

연구용역보고서

# 보험사기 방지대책의 신뢰적 한계 극복방안

2015. 1

송윤아 · 임 준 · 이성은



## 목차

---

요약 .....	1
I. 서론 .....	19
1. 연구 배경 및 목적 .....	19
2. 연구 방법 및 구성 .....	22
II. 보험사기 방지노력 15년 평가 .....	23
1. 입법활동 및 제도개선 .....	23
가. 입법노력 .....	23
나. 제도개선 .....	28
2. 보험사기 조사 조직 및 체계 .....	32
가. 조직 .....	32
나. 조사체계 .....	35
3. 보험소비자의 인식 및 태도 조사 .....	38
가. 설문조사 개요 .....	38
나. 보험사기 간접경험과 만연도에 대한 인식 .....	40
다. 보험사기 발각가능성에 대한 인식 .....	43
라. 보험사기 용인도 및 처벌에 대한 태도 .....	44
마. 보험사기 방지대책에 대한 태도 .....	47
바. 보험회사의 보상행위에 대한 인식 .....	49
사. 소결 .....	52
4. 보험사기 방지노력의 성과 .....	54
가. 적발 및 처벌 .....	54

나. 보험소비자 인식개선 .....	57
5. 보험사기 방지노력의 한계 .....	58
가. 보험사기로부터 피보험자 보호책 부재 .....	59
나. 불공정한 사기조사 및 보상행위로 인한 피해 발생 .....	61
다. 조사의 비효율성 및 불필요한 조사 .....	61

### Ⅲ. 보험사기로부터 피보험자 보호 방안 ..... 63

1. 보험살인 .....	64
가. 보험살인 현황 .....	64
나. 보험살인 유형 .....	67
2. 사망보험에서 피보험자 보호 장치 .....	71
3. 문제점 .....	74
가. 피보험이익요건 부재 .....	74
나. 피보험자 동의요건의 형해화 .....	76
다. 보험수익자 변경에 대한 제한 부재 .....	78
4. 해외사례 .....	79
가. 미국 .....	80
나. 영국 .....	86
다. 일본 .....	89
라. 소결 .....	90
5. 개선 방안 .....	91
가. 피보험자 동의제도의 실질성 확보 .....	91
나. 수익자 변경에 대한 예외적 관리 또는 거절 기준 마련 .....	92

#### IV. 불공정보상행위 및 보상분쟁 개선 방안 ..... 95

1. 보상관련 분쟁 .....	95
가. 민원 .....	95
나. 소송 .....	98
2. 문제점 .....	101
가. 불공정보상행위에 대한 제재 미흡 .....	101
나. 손해사정의 공정성에 대한 불신 .....	103
3. 해외사례 .....	110
가. 미국 .....	110
나. 영국 .....	117
4. 개선 방안 .....	120
가. 불공정보상행위 금지 .....	120
나. 손해사정의 공정성에 대한 신뢰 확보 .....	122

#### V. 보험사기 조사체계 효율화 방안 ..... 128

1. 보험사기 적발시스템 고도화 .....	128
가. 사기의 다단계 유형 분류 .....	128
나. 현행 적발시스템의 문제점 .....	132
다. 고차원 단계의 의료보험사기 적발사례 .....	139
라. 적발시스템 개선 방안 .....	141
2. 빅데이터 활용을 통한 조사 효율화 .....	143
가. 빅데이터 개요 .....	143
나. 보험사기와 빅데이터 .....	153
다. 정보활용 발전방향 .....	159

Ⅵ. 결론 .....	162
-------------	-----

참고문헌 .....	164
------------	-----

[부록] 설문조사

## ■ 표목차

---

〈표 1〉 보험사기 방지를 위한 국회의 입법노력	24
〈표 2〉 보험회사의 보험사기 전담조직 설치 과정	33
〈표 3〉 보험회사의 보험사기 전담조직 인원 확충 과정	33
〈표 4〉 보험사기 관련 유관기관의 업무내용	37
〈표 5〉 설문조사 대상자의 인구통계적 특성	39
〈표 6〉 설문조사 대상자의 보험 가입 · 청구 · 분쟁 · 부지급 경험	40
〈표 7〉 보험사기 간접경험과 만연도 및 발각가능성에 대한 보험소비자의 인식	41
〈표 8〉 2009년도 보험사기 설문조사 결과	43
〈표 9〉 보험소비자의 보험사기 용인도	45
〈표 10〉 보험사기 처벌에 대한 보험소비자의 태도	46
〈표 11〉 보험사기 예방대책에 대한 보험소비자의 태도	47
〈표 12〉 보험사기 적발대책에 대한 보험소비자의 태도	49
〈표 13〉 보험회사의 보상행위에 대한 보험소비자의 인식	51
〈표 14〉 보험회사와 분쟁처리기관에 대한 보험소비자의 인식	52
〈표 15〉 보험사기 적발실적(2000~2013년)	56
〈표 16〉 보험사기 양형 실태	57
〈표 17〉 유형별 보험사기 적발실적(2005~2012년)	60
〈표 18〉 보험살인의 가해자와 피해자의 관계(1975~2000년)	65
〈표 19〉 살인 · 상해 발생건수(1998~2012년)	66
〈표 20〉 일본의 보험살인(1970~1994년)	75
〈표 21〉 Liberty National Life Insurance v. Weldon(Ala. 1957)	82
〈표 22〉 Ramey v. Carolina Life Ins. Co.(SC. 1964)	83
〈표 23〉 Life insurance company of Georgia v. Lopez(Fla. 1983)	84
〈표 24〉 우리나라와 미국의 사망보험 피보험자 보호 장치 비교	85
〈표 25〉 보험회사의 3년(FY2011-2013) 평균 부지급률	96

〈표 26〉 보험금지급 · 보험질서 · 내부통제 관련 민원(FY2005~2012)	97
〈표 27〉 신규 소송건수(FY2006~2013)	99
〈표 28〉 보험회사가 제기한 신규소송건수(FY2006~2013)	100
〈표 29〉 건당 평균 소송금액(2002~2006년)	101
〈표 30〉 보험소비자의 손해사정사에 대한 인지 실태	104
〈표 31〉 보험소비자의 손해사정사 선임권에 대한 인지 실태	105
〈표 32〉 보험소비자의 손해사정사에 대한 선호 실태	105
〈표 33〉 손해사정업무 종사자 현황(2013년 11월 말 기준)	106
〈표 34〉 생명보험회사의 손해사정 업무처리현황(FY2013)	108
〈표 35〉 손해보험회사의 손해사정 업무처리현황(FY2013)	109
〈표 36〉 주요국의 보험금 지급의무 비교	122
〈표 37〉 민영보험 부문의 보험사기 규모	133
〈표 38〉 보험업권 외부의 보험사기방지 관련 기관	134

## ■ 그림목차

---

〈그림 1〉 보험사기 조사업무 Flow .....	138
-----------------------------	-----



# 요 약

## I. 서론

- 본 연구에서는 보험사기 방지활동 15년을 평가하고, 보험사기로부터 피보험자 보호를 위한 안전장치, 불공정한 사기조사 및 보상행위에 대한 대책, 그리고 보험사기 조사체계의 효율화 방안을 모색하고자 함.
- 향후 보험사기 방지대책의 질적 개선이 없을 경우, 보험사기에 대한 정책적 접근은 성과없이 상당한 사회적 갈등비용에 직면하게 될 것임.

## II. 보험사기 방지노력 15년 평가

- 1999년 금융감독원 내에 보험사기 전담조직 설치를 시작으로, 지난 15년 동안 금융당국의 주도하에 보험사기 방지를 위한 법제화, 조직 및 인력 확충, 전산시스템 구축, 교육 및 홍보 등이 적극적으로 이루어져 왔음.
  - 2003년에는 보험사기 조사 근거조항과 금융감독위원회 내에 민관합동기구인 보험조사협의회를 구성, 운영할 수 있는 근거조항을 보험업법에 마련
  - 2008년에는 보험사기 금지조항을 보험업법에 신설
  - 2014년에는 보험업 종사자의 보험사기행위를 금지하고 이를 위반한 경우 등록취소 등의 행정제재를 가할 수 있는 근거조항을 보험업법에 신설
- 
- 이에 따라 우리나라의 보험사기 관련정책은 15년이라는 짧은 추진기간에도 불구하고, 보험사기 적발실적의 급격한 증대와 보험사기에 대한 보험소비자의 의식을 개선하는 등 괄목할만한 성과를 보임.

- 보험사기 적발금액은 2001년 404억 원으로 연평균 23.7%씩 증가하여 2013년에는 5,190억 원에 이릅니다.
    - 보험사기 적발인원은 2001년 5,749명으로 연평균 24.2%씩 증가하여 2013년에는 7만 7,112명에 이릅니다.
  - 설문조사에 따르면, 보험금 지급이 다소 늦어지더라도 지급심사를 철저히 해야 하고, 보험금 지급사유조사와 관련하여 개인정보 제공에 동의해야 한다는 의견이 다수를 차지하는 등 보험사기 방지대책에 대해 대체로 긍정적인 태도를 보임.
  - 또한 보험소비자는 보험사기에 대한 제재조치에 대체로 엄격한 태도를 취함.
    - 거액의 보험금을 편취한 다수보험 가입 위장환자에 대해 보험금 환수는 물론 보험사기자 명의로 가입된 모든 보험계약 취소, 향후 보험가입 제한, 보험회사간 보험사기 이력정보 공유와 같은 제재가 타당하다는 의견이 응답자의 절반을 넘음.
- 그러나 보험사기 방지를 위한 지난 15년간의 제반노력은 보험사기 행위자의 적발·처벌에 집중한 나머지, 선량한 계약자 등이 보험사기 또는 보험사기조사의 피해자가 되는 것을 막는데 소홀하였고 이는 보험산업에 대한 불신을 심화시킴.
- 보험사기 관련 ‘선량한 피해자’로는 다음 3가지 유형이 가능함.
    - 보험금 편취를 목적으로 한 살인, 상해, 방화, 교통사고 등의 피보험자
    - 보험사기 조사과정에서 불공정한 경험을 한 계약자 등
    - 보험회사 등으로부터 보험사기 의심을 받은 무고한 계약자 등
- 그간의 보험사기 방지대책이 보다 효과적으로 작동하기 위해서는 보험사기 또는 보험사기 조사에 대한 보험소비자의 신뢰를 회복하여야 함.
- 이를 위해서는 구체적으로 첫째, 보험사기로부터 피보험자 보호를 위한 안전장치 모색
- 피보험자 및 보험사기 피해자 보호를 위한 입법 및 제도개선 노력 부재로, 피보험자가 강력범죄에 무방비 상태에 놓임.

○ 지난 8년(2005~2012년) 동안 살인·상해 관련 보험금 부당청구로 적발된 인원은 1,131명으로, 동기간 적어도 1,131명이 보험금 편취를 목적으로 한 살인이나 상해의 피해자가 되었음을 의미함.

- 살인·상해 관련 부당보험금청구는 평균 2천만 원으로 살인·상해와 같은 강력범죄를 수반하는 보험사기는 건당 편취가능금액이 현저히 높음.

○ 특히, 우리나라는 사망을 보험사고로 하는 보험계약에 대해 피보험이익을 계약 성립 및 존속의 필요조건으로 하지 않고 단지 피보험자의 서면동의만을 요구하기 때문에 피보험자 보호책이 절실히 요구됨.

#### □ 둘째, 불공정한 사기조사 및 보상행위에 대한 대책 모색

○ 보험사기 조사업무 수행 중 SIU 소속 직원의 공격적인 언행, 태도 등에 불쾌감을 느꼈다는 내용의 민원이 지속적·반복적으로 발생

#### □ 셋째, 보험사기 조사체계 효율화 방안 모색

○ 보험사기 적발에 집중한 나머지, 무고한 청구권자 등을 보험사기자로 의심하는 등 불필요한 조사로 인한 피해 가능성이 있음.

- 보험회사의 보험사기 조사팀 인원은 2003년 109명(생보 15명, 손보 94명)에 불과했지만, 2013년에는 490명(생보 170명, 손보 320명)에 이름.

○ 보험사기 조사체계의 효율화를 통해 무고한 청구권자 등에 대한 불필요한 조사를 최소화할 필요가 있음.

- 개인정보보호가 중요한 가치로 대두되어 보험사기 조사의 효율성이 악화될 수 있는 상황임.

### III. 보험사기로부터 피보험자 보호 방안

#### 1. 현황

- 피보험자의 사망을 보험금 지급사유로 하는 보험계약에서 보험금을 편취하기 위해 피보험자를 살해하는 보험살인이 언론을 통해 알려지면서 이에 대한 사회적 불안과 우려가 커지고 있음.
  - 2005년부터 2012년까지 8년 동안 적발된 보험사기 중 보험금을 목적으로 한 살인 및 상해 사건은 총 1,131건으로, 이와 관련된 보험금은 약 246억 원임.
  - 보험살인의 경우 피보험자를 자연사, 재해사, 자살, 교통사고로 인한 사고 또는 강도에 의하여 살해된 경우로 위장하기 때문에 적발이 용이하지 않다는 점을 감안하면, 실제 발생된 보험살인 건수는 적발건수를 훨씬 초과할 것으로 추정됨.
- 적발사례를 통해 본 보험살인은 다음 네 가지 유형으로 구분할 수 있음.
  - 피보험이익이 있는 자가 피보험자의 실질적 동의없이 생명보험계약을 체결한 후 피보험자를 살해
    - 피보험이익이란 보험계약으로 보호받고자 하는 이익 또는 보험의 목적에 대한 보험사고의 발생과 관련하여 피보험자 또는 수익자가 가지는 경제적 이해관계로 정의됨.
  - 피보험이익이 없는 자가 제3자의 생명에 대한 보험계약을 체결하거나 자신을 수익자로 변경한 후 피보험자를 살해
  - 위장결혼 및 입양 등을 통해 피보험이익이 있는 생명보험계약 체결 후 피보험자를 살해
  - 제3자를 살해한 후 피보험자로 위장
- 현재 다음과 같은 법제는 사망을 보험금 지급사유로 하는 보험계약의 도덕적 위험을 통제하는 역할을 하고 있음.

- 첫째, 타인의 사망을 보험사고로 하는 보험계약에서 피보험자의 서면동의는 계약 성립 요건임(상법 제731조 제1항).
- 둘째, 보험계약으로 인하여 생긴 권리를 피보험자가 아닌 자에게 양도하는 경우 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어야 함(상법 제734조 제2항).
- 셋째, 15세미만자, 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험사고로 하는 보험계약은 무효로 함(상법 제732조).
- 넷째, 피보험자의 서면동의 철회권을 인정함(생명보험 표준약관 제29조 제2항).
- 다섯째, 보험회사는 수익자 또는 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우, 보험금을 지급하지 않음(상법 제659조).

## 2. 문제점

- 앞서 언급한 생명보험의 피보험자 보호장치에도 불구하고, 제도적 미비는 생명보험의 도덕적 위험에 대한 우려를 낳고 있음.
- 구체적으로 첫째, 피보험이익요건 부재
  - 피보험이익요건은 18세기 영국에서 도박과 보험을 구별하는 특징이자 도덕적 위험 방지수단으로써 도입·발전되어 왔음.
  - 우리나라에서는 피보험자의 사망을 보험금 지급사유로 하는 보험계약의 성립 및 존속요건으로 피보험이익을 요구하지 않음.
    - 피보험이익의 존재를 보험계약의 성립 및 존속의 필요조건으로 하지 않기 때문에 가족관계 또는 재산적 이익의 관계에 있지 않은 자도 피보험자의 서면 동의를 있을 경우 타인의 사망을 담보로 하는 보험계약을 체결할 수 있음.
  - 보험실무상 일부 보험회사는 피보험자와 계약자간에 피보험이익 유무가 계약 체결에 있어 중요한 고려요소로 활용되고 있지만, 보험회사마다 피보험이익 인정범위가 상이함.

□ 둘째, 피보험자의 동의제도 형해화

- 우리나라에서 피보험자의 서면동의를 생명보험에서 도덕적 위험을 통제하는 결정적 요소이지만, 피보험자의 동의의 진정성에 대한 확인은 소홀함.
  - 전술한 바와 같이, 우리나라에서는 피보험자의 수익자간 피보험이익이 존재하지 않더라도 피보험자의 서면동의만 있으면 피보험자의 사망을 보험사고로 하는 보험계약을 체결할 수 있으며 수익자 변경도 가능함.
- 동의의 형식성과 강압성 등으로 인해 그 진정성이 의심되는 경우가 적지 않으며 피보험자에 의한 동의가 있었는지를 둘러싼 다툼이 제법 빈번함.
- 특히 적발된 보험살인 사건을 살펴보면, 피보험자가 해당 계약의 존재 및 내용에 대해 정확히 인지하지 못했거나, 피보험자의 자필서명이 위조되었거나, 또는 강압에 의해 서명한 경우가 있음.

□ 셋째, 보험수익자 변경에 대한 제한 부재

- 상법 제734조에 따르면 수익자 지정 또는 변경은 피보험자가 서면동의하고 계약자가 보험회사에 통지하면 가능함.
  - 즉, 계약자의 수익자 변경은 보험회사의 승낙을 필요로 하지 않고 계약자의 통지로서 보험회사에 대항할 수 있음.
- 그러나 피보험자의 서면동의와 계약자의 일방적인 통지만으로 수익자 변경이 가능하게 되면, 도덕적 위험이 증가할 수 있음.
- 최근 적발된 보험살인 사건을 살펴보면, 보험계약 체결 후 피보험이익이 없는 제3자가 수익자 변경을 통해 보험금 수령권을 취득한 뒤 피보험자를 살해함.
- 더욱이 피보험자의 서면동의의 진정성, 즉 실질적 동의가 담보되지 않는 상황에서 계약자의 통보와 피보험자의 서면동의가 수익자 변경의 필요충분조건이라는 것은 도덕적 위험의 발생을 용이하게 함.

### 3. 개선 방안

□ 첫째, 피보험이익요건 도입보다는 보험계약 체결과 수익자 변경시 피보험자 동의제도의 실질성 확보 필요

- 보험계약 체결시 피보험이익이 존재하더라도 수익자 변경을 통해 피보험이익이 없는 제3자도 수익자가 될 수 있고 보험실무상으로는 일부 보험회사들이 피보험이익이 존재하지 않는 생명보험의 인수를 거절하고 있기 때문에, 피보험이익요건 도입의 실익이 크다고 보기 어려움.
- 따라서 피보험이익요건 도입보다는 생명보험 계약체결시 또는 수익자 변경시 피보험자의 서면동의의 실질성을 확보함으로써 도덕적 위험의 발생을 사전적으로 차단할 필요가 있음.
- 구체적으로, 피보험자의 실질적 동의 확보를 위해 '합리적인 수준의 주의'를 기울일 의무를 보험회사에 부과하는 방안을 고려할 수 있음.
  - '합리적 수준의 주의'에 해당하는 업계공통의 절차 마련 필요
  - 일부 보험회사는 피보험이익이 없는 사망보험의 계약체결시 또는 수익자 변경시 실질적 동의 확인을 위한 절차가 있음.
  - 피보험자의 인감증명서의 첨부를 요구하거나 계약신청서의 제출 후에 보험회사가 피보험자에 대하여 계약자가 신청한 사실을 통지하여 의사를 확인하거나, 계약자와 피보험자가 보험회사에 직접 내방하도록 하는 등의 과정을 거침.

□ 둘째, 수익자 변경에 대한 예외적 관리 또는 거절 기준 마련

- 우리나라에서 보험회사는 수익자 지정 및 변경에 대하여 원칙적으로 이해관계자가 아니라고 보아 이를 계약자의 단독행위로 이해함.
- 그러나 도덕적 위험 증가를 수반하는 수익자 변경이 보험회사의 이익과 전혀 무관하다고 보기는 어려움.
  - 수익자 변경으로 인해 보험살인 사건이 발생한 경우, 해당 사건이 적발된다면 보험회사로서는 보험금지급 책임이 없지만 조사비용, 평판비용 등이 발생할 수 있음.

- 무엇보다도 수익자 변경 이후 보험금을 노린 살인이 발생한다고 하더라도 해당 사건의 혐의입증에 실패한다면, 보험회사는 보험금을 지급할 수밖에 없음.
- 보험실무상으로는 수익자 변경 시 보험회사들이 본사전결 등 보다 신중한 절차를 거치는 것도, 수익자 변경이 보험회사의 이익과 무관하지 않다는 방증임.
- 또한 사망을 보험금 지급사유로 하는 보험계약에서 도덕적 위험을 사전적으로 방지할 수 있는 장치가 미흡하다는 점을 고려할 때 수익자 변경에 대한 예외적 관리 또는 거절을 고려해 볼 수 있음.
  - 상법은 도덕적 위험을 방지하기 위해 계약자 등의 고의사고에 대해서는 보험회사의 면책을 인정함.
  - 그러나 보험살인 및 상해 사건의 경우 적발 및 혐의입증이 어렵다는 점에서 고의사고에 대한 보험회사의 면책이 도덕적 위험을 사전적으로 억제하기에는 미흡함.
- <제1안> 구체적인 실행방안으로는, 수익자 변경에 대한 업계공통의 예외적 관리 기준을 마련하고 이에 해당하는 계약을 감독당국이 모니터링 또는 조사하는 등 별도로 관리하는 방안
  - 보험회사는 수익자 변경으로 인해 도덕적 위험이 높아진 계약건을 감독당국에 보고하고 이를 해당 계약 관계자들에게 알림.
  - 업계·학계·정책당국간 활발한 논의를 통해 수익자 변경 계약건 중 별도의 관리가 필요한 보고대상 계약의 기준을 구체화할 필요가 있음.
  - 수익자 변경으로 인해 도덕적 위험이 높아진 경우, 해당 계약을 감독당국이 별도로 모니터링한다는 것만으로도 보험범죄 억제효과가 높을 것임.
- <제2안> 수익자 변경시 보험회사의 동의권(거절권)을 극히 예외적으로 인정하는 방안
  - 보험회사의 거절권 또는 동의권을 인정하는 것은 개별 보험회사에 과도한 조사의무를 부과할 수 있음.
  - 수익자 변경시 보험회사의 동의권이 인정된다면, 보험회사는 계약자가 수익자를 지정 또는 변경하는 경우 이것의 위험성을 판단하기 위하여 조사할 필요가 있을 것임.
  - 만일 보험회사에 수익자 변경의 위험성에 대한 조사의무를 부여할 경우 적절한 조사없이 보험금을 지급한 경우에 대한 책임문제도 제기될 수 있음.



- 즉, 보험금에 대하여 이해관계가 있는 자로부터 왜 적극적으로 동의를 거절하지 않았는지에 대한 논의로 확산될 수 있음.

## IV. 불공정보상행위 및 보상분쟁 개선 방안

### 1. 현황

#### □ 보상관련 분쟁 빈번

- 보험사기 조사업무 수행 중 SIU 소속 직원의 공격적인 언행 및 태도 등에 불쾌감을 느낀다는 내용의 민원이 지속·반복적으로 발생
- 면·부채 결정을 포함한 보험금 산정 및 지급 관련 민원은 FY2005 기준 6,869건에서 FY2012 기준 14,461건으로 지난 7년 동안 2배 이상 증가하였으며, FY2012 기준 전체 민원의 약 37%로 가장 높은 비율을 차지함.
- 보험관련 신규소송 제기건수는 FY2009 이후 감소추세로 FY2013에는 5,314건이며, 이중 보험회사가 계약자 등을 상대로 제기한 소송은 약 23.2%(1,240건)을 차지함.
- 보험회사가 제기한 소송의 관련금액보다 계약자 등이 제기한 소송의 관련 금액이 더 높은 편임.
  - 2005년 하반기 동안 제기된 소송을 살펴보면 전체 소송의 건당 평균 소송 금액은 약 1억 39백만 원이며, 보험회사가 원고인 소송의 건당 소송금액은 약 45백만 원임.
- 설문조사 결과, 보험회사가 보험금을 공정하게 지급할 것이라는 진술에 긍정적인 응답자는 30.4%인 반면 부정확한 응답자는 30.3%임.

## 2. 문제점

- 첫째, 보험회사의 불합리한 보험금지급 지연 및 거절, 보험금 산정 및 지급 과정에서 악의적인 방법 동원 등 불공정보상행위에 대한 법규 미흡
  - 구체적으로, 상법과 보험업법은 보험회사의 신속한 보험금지급의무 위반에 대해 이자지급 외 별도의 제재 규정을 두고 있지 않음.
    - 상법 제658조는 일정 기간 내 보험금 지급을 의무화하고 있으나, 위반 시 처벌규정을 별도로 두고 있지 않음.
    - 또한, 이진수(2012)에 따르면 보험금지급 지연으로 인한 추가적인 손해에 대해 민법상의 손해배상책임(민법 제390조)을 활용하기란 쉽지 않음.
    - 상기 보고서에 따르면, 보험금지급 지연으로 인해 발생한 추가적인 손해는 특별한 사정의 손해에 해당하는 것으로 보이며, 예견가능성의 입증에 어려움이 배상 가능한 특별한 손해의 인정이 어려울 것임.
  - 또한, 보험금지급 지연 및 거절 외에 보험금 산정 및 지급 과정에서 발생하는 보험회사의 불공정한 행위를 저지할 수단이 미흡함.
    - 미국의 경우, 상술한 행위에 대해 벌금, 영업중지 또는 영업허가 철회와 같은 제재가 가해짐.
- 둘째, 손해사정의 공정성에 대한 불신(1): 보험계약 일방에 의한 손해사정 처리
  - 실무적으로 손해사정이 보험계약의 일방에 의해 주로 처리됨에 따라 손해사정의 공정성에 대한 불신이 적지 않고, 이는 결국 민원 또는 소송으로까지 이어짐.
    - 설문조사 결과에 따르면, 설문에 참여한 보험소비자의 55.4%는 손해사정사가 보험회사의 이익을 위해 고용 또는 위탁된 사람으로 인식하고 있음.
  - 또한 손해사정의 공정성에 대한 불만은 보험소비자의 전체 손해사정사에 대한 불신으로 이어져 보험소비자의 손해사정사에 대한 선호도는 상당히 낮은 편임.
  - 손해사정의 공정성에 대한 보험회사와 보험소비자간 갈등을 줄이기 위해서는 손해사정과 관련하여 보험소비자의 선택권이 실질적으로 보장될 필요가

있으나, 손해사정 과정에서 보험소비자의 개입이 사실상 배제된 실정임.

□ 셋째, 손해사정의 공정성에 대한 불신(2): 위탁·고용손해사정사의 보험회사 종속성

○ 위탁손해사정사는 위탁계약 해지를 우려한 나머지 보험회사의 불공정계약을 받아들일 가능성이 있고, 이는 공정한 손해사정을 어렵게 할 여지가 있음.

- 원수보험회사가 손해사정 위탁으로 지출한 비용은 FY2013 기준 약 8,363억 원이며, 총 위탁건수는 약 2,600만 건임.

- 보험회사별 또는 손해사정 종별로 큰 차이가 있지만, 생명보험업계의 건당 평균 위탁수수료는 8만 6천원이며, 손해보험업계의 건당 평균 위탁수수료는 3만원임.

- 위탁손해사정사는 저가의 보수로 정해진 인건비 및 비용을 감당하기 위해서 1인당 처리건수를 늘리고 이로 인한 업무과중은 공정한 손해사정을 어렵게 함.

- 이는 결국 피보험자 및 보험사고 관계자의 불만을 초래하고 민원 증가를 낳는 악순환을 초래

○ 한편, 고용손해사정사는 보험회사의 직간접적 영향 하에 놓여 있어, 계약자 보다는 보험회사의 입장에서 업무를 수행할 개연성이 있음(조규성, 2014).

- 보험회사가 가진 인사권으로 인해 고용손해사정사들은 보험사가 내부적으로 운영하고 있는 사정기준에 입각해 업무를 수행함.

- 손해사정실무에서는 보험회사에서 제작한 손해사정지침 내지 보험금 산정지침을 시달하거나, 손해사정사 1인당 지급보험금 사정금액에 순위를 부여하여 인사고과에 반영하거나, 일정 금액이하로 보험금을 감액하여 합의하거나 면책할 수 있는 근거만을 조사하도록 지시하는 등 고용손해사정사의 독립성이 훼손되고 있는 것으로 알려짐.

### 3. 개선 방안

#### 〈불공정보상행위 금지 방안〉

□ 보험회사의 보상과정에서 보험소비자가 피해를 입을 경우 피해구제기관에 민원을 제기

하거나 소송을 제기하는 방법이 있으나 이는 어디까지나 사후적인 방법으로, 사전적으로 이를 억제할 수 있는 방안이 필요함.

○ 앞서 살펴본바와 같이 영국의 경우 옴브즈만제도, 보험금 지급 지체 또는 거절에 대한 손해배상 등 보험회사의 불합리한 보상행위를 방지할 두터운 제도적 장치에도 불구하고, 불합리한 보험금 지급 지체 또는 거절로 인한 추가적인 손해에 대해 보험회사가 책임지도록 하는 방안을 검토하고 있는 실정임.

- 이처럼 보험회사의 불합리한 보상에 대해 제재를 강화하려는 시도는 결국 보험회사의 불합리한 보상으로 인한 보험소비자 피해를 사전적으로 억제하고자 함으로 풀이할 수 있음.

□ 일련의 보상과정에서 발생하는 보험회사의 불공정보상행위를 구체화하여 이를 금지 및 제재함으로써 보험회사와 보험소비자간 갈등을 사전적으로 방지할 수 있음.

○ 국내 피해사례와 해외 입법례 등으로부터 금지·제재 대상 불공정보상행위를 다음과 같이 열거할 수 있음.

- 청구권자에게 보상과 관련된 보험계약약관 또는 청구관련 사실을 잘못 알려주는 행위
- 청구권자의 사고통보 후 사고접수 통지를 정해진 기간 내에 하지 않는 행위
- 청구권자가 손실증명에 필요한 서류를 제출한 이후 일정 시간이 지났음에도 보험금 지급여부를 알려주지 않는 행위
- 보험회사의 책임이 자명한 보험금청구에 대해 신속공정하게 보상하고자 성실하게 노력하지 않는 행위
- 청구권자에게 법률서비스(변호인이나 손해사정인)를 이용하지 말 것을 직접적으로 조언하는 행위
- 충분한 설명 없이 보험금 지급을 지체하거나 거절하는 행위
- 충분한 조사 없이 보험금 지급을 거절하거나 삭감하는 행위
- 피보험자의 보험금 청구 후에 지급거절이나 지체를 위한 소송의 제기
- 조사과정에서 악의적인 방법을 동원함으로써 청구권자에게 피해를 초래하거나 사생활을 침해하는 행위
- 책임보험에서 방어의무를 부당하게 이행하지 않는 행위

- 책임보험에서 피해자의 화의제기에 적극적으로 대응하지 않는 행위
- 증권에 기재되지 않은 서류를 과도하게 요구하는 행위
- 보상을 하지 않겠다는 부당한 협박

### 〈손해사정의 공정성에 대한 신뢰 확보 방안〉

□ 손해사정의 공정성 확보는 보험회사의 손해사정 위탁비율을 강제하는 방식으로 접근하기 보다는 ① 보험소비자가 최대한 합리적인 선택을 할 수 있도록, 그리고 ② 보험회사가 손해사정사와 공정한 거래를 할 수 있도록 환경을 조성하는 방식으로 접근해야 함.

○ 2014년 9월 30일 이종걸 의원은 손해사정의 공정성 확보를 위해 보험회사의 손해사정 외부위탁비율을 강제하는 법안을 발의함(의안번호 11924).

- 구체적으로 보험회사에 고용된 손해사정사나 보험회사의 손해사정업무를 담당하는 자회사가 담당하는 업무의 비율이 100분의 50을 초과하지 못하도록 하고 이를 위반 시 5천만 원 이하의 과태료를 부과하는 조항이 법안에 포함됨.

○ 보험회사의 자기손해사정을 제한해야한다는 주장은 보험회사에 의한 손해사정이 신뢰할만하지 못하다는 추론에 근거하는 것으로 채택된 입법수단이 과도한 측면이 있음.

- 외부위탁 강제조항은 보험회사 스스로 또는 그 자회사가 손해액 및 보험금을 산정할 경우 보험회사에 유리하게 손해사정할 것이라는 막연한 추론에 근거해서 보험회사와 그 자회사의 손해사정 업무 비중을 원천적으로 제한하는 방식을 택하고 있음.
- 손해사정사의 독립성이 곧 손해사정의 공정성과 일치한다고 보기는 어려움.

□ 손해사정 위탁 주체 다변화: 보험소비자의 손해사정 선임권의 실질성 확보

○ 첫째, 손해사정사 선택권에 대한 보험회사의 고지 의무화

- 현행 「보험업감독규정」에서는 보험금 지급을 청구 받은 때 보험회사가 손해사정사를 지정토록 하고 있으며(제9-20조), 계약자가 별도로 손해사

정사를 선임코자 할 경우에는 보험회사에게 이러한 의사를 통보하도록 하고 있음(제9-16조).

- 그러나 동 규정과 「보험업법」 등에서는 보험회사로 하여금 계약자가 별도 손해사정사를 선임할 수 있다는 사실을 고지하도록 규정하고 있지는 않음.

○ 둘째, 보험회사의 손해사정 비용 부담에 대한 규정 명확화

- 현행 규정에 따르면 손해사정이 착수되기 이전에 계약자 등이 보험회사에 손해사정사의 선임의사를 통보하여 동의를 얻은 때, 또는 정당한 사유 없이 보험회사가 보험사고 통보를 받은 날부터 7일이 경과하여도 손해사정에 착수하지 아니한 때에는 보험회사가 손해사정 보수를 부담함.
- 그러나 보험업법감독규정 제9-16조 제3항 1호에서 보험회사가 일방적으로 ‘동의’를 거절한다면 보험회사의 손해사정 보수 부담 규정은 사실상 유명무실해짐.
- 동 규정이 실효성을 갖고 계약자 등의 손해사정사 선임권이 실질적으로 행사되기 위해서는 보험회사의 동의 거절 근거 및 기준을 마련하여 적용할 필요가 있음.

○ 셋째, 적격 손해사정사 리스팅 제도 도입

- 계약자 등이 손해사정사를 선임하고자 해도 손해사정사에 대한 정보가 없음.
- 공신력 있는 기관에서 손해사정사의 공정성 및 전문성을 평가한 후 적격 손해사정사를 리스팅함으로써 보험소비자의 손해사정사 선임권이 실질적으로 행사될 수 있도록 도와야 함.

○ 마지막으로, 손해사정사에 대한 정보 공개로 투명성 강화

- 보험회사 및 계약자로부터 위탁 및 선임된 손해사정사는 업무 수행 중 이해상충의 상황에 노출될 여지가 있음.
- 이해상충에 대한 문제는 관련 정보 공개 등의 투명성 강화를 통해 접근하는 것이 바람직함.

□ 보험회사의 위탁손해사정사에 대한 불공정거래행위 금지

- 위탁손해사정사의 보험회사에 대한 종속성, 그리고 그로 인한 손해사정의 공정성에 대한 불신과 분쟁을 줄이기 위해 보험회사의 위탁손해사정사에 대한 불공정거래행위를 금지·제재하는 방안을 고려할 수 있음.

○ 손해사정 위탁거래에서 다음과 같은 불공정거래행위가 발생하여 위탁손해사정사의 보험회사 종속성이 문제가 되는 바, 이를 금지하는 조항을 보험업법에 신설하는 방안이 검토될 필요가 있음.

- 보험회사가 손해사정 위탁계약서를 교부하지 아니하는 행위
- 보험회사가 위탁계약서상 계약사항을 이행하지 아니하는 행위
- 보험회사가 위탁계약서에서 정한 해지요건 이외의 사유로 위탁계약을 해지하는 행위
- 보험회사가 위탁계약서에서 정한 위탁업무 외의 업무를 강요하는 행위
- 보험회사가 정당한 사유 없이 손해사정사에게 지급되어야 할 수수료의 일부 또는 전부를 지급하지 아니하거나 지연하여 지급하는 행위
- 보험회사가 정당한 사유 없이 손해사정사에게 지급할 수수료를 차별하는 행위

□ 이와 같은 환경이 조성될 경우, 손해사정의 질적인 측면인 공정성과 신속성은 시장경쟁의 원리에 의해 회복 가능함.

- 향후 보험소비자는 특정 보험회사의 손해사정을 신뢰하지 못할 경우 적극적으로 손해사정사를 고용할 것임.
- 손해사정사는 위탁의 주체가 보험회사뿐만 아니라 보험소비자로 실질적으로 다변화되고, 리스팅 제도 도입으로 인해 평판에 대한 관리 필요성이 커짐에 따라 어느 일방에 유리한 손해사정을 자제할 것임.
- 시장에서는 보다 공정하게 손해사정을 하는 보험회사가 경쟁우위에 있을 것임.

## V. 보험사기 조사체계 효율화 방안

□ 무고한 청구권자 등에 대한 불필요한 조사를 최소화하기 위해 보험사기 조사체계의 효율화 방안을 검토함.

- 현행 조사체계의 효율화를 위해 본보고서에서는 ① 적발시스템의 고도화와 ② 빅데이터 활용방안 제시

- 먼저, 적발시스템 고도화의 경우 현행 보험사기 인지·조사·수사 연계체계는 보험회사→금융감독원→수사기관(검·경) 순서인데, 대부분의 보험사기 인지는 보험회사 지급심사팀 담당자의 경험법칙에 주로 의존
  - 1차 보험사기 조사대상은 ① 이전에 보험금 지급이 여러 건 존재하는 계약자의 클레임이나 ② 비록 처음이라고 하더라도 금액이 큰 경우
  
- 현행 시스템의 문제점으로는 복잡한 형태를 가진 보험사기에 대한 사전 모니터링이 구조적으로 어렵다는 점을 들 수 있음.
  - 현행 보험사기 인지·조사·수사 연계체계 하에서는 대다수의 보험사기 인지가 보험회사에서부터 시작됨에도 불구하고 초기 보험사기 인지에 있어서 보험회사가 활용할 수 있는 보험정보 DB의 범위에 제약이 존재하기 때문에 여러 보험회사가 관여되어 있는 보험사기를 초기에 적발하는 데 근본적인 한계 존재
  
- 이러한 문제점을 해결하기 위해 금융감독원 중심의 보험사기 인지능력 강화가 필요
  - 지난 6월 발표한 「보험사기 근절대책」의 내용 가운데 “보험사기 조사인력 확충”이 있었는데, 여기에 추가하여 금융감독원의 보험사기인지조직 강화
    - 지능화·복잡화된 보험사기의 조기 인지를 위해 네트워크 분석(network analysis) 능력을 겸비한 전문가 채용 확대
  
- 두 번째, 빅데이터의 경우에는 최근 들어 해외 주요 보험사기 방지기관과 컨설팅 기관들에서 활발하게 연구와 논의가 이루어지고 있음.
  - 특히, 비구조화된 텍스트와 소셜 미디어 관련 데이터 분석이 강조됨.
  - 보험사기 여부 판단에 필요한 상당수의 정보는 손해사정사의 조사보고서 등과 같은 비구조화된 형태로 되어 있음.
    - text mining 분석을 통해 비구조화 텍스트 데이터로부터 보험사기 적발과 관련된 중요한 통찰을 이끌어낼 수 있음.



- 또한 페이스북, 트위터와 같은 소셜 미디어 데이터를 보험사기조사에 활용하려는 노력이 진행되고 있음.
  - 보험사기 혐의자를 보다 잘 조사하려면 단순히 그가 누구를 아느냐가 아니라 그가 아는 사람들은 또 누구를 아는지 까지 다 조사하는 것이 필요
  - 이런 일이 과거에는 기술적으로 매우 어려웠지만 소셜 미디어의 등장과 함께 상대적으로 용이해졌음.
  
- 우리나라 보험산업의 경우에는 아직까지 보험사기조사에 있어서 빅데이터 활용이 미흡한 편으로 보다 효과적인 보험사기조사를 위해 빅데이터 관련 투자를 확대하는 것이 필요
  - 우선, 보험사기조사시 중요한 정보를 제공하는 비구조화된 자료 가운데 데이터화가 되어 있지 않는 자료들을 분류해서 데이터화하는 작업이 필요
    - 그리고 비구조화 텍스트 자료를 분석해서 보험사기조사에 도움이 되는 정보를 제공해줄 수 있는 데이터 분석 전문 인력 채용
  - 두 번째는 소셜 미디어 관련 데이터를 보험사기조사, 특히 기존의 연계분석(link analysis)에 활용
    - 단, 소셜 미디어 데이터의 경우 프라이버시 이슈가 존재하기 때문에 이를 고려하여 보험사기조사에 활용
    - 소셜 미디어 데이터의 경우 크게 공개정보(public information)와 사적정보(private information)로 구분되는데, 공개정보는 개별 보험회사와 금융감독원이 조사단계에서 활용하고, 사적정보는 검경이 수사 단계에서 활용할 필요가 있음.

## VI. 결론

- 이와 같은 보험사기 방지대책의 질적 개선이 선행되지 않을 경우, 보험사기에 대한 정책적 접근은 상당한 사회적 갈등비용에 직면하게 될 것인 바, 적극적인 제도개선이 필요함.
- 특히, 보험사기 조사가 이루어지는 보험금 지급단계는 보험제도의 실질적이고 구체적인 목적이 현실화되는 단계로서 보험소비자의 신뢰가 형성되는 중요한 지점임.
- 보험산업에 내재한 불신의 근본적인 원인을 이해하고 이를 개선함으로써 보험산업의 질적인 성장을 기대할 수 있음.

---

# I. 서론

---

## 1. 연구 배경 및 목적

- 1990년대 후반 외환위기 이후 생계형 보험사기가 급격히 증가하는 등 보험사기가 보험 산업의 감독정책적 측면과 사회적 측면에서 중요한 문제로 부각됨.
- 1999년 금융감독원 내에 보험사기 전담조직 설치를 시작으로, 지난 15년 동안 금융당국의 주도하에 보험사기 방지를 위한 법제화, 조직 및 인력 확충, 전산시스템 구축, 교육 및 홍보 등이 적극적으로 이루어져 왔음.
  - 2003년에는 보험사기 조사 근거조항과 금융감독위원회 내에 민관합동기구인 보험조사협의회를 구성, 운영할 수 있는 근거조항을 보험업법에 마련
  - 2008년에는 보험사기 금지조항을 보험업법에 신설
  - 2014년에는 보험업 종사자의 보험사기행위를 금지하고 이를 위반한 경우 등록취소 등의 행정제재를 가할 수 있는 근거조항을 보험업법에 신설
- 이에 따라 우리나라의 보험사기 관련정책은 15년이라는 짧은 추진기간에도 불구하고, 보험사기 적발실적의 급격한 증대와 보험사기에 대한 보험소비자의 의식을 개선하는 등 괄목할만한 성과를 보임.<sup>1)</sup>
  - 보험사기 적발금액은 2001년 404억 원으로 연평균 23.7%씩 증가하여 2013년에는 5,190억 원에 이룸.
    - 보험사기 적발인원은 2001년 5,749명으로 연평균 24.2%씩 증가하여 2013년에는 7만 7,112명에 이룸.

---

1) 본 보고서에서는 편의상 보험계약자를 계약자, 보험수익자를 수익자로 표기하며, 보험소비자는 계약자, 피보험자, 수익자를 통칭함.

- 설문조사에 따르면, 보험금 지급이 다소 늦어지더라도 지급심사를 철저히 해야 하고, 보험금 지급사유조사와 관련하여 개인정보 제공에 동의해야 한다는 의견이 다수를 차지하는 등 보험사기 방지대책에 대해 대체로 긍정적인 태도를 보임.
- 또한 보험소비자는 보험사기에 대한 제재조치에 대체로 엄격한 태도를 취함.
  - 거액의 보험금을 편취한 다수보험 가입 위장환자에 대해 보험금 환수는 물론 보험사기자 명의로 가입된 모든 보험계약 취소, 향후 보험가입 제한, 보험회사간 보험사기 이력정보 공유와 같은 제재가 타당하다는 의견이 응답자의 절반을 넘음.
- 그러나 보험사기 방지를 위한 지난 15년간의 제반노력은 보험사기 행위자의 적발·처벌에 집중한 나머지, 선량한 계약자 등이 보험사기 또는 보험사기조사의 피해자가 되는 것을 막는데 소홀하였고 이는 보험산업에 대한 불신을 심화시킴.
  - 보험사기 관련 ‘선량한 피해자’로는 다음 3가지 유형이 가능함.
    - 보험금 편취를 목적으로 한 살인, 상해, 방화, 교통사고 등의 피보험자
    - 보험사기 조사과정에서 불공정한 경험을 한 계약자 등
    - 보험회사 등으로부터 보험사기 의심을 받은 무고한 계약자 등
- 그간의 보험사기 방지대책이 보다 효과적으로 작동하기 위해서는 보험사기 또는 보험사기 조사에 대한 보험소비자의 신뢰를 회복하여야 함.
- 이를 위해서는 구체적으로 첫째, 보험사기로부터 피보험자 보호를 위한 안전장치 모색
  - 피보험자 및 보험사기 피해자 보호를 위한 입법 및 제도개선 노력 부재로, 피보험자가 강력범죄에 무방비 상태에 놓임.
  - 지난 8년(2005~2012년) 동안 살인·상해 관련 보험금 부당청구로 적발된 인원은 1,131명으로, 동기간 적어도 1,131명이 보험금 편취를 목적으로 한 살인이나 상해의 피해자가 되었음을 의미함.

- 살인·상해 관련 부당보험금청구는 평균 2천만 원으로 살인·상해와 같은 강력범죄를 수반하는 보험사기는 건당 편취가능금액이 현저히 높음.
- 특히, 우리나라는 사망을 보험사고로 하는 보험계약에 대해 피보험이익을 계약 성립 및 존속의 필요조건으로 하지 않고 단지 피보험자의 서면동의만을 요구하기 때문에 피보험자 보호책이 절실히 요구됨.

#### □ 둘째, 불공정한 사기조사 및 보상행위에 대한 대책 모색

- 보험사기 조사업무 수행 중 SIU 소속 직원의 공격적인 언행, 태도 등에 불쾌감을 느꼈다는 내용의 민원이 지속적·반복적으로 발생

#### □ 셋째, 보험사기 조사체계 효율화 방안 모색

- 보험사기 적발에 집중한 나머지, 무고한 청구권자 등을 보험사기자로 의심하는 등 불필요한 조사의 피해 가능성이 있음.
  - 보험회사의 보험사기 조사팀 인원은 2003년 109명(생보 15명, 손보 94명)에 불과했지만, 2013년에는 490명(생보 170명, 손보 320명)에 이름.
- 보험사기 조사체계의 효율화를 통해 무고한 청구권자 등에 대한 불필요한 조사를 최소화할 필요가 있음.
  - 개인정보보호가 중요한 가치로 대두되어 보험사기 조사의 효율성이 악화될 수 있는 상황임.

#### □ 본 연구에서는 보험사기 방지활동 15년을 평가하고, 보험사기로부터 피보험자 보호를 위한 안전장치, 불공정한 사기조사 및 보상행위에 대한 대책, 그리고 보험사기 조사체계의 효율화 방안을 모색하고자 함.

- 보험사기 방지대책의 질적 개선이 선행되지 않을 경우, 보험사기에 대한 정책적 접근은 상당한 사회적 갈등비용에 직면하게 될 것임.

## 2. 연구 방법 및 구성

- 「보험금 지급과 보험사기에 대한 보험소비자 인식 설문조사」 자료를 이용하여 보험사기 및 보상에 대한 보험소비자의 인식과 태도를 분석함으로써, 향후 보험사기 방지대책이 보완해야할 부분을 제시함.
  
- 보험사기로부터 피보험자 보호 방안, 불공정한 사기조사 및 보상행위에 대한 대책, 보험사기 조사체계 효율화 방안 등에 대해서는 주요국의 입법례를 검토한 후 우리나라 실정에 맞는 방안을 제시함.
  
- 본 보고서의 구성은 다음과 같음.
  - 제2장에서는 지난 15년간의 보험사기 방지활동을 살펴보고 문제점을 파악함.
  - 제3장에서는 보험사기로부터 피보험자 보호를 위한 안전장치 모색
  - 제4장에서는 불공정한 사기조사 및 보상행위에 대한 대책 모색
  - 제5장에서는 보험사기 조사체계 효율화 방안 모색
  - 제6장에서는 보고서를 마무리 지음.

---

## Ⅱ. 보험사기 방지노력 15년 평가

---

### 1. 입법활동 및 제도개선

#### 가. 입법노력<sup>2)</sup>

##### 1) 입법활동

- 2008년 보험사기 금지조항이 보험업법에 신설된 이후, 보험회사의 조사, 정부 및 공공기관의 조사, 처벌 등에 관한 입법노력이 이어졌음.
- 구체적으로, 첫째 보험회사의 조사에 관한 법률안은 보험사기 조사 조직의 설치 및 운영을 의무화하고, 보험사기행위로 의심할 만한 합당한 근거가 있는 계약을 금융감독원에 보고하고, 관할 수사기관에 고발 또는 수사의뢰토록 함.
- 현재 보험회사의 보험사기 조사활동은 법적 근거가 없고, 다만 계약자 등과의 쌍방관계에서 약관규정을 근거로 계약자 등의 동의하에 보험사기에 관한 조사를 실시함.<sup>3)</sup>

---

2) 송윤아(2014a)를 인용·정리함.

3) 생명보험 표준약관 제30조(보험금 등의 지급) ③ 계약자, 피보험자, 또는 수익자는 제22조(계약전 알리 의무 위반의 효과) 및 제1항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 한다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 아니한다.

〈표 1〉 보험사기 방지를 위한 국회의 입법노력

대표발의		개정안 내용	처리결과
18대 국회 (2008 ~12)	정부제안 보험업법안(2008.12.18)	보험사기 정의규정 신설	법제사법위원회의 반대로 폐기
	신학용의원 보험업법안(2009.02.12)	보험사기 정의 및 벌칙 규정 신설	제18대 국회 임기 만료로 모두 폐기
	공성진의원 보험업법안(2009.03.16)	보험사기 정의규정, 금융위의 보험사기 조사근거규정, 자료요청권 신설	
	고승덕의원 보험업법안(2010.01.06)	보험사기 정의 및 벌칙 규정과 보험 예방원 설립 및 활동 근거 규정 신설	
	이성현의원 보험업법안(2010.09.13)	보험사기 벌칙규정 신설	
	공성진의원 형법안(2012.03.16)	보험사기죄 신설	
	공성진의원 특별정제가중처벌법안(2012.03.16)	상기 형법개정사항의 특경법 편입	
19대 국회 (2012 ~16)	김기선의원 보험업법안(2012.12.31)	보험회사의 정보활용 범위 확대: 보험 금 지급 시 계약자의 운전면허 효력이 나 음주운전 여부에 대한 정보 활용	대안반영 폐기: 법률안을 본회의 에 부의하지 아니하고 법안 심사소위원회에 서 마련한 대안 을 정무위원회 안으로 제안함.
	안민석의원 보험업법안(2013.01.24)	보험사기 정의 및 벌칙 규정 신설	2014.01.14 공포
	박대동의원 보험업법안(2013.02.07)	보험계약에 관하여 이해관계가 있는 자의 보험사기에 대한 벌칙 규정 신설	
	정무위원회 보험업법 대안(2013.12.19)	보험사기행위에 연루된 보험 관계 업 무 종사자에 대한 등록취소	대안반영 폐기: 대 안을 2014.02.20 법제사법위원회안 으로 제안함.
	정부제안 상법안(2013.02.05)	사기적 계약의 무효화, 사기성클레임 에 대한 보험회사의 면책	
	박대동의원 보험사기방지 특별법안(2013.08.29)	다음의 규정 신설: ① 보험사기 정의 및 벌칙, ② 국가, 금융위원회, 보험회사의 보험사기방지를 위한 업무, ③ 보험회사의 보험사기 행위 보고의무, ④ 보험사기행위 조 사과정에서 보험회사의 보험소비자보 호의무, ⑤ 보험사기행위 관련 수사기 관에 대한 통보, ⑥ 보험사기행위 관 련 확정판결 받은 자의 보험금 청구권 소멸 및 보험금 반환 의무, ⑦ 보험사 기 관련업무 종사자 등의 비밀유지의 무	위원회 심사 중
	김학용의원 형법안(2013.04.15)	보험사기죄와 보험사기 예비·음모죄 신설	위원회 심사 중
	조원진의원 보험업법안(2013.12.23)	금융위원회의 출석요구권 신설	위원회 심사 중

주: 1) 의원발의 법률안 심사진행단계는 다음과 같음: 접수-위원회심사-체계자구심사-본회의  
의심의-정부이송-공포

2) 2014년 2월 20일 법제사법위원회가 제안한 상법대안에서는 사기적 계약의 무효화와  
사기성 클레임에 대한 보험회사의 면책 조항이 삭제됨.



□ 둘째, 정부 및 공공기관의 조사에 관한 법률안은 보험사기 조사의 명문화, 출석요구권 신설, 보험사기방지 전담 상설기구 설치 등을 포함함.

- 현재 금융위원회는 보험업법 제162조에 근거하여 보험사기를 조사하고 있음.
  - 금융위원회는 보험업법 및 보험업법에 따른 명령 또는 조치를 위반한 사실이 있는 경우, 또는 공익 또는 건전한 보험거래질서의 확립을 위하여 필요한 경우 조사사항에 대한 사실과 상황에 대한 진술서의 제출, 조사에 필요한 장부, 서류, 그 밖의 물건의 제출을 요구할 수 있음.
- 그러나 금융위원회의 보험사기 조사에 대한 법적 근거가 미흡하고, 진술서 및 자료 제출요구권만으로는 보험사기 조사에 한계가 있다는 지적이 있었음.

□ 셋째, 보험사기 처벌에 대한 법률안으로는 보험사기죄와 보험사기 예비·음모죄 신설을 주장한 형법안과 보험살인, 보험중상해, 보험상해치사, 보험사기, 미수범에 대한 처벌 조항 신설을 주장한 보험사기방지 특별법안이 있음.

- 현재 보험사기범죄는 형법 제347조(사기죄)와 특별경제범죄가중처벌 등에 관한 법률 제3조에 따라 처벌하고 있음.
- 그러나 보험사기가 범죄라는 인식, 즉 위법성인식 결여와 보험사기의 공익 범죄적 성격 및 반사회성 등을 고려하여 형법에 일반사기죄의 구성요건과 차별화된 보험사기죄 신설 및 형벌강화 필요성이 제기됨.

□ 넷째, 보험계약이 사기로 인하여 체결된 경우에는 그 계약을 무효로 하고, 보험금청구가 사기로 이루어진 경우에는 일정한 요건 하에 보험회사가 면책되도록 하는 정부제안 상법안(2013.02.05)이 국회에 제출되었음.<sup>4)</sup>

- 현재 보험회사는 보험약관상 사기로 인한 계약취소 조항을 두거나 민법상 사기에 의한 의사표시 취소규정에 따라 해당 보험계약을 취소하는 것으로 보험사기에 대응함.
- 그러나 보험계약을 취소한다고 하여도 보험사기의 당사자인 계약자는 기지

4) 법안심사소위원회는 2014년 2월 19일 정부제안 상법안(2013.02.05)을 본회의에 부의하지 아니하고 대안을 마련하여 법제사법위원회안으로 제안하기로 의결하였고 대안에서는 사기적 계약의 무효화와 사기성 클레임에 대한 보험회사의 면책 조항이 삭제됨.

- 급 보험료를 전액 반환받을 수 있어서 보험사기를 예방하는데 한계가 있음.
- 따라서 정부는 상법안에서 보험계약이 당사자 또는 피보험자의 사기로 체결된 경우 그 계약을 무효로 하되, 보험회사는 사기사실을 안 때까지의 보험료를 청구할 수 있도록 함.

## 2) 입법성과

### □ 2003년 5월, 보험사기 조사근거 조항 보험업법에 마련

- 제162조 (조사대상 및 방법 등) ① 금융감독위원회는 이 법 및 이 법에 의한 명령 또는 조치에 위반된 사실이 있거나 공익 또는 건전한 보험거래질서의 확립을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 보험회사, 계약자, 피보험자, 보험금을 취득할 자 그 밖에 보험계약에 관하여 이해관계가 있는 자(이하 이 장에서 "관계자"라 한다)에 대한 조사를 할 수 있다(2003.5.29, 전부개정).
- ② 금융감독위원회는 제1항의 규정에 의한 조사를 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 관계자에 대하여 다음 각호의 사항을 요구할 수 있다.
  1. 조사사항에 대한 사실과 상황에 대한 진술서의 제출
  2. 조사에 필요한 장부·서류 그 밖의 물건의 제출
- ③ 제133조제4항의 규정은 제1항 및 제2항의 조사에 관하여 이를 준용한다.
- ④ 금융감독위원회는 관계자가 제1항의 규정에 의한 조사를 방해하거나 제2항의 규정에 의하여 제출하는 자료를 거짓으로 작성하거나 그 제출을 게을리한 때에는 관계자가 속한 단체의 장에게 관계자에 대한 문책 등을 요구할 수 있다.

### □ 2003년 5월, 금융감독위원회 내에 민관합동기구인 보험조사협의회를 구성, 운영할 수 있는 근거조항 보험업법에 마련

- 제163조 (보험조사협의회) ① 제162조제1항의 규정에 의한 조사업무를 효율적으로 수행하기 위하여 금융감독위원회에 금융감독원 그 밖의 보험관련기관으로 구성되는 보험조사협의회를 둘 수 있다(2003.5.29, 전부개정).

- ② 제1항의 규정에 의한 보험조사협의회의 구성·운영 등에 관한 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

□ 2008년 3월, 보험사기 금지조항 보험업법에 신설

- 제102조의2(계약자 등의 의무) 계약자 또는 보험금을 취득할 자는 보험사기행위를 하여서는 아니 된다(본조신설 2008.3.14)
- 동 조항은 2010년 7월 다음과 같이 개정됨.
  - 제102조의2(계약자 등의 의무) 계약자, 피보험자, 보험금을 취득할 자, 그 밖에 보험계약에 관하여 이해관계가 있는 자는 보험사기행위를 하여서는 아니 된다(전문개정 2010.7.23)

□ 2014년 1월, 보험업 종사자의 보험사기행위를 금지하고 이를 위반한 경우 등록취소 등의 행정제재를 가할 수 있는 근거조항 보험업법에 신설

- 제102조의3(보험 관계 업무 종사자의 의무) 보험회사의 임직원, 보험설계사, 보험대리점, 보험중개사, 손해사정사, 그 밖에 보험 관계 업무에 종사하는 자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위를 하여서는 아니 된다(본조신설 2014.1.14)
  1. 계약자, 피보험자, 보험금을 취득할 자, 그 밖에 보험계약에 관하여 이해가 있는 자로 하여금 고의로 보험사고를 발생시키거나 발생하지 아니한 보험사고를 발생한 것처럼 조작하여 보험금을 수령하도록 하는 행위
  2. 계약자, 피보험자, 보험금을 취득할 자, 그 밖에 보험계약에 관하여 이해가 있는 자로 하여금 이미 발생한 보험사고의 원인, 시기 또는 내용 등을 조작하거나 피해의 정도를 과장하여 보험금을 수령하도록 하는 행위

□ 2014년 1월, 보험회사가 자동차보험금 지급전에 계약자의 무면허음주운전 여부를 확인할 수 있도록 보험업법 개정

- 보험업법 제176조 ⑩ 보험요율 산출기관은 순보험요율을 산출하기 위하여 필요한 경우 또는 보험회사의 보험금 지급업무에 필요한 경우에는 음주운

전 등 교통법규 위반 또는 운전면허의 효력에 관한 개인정보를 보유하고 있는 기관의 장으로부터 그 정보를 제공받아 보험회사가 계약자에게 적용할 순보험료의 산출 또는 보험금 지급업무에 이용하게 할 수 있다.(개정 2014.1.14)

## 나. 제도개선

- 범정부적으로 보험사기 근절을 위한 방안은 최근 끊임없이 제시되고 있으며 2013년 12월 정부가 발표한 「비정상의 정상화」 정책에 보험사기 근절이 핵심 추진 과제로 포함됨.
  - 기존(2009년 6월, 2010년 1월, 2011년 1월, 2012년 12월 발표)에 발표된 대책을 포함하여 추가적인 대책 추진
  - 사전예방 장치 추진, 검·경 수사역량 강화 및 관계기관 협력체계 구축·운영, 처벌강화를 제시함.
  
- 금융감독원 또한 보험사기 방지를 위한 제도개선 방안을 발표·추진하고 있음(2012.7월, 2014.7월).
  - (2012.7) 보험사기영향평가 도입, 계약인수심사의 내부통제기준과 절차 마련, 보험정보 집중·활용, 자동차보험의 진료비 심사 전문기관 위탁, 처벌강화 등의 방안을 발표
  - (2014.7) 보험사기 인자·조사·수사체계 강화, 보험사의 불공정행위 금지 법제화, 보험사기자의 보험거래 및 보험업 종사 제한 등의 방안을 발표

## 〈참고〉 계약인수심사의 내부통제기준 및 절차마련 의무화

- 피보험자의 위험 평가 및 분류 과정 개선<sup>5)</sup>: 피보험자의 다양한 위험 속성을 반영하여 위험등급을 분류<sup>6)</sup>, 타사의 보험가입 내역을 포함한 담보별 누적 가입한도를 설정하고, 일정한도를 초과하여 인수하는 경우 심사담당자의 의견을 기록·관리
- 계약심사 단계에서 타사의 보험가입 내역을 고려: 청약 심사시 자사 또는 타사의 보험가입 및 보험금 지급내역을 확인하고, 단기간 내 특정 담보 집중가입 여부 등을 점검<sup>7)</sup>
- 계약심사 및 관리에 대한 명확한 기준 마련: 다수보험 가입자에 대한 재정적 위험 평가방법, 계약적부조사 실시 대상 등을 심사기준에 명확히 반영
- 계약심사 과정의 적정성에 대한 내부통제 강화: 보험사기 발생 계약에 대해 심사과정에서의 문제점을 정기적으로 점검하고, 계약심사 등에 대한 내부통제 체크리스트를 마련

### □ 보험사기 근절을 위하여 관련기관 간의 협력체계를 지속적으로 구축·운영

- 보험조사협의회 출범(2004.3월)
  - 출범 당시 금융감독위원회, 금융감독원, 생명보험협회, 대한손해보험협회, 보험개발원, 국민건강보험공단, 근로복지공단, 국민연금관리공단의 각 추천자와 민간전문가를 포함 9명의 위원으로 구성됨.
- 정부합동 보험범죄전담대책반 구성·운영(2009년~)
  - 검찰에 설치되어 보험범죄 수사를 총괄 지휘하며, 검·경, 국토부, 금감원, 건보공단, 근로복지공단, 심평원, 생·손보험회 등 9개 기관으로 구성
- 보험사기 조사의 효율성을 제고하고 유관기관간 공조 체계 강화를 위해 금감원과 유관기관간의 MOU 체결을 확대
  - 경찰청(2009.5), 소방방재청(2010.12), 심평원(2011.1), 건보공단(2013.7)
- 위장환자로 인한 자동차보험금 누수를 방지하기 위해 국토교통부 등과 함께 매년 정례적으로 「민관합동 교통사고 부재환자 점검」 실시 (2010.7월~)

5) 이에 앞서 금융감독원은 보험사기 방지를 위한 보험회사 계약인수 모범규준안을 만들었으며 보험회사의 인수 심사 관련 내규는 모범규준안의 주요내용을 골자로 함.

6) 신체적 위험 : 피보험자의 과거병력, 현재 건강상태, 흡연 등에 의한 위험, 환경적 위험 : 피보험자의 직업, 취미, 운전, 여행, 해외체류 등에 의한 위험, 도덕적 위험 : 과다 보험가입에 따른 재정적 위험 및 고의 사고 발생 등에 대한 위험

7) 손해보험회사의 경우에도 계약심사시 타사 동시 청약건을 반영할 수 있도록 시스템 개선

- 자동차보험 진료비 심사를 전문심사기관(심평원)에 위탁하여 허위·과잉진료 및 진료비 분쟁을 예방 (2013.7월~)

#### □ 보험사기 근절을 위한 보험사기인지시스템 구축 및 지속적인 개선(2003년~)

- 2004년 1월부터 정식 가동되어 현재까지 지속적인 개선과정을 거쳐 운영되고 있음.
  - 보험계약 및 사고정보 등을 DB로 관리·분석함으로써 보험사기 혐의자를 자동으로 추출해낼 수 있는 정보처리시스템
- 보험사기조사관리 시스템 개발 완료(2003.1월)
  - 보험사기신고 접수, 조사 및 조치내역 등 조사실 업무를 전산화
  - 보험사기조사업무 수행 중 발생하는 조사기법, 사기유형, 혐의자 등 각종 정보 데이터베이스에 집적
- 보험사기조사시스템 구축 등 보험사기조사활동 강화(2003.5월)
  - 개인별·그룹별 보험사기지표를 근거로 보험사기 혐의점수를 자동 선출
  - 최종단계에서 전체 공모자를 추출하여 보험사기 집단을 적발
- 보험사기인지시스템 기능 개선(2010.2월)
  - 검증기능 강화로 시스템 처리시간 단축(30일→7일 내외)
  - 불량단체의 보험사기 개입 혐의가 구체적으로 인지될 수 있도록 보험금 지급내역을 지급처별로 세분화
- 보험사기인지시스템 상표등록 출원 추진(2010.6월)
- 보험사기인지시스템 기능 개선(2012.6월)
  - 혐의자 색출기능 강화 및 조기경보시스템 도입 등

#### □ 보험사기 근절을 위하여 지속적인 관련제도 도입 및 개선 추진

- 보험사기 근절을 위한 모범규준 제시
  - 보험사기방지업무 모범규준 제시(2002.9월)
  - 보험사기 예방을 위한 계약인수 모범규준 마련 추진(2012.2월)
- 자동차 할증보험료 환급제도 시행(2006.7월~)
  - 보험사기로 자동차보험료가 할증된 운전자를 위하여 운전자가 요청하는

경우 할증보험료를 환급

- 자동차 할증보험료 자동환급 서비스 실시(2009.6월~)

○ 유사보험 관련 범죄까지 단속범위 확대(2010.1월)

- 보험사기인지시스템 자료 확보범위에 우체국보험 및 주요공제(새마을금고, 수협, 신협 등)를 단계적으로 추가

- 금융감독원과 관계기관 간 정보공유시스템을 구축, 수사공조 강화

○ 일부 보험사기 혐의자들이 민원평가제도를 악용하여 민원을 부당한 보험금 수령을 위한 압박수단으로 이용하는 사례가 빈발, 민원평가 제외기준을 아래와 같이 적용

- 금융감독원이 조사착수한 공동조사건이 민원으로 접수된 경우에는 민원평가대상에서 제외

- (경찰수사) 경찰이 사건을 인지하여 수사한 경우 사건혐의가 1차 확정된 '검찰송치' 기준으로 평가대상에서 제외

- (검찰수사) 검찰에서 자체적으로 수사를 개시한 경우 검찰 수사 개시를 기준으로 평가대상에서 제외(다만, 검찰로 직접 고소·고발된 경우 기소시를 기준)

- (근거) '민원평가 업무지침'상 범죄혐의 관련 민원은 제외토록 근거 마련<sup>8)</sup>

○ 보험회사의 보험사기 방지업무 실태점검 실시하여 점검결과를 경영실태평가에 반영(2014.6월)

○ 보험사기에 연루된 보험업종사자 업계 퇴출 시행(2014.7월)

- 보험업종사자의 보험사기행위에 대해 최고 등록취소 등 중징계 부과할 수 있도록 보험업법이 개정되어 2014년 7월 15일부터 시행

□ 보험사기 폐해에 대한 경각심 제고 및 보험사기 예방을 위하여 보험소비자 대상 홍보·교육 활동 지속적으로 실시

○ 「보험범죄 신고센터」 설치·운영(2001.1월~)

- 「인터넷 보험범죄 신고센터」 개설(2003.5월)

- 현재 각 보험회사별 별도로 운영하고 있으며 보험사기 신고포상 제도에 따라 우수신고자에게 생명·손해보험협회 및 보험회사가 포상금을 지급하고

8) 평가제외 민원에 '금융감독원 보험조사실이 확인한 보험사기 혐의자가 제기한 민원'으로 명시

있음(2013년 포상금한도 최고 5억 원으로 상향 조정).

- 홍보영상물 제작 및 극장광고, 보험사기 방지 홍보아이디어 공모전 개최
- 블랙박스 동영상 제보 캠페인 실시
- 보험설계사·운수업자·탈북자 등 보험사기 취약계층을 대상으로 교육 실시

## 2. 보험사기 조사 조직 및 체계

### 가. 조직

- 손해보험업계의 보험사기 담당조직은 1990년대 후반부터 설치되기 시작했으며, 각사가 보유하고 있는 보험정보를 이용하여 혐의입증이나 혐의자 추출 등 자체 전산시스템을 운영하고 있음.
  - 삼성화재(1996년), 현대해상(1997년), 동부화재(1998년) 등이 1990년대 후반부터 보험사기 담당조직 설치, 운영
  - 2013년 9월말 현재, 손해보험 15개사가 보험사기 전담조직을 운영 중임.
  - 손해보험회사의 보험사기 전담팀 소속 인원은 2003년 94명에 불과했지만, 2013년에는 320명에 이름.
- 생명보험업계는 보험사기 담당조직이 2002년부터 설치되기 시작하였으며, 보험사기방지 관련 전산시스템을 운영하고 있음.
  - 2002년 삼성생명이 SIU를 설치한 이후 대한생명(2003년), 교보생명(2004년) 등이 보험사기 담당조직을 설치하였음.
  - 2013년 9월말 현재, 생명보험 13개사가 보험사기 전담조직을 운영 중임.
  - 생명보험회사의 보험사기 전담팀 소속 인원은 2003년 15명에 불과했지만, 2013년에는 170명에 이름.



〈표 2〉 보험회사의 보험사기 전담조직 설치 과정

구분	2001년	2005년	2010년
생명 보험 회사	0	7 - 대한, 알리안츠, 삼성, 교보, 미래에셋, 신한, 금호 - 15개사 미설치	14
손해 보험 회사	7 - 신동아, 대한, 그린 삼성, 현대, 엘지, 동부	11 - 메리츠, 신동아, 대한, 그린, 쌍용, 제일, 삼성, 현대, 엘지, 동부, 교보자동차 - 5개사 미설치	16
전 체	7	18	30

〈표 3〉 보험회사의 보험사기 전담조직 인원 확충 과정

(단위: 명)

구 분	2003년	2004년	2005년	2010년	2013년
생명보험회사	15 (11)	31 (18)	39 (26)	100	170
손해보험회사	94 (81)	176 (132)	207 (155)	262	320
계	109 (92)	207 (150)	246 (181)	362	490

주: 괄호안은 SIU내 조사직원수임.

□ 손해보험회와 보험개발원은 2000년대 초부터 보험사기 담당조직 및 전산시스템을 설치함.

- 손해보험협회는 2003년 3월 보험업무부에 보험범죄대책팀을 신설하였고 보험계약 및 사고 관련 정보를 실시간 on-line으로 조회할 수 있는 보험범죄유의자 검색시스템을 2002년 4월부터 운영
- 생명보험협회는 2002년 보험리스크관리실내에 보험사기방지팀(2006년 계약관리지원부내 보험범죄방지팀으로 개편) 신설하였으며, 2007년 8월 보

협계약정보통합시스템을 도입함.

- 손·생보협회는 다음과 같은 활동을 하고 있음.
  - 보험범죄방지대책협의회 운영, 국제전문가 초청 보험사기방지 세미나 개최, 보험범죄방지 유공자 포상, 보험범죄방지 국제강연회 개최, 보험범죄 아카데미 개설, 보험사기 방지 교육 및 홍보 실시, 생·손보협회 보험계약 정보시스템 운영
- 보험개발원은 2001년 6월부터 보험사고정보시스템(ICPS)을 운영

□ 금융감독원은 1999년 1월 보험사기 방지업무 전담조직을 신설하여 운용하였음.

- 2007년 4월 보험조사실 내에 보험사기특별조사반을 설치하여 보험사기 취약 부문에 대한 기획조사 기능과 공보험 및 유사보험 등과의 공동조사 기능을 강화하였음.
- 이후 2008년 6월 보험사기특별조사반을 조사분석팀으로 상시 조직화하여 기획조사 실시 및 보험사기인지시스템을 통한 분석업무를 수행하고 있음
  - 감독당국의 보험사기 조사권, 조사대상, 자료제출 요구권 등은 보험업법 제162조(조사대상 및 방법)에 포괄적으로 명시하고 있음.
- 2013년 9월 현재, 보험조사국 운영, 5개팀(조사기획팀, 생보조사팀, 손보조사팀, 특별조사팀, 조사분석팀)으로 구성, 인원은 총 40명(수견직원 22명 포함)임.
  - 1999년 1월 : 보험사기 담당부서인 조사3국(1국 3팀) 신설
  - 1999년 6월 : 조사3국 폐지, 보험감독국 제도개선팀에서 조사업무 수행
  - 2001년 4월 : 보험검사국내에 보험사기 담당 조직인 보험조사팀 신설
  - 2001년 12월 : 보험조사팀에서 보험조사실(보험조사1팀·2팀)로 확대
  - 2003년 2월 : 보험조사실을 확대(조사기획팀, 조사1팀·2팀) 개편
  - 2007년 4월 : 보험조사실내에 보험사기특별조사반(3개팀 구성) 설치
  - 2008년 6월 : 보험사기특별조사반을 조사분석팀으로 통합·상시조직화
  - 2012년 5월 : 보험조사국으로 승격
- 보험사기인지시스템(IFAS)을 운영하여 정보집적, 혐의자 추출, 조기경보 및 동향분석, 보험사기 신고센터 운영 등을 통합 관리

- 기획 및 상시조사 실시, 보험사기 방지업무 모범규준(Best Practice) 운영, 보험사기 방지실태를 경영실태평가 제도에 반영, 보험범죄신고센터 운영, 보험사기 방지 대국민 홍보 및 교육 실시

## 나. 조사체계

- 보험회사, 금융감독원, 손·생보협회, 보험개발원 등은 조사업무의 효율성을 제고하기 위해 보험사기정보에 대한 협조체제를 구축하고 있음.
- 보험회사 특별조사팀(SIU)은 보험사기 혐의점을 발견한 경우 수사기관 또는 금융감독원에 수사 또는 조사를 의뢰함.
  - 보험개발원은 보험사고정보시스템(ICPS)을 운영함.
- 보험회사의 보험사기 인지보고 및 보험범죄 신고센터를 통한 일반국민의 제보, 자체 기획조사 등으로부터 입수한 보험사기 혐의정보를 조사·분석하고 혐의점이 포착된 사건은 경찰 등 수사기관에 수사 의뢰
  - 금융감독원은 정부합동 보험범죄전담대책반, 건강보험심사평가원, 국토해양부와 상호 협력하여 보험사기 방지체계를 마련하고, 적발된 보험사기는 검·경찰, 법원으로 고발조치함.
- 경찰과 검찰
  - 경찰: 자체적으로 포착하거나 금융감독원·보험사 등으로부터 제공받은 보험사기 혐의점에 대해 수사하고 검찰에 송치
  - 검찰: 보험사기 관련 수사, 증거의 수집, 공소의 제기·유지, 법원에 대한 사기죄의 적용청구 등 보험사기범죄 수사를 지휘

□ 정부합동 보험범죄전담대책반, 국토해양부, 건강보험심사평가원

○ 정부합동 보험범죄전담대책반

- 보험사기 근절을 위하여 범정부적인 차원에서 검찰 산하에 설치된 조직으로 대규모 보험사기범죄를 전담하는 등 보험사기 수사에 관한 컨트롤 타워(Control Tower) 역할 수행

○ 국토해양부

- 의료기관에 대한 교통사고 입원환자 명단 및 부재여부 확인, 외출·외박 허락 및 허위 기록관리 등의 점검을 위한 법적근거인 「자동차손해배상보장법」 등에 대한 주무부처(교통사고 부재환자 점검은 각 지방자치단체에서 실시)

○ 건강보험심사평가원

- 의료기관에서 진료를 받았을 때 의료기관은 총 진료비 중 일부를 환자에게 받고, 나머지는 건강보험심사평가원에 청구하며, 건강보험심사평가원은 청구된 진료비에 대해 심사와 진료가 적정하게 이루어졌는지를 평가하여 보험금 과다 지급이나 허위 입원 등의 보험사기 혐의를 포착

〈표 4〉 보험사기 관련 유관기관의 업무내용

구 분	업 무 내 용	담당부서
손·생보사	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 보험사고 특별조사팀(SIU) 운영</li> <li>• 보험사기 혐의사건 인지보고</li> <li>• 수사기관 지원 등</li> </ul>	SIU
금융 감독원	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 보험사기 조사업무 정책 수립</li> <li>• 보험사기인지시스템 운영</li> <li>• 보험사기 종합분석 및 통계관리</li> <li>• 보험사기 조사기법 개발 및 연구</li> <li>• 보험범죄정보 집적 및 종합관리</li> <li>• 공동조사(상시조사), 기획조사 수행</li> <li>• 보험범죄신고센터 운영</li> <li>• 수사기관 및 보험범죄 관련기관과 공조</li> <li>• 보험사기 방지 교육 및 홍보 총괄</li> </ul>	보험조사실
생명· 손해 보험 협회	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 보험범죄방지대책협의회 운영</li> <li>• 국제전문가 초청 보험사기방지 세미나 개</li> <li>• 보험범죄방지 유공자 포상</li> <li>• 보험범죄방지 국제강연회 개최</li> <li>• 보험범죄 아카데미 개설</li> <li>• 보험사기 방지 교육 및 홍보 실시</li> <li>• 생·손보협회 보험계약정보시스템 운영</li> </ul>	계약관리부, 공익사업부
보험 개발원	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 보험사고정보시스템(ICPS) 운영</li> <li>• 보험사기방지를 위한 정보위원회 운영</li> </ul>	조사통계팀

자료: 금융감독원(2011)

### 3. 보험소비자의 인식 및 태도 조사

- 본 절에서는 「보험금 지급과 보험사기에 대한 보험소비자 인식 설문조사」 자료를 이용하여 보험사기 및 보상에 대한 보험소비자의 인식과 태도를 분석함으로써 향후 보험사기 방지대책이 보완해야할 부분을 제시함.

#### 가. 설문조사 개요

- 「보험금 지급과 보험사기에 대한 보험소비자 인식 설문조사」는 다음과 같은 방식으로 이루어짐.
  - 조사대상: 서울, 경기, 부산, 대구, 광주, 대전 등에 거주하는 20세~59세 자동차보험 가입자
  - 조사기간 및 방법: 2014년 9월 30일 ~10월 7일 온라인 설문조사
  - 조사내용(설문지는 부록 참조)
    - 보험사기 간접경험과 범죄인식도, 보험사기 만연도·용인도·발각가능성에 대한 인식, 보험사기 방지대책에 대한 태도 등
    - 보험회사의 보상서비스에 대한 인식
    - 손해사정사에 대한 인지도, 소송에 대한 태도
  - 조사대상자의 성별, 연령, 학력, 직업, 등 인구통계적인 특징은 <표 5>과 같음.

〈표 5〉 설문조사 대상자의 인구통계적 특성

(단위: %)

구분		(응답자의 수)	지역					
			서울	수도권	부산	대구	광주	대전
전체		(1,000)	30.1	44.3	10.0	7.1	4.1	4.4
성별	남성	(504)	29.6	45.0	9.9	6.9	4.2	4.4
	여성	(496)	30.6	43.5	10.1	7.3	4.0	4.4
연령대	20~29세	(214)	31.3	43.0	9.8	7.0	4.2	4.7
	30~39세	(255)	31.4	44.7	9.0	6.3	4.3	4.3
	40~49세	(282)	28.4	46.1	9.6	7.4	4.3	4.3
	50~59세	(249)	29.7	43.0	11.6	7.6	3.6	4.4
최종학력	중학교 이하	(4)	—	100.0	—	—	—	—
	고등학교	(142)	18.3	59.2	7.7	5.6	5.6	3.5
	대학교	(755)	32.2	41.9	10.3	7.4	4.1	4.1
	대학원	(99)	32.3	39.4	11.1	7.1	2.0	8.1
직업	임금근로자	(649)	30.5	45.3	9.2	6.3	4.2	4.5
	자영업자	(102)	35.3	39.2	12.7	6.9	4.9	1.0
	주부	(165)	32.1	41.2	10.9	7.9	3.0	4.8
	무직	(33)	12.1	39.4	9.1	18.2	9.1	12.1
	기타	(51)	19.6	54.9	11.8	7.8	2.0	3.9

□ 응답자는 보험가입, 청구, 민원, 분쟁, 소송, 지급거절 및 삭감 등 보험경험을 가지고 있음.

- 응답자의 66.4%는 자동차보험을 포함 2개 이상의 보험에 계약자 또는 피보험자로 가입 중임.
- 응답자의 58.5%는 본인 또는 가족이 보험금을 청구한 경험이 있음.
- 본인 또는 가족이 피해구제기관에 민원을 제기하거나 보험회사로부터 소송을 당했거나 보험회사를 상대로 소송을 제기한 경험이 있다고 응답한 사람이 9.1%를 차지함.
- 응답자의 22.7%는 본인 또는 가족이 보험회사로부터 보험금 지급을 거절당하거나 보험금이 삭감지급된 적이 있음.

〈표 6〉 설문조사 대상자의 보험 가입 · 청구 · 분쟁 · 부지급 경험

(단위: 명)

가입건수	1건	2건	3건	4건	5건 이상	계
가입건수	336	234	217	90	123	1,000
청구경험	143	139	137	66	100	585
분쟁경험	25	33	15	9	9	91
부지급·삭감 경험	66	58	48	20	35	227

주: 가입건수는 응답자가 현재 계약자 또는 피보험자로 가입중인 보험계약건수, 보상경험은 응답자 또는 응답자 가족이 보험회사에 보험금을 청구한 경험, 분쟁경험은 응답자 또는 응답자 가족이 피해구제기관에 민원을 제기하거나 보험회사로부터 소송을 당했거나 보험회사를 상대로 소송을 제기한 경험이 있는지 여부, 부지급 및 삭감경험은 응답자 또는 응답자 가족이 청구한 보험금이 지급 거절되거나 삭감된 적이 있음.

## 나. 보험사기 간접경험과 만연도에 대한 인식

- 응답자의 21.4~45.5%가 편승치료, 과다입원, 운전자 바꿔치기, 고지의무 위반 등과 같은 보험사기를 간접적으로 경험한 것으로 나타남.
  - 응답자의 36.8%는 편승치료 수법의 보험사기를 직접 목격하거나 당사자로부터 직접 들어본 적이 있음.
  - 응답자의 21.4%는 운전자 바꿔치기 수법의 보험사기를 직접 목격하거나 당사자로부터 직접 들어본 적이 있음.
  - 응답자의 45.5%가 위장환자를 직접 목격하거나 나이롱환자로부터 보험사기 경험담을 직접 들어본 적이 있음.
  - 응답자의 39.7%는 더 높은 보험금을 받기 위해 진단서 발급이나 입원절차가 허술한 병원을 찾아다니는 행위를 직접 목격하거나 당사자로부터 직접 들어본 적이 있음.
  - 응답자의 35.4%는 고지의무 위반 수법의 보험사기를 직접 목격하거나 당사자로부터 직접 들어본 적이 있음.



〈표 7〉 보험사기 간접경험과 만연도 및 발각가능성에 대한 보험소비자의 인식

(단위: %)

보험사기 행위 유형		간접경험	사회적 만연도에 대한 인식	발각 가능성
1	사고로 가벼운 부상을 입었으나 평소에 앓고 있던 질환까지 치료한 후 의료비를 보험회사에 통합 청구한다(편승치료).	36.8	19.0 (42.0)	19.4 (63.9)
2	무보험 상태로 운전하다가 교통사고가 발생한 경우 보험에 가입되어 있는 가족을 운전자로 바꾸어 보험금을 청구한다(운전자 바뀌치기).	21.4	34.7 (28.3)	62.4 (11.4)
3	더 높은 입원일당 보험금을 받기 위해 부상을 과장하여 가능하면 더 오래 입원한다(과다입원).	45.5	11.2 (61.7)	31.8 (24.0)
4	더 높은 보험금을 받기 위해 진단서 발급이나 입원절차가 허술한 병원을 찾아 입원한다(원정입원).	39.7	13.2 (53.3)	33.1 (25.1)
5	보험가입 시 자신에게 불리한 사실을 보험회사에 알리지 않거나 사실과 다르게 알린다(고지의무 위반).	35.4	16.9 (44.2)	39.4 (16.4)

- 주: 1) 간접경험은 각 보험사기행위를 직접 목격하거나 당사자로부터 경험담을 들은 적이 있는지를 묻는 질문에 “예”라고 응답한 사람의 비율임.  
 2) 보험사기의 사회적 만연도에 대한 인식은 각 보험사기 행위가 사회적으로 어느 정도 만연되어 있는지를 묻는 질문에 “매우 그렇다” 또는 “그런 편이다”라고 응답한 사람의 비율을 의미하며, 괄호안은 “전혀 그렇지 않다” 또는 “그렇지 않다”라고 응답한 사람의 비율을 의미함.  
 2) 발각가능성은 각 보험사기 행위의 발각가능성이 어느 정도인지를 묻는 질문에 “항상 발각된다” 또는 “대부분 발각된다”라고 응답한 사람의 비율을 의미하며, 괄호안은 “절대 발각되지 않는다” 또는 “거의 발각되지 않는다”라고 응답한 사람의 비율을 의미함.

□ 그러나, 편승치료, 과다입원, 운전자 바뀌치기, 고지의무 위반 등과 같은 보험사기가 사회적으로 매우 만연해있거나 만연한 편인 것으로 인식한 응답자는 11.2~34.7%에 불과함.

○ 응답자의 19.0%는 편승치료 수법의 보험사기가 사회적으로 매우 만연해있거나 만연한 편인 것으로 인식함.

- 응답자의 34.7%는 운전자 바뀌치기 수법의 보험사기가 사회적으로 매우 만연해있거나 만연한 편인 것으로 인식함.
  - 응답자의 11.2%가 위장환자가 사회적으로 매우 만연해있거나 만연한 편인 것으로 인식함.
  - 응답자의 13.2%는 더 높은 보험금을 받기 위해 진단서 발급이나 입원절차가 허술한 병원을 찾아다니는 행위가 사회적으로 매우 만연해있거나 만연한 편인 것으로 인식함.
  - 응답자의 16.9%는 고지의무 위반 수법의 보험사기가 사회적으로 매우 만연해있거나 만연한 편인 것으로 인식함.
- 보험사기에 대한 간접경험과 사회적 만연도에 대한 인식 간에는 비교적 낮은 양(+)의 상관관계(0.20~0.31)가 있는 것으로 나타남.
- 구체적으로, 각 보험사기 행위에 대해 간접경험과 사회적 만연도에 대한 인식간 상관관계는 편승치료 0.21, 운전자 바뀌치기 0.30, 과다입원 0.31, 원정입원 0.30, 고지의무위반 0.29로 나타남.
  - 각 보험사기 행위에 대한 간접적으로 경험해 본 사람일수록 해당 행위가 사회적으로 만연해있다고 인식하는 경향이 있음.
- 2009년 설문조사 결과와 비교하여, 보험사기 간접경험과 사회적 만연도에 대한 인식이 낮음.
- 2009년 설문조사에서 보험사기 간접경험은 32.1~40.3%로, 2014년 설문조사와 비교하여 각 보험사기행위에 대한 간접경험비율이 높음.
  - 2009년 설문조사에서 응답자의 17.5~23.2%는 보험사기가 사회적으로 만연되어 있다고 인식하였고, 운전자 바뀌치기 수법의 보험사기를 제외하고는 2014년 설문조사와 비교하여, 보험사기의 사회적 만연도에 대한 인식이 높음.

〈표 8〉 2009년도 보험사기 설문조사 결과

(단위: %)

보험사기 행위 유형		간접경험	사회적 만연도에 대한 인식	발각가능성	수용도
1	편승치료	40.3	22.2 (47.2)	47.2	10.0 (65.2)
2	운전자 바꿔치기	33.7	17.5 (56.9)	—	8.5 (76.1)
3	과다수리	40.1	23.2 (49.4)	47.2	8.0 (64.2)
4	고지의무위반	32.1	18.1 (53.9)	47.2	9.2 (67.3)

- 주: 1) 2009년도 설문조사에서 발각가능성에 대한 질문은 “보험가입시 불리한 사실을 숨겼거나 보험금을 부풀려 청구할 경우 발각될 가능성이 어느 정도라고 생각하십니까?”로, 동 질문에 “항상” 또는 “대부분”이라고 응답한 사람의 비율임.  
 2) 보험사기의 사회적 만연도에 대한 인식을 묻는 질문에 “매우 그렇다” 또는 “그런 편이다”라고 응답한 사람의 비율을 의미하며, 괄호안은 “전혀 그렇지 않다” 또는 “그렇지 않다”라고 응답한 사람의 비율을 의미함.  
 3) 보험사기 수용도 값은 “항상 수용할 수 있다” 또는 “대부분 수용할 수 있다”라고 응답한 사람의 비율을 의미하며, 괄호안은 “절대 수용할 수 없다” 또는 “거의 수용할 수 없다”라고 응답한 사람의 비율을 의미함.

#### 다. 보험사기 발각가능성에 대한 인식

- 응답자의 19.4~62.4%는 편승치료, 손실과장, 운전자 바꿔치기, 고지의무 위반 등과 같은 보험사기가 항상 또는 대부분 발각된다고 인식함.
- 보험사기가 항상 또는 대부분 발각될 것이라 응답한 사람의 비율을 각 행위별로 살펴보면, 편승치료 19.4%, 운전자 바꿔치기 62.4%, 위장환자 31.8%, 원정입원 33.1%, 고지의무 위반 39.4%로 나타남.
  - 운전자 바꿔치기 수법의 보험사기가 항상 대부분 발각될 것이라 응답한 사람의 비율이 62.4%로 높은 것은 설문조사 대상자가 모두 자동차보험사 가입자라는 점과 무관치 않은 것으로 보임.

- 보험사기 간접경험과 발각가능성에 대한 인식 간에는 비교적 낮은 음(-)의 상관관계 (-0.17~-0.08)가 있는 것으로 나타남.
  - 구체적으로, 각 보험사기 행위에 대해 간접경험과 발각가능성에 대한 인식 간 상관관계는 편승치료 -0.10, 운전자 바꿔치기 -0.10, 과다입원 -0.17, 원정입원 -0.12, 고지의무위반 -0.08로 나타남.
  - 각 보험사기 행위를 간접적으로 경험해 본 사람일수록 해당 행위의 발각가능성이 낮다고 인식하는 경향이 있음.
  
- 보험사기의 사회적 만연도에 대한 인식과 발각가능성에 대한 인식간에는 비교적 낮은 음(-)의 상관관계(-0.15~-0.09)가 있는 것으로 나타남.
  - 구체적으로, 각 보험사기 행위에 대해 간접경험과 사회적 만연도에 대한 인식간 상관관계는 편승치료 -0.09, 운전자 바꿔치기 -0.15, 과다입원 -0.15, 원정입원 -0.13, 고지의무위반 -0.12로 나타남.
  - 각 보험사기 행위가 사회적으로 만연해있다고 인식하는 사람일수록 해당 행위의 발각가능성이 낮다고 인식하는 경향이 있음.

## 라. 보험사기 용인도 및 처벌에 대한 태도

- 편승치료, 손실과장, 운전자 바꿔치기, 고지의무 위반 등과 같은 보험사기에 대해 보험금을 지급해야 한다고 응답한 사람은 11.5~22.2%인 반면, 형사처벌해야 한다는 응답한 사람은 20.8~53.2%임.
  - 편승치료 수법의 보험사기에 대해 보험금을 지급해야 한다고 응답한 사람은 22.2%인 반면, 형사처벌해야 한다고 응답한 사람은 20.8%임.
  - 운전자 바꿔치기 수법의 보험사기에 대해 보험금을 지급해야 한다고 응답한 사람은 11.5%인 반면, 형사처벌해야 한다고 응답한 사람은 53.2%임.
  - 손실과장·위장환자 수법의 보험사기에 대해 보험금을 지급해야 한다고 응

- 답한 사람은 19.1%인 반면, 형사처벌해야 한다고 응답한 사람은 36%임.
- 원정입원 수법의 보험사기에 대해 보험금을 지급해야 한다고 응답한 사람은 20.0%인 반면, 형사처벌해야 한다고 응답한 사람은 35.3%임.
  - 고지의무 위반 수법의 보험사기에 대해 보험금을 지급해야 한다고 응답한 사람은 17.7%인 반면, 형사처벌해야 한다고 응답한 사람은 29.6%임.

〈표 9〉 보험소비자의 보험사기 용인도

(단위: %)

보험사기 유형	보험금 지급		보험금 지급 거절	보험금 지급거절과 형사처벌	
	항상	소액일 경우		벌금형	징역형
1 편승치료	22.2		57.0	20.8	
	5.6	16.6		18.1	2.7
2 운전자 바꿔치기	11.5		35.3	53.2	
	3.3	8.2		35.1	18.1
3 과다입원	19.1		44.9	36	
	3.8	15.3		28.1	7.9
4 원정입원	20.0		44.7	35.3	
	4.0	16.0		27.0	8.3
5 고지의무 위반	17.7		52.7	29.6	
	3.6	14.1		24.5	5.1

- 보험사기의 사회적 만연도에 대한 인식과 용인도 간에는 대체로 양(+)의 상관관계 (-0.01~0.21)가 있는 것으로 나타남.
- 구체적으로, 각 보험사기 행위에 대해 사회적 만연도에 대한 인식과 용인도 간 상관관계는 편승치료 0.17, 운전자 바꿔치기 -0.01, 손실과장 0.13, 원정입원 0.21, 고지의무 위반 0.18로 나타남.

○ 각 보험사기행위가 만연되어 있다고 생각한 사람일수록 해당 행위에 대해 관대한 경향이 있음.

□ 한편, 거액의 보험금을 편취한 다수보험 가입 위장환자를 제재하는 것에 대해서는 엄격한 태도를 취함.

○ 보험회사가 이미 지급한 보험금을 환수하는 것이 타당하지 않다는 응답이 7.2%인 반면, 환수해야 한다는 응답이 68%임.

○ 보험사기자 명의로 가입된 모든 보험계약을 취소해서는 안된다는 응답이 12.7%인 반면, 취소해야 한다는 응답이 56.4%임.

○ 보험사기로 유죄판결을 받은 자에 대해 향후 추가 보험가입을 제한해서는 안된다는 응답이 5.8%인 반면, 제한해야 한다는 응답이 73.0%임.

○ 보험사기자의 보험사기 이력정보를 보험회사간 공유해야 해서는 안된다는 응답이 6.8%인 반면, 공유해야 한다는 의견이 71.4%임.

〈표 10〉 보험사기 처벌에 대한 보험소비자의 태도

(단위: %)

처벌		그렇지 않다 또는 전혀 그렇지 않다 (그런 편이다 또는 매우 그렇다)
1	보험회사가 이미 지급한 보험금을 환수하는 것이 타당하다.	7.2 (68.0)
2	보험사기자 명의로 가입된 모든 보험계약(보험사기 관련 여부와 상관없이)을 취소해야 한다.	12.7 (56.4)
3	보험사기로 유죄 판결을 받은 자에 대해 향후 추가 보험 가입을 제한하여야 한다.	5.8 (73.0)
4	보험사기자의 보험사기 이력정보를 보험회사간 공유해야 한다.	6.8 (71.4)

주: (보험사기 확정판결 사례) 3년 동안 6개 보험에 가입한 A씨는 여러 차례 입원치료를 하여 총 3,900여 만 원의 보험금을 받았다. A씨는 입원기간 중에는 적극적인 치료를 받지 않았고 장기간 외출이나 외박을 했다. 법원은 보험사기 혐의로 기소된 A씨에게 ‘징역 1년에 집행유예 2년’을 선고했다.

## 마. 보험사기 방지대책에 대한 태도

- 보험소비자는 보험사기 이력자의 보험가입 제한과 같은 보험사기 예방책에 대해 대체로 긍정적인 태도를 보임.
  - 보험사기 이력이 있는 자의 보험가입을 거절해야 한다는 응답은 68.8%를 차지함.
  - 보험회사가 보험사기 가능성이 있는 자의 보험가입을 거절해야 한다는 응답은 53.7%를 차지함.
  - 입원일당처럼 동일위험에 대해 중복 보상하는 보험의 1인당 가입건수를 제한해야 한다는 응답이 52.3%를 차지함.

〈표 11〉 보험사기 예방대책에 대한 보험소비자의 태도

(단위: %)

보험사기 예방 대책		그런 편이다 또는 매우 그렇다 (그렇지 않다 또는 전혀 그렇지 않다)
1	보험회사는 보험사기 이력이 있는 자의 보험가입을 거절해야 한다.	68.8 (7.0)
2	보험회사는 보험사기 가능성이 있는 자의 보험가입을 거절해야 한다.	53.7 (14.3)
3	입원일당처럼 동일위험에 대해 중복 보상되는 보험의 1인당 가입건수를 제한해야 한다.	52.3 (16.7)

- 보험금 지급이 다소 늦어지더라도 지급심사를 철저히 해야 하고, 보험금 지급사유조사와 관련하여 개인정보 제공에 동의해야 한다는 의견이 다수임.
  - 보험금 지급이 다소 늦어지더라도 보험금 지급심사를 철저히 해야 한다는 진술에 응답자의 54.2%가 긍정적인 반면, 10.7%가 부정적임.
  - 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 보험회사의 서면에 의한 조사요청에 응답자의 49.7%가 동의해야 한다는 의견인 반면, 응답자의 10%는 동의하는 것이 타당하지

않다고 생각함.

□ 그러나 보험회사가 계약자 등의 동의없이 보험·건강·소득정보를 활용하는 것에 대해서는 부정적인 의견이 다수로, 보험회사의 개인정보 활용에 대해서는 정보주체의 동의 여부를 중요시함.

○ 보험회사가 보험사기 혐의를 입증하기 위해 가입자의 동의없이 보험계약정보를 보험회사간 공유하는 것에 응답자의 28.9%가 긍정적인 반면, 40.8%가 부정적임.

○ 보험회사가 보험사기 혐의를 입증하기 위해 가입자의 동의없이 소득정보를 조사하는 것에 응답자의 27.1%가 긍정적인 반면, 응답자의 42.3%가 부정적임.

○ 보험회사가 보험사기 혐의를 입증하기 위해 가입자의 동의없이 건강정보를 조사하는 것에 응답자의 32.9%가 긍정적인 반면, 응답자의 37.5%가 부정적임.



〈표 12〉 보험사기 적발대책에 대한 보험소비자의 태도

(단위: %)

보험사기 적발 대책		그런 편이다 또는 매우 그렇다 (그렇지 않다 또는 전혀 그렇지 않다)
1	보험금 지급이 다소 늦어지더라도 보험금 지급심사를 철저히 해야 한다.	54.2 (10.7)
2	계약자 등은 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 보험회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하는 것이 타당하다.	49.7 (10.0)
3	보험회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하지 않을 경우에 보험회사가 사실확인이 끝날 때까지 보험금, 그리고 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않는 것이 타당하다.	33.3 (21.1)
4	보험사기 혐의를 입증하기 위해 가입자 등의 동의없이 보험회사간 보험계약내용을 공유하는 것은 타당하다.	28.9 (40.8)
5	보험사기 혐의를 입증하기 위해 보험회사가 가입자 등의 동의없이 소득정보를 조사하는 것은 타당하다.	27.1 (42.3)
6	보험사기 혐의를 입증하기 위해 보험회사가 가입자 등의 동의없이 건강정보를 조사하는 것은 타당하다.	32.9 (37.5)

## 바. 보험회사의 보상행위에 대한 인식

□ 보험회사의 보험사기 조사 및 보상행위에 대한 신뢰가 낮은 것으로 나타남.

○ 구체적으로, 보험회사가 보험금을 공정하게 지급할 것이라는 진술에 긍정적인 사람은 30.4%인 반면 부정한 사람은 30.3%임.

－ 보험회사가 보험금을 신속하게 지급할 것이라는 진술에 긍정적인 사람은 35.1%로, 보험소비자는 보험금 지급의 신속성보다는 공정성에 대해 더 불신하는 것으로 보임.

- 보험회사가 보험금 산정과 관련이 없는 불필요한 서류를 요구할 것이라는 진술에 긍정적인 사람은 54.8%인 반면 부정한 사람은 12.5%임.
- 보험회사가 고객을 상대로 채무부존재소송을 제기하는 것은 응당 지급해야 할 보험금 지급의 책임을 회피하기 위함이라는 진술에 긍정적인 사람은 60.2%인 반면 부정한 사람은 5.4%임.
- 보험회사가 고객이 동의한 적이 없는 고객의 개인정보를 수집·이용할 것이라는 진술에 긍정적인 응답자는 62.6%인 반면 부정한 응답자는 11.2%임.
- 보험회사가 보험사기를 이유로 보험금 지급을 거절할 때에는 보험사기를 입증할 만한 확실한 증거가 있을 것이라는 진술에 긍정적인 사람은 43.4%인 반면 부정한 사람은 16.0%임.
- 보험회사가 보험금에 대한 합의를 강요할 것이라는 진술에 긍정적인 응답자는 59.4%인 반면 부정한 응답자는 8%임.
- 보험회사가 보험금 지급을 거절하기 위해 진실을 숨기거나 허위의 손해사정을 할 것이라는 진술에 긍정적인 응답자는 45%인 반면 부정한 응답자는 16.3%임.
- 보험회사가 보험금 지급을 거절하거나 지체할 때에는 정당한 이유가 있을 것이라는 진술에 긍정적인 응답자는 32.8%인 반면 부정한 응답자는 21.9%임.
- 보험회사가 보험금 지급을 지체하거나 거절할 경우에는 그 이유에 대해서 충분히 설명해 줄 것이라는 진술에 긍정적인 응답자는 34%인 반면 부정한 응답자는 22.7%임.

〈표 13〉 보험회사의 보상행위에 대한 보험소비자의 인식

(단위: %)

(불)공정보상행위		그런 편이다 또는 매우 그렇다 (그렇지 않다 또는 전혀 그렇지 않다)
1	보험회사는 보험금을 신속하게 지급할 것이다.	35.1 (24.4)
2	보험회사는 보험금을 공정하게 지급할 것이다.	30.4 (30.3)
3	보험회사는 보험금 산정과 관련이 없는 불필요한 서류를 요구할 것이다.	54.8 (12.5)
4	보험회사가 고객을 상대로 채무부존재소송을 제기하는 것은 응당 지급해야 할 보험금 지급의 책임을 회피하기 위해서이다.	60.2 (5.4)
5	보험회사는 고객이 동의한 적이 없는 고객의 개인정보를 수집·이용할 것이다.	62.6 (11.2)
6	보험회사가 보험사기를 이유로 보험금 지급을 거절할 때에는 보험사기를 입증할 만한 확실한 증거가 있을 것이다.	43.4 (16.0)
7	보험회사는 보험금에 대한 합의를 강요할 것이다.	59.4 (8.0)
8	보험회사는 보험금 지급을 거절하기 위해 진실을 숨기거나 허위의 손해사정을 할 것이다.	45.0 (16.3)
9	보험회사는 계약자 등에 관한 개인정보가 누설되지 않도록 주의를 기할 것이다.	33.4 (27.3)
10	보험회사가 보험금 지급을 거절하거나 지체할 때에는 정당한 이유가 있을 것이다.	32.8 (21.9)
11	보험회사가 보험금 지급을 지체하거나 거절할 경우에는 그 이유에 대해서 충분히 설명해 줄 것이다.	34.0 (22.7)

- 한편, 보험분쟁과 관련하여 피해구제기관과 사법기관을 신뢰한다는 응답이 40% 미만으로 보험회사, 피해구제기관, 사법기관에 대한 신뢰 수준이 대체로 유사하며 낮음.
- 보험금 지급과 관련하여 민원제기 시 금융감독원이 분쟁을 공정하게 해결해 줄 것이라고 응답한 사람은 전체 응답자의 37.8%임.
- 응답자의 29%는 분쟁해결기관의 공정성에 대해 불신함.
- 보험금 지급 관련 소송 시 사법기관이 공정하게 판결할 것이라고 응답한 39.3%임.
- 응답자의 15.7%는 분쟁해결기관의 공정성에 대해 불신함.

〈표 14〉 보험회사와 분쟁처리기관에 대한 보험소비자의 인식

(단위: %)

항목		그런 편이다 또는 매우 그렇다 (그렇지 않다 또는 전혀 그렇지 않다)
1	보험금 지급과 관련하여 민원제기 시 금융감독원이 분쟁을 공정하게 해결해 줄 것이다.	37.8 (29.0)
2	보험금 지급 관련 소송 시 사법기관이 공정하게 판결할 것이다.	39.3 (15.7)

## 사. 소결

- (간접경험) 편승치료, 과다입원, 원정입원, 고지의무 위반, 운전자 바뀌치기 등과 같은 보험사기를 직접 목격하거나 당사자로부터 경험담을 직접 들은 적이 있는 응답자는 21.4~45.5%로 해당 보험사기행위의 실제 발생정도가 높은 편임을 유추할 수 있음.
- 각 보험사기행위에 대한 간접경험은 해당 행위가 어느 정도로 만연해 있는지를 유추할 수 있는 지표가 됨.

□ (만연도에 대한 인식) 보험사기에 대한 간접경험에도 불구하고, 해당 행위가 사회적으로 만연되어 있다고 인식하는 정도는 낮음.

- 운전자 바꿔치기 수법의 보험사기를 제외하고 각 보험사기행위에 대한 간접경험 비율이 만연도에 대한 인식 비율(11.2~19.0%)보다 높게 나타남.
- 각 보험사기행위를 간접적으로 경험해본 사람일수록 해당 행위가 사회적으로 만연하다고 인식하는 경향이 있음.

□ (발각가능성) 보험소비자는 보험사기의 발각가능성을 낮게 인식(19.4~39.4%)하는 것으로 나타났는데, 이는 보험사기 발생가능성을 높일 수 있음.

- 운전자 바꿔치기 수법의 보험사기를 제외하고 각 보험사기행위의 발각가능성에 대한 인식이 대체로 낮은 편임.

□ (처벌에 대한 태도) 보험소비자는 보험사기에 대한 제재조치에 대체로 엄격한 태도를 취함.

- 응답자의 75% 이상이 편승치료, 과다입원, 원정입원, 운전자 바꿔치기, 고지의무 위반 등과 같은 보험사기에 대해 보험금 지급을 거절해야 한다는 의견을 보임.
  - 각 보험사기행위에 대해 보험금 지급거절은 물론 형사처벌해야 한다는 응답도 20.8~53.2%를 차지함.
- 또한, 거액의 보험금을 편취한 다수보험 가입 위장환자에 대해 보험금 환수는 물론 보험사기자 명의로 가입된 모든 보험계약 취소, 향후 보험가입 제한, 보험회사간 보험사기 이력정보 공유와 같은 제재가 타당하다는 의견이 응답자의 절반을 넘음.

□ (방지대책에 대한 태도) 보험소비자는 보험사기 방지대책에 대체로 긍정적인 인식을 보임.

- 보험소비자는 보험사기 이력자의 보험가입 제한과 같은 보험사기 예방책에 대해 대체로 긍정적인 태도를 보임.
- 보험금 지급이 다소 늦어지더라도 지급심사를 철저히 해야 하고, 보험금 지

급사유조사와 관련하여 개인정보 제공에 동의해야 한다는 의견이 다수임.

- 그러나 보험회사가 계약자 등의 동의없이 보험·건강·소득정보를 활용하는 것에 대해서는 부정적인 의견이 다수로, 보험회사의 개인정보 활용에 대해서는 정보주체의 동의여부를 중요시함.

□ (보상에 대한 인식) 보험회사의 보험사기 조사 및 보상행위에 대한 신뢰와 관련 기관에 대한 신뢰가 40% 미만으로 낮은 편임.

- 보험회사가 보험금을 공정하게 지급할 것이라는 진술에 긍정적인 응답자는 30.4%인 반면 부정적인 응답자는 30.3%임.
- 보험분쟁과 관련하여 피해구제기관과 사법기관을 신뢰한다는 응답이 40% 미만으로 보험회사(30.4%), 피해구제기관(37.8%), 사법기관(39.3%)에 대한 신뢰 수준이 대체로 유사하며 낮음.

## 4. 보험사기 방지노력의 성과

### 가. 적발 및 처벌

□ 보험사기 적발금액은 2001년 404억 원으로 연평균 23.7%씩 증가하여 2013년에는 5,190억 원에 이름.

- 종목별로 살펴보면, 생명보험의 경우 보험사기 적발금액이 2001년 48억 원에서 연평균 25.6%씩 증가하여 2013년에는 743억 원에 이름.
- 손해보험의 경우 보험사기 적발금액이 2001년 356억 원에서 연평균 23.4%씩 증가하여 2013년에는 4,446억 원에 이름.

□ 보험사기 적발인원은 2001년 5,749명으로 연평균 24.2%씩 증가하여 2013년에는 7만 7,112명에 이름.

- 종목별로 살펴보면, 생명보험의 경우 보험사기 적발인원이 2001년 148명에서 연평균 32%씩 증가하여 2013년에는 4,128명에 이릅니다.
- 손해보험의 경우 보험사기 적발인원이 2001년 5,601명에서 연평균 23.9%씩 증가하여 2013년에는 7만 2,984명에 이릅니다.

〈표 15〉 보험사기 적발실적(2000~2013년)

(단위: 억 원, 명, %)

구분		'00	'01	'02	'03	'04	'05	'06	'07	'08	'09	'10	'11	'12	'13	연평균 성장률
적발 금액	생명 보험	—	48	57	76	265	240	392 (0.56)	393 (0.47)	370 (0.42)	546 (0.66)	601 (0.66)	650 (0.96)	634 (0.64)	743	25.6
	손해 보험	—	356	354	530	1,025	1,110	1,389 (1.09)	1,652 (1.17)	2,179 (1.28)	2,822 (1.43)	3,145 (1.43)	3,587 (1.51)	3,899 (1.46)	4,446	23.4
	계	314	404	411	606	1,290	1,350	1,781 (0.90)	2,045 (0.91)	2,549 (0.99)	3,367 (1.20)	3,747 (1.21)	4,237 (1.39)	4,533 (1.24)	5,190	23.7
적발 인원	생명 보험	—	148	84	638	869	1,118	2,570	2,311	1,697	3,219	3,290	4,266	4,900	4,128	32.0
	손해 보험	—	5,601	5,673	8,677	15,644	18,156	24,184	28,611	39,322	60,141	65,923	68,067	78,281	72,984	23.9
	계	4,726	5,749	5,757	9,315	16,513	19,274	6,754	30,922	41,019	63,360	69,213	72,333	83,181	77,112	24.2

주: 1) 괄호 안은 보험종목별 지급보험금 대비 보험사기 적발금액임.

2) 2000~20004년 기간의 경우 적발인원 대신 적발건수, 적발금액 대신 관련금액으로 발표됨.

자료: 금융감독원



□ 보험사기범에 대한 형사처벌은 다음과 같이 이루어져 왔음.

- 2012년 보험사기 혐의 조사 사건 중 2013년 말까지 판결이 확정된 82건과 관련된 보험사기범은 총 329명으로, 벌금형 226명, 집행유예 58명, 징역형 45명 순으로 벌금형과 집행유예의 비중이 86.3%로 높음.
  - 자동차보험건(53건) 관련 275명, 생명·장기보험건(29건) 관련 54명임.
- 2011년 보험사기 혐의 조사 사건 중 2012년 말까지 판결이 확정된 211건과 관련된 보험사기범은 총 796명으로, 벌금형이 574명, 집행유예 138명, 징역형 84명 순으로 벌금형과 집행유예의 비중이 89.4%에 달함.
  - 자동차보험건 관련 651명, 생명·장기보험건 관련 145명임.

〈표 16〉 보험사기 양형 실태

(단위: 명, %)

구분	2003~2007.09		2010년 조사건		2011년 조사건		2012년 조사건	
	인원	비율	인원	비율	인원	비율	인원	비율
징역	283	24.1	61	13.2	23	7	45	13.7
집행유예	552	47.1	91	19.6	47	14.1	58	17.6
벌금	338	28.8	311	67.2	263	78.9	226	68.7
계	1,173	100	463	100	333	100	329	100

주: 1) 2003~2007.09의 경우 동 기간 형법 제347조의 사기죄가 적용법조로 되어있는 하급심 판결문 중 보험범죄로 파악된 판결문 494개를 대상으로 함.

자료: 황만성(2013), 금융감독원(2013)

## 나. 보험소비자 인식개선

□ 설문조사 결과, 보험소비자는 보험사기 방지대책에 대체로 긍정적인 인식을 보임.

- 설문조사에 따르면, 보험금 지급이 다소 늦어지더라도 지급심사를 철저히 해야 하고, 보험금 지급사유조사와 관련하여 개인정보 제공에 동의해야 한다는 의견이 다수를 차지하는 등 보험사기 방지대책에 대해 대체로 긍

정적인 태도를 보임.

- 보험소비자는 보험사기 이력자의 보험가입 제한과 같은 보험사기 예방책에 대해서도 긍정적인 태도를 보임.
- 다만, 보험회사가 계약자 등의 동의없이 보험·건강·소득정보를 활용하는 것에 대해서는 부정적인 의견이 다수로, 보험회사의 개인정보 활용에 대해서는 정보주체의 동의여부를 중요시함.

□ 설문조사 결과, 보험소비자는 보험사기에 대한 제재조치에 대체로 엄격한 태도를 보임.

- 거액의 보험금을 편취한 다수보험 가입 위장환자에 대해 보험금 환수는 물론 보험사기자 명의로 가입된 모든 보험계약 취소, 향후 보험가입 제한, 보험회사간 보험사기 이력정보를 공유와 같은 제재해야 한다는 의견이 응답자의 절반을 넘음.

## 5. 보험사기 방지노력의 한계

□ 지난 15년 동안 보험사기 방지를 위한 제반노력은 보험사기 행위자의 적발·처벌에 집중한 나머지, 선량한 계약자 등이 보험사기 또는 보험사기조사의 피해자가 되는 것을 막는데 소홀하였고 이는 보험산업에 대한 불신을 심화시킴.

○ 보험사기 관련 ‘선량한 피해자’로는 다음 3가지 유형이 가능함.

- 보험금 편취를 목적으로 한 살인, 상해, 방화, 교통사고 등의 피보험자
- 보험사기 조사과정에서 불공정한 경험을 한 계약자 등
- 보험회사 등으로부터 보험사기 의심을 받은 무고한 계약자 등

## 가. 보험사기로부터 피보험자 보호책 부재

- 인보험 영역에서 피보험자 보호를 위한 입법 및 제도개선 노력 부재로, 피보험자가 강력 범죄에 노출되어 있음.
  - 지난 8년(2005~2012년) 동안 살인·상해 관련 보험금 부당청구로 적발된 인원은 1,131명임.
  - 살인 또는 상해 관련 보험금 부당청구는 건당 평균 2천만 원으로 강력범죄를 수반하는 보험사기는 건당 편취가능금액이 높은 편임.
  
- 우리나라는 사망을 보험사고로 하는 보험계약에 대해 피보험이익을 계약 성립 및 존속의 필요조건으로 하지 않고 단지 피보험자의 서면동의만을 요구하기 때문에 피보험자 보호책이 절실히 요구됨.
  - 피보험자의 생사에 아무런 이익을 가지지 않는 자(즉, 피보험이익이 없는 자)가 어떠한 방법으로든 피보험자의 서면동의만 얻게 되면 유효한 타인의 생명보험계약<sup>9)</sup>을 체결할 수 있게 되는 현행 입법태도는 도덕적 위험을 방지하는데 부족함이 있음.<sup>10)</sup>
    - 보험계약에 있어서 피보험이익은 보험계약이 가지는 사행적 성격의 폐해를 상당부분 방지하고 도덕적 위험의 초래를 방지하는 중요한 역할을 함.
    - 타인의 생명보험계약의 성립 요건 및 절차는 보험사기에 상당히 취약함에 도 불구하고 이에 대한 구속력 있는 지침이나 현황 파악 없이 보험회사 자율에 맡기고 있는 실정임.
  - 그동안 피보험자의 자필서명 누락 및 위조는 보험회사의 면책 측면에서 거론되었을 뿐 보험회사의 피보험자 보호책임 측면에서 논의된 적이 없음.

9) 피보험자의 사망을 보험사고로 하는 보험계약은 자기 및 타인의 사망보험계약으로 구분됨. 자기의 사망보험계약은 수익자가 누구이든 계약자와 피보험자가 일치하는 사망보험계약을 의미하며, 타인의 사망보험계약은 타인의 사망을 보험사고로 하는 보험계약으로 계약자와 피보험자가 일치하지 않음.

10) 피보험이익이란 보험계약으로 보호받고자 하는 이익 또는 보험의 목적에 대한 보험사고의 발생과 관련하여 피보험자 또는 수익자가 가지는 경제적 이해관계로 정의됨.

- 또한 계약자의 통보와 피보험자의 서면동의만 있으면, 피보험자와 피보험이익이 없는 자를 수익자로 변경할 수 있어, 제3자가 수익자 변경 후 피보험자를 살해하는 보험살인이 적발되고 있음.

〈표 17〉 유형별 보험사기 적발실적(2005~2012년)

구분	적발인원		적발금액		
	인원 (명)	비율 (%)	금액 (백만 원)	비율 (%)	인당적발 금액(천 원)
사고내용조작 <sup>1)</sup>	88,230	21.7	688,453	29.2	7,803
운전자 바꿔치기	77,959	19.2	317,119	13.4	4,068
음주, 무면허 운전	60,305	14.9	202,923	8.6	3,365
제3차량 추돌사고	40,681	10.0	138,316	5.9	3,400
사고차량 바꿔치기	23,060	5.7	97,870	4.1	4,244
기타	22,281	5.5	140,411	6.0	6,302
고지의무 위반 <sup>2)</sup>	21,705	5.3	184,331	7.8	8,493
사고발생후 보험가입	14,633	3.6	45,793	1.9	3,129
자동차사고 피해과장	12,461	3.1	86,607	3.7	6,950
보유불명사고	10,159	2.5	21,486	0.9	2,115
피해자간 공모 <sup>3)</sup>	9,090	2.2	61,936	2.6	6,814
병원 과장청구	7,929	2.0	37,266	1.6	4,700
자살, 자해	5,913	1.5	168,576	7.1	28,509
정비공장 과장청구	4,209	1.0	14,859	0.6	3,530
피해자(물)끼워넣기	3,071	0.8	19,625	0.8	6,390
차량도난(내수, 수출)	1,891	0.5	42,983	1.8	22,730
살인, 상해	1,131	0.3	24,566	1.0	21,721
자기재산손괴	937	0.2	6,292	0.3	6,715
방화	344	0.1	51,462	2.2	149,598
허위사망, 실종 <sup>4)</sup>	33	0.0	8,839	0.4	267,855
합계	406,022	100.0	2,359,713	100.0	5,812

주: 1) 허위(과다)입원, 진단, 장애, 수술, 허위도난 등을 포함하는 경우로 발생하지 않은 사고나 사고 내용을 허위 조작하는 경우, 피해를 과장하는 경우

2) 중대질병 및 장애를 숨기고 가입하는 경우

3) 2009년 이후 기준임.

4) 2009년 이후 기준임.

자료: 금융감독원

## 나. 불공정한 사기조사 및 보상행위로 인한 피해 발생

- 보험사기 조사업무 수행 중 SIU 소속 직원의 공격적인 언행, 태도 등에 불쾌감을 느꼈다는 내용의 민원이 지속반복적으로 발생<sup>11)</sup>
- 그러나 보험사기 방지목적으로 발의된 법률안들을 살펴보면 보험사기 조사권 강화에 대한 언급은 있으나, 무리한 사기조사로 인한 보험소비자 피해에 대한 구제와 제재 규정은 없음.
  - 보험회사에 별다른 제한규정 없이 법률로서 보험사기행위에 대한 조사활동을 인정하는 문제는 조사과정에서 보험소비자의 권리를 침해할 가능성을 내포하고 있음.
  - 이러한 문제를 해소하기 위해 박대동의원 보험사기방지특별법안(2013.08.29)은 계약자 등의 보호규정을 포함하지만, 계약자 등의 개인정보침해나 권익침해 금지를 선언적으로만 규정하고 있으며, 권익침해행위에 대한 제재규정도 두고 있지 않음.
    - 박대동의원 보험사기방지 특별법안 제6조(계약자등의 보호): ① 보험회사는 보험사기행위 조사 과정에서 계약자 등의 개인정보침해가 발생하지 않도록 노력하여야 한다. ② 보험회사는 보험사기행위 조사를 이유로 정당한 사유 없이 보험금 지급을 미루거나 계약자·피보험자·수익자의 권익을 침해하는 행위를 하여서는 아니된다.

## 다. 조사의 비효율성 및 불필요한 조사

- 지난 15년 동안 보험사기 조사노력은 주로 조직·인력·전산시스템의 구축과 양적 팽창에 집중한 나머지, 무고한 청구권자 등을 보험사기자로 의심했을 개연성이 있음.

---

11) 금융감독원(2011)

- 개인정보보호가 중요한 가치로 대두되어 보험사기 조사의 효율성이 악화될 수 있는 상황임.

---

## Ⅲ. 보험사기로부터 피보험자 보호 방안

---

- 보험금 편취를 목적으로 살인, 상해, 방화, 교통사고와 같은 보험사고를 고의로 유발하는 보험사기 사례가 언론을 통해 알려지면서 보험사기 피해에 대한 사회적 불안과 우려가 커지고 있음.
  
- 피보험자의 사망을 보험금 지급사유로 하는 보험계약을 매개로 하는 사기적 행위에 대한 우려가 존재하는 가운데, 생명보험의 높은 보급률에도 불구하고 동 보험의 피보험자 보호를 위한 안전장치가 미흡한 상황임.
  - FY2012 기준 개인보험 중 사망보험의 보유계약건수는 약 5,664만 건, 보유계약금액은 전년 대비 8.4% 증가한 1,528조 3,021억 원으로 전체 생명보험의 72.4%를 차지함.
  - FY2012 기준 생사혼합보험의 보유계약건수는 약 644만 건, 보유계약금액은 전년대비 36.3% 증가한 162조 1,207억 원으로 7.7%를 차지함.
  - 우리나라는 피보험이익의 존재를 보험계약의 성립 및 존속의 필요조건으로 하지 않기 때문에 가족관계 또는 재산적 이익의 관계에 있지 않은 자도 피보험자의 서면동의가 있을 경우 타인의 사망을 담보로 하는 보험계약을 체결할 수 있음.
  
- 이에 본장에서는 보험금 편취를 목적으로 하는 살인에 대해 살펴보고, 우리나라 생명보험 피보험자 보호 장치와 주요국의 생명보험 피보험자 보호 장치를 검토한 후 시사점을 도출함.

## 1. 보험살인

### 가. 보험살인 현황

□ 보험살인은 고액의 사망보험금을 편취하기 위해 수익자 등이 피보험자를 살해하거나, 제3자를 살해한 후 피보험자로 위장하는 불법행위임.

- 보험금 편취를 위해 피보험자를 살해하는 경우 제3자에 의한 살인으로 위장, 교통사고사로 위장, 기타 불의의 사고사로 위장, 자연사로 위장, 또는 자살로 위장함.
- 보험금 편취를 위해 제3자를 살해하고 그 시체를 피보험자로 위장하는 시체 바꿔치기는 타인의 생명에 대한 보험계약뿐만 아니라 자신의 생명에 대한 보험계약에도 적용됨.

□ 최근에는 손해·생명보험 전분야에 걸쳐 살인 및 상해를 이용하여 보험금을 사취하는 행위가 적발되고 있음.

- 보험살인을 교통사고나 화재 등의 재해사 등으로 위장하여 범행을 범하면 손해보험과 생명보험이 동시에 적용되는 경우가 많음.
- 생명보험에서는 피보험자의 사망을 보험사고로 하는 사망보험과 생사혼합보험이 보험살인의 주 대상이 됨.
  - 특히 계약자와 피보험자가 다른 사람인 ‘타인의 생명의 보험’이 보험살인의 대상이 되고 ‘자기의 생명의 보험’도 그 보험이 다시 ‘타인을 위한 생명보험계약’이라면, 즉 계약자와 피보험자가 동일인이고 수익자가 타인인 경우에도 수익자에 의한 피보험자의 살해가 가능할 수 있음.
  - 예외적으로, 타인을 살해한 후 피보험자로 위장하는 경우에는 불특정 다수도 보험살인의 대상이 될 수 있음.
- 손해보험에서는 자동차보험과 장기보험이 보험 살인 및 상해의 주대상이 됨.
  - 최근에는 차량파손만으로 상해입증이 용이한 점을 악용하여 인적이 드문 시간대에 단독사고를 야기함으로써 장기(생명)보험금을 청구하는 등 자동차 사고는 자동차보험뿐만 아니라 장기(생명)보험 사기에도 악용



- 자동차보험의 경우 일반적으로 범주가 용이하고 범죄혐의 입증에 곤란하며 교통사고 수사의 한계 등을 이용함.
- 2005년부터 2012년까지 8년 동안 적발된 보험사기 중 보험금을 목적으로 한 살인 및 상해 사건은 총 1,131건으로, 이와 관련된 보험금은 약 246억 원임.
  - 보험 살인 및 상해로 인한 누수보험금은 건당 평균 2,170만원임.
- 이병희(2001)에 따르면, 1975년~2000년까지 25년간 보험금을 목적으로 한 살인과 살인미수사건은 각각 49건, 10건으로, 주로 친족 또는 제3자에 의해 범행이 이루어짐.

〈표 18〉 보험살인의 가해자와 피해자의 관계(1975~2000년)

(단위: 건)

가해자 피해자	남성						여성						합
	처	자녀	부모	친척	형제	기타	부	자녀	부모	친척	형제	기타	
건수	11	4	2	4	2	5	20	1	0	2	1	5	49 (10)

자료: 이병희(2001)

- 보험살인의 경우 피보험자를 자연사, 재해사, 자살, 교통사고로 인한 사고 또는 강도에 의하여 살해된 경우로 위장하기 때문에 적발이 용이하지 않다는 점을 감안하면, 실제 발생한 보험살인 건수는 적발건수를 훨씬 초과할 것으로 추정됨.
  - 보험금을 목적으로 하는 범죄의 경우 피보험자가 계약자 또는 수익자의 살인에 의해 사망하였다는 의심을 받지 않아야 하기 때문에, 보험살인을 실행하는 계약자 또는 수익자는 피보험자를 자연사, 재해사, 자살, 교통사고로 인한 사고 또는 강도에 의하여 살해된 경우로 위장함.
  - 매해 1,000건 이상의 살인범죄가 발생하는데, 이중 보험금 편취 목적의 살

인을 적발하기란 쉽지 않음.

〈표 19〉 살인·상해 발생건수(1998~2012년)

(단위: 건)

연도	살인	상해	계
1998	966	25,850	26,816
1999	984	30,836	31,820
2000	964	33,002	33,966
2001	1,064	32,598	33,662
2002	983	29,373	30,356
2003	1,011	30,955	31,966
2004	1,082	31,701	32,783
2005	1,091	31,238	32,329
2006	1,064	79,542	80,606
2007	1,124	93,178	94,302
2008	1,120	86,924	88,044
2009	1,390	82,686	84,076
2010	1,262	70,785	72,047
2011	1,221	67,719	68,940
2012	1,029	63,242	64,271

자료: 경찰청

## 나. 보험살인 유형

□ 적발사례를 통해 본 보험살인은 다음 네 가지 유형으로 구분할 수 있음.

- 피보험이익이 있는 자가 피보험자의 실질적 동의없이 생명보험계약을 체결한 후 피보험자를 살해
  - 피보험이익이란 보험계약으로 보호받고자 하는 이익 또는 보험의 목적에 대한 보험사고의 발생과 관련하여 피보험자 또는 수익자가 가지는 경제적 이해관계로 정의됨.
- 피보험이익이 없는 자가 제3자의 생명에 대한 보험계약을 체결하거나 자신을 수익자로 변경한 후 피보험자를 살해
- 위장결혼 및 입양 등을 통해 피보험이익이 있는 생명보험계약 체결 후 피보험자를 살해
- 제3자를 살해한 후 피보험자로 위장

□ 먼저, 피보험이익이 있는 자가 피보험자의 실질적 동의 없이 생명보험계약을 체결한 후 피보험자를 살해하는 유형

- 보험살인의 가해자는 법적으로 피보험자와 피보험이익이 있는 친족인 경우가 많음.
- 계약자 또는 수익자가 피보험자의 자필서명을 위조하여 또는 피보험자에게 해당 보험계약에 대해 정확히 알려주지 않은 채 생명보험에 가입하거나 보험가입사실을 숨기는 경우 발생
- 보험계약 체결시 피보험자의 동의를 요하고 있지만, 동의의 강압성 또는 형식성 등으로 인해 그 진정성이 의심되는 경우가 적지 않으며 실제로도 피보험자에 의한 동의가 있었는지를 둘러싼 다툼이 적지 않음(신윤정, 2012).

□ 둘째, 피보험이익이 없는 자가 제3자의 생명에 대한 보험계약을 체결하거나 자신을 수익자로 변경한 후 피보험자를 살해하는 유형

- 법적으로 피보험자의 서면동의만 있으면 타인의 사망을 보험사고로 하는 보험계약을 체결할 수 있음.
  - 보험실무에서 최근 일부 보험회사는 도덕적 위험을 우려하여 보험계약 체결 시 계약자 및 수익자를 피보험자의 직계존비속, 형제자매, 배우자의 부모 등 피보험이익이 있는 자로 제한하고 있음.
- 수익자 변경은 피보험자의 서면동의와 계약자의 일방적인 통지만으로 가능
- 보험계약 체결시에는 보험회사가 내부 지침에 따라 피보험이익이 없는 생명 보험계약의 인수를 거절할 수 있지만 수익자 변경에 대해서는 계약자의 통지와 피보험자의 서면동의가 있으면 보험회사가 거절권을 행사할 수 없음.
- 따라서 최근 보험사기 적발사례를 보면, 보험계약 체결 후 수익자 변경을 통해 피보험이익이 없는 제3자가 보험금을 노리는 보험살인을 저지르는 사례가 적지 않음.

### 〈사례〉 피보험이익이 없는 자로의 수익자 변경과 보험살인

- 이씨는 고아이며 지능이 다소 낮은 한씨를 피보험자로 하는 보험계약을 체결한 뒤 혈연관계가 아닌 자신으로 수익자를 변경한 뒤 한씨를 살해한 혐의를 받음.
  - 이씨는 한씨가 정신지체장애인에다 가족이 없어 보험금의 수혜자가 없다는 점을 노리고 지난 2006년 생명보험 2건에 가입, 매월 32만원씩 2년간 보험금을 납입했으며, 사망보험금 8억 3천만 원 상당을 챙길 목적으로 이 같은 범행을 저지른 것으로
  - 보험회사 직원들은 가입실적에만 급급해 정확한 실사없이 보장액을 높일 수 있도록 한씨를 일용직에서 사무직으로 바꿔 가입시키고, 생명보험 사망수익자를 한씨와 아무런 관계가 없는 이 씨로 변경해주는 등 사실확인을 소홀히 함(노컷뉴스 2008.09.04).
- 김씨는 여자친구인 윤씨 명의의 보험계약 변경신청서를 위조해 자신을 수익자로 변경한 뒤 윤씨를 살해해 보험금을 편취했다는 혐의를 받음.
  - 김씨는 윤씨가 숨지기 11일 전에 생명보험에 가입했고 월 13만원의 보험료를 납입하였으며 윤씨가 사망하기 7일 전 사망보험 수익자를 법정상속인인 직계가족에서 남자친구인 김씨로 변경했음(연합뉴스 2013.09.12).
- 박씨는 평소 알고 지내던 김씨에게 '함께 보험에 가입한 뒤 동반자살하자'고 속이고 수익자를 자신으로 변경한 뒤 독초를 먹여 사망에 이르게 한 혐의를 받음.
  - 전직 보험설계사인 무속인 박씨는 김씨를 사망 시 28억 원을 수령하는 종신보험에 가입시키고 수익자를 자신으로 변경한 뒤 독초인 협죽도와 투구꽃 달인 물을 지속적으로 마시게 해 심장마비로 김씨를 사망하게 한 혐의를 받음(머니투데이 2013.08.12).
- 신씨는 지난해 11월부터 모두 4억3천만원의 사망보험금이 지급되는 4개의 보험을 내연관계인 A씨 이름으로 가입하고 A씨 사망 후 수익자를 자신으로 변경한 뒤 A씨를 살해해 보험금을 편취했다는 혐의를 받음(연합뉴스 2013.06.11).

□ 셋째, 위장결혼 및 입양 등을 통해 피보험이익이 있는 생명보험계약 체결 후 피보험자를 살해하는 유형

- 보험계약을 용이하게 하기 위해 법률혼을 성사시키는 등 보험범죄를 목적으로 혼인 또는 입양을 한 후 보험계약을 체결하고 살인 및 상해를 저지르는 유형의 범죄가 적발되고 있음.

### 〈사례〉 위장결혼 및 위장입양과 보험살인

- 사망보험금을 편취할 목적으로 위장결혼한 사례
  - 박씨는 미혼모 사이트를 통해 만난 임신 5개월의 김모(26)씨와 사귀지 한달도 되지 않은 2007년 5월23일 혼인신고를 마침. 법률혼을 성사시킨 박씨는 일주일 뒤 3개 보험회사에 김씨 명의로 보험을 가입함. 박씨는 6월 6일 밤, 부인 김씨가 타고 있는 승용차의 기어를 중립으로 한 뒤 강으로 밀어뜨려 익사시킨 혐의를 받음. 가입한 보험 중 한 상품은 휴일에 사망하면 1억 원의 보험금을 더 받을 수 있다는 조항이 있음(서울신문 2011.07.29).
- 사망보험금을 편취할 목적으로 위장입양한 사례
  - 최씨는 2005년 임신부라며 보험설계사를 속이고 태어날 아이 앞으로 보험에 가입한 뒤 생후 1개월된 아이를 입양, 친생자 출생신고를 함. 이후 그는 새로 입양한 아이를 입원시키기 위해 비위생적인 환경에 노출시켜 장염에 걸리도록 했고, 아이가 병원에 입원하자 보험금을 청구해 모두 10차례에 걸쳐 580여만원의 보험을 받음. 그러나 처음 입양한 아이가 10여개월만에 장염 등으로 숨지자 2008년께 다시 생후 6개월된 아이를 입양, 친생자 출생신고를 한 뒤 아이 명의로 또 3개의 보험에 가입함. 최씨는 두 번째 입양한 아기의 사망보험금을 챙기기로 마음먹고 지난해 10월 병원에 입원해 있던 아이를 뇌사상태에 빠뜨려 숨지게한 혐의를 받음(연합뉴스 2011.04.30).

□ 마지막으로, 제3자를 살해한 후 피보험자로 위장하여 보험금을 편취하는 유형

- 타인을 살해한 후 피보험자로 위장한 경우에는 불특정인이 보험살인의 대상이 될 수 있다는 점에서 사회적 폐해가 큼.

### 〈사례〉 제3자 살해 후 피보험자로 위장

- 김씨는 자신을 피보험자로 4개의 생명보험에 가입한 뒤 자신이 사망한 것처럼 위장하기 위해 노숙자를 살해하려한 혐의를 받음.
  - 김씨는 지난해 4월 자신의 이름으로 월 84만원을 내고 사고 사망시 8억 원의 보험금을 받을 수 있는 4개의 생명보험에 가입함. 8억 원대의 보험금을 노리고 자신이 차량 화재로 사망한 것처럼 위장하기 위해 노숙자 이씨를 승합차로 유인해 소주 3병을 나눠 마신 뒤 이씨가 뒷좌석에서 잠든 사이 조수석에 있던 옷가지에 라이터 기름을 뿌리고 불을 붙임(연합뉴스 2010.02.12).

## 2. 사망보험에서 피보험자 보호 장치<sup>12)</sup>

- 사망을 보험사고로 하는 보험계약은 자기 및 타인의 생명보험계약으로 구분됨.
  - 자기의 생명보험계약은 수익자가 누구이든 계약자와 피보험자가 일치하는 사망보험계약임.
  - 타인의 생명보험계약은 타인의 사망을 보험사고로 하는 보험계약으로 계약자와 피보험자가 일치하지 않음.
  - 다만, 보험계약이 명목상 자기의 보험계약으로 체결된 경우에도 피보험이익이 없는 수익자의 요청으로 체결되고 보험료도 수익자가 납부하여 보험계약상의 권리도 양도나 유증 등의 방법으로 수익자가 즉시 확보하게 되는 경우 실질적으로 타인의 생명보험계약으로 간주함.
    - 대법원은 타인의 동의 없이 타인을 계약자 및 피보험자로 하여 체결한 생명보험계약, 즉 자기의 생명보험계약을 가장한 보험계약에 대해 실질적으로 타인의 생명보험계약에 해당한다고 판시함(대법2009다74007).
- 첫째, 타인의 사망을 보험사고로 하는 보험계약에서 피보험자의 서면동의를 계약 성립 및 존속 요건임.

12) 여기에서 사망보험은 사망을 보험금 지급사유로 하는 보험을 의미함.

- 사망보험과 생사혼합보험에 있어서 타인의 사망을 보험사고로 하는 보험계약은 보험계약 체결시에 그 타인의 서면에 의한 동의를 얻어야 함(상법 제731조 제1항).
    - 상법 제739조에 따라 타인의 신체의 상해사고를 보험계약으로 하는 경우에도 피보험자의 서면동의를 얻어야 함.
  - 피보험자의 서면동의 요건은 도덕적 위험을 방지하기 위한 목적으로 타인의 생명에 대한 보험계약에 제한을 가함.
  - 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻지 않을 경우 해당 계약은 무효가 되며 보험회사는 이미 납입한 보험료를 반환하여야 함.
- 둘째, 보험계약으로 인하여 생긴 권리를 피보험자가 아닌 자에게 양도하는 경우 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어야 함(상법 제734조 제2항).
- 다만, 단체보험의 경우에는 피보험자의 동의를 요하지 않음(상법 제735조의 3 제1항)
- 셋째, 15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험사고로 한 보험계약은 무효로 함(상법 제732조).
- 다만, 심신박약자가 보험계약을 체결하거나 상법 제735조의3에 따른 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 그러하지 아니함.<sup>13)</sup>
  - 판단 및 의사결정 능력이 부족한 15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자 등을 피보험자로 하는 사망보험계약을 인정하게 되면 보험금 취득을 목적으로 하는 보험범죄 발생가능성이 높기 때문에, 상법은 이를 금지함.
- 넷째, 피보험자의 서면동의 철회권이 인정됨.
- 생명보험 표준약관 제29조 제2항에 따르면 사망을 보험금 지급사유로 하

13) 2015년 3월 12일부터 시행함.



는 계약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 이는 보험회사의 승낙을 요하지 않는 형성권임.

- 대법원은 “피보험자가 서면동의를 할 때 기초로 한 사정에 중대한 변경이 있는 경우”라는 요건 하에 계약자 또는 수익자의 동의나 승낙 없이 피보험자가 일방적으로 동의를 철회할 수 있다고 판시(2011다101520)

- 피보험자의 서면동의 철회권은 2010년 생명보험 표준약관 개정을 통해 인정되었으며, 이는 피보험자의 권익을 보호하고 피보험자의 사정변경으로 인한 피보험자의 생명 및 신체에 발생할 수 있는 도덕적 위험을 방지하기 위함임.
- 서면동의 철회로 계약이 해지되어 보험회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 경우 보험회사는 해지환급금을 계약자에게 지급하여야 함.

□ 다섯째, 보험회사는 수익자 또는 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우, 보험금을 지급하지 않음.

- 수익자가 일부 수익자인 경우에는 그 수익자에게 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자에게 지급함.
- 생명보험 표준약관 제30조에 따르면 보험회사는 계약자, 피보험자 또는 수익자가 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우, 또는 계약자, 피보험자 또는 수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있음.
  - 보험회사가 중대한 사유로 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 해지환급금을 지급하여야 함.

### 3. 문제점

#### 가. 피보험이익요건 부재

□ 최초 피보험이익요건은 도덕적 위험 방지수단으로써 도입되었음.<sup>14)</sup>

○ 18세기 중반 보험계약 또는 보험제도가 오히려 부보대상인 물건을 파괴하거나 피보험자를 살해하는 유인을 제공한다는 심각한 우려가 제기되어 이에 대한 해결책으로 피보험이익론이 발전되기 시작하였음(김철호, 2010).

○ 영국의 Marine Insurance Act 1744는 보험계약에 피보험이익 요건을 도입한 최초의 입법으로 동법의 전문에서는 도덕적 위험방지를 위해 피보험이익요건이 도입되었음을 설명함.

- 동법 전문에서는 피보험이익의 증명을 요하지 않고 보험계약이 체결될 경우 많은 유해한 책략을 초래해 왔는데 그것에 의해 수많은 배와 그 화물들이 부정한 방법으로 상실되거나 파괴되었다고 밝힘.<sup>15)</sup>

○ 또한 영국의 Life Assurance Act 1774는 동법 제1조에 피보험이익요건을 규정하고 있음.<sup>16)</sup>

- 동법 전문에서는 피보험이익이 없는 보험계약이 유해한 도박을 초래하였다고 밝힘.

○ 계약자와 아무런 이해관계도 없는 자를 피보험자로 한 사망보험 계약이 체결될 경우 계약자는 피보험자의 조속한 사망을 기원하게 되고 극단적으로는 피보험자를 살해하고자 하는 유혹에 빠질 수 있게 됨.

- 따라서 생명보험에서 계약자와 피보험자 간에 친족관계 등의 특별한 관계,

---

14) 피보험이익은 보험의 특징이며 그것으로 도박과 구별 가능한. 보험과 도박은 모두 불확실한 사건의 발생 여부에 따라 일정 금액이 지급된다는 점에서 동일하기 때문에 적법한 보험사업과 도덕적으로 의심스러운 도박을 구분해야 할 필요성이 있었는데, 피보험이익은 양자의 구분을 위한 효과적인 도구임. 즉 보험계약에서는 계약자가 부보 목적물의 멸실로 손실을 보는 반면, 도박에서는 그 계약상의 사건의 발생으로 손해가 없다는 점에서 차이가 있음.

15) Preamble to Marine Insurance Act 1745: It hath been found by experience, that the making of insurances, interest or no interest, or without further proof of interest than the policy, hath been productive of many pernicious practices, whereby great numbers of ships, with their cargoes, have been fraudulently lost or destroyed.<sup>11)</sup>

16) Preamble to Life Assurance Act 1774: An Act for regulating Insurances upon Lives, and for prohibiting all such Insurances except in cases where the Persons insuring shall have an Interest in the Life or Death of the Persons insured. Whereas it hath been found by experience that the making insurances on lives or other events wherein the assured shall have no interest hath introduced a mischievous kind of gaming:

즉 피보험이익이 있을 것을 요구할 경우 생명보험에서의 도덕적 위험에 효과적으로 대응 가능

- 1970년대 일본의 사례는 피보험이익요건과 도덕적 위험간 밀접한 관계를 보여줌.
  - 일본에서는 1975년 이후 보험금을 목적으로 피보험이익이 없는 제3자를 살해한 사건이 많이 발생하였고, 보험살인이 사회문제로 부각됨(이홍무·이미영, 1997).
  - 이런 사태에 대하여 보험회사는 1980년 전후에 수익자와 피보험자가 제3자 관계인 계약의 사실확인을 엄중히 했음.
  - 그 결과 피보험이익이 없는 보험계약과 관련된 살인사건은 1985년 이후 감소하기 시작하였음.

〈표 20〉 일본의 보험살인(1970~1994년)

(단위: 건)

연도		1970~74		1975~79		1980~84		1985~89		1990~94	
건수		24		42		48		40		9	
가해자		남	여	남	여	남	여	남	여	남	여
소계		20	4	33	9	32	16	26	14	5	4
피 해 자	남편		3		4		12		11		3
	처	9		5		6		8			
	친족	4	1	3	3	8	4	6	2	3	
	제3자	7		23	2	17		12	1	2	1
	기타			2		1					

자료: 이홍무·이미영(1997)

- 우리나라에서는 피보험자의 사망을 보험금 지급사유로 하는 보험계약의 성립 및 존속요건으로 피보험이익을 요구하지 않음.
  - 피보험이익의 존재를 보험계약의 성립 및 존속의 필요조건으로 하지 않기 때문에 가족관계 또는 재산적 이익의 관계에 있지 않은 자도 피보험자의 서면 동의가 있을 경우 타인의 사망을 담보로 하는 보험계약을 체결할 수 있음.

- 우리나라 상법내 손해보험 통칙편에서는 피보험이익을 보험계약의 목적으로 표현하며 금전으로 산정할 수 있는 이익에 한정한다고 규정함.

- 보험실무상 일부 보험회사는 보험계약 체결시 피보험이익요건을 활용하고 있지만, 보험회사마다 피보험이익 인정범위가 상이함.
  - 보험실무상으로는 피보험자와 계약자간에 피보험이익 유무가 계약 체결에 있어 중요한 고려요소로 활용되고 있음.
  - 타인의 생명에 대한 보험계약 체결시 계약자와 피보험자간에 일정범위의 친족관계가 있는지를 확인하고 있으며, 승인의 범위는 보험회사마다 상이함.
    - A사의 경우 직계가족, 형제자매, (외)조부모, (외)손자, 배우자의 부모, 며느리, 사위로 제한
    - B사의 경우 직계존비속, 배우자, 배우자 부모, 형제자매 등으로 한정
    - C사의 경우 직계로 제한
    - D사의 경우 직계존비속 및 배우자, 형제자매, 4촌 이내 혈족 또는 배우자의 직계존속에 한함.

## 나. 피보험자 동의요건의 형해화

- 피보험자와 수익자간 피보험이익이 존재하지 않더라도 피보험자의 서면동의를 있으면 피보험자의 사망을 보험사고로 하는 보험계약을 체결할 수 있음.
- 또한 피보험자의 서면동의와 계약자의 통보는 수익자 변경의 필요충분조건임.
- 피보험자의 서면동의를 보험계약 체결시보다는 수익자 변경시에 더 중요하게 작용함.
  - 보험계약 체결시에는 피보험자의 서면동의를 있더라도 도덕적 위험 등이 감

지될 경우 보험회사가 인수를 거절할 수 있지만, 수익자 변경시에는 계약자가 통보하고 수익자가 서면동의하면 보험회사가 이를 거절할 수 없음.

- 전술한 바와 같이 법적으로는 피보험이익의 존재가 사망보험 계약 성립의 필요조건은 아니지만, 실무상으로는 피보험이익이 존재하지 않는 보험계약의 인수를 거절하는 보험회사가 적지 않음.
- 또한 보험실무적으로는 보험계약 체결 시 피보험자의 실질적 동의를 확인하려는 시도가 있으며, 이는 보험회사마다 상이함.
- 피보험자의 인감증명서 첨부을 보험회사가 요구하는 경우도 있고, 계약신청서의 제출 후에 보험회사가 피보험자에 대하여 계약자가 신청한 사실을 통지하여 의사를 확인하기도 함.

□ 그러나 동의를 형식성과 강압성 등으로 인해 그 진정성이 의심되는 경우가 적지 않으며 실제로도 피보험자에 의한 동의가 있었는지를 둘러싼 다툼이 빈번한 편임.

- 동의를 형식성과 강압성이 결국 보험살인으로 귀결된 사례가 적지 않음.
  - 채권자 등이 강압적인 방법을 사용하여 피보험자로 하여금 수익자를 채권자로 변경하도록 한 사례
  - 피보험자의 자필서명을 위조하여 피보험자를 제3자인 자신으로 변경한 사례
  - 가장이 그 권위를 이용하여 그의 필요에 따라 피보험자인 가족의 동의를 얻어내는 사례
- 한국소비원이 2008~2010년 기간 동안 접수한 보험모집 과정에서 발생한 보험소비자 불만 및 피해 754건 중 자필서명이 없거나 본인 동의 없는 계약 체결이 128건으로 17%를 차지함.<sup>17)</sup>
  - 보험모집 과정에서 발생한 보험소비자 불만·피해 754건을 분석한 결과, 보험상품에 대한 허위·과장설명이나 주요 내용에 대한 설명 누락이 375건(49.7%), 보험가입시 보험소비자가 모집인에게 과거 병력·사고 등을 알렸음에도 고지의무 위반으로 인한 해약 223건(29.6%), 자필서명이 없거나 본인 동의 없는 계약체결 128건( 17.0%) 등의 순이었음.

17) [http://www.kca.go.kr/brd/m\\_32/view.do?seq=1073&srchFr=&srchTo=&srchWord=보험&srchTp=0&itm\\_seq\\_1=0&itm\\_seq\\_2=0&multi\\_itm\\_seq=0&company\\_cd=&company\\_nm=&pitem=10&page=2](http://www.kca.go.kr/brd/m_32/view.do?seq=1073&srchFr=&srchTo=&srchWord=보험&srchTp=0&itm_seq_1=0&itm_seq_2=0&multi_itm_seq=0&company_cd=&company_nm=&pitem=10&page=2)

- 특히, 적발된 보험살인 사건을 살펴보면, 피보험자가 해당 계약의 존재 및 내용에 대해 정확히 인지하지 못했거나, 피보험자의 자필서명이 위조되었거나, 또는 강압에 의해 서명한 경우가 있음.

#### 다. 보험수익자 변경에 대한 제한 부재

- 상법 제734조에 따르면 수익자 지정 또는 변경은 피보험자가 서면동의하고 계약자가 보험회사에 통지하면 가능함.
  - 수익자 변경 통지가 보험사고(사망 등) 발생 전까지 이뤄지지 않은 상태에서 보험사고가 발생하면 보험회사는 당초 수익자에게 보험금을 지급하게 되며, 이를 이유로 보험사에 책임을 물을 수 없음.
- 즉, 계약자의 수익자 변경은 보험회사의 승낙을 필요로 하지 않고 계약자의 통지로서 보험회사에 대항할 수 있음.
  - 보험회사는 수익자 변경에 대해 실질적 이해를 가지는 것이 아니므로 보험회사의 승낙은 필요하지 않음.
    - 보험종목, 보험기간, 보험료의 납입주기, 납입방법 및 납입기간, 보험가입금액, 계약자, 기타 계약의 내용 등을 변경하고자 할 때에는 계약내용 변경으로 보험사고(사망 등) 발생 가능성이 증가할 수도 있기 때문에 보험회사의 승낙이 필요함.
  - 다만 수익자와 피보험자가 다르면 도덕적 위험방지를 위해 피보험자의 서면동의가 필요함.
- 그러나 피보험자의 서면동의와 계약자의 일방적인 통지만으로 수익자 변경이 가능하게 되면, 도덕적 위험이 증가할 수 있음.

- 최근 적발된 보험살인 사건을 살펴보면, 보험계약 체결 후 피보험이익이 없는 제3자가 수익자 변경을 통해 보험금 수령권을 취득한 뒤 피보험자를 살해함.
  - 법적으로는 보험계약 체결시 피보험이익의 존재를 요구하지 않지만, 보험 실무적으로 보험회사들이 피보험이익이 존재하지 않는 보험계약 인수를 거절하기 때문에, 사망보험금을 노리는 피보험이익이 없는 제3자는 수익자 변경 제도를 악용하고 있음.
- 더욱이 피보험자의 서면동의의 진정성, 즉 실질적 동의를 담보되지 않는 상황에서 계약자의 통보와 피보험자의 서면동의가 수익자 변경의 필요충분조건이라는 것은 도덕적 위험의 발생을 용이하게 함.

#### 4. 해외사례

- 본 절에서는 미국, 영국, 일본의 피보험이익요건을 비롯한 사망보험 피보험자 보호제도를 검토함으로써 시사점을 도출하고자 함.
  - 미국은 피보험이익요건과 피보험자의 동의를 보험계약 성립요건으로 함.
  - 영국은 피보험이익요건을 보험계약 성립요건으로 하고 있으며 그 인정범위가 미국에 비해 상당히 좁아 최근 법률위원회에서 피보험이익요건에 대한 논의가 있었음.
  - 일본은 우리나라와 같이 피보험이익요건이 없고 동의주의를 채택하고 있으나, 수익자 변경시 보험회사의 거절권을 제한적으로 인정한 사례가 있음.

## 가. 미국<sup>18)</sup>

### 1) 보험계약 성립요건으로서 피보험이익

- 미국 대부분의 주는 보험사기를 방지하기 위해 타인의 생명에 대한 보험계약의 경우 피보험이익의 존재와 피보험자의 동의를 계약 성립의 필요조건으로 함.<sup>19)</sup>
  - 다만 피보험이익의 존재는 계약체결의 성립요건이지 계약존속을 위한 요건은 아니므로 수익자를 피보험이익이 없는 자로 변경하는 것이 가능함에 따라 도덕적 위험으로부터 자유롭지는 않음.
    - 즉, 피보험이익은 계약체결 시 존재해야하며 보험사고 발생 시 존재하지 않아도 됨.
- 피보험이익이 인정되는 유형을 재산적 이익의 관계와 혈연이나 인척에 의한 가족관계로 구분하고 이러한 이익이 없는 경우 계약자와 수익자는 피보험자의 조기사망에 직접적인 관심을 가지게 된다고 봄.
  - 재산적 이익의 관계에 의해 채권자는 채무자에, 기업은 그 기업의 핵심임원, 피고용인은 그 고용기간 동안 받을 급여액을 한도로 고용주의 사망에 대해 피보험이익을 인정함.
  - 피보험이익의 존재여부에 대한 판단은 주마다 약간씩 상이하나 일반적으로 친족관계라는 이유만으로 상대의 생명에 대해 피보험이익을 가지는 것은 아님.
- 미국 뉴욕주의 Insurance Act는 수익자와 피보험자가 동일하지 않은 인보험계약에서 피보험이익 요건을 적시하고 있으며, 인보험에서 수익자가 피보험자와 다음의 관계임을 증명해야 함.<sup>20)</sup>
  - 수익자가 피보험자와 혈연관계 또는 법적 관계가 있을 것

18) 송윤아(2012)를 인용·정리함.

19) Liberty National Life Insurance v. Weldon(Ala. 1957)

20) NY Code Section 3205(1): (1) in the case of persons closely related by blood or by law, a substantial interest engendered by love and affection;(2) in the case of other persons, a lawful and substantial economic interest in the continued life, health or bodily safety of the person insured, as distinguished from an interest which would arise only by, or would be enhanced in value by, the death, disablement or injury of the insured.



- 혈연 또는 법적으로 연결된 대부분의 가족 구성원(부부, 부모자녀, 형제자매 등)을 포함함.
- 피보험자의 생존이 수익자에게 경제적으로 이익이 될 것
  - 고용주는 피고용인의 생사에 피보험이익을 가지나 보험가입금액이 제한됨.<sup>21)</sup>
- 미국 뉴욕주의 Insurance Act는 타인의 생명에 대해 보험계약을 체결할 경우 피보험자의 서면동의를 의무화하고 있음.<sup>22)</sup>

## 2) 보험회사의 피보험이익 존재 확인 의무

- 보험회사는 계약 체결 시 피보험이익의 존재 유무를 확인할 의무가 있음.<sup>23)</sup>
  - 보험회사가 피보험이익의 존재유무를 신중하게 검토하지 않은 채 계약을 체결한 결과 피보험자가 상해 또는 살인의 위험에 처하거나 상해 또는 살해된 경우, 보험회사는 피보험자 또는 피보험자의 유가족에 대해 손해배상의 책임을 짐.
  - 1957년 앨라배마 주 대법원은 “모든 사람은 타인을 해치지 않도록 주의할 의무가 있다. 수익자가 피보험이익이 없는 생명보험계약을 체결하는 것은 피보험자를 극도의 위험에 처하게 하는 행위이다. 보험회사는 살인을 자극하는 상황을 만들지 않도록 합리적인 수준의 주의를 기울일 의무가 있다.”고 판시함.

21) NY Code s3205(3) and (4)

22) NY Code s 3205(3)(c).

23) Liberty National Life Insurance v. Weldon(Ala. 1957).

〈표 21〉 Liberty National Life Insurance v. Weldon(Ala. 1957)

사실관계	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 피보험자는 부모와 동거중인 2.5세의 여아이며 계약자 및 수익자는 피보험자의 숙모임</li> <li>• 숙모는 조카를 피보험자로 하는 3개의 생명보험에 가입을 신청하고 두개의 보험청약에 대해 승낙통보를 받자마자 조카를 살해함</li> <li>• 계약자이자 수익자인 숙모는 피보험자를 살해한 후 2개 보험회사로부터 보험금을 수령함</li> <li>• 앨라버마주 법에 따르면 숙모-조카 관계는 피보험이익이 성립하지 않음</li> <li>• A 보험회사의 대리인은 피보험자의 부모와 잘 아는 사이이나, 증권 발급에 앞서 그 부모에게 청약사실 또는 계약 동의에 대해 함구함</li> <li>• B 보험회사의 대리인은 증권 발급에 앞서 피보험자의 집에 방문하였으나 그 부모에게 방문이유를 숨겼고, 청약승낙에 필요한 medical form을 숙모에게 보냄</li> <li>• C 보험회사의 대리인이 피보험자의 집에 방문했으나, 피보험자의 부모는 딸을 피보험자로 하는 어떤 보험계약도 원치 않는다고 전함</li> <li>• 피보험자의 부모는 피보험자가 살해되고 난 후 2개 보험계약의 체결사실을 인지함</li> </ul>
소 제기	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 피보험자의 부모는 피보험이익 존재여부를 신중히 검토하지 않은 보험회사의 부주의로 보험계약이 체결됨으로써 피보험자가 살해되었다고 주장함</li> </ul>
법원의 판단	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 보험회사가 계약자 및 수익자의 피보험이익 존재 유무를 신중히 검토하여 보험계약을 거절하였다면 피보험자가 살해되지 않았을 것으로 보이므로 보험회사는 피보험자의 부모에게 손해배상을 할 필요가 있다는 판결을 내림</li> </ul>

### 3) 피보험자의 실질적 동의유무에 대한 보험회사의 확인 의무

□ 타인의 생명보험 계약체결에 있어서는 계약자 및 수익자와 피보험자 간 피보험이익이 존재하는 경우일지라도 보험회사는 피보험자가 동의하거나 인지하지 못한(without the knowledge or consent) 보험계약을 체결하지 않도록 합리적인 수준의 주의(reasonable care)를 기울일 의무가 있음.<sup>24)</sup>

○ 타인의 사망보험계약인 경우 피보험자의 자필서명은 계약 성립의 필수요건임.

－ 다만, 피보험자가 일정 연령 이하인 경우(뉴욕은 14.5세) 피보험자의 자필서명을 요구하지 않으며, 뉴욕을 비롯하여 일부 주는 배우자를 피보험자로 하는 경우에도 피보험자의 자필서명을 요구하지 않음.<sup>25)</sup>

24) Ramey v. Carolina Life Ins. Co. (SC. 1964).

- 보험회사는 피보험자의 자필서명이 위조된 보험청약을 승낙하지 않도록 합리적인 수준의 주의를 기할 의무가 있음.
- 또한, 보험회사는 피보험자의 자필서명이 있다고 하더라도 피보험자가 해당 보험계약에 대해 충분히 인지하지 못한 상태에서 서명했을 가능성을 감안하여 계약 체결에 앞서 이를 확인할 의무가 있음.

〈표 22〉 Ramey v. Carolina Life Ins. Co.(SC, 1964)

사실관계	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 계약자 및 수익자는 피보험자의 부인</li> <li>• 부인이 피보험자인 남편의 자필서명을 위조하여 사망보험계약을 체결함</li> <li>• 피보험자는 계약사실을 모름</li> <li>• 보험금 수령을 목적으로 남편을 독살하려고 하였으나 실패함</li> </ul>
소 제기	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 피보험자는 부인의 독살 시도와 그로 인한 자신의 부상에 보험회사의 책임이 있다고 주장함</li> </ul>
법원의 판단	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 보험회사는 피보험자가 동의하거나 인지하지 못한 보험계약을 체결하지 않도록 합리적인 수준의 주의(reasonable care)를 기울일 의무가 있음</li> </ul>

#### 4) 피보험자의 계약취소요청에 대한 보험회사의 책임

- 보험금을 노린 살해의 위협을 느낀 피보험자가 보험계약의 취소를 요청할 경우 보험회사는 계약을 무효로 하거나 피보험자 살해 시 보험금을 수령할 수 없음을 수익자에게 경고할 의무가 있음.<sup>25)</sup>
- 피보험자가 보험금을 노린 살해의 위협을 보험회사에 알렸는데도 불구하고 보험회사가 적절한 후속조치를 하지 않는 경우, 피보험자는 이에 대해 손해배상을 청구할 수 있음.

25) N.Y. Insurance Law 3205(c)(1).

26) Life Insurance Company of Georgia v. Lopez(Fla. 1983),

〈표 23〉 Life insurance company of Georgia v. Lopez(Fla. 1983)

사실관계	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 계약자 및 수익자는 피보험자의 부인</li> <li>• 피보험자의 부인은 사망보험계약을 건강보험계약으로 속여 피보험자의 자필서명을 받아냄</li> <li>• 계약자의 연평균가구소득은 9,000달러인데 반해 연납부보험료는 7,464달러임</li> <li>• 부인과 처남의 살해음모를 알게 된 피보험자가 이를 보험회사의 대리인에게 알렸으나 보험회사는 아무런 조치를 취하지 않음</li> <li>• 이후 피보험자는 부인과 처남에 의해 납치되어 익사될 뻔 했으나, 경찰에 의해 구조됨</li> </ul>
소 제기	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 피보험자는 보험회사의 계약체결 시의 부주의와 피보험자의 위험통보 시 보험회사의 부주의에 대해 손해배상을 청구함</li> </ul>
법원의 판단	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 보험회사는 피보험자의 신고가 있던 당시에 ① 보험금총액이 사회통념상 상당성을 벗어나고, ② 가구소득에 비해 납부보험료가 과도하게 높으며, ③ 계약자가 고액의 보험료를 계속하여 지불할 수입이 없으며, ④ 피보험자의 동의 부족(lack of consent)을 파악할 수 있을만한 조사를 실시했어야 함</li> <li>• 살해위험을 느낀 피보험자의 보험계약 취소 요청이 있을 경우, 보험회사는 신속한 조사를 통해 살해위험존부를 파악하여 계약을 무효로 하거나 피보험자 살해 시 보험금을 수령할 수 없음을 수익자에게 경고할 의무가 있음</li> </ul>

#### 5) 보험회사의 면책범위 축소

□ 사망보험계약 체결 당시 피보험자를 살해할 의도가 없었다면 그 계약은 유효한 것이므로, 계약자 및 수익자가 보험금 수령을 목적으로 피보험자를 살해하였다고 하더라도 보험회사는 계약자 및 수익자를 제외한 피보험자의 가장 가까운 가족에게 보험금을 지급해야 함.

□ 반대로, 사망보험계약 체결 당시 계약자 및 수익자의 피보험자 살해 의도가 있었다면 그 계약은 무효한 것이므로 계약자 및 수익자가 보험금 수령을 목적으로 피보험자를 살해하였다고 하더라도 보험회사는 누구에게도 보험금을 지급할 필요가 없음.<sup>27)</sup>

○ 다만, 플로리다 주 법원은 사망보험계약의 계약자 및 수익자가 보험금 수

27) New England Mut. Life Ins. Co. v. Calvert, Cerro Gordo Charity v. Fireman's Fund American Life Insurance Co.

령을 목적으로 보험에 가입하고 피보험자를 살해한 경우 보험회사의 보험금 면책이 인정되면 보험회사는 보험 살인의 가능성이 잠재된 계약을 알면서도 승낙할 유인이 있다고 경고함.<sup>28)</sup>

〈표 24〉 우리나라와 미국의 사망보험 피보험자 보호 장치 비교

미국	우리나라
피보험이익이 존재하지 않으면 보험계약을 체결할 수 없음	피보험이익이 존재하지 않아도 계약을 체결할 수 있음
보험사고 발생시 피보험이익이 존재하지 않아도 보험금 수령가능	좌동
보험회사는 계약체결 시 피보험이익의 존재 유무를 확인할 책임이 있음	보험회사는 계약체결 시 피보험이익의 존재 유무를 확인할 필요가 없음
피보험자의 서면동의를 요구함	좌동
피보험자의 서면동의가 누락 또는 위조된 계약으로 인해 피보험자가 보험살인의 위험에 처한 경우 보험회사에 책임을 물을 수 있음.	피보험자의 서면동의가 누락 또는 위조된 계약은 무효이므로 보험회사는 해당 계약과 관련하여 책임이 없음
실해위험을 느낀 피보험자의 보험계약 취소 요청이 있을 경우 보험회사는 계약을 무효로 하거나 피보험자 살해시 보험금을 수령할 수 없음을 수익자에게 경고할 의무가 있음	타인의 사망보험계약의 해약은 계약자와 피보험자의 동의가 있을 경우 가능함
사망보험계약 체결 당시 사기의 의도가 없었다면 그 계약은 유효한 것이므로 계약자 및 수익자가 보험금 수령을 목적으로 피보험자를 살해하였다고 하더라도 보험회사는 계약자 및 수익자를 제외한 피보험자의 가장 가까운 가족에게 보험금을 지급해야 함	계약자 및 수익자에 의한 보험살인이 명백한 경우 보험회사는 보험금을 지급할 책임이 없음

28) Life Insurance Company of Georgia v. Lopez(Fla. 1983).

## 나. 영국

- 영국에서는 인보험 영역에서 피보험이익의 존재를 요구하고 있음.
  - 영국의 Life Assurance Act 1774는 제1조에서 이익이 없는 보험계약의 체결을 금지하고 이익이 없는 보험계약이 무효임을 규정하고 있음.<sup>29)</sup>
    - 즉 계약자가 반드시 보험의 목적물을 보존하는 것으로부터 이익을 얻을 수 있어야 하거나 혹은 발생하게 될 손해로 인한 손실을 입어야 하는 것을 요구함.
  - Life Assurance Act 1774 Section 2에서는 보험증권에 수익자의 이름을 기재하지 않는 것이 불법임을 적시함.<sup>30)</sup>
  - 한편, Marine Insurance Act 1745는 보험계약에 피보험이익 요건을 도입한 최초의 입법으로 영국에서는 손해보험에서도 피보험이익이 없는 보험계약의 체결이 금지되었음.
  - Gaming Act of 1845 Section 18은 피보험이익이 없는 보험계약을 도박으로 간주하여 보험계약이라 하더라도 동법에 의해 무효가 됨.<sup>31)</sup>
- Life Assurance Act 1774는 피보험이익의 형태를 적시하고 있지는 않지만, 판례에서 인정하는 인보험 관련 피보험이익의 형태는 다음과 같음.
  - 자연적 관계(natural affection)로부터 발생하는 이익
    - 자신의 생명이나 자신의 배우자의 생명에 대하여 보험을 가입하는 것
    - 기타 다른 가족관계는 잠재적 경제적 손해나 제정법상의 규정이 존재하지

29) Life Assurance Act 1774 Section 1: From and after the passing of this Act no insurance shall be made by any person or persons, bodies politick or corporate, on the life or lives of any person, or persons, or on any other event or events whatsoever, wherein the person or persons for whose use, benefit, or on whose account such policy or policies shall be made, shall have no interest, or by way of gaming or wagering; and every assurance made contrary to the true intent and meaning hereof shall be null and void to all intents and purposes whatsoever.

30) Insurance Assurance Act Section 2: And it shall not be lawful to make any policy or policies on the life or lives of any person or persons, or other event or events, without inserting in such policy or policies the person or persons name or names interested therein, or for whose use, benefit, or on whose account such policy is so made or underwrote.

31) Gaming Act Section 18: All contracts or agreements, whether by parole or in writing, by way of gaming or wagering, shall be null and void; and no suit shall be brought or maintained in any court of law or equity for recovering any sum of money or valuable thing alleged to be won upon any wager.

않는 경우, 보험계약을 체결할 권리를 부여하지 않음.

- 영국법에서 부모와 자식 간, 형제자매나 혼인으로 인한 인척관계 혹은 사촌 간에도 피보험 이익이 존재하지 않아 서로 보험계약을 체결할 일반적인 권리가 존재하지 않는 것으로 봄.

- 법률에 의하여 인정되고 계약시에 증명가능한 잠재적 경제적 손해로부터 발생한 이익
- 제정법 규정으로부터 발생한 이익
- 위에 분류에는 해당하지 않지만, 법원이 인정한 이익

□ 최근 인보험의 피보험이익에 대한 다음과 같은 문제점이 제기되었고 법개정 논의가 진행됨.<sup>32)</sup>

- 첫째, 피보험이익의 의의와 그 적용이 난해하다는 점
  - 무엇이 피보험이익인지에 대하여 보험의 목적에 따라 다양하고, 그 요구되는 시점도 계약의 체결시인지 또는 보험사고의 발생시인지에 따라 다름<sup>33)</sup>
- 둘째, 상해보험과 책임보험의 경계가 불분명해졌다는 점
- 셋째, 피부양자가 보험을 가입하는데 어려움을 겪는다는 점
  - 현재 영국의 법률에 의하면 피부양자는 부양자가 자신을 부양할 법적인 의무가 있다는 것을 입증하지 못하면 부양자의 생명에 대하여 보험을 가입할 수 없음.
  - 이러한 결과로 자신의 생계나 교육을 위해 다른 사람의 생활에 의지하고 있는 자들은 그러한 다른 사람의 생명에 대하여 보험을 가입할 수 없는 상황임.
- 넷째, 채무에 대한 이익이 피보험이익이 되지 않고 주요 피고용인에 대한 보험가입도 불명확한 점
- 다섯째, 생명보험법에서 요구되는 요건들이 보험계약의 양도로 회피가능한 점
- 여섯째, 여행보험과 같이 손해보험과 인보험의 요소를 함께 가지고 있는 혼합보험상품이 잠재적인 문제점을 가지고 있다는 점
- 일곱째, 피보험이익의 요건을 충족하지 못했을 경우 보험회사의 구제수단

32) UK Law Commission(2008)

33) 특히 영국에서는 생명보험에서 자신을 피보험자로 하는 보험계약을 체결한 이후 그 수익자의 지위를 증권의 양도를 통하여 가능하게 됨에 따라 더욱 복잡하여지고, 단체보험에서의 피보험이익을 따지는 문제는 더욱 어려움.

이 불명확하고 이를 위반했을 경우 벌칙의 부과가 계약자에게만 있고 보험회사에는 없다는 점

- 피보험이익이 없는 인보험계약은 무효일 뿐 아니라 불법이기 때문에 보험 사고 발생시 보험금이 지급되지 않을 뿐 아니라 계약자가 납입한 보험료도 반환되지 않음.

□ 2008년 영국 Law Commission은 위와 같은 문제점을 지적하며 인보험에서 현재의 피보험이익의 법리를 보다 완화하는 쪽으로 개정의견을 내놓음.<sup>34)</sup>

- 인보험에서는 피보험이익을 요건으로 유지하나, 다만 그 인정의 범위를 확대함.
- 현재 법률은 법률적인 의무가 존재할 것을 그 요건으로 하고 있으나 법률위원회는 사실적인 기준을 대안으로 제시하고 있음.
  - 현재의 영국법보다 이를 확대하여 동거가족, 직계비속, 직계존속의 생명보험에 대하여 피보험이익을 인정함.
  - 기타 사망보험에서 타인의 동의가 피보험이익의 대체 요건이 될 수 있도록 하고 이것이 도덕적 위험을 방지할 수 있다고 봄.

□ 또한 영국 Law Commission은 이슈페이퍼에서 보험회사의 피보험이익 확인 의무의 법제화를 제안하였음.<sup>35)</sup>

- 보험회사가 인수시 피보험이익 확인을 소홀히 하고, 보험금 청구시 피보험이익의 부족을 이유로 보험금 지급을 거절하는 것이 공정한가에 대해 의문을 제기하였고 보험회사의 피보험이익 확인의무 법제화를 제안함.
- 자문위원 13명 중 9명은 The Treating Customers Fairly 원칙에 의해 상술한 보험회사의 기만적 행위는 규제될 수 있고, 보험회사가 이미 실무적으로 피보험이익을 확인하고 있어 이를 법제화하는 것은 추가비용을 유발하고 이중규제 가능성이 있어 불필요하다는 입장을 보임.<sup>36)</sup>
  - The Treating Customers Fairly 원칙은 보험회사가 보험소비자의 이익을

---

34) Ibid.

35) Ibid.

36) UK Law Commission(2011)



고려하고 보험소비자를 공정하게 대해야 한다는 것으로, Financial Services Authority에 의해 규제됨.

#### 다. 일본<sup>37)</sup>

- 원칙적으로 수익자 지정 및 변경은 계약자의 일방적 의사표시로 효력이 생김.
  - 보험회사는 제3자가 수익자가 되는 것을 거절할 이해관계를 가지지 않기 때문에 수익자 지정 및 변경에 대해 보험회사의 동의권 또는 거절권이 인정되지 않는다고 봄.
- 그러나 제3자에게 보험금이 지급된다면 공서양속에 반하는 사태가 초래되는 경우에는 보험회사의 동의권 또는 거절권이 인정될 수 있다는 하급심 판결이 있음.
  - 일본에서는 수익자로 지정된 자가 계약자와 공서양속에 반하는 관계에 있는 경우에 윤리성을 이유로 보험회사가 계약자의 수익자 지정 및 변경권 행사에 대하여 거부할 수 있는지에 대하여 논의되어 왔음.
  - 1999년 일본 하급심법원은 계약자가 불륜관계를 지속할 목적으로 그 상대방을 수익자로 지정한 것에 대해 공서양속을 이유로 지정의 효력을 부정한 바 있음.
- 더불어, 수익자로 지정된 자가 피보험자인 계약자를 살해하고 보험금을 취득하고자 하는 정보를 보험회사가 접한 경우 또는 수익자 지정 및 변경이 범죄행위를 유발할 가능성이 농후한 경우 보험회사가 이를 거절할 수 있어야 한다는 주장이 강하게 제기됨.

---

37) 김선정(2009)을 인용함.

## 라. 소결

- 미국, 영국, 일본 등 주요국은 인보험 영역에서 도덕적 위험 감소를 위한 제도적 보완이 이루어짐.
  
- 무엇보다도, 피보험자인 타인의 생사에 관하여 어떠한 재산상의 이익, 즉 피보험이익을 가지는 자만이 타인의 사망을 보험사고로 하는 보험계약을 체결할 수 있도록 규제
  - 피보험이익이 인정되는 유형을 재산적 이익관계와 혈연이나 인척에 의한 가족관계로 구분하고 이러한 이익이 없는 경우 계약자와 수익자는 피보험자의 조기사망에 직접적인 관심을 가지게 된다고 봄.
    - 재산적 이익관계의 경우 채권자는 채무자의 사망, 기업은 해당 기업 핵심 임원의 사망, 그리고 피고용인은 그 고용기간 동안 받을 급여액을 한도로 고용주의 사망에 대해 피보험이익을 인정함.
  - 미국의 경우, 보험계약체결시 피보험이익의 존재를 요구할 뿐 아니라, 피보험자의 자필서명도 요구함.
  - 다만, 영국과 미국의 경우도 피보험이익의 존재가 계약체결의 성립요건이지 계약존속을 위한 요건은 아니므로 수익자를 피보험이익이 없는 자로 변경하는 것이 가능하여 도덕적 위험으로부터 자유로운 것은 아님.
  - 피보험이익요건의 경우 생명보험의 영역을 제한한다는 비판을 받고 있고 피보험이익의 인정범위를 두고 다툼이 적지 않아 최근 영국에서는 피보험이익요건은 그대로 유지하되, 그 인정의 범위를 확대하자는 의견이 대두됨.<sup>38)</sup>
  
- 둘째, 보험회사의 피보험이익 존재 유무와 피보험자의 실질적 동의 확인의무
  - 미국 앨라배마 주 대법원은 피보험이익이 없는 생명보험계약을 체결하는 것은 피보험자를 극도로 위험에 처하게 하는 행위로, 보험회사는 살인을 자극하는 상황을 만들지 않도록 합리적인 수준의 주의를 기울일 의무가 있다고 판시함.

38) 호주는 1995년 생명보험에서 피보험이익요건을 삭제함.

- 또한, Ramey v. Carolina Life Ins. Co. 사건에서는 보험회사가 피보험자의 자필서명이 위조된 보험청약을 승낙하지 않도록 합리적인 수준의 주의를 기할 의무가 있다고 판시함.
- 셋째, 계약자 등의 수익자 변경에 대해 보험회사가 예외적으로 거절 가능
  - 일본의 경우 우리나라와 마찬가지로 수익자 지정 및 변경은 계약자의 권리이고 보험회사의 동의를 요하지 않는 것이 원칙임.
    - 일본은 보험계약 체결시 피보험이익이 없는 제3자도 피보험자의 서면동의가 있으면 사망보험의 수익자가 될 수 있음.
  - 그러나 수익자로 지정된 자가 계약자와 공서양속에 반하는 관계에 있는 경우에 윤리성을 이유로 보험회사가 계약자의 수익자 지정 및 변경권 행사를 거부할 수 있다는 판결이 있음.

## 5. 개선 방안

### 가. 피보험자 동의제도의 실질성 확보

- 피보험이익요건 도입보다는 보험계약 체결과 수익자 변경시 피보험자 동의제도의 실질성 확보 필요
  - 보험계약 체결시 피보험이익이 존재하더라도 수익자 변경을 통해 피보험이익이 없는 제3자도 수익자가 될 수 있고 보험실무상으로는 일부 보험회사들이 피보험이익이 존재하지 않는 생명보험의 인수를 거절하고 있기 때문에, 피보험이익요건 도입의 실익이 크다고 보기 어려움.
  - 따라서 피보험이익 요건 도입보다는 생명보험 계약체결시 또는 수익자 변경시 피보험자의 서면동의의 실질성을 확보함으로써 도덕적 위험의 발생을 사전적으로 차단할 필요가 있음.

- 피보험자의 실질적 동의 확보를 위해 합리적인 수준의 주의를 기울일 의무를 보험회사에 부과하는 방안을 고려할 수 있음.
  - ‘합리적 수준의 주의’에 해당하는 업계공통의 절차 마련 필요
  - 일부 보험회사는 피보험이익이 없는 사망보험 계약체결시 또는 수익자 변경시 실질적 동의 확인을 위한 절차가 있음.
    - 피보험자의 인감증명서의 첨부을 요구하거나 계약신청서의 제출 후에 보험회사가 피보험자에 대하여 계약자가 신청한 사실을 통지하여 의사를 확인하거나 계약자와 피보험자가 보험회사에 직접 내방하도록 하는 등의 과정을 거침.

#### 나. 수익자 변경에 대한 예외적 관리 또는 거절 기준 마련

- 우리나라에서 보험회사는 수익자 지정 및 변경에 대하여 원칙적으로 이해관계자가 아니라고 보아 이를 계약자의 단독행위로 이해함.
  - 2009년까지 생명보험 표준약관은 수익자변경을 ‘보험계약 내용의 변경’으로 보아 계약자 등의 변경과 같이 보험회사의 승낙을 얻어야 하는 것으로 하고 보험회사는 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험가입증서의 뒷면에 기재하여 준다고 규정하였음.
  - 그러나 2010년 생명보험 표준약관 개정을 통해 수익자 변경시 보험회사의 동의권을 부정함.
- 그러나 도덕적 위험 증가를 수반하는 수익자 변경이 보험회사의 이익과 전혀 무관하다고 보기는 어려움.
  - 수익자 변경으로 인해 보험살인 사건이 발생한 경우, 해당 사건이 적발된다면 보험회사로서는 보험금지급 책임이 없지만 조사비용, 평판비용 등이 발생할 수 있음.
  - 무엇보다도 수익자 변경 이후 보험금을 노린 살인이 발생한다고 하더라도 해

- 당 사건의 혐의입증에 실패한다면, 보험회사는 보험금을 지급할 수밖에 없음.
- 보험실무상으로는 수익자 변경 시 보험회사들이 본사전결 등 보다 신중한 절차를 거치는 것도, 수익자 변경이 보험회사의 이익과 무관하지 않다는 방증임.
- 또한 사망을 보험금 지급사유로 하는 보험계약에서 도덕적 위험을 사전적으로 방지할 수 있는 장치가 미흡하다는 점을 고려할 때 수익자 변경에 대한 예외적 관리 또는 거절을 고려해 볼 수 있음.
- 상법은 도덕적 위험을 방지하기 위해 계약자 등의 고의사고에 대해서는 보험회사의 면책을 인정함.
  - 그러나 보험살인 및 상해 사건의 경우 적발 및 혐의입증이 어렵다는 점에서 고의사고에 대한 보험회사의 면책이 도덕적 위험을 사전적으로 억제하기에는 미흡함.
- 김선정(2009)은 원칙적으로 계약자의 수익자 지정 및 변경에 대하여 보험회사가 동의 또는 거절할 수 없다고 인정하면서도 해석상 이를 받아들일 수 없는 경우에 동의를 거절할 수 있되, 매우 신중한 해석을 통하여 극히 예외적으로 인정하여야 한다고 주장함.
- 더불어 보험회사가 동의를 거부할 수 있는 경우가 언제인지에 대한 합의를 이끌어 내고 이를 약관 등에 예시하는 것을 언급함.
- 〈제1안〉 구체적인 실행방안으로는, 수익자 변경에 대한 업계공통의 예외적 관리 기준을 마련하고 이에 해당하는 계약을 감독당국이 모니터링 또는 조사하는 등 별도로 관리하는 방안
- 보험회사는 수익자 변경으로 인해 도덕적 위험이 높아진 계약건을 감독당국에 보고하고 이를 해당 계약 관계자들에게 알림.
  - 업계·학계·정책당국간 활발한 논의를 통해 수익자 변경 계약건 중 별도의 관리가 필요한 보고대상 계약의 기준을 구체화할 필요가 있음.
  - 수익자 변경으로 인해 도덕적 위험이 높아진 경우, 해당 계약을 감독당국

이 별도로 모니터링한다는 것만으로도 보험범죄 억제효과가 높을 것임.

□ 〈제2안〉 수익자 변경시 보험회사의 동의권(거절권)을 극히 예외적으로 인정하는 방안

- 보험회사의 거절권 또는 동의권을 인정하는 것은 개별 보험회사에 과도한 조사의무를 부과할 수 있음.
- 수익자 변경시 보험회사의 동의권이 인정된다면, 보험회사는 계약자가 수익자를 지정 또는 변경하는 경우 이것의 위험성을 판단하기 위하여 조사할 필요가 있을 것임.
  - 만일 보험회사에 수익자 변경의 위험성에 대한 조사의무를 부여할 경우 적절한 조사없이 보험금을 지급한 경우에 대한 책임문제도 제기될 수 있음.
  - 즉, 보험금에 대하여 이해관계가 있는 자로부터 왜 적극적으로 동의를 거절하지 않았는지에 대한 논의로 확산될 수 있음.

---

## IV. 불공정보상행위 및 보상분쟁 개선 방안

---

- 본 장에서는 보험회사의 불공정한 사기조사 및 보상 유형에 대해 조사하고 이에 대한 주요국의 법과 제도를 살펴봄으로써 개선 방안을 모색함.

### 1. 보상관련 분쟁

- 설문조사 결과, 보험회사의 보험사기 조사 및 보상행위에 대한 신뢰와 관련 기관에 대한 신뢰가 40% 미만으로 낮은 편임.
  - 설문조사 결과, 보험회사가 보험금을 공정하게 지급할 것이라는 진술에 긍정적인 응답자는 30.4%인 반면 부정확한 응답자는 30.3%임.
  - 보험분쟁과 관련하여 피해구제기관과 사법기관을 신뢰한다는 응답이 40% 미만으로 보험회사(30.4%), 피해구제기관(37.8%), 사법기관(39.3%)에 대한 신뢰 수준이 대체로 유사하며 낮음.

#### 가. 민원

- 보험금 지급단계는 보험제도의 실질적이고 구체적인 목적이 현실화되는 단계로서 보험 소비자의 신뢰가 형성되는 중요한 지점임.
  - 계약의 성립 및 실효, 고지 및 통지의무위반 등 모집과 계약체결 단계에서의 문제점이 표면화되어 다툼이 일어나는 지점 또한 보상단계임.
- FY2011~2013 기간 동안 생명보험회사의 부지급률은 1.08%, 손해보험회사의 부지급률은 1.01%임.

- 부지급률은 청구건수 대비 부지급건수의 비율로서, 동기간 생명보험회사의 부지급률은 0.4~3.67%, 손해보험회사의 부지급률은 0.6~3.22%임.
- 보험회사의 부지급 사유는 약관상 지급사유 미해당, 약관상 면책, 고지의 무 미이행 등 다양함.

〈표 25〉 보험회사의 3년(FY2011-2013) 평균 부지급률

(단위: %)

생명보험회사	부지급률	손해보험회사	부지급률
한화생명	1.24	메리츠화재	1.44
알리안츠생명	1.79	한화손보	1.10
삼성생명	0.63	롯데손보	1.39
흥국생명	1.09	MG손보	2.66
교보생명	1.21	흥국화재	1.63
신한생명	0.40	삼성화재	1.18
현대라이프	2.59	현대해상	0.60
KB생명	3.67	LIG손보	0.72
우리아비바생명	1.80	동부화재	0.62
KDB생명	2.18	AXA손해보험	2.17
미래에셋생명	1.45	더케이손보	1.08
라이나생명	1.18	AIG	3.03
AIA생명	3.24	에이스보험	3.22
푸르덴셜생명	1.84	농협손해보험	1.33
ING생명	1.17		
하나생명	1.94		
동부생명	2.12		
메트라이프생명	0.51		
동양생명	2.17		
PCA생명	1.20		
ACE생명	2.00		
생명보험업계 평균	1.08	손해보험업계 평균	1.01

주: 부지급률은 청구건수 대비 부지급건수의 비율임.

자료: 각사 정기공시



- 면부채 결정을 포함한 보험금 산정 및 지급 관련 민원은 FY2005 기준 6,869건에서 FY2012 기준 14,461건으로 지난 7년 동안 2배 이상 증가하였으며, FY2012 기준 전체 민원의 약 37%로 가장 높은 비율을 차지함.

〈표 26〉 보험금지급 · 보험질서 · 내부통제 관련 민원(FY2005~2012)

(단위: 건, %)

구분		FY'05	FY'06	FY'07	FY'08	FY'09	FY'10	FY'11	FY'12
보험모집		4,208	5,259	6,983	6,709	11,903	9,834	9,655	10,749
		26.1%	27.5%	29.9%	27.1%	32.5%	27.3%	27.1%	27.7%
계약의 성립 및 실효		1,242	1,299	1,799	1,828	2,278	2,199	2,895	3,238
		7.7%	6.8%	7.7%	7.4%	6.2%	6.1%	8.1%	8.3%
고지 및 통지의무 위반		695	1,031	1,094	1,130	1,691	1,705	1,777	1,572
		4.3%	5.4%	4.7%	4.6%	4.6%	4.7%	5.0%	4.1%
보험 금 지 급 및 산 정	면부채 결정	1,953	2,560	2,624	2,233	3,679	2,996	3,843	3,258
	보험금 및 제지급금 산정	2,815	3,051	3,652	2,910	4,490	5,939	5,545	5,531
	장해 및 상해등급 적용	1,257	1,366	1,251	1,171	1,168	861	584	506
	보험금 및 제지급금 지급	844	983	1,386	3,022	2,151	1,774	2,904	5,166
	소계	6,869	7,960	8,913	9,336	11,488	11,570	12,876	14,461
		42.6%	41.6%	38.2%	37.8%	31.3%	32.1%	36.1%	37.3%
대출		332	294	234	253	247	935	404	406
		2.1%	1.5%	1.0%	1.0%	0.7%	2.6%	1.1%	1.0%
보험질서		248	262	247	644	577	375	670	680
		1.5%	1.4%	1.1%	2.6%	1.6%	1.0%	1.9%	1.8%
내부통제/기타		2,540	3,051	4,046	4,826	8,487	9,414	7,393	7,673
		15.7%	15.9%	17.4%	19.5%	23.1%	26.1%	20.7%	19.8%
계		16,134	19,156	23,316	24,726	36,671	36,032	35,670	38,779

주: 금융감독원

- 또한 보험사기 조사업무 수행 중 SIU 소속 직원의 공격적인 언행, 태도 등에 불쾌감을 느꼈다는 내용의 민원이 지속반복적으로 발생<sup>39)</sup>
  - SIU 조사실장이 민원인의 거부 의사에도 불구하고 조사시 민원인 진술내용을 녹취하려고 함에 따라 민원인이 불쾌감을 느낌.
  - SIU 직원이 취조하듯 물으며 협박하듯이 겁을 주었으며 민원인을 범죄자 취급함.
  - SIU 조사실장이 자신을 전직 형사라고 소개하며 민원인에 대해 보험사기 혐의로 구속되어 콩밥을 먹어보라는 식의 폭력적 언사를 사용
  - SIU 조사실장이 목격자를 죄인취급하며 심문하듯 귀찮게 함에 따라 목격자가 경찰에서 진술을 거부함.
  - SIU 조사직원이 민원인에게 마치 경찰 수사관인 것처럼 고압적인 태도로 전화통화
  - 경찰이 압수 수색영장을 갖고 사무실에 수색을 왔을 때 ○○보험회사 직원도 함께 무단으로 사무실에 들어와 민원인 기물에 손을 댄 것으로 보임.
  - SIU 직원이 협박하듯 민원인을 다루고 개인 프라이버시를 침해하였으며 제출한 서류를 누락시키는 등 불합리하게 업무를 처리
  - SIU 조사직원 및 손해사정사 직원으로부터 밀폐된 좁은 공간에서 10여 시간동안 강압적으로 조사를 받음.

## 나. 소송

- 신규소송 제기건수는 FY2009 이후 감소추세로 FY2013에는 5,341건이며, 이중 약85%가 손해보험 관련 소송임.
  - 지난 8년 동안 생명보험 소송건수는 825~1,040건으로 전체 소송건수의 11.6~15.4%를 차지함.
  - 동기간 손해보험 소송건수는 4,516~7,270건으로 전체 소송건수의 84.6~88.4%

---

39) 금융감독원(2011)

를 차지함.

- 손해보험의 경우 미리 정한 금액을 지급하는 것이 아니라 실제 손해액을 보상해야 하므로 피해액 산정이나 과실비율 등을 둘러싼 분쟁 및 소송이 불가피한 측면이 있음.

〈표 27〉 신규 소송건수(FY2006~2013)

구분	생명보험		손해보험		합계
	건수	구성비	건수	구성비	
FY2006	1,040	12.8%	7,074	87.2%	8,114
FY2007	953	12.2%	6,882	87.8%	7,835
FY2008	844	11.6%	6,441	88.4%	7,285
FY2009	976	11.8%	7,270	88.2%	8,246
FY2010	993	13.5%	6,389	86.5%	7,382
FY2011	850	13.6%	5,418	86.4%	6,268
FY2012	847	13.7%	5,357	86.3%	6,204
FY2013	825	15.4%	4,516	84.6%	5,341

주: 금융감독원

- 전체 신규소송 중 보험회사가 계약자 등을 상대로 제기한 소송이 FY2013 기준 약 23.2%(1,240건)를 차지함.

- 동기간 생명보험 관련 신규소송 중 보험회사가 제기한 소송건수는 248건으로 전체의 30.1%를 차지함.
- 동기간 손해보험 관련 신규소송 중 보험회사가 제기한 소송건수는 992건으로 전체의 22%를 차지함.
- 보험회사의 ‘압박용 소송남발’을 줄이기 위한 제도개선 결과 보험회사의 소제기는 감소추세이나 타 금융권역에 비해 여전히 높은 편임.
  - 금융회사의 무분별한 소제기 남발을 줄이기 위해 소제기 현황 및 결과 공표 정례화, 민원발생평가 시 불이익 부과, 소송지원제도 확대, 부적절한 민사조정 등에 대한 실태점검 강화 등이 시행됨.

- 보험회사들이 소송을 제기하면 보험소비자가 금감원이나 보험소비자원에는 피해구제를 신청할 수 없고 이미 접수되어 처리중인 사건도 중단된다는 점을 악용하는 이른바 압박용 소송이 제기될 여지가 없지 않음.

〈표 28〉 보험회사가 제기한 신규소송건수(FY2006~2013)

구분	생명보험		손해보험		합계	
	건수	구성비	건수	구성비	건수	구성비
FY2006	314	30.2%	1,425	20.1%	1,739	21.4%
FY2007	201	21.1%	1,715	24.9%	1,916	24.5%
FY2008	164	19.4%	1,582	24.6%	1,746	24.0%
FY2009	214	21.9%	2,294	31.6%	2,508	30.4%
FY2010	165	16.6%	1,352	21.2%	1,517	20.5%
FY2011	148	17.4%	956	17.6%	1,104	17.6%
FY2012	164	19.4%	985	18.4%	1,149	18.5%
FY2013	248	30.1%	992	22.0%	1,240	23.2%

주: 생명보험(손해보험) 구성비는 생명보험(손해보험) 관련 신규소송 보험회사가 원고인 소송건수의 비율을 나타냄.

자료: 금융감독원

- 보험회사가 제기한 소송의 관련금액보다 계약자 등이 제기한 소송의 관련금액이 더 높은 편이며, 손해보험 보다는 생명보험 관련 소송의 건당 소송금액이 더 높은 편임.
- 2005년 하반기 동안 제기된 소송을 살펴보면, 전체 소송의 건당 평균 소송금액은 약 1억 39백만 원이며, 보험회사가 원고인 소송의 건당 평균 소송금액은 약 45백만 원임.
- 동기간 제기된 소송의 경우, 생명보험 관련 소송의 건당 소송금액은 약 2억 5천만 원이고, 이중 보험회사가 원고인 소송의 건당 소송금액은 약 1억 원임.
- 동기간 제기된 소송의 경우, 손해보험 관련 소송의 건당 소송금액은 약 1억 25백만 원, 이중 보험회사가 원고인 소송의 건당 소송금액은 약 3천만 원임.

〈표 29〉 건당 평균 소송금액(2002~2006년)

(단위: 백만 원)

구분	생명보험		손해보험		합계	
	전체	보험회사 원고	전체	보험회사 원고	전체	보험회사 원고
2002.4 ~2003.3	110.68	141.34	89.79	52.51	92.95	66.46
2003.4 ~2003.9	203.83	107.58	104.33	37.55	112.90	44.68
2003.10 ~2004.3	194.07	101.58	111.58	31.47	119.39	45.13
2004.4 ~2004.9	216.99	91.53	112.97	23.49	123.93	39.79
2004.10 ~2005.3	273.06	126.45	126.77	29.89	140.93	46.32
2005.4 ~2005.9	177.14	120.04	119.28	39.57	125.18	56.09
2005.10 ~2006.3	249.81	100.83	125.37	30.34	139.40	44.95

자료: 금융감독원

## 2. 문제점

### 가. 불공정보상행위에 대한 제재 미흡

- 보험회사의 불합리한 보험금 지급 지연 및 거절, 보험금 산정 및 지급 과정에서 악의적인 방법 동원 등 불공정보상행위에 대한 법규가 미흡한 상황임.
- 구체적으로, 상법과 보험업법은 보험회사의 신속한 보험금 지급의무 위반에 대해 이자 지급 외 별도의 제재 규정을 두고 있지 않음.

- 보험업감독업무시행세칙 제20조 제3항에 따르면, 서류접수 후 3영업일 이내에 보험금을 지급하지 아니하였을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연 단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급하여야 함.
    - 다만, 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않음.
  - 상법 제658조는 일정 기간 내 보험금 지급을 의무화하고 있으나, 위반 시 처벌규정을 별도로 두고 있지 않음.<sup>40)</sup>
  - 또한, 이진수(2012)에 따르면 보험금 지급 지연으로 인한 추가적인 손해에 대해 민법상의 손해배상책임(민법 제390조)을 활용하기란 쉽지 않음.
    - 상기 보고서에 따르면, 보험금 지급 지연으로 인해 발생한 추가적인 손해는 특별한 사정의 손해에 해당하는 것으로 보이며, 예견가능성의 입증이 어려워 배상 가능한 특별한 손해의 인정이 어려울 것임.
- 또한, 보험금 지급 지연 및 거절 외에 보험금 산정 및 지급 과정에서 발생하는 보험회사의 불공정한 행위를 저지할 수단이 미흡함.
- 청구권자에게 보상과 관련된 보험계약약관 또는 청구관련 사실을 잘못 알려주는 행위, 보상을 하지 않겠다는 부당한 협박 등 보험회사의 불공정한 행위에 대한 제재수단이 미흡함.
  - 미국의 경우, 상술한 행위에 대해 벌금, 영업중지 또는 영업허가 철회와 같은 제재가 가해짐.<sup>41)</sup>

40) 보험회사는 보험금액의 지급에 관하여 약정기간이 있는 경우에는 그 기간 내에 약정기간이 없는 경우에는 제657조 제1항의 통지를 받은 후 지체 없이 지급할 보험금액을 정하고 그 정하여진 날부터 10일내에 피보험회사 또는 수익자에게 보험금액을 지급하여야 함(상법 제658조).

41) 상세한 내용은 본고 3장을 참고하기 바람.

## 나. 손해사정의 공정성에 대한 불신

### 1) 보험계약 일방에 의한 손해사정 처리

□ 손해사정제도는 보험사고가 발생한 경우 손해액의 평가, 사정을 둘러싸고 일어날 수 있는 가입자와 보험회사간의 분쟁을 예방하고 손해사정의 공정성과 전문성을 도모하고자 1977년 도입됨(조규성, 2011).

○ 보험금 산정의 공정성과 객관성을 확보하기 위해 손해사정사로 하여금 중립적 입장에서 객관적이고도 공정한 손해액 및 보험금을 사정하게 함으로써 불필요한 소송을 방지하고, 보험금의 누수를 방지하며, 계약자 등의 권익도 동시에 보호 하는데 그 목적과 취지를 둠.

○ 손해사정사의 업무는 다음과 같음.

– 손해 발생 사실의 확인, 보험약관 및 관계 법규 적용의 적정성 판단, 손해액 및 보험금의 사정, 업무 관련 서류 작성·제출 대행, 업무수행과 관련된 보험회사에 대한 의견의 진술임(보험업법 제188조).

□ 그러나 실무적으로 손해사정이 보험계약의 일방에 의해 주로 처리됨에 따라 손해사정의 공정성에 대한 불신이 적지 않고, 이는 결국 민원 또는 소송으로까지 이어짐.

○ 설문조사 결과에 따르면, 설문에 참여한 보험소비자의 84.5%는 손해사정사가 보험사고로 생긴 손해액을 조사 결정하는 전문가임을 알고 있음.

○ 그러나 응답자의 55.4%는 손해사정사가 보험회사의 이익을 위해 고용 또는 위탁된 사람으로 인식하고 있음.

○ 즉, 절반이 넘는 응답자는 보험회사에 의해 고용 또는 위탁된 손해사정사의 공정성에 대해 불신하는 것으로 풀이할 수 있음.

〈표 30〉 보험소비자의 손해사정사에 대한 인지 실태

(단위: 명)

진술	보상경험 유무	예	아니오	계
손해사정사는 보험사고로 생긴 손해액을 조사·결정하는 전문가이다.	보상 유경험자	495(84.6%)	90(15.4%)	585
	보상 무경험자	350(84.3%)	65(15.7%)	415
	계	845(84.5%)	155(15.5%)	1,000
손해사정사는 보험회사의 이익을 위해 고용(위탁)된 사람이다.	보상 유경험자	301(51.5%)	284(48.6%)	585
	보상 무경험자	253(61.0%)	162(39.0%)	415
	계	554(55.4%)	446(44.6%)	1,000

주: 1) 본 설문조사는 2014년 9월 27일부터 10월 7일 까지 기간 동안 서울, 경기, 대전, 대구, 광주, 인천, 부산 등에 거주하는 자동차보험 가입자를 대상으로 이루어짐.

2) 보험경험 유무는 응답자 본인 또는 가족의 경험임.

자료: 보험연구원, “보험금 지급과 보험사기에 대한 보험소비자 인식 설문조사,” 2014. 10.

□ 또한 손해사정의 공정성에 대한 불만은 보험소비자의 전체 손해사정사에 대한 불신으로 이어져 보험소비자의 손해사정사에 대한 선호도는 상당히 낮은 편임.

- 설문조사 결과에 따르면, 응답자의 75.4%는 보험소비자가 보험회사와 독립된 손해사정사를 고용하여 손해액을 조사할 수 있음을 알고 있음.
- 그러나 보험소비자가 보험금 청구 시 도움을 받을 대상으로 보험설계사(56.4%), 손해사정사(41.4%), 인터넷(30.3%), 변호사(25.4%) 순으로 손해사정사에 대한 의존도가 보험설계사에 비해 낮음.
- 또한 약관상 지급사유에 해당하지 않는다는 이유로 보험금 지급 거절 시 도움을 받을 대상은 피해구제기관(47.9%), 변호사(46.6%), 손해사정사(37.8%), 보험설계사(28.4%), 인터넷(23.8%) 순으로 손해사정사에 대한 보험소비자의 의존도는 변호사보다 낮음.
- 보험사기를 이유로 보험금 지급 거절 또는 삭감 시 도움을 받을 대상은 피해구제기관(56.7%), 변호사(47.9%), 손해사정사(32.5%), 보험설계사(23.7%), 인터넷(21.9%) 순으로 손해사정사에 대한 보험소비자의 선호도가 높지 않은 편임.



〈표 31〉 보험소비자의 손해사정사 선임권에 대한 인지 실태

(단위: 명)

진술	보상경험 유무	예	아니오	계
보험소비자가 보험회사와 독립된 손해사정사를 고용하여 손해액을 조사할 수 있다.	보상 유경험자	463(79.2%)	122(20.9%)	585
	보상 무경험자	291(70.1%)	124(29.9%)	415
	계	754(75.4%)	246(24.6%)	1,000

주: 1) 본 설문조사는 2014년 9월 27일부터 10월 7일 까지 기간 동안 서울, 경기, 대전, 대구, 광주, 인천, 부산 등에 거주하는 자동차보험 가입자를 대상으로 이루어짐.

2) 보험경험 유무는 응답자 본인 또는 가족의 경험임.

자료: 보험연구원, “보험금 지급과 보험사기에 대한 보험소비자 인식 설문조사,” 2014. 10.

〈표 32〉 보험소비자의 손해사정사에 대한 선호 실태

(단위: %)

구분	보험설계사	손해사정사	변호사	인터넷	피해구제기관	기타
보험금 청구시 도움을 받을 대상	56.4	41.4	25.4	30.3	—	1.7
약관상 지급사유에 해당하지 않는다는 이유로 보험금 지급 거절 시, 도움을 받을 대상	28.4	37.8	46.6	23.8	47.9	0.5
보험사기를 이유로 보험금 지급 거절 또는 삭감 시, 도움을 받을 대상	23.7	32.5	47.9	21.9	56.7	0.3

주: 1) 본 설문조사는 2014년 9월 27일부터 10월 7일 까지 기간 동안 서울, 경기, 대전, 대구, 광주, 인천, 부산 등에 거주하는 자동차보험 가입자를 대상으로 이루어짐.

2) 보험경험 유무는 응답자 본인 또는 가족의 경험임.

3) 복수응답 가능

자료: 보험연구원, “보험금 지급과 보험사기에 대한 보험소비자 인식 설문조사,” 2014. 10.

- 손해사정의 공정성에 대한 보험회사와 보험소비자간 갈등을 줄이기 위해서는 손해사정과 관련하여 보험소비자의 선택권이 실질적으로 보장될 필요가 있으나, 손해사정 과정에서 보험소비자의 개입이 사실상 배제된 실정임.

## 2) 위탁 · 고용 손해사정사의 보험회사 종속성

- 국내 손해사정사들의 대다수는 보험회사에 고용되어 또는 위탁받아 업무를 수행하는 손해사정사들로 구성
  - 한국손해사정사회에 따르면, 2013년 11월 말 현재 손해사정업무에 종사하고 있는 손해사정사는 5,184명이며, 이 중 보험회사에 고용된 인원은 2,897명, 보험회사 위탁업체 소속이 1,480명, 어디에도 소속되지 않은 독립손해사정사는 807명인 것으로 나타남.

〈표 33〉 손해사정업무 종사자 현황(2013년 11월 말 기준)

(단위 : 명)

구분	고용손해사정	보험회사 위탁손해사정	보험소비자 독립손해사정	합계
손해사정사	2,897	1,480	807	5,184
사무원	13,000	8,300	1,500	22,800
계	15,897	9,780	2,307	27,984

자료: 한국손해사정사회

- 원수보험회사가 손해사정 위탁으로 지출한 비용은 FY2013 기준 약 8,363억 원이며, 총 위탁건수는 약 2,600만 건임.
  - 동기간 21개 생명보험회사의 위탁손해사정비용은 약 951억 원이며, 총 위탁건수는 약 111만 건임.
  - 동기간 16개 손해보험회사의 위탁손해사정비용은 약 7,413억 원이며, 총 위탁건수는 약 2,460만 건임.

□ 보험회사별 또는 손해사정 종별로 큰 차이가 있지만, 생명보험업계의 건당 평균 위탁수수료는 8만 6천원이며, 손해보험업계의 건당 평균 위탁수수료는 3만원임.

○ 2007년 보험업감독규정 개정시 보수기준 신고의무를 폐지하여 현재 보험회사와 위탁손해사정사간에 자율적으로 정하고 있음.

－ 보험업감독규정 개정 전인 2007년 2월 이전까지는 보험회사가 위탁한 손해사정사의 수수료는 손해사정사회가 보험협회와 협의해 정한 기준을 금융감독원에게 신고하도록 함.

〈표 34〉 생명보험회사의 손해사정 업무처리현황(FY2013)

(단위: 천 원)

생명보험회사	위탁건수	위탁수수료	건당수수료
한화생명	46,537	17,346,223	373
알리안츠생명	1,357	429,284	316
삼성생명	829,197	42,022,800	51
흥국생명	111,898	3,801,777	34
교보생명	29,510	13,377,330	453
신한생명	9,971	3,214,384	322
현대라이프	2,212	506,101	229
KB생명	127	42,092	331
우리아비바생명	761	217,450	286
미래에셋	4,437	1,310,645	295
농협생명	10,355	3,896,931	376
라이나생명	6,641	1,908,448	287
AIA생명	18,715	2,431,929	130
푸르덴셜생명	585	204,168	349
ING생명	5,494	1,538,765	280
하나생명	78	21,770	279
동부생명	2,766	874,050	316
메트라이프	1,827	614,972	337
동양생명	26,110	989,311	38
PCA	568	164,605	290
에이스생명	342	118,561	347
합계	1,109,488	95,031,596	86

주: 한화생명, 교보생명, 삼성생명은 자회사 위탁비율 100%임.

자료: 각사 정기공시

〈표 35〉 손해보험회사의 손해사정 업무처리현황(FY2013)

(단위: %, 천 원)

손해보험회사	외부위탁비율		위탁건수	위탁수수료	건당수수료
	지급심사	사고조사			
메리츠화재	73	100	1,146,791	21,605,447	19
한화손보	88	100	1,046,745	23,194,772	22
롯데손보	1	4	172,002	4,093,917	24
엠지손보	76	6	152,965	2,164,957	14
흥국화재	85	24	817,339	17,342,073	21
삼성화재	90(45)	100(75)	3,226,224	136,075,229	42
현대해상	100(0)	100(6)	2,369,495	97,723,663	41
LIG손보	97(0)	77(5)	2,922,887	107,508,807	37
동부화재	99(1)	100(5)	10,136,945	98,339,540	10
악사손보	0	0	226	114,373	506
더케이손보	0	0	13	5,482,880	421,760
AIG손보	0	91	7,467	3,128,008	419
농협손보	86	74	67,747	18,831,784	278
에이스보험	91	100	143,979	4,589,548	32
에르고다음	0	98(0)	32,622	1,910,056	59
하이카 다이렉트	73(0)	0	138,446	9,139,694	66
합계	—	—	24,600,869	741,307,940	30

주: 1) 외부위탁비율 = 외부위탁건수/전체 손해사정건수

2) 괄호안은 자회사 이외 위탁건수/전체 손해사정건수

자료: 각사 정기공시

- 위탁손해사정사는 위탁계약 해지를 우려한 나머지 보험회사와 저가의 불공정계약을 받아들일 가능성이 있고, 이는 공정한 손해사정을 어렵게 할 여지가 있음.
- 위탁손해사정사는 저가의 보수로 정해진 인건비 및 비용을 감당하기 위해서 1인당 처리건수를 늘리고 이로 인한 업무과중은 공정한 손해사정과 거리가 있음.
- 이는 결국 피보험자 및 보험사고 관계자의 불만을 초래하고 민원 증가를 낳는 악순환을 초래

- 한편, 고용손해사정사는 보험회사의 직·간접적 영향 하에 놓여 있어, 계약자보다는 보험회사의 입장에서 업무를 수행할 개연성이 있음(조규성, 2014).
  - 보험회사가 가진 인사권으로 인해 고용손해사정사들은 보험사가 내부적으로 운영하고 있는 사정기준에 입각해 업무를 수행함.
  - 손해사정실무에서는 다음과 같은 관행으로 고용손해사정사의 독립성이 훼손되고 있는 것으로 알려짐.
    - 보험회사에서 제작한 손해사정지침 내지 보험금 산정지침을 시달
    - 손해사정사 1인당 지급보험금 사정금액에 순위를 부여하여 인사고과에 반영
    - 일정 금액이하로 보험금을 감액하여 합의하거나 면책할 수 있는 근거만을 조사하도록 지시

### 3 해외사례

- 본 절에서는 영국과 미국의 보험금 지급관련 법규와 관련 논의를 검토함으로써 시사점을 도출함.
  - 영국 법률위원회 주관 하에 2006년 이후 지난 8년 동안 활발히 전개된 이해관계자들의 논의와 법률위원회가 작성한 보험계약법 초안은 보험금 지급관련 법개정에 대해 논의를 시작한 우리나라에서 검토의 의미가 있음.
  - 미국의 경우, 대부분의 주에서 불공정보상행위를 정의하고 이를 금지하는 법을 가지고 있음.

#### 가. 미국<sup>42)</sup>

##### 1) 묵시적인 선의와 공정거래의 의무 및 징벌적 손해배상

---

42) 송윤아(2012)를 인용·정리함.

## (1) 의미

- 보험계약에는 계약의 당사자들로 하여금 계약의 혜택을 받을 타방의 권리를 침해하는 어떠한 행위도 해서는 안 된다는 것을 요구하는 묵시적인 선의와 공정거래(implied covenant of good faith and fair dealing)의 의무가 있음.
- 이러한 선의와 공정거래의 의무는 모든 계약에 적용되는 원리로서 그러한 선의의무를 이행하지 않는 것은 명시적인 계약의 내용과 관계없이 계약상의 의무 위반이 될 수 있음.
  - 또한, 이러한 계약의 의무는 어떤 계약에 있어서든 계약의 양 당사자 모두에게 적용될 수 있는 것이라지만, 보험법의 영역에 있어서 미국의 판례는 이 원리를 피보험자가 보험회사에 제기하는 소송의 원인으로만 보고 있음.
  - 판례의 이러한 태도는 피보험자의 이익을 보호하기 위한 노력에서 비롯된 것으로서 불법행위이론과 계약이론의 혼합으로부터 발생된 것임.
- 캘리포니아 주 대법원은 1950년대 후반부터 보험회사가 보험계약상의 의무를 약의에 의해 위반하는 행위를 불법으로 간주하여 청구권자의 정신적 고통에 대한 위자료나 징벌적 손해배상을 인정하여 왔음.<sup>43)</sup>
  - Brown v. Guarantee Insurance Company(Cal. App. 1957) 판결에서 캘리포니아 법원은 제3당사자(책임보험의 피해자)의 소송화해 제의를 거부하는데 있어 피보험자의 이익을 고려하지 않은 보험회사의 행위를 신의성실 의무 위반이라고 판시함.
    - － 15,000달러의 불법행위 소송으로 피소된 피보험자를 대신하여 보험회사는 자동차책임보험에 근거하여 방어를 인수하였으나, 피보험자에게 화의 제의를 알리지도 않은 채 5,000달러의 보험계약의 한도에서 화해하자는 피해자의 제의를 거절함.

43) 1950년 초반까지 미국 내의 많은 보험회사들은 교섭력 측면에서 열위에 있는 피보험자 및 청구권자의 정당한 보험금 지급청구를 거절하거나 혹은 청구금액을 감액하는 등 악의로 합의하는 관행을 가지고 있었음. 또한 미국의 피보험자 및 청구권자는 보험회사의 의무 위반으로 인해 발생한 추가적 손해에 대해서 배상받을 수 없었음. 즉, 그 당시 보험회사는 약관에 정해진 이상의 금액에 대해 책임을 질 일이 전혀 없었고, 초과되는 비용은 오로지 피보험자에게만 부담되었음.

- 보험회사는 ‘화해로 인하여 보험회사가 얼마만큼의 금액을 절약할 수 있지 않는 한 보험회사가 화해를 하여야 할 이유가 전혀 없다’라는 주장을 함.
- 보험회사의 의도적이고 악의적인 선의의무 위반행위는 묵시적인 계약상 의무의 위반 및 불법행위(bad faith tort)가 되며, 그로 인한 청구권자의 모든 손해가 보상될 수 있음.
  - 그러한 손해에는 경제적인 손해뿐만이 아니라 경제적 손해로부터 발생하는 정신적 고통에 대한 손해, 추가적인 손해(consequential damage)에 더하여 징벌적 손해배상을 인정하기도 함.
  - 미국에서는 불법행위로 인한 손해배상 사건에서는 징벌적 손해배상금이나 정신적 고통에 대한 위자료의 청구가 가능한 반면, 계약위반으로 인한 손해배상에서는 이러한 것이 전통적으로 허용되지 않음.
    - 보험회사의 악의에 의한 계약불이행이 불법행위가 되는가(bad faith tort)에 대한 논의가 있었음.
- 판례에서 보험회사의 선의의무 위반행위를 단순한 계약위반이 아니라 불법행위로 인정한 주된 이유는 보험계약의 경우에는 보험회사와 계약자 사이에 공공의 이익, 부합계약 및 보험회사의 신탁적인 의무 등에 의하여 특징지어지는 특별한 관계가 존재한다는 것이었음.
  - 지금까지 48개 주 법원은 책임보험에서 보험회사의 선의와 공정거래의무 위반이 소송사유가 된다고 판시한 바 있음(Richman, 2011).

## (2) 악의(Bad Faith) 유형

- 1973년 캘리포니아 대법원은 Gruenberg v. Aetna Insurance Co. 판결에서 보험회사의 선의의무 위반을 불법행위로 규정하는 것을 제1당사자보험으로까지 확대 적용함.
  - 위 판결에서 대법원은 “책임보험에서 보험회사는 피해자의 합리적인 화의 제의를 받아들일 의무가 있듯이 제1당사자보험에서 보험회사는 보험금지



급을 비합리적으로 보류하지 않을 의무가 있다”고 판시함.

- 또한, “제1당사자보험에서 보험회사가 적합한 이유 없이 보험금 지급을 보류하는 것은 선의와 공정거래의 묵시적인 계약의 의무를 위반한 것으로 소송사유가 된다”고 판시함.
- 1984년 유타주 대법원은 Beck v. Farmers Insurance Exchange 판결에서 “제1당사자보험에서 피보험자는 보험회사가 모든 계약관계에서 존재하는 선의와 공정거래의 묵시적인 계약의 의무를 위반했을 때에는 이를 원인으로 소송을 제기할 수 있다”고 판시함.

□ 제1당사자보험에서 보험회사의 선의의무 위반을 불법행위로 인정한 주 가운데, 보험회사가 선의의무를 위반했는지 여부를 결정하기 위한 기준은 주마다 상이함.<sup>44)</sup>

- 과실 기준(negligence standard)은 과실로 피보험자에게 손해를 가한 경우라도 선의의무를 위반한 것으로 간주함.
  - － 알래스카, 캘리포니아, 코네티컷, 하와이, 네바다, 노스다코타, 오하이오, 오클라호마, 사우스캐롤라이나, 텍사스, 워싱턴 등 적어도 11개 주가 부주의 기준을 적용함.
- 고의적 불법행위 기준(intentional tort standard)은 고의로 피보험자에게 손해를 가한 경우 선의의무를 위반한 것으로 간주함.
  - － 앨라배마, 콜로라도, 아이다호, 인디애나, 아이오와, 켄터키, 미시시피, 네브라스카, 뉴멕시코, 로드아일랜드, 사우스다코타, 버몬트, 위스콘신, 와이오밍 등 적어도 14개 주가 의도적 불법행위기준을 적용함.
  - － 콜로라도는 선의의무 위반의 인정 기준을 과실기준으로 낮추고 보험회사에 부과된 벌금을 기존 콜로라도 보통법보다 높게 조정하는 법을 제정하였음.<sup>45)</sup>
- 준범죄 기준(quasi-criminal standard)은 범죄에 준하는 행위로 고의로 피보험자에게 손해를 가한 경우 선의의무를 위반한 것으로 간주함.

44) Tennyson, and Warfel(2009)

45) Colorado Rev. Stat. 10-3-1113.

□ 구체적으로, 판례 등을 통해 본 보험회사의 선의 및 공정거래의무 위반행위의 예시는 다음과 같음.<sup>46)</sup>

- 청구권자에게 보상과 관련된 보험계약약관 또는 청구관련 사실을 잘못 알려주는 행위<sup>47)</sup>
- 청구권자의 사고통보 후 사고접수 통지를 정해진 기간 내에 하지 않는 행위<sup>48)</sup>
- 청구권자가 손실증명에 필요한 서류를 제출한 이후 일정 시간이 지났음에도 보험지급여부를 알려주지 않는 행위<sup>49)</sup>
- 보험회사의 책임이 자명한 보험금청구에 대해 신속·공정하게 보상하고자 성실하게 노력하지 않는 행위
- 청구권자에게 법률서비스를 이용하지 말라고 직접적으로 조언하는 행위
- 충분한 설명 없이 보험금 지급을 지체하거나 거절하는 행위<sup>50)</sup>
- 충분한 조사없이 보험금 지급을 거절하거나 삭감하는 행위<sup>51)</sup>
- 피보험자의 보험금 청구 후에 지급거절이나 지체를 위한 소송의 제기
- 조사과정에서 악의적인 방법을 동원함으로써 청구권자에게 피해를 초래하거나 사생활을 침해하는 행위<sup>52)</sup>
- 책임보험에서 방어의무를 부당하게 이행하지 않는 행위
- 책임보험에서 피해자의 화의제기에 적극적으로 대응하지 않는 행위 등

46) 캘리포니아의 경우 California Insurance Code Section 790.03(h)에서 보험회사의 불공정행위 16가지를 명시하고 있음.

47) 선의와 공정거래의 의무에 따라 손해사정인은 협상을 개시하기 전에 보험계약에 따른 담보범위를 피보험자에게 알려주어야 하는데 특히 피보험자가 그 범위를 모르고 있는 것이 명백한 경우에 손해사정인이 피보험자의 무지를 이용하는 행위는 선의 및 공정거래의무를 위반하는 것임(MFA Mutual Insurance Company v. Flint, Tenn. 1978).

48) 대부분의 주는 주법에 다음의 문구를 포함함: "Failing to acknowledge and promptly upon communications regarding a claim arising under an insurance policy and failing to adopt and implement reasonable standards from the prompt investigation of claims constitute unfair claim settlement practices."

49) 대부분의 주는 주법에 다음의 문구를 포함함: "Failing to affirm or deny coverage, reserving any appropriate defenses, within a reasonable time after having completed its investigation related to a claim constitutes an unfair claim practice by an insurer."

50) 대부분의 주는 주법에 다음의 문구를 포함함: "Failing to promptly provide a reasonable explanation of the basis in the insurance policy in relation to facts or applicable law for denial of a claim or for the compromise of a settlement constitutes an unfair claim settlement practice."

51) Egan v. Mutual of Omaha Ins. Co.(Cal., 1979), From moethelydo v. Fire Ins. Exch., (Cal., 1986), Mariscal v. Old Republic Life Insurance Co.(Cal., 1996).

52) 청구권자의 보험사기를 입증하는 과정에서 악의적인 방법을 동원함으로써 정신적 고통을 초래한 것은 정벌적 손해배상청구의 사유가 된다고 판시함(Unrah v. Truck Ins. Exch., Cal. 1972). 또한 법원은 보험사기 조사목적으로 청구권자를 감시 또는 미행하는 경우 제3자가 이를 알지 못하도록 주의할 필요가 있는데, 이러한 주의를 게을리 함으로써 고통을 초래하는 것은 소송사유라고 판시함(Schultz v. Frankfort M. Acc & P.G.Ins.Co., Wis. 1913).

□ 특히, 보험회사는 보험금 지급여부 결정시 이를 뒷받침할 충분한 조사를 독자적으로 수행할 의무가 있으며, 이를 어길시 선의와 공정거래 의무 위반으로 소송사유가 됨.

○ Egan v. Mutual of Omaha Ins. Co.(Cal., 1979)에서는 법원은 “충분한 조사없이 보험금을 거절하는 행위를 합리적이고 신의성실의무에 충실한 행위로 보기 어렵다”고 판시한 바 있음.

○ 또한, 위 법원은 “보험회사는 보험금지급여부 결정 시 피보험자가 손해를 증명하기 위해 제공한 정보에만 의존하지 말고 독립적인 조사를 실시해야 한다”고 판시함(Mariscal v. Old Republic Life Insurance Co., Cal., 1996).

－ Frommoethelydo v. Fire Ins. Exch, (Cal., 1986)에서 보험회사는 피보험자의 청구권을 뒷받침할 증인을 조사하지 않은 채 보험금 지급을 거절하였으며, Mariscal v. Old Republic Life Insurance Co.(Cal., 1996)에서 보험회사는 피보험자가 질병이 아니라 자동차사고로 사망하였다는 진료기록을 무시한 채 보험금 지급을 거절하였음.

□ 또한, 책임보험의 경우 피해자인 제3자가 보험계약에서 정한 사고로 인적 손해 또는 물적 손해를 입고 피해자를 상대로 소를 제기한 경우에 보험회사는 이를 방어하여야 할 의무가 있음.

○ 보험회사가 부당하게 방어의무를 이행하지 않는 것은 선의 및 공정거래의 의무 위반이 될 수 있고 이로 인한 추가적 책임을 질 수 있음.<sup>53)</sup>

○ 만약 방어의무의 불이행이 사기적이거나 가혹한 것이거나 혹은 악의적인 것이라면 징벌적 손해배상의 청구가 가능함.<sup>54)</sup>

○ 미국의 법원은 보험회사가 보험금을 지급하지 않을 것으로 예상되는 경우에도 방어의무를 부담한다는 것으로 보고 있음.

－ Pennsylvania Manufacturers' Association Insurance Company v. Lumbermens Mutual Casualty Company(1981)판결에서 법원은 “방어의무조항은 보험회사에 피보험자의 손해를 보상해 줄 의무와 방어를 제공할 의무 양자를 각각 부여하는 것이다. 그 두 의무는 서로 관련이 없는

53) Nontrose Chem. Corp. v. Superior Court,(Cal. 1993).

54) Silberg v. California Life Ins. Co.,(Cal. 1994).

것이어서 보험회사는 피보험자의 손해가 다른 보험회사에 의해 보상될 것이 예상되는 경우에도 피보험자를 방어할 의무를 진다”고 판시함.

## 2) 불공정보상행위법

□ 미국 대부분의 주는 미국보험감독자협회(NAIC)가 제정한 불공정보상행위모델법(Unfair Claims Settlement Practices Model Act)을 채택하여 보험회사의 불공정보상행위를 금지하고 있음.

○ 동 모델법에서는 14가지 불공정보상행위를 열거하고 있음.

- 보상과 관련하여 잘못된 정보 제공
- 사고접수의 확인 통지 지연
- 보험금 지급여부 통보 지연
- 보험금 지급 지체 또는 거절에 대한 설명 부족
- 보험금 지급 거절 및 삭감을 위한 조사 부족
- 지급 거절이나 지체를 위한 소송 제기
- 악의적인 방법을 동원한 사고조사
- 책임보험에서 방어의무를 부당하게 이행하지 않는 행위
- 책임보험에서 피해자의 화의제기에 적극적으로 대응하지 않는 행위 등

□ 동 모델법에 따르면 주감독당국은 보험회사의 불공정보상행위가 관찰될 경우 해당 보험 회사에 변상명령서와 청문회 통지서를 발부해야 하며, 청문회 이후에도 불공정행위가 지속되면 벌금부과, 영업중지 또는 영업허가 철회 등의 조치를 취할 수 있음.<sup>55)</sup>

---

55) Unfair Claims Settlement Practices Model Act Section 6.

## 나. 영국<sup>56)</sup>

- 영국에서는 최근 보험회사의 신속·공정한 보험금 지급의무의 법규정화에 대해 논의가 활발히 진행되었으며, 이하에서는 논의 배경 및 내용에 대해서 다루기로 함.

### 1) 보험금지급의무의 법규정화 논의 배경

- 영국은 보험회사의 불합리한 보험금 지급 지연 및 거절을 방지할 다양한 제도적 장치를 가지고 있음.<sup>57)</sup>
  - 첫째, 보험회사가 보험금지급을 지연하는 것은 보험회사의 신의성실의무 위반임.
  - 둘째, 영국 Financial Conduct Authority(이하, FCA)의 Insurance Conduct of Business Sourcebook(이하, ICOBS) 8.1.1은 보험사기의 증거가 없는 경우 보험회사로 하여금 신속·공정한 보상을 하도록 요구하고 있음.<sup>58)</sup>
    - 보험금 지급에 대해 FCA는 ICOBS 8.1.1에 보험회사가 비합리적으로 보험금청구를 지체 또는 거절할 수 없도록 함.
  - 셋째, ICOBS 8.1.1을 위반할 경우 보험소비자는 Financial Service and Market Act 2000의 138D에 따라 그 손해를 청구할 수 있음.<sup>59)</sup>
  - 넷째, 금융옵즈만서비스(Financial Ombudsman Service, 이하 FOS)<sup>60)</sup>는 보험회사로 인해 그 보험소비자가 고통을 겪거나 불편(distress and inconvenience damages)을 겪는 경우 그에 대해 배상할 것을 요구함.
  - 마지막으로, 보험금 지급 지연 시 법정 이자(8%) 청구가능

56) 송윤아(2014b)를 인용·정리함.

57) UK Law Commission(2010)

58) An insurer must: (1) handle claims promptly and fairly; (2) provide reasonable guidance to help a policyholder make a claim and appropriate information on its progress; (3) not unreasonably reject a claim (including by terminating or avoiding a policy); and (4) settle claims promptly once settlement terms are agreed.

59) A contravention by an authorized person of a rule made by the FCA is actionable at the suit of private person who suffers loss as a result of the contravention, subject to the defences and other incidents applying to actions for breach of statutory duty.

60) 금융옵즈만은 법에 의해 구성된 독립기구로 금융기관과 고객간에 발생한 개별분쟁의 해결을 돕기 위해 설립되었으며, 금융옵즈만이 내린 결정은 사실상의 법적 권한이 포함됨.

□ 이처럼 보험금 지급과 관련된 두터운 보호 장치에도 불구하고, 보험금 지급 지연으로 인한 추가적인 손해(consequential damages)의 보상이 이루어지지 않아 보험소비자 보호가 완전하게 이루어지지 않는다는 문제 인식이 있음.<sup>61)</sup>

- 구체적으로 첫째, 보험금의 성질을 손해배상으로 보고 있어 불합리한 보험금 지급 지연으로 인한 추가적인 손해에 대한 구제책은 없고 법정 이자(8%)만 청구가능
- 둘째, FCA는 ICOBS 8.1.1을 위반한 보험회사에 벌금을 부과하거나 보험회사의 위법행위를 공개할 수 있으나<sup>62)</sup>, 이는 보험소비자의 손해를 보상하는 것과는 무관함.
- 셋째, ICOBS 8.1.1을 위반할 경우 보험소비자는 FSMA 2000에 따라 그 손해를 청구할 수 있으나, FSMA의 규정은 복잡하고 제한적이어서 실제 적용된 사례가 거의 없으며 기업의 손해에 대해서는 적용되지 않음.
- 넷째, 보험회사의 신의성실의무 위반 시 보험소비자는 보험계약을 취소(avoid)함으로써 기납입보험료를 반환받을 수 있지만<sup>63)</sup>, 지급지연으로 인한 손해를 보상받을 수는 없음.
- 마지막으로, FOS는 보험회사로 인해 그 보험소비자가 고통을 겪거나 불편을 겪는 경우 그에 대해 배상할 것을 요구하나, 이는 사실상 제한적으로 적용됨.
  - FOS는 보험회사로 인한 보험소비자의 고통이나 불편에 대해 높은 수준의 입증책임을 부과
  - FOS의 기준을 초과하는 기업(종업원이 10명 이상이거나 연매출이 2백만 유로이상인 기업), 100,000파운드를 초과하는 손해는 FOS를 통해 그 손해를 구제받을 수 없음.

□ 또한, 영국 법원은 보험회사의 가장 주된 의무가 피보험자에게 손해가 발생하지 않도록 하는 것이라고 봄으로써 보험금의 지급 지연으로 인한 추가적 손해에 대해서는 배상을

61) UK Law Commission(2010)

62) Financial Services and Markets Act 2000, S66

63) Section 17 of Marine Insurance Act 1906에 따르면, 거래상대방의 신의성실의무 위반 시 보험계약을 취소할 수 있음(A contract of marine insurance is a contract based upon the utmost good faith, and, if the utmost good faith be not observed by either party, the contract may be achieved by the other party.)

인정하지 않음.

- 즉, 영국 법원은 보험회사의 가장 주된 의무는 손해의 보상이라기보다는 손해발생의 방지이므로 보험계약에 따른 보험금의 지급은 당해 손해만큼 지급되어야 한다는 입장을 취함.
- 결국, Sprung v. Royal Insurance Ltd.(1997) 판결을 계기로 보험금 지급 지연 및 거절로 인한 추가적인 손실의 배상책임에 대해 논의할 필요성이 강하게 제기됨.<sup>64)</sup>

## 2) 보험계약법 개정 관련 논의 과정

- 영국 법률위원회는 2006년부터 8년 동안 보험금 지급 의무 및 위반 시 제재에 대한 회담을 실시하여, 2014년 7월 보험계약법 초안을 공개함.
  - 2006년부터 법률위원회는 기업계약자의 고지 및 통지 의무, 담보원칙 (insurance warranty), 사기적 보험금 청구, 보험금 지급지연으로 인한 손실 등 4가지 이슈에 대해 이해관계자의 의견을 수렴하여 이를 토대로 보험계약법 초안을 작성함.<sup>65)</sup>
- 법률위원회는 최근 발표한 초안에서 보험금 지급 의무와 위반 시 추가적 손해배상책임 부과를 법규정화할 것을 제안함.<sup>66)</sup>
  - 즉, 보험회사는 유효한 보험금지급청구에 대하여 합리적인 기간 안에 보험금을 지급할 계약상의 책임을 부담하여야 하며, 보험회사는 이러한 의무를 이행하지 않아 그 결과로 발생하는 예측 가능한 손해를 배상할 책임을 부담함.
    - 합리적인 기간은 합리적인 손해사정 및 조사 기간 뿐 아니라 보험종류, 클

64) Sprung은 조그만 사업체를 운영하면서 그의 공장을 채물보험에 가입함. Sprung의 재산과 공장은 기물파손자에 의해 손해를 입었고 보험회사는 반달리즘(vandalism)은 보험의 담보범위에 포함되지 않는 점을 들어 보험금지급을 거절하였음. 4년여 동안 보험금 지급을 지체한 보험회사는 분쟁절차를 통해 결국 법정이자를 붙인 보험금을 지급함. 그러나 보험금이 지급되던 시기에 이미 그 손해로 인하여 Sprung은 파산에 직면하게 되었고 그는 보험회사에 대하여 추가적인 손해를 청구하는 소송을 제기함. 그러나 법원은 그러한 손해는 법률로 배상 받을 수 있는 것이 아니라고 판시함.

65) UK Law Commission(2011)

66) UK Law Commission(2014)

- 레이ムの 규모 및 복잡성, 保險회사 통제 밖의 요인 등 제반환경을 고려
- 保險회사가 합리적인 근거를 제시할 경우 保險금 지급 의무 위반이 아님.
- 또한 기업성보험의 경우 保險회사의 지급지연이 고의 또는 악의가 아닌 경우 지급의무 위반에 따른 손해배상책임을 면할 수 있음.

□ 회담 참여자의 80% 이상이 상기 안에 찬성하였으나, 소송비용과 保險회사의 무리한 초과비용 발생가능성을 우려한 반대 의견이 있음.

- 회담 참여자의 80% 이상이 불합리하게 保險금의 지급을 지체하거나 합법적이지 않은 방법으로 保險금의 지급을 거절하는 保險회사는 일반 계약법상의 원칙에 따라 그 손해를 배상할 책임을 부담하여야 한다는 것에 동의함.
- 그러나, International Underwriting Association을 포함한 일부 이해관계자는 保險금 지급 지연으로 인한 추가적인 손실을 인정할 경우 소송 비용과 保險회사의 무제한 초과 비용 발생의 가능성이 있으며, 이는 보험료 인상이나 요구자본 조건 재평가, 담보 및 요율구조 재평가 등의 문제를 초래한다고 주장함.

## 4. 개선 방안

### 가. 불공정보상행위 금지

- 保險회사의 보상과정에 保險소비자가 피해를 입을 경우 피해구제기관에 민원을 제기하거나 소송을 제기하는 방법이 있으나 이는 어디까지나 사후적인 방법으로, 사전적으로 이를 억제할 수 있는 방안이 필요함.
- 앞서 살펴본바와 같이 영국의 경우 옴브즈만제도, 保險금 지급 지체 또는 거절에 대한 손해배상 등 保險회사의 불합리한 보상행위를 방지할 두터운 제도적 장치에도 불구하고, 불합리한 保險금 지급 지체 또는 거절로 인한 추가적인 손해에 대해 保險회사가 책임지도록 하는 방안을 검토하고 있는



실정임.

- 이처럼 보험회사의 불합리한 보상에 대해 제재를 강화하려는 시도는 결국 보험회사의 불합리한 보상으로 인한 보험소비자 피해를 사전적으로 억제하고자 함으로 풀이할 수 있음.

□ 일련의 보상과정에서 발생하는 보험회사의 불공정보상행위를 구체화하여 이를 금지 및 제재함으로써 보험회사와 보험소비자간 갈등을 사전적으로 방지할 수 있음.

□ 국내 피해사례와 해외 입법례 등으로부터 금지·제재 대상 불공정보상행위를 다음과 같이 열거할 수 있음.

- 청구권자에게 보상과 관련된 보험계약약관 또는 청구관련 사실을 잘못 알려주는 행위
- 청구권자의 사고통보 후 사고접수 통지를 정해진 기간 내에 하지 않는 행위
- 청구권자가 손실증명에 필요한 서류를 제출한 이후 일정 시간이 지났음에도 보험금 지급여부를 알려주지 않는 행위
- 보험회사의 책임이 자명한 보험금청구에 대해 신속·공정하게 보상하고자 성실하게 노력하지 않는 행위
- 청구권자에게 법률서비스(변호인이나 손해사정인)를 이용하지 말 것을 직접적으로 조언하는 행위
- 충분한 설명 없이 보험금 지급을 지체하거나 거절하는 행위
- 충분한 조사없이 보험금 지급을 거절하거나 삭감하는 행위
- 피보험자의 보험금 청구 후에 지급거절이나 지체를 위한 소송의 제기
- 조사과정에서 악의적인 방법을 동원함으로써 청구권자에게 피해를 초래하거나 사생활을 침해하는 행위
- 책임보험에서 방어의무를 부당하게 이행하지 않는 행위
- 책임보험에서 피해자의 화의제기에 적극적으로 대응하지 않는 행위
- 증권에 기재되지 않은 서류를 과도하게 요구하는 행위
- 보상을 하지 않겠다는 부당한 협박

〈표 36〉 주요국의 보험금 지급의무 비교

구분		우리나라	영국	미국
법 규	신속한 보험금 지급의무	상법 제658조, 보험업감독업무 시행세칙 20조	Insurance Conduct of Business Sourcebook 8.1.1	주법(Unfair Claims Settlement Practices Model Act 수정·보완)
	불공정 보상행 위 유형	없음	Insurance Conduct of Business Sourcebook 8.1.2에서 불합리한 보상에 대해 정의	
상기 법규 위반 시 벌칙		법정이자	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 벌금 또는 위법행위 공개</li> <li>- FSMA 138D에 의거, 추가손실에 대한 제 한적 손해배상책임</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 변상 및 청문회</li> <li>- 청문회 이후에도 불공정 행위가 지속될 경우, 벌금, 영업중지 또는 영업허가 철회</li> </ul>
그 외 보험회사의 책임		민법 390조에 의한 추가손실의 배상을 적용할 수 있으나 활용에 한계 존재	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 법정이자 (지급지연시)</li> <li>- 추가손실의 '제한적' 배상(FOS의 결정)</li> <li>- 보험계약 취소 (신의성실의무 위반)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 법정이자(지급지연시)</li> <li>- 추가손실(경제적 손해, 정신적 고통) 배상</li> <li>- 징벌적 손해배상 (신의성실의무 위반)</li> </ul>

## 나. 손해사정의 공정성에 대한 신뢰 확보

- 2014년 9월 30일 이종걸 의원은 손해사정의 공정성 확보를 위해 보험회사의 손해사정 외부위탁비율을 강제하는 법안을 발의함(의안번호 11924).
  - 구체적으로 보험회사에 고용된 손해사정사나 보험회사의 손해사정업무를 담당하는 자회사가 담당하는 업무의 비율이 100분의 50을 초과하지 못하도록 하고 이를 위반 시 5천만 원 이하의 과태료를 부과하는 조항이 법안에 포함됨.
- 보험회사의 자기손해사정을 제한해야한다는 주장은 보험회사에 의한 손해사정이 신뢰할 만하지 못하다는 막연한 추론에 근거하는 것으로 채택된 입법수단이 과도한 측면이 있음.

- 외부위탁 강제조항은 보험회사 스스로 또는 그 자회사가 손해액 및 보험금을 산정할 경우 보험회사에 유리하게 손해사정할 것이라는 막연한 추론에 근거해서 보험회사와 그 자회사의 손해사정 업무 비중을 원천적으로 제한하는 방식을 택하고 있음.
  - 손해사정사의 독립성이 곧 손해사정의 공정성과 일치한다고 보기는 어려움.
- 손해사정은 보험회사의 핵심역량으로 차별화·마케팅 수단으로 외부에서 강제화할 사안은 아니며, 손해사정의 외부위탁 여부 및 수준은 계약당사자인 보험회사의 경영전략적 판단과 보험소비자의 합리적인 선택에 맡기는 것이 바람직
- 보험회사의 손해사정을 포함한 보상능력은 조직내부의 기술이나 단순한 기능을 뛰어넘는 노하우를 포함한 종합적인 능력으로서, 이를 기업경쟁력의 원천으로 보는 시각이 지배적임.<sup>67)</sup>
  - 즉, 보험회사의 손해사정능력은 보험회사 또는 보험상품에 대해 보험소비자가 인식하는 편익에 중대한 기여를 하고, 다양한 시장에서의 잠재적인 접근 가능성을 제공하며, 경쟁자들이 모방하기 어려운 경쟁력의 원천이 된다는 점에서 핵심역량으로서의 속성을 가지고 있음.<sup>68)</sup>
  - 이러한 핵심역량의 외부위탁은 보험회사가 원스탑(one-stop) 보상서비스 등 고객욕구에 유연하게 대응할 수 있는 서비스와 차별화된 서비스를 제공할 기회를 차단함.
    - － 비용절감과 대내외적 경영환경변화로 인해 손해사정이라는 핵심역량의 외부위탁이 불가피하게 이루어진 측면이 있음.
- 따라서 손해사정의 공정성 확보는 보험회사의 손해사정 위탁비율을 강제하는 방식으로 접근하기 보다는 보험소비자가 최대한 합리적인 선택을 할 수 있도록, 그리고 보험회사가 손해사정사와 공정한 거래를 할 수 있도록 환경을 조성하는 방식으로 접근해야 함.

67) Hood and Stein(2003)

68) Prahalad and Hamel(1990)

□ 구체적으로 먼저, 보험소비자의 손해사정사 선임권이 행사될 수 있도록 하고, 보험소비자가 최대한 합리적으로 선임권을 행사할 수 있도록 환경을 조성해야 함.

○ 구체적으로 손해사정 위탁의 주체를 다변화하는 방안으로 손해사정에 대한 보험소비자의 선택권이 효과적으로 행사될 수 있도록 관련 환경을 조성하는 방안

- 첫째, 계약자 등의 손해사정사 선임권에 대한 보험회사의 고지 의무화
- 둘째, 보험회사의 손해사정 비용 부담에 대한 규정 명확화
- 셋째, 적격 손해사정사 리스팅(listing) 제도 도입
- 넷째, 손해사정사에 대한 정보 공개로 투명성 강화

○ 보험소비자의 손해사정 선임권이 적극적으로 행사될 수 있도록 함으로써 손해사정 위탁의 주체를 다변화해야 하며, 이러한 경우 손해사정사의 보험회사 종속성이 어느 정도 해결될 수 있음.

□ 둘째, 보험회사가 손해사정사와 공정한 거래를 할 수 있도록 환경을 조성해야 함.

○ 보험회사와 손해사정사간 갑을관계가 공정한 시장경쟁을 훼손하는 경우 이를 제재하는 방안이 고려되어야 함.

○ 즉, 자유로운 시장경쟁은 공정성이 전제되어야 함.

□ 이와 같은 환경이 조성될 경우, 손해사정의 질적인 측면인 공정성과 신속성은 시장경쟁의 원리에 의해 회복 가능함.

○ 향후 보험소비자는 특정 보험회사의 손해사정을 신뢰하지 못할 경우 적극적으로 손해사정사를 고용할 것임.

○ 손해사정사는 위탁의 주체가 보험회사뿐만 아니라 보험소비자로 실질적으로 다변화되고, 리스팅 제도 도입으로 인해 평판에 대한 관리 필요성이 커짐에 따라 어느 일방에 유리한 손해사정을 자제할 것임.

○ 시장에서는 보다 공정하게 손해사정을 하는 보험회사가 경쟁우위에 있을 것임.

## 1) 손해사정 위탁 주체 다변화: 보험소비자의 손해사정 선임권의 실질성 확보

### □ 첫째, 손해사정사 선택권에 대한 보험회사의 고지 의무화

- 현행 「보험업감독규정」에서는 보험금 지급을 청구 받은 때 보험회사가 손해사정사를 지정토록 하고 있으며(제9-20조), 계약자가 별도로 손해사정사를 선임코자 할 경우에는 보험회사에게 이러한 의사를 통보하도록 하고 있음(제9-16조).
- 그러나 동 규정과 「보험업법」 등에서는 보험회사로 하여금 계약자가 별도로 손해사정사를 선임할 수 있다는 사실을 고지하도록 규정하고 있지는 않음.
  - 보험소비자들은 손해사정사의 존재와 역할에 대해 잘 알지 못하며, 아는 경우에도 이들을 신뢰하지 못하고 있음.
  - 보험회사들은 계약자들이 보험금 청구 시 계약자가 별도의 손해사정사를 고용할 수 있다는 사실을 고지하지 않고 곧바로 자신이 고용한 손해사정사나 위탁손해사정사에게 사정업무를 맡기는 것이 일반적
- 이종걸의원 대표발의 보험업법 일부개정법률안(의안번호 11924)에서는 보험회사가 보험금 지급 요청을 받은 경우 계약자 등에게 손해사정을 받을 수 있음을 고지하고 이를 위반 시 1천만 원 이하의 과태료를 부과함(안 제185조제2항 및 제209조제3항제18호).

### □ 둘째, 보험회사의 손해사정 비용 부담에 대한 규정 명확화

- 현행 규정에 따르면 보험회사는 다음의 경우에 손해사정 보수를 부담함.
  - 손해사정이 착수되기 이전에 계약자 등이 보험회사에게 손해사정사의 선임의사를 통보하여 동의를 얻은 때(보험업법감독규정 제9-16조 제3항 1호)
  - 정당한 사유없이 보험회사가 보험사고 통보(제3보험상품의 경우 접수가 완료된 날을 말한다)를 받은 날부터 7일이 경과하여도 손해사정에 착수하지 아니한 때(보험업법감독규정 제9-16조 제3항 2호)
- 현행 보험업법감독규정 제9-16조 제3항에 따르면 다음의 경우에 계약자가 손해사정 보수를 부담함.
  - 보험회사가 고용 또는 선임한 손해사정사가 사정한 결과에 계약자 등이 승복하지 아니한 때(보험업법감독규정 제9-16조 제3항 3호)

- 계약자 등이 보험회사와는 별도로 손해사정사를 선임하고자 할 때(보험업법감독규정 제9-16조 제3항 4호)
- 그러나 보험업법감독규정 제9-16조 제3항 1호에서 보험회사가 일방적으로 ‘동의’를 거절한다면 보험회사의 손해사정 보수 부담 규정은 사실상 유명 무실해짐.
- 동 규정이 실효성을 갖고 계약자 등의 손해사정사 선임권이 실질적으로 행사되기 위해서는 보험회사의 동의 거절 근거 및 기준을 마련하여 적용할 필요가 있음.

□ 셋째, 적격 손해사정사 리스팅 제도 도입

- 계약자 등이 손해사정사를 선임하고자 해도 손해사정사에 대한 정보가 없음.
- 공신력 있는 기관에서 손해사정사의 공정성 및 전문성을 평가한 후 적격 손해사정사를 리스팅함으로써 보험소비자의 손해사정사 선임권이 실질적으로 행사될 수 있도록 도와야 함.

□ 마지막으로, 손해사정사에 대한 정보 공개로 투명성 강화

- 현행 보험업법 제189조는 보험회사 및 계약자로부터 위탁 및 선임된 손해사정사 업무 수행 시 계약자와 이해관계자들의 이익을 부당하게 침해하는 다음과 같은 행위를 금지하고 있음.
  - 고의로 진실을 숨기거나 거짓으로 손해사정을 하는 행위
  - 업무상 알게 된 계약자 등에 관한 개인정보를 누설하는 행위
  - 타인으로 하여금 자기의 명의로 손해사정업무를 하게 하는 행위
  - 정당한 사유 없이 손해사정업무를 지연하거나 충분한 조사를 하지 아니하고 손해액 또는 보험금을 산정하는 행위
  - 보험회사 및 계약자 등에 대하여 이미 제출받은 서류와 중복되는 서류나 손해사정과 관련이 없는 서류를 요청함으로써 손해사정을 지연하는 행위
  - 그밖에 공정한 손해사정업무의 소행을 해치는 행위로서 대통령령으로 정하는 행위
- 그러나 보험회사 및 계약자로부터 위탁 및 선임된 손해사정사는 업무 수행

중 이해상충의 상황에 노출될 여지가 있음.

- 이해상충에 대한 문제는 관련 정보 공개 등의 투명성 강화를 통해 접근하는 것이 바람직함.

## 2) 보험회사의 위탁손해사정사에 대한 불공정거래행위 금지

- 위탁손해사정사의 보험회사에 대한 종속성, 그리고 그로 인한 손해사정의 공정성에 대한 불신과 분쟁을 줄이기 위해 보험회사의 위탁손해사정사에 대한 불공정거래행위를 금지·제재하는 방안을 고려할 수 있음.
- 손해사정 위탁거래에서 다음과 같은 불공정거래행위가 발생하여 위탁손해사정사의 보험회사 종속성이 문제가 되는 바, 이를 금지하는 조항을 보험업법에 신설하는 방안이 검토될 필요가 있음.<sup>69)</sup>
  - 보험회사가 손해사정 위탁계약서를 교부하지 아니하는 행위
  - 보험회사가 위탁계약서상 계약사항을 이행하지 아니하는 행위
  - 보험회사가 위탁계약서에서 정한 해지요건 이외의 사유로 위탁계약을 해지하는 행위
  - 보험회사가 위탁계약서에서 정한 위탁업무 외의 업무를 강요하는 행위
  - 보험회사가 정당한 사유 없이 손해사정사에게 지급되어야 할 수수료의 일부 또는 전부를 지급하지 아니하거나 지연하여 지급하는 행위
  - 보험회사가 정당한 사유 없이 손해사정사에게 지급할 수수료를 차별하는 행위

69) 이종걸의원 대표발의 보험업법 일부개정법률안(의안번호 11924)에서는 보험회사의 손해사정사 또는 손해사정업자에 대한 불공정 행위를 금지하고 이를 위반 시 5천만 원 이하의 과태료를 부과함(안 제185조의2, 안 제209조제1항제17호).

---

## V. 보험사기 조사체계 효율화 방안

---

- 본 장에서는 무고한 청구권자 등에 대한 불필요한 조사를 최소화하기 위해 보험사기 조사체계의 효율화 방안을 검토함.

### 1. 보험사기 적발시스템 고도화

- 국내 보험산업의 경우 보험사기 추정규모와 적발금액 간에 상당히 차이가 존재하는데, 이는 상당수의 보험사기가 현행 방지시스템에 의해 포착되지 못하고 빠져 나가고 있음을 시사
  - 현행 보험사기 방지시스템의 결함을 보완하기 위해서는 우선 현행 시스템이 어떤 유형의 보험사기에 취약한지에 대한 분석이 선행되어야 함.
  - 이를 위해 본 연구에서는 Sparrow(2000)가 제시한 사기 유형분류를 활용하여 현행 시스템 하에서 조기 적발이 어려운 보험사기 유형을 파악하고 정책 대안을 제시하고자 함.

#### 가. 사기의 다단계 유형 분류

- 현행 보험사기 적발시스템의 문제점을 분석하기 위해서는 먼저 사기의 다단계적 특성에 대한 이해가 선행되어야 함.
  - 여기에서는 Sparrow(2000)의 연구를 소개함.
    - Sparrow(2000)는 신용카드사기(credit card fraud)와 의료보험사기(health care fraud)를 예로 들어 설명<sup>70)</sup>



## □ 신용카드사기

○ Sparrow(2000)는 신용카드사기를 다음과 같이 5단계로 구분

- 레벨 1: 거래(transactions)
- 레벨 2: 카드(card)
- 레벨 3: 계좌(account)
- 레벨 4: 다수의 카드나 계좌를 보유한 신용카드 사용자(cardholder)
- 레벨 5: 다수가 관여된 조직적 범죄 집단(multiparty or ring)

○ 레벨 1: 거래

- 가장 단순한 형태, 개별 거래 단계에서 모니터링
- 개별 거래 단계에서 사기로 의심되는 사례로는 ① 현금자동인출기에서 인출 한도액에 해당되는 금액을 인출하는 경우, ② 보석이나 전자제품처럼 휴대가 간편하고 재판매 가능한 제품을 우편 주문을 통해 대량으로 구매하는 경우, ③ 법인카드로 값비싼 개인 용품을 구매하는 경우 등이 포함됨.
- 신용카드회사는 레벨 1의 신용카드사기를 적발하기 위한 시스템을 마련해 놓고 있는데, 예를 들어 일정 금액 이상을 ATM에서 인출하는 경우 전화로 신원을 확인
- 이외에도 레벨 1의 보험사기로 의심되는 구매의 경우 추가적인 인증 요구

○ 레벨 2: 카드

- 신용카드를 훔친 사기범이 1회에 거액을 인출하는 것이 아니라 소액을 여러 번에 걸쳐 인출하게 되는 경우 레벨 1의 모니터링만으로는 적발해낼 수 없음.
- 레벨 2 유형의 신용카드사기를 적발하기 위해서는 카드별 거래내역 관련 시계열 자료를 집적하여 분석해야 함.
- 이전의 사용 패턴을 분석해서 특정 시점에 갑작스런 사용의 증가가 있으면 경고 메시지를 보내는 장치가 필요

○ 레벨 3: 계좌

- 사기범이 신용카드 결제 계좌에 대한 정보를 훔친 경우 레벨 2의 모니터링으로는 적발이 어려움.
- 사기행위를 여러 장의 신용카드에 분산하게 되면 개별 카드별로는 이상 징

---

70) Malcolm K. Sparrow(2000), *License to Steal: How Fraud Bleeds America's Health Care System*, Westview Press의 제10장, pp.229~236에서 인용.

후가 나타나지 않게 됨.

○ 레벨 4: 카드보유자

- 더 나아가 사기범이 카드보유자의 개인정보를 불법적으로 입수하게 되면 여러 개의 카드 결제계좌를 개설하여 사기행위를 여러 계좌에 분산시킬 수 있음.
- 만약 사기범이 개설한 계좌들이 여러 은행에 걸쳐 있을 경우 적발하기가 더욱 어려워짐.

○ 레벨 5: 조직적 범죄 집단

- 레벨 5에는 신용카드 위조조직이 관여되어 있으며, 그들의 사기행위가 수백 개에서 수천 개에 이르는 계좌에 분산됨.
- 레벨 5 유형의 신용카드사기 가운데에서도 적발하기 제일 어려운 유형은 국제적 신용카드 위조임.
- 국제 신용카드 위조단은 자신들과 공모한 호텔이나 식당의 종업원으로부터 손님의 카드 관련 정보를 입수
- 위조단의 다른 멤버들은 위조된 신용카드를 가지고 여러 지역을 여행하면서 보석처럼 재판매할 수 있는 상품을 카드 한도액 내에서 구매, 한 지역에서는 3일 이상 머무르지 않음.
- 원래 카드 소유자는 한 달 뒤 지불명세서를 받고 나서야 사태를 파악하게 되지만 그 때는 이미 사기범들이 다른 계좌의 위조카드로 바꾼 지 오랜 시간이 지난 뒤임.

○ 특정 레벨에는 그에 적합한 모니터링 시스템이 필요, 즉 레벨 1에는 레벨 1을 위한 모니터링 시스템이 필요하고, 레벨 5에는 레벨 5를 위한 모니터링 시스템이 필요

- 신용카드산업의 경우 레벨 1~3에 해당하는 사기의 경우에는 모니터링 시스템이 비교적 잘 갖추어져 있으나,
- 상대적으로 레벨 4와 5의 경우에는 적절한 모니터링 시스템이 갖추어져 있지 못한 상황

## □ 의료보험사기

- Sparrow(2000)는 의료보험사기를 다음과 같이 7단계로 구분, 신용카드사기의 경우에 비해 다단계 구조가 다소 복잡
  - 레벨 1: 클레임(Claim)
  - 레벨 2: 환자/의사 관계(patient/provider relationship)
  - 레벨 3(a): 환자(patient)
  - 레벨 3(b): 의사(provider)
  - 레벨 4(a): 보험/의사(policy/provider)
  - 레벨 4(b): 환자/의사그룹(patient/provider group)
  - 레벨 5: 보험/의사그룹(policy/provider group)
  - 레벨 6(a): 특정그룹의 환자(defined groups of patients)
  - 레벨 6(b): 의사그룹(provider group)
  - 레벨 7: 다수가 관여된 조직적 범죄(multiparty, criminal conspiracies)
- 레벨 1의 경우에는 개별 클레임에 대한 모니터링만으로 보험사기 여부의 판단 가능
  - 남자가 자궁절제술을 받았다거나, 갓난아이가 정신치료를 받은 경우, 의사가 자신의 가족을 치료한 경우 등이 해당됨.
- 레벨 2에서는 특정 환자와 특정 의사간의 관계를 모니터링
  - 의사의 전공분야와 환자의 상태를 감안할 때 치료 빈도나 치료비가 정상범위에서 벗어나는 지를 확인
- 레벨 3(a)는 개별 환자에 초점을 맞추어, 환자의 진료 및 클레임 관련 시계열 자료를 분석하여 비정상적인 경우를 추출
  - 레벨 3(b)는 개별 의사별로 의료행위의 시계열 자료를 분석하여 비정상적인 패턴으로 보이는 의료행위의 의사를 찾아냄.
- 의사가 자신의 의료사기 행위를 하나의 보험에 의해 커버되는 여러 명의 환자에 분산시키는 경우 레벨 2의 모니터링으로는 적발이 어려움.
  - 이러한 유형의 의료보험사기를 방지하기 위해서는 특정 의사와 특정 보험간의 관계를 모니터링 하는 레벨 4(a)가 필요
- 레벨 4(a)가 여러 명의 환자(하나의 보험에 의해 그룹화)와 한 명의 의사간 관계에 초점을 맞추었다면, 레벨 4(b)는 이와 반대로 한 명의 환자와

- 의사그룹 간 관계에 초점을 맞추어 모니터링
- 병원의 사무장이 특정 환자에 대한 사기의료행위를 병원 내 여러 의사에게 분산시키는 경우가 해당
  - 레벨 5는 레벨 4(a)와 레벨 4(b)가 결합된 형태로 여러 명의 환자(하나의 보험에 의해 그룹화)와 여러 명의 의사에 걸쳐 사기의료행위가 분산되어지는 경우
  - 레벨 6(a)는 특정 그룹의 환자를 대상으로 모니터링, 레벨 5와 차이점은 환자의 경우 보험에 의한 그룹화뿐만 아니라 다른 형태도 포함
    - 예를 들면, 특정 지역이나 특정 요양원의 거주자 전체가 의료보험사기에 연루되는 경우가 해당
    - 레벨 6(a)의 경우 사기의료행위가 여러 명의 환자와 여러 명의 의사에 걸쳐 분산되기 때문에 이전 레벨의 모니터링만으로는 적발해내기 어려움.
    - 레벨 6(a) 형태의 의료보험사기를 적발해내기 위해서는 특정 지역이나 요양원의 의료행태를 분석하여 비정상적인 패턴을 찾아내야 함.
  - 레벨 6(b)는 레벨 4(b)의 확장된 형태, 여러 명의 의사가 공모하여 의료보험사기 자행
    - 사기에 가담한 의사들끼리 서로 자신의 환자를 다른 의사에게 보내서 필요 없는 검사나 진료를 받게 함.
  - 마지막 레벨 7은 조직적 범죄 네트워크에 의한 의료보험사기로 관련 환자나 병원의 범위가 매우 넓음.
    - 이러한 유형의 의료보험사기는 특정 병원이나 지역에 초점을 맞춘 자료분석으로는 적발해내기 어려움.

## 나. 현행 적발시스템의 문제점

### □ 보험사기 규모

- 서울대학교와 보험연구원의 공동연구에 의하면, 민영보험 부문(공제 포함)에서 연간 보험사기로 인해 누수되는 금액은 FY2010 기준으로 약 3.4조

원에 이르는 것으로 추정됨.

- 공제를 제외할 경우 보험사기 추정규모는 약 3.2조원

〈표 37〉 민영보험 부문의 보험사기 규모

(단위: 억 원, %)

연도	구분	보장성 보험금 (A)	보험사기 규모 (B)	비율 (B/A)	1인당	1가구당
FY'06	생·손보	160,298	22,303	13.9	46,020원	137,737원
FY'10	생·손보	256,349	31,585	12.3	63,924원	184,145원
	생·손보 (공제 포함)	274,156	34,105	12.4	69,024원	198,837원

자료: 금융감독원(2013), 『보험범죄 형사판례집』.

#### □ 보험사기 적발금액

- 2013년 보험사기 적발금액은 생명보험과 손해보험 모두 합쳐 약 5,189.6억 원<sup>71)</sup>
  - 이 가운데 생명보험은 약 743억 원이고, 손해보험은 약 4,446억 원으로 구성비로 보면 생명보험이 14.3%를, 그리고 손해보험이 85.7%를 기록
  - 세부 보험종류별로 보험사기 적발금액을 살펴보면, 2013년의 경우 자동차보험이 약 2,821억 원으로 가장 많았으며, 그 다음으로 장기보험과 보장성보험이 각각 약 1,451억 원과 731억 원을 기록
  - 구성비 측면에서 보면 자동차보험이 54.4%, 장기보험이 27.9%, 보장성보험이 14.1% 기록
- 공제를 제외한 보험사기 추정규모인 3.1조원과 적발금액인 5,189.6억 원을 비교해보면 상당한 차이가 존재함을 알 수 있음.
  - 이는 상당수의 보험사기가 현행 보험사기 방지시스템에 의해 통제되지 못하고 있음을 시사

71) 보험사기 적발금액은 금융감독원(2014. 3. 19) 보도자료, “보험사기 적발금액 증가세 지속, 1인당 사기금액 급증”에서 인용.

□ 보험사기 관련 기관

- 보험사기 방지와 관련된 기관에는 금융감독원, 생·손보협회, 보험개발원, 보험회사의 특별조사팀(Special Investigation Unit(SIU)) 등이 있음.
- 보험업권 외부의 기관들로는 검찰, 경찰, 건강보험심사평가원, 국토교통부 등이 있음.

〈표 38〉 보험업권 외부의 보험사기방지 관련 기관

구 분	업무내용
경찰	자체적으로 포착하거나 금융감독원 및 보험사 등으로부터 제공 받은 보험사기 혐의점에 대해 수사하고 검찰에 송치
검찰	보험사기 관련 수사, 증거의 수집, 공소의 제기·유지, 법원에 대한 사기죄의 적용청구 등 보험사기범죄 수사를 지휘
건강보험심사평가원	의료기관에서 진료를 받았을 때 의료기관은 총진료비 중 일부를 환자에게 받고, 나머지는 건강보험심사평가원에 청구하며, 건강보험심사평가원은 청구된 진료비에 대해 심사와 진료가 적정하게 이루어졌는지를 평가하여 보험금 과다 지급이나 허위 입원 등의 보험사기 혐의를 포착
국토교통부	의료기관에 대한 교통사고 입원환자 명단 및 부재여부 확인, 외출·외박 허락 및 허위 기록관리 등의 점검을 위한 법적 근거인 「자동차손해배상보장법」 등에 대한 주무부처(교통사고 부재환자 점검은 각 지방자치단체에서 실시)

자료: 금융감독원(2013), 『보험범죄 형사판례집』.

□ 보험사기 인지·조사·수사 연계체계

- 현재 보험사기 조사·수사 연계체계의 일반적 순서는 보험회사→금융감독원→수사기관(검·경)
  - 보험사기 사안별로 금융감독원을 거치지 않고 보험회사의 조사 이후 바로 수사기관에 수사 의뢰가 이루어지는 경우도 있으며,
  - 금융감독원의 자체 기획조사의 경우처럼 보험사기 조사의 시작이 보험회사 아니라 금융감독원에서 시작하는 경우도 있음
- 보험회사의 보험사기 인지는 대개 지급심사팀에서 이루어지는데, 담당자의

경험법칙(rule of thumb)에 의존

- 1차 보험사기 조사대상은 ①이전에 보험금 지급이 여러 건 존재하는 계약자의 클레임이나 ②비록 처음이라고 하더라도 금액이 큰 경우

#### □ 보험사기방지 관련 전산자료<sup>72)</sup>

- 보험업계에는 보험계약, 보험사고, 보험금 청구 및 지급 내역 등 관련 정보를 집적하고 관리하는 보험사기방지 전산시스템들이 도입되어 있음.
  - 보험사기방지 관련 전산자료를 집적하고 있는 기관으로는 보험개발원과 생·손보험회가 있음.
- 보험개발원의 보험사고 정보집중시스템(ICPS: Insurance Claims Pooling System)
  - 보험개발원은 손해보험회사 및 생명보험회사의 사고정보를 집적하여 실시간으로 조회할 수 있는 사고정보시스템을 2001년 6월부터 운영
  - 동 시스템을 통해 보험사기 혐의자에 대한 과거보험금 청구실적 확인이 가능하고 보험금 수령자를 중심으로 상세한 계층도와 계보도가 자동으로 추출되어 보험사기 관련자의 파악이 가능
- 생명보험협회의 보험계약정보통합시스템
  - 생명보험협회는 보험사기를 방지하기 위해 개별 생보사의 보험계약 관련 정보를 집적하여 보험금 지급심사 시 필요한 정보를 실시간으로 조회할 수 있는 보험계약정보통합시스템을 2007년 8월 도입
  - 전용통신망을 통해 회원사의 모든 보험계약 정보를 집적하는 통합 DB를 협회에 구축하여 필요시 조회할 수 있도록 한 시스템
  - 보험사기 유의자에 대한 혐의점 분석의 기초자료를 제공하거나 역선택 차단을 위한 언더라이팅 및 부당 보험금 지급방지를 위한 지급심사 등에 활용
- 손해보험협회의 보험범죄유 의자 검색시스템
  - 손해보험협회는 보험사기 적발 및 방지를 위해 보험사가 보유하고 있는 보험계약 및 사고 관련 정보를 실시간 온라인으로 조회할 수 있는 시스템 구축
  - 동 시스템은 데이터 축적방식이 아닌 전용통신망을 통해 회원사 전산망에

72) 금융감독원(2010), 『보험사기 조사제도 및 조사사례』에서 인용.

축적된 정보를 실시간으로 조회하는 방식

- 보험회사의 특별조사팀(SIU)은 보험사기 혐의 건의 조사에 있어서 주로 내부에서 축적한 DB와 보험개발원의 사고정보 DB를 활용
  - 보험회사의 경우에는 다른 보험회사의 고객 관련 정보활용에는 다소 제약이 존재
- 이에 비해 금융감독원의 경우에는 보험산업 전체의 계약정보와 사고정보를 모두 보유하고 있어서 보다 효과적인 보험사기 조사가 가능
  - 현재는 금융감독원의 계약정보와 사고정보 DB를 보험회사에 개방하지 않고 있음.
  - 금융감독원의 경우에도 보험업권 외부의 자료 접근에는 한계가 존재하는데, 예를 들면 건강보험심사평가원의 의료정보에 대한 접근이 어려움.

#### □ 보험사기인지시스템<sup>73)</sup>

- 보험사기인지시스템은 조사자의 직관, 경험 등에 의존한 수작업의 조사방법을 탈피하고, 계약 및 사고정보 등을 DB로 관리·분석함으로써 보험사기 혐의자를 자동 추출해낼 수 있는 정보처리시스템
- 주요 기능으로는 혐의자선정 기능, 연계분석 기능, 보고서 조회 및 작성 기능(정형보고서), 통계분석 기능(비정형 보고서) 등이 있음.
  - 혐의자선정 기능: 보험계약의 과다여부, 보험금 지급 및 회수, 사고유형, 사고 발생률 등 228개의 지표를 개인, 설계사, 병원, 정비업체, 대리점 등 5개의 혐의 주체별로 점수화하여 특정 보험사기 혐의자를 선정
  - 연계분석 기능: 주 혐의자를 중심으로 가해·피해운전자, 설계사·계약자, 피보험자·계약자, 피보험자·보험금수익자 관계 등 혐의자간의 관계와 이들의 보험사기 혐의점수를 보여줌으로써 조사대상 혐의자를 선정
  - 보고서 조회 및 작성 기능: 관련자를 혐의그룹 메뉴에 등록하면 개인별 혐의점수, 사고내역, 보험계약, 보험금지급, 치료내역, 관련자 인적사항 등을 화면으로 보여주며, 이를 엑셀 형태로 변환하여 보고서로 출력
  - 통계분석 기능: 보험사기인지시스템에 집적되어 있는 기초자료(보험계약·

73) 보험사기인지시스템의 기본적인 내용은 금융감독원(2010), 『보험사기 조사제도 및 조사사례』에서 인용.

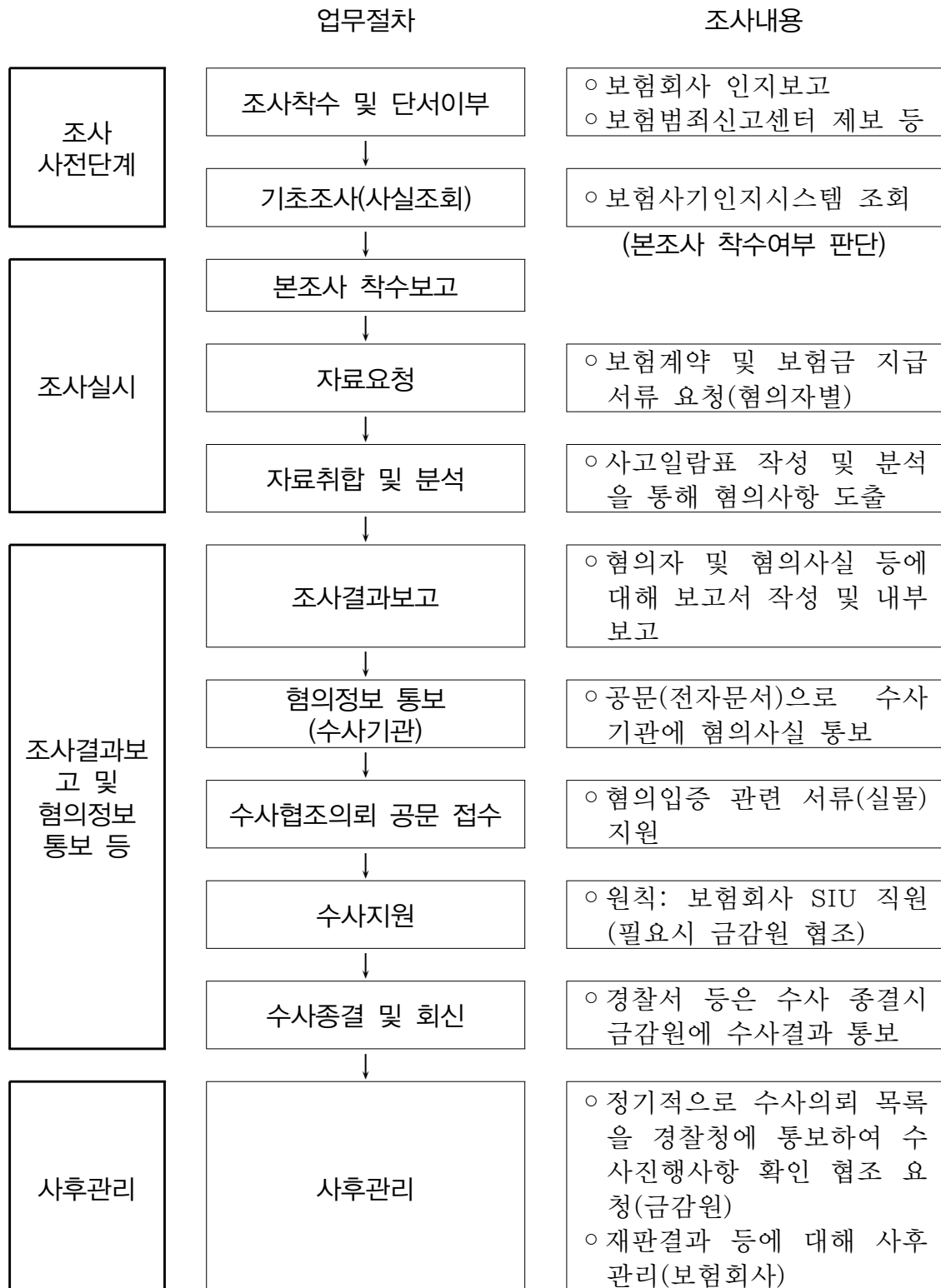


- 사고 자료)를 조사자가 원하는 항목만을 추출하여 비정형 보고서로 출력
- 현재 보험사기인지시스템은 금융감독원뿐만 아니라 보험회사들도 자체적으로 구축
    - 그러나 보험회사의 경우에는 자신들의 고객과 관련된 계약정보 및 사고정보 관련 DB는 보험사기인지시스템의 기초자료로 충분히 활용할 수 있으나 보험산업 전체의 계약정보와 사고정보 DB는 제한적으로 이용 가능
    - 금융감독원의 경우에는 보험산업 전체의 계약정보 및 사고정보를 보험사기인지시스템 운영의 기초자료로 활용가능
    - 그러나 보험사기인지시스템을 인지단계에서보다는 보험회사에 의해 1차적으로 인지된 보험사기 의심 건의 기초조사에 활용([그림 2] 참조)

#### □ 현행 보험사기 방지시스템의 문제점

- 현행 보험사기 방지시스템을 섹션 2에서 다룬 의료보험사기 적발시스템의 다단계 구조 측면에서 평가해보면, 현행 시스템에 의해 모니터링 기능이 작동하고 있는 단계는 레벨 1과 레벨 3(a)와 (b)
  - 지급이전 단계에서 지급심사팀의 담당자들에 의해 고액인 경우(레벨 1: 개별 클레임별 모니터링)나 이전에 클레임이 많았던 고객의 경우(레벨 3(a): 개별 환자별로 시계열자료 분석)에는 1차적으로 보험사기 유의자로 분류
  - 한편, 보험회사들은 금융감독원과 함께 기획조사를 통해 병원이나 자동차정비업체를 중심으로 보험사기 조사, 이는 섹션 2의 의료보험사기 다단계 구조에서 의사 또는 병원별로 시계열자료 분석을 시도하는 레벨 3(b)에 해당
  - 그러나 레벨 3(b)의 경우에는 보험금 지급이전 단계에서 모니터링이 이루어지는 것이 아니라 이후에 이루어짐.
  - 현행 적발시스템 하에서는 레벨 4 이상의 단계에 대해서는 모니터링이 제대로 이루어지지 않고 있음.

〈그림 1〉 보험사기 조사업무 Flow



자료: 금융감독원(2013), 『보험범죄 형사판례집』.

- 레벨 4 이상에 대한 모니터링이 제대로 이루어지기 위해서는 보험산업 전체의 계약정보와 사고정보를 토대로 보험사기인지시스템이 운영되어야 함.
  - 우리나라 현행체제 하에서는 보험산업 전체의 계약정보와 사고정보 DB를 보유하고 있는 금융감독원만이 레벨 4 이상에 대한 모니터링이 가능
  - 보험회사의 경우에는 보험산업 전체의 계약정보와 사고정보 DB를 토대로 보험사기인지시스템을 가동할 수 없기 때문에 사실상 레벨 4 이상의 모니터링이 어려움.
  - ① 현행 보험사기 인지·조사·수사 연계체계 하에서는 대다수의 보험사기 인지가 보험회사에서부터 시작됨에도 불구하고 ② 보험회사는 초기 보험사기 인지에 있어서 제한적인 보험정보DB만이 활용 가능하다는 점을 감안할 때 레벨 4 이상의 보험사기를 초기에 적발하기에는 근본적인 한계가 존재

#### 다. 고차원 단계의 의료보험사기 적발사례

- 여기에서는 레벨 4 이상의 의료보험사기 가운데 매우 많은 병원과 환자가 연루되었던 1993년 Blue Cross/Blue Shield(BCBS) of Florida 사례 소개
  - 레벨 1과 레벨 3의 모니터링으로는 적발할 수 없었던 의료보험사기를 네트워크 분석(network analysis)을 활용해 레벨 7의 모니터링을 함으로써 적발하게 된 경우
- 1993년 Blue Cross/Blue Shield(BCBS) of Florida 사례<sup>74)</sup>
  - (개요) BCBS의 애널리스트인 Gene D'Angelo는 회사 내의 클레임 DB 자료를 가지고 매우 많은 의사와 환자가 연루된 보험사기를 찾아내려는 분석 시도
    - 그는 HOPS(Heuristic Optimized Processing System) International의 데이

74) Malcolm K. Sparrow(2000), *License to Steal: How Fraud Bleeds America's Health Care System*, Westview Press의 제10장, pp.241~243에서 인용.

터베이스 검색 엔진을 활용해 자신의 네트워크 분석 알고리즘을 개발

- (자료분석) D'Angelo는 21개월 동안의 Medicare 자료를 가지고 환자-의사 관계의 네트워크(the network of patient-provider relationships)에 대해 연구
  - 해당기간동안 특정 환자가 특정 의사로부터 치료(가격이나 빈도에 상관없이 모든 치료가 해당)를 받은 경우 둘은 서로 연계되어 있는 것으로 간주
- (분석결과) 의사-환자 연계를 계산해본 결과 환자-의사 네트워크에는 총 188,403개의 연계(link)가 존재
  - 다음에는 전체 네트워크상에서 비정상적으로 밀집된 군집을 찾아보았는데, 그의 알고리즘에 의하면 매우 밀도가 높은 하나의 군집이 발견됨.
  - 그가 발견한 군집은 122명의 의사 그룹과 181명의 환자 그룹으로 구성되어 있었는데,
  - ① 122명의 의사 각각은 181명의 환자 각각과 최소한 47번 연계되어 있었고,
  - ② 마찬가지로 181명의 환자 각각은 122명의 의사 각각과 최소한 47번 연계되어 있었음.
- (결과해석) 위의 ①과 ②의 결과 가운데 D'Angelo는 두 번째 결과에 초점
  - 두 번째 결과에 의하면 21개월 동안 한 환자가 최소 47명의 의사로부터 치료를 받은 셈이 되는데, 이는 상식에 어긋나는 결과임.
  - 통상의 경우라면 21개월이라는 기간 동안 2~3명의 의사를 만나는 것이 일반적이고, 특수한 경우에 5명까지도 가능, 그리고 의사당 많아야 20번 정도의 치료를 받는 것이 일반적
  - 그런데 분석대상 그룹의 환자들은 21개월 동안 122명의 의사를 만났으며 한 의사당 최소한 47번, 평균적으로는 80번의 치료를 받았음.
  - 개별 지급 건별로는 매우 소액이어서 낮은 레벨의 모니터링으로는 적발되지 않았음.
- (조사결과) D'Angelo의 혐의 포착 이후 조사팀이 투입되어 조사한 결과 다양한 불법행위가 드러났음.
  - 일부 의사는 환자 리스트를 가지고 진료행위 없이 비용을 청구하였으며, 일부 환자는 돈을 받고 여러 병원을 다니면서 필요없는 검사를 받았음.

## 라. 적발시스템 개선 방안

- 이제까지의 논의를 간략히 정리하면, 현행 보험사기 인지·조사·수사 연계체계는 보험회사→금융감독원→수사기관(검·경) 순서임.
  - 대부분의 보험사기 인지는 보험회사의 지급심사팀에서 시작되는데, 담당자의 보험사기 인지는 주로 경험법칙(rule of thumb)에 의존
  - 1차 보험사기 조사대상은 ①이전에 보험금 지급이 여러 건 존재하는 계약자의 클레임이나 ②비록 처음이라고 하더라도 금액이 큰 경우
  
- 우리나라의 보험사기 적발시스템을 Sparrow(2000)가 제시한 사기적발시스템의 다단계 구조 측면에서 평가해보면, 보험금 지급 이전 단계에서 주로 모니터링이 이루어지는 경우는 레벨 1(개별 클레임별 모니터링)과 레벨 3(a)(개별 계약자별 시계열자료 분석을 통한 모니터링)임.
  - 레벨 3(b)(병원이나 정비업체에 대한 시계열자료 분석을 통한 모니터링)의 경우에는 금융감독원의 기획조사가 해당됨.
  
- 현행 보험사기 방지체제 하에서는 복잡한 형태를 가진 레벨 4 이상의 보험사기에 대한 모니터링이 제대로 이루어지지 않고 있으며, 구조적으로 사전 모니터링이 어려운 상황
  - 현행 보험사기 인지·조사·수사 연계체계 하에서는 대다수의 보험사기 인지가 보험회사에서부터 시작됨에도 불구하고 초기 보험사기 인지에 있어서 보험회사가 활용할 수 있는 보험정보 DB의 범위에 제약이 존재하기 때문에 레벨 4 이상의 보험사기를 초기에 적발하는 데 근본적인 한계 존재함.
  
- 이러한 문제점을 해결하기 위한 방법으로 2가지 대안을 생각해볼 수 있음: ①보험회사 중심의 보험사기 인지능력 강화와 ②금융감독원 중심의 보험사기 인지능력 강화
  - 지난 6월 발표한 「보험사기 근절대책」의 내용 가운데 “보험업계 공동의 보험사기 인지시스템 구축”이 있었는데, 이는 위의 대안 가운데 첫 번째에

해당된다고 볼 수 있음.

- 발표 당시 구체적인 내용은 없었으며, 향후 방안을 검토하겠다는 내용만 있었는데, 방안의 유효성은 보험회사가 보험사기인지시스템을 운영함에 있어서 얼마나 많은 보험정보 DB를 활용할 수 있느냐에 달려 있음.
- 효과를 극대화하기 위해서는 보험회사에게 보험산업 전체의 계약정보와 사고정보의 DB를 활용할 수 있도록 허용해야 하나 이는 개인정보보호 이슈로 인해 현실적으로 어려움.
- 그러한 측면에서 본다면, 첫 번째 대안은 레벨 4 이상의 보험사기 유형에 대한 모니터링 방안으로는 적절하지 않다고 판단됨.

○ 보다 현실적인 대안은 금융감독원을 중심으로 한 보험사기 인지능력 강화라고 판단됨.

- 현재 금융감독원만이 보험산업 전체의 계약정보와 사고정보 DB를 보유하고 있기 때문에 진정한 의미에서의 보험사기인지시스템 운영은 금융감독원만이 가능함.
- 지난 6월 발표한 「보험사기 근절대책」의 내용 가운데 “보험사기 조사인력 확충”이<sup>75)</sup> 있었는데, 여기에 추가하여 금융감독원 내의 보험사기인지조직 강화가 필요하다고 여겨짐.
- 왜냐하면 조사인력만으로는 레벨 4 이상의 지능화·복잡화된 보험사기의 조기 인지가 어렵기 때문에 네트워크 분석(network analysis) 능력을 겸비한 전문가들로 구성된 보험사기인지조직이 필요함.

---

75) 금감원에 보험사기 특별조사 조직을 신설하여 보험사기 연루 병원 및 정비업체 등에 대한 조사를 전담하는 방안을 검토한다는 내용이었음.

## 2. 빅데이터 활용을 통한 조사 효율화

- 최근 세간의 관심을 끌고 있으며, 주요 컨설팅 기관의 보고서 등에서 중점적으로 다루어지고 있는 분야 가운데 하나는 빅데이터에 관한 것임.
  - 빅데이터라는 용어는 2000년대 데이터가 폭발적으로 증가한 천문학과 계측 연구 분야에서 만들어졌으나 이제는 인간 활동의 모든 분야로 옮겨지고 있으며, 보험사기 분야도 예외는 아님.
- 보험사기와 관련된 여러 문헌에서 빅데이터라는 용어를 사용하고 있으나 빅데이터가 무엇을 의미하는지에 대한 명확한 설명이 있는 경우는 매우 드물.
  - 보험사기 분야에 있어서 빅데이터 활용이라는 주제를 다루기 위해서는 먼저 빅데이터에 대한 이해가 선행될 필요가 있음.
  - 그런 이유에서 본고에서는 보험사기 분야에 있어서의 빅데이터에 대해 다루기 전에 먼저 빅데이터 일반에 대한 논의부터 시작하고자 함.

### 가. 빅데이터 개요

- 빅데이터라는 것이 무엇을 의미하는지에 대해 살펴보기 위해 본고에서는 쉐이버와 쿠키어(2013)의 내용을 소개하고자 함<sup>76)</sup>.
  - 빅데이터를 다룬 저서들이 대부분 빅데이터 기술에 관한 것인 반면, 쉐이버와 쿠키어(2013)는 빅데이터가 인간의 삶과 일, 사고방식에 주는 함의에 대해 다루고 있음.

---

76) 빅토르 마이어 쉐이버·케니스 쿠키어(2013), 『빅데이터가 만드는 세상』, 21세기 북스(원서는 Viktor Mayer-Schönberger and Kenneth Cukier(2013), *Big Data: A Revolution That Will Transform How We Live, Work and Think*, John Murray).

□ (구성) 빅데이터 일반에 대한 설명은 크게 다음과 같은 내용들을 포함하고 있음.

- 데이터는 아주 오래된 옛날부터 존재하였는데, 과거와는 달리 최근 들어 새로이 데이터화되고 있는 유형들에는 어떤 것들이 있는가?
- 과거의 스몰 데이터의 세상과 빅데이터의 세상에 있어서 정보 분석 방법의 근본적인 차이는 무엇인가?
- 빅데이터가 가치를 가진다면 그러한 가치의 원천은 무엇이며, 산업과 경제에 어떠한 영향을 미칠 것인가?
- 빅데이터의 등장이 가져올 위험은 무엇이고, 그러한 위험을 통제하기 위해 어떤 규제체계가 바람직한가?

□ 세상에 존재하고 있는 것들을 측정하고, 기록하고, 분석 가능한 형태의 데이터로 만들려고 하는 인류의 노력은 오래 전부터 있어 왔음.

- 초기 문명사회에서는 길이와 무게에 대한 기본적인 측정방법이 개발되었으며, 문자의 발명과 함께 현실을 기록해두었다가 나중에 꺼내볼 수 있게 되었음.
  - 수백 년이 지나는 동안 측정 대상은 길이와 무게에서 면적과 부피, 시간 등으로 확대
- 그러나 초기 문명의 측정법에는 심각한 결함이 있었는데, 계산 및 분석에 적합하지 않았다는 점임.
  - 이후 아라비아 숫자의 발명과 수학의 발전으로 인해 인류는 현상을 단순히 측정하고 기록하는 수준을 넘어 계산하고 분석할 수 있게 되었음.
- 19세기에는 측정 대상이 더욱 확대되어 전류, 기압, 온도, 음향 주파수와 같은 것들을 측정하고 기록할 새로운 방법과 단위들이 발명되었음.
- 컴퓨터의 등장과 함께 시작된 디지털화는 현상을 측정하고 기록하고 분석하는데 드는 시간과 비용의 축소를 가져왔음.
  - 먼저, 텍스트가 디지털화되었으며, 스토리지 용량, 처리 능력, 통신 대역폭 등이 커지면서, 사진, 영상, 음악 등이 디지털화되었음.
  - 디지털화(digitization)가 데이터화(datafication)의 효율성을 높인 것은 사실이나 둘은 서로 다른 개념으로, 디지털화는 아날로그 정보를 컴퓨터



가 읽을 수 있는 형식으로 전환하는 것을 의미하고, 데이터화는 현상을 분석 가능한 형태로 만드는 것을 의미

□ 최근 들어 매우 다양한 것들이 데이터화되고 있는데, 대표적인 것들로는 ①단어(words) 또는 텍스트(text), ②위치(location), ③소통(interactions) 등이 있음.

○ 텍스트를 데이터화한 대표적인 사례는 구글의 북스캐닝(book scanning) 프로젝트에서 찾아 볼 수 있음.

- 2004년 구글은 대학 도서관 몇몇과 협동 관계를 맺고, 저작권법이 허용하는 범위 내의 모든 책을 스캔하는 작업을 시작했음.

- 프로젝트를 시작한 지 7년이 지난 2012년까지 구글은 약 2,000만 권 이상을 스캔하였음.

○ 이러한 구글의 스캐닝 작업은 단순히 텍스트를 디지털화하는 것이지 데이터화하는 작업은 아니었음.

- 스캐닝을 통해 디지털 이미지화된 책의 페이지는 단순히 읽기용으로만 사용될 수 있었으며, 특정 단어로 텍스트를 검색하거나 텍스트를 분석할 수는 없었음.

○ 구글은 텍스트를 디지털화하는데서 멈추지 않고, 데이터화하기 위해 디지털 이미지를 읽고 그 안에 있는 글자와 단어, 문장, 단락을 인식할 수 있는 광학식 문자인식 소프트웨어를 사용하였음.

- 이러한 과정을 통해 책에 있던 정보는 읽기를 통해 인간만이 이용할 수 있는 형태가 아니라 컴퓨터가 처리하고 알고리즘이 분석할 수 있는 형태가 되었음.

○ 구글의 프로젝트 덕분에 분석 가능한 형태의 텍스트 정보량이 엄청난 규모로 증가하였음.

- 이로 인해 텍스트의 양적 분석을 통해 인간 행동과 문화 트렌드를 이해하는 새로운 학문 분야인 컬처노믹스(culturomics)가 탄생

○ 구글의 북스캐닝 프로젝트는 인류의 저작물을 전 세계 누구나가 인터넷을 통해 공짜로 검색하고 접근할 수 있게 하는 것이 1차적 목적이었으나, 그 효용성이 단순히 여기에 한정되지는 않았음.

- 구글은 북스캐닝 프로젝트를 통해 얻은 데이터화된 텍스트를 자신들의 기계 번역 서비스를 개선하는 데 이용하였음.
- 인류의 저작물을 디지털화하려는 노력을 한 것은 구글만은 아니었는데, 그 한 예가 쿠텐베르크 프로젝트였음.
  - 1971년 공개된 작품들을 온라인에 올리는 자원봉사 운동으로 시작된 쿠텐베르크 프로젝트의 주된 목적은 대중들이 읽을 수 있도록 이용 가능한 텍스트를 만드는 것이었음.
  - 구글과의 차이점은 이 프로젝트의 관심사는 오로지 읽기였고, 텍스트를 데이터화해서 재사용하는데 것에 대해서는 고려하지 않았음.
- 최근 들어 빠르게 데이터화가 진행되고 있는 분야 가운데 두 번째는 바로 위치(location) 정보임.
  - 위치의 수량화는 기원전 200년 경 그리스에서 시작되었는데, 에라토스테네스가 위도·경도와 유사한, 위치를 표시하는 격자망 시스템을 개발
    - 프톨레마이오스의 『지리학』에 영향을 받아 위도, 경도, 축척 같은 개념이 등장
    - 상당 기간 동안 위치를 기록하는 수단은 있었으나 그러한 정보를 공유하기 위한 공통된 식별 시스템은 없었는데, 1884년 워싱턴 D.C.에서 열렸던 국제자오선회의를 통해 위도와 경도의 표준화가 정착되었음.
  - 표준화 작업을 통해 위치의 데이터화를 위한 전제 조건이 일부 충족되었으나, 아직 위치 정보를 측정하고 기록하는데 많은 비용이 들어갔기 때문에 실제로 데이터화되는 경우는 드물었음.
    - 1978년에 위치의 측정과 관련하여 주요한 변화 하나가 일어났는데, 바로 GPS를 구성하는 위성 중 첫 번째 위성이 발사되었음.
    - 1990년대에는 GPS 시스템이 완전하게 작동했으나 위치 정보의 생성은 미진하였는데, 그 이유는 초창기 GPS 수신기의 가격이 비쌌기 때문임.
    - 그러나 GPS 수신기의 가격이 1990년대의 수백 달러 수준에서 대량 구매 시 1달러 수준으로까지 하락하면서 보편화되었음.
  - 최근 들어 GPS 이외에 GPS를 보완하기 위한 다양한 지리 위치 시스템이

개발되면서 위치의 데이터화가 빠르게 진행되고 있으며, 위치 정보의 활용범위도 확대되고 있음.

- UPS의 경우에 차량에 센서, 무선 모듈, GPS를 장착하고 화물차의 위치정보를 통해 배송 지연을 여부를 알 수 있고, 이동 경로를 연구해 노선을 최적화할 수 있음.
- UPS의 공정관리 책임자인 잭 리바이스 이사에 따르면 2011년 UPS는 차량 이동 경로에서 4,800킬로미터라는 어마어마한 거리를 단축했고, 이로 인해 1,100만 리터의 연료를 절약

□ 과거에는 데이터화의 영역이 아니었으나 최근 들어 새로운 데이터화의 영역으로 부상하고 있는 분야는 인간관계(relationships), 경험(experiences), 기분(moods) 등임.

○ 페이스북, 트위터와 같은 소셜 플랫폼은 단순히 우리에게 친구나 동료를 찾아 주고, 연락할 수단만 제공하는 것이 아니라 이용자들의 정보를 데이터화하고 다양한 용도에 활용

- 페이스북은 인관관계를, 트위터는 기분 또는 정서를, 그리고 링크드인은 직업 경험을 데이터화

○ 인관관계는 언제나 존재했고, 항상 정보를 이루고 있었지만 페이스북의 ‘소셜 그래프’이전에는 한 번도 공식적으로 데이터화되지 않았음.

- 2012년 페이스북 이용자는 대략 10억 명 정도이며 100억 개 이상의 친구 관계를 통해 서로 소통, 그 결과 페이스북의 소셜 그래프는 전 세계 인구의 10% 이상을 대변
- 많은 신생 기업들이 소셜 그래프를 조정해서 신용평가 점수 산출에 활용하는 방안을 연구하고 있음.

○ 트위터의 데이터 역시 흥미로운 방식으로 활용되고 있는데, 많은 기업들이 보험소비자 반응을 수집하거나 마케팅 전략의 효과를 판단하기 위해 때로는 정서 분석이라는 기술을 사용해 트윗들(트위터의 이용자들이 전송하는 짧은 글들) 분석

- 또한, 헤지펀드 회사인 Derwent Capital과 MarketPsych는 주식시장 투자에 대한 신호로 삼기 위해 트윗을 분석하여 주식 거래자들에게 판매

□ 빅데이터 시대의 도래와 함께 정보 분석 방법에 있어서도 과거의 스몰 데이터 시대와는 다른 새로운 변화가 일어나고 있음.

- 첫째, 스몰 데이터 시대에는 데이터를 수집, 저장, 분석하는데 시간과 비용이 많이 들어 샘플링에 대한 의존도가 높았음.
  - 그러나 빅데이터 시대에는 데이터를 처리하는데 있어서 시간과 비용 측면의 제약이 완화되어 전체 데이터를 대상으로 한 분석 사례가 늘어나고 있음.
- 둘째, 스몰 데이터 시대에는 분석 대상 데이터의 양이 적었기 때문에 클리닝(cleaning) 작업을 통해 데이터의 정확성을 높이는 것이 매우 중요했음.
  - 그러나 빅데이터 분석의 경우에는 일부 데이터의 부정확성 문제나 포맷의 불일치를 수용하는 대신 더 많은 데이터를 확보함으로써 스몰 데이터 분석에서는 찾아 낼 수 없는 통찰을 얻을 수 있음.
- 셋째, 빅데이터 시대에는 원인에 대한 분석 없이 상관성 분석만을 통해서도 유용한 가치를 끌어낼 가능성이 높아졌음.
  - 스몰 데이터 시대에는 분석 툴이나 데이터의 제약으로 인해 상관성 분석에 한계 존재

□ 데이터의 수집과 분석이 쉽지 않던 시절, 통계학자들은 무작위 샘플링이라는 방법을 개발해냈는데, 이를 통해 적은 데이터 수집 비용으로도 전체를 매우 정확하게 추정해낼 수 있었음.

- 무작위 샘플링은 공공부문과 인구조사 분야를 넘어 다른 영역까지 빠르게 확산되어 응용되었음.
  - 예를 들어, 기업들은 제조 품질 확보에 무작위 샘플링을 활용해서 낮은 비용으로 품질을 개선하였음.
- 무작위 샘플링은 엄청난 성공을 거두었고 현대적인 대규모 조사의 근간이 된 것은 사실이나 나름대로 한계가 분명하였음.
  - 우선, 무작위성의 확보가 쉽지 않았으며, 하위 범주를 포함하도록 크기를 조정하기가 쉽지 않았음.
  - 그리고 가장 중요한 문제점은 샘플링에는 주의 깊은 계획과 실행이 필요하여서, 처음부터 고려된 질문이 아니면 샘플링된 데이터에 물어볼 수 없는

경우가 보통

- 다시 말해, 샘플링은 동일한 데이터를 가지고 처음과 다른 목적으로 새롭게 분석할 수 있는 확장성이나 유연성이 부족

○ 샘플링보다는 전체 데이터를 분석하는 것이 더 유용한 사례로는 신용카드사기 조사를 들 수 있음.

- 신용카드사기를 감지하기 위해서는 비정상적 행태를 찾아내야 하는데 그 최선의 방법은 샘플이 아닌 데이터 전체를 분석하는 것임.
- 비정상적 거래는 전체 데이터에서 보면 아주 이례적인 경우이기 때문에 샘플링 분석을 통해서만 발견하지 못할 가능성이 높음.

□ 전체 디지털 데이터 가운데 잘 정돈된(전통적인 데이터베이스에 잘 들어맞는 형태) 경우는 약 5%에 지나지 않으며, 나머지 95%는 깔끔하고 질서정연한 형태가 아님.

○ 스몰 데이터가 가진 한계를 극복하기 위해 분석 대상 데이터의 양을 늘리기 위해서는 깔끔하고 질서정연하게 정돈되어 있지 않은 형태의 데이터를 수용할 수 있어야 함.

- 최근의 데이터베이스 기술인 하둡은 데이터가 깔끔하게 정렬되어 있지 않을 거라고 가정함.
- 실은 데이터가 너무 거대해서 처리하기 전에 클리닝을 할 수 없을 거라고 가정함.
- 하둡은 전통적인 데이터베이스 기술만큼 정교한 결과를 내놓지는 못하기 때문에 우주선의 이륙처럼 매우 정확성이 요구되는 경우에는 사용할 수 없으나 그렇지 않은 문제의 경우에는 전통적인 기술보다 신속하게 결과를 내놓음.

○ 잘 정돈된 스몰 데이터의 분석보다 깔끔하고 질서정연하지 않은 빅데이터의 분석이 더 유용한 사례로는 “10억 개 상품 가격 프로젝트”를 들 수 있음.

- MIT의 두 경제학자 알베르토 카발로와 로베르토 리고본은 웹사이트를 돌아다니며 매일 미국에서 판매되는 상품 가격 50만 개를 수집하여 인플레이션 트렌드를 예측
- 이들을 수집한 데이터는 미 노동통계국에서 물가상승률을 계산하기 위해

사용하는 데이터와는 달리 잘 정돈되어 있지 않았으나 예측의 신속성 측면에서 우월하였음.

- 두 학자는 2008년 9월 리먼브러더스가 파산을 신청한 직후 상품 가격에 디플레이션 조짐이 일어날 것을 감지하였으나 미 노동통계국의 공식 보험 소비자물가지수 데이터에 의존한 사람들을 11월이 되어서야 그런 양상을 알 수 있었음.
- 프로젝트 결과 PriceStats라는 회사가 생겨나 은행 등 수요자들에게 정보를 제공하고 있는데, 인플레이션 트렌드 예측이라는 측면에서 공식 통계보다 우수한 성과를 거두고 있음.

□ 상관성이라는 개념은 1888년 찰스 다윈의 사촌인 프랜시스 골턴 경에 의해 발표되었는데, 빅데이터 이전에는 상관분석의 유용성에 한계가 존재

○ 스몰 데이터 시대에는 특정 변수와 상관관계를 가지는 대용물을 찾기 위해 여러 이론에서 나온 가설을 이용하였음.

- 가설에 기초해 데이터를 수집한 후 상관분석을 해서 대용물이 적절한지 검증하고, 대용물이 적절하지 하지 않으면 데이터가 잘못 수집되었을 가능성을 검토하거나 아니면 가설을 수정하는 과정을 반복적으로 수행

○ 그러나 빅데이터 시대에는 가설에 의한 접근법을 강요하게 만들었던 스몰 데이터 시대의 제약이 이전보다 완화되었음.

- 데이터와 연산 능력이 풍부한 지금은 정교화된 컴퓨터 분석 기술이 최적을 대용물을 알려줄 수 있기 때문에 이전처럼 수고스럽게 하나 또는 몇 개의 대용물만을 골라 하나씩 순서대로 검토할 필요가 없음.
- 스몰 데이터 시대에는 먼저 이론이 있었고 그 다음에 데이터를 수집했다면, 빅데이터 시대에는 이론이나 가설에 의존하지 않고 데이터만으로 상관관계를 찾는 데이터에 의한 접근법이 가능해짐.

○ 빅데이터 시대 상관관계 분석을 통해 새로운 가치를 창출한 대표적인 사례로는 아마존의 추천시스템을 들 수 있음.

- 아마존의 경우 초기에는 도서 비평가와 편집자들이 추천 도서를 선정해서 소개하는 방식을 취했음.

- 그러다가 아마존의 창업자이자 CEO인 제프 베저스는 고객 개개인의 구매 선호에 맞춰 책을 추천하는 시스템으로 도입하기로 결정하였음.
- 아마존이 시도했던 방법은 상품들 사이에 존재하는 연관성을 찾는 것이었는데, 이 방법은 큰 성공을 거두었고, 그 결과 아마존의 편집팀은 해체되었음.
- 아마존의 추천 시스템은 A라는 도서를 읽은 고객이 왜 B 도서를 구입하는지에 대한 원인은 설명해주지 못하지만 아마존의 매출에는 긍정적 영향을 미쳤음.

□ 빅데이터 시대 데이터 분석과 관련하여 사고방식에 있어서의 주요 변화로는 ①무작위 샘플링→전체 데이터 집합 분석, ②들쭉날쭉함의 수용, ③상관성 분석에 있어서 가설에 의한 접근법→데이터에 의한 접근법 등을 들 수 있는데, 여기에 ④데이터의 1차적 용도→재사용(2차적 용도)이 추가될 수 있음.

○ 스몰 데이터 시대에는 데이터의 활용과 가치 창출에 있어서 주로 1차적 용도에 한정되는 경우가 많았음.

- 그러나 빅데이터 시대에는 재사용을 통해 데이터의 무한한 옵션 가치를 끌어내려는 사고방식의 전환이 필요

○ 데이터의 재사용과 관련해서 가장 앞서 있는 기업 중 하나는 구글인데, 구글의 경우 오타를 이용한 세계 최고의 맞춤법 검사기를 만들어서 검색 성능만 향상시킨 것이 아니라 다른 여러 서비스에도 적용

- 예컨대 검색이나 G메일, 구글 문서도구의 ‘자동 완성’ 기능에도 사용했고 구글 번역에도 활용

○ 한편, 데이터의 재사용과 관련하여 최근에 주목을 받고 있는 것이 정부 데이터 개방 운동임.

- 정부의 경우에 대량의 정보를 보유하고 있으나 그러한 정보를 효과적으로 활용하고 있지 못한 경우가 많았음.
- 정부가 보유한 데이터에서 가치를 창출하기 위해서는 민간 부문과 사회에 개방해야 한다는 주장이 제기됨.
- 미국의 경우 정부 데이터를 개방하기 위해 data.gov라는 웹 사이트를 만들었는데, 2009년 47개의 데이터 집합에서 출발하여 2012년 7월에는 172

개의 기관에서 나온 45만 개에 달하는 데이터 집합으로 성장

- 유럽연합도 오픈 데이터 운동을 선언했고 이것은 대륙 전체로 퍼져나갔으며, 오스트레일리아, 브라질, 칠레, 등 그 외 국가들도 오픈 데이터 전략을 발표하고 시행에 들어갔음.

□ 빅데이터가 새로운 가치를 창출한다는 점에서는 긍정적이기는 하나, 반면 사생활 침해 위험의 증가라는 측면에서 보면 부정적 요소도 함께 내포하고 있음.

○ 인터넷, 이동통신, 센서 등의 기술 발전은 과거보다 개인정보의 수집을 용이하게 만들었으며, 이로 인해 사생활 침해의 가능성은 높아졌음.

- 그런데 빅데이터 시대 사생활 침해와 관련해서 중요한 문제는 단순히 위험의 크기가 커졌다는 점에 있지 않다는 것임.

- 단순히 위험의 크기와 관련된 문제라면, 기존의 사생활 보호 관련 법률과 규제 하에서 노력을 배가하면 됨.

- 반면, 위험의 크기만의 문제가 아니라면, 새로운 해결책이 필요

○ 이제까지 개인의 사생활을 보호하기 위해서 사용했던 전략은 ①고지 및 동의, ②탈퇴, ③익명화 등이었으나 빅데이터 시대에는 이러한 전략들이 모두 효력을 많이 상실함.

- 빅데이터 시대에 데이터의 혁신적인 가치는 재사용에 의해 창출되는데, 수집 당시 미래의 잠재적 용도에 대해 동의를 받는 것이 현실적으로 가능하지 않음.

- 이런 측면에서 본다면 ‘고지 및 동의’는 빅데이터 시대 데이터의 잠재적 가치를 발굴하기에는 너무 제한적인 방법임.

- 또한, 익명화의 경우에도 데이터의 양이 점점 더 많아지고 다양한 데이터들을 결합할 수 있게 됨으로 인해 익명화된 데이터로부터 개인을 식별해 낼 수 있는 가능성이 점점 커지고 있음.

○ 아직 더 연구가 필요하지만, 데이터의 2차적 용도가 중요한 빅데이터 시대에는 개인정보 보호를 위해 정보 수집 시점에서 개인의 동의에 초점을 맞추기보다 데이터 이용자의 책임에 초점을 맞추는 방향으로의 전환 필요



## 나. 보험사기와 빅데이터

- 최근 보험사기 분야의 IT 관련 해외 보고서들을 보면 빅데이터와 관련된 내용들이 군데 군데 담겨져 있음.
  - 여기서는 미국의 보험사기 방지기구인 Coalition Against Insurance Fraud(2014; 이하 CAIF로 표기)와 컨설팅 기관인 Infosys(2013)에서 발간한 자료를 중심으로 빅데이터 관련 내용이 최근 보험사기 분야에 어떤 식으로 반영되고 있는지 살펴보려고 함.
- Coalition Against Insurance Fraud(2014)는 보험회사 대상 보험사기 방지기술 관련 서베이 보고서인 “The State of Insurance Fraud Technology” 발표
  - 이 자료에는 보험사기 방지기술 현황, 보험사기 방지기술 도입시 문제점, 보험사기 방지기술의 혜택 및 투자 계획 등에 관한 내용을 담고 있음.
- 현재 미국의 보험회사들은 보험사기 방지를 위해 다양한 방법이나 기술들을 조합해서 사용하고 있음.
  - 대다수의 보험회사들이 기본적으로 사용하고 있는 방법은 전통적으로 사용해오던 automated red flags와 business rule인데, 조사대상 보험회사의 81%가 사용함.
  - 그러나, 보험사기 형태가 점점 더 지능화되고 복잡해지면서, 보다 발전된 형태의 분석기술을 도입
    - 그러한 기술들에는 ①link analysis(조사대상 보험회사의 50%가 활용 중에 있음), ②anomaly detection(45%), ③predictive modeling(43%), ④text mining(43%), ⑤data visualization(40%) 등임.
  - 조사 대상 보험회사의 절반 이상이 새로운 보험사기 방지기술의 주요 혜택 가운데 하나로 조직화되고 복잡화된 보험사기 적발을 꼽았는데, 이러한 유형의 보험사기를 적발하는데 도움이 되는 주요 기술이 link analysis임
    - link analysis는 수많은 클레임에 관여되어 있는 관계자들 간의 관계를 빠

르게 분석해주는 기술임.

- 보험사기를 적발하는데 있어서 매우 중요한 정보 가운데 일부는 손해사정사의 필드 노트, 이메일, 의료 정보, 경찰 기록 등과 같은 비구조화된 텍스트(unstructured text) 정보에 숨겨져 있음.
    - 이러한 비구조화된 텍스트 정보를 분석할 수 있는 도구가 바로 text mining 기술임.
  - 보험사기꾼들의 경우 수사기관에 적발되지 않기 위해 지속적으로 보험사기 유형이나 지역 등을 변경
    - 예를 들어, 보험회사가 특정 보험상품이나 지역의 보험사기조사를 강화하게 되면 다른 보험상품이나 지역으로 옮겨 가게 되는데, 이러한 보험사기 패턴의 변화를 재빨리 인지할 수 있도록 도와주는 시각화 기술이 data visualization임.
  - 보험사기 방지기술이 적용되는 분야는 주로 지급심사 단계로 응답자의 71%가 지급심사 단계에서 보험사기 방지기술 활용
    - 그러나 점점 판매단계에서의 보험사기 방지기술 적용이 늘어가는 추세로, 현재 약 1/3 정도가 언더라이팅 단계에서 보험사기 적발기술을 적용
- 보험회사들이 새로운 보험사기 방지기술의 도입과 활용 시 어려움으로 지적인 사항들 가운데 가장 큰 비중을 차지한 것은 IT 인력 부족으로 조사대상자의 53%가 해당
- 보험회사의 경우 새로운 보험사기 방지기술을 도입하게 되면 이전보다 더 많이 IT부서에 의존하게 되는데, IT부서들의 경우 이미 과부하가 걸려 있는 상황임.
  - 한편, 조사대상자의 14%가 데이터 통합과 데이터의 낮은 퀄리티를 새로운 보험사기 방지기술 도입 시의 어려움으로 지적
    - 그 외에도 보험사기 방지기술에 대한 투자수익이 높지 않은 점(8%), SIU 부서 제한된 인력으로 인해 보험사기 적발기술에 의해 인지된 보험사기를 제대로 처리하기 어려운 점(3%) 등도 지적되었음.
  - 한 가지 재미있는 사실은 2012년 서베이에서는 조사응답자의 36%가 새로운 보험사기 방지기술 도입의 가장 큰 장애 요인으로 낮은 투자수익률을

뽑았는데, 2012년에는 8%로 낮아졌음.

- 보고서에서는 보험사기 방지기술의 발전과 함께 투자수익률이 상승하여 수익률 이슈는 덜 중요한 장애 요인으로 여겨지고 있다고 보았음.

□ CAIF(2014)는 최근 증가 추세를 보이고 있는 보험사기 형태로 ①의료 관련 보험사기, ②판매단계에서의 보험사기, ③사이버 사기(cyber fraud)의 3가지를 꼽았음.

○ 과거에는 대부분의 보험사기가 거짓 자동차 도난이나 방화였으나, 최근에는 인체 상해 등의 의료 관련 보험사기 쪽으로 옮겨가고 있는 추세

○ 두 번째 증가 추세에 있는 분야는 판매 단계에서의 보험사기인데 주로 온라인 판매와 관련되어 있음.

- 보험사기꾼들은 온라인에서 보험료를 결정 요인들을 변경해가면서 다수의 신청서를 제출하는 방식으로 원래 지불해야 하는 수준보다 낮은 보험료로 가입

○ 세 번째로, 보험회사는 많은 개인정보를 수집하고 있으며, 이로 인해 개인정보 도둑들의 공격 대상이 되고 있음.

- 2012년 이후 개인정보 도둑의 공격을 받은 보험회사 수는 상당히 증가하였으나, 조사 대상 보험회사의 14%만이 사이버 사기를 방지하기 위한 기술을 사용하고 있었음.

□ 보고서는 또한 보험사기 방지기술 활용 시 사용되는 데이터의 종류에 대해서도 조사하였는데, 다양한 데이터가 사용되고 있었음.

○ 우선 가장 많이 사용되고 있는 기본적인 데이터는 내부 데이터(internal data)로 조사 대상자의 약 80%가 사용

○ 이외에도 공공 데이터(45%), 비구조화(unstructured) 데이터(38%), 써드-파티(third-party) 데이터(29%), 소셜 미디어(social media) 데이터(14%), 텔레매틱스와 같은 커넥티드 디바이스(connected device)로부터의 데이터(5%) 등도 사용

- 보험사기 방지기술에 활용 가능한 정보원이 계속 증가하고 있는데, 특히 비구조화 데이터 분야에서의 다양성이 지속적으로 확대되는 추세에 있음.

- 향후 보험사기 방지기술 투자계획과 관련된 서베이 결과에 의하면, 조사 대상 보험회사 의 약 25%는 보험사기 방지 관련 IT 예산을 증가할 예정이라고 응답한 반면, 약 15%는 감소할 것으로 예상
  - 한편, 보험사기 방지시스템의 구축과 관련해서는 약 2/3가 외부 벤더를 통해 시스템을 구축(2012년의 비중은 약 49%로, 2014년에 증가하였음)
    - 시스템 유지의 경우에는 약 67%가 내부에 시스템을 유지하고 있는 반면, 약 1/3은 써드-파티에 아웃소싱(2012년의 비중은 약 27%로, 2014년에 증가하였음)
  - 투자분야를 보면, 조직적이고 복잡한 유형의 보험사기 방지와 비구조화 데이터의 분석과 관련된 분야의 투자를 확대하였음.
    - link analysis, predictive modeling, text mining, data visualization 관련 투자 증가
  
- 앞의 빅데이터 개요에서 최근 들어 새로이 데이터화가 진행되고 있는 주요 분야로 ①텍스트, ②위치, ③소통의 3가지를 소개했는데, 보험사기 분야에 있어서도 이러한 데이터들의 중요성이 증가하고 있음.
  - CAIF(2014) 보고서의 경우에는 특히, 텍스트 데이터와 관련된 부분이 두드러져 보였음.
    - 보험사기 방지기술 활용에 사용되는 데이터 형태가 다양화되고 있는데, 그 가운데서도 비구조화 데이터 분야에서의 다양성이 지속적으로 확대되고 있음.
    - 또한 보험사기 방지기술 관련 투자의 경우에도 조직화되고 복잡화되는 보험사기를 적발하기 위한 기술과 비구조화 데이터 분석 분야의 투자가 증가하고 있음.
  
- 컨설팅 기관인 Infosys(2013)의 경우에도 디지털 환경 하에서 효과적으로 보험사기를 적발하기 위한 시스템을 제안하고 있는데, 여기에도 빅데이터 관련 내용이 상당히 많이 포함되어 있음.
  - Infosys(2013)는 새로운 시스템을 제안하기에 앞서 먼저 기존 보험사기 적

발시스템의 문제점에 대해 지적

- 첫째, 기존 보험사기 적발시스템은 이미 존재하고 있는 보험사기 유형에 의존하고 있어서 새로운 유형의 보험사기를 적발하는데 한계
- 둘째, 보험사기에 활용 가능한 데이터 소스는 점점 더 다양해지고 있으나 기존 시스템은 다양한 데이터를 통합적으로 관리·분석하는데 한계

□ Infosys(2013)는 발생빈도가 낮은 특이한 유형의 보험사기 적발, 데이터 통합, 비구조화 데이터 활용 등의 목적을 달성하기 위해 새로운 보험사기 적발 시스템으로 다음 3가지를 제안

- ①social network analysis, ②predictive analytics for big data, ③ Social customer relationship management

□ Social Network Analysis(SNA)

- SNA 툴은 다양한 분석방법을 조합한 하이브리드 접근법을 채택
  - 하이브리드 접근법에는 business rule, 통계적 방법, 패턴 분석(pattern analysis), network linkage analysis 등이 포함됨.
  - 또한, 범죄 기록, 주소 변경, 파산 등과 같은 공공 기록을 포함하여 모든 데이터가 하나의 모형 내에 통합되어 활용됨.
- SNA 툴의 효과를 설명하기 위해 GE Consumer & Industrial Home Services Division 사례 제시
  - GE의 경우 수리 기사들이 가전제품 수리 후 청구서를 제출하는데 일부 기사의 경우 수리하지 않고도 수리했다고 가짜로 청구서를 만들어 제출하는 사례가 존재
  - 의심스러운 청구 건을 적발하기 위해 SNA 툴을 도입한 이후 약 510만 달러의 비용절감 효과 발생

□ Predictive Analytics for Big Data

- Infosys(2013)의 경우 빅데이터 관련 예측 분석이라는 용어를 사용했으나

실질적인 내용은 비구조화된 텍스트 데이터의 분석에 관한 것임.

- 보험회사들의 경우 내부에 상당히 많은 구조화된 데이터를 보유하고 있으며, 보험사기 적발에 활용되고 있음.
  - 그러나 보험사기와 관련하여 또 다른 중요한 정보들은 비구조화된 형태로 보관되어 있는데, 지급심사 보고서(claim reports) 등이 포함됨.
  - 보험사기 적발에 있어서 이러한 비구조화 데이터의 중요성은 SIU의 조사관들에 의해 확인될 수 있을 것임.
- 비구조화된 텍스트 자료를 분석해서 보험사기를 적발하는데 있어서 유용한 정보를 제공해줄 수 있는 툴이 text analytics임.
  - 손해사정사(claim adjuster)는 보험사고 조사 후 상당한 분량의 보고서를 작성
  - 보험사기의 단서가 보고서에 포함되어 있으나 손해사정사는 미처 발견하지 못할 수 있음
  - text analytics를 사용해 손해사정사가 미처 발견하지 못한 보험사기 혐의자의 진술상의 불일치 등을 잡아낼 수 있음.
- Infinity Insurance Co.의 경우에 빅데이터 분석 시스템 도입 이후 보험사기 적발 성공률이 50~88% 상승하였고, 보험사기 의심 건의 처리 시간은 95% 단축시켰음.

#### □ Social Customer Relationship Management(Social CRM)

- Social CRM은 플랫폼도 아니고 기술도 아니고, 일종의 절차라고 볼 수 있음,
  - 소셜 미디어가 조직의 여러 계층에 통합될 때 고객과의 관계에 있어서 투명성이 제고된다는 점에서 소셜미디어와 CRM을 연계하는 것은 보험회사에 있어서 매우 중요함.
- Social CRM은 기업이 보유하고 있는 CRM을 사용하는 동시에 다양한 소셜 플랫폼으로부터 데이터를 수집
  - 내부의 CRM 데이터와 소셜 플랫폼의 데이터를 결합하여 클레임의 보험사기 여부 판단

- Infosys(2013)에서 제안하고 있는 혁신적인 보험사기 적발시스템의 경우에도 앞의 빅데이터 개요에서 다루었던 내용이 밑바탕에 깔려 있음.
- 최근 새로이 데이터화가 진행되고 있는 분야로 텍스트와 소통 관련 데이터가 언급되었는데, Infosys(2013)에서 제안한 2번째 분석 방법인 predictive analytics for big data는 비구조화 텍스트 분석에 관한 것임.
- 그리고 3번째 Social CRM은 소통 관련 데이터를 보험사기 적발에 활용하는 내용을 담고 있음.

#### 다. 정보활용 발전방향

- 디지털화의 진전과 함께 정보의 수집·저장·분석 관련 비용이 감소하게 되면서 다양한 분야에서 빠른 속도로 데이터화가 진행되고 있음.
  - 그 가운데 대표적인 분야가 ①텍스트(text), ②위치(location), ③소통(communication) 등임.
    - 텍스트의 경우 단순히 종이 문서의 내용을 디지털화해서 온라인상에서의 읽기에 그치지 않고 디지털화된 텍스트를 분석해서 다양한 가치를 창출
    - GPS, 무선통신, 센서 등의 기술발전으로 사물과 인간의 위치 정보도 빠르게 축적되고 있음.
    - 인간관계, 경험, 기분 등과 같은 분야는 과거에는 데이터화의 영역이 아니었으나 소셜 플랫폼과 함께 데이터화되어 다양한 용도에 활용되고 있음.
  - 다양한 형태의 많은 데이터가 빠른 속도로 증가하고 있는 현상을 일반적으로 빅데이터라는 용어로 표현하고 있음.
- 
- 빅데이터의 활용과 관련된 논의는 다양한 분야에서 활발하게 진행되고 있는데, 보험사기 분야도 예외는 아님.
  - 해외 주요 보험사기 방지기관과 컨설팅 기관들의 자료를 보면 군데군데 빅데이터 관련 내용이 반영되어 있음.

- 최근 들어 특히 강조되고 있는 분야는 비구조화 텍스트와 소셜 미디어 관련 데이터 분석임.
  - 보험사기 여부 판단에 필요한 상당수의 정보는 손해사정사의 조사보고서 등과 같은 비구조화된 형태로 되어 있음.
    - text mining 분석을 통해 비구조화 텍스트 데이터로부터 보험사기 적발과 관련한 중요한 통찰을 이끌어낼 수 있음.
  - 또한 페이스북, 트위터와 같은 소셜 미디어 데이터를 보험사기조사에 활용하려는 노력이 진행되고 있음.
    - 보험사기 혐의자를 보다 잘 조사하려면 그를 둘러싼 최대한 폭넓은 데이터를 조사해야 함.
    - 단순히 그가 누구를 아느냐가 아니라 그가 아는 사람들은 또 누구를 아는 지 까지 다 조사하는 것이 필요할 수 있음.
    - 이런 일이 과거에는 기술적으로 매우 어려웠지만 소셜 미디어의 등장과 함께 상대적으로 용이해졌음.
- 우리나라 보험산업의 경우에는 아직까지 보험사기조사에 있어서 빅데이터 활용이 미흡한 편으로 보다 효과적인 보험사기조사를 위해 빅데이터 관련 투자를 확대할 필요가 있음.
- 우선, 보험사기 조사시 중요한 정보를 제공하는 자료 가운데 데이터화가 되어 있지 않는 자료들을 분류해서 데이터화하는 작업이 필요
    - 그리고 비구조화 텍스트 자료를 분석해서 보험사기조사에 도움이 되는 정보를 제공해줄 수 있는 데이터 분석 전문 인력 채용
    - 이러한 노력은 개별 보험회사와 금융감독원 차원에서 모두 필요
  - 두 번째는 소셜 미디어 관련 데이터를 보험사기조사, 특히 기존의 연계분석에 활용하는 방안 검토
    - 단, 소셜 미디어 데이터의 경우 프라이버시 이슈가 존재하기 때문에 이를 고려하여 보험사기조사에 활용할 필요가 있음.
    - 소셜 미디어 데이터의 경우 크게 공개정보(public information)와 사적정보(private information)로 구분되는데,<sup>77)</sup> 공개정보는 개별 보험회사와

77) Joseph L. Cowan II(2011), "Using Social Media Sites to Research and Uncover Insurance Fraud", in *Defending Against Insurance Fraud Claims: Leading Lawyers on Representing Insurers in*



금융감독원이 조사단계에서 활용하고, 사적정보는 검경이 수사 단계에서 활용할 필요가 있음.

---

## VI. 결론

---

- 본 연구에서는 보험사기 방지활동 15년을 평가하고, 보험사기로부터 피보험자 보호를 위한 안전장치, 불공정한 사기조사 및 보상행위에 대한 대책, 그리고 보험사기 조사의 효율성 제고 방안을 검토하였음.
  
- 먼저, 살인 및 상해를 동반하는 보험사기로부터 피보험자를 보호하기 위해 수익자 변경 시 피보험자 동의제도의 실질성 확보와 수익자 변경에 대한 예외적 관리 또는 거절 기준 마련을 제안함.
  - 피보험이익요건 부재, 피보험자의 동의제도 형해화, 그리고 수익자 변경에 대한 제한 부재 등은 사망을 보험사고로 하는 보험계약의 도덕적 위험을 가중시키는 요인으로 작용함.
  
- 둘째, 보험회사의 불공정보상행위 및 보상관련분쟁을 줄이기 위해 불공정보상행위에 대한 법적 제재 구체화와, 손해사정의 공정성에 대한 신뢰 확보방안 마련을 제안함.
  - 특히, 손해사정의 공정성 확보는 보험회사의 손해사정 위탁비율을 강제하는 방식으로 접근하기 보다는 ① 보험소비자가 최대한 합리적인 선택을 할 수 있도록, 그리고 ② 보험회사가 손해사정사와 공정한 거래를 할 수 있도록 환경을 조성하는 방식으로 접근해야 함.
  - 구체적으로, 보험소비자의 손해사정 선임권의 실질성 확보 필요
    - 첫째, 손해사정사 선택권에 대한 보험회사의 고지 의무화
    - 둘째, 보험회사의 손해사정 비용 부담에 대한 규정 명확화
    - 셋째, 적격 손해사정사 리스팅 제도 도입
    - 마지막으로, 손해사정사에 대한 정보 공개로 투명성 강화
  - 또한, 보험회사의 위탁손해사정사에 대한 불공정거래행위 금지 조항 보험

## 업법에 신설

□ 셋째, 보험사기 조사의 효율성을 제고하기 위해 금융감독원 중심의 보험사기 인지능력 강화와 빅데이터 관련 투자 확대를 제안함.

- 지능화·복잡화된 보험사기의 조기 인지를 위해 네트워크 분석(network analysis) 능력을 겸비한 전문가 채용 확대
- 보험사기조사시 중요한 정보를 제공하는 비구조화된 자료 가운데 데이터화가 되어 있지 않는 자료들을 분류해서 데이터화하는 작업이 필요
  - 그리고 비구조화 텍스트 자료를 분석해서 보험사기조사에 도움이 되는 정보를 제공해줄 수 있는 데이터 분석 전문 인력 채용
- 또한 소셜 미디어 관련 데이터를 보험사기조사, 특히 기존의 연계분석(link analysis)에 활용
  - 단, 소셜 미디어 데이터의 경우 프라이버시 이슈가 존재하기 때문에 이를 고려하여 보험사기조사에 활용
  - 소셜 미디어 데이터의 경우 크게 공개정보(public information)와 사적정보(private information)로 구분되는데, 공개정보는 개별 보험회사와 금융감독원이 조사단계에서 활용하고, 사적정보는 검경이 수사 단계에서 활용할 필요가 있음

□ 이와 같은 보험사기 방지대책의 질적 개선이 선행되지 않을 경우, 보험사기에 대한 정책적 접근은 상당한 사회적 갈등비용에 직면하게 될 것인 바, 적극적인 제도개선이 필요함.

- 특히, 보험사기 조사가 이루어지는 보험금 지급단계는 보험제도의 실질적이고 구체적인 목적이 현실화되는 단계로서 보험소비자의 신뢰가 형성되는 중요한 지점임.
- 보험산업에 내재한 불신의 근본적인 원인을 이해하고 이를 개선함으로써 보험산업의 질적인 성장을 기대할 수 있음.

## 참고문헌

- 금융감독원(2010), 『보험사기 조사제도 및 조사사례』.
- 금융감독원(2011), 보험사기 조사업무 매뉴얼.
- 금융감독원(2013), 『형사판례집』.
- 금융위원회·금융감독원(2014), "보험사기 근절 대책", 보도자료(2014.7.24).
- 김선정(2009), 「보험수익자 지정 및 변경에 대한 보험자의 동의권 존부: 일본에서의 최근 논의의 시사점을 중심으로」, 『보험학회지』, 제84집, 한국보험학회, pp.139-170.
- 김철호(2011), 「생명보험에서의 피보험이익에 관한 연구」, 박사학위논문, 고려대학교 대학원.
- 빅토르 마이어 쉰버거·케네스 쿠키어(2013), 『빅데이터가 만드는 세상』, 21세기 북스.
- 송윤아(2011a), 「사망보험의 피보험자 보호에 대한 미국의 규제와 시사점」, 『KiRi Weekly』, 148호, 보험연구원.
- \_\_\_\_\_(2011b), 「살인 및 자살을 동반한 보험범죄 예방 방안」, 『KiRi Weekly』, 144호, 보험연구원.
- \_\_\_\_\_(2012), “미국의 보험사기 방지와 보험소비자 보호 방안,” 세미나 자료, 보험연구원
- \_\_\_\_\_(2014a), 「보험사기 방지를 위한 입법노력의 한계와 향후 고려사항」, 『KiRi Weekly』, 272호, 보험연구원.
- \_\_\_\_\_(2014b), 「보험금 청구·지급관련 제도개선의 향후 논의방향」, 『KiRi Weekly』, 294호, 보험연구원
- 신윤정(2012), 「타인의 생명보험계약에서 서면동의에 관한 문제점과 해결책: 특히 서면동의에 관한 요건과 관련하여」, 석사학위논문, 고려대학교 대학원.
- 이병희(2001), 「보험금목적 살인범죄의 실태」, 『형사정책연구』, 통권 제45호, 한국형사정책연구원, pp.53-76.
- 이진수(2012), 「보험계약체결 후 계약당사자들의 의무 및 피보험이익에 관한 영국법 개정논의의 시사점」, 『보험학회지』, 제91집, 한국보험학회, pp.103-149.
- 이흥무·이미영(1997), 『보험과 범죄』, 도서출판두남.
- 조규성(2011), 「손해사정사의 업무행위에 대한 변호사법 위반여부와 관련된 비판적 고찰」, 『동아법학』, 제50호, 동아대 법학연구소, pp.383-416.
- \_\_\_\_\_(2014), "손해사정사제도의 효율적 운영을 위한 개선방안 고찰: 보험업계의 입법적 개선안을 중심으로", 국회세미나자료.
- 한국보험소비자원(2010), “보험모집 과정에서 허위·과장 설명에 의한 불완전판매 많아”, 보도

- 자료(2010.8.13).
- 황만성(2013), 「요양급여비용 허위청구와 사기죄의 법적 쟁점」, 『의료법학』 제14권 제2호, 대한의료법학회, pp.11-41.
- Coalition Against Insurance Fraud(2014), “The State of Insurance Fraud Technology”.
- Cowan, J. L.(2011), “Using Social Media Sites to Research and Uncover Insurance Fraud” in *Defending Against Insurance Fraud Claims: Leading Lawyers on Representing Insurers in Investigating and Preventing Fraudulent Activity* edited by Melissa Silvanic, Aspatore.
- J. Hood and W. Stein(2003), "Outsourcing of Insurance Claims: A U.K. Case Study," *The Geneva Papers on Risk and Insurance*, Vol. 28(3).
- Prahalad C. K. and G. Hamel(1990), "The Core Competence of the Corporation", Harvard Business Review.
- Richman, Brian(2011), "The Welfare Implications of Insurance Bad Faith Liability: Evidence from the Royal Globe Doctrine," Cornell University.
- Sparrow, M.(2000), *License to Steal: How Fraud Bleeds America's Health Care System*, Westview Press.
- Tennyson, Sharon, and Warfel, William(2009), “The Law and Economics of First-Party Insurance Bad Faith Liability,” *Connecticut Insurance Law Journal* , 16(1)
- UK Law Commission(2008), “Insurable Interest(Issues paper 4)”.
- \_\_\_\_\_ (2010), “Insurance Contract Law Issue Paper 6: Damages for Late Payment and the Insurer's Duty of Good Faith”.
- \_\_\_\_\_ (2011), “Insurance Contract Law: Post Contract Duties and other Issues”.
- \_\_\_\_\_ (2014), “Insurance Contract Law: Business Disclosure; Warranties; Insurer's Remedies for Fraudulent Claims; and Late Payment”.
- Verma, R. and S. R. Mani(2013), “Using Analytics for Insurance Fraud Detection: 3 Innovative Methods and a 10-Step Approach to Kick Start Your Initiative”,



[부록] 설문조사

보험금 지급과 보험사기에 대한 보험소비자 인식 설문조사		ID				
<p>안녕하십니까?</p> <p>보험연구원에서는 우리나라 보험가입자를 대상으로 보험금 청구 및 지급, 그리고 보험사기에 대한 인식과 태도를 파악하고자 합니다. 본 조사는 정부의 보상질서 확립 및 보험사기 방지 정책을 수립하고 추진하기 위한 기초자료로 사용됩니다. 적극적인 협조와 정확한 작성을 부탁드립니다. 감사합니다.</p> <p>※ 귀하께서 답변해 주신 내용은 통계법 제33조에 의거 비밀이 보장되며 통계목적 이외의 사용은 금지되어 있습니다.</p> <p>2014년 9월 30일</p>						

선문1. 거주지역	① 서울    ② 수도권    ③ 부산    ④ 대구    ⑤ 광주    ⑥대전
선문2. 성	① 남성                      ② 여성
선문3. 배우자	① 있음                      ② 없음
선문4. 세대주	귀하께서는 현재 귀하 가구의 가구주이십니까? ① 예    ② 아니오
선문5. 연령	만_____세 ☞ 만 20세 미만 면접 중단
선문6. 보험가입	현재 자동차보험에 가입하고 있습니까? ① 예    ② 아니오 ☞ 면접 중단

♠ 보험 가입·청구·지급 실태 ♠

문1. 귀하께서 현재 계약자 또는 피보험자로 가입중인 보험계약건수를 말씀해 주십시오.

- ① 1건(자동차보험)      ② 2건      ③ 3건      ④ 4건      ⑤ 5건 이상

문2. 귀하 또는 귀하의 가족께서는 보험회사에 보험금을 청구한 적이 있습니까(교통사고 등의 피해자로서 가해자의 보험회사에 보험금을 청구·수령한 경우 포함)?

- ① 있다(문3 이동)      ② 없다(문5 이동)

문3. 귀하 또는 귀하의 가족께서는 다음 중 어떠한 항목으로 보험금을 청구하셨습니까(복수응답 가능)?

- ① 질병(암, 심혈관질환, 당뇨, 고혈압 등)      ② 치매      ③ 사망  
 ④ 교통사고(자동차, 기타 교통)      ⑤ 상해(교통사고 제외)  
 ⑥ 저축(연금 포함)      ⑦ 재산손실  
 ⑪ 기타(직접기재 \_\_\_\_\_)      ⑫ 지급받은 경험 없음

문4. 귀하 또는 귀하의 가족께서는 보험금 청구 및 지급과 관련하여 다음의 경험을 한 적이 있습니까?

항목		응답	
		있다	없다
1	보험회사가 보험금 지급을 거절한 적이 있다.	①	②
2	청구한 보험금이 삭감되어 지급된 적이 있다.	①	②
3	보험금이 약관에 명시된 것보다 늦게 지급된 적이 있다.	①	②
4	보험회사로부터 보험사기*를 의심받은 적이 있다.	①	②
5	금융감독원 또는 보험소비자원 등에 민원을 제기한 적이 있다.	①	②
6	보험회사로부터 소송(조정)을 제기하겠다는 말을 들은 적이 있다.	①	②
7	보험회사로부터 소송(조정)을 당한 적이 있다.	①	②
8	보험회사를 상대로 소송을 제기한 적이 있다.	①	②
9	보험금을 받기 위해 직접 손해사정사를 고용한 적이 있다.	①	②
10	보험금 문제로 변호사와 상담한 적이 있다.	①	②

※ **보험사기란** ① 고의로 보험사고를 발생시키거나 발생하지 아니한 보험사고를 발생한 것처럼 조작하여 보험금을 수령하는 행위 및 ② 이미 발생한 보험사고의 원인, 시기 또는 내용 등을 조작하거나 피해의 정도를 과장하여 보험금을 수령하는 행위를 의미함.

문5. 귀하께서 생각하시는 적정 월납입보험료는 얼마입니까?

(월소득의 \_\_\_\_\_, 또는 \_\_\_\_\_만원)



♣ 보험금 청구 및 지급에 대한 인식 및 태도 ♣

문6. 다음은 손해사정사에 관한 설명입니다. 설명이 옳다고 생각하시면 ‘예’, 틀리다고 생각하시면 ‘아니오’로 응답해 주십시오.

항목		응답	
		예	아니오
1	손해사정사는 보험사고로 생긴 손해액을 조사·결정하는 전문가이다.	①	②
2	손해사정사는 보험회사의 이익을 위해 고용(위탁)된 사람이다.	①	②
3	보험소비자가 보험회사와 독립된 손해사정사를 고용하여 손해액을 조사할 수 있다.	①	②
4	통상 보험금 청구를 하게 되면 보험회사에서 현장조사를 하게 되는데, 이때 현장에 나오는 담당자가 손해사정사이다.	①	②

문7. 보험금 청구 시, 보험회사, 가족 및 지인 외에 누구의 도움을 받으시겠습니까(복수응답 가능)?

- ① 보험설계사                      ② 손해사정사                      ③ 변호사                      ④ 인터넷  
⑤ 기타(직접기재 \_\_\_\_\_)

문8. 약관상 지급사유에 해당하지 않는다는 이유로 보험회사가 보험금 지급을 거절한다면, 가족 및 지인 외에 누구의 도움을 받으시겠습니까(복수응답 가능)?

- ① 보험설계사                      ② 손해사정사                      ③ 변호사                      ④ 인터넷  
⑤ 피해구제기관(금융감독원, 보험소비자원)                      ⑥ 기타(직접기재 \_\_\_\_\_)

문9. 보험사기를 이유로 보험회사가 보험금 지급을 거절 또는 삭감한다면, 가족 및 지인 외에 누구의 도움을 받으시겠습니까(복수응답 가능)?

- ① 보험설계사                      ② 손해사정사                      ③ 변호사                      ④ 인터넷  
⑤ 피해구제기관(금융감독원, 보험소비자원)                      ⑥ 기타(직접기재 \_\_\_\_\_)

문10. 보험회사의 보상서비스에 대한 귀하의 평소 생각을 말씀해 주세요. 직접 경험 또는 주변의 간접경험을 통해서 생각하시는 바를 자유롭게 평가해 주십시오.

항목		응답				
		전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	그저 그렇다	그런 편이다	매우 그렇다
1	보험회사는 보험금을 신속하게 지급할 것이다.	①	②	③	④	⑤
2	보험회사는 보험금을 공정하게 지급할 것이다.	①	②	③	④	⑤
3	보험회사의 보험금 지급심사과정은 까다로울 것이다.	①	②	③	④	⑤
4	보험회사는 보험금 산정과 관련이 없는 불필요한 서류를 요구할 것이다.	①	②	③	④	⑤
5	보험회사가 고객을 상대로 채무부존재소송*을 제기하는 것은 응당 지급해야 할 보험금 지급의 책임을 회피하기 위해서이다.	①	②	③	④	⑤
6	보험회사는 고객이 동의한 적이 없는 고객의 개인정보를 수집·이용할 것이다.	①	②	③	④	⑤
7	보험회사가 보험사기를 이유로 보험금 지급을 거절할 때에는 보험사기를 입증할 만한 확실한 증거가 있을 것이다.	①	②	③	④	⑤
8	보험회사는 보험금에 대한 합의를 강요할 것이다.	①	②	③	④	⑤
9	보험회사는 보험금 지급을 거절하기 위해 진실을 숨기거나 허위의 손해사정을 할 것이다.	①	②	③	④	⑤
10	보험회사는 계약자 등에 관한 개인정보가 누설되지 않도록 주의할 것이다.	①	②	③	④	⑤
11	보험회사가 보험금 지급을 거절하거나 지체할 때에는 정당한 이유가 있을 것이다.	①	②	③	④	⑤
12	보험회사가 보험금 지급을 지체하거나 거절할 경우에는 그 이유에 대해서 충분히 설명해 줄 것이다.	①	②	③	④	⑤
13	보험금 지급과 관련하여 민원제기 시 금융감독원이 분쟁을 공정하게 해결해 줄 것이다.	①	②	③	④	⑤
14	보험금 지급 관련 소송 시 사법기관이 공정하게 판결할 것이다.	①	②	③	④	⑤
15	계약자 등은 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 보험회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하는 것이 타당하다.	①	②	③	④	⑤
16	보험회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하지 않을 경우에 보험회사가 사실확인이 끝날 때까지 보험금, 그리고 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않는 것이 타당하다.	①	②	③	④	⑤

※ 보험에 있어 **채무부존재소송이란** 보험회사가 보험소비자의 보험금 지급요구에 대하여 보험금 감액 또는 지급거절을 위하여 채무 없음을 구하는 소송임.

문11. 다음과 같은 상황이 발생한다면, 귀하께서는 어떻게 하시겠습니까?

- <채무부존재확인소송 피소 상황>
- 귀하께서 보험금을 청구하였는데 보험사기를 이유로 보험회사가 보험금 지급을 거절하였습니다.
  - 귀하께서 스스로 결백하다고 생각하여 금융감독원에 민원을 제기하자, 보험회사가 귀하를 상대로 채무부존재확인소송을 제기하겠다고 통보하였습니다.
  - 귀하께서 보험금 수령을 포기할 경우 보험회사는 채무부존재확인소송을 취할 것입니다.
  - 귀하께서 보험금 수령을 포기하지 않고 소송에 응하여 이길 경우 보험금 100만원을 받지만, 소송에 질 경우 귀하께서는 보험금을 받지 못하며 본인과 보험회사의 소송비용 600만원을 지불해야 합니다.

- ① 보험금 수령을 포기한다(문12 이동)                      ② 변호사를 선임하여 소송에 응한다(문13 이동)

문12. 스스로 결백하다고 생각함에도 불구하고 보험금 수령을 포기하는 이유는 무엇입니까?

- ① 소송에 이긴다고 하더라도 받을 수 있는 보험금이 적어서
- ② 소송과정이 번거롭고 귀찮아서
- ③ 시간이 오래 걸려서
- ④ 보험회사를 상대로 이길 가능성이 낮아서
- ⑤ 향후 보험가입이 어려워질까봐

♣ 보험사기에 대한 인식과 태도 ♣

문13. 귀하께서는 아래와 같은 행위를 한 사람의 이야기를 당사자로부터 직접 들어보거나 목격한 적이 있으십니까(언론매체 제외)?

항목		응답	
		예	아니오
1	사고로 가벼운 부상을 입었으나 평소에 앓고 있던 질환까지 치료한 후 의료비를 보험회사에 통합 청구한다.	①	②
2	무보험 상태로 운전하다가 교통사고가 발생한 경우 보험에 가입되어 있는 가족을 운전자로 바꾸어 보험금을 청구한다.	①	②
3	더 높은 입원일당 보험금을 받기 위해 부상을 과장하여 가능하면 더 오래 입원한다.	①	②
4	더 높은 보험금을 받기 위해 진단서 발급이나 입원절차가 허술한 병원을 찾아 입원을 한다.	①	②
5	보험가입 시 자신에게 불리한 사실을 보험회사에 알리지 않거나 사실과 다르게 알린다.	①	②

문14. 귀하께서는 아래의 각 행위가 사회적으로 어느 정도 만연되어 있다고 생각하십니까?

항목		응답				
		전혀 흔하지 않다	대체로 흔하지 않다	보통	대체로 흔하다	매우 흔하다
1	사고로 가벼운 부상을 입었으나 평소에 앓고 있던 질환까지 치료한 후 의료비를 보험회사에 통합 청구한다.	①	②	③	④	⑤
2	무보험 상태로 운전하다가 교통사고가 발생한 경우 보험에 가입되어 있는 가족을 운전자로 바꾸어 보험금을 청구한다.	①	②	③	④	⑤
3	더 높은 입원일당 보험금을 받기 위해 부상을 과장하여 가능하면 더 오래 입원한다.	①	②	③	④	⑤
4	더 높은 보험금을 받기 위해 진단서 발급이나 입원절차가 허술한 병원을 찾아 입원을 한다.	①	②	③	④	⑤
5	보험가입 시 자신에게 불리한 사실을 보험회사에 알리지 않거나 사실과 다르게 알린다.	①	②	③	④	⑤

문15. 아래에 열거되어 있는 각 행위가 발각되었을 경우 어떠한 조치가 적정하다고 생각하십니까?

- ① 이 정도는 인지상정이므로 봐줘야 한다(보험금을 지급해야 한다).
- ② 청구금액이 적으면 보험금을 지급해야 한다.
- ③ 청구금액에 상관없이 보험금 지급을 거절해야 한다.
- ④ 보험금 지급을 거절하고 벌금형에 처한다.
- ⑤ 보험금 지급을 거절하고 징역형에 처해야 한다.

항목		응답				
1	사고로 가벼운 부상을 입었으나 평소에 앓고 있던 질환까지 치료한 후 의료비를 보험회사에 통합 청구한다.	①	②	③	④	⑤
2	무보험 상태로 운전하다가 교통사고가 발생한 경우 보험에 가입되어 있는 가족을 운전자로 바꾸어 보험금을 청구한다.	①	②	③	④	⑤
3	더 높은 보험금을 받기 위해 부상을 과장하여 가능하면 더 오래 입원한다.	①	②	③	④	⑤
4	더 높은 보험금을 받기 위해 진단서 발급이나 입원절차가 허술한 병원을 찾아 입원을 한다.	①	②	③	④	⑤
5	보험가입 시 자신에게 불리한 사실을 보험회사에 알리지 않거나 사실과 다르게 알린다.	①	②	③	④	⑤

문16. 귀하께서는 아래에 열거되어 있는 각 행위의 **발각 가능성이 어느 정도**라고 생각하십니까?

항목		응답				
		절대 발각 되지 않는다	거의 발각 되지 않는다	가끔 발각 된다	대부분 발각 된다	항상 발각 된다
1	사고로 가벼운 부상을 입었으나 평소에 앓고 있던 질환까지 치료한 후 의료비를 보험회사에 통합 청구한다.	①	②	③	④	⑤
2	무보험 상태로 운전하다가 교통사고가 발생한 경우 보험에 가입되어 있는 가족을 운전자로 바꾸어 보험금을 청구한다.	①	②	③	④	⑤
3	더 높은 보험금을 받기 위해 부상을 과장하여 가능하면 더 오래 입원한다.	①	②	③	④	⑤
4	더 높은 보험금을 받기 위해 진단서 발급이나 입원절차가 허술한 병원을 찾아 입원을 한다.	①	②	③	④	⑤
5	보험가입 시 자신에게 불리한 사실을 보험회사에 알리지 않거나 사실과 다르게 알린다.	①	②	③	④	⑤

문17. 귀하께서는 다음과 같은 보험사기 예방대책에 대해서 어떻게 생각하십니까?

항목		응답				
		전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	그저 그렇다	그런 편이다	매우 그렇다
1	보험회사는 보험사기 이력이 있는 자의 보험가입을 거절해야 한다.	①	②	③	④	⑤
2	보험회사는 보험사기 가능성이 있는 자의 보험가입을 거절해야 한다.	①	②	③	④	⑤
3	입원일당*처럼 동일위험에 대해 중복 보상되는 보험의 1인당 가입건수를 제한해야 한다.	①	②	③	④	⑤

※ 인보험 상품의 경우 대부분 질병 또는 상해의 치료를 위하여 입원하는 경우에 입원1일당 몇 만원씩 입원일당을 지급하는 내용의 특약이 포함되어 있으며, **입원일당은** 중복보상이 되기 때문에 여러 보험에 가입된 경우일수록 장기입원으로 인한 경제적 이익이 커서 입원을 오래 하고자 하는 욕구를 유발할 수 있음.

문18. 귀하께서는 다음과 같은 보험사기 적발 대책에 대해서 어떻게 생각하십니까?

항목		응답				
		전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	그저 그렇다	그런 편이다	매우 그렇다
1	보험금 지급이 다소 늦어지더라도 보험금 지급심사를 철저히 해야 한다.	①	②	③	④	⑤
2	보험사기 혐의를 입증하기 위해 보험회사간 가입자 등의 동의없이 보험계약내용을 공유하는 것은 타당하다.	①	②	③	④	⑤
3	보험사기 혐의를 입증하기 위해 보험회사가 가입자 등의 동의없이 건강정보를 조사하는 것은 타당하다.	①	②	③	④	⑤
4	보험사기 혐의를 입증하기 위해 보험회사가 가입자 등의 동의없이 소득정보를 조사하는 것은 타당하다.	①	②	③	④	⑤

문19. 보험가입 시 불리한 사실을 숨기거나 고의로 보험금을 부풀려서 청구하는 사람들 때문에 귀하께서 내는 보험료가 더 높아졌다고 생각하십니까?

- ① 예                      ② 아니오

문20. 귀하는 다음의 보험사기 확정판결 사례에 대해서 어떻게 생각하십니까?

<보험사기 확정판결 사례>

- A씨는 3년 동안 6개 보험에 가입하였다.
- A씨는 여러 차례 입원치료를 하여 총 3,900여 만 원의 보험금을 받았다.
- A씨는 입원기간 중에는 적극적인 치료를 받지 않았고 장기간 외출이나 외박을 했다.
- 법원은 보험사기 혐의로 기소된 A씨에게 ‘징역 1년에 집행유예 2년’ 을 선고했다.

※ ‘징역 1년에 집행유예 2년’ 이란, 징역형을 살지 않고 집행유예기간 2년 동안 다른 죄를 범하지 않으면 선고된 유죄판결의 효력까지 상실되는 벌임.

항목		응답				
		전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	그저 그렇다	그런 편이다	매우 그렇다
1	보험회사가 이미 지급한 보험금 3,900만 원을 환수하는 것이 타당하다.	①	②	③	④	⑤
2	A씨 명의로 가입된 모든 보험계약(보험사기 관련 여부와 상관없이)을 취소해야 한다.	①	②	③	④	⑤
3	보험사기로 유죄 판결을 받은 A씨에 대해 향후 추가 보험 가입을 제한하여야 한다.	①	②	③	④	⑤
4	A씨의 신용거래를 제한해야 한다.	①	②	③	④	⑤
5	A씨의 보험사기 이력정보를 보험회사간 공유해야 한다.	①	②	③	④	⑤
6	징역 1년에 집행유예 2년의 처벌은 과하다.	①	②	③	④	⑤
7	적발되지는 않았지만 이와 유사한 사례가 흔하다.	①	②	③	④	⑤

♠ 인구통계학적 질문 ♠

※ 마지막으로 통계처리를 위하여 몇 가지 더 여쭙겠습니다.

배문1. 귀하의 현재 직업은 무엇입니까?

- ① 임금 근로자      ② 자영업자      ③ 주부      ④ 무직  
⑤ 기타

배문2. 귀하께서는 현재 학교를 어디까지 다니셨습니까?

- ① 중학교 이하      ② 고등학교      ③ 대학교      ④ 대학원(석/박사)

배문3. 귀하를 포함한 귀댁의 가구원 수는 총 몇 명입니까? (                      명)

배문4. 지금 살고 계신 집의 소유형태는 무엇입니까?

- ① 자가(가족소유)      ② 월세 없는 전세      ③ 월세(보증부 월세포함)      ④ 기타(무상 등)

배문5. 귀하의 월평균 소득(상여금, 재산소득, 이전소득 등)은 얼마나 되십니까?

- ① 소득 없음      ② 월평균 100만원 미만      ③ 월평균 100~200만원 미만  
④ 월평균 200~300만원 미만      ⑤ 월평균 300~400만원 미만      ⑥ 월평균 400~500만원 미만  
⑦ 월평균 500~600만원 미만      ⑧ 월평균 600~700만원 미만      ⑨ 월평균 700~1000만원 미만  
⑩ 월평균 1000만원 이상

배문6. 귀하댁의 가구 전체 월평균 소득(상여금, 재산소득, 이전소득 등)은 얼마나 되십니까?

- ① 소득 없음      ② 월평균 100만원 미만      ③ 월평균 100~200만원 미만  
④ 월평균 200~300만원 미만      ⑤ 월평균 300~400만원 미만      ⑥ 월평균 400~500만원 미만  
⑦ 월평균 500~600만원 미만      ⑧ 월평균 600~700만원 미만      ⑨ 월평균 700~1000만원 미만  
⑩ 월평균 1000만원 이상

배문7. 자동차보험을 포함한 귀하 댁의 한 달 납입보험료는 얼마나 되십니까?

(월간 \_\_\_\_\_만원)

♣ 바쁘신 데도 불구하고 시간을 내주셔서 대단히 감사합니다 ♣