

서울고등법원

제 18 민사부

판 결

사 건 2010나94160 보험금 등
원고, 피항소인 ●●●
소송대리인 변호사 ○○○
소송복대리인 변호사 ○○○
피고, 항소인 ◎◎◎
법률상대표자 ○○○
소송대리인 법무법인 ○○○ 담당변호사 ○○○
제 1 심 판 결 서울중앙지방법원 2010. 9. 10. 선고 2009가단443908 판결
변 론 종 결 2012. 3. 2.
판 결 선 고 2012. 3. 16.

주 문

1. 제1심 판결 중 아래 인용 부분을 초과하는 피고 패소 부분을 취소하고, 그 부분 원고의 청구를 기각한다.
가. 피고는 원고에게 25,552,500원 및 그 중 10,552,500원에 대하여는 2009. 12. 8. 부터, 5,000,000원에 대하여는 2010. 1. 14.부터, 5,000,000원에 대하여는 2011.

1. 14.부터, 5,000,000원에 대하여는 2012. 1. 14.부터, 각 2012. 3. 16.까지 연 5%, 그 다음날부터 다 갚는 날까지 연 20%의 각 비율에 의한 금원을 지급하라.
나. 피고는 원고에게 2013. 1. 13.부터 2026. 4. 6.까지 □□□의 생존을 조건으로 매년 1월 13일에 각 5,000,000원을 지급하라.
다. 원고와 피고 사이에 2010년 1월분부터 원고의 피고에 대한 보험료 납부의무가 존재하지 않음을 확인한다.
2. 피고의 나머지 항소를 기각한다.
3. 소송총비용은 이를 2등분하여 그 1은 원고가, 나머지는 피고가 각 부담한다.

청구취지 및 항소취지

1. 청구취지

피고는 원고에게 84,387,367원 및 이에 대하여 이 사건 소장부분 송달 다음날부터 이 사건 제1심 판결선고일까지 연 5%, 그 다음날부터 다 갚는 날까지 연 20%의 각 비율로 계산한 금원을 지급하고, 2004. 5. 23. 이후의 보험료 납부의무는 존재하지 아니함을 확인한다. (원고는 제1심 제3회 변론기일에서 2010. 7. 9.자 청구취지 및 청구원인변경신청서를 진술하면서 이 사건 소장에서 청구한 입원급부금 240만 원, 수술급부금 50만 원에 관한 주장을 철회하였으나, 위 부분과 관련한 청구취지금액을 감축하지는 않았다.)

2. 항소취지

제1심 판결 중 피고 패소 부분을 취소하고, 위 취소 부분에 해당하는 원고의 청구를 기각한다.

이 유

1. 기초사실

가. 보험계약의 체결

(1) 원고는 2004. 1. 27. 피고의 보험모집인 ◇◇◇을 통하여 피고와 사이에 별지 기재와 같은 내용의 증서(청약)번호가 401917xxxx호인 어린이보험계약(이하 '이 사건 보험계약'이라 한다)을 체결하고, 제1회 보험료를 납부한 이래 매월 15일에 원고 명의의 외환은행 예금계좌에서 월 보험료 22,100원을 자동이체하는 방법으로 2009년 12월분까지의 보험료를 납부하였다.

(2) 원고는 쌍둥이를 포태하고 있다는 사실을 알고 있는 상태에서 이 사건 보험계약을 체결하였고, 피고의 보험모집인인 ◇◇◇에게도 이를 알렸다.

(3) 한편 원고는 같은 날 증서(청약)번호 4019165xxxx호로 이 사건 보험계약과 같은 내용의 보험계약을 1건 더 체결하고 그에 따른 보험료도 피고에게 납부하였다.

(4) 원고는 2004. 4. 6. 쌍둥이인 ◆◆◆와 □□□를 출산하였다.

(5) 원고는 2004. 6. 15. 원래 태아로만 되어 있던 이 사건 보험계약의 피보험자를 쌍둥이 중 나중에 태어난 □□□로 변경하고, 아울러 증서번호가 앞선 4019165xxxx호 보험계약의 피보험자를 쌍둥이 중 먼저 태어난 ◆◆◆로 변경하였다.

(6) 이 사건 보험계약 약관 [별표3] 장애등급분류표에서는 '중추신경계 또는 정신에 뚜렷한 장애를 남겨서 평생토록 항상 간호를 받아야 할 때'를 장애등급 제1급으로 정하고 있다.

나. □□□의 장애 발생

(1) □□□는 2004. 5. 17.경부터(이 사건 보험계약의 피보험자가 아직 태아로 되어

있던 시점이었다) 기침, 발열, 호흡곤란 등이 나타난 폐렴 등의 증상으로 수원시에 있는 ■■■■병원에 입원하여 치료를 받았다. □□□는 입원치료 중에도 증세가 나아지지 않다가 같은 달 20일경 호흡곤란이 심해지고, 동맥혈 가스분석 검사상 이산화탄소 분압이 높아지고 산소분압이 낮아져 기관내 삽관을 통한 기계호흡조치가 취해졌다. 그런데 같은 달 23일 01:30경 □□□가 기침을 하면서 기관내에 삽관된 튜브가 밀려나와 빠지는 바람에 □□□에게 전신의 청색증이 나타나고 심박동이 느려지는 등의 응급 상황이 발생하여 심폐소생술이 시행되었고, 빠진 튜브의 기관내 재삽관은 14분가량이 지난 같은 달 23일 01:44경 이루어졌다(이하 '이 사건 사고'라 한다).

(2) 이 사건 사고로 인하여 □□□에게는 중추신경계 손상의 소견이 나타났고, 이에 대하여 ① ■■■■병원 재활의학과 의사 △△△는 2005. 1. 13.경 신경학적 검사상 양측 하지와 좌측 상지의 움직임이 거의 관찰되지 않으며, 목 가누기, 눈 맞추기가 잘 되지 않는 등 추정 3개월 미만의 발달 상태를 보이고 있는 것으로 판단되고, 신경계통 장애에 해당하여 각성 장애 49%, 보행 장애 60%, 상지 장애 60%로 92%의 장애상태라고 진단하였고, ② ▲▲▲ 재활의학과 의사 ▽▽▽은 2006. 6. 20.경 뇌성마비-경직성 사지마비형, 정인지체에 해당하고, 맥브라이드 장애평가표 두부, 뇌, 척수 해당 항(Ⅲ-D)에 따라 노동능력 상실률이 100%라고 판정하였다.

다. 관련 민사소송의 경과

□□□는 2005. 8. 11.경 ■■■■병원을 운영·관리하는 학교법인 ■■■■학원을 상대로 수원지방법원에 손해배상청구 소송(2005가합14024)을 제기하였고, 위 법원은 2007. 11. 14.경 "학교법인 ■■■■학원은 □□□에게 2007. 12. 31.까지 200,000,000원을 지급한다."는 내용의 화해권고결정을 하였는데, 위 결정은 2007. 12. 4. 그대로 확정되었

다.

[증거] 갑 제1 내지 7, 9 내지 11호증, 을 제1, 2, 4, 5호증(가지번호 있는 것은 가지번호 포함)의 각 기재, 당심 증인 ◇◇◇의 일부 증언, 변론 전체의 취지

2. 당사자들 주장

가. 원고의 주장

이 사건 보험계약의 피보험자인 □□□가 책임개시일 이후로서 보험기간 내인 2004. 5. 23.경 이 사건 보험계약 약관 [별표3] '장해등급분류표'에서 정한 '중추신경계 또는 정신에 뚜렷한 장애를 남겨서 평생토록 항상 간호를 받아야 할 때'에 해당하는 장애를 입었다.

그러므로 피고는 원고에게, ① 장해치료자금 10,000,000원, ② 2005년분부터 2009년분까지의 건강관리자금 각 5,000,000원 및 이에 대한 지연손해금, ③ 2010. 5. 23.부터 이 사건 보험계약의 보험기간 만료일까지의 건강관리자금을 현가로 할인한 47,928,767원을 지급하고, ④ 원고가 2004. 5. 23.부터 2009. 11. 18.까지 피고에게 납부한 보험료 합계 1,458,600원을 반환하고, ⑤ 2009. 11. 18. 이후의 보험료 납부의무가 존재하지 아니함을 확인할 의무가 있다.

나. 피고의 주장

(1) 이 사건 보험계약의 피보험자는 이 사건 보험계약 약관 제43조 제1항에 따라 쌍둥이 중 먼저 태어난 ◆◆◆이고, □□□가 아니다.

(2) 원고가 이 사건 사고 발생 후인 2004. 6. 15.경 이 사건 보험계약의 피보험자를 □□□로 변경한 것은 상법 제644조에 해당하는 것이어서 이 사건 보험계약은 무효이다.

(3) 원고가 이 사건 보험계약을 체결하면서 □□□의 공동친권자인 남편 ▼▼▼과 공동으로 친권을 행사하지 않았으므로, 이 사건 보험계약은 피보험자 동의 요건을 충족하지 못하여 무효이다.

(4) 이 사건 사고는 이 사건 보험계약에서 정한 '재해'에 해당하지 않을 뿐만 아니라, □□□에게 발생한 장해는 □□□가 중환자실에 입원할 무렵에 발생한 심한 호흡성 산증 등에 의한 것임을 배제할 수도 없어 우발적인 외래의 사고에 기인한 것으로 보기도 어려우므로, 이 사건 보험계약에서 정한 보험금 지급사유가 발생하였다고 볼 수 없다.

(5) 설령 원고에게 이 사건 보험계약에 따른 보험금청구권이 발생하였다고 하더라도, 원고는 보험사고 발생일로부터 2년이 지난 후에야 이 사건 소송을 제기하였으므로, 원고의 보험금청구권은 시효로 소멸하였다.

3. 판단

가. 이 사건 보험계약의 피보험자가 □□□인지 여부

(1) 갑 제10호증, 을 제1, 2, 5호증(가지번호 있는 것은 가지번호 포함)의 각 기재, 당심의 손해보험협회, 현대해상화재보험 주식회사에 대한 각 사실조회 결과에 변론 전체의 취지를 종합하면 다음과 같은 사실을 인정할 수 있다.

(가) 이 사건 보험계약 약관은 제43조 제1항에서 "태아가 복수로 출생한 경우에는 호적상 선순위(先順位)로 기재된 자를 피보험자로 합니다."라고 규정하는 한편, 그 제2항에서 "제1항의 피보험자가 출생한 날로부터 1년 이내에 사망하고 동시에 출생한 자가 생존하여 있는 경우에는 계약자는 피보험자가 사망한 날로부터 1개월 이내에 한해서 동시에 출생한 자 가운데 호적상 다음 순위의 자를 피보험자로 할 수 있습니다."라고 규정하고 있다.

(나) 손해보험협회는 당심의 제출명령에 대한 회신으로 "쌍둥이가 태어난 경우 피보험자를 1인으로 한 당초의 보험계약 체결내용이 달라지므로, 가족관계등록부상 선순위자를 피보험자로 하여 보험계약이 유지되되, 계약자의 권익확대를 위하여 선순위자가 아닌 다른 자녀를 피보험자로 지정할 수 있는 권리를 계약자에게 부여한다."고 밝히고 있다.

(다) 이 사건 보험계약과 유사한 어린이보험 상품을 판매하고 있는 현대해상화재보험 주식회사는 보험계약자가 호적상 먼저 기재된 자가 아닌 다른 자녀를 피보험자로 지정할 경우에는 호적상 먼저 기재된 자가 아닌 다른 자녀를 피보험자로 인정해주고 있다.

(2) 위 인정사실과 앞서 본바와 같이 원고가 피고 측 보험모집인인 ◇◇◇에게 쌍둥이를 포태중임을 알려준 상태에서 이 사건 보험계약을 포함한 2건의 동일한 보험계약을 체결하였던 점을 종합하여 볼 때, 아래와 같은 점에서 이 사건 보험계약의 피보험자는 □□□인 것으로 볼 수 있다.

(가) 쌍둥이를 임신하고 있음을 알고 있는 임신부가 태아를 피보험자로 하는 동일한 내용의 2건의 어린이보험계약을 체결하면서, 쌍둥이 중 먼저 태어날 태아만을 피보험자로 정하여 보험계약을 체결한다는 것은 보험계약자로서는 특이한 일이라고 할 것인데, 원고가 이 사건 보험계약을 포함한 동일한 내용의 2건의 어린이보험계약을 체결하면서 이처럼 쌍둥이 중 먼저 태어날 태아만을 피보험자로 정하였다고 볼 만한 특별한 사정이 인정되지 않는다. 오히려 원고로서는 계약자 1인당 가입한도액 범위 내에서 쌍둥이 모두를 피보험자로 정한 동일한 내용의 2건의 어린이보험계약을 체결하고자 한 것으로 보는 것이 타당하다.

(나) 이 사건 보험계약 약관 제43조 제1항을 살펴보더라도 이와 같은 어린이보험의

태아가입특칙에서 '태아가 복수로 출생한 경우에 호적상 선순위로 기재된 자를 피보험자로 정하도록 한 것'은 보험자가 보험계약 체결 당시 1인의 보험료만을 받았고, 1인의 피보험자를 보장하는 것으로 보험계약을 체결한 상태에서 쌍둥이를 출산한 경우 그 모두가 한꺼번에 피보험자가 되는 것으로 할 수는 없기 때문에 그 중에서 피보험자가 될 1인을 확정하는 원칙적인 방법을 정한 것으로 볼 수가 있다. 이는 ① 이 사건 보험계약과 유사한 어린이보험 상품을 판매하고 있는 현대해상화재보험 주식회사가 이 사건 보험계약 약관 제43조 제1항과 동일한 취지의 약관 규정에도 불구하고, 보험계약자가 호적상 먼저 기재된 자가 아닌 다른 자녀를 피보험자로 지정할 경우에는 호적상 먼저 기재된 자가 아닌 다른 자녀를 피보험자로 인정해주고 있다는 점, ② 피고도 이 사건 보험계약 약관 제43조 제2항에서 호적상 먼저 기재된 자가 출생한 날로부터 1년 이내에 사망하고 동시에 출생한 자가 생존하여 있는 경우에는 계약자로 하여금 그 피보험자를 변경할 수 있도록 허용함으로써 쌍둥이 중 나중에 태어난 태아를 전적으로 피보험자 대상에서 제외하고 있지는 않고 있는 점을 보면 분명히 알 수 있다.

피고는 "쌍둥이 중 늦게 태어난 자는 선천적으로 질환이 있는 등 위험도가 많아 피보험자로서는 부적합한 거절체에 해당하므로, 어린이보험의 피보험자가 될 수 없다."는 취지로 주장하나, 쌍둥이 중 먼저 태어난 태아와 달리 늦게 태어난 태아가 동일한 내용으로는 보험가입이 불가능할 정도로 보험사고 발생의 위험이 높아 이 사건 보험계약과 같은 어린이보험계약의 피보험자로 적합하지 않다고 볼 아무런 증거가 없다. 따라서, 이 사건 보험계약 약관 제43조 제1항을 쌍둥이 중 나중에 태어난 태아를 피보험자 자격에서 배제하는 취지의 규정으로 볼 수가 없다.

(3) 결국 원고와 피고가 2004. 1. 27. 체결한 동일한 내용의 2건의 어린이보험계약 중

상대적으로 증서번호가 낮은 4019171xxxx호의 이 사건 보험계약은 쌍둥이 중 나중에 태어날 태아를 피보험자로 정한 것으로 볼 수가 있다. 당심 증인 ◇◇◇의 일부 증언은 이와 배치되나, 앞서 살펴본 여러 사실관계와 ◇◇◇ 자신의 입장을 고려하여 볼 때 쉽게 믿을 수 없다.

(4) 그렇다면 이 사건 보험계약의 피보험자는 쌍둥이 중 늦게 태어난 '□□□'로 보아야 하고, 이에 어긋나는 피고의 주장은 이유 없다.

나. 이 사건 보험계약이 무효인지 여부

(1) 보험계약당시 보험사고가 발생하였는지 여부

앞서 살펴본 바와 같이 원고와 피고가 이 사건 보험계약을 체결한 것은 2004. 1. 27.이고(이 사건 보험계약 약관 제41조가 계약자는 피보험자가 출생한 경우에는 지체 없이 이를 체신관서에 알리도록 규정하고 있더라도, 이와 같은 출생통지규정은 피보험자의 인적사항을 구체적으로 파악하기 위하여 필요한 절차를 정한 것에 불과하고, 이와 같은 절차를 거쳐야만 이 사건 보험계약이 체결되는 것은 아니다), 2004. 6. 15.경 이 사건 보험계약의 피보험자를 '□□□'로 변경한 것은 그 때 보험계약을 체결한 것이 아니라, 원래 '태아'로 표시되어 있던 피보험자를 '□□□'로 특정한 것이라고 할 수 있다. 그러므로 □□□가 이 사건 사고를 당한 2004. 5. 23. 이후인 2004. 6. 15.에 이 사건 보험계약의 피보험자를 □□□로 특정하였다고 하더라도 이를 들어 보험사건 발생 후에 보험계약을 체결한 것이라고 할 수가 없다. 이와 다른 전제에 선 피고의 주장은 받아들일 수 없다.

(2) 피보험자의 동의를 흠결되었는지 여부

(가) 상법은 타인의 사망을 보험사고로 하는 보험계약에는 보험계약 체결 시에 그 타

인의 서면에 의한 동의를 얻도록 하면서(제731조), 다만 15세 미만인 자를 피보험자로 할 수는 없도록 하고 있다(제732조).

그런데 이 사건 보험계약 약관 제7조는 "피보험자가 사망하였을 경우에는 이 계약은 그 때로부터 효력을 가지지 아니합니다."라고 규정하고 있을 뿐만 아니라, [별표1] 보험금지급기준표에서도 '피보험자가 사망하였을 경우'를 보험금 지급사유로 정하고 있지 않으므로, 이 사건 보험계약은 피보험자의 사망을 보험사고로 하는 보험계약에 해당하지 않는다. 그러므로 이 사건 보험계약은 상법의 규정에 따라 피보험자의 동의가 필요한 보험계약이 아니다.

(나) 이 사건 보험계약 약관 제4조는 "계약체결 시까지 청약서상에 피보험자의 동의를 얻지 아니한 경우(단, 피보험자의 친권자 또는 후견인의 동의가 있는 경우 제외)에는 계약을 무효로 한다."고 규정하고 있다.

그러나 이 사건 보험계약 약관에는 태아는 출생 시에 피보험자가 되며(제40조), 태아가 유산 또는 사산에 의해 출생하지 못한 경우에는 보험계약이 무효가 된다(제42조 제1항)는 등의 '태아가입특칙'이 따로 마련되어 있으므로 피보험자가 태아인 경우에는 태아가입특칙이 우선적으로 적용된다고 할 것인데, '태아가입특칙'에 피보험자가 태아인 경우에 피보험자의 동의가 필요하다는 규정은 따로 마련되어 있지 않다.

그런데 부모는 미성년인 자녀에 대하여 친권자가 되는 것이고(민법 제909조 제1항), 태아인 동안에는 법정대리인이 있을 수도 없으므로(대법원 1982. 2. 9. 선고 81다534 판결 참조), '이 사건 보험계약 체결 시까지 피보험자의 동의가 필요하다'는 이 사건 보험계약 약관 제4조는 피보험자가 태아인 경우에는 적용되지 않는다고 보아야 한다. (이 사건 보험계약 약관 제41조에서 피보험자의 출생사실을 통지하도록 규정하고 있다

고 하더라도, 이와 같은 절차를 거쳐야만 이 사건 보험계약이 비로소 체결되는 것이 아님은 앞서 살펴본 바와 같으므로, 출생사실을 통지할 때 친권자가 공동으로 친권을 행사하여야 한다고 볼 수도 없다.)

(다) 따라서, 이 사건 보험계약의 체결에 피보험자인 태아의 공동친권자가 될 부모 모두의 동의가 필요함을 전제로 한 피고의 주장은 받아들일 수 없다.

다. 이 사건 사고가 재해에 해당하는지 여부

(1) 민사분쟁에 있어서의 인과관계는 의학적·자연과학적 인과관계가 아니라 사회적·법적 인과관계이고, 그 인과관계는 반드시 의학적·자연과학적으로 명백히 입증되어야 하는 것은 아니다. 그러므로 이 사건 보험계약 약관에서 정한 '재해', 즉 우발적 외래의 사고로 인하여 □□□에게 장애가 발생하였는지 여부도 이와 같은 견지에서 판단하여야 한다. 또한 상해보험은 피보험자가 보험기간 중에 우발적 외래의 사고로 인하여 신체에 손상을 입는 것을 보험사고로 하는 인보험으로서, 특별한 사정이 있는 경우를 제외하고는 보험자는 피보험자의 체질 또는 소인 등이 보험사고의 발생 또는 확대에 기여하였다는 사유를 들어 보험금을 감액할 수 없고, 사고로 입은 상해 이외에 피보험자가 가진 기왕의 질환 등이 공동원인이 되었다 하더라도 사고로 인한 상해와 보험계약상 장애 사이에 통상 일어나는 원인 결과의 관계가 인정되는 이상 보험사고에 해당한다고 보는 것이 타당하다[대법원 2009. 12. 10. 선고 2009다73219(본소), 2009다73226(반소) 참조].

(2) 갑 제4, 6호증(가지번호 있는 것은 가지번호 포함)의 각 기재에 변론 전체의 취지를 종합하여 인정할 수 있는 다음과 같은 사정, 즉 □□□에게 저산소성 뇌손상을 초래할 별다른 기왕력 및 신경학적 이상 소견은 보이지 않았고, □□□의 장애는 이 사

건 사고와 인과관계가 있는 것으로 추정된다는 진단이 있었던 점, □□□는 폐렴이 심해져 인공호흡기로 기계적 환기를 받던 중 기침하면서 기관내 삽관된 튜브가 빠져 호흡정지 및 심박동수 저하에 이르렀고, 이로 말미암아 심폐소생술로 활력증후가 정상적으로 유지되기까지 의식이 혼수상태에 빠지고 대광반사가 소실되면서 동공이 늘어났으며, 대뇌의 손상이나 기능장애의 증상으로 나타날 수 있는 경련발작이 발생한 점, □□□가 호흡정지 및 심박동수 저하에 따른 저산소증에 이르게 된 것은 기관내 재삽관이 14분 동안이나 지체된 것에 기인한 것으로 보이는 점, □□□가 ■■■병원의 운영주체인 학교법인 ■■■학원을 상대로 제기한 손해배상청구소송이 □□□가 학교법인 ■■■학원으로부터 2억 원을 지급받는 내용으로 종결된 점 등을 종합하면, □□□의 장애는 외과적 및 내과적 치료 중에 발생한 사고에 의한 것이고, 진료기관의 과실에 의한 것임이 인정되며, 그 과실로 인한 사고가 경미한 외부요인에 불과하다고 볼 수가 없다. 따라서, 위와 같은 이 사건 사고는 이 사건 보험계약에서 정한 '재해'에 해당한다. (이와 같이 이 사건 사고가 이 사건 보험계약에서 정한 보험사고인 재해에 해당하는 것으로 판단하는 것은 단순한 사실인정이 아니라 법률요건의 충족 여부에 관한 법적 판단이라 할 것이다.)

또한 앞서 인정한 바와 같이 □□□는 2005. 1. 13. ■■■병원 재활의학과에서 '신경학적 검사상 양측 하지와 좌측 상지의 움직임이 거의 관찰되지 않으며, 목 가누기, 눈 맞추기가 잘 되지 않는 등 추정 3개월 미만의 발달 상태를 보이고 있는 것으로 판단된다'는 내용의 장애진단을 받았으므로, □□□의 장애는 이 사건 보험계약 약관 [별표3] 장애등급분류표에서 정한 제1급 장애에 해당한다.

라. 장애치료자금 및 건강관리자금 청구 부분

(1) 청구원인에 대한 판단

(가) 앞서 본 바와 같이 □□□의 장해는 이 사건 보험계약에서 정한 재해를 원인으로 한 것이므로, 피고가 원고에게 이 사건 보험계약에 따라 장해치료자금 10,000,000원과 이 사건 사고로 □□□가 제1급의 장해상태에 있음이 확정된 2005. 1. 13. 이후 2026. 4. 13.까지 □□□의 생존을 조건으로 매년 1월 13일에 5,000,000원의 건강관리자금을 지급할 의무가 일단 발생하였다.

(나) 원고는 "□□□의 장해상태는 이 사건 사고 당시부터 확정적인 상태였고 더 이상 개선의 가능성이 없었으므로, 이 사건 사고가 발생한 2004. 5. 23.에 이 사건 보험계약에서 정한 보험사고가 발생한 것으로 보아야 한다."고 주장한다.

그러나 이 사건 보험계약의 약관은 '피보험자가 재해를 원인으로 하여 제1급 내지 제6급의 장해상태가 되었을 때 장해급수에 따라 약정에 따른 장해치료자금과 건강관리자금을 지급한다'고 규정하고 있으므로, 장해치료자금과 건강관리자금의 지급사유는 '재해를 원인으로 하여 장해상태가 된 때'이지 재해의 발생 그 자체가 아니므로, 이 사건 보험계약에서 정한 재해에 해당하는 이 사건 사고의 발생일을 보험사고 발생일로 볼 수는 없고, 앞서 인정한 바와 같이 □□□에 대하여 2005. 1. 13. ■■■병원 재활의학과에서 '신경학적 검사상 양측 하지와 좌측 상지의 움직임이 거의 관찰되지 않으며, 목 가누기, 눈 맞추기가 잘 되지 않는 등 추정 3개월 미만의 발달상태를 보이고 있다'는 장애진단을 받은 때에 장해상태에 있음이 확정된 것으로 보아야 한다.

이와 다른 원고의 위 주장은 이유 없다.

(2) 피고의 소멸시효 주장에 대한 판단

(가) 보험금청구권은 상법 제662조에 의하여 이를 2년간 행사하지 아니하면 소멸시

효가 완성되고, 그 소멸시효는 특별한 사정이 없는 한 민법 제166조 제1항의 규정에 의하여 보험사고가 발생한 때로부터 진행한다.

앞서 살펴본 바와 같이 이 사건 사고가 의료기관의 과실로 인하여 발생하였고, □□□□에 대하여 2005. 1. 13. AMA방식으로 신경계통 장애로 92%의 장애에 해당한다는 진단이 있었고, 2006. 6. 20. ▲▲▲으로부터 뇌성마비-경직성 사지마비형 등으로 100% 노동능력 상실에 해당한다는 진단을 받았으므로, 특별한 사정이 없는 이 사건 사고로 제1급의 장애상태임이 확정된 2005. 1. 13.경에는 이 사건 보험계약에서 정한 보험사고가 발생하였다고 보는 것이 타당하다. 그런데 이 사건 소가 2009. 11. 18.에 제기되었음은 기록상 명백하므로, 원고가 청구하는 보험금 중 원고가 이 사건 소를 제기한 때로부터 2년 전에 발생한 장애치료자금과 2006년분 및 2007년 건강관리자금 각 5,000,000원에 대한 청구권은 시효로 소멸하였다.

피고는 "원고가 이 사건 보험계약에서 정한 보험사고 발생 후 2년 동안 보험금청구권을 행사하지 않았으므로, 건강관리자금청구권이 모두 소멸하였다."는 취지로도 주장하나, 보험금청구권은 지급사유가 발생하기 전까지는 추상적 권리에 지나지 않고, 지급요건이 갖추어져야 구체적인 권리로 확정되어 그 지급을 청구할 수 있는 것인데, 이 사건 보험계약 약관 [별표1] '보험금지급기준표'는 건강관리자금의 지급사유를 '재해를 직접적인 원인으로 하여 제1급 내지 제6급의 장애상태가 되고, 보험기간 중 매년 보험금 지급사유 발생 해당일에 살아 있을 때'라고 규정하고 있으므로, 보험기간 중 피보험자가 살아 있어야만 보험금 지급사유가 발생하는 것이어서, 보험사고 발생일로부터 2년이 경과하였다는 이유만으로 아직 지급사유가 발생하지 않은 건강관리자금에 대한 청구권까지 시효로 소멸하였다고 볼 수는 없다.

따라서, 피고의 위 소멸시효 주장은 위 인정범위 내에서 이유 있다.

(나) 원고는 "의료전문가가 아닌 원고로서는 관련소송을 통하여 이 사건 사고가 의료기관의 과실에 기인한 것이 확정되기 전까지는 보험사고의 발생여부가 객관적으로 분명하지 아니하여 보험금청구권자가 과실 없이 보험사고의 발생을 알 수 없었던 경우에 해당하므로, 소멸시효가 진행될 수 없다."고 주장한다.

보험사고가 발생한 것인지 여부가 객관적으로 분명하지 아니하여 보험금청구권자가 과실 없이 보험사고의 발생을 알 수 없었던 특별한 사정이 있는 경우에는 보험사고의 발생을 알았거나 알 수 있었을 때부터 보험금청구권의 소멸시효가 진행된다는 것은 원고의 주장과 같다. 그러나 이 사건에서 앞서 살펴본 사실관계에 의할 때 □□□가 장해를 입은 것과 관련하여 비록 원고가 의료과실의 존부 및 장해와의 인과관계 등에 관하여 구체적인 인식이 없었다고 하더라도 의료기관의 과실 및 그로 인하여 장해를 입었을 가능성을 전혀 알 수 없는 상태였다고 보기가 어렵고, □□□가 이 사건 사고로 제1급의 장해상태임이 확정된 2005. 1. 13.경부터 이 사건 소 제기 시까지 원고가 의료기관의 과실을 확인하거나 그로 인한 책임을 주장하는 데에 장해가 될 만한 특별한 사정도 없었던 점, 원고와 남편 ▼▼▼은 □□□의 법정대리인으로서 2005. 8. 11.경 이 사건 사고가 ■■■병원 의료진의 과실에 비롯된 것임을 이유로 손해배상청구소송(수원지방법원 2005가합14024)을 제기하였던 점을 종합하여 보면, 원고가 주장하는 사유만으로 보험사고가 발생한 것인지 여부가 객관적으로 분명하지 아니하여 보험금청구권자가 과실 없이 보험사고의 발생을 알 수 없었던 경우에 해당한다고 볼 수는 없다.

원고의 위 주장은 이유 없다.

(3) 피고가 지급할 보험금액

원고는 이 사건 보험계약에 따른 건강관리자금을 일시금으로 청구하고 있으나, 현재의 의료기술수준에 비추어 개개인에 대한 생존가능기간을 정확히 예측하기는 불가능하고 □□□의 사정도 이와 다르지 아니한 점, 이 사건 보험계약은 건강관리자금을 피보험자가 살아 있을 것을 조건으로 지급하도록 하고 있는 점을 종합하면, 건강관리자금을 매년 정기금으로 지급하는 것이 타당하고, 원고가 장래 일정기간에 걸쳐 일정기간마다 발생하는 보험금을 일시금으로 청구하였다고 하더라도, 법원은 이를 정기금으로 지급할 것을 명할 수 있다.

따라서, 피고는 원고에게 이 사건 변론종결일 전에 발생한 건강관리자금 중 시효로 소멸하지 않은 2008년분부터 2012년분까지의 건강관리자금 25,000,000원[5,000,000원 × 5회] 및 이에 대한 지연손해금과 2013. 1. 13.부터 이 사건 보험계약의 보험기간 만기일인 2026. 4. 6.까지 □□□의 생존을 조건으로 매년 1월 13일에 각 5,000,000원의 건강관리자금을 지급할 의무가 있다.

마. 보험료반환 청구 부분

(1) 청구원인에 대한 판단

(가) 보험료 납부면제 시기

이 사건 보험계약의 약관 제12조 제2항은 보험료납부기간 중 피보험자가 암으로 진단 확정되거나 장애분류표 중 제1급 내지 제3급의 장애상태가 되었을 때는 차회 이후의 보험료 납부를 면제한다고 규정하고 있으므로, 보험료는 계약자 또는 수익자의 보험료 납부면제 청구시점과 상관없이 피보험자에게 그와 같은 장애상태가 발생한 이후의 보험료 납부기일부터 면제된다고 보아야 한다.

또한 앞서 살펴본 바와 같이 이 사건 보험계약 약관 제12조와 [별표 1]은 '재해를

직접적인 원인으로 하여 제1급 내지 제6급의 장애 상태가 되었을 때'를 보험금 지급사유로 정하고 있으므로, '재해의 발생 자체'를 보험료 납부면제의 발생기준일로 볼 수는 없다.

그런데 앞서 인정한 바와 같이 □□□에 대하여 2005. 1. 13.경 제1급의 장애상태에 있음이 확정되었는데, 원고는 매월 15일 이 사건 보험계약에서 정한 월 보험료 22,100원씩을 납부하여 왔으므로, 원고의 보험료납부의무는 2005년 1월분(2005. 1. 15. 납부분)부터 면제되었다고 보아야 한다.

(나) 피고가 반환하여야 할 보험료

앞서 인정한 바와 같이 원고는 2004. 1. 27. 피고와 이 사건 보험계약을 체결한 이후 2009년 12월분까지의 보험료를 납부하였는데, 원고의 보험료납부의무는 2005년 1월분부터 면제되었으므로, 피고는 특별한 사정이 없는 한 원고에게 2005년 1월분부터 2009년 12월분까지의 보험료를 반환하여야 한다.

(2) 피고의 소멸시효 주장에 대한 판단

보험료반환청구권 또한 상법 제662조에 의하여 이를 2년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성된다.

그런데 원고가 2009. 11. 18. 이 사건 소를 제기하고서야 비로소 이 사건 보험계약에 따라 납부한 보험료 중 납부면제된 기간에 납부한 보험료의 반환을 청구하고 있음이 기록상 명백하므로, 원고가 피고에게 납부한 보험료 중 2005년 1월분부터 2007년 11월분(2007. 11. 15. 납부하였다)까지의 보험료 반환청구권은 시효로 소멸하였다.

원고는 "이 사건 사고와 관련한 관련소송에서 이 사건 사고가 의료기관의 과실에 기인한 것임이 확정되기 전까지는 보험사고의 발생여부가 객관적으로 분명하지 아니하

여 보험금청구권자가 과실 없이 보험사고의 발생을 알 수 없었던 경우에 해당하므로, 보험료반환청구권이 시효로 소멸하지 않았다."고 주장하나, 원고가 주장하는 바와 같은 사유만으로 보험사고가 발생한 것인지 여부가 객관적으로 분명하지 아니하여 보험금청구권자가 과실 없이 보험사고의 발생을 알 수 없었던 경우에 해당한다고 볼 수 없음은 앞서 살펴본 바와 같다. 원고의 위 주장은 이유 없다.

(3) 피고가 실제로 반환하여야 할 보험료금액

따라서, 피고는 원고에게 원고가 피고에게 납부한 2007년 12월분부터 2008년 12월분까지의 보험료 합계액 552,500원(22,100원 × 25회)을 반환할 의무가 있다.

4. 결론

그렇다면 피고는 원고에게 25,552,500원(건강관리자금 25,000,000원 + 보험료반환금 552,500원) 및 그 중 10,552,500원(2008년 및 2009년 건강관리자금 1,000만 원 + 보험료반환금 552,500원)에 대하여는 원고가 구하는 바에 따라 이 사건 소장부분 송달 다음날인 2009. 12. 8.부터, 5,000,000원(2010년 건강관리자금)에 대하여는 2010. 1. 14.부터, 5,000,000원(2011년 건강관리자금)에 대하여는 2011. 1. 14.부터, 5,000,000원(2012년 건강관리자금)에 대하여는 2012. 1. 14.부터, 각 피고가 그 이행의무의 존부 및 범위에 관하여 항쟁함이 상당하다고 인정되는 당심 판결선고일인 2012. 3. 16.까지 원고가 구하는 바에 따라 민법이 정한 연 5%, 그 다음날부터 다 갚는 날까지 소송촉진 등에 관한 법률이 정한 연 20%의 각 비율에 의한 금원을 지급하고, 2013. 1. 13.부터 2026. 4. 6.까지 □□□의 생존을 조건으로 매년 1월 13일에 각 5,000,000원을 지급할 의무가 있으며, 원고와 피고 사이에 2010년 1월분부터 원고의 피고에 대한 보험료 납부의무가 존재하지 아니함을 확인할 의무가 있다.

따라서, 원고의 청구는 앞서 인정한 범위 내에서 정당하여 이를 받아들이고, 나머지 청구는 부당하여 이를 기각할 것인바, 제1심 판결은 이와 결론을 일부 달리하여 그 범위에서 부당하므로 피고의 항소를 일부 받아들여 그 해당 부분을 취소하고, 그 취소 부분에 해당하는 원고의 청구를 기각하고, 피고의 나머지 항소를 기각하기로 하여 주문과 같이 판결한다.

재판장 판사 조해현

 판사 심활섭

 판사 김장구

<별지>

1. 보험종류: 어린이보험(상품코드 5143)
2. 계약번호: 4019171xxxx
3. 계약일자: 2004. 1. 27.
4. 만기일자: 2026. 4. 6.
5. 보험료: 22년간 매월 22,100원씩 납부
6. 보험기간: 22세 계약해당일까지
7. 계약자: 원고
8. 피보험자: 태아
9. 가입담보 및 보장내용

지급구분	지급시기 및 사유	지급금액
장해치료자금	재해 1-2급 장해시	1,000만 원
	재해 3-4급 장해시	600만 원
	재해 5-6급 장해시	200만 원
건강관리자금	재해 1-2급 장해후 생존시	매년 500만 원(보험기간)
	재해 3-4급 장해후 생존시	매년 300만 원(보험기간)
	재해 5-6급 장해후 생존시	매년 100만 원(보험기간)
납부면제	암진단, 1-3급 장해시	보험료 납부 면제