



서울고등법원

제18민사부

판결

사 건 2011나4935(본소) 채무부존재확인

2011나4942(반소) 보험금

원고(반소피고), 피항소인

A 주식회사(변경 전 상호: B 주식회사)

피고(반소원고), 항소인

C

제1심 판결 의정부지방법원 2010. 12. 17. 선고 2009가합3125(본소), 2009
가합8168(반소) 판결

변론종결 2012. 9. 14.

판결선고 2012. 10. 12.

주 문

1. 제1심 판결을 다음과 같이 변경한다.

가. 별지 목록 제1항 기재 보험사고와 관련하여 별지 목록 제2항 기재 보험계약에
기한 원고(반소피고)의 피고(반소원고)에 대한 보험금 지급채무는 아래 나.항 기
재 금원을 초과하여서는 존재하지 아니함을 확인한다.



나. 원고(반소피고)는 피고(반소원고)에게 10,000,000원 및 이에 대하여 2009. 7. 18.부터 2012. 10. 12.까지는 연 5%, 그 다음날부터 다 갚는 날까지는 연 20%의 각 비율에 의한 금원을 지급하라.

다. 원고(반소피고)의 나머지 본소청구 및 피고(반소원고)의 나머지 반소청구를 각 기각한다.

2. 소송총비용은 본소, 반소를 합하여 원고(반소피고)가 부담한다.

3. 위 제1의 나.항은 가집행할 수 있다.

청구취지 및 항소취지

1. 청구취지

가. 본소

별지 목록 제1항 기재 보험사고(이하 ‘이 사건 보험사고’라 한다)와 관련하여 별지 목록 제2항 기재 보험계약(이하 ‘이 사건 보험계약’이라 한다)에 기한 원고(반소피고, 이하 ‘원고’라 한다)의 피고(반소원고, 이하 ‘피고’라 한다)에 대한 보험금 지급채무는 존재하지 아니함을 확인한다.

나. 반소

원고는 피고에게 10,000,000원 및 이에 대하여 2009. 2. 15.부터 이 사건 반소장부분 송달일까지는 연 5%, 그 다음날부터 다 갚는 날까지는 연 20%의 비율에 의한 금원을 지급하라.

2. 항소취지

제1심 판결을 취소한다. 원고의 본소 청구를 기각한다. 원고는 피고에게 10,000,000



원 및 이에 대하여 2009. 2. 15.부터 이 사건 반소장부분 송달일까지는 연 5%, 그 다음날부터 다 갚는 날까지는 연 20%의 비율에 의한 금원을 지급하라.

이 유

본소와 반소를 함께 판단한다.

1. 기초사실

가. 피고는 1999. 11. 17. 원고와 이 사건 보험계약을 체결하면서 3대질환진단치료비로 10,000,000원을 지급받을 수 있는 내용의 ‘3대질환진단담보특약’을 추가하였다.

나. 이 사건 보험계약에 적용되는 ‘3대질환진단담보특약’은 피보험자인 피고가 보험기간(1999. 11. 17.부터 2009. 11. 17.까지) 중 뇌졸중으로 최초 진단시 1회에 한하여 보험회사인 원고가 피보험자인 피고에게 보험가입금액 10,000,000원을 지급하는 것으로 정하고 있는데, 여기서 말하는 ‘뇌졸중’은 ‘제3차 한국표준질병사인분류에 있어서 뇌졸중으로 분류되는 질병’(이 사건 보험계약 약관 [별표#5 뇌졸중 분류표])을 말한다.

다. 이 사건 보험계약 약관의 [별표#5 뇌졸중 분류표]는 이 사건 보험계약이 보장하는 ‘뇌졸중’을 거미막하출혈(I60), 뇌내출혈(I61), 기타 비외상성 두개내 출혈(I62), 뇌경색(중)(I63), 대뇌경색(중)을 유발하지 않는 뇌전동맥의 폐색 및 협착(I65), 대뇌경색(중)을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐색 및 협착(I66)으로 규정하고 있으며, 이 사건 보험계약 약관 제3조는 “뇌졸중의 진단확정은 의료법 제3조 제2항에서 정한 병원 또는 이와 동등하다고 원고가 인정하는 의료기관의 전문의 자격을 가진 자에 의한 병리학적 소견, 세포학적 소견, 이학적 소견(X선, C.T., 내시경, 심전도, 혈액검사 등), 임상학적



소견 및 수술소견의 전부 또는 그 중의 일부로 되어 있어야 한다.”고 규정하고 있다.

라. 피고는 2008. 12. 23.경 D종합병원에서 뇌 자기공명영상(MRI)을 촬영하고, 같은 해 12. 30. 위 병원에서 뇌경색(I63.9) 진단을 받았고, 그 후 원고에게 이 사건 보험계약에 의한 보험금을 청구하였다.

[증거] 갑 제1 내지 4, 6, 7, 8호증, 을 제1 내지 3호증(가지번호 있는 것은 가지번호 포함)의 각 기재, 변론 전체의 취지

2. 당사자의 주장 및 이에 대한 판단

가. 당사자의 주장

(1) 원고는 “피고의 증상이 한국표준질병사인분류의 분류번호 I63에 해당한다는 진단은 잘못된 것이며, 피고의 증상은 단순 열공성 뇌경색에 해당하여 위 분류번호 I69.3에 해당한다. 그러므로 원고는 피고에게 이 사건 보험계약의 ‘3대질병진단담보특약’에 따른 보험금 10,000,000원을 지급할 의무가 없다.”고 주장한다.

(2) 피고는 반소로써 “이 사건 보험계약의 보험기간 중 D종합병원으로부터 분류번호 I63에 해당하는 질병인 ‘뇌경색’으로 진단을 받았으므로, 피고는 원고에게 이 사건 보험계약의 ‘3대질병진단담보특약’에 따른 보험금 10,000,000원 및 이에 대한 지연손해금을 지급할 의무가 있다.”고 주장한다.

나. 인정사실

(1) 피고에 대하여 2008. 12. 23.경 뇌 자기공명영상(MRI)을 촬영한 D종합병원은 같은 달 30일 피고에 대하여 ‘좌측 뇌기저부에 열공성경색증’이 있음을 이유로 뇌경색으로 진단하고, 피고의 증상이 한국표준질병사인분류의 분류번호 I63에 해당한다고 진단하였다.



(2) 원고 측의 의료자문을 맡고 있는 E대학교병원 신경외과 교수 F은 원고에게 피고에 대한 D종합병원의 2008. 12. 23.자 뇌 자기공명영상(MRI) 촬영결과에 관하여 ‘두개강내에는 혈종이 발견되지 않았고, 좌측 뇌기저부에 있는 병소는 오래된 열공성 경색으로 추정되며, 뇌간부와 소뇌에도 출혈이나 경색의 소견이 발견되지 않았으므로, 피고에 대한 최종진단명은 열공성(진구성) 뇌경색이고, 한국표준질병사인분류의 분류번호 I69에 해당한다’는 소견을 회신하였다.

(3) 피고에 대하여 2009. 2. 18.경 뇌 컴퓨터단층촬영(CT)를 시행한 G병원은 ‘뇌혈종 또는 뇌종양소견은 없음’, ‘뇌실과 거미막은 정상적 외관 관찰됨’, ‘결과: 특이소견 없음’이란 영상진단소견을 밝혔다.

(4) 제1심 법원의 H병원장에 대한 신체감정촉탁 결과에 의하면, 위 병원의 신경외과 교수인 감정인 I는 2010. 5. 12.자 신체감정서를 통하여 ‘피고에 대한 재진단 결과 해당 질병코드는 I69라 사료되는데, 그 근거는 MRI상 급성이 아닌 열공성 뇌경색 소견이 좌측 뇌실질 부위에 보이며 G병원 입퇴원의무기록상에도 오래된 열공성 뇌경색이라 기재되어 있기 때문이며, I63과 I69코드의 핵심적 차이는 I63코드는 급성(최근) 뇌경색이며, I69코드는 만성(오래된) 뇌경색이다’라고 회신하였다.

(5) 한국표준질병사인분류는 분류코드 I69(분류명: 뇌혈관질환의 후유증)에 대하여, ‘I69항목은 별도로 분류되는 후유증의 원인으로써 I60-I67.1 및 I67.4-I67.9에 있는 병태의 이전 에피소드를 나타내는데 사용된다.’고 규정하고 있다.

(6) 통계청 통계정책국 통계기준팀이 작성한 ‘제5차 개정 한국표준질병사인분류 코딩지침서’(갑 제9호증)는 “오래된 뇌혈관사고(Old CVA)는 ① 환자가 뇌중풍의 병력이 있으나 현재 신경학적 결손이 없는 경우, ② 뇌중풍의 병력이 있으며 현재 신경학적



결손이 남아 있는 경우 중 하나를 의미할 수 있는데, 위 ②의 경우 신경학적 결손이 기타병태의 기준에 부합하는 경우 I69도 코딩한다. 하지만 I69코드만 단독으로 부여하지 않는다. 즉 후유증 양상을 나타내는 코드가 반드시 선행되어야 한다.“고 해설하고(115쪽), ”3년 전에 발생한 뇌중풍으로 인한 편마비로 재활치료 시행 중인 경우에는 재활처치와 관련된 의료 코드(Z50)와 함께 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌중풍의 후유증 코드(I69)를 부여하는 것“으로 해설하고 있다(252쪽).

[증거] 갑 제5, 6, 7, 8, 9호증의 각 기재, 제1심 법원의 H병원장에 대한 신체감정촉탁 결과, 변론 전체의 취지

다. 판단

위 인정사실을 종합하면, 피고의 증상에 대하여 좌측 뇌실질 부위에 ‘열공성 뇌경색 소견’이 보인다는 점에 관하여는 의사들이 대체로 일치된 견해를 보이는데[G병원은 영상진단 소견서(갑 제8호증)에서 명시적으로 ‘열공성 뇌경색’에 관한 소견을 밝히고 있지 않고 있으나, 제1심 법원의 H병원장에 대한 신체감정촉탁 결과가 ‘G병원의 입퇴원의무기록상에도 오래된 열공성 뇌경색(lacunar infarction(old)이라 기재되어 있다’고 밝히고 있으므로, G병원의 의사도 동일한 소견을 가지고 있었던 것으로 볼 수 있다], 이를 한국표준질병사인분류상 분류코드 I63(뇌경색증)으로 볼 것인지, I69(뇌혈관질환의 후유증)으로 볼 것인지에 대하여 의사마다 다른 판단을 하고 있음을 알 수 있다.

그런데 앞서 든 증거와 위 인정사실에 비추어 본 다음과 같은 사정, 즉 ① 한국표준질병사인분류의 분류코드 I69에 관한 설명과 통계청 통계정책국 통계기준팀이 작성한 ‘제5차 개정 한국표준질병사인분류 코딩지침서’(갑 제9호증)의 설명을 종합하면, I69는 이전에 I60-I67에 있는 뇌혈관 질환이 발생하였고, 그 후유증으로 현재의 병태가 발



생한 것을 나타내기 위하여 사용하는 것으로, 즉 I69는 이전에 발생했던 뇌혈관질환으로 인하여 발생한 후유증을 나타내기 위한 항목으로 볼 수 있으므로(앞서 살펴본 바와 같이 '제5차 개정 한국표준질병사인분류 코딩지침서'에 따르면 3년 전에 뇌중풍이 발생하여 편마비로 재활치료를 시행하고 있는 경우에 뇌중풍 발병 후 3년이 경과된 시점에서는 I69코드만 부여할 뿐이고 I60-I66코드를 부여하지 않는다), 한국표준질병사인분류가 뇌경색을 급성(최근) 뇌경색과 만성(오래된) 뇌경색으로 분류하고 있다고 보기 어려운 점, ② 제1심 법원의 H병원장에 대한 신체감정촉탁 결과는 신체감정서 작성일 무렵인 2010. 5. 12.에 가까운 시점에 피고에 대한 재진단 결과를 회신한 것이어서, 피고에 대하여 최초로 뇌 자기공명영상(MRI) 촬영이 이루어진 2008. 12. 23.경부터 이미 16개월이나 지나 기저질환이 더 이상 남아 있지 않았을 가능성을 배제할 수 없는데, 이와 같은 견지에서 보면 피고의 증상은 이미 2010. 5. 12.경에는 '오래된' 뇌경색에 해당할 수밖에 없을 것이어서 위 신체감정촉탁결과가 피고의 증상을 '오래된 뇌경색'에 해당하는 것으로 회신한 것으로 보이므로[만일, 위 신체감정촉탁 결과가 피고에 대한 2008. 12. 23.자 뇌 자기공명영상(MRI) 촬영결과를 다시 관독한 것에 불과하다면, 위에서 살펴본 한국표준질병사인분류의 분류코드 I69에 관한 설명과 통계청 통계정책국 통계기준팀이 작성한 '제5차 개정 한국표준질병사인분류 코딩지침서'(갑 제9호증)의 설명에 비추어 그 회신내용을 그대로 믿기 어려울 뿐만 아니라, 이 사건 보험계약은 뇌졸중의 진단을 병리학적 소견, 세포학적 소견, 이학적 소견, 임상학적 소견 및 수술소견의 전부 또는 그 중 일부의 방법으로 한다고 규정하고 있으므로, 이와 같은 진단방법에 따른 것도 아니어서 그대로 믿기 어렵다], 피고가 D종합병원으로부터 뇌경색 진단(분류코드 I63)을 받은 것이 잘못된 진단이라고 보기가 어려운 점, ③ 이



사건 보험계약의 약관이 규정하는 분류코드 I63에 해당하는 뇌경색에 열공성 뇌경색까지 포함되는지 여부에 관하여 다의적으로 해석이 가능하여 약관 조항의 뜻이 명백하지 아니한 경우에 해당한다고 볼 수 있으므로, 이와 같은 경우에는 약관의 규제에 관한 법률 제5조 제2항이 규정하는 '작성자 불이익의 원칙'을 적용하여 열공성 뇌경색 또한 위 분류번호 I63 뇌경색(증)에 해당한다고 해석하는 것이 타당한 점, ④ I63 뇌경색(증)의 진단에 반드시 대뇌동맥 및 뇌전동맥의 폐색 및 협착에 의한 출혈 소견이 필요한 것은 아닌 점을 종합하면, 피고는 이 사건 보험계약에서 정한 I63의 뇌경색(증) 진단을 받은 것으로 인정할 수 있다.

라. 소결

따라서, 피고에게 원고는 이 사건 보험계약의 3대질병진단담보특약에 따라 이 사건 보험사고와 관련한 보험금 10,000,000원 및 이에 대하여 이 사건 반소장부분 송달 다음날인 2009. 7. 18.부터(피고는 위 보험금에 대하여 2009. 2. 15.부터의 지연손해금을 청구하고 있으나, 상법 제658조가 “보험자는 보험금액의 지급에 관하여 약정기간이 있는 경우에는 그 기간내에 약정기간이 없는 경우에는 보험사고발생의 통지를 받은 후 지체없이 지급할 보험금액을 정하고 그 정하여진 날부터 10일내에 피보험자나 보험수익자에게 보험금액을 지급하여야 한다.”고 규정하고 있고, 이 사건 보험계약에서 보험금액 지급기간을 정하고 있음을 인정할 증거가 없으며, 달리 피고가 원고에게 이 사건 보험사고 발생 사실을 통지함으로써 원고가 피고에게 지급하여야 할 보험금액이 정하여진 때를 확정할 만한 증거도 없으므로, 피고 주장과 같이 위 보험금에 대한 지연손해금이 2009. 2. 15.부터 발생한다고 보기는 어렵다) 원고가 이 사건 이행의무의 존부나 범위에 관하여 항쟁함이 상당하다고 인정되는 당심 판결 선고일인 2012. 10. 12.까



지는 피고가 구하는 바에 따라 민법이 정한 연 5%, 그 다음날부터 다 갚는 날까지는 소송촉진 등에 관한 특례법이 정한 연 20%의 각 비율에 의한 지연손해금을 지급할 의무가 있다.

3. 결론

그렇다면, 이 사건 보험사고와 관련하여 이 사건 보험계약에 의하여 원고가 피고에게 지급하여야 할 보험금채무는 보험금 10,000,000원 및 이에 대하여 2009. 7. 18.부터 2012. 10. 12.까지는 연 5%, 그 다음날부터 다 갚는 날까지는 연 20%의 각 비율에 의한 지연손해금을 초과하여서는 존재하지 아니하고, 또한 원고는 피고에게 위 보험금 및 지연손해금을 지급할 의무가 있으므로, 원고의 본소 청구 및 피고의 반소 청구는 각 위 인정범위 내에서 이유 있어 인용하고, 각 나머지 부분은 이유 없어 각 기각할 것인바, 제1심 판결은 이와 결론을 달리하므로 피고의 항소를 일부 받아들여 제1심 판결을 위와 같이 변경한다.

재판장 판사 조해현

판사 심활섭

판사 김장구



본 판결문은 판결서 인터넷열람 사이트에서 열람·출력되었습니다.
영리목적으로 이용하거나 무단 배포를 금합니다.게시일자 : 2013-02-28

목 록

1. 보험사고

피고가 2008. 12. 30. 뇌경색을 진단받고 원고에게 3대질병진단치료비 보험금을 청구한 사고.

2. 보험계약

계약자: 피고

피보험자: 피고

보험기간: 1999. 11. 17. - 2009. 11. 17.

보험상품명: J. 끝.