

대 전 지 방 법 원

판 결

사 건 2003가단57625 보험금
원 고 우00 (000000-000000)
대전 중구 00동 383-1 00아파트 0동 00호
소송대리인 법무법인 의림종합법률사무소, 담당변호사 김선호

피 고 1. 00생명보험 주식회사
서울 강남구 00동 891-10
대표이사 장00
소송대리인 법무법인 소명, 담당변호사 전재중
소송복대리인 변호사 오윤배

2. 00생명보험 주식회사
서울 종로구 001가 1
대표이사 신00, 소송대리인 최00

변 론 종 결 2005. 5. 24.
판 결 선 고 2005. 6. 7.

주 문

1. 원고에게,
가. 피고 00생명보험 주식회사는,

① 금 2,611,700원 및 이에 대한 2003. 11. 15.부터 2005. 6. 7.까지 연 5%, 2005. 6. 8.부터 다 갚는 날까지 연 20%의 각 비율에 의한 금원과,

② 2005. 10. 14.로부터 2010. 10. 14.까지 매년 10. 14. 금 700,000원씩을,

나. 피고 00생명보험 주식회사는 금 5,000,000원 및 이에 대한 2003. 11. 18.부터 2005. 6. 7.까지 연 5%, 2005. 6. 8.부터 다 갚는 날까지 연 20%의 각 비율에 의한 금원을,

각 지급하라.

2. 원고의 피고들에 대한 나머지 청구를 각 기각한다.

3. 소송비용 중 원고와 피고 00생명보험 주식회사 사이에 생긴 부분의 70%는 원고가, 30%는 위 피고가, 원고와 피고 00생명보험 주식회사 사이에 생긴 부분의 80%는 원고가, 20%는 위 피고가, 각 부담한다.

4. 제1.항은 가집행할 수 있다.

청 구 취 지

원고에게, 피고 00생명보험 주식회사는 금 15,790,000원, 피고 00생명보험 주식회사는 금 17,400,000원 및 위 각 금원에 대한 이 사건 소장부분 송달일부터 다 갚는 날까지 연 20%의 비율에 의한 금원을 각 지급하라.

이 유

1. 인정사실

가. 보험계약의 체결

(1) 원고는 1997. 7. 22. 피고 00생명보험 주식회사(이하, '피고 00생명'이라 한다)와 사이에 피보험자 및 수익자 원고, 보험기간 같은 날부터 2021. 7. 22.까지, 월 보험료 6,060원으로 하여 피보험자가 보험기간 중 재해를 직접적인 원인으로 하여 장해상태가 되었을 때 소득보장급여금 및 재해입원급여금을 보험금으로 지급하는 등을 내용으로 한 '새가족보장보험'계약(이하, '제1보험계약'이라 한다)을 체결하였다.

(2) 원고는 1998. 6. 17. 피고 00생명보험 주식회사(이하, '피고 00생명'이라 한다)와 사이에 피보험자 및 수익자 원고, 보험기간 같은 날부터 2026. 6. 17.까지, 월 보험료 93,900원으로 하여 피보험자가 보험기간 중 재해를 직접적인 원인으로 하여 장해상태가 되었을 때 장해급여금 및 입원급여금을 보험금으로 지급하는 등을 내용으로 한 '21세기 슈퍼골드연금보험'계약(이하, '제2보험계약'이라 한다)을 체결하였다.

(3) 원고는 2001. 8. 1. 피고 00생명과 사이에 피보험자 및 수익자 원고, 보험기간 같은 날부터 2036. 8. 1.까지 월 보험료 73,500원으로 하여, 피보험자가 보험기간 중 재해를 직접적인 원인으로 하여 장해상태가 되었을 때 재해장해급여금 및 재해장기입원치료비를 보험금으로 지급하는 등을 내용으로 한 '베스트라이프종합보험'계약(이하, '제3보험계약'이라 한다)을 체결하였다.

나. 보험약관의 주요내용

(1) 제1보험계약

가) 위 보험계약의 약관 제11조 제1항 제8호에는 '보험기간 중 피보험자가 교통재해 이외의 재해를 직접적인 원인으로 하여 제2급 내지 제6급의 장해상태가 되었을 때 소득보장급여금을 지급한다'라고 규정되어 있고, '보험금지급기준표'에는 소득보장급여

금액에 관하여 '제5급 장애상태가 되었을 때 매년 70만원씩 10년간 지급한다'라고 규정되어 있다.

나) 위 약관의 '장애등급분류표'에는 척추부분의 신체장애 중 '척추에 운동장해를 영구히 남겼을 때'가 제5급 제14호 장애로 분류되어 있고, '장애등급분류해설'에는 '척추의 운동장해'가 '목뼈 또는 가슴뼈 이하가 전후굽히기, 좌우굽히기 및 좌우회전운동 중 2종류 이상의 운동이 생리적 범위의 3/4 이하로 제한된 경우'라고 정의되어 있다.

다) 위 보험계약의 재해입원특약 약관 제3조 제1항에는 '피보험자가 특약의 보험기간 중 재해로 인하여 그 치료를 직접 목적으로 계속하여 입원하였을 때에는 보험수익자에게 약정한 급여금을 지급한다'라고 규정되어 있고, 같은 조 제2항에는 '입원급여금의 지급일수는 제1형 내지 제5형의 경우 1회 입원당 120일을 최고 한도로 한다'라고 규정되어 있으며, 같은 조 제3항에는 '피보험자가 동일한 재해로 인하여 4일 이상의 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 보고서 각 입원일수를 합산하여 120일을 최고 한도로 하여 급여금을 지급한다. 그러나 동일한 재해에 의한 입원이라도 급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일을 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 본다'라고 규정되어 있고, 위 보험계약의 보험증권에는 '주피보험자가 재해로 4일 이상 입원할 경우 3일을 초과한 입원일에 대하여 1일당 30,000원의 재해입원급여금을 지급한다'라는 내용 및 '새가족보장(1형, 개인형, 55세)'이라는 특약유형이 규정되어 있다.

(2) 제2보험계약

가) 위 보험계약의 약관 제8조 제1항 제10호에는 '보험기간 중 피보험자가 재해를 직접적인 원인으로 하여 장애분류표 중 제4급 내지 제6급의 장애상태가 되었을 때 장애급여금을 지급한다'라고 규정되어 있고, '보험금지급기준표'에는 장애급여금액에 관하여

‘제5급 장애상태의 경우 500만원을 지급한다’라고 규정되어 있다.

나) 위 약관의 ‘장애등급분류표’에는 척추부분의 신체장애 중 ‘척추에 운동장애를 영구히 남겼을 때’가 제5급 제14호 장애로 분류되어 있고, ‘장애등급분류해설’에는 ‘척추의 운동장애’가 ‘목뼈 또는 가슴뼈 이하가 전후굽히기, 좌우굽히기 및 좌우회전운동 중 2종류 이상의 운동이 생리적 범위의 3/4 이하로 제한된 경우’라고 정의되어 있다.

다) 위 보험계약의 입원특약 약관 제3조 제1항에는 ‘피보험자가 특약의 보험기간 중 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접 목적으로 계속하여 입원하였을 때에는 보험수익자에게 약정한 입원급여금을 지급한다’라고 규정되어 있고, 같은 조 제2항에는 ‘입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 한다’라고 규정되어 있으며, 같은 조 제3항에는 ‘피보험자가 동일 질병 또는 재해로 인하여 4일 이상의 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 보아서 각 입원일수를 합산하고 120일을 최고 한도로 하여 입원급여금을 지급한다. 그러나 동일 질병 또는 재해에 의한 입원이라도 입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일을 경과하여 재입원한 경우에는 새로운 입원으로 본다’라고 규정되어 있고, 위 보험계약의 보험증권에는 ‘주피보험자가 질병 또는 재해로 4일 이상 입원할 경우 3일을 초과한 입원일에 대하여 1일당 15,000원의 입원급여금을 지급한다’라고 규정되어 있다.

(3) 제3보험계약

가) 위 보험계약의 약관 제16조 제6호에는 ‘피보험자가 책임개시일 이후에 재해를 직접적인 원인으로 하여 장애분류표 중 제2급 내지 제6급의 장애상태가 되었을 때 재해장애급여금을 지급한다’라고 규정되어 있고, ‘보험금지급기준표’에는 장애급여금액에 관하여 ‘제5급 장애상태의 경우 500만원을 지급한다’라고 규정되어 있다.

나) 위 약관의 '장애등급분류표'에는 척추부분의 신체장애 중 '중도의 추간판 탈출증'이 제5급 제16호 장애로 분류되어 있고, '장애등급분류해설'에는 '중도의 추간판 탈출증'이 '① 근위축 또는 근력약화와 같은 임상소견이 뚜렷하고, 특수보조 검사에서 이상이 있으며, 척추신경근의 불완전마비가 인정되는 경우, ② 신경마비로 인하여 사지에 경도의 단마비가 있을 경우, 이 경우 복합된 척추신경근의 완전마비가 있는 경우에는 신경계통의 기능 장애정도에 따라 등급을 결정한다'라고 정의되어 있다.

다) 위 보험계약의 약관 제16조 제7호에는 '피보험자가 책임개시일 이후에 재해로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 31일, 121일, 181일 이상 계속 입원하였을 때에는 재해장기입원치료비를 지급한다'라고 규정되어 있고, 위 보험계약의 보험증권에는 '주 피보험자가 책임개시일 이후에 재해로 인하여 181일 이상 입원하여 경우 500만원의 재해장기입원치료비를 지급한다'라고 규정되어 있다.

(4) 한편, 위 각 보험계약의 약관에 의하면, 보험금의 지급사유인 '재해'는 '우발적인 외래의 사고'라고 정의되고, '다만, 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화되었을 때에는 그 경미한 외부 요인은 우발적인 외래의 사고로 보지 아니한다'라고 규정되어 있다.

다. 이 사건 사고의 발생 및 치료경과

(1) 원고는 위 각 보험계약 체결 이후인 2001. 10. 14. 10:00경 보령시 금호비치 신축 공사장에서 벽돌공으로 일하면서 무리한 동작을 하다가 허리를 다치는 사고(이하, '이 사건 사고'라 한다)를 당하였다.

(2) 원고는 위 사고로 인하여 2001. 10. 29. 동양방사선과의원에서 요추 자기공명촬영을 한 결과 '제5요추 제1천추간 좌측 추간판탈출증' 진단을 받고, 2001. 11.경 연합정

형외과에 '좌측 제5요추 후궁부분 절제술 및 수핵 제거술'을 받았으며, 2002. 8. 19. 을지대학병원에서 '척추 감압술 및 추간판 제거술'을 받았다.

원고는 또한, ① 연합정형외과에서 2001. 10. 29.부터 2001. 11. 17.까지 20일, ② 열린정형외과에서 2001. 12. 6.부터 2002. 5. 28.까지 174일, ③ 을지대학병원에서 2002. 5. 28.부터 2002. 5. 31.까지 4일, ④ 대전중앙병원에서 2002. 7. 5.부터 2002. 7. 31.까지 27일, ⑤ 을지대학병원에서 2002. 8. 12.부터 2002. 8. 23.까지 10일, ⑥ 대전중앙병원 2002. 8. 23.부터 2004. 7. 31.까지 709일 및 2004. 9. 30.부터 2004. 10. 22.까지 23일, ⑦ 대전한국병원에서 2004. 12. 3.부터 2005. 2. 24.까지 84일, 합계 1,051일(20일+174일+4일+27일+10일+709일+23일+84일)간 위 추간판탈출증 등(이하, '이 사건 장애'라 한다)으로 입원치료를 받았다.

[인정근거] 갑 1-2 내지 4, 2-2, 4-2, 5-1 내지 6, 을나 1-1(=갑 2-3), 을나 1·2(=갑 2-4), 사실조회결과(가톨릭대학교 대전성모병원장), 변론의 전취지

2. 보험금 지급의무의 발생

가. 보험사고 발생 여부

(1) 당사자의 주장

(가) 원고는, 원고의 이 사건 장애는 이 사건 사고를 직접적인 원인으로 하여 발생한 것이므로, 피고들은 이 사건 각 보험계약에 따른 보험금을 지급할 의무가 있다고 주장한다.

(나) 이에 대하여 피고들은, ① 원고에게 이 사건 사고 이전부터 척추 및 요추 부위에 추간판탈출증의 기왕증이 있었고 그로 인하여 이 사건 장애에 이르게 된 것으로서, 이 사건 사고는 위 각 약관상의 보험금 지급사유인 '재해를 직접적인 원인으로 하

여 장애상태가 되었을 때'에 해당하지 아니하고, ② 가사 이 사건 사고가 이 사건 장애에 일부 기여하였다고 하더라도 이미 기왕증을 가지고 있던 원고로서는 이 사건 사고라는 '경미한 외부 요인'에 의하여 그 증상이 다소 악화되었을 뿐이므로 약관상의 '우발적인 외래의 사고'로 인하여 장애를 입은 경우에는 해당하지 아니한다고 주장한다.

(2) 판단

살피건대, 을가 1(=을나 4), 3(=을나 3)의 각 기재에 변론의 전취지를 종합하면, 원고가 위 각 보험계약 체결 이전인 1994. 4. 25.부터 1994. 5. 7.까지 대전 선병원에서 '요추간판 탈출증'으로 입원치료를 받다가 1994. 5. 27. '추간판 절제술'을 받고, 1996. 12. 17. 충남대학병원 진단 방사선과에서 컴퓨터단층촬영 결과 '제5요추-제1천추간 추간판탈출증'이라는 진단을 받은 사실이 인정된다.

그러므로, 이 사건 장애가 이 사건 사고를 직접적인 원인으로 하지 않고 원고의 위와 같은 기왕증에서 직접 발현되었다거나, 기왕증이 경미한 외부요인에 의하여 증상이 더욱 악화되어 발병한 것인가에 관하여 보건대, 원고가 위와 같은 기왕증을 진단받고 이 사건 사고 발생일까지 약 5년간 벽돌공으로 일하여 오다가, 이 사건 사고를 당하여 비로소 위 1.다.(2)항 기재와 같은 수술과 치료를 받게 된 사정과 원고가 이 사건 사고 이후 장기간(1,051일 가량) 입원치료를 받고 또 2회에 걸쳐 추간판 절제술 등의 수술을 받았지만 결국 영구적인 운동장애 등의 후유증을 갖게 된 사정에다, 카톨릭대학교 대전성모병원장에 대한 사실조회결과에 의하더라도 이 사건 장애는 위의 기왕증 이외에 다른 외부적 원인의 기여도가 50% 정도로 추정되는 점, 이 사건 사고 이전까지 거동 및 생활에는 별다른 문제가 없었던 원고가 이 사건 사고 이후 거동하기 어려운 상태가 되어 위와 같은 운동장애를 영구히 갖게 된 점, 위 사고로 인하여 원고의 추간

판탈출증이 자연적 경과에 비하여 현저히 악화된 것이라면 이 역시 재해를 직접적인 원인으로 하여 장해상태가 남게 된 경우에 해당한다고 봄이 상당한 점, 설령 원고가 위 추간판탈출증의 증상을 가지고 있었다고 하더라도 이 사건 사고로 인하여 위 추간판탈출증이 확대될 개연성이 큰 점, '경미'라는 사전적 의미가 '가볍고도 극히 적다'임에 비추어 볼 때 이 사건 장해가 원고의 기왕증이 '경미한' 외부요인에 의하여 더욱 악화된 것에 지나지 않는다고 단정할 수 없는 점 및 이 사건 사고 전후의 정황과 원고의 증상변화 추이 등을 더하여 보면, 이 사건 사고는 '우발적인 외래의 사고'로서 이 사건 각 보험계약에서 규정한 '재해'에 해당하며, 이 사건 장해는 위 사고를 직접적인 원인으로 하여 발생한 것이라고 봄이 상당하다. 그러므로, 원고의 주장은 이유 있는 반면, 피고들의 주장은 이유 없다.

나. 고지의무 위반으로 인한 제3보험계약 해지 여부

(1) 주장 내용

피고 00생명은, 원고의 위 보험계약의 약관 제24조 '가입자의 계약전 알릴의무'의 위반을 이유로 위 피고가 위 보험계약을 해지하였으므로, 위 피고는 원고에게 위 보험금을 지급할 의무가 없다고 주장한다.

(2) 판단

(가) 무릇, 보험계약자나 피보험자가 보험계약 당시에 보험자에게 고지할 의무를 지는 상법 제651조에서 정한 '중요한 사항'이란 보험자가 보험사고의 발생과 그로 인한 책임부담의 개연율을 측정하여 보험계약의 체결 여부 또는 보험료나 특별한 면책조항의 부가와 같은 보험계약의 내용을 결정하기 위한 표준이 되는 사항으로서 객관적으로 보험자가 그 사실을 안다면 그 계약을 체결하지 아니하든가 또는 적어도 동일한 조건

으로는 계약을 체결하지 아니하리라고 생각되는 사항을 말하고, 어떠한 사실이 이에 해당하는가는 보험의 종류에 따라 달라질 수밖에 없는 사실인정의 문제로서 보험의 기술에 비추어 객관적으로 관찰하여 판단되어야 하는 것이나, 보험자가 서면으로 질문한 사항은 보험계약에 있어서 중요한 사항에 해당하는 것으로 추정되고(상법 제651조의2), 여기의 서면에는 보험청약서도 포함될 수 있으므로, 보험청약서에 일정한 사항에 관하여 답변을 구하는 취지가 포함되어 있다면 그 사항은 상법 제651조에서 말하는 '중요한 사항'으로 추정된다(대법원 2004. 6. 11. 선고 2003다18494 판결 등).

이 사건을 보건대, 을나 1, 5의 각 기재에 변론의 전취지를 종합하면, 원고가 위 보험계약 체결 당시 청약서의 '계약전 알릴 의무사항'란 제3항의 '최근 5년 이내에 의사로부터 진찰, 검사를 받고 그 결과 입원, 수술, 정밀검사를 받았거나 계속하여 7일 이상 치료 또는 30일 이상 투약을 받은 적이 있습니까?'라는 질문에 대하여 '아니오'라고 기재한 사실, 위 보험계약의 약관 제24조에 의하면, '계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 보험금 지급사유 발생에 영향을 미치는 고지의무를 위반한 경우, 보험금 지급사유 발생 여부에 관계없이 보험자는 계약을 해지할 수 있다'고 규정하고 있는 사실 등을 인정할 수 있다.

위 인정사실에 의하면, 위 보험계약을 체결할 당시 작성된 청약서에 보험계약자가 보험회사에 알려야 할 사항으로서 앞서 본 바와 같이 최근 5년 이내에 의사로부터 진찰, 검사를 받고 그 결과 입원, 수술, 정밀검사를 받았거나 계속하여 7일 이상 치료 또는 30일 이상 투약을 받은 적이 있는지에 관한 사항을 기재하도록 하는 란이 마련되어 있으므로 위 피고는 원고에 대하여 위와 같은 사항을 보험계약을 체결할 것인지 여부에 관한 판단자료로 삼았다는 의사를 명백히 한 것으로 볼 수 있고, 위 보험계

약에 있어서 위 사항은 상법 제651조의 고지의무의 대상이 되는 '중요한 사항'에 해당한다 할 것이다(따라서, 위 피고가 주장하는 수술 및 정밀검사는 위 고지의무의 대상이 아니라는 원고의 주장은 받아들이지 아니한다).

그런데, 앞서 본 바와 같이 원고는 위 보험계약 체결 전인 1994. 4. 25.부터 1994. 5. 7.까지 대전 선병원에서 '요추간판탈출증'으로 입원치료를 받다가 1994. 5. 27. '추간관 절제술'을 받고, 1996. 12. 17. 충남대학병원 진단 방사선과에서 컴퓨터단층촬영 결과 '제5요추-제1천추간 추간판탈출증' 진단을 받았음에도 불구하고, 위 보험청약서에 최근 5년 이내에 의사로부터 진찰, 검사를 받고 그 결과 입원, 수술, 정밀검사를 받았거나 계속하여 7일 이상 치료 또는 30일 이상 투약을 받은 사실이 없다고 기재하였으므로, 원고에게 위 보험계약을 체결함에 있어서 위 피고에게 고지하여야 할 사항을 사실대로 고지하지 않은 고의가 인정된다.

한편, 앞서 본 증거 및 을나 6의 기재에 변론의 전취지를 종합하면, 위 피고가 2003. 9. 3. 원고에게 '보험계약 해지 안내서'에 의하여 위 고지의무 위반을 이유로 위 보험계약을 해지한다는 의사를 표시하였고, 위 안내서가 그 무렵 원고에게 도달한 사실 및 원고의 위 기왕증인 추간판탈출증은 보험금 지급사유인 이 사건 장애 발생에 영향을 미치는 사유인 사실 등을 인정할 수 있으므로, 위 안내서의 도달로써 위 보험계약은 적법하게 해지되었다. 그러므로, 위 피고의 주장은 이유 있다.

(나) 이에 대하여 원고는, ① 원고가 위 고지의무를 위반하였다고 하더라도, 위 보험계약 약관 제24조, 제25조에 의한 해지기간이 도과되었으며, ② 가사, 해지기간이 도과되지 않았다고 하더라도, 원고가 정밀검사를 한 날로부터 4년 8개월이 지난 시점에서 5년이 지난 것으로 생각하고 고지하지 않은 것인데, 이를 이유로 위 보험계약을 해

지하는 것은 신의성실의 원칙에 반한다고 주장한다.

먼저 해지기간 도과 주장에 관하여 보건대, 을나 2의 기재에 의하면, 위 보험약관 제24조 제1항 제2호 및 제25조에는 '위 피고가 보험계약자 등의 계약전 알릴의무 위반 사실을 알 날로부터 1개월 이상 지났거나 또는 책임개시일로부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년이 지났을 때에는 위 위반을 이유로 계약을 해지하지 못한다'라고 규정된 사실을 인정할 수 있으나, ① 위 해지 의사표시가 원고의 고지의무 위반 사실을 알 날로부터 1개월 이상 경과하여 이루어졌음을 인정할 아무런 증거가 없고, ② 보험금 지급사유인 이 사건 사고가 책임개시일(2001. 8. 1.)로부터 2년이 경과하여 발생하였음을 인정할 아무런 증거가 없으므로, 원고의 위 주장은 이유 없다.

다음으로 신의성실의 원칙 위반 주장에 관하여 보건대, 원고가 주장하는 사정만으로는 신의성실의 원칙에 반한다고 볼 수 없다. 그러므로, 원고의 위 주장도 이유 없다.

다. 소결론

따라서, 특별한 사정이 없는 한, 원고에게, 피고 00생명은 제1보험계약에 따른 보험금을, 피고 00생명은 제2보험계약에 따른 보험금을, 각 지급할 의무가 있다.

3. 보험금 액수

가. 제1보험계약

(1) 소득보장급여금

사실조회결과(카톨릭대학교 대전성모병원장)에 변론의 전취지를 종합하면, 원고의 이 사건 장애는 위 보험계약 약관의 장애등급분류표상 제5급 제14항의 '척추에 운동장해를 영구히 남겼을 때'에 해당하므로, 피고 동부생명은 원고에게 소득보장급여금 명목

으로 ① 원고가 구하는 2,611,700원{70만원+(70만원×2.7310), 이 사건 변론 종결일 이전 지급분} 및 이에 대한 2003. 11. 15.(위 피고에 대한 소장부분 송달 다음날)부터 2005. 6. 7.(이 판결 선고일)까지 민법 소정의 연 5%, 2005. 6. 8.부터 다 갚는 날까지 소송촉진등에 관한 특례법 소정의 연 20%의 각 비율에 의한 지연손해금과, ② 2005. 10. 14.부터 2010. 10. 14.까지 매년 10. 14. 70만원씩을 각 지급할 의무가 있다{원고는, 위 소득보장급여금에 관하여 민법 소정의 연 5%의 법정이자로 할인한 일시금 579만원(70만원+70만원×7.2782)의 지급을 구한다. 그러나, 위 보험계약의 '보험금지급기준표'에 의하면 소득보장급여금은 위 피고의 승낙을 얻어야만 일시금으로 선지급할 수 있다고 규정되어 있는바, 위 피고가 일시금 지급에 관하여 승낙의 의사표시를 하였음을 인정할 아무런 증거가 없으므로, 원고의 위 일시금 지급청구는 이유 없다}.

(2) 재해입원급여금

(가) 원고는, 피보험자인 원고가 이 사건 사고로 인하여 대전중앙병원 등에서 합계 1,050일(1,051일의 오산으로 보인다)간 입원치료를 받았으므로, 위 피고는 원고에게 재해입원급여금 1,000만원[3,138만원(3만원×1,046일, 1,047일(1,050일-3일)의 오산으로 보인다}의 범위 내에서 보험가입금액 1,000만원을 한도로 한 금원] 및 이에 대한 지연손해금을 지급할 의무가 있다고 주장한다.

그러나, 앞서 본 바와 같이 위 보험계약의 약관에는 피보험자가 동일 질병 또는 재해로 인하여 4일 이상의 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 보아서 각 입원일수를 합산하고 120일을 최고 한도로 하여 재해입원급여금을 지급하되, 동일 질병 또는 재해에 의한 입원이라도 재해입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일을 경과하여 재입원한 경우에는 새로운 입원으로 본다고 규정되어 있으므로, 비

록 원고가 이 사건 사고로 인하여 서로 다른 병원에서 함께 1,051일간 입원치료를 받았더라도, ① 120일{20일(2001. 10. 29.~2001. 11. 17.)+103일(2001. 12. 6.~2002. 3. 18.)-3일}과, ② 위 ①과 같이 1회 입원으로 인정된 입원기간의 최종 퇴원일(2002. 5. 28.)로부터 180일을 경과하여 입원이 개시되고 그로 인하여 새로운 입원으로 간주된 최초 입원일(2004. 9. 30.) 이후의 104일{23일(2004. 9. 30.~2004. 10. 22.)+84일(2004. 12. 3.~2005. 2. 24.)-3일}의 한도 내에서만 재해입원급여금이 지급된다고 보아야 한다. 따라서, 특별한 사정이 없는 한, 위 피고는 원고에게 재해입원급여금 672원(3만원×224일)을 지급할 의무가 있다.

(나) 이에 대하여 위 피고는, 원고에게 재해입원급여금 전부를 이미 지급하였다고 항변하므로 살피건대, 이 사건 기록에 나타난 제반 사정 및 변론의 전취지를 종합하면, 위 피고가 원고에게 입원기간 중 입원급여금으로 960만원을 지급한 사실을 인정할 수 있으므로, 위 피고의 위 항변은 이유 있다.

나. 제2보험계약

(1) 장애급여금

사실조회결과(카톨릭대학교 대전성모병원장)에 변론의 전취지를 종합하면, 원고의 이 사건 장애는 위 보험계약 약관의 장애등급분류표상 제5급 제14항의 '척추에 운동장애를 영구히 남겼을 때'에 해당하므로, 피고 교보생명은 원고에게 장애급여금 500만원 및 이에 대한 2003. 11. 18.(위 피고에 대한 소장부분 송달 다음날)부터 2005. 6. 7.까지 위 5%, 그 다음날부터 다 갚는 날까지 위 20%의 각 비율에 의한 지연손해금을 지급할 의무가 있다(따라서, 이 사건 장애가 위 장애등급분류표상 제5급 제14항에 해당하지 않는다는 위 피고의 주장은 받아들이지 아니한다).

(2) 입원급여금

(가) 원고는, 피보험자인 원고가 이 사건 사고로 인하여 대전중앙병원 등에서 합계 1,050일(오산임은 앞서 본 바이다)간 입원치료를 받았으므로, 위 피고는 원고에게 입원급여금 1,000만원[15,690,000원{15,000원×1,046일(오산임은 앞서 본 바이다)}의 범위 내에서 보험가입금액 1,000만원을 한도로 한 금원]에서 위 피고로부터 지급받은 760만원(720만원의 오산 내지 오기이다)을 공제한 240만원(1,000만원-760만원) 및 이에 대한 지연손해금을 지급할 의무가 있다고 주장한다.

그러나, 위 3.가.(2)항에서 본 바와 같은 이유로, 비록 원고가 이 사건 사고로 인하여 서로 다른 병원에서 합계 1,051일간 입원치료를 받았더라도, ① 120일{20일(2001. 10. 29.~2001. 11. 17.)+103일(2001. 12. 6.~2002. 3. 18.)-3일}과, ② 위 ①과 같이 1회 입원으로 인정된 입원기간의 최종 퇴원일(2002. 5. 28.)로부터 180일을 경과하여 입원이 개시되고 그로 인하여 새로운 입원으로 간주된 최초 입원일(2004. 9. 30.) 이후의 104일{23일(2004. 9. 30.~2004. 10. 22.)+84일(2004. 12. 3.~2005. 2. 24.)-3일}의 한도 내에서만 입원급여금이 지급되어야 한다.

따라서, 원고는 위 피고로부터 위와 같이 지급할 의무가 있는 재해입원급여금 336만원(15,000원×224일)을 초과하여 760만원을 지급받았음을 자인하고 있으므로, 원고의 위 주장은 이유 없다.

4. 결론

그렇다면, 원고의 피고들에 대한 이 사건 청구는 위 인정범위 내에서 이유 있어 각 일부 인용한다.

판사 000 _____