해당 상품은 보험상품으로, 은행의 예 · 적금상품과 다릅니다.
이 상품은 보장성 보험으로 저축성 보험(연금)이 아닙니다.

약 관

아이누리 100세 보장보험(1701)

| 무배당 |

100세까지 해당질병보장받고,
학자금(중도급부형)받거나
생활자금(생활자금형)받는 **어린이보험**

DB생명

DB생명
"고객과 함께 성장하는 DB생명이 되겠습니다."
항상 DB생명과 함께 해주신 고객님의
성원에 깊은 감사를 드립니다.
저희 DB생명은
고객님께 더 좋은 상품과 서비스를 제공하고,
고객의 소중한 자산을 더욱 안전하게
키워드리기 위해 노력해왔습니다.
앞으로도 DB생명은
고객과 함께 성장하는 회사가 될 수 있도록
최선의 노력을 다하겠습니다.
저희 회사를 찾아주신 고객 여러분께
다시한번 감사드립니다.

쉽게 보는 보험 약관 가이드

보험약관이란?

보험약관은 가입하신 계약에 대해 계약자와 보험회사의 권리와 의무를 규정한 중요한 내용입니다. 특히, 보험금지급이나 보험료납입 관련 등 중요사항에 대한 자세한 설명이 담겨 있으니 반드시 확인하시기 바랍니다.

약관구성

01 약관 간편설명서

본문에 앞서 꼭 필요한 정보만 "쉽고", "빠르게" 찾을 수 있도록 요약된 자료입니다.

02 보험약관 (본문)

가입하신 주계약 상품의 약관 본문입니다.

자세한 설명이 필요한 부분에 알기 쉬운 설명을 덧붙였습니다.

도표, 사례, 계산법 풀이 등을 통해 궁금한 사항을 쉽게 설명해드립니다.

어려운 법률·금융 용어를 쉽게 풀어 안내합니다.

이 약관 외의 다른 법률·규정을 인용한 조항을 안내합니다.

스마트폰에서 DB생명을 만나는 방법!

보험금 청구 안내

전국 지점 안내

DB생명 모바일 홈페이지

목 차

01 약관 간편설명서

보험 용어해설 ····· 5
가입자 유의사항 ····· 6
주요내용 요약서 ····· 8
보험계약관련 체크리스트 ····· 10
주요 민원 사례 ····· 14
보험금 청구안내 ····· 15
보험계약 관련 교부서류안내 ····· 16
궁금사항 쉽게 찾기 ····· 17

02 보험약관(본문)

무배당 아이누리 100세 보장보험 약관(1701) ····· 18

[제도성특약]

특별조건부특약 약관 ····· 129
특정 신체부위·질병보장제한부 인수특약 약관 ····· 133
지정대리청구서비스특약 약관 ····· 140
무배당 New 연금전환특약Ⅱ 약관 ····· 143

[상품코드]

구 분			상품코드	
			1형 (일반형)	2형 (태아형)
1종(중도급부형)		공용	A021501001	A021502001
		국민금융用	A021503001	A021505001
		국민금융用 -다자녀할인	A021504001	A021506001
2종(생활자금형)	즉시형	공용	A021507001	A021508001
		국민금융用	A021509001	A021511001
		국민금융用 -다자녀할인	A021510001	A021512001
	10년거치형	공용	A021513001	A021514001
		국민금융用	A021515001	A021517001
		국민금융用 -다자녀할인	A021516001	A021518001
3종(일시지급형)		공용	A021519001	A021520001
		국민금융用	A021521001	A021523001
		국민금융用 -다자녀할인	A021522001	A021524001
4종(만기환급형)		공용	A021525001	A021526001
		국민금융用	A021527001	A021529001
		국민금융用 -다자녀할인	A021528001	A021530001

약관 간편설명서

※ 본문에 앞서 꼭 필요한 정보만
"쉽고", "빠르게" 찾을 수 있도록 요약된 자료입니다.

Ⅰ 보험 용어해설

01_ 보험약관
생명보험 계약에 관하여 보험계약자와 보험회사 상호간에 이행하여야 하는 권리와 의무를 규정한 것

02_ 보험증권
보험계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 보험회사가 보험계약자에게 드리는 증서

03_ 보험계약자
보험회사와 계약을 체결하고 보험료 납입의무를 지는 사람

04_ 피보험자
보험사고의 대상이 되는 사람

05_ 보험수익자
보험사고 발생시 보험금의 청구권을 갖는 사람

06_ 보험료
보험계약에 따른 보장을 받기 위하여 보험계약자가 보험회사에 납입하는 금액

07_ 보험금
피보험자의 사망, 장해, 입원, 만기 등 보험금 지급사유가 발생하였을 때 보험회사가 보험수익자에게 지급 하는 금액

08_ 보험기간
보험계약에 따라 보장을 받는 기간

09_ 보장개시일
보험회사의 보험금 지급의무가 시작되는 날

10_ 보험가입금액
보험금, 보험료 및 책임준비금 등을 산정하는 기준이 되는 금액 (다만, 보험가입금액, 보험료 납입기간, 피보험자의 나이 등을 기준으로 보험료를 산출하지 않고 보험계약자가 보험료를 선택하는 보험에서는 보험료 수준에 따라 보험금, 책임준비금(계약자적립금) 등이 결정됨)

11_ 책임준비금
장래의 보험금, 해지환급금 등의 지급을 위하여 보험계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 보험회사가 적립해 둔 금액

12_ 해지환급금
계약이 효력을 잃거나 해지된 경우 보험계약자에게 돌려주는 금액

Ⅰ 가입자 유의사항

보험계약 관련 특히 유의할 사항

① 보험계약관련 유의사항

01 보험 가입관련

은행 등 금융기관은 대출조건으로 보험판매를 할 수 없고, 타 보험회사의 유사상품 3종 이상을 필수적으로 안내하여야 하며, 은행의 지정된 판매자만이 보험판매가 가능하고, 전화 등 고객과 비대면 방식의 보험판매도 금지되어 있습니다. 이러한 사례가 나타날 경우 금융감독원으로 신고하여 주시기 바랍니다.

02 감액 관련

이 상품은 보험료를 장기간 납입해야 하므로 보험계약자의 소득을 감안하여 보험료 수준을 결정하여야 하며, 납입기간 중 보험가입금액을 감액하는 경우 감액부분 만큼 해지로 처리되어 해지공제금액 상당의 손실이 발생될 수 있습니다.

03 계약전 알릴 의무

□ 과거 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.
□ 과거 질병 치료사실 등을 보험설계사에게 말로만 알린 경우는 보험회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 반드시 청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다.

04 예금자 보호 제도

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

용어해설

"예금자보호법" 이란?

금융기관이 파산 등의 사유로 예금을 지급할 수 없는 상황에 대처하기 위하여 예금보험제도 등을 효율적으로 운영함으로써 예금자를 보호하고 금융제도의 안정성을 유지하는 데 이바지함을 목적으로 하는 법률

② 해지환급금에 관한 사항

이 보험계약을 중도 해지할 경우 해지환급금은 납입한 보험료에서 지나간 기간의 위험보험료, 계약체결비용 및 계약관리비용(해지공제금액 포함) 등이 차감되므로 납입보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다.

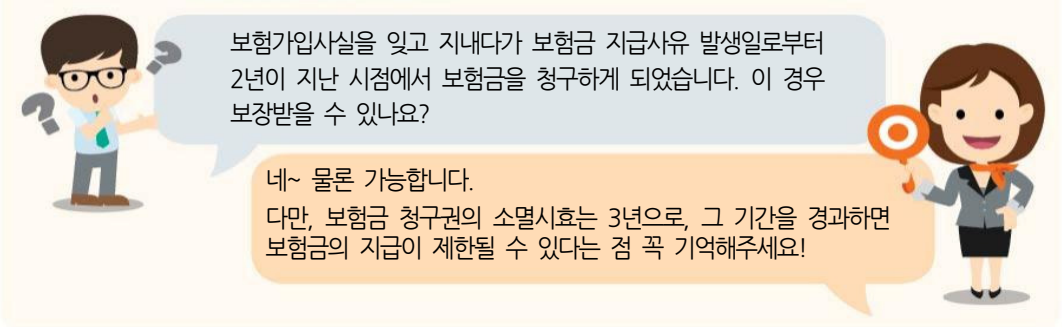
아래 기재된 유의사항은 약관내용의 일부를 선별하여 요약한 것이므로,
보다 자세한 내용은 약관 본문을 필히 확인하시기 바랍니다.

보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- 암(기타피부암, 제자리암, 경계성종양, 갑상선암, 대장점막내암 제외), 기타피부암, 제자리암, 경계성종양, 갑상선암 및 대장점막내암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격증을 가진자에 의해 조직검사, 미세바늘흡인검사(미세한 바늘을 이용한 생체검사 방법) 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.
- 1형(일반형)의 경우, 계약일로부터 2년 이전에 고액암, 일반암, 유방암/남녀생식기관련암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양, 갑상선암, 대장점막내암, 뇌출혈 또는 급성심근경색증 지급사유 발생 시 각 해당 보험금의 50%를 지급합니다.
- 암 등 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.
- 질병으로 인한 뇌출혈 이외에 재해로 인한 뇌출혈은 보장하지 않습니다.
- 2대질병의 `뇌출혈(분류코드 I60~I62)` 에서 `뇌경색(분류코드 I63)` 은 보장하지 않습니다.
- 피보험자의 사망시 고액암, 유방암 및 남녀생식기관련암 이외의 암, 유방암/남녀생식기관련암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양, 갑상선암, 대장점막내암, 뇌출혈 또는 급성심근경색증으로 진단이 확정되지 않은 상태에서 의심되거나 추정적인 진단만으로는 보장하지 않습니다.
- 입원이란 의사, 치과의사, 한의사 면허를 가진자에 의하여 병원이나 의원, 한의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- 질병 및 재해/고액치료비관련 질병/컴퓨터관련질환/식중독/생활질환/화상 입원급여금은 1회 입원당 120일을 지급한도로 합니다.(중환자실 입원급여금은 1회 입원당 60일을 지급한도로 합니다.)
- 골절치료자금은 동일재해로 2가지 이상의 골절시 1회만 지급하며, 의학적 처치 및 치료를 목적으로 골절을 시키는 경우에는 골절치료자금을 지급하지 않습니다.
- 2종(생활자금형)의 경우 보험수익자가 확정지급 분(연간 12회) 중 미지급된 금액을 일시금으로 선지급 받기를 원하는 경우, 평균공시이율 또는 적용이율로 할인하여 계산한 금액 중 큰 금액을 일시금으로 선지급합니다.
- 2종(생활자금형)의 생활자금(중도생존급부금)은 피보험자의 생존시에만 지급되며, 생활자금(중도생존급부금)의 지급 중에 사망시 사망시점의 책임준비금과 생활자금(중도생존급부금)의 확정지급분(연간 12회) 중 미지급된 금액이 지급되고, 향후 생활자금(중도생존급부금)은 더 이상 지급되지 않습니다.
- 3종(일시지급형)의 일시생활자금(중도생존급부금)은 피보험자의 지급사유 발생일 생존시에만 지급되며, 그 이전에 사망시에는 사망시점의 책임준비금이 지급되고 일시생활자금(중도생존급부금)은 지급되지 않습니다.

보험금을 지급하지 않는 주요 사례

[보험금 청구권 소멸시효 관련 사례]



Ⅰ 주요내용 요약서

가. 자필서명

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

나. 청약철회

보험계약자는 보험 증권을 받은 날부터 15일 이내에 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, 전문보험계약자가 체결한 계약
- ☑ 청약을 한 날부터 30일을 초과한 경우

다. 계약취소

계약을 청약할 때 약관과 계약자 보관용 청약서를 전달받지 못하였거나 약관의 중요한 내용을 설명받지 못한 때 또는 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명을 포함합니다)을 하지 않은 때에는 계약자가 계약이 성립한날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.
이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

라. 계약의 무효

다음 중 한 가지에 해당하는 경우 회사는 계약을 무효로 할 수 있으며 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 매회차 보험료(초회보험료 포함)를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

- ☑ 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우

마. 계약 전 알릴의무

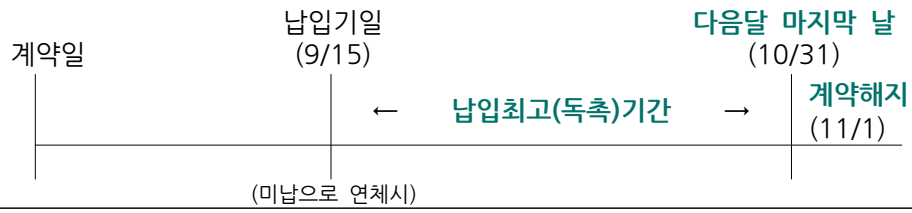
보험계약자 또는 피보험자는 청약서의 질문사항에 대하여 사실대로 기재하고 자필서명을 하셔야 합니다. 특히, 보험설계사에게 구두로 알린 사항은 효력이 없으며, 만약 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정한 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.

바. 보험료의 납입연체 및 계약의 해지에 관한 사항

보험계약자가 보험료의 납입을 연체하는 경우 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 정하고 그 때까지 보험료를 납입하지 않을 경우 계약이 해지됨을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다.

다만, 당사의 납입최고(독촉)기간은 아래와 같이 납입기일 다음날부터 납입기일이 속하는 달의 다음달 마지막 날까지로 하며, 이는 약관에서 정한 범위 내에서 변경될 수 있습니다.

[예시] 제2회 이후 보험료 납입 연체시



※ 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간을 그 다음 날까지로 합니다.

사. 보험료 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활

보험료 납입연체로 보험계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 보험계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 보험계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사는 보험계약자 또는 피보험자의 건강상태, 직업, 직종 등에 따라 승낙여부를 결정하며, 합리적인 사유가 있는 경우 부활(효력회복)을 거절하거나 보장의 일부를 제한할 수 있습니다.

아. 계약의 소멸

이 보험계약은 보험기간 중 피보험자의 사망으로 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우, 그때부터 효력이 없으며 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

Ⅰ 보험계약관련 체크리스트

☑ 이 내용은 생명보험표준약관(보험업감독업무시행세칙 별표15)을 기준으로 작성되었으며, 가입하신 상품 약관의 조항 및 내용과 다소 다를 수 있습니다.

☑ 보다 자세한 내용은 해당 상품의 "약관본문"에 기재하고 있으니 내용을 확인하시기 바랍니다.

1 청약서에서 질문한 사항에 대하여 반드시 사실대로 기재하고 자필서명을 하여야 합니다. (계약 전 알릴 의무)

[CHECK]

표준약관 제14조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제13조(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. (이하생략)

[해설]

- 계약자 또는 피보험자는 청약서의 중요한 사항에 대하여 사실대로 기재하고 자필서명을 하여야 합니다.
- "중요한 사항"이라 함은 직업, 현재 및 과거 병력, 장애상태, 고위험 취미(예 : 암벽등반, 패러글라이딩 등) 등 회사가 그 사실을 알았더라면 보험계약 체결 및 보험금 지급에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

※ 계약자가 보험설계사에게 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.

주의

계약 전 알릴 의무를 지키지 않으면 보험금이 지급되지 않을 수 있고, 또한 계약이 해지될 수 있습니다. 이 경우 회사는 납입한 보험료가 아닌 해지환급금을 지급하게 되어 금전적 손실이 발생할 수도 있습니다.

사례

보험계약 청약을 하면서 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.

2 ▶ 계약의 취소가 가능한 경우가 있습니다.

표준약관 제18조(약관교부 및 설명의무 등)

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 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명을 포함합니다)을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

[해설]

- 계약자는 다음의 경우 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다. 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

1. 계약을 청약할 때 약관과 계약자 보관용 청약서(청약서 부본)를 전달받지 못한 경우
2. 약관의 중요한 사항을 설명받지 못한 경우
3. 청약서에 자필서명(전자서명 포함)을 하지 않은 경우

3 ▶ 계약자는 청약을 철회할 수 있습니다.

표준약관 제17조(청약의 철회)

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

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

[해설]

- 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있으며, 이 경우 회사는 3일 이내에 납입한 보험료를 돌려 드립니다.
- 다만, 진단계약, 전문보험계약자가 체결한 계약 또는 청약을 한 날부터 30일이 초과한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

4 계약이 무효로 되는 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

표준약관 제19조(계약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 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.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
2. 만 15세 미만자, 심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
3. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 제2호의 만 15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

[해설]

- 계약이 무효가 되는 경우 보험금 지급사유가 발생하더라도 보험금을 지급하지 않으며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 계약의 무효사유에 대하여 각 상품별 보험약관을 반드시 확인하시기 바랍니다.

5 계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있습니다. 다만, 해지환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다.

표준약관 제29조('계약자의 임의해지' 및 '피보험자의 서면동의 철회권')

① 계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며(다만, 연금보험의 경우 연금이 지급개시된 이후에는 해지할 수 없습니다), 이 경우 회사는 제63조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

[해설]

- 보험은 계약자가 납입한 보험료 중 일부는 불의의 사고를 당한 다른 가입자에게 지급되는 보험금으로, 또 다른 일부는 보험회사 운영에 필요한 경비로 사용되므로 중도 해지시 지급되는 해지환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다.

6 제2회 이후 보험료를 납입기일까지 납입하지 않은 경우 계약이 해지될 수 있습니다.

[CHECK]

표준약관 제26조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체중인 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 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

[해설]

- 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않은 때에는 납입최고(독촉)하고 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 계약이 해지됩니다.

7 납입연체로 해지된 계약에 대하여 부활(효력회복)을 청약 할 수 있습니다.

[CHECK]

표준약관 제27조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

② 제26조(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 3년 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 평균공시이율 + 1% 범위 내에서 각 상품별로 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 다만, 금리연동형보험은 각 보험상품별 사업방법서에서 별도로 정한 이율로 계산합니다.

[해설]

- 보험료 납입연체로 계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.
- 다만, 회사는 계약자 또는 피보험자의 건강상태, 직업, 직종 등에 따라 승낙여부를 결정하며, 합리적인 사유가 있는 경우 부활(효력회복)을 거절하거나 보장의 일부를 제한할 수 있습니다.

Ⅰ 주요 민원 사례

민원사례 1 계약전 알릴의무 위반관련

유의사항	▶ 과거 질병 치료사실 등 계약전 알릴 의무사항을 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못하거나 계약이 해지될 수 있습니다. ▶ 특히, 과거 질병 치료사실 등을 보험설계사등에게 말로써 알린 경우는 보험회사에 알리지 않은 것으로 간주 되므로, 반드시 청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다. ▶ 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약전 알릴의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.

민원사례 2 해지환급금(사업비) 관련

내용	• 최근 A고객은 모집인B씨에게 어린이보험을 가입하면서 납입한 보험료 전체에 대해 원금이 보장된다는 설명을 들음 • 그러나, 콜센터와의 상담 중 해지환급금이 납입한 보험료에 훨씬 미치지 못한다는 사실을 확인하고 민원을 제기함
유의사항	▶보험계약은 납입한 보험료 중 일부는 다른 계약자에게 보험금으로 지급되며, 또 다른 일부는 보험회사의 운영에 필요한 경비로 사용되므로 해지환급금이 납입한 보험료 보다 적거나 없을 수도 있습니다. 더욱이 보장성 상품의 경우 저축성 상품(연금보험, 저축보험 등)보다 필요한 경비가 더욱 많을 수 밖에 없어 납입한 보험료에서 공제하는 비율이 크므로 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다.

Ⅰ 보험금 청구안내

01_ 보험금 청구 절차

1. 계약사항과 보장내용 확인
2. 청구서류확인/작성
3. FP신청, 가까운 지점방문 또는 우편접수

02_ 콜센터 보험금관련 문의

1588-3131 ▶ 2번 (입원, 수술, 실손 등 사고보험금상담) ▶ 0번 (상담사 연결)

03_ 공통 제출서류

구분		유의사항
공통		보험금청구서 (개인정보 처리 동의, 계좌번호 포함) 및 청구인 신분증 사본
추가 서류 (필요시)	가족관계 확인 필요 시	가족관계 확인서류 (예. 가족관계증명서, 혼인관계증명서 등) (→ 배우자, 자녀 등의 보장상품, 수익자가 미성년자인 경우 등 필요)
	대리인 청구 시 (보험금 위임 시)	위임장, 보험금 청구권자의 인감증명서(또는 본인서명사실 확인서) 보험금 청구권자의 개인(신용)정보처리 동의
	재해사고 시 재해 입증서류	각종 사고사실확인원 / 지급결의서 / 사고경위서

- 보험금청구서 등 기타 필요서식 다운로드 및 보험금 청구관련 자세한 안내는 DB생명 홈페이지 (www.idblife.com) ▶ 고객센터 ▶ 보험금 청구안내 에서 가능합니다.

04_ 보험금의 지급절차

회사는 보험금 청구서류를 접수한 날부터 **3영업일 이내**에 보험금을 지급합니다.
또한 보험금지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 지급함이 원칙이나, 이보다 늦어질 경우에는 지급 지연에 대한 이자를 지급합니다.(다만, 의료기관 등에 대한 회사의 서면 조사요청에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때 까지 지급지연 이자가 지급되지 않음)

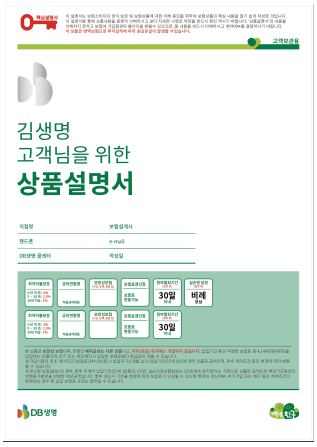
주의

위 내용은 계약체결시점을 기준으로 작성되었으며, 추후 변경될 수 있으니 보험금 청구 시점에 **홈페이지(www.idblife.com)** 또는 **콜센터(☎1588-3131)**에서 관련내용을 반드시 확인하시기 바랍니다.

보험계약 관련 교부서류안내

- '계약 전'과 '계약 후' 계약자에게 교부하는 서류는 다음과 같습니다.
- 교부받은 서류에 체크표시(✔)하시고, 수령하지 못한 경우에는 담당 FP 또는 콜센터(☎1588-3131)에 문의해 주세요.
- 변액보험을 가입하신 경우 운용설명서 등이 추가로 교부됩니다.

1 계약 전 교부서류

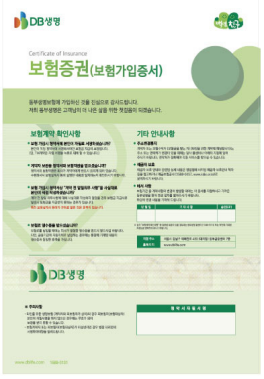


☑ [상품설명서]

☑ [CD약관]

☑ [계약자보관용 청약서]

2 계약 후 교부서류



☑ 보험증권

증권번호를 알아두시면 보험 관련 상담 및 보험금 청구가 보다 용이합니다.

Ⅰ 궁금사항 쉽게 찾기

다음과 같은 상황이 궁금한 경우, 필요한 정보를 해당 약관 조항에서 확인하실 수 있습니다.

01_ 이 계약에 쓰이는 용어가 궁금해요

제2조【용어의 정의】 22

02_ 청약을 철회하고 싶어요

제47조【청약의 철회】 50

03_ 보험금 지급에 관해 궁금해요

제33조【보험금의 지급사유】 35
제34조【보험금 지급에 관한 세부규정】 38
제35조【보험금을 지급하지 않는 사유】 45
별표1【보험금 지급기준표】 65

04_ 보험금 청구할 때 참고하세요

제37조【보험금의 청구】 45
제38조【보험금의 지급절차】 46
제68조【소멸시효】 60

05_ 보험료를 납입할 때에 유의할 점이 있나요?

제54조【제1회 보험료 및 회사의 보장개시】 55
제55조【제2회 이후 보험료의 납입】 56

06_ 보험료 납입이 연체되었어요

제57조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지】 57
제58조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)】 58

07_ 계약을 해지하고 싶어요

제60조【'계약자의 임의해지' 및 '피보험자의 서면동의 철회권'】 59
제63조【해지환급금】 59

08_ 긴급자금이 필요해요

제64조【보험계약대출】 60

※ 조항번호는 주계약 약관 기준입니다.

무배당 아이누리 100세 보장보험 (1701)

[주계약 약관]

이름으로 풀어보는 상품특징

계약자배당을 하지 않는 보험상품

무배당 아이누리100세보장보험

암,CI등 다양한 급부에 대해 100세까지 보장해주는 어린이 전용상품

주계약 목차

제1관 목적 및 용어의 정의 ····· 22

제1조【목적】····· 22
제2조【용어의 정의】····· 22

제2관 보험금의 지급 ····· 24

제3조【"암", "고액암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정】 ····· 24
제4조【"제자리암"의 정의 및 진단확정】····· 25
제5조【"경계성종양"의 정의 및 진단확정】····· 25
제6조【"대장점막내암"의 정의 및 진단확정】····· 26
제7조【"뇌출혈"의 정의 및 진단확정】····· 26
제8조【"급성심근경색증"의 정의 및 진단확정】····· 28
제9조【"조혈모세포 이식수술"의 정의】····· 28
제10조【"5대장기 이식수술"의 정의】····· 28
제11조【"말기신부전증"의 정의 및 진단확정】····· 29
제12조【"중증재생불량성빈혈"의 정의 및 진단확정】····· 29
제13조【"중대한 화상 및 부식"의 정의 및 진단확정】····· 29
제14조【"심장합병증을 동반한 가와사키병"의 정의 및 진단확정】····· 29
제15조【"고액치료비관련 질병"의 정의 및 진단확정】····· 29
제16조【"컴퓨터관련질환"의 정의 및 진단확정】····· 30
제17조【"생활질환" 및 "식중독"의 정의 및 진단확정】····· 30
제18조【"중환자실(Intensive Care Unit, 집중치료실 또는 집중강화치료실)"의 정의】····· 30
제19조【"양성뇌종양"의 정의 및 진단확정】····· 31
제20조【"특정 법정감염병" 및 "감염병환자 및 의사환자"의 정의 및 진단확정】31
제21조【"재해골절"의 정의 및 진단확정】····· 32
제22조【"화상"의 정의 및 진단확정】····· 32
제23조【"입원" 및 "수술"의 정의와 장소】····· 33
제24조【"응급실"의 정의와 장소】····· 33
제25조【"응급실 내원 진료비 대상자"의 정의】····· 34
제26조【"주산기질환"의 정의 및 진단확정】····· 34
제27조【"선천이상"의 정의 및 진단확정】····· 34
제28조【"뇌성마비"의 정의 및 진단확정】····· 34
제29조【"개흉심장수술"의 정의】····· 35
제30조【"심장시술"의 정의】····· 35
제31조【"스쿨존(어린이보호구역)"의 정의】····· 35
제32조【"스쿨존 교통사고"의 정의】····· 35
제33조【보험금의 지급사유】····· 35
제34조【보험금 지급에 관한 세부규정】····· 38
제35조【보험금을 지급하지 않는 사유】····· 45
제36조【보험금 지급사유의 발생통지】····· 45

제37조【보험금의 청구】 45
제38조【보험금의 지급절차】 46
제39조【보험금 받는 방법의 변경】 47
제40조【주소변경통지】 47
제41조【보험수익자의 지정】 47
제42조【대표자의 지정】 47

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등 48

제43조【계약 전 알릴의무】 48
제44조【계약 전 알릴의무 위반의 효과】 48
제45조【사기에 의한 계약】 49

제4관 보험계약의 성립과 유지 49

제46조【보험계약의 성립】 49
제47조【청약의 철회】 50
제48조【약관교부 및 설명의무 등】 51
제49조【계약의 무효】 52
제50조【계약내용의 변경 등】 53
제51조【보험가입금액의 자동증액】 54
제52조【보험나이】 54
제53조【계약의 소멸】 55

제5관 보험료의 납입 55

제54조【제1회 보험료 및 회사의 보장개시】 55
제55조【제2회 이후 보험료의 납입】 56
제56조【보험료의 자동대출납입】 57
제57조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지】 57
제58조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)】 58
제59조【강제집행 등으로 해지된 계약의 특별부활(효력회복)】 58

제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등 59

제60조【'계약자의 임의해지' 및 '피보험자의 서면동의 철회권'】 59
제61조【중대사유로 인한 해지】 59
제62조【회사의 파산선고와 해지】 59
제63조【해지환급금】 59
제64조【보험계약대출】 60
제65조【배당금의 지급】 60

제7관 분쟁의 조정 등 60

제66조【분쟁의 조정】 60
제67조【관할법원】 60
제68조【소멸시효】 60
제69조【약관의 해석】 61
제70조【회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력】 61
제71조【회사의 손해배상책임】 61
제72조【개인정보보호】 62

제73조【준거법】 62
제74조【예금보험에 의한 지급보장】 62

태아가입특칙(胎兒加入特則) 63
제75조【특칙의 적용】 63
제76조【피보험자】 63
제77조【출생통지】 63
제78조【유산(流産), 사산(死産) 등】 63
제79조【복수(複數) 출생의 경우】 63
제80조【출생전 보험금 지급사유 발생】 64
제81조【계약나이의 계산 특례(特例)】 64
제82조【계약일, 계약나이의 변경 및 보험료 정산에 관한 사항】 64

(별표 1) 보험금 지급기준표 65
(별표 1-1) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 73
(별표 2) 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외) 75
(별표 3) 고액치료비 관련 악성신생물 분류표 76
(별표 4) 제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외) 77
(별표 5) 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 78
(별표 6) 뇌출혈의 정의 79
(별표 7) 급성심근경색증의 정의 80
(별표 8) "중증재생불량성빈혈"의 정의 81
(별표 9) 중대한 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부손상)의 정의 81
(별표 10) 고액치료비관련 질병 분류표 82
(별표 11) 컴퓨터관련질환 분류표 83
(별표 12) 생활질환 분류표 84
(별표 13) 식중독 분류표 88
(별표 14) 양성뇌종양 분류표 88
(별표 15) 1~5종 수술분류표 I 89
(별표 16) 대상이 되는 특정 법정감염병 분류표 97
(별표 16-1) 대상이 되는 특정 법정감염병 환자를 진단할 수 있는 기관 98
(별표 16-2) 감염병환자의 진단기준 99
(별표 17) 응급의료에 관한 법률 시행규칙 제2조(응급환자) 100
(별표 18) 재해골절(치아파절 제외) 분류표 101
(별표 19) 화상분류표 102
(별표 20) 출생전후기에 기원한 특정병태 대상 분류표 103
(별표 21) 선천이상 분류표 104
(별표 22) 교통재해분류표 107
(별표 23) 스쿨존(어린이 보호구역) 108
(별표 24) 스쿨존 교통사고 분류표 109
(별표 25) 질병 및 재해분류표 110
(별표 26) 재해분류표 111
(별표 27) 장해분류표 112

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조【목적】

이 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 피보험자의 질병이나 상해에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조【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. **장해** : (별표27) 장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.

나. **재해** : (별표26) 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.

다. **중요한 사항** : 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다. ▶ 제46조【보험계약의 성립】 제2항 참조

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.

친절한 Mr.D

자세히 알아봅시다!

이자는 계산법에 따라 단리와 복리로 나눕니다. 단리는 원금에 대해서만 이자를 계산하는 방법이고, 복리는 (원금+이자)에 대하여 이자를 계산하는 방법입니다.

ex) 원금 100원, 연간 10% 이자율 적용시 2년 후 원리금은?

단리계산법: 100원+(100원×10%)+(100원×10%) =120원
원금 1년차 이자 2년차 이자

복리계산법: 100원+(100원×10%)+[100원+(100원×10%)]×10%=121원
원금 1년차 이자 2년차 이자

나. **평균공시이율 :** 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다. (2017년 1월 1일 현재 3.0%)

친절한 Mr.D

평균공시이율은 어디서 확인하나요?

현재 시점의 평균공시이율은 "금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)→업무자료→보험상품자료→평균공시이율" 에서 확인할 수 있습니다.

다. **해지환급금 :** 계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. **보험기간 :** 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. **암 보장개시일 :** 보험계약일을 말합니다. 다만, 계약일 현재 제52조(보험나이)에서 정한 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날을 말합니다.(이하 "암 보장개시일" 이라 합니다)

다. **매월 계약해당일** : 최초 계약일부터 1개월씩 경과되는 매월의 계약해당일
(다만, 해당 월의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막날을 계약해당일로 합니다)

친절한 Mr.D

계약 해당일이 없는 달의 예시

최초계약일 : 2017년 5월 31일 일 때, 2017년 6월의 월계약해당일은 2017년 6월 30일로 함
→ 2017년 6월에는 계약해당일(31일)이 없으므로, 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 함

라. **매년 계약해당일** : 최초 계약일부터 1년씩 경과되는 매년의 계약해당일
(다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막날을 계약해당일로 합니다)

마. **영업일 :** 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

관련법규

(대통령령 제24828호) 제2조 관공서의 공휴일에 관한 규정

관련법규

(대통령령 제24828호) 제2조 관공서의 공휴일에 관한 규정

제2조(공휴일) 관공서의 공휴일은 다음과 같다. 다만, 재외공관의 공휴일은 우리나라의 국경일 중 공휴일과 주재국의 공휴일로 한다.

1. 일요일
2. 국경일 중 3·1절, 광복절, 개천절 및 한글날
3. 1월 1일
4. 설날 전날, 설날, 설날 다음날 (음력 12월 말일, 1월 1일, 2일)
6. 석가탄신일 (음력 4월 8일)
7. 5월 5일 (어린이날)
8. 6월 6일 (현충일)
9. 추석 전날, 추석, 추석 다음날 (음력 8월 14일, 15일, 16일)
10. 12월 25일 (기독탄신일)

10의2. 「공직선거법」 제34조에 따른 임기만료에 의한 선거의 선거일

11. 기타 정부에서 수시 지정하는 날

제3조(대체공휴일)

① 제2조제4호 또는 제9호에 따른 공휴일이 다른 공휴일과 겹칠 경우 제2조제4호 또는 제9호에 따른 공휴일 다음의 첫 번째 비공휴일을 공휴일로 한다.

② 제2조제7호에 따른 공휴일이 토요일이나 다른 공휴일과 겹칠 경우 제2조제7호에 따른 공휴일 다음의 첫 번째 비공휴일을 공휴일로 한다.

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조【“암”, “고액암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정】

① 이 계약에 있어서 “암” 이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병[(별표2)“대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외)”참조]을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 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.

용어해설

유의사항

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

“한국표준질병사인분류” 이란?

용어해설

국민의 보건의료 복지행정의 수행과 의학연구를 위해 한국인의 질병 및 사인에 대하여 의무기록자료 및 사망원인통계조사(질병이완 및 사망자료) 등의 표준 통계를 세계보건기구(WHO)의 국제질병분류 ICD를 기초로 그 성질의 유사성에 따라 체계적으로 유형화한 것

② 이 계약에 있어서 "고액암"이라 함은 제1항에서 정한 "암" 중에서 고액치료비 관련 악성신생물 분류표[(별표3)"고액치료비 관련 악성신생물 분류표" 참조]에 정한 질병을 말합니다. (이하 "고액암"이라 합니다)

③ 이 계약에 있어서 "유방암"이라 함은 제1항에서 정한 "암" 중 제7차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C50(유방암의 악성 신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다. (이하 "유방암"이라 합니다)

④ 이 계약에 있어서 "남녀생식기관련암"이라 함은 제1항에서 정한 "암" 중 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C51~C58(여성 생식기관의 악성신생물(암)), C60~C63(남성 생식기관의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다. (이하 "남녀생식기관련암"이라 합니다)

⑤ 이 계약에 있어서 "기타피부암"이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(피부의 기타 악성 신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.(이하 "기타피부암"이라 합니다)

⑥ 이 계약에 있어서 "갑상선암"이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.(이하 "갑상선암"이라 합니다)

⑦ 이 계약에 있어서 "일반암"이라 함은 제1항에서 정한 "암" 중에서 "유방암" 및 "남녀생식기관련암"을 제외한 암을 말합니다. (이하 "일반암"이라 합니다)

⑧"암, 기타피부암 및 갑상선암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직검사(fixed tissue), 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암, 기타피부암 및 갑상선암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조【"제자리암"의 정의 및 진단확정】

① 이 계약에 있어서 "제자리암"이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류의 기본분류에 있어서 제자리의 신생물로 분류되는 질병[(별표4) "제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외)" 참조]을 말합니다. 다만, 제6조("대장점막내암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 "대장점막내암"은 제외합니다.

② 제자리암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격증을 가진자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue), 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 제자리암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제5조【"경계성종양"의 정의 및 진단확정】

① 이 계약에 있어서 "경계성종양"이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류의 기본분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표[(별표5) "행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표" 참조]에서 정한 질병을 말합니다.

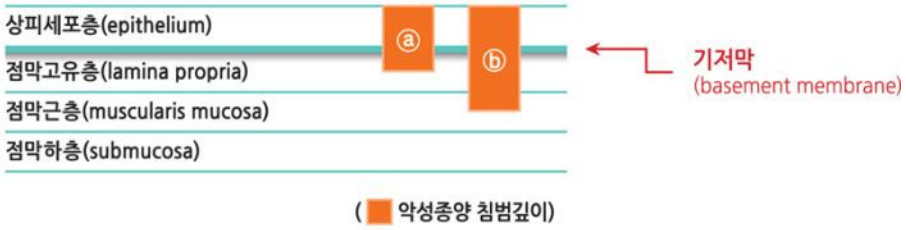
② 경계성종양의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue), 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는

피보험자가 경계성종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제6조【"대장점막내암"의 정의 및 진단확정】

① 이 계약에 있어서 "대장점막내암"이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 대장의 악성 신생물(암)(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 대장점막의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 기저막(basement membrance)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.

대장점막내암 예시



② 대장점막내암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue), 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 대장점막내암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제7조【"뇌출혈"의 정의 및 진단확정】

① 이 계약에 있어서 "뇌출혈"이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 별표6(뇌출혈의 정의)에서 정한 질병을 말합니다.

② 뇌출혈의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자 방출 단층 촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사 방법을 진단의 기초로 할 수 없을 경우에 한하여 피보험자가 뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

"전산화단층촬영(CT)" 이란?

Computed Tomography. 정밀도가 높은 X선으로 인체를 360도 방향에서 전체투사하여 나온 데이터를 컴퓨터로 조합하여 인체의 단면 영상을 그려내는 촬영기술

"자기공명영상(MRI)" 이란?

Magnetic Resonance Imaging. 자기장을 발생하는 커다란 자석통에 들어가게 한 후 고주파를 발생시켜 각 조직에서 나오는 신호의 차이를 측정하여 컴퓨터를 통해 재구성, 영상화 하는 기술로

인체의 장기나 종양, 병적인 모양 등에 대한 진단을 내리기 위해 활용되는 검사법

"뇌혈관조영술" 이란?

뇌 속 혈관의 병변이나 변화를 알아보기 위해 X선에 반응하여 희게 촬영되는 물질(종영제)를 뇌 혈관에 투여한 뒤 촬영하는 기술

"단일광자방출 전산화단층술(SPECT)" 이란?

Single Photon Emission Computed Tomography. γ선을 방출하는 방사성 동위원소를 체내에 투여하여 그 분포상태의 단면상을 컴퓨터로 재구성하는 촬영법

"양전자 방출 단층 촬영(PET)" 이란?

Positron Emission Tomography. 양전자를 방출할 때 발생하는 핵의학적 방사능을 이용하여 인체의 단면을 촬영하는 기술

"뇌척수액검사" 란?

뇌와 척수를 둘러싸 보호하고 있는 맑은 액체인 뇌척수액의 이상 유무를 알아보는 것

【의료법 제3조(의료기관)】

① 이 법에서 '의료기관'이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하'의료업'이라 한다)을 하는 곳을 말한다.

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

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」 제3조제3호에 따른 정신의료기관 중 정신병원, 「장애인복지법」 제58조제1항제2호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
   마. 종합병원

③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

【의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)】

① 의사·치과의사 또는 한의사가 되려는 자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자격을 가진 자로서 제9조에 따른 의사·치과의사 또는 한의사 국가시험에 합격한 후 보건복지부장관의 면허를 받아야 한다.

1. 「고등교육법」 제11조의2에 따른 인정기관(이하 "평가인증기구"라 한다)의 인증(이하 "평가인증기구의 인증"이라 한다)을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학을 졸업하고 의학사·치의학사

또는 한의학사 학위를 받은 자

2. 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 전문대학원을 졸업하고 석사학위 또는 박사학위를 받은 자
3. 보건복지부장관이 인정하는 외국의 제1호나 제2호에 해당하는 학교를 졸업하고 외국의 의사·치과의사 또는 한의사 면허를 받은 자로서 제9조에 따른 예비시험에 합격한 자

② 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원을 6개월 이내에 졸업하고 해당 학위를 받을 것으로 예정된 자는 제1항제1호 및 제2호의 자격을 가진 자로 본다. 다만, 그 졸업예정시기에 졸업하고 해당 학위를 받아야 면허를 받을 수 있다.

③ 제1항에도 불구하고 입학 당시 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원에 입학한 사람으로서 그 대학 또는 전문대학원을 졸업하고 해당 학위를 받은 사람은 같은 항 제1호 및 제2호의 자격을 가진 사람으로 본다.

제8조【"급성심근경색증"의 정의 및 진단확정】

① 이 계약에 있어서 "급성심근경색증"이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 별표7(급성심근경색증의 정의)에서 정하는 급성심근경색증으로 분류되는 질병을 말합니다.

② 급성심근경색증의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사 방법을 진단의 기초로 할 수 없을 경우에 한하여 피보험자가 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제9조【"조혈모세포 이식수술"의 정의】

이 계약에 있어서 "조혈모세포 이식수술" 이라 함은 각종 혈액질환 및 악성종양 치료시 발생되는 골수부전상태를 근본적으로 치료할 목적으로 정상적인 조혈모세포를 이식하는 시술로서 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 피보험자에게 투여하는 행위를 말합니다.
2. "동종(allogenic)말초조혈모세포이식"이라 함은 정상적인 조혈모세포를 가진 공여자의 말초혈액내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 피보험자에게 투여하는 행위를 말합니다.
3. "자가(autologous)골수조혈모세포이식"이라 함은 피보험자의 골수내 조혈모세포를 미리 채취하여 보관하였다가 골수부전상태에 있는 피보험자에게 다시 투여하는 행위를 말합니다.
4. "자가(autologous)말초조혈모세포이식"이라 함은 피보험자의 말초혈액내 조혈모세포를 미리 채취하여 보관하였다가 골수부전상태에 있는 피보험자에게 다시 투여하는 행위를 말합니다.
5. "제대혈조혈모세포이식"이라 함은 정상적인 조혈모세포가 있는 제대혈내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 피보험자 또는 타인에게 투여하는 행위를 말합니다.

제10조【"5대장기 이식수술"의 정의】

이 계약에 있어서 "5대장기이식수술"이라 함은 5대 장기의 만성부전상태로부터 근본적인 회복

과 치료를 목적으로 관련법규에 따라 정부에서 인정한 장기이식의료기관 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관에서 간장, 신장, 심장, 췌장, 폐장에 대하여 장기이식을 하는 것으로 타인의 내부장기를 적출하여 장기부전상태에 있는 수혜자에게 이식을 시행한 경우에 대한 수술을 말합니다. 단, 랑게르한스 소도 세포 이식수술은 보장에서 제외합니다.

제11조【"말기신부전증"의 정의 및 진단확정】

① 이 계약에 있어서 "말기 신부전증"이라 함은 양쪽 신장 모두가 비가역적인 기능 부전을 보이는 말기신질환(End Stage Renal Disease)으로서 보존요법으로는 치료가 불가능하여 혈액투석이나 복막투석을 받고 있거나 받은 경우를 말하며, 일시적으로 투석치료를 필요로 하는 신부전증은 말기신부전증에서 제외합니다.

② "말기신부전증"의 진단확정은 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사 제외) 자격증을 가진 자(이하 "의사"라 합니다)가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 "말기신부전증" 상태의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 병리조직검체, 검사결과, 진료기록부의 제출을 요청할 수 있습니다.

제12조【"중증재생불량성빈혈"의 정의 및 진단확정】

① 이 계약에 있어서 "중증재생불량성빈혈"이라 함은 별표8("중증재생불량성빈혈"의 정의)에서 정한 질병을 말합니다.

② "중증재생불량성빈혈"의 진단확정은 혈액학 분야의 전문의가 작성한 문서화된 진료기록 및 골수조직검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

제13조【"중대한 화상 및 부식"의 정의 및 진단확정】

① 이 계약에 있어서 "중대한 화상 및 부식"이라 함은 별표9("중대한 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부손상)"의 정의)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 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 해당 분야의 전문의(치과의사, 한의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 문서화된 기록 또는 검사결과 등을 기초로 하여 내려져야 합니다.

제14조【"심장합병증을 동반한 가와사키병"의 정의 및 진단확정】

① 이 계약에 있어서 "심장합병증을 동반한 가와사키병"이라 함은 해당 전문의에 의해 가와사키병으로 진단되고 심초음파상 반드시 가와사키병으로 인한 심장 관상동맥의 확장이나 심장동맥류의 형성이 있어야 합니다.

② "심장합병증을 동반한 가와사키병"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 및 제5조(의사, 치과의사 및 한의사의 면허)에서 규정한 국내 병원의 의사(한의사, 치과의사 제외) 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사 제외) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

제15조【"고액치료비관련 질병"의 정의 및 진단확정】

① 이 계약에 있어서 “고액치료비관련 질병”이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류표 중 별표10(“고액치료비관련 질병” 분류표)에서 정한 질병(이하 “고액치료비관련 질병”이라 합니다)을 말합니다.

② “고액치료비관련 질병”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 및 제5조(의사, 치과의사 및 한의사의 면허)에서 규정한 국내 병원의 의사(한의사, 치과의사 제외) 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사 제외) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

제16조【“컴퓨터관련 질환”의 정의 및 진단확정】

① 이 계약에 있어서 “컴퓨터관련 질환”이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류표 중 별표11(“컴퓨터관련질환” 분류표)에서 정한 질병(이하 “컴퓨터관련 질환”이라 합니다)을 말합니다.

② “컴퓨터관련 질환”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 “의료기관”이라 합니다)의 의사 자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “컴퓨터관련 질환”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제17조【“생활질환” 및 “식중독”의 정의 및 진단확정】

① 이 계약에 있어서 “생활질환”이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 별표12(“생활질환” 분류표)에서 정한 질병(이하“생활질환”이라 합니다)을 말합니다.

② 이 계약에 있어서 “식중독”이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 별표13(“식중독”분류표)에서 정한 질병(이하 “식중독”이라 합니다)을 말합니다.

③ “생활질환” 및 “식중독”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 및 제5조(의사, 치과의사 및 한의사의 면허)에서 규정한 국내 병원의 의사(한의사, 치과의사 제외) 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사 제외) 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

제18조【“중환자실(Intensive Care Unit, 집중치료실 또는 집중강화치료실)”의 정의】

이 계약에 있어서 “중환자실”(Intensive Care Unit, 집중치료실 또는 집중강화치료실)이라 함은 의료법 제36조(준수사항) 제1호 및 동법 시행규칙 제34조(의료기관의 시설기준 및 규격)에 따른 중환자실의 시설기준과 시설규격에 부합하는 입원치료실을 말합니다.

【의료법 제36조(준수사항)】
제33조 제2항 및 제8항에 따라 의료기관을 개설하는 자는 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 다음 각 호의 사항을 지켜야 한다.

1. 의료기관의 종류에 따른 시설기준 및 규격에 관한 사항

【의료법 시행규칙 제34조(의료기관의 시설기준 및 규격) 】
법 제36조제1호에 따른 의료기관의 종류별 시설기준은 별표 3과 같고, 그 시설규격은 별표 4와 같다.

【의료법 별표 3】 중환자실 : 병상이 300개 이상인 종합병원만 해당한다.

【의료법 별표 4】 2. 중환자실

가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.

나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.

다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.

라. 병상 1개당 면적은 10제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하 “신생아중환자실”이라 한다)의 병상 1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 “병상 1개당 면적”은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상수로 나눈 면적을 말한다.

마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적수액주입기를 갖추고, 병상 수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압 모니터, 병상 수의 30퍼센트 이상 개수의 인공호흡기, 병상 수의 70퍼센트 이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.

바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.

사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.

아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당 연평균 1일 입원환자수는 1.2명(신생아 중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.

제19조【“양성뇌종양”의 정의 및 진단확정】

① 이 계약에 있어서 “양성뇌종양”이라 함은 뇌와 척수(뇌막과 척수 수막 포함)에 발생한 병리조직학적으로 양성인 뇌종양으로서 한국표준질병사인분류 중 별표14(양성뇌종양 분류표)에서 정한 양성 종양을 말하며, 낭종, 육아종, 혈종, 뇌농양, 뇌의 정맥기형 또는 동맥기형은 보장대상에서 제외합니다.

② “양성뇌종양”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 병리 또는 해당 분야의 전문의(치과의사, 한의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적검사상 객관적인 이상소견(sign)과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌조직에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 양성뇌종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제20조【“특정 법정감염병” 및 “감염병환자 및 의사환자”의 정의 및 진단확정】

① 이 계약에 있어서 “특정 법정감염병”이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 별표16(대상이 되는 특정 법정감염병 분류표)에서 정한 질병(이하 “법정감염병”이라 합니다)을 말합니다.

② “감염병환자 및 의사환자”란 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제2조 제13호, 14호에서 정한 환자를 말합니다.

③ “특정 법정감염병”의 진단확정은 감염병환자 및 의사환자를 진단할 수 있는 기관(별표16-1참조)에서 감염병환자 진단기준(별표16-2참조)에 의해 특정 법정감염병 환자 또는 의사환자로 확정된 경우를 말합니다. 이때, 피보험자가 임상학적으로 해당 병명으로 진단을 받고 관련 치료를 받고 있었음을 증명 할 수 있는 의료기관의 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

④ 향후 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 및 「감염병의 예방 및 관리에 관리에 관리에 관한 법률 시행령」 및 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 시행규칙」에서 제외되는 감염병이 발생하는 경우에는 신고여부와 상관없이 대상이 되는 「특정 법정감염병」의 보장대상에서는 제외되지 않으며 의사의 진단에 따라 보장 하여 드립니다.

관련법규

「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제2조(정의) 제13호 및 제14호

13. "감염병환자"란 감염병의 병원체가 인체에 침입하여 증상을 나타내는 사람으로서 동법 제11조(의사등의 신고) 제6항의 진단 기준에 따른 의사 또는 한의사의 진단이나 보건복지부령으로 정하는 기관(이하 "감염병병원체 확인기관"이라 한다)의 실험실 검사를 통하여 확인된 사람을 말한다.

14. "감염병의사환자"란 감염병병원체가 인체에 침입한 것으로 의심이 되나 감염병환자로 확인되기 전 단계에 있는 사람을 말한다.

「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제11조(의사 등의 신고)

① 의사나 한의사는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사실(제16조제6항에 따라 표본감시 대상이 되는 감염병으로 인한 경우는 제외한다)이 있으면 소속 의료기관의 장에게 보고하여야 하고, 해당 환자와 그 동거인에게 보건복지부장관이 정하는 감염 방지 방법 등을 지도하여야 한다. 다만, 의료기관에 소속되지 아니한 의사 또는 한의사는 그 사실을 관할 보건소장에게 신고하여야 한다.

1. 감염병환자등을 진단하거나 그 사체를 검안(檢案)한 경우
2. 예방접종 후 이상반응자를 진단하거나 그 사체를 검안한 경우
3. 감염병환자등이 제1군감염병부터 제4군감염병까지에 해당하는 감염병으로 사망한 경우

② 감염병병원체 확인기관의 소속 직원은 실험실 검사 등을 통하여 감염병환자등을 발견한 경우 그 사실을 감염병병원체 확인기관의 장에게 보고하여야 한다.

③ 제1항 및 제2항에 따라 보고를 받은 의료기관의 장 및 감염병병원체 확인기관의 장은 제1군감염병부터 제4군감염병까지의 경우에는 지체 없이, 제5군감염병 및 지정감염병의 경우에는 7일 이내에 보건복지부장관 또는 관할 보건소장에게 신고하여야 한다.

④ 육군, 해군, 공군 또는 국방부 직할 부대에 소속된 군의관은 제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 사실(제16조제6항에 따라 표본감시 대상이 되는 감염병으로 인한 경우는 제외한다)이 있으면 소속 부대장에게 보고하여야 하고, 보고를 받은 소속 부대장은 관할 보건소장에게 지체 없이 신고하여야 한다.

⑤ 제16조제1항에 따른 감염병 표본감시기관은 제16조제6항에 따라 표본감시 대상이 되는 감염병으로 인하여 제1항제1호 또는 제3호에 해당하는 사실이 있으면 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 보건복지부장관 또는 관할 보건소장에게 신고하여야 한다.

⑥ 제1항부터 제5항까지의 규정에 따른 감염병환자등의 진단 기준, 신고의 방법 및 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제21조【"재해골절"의 정의 및 진단확정】

① 이 계약에 있어서 "재해골절"이라 함은 재해로 인하여 뼈의 구조상의 연속성이 완전하게 또는 불완전하게 끊어진 상태로서 별표18(재해골절(치아파절 제외)분류표)에서 정한 골절(이하 "재해골절"이라 합니다)을 말합니다.

② 골절의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련 법에서 정한 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제22조【"화상"의 정의 및 진단확정】

① 이 계약에 있어서 "화상"이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 별표19("화상"분류표)에서 정한 질병(이하 "화상"이라 합니다.)을 말합니다.

② “화상”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제23조【“입원” 및 “수술”의 정의와 장소】

① 이 계약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사, 한의사 면허를 가진자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 피보험자의 “질병 또는 재해”, “고액치료비관련질병”, “컴퓨터관련질환”, “생활질환”, “식중독”, “화상”의 제26조(“주산기질환”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “주산기질환”, 제27조(“선천이상”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “선천이상”으로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 병원이나 의원, 한의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 “의료기관”이라 합니다)에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 계약에 있어서 “수술”이라 함은 의사에 의하여 피보험자의 “양성뇌종양”, “화상”, “조혈모세포 이식수술”, “5대장기 이식수술”, 제26조(“주산기질환”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “주산기질환”, 제27조(“선천이상”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “선천이상”, 제29조(“개흉심장수술”의 정의)에서 정한 “개흉심장수술”, 제30조(“심장시술”의 정의)에서 정한 “심장시술”로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우 또는 “1~5종 수술분류표 I ”(별표15 참조)에서 정한 수술이 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 병원이나 의원, 한의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 “수술행위”를 받는 경우를 말합니다.

③ 제2항의 “수술행위”라 함은 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 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

“생체(生體)” 란?	“절단(切斷)” 이란?
살아있는 사람의 몸	특정부위를 잘라 내는 것
“절제(切除)” 란?	**“흡인(吸引)” 이란?**
특정부위를 잘라 없애는 것	주사기 등으로 빨아 들이는 것
“천자(穿刺)” 란?	
바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것	
“신경(神經)차단” 이란?	
지각신경이나 자율신경에 국소마취제나 신경파괴제를 주입하여 신경경로의 일부를 차단하는 방법으로 수술시 마취나 통증의 치료, 혈액순환 개선등에 사용함	
“신의료기술평가위원회” 란?	
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구	

제24조【“응급실”의 정의와 장소】

이 계약에 있어서 “응급실”이라 함은 응급의료에 관한 법률 제2조(정의) 제5호에서 정하는 응급의료기관(중앙응급의료센터, 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터 및 지역응급의료기관) 또는 응급의료에 관한 법률 제35조의 2(응급의료기관 외의 의료기관)에서 정하는 시장·군수·구청장에게 신고된 응급실을 말합니다.(이하 “응급실”이라 합니다.)

【응급의료에 관한 법률 제2조(정의)】

이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다.

5. "응급의료기관"이란 「의료법」 제3조에 따른 의료기관 중에서 이 법에 따라 지정된 중앙응급의료센터, 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터 및 지역응급의료기관을 말한다.

【응급의료에 관한 법률 제35조의 2(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.

제25조【“응급실 내원 진료비 대상자”의 정의】

① 이 계약에 있어서 “응급실 내원 진료비 대상자”라 함은 “응급환자” 또는 “응급환자”에 해당되지 않으나 “질병 및 재해”로 인하여 응급실에 내원하여 진료를 받은 자를 말합니다.

② 제1항에서 정한 “응급환자”라 함은 응급실에 내원하여 진료를 받은 자 중 응급의료에 관한 법률 시행규칙 제2조(응급환자)(별표17 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.

제26조【“주산기질환”의 정의 및 진단확정】

① 이 계약에 있어서 “주산기질환”이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 별표20(“출생전후기에 기원한 특정병태 대상 분류표” 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② “주산기질환”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제27조【“선천이상”의 정의 및 진단확정】

① 이 계약에 있어서 “선천이상”라 함은 제7차 한국표준질병사인분류 중 별표21(“선천이상 분류표” 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② “선천이상”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제28조【“뇌성마비”의 정의 및 진단확정】

① 이 계약에 있어서 “뇌성마비”라 함은 출생시 또는 선천적, 후천적인 원인 등으로 비진행성(非進行性) 뇌병변(腦病變)이 발생하여 운동과 체위(體位)에 영구적인 장애를 초래하게 되어 그 결과 지속적으로 해당분야 전문가(의사, 물리치료사, 언어치료사, 사회사업가, 특수아동교사 등)들의 종합적인 진단, 평가, 치료가 필요한 상태를 말합니다.

② “뇌성마비”의 진단확정은 해당분야의 전문의가 작성한 진료기록부상 “뇌성마비”의 전형적인 병력의 존재, 이학적 검사, 그리고 뇌전산화단층촬영(Brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 단일광자전산화 단층술(SPECT), 뇌파검사(EEG)를 기초로 해야 합니다.

③ 뇌성마비 이외의 진단으로 인한 뇌병변은 보장에서 제외 합니다.
[예) 뇌졸중, 뇌손상, 뇌종양으로 진단받은 뇌병변]

제29조【"개흉심장수술"의 정의】

이 계약에서 "개흉심장수술"이라 함은 심장병의 근본적인 치료를 직접목적으로 하여 반드시 개흉술을 한 후 심장의 병변에 대해 수술하는 것을 말합니다. 그러나 개흉술을 동반하지 않는 수술, 중재적 심장시술(예 : 풍선판막성형술(Balloon Valvuloplasty) 등)은 모두 보장에서 제외합니다.

제30조【"심장시술"의 정의】

이 계약에서 "심장시술"이라 함은 심장병의 근본적인 치료를 직접목적으로 하여 다음 각 호에서 정한 심장시술을 한 경우를 말합니다.

1. 동맥관 개존 폐쇄술(PDA Closure)
2. 심방중격 결손 폐쇄술(ASD Closure)
3. 풍선 판막 성형술(Balloon Valvuloplasty)
4. 풍선 혈관 성형술(Balloon Angioplasty)
5. 풍선 심방중격 조성술(Balloon Atrial Septostomy)
6. 전극도자절제술(Catheter Ablation)
7. 심박기 삽입술(Pacemaker Insertion)
8. 코일 색전술(Coil Embolization)
9. 경피적 관상동맥 성형술(PTCA, PTCA with stent, PTA & PTA with stent, Stent-graft insertion)

다만, 심막천자술(Pericardiocentesis) 등 상기 이외의 심장시술은 모두 보장에서 제외합니다.

제31조【"스쿨존(어린이보호구역)"의 정의】

이 계약에 있어서 "스쿨존(어린이보호구역)"이라 함은 별표23("스쿨존(어린이보호구역)" 참조)에서 정의한 "스쿨존(어린이보호구역)" (이하 "스쿨존"이라 합니다)을 말합니다.

제32조【"스쿨존 교통사고"의 정의】

① 이 계약에 있어서 "스쿨존 교통사고"라 함은 별표24("스쿨존 교통사고 분류표" 참조)에서 정한 교통사고(이하 "스쿨존 교통사고"라 합니다)를 말합니다.

② 스쿨존 교통사고는 스쿨존에서 도로교통법 제2조에 규정하는 차의 교통으로 인하여 발생한 교통사고(인적피해(부상) 수반 및 경찰에 교통사고로 접수되어 처리된 사건에 한함)로, 경찰서 교통사고사실확인서(관할 경찰서장 발행)와 의사진단서를 기준으로 합니다.

제33조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표1 "보험금 지급기준표" 참조)을 지급합니다

1. 보험기간 중 피보험자가 "교통재해"(별표22 "교통재해분류표" 참조, 이하 "교통재해"라 합니다)로 인하여 장해분류표에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 경우
   : **교통재해장해급여금**
2. 보험기간 중 피보험자가 "교통재해" 이외의 재해로 인하여 장해분류표에서 정한 각 장해지급률에 해

당하는 장해상태가 되었을 경우
: **일반재해장해급여금**

3. 보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 “암”으로 진단확정 되었을 경우
   가. 피보험자가 이 계약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단 확정 되었을 때
   : **암진단자금**(다만, 최초 1회에 한하며, 1형(일반형)의 경우에는 계약일로부터 2년미만 진단확정시 50% 지급)
   나. 피보험자가 이 계약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 일반암 으로 진단 확정되었을 때
   : **일반암진단추가자금**(다만, 최초 1회에 한하며, 1형(일반형)의 경우에는 계약일로부터 2년미만 진단확정시 50% 지급)
   다. 피보험자가 이 계약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 고액암으로 진단 확정되었을 때
   : **고액암진단추가자금**(다만, 최초 1회에 한하며, 1형(일반형)의 경우에는 계약일로부터 2년미만 진단확정시 50% 지급)
4. 보험기간 중 피보험자가 기타피부암, 제자리암, 경계성종양, 갑상선암 또는 대장점막내암으로 진단이 확정되었을 때
   : **해당 기타암 진단자금** (다만, 각 최초 1회에 한하여 지급하며, 1형(일반형)의 경우에는 계약일로부터 2년미만에 진단확정시 50%지급)
5. 보험기간 중 피보험자가 뇌출혈 또는 급성심근경색증으로 진단이 확정되었을 때
   : **2대질병 진단자금** (다만, 각 최초 1회에 한하여 지급하며, 1형(일반형)의 경우에는 계약일로부터 2년미만에 진단확정시 50%지급)
6. 보험기간 중 피보험자가 말기신부전증 진단이 확정되었을 때
   : **CI치료자금(말기신부전증)** (다만, 최초 1회에 한함)
7. 보험기간 중 피보험자가 장기 수혜자로서 제10조(“5대장기 이식수술”의 정의)에서 정한 5대장기 이식수술을 받았을 때
   : **CI치료자금(5대장기 이식수술)** (다만, 최초 1회에 한함)
8. 보험기간 중 피보험자가 중증재생불량성빈혈으로 진단이 확정되었을 때
   : **CI치료자금(중증재생불량성빈혈)** (다만, 최초 1회에 한함)
9. 보험기간 중 피보험자가 중대한 화상 및 부식의 진단이 확정되었을 때
   : **CI치료자금(중대한 화상 및 부식)** (다만, 최초 1회에 한함)
10. 보험기간 중 피보험자가 심장합병증을 동반한 가와사키병으로 진단이 확정되었을 때
   : **CI치료자금(심장합병증을 동반한 가와사키병)** (다만,19세 계약 해당일 전일까지만 보장하며, 최초 1회에 한함)
11. 보험기간 중 피보험자가 “질병 및 재해”, “고액치료비관련 질병”, “컴퓨터관련질환”, “생활질환”, “식중독”을 직접적인 원인으로 하여 그 치료를 목적으로 4일이상 입원(제23조(“입원” 및 “수술”의 정의와 장소)에서 정한 장소를 이전하여 입원하는 경우에도 동일한 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다)하였을 때
   : **입원급여금** (3일초과 입원일수 1일당, 120일 한도)
12. 보험기간 중 피보험자가 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 제18조(“중환자실(Intensive Care Unit, 집중치료실 또는 집중강화치료실)”의 정의)에서 정하는 중환자실(이하 “중환자실”이라 합니다)에 1일 이상 입원하였을 때
   : **중환자실 입원급여금** (입원 일수 1일당 60일 한도)
13. 보험기간 중 피보험자가 조혈모세포 수혜자로서 제9조(“조혈모세포 이식수술”의 정의)에서 정한 조

혈모세포 이식수술을 받았을 때
: **수술급여금(조혈모세포 이식수술)** (다만, 최초 1회에 한함)

14. 보험기간 중 피보험자가 제19조(“양성뇌종양”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “양성뇌종양”으로 진단이 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 때
: **수술급여금(양성뇌종양수술)** (수술 1회당)
15. 보험기간 중 피보험자가 질병 또는 재해를 직접적인 원인으로 하여 그 치료를 목적으로 별표15(1~5종 수술분류표Ⅰ)에서 정하는 수술을 받았을 때
: **수술급여금(1~5종수술)** (수술 1회당)
16. 보험기간 중 피보험자가 별표16(대상이 되는 특정 법정감염병 분류표)에서 정한 특정 법정감염병 진단이 확정되었을 때 : **특정법정감염병 진단자금** (진단1회당)
17. 보험기간 중 피보험자가 「응급실 내원 진료비 대상자」에 해당되었을 때
: **응급실내원진료비** (내원 1회당)
18. 보험기간 중 피보험자가 재해를 직접적인 원인으로 재해골절(치아파절 제외) 상태가 되었을 때
: **골절치료자금** (발생 1회당)
19. 보험기간 중 피보험자가 심장병의 근본적인 치료를 목적으로 개흉심장 수술시
: **심장수술급여금(개흉심장수술)** (30세 계약해당일 전일까지만 보장하며, 최초 1회에 한함)
20. 보험기간 중 피보험자가 심장병의 근본적인 치료를 목적으로 심장시술시
: **심장수술급여금(심장시술)** (다만, 30세 계약해당일 전일까지만 보장하며, 최초 1회에 한함)
21. 보험기간 중 피보험자가 “화상”으로 진단이 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 때
: **화상치료자금(화상수술)** (수술1회당)
22. 보험기간 중 피보험자가 “화상”으로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 4일이상 계속하여 입원[제23조(“입원” 및 “수술”의 정의와 장소)에서 정한 장소를 이전하여 입원하는 경우에도 동일 질병으로 인하여 그 치료를 직접목적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다]하였을 때
: **화상치료자금(화상입원)**(3일초과 1일당, 1회입원당 120일 한도)
23. 보험기간 중 피보험자가 스쿨존 교통사고를 직접적인 원인으로 치료를 받았을 때
: **스쿨존 교통사고 치료비** (다만, 13세 계약해당일 전일까지만 보장하며, 사고 1회당)
24. 보험기간 중 피보험자가 출생 이후 1년동안 별표20(출생전후기에 기원한 특정병태 대상 분류표)에서 정하는 주산기질환(이하 “주산기질환”이라 합니다)을 직접적인 원인으로 그 치료를 목적으로 4일이상 입원(제23조(“입원” 및 “수술”의 정의와 장소)에서 정한 장소를 이전하여 입원하는 경우에도 동일한 질병으로 인하여 그 치료를 직접목적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다)하였을 때
: **주산기질환 입원급여금** (다만, 2형(태아형)에 한함) (3일초과 입원일수 1일당, 120일 한도)
25. 보험기간 중 피보험자가 출생 이후 1년동안 주산기질환이 발생하여 그 치료를 직접적인 목적으로 수술하였을 때
: **주산기질환 수술급여금** (다만, 2형(태아형)에 한함) (수술 1회당)
26. 보험기간 중 피보험자가 별표21(선천이상 분류표)에서 정하는 선천이상을 직접적인 원인으로 그 치료를 직접적인 목적으로 4일 이상 입원하였을 때
: **선천이상 입원급여금** (다만, 2형(태아형)에 한함) (30세 계약해당일 전일까지만 보장하며, 3일초과 입원일수 1일당, 120일 한도)
27. 보험기간 중 피보험자가 별표21(선천이상 분류표)에서 정하는 선천이상을 직접적인 원인으로 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 때
: **선천이상 수술급여금** (다만, 2형(태아형)에 한함) (30세 계약해당일 전일까지만 보장하며, 수술 1회당)

28. 보험기간 중 피보험자가 뇌성마비로 진단이 확정되었을 경우
: **뇌성마비 진단자금** (다만, 2형(태아형)에 한함) (7세 계약해당일 전일까지만 보장하며, 최초 1회에 한함)
29. 피보험자가 보험계약일로부터 3년, 6년, 9년, 12년 시점에 살아 있을 때
: **중도급부금** (다만, 1종(중도급부형)에 한함)
30. 피보험자가 납입기간 종료일 이후 계약자가 가입시 선택한 거치기간(즉시/10년) 이후부터 "매년 계약해당일"에 살아있을 때 : **생활자금(중도생존급부금)** (다만, 2종(생활자금형)에 한함)
31. 피보험자가 계약일로부터 20년이 지난시점 계약해당일에 살아있을 때
: **일시생활자금(중도생존급부금)** (다만, 3종(일시지급형)에 한함)
32. 피보험자가 보험기간이 끝날 때 까지 살아 있을 때
: **만기환급금** (다만, 4종(만기환급형)에 한함)

제34조【보험금 지급에 관한 세부규정】

▶ 아래 제1항에서 제2항까지는 보험료 납입면제에 관련된 내용입니다.

① 회사는 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우, 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
1. 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상 장해상태가 되었을 경우
2. 피보험자가 암 보장개시일 이후에 암(기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양, 대장점막내암 제외)으로 진단이 확정된 경우
3. 피보험자가 보장개시일 이후 뇌출혈(다만, 2형(태아형)에서 P10 및 P52에 해당하는 뇌출혈 제외) 또는 급성심근경색증으로 진단이 확정된 경우
4. 피보험자가 보장개시일 이후에 말기신부전증 진단, 5대장기이식수술, 중대한 화상 및 부식 진단이 확정된 경우

② 제1항의 경우 차회 이후의 기본보험료가 납입기간 종료일까지 월계약해당일에 납입된 것으로 간주하여 제33조(보험금의 지급사유) 제29호 내지 제32호에서 정한 보험금을 보험수익자에게 지급합니다.

▶ 아래 제3항에서 제13항까지는 장해에 관련된 내용입니다.

③ 제1항 및 제33조(보험금의 지급사유) 제1호 및 제2호에서 장해지급률이 재해일 또는 재해이외의 원인의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

④ 제3항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑤ 이 계약에서 "동일한 재해"의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑥ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다.

⑦ 제1항 및 제33조(보험금의 지급사유) 제1호 및 제2호의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.

⑧ 제1항 및 제33조(보험금의 지급사유) 제1호 및 제2호의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당장해 지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑨ 제1항 및 제33조(보험금의 지급사유) 제1호 및 제2호의 경우 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인

으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 제9항에도 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.

⑪ 제33조(보험금의 지급사유) 제1호 및 제2호의 경우 다른 재해로 인하여 장해가 2회이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나, 그 장해가 이미 장해급여금을 지급받은 동일부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 장해급여금에서 이미 지급받은 장해급여금을 뺀 금액을 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑫ 제33조(보험금의 지급사유) 제1호 및 제2호의 경우 그 재해 전에 이미 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 장해가 있었던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제10항에 규정하는 장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한 가지에 해당되는 장해에 대한 장해급여금이 지급된 것으로 보고 최종 장해상태에 해당하는 장해급여금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 장해급여금을 빼고 지급합니다.

1. 이 계약의 보장개시전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 장해로 장해급여금의 지급사유가 되지 않았던 장해
2. 상기 1호 이외에 이 보험의 규정에 의하여 장해급여금의 지급사유가 되지 않았던 장해 또는 장해급여금이 지급되지 않았던 장해

⑬ 동일한 재해로 인한 장해지급률은 100%를 한도로 합니다.

▶ 아래 제14항에서 제21항까지는 암관련 진단자금(고액암, 일반암, 유방암, 남녀생식기관련암), 2대질병 진단자금과 관련된 내용입니다.

⑭ 피보험자가 보험기간 중 해당 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양, 갑상선암, 대장점막내암, 뇌출혈 또는 급성심근경색증을 직접적인 원인으로 하여 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제33조(보험금의 지급사유) 제3호에서 제5호의 해당 보험금을 지급합니다.

⑮ 피보험자가 암 보장개시일 전일 이전에 암(기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암, 경계성종양 제외)으로 진단이 확정된 경우에, 계약자는 그 발생일로부터 그 날을 포함하여 90일 이내에 계약의 취소를 선택할 수 있으며, 이 계약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

⑯ 피보험자가 암 보장개시일 전일 이전에 암으로 진단 확정되었으나 제15항에서 계약자가 계약의 취소를 선택하지 않은 때에는 암 보장개시일 전일 이전에 진단 확정된 암이 동일하거나 다른 신체기관에 재발 또는 전이되어 암으로 제33조(보험금의 지급사유) 제3호의 진단자금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생하더라도 진단자금을 지급하지 않으며 또한 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 다만, 청약일(부활(효력회복)청약일)부터 암 보장개시일 전일 이전에 암으로 진단확정 받더라도 암 보장개시일 이후 5년이 지나는 동안 그 암으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 암 보장개시일부터 5년이 지난 이후에는 제33조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

⑰ 이 계약에서 "동일하지 않은 암" 이라 함은 이미 암 진단자금이 지급된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이 되지 않은 경우를 말합니다.

⑱ 피보험자에게 암(제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외)으로 지급사유가 발생한 경우 암진단자금, 일반암진단추가자금, 고액암진단추가자금 중에서 피보험자의 진단확정된 암에 해당하는 각 지급금액을 더하여 지급합니다.

다만, 암진단자금, 일반암진단추가자금, 고액암진단추가자금은 각각 최초 1회에 한하여 지급되므

로 이 계약의 보험기간 중 이미 지급한 금액은 다시 지급하지 않습니다.

⑲ 피보험자가 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우, 아래와 같이 진단자금을 추가로 지급합니다.

1. 피보험자가 보험기간 중 암 보장개시일 이후에 "유방암" 또는 "남녀생식기관련암"으로 진단 확정 되어 암진단자금을 지급 받고, 그 이후에 이와 동일하지 않은 일반암(고액암제외) 으로 추가 진단이 확정된 경우에는 일반암진단추가자금을 추가로 지급합니다.
2. 피보험자가 보험기간 중 암 보장개시일 이후에 일반암(고액암제외)으로 진단 확정 되어 암진단자금 및 일반암진단추가자금을 지급 받고, 그 이후에 이와 동일하지 않은 "고액암" 으로 추가 진단이 확정된 경우에는 고액암암진단추가자금을 추가로 지급합니다.
3. 피보험자가 보험기간 중 암 보장개시일 이후에 "유방암" 및 "남녀생식기관련암"으로 진단 확정 되어 암진단자금을 지급 받고, 그 이후에 이와 동일하지 않은 "고액암"으로 추가 진단이 확정된 경우에는 일반암진단추가자금 및 고액암진단추가자금을 추가로 지급합니다.

"유방암" 또는 "남녀생식기관련암" 진단 후 동일하지 않은 "일반암(고액암제외)" 진단시 지급예시 (보험가입금액 5,000만원 기준)

ex: 계약일로부터 2년 6개월 시점에 유방암으로 진단받고, 그 이후 계약일로부터 3년 6개월 시점에 유방암과 동일하지 않은 간암 추가진단시

1) 유방암 진단시점: 암진단자금(1,000만원) 지급
2) 간암 진단시점: 일반암진단추가자금(4,000만원) 지급

⑳ 제19항에도 불구하고 피보험자가 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 진단자금을 추가로 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 보험기간 중 암 보장개시일 이후에 일반암(고액암제외)으로 진단 확정되어 진단자금을 지급하는 경우 암진단자금과 일반암진단추가자금을 더하여 지급하고, 그 후에 "유방암" 또는 "남녀생식기관련암"으로 진단이 확정된 경우에는 암진단자금을 추가로 지급하지 않습니다.
2. 피보험자가 보험기간 중 암 보장개시일 이후에 "고액암"으로 진단 확정되어 진단자금을 지급하는 경우 암진단자금, 일반암진단추가자금, 고액암진단추가자금을 더하여 지급하고, 그 후에 일반암(고액암제외)으로 진단확정된 경우에는 일반암진단추가자금은 추가로 지급되지 않습니다.
3. 피보험자가 보험기간 중 암 보장개시일 이후에 "고액암"으로 진단 확정되어 진단자금을 지급하는 경우 암진단자금, 일반암진단추가자금, 고액암진단추가자금을 더하여 지급하고, 그 후에 "유방암" 또는 "남녀생식기관련암"으로 진단확정된 경우에는 암진단자금을 추가로 지급하지 않습니다.

"일반암"(고액암제외) 진단 후 "유방암" 또는 "남녀생식기관련암" 진단확정시 지급예시 (계약보험가입금액 5,000만원 기준)

ex: 계약일로부터 2년 6개월 시점에 간암으로 진단받고, 그 이후 간암과 동일하지 않은 유방암 추가진단시

1) 간암 진단시점: 암진단자금(1,000만원)+ 일반암진단추가자금(4,000만원)=(5,000만원)지급
2) 유방암 진단시점: 추가진단자금 없음

㉑ 제33조(보험금의 지급사유) 제3호의 경우 피보험자가 암 보장개시일 이후에 두 가지 암으로 동시에 진단이 확정되는 경우 회사는 다음과 같이 보험금을 지급합니다.

1. 피보험자가 보험기간 중 암 보장개시일 이후에 일반암(고액암제외) 및 “유방암/남녀생식기관련암”으로 동시에 진단이 확정되었을 경우에는 일반암(고액암제외)으로 인한 암진단자금, 일반암진단추가자금을 더하여 지급합니다.
2. 피보험자가 보험기간 중 암 보장개시일 이후에 “고액암” 및 일반암(고액암제외)으로 동시에 진단이 확정되었을 경우에는 “고액암”으로 인한 암진단자금, 일반암진단추가자금, 고액암진단추기자금을 더하여 지급합니다.
3. 피보험자가 보험기간 중 암 보장개시일 이후에 “고액암” 및 “유방암/남녀생식기관련암”으로 동시에 진단이 확정되었을 경우에는 “고액암”으로 인한 암진단자금, 일반암진단추가자금 및 고액암진단추기자금을 더하여 지급합니다.

두 가지 암 동시 진단시 보험금 지급 예시 (보험가입금액 5,000만원 기준)

계약일로부터 2년 6개월 시점에 유방암과 고액암이 동시에 진단 확정된 경우

▶ “고액암” 으로 인한 진단자금인 암진단자금(1,000만원)+일반암진단추가자금(4,000만원)+고액암진단추가자금(5,000만원)=(10,000만원) 지급

㉒ 제33조(보험금의 지급사유) 제5호의 경우 1형(태아형)으로 가입하는 경우에 한하여 “뇌출혈의 정의”(별표6 참고) 중 분류번호 P10 및 P52로 인한 뇌출혈 진단자금을 지급합니다.

▶ 아래 제23항은 1형(일반형)의 암관련 진단자금, 2대질병 진단자금과 관련된 내용입니다.

㉓ 1형(일반형)의 경우 제33조(보험금의 지급사유) 제3호 에서 제5호의 경우에는 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 2년 미만에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에는 해당 보험금의 50%를 지급합니다.

2년 미만 지급예시 (계약보험가입금액 5,000만원 기준, 1형(일반형) 기준)

ex: 계약일로부터 2년 미만에 위암 진단받고, 그 이후 위암과 인과관계 없는 간암 추가진단시

1) 위암 진단시점: 암진단자금(1,000만원×50%)+
일반암진단추가자금(4,000만원×50%)=2,500만원지급 (▶2년미만 50% 삭감지급)

2) 간암 진단시점: 추가진단금 없음

▶ 아래 제24항은 특정법정감염병과 관련된 내용입니다.

㉔ 제33조(보험금의 지급사유) 제16호에 따라 “특정법정감염병”의 “감염병환자”로 진단 확정된 경우에는 향후 관계 법령 개정 등에 따라 “특정법정감염병”에서 제외되는 법정감염병에 해당하는 경우, 그 해당 법정감염병은 신고여부와 상관없이 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사자격(치과 의사 제외)을 가진 자에 의한 진단서에 따라 특정법정감염병 치료자금을 지급합니다. 또한 향후 “감염병의 예방 및 관리에 관한 법률”등 관계 법령이 개정되어 신규로 추가되는 감염병이 생기더라도 (별표 16) “대상이 되는 특정법정감염병 분류표”에서 나열한 감염병만 보장되며, 신규로 추가되는 감염병은 보장하지 않습니다

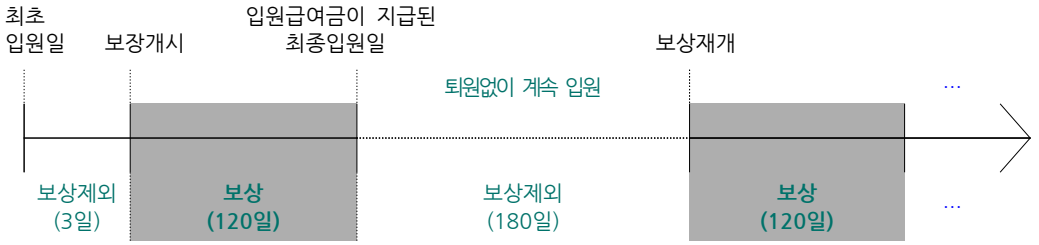
▶ 아래 제25항에서 제31항까지는 입원과 관련된 내용입니다.

㉕ 제33조(보험금의 지급사유) 제11호, 제 22호, 제24호 및 제26호의 경우 입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고한도로 하며, 동조 제12호의 중환자실 입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 60일을 최고 한도로 합니다.

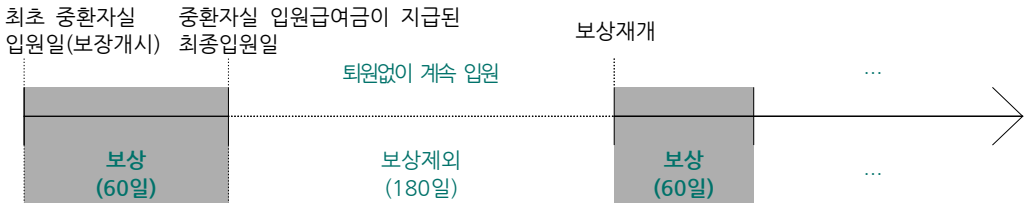
㉖ 제25항의 경우 피보험자가 동일한 질병 또는 재해로 인하여 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 보고서 각 입원일수를 더하여 적용합니다.

㉗ 제26항에도 불구하고 동일 질병 또는 재해에 의한 입원이라도 입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지난후 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원급여금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

[입원금여금, 화상치료자금(화상입원), 주산기질환 입원급여금, 선천이상 입원금여금 예시]



[중환자실 입원금여금 예시]



㉘ 제33조(보험금의 지급사유) 제11호, 제 22호, 제24호 및 제26호의 입원급여금의 경우 피보험자가 입원기간 중에 보험기간이 끝났을 경우에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여도 제26항의 규정에 따라 계속 입원급여금을 지급합니다.

㉙ 제33조(보험금의 지급사유) 제24호의 입원급여금의 경우 피보험자가 입원기간 중에 출생 이후 1년이 지났을 경우에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여도 제26항의 규정에 따라 계속 입원급여금을 지급합니다.

㉚ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

㉛ 제33조(보험금의 지급사유) 제12호의 중환자실 입원급여금, 제24호의 주산기질환 입원급여금, 제26호의 선천이상 입원금여금의 경우 동조 제11호 입원급여금과 중복될 경우 해당 입원급여금을 각각 중복하여 지급합니다.

▶ 아래 제32항에서 제33항까지는 수술과 관련된 내용입니다.

㉜ 제33조(보험금의 지급사유) 제15호의 수술급여금의 경우 회사는 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 급여에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 수술급여금을 지급합니다. 다만, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술급여금을 지급합니다. 여기에서 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.

㉝ 제33조(보험금의 지급사유)의 제13호 수술급여금(조혈모세포 이식수술), 제7호 CI치료자금(5대장기 이식수술), 제25호 주산기질환 수술급여금, 제27호 선천이상 수술급여금, 제19호 심장수술급여금(개흉심장수술), 제20호 심장수술급여금(심장시술)의 경우 동조 제15호 수술급여금과 중복될 경우 해당 수술급여금을 각각 중복하여 지급합니다.

▶ **아래 제34항에서 제35항까지는 기타 보장기간 및 보장제한에 관한 내용입니다.**

㉞ 이 계약의 보험기간에도 불구하고, 제33조(보험금의 지급사유) 중 다음 각 호에 해당하는 보장의 경우는 보장기간을 달리 합니다.

1. 제33조(보험금의 지급사유) 제10호의 CI치료자금(심장합병증을 동반한 가와사키병) 의 경우 피보험자의 나이가 19세가 되는 계약해당일 전일까지 보장합니다.
2. 제33조(보험금의 지급사유) 제24호 내지 제25호의 경우 피보험자의 나이가 1세가 되는 계약해당일 전일까지만 보장합니다.
3. 제33조(보험금의 지급사유) 제19호, 제20호, 제26호, 제27호의 경우 피보험자의 나이가 30세가 되는 계약해당일 전일까지만 보장합니다.
4. 제33조(보험금의 지급사유) 제28호의 경우 피보험자의 나이가 7세가 되는 계약해당일 전일까지만 보장합니다.
5. 제33조(보험금의 지급사유) 제23호의 경우 피보험자의 나이가 13세가 되는 계약해당일 전일까지만 보장합니다.

㉟ 제33조(보험금의 지급사유) 제18호 골절치료자금의 경우 회사는 보험기간 중 피보험자가 동일재해로 인하여 2가지 이상의 골절(복합골절)상태가 되더라도 재해발생 1회당 재해골절치료비는 1회만 지급하며, 의학적 처치 및 치료를 목적으로 골절을 시키는 경우에는 재해골절치료비를 지급하지 않습니다.

▶ **아래 제36항은 2종(생활자금형)의 생활자금(중도생존급부금)에 관련된 내용입니다.**

㊱ 제33조(보험금의 지급사유) 제30호의 생활자금(중도생존급부금)의 경우에는 보험수익자는 확정지급분(연간 12회) 중 미지급된 금액을 일시금으로 선지급 받기를 원하는 경우 평균공시이율 또는 적용이율로 할인하여 계산한 금액 중 큰 금액을 일시금으로 선지급합니다.

친절한 Mr.D

적용이율

보험료를 납입하는 시점과 보험금 지급 사이에 발생하는 시차 동안 기대되는 수익을 미리 예상하여 일정한 비율로 할인하는데 사용되는 할인율로 이 상품의 적용이율은 연복리 2.75%입니다.

▶ **아래 제37항부터 제43항까지는 계약 전반에 관련된 내용입니다.**

㊲ 제53조(계약의 소멸) '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.

용어해설

"실종선고"란?

어떤 사람의 생사불명 상태가 일정기간 이상 계속될 때 일정절차에 따라 법원이 사망한 것으로 인정하는 제도

관련법규

민법 제27조(실종의 선고)

① 부재자의 생사가 5년간 분명하지 아니한 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 한다.

② 전지에 임한 자, 침몰한 선박 중에 있던 자, 추락한 항공기 중에 있던 자 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한자의 생사가 전쟁종지후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 아니한 때에도 제1항과 같다.

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

㊳ 청약서상 계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제33조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않거나, 보험료 납입을 면제하지 않습니다.

용어해설

"계약 전 알릴의무" 란?

상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)에서 정하고 있는 의무. 계약자나 피보험자는 청약시에 보험회사가 서면으로 질문한 중요한 사항에 대해 사실대로 알려야 하며, 위반시 보험계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 수 있음

관련법규

상법 제651조 (고지의무위반으로 인한 계약 해지)

보험계약당시에 보험계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 중요한 사항을 고지하지 아니하거나 부실의 고지를 한 때에는 보험자는 그 사실을 안 날로부터 1월내에, 계약을 체결한 날로부터 3년내에 한하여 계약을 해지할 수 있다. 그러나 보험자가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못한 때에는 그러하지 아니하다.

㊴ 제37항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

㊵ 제38항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제57조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

㊶ 제58조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제38항의 청약일로 하여 적용합니다.

㊷ 보험수익자와 회사가 제33조(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.

㊸ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제 사유에 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 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

용어해설

"제3자" 란?

어떤 법률관계에 있어서 직접 참여하는 자를 당사자라고 하며, 그 이외의 자를 제3자라고 함

제35조【보험금을 지급하지 않는 사유】

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

용어해설

"심신상실"이란?

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
   다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제36조【보험금 지급사유의 발생통지】

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제33조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유의 발생을 안 때에는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제37조【보험금의 청구】

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

1. 청구서 (회사양식)
2. 사고증명서 (사망진단서, 장해진단서, 질병진단서(병명기입), 수술확인서, 입원확인서, 골절진단서, 법정감염병 접수사실 확인서(보건소 발행), 사고사실확인서(관할경찰서장 발생), 의사진단서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
   (자동송금서비스 신청서를 작성한 경우 별도로 생활자금(중도생존급부금) 또는 일시생활자금(중도생존급부금)을 청구할 필요가 없습니다. 다만, 자동송금계좌가 폐지된 경우 또는 피보험자의 생존여부 확인이 불가능한 경우에는 생활자금(중도생존급부금) 또는 일시생활자금(중도생존급부금)을 청구한 것으로 보지 않습니다)

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제38조【보험금의 지급절차】

① 회사는 제37조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

친절한 Mr.D

보험금 지급일 예시

Q : 보험금 청구서류 접수일이 2017년 12월 22일(금)인 경우 보험금 지급일은?
(다만, 보험금지급사유의 조사나 확인이 필요하지 않은 경우)

A : 12/23(토), 12/24(일), 12/25(월, 성탄절)은 회사의 영업일이 아니므로, 12/22(금)부터 3영업일인 12/27(수) 이내에 보험금을 지급합니다.

② 회사는 제33조(보험금의 지급사유) 제29호 내지 제32호에 해당하는 보험금의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 회사가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 알려드리며, 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표1-1(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)과 같이 계산합니다.

③ 회사가 보험금 지급사유를 조사 · 확인하기 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 제37조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제6항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제34조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제41항 및 제42항에 따라 보험금 지급사유 및 보험료 납입면제 사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

④ 제3항에 의하여 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.

용어해설

"보험금 가지급제도" 란?

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

⑥ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제44조(계약 전 알릴의무 위반의 효과)와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청

에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

⑦ 회사는 제6항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제39조【보험금 받는 방법의 변경】

① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 제33조(보험금의 지급사유) 제1호 및 제2호에 따른 장해급여금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제40조【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.

제41조【보험수익자의 지정】

이 계약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 제33조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제28호의 경우는 피보험자로 하고, 같은 조 제29호 내지 제32호는 계약자로 합니다.

제42조【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 연대하여 책임을 집니다.

용어해설

계약자가 2명 이상인 경우

계약자가 2명 이상인 경우, 계약전 알릴 의무, 보험료 납입의무 등 보험계약에 따른 계약자의 의무를 연대로 합니다.

연대(連帶)

2인 이상이 연대하여 책임을 지므로 각자 채무의 전부를 이행할 책임을 지되(지분만큼 분할하여 책임을 지는 것과 다름), 다만 어느 1인의 이행으로 나머지 사람들도 책임을 면하게 되는 것을 말합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제43조 【계약 전 알릴의무】

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강 진단을 실시할 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.

제44조 【계약 전 알릴의무 위반의 효과】

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제43조(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.

계약 전 알릴의무 위반 사례

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

그러나 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 계약당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 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.

용어해설

"반대증거" 란?

소송법상 입증책임이 없는 당사자가 상대방에서 입증하는 사실을 부정할 목적으로 반대되는 사실을 증명하기 위해 제출하는 증거

③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제63조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제43조(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.

제45조【사기에 의한 계약】

계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물사용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 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.

【민법 제110조(사기,강박에 의한 의사표시)】

① 사기나 강박에 의한 의사표시는 취소할 수 있다.

② 상대방 있는 의사표시에 관해 제3자가 사기나 강박을 행한 경우에는 상대방이 그 사실을 알았거나 알 수 있었을 경우에 한해 그 의사표시를 취소할 수 있다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제46조【보험계약의 성립】

① 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.

② 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.

용어해설

"보험가입금액의 제한"이란?

피보험자가 가입을 할 수 있는 최대 보험가입금액을 제한하는 방법을 말합니다.

"일부보장 제외(부담보)"란?

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 특정 질병 또는 특정 신체 부위를 보장에서 제외하는 방법을 말합니다.

"보험금 삭감"이란?

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 보험 가입 후 기간이 경과함

용어해설

에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 감소하는 위험에 대해 적용하여 보험 가입 후 일정기간 내에 보험사고가 발생할 경우 미리 정해진 비율로 보험금을 감액하여 지급하는 방법을 말합니다.

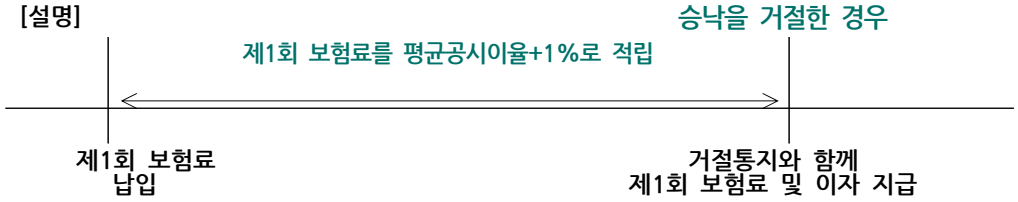
"보험료 할증"이란?

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 보험 가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 증가하는 위험 또는 기간의 경과에 상관없이 일정한 상태를 유지하는 위험에 적용하는 방법으로 위험 정도에 따라 특별보험료를 부가하는 방법을 말합니다.

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 평균공시이율+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.

[설명]



※ 신용카드로 제1회 보험료를 납입한 경우에는 이자를 지급하지 않고 신용카드의 매출을 취소합니다.

제47조【청약의 철회】

① 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 청약을 철회할 수 없습니다.

1. 진단계약 또는 전문보험계약자가 체결한 계약

용어해설

"전문보험계약자" 란?

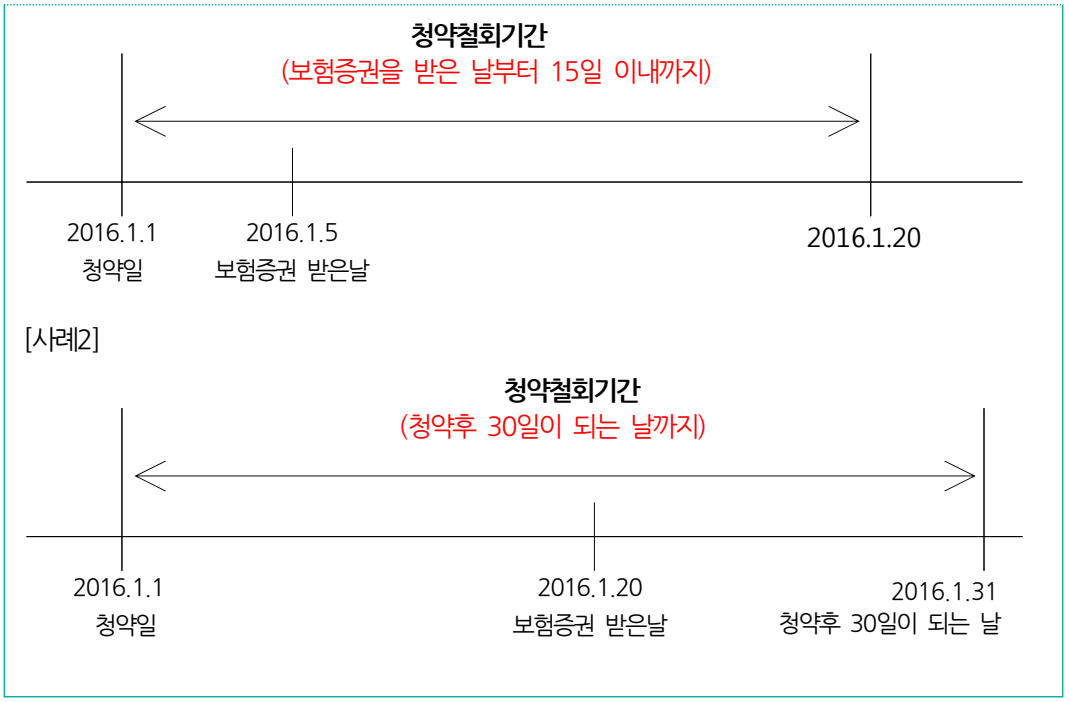
보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약의 내용을 이해하고 이행할 능력이 있는 자로서 보험업법 제2조(정의), 보험업법시행령 제6조의2(전문보험계약자의 범위 등) 또는 보험업감독규정 제1-4조의2(전문보험계약자의 범위)에서 정한 국가, 한국은행, 대통령령으로 정하는 금융기관, 주권상장법인, 지방자치단체, 단체보험계약자 등의 전문보험계약자를 말합니다.

2. 청약을 한 날부터 30일을 초과한 경우

친절한 Mr.D

자세히 알아봅시다!

[사례1]



② 계약자는 청약서의 청약철회란을 작성하여 회사에 제출하거나, 통신수단을 이용하여 제1항의 청약 철회를 신청할 수 있습니다.

③ 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.

④ 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.

⑤ 제1항에서 보험증권을 받은 날에 대한 다툼이 발생한 경우 회사가 이를 증명하여야 합니다.

제48조【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 당해 약관을 드리고 그 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
2. 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

용어해설

"통신판매계약" 이란?

전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

② 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

1. 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않은 경우
2. 회사가 약관의 중요한 내용을 청약할 때 설명하지 않은 경우
3. 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명을 포함합니다)을 하지 않은 경우

관련법규

전자서명법 제2조 제2호 및 제3호

제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다.

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 있은 후에 당해 전자서명에 대한 변경여부를 확인할 수 있을 것
   - 라. 전자서명이 있은 후에 당해 전자문서의 변경여부를 확인할 수 있을 것

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

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 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제49조 【계약의 무효】

다음에 해당되는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 매회차 보험료(초회보험료 포함)를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻지 않은 경우
2. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때

에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.

용어해설

"무효" 란?

보험계약의 무효란 보험계약이 성립되어 있어도 법률상 당연히 그 효력이 발생하지 않는 것

"초회보험료" 란?

보험계약 성립시 계약자의 보험료 납입의무에 따라 최초로 납입하는 보험료

"심신상실자" 란?

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 자

"심신박약자" 란?

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 부족한 자

3. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

제50조【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. 보험료의 납입방법 및 납입기간
3. 보험가입금액
4. 계약자
5. 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.

친절한 Mr.D

보험수익자 변경 통지 여부에 따른 지급대상

보험수익자가 변경되었음을 계약자가 회사에 통지하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급할 수 있습니다. 회사가 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급한 경우 변경된 보험수익자에게 별도로 보험금을 지급하지 않습니다.

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 제3호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제63조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 보험금 또는 해지환급금 보다 적어질 수 있습니다.

용어해설

"감액"이란?

보험료, 보험금, 책임준비금 등을 산정하는 기준이 되는 보험가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 것 (이에 따라 보험료, 보험금 및 책임준비금도 줄어들며 해지환급금이 없거나, 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.)

"해지"란?

현재 유지되고 있는 계약이나 또는 효력이 상실된 계약을 장래를 향하여 소멸시키거나 계약유지 의사를 포기하여 만기일 이전에 계약관계를 청산하는 것

⑤ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

⑥ 회사는 제1항에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

제51조 【보험가입금액의 자동증액】

① 2종(생활자금형) 또는 3종(일시지급형)을 선택한 경우, 회사는 생활자금(중도생존급부금) 또는 일시생활자금(중도생존급부금) 최종 발생일 이후 최초 도래하는 계약해당일에 생활자금(중도생존급부금) 또는 일시생활자금(중도생존급부금)을 지급하지 않아 발생한 이자로 보험가입금액을 자동증액하여 드립니다. 다만, 발생한 이자가 없을 경우에는 자동증액하지 않습니다.

② 자동증액되는 보험가입금액은 이 계약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정하는 방법에 의하여 산출합니다.

친절한 Mr.D

"보험료 및 책임준비금 산출방법서" 란?

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 책임준비금, 해지환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

③ 회사는 보험가입금액이 자동증액 되었을 경우, 변경된 계약내용을 계약자에게 안내하여 드립니다.

제52조 【보험나이】

① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제49조(계약의 무효) 제2호의 경우에는 실제 만나이를 적용합니다.

② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다. (다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다)

③ 청약서류에 적힌 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 신분증(주민등록증 이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)에 적힌 사실과 다른 경우에는 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

④ 제3항에 의한 보험금 및 보험료로 변경 시 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 변경당시의 해지환급금을 정산합니다.

보험나이 계산 예시

생년월일 : 1991년 10월 2일,

예1) 2017년 4월 13일에 가입할 경우
2017년 4월 13일
- 1991년 10월 2일
만 25년 6개월 11일
⇒ **보험나이 26세**

예2) 2017년 11월 13일에 가입할 경우
2017년 11월 13일
- 1991년 10월 2일
만 26년 1개월 11일
⇒ **보험나이 26세**

제53조【계약의 소멸】

① 보험기간 중 제33조(보험금 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 모두 발생한 경우 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우 이 계약은 그 때부터 효력이 없으며, 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

③ 제2항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제37조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금 지급절차는 제38조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다. (별표1-1(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)참조)

"책임준비금" 이란?

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

제5관 보험료의 납입

제54조【제1회 보험료 및 회사의 보장개시】

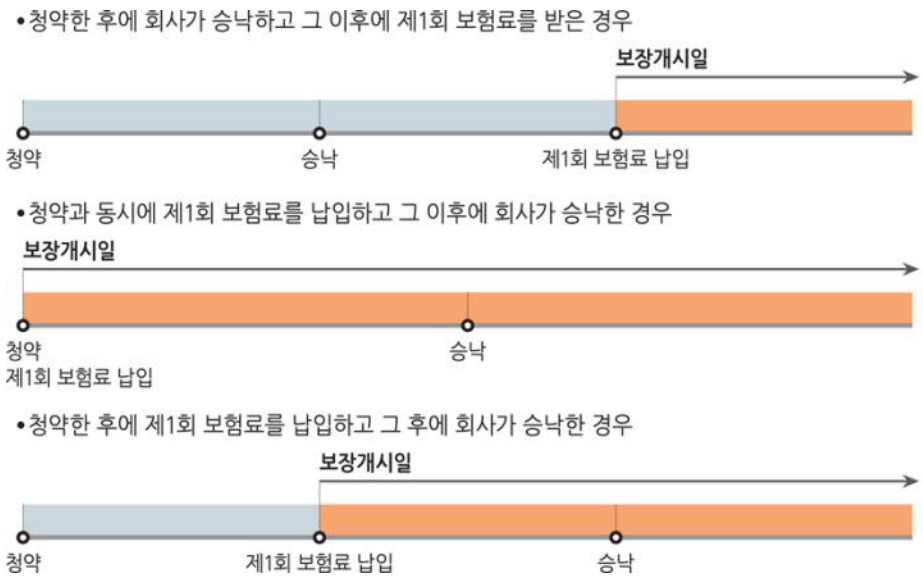
① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임 있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.

② 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

친절한 Mr.D

"보장개시일"에 대하여 자세히 알아봅시다!

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.



③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.

1. 제43조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
2. 제44조(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 합니다.

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 않고, 초과 청약액에 대한 보험료를 돌려드립니다.

⑤ 제1항 및 제2항에도 불구하고 제33조(보험금의 지급사유) 제3호의 암(기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암, 경계성종양은 제외) 진단자금의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장합니다. 다만, 피보험자의 가입나이가 15세 미만인 경우에는 제1항 및 제2항에 따라 보험계약일을 암보장개시일로 합니다.

제55조 【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.

용어해설

"납입기일" 이란?

계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날

제56조【보험료의 자동대출납입】

① 계약자는 제57조(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 제64조(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 보험계약대출금과 보험계약대출이자를 더한 금액이 해지환급금(해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 금액을 말합니다)을 초과하는 때에는 보험료의 자동대출납입을 더 이상 할 수 없습니다.

③ 제1항 및 제2항에 따른 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출 납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.

④ 보험료의 자동대출 납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입 전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출 납입이 없었던 것으로 하여 제63조(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.

제57조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 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 으로 정합니다. 다만, 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다.

② 제1항의 경우 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 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

③ 회사가 제1항 및 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면, 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 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 제1항 및 제2항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제63조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

용어해설

"납입최고(독촉)"이란?

약정된 기일까지 보험료가 납입되지 않을 경우, 회사가 계약자에게 납입을 재촉하는 일

제58조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)】

① 제57조(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 3년 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 평균공시이율 + 1% 범위 내에서 각 상품별로 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다.

② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제43조(계약 전 알릴 의무), 제44조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과), 제45조(사기에 의한 계약), 제46조(보험계약의 성립) 제2항 및 제3항 및 제54조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다. 다만, 부활(효력회복)의 경우 제1회 보험료는 부활(효력회복)시의 보험료를 의미합니다.

③ 제1항에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시 제43조(계약 전 알릴의무)를 위반한 경우에는 제44조(계약전 알릴의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

용어해설

"부활(효력회복)"이란?

보험료 납입을 연체하여 계약이 해지되고 계약자가 해지환급금을 받지 않은 경우에 회사가 정하는 소정의 절차에 따라 해지된 계약을 다시 되살리는 일

제59조【강제집행 등으로 해지된 계약의 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 제50조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.

용어해설

"강제집행" 이란?

국가의 공권력을 행사하여 사법상의 청구권을 강제적으로 실현시키기 위한 절차

"담보권실행" 이란?

채무자가 채무를 갚지 않을 경우, 채권자가 채무이행을 확보할수 있도록 제공된 담보로부터 손해를 변상 받는 절차

"국세 및 지방세 체납처분절차" 란?

국세 및 지방세를 납부할 기한까지 납부하지 않는 경우에 국세징수법 또는 지방세기본법에 따라 행하는 강제 징수 처분 및 그 절차

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.

제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제60조【'계약자의 임의해지' 및 '피보험자의 서면동의 철회권']

① 계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제63조(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.

제61조【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, 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이에 대한 보험금은 지급합니다.

② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제63조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제62조【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 제63조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 드립니다.

용어해설

"파산선고" 란?

파산신청에 의해 법원이 채무자의 파산원인을 인정하고 파산결정을 내리는 행위

제63조【해지환급금】

① 이 약관에 따른 해지환급금은 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에 따라 계산합니다.
② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접

수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표1-1(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제64조【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 이 보험의 보험계약대출 이율은 회사가 내부 통제기준에 따라 정하여 회사 홈페이지에 공시합니다.

③ 계약자는 제1항에 따른 보험계약대출금과 보험계약대출이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 때에는 회사는 보험금, 책임준비금 또는 해지환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.

④ 회사는 제57조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감합니다.

⑤ 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제65조【배당금의 지급】

이 계약은 무배당 보험이므로 계약자배당금이 없습니다.

용어해설

"계약자배당금" 이란?

계약자가 납입한 보험료로 보험회사가 합리적인 경영을 하여 발생한 이익금을 금융감독원장이 인가하는 방식에 따라 보험계약자에게 환원하는 것.

그 종류에는 이자율차배당, 위험률차배당, 사업비차배당, 장기유지특별배당이 있으며, 계약자배당은 유배당 상품에 한하여 실시함

"무배당보험" 이란?

무배당 보험은 계약자에게 따로 계약자배당금을 지급하지 않는 상품으로, 배당을 하는 유배당 상품에 비하여 상대적으로 저렴한 보험료로 가입할 수 있음

제7관 분쟁의 조정 등

제66조【분쟁의 조정】

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

제67조【관할법원】

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

제68조【소멸시효】

① 보험금 청구권, 보험료 반환청구권, 해지환급금청구권, 책임준비금 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

② 제1항의 소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있는 때로부터 진행합니다.

설명

제33조(보험금의 지급사유)에 따른 보험금 지급사유가 2017년 1월 1일에 발생하였음에도 2019년 12월 31일까지 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금 등을 지급받지 못할 수 있습니다.

제69조【약관의 해석】

① 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하여야 하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 않습니다.

"신의성실의 원칙" 이란?

권리의 행사와 의무의 이행은 신의와 성실을 가지고 행동하여 상대방의 신뢰와 기대를 배반하여서는 안 된다는 원칙 (민법 제2조 제1항)

민법 제2조 제1항

① 권리의 행사와 의무의 이행은 신의에 좇아 성실히 하여야 한다.

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.

제70조【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.

제71조【회사의 손해배상책임】

① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임 있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 발생된 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.

용어해설

현저하게 공정을 잃은 합의

당사자의 궁박, 경솔 또는 무경험으로 인하여 현저하게 공정을 잃어 무효인 합의를 말합니다.

제72조 【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 동의없이 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 보험관련 단체 등에 개인정보를 제공할 수 있습니다.

용어해설

"개인정보보호법" 이란?

당사자의 동의 없는 개인정보 수집 및 활용 또는 제3자에게 제공하는 것을 금지하는 등 개인정보를 보호하기 위한 법으로, 각종 컴퓨터 범죄와 개인의 사생활 침해 등 정보화 사회의 역기능을 방지하기 위한 목적으로 제정된 법률

"신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률" 이란?

신용정보주체의 자기정보 통제권을 보강하여 개인의 사생활 보호를 강화하며, 신용조회회사 등에 신용정보를 보호하기 위한 엄격한 내부통제 절차를 마련하도록 하여 신용정보 활용에 있어 책임성을 높여 금융소비자의 신뢰를 높이기 위해 제정된 법률

② 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

제73조 【준거법】

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

제74조 【예금보험에 의한 지급보장】

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

친절한 Mr.D

"예금자보호법" 이란?

금융기관이 파산 등의 사유로 예금을 지급할 수 없는 상황에 대처하기 위하여 예금보험제도 등을 효율적으로 운영함으로써 예금자를 보호하고 금융제도의 안정성을 유지하는 데 이바지함을 목적으로 하는 법률

태아가입특칙(胎兒加入特則)

제75조【특칙의 적용】

이 특칙은 피보험자로 될 자가 보험계약 체결시에 태아인 계약에 한하여 적용합니다.

제76조【피보험자】

제75조(특칙의 적용)의 태아(이하 "태아"라고 합니다)는 출생시에 피보험자로 됩니다.

제77조【출생통지】

① 계약자는 피보험자가 출생한 경우에는 지체없이 다음의 서류를 제출하여 이를 회사에 알려야 합니다.

1. 통지서(회사양식)
2. 피보험자의 가족관계등록부 또는 주민등록등본
3. 보험증권

② 제1항의 사실을 알린 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제78조【유산(流産), 사산(死産) 등】

① 태아가 유산 또는 사산 등에 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, 사산 등을 증명하는 서류
3. 보험증권
4. 최종보험료 영수증

③ 제2항의 사실을 알린 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

제79조【복수(複數) 출생의 경우】

① 태아가 복수로 출생한 경우에는 가족관계등록부상 선순위(先順位)로 기재된 자를 피보험자로 합니다.

② 제1항의 피보험자가 출생한 날부터 1년 이내에 사망하고 동시에 출생한 자가 생존하여 있는 경우에는 계약자는 피보험자가 사망한 날부터 1개월 이내에 한해서 동시에 출생한 자 가운데 가족관계등록부상 차순위(次順位)의 자를 새로운 피보험자로 할 수 있습니다.

③ 계약자가 제2항의 변경을 청구한 때에는 다음 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 새로 피보험자로 될 자의 가족관계등록부 또는 주민등록등본
3. 보험증권

④ 제2항의 변경을 회사가 승인한 때에는 원래의 피보험자의 사망시로 소급하여 그 변경이 행해지는 것으로 하여 회사는 그때부터 변경후의 피보험자에 대해서 보험계약상의 책임을 집니다.

⑤ 제1항 및 제2항의 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

⑥ 다음의 경우에는 회사는 제2항의 변경을 취급하지 않습니다.

1. 원래의 피보험자에 대해서 사망급여금이 이미 지급된 경우 또는 사망급여금의 청구서류를 접수한 경우

2. 계약자가 원래의 피보험자를 고의로 사망케 한 경우

제80조【출생전 보험금 지급사유 발생】

피보험자의 출생전에 제33조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 피보험자가 출생한 날부터 제33조(보험금의 지급사유)에 따라 지급합니다.

제81조【계약나이의 계산 특례(特例)】

계약일에 있어서의 피보험자의 계약나이는 0세로 합니다.

제82조【계약일, 계약나이의 변경 및 보험료 정산에 관한 사항】

① 회사가 제77조(출생통지) 제1항의 알림을 받은 경우 피보험자의 출생일이 계약일로부터 6개월을 초과한 때에는 회사는 계약일을 피보험자의 출생일의 반년전의 해당일로 변경하며 이로 인하여 피보험자의 계약나이가 바뀌어질 경우에는 이것을 변경합니다.

② 회사는 계약을 체결할 때 피보험자가 태아일 경우의 보험료는 피보험자 남자 0세를 기준으로 적용하며, 제77조(출생통지) 제1항의 통지를 받은 경우 피보험자의 성(性)이 여자일 경우 그 해당일을 기준으로 피보험자의 성(性)을 변경합니다.

③ 제1항 내지 제2항의 규정에 의해 피보험자의 계약나이 또는 성(性)을 변경한 경우에는 회사는 변경후의 계약나이 또는 성(性)에 따라서 보험료를 변경합니다.

④ 제3항의 경우 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 변경하여 드리고, 이미 납입한 보험료를 정산하고 되돌려 드릴 금액이 있을 때는 정산된 보험료를 정산일까지 기간에 대하여 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 계약자에게 지급하고 부족한 금액이 있을 때는 계약자는 이를 회사에 납입해야 합니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

■ **1형(일반형)**

(기준 : 보험가입금액 5,000만원)

급 여 명 칭		지 급 사 유	지 급 금 액	
공통	교통재해 장해급여금 (제33조 제1호)	보험기간 중 피보험자가 "교통재해"를 직접적인 원인으로 장해분류표에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 3% 이상의 장해상태가 되었을 때	1억원 × 해당 장해지급률	
	일반재해 장해급여금 (제33조 제2호)	보험기간 중 피보험자가 "교통재해 이외의 재해"를 직접적인 원인으로 장해분류표에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 3% 이상의 장해상태가 되었을 때	5,000만원 × 해당 장해지급률	
	암진단자금 (제33조 제3호)	보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 암으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 보험계약일로부터 2년미만 지급사유 발생시 해당 진단자금의 50% 지급)	1,000만원 (최초 1회에 한함)	
	일반암진단 추가자금 (제33조 제3호)	보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 일반암으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 보험계약일로부터 2년미만 지급사유 발생시 해당 진단자금의 50% 지급)	4,000만원 (최초 1회에 한함)	
	고액암진단 추가자금 (제33조 제3호)	보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 고액암으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 보험계약일로부터 2년미만 지급사유 발생시 해당 진단자금의 50% 지급) ※ 고액암: 백혈병, 뇌암, 골수암 등	5,000만원 (최초 1회에 한함)	
	기타암 진단자금 (제33조 제4호)	보험기간 중 피보험자가 기타피부암, 제자리암, 경계성종양, 갑상선암 또는 대장점막내암으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 2년미만 지급사유 발생시 50% 지급) (각, 최초 1회에 한함)	기타피부암	200만원
			제자리암	200만원
			경계성종양	200만원
			갑상선암	200만원
			대장점막내암	200만원
	2대질병 진단자금 (제33조 제5호)	보험기간 중 피보험자가 뇌출혈 또는 급성심근경색증으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 2년미만 지급사유 발생시 50% 지급) (각, 최초 1회에 한함)	2,500만원	
	CI 치료자금 (제33조 제6호 내지 제10호)	보험기간 중 피보험자가 말기신부전증 진단이 확정되었을 때 (최초 1회에 한함)(제33조 제6호)	말기신부전증	5,000만원
		보험기간 중 피보험자가 장기 수혜자로서 5대장기 이식수술을 받았을 때(최초 1회에 한함)(제33조 제7호)	5대장기 이식수술	3,000만원

급여명칭		지급사유	지급금액	
		보험기간 중 피보험자가 중증재생불량성빈혈 진단이 확정되었을 때(최초 1회에 한함)(제33조 제8호)	중증재생불량성빈혈	1,000만원
		피보험자가 보험기간 중 중대한 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부손상) 진단이 확정되었을 때 (최초 1회에 한함)(제33조 제9호)	중대한 화상 및 부식	3,000만원
		피보험자가 보험기간 중 심장합병증을 동반한 가와사키병에 진단에 확정되었을 때 (다만, 19세 계약해당일 전일까지만 보장)(최초 1회에 한함)(제33조 제10호)	심장합병증을 동반한 가와사키병	300만원
공통	입원급여금 (제33조 제11호)	보험기간 중 피보험자가 질병 및 재해를 직접적인 원인으로 그 치료를 목적으로 4일이상 입원하였을 때 (1회 입원당 120일한도)	3일초과 1일당 2만원	
		보험기간 중 피보험자가 “고액치료비관련 질병”을 직접적인 원인으로 그 치료를 목적으로 4일이상 입원하였을 때(1회입원당 120일한도)	3일초과 1일당 7만원	
		보험기간 중 피보험자가 “컴퓨터관련 질환”을 직접적인 원인으로 그 치료를 목적으로 4일이상 입원하였을 때 (1회입원당 120일한도)	3일초과 1일당 2만원	
		보험기간 중 피보험자가 “생활질환”을 직접적인 원인으로 그 치료를 목적으로 4일이상 입원하였을 때 (1회입원당 120일한도)	3일초과 1일당 2만원	
		보험기간 중 피보험자가 “식중독”을 직접적인 원인으로 그 치료를 목적으로 4일이상 입원하였을 때 (1회입원당 120일한도)	3일초과 1일당 2만원	
	중환자실 입원급여금 (제33조 제12호)	보험기간 중 피보험자가 질병 및 재해로 인하여 그 치료를 목적으로 중환자실에 1일 이상 계속하여 입원하였을 때 (1회 입원당 60일 한도)	1일당 8만원	
	수술급여금 (제33조 제13호 내지 제15호)	보험기간 중 피보험자가 “조혈모세포이식”, 을 직접적인 원인으로 그 치료를 목적으로 수술을 받았을 때 (다만, 최초 1회에 한함)(제33조 제13호)	2,000만원	
		보험기간 중 피보험자가 “양성뇌종양”, 을 직접적인 원인으로 그 치료를 목적으로 수술을 받았을 때 (수술 1회당)(제33조 제14호)	300만원	
		보험기간 중 피보험자가 “1~5종 수술분류표Ⅰ”에서 정한 수술을 받았을 때 (제33조 제15호)(수술 1회당)	1종 : 10만원 2종 : 30만원 3종 : 50만원 4종 : 100만원 5종 : 300만원	
	특정법정감염병 진단자금 (제33조 제16호)	보험기간 중 피보험자가 “특정 법정감염병”으로 진단이 확정 되었을 때(진단1회당)	50만원	
	응급실 내원진료비 (제33조 제17호)	보험기간 중 피보험자가「응급실 내원 진료비 대상자」에 해당되었을 때 (내원 1회당)	2만원	
	골절치료자금	보험기간 중 피보험자가 재해를 직접적인 원인으로	30만원	

급 여 명 칭		지 급 사 유	지 급 금 액	
	(제33조 제18호)	재해골절(치아파절 제외) 상태가 되었을 때 (발생 1회당)		
	심장수술 급여금 (제33조 제19호 내지 20호)	보험기간 중 피보험자가 심장병의 근본적인 치료를 목적으로 개흉심장수술을 하였을 때 (다만, 30세 계약해당일 전일까지만 보장) (최초 1회에 한함)(제33조 제19호)	개흉심장수술	1,000만원
		보험기간 중 피보험자가 심장병의 근본적인 치료를 목적으로 심장시술을 하였을 때 (다만, 30세 계약해당일 전일까지만 보장) (최초 1회에 한함) (제33조 제20호)	심장시술	200만원
공통	화상치료자금 (제33조 제21호 내지 22호)	보험기간 중 피보험자가 "화상"을 직접적인 원인으로 그 치료를 목적으로 수술을 받았을 때(수술 1회당) (제33조 제21호)	100만원	
		보험기간 중 피보험자가 "화상"을 직접적인 원인으로 그 치료를 목적으로 4일이상 입원하였을 때 (1회입원당 120일한도)(제33조 제22호)	3일초과 1일당 5만원	
	스쿨존 교통사고 치료비 (제33조 제23호)	보험기간 중 피보험자가 "스쿨존 교통사고"를 직접적인 원인으로 부상치료를 받았을 때 (다만, 13세 계약해당일 전일까지만 보장)(사고 1회당)	30만원	
1종 중도급부형	중도급부금 (제33조 제29호)	피보험자가 보험계약일로부터 3년, 6년, 9년, 12년 시점에 살아있을 때 (다만, 1종 중도급부형에 한함)	3년시점 : 50만원 6년시점 : 150만원 9년시점 : 200만원 12년시점 : 400만원	
2종 생활자금형	생활자금 (중도생존급부금) (제33조 제30호)	피보험자가 납입기간 종료일 이후 계약자가 가입시 선택한 거치기간(즉시/10년) 이후부터 "매년 계약해당일"에 살아있을 때 (다만, 2종 생활자금형에 한함)	월납 영업보험료를 납입기간과 동일한 기간동안 매월 계약해당일에 지급 ("매년 계약해당일"을 최초 지급일로 하여 연간 12회 확정지급, 이미 납입한 보험료 이내)	
3종 일시지급형	일시생활자금 (중도생존급부금) (제33조 제31호)	피보험자가 보험계약일로부터 20년이 지난 시점 계약해당일에 살아있을 때 (다만, 3종 일시지급형에 한함)	기납입보험료의 100%	
4종 만기환급형	만기환급금 (제33조 제32호)	피보험자가 보험기간이 끝날 때 까지 살아있을 때 (다만, 4종 만기환급형에 한함)	기납입보험료의 100%	

■ **2형(태아형)**

(기준 : 보험가입금액 5,000만원)

급여명칭		지급사유	지급금액	
공통	교통재해 장해급여금 (제33조 제1호)	보험기간 중 피보험자가 "교통재해"를 직접적인 원인으로 장해분류표에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 3% 이상의 장해상태가 되었을 때	1억원 × 해당 장해지급률	
	일반재해 장해급여금 (제33조 제2호)	보험기간 중 피보험자가 "교통재해 이외의 재해"를 직접적인 원인으로 장해분류표에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 3% 이상의 장해상태가 되었을 때	5,000만원 × 해당 장해지급률	
	암진단자금 (제33조 제3호)	보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 암으로 진단이 확정되었을 때	1,000만원 (최초 1회에 한함)	
	일반암진단 추가자금 (제33조 제3호)	보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 일반암으로 진단이 확정되었을 때	4,000만원 (최초 1회에 한함)	
	고액암진단 추가자금 (제33조 제3호)	보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 고액암으로 진단이 확정되었을 때 ※ 고액암: 백혈병, 뇌암, 골수암 등	5,000만원 (최초 1회에 한함)	
	기타암 진단자금 (제33조 제4호)	보험기간 중 피보험자가 기타피부암, 제자리암, 경계성종양, 갑상선암 또는 대장점막내암으로 진단이 확정되었을 때 (각, 최초 1회에 한함)	기타피부암	200만원
			제자리암	200만원
			경계성종양	200만원
			갑상선암	200만원
			대장점막내암	200만원
	2대질병 진단자금 (제33조 제5호)	보험기간 중 피보험자가 뇌출혈 또는 급성심근경색증으로 진단이 확정되었을 때 (각, 최초 1회에 한함)	2,500만원	
		보험기간 중 피보험자가 (별표6)뇌출혈의 정의 중 분류번호 P10 및 P52에 해당하는 뇌출혈로 진단이 확정되었을 때 (최초 1회에 한함)	500만원	
	CI 치료자금 (제33조 제6호 내지 제10호)	보험기간 중 피보험자가 말기신부전증 진단이 확정되었을 때 (최초 1회에 한함)(제33조 제6호)	말기신부전증	5,000만원
		보험기간 중 피보험자가 장기 수혜자로서 5대장기 이식수술을 받았을 때(최초 1회에 한함)(제33조 제7호)	5대장기 이식수술	3,000만원
		보험기간 중 피보험자가 중증재생불량성빈혈 진단이 확정되었을 때(최초 1회에 한함)(제33조 제8호)	중증재생불량성빈혈	1,000만원
		피보험자가 보험기간 중 중대한 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부손상) 진단이 확정되었을 때 (최초 1회에 한함)(제33조 제9호)	중대한 화상 및 부식	3,000만원
		피보험자가 보험기간 중 심장합병증을 동반한 가와사키병에 진단에 확정되었을 때	심장합병증을 동반한 가와사키병	300만원

급여명칭		지급사유	지급금액	
		(다만, 19세 계약해당일 전일까지만 보장)(최초 1회에 한함)(제33조 제10호)		
공통	입원급여금 (제33조 제11호)	보험기간 중 피보험자가 질병 및 재해를 직접적인 원인으로 그 치료를 목적으로 4일이상 입원하였을 때 (1회 입원당 120일한도)	3일초과 1일당 2만원	
		보험기간 중 피보험자가 “고액치료비관련 질병”을 직접적인 원인으로 그 치료를 목적으로 4일이상 입원하였을 때(1회입원당 120일한도)	3일초과 1일당 7만원	
		보험기간 중 피보험자가 “컴퓨터관련 질환”을 직접적인 원인으로 그 치료를 목적으로 4일이상 입원하였을 때 (1회입원당 120일한도)	3일초과 1일당 2만원	
		보험기간 중 피보험자가 “생활질환”을 직접적인 원인으로 그 치료를 목적으로 4일이상 입원하였을 때 (1회입원당 120일한도)	3일초과 1일당 2만원	
		보험기간 중 피보험자가 “식중독”을 직접적인 원인으로 그 치료를 목적으로 4일이상 입원하였을 때 (1회입원당 120일한도)	3일초과 1일당 2만원	
	중환자실 입원급여금 (제33조 12호)	보험기간 중 피보험자가 질병 및 재해로 인하여 그 치료를 목적으로 중환자실에 1일 이상 계속하여 입원하였을 때 (1회 입원당 60일 한도)	1일당 8만원	
	수술급여금 (제33조 13호 내지 제15호)	보험기간 중 피보험자가 “조혈모세포이식”을 직접적인 원인으로 그 치료를 목적으로 수술을 받았을 때 (다만, 최초 1회에 한함)(제33조 13호)	2,000만원	
		보험기간 중 피보험자가 “양성뇌종양”을 직접적인 원인으로 그 치료를 목적으로 수술을 받았을 때 (수술 1회당)(제33조 14호)	300만원	
		보험기간 중 피보험자가 “1~5종 수술분류표Ⅰ”에서 정한 수술을 받았을 때 (수술 1회당)(제33조 제15호)	1종 : 10만원 2종 : 30만원 3종 : 50만원 4종 : 100만원 5종 : 300만원	
	특정법정감염병 진단자금 (제33조 16호)	보험기간 중 피보험자가 “특정 법정감염병”으로 진단이 확정 되었을 때(진단 1회당)	50만원	
	응급실 내원진료비 (제33조 제17호)	보험기간 중 피보험자가「응급실 내원 진료비 대상자」에 해당되었을 때 (내원 1회당)	2만원	
	골절치료자금 (제33조 제18호)	보험기간 중 피보험자가 재해를 직접적인 원인으로 재해골절(치아파절 제외) 상태가 되었을 때(발생 1회당)	30만원	
	심장수술 급여금 (제33조 제19호 내지 제20호)	보험기간 중 피보험자가 심장병의 근본적인 치료를 목적으로 개흉심장수술을 하였을 때 (다만, 30세 계약해당일 전일까지만 보장)(최초 1회에 한함) (제33조 제19호)	개흉심장수술	1,000만원
		보험기간 중 피보험자가 심장병의 근본적인 치료를	심장시술	200만원

급여명칭		지급사유	지급금액
		목적으로 심장시술을 하였을 때 (다만, 30세 계약해당일 전일까지만 보장)(최초 1회에 한함) (제33조 제20호)	
공통	화상치료자금 (제33조 제21호 내지 제22호)	보험기간 중 피보험자가 "화상"을 직접적인 원인으로 그 치료를 목적으로 수술을 받았을 때(수술 1회당) (제33조 제21호)	100만원
		보험기간 중 피보험자가 "화상"을 직접적인 원인으로 그 치료를 목적으로 4일이상 입원하였을 때 (1회입원당 120일한도)(제33조 제22호)	3일초과 1일당 5만원
	스쿨존 교통사고 치료비 (제33조 제23호)	보험기간 중 피보험자가 "스쿨존 교통사고"를 직접적인 원인으로 부상치료를 받았을 때 (다만, 13세 계약해당일 전일까지만 보장)(사고 1회당)	30만원
	주산기질환 입원급여금 (제33조 제24호)	보험기간 중 피보험자가 출생 이후 1년동안 주산기질환을 직접적인 원인으로 그 치료를 목적으로 4일이상 입원하였을 때(1회 입원당 120일한도)	3일초과 1일당 1만원
	주산기질환 수술급여금 (제33조 제25호)	보험기간 중 피보험자가 출생 이후 1년동안 주산기질환이 발생하여 그 치료를 직접적인 목적으로 수술시 (수술 1회당)	30만원
	선천이상 입원급여금 (제33조 제26호)	보험기간 중 피보험자가 선천이상을 직접적인 원인으로 4일 이상 입원하였을 때 (다만, 30세 계약해당일 전일까지만 보장)(1회 입원당 120일한도)	3일초과 1일당 2만원
	선천이상 수술급여금 (제33조 제27호)	보험기간 중 피보험자가 선천이상을 직접적인 원인으로 수술을 받았을 때 (다만, 30세 계약해당일 전일까지만 보장)(수술 1회당)	100만원
	뇌성마비 진단자금 (제33조 제28호)	보험기간 중 피보험자가 뇌성마비로 진단 확정시 (다만, 7세 계약해당일 전일까지만 보장) (최초 1회에 한함)	1,000만원
1종 중도급부형	중도급부금 (제33조 제29호)	피보험자가 보험계약일로부터 3년, 6년, 9년, 12년 시점에 살아있을 때 (다만, 1종 중도급부형에 한함)	3년시점 : 50만원 6년시점 : 150만원 9년시점 : 200만원 12년시점 : 400만원
2종 생활자금형	생활자금 (중도생존급부금) (제33조 제30호)	피보험자가 납입기간 종료일 이후 계약자가 가입시 선택한 거치기간(즉시/10년) 이후부터 "매년 계약해당일"에 살아있을 때 (다만, 2종 생활자금형에 한함)	월납 영업보험료를 납입기간과 동일한 기간동안 매월 계약해당일에 지급 ("매년 계약해당일"을 최초 지급일로 하여 연간 12회 확정지급, 이미 납입한 보험료 이내)
3종 일시지급형	일시생활자금 (중도생존급부금) (제33조 제31호)	피보험자가 보험계약일로부터 20년이 지난 시점 계약해당일에 살아있을 때 (다만, 3종 일시지급형에 한함)	기납입보험료의 100%
4종 만기환급형	만기환급금 (제33조 제32호)	피보험자가 보험기간이 끝날 때 까지 살아있을 때 (다만, 4종 만기환급형에 한함)	기납입보험료의 100%

※ 피보험자가 사망시에는 책임준비금을 지급하여 드리고 그 때부터 이 계약은 효력을 상실합니다.

※ 피보험자가 보험료 납입기간 중에 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체

부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되거나 뇌출혈(2형 태아형에서 P10 및 P52에 해당하는 뇌출혈 제외) 또는 급성심근경색증으로 진단확정된 경우, 5대장기이식수술, 말기신부전증, 중대한 화상 및 부식 지급사유가 발생한 경우, 암 보장개시일 이후에 암(기타피부암, 제자리암, 경계성종양, 갑상선암, 대장점막내암 제외)으로 진단확정 된 경우에는 차회이후의 보험료 납입을 면제합니다.

※ 1형(일반형)의 경우, 보험계약일로부터 2년 미만에 고액암, 암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양, 갑상선암, 대장점막내암, 뇌출혈 또는 급성심근경색증 지급사유 발생 시에는 해당 진단자금의 50%를 지급합니다.

※ 일반암은 제3조(“암”, “기타피부암”, “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암” 중에서 “유방암” 및 “남녀생식기관련암”을 제외한 암을 말합니다.

※ 고액암은 제3조(“암”, “기타피부암”, “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 에서 정한 “고액암”으로 제7차 개정 한국표준질병사인분류에 의해 백혈병, 뇌암, 골수암 등을 말합니다.

※ 암 보장개시일은 보험계약일(부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다. 다만, 피보험자의 가입나이가 15세 미만인 경우에는 보험계약일(부활(효력회복)일)을 암보장개시일로 합니다.

※ 암 보장개시일 이후에 피보험자에게 암(제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외)으로 지급사유가 발생한 경우 암진단자금, 일반암진단추가자금, 고액암진단추가자금 중에서 피보험자의 진단확정된 암에 해당하는 각 지급금액을 더하여 지급합니다.

다만, 암진단자금, 일반암진단추가자금, 고액암진단추가자금은 각각 최초 1회에 한하여 지급되므로 이 계약이 보험기간 중 이미 지급한 금액은 다시 지급하지 않습니다.

※ 암 보장개시일 이후에 “고액암”으로 진단 확정되어 진단자금을 지급하는 경우 암진단자금, 일반암진단추가자금, 고액암진단추가자금을 더하여 지급하고, 그 후에 “유방암”, “남녀생식기관련암” 또는 일반암(고액암제외)으로 확정된 경우에도 암진단자금 또는 일반암진단추가자금을 추가로 지급하지 않습니다.

※ 암 보장개시일 이후에 “유방암” 또는 “남녀생식기관련암”으로 진단 확정되어 암진단자금을 지급하고, 그 후에 “고액암”으로 진단이 확정된 경우에는 일반암진단추가자금 및 고액암진단추가자금을 추가로 지급합니다.

구분	“유방암” 또는 “남녀생식기관련암”	일반암(고액암제외)	고액암
암진단자금	지급	지급	지급
일반암진단추가자금	해당없음	지급	지급
고액암진단추가자금	해당없음	해당없음	지급

※ 제6조(“대장점막내암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “대장점막내암”으로 보험금지급사유 발생시 “대장점막내암”에 해당하는 급여금을 지급하고 “제자리암”에 해당하는 급여금은 지급되지 않습니다.

※ 주산기질환 : 신생아를 분만한 시기의 전후 기간에 기원한 질환으로서 “출생전후기에 기원한 특정병태 대상분류표”에서 정한 질병.

※ 5대장기 : 간장, 신장, 심장, 췌장, 폐장

※ “응급실 내원 진료비 대상자”라 함은 “응급환자” 또는 “응급환자”에 해당되지 않으나 「질병 및 재해분류표」에서 정하는 질병 또는 재해로 인하여 응급실에 내원하여 진료를 받은 자를 말합니다.

※ “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 증상」이 있는 자를 말합니다.

※ 피보험자에게 동일 재해로 2가지 이상의 재해골절(복합골절) 발생시 1회만 골절치료자금을 지급하며, 의학적 처치 및 치료를 목적으로 골절을 시키는 경우에는 골절치료자금을 지급하지 않습니다.

※ 중환자실 입원급여금, 주산기질환 입원급여금, 선천이상 입원급여금의 경우 입원급여금과 중복될 경우 해당

입원급여금을 각각 중복하여 지급합니다.

※ 조혈모세포 이식수술급여금, CI치료자금(5대장기 이식수술), 주산기질환 수술급여금, 선천이상 수술급여금, 심장수술급여금(개흉심장수술), 심장수술급여금(심장시술)의 경우 수술급여금과 중복될 경우 해당 수술급여금을 각각 중복하여 지급합니다.

※ 스쿨존 교통사고는 스쿨존(어린이보호구역)에서 발생한 교통사고로 경찰에 교통사고로 접수되어 처리된 사건에 한하며, 경찰서 교통사고사실확인서(관할 경찰서장 발행)와 의사진단서를 기준으로 함.

※ 보험료 납입이 면제된 경우 보험료 납입기간 종료일까지 보험료가 매월 계약해당일에 납입된 것으로 간주하여 생활자금(중도생존급부금), 일시생활자금(중도생존급부금) 및 만기환급금을 지급합니다.

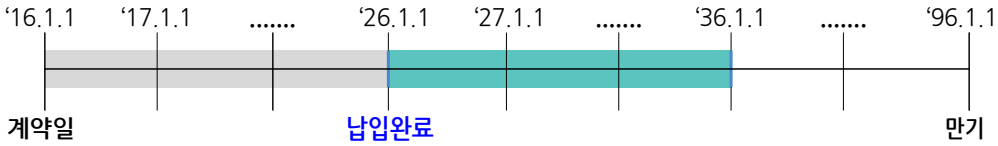
※ 2종(생활자금형)의 생활자금(중도생존급부금)의 확정지급분(연간 12회) 중 미지급된 금액은 보험수익자가 일시금으로 선지급 받기를 원하는 경우 평균공시이율 또는 적용이율로 할인하여 계산한 금액 중 큰 금액을 일시금으로 선지급합니다.

※ 2종(생활자금형)의 생활자금(중도생존급부금)은 피보험자의 생존시에만 지급되며, 생활자금(중도생존급부금)의 지급 중에 사망시 사망시점의 책임준비금과 생활자금(중도생존급부금)의 확정지급분(연간 12회) 중 미지급된 금액이 지급되고, 향후 생활자금(중도생존급부금)은 더 이상 지급되지 않습니다.

※ 3종(일시지급형)의 일시생활자금(중도생존급부금)은 피보험자의 지급사유 발생일 생존시에만 지급되며, 그 이전에 사망시에는 사망시점의 책임준비금이 지급되고 일시생활자금(중도생존급부금)은 지급되지 않습니다.

"생활자금(중도생존급부금)_즉시형"의 지급 예시

(보험계약일 2016.1.1, 20세, 100세만기, 10년납 인 경우)



예1 : 2020.10.1 사망시

보험료 납입기간 중에 사망시 생활자금(중도생존급부금)은 지급되지 않으며, 회사는 사망시점의 책임준비금을 지급하고 계약은 소멸됩니다.

예2 : 2027.3.15 사망시

생활자금(중도생존급부금) 지급기간 중 사망시, 회사는 사망시점의 책임준비금을 지급하며 해당연도 미지급된 잔여 생활자금(중도생존급부금) 9회분(2027.4.1.~2027.12.1)을 지급 후 계약은 소멸됩니다.

▶ 총 지급되는 생활자금(중도생존급부금) 횟수:

2026.1.1~2027.3.1 15회분 기지급 + 2027.4.1~2027.12.1 9회분 지급 예정이므로, **24회**

예3 : 2037.3.15 사망시

생활자금(중도생존급부금) 지급기간 이후 사망시, 생활자금(중도생존급부금)은 더 이상 지급되지 않습니다. 회사는 사망시점의 책임준비금을 지급하고 계약은 소멸됩니다.

▶ 총 지급한 생활자금(중도생존급부금) 횟수:

2026.1.1~2035.12.1 120회분 기지급하였으므로, **120회**

(별표 1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제38조 제2항 및 제63조 제2항 관련)

<table>
<tr><th>구 분</th><th colspan="2">기 간</th><th>지 급 이 자</th></tr>
<tr><td rowspan="4">사망당시의 책임준비금
(제53조 제2항)
교통재해장해급여금
일반재해장해급여금
암관련 진단자금
기타암 진단자금
2대질병 진단자금
CI치료자금
입원급여금
중환자실입원급여금
수술급여금
특정 법정감염병 진단자금
응급실내원진료비
골절치료자금
심장수술급여금
화상치료자금
스쿨존 교통사고 치료비
주산기질환 입원급여금
주산기질환 수술급여금
선천이상 입원급여금
선천이상 수술급여금
뇌성마비 진단자금
(제33조 제1호 에서 제28호)</td><td colspan="2">지급기일의 다음 날부터
30일 이내 기간</td><td>보험계약대출이율</td></tr>
<tr><td colspan="2">지급기일의 31일이후부터
60일 이내 기간</td><td>보험계약대출이율
+ 가산이율(4.0%)</td></tr>
<tr><td colspan="2">지급기일의 61일이후부터
90일 이내 기간</td><td>보험계약대출이율
+ 가산이율(6.0%)</td></tr>
<tr><td colspan="2">지급기일의 91일이후 기간</td><td>보험계약대출이율
+ 가산이율(8.0%)</td></tr>
<tr><td rowspan="3">중도급부금
(제33조 제29호)
생활자금
(제33조 제30호)
일시생활자금
(제33조 제31호)</td><td rowspan="2">지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간</td><td>보험기간 만기일 이내</td><td>평균공시이율</td></tr>
<tr><td>보험기간 만기 이후</td><td>·1년이내: 평균공시이율의 50%
·1년초과기간 : 1%</td></tr>
<tr><td colspan="2">청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간</td><td>보험계약대출이율</td></tr>
<tr><td rowspan="2">만기환급금
(제33조 제32호)
해지환급금
(제63조 제1항)</td><td colspan="2">지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간</td><td>·1년이내: 평균공시이율의 50%
·1년초과기간 : 1%</td></tr>
<tr><td colspan="2">청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간</td><td>보험계약대출이율</td></tr>
</table>

주) 1. 중도급부금, 생활자금(중도생존급부금), 일시생활자금(중도생존급부금) 및 만기환급금은 회사가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 않은 경우, 지급사유가 발생한 날의 다음 날부

터 청구일까지의 기간은 평균공시이율을 적용한 이자를 지급합니다.

2. 미지급된 생활자금(중도생존급부금) 및 일시생활자금(중도생존급부금)으로 발생한 이자는 제51조(보험가입금액의 자동증액)에 따라 보험가입금액이 자동증액되므로 자동증액일의 다음날부터는 보험가입금액 자동증액 시점의 생활자금(중도생존급부금) 및 일시생활자금(중도생존급부금) 원리금에서 이자를 제외한 생활자금 및 일시생활자금(중도생존급부금)을 대상으로 적립합니다.
3. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산합니다.
4. 약관의 내용에 따라 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.
5. 가산이율 적용시 제38조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
6. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

(별표 2)

대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표

(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외)

약관에 규정하는 악성 신생물(암)로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분 류 번 호
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. 골 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40-C41
5. 피부의 악성흑색종	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) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병(과호산구증후군)	D47.5

1. 제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
2. 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44) 및 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)은 상기 분류표에서 제외됩니다.
3. 소화기관의 악성신생물(암)(C15-C26) 중 제6조(“대장점막내암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 대장점막내암은 상기 분류표에서 제외됩니다.
4. 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 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.

(별표 3)

고액치료비 관련 악성신생물 분류표

약관에 규정하는 악성신생물(암)로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2015-309호, 2016.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분 류 번 호
1. 골 및 관절연골의 악성신생물	C40-C41
- 사지의 골 및 관절연골의 악성신생물	C40
- 기타 및 상세불명 부위의 골 및 관절연골의 악성신생물	C41
2. 뇌 및 중추 신경계통의 기타부분의 악성신생물	C70-C72
- 수막의 악성신생물	C70
- 뇌의 악성신생물	C71
- 척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성신생물	C72
3. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81-C96
- 호지킨 림프종	C81
- 소포성 림프종	C82
- 비소포성 림프종	C83
- 성숙 T/NK-세포림프종	C84
- 기타 및 상세불명 유형의 비호지킨 림프종	C85
- T/NK-세포 림프종의 기타 명시된 형태	C86
- 악성 면역증식질환	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 관련 조직의 기타 및 상세 불명의 악성신생물	C96
- 만성 골수증식질환	D47.1
- 만성 호산구성 백혈병(과호산구증후군)	D47.5

※ 제8차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표 4)

제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외)

약관에 규정하는 제자리의 신생물로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1.시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분 류 번 호
1. 구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01
3. 중이 및 호흡계통의 제자리암종	D02
4. 제자리흑생종	D03
5. 피부의 제자리암종	D04
6. 유방의 제자리암종	D05
7. 자궁경부의 제자리암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 제자리 암종	D09

1. 제8차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종(D01) 중 제6조(“대장점막내암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 대장점막내암은 상기 분류표에서 제외됩니다.

(별표 5)

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에 규정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분 류 번 호
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 중추 신경계통의 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,D47.5제외)
10. 기타 및 상세불명 부의의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

1. 제8차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
2. 만성 골수증식질환(D47.1), 본태성(출혈성) 혈소판혈증(D47.3),골수섬유증(D47.4), 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군](D47.5)은 9.림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물에 포함되지 않는 것으로 보아 보장하지 않습니다.

(별표 6)

뇌출혈의 정의

약관에 규정하는 뇌출혈로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1.시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

<1형(일반형)의 경우>

대 상 질 병 명	분 류 번 호
• 지주막하 출혈	I60
• 뇌내출혈	I61
• 기타 비외상성 두개내 출혈	I62

<2형(태아형)의 경우>

대 상 질 병 명	분 류 번 호
• 출산 손상으로 인한 두개내 열상 및 출혈 • 태아 및 신생아의 두개내 비외상성 출혈	P10 P52
• 지주막하 출혈 • 뇌내출혈 • 기타 비외상성 두개내 출혈	I60 I61 I62

※ 제8차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표 7)

급성심근경색증의 정의

약관에 규정하는 급성심근경색증으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1.시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분 류 번 호
• 급성 심근경색증	I21
• 후속 심근경색증	I22
• 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23

※ 제8차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표 8)

“중증재생불량성빈혈”의 정의

① “중증 재생불량성 빈혈”이라 함은 “비가역적인 중증재생불량성빈혈” 로서, 골수 세포충실도 감소와 말초혈액의 범혈구 감소증이 나타나서 골수부전의 치료를 위해 지속적으로 수혈, 골수조혈촉진인자, 면역억제제 중 1항목 이상의 치료를 계속 받고 있고, 해당 분야 전문의에 의하여 현재 골수이식수술 또는 조혈모세포이식수술을 필요로 하다고 인정된 질병상태를 말합니다. 따라서, 일시적이거나 가역적인 재생불량성빈혈, 중증이 아닌 재생불량성빈혈은 보장에서 제외합니다.

② 제①항의 “비가역적인 중증 재생불량성 빈혈”이라 함은 골수천자검사상 세포충실도가 25%미만인 경우(또는 세포충실도가 25%~50%인 경우라도 조혈기능을 하는 세포가 30%미만인 경우)인 동시에 말초혈액 검사상 다음 3항목 중 2항목 이상을 충족해야 하며, 각 검사 결과의 판독은 병리 또는 혈액학 분야의 전문의에 의해 시행되어야 합니다.

가. 절대호중구수 : 500/μ L 미만
나. 혈소판 : 20,000/μ L 미만
다. 교정망상적혈구수 : 1% 미만

③ “중증 재생불량성 빈혈”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 병리 또는 해당 분야의 전문의(치과의사, 한의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

(별표 9)

중대한 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부손상)의 정의

“중대한 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)” 이라 함은 전신피부의 20% 이상이 3도 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)을 입은 경우를 말하며, 체표면적은 ‘9의 법칙(Rule of 9's)’ 또는 ‘룬드와 브라우더 신체 표면적 차트(Lund & Browder Body Surface Chart)’에 의해 측정 되어진 것을 말합니다. 다만, ‘9의 법칙(Rule of 9's)’ 또는 ‘룬드와 브라우더 신체 표면적 차트(Lund & Browder Body Surface Chart)’ 측정법처럼 표준화되고 임상적으로 받아들여지는 다른 신체표면적 차트를 사용하여 유사한 결과가 나온 것도 인정합니다.

(별표 10)

고액치료비관련 질병 분류표

약관에 규정하는 고액치료비관련 질병으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2016-309호, 2016.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

분 류 항 목	분류번호
림프성 백혈병	C91
골수성 백혈병	C92
단핵구성 백혈병	C93
명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
상세불명 세포형의 백혈병	C95
만성 골수증식질환	D47.1
만성 호산구성 백혈병(과호산구증후군)	D47.5
다발성 골수종 및 악성 형질세포 신생물	C90
호지킨 림프종	C81
소포성 림프종	C82
비소포성 림프종	C83
성숙 T/NK-세포림프종	C84
기타 및 상세불명 유형의 비호지킨 림프종	C85
T/NK-세포 림프종의 기타 명시된 형태	C86
사지의 뼈 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40
기타 및 상세불명 부위의 뼈 및 관절연골의 악성신생물(암)	C41
수막의 악성신생물(암)	C70
뇌의 악성신생물(암)	C71
척수, 뇌신경 및 중추신경계통의 기타 부위의 악성신생물(암)	C72
수막의 양성신생물	D32
뇌 및 기타 중추신경계통의 기타 부분의 양성신생물	D33

※ 제8차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표 11)

컴퓨터관련질환 분류표

약관에 규정하는 컴퓨터관련질환으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

분 류 항 목		분류번호
눈 및 눈부속기의 질환	눈꺼풀, 눈물계통 및 안와의 장애	H00~H06
	결막의 장애	H10~H13
	공막, 각막, 홍채 및 섬모체의 장애	H15~H22
	수정체의 장애	H25~H28
	맥락막 및 망막의 장애	H30~H36
	녹내장	H40~H42
	유리체 및 안구의 장애	H43~H45
	시신경 및 시각경로의 장애	H46~H48
	안근, 양안운동, 조절 및 굴절의 장애	H49~H52
	시각 장애 및 실명	H53~H54
	눈 및 눈부속기의 기타장애	H55~H59
특정 신경계통 질환	신경, 신경근 및 신경총 장애	G50~G59
	다발신경병증 및 말초신경계통의 기타 장애	G60~G64
특정 근육골격계통질환	기타 관절연골 장애	M24.1
	인대 장애	M24.2
	관절통	M25.5
	달리 분류되지 않은 관절의 경직	M25.6
	건조증후군(쉐그렌)	M35.0
	경추상완증후군	M53.1
	등통증	M54
	근육장애	M60~M63
	윤활막 및 힘줄 장애	M65~M68
	기타 연조직 장애	M70~M79
두통	두통	R51

※ 제8차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표 12)

생활질환 분류표

생활질환으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류 (통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

구 분	대 상 질 병	분 류 번 호
특정 장 감염 질환	■ 콜레라	A00
	■ 장티푸스 및 파라티푸스	A01
	■ 기타 살모넬라 감염	A02
	■ 시겔라증	A03
	■ 기타 세균성 장 감염	A04
	■ 달리 분류되지 않은 기타 세균성 음식매개중독 NEC	A05
	■ 아메바증	A06
	■ 기타 원충성 장 질환	A07
	■ 바이러스성 및 기타 명시된 장감염	A08
특정 갑상선의 장애	■ 선천성 요오드결핍 증후군	E00
	■ 요도드결핍과 관련된 갑상선장애 및 동류의 병태	E01
	■ 무증상 요오드결핍성 갑상선기능 저하증	E02
	■ 기타 갑상선기능저하증	E03
	■ 기타 비독성 고이터	E04
	■ 갑상선독증[갑상선기능항진증]	E05
	■ 갑상선이상성 안구돌출	H06.2
	■ 갑상선염	E06
당뇨병	■ 1형 당뇨병	E10
	■ 2형 당뇨병	E11
	■ 영양실조-관련 당뇨병	E12
	■ 기타 명시된 당뇨병	E13
	■ 상세불명의 당뇨병	E14
	■ 당뇨병성 단일신경병증	G59.0
	■ 당뇨병성 다발신경병증	G63.2
	■ 당뇨병성 백내장	H28.0
	■ 당뇨병성 망막병증	H36.0
	■ 당뇨병성 관절병증	M14.2
	■ 당뇨병에서의 사구체장애	N08.3
중추신경계통의 염증성 질환	■ 달리 분류되지 않은 세균성 수막염	G00
	■ 달리 분류된 세균성 질환에서의 수막염	G01
	■ 달리 분류된 기타 감염성 및 기생충질환에서의 수막염	G02
	■ 기타 및 상세불명의 원인에 의한 수막염	G03
	■ 뇌염, 척수염 및 뇌척수염	G04
	■ 달리 분류된 질환에서의 뇌염, 척수염 및 뇌척수염	G05
	■ 두개내 및 척추내 농양 및 육아종	G06
	■ 달리 분류된 질환에서의 두개내 및 척추내 농양 및 육아종	G07
	■ 두개내 및 척추내 정맥염 및 혈전정맥염	G08
	■ 중추신경계통의 염증성 질환의 후유증	G09

구 분	대 상 질 병	분 류 번 호
추체외로 및 운동 장애	■ 파킨슨병 ■ 이차성 파킨슨증 ■ 달리 분류된 질환에서의 파킨슨증 ■ 기저핵의 기타 퇴행성 질환 ■ 근긴장이상 ■ 기타 추체외로 및 운동장애 ■ 달리 분류된 질환에서의 추체외로 및 운동장애	G20 G21 G22 G23 G24 G25 G26
중추신경계통의 탈수초질환	■ 다발경화증 ■ 기타 급성 파종성 탈수초 ■ 중추신경계통의 기타 탈수초질환	G35 G36 G37
신경계통의 기타 장애	■ 자율신경계통의 장애 ■ 수두증 ■ 독성뇌병증 ■ 뇌의 기타장애 ■ 달리 분류된 질환에서의 뇌의 기타 장애 ■ 척수의 기타 질환 ■ 중추신경계통의 기타 장애 ■ 달리 분류되지 않은 신경계통의 처치후 장애 ■ 달리 분류되지 않은 신경계통의 기타 장애 ■ 달리 분류된 질환에서의 신경계통의 기타 장애	G90 G91 G92 G93 G94 G95 G96 G97 G98 G99
특정 중이 및 유돌의 질환	■ 비화농성 중이염 ■ 화농성 및 상세불명의 중이염 ■ 달리 분류된 질환에서의 중이염	H65 H66 H67
고혈압성 질환	■ 본태성(원발성)고혈압 ■ 고혈압성 심장병 ■ 고혈압성 신장병 ■ 고혈압성 심장 및 신장병 ■ 이차성 고혈압 ■ 고혈압성 망막병증	I10 I11 I12 I13 I15 H35.02
급성 부비동염	■ 급성부비동염	J01
특정 상기도의 기타 질환	■ 혈관운동성 및 앨러지성 비염 ■ 만성 비염, 비인두염 및 인두염 ■ 만성 부비동염 ■ 코폴립 ■ 코 및 비동의 기타 장애 ■ 편도 및 아데노이드의 만성 질환 ■ 편도주위 농양	J30 J31 J32 J33 J34 J35 J36
특정만성 하부호흡기 질환	■ 천식 ■ 천식지속 상태	J45 J46
충수의 질환	■ 급성 충수염 ■ 기타 충수염 ■ 상세불명의 충수염 ■ 충수의 기타 질환	K35 K36 K37 K38

구 분	대 상 질 병	분 류 번 호
탈장	■ 사타구니탈장	K40
	■ 대퇴탈장	K41
	■ 배꼽탈장	K42
	■ 복벽탈장	K43
	■ 횡경막탈장	K44
	■ 기타 복벽탈장	K45
	■ 상세불명의 복벽탈장	K46
신부전	■ 급성 신부전	N17
	■ 만성 신장병	N18
	■ 상세불명의 신부전	N19
바이러스간염	■ 급성 A형간염	B15
	■ 급성 B형간염	B16
	■ 기타 급성 바이러스간염	B17
	■ 만성 바이러스간염	B18
	■ 상세불명의 바이러스간염	B19
특정 간의 질환	■ 독성 간질환	K71
	■ 달리 분류되지 않은 간부전	K72
	■ 달리 분류되지 않은 만성 간염	K73
	■ 간의 섬유증 및 경변증	K74
아토피피부염	■ 아토피성 피부염	L20
특정 비뇨 생식계통의 질환 (남성에 한함)	사구체질환	
	■ 급성 신염증후군	N00
	■ 급속 진행성 신염증후군	N01
	■ 재발성 및 지속성 혈뇨	N02
	■ 만성 신염증후군	N03
	■ 신증후군	N04
	■ 상세불명의 신염증후군	N05
	■ 명시된 형태학적 병변을 동반한 고립된 단백뇨	N06
	■ 달리 분류되지 않은 유전성 신장병증	N07
	■ 달리 분류된 질환에서의 사구체장애	N08
	신세뇨관-간질질환	
	■ 급성 세뇨관-간질신장염	N10
	■ 만성 세뇨관-간질신장염	N11
	■ 급성 또는 만성으로 명시되지 않은 세뇨관-간질신장염	N12
	■ 폐색성 및 역류성 요로병증	N13
	■ 약물 및 중금속 유발 세뇨관-간질 및 세뇨관 병태	N14
	■ 기타 신세뇨관-간질질환	N15
	■ 달리 분류된 질환에서의 신세뇨관-간질장애	N16
	요로결석증	
	■ 신장 및 요관의 결석	N20
	■ 하부요로의 결석	N21
	■ 달리 분류된 질환에서의 요로의 결석	N22
	■ 상세불명의 신장 급통증	N23
	신장 및 요관의 기타 장애	
	■ 세뇨관 기능손상으로 인한 장애	N25

구 분	대 상 질 병	분 류 번 호
	■ 상세불명의 신장위축	N26
	■ 원인불명의 작은 신장	N27
	■ 달리 분류되지 않은 신장 및 요관의 기타 장애	N28
	■ 달리 분류된 질환에서의 신장 및 요관의 기타 장애	N29
	■ 달리 분류되지 않은 방광의 신경근육기능장애	N31
	■ 요도협착	N35
	■ 전립선증식증	N40
부인과질환 (여성에 한함)	■ 유방의 양성 신생물	D24
	■ 자궁의 평활근종	D25
	■ 자궁의 기타 양성 신생물	D26
	■ 난소의 양성 신생물	D27
	■ 기타 및 상세불명의 여성 생식기관의 양성 신생물	D28
	■ 여성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
	유방의 장애	
	■ 양성 유방형성이상	N60
	■ 유방의 염증성 장애	N61
	■ 유방의 비대	N62
	■ 유방의 상세불명의 덩이	N63
	■ 유방의 기타 장애	N64
	특정 여성 골반내 기관의 염증성 질환	
	■ 난관염 및 난소염	N70
	■ 자궁경부를 제외한 자궁의 염증성 질환	N71
	■ 자궁경부의 염증성 질환	N72
	■ 기타 여성골반염증질환	N73
	■ 달리 분류된 질환에서의 여성골반염증장애	N74
	■ 자궁경부의 결핵	A18.15
	■ 결핵성 여성골반염증질환	A18.16
	특정 여성생식관의 비염증성 장애	
	■ 여성생식기탈출	N81
	■ 여성생식관을 포함한 누공	N82
	■ 자궁경부의 이형성	N87

※ 제8차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표 13)

식중독 분류표

약관에 규정하는 식중독으로 분류되는 항목은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행) 중 다음에 적은 항목을 말합니다.

분 류 항 목	분류번호
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 않은 기타 세균성 음식매개중독 NEC	A05
7. 아메바증	A06
8. 기타 원충성 장 질환	A07
9. 바이러스성 및 기타 명시된 장감염	A08
10. 감염성 및 상세불명 기원의 기타 위장염 및 결장염	A09
11. 해산물로 섭취한 유해물질의 독성효과	T61
12. 식품으로 섭취한 기타 유해물질의 독성효과	T62

※ 제8차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표 14)

양성뇌종양 분류표

약관에 규정하는 양성뇌종양으로 분류되는 질병은 제7차 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2016-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 수막의 양성신생물	D32
2. 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성신생물	D33
3. 뇌하수체	D35.2 , D44.3
4. 두개인두관	D35.3 , D44.4
5. 송과선	D35.4 , D44.5
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추 신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43

※ 제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표 15)

1~5종 수술분류표 I

Ⅰ. 일반질병 및 재해 치료 목적의 수술

구 분	수 술 명	수술종류
피부, 유방의 수술	1. 피부이식수술(25㎠이상인 경우), 피판수술(피판분리수술, Z flap, W flap 제외)	3
	2. 피부이식수술(25㎠미만인 경우)	1
	3. 유방절단수술(切斷術, Mastectomy)	3
	4. 기타 유방수술(농양의 절개 및 배액은 제외) [단, 치료목적의 Mammotomy는 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	1
근골(筋骨)의 수술 [발정술(拔釘術) 등 내고정물 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(骨盤骨), 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 수반하는것]	1
	11-2. 기타 사지(四肢)절단수술	3
	12. 절단(切斷)된 사지(四肢)재접합수술(再接合手術) [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는것]	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

구 분	수 술 명	수술종류
호흡기계, 흉부(胸部)의 수술	15. 만성부비강염(慢性副鼻腔炎) 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(胸郭) 형성수술(形成手術)	3
	21. 종격종양(縱隔腫瘍), 흉선 절제수술[개흉술을 수반하는 것]	4
순환기계, 비장(脾腸)의 수술	22. 혈관관혈수술(하지정맥류 및 손가락·발가락은 제외)	3
	23. 하지 정맥류(靜脈瘤) 근본수술 및 손가락·발가락 혈관관혈수술	1
	24. 대동맥(大動脈), 대정맥(大靜脈),폐동맥(肺動脈), 관동맥(冠動脈) 관혈수술[개흉술, 개복술을 수반하는 것]	5
	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(人工心搏調律機, Artificial pacemaker) 매입술(埋入術)	3
	29. 비장(脾腸) 절제수술	3

구 분	수 술 명	수술종류
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 切除手術, Gastrectomy) [개복술을 수반하는 것]	4
	34. 기타의 위·식도 관혈수술 [개흉술, 개복술을 수반하는 것]	3
	35. 간장(肝臟), 췌장(膵臟) 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] (단, 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(腸間膜) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것] 단, 직장탈근본수술은 제외	4
	44. 치루(痔瘻), 탈항(脫肛), 치핵(痔核) 근본수술 [근치를 목적으로 하지 않은 수술은 제외함]	1

구 분	수 술 명	수술종류
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(移植手術) [수용자에 한함]	5
	49. 음경(陰莖) 절단수술 (포경수술 및 음경이물제거수술은 제외)	3
	50. 고환(睾丸), 부고환(副睾丸), 정관(精管), 정색(精索), 정낭(精囊) 관혈수술, 전립선(前立腺)관혈수술	2
	51. 음낭관혈수술	1
	52. 자궁, 난소, 난관 관혈수술 (단, 제왕절개만출술 및 경질적인 조작은 제외)	2
	53. 경질적 자궁, 난소, 난관 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	1
	54. 제왕절개만출술(帝王切開娩出術)	1
	55. 질탈(膣脫)근본수술	1
내분비기계의 수술	56. 뇌하수체종양(腦下垂體腫瘍) 절제수술	5
	57. 갑상선(甲狀腺)·부갑상선(副甲狀腺) 관혈수술	3
	58. 부신(副腎) 절제수술	4
신경계의 수술	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(脊髓硬膜內外) 관혈수술	3

구 분	수 술 명	수술종류
시각기의 수술 [약물주입술은 제외]	63. 안검하수증(眼檢下垂症)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(琉璃體) 관혈수술	2
	70. 녹내장(綠內障) 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 수술보험금을 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 수술보험금을 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 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	2
	75. 안구적출술, 조직충전술(組織充塡術)	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)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 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	1
	83. 내이(內耳) 관혈수술	3

구 분	수 술 명	수술종류
상기 이외의 수술 [검사, 처치, 약물주입요법은 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(體外衝擊破碎石術, E.S.W.L) [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 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 수술보험금을 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

㈜ 상기 1~87항의 수술 중 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

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

㈜ 1. 제자리암·경계성종양에 대한 수술은 'Ⅰ. 일반 질병 및 재해치료 목적의 수술' 항목의 적용을 받습니다.
2. 카테터(Catheter)를 이용한 흡인·천자·약물주입요법은 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(암) 근치·두개내신생물 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

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

(1~5종 수술분류표 I 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 I >에 정한 행위[기구를 사용하여 생체에 절단(切斷), 적제(摘除) 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), 적제(滴劑) 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 노출시켜서 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 곽청술을 함께 실시한 경우입니다.
5. <1~5종 수술분류표 I > 상에 열거되지 않은 선진의료적 첨단 수술에 대한 인정 및 적용 기준
   <1~5종 수술분류표 I >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 I 상의 수술 이외에 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 치료한 경우 1~5종 수술분류표상의 동일부위 수술로 봅니다. 이 때에 해당 최신수술기법은 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.
   2) 단, 이 선진의료적 첨단 수술이 본질적으로 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적 수술인 경우에는 <1~5종 수술분류표 I > 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 발생되는 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 (Gammaknife)정위적 방사선 치료'라 함은 정위 좌표계를 이용하여 코발트 60 방사성 동위원소 (Co-60) 에서 나오는 감마선을 두개강 내의 신생물을 향해 집중 조사함으로 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 16)

대상이 되는 특정 법정감염병 분류표

대상이 되는 “특정 법정감염병”이라 함은 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률(일부개정 2015.12.29 법률 제13639호)」 제2조(정의) 에 해당하는 질환 중 아래에 해당하는 질환을 말합니다.

구분	대상이 되는 질환
특정 제1군 감염병(5종)	콜레라, 장티푸스, 파라티푸스, 세균성이질, 장출혈성대장균감염증
특정 제2군 감염병(7종)	디프테리아, 백일해, 파상풍, 홍역, 풍진, 폴리오, 일본뇌염
특정 제3군 감염병 (15종)	말라리아, 한센병, 성홍열, 수막구균성수막염, 레지오넬라증, 비브리오패혈증, 발진티푸스,발진열, 쯔쯔가무시증, 렙토스피라증, 브루셀라증, 탄저, 공수병, 신증후군출혈열 크로이츠펠트-야콥병(CJD) 및 변종크로이츠펠트-야콥병(vCJD)
특정 제4군 감염병 (15종)	페스트, 황열, 뎅기열, 바이러스성 출혈열, 두창, 보툴리눔독소증, 중증 급성호흡기 증후군(SARS), 동물인플루엔자 인체감염증, 야토병, 큐열, 웨스트나일열, 라임병, 진드기매개뇌염, 유비저, 치쿤구니야열

가. 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률(일부개정 2015.12.29 법률 제13639호)」 제2조(정의) 감염병 중 다음에 해당하는 경우는 보장하지 않습니다.

1. 제1군감염병 중 A형간염
2. 제2군감염병 중 유행성이하선염, B형간염, 수두, B형헤모필루스인플루엔자, 폐렴구균
3. 제3군감염병 중 결핵, 인플루엔자, 후천성면역결핍증(AIDS), 매독
4. 제4군감염병 중 신종인플루엔자, 신종감염병증후군, 중증열성혈소판감소증후군(SFTS), 중동호흡기 증후군(MERS)

나. 향후 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 및 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 시행령」 및 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 시행규칙」이 개정되어 신규로 추가 또는 제외되는 감염병이 생기더라도 “대상이 되는 특정 법정감염병 분류표”에서 나열한 감염병만 보장됩니다.

다. 향후 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 및 「감염병의 예방 및 관리에 관리에 관리에 관한 법률 시행령」 및 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 시행규칙」에서 제외되는 감염병이 발생하는 경우에는 신고여부와 상관없이 대상이 되는 「주요 법정감염병」의 보장대상에서는 제외되지 않으며 의사의 진단에 따라 보장 하여 드립니다 .

(별표 16-1)

대상이 되는 특정 법정감염병 환자를 진단할 수 있는 기관

대상이 되는 '특정 법정감염병'의 감염병의 병원체를 확인할 수 있는 기관은 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 시행규칙(일부개정 2016.1.7 보건복지부령 제391호)」 제4조(감염병의 병원체를 확인할 수 있는 기관)에서 정한 기관을 말하며, 세부내용은 다음을 말합니다.

〈감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 시행규칙 제4조〉

감염병의 병원체를 확인할 수 있는 기관

법 제2조 제13호에서 '보건복지부령으로 정하는 기관'이란 다음 각 호의 기관을 말한다.

1. 질병관리본부
2. 국립검역소
3. 「보건환경연구원법」 제2조에 따른 보건환경연구원
4. 「지역보건법」 제10조에 따른 보건소
5. 「의료법」 제3조에 따른 의료기관 중 진단검사의학과 전문의가 상근(常勤)하는 기관
6. 「고등교육법」 제4조에 따라 설립된 의과대학
7. 「결핵예방법」 제21조에 따라 설립된 대한결핵협회(결핵환자의 병원체를 확인하는 경우만 해당한다)
8. 「민법」 제32조에 따라 한센병환자 등의 치료 · 재활을 지원할 목적으로 설립된 기관 (한센병환자의 병원체를 확인하는 경우만 해당한다)
9. 인체에서 채취한 가검물에 대한 검사를 국가, 지방자치단체, 「의료법」 제3조에 따른 의료기관 (이하 "의료기관"이라 한다) 등으로부터 위탁받아 처리하는 기관 중 진단검사의학과 전문의가 상근(常勤)하는 기관

※ 향후 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 시행규칙」이 개정되어 '감염병의 병원체를 확인할 수 있는 기관'의 내용이 변경된 경우, 변경된 내용을 적용합니다.

(별표 16-2)

감염병환자의 진단기준

대상이 되는 '특정 법정감염병'의 진단기준은 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 시행규칙 (일부개정 2016.1.7 보건복지부령 제391호)」 제6조 제5항 관련 [별표2] 감염병의 진단기준에 따르며, 세부내용은 다음을 말합니다.

〈감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 시행규칙 제6조 제5항 관련 별표2〉

감염병환자의 진단기준

1. 제1군감염병의 경우
   가. 제1군감염병환자: 해당 감염병에 부합되는 임상적 특징을 나타내면서 대소변, 혈액, 구토물 등 검체에서 배양검사 등의 검사방법으로 감염병병원체가 확인된 사람
   나. 의사환자: 임상적 특징 및 역학적 연관성을 고려할 때 해당 감염병이 의심되나 감염병병원체가 확인되지 않은 사람
   다. 병원체보유자: 임상증상을 나타내지 않으나 감염병병원체가 확인된 사람
2. 제2군감염병의 경우
   가. 제2군감염병환자: 해당 감염병에 부합되는 임상적 특징을 나타내면서 대소변, 혈액, 뇌척수액, 타액, 뇌조직 등 검체에서 배양검사, 항체 검출검사, 항원 검출검사, 유전자 검출검사 등의 검사방법으로 감염병병원체가 확인된 자. 다만, 파상풍의 경우에는 임상적 특징을 나타내는 것만으로도 환자로 진단한다.
   나. 의사환자: 임상적 특징 및 역학적 연관성을 고려할 때 해당 감염병이 의심되나 감염병병원체가 확인되지 않은 사람
   다. 병원체보유자: 임상증상을 나타내지 않으나 감염병병원체가 확인된 사람
3. 제3군감염병의 경우
   가. 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
   나. 의사환자: 임상적 특징 및 역학적 연관성을 감안할 때 해당 감염병이 의심되나 감염병병원체가 확인되지 않은 사람
   다. 병원체보유자: 임상증상을 나타내지 않으나 감염병병원체가 확인된 사람
4. 제4군감염병
   가. 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
   나. 의사환자: 임상적 특징 및 역학적 연관성을 고려할 때 해당 감염병이 의심되나, 감염병병원체가 확인되지 아니하는 사람
   다. 병원체보유자: 임상증상을 나타내지 아니하나, 감염병병원체가 확인된 사람

※ 향후 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 시행규칙」이 개정되어 "감염병의 진단기준"의 내용이 변경된 경우, 변경된 내용을 적용합니다.

※ '병원체 보유자'는 '감염병환자'에 해당하지 않습니다.

(별표 17)

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·급성췌장염 등 중한 경우에 한함), 광범위한 화상(외부신체 표면적의 18% 이상), 관통상, 개방성·다발성 골절 또는 대퇴부 척추의 골절, 사지를 절단할 우려가 있는 혈관 손상, 전신마취하에 응급수술을 요하는 중상, 다발성 외상
   - 마. 출혈 : 계속되는 각혈, 지혈이 안되는 출혈, 급성 위장관 출혈
   - 바. 안과적 응급증상 : 화학물질에 의한 눈의 손상, 급성 시력 손실
   - 사. 알러지 : 얼굴 부종을 동반한 알러지 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, 그 밖에 응급수술을 요하는 증상, 배뇨장애
   - 라. 출혈 : 혈관손상
   - 마. 소아과적 응급증상 : 소아 경련, 38℃ 이상인 소아 고열(공휴일·야간 등 의료서비스가 제공되기 어려운 때에 8세 이하의 소아에게 나타나는 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 18)

재해골절(치아파절 제외) 분류표

약관에 규정하는 재해골절(치아파절 제외)은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1시행) 중 다음에 적은 항목을 말합니다.

분 류 항 목	분 류 번 호
1. 척추 및 척수의 출산 손상	P11.5
2. 출산손상으로 인한 두개골 골절	P13.0
3. 두개골의 기타 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 신체부위를 침범한 골절	T02
20. 척추의 상세불명 부위의 골절	T08
21. 팔의 상세불명 부위의 골절	T10
22. 다리의 상세불명 부위의 골절	T12
23. 상세불명의 신체 부위의 골절	T14.2

※ 제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

(별표 19)

화상분류표

약관에 규정하는 화상으로 분류되는 항목은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2015-309호, 2016.1.1시행) 중 다음에 적은 항목을 말합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 머리 및 목의 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)	T20
2. 몸통의 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)	T21
3. 손목 및 손을 제외한 어깨와 팔의 화상 및 부식 (화학약품 등에 의한 피부 손상)	T22
4. 손목 및 손의 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)	T23
5. 발목 및 발을 제외한 엉덩이 및 다리의 화상 및 부식 (화학약품 등에 의한 피부 손상)	T24
6. 발목 및 발의 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)	T25
7. 눈 및 부속기에 국한된 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)	T26
8. 기도의 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)	T27
9. 기타 내부기관의 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)	T28
10. 여러 신체부위를 침범하는 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)	T29
11. 상세불명 신체부위의 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)	T30
12. 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 화상	T31
13. 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)	T32

※ 제8차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 화상 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 화상이 있는 경우에는 그 화상도 포함하는 것으로 합니다.

(별표 20)

출생전후기에 기원한 특정병태 대상 분류표

주산기질환으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1시행) 중 출생전후기에 기원한 특정병태 대상 분류표에서 정한 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
• 산모요인과 임신, 진통 및 분만의 합병증에 의해 영향을 받은 태아 및 신생아	P00 ~ P04
• 임신기간 및 태아성장과 관련된 장애	P05 ~ P08
• 출산 외상	P10 ~ P15
• 출생전후기에 특이한 호흡기 및 심혈관 장애	P20 ~ P29
• 출생전후기에 특이한 감염	P35 ~ P39
• 태아 및 신생아의 출혈성 및 혈액학적 장애	P50 ~ P61
• 태아 및 신생아에 특이한 일과성 내분비 및 대사 장애	P70 ~ P74
• 태아 및 신생아의 소화계통 장애	P75 ~ P78
• 태아 및 신생아의 외피 및 체온조절에 관련되는 병태	P80 ~ P83
• 출생전후기에 기원한 기타 장애	P90 ~ P96

※ 제8차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표 21)

선천이상 분류표

약관에서 규정하는 선천이상으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2015-309호, 2016.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분 류 번 호
1. 무뇌증 및 유사 기형	Q00
2. 뇌류	Q01
3. 소두증	Q02
4. 선천 수두증	Q03
5. 뇌의 기타 선천 기형	Q04
6. 이분척추	Q05
7. 척수의 기타 선천 기형	Q06
8. 신경계통의 기타 선천 기형	Q07
9. 눈꺼풀, 눈물기관 및 안와의 선천 기형	Q10
10.무안구증, 소안구증 및 대안구증	Q11
11.선천성 수정체기형	Q12
12.전안부의 선천 기형	Q13
13.후안부의 선천 기형	Q14
14.눈의 기타 선천 기형	Q15
15.청력 장애를 유발하는 귀의 선천 기형	Q16
16.귀의 기타 선천 기형	Q17
17.얼굴 및 목의 기타 선천 기형	Q18
18.심장 방실 및 연결의 선천 기형	Q20
19.심장 중격의 선천 기형	Q21
20.폐동맥판 및 삼첨판(심장우측심방과 심실사이의 판막)의 선천 기형	Q22
21.대동맥판 및 승모판의 선천 기형	Q23
22.심장의 기타 선천 기형	Q24
23.대동맥혈관의 선천 기형	Q25
24.대정맥혈관의 선천 기형	Q26
25.말초혈관계통의 기타 선천 기형	Q27
26.순환계통의 기타 선천 기형	Q28
27.코의 선천 기형	Q30
28.후두의 선천 기형	Q31
29.기관 및 기관지의 선천 기형	Q32
30.폐의 선천 기형	Q33
31.호흡계통의 기타 선천 기형	Q34
32.구개열	Q35
33.구순열	Q36
34.구순열을 동반한 구개열	Q37
35.혀, 입 및 인두의 기타 선천 기형	Q38
36.식도의 선천 기형	Q39

대 상 질 병 명	분류번호
37.상부 소화관의 기타 선천 기형	Q40
38.소장의 선천성 결여, 폐쇄 및 협착	Q41
39.대장의 선천 결여, 폐쇄 및 협착	Q42
40.장의 기타 선천 기형	Q43
41.담낭, 담관 및 간의 선천 기형	Q44
42.소화계통의 기타 선천 기형	Q45
43.난소, 난관 및 넓은 인대의 선천 기형	Q50
44.자궁 및 자궁경부의 선천 기형	Q51
45.여성 생식기의 기타 선천 기형	Q52
46.미하강고환	Q53
47.요도하열	Q54
48.남성 생식기관의 기타 선천 기형	Q55
49.불확정성 및 거짓반음양증	Q56
50.신장무발생 및 신장의 기타 감소결손	Q60
51.낭성 신장병	Q61
52.신우의 선천성 폐색성 결손 및 요관의 선천 기형	Q62
53.신장의 기타 선천 기형	Q63
54.비뇨계통의 기타 선천 기형	Q64
55.고관절의 선천 변형	Q65
56.발의 선천 변형	Q66
57.머리, 얼굴, 척추 및 흉부의 선천성 근골격 변형	Q67
58.기타 선천성 근골격변형	Q68
59.다지증	Q69
60.합지증	Q70
61.팔의 감소결손	Q71
62.다리의 감소결손	Q72
63.상세불명 사지의 감소결손	Q73
64.사지의 기타 선천 기형	Q74
65.두개골 및 안면골의 기타 선천 기형	Q75
66.척추 및 골성 흉곽의 선천 기형	Q76
67.관상골 및 척추의 성장 결손을 동반한 골연골형성이상	Q77
68.기타 골연골 형성이상	Q78
69.달리 분류되지 않은 근골격계통의 선천 기형	Q79
70.선천 비늘증	Q80
71.수포성 표피박리증	Q81
72.피부의 기타 선천 기형	Q82
73.유방의 선천 기형	Q83
74.외피의 기타 선천기형	Q84
75.달리 분류되지 않은 모반증	Q85
76.달리 분류되지 않은 알려진 외인으로 인한 선천 기형 증후군	Q86
77.다발 계통에 영향을 주는 기타 명시된 선천기형 증후군	Q87
78.달리 분류되지 않은 기타 선천 기형	Q89

대 상 질 병 명	분 류 번 호
79.다운 증후군	Q90
80.에드워즈 증후군 및 파타우 증후군	Q91
81.달리 분류되지 않은 보통염색체의 기타 삼염색체증 및 부분 삼염색체증	Q92
82.달리 분류되지 않은 보통염색체의 단일염색체증 및 결손	Q93
83.달리 분류되지 않은 균형 재배열 및 구조표지자	Q95
84.터너 증후군	Q96
85.달리 분류되지 않은 여성표현형의 기타 성염색체 이상	Q97
86.달리 분류되지 않은 남성표현형의 기타 성염색체 이상	Q98
87.달리 분류되지 않은 기타 염색체 이상	Q99

※ 제8차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표 22)

교통재해분류표

1. 이 보험에서 교통재해라 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 재해
   나. 운행중인 교통기관에 탑승하고 있는 동안 또는 승객으로서 개찰구를 갖는 교통기관의 승강장 구내(개찰구의 안쪽을 말합니다)에 있는 동안 피보험자가 입은 재해
   다. 도로 통행중 건조물, 공작물등의 도피 또는 건조물, 공작물등으로부터의 낙하물로 인하여 피보험자가 입은 재해
2. 제1호에서 교통기관이라 함은 본래 사람이나 물건을 운반하기 위한 것으로 다음에 정한 것을 말합니다.
   가. 기차, 전동차, 기동차, 모노레일, 케이블카(공중 케이블카를 포함합니다), 엘리베이터 및 에스카레이터 등
   나. 승용차, 버스, 화물자동차, 오토바이, 스쿠타, 자전거, 화차, 경운기 및 우마차 등
   다. 항공기, 선박(요트, 모타보트, 보트를 포함합니다) 등
3. 제2호의 교통기관과 유사한 기관으로 인한 재해일지라도 도로상에서 사람 또는 물건의 운반시 사용되고 있는 동안이나 도로상을 주행중에 발생한 사고는 교통재해로 봅니다.
4. 제1호 “가” 또는 “나”에 해당하는 사고일지라도 공장, 토목작업장, 채석장, 탄광 또는 광산의 구내에서 사용되는 교통기관에 직무상 관계하는 피보험자의 그 교통기관으로 인한 직무상의 사고는 교통재해로 보지 아니합니다.
5. 이 표에서 도로라 함은 일반의 교통에 사용할 목적으로 공중에서 개방되어 있는 모든 도로(자동차 전용도로 및 통로를 포함합니다)로서 터널, 교량, 도선시설 등 도로와 일체가 되어 그 효용을 보완하는 시설 또는 공작물을 포함합니다.

(별표 23)

스쿨존(어린이 보호구역)

스쿨존(어린이보호구역)이라 함은 「도로교통법」 제12조(어린이 보호구역의 지정 및 관리)에서 정한 스쿨존(어린이보호구역)을 말합니다.

「도로교통법 제12조 제1항 내지 제2항」

① 시장등은 교통사고의 위험으로부터 어린이를 보호하기 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 시설의 주변도로 가운데 일정 구간을 어린이 보호구역으로 지정하여 자동차등의 통행속도를 시속 30킬로미터 이내로 제한할 수 있다.

1. 「유아교육법」 제2조에 따른 유치원, 「초·중등교육법」 제38조 및 제55조에 따른 초등학교 또는 특수학교
2. 「영유아보육법」 제10조에 따른 어린이집 가운데 행정자치부령으로 정하는 어린이집
3. 「학원의 설립·운영 및 과외교습에 관한 법률」 제2조에 따른 학원 가운데 행정자치부령으로 정하는 학원
4. 「초·중등교육법」 제60조의2 또는 제60조의3에 따른 외국인학교 또는 대안학교, 「제주특별자치도 설치 및 국제자유도시 조성을 위한 특별법」 제223조에 따른 국제학교 및 「경제자유구역 및 제주국제자유도시의 외국교육기관 설립·운영에 관한 특별법」 제2조제2호에 따른 외국교육기관 중 유치원·초등학교 교과과정이 있는 학교

② 제1항에 따른 어린이 보호구역의 지정절차 및 기준 등에 관하여 필요한 사항은 국민안전처장관과 협의하여 교육부, 행정자치부 및 국토교통부의 공동부령으로 정한다.

※ 향후 「도로교통법」 및 「어린이·노인 및 장애인 보호구역의 지정 및 관리에 관한 규칙」 이 개정된 경우, 개정된 내용을 적용합니다.

(별표 24)

스쿨존 교통사고 분류표

"스쿨존 교통사고"라 함은 스쿨존(어린이보호구역)에서 「도로교통법」 제2조에서 규정하는 차의 교통으로 인하여 발생한 교통사고 중 인적 피해(부상)가 발생한 교통사고를 말합니다.

---

1. "차"라 함은 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
(1) 자동차
(2) 건설기계
(3) 원동기장치자전거
(4) 자전거
(5) 사람 또는 가축의 힘이나 그 밖의 동력에 의하여 도로에서 운전되는 것. 다만, 철길이나 가설된 선에 의하여 운전되는 것, 유모차와 행정안전부령이 정하는 보행보조용 의자차를 제외한다.

2. "부상"이라 함은 다음의 중상, 경상, 부상신고에 해당하는 것을 말합니다.
(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 부상 입은 경우

(별표 25)

질병 및 재해분류표

1.보장대상이 되는 질병 및 재해

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

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)

관련법규

감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제 2조 제2호

제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. (생략)
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

2.보험금을 지급하지 아니하는 질병 및 재해

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

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 알코올중독으로 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 제왕절개 수술 등으로 인한 경우

⑦ 치료를 수반하지 아니하는 건강진단으로 인한 경우

㈜ ( ) 안은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1.시행)상의 분류번호이며, 제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 상기 질병 및 재해 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병 및 재해가 있는 경우에는 그 질병 및 재해도 포함하는 것으로 합니다.

※ 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.

(별표 26)

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 제2호에 규정한 감염병(콜레라, 장티푸스, 파라티푸스, 세균성 이질, 장출혈성대장균감염증, A형간염)

관련법규

감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제 2조 제2호

제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. (생략)
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

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)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적 처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(다만, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 환자의 이상반응 또는 이후 합병증의 원인이 된 외과적 및 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 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물질(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

※ ( ) 안은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1시행) 상의 분류번호이며, 제8차 개정 이후 상기 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함하는 것으로 합니다.

※ 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.

(별표 27)

장해분류표

총 칙

1. 장해의 정의

1) “장해”라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태를 말한다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장해에 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 치료종결후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당장해 지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

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 ⑩ 손가락 ⑪ 발가락 ⑫ 흉·복부 장기 및 비뇨생식기 ⑬ 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 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 지급률만을 적용한다.
2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 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 장해의 판정대상에 포함되지 않는다.
4) 장해진단서에는 ① 장해진단명 및 발생시기 ② 장해의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계·정신행동 장해의 경우 ① 개호(장해로 혼자서 활동이 어려운 사람을 곁에서 돌보는 것)여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가로 기재하여야 한다.

장해분류별 판정기준

1. 눈의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 두눈이 멀었을 때	100
2) 한눈이 멀었을 때	50
3) 한눈의 교정시력이 0.02이하로 된 때	35
4) “ 0.06 ”	25
5) “ 0.1 ”	15
6) “ 0.2 ”	5
7) 한눈의 안구에 뚜렷한 운동장해나 뚜렷한 조절기능장해를 남긴 때	10
8) 한눈의 시야가 좁아지거나 반맹증, 시야협착, 암점을 남긴 때	5
9) 한눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 시력장해의 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) 안구운동장해의 판정은 외상후 1년 이상이 지난 뒤 그 장해정도를 평가한다.
5) “안구의 뚜렷한 운동장해”라 함은 안구의 주시야(머리를 움직이지 않고 눈만을 움직여서 볼 수 있는 범위)의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우나 정면 양안시(두 눈으로 하나의 사물을 보는 것)에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 때를 말한다.
6) “안구의 뚜렷한 조절기능장해“라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 45세 이상의 경우에는 제외한다.
7) “시야가 좁아진 때”라함은 시야각도의 합계가 정상시야의 60%이하로 제한된 경우를 말한다.
8) “눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때”라 함은 눈꺼풀의 결손으로 인해 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮여지지 않는 경우를 말한다.
9) “눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 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 조직요몰(凹沒) 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)장해를 포함하여 장해를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장해를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장해평가 방법 중 피보험자에 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) 청력장해는 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 90dB이상인 경우를 말한다.
3) “심한 장해를 남긴 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
4) “약간의 장해를 남긴 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB이상인 경우에 해당되어, 50cm이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
5) 순음청력검사를 실시하기 곤란하거나 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 “언어청력검사, 임피던스 청력검사, 뇌간유발반응청력검사(ABR), 자기청력계기검사, 이음향방사검사” 등을 추가실시 후 장해를 평가한다.

다. 귓바퀴의 결손

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

3. 코의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 코의 기능을 완전히 잃었을 때	15

나. 장해판정기준

1) “코의 기능을 완전히 잃었을 때”라 함은 양쪽 코의 호흡곤란 또는 양쪽 코의 후각기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감퇴는 장해의 대상으로 하지 않는다.
2) 코의 추상(추한 모습)장해를 수반한 때에는 기능장해와 각각 더하여 지급한다.

4. 씹어먹거나 말하는 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 심한 장해를 남긴 때	100
2) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때	80
3) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 뚜렷한 장해를 남긴 때	40
4) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
5) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 약간의 장해를 남긴 때	10
6) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 약간의 장해를 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. 장해의 평가기준

1) 씹어먹는 기능의 장해는 윗니와 아랫니의 맞물림(교합), 배열상태 및 아래턱의 개폐운동, 연하(삼킴) 운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.
2) “씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때”라 함은 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
3) “씹어먹는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등) 외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
4) “씹어먹는 기능에 약간의 장해를 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 장해를 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, ㅈ, ㅊ)
   ④ 후두음/목구멍소리(ㅇ, ㅎ)
6) “말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 2종 이상의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
7) “말하는 기능에 약간의 장해를 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 장해로 평가한다.
9) “치아의 결손”이란 치아의 상실 또는 치아의 신경이 죽었거나 1/3 이상이 파절(깨짐, 부러짐)된 경우를 말한다.
10) 유상의치 또는 가교의치 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 장해의 대상이 되지 않는다.

13) 신체의 일부에 붙였다 떼었다 할 수 있는 의치의 결손은 장해의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) "외모"란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
2) "추상(추한 모습)장해"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 1/2이상 결손
2) 머리
   ① 손바닥 크기 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
   ② 머리뼈의 손바닥 크기 이상의 손상 및 결손
3) 목
   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 1/4이상 결손
2) 머리
   ① 손바닥 1/2 크기 이상의 반흔(흉터), 모발결손
   ② 머리뼈의 손바닥 1/2 크기 이상의 손상 및 결손
3) 목
   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 8×10㎝(1/2 크기는 40㎠, 1/4 크기는 20㎠), 6~11세의 경우는 6×8㎝(1/2 크기는 24㎠, 1/4 크기는 12㎠), 6세 미만의 경우는 4×6㎝(1/2 크기는 12㎠, 1/4 크기는 6㎠)로 간주한다.

6. 척추(등뼈)의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 척추(등뼈)에 심한 운동장해를 남긴 때	40
2) 척추(등뼈)에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	30
3) 척추(등뼈)에 약간의 운동장해를 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. 장해판정기준

1) 척추(등뼈)는 경추(목뼈) 이하를 모두 동일한 부위로 한다.
2) 척추(등뼈)의 장해는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 이 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.
3) 심한 운동장해
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
4) 뚜렷한 운동장해
① 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
② 머리뼈와 상위경추(상위목뼈 : 제1,2목뼈) 사이에 뚜렷한 이상전위가 있을 때
5) 약간의 운동장해
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
6) 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
7) 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

8) 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

9) 심한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판탈출증(속칭 디스크)으로 추간판을 2마디이상 수술하거나 하나의 추간판이라도 2회이상 수술하고 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장해가 있는 경우

10) 뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판 1마디를 수술하여 신경증상이 뚜렷하고 특수 보조검사에서 이상이 있으며, 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우

11) 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

12) 추간판탈출증(속칭 디스크)으로 진단된 경우에는 수술여부에 관계없이 운동장해 및 기형장해로 평가하지 않는다.

7. 체간골의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) “체간골”이라 함은 어깨뼈, 골반뼈, 빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈를 말하며, 이를 모두 동일한 부위로 한다.

2) “골반뼈의 뚜렷한 기형”이라 함은 아래와 같다.
① 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm 이상 분리된 부정유합 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 도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장해로 취급한다.

8. 팔의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 두팔의 손목이상을 잃었을 때	100
2) 한팔의 손목이상을 잃었을 때	60
3) 한팔의 3대관절중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한팔의 3대관절중 관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한팔의 3대관절중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한팔의 3대관절중 관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
7) 한팔에 가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
8) 한팔에 가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때	10
9) 한팔의 뼈에 기형을 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 판정한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장해(예컨대 석고붕대(cast)로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장해가 생긴 경우)와 일시적인 장해는 장해보장을 하지 않는다.
3) "팔"이라 함은 어깨관절(肩關節)부터 손목관절까지를 말한다.
4) "팔의 3대관절"이라 함은 어깨관절, 팔꿈치관절 및 손목관절을 말한다.
5) "한팔의 손목이상을 잃었을 때"라 함은 손목관절부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치 관절 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
6) 팔의 관절기능 장해 평가는 팔의 3대관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) "영구적 신체장해 평가지침"의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장해를 표시할 경우에는 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 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 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
      ② 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "1등급(Trace)"인 경우
   다) "뚜렷한 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
   라) "약간의 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
7) "가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
8) "가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 요골과 척골중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
9) "뼈에 기형을 남긴 때"라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

1) 1상지(팔과 손가락)의 장해 지급률은 원칙적으로 각각 더하되, 지급률은 60% 한도로 한다.
2) 한 팔의 3대 관절중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 더한다.

9. 다리의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 두다리의 발목이상을 잃었을 때	100
2) 한다리의 발목이상을 잃었을 때	60
3) 한다리의 3대관절중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한다리의 3대관절중 관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한다리의 3대관절중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한다리의 3대관절중 관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
7) 한다리에 가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
8) 한다리에 가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때	10
9) 한다리의 뼈에 기형을 남긴 때	5
10) 한다리가 5cm 이상 짧아진 때	30
11) 한다리가 3cm 이상 짧아진 때	15
12) 한다리가 1cm 이상 짧아진 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 판정한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장해(예컨대 석고붕대(cast)로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장해가 생긴 경우)와 일시적인 장해에 대하여는 장해보장을 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) “한다리의 발목이상을 잃었을 때”라 함은 발목관절부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절의 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
6) 다리의 관절기능 장해 평가는 하지의 3대관절의 관절운동범위 제한 및 동요성 유무 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) “영구적 신체장해 평가지침”의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장해를 표시할 경우에는 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 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 장해”라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 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 근력검사에서 근력이 "1등급(Trace)"인 경우

다) "뚜렷한 장해"라 함은

① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우

② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우

라) "약간의 장해"라 함은

① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 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 장해를 남긴 때"라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.

8) "가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 경골과 종아리뼈중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.

9) "뼈에 기형을 남긴 때"라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

10) 다리의 단축은 상전장골극에서부터 경골내측과 하단까지의 길이를 측정하여 정상인 쪽 다리의 길이와 비교하여 단축된 길이를 산출한다.
다리 길이의 측정에 이용하는 골표적(bony landmark)이 명확하지 않은 경우나 다리의 단축장해 판단이 애매한 경우에는 스캐노그램(scanogram)으로 통하여 다리의 단축정도를 측정한다.

다. 지급률의 결정

1) 1하지(다리와 발가락)의 장해 지급률은 원칙적으로 각각 더하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

2) 한 다리의 3대 관절중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 더한다.

10. 손가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 한손의 5개 손가락을 모두 잃었을 때	55
2) 한손의 첫째 손가락을 잃었을 때	15
3) 한손의 첫째 손가락 이외의 손가락을 잃었을 때(손가락 하나 마다)	10
4) 한손의 5개손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	30
5) 한손의 첫째 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한손의 첫째 손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(손가락 하나 마다)	5

나. 장해판정기준

1) 손가락에는 첫째 손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.

2) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 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 먼쪽으로 손가락뼈를 잃었거나 뼛조각이 떨어져 있는 것이 엑스선 사진으로 명백한 경우를 말한다.
5) “손가락에 뚜렷한 장해를 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 더하여 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.
6) 한 손가락에 장해가 생기고 다른 손가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 더한다.

11. 발가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 한발의 리스프랑관절 이상을 잃었을 때	40
2) 한발의 5개발가락을 모두 잃었을 때	30
3) 한발의 첫째발가락을 잃었을 때	10
4) 한발의 첫째발가락 이외의 발가락을 잃었을 때(발가락 하나 마다)	5
5) 한발의 5개발가락 모두의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
6) 한발의 첫째발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	8
7) 한발의 첫째발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(발가락 하나)	3

나. 장해판정기준

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 먼쪽에서 발가락뼈를 잃었을 때를 말하고 단순히 살점이 떨어진 것만으로는 대상이 되지 않는다.
4) “발가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 발가락의 생리적 운동 영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때를 말하며, 이 경우 발가락의 주된 기능인 발가락 관절의 굴신(굽히고 펴기)기능을 측정하여 결정한다.
5) 한 발가락에 장해가 생기고 다른 발가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 더한다.

12. 흉·복부장기 및 비뇨생식기의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해의 판정기준

1) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 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 장해를 남긴 때”라 함은
① 위, 대장 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때

② 소장 또는 간장의 3/4이상을 잘라내었을 때
③ 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때

3) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 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 1/2이상이 결손되었거나 질구 협착 등으로 성생활이 불가능한 때
⑤ 항문 괄약근의 기능장해로 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)

4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기의 장해로 일상생활 기본동작에 제한이 있는 경우 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"에 따라 장해를 평가하고 둘 중 높은 지급률을 적용한다.

5) 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장해의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계·정신행동 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 신경계에 장해가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때	10~100
2) 정신행동에 극심한 장해가 남아 타인의 지속적인 감시 또는 감금상태에서 생활해야 할 때	100
3) 정신행동에 심한 장해가 남아 감금상태에서 생활할 정도는 아니나 자해나 가해의 위험성이 지속적으로 있어서 부분적인 감시를 요할 때	70
4) 정신행동에 뚜렷한 장해가 남아 대중교통을 이용한 이동, 장보기 등의 기본적 사회활동을 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. 장해판정기준

1) 신경계
① "신경계에 장해를 남긴 때"라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계 손상으로 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"의 5가지 기본동작중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.
② 위 ①의 경우 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장해로 인정하지 않는다.
③ 신경계의 장해로 발생하는 다른 신체부위의 장해(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장해로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.

④ 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 6개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장해를 평가한다.
그러나, 6개월이 지났다고 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위에서 장해 평가를 유보한다.
⑤ 장해진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동
① 위의 정신행동장해 지급률에 미치지 않는 장해는 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"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, 장해는 전문적 치료를 충분히 받은 후 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로써 고정되거나 중하게 된 장해에 대해서는 인정하지 않는다.
③ 심리학적 평가보고서는 자격을 갖춘 임상심리 전문가가 시행하고 전문의가 작성하여야 한다.
④ 전문의란 정신건강의학과나 신경정신과 전문의를 말한다.
⑤ 평가의 객관적 근거
㉮ 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등을 기초로 한다.
㉯ 객관적 근거로 인정할 수 없는 경우
- 보호자나 환자의 진술
- 감정의의 추정이나 인정
- 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 낮은 검사들(뇌SPECT 등)
- 정신의학과나 신경정신과 전문의가 아닌 자가 시행하고 보고서를 작성하는 심리학적 평가보고서
⑥ 각종 기질성 정신장해와 외상후 간질에 한하여 보장한다.
⑦ 외상후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증, 편집증, 조울증(정서장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보장의 대상이 되지 않는다.
⑧ 정신 및 행동장해의 경우 개호인(장해로 혼자서 활동이 어려운 사람을 곁에서 돌보는 사람)은 생명유지를 위한 동작과 행동이 불가능하거나 지속적으로 감금해야 하는 상태에 한하여 인정한다. 간병의 내용에서는 생명유지를 위한 간병과 행동감시를 위한 간병을 구별하여야 한다.

3) 치매
① "치매"라 함은
- 뇌 속에 후천적으로 생긴 병으로 인한 변화 또는 뇌 속에 손상을 입은 경우
- 정상적으로 성숙한 뇌가 위의 기질성 장해로 파괴되어 한번 획득한 지능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 경우
② 치매의 장해평가는 전문의에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따른다.

4) 뇌전증(간질)
① "간질"이라 함은 돌발적 뇌파이상을 나타내는 뇌질환으로 발작(경련, 의식장해 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, 인지장해 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 의식장해가 3분이상 지속되는 발작을 말한다.

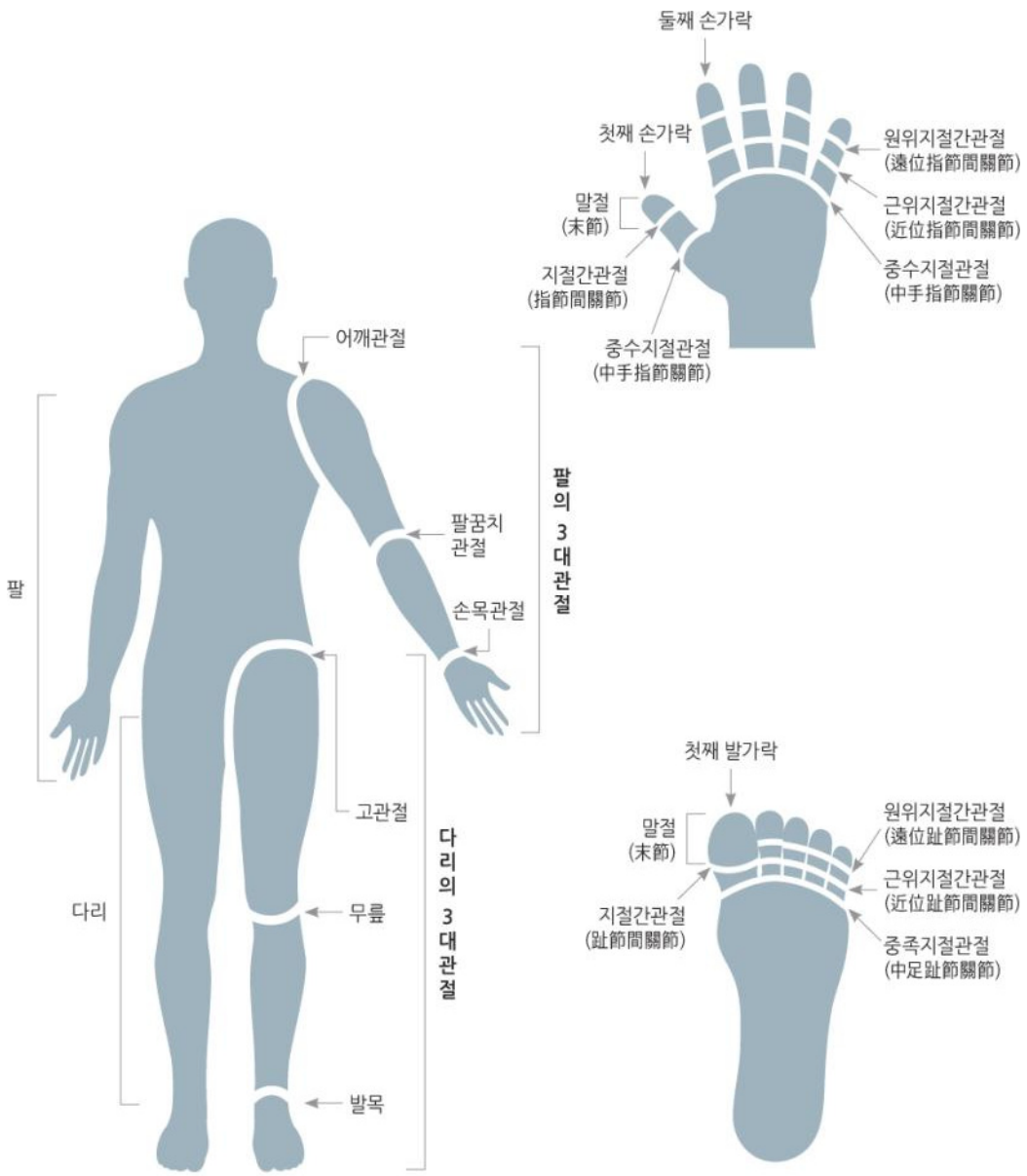
⑥ “경증발작”이라 함은 운동장해가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

〈붙임〉

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

유형	제한정도에 따른 지급률
이동동작	- 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 방밖을 나올 수 없는 상태(지급률 40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움없이는 방밖을 나올 수 없는 상태(30%) - 목발 또는 보행기(walker)를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태(20%) - 독립적인 보행은 가능하나 파행이 있는(절뚝거리는) 상태, 난간을 잡지않고는 계단을 오르내리기가 불가능한 상태, 계속하여 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태(10%)
음식물 섭취	- 식사를 전혀 할수 없어 계속적으로 튜브나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급을 받는 상태(20%) - 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 식사를 전혀 할 수 없는 상태(15%) - 숟가락 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%)
배변 배뇨	- 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 계속적인 도움이 필요한 상태(20%) - 화장실에 가서 변기위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 화장지로 닦고 옷을 입는 일에 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태(15%) - 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변후 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 계속적인 도움없이는 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%)
옷입고 벗기	- 다른 사람의 계속적인 도움없이는 전혀 옷을 챙겨 입을 수 없는 상태(10%) - 다른 사람의 계속적인 도움없이는 상의 또는 하의 중 하나만을 착용할 수 있는 상태(5%) - 착용은 가능하나 다른 사람의 도움없이는 마무리(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)는 불가능한 상태(3%)

신체부위의 설명도


둘째 손가락
첫째 손가락
말절
(末節)
지절간관절
(指節間關節)
중수지절관절
(中手指節關節)
원위지절간관절
(遠位指節間關節)
근위지절간관절
(近位指節間關節)
중수지절관절
(中手指節關節)
어깨관절
팔
팔꿈치
관절
손목관절
팔의 3대관절
고관절
다리
무릎
발목
다리의 3대관절
첫째 발가락
말절
(末節)
지절간관절
(趾節間關節)
원위지절간관절
(遠位趾節間關節)
근위지절간관절
(近位趾節間關節)
중족지절관절
(中足趾節關節)

특별조건부 특약

('표준하체에 대한 특별조건부인수특약')

[제도성특약 약관]

※ 이 특약은 계약자의 청약이 있고
회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

특별조건부특약 약관

본 특약은 표준하체에 대하여 특별조건을 붙여서 계약을 체결하는 특약입니다.

용어해설

"표준체" 란?

표준체는 건강상태에 따라 위험률을 할인·할증하지 않은 일반 위험률을 적용하는 피보험자를 말함

"표준하체" 란?

표준하체는 위험도가 일반 위험률보다 높아 표준체와 동일한 조건으로는 계약이 불가능한 피보험자를 말함

제1조【특약의 체결 및 효력】

① 이 특약은 보험계약(특약이 부가된 경우에는 특약을 포함)을 체결할 때 피보험자의 건강상태가 보험회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 주된 보험계약 또는 특약에 부가하여 이루어집니다. (이하 주된 보험계약은 "주계약", 보험계약자는 "계약자", 보험회사는 "회사", 이 특약의 적용을 받는 주계약 또는 특약은 "해당계약"이라 합니다)

② 이 특약에 대한 보장개시일은 해당계약의 보장개시일과 동일합니다.

③ 해당계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력이 없어진 경우에는 이 특약도 더 이상 효력이 없습니다.

제2조【특약의 내용】

이 특약은 피보험자의 위험도가 높아 보험계약의 가입이 불가능한 경우 이 약관이 정하는 바에 따라 가입할 수 있도록 하여 해당계약의 보험기간 중 위험에 대한 보장을 받을 수 있는 것을 주된 내용으로 합니다.

제3조【특약의 부가조건】

① 이 특약에 의하여 부가하는 계약 조건은 피보험자의 건강상태, 위험의 종류 및 정도에 따라 다음 중 한 가지 방법으로 부가합니다.

1. 할증보험료법

할증위험률(割增危險率)에 의한 보험료와 표준체 보험료와의 차액을 특약보험료라 하며 계약을 체결할 때 위험의 정도에 따라 표준체 보험료에 회사에서 정한 특약보험료를 더하여 납입보험료로 합니다. 이러한 경우 피보험자에게 보험사고가 발생하였을 때에는 해당계약에 정한 보험금을 지급합니다.

용어해설

"할증위험률" 이란?

피보험자의 건강상태가 회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우 일반 위험률 보다 높게 적용되는 위험률로, 이를 적용할 경우 보험료가 할증될 수(비싸질 수) 있음

2. 보험금감액법

계약일로부터 회사가 정하는 감액 기간 내에 피보험자에게 재해분류표(별표1 참조)에서 정한 재해(이하 "재해"라 합니다) 이외의 원인으로 해당계약의 감액대상 보험금 지급사유가 발생하였을 경우에는 해당계약의 규정에도 불구하고 계약시에 정한 감액기간 및 보험금지급비

율에 따라 보험금을 감액 지급합니다.

가. 계단식 보험금감액법

경과기간	기 준	감액기간 및 보험금지급비율				
		1년	2년	3년	4년	5년
1년미만	해당계약에 정한 지급보험금	50%	30%	25%	20%	15%
1년이상 2년미만			60%	50%	40%	30%
2년이상 3년미만				75%	60%	45%
3년이상 4년미만			100%		80%	60%
4년이상 5년미만						80%

나. 평준식 보험금감액법

경과기간에 상관없이 전 감액기간 동안 50%이상의 범위 내에서 회사가 정한 동일한 보험금지급 비율을 적용하여 보험금을 지급합니다.

그러나, 그 보험사고의 발생원인이 재해로 인하여 피보험자가 사망한 경우에는 감액된 보험금을 지급하지 않고 해당계약의 규정에 따른 보험금을 지급합니다.
이 특약에서 '사망'에는 보험기간에 다음 중 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 : 가족관계 등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

용어해설

"실종선고" 란?

어떤 사람의 생사불명 상태가 일정기간 이상 계속될 때 일정절차에 따라 법원이 사망한 것으로 인정하는 제도

관련법규

민법 제27조(실종의 선고)

① 부재자의 생사가 5년간 분명하지 아니한 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 한다.

② 전지에 임한 자, 침몰한 선박 중에 있던 자, 추락한 항공기 중에 있던 자 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한자의 생사가 전쟁종지후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 아니한 때에도 제1항과 같다.

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

3. 나이가산법

할증위험률에 따른 보험료가 표준체 보험료와 가장 가까운 나이간의 차이를 연증수(年增數)라 합니다. 즉 어떤 결함을 가진 피보험자의 위험지수(危險指數)가 실제 n세 높은 나이의 표준체와 같은 위험률을 나타낸다고 인정될 때 "n년증"이라 칭하고 n세 높은 나이의 표준체보험료를 받아들이는 방법입니다.

4. 나이가산법과 보험금감액법을 동시에 적용 할 수 있습니다.

② 제1항 제2호의 감액기간은 피보험자의 건강상태, 위험의 종류 및 정도에 따라 5년 이내로 합니다. 다만, 해당계약이 계약자가 보험기간이 끝나는 날까지 계약을 유지하지 않는다는 의사표시가 없는 한 별도의

계약사정 없이 갱신되는 계약(이하 "갱신계약"이라 합니다)인 경우 「감액기간」의 산정은 최초 계약일을 기준으로 합니다. 또한 그 판단기준은 회사에서 정한 계약사정기준을 따르며 개개인의 질병의 상태 등에 대한 의사의 소견에 따라서 다르게 적용할 수 있습니다.

③ 제1항 제1호 내지 제4호의 규정에 의하여 해당계약에 부가된 조건을 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제4조【특약의 보험기간 및 보험료 납입】

① 이 특약의 보험기간은 해당계약의 보험기간 이내에서 회사가 정한 기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 해당계약의 보험료 납입기간 중에 해당계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 해당계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 이 특약이 부가된 해당계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우에는 이 특약의 보험료 납입도 면제됩니다.

제5조【특약내용의 변경】

이 특약이 부가된 해당계약의 약관의 규정에도 불구하고 다음과 같은 내용은 변경할 수 없습니다.

1. 보험기간 또는 보험료 납입기간의 변경
2. 감액완납 또는 연장보험으로의 변경

용어해설

"감액완납" 이란?
차회 이후의 보험료 납입을 중단하는 대신 보험가입금액을 줄이는 것
"연장보험" 이란?
차회 이후의 보험료 납입을 중단하는 대신 보험기간을 변경 하는 것

제6조【해당계약 약관 규정의 준용】

이 특약에 따로 정하지 않는 사항에 대하여는 이 특약이 부가된 해당계약 약관의 규정을 따릅니다.

(별표 1)

재해분류표

주계약 약관의 (별표 26) 참조 ▶111p

특정 신체부위·질병보장제한부 인수특약

[제도성특약 약관]

※ 이 특약은 계약자의 청약이 있고
회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다.

특정 신체부위·질병보장제한부 인수특약 약관

제1조【특약의 체결 및 효력】

① 이 특약은 주된 보험계약(특약이 부가된 경우에는 특약을 포함할 수 있습니다. 이하 같습니다)을 체결할 때 피보험자의 건강상태가 보험회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우 또는 해당계약을 체결한 후 계약 전 알릴 의무 위반의 효과 등으로 보장을 제한할 경우 보험계약자의 청약(또는 신청)과 보험회사의 승낙으로 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다. (이하 주된 보험계약은 "주계약", 보험계약자는 "계약자", 보험회사는 "회사"라 합니다)

② 이 특약을 2명(3명, 多人)보장보험에 부가할 경우 이 특약의 피보험자는 보험금의 지급사유 발생 대상이 되는 피보험자 중 건강상태가 보험회사가 정한 기준에 적합하지 않은 자 또는 해당계약을 체결한 후 계약 전 알릴 의무 위반의 효과 등으로 보장을 제한되는 자로 합니다.

③ 제1항 및 제2항에 따라 보장이 제한되는 범위는 의학적으로 인과관계가 있다고 입증된 경우 혹은 경험통계적으로 인과관계가 유의성 있게 입증된 경우 등 피보험자의 과거 병력(계약 전 알릴 의무사항에 해당하는 질병)과 직접적으로 관련이 있는 신체부위 혹은 질병 등으로 제한하며, 이 특약을 부가할 때에는 회사는 부담보 설정범위 및 사유를 계약자에게 설명하여 드립니다.

④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

⑤ 주계약이 해지 또는 기타 사유에 따라 효력이 없어진 경우에는 이 특약도 더 이상 효력이 없습니다.

⑥ 주계약 및 특약에서 정한 보장개시일 이전에 발생한 질병에 대하여 계약을 무효로 하는 경우에도 다음 각 호의 경우에는 계약을 무효로 하지 않습니다.

1. 이 특약 제2조(특약면책조건의 내용) 제1항 제1호에서 정한 특정 신체부위에 발생한 질병에 대하여 면책조건으로 계약을 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정 신체부위에 질병이 발생한 경우
2. 이 특약 제2조(특약면책조건의 내용) 제1항 제2호에서 정한 특정질병에 대하여 면책조건으로 계약을 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정질병이 발생한 경우

제2조【특약면책조건의 내용】

① 이 특약에서 정한 면책기간 중에 다음 각 호의 질병을 직접적인 원인으로 주계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 회사는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않습니다.

다만, 사망으로 인하여 보험금 등의 지급사유가 발생한 경우에는 사망보험금을 지급합니다.

1. 별표1 "특정 신체부위분류표" 중에서 회사가 지정한 신체부위 (이하 "특정 신체부위"라 합니다)에 발생한 질병 또는 특정 신체부위에 발생한 질병의 전이로 인하여 특정 신체부위 이외의 신체부위에 발생한 질병
2. 별표 2 "특정질병분류표" 중에서 회사가 지정한 질병 (이하 "특정질병"이라 합니다)

② 제1항의 면책기간은 특정 신체부위 또는 특정질병의 상태에 따라 「1년부터 5년」 또는 「주계약의 보험기간」 으로 합니다. 다만, 계약자가 보험기간이 끝나는 날까지 계약을 유지하지 않는다는 의사표시가 없는 한 별도의 계약사정 없이 갱신되는 계약(이하 "갱신계약" 이라 합니다)의 경우 「면책기간」 의 산정은 최초 계약일을 기준으로 합니다. 또한, 「주계약의 보험기간」 은 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.

③ 제1항의 규정에도 불구하고 다음 사항 중 어느 하나의 사유로 주계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다.

1. 제1항 제1호에서 지정한 특정 신체부위에 발생한 질병의 합병증으로 특정 신체부위 이외의 신체부위

에 발생한 질병으로 주계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우 (다만, 전이는 합병증으로 보지 않습니다)

용어해설

"합병증" 이란?

어떠한 질환에 관련하여 생긴 다른 질환

"전이" 란?

병원체 또는 종양세포 등이 기관이나 조직의 어떤 곳에서 멀리 떨어진 다른 곳으로 이동하여 그곳에 정착 및 증식 하는 상태

2. 제1항 제2호에서 지정한 특정질병의 합병증으로 발생한 특정질병 이외의 질병으로 주계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우
3. (별표3) 재해분류표에서 정하는 재해로 주계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우
4. 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안 제1항 제1호 및 제2호에서 지정한 질병으로 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없고, 청약일로부터 5년이 지난 이후 제1항 제1호 및 제2호에서 정한 질병으로 주계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우

④ 제3항 제4호의 "청약일 이후 5년이 지나는 동안" 이라 함은 주계약에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑤ 제3조(효력상실된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 발생한 경우 부활일을 청약일로 하여 제3항 및 제4항을 적용합니다.

⑥ 피보험자가 회사가 정한 면책기간의 종료일을 포함하여 계속하여 입원한 경우 그 입원에 대해서는 면책기간 종료일의 다음날을 입원의 개시일로 인정하여 보험금을 지급합니다.

⑦ 피보험자에게 보험사고가 발생했을 경우, 그 사고가 특정 신체부위 또는 특정질병을 직접적인 원인으로 발생한 사고인가 아닌가는 의사의 진단서와 의견을 주된 판단자료로 결정합니다.

⑧ 제1항의 특정 신체부위 및 특정질병은 4개 이내에서 선택하여 부가 할 수 있습니다.

제3조【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 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조(특약의 체결 및 효력) 제4항의 규정을 따릅니다.

제4조【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약에 따로 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

(별표 1)

특정 신체부위 분류표

분류번호	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 곁굴) 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)
26	난소 및 난관

분류번호	특정신체부위의 명칭
27	고환[고환초막(고환집막) 포함] 부고환, 정관, 정삭 및 정낭
28	갑상선
29	부갑상선
30	서혜부(넓적다리 부위의 위쪽 주변)(서혜탈장, 음낭 탈장 또는 대퇴 탈장이 생긴 경우에 한함)
31	피부(두피 및 입술 포함)
32	경추부(해당신경 포함)
33	흉추부(해당신경 포함)
34	요추부(해당신경 포함)
35	천골(엉치뼈)부 및 미골(꼬리뼈)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)

특정질병 분류표

약관에 규정하는 특정질병으로 분류된 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제 2015-309호, 2016.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

병 명	분 류 번 호	세 부 내 용
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	뇌혈관 질환
당뇨병	E10~E14	당뇨병
고혈압성	I10~I13, I15	고혈압성
결 핵	A15~A19 B90	결핵 결핵의 후유증
담석증	K80	담석증
요로 결석증	N20 N21 N23	신장 및 요관의 결석 하부요로의 결석 상세불명의 신장 급통증
임신중독증	O11 O12 O13 O14 O15	만성 고혈압에 겹친 전자간 고혈압을 동반하지 않은 임신성[임신-유발] 부종 및 단백뇨 임신[임신-유발] 고혈압 전자간 자간
골관절증 및 류마티스 관절염	M05 M06 M08 M15 M16 M17 M18 M19	혈청검사 양성 류마티스관절염 기타 류마티스관절염 연소성 관절염 다발관절증 고관절증 무릎관절증 제1수근중수관절의 관절증 기타 관절증
척추 만곡증	M40 M41	척추후만증 및 척추전만증 척추측만증
통풍	E79 M10	퓨린 및 피리미딘의 대사 장애 통풍
고지혈증	E78	지질단백질대사장애 및 기타 지질증
사시	H49 H50 H51	마비성 사시 기타 사시 양안운동의 기타 장애
백내장	H25 H26 H27	노년성 백내장 기타 백내장 수정체의 기타 장애

병 명	분 류 번 호	세 부 내 용
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	황경막탈장
	K45	기타 복벽탈장
	K46	상세불명의 복벽탈장
	N43	음낭수종 및 정액류
유산	N96	습관적 유산자
	O00	자궁외임신
	O01	포상기태
	O02	기타 비정상적 수태부산물
	O03	자연유산
	O04	의학적 유산
	O05	기타 유산
	O06	상세불명의 유산
	O07	시도된 유산의 실패
	O08	유산, 자궁외임신 및 기태임신에 따른 합병증
	O20	초기임신중 출혈
복막의 질환	K65	복막염
	K66	복막의 기타 장애
	K67	달리 분류된 감염성 질환에서의 복막의 장애
골반염	N70	난관염 및 난소염
	N71	자궁경부를 제외한 자궁의 염증성 질환
	N72	자궁경부의 염증성 질환
	N73	기타 여성 골반염증질환
	N74	달리 분류된 질환에서의 여성 골반염증장애
골다공증	M80	병적 골절을 동반한 골다공증
	M81	병적 골절이 없는 골다공증
	M82	달리 분류된 질환에서의 골다공증
천식	J45	천식
	J46	천식지속 상태
빈혈	D50~53	영양성 빈혈
	D55~D59	용혈성 빈혈
	D60~D64	무형성 및 기타 빈혈
다한증	R61	다한증
결절종	M67.4	결절종
지방종	D17	양성 지방종성 신생물
	D21	결합조직 및 기타 연조직의 기타 양성 신생물
	D23	피부의 기타 양성 신생물
자궁내막증	N80	자궁내막증
자궁근종	D25	자궁의 평활근종

※ 제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 상기 질병이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표 3)

재해분류표

주계약 약관의 (별표 26) 참조 ▶111p

지정대리청구서비스 특약

[제도성특약 약관]

※ 이 특약은 계약자가 선택한 경우에만 적용합니다.

지정대리청구서비스특약 약관

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조【적용대상】

이 특별약관(이하 “특약”)은 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 주계약 및 특약에 적용됩니다.

제2조【특약의 체결 및 소멸】

① 이 특약은 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어집니다. (이하 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사” 라 합니다)

② 제1조(적용대상)의 보험계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 되는 경우에는 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다.

제2관 지정대리청구인의 지정

제3조【지정대리청구인의 지정】

① 계약자는 주계약 및 특약에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약을 체결할 때 또는 계약체결 이후 보험금의 대리청구인(이하, “지정대리청구인”이라 합니다)을 지정(제4조【지정대리청구인의 변경지정】에 의한 변경 지정 포함)할 수 있습니다.

② 지정대리청구인은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자 중 1명으로 하며, 보험금 청구시에도 다음 각 호의 어느 하나에 해당해야 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

③ 제1항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제1조(적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

제4조【지정대리청구인의 변경지정】

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(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)

제3관 보험금 지급 등의 절차

제5조【보험금 지급 등의 절차】

① 지정대리청구인은 제6조(보험금의 청구)에 정한 서류 및 제1조(적용대상)의 보험수익자가 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제1조(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.

제6조【보험금의 청구】

지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증)
4. 피보험자의 인감증명서
5. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
6. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제4관 기타사항 등

제7조【준용규정】

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관 및 해당 특별약관의 규정을 따릅니다.

무배당 New연금전환특약Ⅱ특약

[제도성특약 약관]

※ 이 특약은 계약자의 선택에 따라 기존계약을
연금으로 전환할 경우에만 적용합니다.

무배당 New연금전환특약Ⅱ 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조【목적】

이 보험계약(이하 '특약'이라 합니다)은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 피보험자의 생존이나 사망을 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. **주계약** : 주된 보험계약으로서 독립적으로 판매 가능한 보험을 말합니다.

나. **특약** : 주계약에 부가하여 보장을 추가하거나 계약자 등의 편의를 도모하기 위한 제도 등을 추가하는 보험을 말합니다.

2. 기간과 날짜 관련 용어

가. **보험기간** : 이 특약의 보험기간은 연금개시전 보험기간과 연금개시후 보험기간을 합한 기간으로 합니다.

가-1. **연금개시전 보험기간** : 보장개시일부터 연금지급개시일의 전일까지

가-2. **연금개시후 보험기간**

(1) 연금타는 종신형, 종신형, 상속형: 연금지급개시일부터 종신까지

(2) 확정형: 연금지급개시일부터 최종연금 지급일 까지

3. 보험료 관련 용어

가. **기본보험료** : 보험계약시점에 납입한 일시납보험료를 말합니다.

나. **추가납입보험료** : 계약자가 계약일 이후 1개월이 지난후부터 연금개시 3년 전까지 기본보험료와 달리 수시로 납입할 수 있는 보험료를 말하며, 이 보험의 사업방법서에서 정하는 한도 내에서 납입 가능합니다.

추가납입보험료 한도

이 특약의 총 추가납입보험료는 (기본보험료의 200% + 중도인출금액) 이내로 합니다.

제3조【공시이율의 적용 및 공시】

① 이 특약의 연금계약에 대한 적립이율은 매월1일 회사가 정한 공시이율(연복리 0.75% 최저보증)로 하며, 매월 1일부터 당월 마지막 날까지 1개월간 확정 적용합니다.

용어해설

"공시이율" 이란?

전통적인 보험상품에 적용되는 이율이 장기·고정금리이기 때문에 시중금리가 급격하게 변동할 경우 이에 대응하지 못하는 단점을 고려하여, 시중의 지표금리 등에 연동하여 일정기간마다 변동되는 이율

"최저보증이율" 이란?

운용자산이익률 및 시중금리가 하락하더라도 회사에서 보증하는 최저한도의 적용이율. 예를 들어, 이 특약의 공시이율이 0.5%인 경우, 연금계약에 대한 적립이율은 공시이율(0.5%)이 아닌 최저보증이율(0.75%)을 적용함

② 제1항의 공시이율은 이 보험의 사업방법서에서 정하는 바에 따라 운용자산이익률과 외부지표금리를 가중평균하여 산출된 공시기준이율에서 향후 예상수익 등을 고려한 조정률을 가감하여 결정합니다.

친절한 Mr.D

자세히 알아봅시다.

▸ 사업방법서란 회사가 보험사업의 허가를 신청할 때 필요한 기초서류 중 하나로, 피보험자의 범위, 보험금 및 보험기간에 대한 제한, 보험증권 및 청약서 등의 서식 등이 기재된 서류로 회사 홈페이지(www.idblife.com)의 "상품공시실"에서 상품별로 공시하고 있습니다.

▸ 운용자산이익률은 보험업감독규정에 따라 계산된 운용자산수익률에서 투자지출률을 차감하여 산출합니다.

▸ 외부지표금리는 시중 실세금리를 반영한 것으로서, 국고채, 회사채, 통화안정증권, 양도성예금증서 수익률을 기준으로 산출합니다.

③ 회사는 제1항 내지 제2항에서 정한 공시이율 및 산출방법 등을 매월 회사의 인터넷 홈페이지 등을 통해 공시합니다.

친절한 Mr.D

공시이율은 어디에서 확인할 수 있나요?

상품별 공시이율은 "회사의 인터넷 홈페이지(www.idblife.com) ▶ 공시실 ▶ 상품공시실 ▶ 금리연동이율공시" 에서 확인하실 수 있습니다.

제4조【피보험자의 범위 및 자격의 득실】

① 이 특약의 피보험자는 다음 각 호와 같이 정합니다.

1. 이 특약의 피보험자는 전환전계약의 피보험자로 합니다.
2. 다만, 종신연금형(부부형)계약의 연금개시후 주피보험자는 전환전계약의 피보험자로 하며, 종피보험자는 주피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.(이하 "주피보험자"와 "종피보험자"를 합하여 "피보험자"라 합니다)

② 종신연금형(부부형) 계약에서 종피보험자가 사망이외의 원인(이혼 등)으로 제1항 제2호에 해당되지 않을 경우 더 이상 종피보험자의 자격을 가지지 않습니다.

③ 제2항에도 불구하고 종피보험자의 효력을 계속 유지하고자 할 때에는 계약자가 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 종피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 종피보험자의 자격이 유지됩니다.

④ 종신연금형(부부형) 계약에서 새로이 제1항 제2호에 해당되는 경우에는 회사의 승낙을 얻어 그 해당된 날부터 종피보험자의 자격을 취득합니다. 그러나 종피보험자가 사망한 후 새로이 종피보험자에 해당되는

자는 종피보험자의 자격을 취득하지 않습니다.

제2관 보험금의 지급

제5조【보험금의 지급사유】

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

1. 연금개시전 보험기간 중 사망하였을 때 : 연금개시전 사망보험금
2. 연금개시후 보험기간 중 사망하였을 때 : 연금개시후 사망보험금 (다만, 연금타는 종신형에 한함)
3. 연금개시일부터 매년 계약해당일에 살아있을 때 : 계약자가 선택한 연금지급형태의 연금액을 매년 지급 (다만, 연금타는 종신형, 종신형, 상속형에 한함)
4. 연금개시일부터 계약자가 선택한 확정지급기간 중 매년 계약해당일 : 계약자가 선택한 연금지급형태의 연금액을 매년 지급 (다만, 확정형에 한함)

해당 연도에 계약해당일이 없을 경우

최초계약일: 2017년 5월 31일 일 때, 2017년 6월의 월계약해당일은 2017년 6월 30일로 함 → 2017년 6월에는 계약해당일(31일)이 없으므로, 해당월의 마지막날을 계약해당일로 함

제6조【보험금 지급에 관한 세부규정】

이 특약에서 "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.

"실종선고" 란?

어떤 사람의 생사불명 상태가 일정기간 이상 계속될 때 일정절차에 따라 법원이 사망한 것으로 인정하는 제도

민법 제27조(실종의 선고)

① 부재자의 생사가 5년간 분명하지 아니한 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 한다.

② 전지에 임한 자, 침몰한 선박 중에 있던 자, 추락한 항공기 중에 있던 자 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한자의 생사가 전쟁종지후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 아니한 때에도 제1항과 같다. (※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.)

제7조【보험금의 청구】

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서 (회사양식)

2. 사고증명서 (사망진단서 등)
3. 사망이전 또는 생존이전 신청서 (회사양식)
4. 피보험자의 호적등본 또는 주민등록등본
5. 신분증 (주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
6. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

관련법규

의료법 제3조(의료기관)

① 이 법에서 '의료기관'이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하'의료업'이라 한다)을 하는 곳을 말한다.

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

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」 제3조제3호에 따른 정신의료기관 중 정신병원, 「장애인복지법」 제58조제1항제2호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다), 마. 종합병원

③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다. (※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.)

제8조【보험금의 지급절차】

① 회사는 제7조(보험금의 청구)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수후 10영업일 이내에 지급합니다.

친절한 Mr.D

보험금 지급일 예시

Q : 보험금 청구서류 접수일이 2017년 12월 22일(금)인 경우 보험금 지급일은?
(다만, 보험금지급사유의 조사나 확인이 필요하지 않은 경우)

A : 12/23(토), 12/24(일), 12/25(월, 성탄절)은 회사의 영업일이 아니므로, 12/22(금)부터 3영업일인 12/27(수) 이내에 보험금을 지급합니다.

② 회사는 제5조(보험금의 지급사유) 제3호 및 제4호에 해당하는 연금의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 회사가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 알려드립니다. 또한 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표1-1(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)과 같이 계산합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제9조【특약의 체결 및 소멸】

① 이 특약은 전환전계약을 체결할 때 또는 체결후 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 전환전계약에 부가하여 이루어 집니다.
② 계약자는 연금지급 개시일 전까지 보험금 지급기준표(별표1 참조)에서 정한 연금의 형태를 결정하여야 합니다.
③ 회사는 전환전계약의 해지환급금(특약이 부가된 경우 특약의 해지환급금을 포함합니다. 이하 같습니다) 및 기타급여금의 전부 또는 일부를 계약자의 신청에 따라 연금으로 전환합니다.
④ 연금지급 개시 전에 피보험자가 사망한 경우 이 특약은 더는 효력이 없습니다.
⑤ 제5조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금의 지급이 완료되었을 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.

제10조【특약의 무효】

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(적립액의 인출이 있었던 때에는 이를 차감한 금액)를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 매회차 보험료(초회보험료 포함)를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 특약에서 특약을 체결할 때까지 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻지 않은 경우
2. 만15세미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 특약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결할 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
3. 특약을 체결할 때까지 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 특약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 보나, 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

용어해설

“무효” 란?
보험계약의 무효란 보험계약이 성립되어 있어도 법률상 당연히 그 효력이 발생하지 않는 것
“초회보험료” 란?
보험계약 성립시 계약자의 보험료 납입의무에 따라 최초로 납입하는 보험료
“심신상실자” 란?
정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 자
“심신박약자” 란?
정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 부족한 자

제11조【특약내용의 변경 등】

① 계약자는 회사가 정한 방법에 따라 연금지급 개시 전까지 연금형태(연금타는 종신형, 종신형(개인형/부부형, 정액형/체증형), 확정형(정액형/체증형), 상속형), 연금지급기간 및 연금개시나이를 변경할 수 있습니

다. 다만, 연금개시나이의 경우 단축할 경우에만 가능합니다.

② 종신연금형(부부형)계약의 경우 연금개시일 이전에 주피보험자 또는 종피보험자 중 1명이 사망하여 연금개시일에 피보험자가 1명만 있을 경우에는 이 특약의 산출방법서에 따라 자동으로 개인형 계약으로 전환됩니다.

③ 회사는 계약자가 특약의 보험료를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 연금타는 종신형 또는 종신형에 한하여 연금지급 개시후에는 보험료를 감액할 수 없습니다.

④ 보험료 감액시 적립액이 없거나 최초가입시 안내한 적립액 보다 적어질 수 있습니다.

용어해설

"감액" 이란?

보장성계약의 가입금액(보험료, 보험금, 책임준비금 등 산정의 기준이 됨) 또는 저축성계약의 기본보험료를 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 것 (이에 따라 보험금 및 계약자적립금(해지환급금)도 줄어듭니다.)

"해지" 란?

현재 유지되고 있는 계약이나 또는 효력이 상실된 계약을 장래를 향하여 소멸시키거나 계약유지 의사를 포기하여 만기일 이전에 계약관계를 청산하는 것

제4관 보험료의 납입

제12조【보험료의 납입 및 회사의 보장개시일】

① 이 특약의 보험료 납입은 전환전 계약의 보험금, 해지환급금 및 기타 급여금의 일부 또는 전부를 전환후 계약의 일시납 보험료로 납입할 수 있습니다.(이하 "전환일시금"이라 합니다)

② 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 전환이 개시된 시점부터로 합니다. 이 경우 특약의 보장개시일로부터 전환전계약(보험가입금액을 나누어 전환하는 경우에는 나누어진 부분에 대한 보험가입금액을 말합니다. 이하 같습니다)은 더는 효력이 없습니다.

③ 종신연금형(부부형)에 있어서 종피보험자에 대한 이 특약의 보장개시일은 종피보험자의 자격을 취득한 날로 합니다.

제5관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제13조【'계약자의 임의해지' 및 '피보험자의 서면동의 철회권']

① 계약자는 특약이 소멸하기 전에 언제든지 특약을 해지할 수 있으며(다만, 연금타는 종신형 및 종신형의 경우에는 제외합니다), 이 경우 회사는 제14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제10조(특약의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 특약에서 서면에 의한 동의를 한 피보험자는 특약의 효력이 유지되는 기간 중에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 특약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제14조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 연금타는 종신형 및 종신형의 경우 연금이 지급된 이후

에는 특약을 해지할 수 없습니다.

제14조【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 별표1-1(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)에 따릅니다.
③ 해지환급금 계산시 적용되는 공시이율은 제3조(공시이율의 적용 및 공시)에서 정한 이율로 합니다.

제15조【중도인출】

① 계약자는 계약일 이후 1개월이 지난 후부터 연금지급개시 전까지 회사 소정의 서류를 제출하고 적립액의 일부를 인출할 수 있습니다. 다만, 적립액의 인출은 보험연도기준 연12회에 한하며, 10만원 이상 만원단위로 합니다.
② 1회당 인출가능금액은 해지환급금(보험계약대출의 원금과 이자를 차감한 금액)의 70% 이하로 하며, 인출 후 해지환급금(보험계약대출의 원금과 이자를 차감한 금액)은 기본보험료의 20%이상이 되어야 합니다. 다만, 계약 후 경과기간 10년 이내의 총 중도인출금액은 계약자가 실제 납입한 보험료 총액을 초과할 수 없습니다.
③ 적립액의 인출은 추가납입보험료에 따른 적립액에서 우선적으로 가능하며, 추가납입보험료에 따른 적립액이 부족한 경우에 한하여 기본보험료 적립액에서 인출 가능합니다.
④ 인출금액에 대한 수수료는 인출금액의 0.2%와 2,000원 중 적은 금액 이내에서 청구할 수 있습니다. 다만, 연 4회에 한하여 인출 수수료를 면제합니다.
⑤ 중도인출 시 인출금액 및 인출금액에 적립되는 이자만큼 적립액에서 차감하여 지급하므로 보험금 및 해지환급금이 감소할 수 있습니다.
⑥ 중도인출한 이후 추가납입보험료를 납입할 경우에는 중도인출한 금액에 해당하는 만큼의 추가납입보험료에 대한 계약관리비용(유지관련비용)을 면제합니다. (계약관리비용(기타비용)만 부과합니다)

자세히 알아봅시다

예) 중도인출 누적합계액이 50만원인 시점에서, 80만원 추가납입할 경우

➜ 추가납입보험료 중 기존에 중도인출한 금액에 해당하는 50만원에 대해서는 계약관리비용(기타비용)만 차감하고, 나머지 30만원에 대해서는 계약관리비용(유지관련비용) 및 계약관리비용(기타비용)을 추가납입보험료 사업비로 차감합니다.

제6관 기타사항 등

제16조【전환전계약 약관 규정의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 전환전계약 약관의 규정을 따릅니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[연금개시전 보험기간]

급여명칭	지급사유	지급금액
연금개시전 사망보험금	피보험자가 연금개시전 보험기간 중 사망한 경우	일시납 보험료의 10% + 사망당시 연금계약 적립액

[연금개시후 보험기간]

가. 연금타는 종신형

급여명칭	지급사유	지급금액
연금	연금개시일부터 매년 계약해당일에 피보험자가 살아있을 때	보험가입금액과 연금개시시점의 적립액을 기준으로 계산한 금액
연금개시후 사망보험금	연금개시일 이후 피보험자가 사망한 경우	보험가입금액에서 사망시점까지 발생한 연금의 누적합계액을 차감한 금액 (사망시점까지 발생한 연금의 누적합계액이 보험가입금액보다 많은 경우에는 사망보험금 없음)

나. 종신형(개인형)

급여명칭	지급사유	지급금액
연금	연금개시일부터 매년 계약해당일에 피보험자가 살아있을 때	연금개시시점의 적립액을 기준으로 계산한 금액 ► 정액형, 체증형(5%, 10%) ► 보증지급기간: 10,15,20,30년, 90,100세

다. 종신형(부부형)

급여명칭		지급사유	지급금액
연금	주피보험자	연금개시일부터 매년 계약해당일에 주보험자가 살아있을 때	연금개시시점의 적립액을 기준으로 계산한 금액 ► 정액형, 체증형(5%, 10%) ► 보증지급기간: 10,15,20,30년, 90,100세
	종피보험자	주피보험자가 연금지급개시 이후에 사망하고, 종피보험자가 연금지급개시일부터 보증지급기간 이후에 매년 계약해당일에 살아있을때	주피보험자의 보증지급기간 최종년도 연금액의 100%(또는 계약자의 선택에 따라 50%, 70%)

라. 확정형

급 여 명 칭	지 급 사 유	지 급 금 액
연금	연금개시일부터 계약자가 선택한 확정지급기간 중 매년 계약해당일	연금개시시점의 적립액을 기준으로 계약자가 선택한 확정지급기간에 따라 계산한 금액 ► 확정지급기간: 5~50년(5년단위) ► 정액형, 체증형(5%, 10%)

마. 상속형

급 여 명 칭	지 급 사 유	지 급 금 액
연금	연금개시일부터 매년 계약해당일에 피보험자가 살아있을 때	연금개시시점의 적립액에 대하여 이 특약의 공시이율로 적립하여 발생한 해당 보험연도의 이자 상당액(다만, 피보험자가 사망한 경우 사망시점의 적립액을 지급)

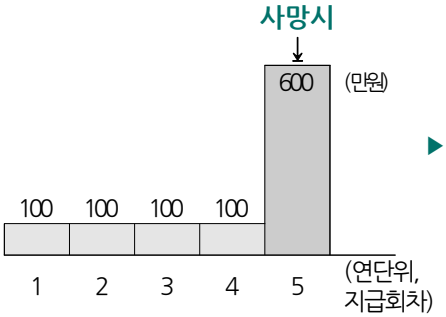
1. 적립액이란 연금전환신청시 납입한 일시납보험료에서 해당월의 위험보험료 및 계약관리비용을 뺀 금액을 이 특약의 공시이율로 납입일부터 일자계산하여 적립한 금액을 말합니다.
2. 연금개시후 매년 지급되는 연금액의 계산은 이 특약의 공시이율을 적용하므로 공시이율이 변경되면 연금액도 변경됩니다. 공시이율(최저보증이율은 연복리 0.75%)은 매월 1일 회사가 정한 금액으로 하며, 당월 마지막 날까지 1개월간 확정 적용합니다.
3. 연금타는 종신형의 보험가입금액은 연금개시시점의 적립액을 최저한도로 하여 회사가 연금개시시점의 공시이율 등으로 계산한 범위 내에서 계약자가 선택한 금액으로 합니다. 다만, 전환전 계약의 전환시점 사망보험금을 초과할 수 없습니다.
4. 체증형에 적용하는 체증률(5%, 10% 중 선택)은 최초 연금액을 계산할 때 적용하는 연금지급개시시점의 공시이율과 연금지급 개시 이후의 공시이율이 동일할 경우, 전년도 연금액 대비 계약자가 선택한 체증률에 해당하는 연금액이 지급되며 11차년도 이후의 연금액은 10차년도 연금액으로 합니다. 다만, 공시이율이 변경될 경우에는 연금액의 차이가 있습니다.
5. 종신형에서 연금개시후 보증지급기간 안에 사망할 경우에는 남은 보증지급기간 동안 매년 계약해당일에 연금을 지급합니다.
6. 확정형에서 연금개시후 확정지급기간 안에 사망할 경우에는 남은 확정지급기간 동안 매년 계약해당일에 연금을 지급합니다.
7. 종신형의 “보증지급기간 동안 미지급된 연금액” 및 확정형의 “확정지급기간 동안 미지급된 연금액”은 일시금 수령 신청 당시 공시이율로 할인하여 일시금으로 선지급 할 수 있습니다.
8. 연금을 매월, 3개월, 6개월로 나누어 지급할 경우에는 이 특약의 공시이율로 매월, 3개월, 6개월 이율로 적립한 금액을 더하여 드립니다.
9. 연금타는 종신형 및 종신형의 경우 연금지급 개시전 연금생명표의 개정에 따라 연금액이 증가 되는 경우, 연금개시 당시의 연금생명표 및 적립액을 기준으로 산출한 연금액을 지급합니다.
10. 해당 연도에 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 하여 연금을 지급합니다.

친절한 Mr.D

연금 지급 도해

※ 아래 예시는 공시이율이 연금개시시점부터 계속 동일할 경우를 가정한 예시입니다.
공시이율이 변경될 경우 실제 지급내용은 아래 예시 내용과 달라집니다.

가. 연금타는 종신형

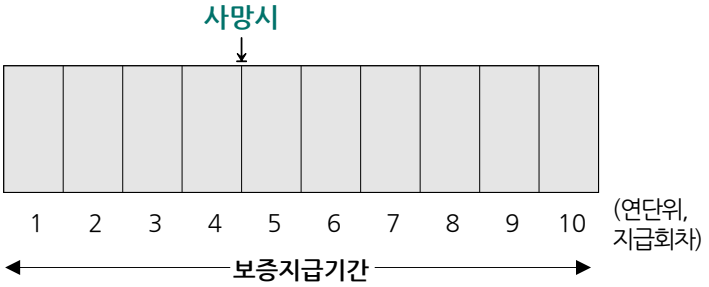


(기준: 가입금액 1,000만원, 연금연액 100만원인 경우)

▶ 사망보험금 = 가입금액 - 이미 지급된 연금총액
600만원 = 1,000만원 - 400만원

나. 종신형(개인형, 정액형)

(기준: 정액형, 보증지급기간 10년)

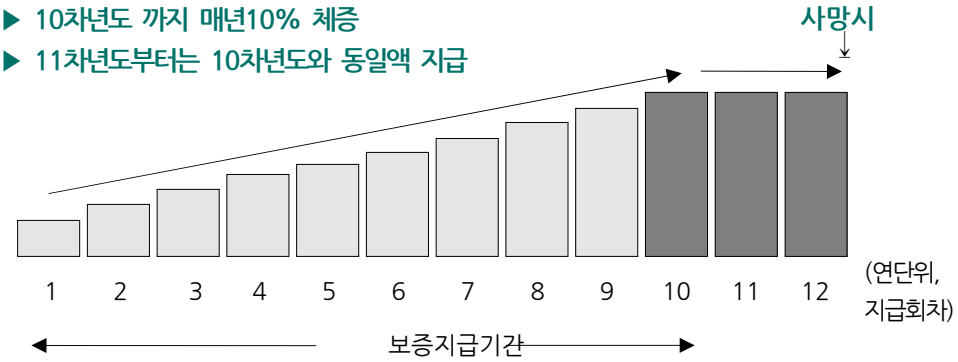


▶ 보증지급기간 이내에 사망시 보증지금기간(10년) 동안 매년 연금액 지급

나-1. 종신형(개인형, 체증형)

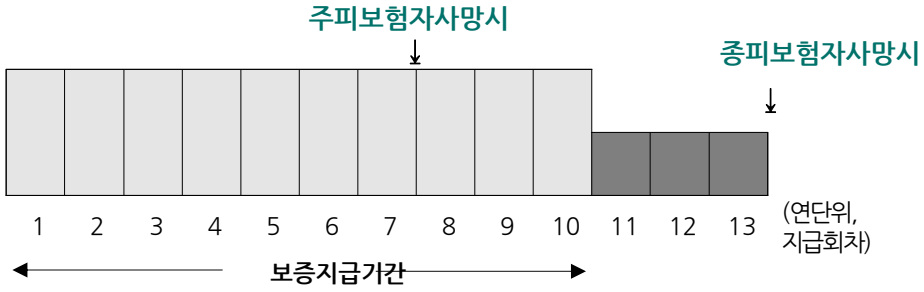
(기준:10%체증형, 보증지급기간 10년)

▶ 10차년도 까지 매년10% 체증
▶ 11차년도부터는 10차년도와 동일액 지급



다. 종신형(부부형)

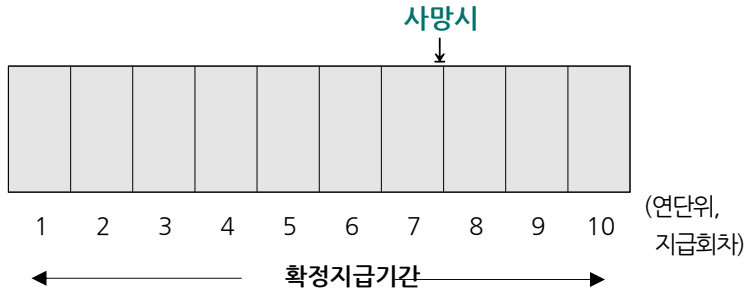
(기준: 정액형, 보증지급기간 10년, 50%지급형)



▶ 주피보험자가 보증지급기간 이내에 사망시 보증지급기간 동안 연금지급
▶ 보증지급기간 종료 후 종피보험자 사망시까지 주피보험자 연금의 50% 지급

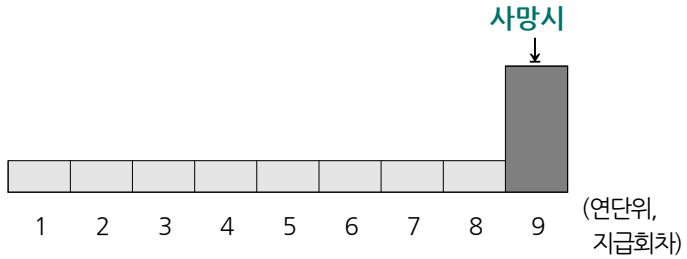
라. 확정형

(기준: 정액형, 확정지급기간 10년)



▶ 연금개시후 피보험자가 사망하더라도 확정지급기간동안 연금 지급

마. 상속형



▶ 연금: 매년 연금개시시점 적립액에 대한 이자 상당액 지급
▶ 사망시: 사망시점 적립액 지급

(별표1-1)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제8조 제2항 및 제14조 제2항 관련)

구 분	기 간		지 급 이 자
연금개시전 사망보험금 (제5조 제1호) 연금개시후 사망보험금 (제5조 제2호)	지급기일의 다음날부터 30일이내 기간		보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일이내 기간		보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일이내 기간		보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간		보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)
연 금 (제5조 제3호 및 제4호)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	보험기간 만기일 이내	공시이율
		보험기간 만기 이후	- 1년이내 : 공시이율의 50% - 1년초과기간 : 1%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간		보험계약대출이율
해지환급금 (제14조)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간		- 1년이내 : 공시이율의 50% - 1년초과기간 : 1%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간		보험계약대출이율

주) 1. 연금은 회사가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 않은 경우, 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간은 공시이율을 적용한 이자를 지급합니다.
2. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산합니다.
3. 약관의 내용에 따라 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

www.idblife.com
서울특별시 강남구 테헤란로 432(대치동) DB금융센터 7층
TEL : 1588-3131

판매일자 : 2017.11.01