



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

허 경 옥 교수 지도

석사학위 청구논문

인(人)보험 판매단계별 소비자와  
보험사간 분쟁원인과 감소방안 모색

2020

성신여자대학교 대학원

생활문화소비자학과

정 은 정

인(人)보험 판매단계별 소비자와  
보험사간 분쟁원인과 감소방안 모색

허 경 옥 교수지도

이 논문을 석사학위논문으로 제출함

2020년 5월

성신여자대학교 대학원

생활문화소비자학과

정 은 정

# 인 준 서

정은정의 석사학위 논문으로 인준함

2020년 6월

심사위원장 ..... (서명 또는 인)

심 사 위 원 ..... (서명 또는 인)

심 사 위 원 ..... (서명 또는 인)

성신여자대학교 대학원

## 논문 개요

보험상품은 미래에 발생할 수 있는 사고를 현재에 대비하는 제도로서 소비자 입장에서는 보험이 재무 또는 위험 관리 수단이며 사회적으로는 개인의 복지제도라고 할 수 있다. 보험사는 완전판매를 목표로 계약조건과 관련한 약관을 만들어 계약 시 소비자에 설명·제공하고 있다. 그러나 여러 가지 원인으로 보험사와 소비자간 보험계약 취소, 보험지급금 등과 관련한 분쟁은 늘어나고 있어 이를 해결하기 위한 다양한 노력이 투입되고 있다.

본 연구에서는 보험분쟁을 예방하고 발생된 보험분쟁의 원활한 처리를 위해 금융감독원 홈페이지를 통해 공개되고 있는 분쟁조정사례를 분석하여 분쟁의 해결 방안을 제언하고자 하였다.

본 연구가 분쟁조정사례를 분석한 결과를 제시하면 보험분쟁이 계속되는 것은 보험 자체의 특성과 연결되는데 첫째, 현실적으로 계약단계에서 복잡한 약관을 완전하게 설명하는 것과 이해하는 것이 계약당사자 모두에게 어렵기 때문에 불완전판매 및 분쟁은 상존할 수밖에 없다. 둘째, 보험분쟁의 대부분은 계약 당시의 설명이나 약관이 아닌 보험사고가 발생한 시점에서의 약관과 법률의 해석이나 의료적인 판단이 필요한 경우가 많아 분쟁이 잠재적으로 존재한다. 셋째, 보험금 분쟁은 복합적인 원인으로 다양하게 발생하는데 분쟁의 원인을 분석하고 예방하는 것은 쉽지않아 분쟁이 끊이지 않고 있다는 것이다.

따라서 본 연구에서는 보험분쟁의 감소방안을 제시하였는데 다음과 같다. 첫째, 보험계약 단계에서 설명의무 범위를 특정함으로써 특정된 사항은 충분한 설명과 이해가 이루어지도록 하여야 한다. 구체적으로 계약단계에서는 판매자는 소비자의 가입목적에 충실한 상품내용과 개별적인 가입 조건들 위주로 상세히 설명하도록 한다. 또한, 계약자에 적합한 상품인가에 초점을 맞추어 상품을 제시하도록 하고 청약의 철회 등 계약단계에서의 해지를 신속히 결정할

수 있는 내용과 소비자에 불리한 부분 위주로 충분히 설명하도록 특정한다. 둘째, 보험금 지급과 관련한 분쟁의 경우는 계약 당시 약관이나 법률의 해석에 치밀함과 신속히 전문적인 의견을 제공하는 성실함을 갖추어야 한다. 셋째, 계속되는 보험분쟁의 요구사항과 발생 원인을 다각적으로 분석하기 위해 보험 민원 분류체계를 개선하고 민원데이터 축적을 효과적으로 운영하여야 한다.

본 연구는 보험특성에 따른 소비자와 보험사간 보험분쟁의 원인을 파악하고 불완전판매 즉, 보험사업자와 소비자간 접점에서 발생하는 분쟁을 감소시키는 방안을 제시하여 소비자와 보험사의 상생에 기여 하고자 한다.

# 목 차

## 논문개요

I. 서 론 .....	1
1. 연구배경 및 목적 .....	1
II. 보험상품의 특성과 보험분쟁 .....	4
1. 보험 구매현황 .....	4
2. 보험상품 특성 .....	7
1) 미래사고의 보장 .....	8
2) 부합계약의 특성 .....	8
3) 사행성 유인의 상품특성 .....	9
3. 보험판매 단계의 분쟁 유발요인 .....	9
1) 정보의 비대칭성 .....	10
2) 판매자의 상품설명 한계와 도덕적 해이 .....	11
3) 복잡한 보험소비 환경 .....	13
III. 보험분쟁 해결 및 보험사 규제 .....	14
1. 보험상품의 불완전판매 규제 .....	14
1) 적합성 원칙의 준수 .....	14
2) 정보제공과 설명의무 .....	14
3) 광고규제 및 부당모집금지 .....	15
4) 기초서류 공시 .....	15

5) 소비자민원 정보공시 .....	16
2. 보험분쟁 현황과 해결절차 .....	16
1) 보험분쟁 현황 .....	16
2) 보험분쟁 해결절차 .....	18
① 금융감독원의 금융분쟁조정위원회 .....	18
② 한국소비자원의 소비자분쟁조정위원회 .....	19
3. 보험 민원 자료축적 .....	20
1) 분쟁처리와 민원분류 현황 .....	20
2) 보험민원 특성별 분류 .....	22
<b>IV. 보험분쟁 조정사례분석과 분쟁감소 방안 모색 .....</b>	<b>26</b>
1. 보험분쟁 유형별 사례분석 .....	26
2. 보험분쟁 조정사례의 민원내용 분석 .....	27
1) 보험계약자등의 의무 .....	27
2) 보험약관의 명시설명의무 .....	32
3) 다른 법률 및 약관의 해석 .....	38
① 약관의 해석 .....	38
② 의학적 소견 .....	39
③ 다른 법률의 해석 .....	40
④ 계약자불이익변경 금지 .....	41
4) 소결 .....	42
3. 보험분쟁 예방을 위한 판매단계 방안 .....	44
1) 약관의 설명의무 강화와 그 범위의 특정 .....	44

2) 판매자 교육강화 .....	45
3) 민원분류체계 등 민원자료 축적의 효율화 .....	45
<b>V. 결론 및 제언 .....</b>	<b>48</b>
〈참고문헌〉 .....	51
ABSTRACT(영문초록)	

## 〈표 차례〉

〈표1〉 가구당 보험 가입률 .....	4
〈표2〉 보험회사 선택시 고려사항 (1순위) .....	5
〈표3〉 실손의료보험의 해지이유 .....	5
〈표4〉 실손의료보험 미가입 이유 _복수응답 .....	5
〈표5〉 보험모집 단계별 보험계약자 제공자료 .....	10
〈표6〉 소비자보호 민원평가 항목 .....	16
〈표7〉 분쟁유형별 민원 접수 현황 .....	17
〈표8〉 금융감독원의 민원분류 .....	23
〈표9〉 2018 한국소비자원 민영보험처리현황 .....	24
〈표10〉 한국소비자원의 민원분류 .....	24
〈표11〉 본 연구조사 대상 금융분쟁조정위원회 조정사례 대분류 .....	26
〈표12〉 불완전판매 요인 유형 .....	27
〈표13〉 타법률 및 약관 해석 세부 유형 .....	27

# 인(人)보험 판매단계별 소비자와 보험사간 분쟁원인과 감소방안 모색

## I. 서론

### 1. 연구배경 및 목적

보험은 미래에 발생할지 모르는 사고로 인한 경제적 손실에 대비하여 현재에 대책으로 마련하는 소비자의 선택이다. 우리나라 소비자의 많은 수가 미래 대비 보험가입을 하고 있다. 한국인의 1인당 보험가입액이 연간 377만원으로 GDP 대비 지출비율로는 세계 5위 국가에 이른다는 보도가 있고(머니투데이, 2018년 9월 27일), 2017년 보험연구원의 보험소비자 설문조사에서는 전체 가구당 보험 가입율은 97.0%로 밝혀지고 있다.

그러나 보험계약이 후 미래사고 발생 시 계약 당시와 다른 여러 보험 환경 변화는 소비자와 보험사간 분쟁을 유발할 수 있다. 일부 보험사는 소비자를 상대로 과잉입원, 다수 보험가입을 이유로 보험계약을 해지하고 소송을 걸기도 하는 등 보험분쟁은 늘어나고 있다. 보험사의 소송비용이 매년 100억이 넘고 조사 기간 4년간 500억이 소용된다는 보도가 있다(소비자가 만드는 신문, 2018년 12월 12일). 소비자 입장에서 보험 불만이 보상이나 환불 형태로 관철되지 않아 법적으로 해결을 해야 하는 경우가 많아 양 당사자 간 분쟁은 사회적 문제로 이어지고 있다.

결국, 정부 당국은 사업자와 소비자 간 분쟁에 개입하게 되고, 보험 상품개발과 판매절차, 판매자 설명의무 부과, 보험약관 등에서 규제 정책을 펴고 있

다. 그러나 날로 상품이 복잡해지고 보험 판매채널이 다양해지고 있어 일률적이고 일괄된 정부 당국의 보험규제 정책도 관철되지 않아 효과를 거두지 못하고 있고 분쟁이 줄어들지 않고 있다.

보험의 분쟁은 계약단계에서 복잡한 약관을 완전하게 설명하는 것과 이해하는 것이 계약당사자 모두에게 어렵기 때문에 불완전판매로 이어지고 이를 원인으로 발생한다. 따라서 소비자와 보험사 간의 분쟁 예방을 위하여서는 계약 체결 전 설명의무 강화, 보험 계약체결·유지관리·보험사고 그리고 종결에 이르기까지 분쟁 발생 이유를 파악하고 보험사고 발생 시점에 계약 당시 약관과 법률의 적용이 적정한지 미래사고 발생 시 과거 약관규제 해석 및 적용을 논의해 볼 필요가 있다.

특히 소비자의 보험사 선택, 보험사의 평가 기준인 민원정보가 합리적인 기준인 민원정보는 보험분쟁의 실질적인 원인을 파악하기 어려워 보험분쟁 해결에 도움이 되지 못하고 있다. 보험사별 민원합산 건수 공시는 실질적으로 소비자에 도움이 되지 않고 있다. 이는 민원분류 및 분쟁 관련 데이터가 민원인이 주장하는 발생원인 기준으로 분류되고 실제 원인과 소비자의 요구가 충분히 구분되지 않아 민원통계가 금융규제의 실효성을 높이지 못하고 결국 민원 공시는 유사 분쟁 해결이나 예방이 되지 못하고 있다. 소비자 접점인 판매과정에서 발생하는 불완전판매에 대한 세밀한 분석과 데이터 축적이 필요하다. 그 이유는 보험분쟁 해결 등의 실질적인 민원 대응방안을 마련하는 데 도움이 되어야하기 때문이다.

본 연구에서는 금융분야 민원이 많은 주요 실증 민원 사례를 찾아 사례별 원인을 심층 분석하고자 한다. 불완전판매 원인을 파악하고 보험약관의 문제점을 파악하여 현실적인 분쟁해결 방안을 제언하고자 한다. 특히 보험분쟁 분류방법에 대해 심층 논의·분석하여 이 분야의 개선방안을 제공하여 공시 민원정보를 활용한 보험분쟁 해결 즉 분쟁감소에 기여 하고자 한다.

본 연구는 분쟁사례를 선택함에 있어 생명보험과 상해보험에서 주로 발생하는 인보험에 한정하였다.<sup>1)</sup> 구체적으로 금융감독원의 홈페이지를 통해 공시되는 분쟁조정사례(2016년 이후 2019년 7월까지) 51건 중 인보험에 해당하는 39건을 유형별로 분석하였다. 연구에서는 당사자 주장과 금융분쟁조정위원회의 결론을 분석한 후 개선안을 제언하였다.

---

1) 상법의 제4편 보험편의 제2장 손해보험, 제2절의 화재보험, 제3절의 운송보험, 제4절의 해상보험, 제5절의 책임보험과 자동차보험, 제3장 인보험과 제2절의 생명보험, 제3절의 상해보험에 해당함

## II. 보험상품 특성과 보험분쟁

### 1. 보험 구매현황

보험연구원에는 매년 보험소비자 설문조사를 통해 보험상품의 가입실태와 가입경로 그리고 만족도 및 향후 보험 상품의 가입의향과 선호도를 파악하고 있다. 2017년 보험연구원 결과에 따르면 <표1>에 제시한 바와 같이 보험 산업의 전체 가구당 한 명이라도 보험상품(자동차보험 포함)을 가입한 비율인 보험 가입률은 97.0% 이다. 2016년보다 60대 이상의 연령층에서 가입률이 소폭 상승한 것으로 나타났다. 아래의 표는 위의 내용을 표로 나타낸 것이다.

<표1> 가구당 보험 가입률

특성별	보험 종목별	보험 산업 전체		
		2015	2016	2017
전체가입률		99.7	96.3	97.0
거주지역별	대 도시	99.6	99.1	97.9
	중·소 도시	99.6	94.8	96.8
	군 지역	100.0	88.7	93.6
세대주연령	30 대	100.0	99.5	99.0
	40 대	100.0	99.8	99.6
	50 대	100.0	98.3	98.4
	60대 이상	98.5	87.6	93.9
가구소득	저 소득	98.3	86.5	87.7
	중 소득	100.0	99.0	98.8
	고 소득	100.0	99.0	100.0

출처: 2017년 보험소비자 설문조사 - 보험연구원

한편 소비자는 보험 선택 시 상품경쟁력을 가장 중요한 고려사항으로 간주하고 있고 브랜드의 신뢰성 그리고 서비스와 가격경쟁력을 고려하는 것으로 나타났다.

<표2> 보험회사 선택시 고려사항 (1순위) (단위 %)

고려 사항	선호 회사	생명보험회사					손해보험회사				
		2013	2014	2015	2016	2017	2013	2014	2015	2016	2017
상 품 경 쟁 력		48.7	48.9	48.0	45.8	44.0	48.2	45.4	46.9	40.8	42.7
브랜 드 신 뢰 성		18.3	17.2	15.6	22.8	20.7	17.8	18.7	16.6	21.6	19.7
서 비 스 지 원		14.3	15.1	14.3	11.2	13.2	14.3	17.5	16.4	14.5	12.7
가 격 경 쟁 력		10.8	10.4	11.0	11.2	13.8	12.2	10.4	12.8	12.3	16.3
개 인 적 관 계		4.3	4.3	4.2	4.4	2.9	5.3	4.7	2.8	5.4	3.8
회 사 규 모		1.8	2.7	2.7	2.2	1.9	0.8	1.8	1.8	2.2	2.1
설 계 사 전 문 성		0.5	0.7	1.4	1.1	0.9	0.4	0.5	1.0	1.3	0.7
경 영 철 학		0.4	0.3	0.6	0.3	0.7	0.4	-	0.6	1.2	0.7
거 래 경 험		0.4	0.3	1.2	0.3	1.0	0.6	0.5	0.6	0.5	1.0
계 약 편 의 성		0.5	0.2	1.1	0.8	0.9	0.3	0.5	0.6	0.3	0.7

출처: 2017년 보험소비자 설문조사 - 보험연구원

또한, 해지경험 비율이 있는 소비자를 대상으로 해지 이유를 조사한 결과 57.1% 가 보험료가 비싸서 해지하고 있었고, 실손의료보험을 가입하지 않는 이유로도 40% 이상이 보험료가 부담된다고 하고 있어 보험료의 가격이 소비자에게 부담이 되고 있음을 확인할 수 있다.

<표3> 실손의료보험의 해지이유

특성별	사례수	보험료가 부담되어서	의료 이용이 적어 불필요하다 생각해서	갱신 기간을 놓쳐서	국민건강 보험으로 충분하다 생각해서
전체	147	57.1%	38.8%	15.6%	9.5%

출처: 2017년 보험소비자 설문조사 - 보험연구원

<표4> 실손의료보험 미가입 이유 \_복수응답

특성	사례수	보험료가 부담되어서	국민건강 보험으로 충분하다 생각해서	현재는 건강하여 필요성 못느낌	가입을 거절 당해서	가입절차가 번거로워서
전체	472	40.5%	35.8%	27.8%	10.0%	3.8%

출처: 2017년 보험소비자 설문조사 - 보험연구원

금융분쟁 중 보험계약의 특징과 규제에 관한 선행연구로 손정국(2018)은 금융소비자 문제가 금융소비자 및 사회에 막대한 경제적 피해를 입히고 있으며 금융분쟁의 원인으로 정보비대칭성 모럴해저드 이해상충 그리고 금융교육 법체계와 사회의 문화를 제시하고 그 해결방법으로 거론되는 금융역량 강화를 위한 교육과 교육정책의 실효성에 대하여 논하였다. 금융역량의 강화를 위해 시행되어야 하는 교육은 금융상품의 기술적 전달이 아닌 합리적인 소비자를 길러내는 금융행동과 태도를 가질 수 있도록 하여야 하며 이를 위해 정책은 전담기구를 운영하여 금융역량을 높이도록 도와야 한다고 제안하였다.

김주석(2016)의 ‘보험계약 체결 전 정보제공의무와 우리의 보험 영업실무’ 연구에서 보험상품이 가지는 본질적 특성을 바탕으로 정보제공의무에 대한 세계 각국의 법제를 살펴보고 설명의무와의 관계를 살펴 우리의 현행 법령과 보험실무에 비추어 이미 설명의무에서 정보제공의무를 포함하고 있는 형태로써 정보제공 의무화 보다는 다른 적절한 발전방향을 모색해야 한다는 의견이 제언된 바 있다. 이종구 (2014) ‘소비자 계약법상 정보제공 의무와 그 실효성에 관한 비판적 고찰’ 과 이호행(2016) ‘정보제공의무에 대한 비판적 고찰’ 의 두 연구에서는 일방적인 보험사의 정보제공에 대한 의무의 강화를 비판하고 소비자에 대한 책임성강화와 자율적 규제가 더욱 효과적인 방법임을 제시하고 있으며, 백경일(2014) 약관규제법의 규범적 정당성에 관한 고찰의 연구에서는 대량소비사회에서의 보통약관의 사전규제가 필요함에도 과하지 않아야 계약에 있어서의 사법자치가 이루어질 수 있음을 조언하고 있다.

최근에는 고령인구의 증가로 금융소외나 보험사기 등에 고령자가 연루되거나 인식이 부족하여 금융문제에서 피해를 보는 사례가 발생하고 있으며 이 또한 보험분야에서도 무관한 사안이 아님을 알 수 있다. 주소현, 고은희(2016) ‘금융사기에 취약한 사람은 누구인가’ 의 연구에서는 펀드투자자 조사의 데

이터를 이용하여 노령자의 경우에는 사기를 당한 것을 인식하지 못하는 것으로 보인다는 분석을 통해 금융소비자 중 연령이 높은 노령자에 대한 특별한 보호를 제언했고, 조승현(2012) ‘고령소비자의 거래와 그 법적문제점에 관한 고찰’ 과 김미혜(2016) ‘고령소비자 보호를 위한 법제개선방안’ 을 통해 고령소비자가 그 자연적 특성으로 인해 겪게 신체적 심리적 제약으로 발생하는 계약상의 문제점이 있어 혜택을 줄 수 있는가에 대해 살펴본 후 고령소비자의 증가에 대비한 두터운 소비자보호 방법으로 청약철회나 후견인제도의 이용을 제안했다.

백현지, 최현자(2019)는 금융소비자 공적불만호소행동과 피해구제에 관한 연구를 통해 금융분쟁사례에 대한 계량적인 분석으로서 금융상품, 불만원인시점과 고객의 요구사항을 분석하여 보험상품별 고객의 요구사항을 구분하고 수용율을 구하고 이를 통해 손해보험이 민원이 많이 발생하고 보장성보험과 투자성 상품에 설명부실 판매가 많이 일어나는 특성이 있어 대책마련이 필요하며 보험사의 민원수용에 대한 적극적인 개선이 필요하다고 하였다. 더불어 연구의 제언을 통해 피해구제 사례 관련 내용분석과 계량분석을 시도하는데 선행연구가 거의 없으며 자료를 공개하지 않아 실제 사례분석에 대한 검증 연구가 이루어지지 못하는 측면이 있음을 언급했다.

## 2. 보험상품 특성

보험은 미래를 보장하는 상품으로서 고유의 특성을 가지고 있고 이는 보험 분쟁과도 연결되는 중요사항이다. 예를 들면 보험사는 현재에 미래의 상황을 예측하여 설명하며 결국 과대설명을 할 개연성이 높다. 소비자는 보험 회사에서 마련한 표준약관을 계약당시에 받아들여야 하다 보니 불리한 계약이 될 여지가 있다. 소비자도 자신의 불리한 조건을 숨길 수 있고 더 많은 보험금을

수령할 수 있는 기회를 만들 여지가 높다.

## 1) 미래사고의 보장

보험의 주요 특성은 보험상품이 미래에 발생할 가능성이 있는 사고에 대한 보상을 한다는 무형의 약속을 제공한다는 것이다. 이는 소비자의 입장에서 일반상품의 구입과 달리 계약 시점에서 서비스에 대해 필요나 효용을 느낄 수 없기 때문에 판매자로서는 소비자에 가상의 상황을 설정하도록 하고 구매 욕구를 자극하여 판매하는 특성을 가지고 있다.

소비자 입장에서는 미래에 받게 될 서비스를 가정하고 계약이 후 실제 사고가 발생하였을 때는 과거 소비자의 기대와 다를 가능성이 높다. 더구나 소비자는 계약 당시 판매자가 과대하게 포장되어 설명된 것임을 판단할 수 없는 경우가 많아 불완전판매의 가능성과 추후 분쟁으로 이어질 가능성이 높다. 이러한 미래에 대한 보장이라는 보험의 특성으로 즉, 보험상품의 장기성으로 많은 분쟁을 잠재적으로 가지고 있는 것이다.

보험기간의 장기화는 갱신형상품의 개발을 촉진하였다. 갱신형 상품은 연령 증가에 따른 질병 발생률이 높아지는 경향과 물가 상승률을 손해율의 반영할 수 있는 구조로 보험료 인상이 불가피하게 된다. 소비자의 입장에서 소득이 줄어드는 미래시점에 보험료가 지속적으로 높아져 보험이 더 필요한 연령이 되기 전에 보험가입을 중단하게 되는 경향이 있다.

## 2) 부합계약의 특성

보험상품은 계약에서 명시하는 특정한 보험사건이 발생하면 보험금이 지급되는 일종의 조건을 보험사가 미리 정해놓은 약관에 따라 거래하는 부합계약의 특성을 가진다. 이에 보험회사는 계약으로 제시된 조건과 내용을 청약서와

증권 그리고 약관에 담겨 제공하고 설명하게 된다. 소비자는 이를 모두 이해하여야 하나 사실상 약관의 내용이 방대하고 어려워 이를 모두 이해하기 어려운 실정이다. 이러한 거래는 대량거래를 안정적으로 제공한다는 장점에도 불구하고 사업자가 작성하게 되는 약관 특성상 보험사업자의 책임을 회피할 수 있는 면책규정, 계약조건으로 소비자가 보험위험을 감수하게 된다(이종구, 2011).

보통약관의 이런 약점을 보완하기 위해 약관규제법에서는 약관의 해석<sup>2)</sup>의 신의성실 원칙을 두고 공정한 해석, 또 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우 작성자 불이익의 원칙을 적용하고 있다. 금융감독 기관에서는 보험약관을 사전 심의하여 보험사가 표준약관을 사용하도록 하고 있다.

### 3) 사행성 유인의 상품특성

위험을 정확히 파악하여야 적절한 보험료를 계산하고 손해율을 관리할 수 있다는 보험의 기본원리에 따라서 보험사는 꼭 알아야 할 질문을 소비자에게 하게 되는데 이때 소비자 또한 위험을 숨김으로써 실상 받을 수 없는 계약의 혜택을 받는 역선택이 존재하게 된다. 이러한 사행성을 유인하는 보험 특성은 보험범죄 또는 소비자의 사행성을 감추기 위해 민원을 제기하는 등 악성 소비자를 양산할 원인으로도 작용하게 된다.

금융회사를 관리 감독하는 금융감독원은 이러한 문제를 해결하기 위해 고객 응대 직원들의 감정노동 방지, 악성고객의 민원은 보험사 평가에서 제외하는 제도를 운영하고 있다.

## 3. 보험판매 단계의 분쟁 유발요인

---

2) 약관의 규제에 관한 법률, 제 5조 (약관의해석) ①약관은 신의성실하게 원칙에 따라 공정하게 해석되어야 하며 고객에 따라 다르게 해석되어서는 아니 된다. ②약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 고객에게 유리하게 해석되어야 한다.[전문개정 2010.3.2.]

보험 계약 단계에서 보험계약 당사자인 계약자와 보험자는 기본적으로 서로에게 제공하여야 하는 것들이 <표5>와 같이 규정되어 있다.

<표5> 보험모집 단계별 보험계약자 제공자료

<p>② 보험회사 또는 모집종사자는 다음 각 호에서 정하는 바에 따라 보험계약자에게 보험모집 단계별로 보험약관 및 보험 안내자료 등을 제공하여야 한다.</p> <p>1. 보험계약 체결 권유 단계</p> <p>가. 가입설계서. 다만, 단체보험계약, 퇴직연금(퇴직보험 포함), 단체취급특약 이 부가된 보험계약, 보증보험계약, 일반손해보험 중 기업성 손해보험, 보험기간이 3개월 이내인 보험, 제4-35조의2 제4항부터 제6항까지에 따른 보험계약은 제외한다.</p> <p>나. 상품설명서. 다만, 영 제6조의2에 따른 전문보험계약자가 체결하는 보험계약과 제4-35조의2 제4항부터 제6항까지에 따른 보험계약은 제외한다.</p> <p>다. 변액보험 (퇴직연금실적배당보험을 포함한다) 의 경우 변액보험운용설명서</p> <p>2. 보험계약 청약 단계</p> <p>가. 보험계약청약서 부분. 다만, 전화를 이용하여 청약하는 경우에는 제4-37조 제3호에서 정한 확인서 제공으로 이를 갈음할 수 있다.</p> <p>나. 보험약관</p> <p>3. 보험회사가 보험계약을 승낙하는 경우에는 지체 없이 보험증권을 보험계약자에게 교부하여야 한다.<sup>3)</sup></p>
--

그러나 상품의 복잡성과 다양한 환경적 요소에 의해 즉, 상품설명의 한계, 보험판매원의 불완전판매, 소비자 자체의 문제에 따라 추후 보험분쟁 환경을 만들게 된다.

1) 정보의 비대칭성

보통 보험상품과 관련된 요율의 산정이나 보험금을 지급하지 않을 수 있는 면책조건과 같은 복잡한 영역에서 보험사가 정보 우위에 서게 된다. 보험사가 전문적인 설명이나 정보를 제공하지 않는다면 결국 분쟁의 씨앗이 된다. 소비자도 자신의 병력 등 정보제공의무를 성실히 수행하지 않아 추후 보험금 지급

3) 보험업감독업무시행세칙 7-45 (보험상품의 공시 등)

결격사유가 되기도 한다. 보험계약에서 발생하는 정보의 비대칭성은 계약자의 고지 통지 의무와 보험사의 정보제공과 설명의무가 서로가 가진 정보의 비대칭을 해소할 의무규정이 된다. 이러한 규제에 대한 위반 효과로 고지나 통지 위반이 밝혀질 경우, 보험금지급이 되지 않거나 나아가 계약이 해지될 수 있으며 설명의무를 위반으로 하였을 때 이에 대한 보험자에 품질보증이행이나 약관에 있어서 작성자인 보험자에게 불이익한 해석을 하도록 규정되어 있다.

그러나 앞서 언급한 바와 같이 서로간의 정보 비대칭이 발생할 이익이 규제를 받을 빈도보다 높고 크므로 사실상 정보를 설명하고 제공하지 않는 불완전 판매나 고지를 위반하여 가입하는 역선택의 유혹(사행성)에 노출될 가능성이 클 수밖에 없는 구조다.

## 2) 판매자의 상품설명 한계와 도덕적 해이

보험상품의 설명은 단순히 글자 그대로 생각할 때 계약된 상품의 보장내용과 조건을 설명하면 되는 것으로 이해되지만, 판매자에게 있어 상품설명은 일반적으로 가입하는 시점에서 사고를 경험하지 않은 소비자 다시 말해 미래의 사고에 대한 구매의욕이 거의 없는 상태의 소비자로 하여금 미래의 위험에 대해 현재에 구매 욕구를 자극하는 것과 미래에 계약이 이행된다는 믿음과 상세한 계약조건을 모두 포함하는 의미를 갖는다. 이런 다의적인 상품설명은 영업을 어렵게 하는 이유이고 판매자로 하여금 불완전판매라는 오명을 쓰게 하는 주요 원인이 될 수 있다.

이 때문에 상품설명에 대한 규제 즉 단순히 판매자가 상품에 대한 정보의 제공과 설명을 하고 이를 소비자에게 확인하여 사인을 받았는지를 확인하는 것만으로는 소비자 입장에서 들은 많은 신뢰의 키워드가 정확한지를 확인할 길이 없어 서로간의 불신이 야기되는 부분이기도 하다. 소비자의 보험구매욕구와 관련해서는 다수의 연구가 확인되는데 특히 연관이 있는 부분으로 위험

에 대한 지각이 행동반응에 영향을 미치고 걱정, 두려움 등의 정서 요인과 위험 발생 가능성과 여파의 심각성 그리고 대처 효용성이라는 인지 요인이 개인의 행동 반응에 영향이 있다는 연구가 확인된다(정주리·이나경·이영애, 2011). 또한 보험소비자의 보험상품의 구매 의사를 결정하는 과정에서 소비자가 자신감이 결여되고 관여도가 높은 경우 조력자인 모집인을 선택하는 의사결정을 한다는 연구도 확인된다(장연주·최현자, 2015). 결국, 이러한 다수의 연구를 통해 소비자의 보험 가입의사는 판매자가 얼마나 위험을 잘 인식시키는지에 따라 보험판매실적이 늘 수 있음을 보여주고 위에서 언급한 것과 같이 상품설명이라는 의미에 각 판매자들은 위험을 인식시키기 위해 여러 가지의 플래밍(framing) 기법을 사용하게 될 것이며 이에 대해 과대한 설정을 할 수 있는 도덕적 해이가 발생할 가능성이 높은 것이다. 사실상 높은 위험을 과장하지 않고 구매욕구가 없는 소비자에게 보험을 판매할 수 있을까라는 의문이 드는 것이 상식적일 것이다. 또한 위험에 대한 인식이 이루어진 후에도 소비자로서 하여금 적합성 원칙에 입각하여 해당 보험이 반드시 필요한지를 판단하고 적합한 상품을 권유하여야 하는데 사실 세상에는 여러 가지 위험이 있을 수 있고 소비자마다 대비하고자 하는 위험이 다르므로 개별적인 상품의 설계가 필요할 것이나 이 부분이 판매자로서는 매출이 늘어야 하는 상황에서 판매가 손쉬운 위험을 먼저 권하게 되므로 소비자에게 적합한 상품을 권하는 것인가를 알 수 없는 이해 상충의 상황을 만든다.

상품이 설계된 후라도 각 상품별로 보장되는 조건이 다르며 계약이 장기간에 걸쳐 이루어지는 만큼 설명을 듣지 않고 보여 지는 계약서의 글만으로 보험상품을 이해하고 선택하는 것은 어려운 일이다. 이 때문에 금융규제 당국에서는 보험사가 보험판매를 위해 꼭 제공해야 하는 청약서, 계약서와 증권 상품설명서 등을 구체적으로 정하고 있고, 제공하는 정보를 설명할 것을 의무로 지정하고 있다. 이때에 이루어지는 상품설명이 현재 완전판매모니터링을 통해

점검되는 상품설명으로 볼 수 있을 것이다. 그나마 이 또한 설명이 정확히 이루어졌는지를 판단하기는 쉽지 않고 위에서 언급한 단계별로 판매자인 설계사가 상품설명을 하는데 당연한 한계를 가지며 가지는 한계만큼 모럴해저드를 겪을 위험이 높을 수 있어 불완전 판매가 조장된다 하겠다.

### 3) 복잡한 보험소비 환경

각 상품별로 보통약관과 특별약관으로 이루어진 계약사항으로 편입되므로 보험사는 이러한 보장내용과 약관의 내용의 정보를 제공하고 설명해야 하고 현대 금융 상품은 시간이 지날수록 그 복잡성이 심화되고 소비자가 이해하고 사용할 수 있는 정보는 부족하다. 예를 들어 파생금융상품 및 다양한 생명보험 상품들의 경우 소비자들이 보험상품이 시장에서 작동되는 원리를 이해하기 위해 많은 노력과 시간을 투입하여야 한다. 소비자들은 대체로 표준약관을 읽지 않을 뿐만 아니라 읽는다 해도 복잡하고 난해한 법률용어로 가득 차있는 계약조건들을 이해하는 것이 불가능하다(이종구, 2011). 게다가 인터넷 등 판매채널이 다양화되고 있어, 소비자가 계약을 이해할 기회가 적어져 분쟁이 발생하였을 때 불리한 위치에 서게 되고 실제적인 소비자보호가 어려워 진다. 또한 일반소비자들은 핸드폰을 통한 생활에 익숙해져 모바일 보험 상품 구매시 장문이나 복잡한 글을 읽는데 어려움이 많다(문화뉴스, 2018년 9월 24일).

많은 소비자들은 약관의 중요성을 인식하지 못하고 사업자가 제시하는 약관이나 여타의 설명서를 읽지 아니한 채 사업자나 그의 판매원들이 제시하는 약관에 서명하는 것이 보통이다(이은영, 1986). 구매 소비자가 약관의 일부 조항에 불만을 제기할지라도 구매약관의 성질상 그 조항을 바꾸거나 흥정할 권한이 없다는 것을 이미 알고 있어 계약사항이나 약관을 상세히 읽지 않게 된다. 최근의 통신 기술 발전과 사회의 고도화 속에서 거래약관(보험에서의 표준약관)에 근거하여 계약 구매하는 환경에서 추후 보험분쟁은 존재한다.

### Ⅲ. 보험분쟁 해결 및 보험사 규제

#### 1. 보험상품의 불완전판매 규제

보험분쟁발생의 원인을 줄이기 위해 보험규제 당국인 금융감독원은 보험계약 시 정보제공과 설명의무를 부과하고 각종 가이드를 마련하여 보험상품의 완전판매를 위해 노력하고 있다. 그러나 이 같은 규제는 복잡한 금융상품의 구조와 상품판매채널의 다양화에 즉시적으로 반응할 수 없는 한계가 있다. 불완전판매를 일으키는 원인별로 규제하기 어려운 측면이 있다. 단순히 소비자에 대해 상품설명을 들었는지를 물어 이를 확인하는 장치만으로는 미래 보험분쟁을 줄이기 어렵다.

##### 1) 적합성의 원칙의 준수

보험업법 제2장, 95조에는 보험상품 판매인으로서 준수해야 하는 사항을 규정하고 있다. 보험업법 제 95조의 3 적합성의 원칙으로서 이 규정은 보험계약자의 연령, 재산상황, 보험가입의 목적 등에 비추어 해당 계약자에게 적합하지 않은 보험계약을 권유하여서는 안된다는 규정이다. 이 규정은 점점 더 복잡해지는 현대사회에서 계약자가 가진 재무 상태에 비해 과도한 보험가입 등으로 인한 손실을 방지하는 규정이다. 적합성의 원칙을 위반한 경우 고객보호의무라는 신의원칙을 위반한 계약으로 간주하며 손해배상의 의무가 보험사에게 부과된다.

##### 2) 정보제공과 설명의무

보험업법 제 95조에 따라 보험판매시 해당 보험상품의 주요정보를 고객에게

제공해야 한다. 또한 보험상품정보 제공과 함께 보험의 설명의무가 부과되고 있다. 보험업법 제95조의 2 설명의무는 보험계약자에게 보험계약의 체결을 권하는 경우 반드시 설명해야 하는 사항을 규정하고 있다. 제1항에 따라 설명한 내용을 보험계약자가 이해하였음을 서명, 기명날인, 녹취로 확인받을 의무가 규정되어 있다. 제3항과 제4항에서 계약체결부터 보험금지급에 이르기까지의 주요 설명의무 사항이 규정되어 있다.

### 3) 광고규제 및 부당모집금지

보험업법 제95조의 4에서는 모집광고관련 준수사항을 정해 두고 있다. 이 규정은 케이블 TV나 홈쇼핑 유튜브 등에서 이루어지는 광고에서의 금지행위 등 광고 기준을 정해 두고 이를 준수하도록 하고 있다.

현재 각 보험협회에서는 보험광고에 대한 사전 심의를 진행한 이후 제작된 광고를 하도록 하고 있다. 홈쇼핑에서 생방송으로 진행되는 경우는 사후심의회가 존재하고 있고 필수 사항과 금지사항이 정해져 있다. 예를 들면 소비자로부터 오인하게 하는 행위나 설명 등 소비자를 현혹하는 과장된 광고 행위는 금지된다.

### 4) 기초서류 공시

보험업법 제127조에서는 보험상품을 만들 때 기준이 되는 기초서류를 공시하도록 규정하고 있다. 보험회사가 해당 보험상품의 약관과 사업방법서를 통해 계약의 조건이나 할인특약 그리고 운영에 대해 공시하게 함으로써 보험사와 소비자간의 불완전판매를 예방하도록 하는 규정이다. 또한, 약관의 경우 소비자가 약관을 잘 이해하도록 만들었는지를 평가하고 공시하도록 정하고 있어 보험사가 알기 쉬운 약관을 만들도록 유인하고 있다.

## 5) 소비자민원 정보 공시

규제 당국은 소비자보호 모범규준을 만들어 배포하고 소비자보호 활동을 평가함으로써 보험사를 감시하는 체계를 구축하고 있다. 특히 보험 규제 당국은 민원평가를 매해 하고 있는데 2016년 이전에는 단순히 민원발생건수를 기준으로 평가하였다. 현재는 <표6>과 같이 계량 항목과 비계량 항목으로 나누어 민원건수의 증감 외에도 보험사가 소비자보호 체계를 마련하고 있는지를 종합적으로 평가하며 결과를 공시하고 있다.

<표6> 소비자보호 민원평가 항목

계량항목 5개	
1	민원건수(민원건수 및 증감률)
2	민원처리기간(민원 평균 처리기간)
3	소송건수(소송건수와 분쟁조정중 소송제기 건수)
4	영업 지속가능성(재무건전성 지표)
5	금융사고(금융사고 건수, 지표)
비계량항목 5개	
6	소비자보호 조직 및 제도
7	상품개발과정의 소비자보호 체계 구축 및 운용
8	상품판매과정의 소비자보호 체계 구축 및 운용
9	민원관리시스템 구축 및 운용
10	소비자정보 공시

출처: 금융감독원 소비자보호 민원평가 항목에서 추출

## 2. 보험분쟁 현황과 해결절차

### 1) 보험분쟁의 현황

보험분쟁의 처리는 주로 금융감독원과 한국소비자원에서 이루어지고 있다. 분쟁의 조정은 금융위원회의 설치 등에 관한 법률에 근거를 둔 금융감독원의

금융분쟁조정위원회 그리고 한국소비자원의 소비자분쟁조정위원회에서 이루어지고 있다.

금융감독원의 보험분쟁 크게 계약과 보험금 분쟁처리로 나누어 수행되고 있다. 계약유형은 보험상품의 특성에 따라 발생하는 분쟁으로 판매자의 부실판매 여부가 중요하므로 대체로 민원이 보험사에 의해 수용되는 민원수용률이 높게 나타난다. 반면 보험금관련 민원은 정보의 비대칭성, 사행 보험성, 복잡한 약관 등에 의해 발생하므로 보험금 분쟁이 소송으로 이어지는 등 수용성이 높지 않은 경향이 있다.

금융감독원 통계에 따르면 2017년까지 보험금산정 유형은 10,455건으로 나타났다, 면책/부책 관련 민원은 5,251건, 고지의무위반 관련 분쟁은 1,320건으로 나타났다.

<표7> 분쟁유형별 민원 접수 현황

구분	2014년	2015년	2016년	2017년	2018년
보험모집	4,516	2,859	968	273	266
계약성립·실효	535	288	251	291	252
고지의무위반	1,116	991	1,257	1,320	1,086
면/부책 결정	3,941	3,661	5,062	5,251	3,871
보험금 산정	8,300	7,274	9,598	10,455	7,870
장해등급	336	580	360	385	265
보험금 지급지연	2,583	3,961	4,578	3,951	4,320
기타	248	285	585	752	3,615
계	21,575	19,899	22,659	22,678	21,545

출처: 금융감독원 홈페이지

금융감독원에서 발표하는 1332 민원통계를 살펴보면 보험모집과 관련한 항목은 보험금지급과 관련한 항목 다음으로 많은 것으로 나타났다. 민원에 대한 보험사의 수용률은 쏠아지고 있어 보험사와 상호 원만한 합의가 가능함을 보

여주고 있다.

한국소비자원의 2018년 보험부문 피해구제 보고서에 따르면 2018년 보험 피해구제 건수는 917건으로 2017년 1,177건보다 (22.1%) 감소하였고, 피해유형별로는 부당행위가 (45.3%) 가장 많고 계약관련 불이행이 (44%) 많은 것으로 나타났다. 이 외에도 계약해제, 가격 요금 등의 순으로 피해구제가 많았다.

## 2) 보험분쟁 해결절차

금융감독원에서는 분쟁과 민원을 구분하여 소비자상담센터와 분쟁조정국을 별도로 두고 분쟁처리절차를 밟고 있다. 그 외에 권익침해나 불편 그리고 개선의 요구 등은 일반 민원으로 간주하여 소비자상담센터 1332 등을 통해 처리하고 있다.

### ① 금융감독원의 금융분쟁조정위원회

금융감독원의 금융분쟁조정위원회는 금융감독원 내에 설치된 기구로 금융분쟁조정위원회는 합리적인 조정을 제시하여 당사자 간의 합의 유도함으로써 소송을 거치지 않고 분쟁을 원만히 해결하는 자주적인 분쟁 해결기구이다. 금융분쟁조정위원회의 분쟁처리 대상은 금융감독원의 감독을 받는 기관의 분쟁에 한하며 공제와 우체국보험 등의 기관은 제외된다.<sup>4)</sup> 금융소비자는 금융회사의 업무와 관련하여 발생한 분쟁원인 및 사실관계를 증명하는 자료를 제출하여야 하고, 금융분쟁조정위원회에서는 이를 회부하여 심의·의결하게 된다. 위원회

4) 금융위원회의 설치 등에 관한 법률 제38조(검사 대상 기관) 금융감독원의 검사를 받는 기관은 다음 각 호와 같다. 1. 「은행법」에 따른 인가를 받아 설립된 은행, 2. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 금융투자업자, 증권금융회사, 종합금융회사 및 명의개서대행회사, 3. 「보험업법」에 따른 보험회사, 4. 「상호저축은행법」에 따른 상호저축은행과 그 중앙회, 5. 「신용협동조합법」에 따른 신용협동조합 및 그 중앙회, 6. 「여신전문금융업법」에 따른 여신전문금융회사 및 경영여신업자, 7. 「농업협동조합법」에 따른 농협은행, 8. 「수산업협동조합법」에 따른 수산업협동조합중앙회의 신용사업부문, 9. 다른 법령에서 금융감독원이 검사를 하도록 규정한 기관, 10. 그 밖에 금융업 및 금융 관련 업무를 하는 자로서 대통령령으로 정하는 자.

의 조정내용은 당사자에게 즉시 통보되며, 통보를 받은 날로부터 20일 이내에 조정결정의 수락서에 기명 날인하고 제출하면 조정이 성립되나 20일 이내에 당사자가 조정을 수락하지 않으면 조정은 부결된 것으로 본다. 조정 결정을 상호간에 수용하는 경우 조정이 성립 ‘재판상 화해’와 같은 효력이 발생하고 다시 소송을 제기하여 다툴 수 없고 강제집행이 가능하다. 이 때 금융감독원의 민원처리 및 분쟁조정은 행정적인 소비자의 피해구제절차로서 사안 이 법원판결에 의해 확정된 사안, 재판에 계류 중이거나 수사 중인 경우에는 분쟁은 처리 및 조정절차에서 제외되는데 이는 삼권분립의 원칙에 의해 최종적인 판단은 사법기관에서 하는 것이기 때문이다.

한편, 조정결정에 대해 당사자 중 한쪽에서라도 결정을 수용하지 않는 때에는 각각의 당사자는 법원을 통해 소송절차를 밟아 해결할 수 있다.

## ② 한국소비자원의 소비자분쟁조정위원회

보험 민원인이 금융감독원 등 타 기관이 아닌 한국소비자원에만 접수를 한 경우라면 소비자기본법에 근거하여 보험분쟁을 조정하게 된다. 한국소비자원의 피해구제 절차<sup>5)</sup>는 소비자상담센터 (1372번)을 통해 접수된 민원이 분쟁조정 가능 대상인지 여부를 판단한 이 후 분쟁처리기준에 준하여 적절한 권고를 하게 된다. 피해보상을 위해 사실관계를 확인한 후 법률조사 등을 통해 처리 권고안을 제시하고 양당사자가 이를 수용하는 경우 종결되나 일방이라도 수용할 수 없는 경우에는 소비자분쟁조정위원회의 조정을 신청할 수 있다.

위원회의 결정이 난 이후 당사자는 15일 내에 수락거부의사를 서면으로 표시하지 않으면, 조정이 성립되며 결정내용은 재판상의 화해와 같은 효력을 갖는다. 수락 거부 의사를 표시한 경우에는 조정결정이 성립되지 않는데 이때부

---

5) 소비자기본법 제55조(피해구제의 신청 등) ①소비자는 물품 등의 사용으로 인한 피해의 구제를 한국소비자원에 신청할 수 있다. ②국가·지방자치단체 또는 소비자단체는 소비자로부터 피해구제의 신청을 받은 때에는 한국소비자원에 그 처리를 의뢰할 수 있다.

터는 거부하는 당사자가 사법적인 구제절차로서 분쟁을 해결할 수 있다.

이때 수락의 경우에도 이행이 지연되는 경우 등 결정된 내용에 대한 이행강제로서 대법원(각종 분쟁조정위원회 등의 조정조서 등에 대한 집행문 부여에 관한 규칙) 규칙 제1768호에 근거하여 관할법원의 집행문을 받아 강제집행을 이행할 수 있다.

### 3. 보험 민원 자료축적

보험사업에서 분쟁이나 민원에 대해 정확히 자료축적하고 분석하는 것은 매우 중요하다. 보험감독 기관은 민원자료 축적 및 공시를 의무사항으로 정해 두고 있다. 이는 향후 분쟁이나 민원의 예방이나 해결을 위해 어떤 종류의 불만이 제기되고 어떤 원인으로 분쟁이 발생하는지를 분류하고 분석할 수 있는 민원자료 축적 및 공시 의무로 보험사가 소비자보호를 하고 감독기관은 분쟁을 줄이고 예방할 수 있는 수단으로서 마련된 장치이다.

‘민원’이란 일반적으로 소비자가 원하는 것을 저의 모든 절차적인 불만을 포함하는 소비자와 보험사 그리고 판매상 상이에서 일어나는 문제를 광범위하게 통칭하는 것이고 분쟁은 보험계약의 체결에서 보험금의 지급과정까지 일어나는 일련의 과정에서 물질적 또는 정신적으로 실질적 피해를 주장하는 것으로 이해된다. 어쨌거나 분쟁이나 민원의 통계는 공시되도록 하고 있다.

#### 1) 분쟁처리와 민원분류 현황

분쟁처리와 그에 따른 민원분류는 어떻게 이루어지는지 예를 들어 구체적으로 살펴보자. 만약 소비자가 ‘보험을 갱신하자 보험료가 올랐고 상세한 설명이 이루어지지 않아서 이를 알지 못하였으니 보험을 해지하고 싶다’는 민원을 접수하였다면 처리기관에서는 일차적으로 상담에 준비하는 민원인지 분쟁

인지를 판단한다. 만약 해지 절차를 몰라 접수된 경우이거나 보험료 인상에 대한 설명이 있었는지를 정확히 알 수 없는 경우이고 사전에 보험사의 상담을 거치지 않았다면 처리는 간단하다. 그러나 계약의 해지와 함께 부당하게 인상된 보험료를 환급받아야 한다면 민원인의 주장을 확인하고 피해보상 여부를 판단하게 된다.

이 사례를 현재의 금융감독원의 민원분류 기준으로 분류한다면 보험가입 시 보험료인상에 대한 설명을 듣지 않았다는 주장내용에 따라 대분류 ‘보험모집’에 소분류 ‘설명부실’로 분류한다. 그러나 보험료인상에 대한 내용을 듣지 않았다는 민원인이 보험 유지기간 중 갱신안내장이 발급되지 않았거나 늦게 도착하여 보험료 인상을 알지 못한 경우라면 대분류는 ‘계약성립 및 해지’ 세분류는 ‘보험료 환급할인’으로 유지관리에 속하게 된다. 보험금 분쟁에 있어서 한 가지 이상의 복합적인 원인을 민원 분류하기에 한계점이 있음에 주목해야 한다.

결국 민원분류체계가 복합적인 분쟁원인에 기초하는 민원접수체계가 되지 못할 경우 고객에게 도움을 주지 못하는 결과를 낳을 수 있다.

현재의 금융감독원의 민원분류체계는 소비자의 주장을 중심으로 ‘모집’ ‘유지’ ‘보상’으로 분류하고 있어 소비자가 무엇을 원하는지, 어떤 원인에 의해 발생하는지를 명확하게 나타내기 어렵다. 이러한 민원구분의 불명확성은 고객의 불만을 정확히 반영하지 못하여 정책당국의 규제나 강화를 엉뚱한 방향으로 설정하게 하거나 나아가 소비자에게 부정확한 정보를 줄 수 있다. 따라서 누적되는 분쟁이나 민원 사례를 다각도로 분석할 민원분류 체계의 개선이 시급하다.

이러한 보험민원분류에 대한 문제는 국제표준기구(ISO, 10002)의 기준을 적용할 필요가 있다. ISO 기준은 불만과 관련한 모든 영역의 기준을 원칙적인 방향과 절차로서 제시하고 있다. 불만의 유지관리와 개선에서는 조직이 불만

처리 과정을 기록 관리하도록 하며 모든 불만들을 분류한 다음 체계적으로 불만의 원인들을 제거할 수 있도록 분석할 것을 요구하고 있다.

## 2) 보험민원 특성별 분류

금융감독원이나 한국소비자원은 분류기준을 대분류 단위로 공시하고 있는데 상세한 소분류를 확인하기 쉽지 않다. 현재의 보험 민원 분류방식은 불만의 발생원인과 소비자가 요구사항의 혼재로 보험분쟁의 원인의 발생비율을 정확히 측정하기 어렵다. 이 같은 문제는 보험분쟁 사례별 심각성을 판단할 수 없고 보험분쟁 예방대책 마련에 도움이 되지 않으며 보험규제 정책의 효과를 떨어뜨린다.

금융감독원의 분쟁분류기준에 소비자의 요구와 원인이 혼재된 금융감독원의 민원구분 <표8> 금융감독원의 민원분류는 민원인의 요구와 발생원인을 파악하기 어렵다. 분류에 있어서 보험모집이라는 분쟁의 원인으로 지목되는 ‘상품 설명 불충분’ 과 이로 인한 고객의 ‘보험료 환급’ 이 소항목으로 함께 존재하고, ‘보험금 및 제지급금’ 대분류에 보험금 분쟁의 원인으로 보이는 ‘과실비율적용’ 과 이로 인한 소비자의 요구사항인 ‘보험금 과소지급’ 이 혼재된 것을 확인할 수 있다.

따라서 소비자가 요구를 주장하는 근거와 원인을 별도로 구성하여 분석에 정확도를 높여야 할 필요가 있다. 보험분쟁의 분류기준과 관련된 최근의 연구에서는 소비자가 요구하는 바를 기준으로 계약이행, 환급, 업무시정, 손해배상, 면책 그리고 계약해제 등으로 분류하였다(백현진·최현자, 2019).

<표8> 금융감독원의 민원분류<sup>6)</sup>

공시기준 (발생원인)	발생원인	
	대분류	소분류
보험모집	보험모집	상품설명 부실.불충분
		조건부 모집 후 약속불이행
		보험료 환급
		보험료 횡령
		모집수당 미지급
	방카슈랑스	보험계약 해지
		상품, 약관 미설명
계약의 성립 및 해지	계약의 성립 및 해지	보험가입 거절
		계약 변경
		계약 무효
		효력 상실
		보험계약 부활
		보험료 할증할인
고지 및 통지의무 위반	청약시 알릴의무 위반	계약 임의해지
		보험금 지급거절
		보험금 삭감지급
면부책결정	면부책결정	보험사고 해당여부
		사고와 손해의 인과관계
		특약위반
		면책조항 적용
		대위권 및 구상권
보험금 및 제지급금	보험금 및 제지급금	보험금(환급금 등) 과소지급
		보험금 산정의 적정여부
		치료비 지불보증
보험금 및 제지급금 지연	보험금 및 제지급금 지연	보험금(환급금 등) 지급지연
재해여부.장해 및 상해등급	재해여부.장해 및 상해등급	장해등급 적용
		입원 및 수술금 삭감, 불지급
		사고와의 인과관계 및 기여도
기타	기타	모집질서
		내부통제
		금융법률상 원인이 없는 민원

6) 금융감독원 홈페이지 민원접수 화면에서 추출 발췌하여 작성자 편집함.

이러한 분류기준을 채택하고 있는 한국소비자원의 민영보험처리현황<표9>의 공시자료를 보면 민영보험부문에서 계약의 이행을 요구하는 민원은 20%를 차지하고 있다. 물론 이를 다시 계약이행을 요구하게 되는 원인 즉, 민원 발생 원인으로 한국소비자원의 민원분류<표10>에 따라 구분하여 확인할 필요가 있다. 그러나 분쟁 공시 자료상에는 상세자료는 제공하지 않고 있어 금융감독원의 보험분쟁의 원인별 공시자료와 함께 비교하기에 한계가 있다.

<표9> 2018 한국소비자원 민영보험처리현황

구분	합 의 성 립						조정 신청	취하 중지	정보제 공기타	계
	계약 이행	환급	부당행 위시정	배상	계약 해제	소계				
건수	173 (20.5)	29 (3.4)	24 (2.8)	21 (2.5)	3 (0.4)	250 (29.6)	6 (0.7)	147 (17.4)	441 (52.3)	844 (100.0)

출처 한국소비자원(2018). 소비자피해구제연보 및 사례집, p100.

<표10> 한국소비자원의 민원분류<sup>7)</sup>

공시기준(요구사항)	발생원인	
	대분류	소분류
업무시정 면책 계약이행 손해배상 부당이득반환	보험모집 설명의무	상품설명 불충분, 품질보증미비
		조건모집 후 약속불이행
		보험계약자와 금전거래
		부실모집, 임의가입
		모집문서도화 및 안내장 관련
		모집인의 청약서 대리작성
	보험계약성립실효	계약무효
		계약변경, 효력상실
		보험가입거절
		보험계약부활
	계약전후알릴의무	고지의무위반
		통지의무위반
	면부책결정	법률 및 약관상의 보상범위 등
		보험사고여부(담보책임유무)
		사고와 손해의 인과관계
		손해배상의 구상권 (대위권)
	보험금및 제지급금 산정	과실비율적용
		보험금(해약환급금등)과소지급
		보험금(환급금등) 지연지급
		보험금산정의 적정여부
		치료비지불보증
	장해 및 상해등급	사고와 인과관계 및 기여도
		후유장애 및 장해등급 판정

7) 한국한국소비자원 홈페이지 민원접수화면에서 발췌하여 작성자편집함.

## IV. 보험분쟁 조정사례 분석과 분쟁감소 방안 모색

### 1. 보험분쟁 유형별 사례 분석

본 연구는 금융감독원의 실제 처리된 분쟁조정사례를 중심으로 보험 분쟁 발생 원인과 보험의 특성이 어떻게 작용하고 있는지 파악하였다. 특히 판매과정에서의 부실판매 요인이 무엇인지를 파악하여 유사한 유형의 피해를 막기 위한 어떤 규제 대책이 필요한지 제안하였다.

본 연구는 개인신용정보보호와 정보수집의 한계가 존재하여 금융감독원의 분쟁조정사례 공시화면에서 보험 분야로 추출되는 사례를 중심으로 분석하였다. 본 연구는 2016년 이후 19년 7월까지 확인되는 자료 51건 중 인보험에 해당하는 39건을 유형별로 분석하였다<sup>8)</sup>. 유형 분석의 결과는 아래의 표와 같다.

<표11> 본 연구조사 대상 금융분쟁조정위원회 조정사례 대분류

유형 대분류	분쟁조정	비중(%)
보험계약자등의 의무	4	10
보험약관의명시 의무	5	13
타법률 및 약관 해석	30	77

한편 본 연구 조사 대상 사례 39건 중 판매단계의 불완전판매 요인이 포함

8) 보험분쟁 유형별 원인의 분석은 보험연구원의 2009년 오영수, 김경환, 이종욱의 연구인 '보험분쟁의 재판외적 해결 활성화 방안 : 금융분쟁제도를 중심으로'에서 사용한 분석대상과 결과방식을 사용하였다. 연구에서 분쟁은 유형으로 대분류되며 보험계약의성립무효해지 등, 보험계약자등의 의무, 보험약관의명시 의무, 보험자의 책임, 타법률 및 약관해석이다. 또한 백현진, 최현자의 연구인 '금융소비자 공적불만호소행동과 피해구제에 관한 연구 : 금융분쟁조정위원회 피해구제 사례분석'을 참고하여 소비자의 요구를 구분하였다.

된 건의 결과는 다음의 <표12> 와 같다.

<표12> 불완전판매요인 유형

불완전판매요인 유형	분쟁조정	비중(%)
1) 보험계약자등의 의무	4	
정보의 비대칭성	3	75
판매자의 상품설명의 한계	1	25
2) 보험약관의 명시설명의무	5	
판매자의 도덕적 해이	1	20
판매자의 상품설명의 한계	4	80

또한, 본 연구조사 대상 분쟁조정 사례 39건의 타법률 및 약관 해석의 세부 유형은 다음과 같다.

<표13> 타법률 및 약관 해석 세부유형

타법률 및 약관 해석 세부유형	분쟁조정	비중(%)
계약자불이익변경금지	1	3
다른법률의해석	5	17
판단기준(의학적)	11	37
약관의해석	13	43

## 2. 보험분쟁 사례의 민원내용 분석

### 1) 보험계약자등의 의무

본 항목은 보험계약자등의 의무로서 공시되는 민원분류의 고지위반 또는 통지 위반으로 분류되는 항목으로 보험계약자가 보험을 계약함에 자신만이 알고 있는 정보를 고지하거나 계약이 후에 변경되는 위험을 판단하도록 통지하여야 하는 계약자의 의무에 해당하는 사항으로 분석하였다. 여기에는 ‘유방암 진

단 및 놀바텍스 투약 사실을 알리지 않은 것이 사기에 의한 계약에 해당하는지 여부’ ‘보험계약 청약 시 태아의 선천성 심장 기형 가능성을 알리지 않은 것이 계약 전 알릴 의무 위반에 해당하는지 여부’ ‘계약 전 알릴 의무 위반으로 인한 보험계약 해지의 적정 여부’ ‘체육대학교 진학사실 미고지가 계약 후 알릴 의무 위반에 해당되는지 여부’ 등이<sup>9)</sup> 있고 구체적인 사례는 아래와 같다.

사례1] 유방암 진단 및 놀바텍스 투약 사실을 알리지 않은 것이 사기에 의한 계약에 해당하는지 여부 <sup>10)</sup>		
분쟁당사자 주장내용	금융분쟁조정위원회 판단	불판요인
<p>소비자는 보험가입 8년 전 유방암의 진단과 수술 사실을 알리지 않은 것을 이유로 급성 심근경색으로 사망한 건에 대한 보험금을 지급하여야 한다고 주장하였고, 보험사는 청약 전 암진단 사실과 항암치료제의 투약사실을 알리지 않은 것은 약관상 사기에 의한 계약으로 보험금을 지급할 책임이 없 지급책임이 없다고 주장하였다.</p>	<p>가입보험이 사망만을 보장하는 상호보험이고, 유방암 진단의 계약 전 알릴의무 기간이 경과한 사실과 항암제 투약은 재발위험을 낮추는 용도로 처방하였다는 소견이 확인되므로 보험금 지급을 결정하였다. 사기는 적극적인 기망행위가 이루어져야 성립하는 점을 살펴볼 때 사기에 해당하지 않다고 판단하였다.</p>	<p>정보의 비대칭성</p>
사례2] 보험계약 청약 때에 태아의 선천성 심장 기형 가능성을 알리지 않은 것이 계약 전 알릴 의무 위반에 해당하는지 여부 <sup>11)</sup>		

9) 금융감독원 e금융민원센터 분쟁조정사례의 추후 색인을 위해 공시된 제목을 그대로 사용하였음.  
[https://www.fcsc.kr/D/fu\\_d\\_03.jsp](https://www.fcsc.kr/D/fu_d_03.jsp)

분쟁당사자 주장내용	금융분쟁조정위원회 판단	불판 요인
<p>소비자는 보험계약시에 설계사에게 태아의 심장이 선천성 기형의 가능성이 있음을 언급했고, 보험사에 산전 의무기록지를 제출함에, 계약전에 알릴 의무를 위반하였다고 해도 고의나 중과실이 없기 때문에 보험사가 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 보험계약의 해지와 보험금거절이 부당하다고 주장하였고, 보험사는 소비자가 태아의 선천성 심장기형 가능성을 알면서도 「계약 전 알릴 의무 사항」에 ‘아니오’로 모두 표시하였고, 심장에 대한 이상 소견이 있기 이전의 의무기록만 선별하여 제출하였고 보험 설계사가 고지를 방해하지도 않은 사건으로 계약의 원상회복과 보험금 지급거절이 타당하다고 주장하였다.</p>	<p>보험계약 청약 시 소비자가 계약 전 알릴 의무를 위반한 증거가 명확하고 보험설계사가 고지를 방해한 증빙도 없는 바 고지위반이 인정되므로 보험금을 지급할 책임이 없고 해지된 보험계약을 원상회복할 의무도 없다고 판단하였다.</p>	<p>정보의 비대칭성</p>
<p>사례3] 계약 전 알릴 의무 위반에 의한 보험계약 해지의 적정 여부<sup>12)</sup></p>		
분쟁당사자 주장내용	금융분쟁조정위원회 판단	불판 요인
<p>소비자는 이 사건 보험계약해지 이전에 계약건의 청약당시 보험사에 ‘간경화’에 대한 고지위반을 이유로 보험계약을 해지하였으나, 소비자는 의사로부터 ‘간경화’가 있다는 사실을 듣지 못해 고의·중과실이 없어 계약 전 알릴 의무 위반이 아님을 주장하여 보험금을 받은 후 보험계약의 복원에 대해 이전 계약해지 때에 언급하지 않았던 ‘당뇨병 치료’를 이유로 다시 계약을 해지하였다 주장하였고,</p>	<p>위원회는 본 건 해지의 통지가 당시 ‘간경화’에 대하여 계약 전 알릴 의무위반이 적용되어 해지한다고 통지하였는 바, ‘당뇨’ 사실에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 기재한 것이 없다면, 소비자가 주장하는 당뇨’를 대상으로 계약 전 알릴 의무 위반에 대해 ‘계약 전 알릴 의무 위반 사실을 안날로부터 1월이 경과하였다. 이에 당뇨에 대한 보험사의 해지는</p>	<p>정보의 비대칭성</p>

<p>보험사는 고지대상 사실인 ‘간경화’와 관련하여서는, 소비자에게 고의 또는 중과실이 인정되지 않아 ‘간경화’를 이유로 보험계약을 해지하고 보험금 지급을 거절할 수 없다고 판단함에 관련 보험금을 지급하였지만 또 다른 고지인 ‘당뇨’ 사실을 또한 고지하지 않아 고지 위반한 사실이 확인되었고 이에 해지를 하였음에 통지문에 당뇨를 기재하지 않았을 뿐 계약 전 알릴 의무 위반에 해당하므로 보험계약을 해지는 적법하게 이루어졌으므로 보험계약자에게 통지문이 전달된 바 계약의 해지가 정당하다고 주장하였다.</p>	<p>부당하며 계약은 유효하다는 결정을 하였다.</p>	
<p>사례4] 체육대학교 진학한 사실 미고지가 계약 후 알릴 의무 위반에 해당하는지 여부 13)</p>		
<p>분쟁당사자 주장내용</p>	<p>금융분쟁조정위원회 판단</p>	<p>불판요인</p>
<p>보험계약 청약시에 중학생이었던 피보험자가 설계사로부터 체육대학교에 진학하면 직업이나 직무가 변경되는 경우로 보험회사에 알려야 한다는 설명을 듣지 못하였음에도, 보험사가 통지의무 위반을 이유로 보험금을 일부만 지급하고 보장도 축소한 것이 부당하다 주장하였고, 보험사는 보험약관에 보험기간 중에 피보험자가 그 직업 또는 직무가 변경되면 즉시 회사에 알려야 함에도 소비자가 직업의 변경을 알리지 않았으니 통지위반을 이유로 변경된 직업의 위험급수를 적용하고 보험금을 삭감, 보험계약을 해지한 것은 타당함을 주장하였다.</p>	<p>약관, 청약서 및 상품설명서 상 체육대학교에 입학한 것이 직무변경이나 직업변경에 해당한다는 것을 보험계약자가 알 수 있게 구체적으로 예시를 들어 설명한 자료가 없고, 직업 이나 직무 변경에 대한 계약 후 알릴의무 통지 위반을 주장하는 직업분류표 또는 상해급수 상의 직업분류 코드가 보험계약의 시점에서 소비자에게 제공·설명되지 않았다. 보험계약을 모집한 보험설계사와 보험사 등은 직업 변경 시 통지의무를 설명하였음을 입증하지 못하였음을 들어 보험금의 지급과 계약의 원상복구를 결정하였다.</p>	<p>판매자상품설명의 한계</p>

위의 사례들은 보험의 정보비대칭에 대한 문제를 보여주는 사례이다. 고지 의무는 계약자만이 알 수 있는 정보와 보험사가 아는 정보의 비대칭에 의해 발생하는 대표적인 분쟁으로 계약자의 고의성 여부에 따라 보험금의 지급여부가 결정되는 분쟁이나 또한 고객이 중요하게 알려야 하는 사항을 판매자가 알려주었는지 어디까지 알려줘야 하는지 그리고 판매자가 실적을 위해 고의로 누락하거나 방해하지 않았는지의 여부가 판단의 근거가 되는 분쟁유형으로 구매자와 판매자 모두의 도덕적 해이가 핵심이다.

고지위반은 사실 건강과 관련한 정보로 보험계약 당사자인 계약자나 피보험자가 내용을 알려주지 않으면 알 수 없으므로 상대적으로 불리한 입장에 있는 보험사로서는 사전에 알지 못한 위험을 인수하는 구조가 되기 때문에 보완하는 장치로서 조사를 통해 고지위반을 알게 되면 계약을 해지할 수 있도록 제도가 운영된다. ‘계약자등의 의무’에 해당하는 분쟁은 사실상 가장 보험의 사행성에 기초한 분쟁으로 보인다. 서로가 자신의 정보를 알려주지 않으면 상대가 알 수 없는 점인 정보의 비대칭이 명확한 분쟁의 원인이 된다. 보험가입자는 자신의 취약한 부분을 보장받기 위해 보험에 가입하고 싶은 욕망이 있고 가장 사고가 나지 않을 우량한 피보험자만을 선택하여 인수하고 싶은 보험사의 이익이 상충하고 있기 때문이다. 여기에 판매상이 있다면 계약을 하고 싶은 이익에 고지위반을 이용할 가능성을 높일 수 있다. 보험금 분쟁의 원인 중 높은 수위로 고지나 통지에 관련된 분쟁이 많고 결국 처리의 방향은 고지를 얼마나 정직하게 하였는지 그리고 고지위반에 대하여 얼마나 성실히 설명하는지 여부가 기준이 된다. 당사자의 이익이 부딪치는 상황이고 고의로 일어날 여지가 높은 경우 사례에서 보듯이 어떤 것을 알려야 하고 알리지 않아야 하

- 
- 10) 금융분쟁조정위원회 조정결정서 조정번호 제2016-23호
  - 11) 금융분쟁조정위원회 조정결정서 조정번호 제2017-1호
  - 12) 금융분쟁조정위원회 조정결정서 조정번호 제2019-1호
  - 13) 금융분쟁조정위원회 조정결정서 조정번호 제2016-8호

는지에 대한 많은 사례가 공유되어야 한다.

이를 기준으로 설명의무의 범위를 설정해 주는 것이 필요하다. 당연히 이러한 기준을 정하고 반영하는 일은 장기간에 걸친 보험계약의 특성상 제3의 공공기관이 시기에 따라 업데이트하여 관리되어야 한다. 다양화되는 보험구매 환경의 변화와 사고 시점에서의 기술발전에 따라 병의 진단이나 치료기술이 반영될 수 있도록 약관에 반영되고 설명이 필요하다.

## 2) 보험약관의 명시설명 의무

보험약관의 명시 의무 항목은 공시되는 민원분류의 보험모집으로도 분류가 가능하겠으나, 결국 보험자가 작성하는 약관을 얼마나 명시하고 설명하여야 하는지로 분석하였다. 여기에는 ‘전화를 이용하여 체결된 보험계약에서 계약 내용의 확정’ ‘즉시연금보험계약(상속연금형/만기형)에서 명시·설명 의무 위반 여부’ ‘바로연금보험(상속연금형 환급플랜)의 생존연금 지급액이 적정한지 여부’ ‘즉시연금(만기/상속형)에서 최저보증이율 적용의 적정성’ ‘생존보험금에 부가되는 가산금에 대한 소멸시효 적용 가부’ 등이<sup>14)</sup> 있으며 구체적인 사례를 살펴보면 아래와 같다.

사례1] 생존보험금에 부가되는 가산금에 대한 소멸시효 적용 가부 <sup>15)</sup>		
분쟁당사자 주장내용	금융분쟁조정위원회 판단	불판요인
소비자는 보험계약의 생존보험금인 문화생활자금의 지급과 가산금에 관해, 보험계약 체결 시 가입설계서 등을 통해 안 내받은 것과 같이 문화생활자금을 수령하지 않을 경우 연복리 8.5%의 가산금이 만기 시까지 더하여 지는 것으로 알	생존보험금인 문화생활자금의 가산금 시효는 자금의 성격과 약관의 문언 및 만기급여금 산정방식 등에 비추어 만기급여금 청구시점까지 유지된다. 또한 보험계약 체결 시로부터 5년마다 5회에 한	판매자의 상품 설명의 한계

14) 금융감독원 e금융민원센터 분쟁조정사례의 추후 색인을 위해 공시된 제목을 그대로 사용하였음.  
[https://www.fcsc.kr/D/fu\\_d\\_03.jsp](https://www.fcsc.kr/D/fu_d_03.jsp)

<p>있고 때문에 중간에 보험금을 수령하지 않고 있었다. 그러나 보험사가 2016년 임의로 지급기준을 변경하여 이미 발생한 문화생활자금에 대해서는 만기 때까지 아닌 당 해년에만 가산금을 지급하고, 발생이 예정된 문화생활자금에 대해서는 3년간만 가산금을 지급할 예정임을 안내하였다. 이는 만기 시까지 받을 수 있었던 가산금을 삭감하는 결과를 가져오니 부당하다고 주장하였고, 보험사는 가입설계서에 표시한 금액은 단지 만기급여금의 산출금액을 예시한 것에 불과하고, 본래 보험금청구권의 소멸시효는 그 지급사유일로부터 기산하는 것이 원칙이나 소비자에 혜택을 더 주기 위해 최근까지 소멸시효를 적용하지 않았던 것이며, 회사사정에 따라 그 동안 주장하지 않은 소멸시효를 적용하는 것이므로 가산금지급을 만기까지 유지할 수 없다고 주장하였다.</p>	<p>하여 발생하는 문화생활자금이 시효로 소멸한다거나 문화생활자금 청구권의 행사기간이 제한된다는 점을 명시적으로 주장하지 않았다 따라서 소멸시효 주장은 약관 해석상 수용할 수 없을 뿐만 아니라 생존보험금에 대하여 만기까지 가산금을 지급하기로 한 양 당사자 간 개별 약정을 임의로 변경하는 것으로 허용하지 않고 생존보험금에 가산 금리를 더하여 지급하도록 결정하였다.</p>	
<p>사례2] 즉시연금(만기/상속형)에서 최저보증이율 적용의 적정성<sup>16)</sup></p>		
<p>분쟁당사자 주장내용</p>	<p>금융분쟁조정위원회 판단</p>	<p>불판요인</p>
<p>소비자는 2012년9월 금리가 아무리 하락하더라도 최저 2.5%가 보장된다는 보험 판매인의 설명에 따라 보험계약을 체결하였는데 매월 받는 연금액이 초기 3년간은 최저보증이율 이상으로 지급되었으나 금리가 떨어진 이후에는 최저보증이율 이하로 지급되므로 최저이율이하에 대한 차액을 지급하라고 주장하였고, 보험사는 소비자에게 이 사건 상품 구조에 따라 연금월액을 산출하여 지급</p>	<p>약관 내용을 해석원칙에 따라 종합해 보면 연금계약 적립액에 공시이율을 적용하여 지급되는 생존 연금이 변동되거나 줄어들 수 있다는 정도까지는 비교적 명확하게 나타나나, 그 줄어드는 정도가 약관에 명기한 최저보증이율을 하회하는 것이 가능하다는 결론은 도출해 낼 수 없다. 즉 생존연금의 계산은 공시이율을</p>	<p>판매자의 상품 설명의 한계</p>

<p>하였고, 소비자의 주장은 월 지급형 연금상품의 상품구조에 대한 오해에서 비롯된 것이라고 주장한다. 즉 동 상품은 계약체결 당시 일시로 적립한 금액에서 보장성보험료와 예정사업비를 제외하고 순보험료로 공시이율을 계산하여 지급하는 상품이므로 산출한 운용수익으로 최초 일시납인 만기보험금의 지급을 위해 일정액을 충당하고 잔여액은 생존연금으로 지급된다. 따라서 공시이율이 높은 경우에는 최저보증이율 이상으로 지급이 가능하나, 공시이율이 하락할 경우 만기보험금 지급을 위해 유보금이 늘어나므로 당연히 월급액이 낮아지는 상품구조이다. 즉 보험사는 보험계약과 관련하여 기초서류대로 정확하게 산정한 생존연금이 지급되었다고 주장하였다.</p>	<p>적용하여 계산한다고 명시하고, 그 공시이율에 관한 조항 내에서 또는 그와 병렬하여 최저보증이율을 정하고 있다는 점에서 생존연금 지급금액의 변동가능성이 곧 최저보증이율 이하로 지급할 수 있다는 의미로 읽히지는 않는다. 또한 보험사가 상품자체의 구조로서 이는 보험상품 산출방법서상 기재된 내용이라는 주장에 대해 보험자가 산출 방법서에 대하여 설명의무를 이행한 경우에 해당 내용이 계약으로 편입된다고 보았다. 따라서 약정한 만기보험금에 더하여 최저보증이율 이상의 변동되는 공시이율을 적용한 생존연금액을 매월 지급하여야 한다고 결정하였다.</p>	
<p>사례3] 전화를 이용하여 체결된 보험계약에서 계약내용의 확정<sup>17)</sup></p>		
<p>분쟁당사자 주장내용</p>	<p>금융분쟁조정위원회 판단</p>	<p>불판 요인</p>
<p>소비자는 보험료가 인상되지 않는다는 설명을 듣고 계약하였으므로 갱신시 인상된 보험료를 환급하고 동일한 보험료로 계약이 유지되어야 한다고 주장하였고, 보험사는 갱신탁약은 연령 변경 및 위험을 인상에 따라 계약자에게 평등하게 적용되어야 하므로 오안내가 있었다고 하여도 보험료의 인상이 적용되어야 한다고 주장하였다.</p>	<p>위원회는 통화내용을 비추어 설계사가 보험료가 오르지 않는다고 하였고, 갱신약관에 대해 설명하지 않아 약관의 중요한 내용을 고객이 이해할 수 있도록 설명하지 않은 것이 인정된다고 판단하여 보험료가 인상되지 않는 계약이 체결된 것으로 보아 인상된 보험료를 돌려주고 최초 보험료로 갱신보험을 유지하라고 결정하였다.</p>	<p>판매자의 도덕적 책이</p>

15) 금융분쟁조정위원회 조정결정서 조정번호 제2017-14호

보험의 모집 유형에서 가장 많은 부분을 차지하는 것이 설명의무위반이다. 설명의무부실에 따라 보험금을 지급한 사례로 설명의무가 모집자인 개인의 고의성이 있는지의 여부에 따라 판단되어야 하는 분쟁으로 생각하기 쉽다.

그러나 대부분의 설명의무 위반과 관련한 분쟁에서 가장 접이 되는 보험자의 보험약관의 중요한 내용에 관한 명시·설명 의무를 부담하는 것인데 이는 보험계약자가 알지 못하는 가운데 보험약관의 중요한 사항이 보험계약의 내용이 되어 예측하지 못한 불이익을 받게 되는 것을 피하도록하기 위한 것이고(대법원 2014. 7. 24. 선고 2013다217108 판결 등), 약관규제법 제3조 제3항의 ‘중요한 내용’이라 함은 ‘고객의 이해관계에 중대한 영향을 미치는 사항으로써 사회 통념상 그 사항의 지·부지가 계약 체결 여부에 영향을 미칠 수 있는 사항’을(대법원 2007. 8. 23. 선고 2005다59475 판결 등). 즉 보험계약을 체결하는 시점에서 보험금의 지급 사유와 산출 기준 등 개별 보험상품의 특성과 위험성을 알 수 있도록 명확히 설명할 의무를 지고(대법원 2018. 4. 12. 선고 2017다229536 판결 등) 그에 관하여 보험계약자가 보험계약 체결 여부를 합리적으로 판단할 수 있을 정도로 설명해야 한다.

그러나 보험상품이나 산출기준이 복잡하다는 이유만으로<sup>18)</sup> 설명의무가 면제된다거나 설명의 정도가 약하게 요구된다고 판단하지 않기 때문에 분쟁에서의

---

16) 금융분쟁조정위원회 조정결정서 조정번호 제2017-17호 즉시연금과 관련한 조정사례는 2018년도에 2건이 더 상정되고 판단에 판매자의 상품개발과 교육광고 등 판매과정 전반에서의 내부통제를 위반한 사례로 모두 소비자의 주장을 수용하였다. 제2018-8호 바로연금보험(상속연금형 환급플랜)의 생존연금 지급액이 적정한지 여부와 제 2018-13호 즉시연금보험계약(상속연금형/만기형)에서 명시·설명 의무 위반 여부. 금융감독원 e금융민원센터 분쟁조정사례의 추후 색인을 위해 공시된 제목을 그대로 사용하였음. [https://www.fcsc.kr/D/fu\\_d\\_03.jsp](https://www.fcsc.kr/D/fu_d_03.jsp)

17) 금융분쟁조정위원회 조정결정서 조정번호 제2019-6호

18) 대법원 2015. 11. 17. 선고 2014다81542 판결은 “연금보험계약의 체결에 있어 보험자 등은 보험계약자 등에게 수확식에 의한 복잡한 연금계산방법 자체를 설명하지는 못한다고 하더라도, 대략적인 연금액과 함께 그것이 변동될 수 있는 것이면 그 변동 가능성에 대하여 설명하여야 한다.”고 판시한 바 있다. 위 판례는 보험증권에 ‘연금은 10년간 3개월마다 180만원을 총 40회 지급한다.’고 기재되어 보험증권에 기재된 180만원을 지급해 달라고 청구하여 이율 변동에 따른 연금액의 ‘변동 가능성’에 대하여 설명하여야 하는지 여부가 쟁점이 되었던 사건에서 변동 가능성을 설명해야 한다고 판단한 것

설명의무위반은 보험사 즉 실제 계약자를 만나는 모집자가 판매의 증대를 위하여 고의적으로 설명을 누락한 것에 의한 분쟁이라기보다는 미래에 일어나 분쟁이 되는 사고의 내용이 회사가 설명하였어야 할 중요한 사항에 해당하는 것이라는 것이다. 이러한 주요한 사항이 일반적으로 보아 상당히 많으며 설계사가 모두를 설명할 수 있는지에 대한 의문을 가질 수 있는 분쟁의 유형이다.

결국, 설명의무 부실에 따른 불완전판매의 보험금 분쟁은 쟁점이 되는 사례에 있어서는 위에서 언급한 것과 같이 보험사고가 일어난 시점에서 판단에 기준이 되는 약관이 보험계약시점에서 완벽히 설명이 이루어졌는지를 판단하는 것이며, 또한 보험 가입 시 설명되어야 하는 수많은 내용 중에서 계약 체결을 결정지을 수 있는 매우 중요한 사안이어야 하고 그에 대한 설명이 충분하지 않아 그에 대한 보험사의 책임을 물을 수 있는 경우여야 설명의무 위반 행위로 판단되고 그에 따른 손해배상으로써 민원인의 주장을 받아들일지를 결정하게 되므로 결국 설명의무 위반 여부가 불완전판매 분쟁을 해결할 수 있는 쟁점이다. 그리고 이런 사후적인 판단은 미래에 발생하는 보험사고의 특성으로 계약 당시에는 판매원의 고의성이 배제되는 상황이 되기도 하여 당사자가 간의 합의의 문제가 아닌 제3자인 전문가에 의해 해당 건을 특정하여 이루어져야 한다는 특징이 있다.

또 하나의 특징은 설명에 대한 증빙 문제로 서면계약의 경우 증권이나 상품 안내서 어느 한 곳에 어떤 크기로 보여지는가 녹취의 경우 대본에 있는 내용인지 그리고 관련 문구가 독립적으로 잘 작성되었는지 혹은 완전판매 모니터링 등을 통해 재확인하였는가 등의 증빙을 요구하므로 결국 계약 당시에 설명이 정확히 이해가 되었는지를 판단하기에 사후적으로 턱없이 부족한 자료를 통해 판단되게 된다. 이러한 증빙력은 사실 서류에 서명을 했지만 정확히 설명을 들었는가에 대하여 다시 계약자와 판매자가 대립하게 된다.

보험금을 받아야 하는 처지에 있고 과거의 기억이 완벽히 존재하지 않는 계

약자로서는 일관되게 설명 듣지 못하였음을 주장하게 되고, 이런 설명의무를 증명해야 하는 입증 책임을 가지는 보험사의 책임으로 종결되는 경우가 많음을 알 수 있다.

보험의 불완전판매와 관련된 분쟁예방을 위한 방법으로 판매자와 고객에 대한 안내 교육의 확대와 모집자의 설명의무의 강화이다. 그러나 교육에 의해 판매자의 이익을 추구하는 습관이 바뀌기도 어렵고 보험을 구매한 소비자가 분쟁을 통해 현재의 보험상품의 약관에 기재된 전문 의학용어나 한 문장이 내포하는 계약조건의 의미와 다의적 법률적 해석과 대면하게 되는 상황을 받아들이기도 어려워 분쟁해결에 큰 도움이 되지 못한다.

판매자나 구매자의 개인적인 속성으로서 교육정도와 설명 숙련도를 별도로 하고 동일한 수준에서 보험조건과 약관을 설명했다는 가정 하에 만약 판매자나 소비자가 사전에 보험 교육을 받은 경험이 있다면 혹은 설계사에게 이 보험계약과 관련한 상세한 설명을 들었다면 가입한 보험상품을 통상적인 범위에서 이해하고 분쟁여지를 감안하여 계약조건을 변경하거나 합리적인 소비자로서 계약을 체결하였음을 인정하여 가입 당시에 설명을 듣지 못해서 몰랐던 보험금 분쟁이 발생하지 않을 것인가는 의문이 있다.

이는 합리적인 구매가 이루어졌다고 해도 복잡한 보험구매 환경속에서 미래의 사고는 보험상품이 미리 예측할 수 없는 여러 가지의 변수가 존재하고 이를 해결하기 위한 기준인 약관에는 각 개별사고에 대한 모든 상황적인 변수를 반영할 수 없는 현실적인 한계가 존재하기 때문이다.

보험 분야의 분쟁 중 가장 많은 비율을 차지하는 설명의무와 관련된 분쟁을 복잡한 환경을 포함하여 구조적인 이유로 발생한다. 따라서 명시설명의를 강화하기 위한 정책은 평균적인 이해력을 판단함에 일반적인 누구나 이해할 수 있는 수준에서 너무나 많은 양인 약관의 중요한 설명을 어떻게 효과적으로 할 것인가 하는 선택과 집중에 맞추어져야 할 것이다. 계약의 중요한 사항을

모두 포함하는 형식의 스크립트 형태와 더불어 보여줄 수 있는 소비자에 가시성을 염두에 둔 디자인의 배려가 필요하다.

또한, 고객에게 불리한 사항은 조금 더 알 수 있는 방법으로 설명을 해줄 수 있는 방안이 마련되어야 한다. 중요한 설명이 이루어지지 않은 때 보험금 지급이나 해지사유 같은 계약자 손해발생이 확실한 예 맞추어진 사항으로 최소한으로 하여 집중적으로 알려주어 (인터넷에서도 아주 중요한 부분은 하나씩 클릭하여 넘어가도록 하는 방법이 구현되고) 보험유지 중의 보험금 수령에도 그리고 분쟁시에도 소비자가 불리해지는 일이 없도록 해야겠다.

계약 단계에서 적합성 원칙이 적용되도록 하고 청약철회 등의 고객의 권리를 이용할 수 있는 부분을 소비자에 명확히 설명하고, 계약상 소비자에 불리한 약관의 조항이나 고지위반으로 입을 수 있는 손해 등 불리한 부분은 특정하여 소비자가 알 수 있도록 설명한 후 이를 모니터링 해야 한다. 이러한 판매과정의 특정한 설명강화를 통해 보험분쟁이 줄어들 여지가 있다.

### 3) 다른 법률 및 약관해석

본 항목은 공시민원분류에 따르면 보험금의 지급을 요구하는 이유와 근거를 다투는 항목으로 대체로 보험금지급 보험금의 조정에 해당할 것이다. 그러나 분쟁해결의 쟁점은 약관의 해석이나 의학적 소견 그리고 다른 법률과의 해석에 따라 쟁점이 정리되고 이를 상세유형으로 분석하였다.

#### ① 약관의 해석

약관해석으로는 ‘발농사를 마치고 면사무소를 경유하여 귀가하던 중 발생한 사고가 농작업 중 사고에 해당하는지 여부’ ‘족관절과 족지관절의 후유장애가 신경계 장애에서 파생된 경우 장애율 산정방법’ ‘과거 자궁근종 수

술 병력으로 제외절개 수술한 경우 보험금 지급책임 유무’ ‘보험계약 부활 시 암진단급여금 감액지급의 적정성 여부’ ‘리바운드 에어워커’ 구입비용에 대한 보험금 지급책임 유무’ ‘백내장 수술시 사용한 다초점인공수정체 비용에 대한 보험금 지급책임 유무’ ‘급성심장사한 피보험자에 대한 부검결과로 급성심근경색증 진단비 지급책임을 인정할 수 있는지 여부’ ‘계약 전 발병 부담보 조항의 유효성 여부’ 등이<sup>19)</sup> 해당한다.

사례1] 백내장 수술시에 사용한 다초점인공 수정체 비용에 대하여 보험금의 지급책임 유무 <sup>20)</sup>	
분쟁당사자 주장내용	금융분쟁조정위원회 판단
<p>소비자는 백내장을 진단받아 치료를 위하여 다초점인공수정체 삽입수술을 받았으나 보험사가 이 수술이 실손의료비 보험에서 보장하지 않는 ‘안경이나 콘택트렌즈’ 등과 같은 시력교정술에 해당한다며 보험금의 지급을 거절하는 것이 부당함을 주장하였고,</p> <p>보험사는 다초점인공수정체 삽입술은 보험약관상 실손의료비 보상에서 제외되는 “안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술”에 해당함에 보험금을 지급할 책임이 없다고 주장하였다</p>	<p>위원회는 안과 전문의의 의료자문 결과 백내장 환자가 수술을 통해 백내장을 제거하고 다초점인공수정체를 삽입하는 것이 백내장치료를 위한 수술방법이라는 소견이 확인되고, 약관에서 보상하지 않는 “안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술”은 안구치료와 무관한 외모개선 목적의 시력교정만을 위한 라식,라섹의 술에 해당 한다고 해석하여 보험금을 지급하라고 결정하였다.</p>

19) 금융감독원 e금융민원센터 분쟁조정사례의 추후 색인을 위해 공시된 제목을 그대로 사용하였음.  
[https://www.fcsc.kr/D/fu\\_d\\_03.jsp](https://www.fcsc.kr/D/fu_d_03.jsp)

20) 금융분쟁조정위원회 조정결정서 조정번호 제2016-3호

## ② 의학적 소견

의학적인 근거를 바탕으로 판단한 사례는 ‘자폐성장장애인에 대한 언어장애 위로금 지급책임 유무’ ‘무릎의 동요관절에 대한 장해판정 적정여부’ ‘중증도 우울병 에피소드 등에 의한 자살이 약관상 재해사망에 해당하는지 여부’ ‘하악전방유도장치 구입비용에 대한 실손의료비 지급책임 유무’ ‘여성형 유방증 수술비용에 대한 실손의료비 지급책임 유무’ ‘도수치료 비용에 대한 실손의료비 지급책임 유무’ ‘무지외반증 내고정물 제거술이 질병의 치료를 직접적인 목적으로 하는 수술에 해당하는지 여부’ ‘직장 신경내분비종양이 보험약관상 「중대한 암」에 해당하는지 여부’ 등이<sup>21)</sup> 있다.

사례2] 무릎의 동요관절에 대한 장해판정 적정여부 <sup>22)</sup>	
분쟁당사자 주장내용	금융분쟁조정위원회 판단
<p>소비자는 보험약관에서 정상부위와 장해부위를 비교하여 관절 동요를 측정한다고 명시하고 있고 있음에도 정상부위와 비교하여 후유장해를 인정하지 않는 것은 부당하므로 보험금을 지급할 것을 주장하였고, 보험사는 동요관절의 후유장애 측정은 정상부위와 비교하여 측정하는 것이 타당하고 피보험자의 장해부위를 정상과 비교하였을 때 기준에 합당하지 않아 보험금을 지급할 대상이 아님을 주장하였다.</p>	<p>위원회는 의료자문결과 동요관절은 정상부위와 비교하는 것이 불문율이며, 현재 기준에 정상범위를 크게 벗어나지 않아 보험금 지급기준에 해당하지 않음에 보험금의 지급을 거절하였다.</p>

21) 금융감독원 e금융민원센터 분쟁조정사례의 추후 색인을 위해 공시된 제목을 그대로 사용하였음.  
[https://www.fcsc.kr/D/fu\\_d\\_03.jsp](https://www.fcsc.kr/D/fu_d_03.jsp)

22) 금융분쟁조정위원회 조정결정서 조정번호 제2016-31호

### ③ 다른 법률의 해석

다른 법률에 해석에 해당하는 사례는 ‘병원의 직원복리후생제도에 따른 용역직원의 의료비 감면 혜택에 대한 보험금 산정 기준의 적정여부’ ‘의료급여 수급권자가 실손의료보험 약관상 국민건강보험을 적용받지 못하는 경우에 해당하는지 여부’ ‘피보험자가 업무상 질병으로 사망한 경우 산업재해사망보험금 지급책임 유무’ ‘보험수익자가 피보험자와 동반자살을 결행하여 피보험자가 사망한 것이 ‘보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우’에 해당하는지 ‘ ’ 국가유공자의 배우자가 국가로부터 의료비 지원을 받은 경우 실손의료보험금 산정기준 ‘ 등이<sup>23)</sup> 있다.

사례3] 피보험자가 업무상 질병으로 사망한 경우 산업재해사망보험금 지급책임 유무 <sup>24)</sup>	
분쟁당사자 주장내용	금융분쟁조정위원회 판단
<p>소비자는 피보험자의 사망과 관련하여 근로복지공단으로부터 ‘산업재해보상보험법상 업무상 질병’에 의한 사망임을 인정받아 유족연금을 지급받은 사안에 대하여 질병사망이 아닌 산업재해사망에 해당하므로 산업재해사망보험금을 지급해야 함을 주장하였고, 보험사는 해당하는 약관상 ‘산업재해보상보험법에서 정한 업무상 재해’를 보장하나 질병으로 인한 사망은 제외한다는 조항에 의거 질병사망에 대해 보험금 지급책임이 없음을 주장하였다.</p>	<p>위원회는 관련 법률인 ‘산업재해보상보험법 제 37조 1항의 규정에 따라 ’ 업무상재해 ‘란 ’ 업무상 사고 ‘와 ’ 업무상 질병으로 인해 발생한 부상, 질병, 장애, 사망으로 ‘업무상재해’가 문언 상 명백함으로 약관에 정한 산업재해사망보험금을 지급하라고 결정하였다.</p>

23) 금융감독원 e금융민원센터 분쟁조정사례의 추후 색인을 위해 공시된 제목을 그대로 사용하였음.  
[https://www.fcsc.kr/D/fu\\_d\\_03.jsp](https://www.fcsc.kr/D/fu_d_03.jsp)

24) 금융분쟁조정위원회 조정결정서 조정번호 제2017-2호

#### ④ 계약자불이익변경 금지

계약자불이익변경금지에 해당하는 사례는 '보험기간 중 진단 확정된 질병으로 보험계약 해지 후 보험약관상 장애발생 시 보험금지급 여부'가 25)있다.

사례4] 보험기간 중 진단 확정된 질병으로 보험계약 해지 후 보험약관 상 장애 발생 시 보험금 지급 여부 <sup>26)</sup>	
분쟁당사자 주장내용	금융분쟁조정위원회 판단
<p>소비자는 계약이 유지되는 동안 진단된 당뇨병성 망막병증으로 인하여 시각장애 1급 판정을 받았으므로 계약은 해지되었으나 장애보험금은 지급해야 함을 주장하였고,</p> <p>보험사는 보험기간 중 장애인이 되었을 때에 지급되는 보험금으로 보험기간 중 질병으로 인한 경우이나 장애판정은 계약 해지 후 이루어졌음에 보험금을 지급할 수 없다고 주장하였다.</p>	<p>의료자문 결과에 따르면 피보험자의 당뇨병성 망막병증의 진단과 시각장애 1급 판정 그리고 시각장애와 망막병증의 사이에 상당한 인과관계가 있다는 사실이 인정된다. 그리고 보험기간 중 진단이 있었다면 계약이 해지된 후 받은 장애진단에 대한 보험금 지급 관련 약관의해석에 있어 보험약관조항이 다의적으로 해석되고 각각의 해석에 합리성이 있는 경우에는 보험계약자에게 유리하게 해석하여야 하고, 해당 약관에도 작성자 불이익 원칙을 정하고 있으므로 장애보험금을 지급하라고 결정하였다.</p>

#### 4) 소결

2015년을 거쳐 2016년까지의 보험분쟁으로 금융감독원과 보험사의 대립을 불러오며 결국 대법원의 판단을 받은 후에도 후폭풍이 가시지 않았던 '자살

25) 금융감독원 e금융민원센터 분쟁조정사례의 추후 색인을 위해 공시된 제목을 그대로 사용하였음.  
[https://www.fcsc.kr/D/fu\\_d\\_03.jsp](https://www.fcsc.kr/D/fu_d_03.jsp)

26) 금융분쟁조정위원회 조정결정서 조정번호 제2018-19호

보험금’<sup>27)</sup> 과 ‘즉시연금사태’는 세간의 관심을 받고 보도를 통해 내용이 알려진 바 있다(국민일보 2018년7월29일).<sup>28)</sup> 자살보험금 사건은 재해를 직접 원인으로 하는 사망인 상해사망에 대한 보험 약관에서 피보험자가 자신을 스스로 해친 경우인 자살에 대해 보험금을 지급하지 않는 조항을 두고 있다.

그러나 예외조항으로 책임개시일로부터 2년이 지난 후에는 그러하지 아니하다는 조항을 두어 가입이 후 2년이 경과한 경우에는 비록 자신을 해친 자살이라 해도 상해사고에 해당하는 보험금을 지급한다는 취지로 해석하여야 한다.<sup>29)</sup>는 대법원의 판단을 받았다. 위의 사건의 판결문의 일부를 보면 계약 문구와 그에 따른 지급조건 그리고 보험사고와 사고 시점의 피보험자의 상태가 모두 약관을 해석하는 데 영향을 미치고 있음을 알 수 있다.

이러한 사례는 2016년에 발생한 즉시연금의 사례에서도 유사하게 발생한다. 이러한 경우를 막기 위한 제도적 장치로 판매자에게 권고되는 금융교육이나 충실한 상품의 설명이 소비자의 합리적으로 선택을 돕도록 통상적인 이해력을 향상시키는 보험상품에 대한 지식과 더불어 약관해석 차이를 두고 벌어지는 보험금 분쟁이 발생할 수 있는 부분을 추가하도록 하여야 한다.

이를 위해 판매자에 대해 전문적인 교육이 이루어져야 하고 소비자가 이해할 수 있는 설명을 하는 방법을 연구하고 분쟁 발생시 전문가가 신속히 개입하는 등의 성실한 보험자의 책임이 필요하다.

---

28) ‘자살보험금 이어… 즉시연금도 법정다툼 가나’ ; (생략)삼성생명은 지난 26일 금감원의 일괄지급 권고를 거부하고 가입설계서상 최저보증이율로 예시된 금액까지만 보장해주기로 했다. 배임 등의 우려가 있는 만큼 일괄지급은 법원 판단을 통해 결정하겠다고 했다. 금감원 권고안과 실제지급액의 차이가 클 것으로 예상돼 집단소송 가능성이 제기된다. (중략) 앞서 생명보험업계는 자살보험금 지급 문제를 놓고도 금감원과 갈등을 빚었다. 대법원은 2016년 자살보험금은 지급하되, 소멸시효가 지난 보험금은 주지 않아도 된다고 판결했다. 국민일보, 2018년 7월 29일, <http://news.kmib.co.kr>.

29) 대법원 2016. 5. 12. 선고 중요판결 요지\_2015다243347 보험금 (타) 과기환송 [자살과 재해사망보험금 사건] 보험계약 체결 후 2년이 경과한 후의 자살한 경우 위 약관조항에 의한 재해사망보험금 지급의무가 있는지 여부.

### 3. 보험분쟁 예방을 위한 판매단계 방안

#### 1) 약관의 설명의무 강화와 그 범위의 특정

보험분쟁을 줄이고 예방하기 위해 모집규제 및 보험정보의 제공이나 설명의무가 반드시 필요하며 운영되어야 한다. 다만, 설명을 어디까지 해야 하는지 혹은 얼마만큼 하게 되면 분쟁이 나지 않을지 의문이 있을 수 있다.

또한, 소비자가 원하는 보험에 대한 기대와 보험상품이 가지는 특수성으로 보험사와 소비자간 인식의 차이가 큰 상태에서 보험계약 전에 설명의무를 매우 충실히 하도록 하는 규제가 효과를 충분히 달성하기 어렵다.

보험판매자의 입장에서 미래에 일어날 사고를 설명하기 위해 가상의 미래 사고 상황을 만들어 설명해야 하므로 결국 사전설명이 미래사고 발생과 다를 가능성이 높다. 결국, 계약 조건인 보험상품에 대한 설명의무를 사전에 충분히 하는 것으로 소비자가 보험계약을 이해하고 분쟁이 예방될 수 있다고 기대하는 것은 무리가 있다고 하겠다.

이 같은 한계를 극복하기 위한 방안으로 보험사의 사후 설명의무를 제도화할 필요가 있다. 최초 판매 후에라도 일정기간이 경과한 시점이나 보험금 발생시점에서 가입한 보험의 중요한 사항을 다시 한 번 안내하는 것이다. 다만 이러한 사후서명 제도의 운영에 있어 어떤 부분을 설명하여야 하는지는 특정할 필요가 있다.

소비자의 계약민원의 대부분을 차지하는 원인으로 설명의무가 되는 중요사항은 가입 시와 사고 시 또는 종결 시까지 가입에 영향을 미치는 시기에 계약에 편입되는 약관의 중요사항에 대하여 구체적이고도 상세한 설명을 하여 계약자가 이를 이해하고 계약을 체결하여야 하는데 방대한 양의 약관의 중요사항을 모두 설명하는 것이 불가능한 실정임을 우선 인지하여야 한다. 결국,

미래에 발생하는 보험금 분쟁에 있어서는 최초의 설명의무에 대한 해석에서 실마리를 찾지 말고 손해사정사, 전문가, 제3자 등 객관적 입장에서 개입할 수 있는 절차를 만들 필요가 있다.

보험 계약사항에 대한 청약서, 증권, 상품설명서, 약관을 제공하고 고객의 청약철회나 품질보증의 권한을 확대하고, 고객에게 불리한 내용에 대한 설명은 반드시 하도록 해야 한다. 설명의무에 대한 완전 모니터링 고객과 보험사에 모두 소모적이거나 형식적이지 않은 설명의무가 되어야 한다.

## 2) 판매자 교육강화

보험설계사는 보험업법 제84조(보험설계사의 등록)에 따른 보험의 기본원리와 금지 행위 등에 대해 정확히 알고 완전한 판매를 유인하도록 하는 시험절차를 거친 후 등록을 통해 모집서비스를 제공할 수 있는 전문 직업인이다. 그럼에도 아직 한국에서 보험모집인이 전문적인 영역을 인정받지 못하고 있는데 이는 보험설계사 만의 문제라기보다 보험상품의 특수성, 보험소비 환경의 복잡함 등 다양한 원인에 근거한다. 물론 일부 모집인의 불완전판매 행태로 인해 보험모집인이라는 직업명이 부정적으로 작용하는 측면도 있다. 보험판매자의 위치가 열악하고 자존감이 낮을 수 있다는 점에 주목한 판매자 교육, 소비자보호에 대한 판매자 교육, 보험전문가로서 교육이 시급하다.

## 3) 민원분류체계 등 민원자료 축적의 효율화

민원 자료축적은 민원 자료 보험분쟁 예방등에서 매우 중요한 자료이다. 이런 효율적인 민원분류를 통해 민원자료 생산 및 공시 문제의 개선을 추구해야 한다. 현재의 보험 민원 축적방식을 개선하여 민원인의 요구와 원인을 구성한 이원적 구조의 민원 체계를 구성함으로써 다원적인 문제를 실질적으로 판단할 수 있는 분류기준을 개발해야 한다. 김영현(2014)은 보험금 산정과 보험금

면·부채 민원유형의 25건의 사례를 분석한 후 분쟁유형을 ‘약관의 해석, 의학적 판단, 입증책임, 판단기준’ 이라는 세 가지로 다르게 분류하고 있다(김영현, 2014).<sup>30)</sup> ‘약관해석 등 ‘의 유형을 별도로 두어야 하는 이유로 대부분의 분쟁조정건의 해결 방식으로 기존의 판례나 조정사례를 인용하고, 약관의 의미가 명백하지 않은 경우 고객에게 유리하게 해석한다는 원칙을<sup>31)</sup> 적용하기 때문이라고 밝혔다. 따라서 전문가의 연구를 참고하여 새로운 민원분류체계를 개발 사용해야 한다. 분류체계는 민원인의 요구를 우선 반영하고, 금융감독원 조정사례의 분석에 사용된 원인분석방법과 함께 단계적으로 심화하여 동일한 속성을 포함한 민원체계 분류를 현행의 계약과정의 의 사건중심의 민원체계와 연계할 수 있도록 정리되어야 한다.

한국소비자원의 민원공시기준인 민원분류인 부당행위시정, 계약이행, 배상, 환급, 계약해제, 교환·수리·보수는 민원인의 목적인 요구사항으로 구성되어 있다. 한국소비자원 민원분류기준의 대분류는 ‘계약이행’ 금융상품 계약 내용에 따라 계약의 이행을 요구하는 것, ‘업무시정’ 금융사의 부당한 업무절차나 처리에 대해 시정을 요구하는 것, ‘면책’ 소비자가 이유를 알지 못한 채 책임을 부담하게 될 때 해당하는 책임이 없음을 주장하는 것, ‘부당이득 반환’ 금융사가 정당한 사유 없이 이득을 취하여 소비자가 손해를 보아 해당하는 이득의 반환을 요구하는 것, ‘손해배상’ 금융사의 업무상 과실 또는 불법행위로 인해 소비자에게 피해가 발생하여 해당하는 배상을 요구하는 것을 포함하고 있다(백현진, 2019).

현행 금융감독원의 분류체계와 함께 고객의 목적인 요구를 1차 적으로 반영

30) 김영현(2014). 보험분쟁의 원인과 대책. 고려대 법무대학원. 석사논문, P19. 재인용

31) 약관규제에 관한 법률 제5조 2항, 대법원 2009.5.28. 선고 2008다81633 판결 ‘약관의 해석은 신의성실의 원칙에 따라 해당 약관의 목적과 취지를 고려하여 공정하고 합리적으로 해석하되, 개개 계약 당사자가 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 한다.’

하고 그 수단이 되는 원인을 함께 반영하여 민원과 분쟁을 분류함으로써 소비자민원을 좀 더 고객의 요구에 따라 그리고 분쟁 해결을 신속하게 하는 방향이 무엇인지 정확히 확인할 수 있을 것이다.

보험연구원의 2009년의 보험분쟁의 민원분석에 사용한 민원분류는 ‘보험계약의 성립·무효·해지 등’, ‘보험계약자등의 의무’, ‘보험약관의 명시적 의무’, ‘보험자의 책임’, ‘타 법률 및 약관해석’로 분류하고 있어 이를 벤치마킹할 필요가 있다. 이전에 민원분류체계가 미래에 발생하는 보험금 사고의 원인을 표현하지 못하는 부분을 보완하는 방법이다. 보험에서의 소비자 불만은 청약 시부터 계약이 끝난 이후에까지 전 과정에 걸쳐 발생하기 때문에 구매 시점만을 기준으로 보험을 설명하기 어렵기 때문이다. 이러한 민원분류체계를 사용한다면 소비자가 민원을 제기하며 원하는 것에 대하여서는 금융감독원과 한국소비자원의 불만의 추이를 공통으로 확인할 수 있을 것이며 보험분쟁에서 큰 비중을 차지하는 보험금 사고에 대해 약관의 해석과 의학적 사실관계가 보험금 발생 시점에서 다시 객관적으로 인정되도록 분류되어야 할 것이다.

## V. 결론 및 제언

보험은 가계경제에 있어서 장기적으로 적지 않은 비용을 차지하는 상품으로 변화하는 다양한 구매 환경 속에서 규제는 어떤 부분에 집중하여야 하는지 선택하여야 한다. 이런 선택을 통해 소비자가 합리적인 소비로 장기간 안정적으로 보험을 유지하고 보험이익을 누리도록 불필요한 분쟁이 발생하지 않아야 하고 발생된 분쟁을 줄이기 위한 방안의 마련이 필요하다.

본 연구를 통해 인보험의 특성과 불완전 판매를 예방하려는 규제대책과 분쟁처리를 실증적으로 분석하여 어떠한 원인으로 분쟁이 발생하며 어떠한 절차가 마련되어 운영되고 있는지 살펴보고 소비자와 보험사간 보험분쟁을 감소할 방안을 마련하는 것을 목적으로 하였다.

특히, 보험분쟁이 보험의 특성과 계약단계에서 복잡한 약관을 완전하게 설명하는 것과 이해하는 것이 계약당사자 모두에게 어렵기 때문에 발생하고 발생한 보험분쟁 처리를 위해서는 보험사고가 발생한 시점에서의 약관과 법률의 해석이나 의료적인 판단이 필요한 경우가 많다. 또한 합리적인 소비자의 보험 구매를 돕는 민원공시의 효율성을 높이기 위해 보험분쟁의 다양한 원인을 나타낼 수 있도록 보험의 데이터를 구분하고 축적할 필요가 있다.

연구는 실제로 발생한 금융감독원의 보험분쟁의 조정사례를 소비자와 보험사의 주장과 위원회의 결정을 기초로 분석하여 분쟁원인을 구분하였다. 그리고 보험분쟁이 판매단계에서 불완전판매로 발생하기도 하지만 보험사고(만기)의 시점에서도 의학기술의 발전과 변화에 따라 약관이나 법률이 적정하게 해석되어야 한다는 결과를 확인하였다. 그리고 이러한 분석을 바탕으로 공시되는 민원이 실제 소비자가 원하는 방식으로 분류되지 않는 측면이 있음을 확인하여 아래와 같은 종합적인 개선안을 제안하였다.

첫째, 보험계약의 설명의무 범위를 특정함으로써 충분히 필요한 사항을 이

해하도록 한다. 계약단계에서는 광범위한 전체약관의 설명 대신 소비자의 가입목적에 충실한 상품내용과 계약의 불이익한 조건들을 위주로 상세히 설명하도록 하여야 한다. 이를 통해 소비자가 적합한 상품인가에 초점을 맞추어 숙고하고 청약의 철회 등 계약단계에서의 해지를 신속히 결정할 수 있다.

둘째, 판매채널 다변화에 따라 판매채널별 특성을 고려하여 계약자의 이해력을 높이는 방식의 가독성이 높은 상품설명을 제공하고 각 상품별 개인별 특정된 부분은 반드시 설명하고 책임을 다하도록 한다. 이를 위해 판매자의 교육은 적합성 원칙에 따라 소비자에 계약을 추천하고 소비자에 불리한 조건들을 특정하여 충실히 설명하도록 전문적인 판매자 교육을 시행한다.

셋째, 보험분쟁의 발생 원인을 다각적으로 표현할 수 있고 소비자 요구가 반영된 보험민원분류체계로 데이터를 축적함으로써 공시되는 민원자료를 통해 분쟁의 원인을 신속히 파악하도록 하여야 한다. 이를 통해 실무적으로 발생한 보험분쟁이 통계적으로 정확히 반영되어 원인과 결과를 정확히 인식한 규제당국이 실효성 있는 정책을 실행하는 한편 소비자의 보험구매에 도움이 되는 양질의 민원정보를 제공하여 보험사 선택에 들이는 시간과 비용을 줄이며 동시에 보험사의 자발적 완전판매를 유도할 수 있다.

본 연구의 한계로서 언급한 바와 같이 현재의 개인정보법 등의 규제 등으로 인하여 다양한 사례를 충분히 확보하는데 어려움이 있었다. 따라서 많은 자료를 연구에 사용하지 못하고 금융감독원 내에서도 최고 단계의 분쟁해결기구인 금융분쟁조정위원회의 분쟁조정사례건 중 공시된 인보험 사례만을 대상으로 분석하여 실제 발생하는 대다수의 보험분쟁과 결이 다른 분석과 제한된 결론이 도출되었을 수 있다. 또한, 보험상품의 고도의 수리적 통계적 특성이 반영되는 상품개발 절차나 인수심의 등 보험사의 내부통제나 절차 등의 표면적으로 보이지 않으나 보험분쟁을 발생시키는 근원적인 사항은 다루지 못하였다. 이는 본 연구가 소비자 접점인 판매단계를 중심으로 연구를 하였고 실

제 분쟁을 분석하였기 때문이다. 이에 따라 연구를 보는 이의 시선이나 각도에 따라 실질적인 의미를 갖지 못하는 경우가 있다. 이러한 한계는 보험산업이 발전하기 위해 관련된 연구자들이 향후로 종합적인 분석을 통해 보완하고 이어갈 연구 과제라 할 것이다.

끝으로 본 연구가 보험의 판매단계에서 불완전판매 원인을 감소시키고 보험 분쟁을 신속히 해결하는데 역량을 집중하는 정책의 기초로 사용됨으로써 소비자와 보험사의 상생을 돕는 유용한 자료로 사용되기를 기대한다.

## 〈참고문헌〉

- 김미혜(2016). 고령소비자 보호를 위한 법제개선 방안. 법학논총, 40(1), 299.
- 김성천, 송민수(2011). 소비자계약법 제정방안 연구. 한국소비자원 정책연구보고서, 1-230.
- 김서영(2017). 보험소비자의 보험보장 가입순서 및 보험가입기간. 한국신용정보원. CIS이슈리포트, 2. 1.
- 김원규(2015). 상법상 고지의무 및 통지의무제도의 현대적 과제. 한남법학연구, 3, 3
- 김영현(2014). 보험분쟁의 원인과 대책. 고려대학교 법학대학원. 석사논문.
- 김주석(2016). 보험계약 체결 전 정보제공의무와 우리의 보험영업실무. 고려대학교 법학연구원. 고려법학, 81, 395.
- 김자봉, 김정한(2017). 국내 금융소비자의 금융이해력에 대한 실증분석과 금융교육 정책과제, KIF 주간금융브리프, 26(8), 3.
- 김지정(2015). 보험계약상 고지의무위반의 요건 및 효과
- 박지우, 여정성(2009). 소비자의 금융정보탐색장애와 신문·팸플릿의 유용성 평가. 소비자학연구, 20(1), 127-150.
- 백경일(2014). 약관규제법의 규범적정당성에 관한 고찰. 고려법학, 74, 46.
- 백현진, 최현자(2019). 금융소비자 공적불만호소행동과 피해구제에 관한 연구 : 금융분쟁조정위원회 피해구제 사례분석. 금융소비자연구, 9(1).
- 변혜원(2015). 보험이해력 제고사례 검토 웹사이트를 통한 정보제공. 보험연구원. Weekly, 338, 3.
- 보험연구원. 2017년 보험소비자 설문조사.
- 손정국(2018). 금융소비자 문제현황 및 실효성 있는 보호방안. 한양대학교 대학원. 박사논문.
- 안철경, 정인영(2018). 생명보험설계사의 고연령화와 보험회사의 과제. KIRI Weekly(이슈), 442, 1.
- 안철경, 황진태, 서성민(2011). 생명보험설계사 활동실태 및 만족도 분석. 조사보고서, 2011(1), 1.
- 양덕순(2017). 금융상품에 대한 정보탐색장애 및 소비자 지향적 정보제공 방

- 안. 한국연구재단 연구성과물.
- 양덕순(2016). 금융소비자의 금융상품에 대한 정보욕구도. 소비자정책교육연구, 12(1), 229-255.
- 이은영(1986), 약관규제법 제정의 필요성과 개정방향, 민사법학 6, 320.
- 이종구(2011). 소비자계약법상의 정보제공의무와 그 실효성에 관한 비판적 고찰. 경영법률, 21(3), 165.
- 이호행(2014). 정보제공의무에 대한 비판적 고찰. 고려법학, 72, 565.
- 양승현, 손민숙 (2019). 금융소비자보호법의 도입과 정책과제. 보험연구원. Weekly(이슈), 451, 1.
- 오영수, 김경환, 이종욱(2009). 보험분쟁의 재판외적 해결 활성화 방안. 보험연구원 정책. 경영보고서, 2009(3), 202.
- 이수빈(2016). 실손의료보험 가입자의 위험특성 다양성분석, 성균관대학원. 박사논문
- 이항석, 이수빈, 백혜연(2017). 실손의료보험에서 신뢰도기법을 반영한 보험료 산정. 보험학회지, 111, 41.
- 이찬희, 정홍주(2013). 개인연금 가입과 선호의 결정요인분석. 금융연구, 27(4), 25.
- 한지형(2019). 소비자는 왜 모바일금융 환경에서 불안을 느끼는가?:모바일금융 불안의 개념과 영향요인 탐색. 소비자정책교육연구, 15(3), 51-73.
- 장덕조(2010). 보험소비자보호정책의 평가와 개선방향. 금융법연구, 7(1), 3.
- 장연주, 최현자(2013). 보험소비자의 의사결정과정에 관한 탐색적 연구: 근거이론적 접근. 소비자학연구, 24(4), 171-204.
- 정주리, 이나경, 이영애(2012). 보험구매 상황에서 위험지각에 영향을 주는 생태학적 단서의 효과. 인지과학, 23(2), 205-224.
- 정주원, 박홍식(2012). 불평민원인의 수단-목적 가치체계의 구조: MEC이론과 래더링기법의 적용. 한국행정연구, 21(4), 139.
- 조승현(2012). 고령소비자의 거래와 그 법적 문제점에 관한 고찰. 민주법학, 49, 197.
- 정세창, 안철경(2018). 소비자보호를 위한 불완전판매 감소정책. 보험연구원, 29(3), 103.
- 주소현, 고은희(2016). 금융사기에 취약한 사람은 누구인가: 금융사기 피해와 관련요인. 소비자학연구, 28(4), 89.

- 진광성(2018). 보험판매채널 다변화에 따른 금융소비자보호 및 보험설계사 역량강화방안.
- 최병규(2012). 약관설명 의무에서 정보제공 의무로의 발전방향. 한국제법학회. 경제법연구, 11(1), 107-139.
- 최철(2012). 금융상품 정보제공에 관한 금융소비자보호정책 연구. 소비자정책 교육연구, 8(4), 93-118.
- Anthony B. Atkinson & Salvatore Morelli,(2011) 'Economic crises and inequality' Human Development Research Paper 5, 112-15.
- Marga, Robert Alillman & Jaffrey(2002) 'Standard form contracting in the Electronic Age, 77 NYUL Rev. 435-436.

#### <기타>

- 금융감독원. <http://www.fss.or.kr>
- 한국소비자원. <http://www.kca.or.kr>
- 보험연구원. <http://www.kiri.or.kr>

## ABSTRACT

**A study on the causes and countermeasures of dispute between consumer and insurance companies in the personal insurance area.**

Cheung, Eun Cheung  
Dept. of Living Culture & Consumer Science,  
The Graduate School  
Sungshin Woman' s University

The insurance product is a system that prepares for accidents that may occur in the future, and is a means of financial or risk management for consumers, and a social welfare system provided by individuals. With the goal of complete sales, the insurer has established policy related to the terms and conditions of the contract and explained and provided it to the consumer when the contract. However, due to various reasons, disputes related to the cancellation of insurance contracts and claim payments between insurance companies and consumers are increasing, and various efforts are being made to resolve them.

In this study, the purpose was to analyze the dispute settlement cases disclosed through the Financial Supervisory Service's homepage to prevent insurance disputes and to smoothly handle the insured disputes. According to the results of analyzing the dispute settlement case, continuing the insurance dispute is linked to the characteristics of the insurance itself. First, incomplete sales and disputes exist because it is realistically difficult for both parties to fully explain and understand the policy of complex terms and conditions at the contract stage. Second, Most insurance disputes are

potentially related because they often arise from the need for an interpretation of the policy wording of the accident or medical judgment at the time of the accident, rather than from the misrepresentation of the terms and conditions at the time of the contract. Third, insurance disputes occur in various ways as a complex cause, and it is not easy to analyze and prevent the cause of the dispute, so the dispute is not endless.

Therefore, this study suggested a plan to reduce insurance disputes. First, by specifying the scope of explanation obligations at the stage of the insurance contract, it is necessary to ensure that sufficient explanation and understanding is achieved for the specified matters. Specifically, in the contract stage, the seller will describe in detail the product contents and individual subscription conditions that are faithful to the consumer's subscription purpose. In addition, it is specified to focus on whether the product is suitable for the contractor, to present the product, and to sufficiently explain mainly the contents that can promptly determine termination at the contract stage, such as withdrawal of subscription, and disadvantageous parts for consumers. Second, in the case of disputes related to the payment of insurance premiums, it is necessary to have the sincerity to provide professional opinions promptly and promptly in the interpretation of the terms or laws at the time of the contract. Third, in order to analyze the demands and causes of insurance disputes in a diversified manner, the insurance complaint classification system should be improved and complaint data must be effectively operated.

This study aims to contribute to the win-win of consumers and insurers by identifying the causes of insurance disputes between consumers and insurers according to the characteristics of insurance and reducing the disputes caused by incomplete sales at the interface with consumers.