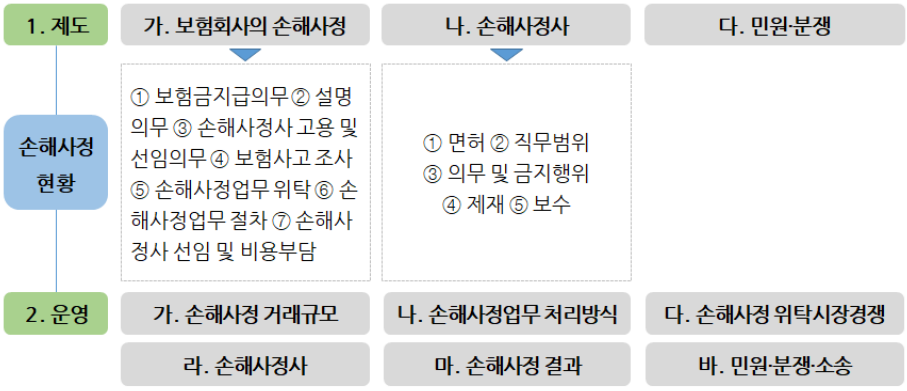
Ⅱ 손해사정의 속성 및 현황

이 장에서는 손해사정의 불확정적 속성을 살펴본 후, 손해사정제도 및 운영 현황을 분석한다. 손해사정제도는 보험회사에 적용되는 보상 및 손해사정 관련 제도, 손해사정사제도, 그리고 민원 및 분쟁조정제도 등으로 구분하여 살펴본다. 손해사정 운영 현황과 관련해서는 보험회사의 손해사정 규모 및 처리방식, 손해사정 위탁시장 거래규모·동향·경쟁도, 손해사정사 규모 및 추이, 보험금지급·부지급·삭감·지급 지연 등 손해사정의 양적 결과, 민원·분쟁·소송 등 손해사정의 질적 결과 등을 살펴본다(〈그림 Ⅱ-1〉 참조).

〈그림 Ⅱ-1〉 손해사정제도 및 운영 현황 개요



1. 손해사정의 개념 및 속성

가. 손해사정의 개념

보험 관련 법규에서는 손해사정을 명시적으로 정의하고 있지 않다. 다만, 보험업법 제185조, 보험업법 제188조를 통해 손해사정의 법적 의미를 유추하고, 보험업법 제185조와 보험업법 제188조가 실제 어떠한 업무절차를 통해 구현되는지를 살펴봄으로써 손해사정의

개념을 구체화할 수 있다(〈표 Ⅱ-1〉 참조).

먼저, 보험업법 제185조에서는 “대통령령으로 정하는 보험회사는 손해사정사를 고용하여 보험사고에 따른 손해액 및 보험금의 사정(이하, “손해사정”이라 한다)에 관한 업무를 담당하게 하거나 손해사정사 또는 손해사정을 업으로 하는 자(이하, “손해사정업자”라 한다)를 선임하여 그 업무를 위탁하여야 한다. ... (이하 생략)”와 같은 방식으로 손해사정의 의미를 표현하고 있다. 또한 보험업법 제185조에서 손해사정사가 수행하도록 규정한 ‘보험사고에 따른 손해액 및 보험금의 사정’에 관한 업무는 보험업법 제188조에서 ① 손해 발생 사실의 확인, ② 보험약관 및 관계 법규 적용의 적정성 판단, ③ 손해액 및 보험금의 사정, ④ 위 업무와 관련된 서류의 작성·제출의 대행, ⑤ 위 업무 수행과 관련된 보험회사에 대한 의견의 진술 등으로 구체화된다. 즉, 보험업법에서 손해사정은 보험사고가 발생한 경우에 그 사실관계를 파악하고 보험약관 및 관련 법규에 근거하여 지급 책임 및 범위를 판단한 후 손해액을 평가하여 이를 기초로 지급보험금을 산정하는 일련의 업무이다. 보험업법 제185조와 보험업법 제188조에 적시된 일련의 업무는 실무에서 보험계약·보험사고·손해 내용 등 사실관계의 조사 및 확인, 고지의무 위반 여부와 보험사기 조사, 의료자문, 보험금지급 책임 및 범위의 판단, 손해액 평가 등으로 보다 구체화된다(〈표 Ⅱ-2〉 참조). 종합하면, 손해사정은 보험사고가 발생한 경우에 그 사실관계를 파악하고 보험약관 및 관련 법규에 근거하여 지급 책임 및 범위를 판단한 후 손해액을 평가하여 이를 기초로 지급보험금을 산정하는 일련의 업무로 규정될 수 있다.

선행연구에서도 손해사정을 유사한 의미로 해석하였다. 박세민(2015)은 손해사정의 절차를 ① 보험사고 발생 여부 등을 조사(보험 사고·계약 조사업무), ② 발생한 손해액의 크기 산정, ③ 약관에 따라 보험금지급 여부를 최종적으로 심사·결정(보험금지급 심사) 등 세 가지 단계로 구분하고, ②를 협의의 손해사정, ①~③을 광의의 손해사정으로 정의하였다. 이외에도 장천수(1993)는 손해사정을 “보험사고가 발생하고 보험금이 지급되어 보험의 기능이 현실화 되는 과정에 있어 필요한 조사, 확인, 결정, 해석, 분석, 법규나 약관 등의 적용, 계산, 정산하는 기술적 관련 업무를 총칭하는 개념” 등으로 정의하였다. 조규성(2013)은 “보험의 궁극적인 목표인 개별 경제주체의 경제적 손실에 대한 보상을 실현시켜 주는 기술적 수단”으로 설명하였다.

〈표 Ⅱ-1〉 손해사정에 관한 현행 규정

보험업법 제185조: "대통령령으로 정하는 보험회사는 손해사정사를 고용하여 보험사고에 따른 손해액 및 보험금의 사정(이하, "손해사정"이라 한다)에 관한 업무를 담당하게 하거나 손해사정사 또는 손해사정을 업으로 하는 자(이하, "손해사정업자"라 한다)를 선임하여 그 업무를 위탁하여야 한다. 다만, 보험사고가 외국에서 발생하거나 보험계약자 등이 금융위원회가 정하는 기준에 따라 손해사정사를 따로 선임한 경우에는 그러하지 아니하다"

보험업법시행령 제96조의2: "법 제185조 본문에서 "대통령령으로 정하는 보험회사"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 보험회사를 말한다.
1. 손해보험상품(보증보험계약은 제외한다)을 판매하는 보험회사
2. 제3보험상품을 판매하는 보험회사"

보험업법 제188조: "손해사정사 또는 손해사정업자의 업무는 다음 각 호와 같다.
1. 손해 발생 사실의 확인
2. 보험약관 및 관계 법규 적용의 적정성 판단
3. 손해액 및 보험금의 사정
4. 제1호부터 제3호까지의 업무와 관련된 서류의 작성·제출의 대행
5. 제1호부터 제3호까지의 업무 수행과 관련된 보험회사에 대한 의견의 진술"

〈표 Ⅱ-2〉 보험업법 제188조에 의한 손해사정업무 절차 및 내용

절차	내용
1. 보험회사에 수임통보	
2. 손해발생사실의 확인(고지의무 위반 판단)	① 사고현장과 경찰조사를 통한 사고원인 및 책임관계의 조사 ② 보험사고 여부, 사고와 상해간의 인과관계 및 기전조사(고의사고 여부 조사) ③ 고지 및 통지 의무 위반 여부 조사 ④ 직업 및 소득 조사 ⑤ 상해정도 후유장해발생 유무 및 정도 조사 ⑥ 향후치료의 필요성 및 치료내용, 치료시기, 소요비용 조사 등
3. 보험약관 및 관련 법규의 적정성 여부 판단(지급 책임 및 범위 판단)	① 담보종목, 보험기간, 보험사고 여부 판단 ② 특약 또는 부가계약 및 약관의 확인 ③ 보험 상품 및 담보별 보험가입금액의 확인 ④ 보험자의 책임범위 및 면책사유의 판단 ⑤ 보험약관의 해석, 보험금지급기준 확인 ⑥ 상해등급 및 장해등급의 적정성 검토 ⑦ 관련판례 및 사례조사 및 적용의 적정성 여부 판단 등을 확인
4. 손해액 및 보험금의 사정	① 보험금지급기준 및 손해배상법리와 관련 판례의 검토와 적용 ② 관련증빙자료의 확보 ③ 손해액 및 보험금의 사정
5. 손해사정서의 작성 등	① 손해사정서의 작성 ② 손해사정을 위임자에게 손해사정서의 중요내용을 설명 ③ 손해사정서 교부 또는 발송 ④ 보험회사의 손해사정서 정정 또는 보완요구가 있을 경우에는 보정 손해사정서 제출

자료: 조규성(2013)

나. 손해사정의 불확정적 속성

1) 약관 및 법률의 불완전성 및 불확정성

계약은 서로 다른 자원과 필요를 보유한 경제주체들이 자발적 거래를 성사시키기 위해서 맺는 약속 혹은 협정이다. Hart(1995)는 "모든 가능성을 포괄한 완벽한 계약(complete contract)을 체결할 수 있다는 가정은 허구이며, 어떤 계약이든 정도의 차이는 있지만 확정되지 못한 영역이 존재한다"는 전제하에 불완전계약 이론(incomplete contract theory)을 발전시켰다. 계약은 시간을 매개로 하는 행위로서 일정 시간이 지나 예상할 수 없는 방향으로 전개될 수 있는데, 거래당사자는 사전에 모든 상황(unforeseen contingencies)들을 규정할 수 없기 때문에 발생가능한 모든 상황을 계약서에 열거하지 않은 채 계약하는 것에 만족할 수밖에 없다는 것이다.

계약의 불완전성은 제한된 합리성(bounded rationality)이라는 인간의 속성과도 밀접한 관련이 있다. Williamson(1975, 1985)은 불완전계약이 인간의 제한된 합리성에 기인하며, 계약의 불완전성이 정보비대칭에 기인한 거래당사자의 기회주의와 결합하면 상당한 거래비용의 발생이 불가피하다고 보았다. 지식의 불완전성, 예측의 곤란성, 그리고 가능한 대안의 고려범위의 제한성 등으로 인해 인간은 완전한 계약을 쓸 수 없으며, 설령, 미래 발생가능한 모든 상황을 안다고 하더라도, 미래의 상세한 내용을 계약서에 모두 열거하고 이행토록 하는 것은 상당한 거래비용을 초래하기 때문에 인간이 행하는 모든 계약은 불완전할 수밖에 없다는 것이다(Tirole 1999).

계약과 마찬가지로, 법률도 본질적으로 불완전하다. 복잡·다기하게 변화하는 사회에서 입법자가 앞으로 일어날 수 있는 다종·다양한 모든 상황을 일일이 구체적이고 서술적으로 열거한다는 것은 입법기술상 불가능하거나 현저히 곤란하다. 계약 및 법률의 불완전성은 그 적용 여부가 모호하거나 상호 충돌하거나 또는 규범이 존재하지 않는 상황 등으로 구체화될 수 있으며, 결국 계약이나 법적 물음에 대해 유일한 정답이 존재하지 않거나 결론을 구할 수 없는 상황을 초래한다.[5] 요컨대, 미래의 불확실성 또는 인간의 제한된 합리성으로 인해 계약 및 법률은 불완전하고 불확정적(indeterminacy)이다.

5) 김혁기(2009)는 법의 불확정성의 연원으로 법의 모호성·충돌·공백을 지적하였음

2) 손해사정의 불확정성

보험업법 제188조 제2호에서는 “보험약관 및 관련 법규의 적정성 여부 판단”을 손해사정사의 업무로 정하고 있다. 그러나 약관 및 법률의 불완전성 및 불확정성으로 인해, 관련 약관 및 법률이 후유장해등급, 면부책 여부, 고지의무 위반 여부 등의 물음에 확정적인 답을 제시하지 못할 가능성이 존재한다. 보험약관의 명확화·객관화 노력에도 불구하고, 복잡다단한 현실과 언어의 속성상 한계가 있다. 요컨대, 관계법률 및 보험약관의 불확정적 속성은 손해사정의 불확정성을 초래한다.

보험금지급을 둘러싼 분쟁 및 소송사례는 법 및 약관의 불확정성, 그로 인한 손해사정의 불확정적 속성을 보여준다. 손해사정사의 주요 업무 중 하나는 고지의무 위반 여부를 확인하는 것이다. 상법 제651조에 따르면, 보험계약 당시에 보험계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 중요한 사항을 고지하지 아니하거나 부실의 고지를 한 때에는 보험자는 그 사실을 안 날로부터 1월 내에, 계약을 체결한 날로부터 3년 내에 한하여 계약을 해지할 수 있다. 동 조항에서 “고의 또는 중대한 과실”, “중요한 사항” 등의 용어는 모호성을 가지며, 이는 분쟁 및 소송을 초래하고 분쟁 및 소송 결과는 모호한 용어를 보다 구체화한다. 판례에 따르면, “중대한 과실”이란 고지하여야 할 사실은 알고 있었지만, 현저한 부주의로 인하여 그 사실의 중요성을 판단을 잘못하거나 그 사실이 고지하여야 할 중요한 사실이라는 것을 알지 못한 것을 말하며, “중요한 사항”은 보험자가 그러한 사실을 알았더라면 보험계약을 체결하지 않을 것으로 객관적으로 인정되는 사실을 의미한다. 법률상의 용어를 구체화한 판례에도 불구하고 청구 건의 고지의무 위반 여부 판단에 있어 표현의 적용 여부가 불분명한 경계사례는 여전히 존재한다.

의학기술 발전에 부합한 장해 판정기준 미비와 모호한 문구 등에 따른 해석상 차이로, 장해등급 판단 관련 분쟁이 다수 발생한다. 모호한 장해평가 방법을 개선하고 의학적으로 통용되는 객관적 기준을 적용함으로써, 손해사정사·의사·환자 등의 주관적 요소 개입을 최소화하기 위해 2018년 표준약관의 장해분류표를 개정한 바 있다. 동 개정으로 장해 판정기준 등이 보다 객관화되었을 것이나, 의학기술을 비롯한 현실이 복잡하고 변화한다는 점은 향후 장해분류표 및 약관의 모호성·충돌·공백의 가능성을 시사한다.

청구 건의 보험약관상 면부책 여부를 조사하고 확인하는 것도 손해사정사의 주요 업무 중 하나이다. 최근 청구권자의 질병이 보험약관상 암에 해당하는지 여부, 청구권자의 치료내용이 보험약관상 수술에 해당하는지 여부 또는 약관에서 규정한 “암의 직접적인 치료 목적”의 수술에 해당하는지 여부 등에 대한 분쟁이 적지 않다. 금융분쟁조정위원회의 조정

결정서(조정번호: 제2019-5호)에 따르면, "종양의 악성 여부는 조직검사 결과뿐 아니라 다양한 검사 결과를 바탕으로 판단할 수 있는 것이고 의사마다 판단 기준이 다를 수도 있는 바, 서로 상충되는 여러 자료가 있을 수도 있다". 보험약관을 명확히 한다고 하더라도 경계사례가 존재하고, 심지어 동일 증상에 대해 의사마다 판단기준이 다를 수도 있다는 점을 감안하면, 손해사정은 본질적으로 불확정성을 가진다고 볼 수 있다.

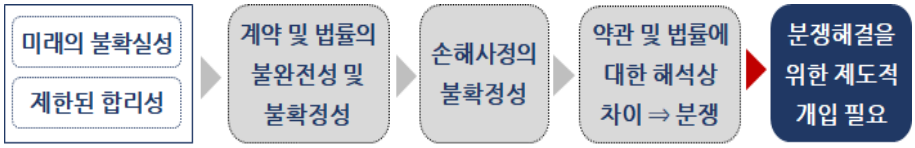
3) 손해사정 불확정성의 정책적 함의

계약의 불완전성, 즉, 손해사정의 불확정성은 손해사정업무를 수행함에 있어 손해사정사의 재량적 판단과, 그로 인한 계약당사자 간 해석상 차이 및 분쟁이 불가피함을 의미한다. 계약은 시간을 매개로 하는 행위로, 장기계약일수록 불확실성이 커짐에 따라 보다 불완전하다. 정보비대칭과 보험계약의 사행성을 악용한 계약당사자의 기회주의적 행동에 기인한 분쟁이 없지 않지만, 보험계약은 주로 장기계약으로, 계약의 불완전적 속성상 분쟁에 취약한 구조이다. 보험금지급분쟁에 대한 제도적 접근은 분쟁의 근원에 대한 이해가 전제되어야 할 것이다.

불완전계약은 분쟁 및 재협상이 불가피하다.[6] 재협상 시 계약에 명시되지 않은 사항에 대한 결정권, 즉 잔여통제권(residual control rights) 은 상대방과의 경제적 관계에서 사후 협상력에 의해 결정될 것이다. 보험회사는 손해사정에 있어 보험소비자에 비해 정보·전문성·교섭력 측면에서 절대적인 우위에 있다. 뿐만 아니라, 보험계약은 그 조건이 일방당사자인 보험회사가 다수의 상대방과 계약을 체결하기 위하여 일정한 형식에 의하여 미리 마련한 약관에 따르게 되고 보험계약자는 그 약관을 전제로 승인이나 거절을 수동적으로 선택할 수밖에 없는 특성을 가진다. 따라서 제3자의 개입이 없다면, 보험회사는 보험금에 대한 대부분의 잔여통제권을 가질 것이다. 그러나 보험소비자가 보험계약의 불완전성을 인지하고 보험회사의 잔여통제권 소유를 예상한다면, 해당 보험계약을 체결할 유인이 없고 보험시장은 존재하지 않을 것이다. 이는 보험계약의 경우 잔여통제권 배분을 위한 제도적 개입이 불가피함을 의미한다.

6) "An incomplete contract has gaps, missing provisions, and ambiguities and has to be completed (by renegotiation or by the courts) with strictly positive probability in some states of the world"(Hart 1995)

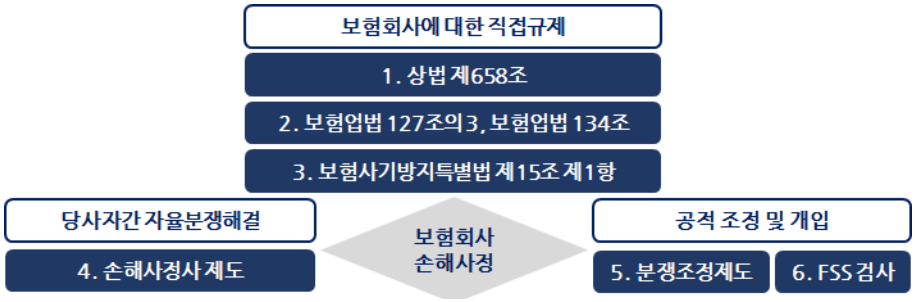
〈그림 Ⅱ-2〉 손해사정의 불확정적 속성



2. 손해사정제도 현황

이하에서는 보험회사의 보험금 산정 및 지급에 대한 제도, 손해사정사제도, 그리고 민원 및 분쟁조정제도를 살펴본다.

〈그림 Ⅱ-3〉 우리나라: 공정한 손해사정을 위한 제도적 장치



가. 보험금지급제도

1) 보험금지급의무와 제재

가) 보험금지급의무

보험회사의 보험금지급의무와 지급 기한에 대해서는 상법에서 규정하고 있다. 보험회사는 보험금지급에 관하여 약정기간이 있는 경우에는 그 기간 내에, 약정기간이 없는 경우에는 보험사고 발생의 통지를 받은 후 지체 없이 지급할 보험금을 정하고, 그 정해진 날부터 10일 내에 피보험자 또는 보험수익자에게 보험금액을 지급하여야 한다(상법 제658조). 책임보험의 경우 피보험자가 제3자에 대하여 변제, 승인, 화해 또는 재판으로 인하여 채무가 확

정되어 보험회사가 통지를 받은 날로부터 10일 내에 보험금액을 지급하여야 한다(상법 제723조 제2항). 보험사고의 통지를 받은 후 10일 내의 지급은 사고조사, 쌍방과실 시 과실비율의 결정, 손해액의 산정 등 현실적으로 불가능하다는 지적이 있어 1991년의 개정에서 보험금액의 결정은 실무사정에 일임하되, 결정된 때에는 10일 내 지급으로 제한하였다.[7)]

전술한 상법 규정상으로는, 지급할 보험금을 산정하는 기한이 정해져 있지 않으므로, 손해조사기간을 고의로 늦추는 경우, 10일이라는 지급 기한이 무의미해질 수 있다. 그러나 보험업감독업무시행세칙 [별표 15] 표준약관에서는 보험종목별로 보험금 청구서류 접수일을 기준으로 보상에 관해 별도의 약정기간을 두고 있다. 생명보험의 경우 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하되, 보험금지급 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 지급한다.[8)] 보험회사가 보험금지급 사유를 조사·확인하기 위하여 10영업일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여야 한다. 지급예정일은 보험금 청구서류 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정하되, 소송제기, 분쟁조정신청, 수사기관의 조사, 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사, 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 보험계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금지급 사유의 조사와 확인이 지연되는 경우 등은 제외한다.

보험사기방지특별법 제5조 제2항은 보험회사가 보험사고 조사를 이유로 보험금의 지급을 지체 또는 거절하거나 삭감하여 지급하는 것을 금지한다. 다만, 해당 보험계약의 약관 또는 다른 법령에서 보험금지급을 지체 또는 거절하거나 삭감하여 지급하도록 정한 경우, 보험회사가 보험사고 조사 과정에서 보험계약자 등의 행위가 보험사기행위로 의심할 만한 합당한 근거가 있는 경우로서 금융위원회에 보고한 경우, 관할 수사기관에 고발 또는 수사의뢰하거나 그 밖에 필요한 조치를 한 경우, 소를 제기한 경우,[9)] 조정을 신청한 경우 등에는 보험사고 조사를 이유로 보험금지급을 지체할 수 있다.

---

7) 1991년 개정 전 내용은 다음과 같음: 법률 제3724호 상법 제658조 (보험금액의 지급) 보험자는 보험금액의 지급에 관하여 약정기간이 있는 때에는 그 기간 내에, 약정기간이 없는 때에는 전조의 통지를 받은 날로부터 10일 내에 보험금액을 보험수익자에게 지급하여야 함

8) 실손의료보험은 청구서류 접수일로부터 3영업일 이내에 지급하되, 보험금지급 사유 조사확인이 필요한 경우에는 서류접수일로부터 30영업일 이내에 지급하여야 함. 화재보험은 청구서류를 접수받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 지급하여야 함

9) 다만, 보험회사가 부당하게 보험금의 지급을 지체하거나 보험금의 감액 합의 또는 보험금 청구권의 포기를 유도하기 위한 목적으로 소를 제기하거나 조정을 신청한 것으로 인정되는 경우는 제외함

나) 제재

보험회사의 고의적인 보험금지급 지연 및 부지급은 보험업법 제127조의 3에서 규정한 기초서류 준수의무 위반에 해당한다. 기초서류는 보험금지급의무 등을 담은 약관, 사업방법서, 보험료·책임준비금 산출방법서 등으로,[10] 보험회사는 취급하려는 보험상품에 관한 기초서류를 작성하여야 하고, 이 기초서류에 기재된 사항을 준수하여야 한다. 이를 준수하지 않는 경우 해당 보험계약의 연간 수입보험료의 100분의 50 이하의 과징금을 부과할 수 있다(보험업법 제196조 제1항 제9호).[11] 기초서류를 구성하는 보험약관에서는 보험금의 지급 사유, 보험금을 지급하지 않는 사유, 보험금지급에 관한 세부규정, 보험금의 지급 기한 및 절차 등을 규정하고 있다. 따라서 약관에서 보험금지급 사유로 정하고 있음에도 불구하고 보험회사가 정당한 사유 없이 보험금을 지급하지 않거나 삭감하여 과소 지급하거나 지급을 미루는 경우 기초서류 기재사항 준수의무 위반을 이유로 과징금을 부과할 수 있다.

보험회사가 손해사정의 과정에서 고의로 보험금지급을 지연 또는 거절하거나 설명의무를 위반할 경우에는 과징금 이외에도 행정제재 및 과태료 처분을 받을 수 있다. 금융위원회는 보험회사(소속 임원 포함)가 보험업법 또는 동법에 따른 규정·명령 또는 지시를 위반하여 보험회사의 건전한 경영을 해칠 우려가 있다고 인정되는 경우 보험회사에 대한 주의·경고 또는 그 임직원에 대한 주의·경고·문책의 요구, 해당 위반행위에 대한 시정명령, 임원의 해임권고·직무정지, 6개월 이내의 영업의 일부정지 등의 조치를 취할 수 있다(보험업법 제134조). 이에 따라, 보험회사가 기초서류 준수의무를 위반하여 보험회사의 건전한 경영을 해칠 우려가 있다고 인정되는 경우 금융위원회는 회사에 대한 주의, 경고, 시정명령 및 영업정지 등의 제재를 할 수 있다. 보험회사의 기초서류 준수의무 위반 시 이사 등 임원에 대하여 2천만 원 이하의 과태료를 부과할 수 있다(보험업법 제209조 제4항 33호). 또한 보험회사가 보험사고 조사를 이유로 보험금의 지급을 지체 또는 거절하거나 삭감하여 지급하면 1,000만 원의 과태료를 부과한다(보험사기방지특별법 제15조 제1항).

한편, 표준약관에 따르면, 보험회사가 정당한 사유 없이 보험약관에서 정한 지급 기일을 초과하는 경우 피보험자 또는 보험수익자에게 지연이자를 가산한 보험금을 지급하여야 한다(〈표 Ⅱ-3〉 참조). 보험회사가 약관에 기재되어 있는 지연이자를 지급하지 않은 경우

10) 보험업법 제5조에서는 경영하려는 보험업의 보험종목별 사업방법서, 보험약관, 보험료 및 책임준비금의 산출방법서를 "기초서류"로 칭함

11) 2017년 4월 보험업법 개정 시(법률 제14821호, 2017. 4. 18)에는 금융위원회는 보험회사가 기초서류와 관련된 의무를 위반 시 과징금 부과한도를 해당계약 수입보험료의 20%에서 50%로 상향하였음

기초서류 기재사항 준수의무 위반을 이유로 과징금을 부과하는 방식을 통하여 제재할 수 있다.[12)]

〈표 Ⅱ-3〉 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

기간	지급이자
지급 기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
지급 기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
지급 기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
지급 기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)

주: 2015년 개정
자료: 보험업감독업무시행세칙 [별표 15] 표준약관 〈부표 4-1〉

2) 설명의무

보험회사는 보험계약자가 보험금지급을 요청한 경우에는 지급절차 및 지급내역 등을 설명하여야 하며, 보험금을 감액하여 지급하거나 지급하지 아니하는 경우에는 그 사유를 설명하여야 한다(보험업법 제95조의2). 구체적으로, 보험금 청구 단계에서 보험회사는 보험금지급 심사 현황 결과 문의 및 조회 방법, 보험약관에 따른 보험금지급 기한 및 보험금지급 지연 시 지연이자 가산 등 보험회사의 조치사항을 설명해야 한다(보험업감독규정 제4-35조의2제10항). 위반 시, 보험회사에 대하여 해당 보험계약의 수입보험료의 100분의 50 이하의 범위에서 과징금을 부과할 수 있다(보험업법 제196조 제2항).

또한 보험회사는 조사 및 손해사정에 관하여 해당 보험사고 및 보험금 청구가 손해사정 대상인지 여부, 손해사정 대상인 경우 손해사정사를 선임할 수 있다는 사실과 손해사정 비용 부담에 관한 사항, 보험계약자 등이 따로 손해사정사를 선임하지 않은 경우 보험회사에 소속된 손해사정사 또는 보험회사와 위탁계약이 체결된 손해사정업자가 손해사정을 하게 된다는 사실을 설명해야 한다(보험업감독규정 제4-35조의2 제9항).

12) 2018년 송언석 의원은 지연이자 지급의무가 법률에 명확하게 규정되지 않아 금융당국이 보험금지급에 대한 관리 및 감독에 소극적일 뿐만 아니라 지연이자를 받아야 하는 보험소비자들의 정당한 권리도 보장받지 못함에 따라 보험회사의 보험금지급이 지연되는 경우 지연된 기간에 대해서는 금액을 더하여 지급하도록 하고 이의 위반 시 과태료를 부과하는 내용의 조항을 담은 보험업법 이부 개정법률안(의안번호 제15105호)를 대표발의하였음. 동 개정안에 대해 금융위원회는 보험금지급기간 및 지연이자 지급의무 위반에 대해 기초서류 준수의무 위반으로 과징금 부과가 가능하다는 입장을 밝힌 바 있음(정무위원회 검토보고)

보험금 심사 및 지급 단계에서는 보험금지급일 등 지급절차, 보험금지급내역, 보험금 심사 지연 시 지연 사유 및 예상 지급일, 보험금을 감액하여 지급하거나 지급하지 아니하는 경우에는 그 사유를 설명해야 한다(보험업법시행령 제42조의2 제3항 제3호). 2019년 10월에는 보험업감독규정을 개정하여, 일반보험계약자가 보험금 심사·지급 단계에서 설명받아야 하는 사항으로서 보험회사가 손해사정 또는 보험금 심사에 참고하기 위하여 의료자문을 의뢰하는 경우, 의뢰 사유, 의뢰 내용 및 자문을 의뢰할 때 제공하는 자료의 내역, 그리고 보험회사가 보험금을 감액 또는 부지급하는 경우, 의료자문을 의뢰하였다면 자문을 의뢰한 기관과 자문 의견을 포함하였다(보험업감독규정 제4-35조의2 제11항).

3) 손해사정사 고용 및 선임 의무

보증보험계약을 제외한 손해보험상품 또는 제3보험상품을 판매하는 보험회사는 손해사정사를 고용하여 보험사고에 따른 손해액 및 보험금의 사정에 관한 업무를 담당하게 하거나, 손해사정사 또는 손해사정을 업으로 하는자를 선임하여 그 업무를 위탁하여야 한다(보험업법 제185조). 고용손해사정사는 손해사정업무를 수행하기 위하여 1인당 최대 2인 이내에 한해서 업무보조인의 활용이 가능하다.

보험회사는 손해사정사 또는 손해사정업자와 위탁계약을 체결하거나 보험금청구권자가 선임한 손해사정사가 손해사정서를 제출하는 경우 보험업감독규정 제9-21조의2의 규정에 따른 손해배상보장예탁금을 예탁하거나 인허가보증보험에 가입하였는지 여부를 확인하여야 한다. 보험회사는 손해사정사가 그 업무를 신속, 공정하게 수행할 수 있도록 업무에 필요한 자료제공 요청이 있을 경우에는 지체 없이 협조하여야 한다.

보험회사는 보험금청구권자가 보험금지급을 청구한 때에는 당해 손해사정업무를 담당하거나 보험금을 심사할 손해사정사 또는 손해사정업자를 지정하고 보험금청구권자(보험금청구권자가 공공손해사정사를 선임한 경우에는 공공손해사정사를 포함)에게 통보하여야 한다. 보험회사는 보험계약자, 피보험자, 보험금청구권자가 요청하는 경우에는 손해사정사가 작성·제출한 손해사정서를 열람하게 하거나 그 사본을 교부하고 보험회사는 보험금지급 시 보험금수령자에게 보험금 세부산출근거가 명시된 보험금지급 내역서를 교부하여야 한다.

4) 보험사고 조사

보험사고 조사에 대한 상세는 보험업감독업무시행세칙 [별표 15] 표준약관에서 정하고 있으며, 보험사기방지특별법에서는 보험사고 조사 과정에서 보험계약자등의 개인정보를 침해하지 아니할 것을 요구하고 있다(보험사기방지특별법 제5조 제1항). 보험사고 접수를 받은 보험회사는 보험사고를 직접 조사할 수도 있고 해당 손해사정업무를 담당하거나 보험금을 심사할 손해사정사를 지정하여 조사를 할 수도 있다. 생명보험 및 질병·상해보험의 경우 보험사고 접수를 받은 보험회사는 알릴 의무 위반의 효과 및 보험금지급 사유의 조사나 확인이 필요한 경우 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 서면에 의한 조사요청을 할 수 있는데 보험계약자, 피보험자 및 보험수익자는 이에 대해 동의해야 한다.[13] 보험계약자 등이 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우 사실 확인이 끝날 때까지 보험회사는 보험금지급 지연에 따른 이자를 지급하지 않을 수 있다.[14]

화재보험의 경우 보험회사는 보험사고가 생긴 건물 또는 그 구내와 거기에 들어있는 피보험자의 소유물을 조사할 수 있다.[15] 화재보험과 배상책임보험에서 보험회사는 보험계약자 또는 피보험자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우에 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있다. 자동차보험의 경우 보험사고 접수를 받은 보험회사는 사고를 증명하는 서류 등 꼭 필요하다고 인정하는 자료를 요구할 수 있고, 요구를 받은 보험계약자 등은 즉시 이를 제출해야 하며, 보험회사가 사고에 관해 조사하는 데 협력해야 한다.[16] 보험계약자 등이 정당한 이유 없이 보험회사의 손해조사에 협조하지 않는 경우 그로 인해 늘어난 손해액이나 회복할 수 있었을 금액은 손해보상액에서 공제되거나 지급되지 않게 된다.

5) 손해사정업무 위탁

금융기관은 인가 등을 받은 금융업 또는 다른 금융업의 본질적 요소를 포함하는 업무를 위탁할 수 없다.[17] 금융기관의 외부위탁 등의 규정 제3조 제2항에서는 보험금지급 여부에 대한 심사 및 결정을 보험회사의 본질적 요소로 정하고 있다. 그러나 2017년 11월 금융위

13) 생명보험 표준약관 제8조제1항, 제6항 본문 및 질병·상해보험 표준약관 제8조제6항 본문
14) 생명보험 표준약관 제8조제6항 단서 및 질병·상해보험 표준약관 제8조제6항 단서
15) 화재보험 표준약관 제5조제4항
16) 자동차보험 표준약관 제46조 제1항 제6호
17) 금융기관의 외부위탁 등의 규정 제3조 제2항

원회는 동 규정을 개정하여 단순집행 성격의 업무 등은 본질적 업무에서 제외하고, 금융회사 건전성을 크게 저해하거나 금융질서의 문란 또는 금융소비자 피해 발생이 심각하게 우려되는 경우는 위탁을 금지하였다. 이에 따라, 보험업법시행령 제10조 제2항에 따른 보험사고 조사 및 손해사정업무, 그리고 보험업법 제185조에 따라 손해사정업무를 위탁받은 손해사정사 또는 손해사정업자에 대하여 보험금 산정·지급 관련 구체적 기준 및 적정성 점검방안을 수립하여 위탁하는 보험금지급 여부 심사·결정 업무는 보험회사의 본질적 요소에서 명시적으로 제외되었다.[18] 현재, 보험회사는 손해사정업무와 보험금지급 심사를 위한 보험사고 조사업무를 외부에 위탁할 수 있다.

손해사정업체 간 경쟁이 심화되고 보험회사의 손해사정 관행이 보험금지급 거절·삭감 수단으로 변질되고 있다는 지적이 제기되자, 금융위원회는 2018년 1월부터 공정한 손해사정 질서 확립을 위한 제도 개선 방안을 관계기관과 논의하고, 2018년 12월, 그리고 2019년 6월 두 차례에 거쳐 개선방안을 발표하였다.[19] 개선방안의 하나로, 보험회사의 불공정한 손해사정 위탁수수료 지급과 불합리한 손해액 또는 보험금의 감액 사정을 방지하기 위하여 보험회사가 공통으로 사용할 수 있는 손해사정업무 위탁 모범규준을 마련할 수 있는 근거조항을 2019년 6월 보험업감독규정에 신설하였다(보험업감독규정 제9-20조). 이에 근거하여 보험협회 자율규제로 "손해사정업무위탁 및 손해사정사 선임 등에 관한 모범규준"을 마련하여 2020년 1월부터 시행하고 있다. 동 모범규준에 따라 보험회사는 위탁손해사정사 선정에 필요한 평가 기준을 구체적으로 수립하여야 한다. 평가기준은 손해사정업체의 전문인력 보유현황, 개인정보보호 인프라 구축현황 및 민원처리 현황 등 손해사정 역량을 측정할 수 있는 객관적 지표 중심으로 자율적으로 정하도록 하고 있다(〈표 Ⅱ-4〉 참조). 평가기준에는 위탁수수료 지급 시 보험금 삭감 실적을 성과평가에 반영하는 등 손해사정의 객관성 및 공정성을 훼손하는 내용을 포함할 수 없다. 금융당국은 보험회사가 마련한 손해사정 위탁기준이 적정하고, 기준에 따라 합리적으로 위탁업체를 선정하고 있는지 등 모범규준 이행을 관리·감독한다. 즉, 보험회사의 경영실태평가 시 손해사정 관련 내용을 보험금지급 심사 적정성 부문의 비계량 평가항목으로 반영한다. 또한 보험회사 공시를 통해 손해사정사 동의기준이 적정하고, 선임 거부 건수 및 사유가 적정한지 사후적으로 감독한다.

18) 다만, 이 경우 보험회사는 업무위수탁 보고 시 보험금 산정기준 적정성 점검방안을 포함한 관리계획을 함께 제출하여야 함

19) 금융위원회 보도자료(2018. 12. 6), "보험권의 손해사정 관행이 개선됩니다"; 금융위원회 보도자료(2019. 6. 27), "보험금 산정을 위한 보험계약자 등의 손해사정사 선임 권한이 강화됩니다"

〈표 Ⅱ-4〉 보험회사의 위탁 손해사정사 평가에 관한 기준

구분	내용	세부내용
업무 인프라	인적 자원	손해사정업무 수행에 필요한 인력 및 자격인 보유 현황 평가
	물적 자원	손해사정업무를 적정하게 수행할 수 있는 지역별 사무소 및 전산 설비 등 보유 현황 평가
업무능력	신속성	업무 난이도별 적정 기일 내 업무 수행 여부 평가
	정확성	손해사정 보고서의 품질점검 결과 반영
	민원관리	업체의 업무처리로 인한 민원 발생 건 평가
개인정보 보호	관리적 보안	개인정보처리·보호 관련 지침 운영 여부, 내부관리계획 수립·시행 여부 등 평가
	물리적 보안	외부의 개인정보 접근 차단을 위한 장소, 시설 등 운영 여부 평가
	기술적 보안	전산시스템상 접근권한 관리 및 통제 여부, 보안프로그램 운영 여부 등 보안 유지를 위한 적정 전산 시스템 운영 여부 평가

자료: 손해사정업무위탁 및 손해사정사 선임 등에 관한 모범규준 〈별표〉

6) 손해사정업무 절차

일반적으로, 손해사정은 다음의 과정을 따른다. ① 보험회사 또는 보험계약자 등으로부터 손해사정을 위임받은 손해사정사는, 기록검토와 현장조사, 보험계약관계 자료심사, 치료중인 피해자의 관리(치료비영수증의 제출과 가지급보험금의 청구), 피해자의 소득조사(급여자료, 경력증명서), 장해진단서 및 향후치료비추정서 등을 종합하여 손해사정서를 작성·제출한다. ② 보험회사는 이 보고서를 검토한 다음 손해사정의 근거가 되는 과실비율, 피해자의 소득, 노동능력상실률, 향후치료비추정서 등을 조정하기 위하여 정정·보완을 요청할 수 있다. ③ 손해사정사는 보험회사의 요청이 정당한 경우에는 이를 보정하고, 보정요구가 부당한 것으로 인정되는 경우에는 보험회사측에 손해사정서의 정당성에 대한 의견을 개진한다. ④ 이러한 절차를 거쳐서 손해사정서가 확정되면 보험회사는 이에 따라 피해자에게 보험금을 지급하거나, 피해자와 합의하여 이와 다른 금액으로 보험금을 정할 수도 있으며, 금융감독원에 조정을 신청하거나 법원에 소송을 제기하는 등의 방법으로 다툴 수도 있다.

상기 ②~③번은 보험회사와 손해사정사 간 긴밀한 업무처리 과정으로, 상세는 보험업감독규정 제9-21조에서 정하고 있다. 보험회사는 손해사정사가 제출하는 손해사정서의 접수를 거절할 수 없다. 손해사정사가 제출한 손해사정서를 접수한 경우 즉시 보험금을 심사·

지급해야 한다. 다만, 손해사정서의 내용이 사실과 다르거나 자체적으로 조사·확인한 내용과 다른 것으로 판명된 경우, 손해사정서의 내용이 관련 법규나 약관에 위반된 경우, 보험계약자 등이 손해사정서의 내용에 이의를 제기한 경우, 민원 또는 소송이 제기되거나 수사기관에서 수사가 진행 중인 경우 등에 해당되어 보험금지급이 지연될 경우에는 손해사정서 접수일부터 10일 내에 그 사유를 보험계약자 등에게 통보해야 한다.

보험회사는 손해사정사가 제출한 손해사정서가 자체적으로 조사·확인한 내용과 다르거나 관련 법규나 약관에 위반된다고 판단되어 정정·보완이 필요한 경우 손해사정서의 접수일부터 10일 내에 구체적인 사유와 근거를 명시하여 손해사정사 또는 보험계약자 등에게 서면으로 요청해야 한다. 보험회사로부터 보정을 요청받은 경우 손해사정사 또는 보험계약자 등은 즉시 손해사정서를 보정하거나 이미 제출한 손해사정서의 정당성에 대한 의견과 근거를 작성하여 보험회사에 서면으로 제출해야 한다.

보험회사는 보정서 또는 의견서를 접수하면 즉시 보험금을 심사·지급해야 한다. 보정서 또는 의견서의 내용이 부당하다는 객관적이고 명백한 반증이 있는 경우, 손해사정서의 내용이 사실과 다르거나 자체적으로 조사·확인한 내용과 다른 것으로 판명된 경우, 손해사정서의 내용이 관련 법규 및 약관에 위반된 경우 등을 제외하고는 보정을 다시 요청할 수 없다.

보험회사는 소송이 제기된 경우 또는 보험금청구권자가 제출한 서류 심사만으로 지급 심사가 완료되어 서류접수 완료일로부터 제3영업일 이내에 보험금이 지급되는 경우를 제외하고 일정한 절차에 따라 확정된 손해사정서에 따른 보험금을 지급해야 한다(보험업감독규정 제9-21조제6항 본문). 다만, 민원 또는 소송이 제기되어 보험회사가 지급해야 하는 보험금이 손해사정서와 다르게 결정된 경우, 보험금청구권자가 손해사정서 내용의 부당함에 대한 근거 및 자료를 서면으로 제출하고 보험회사가 이를 수용하여 보험회사가 지급해야 하는 보험금이 손해사정서와 다르게 된 경우, 보험회사가 결정한 보험금을 보험금청구권자가 수용한 경우 등에는 손해사정서에 따른 보험금을 정정하여 지급할 수 있다(보험업감독규정 제9-21조 제6항 단서).

7) 손해사정사 선임 및 비용부담

계약자 등은 보험회사에만 그 보험금의 사정을 맡기지 않고 스스로 손해사정사 또는 손해사정법인을 따로 선임할 수 있다(보험업법 제185조 단서). 보험계약자 등은 보험회사가 고용 또는 선임한 손해사정사가 사정한 결과에 승복하지 아니하거나 보험회사와는 별도

로 손해사정사를 선임하고자 할 경우에는 보험계약자 등의 비용으로 손해사정사를 선임할 수 있다. 또한 보험회사가 손해사정에 착수하기 전에 보험계약자 등이 보험회사에 손해사정사의 선임의사를 통보하여 동의를 얻거나, 정당한 사유 없이 보험회사가 보험사고 통보를 받은 날(제3보험상품의 경우 접수가 완료된 날)부터 7일이 지나도록 손해사정에 착수하지 않은 경우 보험계약자 등은 손해사정사를 선임할 수 있으며, 이러한 경우 손해사정사 보수는 보험회사가 부담한다(〈표 Ⅱ-5〉 참조).

보험계약자 등의 손해사정사 선임에 대한 보험회사의 동의 및 비용부담 규정은 동의기준이 명확하지 않아 유명무실한 조항이었다. 2019년 6월, 금융위원회는 보험회사들이 공통으로 사용할 수 있는 보험계약자 등의 손해사정 선임 의사 동의와 관련한 표준 동의기준을 마련하도록 보험업법감독규정 제9-16조를 개정하고,[20] 2020년부터 이를 시행하도록 하였으며, 현재 실손의료보험에서 시범적으로 적용되고 있다.[21]

이에 따라, 보험회사는 보험금청구권자의 손해사정사 선임 동의를 결정하기 위한 객관적이고 합리적인 세부 기준을 운영하고, 실손의료보험에 대해서는 동의 기준에 따라 선임 여부를 결정해야 한다. 보험회사는 실손의료보험 담보 중 정액 담보 보험금과 함께 청구되거나 청구서류 심사만으로 보험금지급이 가능한 경우를 제외하고는, 손해사정사 선임 요청에 원칙적으로 동의하고 별도의 완화된 동의기준을 마련할 수 있다(〈표 Ⅱ-5〉참조). 손해사정사 선임을 거부한 경우 보험금 청구권자에게 그 사유를 설명해야 하고, 손해사정사 동의기준, 선임 요청 건수, 선임 거절 건수 및 사유 등을 홈페이지에 공시해야 한다.[22]

보험계약자 등의 손해사정사 선임에 대한 보험회사의 동의 제도의 실행절차를 구체적으로 살펴보면, 보험회사는 보험금 청구 접수를 받은 경우 손해사정사 선임권 관련 사항, 손해사정사의 선임비용 관련 사항, 미선임 시 보험회사가 위탁 또는 선임한 손해사정사가 업무를 진행한다는 사실을 보험금청구권자에 안내하여야 한다. 보험금청구권자가 선임 관련 안내일로부터 3영업일 내에 선임 관련 의사표시를 하지 않은 경우 보험회사가 위탁 또는 선임한 손해사정사가 업무를 진행한다는 사실을 안내하고 손해사정업무에 착수할 수 있다. 보험회사는 보험금청구권자가 선임하고자 하는 손해사정사가 보험업 관련 법령에 따른 손해사정자격을 갖추지 못한 경우, 건전한 금융질서를 해칠 소지가 있는 경우, 주요 경영정보를 공시하지 않거나, 손해사정 관련 보수교육을 이수하지 않은 경우, 각 사에

20) 보험업감독규정 제9-16조 제6항이 신설되었음: ⑥ 협회는 제2항제1호에 따른 동의와 관련하여 보험회사가 공통으로 사용할 수 있는 표준동의기준을 마련할 수 있다

21) 손해사정업무위탁 및 손해사정사 선임 등에 관한 모범규준 제5조 제2항

22) 손해사정업무위탁 및 손해사정사 선임 등에 관한 모범규준

서 규정한 손해사정사 보수기준에 동의하지 않는 경우 다른 손해사정사의 선임을 요청할 수 있다. 보험금청구권자가 재선임 요청일로부터 5영업일 이내에 재선임을 하지 않거나, 선임 의사 통보 이후 선임 절차가 20일 이내 완료되지 않는 경우 보험회사는 회사가 위탁 또는 선임한 손해사정사가 업무를 진행한다는 사실을 안내하고 손해사정업무에 착수할 수 있다.

〈표 Ⅱ-5〉 손해사정 비용부담 주체

구분	내용
보험회사 비용부담	① 손해사정이 착수되기 이전에 보험계약자 등이 보험회사에게 손해사정사 선임의사를 통보하여 동의를 얻은 경우 ② 정당한 사유없이 보험회사가 보험사고 통보(제3보험상품의 경우 접수가 완료된 날을 말한다)를 받은 날부터 7일이 경과하여도 손해사정에 착수하지 아니한 경우
계약자 등 비용부담	③ 보험회사가 고용 또는 선임한 손해사정사가 사정한 결과에 보험계약자 등이 승복하지 아니한 경우 ④ 보험계약자 등이 보험회사와는 별도로 손해사정사를 선임하고자 할 경우

자료: 보험업법 제185조 및 보험업법감독규정 제9-16조 제3항

〈표 Ⅱ-6〉 보험소비자의 손해사정사 선임 동의 거부 사유

구분	동의 거절 사유
보험협회 모범규준	① 진단비, 수술비, 일당, 후유장해 등 정액 담보 등 보험금과 함께 청구된 경우 ② 보험금 청구서류 심사만으로 보험금지급이 가능하여 조사나 확인이 불필요한 경우 ③ 보험업법 제2조 제19호에 따른 전문보험계약자의 계약 ④ 보험업 관련 법령에 따른 손해사정자격을 갖추지 못한 경우 ⑤ 건전한 금융질서를 해칠 소지가 있는 경우: 보험사기연루자, 제재 대상자, 악성민원 다발자 ⑥ 주요 경영정보를 공시하지 않은 경우: 한국손해사정사회 웹페이지 공시실 공시검색 ⑦ 보험업법 제178조에 따라 설립된 단체에서 주관하는 손해사정 관련 보수교육을 이수하지 않은 경우 ※ ④~⑦에 해당될 경우, 청구권자에게 재선임 안내
추가거부 사유	① 각 사 수수료 기준에 동의하지 않은 경우 ② 해외에서 발생한 보험 사고 ③ 상품 설명 부실, 불완전판매 등 계약 체결상 하자 여부 확인 필요 건

자료: 손해사정업무위탁 및 손해사정사 선임 등에 관한 모범규준

나. 손해사정사제도

손해사정사제도는 1977년 보험업법 전면개정을 통해서 우리나라에 도입되었다(손해보험협회 2006). 동 제도의 도입은 1960년대 후반부터 세계적으로 확산된 소비자보호주의운동(consumerism)과,[23] 국내 보험산업이 급속히 팽창하는 과정에서 발생한 보험금지급분쟁과 관련이 있는 것으로 보인다. 1971년 7월 20일 재무부는 보험담당관실 내에 보험계약자와 보험회사 간에 발생한 분쟁과 민원의 신속한 해결을 위해 보험직소센터(1972.5.12 보험상담실로 명칭 변경)를 설치·운영하여 오다가, 1972년 5월 15일 상담실 설치장소를 협회 내로 이전하여 6개 생명보험회사에서 직원을 1명씩 파견받아 운영하게 되었다. 이후 1974년 3월 1일 "보험상담소 설치운영(재무부, 보험1223-113)"에 따라, 보험상담실을 협회기구화 하여 보험업계에서 자율적으로 운영하였다.

이에 그치지 않고, 재무부는 보험사고가 발생하였을 때에 보험회사가 보험금을 신속히 지급하지 않거나 보험가입자의 경미한 과실을 이유로 보험금의 지급을 거부함으로써 보험가입자와 보험회사 간에 불필요한 분쟁을 유발시키고 보험에 대한 국민의 인식을 저해하고 있다고 지적하고 1975년 9월 1일 협회 내에 보험사고심의위원회를 설치(재무부1223-1417)하도록 하였다(생명보험협회 2010). 이어 재무부는 보험모집질서 문란, 보험계약자 서비스 미흡 및 부동산 등 비생산분야의 보험자산 운용 등 비합리적인 요소들과 보험기술의 낙후성 및 국제경쟁력의 취약 등 외국보험회사의 국내 진출 압력에 직면하여, 1977년 2월에 "보험산업 근대화 대책"을 발표하였다. 동 대책에서는 ① 보험인식의 쇄신, ② 보험자금의 생산성 제고, ③ 보험산업의 국제화 추진, ④ 보험시장의 영역조정과 특수보험제도의 개선이라는 4가지 정책목표와 함께, 이를 실현하기 위한 세부적인 조치들이 포함되었다. 동 대책에는 보험산업의 국제화 추진을 위한 세부 전략의 하나로서, 손해사정사제도의 도입에 관한 내용이 포함되었다. 1977년 보험업법 개정을 통해 손해보험의 손해사정업무는 자격요건을 갖춘 손해사정사가 담당하도록 법률로 정하고, 동 개정 법률안이 1978년 3월부터 시행되었다. 법률 개정 당시 제도 도입 취지는 "공정한 보험금 산정과 지급을 통해 보험가입자와 보험회사 간의 분쟁을 예방하고, 동시에 손해사정의 공정성과 전문성을 도모하는 것"이었다. 현재 시행 중인 관련 법령 및 규정의 주요 내용을 요약하면 〈표 Ⅱ-7〉과 같다.

23) 소비자보호관계법의 골격인 「소비자보호법」과 「독점규제 및 공정거래에 관한 법률」이 각각 1980년 1월 4일과 1980년 12월 31일에 제정되었음

〈표 Ⅱ-7〉 우리나라 손해사정사제도 관련 규정

구분	내용
보험업법	① 보험회사의 손해사정사 고용 및 손해사정 위탁 의무(법 제 185조) ② 손해사정사(업체)의 등록 및 취소(법 제186, 187, 190조) ③ 손해사정사 등의 업무 및 의무(법 제188조, 제189조) ④ 손해사정사의 손해배상책임(법 제191조) ⑤ 손해사정사에 대한 금융위원회의 감독 및 벌칙(법 제13장)
보험업법 시행령	① 손해사정사 고용의무를 부담하는 보험회사의 범위(영 제96조의2) ② 손해사정업체의 등록(영 제97조) ③ 손해사정업체의 영업기준(영 제98조) ④ 손해사정사의 의무: 자기손해사정 금지(영 제99조)
보험업법 시행규칙	① 손해사정사의 종류(규칙 제52조) ② 손해사정사 시험 및 합격자 결정(규칙 제53조, 제53조의 2) ③ 손해사정사의 실무수습(규칙 제54조)
보험업 감독규정	① 손해사정사의 구분(규정 제9-12조) ② 손해사정사의 실무수습기관의 지정(규정 제9-13조) ③ 독립 손해사정사에 대한 행위규제(규정 제9-14조) ④ 손해사정업무에 있어 보조인의 활용(규정 제9-15조, 제9-15조의 2) ⑤ 보험계약자에 의한 공공손해사정사의 선임(규정 제9-16조) ⑥ 공공손해사정사의 보수기준(규정 제9-17조): 2014년 삭제 ⑦ 손해사정사의 의무(규정 제9-18조) ⑧ 손해사정사의 업무수행과 관련한 보험사의 협조의무(규정 제9-20조) ⑨ 보험사의 손해사정서 접수 및 처리절차(규정 제9-21조)
보험업법 시행세칙	① 손해사정사 실무수습(세칙 제6장 제1절) ② 손해사정사의 등록(세칙 제6장 제2절) ③ 손해사정사 시험 등(세칙 제7장)

1) 면허제도

가) 손해사정사 유형

손해사정사가 되려는 자는 금융감독원장이 실시하는 시험에 합격하고 일정 기간의 실무수습을 마친 후 금융위원회에 등록하여야 한다. 마찬가지로, 손해사정을 업으로 하려는 자도 금융위원회에 등록하여야 한다. 손해사정을 업으로 하려는 법인은 2명 이상의 상근 손해사정사를 두어야 한다. 이 경우 손해사정사의 구분에 따라 수행할 업무의 종류별로 1명 이상의 상근 손해사정사를 두어야 한다(보험업법시행령 제98조 제1항).

기존 손해사정사 자격제도는 제1종~제4종으로 종류가 취급종목별로 구분되어 복합적인

보험사고를 당한 소비자가 보험금을 청구하는 데 문제점이 있다는 지적에 따라, 2011년 보험업법 시행규칙 개정에 따라 2014년 1월부터는 재물, 신체, 차량, 종합으로 구분되어 운영되고 있다(보험업법 시행규칙 제52조),[24] 재물손해사정사는 화재보험, 해상보험(항공·운송 포함), 책임보험, 기술보험, 권리보험, 도난보험, 유리보험, 동물보험, 원자력보험, 비용보험, 날씨보험 등 계약의 손해액을 사정한다. 신체손해사정사는 책임보험, 상해보험, 질병보험, 간병보험 계약의 손해액(사람의 신체와 관련된 손해액만 해당), 자동차사고 및 그 밖의 보험사고로 인한 사람의 신체와 관련한 손해액을 사정한다. 차량손해사정사는 자동차사고로 인한 차량 및 그 밖의 재산상의 손해액을 사정하며, 종합손해사정사는 상기 규정한 모든 계약의 손해액을 사정한다.

손해사정사는 업무수행 형태에 따라 보험회사에 고용된 고용손해사정사와 보험회사에 고용되지 않고 독립하여 손해사정을 업으로 영위하는 독립손해사정사로 구분된다(보험업감독규정 제9-12조). 독립손해사정사는 실제 업무수행방식에 따라 보험회사로부터 손해사정업무 위탁을 받은 손해사정사와, 보험계약자 등이 선임하여 손해사정업무를 수행하는 손해사정사로 구분되지만, 선임주체별로 법상 명칭이나 자격증을 구분하지 않는다.

〈표 Ⅱ-8〉 손해사정사 면허: 업무영역에 따른 구분

구분	1978년 3월	1981년 4월	1991년 12월	2003년 8월	2011년 1월
1종	화재·특종	화재·특종	화재·특종	화재·특종	재물
2종	해상	해상	해상	해상	
3종	자동차	자동차	대인	대인	신체
			대물	대물	자동차
4종	-	-	-	상해·질병·간병	신체
종합	-	-	-	-	재물·신체·차량

주: 1) 1종(기존): '05년 이전 1종 합격자로서 1종 및 4종 손해사정사로 봄(보험업법 시행규칙 부칙 제4조)
2) 3종(기존): '91. 12. 1 이전 3종 손해사정인으로 등록한 자로 3종 대인 및 3종 대물·차량 손해사정사로 봄(보험업법 시행규칙 부칙 제6조)

24) 2013년까지는 취급가능한 보험상품의 종류에 따라 제1종은 화재, 책임, 기술, 신용손해, 도난, 유리, 동물, 원자력, 비용, 제2종은 선박, 적하, 항공, 운송, 제3종(대인)은 자동차사고로 인한 사람의 신체의 손해, 제3종(대물·차량)은 차량 및 그 밖에 재산상의 손해, 제4종은 상해, 질병, 간병임

나) 자격시험

손해사정사 시험은 1차와 2차로 구성된다. 손해사정사 1차 시험은 학력, 성별, 연령, 경력, 국적 제한 없이 누구나 응시가 가능하지만, 2차 시험은 손해사정사 1차 시험에 합격한 자 중에서 당해 연도 및 직전 연도 손해사정사 1차 시험에 합격한 자, 보험엄법시행규칙 제53조의 규정에 의한 기관(금융감독원, 보험회사, 손해보험협회, 생명보험협회(신체), 화재보험협회(재물), 손해사정법인, 농업협동조합중앙회)에서 해당분야의 손해사정업무에 5년 이상 종사한 경력이 있는 자, 재물, 차량, 신체 종목의 손해사정사 자격을 취득한 자로 한정된다.

손해사정사 자격은 1차와 2차 시험에 합격하고, 일정 기간의 실무 수습을 가진 후, 금융감독원에 등록하여 취득할 수 있다. 시험과목은 손해사정사 유형에 따라 상이하다(〈표 Ⅱ-9〉 참조). 1차 시험과 2차 시험 모두 매 과목 40점 이상 전과목 평균 60점 이상 득점한 자를 합격자로 결정한다. 단, 2차 시험의 경우 매 과목 40점 이상, 전 과목 평균 60점 이상 득점한 자가 선발예정인원에 미달하면 매 과목 40점 이상 득점한 자 중 전 과목 평균점수에 의한 고득점자 순으로 선발 예정 인원 이내에서 합격자를 결정한다.

〈표 Ⅱ-9〉 손해사정사 자격시험 과목

구분	1차 시험	2차 시험
재물	보험업법, 보험계약법, 손해사정이론, 영어	회계원리, 해상보험의 이론가 실무, 책임·화재·기술보험 등의 이론과 실무
차량	보험업법, 보험계약법, 손해사정이론	자동차보험의 이론과 실무, 자동차 구조 및 정비이론과 실무
신체	보험업법, 보험계약법, 손해사정이론	의학이론, 책임보험·근로자재해보상보험의 이론과 실무, 제3보험의 이론과 실무, 자동차보험의 이론과 실무

2) 직무범위

1995년 보험업법 개정법률에서는 손해사정인 또는 손해사정을 업으로 하는 자의 업무를 ① 손해발생사실의 확인, ② 보험약관 및 관계법규 적용의 적정 여부 판단, ③ 손해액 및 보험금의 사정, ④ 기타 손해사정에 관하여 필요한 사항으로 규정하였다(법률 제4865호 제204조의 4: 손해사정인 등의 업무). 동 조항이 보험업법에 신설되기 전에는 보험업법시행규칙 제68조(1995. 4. 29. 총리령 제504호로 삭제되기 전의 것)에 같은 내용의 규정이 있었다.

당시, 손해사정사는 교통사고 피해자들을 대신하여 보험회사와 접촉하여 피해자의 과실비율, 소득액 등 손해액 결정요인들에 대하여 절충을 하고 사정금액과 보험회사의 제시액이 일치하지 아니하는 경우에는 보험회사의 제시액에 승복하도록 피해자들을 설득하여 합의를 유도하고, 나아가 합의과정에 참여하여 입회하는 등 교통사고 피해자와 보험회사 간의 화해에 관여하고, 그 대가로 피해자가 보험회사로부터 받는 합의금의 일정비율을 수수료로 지급받았다. 이에 손해사정인이 보수를 받기로 하고 교통사고의 피해자측과 가해자가 가입한 보험회사 등과 사이에서 이루어질 손해배상액의 결정에 관하여 중재나 화해를 하는 것이 손해사정인의 업무범위에 속하는 '④ 기타 손해사정에 관하여 필요한 사항'인지 여부에 대한 법적 다툼이 빈번하게 발생하였다.

1994년 대법원은 손해사정사가 보수를 받기로 하고 교통사고의 피해자측을 대리 또는 대행하여 보험회사에 보험금을 청구하거나 피해자측과 가해자가 가입한 보험회사 등과 사이에서 이루어질 손해배상액의 결정에 관하여 중재나 화해를 하도록 주선하거나 편의를 도모하는 등으로 관여하는 것은 (구)변호사법 제90조 제2호에서 말하는 일반 법률사건의 화해에[25] 관한 법률사무의 취급에 해당할 뿐 손해사정인의 업무범위에 속하는 보험업법 제204조의4 '소정의 기타 손해사정에 관하여 필요한 사항'에는 해당하지 않는다고 판시하였다(대법원 1994. 5. 10 선고 94도563 판결).[26]

2000년 헌법재판소는 손해사정인의 의견개진권이 변호사법 제90조 제2호에서 금지하는 법률상의 권리·의무에 관한 다툼 또는 의문이 있거나 새로운 권리관계의 발생에 관한 사건의 처리, 즉, '일반의 법률사건'에 해당하므로 (구)변호사법 제90조 제2호에 따른 형사제재가 합헌이라는 다수의견을 제시하였다(헌법재판소 2000. 4. 27 선고 98헌바95 결정).

대법원은 2001년 판결에서 손해사정사의 의견개진권에 대해서 구체적으로 설명하였다. 이에 따르면 손해사정인이 그 업무를 수행함에 있어 보험회사에 손해사정보고서를 제출하고 보험회사의 요청에 따라 그 기재 내용에 관하여 근거를 밝히고 타당성 여부에 관한 의견을 개진하는 것이 필요할 경우가 있다고 하더라도, 이는 어디까지나 보험사고와 관련한 손해의 조사와 손해액의 사정이라는 손해사정인 본래의 업무와 관련한 것에 국한된다(대법원 2001. 11. 27 선고 2000도513 판결).

2001년 12월 19일 개정된 보험업감독규정(금융감독위원회공고 제2001-104호)에서는 공

25) 화해는 법률사건의 당사자 사이에서 서로 양보하도록 하여 그들 사이의 분쟁을 그만두게 하는 것을 말하며, 이에는 재판상 화해뿐만 아니라 민법상 화해도 포함됨(대법원 2001.11.27 선고 2000도513 판결)

26) 이후 유사한 사건의 대법원 판결에 여러 차례 인용되었음: 대법원 2000. 6. 19 선고 2000도1405 판결, 2001. 11. 27 선고 2000도513 판결, 2004. 11. 25 선고 2004도6027 판결, 2008. 10. 23 선고 2008도6924 판결

공손해사정사의 금지행위에 '보험사업자와 보험금에 대하여 합의 또는 절충하는 행위'를 추가하였다. 2003년 개정 보험업법에서는 '기타 손해사정에 관하여 필요한 사항'을 손해발생사실의 확인과 손해액 및 보험금의 사정의 업무와 관련한 서류의 작성·제출의 대행 그리고 보험회사에 대한 의견의 진술로 구체화하였다(법률 제6891호 제188조: 손해사정사 등의 업무). 개정법률 심사의견서에 따르면, 손해사정사의 업무범위에 '손해사정 관련 서류의 작성 및 제출 대행, 보험회사에 대한 의견진술'을 명시한 것은 손해사정인이 실무적으로 손해사정 관련 서류의 작성 및 의견개진 업무를 수행하고 있으나, 보험업법에 동 업무가 명시되어 있지 않아 변호사법 제109조 제1항의 위반문제가 제기되어 법률적 분쟁 소지를 해소한다는 취지였다.[27] 그러나 개정과정의 전말을 살피면, 손해사정사의 업무범위에 속하는 '기타 손해사정에 관하여 필요한 사항'을 두 가지 행위로 구체화한 것은 결국 손해사정사의 업무범위를 축소·제한한 것으로 볼 수 있다.

손해사정사의 의견개진권에 대해서도 법원은 "손해사정사는 보험회사에 대하여 제출된 손해사정서가 정당하다는 취지의 의견개진을 하고 보험회사측은 이를 반박하는 의견제시를 하여 합리적인 손해액의 사정이라는 결과를 이끌어 내게 되는 바, 보험회사는 통상 손해사정액을 감액할 목적으로 보정요구를 하는 것이므로 손해사정사는 이에 대응하여 공인된 자격을 갖춘 제3자로서 손해사정에 대한 정당한 근거를 바탕으로 공정한 손해보상 관계의 성립을 위한 의견개진을 하여야 한다"고 언급하였다(서울중앙지방법원 2008. 12. 2 선고 2008고합564 판결). 구체적으로, ① 손해사정의 근거에 관한 의견교환이 아니라 전체 지급보험금을 놓고 협상을 하는 행위와 ② 보험회사의 최대 지급보험금을 확인하거나, 피해자가 원하는 최소한의 보험금을 확인하여 상대방에 전달하며 위 금액을 수용할 의사가 있는지 확인하는 행위, ③ 손해사정 근거에 관하여 협의가 잘 이루어지지 않을 경우 피해자에게 금융감독원이나 보험회사측에 민원을 제기하도록 종용하거나 손해사정사 자신이 피해자의 이름으로 민원을 제기하거나 민원을 제기할 것처럼 말하는 행위들에 대해서는 보험업법상 허용되는 의견개진행위라고 할 수는 없고 손해액 등에 관하여 보험회사와 피해자들 간에 중재나 화해를 주선하거나 그 편의를 도모하는 행위에 해당한다고 판시하였다.

전술한 서울중앙지방법원의 판결문에 따르면, 손해사정사의 의견개진권은 자신이 작성한 손해사정서 및 손해사정금액에 한해 유효할 뿐, 보험회사가 제시한 금액을 바탕으로 보험금을 협의하는 과정에서는 손해사정사가 의견을 제시할 수 없다.

27) 보험업법 개정법률(2003. 5. 29. 법률 제6891호)에 대한 심사의견서

〈표 Ⅱ-10〉 손해사정사의 직무범위

1995년 개정 보험업법 제204조의 4(손해사정인 등의 업무)	2003년 5월 개정 보험업법 제188조(손해사정사 등의 업무)
1. 손해발생사실의 확인 2. 보험약관 및 관계법규 적용의 적정 여부 판단 3. 손해액 및 보험금의 사정 4. 기타 손해사정에 관하여 필요한 사항	1. 손해발생사실의 확인 2. 보험약관 및 관계법규 적용의 적정 여부 판단 3. 손해액 및 보험금의 사정 4. 제1호 내지 제3호의 업무와 관련한 서류의 작성·제출의 대행 5. 제1호 내지 제3호의 업무의 수행과 관련한 보험회사에 대한 의견의 진술

3) 의무 및 금지행위

보험회사로부터 손해사정업무를 위탁받은 손해사정사 또는 손해사정업자는 손해사정업무를 수행한 후 손해사정서를 작성한 경우에 지체 없이 보험회사, 보험계약자, 피보험자 및 보험금청구권자에게 손해사정서를 내어 주고, 그 중요한 내용을 알려주어야 한다. 손해사정서에 피보험자의 건강정보 등 민감정보가 포함된 경우 피보험자의 동의를 받아야 하며, 동의를 받지 아니한 경우에는 해당 민감정보를 삭제하거나 식별할 수 없도록 하여야 한다(보험업법시행령 제99조 제2항). 보험계약자 등이 선임한 손해사정사 또는 손해사정업자는 손해사정업무를 수행한 후 지체 없이 보험회사 및 보험계약자 등에 대하여 손해사정서를 내어 주고, 그 중요한 내용을 알려주어야 한다(보험업법 제189조 제2항) 손해사정서에는 보험계약 사항, 사고 및 손해조사내용, 약관상 보험자 지급책임의 범위, 손해액 및 보험금 사정에 관한 중요 근거 및 결과, 손해사정 시 적용된 관계법규 및 보험약관, 그 밖에 손해액 및 보험금 사정에 크게 영향을 미친 사항 등을 기재해야 한다(보험업감독업무시행세칙 제6-18조).

보험업법 제189조 제3항과 보험업법시행령 제99조에서는 손해사정사의 금지행위를 규정하고 있다.

① 손해사정업무를 수행할 때 보험계약자, 그 밖의 이해관계자들의 이익을 부당하게 침해하는 행위

② 고의로 진실을 숨기거나 거짓으로 손해사정을 하는 행위

③ 업무상 알게 된 보험계약자 등에 관한 개인정보를 누설하는 행위

④ 타인으로 하여금 자기의 명의로 손해사정업무를 하게 하는 행위

⑤ 정당한 사유 없이 손해사정업무를 지연하거나 충분한 조사를 하지 아니하고 손해액 또는 보험금을 산정하는 행위

⑥ 보험회사 및 보험계약자 등에 대하여 이미 제출받은 서류와 중복되는 서류나 손해사정과 관련이 없는 서류 또는 정보를 요청함으로써 손해사정을 지연하는 행위

⑦ 보험금지급을 요건으로 합의서를 작성하거나 합의를 요구하는 행위

⑧ 공정한 손해사정업무의 수행을 해치는 행위로서, 등록된 업무범위 외의 손해사정을 하는 행위

⑨ 공정한 손해사정업무의 수행을 해치는 행위로서, 자기 또는 이해관계를 가진 자의 보험사고에 대하여 손해사정을 하는 행위

⑩ 공정한 손해사정업무의 수행을 해치는 행위로서, 자기 또는 이해관계를 가진 자가 모집한 보험계약에 관한 보험사고에 대하여 손해사정을 하는 행위[28)]

보험업감독규정에서는 공공손해사정사의 부당행위 금지의무를 별도로 규정하고 있다(보험업감독규정 제9-14조).

① 보험금의 대리청구행위

② 일정보상금액의 사전약속 또는 약관상 지급보험금을 현저히 초과하는 보험금을 산정하여 제시하는 행위

③ 특정변호사·병원·정비공장 등을 소개·주선 후 관계인으로부터 금품 등의 대가를 수수하는 행위

④ 불필요한 소송·민원유발 또는 이를 위한 소개·주선·대행 등을 이유로 대가를 수수하는 행위

⑤ 사건중개인 등을 통한 사정업무 수임행위

⑥ 보험회사와 보험금에 대한 합의 또는 절충행위

⑦ 그 밖에 손해사정업무와 무관한 사항에 대한 처리약속 등 손해사정업무 수임유치를 위한 부당행위 등

28) 다만, 보험회사 또는 보험회사가 출자한 손해사정법인에 소속된 손해사정사가 그 소속 보험회사 또는 출자한 보험회사가 체결한 보험계약에 관한 보험사고에 대해 손해사정 하는 행위는 제외함

4) 제재

손해사정사 등록을 하지 않은 채 손해사정업을 하거나, 거짓이나 그밖의 부정한 방법으로 손해사정업 등록을 한 자는 3년 이하의 징역 또는 3천만 원 이하의 벌금에 처한다(보험업법 제202조 제6항과 제7항). 손해사정사가 고의로 진실을 숨기거나 거짓으로 손해사정을 한 경우 1년 이하의 징역 또는 1천만 원 이하의 벌금이 부과되고, 이를 교사 또는 방조한 자는 방조한 자는 정범에 준하여 1년 이하의 징역 또는 1천만 원 이하의 벌금이 부과된다(보험업법 제204조 제1항 제9호, 제204조제2항).

손해사정사가 그 임무를 위반하여 재산상의 이익을 얻거나 제3자로 하여금 이를 얻게 하여 보험회사에 재산상의 손해를 입힌 경우에는 10년 이하의 징역 또는 5천만 원 이하의 벌금이 부과된다(보험업법 제197조제1항). 손해사정사가 그 직무에 관해 부정한 청탁을 받고 재산상의 이익을 수수·요구 또는 약속한 경우 5년 이하의 징역 또는 3천만 원 이하의 벌금이 부과된다(보험업법 제201조 제1항). 손해사정사가 그 직무에 관해 부정한 청탁을 받아 재산상의 이익을 약속 또는 공여하거나 공여의 의사를 표시한 경우에도 5년 이하의 징역 또는 3천만 원 이하의 벌금이 부과된다(보험업법 제201조제2항). 금융위원회는 손해사정사 또는 손해사정업자가 그 직무를 게을리하거나 직무를 수행하면서 부적절한 행위를 하였다고 인정되는 경우에는 6개월 이내의 기간을 정하여 업무의 정지를 명하거나 해임하게 할 수 있다(보험업법 제192조 제1항).

5) 보수

손해사정사의 보수에 대해 별도로 정하고 있는 법 조항은 없다. 2007년 2월 이전까지는 보험업감독규정 제9-17조에서 공공손해사정사에 대한 보수 기준을 정하였다. 구체적으로 보험회사가 부담하는 보수의 경우에는 손해사정사 단체와 보험협회가 협의에 의해 보수 기준을 정하되 해당 보수 기준은 금융감독원에 신고하도록 하고, 보험계약자 등이 부담하는 보수의 경우에는 손해사정사 단체가 보수 기준을 정하되 해당 보수 기준은 금융감독원의 승인을 받도록 규정하였다. 2007년 2월 동 규정이 개정되면서 보험회사의 고용 및 위탁 손해사정사의 보수기준은 삭제되고, 제9-17조에는 보험계약자 등이 선임한 공공손해사정사의 보수기준에 대한 내용만 남았다. 이후 2014년 12월 동 조항이 전부 삭제되면서 현재 손해사정 보수에 대한 명시적 법규는 존재하지 않는다. 따라서 손해사정사 선임계약 시 보수를 당사자 간에 자율적으로 정하고 있다.[29]

2014년 12월 30일까지 적용되었던 보험계약자 등이 부담하는 공공손해사정사의 보수기준(손보 540-16565, 1993. 12. 23)에 따르면, 당시 손해사정 보수는 손해사정사가 작성 날인한 손해사정금액의 일정비율(요율)을 초과할 수 없고, 요율은 손해사정금액이 커질수록 낮아지는 식으로, 손해사정금액 구간별 차등요율이 적용되었다(〈표 Ⅱ-12〉 참조). 예를 들어, 손해사정금액이 2,000만 원인 경우 보수는 1,375,000원(= 2,000만 원 × 6.75% + 25,000원)으로 책정되었다.

〈표 Ⅱ-11〉 손해사정사 보수기준

손해사정사 구분	~2007년 2월 7일	2007년 2월 8일~ 2014년 12월 30일	2014년 12월 31일
위탁손해사정사	손사협회와 보험협회 협의	규정삭제	규정부재
공공손해사정사	손사협회 산정, 금감원장 승인	좌동	규정삭제

〈표 Ⅱ-12〉 보험계약자 등이 부담하는 공공손해사정사의 보수기준

(단위: %, 원)

손해사정금액	요율	누진가산액(원)
1,000만 원 이하	7	0
1,000만 원~3,000만 원 이하	6.75	25,000
3,000만 원~5,000만 원 이하	6.5	100,000
5,000만 원~7,000만 원 이하	6.25	225,000
7,000만 원~1억 원 이하	6	400,000
1억 원 초과	5.75	650,000

자료: 손보 540-16565(1993. 12. 23)

2007년 이전까지 보험회사와 위탁손해사정사 간 협의·적용된 보수기준(손보 510-7453, 1991. 7. 27)에 따르면, 손해사정 보수는 손해사정 종목별로 상이하다. 재물 및 배상책임보험의 경우 손해사정금액이 1,000만 원 미만이면 기본료 66만 원을 책정하고, 손해사정금액이 1,000만 원 이상인 경우부터는 보수를 손해사정금액의 일정비율로 하되, 손해사정금액이 커질수록 요율을 낮추는 식으로, 구간별 차등요율을 적용하였다(〈표 Ⅱ-13〉 참조).

29) 다만, 법원은 보험업감독규정 제9-17조에 근거한 공공손해사정사의 보수기준이 보험업법이나 그 시행령과 시행규칙에는 손해사정사의 보수기준에 관하여 직접 규정하거나 하위법령으로 위임하고 있지 않다는 점 등을 들어, 보험계약자 등과 손해사정사 사이에 체결된 보수약정의 효력을 직접 좌우할 만한 법규적 효력을 갖는다고 보기 어렵다고 보았음(서울서부지방법원, 2009. 4. 16 선고, 2008나6711 판결)

보수표를 적용함에 있어 산출된 보수가 차하위 구분에 의한 기준액보다 적을 때에는 그 기준액을 적용하였다. 상해보험의 경우 조사일수에 비례하여 보수를 산정하였다(〈표 Ⅱ-14〉 참조). 예를 들어, 해당건의 조사에 3일이 소요된 경우에는 300,000만 원의 보수가 책정되었다. 질병보험의 경우에는 조사횟수, 조사를 위해 방문한 기관 수에 따라 보수가 책정되었다.

〈표 Ⅱ-13〉 위탁손해사정사 기본 보수표: 재물 및 배상책임보험

(단위: %, 원)

손해사정금액	~2002년	2003~2014년	
	요율	요율	기준액(원)
1천만 원 미만	기본료(60만 원)	기본료	660,000
1천~2천만 원 미만	4.6	5.06	1,012,000
2천~3천만 원 미만	3.8	4.18	1,254,000
3천~5천만 원 미만	3.4	3.74	1.870,000
5천~1억 원 미만	2.62	2.88	2,882,000
1억~2억 원 미만	2.0	2.20	4,400,000
2억~3억 원 미만	1.77	1.95	5,841,000
3억~5억 원 미만	1.46	1.61	8,030,000
5억~10억 원 미만	1.15	1.27	12,650,000
10억~20억 원 미만	1.01	1.11	22,220,000
20억~30억 원 미만	0.93	1.02	30,690,000
30억~50억 원 미만	0.83	0.91	45,650,000
50억~100억 원 미만	0.4 가산	0.4 가산	-
100억 원 초과금액	0.2 가산	0.2 가산	-

주: 손해사정금액은 약관상 담보하는 피보험자의 법률상의 배상책임액에서 자기부담금 등의 공제금액을 계상하지 아니한 금액을 의미함

자료: 선임손해사정인 보수기준(손보 510-7453, 1991. 7. 27), 선임손해사정사 보수기준(손보 710-151, 2003. 1. 15)

〈표 Ⅱ-14〉 위탁손해사정 기본 보수표: 인보험

상해보험		질병보험	
조사일수	기준액(원)	조사횟수	기준액(원)
1~3일	300,000	1~3곳	300,000
4~6일	500,000	4~7곳	400,000
7~10일	660,000	8~11곳	500,000
11~15일	기본료(660,000)의 20% 할증	12~15곳	660,000 (1종 재물보험 기본료에 따라 책정)
16일 이상	기본료(660,000)의 50% 할증	16곳이상	기본료(660,000)의 30% 할증
기타	모랄사고 건의 조사에 대해서는 조사일수를 기준으로 기본보수료의 할증율을 적용하여 당사자 간에 협의 결정		
면책 시	해당기준액 + 예상지급보험금의 5% 또는 해당기준액의 2배액 중 높은 금액(최고 지급한도 500만 원, 단순면책 건 제외)		
손해액 동의 시	해당기준액 + 해당기준액 × (조정액 / 추정지급총액)		
피보험자 복수인 경우	3인 미만 해당기준액으로 하며, 3인 이상 1인당 10% 할증하여, 30% 할증을 상한선으로 함		
중복보험 시 최저수수료	각 사별 (예상)지급보험금의 비율에 따라 분배하며, 사별 최저기준액은 200,000(원)으로 함		

자료: 선임손해사정사 보수기준, 손보 510-7453(1991. 7. 27); 손보협보 710-151(2003. 10. 15)

다. 민원 및 분쟁조정제도

보험회사와 보험소비자 간에 손해사정을 둘러싼 문제가 발생하면 우선 보험회사에 문제를 제기하고 원만한 해결이 안 될 경우 금융감독원 또는 한국소비자원에 접수·처리하게 된다. 금융감독원에 접수된 민원 중 보험회사의 업무와 관련하여 권리의무 또는 이해관계가 발생하는 분쟁민원의 경우 분쟁 당사자 또는 기타 이해관계인과 보험회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있다(표준약관 제35조). 금융감독원은 금융 관련 분쟁의 조정에 관한 사항을 심의·의결하기 위하여 금융소비자 보호에 관한 법률 제33조에 따라, 금융분쟁조정위원회를 두고 있다. 조정위원회는 위원장 1명을 포함한 35명 이내의 위원으로 구성된다. 이 제도는 금융기관에 소송을 진행하기에 금전적·시간적으로 어려운 개인 소비자가 금융감독원이라는 제3의 기관에 중립적인 판단과 조정을 요청하는 것이다.

조정대상기관, 금융소비자 및 그 밖의 이해관계인은 금융과 관련하여 분쟁이 있을 때에는

금융감독원장에게 분쟁조정을 신청할 수 있다.[30] 금융감독원장은 분쟁조정 신청을 받았을 때에는 관계 당사자에게 그 내용을 통지하고 합의를 권고할 수 있다(〈그림 Ⅱ-4〉 참조). 조정 신청을 받은 날부터 30일 이내에 당사자 간 합의가 이루어지지 아니하면 이는 조정위원회에 회부되고 60일 이내에 심의하여 조정안이 작성된다. 금융감독원장은 조정안을 당사자에게 제시하고 수락을 권고할 수 있다. 신청인과 관계 당사자가 조정안을 제시받은 날부터 20일 이내에 조정안을 수락하지 아니한 경우에는 조정안을 수락하지 아니한 것으로 본다. 당사자가 조정안을 수락한 경우 그 조정안은 재판상의 화해와 동일한 효력을 갖는다.

최근 제정된 금융소비자 보호에 관한 법률에는 분쟁조정과 관련하여 소송중지제도 및 조정이탈 금지제도가 도입되었다.[31] 소송중지제도는 분쟁조정이 진행 중인 사건에 대하여 소송이 제기된 경우 법원이 조정절차가 종료될 때까지 소송을 중지할 수 있는 제도이며, 조정이탈금지제도는 2천만 원 이하 소액사건에 대해 조정절차 완료 시까지 금융회사의 소제기가 금지되는 제도이다. 금융소비자 보호에 관한 법률 제정 이전에는 조정위원회에 조정이 신청된 이후에 이해당사자 중 한쪽이 소송을 제기하면 소송 내용이 조정위원회에 회부되지 않거나 조정의 처리가 중지되어, 분쟁조정을 회피하기 위하여 금융회사가 소를 제기하는 지적이 있었다.[32]

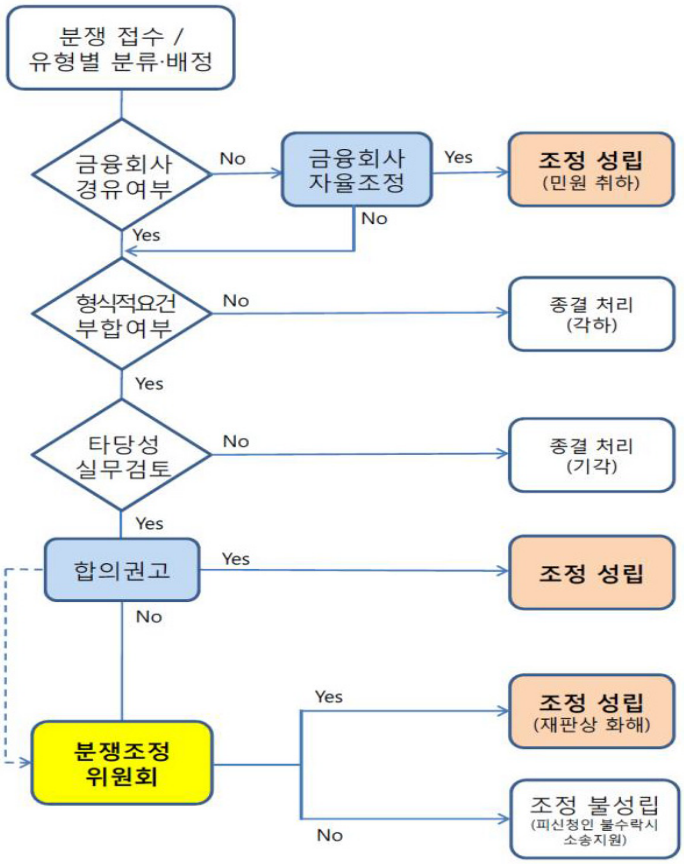
상법 보험법 주석서에 따르면, 보험회사의 보상의무의 존부, 즉 보험금지급 거절의 당부를 다투는 경우, 보통 보험금청구권자에 대한 보험회사의 지급 거절에 대하여 보험금청구권자가 소로써 다투는 것이 보통일 것이나, 이 경우 상당한 비용부담이 따르므로, 소비자 보호 내지 보험감독 차원에서 보험회사로 하여금 보험금지급 채무부존재확인의 소를 제기토록 하고 있다(정동윤 2015).

30) 금융소비자 보호에 관한 법률 제36조

31) 금융소비자 보호에 관한 법률 제41조와 제42조

32) 금융위원회의 설치 등에 관한 법률 제53조 제2항 제1호와 제56조

〈그림 Ⅱ-4〉 분쟁조정 처리절차



3. 손해사정 운영 현황

가. 손해사정 거래 규모

손해사정시장 규모는 보험회사가 손해사정에 지출하는 비용과 보험계약자 등이 손해사정사 선임에 지출한 비용을 더한 값으로 표현될 수 있다. 그러나 현재, 보험계약자 등의 손해사정사 선임 빈도 및 규모를 확인할 수 있는 공식통계나 이를 추정할 수 있는 지표가 없다. 보험회사의 손해사정 비용을 정확히 파악할 수는 없지만, 손해조사비와 손해사정 위탁 건수 및 수수료를 통해서 대략적인 규모 및 추세를 가늠할 수 있다. 다만, 손해조사비는 손해보험에 한해 집계된다는 단점이 있으며, 손해사정 위탁수수료는 보험회사에서 자

체적으로 처리하는 손해사정업무에 소요되는 비용을 포함하지 않는다는 단점이 있다.

1) 손해조사비

손해조사비는 손해사정, 소송·중재, 보험대위 및 구상권 행사 등에 소요될 것으로 예상되는 제비용을 의미한다.[33] 구체적으로, 손해조사비는 ① 손해조사 업무에 종사하는 임·직원에 정례적으로 지급되는 급여 및 수당·퇴직급여·복리후생비, ② 손해조사업무에 종사하는 사환 또는 일용원에게 지급되는 인건비, ③ 손해조사 임·직원의 업무수행에 지급된 여비교통비, ④ 손해조사업무 수행을 위해 사용된 통신비·수도광열비·세금과공과·소모품비·회의비·건물임차료·차량유지비·보험료·인쇄비·전산비·감가상각비, ⑤ 외부용역수수료, 자문비용, 소송비용 등 손해조사업무 수행을 위해 발생하는 수수료, ⑥ 손해조사업무와 관련하여 정보수집 등을 위해 소요되는 조사연구비 등을 포함한다.[34] 손해보험은 손해조사비를 재무제표상 별도의 계정으로 분류하여 작성하고 있는 반면, 생명보험에서는 손해조사비를 사업비 항목에 포함시켜 별도로 집계하지 않는다.

손해보험회사의 손해조사비는 2014~2018년 기간 동안 연평균 약 7.1% 증가하여 2018년 기준 약 2조 943억 원에 달한다(〈표 Ⅱ-15〉 참조). 동 기간 손해조사비 연평균 증가율은 특종보험이 14.4%로 가장 높고, 장기보험 11.4%, 자동차보험 4.3% 순으로 높게 나타난다. 손해보험 전체 손해조사비에서 자동차보험이 차지하는 비중은 2018년 기준 약 53.5%로 가장 높지만 감소세에 있고, 장기보험과 특종보험은 각각 31.5%, 11%를 차지하며 증가세에 있다. 동 기간 화재보험과 해상보험의 경우 손해조사비의 단조 증가 또는 감소를 보이지 않는다.

33) 보험업감독업무시행세칙 [별표 25] 장래손해조사비 산출기준

34) 보험업감독업무시행세칙 [별표 4] 계정과목별 회계처리기준 〈부표 5〉 손해조사비 계정과목의 배열 및 해설

〈표 Ⅱ-15〉 손해보험 손해조사비

(단위: 백만 원, %)

구분	화재	해상	자동차	특종	장기 등	일반보험 계
2014년	8,613	21,103	946,801	134,609	428,630	1,591,531
2015년	8,388	19,717	976,735	156,591	476,366	1,716,584
2016년	7,855	23,757	1,035,590	164,016	542,832	1,843,473
2017년	8,304	22,992	1,094,468	182,337	611,132	1,976,964
2018년	9,002	21,722	1,120,147	230,773	659,521	2,094,367
CAGR	-	-	4.3	14.4	11.4	7.1

자료: 금융감독원 금융통계정보시스템

2018년 기준 손해조사비는 보험료의 2.7%, 보험금의 6.5%를 차지한다. 동기간 보험금 대비 손해조사비의 비중은 자동차보험이 8.8%로 가장 높고, 화재보험 7.1%, 특종보험 5.9%, 해상보험 4.9%, 장기보험 4.7% 순으로 나타난다(〈표 Ⅱ-16〉 참조).

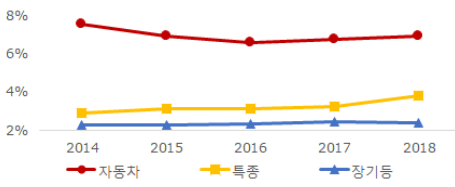
〈표 Ⅱ-16〉 손해보험 보험료 및 보험금 대비 손해조사비

(단위: %)

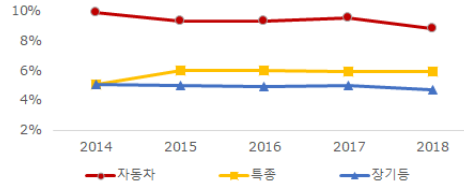
구분	보험료 대비 손해조사비						지급보험금 대비 손해조사비					
	화재	해상	자동차	특종	장기등	전체	화재	해상	자동차	특종	장기등	전체
2014년	2.8	3.0	7.6	2.9	2.3	2.4	6.8	3.3	9.9	5.1	5.0	7.3
2015년	2.8	2.9	7.0	3.2	2.3	2.4	5.3	3.0	9.3	6.0	5.0	7.1
2016년	2.6	4.0	6.6	3.1	2.4	2.5	6.4	5.0	9.3	6.0	4.9	7.1
2017년	2.8	3.7	6.8	3.3	2.4	2.6	6.0	4.5	9.5	5.9	5.0	7.0
2018년	3.3	3.8	7.0	3.8	2.4	2.7	7.1	4.9	8.8	5.9	4.7	6.5

자료: 금융감독원 금융통계정보시스템

〈그림 Ⅱ-5〉 손해보험 종목별 보험료 대비 손해조사비



〈그림 Ⅱ-6〉 손해보험 종목별 보험금 대비 손해조사비



자료: 금융감독원 금융통계정보시스템

2) 손해사정 위탁규모

2014~2018년 기간 동안 보험회사의 손해사정업무 외부위탁이 급증하였다. 손해사정업무 위탁수수료는 2014~2018년 기간 동안 연평균 8.5% 증가하여 2018년 1조 1,328억 원에 달한다(〈표 Ⅱ-17〉 참조). 동 기간 손해보험 위탁수수료는 연평균 9% 증가하여 2018년 9,621억 원으로 전체 손해사정 위탁수수료의 84.9%를 차지한다. 손해보험의 경우 손해조사비에서 위탁수수료가 차지하는 비율이 2014년 42.8%에서 점차 증가하여 2018년 45.9%에 이른다. 생명보험 위탁수수료는 연평균 5.7% 증가하여 1,707억 원에 이른다.

손해사정업무 위탁시장에서 손해보험 대형 4사와 생명보험 대형 3사가 차지하는 비율은 2018년 위탁수수료 기준 각각 80%와 82.5%로, 대형사의 경영효율화를 위한 외부위탁 동기가 큰 것으로 보인다.

2014~2018년 기간 동안 손해사정 위탁 건수는 연평균 14.4% 증가하여 2018년 기준 4,079만 건에 이르며, 손해보험이 85.5%를 차지한다. 동 기간 생명보험 위탁 건수의 연평균 증가율은 25.6%로 손해보험(13%)보다 약 두 배 빠르게 증가하였다.

〈표 Ⅱ-17〉 보험회사의 손해사정 위탁수수료

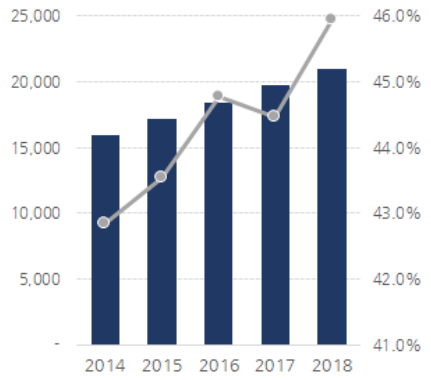
(단위: 억 원, 만 건, %)

구분		2014년	2015년	2016년	2017년	2018년	CAGR
위탁수수료	손보	6,819 (83.3) (42.8)	7,474 (82.2) (43.5)	8,253 (83.2) (44.8)	8,792 (83.8) (44.5)	9,621 (84.9) (45.9)	9.0
	생보	1,370	1,615	1,672	1,695	1,707	5.7
	소계	8,189	9,089	9,925	10,487	11,328	8.5
위탁 건수	손보	2,146	2,534	2,880	3,468	3,501	13.0
	생보	232	313	330	466	578	25.6
	소계	2,378	2,847	3,210	3,934	4,079	14.4
대형사의 위탁수수료 비중	손보	83.5	82.8	82.5	81	80	-
	생보	78.1	81.2	79.7	80.8	82.5	-

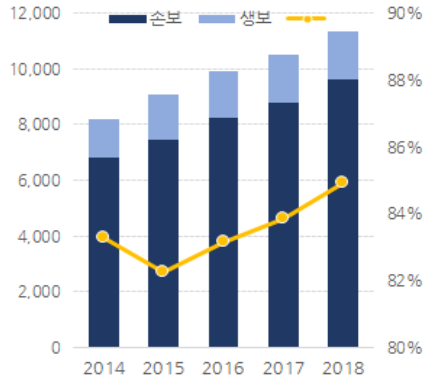
주: 1) 업무위탁이 종결되어 손해사정수수료 지급이 완료된 건 기준임
2) 괄호 안은 전체 위탁수수료에서 손해보험이 차지하는 비율과 손해조사비 대비 위탁수수료의 비율임
3) 손해보험은 대형4사, 생명보험은 대형 3사의 위탁수수료 비중을 나타냄

자료: 각 사 경영공시, 각 연도

〈그림 Ⅱ-7〉 손해보험 손해조사비



〈그림 Ⅱ-8〉 손해사정 위탁수수료



주: 1) 두 그림의 좌축 단위는 억 원임
2) 좌측 그림의 꺾은선은 손해보험회사의 손해조사비 대비 위탁수수료의 비율, 우측 그림의 꺾은선은 위탁수수료 중 손해보험회사의 구성비임
자료: 각 사 경영공시; 금융감독원 금융통계정보시스템

나. 손해사정업무 처리방식

보험회사는 내부 보상팀에서 손해사정업무를 처리하거나 자회사 또는 외부업체에 손해사정업무를 위탁한다.[35] 최근에는 보험회사 출신 임직원들이 일종의 전속 손해사정법인을 설립하여 소속 보험회사의 손해사정업무만을 전담하는 경향도 관찰된다.

2019년 기준 보험회사의 손해사정 자회사는 총 12개로, 손해보험 대형 4사와 생명보험 대형 3사는 자회사를 가진다. 손해보험의 경우 해상보험을 제외한 재물, 신체, 자동차 관련 손해사정을 수행하는 자회사를 가진다(〈표 Ⅱ-18〉 참조). 삼성생명서비스 손해사정을 제외한 모든 자회사는 발행주식의 총수를 모회사가 100% 보유하는 완전자회사이다.

손해사정 자회사를 가진 생명보험회사는 청구 건의 대부분을 본사에서 처리하기 보다는 자회사에 위탁하는 것으로 나타난다. 삼성생명의 경우 2017년 기준 본사처리 건수가 1.7%에 불과하고 나머지는 모두 자회사에 위탁하였다(〈표 Ⅱ-19〉 참조). 교보생명도 손해사정 외부위탁을 전적으로 자회사에 의존하고 있으며, 한화생명의 자회사 위탁비중은 다소 감소세를 보이지만, 2018년 위탁수수료 기준 93.3%에 달한다(〈표 Ⅱ-20〉 참조). 반면, 손해보험회사의 경우 외부위탁 수수료에서 자회사가 차지하는 비율이 2018년 기준

35) 상법 제342조의2에서는 다른 회사 발행주식의 100분의 50을 초과하는 주식을 가진 회사를 모회사로, 이러한 모회사에 종속된 회사를 자회사로 정의함

66.1~89.9%로, 생명보험회사에 비해서는 다소 낮다. 해상보험이나 특종보험 등은 외부위탁이 불가피하기 때문으로 보인다.

〈표 Ⅱ-18〉 보험회사의 손해사정 자회사 현황

구분		자회사	설립연월일 (취득연월일)	취급종목	소유비율
손해보험	삼성화재 (2)	삼성화재서비스손해사정	1996. 1. 30 (2002. 5. 28)	1·4종	100%
		삼성화재애니카손해사정	1998. 10. 15	1·3종	100%
	DB손보 (4)	DB자동차보험손해사정	1984. 2. 29	3종	100%
		DBCAS손해사정	2011. 3. 17	4종	100%
		DBCSI손해사정	2011. 3. 17	1·4종	100%
		DBCNS자동차손해사정	2011. 3. 17	-	100%
	현대해상 (2)	현대하이카손해사정	1990. 2. 22 (2000. 2. 10)	1·3·4종	100%
		현대라이프손해사정	2002. 6. 20 (2004. 4. 1)	1·4종	100%
	KB손보(1)	KB자동차손해사정	2007. 5. 18	1·4	100%
생명보험	삼성생명(1)	삼성생명서비스손해사정	2000. 1. 18 (2011. 5. 2)	4종	99.78%
	교보생명(1)	KCA손해사정	2002. 7. 5	4종	100%
	한화생명(1)	한화손해사정	2005. 3. 22	4종	100%

주: 1) 설립연월일과 취득연월일이 다른 경우에는 취득연월일을 ( ) 안에 표시함
2) 전속회사는 모기업인 보험회사 출신 임직원들이 설립한 유사 자회사로서 모기업의 손해사정업무만을 전담하는 손해사정법인임

자료: 각 사 경영공시(2019)

〈표 Ⅱ-19〉 생명보험회사의 손해사정업무 처리현황

(단위: 건, %)

구분	청구 건수	본사 처리 건수		위탁손사 처리 건수	
		건수	비중(%)	건수	비중(%)
한화생명	1,344,772	280,465	21	1,064,307	79
ABL생명	165,271	51,164	31	114,107	69
삼성생명	1,983,233	34,267	1.7	1,948,966	98.3
교보생명*	1,333,840	957,449	71.8	376,391	28.2
DB생명	97,828	75,550	77.2	22,278	22.8
미래에셋생명**	129,426	51,067	39.5	78,359	60.5
DGB생명	77,423	58,965	76.2	18,458	23.8
동양생명	315,916	211,480	67	104,436	33
KB생명	7,499	7,371	98	128	2
ING생명	187,433	181,255	96.7	6,178	3.3
라이나생명	493,316	481,416	97.6	11,900	2.4
메트라이프	90,634	88,601	97.8	2,033	2.2
하나생명	2,080	1,984	95.4	96	4.6
처브라이프	15,263	14,204	93	1,059	7
계	6,135,957	2,390,449	39	3,745,508	61

주: 2017년 기준이며, *의 경우 조사위탁 건은 위탁업체에서 조사·실행 후 본사에서 심사한 건을 포함하며, **의 경우 무심사 자동지급 건을 포함하지 않음

자료: 보험회사 제공

〈표 Ⅱ-20〉 보험회사별 손해사정 위탁업무의 자회사 의존도

(단위: %)

구분		위탁 건수 기준					위탁수수료 기준				
		2014	2015	2016	2017	2018	2014	2015	2016	2017	2018
손해보험	삼성화재	58.1	56.8	55.3	58.4	68.5	71.3	71.9	73.3	78.4	79.9
	현대해상	98.6	98.6	98.7	98.8	93.4	77.9	77.5	79.0	81.3	66.1
	DB손보	99.1	99.2	98.9	99.1	99.2	84.4	87.9	87.6	89.0	89.9
	KB손보	98.2	98.4	98.7	74.4	98.7	75.5	75.0	76.7	78.2	78.9
생명보험	교보생명	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	삼성생명	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	한화생명	100	95.9	91.4	99.5	99.5	100	96.3	94.5	93.5	93.3

주: 보험회사의 손해사정업무 전체 위탁 건수 및 수수료에서 자회사가 차지하는 비율을 나타냄

자료: 각 사 경영공시, 각 연도

손해보험회사는 생명보험회사에 비해 손해사정 종목이 다양하여 위탁업체 수가 보험회사별로 5~116개로 상대적으로 많다(〈표 Ⅱ-21〉, 〈표 Ⅱ-22〉 참조). 2018년 기준 농협손보는 47개 업체에 손해사정을 위탁, 특정 업체에 대한 의존도가 높지 않은 반면, 삼성화재는 82개 업체에 위탁하였으나 1개사의 비중이 72%를 차지할 정도로 위탁집중도가 높은 편이다. 손해보험의 경우 자회사를 가진 손해보험회사의 위탁집중도가 대체로 높은 편이지만, 현대해상의 경우 116개사에 위탁하였으며, 상위 1개사의 비중이 38.5%로 집중도가 상대적으로 낮은 편이다. 생명보험의 경우 자회사를 가진 보험회사를 제외하면, 상위 1개사의 비중이 13~63.9%에 분포한다.

〈표 Ⅱ-21〉 손해보험회사별 위탁 손해사정업체 이용현황

(단위: 개사, %)

구분	위탁업체 수	위탁수수료 기준		
		CR1	CR3	HHI
농협손보	47	10.2	20.1	514
메리츠손보	51	14.8	26.6	710
한화손보	46	16.9	29.1	772
흥국화재	76	20.9	33.6	848
엠지손보	31	17.3	29.5	866
롯데손보	28	32.3	52.4	1,916
현대해상	116	38.5	65.7	2,482
더케이손보	9	43.0	69.6	2,667
악사손보	5	42.7	74.6	2,847
DB손보	51	43.1	70.1	2,979
KB손보	67	44.7	79.2	3,184
삼성화재	82	72.0	79.5	5,247

주: 2018년 기준이며, CR1(4)는 시장점유율 상위1(4)개사의 시장점유율이며, HHI는 허핀달지수임
자료: 각 사 경영공시(2018)

〈표 Ⅱ-22〉 생명보험회사별 위탁 손해사정업체 이용현황

(단위: 개사, %)

구분	위탁업체 수	위탁수수료 기준		
		CR1	CR3	HHI
농협생명	10	13	33.6	1,017
미래에셋생명	7	22.9	53.2	1,746
ABL생명	7	27.2	62.4	2,150
DB생명	5	26.6	67.4	2,273
AIA생명	6	32.5	67.9	2,362
라이나생명	6	32.3	70.4	2,387
메트라이프생명	4	32.3	78	2,572
KB생명	5	34.6	82.4	2,629
KDB생명	3	38.8	100	3,435
동양생명	7	63.9	84.5	4,485
BNP파리바	2	54	100	5,032
DGB생명	2	56.6	100	5,087
교보생명	1	100	100	10,000
교보플래닛	1	100	100	10,000
삼성생명	1	100	100	10,000

주: 2018년 기준이며, CR1(4)는 시장점유율 상위1(4)개사의 시장점유율이며, HHI는 허핀달지수임
자료: 각 사 경영공시(2018)

다. 손해사정 위탁시장 경쟁

손해사정 건당 위탁수수료와 재물보험의 손해사정 보수요율의 변화에 따르면, 손해사정 위탁시장의 경쟁이 대체로 심화되는 경향을 보인다. 손해사정 종목과 손해사정업무의 난이도가 다양하다는 점을 감안하면, 건당 위탁수수료를 종목별·난이도별로 살펴볼 필요가 있으나, 현재로서는 이용가능한 자료가 제한적이다. 2014~2018년 기간 동안 건당 위탁수수료가 대체로 감소하였다. 손해보험 전체적으로 건당 위탁수수료는 2014년 31,780원이었으나 2018년 27,480원으로 감소하였다(〈표 Ⅱ-23〉 참조). 손해보험에서 건당 위탁수수료는 자회사가 비자회사보다 높게 나타나며, 자회사와 위탁법인 모두 2014년에 비해 감소하였다. 생명보험의 경우 건당 위탁수수료는 2014년 59,053원에서 2018년 29,549원으로 감소하였다. 손해보험과 달리 생명보험에서는 자회사의 건당 위탁수수료가 위탁법인

보다 낮게 나타났다. 생명보험의 경우 자회사를 가진 보험회사는 대부분의 위탁물건을 자회사에 맡기기 때문에, 자회사와 비자회사의 건당 수수료는 결국 자회사를 가진 보험회사와 그렇지 않은 보험회사 간 위탁수수료 차이로 볼 수 있다. 손해사정 자회사가 없는 생명보험회사의 경우 난이도 및 건당 수수료가 상대적으로 높은 조사 및 심사업무만 외부 손해사정업체에 위탁했을 가능성을 배제할 수 없다.[36]

〈표 Ⅱ-23〉 보험회사의 손해사정 건당 위탁수수료

(단위: 원, %)

구분	손해보험(1~4종)			생명보험(4종)		
	자회사	비자회사	계	자회사	비자회사	계
2014년	32,931	29,918	31,780	52,599	104,827	59,053
2015년	31,828	26,049	29,495	46,146	100,281	51,516
2016년	32,351	23,602	28,654	45,536	86,879	50,705
2017년	32,508	17,688	25,352	32,465	68,272	36,330
2018년	29,711	24,460	27,480	27,453	44,179	29,549
CAGR	-2.5	-4.9	-3.6	-15.0	-19.4	-15.9

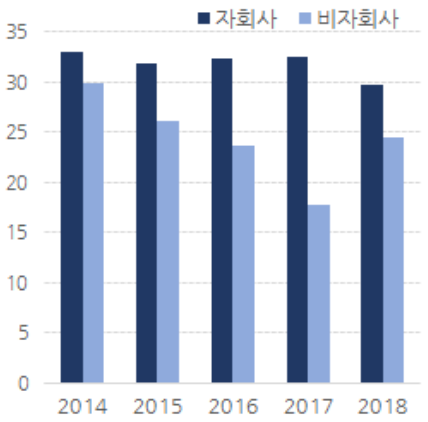
주: 업무위탁이 종결되어 손해사정수수료 지급이 완료된 건 기준임
자료: 각 사 경영공시, 각 연도

재물보험에 대한 위탁수수료율 표를 살펴보면, 손해사정금액이 1천만 원 미만인 건에 대한 수수료율은 세분되어 전체 보험금지급 건에서 손해사정금액이 500만 원 이하인 건의 비율이 높은 경우 종전에 비해 평균적으로 낮아졌다 볼 수 있다. 2003년에는 손해사정금액이 1천만 원 미만인 건에 대해 66만 원의 기본료가 지급되었으나 2019년에는 35~75만 원이 지급된다(〈표 Ⅱ-24〉 참조).

36) 2019년 삼성생명 경영공시에 따르면, 자회사 위탁건이라 할지라도 조사 및 심사 업무의 건당 수수료는 26,526원, 비대면 접수업무의 건당 수수료는 약 2,887원(위탁법인은 2,321원)임

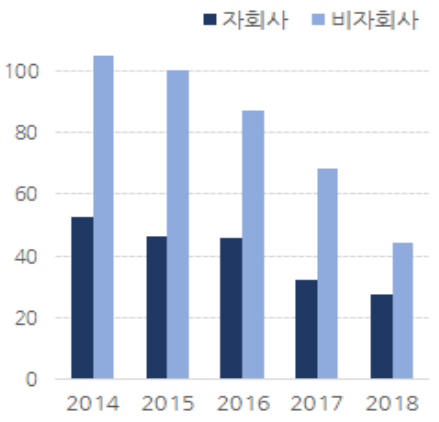
〈그림 Ⅱ-9〉 손해보험 1건당 위탁수수료

(단위: 천 원)



〈그림 Ⅱ-10〉 생명보험 1건당 위탁수수료

(단위: 천 원)



자료: 각 사 경영공시; 금융감독원 금융통계정보시스템

〈표 Ⅱ-24〉 위탁손해사정업체 수수료율 현황: 재물보험

(단위: 만 원, %)

손해사정금액	2003년	2019년				
		A사	B사	C사	D사	E사
단순	기본료 66	35	35	0	0	0
3백만 원		51.5	50	50	0	0
5백만 원		67	60	60	50	50
1천만 원		75	74	70	70	66
1~2천만 원	5.06	5.57	5.06	5.06	5.06	5.06
2~3천만 원	4.18	4.6	4.18	4.18	4.18	4.18
3~5천만 원	3.74	4.11	3.74	3.74	3.74	3.74
5천~1억 원	2.88	3.17	2.88	2.88	2.88	2.88
1~2억 원	2.2	1.94	2.2	1.98	1.94	2.2
2~3억 원	1.95	1.61	1.95	1.76	1.61	1.95
3~5억 원	1.61	1.33	1.33	1.37	1.33	1.61
5~10억 원	1.27	1.06	1.06	1.08	1.06	1.27
10~20억 원	1.11	0.78	0.78	0.86	0.78	1.11
20~30억 원	1.02	0.71	0.71	0.78	0.71	1.02
30~50억 원	0.91	0.64	0.64	0.7	0.64	0.91
50억 원 초과	0.41 가산	0.28 가산	0.28 가산	0.2 가산	0.28 가산	0.2 가산
100억 원 초과	0.2 가산	0.1 가산	0.1 가산	0.1 가산	0.1 가산	0.1 가산

자료: 대한손해사정법인협회

라. 손해사정사

1977년 손해사정사 자격시험 제도가 도입된 이후 2019년까지 누적 합격자 수는 12,095명이다. 손해사정사 자격시험 합격자를 분야별로 살펴보면, 신체가 전체의 59.3%로 가장 많고, 차량이 27.8%, 재물이 12.9%를 차지한다(〈표 Ⅱ-25〉 참조).

〈표 Ⅱ-25〉 손해사정사 합격자 현황

(단위: 명)

구분	재물	차량	신체	합계
1978~2013년	1,257 1종: 952 2종: 305	2,748 3종 대물	4,498 3종대인: 3,426 4종: 1,072	8,503 (추정)
2014년	51	101	591	743
2015년	51	102	501	654
2016년	50	105	470	625
2017년	57	103	381	541
2018년	49	101	409	559
2019년	42	100	328	470
합계	1,557	3,360	7,178	12,095

주: 2018년 10월 기준임
자료: 한국손해사정사회, 대한손해사정법인협회

활동 중인 손해사정사의 절반 이상이 보험회사에 고용된 것으로 파악된다. 2017년 12월 말 기준, 보험회사에 고용되거나 자회사에 고용된 손해사정사는 각각 전체 활동 손해사정사의 58.9%, 15.6%를 차지하며, 비자회사 소속 손해사정사와 보험소비자 선임 손해사정사는 각각 8.2%, 17.4%를 차지한다(〈표 Ⅱ-26〉 참조). 비자회사 손해사정업체의 경우 근무여건이 상대적으로 열악하여 소속 손해사정사의 이직률이 높은 것으로 조사된다.

〈표 Ⅱ-26〉 고용형태별 손해사정사 현황

(단위: 명)

구분	고용 손해사정사	위탁손해사정사		공공 손해사정사	계
		자회사	비자회사		
손해사정사	3,191	843	443	940	5,417
사무원(보조인)	2,881	3,968	2,799	727	10,375
계	6,072	4,811	3,242	1,667	15,792

주: 2017년 12월 말 기준임
자료: 한국손해사정사회

손해보험회사에서 손해사정업무를 담당하는 직원은 2019년 기준 4,814명으로, 이중 손해사정사 자격증을 소지한 자가 41.5%에 이른다(〈표 Ⅱ-27〉 참조).

〈표 Ⅱ-27〉 손해보험회사의 종별 손해사정사 현황

(단위: 명, %)

구분		2015년	2016년	2017년	2018년	2019년
손해사정업무 담당자	차량	998	1,019	1,028	1,024	1,052
	신체	3,605	3,603	3,588	3,578	3,494
	재물	243	257	275	263	267
	종합	-	1	1	1	1
	계	4,846	4,880	4,892	4,866	4,814
손해사정업무 담당자 중 손해사정사 비중(%)	차량	35.1	36.3	34.6	34.7	35.2
	신체	45.7	42.2	42.4	43.1	43.3
	재물	47.7	49	45.1	42.2	42.3
	종합	-	100	100	100	100
	계	43.6	41.3	40.9	41.3	41.5
손해사정사 자격증 소지자		3,159	3,202	3,186	3,320	3,409

주: 대물은 제3종(대물, 차량) 또는 제3종(대물), 대인은 제3종(대인)
자료: 금융감독원, 금융통계정보시스템

마. 손해사정의 양적 결과: 보험금지급·부지급·지연

2016~2019년 기간 동안 직전 3개 회계연도의 신계약 중 보험금 청구권자가 약관상 보험금지급 사유로 인지하고 보험금을 청구하여 지급 심사가 6개월 내에 완료된 건수 중 보험금이 지급된 건수의 비율은 종목에 상관없이 98%를 상회한다(〈표 Ⅱ-28〉 참조). 건당 지급금액은 2019년 기준 자동차보험이 161만 원으로 가장 높고, 생명보험 69만 원, 장기보험 48만 원 순이다. 청구서류 접수에서 지급까지 소요되는 시간은 자동차보험이 0.37일로 가장 짧고, 장기보험 1.07일, 생명보험 2.2일이다.

보험금이 지급된 건 중에서 지급이 지연된 건은 2019년 기준 장기보험이 2.89%, 생명보험이 8.46%를 차지한다(〈표 Ⅱ-29〉 참조). 전체 지급보험금 대비 지연 건의 지급보험금이 차지하는 비율은 장기보험이 21.1%, 생명보험이 31.6%이다. 건당 지연일수는 장기보험이 13.6일, 생명보험이 6.2일로, 장기보험의 지연일수가 더 길다. 지급금액이 클수록 보험금

지급이 지체되는 경향을 볼 수 있다. 장기보험의 건당 지연금액은 353만 원으로, 전체 지급보험금 평균(48만 원)보다 약 7.3배 크다. 마찬가지로, 생명보험의 건당 지연금액은 256만 원으로 전체 지급보험금 평균(69만 원)보다 3.7배 더 크다.

〈표 Ⅱ-28〉 보험금지급 현황

(단위: %, 천 원, 일)

구분		2016년	2017년	2018년	2019년
지급률	자동차보험	99.0	99.3	99.3	99.5
	장기보험	98.3	98.3	98.6	98.5
	생명보험	99.1	99.1	99.2	99.2
건당 지급금액	자동차보험	1,347	1,411	1,517	1,614
	장기보험	598	551	484	484
	생명보험	639	686	722	685
건당 지급소요일수	자동차보험	0.48	0.48	0.41	0.37
	장기보험	1.15	1.26	1.19	1.07
	생명보험	1.4	1.9	1.8	2.2

주: 지급률은 청구 건수 대비 지급 건수의 비율이며, 청구 건수는 직전 3개 회계연도의 신계약을 대상으로 산출대상기간(상반기의 경우 해당연도 1. 1~6. 30, 하반기의 경우 해당연도의 7. 1~12. 31)동안 보험금 청구권자가 약관상 보험금지급 사유로 인지하고 보험금을 청구한 건 중 지급 심사가 동일기간 내에 완료된 건수임

자료: 각 사 경영공시, 각 연도

〈표 Ⅱ-29〉 보험금지급 지연 현황

(단위: 건, 억 원, 천 원, %)

구분		2016년	2017년	2018년	2019년
지연 건수	장기보험	118,377	137,620	129,098	176,838
	생명보험	76,513	142,265	69,483	124,250
지연금액	장기보험	4,279	5,690	4,948	6,240
	생명보험	3,226	3,159	2,881	3,176
건당 지연금액 (천 원)	장기보험	3,615	4,135	3,833	3,529
	생명보험	4,216	2,221	4,146	2,556
건당 지연일수	장기보험	13.3	14.4	14.8	13.6
	생명보험	9.3	7.1	7.5	6.2
지연율(건수 기준)	장기보험	2.77	3.08	2.61	2.89
	생명보험	4.21	9.04	4.87	8.46
지연율(금액 기준)	장기보험	16.73	23.11	20.68	21.07
	생명보험	27.77	29.25	27.97	31.57

주: 1) 청구 건수는 직전 3개 회계연도의 신계약을 대상으로 산출대상기간(상반기의 경우 해당연도 1. 1~6. 30, 하반기의 경우 해당연도의 7. 1~12. 31)동안 보험금 청구권자가 약관상 보험금지급 사유로 인지하고 보험금을 청구한 건 중 지급 심사가 동일기간 내에 완료된 건수임

2) 지급 지연율은 지급 건 대비 지연건의 비율(건수 기준), 지급금액 대비 지연금액의 비율임(금액 기준)

자료: 각 사 경영공시 각 연도

직전 3개 회계연도의 신계약 중 보험금 청구권자가 약관상 보험금지급 사유로 인지하고 보험금을 청구한 건 중 지급 심사가 6개월 내에 완료된 건수 중 보험금지급이 거절된 건수의 비율은 2019년 기준 장기보험이 1.46%로 가장 높고, 생명보험 0.87%, 자동차보험 0.53% 순이다(〈표 Ⅱ-30〉 참조).

〈표 Ⅱ-30〉 보험금 부지급 현황

(단위: 천 건, %)

구분	부지급 건수			부지급률		
	자동차보험	장기보험	생명보험	자동차보험	장기보험	생명보험
2016년	54	74	16	0.81	1.70	0.87
2017년	49	75	14	0.75	1.65	0.90
2018년	45	71	12	0.66	1.42	0.82
2019년	37	90	13	0.53	1.46	0.87

주: 부지급률은 청구 건수 대비 부지급 건수의 비율이며, 청구 건수는 직전 3개 회계연도의 신계약을 대상으로 산출대상기간(상반기의 경우 해당연도 1. 1~6. 30, 하반기의 경우 해당연도의 7. 1~12. 31)동안 보험금 청구권자가 약관상 보험금지급 사유로 인지하고 보험금을 청구한 건 중 지급 심사가 동일기간 내에 완료된 건수임

자료: 각 사 경영공시, 각 연도

보험금지급 지연 사유는 장기보험과 생명보험 모두 '지급 사유 조사'가 86% 이상으로 대부분을 차지한다(〈표 Ⅱ-31〉 참조). 지급 사유 조사는 보험계약 및 보험사고내용, 약관상 면부책 여부, 고지의무 위반 여부, 보험사기 여부 등을 조사하는 것으로 대부분 손해사정사의 업무영역에 해당한다. 지급 지연 사유로서 '소송 및 분쟁조정'의 비율은 종목에 상관없이 감소하였다. 소송 및 분쟁조정으로 인한 지급 지연은 장기보험의 경우 2016년 0.4%에서 2019년 0.1%로 감소하였고, 생명보험의 경우 0.23%에서 0.02%로 감소하였다(〈표 Ⅱ-31〉 참조).

〈표 Ⅱ-31〉 보험금지급 지연 사유 현황

(단위: %)

구분		2016년	2017년	2018년	2019년
지급 사유 조사	장기보험	81.9	84.1	84.2	86.6
	생명보험	89	91	87.6	88.2
소송 및 분쟁조정	장기보험	0.4	0.2	0.1	0.1
	생명보험	0.23	0.14	0.1	0.02
수사기관 수사	장기보험	0.1	0.1	0.1	0.1
	생명보험	0.09	0.06	0.09	0.02
기타	장기보험	17.7	15.6	15.5	13.2
	생명보험	10.7	8.8	12.3	11.8

자료: 각 사 경영공시, 각 연도

보험금 부지급 사유를 보험종목별로 살펴보면, 2019년 기준 장기보험의 경우 약관상 면부책과 고지의무 위반이 각각 78.6%, 16.3%로 장기보험 부지급의 95%를 차지한다(〈표 Ⅱ-32〉 참조). 마찬가지로, 생명보험에서도 약관상 면부책과 고지의무 위반이 각각 41.5%, 51.9%로, 생명보험 부지급의 약 93%를 차지한다. 반면, 자동차보험에서는 배상책임 면책과 보험사기가 각각 53%, 31%로 높은 비율을 차지한다. 보험금 부지급의 주요사유를 구성하는 약관상 면부책, 고지의무 위반, 배상책임 면책, 보험사기 등을 조사하고 확인하는 것은 손해사정사의 주요업무이다.

〈표 Ⅱ-32〉 보험금 부지급 사유 현황

(단위: %)

구분		2016년	2017년	2018년	2019년
장기보험	약관상 면·부책	86.2	84.8	82.2	78.6
	고지의무위반	10.8	11.8	13.8	16.3
	계약상무효	0.8	0.5	0.2	0.1
	소송 및 분쟁조정	0.04	0.04	0.04	0.02
	보험사기	0.7	0.7	0.6	0.6
	기타	1.5	2.1	3.2	4.3
자동차보험	약관상 면·부책	8.4	9.7	12	13.2
	소송 및 분쟁조정	0.4	0.8	0.5	0.7
	보험사기	25.6	24.8	26.7	31.1
	배상책임면책	60.3	62.5	59.6	53.1
	기타	5.3	2.3	1.3	1.9
생명보험	약관상 면·부책	51.5	50.1	42.8	41.5
	고지의무 위반	34.1	39.9	49.5	51.9
	계약상 무효	7.3	6.8	6.7	5.3
	소송 및 분쟁조정	0.7	0.6	0.3	0.4
	보험사기	0.04	0.02	0.06	0.09
	기타	6.3	2.6	0.7	0.8

주: 보험종목별 전체 부지급 건수 대비 지급 사유별 부지급 건수의 비율임
자료: 각 사 경영공시, 각 연도

바. 손해사정의 질적 결과: 민원·분쟁·소송

보험금지급과 관련된 민원·분쟁·소송은 손해사정의 질적 결과를 나타낸다. 보험회사에 접수된 자체민원과 금융감독원에 접수된 대외민원을 사유별로 살펴보면, 보험금지급과 관련된 민원의 비율은 2019년 기준 손해보험과 생명보험이 각각 61%, 34%를 차지한다(〈표 Ⅱ-33〉 참조). 이처럼 손해보험의 경우 대부분의 민원이 보험금지급과 밀접한 관련이 있다.

〈표 Ⅱ-33〉 유형별 보험민원 현황

(단위: 건, %)

구분		2015년	2016년	2017년	2018년	2019년
손해보험 민원 건수		35,266	34,493	32,661	31,293	33,981
구성비	모집	18.3	17.6	16.7	16.8	17.2
	유지관리	20.6	16.7	17.2	17.2	15.7
	보험금지급	50.5	56.8	57.0	57.2	60.6
	기타	10.6	8.8	9.1	8.7	6.6
생명보험 민원 건수		33,003	30,710	27,490	28,976	28,630
구성비	모집	52.6	48.6	45.4	43.4	53.9
	유지관리	8.8	7.2	7.8	7.4	6.1
	보험금지급	30.5	36.3	39.6	42.7	34.4
	기타	8.0	7.9	7.2	6.4	5.6
손·생보 민원 건수		68,269	65,203	60,151	60,269	62,611

주: 1) 자체민원과 대외민원을 포함함
2) 기타는 재산운용, 보험질서, 여신 등의 민원 및 제도 관련 질의 등(처리 중인 민원 포함)
3) 괄호 안은 전체 보험민원 건수 대비 보험금지급 관련 민원 건수의 비율임

자료: 각 사 경영공시, 각 연도

2016~2019년 기간 동안 금융감독원 분쟁조정위원회에 접수된 보험 관련 민원은 계속해서 증가하였다. 2016년 보험분쟁 접수 건수는 2만 1,505건으로 전체 금융권역 분쟁 접수건의 약 85%를 차지하였으나, 2019년 2만 6,537건으로 증가하여 전체의 약 90%를 차지한다(〈표 Ⅱ-34〉 참조). 동 기간 즉시연금 및 암보험 분쟁 접수가 급증하였다.

〈표 Ⅱ-34〉 금융권역별 분쟁조정 접수현황

(단위: 건, %)

구분		2016년	2017년	2018년	2019년
접수 건수		25,226	25,205	28,118	29,622
구성비	은행·중소서민	11.9	7.3	7.0	7.0
	금융투자	2.9	2.1	1.9	3.4
	보험	85.2	90.7	91.1	89.6

자료: 금융감독원 금융소비자보호처, 금융분쟁통계

동 기간 보험분쟁 처리 건수는 2016년 2만 2,659건에서 2019년 2만 5,090건으로 증가하였다. 고지의무 위반, 면·부책 결정, 장해등급, 보험금 산정, 보험금지급 지연 등 손해사정과 관련된 분쟁조정 처리 건수가 전체 보험분쟁조정 처리 건수의 약 80%를 차지한다(〈표 Ⅱ-35〉 참조).

〈표 Ⅱ-35〉 보험분쟁 유형별 처리현황

(단위: 건, %)

구분			2016년	2017년	2018년	2019년
보험분쟁 처리 건수			22,659	22,678	21,545	25,090
구성비	보험모집		4.3	1.2	1.2	1.4
	계약성립·실효		1.1	1.3	1.2	1.4
	손해사정	고지의무위반	5.5	5.8	5.0	5.3
		면·부책 결정	22.3	23.2	18.0	15.6
		장해등급	1.6	1.7	1.2	1.1
		보험금 산정	42.4	46.1	36.5	57.8
		보험금지급 지연	20.2	17.4	20.1	
		소계	92	94.2	80.8	79.8
	기타		2.6	3.3	16.8	17.4
금융권역 전체 처리 건수			26,608	25,044	23,849	27,660

주: 1) 보험분쟁 처리 건수 대비 유형별 처리 건수의 비율임
2) 고지의무 위반, 면·부책 결정, 장해등급 등은 모두 보험회사의 보험금지급 여부 및 범위에 관한 사항으로 손해사정업무에 포함됨

자료: 금융감독원 금융소비자보호처, 금융분쟁통계

제윤경 의원이 공개한 자료에 따르면, 2015~2017년 기간 동안 분쟁접수 건은 총 6만 5,307건으로, 이중 38%는 자율조정, 합의권고 및 취하 등 합의가 이루어진다(〈표 Ⅱ-36〉 참조). 기각과 각하가 각각 37%, 12.6%이며 민원인이 임의 취하하는 비율도 11%에 달한다. 분쟁조정위원회에 회부되는 건은 3년 동안 총 49건으로, 분쟁조정위원회 회부 건의 약 75%인 36건에 대해 인용결정이 내려졌다. 분쟁조정위원회는 주로 선례가 없는 사건들을 중심으로 운영되고 있어 회부율이 높지는 않으나, 분쟁조정위원회에 회부되지 않더라도 금융감독원 분쟁조정국 내 조정기능이 발휘되고 있어 분쟁민원의 수용률이 2019년 기준 45.8%에 이른다.

〈표 Ⅱ-36〉 2015~2017년 보험분쟁 처리결과

(단위: 건, %)

구분	처리 건수			처리결과별 구성비		
	생명보험	손해보험	계	생명보험	손해보험	계
합의	6,654	18,253	24,907	28.4	43.6	38.1
기각	12,517	11,671	24,188	53.4	27.9	37.0
각하	3,019	5,182	8,201	12.9	12.4	12.6
민원인 임의취하	691	6,298	6,989	2.9	15.0	10.7
분조위 회부: 인용	9	27	36	0.0	0.1	0.1
분조위 회부: 기각, 각하	1	12	13	0.0	0.0	0.0
기타	541	432	973	2.3	1.0	1.5
계	23,432	41,875	65,307	100	100	100

주: 재민원, 중복민원은 포함되지 않으며, 합의는 자율조정성립, 합의 권고 및 취하 등을 포함함
자료: 국회의원 제윤경 보도자료(2018. 10. 12), "금감원 보험민원 99% 이상 보험사의 소제기 등으로 무력화"

보험금지급 관련 소송 건수는 2014~2019년 기간 동안 손해보험에서 감소세를 보이는 반면, 생명보험에서는 뚜렷한 변화를 보이지 않는다. 청구 1만 건당 보험금지급 관련 신규소송 건수의 비중은 감소세를 보이며 2019년 기준 손해보험 0.89건, 생명보험 0.82건이다(〈표 Ⅱ-37〉 참조). 손해보험의 보험금지급 관련 소송 건수는 6,748건에서 점차 감소하여 2019년 5,356건이며, 이 중 보험회사가 원고인 소송 건수의 비율은 2014년 55%에서 2019년 37%로 감소하였다. 생명보험의 보험금지급 관련 소송 건수는 2019년 991건으로, 이 중 보험회사가 원고인 소송 건의 비율은 2015년 29%에서 2018년에는 60%에 이르렀다.

보험금지급 관련 소송의 결과를 살펴보면, 보험회사가 원고인 소송에서 보험회사가 전부승소한 비율은 2019년 기준 손해보험 48.5%, 생명보험 73.2%에 불과하다(〈표 Ⅱ-38〉, 〈표 Ⅱ-39〉 참조). 보험회사의 전부승소율이 대체로 증가하는 추세이지만, 보험소비자와 달리 보험회사의 경우 소송제기에 앞서 내부 법무팀의 충분한 검토가 있었을 것임을 감안하면, 전부승소 비율이 높다고 보기 어렵다. 보험회사가 원고인 소송에서 보험회사가 전부 패소한 비율은 손해보험 9.6%, 생명보험 3.1%이다. 보험회사가 원고인 소송 중 조정, 화해, 소취하 등 선고외 결정이 난 소송 건수의 비율은 손해보험 36.1%, 생명보험 17.8%이다.

보험회사가 피고인 소송에서 보험회사가 전부 승소한 비율은 2019년 기준 손해보험이 15.8%, 생명보험이 42.5%로, 보험소비자의 소송이 이유 없지 않음을 보여준다. 또한 보험회사가 피고인 소송의 경우 소송이 판결까지 진행되지 않은 채, 조정, 화해, 소취하 등으로

마무리되는 비율이 상대적으로 높다. 보험회사가 피고인 소송에서 손해보험은 조정, 화해, 소취하 등 선고외의 비중이 손해보험과 생명보험에서 각각 46.6%, 43.7%로, 보험회사가 원고인 소송에서보다 각각 10.5%p, 25.9%p 높다.

〈표 Ⅱ-37〉 보험금지급 관련 본안소송 신규 건수

(단위: 건, %)

구분		2014년	2015년	2016년	2017년	2018년	2019년
손해보험	보험회사 원고	3,705	3,168	3,045	3,169	2,388	2,008
	보험회사 피고	3,043	3,107	3,183	3,026	3,097	3,348
	소제기 비율(%)	0.85	1.93	1.88	1.69	1.04	0.89
생명보험	보험회사 원고	427	266	285	368	601	501
	보험회사 피고	544	661	618	515	407	490
	소제기 비율(%)	1.23	1.02	0.93	0.88	0.92	0.82

주: 1) 보험금 청구 및 지급 관련 소송은 채무(부)존재확인소송, 부당이득반환청구소송, 보험계약무효확인 및 부당이득반환청구소송, 보험금 청구소송, 손해배상청구소송 등을 포함함
2) 소제기 비율은 보험금 청구 1만 건당 신규 건수로 산출함

자료: 손해보험협회; 생명보험협회

〈표 Ⅱ-38〉 보험금지급 관련 본안소송결과: 손해보험

(단위: 건, %)

구분			2014년	2015년	2016년	2017년	2018년	2019년
보험회사원고	소송결과 건수		2,478	2,954	3,043	3,341	2,912	2,738
	구성비	선고외 비율	45.9	52.6	49.6	42.2	37.3	36.2
		선고 비율	54.1	47.4	50.4	57.8	62.7	63.8
		구성비 전부승소율	47.0	39.2	39.5	48.8	51.8	48.5
		구성비 전부패소율	3.6	4.6	5.8	5.2	5.4	9.6
		구성비 일부승소율	3.5	3.6	5.1	3.8	5.5	5.8
보험회사피고	소송결과 건수		2,511	3,037	3,173	3,046	2,991	3,088
	구성비	선고외 비율	52.4	51.8	50.6	49.2	47.2	46.7
		선고 비율	47.6	48.2	49.4	50.8	52.8	53.3
		구성비 전부승소율	16.0	17.3	19.4	18.4	19.6	15.8
		구성비 전부패소율	2.3	2.5	2.5	3.2	4.4	4.4
		구성비 일부승소율	29.3	28.4	27.5	29.2	28.8	33.1

주: 1) 선고외는 조정, 화해, 소취하 등을 포함함
2) 선고외 비율(선고 비율)은 소송결과 건수 대비 선고외 건수(선고 건수) 비율이며, 전부승소(패소)율은 전부승소(패소) 건수를 소송결과 건수로 나눈 값임

자료: 손해보험협회

〈표 Ⅱ-39〉 보험금지급 관련 본안소송결과: 생명보험

(단위: 건, %)

구분				2014년	2015년	2016년	2017년	2018년	2019년
보험회사원고	소송결과 건수			211	375	345	380	497	522
	구성비	선고외 비율		41.7	30.7	27.8	18.9	14.7	17.8
		선고 비율		58.3	69.3	72.2	81.1	85.3	82.2
		구성비	전부승소율	50.7	63.7	56.2	71.8	77.9	73.2
			전부패소율	5.2	4.0	8.7	5.3	5.0	3.1
			일부승소율	2.4	1.6	7.2	3.9	2.4	5.9
보험회사피고	소송결과 건수			466	554	653	599	448	471
	구성비	선고외 비율		41.2	37.7	42.4	37.1	41.7	43.7
		선고 비율		58.8	62.3	57.6	62.9	58.3	56.3
		구성비	전부승소율	41.6	49.5	40.4	44.6	43.5	42.5
			전부패소율	9.4	7.2	10.6	8.2	8.7	5.5
			일부승소율	7.7	5.6	6.6	10.2	6.0	8.3

주: 1) 선고외는 조정, 화해, 소취하 등을 포함함
2) 선고외 비율(선고 비율)은 소송결과 건수 대비 선고외 건수(선고 건수) 비율이며, 전부승소(패소)율은 전부승소(패소) 건수를 소송결과 건수로 나눈 값임

자료: 생명보험협회

사. 제재

1) 보험회사

금융감독원 제재내용 공시목록에 따르면, 2011년 4월 19일부터 2020년 1월 17일 기간 동안 보험금지급·부지급·삭감·지연 등을 사유로 보험회사에 행정제재 조치가 취해진 사례는 총 32건이다.[37] 동 기간 부과된 가장 높은 수준의 과징금은 2014년 8월 27일 제재 조치된 4억 5,300만 원으로, 재해사망특약에 따른 보험금지급 업무 불철저와 보험계약 비교안내 미이행을 사유로 부과되었으며, 대부분의 과징금(4억 400만 원)은 보험계약 비교안내 미이행에 부과되었다. 총 423 청구 건에 대해 재해사망특약 보험금 432억 원과 그 지연이자 128억 원을 합한 총 561억 원을 부지급한 것에 대해서는 4,900만 원의 과징금이 부과되었다. 2020년 1월에는 9개 보험회사가 보험금 부지급 및 과소지급으로 과징금 부

37) 상세는 부록의 '1. 손해사정 관련 행정제재, 가. 보험회사의 보험금지급·부지급·삭감·지연'을 참고하기 바람

과조치를 받았다. 이 중 5건은 다른 제재사유와 병합하여 과징금이 부과되었고, 나머지 4건은 보험금 부지급 및 삭감만을 이유로 과징금이 부과되었다(〈표 Ⅱ-40〉 참조). 후자의 경우, 부지급·과소지급액은 1억 5,100만 원~2억 8,700만 원으로, 과징금은 100만 원~1,700만 원에 분포한다.

보험회사의 손해사정업무 위탁과 관련된 행정제재 조치내용을 살펴보면, 2012년 5월부터 2020년 2월까지 기간 동안 보험회사가 위탁업무 부정수행 지시(2건), 손해사정업무위탁 관리 불철저(4건), 보험금지급 심사업무 담당자 등에 대한 평가기준 불합리(1건), 손해사정 위탁업체 보안관리 및 통제업무 불철저(2건), 신용정보 전산시스템 조회권한 통제 불철저(1건) 등을 이유로 총 10건이 제재조치 되었다.[38] 구체적으로 손해사정법인에 계약유지 적정성 심사업무를 위탁함에 있어 보험계약자를 종용하여[39] 보험계약 해지동의서를 징구하는 등 보험계약자의 피해가 우려됨에도 이에 대한 방지 방안을 마련하지 아니하고 동 업무를 제3자에게 위탁하여 징구한 해지동의서를 근거로 보험계약을 해지 처리하거나, 손해사정업무를 손해사정회사에 위탁하면서, 보험 삭감 등의 내용이 기재된 확인서 등을 손해사정보고서에 첨부·제출하도록 하거나, 손해사정업체가 위탁범위를 벗어나 일부 피보험자로부터 합의서를 받은 행위에 대한 관리·감독을 소홀히 한 것에 대해 제재조치가 내려졌다. 또한 '장기보상 실무자 평가기준' 및 '손해사정 조사법인 평가기준'에 지급보험금 감소(금액 및 건수), 면책 건수 등 보험금 부지급과 관련된 항목의 비중을 각각 50%, 55%로 가장 높게 설정하고 있어 보험금 삭감 또는 면책 위주의 부적절한 보험금지급 심사 및 손해사정을 유도한 것에 대해 개선조치를 내린 바 있다.

38) 상세는 부록의 '1. 손해사정 관련 행정제재, 나. 보험회사의 손해사정업무 위탁'을 참고하기 바람

39) 손해사정법인 직원이 보험계약자에게 "계약전 알릴 의무 위반에 해당하여 당해 보험계약은 무효에 해당할 수 있음", "앞으로 보험금을 청구할 경우 엄격히 심사할 수 있음" 등의 적절하지 않은 내용을 언급하며 해지에 동의할 것을 권고하였음

〈표 Ⅱ-40〉 2020년 1월 보험금 부지급·삭감에 대한 행정제재 내용

(단위: 만 원)

구분	관련 계약 건수	부지급·과소지급금액	위반기간	그 외 제재사유	과징금
A사	15건	2억 4,200	2015. 5. 6~ 2018. 3. 13	보험계약 소멸 시 환급금 1,300만 원 과소지급	1,300
B사	12건	7,800	2016. 6. 9~ 2017. 8. 3	보험계약 해지업무 부당	600
C사	18건	3억 5,800	2016. 3. 14~ 2018. 9. 17	보험계약 해지업무 부당	400
D사	23건	2억 8,700	2016. 3. 7~ 2018. 12. 21	없음	700
E사	10건	2억 4,900	2015. 5. 6~ 2018. 3. 13	없음	100
F사	46건	1억 7,800	2015. 1. 6~ 2017. 3. 31	보험료 납입 면제 업무 부적정(7,300만 원의 보험료 부당 수령)	2,500
G사	1,287건	3억 7,900	2015. 1. 9~ 2018. 10. 4	보험료 납입면제 업무 부적정(2억 3,800만 원의 보험료 부당 수령)	2억 6,600
H사	22건	1억 5,100	2015. 1. 28~ 2018. 3. 26	없음	300
I사	90건	2억 300	2015. 1. 13~ 2018. 3. 16	없음	1,700

자료: 금융감독원 검사결과제재

2) 손해사정사

금융감독원 제재내용 공시에 따르면, 2012년 5월부터 2020년 2월까지 기간 동안 손해사정업체는 개인신용정보 무동의 조회(10건), 손해사정업자의 상근 손해사정사 관련 영업기준 위반(6건), 손해사정업무 부당처리(6건), 손해사정사 의무위반(4건), 보안대책 소홀로 인한 개인신용정보 부당 유출(1건) 등을 이유로 제재를 받았다.[40] 구체적으로, 2012년 12월, 10개 손해사정업체가 보험계약자 등의 동의 없이 개인신용정보를 조회한 것에 대해 제재조치 되었다. 손해사정법인은 보험업법시행령 제98조 손해사정업의 영업기준에 따라 2인 이상의 상근 손해사정사를, 각 지점 또는 사무소별로는 1명 이상의 손해사정사를 두

40) 상세는 부록의 '1. 손해사정 관련 행정제재, 다. 손해사정업체'를 참고하기 바람

어야 하나 이를 위반하여 제재 조치된 사례가 적지 않다. 충분한 조사 없이 손해사정을 실시하거나, 손해사정사가 공업사 대표로 재직하면서 허위의 보험금지급 청구서를 제출하여 사고내용을 조작하는 방법으로 보험금을 편취한 것에 대해서도 제재조치가 취해졌다. 또한 손해사정사의 업무범위를 벗어나 대가를 수수하고 보험금 대리청구, 소송민원의 대행하거나, 손해사정업자가 아닌 수리업체에 손해사정업무를 위탁하거나 무자격자에게 손해사정사 명의를 대여하거나, 등록된 업무범위(3종 대인) 외의 4종 손해사정을 수행하여 제재조치 되었다.

4. 소결

2장에서는 손해사정의 개념 및 속성, 그리고 손해사정제도와 운영 현황을 살펴보았다. 2장에서 발견한 내용과 그것의 함의는 다음과 같다.

먼저, 계약의 불완전성과 법률 및 약관의 불확정성은 손해사정의 불확정성을 의미하며, 이는 보험계약 당사자 간 손해사정을 둘러싼 분쟁이 필연적임을 의미한다. 계약은 시간을 매개로 하는 행위로서, 계약기간이 길수록 불확실성과 인간의 제한된 합리성의 한계가 두드러짐에 따라, 계약은 더욱 불완전해진다. 보험이 장기계약이고 계약의 내용이 급속히 변하는 의료기술과도 밀접한 관련이 있다는 점을 감안하면, 보험계약은 여타 금융계약에 비해 불완전하다. 결국 보험거래는 본질적으로 당사자 간 자율분쟁해결제도, 재판외적 분쟁해결기구, 소송 등 분쟁해결시스템을 수반할 수밖에 없는 바, 손해사정에 대한 제도적 접근은 효율적인 분쟁해결시스템을 구현하는 것에 대해서도 고려해야 한다.

둘째, 보험소비자의 손해사정 선임권 행사 증가로 향후 공공손해사정시장이 커질 것으로 예상된다. 보험회사로 하여금 보험소비자의 손해사정사 선임권을 안내하도록 하고 자율적이나마 손해사정사 공시가 이루어지는 등 보험소비자의 손해사정사 선임권 행사가 용이해지는 방향으로 제도 개선이 이어지고 있다. 시장규모 증가 가능성과 함께 공공손해사정시장 참여자의 거래행위를 규율하는 제도에 대한 검토가 필요한 시점이다.

셋째, 보험회사의 손해사정 비용과 손해사정 위탁시장 규모가 빠른 속도로 증가하고 있으며, 보험회사의 경영효율화로 인해 위탁시장이 더 커질 것으로 예상된다. 생명보험회사의 손해조사비가 별도로 공시되지 않아 손해사정시장 규모를 정확히 측정할 수 없지만, 손해보험회사의 손해조사비는 2018년 기준 약 2조 943억 원으로, 2014~2018년 기간 동안 연평균 약 7.1% 증가하였다. 손해보험에서 손해조사비는 보험료의 2.7%, 보험금의 6.7%를

차지한다. 손해사정 위탁규모는 2018년 기준 1조 1,328억 원으로 관찰기간 동안 연평균 8.5% 증가하였다. 위탁손해사정시장 참여자의 거래행위를 규율하는 제도에 대한 검토가 필요한 시점으로 보인다.

넷째, 보험회사는 소수로 한정된 반면, 손해사정사는 매년 자동 증가하여 위탁시장은 수요과점(oligopsony)화가 보다 심화될 것으로 예상된다. 위탁손해사정시장은 다수의 공급자와 소수의 한정된 수요자가 존재하는 수요과점시장으로, 수요자의 거래상 지위 남용 등 불공정거래행위에 취약한 구조이다. 수요과점시장에서는 공급자가 수요자에 종속되어 불리한 거래조건을 수용할 가능성이 높다. 여기에서 "불리한 거래조건"이란 가격 또는 품질을 의미하는데, 이는 손해사정의 공정성 및 객관성과 직접적으로 결부되어 있다. 위탁시장의 수요과점구조 심화에 따른 문제점을 고찰하고 이에 대한 제도적 접근 방법을 고민해야 할 시점이다.