Ⅱ. 보험사기의 개요 및 실태

1. 보험사기의 개념과 유형

가. 보험사기의 개념

사기적 보험행위(fraudulent insurance act)란 보험과 관련된 일체의 사기적 행위를 통칭한다. 미국 NAIC(National Association of Insurance Commission)에 의해 작성된 보험사기방지모델법(Insurance Fraud Prevention Model Act)은 기망의 의도를 가지고 다음의 하나 또는 다수를 범하거나 그와 관련된 주요정보를 은폐한 자에 의해 행해진 작위 또는 부작위를 사기적 보험행위로 규정한다: ① 보험계약상 중요한 사항에 대하여 잘못된 정보를 기재한 서류를 작성, 제출하거나 또는 제출토록 하는 행위; ② 계약당시 지급불능상태에서 행한 권유 또는 승낙행위; ③ 보험자, 재보험자 또는 보험업에 관계된 다른 사람의 자산, 또는 기록의 이전・은폐・변경・파괴행위, ④ 보험자, 재보험자, 또는 보험업에 관계된 사람의 돈・기금・보험료・신용・그 외 재산의 고의적인 횡령・절취・전환행위; ⑤ 보험업을 영위하기 위해 필요한 허가・승인 등을 받지 않은 불법적 영업행위; ⑥ 이 하위조항에서 열거된 작위 또는 부작위 미수・원조 또는 교사・공모행위.[5] 사기적 보험행위는 보험계약자・피보험자・보험수익자 또는 제3자가 보험회사를 기망하는 행위와 보험회사가 주체가 되어 보험계약자・피보험자・보험수익자 또는 제3자를 기망하는 행위로 구분될 수 있다. 본 연구에서는 보험소비자가 보험회사를 기망하는 사기적 보험행위로 논의를 한정한다.

보험사기는 보험계약자・피보험자・보험수익자 또는 제3자가 받을 수 없는 보험급부를 대가없이 받거나 부당하게 낮은 보험료를 지불하거나 또는 부당하게 높은 보험급부의 지급을 요구할 목적을 가지고 고의 또는 중과실로 행

5) http://www.naic.org/documents/committees_models_guidelines_081206_antifraud_plan_guidelines.pdf 참조

하는 일체의 부정행위로 정의된다.[6] 보험사기는 보험계약자·피보험자·보험수익자 또는 제3자가 보험회사를 대상으로 하는 사기적 보험행위의 일종이다.[7] 보험사기 행위주체로서 '제3자'는 의료기관·자동차정비·부품업체, 손해사정업체, 법무법인 등과 동 업체의 관계자를 포함한다. 부적격자가 보험에 가입하기 위해서 또는 보험금을 편취하기 위해서 교통사고를 유발한다거나, 문서를 위조한다든가, 상해를 입힌다든가 하는 행위가 수반되는 경우가 많다. 즉, 보험사기의 구체적인 형태는 사기, 교통범죄, 절도, 살인, 방화, 사문서 위조 및 행사 등이 될 수 있다. 또한 보험사기로 분류되는 모든 행위가 현행법상 불법인 것을 의미하지는 않는다. 즉 특정 행위의 불법성의 여부는 보험사기 해당여부를 판단하는 기준이 되지 않는다.

위에 정의된 보험사기와 구분하여 협의의 보험사기는 재산상 이익을 목적으로 보험회사를 기망하는 행위로서 형법상 사기죄의 한 유형을 의미한다. 즉 협의의 보험사기는 범죄로서의 보험사기를 의미한다. 이하 본 보고서에서 '보험사기'는 보험계약자·피보험자·보험수익자 또는 제3자가 받을 수 없는 보험급부를 대가없이 받거나 부당하게 낮은 보험료를 지불하거나 또는 부당하게 높은 보험급부의 지급을 요구할 목적을 가지고 고의 또는 중과실로 행하는 일체의 부정행위, 즉 광의의 보험사기를 의미한다.

2008년 3월 보험업법에 보험사기 금지규정이 신설됨에 따라 보험사기는 실

---

6) 한편 국회에 계류중인 보험업법 개정안에서 "보험사기행위"란 다음 각 항목의 어느 하나에 해당하는 행위로 정의한다.
   가. 이미 발생한 보험사고의 원인, 시기 또는 내용 등을 거짓으로 조작하거나 피해의 정도를 과장하여 보험금을 청구하는 행위 또는 수령하려는 행위
   나. 고의로 보험사고를 발생시키거나 발생하지 아니한 보험사고를 발생한 것으로 조작하여 보험금을 청구하는 행위 또는 수령하려는 행위
   다. 가목 또는 나목의 행위를 공모하거나 방조하는 행위

7) 미국 연방정부에서는 사기적 보험행위를 줄이기 위해서 1994년 폭력범죄규제 및 처벌법(Violent Crime Control and Law Enforcement Act)을 통과시켰다. 동법의 일부로서 국회는 연방보험사기법(Federal Insurance Frud Prevention Act, Title U.S.C. &1033 and &1034)을 제정하였다. 동법은 사기적 보험행위를 하는 보험회사, 보험회사의 직원, 보험회사의 자금을 횡령하는 대리점 등에 대한 처벌을 규정하고 있다. 다시 말해 동법은 보험회사에 의한 사기적 보험행위도 "insurance fraud"라는 용어로 표현한다.

정법상의 용어가 되었다. 이에 본 연구에서 사용하는 보험사기라는 용어의 정의 및 범위를 명확히 하고자 보험범죄, 도덕적 해이, 역선택 등과 보험사기의 관계를 기술하고자 한다.

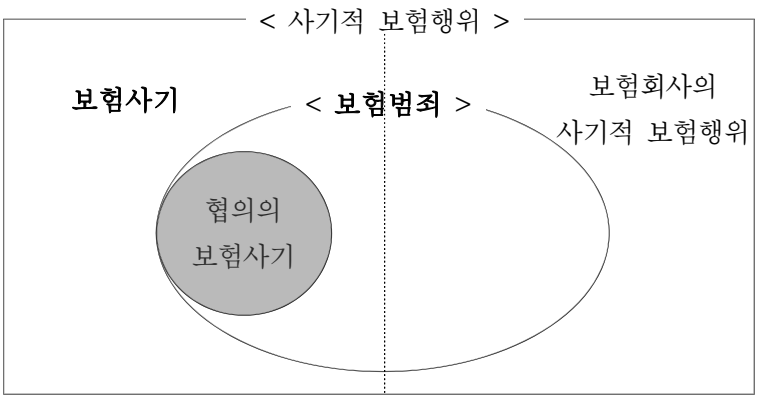
1) 보험범죄와 보험사기

보험범죄란 보험금을 받을 자격이 없는 사람이 보험금을 수령하거나, 실제 손해보다 많은 보험금을 수령하기 위하여, 또는 보험가입 시 실제보다 낮은 보험료를 납입할 목적을 가지고 고의적 또는 악의적으로 행동하는 일체의 불법행위와 보험회사가 보험소비자를 기망하는 일체의 불법적 행위를 의미한다.[8] 보험범죄는 보험계약자·피보험자·보험수익자 또는 제3자가 행위주체가 되는 불법적 보험범죄 뿐만 아니라 보험회사가 행위주체가 되는 불법적 보험행위를 포함한다. 보험범죄는 법적 처벌대상이 되는 행위를 가리키는 것으로서 사기뿐만 아니라 살인, 방화, 보험관련 문서위조 형태의 범죄를 포함한다.

행위의 고의성은 보험범죄 성립의 필요조건이다. 보험사기는 적극적 고의 내지 기망행위까지에는 이르지 않지만, 결과적으로 보험금을 부당하게 취득한 행위를 포함한다. 이를 테면 보험가입 시에 보험가입자가 중과실로 불고지 또는 부실고지를 하는 것은 보험범죄라고 하기는 어려우나 보험사기에는 해당한다. 보험소비자의 불법적인 보험범죄는 보험사기에 해당하며, 협의의 보험사기는 형법상 사기죄의 한 유형으로서 보험범죄의 일부로 볼 수 있다.

8) 본 보고서에서 보험소비자란 보험회사가 제공하는 보험상품을 소비하는 모든 당사자로서 보험계약자, 피보험자, 보험수익자, 제3자 등을 포함한다.

<그림 II-1> 보험범죄와 보험사기



2) 도덕적 해이와 보험사기

정보의 비대칭 현상이란 거래를 위한 의사결정에 영향을 미칠 수 있는 정보가 한쪽에는 많지만 다른 쪽에는 부족하거나 없는 상황을 의미한다. 정보의 비대칭으로 인해 발생하는 가장 대표적인 현상은 도덕적 해이(moral hazard)와 역선택(adverse selection)이다.

도덕적 해이란 정보가 비대칭인 거래나 계약에서 정보의 주체가 자기의 역할에 최선을 다하지 않으려는 마음가짐으로 불성실, 부주의, 고의성 등을 의미한다. 보험거래에서 도덕적 해이는 정보의 비대칭 상황하에서 보험사고의 우연성을 훼손하는 개인의 정신적 태도로부터 발생하는 위태를 의미한다. 다시 말해 보험계약에서 보험사고의 발생가능성이 커지거나 손해의 정도를 증대시킬 수 있는 보험계약자·피보험자·보험수익자의 불성실, 악의 또는 고의성을 의미한다.

즉 도덕적 해이는 부주의 또는 무관심의 상태와 고의 또는 악의로 손실을 발생시키는 비윤리적인 상태로 나타날 수 있다(이경룡, 2002). 전자를 일컬어 품행적 해이라고 한다. 품행적 해이는 다시 구체적으로 피보험자의 성격, 생활습관 및 기타 심리적 상태에 따라 손실의 가능성을 증대시키는 경우를 의미한다. 예를 들면, 품행적 해이는 음주운전의 습관, 고속 및 난폭운전 습관,

나쁜 흡연습관, 게으름, 경솔한 행동, 불건전한 생활방식 등 사고발생의 가능성을 증대시키는 개인적 품행과 관련된 것들이다.

도덕적 해이의 또 다른 형태는 손실을 고의적으로 발생하게 하는 정신적 태도이다. 이때의 위태를 품행적 해이와 구분하여 비윤리적 태도에 의한 도덕적 해이라 한다. 비윤리적인 태도에 의한 도덕적 해이는 손실을 고의로 발생시킴으로써 이익을 보고자 하는 사기 또는 허위행위로 나타난다. 비윤리적인 태도에 의한 도덕적 해이가 '보험금편취'라는 목적과 결부되면 보험사기를 구성한다. 요컨대 보험사기는 비윤리적 태도에 의한 도덕적 해이의 결과로서 나타나게 되는 사기적 보험행위라 할 수 있다. 윤리적으로 건전한 바탕을 갖고 있지 못한 피보험자는 보험을 이용하여 이익을 얻으려고 고의적인 손실을 발생시키거나 손실을 확대하는 행위 등을 할 가능성이 좀더 높을 수 있다.

3) 역선택과 보험사기

역선택이란 시장 경제주체들의 거래행위시 어느 일방이 다른 거래주체보다 더많은 정보를 가지고 있는 경우 정보가 부족한 입장에서 볼 때 바람직하지 못한 상대방과 거래하게 되거나 열등한 재화를 구매하게 되는 상황을 말한다. 결국 거래당사자 사이에 정보비대칭이 존재할 때 정보가 부족한 입장에서는 바람직하지 않은 상대방은 시장에 남고 바람직한 상대방은 시장에서 사라지게 된다. 그레샴의 법칙(Gresham's law)으로 알려진 '악화가 양화를 구축하는' 현상이 역선택의 대표적인 예이다.

역선택과 도덕적 해이의 가장 큰 차이점은 정보의 불균형으로 인한 효과가 거래발생 전에 나타나느냐 아니면 거래 후에 나타나느냐에 있다. 역선택은 거래의 발생 전에 나타지만 도덕적 해이는 거래의 발생 후에 나타난다.

보험거래에 있어서 역선택이란 평균 손실가능성보다 높은 손실가능성을 갖고 있는 사람이 평균보험요율로 보험에 가입하는 상황을 말한다. 보험거래에서 역선택은 보험에 가입함으로써 다수의 다른 보험소비자보다 더 많은 보험혜택을 받을 수 있다고 생각하는 사람이나 또는 보험을 악의적으로 이용하여 이익을 보고자 하는 사람이 의도적으로 보험에 가입하는 상황인 것으로 구체

화된다. 사기적으로 보험계약을 체결하는 행태의 보험사기가 바로 불순한 의도의 결과로써 발생한 역선택이라 할 수 있다. 보험에 가입할 수 없는 부적격자가 보험가입을 할 수 있는 자격을 획득하기 위하여 또는 적은 보험료를 지불하기 위해 불리한 사실을 숨기는 고지의무 위반과 보험사고가 발생한 이후에 보험계약을 체결하는 것이 바로 역선택에 해당한다.

나. 보험사기의 유형

1) 보험사기의 행위양태

보험사기는 범행자의 행위양태에 따라 ① 사기로 보험계약을 체결하는 유형, ② 보험사고를 고의로 유발하는 유형, ③ 보험사고를 위장 또는 날조하는 유형, ④ 보험사고 발생 시에 손실액을 부풀려서 청구하는 유형 등 4가지로 세분할 수 있다.

가) 사기적 보험계약 체결

보험은 미래의 위험상황에 대비하기 위해 다수의 사람들이 일정금액(보험료)을 납부해 공동의 재산을 모아 두었다가 유사시 서로 도움을 주고받는 제도이다. 공평한 위험분담이 보험제도의 기본원리이자 근간이기 때문에 보험제도가 성공적으로 운영되기 위해서는 위험발생 확률이 비슷한 사람들로 집단을 구성하여야 한다. 따라서 보험회사는 통상 가입자에게 청약서의 질문을 통해 과거병력이나 현재의 건강상태, 직업, 운전여부 등을 확인하는데 이때 가입자는 자신의 위험정도를 보험사에 반드시 사실대로 알려야 한다. 이를 가입자의 '계약 전 알릴 의무'라고 한다. 가입자의 고지내용은 계약인수 여부를 판단하고 보험료를 결정하는 중요한 잣대가 된다.

사기적으로 보험계약을 체결하는 행위는 보험을 가입할 수 없는 부적격자가 보험가입을 할 수 있는 자격을 획득하기 위하여 또는 적은 보험료를 지불하기 위해 불리한 사실을 숨기는 것이다. 예를 들어 암진단을 받은 자가 보험계약을 체결하기 위하여 진단사실을 숨김으로써 계약전 알릴 의무를 수행하

지 않는 것은 보험사기에 해당한다. 또는 이미 보험사고가 발생한 이후에 보험계약을 체결하는 경우, 예를 들어 이미 사망한 사람을 피보험자로 하여 보험에 가입하거나, 자동차사고 발생 후에 사고일자 등을 조작·변경하는 방법으로 보험에 가입하는 행위도 사기적 보험행위에 해당한다.

나) 고의사고 유발

보험사고를 고의로 유발하는 행태의 보험사기가 있다. 보험금 편취를 목적으로 고의적으로 살인, 자해 등의 사고를 유발하는 가장 악의적인 보험사기 유형으로, 다양한 범죄수단과 방법을 이용하여 최근에는 조직화양상을 보이고 있다. 고의사고 유발행위는 세 가지 경우로 분류된다. 첫째, 피보험자 본인이 보험사고를 유발하는 경우로 신체 일부를 절단하거나 고층에서 뛰어내리거나 진행 중인 차량에 고의로 부딪치는 행위 등이 있다(피보험자=보험사기자=보험수익자, 또는 피보험자=보험사기자≠보험수익자). 둘째, 보험수익자가 보험금을 노리고 피보험자의 신체나 재산에 피해를 가하는 경우로 자신 등을 수익자로 하여 가족 또는 제3자를 살해하는 행동이 있다(피보험자≠보험수익자=보험사기자). 셋째, 제3자로 하여금 보험사고를 유발하도록 하는 경우로서 보험사기자는 보험사고가 발생하도록 교묘하게 상황을 조작한다(피보험자≠보험수익자=보험사기자). 가해자의 형사처분을 악용하여 보험금액을 높이거나 별도의 합의금을 편취하기 위하여 음주운전차량, 일방통행 역주행차량, 중앙선 침범차량, 신호위반차량 등 제3자가 운행 중인 차량을 고의로 충돌하는 행위 등이 이에 해당한다.

다) 보험사고 위장·날조

전통적인 보험사기 유형으로 보험사고 자체를 위장·날조하는 경우와 보험사고가 아닌 것을 보험사고로 조작하는 행위가 있다. 예를 들어 생명보험 가입 후 사망보험금을 사취하기 위하여 피보험자가 보험사고로 사망하지 않았는데도 불구하고 보험사고로 인하여 사망한 것처럼 위장한다. 또한 상해보험에 있어 보험사고를 조작하여 병·의원이 허위진단서 등을 발급하는 방법으

로 보험금을 청구하거나 기존의 다른 사고로 입은 부상을 교통사고로 인하여 발생한 것으로 신고한다. 또는 자동차 소유주가 자신의 자동차를 팔고 난 후 보험회사에 도난신고를 하는 행위, 진열장에서 미리 상품을 치운 후에 도난당했다고 신고하는 행위, 다른 사고로 파손된 차량을 교통사고로 인하여 파손된 것으로 신고하는 행위 등이 보험사기에 해당한다.

라) 손실액 부풀리기

보험사고 발생시에 사기하는 유형이 있다. 보험사고로 인한 보험금을 많이 지급받기 위하여 사기적으로 보험금을 과다청구하는 행위이다. 이미 발생한 보험사고를 악용하여 보험금을 편취하는 것으로 생명보험보다는 손해보험분야에서 주로 발생한다. 의사에게 부탁하여 부상의 정도나 장해등급을 상향조정하는 행위, 통원치료를 하였음에도 입원하여 치료를 받은 것으로 서류를 조작하는 행위, 치료기간을 연장하거나 또는 과잉진료를 하는 행위 등이 있다. 재물보험에 있어 자기부담금 공제부분을 보상받고자 하거나 더 많은 보험금을 타내기 위한 의도로 피해규모를 과다청구하는 행위 등이 있다.

2) 보험사기의 분류

보험사기는 보험사기의 목적, 계약체결과 사기행위간의 시간적 선후관계에 따라서 2가지로 분류된다.[9]

보험사기의 목적에 따라 보험계약사기(insurance contract frauds)와 보험금사기(claim frauds)로 대별된다. 보험계약사기는 보험료결정에 기본이 되는 정보에 대해 의도적으로 숨기거나 사실과 다르게 알리는 행위와 보험료 수급관

9) 보험회사가 보험소비자를 대상으로 하는 사기적 보험행위를 보험사기로 정의할 경우, 보험사기의 행위주체 및 대상에 따라 외부보험사기와 내부보험사기로 나눌 수 있다. 보험업자가 보험소비자를 기망하는 것을 내부적 보험사기라고 하며 보험계약자와 보험금청구권자 등 보험소비자가 보험회사를 기망하는 하는 것을 외부적 보험사기라고 한다. 이러한 분류 하에서 보험회사 내부직원이 의료기관 종사자 또는 자동차정비업자로부터 뇌물을 제공받고 보험회사를 기망하는 행위는 외부보험사기에 해당한다.

련 사기행위가 있다. 보험금사기는 보험금을 부당하게 편취할 목적으로 사기행위를 하는 것이다. 보험금사기는 ① 보험계약자 혹은 피보험자가 보험금청구권자인 경우와, ② 보험계약자 혹은 피보험자가 제3자에 재정적 손실 혹은 신체적 피해를 입혔거나 제3자의 신체적 피해에 책임이 발생하는 행동으로 인하여 제3자가 보험금청구권자가 되는 경우로 구분될 수 있다. 이때 보험금청구권자가 보험계약자이거나 보험계약자와 친밀한 관계에 있는 경우 보험회사는 고객을 잃을 수 있다는 우려 때문에 보험사기에 대해 상대적으로 소극적으로 대처할 여지가 있다.

보험금사기는 보험사고의 정상성 즉, 보험사고발생의 우연성 여부에 따라 경성보험사기와 연성보험사기로 분류된다. 경성보험사기는 계획적인 보험사기라고도 하는데 보험금 지급요건이 되는 재해, 상해, 도난, 방화 또는 기타 손실을 의도적로 연출하거나 위장·날조한 후 보험회사를 기망하여 보험금을 편취하는 행위를 말한다. 반면 연성보험사기는 기회주의적 사기라고도 하는데 보험사고를 사전적으로 계획하지 않았지만 사고 후에 보험회사를 기망하려는 보험사기행위를 의미한다. 이는 정상적인 보험사고가 발생하였지만 피해액을 과장하거나 사고발생시 우발적으로 운전자 또는 운전차량을 바꿔치는 등의 행위를 포함한다. 연성보험사기는 보험사고 자체를 고의로 발생시킨 것은 아니라는 이유로 일반인의 죄의식이 낮고 법원의 처벌도 경미한 편이나 이런 점들이 원인이 되어 그 발생비율이 높을 것으로 추정된다.

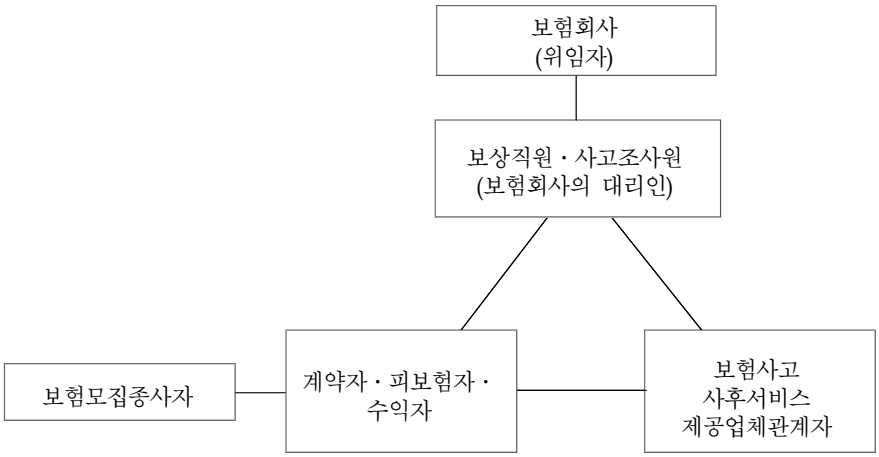
마지막으로, 보험사기는 보험계약 체결시점을 중심으로 보험을 사기로 가입한 경우와 가입된 보험을 사기로 이용한 경우로 분류될 수 있다.

2. 보험사기의 이해관계자

보험사기는 근본적으로 보험사기 행위자와 보험사기 대상자인 보험회사간 정보의 비대칭과, 우연성과 사행성이라는 보험제도의 특성으로 인하여 발생하는 부정행위이다. 보험회사가 계약과 클레임의 사기성여부를 사전적으로 평가할 수 있다면 보험사기 행위자입장에서는 보험사기를 할 유인이 없다. 보험사

기 적발사례에 의하면 보험계약자·피보험자·보험수익자, 보험모집종사자, 보험사고 사후서비스 제공업체 관계자, 그리고 보상직원 및 사고조사원과 같은 보험회사의 대리인이 주로 보험사기의 행위주체가 된다. 보험회사는 보험사기의 직접적 대상이다. 또한 사법당국은 보험사기자에 대해 법적 처벌을 통해 보험사기의 이해관계자가 된다.

<그림 II-2> 보험사기의 이해관계자



가. 보험사기의 행위주체

1) 보험계약자·피보험자·보험수익자

보험계약자·피보험자·수익자는 보험사기의 일차적 행위주체이다. 보험에 가입하기 위해서 또는 낮은 보험료를 적용받기 위해서 보험계약 체결 시 자신에게 불리한 사실을 숨기거나 사실과 다르게 알리는 수법의 보험사기에서 행위주체는 보험계약자이다. 또한 생명보험, 재물보험 및 상해보험에서는 보험계약자 혹은 피보험자가 보험금청구권자로서 보험사기의 잠재적 행위주체이다. 불법유턴을 하거나 일방통행 불가지역에서 역주행하는 등 불법행위 차량을 대상으로 고의로 사고를 일으켜 보험금을 편취하는 수법의 보험사기에

서는 배상책임보험의 보험금청구권자로서 제3자가 보험사기의 행위자이다.

선량하지 못한 보험소비자는 다양한 행태의 보험사기를 구성한다. 특히 연성사기의 경우 보통의 보험소비자들도 보험사기의 잠재적 행위자로서 다양한 사기의 기회에 노출되어 있다. 일반인들이 연성사기를 범죄로 인식하는 정도가 약할 뿐 아니라, 연성사기의 경우 혐의입증이 어렵다는 이유로 조사의 강도도 미약하다. 보통의 보험계약자 또는 보험금청구권자가 보험가입 당시에는 연성사기 실행의 의지가 없었다 하더라도 일단 사고가 발생한 후에 보험사기 브로커가 접근하면 보험금을 과다청구할 가능성이 충분히 존재한다.

2) 보험모집종사자

보험모집종사자는 보험을 판매하는 자로서 보험제도 및 보험상품에 대해서 일반인 보다 많은 보험지식을 가지고 있다. 또한 보험모집종사자는 보험회사에서 정기적이고 일정한 급여를 받지 않고 모집한 보험계약에 대한 수당을 지급받는 자이다. 판매자로서 습득한 보험모집종사자의 보험지식과 인센티브 구조는 보험회사의 외형성장에 치중한 영업경쟁과 허술한 계약인수 심사관행과 결합하여 보험모집종사자의 보험사기 공모 또는 방조를 조장할 수 있는 가능성을 높인다.

보험모집인은 보험계약의 체결이 생계와 직결된 문제이기 때문에 보험계약의 청약자에게 어느 정도의 흠결이 있다하더라도 보험계약을 성립하도록 하기 위해 고지사항에 대해 고지의무를 위반하여 부실고지하게 하거나 불고지하도록 유도하기도 한다. 보험모집종사자의 이러한 부정행위는 보험소비자와 보험회사에게 직접적인 피해를 가져온다. 또한 모집종사자는 입원 중인 사고환자에 접근한 후 병·의원과 공조하여 보험가입 전 사고를 보험가입 후 사고로 위장하여 보험금을 편취하기도 한다. 다수의 보험계약자에게 접근하여 통원의료비를 수령하여 보험료를 납부하게 해 주겠다고 약속한 후 보험계약을 체결하고 자신 또는 자신이 모집한 보험계약자들이 가공사고를 유발한 후 허위 통원진단서를 발급받는 방법으로 보험금을 편취하는 사례가 적지 않게 적발되고 있다.

3) 보험사고 사후서비스 제공업체

보험사고 사후서비스 제공업체에는 의료기관, 자동차정비·부품업체, 손해사정업체, 법무법인 등이 있다. 이들 보험사고 사후서비스 제공업체의 관계자는 보험사기의 잠재적 행위주체로서 단독으로 보험회사를 기망하거나 보험계약자 또는 보험금청구권자로부터 성공보수를 받기로 약정한 뒤 보험사기를 공모한다. 2000년 이후 의원의 수는 연평균 3.8%씩, 자동차정비업체는 2.7%씩 증가하였다. 개원의, 정비업소, 손해사정업체 등의 공급과잉에 대한 우려는 이들의 보험사기 묵인 또는 공모로 현실화되고 있다. 실제로 수익에만 치중한 병원, 정비업자와 손해사정사 등이 죄의식 없이 보험사기에 가담하고 있는데, 이는 주로 보험사고 사후서비스 제공업체와 보험금청구권자와의 이해가 일치하기 때문인 것으로 파악된다.

<표 II-1> 보험사고 사후서비스 제공업체 수

(단위: 개, %)

연 도	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	CAGR
의 원	19,690	21,340	22,728	23,596	24,314	25,180	25,780	26,145	26,521	3.8
정비업체	27,304	29,831	31,235	32,240	33,840	33,296	33,538	33,874	33,858	2.7

자료: 보건복지가족부(의원 수), 국토해양부(정비업체 수)

의료기관은 보험사고의 사후처리에 광범위하게 개입되어 있다. 의료기관 관계자가 단독으로 또는 보험환자 혹은 모집종사자와 공모하여 보험금을 편취하는 수법은 다양하다. 보험사고 환자를 중심으로 일률적 처방을 한 후 실제 치료하지 않은 내역까지 포괄하여 보험금을 청구한다. 또는 경미한 부상임에도 환자에게 장기입원을 권유하여 입원치료비를 과다 또는 허위로 청구함으로써 보험금을 편취하거나, 보험금청구권자와 공모하여 장해등급을 상향조정한다.

의료기관 관계자의 보험사기를 자극하는 요소로 다음의 세 가지를 들 수 있다. 첫째, 의료서비스는 전문지식이 요구되는 분야이기 때문에 의료기관이

연루된 보험사기의 경우 혐의입증 및 적발이 어렵다. 둘째, 자동차사고 환자에게 적용되는 요양기관 종별 가산율은 건강보험보다 높고 입원기간에 따른 체감률도 건강보험보다 낮으며 보험환자에게는 자기부담이 없다(보험개발원, 2009). 이러한 제도는 의료기관에게는 환자의 장기입원을 유인하는 요소로 작용하고 환자도 자기부담금이 발생하지 않기 때문에 보험금을 과다청구하는 경제적 유인으로 부당청구 소지가 발생할 가능성이 크다. 셋째, 개원의의 공급과잉으로 인한 의료기관 간 과다경쟁으로 의료기관이 보험사고 환자를 마케팅측면에서 보고 있으며, 보험금편취를 희망하는 보험환자와 수익에 치중한 의료기관 간 이해가 서로 일치한다.

<표 II-2> 요양기관종별 가산율 비교

(단위: %)

구 분	건강보험 가산율	자동차보험 요양기관종별 가산율			
		1995.06	1999.10	2001.10	2003.10
3차병원	130	260	200	166	145
종 합	125	209	172	150	137
병 원	120	140	129	123	121
의 원	115	130	122	117	115

자료: 보험개발원(2009), 자동차보험 부당청구 요인분석 및 개선대책, CEO Report. p.6.

자동차정비업체 및 부품상은 차량수리 시 중고부품과 재활용품으로 차량을 수리한 후 정품부품을 사용한 것처럼 속여 보험회사로부터 부품대금을 편취하거나, 부품을 실제 교환하지 않았음에도 이를 교환한 것처럼 허위로 청구하거나, 못 등으로 차량을 긁은 후 가해자 불명의 사고로 가장하여 전체 도색을 하도록 하는 수법의 보험사기 행위를 유발한다. 또한 이들은 보험계약자 및 보험금청구권자와 공모하여 허위 또는 과다 차량수리견적서를 제출하여 보험금을 부당하게 편취하기도 한다.

손해사정사 제도는 보험사고로 인한 손해액 및 보험금을 전문인인 손해사정사로 하여금 조사·결정 업무를 담당토록 하여 보험금이 보험사업자나 보험

계약자 등 어느 쪽에도 일방적으로 치우치지 않는 공정하고 객관적인 결정이 되도록 한다. 그리고 결정된 보험금이 신속히 지급되도록 함으로써, 보험소비자의 권익보호와 함께 사고로 인한 피해의 신속한 복구 및 원상회복을 통하여 경제적으로 기여하는 데 그 주된 목적이 있다. 하지만 손해사정사가 병·의원과의 인맥과 자신의 보험전문지식 등을 활용하여 장애등급에 미달하는 보험환자에 대해서 장애진단서의 발급을 주선하거나 허위 의무기록을 작성해 보험금을 과다 청구하도록 도와주고 환자로부터 그 대가를 받는 경우가 있다.[10] 손해사정업체의 이러한 불법적 행태는 산업 내 과잉경쟁과 무관하지 않다.

보험회사의 보상직원 또는 사고조사직원이 보험금을 편취할 수 있도록 거짓으로 손해사정을 하거나 뇌물을 받고 보험사기를 방조하기도 한다.[11] 보험회사의 대리인이 보험사기에 개입하는 방식은 업무수행 중 인지한 보험사기를 사례금을 받고 묵인해 주는 수동적인 형태와 보험사기를 기획하는 단계에서부터 적극적으로 가담하여 보험금을 편취하는 능동적인 형태로 구분할 수 있다.

4) 보험사기의 대상

사기업으로서 보험회사는 기본적으로 이윤극대화를 목표로 한다. 이윤극대화를 위한 보험회사의 의사결정이 보험사기로 인한 보험금의 누수를 최소화하기 위한 의사결정과 반드시 일치하는 것은 아니다. 따라서 기업의 이윤극대화 노력과 보험사기를 최소화하고자 하는 노력이 상충할 수 있는데, 이는 기

10) 장애진단서에 대한 사실확인 없이 보상금을 지급하는 외국계 보험회사의 허점을 이용해 72명에게 허위진단서를 발급해 준 의사와 환자를 주선해 준 손해사정사 등 90명이 경찰에 붙잡혔다. 매일경제(2009. 11. 27자).

11) "S화재 보험사기 특수조사팀의 직원이 보험사기를 조사한다는 명목 아래 일부 병원들을 대상으로 돈을 요구해 파문이 일고 있다. 보험조사팀 직원들은 병원들이 보험사기와 연관돼 있다는 점을 들어 검·경찰 수사 등을 무마해주겠다며 돈을 요구한 뒤 돈을 받은 병원은 넘어가주는 식의 거래를 한 것으로 알려졌다. 일부에서는 이 같은 행위가 한 회사에 국한되지 않을 뿐만 아니라 조사할 경우 무더기로 나올 수도 있다고 염려하고 있다." 아시아경제(2007. 4. 4자).

업입장에서 볼 때 보험사기를 최소화하기 위해서는 비용이 발생하기 때문이다. 이러한 이유로 외형성장을 위한 영업경쟁에 함몰되어 철저한 인수심사 없이 계약을 인수한다든지, 보험사기를 조장하는 보험상품을 개발하여 판매한다든지, 보험금 지급심사에 효율적으로 대처하지 않음으로써 보험회사가 보험사기를 간접적으로 조장하는 결과를 초래할 수 있다.

보험사기 실행여부에 대해서는 조사를 해야만 알 수 있는 것들이 있고 이러한 조사에는 비용이 발생한다. 그리고 조사를 한다고 해서 반드시 모든 보험사기를 밝혀낼 수 있는 것도 아니다. 보험회사의 이윤함수는 수입보험료와 정상적인 보험사고에 대해 지급한 보험금, 보험사기건임에도 불구하고 적발되지 않아서 누수된 보험금, 그리고 조사비용과 그에 따른 조직운영상의 비용으로 구성될 수 있다. 따라서 보험회사가 이윤을 극대화하는 조사비용을 결정하는 문제에 직면하여 있다고 할 때, 조사를 해도 밝혀내지 못하는 보험사기에 따른 누수액의 크기, 조사비용과 보험사기에 따른 보험금누수를 보험료에 어느 정도 반영할 수 있는지 여부 등이 주요한 고려사항으로 반영된다. 보험회사가 경쟁적인 시장환경에서 장기적으로 생존하기 위해서는 보험사기에 대해 아무런 조치도 취하지 않는 상태에서 보험사기에 따른 보험금 누수를 모두 선의의 계약자에게 반영할 수는 없다. 그렇다고 해서 보험사기를 완전히 밝혀낸다는 목적 하에 무한대의 조사비용을 지출할 수도 없다. 보험회사가 손실을 입지 않기 위해서는 그와 같은 조사비용이 결국 상당부분 선의의 보험계약자에게 전가 될 수 있는 것이다. 따라서 보험회사는 보험사기로부터 선의의 보험계약자를 보호하는 한편 지나치게 많은 조사비용을 지출하지 않는 적정한 선에서 조사노력의 수준을 결정하는 것이 보험사기와 관련된 가장 중요한 의사결정이다(이경주, 2002).

3. 보험사기의 폐해

보험사기자가 기망하는 대상은 가시적으로는 보험회사이지만, 이는 선의의 계약자가 납부하는 보험료의 인상을 초래할 뿐만 아니라 보험제도 자체의 존

립기반을 위협한다. 아래에서 보험사기의 폐해를 구체적으로 살펴보기로 한다.

첫째, 보험사기는 보험료율의 인상을 초래하여 보험계약자 전체의 부담을 가중시킨다. 근본적으로 보험계약에 있어서 보험사기의 배제가 중요한 이유는 보험계약이 다수 동질의 위험을 갖는 사람들이 일정한 위험에 대한 보험료를 갹출하여 보험사고를 입은 당사자에게 일정한 급부를 제공하기 때문이다. 위험에 처한 일부 당사자를 같은 위험에 처한 다수의 당사자들이 일정한 기금을 갹출하여 지급함으로써 위험에 대한 사후관리를 하는 것으로 볼 수 있다. 보험계약자 개별로 놓고 볼 때 보험료는 보험회사가 위험을 부담한 대가이며 보험계약자가 지게 되는 부담으로서 위험단체 전체적으로 일정기간 동안의 납입된 보험료와 지급된 보험금이 균형을 유지하여야 한다. 그러나 인위적인 방법 즉 보험사기로 인하여 예정된 손해율 이상의 보험금을 지급하게 되는 경우 이와 같은 균형은 깨어지게 되고 이 균형을 회복하기 위해서는 보험료를 인상하지 않을 수 없다. 이는 결국 보험 단체구성원인 보험계약자 전체의 추가부담으로 작용할 수밖에 없는 것이다.

둘째, 보험사기는 보험제도가 가지고 있는 부정적인 측면으로서 보험제도의 존립기반을 위협한다. 보험사기가 증가하면 미래의 불확실한 위험에 대비하여 마련된 보험 본래의 기능이 퇴색하고, 도박화 또는 사행화되어 보험에 대한 인식을 악화시킨다. 또한 과중한 보험료 인상으로 위험도가 낮은 선의의 보험계약자들이 보험가입을 회피함으로써 보험산업의 존립자체가 부인될 수 있다.

셋째, 보험사기가 증가할 경우 보험사기의 모방 및 동조가 확산되어 사회전체적으로 윤리관의 붕괴가 초래된다. 개인은 사회적 상호작용을 통해 특정 행위를 학습하게 되고 행동규범 또는 가치관을 형성하게 된다. 사회적으로 보험사기가 만연되어 있을 경우 보험사기의 수법을 어렵지 않게 터득할 수 있을 뿐 아니라, 보험사기를 범하는데 따른 개인의 도덕적 비용도 상대적으로 낮아지게 된다. 따라서 사회적으로 보험사기가 증가하면 선량한 보험계약자들도 이러한 사회분위기에 동조 내지 유사행위를 할 가능성이 커진다. 이는 결과적으로 사회전체의 윤리관 및 가치관의 붕괴를 초래한다.

넷째, 보험사기가 증가할 경우 보험회사의 방어적 보험금지급 심사업무의 강화에 따른 사회적 손실이 증가한다. 경영수지의 악화를 우려한 보험회사는

보험금지급 심사업무의 강화를 통해 보험금 지급을 지연하거나 거절하게 되므로 보험계약체결 당사자 간에 분쟁이 발생하게 된다. 결국에는 금융감독기관에 대한 민원해결의 진정으로 행정비용이 낭비되는 한편, 법원의 소송절차를 진행함으로써 많은 사회적 비용을 발생시키게 한다.

4. 보험사기의 실태

보험사기는 음성적인 행위로서 그 발생규모를 정확히 파악하는 것이 사실상 불가능하다. 다만 보험사기 적발실적 또는 보험사기 행위자의 보험사기에 대한 인식 및 태도로부터 보험사기 발생수준을 유추할 수 있을 뿐이다.[12] 본절에서는 보험사기의 적발체계와 적발현황, 보험사기 관련규정과 양형실태를 살펴보기로 한다.

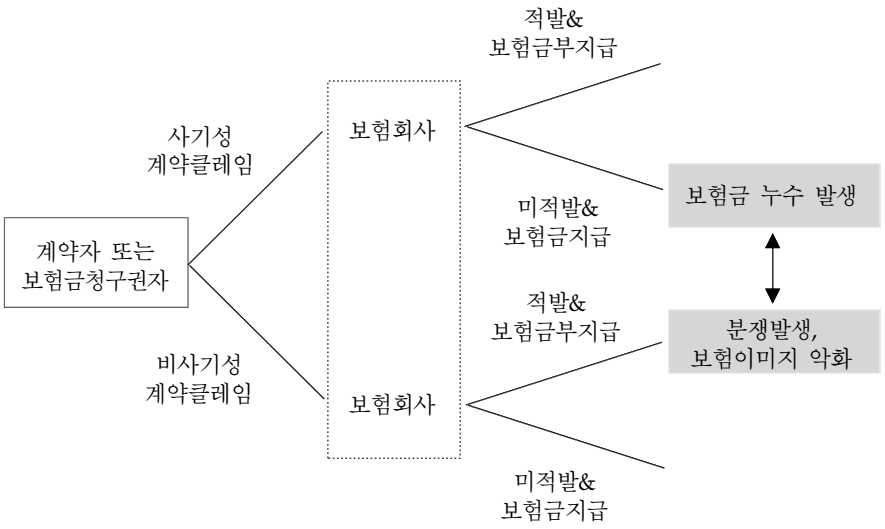
가. 적발체계와 적발현황

대칭 정보하에서 보험회사는 사기성 계약에 대해서 보험계약을 해지할 수 있고 사기성 클레임청구에 대해서는 보험금을 지급할 책임이 없다. 그러나 현실에서 보험회사는 보험계약건 또는 보상청구건이 사기적 계약 또는 사기적 클레임인지 여부를 모르는 정보의 불균형 상태에 직면하여 있다. 비대칭 정보상황에서 보험회사가 ① 사기성 클레임을 적발하지 못하여 부당한 보상청구에 대해서 보험금을 지급하거나, ② 비사기성 클레임을 사기로 오인하여 보험금의 지급을 지연하거나 거절할 가능성이 있다. 전자의 경우 보험사기로 인해 보험금의 누수가 발생할 것이며, 후자의 경우 보험금지급에 대한 계약자의 불만이 증가하여 회사의 이미지가 악화됨으로써 영업경쟁에 손실을 초래할 수 있다. 보험사기에 적극적으로 대처한다는 미명하에 보험사기의 인지 및 적발을 위한 효율적인 시스템의 구축과 전문조사인력의 확충 없이 보험금지급심사를 강화할 경우, 보험금의 누수를 줄이기는커녕 비효율적 보험금지급심사로

12) 보험사기 발생규모의 측정에 대해서는 4장 2절에서 보다 구체적으로 논의한다.

인한 선의의 소비자들의 불만이 증폭될 수 있다.

<그림 II-3> 보험사기의 적발



1) 조사 관련 법규

2003년 보험업법에 "제9장 관계자에 대한 조사(제162조~제164조)"를 신설하여 보험범죄 관련 규정이 보험업법에 처음으로 규정되었고, 사기조사를 실질적으로 수행하기 위한 근거가 마련되었다. 현행 보험업법 제162조 1항에서는 "금융위원회(이하, 금융위)는 이 법 및 이 법에 의한 명령 조치에 위반한 사실이 있거나 공익 또는 건전한 보험거래질서의 확립을 위하여 필요하다고 인정한 경우에는 보험회사, 보험계약자, 피보험자, 보험금을 취득할 자, 그밖에 보험계약에 관하여 이해관계가 있는 자에 대한 조사를 할 수 있다."고 명시한다. 또한 보험업법 제162조 제2항에서는 "금융위는 제1항의 규정에 의한 조사를 위하여 필요한 때에는 조사사항에 대한 사실과 상황에 대한 진술서와 조사에 필요한 장부, 서류 그 밖의 물건의 제출을 요구할 수 있다."고 규정하고 있다.

실효성 있는 조사를 위해서는 조사불응자에 대한 제재가 필요하다. 보험업법 제162조 제4항에서는 금융위는 이해관계자가 조사를 방해하거나 제출하는 자료를 거짓으로 작성하거나 그 제출을 게을리 한 때에는 관계자가 속한 단체의 장에게 관계자에 대한 문책 등을 요구할 수 있도록 규정하고 있다. 보험업법 제209조 제3항 14호에서는 금융위의 행정조사에 대하여 거부 방해 또는 기피하거나 자료를 제출하지 아니하거나 허위의 자료를 제출한 자에 대하여 5백만원 이하의 과태료를 부과하는 벌칙을 두고 있다.

<표 II-3> 보험범죄 조사관련 보험업법 조항

보험업법	시행령
제162조(조사대상 및 방법 등)	-
제163조(보험조사협의회)	제76조(보험조사협의회의 구성)
	제77조(협의회의 기능)
	제78조(협의회의 운영)
제164조(조사관련 정보의 공표)	제79조(조사관련 정보의 공표)

보험가입자의 허위·과다 진료, 의료기관과의 공모 등 보험사기 혐의를 파악하기 위하여 금융위는 2006년 9월 국민건강보험공단에 자료 제출을 요구할 수 있는 내용의 '보험사기 방지 종합 계획안'을 마련한 바 있다. 그러나 진료정보 확인 요청권을 담은 보험업법 개정안은 개인 질병정보 유출을 염려한 복지부와 보건의료단체의 반대에 직면하였으며 2008년 12월 국무회의에서 이 법안이 심의됐지만 관련 조항이 삭제되었다.

2) 조사체계

보험회사를 비롯하여 금융감독원, 손해보험협회, 생명보험협회, 보험개발원, 검찰 및 경찰이 주축이 되어서 보험사기 방지 및 적발을 위한 노력을 하고 있다. 다음에서는 각 기관의 보험사기 방지 및 적발노력을 살펴보기로 한다.

가) 금융감독원[13)]

금융감독원은 보험사기조사 담당부서를 1999년 1월1일 조사3국으로 운영하다 2001년 12월부터 1실 4팀 체제의 보험조사실로 운영하고 있다. 2007년에는 보험조사실 내에 보험사기특별조사팀을 설치하여 보험사기 취약부문에 대한 기획조사 기능과 공보험 및 유사보험 등과의 공동조사기능을 강화하였다.

보험사기 적발 및 방지를 위해 보험조사실은 보험사기인지시스템을 개발하여 운영하고 있으며 기획 및 상시조사를 실시하고 있다. 조직적 보험사기의 적발사례가 급증하여 보험소비자에 대한 피해가 가중되고 기존의 보험사기 조사방법에 한계가 드러남에 따라 보험조사실에서는 보험사기인지시스템(IFRS: Insurance Fraud Recognition System)을 2004년부터 운영하고 있다. IFRS는 보험계약, 보험사고, 보험금지급 자료 등 보험사기 조사에 필요한 모든 정보를 종합적으로 분석하여 혐의자를 추출한 후 혐의자 간 공모관계까지 추적할 수 있는 시스템이다. 특히 IFRS는 보험사기 혐의자 선정기능으로 혐의자별 혐의지표(FI: Fraud Indicator)와 혐의점수시스템(Scoring system)도 포함하고 있다. FI는 기 적발된 보험범죄 유형을 정밀 분석하여 공통적으로 나타나는 특징을 표준화한 것으로서, 혐의자군별로 92개 지표 등 총 202개의 보험사기지표를 개발하여 활용하고 있다. 이렇게 개발된 보험사기지표를 이용하여 혐의자별로 점수를 산출하여 관리하는 것을 사기혐의점수시스템이라고 한다.

보험업법 제162조에 근거하여 보험조사실은 보험사기에 대한 조사를 실시한다. 보험사기인지시스템에서 자동 추출된 사건, 보험사기 접수사건, 보험회사가 보고한 사건, 수사기관에서 보험범죄 혐의여부 판단을 요청한 사건, 공익 또는 건전한 보험거래 질서의 확립을 위하여 조사의 필요성이 있다고 인정하는 사건의 단서가 입수되면 조사에 착수한다. 조사 후 무혐의가 인정되어 사건이 종결된 경우를 제외하고는 수사기관을 선정하여 수사의 착수를 통보하고 수사지원 협조를 통해 보험사기를 적발한다.

한편 보험조사실은 보험회사와 일반인을 대상으로 하는 보험사기 방지노력

13) 금융감독원의 보험범죄 적발노력에 대해서는 박달근(2008)을 참조.

을 기하고 있다. 보험사기 방지업무 모범규준을 운영함으로써 보험회사로 하여금 보험사기 방지 및 적발을 위한 체제를 마련·운영토록하고 있으며, 보험회사의 보험사기 방지실태를 경영실태평가제도에 반영함으로써 보험사기 방지업무 개선을 유도하고 있다. 또한 보험사기 신고센터를 운영하고 보험사기 방지관련 대국민 홍보 및 교육을 실시함으로써 일반인의 보험사기 신고 활성화와 보험사기에 대한 인식제고를 도모한다.

나) 보험유관기관

보험개발원은 보험사기 방지를 위한 노력의 일환으로서 손해보험회사 및 생명보험회사의 사고정보를 집적하여 실시간으로 조회할 수 있는 '보험사고정보시스템(ICPS: Insurance Claims Pooling System)'을 2001년 6월부터 운영하고 있다. ICPS를 통해 보험사기 혐의자에 대한 과거보험금 청구실적 확인이 가능하고 보험금 수령자를 중심으로 상세한 계층도와 계보도가 자동으로 추출되어 보험사기 관련자의 파악이 가능하다.

손해보험협회는 수사기관과의 긴밀한 협조체제 구축과 심층적인 보험사기 조사지원을 위하여 2002년에 전직경찰관이 투입된 보험사기방지센터를 운영하고 있다. 또한 보험사기 적발 및 방지를 위해 보험회사가 보유하고 있는 보험계약 및 사고 관련 정보를 실시간 온라인으로 조회할 수 있는 '보험범죄 유의자 검색시스템'을 2002년 4월부터 운영하고 있다. 보험범죄 유의자 검색시스템은 현재 11개 손해보험회사의 자동차 사고의 개인별 사고력, 보험금지급 전력 및 관련자들의 연계분석이 가능하여 가·피해자 공모 또는 동일 유형의 자해사고 분석에 탁월한 장점이 있다. 또한 동 시스템은 데이터 축적방식이 아닌 전용통신망을 통해 회원사 전산망에 축적된 정보를 실시간으로 조회하는 방식이다.

생명보험협회는 2006년에 보험사기 방지팀을 신설하였다. 보험사기 방지팀은 업계의 사기혐의건 조사에 직접 참여하지는 않지만 최근 가입사항 및 설계사 경력 등 기획조사에 필요한 정보를 제공한다. 또한 2007년부터 생명보험회사의 보험계약정보를 생명보험협회의 통합데이터베이스에 집적하여 보험사

기 방지를 위한 생명보험회사의 계약인수심사와 보상심사업무에 활용하도록 하고 있다.

다) 수사기관

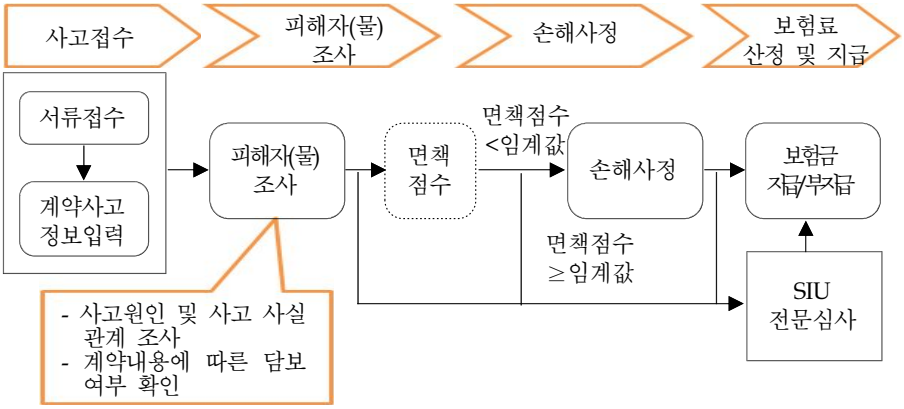
경찰에서는 보험범죄를 경제사범으로 분류하고 전담부서 없이 금융, 통화, 공무원, 선거 등 60여 종류의 범죄를 담당하는 마약지능수사과에서 보험범죄의 수사를 총괄하고 있다. 또한 조직폭력관련 보험범죄는 형사과 폭력계에서 관여하고 도난차량 및 방화관련 보험범죄에 대해서는 강력계에서도 관여하고 있다. 경찰청은 보험업계 및 감독당국과 협조체제하에 보험범죄를 적발하고 있으나 보험업계의 고발에 의존하고 있으며 정기적 또는 상시수사체제가 가동되지 않아 1년에 1~2회 정도 기획수사를 하고 있는 실정이다.

검찰청의 경우 보험범죄를 전담하는 조직 또는 인력이 별도로 갖추어지지 않은 상황이다. 통상 수사과정에서 인지되거나 신고된 사건을 중심으로 수사하고 있다. 따라서 금융감독원 등에서 기획조사를 통하여 적발한 보험범죄건을 수사의뢰하는 경우 통상 보험범죄 사건의 조사대상자가 많고 수사지역도 광범위하여 수사인력이 적은 검찰보다는 경찰에 수사의뢰하는 것이 일반화되어 있다.

라) 보험회사

보험사고의 발생에 따른 보험금청구건이 접수되면 보험회사는 일차적으로 사고의 원인 또는 사실관계 등을 확인한다. 그 다음으로 피해자 또는 피해물의 조사를 통해서 손해액을 결정하거나 해당 보상청구건에 대한 보험회사의 면책여부를 판단한다. 피해자(물)의 조사 또는 손해사정 과정에서 보험범죄가 의심될 경우에는 보상직원은 보험회사 내 특수조사팀(SIU: Special Investigation Unit)에 이를 알림으로써 혐의입증을 위한 현장조사가 이뤄지도록 한다.

<그림 Ⅱ-4> 보험금지급 절차



<표 Ⅱ-4> 보험회사의 사기성클레임 처리절차

조사단계	항 목	내 용
제1단계	인지	• 사고 접수 후 초동 조치 등 인지 • 보상과정 중 인지 • 외부 보험범죄 신고 접수 • 타 기관, 타 회사 이첩
제2단계	조회	• 보험개발원의 ICPS, 보험협회의 정보통계자료시스템을 활용하여 과거 사고력 조회 • 계약 사항 • 사고 관련자 인적 사항 파악 • 사고의 유형, 특성 등 파악
제3단계	자료 취합	• 사고 조사 서류 • 보험금 지급 품의서
제4단계	분석	• 가·피해자 공모관계 여부 • 사고 내용 • 사고 유형, 피해 정도 • 기왕증 여부 등 병원 관련사항
제5단계	사고 내역 등 수사의뢰 서류 작성	• 의심 건에 대한 관련자 인적사항, 사고내역표 및 사고별 문제점 등 작성 ※ 범죄일람표 기초 자료
제6단계	수사 의뢰	• 관련자 혐의내용 종합 구증 • 수사기관 섭외 및 수사의뢰
제7단계	수사 지원	원활하고 효율적 수사 진행을 위해 수사기관 지원

SIU는 보험사기를 전문적으로 조사하기 위해 각 개별보험회사들이 보상조직 내에 설치한 부서이다. 현재 손·생보사에는 370여명의 보험범죄 조사인력이 활동하고 있는데 이중에는 전직수사관 출신 전문조사인력 200여명이 포함돼 있다. SIU는 보험사기 의심사건을 인지하게 되면 제반 자료들을 정밀분석한 후 관련당사자들의 신원조회 또는 집적된 데이터베이스 조회 등을 통해 사건의 처리방향을 결정한다. 분석된 자료상 보험범죄의 징후가 나타나면 통일된 양식의 범죄일람표를 작성하여 수사기관에 수사의뢰를 하게 되고 수사기관의 요청 시 구증자료 확보를 지원하는 등 진행과정에서 수사기관과의 협조관계를 유지하기 위한 노력을 취하게 된다.

<표 II-5> 보험사기 방지 업무 기관별 역할

기 관	주요 수행업무
금융감독원 보험조사실	• 보험사기조사 조직 운영(보험조사실), 기획 및 상시 조사실시 • 보험사기 인지시스템 개발 및 운영 • 보험사기방지업무 모범규준 운영 • 보험경영실태평가제도에 사기방지현황 반영 • 보험범죄 신고센터 운영, 대국민 홍보 및 교육실시
보험개발원	• 보험사고정보시스템(ICPS) 운영 • 보험범죄관련 통계산출, 조사기법 연구, 세미나 개최
보험협회	• 보험사기 조사 및 수사업무 지원 • 통합데이타베이스와 보험범죄유의자시스템 운영 • 교육·홍보 등 보험범죄 예방활동
보험회사	• 보험사기조사 전담조직 운영(SIU) • 보험사기 방지 및 조사 등 실시 • 보험사기 인지시스템 개발 및 운영

3) 적발현황

보험사기 적발통계는 두 가지 의미를 지닌다. 먼저 보험사기 적발통계는 감추어진 보험사기의 표면화된 비율을 나타냄으로써 감추어진 보험사기의 정도를 가늠할 수 있는 자료가 된다. 또한 보험사기 적발통계는 보험사기에 대한 조사 및 수사기관의 적발의지 정도를 나타낸다고 할 수 있다. 즉 보험사기 조사 및 수사가 강도 높게 이루어지거나 사회적으로 이슈화되어 기획수사가 이

루어질 경우 당연히 적발통계가 늘어날 것이다. 따라서 감추어진 보험사기와 보험사기 방지노력의 교집합이 적발통계라고 할 수 있다.

<표 Ⅱ-6>은 금융감독원이 발표한 보험사기 적발실적을 보여준다. <표 Ⅱ-6>은 수사기관이 입건한 보험범죄 실적뿐 아니라, 보험회사의 보험금 지급심사과정에서 보험사기 혐의가 적발되어 보험금이 지급되지 않았거나 조사과정에서 혐의자가 이미 수령한 보험금을 자진반납한 경우의 인원 및 금액을 포함한다. <표 Ⅱ-6>은 보험사기 적발규모가 매년 급증하고 있는 추세를 보여준다. 2008년도 보험사기 적발금액은 2,549억 원이며 혐의자수는 41,019명에 이른다. 이는 전년도에 비해 금액기준 24.6%(504억 원), 혐의자 기준 32.7%(10,097명)이 증가한 것이다. 보험사기 적발건수의 증가는 보험업계에서 보험사기 혐의정보의 실시간 분석 및 혐의확인 등 시의성 있는 대응체계를 구축하고 수사기관과 연계한 지속적인 보험사기 특별단속 실시에 기인한 것도 있겠지만 보험사기를 노리는 부정행위자가 그만큼 증가하고 있음을 의미한다.

<표 Ⅱ-6> 보험사기 적발현황

(단위: 백만원, 명, %)

구 분		2005	2006	2007(a)	2008(b)	증감률(b/a)
적발금액	생 보	24,030	37,349	39,335	36,946	-6.1*
	손 보	110,986	140,733	165,189	217,925	31.9
	계	135,016	178,082	204,524	254,872	24.6
혐의자	생 보	1,118	2,490	2,309	1,694	-26.6*
	손 보	18,156	24,264	28,613	39,325	37.4
	계	19,274	26,754	30,922	41,019	32.7

주: 1) *은 시국사건으로 인한 수사지체, 일부 보험사의 파업 및 특정사건 장기조사 등에 기인하여 적발실적이 감소한 것임.
2) 조사적발과 현장적발을 포함한 것임.

자료: 금융감독원 웹페이지(http://www.fss.or.kr)

가) 보험종류별 적발현황

2008년도 보험사기 적발실적을 보험종류별로 살펴보면, 적발금액 기준으로 볼 때 자동차 보험이 69.8%(1,779억원)로 가장 많고, 생명보험의 보장성 보험 12.6%(322억원), 손해보험의 장기보험이 12.6%(322억원)를 차지한다. 혐의자 기준으로는 자동차보험이 87.4%(35,852명)로 가장 많고, 손해보험의 장기보험이 7.6%(3,119명), 그리고 생명보험의 보장성 보험이 3.7%(1,527명)를 차지한다.

자동차사고를 이용한 보험사기는 유형별 적발건수로 볼 때 전체 보험사기의 약 70%를 차지하고 있다. 이는 자동차 이용이 생활화되고 자동차손해배상보장법에 의거 보험가입이 강제화 되면서 불특정자동차를 대상으로 보험사기를 계획하여도 범행성공 여부와 상관없이 일단 보험금에 접근 할 수 있기 때문에 빚어지는 필연적인 현상이라고 할 수 있다. 가·피해자 공모 교통사고, 피해자 끼워 넣기, 운전자 바꿔치기, 사고발생 후 보험가입 등 다양한 형태의 보험사기가 매년 증가하고 있다.

생명보험에 비해 손해보험의 적발실적 점유비중이 크게 높은 이유는 생명보험은 병력·진료정보의 부재로 조사에 장기간이 소요되고 보험계약자 또는 피보험자 중심의 단독사고가 많은 반면, 손해보험은 보험계약자 또는 피보험자 외에 피해자 등 다수의 관련자가 존재하는 자동차사고와 관련된 보험사기가 많은데 기인한다.

<표 II-7> 보험종류별 보험사기 적발현황

(단위: 백만원, 명, %)

보험종목		2005년		2006년		2007년		2008년	
		적발 금액	혐의자	적발 금액	혐의자	적발 금액	혐의자	적발 금액	혐의자
생명보험분야	교육보험	4,330 (3.2)	277 (1.4)	5,992 (3.4)	229 (0.9)	6,231 (3.0)	398 (1.3)	1,993 (0.8)	104 (0.3)
	연금보험	113 (0.1)	53 (0.3)	1,216 (0.7)	24 (0.1)	103 (0.1)	44 (0.1)	2,581 (1.0)	41 (0.1)
	보장성보험	20,900 (15.5)	775 (4.0)	29,444 (16.5)	2,089 (7.8)	30,990 (15.2)	1,742 (5.6)	32,157 (12.6)	1,527 (3.7)
	양로보험	178 (0.1)	30 (0.2)	2,565 (1.4)	228 (0.9)	2,010 (1.0)	127 (0.4)	222 (0.1)	25 (0.1)
	소계	25,520	1,135 (5.9)	39,217 (22.0)	2,570 (9.6)	39,333 (19.2)	2,311 (7.5)	36,953 (14.5)	1,697 (4.1)
손해보험분야	자동차보험	104,788 (77.6)	17,649 (91.6)	123,897 (63.6)	22,565 (84.3)	135,882 (66.4)	24,825 (80.3)	177,912 (69.8)	35,852 (87.4)
	장기보험	2,562 (1.9)	349 (1.8)	12,765 (7.2)	1,440 (5.4)	23,263 (11.4)	3,387 (11.0)	32,180 (12.6)	3,119 (7.6)
	화재보험	1,221 (0.9)	13 (0.1)	280 (0.2)	6 (0.0)	2,280 (1.1)	18 (0.1)	4,297 (1.7)	21 (0.1)
	상해보험	220 (0.2)	9 (0.0)	135 (0.1)	22 (0.1)	2,387 (1.2)	238 (0.8)	2,995 (1.2)	285 (0.7)
	여행자보험	704 (0.5)	119 (0.6)	1,788 (1.0)	151 (0.6)	1,379 (0.7)	143 (0.5)	496 (0.2)	43 (0.1)
	기 타	-	-	-	-	-	-	40	2 (0.0)
	소 계	109,495 (81.1)	18,139 (94.1)	138,865 (78.0)	24,184 (90.4)	165,191 (80.8)	28,611 (92.5)	217,919 (85.5)	39,322 (95.9)
합 계		135,016 (100)	19,274 (100)	178,082 (100)	26,754 (100)	204,524 (100)	30,922 (100)	254,872 (100)	41,019 (100)

주: 괄호안은 구성비를 나타냄.
자료: 금융감독원 웹페이지(http://www.fss.or.kr)

나) 유형별 적발현황

보험사기 적발실적을 유형별로 살펴보면 2008년의 경우 보험사고의 내용을 가공하거나 조작한 허위사고가 25.6%(654억원)로 가장 많고, 전체에서 차지하는 비중도 지속적으로 높아지고 있다. 교통사고 운전자 또는 사고차량을 바꾸어 자동차보험금을 수령한 바꿔치기가 18.9%(483억원)이고, 고의사고가 18.7%(476억원), 피해과장이 14.8%(377억원) 등의 순으로 나타난다. 이 가운데 고의보험사고, 보험사고가공 등 사전계획적인 사기유형의 비중은 혐의자수 기준으로 43.3%를 차지하고 있으며 사고 후 피해과장, 사고 후 보험가입, 사고차량 바꿔치기 등 사고 후 우발적인 사기유형의 비중은 47.4%로 나타나고 있다.

<표 II-8> 유형별 보험사기 적발현황

(단위: %)

구 분	2005년		2006년		2007년		2008년	
	적발 인원	적발 금액	적발 인원	적발 금액	적발 인원	적발 금액	적발 인원	적발 금액
고의사고	19.9	19.1	15.1	18.8	15.2	17.6	15.5	18.7
허위사고	19.1	19.6	22.7	21.9	25.6	24.7	27.7	25.6
피해과장	8.9	14.9	11.1	20.1	9.2	15.6	9.3	14.8
사후가입	8.6	10.3	11.0	11.6	14.1	15.7	10.1	12.5
바꿔치기	35.7	22.7	33.8	21.1	28.7	18.4	28.0	18.9
차량도난	0.2	2.4	0.2	1.6	0.2	1.4	0.1	0.7
기 타	7.6	11.0	6.0	5.0	7.1	6.6	9.2	8.7
합 계	100	100	100	100	100	100	100	100

자료: 금융감독원 웹페이지(http://www.fss.or.kr)

다) 직업별 적발현황

2000년 이후 의원의 수는 연평균 3.8%씩, 정비업체는 2.7%씩 증가하였다. 개원의, 정비업소, 손해사정법인 등의 공급과잉에 대한 우려는 이들의 보험사기 묵인 또는 공모로 현실화되고 있다. 이를 인식한 보험업계와 감독당국의

기획수사로 이들 업체의 보험사기행위가 적발되고 있다. 또한 수익에만 치중한 병원, 정비업자와 손해사정사 등이 죄의식 없이 가담하고 있는데 이들과 보험금청구권자와의 이해가 서로 일치하고 있다. 특히 모집종사자, 병원관계자, 자동차정비업소 관계자, 보험회사직원 등은 보험제도에 대해서 잘 알고 있을 뿐만 아니라 보험사고를 많이 접해본 자들로서 보험회사의 지급심사 태도 및 관행 등을 일반인에 비해서 잘 알고 있기 때문에, 일반인에 비해서 보험사기를 범할 가능성은 높지만 적발될 가능성은 상대적으로 낮다.

조사 및 수사기관은 보험금 누수가 심각하다고 인식되는 손해율 불량지역, 병의원, 정비업소 등에 대해 기획조사를 실시하고 있다. 그 결과 의료기관, 정비업소, 그리고 내부직원이 연루된 보험사기를 꾸준히 적발하여 왔다. 특히 모집종사자에 의한 보험사기는 일반인의 보험사기보다 보험회사에 미치는 영향이 큰 것으로 드러났다. 2008년 보험사기 혐의로 적발된 모집종사자는 전년보다 36.7% 증가한 261명으로 2006년 이후 지속적으로 증가하였다.

<표 II-9> 직업별 보험사기 적발현황

(단위: 명)

구 분	2005년	2006년	2007년	2008년
모집종사자	170	181	191	261
병 원	391	253	359	261
정비업소	169	221	238	273
보험회사직원	8	52	117	28

주: 모집종사자는 보험업법상 모집을 할 수 있는 자로 보험설계사, 보험대리점, 사용인 등을 말함.
자료: 금융감독원 웹페이지(http://www.fss.or.kr)

나. 보험범죄 관련규정 및 양형실태

1) 보험범죄 금지규정

2008년 3월 14일에 보험계약자 또는 보험금청구권자의 보험사기 금지의무

규정이 보험업법에 신설되었다. 보험업법 제102조의 2항(보험계약자 등의 의무)은 보험계약자 또는 보험금을 취득할 자는 보험사기행위를 하여서는 안된다고 명시하고있다. 이로써 비법률 용어였던 '보험사기'가 최초로 법률상 용어로 사용됨에 따라 보험사기와 관련한 제도 개선 등에 근거조항으로 활용할 수 있게 되었다. 당초 보험업법 개정안에는 보험사기를 정의하는 규정과 처벌할 수 있는 규정이 함께 발의되었으나, 본회의에서는 보험사기 금지규정만 신설되고 보험사기 정의규정과 처벌규정은 삭제된 채 통과됐다.

2) 보험범죄 방지규정

보험은 그 구조적인 특성상 우연성을 전제로 하는 상품으로서 보험소비자의 사행심리가 항상 병존하게 된다. 따라서 보험계약의 당사자에게는 다른 어떤 상품의 계약보다 더 특단의 신의·성실성이 요구되는 것이다. 보험이 가지는 사행성에 기인한 도덕적 위험을 규제하기 위하여 정부는 2008년 8월 6일 국회에 제출한 상법개정안에 사기적 보험계약 및 보험금청구에 대한 규정을 신설하였으며 상법개정안은 현재 법제사법위원회에 계류 중이다.

상법개정안의 보험사기 방지규정을 구체적으로 살펴보기로 한다. 상법개정안 제655조의 2항(사기에 의한 계약)은 보험계약이 보험계약자의 사기로 인하여 체결된 때에는 그 계약은 무효로 하며, 이 경우 보험회사는 사기에 의한 계약임을 안 때까지의 보험료를 청구할 수 있음을 명시하고 있다. 다만, 인보험에서 보험수익자를 위하여 적립한 금액은 보험계약자에게 지급하도록 규정하고 있다. 또한 상법개정안 제657조의 2항(사기에 의한 보험금액의 청구)은 사기적 보험금청구행위가 보험금 산정에 중대한 영향을 미친 때에는 보험회사는 보험금의 지급책임을 면할 수 있다는 엄격한 조항이다. 구체적으로 보험계약자 또는 보험금청구권자자가 사기의 목적으로 ① 손해의 통지 또는 보험금액의 청구에 관한 서면이나 증거를 위·변조하거나, ② 손해의 통지 또는 보험금액의 청구에 관한 서면에 허위의 사실을 기재하거나, ③ 그 외 보험금액의 지급 여부 또는 그 산정에 중대한 영향을 미치는 사항을 허위로 알리거나 숨길 경우 보험회사는 보험금을 지급할 책임이 없다. 이 조항은 사기적 보

험금청구의 경우에도 진실한 부분은 안전하고, 성공하면 정당하지 못한 이익을 얻으며, 실패하여도 처음에 보험에 들지 않은 것과 같은 금액의 보상을 받지 못할 뿐이라는 감정을 단념시킴으로써 보험범죄를 원천적으로 차단하는데 그 의의가 있다(한창희, 2008).

상법개정안 제655조의 2항과 제657조의 2항은 보험계약자와 보험금청구권자의 도덕적 해이를 방지함으로써 선량한 다수 보험계약자를 보호할 것으로 기대된다. 그러나 보험범죄 방지라는 미명하에 보험회사의 면책조항이 추가됨에 따라 보험분쟁이 증가하고 선량한 보험소비자의 피해발생이 증가할 가능성도 배제할 수 없다. 경제개혁연대는 보험회사가 보험금 지급을 지체한 경우 그 지체로 인한 손해액에 대한 입증책임이 보험계약자 측에 부과되는 것과 비교할 때, 보험계약자가 일부 과다 청구를 했다는 사실만으로 보험회사가 보험금지급을 거절할 수 있도록 한 개정안은 형평의 관점에서 부적절한 입법이라고 지적하였다(경제개혁연대, 2009). 정부 개정안이 사기적 보험금 청구에 대해 보험계약을 무효로 하거나 보험회사의 면책을 인정하도록 한 것에 대해 보험회사의 면책요건이 불명확하며, 보험회사 일방의 이해에 치우쳐 있으므로 해당 조항을 삭제하거나 면책요건을 엄격하게 제한해야 한다고 주장하였다. 보험회사와 보험소비자 간 동 조항들에 대한 이해가 첨예하게 엇갈리는 상황에서 동 조항들이 국회를 통과할지는 현시점에서 불분명하다.

한편 현행 상법은 보험범죄를 근본적으로 차단하기 위해 보험계약법에 여러 규정들을 두고 있다.[14] 상법 제638조 2항에 의하면 위험단체에 의한 불량위험을 배제하기 위하여 보험계약자의 청약에 대하여 보험회사에게 인수 선택권을 준다. 또한 보험계약체결 당시에 보험사고가 이미 발생하였을 경우에는 원칙적으로 보험계약을 무효화한다(상법 제644조). 중대한 사항에 대하여 고의 또는 중과실에 의하여 불고지·부실고지한 경우 보험자에게 해지권을 부여한다(상법 제651조). 위험 변경 및 증가의 통지의무를 이행하지 않은 경우 보험회사는 그 위험이 현저한 것이라는 것을 입증하고 계약을 해지할 수

14) 보험관계를 규율하기 위해 상법에서는 제4편에서 보험편을 규정하고 있으면 보험편(보험계약법)은 제1장 통칙 제638조의 "의의"부터 제2장 손해보험 1절에서 6절 자동차보험, 제3자의 인보험의 제3절 상해보험까지 총 3장 118개 조문으로 구성되어 있다.

있다(상법 제652조). 또한 보험사고 발생 시 신속하게 통지할 것을 법으로 정하고 있으며, 정당한 이유 없이 이 의무를 이행하지 아니한 경우 이로 인하여 늘어난 손해를 보험자가 보상하지 않는다(상법 제657조).

상법 제659조는 도덕적 위험을 억제하기 위하여 보험계약자나 피보험자가 고의로 사고를 유발한 경우 보험회사가 보상책임을 면하는 사유를 규정한다. 의도적인 초과보험 및 중복보험은 무효로 하고 있으며, 선의인 경우 보험자는 보험가액을 보상한도로 결정함으로써 도덕적 위험을 견제하고 있다(상법 제669조, 제672조). 보험금을 지급한 보험자가 피보험자의 보험의 목적 또는 제3자에게 갖는 손해배상청구권을 대위 취득케 하여 피보험자에게 이득이 발생하지 않도록 하고 있다(상법 제681조, 제682조).

3) 보험범죄 처벌규정

보험범죄의 처벌규정과 관련하여 현재 우리나라의 법체계에서는 형법 내에 보험범죄만 특정하여 서술한 항목은 없으며, 보험범죄의 구체적인 성격에 따라 형법에서 규정하고 있는 여러 범죄의 유형에 의하여 처벌된다. 보험범죄의 기본행위는 사기이므로 형법 제347조(사기)에 의하여 10년 이하의 징역 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다. 미수범(임의적 감경, 형법 제352조)뿐 아니라, 상습범(단순사기죄 법정형의 2분의 1까지 가중, 형법 제351조)도 처벌한다. 또한 10년 이하의 자격정지를 병과(형법 제353조)할 수 있다. 아울러 보험범죄는 그 이득액에 따라 특정경제범죄 가중처벌에 관한 법률에 의하여 가중처벌할 수 있다. 동법 제3조에 의하면 이득액이 50억원 이상인 때에는 무기 또는 5년 이상의 징역, 5억원 이상 50억원 미만인 때에는 3년 이상의 유기징역에 처하고(제1항), 이득액 이하에 상당하는 벌금을 병과할 수 있도록 하고 있다(제2항).

<표 II-10> 현행 사기죄 관련 형법규정

형 법	특정경제범죄가중처벌법
제347조 (사기) ① 사람을 기망하여 재물의 교부를 받거나 재산상의 이익을 취득한 자는 10년 이하의 징역 또는 2천만원 이하의 벌금에 처함. ② 전항의 방법으로 제삼자로 하여금 재물의 교부를 받게 하거나 재산상의 이익을 취득하게 한 때에도 전항의 형과 같다.	제3조 (특정재산범죄의 가중처벌) ① 형법 제347조(사기), 제350조(공갈), 제351조(제347조 및 제350조의 상습범에 한한다.) 제355조(횡령, 배임) 또는 제356조(업무상의 횡령과 배임)의 죄를 범한 자는 그 범죄행위로 인하여 취득하거나 제3자로 하여금 취득하게 한 재물 또는 재산상 이익의 가액이 5억원 이상인 때에는 다음의 구분에 따라 가중처벌한다. - 이득액이 50억원 이상인 때에는 무기 또는 5년이상의 징역에 처한다. - 이득액이 5억원 이상 50억원 미만인 때에는 3년 이상의 유기징역에 처한다. ② 제1항의 경우 이득액 이하에 상당하는 벌금을 병과할 수 없다.

4) 양형현황[15]

한국형사정책연구원(2007)은 2003년부터 2007년 9월까지의 판결문 가운데 유형별로 494개의 판례를 이용하여 보험범죄자에 대한 양형실태를 조사하였다. 494개의 판례를 토대로 사법처리 내용이 드러난 경우는 1,181명이다. 판결건수에 비하여 많은 사람이 사법처리된 것은 보험범죄의 조직적 특성을 드러내는 것으로 건당 보험범죄에 연루된 인원이 많다는 것을 의미한다. 2003년부터 2007년 9월까지 수집된 판결문에서 나타난 보험범죄에 대한 선고형의 유형을 보면, 벌금이 선고된 경우가 336명(28.4%), 징역형이 선고된 경우가 293명(24.7%), 징역형과 집행유예가 선고된 경우가 555명(46.4%)으로 나타나 집행유예로 풀려난 경우가 가장 많고 실형을 선고받은 경우는 1/4에 불과하다.[16] 보험범죄의 많은 부분을 포괄하는 약식 명령에 대한 조사가 누락되어 있다는 점을 고려하여 형사판례 분석의 범위를 판결문에 한정하지 않고 약식명령에

15) 보험범죄의 양형현황에 대해서는 한국형사정책연구원(2007)을 참조

16) 분류의 편의상 벌금형과 징역형이 동시에 선고된 경우에는 '징역'으로, 징역형과 집행유예가 동시에 선고된 경우에는 '징역과 집행유예'로 구분하였다.

까지 확대한다면 벌금형의 비율이 더욱 늘어날 것으로 보인다.

<표 II-11> 보험범죄자에 대한 선고형의 유형

(단위: 명, %)

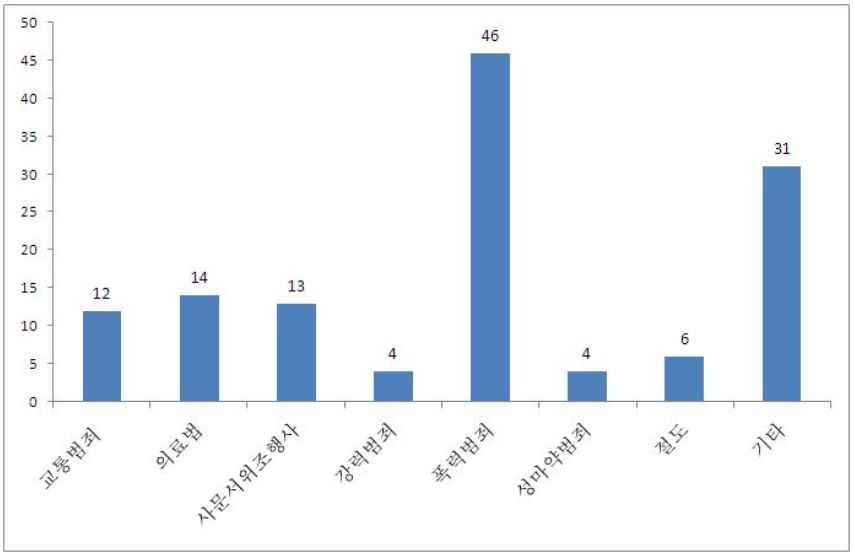
구 분	빈 도	비 율
벌 금	336	28.4
징 역	293	24.7
징역과 집행유예	555	46.9
계	1,184	100

자료: 한국형사정책연구원(2007)

경합범죄는 보험범죄를 처벌하는 유일한 죄목인 사기죄 이외에 다른 범죄로도 기소되었을 경우로 실제로 보험범죄를 위해서는 교통사고를 낸다든가, 문서를 위조한다든가, 상해를 입힌다든가 하는 행위가 수반되는 경우가 많다. 총 분석대상이 된 494건의 범죄 가운데 사기죄 외의 경합범으로 처벌된 경우는 130건으로 26.3%에서 경합범으로 처벌되었다. 경합범죄 가운데 가장 큰 비율을 차지하는 것은 폭력범죄로 46건(35.4%)을 차지하고 있으며, 의료위반이 14건(10.8%), 사문서 위조 및 행사가 13건(10.0%)을 차지하고 있으며 교통범죄, 절도, 강도 등 강력범죄도 나타나고 있다.

<그림 Ⅱ-5> 보험범죄자의 경합범죄 내용

(단위: 건)



자료: 한국형사정책연구원(2007)