

무배당

KDB 든든한 척추관절보호보험

주계약 보통보험약관

판매일자:
2019.09.02.



KDB생명의 소중한 가족이 되어주신 고객님께
진심으로 감사인사 드립니다.

보험은 “약속의 산업”이며, 대를 물리면서까지 지켜야 하는
“긴 약속”이라는데 생명보험의 숭고한 정신이 담겨 있습니다.
KDB생명은 고객님과의 약속은 어떤 일이 있더라도
끝까지 지키는 약속 지킴이가 되겠습니다.

보험의 가치는 고객님의 어려움에 “큰 희망”을 드리는 것입니다.
고객님께 닥칠지 모를 미래의 어려움을 “희망”으로 바꾸고,
어떠한 경우에도 사랑하는 사람들의 꿈과 행복을 지키는
역할을 하겠습니다.

우리 KDB생명은 고객님을 최우선으로 섬기며,
고객님과의 “긴 약속”을 “큰 희망”으로 보답하는
든든한 보험사가 되겠습니다.

앞으로도 변함없는 성원을 부탁드립니다,
고객님 가정에 건강과 행복이 가득하시길 기원합니다.

고객님, 감사합니다.



보험약관이란?

보험약관은, 가입하신 보험계약에 대해 보험계약자의 권리·의무를 규정한 중요한 내용입니다. 따라서 전체적인 구성을 먼저 이해하시고 중요한 사항은 반드시 설명 받으시기 바랍니다. 특히, 보험금지급이나 보험료 납입 등 중요한 사항에 대한 자세한 설명이 담겨있으니 반드시 확인하시고 필요시 참조하시기 바랍니다.

약관구성

쉽게 요약한 보험약관

자주 찾으시는 주요정보만 간략하게 요약하였습니다.

보험용어 해설

보험계약 관련 주요확인사항 (표준약관)

보험계약 관련 교부서류 안내

보험금 청구 안내

주요 민원 사례

가입자 유의사항

주요내용 요약서

보험약관

가입하신 상품의 약관 본문입니다.

약관 전문

보험용어해설

- **보험약관** 보험계약에 관하여 보험계약자와 보험회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것
- **보험증권** 보험계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 보험회사가 보험계약자에게 드리는 증서
- **보험계약자** 보험회사와 계약을 체결하고 보험료 납입의무를 지는 사람
- **피보험자** 보험사고의 대상이 되는 사람
- **보험수익자** 보험사고 발생시 보험금 청구권을 갖는 사람
- **보험료** 보험계약에 따른 보장을 받기 위하여 보험계약자가 보험회사에 납입하는 금액
- **보장개시일** 보험회사의 보험금 지급의무가 시작되는 날
- **보험기간** 보험계약에 따라 보장을 받는 기간
- **보험가입금액** 보험금, 보험료 및 책임준비금 등을 산정하는 기준이 되는 금액
* 보험가입금액, 보험료 납입기간, 피보험자의 나이 등을 기준으로 보험료를 산출하지 않고 보험계약자가 보험료를 선택하는 보험에서는 보험료 수준에 따라 보험금, 준비금(적립액) 등이 결정됨
- **보험금** 피보험자에게 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 발생하였을 때 보험회사가 보험수익자에게 지급하는 금액
- **책임준비금** 장래의 보험금, 해지환급금 등의 지급을 위하여 보험계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 보험회사가 적립해 둔 금액
- **해지환급금** 계약이 효력을 잃거나 해지된 경우 보험계약자에게 돌려주는 금액

보험계약 관련 주요 확인사항(표준약관)

- ※ 계약을 체결할 때 유의해야 할 사항을 관련 표준약관과 함께 기재하였으며, 계약 전 반드시 내용을 확인하시고 청약하시기 바랍니다.
- ※ 이 내용은 표준약관을 기재한 내용으로 가입하신 상품의 약관과 다소 다를 수 있으므로 보다 자세한 내용은 해당 상품의 "약관"에 기재하고 있으니 내용을 확인하시기 바랍니다.

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

표준약관 제 14조 (계약 전 알릴 의무 위반의 효과)

- ① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제 13조(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 제한 할 수 있습니다.

[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), 타사 보험계약 계약자가 보험설계사에게 구두로 알린 사항은 효력이 없으며, 전화 통신수단을 통해 가입하는 경우에는 서면을 통한 질문절차 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약 전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 신중하여야 합니다.

주 의

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.

사 례: 보험계약 청약을 하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만 얘기하였다고 하더라도 회사는 계약전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.

계약의 취소가 가능한 경우가 있습니다.

표준약관 제 18조 (약관고부 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(도장을찍음) 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 부분)를 전달받지 못한 경우
 2. 약관의 중요한 사항을 설명받지 못한 경우
 3. 청약서에 자필서명(전자서명 포함)을 하지 않은 경우

계약자는 청약을 철회할 수 있습니다.

표준약관 제 17조 (청약의 철회)

- ① 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 진단계약, 보험기간이 1년 미만인 계약 또는 전문보험계약자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.
- 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.
- 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

 계약이 무효로 되는 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

표준약관 제 19조 (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 다음날부터 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 돌려드립니다. 다만, 계약의 무효사유에 대하여 각 상품별 보험약관을 반드시 확인하시기 바랍니다.

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

표준약관 제 29조(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 제32조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

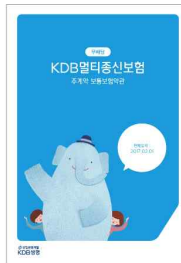
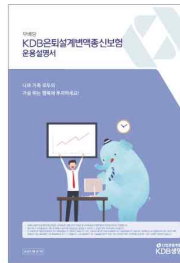
[해설]

- 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.

보험계약 관련 교부서류 안내

- ※ '계약 전'과 '계약 후' 계약자에게 교부하는 서류는 다음과 같습니다.
- ※ 교부받은 서류를 확인하시고, 수령하지 못한 경우에는 담당 컨설턴트 또는 KDB생명 고객센터(1588-4040)로 문의하여 주시기 바랍니다.

1. 계약 전 교부서류

			
상품설명서	보험약관	계약자 보관용 청약서	운용설명서

- ※ 단, 운용설명서는 변액보험 가입시에만 교부됨.

2. 계약 후 교부서류


보험증권

주요 민원사례

사례 1 | 해지환급금 과소 관련

- 고객은 목돈마련을 위한 금융상품을 알아보던 중 보험설계사 B로부터 OO저축보험 가입을 권유받음.
- 보험설계사 B는 OO저축보험은 5년간 납입하면 5년 뒤에는 원금뿐만 아니라 은행수익을 보다 높은 이자를 수령할 수 있다고 설명.
- 이에 A고객은 청약서에 서명하였고, 이후 증권, 약관 등 중요서류를 모두 수령하였으나 보험설계사 B의 설명만 믿고 자세히 살펴보지 않았으며, 가입이후 자동이체로 보험료를 정상 납입함.
- 5년이 경과된 시점에서 해지 시 수령가능 한 금액을 확인하던 중 원금 손실이 발생한다는 것을 알고 민원을 제기함.

Q 알아두세요

보험계약은 은행의 저축과 달리 납입한 보험료 중 일부는 다른 계약자에게 보험금으로 지급되며, 또 다른 일부는 보험회사의 운영에 필요한 경비로 사용되어 해지환급금이 납입한 보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다.

사례 2 | 계약 전 알릴 의무 위반 관련

- C고객은 보험설계사 D에게 OO건강보험 가입을 제안 받았음.
- 청약하던 중 3~4개월 전 잠깐 혈압이 높아져 검사 등으로 3일정도 입원한 것이 생각나 보험설계사 D에게 확인하였으나 문제될 것이 없다고 하여 청약서에 작성하지 않고 계약체결.
- 얼마 후 고혈압으로 입원하게 되어 퇴원 후 보험금을 청구하였으나, 계약 전 알릴의무 위반이라며 보험계약을 강제 해지당하여 민원을 제기함.

Q 알아두세요

보험계약 성립에 있어 청약관련서류의 작성은 본인(계약자, 피보험자)이 직접 작성하여야 하며, 건강사항 등의 작성도 동일합니다. 보험은 일반 임상학과는 다르게 장기적인 관점에서 발생위험을 평가하므로, 경미한 이상이라고 하더라도 가입 여부에 영향을 미칠 수 있어 만약 실수, 고의 등으로 누락할 경우 보험계약은 강제로 해지될 수 있습니다.

가입자 유의사항

계약 관련 특히 유의할 사항

1. 계약 관련 유의사항

계약 전 알릴 의무 위반

- 과거 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.
- 과거 질병 치료사실 등을 보험설계사 등에게 말로써 알린 경우에는 보험회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 반드시 청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다.
- 계약 전 알릴 의무 위반으로 계약이 해지되었을 때에는 해지환급금을 드립니다.

2. 해지환급금에 관한 사항

- 계약을 중도 해지할 때 해지환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 부가보험료 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지할 때에는 적립금에서 이미 지출한 부가보험료 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.
- **1종 해지환급금 미지급형**은 보험료 납입기간 경과 이전에 해지될 경우 해지환급금이 지급되지 않습니다.

보험금 지급관련 특히 유의할 사항

특정질병보장 관련

- 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 부표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.

수술보장 관련

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

입원보장 관련

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

재해·상해보장 관련

- 질병이나 체질적인 요인이 있는 자로써 경미한 외부요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화되었을 경우에는 재해관련 보험금이 지급되지 않습니다.

주요 내용 요약서

1. 자필서명

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

2. 계약 전 알릴 의무 및 위반 효과

가. 고지의무

계약자 또는 피보험자는 청약할 때 회사가 서면으로 질문한 중요한 사항*에 대하여 사실대로 기재하고 자필서명(전자서명 포함)을 하셔야 합니다.

* 중요한 사항이라 함은 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 인수하는 등 인수에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

나. 고지의무 위반 효과

만약 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우, 회사는 별도로 정한 방법에 따라 계약자 또는 피보험자의 의사와 관계없이 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있으며, 계약 전 알릴 의무 위반으로 계약이 해지되었을 때에는 해지환급금을 드립니다.

3. 계약의 무효

다음 중 한 가지에 해당되는 경우 이 계약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 이 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

가. 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.

나. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 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.

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

4. 청약철회

- 가. 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 청약을 철회할 수 없습니다.
- (1) 진단계약, 보험기간이 1년 미만인 계약, 또는 전문보험계약자가 체결한 계약
 - (2) 청약을 한 날부터 30일(다만, 전화를 이용하여 체결된 보험계약 중 계약자의 나이가 만 65세 이상인 계약은 45일)을 초과한 경우
- 나. 계약자는 청약서의 청약철회란을 작성하여 회사에 제출하거나, 통신수단을 이용하여 '가'의 청약 철회를 신청할 수 있습니다.
- 다. 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3일 이내에 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 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.
- 라. 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나, 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.
- 마. '가'에서 보험증권을 받은 날에 대한 다툼이 발생한 경우 회사가 이를 증명하여야 합니다.
- 청약철회 신청주소: 서울시 용산구 한강대로 372 KDB생명타워 KDB생명 언더라이팅팀
(전화: 1588-4040)

5. 계약취소

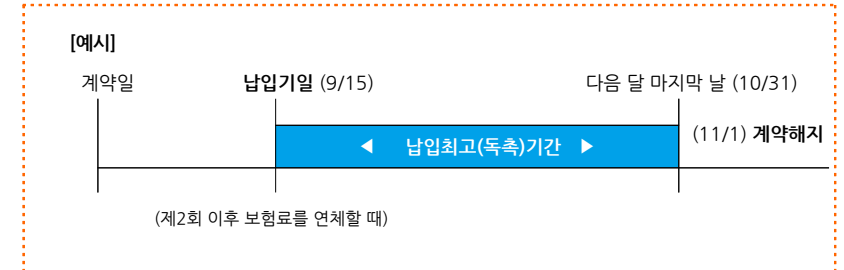
계약을 청약할 때 약관과 계약자 보관용 청약서를 전달받지 못하였거나 약관의 중요한 내용을 설명 받지 못한 때 또는 청약서에 자필서명(전자서명 포함)을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있으며, 이 경우 이미 납입한 보험료를 돌려드리며 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

6. 보험료의 납입연체 및 계약의 해지에 관한 사항

계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정

하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드리며, 그 때까지 해당 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 계약이 해지됩니다.

※ 다만, 당사의 납입최고(독촉) 기간은 아래와 같이 납입기일 다음 날부터 납입기일이 속하는 달의 다음 달 마지막 날까지를 납입최고(독촉) 기간으로 합니다.



7. 계약의 소멸

가. 이 계약의 보험기간 중 피보험자가 재해를 직접적인 원인으로 사망하였을 경우에는 재해사망보험금을 지급해 드리고 이 계약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 계약에서 보장하지 않는 원인으로 사망하였을 경우에는 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급하여 드리고 이 계약은 더 이상 효력이 없습니다.

나. '가'의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제22조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제23조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따릅니다. 다만, 제23조(보험금 등의 지급절차) 제2항에도 불구하고 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

8. 해지 계약의 부활(효력회복)

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

목차

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)	20
제2조 (용어의 정의)	20
제3조 ("디스크 질병(추간판장애)"의 정의 및 진단확정)	22
제4조 ("특정 류마티스 관절염"의 정의 및 진단확정)	22
제5조 ("경추 및 흉추 골절"의 정의 및 진단확정)	23
제6조 ("요추 및 기타 척추 골절"의 정의 및 진단확정)	23
제7조 ("척추질환"의 정의 및 진단확정)	23
제8조 ("십자인대질환" 및 "급여 십자인대수술"의 정의 및 진단확정)	23
제9조 ("반월판 연골질환" 및 "급여 반월판 연골수술"의 정의 및 진단확정)	24
제10조 ("아킬레스건질환" 및 "급여 아킬레스건수술"의 정의 및 진단확정)	24
제11조 ("인공관절(견관절, 고관절, 슬관절) 치환수술"의 정의 및 진단확정)	24
제12조 ("종합병원"의 정의)	25
제13조 ("상급종합병원"의 정의)	25
제14조 ("입원" 및 "수술"의 정의와 장소)	26
제15조 ("침약"의 정의)	26
제16조 ("약침"의 정의)	27
제17조 ("특정한방물리요법"의 정의)	27

제2관 보험금의 지급

제18조 (보험금의 지급사유)	28
제19조 (보험금 지급에 관한 세부규정)	29
제20조 (보험금을 지급하지 않는 사유)	37
제21조 (보험금 지급사유의 발생통지)	37
제22조 (보험금 등의 청구)	37
제23조 (보험금 등의 지급절차)	37
제24조 (보험금 받는 방법의 변경)	38
제25조 (주소변경통지)	39
제26조 (보험수익자의 지정)	39
제27조 (대표자의 지정)	39

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제28조 (계약 전 알릴 의무)	39
제29조 (계약 전 알릴 의무 위반의 효과)	40
제30조 (사기에 의한 계약)	41

제4관 보험계약의 성립과 유지

제31조 (보험계약의 성립)	41
제32조 (청약의 철회)	42
제33조 (약관교부 및 설명의무 등)	44
제34조 (계약의 무효)	45
제35조 (계약내용의 변경 등)	45
제36조 (법령 개정 등에 따른 계약내용의 변경)	46
제37조 (보험나이 등)	47
제38조 (계약의 소멸)	48

제5관 보험료의 납입

제39조 (제1회 보험료 및 회사의 보장개시)	48
제40조 (제2회 이후 보험료의 납입)	49
제41조 (보험료의 자동대출납입)	50
제42조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)	50
제43조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))	51
제44조 (강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))	51

제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제45조 (계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권)	52
제46조 (중대사유로 인한 해지)	52
제47조 (회사의 파산선고와 해지)	53
제48조 (해지환급금)	53
제49조 (보험계약대출)	54
제50조 (배당금의 지급)	54

제7관 분쟁의 조정 등

제51조 (분쟁의 조정)	54
제52조 (관할법원)	54
제53조 (소멸시효)	54
제54조 (약관의 해석)	55
제55조 (회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력)	55
제56조 (회사의 손해배상책임)	55
제57조 (개인정보보호)	55
제58조 (준거법)	56
제59조 (예금보험에 의한 지급보장)	56

(부표 1) 보험금 지급 기준표	57
(부표 2) 디스크 질병(추간판장애) 분류표	61
(부표 3) 특정 류마티스관절염 분류표	61
(부표 4) 경추 및 흉추 골절 분류표	62
(부표 5) 요추 및 기타 척추 골절 분류표	62
(부표 6) 척추질환 분류표	63
(부표 7) 십자인대질환 분류표	65
(부표 8) 급여 신자인대수술 분류표	65
(부표 9) 반월판 연골질환 분류표	66
(부표 10) 급여 반월판 연골수술 분류표	66
(부표 11) 아킬레스건질환 분류표	67
(부표 12) 급여 아킬레스건수술 분류표	67
(부표 13) 장해분류표	68
(부표 14) 재해분류표	93
(부표 15) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(제23조 제2항 및 제48조 제2항 관련)	95

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 제18조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 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: “장해분류표”(부표13 참조, 이하 장해분류표라 합니다)에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
 - 나. 재해: “재해분류표”(부표14 참조)에서 정한 재해를 말합니다.
 - 다. 의료기관: 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

- ① 이 법에서 “의료기관”이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 “의료업”이라 한다)을 하는 곳을 말한다.
- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
 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(정신건강증진 및 정신질환자 복지서

비스 지원에 관한 법률」 제3조 제5호에 따른 정신의료기관 중 정신병원, 「장애인복지법」 제58조 제1항 제2호에 따른 의료재활시설로서 제3조의 2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다) 다. 종합병원

- ③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항 제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

<향후 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

라. 의사: 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자를 말합니다.

【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. 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학을 졸업하고 의학사·치의학사 또는 한의학사 학위를 받은 자
 2. 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 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원을 6개월 이내에 졸업하고 해당 학위를 받을 것으로 예정된 자는 제1항 제1호 및 제2호의 자격을 가진 자로 본다. 다만, 그 졸업예정 시기에 졸업하고 해당 학위를 받아야 면허를 받을 수 있다.

<향후 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

마. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

- 가. 연단위 복리: 회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
- 나. 적용이율: 보험료를 산출할 때 적용하는 이율을 말합니다.
- 다. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다. 평균공시이율은 당사 홈페이지(www.kdblife.co.kr)를 통해 확인하실 수 있습니다.

라. 해지환급금: 계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

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

【(대통령령 제28394호) 관공서의 공휴일에 관한 규정】

제2조(공휴일) 관공서의 공휴일은 다음 각 호와 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. 부처님오신날 (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 (가독탄신일)
- 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 제2조 제4호 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>

제3조 (“디스크 질병(추간판장애)”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 계약에 있어서 “디스크 질병(추간판장애)”이라 함은 제7차 개정 한국표준질병사인분류 중 디스크 질병(추간판장애) 분류표(부표2 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “디스크 질병(추간판장애)”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 전문의 자격증을 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 병력, 신경학적검사상 객관적인 이상소견과 함께 전산화단층촬영(CT) 또는 자기공명영상(MRI)소견을 기초로 하여야 합니다.

제4조 (“특정 류마티스 관절염”의 정의 및 진단확정)

이 계약에 있어서 “특정 류마티스 관절염”이라 함은 제1호와 제2호를 모두 만족하여야 하며, 전문의사 자격증을 가진 류마티스 전문의에 의해 명확하게 진단되어야 합니다. 다만, 퇴행성 골관절염 등의 골관절염은 제외합니다.

1. 특정 류마티스 관절염이라 함은 제7차 개정 한국표준질병사인분류 중 “특정 류마티스 관절염 분류표”(부표3 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

2. 항류마티스약제(Disease modifying anti rheumatic drugs, DMARDs)로 치료를 받은 적이 있어야 합니다. 항류마티스약제(DMARDs)로 치료 받았거나 치료 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다. 다만, 아세틸살리실산 제제 등 비스테로이드성 항염제는 제외합니다. 다만, 임상학적으로 류마티스 관절염 치료를 위해 항류마티스약제(DMARDs) 치료가 필요함에도 불구하고, 다음의 가 또는 나 사유로 인하여 항류마티스약제(DMARDs)로 치료받지 못하는 경우에는 '가' 또는 '나'에 해당됨을 증명할만한 문서화된 기록이나 증거로 대신할 수 있습니다.
- 가. 부작용 등의 이유로 인하여 항류마티스약제(DMARDs)로 치료받을 수 없는 경우
- 나. 항류마티스약제(DMARDs)를 대체할만한 새로운 대체 치료방법의 등장으로 인하여 항류마티스약제(DMARDs)로 치료받지 않는 경우

제5조 (“경추 및 흉추 골절”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 계약에 있어서 “경추 및 흉추 골절”이라 함은 재해로 인하여 구조상의 연속성이 완전하게 또는 불완전하게 끊어진 상태로 “경추 및 흉추 골절 분류표”(부표4 참조)에서 정한 골절을 말합니다.
- ② 재해를 직접적인 원인으로 경추 및 흉추 골절의 진단확정은 의료기관의 의사 자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제6조 (“요추 및 기타 척추 골절”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 계약에 있어서 “요추 및 기타 척추 골절”이라 함은 재해로 인하여 구조상의 연속성이 완전하게 또는 불완전하게 끊어진 상태로 “요추 및 기타 척추 골절 분류표”(부표5 참조)에서 정한 골절을 말합니다.
- ② 재해를 직접적인 원인으로 요추 및 기타 척추 골절의 진단확정은 의료기관의 의사 자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제7조 (“척추질환”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 계약에 있어서 “척추질환”이라 함은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류 중 “척추질환 분류표”(부표6 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 척추질환의 진단확정은 의료기관의 의사 자격을 가진 자에 따른 진단서에 의합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 척추질환으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제8조 (“십자인대질환” 및 “급여 십자인대수술”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 계약에 있어서 “십자인대질환”이라 함은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류 중 “십자인대질환 분류표”(부표7 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 이 계약에 있어서 “급여 십자인대수술”이라 함은 넙다리뼈와 정강뼈 사이의 무릎관절 안에 위치한 전방십자인대 또는 후방십자인대가 파열되어 십자인대를 접합, 성형 또는 재건 하는 수술을 말합니다.

- ③ 제2항의 “급여 십자인대수술”은 보험기간 중에 “급여 십자인대수술 분류표”(부표8 참조)에 해당하는 진료행위(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한하며, 이하 “급여 십자인대수술 인정기준”이라 합니다)을 말합니다.
- ④ 제3항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 “급여 십자인대수술 인정기준”이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 “급여 십자인대수술 인정기준”을 따릅니다.

제9조 (“반월판 연골질환” 및 “급여 반월판 연골수술”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 계약에 있어서 “반월판 연골질환”이라 함은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류 중 “반월판 연골질환 분류표”(부표9 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 이 계약에 있어서 “급여 반월판 연골수술”이라 함은 넙다리뼈와 정강뼈 고평부(Plateau) 사이에서 있는 ‘C’ 자형의 반달모양의 연골이 손상되어 반월판(반월상)연골을 봉합, 절제 또는 이식 하는 수술을 말합니다.
- ③ 제2항의 “급여 반월판 연골수술”은 보험기간 중에 “급여 반월판 연골수술 분류표”(부표10 참조)에 해당하는 진료행위(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한하며, 이하 “급여 반월판 연골수술 인정기준”이라 합니다)을 말합니다.
- ④ 제3항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 “급여 반월판 연골수술 인정기준”이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 “급여 반월판 연골수술 인정기준”을 따릅니다.

제10조 (“아킬레스건질환” 및 “급여 아킬레스건수술”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 계약에 있어서 “아킬레스건질환”이라 함은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류 중 “아킬레스건질환 분류표”(부표11 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 이 계약에 있어서 “급여 아킬레스건수술”이라 함은 발뒤꿈치뼈(Calcaneus)와 종아리 근육 사이에 있는 힘줄인 아킬레스건이 손상되어 아킬레스건을 봉합,재건 또는 연장하는 수술을 말합니다.
- ③ 제2항의 “급여 아킬레스건수술”은 보험기간 중에 “급여 아킬레스건수술 분류표”(부표12 참조)에 해당하는 진료행위(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한하며, 이하 “급여 아킬레스건수술 인정기준”이라 합니다)을 말합니다.
- ④ 제3항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 “급여 아킬레스건수술 인정기준”이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 “급여 아킬레스건수술 인정기준”을 따릅니다.

제11조 (“인공관절(견관절, 고관절, 슬관절) 치환수술”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 계약에 있어서 “인공관절(견관절, 고관절, 슬관절) 치환수술”이라 함은 견관절(어깨관절), 고관절(엉덩이관절) 또는 슬관절(무릎관절)이 파괴되어 더 이상 사용할 수 없는 관절(의학적으로 기능을 완전히 상실한 경우)에 대해 손상된 관절을 제거하고 여기에 ‘인공적으로 만든 관절’(특수 소재를 사용한 인공적 신체의 관절로 이하 “인공관절”이라 합니다)을 삽입하여 관절의 전부 또는 일부

- 를 치환하여 줌으로써 원래의 관절기능을 회복시켜주는 수술을 말합니다.
- ② 제1항의 인공관절(견관절, 고관절, 슬관절) 치환수술에서 관절을 성형하는 수술 및 처치 또는 인공관절이 아닌 금속내고정술, 외고정술 등은 모두 보장에서 제외합니다.

제12조 (“종합병원”의 정의)

이 계약에 있어서 “종합병원”이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

【의료법 제3조의3(종합병원)】

- ① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
1. 100 개 이상의 병상을 갖춘 것
 2. 100 병상 이상 300 병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3 개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7 개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 3. 300 병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9 개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
- ② 종합병원은 제1항 제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 “필수진료과목”이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제13조 (“상급종합병원”의 정의)

이 계약에 있어서 “상급종합병원”이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

【의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)】

- ① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.
1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
 3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖춘 것
 4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것
- ② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.
- ③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.

- ④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.
- ⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무를 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제14조 (“입원” 및 “수술”의 정의와 장소)

- ① 이 계약에 있어서 척추질환에 따른 “입원”이라 함은 의사가 척추질환으로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료기관에 입실(입·퇴원확인서 발급기준)하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

구 분	의 료 기 관
척추질환 입원급여금	의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원(종합병원, 상급종합병원을 포함합니다), 의원(한의원을 포함합니다) 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관
척추질환 종합병원 입원급여금	제12조(“종합병원”의 정의)에서 정한 종합병원
척추질환 상급종합병원 입원급여금	제13조(“상급종합병원”의 정의)에서 정한 상급종합병원

- ② 이 계약에 있어서 “척추질환수술”이라 함은 의사가 피보험자의 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 척추질환의 치료를 직접목적으로 수술을 하는 것을 말합니다.
1. 포함되는 수술: 기구를 사용하여 생체에 절단(切斷), 적제(摘除) 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.
 2. 제외되는 수술: 흡인(吸引), 천자(穿刺), 적제(滴劑) 등의 조치 및 신경 BLOCK은 제외됩니다.

제15조 (“첩약”의 정의)

- ① 이 계약에 있어서 ‘첩약’이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 의료기관에서 한의사의 관리하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, 한의사의 처방에 따라 한약약육성법 제2조에서 정한 ‘한약’ 또는 ‘한약재’ 및 약사법 제2조에서 정한 ‘한약’을 원료로 하여 의료법 시행규칙 제34조(의료기관의 시설기준 및 규격) 별표3 의료기관의 종류별 시설기준 및 별표4 의료기관의 시설규격 11의2 탕전실 조건에 부합하는 시설에서 조제된 한의약품을 말합니다.
- ② 제1항의 첩약에서 「한약제제 급여목록 및 상한금액표(보건복지부 고시 제2015-133호) 별표 1 한약제제급여목록표」에 기재된 한약제제만으로 처방된 경우와 보장대상 질병 또는 재해의 치료목적이 아닌 단순 보신용 첩약은 제외됩니다. 「한약제제 급여목록 및 상한금액표」는 보건복지부 홈페이지 “법령”에서 확인할 수 있습니다.

【한약제제】

갈근, 감국, 감초엑스산 등의 단미엑스산제와 가미소요산, 갈근탕, 갈근해기탕 등의 혼합엑스산제를 말합니다.

제16조 (“약침”의 정의)

- ① 이 계약에 있어서 ‘약침’이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 의료기관에서 한의사의 관리하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, 순수 한약재 등에서 추출·정제·희석·혼합 또는 융합한 약물을 주입기로 일정량 주입하는 한의사에 의하여 행해지는 한방의료행위로, 「건강보험행위 급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2013-192호) 제3부 행위 비급여목록」에서 정하는 약침술을 말합니다.
- ② 제1항의 약침에서 「건강보험 행위 급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2013-192호) 제2부 행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침 제14장 한방 시술 및 처치료의 침술」과 보장대상 질병 또는 재해의 치료목적이 아닌 단순 보신용 약침은 제외됩니다.

분류 번호	코드	분류
허-1	49010	제14장(한방 시술 및 처치료) 제1절(시술료) 약침술

※「건강보험 행위 급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」는 보건복지부 홈페이지 “법령”에서 확인할 수 있습니다.

【약침】

봉약침, 경락약침, 팔강약침, 자하거 약침, 중성어혈약침, 황련해독약침 등을 말합니다. 경혈침술, 안와내 침술, 비강내침술, 복강내 침술, 관절내침술, 척추간 침술, 투자법 침술 등과 같은 일반침은 약침에 해당하지 않습니다.

제17조 (“특정한방물리요법”의 정의)

- ① 이 계약에 있어서 ‘특정한방물리요법’이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 한방병원 또는 한의원에서 한의사의 관리하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, 「건강보험 행위 급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2013-192호) 제3부 행위 비급여 목록」에서 정하는한방물리요법 중 한의사에 의하여 행해지는 추나요법, 경피전기자극요법, 경근간섭저주파요법, 경근초음파요법을 말합니다.
- ② 제1항의 특정한방물리요법에서 경피경근온열요법, 경피적외선조사요법, 경피경근한냉요법은 제외됩니다.

분류 번호	코드	분류
허-2	49020	제14장 (한방 시술 및 처치료) 제1절 (시술료) 한방물리요법(경피경근온열요법, 경피적외선조사요법 및 경피경근한냉요법은 제외)

※「건강보험 행위 급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」는 보건복지부 홈페이지 “법령”에서 확인할 수 있습니다.

【추나요법】

교정용 테이블에서 시술자가 손 또는 신체의 일부분이나 보조기구 등을 이용한 각종 추나수기법으로 환자의 신체표면에 자극을 가하여, 신체 내외부의 근육/인대/관절/신경체계를 조절하거나 왜곡된 골격구조를 교정함으로써 질병을 치료하는 한의학 치료기술을 말합니다.

【경피전기자극요법】

경피전기자극치료기기의 전극을 통하여 인체 경피에 저주파 전기자극(전류)을 가하여, 질병 및 일체의 통증성 질환을 치료하고자 하는 한의학 치료기술을 말합니다.

【경근간섭저주파요법】

간섭파치료를 이용해 인체의 특정 경근에 전류를 가하여, 질병 및 일체의통증성 질환을 치료하고자 하는 한의학 치료기술을 말합니다.

【경근초음파요법】

경근초음파기기를 이용해 인체의 특정 혈위 및 경근에 초음파 에너지를 가하여, 초음파에 의한 물리적 자극이 필요한 질병 및 일체의 통증성 질환을 치료하고자 하는 한의학 치료기술을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제18조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 “보험금 지급 기준표”(부표1 참조)에서 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중 피보험자가 **재해를 직접적인 원인으로 사망하였을 때: 재해사망보험금**
2. 보험기간 중 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 80%이상의 장해상태가 되었을 때(다만, 최초 1회에 한함): 재해생활자금 I
3. 보험기간 중 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 60%이상의 장해상태가 되었을 때: 재해생활자금 II
4. 보험기간 중 피보험자가 장해분류표 중 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 80%이상의 장해상태가 되었을 때(다만, 최초 1회에 한함): 질병생활자금 I (다만, 계약일부터 1년이 지난 계약해당일 전일 이전에 **재해 이외의 원인으로** 장해상태 확정 시 50%지급)
5. 보험기간 중 피보험자가 장해분류표 중 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 60%이상의 장해상태가 되었을 때: 질병생활자금 II (다만, 계약일부터 1년이 지난 계약해당일 전일 이전에 재해 이외의 원인으로 장해상태 확정 시 50%지급)
6. 보험기간 중 피보험자가 디스크 질병(추간판장애)으로 진단이 확정되었을 때(다만, 최초 1회에 한함): 디스크진단금(다만, 계약일부터 1년이 지난 계약해당일 전일 이전에 진단 시 50%지급)
7. 보험기간 중 피보험자가 특정 류마티스 관절염으로 진단이 확정되었을 때(다만, 최초 1회에 한함): 특정 류마티스진단금(다만, 계약일부터 1년이 지난 계약해당일 전일 이전에 재해 이외의 원인으로 진단 시 50%지급)
8. 보험기간 중 피보험자가 경추, 흉추, 요추 및 기타척추 골절로 진단이 확정되었을 때: 척추골절진단금 (다만, 골절 1회당 척추골절진단금 지급)
9. 보험기간 중 피보험자가 척추질환으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 수술을 받았을

때: 척추질환 수술급여금(다만, 수술1회당 수술급여금을 지급하며, 계약일부터 1년이 지난 계약해당일 전일 이전에 재해 이외의 원인으로 인한 치료를 직접목적으로 수술 시 50%지급)

10. 보험기간 중 피보험자가 십자인대질환으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 급여 십자인대수술을 받았을 때(다만, 연간 1회에 한함): 십자인대 수술급여금(다만, 수술1회당 수술급여금을 지급)
11. 보험기간 중 피보험자가 반월판 연골질환으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 급여 반월판 연골수술을 받았을 때(다만, 연간 1회에 한함): 반월판연골 수술급여금(다만, 수술1회당 수술급여금을 지급)
12. 보험기간 중 피보험자가 아킬레스건질환으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 급여 아킬레스건수술을 받았을 때(다만, 연간 1회에 한함): 아킬레스건 수술급여금(다만, 수술1회당 수술급여금을 지급)
13. 보험기간 중 피보험자가 인공관절(견관절, 고관절, 슬관절) 치환수술을 받았을 때(다만, 연간 1회에 한함): 인공관절치환 수술급여금(다만, 수술1회당 수술급여금을 지급하며, 계약일부터 1년이 지난 계약해당일 전일 이전에 재해 이외의 원인으로 인한 치료를 직접목적으로 수술 시 50%지급)
14. 보험기간 중 피보험자가 척추질환으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 1일이상 계속하여 의외기관에 입원하였을 때: 척추질환 입원급여금(입원일수 1일당 30일 한도. 다만, 계약일부터 1년이 지난 계약해당일 전일 이전에 재해 이외의 원인으로 인한 치료를 직접목적으로 입원 시 50%지급)
15. 보험기간 중 피보험자가 척추질환으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 1일이상 계속하여 종합병원에 입원하였을 때: 척추질환 종합병원 입원급여금(입원일수 1일당 30일 한도. 다만, 계약일부터 1년이 지난 계약해당일 전일 이전에 재해 이외의 원인으로 인한 치료를 직접목적으로 입원 시 50%지급)
16. 보험기간 중 피보험자가 척추질환으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 1일이상 계속하여 상급종합병원에 입원하였을 때: 척추질환 상급종합병원 입원급여금(입원일수 1일당 30일 한도. 다만, 계약일부터 1년이 지난 계약해당일 전일 이전에 재해 이외의 원인으로 인한 치료를 직접목적으로 입원 시 50%지급)
17. 보험기간 중 피보험자가 척추질환수술을 받은 후 척추질환의 치료를 목적으로 척약, 약침 또는 특정한방물리요법을 이용하였을 때: 척추수술 한방치료비(다만, 척추질환수술 당 척약 3회, 약침 5회, 특정한방물리요법 5회에 한함)

제19조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 60%이상의 장해상태가 되었을 때에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제18조(보험금의 지급사유) 및 제38조(계약의 소멸)의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

【실종선고】

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 일정절차에 따라 법원이 사망한

것으로 인정하는 제도

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제18조(보험금의 지급사유)에서 정한 “사망”의 원인 및 “재해사망보험금” 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ④ 제18조(보험금의 지급사유) 제6호 디스크진단금의 경우 계약일부터 1년이 지난 계약해당일 전일 이전에 디스크 질병(추간판장애)으로 진단확정 되었을 때에는 해당 보험금의 50%를 지급합니다.
- ⑤ 아래의 보험금의 경우 계약일부터 1년이 지난 계약해당일 전일 이전에 재해 이외의 원인으로 각 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 해당 보험금의 50%를 지급합니다.

보험금	해당 조항
질병생활자금 I	제18조(보험금의 지급사유)의 제4호
질병생활자금 II	제18조(보험금의 지급사유)의 제5호
특정 류마티스진단금	제18조(보험금의 지급사유)의 제7호
척추질환 수술급여금	제18조(보험금의 지급사유)의 제9호
인공관절치환 수술급여금	제18조(보험금의 지급사유)의 제13호
척추질환 입원급여금	제18조(보험금의 지급사유)의 제14호
척추질환 종합병원 입원급여금	제18조(보험금의 지급사유)의 제15호
척추질환 상급종합병원 입원급여금	제18조(보험금의 지급사유)의 제16호

- ⑥ 보험기간 중 디스크진단금 및 특정 류마티스진단금의 경우 최초 진단 1회에 한하여 지급합니다.
- ⑦ 제18조(보험금의 지급사유) 제8호의 경우 피보험자가 동일한 재해를 직접적인 원인으로 두 가지 이상의 골절(복합골절)이 발생할 때에는 척추골절진단금은 1회만 지급하며, 의학적 처치 및 치료를 목적으로 골절을 시키는 경우에는 척추골절진단금을 지급하지 않습니다.
- ⑧ 제1항, 재해생활자금 I, 재해생활자금 II, 질병생활자금 I 및 질병생활자금 II에 관한 세부규정은 다음과 같습니다.
 1. 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일로부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 질병의 진단확정일로부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
 2. 제1호에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 질병의 진단확정일로부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 질병의 진단확정일로부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화될 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
 3. 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
 4. 하나의 장해가 관찰 방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
 5. 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시

장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

6. 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
7. 제6호에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
8. 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.
9. 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 인한 장해지급률은 100%를 한도로 합니다.
10. 제18조(보험금의 지급사유) 제2호에서 제5호까지 생활자금이라 합니다.
11. 다른 재해 또는 재해 이외의 원인으로 장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 장해가 이미 생활자금을 지급받은 동일부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 생활자금에서 이미 지급받은 생활자금을 뺀 금액을 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
12. 이미 이 계약에서 생활자금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 장해를 포함), 생활자금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제11호에 규정하는 장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 장해상태에 대한 생활자금이 지급된 것으로 보고 최종 장해상태에 해당되는 생활자금에서 이를 차감하여 지급합니다.
13. 보험기간 중 재해생활자금 I 및 질병생활자금 I의 경우 최초 1회에 한하여 지급합니다.
14. 제18조(보험금의 지급사유) 제2호에서 제5호까지 보험금 지급사유가 중복하여 발생한 경우에는 각각 해당보험금을 지급합니다.

[생활자금 예시]

피보험자가 보험기간 중 계약일부터 1년이 지난 후 보험금 지급사유에 해당하는 장해상태가 발생한 경우

(기준: 보험가입금액 1,000만원)

장해상태	매월 지급 보험금				합계
	재해 생활자금 I	재해 생활자금 II	질병 생활자금 I	질병 생활자금 II	
재해장해 80%	30만원	30만원			60만원
재해장해 60%		30만원			30만원
재해 이외의 장해 80%			30만원	30만원	60만원
재해 이외의 장해 60%				30만원	30만원

※재해생활자금 I 및 질병생활자금 I의 경우 최초 1회에 한하여 지급합니다.

- ⑨ 제18조(보험금의 지급사유) 제14호에서 제16호까지 보험금 지급사유가 중복하여 발생한 경우에

[입원급여금 예시]

피보험자가 보험기간 중 계약일부터 1년이 지난 후 척추질환으로 입원한 경우 (보험가입금액 1,000만원 기준)

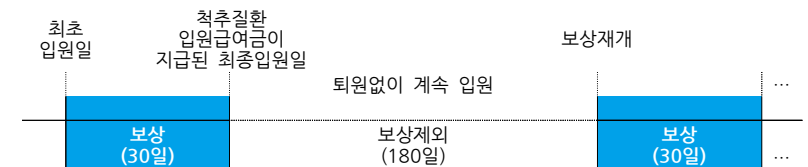
- 사례1: 의료기관(종합병원, 상급종합병원 제외)에 1일 입원시
 - ▶ 보험금 3만원(척추질환 입원급여금 3만원)
- 사례2: 종합병원(상급종합병원 제외)에 1일 입원시
 - ▶ 보험금 5만원(척추질환 입원급여금 3만원 + 척추질환 종합병원 입원급여금 2만원)
- 사례3: 상급종합병원에 1일 입원시
 - ▶ 보험금 7만원(척추질환 입원급여금 3만원 + 척추질환 종합병원 입원급여금 2만원 + 척추질환 상급종합병원 입원급여금 2만원)

는 각각 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제10항 제2호, 제11항 제2호 및 제12항 제2호에서 정하는 각 보험금의 지급일수 최고한도에 따라 중복되는 보험금이 달라질 수 있습니다.

- ⑩ 제18조(보험금의 지급사유) 제14호 척추질환 입원급여금에 관한 세부규정은 다음과 같습니다.

1. 피보험자가 의료기관을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 척추질환으로 인하여 그 치료를 직접 목적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.
2. 입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 30일을 최고 한도로 합니다.
3. 피보험자가 동일한 척추질환의 치료를 목적으로 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더하고 제2호의 규정을 적용합니다.
4. 제3호에도 불구하고 척추질환에 의한 입원이라도 척추질환 입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지난 후 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 척추질환 입원급여금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 척추질환 입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

[척추질환 입원급여금 예시]

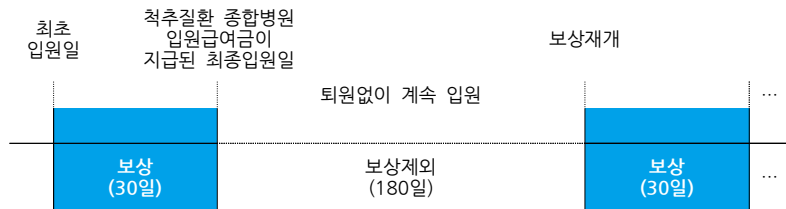


5. 피보험자가 입원기간 중에 보험기간이 끝났을 경우에도 그 계속 중인 입원에 대해서는 제2호의 규정을 적용하여 계속 척추질환 입원급여금을 지급합니다.
6. 계속입원이란 중도 퇴원 없이 계속하여 입원하는 것을 말합니다.
7. 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 척추질환 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑪ 제18조(보험금의 지급사유) 제15호 척추질환 종합병원 입원급여금에 관한 세부규정은 다음과 같습니다.

1. 피보험자가 종합병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 척추질환으로 인하여 그 치료를 직접 목적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.
2. 입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 30일을 최고 한도로 합니다. 이 경우 종합병원에 입원한 날만을 기준으로 30일을 계산합니다.
3. 피보험자가 동일한 척추질환의 치료를 목적으로 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더하고 제2호의 규정을 적용합니다.
4. 제3호에도 불구하고 척추질환에 의한 입원이라도 척추질환 종합병원 입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지난 후 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 척추질환 종합병원 입원급여금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 척추질환 종합병원 입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

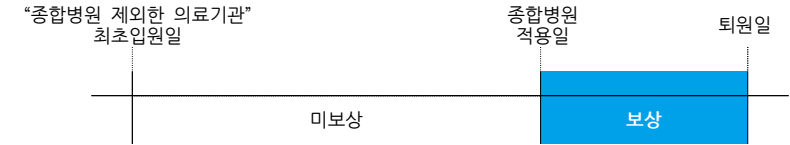
【척추질환 종합병원 입원급여금 예시】



5. 피보험자가 입원기간 중에 보험기간이 끝났을 경우에도 그 계속 중인 입원에 대해서는 제2호의 규정을 적용하여 계속 척추질환 종합병원 입원급여금을 지급합니다.
6. 계속입원이란 중도 퇴원 없이 계속하여 입원하는 것을 말합니다.
7. 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 척추질환 종합병원 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
8. 피보험자가 “종합병원을 제외한 의료기관”에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우, 이전한 날부터 척추질환 종합병원 입원급여금을 지급합니다.
9. 피보험자가 종합병원에 해당하는 병원으로 입원하여 치료를 받던 중 “종합병원을 제외한 의료기관”으로 이전하여 입원한 경우, 이전한 날까지 척추질환 종합병원 입원급여금을 지급합니다.
10. 피보험자가 “종합병원을 제외한 의료기관”에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제12조 (“종합병원”의 정의)의 종합병원에 해당하는 경우 종합병원 적용일부터 척추질환 종합병원 입원급여금을 지급합니다.

【종합병원 적용되는 경우 예시】

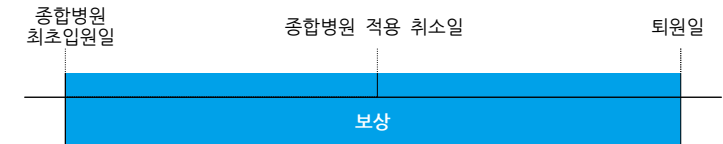
“종합병원을 제외한 의료기관”에 퇴원없이 계속하여 입원 중 해당병원이 종합병원으로 적용되는 경우



11. 피보험자가 종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제12조(“종합병원”의 정의)의 종합병원 적용이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여 척추질환 종합병원 입원급여금을 지급합니다.

【종합병원 적용 취소되는 경우 예시】

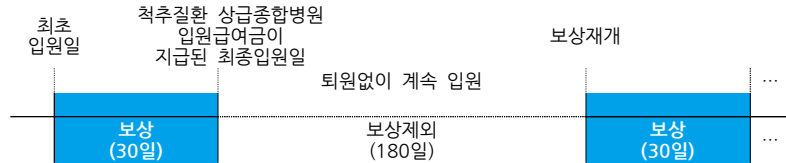
종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원 적용이 취소되는 경우



⑫ 제18조(보험금의 지급사유) 제16호 척추질환 상급종합병원 입원급여금에 관한 세부규정은 다음과 같습니다.

1. 피보험자가 상급종합병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 척추질환으로 인하여 그 치료를 직접목적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.
2. 입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 30일을 최고 한도로 합니다. 이 경우 상급종합병원에 입원한 날만을 기준으로 30일을 계산합니다.
3. 피보험자가 동일한 척추질환의 치료를 목적으로 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더하고 제2호의 규정을 적용합니다.
4. 제3호에도 불구하고 척추질환에 의한 입원이라도 척추질환 상급종합병원 입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지난 후 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 척추질환 상급종합병원 입원급여금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 척추질환 상급종합병원 입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

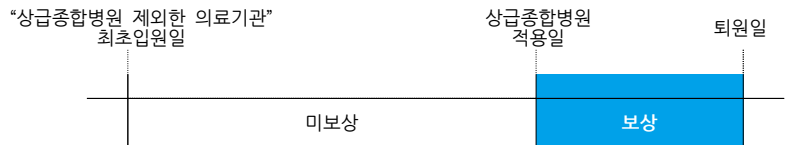
【척추질환 상급종합병원 입원급여금 예시】



- 피보험자가 입원기간 중에 보험기간이 끝났을 경우에도 그 계속 중인 입원에 대해서는 제2호의 규정을 적용하여 계속 척추질환 상급종합병원 입원급여금을 지급합니다.
- 계속입원이란 중도 퇴원 없이 계속하여 입원하는 것을 말합니다.
- 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 척추질환 상급종합병원 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- 피보험자가 “상급종합병원을 제외한 의료기관”에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우, 이전한 날부터 척추질환 상급종합병원 입원급여금을 지급합니다.
- 피보험자가 상급종합병원에 해당하는 병원으로 입원하여 치료를 받던 중 “상급종합병원을 제외한 의료기관”으로 이전하여 입원한 경우, 이전한 날까지 척추질환 상급종합병원 입원급여금을 지급합니다.
- 피보험자가 “상급종합병원을 제외한 의료기관”에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제13조(“상급종합병원”의 정의)의 상급종합병원에 해당하는 경우 상급종합병원 적용일부터 척추질환 상급종합병원 입원급여금을 지급합니다.

【상급종합병원 지정되는 경우 예시】

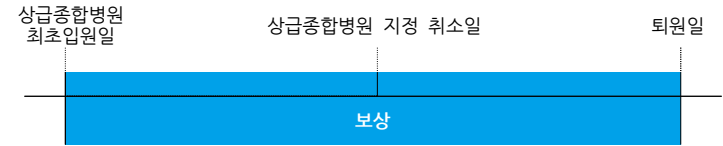
“상급종합병원을 제외한 의료기관”에 퇴원없이 계속하여 입원 중 해당병원이 상급종합병원으로 적용되는 경우



- 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제13조(“상급종합병원”의 정의)의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여 척추질환 상급종합병원 입원급여금을 지급합니다.

【상급종합병원 지정 취소되는 경우 예시】

상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원 지정이 취소되는 경우



- 제18조(보험금의 지급사유) 제17호 척추수술 한방치료비에 관한 세부규정은 다음과 같습니다.
 - 제18조(보험금의 지급사유) 제17호의 협약치료는 3회를 한도로 하며, 하루에 한 곳의 한방의료기관에서 처방을 받은 경우를 1회의 협약치료로 합니다. 이 때, 1회에 21점 이상을 처방 받은 경우에는 아래 협약 횟수의 계산을 따릅니다. 협약이 탕약형태가 아닌 환 등의 고형성분인 경우에는 통상적으로 탕약 1첩에 준하는 분량을 1첩으로 적용합니다.

【협약 횟수의 계산】

구 분	횟 수
1 ~ 20첩	1회
21 ~ 40첩	2회
41첩 이상	3회

- 제18조(보험금의 지급사유) 제17호의 척추수술 한방치료비는 척추질환수술 당 협약 3회, 약침 5회, 특정한방물리요법 5회를 한도로 지급합니다.
- 보험기간 중 피보험자가 제18조(보험금의 지급사유) 제17호의 척추수술 한방치료비의 세부보장별 지급사유가 1회 이상 발생하고 해당 세부보장의 지급보장횟수가 남은 상태에서 보험기간이 끝난 경우에는 보험기간 종료일부터 180일까지 잔여 지급보장횟수에 대해 계속 보장합니다.
- 제18조(보험금의 지급사유)의 “연간”이란 계약일로부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
- 보험기간 중 십자인대 수술급여금, 반월판연골 수술급여금, 아킬레스건 수술급여금 및 인공관절치환 수술급여금의 경우 연간 1회에 한하여 지급합니다.
- 보험수익자와 회사가 제18조(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.
- 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- 이 상품은 만기환급금이 없는 순수보장성 상품입니다.

제20조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제18조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제19조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제21조 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제18조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제19조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제22조 (보험금 등의 청구)

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

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 강해진단서 진단서(병명기입), 수술증명서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지 포함), 전산화단층촬영(CT) 또는 자기공명영상(MRI) 소견서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령 또는 보험료의 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제23조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제22조(보험금 등의 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.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 “보험금을 지

급할 때의 적립이율 계산”(부표15 참조)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 제22조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청(다만, 대상기관은 금융분쟁조정위원회 또는 소비자분쟁조정위원회)
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제19조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제16항 및 제17항에 따라 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

【보험금 가지급제도】

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

- ④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제29조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만 경당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청 시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제24조 (보험금 받는 방법의 변경)

- ① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 제18조(보험금의 지급사유)에 따른 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.
- ③ 회사는 제1항에 따라 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에 한하여 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액과 보험료를 산출할 때 적용하는 이율을 연단위 복리로 할인한 금액 중 큰 금액을 지급합니다.

제25조 (주소변경통지)

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

제26조 (보험수익자의 지정)

이 계약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 제18조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우에는 피보험자의 법정상속인으로 하며, 같은 조 제2호에서 제17호의 경우에는 피보험자로 합니다.

【법정상속인】

법정상속인은 피상속인이 사망하는 경우 결격사유가 없는 한, 민법 제1000조(상속의 순위)의 규정에 의한 상속순서에 따라 재산상 지위를 상속받는 자

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제27조 (대표자의 지정)

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

【설명】

계약자가 2명 이상인 경우에 보험료 납입의무, 위험변경·증가의 통지의무, 보험사고 발생의 통지의무, 위험유지의무 등 약관에서 규정하는 모든 계약자의 책임을 연대하여 집니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제28조 (계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문

한 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.

【상법 상 “고지의무”】

제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지) 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.

제651조의2(서면에 의한 질문의 효력) 보험자가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정한다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제29조 (계약 전 알릴 의무 위반의 효과)

- ① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제28조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.
그러나 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.
 1. 회사가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 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 때다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않았거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴 의무 위반사실 뿐만 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.

【반대증거】

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

- ③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제48조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
- ④ 제28조(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 해당보험금을 지급합니다.
- ⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

제30조 (사기에 의한 계약)

- ① 계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물사용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위변조 또는 청약일 이전에 암 또는 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기의사에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 보장개시일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터는 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.
- ② 제1항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사가 승낙하기 전에 사기임을 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 드립니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제31조 (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.

【보험가입금액 제한】

피보험자가 가입을 할 수 있는 최대 보험가입금액을 제한하는 방법을 말합니다.

【일부보장 제외(부담보)】

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

【보험금 삭감】

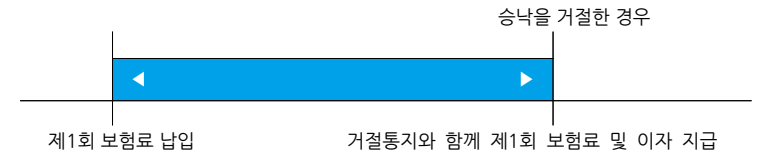
일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 보험 가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 감소하는 위험에 대해 적용하여 보험 가입 후 일정기간 내에 보험사고가 발생할 경우 미리 정해진 비율로 보험금을 감액하여 지급하는 방법을 말합니다.

【보험료 할증】

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 주계약 보험료 이외에 특별보험료를 추가하는 방법을 말합니다.

- ③ 회사는 계약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종진단일)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】



- ⑤ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였다도 청약일로부터 5년이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑥ 제5항의 “청약일로부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 이 약관 제42조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)과 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑦ 제43조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제32조 (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, 보험기간이 1년 미만인 계약, 또는 전문보험계약자가 체결한 계약

【청약의 철회】

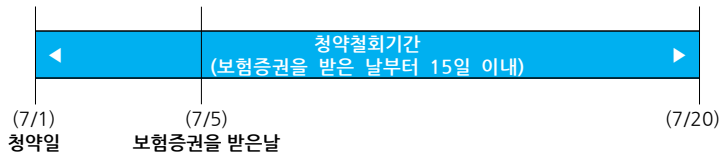
계약자가 보험계약을 청약한 이후 단순히 마음이 변하거나 청약한 보험상품이 마음에 들지 않아 청약을 취소하는 것을 말합니다.

【전문보험계약자】

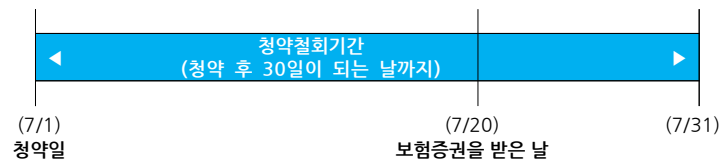
보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약의 내용을 이해하고 이행할 능력이 있는 자로서 보험업법 제2조(정의), 보험업법시행령 제6조의2(전문보험계약자의 범위 등) 또는 보험업감독규정 제1-4조의2(전문보험계약자의 범위)에서 정한 국가, 한국은행, 대통령령으로 정하는 금융기관, 주권상장법인, 지방자치단체, 단체보험계약자 등의 전문보험계약자를 말합니다.

2. 청약을 한 날부터 30일(다만, 전화를 이용하여 체결된 보험계약 중 계약자의 나이가 만65세 이상인 계약은 45일)을 초과한 경우

【예시1】

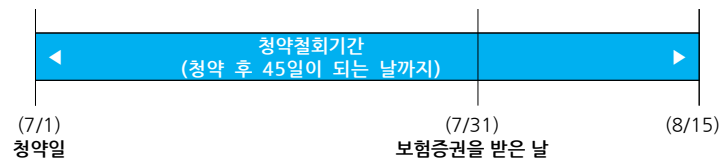


【예시2】



【예시3】

전화를 이용하여 체결된 보험계약 중 계약자의 나이가 만65세 이상인 계약



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 보험계약대출이율(이하 "보험계약대출이율"이라 합니다)을 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.

제33조 (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.

【통신판매계약】

전화우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

- 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 확인 내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
- ② 회사가 제1항에 따라 제공된 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. 다만, 단체(취급)계약은 계약이 성립한 날부터 1개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

【전자서명법 제2조 제2호 및 제3호】

- 2. "전자서명"이라 함은 서명자를 확인하고 서명자가 당해 전자문서에 서명을 하였음을 나타내는데 이용하기 위하여 당해 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.
- 3. "공인전자서명"이라 함은 다음 각목의 요건을 갖추고 공인인증서에 기초한 전자서명을 말한다.
 - 가. 전자서명생성정보가 가입자에게 유일하게 속할 것

- 나. 서명 당시 가입자가 전자서명생성정보를 지배·관리하고 있을 것
- 다. 전자서명이 있는 후에 당해 전자서명에 대한 변경여부를 확인할 수 있을 것
- 라. 전자서명이 있는 후에 당해 전자문서의 변경여부를 확인할 수 있을 것

〈향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다〉

- ③ 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 위 제1항의 규정에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.
 - 1. 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우
 - 2. 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우
- ④ 제2항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제34조 (계약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 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 돌려 드립니다.

- 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. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 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.

【심신상실자, 심신박약자】

심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)라 함은 정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없거나 부족한 자를 말합니다.

- 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.

제35조 (계약내용의 변경 등)

- ① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리

거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

- 1. 보험료의 납입기간(다만, 1종 **해지환급금 미지급형**의 경우 불가)
- 2. 보험가입금액
- 3. 계약자
- 4. 기타 계약의 내용
- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 회사는 계약자가 보험수익자 변경사실을 회사에 알리지 않아 이를 모르고 변경 전의 보험수익자에게 보험금을 지급하는 등 보험금 지급에 관한 항변이 있는 경우 변경된 보험수익자에게 보험금 지급을 거절할 수 있습니다.
- ③ 회사는 계약자가 제1항 제2호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제48조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. **(다만, 1형 해지환급금 미지급형의 경우 보험료 납입기간 동안은 해지환급금이 없으므로, 감액으로 인한 해지환급금이 발생하지 않습니다.)**
- ④ 제3항에 따라 보험가입금액을 감액 할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.

【보험가입금액의 감액】

가입할 때 선택한 보험가입금액을 낮추는 것을 감액이라고 하며, 계약자는 보험가입금액의 감액을 신청할 수 있습니다. 보험가입금액의 감액 후에는 감액한 비율만큼 보장이 감소합니다. 보험가입금액을 감액하면 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.

- ⑤ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ⑥ 회사는 제1항 제3호에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

제36조 (법령 개정에 따른 계약내용의 변경)

- ① 제12조(“종합병원”의 정의)의 종합병원 요건 또는 제13조(“상급종합병원”의 정의)의 상급종합병원 지정기준이 의료법 및 관련 법령의 개정에 따라 변경된 경우에는 입원개시일 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 계약내용에 상응하는 종합병원 입원 및 상급종합병원 입원과 관련된 새로운 보장내용으로 변경하며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.
 - 1. 법령의 개정에 따라 종합병원 요건, 상급종합병원 제도가 폐지된 경우
 - 2. 법령의 개정에 따라 제12조(“종합병원”의 정의)의 종합병원 구분 또는 제13조(“상급종합병원”의 정의)의 상급종합병원 판정이 불가능한 경우
 - 3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 해칠 수 있거나 계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우
- ③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 지체 없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 계약내용 변경절차 등을 계약자에게 2

회 이상 알립니다.

- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용의 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 이 계약은 더 이상 효력이 없습니다.

【책임준비금】

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

- ⑤ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.
- ⑥ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 책임준비금 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할 (또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제37조 (보험나이 등)

- ① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제34조(계약의 무효) 제2호의 경우에는 실제 만 나이를 적용합니다.

【보험나이】

계약자 또는 피보험자의 출생일부터 계약일까지의 기간을 따진 나이로 보험료 산정의 기준이 됨

- 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, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

【보험나이 계산 예시】

생년월일: 1988년 10월 2일

예1) 2016년 4월 13일에 가입할 경우	예2) 2016년 3월 13일에 가입할 경우
2016년 4월 13일	2016년 3월 13일
- 1988년 10월 2일	- 1988년 10월 2일
만 27년 6월 11일	만 27년 5월 11일
☞ 보험나이 28세	☞ 보험나이 27세

- ③ 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 사실과 다른 경우에는 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

【설명】

청약서 등에 기재된 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 사항이 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)에 기재된 사실과 다른 경우에는 신분증의 나이 또는 성별로 정정하고, 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

- ④ 제3항에 의한 보험금 및 보험료로 변경시 “산출방법서”에 따라 변경당시의 해지환급금을 정산합니다.

제38조 (계약의 소멸)

- ① 이 계약의 보험기간 중 피보험자가 재해를 직접적인 원인으로 사망하였을 경우에는 재해사망보험금을 지급해 드리고 이 계약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 계약에서 보장하지 않는 원인으로 사망하였을 경우에는 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급하여 드리고 이 계약은 더 이상 효력이 없습니다.
- ② 제1항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제22조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제23조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따릅니다. 다만, 제23조(보험금 등의 지급절차) 제2항에도 불구하고 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약 대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5관 보험료의 납입

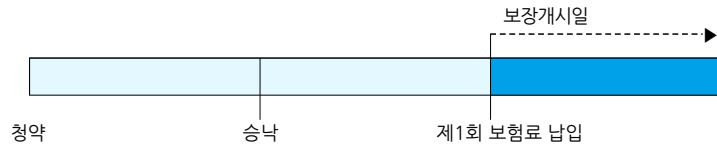
제39조 (제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

- 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.

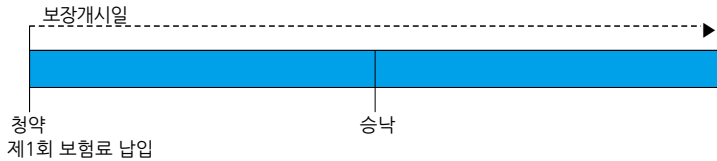
【보장개시일】

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.

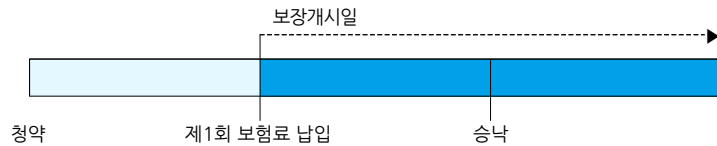
● **청약한 후에 회사가 승낙하고 그 이후에 제1회 보험료를 받은 경우**



● **청약과 동시에 제1회 보험료를 납입하고 그 이후에 회사가 승낙한 경우**



● **청약한 후에 제1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우**



- ③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.
1. 제28조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
 2. 제29조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
 3. 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 재해로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보장을 해드립니다.
- ④ 청약서에 피보험자의 직업 또는 직종별로 보험가입금액의 한도액이 명시되어 있음에도 그 한도액을 초과하여 청약을 하고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그 초과 청약액에 대하여는 보장을 하지 않습니다. 다만, 회사는 그 한도액을 초과하여 청약된 부분에 대한 보험료는 계약자에게 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대한 이자는 제31조(보험계약의 성립) 제4항을 준용합니다.

제40조 (제2회 이후 보험료의 납입)

- ① 계약자는 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 하며, 회사는 계약자가 보험료를 납입

한 경우에는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융회사(우체국 포함)을 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사 발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.

【납입기일】

계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

- ② 선납보험료는 보험료 납입기간 이내에 3개월분 이상의 보험료(특약보험료 포함)를 선납할 때에 한하여 적용이율로 할인한 금액을 납입하여야 합니다. 다만, 당월분을 제외한 11개월분까지 선납 가능합니다.
- ③ 제2항의 선납보험료는 적용이율로 적립하여 당해 보험료 납입해당일에 대체합니다.
- ④ 제2항 및 제3항의 적용이율이란 이 계약의 적용이율 및 해당 특약의 적용이율을 말합니다.

제41조 (보험료의 자동대출납입)

- ① 계약자는 제42조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)과 계약의 해지)에 따른 보험료의 납입최고(독촉)기간이 지나기 전까지 회사가 정한 방법에 따라 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있으며, 이 경우 제49조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면이외에 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(당해 보험료가 납입된 것으로 계산한 금액을 말합니다)을 초과하는 때에는 보험료의 자동대출납입을 더는 할 수 없습니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따른 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출 납입일부터 1년을 한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출 납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.
- ④ 보험료의 자동대출 납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출 납입이 없었던 것으로 하여 제48조(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.
- ⑥ 제1항에도 불구하고 제49조(보험계약대출) 제1항에 따라 보험계약대출이 제한된 경우 보험료의 자동대출 납입이 제한될 수 있습니다.

제42조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)과 계약의 해지)

- ① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하며 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 끝나 는 날의 다음 날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금 에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

【납입최고(독촉)】

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

- ② 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉)등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면, 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명으로 동의 를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않 은 것을 확인한 경우에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등)또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.
- ③ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제48조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에 게 지급합니다.

제43조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 제42조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으 나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년이내에 회사가 정 한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.

【부활(효력회복)】

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

- ② 회사가 제1항의 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체 된 보험료에 평균공시이율+1% 범위내에서 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하 여야 합니다.
- ③ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제28조(계약 전 알릴 의무), 제29조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과), 제30조(사기에 의한 계약), 제31조(보험계약의 성립) 제2항에서 제3 항 및 제39조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다. 다만, 부활(효력회복)의 경우 제1 회 보험료는 부활(효력회복)할 때의 보험료를 의미합니다.
- ④ 제1항에 따라 해지계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 을 청약할 때 제28조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제29조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제44조 (강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))

- ① 회사는 계약자의 해지환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차 에 따라 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사 가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제35조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자 에게 통지하여야 합니다.

【강제집행】

국가의 집행기관이 채권자를 위하여 사법상의 청구권을 국가권력을 가지고 강제적으로 실현하는 법적 절차

【담보권실행】

채무자가 채무를 갚지 않을 경우, 채무이행을 확보할 수 있도록 제공된 담보로부터 담보권자가 채무를 변제받는 절차

【국세 및 지방세 체납처분절차】

납세자가 국세 및 지방세를 납부 기한까지 납부하지 않는 경우에 국세징수법 또는 지방세징수법 에 따라 행하는 압류 및 공매 처분 등 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 보험수 익자로 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

제45조 (계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권)

- ① 계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제48조(해지 환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제34조(계약의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면으로 동의를 한 피보험 자는 계약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서 면동의 철회로 계약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제48조(해지환 급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제46조 (중대사유로 인한 해지)

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

1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

【설명】

계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류를 변조하여 보험금을 청구한 경우, 회사는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다. 다만, 이 경우에도 회사는 실제 발생한 보험금 지급사유에 대해서는 보험금을 지급합니다.

【예시】

입원을 보장하는 보험상품에 가입한 피보험자가 10일간 입원하였음에도 불구하고 입원확인서를 변조하여 입원일수 30일에 해당하는 보험금을 청구한 경우, 회사는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다. 다만, 이 경우에도 입원일수 10일을 기준으로 계산한 보험금을 지급합니다.

- ② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제48조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다. 다만, 제1항 제1호에서 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 지급하지 않은 보험금에 해당하는 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제47조 (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 제48조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 드립니다.

제48조 (해지환급금)

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 “산출방법서”에 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 “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”(부표15 참조)에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 1종 **해지환급금 미지급형**은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해지환급금을 지급하지 않습니다.

【해지환급금 관련 유의사항】

1. 1종 **해지환급금 미지급형**은 “**해지환급금 미지급형**”상품으로 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해지환급금을 지급하지 않는 대신 2종 표준형보다 저렴한 보험료로 가입할 수 있는 상품입니다.
2. 회사는 계약체결 시 1종 **해지환급금 미지급형**과 2종 표준형의 보험료 및 해지환급금 수준을 비교 안내하여 드립니다.

제49조 (보험계약대출)

- ① 계약자는 이 계약의 해지환급금(다만, 보험계약대출의 원금과 이자를 차감한 금액) 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 “보험계약대출”이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.
- ② 계약자는 제1항에 따른 보험계약대출금과 보험계약대출이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 때에는 회사는 보험금, 해지환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.
- ③ 회사는 제42조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감합니다.
- ④ 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제50조 (배당금의 지급)

이 보험은 무배당보험으로 계약자배당금이 없습니다.

제7관 분쟁의 조정 등

제51조 (분쟁의 조정)

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

제52조 (관할법원)

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

제53조 (소멸시효)

보험금 청구권, 보험료 반환청구권, 해지환급금 청구권 및 책임준비금 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

【소멸시효】

제18조(보험금의 지급사유)에 따른 보험금 지급사유가 2016년 1월 1일에 발생하였음에도 2018년 12월 31일까지 보험금을 청구하지 않는 경우 시효가 완성되어 보험금 등을 지급받지 못할 수 있습니다.

제54조 (약관의 해석)

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

제55조 (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.

제56조 (회사의 손해배상책임)

- ① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임 있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 발생한 손해에 대하여 관계 법령 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.
- ② 회사는 보험금 지급거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었음에도 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.

【현저하게 공정을 잃은 합의】

회사가 보험수익자의 공박, 경솔 또는 무경험을 이용하여 동일, 유사사례에 비추어 보험수익자에게 매우 불합리하게 합의를 하는 것

제57조 (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 보험관련단체 등에 개인정보를 제공할 수 있습니다.

【개인정보보호법】

개인정보의 처리 및 보호에 관한 사항을 경함으로써 개인의 자유와 권리를 보호하고, 나아가 개인의 존엄과 가치를 구현하기 위해 제정된 법률을 말합니다.

【신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률】

신용정보업을 건전하게 육성하고 신용정보의 효율적 이용과 체계적 관리를 도모하며 신용정보의 오용·남용으로부터 사생활의 비밀 등을 적절히 보호함으로써 건전한 신용질서의 확립에 이바지하기 위해 제정된 법률을 말합니다.

- ② 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

제58조 (준거법)

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

제59조 (예금보험에 의한 지급보장)

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

【예금자보호법】

금융기관이 파산 등의 사유로 예금 등을 지급할 수 없는 상황에 대처하기 위하여 예금보험제도 등을 효율적으로 운영함으로써 예금자 등을 보호하고 금융제도의 안정성을 유지하는 데 이바지하기 위해 제정된 법률을 말합니다.

(부표 1)

보험금 지급 기준표

(기준: 보험가입금액 1,000만원)

급부명칭	지급사유	지급금액
재해 사망보험금	보험기간 중 피보험자가 재해를 직접적인 원인으로 사망하였을 때	5,000만원
재해 생활자금 I	보험기간 중 피보험자가 장애분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 80% 이상의 장애상태가 되었을 때(120회 확정지급) (다만, 최초1회한)	매월 지급사유 발생해당일 30만원
재해 생활자금 II	보험기간 중 피보험자가 장애분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 60% 이상의 장애상태가 되었을 때(120회 확정지급)	매월 지급사유 발생해당일 30만원
질병 생활자금 I	보험기간 중 피보험자가 장애분류표 중 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 80%이상의 장애상태가 되었을 때 (120회 확정지급)(다만, 최초1회한)	매월 지급사유 발생해당일 30만원 (다만, 계약일부터 1년이 지난 계약 해당일 전일 이전에 재해 이외의 원 인으로 장애상태 확정시 해당 보험 금의 50%를 지급)
질병 생활자금 II	보험기간 중 피보험자가 장애분류표 중 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 60%이상의 장애상태가 되었을 때 (120회 확정지급)	매월 지급사유 발생해당일 30만원 (다만, 계약일부터 1년이 지난 계약 해당일 전일 이전에 재해 이외의 원 인으로 장애상태 확정시 해당 보험 금의 50%를 지급)
디스크진단금	보험기간 중 피보험자가 디스크 질병(추간판장애)으로 진단이 확정되었을 때(다만, 최초 1회한)	30만원 (다만, 계약일부터 1년이 지난 계약 해당일 전일 이전에 진단 시 해당보 험금의 50%를 지급)
특정 류마티스 진단금	보험기간 중 피보험자가 특정 류마티스 관절염으로 진단이 확정되었을 때(다만, 최초 1회한)	100만원 (다만, 계약일부터 1년이 지난 계약 해당일 전일 이전에 재해 이외의 원 인으로 진단 시 해당보험금의 50% 를 지급)
척추골절 진단금	보험기간 중 피보험자가 경추, 흉추, 요추 및 기타척추 골절로 진단이 확정되었을 때	20만원 (골절 1회당)
척추질환 수술급여금	보험기간 중 피보험자가 척추질환으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 수술을 받았	150만원 (수술 1회당)

급부명칭	지급사유	지급금액
	을 때	(다만, 계약일부터 1년이 지난 계약해 당일 전일 이전에 재해 이외의 원인 으로 인한 치료를 직접목적으로 수술 시 해당 보험금의 50%를 지급)
십자인대 수술급여금	보험기간 중 피보험자가 십자인대질환으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 급여 십자인대수술을 받았을 때(다만, 연간 1회한)	50만원 (수술 1회당)
반월판연골 수술급여금	보험기간 중 피보험자가 반월판 연골질환으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 급여 반월판 연골수술을 받았을 때(다만, 연간 1회한)	
아킬레스건 수술급여금	보험기간 중 피보험자가 아킬레스건질환으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 급여 아킬레스건수술을 받았을 때(다만, 연간 1회한)	
인공관절치환 수술급여금	보험기간 중 피보험자가 인공관절(견관절, 고관절, 슬관절) 치환수술을 받았을 때(다만, 연간 1회한)	300만원 (수술 1회당) (다만, 계약일부터 1년이 지난 계약해 당일 전일 이전에 재해 이외의 원인 으로 인한 치료를 직접목적으로 수술 시 해당 보험금의 50%를 지급)
척추질환 입원급여금	보험기간 중 피보험자가 척추질환으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 1일이상 계속 의료기관에 입원하였을 때(다만, 1회입원당 30일한도)	3만원 (입원일수 1일당) (다만, 계약일부터 1년이 지난 계약해 당일 전일 이전에 재해 이외의 원인 으로 인한 치료를 직접목적으로 입원 시 해당 보험금의 50%를 지급)
척추질환 종합병원 입원급여금	보험기간 중 피보험자가 척추질환으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 1일이상 계속 종합병원에 입원하였을 때(다만, 1회입원당 30일한도)	2만원 (입원일수 1일당) (다만, 계약일부터 1년이 지난 계약해 당일 전일 이전에 재해 이외의 원인 으로 인한 치료를 직접목적으로 입원 시 해당 보험금의 50%를 지급)
척추질환 상급종합병원	보험기간 중 피보험자가 척추질환으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 1일이상 계	2만원 (입원일수 1일당) (다만, 계약일부터 1년이 지난 계약해

급부명칭	지급사유		지급금액
입원급여금	속 상급종합병원에 입원하였을 때(다만, 1회입원당 30일한도)		당일 전일 이전에 재해 이외의 원인으로 인한 치료를 직접목적으로 입원시 해당 보험금의 50%를 지급)
척추수술 한방치료비	보험기간 중 피보험자가 척추질환수술 을 받은 후	척추질환의 치료를 목적으로 척약을 이용하였을 때 (다만, 척추질환수술 당 3회한)	5만원 (척약 1회당)
		척추질환의 치료를 목적으로 약침을 이용하였을 때 (다만, 척추질환수술 당 5회한)	1만원 (약침 1회당)
		척추질환의 치료를 목적으로 특 정한방물리요법을 이용하였을 때 (다만, 척추질환수술 당 5회한)	1만원 (특정한방물리요법 1회당)

[생활자금 예시]

피보험자가 보험기간 중 계약일부터 1년이 지난 후 보험금 지급사유에 해당하는 장애상태가 발생한 경우
(기준: 보험가입금액 1,000만원)

장애상태	매월 지급 보험금				합계
	재해 생활자금 I	재해 생활자금 II	질병 생활자금 I	질병 생활자금 II	
재해장애 80%	30만원	30만원			60만원
재해장애 60%		30만원			30만원
재해 이외의 장애 80%			30만원	30만원	60만원
재해 이외의 장애 60%				30만원	30만원

※재해생활자금 I 및 질병생활자금 I의 경우 최초 1회에 한하여 지급합니다.

- (주) 1. 보험료 납입기간 중 피보험자가 장애분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 60%이상의 장애상태가 되었을 때에는 이 계약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
2. 이 계약의 보험기간 중 피보험자가 재해를 직접적인 원인으로 사망하였을 경우에는 재해사망보험금을 지급해 드리고 이 계약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 계약에서 보장하지 않는 원인으로 사망하였을 경우에는 사망당시의 책임준비금을 계약자에게 지급하여 드리고 이 계약은 더 이상 효력이 없습니다.
3. 디스크진단금의 경우 계약일부터 1년이 지난 계약해당일 전일 이전에 디스크 질병(추간판장애)으로 진단확정 되었을 때에는 해당 보험금의 50%를 지급합니다.
4. 질병생활자금 I, 질병생활자금 II, 특정 류마티스진단금, 척추질환 수술급여금, 인공관절치환 수

술급여금, 척추질환 입원급여금, 척추질환 종합병원 입원급여금 및 척추질환 상급종합병원 입원급여금의 경우 계약일부터 1년이 지난 계약해당일 전일 이전에 재해 이외의 원인으로 각 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 해당 보험금의 50%를 지급합니다.

5. 척추질환 입원급여금, 척추질환 종합병원 입원급여금 및 척추질환 상급종합병원 입원급여금의 지급사유가 중복하여 발생한 경우에는 각각 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 각 보험금의 지급일수 최고한도에 따라 중복되는 보험금이 달라질 수 있습니다.

【입원급여금 예시】

피보험자가 보험기간 중 계약일부터 1년이 지난 후 척추질환으로 입원한 경우(보험가입금액 1,000만원 기준)

- **사례1:** 의료기관(종합병원 및 상급종합병원 제외)에 1일 입원시
▶ 보험금 3만원(척추질환 입원급여금 3만원)
- **사례2:** 종합병원(상급종합병원 제외)에 1일 입원시
▶ 보험금 5만원(척추질환 입원급여금 3만원
+ 척추질환 종합병원 입원급여금 2만원)
- **사례3:** 상급종합병원에 1일 입원시
▶ 보험금 7만원(척추질환 입원급여금 3만원
+ 척추질환 종합병원 입원급여금 2만원
+ 척추질환 상급종합병원 입원급여금 2만원)

(부표 2)

디스크 질병(추간판장애) 분류표

약관에 규정하는 디스크 질병(추간판장애)으로 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
· 경추간판장애	M50
· 기타추간판장애	M51

㉞ 제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(부표 3)

특정 류마티스 관절염 분류표

약관에 규정하는 특정 류마티스 관절염으로 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
· 혈청검사양성 류마티스관절염	M05
· 기타 류마티스관절염	M06
· 류마티스폐질환	J99.0

㉞ 제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(부표 4)

경추 및 흉추 골절 분류표

약관에 규정하는 경추 및 흉추 골절으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1.시행) 중 다음에 적은 골절을 말합니다.

대 상 질 병 명	분 류 번 호
· 목의 골절	S12
· 흉추의 골절	S22.0
· 흉추의 다발골절	S22.1

㉞ 제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(부표 5)

요추 및 기타 척추 골절 분류표

약관에 규정하는 요추 및 기타 척추으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1.시행) 중 다음에 적은 골절을 말합니다.

대 상 질 병 명	분 류 번 호
· 요추 및 골반의 골절	S32
· 척추의 상세불명 부위의 골절	T08

㉞ 제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(부표 6)

척추질환 분류표

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

대 상 질 병 명	분 류 번 호
· 척추의 결핵(M49.0*)	A18.00
· 척추의 악성 신생물	C41.2
· 골반골, 천골(薦骨) 및 미추의 악성 신생물	C41.4
· 척수막의 악성 신생물	C70.1
· 척수의 악성 신생물	C72.0
· 말총의 악성 신생물	C72.1
· 척추의 양성 신생물	D16.6
· 골반골, 천골(薦骨) 및 미추의 양성 신생물	D16.8
· 척수막의 양성 신생물	D32.1
· 척수의 양성 신생물	D33.4
· 척수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42.1
· 척수의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43.4
· 척추내 농양 및 육아종	G06.1
· 추간판 장애에서의 신경근 및 신경총 압박(M50-M51+)	G55.1
· 척추증에서의 신경근 및 신경총 압박(M47.-+)	G55.2
· 기타 등병증에서의 신경근 및 신경총 압박(M45-M46+, M48.-+, M53-M54+)	G55.3
· 마미 신경증후군(Cauda equina syndrome)	G83.4
· 척수의 기타 질환	G95
· 척추후만증 및 척주전만증	M40
· 척추측만증	M41
· 척추굴연골증	M42
· 기타 변형성 등병증	M43
· 강직척추염	M45
· 기타 염증성 척추병증	M46
· 척추증	M47
· 기타 척추병증 (M48.0 척추 협착 / Spinal stenosis)	M48
· 달리 분류된 질환에서의 척추병증	M49
· 경추간판장애	M50
· 기타 추간판 장애	M51
· 달리 분류되지 않은 기타 등병증	M53
· 등통증	M54

대 상 질 병 명	분 류 번 호
· 달리 분류되지 않은 척추후궁절제후 증후군	M96.1
· 척추후궁절제후 척주후만증	M96.3
· (척추)부분탈구복합	M99.1
· 신경관의 부분탈구성 협착	M99.2
· 신경관의 골성 협착	M99.3
· 신경관의 결합조직협착	M99.4
· 신경관의 추간판협착	M99.5
· 추간공의 골성 또는 부분탈구성 협착	M99.6
· 추간공의 결합조직 및 원반 협착	M99.7
· 목의 골절	S12
· 목부위의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S13
· 경부척수의 진탕 및 부종	S14.0
· 경부척수의 기타 및 상세불명의 손상	S14.1
· 경추 신경근의 손상	S14.2
· 상완신경총의 손상	S14.3
· 흉추의 골절	S22.0
· 흉추의 다발골절	S22.1
· 흉추간판의 외상성 파열	S23.0
· 흉추의 탈구	S23.1
· 흉추의 염좌 및 긴장	S23.3
· 흉수의 진탕 및 부종	S24.0
· 흉수의 기타 및 상세불명의 손상	S24.1
· 흉추 신경근의 손상	S24.2
· 요추의 골절	S32
· 요추의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S33
· 요수의 진탕 및 부종	S34.0
· 요수의 기타 손상	S34.1
· 요추 및 천추의 신경근 손상	S34.2
· 말총의 손상	S34.3
· 요천수신경총의 손상	S34.4
· 척추의 상세불명 부위의 골절	T08

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

(부표 7)

십자인대질환 분류표

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

대 상 질 병 명	분 류 번 호
· 무릎의 내부장애	M23
· 무릎의 (전)(후)십자인대를 침범한 염좌 및 긴장	S83.5
· (측부)(십자)인대와 복합된 (외측)(내측) 반달연골의 손상	S83.7

㉞ 제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(부표 8)

급여 십자인대수술 분류표

약관에 규정하는 급여 십자인대수술로 분류되는 진료행위는 건강보험심사평가원 진료행위코드 분류 중 다음에 적은 진료행위를 말합니다.

대 상 항 목	분 류 번 호
· 십자인대성형술	N0880
· 십자인대성형술 - 복잡	N0881
· 십자인대접합술	N0890

㉞ 관계법령 등의 개정으로 상기 진료행위 외에 추가로 해당하는 진료행위가 있는 경우 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

(부표 9)

반월판 연골질환 분류표

약관에 규정하는 반월판 연골질환으로 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
· 무릎의 내부장애	M23
· 현존 반달연골의 찢김	S83.2
· (측부)(십자)인대와 복합된 (외측)(내측) 반달연골의 손상	S83.7

㉞ 제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(부표 10)

급여 반월판 연골수술 분류표

약관에 규정하는 급여 반월판 연골수술로 분류되는 진료행위는 건강보험심사평가원 진료행위코드 분류 중 다음에 적은 진료행위를 말합니다.

대 상 항 목	분 류 번 호
· 반월판 연골절제술(내측 또는 외측)	N0821
· 반월판 연골절제술(내외측 동시)	N0822
· 반월판 연골절제술(내측 또는 외측) - 복잡	N0826
· 반월판 연골절제술(내외측 동시) - 복잡	N0827
· 반월상 연골봉합술(내외 또는 외측)	N0823
· 반월상 연골봉합술(내외 또는 외측) - 복잡	N0828
· 반월상 연골봉합술(내외측동시)	N0824
· 반월상 연골봉합술(내외측 동시) - 복잡	N0829
· 반월상 연골이식술	N0825
· 반월상 연골이식술 - 복잡	N0820

㉞ 관계법령 등의 개정으로 상기 진료행위 외에 추가로 해당하는 진료행위가 있는 경우 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

(부표 11)

아킬레스건질환 분류표

약관에 규정하는 아킬레스건질환으로 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
· 아킬레스힘줄염	M76.6
· 아킬레스힘줄의 손상	S86.0

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

(부표 12)

급여 아킬레스건수술 분류표

약관에 규정하는 급여 아킬레스건수술로 분류되는 진료행위는 건강보험심사평가원 진료행위코드 분류 중 다음에 적은 진료행위를 말합니다.

대 상 항 목	분 류 번 호
· 아킬레스재건술	N0920
· 아킬레스연장술	N0921
· 건및인대성형술-간단한것[절제,봉합,박리]	N0931
· 건및인대성형술-복잡한것[이식,이전,교환,인공건성형]	N0932

(참) 관계법령 등의 개정으로 상기 진료행위 외에 추가로 해당하는 진료행위가 있는 경우 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

(부표 13)

장해분류표

Ⅳ 총칙

1. 장해의 정의

- 1) '장해'라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아 있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태 및 기능상실 상태를 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 상태에서 정신적 또는 육체적 훼손상태임이 의학적으로 인정되는 경우를 말한다.
- 3) '치유된 후'라 함은 상해 또는 질병에 대한 치료의 효과를 기대할 수 없게 되고 또한 그 증상이 고정된 상태를 말한다.
- 4) 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 한다.
- 5) 위 4)에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정한다.

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·복부장기 및 비뇨생식기 ⑬ 신경계·정신행동의 13개 부위를 말하며, 이를 각각 동일한 신체부위로 한다. 다만, 좌·우의 눈, 귀, 팔, 다리, 손가락, 발가락은 각각 다른 신체부위로 본다.

3. 장해의 판정

- 1) 하나의 장해가 관찰 방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- 2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
- 3) 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 지급률을 합산한 지급률과 최초 장해의 지급률을 비교하여 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- 4) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에

의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장애의 판정대상에 포함되지 않는다. 다만, 뇌사 판정을 받은 경우가 아닌 식물인간상태(의식이 전혀 없고 사지의 자발적인 움직임이 불가능하여 일상생활에서 항시 간호가 필요한 상태)는 각 신체부위별 판정기준에 따라 평가한다.

- 5) 장애인진단서에는 ① 장애인진명 및 발생시기 ② 장애의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경 계경신행동 장애의 경우 ① 개호(장해로 혼자서 활동이 어려운 사람을 곁에서 돌보는 것) 여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가로 기재하여야 한다.

㉔ 장애인류별 판정기준

1. 눈의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 두 눈이 멀었을 때	100
2) 한 눈이 멀었을 때	50
3) 한 눈의 교정시력이 0.02 이하로 된 때	35
4) 한 눈의 교정시력이 0.06 이하로 된 때	25
5) 한 눈의 교정시력이 0.1 이하로 된 때	15
6) 한 눈의 교정시력이 0.2 이하로 된 때	5
7) 한 눈의 안구(눈동자)에 뚜렷한 운동장애나 뚜렷한 조절기능 장애를 남긴 때	10
8) 한 눈에 뚜렷한 시야장애를 남긴 때	5
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때	5

나. 장애판정기준

- 시력장애의 경우 공인된 시력 검사표에 따라 최소 3회 이상 측정한다.
- ‘교정시력’이라 함은 안경(콘택트 렌즈를 포함한 모든 종류의 시력교정 수단)으로 교정한 원거리 최대교정시력을 말한다. 다만, 각막이식술을 받은 환자인 경우 각막이식술 이전의 시력상태를 기준으로 평가한다.
- ‘한눈이 멀었을 때’라 함은 안구의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나(‘광각무’) 겨우 가릴 수 있는 경우(‘광각유’)를 말한다.
- ‘한눈의 교정시력이 0.02이하로 된 때’라 함은 안전수동(Hand Movement)^{주1)}, 안전수지(Finger Counting)^{주2)} 상태를 포함한다.
 ※ 주1) 안전수동: 물체를 감별할 정도의 시력상태가 아니며 눈앞에서 손의 움직임을 식별할 수 있을 정도의 시력상태
 주2) 안전수지: 시표의 가장 큰 글씨를 읽을 수 있는 정도의 시력은 아니나 눈 앞

- 30cm 이내에서 손가락의 개수를 식별할 수 있을 정도의 시력상태
- 안구(눈동자) 운동장애의 판정은 질병의 진단 또는 외상 후 1년 이상이 지난 뒤 그 장애 정도를 평가한다.
 - ‘안구(눈동자)의 뚜렷한 운동장애’라 함은 아래의 두 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 가) 한 눈의 안구(눈동자)의 주시야(머리를 움직이지 않고 눈만을 움직여서 볼 수 있는 범위)의 운동범위가 정상 1/2 이하로 감소된 경우
 나) 중심 20도 이내에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 경우
 - ‘안구(눈동자)의 뚜렷한 조절기능장애’라 함은 조절력이 정상 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 50세 이상(장애인진단서 연령 기준)의 경우에는 제외한다.
 - ‘뚜렷한 시야 장애’라 함은 한 눈의 시야 범위가 정상시야 범위의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다. 이 경우 시야검사는 공인된 시야검사방법으로 측정하며, 시야장애 평가 시 자동시야검사계(골드만 시야검사)를 이용하여 8방향 시야범위 합계를 정상범위와 비교하여 평가한다.
 - ‘눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때’라 함은 눈꺼풀의 결손으로 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮이지 않는 경우를 말한다.
 - ‘눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때’라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.
 - 외상이나 화상 등으로 안구의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 안구가 적출되어 눈자위의 조직요물(凹液) 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.
 - ‘눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때’에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장애를 포함하여 장애를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장애를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장애평가 방법 중 피보험자에게 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장해판정기준

- 청력장해는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB:decibel)로서 표시하고, 3회 이상의 청력검사를 실시한 후 적용한다. 다만, 각 측정치의 결과값 차이가 $\pm 10\text{dB}$ 이상인 경우 청성뇌간반응검사(ABR)를 통해 객관적인 장해 상태를 재평가하여야 한다.
- ‘한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때’라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB 이상인 경우를 말한다.
- ‘심한 장해를 남긴 때’라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB 이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰 소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- ‘약간의 장해를 남긴 때’라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB 이상인 경우에 해당되어, 50cm 이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- 순음청력검사를 실시하기 곤란하거나(청력의 감소가 의심되지만 의사소통이 되지 않는 경우, 만 3세 미만의 소아 포함) 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 ‘언어청력검사, 임피던스 청력검사, 청성뇌간반응검사(ABR), 이음향방사검사’ 등을 추가 실시 후 장해를 평가한다.

다. 귓바퀴의 결손

- ‘귓바퀴의 대부분이 결손된 때’라 함은 귓바퀴의 연골부가 1/2 이상 결손된 경우를 말한다.
- 귓바퀴의 연골부가 1/2 미만 결손이고 청력에 이상이 없으면 외모의 추상(추한 모습)장해로만 평가한다.

라. 평형기능의 장해

- ‘평형기능에 장해를 남긴 때’라 함은 전정기관 이상으로 보행 등 일상생활이 어려운 상태로 아래의 평형장해 평가항목별 합산점수가 30점 이상인 경우를 말한다.

항목	내 용	점수
검사 소견	양측 전정기능 소실	14
	양측 전정기능 감소	10
	일측 전정기능 소실	4
치료 병력	장기 통원치료(1년간 12회이상)	6
	장기 통원치료(1년간 6회이상)	4
	단기 통원치료(6개월간 6회이상)	2
	단기 통원치료(6개월간 6회미만)	0
기능 장해 소견	두 눈을 감고 일어서기 곤란하거나 두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 쓰러지는 경우	20
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 중간에 균형을 잡으려 멈추어야 하는 경우	12

	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걸을 때 중앙에서 60cm 이상 벗어나는 경우	8
--	--	---

- 평형기능의 장해는 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 치료 후 장해가 고착되었을 때 판정하며, 뇌병변 여부, 전정기능 이상 및 장해상태를 평가하기 위해 아래의 검사들을 기초로 한다.

- 가) 뇌영상검사(CT, MRI)
나) 온도안진검사, 전기안진검사(또는 비디오안진검사) 등

3. 코의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 코의 호흡기능을 완전히 잃었을 때	15
2) 코의 후각기능을 완전히 잃었을 때	5

나. 장해판정기준

- ‘코의 호흡기능을 완전히 잃었을 때’라 함은 일상생활에서 구강호흡의 보조를 받지 않는 상태에서 코로 숨쉬는 것만으로 정상적인 호흡을 할 수 없다는 것이 비강통기도검사 등 의학적으로 인정된 검사로 확인되는 경우를 말한다.
- ‘코의 후각기능을 완전히 잃었을 때’라 함은 후각신경의 손상으로 양쪽 코의 후각기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감퇴는 장해의 대상으로 하지 않는다.
- 양쪽 코의 후각기능은 후각인지검사, 후각역치검사 등을 통해 6개월 이상 고정된 후각의 완전손실이 확인되어야 한다.
- 코의 추상(추한 모습)장해를 수반한 때에는 기능장해의 지급률과 추상장해의 지급률을 합산한다.

4. 씹어먹거나 말하는 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 심한 장해를 남긴 때	100
2) 씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때	80
3) 말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때	60
4) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 뚜렷한 장해를 남긴 때	40
5) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
6) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 약간의 장해를 남긴 때	10
7) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5

8) 치아에 14개 이상의 결손이 생긴 때	20
9) 치아에 7개 이상의 결손이 생긴 때	10
10) 치아에 5개 이상의 결손이 생긴 때	5

나. 장애판정기준

- 씹어먹는 기능의 장애는 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)의 맞물림(교합), 배열상태 및 아래턱의 개구운동, 삼킴(연하)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.
- ‘씹어먹는 기능에 심한 장애를 남긴 때’라 함은 심한 개구운동 제한이나 저작운동 제한으로 물이나 이에 준하는 음식 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
- ‘씹어먹는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때’라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - 뚜렷한 개구운동 제한 또는 뚜렷한 저작운동 제한으로 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등)이외는 섭취하지 못하는 경우
 - 위-아래턱(상-하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 1cm이하로 제한되는 경우
 - 위-아래턱(상-하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1.5cm이상인 경우
 - 1개 이하의 치아만 교합되는 상태
 - 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취 시 흡인이 발생하고 연식 외에는 섭취가 불가능한 상태
- ‘씹어먹는 기능에 약간의 장애를 남긴 때’라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - 약간의 개구운동 제한 또는 약간의 저작운동 제한으로 부드러운 고형식(밥, 빵 등)만 섭취 가능한 경우
 - 위-아래턱(상-하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 2cm이하로 제한되는 경우
 - 위-아래턱(상-하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1cm이상인 경우
 - 양측 각 1개 또는 편측 2개 이하의 치아만 교합되는 상태
 - 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취시 간헐적으로 흡인이 발생하고 부드러운 고형식 외에는 섭취가 불가능한 상태
- 개구장애는 턱관절의 이상으로 개구운동 제한이 있는 상태를 말하며, 최대 개구상태에서 위-아래턱(상-하악)의 가운데 앞니(중절치)간 거리를 기준으로 한다. 단, 가운데 앞니(중절치)가 없는 경우에는 측절치간 거리의 최대치를 기준으로 한다.
- 부정교합은 위턱(상악)과 아래턱(하악)의 부조화로 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)가 전방 및 측방으로 맞물림에 제한이 있는 상태를 말한다.
- ‘말하는 기능에 심한 장애를 남긴 때’라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - 언어평가상 자음정확도가 30%미만인 경우
 - 전설어증, 운동성실어증(브로카실어증)으로 의사소통이 불가능한 경우
- ‘말하는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때’라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때

를 말한다.

- 언어평가상 자음정확도가 50%미만인 경우
 - 언어평가상 표현언어지수 25 미만인 경우
- ‘말하는 기능에 약간의 장애를 남긴 때’라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - 언어평가상 자음정확도가 75%미만인 경우
 - 언어평가상 표현언어지수 65 미만인 경우
 - 말하는 기능의 장애는 1년 이상 지속적인 언어치료를 시행한 후 증상이 고착되었을 때 평가하며, 객관적인 검사를 기초로 평가한다.
 - 뇌중추신경계 손상(정신-인지기능 저하, 편마비 등)으로 인한 말하는 기능의 장애(실어증, 구음장애) 또는 씹어먹는 기능의 장애는 신경계-정신행동 장애 평가와 비교하여 그 중 높은 지급률 하나만 인정한다.
 - ‘치아의 결손’이란 치아의 상실 또는 발치된 경우를 말하며, 치아의 일부 손상으로 금관 치료(크라운 보철수복)를 시행한 경우에는 치아의 일부 결손을 인정하여 1/2개 결손으로 적용한다.
 - 보철치료를 위해 발치된 정상치아, 노화로 인해 자연 발치된 치아, 보철(복합레진, 인레이, 온레이 등)한 치아, 기존 의치(틀니, 임플란트 등)의 결손은 치아의 상실로 인정하지 않는다.
 - 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
 - 어린이의 유치는 향후에 영구치로 대체되므로 후유장애의 대상이 되지 않으나, 선천적으로 영구치 결손이 있는 경우에는 유치의 결손을 후유장애로 평가한다.
 - 가철성 보철물(신체의 일부에 붙였다 떼었다 할 수 있는 틀니 등)의 파손은 후유장애의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- ‘외모’란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
- ‘추상(추한 모습)장애’라 함은 성형수술(반흔성형술, 레이저치료 등 포함)을 시행한 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말한다.
- ‘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.

- 4) 다발성 반흔 발생시 각 판정부위(얼굴, 머리, 목) 내의 다발성 반흔의 길이 또는 면적은 합산하여 평가한다. 단, 길이가 5mm 미만의 반흔은 합산대상에서 제외한다.
- 5) 추상(추한 모습)이 얼굴과 머리 또는 목 부위에 걸쳐 있는 경우에는 머리 또는 목에 있는 흉터의 길이 또는 면적의 1/2을 얼굴의 추상(추한 모습)으로 보아 산정한다.

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)

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

라. 약간의 추상(추한 모습)

- 1) 얼굴
 - 가) 손바닥 크기 1/4 이상의 추상(추한 모습)
 - 나) 길이 5cm 이상의 추상반흔(추한 모습의 흉터)
 - 다) 지름 2cm 이상의 조직함몰
 - 라) 코의 1/4 이상 결손
- 2) 머리
 - 가) 손바닥 크기 1/2 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
 - 나) 머리뼈의 손바닥 크기 1/2 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 8×10cm(1/2 크기는 40㎢, 1/4 크기는 20㎢), 6~11세의 경우는 6×8cm(1/2 크기는 24㎢, 1/4 크기는 12㎢), 6세 미만의 경우는 4×6cm(1/2 크기는 12㎢, 1/4 크기는 6㎢)로 간주한다.

6. 척추(등뼈)의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) 척추(등뼈)는 경추에서 흉추, 요추, 제1천추까지를 동일한 부위로 한다. 제2천추 이하의 천골 및 미골은 체간골의 장애로 평가한다.
- 2) 척추(등뼈)의 기형장애는 척추체(척추뼈 몸통)를 말하며, 횡돌기 및 극돌기는 제외한다. 이하 이 신체부위에서 같다)의 압박률 또는 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡 정도에 따라 평가한다.
 - 가) 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡변화는 객관적인 측정방법(Cobb's Angle)에 따라 골절이 발생한 척추체(척추뼈 몸통)의 상·하 인접 정상 척추체(척추뼈 몸통)를 포함하여 측정하며, 생리적 정상만곡을 고려하여 평가한다.
 - 나) 척추(등뼈)의 기형장애는 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률, 골절의 부위 등을 기준으로 판정한다. 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률은 인접 상·하부[인접 상·하부 척추체(척추뼈 몸통)에 진구성 골절이 있거나, 다발성 척추골절이 있는 경우에는 골절된 척추와 가장 인접한 상·하부] 정상 척추체(척추뼈 몸통)의 전방 높이의 평균에 대한 골절된 척추체(척추뼈 몸통) 전방 높이의 감소비를 압박률로 정한다.
 - 다) 척추(등뼈)의 기형장애는 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 경추부, 흉추부, 요추부로 구분하여 각각을 하나의 운동단위로 보며, 하나의 운동단위 내에서 여러 개의 척추체(척추뼈 몸통)에 압박골절이 발생한 경우에는 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률을 합산하고, 두 개 이상의 운동단위에서 장애가 발생한 경우에는 그 중 가장 높은 지급률을 적용한다.
- 3) 척추(등뼈)의 장애는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 이 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.
- 4) 추간판탈출증으로 인한 신경 장애는 수술 또는 시술(비수술적 치료) 후 6개월 이상 지난 후에 평가한다.
- 5) 신경학적 검사상 나타난 저린감이나 방사통 등 신경자극증상의 원인으로 CT, MRI 등 영상검사에서 추간판탈출증이 확인된 경우를 추간판탈출증으로 진단하며, 수술 여부에 관계 없이 운동장애 및 기형장애로 평가하지 않는다.
- 6) 심한 운동장애란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

- 가) 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
- 나) 머리뼈(두개골), 제1경추, 제2경추를 모두 유합 또는 고정한 상태
- 7) 뚜렷한 운동장애란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
- 가) 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
- 나) 머리뼈(두개골)와 제1경추 또는 제1경추와 제2경추를 유합 또는 고정한 상태
- 다) 머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추) 사이에 CT 검사 상, 두개 대후두공의 기저점(basion)과 측추 치돌기 상단사이의 거리(BDI: Basion-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태
- 라) 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추) CT 검사상, 환추 전방 궁(arch)의 후방과 치상돌기의 전면과의 거리(ADI: Atlanto-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태
- 8) 약간의 운동장애
- 머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추)를 제외한 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
- 9) 심한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
- 가) 척추(등뼈)의 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
- 나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 60%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 90% 이상일 때
- 10) 뚜렷한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
- 가) 척추(등뼈)의 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
- 나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 40%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 60% 이상일 때
- 11) 약간의 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
- 가) 1개 이상의 척추(등뼈)의 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
- 나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 20%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 40% 이상일 때
- 12) '추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장애'란 추간판탈출증으로 추간판을 2마디 이상(또는 1마디 추간판에 대해 2회 이상) 수술하고도 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장애가 있는 경우
- 13) '추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장애'란 추간판탈출증으로 추간판 1마디를 수술하고도 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되고 척추신경근의 불완전 마

비가 인정되는 경우

- 14) '추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장애'란 추간판탈출증이 확인되고 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되는 경우

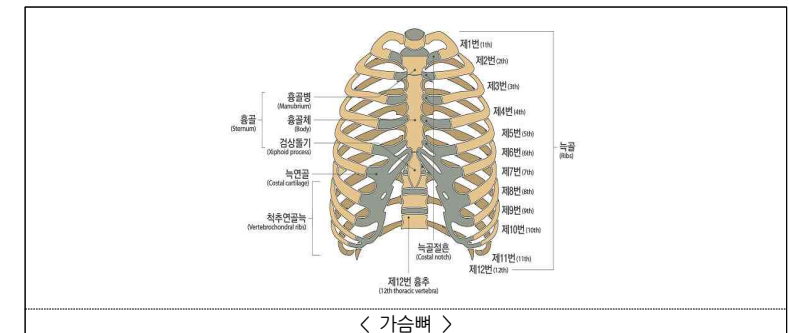
7. 체간골의 장애

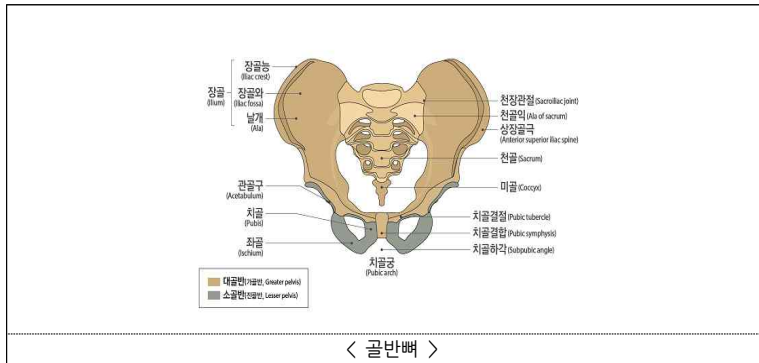
가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 어깨뼈(견갑골)나 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	15
2) 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	10

나. 장애판정기준

- 1) '체간골'이라 함은 어깨뼈(견갑골), 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함), 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)를 말하며 이를 모두 동일한 부위로 본다.
- 2) '골반뼈의 뚜렷한 기형'이라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
- 가) 천장관절 또는 치골목합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm이상 분리된 부정유합 상태
- 나) 육안으로 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도로 방사선 검사로 측정된 각(角) 변형이 20° 이상인 경우
- 다) 미골의 기형은 골절이나 탈구로 방사선 검사로 측정된 각(角) 변형이 70° 이상 남은 상태
- 3) '빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골), 어깨뼈(견갑골)에 뚜렷한 기형이 남은 때'라 함은 방사선 검사로 측정된 각(角) 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.
- 4) 갈비뼈(늑골)의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장애로 취급한다. 다발성늑골 기형의 경우 각각의 각(角) 변형을 합산하지 않고 그 중 가장 높은 각(角) 변형을 기준으로 평가한다.





8. 팔의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장애를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 않는다.
- 3) '팔'이라 함은 어깨관절(견관절)부터 손목관절(완관절)까지를 말한다.
- 4) '팔의 3대 관절'이라 함은 어깨관절(견관절), 팔꿈치관절(주관절), 손목관절(완관절)을 말한

다.

- 5) '한 팔의 손목 이상을 잃었을 때'라 함은 손목관절(완관절)부터(손목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치관절(주관절) 상부에서 절단된 경우도 포함한다.
- 6) 팔의 관절기능장애 평가는 팔의 3대 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다.
 - 가) 각 관절의 운동범위 측정은 장애평가시점의 「산업재해보상보험 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
 - 나) 관절기능장애를 표시할 경우 장애부위의 장애각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장애상태를 명확히 한다. 단, 관절기능장애가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.
- 7) '관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 완전 강직(관절굳음)
 - 나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '0등급(zero)'인 경우
- 8) '관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
 - 나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
 - 다) 근전도 검사상 완전손상(complete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '1등급(trace)'인 경우
- 9) '관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
 - 나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 2등급(poor)인 경우
- 10) '관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
 - 나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 3등급(fair)인 경우
- 11) '가관절'이라 함은 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.

※ 주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 '불유합' 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외한다.
- 12) '가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 13) '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) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 2) 1상지(팔과 손가락)의 후유장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

9. 다리의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않는다.
- 3) '다리'라 함은 엉덩이관절(고관절)부터 발목관절(족관절)까지를 말한다.
- 4) '다리의 3대 관절'이라 함은 엉덩이관절(고관절), 무릎관절(슬관절), 발목관절(족관절)을 말한다.
- 5) '한 다리의 발목 이상을 잃었을 때'라 함은 발목관절(족관절)부터(발목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절(슬관절)의 상부에서 절단된 경우도 포함한다.

다.

- 6) 다리의 관절기능장해 평가는 다리의 3대 관절의 관절운동범위 제한 및 무릎관절(슬관절)의 동요성 등으로 평가한다.
 - 가) 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
 - 나) 관절기능장해가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.
- 7) 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 완전 강직(관절굳음)
 - 나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '0등급(zero)'인 경우
- 8) '관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
 - 나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
 - 다) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - 라) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '1등급(trace)'인 경우
- 9) '관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
 - 나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - 다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 2등급(poor)인 경우
- 10) '관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
 - 나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - 다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 3등급(fair)인 경우
- 11) 동요장해 평가 시에는 경상측과 환측을 비교하여 증가된 수치로 평가한다.
- 12) '가관절'이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.

※ 주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 '불유합' 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외한다.

- 13) '가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 경골과 종아리뼈 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 14) '뼈에 기형을 남긴 때'라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.
- 15) 다리 길이의 단축 또는 과신장은 스캐노그램(scanogram)을 통하여 측정한다.

다. 지급률의 결정

- 1) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나에 기능장애가 생기고 다른 관절 하나에 기능장애가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 2) 1하지(다리발가락)의 후유장애 지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

10. 손가락의 장애

가. 장애의 분류

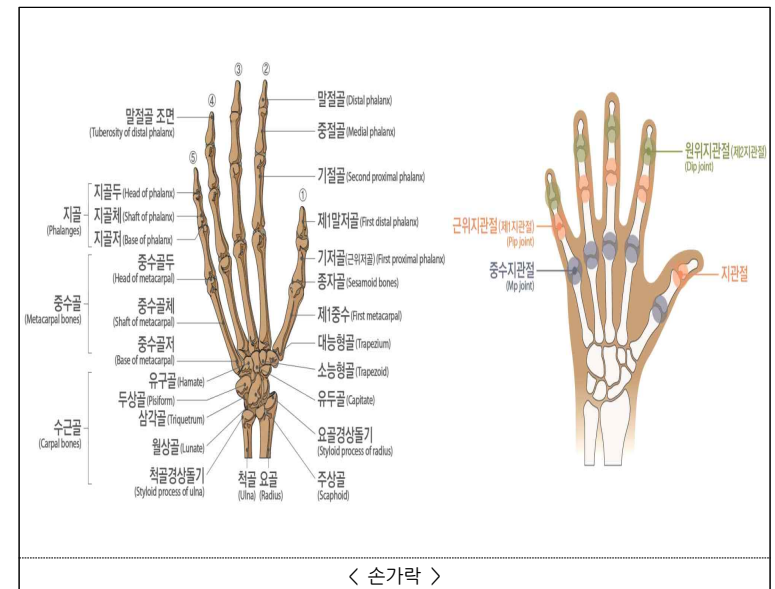
장애의 분류	지급률
1) 한 손의 5개 손가락을 모두 잃었을 때	55
2) 한 손의 첫째 손가락을 잃었을 때	15
3) 한 손의 첫째 손가락 이외의 손가락을 잃었을 때 (손가락 하나마다)	10
4) 한 손의 5개 손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	30
5) 한 손의 첫째 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한 손의 첫째 손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때(손가락 하나마다)	5

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장애를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 않는다.
- 3) 손가락에는 첫째 손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
- 4) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.
- 5) '손가락을 잃었을 때'라 함은 첫째 손가락에서는 지관절부터 심장에서 가까운 쪽에서,

다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽으로 손가락이 절단되었을 때를 말한다.

- 6) '손가락뼈 일부를 잃었을 때'라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 손가락 뼈의 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈단면이 불규칙해진 상태나 손가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.
- 7) '손가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 첫째 손가락의 경우 중수지관절 또는 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상 운동영역의 1/2 이하인 경우를 말하며, 다른 네 손가락에 있어서는 제1, 제2지관절의 굴신운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하이거나 중수지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.
- 8) 한 손가락에 장애가 생기고 다른 손가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 9) 손가락의 관절기능장애 평가는 손가락 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 장애평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.



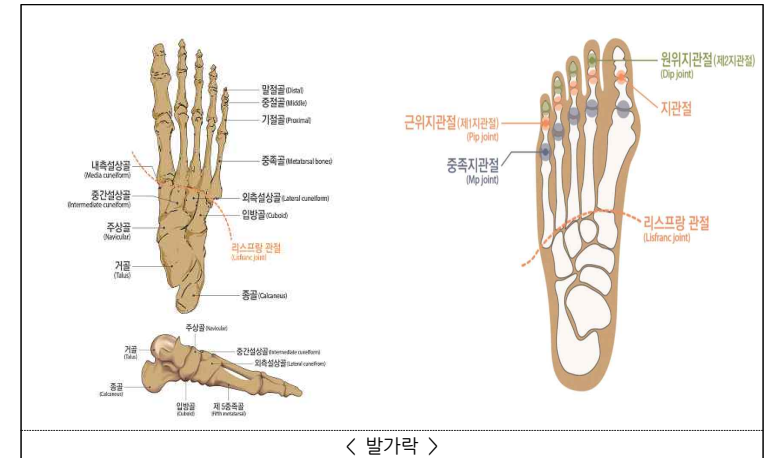
11. 발가락의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장애를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 않는다.
- 3) '발가락을 잃었을 때'라 함은 첫째 발가락에서는 지관절부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽을 잃었을 때를 말한다.
- 4) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
- 5) '발가락뼈 일부를 잃었을 때'라 함은 첫째 발가락의 지관절, 다른 네 발가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 발가락 뼈 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 발가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.
- 6) '발가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 첫째 발가락의 경우에 중족지관절과 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동범위 합계가 정상 운동 가능영역의 1/2이하가 된 경우를 말하며, 다른 네 발가락에 있어서는 중족지관절의 신전운동범위만을 평가하여 정상운동범위의 1/2이하로 제한된 경우를 말한다.
- 7) 한 발가락에 장애가 생기고 다른 발가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 8) 발가락 관절의 운동범위 측정은 장애평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.



12. 흉·복부 장기 및 비노생식기의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 심장 기능을 잃었을 때	100
2) 흉복부장기 또는 비노생식기 기능을 잃었을 때	75
3) 흉복부장기 또는 비노생식기 기능에 심한 장애를 남긴 때	50
4) 흉복부장기 또는 비노생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	30
5) 흉복부장기 또는 비노생식기 기능에 약간의 장애를 남긴 때	15

나. 장애판정기준

- 1) '심장 기능을 잃었을 때'라 함은 심장 이식을 한 경우를 말한다.
- 2) '흉복부장기 또는 비노생식기 기능을 잃었을 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
 - 나) 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석, 복막투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때
 - 다) 방광의 저장기능과 배뇨기능을 완전히 상실한 때
- 3) '흉복부장기 또는 비노생식기 기능에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나

에 해당하는 때를 말한다.

가) 위, 대장(결장~직장) 또는 체장의 전부를 잘라내었을 때

나) 소장을 3/4 이상 잘라내었을 때 또는 잘라낸 소장의 길이가 3m 이상일 때

다) 간장의 3/4 이상을 잘라내었을 때

라) 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때

4) '홍복부장기 또는 비노생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

가) 한쪽 폐 또는 한쪽 신장을 전부 잘라내었을 때

나) 방광 기능상실로 영구적인 요도루, 방광루, 요관 장문합 상태

다) 위, 체장을 50% 이상 잘라내었을 때

라) 대장절제, 항문 괄약근 등의 기능장애로 영구적으로 장루, 인공항문을 설치한 경우 (치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)

마) 심장기능 이상으로 인공심박동기를 영구적으로 삽입한 경우

바) 요도괄약근 등의 기능장애로 영구적으로 인공요도괄약근을 설치한 경우

5) '홍복부장기 또는 비노생식기 기능에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

가) 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착, 배뇨기능 상실로 영구적인 간헐적 인공요도가 필요한 때

나) 음경의 1/2 이상이 결손되었거나 질구 협착으로 성생활이 불가능한 때

다) 폐질환 또는 폐 부분절제술 후 일상생활에서 호흡곤란으로 지속적인 산소치료가 필요하며, 폐기능 검사(PFT)상 폐환기 기능(1초간 노력성 호기량, FEV1)이 정상예측치의 40% 이하로 저하된 때

6) 홍복부, 비노생식기계 장애는 질병 또는 외상의 직접 결과로 인한 장애를 말하며, 노화에 의한 기능장애 또는 질병이나 외상이 없는 상태에서 예방적으로 장기를 절제, 적출한 경우는 장애로 보지 않는다.

7) 상기 홍복부 및 비노생식기계 장애항목에 명기되지 않은 기타 장애상태에 대해서는 '〈불임〉 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표'에 해당하는 장애가 있을 때 ADLs 장애 지급률을 준용한다.

8) 상기 장애항목에 해당되지 않는 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장애의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계·정신행동 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 신경계에 장애가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때	10~100
2) 정신행동에 극심한 장애를 남긴 때	100
3) 정신행동에 심한 장애를 남긴 때	75
4) 정신행동에 뚜렷한 장애를 남긴 때	50

5) 정신행동에 약간의 장애를 남긴 때	25
6) 정신행동에 경미한 장애를 남긴 때	10
7) 극심한 치매: CDR척도 5점	100
8) 심한치매: CDR척도 4점	80
9) 뚜렷한 치매: CDR 척도 3점	60
10) 약간의 치매: CDR 척도 2점	40
11) 심한 간질발작이 남았을 때	70
12) 뚜렷한 간질발작이 남았을 때	40
13) 약간의 간질발작이 남았을 때	10

나. 장애판정기준

1) 신경계

가) "신경계에 장애를 남긴 때"라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계 손상으로 "〈불임〉일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표"의 5가지 기본동작중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.

나) 위 가)의 경우 "〈불임〉일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표" 상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장애로 인정하지 않는다.

다) 신경계의 장애로 발생하는 다른 신체부위의 장애(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장애로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.

라) 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 12개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장애를 평가한다. 그러나, 12개월이 지났다고 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위에서 장애 평가를 유보한다.

마) 장애진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

가) 정신행동장애는 보행기간중에 발생한 뇌의 질병 또는 상해를 입은 후 18개월이 지난 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 질병발생 또는 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 질병발생 또는 상해를 입은 후 12개월이 지난 후에 판정할 수 있다.

나) 정신행동장애는 장애판정 직전 1년 이상 충분한 정신건강의학과와 전문적 치료를 받은 후 치료에도 불구하고 장애가 고착되었을 때 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로써 고정되거나 중하게 된 장애에 대해서는 인정하지 않는다.

다) '정신행동에 극심한 장애를 남긴 때'라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와 치료를 받았으며 GAF 30점 이하인 상태를 말한다.

라) '정신행동에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와 치료를 받았으며 GAF 40점 이하인 상태를 말한다.

마) '정신행동에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애등급판정기준」의 '능력장해측정 기준' 제3 상 6개 항목 중 3개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 50점 이하인 상태를 말한다.

※ 주) 능력장해측정기준의 항목: ㉠ 적절한 음식섭취, ㉡ 대소변관리, 세면, 목욕, 청소 등의 청결 유지, ㉢ 적절한 대화기술 및 협조적인 대인관계, ㉣ 규칙적인 통원·약물 복용, ㉤ 소지품 및 금전관리나 적절한 구매행위, ㉥ 대중교통이나 일반공공시설의 이용

바) '정신행동에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애등급판정기준」의 '능력장해측정 기준' 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 60점 이하인 상태를 말한다.

사) '정신행동에 경미한 장애를 남긴 때'라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애등급판정기준」의 '능력장해측정 기준' 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 70점 이하인 상태를 말한다.

아) 지속적인 정신건강의학과와의 치료란 3개월 이상 약물치료가 중단되지 않았음을 의미한다.

자) 심리학적 평가보고서는 정신건강의학과 의료기관에서 실시되어야 하며, 자격을 갖춘 임상심리전문가가 시행하고 작성하여야 한다.

차) 정신행동장애 진단 전문의는 정신건강의학과 전문의를 말한다.

카) 정신행동장애는 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등 객관적 근거를 기초로 평가한다. 다만, 보호자나 환자의 진술, 감정의 추정 혹은 인정, 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌 SPECT 등)은 객관적 근거로 인정하지 않는다.

타) 각종 기질성 정신장애와 외상후 간질에 한하여 보상한다.

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

3) 치매

가) "치매"라 함은 정상적으로 성숙한 뇌가 질병이나 외상 후 기질성 손상으로 파괴되어 한번 획득한 지적기능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 것을 말한다.

나) 치매의 장애평가는 임상적인 증상 뿐 아니라 뇌영상검사(CT 및 MRI, SPECT 등)를 기초로 진단되어야 하며, 18개월 이상 지속적인 치료 후 평가한다. 다만, 진단시점에 이미 극심한 치매 또는 심한 치매로 진행된 경우에는 6개월간 지속적인 치료 후 평가한다.

다) 치매의 장애평가는 전문의(정신건강의학과, 신경과)에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따른다.

4) 뇌전증(간질)

가) "뇌전증(간질)"이라 함은 돌발적 뇌파이상을 나타내는 뇌질환으로 발작(경련, 의식장애 등)을 반복하는 것을 말한다.

나) 간질발작의 빈도 및 양상은 지속적인 항간질제(항전간제) 약물로도 조절되지 않는 간질을 말하며, 진료기록에 기재되어 객관적으로 확인되는 간질발작의 빈도 및 양상을 기준으로 한다.

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

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

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

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

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

<붙임>

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표

유형	제한 정도에 따른 지급률
이동동작	- 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 지속적인 도움이 없이는 밖을 나올 수 없는 상태 또는 침대에서 휠체어로 옮기기를 포함하여 휠체어 이동 시 다른 사람의 지속적인 도움이 필요한 상태(지급률 40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움 없이는 밖을 나올 수 없는 상태 또는 보행이 불가능하나 스스로 휠체어를 밀어 이동이 가능한 상태 (30%) - 목발 또는 보행기(walker)를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태 (20%) - 보조기구 없이 독립적인 보행은 가능하나 보행시 파행(절뚝거림)이 있으며, 난간을 잡지 않고는 계단을 오르내리기가 불가능한 상태 또는 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태(10%)
음식물 섭취	- 입으로 식사를 전혀 할 수 없어 계속적으로 튜브(비위관 또는 위루관)나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급을 받는 상태 (20%) - 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 지속적인 도움이 없이는 식사를 전혀 할 수 없는 상태 (15%) - 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 지속적인 도움이 필요한 상태, 또는 지속적인 유치도뇨관 삽입상태, 방광루, 요도루, 장루상태 (20%) - 화장실에 가서 변기위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 뒤처리 시 다른 사람의 지속적인 도움이 필요한 상태, 또는 간헐적으로 자가 인공도뇨가 가능한 상태(CIC), 기저귀를 이용한 배뇨,배변 상태 (15%) - 화장실에 가는 일, 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변후 뒤처리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태 (10%) - 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2시간 이상 계속되는 업무를 수행하는 것이 어려운 상태, 또는 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 요실금, 변실금이 있는 때 (5%)
목욕	- 세안, 양치, 샤워, 목욕 등 모든 개인위생 관리시 타인의 지속적인 도움이 필요한 상태 (10%) - 세안, 양치시 부분적인 도움 하에 혼자서 가능하나 목욕이나 샤워시 타인의 도움이 필요한 상태 (5%) - 세안, 양치와 같은 개인위생관리를 독립적으로 시행가능하나 목욕이나 샤워시 부분적으로 타인의 도움이 필요한 상태 (3%)

옷 입고 벗기	- 상·하의 의복 착탈시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태 (10%) - 상·하의 의복 착탈시 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태 또는 상의 또는 하의중 하나만 혼자서 착탈의가 가능한 상태 (5%) - 상·하의 의복 착탈시 혼자서 가능하나 미세동작(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)이 필요한 마무리는 타인의 도움이 필요한 상태 (3%)
---------	--

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

【한국표준질병·사인분류】

국민의 보건의로 복지행정의 수행과 의학연구를 위해 한국인의 질병 및 사인에 대하여 의무기록자료 및 사망원인통계조사(질병이환 및 사망자료)등의 표준통계를 세계보건기구(WHO)의 국제질병분류표 ICD를 기초로 그 성질의 유사성에 따라 체계적으로 유형화한 것

- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에 규정한 감염병

【감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호】

“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 반복적인 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 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 합병증을 일으키게 한 외과적 및 기타 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장)
④ “자연의 힘에 노출(X30~X39)” 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
⑤ “우발적 익사 및 익수(W65~W74), 기타 호흡과 관련된 불의의 위험(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물질(W44)” 중 질병에 의한 호흡장애 및 삼킴장애
⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

※ () 안은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1시행)상의 분류번호이며, 제8차 개정 이후 상기 재해 이외에 추가로 위1 및 2의 각 호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함되는 것으로 합니다.

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

(부표 15)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제23조 제2항 및 제48조 제2항 관련)

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
재해사망보험금 재해생활자금 I 재해생활자금 II 질병생활자금 I 질병생활자금 II 디스크진단금 특정 류마티스진단금 척추골절진단금 척추질환 수술급여금 십자인대 수술급여금 반월판연골 수술급여금 아킬레스건 수술급여금 인공관절치환 수술급여금 척추질환 입원급여금 척추질환 종합병원 입원급여금 척추질환 상급종합병원 입원급여금 척추수술 한방치료비 (제18조 제1호에서 제17호)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간 지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간 지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간 지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%) 보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%) 보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해지환급금 (제48조 제2항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간 청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	1년 이내: 평균공시이율의 50% 1년초과기간: 1% 보험계약대출이율

- (주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 일자 계산하며, 소멸시효(제38조)가 완성된 이후에는 발생하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.
3. 가산이율 적용시 제23조(보험금 등의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.