되어 보험계약자인 피고를 상대로 보험계약의 무효확인을 구하면 피고는 보험사고가 발생한 구체적인 경위, 보험계약을 체결하게 된 구체적인 경위, 월 평균 수입과 보험료의 부담방법 등에 대하여 주장하면서 자신이 보험계약을 체결한 것은 보험금을 편취하기 위하여 보험에 가입하는 것은 아니라고 주장하는데 보험회사인 원고로서는 위 주장에 대한 구체적인 탄핵을 통해서 피고 주장의 전반적인 신빙성을 깨뜨리는 방식으로 공격과 방어가 진행되게 된다.

2) 무효로 되는 보험계약의 범위

위의 요건에 부합한 보험계약들에 대해 보험회사가 무효를 주장할 경우 다수계약 모두를 무효로 주장할 수 있는지, 아니면 보험금 부정취득을 위한 계약이라고 판단할 수 있는 계약들에 한하여 무효를 주장할 수 있는지가 문제된다.

다수계약을 구성하는 여러 건의 보험계약은 체결 시마다 별개의 법률행위를 통하여 성립한 것이라는 점을 강조한다면, 하나의 계약 체결 시마다 각 계약의 유·무효를 따지게 되는 일부무효의 법리(민법 제137조)를 다수계약을 하나로 묶어 적용할 수는 없다고 할 것이다. 이 입장에 따르면 지급한 보험금 중 무효로 되지 아니하는 보험계약, 즉 첫 계약 또는 초기의 몇 건의 계약에 대하여는 부정 목적을 인정할 수 없어 무효의 대상으로 할 수 없다는 견해가 있을 수 있다.⁴²⁾

그러나 첫 계약과 이어지는 계약이 시간적으로 아주 멀지 않는 등 전체적으로 불법목적으로 추인되는 다수계약의 구성부분으로 판단되는 경우에는 다수계약 모두를 무효로 하고 그에 따른 부당이득 반환을 청구할 수 있다고 하여야 할 것이다.⁴³⁾

42) 김선정, 전제논문, 48면-49면.

43) 대법원 2010다65889 판결에서는 첫 번째 보험계약을 체결한 후 3년 4개월이 경과한 자가 2개월 정도 사이에 9건의 보험계약을 체결한 사안에서 시간적 격차가 있는 첫 계약을 포함한 10건의 보험계약 모두에 대하여 무효로 판단한 바 있다.

이때 다수의 보험계약 중에서 어느 시점을 기준으로 부정취득 목적을 추인할 것인가는 어려운 문제일 것이지만 보험금액의 적정성 여부를 감안하여 적어도 평균 월수입을 초과하는 보험료를 매월 납입해야 하는 시점에 가입한 보험계약에 대해서는 보험계약자에게 위와 같은 부정목적의 의사가 있었다고 추인할 수 있을 것이다.⁴⁴⁾

이와 관련하여 소송실무상 판결로 선고되지 않고 조정으로 보험계약을 종결하는 경우, 강제조정결정 또는 당사자의 합의(임의조정)에 따라 담보사항 중 의료실비와 같은 일부 보상적 담보만 남기고 나머지를 무효 또는 해지하거나, 계약을 유지할 경우 유지되는 보험계약의 담보사항을 특정하고 일정기일 내에 변경배서 내지 새로운 보험증권을 교부하라는 내용을 결정문에 기재하기도 한다.

3. 다른 보험자의 보험계약에 대한 무효 주장 거부(可否)

특정 보험회사가 원고가 되어 보험계약 다수가입자를 상대로 한 무효 등의 소송을 위한 증거수집 방법으로 다른 보험회사에 보험가입내역, 보험금지급과 관련한 사고일자, 사고경위, 입·퇴원 일자, 보험금 지급사항 등에 대해 사실조회 및 문서제출을 요청하고 있다. 그런데 통상 보험회사는 촉박한 보험금 지급기일 때문에 먼저 보험금을 지급하고 다른 보험회사로부터의 추가적인 보험금이 누적되기까지 상당한 시일이 경과한 후에 비로소 다수보험계약임을 알게 되는 것이 대부분이다.

또한 다른 보험회사의 소송에서 관련 자료를 제출한 보험회사에서는 대부분 과거에 보험금을 지급하였고 소송의 당사자가 아닌 상태에서 당해 소송의 진행도 장기간 계속되므로⁴⁵⁾ 소송 결과에 대해 관심을 가지지 못하고 있는 실정이다. 더구나 판결에 의하지 아니하고 화해권고로 종결되거나 재판외 합의 등을 통해 소 취하를 한 경우에는 그 결과를 더욱 알 수 없게 된다.

그러나 반사회질서적 다수계약이 비록 여러 보험회사를 상대로 한 것이라고

44) 성낙송, 전제논문, 28면.

45) 통상 위 사실조회 요청은 소송의 초기단계에 이루어지며, 본격적인 소송은 최소 6개월에서, 갑론을박이 이어질 경우에는 1년 이상 걸리는 경우도 많다.

하여 그 불법성을 조각하는 것은 아니므로 관련된 여러 보험회사로서는 해당되는 보험계약의 무효를 주장할 수 있다고 할 것이다. 따라서 문서제출이나 사실조회에 응한 보험회사에서는 이후에 다른 보험회사에서 진행한 소송사건의 대법원 사건검색 등을 통해 결과를 확인한 후 이를 기초로 법원으로부터 판결문을 입수하여 당해 소송사건에서 보험계약이 무효로 확정되거나 형사사건에서 보험사기 등으로 유죄가 선고된 것을 확인한 경우에는 보험계약의 무효 또는 해지로 대응이 가능할 것이다.

다만 이 경우에도 당해 보험회사의 최초 보험가입일이 문제가 된 기간에 포함되는지에 대한 확인⁴⁶⁾과 판례에서 제시한 기준의 부합여부에 대해 확인이 필요하다.

이러한 대상이 되는 계약의 대부분은 상법에서 규정한 해지의 제척기간(보험계약 체결일로부터 3년)이 도과된 경우가 대부분으로 이러한 보험이 집중적으로 가입된 때를 보면 해지할 수 있는 기간이 경과하여 더 이상 해지는 불가능한 경우가 많기 때문에 실무상 시효 또는 제척기간의 영향을 받지 않는 민법 제103조에 기한 무효확인을 구하는 것이 적절한 대응방안이라 할 것이다.

그러나 다수보험계약을 통해 부정하게 보험금을 지급받은 경우 대부분의 모럴 가입자들의 재정상태가 좋지 않고 그 금액을 바로 소비해버리거나 제3자 명의로 은닉하여 버리는 경우가 많으므로 무효확인 및 부당이득반환의 승소판결을 받더라도 이미 지급한 보험금을 반환받기는 거의 불가능한 경우가 대부분이다.

따라서 대부분의 보험회사들은 반드시 부당이득금을 반환받아야 한다는 목적보다는 소송(지급명령, 조정신청 포함)을 통한 보험계약의 해지에 중점을 두고 있는 모습이다.⁴⁷⁾

이 경우 법원에서도 해지환급금의 반환 없는 계약의 해지를 하는 대신 부당이득금의 반환청구는 포기하는 조건의 조정을 많이 하고 있으므로 보험회사 입장에서 어느 정도 소기의 목적을 이룰 수 있는 방법이라고 보여진다.

46) 이러한 모럴성 보험계약은 2008년부터 가입 징후가 나타나기 시작하여 2009년~ 2011년 사이에 대부분 집중되고 있고 따라서 대상 건 선정 시 위 기간에 포함되는지 여부가 중요하다.

47) 모럴성 보험과 관련된 소송은 ‘보험계약 무효확인 소’, ‘부당이득금반환청구 소’, 또는 포괄적으로 ‘보험에 관한 소송’으로 분류되고 이는 보험회사(원고)가 소제기 시 표시하기도 하나, 최근에는 법원에서 대부분 ‘보험에 관한 소송’으로 사건명을 분류하고 있다.

즉 보험회사로서는 개별 모럴가입자로부터 기 지급된 보험금을 회수하는 것도 중요하지만 이러한 모럴계약을 통해 장래에 청구될 수 있는 부정한 보험금의 지급을 원천적으로 차단하는 것이 보험계약 무효확인의 본질적인 목적에도 부합한다고 할 것이다.

V. 맺는 글

보험회사가 지급하는 보험금은 수많은 선의의 보험가입자가 납입한 보험료에 의해 마련된 재원으로 이루어지는 것이기 때문에 부정한 의도 하에 보험에 가입하여 보험금을 지급받아 이익을 취하려는 보험가입자가 있다면 이는 보험의 선의성을 허물고 수많은 다른 선량한 보험가입자들에게 피해를 입히는 것으로서 절대로 허용될 수 없다고 할 것이다.

그럼에도 일부 잘못된 시각을 가진 보험가입자들은 마치 보험회사의 보험금을 먼저 보는 사람이 차지하는 눈먼 돈으로 생각하고 ‘강자 대 약자’, ‘거대 자본 및 개인’의 대립구도로 몰아가 마치 보험회사가 이익만 취하고 보상을 하지 않는 것으로 호도하는 풍조가 있고 일부 이에 동조하는 시각도 있으나, 이는 별다른 수익사업을 하지 않는 보험회사가 지급하는 보험금이 수많은 보험가입자들이 납입한 보험료를 재원으로 하여 형성된 것임을 망각한 것이라 할 것이다.

이로 인하여 부당하게 보호할 가치가 없는 보험가입자의 욕심을 충족시킴으로써 증가되는 부담은 결국에는 다른 선량한 보험가입자(미래세대들이 대부분일 것임)들에게 전가되어 악의의 보험가입자들의 위험까지도 담보하기 위해 더 많은 보험료를 지불해야 하는 부메랑이 되어 돌아올 것이므로 절대로 이러한 사태가 허용되어서는 안 될 것이다.

보험사기자에 대해 형사범으로 다루려고 하는 법원의 태도가 최근 다소 변화되고 있지만 연성보험사기자들에 대해서는 여전히 처벌에 관대한 경향을 보이고 있는 바, 그와 병행하여 민사적 차원에서의 예방과 대응방안이 수반되어야 할 것이다. 이러한 측면에서 대법원이 과거 다수계약에 대하여 거의 보험회사의 주장을 배척하던 한 때

의 태도에서 벗어나 최근에는 보험금 부정취득 목적을 인정하기 위한 정황증거의 구체적 기준을 마련해나가고 있는 점은 매우 다행스러운 일이라 할 것이다.

대법원의 이러한 노력들이 경험칙상 용인하기 어려운 보험계약자에 대해서는 보험의 보험영역에서 배제함으로써 우리 사회를 건전한 상식으로 지켜나가는 데 일조할 것으로 생각된다. 보험회사도 이러한 대법원의 노력에 부응하기 위해 사전적으로는 계약체결 단계에서 철저한 설명의무의 이행과 무분별한 모집관행에서 벗어나 신중한 위험인수를 위한 제도개선과 함께, 사후적으로는 계약무효확인 등의 소제기 시 신중하고 엄격한 기준에 따른 대상의 선정작업⁴⁸⁾ 등의 개선 노력이 필요하다고 할 것이다.

추가로 보험금 부정취득을 위한 다수보험가입을 방지하고 선량한 보험계약자를 보호하기 위한 법적·제도적 개선방안을 제안하면 다음과 같다

먼저 입법적으로 보험계약자에게 계약체결 시에 다른 보험계약의 체결사실을 알리고 이를 위반하였을 경우 고지의무 위반에 준하는 계약상 불이익을 부과하는 방안⁴⁹⁾, 사기에 의한 보험계약을 무효 또는 취소할 수 있는 일반조항을 보험법에 신설하는 방안⁵⁰⁾, 일본이 2008년도에 이미 도입한 “중대사유로 인한 보험계약의 해지권”을 보험법에 도입하는 방안⁵¹⁾ 등을 들 수 있을 것이다.⁵²⁾

다음으로 형법이나 경제범죄 또는 의료관련 법령에 보험사기 행위를 처벌하는 특별조항을 명확히 규정함으로써 그동안 죄의식 없이 행해지던 일부 연성보험사

48) 사후에 보험회사에서 모럴 가입자에 대한 계약무효확인의 소를 제기함에 있어 소송남발과 부실·부당한 소제기를 방지하기 위해서 보험회사 내부에 소송관리위원회 설치와는 별도로 해당 사안에 한해 소송제기 여부를 심의할 수 있는 협의체를 운영하거나, 보험회사 간 정보공유를 통해 금융감독당국과 협의 또는 보고 후 대상 건을 선정하여 진행하는 방안을 제안해본다.

49) 실제로 다수보험계약의 상당수가 보험금 과다청구 등 사기행위로 이어지고 있는 현실에 비추어 볼 때 다수보험은 매우 높은 잠재적 위험성을 지니고 있다고 할 것이므로 고지의무 위반과 같이 보험계약자의 고의 또는 중과실의 입증만으로 불이익을 부과함으로써 모럴 가입자로 하여금 경각심을 가질 수 있도록 할 필요가 있다.

50) 단지 질병·상해보험 표준약관에서 “대리진단, 약물사용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조, 압 또는 에이즈 진단확정 사실을 숨기고 가입한 경우에 한하여 계약일로부터 5년 이내(그 사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있다.” 고만 규정하고 있다.

51) 우리나라에서는 약관(질병·상해 표준약관 제32조)에만 규정하고 있으며, 적용요건에 있어서도 금융감독당국이 정하는 바와 같이 형사사건으로 비화되지 않은 사안, 이 규정이 신설되기 전인 2010년 이전에 보험계약을 체결한 사안, 약관상 제척기간의 도과한 사안 등의 경우 계약해지권 행사에 제약이 많다는 점은 앞서 살펴보았다.

52) 김선정, 전계논문, 51면.

기에 대해서도 경각심을 제고하고 보험사기예방의 효과도 거둘 수 있도록 하여야 할 것이다.

이와 관련하여 보험업 종사자(보험회사 임직원, 보험설계사, 보험대리점, 보험중개사, 손해사정사 그 밖에 보험관계 업무에 종사하는 자)의 보험사기 행위를 금지하고 이를 위반하는 경우 등록취소 및 업무정지 등의 행정적 제재를 가할 수 있는 보험업법 개정안⁵³⁾이 2014. 7. 15.부터 시행되었으나 그 세부적인 시행령이 마련되지 않아 이들이 다수보험계약 체결을 통한 보험사기에 개입될 경우 처벌 조항의 부재로 법의 실효성이 떨어진다는 점은 아쉬움이 남는다.

다만 2016. 9. 30. 보험사기 행위로 보험금을 취득하는 자에 대한 처벌을 강화하고 보험사기 행위 조사수단 확충을 위한 ‘보험사기방지 특별법’⁵⁴⁾이 시행됨으로써 보험사기 행위의 적발 및 예방을 위한 제도적 기반이 마련되었고 장차 이를 통해 지속적으로 증가하는 보험사기 행위를 효율적으로 규제하고 건전한 보험거래 질서를 확립하는데 기여할 수 있을 것으로 기대된다.

이와 관련한 의료형사적인 측면에서, 환자들의 건강상태에 맞는 적절한 진료 행위를 하지 않은 채 입원의 필요성이 적은 환자들에게 입원을 권유하고 퇴원을 만류하는 등으로 장기간의 입원을 유도하여 요양급여비를 과다하게 청구한 의사의 행위⁵⁵⁾나 입원의 필요성이 없음에도 의사로 하여금 입원치료의 필요성이 있다고 오판하게 하여 필요이상의 장기입원을 하여 보험금을 청구한 환자의 행위⁵⁶⁾에 대해서 사기죄로 의술한 대법원 판례를 통해 부당한 목적으로 다수의 보

53) 개정 보험업법에서는 피보험자 등으로 하여금 고의로 보험사고를 발생시키거나 발생하지 아니한 보험사고를 발생한 것처럼 조작하게 하거나 이미 발생한 보험사고의 원인, 시기 또는 내용을 조작하거나 피해의 정도를 과장하여 보험금을 수령하도록 하는 행위를 금지하고 이를 위반한 경우 6개월 이내에서 업무정지를 명하거나 등록을 취소할 수 있도록 규정하였다(동법 제102조의 3, 제86조).

54) 그 주요내용은 ① 보험사기 행위의 정의규정 마련, ② 보험사고 조사과정에서 발생할 수 있는 보험계약자의 권리 침해 방지를 위한 수단 마련, ③ 보험계약자의 입원적정성 평가를 위한 건강보험심사평가원 의뢰 근거 마련, ④ 보험사기행위에 대한 처벌 강화 등의 내용으로 구성되어 있다. 특히 보험사기범에 대해서는 일반 사기범에 비해 처벌 수준이 낮아 보험사기 행위가 근절되지 않고 있다는 인식을 반영하여 ‘형법’ 상 사기죄에 비해 보험사기 행위에 대해 보다 강화된 처벌(10년 이하 징역이나 5천만원 이하 벌금 및 일정한 경우 가중처벌)을 가함으로써 보험사기 행위를 근절하도록 하였다.

55) 대법원 2009. 5. 28. 선고 2008도4665 판결.

56) 대법원 2007. 6. 15. 선고 2007도2941 판결.

험계약을 체결해서 경제적 이득을 취하려는 악의의 보험계약자들에게 경종을 울리고 있는 점은 참고할 만하다.

끝으로 제도적 개선 측면에서 악성 보험가입자에 대한 민원 평가제도의 개선과 모럴성 다수보험가입자에 대한 정보공유를 제안한다. 현재와 같이 보험금 지급을 위한 심사기간이 충분하지 않을 경우 블랙 컨슈머들이 이를 적절히 악용할 수 있는 학습효과로 인해 보험사기가 유발될 가능성이 높으며, 의도적인 민원제기를 통해 보험금을 보다 용이하게 취득할 가능성이 상존한다. 그러므로 사안의 경중에 따라 보험금의 지급기한을 좀 더 세분화해서 운영하는 방안을 마련하거나, 악성민원에 대해서는 감독당국이 합리적인 평가기준과 관리방안을 수립해서 블랙 컨슈머의 양산을 억제할 필요가 있다고 할 것이다.

아울러 모럴가입자의 과거 사고정보 확인의 한계와 보험회사 간 보험계약 조회의 제한으로 인해 모럴의 기회를 양산하는 원인이 되고 있는 점을 고려할 때 보험계약정보의 집중관리를 통해 개인정보를 침해하지 않는 범위에서 보험업계가 계약정보를 공유할 수 있도록 제도적 장치의 마련이 필요하다고 본다.

〈참고문헌〉

- 김성태, 보험법강론, 법문사, 2001.
- 김은경, 보험계약법, 보험연수원, 2016.
- 박세민, 보험법 제3판, 박영사, 2015.
- 양승규, 보험법 제5판, 삼지원, 2004.
- 장덕조, 보험법 제2판, 법문사, 2015.
- 한창희, 보험법 개정3판, 국민대학교, 2016.
- 곽윤직, 민법총칙 제7판, 박영사, 2007.
- _____, 채권각론 제6판, 박영사, 2006.
- 김상용, 민법총칙 제3판, 화산미디어, 2014.
- 김준호, 민법총칙 제10판, 법문사, 2016.
- _____, 채권법 제6판, 법문사, 2015.
- 송덕수, 민법총칙 제3판, 박영사, 2015.
- 강석원, “보험사기에 대한 인식에 관한 연구”, 국민대학교 대학원 박사학위 논문, 2015.
- 김문희, “다수의 보험계약에 대한 민법 제103조의 적용요건”, 판례연구 제18집, 부산판례연구회, 2007.
- 김선정, “보험금부정취득을 목적으로 체결한 다수보험계약의 효력”, 월간생명보험 Vol.425, 생명보험협회, 2014.
- _____, “보험계약이전 결정으로 이전되는 권리, 의무의 범위를 판단하는 기준과 부정목적 계약”, 월간생명보험 Vol.441, 생명보험협회, 2015.
- 송윤아, “보험모집종자의 보험사기 적발현황”, 보험연구원, 2011.
- 성낙송, “과다한 생명보험계약과 사회질서위반”, 민사판례연구 제25권, 박영사, 2003.
- 양승규, “다른 보험계약의 존재사실에 대한 고지의무”, 보험법연구4, 삼지원, 2002.
- _____, “사회질서에 어긋난 과다한 상해보험계약의 효력”, 손해보험, 1999.11.
- 장경환, “보험사기에 관한 상법개정안 개관” 법조56권 10호.
- 장인권, “보험범죄에 관한 실증적 연구”, 경상대학교 대학원 박사학위 논문, 2010.

- 전재중, “판례해설 - 민법 제103조 위반을 이유로 한 보험계약 무효 인정 기준”
법률신문 2015.
- 조규성, “2015년도 보험법 판례회고”, 법학연구 제57권 제2호, 부산대학교 법
학연구소, 2016.
- 주기동, “중복체결된 보험계약의 효력에 관한 연구”, 저스티스 75호, 한국법학원, 2003.
_____, “중복체결된 보험과 공서양속” 법조 54권 10호, 2005.
- 표성엽, “보험사기 유발요인에 관한 연구”, 국민대학교 대학원 박사학위 논문, 2015.
- 한창희, “사기적 보험금 청구”, 법조 통권 제623호, 법조협회, 2008.
- 홍석한, “사기적 보험금 청구와 공서양속의 원리”, 서울지방변호사회, 2000.
- 米塚茂樹, “重複保險”, 裁判實務大系 26 (損害保險訴訟法, 1996)
- 西嶋梅治, “保險契約が保險金の不正取得を目的としたものと追認され, 公序良俗に
反し無効とされた事例”, 法律時報 別冊 私法判例リマックス, 1995(下)
- 山野嘉朗, “超過保險と 公序良俗違反”, 判例タイムズ 967호(1998. 5.)
- 山下友信, “公序良俗違反の損害保險契約”, ジュリスト 別冊 138호, 損害保險判
例百選 제2판(1996. 6.)
- 松井秀征, “公序良俗違反による生命保險契約の無効”, ジュリスト1130호(1998. 3.)
- 潘阿憲, “公序良俗違反による生命保險契約の無効と保險料の返還請求”, ジュリス
ト1180호(2000. 6.)

Abstract

Insurance is important that the lines of the policyholder to prepare for the occurrence of the accident. However, If you have signed a number of insurance contracts for the purposes of fraudulently obtaining the insurance money and exploiting the insurance system, this time it is necessary to prevent the insurance money paid by negating the effect of the insurance contract.

In this case, the provisions of the Commercial Code see that they cannot deny the validity of the insurance contract separately with the judicial void of the contract pursuant to Civil Code Article 103. In this regard, the Supreme Court stated that “If policyholder for the contracts for insurance purposes undeniably acquires insurance through a large number of insurance contracts, that insurance contract is void against Article 103 given good morals and other public order law.”

If you have signed an insurance contract for the purpose of fraudulently obtaining the insurance money, the effect of the insurance contract may be denied, according to the recent Supreme Court ruling in a number of similar judgments. On the other hand, the fact that the purpose of signing the insurance contract was to deny the claims is not easy to prove directly. In response, the Supreme Court estimate the inwardly intention through indirect facts.

The relevant Supreme Court precedents analyze the proof of certain indirect facts and how they are collected. Next, it will be shown how the insurance contract as unfair gain returns and how to organize legal relationships, and finally how to prevent multiple insurance for insurance fraud to protect the innocent policyholders.

※ Key words : The Final Judgement, Insurer’ s Exclusion(Exemption), an Accident Insurance, Suicide Exclusion Clause, Contingency, Insurance Policy, Mental Illness and Suicides, Loss of Physical and Mental