

[목 차]

● 가입자 유의사항	3
● 주요내용 요약서	5
● 보험용어 해설	7
● 무배당 우리아이 첫번째 선물 어린이보험 1종(80세형) 약관	9
● 무배당 우리아이 첫번째 선물 어린이보험 2종(100세형) 약관	67
● 무배당 어린이플러스보장특약 약관	117
● 무배당 주산기질환보장특약 약관	139
● 무배당 특정선천이상보장특약 약관	153
● 무배당 어린이특정질환입원특약 약관	169
● 무배당 어린이특정질환통원특약 약관	187
● 무배당 어린이재해보장특약 약관	205
● 무배당 어린이응급실내원특약 약관	221
● 특정 신체부위 · 질병 보장제한부 인수 특약 약관	237
● 지정대리청구서비스특약 약관	249
● <별지> 약관 내 인용 조문	255

<<가입자 유의사항>>

□ 보험계약관련 특히 유의할 사항

1. 보험계약관련 유의사항

○ 보험계약 전 알릴 의무 위반

- 과거 질병 치료사실 등을 보험회사에 알리지 않은 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.
- 과거 질병 치료사실 등을 보험설계사 등에게 말로써 알린 경우는 보험회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 반드시 청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다.
- 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약 전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.

○ 세제관련

- 보험차익(만기보험금 또는 해지환급금에서 이미 납입한 보험료를 차감한 금액)에 대한 이자소득세는 관련세법에 서 정하는 요건에 들어맞는 경우에 비과세가 가능합니다. 이 계약의 세제와 관련된 사항은 관련세법의 제·개정이나 폐지에 따라 변경될 수 있습니다.

○ 예금자보호제도 관련

- 이 보험계약은 예금자보호법에 따라 예금보험공사가 보호하되, 보호 한도는 본 보험회사에 있는 귀하의 모든 예금 보호 대상 금융상품의 해지환급금(또는 만기 시 보험금이나 사고보험금)에 기타지급금을 합하여 1인당 “최고 5천만원”이며, 5천만원을 초과하는 나머지 금액은 보호하지 않습니다.

2. 해지환급금 관련 유의사항

○ 해지환급금

- 보험계약을 중도 해지시 해지환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 계약체결비용, 계약관리비용 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지 시에는 적립금에서 이미 지출한 계약체결비용 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.

□ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

○ 암 보장

- 암진단일이 보험계약일로부터 1년 미만인 경우 보험금이 삭감될 수 있습니다.
- 암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양은 원칙적으로 조직검사, 미세바늘흡인검사(미세한 침을 이용한 생체검사 방법) 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 한 진단만 인정됩니다.
- 암 등을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.

○ 특정질병 보장

- 암을 제외한 특정질병 등을 보장하는 일부 보험금의 진단일이 보험계약일로부터 1년 미만인 경우 보험금이 삭감될 수 있습니다.
- 특정질병 등을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.

○ 수술 보장

- 약관상 수술의 정의에 포함되지 않은 조작의 경우(예: 주사기 등으로 빨아들이는 처치, 바늘 등을 통해 체액을 뽑아 내거나 약물을 주입하는 것 등) 보험금을 지급하지 않습니다.
- 수술분류표를 사용하는 보험은 동 분류표에 기재되어 있는 수술만을 지급대상으로 합니다.

○ 입원 보장

- 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하지 않거나 정당한 사유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

○ 재해·상해 보장

- 질병이나 체질적인 요인이 있는 자로서 경미한 외부요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화되었을 때에는 재해관련 보험금이 지급되지 않습니다. (상품설명서 본문의 '실제사례'를 반드시 확인하시기 바랍니다)

○ 납입면제 관련

- 이 보험계약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 또는 말기 신부전증으로 진단 확정되었거나 장애분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 때에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

<<주요내용 요약서>>

1. 자필서명

보험계약자와 피보험자가 자필서명을 하지 않은 경우에는 보장을 받지 못할 수도 있습니다. 다만, 전화를 이용하여 가입할 때 일정요건이 충족되면 자필서명을 생략할 수 있으며, 인터넷을 이용한 사이버몰에서는 전자서명으로 대체할 수 있습니다.

2. 계약 전 알릴 의무

보험계약자 또는 피보험자는 청약서의 질문사항에 대하여 사실대로 기재하고 자필서명을 하셔야 합니다. 특히, 보험설계사 등에게 말로써 알린 사항은 효력이 없으며, 전화 등 통신수단을 통해 가입하는 경우에는 서면을 통한 질문절차 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약 전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 신중하셔야 합니다. 만약 고의 또는 중대한 과실로 **중요한 사항**에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 보험회사가 별도로 정한 방법에 따라 보험계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 중요한 사항이란, 보험회사가 이를 알았더라면 보험계약의 체결을 거절하였거나 적어도 동일한 조건으로 보험계약을 체결하지 않았으리라고 객관적으로 인정되는 사항을 말합니다.

3. 계약의 무효

보험계약을 체결할 때 보험계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우 보험회사는 보험계약을 무효로 할 수 있으며 이 경우 보험회사는 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 보험계약으로 봅니다.

4. 청약철회

보험계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있으며, 이 경우 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3일 이내에 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 청약을 철회할 수 없습니다.

- 진단계약, 보험기간이 1년 미만인 보험계약 또는 전문보험계약자가 체결한 보험계약
- 청약을 한 날부터 30일을 초과한 경우

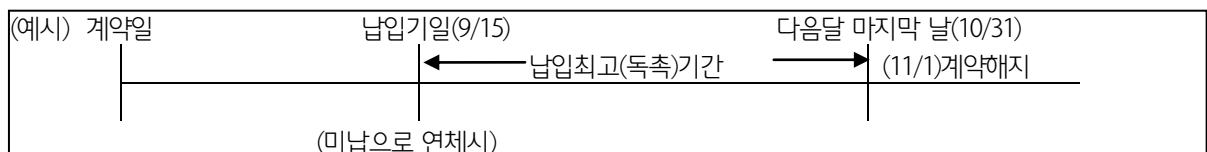
5. 계약의 취소

보험계약을 청약할 때 약관과 계약자 보관용 청약서를 전달받지 못하였거나 약관의 중요한 내용을 설명 받지 못한 때 또는 청약서에 자필서명을 하지 않은 때에는 보험계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 보험계약을 취소할 수 있으며, 이 경우 보험회사는 납입한 보험료를 돌려드리며 보험료를 받은 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

6. 보험료의 납입연체 및 계약의 해지에 관한 사항

보험계약자가 제2회 이후 보험료의 납입을 연체하는 경우 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 보험료의 납입을 최고(독촉)하고, 그 때까지 해당보험료를 납입하지 않을 경우 보험계약이 해지됩니다.

※다만, 당사의 납입최고(독촉)기간은 아래와 같이 납입기일 다음날부터 납입기일이 속하는 달의 다음달 마지막 날까지로 합니다.



7. 계약의 소멸

피보험자의 사망 등으로 인하여 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우, 이 보험계약은 그때부터 효력이 없습니다.

8. 해지계약의 부활(효력회복)

보험료 납입연체로 보험계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우 보험계약자는 해지된 날부터 2년 이내에 보험회사가 정한 절차에 따라 보험계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 보험회사는 보험계약자 또는 피보험자의 건강상태, 직업, 직종 등에 따라 승낙여부를 결정하며, 합리적인 사유가 있는 경우 부활(효력회복)을 거절하거나 보장의 일부를 제한할 수 있습니다.

<<보험용어 해설>>

- **보험약관**
생명보험계약에 관하여 보험계약자와 보험회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것
- **보험증권**
보험계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 보험회사가 보험계약자에게 드리는 증서
- **보험계약자**
보험회사와 보험계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람
- **피보험자**
보험사고의 대상이 되는 사람
※ 보험사고란, 보험금의 지급사유가 되는 사항으로, 자세한 사항은 <별표1> '보험금 지급기준표' 참고
- **보험수익자**
보험금 지급사유가 발생하는 때에 보험회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람
- **보험료**
보험계약에 따른 보장을 받기 위하여 보험계약자가 보험회사에 납입하는 금액
- **보험금**
피보험자의 사망, 장애, 입원, 만기 등 보험금 지급사유가 발생하였을 때 보험회사가 보험수익자에게 지급하는 금액
- **보험기간**
보험계약에 따라 보장을 받는 기간
- **보장개시일**
보험회사의 보험금 지급의무가 시작되는 날
- **보험가입금액**
보험금, 보험료 및 책임준비금 등을 산정하는 기준이 되는 금액
※ 보험가입금액, 보험료 납입기간, 피보험자의 나이 등을 기준으로 보험료를 산출하지 않고 보험계약자가 보험료를 선택하는 보험에서는 보험료 수준에 따라 보험금, 준비금(적립액) 등이 결정됨
- **책임준비금**
장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 보험계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 보험회사가 적립해 둔 금액
- **해지환급금**
보험계약의 효력상실 또는 해지 시 보험계약자에게 돌려주는 금액

무배당 우리아이 첫번째 선물
어린이보험 1종(80세형) 약관

무배당 우리아이 첫번째 선물 어린이보험 1종(80세형) 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의	15
제 1 조 【목적】.....	15
제 2 조 【용어의 정의】.....	15
제 2 관 보험금의 지급	15
제 3 조 【‘암’, ‘고액암’, ‘유방암’, ‘남녀생식기암’, ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’의 정의 및 진단확정】.....	15
제 4 조 【‘제자리암’의 정의 및 진단확정】.....	16
제 5 조 【‘경계성종양’의 정의 및 진단확정】.....	16
제 6 조 【‘대장점막내암’의 정의 및 진단확정】.....	16
제 7 조 【‘말기신부전증’의 정의 및 진단확정】.....	17
제 8 조 【‘5대장기이식수술’의 정의】.....	18
제 9 조 【‘중대한 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)’의 정의 및 진단확정】.....	18
제 10 조 【‘조혈모세포이식수술’의 정의】.....	18
제 11 조 【‘수술’의 정의와 장소】.....	18
제 12 조 【‘입원’의 정의와 장소】.....	18
제 13 조 【‘재해골절(치아파절 제외)’의 정의 및 진단확정】.....	19
제 14 조 【‘깁스(Cast)치료’의 정의】.....	19
제 15 조 【‘유괴·납치’의 정의】.....	19
제 16 조 【‘강력범죄’의 정의】.....	19
제 17 조 【‘특정 법정감염병’의 정의 및 감염병환자의 진단확정】.....	19
제 18 조 【보험금의 지급사유】.....	20
제 19 조 【보험금 지급에 관한 세부규정】.....	20
제 20 조 【보험금을 지급하지 않는 사유】.....	24
제 21 조 【보험금 지급사유의 발생통지】.....	24
제 22 조 【보험금의 청구】.....	24
제 23 조 【보험금의 지급절차】.....	24
제 24 조 【주소변경통지】.....	25
제 25 조 【보험수익자의 지정】.....	25
제 26 조 【대표자의 지정】.....	25

제 3 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등.....	25
제 27 조 【계약 전 알릴 의무】.....	25
제 28 조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】.....	26
제 29 조 【사기에 의한 계약】.....	26
제 4 관 보험계약의 성립과 유지.....	26
제 30 조 【보험계약의 성립】.....	26
제 31 조 【청약의 철회】.....	27
제 32 조 【약관교부 및 설명의무 등】.....	27
제 33 조 【계약의 무효】.....	28
제 34 조 【계약내용의 변경 등】.....	28
제 35 조 【보험나이 등】.....	28
제 36 조 【계약의 소멸】.....	29
제 5 관 보험료의 납입.....	29
제 37 조 【제 1 회 보험료 및 회사의 보장개시】.....	29
제 38 조 【제 2 회 이후 보험료의 납입】.....	29
제 39 조 【보험료의 자동대출납입】.....	29
제 40 조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지】.....	30
제 41 조 【보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)】.....	30
제 42 조 【강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복)】.....	30
제 6 관 계약의 해지 및 해지환급금 등.....	31
제 43 조 【계약자의 임의해지】.....	31
제 44 조 【중대사유로 인한 해지】.....	31
제 45 조 【회사의 파산선고와 해지】.....	31
제 46 조 【해지환급금】.....	31
제 47 조 【보험계약대출】.....	31
제 48 조 【배당금의 지급】.....	31

제 7 관 분쟁의 조정 등..... 32

제 49 조 【분쟁의 조정】.....	32
제 50 조 【관할법원】.....	32
제 51 조 【소멸시효】.....	32
제 52 조 【약관의 해석】.....	32
제 53 조 【회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력】.....	32
제 54 조 【회사의 손해배상책임】.....	32
제 55 조 【개인정보보호】.....	32
제 56 조 【준거법】.....	32
제 57 조 【예금보험에 의한 지급보장】.....	32

제 8 관 태아가입특칙(胎兒加入特則) 33

제 58 조 【특칙의 적용】.....	33
제 59 조 【피보험자】.....	33
제 60 조 【출생통지】.....	33
제 61 조 【유산(流産) 또는 사산(死産)시의 처리】.....	33
제 62 조 【복수(複數)출생의 경우】.....	33
제 63 조 【보험금 지급기준 적용나이】.....	33
제 64 조 【출생전 보험금 지급사유 발생】.....	33
제 65 조 【계약나이의 계산 특례(特例)】.....	33
제 66 조 【계약일 및 계약나이의 변경】.....	34
제 67 조 【보험료 정산 및 정산이후 납입에 관한 사항】.....	34

<별표 1> 보험금 지급기준표.....	35
<별표 2> 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표 (기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외).....	37
<별표 3> 고액치료비관련 악성신생물(암) 분류표.....	38
<별표 4> 남녀 생식기관의 악성신생물(암) 분류표.....	39
<별표 5> 제자리의 신생물 분류표 (대장점막내암 제외).....	40
<별표 6> 행동양식불명 또는 미상의 신생물 분류표.....	41
<별표 7> ‘중대한 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)’의 정의.....	42
<별표 8> 1~5 종 수술분류표.....	43
<별표 9> 질병 및 재해 분류표.....	48

<별표 10> 재해골절(치아파절 제외) 분류표	49
<별표 11> 대상이 되는 특정 법정감염병 분류표.....	50
<별표 12> 감염병환자 진단기준	51
<별표 13> 감염병환자를 진단할 수 있는 기관	52
<별표 14> 재해분류표	53
<별표 15> 장애분류표	54
<별표 16> 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산.....	66

무배당 우리아이 첫번째 선물 어린이보험 1 종(80 세형) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 【목적】

이 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 피보험자의 질병, 재해 및 생존에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 【용어의 정의】

이 계약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 계약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어

- 가. 계약자 : 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
- 나. 보험수익자 : 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
- 다. 보험증권 : 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
- 라. 진단계약 : 계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.
- 마. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

2. 지급사유 관련 용어

- 가. 재해 : <별표14> '재해분류표'에서 정한 재해를 말합니다.
- 나. 장애 : <별표15> '장애분류표'에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.
- 다. 중요한 사항 : 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험 가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

- 가. 연단위 복리 : 회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
- 나. 표준이율 : 회사가 최소한 적립해야 할 적립금 등을 계산하기 위해 시장금리를 고려하여 금융감독원장이 정하는 이율로서, 이 계약 체결 시점의 표준이율을 말합니다.
- 다. 해지환급금 : 계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

- 가. 보험기간 : 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
- 나. 영업일 : 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

제2관 보험금의 지급

제 3 조 【'암', '고액암', '유방암', '남녀생식기암', '기타피부암' 및 '갑상선암'의 정의 및 진단확정】

- ① 이 계약에 있어서 '암'이라 함은 제6차 개정 한국표준질병사인분류 중 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외)(<별표2> '대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외)' 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병, 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병, 제6조('대장점막내암'의 정의 및 진단확정)에서 정한 대장점막내암 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

【유의사항】

한국표준질병사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

- ② 이 계약에 있어서 ‘고액암’이라 함은 제1항에서 정한 ‘암’ 중에서 고액치료비관련 악성신생물(암) 분류표(<별표3> ‘고액치료비관련 악성신생물(암) 분류표’ 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 계약에 있어서 ‘유방암’이라 함은 제1항에서 정한 ‘암’ 중에서 제6차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C50(유방의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ 이 계약에 있어서 ‘남녀생식기암’이라 함은 제1항에서 정한 ‘암’ 중에서 남녀생식기관의 악성신생물(암) 분류표(<별표4> ‘남녀생식기관의 악성신생물(암) 분류표’ 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑤ 이 계약에 있어서 ‘기타피부암’이라 함은 제6차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑥ 이 계약에 있어서 ‘갑상선암’이라 함은 제6차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑦ ‘암’, ‘고액암’, ‘유방암’, ‘남녀생식기암’, ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘암’, ‘고액암’, ‘유방암’, ‘남녀생식기암’, ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 4 조 【‘제자리암’의 정의 및 진단확정】

- ① 이 계약에 있어서 ‘제자리암’이라 함은 제6차 개정 한국표준질병사인분류 중 제자리의 신생물 분류표(<별표5> ‘제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외)’ 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 제6조(‘대장점막내암’의 정의 및 진단확정)에서 정한 ‘대장점막내암’은 제외합니다.
- ② ‘제자리암’의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 제자리암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

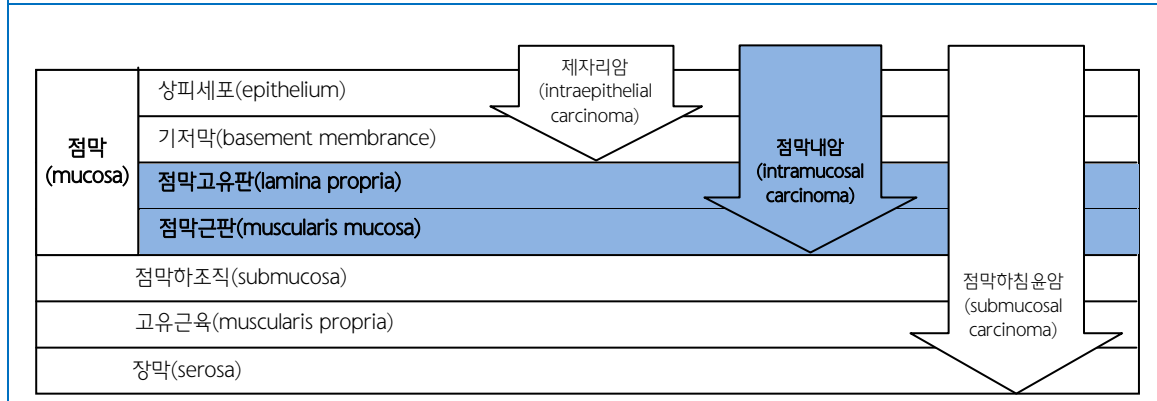
제 5 조 【‘경계성종양’의 정의 및 진단확정】

- ① 이 계약에 있어서 ‘경계성종양’이라 함은 제6차 개정 한국표준질병사인분류 중 행동양식불명 또는 미상의 신생물 분류표(<별표6> ‘행동양식불명 또는 미상의 신생물 분류표’ 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② ‘경계성종양’의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 경계성종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 6 조 【‘대장점막내암’의 정의 및 진단확정】

- ① 이 계약에 있어서 ‘대장점막내암’이라 함은 제6차 개정 한국표준질병사인분류 중 대장의 악성신생물(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 상피세포(epithelium)에서 발생한 악성종양세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유판(lamina propria) 또는 점막근판(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하조직(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.

【대장의 조직학적 구조와 점막내암의 정의】



- ② ‘대장점막내암’의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘대장점막내암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 7 조 【말기신부전증의 정의 및 진단확정】

- ① 이 계약에 있어서 ‘말기신부전증’이라 함은 양쪽 신장 모두가 비가역적인 기능부전을 보이는 말기신질환(End Stage Renal Disease)으로서 보존 요법으로는 치료가 불가능하여 혈액투석이나 복막투석을 받고 있거나 받은 경우를 말합니다. 다만, 일시적으로 투석치료를 필요로 하는 신부전증은 말기신부전증에서 제외합니다.
- ② ‘말기신부전증’의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 ‘의료기관’이라 합니다)의 의사 자격을 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

【조문 내용】

의료법 제3조(의료기관)

- ① 이 법에서 “의료기관”이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 “의료업”이라 한다)을 하는 곳을 말한다.
- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다. <개정 2009.1.30, 2011.6.7>
1. 의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 의원
 - 나. 치과의원
 - 다. 한의원
 2. 조산원: 조산사가 조산과 임부·해산부·산욕부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다.
 3. 병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 병원
 - 나. 치과병원
 - 다. 한방병원
 - 라. 요양병원(「정신보건법」 제3조 제3호에 따른 정신의료기관 중 정신병원, 「장애인복지법」 제58조 제1항 제2호에 따른 의료재활시설로서 제3조의 2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
 - 마. 종합병원
- ③ 보건복지부장관은 보건·의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항 제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다. <개정 2009.1.30, 2010.1.18>

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제 8 조 【‘5대장기이식수술’의 정의】

이 계약에 있어서 ‘5대장기이식수술’이라 함은 5대장기의 만성부전상태로부터 근본적인 회복과 치료를 목적으로 관련 법규에 따라 정부에서 인정한 장기이식의료기관 또는 이와 동등하다고 회사에서 인정한 의료기관에서 간장, 신장, 심장, 췌장, 폐장(5대장기)에 대하여 장기이식을 하는 것으로 타인의 내부장기를 적출하여 장기부전 상태에 있는 수혜자에게 이식을 시행한 경우에 대한 수술(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.)을 말합니다. 다만, 랑게르한스 소도세포이식수술은 보장에서 제외합니다.

【신의료기술평가위원회】

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

제 9 조 【‘중대한 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)’의 정의 및 진단확정】

- ① 이 계약에 있어서 ‘중대한 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)’이라 함은 중대한 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)의 정의(<별표7> ‘중대한 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)’의 정의 참조)에서 정한 ‘중대한 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)’을 말합니다.
- ② ‘중대한 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)’의 진단확정은 의료기관의 의사가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

제 10 조 【‘조혈모세포이식수술’의 정의】

이 계약에 있어서 ‘조혈모세포이식수술’이라 함은 각종 혈액질환 및 악성종양 치료시 발생하는 골수부전상태를 정상적인 조혈모세포로 회복시킬 목적으로 조혈모세포를 이식하는 시술(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.)로서 관련법규에 따라 정부에서 인정한 무균실이 있는 골수이식의료기관에서 다음의 각 호에서 정한 동종(골수, 말초) 조혈모세포이식, 자가(골수, 말초)조혈모세포이식, 제대혈조혈모세포이식 시술을 말합니다. 다만, 조혈모세포를 제공하는 공여자로부터 조혈모세포를 채취하는 시술은 제외합니다.

1. ‘동종(allogenic)골수조혈모세포이식’이라 함은 정상적인 조혈모세포를 가진 공여자의 골수내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 수혜자에게 투여하는 행위를 말합니다.
2. ‘동종(allogenic)말초조혈모세포이식’이라 함은 정상적인 조혈모세포를 가진 공여자의 말초혈액내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 수혜자에게 투여하는 행위를 말합니다.
3. ‘자가(autologous)골수조혈모세포이식’이라 함은 본인의 골수내 조혈모세포를 미리 채취하여 보관하였다가 골수부전상태에 있는 본인에게 다시 투여하는 행위를 말합니다.
4. ‘자가(autologous)말초조혈모세포이식’이라 함은 본인의 말초혈액내 조혈모세포를 미리 채취하여 보관하였다가 골수부전상태에 있는 본인에게 다시 투여하는 행위를 말합니다.
5. ‘제대혈조혈모세포이식’이라 함은 정상적인 조혈모세포가 있는 제대혈내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 본인 또는 타인에게 투여하는 행위를 말합니다.

제 11 조 【‘수술’의 정의와 장소】

이 계약에 있어서 ‘수술’이라 함은 의사에 의하여 피보험자가 질병 및 재해의 직접적인 치료를 목적으로 1~5종 수술분류표(<별표8> ‘1~5종 수술분류표’ 참조)에서 정한 행위가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷) 특정부위를 잘라 내는 것, 절제(切除) 특정부위를 잘라 없애는 것 등의 조작(操作)을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.)을 말합니다. 다만, 흡인(吸引), 주사기 등으로 빨아들이는 것, 천자(穿刺) 바늘 또는 관을 꽃아 체액조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것 등의 조치 및 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

제 12 조 【‘입원’의 정의와 장소】

이 계약에 있어서 ‘입원’이라 함은 의사에 의하여 피보험자가 질병 및 재해(<별표9> ‘질병 및 재해 분류표’에서 정한 질병 및 재해를 말하며, 이하 ‘질병 및 재해’라 합니다)의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 13 조 【‘재해골절(치아파절 제외)’의 정의 및 진단확정】

- ① 이 계약에 있어서 ‘재해골절(치아파절 제외)’이라 함은 재해로 뼈의 구조상의 연속성이 완전하게 또는 불완전하게 끊어진 상태에서 재해골절(치아파절 제외) 분류표(<별표10> ‘재해골절(치아파절 제외) 분류표’ 참조)에서 정하는 골절을 말합니다.
- ② ‘재해골절(치아파절 제외)’의 진단확정은 의료기관의 의사에 의한 진단서에 의합니다.

제 14 조 【‘깁스(Cast)치료’의 정의】

- ① 이 계약에 있어서 ‘깁스(Cast)치료’라 함은 석고붕대 또는 섬유유리 붕대(Fiberglass Cast)를 병변이 있는 뼈, 관절부위의 둘레 모두에 착용시켜 (Circular Cast) 감은 다음 굳어지게 하여 치료 효과를 가져오는 치료법을 의미합니다. 다만, 부목(Splint Cast)치료는 제외합니다.
- ② 제1항에서 ‘부목(Splint Cast)치료’란 석고붕대 또는 섬유유리 붕대(Fiberglass Cast)를 고정할 부분의 한측면 또는 양측면에 착용시키고 대주는 치료법을 말합니다.

제 15 조 【‘유과·납치’의 정의】

이 계약에 있어서 ‘유과·납치’라 함은 형법 제31장(약취(略取), 유인(誘引) 및 인신매매의 죄)에서 정하는 범죄로 관할경찰서장이 발행하는 사고사실확인서를 기준으로 합니다.

제 16 조 【‘강력범죄’의 정의】

이 계약에 있어서 ‘강력범죄’라 함은 다음 각 호에서 정하는 범죄로 관할경찰서장이 발행하는 사고사실확인서와 의사진단서를 기준으로 합니다.

1. 형법 제24장(살인의 죄)에서 정하는 ‘살인’
2. 형법 제25장(상해와 폭행의 죄)에서 정하는 ‘상해 및 폭행’
3. 형법 제32장(강간과 추행의 죄)에서 정하는 ‘강간’
4. 형법 제38장(절도와 강도의 죄)에서 정하는 ‘강도’
5. 폭력행위등처벌에관한법률에서 정하는 ‘폭행’

제 17 조 【‘특정 법정감염병’의 정의 및 감염병환자의 진단확정】

- ① 이 계약에 있어서 ‘특정 법정감염병’이라 함은 대상이 되는 특정 법정감염병 분류표(<별표11> ‘대상이 되는 특정 법정감염병 분류표’ 참조)에서 정한 질병(이하 ‘특정 법정감염병’이라 합니다)을 말합니다.
- ② ‘특정 법정감염병’의 진단확정은 감염병환자(‘감염병환자’란 ‘감염병의 예방 및 관리에 관한 법률’ 제2조 제13호에 따라 감염병의 병원체가 인체에 침입하여 증상을 나타내는 사람으로서 동법 제11조 제5항의 진단기준에 따른 의사 또는 한의사의 진단이나 보건복지부령으로 정하는 기관의 실험실 검사를 통하여 확인된 사람으로 ‘법정감염병’ 접수사실확인서(보건소발행)가 발급된 경우를 말하며, 동법 제2조 제14호의 ‘감염병 의사(擬似)환자’ 및 제15호의 ‘병원체보유자’는 해당되지 않습니다)를 진단할 수 있는 기관(<별표13> ‘감염병환자를 진단할 수 있는 기관’참조)에서 감염병환자 진단기준(<별표12> ‘감염병환자 진단기준’ 참조)에 의해 특정 법정감염병 환자로 확정된 경우를 말합니다.
- ③ 향후 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 및 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 시행령」 및 「감염병의 예방 및 관리에 관한 시행규칙」에서 제외되는 감염병이 발생하는 경우에는 신고여부와 상관없이 대상이 되는 「특정 법정감염병」의 보장대상에서는 제외되지 않으며 의사의 진단에 따라 보장하여 드립니다.

【조문 내용】

감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의)

13. "감염병환자"란 감염병의 병원체가 인체에 침입하여 증상을 나타내는 사람으로서 제11조제5항의 진단 기준에 따른 의사 또는 한의사의 진단이나 보건복지부령으로 정하는 기관의 실험실 검사를 통하여 확인된 사람을 말한다.
14. "감염병의사환자"란 감염병병원체가 인체에 침입한 것으로 의심이 되나 감염병환자로 확인되기 전 단계에 있는 사람을 말한다.
15. "병원체보유자"란 임상적인 증상은 없으나 감염병병원체를 보유하고 있는 사람을 말한다.

감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제11조(의사 등의 신고)

⑤ 제1항부터 제4항까지의 규정에 따른 감염병환자등의 진단 기준, 신고의 방법 및 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다. <개정 2010.1.18.>
<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제 18 조 【보험금의 지급사유】

회사는 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(<별표1> ‘보험금 지급기준표’ 참조)을 지급합니다.

1. 피보험자가 보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때 : 만기보험금
2. 피보험자가 보험기간 중 암으로 진단 확정되었을 때 : 암진단자금(최초1회에 한하며 계약일로부터 1년미만 진단시 50%지급)
3. 피보험자가 보험기간 중 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양 또는 대장점막내암으로 진단 확정되었을 때 : 소액암진단자금(각각 최초1회에 한하며 계약일로부터 1년미만 진단시 50%지급)
4. 피보험자가 보험기간 중 ‘말기신부전증’으로 진단이 확정되었을 때 : 말기신부전증 진단자금(최초 1회에 한하며 계약일로부터 1년 미만에 진단시 50% 지급)
5. 피보험자가 보험기간 중 ‘중대한 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부손상)’으로 진단이 확정되었을 때 : 중대한 화상 및 부식 진단자금(최초 1회에 한하여 지급)
6. 피보험자가 보험기간 중 장기수혜자로서 ‘5대장기이식수술’을 받았을 때 : 5대장기이식수술비(최초 1회에 한하여 지급)
7. 피보험자가 보험기간 중 조혈모세포 수혜자로서 ‘조혈모세포이식수술’을 받았을 때 : 조혈모세포이식수술비(최초 1회에 한하여 지급)
8. 피보험자가 보험기간 중 1~5종 수술분류표에서 정한 수술을 받았을 때 : 수술비 (수술1회당)
9. 피보험자가 보험기간 중 질병 및 재해의 직접적인 치료를 목적으로 4일이상 계속하여 입원하였을 때 : 입원비 (다만, 1회 입원당 120일 한도)
10. 피보험자가 보험기간 중 ‘재해골절(치아파절 제외)’ 상태가 되었을 때 : 재해골절치료비(재해골절 1회당)
11. 피보험자가 보험기간 중 ‘깁스(Cast)치료’를 받았을 때 : 깁스치료비(깁스치료 1회당)
12. 피보험자가 보험기간 중 ‘유괴·납치’의 피해자가 되었을 때 : 유괴·납치 위로금(다만, 최초 1회에 한하며, 30세 계약해당일 전일까지만 보장)
13. 피보험자가 보험기간 중 ‘강력범죄’의 피해자가 되어 1개월(30일)을 초과하여 의사의 치료를 요하는 상해를 입었을 때 : 강력범죄 위로금(다만, 동일사고에 의한 경우 1회에 한함)(발생 1회당)
14. 피보험자가 보험기간 중 ‘특정 법정감염병’으로 해당 보건소에 신고되어 감염병환자로 진단 확정되었을 때 : 특정 법정감염병 치료비(발생 1회당)

제 19 조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(<별표15> ‘장해분류표’ 참조. 이하 ‘장해분류표’라 합니다) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 때에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 보험료 납입기간 중 피보험자가 암(기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양 및 대장점막내암 제외) 또는 말기신부전증으로 진단 확정 되었을 때에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ③ 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제18조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않으며 제1항 및 제2항에서 해당 질병과 관련한 보험료 납입을 면제하지 않습니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑤ 제4항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 제40조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑥ 제41조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑦ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일로부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또

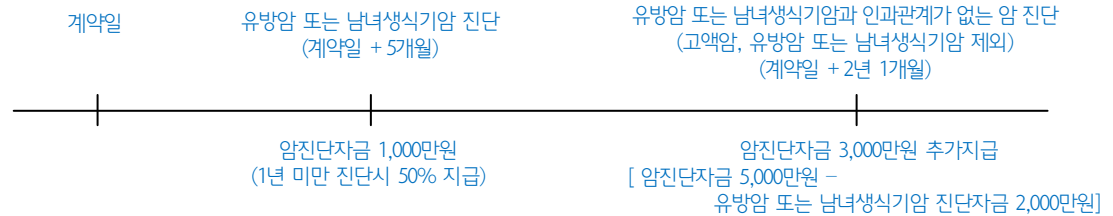
는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표에서 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

- ⑧ 제7항에 따라 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단확정일부터 1년 이내)에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.
- ⑨ 제1항의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용합니다.
- ⑩ 제1항의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 '한시장애'라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 한시장애의 지급률로 정합니다.
- ⑪ 제1항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 더하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑫ 제11항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑬ 장애분류표에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애정도에 따라 장애분류표의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.
- ⑭ 이 계약에서 '동일한 재해'의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑮ 피보험자에게 계약일로부터 1년미만에 제18조(보험금의 지급사유) 제2호 내지 제4호에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 해당보험금의 50%를 지급합니다.
- ⑯ 유방암 또는 남녀생식기암의 경우 둘 중 최초 1회에 한하여 보장하므로 둘 중 하나에 해당하는 보험금이 지급된 경우 다른 하나에 해당하는 보험금은 지급하지 않습니다.
- ⑰ 피보험자가 보험기간 중 사망하고 그 후에 '암', '기타피부암', '갑상선암', '제자리암', '경계성종양', '대장점막내암' 또는 '말기신부전증'을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 제18조(보험금의 지급사유) 제2호 및 제3호의 해당 암진단자금 또는 같은 조 제4호의 말기신부전증을 지급합니다.
- ⑱ 피보험자가 보험기간 중 사망하고 그 후에 '중대한 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부손상)'을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 제18조(보험금의 지급사유) 제5호의 중대한 화상 및 부식 진단자금을 지급합니다.
- ⑲ 제18조(보험금의 지급사유) 제2호의 경우 피보험자가 보험기간 중 이미 지급한 암진단자금의 지급사유와 인과관계가 없는 암으로 지급사유가 추가로 발생한 경우 해당 암진단자금에서 추가진단시점의 해당하는 이미 지급한 암진단자금(계약일로부터 1년미만에 발생하여 암진단자금을 받았다고 하더라도 추가 진단된 시점이 1년이상이면 1년 이상시점의 금액)을 뺀 차액을 지급합니다.

【암진단보험금 지급예시(보험가입금액 2,500만원)】

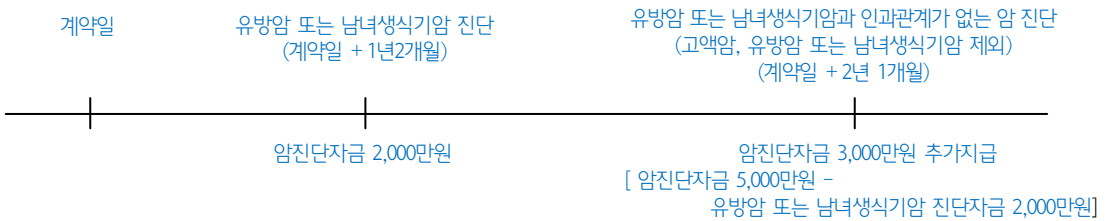
(예시1)

계약일부터 1년미만에 유방암 또는 남여생식기암 진단 후 1년이후 유방암 또는 남여생식기암과 인과관계가 없는 암(고액암, 유방암 또는 남여생식기암 제외)진단을 받은 경우.



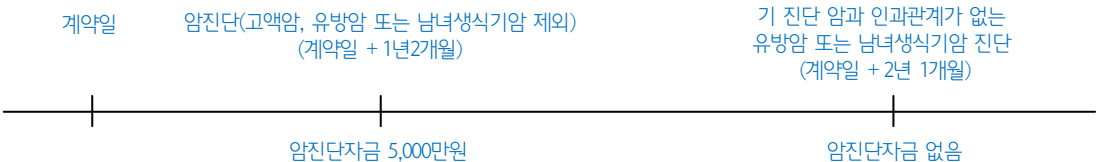
(예시2)

계약일부터 1년이후 유방암 또는 남여생식기암 진단 후 유방암 또는 남여생식기암과 인과관계가 없는 암(고액암, 유방암 또는 남여생식기암 제외)진단을 받은 경우.



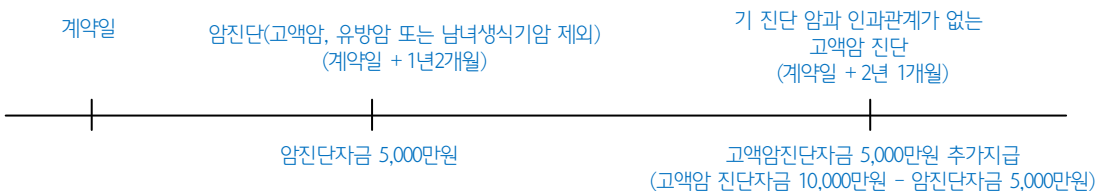
(예시3)

계약일부터 1년이후 암(고액암, 유방암 또는 남여생식기암 제외)진단 후 유방암 또는 남여생식기암 진단을 받은 경우.



(예시4)

계약일부터 1년이후 암(고액암, 유방암 또는 남여생식기암 제외)진단 후 인과관계가 없는 고액암 진단을 받은 경우.

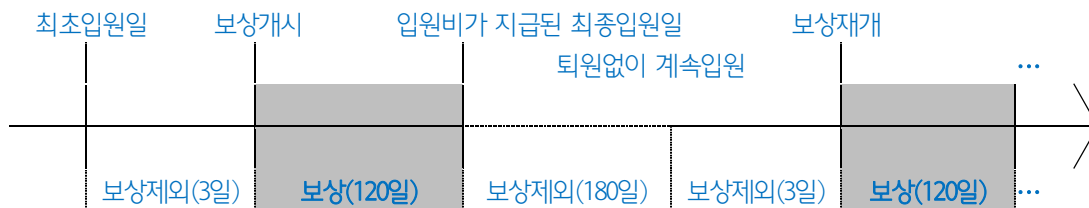


(예시5)

계약일부터 1년이후 고액암 진단 후 인과관계가 없는 유방암 또는 남여생식기암, 암 진단을 받은 경우.



- ⑩ 제18조(보험금의 지급사유) 제8호의 경우 회사는 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 급여에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 수술비를 지급합니다. 다만, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술비를 지급합니다.
- ⑪ 제20항에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어 먹거나 말하기 기능과 관련된 신체부위, 머리, 목, 척추(등뼈), 체간골, 흉부장기·복부장기·비뇨생식기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌·우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.
- ⑫ 제18조(보험금의 지급사유) 제9호의 경우 입원비의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.
- ⑬ 제18조(보험금의 지급사유) 제9호의 경우 피보험자가 동일한 질병 및 재해로 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 제22항을 적용합니다.
- ⑭ 제23항에도 불구하고 동일한 질병 및 재해로 인한 입원이라도 입원비가 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 지난 후 개시한 입원은 새로운 입원으로 보고 해당 입원비를 지급합니다. 다만, 아래와 같이 입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ⑮ 제18조(보험금의 지급사유) 제9호의 경우 피보험자가 입원기간 중에 보험기간이 끝났을 경우에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여는 제22항의 규정에 따라 입원비를 지급합니다.
- ⑯ 제18조(보험금의 지급사유) 제9호에서 '계속하여 입원'이란 중도 퇴원 없이 계속하여 입원하는 것을 뜻합니다. 다만, 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병 및 재해의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.
- ⑰ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑱ 제18조(보험금의 지급사유) 제10호의 경우 피보험자가 동일한 재해로 2가지 이상의 골절(복합골절)상태가 되더라도 재해골절치료비는 1회만 지급하며, 의학적 처치 및 치료를 목적으로 골절을 시키는 경우에는 재해골절치료비를 지급하지 않습니다.
- ⑲ 제18조(보험금의 지급사유) 제11호의 경우 피보험자가 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 인하여 깁스(Cast) 치료를 2회 이상 받은 경우 또는 동시에 서로 다른 신체부위에 깁스(Cast)치료를 받은 경우에는 1회에 한하여 깁스치료비를 지급합니다.
- ⑳ 제18조(보험금의 지급사유) 제12호의 경우 보험수익자의 고의 또는 피보험자의 직계 존·비속에 의한 '유과·납치'는 보장하지 않습니다.
- ㉑ 제18조(보험금의 지급사유) 제12호의 경우 피보험자의 나이가 30세가 되는 계약해당일 전일까지만 보장됩니다.
- ㉒ 제18조(보험금의 지급사유) 제13호의 경우 그 원인의 직접간접을 묻지 않고 다음 각 호의 사유로 발생한 상해는 보장하지 않습니다.
1. 피보험자가 범죄행위를 하던 중 또는 폭력행위등처벌에관한법을 제4조(단체등의 구성활동)에서 정한 범죄단체를 구성 또는 이에 가담함으로써 상해가 발생한 경우
 2. 피보험자 및 보험수익자의 고의 또는 피보험자의 배우자 및 직계 존·비속에 의하여 상해가 발생한 경우
- ㉓ 제18조(보험금의 지급사유) 제12호 및 제13호의 경우 피보험자의 사망은 보험금 지급사유에 포함되지 않으며, 제12호의 경우에는 병원에서 전치1개월을 초과하는 진단확인서가 필요합니다.
- ㉔ 제18조(보험금의 지급사유) 제14호의 경우 향후 '특정 법정감염병'에서 제외되는 감염병이 생길 경우, 그 해당 감염병은 의료기관의 의사가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과에 따라 특정 법정감염병 치료비를 지급합니다.
- ㉕ 제1항 내지 제2항에 따라 보험료 납입이 면제된 이후 납입기간 종료일까지 정상적으로 보험료가 납입된 것으로 간주하여 만기보험금의 이미 납입한 보험료를 계산합니다.
- ㉖ 보험수익자와 회사가 제18조(보험금의 지급사유) 제2호 내지 제14호의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담함

니다.

- ⑦ 계약자와 회사가 제1항 및 제2항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 20 조 【보험금을 지급하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하면 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

- 가. 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우

특히 그 결과 사망에 이르게 된 경우에는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다.

- 나. 계약의 보장개시일(부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복)청약일)부터 2년이 지난 후에 자살한 경우에는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

【책임준비금】
장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.
【보장개시일】
제37조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에 따라 회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

제 21 조 【보험금 지급사유의 발생통지】

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제18조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유의 발생을 안 때에는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제 22 조 【보험금의 청구】

- ① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 책임준비금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)

2. 사고증명서(사망진단서, 장애진단서, 병원 또는 의원의 진단서, 수술확인서, 입원확인서, 사고사실확인서(관할 경찰서 발행), 법정감염병 접수사실확인서(보건소 발행) 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)

4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금, 책임준비금의 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 23 조 【보험금의 지급절차】

- ① 회사는 제22조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 책임준비금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금, 책임준비금의 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금 또는 책임준비금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

- ② 회사는 제18조(보험금의 지급사유) 제1호에 해당하는 만기보험금의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사

유와 회사가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 알려드리며, 제1항에 따라 보험금 또는 책임준비금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 <별표16> ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’과 같이 계산합니다.

- ③ 회사가 보험금 지급사유를 조사확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제22조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
1. 소송제기
 2. 분쟁조정신청
 3. 수사기관의 조사
 4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
 5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
 6. 제19조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제36항 또는 제37항에 따라 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 등에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

【보험금 가지급제도】

지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도

- ④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제28조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제 24 조 【주소변경통지】

- ① 계약자(보험수익자가 계약자와 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체 없이 그 변경 내용을 회사에 알려야 합니다.
- ② 제1항에서 정한 대로 계약자 또는 보험수익자가 변경 내용을 알리지 않은 경우에는 계약자 또는 보험수익자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 시일이 지난 때에 계약자 또는 보험수익자에게 도달된 것으로 봅니다.

제 25 조 【보험수익자의 지정】

이 계약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 제18조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우는 계약자로 하고, 같은 조 제2호 내지 제14호의 경우는 피보험자로 하며, 피보험자의 사망시는 피보험자의 법정 상속인으로 합니다.

제 26 조 【대표자의 지정】

- ① 계약자 또는 보험수익자가 2명 이상인 경우에는 각 대표자를 1명 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.
- ② 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 않은 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 보험수익자 1명에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에게도 효력이 미칩니다.
- ③ 계약자가 2명 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제 27 조 【계약 전 알릴 의무】

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여

여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 '계약 전 알릴 의무'라 하며, 상법상 '고지의무'와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제 28 조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】

- ① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제27조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.
 1. 회사가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 알지 못하였을 때
 2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
 3. 계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
 4. 회사가 이 계약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다)
 5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때
 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴 의무 위반사실뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 계약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이익을 제거할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 등으로 알려 드립니다.
- ③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제46조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
- ④ 제27조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

【사례】

계약을 청약하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만 얘기하였을 뿐, 청약서의 계약 전 알릴 사항에 아무런 기재도 하지 않을 경우에는 보험설계사에게 고혈압 병력을 얘기하였다고 하더라도 회사는 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.

제 29 조 【사기에 의한 계약】

계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물사용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위변조 또는 청약일 이전에 암 또는 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기의사에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 보장개시일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터는 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제 30 조 【보험계약의 성립】

- ① 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.
- ② 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.

- ③ 회사는 계약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
- ④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 표준이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

제 31 조 【청약의 철회】

- ① 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 진단계약, 보험기간이 1년 미만인 계약 또는 전문보험계약자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

【전문보험계약자】

보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약의 내용을 이해하고 이행할 능력이 있는 자로서 보험업법 제2조(정의), 보험업법시행령 제6조의2(전문보험계약자의 범위 등) 또는 보험업감독규정 제1-4조의2(전문보험계약자의 범위)에서 정한 국가, 한국은행, 대통령령으로 정하는 금융기관, 주권상장법인, 지방자치단체, 단체보험계약자 등의 전문보험계약자를 말합니다.

- ② 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.
- ③ 계약자는 청약서의 청약철회란을 작성하여 회사에 제출하거나, 통신수단을 이용하여 제1항의 청약 철회를 신청할 수 있습니다.
- ④ 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3일 이내에 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에는 회사는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.
- ⑤ 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.
- ⑥ 제1항에서 보험증권을 받은 날에 대한 다툼이 발생한 경우 회사가 이를 증명하여야 합니다.

제 32 조 【약관교부 및 설명의무 등】

- ① 회사는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 청약 후에 지체 없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 드립니다. 다만, 계약자가 동의하는 경우 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 광기록매체(CD, DVD 등), 전자우편 등 전자적 방법으로 송부할 수 있으며, 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다. 또한, 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자의 동의를 얻어 다음 중 한 가지 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.
 1. 인터넷 홈페이지에서 약관 및 그 설명문(약관의 중요한 내용을 알 수 있도록 설명한 문서)을 읽거나 내려받게 하는 방법. 이 경우 계약자가 이를 읽거나 내려받은 것을 확인한 때에 해당 약관을 드리고 그 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
 2. 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

【통신판매계약】

전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

- ② 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조(정의) 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조(정의) 제3호에 따른 공인전자서명을 포함합니다)을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 위 제1항의 규정에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.
 1. 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우

2. 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우
- ④ 제2항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

【조문 내용】

전자서명법 제2조(정의)

2. "전자서명"이라 함은 서명자를 확인하고 서명자가 당해 전자문서에 서명을 하였음을 나타내는데 이용하기 위하여 당해 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.
3. "공인전자서명"이라 함은 다음 각목의 요건을 갖추고 공인인증서에 기초한 전자서명을 말한다.
 - 가. 전자서명생성정보가 가입자에게 유일하게 속할 것
 - 나. 서명 당시 가입자가 전자서명생성정보를 지배·관리하고 있을 것
 - 다. 전자서명이 있는 후에 당해 전자서명에 대한 변경여부를 확인할 수 있을 것
 - 라. 전자서명이 있는 후에 당해 전자문서의 변경여부를 확인할 수 있을 것

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제 33 조 【계약의 무효】

계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다)에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

제 34 조 【계약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
 1. 보험종목
 2. 보험기간
 3. 보험료의 납입주기, 납입방법 및 납입기간
 4. 보험가입금액
 5. 계약자
 6. 기타 계약의 내용
- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.
- ③ 회사는 계약자가 제1회 보험료를 납입한 때부터 1년 이상 지난 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 때에는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.
- ④ 회사는 계약자가 제1항 제4호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제46조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 만기보험금 또는 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.
- ⑤ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ⑥ 회사는 제1항 제5호에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

제 35 조 【보험나이 등】

- ① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다.
- ② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약 해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.
- ③ 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 사실과 다른 경우에는 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

【보험나이 계산 예시】

생년월일: 1989년 10월 2일, 현재(계약일): 2015년 4월 13일

⇒ 2015년 4월 13일 - 1989년 10월 2일 = 25년 6월 11일 = 26세

제 36 조 【계약의 소멸】

- ① 보험기간 중 피보험자의 사망으로 인하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그때부터 효력이 없으며, 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항 및 제19조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제17항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제5관 보험료의 납입**제 37 조 【제1회 보험료 및 회사의 보장개시】**

- ① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임 있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.
- ② 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
- ③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.
 1. 제27조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
 2. 제28조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
 3. 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 재해로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보장을 해드립니다.
- ④ 청약서에 피보험자의 직업 또는 직종별로 보험가입금액의 한도액이 명시되어 있음에도 그 한도액을 초과하여 청약을 하고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그 초과 청약액에 대하여는 보장을 하지 않습니다.

제 38 조 【제2회 이후 보험료의 납입】

계약자는 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 하며, 회사는 계약자가 보험료를 납입한 경우에는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융회사(우체국 포함)를 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사 발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.

【납입기일】

계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제 39 조 【보험료의 자동대출납입】

- ① 계약자는 제40조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따른 보험료의 납입최고(독촉)기간이 지나기 전까지 회사가 정한 방법에 따라 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있으며, 이 경우 제47조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려드립니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보험계약대출의 원금과 이자를 더한 금액이 해지환급금(해당 보험료가 납입된 것으로 계산한

금액을 말합니다)을 초과하는 때에는 보험료의 자동대출납입을 더는 할 수 없습니다.

- ③ 제1항 및 제2항에 따른 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.
- ④ 보험료의 자동대출납입이 행하여진 경우에도 자동대출납입 전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출 납입이 없었던 것으로 하여 제46조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.
- ⑤ 회사는 자동대출납입이 종료된 날부터 15일 이내에 자동대출납입이 종료되었음을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서(SMS 포함) 등으로 계약자에게 안내하여 드립니다.

제 40 조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)과 계약의 해지】

- ① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.
 - 1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 - 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ② 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면, 전자서명법 제2조(정의) 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조(정의) 제3호에 따른 공인전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.
- ③ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제46조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 41 조 【보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)】

- ① 제40조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)과 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 이 계약의 사업방법서에서 별도로 정한 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다.
- ② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제27조(계약 전 알릴 의무), 제28조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과), 제29조(사기에 의한 계약), 제30조(보험계약의 성립) 제2항과 제3항 및 제37조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다. 다만, 부활(효력회복)의 경우 제1회 보험료는 부활(효력회복)시의 보험료를 의미합니다.
- ③ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초 계약을 청약한 때 제27조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제28조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제 42 조 【강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복)】

- ① 회사는 계약자의 해지환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제34조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.
- ② 회사는 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.
- ③ 회사는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 회사는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.
- ④ 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다.
- ⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부

터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제 43 조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제46조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 계약체결시 피보험자가 태아(胎兒)이며 계약자가 피보험자 출생전에 계약을 해지하는 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급하여 드립니다.
- ③ 제2항에 따라 계약을 해지하는 경우 계약자는 의사소견서 등 제2항의 '태아가 출생하기 전'임을 입증할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.

제 44 조 【중대사유로 인한 해지】

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
 1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
 2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제46조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제 45 조 【회사의 파산선고와 해지】

- ① 회사가 파산의 선고를 받은 때에는 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.
- ② 제1항의 규정에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.
- ③ 제1항의 규정에 따라 계약이 해지되거나 제2항의 규정에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제46조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 드립니다.

제 46 조 【해지환급금】

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 <별표16> '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 47 조 【보험계약대출】

- ① 계약자는 이 계약의 해지환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 '보험계약대출'이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.
- ② 계약자는 제1항에 따른 보험계약대출의 원금과 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 때에는 회사는 보험금, 책임준비금, 해지환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.
- ③ 회사는 제40조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감합니다.
- ④ 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제 48 조 【배당금의 지급】

이 계약은 무배당보험이므로 계약자배당금이 없습니다.

제7관 분쟁의 조정 등

제 49 조 【분쟁의 조정】

계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁 당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있습니다.

제 50 조 【관할법원】

이 계약에 관한 소송 및 민사조정은 계약자의 주소지를 관할하는 법원으로 합니다. 다만, 회사와 계약자가 합의하여 관할법원을 달리 정할 수 있습니다.

제 51 조 【소멸시효】

보험금청구권, 보험료 반환청구권, 해지환급금청구권 및 책임준비금 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

제 52 조 【약관의 해석】

- ① 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하여야 하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 않습니다.
- ② 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.
- ③ 회사는 보험금을 지급하지 않는 사유 등 계약자나 피보험자에게 불리하거나 부담을 주는 내용은 확대하여 해석하지 않습니다.

제 53 조 【회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력】

보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사 제작의 보험안내자료(계약의 청약을 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다) 내용이 이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제 54 조 【회사의 손해배상책임】

- ① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임 있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 발생한 손해에 대하여 관계 법령 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.
- ② 회사는 보험금 지급거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었는데도 소를 제기하여 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 손해를 가한 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.
- ③ 회사가 보험금 지급 여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 공정을 잃은 합의로 보험수익자에게 손해를 가한 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

제 55 조 【개인정보보호】

- ① 회사는 이 계약과 관련된 개인정보를 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 「개인정보 보호법」, 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」등 관계 법령에 정한 경우를 제외하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 동의 없이 수집, 이용, 조회 또는 제공하지 않습니다. 다만, 회사는 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 위 관계 법령에 따라 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련단체 등에 개인정보를 제공할 수 있습니다.
- ② 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

제 56 조 【준거법】

이 계약은 대한민국 법에 따라 규율되고 해석되며, 약관에서 정하지 않은 사항은 상법, 민법 등 관계 법령을 따릅니다.

제 57 조 【예금보험에 의한 지급보장】

회사가 파산 등으로 인하여 보험금 등을 지급하지 못할 경우에는 예금자보호법에서 정하는 바에 따라 그 지급을 보장합니다.

제8관 태아가입특칙(胎兒加入特則)

제 58 조 【특칙의 적용】

이 특칙은 피보험자로 될 자가 계약체결시 태아(胎兒)인 계약에 한하여 적용합니다.

제 59 조 【피보험자】

제57조(특칙의 적용)의 태아(이하 “태아”라고 합니다)는 출생시에 피보험자가 됩니다.

제 60 조 【출생통지】

- ① 계약자는 피보험자가 출생한 경우에는 즉시 다음의 서류를 제출하여 이를 회사에 알려야 합니다.
 1. 통지서(회사양식)
 2. 피보험자의 가족관계등록부 또는 주민등록등본
 3. 보험증권
- ② 제1항의 통지가 있는 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 61 조 【유산(流産) 또는 사산(死産)시의 처리】

- ① 태아가 유산 또는 사산에 의해 출생하지 못한 경우에는 계약을 무효로 합니다.
- ② 계약자는 제1항의 사실이 발생한 경우에는 다음의 서류를 제출하여 이를 회사에 알려야 합니다.
 1. 통지서(회사양식)
 2. 의사 또는 조산원의 유산 또는 사산을 증명하는 서류
 3. 최종보험료 영수증
- ③ 제2항의 통지가 있는 경우 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

제 62 조 【복수(複數)출생의 경우】

- ① 태아가 복수로 출생한 경우에는 계약자는 출생아 각각을 피보험자로 지정할 수 있습니다. 다만, 하나의 계약이 체결된 경우에는 출생아 중 1명만을 피보험자로 지정할 수 있으며, 그 외의 출생아에 대해서는 새로운 계약의 피보험자로 지정할 수 있습니다.
- ② 제1항의 피보험자가 출생한 날부터 1년 이내에 사망하고 동시에 출생한 자가 생존하여 있는 경우에는 계약자는 피보험자가 사망한 날부터 1개월 이내에 한하여 동시에 출생한 자 중에서 새로운 피보험자를 지정할 수 있습니다.
- ③ 계약자가 제2항의 변경을 청구한 때에는 다음 서류를 제출해야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 새로 피보험자로 될 자의 가족관계증명서 또는 주민등록등본
- ④ 제2항의 변경을 회사가 승인한 때에는 원래의 피보험자의 사망으로 소급하여 그 변경이 행해지는 것으로 하여 회사는 그때부터 변경후의 피보험자에 대해서 보험계약상의 보장을 합니다.
- ⑤ 제1항 및 제2항의 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ⑥ 다음의 경우에는 회사는 제2항의 변경을 취급하지 않습니다.
 1. 원래의 피보험자에 대해서 책임준비금 또는 보험금이 이미 지급되거나 청구서류를 접수한 경우
 2. 계약자가 원래의 피보험자를 고의로 사망하게 한 경우

제 63 조 【보험금 지급기준 적용나이】

보험금 지급기준표(<별표1> ‘보험금 지급기준표’ 참조)에서 적용하는 피보험자 나이는 피보험자가 출생한 날부터 계산합니다.

제 64 조 【출생전 보험금 지급사유 발생】

피보험자의 출생전에 제18조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 피보험자가 출생한 날부터 제18조(보험금의 지급사유)에 따라 지급합니다.

제 65 조 【계약나이의 계산 특례(特例)】

계약일에 있어서의 피보험자의 계약나이는 0세로 합니다.

제 66 조 【계약일 및 계약나이의 변경】

- ① 회사가 제60조(출생통지) 제1항의 통지를 받은 경우 피보험자의 출생일이 계약일로부터 6개월을 초과한 때에는 회사는 계약일을 피보험자의 출생일의 반년전의 해당일로 변경하며, 이로 인하여 피보험자의 계약나이가 변경될 경우에는 이 보험의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 정산합니다.
- ② 제1항에 따라 피보험자의 계약나이를 변경한 경우에는 회사는 변경후의 계약나이에 따라서 보험료를 변경합니다.
- ③ 제2항의 경우 이미 납입된 보험료를 정산하고 환급하여야 할 금액이 있을 때에는 회사는 이를 계약자에게 지급하고 부족한 금액이 있을 때에는 계약자는 이를 회사에 납입하여야 합니다.

제 67 조 【보험료 정산 및 정산이후 납입에 관한 사항】

- ① 계약체결시 피보험자가 태아일 경우의 보험료는 피보험자 남자 0세를 기준으로 적용하며, 출생시 피보험자의 성별이 변경될 경우에는 이 보험의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 정산합니다.
- ② 제1항에 따라 보험료를 정산하는 경우, 회사가 지급하여야 할 금액이 있을 때는 이를 계약자에게 지급하고 부족한 금액이 있을 때는 계약자가 이를 회사에 납입하여야 합니다.
- ③ 제2항에 따른 금액은 제1항에 따라 계산된 정산보험료를 정산일까지의 기간에 대하여 표준이율을 연단위 복리로 계산한 금액으로 합니다.
- ④ 제1항에 따라 보험료를 정산한 이후에 피보험자의 계약나이 또는 성별에 따라 보험료가 변경될 경우 계약자는 변경된 보험료를 납입하여야 합니다.

<별표 1>

보험금 지급기준표

[기준: 보험가입금액 2,500만원]

급부명	지급사유		지급금액
만기보험금 (제18조 제1호)	피보험자가 보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때		이미 납입한 주계약 보험료의 100%
암진단자금 (제18조 제2호)	피보험자가 보험기간 중 암 진단이 확정되었을 때(최초 1회의 진단확정에 한함)	고액암	1억원 (계약일부터 1년미만 진단시 해당보험금의 50%지급)
		암 (고액암, 유방암 및 남녀생식기암 제외)	5,000만원 (계약일부터 1년미만 진단시 해당보험금의 50%지급)
		유방암 또는 남녀생식기암	2,000만원 (계약일부터 1년미만 진단시 해당보험금의 50%지급)
소액암진단자금 (제18조 제3호)	피보험자가 보험기간 중 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양 및 대장점막내암 진단이 확정되었을 때(각각 최초 1회의 진단확정에 한함)		500만원 (계약일부터 1년미만 진단시 해당보험금의 50%지급)
말기신부전증 진단자금 (제18조 제4호)	피보험자가 보험기간 중 말기신부전증으로 진단이 확정되었을 때 (최초 1회의 진단확정에 한함)		3,000만원 (계약일로부터 1년미만 진단시 해당보험금의 50%지급)
중대한 화상 및 부식 진단자금 (제18조 제5호)	피보험자가 보험기간 중 중대한 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)으로 진단이 확정되었을 때(최초 1회의 진단확정에 한함)		2,000만원
5대장기이식수술비 (제18조 제6호)	피보험자가 보험기간 중 장기수혜자로서 5대장기이식수술을 받았을 때 (최초 1회의 수술에 한함)		2,000만원
조혈모세포 이식수술비 (제18조 제7호)	피보험자가 보험기간 중 조혈모세포 수혜자로서 조혈모세포이식수술을 받았을 때 (최초 1회의 수술에 한함)		2,000만원
수술비 (제18조 제8호)	피보험자가 보험기간 중 1~5종 수술분류표에서 정한 수술을 받았을 때(수술1회당)		1종 : 10만원 2종 : 30만원 3종 : 50만원 4종 : 100만원 5종 : 300만원
입원비 (제18조 제9호)	피보험자가 보험기간 중 질병 및 재해의 치료를 직접적인 목적으로 4일 이상 계속하여 입원하였을 때 (1회 입원당 120일한도)		2만원 (3일초과 1일당)
재해골절치료비 (제18조 제10호)	피보험자가 보험기간 중 재해골절(치아파절 제외) 상태가 되었을 때		20만원 (재해골절 1회당)
깁스치료비 (제18조 제11호)	피보험자가 보험기간 중 깁스(Cast)치료를 받았을 때		10만원 (깁스치료 1회당)
유과·납치 위로금 (제18조 제12호)	피보험자가 보험기간 중 유과·납치의 피해자가 되었을 때(다만, 최초 1회에 한하며 30세 계약해당일 전일까지만 보장)		500만원

강력범죄 위로금 (제18조 제13호)	피보험자가 보험기간 중 강력범죄의 피해자가 되어 1개월(30일)을 초과하여 의사의 치료를 요하는 상해를 입었을 때(다만, 동일사고에 의한 경우 1회에 한함)	100만원 (발생 1회당)
특정 법정감염병 치료비 (제18조 제14호)	피보험자가 보험기간 중 특정 법정감염병으로 해당 보건소에 신고되어 감염병환자로 진단 확정되었을 때	30만원 (발생 1회당)

(주)

1. 보험료 납입기간 중 피보험자가 장애분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 때에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
2. 보험료 납입기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 암(기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양 및 대장점막내암 제외) 또는 말기신부전증으로 진단 확정 되었을 때에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
3. 보험료 납입이 면제된 이후 납입기간 종료일까지 정상적으로 보험료가 납입된 것으로 간주하여 만기보험금의 이미 납입한 주계약 보험료를 계산합니다.
4. 피보험자가 보험기간 중 이미 지급한 암진단자금의 지급사유와 인과관계가 없는 암으로 지급사유가 추가로 발생한 경우 해당 암진단자금에서 추가진단시점의 해당하는 이미 지급한 암진단자금(계약일부터 1년 미만에 발생하여 암진단자금을 받았다고 하더라도 추가 진단된 시점이 1년 이상이면 1년이상 시점의 금액)을 뺀 차액을 지급합니다.
5. 제3조(‘암’, ‘고액암’, ‘유방암’, ‘남녀생식기암’, ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’의 정의 및 진단확정) 및 제6조(‘대장점막내암’의 정의 및 진단확정)에 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 및 ‘대장점막내암’은 암의 정의에서 제외되는 바, “기타피부암”, ‘갑상선암’ 및 ‘대장점막내암’으로 보험금 지급사유 발생시 각각에 해당하는 소액암진단자금을 지급하고 암진단자금은 지급되지 않습니다.
6. 제6조(‘대장점막내암’의 정의 및 진단확정)에서 정한 ‘대장점막내암’으로 보험금 지급사유 발생시 ‘대장점막내암’에 해당하는 진단자금을 지급하고 ‘제자리암’에 해당하는 진단자금은 지급되지 않습니다.
7. 5대장기이식수술비 및 조혈모세포이식수술비의 경우, 수술비와 중복될 경우 해당 수술비를 각각 중복하여 지급합니다.
8. 피보험자가 사망한 경우에는 사망 당시의 책임준비금을 지급하고, 이 계약은 더 이상 효력이 없습니다.

<별표 2>

대상이 되는 악성신생물(암) 분류표 (기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외)

약관에 규정하는 악성신생물(암)로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.

1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상 악성신생물	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물(암)	C00 – C14
2. 소화기관의 악성신생물(암)	C15 – C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물(암)	C30 – C39
4. 뼈 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40 – C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 종피성 및 연조직의 악성신생물(암)	C45 – C49
7. 유방의 악성신생물(암)	C50
8. 여성 생식기관의 악성신생물(암)	C51 – C58
9. 남성 생식기관의 악성신생물(암)	C60 – C63
10. 요로의 악성신생물(암)	C64 – C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물(암)	C69 – C72
12. 부신의 악성신생물(암)	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물(암)	C75
14. 불명확한 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)	C76 – C80
15. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)	C81 – C96
16. 독립된(일차성) 여러 부위의 악성신생물(암)	C97
17. 진성 적혈구 증가증	D45
18. 골수 형성이상 증후군	D46
19. 만성 골수증식 질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판증가증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병	D47.5

(주)

1. 제7차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
2. 소화기관의 악성신생물(C15~C26) 중 제6조(대장점막내암의 정의 및 진단확정)에서 정한 '대장점막내암'은 상기 분류표에서 제외됩니다.
3. 한국표준질병사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침'에 따라 C77 ~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다.

<별표 3>

고액치료비관련 악성신생물(암) 분류표

약관에 규정하는 고액치료비관련 악성신생물(암)로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류 (통계청 고시 제 2010-246호, 2011. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상 악성신생물	분류번호
1. 뼈 및 관절연골의 악성신생물(암)	
-. 사지의 뼈 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40
-. 기타 및 상세불명 부위의 뼈 및 관절연골의 악성신생물(암)	C41
2. 뇌 및 중추신경계통의 기타부분의 악성신생물(암)	
-. 수막의 악성신생물(암)	C70
-. 뇌의 악성신생물(암)	C71
-. 척수, 뇌신경 및 중추신경계통의 기타 부위의 악성신생물(암)	C72
3. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)	
-. 호지킨 림프종	C81
-. 소포성 림프종	C82
-. 비소포성 림프종	C83
-. 성숙 T/NK-세포 림프종	C84
-. 기타 및 상세불명 유형의 비호지킨 림프종	C85
-. T/NK-세포 림프종의 기타 명시된 형태	C86
-. 기타 B-세포림프종[악성 면역증식성 질환]	C88
-. 다발성 골수종 및 악성 형질세포 신생물	C90
-. 림프성 백혈병	C91
-. 골수성 백혈병	C92
-. 단핵구성 백혈병	C93
-. 명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
-. 상세불명 세포형의 백혈병	C95
-. 림프, 조혈 및 관련조직의 기타 및 상세불명의 악성신생물(암)	C96
-. 만성 골수증식질환	D47.1
-. 만성 호산구성 백혈병	D47.5

(주) 제7차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

<별표 4>

남녀 생식기관의 악성신생물(암) 분류표

약관에 규정하는 남녀 생식기관의 악성신생물(암)으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

구분	분류항목	분류번호
여자	1. 외음의 악성 신생물	C51
	2. 질의 악성 신생물	C52
	3. 자궁경부의 악성 신생물	C53
	4. 자궁체부의 악성 신생물	C54
	5. 상세불명 자궁 부분의 악성 신생물	C55
	6. 난소의 악성 신생물	C56
	7. 기타 및 상세불명의 여성 생식기관의 악성 신생물	C57
	8. 태반의 악성 신생물	C58
남자	1. 음경의 악성 신생물	C60
	2. 전립선의 악성 신생물	C61
	3. 고환의 악성 신생물	C62
	4. 기타 및 상세불명의 남성 생식기관의 악성 신생물	C63

(주)

1. 제7차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
2. 한국표준질병사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침'에 따라 C77 ~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다.

<별표 5>

제자리의 신생물 분류표 (대장점막내암 제외)

약관에 규정하는 제자리의 신생물로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

분류항목	분류번호
1. 구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01
3. 중이 및 호흡계통의 제자리암종	D02
4. 제자리흑색종	D03
5. 피부의 제자리암종	D04
6. 유방의 제자리암종	D05
7. 자궁경부의 제자리암종	D06
8. 기타 및 상세 불명의 생식기관의 제자리암종	D07
9. 기타 및 상세 불명 부위의 제자리암종	D09

(주)

- 제7차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
- 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종(D01) 중 제6조(‘대장점막내암’의 정의 및 진단확정)에서 정한 ‘대장점막내암’은 상기 분류표에서 제외됩니다.

<별표 6>

행동양식불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에 규정하는 행동양식불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상 질병명	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내 기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추신경계의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물	D47(D47.1, D47.3, D47.4, D47.5 제외)
10. 기타 및 상세 불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물	D48

(주)

1. 제7차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
2. 만성 골수증식질환(D47.1), 본태성(출혈성) 혈소판증가증(D47.3), 골수섬유증(D47.4), 만성 호산구성 백혈병(D47.5)은 9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물에 포함되지 않는 것으로 보아 보장하지 않습니다.

<별표 7>

‘중대한 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)’의 정의

‘중대한 화상 및 부식’이라 함은 화상 및 부식이 ‘9의 법칙(Rule of 9’s)’ 또는 ‘룬드와 브라우더 신체표면적 차트(Lund & Browder body surface chart)’에 의해 측정된 신체표면적으로 최소 20%이상의 3도 화상 또는 부식을 입은 경우를 말하며, 단, ‘9의 법칙’ 또는 ‘룬드와 브라우더 신체표면적 차트’ 측정법처럼 표준화되고 임상학적으로 받아들여지는 다른 신체표면적 차트를 사용하여 유사한 결과가 나온것도 인정합니다.

1~5종 수술분류표

I. 일반 질병 및 재해 치료목적의 수술

구분	수술명	수술종류
피부, 유방의 수술	1. 피부이식수술(25cm ² 이상인 경우), 피판수술(피판분리수술, Z flap, W flap 제외)	3
	2. 피부이식수술(25cm ² 미만인 경우)	1
	3. 유방절단수술(切除術 Mastectomy)	3
	4. 기타 유방수술(농양의 절개 및 배액은 제외) [다만, 치료목적의 Mammotomy 는 수술개시일로부터 60 일 이내 2 회 이상의 수술은 1 회의 수술로 간주하여 1 회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	1
근골(筋骨)의 수술 [발정술(拔釘術) 등 내 고정물 제거술은 제외함]치(齒) · 치은 · 치근(齒根) · 치조골(齒槽骨)의 처치, 임플란트(Implant) 등 치과 처치 및 수술에 수반하는 것은 제외함]	5. 골(骨) 이식수술	2
	6. 두개골(頭蓋骨, cranium) 관혈수술 [비골(鼻骨) · 비중격(鼻中隔) · 상악골(上顎骨) · 하악골(下顎骨) · 악관절(顎關節)은 제외함]	3
	7. 비골(鼻骨) 수술 [비중격 만곡증(彎曲症)수술, 수면중 무호흡 수술은 제외]	1
	8. 상악골(上顎骨), 하악골(下顎骨), 악관절(顎關節) 관혈수술	2
	9. 척추골(脊椎骨), 골반골(骨盆骨), 추간판 관혈수술	3
	10. 쇄골(鎖骨), 견갑골(肩胛骨), 늑골(肋骨), 흉골(胸骨) 관혈수술	2
	11. 사지(四肢) 절단수술(다지증에 대한 절단수술은 제외함)	
	11-1. 손가락, 발가락 절단수술 [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는 것]	1
	11-2. 기타 사지(四肢)절단수술	3
	12. 절단(切断)된 사지(四肢)재접합수술(再接手術)[골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는 것]	3
	13. 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술	
	13-1. 손가락, 발가락의 골 및 관절 관혈수술	1
	13-2. 기타 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술	2
	14. 근(筋), 건(腱), 인대(靭帶), 연골(軟骨) 관혈수술	1
호흡기계, 흉부(胸部)의 수술	15. 만성부비강염(慢性鼻竇炎) 근본수술(根本手術)	1
	16. 후두(喉頭) 관혈적 절제수술	3
	17. 편도, 아데노이드 절제수술	1
	18. 기관(氣管), 기관지(氣管支), 폐(肺), 흉막(胸膜) 관혈수술 [개흉술(開胸術 Thoracotomy)을 수반하는 것]	4
	19. 폐장(肺臟) 이식수술 [수용자(受容者)에 한함]	5
	20. 흉곽(胸廓) 형성수술(形成手術)	3
	21. 종격종양(縱隔腫瘍), 흉선 절제수술[개흉술을 수반하는 것]	4
순환기계, 비장(脾臟)의 수술	22. 혈관관혈수술(하지정맥류 및 손가락발가락은 제외)	3
	23. 하지 정맥류(靜脈瘤) 근본수술 및 손가락발가락 혈관관혈수술	1
	24. 대동맥(大動脈), 대정맥(大靜脈), 폐동맥(肺動脈), 관동맥(冠動脈) 관혈수술	5

	[개흉술, 개복술을 수반하는 것]	
	25. 심막(心膜) 관혈수술 [개흉술을 수반하는 것]	4
	26. 심장내(心藏內) 관혈수술 [개흉술을 수반하는 것]	5
	27. 심장 이식수술 [수용자에 한함]	5
	28. 체내용(體內用) 인공심박조율기(人工心搏調節機 Artificial pacemaker) 매입술(埋入術)	3
	29. 비장(脾臟) 절제수술	3
소화기계의 수술	30. 이하선 절제수술	3
	31-1. 악하선, 설하선 절제수술	2
	31-2. 기타 타액선 절제수술(타석제거는 제외)	1
	32. 식도(食道) 이단술(離斷術) [개흉술, 개복술(開腹術 Laparotomy)을 수반하는 것]	4
	33. 위 절제수술(胃切除術 Gastrectomy) [개복술을 수반하는 것]	4
	34. 기타의 위식도 관혈수술 [개흉술, 개복술을 수반하는 것]	3
	35. 간장(肝臟), 췌장(胰臟) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]	4
	36. 담낭(膽囊), 담도(膽道) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]	3
	37. 간장 이식수술 [수용자에 한함, 개복술을 수반하는 것]	5
	38. 췌장 이식수술 [개복술을 수반해야 하며 수용자에 한함] (다만, 랑게르한스 소도(Islet of Langerhans)세포 이식수술은 제외함)	5
	39. 탈장(脫腸) 근본수술	1
	40. 전신성 복막염(全身性腹膜炎, Generalized peritonitis) 수술	2
	41. 충수(蟲垂) 절제술(충수염관련 충수주위 농양수술, 국한성 복막염 수술 포함), 맹장봉축술(盲腸縫紮術)	2
	42. 직장탈(直腸脫) 근본수술	1
	43. 소장(小腸), 결장(結腸), 직장(直腸), 장간막(腸間膜) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것] 다만, 직장탈근본수술은 제외	4
	44. 치루(痔瘻), 탈항(脫肛), 치핵(痔核) 근본수술 [근치를 목적으로 하지 않은 수술은 제외함]	1
비뇨기계 · 생식기계의 수술 (인공임신중절수술은 제외함)	45. 신장(腎臟), 방광(膀胱), 신우(腎盂), 요관(尿管)관혈수술 [개복술을 수반하는 것, 경요도적 조작 및 방광류·요실금 교정수술은 제외]	4
	46. 요도 관혈수술 [경요도적 조작은 제외함]	2
	47. 방광류·요실금 교정수술	1
	48. 신장(腎臟) 이식수술(移植術) [수용자에 한함]	5
	49. 음경(陰莖) 절단수술 (포경수술 및 음경이물제거수술은 제외)	3
	50. 고환(睪丸), 부고환(附睪丸), 정관(精管), 정색(精索), 정낭(精囊)관혈수술, 전립선(前立腺)관혈수술	2
	51. 음낭관혈수술	1
	52. 자궁, 난소, 난관 관혈수술 (다만, 제왕절개만출술 및 경질적인 조작은 제외)	2
	53. 경질적 자궁, 난소, 난관 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험]	1

	금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	
	54. 제왕절개만출술(帝王切開娩出術)	1
	55. 질탈(膣脱)근본수술	1
내분비기계의 수술	56. 뇌하수체종양(腦下垂體腫瘍) 절제수술	5
	57. 갑상선(甲状腺)부갑상선(副甲状腺) 관혈수술	3
신경계의 수술	58. 부신(副腎) 절제수술	4
	59. 두개내(頭蓋內) 관혈수술 [개두술(開頭術 Craniotomy)을 수반하는 것]	5
	60. 신경(神經) 관혈수술	2
	61. 관혈적 척수종양(脊髓腫瘍) 절제수술	4
	62. 척수경막내외(脊髓硬膜内外) 관혈수술	3
시각기의 수술 [약물주입술은 제외]	63. 안검하수증(眼瞼下垂症)수술(안검내반증 제외)	1
	64. 누소관(淚小管)형성수술(누관튜브삽입술 포함)	1
	65. 누낭비강(淚囊鼻腔) 관혈수술	2
	66. 결막낭(結膜囊) 형성수술	2
	67. 각막, 결막, 공막 봉합수술	1
	68. 각막, 공막 이식수술	2
	69. 전방(前房), 홍채(虹彩), 유리체(玻璃體) 관혈수술	2
	70. 녹내장(綠内障) 관혈수술	3
	71. 백내장(白內障), 수정체(水晶體) 관혈수술	1
	72. 망막박리(網膜剝離) 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험 금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	2
시각기의 수술 [약물주입술은 제외]	73. 레이저(Laser)에 의한 안구(眼球) 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험 금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	1
	74. 냉동응고(冷凍凝固)에 의한 안구(眼球) 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험 금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	2
	75. 안구적출술, 조직충전술(組織充填術)	3
	76. 안와내양절제수술	3
	77. 관혈적 안와내(眼窩內) 이물제거수술(異物除去手術)	1
	78. 안근(眼筋)관혈수술	1
청각기(聽覺器官)의 수술	79. 관혈적 고막(鼓膜) 성형술 [고막 패치술은 제외]	2
	80. 유양동 절제술(乳樣洞切除術 mastoidectomy)	2
	81. 중이(中耳) 관혈수술 [중이내 튜브유치술 제외]	2
	82. 중이내(中耳內) 튜브유치술 [고막 패치술은 제외, 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주 하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	1
	83. 내이(內耳) 관혈수술	3

상기 이외의 수술 [검사, 처치, 약물주입 요법은 포함하지 않음]	84. 상기 이외의 개두술(開頭術)	3
	85. 상기 이외의 개흉술(開胸術)	3
	86. 상기 이외의 개복술(開腹術)	2
	87. 체외충격파쇄석술(體外衝擊破砕石術 E.S.W.L.) [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험 금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.] * 체외충격파치료술(E.S.W.T)은 제외	2
	88. 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter), 고주파 전극 등에 의한 경피적 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험 금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	
	88-1. 뇌, 심장	3
	88-2. 후두, 흉부장기(심장 제외), 복부장기(비뇨, 생식기 제외), 척추, 사지관절(손가락, 발가락은 제외)	2
	88-3. 비뇨, 생식기 및 손가락, 발가락	1

(주) 상기 1~87항의 수술중 내시경(Fiberscope)을 이용한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적(經皮的 Percutaneous)수술은 88항을 적용합니다. 다만, 복강경-흉강경에 의한 수술은 해당부위(1~87항)의 수술로 적용합니다.

II. 악성신생물 치료 목적의 수술

수술명	수술종류
1. 관혈적 악성신생물(惡性新生物) 근치수술(根治手術 Radical curative surgery) 다만, 기타피부암(C44) 제외 [내시경 수술, 카테터 · 고주파 전극 등의 경피적 수술 등은 제외함]	5
1-1. 기타피부암(C44)	3
2. 내시경 수술, 카테터 · 고주파 전극 등에 의한 악성신생물 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이 후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	3
3. 상기 이외의 기타 악성신생물수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이 후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	3

(주) 1. 제자리암-경계성 종양에 대한 수술은 '1. 일반 질병 및 재해치료 목적의 수술' 항목의 적용을 받습니다.

2. 카테터(Catheter)를 이용한 흡인천자약물주입요법은 포함하지 않습니다.

3. 비고형암에 대한 비관혈적 근치수술은 관혈적 악성신생물 근치수술에 준하여 5종 수술로 인정합니다. 다만, 조혈모세포이식술(일련의 과정 '추출, 필터링, 배양, 제거, 주입'을 모두 포함하여 1회의 수술로 인정)을 제외한 근치수술의 경우 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술급여금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복지급이 가능합니다.

III. 악성신생물 근치두개내신생물 근치 방사선 조사 분류표

방사선 조사 분류항목	수술종류
1. 악성신생물 근치 방사선 조사 [5,000Rad 이상의 조사(照射)를 하는 경우로 한정하며, 악성신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료(定位的放射線治療 Stereotactic radiotherapy)를 포함함]	3
2. 두개내 신생물 근치 감마 나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료	3

(주) 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

(1~5종 수술분류표 사용 지침)

1. ‘수술’이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자가 피보험자의 질병 또는 재해로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 <1~5종 수술분류표>에 정한 행위[기구를 사용하여 생체에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.)을 말하며 흡인(吸引), 천자(穿刺), 절제(切除) 등의 조치 및 신경 BLOCK은 제외]를 하는 것을 말합니다.
2. ‘관혈(觀血)’ 수술이라 함은 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변부위를 노출 시켜서 수술하는 것을 말합니다.
3. ‘근본(根本)’ 혹은 ‘근치(根治)’ 수술이라 함은 일회의 수술로 해당 질병을 완전히 치유할 수 있는 수술을 말합니다.
4. ‘관혈적 악성신생물 근치수술’이라 함은 관혈적 방법을 통해 악성신생물의 원발 병소를 완전히 절제, 적제, 적출하고 혹은 광범 수술을 함께 실시한 경우입니다.
5. <1~5종 수술분류표>상에 열거되지 않은 선진의료적 첨단 수술에 대한 인정 및 적용 기준

<1~5종 수술분류표>에서의 선진의료적 첨단 수술은 상기 ‘수술’의 정의에 해당하여야 하고 약물투여치료, 방사선조사치료 또는 기타의 보존적 치료로 분류될 수 없는 경우이어야 합니다

- 1) <1~5종 수술분류표>상의 수술이외에 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 치료한 경우 <1~5종 수술분류표>상의 동일부위 수술로 봅니다. 이때에 해당 선진의료적 첨단 수술은 보험기간 중 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.
 - 2) 다만, 이 선진의료적 첨단 수술이 본질적으로 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적 수술인 경우에는 <1~5종 수술분류표> 중 ‘일반질병 및 재해치료 목적의 수술’ 88항 (악성신생물의 경우는 ‘악성신생물 치료목적의 수술’ 2항)을 우선 적용합니다.
6. ‘악성 신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료’라 함은 선형가속기(LINAC)에서 발생하는 가는 방사선(Pencil beam)들을 다양한 각도에서 악성 신생물을 향해 집중적으로 조사하면서 동시에 악성신생물의 움직임을 병변 추적 장치를 이용하여 실시간으로 추적하면서 치료하는 방법입니다.
 7. ‘두개내 신생물 근치 감마나이프 (Gamma knife)정위적 방사선 치료’라 함은 정위 좌표계를 이용하여 코발트 60 방사성 동위원소 (Co-60)에서 나오는 감마선을 두개강 내의 신생물을 향해 집중 조사함으로써 두개(頭蓋)를 열지 않고도 수술적 제거와 같은 효과를 내는 치료를 말합니다.
 8. 다음과 같은 수술은 수술급여금 지급대상에서 보장을 제외합니다.
 - 1) 미용 성형상의 수술
 - 2) 피임(避妊) 목적의 수술
 - 3) 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술
 - 4) 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査) 등]

<별표 9>

질병 및 재해 분류표

1. 보장대상이 되는 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 질병 및 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

- ① 한국표준질병·사인분류상의(A00~Y98)에 해당하는 질병 및 재해
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에 규정한 감염병(콜레라, 장티푸스, 파라티푸스, 세균성이질, 장출혈성대장균감염증, A형간염)

2. 보험금을 지급하지 아니하는 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 질병 및 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 정신 및 행동장애(F00~F99)로 인한 질병
- ② 선천 기형, 변형 및 염색체 이상(Q00~Q99)으로 인한 질병
- ③ 마약, 습관성 의약품 및 알콜중독으로 인한 경우
- ④ 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우
- ⑤ 정상임신, 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우
- ⑥ 질병을 직접적인 원인으로 하지 아니하는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인한 경우
- ⑦ 치료를 수반하지 아니하는 건강진단으로 인한 경우

※ () 안은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2010-246호, 2011.1.1시행)상의 분류번호이며, 제7차 개정 이후 상기 질병 및 재해 이외에 위 1및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 질병 및 재해가 있는 경우에는 그 질병 및 재해도 포함 하는 것으로 합니다.

【조문 내용】

감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 (정의)

2. "제1군감염병"이란 마시는 물 또는 식품을 매개로 발생하고 집단 발생의 우려가 커서 발생 또는 유행 즉시 방역대책을 수립하여야 하는 다음 각 목의 감염병을 말한다.

- 가. 콜레라
- 나. 장티푸스
- 다. 파라티푸스
- 라. 세균성이질
- 마. 장출혈성대장균감염증
- 바. A형간염

※ 감염병에 관한 법률이 제개정될 경우, 보험사고 발생당시 제개정된 법률을 적용합니다.

<별표 10>

재해골절(치아파절 제외) 분류표

약관에 규정하는 '재해골절(치아파절 제외)'로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

분류항목	분류번호
1. 척추 및 척수의 출산 손상	P11.5
2. 출산손상으로 인한 두개골 골절	P13.0
3. 기타 두개골의 출산손상	P13.1
4. 대퇴골의 출산손상	P13.2
5. 기타 긴뼈의 출산손상	P13.3
6. 출산손상으로 인한 쇄골 골절	P13.4
7. 기타 골격 부분의 출산손상	P13.8
8. 상세불명의 골격의 출산손상	P13.9
9. 두개골 및 안면골의 골절(치아파절 제외)	S02(S02.5는 제외)
10. 목의 골절	S12
11. 늑골, 흉골 및 흉추의 골절	S22
12. 요추 및 골반의 골절	S32
13. 어깨 및 위팔의 골절	S42
14. 아래팔의 골절	S52
15. 손목 및 손부위의 골절	S62
16. 대퇴골의 골절	S72
17. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
18. 발목을 제외한 발의 골절	S92
19. 여러 신체부위의 골절	T02
20. 상세불명의 척추 부위의 골절	T08
21. 상세불명의 팔 부위의 골절	T10
22. 상세불명의 하지 부위의 골절	T12
23. 상세불명의 신체 부위의 골절	T14.2

(주) 제7차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

<별표 11>

대상이 되는 특정 법정감염병 분류표

약관에서 규정하는 대상이 되는 ‘특정 법정감염병’으로 분류되는 질병은 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률(일부개정 2014.9.19 법률 제 12444 호)」 제2조(정의) 및 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 시행규칙(타법개정 2014.7.8 보건복지부령 제 106 호)」 제2조(제4군감염병의 종류)에 해당하는 질환 중 아래에 해당하는 질환을 말합니다.

구 분	대상이 되는 질환
제1군 감염병(5종)	콜레라, 장티푸스, 파라티푸스, 세균성이질, 장출혈성대장균감염증
제2군 감염병(8종)	디프테리아, 백일해, 파상풍, 홍역, 유행성이하선염, 풍진, 폴리오, 일본뇌염
제3군 감염병(14종)	말라리아, 성홍열, 수막구균성수막염, 레지오넬라증, 비브리오패혈증, 발진티푸스, 발진열, 쯤쯤가무시증, 렙토스피라증, 브루셀라증, 탄저, 공수병, 신증후군출혈열, 크로이츠펠트-야콥병(CJD) 및 변종크로이츠펠트-야콥병(vCJD)
제4군 감염병(13종)	페스트, 황열, 뎅기열, 두창, 보툴리눔독소증, 중증 급성호흡기 증후군(SARS), 야토병, 큐열(Q열), 웨스트나일열, 라임병, 진드기매개뇌염, 유비저, 치쿤구니아열

(주)

- 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 (일부개정 2014.9.19 법률 제 12444 호)」 제2조(정의) 및 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 시행규칙(타법개정 2014.7.8 보건복지부령 제 106 호)」 제2조(제4군감염병의 종류) 감염병 중 다음에 해당하는 경우는 보장하지 않습니다.
 - ▶ 제1군 감염병 중 A형간염
 - ▶ 제2군 감염병 중 B형간염, 수두
 - ▶ 제3군 감염병 중 결핵, 한센병, 인플루엔자, 후천성면역결핍증(AIDS), 매독
 - ▶ 제4군 감염병 중 바이러스성출혈열, 조류인플루엔자 인체감염증, 신종인플루엔자, 신종감염병증후군
- 향후 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 및 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 시행규칙」이 개정되어 신규로 추가되는 법정감염병이 생기더라도 ‘대상이 되는 질환’에서 나열한 감염병만 보장되며, 신규로 추가되는 법정감염병은 보장하지 않습니다.
- 향후 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 및 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 시행규칙」에서 제외되는 감염병이 생기더라도 신고여부와 상관없이 「특정 법정감염병」의 보장대상에서는 제외되지 않습니다.

<별표 12>

감염병환자 진단기준

특정 법정감염병의 감염병 환자 진단기준은 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 시행규칙(타법개정 2014.7.8 보건복지부령 제 106 호)」[별표 2]「감염병의 진단 기준(제6조 제4항 관련)」에서 정한 기준을 말하며 세부내용은 다음을 말합니다.

1. 제1군감염병의 경우
▪ 제1군감염병환자 : 해당 감염병에 부합되는 임상적 특징을 나타내면서 대소변, 혈액, 구토물 등 검체에서 배양검사 등의 검사방법으로 감염병병원체가 확인된 사람
2. 제2군감염병의 경우
▪ 제2군감염병환자 : 해당 감염병에 부합되는 임상적 특징을 나타내면서 대소변, 혈액, 뇌척수액, 타액, 뇌조직 등 검체에서 배양검사, 항체 검출검사, 항원 검출검사, 유전자 검출검사 등의 검사 방법으로 감염병병원체가 확인된 자. 다만, 파상풍의 경우에는 임상적 특징을 나타내는 것만으로도 환자로 진단한다.
3. 제3군감염병의 경우
▪ 제3군감염병환자 : 해당 감염병에 부합되는 임상적 특징을 나타내면서 대소변, 객담(喀痰), 혈액, 뇌척수액, 흉수, 복수, 병변조직, 뇌조직 등 검체에서 배양검사, 암시야(暗視野)현미경검사, 항원 검출검사, 항체 검출검사, 유전자 검출검사 등의 검사방법으로 감염병병원체가 확인된 사람
4. 제4군감염병의 경우
▪ 제4군감염병환자 : 해당 감염병에 부합되는 임상적 특징을 나타내면서 대소변, 혈액, 뇌척수액, 병변조직 등 검체에서 배양검사, 항원 검출검사, 항체 검출검사, 유전자 검출검사 등의 검사방법으로 감염병병원체가 확인된 사람

(주)

1. 향후 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 시행규칙」이 개정되어 ‘감염병환자 진단기준’의 내용이 변경된 경우에는 변경된 내용을 적용합니다.
2. ‘의사환자’ 및 ‘병원체 보유자’는 ‘감염병환자’에 해당하지 않습니다.

<별표 13>

감염병환자를 진단할 수 있는 기관

특정 법정감염병의 감염병 환자 진단 기준은 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 시행규칙(타법개정 2014.7.8 보건복지부령 제 106 호) 제4조(감염병의 병원체를 확인할 수 있는 기관)에서 정한 기준을 말하며 세부내용은 다음을 말합니다.

1. 질병관리본부
2. 국립검역소
3. 「보건환경연구원법」 제2조에 따른 보건환경연구원
4. 「지역보건법」 제7조에 따른 보건소
5. 「의료법」 제3조에 따른 의료기관 중 진단검사의학과 전문의가 상근(常勤)하는 기관
6. 「고등교육법」 제4조에 따라 설립된 의과대학

(주)

1. 향후 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 시행규칙」이 개정되어 ‘감염병환자를 진단할 수 있는 기관’의 내용이 변경된 경우에는 변경된 내용을 적용합니다.
2. 향후 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 및 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 시행규칙」에서 제외되는 감염병이 발생하는 경우 그 해당 감염병은 신고여부와 상관없이 의사의 진단에 따릅니다.

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 감염병(콜레라, 장티푸스, 파라티푸스, 세균성이질, 장출혈성대장균감염증, A형간염)

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
 - 과로 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
 - 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
 - 식량부족(X53)
 - 물 부족(X54)
 - 상세불명의 결핍(X57)
 - 고의적 자해(X60~X84)
 - 법적 개입 중 법적 처형(Y35.5)
- ③ ‘외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)’ 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 합병증을 일으키게 한 외과적 및 기타 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장)
- ④ ‘자연의 힘에 노출(X30~X39)’ 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
- ⑤ ‘우발적 익사 및 익수(W65~W74), 기타 호흡과 관련된 불의의 위험(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물질(W44)’ 중 질병에 의한 호흡장애 및 삼킴장애
- ⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

※ () 안은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2010-246호, 2011.1.1. 시행)상의 분류번호이며, 제7차 개정 이후 상기 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함되는 것으로 합니다.

【조문 내용】

감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 (정의)

2. "제1군감염병"이란 마시는 물 또는 식품을 매개로 발생하고 집단 발생의 우려가 커서 발생 또는 유행 즉시 방역대책을 수립하여야 하는 다음 각 목의 감염병을 말한다.

- 가. 콜레라
- 나. 장티푸스
- 다. 파라티푸스
- 라. 세균성이질
- 마. 장출혈성대장균감염증
- 바. A형간염

※ 감염병에 관한 법률이 제개정될 경우, 보험사고 발생당시 제개정된 법률을 적용합니다.

장애분류표

□ 총칙

1. 장애의 정의

- 1) '장애'라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아 있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태를 말한다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장애에 포함되지 않는다.
- 2) '영구적'이라 함은 원칙적으로 치유하는 때 장래 회복할 가망이 없는 상태로서 정신적 또는 육체적 훼손상태임이 의학적으로 인정되는 경우를 말한다.
- 3) '치유된 후'라 함은 상해 또는 질병에 대한 치료의 효과를 기대할 수 없게 되고 또한 그 증상이 고정된 상태를 말한다.
- 4) 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장애에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 지급합니다.

2. 신체부위

'신체부위'라 함은 ① 눈 ② 귀 ③ 코 ④ 씹어먹거나 말하는 기능 ⑤ 외모 ⑥ 척추(등뼈) ⑦ 체간골 ⑧ 팔 ⑨ 다리 손가락 발가락 흉·복부장기 및 비뇨생식기 신경계·정신행동의 13개 부위를 말하며, 이를 각각 동일한 신체부위라 한다. 다만, 좌·우의 눈, 귀, 팔, 다리는 각각 다른 신체부위로 본다.

3. 기타

- 1) 하나의 장애가 관찰 방법에 따라서 장애분류표상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그중 높은 지급률만을 적용한다.
- 2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
- 3) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장애의 판정대상에 포함되지 않는다.
- 4) 장애진단서에는 ① 장애진단명 및 발생시기 ② 장애의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계·정신행동 장애의 경우 ① 개호* 여부 ② 객관적 이유 및 개호*의 내용을 추가로 기재하여야 한다.

* 개호: 장애로 인하여 혼자서 활동이 어려운 사람을 곁에서 돌보는 것

□ 장애분류별 판정기준

1. 눈의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 두 눈이 멀었을 때	100
2) 한 눈이 멀었을 때	50
3) 한 눈의 교정시력이 0.02 이하로 된 때	35
4) " 0.06 "	25
5) " 0.1 "	15

6) " 0.2 "	5
7) 한 눈의 안구에 뚜렷한 운동장애나 뚜렷한 조절기능장애를 남긴 때	10
8) 한 눈의 시야가 좁아지거나 반맹증, 시야협착, 암점을 남긴 때	5
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때	5

나. 장애판정기준

- 1) 시력장애의 경우 공인된 시력검사표에 따라 측정한다.
- 2) '교정시력'이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 시력을 말한다.
- 3) '한 눈이 멀었을 때'라 함은 눈동자의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나('광각무') 겨우 가릴 수 있는 경우('광각')를 말한다.
- 4) 안구운동장애의 판정은 외상 후 1년 이상이 지난 뒤 그 장애 정도를 평가한다.
- 5) '안구의 뚜렷한 운동장애'라 함은 안구의 주시야(머리를 움직이지 않고 눈만을 움직여서 볼 수 있는 범위)의 운동 범위가 정상 1/2 이하로 감소된 경우나 정면 양안시(두 눈으로 하나의 사물을 보는 것)에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)을 남긴 때를 말한다.
- 6) '안구의 뚜렷한 조절기능장애'라 함은 조절력이 정상 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 45세 이상의 경우에는 제외한다.
- 7) '시야가 좁아진 때'라 함은 시야각도의 합계가 정상시야의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다.
- 8) '눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때'라 함은 눈꺼풀의 결손으로 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮이지 않는 경우를 말한다.
- 9) '눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때'라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.
- 10) 외상이나 화상 등으로 눈동자의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 눈동자가 적출되어 눈자위의 조직요물(凹物) 등으로 의안마저 끼워 넣을 수 없는 상태이면 '뚜렷한 추상(추한 모습)'으로, 의안을 끼워 넣을 수 있는 상태이면 '약간의 추상(추한 모습)'으로 지급률을 가산한다.
- 11) '눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때'에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장애를 포함하여 장애를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장애를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장애평가 방법 중 피보험자에게 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 두 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	80
2) 한 귀의 청력을 완전히 잃고, 다른 귀의 청력에 심한 장애를 남긴 때	45
3) 한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	25
4) 한 귀의 청력에 심한 장애를 남긴 때	15
5) 한 귀의 청력에 약간의 장애를 남긴 때	5
6) 한 귀의 귓바퀴의 대부분이 결손된 때	10

나. 장애판정기준

- 1) 청력장애는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB: decibel)로서 표시하고 3회 이상 청력검사를 실시한 후 순음평균역치에 따라 적용한다.
- 2) '한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때'라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB 이상인 경우를 말한다.
- 3) '심한 장애를 남긴 때'라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB 이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰 소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- 4) '약간의 장애를 남긴 때'라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB 이상인 경우에 해당되어, 50cm 이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.

- 5) 순음청력검사를 실시하기 곤란하거나 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 '언어청력검사, 임피던스 청력검사, 뇌간유발반응청력검사(ABR), 자기청력계기검사, 이음향방사검사' 등을 추가 실시 후 장애를 평가한다.

다. 귓바퀴의 결손

- 1) '귓바퀴의 대부분이 결손된 때'라 함은 귓바퀴의 연골부가 1/2 이상 결손된 경우를 말하며, 귓바퀴의 결손이 1/2 미만이고 기능에 문제가 없으면 외모의 추상(추한 모습)장애로 평가한다.

3. 코의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 코의 기능을 완전히 잃었을 때	15

나. 장애판정기준

- 1) '코의 기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 양쪽 코의 호흡곤란 또는 양쪽 코의 후각기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감퇴는 장애의 대상으로 하지 않는다.
2) 코의 추상(추한 모습)장애를 수반한 때에는 기능장애와 각각 합산하여 지급한다.

4. 씹어먹거나 말하는 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 심한 장애를 남긴 때	100
2) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 심한 장애를 남긴 때	80
3) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 뚜렷한 장애를 남긴 때	40
4) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
5) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 약간의 장애를 남긴 때	10
6) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
7) 치아에 14개 이상의 결손이 생긴 때	20
8) 치아에 7개 이상의 결손이 생긴 때	10
9) 치아에 5개 이상의 결손이 생긴 때	5

나. 장애의 평가기준

- 1) 씹어먹는 기능의 장애는 윗니와 아랫니의 맞물림(교합), 배열상태 및 아래턱의 개폐운동, 연하(삼킴)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.
2) '씹어먹는 기능에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
3) '씹어먹는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등) 외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
4) '씹어먹는 기능에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 어느 정도의 고형식(밥, 빵 등)은 섭취할 수 있으나 이를 씹어 잘게 부수는 기능에 제한이 뚜렷한 경우를 말한다.
5) '말하는 기능에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 다음 4종의 어음 중 3종 이상의 발음을 할 수 없게 된 경우를 말한다.
① 양순음/입술소리(ㅁ, ㅂ, ㅍ)
② 치조음/잇몸소리(ㄴ, ㄷ, ㄹ)
③ 구개음/입천장소리(ㄱ, ㅋ, ㆁ)
④ 후두음/목구멍소리(ㅇ, ㅎ)
6) '말하는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 2종 이상의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
7) '말하는 기능에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 1종의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.

- 8) 뇌의 언어중추 손상에 따른 실어증도 말하는 기능의 장애로 평가한다.
- 9) '치아의 결손'이란 치아의 상실 또는 치아의 신경이 죽었거나 1/3 이상이 파절(깨짐, 부러짐)된 경우를 말한다.
- 10) 유상악치 또는 가교악치 등을 보철한 경우의 지대관 또는 구의 장착치와 포스트, 인레인만을 한 치아는 결손된 치아로 인정하지 않는다.
- 11) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
- 12) 어린이의 유치와 같이 새로 자라서 갈 수 있는 치아는 후유장애의 대상이 되지 않는다.
- 13) 신체의 일부에 붙었다 떼었다 할 수 있는 의치의 결손은 후유장애의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 외모에 뚜렷한 추상(추한 모습)을 남긴 때	15
2) 외모에 약간의 추상(추한 모습)을 남긴 때	5

나. 장애판정기준

- 1) '외모'란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
- 2) '추상(추한 모습)장애'라 함은 성형수술 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말하며, 재건수술로 흉터를 줄일 수 있는 경우는 제외한다.
- 3) '추상(추한 모습)을 남긴 때'라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 경우를 말한다.

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)

- 1) 얼굴
 - ① 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)
 - ② 길이 10cm 이상의 추상 반흔(추한 모습의 흉터)
 - ③ 지름 5cm 이상의 조직함몰
 - ④ 코의 1/2 이상 결손
- 2) 머리
 - ① 손바닥 크기 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
 - ② 머리뼈의 손바닥 크기 이상의 손상 및 결손
- 3) 목
 - ① 손바닥 크기 이상의 추상(추한 모습)

라. 약간의 추상(추한 모습)

- 1) 얼굴
 - ① 손바닥 크기 1/4 이상의 추상(추한 모습)
 - ② 길이 5cm 이상의 추상반흔(추한 모습의 흉터)
 - ③ 지름 2cm 이상의 조직함몰
 - ④ 코의 1/4 이상 결손
- 2) 머리
 - ① 손바닥 1/2 크기 이상의 반흔(흉터), 모발결손
 - ② 머리뼈의 손바닥 1/2 크기 이상의 손상 및 결손
- 3) 목
 - ① 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

마. 손바닥 크기

'손바닥 크기'라 함은 해당 환자의 손가락을 제외한 손바닥의 크기를 말하며, 12세 이상의 성인에서는 8×10cm(1/2 크

기는 40cm², 1/4 크기는 20cm²), 6~11세의 경우는 6×8cm(1/2 크기는 24cm², 1/4 크기는 12cm²), 6세 미만의 경우는 4×6cm(1/2 크기는 12cm², 1/4 크기는 6cm²)로 간주한다.

6. 척추(등뼈)의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 척추(등뼈)에 심한 운동장애를 남긴 때	40
2) 척추(등뼈)에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때	30
3) 척추(등뼈)에 약간의 운동장애를 남긴 때	10
4) 척추(등뼈)에 심한 기형을 남긴 때	50
5) 척추(등뼈)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	30
6) 척추(등뼈)에 약간의 기형을 남긴 때	15
7) 심한 추간판탈출증(속칭 디스크)	20
8) 뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크)	15
9) 약간의 추간판탈출증(속칭 디스크)	10

나. 장애판정기준

- 척추(등뼈)는 경추(목뼈) 이하를 모두 동일한 부위로 한다.
- 척추(등뼈)의 장애는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 이 사고와의 관련도를 산정하여 평가한다.
- 심한 운동장애
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정된 상태
- 뚜렷한 운동장애
 - 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정된 상태
 - 머리뼈와 상위경추(상위목뼈: 제1, 2목뼈) 사이에 뚜렷한 이상전위가 있을 때
- 약간의 운동장애
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정된 상태
- 심한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 35° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
- 뚜렷한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 15° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
- 약간의 기형
1개 이상의 척추의 골절 또는 탈구로 경도(가벼운 정도)의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
- 심한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판탈출증(속칭 디스크)으로 추간판을 2마디 이상 수술하거나 하나의 추간판이라도 2회 이상 수술하고 마미 신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장애가 있는 경우
- 뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판 1마디를 수술하여 신경증상이 뚜렷하고 특수 보조검사에서도 이상이 있으며, 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우
- 약간의 추간판탈출증(속칭 디스크)
특수검사(뇌전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI) 등)에서 추간판 병변이 확인되고 의학적으로 인정할 만한 하지방사통(주변부위로 뻗치는 증상) 또는 감각 이상이 있는 경우
- 추간판탈출증(속칭 디스크)으로 진단된 경우에는 수술 여부에 관계없이 운동장애 및 기형장애로 평가하지 않는다.

7. 체간골의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 어깨뼈나 골반뼈에 뚜렷한 기형을 남긴 때	15
2) 빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈에 뚜렷한 기형을 남긴 때	10

나. 장애판정기준

- 1) '체간골'이라 함은 어깨뼈, 골반뼈, 빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈를 말하며, 이를 모두 같은 부위로 한다.
- 2) '골반뼈의 뚜렷한 기형'이라 함은 아래와 같다.
 - ① 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm 이상 분리된 부정유합(잘못 아물어 붙음) 상태 또는 여자에게 정상분만에 지장을 줄 정도로 골반의 변형이 남은 상태
 - ② 알몸이 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사로 측정한 각 변형이 20° 이상인 경우
- 3) '빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈 또는 어깨뼈에 뚜렷한 기형이 남은 때'라 함은 알몸이 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사로 측정한 각 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.
- 4) 갈비뼈의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장애로 취급한다.

8. 팔의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 두 팔의 손목 이상을 잃었을 때	100
2) 한 팔의 손목 이상을 잃었을 때	60
3) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때	20
5) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
7) 한 팔에 가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
8) 한 팔에 가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때	10
9) 한 팔의 뼈에 기형을 남긴 때	5

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 판정한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장애(예컨대 석고붕대(cast)로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 생긴 경우)와 일시적인 장애는 장애보상을 하지 않는다.
- 3) '팔'이라 함은 어깨관절(肩關節)부터 손목관절까지를 말한다.
- 4) '팔의 3대 관절'이라 함은 어깨관절, 팔꿈치관절 및 손목관절을 말한다.
- 5) '한 팔의 손목 이상을 잃었을 때'라 함은 손목관절부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치 관절 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
- 6) 팔의 관절기능장애 평가는 팔의 3대 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(AMA) '영구적 신체장애 평가지침'의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능장애를 표시할 경우에는 장애부위의 장애각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장애상태를 명확히 한다.
 - 가) '기능을 완전히 잃었을 때'라 함은
 - ① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
 - ② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 '0등급(Zero)'인 경우

나) '심한 장애'라 함은

- ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
- ② 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사서 근력이 '1등급(Trace)'인 경우

다) '뚜렷한 장애'라 함은

- ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우

라) '약간의 장애'라 함은

- ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우

- 7) '가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 8) '가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 9) '뼈에 기형을 남긴 때'라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합(잘못 아물어 붙음)된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

- 1) 팔과 손가락 중 하나의 후유장애지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.
- 2) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나에 기능장애가 생기고 다른 관절 하나에 기능장애가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

9. 다리의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 두 다리의 발목 이상을 잃었을 때	100
2) 한 다리의 발목 이상을 잃었을 때	60
3) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때	20
5) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
7) 한 다리에 가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
8) 한 다리에 가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때	10
9) 한 다리의 뼈에 기형을 남긴 때	5
10) 한 다리가 5cm 이상 짧아진 때	30
11) 한 다리가 3cm 이상 짧아진 때	15
12) 한 다리가 1cm 이상 짧아진 때	5

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 판정한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장애(예컨대 석고붕대(cast)로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 생긴 경우)와 일시적인 장애는 장애보상을 하지 않는다.
- 3) '다리'라 함은 엉덩이관절(股關節)부터 발목관절까지를 말한다.
- 4) '다리의 3대 관절'이라 함은 고관절, 무릎관절 및 발목관절을 말한다.
- 5) '한 다리의 발목 이상을 잃었을 때'라 함은 발목관절부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절의 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
- 6) 다리의 관절기능장애 평가는 하지의 3대 관절의 관절운동범위 제한 및 동요성 유무 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) '영구적 신체장애 평가지침'의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능장애를 표시할 경우에는 장애부위의 장애각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장애상태를 명확히 한다.

- 가) '기능을 완전히 잃었을 때'라 함은
- ① 완전 강직(관절고움) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
 - ② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사서서 근력이 '0등급(Zero)'인 경우
- 나) '심한 장애'라 함은
- ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
 - ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - ③ 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사서서 근력이 '1등급(Trace)'인 경우
- 다) '뚜렷한 장애'라 함은
- ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
 - ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
- 라) '약간의 장애'라 함은
- ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
 - ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
- 7) '가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 8) '가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 경골과 종아리뼈 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 9) '뼈에 기형을 남긴 때'라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합(잘못 아물어 붙음)된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.
- 10) 다리의 단축은 상전장골극에서부터 경골 내측과 하단까지의 길이를 측정하여 정상인 쪽 다리의 길이와 비교하여 단축된 길이를 산출한다.
- 다리 길이의 측정에 이용하는 골표적(bony landmark)이 명확하지 않은 경우나 다리의 단축장애 판단이 애매한 경우에는 스캐노그램(scanogram)으로 다리의 단축 정도를 측정한다.

다. 지급률의 결정

- 1) 다리와 발가락 중 하나의 후유장애지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.
- 2) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나에 기능장애가 생기고 다른 관절 하나에 기능장애가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

10. 손가락의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 한 손의 5개 손가락을 모두 잃었을 때	55
2) 한 손의 첫째 손가락을 잃었을 때	15
3) 한 손의 첫째 손가락 이외의 손가락을 잃었을 때(손가락 하나마다)	10
4) 한 손의 5개 손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	30
5) 한 손의 첫째 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한 손의 첫째 손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때(손가락 하나마다)	5

나. 장애판정기준

- 1) 손가락에는 첫째 손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절(가운데 손가락 관절), 지관절이라 한다.
- 2) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절(가운데 손가락 관절), 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.
- 3) '손가락을 잃었을 때'라 함은 첫째 손가락에서는 지관절부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 가까운 쪽으로 손가락을 잃었을 때를 말한다.
- 4) '손가락뼈 일부를 잃었을 때'라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 손가락뼈를 잃었거나 벗조각이 떨어져 있는 것이 엑스선 사진으로 명백한 경우를 말한다.

- 5) '손가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 손가락의 생리적 운동영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때이며 이 경우 손가락관절의 굴신(굽히고 펴기)운동 가능영역으로 측정한다. 첫째 손가락 이외의 다른 네 손가락에서는 제1, 제2지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역을 합산하여 정상 운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.
- 6) 한 손가락에 장애가 생기고 다른 손가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

11. 발가락의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 한 발의 리스프랑관절 이상을 잃었을 때	40
2) 한 발의 5개 발가락을 모두 잃었을 때	30
3) 한 발의 첫째 발가락을 잃었을 때	10
4) 한 발의 첫째 발가락 이외의 발가락을 잃었을 때(발가락 하나마다)	5
5) 한 발의 5개 발가락 모두의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
6) 한 발의 첫째 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	8
7) 한 발의 첫째 발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때(발가락 하나마다)	3

나. 장애판정기준

- 1) '발가락을 잃었을 때'라 함은 첫째 발가락에서는 지관절부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 가까운 쪽을 잃었을 때를 말한다.
- 2) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
- 3) '발가락뼈 일부를 잃었을 때'라 함은 첫째 발가락에서는 지관절, 다른 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽에서 발가락뼈를 잃었을 때를 말하고 단순히 살점이 떨어진 것만으로는 대상이 되지 않는다.
- 4) '발가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 발가락의 생리적 운동영역이 정상 운동 가능영역의 1/2 이하가 되었을 때를 말하며, 이 경우 발가락의 주된 기능인 발가락 관절의 굴신(굽히고 펴기)기능을 측정하여 결정한다.
- 5) 한 발가락에 장애가 생기고 다른 발가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

12. 흉복부장기 및 비뇨생식기의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장애를 남긴 때	75
2) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	50
3) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장애를 남긴 때	20

나. 장애의 판정기준

- 1) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장애를 남긴 때'라 함은
 - ① 심장, 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
 - ② 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때
 - ③ 방광의 기능이 완전히 없어진 때
- 2) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은
 - ① 위, 대장 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때
 - ② 소장 또는 간장의 3/4 이상을 잘라내었을 때
 - ③ 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
- 3) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은
 - ① 비장 또는 한쪽의 신장이나 한쪽의 폐를 잘라내었을 때
 - ② 장루, 요도루, 방광누공, 요관 장문합이 남았을 때
 - ③ 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착으로 인공요도가 필요한 때

- ④ 음경의 1/2 이상이 결손되었거나 질구 협착 등으로 성생활이 불가능한 때
- ⑤ 항문 괄약근의 기능장애로 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
- 4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기의 장애로 일상생활 기본동작에 제한이 있는 경우 ‘<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표’에 따라 장애를 평가하고 둘 중 높은 지급률을 적용한다.
- 5) 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장애의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계·정신행동 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 신경계에 장애가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때	10~100
2) 정신행동에 극심한 장애가 남아 타인의 지속적인 감시 또는 감금상태에서 생활해야 할 때	100
3) 정신행동에 심한 장애가 남아 감금상태에서 생활할 정도는 아니나 자해나 가해의 위험성이 지속적으로 있어서 부분적인 감시를 요할 때	70
4) 정신행동에 뚜렷한 장애가 남아 대중교통을 이용한 이동, 장보기 등의 기본적 사회 활동을 혼자서 할 수 없는 상태	40
5) 극심한 치매: CDR 척도 5점	100
6) 심한 치매: CDR 척도 4점	80
7) 뚜렷한 치매: CDR 척도 3점	60
8) 약간의 치매: CDR 척도 2점	40
9) 심한 간질발작이 남았을 때	70
10) 뚜렷한 간질발작이 남았을 때	40
11) 약간의 간질발작이 남았을 때	10

나. 장애판정기준

1) 신경계

- ① ‘신경계에 장애를 남긴 때’라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계 손상으로 ‘<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표’의 5가지 기본동작 중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.
- ② 위 ①의 경우 ‘<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표’상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상인 장애로 인정하지 않는다.
- ③ 신경계의 장애로 발생하는 다른 신체부위의 장애(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장애로도 평가하고 그중 높은 지급률을 적용한다.
- ④ 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 6개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장애를 평가한다.
그러나 6개월이 지났다고 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간 내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위에서 장애 평가를 유보한다.
- ⑤ 장애진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

- ① 위의 정신행동장애지급률에 미치지 않는 장애는 ‘<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표’에 따라 지급률을 산정하여 지급한다.
- ② 일반적으로 상해를 입고 나서 24개월이 지난 후에 판정함을 원칙으로 한다. 다만, 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 상해를 입고 나서 18개월이 지난 후에 판정할 수 있다. 다만, 장애는 전문적 치료를 충분히 받은 후 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로써 고정되거나 중하게 된 장애에 대해서는 인정하지 않는다.
- ③ 심리학적 평가보고서는 자격을 갖춘 임상심리전문가가 시행하고 전문의가 작성하여야 한다.
- ④ 전문의란 정신건강의학과나 신경정신과 전문의를 말한다.
- ⑤ 평가의 객관적 근거

㉗ 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등을 기초로 한다.

㉘ 객관적 근거로 인정할 수 없는 경우

- 보호자나 환자의 진술
- 감정의 추정이나 인정
- 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 낮은 검사들(뇌SPECT 등)
- 정신건강의학과의 신경정신과 전문의가 아닌 자가 시행하고 보고서를 작성하는 심리학적 평가보고서

⑥ 각종 기질성 정신장애와 외상후 간질에 한하여 보상한다.

⑦ 외상후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증, 편집증, 조울증(정서장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.

⑧ 정신 및 행동장애의 경우 개호*인은 생명유지를 위한 동작과 행동이 불가능하거나 지속적으로 감금해야 하는 상태에 한하여 인정한다. 개호*의 내용에서는 생명유지를 위한 개호*와 행동감시를 위한 개호*를 구별하여야 한다.

* 개호: 장애로 인하여 혼자서 활동이 어려운 사람을 곁에서 돌보는 것

3) 치매

① '치매'라 함은

- 뇌 속에 후천적으로 생긴 기질적인 병으로 인한 변화 또는 뇌 속에 손상을 입은 경우
- 정상적으로 성숙한 뇌가 위의 기질성 장애로 파괴되어 한번 획득한 지능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 경우

② 치매의 장애평가는 전문의에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따른다.

4) 뇌전증(간질)

① '간질'이라 함은 돌발적 뇌파이상을 나타내는 뇌질환으로 발작(경련, 의식장애 등)을 반복하는 것을 말한다.

② '심한 간질 발작'이라 함은 월 8회 이상의 중증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작할 때 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장애 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.

③ '뚜렷한 간질 발작'이라 함은 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

④ '약간의 간질 발작'이라 함은 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

⑤ '중증발작'이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장애가 3분 이상 지속되는 발작을 말한다.

⑥ '경증발작'이라 함은 운동장애가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표

유형	제한 정도에 따른 지급률
이동동작	- 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 지속적인 도움이 없이는 방 밖을 나올 수 없는 상태(지급률 40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움 없이는 방 밖을 나올 수 없는 상태(30%) - 목발 또는 보행기(walker)를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태(20%) - 독립적인 보행은 가능하나 파행(절뚝거림)이 있는 상태, 난간을 잡지 않고는 계단을 오르내리기가 불가능한 상태, 계속하여 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태(10%)
음식물 섭취	- 식사를 전혀 할 수 없어 계속적으로 튜브나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급을 받는 상태(20%) - 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 지속적인 도움이 없이는 식사를 전혀 할 수 없는 상태(15%) - 손가락 사용은 가능하나 젓가락 사용이 불가능하여 음식물 섭취에 있어 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%) - 독립적인 음식물 섭취는 가능하나 젓가락을 이용하여 생선을 바르거나 음식물을 자르지는 못하는 상태(5%)
배변배뇨	- 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 지속적인 도움이 필요한 상태(20%) - 화장실에 가서 변기 위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 화장지로 닦고 옷을 입는 일에 다른 사람의 지속적인 도움이 필요한 상태(15%) - 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변 후 뒤처리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%) - 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2시간 이상 계속되는 업무(운전, 작업, 교육 등)를 수행하는 것이 어려운 상태(5%)
목욕	- 다른 사람의 지속적인 도움 없이는 샤워 또는 목욕을 할 수 없는 상태(10%) - 샤워는 가능하나, 혼자서는 때밀기를 할 수 없는 상태(5%) - 목욕시 신체(등 제외)의 일부 부위만 때를 밀 수 있는 상태(3%)
옷 입고 벗기	- 다른 사람의 지속적인 도움 없이는 전혀 옷을 챙겨 입을 수 없는 상태(10%) - 다른 사람의 지속적인 도움 없이는 상의 또는 하의 중 하나만을 착용할 수 있는 상태(5%) - 착용은 가능하나 다른 사람의 도움 없이는 마무리(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)는 불가능한 상태(3%)

<별표 16>

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제23조 제2항 및 제46조 제2항 관련)

구분	기간	지급이자
암진단자금(제18조 제2호), 소액암진단자금(제18조 제3호), 말기신부전증진단자금(제18조 제4호), 중대한 화상 및 부식 진단자금(제18조 제5호), 5대장기이식수술비(제18조 제6호), 조혈모세포이식수술비(제18조 제7호), 수술비(제18조 제8호), 입원비(제18조 제9호), 재해골절치료비(제18조 제10호), 킵스치료비(제18조 제11호), 유과·납치 위로금(제18조 제12호), 강력범죄 위로금(제18조 제13호), 특정 법정감염병 치료비(제18조 제14호), 피보험자 사망 당시의 책임준비금(제36조 제1항)	지급기일의 다음 날부터 지급 일까지의 기간	보험계약대출이율
만기보험금(제18조 제1호) 및 해지환급금(제46조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 표준이율의 50% 1년 초과기간: 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일 까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 만기보험금은 회사가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 않은 경우, 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간은 표준이율을 적용한 이자를 지급합니다.
2. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 제51조(소멸시효)에 따라 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
3. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.

무배당 우리아이 첫번째 선물
어린이보험 2종(100세형) 약관

무배당 우리아이 첫번째 선물 어린이보험 2종(100세형) 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의	73
제 1 조 【목적】.....	73
제 2 조 【용어의 정의】.....	73
제 2 관 보험금의 지급	73
제 3 조 【‘암’, ‘고액암’, ‘유방암’, ‘남녀생식기암’, ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’의 정의 및 진단확정】.....	73
제 4 조 【‘제자리암’의 정의 및 진단확정】.....	74
제 5 조 【‘경계성종양’의 정의 및 진단확정】.....	74
제 6 조 【‘대장점막내암’의 정의 및 진단확정】.....	74
제 7 조 【‘말기신부전증’의 정의 및 진단확정】.....	75
제 8 조 【‘수술’의 정의와 장소】.....	75
제 9 조 【‘입원’의 정의와 장소】.....	76
제 10 조 【보험금의 지급사유】.....	76
제 11 조 【보험금 지급에 관한 세부규정】.....	76
제 12 조 【보험금을 지급하지 않는 사유】.....	79
제 13 조 【보험금 지급사유의 발생통지】.....	80
제 14 조 【보험금의 청구】.....	80
제 15 조 【보험금의 지급절차】.....	80
제 16 조 【주소변경통지】.....	81
제 17 조 【보험수익자의 지정】.....	81
제 18 조 【대표자의 지정】.....	81
제 3 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등.....	81
제 19 조 【계약 전 알릴 의무】.....	81
제 20 조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】.....	81
제 21 조 【사기에 의한 계약】.....	82

제 4 관 보험계약의 성립과 유지..... 82

제 22 조 【보험계약의 성립】.....	82
제 23 조 【청약의 철회】.....	82
제 24 조 【약관교부 및 설명의무 등】.....	83
제 25 조 【계약의 무효】.....	83
제 26 조 【계약내용의 변경 등】.....	84
제 27 조 【보험나이 등】.....	84
제 28 조 【계약의 소멸】.....	84

제 5 관 보험료의 납입 85

제 29 조 【제 1 회 보험료 및 회사의 보장개시】.....	85
제 30 조 【제 2 회 이후 보험료의 납입】.....	85
제 31 조 【보험료의 자동대출납입】.....	85
제 32 조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지】.....	85
제 33 조 【보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)】.....	86
제 34 조 【강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복)】.....	86

제 6 관 계약의 해지 및 해지환급금 등 86

제 35 조 【계약자의 임의해지】.....	86
제 36 조 【중대사유로 인한 해지】.....	86
제 37 조 【회사의 파산선고와 해지】.....	87
제 38 조 【해지환급금】.....	87
제 39 조 【보험계약대출】.....	87
제 40 조 【배당금의 지급】.....	87

제 7 관 분쟁의 조정 등..... 87

제 41 조 【분쟁의 조정】.....	87
제 42 조 【관할법원】.....	87
제 43 조 【소멸시효】.....	87
제 44 조 【약관의 해석】.....	88

제 45 조 【회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력】.....	88
제 46 조 【회사의 손해배상책임】.....	88
제 47 조 【개인정보보호】.....	88
제 48 조 【준거법】.....	88
제 49 조 【예금보험에 의한 지급보장】.....	88

제 8 관 태아가입특칙(胎兒加入特則) 88

제 50 조 【특칙의 적용】.....	88
제 51 조 【피보험자】.....	88
제 52 조 【출생통지】.....	88
제 53 조 【유산(流産) 또는 사산(死産)시의 처리】.....	89
제 54 조 【복수(複數)출생의 경우】.....	89
제 55 조 【보험금 지급기준 적용나이】.....	89
제 56 조 【출생전 보험금 지급사유 발생】.....	89
제 57 조 【계약나이의 계산 특례(特例)】.....	89
제 58 조 【계약일 및 계약나이의 변경】.....	89
제 59 조 【보험료 정산 및 정산이후 납입에 관한 사항】.....	89

<별표 1> 보험금 지급기준표.....	91
<별표 2> 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표 (기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외).....	92
<별표 3> 고액치료비관련 악성신생물(암) 분류표.....	93
<별표 4> 남녀 생식기관의 악성신생물(암) 분류표.....	94
<별표 5> 제자리의 신생물 분류표 (대장점막내암 제외).....	95
<별표 6> 행동양식불명 또는 미상의 신생물 분류표.....	96
<별표 7> 1~5 중 수술분류표.....	97
<별표 8> 질병 및 재해 분류표.....	102
<별표 9> 재해분류표.....	103
<별표 10> 장애분류표.....	104
<별표 11> 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산.....	116

무배당 우리아이 첫번째 선물 어린이보험 2종(100세형) 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 【목적】

이 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 피보험자의 질병, 재해 및 생존에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 【용어의 정의】

이 계약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 계약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어

- 가. 계약자 : 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
- 나. 보험수익자 : 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
- 다. 보험증권 : 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
- 라. 진단계약 : 계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.
- 마. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

2. 지급사유 관련 용어

- 가. 재해 : <별표9> '재해분류표'에서 정한 재해를 말합니다.
- 나. 장애 : <별표10> '장애분류표'에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.
- 다. 중요한 사항 : 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험 가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

- 가. 연단위 복리 : 회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
- 나. 표준이율 : 회사가 최소한 적립해야 할 적립금 등을 계산하기 위해 시장금리를 고려하여 금융감독원장이 정하는 이율로서, 이 계약 체결 시점의 표준이율을 말합니다.
- 다. 해지환급금 : 계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

- 가. 보험기간 : 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
- 나. 영업일 : 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 【'암', '고액암', '유방암', '남녀생식기암', '기타피부암' 및 '갑상선암'의 정의 및 진단확정】

- ① 이 계약에 있어서 '암'이라 함은 제6차 개정 한국표준질병사인분류 중 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외)(<별표2> '대상'이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외) 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병, 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병, 제6조('대장점막내암'의 정의 및 진단확정)에서 정한 대장점막내암 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

【유의사항】

한국표준질병사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

- ② 이 계약에 있어서 '고액암'이라 함은 제1항에서 정한 '암' 중에서 고액치료비관련 악성신생물(암) 분류표(<별표3>

‘고액치료비관련 악성신생물(암) 분류표’ 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

- ③ 이 계약에 있어서 ‘유방암’이라 함은 제1항에서 정한 ‘암’ 중에서 제6차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C50(유방의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ 이 계약에 있어서 ‘남녀생식기암’이라 함은 제1항에서 정한 ‘암’ 중에서 남녀생식기관의 악성신생물(암) 분류표(<별표4> ‘남녀생식기관의 악성신생물(암) 분류표’ 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑤ 이 계약에 있어서 ‘기타피부암’이라 함은 제6차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑥ 이 계약에 있어서 ‘갑상선암’이라 함은 제6차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑦ ‘암’, ‘고액암’, ‘유방암’, ‘남녀생식기암’, ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘암’, ‘고액암’, ‘유방암’, ‘남녀생식기암’, ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 4 조 【‘제자리암’의 정의 및 진단확정】

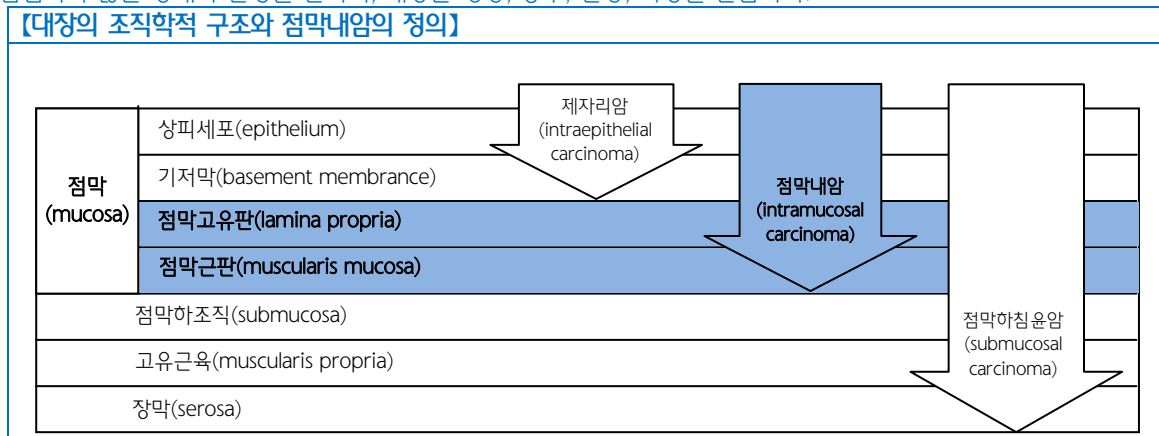
- ① 이 계약에 있어서 ‘제자리암’이라 함은 제6차 개정 한국표준질병사인분류 중 제자리의 신생물 분류표(<별표5> ‘제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외)’ 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 제6조(‘대장점막내암’의 정의 및 진단확정)에서 정한 ‘대장점막내암’은 제외합니다.
- ② ‘제자리암’의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 제자리암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 5 조 【‘경계성종양’의 정의 및 진단확정】

- ① 이 계약에 있어서 ‘경계성종양’이라 함은 제6차 개정 한국표준질병사인분류 중 행동양식불명 또는 미상의 신생물 분류표(<별표6> ‘행동양식불명 또는 미상의 신생물 분류표’ 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② ‘경계성종양’의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 경계성종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 6 조 【‘대장점막내암’의 정의 및 진단확정】

- ① 이 계약에 있어서 ‘대장점막내암’이라 함은 제6차 개정 한국표준질병사인분류 중 대장의 악성신생물(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 상피세포(epithelium)에서 발생한 악성종양세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유판(lamina propria) 또는 점막근판(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하조직(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.



- ② ‘대장점막내암’의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘대장점막내암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제7조 【‘말기신부전증’의 정의 및 진단확정】

- ① 이 계약에 있어서 ‘말기신부전증’이라 함은 양쪽 신장 모두가 비가역적인 기능부전을 보이는 말기신질환(End Stage Renal Disease)으로서 보존 요법으로는 치료가 불가능하여 혈액투석이나 복막투석을 받고 있거나 받은 경우를 말합니다. 다만, 일시적으로 투석치료를 필요로 하는 신부전증은 말기신부전증에서 제외합니다.
- ② ‘말기신부전증’의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 ‘의료기관’이라 합니다)의 의사 자격을 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

【조문 내용】

의료법 제3조(의료기관)

- ① 이 법에서 “의료기관”이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 “의료업”이라 한다)을 하는 곳을 말한다.
- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다. <개정 2009.1.30, 2011.6.7>
1. 의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 의원
 - 나. 치과의원
 - 다. 한의원
 2. 조산원: 조산사가 조산과 임부해산부·산욕부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다.
 3. 병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 병원
 - 나. 치과병원
 - 다. 한방병원
 - 라. 요양병원(「정신보건법」 제3조 제3호에 따른 정신의료기관 중 정신병원, 「장애인복지법」 제58조 제1항 제2호에 따른 의료재활시설로서 제3조의 2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
 - 마. 종합병원
- ③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항 제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다. <개정 2009.1.30, 2010.1.18>
- <향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제8조 【‘수술’의 정의와 장소】

이 계약에 있어서 ‘수술’이라 함은 의사에 의하여 피보험자가 질병 및 재해의 직접적인 치료를 목적으로 1~5종 수술분류표(<별표> ‘1~5종 수술분류표’ 참조)에서 정한 행위가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽃아 체액조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

【신의료기술평가위원회】

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

제 9 조 【'입원'의 정의와 장소】

이 계약에 있어서 '입원'이라 함은 의사에 의하여 피보험자가 질병 및 재해(<별표8> '질병 및 재해 분류표'에서 정한 질병 및 재해를 말하며, 이하 '질병 및 재해'라 합니다)의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 10 조 【보험금의 지급사유】

회사는 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(<별표1> '보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다.

1. 피보험자가 보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때 : 만기보험금
2. 피보험자가 보험기간 중 암으로 진단 확정되었을 때 : 암진단자금(최초1회에 한하며 계약일로부터 1년미만 진단시 50%지급)
3. 피보험자가 보험기간 중 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양 또는 대장점막내암으로 진단 확정되었을 때 : 소액암진단자금(각각 최초1회에 한하며 계약일로부터 1년미만 진단시 50%지급)
4. 피보험자가 보험기간 중 '말기신부전증'으로 진단이 확정되었을 때 : 말기신부전증 진단자금(최초 1회에 한하며, 계약일로부터 1년 미만 진단시 50% 지급)
5. 피보험자가 보험기간 중 1~5종 수술분류표에서 정한 수술을 받았을 때 : 수술비 (수술1회당)
6. 피보험자가 보험기간 중 질병 및 재해의 직접적인 치료를 목적으로 4일이상 계속하여 입원하였을 때 : 입원비 (다만, 1회 입원당 120일 한도)

제 11 조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

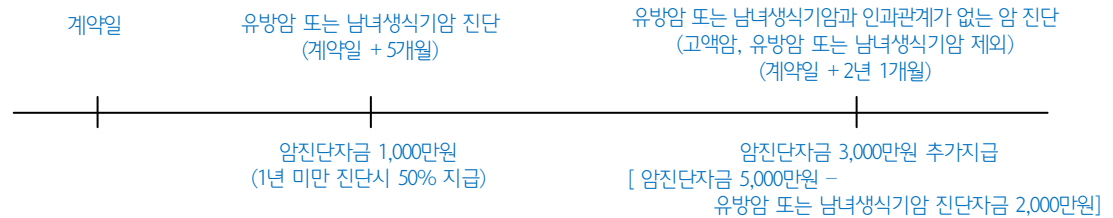
- ① 보험료 납입기간 중 피보험자가 장애분류표(<별표10> '장애분류표' 참조. 이하 '장애분류표'라 합니다) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 때에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 보험료 납입기간 중 피보험자가 암(기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양 및 대장점막내암 제외) 또는 말기신부전증으로 진단 확정 되었을 때에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ③ 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제10조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않으며 제1항 및 제2항에서 해당 질병과 관련한 보험료 납입을 면제하지 않습니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑤ 제4항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑥ 제33조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑦ 제1항의 경우 장애지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일로부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 질병의 진단확정일로부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표에서 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ⑧ 제7항에 따라 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단확정일로부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단확정일로부터 1년 이내)에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.
- ⑨ 제1항의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용합니다.
- ⑩ 제1항의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 '한시장애'라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 한시장애의 지급률로 정합니다.
- ⑪ 제1항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 더하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

- ⑫ 제11항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑬ 장애분류표에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애정도에 따라 장애분류표의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.
- ⑭ 이 계약에서 ‘동일한 재해’의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑮ 피보험자에게 계약일로부터 1년미만에 제10조(보험금의 지급사유) 제2호 내지 제4호에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 해당보험금의 50%를 지급합니다.
- ⑯ 유방암 또는 남·여생식기암의 경우 둘 중 최초 1회에 한하여 보장하므로 둘 중 하나에 해당하는 보험금이 지급된 경우 다른 하나에 해당하는 보험금은 지급하지 않습니다.
- ⑰ 제1항 및 제2항에 따라 보험료 납입이 면제된 이후 납입기간 종료일까지 정상적으로 보험료가 납입된 것으로 간주하여 만기보험금의 이미 납입한 보험료를 계산합니다.
- ⑱ 피보험자가 보험기간 중 사망하고 그 ‘암’, ‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘제자리암’, ‘경계성종양’, ‘대장점막내암’ 또는 ‘말기신부전증’을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 제10조(보험금의 지급사유) 제2호 및 제3호의 해당 암진단자금 또는 같은 조 제4호의 말기신부전증 진단자금을 지급합니다.
- ⑲ 제10조(보험금의 지급사유) 제2호의 경우 피보험자가 보험기간 중 이미 지급한 암진단자금의 지급사유와 인과관계가 없는 암으로 지급사유가 추가로 발생한 경우 해당 암진단자금에서 추가진단시점의 해당하는 이미 지급한 암진단자금(계약일로부터 1년미만에 발생하여 암진단자금을 받았다고 하더라도 추가 진단된 시점이 1년이상이면 1년 이상시점의 금액)을 뺀 차액을 지급합니다.

【암진단보험금 지급예시(보험가입금액 2,500만원)】

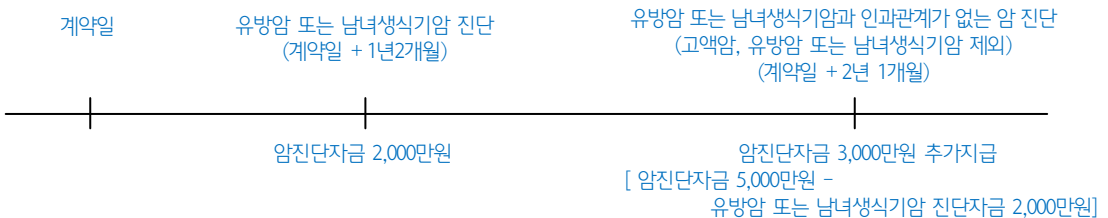
(예시1)

계약일부터 1년미만에 유방암 또는 남여생식기암 진단 후 1년이후 유방암 또는 남여생식기암과 인과관계가 없는 암(고액암, 유방암 또는 남여생식기암 제외)진단을 받은 경우.



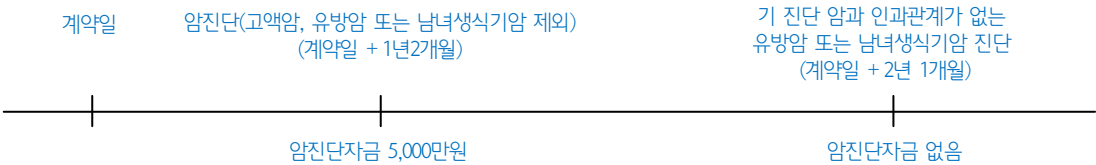
(예시2)

계약일부터 1년이후 유방암 또는 남여생식기암 진단 후 유방암 또는 남여생식기암과 인과관계가 없는 암(고액암, 유방암 또는 남여생식기암 제외)진단을 받은 경우.



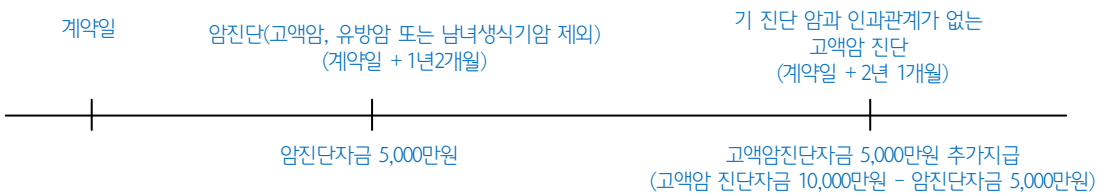
(예시3)

계약일부터 1년이후 암(고액암, 유방암 또는 남여생식기암 제외)진단 후 유방암 또는 남여생식기암 진단을 받은 경우.



(예시4)

계약일부터 1년이후 암(고액암, 유방암 또는 남여생식기암 제외)진단 후 인과관계가 없는 고액암 진단을 받은 경우.

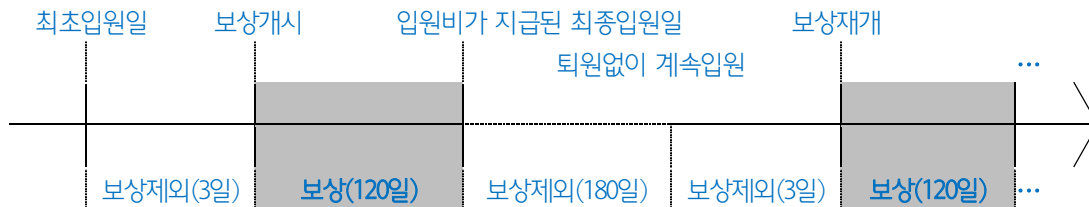


(예시5)

계약일부터 1년이후 고액암 진단 후 인과관계가 없는 유방암 또는 남여생식기암, 암 진단을 받은 경우.



- ② 제10조(보험금의 지급사유) 제5호의 경우 회사는 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 급여에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 수술비를 지급합니다. 다만, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술비를 지급합니다.
- ③ 제20항에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어 먹거나 말하기 기능과 관련된 신체부위, 머리, 목, 척추(등뼈), 체간골, 흉부장기·복부장기·비뇨생식기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌·우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.
- ④ 제10조(보험금의 지급사유) 제6호의 경우 입원비의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.
- ⑤ 제10조(보험금의 지급사유) 제6호의 경우 피보험자가 동일한 질병 및 재해로 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 제15항을 적용합니다.
- ⑥ 제23항에도 불구하고 동일한 질병 및 재해로 인한 입원이라도 입원비가 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 지난 후 개시한 입원은 새로운 입원으로 보고 해당 입원비를 지급합니다. 다만, 아래와 같이 입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ⑦ 제10조(보험금의 지급사유) 제6호의 경우 피보험자가 입원기간 중에 보험기간이 끝났을 경우에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여는 제22항의 규정에 따라 입원비를 지급합니다.
- ⑧ 제10조(보험금의 지급사유) 제6호에서 '계속하여 입원'이란 중도 퇴원 없이 계속하여 입원하는 것을 뜻합니다. 다만, 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병 및 재해의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.
- ⑨ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑩ 보험수익자와 회사가 제10조(보험금의 지급사유) 제2호 내지 제6호의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑪ 계약자와 회사가 제1항 내지 제2항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 12 조 【보험금을 지급하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
다만, 다음 중 어느 하나에 해당하면 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.
가. 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우
특히 그 결과 사망에 이르게 된 경우에는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다.
나. 계약의 보장개시일(부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복)청약일)부터 2년이 지난 후에 자살한 경우에는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

【책임준비금】
장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.
【보장개시일】
제29조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에 따라 회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

제 13 조 【보험금 지급사유의 발생통지】

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제10조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유의 발생을 안 때에는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제 14 조 【보험금의 청구】

- ① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 책임준비금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(사망진단서, 장애인단서, 병원 또는 의원의 진단서, 수술확인서, 입원확인서 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
 4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금, 책임준비금의 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 15 조 【보험금의 지급절차】

- ① 회사는 제14조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 책임준비금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금, 책임준비금의 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금 또는 책임준비금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 회사는 제10조(보험금의 지급사유) 제1호에 해당하는 만기보험금의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 회사가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 알려드리며, 제1항에 따라 보험금 또는 책임준비금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 <별표11> ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’과 같이 계산합니다.
- ③ 회사가 보험금 지급사유를 조사확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제14조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
 1. 소송제기
 2. 분쟁조정신청
 3. 수사기관의 조사
 4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
 5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유와 조사와 확인이 지연되는 경우
 6. 제11조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제28항 또는 제29항에 따라 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 등에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

【보험금 가지급제도】
지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도

- ④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제20조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제 16 조 【주소변경통지】

- ① 계약자(보험수익자가 계약자와 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체 없이 그 변경 내용을 회사에 알려야 합니다.
- ② 제1항에서 정한 대로 계약자 또는 보험수익자가 변경 내용을 알리지 않은 경우에는 계약자 또는 보험수익자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 시일이 지난 때에 계약자 또는 보험수익자에게 도달된 것으로 봅니다.

제 17 조 【보험수익자의 지정】

이 계약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 제10조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우는 계약자로 하고, 같은 조 제2호 내지 제6호의 경우는 피보험자로 하며, 피보험자의 사망시는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

제 18 조 【대표자의 지정】

- ① 계약자 또는 보험수익자가 2명 이상인 경우에는 각 대표자를 1명 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.
- ② 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 않은 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 보험수익자 1명에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에게도 효력이 미칩니다.
- ③ 계약자가 2명 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

제 3 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제 19 조 【계약 전 알릴 의무】

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 '계약 전 알릴 의무'라 하며, 상법상 '고지의무'와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제 20 조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】

- ① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제18조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.
 1. 회사가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 알지 못하였을 때
 2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
 3. 계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
 4. 회사가 이 계약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다)
 5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로

고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때

다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.

- ② 회사는 제1항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴 의무 위반사실뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 계약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 등으로 알려 드립니다.
- ③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제38조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
- ④ 제19조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

【사례】

계약을 청약하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만 얘기하였을 뿐, 청약서의 계약 전 알릴 사항에 아무런 기재도 하지 않을 경우에는 보험설계사에게 고혈압 병력을 얘기하였다고 하더라도 회사는 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.

제 21 조 【사기에 의한 계약】

계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물사용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위변조 또는 청약일 이전에 암 또는 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기의사에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 보장개시일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터는 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제 4 관 보험계약의 성립과 유지

제 22 조 【보험계약의 성립】

- ① 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.
- ② 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
- ③ 회사는 계약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
- ④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 표준이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

제 23 조 【청약의 철회】

- ① 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 진단계약, 보험기간이 1년 미만인 계약 또는 전문보험계약자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

【전문보험계약자】

보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약의 내용을 이해하고 이행할 능력이 있는 자로서 보험업법 제2조(정의), 보험업법시행령 제6조의2(전문보험계약자의 범위 등) 또는 보험업감독규정 제1-4조의2(전문보험계약자의 범위)에서 정한 국가, 한국은행, 대통령령으로 정하는 금융기관, 주권상장법인, 지방자치단체, 단체보험계약자 등의 전문보험계약자를 말합니다.

- ② 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

- ③ 계약자는 청약서의 청약철회란을 작성하여 회사에 제출하거나, 통신수단을 이용하여 제1항의 청약 철회를 신청할 수 있습니다.
- ④ 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3일 이내에 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에는 회사는 신용카드의 매 출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.
- ⑤ 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.
- ⑥ 제1항에서 보험증권을 받은 날에 대한 다툼이 발생한 경우 회사가 이를 증명하여야 합니다.

제 24 조 【약관교부 및 설명의무 등】

- ① 회사는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 청약 후에 지체 없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 드립니다. 다만, 계약자가 동의하는 경우 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 광기록매체(CD, DVD 등), 전자우편 등 전자적 방법으로 송부할 수 있으며, 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다. 또한, 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자의 동의를 얻어 다음 중 한 가지 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.
 1. 인터넷 홈페이지에서 약관 및 그 설명문(약관의 중요한 내용을 알 수 있도록 설명한 문서)을 읽거나 내려받게 하는 방법. 이 경우 계약자가 이를 읽거나 내려받은 것을 확인한 때에 해당 약관을 드리고 그 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
 2. 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

【통신판매계약】

전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

- ② 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조(정의) 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조(정의) 제3호에 따른 공인전자서명을 포함합니다)을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 위 제1항의 규정에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.
 1. 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우
 2. 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우
- ④ 제2항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

【조문 내용】

전자서명법 제2조(정의)

2. "전자서명"이라 함은 서명자를 확인하고 서명자가 당해 전자문서에 서명을 하였음을 나타내는데 이용하기 위하여 당해 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.
3. "공인전자서명"이라 함은 다음 각목의 요건을 갖추고 공인인증서에 기초한 전자서명을 말한다.
 - 가. 전자서명생성정보가 가입자에게 유일하게 속할 것
 - 나. 서명 당시 가입자가 전자서명생성정보를 지배관리하고 있을 것
 - 다. 전자서명이 있을 후에 당해 전자서명에 대한 변경여부를 확인할 수 있을 것
 - 라. 전자서명이 있을 후에 당해 전자문서의 변경여부를 확인할 수 있을 것

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제 25 조 【계약의 무효】

계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다)에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료

를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

제 26 조 【계약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
 1. 보험종목
 2. 보험기간
 3. 보험료의 납입주기, 납입방법 및 납입기간
 4. 보험가입금액
 5. 계약자
 6. 기타 계약의 내용
- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.
- ③ 회사는 계약자가 제1회 보험료를 납입한 때부터 1년 이상 지난 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 때에는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.
- ④ 회사는 계약자가 제1항 제4호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제38조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 만기보험금 또는 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.
- ⑤ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ⑥ 회사는 제1항 제5호에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

제 27 조 【보험나이 등】

- ① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다.
- ② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약 해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.
- ③ 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 사실과 다른 경우에는 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

【보험나이 계산 예시】

생년월일: 1989년 10월 2일, 현재(계약일): 2015년 4월 13일
 ⇒ 2015년 4월 13일 - 1989년 10월 2일 = 25년 6월 11일 = 26세

제 28 조 【계약의 소멸】

- ① 보험기간 중 피보험자의 사망으로 인하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그때부터 효력이 없으며, 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다.
- ② 제1항 및 제11조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제18항의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제 5 관 보험료의 납입

제 29 조 【제 1 회 보험료 및 회사의 보장개시】

- ① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임 있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.
- ② 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
- ③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.
 1. 제19조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
 2. 제20조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
 3. 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 재대로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보장을 해드립니다.
- ④ 청약서에 피보험자의 직업 또는 직종별로 보험가입금액의 한도액이 명시되어 있음에도 그 한도액을 초과하여 청약을 하고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그 초과 청약액에 대하여는 보장을 하지 않습니다.

제 30 조 【제 2 회 이후 보험료의 납입】

계약자는 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 하며, 회사는 계약자가 보험료를 납입한 경우에는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융회사(우체국 포함)를 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사 발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.

【납입기일】

계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제 31 조 【보험료의 자동대출납입】

- ① 계약자는 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)과 계약의 해지)에 따른 보험료의 납입최고(독촉)기간이 지나기 전까지 회사가 정한 방법에 따라 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있으며, 이 경우 제39조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려드립니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보험계약대출의 원금과 이자를 더한 금액이 해지환급금(해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 금액을 말합니다)을 초과하는 때에는 보험료의 자동대출납입을 더는 할 수 없습니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따른 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.
- ④ 보험료의 자동대출납입이 행하여진 경우에도 자동대출납입 전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구할 때에는 회사는 보험료의 자동대출 납입이 없었던 것으로 하여 제38조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.
- ⑤ 회사는 자동대출납입이 종료된 날부터 15일 이내에 자동대출납입이 종료되었음을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서(SMS 포함) 등으로 계약자에게 안내하여 드립니다.

제 32 조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)과 계약의 해지】

- ① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ② 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면, 전자서명법 제2조(정의) 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조(정의) 제3호에 따른 공인전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.
- ③ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제38조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 33 조 【보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)】

- ① 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 이 계약의 사업방법서에서 별도로 정한 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다.
- ② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제19조(계약 전 알릴 의무), 제20조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과), 제21조(사기에 의한 계약), 제22조(보험계약의 성립) 제2항과 제3항 및 제29조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다. 다만, 부활(효력회복)의 경우 제1회 보험료는 부활(효력회복)시의 보험료를 의미합니다.
- ③ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초 계약을 청약한 때 제19조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제20조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제 34 조 【강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복)】

- ① 회사는 계약자의 해지환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제26조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.
- ② 회사는 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.
- ③ 회사는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 회사는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.
- ④ 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다.
- ⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

제 6 관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제 35 조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제38조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 계약체결시 피보험자가 태아(胎兒)이며 계약자가 피보험자 출생전에 계약을 해지하는 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급하여 드립니다.
- ③ 제2항에 따라 계약을 해지하는 경우 계약자는 의사소견서 등 제2항의 '태아가 출생하기 전'임을 입증할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.

제 36 조 【중대사유로 인한 해지】

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
 2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제38조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제 37 조 【회사의 파산선고와 해지】

- ① 회사가 파산의 선고를 받은 때에는 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.
- ② 제1항의 규정에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.
- ③ 제1항의 규정에 따라 계약이 해지되거나 제2항의 규정에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제38조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 드립니다.

제 38 조 【해지환급금】

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 <별표11> ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 39 조 【보험계약대출】

- ① 계약자는 이 계약의 해지환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 ‘보험계약대출’이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.
- ② 계약자는 제1항에 따른 보험계약대출의 원금과 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 때에는 회사는 보험금, 책임준비금, 해지환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.
- ③ 회사는 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감합니다.
- ④ 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제 40 조 【배당금의 지급】

이 계약은 무배당보험이므로 계약자배당금이 없습니다.

제 7 관 분쟁의 조정 등

제 41 조 【분쟁의 조정】

계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁 당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있습니다.

제 42 조 【관할법원】

이 계약에 관한 소송 및 민사조정은 계약자의 주소지를 관할하는 법원으로 합니다. 다만, 회사와 계약자가 합의하여 관할법원을 달리 정할 수 있습니다.

제 43 조 【소멸시효】

보험금청구권, 보험료 반환청구권, 해지환급금청구권 및 책임준비금 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

제 44 조 【약관의 해석】

- ① 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하여야 하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 않습니다.
- ② 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.
- ③ 회사는 보험금을 지급하지 않는 사유 등 계약자나 피보험자에게 불리하거나 부담을 주는 내용은 확대하여 해석하지 않습니다.

제 45 조 【회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력】

보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사 제작의 보험안내자료(계약의 청약을 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다) 내용이 이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제 46 조 【회사의 손해배상책임】

- ① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임 있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 발생한 손해에 대하여 관계 법령 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.
- ② 회사는 보험금 지급거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었는데도 소를 제기하여 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 손해를 가한 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.
- ③ 회사가 보험금 지급 여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 공정을 잃은 합의로 보험수익자에게 손해를 가한 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

제 47 조 【개인정보보호】

- ① 회사는 이 계약과 관련된 개인정보를 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 「개인정보 보호법」, 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 등 관계 법령에 정한 경우를 제외하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 동의 없이 수집, 이용, 조회 또는 제공하지 않습니다. 다만, 회사는 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 위 관계 법령에 따라 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련단체 등에 개인정보를 제공할 수 있습니다.
- ② 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

제 48 조 【준거법】

이 계약은 대한민국 법에 따라 규율되고 해석되며, 약관에서 정하지 않은 사항은 상법, 민법 등 관계 법령을 따릅니다.

제 49 조 【예금보험에 의한 지급보장】

회사가 파산 등으로 인하여 보험금 등을 지급하지 못할 경우에는 예금자보호법에서 정하는 바에 따라 그 지급을 보장합니다.

제 8 관 태아가입특칙(胎兒加入特則)

제 50 조 【특칙의 적용】

이 특칙은 피보험자로 될 자가 계약체결시 태아(胎兒)인 계약에 한하여 적용합니다.

제 51 조 【피보험자】

제49조(특칙의 적용)의 태아(이하 “태아”라고 합니다)는 출생시에 피보험자가 됩니다.

제 52 조 【출생통지】

- ① 계약자는 피보험자가 출생한 경우에는 즉시 다음의 서류를 제출하여 이를 회사에 알려야 합니다.
 1. 통지서(회사양식)
 2. 피보험자의 가족관계등록부 또는 주민등록등본
 3. 보험증권
- ② 제1항의 통지가 있는 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 53 조 【유산(遺産) 또는 사산(死産)시의 처리】

- ① 태아가 유산 또는 사산에 의해 출생하지 못한 경우에는 계약을 무효로 합니다.
- ② 계약자는 제1항의 사실이 발생된 경우에는 다음의 서류를 제출하여 이를 회사에 알려야 합니다.
 1. 통지서(회사양식)
 2. 의사 또는 조산원의 유산 또는 사산을 증명하는 서류
 3. 최종보험료 영수증
- ③ 제2항의 통지가 있는 경우 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

제 54 조 【복수(複數)출생의 경우】

- ① 태아가 복수로 출생한 경우에는 계약자는 출생아 각각을 피보험자로 지정할 수 있습니다. 다만, 하나의 계약이 체결된 경우에는 출생아 중 1명만을 피보험자로 지정할 수 있으며, 그 외의 출생아에 대해서는 새로운 계약의 피보험자로 지정할 수 있습니다.
- ② 제1항의 피보험자가 출생한 날부터 1년 이내에 사망하고 동시에 출생한 자가 생존하여 있는 경우에는 계약자는 피보험자가 사망한 날부터 1개월 이내에 한하여 동시에 출생한 자 중에서 새로운 피보험자를 지정할 수 있습니다.
- ③ 계약자가 제2항의 변경을 청구한 때에는 다음 서류를 제출해야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 새로 피보험자로 될 자의 가족관계증명서 또는 주민등록등본
- ④ 제2항의 변경을 회사가 승인한 때에는 원래의 피보험자의 사망으로 소급하여 그 변경이 행해지는 것으로 하여 회사는 그때부터 변경후의 피보험자에 대해서 보험계약상의 보장을 합니다.
- ⑤ 제1항 및 제2항의 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ⑥ 다음의 경우에는 회사는 제2항의 변경을 취급하지 않습니다.
 1. 원래의 피보험자에 대해서 책임준비금 또는 보험금이 이미 지급되거나 청구서류를 접수한 경우
 2. 계약자가 원래의 피보험자를 고의로 사망하게 한 경우

제 55 조 【보험금 지급기준 적용나이】

보험금 지급기준표(<별표1> ‘보험금 지급기준표’ 참조)에서 적용하는 피보험자 나이는 피보험자가 출생한 날부터 계산합니다.

제 56 조 【출생전 보험금 지급사유 발생】

피보험자의 출생전에 제10조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 피보험자가 출생한 날부터 제10조(보험금의 지급사유)에 따라 지급합니다.

제 57 조 【계약나이의 계산 특례(特例)】

계약일에 있어서의 피보험자의 계약나이는 0세로 합니다.

제 58 조 【계약일 및 계약나이의 변경】

- ① 회사가 제52조(출생통지) 제1항의 통지를 받은 경우 피보험자의 출생일이 계약일로부터 6개월을 초과한 때에는 회사는 계약일을 피보험자의 출생일의 반년전의 해당일로 변경하며 이로 인하여 피보험자의 계약나이가 변경될 경우에는 이 보험의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 정산합니다.
- ② 제1항에 따라 피보험자의 계약나이를 변경한 경우에는 회사는 변경후의 계약나이에 따라서 보험료를 변경합니다.
- ③ 제2항의 경우 이미 납입된 보험료를 정산하고 환급하여야 할 금액이 있을 때에는 회사는 이를 계약자에게 지급하고 부족한 금액이 있을 때에는 계약자는 이를 회사에 납입하여야 합니다.

제 59 조 【보험료 정산 및 정산이후 납입에 관한 사항】

- ① 계약체결시 피보험자가 태아일 경우의 보험료는 피보험자 남자 0세를 기준으로 적용하며, 출생시 피보험자의 성별이 변경될 경우에는 이 보험의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 정산합니다.
- ② 제1항에 따라 보험료를 정산하는 경우, 회사가 지급하여야 할 금액이 있을 때는 이를 계약자에게 지급하고 부족한 금액이 있을 때는 계약자가 이를 회사에 납입하여야 합니다.

- ③ 제2항에 따른 금액은 제1항에 따라 계산된 정산보험료를 정산일까지의 기간에 대하여 표준이율을 연단위 복리로 계산한 금액으로 합니다.
- ④ 제1항에 따라 보험료를 정산한 이후에 피보험자의 계약나이 또는 성별에 따라 보험료가 변경될 경우 계약자는 변경된 보험료를 납입하여야 합니다.

<별표 1>

보험금 지급기준표

[기준: 보험가입금액 2,500만원]

급부명	지급사유		지급금액
만기보험금 (제10조 제1호)	피보험자가 보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때		이미 납입한 주계약 보험료의 100%
암진단자금 (제10조 제2호)	피보험자가 보험기간 중 암 진단이 확정되었을 때(최초 1회의 진단확정에 한함)	고액암	1억원 (계약일부터 1년미만 진단시 해당보험금의 50%지급)
		암 (고액암, 유방암 및 남녀생식기암 제외)	5,000만원 (계약일부터 1년미만 진단시 해당보험금의 50%지급)
		유방암 또는 남녀생식기암	2,000만원 (계약일부터 1년미만 진단시 해당보험금의 50%지급)
소액암진단자금 (제10조 제3호)	피보험자가 보험기간 중 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양 및 대장점막내암 진단이 확정되었을 때(각각 최초 1회의 진단확정에 한함)		500만원 (계약일부터 1년미만 진단시 해당보험금의 50%지급)
말기신부전증 진단자금 (제10조 제4호)	피보험자가 보험기간 중 말기신부전증으로 진단이 확정되었을 때 (최초 1회의 진단확정에 한함)		3,000만원 (계약일부터 1년미만 진단시 해당보험금의 50%지급)
수술비 (제10조 제5호)	피보험자가 보험기간 중 1~5종 수술분류표에서 정한 수술을 받았을 때(수술1회당)		1종 : 10만원 2종 : 30만원 3종 : 50만원 4종 : 100만원 5종 : 300만원
입원비 (제10조 제6호)	피보험자가 보험기간 중 질병 및 재해의 치료를 직접적인 목적으로 4일 이상 계속하여 입원하였을 때 (1회 입원당 120일한도)		2만원 (3일초과 1일당)

(주)

- 보험료 납입기간 중 피보험자가 장애분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 때에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- 보험료 납입기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 암(기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양 및 대장점막내암 제외) 또는 말기신부전증으로 진단 확정 되었을 때에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- 보험료 납입이 면제된 이후 납입기간 종료일까지 정상적으로 보험료가 납입된 것으로 간주하여 만기보험금의 이미 납입한 주계약 보험료를 계산합니다.
- 피보험자가 보험기간 중 이미 지급한 암진단자금의 지급사유와 인과관계가 없는 암으로 지급사유가 추가로 발생한 경우 해당 암진단자금에서 추가진단시점의 해당하는 이미 지급한 암진단자금(계약일부터 1년 미만에 발생하여 암진단자금을 받았다고 하더라도 추가 진단된 시점이 1년 이상이면 1년이상 시점의 금액)을 뺀 차액을 지급합니다.
- 제3조(‘암’, ‘고액암’, ‘유방암’, ‘남녀생식기암’, ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’의 정의 및 진단확정) 및 제6조(‘대장점막내암’의 정의 및 진단확정)에 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 및 ‘대장점막내암’은 암의 정의에서 제외되는 바, “기타피부암”, ‘갑상선암’ 및 ‘대장점막내암’으로 보험금 지급사유 발생시 각각에 해당하는 소액암진단자금을 지급하고 암진단자금은 지급되지 않습니다.
- 제6조(‘대장점막내암’의 정의 및 진단확정)에서 정한 ‘대장점막내암’으로 보험금 지급사유 발생시 ‘대장점막내암’에 해당하는 진단자금을 지급하고 ‘제자리암’에 해당하는 진단자금은 지급되지 않습니다.
- 피보험자가 사망한 경우에는 사망 당시의 책임준비금을 지급하고, 이 계약은 더 이상 효력이 없습니다.

<별표 2>

대상이 되는 악성신생물(암) 분류표 (기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외)

약관에 규정하는 악성신생물(암)로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.

1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상 악성신생물	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물(암)	C00 – C14
2. 소화기관의 악성신생물(암)	C15 – C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물(암)	C30 – C39
4. 뼈 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40 – C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 종피성 및 연조직의 악성신생물(암)	C45 – C49
7. 유방의 악성신생물(암)	C50
8. 여성 생식기관의 악성신생물(암)	C51 – C58
9. 남성 생식기관의 악성신생물(암)	C60 – C63
10. 요로의 악성신생물(암)	C64 – C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물(암)	C69 – C72
12. 부신의 악성신생물(암)	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물(암)	C75
14. 불명확한 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)	C76 – C80
15. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)	C81 – C96
16. 독립된(일차성) 여러 부위의 악성신생물(암)	C97
17. 진성 적혈구 증가증	D45
18. 골수 형성이상 증후군	D46
19. 만성 골수증식 질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판증가증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병	D47.5

(주)

1. 제7차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
2. 소화기관의 악성신생물(C15~C26) 중 제6조(대장점막내암의 정의 및 진단확정)에서 정한 '대장점막내암'은 상기 분류표에서 제외됩니다.
3. 한국표준질병사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침'에 따라 C77 ~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다.

<별표 3>

고액치료비관련 악성신생물(암) 분류표

약관에 규정하는 고액치료비관련 악성신생물(암)로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류 (통계청 고시 제 2010-246호, 2011. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상 악성신생물	분류번호
1. 뼈 및 관절연골의 악성신생물(암)	
-. 사지의 뼈 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40
-. 기타 및 상세불명 부위의 뼈 및 관절연골의 악성신생물(암)	C41
2. 뇌 및 중추신경계통의 기타부분의 악성신생물(암)	
-. 수막의 악성신생물(암)	C70
-. 뇌의 악성신생물(암)	C71
-. 척수, 뇌신경 및 중추신경계통의 기타 부위의 악성신생물(암)	C72
3. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)	
-. 호지킨 림프종	C81
-. 소포성 림프종	C82
-. 비소포성 림프종	C83
-. 성숙 T/NK-세포 림프종	C84
-. 기타 및 상세불명 유형의 비호지킨 림프종	C85
-. T/NK-세포 림프종의 기타 명시된 형태	C86
-. 기타 B-세포림프종[악성 면역증식성 질환]	C88
-. 다발성 골수종 및 악성 형질세포 신생물	C90
-. 림프성 백혈병	C91
-. 골수성 백혈병	C92
-. 단핵구성 백혈병	C93
-. 명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
-. 상세불명 세포형의 백혈병	C95
-. 림프, 조혈 및 관련조직의 기타 및 상세불명의 악성신생물(암)	C96
-. 만성 골수증식질환	D47.1
-. 만성 호산구성 백혈병	D47.5

(주) 제7차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

<별표 4>

남녀 생식기관의 악성신생물(암) 분류표

약관에 규정하는 남녀 생식기관의 악성신생물(암)으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

구분	분류항목	분류번호
여자	1. 외음의 악성 신생물	C51
	2. 질의 악성 신생물	C52
	3. 자궁경부의 악성 신생물	C53
	4. 자궁체부의 악성 신생물	C54
	5. 상세불명 자궁 부분의 악성 신생물	C55
	6. 난소의 악성 신생물	C56
	7. 기타 및 상세불명의 여성 생식기관의 악성 신생물	C57
	8. 태반의 악성 신생물	C58
남자	1. 음경의 악성 신생물	C60
	2. 전립선의 악성 신생물	C61
	3. 고환의 악성 신생물	C62
	4. 기타 및 상세불명의 남성 생식기관의 악성 신생물	C63

(주)

1. 제7차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
2. 한국표준질병사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침'에 따라 C77 ~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다.

<별표 5>

제자리의 신생물 분류표 (대장점막내암 제외)

약관에 규정하는 제자리의 신생물로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

분류항목	분류번호
1. 구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01
3. 중이 및 호흡계통의 제자리암종	D02
4. 제자리흑색종	D03
5. 피부의 제자리암종	D04
6. 유방의 제자리암종	D05
7. 자궁경부의 제자리암종	D06
8. 기타 및 상세 불명의 생식기관의 제자리암종	D07
9. 기타 및 상세 불명 부위의 제자리암종	D09

(주)

- 제7차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
- 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종(D01) 중 제6조(‘대장점막내암’의 정의 및 진단확정)에서 정한 ‘대장점막내암’은 상기 분류표에서 제외됩니다.

<별표 6>

행동양식불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에 규정하는 행동양식불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상 질병명	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내 기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추신경계의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물	D47(D47.1, D47.3, D47.4, D47.5 제외)
10. 기타 및 상세 불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물	D48

(주)

1. 제7차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
2. 만성 골수증식질환(D47.1), 본태성(출혈성) 혈소판증가증(D47.3), 골수섬유증(D47.4), 만성 호산구성 백혈병(D47.5)은 9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물에 포함되지 않는 것으로 보아 보장하지 않습니다.

<별표 7>

1~5종 수술분류표

I. 일반 질병 및 재해 치료목적의 수술

구분	수술명	수술종류
피부, 유방의 수술	1. 피부이식수술(25cm ² 이상인 경우), 피판수술(피판분리수술, Z flap, W flap 제외)	3
	2. 피부이식수술(25cm ² 미만인 경우)	1
	3. 유방절단수술(切除術 Mastectomy)	3
	4. 기타 유방수술(농양의 절개 및 배액은 제외) [다만, 치료목적의 Mammotomy 는 수술개시일로부터 60 일 이내 2 회 이상의 수술은 1 회의 수술로 간주하여 1 회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	1
근골(筋骨)의 수술 [발정술(拔釘術) 등 내 고정물 제거술은 제외함]치(齒) · 치은 · 치근(齒根) · 치조골(齒槽骨)의 처치, 임플란트(Implant) 등 치과 처치 및 수술에 수반하는 것은 제외함]	5. 골(骨) 이식수술	2
	6. 두개골(頭蓋骨, cranium) 관혈수술 [비골(鼻骨) · 비중격(鼻中隔) · 상악골(上顎骨) · 하악골(下顎骨) · 악관절(顎關節)은 제외함]	3
	7. 비골(鼻骨) 수술 [비중격 만곡증(彎曲症)수술, 수면중 무호흡 수술은 제외]	1
	8. 상악골(上顎骨), 하악골(下顎骨), 악관절(顎關節) 관혈수술	2
	9. 척추골(脊椎骨), 골반골(骨盆骨), 추간판 관혈수술	3
	10. 쇄골(鎖骨), 견갑골(肩胛骨), 늑골(肋骨), 흉골(胸骨) 관혈수술	2
	11. 사지(四肢) 절단수술(다지증에 대한 절단수술은 제외함)	
	11-1. 손가락, 발가락 절단수술 [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는 것]	1
	11-2. 기타 사지(四肢)절단수술	3
	12. 절단(切断)된 사지(四肢)재접합수술(再接手術)[골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는 것]	3
	13. 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술	
	13-1. 손가락, 발가락의 골 및 관절 관혈수술	1
	13-2. 기타 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술	2
	14. 근(筋), 건(腱), 인대(靭帶), 연골(軟骨) 관혈수술	1
호흡기계, 흉부(胸部)의 수술	15. 만성부비강염(慢性鼻竇炎) 근본수술(根本手術)	1
	16. 후두(喉頭) 관혈적 절제수술	3
	17. 편도, 아데노이드 절제수술	1
	18. 기관(氣管), 기관지(氣管支), 폐(肺), 흉막(胸膜) 관혈수술 [개흉술(開胸術 Thoracotomy)을 수반하는 것]	4
	19. 폐장(肺臟) 이식수술 [수용자(受容者)에 한함]	5
	20. 흉곽(胸廓) 형성수술(形成手術)	3
	21. 종격종양(縱隔腫瘍), 흉선 절제수술[개흉술을 수반하는 것]	4
순환기계, 비장(脾臟)의 수술	22. 혈관관혈수술(하지정맥류 및 손가락발가락은 제외)	3
	23. 하지 정맥류(靜脈瘤) 근본수술 및 손가락발가락 혈관관혈수술	1
	24. 대동맥(大動脈), 대정맥(大靜脈), 폐동맥(肺動脈), 관동맥(冠動脈) 관혈수술	5

	[개흉술, 개복술을 수반하는 것]	
	25. 심막(心膜) 관혈수술 [개흉술을 수반하는 것]	4
	26. 심장내(心藏內) 관혈수술 [개흉술을 수반하는 것]	5
	27. 심장 이식수술 [수용자에 한함]	5
	28. 체내용(體內用) 인공심박조율기(人工心搏調節機 Artificial pacemaker) 매입술(埋入術)	3
	29. 비장(脾臟) 절제수술	3
소화기계의 수술	30. 이하선 절제수술	3
	31-1. 악하선, 설하선 절제수술	2
	31-2. 기타 타액선 절제수술(타석제거는 제외)	1
	32. 식도(食道) 이단술(離斷術) [개흉술, 개복술(開腹術 Laparotomy)을 수반하는 것]	4
	33. 위 절제수술(胃切除術 Gastrectomy) [개복술을 수반하는 것]	4
	34. 기타의 위식도 관혈수술 [개흉술, 개복술을 수반하는 것]	3
	35. 간장(肝臟), 췌장(胰臟) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]	4
	36. 담낭(膽囊), 담도(膽道) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]	3
	37. 간장 이식수술 [수용자에 한함, 개복술을 수반하는 것]	5
	38. 췌장 이식수술 [개복술을 수반해야 하며 수용자에 한함] (다만, 랑게르한스 소도(Islet of Langerhans)세포 이식수술은 제외함)	5
	39. 탈장(脫腸) 근본수술	1
	40. 전신성 복막염(全身性腹膜炎, Generalized peritonitis) 수술	2
	41. 충수(蟲垂) 절제술(충수염관련 충수주위 농양수술, 국한성 복막염 수술 포함), 맹장봉축술(盲腸縫縮術)	2
	42. 직장탈(直腸脫) 근본수술	1
	43. 소장(小腸), 결장(結腸), 직장(直腸), 장간막(腸繫膜) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것] 다만, 직장탈근본수술은 제외	4
	44. 치루(痔瘻), 탈항(脫肛), 치핵(痔核) 근본수술 [근치를 목적으로 하지 않은 수술은 제외함]	1
비뇨기계 · 생식기계의 수술 (인공임신중절수술은 제외함)	45. 신장(腎臟), 방광(膀胱), 신우(腎盂), 요관(尿管)관혈수술 [개복술을 수반하는 것, 경요도적 조작 및 방광류·요실금 교정수술은 제외]	4
	46. 요도 관혈수술 [경요도적 조작은 제외함]	2
	47. 방광류·요실금 교정수술	1
	48. 신장(腎臟) 이식수술(移植術) [수용자에 한함]	5
	49. 음경(陰莖) 절단수술 (포경수술 및 음경이물제거수술은 제외)	3
	50. 고환(睪丸), 부고환(附睪丸), 정관(精管), 정색(精索), 정낭(精囊)관혈수술, 전립선(前立腺)관혈수술	2
	51. 음낭관혈수술	1
	52. 자궁, 난소, 난관 관혈수술 (다만, 제왕절개만출술 및 경질적인 조작은 제외)	2
	53. 경질적 자궁, 난소, 난관 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험]	1

	금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	
	54. 제왕절개만출술(帝王切開娩出術)	1
	55. 질탈(膣脱)근본수술	1
내분비기계의 수술	56. 뇌하수체종양(腦下垂體腫瘍) 절제수술	5
	57. 갑상선(甲状腺)부갑상선(副甲状腺) 관혈수술	3
신경계의 수술	58. 부신(副腎) 절제수술	4
	59. 두개내(頭蓋內) 관혈수술 [개두술(開頭術 Craniotomy)을 수반하는 것]	5
	60. 신경(神經) 관혈수술	2
	61. 관혈적 척수종양(脊髓腫瘍) 절제수술	4
	62. 척수경막내외(脊髓硬膜内外) 관혈수술	3
시각기의 수술 [약물주입술은 제외]	63. 안검하수증(眼瞼下垂症)수술(안검내반증 제외)	1
	64. 누소관(淚小管)형성수술(누관튜브삽입술 포함)	1
	65. 누낭비강(淚囊鼻腔) 관혈수술	2
	66. 결막낭(結膜囊) 형성수술	2
	67. 각막, 결막, 공막 봉합수술	1
	68. 각막, 공막 이식수술	2
	69. 전방(前房), 홍채(虹彩), 유리체(玻璃體) 관혈수술	2
	70. 녹내장(綠内障) 관혈수술	3
	71. 백내장(白內障), 수정체(水晶體) 관혈수술	1
	72. 망막박리(網膜剝離) 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험 금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	2
시각기의 수술 [약물주입술은 제외]	73. 레이저(Laser)에 의한 안구(眼球) 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험 금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	1
	74. 냉동응고(冷凍凝固)에 의한 안구(眼球) 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험 금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	2
	75. 안구적출술, 조직충전술(組織充填術)	3
	76. 안와내양절제수술	3
	77. 관혈적 안와내(眼窩內) 이물제거수술(異物除去手術)	1
	78. 안근(眼筋)관혈수술	1
청각기(聽覺器官)의 수술	79. 관혈적 고막(鼓膜) 성형술 [고막 패치술은 제외]	2
	80. 유양동 절제술(乳樣洞切除術 mastoidectomy)	2
	81. 중이(中耳) 관혈수술 [중이내 튜브유치술 제외]	2
	82. 중이내(中耳內) 튜브유치술 [고막 패치술은 제외, 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주 하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	1
	83. 내이(內耳) 관혈수술	3

상기 이외의 수술 [검사, 처치, 약물주입 요법은 포함하지 않음]	84. 상기 이외의 개두술(開頭術)	3
	85. 상기 이외의 개흉술(開胸術)	3
	86. 상기 이외의 개복술(開腹術)	2
	87. 체외충격파쇄석술(體外衝擊破砕石術 E.S.W.L.) [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험 금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.] * 체외충격파치료술(E.S.W.T)은 제외	2
	88. 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter), 고주파 전극 등에 의한 경피적 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험 금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	
	88-1. 뇌, 심장	3
	88-2. 후두, 흉부장기(심장 제외), 복부장기(비뇨, 생식기 제외), 척추, 사지관절(손가락, 발가락은 제외)	2
	88-3. 비뇨, 생식기 및 손가락, 발가락	1

(주) 상기 1~87항의 수술중 내시경(Fiberscope)을 이용한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적(經皮的 Percutaneous)수술은 88항을 적용합니다. 다만, 복강경-흉강경에 의한 수술은 해당부위(1~87항)의 수술로 적용합니다.

II. 악성신생물 치료 목적의 수술

수술명	수술종류
1. 관혈적 악성신생물(惡性新生物) 근치수술(根治手術 Radical curative surgery) 다만, 기타피부암(C44) 제외 [내시경 수술, 카테터 · 고주파 전극 등의 경피적 수술 등은 제외함]	5
1-1. 기타피부암(C44)	3
2. 내시경 수술, 카테터 · 고주파 전극 등에 의한 악성신생물 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이 후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	3
3. 상기 이외의 기타 악성신생물수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이 후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	3

(주) 1. 제자리암-경계성 종양에 대한 수술은 '1. 일반 질병 및 재해치료 목적의 수술' 항목의 적용을 받습니다.

2. 카테터(Catheter)를 이용한 흡인천자약물주입요법은 포함하지 않습니다.

3. 비고형암에 대한 비관혈적 근치수술은 관혈적 악성신생물 근치수술에 준하여 5종 수술로 인정합니다. 다만, 조혈모세포이식술(일련의 과정 '추출, 필터링, 배양, 제거, 주입'을 모두 포함하여 1회의 수술로 인정)을 제외한 근치수술의 경우 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술급여금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복지급이 가능합니다.

III. 악성신생물 근치두개내신생물 근치 방사선 조사 분류표

방사선 조사 분류항목	수술종류
1. 악성신생물 근치 방사선 조사 [5,000Rad 이상의 조사(照射)를 하는 경우로 한정하며, 악성신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료(定位的放射線治療 Stereotactic radiotherapy)를 포함함]	3
2. 두개내 신생물 근치 감마 나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료	3

(주) 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

(1~5종 수술분류표 사용 지침)

1. ‘수술’이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자가 피보험자의 질병 또는 재해로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 <1~5종 수술분류표>에 정한 행위[기구를 사용하여 생체에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.)을 말하며 흡인(吸引), 천자(穿刺), 절제(切除) 등의 조치 및 신경 BLOCK은 제외]를 하는 것을 말합니다.
2. ‘관혈(觀血)’ 수술이라 함은 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변부위를 노출 시켜서 수술하는 것을 말합니다.
3. ‘근본(根本)’ 혹은 ‘근치(根治)’ 수술이라 함은 일회의 수술로 해당 질병을 완전히 치유할 수 있는 수술을 말합니다.
4. ‘관혈적 악성신생물 근치수술’이라 함은 관혈적 방법을 통해 악성신생물의 원발 병소를 완전히 절제, 적제, 적출하고 혹은 광범 수술을 함께 실시한 경우입니다.
5. <1~5종 수술분류표>상에 열거되지 않은 선진의료적 첨단 수술에 대한 인정 및 적용 기준

<1~5종 수술분류표>에서의 선진의료적 첨단 수술은 상기 ‘수술’의 정의에 해당하여야 하고 약물투여치료, 방사선조사치료 또는 기타의 보존적 치료로 분류될 수 없는 경우이어야 합니다

- 1) <1~5종 수술분류표>상의 수술이외에 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 치료한 경우 <1~5종 수술분류표>상의 동일부위 수술로 봅니다. 이때에 해당 선진의료적 첨단 수술은 보험기간 중 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.
 - 2) 다만, 이 선진의료적 첨단 수술이 본질적으로 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적 수술인 경우에는 <1~5종 수술분류표> 중 ‘일반질병 및 재해치료 목적의 수술’ 88항 (악성신생물의 경우는 ‘악성신생물 치료목적의 수술’ 2항)을 우선 적용합니다.
6. ‘악성 신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료’라 함은 선형가속기(LINAC)에서 발생하는 가는 방사선(Pencil beam)들을 다양한 각도에서 악성 신생물을 향해 집중적으로 조사하면서 동시에 악성신생물의 움직임을 병변 추적 장치를 이용하여 실시간으로 추적하면서 치료하는 방법입니다.
 7. ‘두개내 신생물 근치 감마나이프(Gamma knife)정위적 방사선 치료’라 함은 정위 좌표계를 이용하여 코발트 60 방사성 동위원소 (Co-60)에서 나오는 감마선을 두개강 내의 신생물을 향해 집중 조사함으로써 두개(頭蓋)를 열지 않고도 수술적 제거와 같은 효과를 내는 치료를 말합니다.
 8. 다음과 같은 수술은 수술급여금 지급대상에서 보장을 제외합니다.
 - 1) 미용 성형상의 수술
 - 2) 피임(避妊) 목적의 수술
 - 3) 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술
 - 4) 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査) 등]

<별표 8>

질병 및 재해 분류표

1. 보장대상이 되는 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 질병 및 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

- ① 한국표준질병·사인분류상의(A00~Y98)에 해당하는 질병 및 재해
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에 규정한 감염병(콜레라, 장티푸스, 파라티푸스, 세균성이질, 장출혈성대장균감염증, A형간염)

2. 보험금을 지급하지 아니하는 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 질병 및 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 정신 및 행동장애(F00~F99)로 인한 질병
- ② 선천 기형, 변형 및 염색체 이상(Q00~Q99)으로 인한 질병
- ③ 마약, 습관성 의약품 및 알콜중독으로 인한 경우
- ④ 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우
- ⑤ 정상임신, 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우
- ⑥ 질병을 직접적인 원인으로 하지 아니하는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인한 경우
- ⑦ 치료를 수반하지 아니하는 건강진단으로 인한 경우

※ () 안은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2010-246호, 2011.1.1시행)상의 분류번호이며, 제7차 개정 이후 상기 질병 및 재해 이외에 위 1및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 질병 및 재해가 있는 경우에는 그 질병 및 재해도 포함 하는 것으로 합니다.

【조문 내용】

감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 (정의)

2. "제1군감염병"이란 마시는 물 또는 식품을 매개로 발생하고 집단 발생의 우려가 커서 발생 또는 유행 즉시 방역대책을 수립하여야 하는 다음 각 목의 감염병을 말한다.

- 가. 콜레라
- 나. 장티푸스
- 다. 파라티푸스
- 라. 세균성이질
- 마. 장출혈성대장균감염증
- 바. A형간염

※ 감염병에 관한 법률이 제개정될 경우, 보험사고 발생당시 제개정된 법률을 적용합니다.

<별표 9>

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 감염병(콜레라, 장티푸스, 파라티푸스, 세균성이질, 장출혈성대장균감염증, A형간염)

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
 - 과로 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
 - 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
 - 식량부족(X53)
 - 물 부족(X54)
 - 상세불명의 결핍(X57)
 - 고의적 자해(X60~X84)
 - 법적 개입 중 법적 처형(Y35.5)
- ③ ‘외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)’ 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 합병증을 일으키게 한 외과적 및 기타 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장)
- ④ ‘자연의 힘에 노출(X30~X39)’ 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
- ⑤ ‘우발적 익사 및 익수(W65~W74), 기타 호흡과 관련된 불의의 위험(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물질(W44)’ 중 질병에 의한 호흡장애 및 삼킴장애
- ⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

※ () 안은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2010-246호, 2011.1.1. 시행)상의 분류번호이며, 제7차 개정 이후 상기 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함되는 것으로 합니다.

【조문 내용】

감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 (정의)

2. "제1군감염병"이란 마시는 물 또는 식품을 매개로 발생하고 집단 발생의 우려가 커서 발생 또는 유행 즉시 방역대책을 수립하여야 하는 다음 각 목의 감염병을 말한다.

- 가. 콜레라
- 나. 장티푸스
- 다. 파라티푸스
- 라. 세균성이질
- 마. 장출혈성대장균감염증
- 바. A형간염

※ 감염병에 관한 법률이 제개정될 경우, 보험사고 발생당시 제개정된 법률을 적용합니다.

장애분류표

□ 총칙

1. 장애의 정의

- 1) '장애'라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아 있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태를 말한다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장애에 포함되지 않는다.
- 2) '영구적'이라 함은 원칙적으로 치유하는 때 장래 회복할 가망이 없는 상태로서 정신적 또는 육체적 훼손상태임이 의학적으로 인정되는 경우를 말한다.
- 3) '치유된 후'라 함은 상해 또는 질병에 대한 치료의 효과를 기대할 수 없게 되고 또한 그 증상이 고정된 상태를 말한다.
- 4) 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장애에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 지급합니다.

2. 신체부위

'신체부위'라 함은 ① 눈 ② 귀 ③ 코 ④ 씹어먹거나 말하는 기능 ⑤ 외모 ⑥ 척추(등뼈) ⑦ 체간골 ⑧ 팔 ⑨ 다리 손가락 발가락 흉·복부장기 및 비뇨생식기 신경계·정신행동의 13개 부위를 말하며, 이를 각각 동일한 신체부위라 한다. 다만, 좌·우의 눈, 귀, 팔, 다리는 각각 다른 신체부위로 본다.

3. 기타

- 1) 하나의 장애가 관찰 방법에 따라서 장애분류표상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그중 높은 지급률만을 적용한다.
- 2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
- 3) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장애의 판정대상에 포함되지 않는다.
- 4) 장애진단서에는 ① 장애진단명 및 발생시기 ② 장애의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계·정신행동 장애의 경우 ① 개호* 여부 ② 객관적 이유 및 개호*의 내용을 추가로 기재하여야 한다.

* 개호: 장애로 인하여 혼자서 활동이 어려운 사람을 곁에서 돌보는 것

□ 장애분류별 판정기준

1. 눈의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류				지급률
1)	두	눈이	멀었을 때	100
2)	한	눈이	멀었을 때	50
3)	한	눈의	교정시력이 0.02 이하로 된 때	35
4)	"	0.06	"	25
5)	"	0.1	"	15

6) " 0.2 "	5
7) 한 눈의 안구에 뚜렷한 운동장애나 뚜렷한 조절기능장애를 남긴 때	10
8) 한 눈의 시야가 좁아지거나 반맹증, 시야협착, 암점을 남긴 때	5
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때	5

나. 장애판정기준

- 1) 시력장애의 경우 공인된 시력검사표에 따라 측정한다.
- 2) '교정시력'이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 시력을 말한다.
- 3) '한 눈이 멀었을 때'라 함은 눈동자의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나('광각무') 겨우 가릴 수 있는 경우('광각')를 말한다.
- 4) 안구운동장애의 판정은 외상 후 1년 이상이 지난 뒤 그 장애 정도를 평가한다.
- 5) '안구의 뚜렷한 운동장애'라 함은 안구의 주시야(머리를 움직이지 않고 눈만을 움직여서 볼 수 있는 범위)의 운동 범위가 정상 1/2 이하로 감소된 경우나 정면 양안시(두 눈으로 하나의 사물을 보는 것)에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)을 남긴 때를 말한다.
- 6) '안구의 뚜렷한 조절기능장애'라 함은 조절력이 정상 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 45세 이상의 경우에는 제외한다.
- 7) '시야가 좁아진 때'라 함은 시야각도의 합계가 정상시야의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다.
- 8) '눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때'라 함은 눈꺼풀의 결손으로 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮이지 않는 경우를 말한다.
- 9) '눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때'라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.
- 10) 외상이나 화상 등으로 눈동자의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 눈동자가 적출되어 눈자위의 조직요물(凹物) 등으로 의안마저 끼워 넣을 수 없는 상태이면 '뚜렷한 추상(추한 모습)'으로, 의안을 끼워 넣을 수 있는 상태이면 '약간의 추상(추한 모습)'으로 지급률을 가산한다.
- 11) '눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때'에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장애를 포함하여 장애를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장애를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장애평가 방법 중 피보험자에게 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 두 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	80
2) 한 귀의 청력을 완전히 잃고, 다른 귀의 청력에 심한 장애를 남긴 때	45
3) 한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	25
4) 한 귀의 청력에 심한 장애를 남긴 때	15
5) 한 귀의 청력에 약간의 장애를 남긴 때	5
6) 한 귀의 귓바퀴의 대부분이 결손된 때	10

나. 장애판정기준

- 1) 청력장애는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB: decibel)로서 표시하고 3회 이상 청력검사를 실시한 후 순음평균역치에 따라 적용한다.
- 2) '한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때'라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB 이상인 경우를 말한다.
- 3) '심한 장애를 남긴 때'라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB 이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰 소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- 4) '약간의 장애를 남긴 때'라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB 이상인 경우에 해당되어, 50cm 이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.

- 5) 순음청력검사를 실시하기 곤란하거나 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 '언어청력검사, 임피던스 청력검사, 뇌간유발반응청력검사(ABR), 자기청력계기검사, 이음향방사검사' 등을 추가 실시 후 장애를 평가한다.

다. 귓바퀴의 결손

- 1) '귓바퀴의 대부분이 결손된 때'라 함은 귓바퀴의 연골부가 1/2 이상 결손된 경우를 말하며, 귓바퀴의 결손이 1/2 미만이고 기능에 문제가 없으면 외모의 추상(추한 모습)장애로 평가한다.

3. 코의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 코의 기능을 완전히 잃었을 때	15

나. 장애판정기준

- 1) '코의 기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 양쪽 코의 호흡곤란 또는 양쪽 코의 후각기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감퇴는 장애의 대상으로 하지 않는다.
2) 코의 추상(추한 모습)장애를 수반한 때에는 기능장애와 각각 합산하여 지급한다.

4. 씹어먹거나 말하는 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 심한 장애를 남긴 때	100
2) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 심한 장애를 남긴 때	80
3) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 뚜렷한 장애를 남긴 때	40
4) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
5) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 약간의 장애를 남긴 때	10
6) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
7) 치아에 14개 이상의 결손이 생긴 때	20
8) 치아에 7개 이상의 결손이 생긴 때	10
9) 치아에 5개 이상의 결손이 생긴 때	5

나. 장애의 평가기준

- 1) 씹어먹는 기능의 장애는 윗니와 아랫니의 맞물림(교합), 배열상태 및 아래턱의 개폐운동, 연하(삼킴)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.
2) '씹어먹는 기능에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
3) '씹어먹는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등) 외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
4) '씹어먹는 기능에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 어느 정도의 고형식(밥, 빵 등)은 섭취할 수 있으나 이를 씹어 잘게 부수는 기능에 제한이 뚜렷한 경우를 말한다.
5) '말하는 기능에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 다음 4종의 어음 중 3종 이상의 발음을 할 수 없게 된 경우를 말한다.
① 양순음/입술소리(ㅁ, ㅂ, ㅍ)
② 치조음/잇몸소리(ㄴ, ㄷ, ㄹ)
③ 구개음/입천장소리(ㄱ, ㅋ, ㆁ)
④ 후두음/목구멍소리(ㅇ, ㅎ)
6) '말하는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 2종 이상의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
7) '말하는 기능에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 1종의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.

- 8) 뇌의 언어중추 손상에 따른 실어증도 말하는 기능의 장애로 평가한다.
- 9) '치아의 결손'이란 치아의 상실 또는 치아의 신경이 죽었거나 1/3 이상이 파절(깨짐, 부러짐)된 경우를 말한다.
- 10) 유상악치 또는 가교악치 등을 보철한 경우의 지대관 또는 구의 장착치와 포스트, 인레인만을 한 치아는 결손된 치아로 인정하지 않는다.
- 11) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
- 12) 어린이의 유치와 같이 새로 자라서 갈 수 있는 치아는 후유장애의 대상이 되지 않는다.
- 13) 신체의 일부에 붙었다 떼었다 할 수 있는 의치의 결손은 후유장애의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 외모에 뚜렷한 추상(추한 모습)을 남긴 때	15
2) 외모에 약간의 추상(추한 모습)을 남긴 때	5

나. 장애판정기준

- 1) '외모'란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
- 2) '추상(추한 모습)장애'라 함은 성형수술 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말하며, 재건수술로 흉터를 줄일 수 있는 경우는 제외한다.
- 3) '추상(추한 모습)을 남긴 때'라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 경우를 말한다.

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)

- 1) 얼굴
 - ① 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)
 - ② 길이 10cm 이상의 추상 반흔(추한 모습의 흉터)
 - ③ 지름 5cm 이상의 조직함몰
 - ④ 코의 1/2 이상 결손
- 2) 머리
 - ① 손바닥 크기 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
 - ② 머리뼈의 손바닥 크기 이상의 손상 및 결손
- 3) 목
 - ① 손바닥 크기 이상의 추상(추한 모습)

라. 약간의 추상(추한 모습)

- 1) 얼굴
 - ① 손바닥 크기 1/4 이상의 추상(추한 모습)
 - ② 길이 5cm 이상의 추상반흔(추한 모습의 흉터)
 - ③ 지름 2cm 이상의 조직함몰
 - ④ 코의 1/4 이상 결손
- 2) 머리
 - ① 손바닥 1/2 크기 이상의 반흔(흉터), 모발결손
 - ② 머리뼈의 손바닥 1/2 크기 이상의 손상 및 결손
- 3) 목
 - ① 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

마. 손바닥 크기

'손바닥 크기'라 함은 해당 환자의 손가락을 제외한 손바닥의 크기를 말하며, 12세 이상의 성인에서는 8×10cm(1/2 크

기는 40cm², 1/4 크기는 20cm², 6~11세의 경우는 6×8cm(1/2 크기는 24cm², 1/4 크기는 12cm²), 6세 미만의 경우는 4×6cm(1/2 크기는 12cm², 1/4 크기는 6cm²)로 간주한다.

6. 척추(등뼈)의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 척추(등뼈)에 심한 운동장애를 남긴 때	40
2) 척추(등뼈)에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때	30
3) 척추(등뼈)에 약간의 운동장애를 남긴 때	10
4) 척추(등뼈)에 심한 기형을 남긴 때	50
5) 척추(등뼈)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	30
6) 척추(등뼈)에 약간의 기형을 남긴 때	15
7) 심한 추간판탈출증(속칭 디스크)	20
8) 뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크)	15
9) 약간의 추간판탈출증(속칭 디스크)	10

나. 장애판정기준

- 척추(등뼈)는 경추(목뼈) 이하를 모두 동일한 부위로 한다.
- 척추(등뼈)의 장애는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 이 사고와의 관련도를 산정하여 평가한다.
- 심한 운동장애
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정된 상태
- 뚜렷한 운동장애
 - 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정된 상태
 - 머리뼈와 상위경추(상위목뼈: 제1, 2목뼈) 사이에 뚜렷한 이상전위가 있을 때
- 약간의 운동장애
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정된 상태
- 심한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 35° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
- 뚜렷한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 15° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
- 약간의 기형
1개 이상의 척추의 골절 또는 탈구로 경도(가벼운 정도)의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
- 심한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판탈출증(속칭 디스크)으로 추간판을 2마디 이상 수술하거나 하나의 추간판이라도 2회 이상 수술하고 마미 신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장애가 있는 경우
- 뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판 1마디를 수술하여 신경증상이 뚜렷하고 특수 보조검사에서도 이상이 있으며, 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우
- 약간의 추간판탈출증(속칭 디스크)
특수검사(뇌전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI) 등)에서 추간판 병변이 확인되고 의학적으로 인정할 만한 하지방사통(주변부위로 뻗치는 증상) 또는 감각 이상이 있는 경우
- 추간판탈출증(속칭 디스크)으로 진단된 경우에는 수술 여부에 관계없이 운동장애 및 기형장애로 평가하지 않는다.

7. 체간골의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 어깨뼈나 골반뼈에 뚜렷한 기형을 남긴 때	15
2) 빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈에 뚜렷한 기형을 남긴 때	10

나. 장애판정기준

- 1) '체간골'이라 함은 어깨뼈, 골반뼈, 빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈를 말하며, 이를 모두 같은 부위로 한다.
- 2) '골반뼈의 뚜렷한 기형'이라 함은 아래와 같다.
 - ① 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm 이상 분리된 부정유합(잘못 아물어 붙음) 상태 또는 여자에게 정상분만에 지장을 줄 정도로 골반의 변형이 남은 상태
 - ② 알몸이 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사로 측정한 각 변형이 20° 이상인 경우
- 3) '빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈 또는 어깨뼈에 뚜렷한 기형이 남은 때'라 함은 알몸이 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사로 측정한 각 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.
- 4) 갈비뼈의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장애로 취급한다.

8. 팔의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 두 팔의 손목 이상을 잃었을 때	100
2) 한 팔의 손목 이상을 잃었을 때	60
3) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때	20
5) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
7) 한 팔에 가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
8) 한 팔에 가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때	10
9) 한 팔의 뼈에 기형을 남긴 때	5

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 판정한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장애(예컨대 석고붕대(cast)로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 생긴 경우)와 일시적인 장애는 장애보상을 하지 않는다.
- 3) '팔'이라 함은 어깨관절(肩關節)부터 손목관절까지를 말한다.
- 4) '팔의 3대 관절'이라 함은 어깨관절, 팔꿈치관절 및 손목관절을 말한다.
- 5) '한 팔의 손목 이상을 잃었을 때'라 함은 손목관절부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치 관절 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
- 6) 팔의 관절기능장애 평가는 팔의 3대 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(AMA) '영구적 신체장애 평가지침'의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능장애를 표시할 경우에는 장애부위의 장애각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장애상태를 명확히 한다.
 - 가) '기능을 완전히 잃었을 때'라 함은
 - ① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
 - ② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 '0등급(Zero)'인 경우

나) '심한 장애'라 함은

- ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
- ② 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사서 근력이 '1등급(Trace)'인 경우

다) '뚜렷한 장애'라 함은

- ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우

라) '약간의 장애'라 함은

- ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우

- 7) '가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 8) '가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 9) '뼈에 기형을 남긴 때'라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합(잘못 아물어 붙음)된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

- 1) 팔과 손가락 중 하나의 후유장애지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.
- 2) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나에 기능장애가 생기고 다른 관절 하나에 기능장애가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

9. 다리의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 두 다리의 발목 이상을 잃었을 때	100
2) 한 다리의 발목 이상을 잃었을 때	60
3) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때	20
5) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
7) 한 다리에 가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
8) 한 다리에 가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때	10
9) 한 다리의 뼈에 기형을 남긴 때	5
10) 한 다리가 5cm 이상 짧아진 때	30
11) 한 다리가 3cm 이상 짧아진 때	15
12) 한 다리가 1cm 이상 짧아진 때	5

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 판정한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장애(예컨대 석고붕대(cast)로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 생긴 경우)와 일시적인 장애는 장애보상을 하지 않는다.
- 3) '다리'라 함은 엉덩이관절(股關節)부터 발목관절까지를 말한다.
- 4) '다리의 3대 관절'이라 함은 고관절, 무릎관절 및 발목관절을 말한다.
- 5) '한 다리의 발목 이상을 잃었을 때'라 함은 발목관절부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절의 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
- 6) 다리의 관절기능장애 평가는 하지의 3대 관절의 관절운동범위 제한 및 동요성 유무 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) '영구적 신체장애 평가지침'의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능장애를 표시할 경우에는 장애부위의 장애각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장애상태를 명확히 한다.

- 가) '기능을 완전히 잃었을 때'라 함은
- ① 완전 강직(관절굴음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
 - ② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사서서 근력이 '0등급(Zero)'인 경우
- 나) '심한 장애'라 함은
- ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
 - ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - ③ 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사서서 근력이 '1등급(Trace)'인 경우
- 다) '뚜렷한 장애'라 함은
- ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
 - ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
- 라) '약간의 장애'라 함은
- ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
 - ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
- 7) '가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 8) '가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 경골과 종아리뼈 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 9) '뼈에 기형을 남긴 때'라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합(잘못 아물어 붙음)된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.
- 10) 다리의 단축은 상전장골극에서부터 경골 내측과 하단까지의 길이를 측정하여 정상인 쪽 다리의 길이와 비교하여 단축된 길이를 산출한다.
- 다리 길이의 측정에 이용하는 골표적(bony landmark)이 명확하지 않은 경우나 다리의 단축장애 판단이 애매한 경우에는 스캐노그램(scanogram)으로 다리의 단축 정도를 측정한다.

다. 지급률의 결정

- 1) 다리와 발가락 중 하나의 후유장애지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.
- 2) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나에 기능장애가 생기고 다른 관절 하나에 기능장애가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

10. 손가락의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 한 손의 5개 손가락을 모두 잃었을 때	55
2) 한 손의 첫째 손가락을 잃었을 때	15
3) 한 손의 첫째 손가락 이외의 손가락을 잃었을 때(손가락 하나마다)	10
4) 한 손의 5개 손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	30
5) 한 손의 첫째 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한 손의 첫째 손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때(손가락 하나마다)	5

나. 장애판정기준

- 1) 손가락에는 첫째 손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절(가운데 손가락 관절), 지관절이라 한다.
- 2) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절(가운데 손가락 관절), 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.
- 3) '손가락을 잃었을 때'라 함은 첫째 손가락에서는 지관절부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 가까운 쪽으로 손가락을 잃었을 때를 말한다.
- 4) '손가락뼈 일부를 잃었을 때'라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 손가락뼈를 잃었거나 벗조각이 떨어져 있는 것이 엑스선 사진으로 명백한 경우를 말한다.

- 5) '손가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 손가락의 생리적 운동영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때이며 이 경우 손가락관절의 굴신(굽히고 펴기)운동 가능영역으로 측정한다. 첫째 손가락 이외의 다른 네 손가락에서는 제1, 제2지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역을 합산하여 정상 운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.
- 6) 한 손가락에 장애가 생기고 다른 손가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

11. 발가락의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 한 발의 리스프랑관절 이상을 잃었을 때	40
2) 한 발의 5개 발가락을 모두 잃었을 때	30
3) 한 발의 첫째 발가락을 잃었을 때	10
4) 한 발의 첫째 발가락 이외의 발가락을 잃었을 때(발가락 하나마다)	5
5) 한 발의 5개 발가락 모두의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
6) 한 발의 첫째 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	8
7) 한 발의 첫째 발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때(발가락 하나마다)	3

나. 장애판정기준

- 1) '발가락을 잃었을 때'라 함은 첫째 발가락에서는 지관절부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 가까운 쪽을 잃었을 때를 말한다.
- 2) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
- 3) '발가락뼈 일부를 잃었을 때'라 함은 첫째 발가락에서는 지관절, 다른 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽에서 발가락뼈를 잃었을 때를 말하고 단순히 살점이 떨어진 것만으로는 대상이 되지 않는다.
- 4) '발가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 발가락의 생리적 운동영역이 정상 운동 가능영역의 1/2 이하가 되었을 때를 말하며, 이 경우 발가락의 주된 기능인 발가락 관절의 굴신(굽히고 펴기)기능을 측정하여 결정한다.
- 5) 한 발가락에 장애가 생기고 다른 발가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

12. 흉복부장기 및 비뇨생식기의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장애를 남긴 때	75
2) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	50
3) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장애를 남긴 때	20

나. 장애의 판정기준

- 1) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장애를 남긴 때'라 함은
 - ① 심장, 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
 - ② 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때
 - ③ 방광의 기능이 완전히 없어진 때
- 2) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은
 - ① 위, 대장 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때
 - ② 소장 또는 간장의 3/4 이상을 잘라내었을 때
 - ③ 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
- 3) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은
 - ① 비장 또는 한쪽의 신장이나 한쪽의 폐를 잘라내었을 때
 - ② 장루, 요도루, 방광누공, 요관 장문합이 남았을 때
 - ③ 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착으로 인공요도가 필요한 때

- ④ 음경의 1/2 이상이 결손되었거나 질구 협착 등으로 성생활이 불가능한 때
- ⑤ 항문 괄약근의 기능장애로 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
- 4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기의 장애로 일상생활 기본동작에 제한이 있는 경우 ‘<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표’에 따라 장애를 평가하고 둘 중 높은 지급률을 적용한다.
- 5) 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장애의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계·정신행동 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 신경계에 장애가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때	10~100
2) 정신행동에 극심한 장애가 남아 타인의 지속적인 감시 또는 감금상태에서 생활해야 할 때	100
3) 정신행동에 심한 장애가 남아 감금상태에서 생활할 정도는 아니나 자해나 가해의 위험성이 지속적으로 있어서 부분적인 감시를 요할 때	70
4) 정신행동에 뚜렷한 장애가 남아 대중교통을 이용한 이동, 장보기 등의 기본적 사회 활동을 혼자서 할 수 없는 상태	40
5) 극심한 치매: CDR 척도 5점	100
6) 심한 치매: CDR 척도 4점	80
7) 뚜렷한 치매: CDR 척도 3점	60
8) 약간의 치매: CDR 척도 2점	40
9) 심한 간질발작이 남았을 때	70
10) 뚜렷한 간질발작이 남았을 때	40
11) 약간의 간질발작이 남았을 때	10

나. 장애판정기준

1) 신경계

- ① ‘신경계에 장애를 남긴 때’라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계 손상으로 ‘<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표’의 5가지 기본동작 중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.
- ② 위 ①의 경우 ‘<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표’상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상인 장애로 인정하지 않는다.
- ③ 신경계의 장애로 발생하는 다른 신체부위의 장애(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장애로도 평가하고 그중 높은 지급률을 적용한다.
- ④ 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 6개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장애를 평가한다.
그러나 6개월이 지났다고 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간 내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위에서 장애 평가를 유보한다.
- ⑤ 장애진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

- ① 위의 정신행동장애지급률에 미치지 않는 장애는 ‘<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표’에 따라 지급률을 산정하여 지급한다.
- ② 일반적으로 상해를 입고 나서 24개월이 지난 후에 판정함을 원칙으로 한다. 다만, 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 상해를 입고 나서 18개월이 지난 후에 판정할 수 있다. 다만, 장애는 전문적 치료를 충분히 받은 후 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로써 고정되거나 중하게 된 장애에 대해서는 인정하지 않는다.
- ③ 심리학적 평가보고서는 자격을 갖춘 임상심리전문가가 시행하고 전문의가 작성하여야 한다.
- ④ 전문의란 정신건강의학과나 신경정신과 전문의를 말한다.
- ⑤ 평가의 객관적 근거

㉗ 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등을 기초로 한다.

㉘ 객관적 근거로 인정할 수 없는 경우

- 보호자나 환자의 진술
- 감정의 추정이나 인정
- 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 낮은 검사들(뇌SPECT 등)
- 정신건강의학과의나 신경정신과 전문의가 아닌 자가 시행하고 보고서를 작성하는 심리학적 평가보고서

⑥ 각종 기질성 정신장애와 외상후 간질에 한하여 보상한다.

⑦ 외상후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증, 편집증, 조울증(정서장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.

⑧ 정신 및 행동장애의 경우 개호*인은 생명유지를 위한 동작과 행동이 불가능하거나 지속적으로 감금해야 하는 상태에 한하여 인정한다. 개호*의 내용에서는 생명유지를 위한 개호*와 행동감시를 위한 개호*를 구별하여야 한다.

* 개호: 장애로 인하여 혼자서 활동이 어려운 사람을 곁에서 돌보는 것

3) 치매

① '치매'라 함은

- 뇌 속에 후천적으로 생긴 기질적인 병으로 인한 변화 또는 뇌 속에 손상을 입은 경우
- 정상적으로 성숙한 뇌가 위의 기질성 장애로 파괴되어 한번 획득한 지능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 경우

② 치매의 장애평가는 전문의에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따른다.

4) 뇌전증(간질)

① '간질'이라 함은 돌발적 뇌파이상을 나타내는 뇌질환으로 발작(경련, 의식장애 등)을 반복하는 것을 말한다.

② '심한 간질 발작'이라 함은 월 8회 이상의 중증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작할 때 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장애 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.

③ '뚜렷한 간질 발작'이라 함은 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

④ '약간의 간질 발작'이라 함은 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

⑤ '중증발작'이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장애가 3분 이상 지속되는 발작을 말한다.

⑥ '경증발작'이라 함은 운동장애가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표

유형	제한 정도에 따른 지급률
이동동작	- 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 지속적인 도움이 없이는 방 밖을 나올 수 없는 상태(지급률 40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움 없이는 방 밖을 나올 수 없는 상태(30%) - 목발 또는 보행기(walker)를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태(20%) - 독립적인 보행은 가능하나 파행(절뚝거림)이 있는 상태, 난간을 잡지 않고는 계단을 오르내리기가 불가능한 상태, 계속하여 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태(10%)
음식물 섭취	- 식사를 전혀 할 수 없어 계속적으로 튜브나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급을 받는 상태(20%) - 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 지속적인 도움이 없이는 식사를 전혀 할 수 없는 상태(15%) - 손가락 사용은 가능하나 젓가락 사용이 불가능하여 음식물 섭취에 있어 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%) - 독립적인 음식물 섭취는 가능하나 젓가락을 이용하여 생선을 바르거나 음식물을 자르지는 못하는 상태(5%)
배변배뇨	- 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 지속적인 도움이 필요한 상태(20%) - 화장실에 가서 변기 위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 화장지로 닦고 옷을 입는 일에 다른 사람의 지속적인 도움이 필요한 상태(15%) - 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변 후 뒤처리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%) - 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2시간 이상 계속되는 업무(운전, 작업, 교육 등)를 수행하는 것이 어려운 상태(5%)
목욕	- 다른 사람의 지속적인 도움 없이는 샤워 또는 목욕을 할 수 없는 상태(10%) - 샤워는 가능하나, 혼자서는 때밀기를 할 수 없는 상태(5%) - 목욕시 신체(등 제외)의 일부 부위만 때를 밀 수 있는 상태(3%)
옷 입고 벗기	- 다른 사람의 지속적인 도움 없이는 전혀 옷을 챙겨 입을 수 없는 상태(10%) - 다른 사람의 지속적인 도움 없이는 상의 또는 하의 중 하나만을 착용할 수 있는 상태(5%) - 착용은 가능하나 다른 사람의 도움 없이는 마무리(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)는 불가능한 상태(3%)

<별표 11>

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제15조 제2항 및 제38조 제2항 관련)

구분	기간	지급이자
암진단자금(제10조 제2호), 소액암진단자금(제10조 제3호), 말기신부전증진단자금(제10조 제4호), 수술비(제10조 제5호), 입원비(제10조 제6호), 피보험자 사망 당시의 책임준비금(제28조 제1항)	지급기일의 다음 날부터 지급 일까지의 기간	보험계약대출이율
만기보험금(제10조 제1호) 및 해지환급금(제38조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 표준이율의 50% 1년 초과기간: 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일 까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 만기보험금은 회사가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 않은 경우, 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간은 표준이율을 적용한 이자를 지급합니다.
2. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 제43조(소멸시효)에 따라 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
3. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.

어린이플러스보장특약 약관

이 특약은 계약자의 선택에 의하여 해당보험료를 납입한 경우에만 해당됩니다.

무배당 어린이플러스보장특약 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의	121
제 1 조 【목적】.....	121
제 2 조 【용어의 정의】.....	121
 제 2 관 보험금의 지급	121
제 3 조 【‘암’, ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’의 정의 및 진단확정】.....	121
제 4 조 【‘대장점막내암’의 정의 및 진단확정】.....	122
제 5 조 【‘말기신부전증’의 정의 및 진단확정】.....	122
제 6 조 【‘중대한 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)’의 정의 및 진단확정】.....	123
제 7 조 【‘5대장기이식수술’의 정의】.....	123
제 8 조 【‘조혈모세포이식수술’의 정의】.....	123
제 9 조 【‘재해골절(치아파절 제외)’의 정의 및 진단확정】.....	123
제 10 조 【‘깁스(Cast)치료’의 정의】.....	124
제 11 조 【‘유괴·납치’의 정의】.....	124
제 12 조 【‘강력범죄’의 정의】.....	124
제 13 조 【‘특정 법정감염병’의 정의 및 감염병환자의 진단확정】.....	124
제 14 조 【보험금의 지급사유】.....	125
제 15 조 【보험금 지급에 관한 세부규정】.....	125
제 16 조 【보험금을 지급하지 않는 사유】.....	126
제 17 조 【보험금의 청구】.....	127
제 18 조 【보험금의 지급절차】.....	127
 제 3 관 특약의 성립과 유지	128
제 19 조 【특약의 체결 및 소멸】.....	128
제 20 조 【피보험자의 범위】.....	128
제 21 조 【특약의 보장개시】.....	128
제 22 조 【특약의 무효】.....	128
제 23 조 【특약내용의 변경 등】.....	128
제 24 조 【특약의 보험기간】.....	128

제 4 관 보험료의 납입 128

제 25 조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】..... 128

제 26 조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】..... 129

제 27 조 【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】..... 129

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등 129

제 28 조 【계약자의 임의해지】..... 129

제 29 조 【해지환급금】..... 129

제 6 관 기타사항 129

제 30 조 【주계약 약관 및 단체취급특약의 준용】..... 129

<별표 1> 보험금 지급기준표.....130

<별표 2> 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표 (기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외).....131

<별표 3> ‘중대한 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)’의 정의.....132

<별표 4> 재해골절(치아파절 제외) 분류표 133

<별표 5> 대상이 되는 특정 법정감염병 분류표 134

<별표 6> 감염병환자 진단기준 135

<별표 7> 감염병환자를 진단할 수 있는 기관 136

<별표 8> 재해분류표 137

<별표 9> 장애분류표 137

<별표 10> 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산.....138

무배당 어린이플러스보장특약 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 【목적】

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 피보험자의 질병, 재해 및 생존에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 【용어의 정의】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
 - 가. 계약자 : 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
 - 나. 보험수익자 : 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
 - 다. 보험증권 : 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
 - 라. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
 - 마. 주계약 : 기본이 되는 보험계약으로 주된 보험계약을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
 - 가. 재해 : <별표8> '재해분류표'에서 정한 재해를 말합니다.
 - 나. 장애 : <별표9> '장애분류표'에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
 - 가. 연단위 복리 : 회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
 - 나. 표준이율 : 회사가 최소한 적립해야 할 적립금 등을 계산하기 위해 시장금리를 고려하여 금융감독원장이 정하는 이율로서, 이 특약 체결 시점의 표준이율을 말합니다.
 - 다. 해지환급금 : 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
4. 기간과 날짜 관련 용어
 - 가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
 - 나. 영업일 : 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 【'암', '기타피부암' 및 '갑상선암'의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 '암'이라 함은 제6차 개정 한국표준질병사인분류 중 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외)<별표2> '대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외)' 참조에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병, 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병, 제4조('대장점막내암'의 정의 및 진단확정)에서 정한 대장점막내암 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

【유의사항】

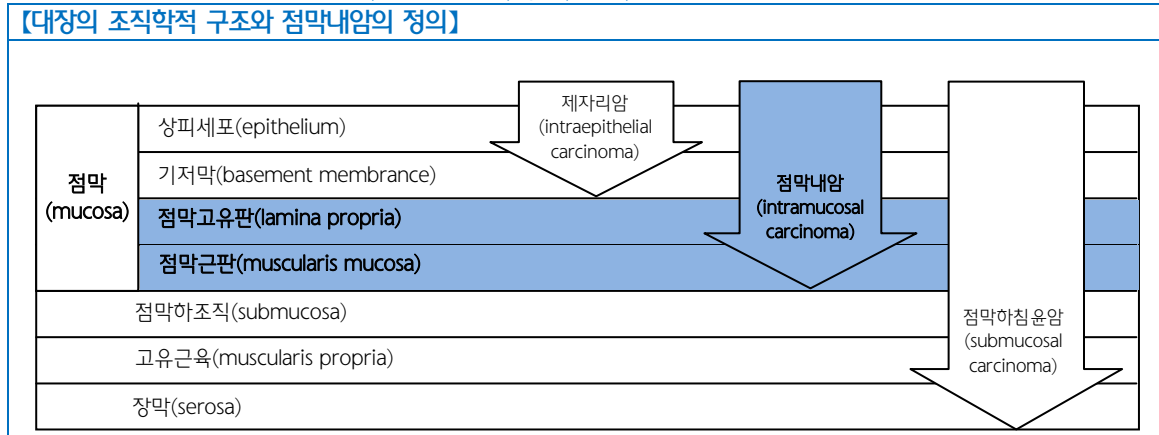
- 한국표준질병사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
- ② 이 특약에 있어서 '기타피부암'이라 함은 제6차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에 있어서 '갑상선암'이라 함은 제6차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물

(암)에 해당하는 질병을 말합니다.

- ④ ‘암’, ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘암’, ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 4 조 【‘대장점막내암’의 정의 및 진단확정】

- ① 이 계약에 있어서 ‘대장점막내암’이라 함은 제6차 개정 한국표준질병사인분류 중 대장의 악성신생물(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 상피세포(epithelium)에서 발생한 악성종양세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유판(lamina propria) 또는 점막근판(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하조직(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.



- ② ‘대장점막내암’의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘대장점막내암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 5 조 【‘말기신부전증’의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 ‘말기신부전증’이라 함은 양쪽 신장 모두가 비가역적인 기능부전을 보이는 말기신질환(End Stage Renal Disease)으로서 보존 요법으로는 치료가 불가능하여 혈액투석이나 복막투석을 받고 있거나 받은 경우를 말합니다. 다만, 일시적으로 투석치료를 필요로 하는 신부전증은 말기신부전증에서 제외합니다.
- ② ‘말기신부전증’의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 ‘의료기관’이라 합니다)의 의사 자격을 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

【조문 내용】	
의료법 제3조(의료기관)	
① 이 법에서 “의료기관”이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 “의료업”이라 한다)을 하는 곳을 말한다.	
② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다. <개정 2009.1.30, 2011.6.7>	
1. 의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.	
가. 의원	
나. 치과의원	
다. 한의원	
2. 조산원: 조산사가 조산과 임부·해산부·산욕부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다.	
3. 병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관	

으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.

가. 병원

나. 치과병원

다. 한방병원

라. 요양병원(「정신보건법」 제3조 제3호에 따른 정신의료기관 중 정신병원, 「장애인복지법」 제58조 제1항 제2호에 따른 의료재활시설로서 제3조의 2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)

마. 종합병원

③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항 제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다. <개정 2009.1.30, 2010.1.18>

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제 6 조 【‘중대한 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)’의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 ‘중대한 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)’이라 함은 중대한 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)의 정의(<별표3> ‘중대한 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)’의 정의 참조)에서 정한 ‘중대한 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)’을 말합니다.
- ② ‘중대한 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)’의 진단확정은 의료기관의 의사가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

제 7 조 【‘5대장기이식수술’의 정의】

이 특약에 있어서 ‘5대장기이식수술’이라 함은 5대장기의 만성부전상태로부터 근본적인 회복과 치료를 목적으로 관련 법규에 따라 정부에서 인정한 장기이식의료기관 또는 이와 동등하다고 회사에서 인정한 의료기관에서 간장, 신장, 심장, 췌장, 폐장(5대장기)에 대하여 장기이식을 하는 것으로 타인의 내부장기를 적출하여 장기부전 상태에 있는 수혜자에게 이식을 시행한 경우에 대한 수술(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말합니다. 다만, 랑게르한스소도세포이식수술은 보장에서 제외합니다.

【신의료기술평가위원회】

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

제 8 조 【‘조혈모세포이식수술’의 정의】

이 특약에 있어서 ‘조혈모세포이식수술’이라 함은 각종 혈액질환 및 악성종양 치료시 발생하는 골수부전상태를 정상적인 조혈모세포로 회복시킬 목적으로 조혈모세포를 이식하는 시술(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.)로서 관련법규에 따라 정부에서 인정한 무균실이 있는 골수이식의료기관에서 다음의 각 호에서 정한 동종(골수, 말초)조혈모세포이식, 자가(골수, 말초)조혈모세포이식, 제대혈조혈모세포이식 시술을 말합니다. 다만, 조혈모세포를 제공하는 공여자로부터 조혈모세포를 채취하는 시술은 제외합니다.

1. ‘동종(allogenic)골수조혈모세포이식’이라 함은 정상적인 조혈모세포를 가진 공여자의 골수내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 수혜자에게 투여하는 행위를 말합니다.
2. ‘동종(allogenic)말초조혈모세포이식’이라 함은 정상적인 조혈모세포를 가진 공여자의 말초혈액내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 수혜자에게 투여하는 행위를 말합니다.
3. ‘자가(autologous)골수조혈모세포이식’이라 함은 본인의 골수내 조혈모세포를 미리 채취하여 보관하였다가 골수부전상태에 있는 본인에게 다시 투여하는 행위를 말합니다.
4. ‘자가(autologous)말초조혈모세포이식’이라 함은 본인의 말초혈액내 조혈모세포를 미리 채취하여 보관하였다가 골수부전상태에 있는 본인에게 다시 투여하는 행위를 말합니다.
5. ‘제대혈조혈모세포이식’이라 함은 정상적인 조혈모세포가 있는 제대혈내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 본인 또는 타인에게 투여하는 행위를 말합니다.

제 9 조 【‘재해골절(치아파절 제외)’의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 ‘재해골절(치아파절 제외)’이라 함은 재해로 뼈의 구조상의 연속성이 완전하게 또는 불안정하게

끊어진 상태에서 재해골절(치아파절 제외) 분류표(<별표4> '재해골절(치아파절 제외) 분류표' 참조)에서 정하는 골절을 말합니다.

② '재해골절(치아파절 제외)'의 진단확정은 의료기관의 의사에 의한 진단서에 의합니다.

제 10 조 【'깁스(Cast)치료'의 정의】

- ① 이 특약에 있어서 '깁스(Cast)치료'라 함은 석고붕대 또는 섬유유리 붕대(Fiberglass Cast)를 병변이 있는 뼈, 관절부 위의 둘레 모두에 착용시켜 (Circular Cast) 감은 다음 굳어지게 하여 치료 효과를 가져오는 치료법을 의미합니다. 다만, 부목(Splint Cast)치료는 제외합니다.
- ② 제1항에서 '부목(Splint Cast)치료'란 석고붕대 또는 섬유유리 붕대(Fiberglass Cast)를 고정할 부분의 한측면 또는 양측면에 착용시키고 대주는 치료법을 말합니다.

제 11 조 【'유과·납치'의 정의】

이 특약에 있어서 '유과·납치'라 함은 형법 제31장(약취(略取), 유인(誘引) 및 인신매매의 죄)에서 정하는 범죄로 관할경찰서장이 발행하는 사고사실확인서를 기준으로 합니다.

제 12 조 【'강력범죄'의 정의】

이 특약에 있어서 '강력범죄'라 함은 다음 각 호에서 정하는 범죄로 관할경찰서장이 발행하는 사고사실확인서와 의사진단서를 기준으로 합니다.

1. 형법 제24장(살인의 죄)에서 정하는 '살인'
2. 형법 제25장(상해와 폭행의 죄)에서 정하는 '상해 및 폭행'
3. 형법 제32장(강간과 추행의 죄)에서 정하는 '강간'
4. 형법 제38장(절도와 강도의 죄)에서 정하는 '강도'
5. 폭력행위등처벌에관한법률에서 정하는 '폭행'

제 13 조 【'특정 법정감염병'의 정의 및 감염병환자의 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 '특정 법정감염병'이라 함은 대상이 되는 특정 법정감염병 분류표(<별표5> '대상이 되는 특정 법정감염병 분류표' 참조)에서 정한 질병(이하 '특정 법정감염병'이라 합니다)을 말합니다.
- ② '특정 법정감염병'의 진단확정은 감염병환자('감염병환자'란 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제2조 제13호에 따라 감염병의 병원체가 인체에 침입하여 증상을 나타내는 사람으로서 동법 제11조 제5항의 진단기준에 따른 의사 또는 한의사의 진단이나 보건복지부령으로 정하는 기관의 실험실 검사를 통하여 확인된 사람으로 '법정감염병' 접수사실확인서(보건소발행)가 발급된 경우를 말하며, 동법 제2조 제14호의 '감염병 의사(擬似)환자' 및 제15호의 '병원체보유자'는 해당되지 않습니다)를 진단할 수 있는 기관(<별표7> '감염병환자를 진단할 수 있는 기관'참조)에서 감염병환자 진단기준(<별표6> '감염병환자 진단기준' 참조)에 의해 특정 법정감염병 환자로 확정된 경우를 말합니다.
- ③ 향후 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 및 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 시행령」 및 「감염병의 예방 및 관리에 관한 시행규칙」에서 제외되는 감염병이 발생하는 경우에는 신고여부와 상관없이 대상이 되는 「특정 법정감염병」의 보장대상에서는 제외되지 않으며 의사의 진단에 따라 보장하여 드립니다.

【조문 내용】

감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의)

13. "감염병환자"란 감염병의 병원체가 인체에 침입하여 증상을 나타내는 사람으로서 제11조제5항의 진단 기준에 따른 의사 또는 한의사의 진단이나 보건복지부령으로 정하는 기관의 실험실 검사를 통하여 확인된 사람을 말한다.
14. "감염병의사환자"란 감염병병원체가 인체에 침입한 것으로 의심이 되나 감염병환자로 확인되기 전 단계에 있는 사람을 말한다.
15. "병원체보유자"란 임상적인 증상은 없으나 감염병병원체를 보유하고 있는 사람을 말한다.

감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제11조(의사 등의 신고)

- ⑤ 제1항부터 제4항까지의 규정에 따른 감염병환자등의 진단 기준, 신고의 방법 및 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다. <개정 2010.1.18. >

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제 14 조 【보험금의 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(<별표1> ‘보험금 지급기준표’ 참조)을 지급합니다.

15. 피보험자가 이 특약의 보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때 : 만기보험금
16. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘중대한 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부손상)’으로 진단이 확정되었을 때 : 중대한 화상 및 부식 진단자금(최초 1회에 한하여 지급)
17. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 장기수혜자로서 ‘5대장기이식수술’을 받았을 때 : 5대장기이식수술비(최초 1회에 한하여 지급)
18. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 조혈모세포 수혜자로서 ‘조혈모세포이식수술’을 받았을 때 : 조혈모세포이식수술비(최초 1회에 한하여 지급)
19. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘재해골절(치아파절 제외)’ 상태가 되었을 때 : 재해골절치료비(재해골절 1회당)
20. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘깁스(Cast)치료’를 받았을 때 : 깁스치료비(깁스치료 1회당)
21. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘유괴·납치’의 피해자가 되었을 때 : 유괴·납치 위로금(최초 1회에 한하며, 30세 계약해당일 전일까지지만 보장)
22. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘강력범죄’의 피해자가 되어 1개월(30일)을 초과하여 의사의 치료를 요하는 상해를 입었을 때 : 강력범죄 위로금(동일사고에 의한 경우 1회에 한함)(발생 1회당)
23. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘특정 법정감염병’으로 해당 보건소에 신고되어 감염병환자로 진단 확정되었을 때 : 특정 법정감염병 치료비(발생 1회당)

제 15 조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 보험료 납입기간 중 피보험자가 장애분류표(<별표9> ‘장애분류표’ 참조. 이하 ‘장애분류표’라 합니다) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 때에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 보험료 납입기간 중 피보험자가 암(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외) 또는 말기신부전증으로 진단 확정 되었을 때에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ③ 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제14조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않으며 제1항 및 제2항에서 해당 질병과 관련한 보험료 납입을 면제하지 않습니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑤ 제4항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 제26조(보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑥ 제27조(보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑦ 제1항의 경우 장애지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일로부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 질병의 진단확정일로부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표에서 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ⑧ 제7항에 따라 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일 또는 진단확정일로부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일 또는 진단확정일로부터 1년 이내) 중에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.
- ⑨ 제1항의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용합니다.
- ⑩ 제1항의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 ‘한시장애’라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 한시장애의 지급률로 정합니다.

- ⑪ 제1항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 더하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑫ 제11항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑬ 장애분류표에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애정도에 따라 장애분류표의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.
- ⑭ 이 특약에서 '동일한 재해'의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑮ 피보험자가 보험기간 중 사망하고 그 후에 '중대한 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부손상)'을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 제14조(보험금의 지급사유) 제2호의 중대한 화상 및 부식 진단자금을 지급합니다.
- ⑯ 제14조(보험금의 지급사유) 제5호의 경우 피보험자가 동일한 재해로 2가지 이상의 골절(복합골절)상태가 되더라도 재해골절치료비는 1회만 지급하며, 의학적 처치 및 치료를 목적으로 골절을 시키는 경우에는 재해골절치료비를 지급하지 않습니다.
- ⑰ 제14조(보험금의 지급사유) 제6호의 경우 피보험자가 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 인하여 깁스(Cast) 치료를 2회 이상 받은 경우 또는 동시에 서로 다른 신체부위에 깁스(Cast)치료를 받은 경우에는 1회에 한하여 깁스치료비를 지급합니다.
- ⑱ 제14조(보험금의 지급사유) 제7호의 경우 보험수익자의 고의 또는 피보험자의 직계 존·비속에 의한 '유괴·납치'는 보장하지 않습니다.
- ⑲ 제14조(보험금의 지급사유) 제7호의 경우 피보험자의 나이가 30세가 되는 계약해당일 전일까지만 보장됩니다.
- ⑳ 제14조(보험금의 지급사유) 제8호의 경우 그 원인의 직접·간접을 묻지 않고 다음 각 호의 사유로 발생한 손해는 보상하지 않습니다.
 - 1. 피보험자가 범죄행위를 하던 중 또는 폭력행위등처벌에관한법을 제4조(단체등의 구성·활동)에서 정한 범죄단체를 구성 또는 이에 가담함으로써 손해가 발생한 경우
 - 2. 피보험자 및 보험수익자의 고의 또는 피보험자의 배우자 및 직계 존·비속에 의하여 손해가 발생한 경우
- ㉑ 제14조(보험금의 지급사유) 제7호 및 제8호의 경우 피보험자의 사망은 보험금 지급사유에 포함되지 않으며, 제8호의 경우에는 병원에서 전치1개월을 초과하는 진단확인서가 필요합니다.
- ㉒ 제14조(보험금의 지급사유) 제9호의 경우 향후 '특정 법정감염병'에서 제외되는 감염병이 생길 경우, 그 해당 감염병은 의료기관의 의사가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과에 따라 특정 법정감염병 치료비를 지급합니다.
- ㉓ 제1항 및 제2항에 따라 보험료 납입이 면제된 이후 납입기간 종료일까지 정상적으로 보험료가 납입된 것으로 간주하여 만기보험금의 이미 납입한 보험료를 계산합니다.
- ㉔ 보험수익자와 회사가 제14조(보험금의 지급사유) 제2호 내지 제9호의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ㉕ 계약자와 회사가 제1항 및 제2항 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 16 조 【보험금을 지급하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

- 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
 - 다만, 다음 중 어느 하나에 해당하면 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.
 - 가. 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우
특히 그 결과 사망에 이르게 된 경우에는 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다.
 - 나. 특약의 보장개시일(부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복)청약일)부터 2년이 지난 후에 자살한 경우에는 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책

임준비금을 지급합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

【책임준비금】

장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

제 17 조 【보험금의 청구】

- ① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 책임준비금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(사망진단서, 장애진단서, 병원 또는 의원의 진단서, 수술확인서, 사고사실확인서(관할경찰서 발행), 법정감염병 접수사실확인서(보건소 발행) 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
 4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금, 책임준비금의 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 18 조 【보험금의 지급절차】

- ① 회사는 제17조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 책임준비금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금, 책임준비금의 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금 또는 책임준비금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 회사는 제14조(보험금의 지급사유) 제1호에 해당하는 만기보험금의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 회사가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 알려드리며, 제1항에 따라 보험금 또는 책임준비금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 <별표10> ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’과 같이 계산합니다.
- ③ 회사가 보험금 지급사유를 조사확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제17조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
 1. 소송제기
 2. 분쟁조정신청
 3. 수사기관의 조사
 4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
 5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
 6. 제15조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제24항 또는 제25항에 따라 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 등에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

【보험금 가지급제도】

지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도

- ④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 피보험자 또는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 주계약 약관의 계약 전 알릴 의무 위반의 효과, 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지

연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 19 조 【특약의 체결 및 소멸】

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 주계약의 해지 및 기타사유에 따라 효력이 없게 된 경우 또는 제20조(피보험자의 범위)에서 정하는 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며, 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다.
- ③ 제2항 및 제15조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제15항의 '사망'에는 이 특약의 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제 20 조 【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제 21 조 【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제 22 조 【특약의 무효】

이 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제 23 조 【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제29조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 만기보험금 또는 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.
- ③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 이 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제 24 조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 이 특약을 체결할 때 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 25 조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 체결할 때 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

- ② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 합니다.

제 26 조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 유효한 특약으로 봅니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에도 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ③ 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제29조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 27 조 【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 이 계약의 사업방법서에서 별도로 정한 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제21조(특약의 보장개시)를 준용합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 28 조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제29조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약체결시 피보험자가 태아(胎兒)이며 계약자가 피보험자 출생전에 계약을 해지하는 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급하여 드립니다.
- ④ 제3항에 따라 계약을 해지하는 경우 계약자는 의사소견서 등 제3항의 '태아가 출생하기 전'임을 입증할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.

제 29 조 【해지환급금】

- ① 이 특약에 따른 해지환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 <별표10> '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 6 관 기타사항

제 30 조 【주계약 약관 및 단체취급특약의 준용】

- ① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약을 따릅니다.

<별표 1>

보험금 지급기준표

[기준: 특약보험가입금액 1,000만원]

급부명	지급사유	지급금액
만기보험금 (제14조 제1호)	피보험자가 이 특약의 보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	이미 납입한 특약 보험료의 100%
중대한 화상 및 부식 진단자금 (제14조 제2호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 중대한 화상 및 부식(화학 약품 등에 의한 피부 손상)으로 진단이 확정되었을 때 (최초 1회의 진단확정에 한함)	2,000만원
5대장기이식수술비 (제14조 제3호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 장기수혜자로서 5대장기이 식수술을 받았을 때 (최초 1회의 수술에 한함)	2,000만원
조혈모세포 이식수술비 (제14조 제4호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 조혈모세포 수혜자로서 조 혈모세포이식수술을 받았을 때 (최초 1회의 수술에 한함)	2,000만원
재해골절치료비 (제14조 제5호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 재해골절(치아파절 제외) 상태가 되었을 때 (재해골절 1회당)	20만원
깁스치료비 (제14조 제6호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 깁스(Cast)치료를 받았을 때 (깁스치료 1회당)	10만원
유괴·납치 위로금 (제14조 제7호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 유괴·납치의 피해자가 되 었을 때 (최초 1회에 한하며 30세 계약해당일 전일까지만 보장)	500만원
강력범죄 위로금 (제14조 제8호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 강력범죄의 피해자가 되어 1개월(30일)을 초과하여 의사의 치료를 요하는 상해를 입었을 때 (동일사고에 의한 경우 1회에 한함) (발생 1회당)	100만원
특정 법정감염병 치료비 (제14조 제9호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 특정 법정감염병으로 해당 보건소에 신고되어 감염병환자로 진단 확정되었을 때 (발생 1회당)	30만원

(주)

1. 보험료 납입기간 중 피보험자가 장애분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장
해지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 때에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
2. 보험료 납입기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 암(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외) 또는 말기신부
전증으로 진단 확정 되었을 때에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
3. 보험료 납입이 면제된 이후 납입기간 종료일까지 정상적으로 보험료가 납입된 것으로 간주하여 만기보험금의 이미
납입한 주계약 보험료를 계산합니다.
4. 해지 및 기타사유에 따라 효력이 없게 된 경우 또는 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특약은 더 이상 효력이 없
으며, 피보험자가 사망하였을 경우에는 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다.

<별표 2>

대상이 되는 악성신생물(암) 분류표 (기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외)

약관에 규정하는 악성신생물(암)로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.

1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상 악성신생물	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물(암)	C00 – C14
2. 소화기관의 악성신생물(암)	C15 – C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물(암)	C30 – C39
4. 뼈 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40 – C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성신생물(암)	C45 – C49
7. 유방의 악성신생물(암)	C50
8. 여성 생식기관의 악성신생물(암)	C51 – C58
9. 남성 생식기관의 악성신생물(암)	C60 – C63
10. 요로의 악성신생물(암)	C64 – C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물(암)	C69 – C72
12. 부신의 악성신생물(암)	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물(암)	C75
14. 불명확한 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)	C76 – C80
15. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)	C81 – C96
16. 독립된(일차성) 여러 부위의 악성신생물(암)	C97
17. 진성 적혈구 증가증	D45
18. 골수 형성이상 증후군	D46
19. 만성 골수증식 질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판증가증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병	D47.5

(주)

- 제7차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
- 소화기관의 악성신생물(C15~C26) 중 제4조(대장점막내암의 정의 및 진단확정)에서 정한 '대장점막내암'은 상기 분류표에서 제외됩니다.
- 한국표준질병사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침'에 따라 C77 ~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다.

<별표 3>

‘중대한 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)’의 정의

‘중대한 화상 및 부식’이라 함은 화상 및 부식이 ‘9의 법칙(Rule of 9’s)’ 또는 ‘룬드와 브라우더 신체표면적 차트(Lund & Browder body surface chart)’에 의해 측정된 신체표면적으로 최소 20%이상의 3도 화상 또는 부식을 입은 경우를 말하며, 단, ‘9의 법칙’ 또는 ‘룬드와 브라우더 신체표면적 차트’ 측정법처럼 표준화되고 임상학적으로 받아들여지는 다른 신체표면적 차트를 사용하여 유사한 결과가 나온것도 인정합니다.

<별표 4>

재해골절(치아파절 제외) 분류표

약관에 규정하는 '재해골절(치아파절 제외)'로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

분류항목	분류번호
1. 척추 및 척수의 출산 손상	P11.5
2. 출산손상으로 인한 두개골 골절	P13.0
3. 기타 두개골의 출산손상	P13.1
4. 대퇴골의 출산손상	P13.2
5. 기타 긴뼈의 출산손상	P13.3
6. 출산손상으로 인한 쇄골 골절	P13.4
7. 기타 골격 부분의 출산손상	P13.8
8. 상세불명의 골격의 출산손상	P13.9
9. 두개골 및 안면골의 골절(치아파절 제외)	S02(S02.5는 제외)
10. 목의 골절	S12
11. 늑골, 흉골 및 흉추의 골절	S22
12. 요추 및 골반의 골절	S32
13. 어깨 및 위팔의 골절	S42
14. 아래팔의 골절	S52
15. 손목 및 손부위의 골절	S62
16. 대퇴골의 골절	S72
17. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
18. 발목을 제외한 발의 골절	S92
19. 여러 신체부위의 골절	T02
20. 상세불명의 척추 부위의 골절	T08
21. 상세불명의 팔 부위의 골절	T10
22. 상세불명의 하지 부위의 골절	T12
23. 상세불명의 신체 부위의 골절	T14.2

(주) 제7차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

<별표 5>

대상이 되는 특정 법정감염병 분류표

약관에서 규정하는 대상이 되는 ‘특정 법정감염병’으로 분류되는 질병은 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률(일부개정 2014.9.19 법률 제 12444 호)」 제2조(정의) 및 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 시행규칙(타법개정 2014.7.8 보건복지부령 제 106 호)」 제2조(제4군감염병의 종류)에 해당하는 질환 중 아래에 해당하는 질환을 말합니다.

구 분	대상이 되는 질환
제1군 감염병(5종)	콜레라, 장티푸스, 파라티푸스, 세균성이질, 장출혈성대장균감염증
제2군 감염병(8종)	디프테리아, 백일해, 파상풍, 홍역, 유행성이하선염, 풍진, 폴리오, 일본뇌염
제3군 감염병(14종)	말라리아, 성홍열, 수막구균성수막염, 레지오넬라증, 비브리오패혈증, 발진티푸스, 발진열, 쯔쯔가무시증, 렙토스피라증, 브루셀라증, 탄저, 공수병, 신증후군출혈열, 크로이츠펔트-야콥병(CJD) 및 변종크로이츠펔트-야콥병(vCJD)
제4군 감염병(13종)	페스트, 황열, 뎅기열, 두창, 보툴리눔독소증, 중증 급성호흡기 증후군(SARS), 야토병, 큐열(Q열), 웨스트나일열, 라임병, 진드기매개뇌염, 유비저, 치쿤구니아열

(주)

- 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 (일부개정 2014.9.19 법률 제 12444 호)」 제2조(정의) 및 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 시행규칙(타법개정 2014.7.8 보건복지부령 제 106 호)」 제2조(제4군감염병의 종류) 감염병 중 다음에 해당하는 경우는 보장하지 않습니다.
 - ▶ 제1군 감염병 중 A형간염
 - ▶ 제2군 감염병 중 B형간염, 수두
 - ▶ 제3군 감염병 중 결핵, 한센병, 인플루엔자, 후천성면역결핍증(AIDS), 매독
 - ▶ 제4군 감염병 중 바이러스성출혈열, 조류인플루엔자 인체감염증, 신종인플루엔자, 신종감염병증후군
- 향후 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 및 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 시행규칙」이 개정되어 신규로 추가되는 법정감염병이 생기더라도 ‘대상이 되는 질환’에서 나열한 감염병만 보장되며, 신규로 추가되는 법정감염병은 보장하지 않습니다.
- 향후 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 및 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 시행규칙」에서 제외되는 감염병이 생기더라도 신고여부와 상관없이 「특정 법정감염병」의 보장대상에서는 제외되지 않습니다.

<별표 6>

감염병환자 진단기준

특정 법정감염병의 감염병 환자 진단기준은 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 시행규칙(타법개정 2014.7.8 보건복지부령 제 106 호)」[별표 2]「감염병의 진단 기준(제6조 제4항 관련)」에서 정한 기준을 말하며 세부내용은 다음을 말합니다.

1. 제1군감염병의 경우
▪ 제1군감염병환자 : 해당 감염병에 부합되는 임상적 특징을 나타내면서 대소변, 혈액, 구토물 등 검체에서 배양검사 등의 검사방법으로 감염병병원체가 확인된 사람
2. 제2군감염병의 경우
▪ 제2군감염병환자 : 해당 감염병에 부합되는 임상적 특징을 나타내면서 대소변, 혈액, 뇌척수액, 타액, 뇌조직 등 검체에서 배양검사, 항체 검출검사, 항원 검출검사, 유전자 검출검사 등의 검사 방법으로 감염병병원체가 확인된 자. 다만, 파상풍의 경우에는 임상적 특징을 나타내는 것만으로도 환자로 진단한다.
3. 제3군감염병의 경우
▪ 제3군감염병환자 : 해당 감염병에 부합되는 임상적 특징을 나타내면서 대소변, 객담(喀痰), 혈액, 뇌척수액, 흉수, 복수, 병변조직, 뇌조직 등 검체에서 배양검사, 암시야(暗視野)현미경검사, 항원 검출검사, 항체 검출검사, 유전자 검출검사 등의 검사방법으로 감염병병원체가 확인된 사람
4. 제4군감염병의 경우
▪ 제4군감염병환자 : 해당 감염병에 부합되는 임상적 특징을 나타내면서 대소변, 혈액, 뇌척수액, 병변조직 등 검체에서 배양검사, 항원 검출검사, 항체 검출검사, 유전자 검출검사 등의 검사방법으로 감염병병원체가 확인된 사람

(주)

1. 향후 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 시행규칙」이 개정되어 ‘감염병환자 진단기준’의 내용이 변경된 경우에는 변경된 내용을 적용합니다.
2. ‘의사환자’ 및 ‘병원체 보유자’는 ‘감염병환자’에 해당하지 않습니다.

<별표 7>

감염병환자를 진단할 수 있는 기관

특정 법정감염병의 감염병 환자 진단 기준은 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 시행규칙(타법개정 2014.7.8 보건복지부령 제 106 호)」 제4조(감염병의 병원체를 확인할 수 있는 기관)에서 정한 기준을 말하며 세부내용은 다음을 말합니다.

1. 질병관리본부
2. 국립검역소
3. 「보건환경연구원법」 제2조에 따른 보건환경연구원
4. 「지역보건법」 제7조에 따른 보건소
5. 「의료법」 제3조에 따른 의료기관 중 진단검사의학과 전문의가 상근(常勤)하는 기관
6. 「고등교육법」 제4조에 따라 설립된 의과대학

(주)

1. 향후 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 시행규칙」이 개정되어 ‘감염병환자를 진단할 수 있는 기관’의 내용이 변경된 경우에는 변경된 내용을 적용합니다.
2. 향후 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 및 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 시행규칙」에서 제외되는 감염병이 발생하는 경우 그 해당 감염병은 신고여부와 상관없이 의사의 진단에 따릅니다.

<별표 8>

재해분류표

주계약 2종의 <별표9> '재해분류표'와 동일

<별표 9>

장해분류표

주계약 2종의 <별표10> '장해분류표'와 동일

<별표 10>

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제18조 제2항 및 제29조 제2항 관련)

구분	기간	지급이자
중대한 화상 및 부식 진단자금 (제14조 제2호), 5대장기이식수술비(제14조 제3호), 조혈모세포이식수술비 (제14조 제4호), 재해골절치료비(제14조 제5호), 갑스치료비(제14조 제6호), 유과·납치 위로금(제14조 제7호), 강력범죄 위로금(제14조 제8호), 특정 법정감염병 치료비(제14조 제9호), 피보험자 사망 당시의 책임준비금(제19조 제2항)	지급기일의 다음날부터 지급일 까지의 기간	보험계약대출이율
만기보험금(제14조 제1호), 해지환급금(제29조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 표준이율의 50% 1년 초과기간 : 1%
	청구일의 다음날부터 지급일까 지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 만기보험금은 회사가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 않은 경우, 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간은 표준이율을 적용한 이자를 지급합니다.
2. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
3. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.

무배당
주산기질환보장특약 약관

이 특약은 계약자의 선택에 의하여 해당보험료를 납입한 경우에만 해당됩니다.

무배당 주산기질환보장특약 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의	143
제 1 조 【목적】.....	143
제 2 조 【용어의 정의】.....	143
제 2 관 보험금의 지급	143
제 3 조 【‘주산기질환’의 정의 및 진단확정】.....	143
제 4 조 【‘입원’의 정의와 장소】.....	144
제 5 조 【‘통원’의 정의와 장소】.....	144
제 6 조 【보험금의 지급사유】.....	144
제 7 조 【보험금 지급에 관한 세부규정】.....	144
제 8 조 【보험금을 지급하지 않는 사유】.....	145
제 9 조 【보험금의 청구】.....	146
제 10 조 【보험금의 지급절차】.....	146
제 3 관 특약의 성립과 유지.....	147
제 11 조 【특약의 체결 및 소멸】.....	147
제 12 조 【피보험자의 범위】.....	147
제 13 조 【특약의 보장개시】.....	147
제 14 조 【특약의 무효】.....	147
제 15 조 【특약내용의 변경 등】.....	147
제 16 조 【특약의 보험기간】.....	147
제 4 관 보험료의 납입	147
제 17 조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】.....	147
제 18 조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】.....	148
제 19 조 【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】.....	148

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등 148

제 20 조 【계약자의 임의해지】..... 148

제 21 조 【해지환급금】..... 148

제 6 관 기타사항 148

제 22 조 【주계약 약관 및 단체취급특약의 준용】..... 148

<별표 1> 보험금 지급기준표.....149

<별표 2> 출생전후기에 기원한 특정 병태 대상 분류표.....150

<별표 3> 재해분류표.....151

<별표 4> 장애분류표.....151

<별표 5> 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 152

무배당 주산기질환보장특약 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 【목적】

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 피보험자의 질병에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 【용어의 정의】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
 - 가. 계약자 : 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
 - 나. 보험수익자 : 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
 - 다. 보험증권 : 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
 - 라. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
 - 마. 주계약 : 기본이 되는 보험계약으로 주된 보험계약을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
 - 가. 재해: <별표 3> '재해분류표'에서 정한 재해를 말합니다.
 - 나. 장애: <별표 4> '장애분류표'에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
 - 가. 연단위 복리 : 회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
 - 나. 표준이율 : 회사가 최소한 적립해야 할 적립금 등을 계산하기 위해 시장금리를 고려하여 금융감독원장이 정하는 이율로서, 이 특약 체결 시점의 표준이율을 말합니다.
 - 다. 해지환급금 : 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
4. 기간과 날짜 관련 용어
 - 가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
 - 나. 영업일 : 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 【'주산기질환'의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 '주산기질환'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 출생전후기에 기원한 특정 병태 대상 분류표(<별표2> '출생전후기에 기원한 특정 병태 대상 분류표' 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② '주산기질환'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 '의료기관'이라 합니다)의 의사 자격을 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의한 진단서에 의합니다.

【조문 내용】

의료법 제3조(의료기관)

- ① 이 법에서 “의료기관”이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 “의료업”이라 한다)을 하는 곳을 말한다.
- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다. <개정 2009.1.30, 2011.6.7>
 1. 의원급 의료기관: 의사, 치과 의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 의원
 - 나. 치과 의원

다. 한의원
2. 조산원: 조산사가 조산과 임부·해산부·산욕부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다.
3. 병원급 의료기관: 의사, 치과 의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
가. 병원
나. 치과병원
다. 한방병원
라. 요양병원(「정신보건법」 제3조 제3호에 따른 정신의료기관 중 정신병원, 「장애인복지법」 제58조 제1항 제2호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
마. 종합병원
③ 보건복지부장관은 보건 의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항 제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다. <개정 2009.1.30, 2010.1.18>
<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제 4 조 【‘입원’의 정의와 장소】

이 특약에 있어서 ‘입원’이라 함은 의사에 의하여 피보험자가 ‘주산기질환’의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 5 조 【‘통원’의 정의와 장소】

이 특약에 있어서 ‘통원’이라 함은 의사에 의하여 피보험자가 ‘주산기질환’의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료기관에 입실하지 않고 내원하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 6 조 【보험금의 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(<별표1> ‘보험금 지급기준표’ 참조)을 지급합니다.

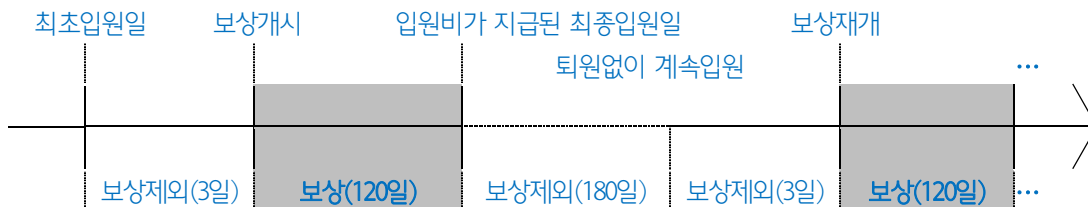
1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘주산기질환’의 직접적인 치료를 목적으로 4일 이상 계속하여 입원하였을 때 : 주산기질환 입원비(3일 초과 1일당, 120일 한도)
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘주산기질환’의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 때 : 주산기질환 통원비(통원 1회당)

제 7 조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 장애분류표(<별표4> ‘장애분류표’ 참조, 이하 ‘장애분류표’라 합니다) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 때에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ③ 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제6조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않으며, 제1항 및 제2항에서 해당 질병과 관련한 보험료 납입을 면제하지 않습니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑤ 제4항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑥ 제19조(보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우

부활(효력회복)을 청약한 날을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.

- ⑦ 제2항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ⑧ 제7항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ⑨ 제2항의 경우 하나의 장해가 관찰 방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.
- ⑩ 제2항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 '한시장해'라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 지급률로 정합니다.
- ⑪ 제2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑫ 제11항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑬ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다.
- ⑭ 이 특약에서 동일한 재해의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑮ 제6조(보험금의 지급사유) 제1호의 주산기질환 입원비의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.
- ⑯ 제6조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 동일한 '주산기질환'으로 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 제15항을 적용합니다.
- ⑰ 제16항에도 불구하고 동일한 '주산기질환'으로 인한 입원이라도 입원비가 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 지난 후 개시한 입원은 새로운 입원으로 보고 해당 입원비를 지급합니다. 다만, 아래와 같이 입원비가 지급된 최종입원일로부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ⑱ 제6조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 입원기간 중에 이 특약의 보험기간이 끝났을 경우에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여는 제15항의 규정에 따라 입원비를 지급합니다.
- ⑲ 제6조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 '계속하여 입원'이란 중도 퇴원 없이 계속하여 입원하는 것을 뜻합니다. 다만, 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 '주산기질환'의 치료를 직접목적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.
- ⑳ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ㉑ 보험수익자와 회사가 제6조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ㉒ 계약자와 회사가 제1항 및 제2항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제8조 【보험금을 지급하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제6조(보험금 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 특히 그 결과 사망에 이르게 된 경우에는 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

【책임준비금】

장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

제 9 조 【보험금의 청구】

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 책임준비금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(통원증명서, 입원확인서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 또는 책임준비금 수령, 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 10 조 【보험금의 지급절차】

① 회사는 제9조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 책임준비금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 또는 책임준비금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금 또는 책임준비금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금 또는 책임준비금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 <별표5> ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’과 같이 계산합니다.

③ 회사가 보험금 지급사유를 조사확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제9조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유와 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제21항 또는 제22항에 따라 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 등에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

【보험금 가지급제도】

지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도

④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 주계약 약관의 계약 전 알릴 의무 위반의 효과, 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지

연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 11 조 【특약의 체결 및 소멸】

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 주계약의 해지 및 기타사유에 따라 효력이 없게 된 경우 또는 제12조(피보험자의 범위)에서 정하는 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며, 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다.
- ③ 제2항의 '사망'에는 이 특약의 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제 12 조 【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제 13 조 【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제 14 조 【특약의 무효】

이 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제 15 조 【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제21조(해지환급금)에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.
- ③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 이 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제 16 조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 이 특약을 체결할 때 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 17 조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 체결할 때 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

- ② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 합니다.

제 18 조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 유효한 특약으로 봅니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에도 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ③ 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제21조(해지환급금)에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 19 조 【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 이 특약의 사업방법서에서 별도로 정한 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제13조(특약의 보장개시)를 준용합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 20 조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 해지환급금은 없습니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 21 조 【해지환급금】

이 특약의 해지환급금은 없습니다.

제 6 관 기타사항

제 22 조 【주계약 약관 및 단체취급특약의 준용】

- ① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약을 따릅니다.

<별표 1>

보험금 지급기준표

[기준: 특약보험가입금액 1,000만원]

급부명	지급사유	지급금액
주산기질환 입원비 (제6조 제1호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 주산기질환의 직접적인 치료를 목적으로 4일이상 계속하여 입원하였을 때	3일초과 1일당 1만원 (다만, 1회 입원당 120일한도)
주산기질환 통원비 (제6조 제2호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 주산기질환의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 때	1만원 (통원 1회당)

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
2. 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 장애분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체 부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 때에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
3. 주계약의 해지 및 기타사유에 따라 효력이 없게 된 경우 또는 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며, 피보험자가 사망하였을 경우에는 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다.

<별표 2>

출생전후기에 기원한 특정 병태 대상 분류표

약관에 규정하는 주산기질환으로 분류되는 질병은 제 6 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

분류항목	분류번호
1. 모성 요인과 임신, 진통 및 분만의 합병증에 의해 영향을 받은 태아 및 신생아	P00 ~ P04
2. 임신 기간 및 태아 발육과 관련된 장애	P05 ~ P08
3. 출산외상	P10 ~ P15
4. 출생전후기에 특이한 호흡기 및 심혈관 장애	P20 ~ P29
5. 출생전후기에 특이한 감염	P35 ~ P39
6. 태아 및 신생아의 출혈성 및 혈액학적 장애	P50 ~ P61
7. 태아 및 신생아에 특이한 일과성 내분비 및 대사장애	P70 ~ P74
8. 태아 및 신생아의 소화계통 장애	P75 ~ P78
9. 태아 및 신생아의 외피 및 체온조절에 관련되는 병태	P80 ~ P83
10. 출생전후기에 기원한 기타 장애	P90 ~ P96

(주) 제7차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

<별표 3>

재해분류표

주계약 1 종의 <별표 14> 및 주계약 2 종의 <별표 9> '재해분류표'와 동일

<별표 4>

장해분류표

주계약 1 종의 <별표 15> 및 주계약 2 종의 <별표 10> '장해분류표'와 동일

<별표 5>

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제10조 제2항 관련)

구분	기간	지급이자
주산기질환 입원비(제6조 제1호), 주산기질환 통원비(제6조 제2호), 피보험자 사망 당시의 책임준비금 (제11조 제2항)	지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 더 이상 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.

무배당
특정선천이상보장특약 약관

이 특약은 계약자의 선택에 의하여 해당보험료를 납입한 경우에만 해당됩니다.

무배당 특정선천이상보장특약 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의	157
제 1 조 【목적】.....	157
제 2 조 【용어의 정의】.....	157
제 2 관 보험금의 지급	157
제 3 조 【‘특정선천이상’의 정의 및 진단확정】.....	157
제 4 조 【‘수술’의 정의와 장소】.....	158
제 5 조 【‘입원’의 정의와 장소】.....	158
제 6 조 【보험금의 지급사유】.....	158
제 7 조 【보험금 지급에 관한 세부규정】.....	158
제 8 조 【보험금을 지급하지 않는 사유】.....	160
제 9 조 【보험금의 청구】.....	160
제 10 조 【보험금의 지급절차】.....	160
제 3 관 특약의 성립과 유지	161
제 11 조 【특약의 체결 및 소멸】.....	161
제 12 조 【피보험자의 범위】.....	161
제 13 조 【특약의 보장개시】.....	161
제 14 조 【특약의 무효】.....	161
제 15 조 【특약내용의 변경 등】.....	161
제 16 조 【특약의 보험기간】.....	162
제 4 관 보험료의 납입	162
제 17 조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】.....	162
제 18 조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】.....	162
제 19 조 【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】.....	162

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등 162

제 20 조 【계약자의 임의해지】..... 162

제 21 조 【해지환급금】..... 162

제 22 조 【보험계약대출】..... 163

제 6 관 기타사항 163

제 23 조 【주계약 약관 및 단체취급특약의 준용】..... 163

<별표 1> 보험금 지급기준표.....164

<별표 2> 선천이상 분류표 (혀, 입 및 인두의 기타 선천기형 및 피부의 기타 선천기형 제외) 165

<별표 3> 재해분류표 167

<별표 4> 장애분류표 167

<별표 5> 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 168

무배당 특정선천이상보장특약 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 【목적】

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 피보험자의 질병에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조 【용어의 정의】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
 - 가. 계약자 : 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
 - 나. 보험수익자 : 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
 - 다. 보험증권 : 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
 - 라. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
 - 마. 주계약 : 기본이 되는 보험계약으로 주된 보험계약을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
 - 가. 재해: <별표3> '재해분류표'에서 정한 재해를 말합니다.
 - 나. 장애: <별표4> '장애분류표'에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
 - 가. 연단위 복리 : 회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
 - 나. 표준이율 : 회사가 최소한 적립해야 할 적립금 등을 계산하기 위해 시장금리를 고려하여 금융감독원장이 정하는 이율로서, 이 특약 체결 시점의 표준이율을 말합니다.
 - 다. 해지환급금 : 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
4. 기간과 날짜 관련 용어
 - 가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
 - 나. 영업일 : 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 【'특정선천이상'의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 '특정선천이상'이라 함은 제6차 개정 한국표준질병사인분류 중 선천이상 분류표(혀, 입 및 인두의 기타 선천기형 및 피부의 기타 선천기형 제외)(<별표2> '선천이상 분류표(혀, 입 및 인두의 기타 선천기형 및 피부의 기타 선천기형 제외)' 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 Q38(혀, 입 및 인두의 기타 선천기형)에 해당하는 질병, 분류번호 Q82(피부의 기타 선천기형)에 해당하는 질병은 제외합니다.
- ② '특정선천이상'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 '의료기관'이라 합니다)의 의사 자격을 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의한 진단서에 의합니다.

【조문 내용】

의료법 제3조(의료기관)

- ① 이 법에서 "의료기관"이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 "의료업"이라 한다)을 하는 곳을 말한다.
- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다. <개정 2009.1.30, 2011.6.7>
 1. 의원급 의료기관: 의사, 치과 의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료

기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.

- 가. 의원
- 나. 치과의원
- 다. 한의원

2. 조산원: 조산사가 조산과 임부·해산부·산욕부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다.

3. 병원급 의료기관: 의사, 치과 의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.

- 가. 병원
- 나. 치과병원
- 다. 한방병원

라. 요양병원(「정신보건법」 제3조 제3호에 따른 정신의료기관 중 정신병원, 「장애인복지법」 제58조 제1항 제2호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)

마. 종합병원

③ 보건복지부장관은 보건 의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항 제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다. <개정 2009.1.30, 2010.1.18>

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제 4 조 【수술의 정의와 장소】

이 특약에 있어서 ‘수술’이라 함은 의사에 의하여 피보험자가 ‘특정선천이상’의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷) 특정부위를 잘라 내는 것, 절제(切除) 특정부위를 잘라 없애는 것 등의 조작(操作)을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

【신의료기술평가위원회】

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구)를 말합니다.

제 5 조 【입원의 정의와 장소】

이 특약에 있어서 ‘입원’이라 함은 의사에 의하여 피보험자가 ‘특정선천이상’의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 6 조 【보험금의 지급사유】

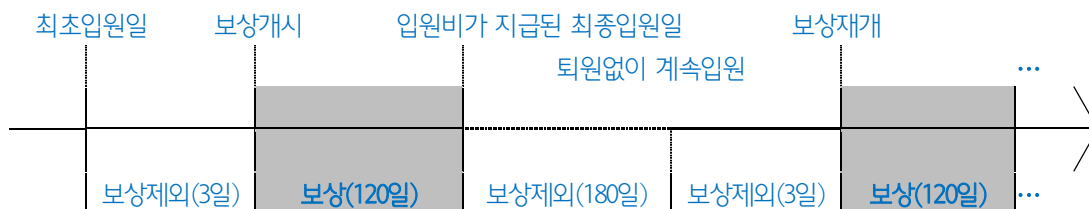
회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(<별표1> ‘보험금 지급기준표’ 참조)을 지급합니다.

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘특정선천이상’의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 때 : 특정선천이상 수술비(수술 1회당)
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘특정선천이상’의 직접적인 치료를 목적으로 4일 이상 계속하여 입원하였을 때 : 특정선천이상 입원비(3일 초과 1일당, 120일 한도)

제 7 조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 장애분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 때에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

- ③ 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제6조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않으며, 제1항 및 제2항에서 해당 질병과 관련한 보험료 납입을 면제하지 않습니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑤ 제4항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑥ 제19조(보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑦ 제2항에서 장애지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ⑧ 제7항에 따라 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.
- ⑨ 제2항의 경우 하나의 장애가 관찰 방법에 따라 장애분류표상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용합니다.
- ⑩ 제2항의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 '한시장애'라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 한시장애의 지급률로 정합니다.
- ⑪ 제2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 더하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑫ 제11항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑬ 장애분류표에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애 정도에 따라 장애분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다.
- ⑭ 이 특약에서 동일한 재해의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑮ 제6조(보험금의 지급사유) 제2호의 특정선천이상 입원비의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.
- ⑯ 제6조(보험금의 지급사유) 제2호의 경우 피보험자가 동일한 '특정선천이상'으로 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 제15항을 적용합니다.
- ⑰ 제16항에도 불구하고 동일한 '특정선천이상'으로 인한 입원이라도 입원비가 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 지난 후 개시한 입원은 새로운 입원으로 보고 해당 입원비를 지급합니다. 다만, 아래와 같이 입원비가 지급된 최종입원일로부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음 날을 퇴원일로 봅니다.



- ⑱ 제6조(보험금의 지급사유) 제2호의 경우 피보험자가 입원기간 중에 이 특약의 보험기간이 끝났을 경우에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여는 제15항의 규정에 따라 입원비를 지급합니다.
- ⑲ 제6조(보험금의 지급사유) 제2호의 경우 '계속하여 입원'이란 중도 퇴원 없이 계속하여 입원하는 것을 뜻합니다. 다만, 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 '특정선천이상'의 치료를 직접목적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.
- ⑳ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

- ㉑ 보험수익자와 회사가 제6조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합 병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ㉒ 계약자와 회사가 제1항 및 제2항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 8 조 【보험금을 지급하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하면 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

가. 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우

특히 그 결과 사망에 이르게 된 경우에는 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다.

나. 특약의 보장개시일(부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복)청약일)부터 2년이 지난 후에 자살한 경우에는 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

【책임준비금】

장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

제 9 조 【보험금의 청구】

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 책임준비금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)

2. 사고증명서(사망진단서, 수술증명서, 입원확인서 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)

4. 기타 보험수익자가 보험금 또는 책임준비금 수령, 보험료 납입면제 청구에 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 10 조 【보험금의 지급절차】

① 회사는 제9조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 책임준비금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 또는 책임준비금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금 또는 책임준비금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에 따라 보험금 또는 책임준비금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 <별표5> ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’과 같이 계산합니다.

③ 회사가 보험금 지급사유를 조사확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제9조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기

2. 분쟁조정신청

3. 수사기관의 조사

4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제21항 또는 제22항에 따라 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 등에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

【보험금 가지급제도】

지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도

- ④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 주계약 약관의 계약 전 알릴 의무 위반의 효과, 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 11 조 【특약의 체결 및 소멸】

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 주계약의 해지 및 기타사유에 따라 효력이 없게 된 경우 또는 제12조(피보험자의 범위)에서 정하는 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다.
- ③ 제2항의 ‘사망’에는 이 특약의 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제 12 조 【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제 13 조 【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제 14 조 【특약의 무효】

이 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제 15 조 【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제21조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.
- ③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 이 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제 16 조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 이 특약을 체결할 때 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 17 조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 체결할 때 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 합니다.

제 18 조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 유효한 특약으로 봅니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에도 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ③ 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제21조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 19 조 【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 이 특약의 사업방법서에서 별도로 정한 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제13조(특약의 보장개시)를 준용합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 20 조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제21조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 21 조 【해지환급금】

- ① 이 특약에 따른 해지환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 <별표5> ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 22 조 【보험계약대출】

- ① 계약자는 이 특약의 해지환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 ‘보험계약대출’이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.
- ② 계약자는 제1항에 따른 보험계약대출의 원금과 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 때에는 회사는 보험금, 해지환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.
- ③ 회사는 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감합니다.
- ④ 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제 6 관 기타사항

제 23 조 【주계약 약관 및 단체취급특약의 준용】

- ① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약을 따릅니다.

<별표 1>

보험금 지급기준표

[기준: 특약보험가입금액 1,000만원]

급부명	지급사유	지급금액
특정선천이상 수술비 (제6조 제1호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 특정선천이상 의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 때	100만원 (수술 1회당)
특정선천이상 입원비 (제6조 제2호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 특정선천이상 의 직접적인 치료를 목적으로 4일이상 계속하여 입원하였을 때	3일초과 1일당 2만원 (다만, 1회 입원당 120일한도)

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
2. 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 장애분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체 부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 때에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
3. 제3조('특정선천이상'의 정의 및 진단확정) 제1항에 따라 '혀, 입 및 인두의 기타 선천기형(Q38)' 및 '피부의 기타 선천기형(Q82)'은 특정선천이상의 정의에서 제외되는 바, '혀, 입 및 인두의 기타 선천기형(Q38)' 및 '피부의 기타 선천기형(Q82)'으로 인한 보험금 지급사유 발생시, 해당 보험금은 지급되지 않습니다.
4. 주계약의 해지 및 기타사유에 따라 효력이 없게 된 경우 또는 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며, 피보험자가 사망하였을 경우에는 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다.

<별표 2>

선천이상 분류표
(혀, 입 및 인두의 기타 선천기형 및 피부의 기타 선천기형 제외)

약관에 규정하는 특정선천이상으로 분류되는 질병은 제 6 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말합니다.

분류항목		분류번호
신경계통의 선천기형	1. 무뇌증 및 유사 기형	Q00
	2. 뇌류	Q01
	3. 소두증	Q02
	4. 선천 수두증	Q03
	5. 뇌의 기타 선천기형	Q04
	6. 이분척추	Q05
	7. 척수의 기타 선천기형	Q06
	8. 신경계통의 기타 선천기형	Q07
눈, 귀, 얼굴 및 목의 선천기형	1. 눈꺼풀, 눈물기관 및 안와의 선천기형	Q10
	2. 무안구증, 소안구증 및 대안구증	Q11
	3. 선천성 수정체기형	Q12
	4. 전안부의 선천기형	Q13
	5. 후안부의 선천기형	Q14
	6. 눈의 기타 선천기형	Q15
	7. 청력장애를 유발하는 귀의 선천기형	Q16
	8. 귀의 기타 선천기형	Q17
	9. 얼굴 및 목의 기타 선천기형	Q18
순환계통의 선천기형	1. 심방실 및 연결의 선천기형	Q20
	2. 심장중격의 선천기형	Q21
	3. 폐동맥판 및 삼첨판의 선천기형	Q22
	4. 대동맥판 및 승모판의 선천기형	Q23
	5. 심장의 기타 선천기형	Q24
	6. 대동맥의 선천기형	Q25
	7. 대정맥의 선천기형	Q26
	8. 말초혈관계통의 기타 선천기형	Q27
	9. 순환계통의 기타 선천기형	Q28
호흡계통의 선천기형	1. 코의 선천기형	Q30
	2. 후두의 선천기형	Q31
	3. 기관 및 기관지의 선천기형	Q32
	4. 폐의 선천기형	Q33
	5. 호흡계통의 기타 선천기형	Q34
구순열 및 구개열	1. 구개열	Q35
	2. 구순열	Q36
	3. 구순열을 동반한 구개열	Q37
특정 소화계통의 기타 선천기형	1. 식도의 선천기형	Q39
	2. 상부소화관의 기타 선천기형	Q40
	3. 소장 선천성 결여, 폐쇄 및 협착	Q41
	4. 대장의 선천 결여, 폐쇄 및 협착	Q42
	5. 장의 기타 선천기형	Q43
	6. 담낭, 담관 및 간의 선천기형	Q44
	7. 소화계통의 기타 선천기형	Q45

생식기관의 선천기형	1. 난소, 난관 및 넓은 인대의 선천기형	Q50
	2. 자궁 및 자궁경부의 선천기형	Q51
	3. 여성생식기의 기타 선천기형	Q52
	4. 미하강고환	Q53
	5. 요도하열	Q54
	6. 남성 생식기관의 기타 선천기형	Q55
	7. 불확정성 및 거짓반음양증	Q56
비뇨계통의 선천기형	1. 신장무발생증 및 기타 감소결손	Q60
	2. 낭성 신장질환	Q61
	3. 신우의 선천성 폐색성 결손 및 요관의 선천기형	Q62
	4. 신장의 기타 선천기형	Q63
	5. 비뇨계통의 기타 선천기형	Q64
근골격계통의 선천기형 및 변형	1. 고관절의 선천변형	Q65
	2. 발의 선천변형	Q66
	3. 머리, 얼굴, 척추 및 흉부의 선천성 근골격변형	Q67
	4. 기타 선천성 근골격변형	Q68
	5. 다지증	Q69
	6. 합지증	Q70
	7. 팔의 감소결손	Q71
	8. 하지의 감소결손	Q72
	9. 상세불명 사지의 감소결손	Q73
	10. 사지의 기타 선천기형	Q74
	11. 두개골 및 안면골의 기타 선천기형	Q75
	12. 척추 및 골흉곽의 선천기형	Q76
	13. 관상골 및 척추의 성장 결손을 동반한 골연골형성이상	Q77
	14. 기타 골연골형성이상	Q78
	15. 달리 분류되지 않은 근골격계통의 선천기형	Q79
특정 기타 선천기형	1. 선천비늘증	Q80
	2. 수포성 표피박리증	Q81
	3. 유방의 선천기형	Q83
	4. 외피의 기타 선천기형	Q84
	5. 달리 분류되지 않은 모반증	Q85
	6. 달리 분류되지 않은 알려진 외인으로 인한 선천기형 증후군	Q86
	7. 다발 계통에 영향을 주는 기타 명시된 선천기형증후군	Q87
	8. 달리 분류되지 않은 기타 선천기형	Q89
달리 분류되지 않은 염색체이상	1. 다운증후군	Q90
	2. 에드워즈증후군 및 파타우증후군	Q91
	3. 달리 분류되지 않은 보통염색체의 기타 삼염색체증 및 부분 삼염색체증	Q92
	4. 달리 분류되지 않은 보통염색체의 단일염색체증 및 결손	Q93
	5. 달리 분류되지 않은 균형 재배열 및 구조표지자	Q95
	6. 터너증후군	Q96
	7. 달리 분류되지 않은 기타 여성표현형의 성염색체이상	Q97
	8. 달리 분류되지 않은 남성표현형의 기타 성염색체이상	Q98
	9. 달리 분류되지 않은 기타 염색체이상	Q99

(주) 1. 제7차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

2. 혀, 입 및 인두의 기타 선천기형(Q38) 및 피부의 기타 선천기형(Q82)은 포함되지 않습니다.

<별표 3>

재해분류표

주계약 1 종의 <별표 14> 및 주계약 2 종의 <별표 9> '재해분류표'와 동일

<별표 4>

장해분류표

주계약 1 종의 <별표 15> 및 주계약 2 종의 <별표 10> '장해분류표'와 동일

<별표 5>

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제10조 제2항 및 제21조 제2항 관련)

구분	기간	지급이자
특정선천이상 수술비(제6조 제1호), 특정선천이상 입원비(제6조 제2호), 피보험자 사망 당시의 책임준비금 (제11조 제2항)	지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율
해지환급금 (제21조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일 까지의 기간	1년 이내 : 표준이율의 50% 1년 초과기간 : 1%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 더 이상 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.

무배당
어린이특정질환입원특약 약관

이 특약은 계약자의 선택에 의하여 해당보험료를 납입한 경우에만 해당됩니다.

무배당 어린이특정질환입원특약 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의	173
제 1 조 【목적】.....	173
제 2 조 【용어의 정의】.....	173
제 2 관 보험금의 지급	173
제 3 조 【‘주요질환’의 정의 및 진단확정】.....	173
제 4 조 【‘생활질환’의 정의 및 진단확정】.....	174
제 5 조 【‘입원’의 정의와 장소】.....	174
제 6 조 【보험금의 지급사유】.....	174
제 7 조 【보험금 지급에 관한 세부규정】.....	174
제 8 조 【보험금을 지급하지 않는 사유】.....	176
제 9 조 【보험금의 청구】.....	176
제 10 조 【보험금의 지급절차】.....	176
제 3 관 특약의 성립과 유지.....	177
제 11 조 【특약의 체결 및 소멸】.....	177
제 12 조 【피보험자의 범위】.....	177
제 13 조 【특약의 보장개시】.....	177
제 14 조 【특약의 무효】.....	177
제 15 조 【특약내용의 변경 등】.....	177
제 16 조 【특약의 보험기간】.....	177
제 4 관 보험료의 납입	178
제 17 조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】.....	178
제 18 조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】.....	178
제 19 조 【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】.....	178

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등 178

제 20 조 【계약자의 임의해지】..... 178

제 21 조 【해지환급금】..... 178

제 22 조 【보험계약대출】..... 178

제 6 관 기타사항 179

제 23 조 【주계약 약관 및 단체취급특약의 준용】..... 179

<별표 1> 보험금 지급기준표.....180

<별표 2> 어린이·청소년주요질환 분류표 181

<별표 3> 어린이·청소년생활질환 분류표 182

<별표 4> 재해분류표 185

<별표 5> 장애분류표 185

<별표 6> 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 186

무배당 어린이특정질환입원특약 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 【목적】

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 피보험자의 질병이나 생존에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조 【용어의 정의】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
 - 가. 계약자 : 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
 - 나. 보험수익자 : 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
 - 다. 보험증권 : 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
 - 라. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
 - 마. 주계약 : 기본이 되는 보험계약으로 주된 보험계약을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
 - 가. 재해: <별표4> '재해분류표'에서 정한 재해를 말합니다.
 - 나. 장애: <별표5> '장애분류표'에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
 - 가. 연단위 복리 : 회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
 - 나. 표준이율 : 회사가 최소한 적립해야 할 적립금 등을 계산하기 위해 시장금리를 고려하여 금융감독원장이 정하는 이율로서, 이 특약 체결 시점의 표준이율을 말합니다.
 - 다. 해지환급금 : 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
4. 기간과 날짜 관련 용어
 - 가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
 - 나. 영업일 : 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 【'주요질환'의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 '주요질환'이라 함은 한국표준질병사인분류 중 어린이·청소년주요질환 분류표(<별표2> '어린이·청소년주요질환 분류표' 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② '주요질환'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 '의료기관'이라 합니다)의 의사 자격을 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의한 진단서에 의합니다.

【조문 내용】

의료법 제3조(의료기관)

- ① 이 법에서 "의료기관"이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 "의료업"이라 한다)을 하는 곳을 말한다.
- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다. <개정 2009.1.30, 2011.6.7>
 1. 의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 의원
 - 나. 치과의원
 - 다. 한의원
 2. 조산원: 조산사가 조산과 임부해산부·산욕부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료

기관을 말한다. 3. 병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다. 가. 병원 나. 치과병원 다. 한방병원 라. 요양병원(「정신보건법」 제3조 제3호에 따른 정신의료기관 중 정신병원, 「장애인복지법」 제58조 제1항 제2호에 따른 의료재활시설로서 제3조의 2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다) 마. 종합병원 ③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항 제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다. <개정 2009.1.30, 2010.1.18> <향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제 4 조 【‘생활질환’의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 ‘생활질환’이라 함은 한국표준질병사인분류 중 어린이·청소년생활질환 분류표(<별표3> ‘어린이·청소년생활질환 분류표’ 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② ‘생활질환’의 진단확정은 의료기관의 의사에 의한 진단서에 의합니다.

제 5 조 【입원’의 정의와 장소】

이 특약에 있어서 ‘입원’이라 함은 의사에 의하여 ‘주요질환’ 또는 ‘생활질환’의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 6 조 【보험금의 지급사유】

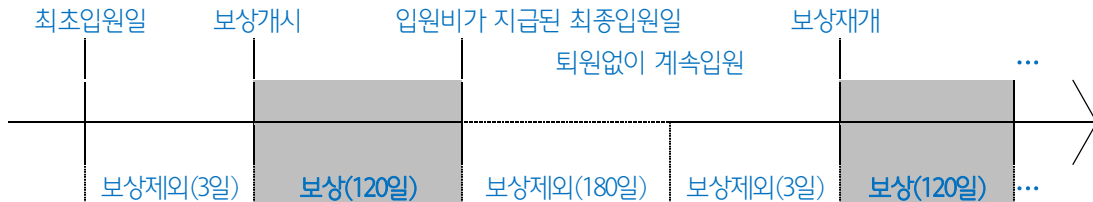
- 회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(<별표1> ‘보험금 지급기준표’ 참조)을 지급합니다.
- 1. 피보험자가 이 특약의 보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때 : 만기보험금
 - 2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘주요질환’의 직접적인 치료를 목적으로 4일 이상 계속하여 입원하였을 때 : 주요질환 입원비(3일 초과 1일당, 1회 입원당 120일 한도)
 - 3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘생활질환’의 직접적인 치료를 목적으로 4일 이상 계속하여 입원하였을 때 : 생활질환 입원비(3일 초과 1일당, 1회 입원당 120일 한도)

제 7 조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 장애분류표(<별표5> ‘장애분류표’ 참조, 이하 ‘장애분류표’라 합니다.) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 때에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ③ 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제6조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않으며, 제1항 및 제2항에서 해당 질병과 관련한 보험료 납입을 면제하지 않습니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑤ 제4항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑥ 제19조(보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑦ 제2항에서 장애지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일로부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는

진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

- ⑧ 제7항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ⑨ 제2항의 경우 하나의 장해가 관찰 방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.
- ⑩ 제2항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 '한시장해'라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 지급률로 정합니다.
- ⑪ 제2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑫ 제11항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑬ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다.
- ⑭ 이 특약에서 동일한 재해의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑮ 제6조(보험금의 지급사유) 제2호 및 제3호의 경우 해당 입원비의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.
- ⑯ 제6조(보험금의 지급사유) 제2호 및 제3호의 경우 피보험자가 동일한 '주요질환' 또는 '생활질환'의 직접적인 치료를 목적으로 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 제15항을 적용합니다.
- ⑰ 제16항에도 불구하고 동일한 '주요질환' 또는 '생활질환'으로 인한 입원이라도 입원비가 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 지난 후 개시한 입원은 새로운 입원으로 보고 해당 입원비를 지급합니다. 다만, 아래와 같이 입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ⑱ 제6조(보험금의 지급사유) 제2호 및 제3호의 경우 피보험자가 입원기간 중에 보험기간이 끝났을 경우에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여는 제15항의 규정에 따라 입원비를 지급합니다.
- ⑲ 제6조(보험금의 지급사유) 제2호 및 제3호에서 '계속하여 입원'이란 중도 퇴원 없이 계속하여 입원하는 것을 뜻합니다. 다만, 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 '주요질환' 또는 '생활질환'의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.
- ⑳ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 해당 입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ㉑ 제1항 또는 제2항에 따라 보험료 납입이 면제된 이후 납입기간 종료일까지 정상적으로 보험료가 납입된 것으로 간주하여 만기보험금의 이미 납입한 보험료를 계산합니다.
- ㉒ 보험수익자와 회사가 제6조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ㉓ 계약자와 회사가 제1항 및 제2항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 8 조 【보험금을 지급하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하면 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

가. 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우

특히 그 결과 사망에 이르게 된 경우에는 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다.

나. 특약의 보장개시일(부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복)청약일)부터 2년이 지난 후에 자살한 경우에는 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

【책임준비금】
장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

제 9 조 【보험금의 청구】

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 책임준비금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)

2. 사고증명서(사망진단서, 입원확인서 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)

4. 기타 보험수익자가 보험금 또는 책임준비금 수령, 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 10 조 【보험금의 지급절차】

① 회사는 제9조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 책임준비금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 또는 책임준비금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금 또는 책임준비금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

② 회사는 제6조(보험금의 지급사유) 제1호에 해당하는 만기보험금의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 회사가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 알려드리며, 제1항에 따라 보험금 또는 책임준비금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 <별표6> ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’과 같이 계산합니다.

③ 회사가 보험금 지급사유를 조사확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제9조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기

2. 분쟁조정신청

3. 수사기관의 조사

4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사

5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우

6. 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제22항 또는 제23항에 따라 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 등에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

【보험금 가지급제도】

지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도

- ④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 주계약 약관의 계약 전 알릴 의무 위반의 효과, 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제 11 조 【특약의 체결 및 소멸】

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 주계약의 해지 및 기타사유에 따라 효력이 없게 된 경우 또는 제12조(피보험자의 범위)에서 정하는 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며, 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다.
- ③ 제2항의 '사망'에는 이 특약의 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제 12 조 【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제 13 조 【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제 14 조 【특약의 무효】

이 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제 15 조 【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제21조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금 또는 만기보험금 보다 적어질 수 있습니다.
- ③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 이 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제 16 조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 이 특약을 체결할 때 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제 17 조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 체결할 때 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 합니다.

제 18 조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 유효한 특약으로 봅니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에도 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ③ 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제21조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 19 조 【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 이 특약의 사업방법서에서 별도로 정한 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제13조(특약의 보장개시)를 준용합니다.

제5관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 20 조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제21조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약체결시 피보험자가 태아(胎兒)이며 계약자가 피보험자 출생전에 계약을 해지하는 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급하여 드립니다.
- ④ 제3항에 따라 계약을 해지하는 경우 계약자는 의사소견서 등 제3항의 ‘태아가 출생하기 전’임을 입증할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.

제 21 조 【해지환급금】

- ① 이 특약에 따른 해지환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 <별표6> ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 22 조 【보험계약대출】

- ① 계약자는 이 특약의 해지환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 ‘보험계약대출’이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.

- ② 계약자는 제1항에 따른 보험계약대출의 원금과 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 때에는 회사는 보험금, 해지환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.
- ③ 회사는 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감합니다.
- ④ 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제6관 기타사항

제 23 조 【주계약 약관 및 단체취급특약의 준용】

- ① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약을 따릅니다.

<별표 1>

보험금 지급기준표

[기준: 특약보험가입금액 1,000만원]

급부명	지급사유	지급금액
만기보험금 (제6조 제1호)	피보험자가 이 특약의 보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	이미 납입한 특약 보험료의 100%
주요질환 입원비 (제6조 제2호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 주요질환의 직접적인 치료를 목적으로 입원하였을 때	3일 초과 1일당 3만원 (다만, 1회 입원당 120일 한도)
생활질환 입원비 (제6조 제3호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 생활질환의 직접적인 치료를 목적으로 입원하였을 때	3일 초과 1일당 1만원 (다만, 1회 입원당 120일 한도)

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
2. 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 장애분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체 부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 때에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
3. 보험료 납입이 면제된 이후 납입기간 종료일까지 정상적으로 보험료가 납입된 것으로 간주하여 만기보험금의 이미 납입한 특약 보험료를 계산합니다.
4. 주계약의 해지 및 기타사유에 따라 효력이 없게 된 경우 또는 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며, 피보험자가 사망하였을 경우에는 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다.

<별표 2>

어린이·청소년주요질환 분류표

약관에 규정하는 주요질환으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

분류항목		분류번호
결핵	1. 세균학적 및 조직학적으로 확인된 호흡기 결핵	A15
	2. 세균학적으로나 조직학적으로 확인되지 않은 호흡기 결핵	A16
	3. 신경계통의 결핵	A17
	4. 기타 기관의 결핵	A18
	5. 종살 결핵	A19
폐성 심장병 및 폐순환의 질환	1. 폐색전증	I26
	2. 기타 폐성 심장질환	I27
	3. 기타 폐혈관질환	I28
기타형태의 심장병	1. 급성 심낭염	I30
	2. 기타 심낭의 질환	I31
	3. 달리 분류된 질환에서의 심낭염	I32
	4. 급성 및 아급성 심내막염	I33
	5. 비류마티스성 승모판장애	I34
	6. 비류마티스성 대동맥판장애	I35
	7. 비류마티스성 삼첨판 장애	I36
	8. 폐동맥판장애	I37
	9. 상세불명 판막의 심내막염	I38
	10. 달리 분류된 질환에서의 심내막염 및 심장 판막장애	I39
	11. 급성 심근염	I40
	12. 달리 분류된 질환에서의 심근염	I41
	13. 심근병증	I42
	14. 달리 분류된 질환에서의 심근병증	I43
	15. 방실차단 및 좌각차단	I44
	16. 기타 전도장애	I45
	17. 심장정지	I46
	18. 발작성 빈맥	I47
	19. 심방 세동 및 조동	I48
	20. 기타 심장부정맥	I49
	21. 심부전	I50
	22. 심장병의 불명확한 기록 및 합병증	I51
	23. 달리 분류된 질환에서의 기타 심장장애	I52
신부전	1. 급성 신부전	N17
	2. 만성 신장질환	N18
	3. 상세불명의 신부전	N19

(주) 제7차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

<별표 3>

어린이·청소년생활질환 분류표

약관에 규정하는 생활질환으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

분류항목		분류번호
장 감염 질환	1. 콜레라	A00
	2. 장티푸스 및 파라티푸스	A01
	3. 기타 살모넬라 감염	A02
	4. 시겔라증	A03
	5. 기타 세균성 장 감염	A04
	6. 달리 분류되지 않는 기타 세균성 음식매개중독 NEC	A05
	7. 아메바증	A06
	8. 기타 원충성 장 질환	A07
	9. 바이러스 및 기타 명시된 장 감염	A08
	10. 감염성 및 상세불명 기원의 기타 위장염 및 결장염	A09
피부 및 점막병변이 특징인 바이러스감염	1. 헤르페스바이러스[단순헤르페스]감염	B00
	2. 수두	B01
	3. 대상포진	B02
	4. 마마	B03
	5. 원숭이두창	B04
	6. 홍역	B05
	7. 풍진[독일홍역]	B06
	8. 바이러스사마귀	B07
	9. 달리 분류되지 않은 피부 및 점막병변이 특징인 기타 바이러스 감염	B08
	10. 피부 및 점막병변이 특징인 상세불명의 바이러스 감염	B09
중추 신경계통의 염증성질환	1. 달리 분류되지 않은 세균수막염	G00
	2. 달리 분류된 세균성 질환에서의 수막염	G01
	3. 달리 분류된 기타 감염성 및 기생충 질환에서의 수막염	G02
	4. 기타 및 상세불명의 원인에 의한 수막염	G03
	5. 뇌염, 척수염 및 뇌척수염	G04
	6. 달리 분류된 질환에서의 뇌염, 척수염 및 뇌척수염	G05
	7. 두개강내 및 척수내 농양 및 육아종	G06
	8. 달리 분류된 질환에서의 두개강내 및 척수내 농양 및 육아종	G07
	9. 두개강내 및 척수내 정맥염 및 혈전정맥염	G08
	10. 중추신경계통의 염증성 질환의 후유증	G09
일차적으로 중추신경계통에 영향을 주는 계통성 위축	1. 헌팅톤병	G10
	2. 유전성 운동실조	G11
	3. 척수성 근육위축 및 관련 증후군	G12
	4. 달리 분류된 질환에서의 일차적으로 중추신경계통에 영향을 주는 계통성 위축	G13
	5. 소아마비후 증후군	G14
추체외로 및	1. 파킨슨병	G20
	2. 이차성 파킨슨증	G21

운동장애	3. 달리 분류된 질환에서의 파킨슨증	G22
	4. 기저핵의 기타 퇴행성 질환	G23
	5. 근긴장이상	G24
	6. 기타 추체외로 및 운동장애	G25
	7. 달리 분류된 질환에서의 추체외로 및 운동장애	G26
중추 신경계통의 탈수초질환	1. 다발성 경화증	G35
	2. 기타 급성 파종성 탈수초	G36
	3. 중추신경계통의 기타 탈수초질환	G37
우발적 및 발작적 장애	1. 간질	G40
	2. 간질 지속상태	G41
	3. 편두통	G43
	4. 기타 두통 증후군	G44
	5. 일과성 대뇌허혈발작 및 관련증후군	G45
	6. 뇌혈관 질환에서의 뇌혈관 증후군	G46
	7. 수면 장애	G47
신경계통의 기타 장애	1. 자율신경계통의 장애	G90
	2. 수두증	G91
	3. 독성 뇌병증	G92
	4. 뇌의 기타 장애	G93
	5. 달리 분류된 질환에서의 뇌의 기타 장애	G94
	6. 척수의 기타 질환	G95
	7. 중추 신경계통의 기타 장애	G96
	8. 달리 분류되지 않은 신경계통의 처치후 장애	G97
	9. 달리 분류되지 않은 신경계통의 기타 장애	G98
	10. 달리 분류된 질환에서의 신경계통의 기타 장애	G99
인플루엔자 및 폐렴	1. 특정의 확인된 인플루엔자 바이러스에 의한 인플루엔자	J09
	2. 기타 확인된 인플루엔자 바이러스에 의한 인플루엔자	J10
	3. 바이러스가 확인되지 않은 인플루엔자	J11
	4. 달리 분류되지 않은 바이러스폐렴	J12
	5. 폐렴연쇄구균에 의한 폐렴	J13
	6. 인플루엔자균에 의한 폐렴	J14
	7. 달리 분류되지 않은 세균폐렴	J15
	8. 달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴	J16
	9. 달리 분류된 질환에서의 폐렴	J17
	10. 상세불명 병원체의 폐렴	J18
주요 천식	1. 천식	J45
	2. 천식 지속 상태	J46
주요 위 및 십이지장궤양	1. 위궤양	K25
	2. 십이지장궤양	K26
	3. 상세불명 부위의 소화성 궤양	K27
충수의 질환	1. 급성 충수염	K35
	2. 기타 충수염	K36
	3. 상세불명의 충수염	K37
	4. 충수의 기타 질환	K38
탈장	1. 사타구니탈장	K40

	2. 대퇴탈장 3. 배꼽탈장 4. 복벽탈장 5. 횡격막탈장 6. 기타 복부탈장 7. 상세불명의 복부탈장	K41 K42 K43 K44 K45 K46
사구체 질환	1. 급성 신염 증후군 2. 급속 진행성 신염 증후군 3. 재발성 및 지속성 혈뇨 4. 만성 신염 증후군 5. 신 증후군 6. 상세불명의 신염 증후군 7. 명시된 형태학적 병변을 동반한 고립성 단백뇨 8. 달리 분류되지 않은 유전성 신장병증 9. 달리 분류된 질환에서의 사구체 장애	N00 N01 N02 N03 N04 N05 N06 N07 N08
세뇨관-간질 질환	1. 급성 세뇨관-간질신염 2. 만성 세뇨관-간질신염 3. 급성 또는 만성으로 명시되지 않은 세뇨관-간질신염 4. 폐쇄성 및 역류성 요로병증 5. 약물 및 중금속 유발성 세뇨관-간질성 및 세뇨관 병태 6. 기타 세뇨관-간질 질환 7. 달리 분류된 질환에서의 세뇨관-간질 장애	N10 N11 N12 N13 N14 N15 N16
요로결석증	1. 신장 및 요관의 결석 2. 하부 요로의 결석 3. 달리 분류된 질환에서의 요로의 결석 4. 상세불명의 신장 급통증	N20 N21 N22 N23
신장 및 요관의 기타 장애	1. 세뇨관 기능 손상으로 인한 장애 2. 상세불명의 신장위축 3. 원인미상의 작은 신장 4. 달리 분류되지 않은 신장 및 요관의 기타 장애 5. 달리 분류된 질환에서의 신장 및 요관의 기타 장애	N25 N26 N27 N28 N29
비뇨기계통의 기타 질환	1. 방광염 2. 달리 분류되지 않은 방광의 신경근육 기능 장애 3. 방광의 기타 장애 4. 달리 분류된 질환에서의 방광 장애 5. 요도염 및 요도 증후군 6. 요도 협착 7. 요도의 기타 장애 8. 달리 분류된 질환에서의 요도 장애 9. 비뇨기계통의 기타 장애	N30 N31 N32 N33 N34 N35 N36 N37 N39

(주) 제7차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

<별표 4>

재해분류표

주계약 1 종의 <별표 14> 및 주계약 2 종의 <별표 9> '재해분류표'와 동일

<별표 5>

장해분류표

주계약 1 종의 <별표 15> 및 주계약 2 종의 <별표 10> '장해분류표'와 동일

<별표 6>

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제10조 제2항 및 제21조 제2항 관련)

구분	기간	지급이자
주요질환 입원비(제6조 제2호), 생활질환 입원비(제6조 제3호), 피보험자 사망 당시의 책임준비금 (제11조 제2항)	지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율
만기보험금(제6조 제1호), 해지환급금(제21조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일 까지의 기간	1년 이내 : 표준이율의 50% 1년 초과기간 : 1%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 만기보험금은 회사가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 않은 경우, 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간은 표준이율을 적용한 이자를 지급합니다.
2. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
3. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.

무배당
어린이특정질환통원특약 약관

이 특약은 계약자의 선택에 의하여 해당보험료를 납입한 경우에만 해당됩니다.

무배당 어린이특정질환통원특약 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의	191
제 1 조 【목적】.....	191
제 2 조 【용어의 정의】.....	191
제 2 관 보험금의 지급	191
제 3 조 【‘주요질환’의 정의 및 진단확정】.....	191
제 4 조 【‘생활질환’의 정의 및 진단확정】.....	192
제 5 조 【‘통원’의 정의와 장소】.....	192
제 6 조 【보험금의 지급사유】.....	192
제 7 조 【보험금 지급에 관한 세부규정】.....	192
제 8 조 【보험금을 지급하지 않는 사유】.....	193
제 9 조 【보험금의 청구】.....	194
제 10 조 【보험금의 지급절차】.....	194
제 3 관 특약의 성립과 유지	195
제 11 조 【특약의 체결 및 소멸】.....	195
제 12 조 【피보험자의 범위】.....	195
제 13 조 【특약의 보장개시】.....	195
제 14 조 【특약의 무효】.....	195
제 15 조 【특약내용의 변경 등】.....	195
제 16 조 【특약의 보험기간】.....	195
제 4 관 보험료의 납입	195
제 17 조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】.....	195
제 18 조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】.....	196
제 19 조 【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】.....	196

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등 196

제 20 조 【계약자의 임의해지】..... 196

제 21 조 【해지환급금】..... 196

제 22 조 【보험계약대출】..... 196

제 6 관 기타사항 197

제 23 조 【주계약 약관 및 단체취급특약의 준용】..... 197

<별표 1> 보험금 지급기준표.....198

<별표 2> 어린이·청소년주요질환 분류표 199

<별표 3> 어린이·청소년생활질환 분류표 200

<별표 4> 재해분류표 203

<별표 5> 장애분류표 203

<별표 6> 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 204

무배당 어린이특정질환통원특약 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 【목적】

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 피보험자의 질병이나 생존에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 【용어의 정의】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
 - 가. 계약자 : 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
 - 나. 보험수익자 : 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
 - 다. 보험증권 : 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
 - 라. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
 - 마. 주계약 : 기본이 되는 보험계약으로 주된 보험계약을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
 - 가. 재해: <별표 4> '재해분류표'에서 정한 재해를 말합니다.
 - 나. 장애: <별표 5> '장애분류표'에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
 - 가. 연단위 복리 : 회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
 - 나. 표준이율 : 회사가 최소한 적립해야 할 적립금 등을 계산하기 위해 시장금리를 고려하여 금융감독원장이 정하는 이율로서, 이 특약 체결 시점의 표준이율을 말합니다.
 - 다. 해지환급금 : 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
4. 기간과 날짜 관련 용어
 - 가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
 - 나. 영업일 : 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 【'주요질환'의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 '주요질환'이라 함은 제6차 개정 한국표준질병사인분류 중 어린이·청소년주요질환 분류표(<별표 2> '어린이·청소년주요질환 분류표' 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② '주요질환'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 '의료기관'이라 합니다)의 의사 자격을 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의한 진단서에 의합니다.

【조문 내용】

의료법 제3조(의료기관)

- ① 이 법에서 "의료기관"이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 "의료업"이라 한다)을 하는 곳을 말한다.
- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다. <개정 2009.1.30, 2011.6.7>
 1. 의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 의원
 - 나. 치과의원

- 다. 한의원
2. 조산원: 조산사가 조산과 임부·해산부·산욕부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다.
3. 병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
- 가. 병원
- 나. 치과병원
- 다. 한방병원
- 라. 요양병원(「정신보건법」 제3조 제3호에 따른 정신의료기관 중 정신병원, 「장애인복지법」 제58조 제1항 제2호에 따른 의료재활시설로서 제3조의 2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
- 마. 종합병원
- ③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항 제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다. <개정 2009.1.30, 2010.1.18>
- <향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제 4 조 【‘생활질환’의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 ‘생활질환’이라 함은 제6차 개정 한국표준질병사인분류 중 어린이·청소년생활질환 분류표(<별표 3> ‘어린이·청소년생활질환 분류표’ 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② ‘생활질환’의 진단확정은 의료기관의 의사에 의한 진단서에 의합니다.

제 5 조 【‘통원’의 정의와 장소】

이 특약에 있어서 ‘통원’이라 함은 의사에 의하여 피보험자가 ‘주요질환’ 또는 ‘생활질환’의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료기관에 입실하지 않고 내원하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 6 조 【보험금의 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(<별표1> ‘보험금 지급기준표’ 참조)을 지급합니다.

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때 : 만기보험금
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘주요질환’의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 때 : 주요질환 통원비(통원 1회당)
3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘생활질환’의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 때 : 생활질환 통원비(통원 1회당)

제 7 조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 장애분류표(<별표5> ‘장애분류표’ 참조, 이하 ‘장애분류표’라 합니다) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 때에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ③ 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1항 및 제2항에서 해당 질병과 관련한 보험료 납입을 면제하지 않습니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑤ 제4항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

- ⑥ 제19조(보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑦ 제2항에서 장애지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않은 경우에는 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표에서 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ⑧ 제7항에 따라 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장 받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일로부터 1년 이내에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.
- ⑨ 제2항의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에 서 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용합니다.
- ⑩ 제2항의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 '한시장애'라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 한시장애의 지급률로 정합니다.
- ⑪ 제2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 더하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑫ 제11항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑬ 장애분류표에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애 정도에 따라 장애분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다.
- ⑭ 동일한 재해로 인한 장애지급률은 100%를 한도로 합니다.
- ⑮ 이 특약에서 '동일한 재해'는 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑯ 제1항 및 제2항에 따라 보험료 납입이 면제된 이후 납입기간 종료일까지 정상적으로 보험료가 납입된 것으로 간주하여 만기보험금의 이미 납입한 보험료를 계산합니다.
- ⑰ 보험수익자와 회사가 제6조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑱ 계약자와 회사가 제1항 및 제2항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 8 조 【보험금을 지급하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하면 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

가. 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우

특히 그 결과 사망에 이르게 된 경우에는 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다.

나. 특약의 보장개시일(부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복)청약일)부터 2년이 지난 후에 자살한 경우에는 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

【책임준비금】

장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

제9조 【보험금의 청구】

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 책임준비금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(사망진단서, 통원증명서, 장애인단서 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금 또는 책임준비금의 수령, 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제10조 【보험금의 지급절차】

- ① 회사는 제9조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자 메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 책임준비금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 또는 책임준비금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금 또는 책임준비금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 회사는 제6조(보험금의 지급사유) 제1호에 해당하는 만기보험금의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 회사가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 알려드리며, 제1항에 따라 보험금 또는 책임준비금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 <별표6> ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’과 같이 계산합니다.
- ③ 회사가 보험금 지급사유를 조사확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제9조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
 1. 소송제기
 2. 분쟁조정신청
 3. 수사기관의 조사
 4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
 5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유와 조사와 확인이 지연되는 경우
 6. 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제17항 또는 제18항에 따라 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 등에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

【보험금 가지급제도】

지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도

- ④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 주계약 약관의 계약 전 알릴 의무 위반의 효과, 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급 지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 11 조 【특약의 체결 및 소멸】

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 주계약의 해지 및 기타사유에 따라 효력이 없게 된 경우 또는 제12조(피보험자의 범위)에서 정하는 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며, 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다.
- ③ 제2항의 ‘사망’에는 이 특약의 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제 12 조 【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제 13 조 【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제 14 조 【특약의 무효】

이 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제 15 조 【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제21조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금 또는 만기보험금 보다 적어질 수 있습니다.
- ③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 이 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제 16 조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 이 특약을 체결할 때 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 17 조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 체결할 때 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 합니다.

제 18 조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 유효한 특약으로 봅니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에도 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ③ 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제21조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 19 조 【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 이 특약의 사업방법서에서 별도로 정한 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제13조(특약의 보장개시)를 준용합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 20 조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제21조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약체결시 피보험자가 태아(胎兒)이며 계약자가 피보험자 출생전에 계약을 해지하는 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급하여 드립니다.
- ④ 제3항에 따라 계약을 해지하는 경우 계약자는 의사소견서 등 제3항의 ‘태아가 출생하기 전’임을 입증할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.

제 21 조 【해지환급금】

- ① 이 특약에 따른 해지환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 <별표6> ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 22 조 【보험계약대출】

- ① 계약자는 이 특약의 해지환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 ‘보험계약대출’이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.
- ② 계약자는 제1항에 따른 보험계약대출의 원금과 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 때에는 회사는 보험금, 해지환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.
- ③ 회사는 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감합니다.
- ④ 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제 6 관 기타사항

제 23 조 【주계약 약관 및 단체취급특약의 준용】

- ① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약을 따릅니다.

<별표 1>

보험금 지급기준표

[기준: 특약보험가입금액 1,000만원]

금부명	지급사유	지급금액
만기보험금 (제6조 제1호)	피보험자가 이 특약의 보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	이미 납입한 특약 보험료의 100%
주요질환 통원비 (제6조 제2호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 주요질환의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 때	3만원 (통원 1회당)
생활질환 통원비 (제6조 제3호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 생활질환의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 때	2만원 (통원 1회당)

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
2. 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 장애분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체 부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 때에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
3. 보험료 납입이 면제된 이후 납입기간 종료일까지 정상적으로 보험료가 납입된 것으로 간주하여 만기보험금의 이미 납입한 특약 보험료를 계산합니다.
4. 주계약의 해지 및 기타사유에 따라 효력이 없게 된 경우 또는 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며, 피보험자가 사망하였을 경우에는 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다.

<별표 2>

어린이·청소년주요질환 분류표

약관에 규정하는 주요질환으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

분류항목		분류번호
결핵	1. 세균학적 및 조직학적으로 확인된 호흡기 결핵	A15
	2. 세균학적으로나 조직학적으로 확인되지 않은 호흡기 결핵	A16
	3. 신경계통의 결핵	A17
	4. 기타 기관의 결핵	A18
	5. 종살 결핵	A19
폐성 심장병 및 폐순환의 질환	1. 폐색전증	I26
	2. 기타 폐성 심장질환	I27
	3. 기타 폐혈관질환	I28
기타형태의 심장병	1. 급성 심낭염	I30
	2. 기타 심낭의 질환	I31
	3. 달리 분류된 질환에서의 심낭염	I32
	4. 급성 및 아급성 심내막염	I33
	5. 비류마티스성 승모판장애	I34
	6. 비류마티스성 대동맥판장애	I35
	7. 비류마티스성 삼첨판 장애	I36
	8. 폐동맥판장애	I37
	9. 상세불명 판막의 심내막염	I38
	10. 달리 분류된 질환에서의 심내막염 및 심장 판막장애	I39
	11. 급성 심근염	I40
	12. 달리 분류된 질환에서의 심근염	I41
	13. 심근병증	I42
	14. 달리 분류된 질환에서의 심근병증	I43
	15. 방실차단 및 좌각차단	I44
	16. 기타 전도장애	I45
	17. 심장정지	I46
	18. 발작성 빈맥	I47
	19. 심방 세동 및 조동	I48
	20. 기타 심장부정맥	I49
	21. 심부전	I50
	22. 심장병의 불명확한 기록 및 합병증	I51
	23. 달리 분류된 질환에서의 기타 심장장애	I52
신부전	1. 급성 신부전	N17
	2. 만성 신장질환	N18
	3. 상세불명의 신부전	N19

(주) 제7차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

<별표 3>

어린이·청소년생활질환 분류표

약관에 규정하는 생활질환으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

분류항목		분류번호
장 감염 질환	1. 콜레라	A00
	2. 장티푸스 및 파라티푸스	A01
	3. 기타 살모넬라 감염	A02
	4. 시겔라증	A03
	5. 기타 세균성 장 감염	A04
	6. 달리 분류되지 않는 기타 세균성 음식매개중독 NEC	A05
	7. 아메바증	A06
	8. 기타 원충성 장 질환	A07
	9. 바이러스 및 기타 명시된 장 감염	A08
	10. 감염성 및 상세불명 기원의 기타 위장염 및 결장염	A09
피부 및 점막병변이 특징인 바이러스감염	1. 헤르페스바이러스[단순헤르페스]감염	B00
	2. 수두	B01
	3. 대상포진	B02
	4. 마마	B03
	5. 원숭이두창	B04
	6. 홍역	B05
	7. 풍진[독일홍역]	B06
	8. 바이러스사마귀	B07
	9. 달리 분류되지 않은 피부 및 점막병변이 특징인 기타 바이러스 감염	B08
	10. 피부 및 점막병변이 특징인 상세불명의 바이러스 감염	B09
중추 신경계통의 염증성질환	1. 달리 분류되지 않은 세균수막염	G00
	2. 달리 분류된 세균성 질환에서의 수막염	G01
	3. 달리 분류된 기타 감염성 및 기생충 질환에서의 수막염	G02
	4. 기타 및 상세불명의 원인에 의한 수막염	G03
	5. 뇌염, 척수염 및 뇌척수염	G04
	6. 달리 분류된 질환에서의 뇌염, 척수염 및 뇌척수염	G05
	7. 두개강내 및 척수내 농양 및 육아종	G06
	8. 달리 분류된 질환에서의 두개강내 및 척수내 농양 및 육아종	G07
	9. 두개강내 및 척수내 정맥염 및 혈전정맥염	G08
	10. 중추신경계통의 염증성 질환의 후유증	G09
일차적으로 중추신경계통에 영향을 주는 계통성 위축	1. 헌팅톤병	G10
	2. 유전성 운동실조	G11
	3. 척수성 근육위축 및 관련 증후군	G12
	4. 달리 분류된 질환에서의 일차적으로 중추신경계통에 영향을 주 는 계통성 위축	G13
	5. 소아마비후 증후군	G14
추체외로 및	1. 파킨슨병	G20
	2. 이차성 파킨슨증	G21

운동장애	3. 달리 분류된 질환에서의 파킨슨증	G22
	4. 기저핵의 기타 퇴행성 질환	G23
	5. 근긴장이상	G24
	6. 기타 추체외로 및 운동장애	G25
	7. 달리 분류된 질환에서의 추체외로 및 운동장애	G26
중추 신경계통의 탈수초질환	1. 다발성 경화증	G35
	2. 기타 급성 파종성 탈수초	G36
	3. 중추신경계통의 기타 탈수초질환	G37
우발적 및 발작적 장애	1. 간질	G40
	2. 간질 지속상태	G41
	3. 편두통	G43
	4. 기타 두통 증후군	G44
	5. 일과성 대뇌허혈발작 및 관련증후군	G45
	6. 뇌혈관 질환에서의 뇌혈관 증후군	G46
	7. 수면 장애	G47
신경계통의 기타 장애	1. 자율신경계통의 장애	G90
	2. 수두증	G91
	3. 독성 뇌병증	G92
	4. 뇌의 기타 장애	G93
	5. 달리 분류된 질환에서의 뇌의 기타 장애	G94
	6. 척수의 기타 질환	G95
	7. 중추 신경계통의 기타 장애	G96
	8. 달리 분류되지 않은 신경계통의 처치후 장애	G97
	9. 달리 분류되지 않은 신경계통의 기타 장애	G98
	10. 달리 분류된 질환에서의 신경계통의 기타 장애	G99
인플루엔자 및 폐렴	1. 특정의 확인된 인플루엔자 바이러스에 의한 인플루엔자	J09
	2. 기타 확인된 인플루엔자 바이러스에 의한 인플루엔자	J10
	3. 바이러스가 확인되지 않은 인플루엔자	J11
	4. 달리 분류되지 않은 바이러스폐렴	J12
	5. 폐렴연쇄구균에 의한 폐렴	J13
	6. 인플루엔자균에 의한 폐렴	J14
	7. 달리 분류되지 않은 세균폐렴	J15
	8. 달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴	J16
	9. 달리 분류된 질환에서의 폐렴	J17
	10. 상세불명 병원체의 폐렴	J18
주요 천식	1. 천식	J45
	2. 천식 지속 상태	J46
주요 위 및 십이지장궤양	1. 위궤양	K25
	2. 십이지장궤양	K26
	3. 상세불명 부위의 소화성 궤양	K27
충수의 질환	1. 급성 충수염	K35
	2. 기타 충수염	K36
	3. 상세불명의 충수염	K37
	4. 충수의 기타 질환	K38
탈장	1. 사타구니탈장	K40

	2. 대퇴탈장 3. 배꼽탈장 4. 복벽탈장 5. 횡격막탈장 6. 기타 복부탈장 7. 상세불명의 복부탈장	K41 K42 K43 K44 K45 K46
사구체 질환	1. 급성 신염 증후군 2. 급속 진행성 신염 증후군 3. 재발성 및 지속성 혈뇨 4. 만성 신염 증후군 5. 신 증후군 6. 상세불명의 신염 증후군 7. 명시된 형태학적 병변을 동반한 고립성 단백뇨 8. 달리 분류되지 않은 유전성 신장병증 9. 달리 분류된 질환에서의 사구체 장애	N00 N01 N02 N03 N04 N05 N06 N07 N08
세뇨관-간질 질환	1. 급성 세뇨관-간질신염 2. 만성 세뇨관-간질신염 3. 급성 또는 만성으로 명시되지 않은 세뇨관-간질신염 4. 폐쇄성 및 역류성 요로병증 5. 약물 및 중금속 유발성 세뇨관-간질성 및 세뇨관 병태 6. 기타 세뇨관-간질 질환 7. 달리 분류된 질환에서의 세뇨관-간질 장애	N10 N11 N12 N13 N14 N15 N16
요로결석증	1. 신장 및 요관의 결석 2. 하부 요로의 결석 3. 달리 분류된 질환에서의 요로의 결석 4. 상세불명의 신장 급통증	N20 N21 N22 N23
신장 및 요관의 기타 장애	1. 세뇨관 기능 손상으로 인한 장애 2. 상세불명의 신장위축 3. 원인미상의 작은 신장 4. 달리 분류되지 않은 신장 및 요관의 기타 장애 5. 달리 분류된 질환에서의 신장 및 요관의 기타 장애	N25 N26 N27 N28 N29
비뇨계통의 기타 질환	1. 방광염 2. 달리 분류되지 않은 방광의 신경근육 기능 장애 3. 방광의 기타 장애 4. 달리 분류된 질환에서의 방광 장애 5. 요도염 및 요도 증후군 6. 요도 협착 7. 요도의 기타 장애 8. 달리 분류된 질환에서의 요도 장애 9. 비뇨기계통의 기타 장애	N30 N31 N32 N33 N34 N35 N36 N37 N39

(주) 제7차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

<별표 4>

재해분류표

주계약 1 종의 <별표 14> 및 주계약 2 종의 <별표 9> '재해분류표'와 동일

<별표 5>

장해분류표

주계약 1 종의 <별표 15> 및 주계약 2 종의 <별표 10> '장해분류표'와 동일

<별표 6>

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제10조 제2항 및 제21조 제2항 관련)

구분	기간	지급이자
주요질환 통원비(제6조 제2호), 생활질환 통원비(제6조 제3호), 피보험자 사망 당시의 책임준비금 (제11조 제2항)	지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율
만기보험금(제6조 제1호), 해지환급금(제21조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 표준이율의 50% 1년 초과기간 : 1%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 만기보험금은 회사가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 않은 경우, 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간은 표준이율을 적용한 이자를 지급합니다.
2. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
3. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.

무배당
어린이재해보장특약 약관

이 특약은 계약자의 선택에 의하여 해당보험료를 납입한 경우에만 해당됩니다.

무배당 어린이재해보장특약 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의	209
제 1 조 【목적】.....	209
제 2 조 【용어의 정의】.....	209
제 2 관 보험금의 지급	209
제 3 조 【‘어린이보호구역(스쿨존)’ 및 ‘어린이보호구역(스쿨존) 교통사고’의 정의】	209
제 4 조 【보험금의 지급사유】.....	210
제 5 조 【보험금 지급에 관한 세부규정】.....	210
제 6 조 【보험금을 지급하지 않는 사유】.....	212
제 7 조 【보험금의 청구】.....	212
제 8 조 【보험금의 지급절차】.....	212
제 9 조 【보험금 받는 방법의 변경】.....	213
제 3 관 특약의 성립과 유지.....	213
제 10 조 【특약의 체결 및 소멸】.....	213
제 11 조 【피보험자의 범위】.....	214
제 12 조 【특약의 보장개시】.....	214
제 13 조 【특약의 무효】.....	214
제 14 조 【특약내용의 변경 등】.....	214
제 15 조 【특약의 보험기간】.....	214
제 4 관 보험료의 납입	214
제 16 조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】.....	214
제 17 조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】.....	214
제 18 조 【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】.....	215
제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등	215
제 19 조 【계약자의 임의해지】.....	215

제 20 조 【해지환급금】.....	215
제 21 조 【보험계약대출】.....	215
제 6 관 기타사항	215
제 22 조 【주계약 약관 및 단체취급특약의 준용】.....	215
<별표 1> 보험금 지급기준표.....	216
<별표 2> 교통재해분류표.....	217
<별표 3> 어린이보호구역(스쿨존) 교통사고 분류표	218
<별표 4> 재해분류표	219
<별표 5> 장애분류표	219
<별표 6> 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	220

무배당 어린이재해보장특약 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 【목적】

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 피보험자의 재해나 생존에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조 【용어의 정의】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
 - 가. 계약자: 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
 - 나. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
 - 다. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
 - 라. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
 - 마. 주계약: 기본이 되는 보험계약으로 주된 보험계약을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
 - 가. 재해: <별표 4> '재해분류표'에서 정한 재해를 말합니다.
 - 나. 장애: <별표 5> '장애분류표'에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
 - 가. 연단위 복리: 회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
 - 나. 표준이율: 회사가 최소한 적립해야 할 적립금 등을 계산하기 위해 시장금리를 고려하여 금융감독원이 정하는 이율로서, 이 특약 체결 시점의 표준이율을 말합니다.
 - 다. 해지환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
4. 기간과 날짜 관련 용어
 - 가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
 - 나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 【'어린이보호구역(스쿨존)' 및 '어린이보호구역(스쿨존) 교통사고'의 정의】

- ① 이 특약에 있어서 '어린이보호구역(스쿨존)'은 도로교통법 제12조(어린이보호구역의 지정 및 관리)에서 정한 어린이보호구역(스쿨존)을 말합니다. 향후 「도로교통법」 및 「어린이·노인 및 장애인 보호구역의 지정 및 관리에 관한 규칙」이 개정된 경우, 개정된 내용을 적용합니다.
- ② 이 특약에 있어서 '어린이보호구역(스쿨존) 교통사고'라 함은 <별표 3> '어린이보호구역(스쿨존) 교통사고 분류표'에서 정한 교통사고를 말합니다. '어린이보호구역(스쿨존) 교통사고'는 경찰에 교통사고로 접수되어 처리된 사건에 한하며, 경찰서 교통사고사실확인서(관할 경찰서장 발행)와 의사진단서를 기준으로 합니다.

【도로교통법 제12조】

제12조 (어린이보호구역의 지정 및 관리)

- ① 시장 등은 교통사고의 위험으로부터 어린이를 보호하기 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 시설의 주변도로 가운데 일정 구간을 어린이보호구역으로 지정하여 자동차 등의 통행속도를 시속 30킬로미터 이내로 제한할 수 있다.
 1. 「유아교육법」 제2조에 따른 유치원, 「초·중등교육법」 제38조 및 제55조에 따른 초등학교 또는 특수학교

2. 「영유아보육법」 제 10 조에 따른 어린이집 가운데 안전행정부령으로 정하는 어린이집 3. 「학원의 설립 · 운영 및 과외교습에 관한 법률」 제 2 조에 따른 학원 가운데 안전행정부령으로 정하는 학원 ② 제1항에 따른 어린이보호구역의 지정절차 및 기준 등에 관하여 필요한 사항은 교육부, 안전행정부 및 국토교통부의 공동부령으로 정한다. ③ 차마의 운전자는 어린이보호구역에서 제1항에 따른 조치를 준수하고 어린이의 안전에 유의하면서 운행하여야 한다. <향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>
【어린이 · 노인 및 장애인 보호구역의 지정 및 관리에 관한 규칙 제3조】 제3조 (보호구역의 지정)의 6항 시장 등은 제 4 항에 따른 조사 결과 보호구역으로 지정 · 관리할 필요가 인정되는 경우에는 관할 지방경찰청장 또는 경찰서장과 협의하여 해당 보호구역 지정 대상시설의 주(主) 출입문을 중심으로 반경 300미터 이내의 도로 중 일정구간을 보호구역으로 지정한다. 다만, 시장 등은 해당 지역의 교통여건 및 효과성 등을 면밀히 검토하여 필요한 경우 보호구역 지정대상시설의 주 출입문을 중심으로 반경 500미터 이내의 도로에 대해서도 보호구역으로 지정할 수 있다. <향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제 4 조 【보험금의 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(<별표 1> ‘보험금 지급기준표’ 참조)을 지급합니다.

1. 피보험자가 보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때 : 만기보험금
2. 피보험자가 보험기간 중 교통재해분류표(<별표 2> ‘교통재해분류표’ 참조)에서 정하는 교통재해(이하 ‘교통재해’라 합니다)로 장애분류표 중 장애지급률이 3%이상 100%이하에 해당하는 장애상태가 되었을 때 : 교통재해장해급여금
3. 피보험자가 보험기간 중 ‘교통재해’이외의 재해로 장애분류표 중 장애지급률이 3%이상 100%이하에 해당하는 장애상태가 되었을 때 : 일반재해장해급여금
4. 피보험자가 보험기간 중 ‘어린이보호구역(스쿨존) 교통사고’를 직접적인 원인으로 부상 치료를 받았을 때(13세 계약해당일 전일까지만 보장) : 어린이보호구역(스쿨존) 교통사고 치료비 (사고 1회당)
(이하 교통재해장해급여금, 일반재해장해급여금을 합하여 ‘재해장해급여금’이라 합니다)

제 5 조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 장애분류표(<별표 5> ‘장애분류표’ 참조, 이하 ‘장애분류표’라 합니다.) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 때에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ③ 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1항 및 제2항에서 해당 질병과 관련한 보험료 납입을 면제하지 않습니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑤ 제4항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 제17조(보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑥ 제18조(보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑦ 제4조(보험금의 지급사유) 제2호 및 제3호 또는 제2항의 경우 재해로 장애상태가 되고 장애지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않은 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만 장애분류표에 장애판정시기

를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

- ⑧ 제7항에 따라 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장 받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일로부터 1년 이내에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.
- ⑨ 제4조(보험금의 지급사유) 제2호 및 제3호 또는 제2항의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용합니다.
- ⑩ 제4조(보험금의 지급사유) 제2호 및 제3호 또는 제2항의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 ‘한시장애’라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 한시장애의 지급률로 정합니다.
- ⑪ 제4조(보험금의 지급사유) 제2호 및 제3호 또는 제2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 더하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑫ 제11항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑬ 장애분류표에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애 정도에 따라 장애분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다.
- ⑭ 동일한 재해로 인한 장애지급률은 100%를 한도로 합니다.
- ⑮ 이 특약에서 ‘동일한 재해’는 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑯ 동일한 재해로 인한 장애지급률은 100%를 한도로 합니다.
- ⑰ 제4조(보험금의 지급사유) 제2호 및 제3호에서 규정한 재해장애급여금의 지급사유가 다른 재해로 인하여 장애가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그때마다 이에 해당하는 장애지급률을 결정합니다. 그러나 그 장애가 이미 재해장애급여금을 지급받은 동일부위에 가중된 때에는 최종 장애상태에 해당하는 재해장애급여금에서 이미 지급받은 재해장애급여금을 뺀 금액을 지급합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑱ 제4조(보험금의 지급사유) 제2호 및 제3호에 있어서 그 재해 전에 이미 다음 중 한 가지의 경우에 해당하는 장애가 있었던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제16항에 규정하는 장애의 상태가 발생하였을 때에는 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 장애에 대한 재해장애급여금이 지급된 것으로 보고 최종 장애상태에 해당하는 재해장애급여금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 재해장애급여금을 빼고 지급합니다.
 - 1. 이 특약의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 장애로 재해장애급여금의 지급사유가 되지 않았던 장애
 - 2. 제1호 이외에 이 특약의 규정에 따라 재해장애급여금의 지급사유가 되지 않았던 장애 또는 재해장애급여금이 지급되지 않았던 장애
- ⑲ 제4조(보험금 지급사유) 제4호의 경우 피보험자의 나이가 13세가 되는 계약해당일 전일까지 보장합니다.
- ⑳ 제1항에 따라 보험료 납입이 면제된 이후 납입기간 종료일까지 정상적으로 보험료가 납입된 것으로 간주하여 만기보험금의 이미 납입한 보험료를 계산합니다.
- ㉑ 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유) 제2호 내지 제4호의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ㉒ 계약자와 회사가 제1항 및 제2항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【조문 내용】

의료법 제3조(의료기관)

- ① 이 법에서 “의료기관”이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 “의료업”이라 한다)을 하는 곳을 말한다.
- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다. <개정 2009.1.30, 2011.6.7>
 - 1. 의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의

료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.

가. 의원

나. 치과의원

다. 한의원

2. 조산원: 조산사가 조산과 임부·해산부·산욕부 및

신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다.

3. 병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.

가. 병원

나. 치과병원

다. 한방병원

라. 요양병원(「정신보건법」 제3조 제3호에 따른 정신의료기관 중 정신병원, 「장애인복지법」 제58조 제1항 제2호에 따른 의료재활시설로서 제3조의 2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)

마. 종합병원

③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항 제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다. <개정 2009.1.30, 2010.1.18>

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제6조 【보험금을 지급하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하면 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

가. 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우

특히 그 결과 사망에 이르게 된 경우에는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다.

나. 특약의 보장개시일(부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복)청약일)부터 2년이 지난 후에 자살한 경우에는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

【책임준비금】

장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

제7조 【보험금의 청구】

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 책임준비금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)

2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서, 경찰서 교통사고사실확인서 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)

4. 기타 보험수익자가 보험금 또는 책임준비금의 수령, 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련 법에서 정한 의료기관에서 발급한 것)이어야 합니다.

제8조 【보험금의 지급절차】

① 회사는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자 메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 책임준비금을 지급하거나 보험료

의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 또는 책임준비금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금 또는 책임준비금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

- ② 회사는 제 4 조(보험금의 지급사유) 제 1 호에 해당하는 만기보험금의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 회사가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 알려드리며, 제 1항에 따라 보험금 또는 책임준비금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 <별표 6> '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'과 같이 계산합니다.
- ③ 회사가 보험금 지급사유를 조사확인하기 위하여 제 1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제 7 조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제 6항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제 5 조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제 20항 또는 제 21항에 따라 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 등에 대해 제 3자의 의견에 따르기로 한 경우

【보험금 가지급제도】

지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도

- ④ 제 3항에 따라 장해지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 확정된 장해지급률에 따른 보험금을 초과한 부분에 대한 분쟁으로 보험금 지급이 늦어지는 경우에는 보험수익자의 청구에 따라 이미 확정된 보험금을 먼저 가지급합니다.
- ⑤ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑥ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 주계약 약관의 계약 전 알릴 의무 위반의 효과와 제 1항 및 제 3항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 회사는 제 6항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제 9 조 【보험금 받는 방법의 변경】

- ① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 제 4 조(보험금의 지급사유) 제 2 호 및 제 3 호에 따른 재해장해급여금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.
- ② 회사는 제 1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 표준이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 표준이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 10 조 【특약의 체결 및 소멸】

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 주계약의 해지 및 기타사유에 따라 효력이 없게 된 경우 또는 제 11 조(피보험자의 범위)에서 정하는 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며, 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다.
- ③ 제 2항의 '사망'에는 이 특약의 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제 11 조 【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제 12 조 【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제 13 조 【특약의 무효】

이 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

제 14 조 【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제 20 조(해지환급금) 제 1 항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 만기보험금 또는 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.
- ③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 이 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제 15 조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 이 특약을 체결할 때 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 16 조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 체결할 때 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 합니다.

제 17 조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 유효한 특약으로 봅니다.
- ② 제 1 항에 따라 이 특약이 해지된 경우에도 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ③ 제 1 항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제 20 조(해지환급금) 제 1 항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 18 조 【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 이 특약의 사업방법서에서 별도로 정한 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제 12 조(특약의 보장개시)를 준용합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제 19 조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 20 조(해지환급금) 제 1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제 1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ③ 제 1항에도 불구하고 계약체결시 피보험자가 태아(胎兒)이며 계약자가 피보험자 출생 전에 계약을 해지하는 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급하여 드립니다.
- ④ 제 3항에 따라 계약을 해지하는 경우 계약자는 의사소견서 등 제 3항의 '태아가 출생하기 전'임을 입증할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.

제 20 조 【해지환급금】

- ① 이 특약에 따른 해지환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 <별표 6> '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 21 조 【보험계약대출】

- ① 계약자는 이 특약의 해지환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 '보험계약대출'이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.
- ② 계약자는 제 1항에 따른 보험계약대출의 원금과 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 때에는 회사는 보험금, 해지환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.
- ③ 회사는 제 17 조(보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감합니다.
- ④ 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제 6 관 기타사항

제 22 조 【주계약 약관 및 단체취급특약의 준용】

- ① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약을 따릅니다.

<별표 1>

보험금 지급기준표

[기준 : 특약보험가입금액 1,000만원]

급부명	지급사유	지급금액
만기보험금 (제4조 제1호)	피보험자가 이 특약의 보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	이미 납입한 특약 보험료의 100%
교통재해 장해급여금 (제4조 제2호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 교통재해로 인하여 장애 분류표 중 장애지급률이 3%이상 100%이하에 장애상태가 되었을 때	1억원x 해당 장애지급률
일반재해 장해급여금 (제4조 제3호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 교통재해 이외의 재해로 인하여 장애분류표 중 장애지급률이 3%이상 100%이하에 장애상태가 되었을 때	5,000만원x 해당 장애지급률
어린이보호구역 (스쿨존) 교통사고 치료비 (제4조 제4호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 어린이보호구역(스 쿨존) 교통사고를 직접적인 원인으로 부상치료를 받았 을 때 (다만, <u>13세</u> 계약해당일 전일까지만 보장)	30만원 (사고 1회당)

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
2. 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 장애분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체 부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 때에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
3. 보험료 납입이 면제된 이후 납입기간 종료일까지 정상적으로 보험료가 납입된 것으로 간주하여 만기보험금의 이미 납입한 특약 보험료를 계산합니다.
4. 주계약의 해지 및 기타사유에 따라 효력이 없게 된 경우 또는 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며, 피보험자가 사망하였을 경우에는 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다.

교통재해분류표

- ① 이 보험에서 ‘교통재해’라 함은 다음에 정하는 사고를 말합니다.
 - 가. 운행중의 교통기관(이에 적재되어 있는 것을 포함합니다)의 충돌, 접촉, 화재, 폭발, 도주 등으로 인하여 그 운행중의 교통기관에 탑승하고 있지 아니한 피보험자가 입은 불의의 사고
 - 나. 운행중인 교통기관에 탑승하고 있는 동안 또는 승객으로서 개찰구를 갖는 교통기관의 승강장 구내(개찰구의 안쪽을 말합니다)에 있는 동안 피보험자가 입은 불의의 사고
 - 다. 도로 통행 중 건조물, 공작물 등의 도괴 또는 건조물, 공작물 등으로부터의 낙하물로 인하여 피보험자가 입은 불의의 사고
- ② 제 1호에서 교통기관이라 함은 본래 사람이나 물건을 운반하기 위한 것으로 다음에 정한 것을 말합니다.
 - 가. 기차, 전동차, 기동차, 모노레일, 케이블카(공중 케이블카를 포함합니다), 엘리베이터 및 에스컬레이터 등
 - 나. 승용차, 버스, 화물자동차, 오토바이, 스쿠터, 자전거, 화차, 경운기 및 우마차 등
 - 다. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다) 등
- ③ 제 2호의 교통기관과 유사한 기관으로 인한 불의의 사고일지라도 도로상에서 사람 또는 물건의 운반에 사용되고 있는 동안이나 도로상의 주행 중에 발생한 사고는 교통사고로 봅니다.
- ④ 제 1호 ‘가’ 또는 ‘나’에 해당하는 사고일지라도 공장, 토목작업장, 채석장, 탄광 또는 광산의 구내에서 사용되는 교통기관에 직무상 관계하는 피보험자의 그 교통기관으로 인한 직무상의 사고는 교통사고로 보지 아니합니다.
- ⑤ 이 표에서 도로라 함은 일반의 교통에 사용할 목적으로 공중에서 개방되어있는 모든 도로(자동차 전용도로 및 통로를 포함합니다)로서 터널, 교량, 도선시설 등 도로와 일체가 되어 그 효용을 보완하는 시설 또는 공작물을 포함합니다.

<별표 3>

어린이보호구역(스쿨존) 교통사고 분류표

이 보험에서 '어린이보호구역(스쿨존) 교통사고'라 함은 어린이보호구역(스쿨존)에서 도로교통법 제 2 조에서 규정하는 '차'로 인하여 발생한 교통사고 중 인적 피해(부상)가 발생한 교통사고를 말합니다.

1. '차'란 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말한다.

- (1) 자동차
- (2) 건설기계
- (3) 원동기장치자전거
- (4) 자전거
- (5) 사람 또는 가축의 힘이나 그 밖의 동력(動力)으로 도로에서 운전되는 것.
다만, 철길이나 가설(架設)된 선을 이용하여 운전되는 것, 유모차와 안전 행정부령으로 정하는 보행보조용 의자차는 제외한다.

2. '부상'이라 함은 다음의 중상, 경상, 부상신고에 해당하는 것을 말한다.

- (1) 중상 - 교통사고로 인하여 3주 이상의 치료를 요하는 부상을 입은 경우
- (2) 경상 - 교통사고로 인하여 5일 이상 3주 미만의 치료를 요하는 부상을 입은 경우
- (3) 부상신고 - 교통사고로 인하여 5일 미만의 치료를 요하는 부상을 입은 경우

<별표 4>

재해분류표

주계약 1 종의 <별표 14> 및 주계약 2 종의 <별표 9> '재해분류표'와 동일

<별표 5>

장해분류표

주계약 1 종의 <별표 15> 및 주계약 2 종의 <별표 10> '장해분류표'와 동일

<별표 6>

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제 8 조 제 2 항 및 제 20 조 제 2 항 관련)

구분	기간	지급이자
교통재해장해급여금(제 4 조 제 2 호), 일반재해장해급여금(제 4 조 제 3 호), 어린이보호구역(스쿨존) 교통사고 치료비 (제 4 조 제 4 호), 피보험자 사망 당시의 책임준비금 (제 10 조 제 2 항)	지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율
만기보험금(제 4 조 제 1 호), 해지환급금(제 20 조 제 1 항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내: 표준이율의 50% 1년 초과기간: 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 만기보험금은 회사가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급 할 사유와 금액을 알리지 않은 경우, 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간은 표준이율을 적용한 이자를 지급합니다.
2. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
3. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.

무배당
어린이응급실내원특약 약관

이 특약은 계약자의 선택에 의하여 해당보험료를 납입한 경우에만 해당됩니다.

무배당 어린이응급실내원특약 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의	225
제 1 조 【목적】.....	225
제 2 조 【용어의 정의】.....	225
제 2 관 보험금의 지급	225
제 3 조 【‘응급실’의 정의와 장소】.....	225
제 4 조 【‘응급실 내원 진료비 대상자’의 정의】.....	226
제 5 조 【보험금의 지급사유】.....	226
제 6 조 【보험금 지급에 관한 세부규정】.....	226
제 7 조 【보험금을 지급하지 않는 사유】.....	227
제 8 조 【보험금의 청구】.....	228
제 9 조 【보험금의 지급절차】.....	228
제 3 관 특약의 성립과 유지	229
제 10 조 【특약의 체결 및 소멸】.....	229
제 11 조 【피보험자의 범위】.....	229
제 12 조 【특약의 보장개시】.....	229
제 13 조 【특약의 무효】.....	229
제 14 조 【특약내용의 변경 등】.....	229
제 15 조 【특약의 보험기간】.....	229
제 4 관 보험료의 납입	229
제 16 조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】.....	229
제 17 조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】.....	230
제 18 조 【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】.....	230
제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등	230
제 19 조 【계약자의 임의해지】.....	230

제 20 조 【해지환급금】.....	230
제 21 조 【보험계약대출】.....	230
제 6 관 기타사항	231
제 22 조 【주계약 약관 및 단체취급특약의 준용】.....	231
<별표 1> 보험금 지급기준표.....	232
<별표 2> 응급실 내원 진료비 대상자의 정의	233
<별표 3> 질병 및 재해 분류표.....	234
<별표 4> 재해분류표	235
<별표 5> 장애분류표	235
<별표 6> 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	236

무배당 어린이응급실내원특약 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제1조 【목적】

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 피보험자의 생존, 질병 및 재해에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조 【용어의 정의】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
 - 가. 계약자 : 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
 - 나. 보험수익자 : 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
 - 다. 보험증권 : 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
 - 라. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
 - 마. 주계약 : 기본이 되는 보험계약으로 주된 보험계약을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
 - 가. 재해: <별표 4> '재해분류표'에서 정한 재해를 말합니다.
 - 나. 장애: <별표 5> '장애분류표'에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
 - 가. 연단위 복리 : 회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
 - 나. 표준이율 : 회사가 최소한 적립해야 할 적립금 등을 계산하기 위해 시장금리를 고려하여 금융감독원장이 정하는 이율로서, 이 특약 체결 시점의 표준이율을 말합니다.
 - 다. 해지환급금 : 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
4. 기간과 날짜 관련 용어
 - 가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
 - 나. 영업일 : 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제3조 【'응급실'의 정의와 장소】

- ① 이 특약에 있어서 '응급실'이라 함은 응급의료에 관한 법률 제2조(정의) 제5호에서 정하는 응급의료기관(중앙응급의료센터, 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터, 지역응급의료기관)또는 응급의료에 관한 법률 제35조의 2(응급의료기관 외의 의료기관)에서 정하는 시장·군수·구청장에게 신고된 응급실을 말합니다.(이하 '응급실'이라 합니다)

【조문 내용】

응급의료에 관한 법률

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

5. "응급의료기관"이란 「의료법」 제3조에 따른 의료기관 중에서 이 법에 따라 지정된 중앙응급의료센터, 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터 및 지역응급의료기관을 말한다.

제35조의2(응급의료기관 외의 의료기관)

이 법에 따른 응급의료기관으로 지정받지 아니한 의료기관이 응급의료시설을 설치, 운영하려면 보건복지부령으로 정하는 시설, 인력 등을 갖추어 시장, 군수, 구청장에게 신고하여야 한다.

다만, 종합병원의 경우에는 그러하지 아니하다.

의료법 제3조(의료기관)

- ① 이 법에서 “의료기관”이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 “의료업”이라 한다)을 하는 곳을 말한다.
- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다. <개정 2009.1.30, 2011.6.7>
 1. 의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 의원
 - 나. 치과의원
 - 다. 한의원
 2. 조산원: 조산사가 조산과 임부·해산부·산욕부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다.
 3. 병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 병원
 - 나. 치과병원
 - 다. 한방병원
 - 라. 요양병원(「정신보건법」 제3조 제3호에 따른 정신의료기관 중 정신병원, 「장애인복지법」 제58조 제1항 제2호에 따른 의료재활시설로서 제3조의 2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
 - 마. 종합병원
- ③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항 제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다. <개정 2009.1.30, 2010.1.18>

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제4조【‘응급실 내원 진료비 대상자’의 정의】

- ① 이 특약에서 ‘응급실 내원 진료비 대상자’(<별표2>‘응급실 내원 진료비 대상자의 정의’ 참조)라 함은 다음 중 한 가지에 해당되는 경우를 말합니다.
 1. 응급환자
 2. 응급환자에 해당하지 않으나 질병 및 재해분류표(<별표3>‘질병 및 재해 분류표’ 참조)에서 정하는 질병 또는 재해로 인하여 응급실에 내원하여 진료를 받은 자
- ② 제1항에서 정한 ‘응급환자’라 함은 응급실에 내원하여 진료를 받은 자 중 응급의료에 관한 법률 시행규칙 제2조(응급환자)(<별표2> 참조)에서 정하는 자로 ‘응급증상 및 이에 준하는 증상’ 또는 ‘응급증상 및 이에 준하는 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상’이 있는 자를 말합니다.

제5조【보험금의 지급사유】

- 회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(<별표1> ‘보험금 지급기준표’ 참조)을 지급합니다.
1. 피보험자가 이 특약의 보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때 : 만기보험금
 2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘응급실 내원 진료비 대상자’에 해당되었을 때 : 응급실 내원 진료비(내원 1회당)

제6조【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(<별표5> ‘장해분류표’ 참조, 이하 ‘장해분류표’라 합니다) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 때에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ③ 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제5조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않으며, 제1항 및 제2항에서 해당 질병과 관련한 보험료 납입을 면제하지 않습니다.

- ④ 제3항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑤ 제4항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 제17조(보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑥ 제18조(보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑦ 제2항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ⑧ 제7항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ⑨ 제2항의 경우 하나의 장해가 관찰 방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.
- ⑩ 제2항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 ‘한시장해’라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 지급률로 정합니다.
- ⑪ 제2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑫ 제11항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑬ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다.
- ⑭ 이 특약에서 동일한 재해의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑮ 응급실이 아닌 곳에서의 야간진료 또는 외래진료를 받은 자는 ‘응급실내원진료비 대상자’에 해당하지 않습니다.
- ⑯ 제1항에 따라 보험료 납입이 면제된 이후 납입기간 종료일까지 정상적으로 보험료가 납입된 것으로 간주하여 만기보험금의 이미 납입한 보험료를 계산합니다.
- ⑰ 보험수익자와 회사가 제5조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑱ 계약자와 회사가 제1항 및 제2항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제7조 【보험금을 지급하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하면 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

가. 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우

특히 그 결과 사망에 이르게 된 경우에는 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다.

나. 특약의 보장개시일(부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복)청약일)부터 2년이 지난 후에 자살한 경우에는 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

【책임준비금】

장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

제8조 【보험금의 청구】

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 책임준비금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(사망진단서, 진료비계산서, 진료비세부내역서, 응급실기록지 사본 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금 또는 책임준비금 수령, 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조 【보험금의 지급절차】

- ① 회사는 제8조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 책임준비금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 또는 책임준비금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금 또는 책임준비금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 회사는 제5조(보험금의 지급사유) 제1호에 해당하는 만기보험금의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 회사가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 알려드리며, 제1항에 따라 보험금 또는 책임준비금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 <별표6> ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’과 같이 계산합니다.
- ③ 회사가 보험금 지급사유를 조사확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제8조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
 1. 소송제기
 2. 분쟁조정신청
 3. 수사기관의 조사
 4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
 5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
 6. 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제17항 또는 제18항에 따라 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 등에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

【보험금 가지급제도】

지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도

- ④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 주계약 약관의 계약 전 알릴 의무 위반의 효과, 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급 지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제10조 [특약의 체결 및 소멸]

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 주계약의 해지 및 기타사유에 따라 효력이 없게 된 경우 또는 제11조(피보험자의 범위)에서 정하는 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며, 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다.
- ③ 제2항의 '사망'에는 이 특약의 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제11조 [피보험자의 범위]

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제12조 [특약의 보장개시]

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제13조 [특약의 무효]

이 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제14조 [특약내용의 변경 등]

- ① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제20조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금 또는 만기보험금 보다 적어질 수 있습니다.
- ③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 이 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제15조 [특약의 보험기간]

이 특약의 보험기간은 이 특약을 체결할 때 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제16조 [특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입]

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 체결할 때 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 합니다.

제17조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 유효한 특약으로 봅니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에도 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ③ 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제20조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제18조 【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 이 특약의 사업방법서에서 별도로 정한 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제12조(특약의 보장개시)를 준용합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제19조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제20조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약체결시 피보험자가 태아(胎兒)이며 계약자가 피보험자 출생전에 계약을 해지하는 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급하여 드립니다.
- ④ 제3항에 따라 계약을 해지하는 경우 계약자는 의사소견서 등 제3항의 ‘태아가 출생하기 전’임을 입증할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.

제20조 【해지환급금】

- ① 이 특약에 따른 해지환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 <별표6> ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제21조 【보험계약대출】

- ① 계약자는 이 특약의 해지환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 ‘보험계약대출’이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.
- ② 계약자는 제1항에 따른 보험계약대출의 원금과 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 때에는 회사는 보험금, 해지환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.
- ③ 회사는 제17조(보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감합니다.
- ④ 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제 6 관 기타사항

제22조 【주계약 약관 및 단체취급특약의 준용】

- ① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약을 따릅니다.

<별표 1>

보험금 지급기준표

[기준: 특약보험가입금액 1,000만원]

급부명	지급사유	지급금액
만기보험금 (제5조 제1호)	피보험자가 이 특약의 보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	이미 납입한 특약 보험료의 100%
응급실 내원 진료비 (제5조 제2호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 ‘응급실 내원 진료비 대상자’에 해당하였을 때	2만원 (내원 1회당)

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
2. 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 장애분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체 부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 때에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
3. 보험료 납입이 면제된 이후 납입기간 종료일까지 정상적으로 보험료가 납입된 것으로 간주하여 만기보험금의 이미 납입한 특약 보험료를 계산합니다.
4. ‘응급실 내원 진료비 대상자’라 함은 ‘응급환자’ 또는 ‘응급환자’에 해당하지 않으나 질병 및 재해분류표에서 정하는 질병 또는 재해로 인하여 응급실에 내원하여 진료를 받은 자를 말합니다.
5. ‘응급환자’라 함은 응급실에 내원하여 진료를 받은 자 중 응급의료에 관한 법률 시행규칙 제2조(응급환자)에서 정하는 자로 응급증상 및 이에 준하는 증상 또는 응급증상 및 이에 준하는 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상이 있는 자를 말합니다.
6. 주계약의 해지 및 기타사유에 따라 효력이 없게 된 경우 또는 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며, 피보험자가 사망하였을 경우에는 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다.

<별표 2>

응급실 내원 진료비 대상자의 정의

1. “응급실 내원 진료비 대상자”라 함은 “응급환자” 또는 “응급환자”에 해당하지 않으나 질병 및 재해분류표에서 정하는 질병 또는 재해로 인하여 응급실에 내원하여 진료를 받은 자를 말합니다.
2. 1항에서 정한 “응급환자”라 함은 응급실에 내원하여 진료를 받은 자 중 「응급의료에 관한 법률 시행규칙」 제2조(응급환자)에서 정하는 자로 응급증상 및 이에 준하는 증상 또는 응급증상 및 이에 준하는 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상이 있는 자를 말한다.

“응급의료에 관한 법률 시행규칙 제2조(응급환자)”

「응급의료에 관한 법률」 제2조 제1호에서 “보건복지부령이 정하는 자”란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 증상이 있는 자를 말한다.

1. 응급증상 및 이에 준하는 증상
2. 제1호의 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상

※ 응급증상 및 이에 준하는 증상

1. 응급증상

- 가. 신경학적 응급증상 : 급성의식장애, 급성신경학적 이상, 구토·의식장애 등의 증상이 있는 두부 손상
- 나. 심혈관계 응급증상: 심폐소생술이 필요한 증상, 급성호흡곤란, 심장질환으로 인한 급성 흉통, 심계항진, 박동이상 및 쇼크
- 다. 중독 및 대사장애: 심한 탈수, 약물·알콜 또는 기타 물질의 과다복용이나 중독, 급성대사장애(간부전·신부전·당뇨병 등)
- 라. 외과적 응급증상: 개복술을 요하는 급성복증(급성복막염·장폐색증·급성체장염 등 중한 경우에 한함), 광범위한 화상(외부신체 표면적의 18% 이상), 관통상, 개방성·다발성 골절 또는 대퇴부 척추의 골절, 사지를 절단할 우려가 있는 혈관 손상, 전신마취취하에 응급수술을 요하는 증상, 다발성 외상
- 마. 출혈 : 계속되는 각혈, 지혈이 안되는 출혈, 급성 위장관 출혈
- 바. 안과적 응급증상 : 화학물질에 의한 눈의 손상, 급성 시력 손실
- 사. 알려지 : 얼굴 부종을 동반한 알려지 반응
- 아. 소아과적 응급증상 : 소아경련성 장애
- 자. 정신과적 응급증상 : 자신 또는 다른 사람을 해할 우려가 있는 정신장애

2. 응급증상에 준하는 증상

- 가. 신경학적 응급증상: 의식장애, 현훈
- 나. 심혈관계 응급증상: 호흡곤란, 과호흡
- 다. 외과적 응급증상: 화상, 급성복증을 포함한 배의 전반적인 이상증상, 골절·외상 또는 탈골, 그밖에 응급수술을 요하는 증상, 배뇨장애
- 라. 출혈: 혈관손상
- 마. 소아과적 응급증상: 소아경련, 38℃ 이상인 소아 고열(공휴일·야간 등 의료 서비스가 제공되기 어려운 때에 8세 이하의 소아에게 나타는 증상을 말한다.)
- 바. 산부인과적 응급증상: 분만 또는 성폭력으로 인하여 산부인과적 검사 또는 처치가 필요한 증상
- 사. 이물에 의한 응급증상: 귀·눈·코·항문 등에 이물이 들어가 제거술이 필요한 환자

<별표 3>

질병 및 재해 분류표

주계약 1종의 <별표9> 및 주계약 2종의 <별표8> '질병 및 재해 분류표'와 동일

<별표 4>

재해분류표

주계약 1 종의 <별표 14> 및 주계약 2 종의 <별표 9> '재해분류표'와 동일

<별표 5>

장해분류표

주계약 1 종의 <별표 15> 및 주계약 2 종의 <별표 10> '장해분류표'와 동일

<별표 6>

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제9조 제2항 및 제20조 제2항 관련)

구분	기간	지급이자
응급실 내원 진료비 (제5조 제2항), 피보험자 사망 당시의 책임준비금 (제10조 제2항)	지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율
만기보험금(제5조 제1항), 해지환급금(제20조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 표준이율의 50% 1년 초과기간 : 1%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

(주)

1. 만기보험금은 회사가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 않은 경우, 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간은 표준이율을 적용한 이자를 지급합니다.
2. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
3. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.

특정 신체부위 · 질병 보장제한부
인수 특약 약관

<<가입자 유의사항>>

□ 보험계약관련 특히 유의할 사항

○ 면책기간 중에 아래의 질병을 직접적인 원인으로 주계약 또는 특약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우 회사는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않습니다.

1. ‘특정신체부위분류표’ 중에서 특정신체부위에 발생한 질병 또는 특정신체부위에 발생한 질병의 전이로 인하여 특정신체부위 이외의 신체부위에 발생한 질병
2. ‘특정질병분류표’ 중에서 회사가 지정한 특정질병

○ 상기에도 불구하고 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유로 주계약 또는 특약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우 회사는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다.

1. 특정신체부위에 발생한 질병의 합병증으로 특정신체부위 이외의 신체부위에 발생한 질병
(다만, 전이는 합병증으로 보지 않습니다)
2. 특정질병의 합병증으로 발생한 특정질병 이외의 질병
3. 재해로 인한 경우
4. 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안 특정신체부위에 발생한 질병 또는 특정질병으로 추가 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없고, 청약일로부터 5년이 지난 이후 특정신체부위에 발생한 질병 또는 특정질병

※ 자세한 내용은 약관 본문을 참조하시기 바랍니다.

<<주요내용 요약 및 보험용어 해설>>

1. 특약의 소멸

주계약의 해지 및 기타 사유에 따라 효력이 없게 된 경우에는 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다.

2. 특정신체부위

특정신체부위라 함은 위, 십이지장, 신장, 식도 등 ‘특정신체부위분류표’에서 정의한 신체부위를 말합니다.

3. 특정질병

특정질병이라 함은 심장질환, 뇌혈관질환, 당뇨병, 고혈압 등 ‘특정질병분류표’에서 정의한 질병을 말합니다.

※ 자세한 내용은 약관 본문을 참조하시기 바랍니다.

특정 신체부위 · 질병 보장제한부 인수 특약 약관

제 1 조 【목적】.....	243
제 2 조 【용어의 정의】.....	243
제 3 조 【특약의 체결 및 소멸】.....	243
제 4 조 【특약면책조건의 내용】.....	243
제 5 조 【효력상실된 특약의 부활(효력회복)】.....	244
제 6 조 【주계약 약관의 준용】.....	244
<별표 1> 특정신체부위분류표	245
<별표 2> 특정질병분류표.....	246
<별표 3> 재해분류표	248

특정 신체부위 · 질병 보장제한부 인수 특약 약관

제 1 조 【목적】

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 피보험자의 생존이나 사망에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 【용어의 정의】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약자 : 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
2. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
3. 주계약 : 기본이 되는 보험계약으로 주된 보험계약을 말합니다.
4. 해당계약 : 이 특약의 적용을 받는 주계약 또는 특약을 말합니다.
4. 재해 : <별표 3> '재해분류표'에서 정한 재해를 말합니다.
5. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

제 3 조 【특약의 체결 및 소멸】

- ① 이 특약은 해당계약을 체결할 때 피보험자의 건강상태가 회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 해당계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
- ③ 해당계약의 해지 및 기타 사유에 따라 효력이 없게 된 경우에는 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다.
- ④ 주계약 및 특약에서 정한 보장개시일 이전에 발생한 질병에 대하여 해당계약을 무효로 하는 경우에도 다음 각 호의 경우에는 해당계약을 무효로 하지 않습니다.
 1. 제 4 조(특약면책조건의 내용) 제 2항 제 1 호에서 정한 특정신체부위에 발생한 질병에 대하여 면책을 조건으로 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정신체부위에 질병이 발생한 경우
 2. 제 4 조(특약면책조건의 내용) 제 2항 제 2 호에서 정한 특정질병에 대하여 면책을 조건으로 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정질병이 발생한 경우

제 4 조 【특약면책조건의 내용】

- ① 이 특약의 보험종목은 1 종 '특정신체부위 보장제한형'과 2 종 '특정신체부위 및 특정질병 보장제한형'으로 나누어 집니다. 1 종 '특정신체부위 보장제한형'은 특정신체부위분류표(<별표 1> '특정신체부위분류표' 참조, 이하 '특정신체부위분류표'라 합니다) 중에서 회사가 지정한 신체부위에 발생한 질병 또는 특정신체부위에 발생한 질병의 전이로 특정신체부위 이외의 신체부위에 발생한 질병에 대해 보장을 제한하며, 2 종 '특정신체부위 및 특정질병 보장제한형'은 특정신체부위분류표 중에서 회사가 지정한 신체부위에 발생한 질병 또는 특정신체부위에 발생한 질병의 전이로 특정신체부위 이외의 신체부위에 발생한 질병 및 특정질병분류표(<별표 2> '특정질병분류표' 참조, 이하 '특정질병분류표'라 합니다) 중에서 회사가 지정한 질병에 대해 보장을 제한합니다. 이 특약을 부가할 때 피보험자의 건강상태에 따라서 1 종 '특정신체부위 보장제한형'의 경우에는 제 2항 제 1 호의 조건을 부가하고 2 종 '특정신체부위 및 특정질병 보장제한형'의 경우에는 제 2항 제 1 호 및 제 2 호의 조건을 부가합니다.
- ② 이 특약에서 정한 면책기간 중에 다음 각 호의 질병을 직접적인 원인으로 해당계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 회사는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 다만, 사망 등의 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 지급합니다.
 1. 특정신체부위분류표 중에서 회사가 지정한 신체부위(이하 '특정신체부위'라 합니다)에 발생한 질병 또는 특정신체부위에 발생한 질병의 전이로 인하여 특정신체부위 이외의 신체부위에 발생한 질병(다만, 전이는 합병증으로 보지 않습니다)
 2. 특정질병분류표 중에서 회사가 지정한 질병(이하 '특정질병'이라 합니다).
- ③ 제 2항의 면책기간은 특정질병 또는 특정신체부위의 상태에 따라 「1 년부터 5 년」 또는 「주계약의 보험기간」으로 합니다.

다만, 계약자가 보험기간 만료일까지 계약을 유지하지 않는다는 의사표시가 없는 한 별도의 계약사정 없이 갱신되는 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 경우 「면책기간」의 산정은 최초 계약일을 기준으로 하며, 「주계약의

보험기간은 최초 계약일부터 최종 갱신계약의 종료일까지로 합니다. 또한 그 판단기준은 회사에서 정한 계약사정기준을 따르며, 개개인의 질병의 상태 등에 대한 의사의 소견에 따라서 다르게 적용할 수 있습니다.

- ④ 제 2항의 규정에도 불구하고 다음 사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 사유로 해당계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
 - 1. 제 2항 제 1 호에서 지정한 특정신체부위에 발생한 질병의 합병증으로 특정신체부위 이외의 신체부위에 발생한 질병으로 해당계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우
 - 2. 제 2항 제 2 호에서 지정한 특정질병의 합병증으로 발생한 특정질병 이외의 질병으로 해당계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우
 - 3. 재해로 해당계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우
 - 4. 계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안 제 2항 제 1 호 및 제 2 호에서 지정한 질병으로 추가 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없고, 청약일로부터 5년이 지난 이후 제 2항 제 1 호 및 제 2 호에서 정한 질병으로 해당계약에서 정한 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우
- ⑤ 제 4항 제 4 호의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 해당계약에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑥ 제 5 조(효력상실된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 발생한 경우 부활(효력회복)일을 청약일로 하여 제 4항 및 제 5항을 적용합니다.
- ⑦ 피보험자가 회사가 정한 면책기간의 종료일을 포함하여 계속하여 입원한 경우 그 입원에 대해서는 면책기간 종료일의 다음날을 입원의 개시일로 인정하여 보험금을 지급합니다
- ⑧ 피보험자에게 보험사고가 발생했을 경우, 그 사고가 특정질병 또는 특정신체부위를 직접적인 원인으로 발생한 사고인가 아닌가는 의사의 진단서와 의견을 주된 판단자료로 결정합니다.
- ⑨ 제 2항의 특정신체부위와 특정질병은 4개 이내에서 선택하여 부가할 수 있습니다.

제 5 조 【효력상실된 특약의 부활(효력회복)】

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제3조(특약의 체결 및 소멸) 제2항의 규정을 따릅니다.

제 6 조 【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

<별표 1>

특정신체부위분류표

분류 번호	특정신체부위의 명칭
1	위, 십이지장
2	공장(빈창자), 회장(돌창자), 맹장(충수돌기 포함)
3	대장(맹장, 직장 제외)
4	직장
5	항문
6	간
7	담낭(쓸개) 및 담관
8	췌장
9	비장
10	기관, 기관지, 폐, 흉막 및 흉곽(늑골 포함)
11	코[외비(코 바깥), 비강(코 안) 및 부비강(코 겉굴)포함]
12	인두 및 후두(편도 포함)
13	식도
14	구강, 치아, 혀, 악하선(턱밑샘), 이하선(귀밑샘) 및 설하선(혀밑샘)
15	귀[외이(바깥 귀), 고막, 중이(가운데귀), 내이(속귀), 청신경 및 유양돌기(꼭지돌기) 포함]
16	안구 및 안구부속기[안검(눈꺼풀), 결막, 누기(눈물샘), 안근 및 안와내 조직 포함]
17	신장
18	부신
19	요관, 방광 및 요도
20	음경
21	질 및 외음부
22	전립선
23	유방(유선 포함)
24	자궁[자궁체부(자궁몸통) 포함]
25	자궁체부(자궁몸통)(제왕절개술을 받은 경우에 한함)

분류 번호	특정신체부위의 명칭
26	난소 및 난관
27	고환[고환초막(고환집막) 포함], 부고환, 정관, 정삭 및 정낭
28	갑상선
29	부갑상선
30	서혜부(넓적다리 부위의 위쪽 주변) (서혜 탈장, 음낭 탈장 또는 대퇴 탈장이 생긴 경우에 한함)
31	피부(두피 및 입술포함)
32	경추부(해당신경 포함)
33	흉추부(해당신경 포함)
34	요추부(해당신경 포함)
35	천골(엉치뼈)부 및 미골(교리뼈)부 (해당신경 포함)
36	왼쪽 어깨
37	오른쪽 어깨
38	왼팔(왼쪽 어깨 제외, 왼손 포함)
39	오른팔(오른쪽 어깨 제외, 오른손 포함)
40	왼손(왼쪽 손목 관절 이하)
41	오른손(오른쪽 손목 관절 이하)
42	왼쪽 고관절
43	오른쪽 고관절
44	왼쪽 다리(왼쪽 고관절 제외, 왼발 포함)
45	오른쪽 다리(오른쪽 고관절 제외, 오른발 포함)
46	왼발(왼쪽 발목 관절 이하)
47	오른발(오른쪽 발목 관절 이하)
48	상·하악골(위턱뼈 · 아래턱뼈)
49	쇄골
50	늑골(갈비뼈)

<별표 2>

특정질병분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서, 특정질병으로 분류된 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2010-246호, 2011.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

병명	분류번호	세부내용
심장질환	I00~I02, I05~I09, I20~I25, I26~I28, I30~I52	급성 류마티스열 만성 류마티스심장질환 허혈성 심장질환 폐성 심장병 및 폐순환의 질환 기타 형태의 심장병
뇌혈관질환	I60~I69	뇌혈관질환
당뇨병	E10~E14 O24	당뇨병 임신중 당뇨병
고혈압질환	I10~I15	고혈압질환
결핵	A15~A19 B90	결핵 결핵의 후유증
담석증	K80	담석증
요로결석증	N20 N21 N22 N23	신장 및 요관의 결석 하부 요로의 결석 달리 분류된 질환에서의 요로의 결석 상세불명의 신장 급통증
임신중독증	O11 O12 O13 O14 O15	동반된 단백뇨를 동반한 전에 있던 고혈압성 장애 고혈압을 동반하지 않은 임신성[임신-유발성] 부종 및 단백뇨 유익한 단백뇨를 동반하지 않은 임신성[임신-유발성] 고혈압 유익한 단백뇨를 동반한 임신성[임신-유발성] 고혈압 자간
골관절증 및 류마티스 관절염	M05 M06 M08 M15 M16 M17 M18 M19	혈청검사 양성 류마티스 관절염 기타 류마티스 관절염 연소성 관절염 다발관절증 고관절증 무릎관절증 제 1수근중수 관절의 관절증 기타 관절증
척주만곡증	M40 M41	척주후만증 및 척주전만증 척주측만증
골반염	N70 N71 N72 N73 N74	난관염 및 난소염 자궁경부를 제외한 자궁의 염증성 질환 자궁경부의 염증성 질환 기타 여성 골반염증성 질환 달리 분류된 질환에서의 여성골반 염증성 장애
자궁내막증	N80	자궁내막증
자궁근종	D25	자궁의 평활근종
통풍	E79 M10	퓨린 및 피리미딘 대사장애 통풍
고지혈증	E78	지질단백질 대사 장애 및 기타 지질증

병명	분류번호	세부내용
사시	H49	마비성 사시
	H50	기타 사시
	H51	양안운동의 기타 장애
백내장	H25	노년성 백내장
	H26	기타 백내장
	H27	수정체의 기타 장애
하지정맥류 (정맥염 포함)	I80	정맥염 및 혈전정맥염
	I83	하지의 정맥류
	I87	정맥의 기타 장애
탈장 (음낭수종 포함)	K40	사타구니탈장
	K41	대퇴탈장
	K42	배꼽탈장
	K43	복벽탈장
	K44	횡격막탈장
	K45	기타 복부탈장
	K46	상세불명의 복부탈장
	N43	음낭수류 및 정맥류
유산	N96	습관유산자
	O00	자궁외 임신
	O01	포상기태
	O02	기타 비정상적 수태부산물
	O03	자연유산
	O04	의학적 유산
	O05	기타 유산
	O06	상세불명의 유산
	O07	시도된 유산의 실패
	O08	유산, 자궁외 임신 및 기태 임신에 따른 합병증
	O20	초기 임신중 출혈
복막의 질환	K65	복막염
	K66	복막의 기타 장애
	K67	달리 분류된 감염성 질환에서의 복막의 장애
골다공증	M80	병적 골절을 동반한 골다공증
	M81	병적 골절이 없는 골다공증
	M82	달리 분류된 질환에서의 골다공증
천식	J45	천식
	J46	천식지속 상태

(※) 제7차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

<별표 3>

재해분류표

주계약 1 종의 <별표 14> 및 주계약 2 종의 <별표 9> '재해분류표'와 동일

지정대리청구서비스특약 약관

지정대리청구서비스특약 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의	253
제 1 조 【목적】.....	253
제 2 조 【용어의 정의】.....	253
제 2 관 특약의 성립과 유지.....	253
제 3 조 【특약의 체결 및 소멸】.....	253
제 3 관 지정대리청구에 관한 사항	253
제 4 조 【적용대상】.....	253
제 5 조 【지정대리청구인의 지정】.....	253
제 6 조 【지정대리청구인의 변경 지정】.....	253
제 7 조 【지정대리청구인에 의한 보험금의 지급절차】.....	254
제 8 조 【지정대리청구인에 의한 보험금의 청구】.....	254
제 4 관 기타사항	254
제 9 조 【준용규정】.....	254

지정대리청구서비스특약 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제1조 【목적】

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 피보험자의 생존이나 사망에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조 【용어의 정의】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어

- 가. 계약자 : 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
- 나. 보험수익자 : 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
- 다. 보험증권 : 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
- 라. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
- 마. 주계약 : 기본이 되는 보험계약으로 주된 보험계약을 말합니다.

제 2 관 특약의 성립과 유지

제3조 【특약의 체결 및 소멸】

- ① 이 특약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 부가됩니다.
- ② 제 4 조(적용대상)의 계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력이 없게 되는 경우에는 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다.

제 3 관 지정대리청구에 관한 사항

제4조 【적용대상】

이 특약의 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 주계약 및 특약에 적용됩니다.

제5조 【지정대리청구인의 지정】

- ① 계약자는 주계약 및 특약에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약을 체결할 때 또는 계약체결 이후 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자 중 1명을 보험금의 대리청구인(이하 '지정대리청구인'이라 합니다)으로 지정(제 6 조(지정대리청구인의 변경 지정)에 의한 변경 지정 포함)할 수 있습니다. 다만, 지정대리청구인은 보험금 청구시에도 다음 각 호의 어느 하나에 해당하여야 합니다.
 - 1. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
 - 2. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 3촌 이내의 친족
- ② 제 1 항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제 4 조(적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

제6조 【지정대리청구인의 변경 지정】

계약자는 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

- 1. 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
- 2. 보험증권
- 3. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)

4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)

제7조 [지정대리청구인에 의한 보험금의 지급절차]

- ① 지정대리청구인은 제 8 조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)에서 정한 구비서류 및 제 4 조(적용대상)의 보험 수익자가 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제 4 조(적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다.
- ② 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

제8조 [지정대리청구인에 의한 보험금의 청구]

지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)
4. 피보험자의 인감증명서
5. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
6. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제 4 관 기타사항

제9조 [준용규정]

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

<별지>

약관 내 인용 조문

아래 내용은 계약자의 이해를 돕기 위하여 참고적으로 제공되는 내용으로서, 추후 법령 내용은 개정될 수 있음을 알려드립니다. 보다 자세한 사항은 법제처(www.moleg.go.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

- 1-1. 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률
- 1-2. 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 시행령
2. 개인정보보호법
3. 형법
4. 폭력행위 등 처벌에 관한 법률

1-1. 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률

[법률 제12844호, 시행 2014.11.19.]

제16조(수집·조사 및 처리의 제한)

- ① 신용정보회사등은 다음 각 호의 정보를 수집·조사하여서는 아니 된다.
 1. 국가의 안보 및 기밀에 관한 정보
 2. 기업의 영업비밀 또는 독창적인 연구개발 정보
 3. 개인의 정치적 사상, 종교적 신념, 그 밖에 신용정보와 관계없는 사생활에 관한 정보
 4. 확실하지 아니한 개인신용정보
 5. 다른 법률에 따라 수집이 금지된 정보
 6. 그 밖에 대통령령으로 정하는 정보
- ② 신용정보회사등이 개인의 질병에 관한 정보를 수집·조사하거나 타인에게 제공하려면 미리 제32조제1항에 따른 해당 개인의 동의를 받아야 하며 대통령령으로 정하는 목적으로만 그 정보를 이용하여야 한다.

제32조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의)

- ① 신용정보제공·이용자가 대출, 보증에 관한 정보 등 대통령령으로 정하는 개인신용정보를 타인에게 제공하려는 경우에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 해당 개인으로부터 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 방식으로 미리 동의를 받아야 한다.
 1. 서면
 2. 「전자서명법」 제2조제3호에 따른 공인전자서명이 있는 전자문서(「전자거래기본법」 제2조제1호에 따른 전자문서를 말한다)
 3. 개인신용정보의 제공 내용 및 제공 목적 등을 고려하여 정보 제공 동意的 안정성과 신뢰성이 확보될 수 있는 유무선 통신으로 개인비밀번호를 입력하는 방식
 4. 유무선 통신으로 동의 내용을 해당 개인에게 알리고 동의를 받는 방법. 이 경우 본인 여부 및 동의 내용, 그에 대한 해당 개인의 답변을 음성녹음하는 등 증거자료를 확보·유

지하여야 하며, 대통령령으로 정하는 바에 따른 사후 고지 절차를 거친다.

5. 그 밖에 대통령령으로 정하는 방식

- ② 신용조회회사 또는 신용정보집중기관으로부터 대통령령으로 정하는 개인신용정보를 제공받으려는 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 해당 개인으로부터 제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 방식으로 동의를 받아야 한다. 이 때 개인신용정보를 제공받으려는 자는 해당 개인에게 개인신용정보의 조회 시 신용등급이 하락할 수 있음을 고지하여야 한다.
- ③ 신용조회회사 또는 신용정보집중기관이 개인신용정보를 제2항에 따라 제공하는 경우에는 해당 개인신용정보를 제공받으려는 자가 제2항에 따른 동의를 받았는지를 대통령령으로 정하는 바에 따라 확인하여야 한다.
- ④ 신용정보회사등이 개인신용정보를 제공하는 경우로서 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 제1항부터 제3항까지를 적용하지 아니한다.
 1. 신용정보회사가 다른 신용정보회사 또는 신용정보집중기관과 서로 집중관리·활용하기 위하여 제공하는 경우
 2. 계약의 이행에 필요한 경우로서 제17조제2항에 따라 신용정보의 처리를 위탁하기 위하여 제공하는 경우
 3. 영업양도·분할·합병 등의 이유로 권리의무의 전부 또는 일부를 이전하면서 그와 관련된 개인신용정보를 제공하는 경우
 4. 채권추심(추심채권을 추심하는 경우만 해당한다), 인가·허가의 목적, 기업의 신용도 판단, 유가증권의 양수 등 대통령령으로 정하는 목적으로 사용하는 자에게 제공하는 경우
 5. 법원의 제출명령 또는 법관이 발부한 영장에 따라 제공하는 경우
 6. 범죄 때문에 피해자의 생명이나 신체에 심각한 위험 발생이 예상되는 등 긴급한 상황에서 제5호에 따른 법관의 영장을 발부받을 시간적 여유가 없는 경우로서 검사 또는 사법경찰관의 요구에 따라 제공하는 경우. 이 경우 개인신용정보를 제공받은 검사는 지체 없이 법관에게 영장을 청구하여야 하고, 사법경찰관은 검사에게 신청하여 검사의 청구로 영장을 청구하여야 하며, 개인신용정보를 제공받은 때부터 36시간 이내에 영장을 발부받지 못하면 지체 없이 제공받은 개인신용정보를 폐기하여야 한다.
 7. 조세에 관한 법률에 따른 질문·검사 또는 조사를 위하여 관할 관서의 장이 서면으로 요구하거나 조세에 관한 법률에 따라 제출의무가 있는 과세자료의 제공을 요구함에 따라 제공하는 경우
 8. 국제협약 등에 따라 외국의 금융감독기관에 금융회사가 가지고 있는 개인신용정보를 제공하는 경우
 9. 그 밖에 다른 법률에 따라 제공하는 경우
- ⑤ 제4항 각 호에 따라 개인신용정보를 타인에게 제공하려는 자 또는 제공받은 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 개인신용정보의 제공 사실 및 이유 등을 해당 신용정보주체에게 알려야 한다. 다만, 대통령령으로 정하는 경우에는 인터넷 홈페이지

이지 게재 등 이와 유사한 방법을 통하여 공시할 수 있다.

- ⑥ 제4항제3호에 따라 개인신용정보를 타인에게 제공하는 신용정보제공·이용자로서 대통령령으로 정하는 자는 제공하는 신용정보의 범위 등 대통령령으로 정하는 사항에 관하여 금융위원회의 승인을 받아야 한다.
- ⑦ 신용정보회사등이 개인신용정보를 제공하는 경우에는 금융위원회가 정하여 고시하는 바에 따라 개인신용정보를 제공받는 자의 신원(身元)과 이용 목적을 확인하여야 한다.
- ⑧ 개인신용정보를 제공한 신용정보제공·이용자는 제1항에 따라 미리 동의를 받았는지 여부 등에 대한 다툼이 있는 경우 이를 증명하여야 한다.

제33조(개인신용정보의 이용)

개인신용정보는 해당 신용정보주체가 신청한 금융거래 등 상거래관계(고용관계는 제외한다. 이하 같다)의 설정 및 유지 여부 등을 판단하기 위한 목적으로만 이용하여야 한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그러하지 아니하다.

- 1. 개인이 제32조제1항 각 호의 방식으로 이 조 각 호 외의 부분 본문에서 정한 목적 외의 다른 목적에의 이용에 동의한 경우
- 2. 개인이 직접 제공한 개인신용정보(그 개인과의 상거래에서 생긴 신용정보를 포함한다)를 제공받은 목적으로 이용하는 경우(상품과 서비스를 소개하거나 그 구매를 권유할 목적으로 이용하는 경우는 제외한다)
- 3. 제32조제4항 각 호의 경우
- 4. 그 밖에 제1호부터 제3호까지의 규정에 준하는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우

1-2. 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 시행령

[대통령령 제25532호, 시행 2014.8.7.]

제28조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의)

- ① 법 제32조제1항에서 "대출, 보증에 관한 정보 등 대통령령으로 정하는 개인신용정보"란 제2조제2항의 개인에 관한 신용정보를 말한다. 다만, 신용정보집중기관 또는 신용조회회사에 제공하려는 다음 각 호의 신용정보는 제외한다.
 - 1. 제2조제1항제3호의 신용정보
 - 2. 제2조제1항제5호 각 목(마목 및 사목은 제외한다)에 따른 신용정보. 다만, 같은 호 라목의 경우에는 채납 관련 정보, 자목의 경우에는 신용회복정보만 해당한다.
- ② 신용정보제공·이용자는 법 제32조제1항에 따라 해당 개인으로부터 동의를 받으려면 다음 각 호의 사항을 미리 알려야 한다. 다만, 동의 방식의 특성상 동의 내용을 전부 표시하거나 알리기 어려운 경우에는 해당 기관의 인터넷 홈페이지 주소나 사업장 전화번호 등 동의 내용을 확인할 수 있는 방법을 안내하고 동의를 받을 수 있다.
 - 1. 개인신용정보를 제공받는 자
 - 2. 개인신용정보를 제공받는 자의 이용 목적

3. 제공하는 개인신용정보의 내용

4. 개인신용정보를 제공받는 자(신용조회회사 및 신용정보집중기관은 제외한다)의 정보 보유 기간 및 이용 기간

- ③ 법 제32조제1항제3호에 따른 개인비밀번호는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 비밀번호로 한다.

- 1. 해당 개인이 「여신전문금융업법」 제2조제2호의2에 따른 신용카드업자에게 등록한 비밀번호
- 2. 개인신용정보를 제3자에게 제공하려는 신용정보제공·이용자로부터 해당 개인 명의의 휴대전화 문자메시지를 통하여 받은 비밀번호
- 3. 그 밖에 금융위원회가 정하여 고시하는 개인비밀번호

- ④ 신용정보제공·이용자는 법 제32조제1항제4호에 따라 유무선 통신을 통하여 동의를 받은 경우에는 1개월 이내에 서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지, 그 밖에 금융위원회가 정하여 고시하는 방법으로 제2항 각 호의 사항을 고지하여야 한다.

- ⑤ 법 제32조제2항에서 "대통령령으로 정하는 개인신용정보"란 제2조제2항의 개인에 관한 신용정보를 말한다. 다만, 다음 각 호의 신용정보는 제외한다.

- 1. 제2조제1항제3호의 신용정보
- 2. 제1항제2호에 따른 정보. 다만, 제2조제1항제5호라목에 따른 채납 관련 정보 중 국민건강보험 및 국민연금에 관한 정보는 제외한다.

- ⑥ 법 제32조제2항에 따라 신용조회회사 또는 신용정보집중기관으로부터 개인신용정보를 제공받으려는 자는 다음 각 호의 사항을 해당 개인에게 알리고 동의를 받아야 한다. 다만, 동의방식의 특성상 동의 내용을 전부 표시하거나 알리기 어려운 경우에는 해당 기관의 인터넷 홈페이지 주소나 사업장 전화번호 등 동의 내용을 확인할 수 있는 방법을 안내하고 동의를 받을 수 있다.

- 1. 개인신용정보를 제공하는 자
- 2. 개인신용정보를 제공받는 자의 이용 목적
- 3. 제공받는 개인신용정보의 항목
- 4. 개인신용정보를 제공받는 것에 대한 동의의 효력기간

- ⑦ 법 제32조제3항에 따라 신용조회회사 또는 신용정보집중기관은 개인신용정보를 제공받으려는 자가 해당 개인으로부터 동의를 받았는지를 서면, 전자적 기록 등 금융위원회가 정하는 방식으로 확인하여야 한다.

- ⑧ 법 제32조제4항제4호에서 "채권추심(추심채권을 추심하는 경우만 해당한다), 인가·허가의 목적, 기업의 신용도 판단, 유가증권의 양수 등 대통령령으로 정하는 목적"이란 다음 각 호의 목적을 말한다.

- 1. 채권추심을 의뢰한 채권자가 채권추심의 대상이 되는 자의 개인신용정보를 채권추심회사에 제공하거나 채권추심회사로부터 제공받기 위한 목적
- 2. 채권자 또는 채권추심회사가 변제기일까지 채무를 변제하지 아니한 자 또는 채권추심의 대상이 되는 자에 대한 개인신용정보를 신용조회회사로부터 제공받기 위한 목적
- 3. 행정기관이 인가·허가 업무에 사용하기 위하여 신용조회

회사로부터 개인신용정보를 제공받기 위한 목적

4. 해당 기업과의 금융거래 등 상거래관계의 설정 및 유지 여부 등을 판단하기 위하여 그 기업의 대표자 및 제2조제1항 제3호의 각 목에 해당하는 자의 개인신용정보를 신용정보 집중기관 및 신용조회회사로부터 제공받기 위한 목적
 5. 제21조제2항에 따른 금융기관이 상거래관계의 설정 및 유지 여부 등을 판단하기 위하여 또는 어음·수표 소지인이 어음·수표의 발행인, 인수인, 배서인 및 보증인의 변제 의사 및 변제자력을 확인하기 위하여 신용정보집중기관 및 신용조회회사로부터 어음·수표의 발행인, 인수인, 배서인 및 보증인의 개인신용정보를 제공받기 위한 목적
- ⑨ 법 제32조제5항 본문에 따라 신용정보주체에게 개인신용정보의 제공 사실 및 이유 등을 알리는 경우에는 다음 각 호의 구분에 따른다. 이 경우 그 알리는 방법은 서면, 전화(휴대전화 문자메시지를 포함한다), 전자우편 또는 금융위원회가 정하여 고시하는 방법에 따른다.
1. 법 제32조제4항제1호부터 제3호까지 및 제8호에 따른 정보를 제공하는 경우: 해당 정보를 제공한 날을 기준으로 하여 30일부터 60일까지의 범위에서 금융위원회가 정하여 고시하는 기간 이내에 알릴 것
 2. 법 제32조제4항제4호에 따른 정보를 제공받은 경우: 해당 정보를 제공받은 날을 기준으로 하여 30일부터 60일까지의 범위에서 금융위원회가 정하여 고시하는 기간 이내에 알릴 것. 다만, 「채권의 공정한 추심에 관한 법률」 제6조제2항 및 제3항에 따라 채권추심회사가 채권수임사실을 통보하는 경우에는 그 수임사실을 통보한 날부터 30일 이내에 알려야 한다.
 3. 법 제32조제4항제5호부터 제7호까지 및 제9호에 따른 정보를 제공하는 경우: 해당 정보를 제공한 날을 기준으로 하여 60일부터 180일까지의 범위에서 금융위원회가 정하여 고시하는 기간 이내에 알릴 것
- ⑩ 법 제32조제5항 단서에서 "대통령령으로 정하는 경우"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다. 이 경우 그 공시방법은 인터넷 홈페이지나 게시판에의 게재 또는 사무실·점포 등에서의 비치·열람 등의 방법에 따른다.
1. 신용정보회사등의 고의 또는 과실 없이 신용정보주체의 주소 또는 거소 등을 알 수 없는 경우
 2. 신용정보의 특성, 제공 대상자, 제공 경위 및 제공 목적 등을 고려하여 공시하는 것이 적정하다고 금융위원회가 인정하여 고시하는 경우(법 제32조제4항제1호부터 제3호까지 및 제7호에 따른 정보만 해당한다)
- ⑪ 법 제32조제6항에서 "대통령령으로 정하는 자"란 제5조제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 기관을 말한다.
- ⑫ 법 제32조제6항에서 "제공하는 신용정보의 범위 등 대통령령으로 정하는 사항"이란 제공하는 개인신용정보의 범위, 제공받는 자의 신용정보 관리·보호 체계를 말한다.

2. 개인정보보호법

[법률 제12844호, 시행 2014.11.19]

제15조(개인정보의 수집·이용)

- ① 개인정보처리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 개인정보를 수집할 수 있으며 그 수집 목적의 범위에서 이용할 수 있다.
1. 정보주체의 동의를 받은 경우
 2. 법률에 특별한 규정이 있거나 법령상 의무를 준수하기 위하여 불가피한 경우
 3. 공공기관이 법령 등에서 정하는 소관 업무의 수행을 위하여 불가피한 경우
 4. 정보주체와의 계약의 체결 및 이행을 위하여 불가피하게 필요한 경우
 5. 정보주체 또는 그 법정대리인이 의사표시를 할 수 없는 상태에 있거나 주소불명 등으로 사전 동의를 받을 수 없는 경우로서 명백히 정보주체 또는 제3자의 급박한 생명, 신체, 재산의 이익을 위하여 필요하다고 인정되는 경우
 6. 개인정보처리자의 정당한 이익을 달성하기 위하여 필요한 경우로서 명백하게 정보주체의 권리보다 우선하는 경우. 이 경우 개인정보처리자의 정당한 이익과 상당한 관련이 있고 합리적인 범위를 초과하지 아니하는 경우에 한한다.
- ② 개인정보처리자는 제1항제1호에 따른 동의를 받을 때에는 다음 각 호의 사항을 정보주체에게 알려야 한다. 다음 각 호의 어느 하나의 사항을 변경하는 경우에도 이를 알리고 동의를 받아야 한다.
1. 개인정보의 수집·이용 목적
 2. 수집하려는 개인정보의 항목
 3. 개인정보의 보유 및 이용 기간
 4. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용

제17조(개인정보의 제공)

- ① 개인정보처리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당되는 경우에는 정보주체의 개인정보를 제3자에게 제공(공유를 포함한다. 이하 같다)할 수 있다.
1. 정보주체의 동의를 받은 경우
 2. 제15조제1항제2호·제3호 및 제5호에 따라 개인정보를 수집한 목적 범위에서 개인정보를 제공하는 경우
- ② 개인정보처리자는 제1항제1호에 따른 동의를 받을 때에는 다음 각 호의 사항을 정보주체에게 알려야 한다. 다음 각 호의 어느 하나의 사항을 변경하는 경우에도 이를 알리고 동의를 받아야 한다.
1. 개인정보를 제공받는 자
 2. 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 이용 목적
 3. 제공하는 개인정보의 항목
 4. 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 보유 및 이용 기간
 5. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용
- ③ 개인정보처리자가 개인정보를 국외의 제3자에게 제공할 때에는 제2항 각 호에 따른 사항을 정보주체에게 알리고 동의를

받아야 하며, 이 법을 위반하는 내용으로 개인정보의 국외 이전에 관한 계약을 체결하여서는 아니 된다.

제22조(동의를 받는 방법)

- ① 개인정보처리자는 이 법에 따른 개인정보의 처리에 대하여 정보주체(제5항에 따른 법정대리인)를 포함한다. 이하 이 조에서 같다)의 동의를 받을 때에는 각각의 동의 사항을 구분하여 정보주체가 이를 명확하게 인지할 수 있도록 알리고 각각 동의를 받아야 한다.
- ② 개인정보처리자는 제15조제1항제1호, 제17조제1항제1호, 제23조제1호 및 제24조제1항제1호에 따라 개인정보의 처리에 대하여 정보주체의 동의를 받을 때에는 정보주체와의 계약 체결 등을 위하여 정보주체의 동의 없이 처리할 수 있는 개인정보와 정보주체의 동의가 필요한 개인정보를 구분하여야 한다. 이 경우 동의 없이 처리할 수 있는 개인정보라는 입증책임은 개인정보처리자가 부담한다.
- ③ 개인정보처리자는 정보주체에게 재화나 서비스를 홍보하거나 판매를 권유하기 위하여 개인정보의 처리에 대한 동의를 받으려는 때에는 정보주체가 이를 명확하게 인지할 수 있도록 알리고 동의를 받아야 한다.
- ④ 개인정보처리자는 정보주체가 제2항에 따라 선택적으로 동의할 수 있는 사항을 동의하지 아니하거나 제3항 및 제18조제2항제1호에 따른 동의를 하지 아니한다는 이유로 정보주체에게 재화 또는 서비스의 제공을 거부하여서는 아니 된다.
- ⑤ 개인정보처리자는 만 14세 미만 아동의 개인정보를 처리하기 위하여 이 법에 따른 동의를 받아야 할 때에는 그 법정대리인의 동의를 받아야 한다. 이 경우 법정대리인의 동의를 받기 위하여 필요한 최소한의 정보는 법정대리인의 동의 없이 해당 아동으로부터 직접 수집할 수 있다.
- ⑥ 제1항부터 제5항까지에서 규정한 사항 외에 정보주체의 동의를 받는 세부적인 방법 및 제5항에 따른 최소한의 정보의 내용에 관하여 필요한 사항은 개인정보의 수집·매체 등을 고려하여 대통령령으로 정한다.

제23조(민감정보의 처리 제한)

개인정보처리자는 사상·신념, 노동조합·정당의 가입·탈퇴, 정치적 견해, 건강, 성생활 등에 관한 정보, 그 밖에 정보주체의 생활을 현저히 침해할 우려가 있는 개인정보로서 대통령령으로 정하는 정보(이하 “민감정보”라 한다)를 처리하여서는 아니 된다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그러하지 아니하다.

1. 정보주체에게 제15조제2항 각 호 또는 제17조제2항 각 호의 사항을 알리고 다른 개인정보의 처리에 대한 동의와 별도로 동의를 받은 경우
2. 법령에서 민감정보의 처리를 요구하거나 허용하는 경우

제24조(고유식별정보의 처리 제한)

- ① 개인정보처리자는 다음 각 호의 경우를 제외하고는 법령에 따라 개인을 고유하게 구별하기 위하여 부여된 식별정보로서

대통령령으로 정하는 정보(이하 “고유식별정보”라 한다)를 처리할 수 없다.

1. 정보주체에게 제15조제2항 각 호 또는 제17조제2항 각 호의 사항을 알리고 다른 개인정보의 처리에 대한 동의와 별도로 동의를 받은 경우
2. 법령에서 구체적으로 고유식별정보의 처리를 요구하거나 허용하는 경우

② 삭제

- ③ 개인정보처리자가 제1항 각 호에 따라 고유식별정보를 처리하는 경우에는 그 고유식별정보가 분실·도난·유출·변조 또는 훼손되지 아니하도록 대통령령으로 정하는 바에 따라 암호화 등 안전성 확보에 필요한 조치를 하여야 한다.

④ 삭제

3. 형법

[법률 제12575호, 시행 2014.5.14.]

제24장 살인의 죄

제250조(살인, 존속살해)

- ① 사람을 살해한 자는 사형, 무기 또는 5년 이상의 징역에 처한다.
- ② 자기 또는 배우자의 직계존속을 살해한 자는 사형, 무기 또는 7년 이상의 징역에 처한다.

제251조(영아살해)

직계존속이 치욕을 은폐하기 위하여나 양육할 수 없음을 예상하거나 특히 참작할 만한 동기로 인하여 분만중 또는 분만 직후의 영아를 살해한 때에는 10년 이하의 징역에 처한다.

제252조(촉탁, 승낙에 의한 살인 등)

- ① 사람의 촉탁 또는 승낙을 받아 그를 살해한 자는 1년 이상 10년 이하의 징역에 처한다.
- ② 사람을 교사 또는 방조하여 자살하게 한 자도 전항의 형과 같다.

제253조(위계 등에 의한 촉탁살인 등)

전조의 경우에 위계 또는 위력으로써 촉탁 또는 승낙하게 하거나 자살을 결의하게 한 때에는 제250조의 예에 의한다.

제25장 상해와 폭행의 죄

제257조(상해, 존속상해)

- ① 사람의 신체를 상해한 자는 7년 이하의 징역, 10년 이하의 자격정지 또는 1천만원 이하의 벌금에 처한다.
- ② 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 제1항의 죄를 범한 때에는 10년 이하의 징역 또는 1천500만원 이하의 벌금에 처한다.
- ③ 전 2항의 미수범은 처벌한다.

제258조(중상해, 존속중상해)

- ① 사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 자는 1년 이상 10년 이하의 징역에 처한다.
- ② 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 자도 전항의 형과 같다.
- ③ 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 전2항의 죄를 범한 때에는 2년 이상의 유기징역에 처한다.

제259조(상해치사)

- ① 사람의 신체를 상해하여 사망에 이르게 한 자는 3년 이상의 유기징역에 처한다.
- ② 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 전항의 죄를 범한 때에는 무기 또는 5년 이상의 징역에 처한다.

제260조(폭행, 존속폭행)

- ① 사람의 신체에 대하여 폭행을 가한 자는 2년 이하의 징역, 500만원 이하의 벌금, 구류 또는 과료에 처한다.
- ② 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 제1항의 죄를 범한 때에는 5년 이하의 징역 또는 700만원 이하의 벌금에 처한다.
- ③ 제1항 및 제2항의 죄는 피해자의 명시한 의사에 반하여 공소를 제기할 수 없다.

제261조(특수폭행)

단체 또는 다중의 위력을 보이거나 위험한 물건을 휴대하여 제260조제1항 또는 제2항의 죄를 범한 때에는 5년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금에 처한다.

제262조(폭행치사상)

전2조의 죄를 범하여 사람을 사상에 이르게 한 때에는 제257조 내지 제259조의 예에 의한다.

제31장 약취(略取), 유인(誘引) 및 인신매매의 죄

제287조(미성년자의 약취, 유인)

미성년자를 약취 또는 유인한 사람은 10년 이하의 징역에 처한다.

제288조(추행 등 목적 약취, 유인 등)

- ① 추행, 간음, 결혼 또는 영리의 목적으로 사람을 약취 또는 유인한 사람은 1년 이상 10년 이하의 징역에 처한다.
- ② 노동력 착취, 성매매와 성적 착취, 장기적출을 목적으로 사람을 약취 또는 유인한 사람은 2년 이상 15년 이하의 징역에 처한다.
- ③ 국외에 이송할 목적으로 사람을 약취 또는 유인하거나 약취 또는 유인된 사람을 국외에 이송한 사람도 제2항과 동일한 형으로 처벌한다.

제289조(인신매매)

- ① 사람을 매매한 사람은 7년 이하의 징역에 처한다.

- ② 추행, 간음, 결혼 또는 영리의 목적으로 사람을 매매한 사람은 1년 이상 10년 이하의 징역에 처한다.
- ③ 노동력 착취, 성매매와 성적 착취, 장기적출을 목적으로 사람을 매매한 사람은 2년 이상 15년 이하의 징역에 처한다.
- ④ 국외에 이송할 목적으로 사람을 매매하거나 매매된 사람을 국외로 이송한 사람도 제3항과 동일한 형으로 처벌한다.

제32장 강간과 추행의 죄

제297조(강간)

폭행 또는 협박으로 사람을 강간한 자는 3년 이상의 유기징역에 처한다.

제297조의2(유사강간)

폭행 또는 협박으로 사람에 대하여 구강, 항문 등 신체(성기는 제외한다)의 내부에 성기를 넣거나 성기, 항문에 손가락 등 신체(성기는 제외한다)의 일부 또는 도구를 넣는 행위를 한 사람은 2년 이상의 유기징역에 처한다.

제298조(강제추행)

폭행 또는 협박으로 사람에 대하여 추행을 한 자는 10년 이하의 징역 또는 1천500만원 이하의 벌금에 처한다.

제299조(준강간, 준강제추행)

사람의 심신상실 또는 항거불능의 상태를 이용하여 간음 또는 추행을 한 자는 제297조, 제297조의2 및 제298조의 예에 의한다.

제38장 절도와 강도의 죄

제333조(강도)

폭행 또는 협박으로 타인의 재물을 강취하거나 기타 재산상의 이익을 취득하거나 제삼자로 하여금 이를 취득하게 한 자는 3년 이상의 유기징역에 처한다.

제334조(특수강도)

- ① 야간에 사람의 주거, 관리하는 건조물, 선박이나 항공기 또는 점유하는 방실에 침입하여 제333조의 죄를 범한 자는 무기 또는 5년 이상의 징역에 처한다.
- ② 흉기를 휴대하거나 2인 이상이 합동하여 전조의 죄를 범한 자도 전항의 형과 같다.

제335조(준강도)

절도가 재물의 탈환을 항거하거나 체포를 면탈하거나 죄적을 인멸할 목적으로 폭행 또는 협박을 가한 때에는 전2조의 예에 의한다.

제336조(인질강도)

사람을 체포·감금·약취 또는 유인하여 이를 인질로 삼아 재

물 또는 재산상의 이익을 취득하거나 제3자로 하여금 이를 취득하게 한 자는 3년 이상의 유기징역에 처한다.

제340조(해상강도)

- ① 다중의 위력으로 해상에서 선박을 강취하거나 선박내에 침입하여 타인의 재물을 강취한 자는 무기 또는 7년 이상의 징역에 처한다.
- ② 제1항의 죄를 범한 자가 사람을 상해하거나 상해에 이르게 한 때에는 무기 또는 10년 이상의 징역에 처한다.
- ③ 제1항의 죄를 범한 자가 사람을 살해 또는 사망에 이르게 하거나 강간한 때에는 사형 또는 무기징역에 처한다.

4. 폭력행위 등 처벌에 관한 법률

[법률 제7891호, 시행 2006.6.25]

제2조(폭행등)

- ① 상습적으로 다음 각 호의 죄를 범한 자는 다음의 구분에 따라 처벌한다.
 1. 「형법」 제260조제1항(폭행), 제283조제1항(협박), 제319조(주거침입, 퇴거불응) 또는 제366조(재물손괴등)의 죄를 범한 자는 1년 이상의 유기징역
 2. 「형법」 제260조제2항(존속폭행), 제276조제1항(체포, 감금), 제283조제2항(존속협박) 또는 제324조(강요)의 죄를 범한 자는 2년 이상의 유기징역
 3. 「형법」 제257조제1항(상해)·제2항(존속상해), 제276조제2항(존속체포, 존속감금) 또는 제350조(공갈)의 죄를 범한 자는 3년 이상의 유기징역
- ② 2인 이상이 공동하여 제1항 각 호에 열거된 죄를 범한 때에는 각 형법 본조에 정한 형의 2분의 1까지 가중한다.
- ③ 이 법 위반(「형법」 각본조를 포함한다)으로 2회 이상 징역형을 받은 자로서 다시 제1항에 열거된 죄를 범하여 누범으로 처벌할 경우에도 제1항과 같다.
- ④ 제2항 및 제3항의 경우에는 「형법」 제260조제3항 및 제283조제3항을 적용하지 아니한다.

제4조 (단체등의 구성·활동)

- ① 이 법에 규정된 범죄를 목적으로한 단체 또는 집단을 구성하거나 그러한 단체 또는 집단에 가입하거나 그 구성원으로 활동한 자는 다음의 구별에 의하여 처벌한다.
 1. 수괴는 사형, 무기 또는 10년 이상의 징역에 처한다
 2. 간부는 무기 또는 7년 이상의 징역에 처한다
 3. 그외의 자는 2년 이상의 유기징역에 처한다
- ② 제1항의 단체 또는 집단을 구성하거나 그러한 단체 또는 집단에 가입한 자가 단체 또는 집단의 위력을 과시하거나 단체 또는 집단의 존속·유지를 위하여 다음 각호의 1의 행위를 한 때에는 그 죄에 대한 형의 장기 및 단기의 2분의 1까지 가중한다.
 1. 「형법」 제8장 공무방해에 관한 죄중 제136조(공무집행방해)·제141조(공용서류등의 무효·공용물의 파괴)의 죄, 동법

제24장 살인의 죄중 제250조제1항(살인)·제252조(촉탁, 승낙에 의한 살인등)·제253조(위계등에 의한 촉탁살인등)·제255조(예비, 음모)의 죄, 동법 제34장 신용, 업무와 경매에 관한 죄중 제314조(업무방해)·제315조(경매, 입찰의 방해)의 죄, 동법 제38장 절도와 강도의 죄중 제333조(강도)·제334조(특수강도)·제335조(준강도)·제336조(인질강도)·제337조(강도상해, 치상)·제339조(강도강간)·제340조제1항(해상강도) 및 제2항(해상강도 상해, 치상)·제341조(상습범)·제343조(예비, 음모)의 죄를 범한 자

2. 이 법 제2조 또는 제3조의 죄를 범한 자

- ③ 타인에게 제1항의 단체 또는 집단에 가입할 것을 강요하거나 권유한 자는 2년 이상의 유기징역에 처한다.
- ④ 제1항의 단체 또는 집단을 구성하거나 그러한 단체 또는 집단에 가입하여 단체 또는 집단의 존속·유지를 위하여 금품을 모집한 자는 3년 이상의 유기징역에 처한다.