보험에 마음을 더합니다 헤아림

판매일 2021년 8월



고객의 마음을 헤아리는

무배당 NH헤아림 건강보험 2101

NH농협손해보험

약관 이용 가이드 북

약관이용 Guide Book



※ 同 guidebook은 보험규정의 개념 및 구성 등을 간략하게 소개하고,
소비자 관점에서 약관 주요 내용 등을 **쉽게 찾고 이해할 방법을 안내하는 그것을 목적**으로 함

01 보험약관이란?



보험약관은 가입하신 보험계약의 내용 및 조건 등을 미리 정하여 놓은 계약조항으로 **보험계약자**와 **보험회사**의 **권리 및 의무**를 규정하고 있습니다. 특히, 청약철회, 계약취소, 보험금 지급 및 지급제한 사항 등 보험계약의 **중요사항**에 대한 설명이 들어 있으니 **반드시 확인**하셔야 합니다.

02 한눈에 보는 약관의 구성

약관 이용 가이드 북	약관을 쉽게 잘 이용할 수 있도록 **약관의 구성, 쉽게 찾는 방법** 등의 내용을 담고 있는 지침서
시각화된 약관 요약서	약관을 쉽게 이해할 수 있도록 계약 **주요내용 및 유의사항** 등을 **시각적 방법**을 이용하여 간단 요약한 약관
보험규정 (주계약&특약)	• **주계약**(보통약관) :기본계약을 포함한 공통사항을 정한 기본약관 • **특약**(특별약관) : 보통약관에 정한 사항 외 선택가입한 보장내용 등 필요한 사항을 정한 약관
용어해설 및 색인 등	약관이해를 돕기 위한 어려운 **법률·보험용어**의 **해설**, **특약색인, 관련 법규** 등을 소비자에게 안내

03 QR코드를 통한 편리한 정보이용

• **QR(Quick Response)코드란?**

스마트폰으로 해당 QR코드를 스캔하면 상세내용 등을 손쉽게 안내받을 수 있습니다.

약관해설 영상

보험금 지급절차

04 약관의 핵심 체크항목 쉽게찾기(보통약관기준)

보험약관 핵심사항 등과 관련된 **해당 조문, 쪽수 및 영상자료** 등을 안내드리오니,
보험회사로부터 약관을 수령한 후, 해당 내용을 반드시 **확인·숙지**하시기 바랍니다.

1	보험금 지급 및 지급제한 사항	**제3조**(보험금의 지급사유) 49p **제5조**(보험금을 지급하지 않는 사유) 49p	보험금 지급
	*본인이 가입한 특약을 확인하여 가입특약별「보험금 지급사유 및 미지급사유도 반드시확인할 필요		
2	청약철회	**제20조**(청약의 철회) 64p	청약철회
3	계약취소	**제21조**(약관교부 및 설명의무 등) 65p	계약취소
4	계약 무효	**제22조**(계약의 무효) 67p	계약무효
5	계약前 알릴 의무 및 위반 효과	**제15조**(계약 전 알릴 의무) 56p **제17조**(알릴 의무 위반의 효과) 60p	계약전 알릴의무
6	계약後 알릴 의무 및 위반 효과	**제16조**(상해보험 계약 후 알릴 의무) 58p **제17조**(알릴 의무 위반의 효과) 60p	계약후 알릴의무
7	보험료 연체 및 해지	**제29조**(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지) 74p	보험료 연체해지
8	부활(효력회복)	**제30조**(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) 75p	부활
9	해지환급금	**제32조**(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회) 77p **제35조**(해지환급금) 79p	해지환급금
10	보험계약대출	**제36조**(보험계약대출) 80p	보험계약대출

05 약관을 쉽게 이용할 수 있는 꿀팁

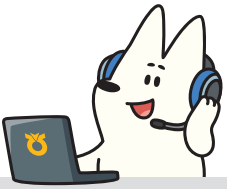
아래 **7가지 꿀팁**을 활용하시면 약관을 보다 **쉽고 편리하게** 이용할 수 있습니다.

1. 시각화된 **'약관 요약서'**를 활용하시면 계약 일반사항, 가입시 유의사항, 민원사례등 약관을 보다 쉽게 이해하실 수 있습니다.
2. **'약관 핵심 체크항목 쉽게 찾기'**를 이용하시면 약관내용 중 핵심적인 권리 및 의무관계를 보다 쉽게 찾을 수 있습니다.
3. **'색인'**을 활용하시면 본인이 실제 가입한 특약 약관을 쉽게 찾을 수 있습니다.

*주 계약에 부가된 특약은 자유롭게 선택, 가입(의무특약 제외)할 수 있고 가입특약에 한해 보장받을 수 있음

4. 약관 내용 중 어려운 보험용어는 **용어해설, 약관 본문 Box안 예시** 등을 참고하시면 약관 이해에 도움이 됩니다.
5. 스마트폰으로 **QR코드**를 인식하면 약관해설 동영상, 보험금 지급절차, 전국 지점 등을 쉽게 안내받을 수 있습니다.
6. **'관련법규'항목**을 활용하시면 약관에서 인용한 법률 조항 및 규정을 자세히 알 수 있습니다.
7. 약관조항 등이 **음영·컬러화** 되거나 **진하게** 된 경우 보험금 지급 등 약관 주요 내용이므로 주의 깊게 읽기 바랍니다.

06 기타문의 사항



※ 기타 문의사항은 당사 **홈페이지(www.nhfire.com)**, **고객 콜센터(1644-9000)**로 문의 가능

※ 보험상품 거래단계별 필요한 금융꿀팁 또는 핵심정보 등은 **금융감독원 금융소비자정보 포탈(fine.fss.or.kr)**에서 확인 가능

쉽게 이해하는

약관 요약서



이 요약서는 그림·도표·아이콘·삽화 등 시각화된 자료를 바탕으로 보험상품 및 약관의 핵심내용을 알기 쉽게 작성한 것입니다. 더욱 자세한 사항은 **상품설명서 및 약관을 반드시 확인하시기 바랍니다.**

※ 이 요약서의 내용을 이해하지 못하고 보험에 가입할 경우 불이익을 받을 수 있으므로, 동 내용을 반드시 이해하시고 계약체결 여부를 결정하시기 바랍니다.

Ⅰ. 보험계약의 개요



- **보험 회사명** | NH농협손해보험
- **보험상품명** | 무배당 NH헤아림건강보험2101
- **보험상품의 종목** | 기타보험

01 상품의 주요 특징

일반상해사망, 일반상해후유장해, 암진단비,
암직접치료입원일당 등을 보장하는 건강보험

02 '상품명'으로 상품의 특징 이해하기

무배당 NH헤아림건강보험2101

1. **무배당 :** 계약자에게 배당하지 않는 상품입니다.
2. **건강보험 :** 상해 및 질병위험을 보장해주는 상품입니다.

보장성 보험
사망, 상해, 질병 등

KDIC
보호금융상품
1인당 최고 5천만원

예금자보호

Ⅱ 소비자가 반드시 알아두어야 할 유의사항



01 보험금 지급제한 사항

이 보험에는 면책기간, 감액지급, 보장한도 및 자기부담금 등 보험금 지급제한 조건이 부가되어 있습니다.
보다 자세한 사항은 상품설명서 및 약관을 참조하시기 바랍니다.

면책기간

면책기간 보험금 미지급

이 보험에는 **보험금이 지급되지 않는 기간(면책기간)**이 설정된 담보가 있습니다.

담보명	면책기간
5대고액치료비암진단비	가입 후 **90일간** 보장 제외(15세 이상자)
암진단비(Ⅰ,일시지급형)	가입 후 **90일간** 보장 제외(15세 이상자) (단, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양 제외)
암진단비(Ⅱ,연지급형)	가입 후 **90일간** 보장 제외(15세 이상자) (단, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양 제외)
암수술비	가입 후 **90일간** 보장 제외(15세 이상자) (단, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양 제외)
항암방사선·약물치료비(최초1회한)	가입 후 **90일간** 보장 제외(15세 이상자) (단, 기타피부암, 갑상선암은 제외)
암직접치료입원일당 (요양병원제외, 1일이상180일한도)	가입 후 **90일간** 보장 제외(15세 이상자) (단, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양은 제외)
암요양병원입원일당(1일이상90일한도)	가입 후 **90일간** 보장 제외(15세 이상자) (단, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양은 제외)

감액지급

감액지급 50% [1년 이내]

이 보험에는 **일정기간 보험금이 일부만 지급(감액지급)**되는 담보가 있습니다.

담보명	감액기간 및 비율
5대고액치료비암진단비	가입 후 **1년간** 보험금 **50%**지급
암진단비(Ⅰ,일시지급형)	가입 후 **1년간** 보험금 **50%**지급
암진단비(Ⅱ,연지급형)	가입 후 **1년간** 보험금 **50%**지급
암수술비	가입 후 **1년간** 보험금 **50%**지급
항암방사선·약물치료비(최초1회한)	가입 후 **1년간** 보험금 **50%**지급
암직접치료입원일당 (요양병원제외, 1일이상180일한도)	가입 후 **1년간** 보험금 **50%**지급
암요양병원입원일당(1일이상90일한도)	가입 후 **1년간** 보험금 **50%**지급
뇌졸중진단비	가입 후 **1년간** 보험금 **50%**지급
뇌혈관질환진단비	가입 후 **1년간** 보험금 **50%**지급
급성심근경색증진단비	가입 후 **1년간** 보험금 **50%**지급
허혈성심장질환진단비	가입 후 **1년간** 보험금 **50%**지급

보장한도

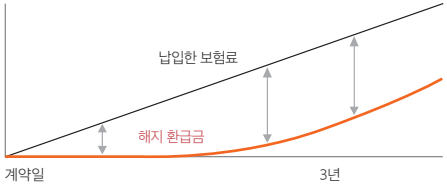
이 보험에는 **보험금 지급 한도**가 설정된 담보가 있습니다.

담보명	보장한도
5대고액치료비암진단비	최초1회한
암진단비(Ⅰ,일시지급형)	각각 최초1회한
뇌졸중진단비	최초1회한
뇌혈관질환진단비	최초1회한
급성심근경색증진단비	최초1회한
허혈성심장질환진단비	최초1회한
질병후유장해가족생활 지원금(80%이상,연지급형)	최초1회한
암진단비(Ⅱ,연지급형)	각각 최초1회한
암직접치료입원일당(요양병원제외, 1일이상180일한도)	1일이상 180일한도
암요양병원입원일당(1일이상90일한도)	1일이상90일한도
항암방사선·약물치료비(최초1회한)	암, 기타피부암, 갑상선암 : 최초1회한
일반상해후유장해(80%이상)	최초1회한
일반상해후유장해가족생활 지원금(80%이상, 연지급형)	최초1회한

02 해지환급금에 관한 사항

보험계약자가 보험계약을 중도에 해지할 경우
보험회사는 해지환급금을 지급합니다.

● **해지환급금은 납입한 보험료 보다 적거나 없을 수도 있습니다.**
*해지환급금 : 납입한 보험료에서 계약체결·유지관리 등에 소요되는 경비 및 경과된 기간의 위험 보장 사용된 보험료를 차감하여 지급



03 소비자가 반드시 알아두어야 할 상품의 주요 특성

보장성보험

보장성보험 사망·상해·질병 등

❶ 이 보험은 질병보장을 주목적으로 하는 보장성보험이며, **저축이나 연금수령을 목적으로 가입하시기에 적합하지 않습니다.**

❷ 만기 또는 중도해지 시 납입한 보험료보다 환급금이 적을 수 있습니다.

금리연동형 보험

금리연동형 적용금리 변동 / 최저이율보장 0.5%

❶ 이 보험의 **보험료 적립금 산출**에 적용되는 **이율**은 **매월 변동**됩니다.

❷ 동 **이율**은 납입한 주계약(또는 적립)보험료에서 **계약체결·유지관리에 필요한 경비 및 위험보장을 위한 보험료를 차감한 금액에 대해서만 적용**됩니다.

❸ 이 보험의 **최저보증이율***은 **연복리 0.5%**입니다.
*자산운용이익률, 시장금리가 하락하는 경우 회사가 보증하는 적용이율의 최저한도

예금자보험제도에 관한 사항

예금자보호 KDIC 보호금융상품 / 예금자보호 최저보증 보험금만 보호 1인당 최고 5천만원

❶ 이 보험은 예금자보험법에 따라 예금보험공사가 보호합니다.

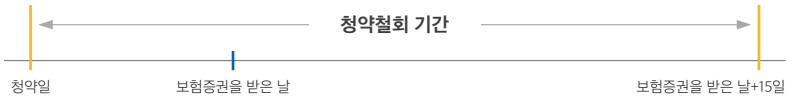
❷ 예금자보호 한도는 본 보험회사에 있는 귀하의 모든 예금보호 대상 금융상품의 해지환급금(또는 만기시 보험금이나 사고보험금)과 기타 지급금을 합하여 **1인당"최고 5천만원"이며, 5천만원을 초과하는 나머지 금액은 보호하지 않습니다.**

Ⅲ 보험계약의 일반사항

01 청약을 철회할 수 있는 권리

보통약관 제1절 일반조항 | 제20조

보험계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 보험계약의 청약을 철회할 수 있으며,
이 경우 회사는 3영업일 이내에 납입한 보험료를 돌려드립니다.



:청약철회가 불가한 경우

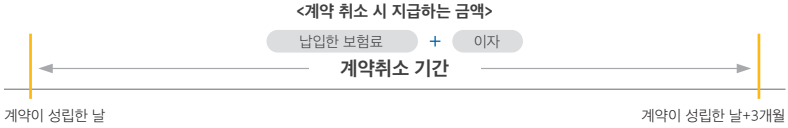
❶ **청약일부터 30일**(만65세 이상 보험계약자&전화로 체결한 계약의 경우 45일)을 **초과**한 경우

❷ 회사가 **건강상태 진단을 지원**하는 계약, **보험기간이 90일 이내**인 계약 또는 **전문금융소비자**가 체결한 계약

02 보험계약을 취소할 수 있는 권리

보통약관 제1절 일반조항 | 제21조

보험계약자는 다음에서 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.



❶ 보험계약을 청약할 때 **보험약관** 및 **보험계약자 보관용 청약서**를 전달받지 못한 경우

❷ **보험약관**의 **중요내용**을 설명 받지 못한 경우

❸ 보험계약자가 청약서에 **자필서명**을 하지 않은 경우

03 보험계약의 무효

보통약관 제1절 일반조항 | 제22조

보험회사는 다음의 경우 보험계약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

❶ 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 보험계약에서 피보험자의 서면 동의를 얻지 않은 경우

❷ 만 15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험금 지급사유(피보험자 지정)로 한 경우

❸ 보험계약 체결 시 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우

04 보험계약前 알릴의무 및 위반시효과

보통약관 제1절 일반조항 | 제15조, 제17조

보험계약자 또는 피보험자는 보험계약을 청약할 때 청약서의 질문사항(중요사항)에 대하여 사실대로 알려야 합니다.

❶ 청약서의 질문사항에 대하여 **보험설계사**에게만 **구두**로 알렸을경우 **보험계약前 알릴의무를 이행한 것으로 볼 수 없습니다.**

❷ **전화 등 통신수단을 통한 보험계약**의 경우 **보험회사 상담원의 질문이 청약서의 질문사항을 대신**하므로 상담원의 질문에 사실대로 답변하여야 합니다.



계약자 또는 피보험자

고의 또는 중과실로 **사실과 다르게 알린 경우**

- **계약 해지 가능** (회사)
- **보장 제한 가능** (회사)

민원 사례

A씨는 고지혈증, 당뇨병으로 90일간 투약처방 받은 사실을 보험설계사에게만 알려주고, 청약서에 기재하지 않은 채 ○○질병보험에 가입하였으며, 가입 이후 1년간 당뇨병으로 통원치료를 받아 보험금을 청구

➡ 보험회사는 보험계약이 해지됨과 동시에 보험금 지급이 어려움을 안내

법률 지식

[대법원 2007.6.28.선과 2006다59837]

일반적으로 보험설계사는 독자적으로 보험회사를 대리하여 보험계약을 체결할 권한이나 고지의무를 수령할 권한이 없음



05 보험계약後 알릴 의무 및 위반시효과

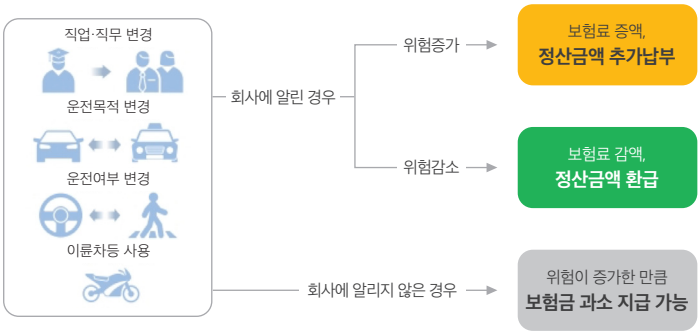
보통약관 제1절 일반조항 | 제16조, 제17조

보험계약자 등은 피보험자의 직업·직무변경 등이 발생한 경우 지체없이 보험회사에 알려야 하며,
이를 위반하는 경우 보험금 지급이 제한될 수 있습니다.

보험회사는 피보험자의 직업·직무 변경 등으로

❶ **위험**이 **감소**한 경우 **보험료**를 **감액**하고 **정산금액**을 **환급**하여 드리며,

❷**위험**이 **증가**한 경우 **보험료**가 **증액**되고 **정산금액**의 **추가 납입**이 **필요**할 수 있습니다.

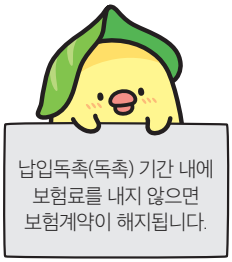


06 보험료 납입연체 및 보험계약의 해지

보통약관 제1절 일반조항 | 제29조

보험료 납입이 연체 중인 경우 보험회사는 납입을 독촉하는 안내를 하며,
납입최고(독촉) 기간 내에 보험료를 납입하지 않으면 보험계약이 해지됩니다.
*납입최고(독촉)기간:14일 이상(보험기간 1년 미만인 경우 7일 이상)





납입연체

보험료 납입이 연체 중인 경우

07 해지된 보험계약의 부활(효력회복)

보통약관 제1절 일반조항 | 제30조

보험료 납입연체로 보험계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우
해지된 날부터 3년 이내에 보험계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.

⚠ 보험회사는 피보험자의 건강상태, 직업 등에 따라 승낙여부를 결정하며,
부활(효력회복)을 **거절**하거나 **보장의 일부**를 **제한**할 수 있습니다.



해지환급금 미수령

보험료 미납으로 인한 **계약의 해지** → 해지 후 3년이내 **부활 청약** → 건강상태, 직업 등 **심사** → 승낙 or 거절 또는 **일부 보장제한**

08 보험계약대출

보통약관 제1절 일반조항 | 제36조

보험계약자는 보험계약의 해지환급금 범위 내에서 보험계약대출을 받을 수 있습니다.

⚠
❶ **상환하지 않은 보험계약대출금** 및 **이자**는 **해지환급금** 또는 **보험금**에서 **차감**될 수 있습니다.
❷ **순수보장성보험** 등 보험상품 종류에 따라 **보험계약대출**이 **제한**될 수 있습니다.
❸ 보험계약자는 대출신청 전에 **보험계약대출이율**을 **반드시 확인**하시기 바랍니다.

환급금 내역서

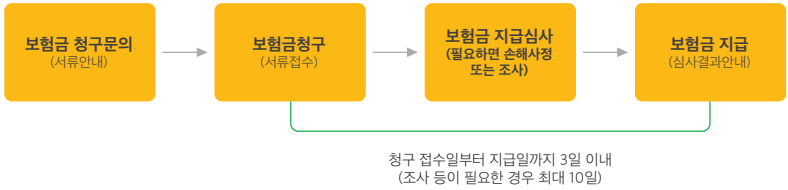
해지환급금	공제금액			실수령액
	원금	이자	계	
1,000만원	500만원	5만원	505만원	495만원



09 보험금청구절차 및 서류

보통약관 제1절 일반조항 | 제7조

보험금은 청구서류 접수일부터 3영업일 이내에 지급하는 것이 원칙입니다.
(단, 보험금 지급사유의 조사·확인이 필요한 경우 10영업일이 소요될 수 있습니다.)



⚠ **소액 보험금 청구시** 진단서 제출이 면제되는 등 **청구서류**가 **간소화**되는 경우도 있으니, **보험금청구 전**에 보험회사에 **제출서류**를 **확인**하시기 바랍니다.

보험금 청구서류						
구분	진단서	입퇴원확인서	수술 확인서	통원 확인서	진단사실 확인서류	공통
사망	● (사망진단서)					청구서 신분증
장해	● (장해진단서)					
진단	●				● (검사결과지 등)	
입원	△	●				
수술	△		●			
실손	△	● (입원시)	● (수술시)	● (통원시)		

주) 보험사고의 종류, 내용 등에 따라 진료비 세부내역서 등 추가서류가 필요할 수 있습니다.



NH농협손해보험

무배당
NH헤아림건강보험2101
약 관

개인신용정보 제공 · 이용에 대한 고객권리 안내문

1. 금융서비스의 이용 범위

가. 고객의 개인신용정보는 금융거래의 설정·유지여부 판단 목적 및 고객이 동의한 목적만으로 이용됩니다.

나. 고객은 영업장·인터넷 등 다양한 채널을 통해 금융거래를 체결하거나 금융서비스를 제공받는 과정에서 **1) 금융회사가 본인의 개인신용정보(이하 '본인정보')를 제휴·부가서비스 등을 위해 제휴회사 등에 제공하는 것 및 2) 당해 금융회사가 금융상품 소개 및 구매권유(이하 '마케팅') 목적으로 이용하는 것에 대해 동의를 하지 않는 경우에도 금융거래를 체결하거나 금융서비스를 이용하실 수 있습니다.** 다만, 이러한 동의를 하지 않으신 경우에는 제휴·부가서비스 및 신상품·서비스 등을 제공받지 못할 수도 있습니다.

2.「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」상의 고객 권리

가. 본인정보의 제3자 제공사실 통보 요구

고객은「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」제35조에 따라 금융회사가 본인정보를 전국은행연합회, 손해보험협회, 신용조회회사, 타 금융회사 등 제3자에게 제공한 경우 제공한 본인정보의 주요 내용 등을 알려주도록 금융회사에 요구할 수 있습니다.

- 신청방법
  - o 서　면 : 본사(서울시 서대문구 충정로 60) 또는 각 영업점
  - o 전　화 : 1644-9000

나. 금융거래 거절 근거 신용정보 고지 요구

고객은「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」제36조에 따라 금융회사가 전국은행연합회, 신용조회회사 등으로부터 제공받은 연체정보 등에 근거하여 금융거래를 거절·중지하는 경우에는 그 거절·중지의 근거가 된 신용정보, 동 정보를 제공한 기관의 명칭·주소·연락처 등을 고지해 줄 것을 금융회사에 요구할 수 있습니다.

다. 본인정보의 제3자 제공 및 마케팅 목적의 전화 등의 중단 요구

고객은「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」제37조에 따라 가입 신청 시 동의를 한 경우에도 본인정보를 제3자에게 제공하는 것 및 당해 금융회사가 마케팅 목적으로 본인에게 연락하는 것을 전체 또는 사안별로 중단 시킬 수 있습니다.(다만, 고객의 신용도 등을 평가하기 위해 전국은행연합회 또는 신용조회회사 등에 제공하는 것에 대해서는 중단시킬 수 없습니다.)

- 신청방법
  - o 서　면 : 본사(서울시 서대문구 충정로 60) 또는 각 영업점
  - o 전　화 : 1644-9000
  - o 인터넷 : http://www.nhfire.co.kr
- 신청자 제한 : **신규 거래고객은 계약 체결일로부터 3개월간은 신청할 수 없습니다.**

라. 본인정보의 열람 및 정정 요구

고객은「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」제38조에 따라 금융회사가 보유한 본인정보에 대해 열람 청구가 가능하며, 본인정보가 사실과 다른 경우에는 이의 정정 및 삭제를 요구할 수 있으며, 그 처리결과에 이의가 있는 경우에는 금융위원회에 시정을 요청할 수 있습니다.

- 신청방법
  - o 서　면 : 본사(서울시 서대문구 충정로 60) 또는 각 영업점
  - o 전　화 : 1644-9000
  - o 인터넷 : http://www.nhfire.co.kr

※「개인정보보호법」제37조에 따라 정보주체는 개인정보처리자에 대하여 자신의 개인정보 처리정지를 요구할 수 있으며, 이 경우 개인정보처리자는 특별한 사유가 없는 한 10일 이내에 개인정보 처리의 전부 또는 일부를 정지하여야 합니다.

마. 본인정보의 무료 열람 요구

고객은「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」제39조에 따라 본인정보를 신용조회회사를 통하여 연간 일정 범위 내에서 무료로 열람할 수 있습니다. 자세한 사항은 각 신용조회회사에 문의하시기 바랍니다.

- 연락처
  - o 한국신용정보(주) ☎ 02-2122-4000 인터넷 www.nice.co.kr
  - o 서울신용평가정보(주) ☎ 1577-1006 인터넷 www.sci.co.kr
  - o 코리아크레딧뷰로(주) ☎ 02-708-1000 인터넷 www.kcb4u.com

바. 본인정보의 삭제 요구

고객은「신용정보법」제38조의3에 따라 보험거래종료 후 5년 경과한 경우 본인정보를 삭제요구 하실 수 있습니다.

* 보험거래종료일은 1) 보험계약 만기, 해지, 취소, 철회일 또는 소멸일 및 2) 보험금 청구권 소멸시효 완성일, 채권·채무관계 소멸일 중 가장 나중에 도래한 사유를 기준으로 판단합니다.

* 다만, 만기 등 사유발생일 이후라도 만기환급금 또는 해지환급금 등을 수령하지 않았거나 상환할 금액이 남아 있는 경우, 보험금 지급이 진행중이거나 수사·소송이 진행중인 경우 거래종료에 해당하지 않습니다.

- 신청방법
  - 전화 : 1644-9000

※ NH농협손해보험의 고의 또는 과실 등 귀책사유로 인한 개인정보 유출로 고객님에게 발생한 손해에 대해 관계 법령 등에 따라 보상받으실 수 있습니다.

3. 위의 권리행사와 관련하여 불편함을 느끼시거나 애로가 있으신 경우 아래의 담당자 앞으로 연락하여 주시기 바랍니다.

- 연락처
  - o 당사 개인신용정보 보호담당자
    : 02-3786-7528 / 서울시 서대문구 충정로 60(미근동)
  - o 손해보험협회 개인신용정보 보호담당자
    : 02-3702-8695 / 서울시 종로구 종로5길 68(수송동)
  - o 금융감독원 개인신용정보 보호담당자
    : 국번없이 1332 / 서울시 영등포구 여의대로 38(여의도동)

꼭! 알아두세요

1. 이 약관내용 중 특별약관은 보험증권에 명기된 것에 한하여 적용합니다.

2. 청약서상의 주소, 성명, 생년월일 등 기재사항을 본인이 직접 정확하게 기재하셔야 하며, 내용을 충분히 확인하신 후 반드시 자필서명하여야 합니다.

3. 건강상태나 직업에 대하여 회사가 질문한 사항에 대하여 반드시 사실대로 상세히 알려야 합니다.

4. 청약서를 기재하기 전에 보험금을 지급받을 수 있는 경우와 보험금을 지급받을 수 없는 경우를 꼭 확인하십시오.

5. 보험료를 내실 때에는 반드시 저희 회사가 발행한 보험료영수증을 받으시길 바랍니다.

6. 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 즉시 저희 회사에 알려주시기 바랍니다.

보험금 지급 절차 안내

고객님께서 가입하신 계약에 대하여 보험금 청구사유 발생시 보험금 청구 서류안내에 따라 보험금 청구서류를 회사에 접수하여 주시면 아래의 절차에 따라 신속히 처리하여 드리겠습니다.

☞ 보험금 청구(사고접수)는 당사 소정양식의 청구서류를 다운로드 받으신 후 작성하셔서 가까운 NH농협 영업점에 제출하시면 신속히 처리하여 드립니다.
☞ 홈페이지 또는 모바일로 청구하실 경우, 청구금액 100만원 이하 건에 한하여 접수 가능합니다.
☞ 궁금하신 사항은 NH농협손해보험 고객지원센터(1644-9000)로 문의하시기 바랍니다.
☞ 보험금 청구가 완료되면 보상처리 담당자가 지정되어 고객님께 담당자의 성명, 연락처를 SMS로 전송해 드립니다.
☞ 자세한 보상관련 문의사항은 보상처리 담당자에게 문의하시면 됩니다.

보험금 지급 절차

01 STEP	**보험금 청구**	사고발생 통보 및 보험금 청구를 합니다
02 STEP	**청구서류 제출하기**	홈페이지, 모바일앱 또는 가까운 영업점에 관련서류를 제출합니다.
03 STEP	**보상팀 및 보상담당자 지정**	보상처리 담당자가 지정되어 고객님께 SMS로 담당자의 성명, 연락처를 SMS로 전송해 드립니다
04 STEP	**보상여부 검토·조사**	보험금 지급여부를 심사합니다.
05 STEP	**보험금 결정 및 지급안내**	보험금이 결정되면 피보험자의 예금통장에 보험금이 입금됩니다.

▸▸▸ 무배당 NH헤아림건강보험2101 약관

◉ 보험금 청구 소멸시효

- 보험금 청구 서류를 사고발생일로부터 3년 이내에 접수하지 않으면 청구권이 소멸됩니다.(상법 제662조)

◉ 보험금 지급심사 위탁

- [금융기관의 업무위탁 등에 관한 규정]에 의하면 「금융기관은 인가 등을 받은 업무를 영위함에 있어 제3자에게 업무를 위탁하거나 제3자의 업무를 수탁할 수 있다」라고 명시하고 있습니다.

◉ 손해사정사 선임 및 조사

- 보험금 지급여부 결정을 위해 사고 현장조사, 병원 방문 조사등이 필요한 경우 보험업법에 따라 공인된 손해사정법인에게 조사 업무를 위탁할 수 있습니다.
- 보험계약자 등이 보험회사와 협의하여 손해사정사를 선임할 수 있습니다.

  ※ 손해사정법인 : 보험업법에 따라 공정한 보험금 지급심사에 대한 인가를 받은 업체

◉ 장해진단서 제출 시 유의 사항

- 장해진단서 제출의 경우에는 가능한 3차 의료기관에서의 진단을 요청드리며, 진단 전에 보상 담당자와 협의 하시는 것이 신속한 보험금 심사에 도움이 됩니다.

  ※ 3차 의료기관 : 500병상 이상의 대학병원, 종합병원
- 장해상태에 대하여 의료 재심사가 이루어질 수 있으며, 이 경우 비용은 보험회사가 부담합니다.

◉ 의료심사

- 상해, 질병보험 등에서는 약관에 따른 보험금 지급여부와 지급금액 결정을 위해 진단서, 치료관련 기록 등 제출하여 주신 서류를 기초로 해당 과별 전문의에 의한 의료심사가 시행될 수 있으며, 이 경우 비용은 보험회사가 부담합니다.

● 손해/생명 보험사간 치료비 분담 지급(비례보상 적용)

- 상해, 질병으로 인한 의료비 실비를 보상하는 상품의 경우 다른 보험회사의 가입여부에 따라 비례보상원칙을 적용하여 보험금을 지급할 수 있습니다.
- 타 보험사의 가입사항은 보험협회를 통하여 확인 가능합니다.

● 보험금 지급안내 및 심사 절차 조회 방법

- 보험금이 지급되는 경우 보험금 지급안내(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지)가 이루어집니다.
- 보험금 지급심사 결과 보험금이 지급거절 될 수 있으며, 이때에는 부지급 사유 및 근거를 제시합니다.
- 보험금 지급이 지연되는 경우에는 약관에서 정한 규정에 따라 이자를 가산하여 지급합니다.
- 농협손해보험주식회사 홈페이지에 접속하시면 계약내용 및 사고처리 진행경과 및 지급내역을 확인하실 수 있으며, 보험금 부지급 결정 및 산정내역에 이의사항이 있는 경우 아래로 연락주시면 상담하여 드립니다.

※ 대표전화 : 1644-9000

보험금 청구서류 안내

상해 및 질병 관련 청구서류

보장내역			청구서류
공통		기본	① 보험금청구서 ② 개인(신용)정보처리동의서 ③ 신분증 사본
		추가	① 통장사본(사전 미등록 계좌)
사망	공통	선택	① 사망진단서(사체검안서) 원본 ② 사망진단서(사체검안서) 사본 및 기본증명서(사망사실 기재)
	상해	추가	① 상해입증서류
입원비	공통	선택	① 진단명(질병분류코드)·수술명·수술일자가 포함된 서류 ② 진단서
	상해	추가	① 상해입증서류
통원비	공통	선택	① 진단명(질병분류코드)·수술명·수술일자가 포함된 서류 ② 진단서
	상해	추가	① 상해입증서류
수술	공통	기본	① 진단명(질병분류코드)·수술명·수술일자가 포함된 서류
	상해	추가	① 상해입증서류
후유장해	공통	선택	① 후유장해진단서 - 일반진단서로 대체가 가능한 경우 : (일반)진단서
		추가	- 일반진단서 제출 시 추가필요서류 ② 만성신부전 : 혈액투석(최초투석일, 환자상태 기재) ③ 사지절단(절단부위 명시) : X-RAY결과지 ④ 인공관절치환술(치환일자, 부위 명시) : 수술기록지 ⑤ 비장·신장·안구적출(적출일자, 부위 명시) : 수술기록지 ⑥ 장기전절제(절제일자, 부위 명시) : 수술기록지
	상해	추가	① 상해입증서류

보장내역			청구서류
골절		선택	① 진단명(질병분류코드)·진단일자가 포함된 서류 ② 통원확인서·입·퇴원확인서 + X-RAY결과지 ③ 진단서
치료		선택	① 진단명(질병분류코드)·입원기간이 포함된 서류 ② 진단서
		추가	① 상해입증서류*
진단	공통	기본	① 진단서(진단명, 질병분류코드 포함)
	암	기본	① 조직검사결과지 - 백혈병 : 골수검사지 및 혈액검사 결과지 - 뇌/폐/췌장암 : 방사선 판독결과지(조직검사 못할 경우) - 간 : 방사선 판독결과지 및 혈액검사 결과지
	뇌졸중	기본	① CT, MRI 등 방사선 판독 결과지
	심근경색	기본	① 각종 검사결과지(관상동맥조영술결과지, 심전도결과지, 근효소결과검사지 등)
태아	입원	기본	① 출생증명서(또는 가족관계증명서) ② 입·퇴원확인서(또는 진단서)
	유산	기본	① 진단서
	사산	선택	① 사산증명서 ② 진단서
실손의료	입원	기본	① 진료비계산영수증 및 진료비세부내역서
		선택	① 진단명(질병분류코드)·입원기간이 포함된 서류 ② 진단서
	통원	기본	① 진료비계산영수증 및 진료비세부내역서
		선택	① 진단명(질병분류코드)·통원일(기간)이 포함된 서류 ② 진단서

※ 상해 입증서류 예시

① 교통사고 : 공공기관, 손해보험사, 공제조합 사고사실확인서
② 산업재해 : 산업재해처리내역서 또는 보험급여지급확인서
③ 군인재해사고 : 공무상병인증서
④ 의료사고 등 법원분쟁 : 법원판결문
⑤ 기타 상해사고 : 공공기관 사고사실확인서
⑥ 확인서류 발급불가 상해사고 : 초진차트 등 증명서류, 보험금 청구서상 상해사고내용 기재
⑦ 자살 : 경찰서 발행 변사사실확인원

운전자 관련 청구서류

보장내역	청구서류	
공통	추가	① 통장사본(사전 미등록 계좌) ② 가족관계 확인서류
입원비	기본	① 자동차보험 보험금지급결의서 ② 진단명·입원기간이 포함된 서류
		③ 진단서
통원비	기본	① 자동차보험 보험금지급결의서 ② 진단명·입원기간이 포함된 서류 ③ 진단서
사망	선택	① 사망진단서(사체검안서) 원본
		② 사망진단서(사체검안서) 사본 및 기본증명서(사망사실 기재)
후유장해	선택	① 후유장해진단서 - 일반진단서로 대체가 가능한 경우 : (일반)진단서
	추가	- 일반진단서 제출 시 추가필요서류 ② 만성신부전 : 혈액투석(최초투석일, 환자상태 기재) ③ 사지절단(절단부위 명시) : X-RAY결과지 ④ 인공관절치환술(치환일자, 부위 명시) : 수술기록지 ⑤ 비장·신장·안구적출(적출일자, 부위 명시) : 수술기록지 ⑥ 장기전절제(절제일자, 부위 명시) : 수술기록지
긴급비용	기본	① 견인비 영수증
		② 수리비 견적서

보장내역		청구서류	
차량손해 위로금	사고 발생시	기본	① 자동차보험 보험금 지급결의서
			② 자동차 등록원부
		선택	① 폐차 시 : 폐차확인원, 수리불능확인서
			② 차량수리 시 : 차량수리견적서
	도난	기본	① 도난사고사실확인원(신고일로부터 30일 경과 후 발급)
면허정지위로금		기본	① 면허취소확인원(교육 이수 후)
			② 운전경력 증명서
면허취소위로금		추가	① 면허정지 행정처분 확인서
벌 금		기본	① 면허정취소확인원
			② 운전경력 증명서
형사합의지원금/ 교통사고수습지원금		추가	① 운전면허 취소처분 결정통지서 또는 면허취소 확인원
생활안정지원금		기본	① 벌금납부 영수증
			② 법원 판결문, 약식명령문
변호사선임비용 등		기본	① 피해자진단서
			② 경찰서에 제출된 형사합의서(합의금액 명시)
			③ 공소장
			④ 공탁서 및 피해자 공탁금 출금 확인서 (미합의 시)
			⑤ 형사합의금이 입금된 내역

※ 상기 청구서류는 일반적인 보험금 청구 시 필요한 서류를 기재한 것으로서 보험수익자가 다수이거나 미성년자 또는 대리청구, 단체보험 등의 경우에는 추가서류가 필요할 수 있으므로, 보험사에 구체적인 필요서류를 문의하여 주시기 바랍니다.

※ 기타 보장내역(재물, 비용 등)의 경우 상기 서류 외 별도의 서류가 필요할 수 있음으로 보험사에 구체적인 필요서류를 문의하여 주시기 바랍니다.
- 대표전화 : 1644-9000

농협손해보험 보험가입자를 위한 안내

귀하께서는 우리 농협손해보험주식회사와 보험계약을 체결하셨습니다.
현대사회를 살아가면서 발생할 수도 있는 각종 위험에 대비하고, 미래의 풍요로운 삶을 준비하는데 반드시 필요한 경제제도인 손해보험에 가입하신 것을 저희 회사 임직원 모두가 깊이 감사드립니다.

이 보험 안내서는 귀하께서 보험에 대한 합리적인 선택을 하시는데 도움을 드리고자 장기손해보험(연금저축손해보험 포함) 상품을 가입하시기 전에 꼭 알아두셔야 할 사항에 대하여 설명하고 있습니다.
해당사항에 대해 궁금한 점이 있으신 경우, 본사 고객센터(Tel : 1644-9000)나 인터넷 홈페이지(http://www.nhfire.co.kr)를 통해 문의하시면 상세히 안내하여 드리겠습니다.

가. 장기손해보험의 원리 및 특성
나. 장기손해보험상품의 유형
다. 장기손해보험상품의 선택방법
라. 장기손해보험 가입 시 유의사항
마. 장기손해보험가입자 보호제도

가. 장기손해보험의 원리 및 특성

- 장기손해보험계약은 당사자 일방이 약정한 보험료를 납입하고, 상대방이 재산 또는 생명이나 신체 등에 관하여 불확정한 사고가 생길 경우에 발생한 손해를 약관에서 정한 바에 따라 보상(보험금)받게 되는 경제적 준비제도입니다.

장기손해보험은 다음과 같은 특성을 가지고 있습니다.

① 장기손해보험은 보험계약자가 납입한 보험료 중에서 적립보험료 부분을 회사가 보험기간 동안 소정의 적립이율로 운용하여 보험기간이 만료되는 시점에서 보험계약자에게 만기환급금으로 지급하는 저축기능과 보험기간 동안의 위험을 보장받을 수 있는 보장기능을 겸비하고 있는 보험상품입니다.

다만, 순수보장성 보험의 경우에는 만기환급금이 없는 대신에 보험료가 저렴합니다.

② 보험계약은 보험계약자가 청약을 하고 보험회사가 승낙을 하면 성립합니다. 보험계약자가 청약을 하고 보험료를 납부하신 후 30일 이내에 보험회사의 거절의 통지가 없으면 보험계약이 승낙된 것으로 봅니다.

③ 장기손해보험의 보험료 납입은 연납을 원칙으로 하되 보험계약자의 선택에 따라 월납, 3월납, 6월납, 일시납 등으로 할 수 있습니다. 만기시 지급하는 만기환급금의 재원으로 인하여 보험료 규모가 크고, 보험기간이 장기인 점을 감안하여 납입주기를 다양하게 선택할 수 있도록 하고 있습니다.

④ 보험계약자가 사정에 의하여 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 못하여 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하여 보험계약자에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용 등을 알려드리며, 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 보험계약은 해지됩니다.

단, 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고는 보상을 받을 수 있습니다.

⑤ 보험계약이 보험료납입 지연 등으로 해지되었으나, 해지환급금을 받지 아니한 경우 보험계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 회사가 승낙한 때에는 부활을 청약한 날까지의 연체보험료와 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하시면 보험계약이 부활(효력회복)됩니다.

⑥ 보험계약자는 해당 계약의 해지환급금 범위 내에서 회사에서 정한 방법에 따라 보험계약대출을 받으실 수 있습니다. 보험계약대출은 별도

의 담보가 필요 없으며, 대출을 받은 보험계약자는 회사가 정한 보험계약대출이율에 해당하는 이자를 부담하셔야 합니다. 보험계약자는 보험계약대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 미상환시 회사는 보험금 또는 해지환급금 지급 시 제지급금과 상계할 수 있습니다. 다만, 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수 있습니다.

⑦ 장기보험계약의 관련자는 보험계약자, 피보험자, 보험수익자, 보험회사로 구성됩니다.

- 보험계약자는 보험계약을 체결하고 보험료 납입의무를 지는 자입니다.
- 피보험자는 보험사고 발생의 대상이 되는 자 또는 보험금 청구권을 가지는 자입니다
- 보험수익자는 보험사고 발생 시 보험금 청구권을 가진 자입니다.
- 보험회사는 보험금 지급의무를 지는 회사를 말합니다.

나. 장기손해보험의 유형

장기손해보험은 통상적으로 보험사고가 발생하여 손해를 입었을 경우에 보험금을 지급받고, 만기 시에는 만기환급금을 지급받을 수 있도록 위험보장기능과 저축기능을 겸비한 보험상품입니다.(순수보장성보험 제외) 이러한 기능을 갖는 장기손해보험은 보험소비자들의 다양한 요구에 따라 여러 가지 상품을 개발하여 판매하고 있습니다.

아래에 열거한 장기손해보험의 종류는 손해보험 소비자의 이해를 돕기 위해 편의상 분류한 것으로 구체적인 상품의 종류 및 내용은 저희 회사 고객센터나 인터넷 홈페이지의 상품공시실을 통하여 쉽게 확인하실 수 있습니다.

- 재물보험
  - 화재 등으로 인해 보험의 목적인 재물에 생긴 손해를 보장하는 보험

■ 상해보험
- 일상생활도중 발생할 수 있는 급격하고도 우연한 외래의 사고로 인해 신체에 상해를 입었을 경우, 그 손해를 보상해 주는 보험으로 사망·후유장해보험금, 의료비 등을 지급하는 보험

■ 운전자보험
- 운전 중 발생할 수 있는 각종 신체상해 위험과 법률관련 비용 및 기타 비용손해를 종합보장하는 보험

■ 저축성보험
- 만기 시 지급되는 보험금의 합계액이 이미 납입한 보험료를 초과하는 보험으로 위험보장과 저축기능을 겸비한 보험

■ 질병보험
- 각종 질병에 걸리거나 질병으로 인한 입원, 수술 등의 손해를 다양하게 보장하는 보험

■ 간병보험
- 활동불능 또는 인식불명 등 타인의 간병을 필요로 하는 상태 및 이로 인한 손해를 보장하는 보험

■ 연금저축손해보험
- 일정연령 이후에 생존하는 경우, 생활연금의 지급을 주된 목적으로 하는 보험

다. 장기손해보험상품의 선택방법

저희 회사는 보험소비자의 다양한 요구를 충족시키고자 여러 가지 유형의 상품을 개발하여 판매하고 있습니다. 이러한 여러 가지 유형의 상품 중에서 다음 사항을 고려하셔서 상품을 선택하시기 바랍니다.

● 보험에 가입하고자 하는 목적이 무엇인지를 고려하십시오.
보험에 가입하고자 하는 목적이 재산에 발생할 위험보장인지, 상해나 질병 등의 신체위험에 대한 보장인지 또는 재산증식이나 노후의 생활자금을 보장받을 목적인지 등 가입목적을 고려하여 선택하시기 바랍니다.

- 각종 위험에 대한 보험가입금액이 적정한지를 고려하십시오.
  각종 사고로 인하여 재산에 손해가 발생할 때 또는 경제적 능력이 상실되었을 때 재산피해에 대한 복구비, 가족의 생계비, 의료비 등 필요한 비용수준을 고려하여 보험가입금액을 선택하시기 바랍니다. 그러나 보험상품은 보험가입금액이 커지면 보험회사에 납입해야 하는 보험료도 커지기 때문에 현재 또는 가까운 장래의 경제사정 등을 함께 감안하셔서 적정한 보험가입금액을 선택하시기 바랍니다.

- 가입을 원하시는 상품의 보험료와 보험금 등을 비교하셔야 하는데, 보험료는 다음과 같은 요인에 따라 변동될 수 있습니다.
  - 가입하실 보험상품의 손해의 범위(일반상해, 교통상해 등), 보험금 지급기준 및 지급방법(O배 보상, O회 분할지급, O배 체증지급) 등에 따라 보험료가 달라집니다.
  - 보험기간 중 또는 보험기간이 끝난 후 회사가 지급을 약정한 환급금(중도·만기환급금)의 규모에 따라 보험료가 달라집니다.
  - 회사가 보험료를 받고 미래에 발생한 사고에 대한 보험금 또는 중도환급금, 만기환급금을 지급할 때까지 적용하기로 한 이율에 따라 보험료가 달라집니다. 이율이 낮을수록 보험료가 올라갑니다.

위에서 설명한 내용은 저희 회사 홈페이지「상품공시실(상품요약서)」또는「가격공시실」등에서 구체적으로 확인하실 수 있으며, 원하실 경우 저희 회사에 직접 방문하시어 보험상품과 관련된 기초서류 등을 열람하실 수도 있습니다.

라. 장기손해보험상품 가입시 유의사항

보험계약을 청약하실 때는 보험약관상 보험계약자의 권리나 의무사항을 반드시 확인하시고, 다음 사항에 유의하시기 바랍니다.

● 보험계약자의 자필서명

청약서는 보험계약자 본인이 작성하고 자필서명을 하셔야 합니다. 보험계약을 체결할 때 청약서 작성내용(고지내용)에 대해 보험설계사 등에게 구두로 알린 경우에는 보험금을 지급받지 못하는 등 불이익을 받으실 수도 있으므로 청약서는 보험계약자 본인이 직접 작성하시고, 서명란에도 보험계약자 본인 및 피보험자가 자필서명을 하셔야 합니다. 다만, 전화를 이용하여 가입할 때 일정요건이 충족되면 자필서명을 생략할 수 있으며, 인터넷을 이용한 사이버 몰에서는 전자서명으로 대체할 수 있습니다.

● 계약 전 알릴의무 및 계약 후 알릴의무

보험에 가입하실 때 청약서상의 질문사항에 대하여 사실대로 기재하셔야 하며, 보험계약기간 중 피보험자의 직업 또는 직무변경으로 인한 위험증가 및 주소변경, 운전목적변경 등 보험약관에 정한 계약 후 알릴 의무사항이 발생하였을 경우 지체없이 회사에 알려주시고 보험증권에 확인을 받으셔야 합니다.

■ 보험에 가입하실 때(계약 전 알릴의무 : 고지의무)

피보험자의 직업, 직무, 과거병력 등 청약서상 질문사항은 보험료 산정이나 보험계약의 인수에 중요한 자료가 됩니다. 따라서 보험계약 청약 시 보험계약자 및 피보험자는 청약서상의 질문사항(고지사항)에 대하여 사실대로 알려주셔야 합니다.

만약 사실대로 알리지 않거나 사실과 다르게 알렸을 경우, 보험 가입이 거절될 수 있으며, 특히 그 내용이「중요한 사항」에 해당하는 경우에는 계약이 해지되거나 보장이 제한될 수 있습니다.

※ 중요한 사항 : 회사가 그 사실을 알았더라면 보험계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도제한, 일부특약 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 인수하는 등 계약인수에 영향을 미치는 사항

■ 보험에 가입하신 후(계약 후 알릴의무 : 통지의무)

계약자 또는 피보험자는 보험기간 중에 피보험자에게 아래와 같이 변경이 발생한 경우에는 지체없이 서면으로 저희 회사에 알려주시고 보험증권에 확인을 받으셔야 합니다.

◦ 보험증권 등에 기재된 직업 또는 직무를 변경한 때
◦ 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우
◦ 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우
◦ 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 계속적으로 사용하게 된 경우
◦ 건물 내에서 영위하는 직업 또는 작업의 내용이 바뀐 경우
◦ 상기 이외의 위험이 뚜렷이 변경된 경우

보험계약자 등은 주소 또는 연락처가 변경된 경우, 그 변경내용을 지체없이 저희 회사에 알려 주셔야 합니다. 만일 알리지 않으신 경우, 보험계약자 등이 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 방법에 의해 보험계약자에게 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 보험계약자 등에게 도달된 것으로 봅니다.

● 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약해지

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

1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용

2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

■ 회사가 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자(재물, 배상책임 손해 관련 보장에서 타인을 위한 계약의 경우 그 특정된 타인을 포함합니다)가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 납입최고(독촉)와 계약해지에 관한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

■ 보험료 납입 연체로 인해 계약이 해지된 경우에는 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

계약의 무효

다음의 한 가지 사유에 해당하는 경우, 회사는 보험계약을 무효로 할 수 있습니다.

■ 계약을 체결할 때 보험의 목적에 이미 손해가 발생한 경우

■ 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 보험계약에서 보험계약 체결 시까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제44조의2에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)에 의한 동의를 얻지 않은 경우(단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우는 제외)

■ 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험금 지급사유로 한 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.

■ 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약

나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나 상기 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

● 사기 등에 의한 보험계약의 체결

보험금을 부당하게 수취할 목적으로 자신 및 타인의 신체나 생명을 해치는 행위는 보험범죄로서 사법당국의 철저한 조사에 의해 반드시 적발되어 처벌을 받게 되며, 이 경우 보험금을 지급받을 수 없습니다.

● 중도해지시 고려하여야 할 사항

■ 보험계약자가 납입하는 보험료의 일부는 불의의 사고를 당한 다른 보험계약자의 보험금으로 지급되고, 또 다른 일부는 회사의 보험계약 체결 및 유지, 관리에 필요한 사업경비로 사용되므로 중도에 보험계약을 해지하는 경우 지급되는 해지환급금은 이미 납입한 보험료보다 적을 수도 있고, 없을 수도 있습니다.

■ 보험계약 해지 후 새로운 보험계약을 체결하게 되는 경우 연령이나 건강상태 등에 따라 보험료가 높아지거나, 보험가입이 곤란할 수도 있습니다.

마. 장기손해보험가입자 보호제도

● 품질보증제도

보험계약자가 보험가입시 보험약관과 계약자 보관용 청약서를 전달받지 못하였거나 청약서에 자필서명을 하지 않았을 경우, 약관의 중요한 내용을 설명받지 못하였을 때에는 청약일로부터 3개월 이내에 회사에 보험계약의 취소를 요구할 수 있는「품질보증제도」를 운영하고 있습니다.

계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료와 보험료를 받은 기간에 대하여 해당 보험약관에서 약정한 이율로 계산한 금액을 더하여 되돌려 드립니다. 다만, 전자거래기본법에 의해 컴퓨터를 이용하여 가상의 영업장(사이버몰)을 이용하여 계약을 체결한 때에는 전자우편 등의 방식을 통해 계약자 보관용 청약서를 드릴 수 있으며, 전화를 이용하여 계약

을 체결한 때에는 대화내용을 문서화한 확인서를 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 드린 것으로 봅니다.

청약철회 청구제도

- 일반금융소비자인 계약자는「금융소비자보호에 관한 법률」제46조 및 관련 법규가 정하는 바에 따라 보험증권을 받은 날 부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 청약 한 날부터 30일(만65세 이상의 계약자가 통신수단 중 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일)이 초과된 계약, 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.
- 청약철회는 계약자가 전화로 신청하거나, 철회의사를 표시하기 위한 서면, 전자우편, 휴대전화 문자메세지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시(이하 '서면 등'이라 합니다)를 발송한 때 효력이 발생합니다.
- 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 보험금의 지급절차에서 보험금 지급이 지연되는 경우 적용되는 이자율을 적용하여 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해당 신용카드회사로 하여금 대금청구를 하지 않도록 해야 하며, 이 경우 회사는 보험료를 반환한 것으로 봅니다.
- 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.
- 보험증권을 받은 날에 대한 다툼이 발생한 경우 회사가 이를 증명하여야 합니다.

보험계약대출제도

보험계약자는 해당 계약의 해지환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 보험계약대출을 받으실 수 있습니다(순수보장성보험 제외). 이 경우 보험계약자는 회사가 정한 이율(보험계약대출이율)에 따라 대출이자를 부담하셔야 합니다.

▸▸▸ 무배당 NH헤아림건강보험2101 약관

해지계약의 부활(효력회복)

보험료 납입연체로 인해 보험계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우, 보험계약자는 해지된 날로부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 보험계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 회사가 이를 승낙하면 보험계약자는 연체보험료에 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하고 보험계약을 부활(효력회복)시킬 수 있습니다.

예금자보호제도 안내

- 이 보험계약은 예금자보호법에 따라 예금보험공사가 보호하되, 보호한도는 본 보험회사에 있는 귀하의 모든 예금보호 대상 금융상품의 해지환급금(또는 만기 시 보험금이나 사고보험금)에 기타지급금을 합하여 1인당 “최고 5천만원”이며, 5천만원을 초과하는 나머지 금액은 보호하지 않습니다.(단, 보험계약자 및 보험료 납부자가 법인이면 보호되지 않습니다.)
- 위 내용은 예금자보호법 및 관련 법령의 개정에 따라 달라질 수 있음을 알려드리며, 자세한 내용은 영업점에 비치된 예금자보호 안내책자 등을 참고하거나 예금보험공사(☎1588-0037, www.kdic.or.kr)로 문의하시기 바랍니다.

손해보험계약의 제3자보호제도

손해보험회사의 청산 또는 파산 시 예금자보호법상 보장한도인 5천만원을 초과하는 손해보험 피해자의 피해액에 대하여 손해보험회사들이 사후적으로 기금을 출연·지급을 보장하는 제도입니다. 적용대상이 되는 보험계약은 보험업법 시행령 제80조에서 규정하고 있는 의무보험 등이며, 지급보장 대상은 피해자가 입은 신체손해(재물손해는 제외)로 하고, 보장한도는 개별법령의 보장한도에서 예금자보호법상의 보장금액을 제외한 전액을 보장합니다.

자주 발생하는 민원(예시)

❑ 고지의무 관련

사례	평소 앓고 있던 질환에 대해 가입당시 모집인에게 구두로 이야기 했으나, 보험사에서는 해당질환을 계약전 알릴의무에 기재하지 않았다는 이유로 보험금 지급을 거절하고 계약을 강제 해지하는 것은 부당하다며 불만을 제기
유의사항	보험회사가 서면으로 질문한 '계약전 알릴 의무'는 중요한내용으로 피보험자는 사실대로 작성해야 할 의무가 있음.

❑ 만기 환급금 과소 관련

사례	A씨는 가입당시, 만기까지 유지하면 원금에 이자까지 받을 수 있다는 설명을 듣고 보험에 가입하였으나, 만기환급금이 기납입 보험료 보다 적다며 불만을 제기
유의사항	납입보험료 중 일부는 보장성보험료로 사용되어 소멸하며, 저축성보험료에 소정의 이자가 더해진 것이 만기환급금임. 따라서 상품종류 및 보장내용에 따라 만기환급금은 기납입보험료 보다 적을 수 있습니다.

❑ 암진단비 보상 관련

사례	A씨는 조직검사 결과 자궁암 진단을 받고 암진단비를 청구하였으나, 종합검사결과 해당 암은 위암에서 시작돼 자궁으로 암세포가 전이되어 발생한 것으로 확인되어 보험금지급을 거절하자 불만제기
유의사항	암진단비는 최초 1회의 진단 확정된 암인 경우에 한하여 보험금을 지급합니다. 따라서, 최초로 발견된 암이 전이성 암인 경우에는 원발암을 최초로 진단 확정된 암으로 보기 때문에 보험금을 지급하지 않습니다.



목 차

- 가입자 유의사항 ····· 35
- 주요내용 요약서 ····· 38
- 보험용어 해설 ····· 43

무배당 NH헤아림건강보험2101 보통약관

제1절 일반조항 ····· 48

제1관 목적 및 용어의 정의 ····· 46
제1조(목적) ····· 46
제2조(용어의 정의) ····· 46

제2관 보험금의 지급 ····· 49
제3조(보험금의 지급사유) ····· 49
제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) ····· 49
제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) ····· 49
제6조(보험금 지급사유의 통지) ····· 50
제7조(보험금의 청구) ····· 51
제8조(보험금의 지급절차) ····· 51
제9조(공시이율의 적용 및 공시) ····· 53
제10조(만기환급금의 지급) ····· 54
제11조(보험금 받는 방법의 변경) ····· 55
제12조(주소변경통지) ····· 55

제13조(보험수익자의 지정) ····· 55
제14조(대표자의 지정) ····· 56

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등 ····· 56
제15조(계약 전 알릴 의무) ····· 56
제16조(상해보험계약 후 알릴 의무) ····· 58
제17조(알릴 의무 위반의 효과) ····· 60
제18조(사기에 의한 계약) ····· 62

제4관 보험계약의 성립과 유지 ····· 62
제19조(보험계약의 성립) ····· 62
제20조(청약의 철회) ····· 64
제21조(약관교부 및 설명의무 등) ····· 65
제22조(계약의 무효) ····· 67
제23조(계약내용의 변경 등) ····· 69
제24조(보험나이 등) ····· 70
제25조(계약의 소멸) ····· 71

제5관 보험료의 납입 ····· 72
제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) ····· 72
제27조(제2회 이후 보험료의 납입) ····· 73
제28조(보험료의 자동대출납입) ····· 73
제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지) · 74
제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) ····· 75
제31조(강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복)) ····· 76

제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등 ····· 77
제32조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회) ····· 77
제32조의2(위법계약의 해지) ····· 77
제33조(중대사유로 인한 해지) ····· 78
제34조(회사의 파산선고와 해지) ····· 79
제35조(해지환급금) ····· 79
제36조(보험계약대출) ····· 80

제37조(중도인출) ····· 80
제38조(배당금의 지급) ····· 81

제7관 분쟁의 조정 등 ····· 81
제39조(분쟁의 조정) ····· 81
제40조(관할법원) ····· 81
제41조(소멸시효) ····· 82
제42조(약관의 해석) ····· 82
제43조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력) ····· 82
제44조(회사의 손해배상책임) ····· 83
제45조(개인정보보호) ····· 83
제46조(준거법) ····· 84
제47조(예금보험에 의한 지급보장) ····· 84

제2절 보장조항 ····· 85

● 1종 : 종합플랜 ····· 85

1-1. 일반상해사망보장 ····· 85
제1조(보험금의 지급사유) ····· 85
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) ····· 85
제3조(보장의 소멸) ····· 86
제4조(준용규정) ····· 87
1-2. 일반상해후유장해(80%이상)보장 ····· 87
제1조(보험금의 지급사유) ····· 87
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) ····· 87
제3조(보장의 소멸) ····· 89
제4조(준용규정) ····· 89
1-3. 일반상해후유장해(80%미만)보장 ····· 89
제1조(보험금의 지급사유) ····· 89
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) ····· 90
제3조(보장의 소멸) ····· 91

제4조(준용규정) ····· 92
1-4. 5대고액치료비암진단비보장 ····· 92
제1조(보험금의 지급사유) ····· 92
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) ····· 93
제3조(5대고액치료비암의 정의 및 진단확정) ····· 93
제4조(보장의 무효) ····· 94
제5조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) ····· 94
제6조(보장의 소멸) ····· 94
제7조(준용규정) ····· 95
1-5. 암진단비(Ⅰ,일시지급형)보장 ····· 95
제1조(보험금의 지급사유) ····· 95
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) ····· 96
제3조(암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 정의 및 진단확정) 97
제4조(보장의 무효) ····· 98
제5조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) ····· 98
제6조(보장의 소멸) ····· 99
제7조(준용규정) ····· 99
1-6. 뇌졸중진단비보장 ····· 99
제1조(보험금의 지급사유) ····· 99
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) ····· 100
제3조(뇌졸중의 정의 및 진단확정) ····· 100
제4조(보장의 소멸) ····· 100
제5조(준용규정) ····· 101
1-7. 뇌혈관질환진단비보장 ····· 101
제1조(보험금의 지급사유) ····· 101
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) ····· 102
제3조(뇌혈관질환의 정의 및 진단확정) ····· 102
제4조(보장의 소멸) ····· 102
제5조(준용규정) ····· 103
1-8. 급성심근경색증진단비보장 ····· 103

제1조(보험금의 지급사유) ····· 103
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) ····· 104
제3조(급성심근경색증의 정의 및 진단확정) ····· 104
제4조(보장의 소멸) ····· 104
제5조(준용규정) ····· 105
1-9. 허혈성심장질환진단비보장 ····· 105
제1조(보험금의 지급사유) ····· 105
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) ····· 106
제3조(허혈성심장질환의 정의 및 진단확정) ····· 106
제4조(보장의 소멸) ····· 106
제5조(준용규정) ····· 107
1-10. 일반상해후유장해가족생활지원금(80%이상,연지급형)보장 ····· 107
제1조(보험금의 지급사유) ····· 107
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) ····· 108
제3조(보장의 소멸) ····· 110
제4조(준용규정) ····· 110
1-11. 질병후유장해가족생활지원금(80%이상,연지급형) ····· 110
제1조(보험금의 지급사유) ····· 110
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) ····· 111
제3조(보장의 소멸) ····· 113
제4조(준용규정) ····· 113
1-12. 암진단비(Ⅱ,연지급형)보장 ····· 114
제1조(보험금의 지급사유) ····· 114
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) ····· 116
제3조(암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 정의 및 진단확정) 116
제4조(보장의 무효) ····· 117
제5조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) ····· 118
제6조(보장의 소멸) ····· 118
제7조(준용규정) ····· 118

● 2종 : 암플랜 ····· 119
2-1. 일반상해사망보장 ····· 119
제1조(보험금의 지급사유) ····· 119
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) ····· 119
제3조(보장의 소멸) ····· 120
제4조(준용규정) ····· 121
2-2. 일반상해후유장해(80%이상)보장 ····· 121
제1조(보험금의 지급사유) ····· 121
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) ····· 121
제3조(보장의 소멸) ····· 122
제4조(준용규정) ····· 123
2-3. 일반상해후유장해(80%미만)보장 ····· 123
제1조(보험금의 지급사유) ····· 123
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) ····· 123
제3조(보장의 소멸) ····· 125
제4조(준용규정) ····· 125
2-4. 5대고액치료비암진단비보장 ····· 126
제1조(보험금의 지급사유) ····· 126
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) ····· 127
제3조(5대고액치료비암의 정의 및 진단확정) ····· 127
제4조(보장의 무효) ····· 127
제5조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) ····· 128
제6조(보장의 소멸) ····· 128
제7조(준용규정) ····· 128
2-5. 암진단비(Ⅰ,일시지급형)보장 ····· 129
제1조(보험금의 지급사유) ····· 129
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) ····· 130
제3조(암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 정의 및 진단확정) · 130
제4조(보장의 무효) ····· 132
제5조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) ····· 132

제6조(보장의 소멸) ····· 133
제7조(준용규정) ····· 133
2-6. 암수술비보장 ····· 133
제1조(보험금의 지급사유) ····· 133
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) ····· 134
제3조(암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 정의 및 진단확정) · 135
제4조(수술의 정의와 장소) ····· 136
제5조(보장의 무효) ····· 138
제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) ····· 138
제7조(보장의 소멸) ····· 138
제8조(준용규정) ····· 139
2-7. 암직접치료입원일당(요양병원제외, 1일이상180일한도)보장 ····· 139
제1조(보험금의 지급사유) ····· 139
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) ····· 140
제3조(암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 정의 및 진단확정) 141
제4조(암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 직접적인 치료의 정의) · 143
제5조(입원의 정의와 장소) ····· 143
제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) ····· 145
제7조(보장의 무효) ····· 145
제8조(보장의 소멸) ····· 145
제9조(준용규정) ····· 146
2-8. 암요양병원입원일당(1일이상90일한도)보장 ····· 146
제1조(보험금의 지급사유) ····· 146
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) ····· 146
제3조(암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 정의 및 진단확정) · 149
제4조(입원의 정의와 장소) ····· 150
제5조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) ····· 151
제6조(보장의 무효) ····· 151
제7조(보장의 소멸) ····· 152
제8조(준용규정) ····· 153

2-9. 항암방사선·약물치료비(최초1회한)보장 ····· 153
제1조(보험금의 지급사유) ····· 153
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) ····· 154
제3조(암, 기타피부암, 갑상선암의 정의 및 진단확정) ····· 154
제4조(항암방사선·약물치료의 정의) ····· 156
제5조(보장의 무효) ····· 156
제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) ····· 156
제7조(보장의 소멸) ····· 157
제8조(준용규정) ····· 157
2-10. 암진단비(Ⅱ,연지급형)보장 ····· 157
제1조(보험금의 지급사유) ····· 157
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) ····· 159
제3조(암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 정의 및 진단확정) · 159
제4조(보장의 무효) ····· 161
제5조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) ····· 161
제6조(보장의 소멸) ····· 162
제7조(준용규정) ····· 162

무배당 NH헤아림건강보험2101 특별약관

1. 특정 신체부위·질병 보장제한부 인수 특별약관 ····· 163
제1조(특별약관의 체결 및 효력) ····· 163
제2조(특별면책조건의 내용) ····· 164
제3조(해지된 특별약관의 부활(효력회복)) ····· 166
제4조(준용규정) ····· 166
2. 보험료자동납입 특별약관 ····· 166
제1조(보험료 납입) ····· 166
제2조(보험료의 영수) ····· 166
제3조(계약 후 알릴 의무) ····· 166

제4조(준용규정) ····· 167
3. 이륜자동차 운전 및 탑승중 상해 부담보 특별약관 ····· 167
제1조(특별약관의 체결 및 효력) ····· 167
제2조(보험금을 지급하지 않는 사유) ····· 168
제3조(해지된 특별약관의 부활(효력회복)) ····· 168
제4조(준용규정) ····· 168
4. 지정대리청구서비스 특별약관 ····· 169
제1조(적용대상) ····· 169
제2조(특별약관의 체결 및 소멸) ····· 169
제3조(지정대리청구인의 지정) ····· 169
제4조(지정대리청구인의 변경지정) ····· 170
제5조(보험금 지급 등의 절차) ····· 170
제6조(보험금의 청구) ····· 170
제7조(준용규정) ····· 171
5. 전자서명 특별약관 ····· 171
제1조(적용대상) ····· 171
제2조(특별약관의 체결 및 소멸) ····· 171
제3조(약관교부의 특례) ····· 171
제4조(계약자의 알릴 의무) ····· 172
제5조(준용규정) ····· 172
6. 장애인전용보험전환 특별약관 ····· 172
제1조(적용범위) ····· 172
제2조(제출서류) ····· 175
제3조(장애인전용보험으로의 전환) ····· 176
제4조(전환 취소) ····· 177
제5조(준용규정) ····· 177



별 표

【별표1】 장해분류표 ····· 178
【별표1-1】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 ····· 213
【별표2】 5대고액치료비암 분류표 ····· 214
【별표3】 악성신생물(암) 분류표 ····· 215
【별표4】 제자리신생물 분류표 ····· 217
【별표5】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 ····· 218
【별표6】 뇌졸중 분류표 ····· 219
【별표7】 뇌혈관질환 분류표 ····· 220
【별표8】 급성심근경색증 분류표 ····· 221
【별표9】 허혈성심장질환 분류표 ····· 222
【별표10】 특정신체부위·질병 분류표 ····· 223
【별표10-1】 특정신체부위 분류표 ····· 223
【별표10-2】 특정질병 분류표 ····· 225

약관 인용 법·규정 ····· 233
색인 ····· 278

가입자 유의사항

보험계약 관련 특히 유의할 사항

1. 보험계약 관련 유의사항

보험계약전 알릴의무 위반

- 과거 질병 치료사실 등을 회사에 고지하지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.
- 과거 질병 치료사실 등을 직원 등에게 구두(말)로만 고지한 경우에는 회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 반드시 청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다.
- 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약전 알릴의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.

부활(효력회복)

- 부활(효력회복)계약의 암보장개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

상해 및 질병관련 보장

- 이 보험이 상해 등 외래의 사고만을 보험금 지급대상으로 하는지, 질병도 보험금 지급대상으로 하는지, 몇 세까지 보장하는지 등 구체적인 보험금 지급사유를 반드시 확인하시기 바랍니다.
- 갱신형 담보가 포함된 경우 갱신될 때마다 보험료가 인상 또는 인하될 수 있습니다.

2. 해지환급금 관련 유의사항

보험은 은행의 저축과는 달리 위험보장과 저축을 겸한 제도로서 보험계약자가 납입한 보험료 중 일부는 불의의 사고를 당한 다른 가입자에게 보험금으로 지급되며, 또 다른 일부는 회사 운영에 필요한 경비(계약체결비용, 계약관리비용 등)로 사용되므로 중도 해지시 지급되는 해지환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다. 한편, 적립이율이 변동하는 경우 변동이율(공시이율, 보험계약대출이율 등)에 따라 환급금에 차이가 발생할 수 있습니다.

보험금 지급 관련 특히 유의할 사항

암 관련 보장

- 보험계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 보험계약일로부터 90일 이내에 암으로 진단받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- 90일이 경과한 이후에도 암 진단일이 보험계약일로부터 일정기간(예 : 1년 등)이내인 경우 보험금이 삭감될 수 있습니다.
- 암은 원칙적으로 조직검사, 미세바늘흡인검사(미세한 침을 이용한 생체검사 방법) 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 한 진단만 인정됩니다.

특정질병 관련 보장

- 암 등 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.

수술 관련 보장

- 약관상 수술의 정의에 포함되지 않는 조작의 경우(예 : 주사기 등으로 빨아들이는 처치, 바늘 등을 통해 체액을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것 등) 보험금을 지급하지 않습니다.

입원 관련 보장

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

상해 관련 보장

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

이 가입자 유의사항은 약관의 주요내용을 요약 발췌한 것이므로 기타 자세한 사항은 해당약관(보통약관, 특별약관)의 내용을 따릅니다.

주요내용 요약서

1. 자필서명

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

2. 청약철회

계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 청약 한 날부터 30일(만 65세 이상의 계약자가 통신수단 중 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일)이 초과된 계약, 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90일 이내인 계약, 전문금융소비자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

3. 계약취소

계약 청약시 보험약관과 계약자 보관용 청약서를 전달받지 못하였거나 약관의 중요한 내용을 설명받지 못한 때 또는 계약 체결시 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 또는 전자서명을 포함함)을 하지 아니한 때에는 보험계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다. 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

4. 계약의 무효(신체보장 관련)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우 회사는 계약을 무효로 할 수 있으며 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을

알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

- 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면 동의를 얻지 아니한 경우. 다만, 단체의 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다.
- 만 15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
- 계약 체결 시 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 그러하지 아니하나, 만15세 미만자의 사망을 보험금 지급사유로 한 경우에는 그 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

5. 계약의 무효(재물보장)

계약을 맺을 때에 보험의 목적에 이미 사고가 발생하였을 경우 이 계약은 무효로 합니다. 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 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

6. 계약의 무효(배상책임보장 관련)

계약을 맺을 때에 보험사고가 이미 발생하였을 경우 이 계약은 무효로 합니다. 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 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

7. 계약의 소멸(신체보장 관련)

이 보험계약은 피보험자의 사망으로 인하여 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우, 그때부터 효력을 가지지 않습니다.

8. 계약의 소멸(재물보장 관련)

사고보험금이 한번의 사고에 대하여 보험가입금액인 때 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 해당 보험의 목적에 대한 계약은 소멸됩니다.

9. 보험료의 납입연체 및 계약의 해지에 관한 사항

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

- 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
- 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

10. 해지 계약의 부활(효력회복)

보험료의 납입연체로 보험계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우 보험계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사는 피보험자의 건강상태, 직업, 직무 등에 따라 승낙여부를 결정하며, 합리적인 사유가 있는 경우 부활(효력회복)을 거절하거나 보장의 일부를 제한할 수 있습니다. 해지계약의 부활(효력회복)에 의해 보험계약이 다시 효력을 갖더라도, 보험계약의 부활(효력회복)시점 이전에 발생한 사고는 보상을 받지 못합니다.

11. 위법 계약의 해지

계약자는 계약체결에 대한 회사의 법위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다. 이 경우 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 통지하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지합니다. 해지요구에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 약관에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

* 적합성 원칙, 적정성 원칙, 설명의무, 불공정영업행위금지, 부당권유행위 금지 (허위, 과장광고 금지)

12. 중도인출

보장개시일부터 약관에서 정한 일정기간 이상 지난 계약으로서 계약자의 요청이 있는 경우에 한하여 약관에서 정한 한도 내에서 중도인출금을 지급합니다. 다만, 중도인출금의 요청은 약관에서 정한 횟수(보험년도 기준)로 제한됩니다. 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 중도인출이 제한될 수 있습니다.

13. 계약 전·후 알릴 의무

- 계약 전 알릴 의무 : 보험계약자 또는 피보험자는 청약시 청약서(질문서를 포함합니다)에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 합니다. 다만, 진단계약의 경우 의료기관에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.
- 계약 후 알릴 의무 : 보험계약자 또는 피보험자는 보험계약을 맺은 후 아래와 같은 경우 지체없이 회사에 알려야 합니다.
  가. 보험목적에 대하여 이 계약에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험(「공제」를 포함합니다)자와 체결하고자 할 때 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 경우
  나. 보험목적을 양도하거나 다른 장소로 옮기는 경우

다. 보험증권 등에 기재된 직업 또는 직무의 변경
예) 현재의 직업 또는 직무가 변경된 경우, 직업이 없는 자가 취직한 경우, 현재의 직업을 그만둔 경우

라. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우
예) 자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가용으로 변경 등

마. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우
예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등

바. 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 계속적으로 사용하게 된 경우

사. 기타 위험이 증가하는 경우

- 알릴 의무 위반시 효과 : 회사가 별도로 정한 방법에 따라 계약을 해지하거나 보험금 지급이 제한될 수 있습니다.

※ 보험계약자 또는 피보험자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우 즉시 변경내용을 회사에 알리셔야 합니다.

14. 보험금의 지급절차(신체보장 관련)

보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50%이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드리며 지급예정일은 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

만약 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

이 주요내용 요약서는 약관의 주요내용을 요약 발췌한 것이므로 기타 자세한 사항은 해당약관(보통약관, 특별약관)의 내용을 따릅니다.

보험용어 해설

보험약관

보험계약에 관하여 보험계약자와 회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것

보험증권

보험계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 보험계약자에게 교부하는 증서

보험계약 당사자

- 보험회사, 보험계약자

가. 보험회사 : 보험사고 발생시 보험금 지급의무를 부담하는 자로서, 보험사업을 영위하는 회사

나. 보험계약자 : 보험회사와 계약을 체결하고 보험료 납입의무를 지는 사람

보험계약 관계자

- 피보험자, 보험수익자, 대리인

<신체손해보장> <비용손해보장>

가. 피보험자 : 보험사고 발생의 대상이 되는 사람으로 피보험자라 정함

나. 보험수익자 : 보험사고 발생시 보험금 청구권을 갖는 사람

다. 대리인 : 다른 사람을 대신하여 의사 표시를 하고 또 의사 표시를 받을 권한을 가진 사람

<재물손해보장> <배상책임보장>

가. 피보험자 : 보험사고가 발생함으로써 손해를 입을 수 있는 사람,

즉 피보험이익을 지니고 있는 사람을 말하며, 해당 보험금을 청구할 수 있는 사람

나. 대리인 : 다른 사람을 대신하여 의사 표시를 하고 또 의사 표시를 받을 권한을 가진 사람

보험료

- 보험료 : 보험계약자가 납입기간 동안 매 납입기일에 납입하기로 한 보험료로 기본계약 보장보험료와 적립보험료, 특별약관이 부가된 경우에는 특별약관의 보장보험료의 합계액

가. 보장보험료 : 보험계약에서 정한 보험금 지급을 위한 보험료

나. 적립보험료 : 보험회사가 적립한 금액을 돌려주는데 필요한 보험료

- 보장순보험료 : 기본보험료의 보장보험료 중 부가보험료를 제외한 금액
- 적립순보험료 : 기본보험료의 적립보험료 중 부가보험료를 제외한 금액
- 부가보험료 : 회사 운영에 필요한 계약체결비용 및 계약관리비용과 보험금 지급조사를 위한 손해조사비로 구성

보험가액 <재물손해보장> <배상책임보장>

- 피보험이익의 경제적 가치이며, 보험사고가 발생하였을 경우에 피보험자가 입게 되는 손해액의 최고 견적액

보험금

<신체손해보장> <비용손해보장>

- 피보험자의 사망, 장해, 입원 등 보험금 지급사유가 발생하였을 때 보험회사가 보험수익자에게 지급하는 금액

<재물손해보장> <배상책임보장>

- 피보험자의 재물손해, 배상책임손해 등 보험금 지급사유가 발생하였을 때 보험회사가 피보험자에게 지급하는 금액

보험기간

- 회사의 책임이 시작되어 끝날 때까지의 기간으로 보험증권에 기재된 기간

보장개시일

- 보험회사의 보험금 지급의무가 시작되는 날

보험계약일

- 계약자와 보험회사와의 보험계약 체결일, 철회 산정기간의 기준일이며 매년 도래하는 보험계약일을 계약해당일이라 함

보험년도

- 보험계약일로부터 매1년 단위의 연도(당해연도 보험계약 해당일부터 다음년도 보험계약해당일 전일까지의 기간)를 말함

책임준비금

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

해지환급금

- 계약의 효력상실 또는 해지시 보험계약자에게 돌려주는 금액

무배당 NH헤아림건강보험2101 보통약관

제1절 일반조항

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조(목적)

이 보험계약(이하 「계약」 이라 합니다)은 보험계약자(이하 「계약자」 라 합니다)와 보험회사(이하 「회사」 라 합니다) 사이에 피보험자의 상해(질병 또는 비용손해)에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조(용어의 정의)

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

1. 계약관계 관련 용어
   - 가. 계약자 : 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
   - 나. 보험수익자 : 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람(신체, 비용 손해 관련 보장에 한합니다) 또는 만기환급금 지급시기에 회사에 만기환급금을 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. 다만 재물, 배상책임 손해 관련 보장에서는 보험사고가 발생함으로써 손해를 입을 수 있는 사람(피보험이익을 지니고 있는 사람) 또는 해당 보험금을 청구할 수 있는 사람을 말합니다.

2. 지급사유 관련 용어

가. 상해 : 보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.

나. 장해 : 【별표1】 『장해 분류표』에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.

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

라. 한국표준질병사인분류 : 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)를 말합니다. 약관에서 정한 대상질병(항목) 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 해당 대상질병(항목) 분류에 포함합니다. 제9차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 해당 질병(항목) 이외에 추가로 이에 해당하는 질병(항목)이 있는 경우에는 그 질병(항목)도 포함하는 것으로 합니다. 진단

서 상의 분류번호는 제8차 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

【한국표준질병사인분류 부호 체계】

질병의 원인과 증상 두 가지 모두에 관한 정보를 포함하는 진단을 위해 아래 두 가지 분류부호가 사용됩니다. 또한 원인과 질환에 따라 동시에 사용될 수 있습니다.

- 검표(+) : 원인이 되는 질환에 대한 질병분류코드
- 별표(*) : 원인(검표)으로 인한 발현증세에 대한 질병분류코드

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.

【연단위 복리】

회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때, 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.

원금 100원, 이자율 연 10%를 가정할 때

- 1년 후 원리금 : 100원 + (100원×10%) = 110원
- 2년 후 원리금 : 110원 + (110원×10%) = 121원

나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다. 이평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)의「업무자료/보험업무」내「보험상품자료」에서 확인할 수 있습니다.

다. 적용이율 : 보험료 산출시 적용한 이율로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다.

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(대체공휴일 포함)과 근로자의 날을 제외합니다.

5. 보험료 관련 용어

가. 보험기간: 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 보장보험료 : 손해를 보장하는데 필요한 보험료를 말합니다.

다. 적립보험료 : 회사가 적립한 금액을 돌려주는데 필요한 보험료를 말합니다.

라. 적립순보험료 : 적립보험료에서 적립부분에 해당하는 부가보험료를 제외한 보험료를 말합니다.

마. 부가보험료 : 회사 운영에 필요한 계약체결비용 및 계약관리비용과 보험금 지급조사를 위한 손해조사비로 구성되어 있습니다.

보험료 = 보장보험료 + 적립보험료

적립보험료 = 적립순보험료 + 부가보험료

제2관 보험금의 지급

제3조(보험금의 지급사유)

이 계약의 보험금의 지급사유는「2절 보장조항」에서 정합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

이 계약의 보험금 지급에 관한 세부규정은「2절 보장조항」에서 정합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금

을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

【심신상실】
정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제3조(보험금의 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다.)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제6조(보험금 지급사유의 통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 보험금 지급사유의 발생을 안 때에는

지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제7조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관 : 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관 : 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

제8조(보험금의 지급절차)

① 회사는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다.

② 회사가 보험금 지급사유를 조사・확인하기 위해 필요한 기간이 제1항의 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다. 다

만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정 신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제6항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 인하여 보험금 지급사유의 조사 및 확인이 지연되는 경우
6. 보험수익자와 회사가 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못하여 보험수익자와 회사가 함께 제3자(의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의)를 정하고 그 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

【분쟁조정 신청】

분쟁조정 신청은 이 약관의「분쟁의 조정」조항에 따르며 분쟁조정 신청 대상기관은 금융감독원의 금융분쟁조정위원회를 말합니다.

③ 제2항에 의하여 장해지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 확정된 장해지급률에 따른 보험금을 초과한 부분에 대한 분쟁으로 보험금 지급이 늦어지는 경우에는 보험수익자의 청구에 따라 이미 확정된 보험금을 먼저 가지급합니다.

④ 제2항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급 보험금으로 지급합니다.

【가지급보험금】

보험금이 지급기한 내에 지급되지 못할 것으로 판단되는 경우 회사가 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도로 피보험자가 필요로 하는 비용을 보전해 주기 위해 회사가 먼저 지급하는 임시 교부금을 말합니다.

⑤ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항의 규정에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여【별표1-1】『보험금을 지급할 때의 적립이율 계산』에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다.

⑥ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제17조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우 사실 확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

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

제9조(공시이율의 적용 및 공시)

① 이 계약의 적립 순보험료(적립보험료에서 계약체결비용 및 계약관리비용 등을 차감한 보험료를 말합니다. 이하 같습니다)에 대한 적립이율은 매월 1일 회사가 정한 보장성 공시이율(5)(이하"공시이율"로 합니다)로 하며, 매월 1일부터 해당월 말일까지 1개월간 확정 적용합니다.

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

【적립부분 적립이율】

적립부분 책임준비금 계산시 적립부분 순보험료에 대한 이자를 계산할 때 적용하는 이율을 말합니다.

【공시이율】

전통적인 보험상품에 적용되는 이율이 장기·고정금리이기 때문에 시

중금리가 급격하게 변동할 경우 이에 대응하지 못하는 점을 고려하여, 시중의 지표금리 등에 연동하여 일정기간마다 변동되는 이율을 말합니다.

【운용자산이익률】
직전 1년간의 운용자산에 대한 투자영업수익과 투자영업 비용 등을 고려하여 산출

【외부지표금리】
국고채, 회사채, 통화안정증권, 양도성예금증서 등을 고려하여 산출

【최저보증이율】
회사의 운용자산이익률 및 외부지표금리가 하락하더라도 회사에서 지급을 보증하는 최저한도의 적용이율입니다. 예를 들어, 적립금이 공시이율에 따라 적립되며 공시이율이 0.1%인 경우, 적립금은 공시이율(0.1%)이 아닌 최저보증이율(0.5%)로 적립됩니다.

③ 회사는 제1항 내지 제2항에서 정한 공시이율 및 산출방법 등을 매월 회사의 인터넷 홈페이지 등을 통해 공시하며, 계약자에게 연 1회 이상 공시이율의 변경내역을 통지합니다.

제10조(만기환급금의 지급)

① 회사는 보험기간이 끝난 때에는 적립 순보험료에 대하여 보험료납입일(회사에 입금된 날을 말합니다)부터 공시이율로「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 적립한 금액을 만기환급금으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 보험기간 중에 공시이율이 변경되는 경우에는 변경된 시점 이후부터 제9조(공시이율의 적용 및 공시) 제1항에 따라 변경된 이율을 적용하며, 최저보증이율은 연단위 복리 0.5%로 합니다.

② 회사는 계약자 및 보험수익자의 청구에 의하여 제1항에 의한 만기환급금을 지급하는 경우 청구일부터 3영업일 이내에 지급합니다.

③ 회사는 제1항에 의한 만기환급금의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 지급할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 알려드리며,

만기환급금을 지급함에 있어 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 【별표1-1】『보험금을 지급할 때의 적립이율 계산』에 따릅니다.

④ 적립보험료 등의 감액시 만기환급금이 없거나 최초가입시 안내한 만기환급금보다 적어질 수 있습니다.

제11조(보험금 받는 방법의 변경)

① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 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 금액과 적용이율을 연단위 복리로 계산한 금액 중 큰 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액과 적용이율을 연단위 복리로 할인한 금액 중 큰 금액을 지급합니다.

제12조(주소변경통지)

① 계약자(보험수익자가 계약자와 다른 경우 보험수익자를 포함합니다) 또는 피보험자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.

② 제1항에서 정한대로 계약자 또는 피보험자가 변경내용을 알리지 않은 경우에는 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 또는 피보험자에게 도달된 것으로 봅니다.

제13조(보험수익자의 지정)

계약자는 보험수익자를 지정할 수 있으며, 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 만기환급금의 경우는 계약자로 하고, 사망보험금의 경우는 피보험자의 법정상속인, 그 이외의 보험금은 피보험자로 합니다.

【법정상속인】
법정상속인이라 함은 피상속인의 사망에 의하여 민법의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자를 말합니다.

제14조(대표자의 지정)

① 계약자 또는 보험수익자가 2명 이상인 경우에는 각 대표자 1명을 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 보험수익자에 대하여도 효력이 미칩니다.

③ 계약자가 2명 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

【계약자가 2명 이상인 경우】
계약자가 2명 이상인 경우, 계약 전 알릴 의무, 보험료납입의무 등 보험계약에 따른 계약자의 의무를 연대로 합니다.

【연대】
2인 이상이 공동으로 책임지는 것을 뜻하며, 각자가 채무의 전부를 이행할 책임을 지되(지분만큼 분할하여 책임을 지는 것과는 다름), 다만 어느 1인의 이행으로 나머지 사람들도 책임을 면하게 되는 것을 말합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제15조(계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실

대로 알려야(이하「계약 전 알릴 의무」라 하며, 상법상「고지의무」와 같습니다)합니다. 다만, 진단계약의 경우 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

【계약 전 알릴 의무】

상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)에서 정하고 있는 의무. 계약자나 피보험자는 청약할 때에 회사가 청약서에서 질문한 중요한 사항에 대해 사실대로 알려야 하며, 위반하는 경우 계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 수 있습니다.

【계약 전 알릴 의무 이행 절차】

보험계약자, 피보험자는 보험에 가입할 때 청약서의 질문사항에 사실대로 기재하고 자필서명(전자서명 포함)을 해야 합니다(단, 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에는 음성녹음으로 대체합니다).

【상법 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.

【상법 제651조의2(서면에 의한 질문의 효력)】

보험자가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정한다.

【사례】

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

※ 의료법 제3조(의료기관)내지 제3조의 2(병원 등)의 규정에 의한 병원: 30개 이상의 병상(또는 요양병상)을 갖춘 병원, 치과병원, 한방병원(또는 요양병원)
※ 의료법 제3조(의료기관)내지 제3조의3(종합병원)의 규정에 의한 종합병원: 100개 이상의 병상구비, 병상 수에 따라 일정개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목 마다 전속하는 전문의를 둘 것

제16조(상해보험계약 후 알릴 의무)

① 계약자 또는 피보험자는 보험기간 중에 피보험자에게 다음 각 호의 변경이 발생한 경우에는 우편, 전화, 방문 등의 방법으로 지체 없이 회사에 알려야 합니다.

1. 보험증권 등에 기재된 직업 또는 직무의 변경
   가. 현재의 직업 또는 직무가 변경된 경우
   나. 직업이 없는 자가 취직한 경우
   다. 현재의 직업을 그만둔 경우

[직업]
1) 생계유지 등을 위하여 일정한 기간동안(예: 6개월 이상) 계속하여 종사하는 일
2) 1)에 해당하지 않는 경우에는 개인의 사회적 신분에 따르는 위치나 자리를 말함
   예) 학생, 미취학아동, 무직 등

[직무]
직책이나 직업상 책임을 지고 담당하여 맡은 일

2. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우
   예) 자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가용으로 변경 등
3. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우
   예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등

4. 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거(전동킥보드, 전동휠 등 전동기로 작동하는 개인형 이동장치를 포함하며, 장애인 또는 교통약자가 사용하는 보행보조용 의자차인 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등은 제외합니다.)를 계속적으로 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근용도 등으로 주로 사용하는 경우에 한함)하게 된 경우

【위험변경 시 해지환급금 정산】

제1항에 따라 위험이 증가·감소되는 경우 이후기간 보장을 위한 재원인 책임준비금 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

② 회사는 제1항의 통지로 인하여 위험의 변동이 발생한 경우에는 제23조(계약내용의 변경 등)에 따라 계약내용을 변경할 수 있습니다.

[위험변경에 따른 계약변경 절차]

위험변경사항 통지(우편, 전화, 방문 등)
↓
계약자, 피보험자의 계약변경사항 확인 후 청약
↓
계약변경사항 인수 심사
↓
정산금액 처리(환급 또는 추가납입)
↓
계약변경 완료

③ 회사는 제2항에 따라 계약내용을 변경할 때 위험이 감소된 경우에는 보험료를 감액하고, 이후 기간 보장을 위한 재원인 책임준비금 등의 차이로 인하여 발생한 정산금액(이하 “정산금액”이라 합니다)을 환급하여 드립니다. 한편 위험이 증가된 경우에는 보험료의 증액 및 정산금액의 추가납입을 요구할 수 있으며, 계약자는 이를 납입하여야 합니다.

④ 제1항의 통지에 따라 위험의 증가로 보험료를 더 내야 할 경우 회사가

청구한 추가보험료(정산금액을 포함합니다)를 계약자가 납입하지 않았을 때, 회사는 위험이 증가되기 전에 적용된 보험요율(이하 “변경전 요율”이라 합니다)의 위험이 증가된 후에 적용해야 할 보험요율(이하 “변경후 요율”이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 증가된 위험과 관계없이 발생한 보험금 지급사유에 관해서는 원래대로 지급합니다.

⑤ 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 제1항 각 호의 변경사실을 회사에 알리지 않았을 경우 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 그 변경사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자에게 제4항에 따라 보장됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

【중대한 과실】

주의의무의 위반이 현저한 과실,「중대한 과실」, 즉 현저한 부주의, 태만의 경우로서 조금만 주의를 하였다면 충분히 피해의 발생을 막을 수 있었음에도 그 주의조차 태만히 한 높은 강도의 주의의무위반

제17조(알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 이 계약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제15조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제16조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 이행하지 않았을 때

② 제1항 제1호의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.

1. 회사가 계약당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 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 의하여 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 해지할 수 있습니다)
5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.

③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제35조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

④ 제1항 제1호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를「반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다」라는 문구와 함께 계약자에게 서면 등으로 알려 드립니다.

⑤ 제1항 제2호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 제16조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제4항 또는 제5항에 따라 보험금을 지급합니다.

⑥ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제4항 및 제5항에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.

⑦ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

제18조(사기에 의한 계약)

① 계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물사용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 계약일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

② 제1항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제19조(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 가입 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 보험

사고가 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 정도에 따라 특별보험료를 추가로 부가하는 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 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 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.

⑤ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 청약일로부터 5년)이 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 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 이 보통약관 제30조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제5항

의 청약일로 하여 적용합니다.

제20조(청약의 철회)

① 계약자는 보험증권을 받은 날 부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

【전문금융소비자】
보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약에 따른 위험감수능력이 있는 자로서, 국가, 지방자치단체, 한국은행, 금융회사, 주권상장법인 등을 포함하며「금융소비자보호에 관한 법률」제2조(정의) 제9호에서 정하는 전문금융소비자를 말합니다.

【일반금융소비자】
전문금융소비자가 아닌 계약자를 말합니다.

② 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일(만65세 이상의 계약자가 통신수단 중 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

③ 청약철회는 계약자가 전화로 신청하거나, 철회의사를 표시하기 위한 서면, 전자우편, 휴대전화 문자메세지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시(이하 '서면 등'이라 합니다)를 발송한 때 효력이 발생합니다. 계약자는 서면 등을 발송한 때에 그 발송 사실을 회사에 지체없이 알려야 합니다.

④ 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약 제8조(보험금의 지급절차)에서 보험금 지급이 지연되는 경우 적용되는 이자율을 적용하여 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해당 신용카드회사로 하여금 대금청구를 하지 않도록 해야 하

며, 이 경우 회사는 보험료를 반환한 것으로 봅니다.

⑤ 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.

⑥ 제1항에서 보험증권을 받은 날에 대한 다툼이 발생한 경우 회사가 이를 증명하여야 합니다.

제21조(약관교부 및 설명의무 등)

① 회사는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 청약 후에 다음 각 호의 방법 중 계약자가 원하는 방법을 확인하여 지체 없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 제공하여 드립니다. 만약, 회사가 전자우편 및 전자적 의사표시로 제공한 경우 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다.

1. 서면교부
2. 우편 또는 전자우편
3. 휴대전화 문자메세지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시

② 제1항과 관련하여 통신판매계약의 경우 회사는 계약자가 가입한 특약만 포함한 약관을 드리며 계약자의 동의를 얻어 다음 중 한 가지 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

1. 인터넷홈페이지에서 약관 및 그 설명문(약관의 중요한 내용을 알 수 있도록 설명한 문서)을 읽거나 내려받게 하는 방법. 이 경우 계약자가 이를 읽거나 내려받은 것을 확인한 때에 당해 약관을 드리고 그 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
2. 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

【통신판매계약】
전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

【약관의 중요한 내용】
사회통념에 비추어 고객이 보험계약체결의 여부나 대가를 결정하는 데 직접적인 영향을 미칠 수 있는 사항을 말하는 것으로서, 보험약관에 기재되어 있는 보험상품의 내용, 보험료율의 체계, 보험청약서상 기재사항의 변동 및 보험자의 면책사유 등 다음의 내용을 말합니다.

- 청약의 철회에 관한 사항
- 지급한도, 면책사항, 감액지급 사항 등 보험금 지급제한 조건
- 고지의무 위반의 효과
- 계약의 취소 및 무효에 관한 사항
- 해지환급금에 관한 사항
- 분쟁조정절차에 관한 사항
- 만기 시 자동갱신되는 보험계약의 경우 자동갱신의 조건
- 저축성 보험계약의 공시이율
- 유배당 보험계약의 경우 계약자 배당에 관한 사항
- 그 밖에 약관에 기재된 보험계약의 중요사항

③ 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자가 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 또는 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함합니다)을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날 부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

【전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명】
서명자를 확인하고 서명자가 당해 전자문서에 서명을 하였음을 나타내는데 이용하기 위하여 당해 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말합니다.

【자필서명】
날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함합니다.

④ 제3항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제2항의 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

⑤ 제3항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제22조(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 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제44조의2에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)에 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 아니

면 이 계약을 적용합니다.

2. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속단체의 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 계약 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

【상법 제731조(타인의 생명의 보험)】

타인의 사망을 보험사고로 하는 보험계약에는 보험계약 체결시에 그 타인의 서면(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 대통령령으로 정하는 바에 따라 본인확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함한다)에 의한 동의를 얻어야 한다.

【상법 시행령 제44조의 2(타인의 생명보험)】

법 제731조 제1항에 따른 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서는 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 전자문서로 한다.

1. 전자문서에 보험금 지급사유, 보험금액, 보험계약자와 보험수익자의 신원, 보험기간이 적혀 있을 것
2. 전자문서에 법 제731조제1항에 따른 전자서명(이하“전자서명”이라 한다)을 하기 전에 전자서명을 할 사람을 직접 만나서 전자서명을 하는 사람이 보험계약에 동의하는 본인임을 확인하는 절차를 거쳐 작성될 것
3. 전자문서에 전자서명을 한 후에 그 전자서명을 한 사람이 보험계약에 동의한 본인임을 확인할 수 있도록 지문정보를 이용하는 등 법무부장관이 고시하는 요건을 갖추어 작성될 것
4. 전자문서 및 전자서명의 위조·변조 여부를 확인할 수 있을 것

【심신상실자 및 심신박약자】

〈심신상실자〉

심신상실자(心神喪失者)라 함은 의식은 있으나 장애의 정도가 심하여 자신의 행위 결과를 합리적으로 판단할 능력을 갖지 못한 사람을 말합니다.

〈심신박약자〉

심신박약자(心神薄弱者)라 함은 심신상실의 상태까지는 이르지 않았으나, 마음이나 정신의 장애로 인하여 사물을 변별할 능력이나 의사를 결정할 능력이 미약한 사람을 말합니다.

제23조(계약내용의 변경 등)

① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 보험종목
2. 보험기간
3. 보험료 납입주기, 납입방법 및 납입기간
4. 계약자, 피보험자
5. 보험가입금액 보험료등 기타 계약의 내용

② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.

【부가설명】

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

③ 회사는 계약자가 제1회 보험료를 납입한 때부터 1년 이상 지난 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 때에는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.

④ 회사는 계약자가 제1항 제5호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제35조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

【감액】

보험료, 보험금, 책임준비금 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 것을 말합니다.(이에 따라 보험료, 보험금 및 해지환급금도 줄어듭니다)

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

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

【해지환급금 정산】

보험기간, 납입기간 등 계약내용의 변경이 있는 경우 이후기간 보장을 위한 재원인 책임준비금 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

【보험가입금액 등의 감액 시 환급금】

보험가입금액, 보험료 등의 감액 시에는 환급금이 없거나 최초가입시 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.

제24조(보험나이 등)

① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제22조(계약의 무효) 제1항 제2호의 경우에는 실제 만 나이를 적용합니다.

② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약 해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

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

【보험나이 계산 예시】

생년월일 : 1988년 10월 2일, 현재(계약일) : 2021년 4월 13일

⇒ 2021년 4월 13일 - 1988년 10월 2일 = 32년 6월 11일 = 33세

【계약해당일】

최초계약일과 동일한 월, 일을 말합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

(예시)

계약일 : 2021년 10월 1일 -> 계약해당일 : 10월 1일

계약일 : 2020년 2월 29일 -> 계약해당일 : 2월 말일

제25조(계약의 소멸)

① 보험기간 중 피보험자의 사망으로 인하여 「제2절 보장조항」에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우 이 계약은 소멸합니다. 이 경우 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 적립부분 책임준비금을 지급합니다. 다만 보장의 소멸에 대한 책임준비금의 환급은 「제2절 보장조항」을 따릅니다.

【책임준비금】

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

② 회사의 보상책임 소멸은 「제2절 보장조항」에서 정합니다.

제5관 보험료의 납입

제26조(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.

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

1. 제15조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
2. 제17조(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 상해로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보장을 해드립니다.

제27조(제2회 이후 보험료의 납입)

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

【납입기일】
계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제28조(보험료의 자동대출납입)

① 계약자는 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따른 보험료의 납입최고(독촉)기간이 지나기 전까지 회사가 정한 방법에 따라 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있으며, 이 경우 제36조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려드립니다.

② 제1항의 규정에 의한 대출금과 보험료의 자동대출 납입일의 다음날부터 그 다음 보험료의 납입최고(독촉)기간까지의 이자(보험계약대출이율 이내에서 회사가 별도로 정하는 이율을 적용하여 계산)를 더한 금액이 해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 해지환급금과 계약자에게 지급할 기타 모든 지급금의 합계액에서 계약자의 회사에 대한 모든 채무액을 뺀 금액을 초과하는 경우에는 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 자동대출납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.

④ 보험료의 자동대출 납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해

지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출 납입이 없었던 것으로 하여 제35조(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.

【자동대출납입】
보험료를 제때에 납입하기 곤란한 경우에 계약자가 자동대출납입을 신청하면 해당 보험 상품의 해지환급금 범위 내에서 납입할 보험료를 자동적으로 대출하여 이를 보험료 납입에 충당하는 서비스를 말합니다.

제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

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

1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

② 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면, 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한

경우에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

③ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제35조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

【납입최고(독촉)】
약정된 기일까지 보험료가 납입되지 않을 경우, 회사가 계약자에게 납입을 재촉하는 것을 말합니다.

제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 이계약의 평균공시이율 + 1% 범위 내에서 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 다만, 금리연동형보험은 각 보험상품별 사업방법서에서 별도로 정한 이율로 계산합니다.

② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제15조(계약 전 알릴 의무), 제17조(알릴 의무 위반의 효과), 제18조(사기에 의한 계약), 제19조(보험계약의 성립) 및 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.

③ 제1항에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시 제15조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제17조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

【부활(효력회복)】
보험료 납입을 연체하여 계약이 해지되고 계약자가 해지환급금을 받지 않을 경우 회사가 정하는 소정의 절차에 따라 해지된 계약을 다시 되살리는 것을 말합니다.

제31조(강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복))

① 회사는 계약자의 해지환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제23조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.

② 회사는 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.

③ 회사는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 회사는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.

④ 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다.

⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

【용어풀이】
1. 강제집행이란 국가의 집행기관이 채권자를 위하여 집행권원에 표시된 사법상의 청구권을 국가권력으로 강제적으로 실현시키는 것을 말합니다.
2. 담보권실행이란 담보권을 설정한 채권자가 채무를 이행하지 않는 채무자에 대하여 해당 담보권을 실행하는 것을 말합니다.
3. 국세 및 지방세 체납처분 절차란 국세 또는 지방세를 체납할 경우

국세 기본법 및 지방세법에 의하여 체납된 세금에 대하여 가산금 징수, 독촉장 발부 및 재산 압류 등의 집행을 하는 것을 말합니다.

법원은 채권자의 신청에 따른 강제집행 및 담보권실행으로 채무자의 해지환급금을 압류할 수 있으며, 법원의 추심명령 또는 전부명령에 따라 회사는 채권자에게 해지환급금을 지급하게 됩니다.
또한, 국세 및 지방세 체납시 국세청 및 지방자치단체에 의해 채무자의 해지환급금이 압류될 수 있으며, 체납처분 절차에 따라 회사는 채권자에게 해지환급금을 지급하게 됩니다.

제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제32조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)

① 계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제35조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제22조(계약의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제35조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제32조의2(위법계약의 해지)

① 계약자는「금융소비자보호에 관한 법률」제47조에서 정한 위법계약에 해당하는 경우 금융소비자보호에 관한 법률 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결일부터 5년을 초과하지 않는 범위내에서 계약체결에 대한 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 서면 등으로 해당 계약의 해지를 요구할 수 있습니다.

【위법계약】
금융소비자보호에 관한 법률 제47조에서 정한 적합성원칙, 적정성원칙, 설명의무, 불공정영업행위 금지 또는 부당권유행위 금지를 위반한 계약을 말합니다.

② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.
④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제35조(해지환급금) 제5항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제33조(중대사유로 인한 해지)

① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 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.

【예시】
입원특약에 가입한 피보험자가 20일간 입원하였음에도 불구하고 입원확인서를 변조하여 입원일수 30일에 해당하는 보험금을 청구한 경우, 회사는 그 사실을 안 날로부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다. 다만, 이 경우에도 회사는 입원일수 20일에 해당하는 보험금을 지급합니다.

② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제35조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제34조(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 제35조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제35조(해지환급금)

① 이 약관에 따른 계약이 해지된 경우에 지급하는 해지환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다. 이때, 적립 순보험료에 대하여는 보험료납입일(회사에 입금된 날을 말합니다)부터 공시이율을 적용하며 , 제37조(중도인출)에 따라 중도인출한 경우에는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 적립부분 책임준비금에서 중도인출한 금액을 차감하여 계산합니다. 다만, 보험기간 중에 공시이율이 변경되는 경우에는 변경된 시점 이후부터 제9조(공시이율의 적용 및 공시) 제1항에 따라 변경된 이율을 적용하며, 최저보증이율은 연단위 복리 0.5%로 합니다.

② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 【별표1-1】『보험금을 지급할 때의 적립이율 계산』에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 적립보험료 등의 감액시 해지환급금이 없거나 최초가입시 안내한 해지환급금 보다 적어질 수 있습니다.

⑤ 제32조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 반환하여 드립니다.

제36조(보험계약대출)

① 계약자는 이 계약의 해지환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하「보험계약대출」이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험 상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.

② 계약자는 제1항에 따른 보험계약대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 때에는 회사는 보험금 지급사유가 발생되어 보험금을 지급하는 날 또는 해지환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.

③ 제2항의 규정에도 불구하고 회사는 제29조(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.

제37조(중도인출)

① 계약자는 계약일로부터 1년이상 지난 유효한 계약에 대하여 계약자의 신청이 있는 경우 계약자가 요청하는 시점의 기본계약 해지환급금과 기본계약 적립부분 해지환급금 중 적은 금액(단, 이 계약에서 정한 보험계약대출이 있을 경우 그 원금과 이자 합계액 및 이미 중도인출을 한 경우 그 금액을 차감한 후의 잔액을 기준으로 합니다.)의 80% 한도 내에서 중도인출 할 수 있습니다. 중도인출은 매 보험년도마다 12회에 한합니다.

② 중도인출시 만기(해지)환급금에서 인출금액 및 인출금액에 적립되었을 이자만큼 차감되므로 만기(해지)환급금이 감소합니다.

③ 제1항의 중도인출금을 지급받은 경우에는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 책임준비금에서 해당 중도인출금을 차감합니다.

【보험년도】

보험계약일로부터 다음 해의 보험계약 해당일 전일까지 매1년 단위의 연도를 말합니다. 예를 들어, 보험계약일이 2021년 1월 23일인 경우 보험년도는 1월 23일부터 다음 해 1월 22일까지의 1년을 말합니다.

【중도인출금의 한도 예시】
계약자가 요청한 시점에서 계산된 기본계약 해지환급금과 기본계약 적립부분 해지환급금 중 적은 금액이 100만 원인 경우 중도인출 가능액은 80만 원(100만 원의 80%)이며, 보험계약대출금(원금과 이자의 합계가 30만 원이라고 가정)이 있는 경우 중도인출 가능액은 56만 원(100만 원 – 30만 원 = 70만 원, 70만 원의 80%)입니다.

제38조(배당금의 지급)
회사는 이 계약에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제7관 분쟁의 조정 등

제39조(분쟁의 조정)
① 계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁 당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있으며, 분쟁조정 과정에서 계약자는 관계 법령이 정하는 바에 따라 회사가 기록 및 유지·관리하는 자료의 열람(사본의 제공 또는 청취를 포함한다)을 요구할 수 있습니다.
② 회사는 일반금융소비자인 계약자가 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 가액이 「금융소비자보호에 관한 법률」 제42조에서 정하는 일정 금액 이내인 분쟁사건에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 관계 법령이 정하는 경우를 제외하고는 소를 제기하지 않습니다.

제40조(관할법원)
이 계약에 관한 소송 및 민사조정은 계약자의 주소지를 관할하는 법원으로 합니다. 다만, 회사와 계약자가 합의하여 관할법원을 달리 정할 수 있습니다.

제41조(소멸시효)

보험금청구권, 만기환급금청구권, 보험료 반환청구권, 해지환급금 청구권 및 책임준비금 반환청구권은 3년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성됩니다.

【소멸시효】

소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있는 때부터 진행합니다. 보험금 지급사유가 2021년 4월 1일에 발생하였음에도 2024년 4월 1일까지 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금 등을 지급받지 못할 수 있습니다.

제42조(약관의 해석)

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

【신의성실의 원칙】

권리의 행사와 의무의 이행은 신의와 성실을 가지고 행동하여 상대방의 신뢰와 기대를 배반하여서는 안된다는 원칙(「민법」 제2조 제1항)

【민법 제2조(신의성실) 제1항】

① 권리의 행사와 의무의 이행은 신의에 좇아 성실히 하여야 한다.

② 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

③ 회사는 보험금을 지급하지 않는 사유 등 계약자나 피보험자에게 불리하거나 부담을 주는 내용은 확대하여 해석하지 않습니다.

제43조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)

① 회사는 일반금융소비자에게 청약을 권유하거나 일반금융소비자가 설명을 요청하는 경우 보험상품에 관한 중요한 사항을 계약자가 이해할 수 있도록 설명하고 계약자가 이해하였음을 서명(「전자서명법」 제2조 제2호에

따른 전자서명을 포함), 기명날인 또는 녹취 등을 통해 확인받아야 하며, 설명서를 제공하여야 합니다.

② 설명서, 약관, 계약자 보관용 청약서 및 보험증권의 제공 사실에 관하여 계약자와 회사간에 다툼이 있는 경우에는 회사가 이를 증명하여야 합니다.

③ 보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사 제작의 보험안내자료의 내용이 이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

【보험안내자료】
계약의 청약을 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다.

제44조(회사의 손해배상책임)

① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 발생된 손해에 대하여 관계 법령 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.

② 회사는 보험금 지급 거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었는데도 불구하고 소를 제기하여 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 손해를 가한 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.

③ 회사가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 공정을 잃은 합의로 보험수익자에게 손해를 가한 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

【현저하게 공정을 잃은 합의】
사회통념상 일반 보통인이라면 그 같은 일을 하지 않을 정도로 현저하게 공정성을 잃은 것을 말합니다.

제45조(개인정보보호)

① 회사는 이 계약과 관련된 개인정보를 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여「개인정보 보호법」,「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법

률」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.

② 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

제46조(준거법)

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

제47조(예금보험에 의한 지급보장)

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

【예금자보호제도】

예금자보호제도란 예금보험공사가 평소에 금융기관으로부터 보험료를 받아 기금을 적립한 후, 금융기관이 영업정지나 파산 등으로 예금을 지급할 수 없게 되면 금융기관을 대신하여 예금을 지급하는 제도를 말합니다.

이 보험계약은 예금자보호법에 따라 예금보험공사가 보호하되, 보호한도는 본 보험회사에 있는 귀하의 모든 예금보호대상 금융상품의 해지환급금(또는 만기 시 보험금이나 사고보험금)에 기타지급금을 합하여 1인당「최고 5천만원」이며, 5천만원을 초과하는 나머지 금액은 보호하지 않습니다. 다만, 보험계약자 및 보험료 납부자가 법인이면 보호되지 않습니다.

제2절 보장조항

`

1종 : 종합플랜

1-1. 일반상해사망보장

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 사망(일반상해사망)한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다)에는 이 보장의 보험가입금액을 일반상해사망보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의「사망」에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

【민법 제27조(실종의 선고)】

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

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

② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유)의 '사망'의 원인 및 '사망보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

③ 보험수익자와 회사가 제1조(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 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관 : 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관 : 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

제3조(보장의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급한 때에는 그 지급사유의 원인이 생긴 때부터 이 보장은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 보장의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에서 보장하지 않는 사유로 사망한 경우에도 이 보장은 소멸되며, 이 경우 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 보장의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

③ 제2항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 「제1절 일반조항」 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 「제1절 일반조항」 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율

을 연단위 복리로 계산합니다.

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

제4조(준용규정)
이 보장에서 정하지 않은 사항은「1절 일반조항」을 따릅니다. 다만,「1절 일반조항」제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제37조(중도인출)은 제외합니다.

1-2. 일반상해후유장해(80%이상)보장

제1조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해의 직접결과로써【별표1】『장해 분류표』에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 보장의 보험가입금액을 일반상해후유장해(80%이상)보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)
① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해 분류표(【별표1】참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일

부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③【별표1】『장해 분류표』에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라【별표1】『장해 분류표』의 구분에 준하여 보험금을 결정합니다.

④ 보험수익자와 회사가 제1조(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 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관 : 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관 : 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 지급합니다. 다만,【별표1】『장해 분류표』의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 지급받은 후유장해보험금에 해당하는 장해지급률을 차감하여 장해지급률을 결정합니다. 다만,【별표1】『장해 분류표』의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 이미 이 보장에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에

또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 장해지급률에서 이미 지급받은 후유장해보험금에 해당하는 장해지급률을 차감하여 장해지급률을 결정합니다.

제3조(보장의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급한 경우에는 그 지급사유의 원인이 생긴 때부터 이 보장은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 보장의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 보장에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 보장은 그때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 보장의 책임준비금을 지급합니다.

③ 제2항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는「제1절 일반조항」제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는「제1절 일반조항」제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4조(준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은「1절 일반조항」을 따릅니다. 다만,「1절 일반조항」제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제37조(중도인출)은 제외합니다.

1-3. 일반상해후유장해(80%미만)보장

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해의 직접결과로써【별표1】『장해 분

류표』에서 정한 장해지급률이 80% 미만에 해당하는 장해상태가 된 경우에는【별표1】『장해 분류표』에서 정한 지급률을 이 보장의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 일반상해후유장해(80%미만)보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해 분류표(【별표1】참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③【별표1】『장해 분류표』에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라【별표1】『장해 분류표』의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만,【별표1】『장해 분류표』의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 보험금을 지급하지 않습니다.

④ 보험수익자와 회사가 제1조(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 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관 : 의원, 치과의원, 한의원

2. 조산원
3. 병원급 의료기관 : 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 【별표1】 『장해 분류표』의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 지급받은 후유장해보험금에 해당하는 장해지급률을 차감하여 장해지급률을 결정합니다. 다만, 【별표1】 『장해 분류표』의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 이미 이 보장에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 장해지급률에서 이미 지급받은 후유장해보험금에 해당하는 장해지급률을 차감하여 장해지급률을 결정합니다.

⑧ 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제3조(보장의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 보장에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 보장은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 보장의 책임준비금을 지급합니다.

② 제1항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는「제1절 일반조항」제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는「제1절 일반조항」제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다

음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4조(준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은「1절 일반조항」을 따릅니다. 다만,「1절 일반조항」제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제37조(중도인출)은 제외합니다.

1-4. 5대고액치료비암진단비보장

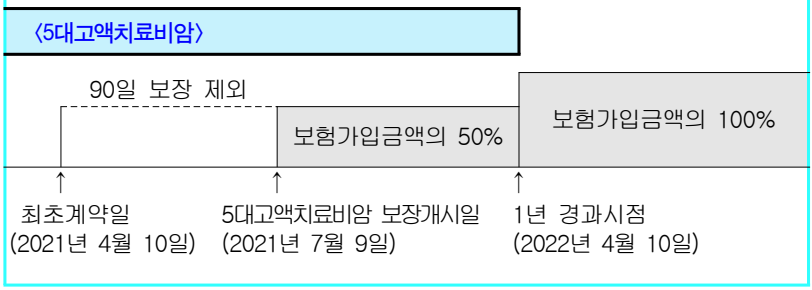
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에「5대고액치료비암」으로 진단확정 되었을 경우에는 최초1회에 한하여 아래에서 정한 금액을 5대고액치료비암진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일부터 1년 미만	계약일부터 1년 이상
5대고액치료비암 진단확정시	이 보장의 보험가입금액의 50%	이 보장의 보험가입금액의 100%

② 제1항의 보장개시일은 이 보장의 보험계약일(이하「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

【5대고액치료비암진단비 및 보장개시일[예시]】



③ 피보험자가 5대고액치료비암 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 5대고액치료비암으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 5대고액치료비암진단비를 지급합니다. 다만, 제6조(보장의 소멸) 제2항에 따라 이 보장의 책임준비금을 지급한 경우에는 5대고액치료비암진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(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 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(5대고액치료비암의 정의 및 진단확정)

① 이 보장에 있어「5대고액치료비암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서「5대고액치료비암」으로 분류되는 질병으로【별표2】『5대고액치료비암 분류표』에서 정한 식도의 악성신생물(암), 췌장의 악성신생물(암), 뼈 및 관절연골의 악성신생물(암), 뇌 및 중추신경계의 기타 부위의 악성신생물(암), 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

②「5대고액치료비암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「5대고액치료비암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(보장의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 보장을 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 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에「5대고액치료비암」으로 진단확정 되는 경우
2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제5조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 보장의 보장개시는「1절 일반조항」제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제6조(보장의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급한 경우에는 그 지급사유의 원인이 생긴 때부터 이 보장은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 보장의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 보장에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 보장은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 보장의 책임준비금을 지급합니다.

③ 제2항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는「제1절 일반조항」제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된

서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는「제1절 일반조항」제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은「1절 일반조항」을 따릅니다. 다만,「1절 일반조항」제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제37조(중도인출)은 제외합니다.

1-5. 암진단비(Ⅰ,일시지급형)보장

제1조(보험금의 지급사유)

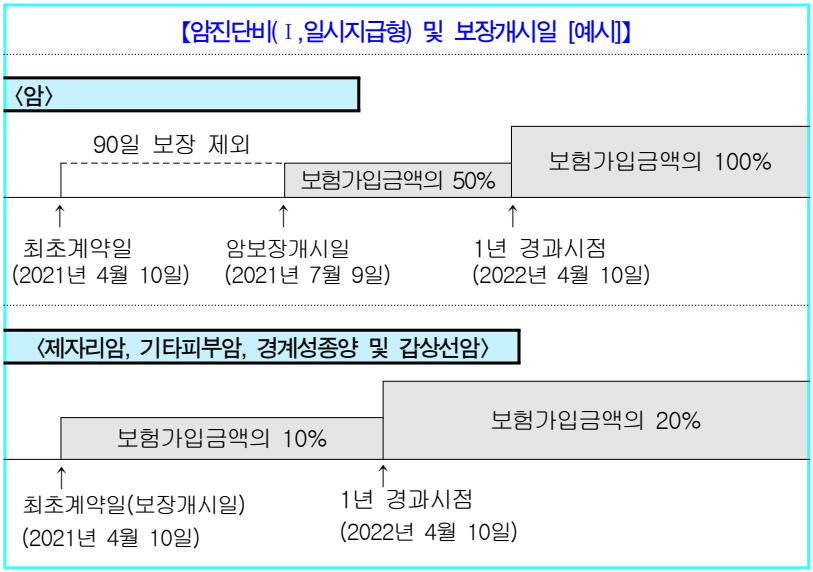
① 회사는 보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후「암」,「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」또는「갑상선암」으로 진단확정 되었을 때에는 각각 최초1회에 한하여 아래에서 정한 금액을 암진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일부터 1년 미만	계약일부터 1년 이상
암 진단확정시	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%
제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암 진단확정시	이 보장 보험가입금액의 10%	이 보장 보험가입금액의 20%

② 다만,「암」진단비를 지급받은 이후에 진단받은「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」은 진단비를 지급하지 않습니다.

③ 제1항의 보장개시일은「암」의 경우 이 보장의 보험계약일(이하「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로

하며, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」에 대한 보장개시일은 보험계약일로 합니다.



④ 피보험자가 제3항에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 보험금을 지급합니다. 다만, 「암」으로 사망하여 제6조(보장의 소멸) 제2항에 따라 이 보장의 책임준비금을 지급한 경우에는 보험금에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(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 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 보장에 있어「암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표3】『악성신생물(암) 분류표』)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)와 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병은 제외합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표4】『제자리신생물 분류표』)을 말합니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표3】『악성신생물(암) 분류표』)을 말합니다.

④ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표5】『행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표』)을 말합니다.

⑤ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표3】『악성신생물(암) 분류표』)을 말합니다.

⑥「암」,「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」또는「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」또는「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

⑦ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명

부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【예시】

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(보장의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 보장을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 보장이 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 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 계약의 보장개시일의 전일 이전에「암」으로 진단확정되는 경우
2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제5조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 보장의 보장개시는「1절 일반조항」제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활

(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제3항의 보장개시일을 적용합니다.

제6조(보장의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한「암」보험금을 지급한 경우에는 그 지급사유의 원인이 생긴 때부터 이 보장은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 보장의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 보장에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 보장은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 보장의 책임준비금을 지급합니다.

③ 제2항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는「제1절 일반조항」제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는「제1절 일반조항」제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은「1절 일반조항」을 따릅니다. 다만,「1절 일반조항」제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제37조(중도인출)은 제외합니다.

1-6. 뇌졸중진단비보장

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중「뇌졸중」으로 진단확정 되었을 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에서 정한 금액을 뇌졸중진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일부터 1년미만	계약일부터 1년이상
뇌졸중 진단확정시	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%

② 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 뇌졸중으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 뇌졸중진단비를 지급합니다. 다만, 제4조(보장의 소멸) 제2항에 따라 이 보장의 책임준비금을 지급한 경우에는 뇌졸중진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(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 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(뇌졸중의 정의 및 진단확정)

① 이 보장에 있어「뇌졸중」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 뇌졸중으로 분류되는 질병(【별표6】『뇌졸중 분류표』)을 말합니다.

②「뇌졸중」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「뇌졸중」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(보장의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급한 경우에는 그 지급

사유의 원인이 생긴 때부터 이 보장은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 보장의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 보장에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 보장은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 보장의 책임준비금을 지급합니다.

③ 제2항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는「제1절 일반조항」제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는「제1절 일반조항」제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은「1절 일반조항」을 따릅니다. 다만,「1절 일반조항」제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제37조(중도인출)은 제외합니다.

1-7. 뇌혈관질환진단비보장

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중「뇌혈관질환」으로 진단확정 되었을 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에서 정한 금액을 뇌혈관질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일부터 1년미만	계약일부터 1년이상
뇌혈관질환 진단확정시	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%

② 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 뇌혈관질환으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 뇌혈관질환진단비를 지급합니다. 다만, 제4조(보장의 소멸) 제2항에 따라 이 보장의 책임준비금을 지급한 경우에는 뇌혈관질환진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(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 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(뇌혈관질환의 정의 및 진단확정)

① 이 보장에 있어「뇌혈관질환」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 뇌혈관질환으로 분류되는 질병으로【별표7】『뇌혈관질환 분류표』에서 정한 질병을 말합니다.

②「뇌혈관질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「뇌혈관질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(보장의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급한 경우에는 그 지급사유의 원인이 생긴 때부터 이 보장은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이

보장의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 보장에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 보장은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 보장의 책임준비금을 지급합니다.

③ 제2항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는「제1절 일반조항」제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는「제1절 일반조항」제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은「1절 일반조항」을 따릅니다. 다만,「1절 일반조항」제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제37조(중도인출)은 제외합니다.

1-8. 급성심근경색증진단비보장

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중「급성심근경색증」으로 진단확정 되었을 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에서 정한 금액을 급성심근경색증진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일부터 1년미만	계약일부터 1년이상
급성심근경색증 진단확정시	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%

② 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 급성심근경색증으로 사

망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 급성심근경색증진단비를 지급합니다. 다만, 제4조(보장의 소멸) 제2항에 따라 이 보장의 책임준비금을 지급한 경우에는 급성심근경색증진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(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 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(급성심근경색증의 정의 및 진단확정)

① 이 보장에 있어서「급성심근경색증」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 급성심근경색증으로 분류되는 질병(【별표8】『급성심근경색증 분류표』)을 말합니다.

② 급성심근경색증의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중「급성심근경색증」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이「급성심근경색증」으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(보장의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급한 경우에는 그 지급사유의 원인이 생긴 때부터 이 보장은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이

보장의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 보장에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 보장은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 보장의 책임준비금을 지급합니다.

③ 제2항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는「제1절 일반조항」제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는「제1절 일반조항」제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은「1절 일반조항」을 따릅니다. 다만,「1절 일반조항」제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제37조(중도인출)은 제외합니다.

1-9. 허혈성심장질환진단비보장

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중「허혈성심장질환」으로 진단확정 되었을 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에서 정한 금액을 허혈성심장질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일부터 1년미만	계약일부터 1년이상
허혈성심장질환 진단확정시	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%

② 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 허혈성심장질환으로 사

망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 허혈성심장질환진단비를 지급합니다. 다만, 제4조(보장의 소멸) 제2항에 따라 이 보장의 책임준비금을 지급한 경우에는 허혈성심장질환증진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(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 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(허혈성심장질환의 정의 및 진단확정)

① 이 보장에 있어서「허혈성심장질환」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서「허혈성심장질환」으로 분류되는 질병으로【별표9】『허혈성심장질환 분류표』에서 정한 질병을 말합니다.

②「허혈성심장질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중「허혈성심장질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이「허혈성심장질환」으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(보장의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급한 경우에는 그 지급사유의 원인이 생긴 때부터 이 보장은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이

보장의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 보장에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 보장은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 보장의 책임준비금을 지급합니다.

③ 제2항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는「제1절 일반조항」제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는「제1절 일반조항」제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은「1절 일반조항」을 따릅니다. 다만,「1절 일반조항」제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제37조(중도인출)은 제외합니다.

1-10. 일반상해후유장해가족생활지원금(80%이상,연지급형)보장

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중 상해의 직접결과로써【별표1】『장해 분류표』에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 된 경우에는 이 보장의 가입금액을 5년간 매년 보험금 지급사유 발생해당일에 일반상해후유장해가족생활지원금(80%이상, 연지급형)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 해당월의 보험금 지급사유 발생해당일이 없는 경우 해당월의 말일을 보험금 지급사유 발생해당일로 합니다.

【보험금 지급】

가입금액	1회 지급액	지급횟수	총지급금액
이 보장의 가입금액	이 보장의 가입금액	5회	이 보장의 가입금액×5회

【예시】

총 지급금액	지급기준	가입금액 등 표기	
		가입금액	1회 지급액
500만원	보험가입금액 × 5회	100만원	100만원

【지급사유발생해당일】

최초 사고발생일과 동일한 월, 일을 말합니다.

예시1) 지급사유 발생일 : 2021년 10월 1일⇒ 지급사유발생해당일 : 10월 1일

예시2) 지급사유 발생일 : 2020년 2월 29일⇒ 지급사유발생해당일 : 2월 말일

② 제1항의 금액은 보험수익자의 요청에 따라 일시지급이 가능하며, 이 경우에는 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액과 적용이율을 연단위 복리로 할인한 금액 중 큰 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해 분류표(【별표1】 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를

기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③ 【별표1】 『장해 분류표』에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표1】 『장해 분류표』의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 【별표1】 『장해 분류표』의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 보험금을 지급하지 않습니다.

④ 보험수익자와 회사가 제1조(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 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관 : 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관 : 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 【별표1】 『장해 분류표』의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 지급받은 후유장해보험금에 해당하는 장해지급률을 차감하여 장해지급률을 결정합니다. 다만, 【별표1】 『장해 분류표』의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 이미 이 보장에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일

부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 장해지급률에서 이미 지급받은 후유장해보험금에 해당하는 장해지급률을 차감하여 장해지급률을 결정합니다.

제3조(보장의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급한 경우에는 그 지급사유의 원인이 생긴 때부터 이 보장은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 보장의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 보장에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 보장은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 보장의 책임준비금을 지급합니다.

③ 제2항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는「제1절 일반조항」제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는「제1절 일반조항」제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4조(준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은「1절 일반조항」을 따릅니다. 다만,「1절 일반조항」제10조(만기환급금의 지급)및 제37조(중도인출)은 제외합니다.

1-11. 질병후유장해가족생활지원금(80%이상,연지급형)

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 질병의 직접결과로써【별표1】『장해분류표』에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 된 경

우에는 이 보장의 가입금액을 5년간 매년 보험금 지급사유 발생해당일에 질병후유장해가족생활지원금(80%이상,연지급형)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 해당월의 보험금 지급사유 발생해당일이 없는 경우 해당월의 말일을 보험금 지급사유 발생해당일로 합니다.

【보험금 지급】

가입금액	1회 지급액	지급횟수	총지급금액
이 보장의 가입금액	이 보장의 가입금액	5회	이 보장의 가입금액×5회

【예시】

총 지급금액	지급기준	가입금액 등 표기	
		가입금액	1회 지급액
500만원	보험가입금액 × 5회	100만원	100만원

【보험금 지급사유 발생해당일】

최초 사고발생일과 동일한 월, 일을 말합니다.

예시1) 보험금 지급사유 발생일 : 2021년 10월 1일⇒ 보험금 지급사유 발생해당일 : 10월 1일

예시2) 보험금 지급사유 발생일 : 2020년 2월 29일⇒ 보험금 지급사유 발생 해당일 : 2월 말일

② 제1항의 금액은 보험수익자의 요청에 따라 일시지급이 가능하며, 이 경우에는 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액과 적용이율을 연단위 복리로 할인한 금액 중 큰 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 그 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해 분류표(【별표1】『장해 분류표』참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③【별표1】『장해 분류표』에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라【별표1】『장해 분류표』의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다. 다만,【별표1】『장해 분류표』의 각 장해분류별 최저지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 질병후유장해가족생활지원금(80%이상,연지급형)을 지급하지 않습니다.

④ 보험수익자와 회사가 제1조(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 종합병원소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관 : 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관 : 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

⑤ 같은 질병으로 두가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 지급합니다. 다만,【별표1】『장해 분류표』의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 질병후유장해가족생활지원금(80%이상, 연지급형)을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 장해지급률에서

이미 지급받은 후유장해보험금에 해당하는 장해지급률을 차감하여 장해지급률을 결정합니다. 다만, 【별표1】 『장해 분류표』의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 이미 이 계약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 장해지급률에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장해보험금에 해당하는 장해지급률을 차감하여 장해지급률을 결정합니다.

제3조(보장의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급한 경우에는 그 지급사유의 원인이 생긴 때부터 이 보장은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 보장의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 보장에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 보장은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 보장의 책임준비금을 지급합니다.

③ 제2항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는「제1절 일반조항」제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는「제1절 일반조항」제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4조(준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은「1절 일반조항」을 따릅니다. 다만,「1절 일반조항」제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제37조(중도인출)은 제외합니다.

1-12. 암진단비(Ⅱ,연지급형)보장

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후「암」,「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」또는「갑상선암」으로 진단확정 되었을 때 각각 최초1회에 한하여 암진단확정일로부터 2년 경과 후 아래에서 정한 금액을 암진단비(Ⅱ,연지급형)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 해당월의 보험금 지급사유 발생해당일이 없는 경우 해당월의 말일을 보험금 지급사유 발생해당일로 합니다.

구분	지급금액	
	계약일부터 1년 미만	계약일부터 1년 이상
암 진단확정시	이 보장 보험가입금액의 50%를 암 진단 확정시점부터 2년 경과 후 5년동안 매년 진단확정일에 확정지급	이 보장 보험가입금액의 100%를 암 진단 확정시점부터 2년 경과 후 5년동안 매년 진단확정일에 확정지급
제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암 진단확정시	이 보장 보험가입금액의 10%를 암 진단 확정시점부터 2년 경과 후 5년동안 매년 진단확정일에 확정지급	이 보장 보험가입금액의 20%를 암 진단 확정시점부터 2년 경과 후 5년동안 매년 진단확정일에 확정지급

【보험금 지급】

가입금액	1회 지급액	지급횟수	총지급금액
이 보장의 가입금액	이 보장의 가입금액	5회	이 보장의 가입금액×5회

【예시】

총 지급금액	지급기준	가입금액 등 표기	
		가입금액	1회 지급액
500만원	보험가입금액 × 5회	100만원	100만원

【보험금 지급사유 발생해당일】

최초 사고발생일과 동일한 월, 일을 말합니다.

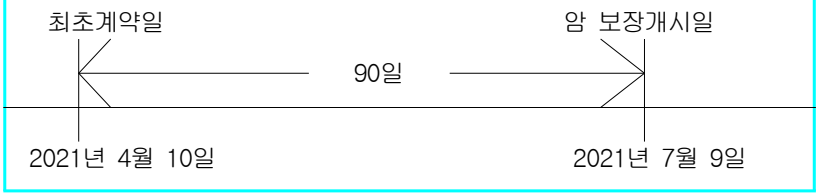
예시1) 보험금 지급사유 발생일 : 2021년 10월 1일⇒ 보험금 지급사유 발생해당일 : 10월 1일

예시2) 보험금 지급사유 발생일 : 2020년 2월 29일⇒ 보험금 지급사유 발생 해당일 : 2월 말일

② 다만, 「암」 진단비(Ⅱ, 연지급형)를 지급받은 이후에 진단받은 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 보험금은 지급하지 않습니다.

③ 제1항의 보장개시일은 「암」의 경우 이 보장의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」에 대한 보장개시일은 보험계약일로 합니다.

【암진단비(Ⅱ,연지급형) 보장개시일[예시]】



④ 피보험자가 제3항에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 보험금을 지급합니다. 다만, 「암」으로 사망하여 제6조(보장의 소멸) 제2항에 따라 이 보장의 책임준비금을 지급한 경우에는 보험금에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

⑤ 제1항의 금액은 보험수익자의 요청에 따라 일시지급이 가능하며, 이 경우에는 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액과 적용이율을 연단위 복리로 할인한 금액 중 큰 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(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 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 보장에 있어「암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표3】『악성신생물(암) 분류표』)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)와 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병은 제외합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표4】『제자리신생물 분류표』)을 말합니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표3】『악성신생물(암) 분류표』)을 말합니다.

④ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표5】『행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표』)을 말합니다.

⑤ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표3】『악성신생물(암) 분류표』)을 말합니다.

⑥「암」,「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」또는「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경

소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」또는「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

⑦ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(보장의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 보장을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 보장이 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 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 계약의 암보장개시일의 전일 이전에「암」으로 진단확정되는 경우
2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초

과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제5조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 보장의 보장개시는「1절 일반조항」제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제3항의 보장개시일을 적용합니다.

제6조(보장의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한「암」보험금을 지급한 경우에는 그 지급사유의 원인이 생긴 때부터 이 보장은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 보장의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 보장에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 보장은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 보장의 책임준비금을 지급합니다.

③ 제2항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는「제1절 일반조항」제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는「제1절 일반조항」제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은「1절 일반조항」을 따릅니다. 다만,「1절 일반조항」제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제37조(중도인출)은 제외합니다.

2종 : 암플랜

2-1. 일반상해사망보장

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 사망(일반상해사망)한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다)에는 이 보장의 보험가입금액을 일반상해사망보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의「사망」에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

【민법 제27조(실종의 선고)】

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

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

②「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유)의 '사망'의 원인 및 '사망보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

③ 보험수익자와 회사가 제1조(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 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관 : 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관 : 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

제3조(보장의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급한 때에는 그 지급사유의 원인이 생긴 때부터 이 보장은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 보장의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에서 보장하지 않는 사유로 사망한 경우에도 이 보장은 소멸되며, 이 경우 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 보장의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

③ 제2항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 「제1절 일반조항」 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 「제1절 일반조항」 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

【책임준비금】

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

제4조(준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은「1절 일반조항」을 따릅니다. 다만,「1절 일반조항」제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제37조(중도인출)은 제외합니다.

2-2. 일반상해후유장해(80%이상)보장

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해의 직접결과로써【별표1】『장해 분류표』에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 보장의 보험가입금액을 일반상해후유장해(80%이상)보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해 분류표(【별표1】참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③【별표1】『장해 분류표』에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라【별표1】『장해 분류표』의 구분에 준하여 보험금을 결정합니다.

④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제

3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】
② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
1. 의원급 의료기관 : 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관 : 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 【별표1】 『장해 분류표』의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 지급받은 후유장해보험금에 해당하는 장해지급률을 차감하여 장해지급률을 결정합니다. 다만, 【별표1】 『장해 분류표』의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 이미 이 보장에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 장해지급률에서 이미 지급받은 후유장해보험금에 해당하는 장해지급률을 차감하여 장해지급률을 결정합니다.

제3조(보장의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급한 경우에는 그 지급

사유의 원인이 생긴 때부터 이 보장은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 보장의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 보장에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 보장은 그때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 보장의 책임준비금을 지급합니다.

③ 제2항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는「제1절 일반조항」제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는「제1절 일반조항」제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4조(준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은「1절 일반조항」을 따릅니다. 다만,「1절 일반조항」제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제37조(중도인출)은 제외합니다.

2-3. 일반상해후유장해(80%미만)보장

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해의 직접결과로써【별표1】『장해 분류표』에서 정한 장해지급률이 80% 미만에 해당하는 장해상태가 된 경우에는【별표1】『장해 분류표』에서 정한 지급률을 이 보장의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 일반상해후유장해(80%미만)보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이

내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해 분류표(【별표1】 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③【별표1】 『장해 분류표』에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라【별표1】 『장해 분류표』의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만,【별표1】 『장해 분류표』의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 보험금을 지급하지 않습니다.

④ 보험수익자와 회사가 제1조(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 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관 : 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관 : 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 지급합니다. 다만,【별표1】 『장해 분류표』의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마

다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 지급받은 후유장해보험금에 해당하는 장해지급률을 차감하여 장해지급률을 결정합니다. 다만, 【별표 1】 『장해 분류표』의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 이미 이 보장에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 장해지급률에서 이미 지급받은 후유장해보험금에 해당하는 장해지급률을 차감하여 장해지급률을 결정합니다.

⑧ 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제3조(보장의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 보장에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 보장은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 보장의 책임준비금을 지급합니다.

② 제1항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는「제1절 일반조항」제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는「제1절 일반조항」제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4조(준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은「1절 일반조항」을 따릅니다. 다만,「1절

일반조항」 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제37조(중도인출)은 제외합니다.

2-4. 5대고액치료비암진단비보장

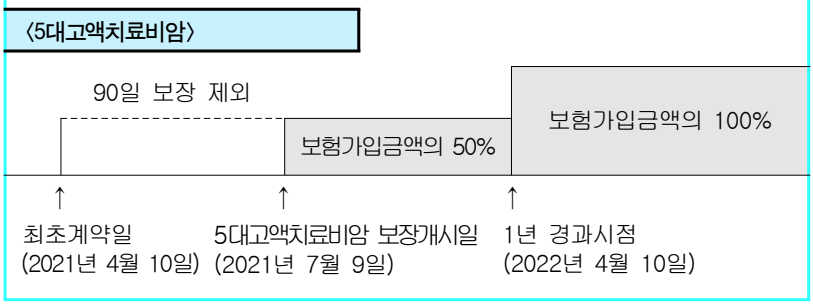
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 「5대고액치료비암」으로 진단확정 되었을 경우에는 최초1회에 한하여 아래에서 정한 금액을 5대고액치료비암진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일부터 1년 미만	계약일부터 1년 이상
5대고액치료비암 진단 확정시	이 보장의 보험가입금액의 50%	이 보장의 보험가입금액의 100%

② 제1항의 보장개시일은 이 보장의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

【5대고액치료비암진단비 및 보장개시일[예시]】



③ 피보험자가 5대고액치료비암 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 5대고액치료비암으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 5대고액치료비암진단비를 지급합니다. 다만, 제6조(보장의 소멸) 제2항에 따라 이 보장의 책임준비금을 지급한 경우에는 5대고액치료비암진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(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 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(5대고액치료비암의 정의 및 진단확정)

① 이 보장에 있어「5대고액치료비암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서「5대고액치료비암」으로 분류되는 질병으로【별표2】『5대고액치료비암 분류표』에서 정한 식도의 악성신생물(암), 췌장의 악성신생물(암), 뼈 및 관절연골의 악성신생물(암), 뇌 및 중추신경계의 기타 부위의 악성신생물(암), 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

②「5대고액치료비암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「5대고액치료비암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(보장의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 보장을 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 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에「5대고액치료비암」으로 진단확정 되는 경우
2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제5조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 보장의 보장개시는「1절 일반조항」제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제6조(보장의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급한 경우에는 그 지급사유의 원인이 생긴 때부터 이 보장은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 보장의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 보장에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 보장은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 보장의 책임준비금을 지급합니다.

③ 제2항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는「제1절 일반조항」제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는「제1절 일반조항」제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은「1절 일반조항」을 따릅니다. 다만,「1절

일반조항」 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제37조(중도인출)은 제외합니다.

2-5. 암진단비(Ⅰ,일시지급형)보장

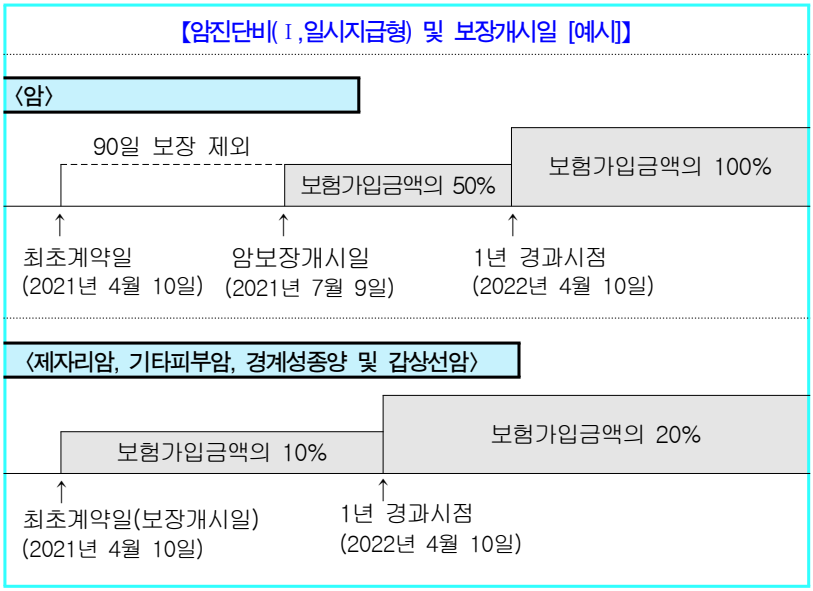
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후「암」,「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」또는「갑상선암」으로 진단확정 되었을 때에는 각각 최초1회에 한하여 아래에서 정한 금액을 암진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일부터 1년 미만	계약일부터 1년 이상
암 진단확정시	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%
제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암 진단확정시	이 보장 보험가입금액의 10%	이 보장 보험가입금액의 20%

② 다만,「암」진단비를 지급받은 이후에 진단받은「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」은 진단비를 지급하지 않습니다.

③ 제1항의 보장개시일은「암」의 경우 이 보장의 보험계약일(이하「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며,「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」및「갑상선암」에 대한 보장개시일은 보험계약일로 합니다.



④ 피보험자가 제3항에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에「암」,「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」또는「갑상선암」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 보험금을 지급합니다. 다만,「암」으로 사망하여 제6조(보장의 소멸) 제2항에 따라 이 보장의 책임준비금을 지급한 경우에는 보험금에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(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 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 보장에 있어「암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서

악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표3】 『악성신생물(암) 분류표』)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)와 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병은 제외합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표4】 『제자리신생물 분류표』)을 말합니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표3】 『악성신생물(암) 분류표』)을 말합니다.

④ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표5】 『행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표』)을 말합니다.

⑤ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표3】 『악성신생물(암) 분류표』)을 말합니다.

⑥「암」,「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」또는「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」또는「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

⑦ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【예시】

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(보장의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 보장을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 보장이 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 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 계약의 보장개시일의 전일 이전에「암」으로 진단확정되는 경우
2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제5조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 보장의 보장개시는「1절 일반조항」제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제3항의 보장개시일을 적용합니다.

제6조(보장의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한「암」보험금을 지급한 경우에는 그 지급사유의 원인이 생긴 때부터 이 보장은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 보장의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 보장에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 보장은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 보장의 책임준비금을 지급합니다.

③ 제2항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는「제1절 일반조항」제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는「제1절 일반조항」제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

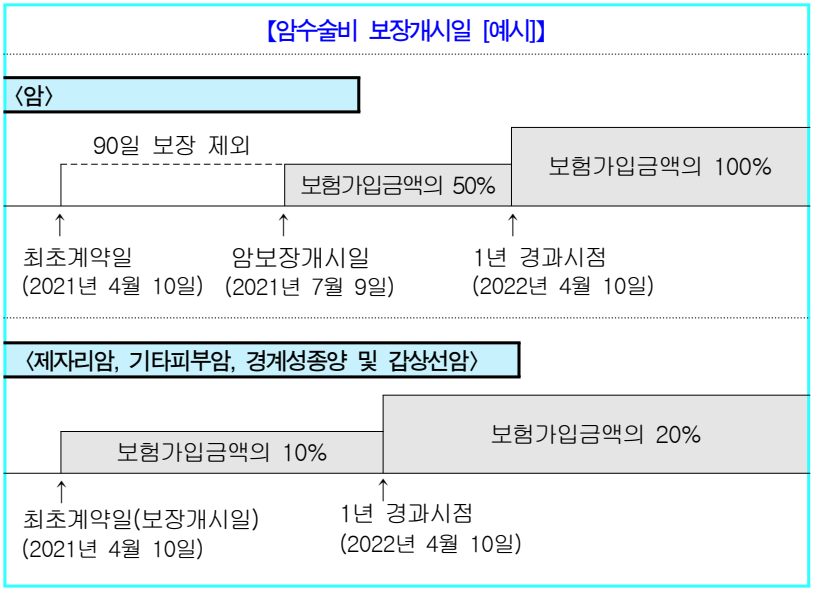
이 보장에서 정하지 않은 사항은「1절 일반조항」을 따릅니다. 다만,「1절 일반조항」제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제37조(중도인출)은 제외합니다.

2-6. 암수술비보장

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험기간 중에 피보험자가 보장개시일 이후에「암」,「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」또는「갑상선암」으로 진단확정되고, 그「암」,「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」또는「갑상선암」의 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래에서 정한 금액을 암수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	
	계약일부터 1년 미만	계약일부터 1년 이상
암 수술시	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%
제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암 수술시	이 보장 보험가입금액의 10%	이 보장 보험가입금액의 20%



② 제1항의 보장개시일은「암」의 경우 이 보장의 보험계약일(이하「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며,「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」및「갑상선암」에 대한 보장개시일은 보험계약일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 항암방사선 및 항암약물치료는 암수술비가 지급되지 않습니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(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 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 보장에 있어「암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표3】『악성신생물(암) 분류표』)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)와 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병은 제외합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표4】『제자리신생물 분류표』)을 말합니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표3】『악성신생물(암) 분류표』)을 말합니다.

④ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표5】『행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표』)을 말합니다.

⑤ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표3】『악성신생물(암) 분류표』)을 말합니다.

⑥「암」,「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」또는「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종

양」 또는 「갑상선암」 으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

⑦ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【예시】

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

③ 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

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

④ 제1항의「수술」은「항암방사선치료」와「항암약물치료」는 제외합니다.

⑤ 제4항의「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

⑥ 제4항의「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

⑦ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】
- 체외 충격파 쇄석술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제5조(보장의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 보장을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 보장이 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 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 보장개시일의 전일 이전에「암」으로 진단확정 되는 경우
2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 보장의 보장개시는「1절 일반조항」제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제7조(보장의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 보장에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 보장은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 보장의 책임준비금을 지급합니다.

② 제1항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는「제1절 일반조항」제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는「제1절 일반조항」제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은「1절 일반조항」을 따릅니다.다만,「1절 일반조항」제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제37조(중도인출)은 제외합니다.

2-7. 암직접치료입원일당(요양병원제외, 1일이상180일한도)보장

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 제2항에서 정한 보장개시일 이후「암」,「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」및「갑상선암」으로 진단 확정되고, 그「암」,「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」및「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 병원(요양병원제외) 또는 의원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 아래의 금액을 암직접치료입원일당(요양병원제외, 1일이상180일한도)으로 보험수익자에게 지급합니다.

다만, 암직접치료입원일당(요양병원제외, 1일이상180일한도)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

구 분	지급금액	
	계약일부터 1년 미만	계약일부터 1년 이상
1.「암」의 직접적인 치료를 목적으로 입원시	입원 1일당 이 보장 보험가입금액의 50%	입원 1일당 이 보장 보험가입금액의 100%
2.「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」및「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 입원시	입원 1일당 이 보장 보험가입금액의 10%	입원 1일당 이 보장 보험가입금액의 20%

② 「암」에 대한 보장개시일은 이 보장의 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며,「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종

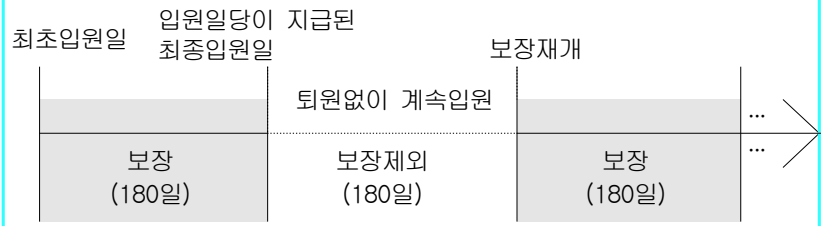
양」 및 「갑상선암」에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 보험기간 중에 동일한 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

② 제1항에도 불구하고 동일한 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」에 대한 입원이라도 암직접치료입원일당(요양병원제외, 1일이상180일한도)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 다음과 같이 암직접치료입원일당(요양병원제외, 1일이상180일한도)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암직접치료입원일당(요양병원제외, 1일이상180일한도)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【암직접치료입원일당(요양병원제외, 1일이상180일한도)[예시]】



③ 피보험자가 병원(요양병원 제외) 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

④ 피보험자가 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 암직접치료입원일당(요양병원제외, 1일이

상180일한도)을 계속 지급합니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 암직접치료입원일당(요양병원제외, 1일이상180일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(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 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑦ 제1조(보험금 지급사유)에서 정한 2가지 이상의 질병을 직접 치료하기 위한 목적으로 입원한 경우에는 가장 높은 질병입원보험금을 지급하며 질병입원보험금이 동일한 경우에는 하나의 질병으로 인한 질병입원보험금을 지급합니다. 다만, 2가지 이상의 질병이 모두 입원치료가 필요한 질병의 경우에 한합니다.

제3조(암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 보장에 있어「암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표3】『악성신생물(암) 분류표』)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)와 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병은 제외합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표4】『제자리신생물 분류표』)을 말합니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표3】『악성신생물(암) 분류표』)을 말합니다.

④ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표5】『행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표』)을 말

합니다.

⑤ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표3】『악성신생물(암) 분류표』)을 말합니다.

⑥「암」,「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」및「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」및「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

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

【예시】

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 직접적인 치료의 정의)

① 이 보장에서 「암」의 직접적인 치료라 함은 「암」을 제거하거나 「암」의 증식을 억제하는 치료로써, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상학적으로 통용되는 치료(이하 「암의 제거 및 증식 억제 치료」라 합니다)를 말합니다.

② 제1항의 치료에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 치료법도 포함됩니다.

③ 「암」의 직접적인 치료에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 「암」을 제거하거나 「암」의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

④ 「암」의 직접적인 치료에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 「암」의 제거 또는 「암」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안정성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 「암」이나 「암」 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

⑤ 제4항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 직접적인 치료로 봅니다.

1. 「암」의 제거 또는 「암」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안정성과 유효성이 입증된 면역치료
2. 「암의 제거 및 증식 억제 치료」를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
3. 「암의 제거 및 증식 억제 치료」를 받기 위해 필수불가결한 「암」이나 「암」 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

⑥ 제1항에서 제5항까지 정한 내용은 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」의 직접적인 치료에도 동일하게 적용됩니다.

제5조(입원의 정의와 장소)

이 보장에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」의 직접적인 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택

등에서의 치료가 곤란하여 “의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(다만, 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외합니다.)”에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 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 임산부 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(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
   마. 정신병원
   바. 종합병원

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

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 보장의 보장개시는 보통약관「제1절 일반조항」제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제7조(보장의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 보장을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 보장이 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 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에「암」으로 진단확정 되는 경우
2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제8조(보장의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 보장에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 보장은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 보장의 책임준비금을 지급합니다.

② 제1항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는「제1절 일반조항」제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는「제1절 일반조항」제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제9조(준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은「1절 일반조항」을 따릅니다. 다만,「1절 일반조항」제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 제10조(만기환급금의 지급)은 제외합니다.

2-8. 암요양병원입원일당(1일이상90일한도)보장

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 제2항에서 정한 보장개시일 이후「암」,「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」및「갑상선암」으로 진단 확정되고, 그「암」,「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」및「갑상선암」으로 인하여 요양병원에 입원한 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 아래의 금액을 암요양병원입원일당(1일이상90일한도)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 암요양병원입원일당(1일이상90일한도)의 지급일수는 1회 입원당 90일을 한도로 합니다.

구 분	지급금액	
	계약일부터 1년 미만	계약일부터 1년 이상
1.「암」으로 입원시	입원 1일당 이 보장 보험가입금액의 50%	입원 1일당 이 보장 보험가입금액의 100%
2.「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」및「갑상선암」으로 입원시	입원 1일당 이 보장 보험가입금액의 10%	입원 1일당 이 보장 보험가입금액의 20%

② 「암」에 대한 보장개시일은 이 보장의 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며,「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」및「갑상선암」에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

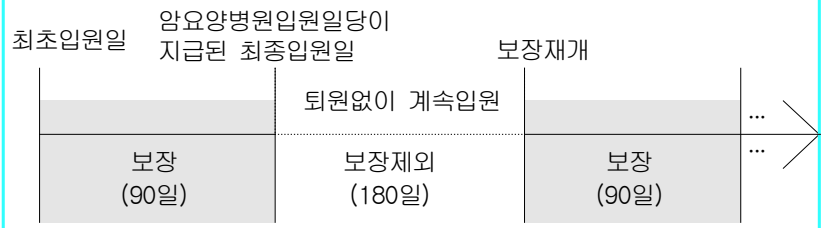
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 보험기간 중에 동일한「암」,「제자리암」,「기타피부암」,

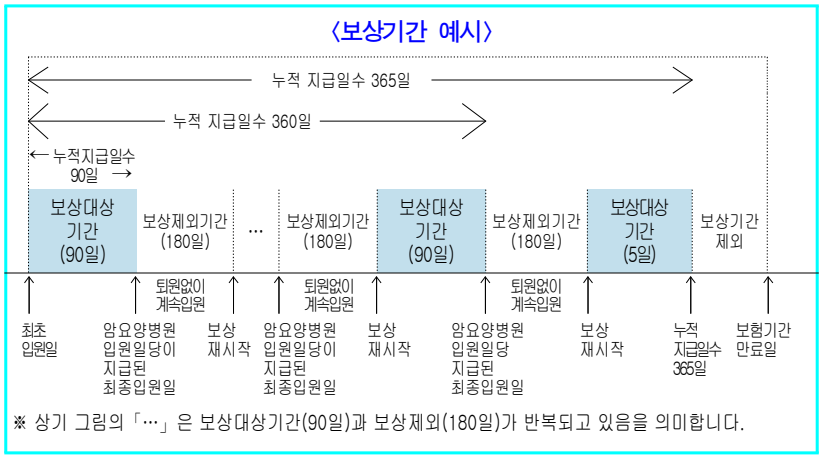
「경계성종양」 및 「갑상선암」으로 인하여 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

② 제1항에도 불구하고 동일한 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」에 대한 입원이라도 암요양병원입원일당(1일이상90일한도)이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 다음과 같이 암요양병원입원일당(1일이상90일한도)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암요양병원입원일당(1일이상90일한도)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【암요양병원입원일당(1일이상90일한도)[예시]】



③ 제2항에도 불구하고 동일한 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」으로 인한 입원의 경우, 이 보장의 계약일부터 지급된 암요양병원입원일당(1일이상90일한도)의 누적 지급일수가 365일을 초과시에는 365일을 초과한 날 이후부터 이 보장의 보험기간 만료일까지 동일한 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」으로 인한 암요양병원입원일당(1일이상90일한도)은 더 이상 지급되지 않습니다. 다만, 동일한 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」이 완치된 이후에 해당 질병을 다시 진단받은 경우에는 동일한 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」으로 보지 않습니다.



※ 상기 그림의「…」은 보상대상기간(90일)과 보상제외(180일)가 반복되고 있음을 의미합니다.

④ 피보험자가 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한「암」,「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」및「갑상선암」으로 인하여 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑤ 피보험자가「암」,「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」및「갑상선암」에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 암요양병원입원일당(1일이상90일한도)을 계속 지급합니다.

⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 암요양병원입원일당(1일이상90일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑦ 보험수익자와 회사가 제1조(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 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑧ 제1조(보험금 지급사유)에서 정한 2가지 이상의 질병을 직접 치료하기 위한 목적으로 입원한 경우에는 가장 높은 질병입원보험금을 지급하며

질병입원보험금이 동일한 경우에는 하나의 질병으로 인한 질병입원보험금을 지급합니다. 다만, 2가지 이상의 질병이 모두 입원치료가 필요한 질병의 경우에 한합니다.

제3조(암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 보장에 있어「암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표3】『악성신생물(암) 분류표』)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)와 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병은 제외합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표4】『제자리신생물 분류표』)을 말합니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표3】『악성신생물(암) 분류표』)을 말합니다.

④ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표5】『행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표』)을 말합니다.

⑤ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표3】『악성신생물(암) 분류표』)을 말합니다.

⑥「암」,「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」및「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」및「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록

또는 증거가 있어야 합니다.

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

【예시】
· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다
· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(입원의 정의와 장소)

이 보장에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여「암」,「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」및「갑상선암」의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 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 임산부 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(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
   마. 정신병원
   바. 종합병원

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

제5조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 보장의 보장개시는 보통약관「제1절 일반조항」제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제6조(보장의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 보장을 무효로 하며 이미 납입한

보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 보장이 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 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 「암」 보장개시일의 전일 이전에 「암」으로 진단확정 되는 경우
2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제7조(보장의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 보장에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 보장은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 보장의 책임준비금을 지급합니다.

② 제1항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 「제1절 일반조항」 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 「제1절 일반조항」 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

【사망에 관한 세부규정】

이 보장에서 정하는 사망은 보험기간 중 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 상해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.

제8조(준용규정)

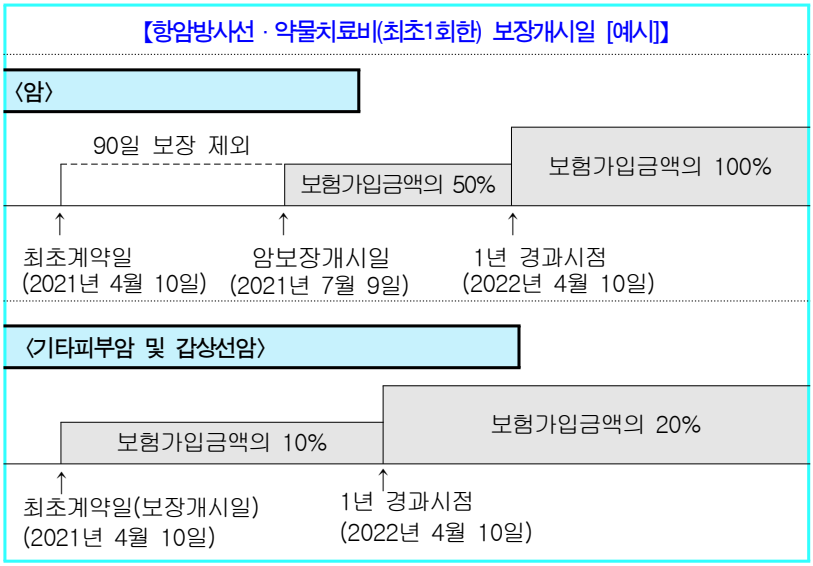
이 보장에서 정하지 않은 사항은「1절 일반조항」을 따릅니다. 다만,「1절 일반조항」제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 제10조(만기환급금의 지급)은 제외합니다.

2-9. 항암방사선 · 약물치료비(최초1회한)보장

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험기간 중에 피보험자가 보장개시일 이후에「암」,「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」또는「갑상선암」으로 진단확정되고, 그「암」,「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」또는「갑상선암」의 직접적인 목적으로 항암방사선·약물치료를 받은 경우에는 각각 최초 1회에 한하여 아래에서 정한 금액을 항암방사선·약물치료비로 보험수익자에게 지급합니다. 단,「암」으로 항암방사선·약물치료비를 지급받은 이후에「기타피부암」또는「갑상선암」으로 항암방사선·약물치료를 받은 경우에는「기타피부암」또는「갑상선암」에 대한 항암방사선·약물치료비는 지급하지 않습니다.

구분	지급금액	
	계약일부터 1년 미만	계약일부터 1년 이상
암	이 보장 보험가입금액의 50%	이 보장 보험가입금액의 100%
기타피부암, 갑상선암	이 보장보험가입금액의 10%	이 보장 보험가입금액의 20%



② 제1항의 보장개시일은「암」의 경우 이 보장의 보험계약일(이하「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며,「기타피부암」및「갑상선암」에 대한 보장개시일은 보험계약일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(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 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암, 기타피부암, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 보장에 있어「암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표3】『악성신생물(암) 분류표』참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상

태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)와 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병은 제외합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표3】『악성신생물(암) 분류표』참조)을 말합니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표3】『악성신생물(암) 분류표』참조)을 말합니다.

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

⑤ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(항암방사선·약물치료의 정의)

① 이 보장에 있어「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」을 치료하는 것을 말합니다.

② 이 보장에 있어「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말 합니다.

제5조(보장의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 보장을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 보장이 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 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 계약의 보장개시일의 전일 이전에「암」으로 진단확정되는 경우
2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 보장의 보장개시는「1절 일반조항」제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제7조(보장의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한「암」보험금을 지급한 경우에는 그 지급사유의 원인이 생긴 때부터 이 보장은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 보장의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 보장에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 보장은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 보장의 책임준비금을 지급합니다.

③ 제2항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는「제1절 일반조항」제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는「제1절 일반조항」제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은「1절 일반조항」을 따릅니다. 다만,「1절 일반조항」제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제37조(중도인출)은 제외합니다.

2-10. 암진단비(Ⅱ,연지급형)보장

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후「암」,「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」또는「갑상선암」으로 진단확정 되었을 때 각각 최초1회에 한하여 암진단확정일로부터 2년 경과 후 아래에서 정한 금액을 암진단비(Ⅱ,연지급형)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 해당월의 보험금 지급사유 발생해당일이 없는 경우 해당월의 말일을 보험금 지급사유 발생해당일로 합니다.

구분	지급금액	
	계약일부터 1년 미만	계약일부터 1년 이상
암 진단 확정시	이 보장 보험가입금액의 50%를 암 진단 확정시점부터 2년 경과 후 5년동안 매년 진단확정일에 확정지급	이 보장 보험가입금액의 100%를 암 진단 확정시점부터 2년 경과 후 5년동안 매년 진단확정일에 확정지급
제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암 진단확정시	이 보장 보험가입금액의 10%를 암 진단 확정시점부터 2년 경과 후 5년동안 매년 진단확정일에 확정지급	이 보장 보험가입금액의 20%를 암 진단 확정시점부터 2년 경과 후 5년동안 매년 진단확정일에 확정지급

【보험금 지급】

가입금액	1회 지급액	지급횟수	총지급금액
이 보장의 가입금액	이 보장의 가입금액	5회	이 보장의 가입금액×5회

【예시】

총 지급금액	지급기준	가입금액 등 표기	
		가입금액	1회 지급액
500만원	보험가입금액 × 5회	100만원	100만원

【보험금 지급사유 발생해당일】

최초 사고발생일과 동일한 월, 일을 말합니다.

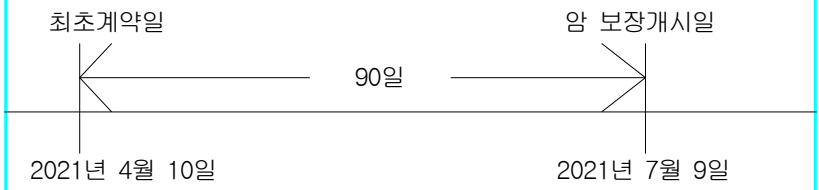
예시1) 보험금 지급사유 발생일 : 2021년 10월 1일⇒ 보험금 지급사유 발생해당일 : 10월 1일

예시2) 보험금 지급사유 발생일 : 2020년 2월 29일⇒ 보험금 지급사유 발생 해당일 : 2월 말일

② 다만, 「암」 진단비(Ⅱ, 연지급형)를 지급받은 이후에 진단받은 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 보험금은 지급하지 않습니다.

③ 제1항의 보장개시일은「암」의 경우 이 보장의 보험계약일(이하「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며,「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」및「갑상선암」에 대한 보장개시일은 보험계약일로 합니다.

【암진단비(Ⅱ,연지급형) 보장개시일[예시]】



④ 피보험자가 제3항에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에「암」,「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」또는「갑상선암」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 보험금을 지급합니다. 다만,「암」으로 사망하여 제6조(보장의 소멸) 제2항에 따라 이 보장의 책임준비금을 지급한 경우에는 보험금에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

⑤ 제1항의 금액은 보험수익자의 요청에 따라 일시지급이 가능하며, 이 경우에는 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액과 적용이율을 연단위 복리로 할인한 금액 중 큰 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(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 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 보장에 있어「암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서

악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표3】 『악성신생물(암) 분류표』)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)와 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병은 제외합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표4】 『제자리신생물 분류표』)을 말합니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표3】 『악성신생물(암) 분류표』)을 말합니다.

④ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표5】 『행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표』)을 말합니다.

⑤ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표3】 『악성신생물(암) 분류표』)을 말합니다.

⑥「암」,「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」또는「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」또는「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

⑦ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【예시】

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(보장의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 보장을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 보장이 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 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 계약의 암보장개시일의 전일 이전에「암」으로 진단확정되는 경우
2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제5조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 보장의 보장개시는「1절 일반조항」제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제3항의 보장개시일을 적용합니다.

제6조(보장의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한「암」보험금을 지급한 경우에는 그 지급사유의 원인이 생긴 때부터 이 보장은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 보장의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 보장에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 보장은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 보장의 책임준비금을 지급합니다.

③ 제2항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는「제1절 일반조항」제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는「제1절 일반조항」제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은「1절 일반조항」을 따릅니다. 다만,「1절 일반조항」제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(만기환급금의 지급) 및 제37조(중도인출)은 제외합니다.

무배당 NH헤아림건강보험2101 특별약관

1. 특정 신체부위·질병 보장제한부 인수 특별약관

제1조(특별약관의 체결 및 효력)

① 이 특별약관은 보험계약(기본계약을 말하며, 특별약관이 부가된 경우에는 특별약관을 포함합니다. 이하 같습니다)을 체결할 때 피보험자의 건강상태가 보험회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우 또는 보험계약을 체결한 후 계약 전 알릴 의무 위반의 효과 등으로 보장을 제한할 경우 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 보험계약에 부가하여 이루어집니다. (이하 보험계약자는「계약자」, 보험회사는「회사」라 합니다)

② 제1항에 따라 이 특별약관을 부가할 때 피보험자의 과거 병력과 의학적으로 인과관계가 있다는 의사의 소견이 있는 경우 또는 인과관계가 경험통계적으로 유의성 있게 확인된 경우 등과 같이 회사의 계약사정기준에 따라 직접 관련이 있는 특정신체부위 또는 특정질병으로 제한하며, 부담보 설정 범위 및 사유를 계약자에게 설명하여 드립니다.

③ 이 특별약관에 대한 회사의 보장개시일은 보험계약「제1회 보험료 및 회사의 보장개시」에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

④ 계약이 해지, 기타사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력이 없습니다.

⑤ 이 특별약관에서 정한 보장개시일 이전에 발생한 질병에 대하여 보험계약을 무효로 하는 경우에도 다음 각호의 경우에는 계약을 무효로 하지 않습니다.

1. 이 특별약관 제2조(특별면책조건의 내용) 제1항 제1호에서 정한 특정신체부위에 발생한 질병에 대하여 면책을 조건으로 체결한 후 보

장개시일 이전에 동일한 특정신체부위에 질병이 발생한 경우

2. 이 특별약관 제2조(특별면책조건의 내용) 제1항 제2호에서 정한 특정질병에 대하여 면책을 조건으로 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정질병이 발생한 경우

제2조(특별면책조건의 내용)

① 이 특별약관에서 정한 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간 중에 다음 각 호의 질병을 직접적인 원인으로 보험계약에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 보험료 납입면제사유가 발생한 경우에는 회사는 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 다만, 진단확정된 질병으로 인하여 사망하거나 또는 진단확정된 질병으로 【별표1】『장해분류표』에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태를 보장하는 보험계약에서 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 경우에는 이를 적용하지 않습니다.

1. 【별표10-1】『특정신체부위 분류표』중에서 회사가 지정한 부위(이하「특정신체부위」라 합니다)에 진단확정된 질병 또는 특정신체부위에 진단확정된 질병의 전이로 인하여 특정신체부위 이외의 부위에 진단확정된 질병(단, 전이는 합병증으로 보지 않습니다)
2. 【별표10-2】『특정질병 분류표』중에서 회사가 지정한 질병(이하「특정질병」이라 합니다)

② 제1항의 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간은 특정신체부위 또는 특정질병의 상태에 따라「1년부터 5년」또는「보험계약의 보험기간 전체」로 하며, 그 판단기준은 회사에서 정한 계약사정기준을 따릅니다. 다만, 개개인의 질병의 상태 등에 대한 의사의 소견에 따라 다르게 적용할 수 있습니다.

③ 제2항에서 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간을「보험계약의 보험기간 전체」로 적용한 경우 최초 계약 청약일로부터 5년 이내에 제1항 제1호에서 지정한 특정신체부위에 발생한 질병(특정신체부위에 발생한 질병의 전이로 인하여 특정신체부위 이외의 부위에 발생한 질병 포함) 또는 제1항 제2호에서 지정한 특정질병으로 재진단 또는 치료를 받지 않은 경우

에는 최초 계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관을 적용하지 않습니다.

④ 제3항의 계약 청약일로부터 5년이내라 함은 보통약관 보험료 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말하며, 보통약관 보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)에서 정한 계약의 부활이 발생한 경우 부활을 청약한 날을 제3항의 청약일로 합니다.

⑤ 제1항의 규정에도 불구하고 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급하며, 보험료 납입면제사유가 발생한 경우 회사는 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

1. 제1항 제1호에서 지정한 특정신체부위에 발생한 질병의 합병증으로 인하여 특정신체부위 이외의 신체부위에 발생한 질병으로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 경우
2. 제1항 제2호에서 지정한 특정질병의 합병증으로 인하여 발생한 특정질병 이외의 질병으로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 경우
3. 상해를 직접적인 원인으로 하여 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우 또는 납입면제사유가 발생한 경우

⑥ 피보험자가 제2항에 따라 회사에서 정한 “보험금을 지급하지 않는 기간”의 종료일을 포함하여 계속하여 입원한 경우 그 입원에 대해서는 “보험금을 지급하지 않는 기간” 종료일의 다음날을 입원의 개시일로 인정하여 보험금을 지급합니다.

⑦ 피보험자에게 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생했을 경우, 그 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 특정신체부위 또는 특정질병을 직접적인 원인으로 발생한 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유 인지 아닌지는 의사의 진단서와 의견을 주된 판단자료로 하여 결정합니다.

⑧ 제1항의 특정신체부위와 특정질병을 합하여 4개 이내에서 선택하여 부가할 수 있습니다.

제3조(해지된 특별약관의 부활(효력회복))

회사는 이 특별약관의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 보험계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보험계약「보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)」에 따라 이 특별약관의 부활(효력회복)을 취급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2. 보험료자동납입 특별약관

제1조(보험료 납입)

① 보험계약자(이하「계약자」라 합니다)는 이 특별약관에 따라 계약자의 거래은행 지정 계좌를 이용하여 보험료를 자동납입 합니다.

② 제1항에 의하여 제1회 보험료의 납입방법을 계약자의 거래은행 지정 계좌를 통한 자동납입으로 가입하고자 하는 경우에, 보험회사(이하「회사」라 합니다)는 청약서를 접수하고 자동이체신청에 필요한 정보를 제공한 때(다만, 계약자의 귀책사유로 보험료 납입이 불가능한 경우에는 거래은행의 지정 계좌로부터 제1회 보험료가 이체된 날을 기준으로 합니다)를 청약일 및 제1회 보험료 납입일로 하여 보험계약(기본계약을 말하며, 특별약관이 부가된 경우에는 특별약관을 포함합니다. 이하 같습니다)「보험계약의 성립」의 규정을 적용합니다.

제2조(보험료의 영수)

자동납입일자는 이 보험계약청약서에 기재된 보험료 납입해당일에도 불구하고 회사와 계약자가 별도로 약정한 일자로 합니다.

제3조(계약 후 알릴 의무)

계약자는 지정계좌의 번호가 변경되거나 폐쇄 또는 거래 정지된 경우에는 이 사실을 회사에 알려야 합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

3. 이륜자동차 운전 및 탑승중 상해 부담보 특별약관

제1조(특별약관의 체결 및 효력)

① 이 특별약관은 보험계약(기본계약을 말하며, 특별약관이 부가된 경우에는 그 특별약관을 포함합니다. 이하 같습니다)을 체결할 때 피보험자가 이륜자동차의 소유, 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동 등으로 주기적으로 운전하는 경우에 한하며 일회적인 사용은 제외), 관리로 인하여, 이륜자동차 운전으로 인한 위험도가 보험회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 보험계약에 부가하여 이루어집니다. (이하 보험회사는「회사」, 보험계약자는「계약자」라 합니다)

② 이 특별약관의 효력발생일은 보험계약「제1회 보험료 및 회사의 보장개시」에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

③ 보험계약이 해지, 기타사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력이 없습니다.

④ 제1항에서「이륜자동차」라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 이륜자동차로 총배기량 또는 정격출력(전기로 동력을 발생하는 구조인 것을 말함)의 크기와 관계없이 1인 또는 2인의 사람을 운송하기에 적합하게 제작된 이륜의 자동차 및 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자동차를 말하며, 도로교통법(하위법령, 규칙 포함)에 정한 “원동기장치자전거”를 포함합니다.

1. 이륜인 자동차에 측차를 붙인 자동차
2. 조향장치의 조작방식, 동력전달방식 또는 원동기 냉각방식 등이 이륜의 자동차와 유사한 구조로 되어 있는 삼륜 또는 사륜의 자동차로서 승용자동차에 해당하지 않는 자동차
3. 전동기를 이용한 동력발생장치를 사용하는 삼륜 또는 사륜의 자동차로서 승용자동차에 해당하지 않는 자동차

퍼스널모빌리티(세그웨이, 전동휠, 전동킥보드 등)는 자동차관리법에 정한 "이륜자동차", 도로교통법에 정한 "원동기장치자전거"에 포함됩니다.

⑤ 제2항 및 제3항에서 자동차관리법(하위 법령, 규칙 포함) 및 도로교통법(하위 법령, 규칙 포함)변경시 변경된 내용을 적용합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 보험계약의 내용에도 불구하고 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 이륜자동차를 운전(탑승을 포함합니다. 이하 같습니다.)하는 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 상해사고(이하「보험사고」라 합니다)를 직접적인 원인으로 보험계약에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다. 다만, 피보험자가 이륜자동차를 직업, 직무 또는 동호회 활동 등 주기적으로 운전하는 사실을 회사가 입증하지 못한 때에는 보험금을 지급합니다.

② 피보험자에게 보험사고가 발생했을 경우 그 사고가 이륜자동차를 운전하는 도중에 발생한 사고인가 아닌가는 관할 경찰서에서 발행한 교통사고 사실확인원 등을 주된 판단자료로 하여 결정합니다.

제3조(해지된 특별약관의 부활(효력회복))

회사는 이 특별약관의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 보험계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보험계약「보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)」에 따라 이 특별약관의 부활(효력회복)을 취급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

4. 지정대리청구서비스 특별약관

제1조(적용대상)

이 특별약관은 보험계약자(이하「계약자」라 합니다), 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 보험계약(기본계약을 말하며, 특별약관이 부가된 경우에는 특별약관을 포함합니다. 이하 같습니다)에 적용합니다.

제2조(특별약관의 체결 및 소멸)

① 이 특별약관은 계약자의 청약과 보험회사(이하「회사」라 합니다)의 승낙으로 보험계약에 부가하여 이루어집니다.

② 제1조(적용대상)의 보험계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력이 없게 된 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제3조(지정대리청구인의 지정)

① 계약자는 보험계약에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약을 체결할 때 또는 계약체결 이후 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자 중 1명을 보험금의 대리청구인(이하「지정대리청구인」이라 합니다)으로 지정할 수 있습니다. 또한, 지정대리청구인은 제4조(지정대리청구인의 변경지정)에 의한 변경 지정 또는 보험금 청구시에도 다음 각 호의 어느 하나에 해당하여야 합니다.

1. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 가족관계등록상 또는 주민등록상의 배우자
2. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 3촌 이내의 친족

② 제1항에도 불구하고 지정대리청구인이 지정된 이후에 제1조(적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

제4조(지정대리청구인의 변경지정)

계약자는 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
2. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

제5조(보험금 지급 등의 절차)

① 지정대리청구인은 제6조(보험금의 청구)에 정한 구비서류 및 제1조(적용대상)의 보험수익자가 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제1조(적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다.

② 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

제6조(보험금의 청구)

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

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(장해진단서, 입원치료확인서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)
4. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
5. 기타 지정대리청구인이 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

5. 전자서명 특별약관

제1조(적용대상)

이 특별약관은 전자서명을 포함한 전자문서 작성 및 제공에 대한 사전동의(사전동의서를 통한 동의)를 받은 보험계약에 적용됩니다.

제2조(특별약관의 체결 및 소멸)

① 이 특별약관은 보험계약(기본계약을 말하며, 특별약관이 부가된 경우에는 그 특별약관을 포함합니다. 이하 같습니다)을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 보험계약에 부가하여 이루어집니다.

② 이 특별약관을 통하여 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명(이하 "전자서명"이라 합니다)으로 계약을 청약할 수 있으며, 전자서명은 자필서명과 동일한 효력을 갖는 것으로 합니다.

【전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명】

서명자를 확인하고 서명자가 당해 전자문서에 서명을 하였음을 나타내는데 이용하기 위하여 당해 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.

제3조(약관교부의 특례)

① 계약자가 동의하는 경우 상품설명서, 보험약관, 계약자 보관용 청약서 및 보험증권 등(이하 "보험계약 안내자료"라 합니다)을 광기록매체 및 전자우편 등 전자적 방법으로 교부하고, 계약자 또는 그 대리인이 보험계약 안내자료를 수령하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다.

② 계약자가 보험계약 안내자료에 대하여 전자적 방법의 수령을 원하지 않

는 경우에는 청약한 날로부터 5영업일 이내에 보험계약 안내자료를 우편 등의 방법으로 계약자에게 드립니다.

제4조(계약자의 알릴 의무)

① 계약자가 제3조(약관교부의 특례) 제1항에 정한 방법으로 보험계약 안내자료를 수령하고자 하는 경우 계약을 청약할 때 보험계약 안내자료를 수령할 전자우편(이메일) 주소를 지정하여 회사에 알려야 합니다.

② 제1항에서 지정한 전자우편(이메일) 주소가 변경되거나 사용 정지된 경우에는 그 사실을 지체없이 회사에 알려야 합니다.

③ 제1항 또는 제2항에서 지정한 전자우편(이메일) 주소를 사실과 다르게 알리거나 알리지 않은 경우에는 회사가 알고 있는 최근의 전자우편(이메일) 주소로 보험계약 안내자료를 교부함으로써 회사의 보험계약 안내자료 제공의무를 다한 것으로 보며, 전자우편(이메일) 주소를 사실과 다르게 알리거나 알리지 않아 발생하는 불이익은 계약자가 부담합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관의 규정을 따릅니다.

6. 장애인전용보험전환 특별약관

제1조(적용범위)

① 이 특별약관은 회사가 정한 방법에 따라 계약자가 청약(請約)하고 회사가 승낙(承諾)함으로써 다음 각 호의 조건을 모두 만족하는 보험계약(이하 “전환대상계약”이라 합니다)에 대하여 장애인전용보험으로 전환을 청약하는 경우에 적용합니다.

1. 소득세법 제59조의4(특별세액공제) 제1항 제2호에 따라 보험료가 특별세액공제의 대상이 되는 보험

【소득세법 제59조의 4 (특별세액공제)】

근로소득이 있는 거주자(일용근로자는 제외한다. 이하 이 조에서 같다)가 해당 과세기간에 만기에 환급되는 금액이 납입보험료를 초과하지 아니하는 보험의 보험계약에 따라 지급하는 다음 각 호의 보험료를 지급한 경우 그 금액의 100분의 12(제1호의 경우에는 100분의 15)에 해당하는 금액을 해당 과세기간의 종합소득산출세액에서 공제한다. 다만, 다음 각 호의 보험료 별로 그 합계액이 각각 연 100만원을 초과하는 경우 그 초과하는 금액은 각각 없는 것으로 한다.

1. 기본공제대상자 중 장애인을 피보험자 또는 수익자로 하는 장애인전용보험으로서 대통령령으로 정하는 장애인전용보장성보험료
2. 기본공제대상자를 피보험자로 하는 대통령령으로 정하는 보험료(제1호에 따른 장애인전용보장성보험료는 제외한다)

【소득세법 시행령 제118조의 4 (보험료 세액공제)】

① 법 제59조의 4 제1항 제1호에서 "대통령령으로 정하는 장애인전용보장성보험료"란 제2항 각 호에 해당하는 보험·공제로서 보험·공제 계약 또는 보험료·공제료 납입영수증에 장애인전용 보험·공제로 표시된 보험·공제의 보험료·공제료를 말한다.

② 법 제59조의 4 제1항 제2호에서 "대통령령으로 정하는 보험료"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 보험·보증·공제의 보험료·보증료·공제료 중 기획재정부령으로 정하는 것을 말한다.

1. 생명보험
2. 상해보험
3. 화재·도난이나 그 밖의 손해를 담보하는 가계에 관한 손해보험
4. 「수산업협동조합법」, 「신용협동조합법 또는 「새마을금고법」에 따른 공제
5. 「군인공제회법」, 「한국교직원공제회법」, 「대한지방행정공제회법」, 「경찰공제회법」 및 「대한소방공제회법」에 따른 공제
6. 주택 임차보증금의 반환을 보증하는 것을 목적으로 하는 보험·보증. 다만, 보증대상 임차보증금이 3억원을 초과하는 경우는 제외한다.

【소득세법 시행규칙 제61조의 3 (공제대상보험료의 범위)】
영 제118조의 4 제2항 각 호 외의 부분에서 "기획재정부령으로 정하는 것"이란 만기에 환급되는 금액이 납입보험료를 초과하지 아니하는 보험으로서 보험계약 또는 보험료납입영수증에 보험료 공제대상임이 표시된 보험의 보험료를 말한다.

2. 모든 피보험자 또는 모든 보험수익자가 소득세법 시행령 제107조(장애인의범위) 제1항에서 규정한 장애인인 보험

【소득세법 시행령 제107조(장애인의 범위)에서 규정한 장애인】
1. 「장애인복지법」에 따른 장애인 및 「장애아동 복지지원법」에 따른 장애아동 중 기획재정부령으로 정하는 사람
2. 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 의한 상이자 및 이와 유사한 사람으로서 근로능력이 없는 사람
3. 제1호 및 제2호 외에 항시 치료를 요하는 중증환자

【소득세법 시행규칙 제54조(장애아동의 범위)】
영 제107조 제1항 제1호에서 "기획재정부령으로 정하는 사람"이란 「장애아동 복지지원법」 제21조 제1항에 따른 발달재활서비스를 지원받고 있는 사람을 말한다.

〈이 특별약관을 적용할 수 없는 사례 예시〉
· 전환대상계약의 피보험자 1인은 비장애인이고 보험수익자 2인 중 한명은 비장애인, 한명은 장애인인 경우
  ⇒ 모든 보험수익자가 장애인이 아니므로 이 특별약관을 적용할 수 없습니다.

· 전환대상계약의 보험수익자 1인은 비장애인이고 피보험자 2인 중 한명은 비장애인, 한명은 장애인인 경우
  ⇒ 모든 피보험자가 장애인이 아니므로 이 특별약관을 적용할 수 없습니다.

· 전환대상계약의 피보험자는 비장애인이고 보험수익자가 법정상속인(장애인)인 경우
⇒ 현재 법정상속인이 장애인이라고 하더라도 이 특별약관을 적용할 수 없습니다. 장애인전용보험으로 전환을 원할 경우 수익자 지정이 필요합니다.

② 전환대상계약이 해지(解止) 또는 기타 사유로 효력이 없게 된 경우 또는 전환대상계약이 제1항에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다.

③ 제2조(제출서류) 제1항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료된 경우에는 제3조(장애인전용보험으로의 전환) 제1항에도 불구하고 이 특별약관은 그때부터 효력이 없습니다.

④ 이 특별약관의 계약자는 전환대상계약의 계약자와 동일하여야 합니다.

제2조(제출서류)

① 이 특별약관에 가입하고자 하는 계약자는 모든 피보험자 또는 모든 보험수익자의 「소득세법 시행규칙 별지 제38호 서식에 의한 장애인증명서의 원본 또는 사본」(이하, "장애인증명서"라 합니다)을 제출하여 제1조(적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건에 해당함을 회사에 알려야 합니다.

② 제1항에도 불구하고 국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률에 따른 상이자의 증명을 받은 사람 또는 장애인복지법에 따른 장애인등록증을 발급받은 사람에 대해서는 해당 증명서·장애인등록증의 사본이나 그 밖의 장애 사실을 증명하는 서류를 제출하는 경우에는 제1항의 장애인증명서는 제출하지 않을 수 있습니다.

③ 장애인으로서 그 장애기간이 기재된 장애인증명서를 제1항에 따라 회사에 제출한 때에는 그 장애기간 동안은 이를 다시 제출하지 않을 수 있습니다.

④ 제1항에 따라 제출한 장애인증명서의 장애기간이 변경되는 경우 계약자는 이를 회사에 알리고 변경된 장애기간이 기재된 장애인증명서를 제출하여야 합니다.

제3조(장애인전용보험으로의 전환)

① 회사는 이 특별약관이 부가된 전환대상계약을 소득세법 제59조의4(특별세액공제) 제1항 제1호에 해당하는 장애인전용보험으로 전환하여 드립니다.

② 제1항에 따라 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 후부터 납입된 전환대상계약 보험료는 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성보험료로 표시됩니다.

〈예시〉

2020년 1월 15일에 전환대상계약에 가입한 계약자가 2020년 6월 1일에 이 특별약관을 청약하고 회사가 승낙하여 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 경우, 이 특별약관을 청약하기 전(2020년 1월 15일 ~ 2020년 5월 31일)에 납입된 보험료는 당해년도 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성 보험료로 표시되지 않고 특별세액공제 대상에 포함되지 않으며, 장애인전용보험으로 전환된 이후(2020년 6월 1일 ~ 2020년 12월 31일) 납입된 보험료만 2020년 특별세액공제 대상이 됩니다.

③ 제2항에도 불구하고,「전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 해당 연도에 제4조(전환 취소)에 따라 전환을 취소하는 경우」에는 해당 연도에 납입한 모든 전환대상계약보험료가 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성보험료로 표시되지 않습니다. 다만, 제2조(제출서류) 제1항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료됨에 따라 제1조(적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우에는 이 조항이 적용되지 않습니다.

〈예시〉

2020년 1월 15일에 전환대상계약에 가입한 계약자가 2020년 6월 1일에 이 특별약관을 청약하고 회사가 승낙하여 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환되었으나 2020년 12월 1일에 전환을 취소한 경우, 이 전환대상계약에 납입된 모든 보험료는 해당 연도 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성 보험료로 표시되지 않으며 소득세법에 따라 보험료의 100분의 15에 해당하는 금액이 종합소득산출세액에서 공제되지 않습니다.

④ 전환대상계약에 이 특별약관이 부가된 이후 제4조(전환 취소)에 따라 전환을 취소한 경우 또는 전환대상계약이 제1조(적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않아 이 특별약관의 효력이 없어진 경우 해당 전환대상계약에는 이 특별약관을 다시 부가할 수 없습니다. 다만, 제2조(제출서류) 제1항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료됨에 따라 전환대상계약이 제1조(특별약관의 적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우에는 이 조항이 적용되지 않습니다.

제4조(전환 취소)

계약자는 전환대상계약에 대하여 장애인전용보험으로의 전환을 취소할 수 있으며, 이 경우 전환취소 신청서를 회사에 제출하여야 합니다.

제5조(준용규정)

① 이 특별약관에서 정하지 않은 사항에 대하여는 전환대상계약 약관, 소득세법 등 관련 법규에서 정하는 바에 따릅니다.

② 소득세법 등 관련법규가 제·개정 또는 폐지되는 경우 변경된 법령을 따릅니다.

별 표

【별표1】

장 해 분 류 표

1 총칙

1. 장해의 정의

1) “장해”라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아있는 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 회복의 가망이 없는 상태로서 정신적 또는 육체적 훼손상태임이 의학적으로 인정되는 경우를 말한다.
3) “치유된 후”라 함은 상해 또는 질병에 대한 치료의 효과를 기대할 수 없게 되고 또한 그 증상이 고정된 상태를 말한다.
4) 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해 지급률의 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·복부 장기 및 비뇨생식기 ⑬ 신경계·정신행동의 13개 부위를 말하며, 이를 각각 동일한 신체부위라 한다. 다만, 좌·우의 눈, 귀, 팔, 다리, 손가락, 발가락은 각각 다른 신체부위로 본다.

3. 장해의 판정

1) 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 지급률을 적용한다.
2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 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 장해의 판정대상에 포함되지 않는다. 다만, 뇌사판정을 받은 경우가 아닌 식물인간상태(의식이 전혀 없고 사지의 자발적인 움직임이 불가능하여 일상생활에서 항시 간호가 필요한 상태)는 각 신체부위별 판정기준에 따라 평가한다.
5) 장해진단서에는 ① 장해진단명 및 발생시기 ② 장해의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계·정신행동 장해의 경우 ① 개호(장해로 혼자서 활동이 어려운 사람을 곁에서 돌보는 것) 여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가적으로 기재하여야 한다.

2 장해분류별 판정기준

1. 눈의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 두 눈이 멀었을 때	100
2) 한 눈이 멀었을 때	50
3) 한 눈의 교정시력이 0.02이하로 된 때	35
4) 〃 0.06 〃	25
5) 〃 0.1 〃	15
6) 〃 0.2 〃	5
7) 한 눈의 안구(눈동자)에 뚜렷한 운동장해나 뚜렷한 조절기능장해를 남긴 때	10
8) 한 눈에 뚜렷한 시야장해를 남긴 때	5
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 시력장해의 경우 공인된 시력검사표에 따라 최소 3회 이상 측정한다.
2) “교정시력”이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 원거리 최대교정시력을 말한다. 다만, 각막이식술을 받은 환자의 경우 각막이식술 이전의 시력상태를 기준으로 평가한다.
3) “한 눈이 멀었을 때”라 함은 안구의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나(“광각무”) 겨우 가릴 수 있는 경우(“광각유”)를 말한다.
4) ‘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

5) 안구(눈동자)운동장해의 판정은 질병의 진단 또는 외상 후 1년 이상이 지난 뒤 그 장해 정도를 평가한다.

6) '안구(눈동자)의 뚜렷한 운동장해' 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 정상의 1/2 이하로 감소된 경우

   나) 중심 20도 이내에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 경우

7) '안구(눈동자)의 뚜렷한 조절기능장해'라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 50세 이상(장해진단시 연령 기준)의 경우에는 제외한다.

8) '뚜렷한 시야 장해'라 함은 한 눈의 시야 범위가 정상시야 범위의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다. 이 경우 시야검사는 공인된 시야검사방법으로 측정하며, 시야장해 평가 시 자동시야검사계(골드만 시야검사)를 이용하여 8방향 시야범위 합계를 정상범위와 비교하여 평가한다.

9) '눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때'라 함은 눈꺼풀의 결손으로 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮이지 않는 경우를 말한다.

10) '눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때'라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.

11) 외상이나 화상 등에 의하여 안구의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 안구가 적출되어 눈자위의 조직요몰(凹沒) 등에 의해 의안마저 끼워 넣을 수 없는 상태이면 "뚜렷한 추상(추한 모습)"으로, 의안을 끼워 넣을 수 있는 상태이면 "약간의 추상(추한 모습)"으로 지급률을 가산한다.

12) "눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때"에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장해를 포함하여 장해를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장해를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장해 평가 방법 중 피보험자에게 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) 청력장해는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB : decibel)로서 표시하고 3회 이상 청력검사를 실시한 후 적용한다. 다만, 각 측정치의 결과값 차이가 ±10dB 이상인 경우 청성뇌간반응검사(ABR)를 통해 객관적인 장해 상태를 재평가하여야 한다.
2) “한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB이상인 경우를 말한다.
3) “심한 장해를 남긴 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
4) “약간의 장해를 남긴 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB이상인 경우에 해당되어, 50cm이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
5) 순음청력검사를 실시하기 곤란하거나(청력의 감소가 의심되지만 의사소통이 되지 않는 경우, 만 3세 미만의 소아 포함) 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 “언어청력검사, 임피던스 청력검사, 청성뇌간반응검사(ABR), 이음향방사검사” 등을 추가실시 후 장해를 평가한다.

다. 귓바퀴의 결손

1) “귓바퀴의 대부분이 결손된 때”라 함은 귓바퀴의 연골부가 1/20이상 결손된 경우를 말한다.

2) 귓바퀴의 연골부가 1/2 미만 결손이고 청력에 이상이 없으면 외모의 추상(추한 모습)장해로만 평가한다.

라. 평형기능의 장해

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

항목	내용	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 10미터 거리를 직선으로 걷다가 중간에 균형을 잡으려 멈추어야 하는 경우	12
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걸을 때 중앙에서 60cm 이상 벗어나는 경우	8

2) 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

1) '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.
2) '코의 후각기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 후각신경의 손상으로 인하여 양쪽 코의 후각기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감퇴는 장해의 대상으로 하지 않는다.
3) 양쪽 코의 후각기능은 후각인지검사, 후각역치검사 등을 통해 6개월 이상 고정된 후각의 완전손실이 확인되어야 한다.
4) 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. 장해의 평가기준

1) 씹어먹는 기능의 장해는 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)의 맞물림(교합), 배열상태 및 아래턱의 개구운동, 삼킴(연하)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.

2) '씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 심한 개구운동 제한이나 저작운동 제한으로 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.

3) '씹어먹는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
   가) 뚜렷한 개구운동 제한 또는 뚜렷한 저작운동 제한으로 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등)외는 섭취하지 못하는 경우
   나) 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 1cm 이하로 제한되는 경우
   다) 위·아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1.5cm이상인 경우
   라) 1개 이하의 치아만 교합되는 상태
   마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취 시 흡인이 발생하고 연식 외에는 섭취가 불가능한 상태

4) '씹어먹는 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
   가) 약간의 개구운동 제한 또는 약간의 저작운동 제한으로 부드러운 고형식(밥, 빵 등)만 섭취 가능한 경우
   나) 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 2cm 이하로 제한되는 경우
   다) 위·아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1cm이상인 경우
   라) 양측 각 1개 또는 편측 2개 이하의 치아만 교합되는 상태
   마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취 시 간헐적으로 흡인이 발생하고 부드러운 고형식 외에는 섭취가 불가능한 상태

5) 개구장해는 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 측정가능한 인접 치아간 거리의 최대치를 기준으로 한다.

6) 부정교합은 위턱(상악)과 아래턱(하악)의 부조화로 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)가 전방 및 측방으로 맞물림에 제한이 있는 상태를 말한다.

7) '말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
   가) 언어평가상 자음정확도가 30%미만인 경우
   나) 전실어증, 운동성실어증(브로카실어증)으로 의사소통이 불가한 경우

8) '말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
   가) 언어평가상 자음정확도가 50%미만인 경우
   나) 언어평가상 표현언어지수 25 미만인 경우

9) '말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
   가) 언어평가상 자음정확도가 75%미만인 경우
   나) 언어평가상 표현언어지수 65 미만인 경우

10) 말하는 기능의 장해는 1년 이상 지속적인 언어치료를 시행한 후 증상이 고착되었을 때 평가하며, 객관적인 검사를 기초로 평가한다.

11) 뇌·중추신경계 손상(정신·인지기능 저하, 편마비 등)으로 인한 말하는 기능의 장해(실어증, 구음장애) 또는 씹어먹는 기능의 장해는 신경계·정신행동 장해 평가와 비교하여 그 중 높은 지급률 하나만 인정한다.

12) '치아의 결손'이란 치아의 상실 또는 발치된 경우를 말하며, 치아의 일부 손상으로 금관치료(크라운 보철수복)를 시행한 경우에는 치아의 일부 결손을 인정하여 1/2개 결손으로 적용한다.

13) 보철치료를 위해 발치한 정상치아, 노화로 인해 자연 발치된 치아, 보철(복합레진, 인레이, 온레이 등)한 치아, 기존 의치(틀니, 임플란트 등)의 결손은 치아의 상실로 인정하지 않는다.

14) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고

로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.

15) 어린이의 유치는 향후에 영구치로 대체되므로 후유장해의 대상이 되지 않으나, 선천적으로 영구치 결손이 있는 경우에는 유치의 결손을 후유장해로 평가한다.

16) 가철성 보철물(신체의 일부에 붙였다 떼었다 할 수 있는 틀니 등)의 파손은 후유장해의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) “외모”란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.

2) “추상(추한 모습)장해”라 함은 성형수술(반흔성형술, 레이저치료 등 포함)을 시행한 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말한다.

3) “추상(추한 모습)을 남긴 때”라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 경우를 말한다.

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 1/20이상 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 1/40이상 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 8×10㎝(1/2 크기는 40㎠, 1/4 크기는 20㎠), 6~11세의 경우는 6×8㎝(1/2 크기는 24㎠, 1/4 크기는 12㎠), 6세 미만의 경우는 4×6㎝(1/2 크기는 12㎠, 1/4 크기는 6㎠)로 간주한다.

6. 척추(등뼈)의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) 척추(등뼈)는 경추에서 흉추, 요추, 제1천추까지를 동일한 부위로 한다. 제2천추 이하의 천골 및 미골은 체간골의 장해로 평가한다.

2) 척추(등뼈)의 기형장해는 척추체(척추뼈 몸통을 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 기형장해는 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 기형장해는 「산업재해보상보험법 시행규칙」상 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 장해가 발생한 경우에는 그 중 가장 높은 지급률을 적용한다.

3) 척추(등뼈)의 장해는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 이 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.

4) 추간판탈출증으로 인한 신경 장해는 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 관계없이 운동장해 및 기형장해로 평가하지 않는다.

6) 심한 운동장해란 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 운동장해란 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 축추 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 운동장해
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 운동범위 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 장해'란 추간판탈출증으로 추간판을 2마디 이상(또는 1마디 추간판에 대해 2회 이상) 수술하고도 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장해가 있는 경우

13) ‘추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장해’란 추간판탈출증으로 인하여 추간판 1마디를 수술하고도 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되고 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우

14) ‘추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장해’란 추간판탈출증이 확인되고 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되는 경우

7. 체간골의 장해

가. 장해의 분류

장해의 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. 장해판정기준

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 한다.

2) “골반뼈의 뚜렷한 기형“이라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

   가) 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm 이상 분리된 부정유합 상태

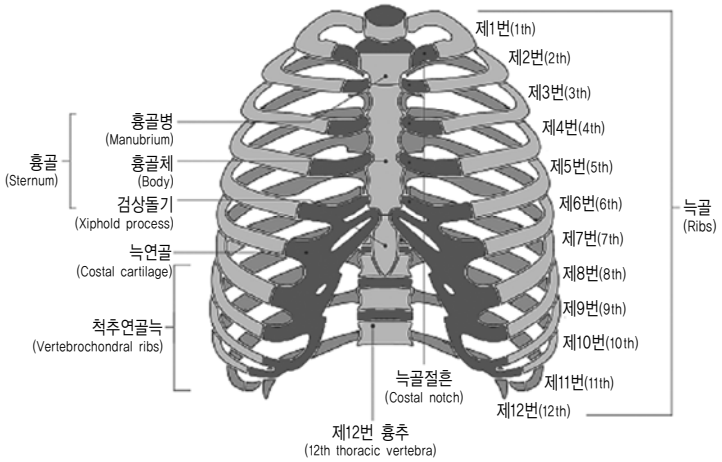
   나) 육안으로 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도로 방사선 검사를 통하여 측정한 각(角) 변형이 20° 이상인 경우

   다) 미골의 기형은 골절이나 탈구로 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 70° 이상 남은 상태

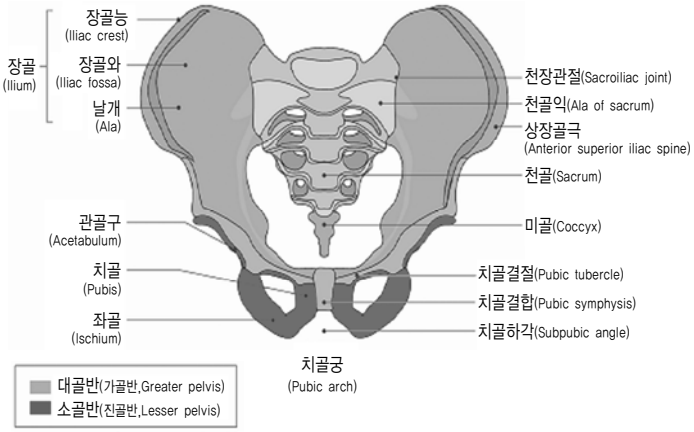
3) ‘빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골), 어깨뼈(견갑골)에 뚜렷한 기형이 남은 때’라 함은 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.

4) 갈비뼈(늑골)의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장해로 취급한다. 다발성늑골 기형의 경우 각각의 각(角) 변형을 합산하지 않고 그 중 가장 높은 각(角) 변형을 기준으로

평가한다.


제1번(1th)
제2번(2th)
제3번(3th)
제4번(4th)
제5번(5th)
제6번(6th)
제7번(7th)
제8번(8th)
제9번(9th)
제10번(10th)
제11번(11th)
제12번(12th)
늑골
(Ribs)
흉골
(Sternum)
흉골병
(Manubrium)
흉골체
(Body)
검상돌기
(Xiphold process)
늑연골
(Costal cartilage)
척추연골늑
(Vertebrochondral ribs)
늑골절흔
(Costal notch)
제12번 흉추
(12th thoracic vertebra)

〈가슴뼈〉


장골
(Ilium)
장골능
(Iliac crest)
장골와
(Iliac fossa)
날개
(Ala)
천장관절(Sacroiliac joint)
천골익(Ala of sacrum)
상장골극
(Anterior superior iliac spine)
천골(Sacrum)
미골(Coccyx)
관골구
(Acetabulum)
치골
(Pubis)
좌골
(Ischium)
치골결절(Pubic tubercle)
치골결합(Pubic symphysis)
치골하각(Subpubic angle)
치골궁
(Pubic arch)
대골반(가골반,Greater pelvis)
소골반(진골반,Lesser pelvis)

〈골반뼈〉

8. 팔의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 두 팔의 손목이상을 잃었을 때	100
2) 한 팔의 손목이상을 잃었을 때	60
3) 한 팔의 3대관절중 1관절의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 팔의 3대관절중 1관절의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한 팔의 3대관절중 1관절의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 팔의 3대관절중 1관절의 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
7) 한 팔에 가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
8) 한 팔에 가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때	10
9) 한 팔의 뼈에 기형을 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 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 아니한다.
3) “팔”이라 함은 어깨관절(견관절)부터 손목관절(완관절)까지를 말한다.
4) “팔의 3대관절”이라 함은 어깨관절(견관절), 팔꿈치관절(주관절), 손목관절(완관절)을 말한다.
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 포함된다.
6) 팔의 관절기능 장해 평가는 팔의 3대관절의 관절운동범위 제한 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) 관절기능장해를 표시할 경우 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다. 단, 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 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 장해를 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 장해를 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 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) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 3등급(fair)인 경우

11) '가관절[주]이 남아 뚜렷한 장해를 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 장해를 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 발목이상을 잃었을 때	100
2) 한 다리의 발목이상을 잃었을 때	60
3) 한 다리의 3대관절중 1관절의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 다리의 3대관절중 1관절의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한 다리의 3대관절중 1관절의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 다리의 3대관절중 1관절의 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 후 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 아니한다.
3) "다리"라 함은 엉덩이관절(고관절)로부터 발목관절(족관절)까지를 말한다.
4) "다리의 3대 관절"이라 함은 엉덩이관절(고관절), 무릎관절(슬관절), 발목관절(족관절)을 말한다.
5) "한 다리의 발목이상을 잃었을 때"라 함은 발목관절(족관절)부터(발목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절(슬관절)의 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
6) 다리의 관절기능 장해 평가는 다리의 3대관절의 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 정상측과 환측을 비교하여 증가된 수치로 평가한다.

12) '가관절[주]'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 장해를 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 관절중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

2) 1하지(다리와 발가락)의 후유장해 지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

10. 손가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 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 장해를 남긴 때	30
5) 한 손의 첫째 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 손의 첫째 손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(손가락 하나마다)	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 평

가한다.

2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 아니한다.

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.

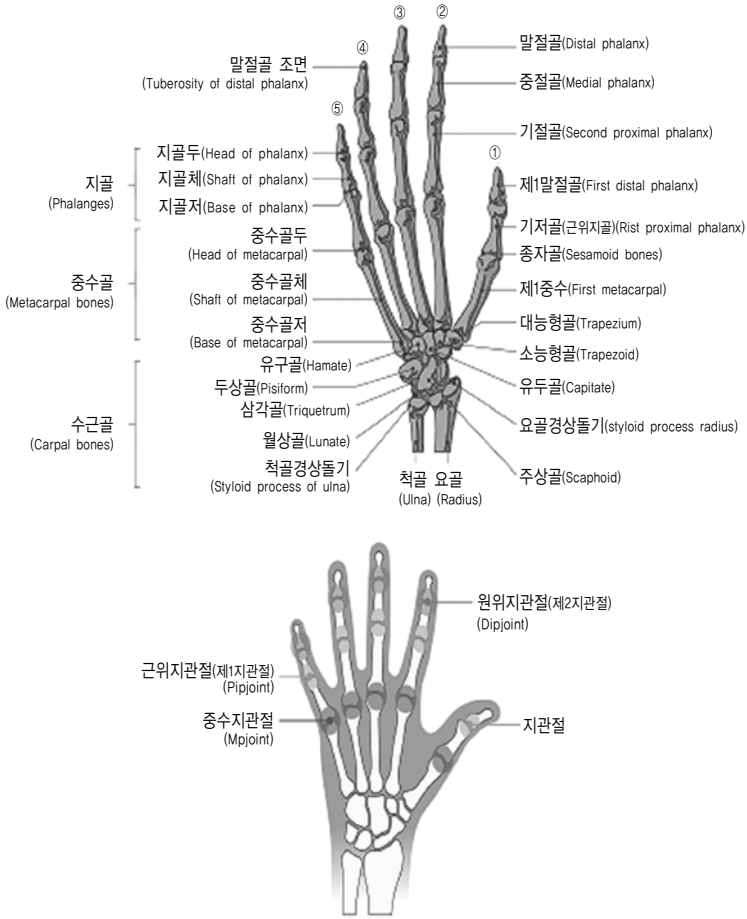
5) '손가락을 잃었을 때'라 함은 첫째 손가락에서는 지관절부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽으로 손가락이 절단되었을 때를 말한다.

6) '손가락뼈 일부를 잃었을 때'라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼 쪽으로 손가락 뼈의 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 손가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.

7) '손가락에 뚜렷한 장해를 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 정상운동 영역의 1/2 이하이거나 중수지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.

8) 한 손가락에 장해가 생기고 다른 손가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

9) 손가락의 관절기능장해 평가는 손가락 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.


③
②
④
⑤
①
말절골 조면
(Tuberosity of distal phalanx)
말절골(Distal phalanx)
중절골(Medial phalanx)
기절골(Second proximal phalanx)
지골
(Phalanges)
지골두(Head of phalanx)
지골체(Shaft of phalanx)
지골저(Base of phalanx)
제1말절골(First distal phalanx)
기저골(근위지골)(Rist proximal phalanx)
종자골(Sesamoid bones)
중수골
(Metacarpal bones)
중수골두
(Head of metacarpal)
중수골체
(Shaft of metacarpal)
중수골저
(Base of metacarpal)
제1중수(First metacarpal)
대능형골(Trapezium)
소능형골(Trapezoid)
수근골
(Carpal bones)
유구골(Hamate)
두상골(Pisiform)
삼각골(Triquetrum)
월상골(Lunate)
척골경상돌기
(Styloid process of ulna)
유두골(Capitate)
요골경상돌기(styloid process radius)
주상골(Scaphoid)
척골 요골
(Ulna) (Radius)
원위지관절(제2지관절)
(Dipjoint)
근위지관절(제1지관절)
(Pipjoint)
중수지관절
(Mpjoint)
지관절

〈손가락〉

11. 발가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 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 첫째발가락 이외의 발가락을 잃었을 때(발가락 하나마다)	5
5) 한 발의 5개 발가락 모두의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
6) 한 발의 첫째 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	8
7) 한 발의 첫째 발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(발가락 하나마다)	3

나. 장해판정기준

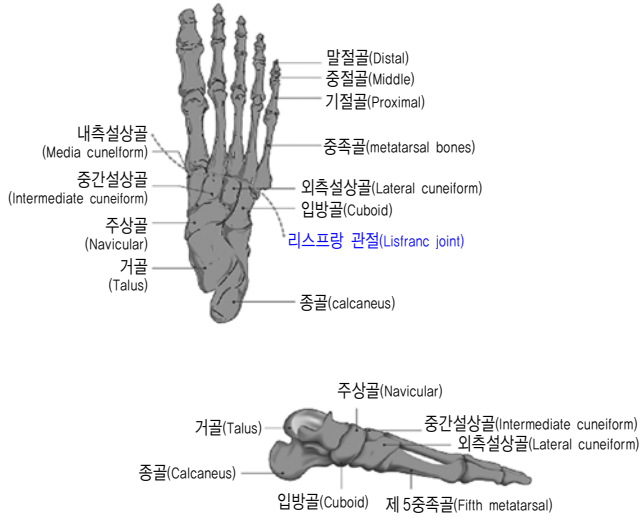
1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 아니한다.
3) '발가락을 잃었을 때'라 함은 첫째 발가락에서는 지관절부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 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)로부터 심장에서 먼 쪽으로 발가락 뼈 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 발가락

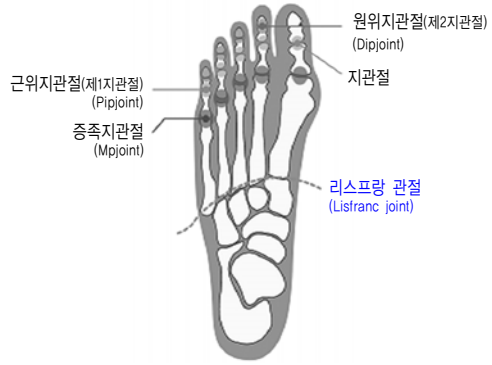
길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.

6) '발가락에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때'라 함은 첫째 발가락의 경우에 중족지관절과 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동범위 합계가 정상 운동가능영역의 1/2이하가 된 경우를 말하며, 다른 네 발가락에 있어서는 중족지관절의 신전운동범위만을 평가하여 정상운동범위의 1/2이하로 제한된 경우를 말한다.

7) 한 발가락에 장해가 생기고 다른 발가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

8) 발가락 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.





〈발가락〉

12. 흉·복부장기 및 비뇨생식기의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 심장 기능을 잃었을 때	100
2) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때	75
3) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때	50
4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	30
5) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때	15

나. 장해의 판정기준

1) '심장 기능을 잃었을 때'라 함은 심장 이식을 한 경우를 말한다.

2) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 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 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 위, 대장(결장~직장) 또는 췌장의 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) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 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, 췌장을 50% 이상 잘라내었을 때
   라) 대장절제, 항문 괄약근 등의 기능장해로 영구적으로 장루, 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
   마) 심장기능 이상으로 인공심박동기를 영구적으로 삽입한 경우
   바) 요도괄약근 등의 기능장해로 영구적으로 인공요도괄약근을 설치한 경우

5) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 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) 흉복부, 비뇨생식기계 장해는 질병 또는 외상의 직접 결과로 인한 장해를 말하며, 노화에 의한 기능장해 또는 질병이나 외상이 없는 상태에서 예방적으로 장기를 절제, 적출한 경우는 장해로 보지 않는다.

7) 상기 흉복부 및 비뇨생식기계 장해항목에 명기되지 않은 기타 장해상태에 대해서는 '<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표'에 해당하는 장해가 있을 때 ADLs 장해 지급률을 준용한다.

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

13. 신경계·정신행동 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 신경계에 장해가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때	10~100
2) 정신행동에 극심한 장해를 남긴 때	100
3) 정신행동에 심한 장해를 남긴 때	75
4) 정신행동에 뚜렷한 장해를 남긴 때	50
5) 정신행동에 약간의 장해를 남긴 때	25
6) 정신행동에 경미한 장해를 남긴 때	10
7) 극심한 치매 : CDR 척도 5점	100
8) 심한 치매 : CDR 척도 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. 장해판정기준

1) 신경계

가) "신경계에 장해를 남긴 때"라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계에 손상으로 인하여 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가

표”의 5가지 기본동작중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.

나) 위 가)의 경우 “<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표”상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장해로 인정하지 않는다.

다) 신경계의 장해로 인하여 발생하는 다른 신체부위의 장해(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장해로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.

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

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

2) 정신행동

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

나) 정신행동장해는 장해판정 직전 1년 이상 충분한 정신건강의학과의 전문적 치료를 받은 후 치료에도 불구하고 장해가 고착되었을 때 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로써 고정되거나 중하게 된 장해에 대해서는 인정하지 않는다.

다) ‘정신행동에 극심한 장해를 남긴 때’라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며 GAF 30점 이하인 상태를 말한다.

라) ‘정신행동에 심한 장해를 남긴 때’라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며 GAF 40점 이하

인 상태를 말한다.

마) '정신행동에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 보건복지부고시「장애정도판정기준」의 '능력장해측정기준'[주] 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 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 보건복지부고시「장애정도판정기준」의 '능력장해측정기준' 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 60점 이하인 상태를 말한다.

사) '정신행동에 경미한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 보건복지부고시「장애정도판정기준」의 '능력장해측정기준' 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 70점 이하인 상태를 말한다.

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

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

차) 정신행동장해 진단 전문의는 정신건강의학과 전문의를 말한다.

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

적 근거로 인정하지 않는다.

타) 각종 기질성 정신장해와 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 장해평가는 임상적인 증상 뿐 아니라 뇌영상검사(CT 및 MRI, SPECT 등)를 기초로 진단되어져야 하며, 18개월 이상 지속적인 치료 후 평가한다. 다만, 진단시점에 이미 극심한 치매 또는 심한 치매로 진행된 경우에는 6개월간 지속적인 치료 후 평가한다.

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

4) 뇌전증(간질)

가) "뇌전증(간질)"이라 함은 돌발적 뇌파이상을 나타내는 뇌질환에 의거하여 발작(경련, 의식장해 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, 발작시 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장해 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 의식장해가 3분 이상 지속되는 발작을 말한다.

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

<붙임>

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

유형	제한정도에 따른 지급률
이동 동작	- 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 방밖을 나올 수 없는 상태 또는 침대에서 휠체어로 옮기기를 포함하여 휠체어 이동시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태 (40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움 없이는 방밖을 나올 수 없는 상태 또는 보행이 불가능하나 스스로 휠체어를 밀어 이동이 가능한 상태 (30%) - 목발 또는 walker를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태(20%) - 보조기구 없이 독립적인 보행은 가능하나 보행시 파행이 있으며, 난간을 잡지 않고는 계단을 오르고 내리기가 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 계속적인 도움이 없이는 식사를 전혀 할 수 없는 상태(15%) - 숟가락 사용은 가능하나 젓가락 사용이 불가능하여 음식물 섭취에 있어 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%) - 독립적인 음식물 섭취는 가능하나 젓가락을 이용하여 생선을 바르거나 음식물을 자르지는 못하는 상태(5%)
배변 배뇨	- 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 계속적인 도움이 필요한 상태, 또는 지속적인 유치도뇨관 삽입상태, 방광루, 요도루, 장루상태 (20%) - 화장실에 가서 변기위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 뒤처리시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상

	태, 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%)
옷입고 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 의복착탈시 혼자서 가능하나 미세동작(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)이 필요한 마무리는 타인의 도움이 필요한 상태 (3%)

【별표1-1】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	지 급 이 자
보장관련 보험금	지급기일의 다음날부터 30일이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일이내 기간	보험계약대출이율 +가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일이내 기간	보험계약대출이율 +가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율 +가산이율(8.0%)
만기환급금 및 해지환급금	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년이내 : 공시이율의 50%
		1년초과기간 : 1%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 만기환급금은 회사가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 않은 경우, 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간은 공시이율을 적용한 이자를 지급합니다.

2. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 금리연동형보험은 일자 계산합니다.

3. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

4. 가산이율 적용시 보통약관 제8조「보험금의 지급절차」제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

5. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

【별표2】

5대고액치료비암 분류표

1. 약관에 규정하는 5대고액치료비암으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 5대고액치료비암 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 식도의 악성신생물	C15
2. 췌장의 악성신생물	C25
3. 골 및 관절연골의 악성신생물	C40-C41
- 사지의 골 및 관절연골의 악성신생물	C40
- 기타 및 상세불명 부위의 골 및 관절 연골의 악성신생물	C41
4. 뇌 및 중추신경계통의 기타부위의 악성신생물	C70-C72
- 수막의 악성신생물	C70
- 뇌의 악성신생물	C71
- 척수, 뇌신경 및 중추신경계의 기타 부분의 악성신생물	C72
5. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	
- 호지킨림프종	C81
- 소포성 림프종	C82
- 비소포성 림프종	C83
- 성숙 T/NK-세포 림프종	C84
- 기타 및 상세불명 유형의 비호지킨림프종	C85
- T/NK-세포림프종의 기타 명시된 형태	C86
- 악성 면역증식성 질환	C88
- 다발골수종 및 악성 형질세포 신생물	C90
- 림프성 백혈병	C91
- 골수성 백혈병	C92
- 단핵구성 백혈병	C93
- 명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
- 상세불명 세포형의 백혈병	C95
- 림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세 불명의 악성신생물	C96
- 만성 골수증식질환	D47.1
- 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 5대고액치료비암 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 그 질병도 포함합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표3】

악성신생물(암) 분류표

1. 약관에 규정하는 암으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 암(악성신생물) 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00~C14
2. 소화기관의 악성 신생물	C15~C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물	C30~C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40~C41
5. 흑색종 및 기타 피부의 악성 신생물	C43~C44
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물	C45~C49
7. 유방의 악성 신생물	C50
8. 여성생식기관의 악성 신생물	C51~C58
9. 남성생식기관의 악성 신생물	C60~C63
10. 요로의 악성 신생물	C64~C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69~C72
12. 갑상선 및 기타 내분비선의 악성 신생물	C73~C75
13. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76~C80
14. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물	C81~C96
15. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
16. 진성 적혈구증가증	D45
17. 골수형성이상증후군	D46
18. 만성 골수증식질환	D47.1
19. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
20. 골수섬유증	D47.4
21. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 암(악성신생물) 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 그 질병도 포함합니다.

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

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표4】

제자리신생물 분류표

1. 약관에 규정하는「제자리암」으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 제자리신생물 해당 여부를 판단합니다.

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

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 제자리신생물 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 그 질병도 포함합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표5】

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

1. 약관에 규정하는「경계성종양」으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내 기관의 행동양식불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 행동양식 불명 및 미상의 조직구 및 비만세포 종양	D47.0
10. 미결정의 단클론감마글로불린병증	D47.2
11. 기타 명시된 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D47.7
12. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 상세불명의 신생물	D47.9
13. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 그 질병도 포함합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표6】

뇌졸중 분류표

1. 약관에 규정하는 뇌졸중으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 뇌졸중 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 거미막하 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내 출혈	I62
4. 뇌경색증	I63
5. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 뇌졸중 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 그 질병도 포함합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표7】

뇌혈관질환 분류표

1. 약관에 규정하는 뇌혈관질환으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 뇌혈관질환 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 거미막하 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내 출혈	I62
4. 뇌경색증	I63
5. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌졸중	I64
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
7. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
8. 기타 뇌혈관 질환	I67
9. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애	I68
10. 뇌혈관 질환의 후유증	I69

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 뇌혈관질환 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 그 질병도 포함합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표8】

급성심근경색증 분류표

1. 약관에 규정하는 급성심근경색증으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 급성심근경색증 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 급성심근경색증	I21
2. 후속 심근경색증	I22
3. 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 급성심근경색증 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 그 질병도 포함합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표9】

허혈성심장질환 분류표

1. 약관에 규정하는 허혈성심장질환으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 허혈성심장질환 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 협심증	I20
2. 급성심근경색증	I21
3. 후속 심근경색증	I22
4. 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
5. 기타 급성 허혈성 심장질환	I24
6. 만성 허혈성 심장병	I25

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 허혈성심장질환 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 그 질병도 포함합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표10】

특정신체부위·질병 분류표

【별표10-1】

특정신체부위 분류표

구 분	특 정 신 체 부 위
1	위, 십이지장
2	공장(빈창자), 회장(돌창자) 및 맹장(충수돌기 포함)
3	대장(맹장 및 직장 제외)*
4	직장
5	항문
6	간
7	담낭(쓸개) 및 담관
8	췌장
9	비장
10	기관, 기관지, 폐, 흉막 및 흉곽(늑골 포함)
11	코[외비(코 바깥), 비강(코 안) 및 부비강(코 곁굴) 포함]
12	인두 및 후두(편도 포함)
13	식도
14	구강(입속), 치아, 혀, 악하선(턱밑샘), 이하선(귀밑샘) 및 설하선(혀밑샘)
15	귀[외이(바깥 귀), 고막, 중이(가운데귀), 내이(속귀), 청신경 및 유양돌기(꼭지돌기) 포함]
16	안구 및 안구부속기 [안검(눈꺼풀), 결막, 누기(눈물샘), 안근 및 안와내 조직 포함]
17	신장
18	부신
19	요관, 방광 및 요도
20	음경
21	질 및 외음부

구 분	특 정 신 체 부 위
22	전립선
23	유방(유선 포함)
24	자궁[자궁체부(자궁몸통) 포함]
25	자궁체부(자궁몸통)(제왕절개술을 받은 경우에 한함)
26	난소 및 난관
27	고환[고환초막(고환집막) 포함] 부고환, 정관, 정삭 및 정낭
28	갑상선
29	부갑상선
30	서혜부(넓적다리 부위의 위쪽 주변)(서혜 탈장, 음낭 탈장 또는 대퇴 탈장이 생긴 경우에 한함)
31	피부(두피 및 입술 포함)
32	경추부(해당신경 포함)
33	흉추부(해당신경 포함)
34	요추부(해당신경 포함)
35	천골(엉치뼈)부 및 미골(꼬리뼈)부(해당신경 포함)
36	왼쪽 어깨
37	오른쪽 어깨
38	왼팔(왼쪽 어깨 제외, 왼손 포함)
39	오른팔(오른쪽 어깨 제외, 오른손 포함)
40	왼손(왼쪽 손목 관절 이하)
41	오른손(오른쪽 손목 관절 이하)
42	왼쪽 고관절
43	오른쪽 고관절
44	왼쪽 다리(왼쪽 고관절 제외, 왼발 포함)
45	오른쪽 다리(오른쪽 고관절 제외, 오른발 포함)
46	왼발(왼쪽 발목 관절 이하)
47	오른발(오른쪽 발목 관절 이하)
48	상·하악골(위턱뼈·아래턱뼈)
49	쇄골(빗장뼈)
50	늑골(갈비뼈)

【별표10-2】

특정질병 분류표

1. 약관에서 규정하는 특정질병으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 특정질병 해당 여부를 판단합니다.

구분	특정질병	분류코드	항목명
1	담석증	K80	담석증(쓸개돌증)
2	요로 결석증	N20	신장 및 요관의 결석
		N21	하부 요로의 결석
		N22	달리 분류된 질환에서의 요로의 결석
		N23	상세불명의 신장 급통증
3	연골증, 관절증, 관절염	M00	화농성 관절염
		M01	달리 분류된 감염성 및 기생충성 질환에서의 관절의 직접 감염
		M02	반응성 관절병증
		M03	달리 분류된 질환에서의 감염후 및 반응성 관절병증
		M05	혈청검사양성 류마티스 관절염
		M06	기타 류마티스 관절염
		M07	건선성 및 장병성 관절병증
		M08	연소성 관절염
		M09	달리 분류된 질환에서의 연소성 관절염
		M10	통풍
		M11	기타 결정 관절병증
		M12	기타 특정 관절병증
		M13	기타 관절염

구분	특정질병	분류코드	항목명
3	연골증, 관절증, 관절염	M14	달리 분류된 기타 질환에서의 관절병증
		M15	다발관절증
		M16	고관절증
		M17	무릎관절증
		M18	제1수근중수관절의 관절증
		M19	기타 관절증
		M93	기타 골연골병증
		M94	연골의 기타 장애
4	척추질환	M40	척주후만증 및 척주전만증
		M41	척주측만증
		M42	척추골연골증
		M43	기타 변형성 등병증
		M45	강직척추염
		M46	기타 염증성 척추병증
		M47	척추증
		M48	기타 척추병증
		M49	달리 분류된 질환에서의 척추병증
		M50	경추간판장애
		M51	기타 추간판장애
		M53	달리 분류되지 않은 기타 등병증
		M54	등통증
5	심장질환	I00	심장침범에 대한 언급이 없는 류마티스열
		I01	심장 침범이 있는 류마티스열
		I02	류마티스무도병
		I05	류마티스성 승모판(윈방실판막)질환
		I06	류마티스성 대동맥판질환

구분	특정질병	분류코드	항목명
5	심장질환	I07	류마티스성 삼첨판질환
		I08	다발판막질환
		I09	기타 류마티스심장질환
		I20	협심증
		I21	급성 심근경색증
		I22	후속심근경색증
		I23	급성심근경색증 후 특정 현존 합병증
		I24	기타 급성 허혈심장질환
		I25	만성 허혈심장병
		I26	폐색전증
		I27	기타 폐성 심장질환
		I28	폐혈관의 기타 질환
		I30	급성 심장막염
		I31	심장막의 기타 질환
		I32	달리 분류된 질환에서의 심장막염
		I33	급성 및 아급성 심내막염
		I34	비류마티스성 승모판(왼방실판막)장애
		I35	비류마티스성 대동맥판장애
		I36	비류마티스성 삼첨판장애
		I37	폐동맥판장애
		I38	상세불명 판막의 심내막염
		I39	달리 분류된 질환에서의 심내막염 및 심장판막장애
		I40	급성 심근염
		I41	달리 분류된 질환에서의 심근염
		I42	심근병증
		I43	달리 분류된 질환에서의 심근병증

구분	특정질병	분류코드	항목명
5	심장질환	I44	방실차단 및 좌각차단
		I45	기타 전도장애
		I46	심장정지
		I47	발작성 빈맥
		I48	심방세동 및 조동
		I49	기타 심장부정맥
		I50	심부전
		I51	심장병의 불명확한 기록 및 합병증
		I52	달리 분류된 질환에서의 기타 심장장애
		P29	출생전후기에 기원한 심혈관장애
		R00	심장박동의 이상
		R01	심잡음 및 기타 심음
6	뇌혈관질환	I60	거미막하출혈
		I61	뇌내출혈
		I62	기타 비외상성 두개내출혈
		I63	뇌경색증
		I64	출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중
		I65	뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착
		I66	뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착
		I67	기타 뇌혈관 질환
		I68	달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애
		I69	뇌혈관질환의 후유증
		G45	일과성 뇌허혈발작 및 관련 증후군
		G46	뇌혈관질환에서의 뇌의 혈관증후군
		Q28	순환계통의 기타 선천기형

구분	특정질병	분류코드	항목명
7	고혈압	I10	본태성(원발성) 고혈압
		I11	고혈압성 심장병
		I12	고혈압성 신장병
		I13	고혈압성 심장 및 신장병
		I15	이차성 고혈압
		O11	만성 고혈압에 겹친 전자간
		O13	임신[임신-유발]고혈압
		O14	전자간
8	당뇨	E10	1형 당뇨병
		E11	2형 당뇨병
		E12	영양실조-관련 당뇨병
		E13	기타 명시된 당뇨병
		E14	상세불명의 당뇨병
		024	임신중 당뇨병
		R73	혈당치상승
9	고지혈증	E78	지질단백질대사장애 및 기타 지질증
10	결핵	A15	세균학적 및 조직학적으로 확인된 호흡기결핵
		A16	세균학적으로나 조직학적으로 확인되지 않은 호흡기결핵
		A17	신경계통의 결핵
		A18	기타 기관의 결핵
		A19	좁쌀 결핵
		B90	결핵의 후유증
11	골반염	N70	난관염 및 난소염
		N71	자궁경부를 제외한 자궁의 염증성 질환
		N72	자궁경부의 염증성 질환

구분	특정질병	분류코드	항목명
11	골반염	N73	기타 여성골반염증질환
		N74	달리 분류된 질환에서의 여성골반염증장애
12	자궁 내막증	N80	자궁내막증
13	난소의양성 신생물	D27	난소의 양성 신생물
14	바르톨린샘 의질환	N75	바르톨린선의 질환
15	여성생식관 의폴립	N84	여성생식관의 폴립
16	자궁근종	D25	자궁의 평활근종
17	통풍	E79	퓨린 및 피리미딘의 대사장애
		M10	통풍
18	골다공증	M80	병적 골절을 동반한 골다공증
		M81	병적 골절이 없는 골다공증
		M82	달리 분류된 질환에서의 골다공증
19	사시	H49	마비성 사시
		H50	기타 사시
		H51	양안운동의 기타 장애
20	백내장	H25	노년백내장
		H26	기타 백내장
		H27	수정체의 기타 장애
21	탈장 (음낭수종 (물음낭증) 포함)	K40	사타구니탈장
		K41	대퇴탈장
		K42	배꼽탈장
		K43	복벽탈장
		K44	횡격막탈장

구분	특정질병	분류코드	항목명
		K45	기타 복부탈장
		K46	상세불명의 복부탈장
		N43	음낭수종(물음낭증) 및 정액류
22	천식	J45	천식
		J46	천식지속상태
23	복막의 질환	K65	복막염
		K66	복막의 기타 장애
		K67	달리 분류된 감염성 질환에서의 복막의 장애
24	암	C00~C14	입술, 구강(입속) 및 인두의 악성 신생물
		C15~C26	소화기관의 악성 신생물
		C30~C39	호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물
		C40~C41	골 및 관절연골의 악성 신생물
		C43	피부의 악성 흑색종
		C45~C49	중피 및 연조직의 악성 신생물
		C50	유방의 악성 신생물
		C51~C58	여성생식기관의 악성 신생물
		C60~C63	남성생식기관의 악성 신생물
		C64~C68	요로의 악성 신생물
		C69~C72	눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물
		C74	부신의 악성 신생물
		C75	기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물
		C76~C80	불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물
		C81~C96	림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물
		C97	독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물

구분	특정질병	분류코드	항목명
24	암	D45	진성 적혈구증가증
		D46	골수형성이상증후군
		D47.1	만성 골수증식질환
		D47.3	본태성(출혈성) 혈소판혈증
		D47.4	골수섬유증
		D47.5	만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]
25	하지 정맥류	I80	정맥염 및 혈전정맥염
		I83	하지의 정맥류
		I87	정맥의 기타 장애

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 특정질병은 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 그 질병도 포함합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

약관 인용 법·규정(2021.07.01.)

1. 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률
2. 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 시행규칙
3. 개인정보 보호법
4. 개인정보 보호법 시행령
5. 국민건강보험법
6. 노인장기요양보험법 시행령
7. 다중이용업소의 안전관리에 관한 특별법
8. 도로교통법
9. 도로법
10. 민법
11. 민사소송법
12. 산업재해보상보험법 시행규칙
13. 상법
14. 소비자기본법
15. 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률
16. 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 시행령
17. 약사법
18. 어린이놀이시설 안전관리법
19. 어린이놀이시설 안전관리법 시행령 별표2
20. 여객자동차운수사업법 시행령
21. 응급의료에 관한 법률
22. 의료급여법 시행령
23. 의료법
24. 의료법 시행규칙
25. 자동차관리법 시행규칙
26. 자동차손해배상보장법 시행령
27. 장애인복지법 시행규칙
28. 장애인복지법 시행령
29. 전자서명법
30. 폭력행위등 처벌에 관한 법률
31. 한의약육성법
32. 형법
33. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률
34. 화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률
35. 화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률 시행규칙
36. 화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률 시행령
37. 금융소비자 보호에 관한 법률

약관 인용 법 · 규정

【법규1】 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률

제11조(의사 등의 신고)

① 의사, 치과의사 또는 한의사는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사실(제16조제6항에 따라 표본감시 대상이 되는 제4급감염병으로 인한 경우는 제외한다)이 있으면 소속 의료기관의 장에게 보고하여야 하고, 해당 환자와 그 동거인에게 질병관리청장이 정하는 감염 방지 방법 등을 지도하여야 한다. 다만, 의료기관에 소속되지 아니한 의사, 치과의사 또는 한의사는 그 사실을 관할 보건소장에게 신고하여야 한다.

1. 감염병환자등을 진단하거나 그 사체를 검안(檢案)한 경우
2. 예방접종 후 이상반응자를 진단하거나 그 사체를 검안한 경우
3. 감염병환자등이 제1급감염병부터 제3급감염병까지에 해당하는 감염병으로 사망한 경우
4. 감염병환자로 의심되는 사람이 감염병병원체 검사를 거부하는 경우

② 제16조의2에 따른 감염병병원체 확인기관의 소속 직원은 실험실 검사 등을 통하여 보건복지부령으로 정하는 감염병환자등을 발견한 경우 그 사실을 그 기관의 장에게 보고하여야 한다.

③ 제1항 및 제2항에 따라 보고를 받은 의료기관의 장 및 제16조의2에 따른 감염병병원체 확인기관의 장은 제1급감염병의 경우에는 즉시, 제2급감염병 및 제3급감염병의 경우에는 24시간 이내에, 제4급감염병의 경우에는 7일 이내에 질병관리청장 또는 관할 보건소장에게 신고하여야 한다.

④ 육군, 해군, 공군 또는 국방부 직할 부대에 소속된 군의관은 제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 사실(제16조제6항에 따라 표본감시 대상이 되는 제4급감염병으로 인한경우는 제외한다)이 있으면 소속 부대장에게 보고하여야 하고, 보고를 받은 소속 부대장은 제1급감염병의 경우에는 즉시, 제2급감염병 및 제3급감염병의 경우에는 24시간 이내에 관할 보건소장에게 신고하여야 한다.

⑤ 제16조제1항에 따른 감염병 표본감시기관은 제16조제6항에 따라 표본감시 대상이 되는 제4급감염병으로 인하여 제1항제1호 또는 제3호에 해당하는 사실이 있으면 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 질병관리청장 또는 관할 보건소장에게 신고하여야 한다.

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

【법규2】 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 시행규칙

[별표 2] 감염병환자등의 진단 기준(제6조제5항 관련)

1. 제1급감염병의 경우

가. 감염병환자: 해당 감염병에 부합되는 임상적 특징을 나타내면서 혈액, 대변, 인두도말 등 검체에서 배양검사, 유전자 검출검사 등의 검사방법으로 감염병병원체가 확인된 사람

나. 의사환자: 임상적 특징 및 역학적 연관성을 고려할 때 해당 감염병이 의심되나 감염병병원체가 확인되지 않은 사람
다. 병원체보유자: 임상증상을 나타내지 않으나 감염병병원체가 확인된 사람

2. 제2급감염병의 경우
가. 감염병환자: 해당 감염병에 부합되는 임상적 특징을 나타내면서 혈액, 대변, 인두도말, 뇌척수액, 가래 등 검체에서 배양검사, 유전자 검출검사, 항체 검출검사 등의 검사방법으로 감염병병원체가 확인된 사람
나. 의사환자: 임상적 특징 및 역학적 연관성을 고려할 때 해당 감염병이 의심되나 감염병병원체가 확인되지 않은 사람
다. 병원체보유자: 임상증상을 나타내지 않으나 감염병병원체가 확인된 사람

3. 제3급감염병의 경우
가. 감염병환자: 해당 감염병에 부합되는 임상적 특징을 나타내면서 혈액, 대변, 소변, 뇌척수액, 가래, 기관지세척액 등 검체에서 배양검사, 유전자 검출검사, 항체 검출검사, 항원 검출검사, 현미경검사 등의 검사방법으로 감염병병원체가 확인된 사람. 다만, 파상풍의 경우에는 임상적 특징을 나타내는 것만으로도 감염병환자로 진단한다.
나. 의사환자: 임상적 특징 및 역학적 연관성을 고려할 때 해당 감염병이 의심되나 감염병병원체가 확인되지 않은 사람
다. 병원체보유자: 임상증상을 나타내지 않으나 감염병병원체가 확인된 사람

4. 제4급감염병의 경우
가. 감염병환자: 해당 감염병에 부합되는 임상적 특징을 나타내면서 혈액, 대변, 소변, 인두도말, 궤양부위도말, 병변조직, 피하조직 등 검체에서 배양검사, 유전자 검출검사, 항체 검출검사, 항원 검출검사, 현미경검사 등의 검사방법으로 감염병병원체가 확인된 사람
나. 의사환자: 임상적 특징 및 역학적 연관성을 고려할 때 해당 감염병이 의심되나 감염병병원체가 확인되지 않은 사람
다. 병원체보유자: 임상증상을 나타내지 않으나 감염병병원체가 확인된 사람

【법규3】 개인정보 보호법

제15조(개인정보의 수집 · 이용)

① 개인정보처리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 개인정보를 수집할 수 있으며 그 수집 목적의 범위에서 이용할 수 있다.

1. 정보주체의 동의를 받은 경우
2. 법률에 특별한 규정이 있거나 법령상 의무를 준수하기 위하여 불가피한 경우
3. 공공기관이 법령 등에서 정하는 소관 업무의 수행을 위하여 불가피한 경우
4. 정보주체와의 계약의 체결 및 이행을 위하여 불가피하게 필요한 경우
5. 정보주체 또는 그 법정대리인이 의사표시를 할 수 없는 상태에 있거나 주소불명 등으로 사전 동의를 받을 수 없는 경우로서 명백히 정보주체 또는 제3자의 급박한 생명, 신체, 재산의 이익을 위하여 필요하다고 인정되는 경우
6. 개인정보처리자의 정당한 이익을 달성하기 위하여 필요한 경우로서 명백하게 정보주체

의 권리보다 우선하는 경우. 이 경우 개인정보처리자의 정당한 이익과 상당한 관련이 있고 합리적인 범위를 초과하지 아니하는 경우에 한한다.

② 개인정보처리자는 제1항제1호에 따른 동의를 받을 때에는 다음 각 호의 사항을 정보주체에게 알려야 한다. 다음 각 호의 어느 하나의 사항을 변경하는 경우에도 이를 알리고 동의를 받아야 한다.

1. 개인정보의 수집·이용 목적
2. 수집하려는 개인정보의 항목
3. 개인정보의 보유 및 이용 기간
4. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용

③ 개인정보처리자는 당초 수집 목적과 합리적으로 관련된 범위에서 정보주체에게 불이익이 발생하는지 여부, 암호화 등 안전성 확보에 필요한 조치를 하였는지 여부 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 정보주체의 동의 없이 개인정보를 이용할 수 있다.

제17조(개인정보의 제공)

① 개인정보처리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당되는 경우에는 정보주체의 개인정보를 제3자에게 제공(공유를 포함한다. 이하 같다)할 수 있다.

1. 정보주체의 동의를 받은 경우
2. 제15조제1항제2호·제3호·제5호 및 제39조의3제2항제2호·제3호에 따라 개인정보를 수집한 목적 범위에서 개인정보를 제공하는 경우

② 개인정보처리자는 제1항제1호에 따른 동의를 받을 때에는 다음 각 호의 사항을 정보주체에게 알려야 한다. 다음 각 호의 어느 하나의 사항을 변경하는 경우에도 이를 알리고 동의를 받아야 한다.

1. 개인정보를 제공받는 자
2. 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 이용 목적
3. 제공하는 개인정보의 항목
4. 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 보유 및 이용 기간
5. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용

③ 개인정보처리자가 개인정보를 국외의 제3자에게 제공할 때에는 제2항 각 호에 따른 사항을 정보주체에게 알리고 동의를 받아야 하며, 이 법을 위반하는 내용으로 개인정보의 국외 이전에 관한 계약을 체결하여서는 아니 된다.

④ 개인정보처리자는 당초 수집 목적과 합리적으로 관련된 범위에서 정보주체에게 불이익이 발생하는지 여부, 암호화 등 안전성 확보에 필요한 조치를 하였는지 여부 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 정보주체의 동의 없이 개인정보를 제공할 수 있다.

제22조(동의를 받는 방법)

① 개인정보처리자는 이 법에 따른 개인정보의 처리에 대하여 정보주체(제6항에 따른 법정대리인을 포함한다. 이하 이 조에서 같다)의 동의를 받을 때에는 각각의 동의 사항을 구분하여 정보주체가 이를 명확하게 인지할 수 있도록 알리고 각각 동의를 받아야 한다.

② 개인정보처리자는 제1항의 동의를 서면(「전자문서 및 전자거래 기본법」 제2조제1호에 따

른 전자문서를 포함한다)으로 받을 때에는 개인정보의 수집·이용 목적, 수집·이용하려는 개인정보의 항목 등 대통령령으로 정하는 중요한 내용을 보호위원회가 고시로 정하는 방법에 따라 명확히 표시하여 알아보기 쉽게 하여야 한다.

③ 개인정보처리자는 제15조제1항제1호, 제17조제1항제1호, 제23조제1항제1호 및 제24조제1항제1호에 따라 개인정보의 처리에 대하여 정보주체의 동의를 받을 때에는 정보주체와의 계약 체결 등을 위하여 정보주체의 동의 없이 처리할 수 있는 개인정보와 정보주체의 동의가 필요한 개인정보를 구분하여야 한다. 이 경우 동의 없이 처리할 수 있는 개인정보라는 입증책임은 개인정보처리자가 부담한다.

④ 개인정보처리자는 정보주체에게 재화나 서비스를 홍보하거나 판매를 권유하기 위하여 개인정보의 처리에 대한 동의를 받으려는 때에는 정보주체가 이를 명확하게 인지할 수 있도록 알리고 동의를 받아야 한다.

⑤ 개인정보처리자는 정보주체가 제3항에 따라 선택적으로 동의할 수 있는 사항을 동의하지 아니하거나 제4항 및 제18조제2항제1호에 따른 동의를 하지 아니한다는 이유로 정보주체에게 재화 또는 서비스의 제공을 거부하여서는 아니 된다.

⑥ 개인정보처리자는 만 14세 미만 아동의 개인정보를 처리하기 위하여 이 법에 따른 동의를 받아야 할 때에는 그 법정대리인의 동의를 받아야 한다. 이 경우 법정대리인의 동의를 받기 위하여 필요한 최소한의 정보는 법정대리인의 동의 없이 해당 아동으로부터 직접 수집할 수 있다.

⑦ 제1항부터 제6항까지에서 규정한 사항 외에 정보주체의 동의를 받는 세부적인 방법 및 제6항에 따른 최소한의 정보의 내용에 관하여 필요한 사항은 개인정보의 수집매체 등을 고려하여 대통령령으로 정한다.

제23조(민감정보의 처리 제한)

① 개인정보처리자는 사상·신념, 노동조합·정당의 가입·탈퇴, 정치적 견해, 건강, 성생활 등에 관한 정보, 그 밖에 정보주체의 사생활을 현저히 침해할 우려가 있는 개인정보로서 대통령령으로 정하는 정보(이하 "민감정보"라 한다)를 처리하여서는 아니 된다.

1. 정보주체에게 제15조제2항 각 호 또는 제17조제2항 각 호의 사항을 알리고 다른 개인정보의 처리에 대한 동의와 별도로 동의를 받은 경우
2. 법령에서 민감정보의 처리를 요구하거나 허용하는 경우

② 개인정보처리자가 제1항 각 호에 따라 민감정보를 처리하는 경우에는 그 민감정보가 분실·도난·유출·위조·변조 또는 훼손되지 아니하도록 제29조에 따른 안전성 확보에 필요한 조치를 하여야 한다.

제24조(고유식별정보의 처리 제한)

① 개인정보처리자는 다음 각 호의 경우를 제외하고는 법령에 따라 개인을 고유하게 구별하기 위하여 부여된 식별정보로서 대통령령으로 정하는 정보(이하 "고유식별정보"라 한다)를 처리할 수 없다.

1. 정보주체에게 제15조제2항 각 호 또는 제17조제2항 각 호의 사항을 알리고 다른 개인정보의 처리에 대한 동의와 별도로 동의를 받은 경우
2. 법령에서 구체적으로 고유식별정보의 처리를 요구하거나 허용하는 경우

② 삭제

③ 개인정보처리자가 제1항 각 호에 따라 고유식별정보를 처리하는 경우에는 그 고유식별정보가 분실·도난·유출·위조·변조 또는 훼손되지 아니하도록 대통령령으로 정하는 바에 따라 암호화 등 안전성 확보에 필요한 조치를 하여야 한다.

④ 보호위원회는 처리하는 개인정보의 종류·규모, 종업원 수 및 매출액 규모 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 기준에 해당하는 개인정보처리자가 제3항에 따라 안전성 확보에 필요한 조치를 하였는지에 관하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 정기적으로 조사하여야 한다.

⑤ 보호위원회는 대통령령으로 정하는 전문기관으로 하여금 제4항에 따른 조사를 수행하게 할 수 있다.



【법규4】 개인정보 보호법 시행령

제17조(동의를 받는 방법)

① 개인정보처리자는 법 제22조에 따라 개인정보의 처리에 대하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 방법으로 정보주체의 동의를 받아야 한다.

1. 동의 내용이 적힌 서면을 정보주체에게 직접 발급하거나 우편 또는 팩스 등의 방법으로 전달하고, 정보주체가 서명하거나 날인한 동의서를 받는 방법
2. 전화를 통하여 동의 내용을 정보주체에게 알리고 동의의 의사표시를 확인하는 방법
3. 전화를 통하여 동의 내용을 정보주체에게 알리고 정보주체에게 인터넷주소 등을 통하여 동의 사항을 확인하도록 한 후 다시 전화를 통하여 그 동의 사항에 대한 동의의 의사표시를 확인하는 방법
4. 인터넷 홈페이지 등에 동의 내용을 게재하고 정보주체가 동의 여부를 표시하도록 하는 방법
5. 동의 내용이 적힌 전자우편을 발송하여 정보주체로부터 동의의 의사표시가 적힌 전자우편을 받는 방법
6. 그 밖에 제1호부터 제5호까지의 규정에 따른 방법에 준하는 방법으로 동의 내용을 알리고 동의의 의사표시를 확인하는 방법

② 법 제22조제2항에서 "대통령령으로 정하는 중요한 내용"이란 다음 각 호의 사항을 말한다.

1. 개인정보의 수집·이용 목적 중 재화나 서비스의 홍보 또는 판매 권유 등을 위하여 해당 개인정보를 이용하여 정보주체에게 연락할 수 있다는 사실
2. 처리하려는 개인정보의 항목 중 다음 각 목의 사항
   가. 제18조에 따른 민감정보
   나. 제19조제2호부터 제4호까지의 규정에 따른 여권번호, 운전면허의 면허번호 및 외국인등록번호
3. 개인정보의 보유 및 이용 기간(제공 시에는 제공받는 자의 보유 및 이용 기간을 말한다)
4. 개인정보를 제공받는 자 및 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 이용 목적

③ 개인정보처리자가 정보주체로부터 법 제18조제2항제1호 및 제22조제4항에 따른 동의를 받거나 법 제22조제3항에 따라 선택적으로 동의할 수 있는 사항에 대한 동의를 받으려는 때에는 정보주체가 동의 여부를 선택할 수 있다는 사실을 명확하게 확인할 수 있도록 선

택적으로 동의할 수 있는 사항 외의 사항과 구분하여 표시하여야 한다.

④ 개인정보처리자는 법 제22조제6항에 따라 만 14세 미만 아동의 법정대리인의 동의를 받기 위하여 해당 아동으로부터 직접 법정대리인의 성명·연락처에 관한 정보를 수집할 수 있다.

⑤ 중앙행정기관의 장은 제1항에 따른 동의방법 중 소관 분야의 개인정보처리자별 업무, 업종의 특성 및 정보주체의 수 등을 고려하여 적절한 동의방법에 관한 기준을 법 제12조제2항에 따른 개인정보 보호지침(이하 "개인정보 보호지침"이라 한다)으로 정하여 그 기준에 따라 동의를 받도록 개인정보처리자에게 권장할 수 있다.



【법규5】 국민건강보험법

제42조(요양기관)

① 요양급여(간호와 이송은 제외한다)는 다음 각 호의 요양기관에서 실시한다. 이 경우 보건복지부장관은 공익이나 국가정책에 비추어 요양기관으로 적합하지 아니한 대통령령으로 정하는 의료기관 등은 요양기관에서 제외할 수 있다.

1.「의료법」에 따라 개설된 의료기관
2.「약사법」에 따라 등록된 약국
3.「약사법」 제91조에 따라 설립된 한국희귀·필수의약품센터
4.「지역보건법」에 따른 보건소·보건의료원 및 보건지소
5.「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」에 따라 설치된 보건진료소

② 보건복지부장관은 효율적인 요양급여를 위하여 필요하면 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 시설·장비·인력 및 진료과목 등 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당하는 요양기관을 전문요양기관으로 인정할 수 있다. 이 경우 해당 전문요양기관에 인정서를 발급하여야 한다.

③ 보건복지부장관은 제2항에 따라 인정받은 요양기관이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 인정을 취소한다.

1. 제2항 전단에 따른 인정기준에 미달하게 된 경우
2. 제2항 후단에 따라 발급받은 인정서를 반납한 경우

④ 제2항에 따라 전문요양기관으로 인정된 요양기관 또는「의료법」제3조의4에 따른 상급종합병원에 대하여는 제41조제3항에 따른 요양급여의 절차 및 제45조에 따른 요양급여비용을 다른 요양기관과 달리 할 수 있다.

⑤ 제1항·제2항 및 제4항에 따른 요양기관은 정당한 이유 없이 요양급여를 거부하지 못한다.



【법규6】 노인장기요양보험법 시행령

제7조(등급판정기준 등)

① 법 제15조제2항에 따른 등급판정기준은 다음 각 호와 같다.

1. 장기요양 1등급 : 심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 전적으로 다른 사람의 도움이 필요한 자로서 장기요양인정 점수가 95점 이상인 자

2. 장기요양 2등급 : 심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 상당 부분 다른 사람의 도움이 필요한 자로서 장기요양인정 점수가 75점 이상 95점 미만인 자
3. 장기요양 3등급 : 심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 자로서 장기요양인정 점수가 60점 이상 75점 미만인 자
4. 장기요양 4등급 : 심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 일정부분 다른 사람의 도움이 필요한 자로서 장기요양인정 점수가 51점 이상 60점 미만인 자
5. 장기요양 5등급 : 치매(제2조에 따른 노인성 질병에 해당하는 치매로 한정한다)환자로서 장기요양인정 점수가 45점 이상 51점 미만인 자
6. 장기요양 인지지원등급 : 치매(제2조에 따른 노인성 질병에 해당하는 치매로 한정한다) 환자로서 장기요양인정 점수가 45점 미만인 자

② 제1항에 따른 장기요양인정 점수는 장기요양이 필요한 정도를 나타내는 점수로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 심신의 기능 저하 상태를 측정하는 방법에 따라 산정한다.

【법규7】 다중이용업소의 안전관리에 관한 특별법

제7조(관련 행정기관의 통보사항)

② 허가관청은 다중이용업주가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위를 하였을 때 에는 그 신고를 수리(受理)한 날부터 30일 이내에 소방본부장 또는 소방서장에게 통보하여야 한다.

1. 휴업·폐업 또는 휴업 후 영업의 재개(再開)
2. 영업 내용의 변경
3. 다중이용업주의 변경 또는 다중이용업주 주소의 변경
4. 다중이용업소 상호 또는 주소의 변경

【법규8】 도로교통법

제43조(무면허운전 등의 금지)

누구든지 제80조에 따라 시·도경찰청장으로부터 운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차등(개인형 이동장치는 제외한다)을 운전하여서는 아니 된다.

제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지)

① 누구든지 술에 취한 상태에서 자동차등(「건설기계관리법」 제26조제1항 단서에 따른 건설기계 외의 건설기계를 포함한다. 이하 이 조, 제45조, 제47조, 제93조제1항제1호부터 제4호까지 및 제148조의2에서 같다), 노면전차 또는 자전거를 운전하여서는 아니 된다.

② 경찰공무원은 교통의 안전과 위험방지를 위하여 필요하다고 인정하거나 제1항을 위반하여 술에 취한 상태에서 자동차등, 노면전차 또는 자전거를 운전하였다고 인정할 만한 상당한 이유가 있는 경우에는 운전자가 술에 취하였는지를 호흡조사로 측정할 수 있다. 이 경우 운전자는 경찰공무원의 측정에 응하여야 한다.

③ 제2항에 따른 측정 결과에 불복하는 운전자에 대하여는 그 운전자의 동의를 받아 혈액 채

취 등의 방법으로 다시 측정할 수 있다.

④ 제1항에 따라 운전이 금지되는 술에 취한 상태의 기준은 운전자의 혈중알코올농도가 0.03 퍼센트 이상인 경우로 한다.

【법규9】 도로법

제10조(도로의 종류와 등급)

도로의 종류는 다음 각 호와 같고, 그 등급은 다음 각 호에 열거한 순서와 같다.

1. 고속국도(고속국도의 지선 포함)
2. 일반국도(일반국도의 지선 포함)
3. 특별시도(特別市道)·광역시도(廣域市道)
4. 지방도
5. 시도
6. 군도
7. 구도

제11조(고속국도의 지정 · 고시)

국토교통부장관은 도로교통망의 중요한 축(軸)을 이루며 주요 도시를 연결하는 도로로서 자동차(「자동차관리법」 제2조제1호에 따른 자동차와 「건설기계관리법」 제2조제1항제 1호에 따른 건설기계 중 대통령령으로 정하는 것을 말한다. 이하 제47조, 제113조 및 제115조제1호에서 같다) 전용의 고속교통에 사용되는 도로 노선을 정하여 고속국도를 지정·고시한다.

제13조(고속국도 또는 일반국도의 지선)

① 국토교통부장관은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 도로를 고속국도 또는 일반국도의 지선(이하 "지선"이라 한다)으로 지정·고시할 수 있다.

1. 고속국도 또는 일반국도와 인근의 도시·항만·공항·산업단지·물류시설 등을 연결하는 도로
2. 고속국도 또는 일반국도의 기능을 보완하기 위하여 해당 고속국도 또는 일반국도를 우회하거나 고속국도 또는 일반국도를 서로 연결하는 도로

② 제1항에서 정한 것 외에 지선의 지정 기준에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

③ 지선은 연결되는 주된 도로의 종류에 따라 각각 고속국도 또는 일반국도로 본다. 이 경우 지선이 연결되는 주된 도로의 범위는 국토교통부장관이 정한다.

【법규10】 민법

제27조(실종의 선고)

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

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

제753조(미성년자의 책임능력)
미성년자가 타인에게 손해를 가한 경우에 그 행위의 책임을 변식할 지능이 없는 때에는 배상의 책임이 없다.

제754조(심신상실자의 책임능력)
심신상실 중에 타인에게 손해를 가한 자는 배상의 책임이 없다. 그러나 고의 또는 과실로 인하여 심신상실을 초래한 때에는 그러하지 아니하다.

제755조(감독자의 책임)
① 다른 자에게 손해를 가한 사람이 제753조 또는 제754조에 따라 책임이 없는 경우에는 그를 감독할 법정의무가 있는 자가 그 손해를 배상할 책임이 있다. 다만, 감독의무를 게을리하지 아니한 경우에는 그러하지 아니하다.
② 감독의무자를 갈음하여 제753조 또는 제754조에 따라 책임이 없는 사람을 감독하는 자도 제1항의 책임이 있다.

제777조(친족의 범위)
친족관계로 인한 법률상 효력은 이 법 또는 다른 법률에 특별한 규정이 없는 한 다음 각호에 해당하는 자에 미친다.
1. 8촌 이내의 혈족
2. 4촌 이내의 인척
3. 배우자



【법규11】 민사소송법

제254조(재판장등의 소장심사권)
① 소장이 제249조제1항의 규정에 어긋나는 경우와 소장에 법률의 규정에 따른 인지를 붙이지 아니한 경우에는 재판장은 상당한 기간을 정하고, 그 기간 이내에 흠을 보정하도록 명하여야 한다. 재판장은 법원사무관등으로 하여금 위 보정 명령을 하게 할 수 있다.
② 원고가 제1항의 기간 이내에 흠을 보정하지 아니한 때에는 재판장은 명령으로 소장을 각하하여야 한다.
③ 제2항의 명령에 대하여는 즉시항고를 할 수 있다.
④ 재판장은 소장을 심사하면서 필요하다고 인정하는 경우에는 원고에게 청구하는 이유에 대응하는 증거방법을 구체적으로 적어 내도록 명할 수 있으며, 원고가 소장에 인용한 서증(書證)의 등본 또는 사본을 붙이지 아니한 경우에는 이를 제출하도록 명할 수 있다.

제266조(소의 취하)
① 소는 판결이 확정될 때까지 그 전부나 일부를 취하할 수 있다.
② 소의 취하는 상대방이 본안에 관하여 준비서면을 제출하거나 변론준비기일에서 진술하거나 변론을 한 뒤에는 상대방의 동의를 받아야 효력을 가진다.
③ 소의 취하는 서면으로 하여야 한다. 다만, 변론 또는 변론 준비기일에서 말로 할 수 있다.
④ 소장을 송달한 뒤에는 취하의 서면을 상대방에게 송달하여야 한다.
⑤ 제3항 단서의 경우에 상대방이 변론 또는 변론준비기일에 출석하지 아니한 때에는 그 기일의 조서등본을 송달하여야 한다.

⑥ 소취하의 서면이 송달된 날부터 2주 이내에 상대방이 이의를 제기하지 아니한 경우에는 소취하에 동의한 것으로 본다. 제3항 단서의 경우에 있어서, 상대방이 기일에 출석한 경우에는 소를 취하한 날부터, 상대방이 기일에 출석하지 아니한 경우에는 제5항의 등본이 송달된 날부터 2주 이내에 상대방이 이의를 제기하지 아니하는 때에도 또한 같다.

제269조(반소)

① 피고는 소송절차를 현저히 지연시키지 아니하는 경우에만 변론을 종결할 때까지 본소가 계속된 법원에 반소를 제기할 수 있다. 다만, 소송의 목적이 된 청구가 다른 법원의 관할에 전속되지 아니하고 본소의 청구 또는 방어의 방법과 서로 관련이 있어야 한다.

② 본소가 단독사건인 경우에 피고가 반소로 합의사건에 속하는 청구를 한 때에는 법원은 직권 또는 당사자의 신청에 따른 결정으로 본소와 반소를 합의부에 이송하여야 한다. 다만, 반소에 관하여 제30조의 규정에 따른 관할권이 있는 경우에는 그러하지 아니하다.

제393조(항소의 취하)

① 항소는 항소심의 종국판결이 있기 전에 취하할 수 있다.

② 항소의 취하에는 제266조제3항 내지 제5항 및 제267조제1항의 규정을 준용한다.

제399조(원심재판장등의 항소장심사권)

① 항소장이 제397조제2항의 규정에 어긋난 경우와 항소장에 법률의 규정에 따른 인지를 붙이지 아니한 경우에는 원심재판장은 항소인에게 상당한 기간을 정하여 그 기간 이내에 흠을 보정하도록 명하여야 한다. 원심재판장은 법원사무관등으로 하여금 위 보정명령을 하게 할 수 있다.

② 항소인이 제1항의 기간 이내에 흠을 보정하지 아니한 때와, 항소기간을 넘긴 것이 분명한 때에는 원심재판장은 명령으로 항소장을 각하하여야 한다.

③ 제2항의 명령에 대하여는 즉시항고를 할 수 있다.

제402조(항소심재판장등의 항소장심사권)

① 항소장이 제397조제2항의 규정에 어긋나거나 항소장에 법률의 규정에 따른 인지를 붙이지 아니하였음에도 원심재판장등이 제399조제1항의 규정에 의한 명령을 하지 아니한 경우, 또는 항소장의 부본을 송달할 수 없는 경우에는 항소심재판장은 항소인에게 상당한 기간을 정하여 그 기간 이내 에 흠을 보정하도록 명하여야한다. 항소심재판장은 법원사무관등으로 하여금 위 보정명령을 하게 할 수 있다.

② 항소인이 제1항의 기간 이내에 흠을 보정하지 아니한 때, 또는 제399조제2항의 규정에 따라 원심재판장이 항소장을 각하하지 아니한 때에는 항소심재판장은 명령으로 항소장을 각하하여야 한다.

③ 제2항의 명령에 대하여는 즉시항고를 할 수 있다.

제412조(반소의 제기)

① 반소는 상대방의 심급의 이익을 해할 우려가 없는 경우 또는 상대방의 동의를 받은 경우에 제기할 수 있다.

② 상대방이 이의를 제기하지 아니하고 반소의 본안에 관하여 변론을 한 때에는 반소제기에 동의한 것으로 본다.

제425조(항소심절차의 준용)

상고와 상고심의 소송절차에는 특별한 규정이 없으면 제1장의 규정을 준용한다.

【법규12】 산업재해보상보험법 시행규칙

제47조(운동기능장해의 측정)

① 비장해인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역은 별표 4와 같다.

② 운동기능장해의 정도는 미국의학협회(AMA, American Medical Association)식 측정 방법 중 공단이 정하는 방법으로 측정한 해당 근로자의 신체 각 관절의 운동가능영역과 별표 4의 평균 운동가능영역을 비교하여 판정한다. 다만, 척주의 운동가능영역은 그러하지 아니하다.

③ 제2항에 따라 해당 근로자의 신체 각 관절의 운동가능영역을 측정할 때에는 다음 각 호의 구분에 따른 방법으로 한다.

1. 강직, 오그라듦, 신경손상 등 운동기능장해의 원인이 명확한 경우: 근로자의 능동적 운동에 의한 측정방법
2. 운동기능장해의 원인이 명확하지 아니한 경우: 근로자의 수동적 운동에 의한 측정방법

【법규13】 상법

제651조(고지위반으로 인한 계약 해지)

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

제657조(보험사고발생의 통지의무)

① 보험계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 보험사고의 발생을 안 때에는 지체없이 보험자에게 그 통지를 발송하여야 한다.

② 보험계약자 또는 피보험자나 보험수익자가 제1항의 통지의무를 해태함으로 인하여 손해가 증가된 때에는 보험자는 그 증가된 손해를 보상할 책임이 없다.

【법규14】 소비자기본법

제70조(단체소송의 대상등)

다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 단체는 사업자가 제20조의 규정을 위반하여 소비자의 생명·신체 또는 재산에 대한 권익을 직접적으로 침해하고 그 침해가 계속되는 경우 법원에 소비자권익침해행위의 금지·중지를 구하는 소송(이하 "단체소송"이라 한다)을 제기할 수 있다.

1. 제29조의 규정에 따라 공정거래위원회에 등록한 소비자단체로서 다음 각 목의 요건을 모두 갖춘 단체
   가. 정관에 따라 상시적으로 소비자의 권익증진을 주된 목적으로 하는 단체일 것
   나. 단체의 정회원수가 1천명 이상일 것
   다. 제29조의 규정에 따른 등록 후 3년이 경과하였을 것

2. 제33조에 따라 설립된 한국소비자원
3. 「상공회의소법」에 따른 대한상공회의소, 「중소기업협동조합법」에 따른 중소기업협동조합중앙회 및 전국 단위의 경제단체로서 대통령령이 정하는 단체
4. 「비영리민간단체 지원법」 제2조의 규정에 따른 비영리민간단체로서 다음 각 목의 요건을 모두 갖춘 단체
   가. 법률상 또는 사실상 동일한 침해를 입은 50인 이상의 소비자로부터 단체소송의 제기를 요청받을 것
   나. 정관에 소비자의 권익증진을 단체의 목적으로 명시한 후 최근 3년 이상 이를 위한 활동실적이 있을 것
   다. 단체의 상시 구성원수가 5천명 이상일 것
   라. 중앙행정기관에 등록되어 있을 것



【법규15】 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률

제32조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의)

① 신용정보제공·이용자가 개인신용정보를 타인에게 제공하려는 경우에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 해당 신용정보주체로부터 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 방식으로 개인신용정보를 제공할 때마다 미리 개별적으로 동의를 받아야 한다. 다만, 기존에 동의한 목적 또는 이용 범위에서 개인신용정보의 정확성·최신성을 유지하기 위한 경우에는 그러하지 아니하다.
   1. 서면
   2. 「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명(서명자의 실지명의를 확인할 수 있는 것을 말한다)이 있는 전자문서(「전자문서 및 전자거래기본법」 제2조제1호에 따른 전자문서를 말한다)
   3. 개인신용정보의 제공 내용 및 제공 목적 등을 고려하여 정보 제공 동의의 안정성과 신뢰성이 확보될 수 있는 유무선 통신으로 개인비밀번호를 입력하는 방식
   4. 유무선 통신으로 동의 내용을 해당 개인에게 알리고 동의를 받는 방법. 이 경우 본인 여부 및 동의 내용, 그에 대한 해당 개인의 답변을 음성녹음하는 등 증거자료를 확보·유지하여야 하며, 대통령령으로 정하는 바에 따른 사후 고지절차를 거친다.
   5. 그 밖에 대통령령으로 정하는 방식

② 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관으로부터 개인신용정보를 제공받으려는 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 해당 신용정보주체로부터 제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 방식으로 개인신용정보를 제공받을 때마다 개별적으로 동의(기존에 동의한 목적 또는 이용 범위에서 개인신용정보의 정확성·최신성을 유지하기 위한 경우는 제외한다)를 받아야 한다. 이 경우 개인신용정보를 제공받으려는 자는 개인신용정보의 조회 시 개인신용평점이 하락할 수 있는 때에는 해당 신용정보주체에게 이를 고지하여야 한다.

③ 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관이 개인신용정보를 제2항에 따라 제공하는 경우에는 해당 개인신용정보를 제공받으려는 자가

제2항에 따른 동의를 받았는지를 대통령령으로 정하는 바에 따라 확인하여야 한다.

④ 신용정보회사등은 개인신용정보의 제공 및 활용과 관련하여 동의를 받을 때에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 서비스 제공을 위하여 필수적 동의사항과 그 밖의 선택적 동의사항을 구분하여 설명한 후 각각 동의를 받아야 한다. 이 경우 필수적 동의사항은 서비스 제공과의 관련성을 설명하여야 하며, 선택적 동의사항은 정보제공에 동의하지 아니할 수 있다는 사실을 고지하여야 한다.

⑤ 신용정보회사등은 신용정보주체가 선택적 동의사항에 동의하지 아니한다는 이유로 신용정보주체에게 서비스의 제공을 거부하여서는 아니 된다.

⑥ 신용정보회사등(제9호의3을 적용하는 경우에는 데이터전문기관을 포함한다)이 개인신용정보를 제공하는 경우로서 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 제1항부터 제5항까지를 적용하지 아니한다.

1. 신용정보회사 및 채권추심회사가 다른 신용정보회사 및 채권추심회사 또는 신용정보집중기관과 서로 집중관리·활용하기 위하여 제공하는 경우
2. 제17조제2항에 따라 신용정보의 처리를 위탁하기 위하여 제공하는 경우
3. 영업양도·분할·합병 등의 이유로 권리·의무의 전부 또는 일부를 이전하면서 그와 관련된 개인신용정보를 제공하는 경우
4. 채권추심(추심채권을 추심하는 경우만 해당한다), 인가·허가의 목적, 기업의 신용도 판단, 유가증권의 양수 등 대통령령으로 정하는 목적으로 사용하는 자에게 제공하는 경우
5. 법원의 제출명령 또는 법관이 발부한 영장에 따라 제공하는 경우
6. 범죄 때문에 피해자의 생명이나 신체에 심각한 위험 발생이 예상되는 등 긴급한 상황에서 제5호에 따른 법관의 영장을 발부받을 시간적 여유가 없는 경우로서 검사 또는 사법경찰관의 요구에 따라 제공하는 경우. 이 경우 개인신용정보를 제공받은 검사는 지체 없이 법관에게 영장을 청구하여야 하고, 사법경찰관은 검사에게 신청하여 검사의 청구로 영장을 청구하여야 하며, 개인신용정보를 제공받은 때부터 36시간 이내에 영장을 발부받지 못하면 지체 없이 제공받은 개인신용정보를 폐기하여야 한다.
7. 조세에 관한 법률에 따른 질문·검사 또는 조사를 위하여 관할 관서의 장이 서면으로 요구하거나 조세에 관한 법률에 따라 제출의무가 있는 과세자료의 제공을 요구함에 따라 제공하는 경우
8. 국제협약 등에 따라 외국의 금융감독기구에 금융회사가 가지고 있는 개인신용정보를 제공하는 경우
9. 제2조제1호의4나목 및 다목의 정보를 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용등급제공업무·기술신용평가업무를 하는 기업신용조회회사 및 신용정보집중기관에 제공하거나 그로부터 제공받는 경우

9의2. 통계작성, 연구, 공익적 기록보존 등을 위하여 가명정보를 제공하는 경우. 이 경우 통계작성에는 시장조사 등 상업적 목적의 통계작성을 포함하며, 연구에는 산업적 연구를 포함한다.

9의3. 제17조의2제1항에 따른 정보집합물의 결합 목적으로 데이터전문기관에 개인신용정보를 제공하는 경우

9의4. 다음 각 목의 요소를 고려하여 당초 수집한 목적과 상충되지 아니하는 목적으로 개

인신용정보를 제공하는 경우
가. 양 목적 간의 관련성
나. 신용정보회사등이 신용정보주체로부터 개인신용정보를 수집한 경위
다. 해당 개인신용정보의 제공이 신용정보주체에게 미치는 영향
라. 해당 개인신용정보에 대하여 가명처리를 하는 등 신용정보의 보안대책을 적절히 시행하였는지 여부
10. 이 법 및 다른 법률에 따라 제공하는 경우
11. 제1호부터 제10호까지의 규정에 준하는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우

⑦ 제6항 각 호에 따라 개인신용정보를 타인에게 제공하려는 자 또는 제공받은 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 개인신용정보의 제공 사실 및 이유 등을 사전에 해당 신용정보주체에게 알려야 한다. 다만, 대통령령으로 정하는 불가피한 사유가 있는 경우에는 인터넷 홈페이지 게재 또는 그 밖에 유사한 방법을 통하여 사후에 알리거나 공시할 수 있다.

⑧ 제6항제3호에 따라 개인신용정보를 타인에게 제공하는 신용정보제공·이용자로서 대통령령으로 정하는 자는 제공하는 신용정보의 범위 등 대통령령으로 정하는 사항에 관하여 금융위원회의 승인을 받아야 한다.

⑨ 제8항에 따른 승인을 받아 개인신용정보를 제공받은 자는 해당 개인신용정보를 금융위원회가 정하는 바에 따라 현재 거래 중인 신용정보주체의 개인신용정보와 분리하여 관리하여야 한다.

⑩ 신용정보회사등이 개인신용정보를 제공하는 경우에는 금융위원회가 정하여 고시하는 바에 따라 개인신용정보를 제공받는 자의 신원(身元)과 이용 목적을 확인하여야 한다.

⑪ 개인신용정보를 제공한 신용정보제공·이용자는 제1항에 따라 미리 개별적 동의를 받았는지 여부 등에 대한 다툼이 있는 경우 이를 증명하여야 한다.

제33조(개인신용정보의 이용)

① 개인신용정보는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에만 이용하여야 한다.
해당 신용정보주체가 신청한 금융거래 등 상거래관계의 설정 및 유지 여부 등을 판단하기 위한 목적으로 이용하는 경우
제1호의 목적 외의 다른 목적으로 이용하는 것에 대하여 신용정보주체로부터 동의를 받은 경우
개인이 직접 제공한 개인신용정보(그 개인과의 상거래에서 생긴 신용정보를 포함한다)를 제공받은 목적으로 이용하는 경우(상품과 서비스를 소개하거나 그 구매를 권유할 목적으로 이용하는 경우는 제외한다)

제32조제6항 각 호의 경우

그 밖에 제1호로부터 제4호까지의 규정에 준하는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우

② 신용정보회사등이 개인의 질병, 상해 또는 그 밖에 이와 유사한 정보를 수집·조사하거나 제3자에게 제공하려면 미리 제32조제1항 각 호의 방식으로 해당 개인의 동의를 받아야 하며, 대통령령으로 정하는 목적으로만 그 정보를 이용하여야 한다.



【법규16】 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 시행령

제28조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의)

▸▸▸ 무배당 NH헤아림건강보험2101 약관

① 삭제 <2015.9.11.>

② 신용정보제공·이용자는 법 제32조제1항 각 호 외의 부분 본문에 따라 해당 신용정보주체로부터 동의를 받으려면 다음 각 호의 사항을 미리 알려야 한다. 다만, 동의 방식의 특성상 동의 내용을 전부 표시하거나 알리기 어려운 경우에는 해당기관의 인터넷 홈페이지 주소나 사업장 전화번호 등 동의 내용을 확인할 수 있는 방법을 안내하고 동의를 받을 수 있다.

1. 개인신용정보를 제공받는 자
2. 개인신용정보를 제공받는 자의 이용 목적
3. 제공하는 개인신용정보의 내용
4. 개인신용정보를 제공받는 자(신용조회회사 및 신용정보집중기관은 제외한다)의 정보 보유 기간 및 이용 기간

③ 신용정보제공·이용자는 법 제32조제1항제4호에 따라 유무선 통신을 통하여 동의를 받은 경우에는 1개월 이내에 서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지, 그 밖에 금융위원회가 정하여 고시하는 방법으로 제2항 각 호의 사항을 고지하여야 한다.

④ 법 제32조제1항제5호에서 "대통령령으로 정하는 방식"이란 정보 제공 동의의 안전성과 신뢰성이 확보될 수 있는 수단을 활용함으로써 해당 신용정보주체에게 동의 내용을 알리고 동의의 의사표시를 확인하여 동의를 받는 방식을 말한다.

⑤ 제4항의 방식으로 해당 신용정보주체로부터 개인신용정보의 제공에 관한 동의를 받는 경우 신용정보제공·이용자와 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관으로부터 개인신용정보를 제공받으려는 자는 다음 각 호의 사항 등을 고려하여 정보 제공동의의 안전성과 신뢰성이 확보될 수 있는 수단을 채택하여 활용하여야 한다.

1. 금융거래 등 상거래관계의 유형·특성·위험도
2. 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 자의 업무 또는 업종의 특성
   가. 신용정보제공·이용자
   나. 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사로부터 개인신용정보를 제공받으려는 자
   다. 신용정보집중기관으로부터 개인신용정보를 제공받으려는 자
3. 정보 제공 동의를 받아야 하는 신용정보주체의 수

⑥ 법 제32조제2항에 따라 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관으로부터 개인신용정보를 제공받으려는 자는 다음 각 호의 사항을 해당 개인에게 알리고 동의를 받아야 한다. 다만, 동의방식의 특성상 동의 내용을 전부 표시하거나 알리기 어려운 경우에는 해당 기관의 인터넷 홈페이지 주소나 사업장 전화번호 등 동의 내용을 확인할 수 있는 방법을 안내하고 동의를 받을 수 있다.

1. 개인신용정보를 제공하는 자
2. 개인신용정보를 제공받는 자의 이용 목적
3. 제공받는 개인신용정보의 항목
4. 개인신용정보를 제공받는 것에 대한 동의의 효력기간
5. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불

이익의 내용

⑦ 법 제32조제3항에 따라 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관은 개인신용정보를 제공받으려는 자가 해당 신용정보주체로부터 동의를 받았는지를 서면, 전자적 기록 등으로 확인하고, 확인한 사항의 진위 여부를 주기적으로 점검하여야 한다.

⑧ 법 제32조제4항 전단에 따라 신용정보제공·이용자가 필수적 동의사항과 그 밖의 선택적 동의사항을 구분하는 경우에는 다음 각 호의 사항 등을 고려해야 한다.

1. 신용정보주체가 그 동의사항에 대하여 동의하지 아니하면 그 신용정보주체와의 금융거래 등 상거래관계를 설정·유지할 수 없는지 여부
2. 해당 신용정보주체가 그 동의사항에 대하여 동의함으로써 제공·활용되는 개인 신용정보가 신용정보제공·이용자와의 상거래관계에 따라 신용정보주체에게 제공되는 재화 또는 서비스(신용정보주체가 그 신용정보제공·이용자에게 신청한 상거래관계에서 제공하기로 한 재화 또는 서비스를 그 신용정보제공·이용자와 별도의 계약 또는 약정 등을 체결한 제3자가 신용정보주체에게 제공하는 경우를 포함한다)와 직접적으로 관련되어 있는지 여부
3. 신용정보주체가 그 동의사항에 대하여 동의하지 아니하면 법 또는 다른 법령에 따른 의무를 이행할 수 없는지 여부

⑨ 신용정보제공·이용자가 법 제32조제4항 전단에 따라 필수적 동의 사항과 그 밖의 선택적 동의사항을 구분하여 동의를 받는 경우 동의서 양식을 구분하는 등의 방법으로 신용정보주체가 각 동의사항을 쉽게 이해할 수 있도록 하여야 한다.

⑩ 법 제32조제6항제4호에서 "채권추심(추심채권을 추심하는 경우만 해당한다), 인가·허가의 목적, 기업의 신용도 판단, 유가증권의 양수 등 대통령령으로 정하는 목적"이란 다음 각 호의 목적을 말한다.

1. 채권추심을 의뢰한 채권자가 채권추심의 대상이 되는 자의 개인신용정보를 채권추심회사에 제공하거나 채권추심회사로부터 제공받기 위한 목적
2. 채권자 또는 채권추심회사가 변제기일까지 채무를 변제하지 않는 자 또는 채권추심의 대상이 되는 자에 대한 개인신용정보를 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사로부터 제공받기 위한 목적
3. 행정기관이 인가·허가 업무에 사용하기 위하여 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사로부터 개인신용정보를 제공받기 위한 목적
4. 해당 기업과의 금융거래 등 상거래관계의 설정 및 유지 여부 등을 판단하기 위하여 그 기업의 대표자 및 제2조제1항제3호의 각 목의 어느 하나에 해당하는 자의 개인신용정보를 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 및 신용정보집중기관으로부터 제공받기 위한 목적
5. 제21조제2항에 따른 금융기관이 상거래관계의 설정 및 유지 여부 등을 판단하기 위하여 또는 어음·수표 소지인이 어음·수표의 발행인, 인수인, 배서인 및 보증인의 변제의사 및 변제자력을 확인하기 위하여 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 및 신용정보집중기관로부터 어음·수표의 발행인, 인수인, 배서인 및 보증인의 개인신용정보를 제공받기 위한 목적

6.「민법」 제450조에 따라 지명채권을 양수한 신용정보제공·이용자가 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 경우에 그 지명채권의 채무자의 개인신용정보를 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관에 제공하거나 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관으로부터 제공받기 위한 목적

가. 지명채권의 양도인이 그 지명채권의 원인이 되는 상거래관계가 설정될 당시 법 제32조제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 방식으로 채무자의 개인신용정보를 제공하거나 제공받는 것에 대하여 해당 채무자로부터 동의를 받은 경우

나. 법 또는 다른 법령에 따라 그 지명채권의 채무자의 개인신용정보를 제공하거나 제공받을 수 있는 경우

⑪ 법 제32조제6항제11호에서 "대통령령으로 정하는 경우"란 다음 각 호의 경우를 말한다.

장외파생상품 거래의 매매에 ㄸ·른 위험 관리 및 투자자보호를 위해 장외파생상품 거래와 관련된 정보를 금융위원회, 금융감독원 및 한국은행에 제공하는 경우

2.「상법」 제719조에 따른 책임보험계약의 제3자에 대한 정보를 보험사기 조사·방지를 위해 신용정보집중기관에 제공하거나 그로부터 제공받는 경우

3.「상법」 제726조의2에 ㄸ·른 자동차보험계약의 제3자의 정보를 보험사기 조사·방지를 위해 신용정보집중기관에 제공하거나 그로부터 제공받는 경우

⑫ 신용정보회사등이 법 제32조제7항 본문에 따라 신용정보주체에게 개인신용정보의 제공 사실 및 이유 등을 사전에 알리는 경우와 같은 항 단서에 따라 불가피한 사유로 인하여 사후에 알리거나 공시하는 경우에 그 제공의 이유 및 그 알리거나 공시하는 자별로 알리거나 공시하는 시기 및 방법은 별표 2의2와 같다.

⑬ 법 제32조제8항에서 "대통령령으로 정하는 자"란 제5조제1항제1호부터 제21호까지의 규정의 어느 하나에 해당하는 기관을 말한다.

⑭ 법 제32조제8항에서 "제공하는 신용정보의 범위 등 대통령령으로 정하는 사항"이란 제공하는 개인신용정보의 범위, 제공받는 자의 신용정보 관리·보호 체계를 말한다.

【법규17】 약사법

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1.~4. (생략)

5. "한약"이란 동물·식물 또는 광물에서 채취된 것으로 주로 원형대로 건조·절단 또는 정제된 생약(生藥)을 말한다.

6. "한약제제(韓藥製劑)"란 한약을 한방원리에 따라 배합하여 제조한 의약품을 말한다. (이하 생략)

【법규18】 어린이놀이시설 안전관리법

제2조(정의)
이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다.
1. "어린이놀이기구"란 어린이가 놀이를 위하여 사용할 수 있도록 제조된 그네, 미끄럼틀, 공중놀이기구, 회전놀이기구 등으로서「어린이제품 안전 특별법」제2조제9호에 따른 안전인증대상어린이제품을 말한다.
2. "어린이놀이시설"이라 함은 어린이놀이기구가 설치된 실내 또는 실외의 놀이터로서 대통령령으로 정하는 것을 말한다.
5. "관리주체"라 함은 어린이놀이시설의 소유자로서 관리책임이 있는 자, 다른 법령에 의하여 어린이놀이시설의 관리자로 규정된 자 또는 그 밖에 계약에 의하여 어린이놀이시설의 관리책임을 진 자를 말한다.
8. "안전진단"이라 함은 제4조의 안전검사기관이 어린이놀이시설에 대하여 조사·측정·안전성 평가 등을 하여 해당 어린이놀이시설의 물리적·기능적 결함을 발견하고 그에 대한 신속하고 적절한 조치를 하기 위하여 수리·개선 등의 방법을 제시하는 행위를 말한다.

제4조(안전검사기관의 지정 등)
① 행정안전부장관은 어린이놀이시설의 안전성을 확보하기 위하여 설치검사·정기시설검사 또는 안전진단을 행하는 기관(이하 "안전검사기관"이라한다)을 지정할 수 있다.
② 제1항에 따라 안전검사기관으로 지정을 받고자 하는 법인 또는 단체(지방자치단체를 포함한다)는 검사장비 및 검사인력 등 대통령령이 정하는 지정요건을 갖추어 행정안전부장관에게 신청하여야 한다.
③ 행정안전부장관은 제2항에 따른 지정 신청이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 안전검사기관으로 지정하여야 한다.
1. 영리를 목적으로 하는 법인 또는 단체인 경우
2. 관리주체가 법인 또는 단체이거나 관리주체를 구성원으로 하는 법인 또는 단체인 경우
3. 어린이놀이기구의 제조업자, 설치업자 또는 유통업자를 구성원으로 하는 법인 또는 단체인 경우
4. 제2항에 따른 지정요건을 갖추지 못한 경우
5. 그 밖에 이 법 또는 다른 법령에 따른 제한에 위반되는 경우
④ 행정안전부장관은 제1항의 규정에 따라 지정을 받은 안전검사기관에 설치검사업무 등의 수행에 필요한 지원을 할 수 있다.
⑤ 제1항 및 제2항의 규정에 따른 안전검사기관의 지정방법·절차 등에 관하여 필요한 사항은 행정안전부령으로 정한다.



【법규19】 어린이놀이시설 안전관리법 시행령 별표2

어린이놀이기구가 다음 각 호의 어느 하나의 장소에 설치된 경우 해당 놀이시설
1.「공중위생관리법」제2조제1항제3호에 따른 목욕장업을 하는 자의 영업소
2.「도로법」제2조제2호가목에 따른 휴게시설
3.「도시공원 및 녹지 등에 관한 법률」제2조제3호에 따른 도시공원
4.「식품위생법」제36조제1항제3호에 따른 식품접객업을 하는 자의 영업소

5.「아동복지법」 제3조제10호에 따른 아동복지시설
6.「영유아보육법」 제2조제3호에 따른 어린이집
7.「유아교육법」 제2조제2호에 따른 유치원
8.「유통산업발전법」 제2조제3호에 따른 대규모점포
9.「의료법」 제3조제1항에 따른 의료기관
10.「주택법」 제2조제6호에 따른 주택단지
11.「초·중등교육법」 제2조제1호에 따른 초등학교 및 같은 조 제4호에 따른 특수학교
13. 어린이에게 놀이를 제공하는 것을 업으로 하는 자의 영업소
14.「건축법」 제2조제2항제6호에 따른 종교시설
15.「건축법」 제11조에 따른 건축허가를 받아 주택과 주택 외의 시설을 동일 건축물로 건축한 건축물(해당 건축물 중 주택이 차지하는 세대 수가 100세대 이상인 건축물에 한정한다)
16.「관광진흥법」 제3조제1항제3호다목에 따른 야영장업을 하는 자가 야영편의를 위하여 제공하는 시설
17.「도서관법」 제2조제4호에 따른 공공도서관
18.「박물관 및 미술관 진흥법」 제2조제1호에 따른 박물관
19.「산림문화·휴양에 관한 법률」 제2조제2호에 따른 자연휴양림
20.「하천법」 제2조제2호에 따른 하천구역 또는 같은 조 제3호에 따른 하천시설



【법규20】 여객자동차운수사업법 시행령

제3조(여객자동차운송사업의 종류)

법 제3조제2항에 따라 같은 조 제1항제1호 및 제2호에 따른 노선 여객자동차운송사업과 구역 여객자동차운송사업은 다음 각 호와 같이 세분한다.

1. 노선 여객자동차운송사업
   가. 시내버스운송사업: 주로 특별시·광역시·특별자치시 또는 시(「제주특별자치도 설치 및 국제자유도시 조성을 위한 특별법」 제10조제2항에 따른 행정시를 포함한다. 이하 같다)의 단일 행정구역에서 운행계통을 정하고 국토교통부령으로 정하는 자동차를 사용하여 여객을 운송하는 사업. 이 경우 국토교통부령으로 정하는 바에 따라 광역급행형·직행좌석형·좌석형 및 일반형 등으로 그 운행형태를 구분한다.
   나. 농어촌버스운송사업: 주로 군(광역시의 군은 제외한다)의 단일 행정구역에서 운행계통을 정하고 국토교통부령으로 정하는 자동차를 사용하여 여객을 운송하는 사업. 이 경우 국토교통부령으로 정하는 바에 따라 직행좌석형·좌석형 및 일반형 등으로 그 운행형태를 구분한다.
   다. 마을버스운송사업: 주로 시·군·구의 단일 행정구역에서 기점·종점의 특수성이나 사용되는 자동차의 특수성 등으로 인하여 다른 노선 여객자동차운송사업자가 운행하기 어려운 구간을 대상으로 국토교통부령으로 정하는 기준에 따라 운행계통을 정하고 국토교통부령으로 정하는 자동차를 사용하여 여객을 운송하는 사업
   라. 시외버스운송사업: 운행계통을 정하고 국토교통부령으로 정하는 자동차를 사용하여 여객을 운송하는 사업으로서 가목부터 다목까지의 사업에 속하지 아니하는 사업. 이 경

우 국토교통부령이 정하는 바에 따라 고속형·직행형 및 일반형 등으로 그 운행형태를 구분한다.

2. 구역 여객자동차운송사업

가. 전세버스운송사업: 운행계통을 정하지 아니하고 전국을 사업구역으로 정하여 1개의 운송계약에 따라 국토교통부령으로 정하는 자동차를 사용하여 여객을 운송하는 사업. 다만, 다음 어느 하나에 해당하는 기관 또는 시설등의 장과 1개의 운송계약(운임의 수령주체와 관계없이 개별 탑승자로부터 현금이나 회수권 또는 카드결제 등의 방식으로 운임을 받는 경우는 제외한다)에 따라 그 소속원[「산업입지 및 개발에 관한 법률」에 따른 산업단지, 준산업단지 및 공장입지 유도지구(이하 이 조에서 "산업단지등"이라 한다) 관리기관의 경우 해당 산업단지등의 입주기업체 소속원을 포함한다]만의 통근·통학목적으로 자동차를 운행하는 경우에는 운행계통을 정하지 아니한 것으로 본다.

1) 정부기관·지방자치단체와 그 출연기관·연구기관 등 공법인

2) 회사,「초·중등교육법」제2조에 따른 학교,「고등교육법」제2조에 따른 학교,「유아교육법」제2조제2호에 따른 유치원,「영유아보육법」제10조에 따른 어린이집,「학원의 설립·운영 및 과외교습에 관한 법률」제2조의2제1항제1호에 따른 학교교과교습학원 또는「체육시설의 설치·이용에 관한 법률」제3조에 따른 체육시설(「유통산업발전법」제2조제3호에 따른 대규모점포에 부설된 체육시설은 제외한다)

3) 국토교통부장관 또는 특별시장·광역시장·특별자치시장·도지사·특별자치도지사(이하 "시·도지사"라 한다)가 정하여 고시하는 산업단지등의 관리기관

나. 특수여객자동차운송사업: 운행계통을 정하지 아니하고 전국을 사업구역으로 하여 1개의 운송계약에 따라 국토교통부령으로 정하는 특수한 자동차를 사용하여 장례에 참여하는 자와 시체(유골을 포함한다)를 운송하는 사업

다. 일반택시운송사업: 운행계통을 정하지 아니하고 국토교통부령으로 정하는 사업구역에서 1개의 운송계약에 따라 국토교통부령으로 정하는 자동차를 사용하여 여객을 운송하는 사업. 이 경우 국토교통부령으로 정하는 바에 따라 경형·소형·중형·대형·모범형 및 고급형 등으로 구분한다.

라. 개인택시운송사업: 운행계통을 정하지 아니하고 국토교통부령으로 정하는 사업구역에서 1개의 운송계약에 따라 국토교통부령으로 정하는 자동차 1대를 사업자가 직접 운전(사업자의 질병 등 국토교통부령으로 정하는 사유가 있는 경우는 제외한다)하여 여객을 운송하는 사업. 이 경우 국토교통부령으로 정하는 바에 따라 경형·소형·중형·대형·모범형 및 고급형 등으로 구분한다.



【법규21】 응급의료에 관한 법률

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "응급환자"란 질병, 분만, 각종 사고 및 재해로 인한 부상이나 그 밖의 위급한 상태로 인하여 즉시 필요한 응급처치를 받지 아니하면 생명을 보존할 수 없거나 심신에 중대한 위해(危害)가 발생할 가능성이 있는 환자 또는 이에 준하는 사람으로서 보건복지부령으로

정하는 사람을 말한다.

2. "응급의료"란 응급환자가 발생한 때부터 생명의 위험에서 회복되거나 심신상의 중대한 위해가 제거되기까지의 과정에서 응급환자를 위하여 하는 상담·구조(救助)·이송·응급처치 및 진료 등의 조치를 말한다.
3. "응급처치"란 응급의료행위의 하나로서 응급환자의 기도를 확보하고 심장박동의 회복, 그 밖에 생명의 위험이나 증상의 현저한 악화를 방지하기 위하여 긴급히 필요로 하는 처치를 말한다.
4. "응급의료종사자"란 관계 법령에서 정하는 바에 따라 취득한 면허 또는 자격의 범위에서 응급환자에 대한 응급의료를 제공하는 의료인과 응급구조사를 말한다.
5. "응급의료기관"이란「의료법」제3조에 따른 의료기관 중에서 이 법에 따라 지정된 중앙응급의료센터, 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터 및 지역응급의료기관을 말한다.
6. "구급차등"이란 응급환자의 이송 등 응급의료의 목적에 이용되는 자동차, 선박 및 항공기 등의 이송수단을 말한다.
7. "응급의료기관등"이란 응급의료기관, 구급차등의 운용자 및 응급의료지원센터를 말한다.
8. "응급환자이송업"이란 구급차등을 이용하여 응급환자 등을 이송하는 업(業)을말한다.

제35조의2(응급의료기관 외의 의료기관)

이 법에 따른 응급의료기관으로 지정받지 아니한 의료기관이 응급의료시설을 설치·운영하려면 보건복지부령으로 정하는 시설·인력 등을 갖추어 시장·군수·구청장에게 신고하여야 한다. 다만, 종합병원의 경우에는 그러하지 아니하다.

【법규22】 의료급여법 시행령

제13조(급여비용의 부담)

① 법 제10조에 따라 기금에서 부담하는 급여비용의 범위는 별표 1과 같다.

1. 삭제 <2005.7.5.>
2. 삭제 <2005.7.5.>

② 삭제 <2005.7.5.>

③ 제1항의 규정에 불구하고 법 제15조제1항의 규정에 의하여 의료급여가 제한되는 경우, 기금에 상당한 부담을 초래한다고 인정되는 경우 등 보건복지부령이 정하는 경우 또는 항목에 대하여는 보건복지부령이 정하는 금액을 수급권자가 부담한다.

④ 제1항의 규정에 따라 기금에서 부담하는 급여비용외에 수급권자가 부담하는 본인부담금(이하 "급여대상 본인부담금"이라 한다)과 제3항의 규정에 따라 수급권자가 부담하는 본인부담금은 의료급여기관의 청구에 의하여 수급권자가 의료급여기관에 지급한다.

⑤ 제4항의 규정에 따라 의료급여기관에 지급한 급여대상 본인부담금(별표 1 제1호 라목·마목, 같은 표 제2호마목·바목 및 같은 표 제3호에 따라 의료급여기관에 지급한 급여대상 본인부담금은 제외한다. 이하 이 조에서 같다)이 매 30일간 다음 각 호의 금액을 초과한 경우에는 그 초과한 금액의 100분의 50에 해당하는 금액을 보건복지부령이 정하는 바에 따라 시장·군수·구청장이 수급권자에게 지급한다. 다만, 지급하여야 할 금액이 2천원 미

만인 경우에는 이를 지급하지 아니한다.

1. 1종수급권자 : 2만원
2. 2종수급권자 : 20만원

⑥ 급여대상 본인부담금에서 제5항에 따라 지급받은 금액을 차감한 금액이 다음 각 호의 금액을 초과한 경우에는 그 초과금액을 기금에서 부담한다. 다만, 초과금액이 2천원 미만인 경우에는 이를 수급권자가 부담한다.

1. 1종수급권자 : 매 30일간 5만원
2. 2종수급권자: 연간 80만원. 다만,「의료법」제3조제2항제3호라목에 따른 요양병원에 연간 240일을 초과하여 입원한 경우에는 연간 120만원으로 한다.

⑦ 시장·군수·구청장은 수급권자가 제6항 본문의 규정에 따라 기금에서 부담하여야 하는 초과금액을 의료급여기관에 지급한 경우에는 보건복지부령이 정하는 바에 따라 그 초과금액을 수급권자에게 지급하여야 한다.

【법규23】 의료법

제3조(의료기관)

① 이 법에서 "의료기관"이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의업(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 임산부 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(「장애인복지법」제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
   마. 정신병원
   바. 종합병원

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

제3조의2(병원등)

병원·치과병원·한방병원 및 요양병원(이하 "병원등"이라 한다)은 30개 이상의 병상(병원·한방병원만 해당한다) 또는 요양병상(요양병원만 해당하며, 장기입원이 필요한 환자를 대상으

로 의료행위를 하기 위하여 설치한 병상을 말한다)을 갖추어야 한다.

제3조의3(종합병원)

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.

1. 100개 이상의 병상을 갖출 것
2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것.

② 종합병원은 제1항제2호 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.

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 갖출 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 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제3조의5(전문병원 지정)

① 보건복지부장관은 병원급 의료기관 중에서 특정 진료과목이나 특정 질환 등에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 하는 병원을 전문병원으로 지정할 수 있다.

② 제1항에 따른 전문병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.

1. 특정 질환별·진료과목별 환자의 구성비율 등이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것
2. 보건복지부령으로 정하는 수 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 전문병원으로 지정하는 경우 제2항 각 호의 사항 및 진료의 난이도 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.

④ 보건복지부장관은 제1항에 따라 전문병원으로 지정받은 의료기관에 대하여 3년마다 제3항에 따른 평가를 실시하여 전문병원으로 재지정할 수 있다.

⑤ 보건복지부장관은 제1항 또는 제4항에 따라 지정받거나 재지정받은 전문병원이다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 지정 또는 재지정을 취소할 수 있다. 다만, 제1호에 해당하는 경우에는 그 지정 또는 재지정을 취소하여야 한다.

1. 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 지정 또는 재지정을 받은 경우
2. 지정 또는 재지정의 취소를 원하는 경우
3. 제4항에 따른 평가 결과 제2항 각 호의 요건을 갖추지 못한 것으로 확인된 경우

⑥ 보건복지부장관은 제3항 및 제4항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에위탁할 수 있다.

⑦ 전문병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)

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

1. 「고등교육법」 제11조의2에 따른 인정기관(이하 "평가인증기구"라 한다)의 인증(이하 "평가인증기구의 인증"이라 한다)을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학을 졸업하고 의학사·치의학사 또는 한의학사 학위를 받은 자
2. 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 전문대학원을 졸업하고 석사학위 또는 박사학위를 받은 자
3. 외국의 제1호나 제2호에 해당하는 학교(보건복지부장관이 정하여 고시하는 인정기준에 해당하는 학교를 말한다)를 졸업하고 외국의 의사·치과의사 또는 한의사 면허를 받은 자로서 제9조에 따른 예비시험에 합격한 자

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

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

제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)

① 보건복지부장관은 신의료기술평가에 관한 사항을 심의하기 위하여 보건복지부에 신의료기술평가위원회(이하 "위원회"라 한다)를 둔다.

② 위원회는 위원장 1명을 포함하여 20명 이내의 위원으로 구성한다.

③ 위원은 다음 각 호의 자 중에서 보건복지부장관이 위촉하거나 임명한다. 다만, 위원장은 제1호 또는 제2호의 자 중에서 임명한다.

1. 제28조제1항에 따른 의사회·치과의사회·한의사회에서 각각 추천하는 자
2. 보건의료에 관한 학식이 풍부한 자
3. 소비자단체에서 추천하는 자
4. 변호사의 자격을 가진 자로서 보건의료와 관련된 업무에 5년 이상 종사한 경력이 있는 자
5. 보건의료정책 관련 업무를 담당하고 있는 보건복지부 소속 5급 이상의 공무원④ 위원

장과 위원의 임기는 3년으로 하되, 연임할 수 있다. 다만, 제3항제5호에 따른 공무원의 경우에는 재임기간으로 한다.

⑤ 위원의 자리가 빈 때에는 새로 위원을 임명하고, 새로 임명된 위원의 임기는 임명된 날부터 기산한다.

⑥ 위원회의 심의사항을 전문적으로 검토하기 위하여 위원회에 분야별 전문평가위원회를 둔다.

⑦ 그 밖에 위원회·전문평가위원회의 구성 및 운영 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.



【법규24】 의료법 시행규칙 별표3, 별표4

■ 의료법 시행규칙 [별표 3]

의료기관의 종류별 시설기준(제34조 관련)

시설	종합병원 병원 요양병원	치과병원	한방병원	의원	치과의원	한의원	조산원
1.~11.	(생략)						
11의2. 탕전실	1 (관련 한의과 진료과목을 두고 탕전을 하는 경우에만 갖춘다)	1 (관련 한의과 진료과목을 두고 탕전을 하는 경우에만 갖춘다)	1 (탕전을 하는 경우에만 갖춘다)			1 (탕전을 하는 경우에만 갖춘다)	
이하	(생략)						

■ 의료법 시행규칙 [별표 4]

의료기관의 시설규격(제34조 관련)

2. 중환자실

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

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

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

라. 병상 1개당 면적은 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하 "신생아중환자실"이라 한다)의 병상 1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1개당 면적"은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨 보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상 수로 나눈 면적을 말한다.

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

바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖

추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.

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

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

자. 중환자실에 설치하는 병상은 벽으로부터 최소 1.2미터 이상, 다른 병상으로부터 최소 2미터 이상 이격하여 설치하여야 한다.

차. 중환자실에는 병상 3개당 1개 이상의 손씻기 시설을 설치하여야 한다.

카. 중환자실에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 병상 10개당 1개 이상의 격리병실 또는 음압격리병실을 설치하여야 한다. 이 경우 음압격리병실은 최소 1개 이상 설치하여야 한다.

【법규25】 자동차관리법 시행규칙

제2조(자동차의 종별 구분) 법 제3조제2항 및 제3항에 따른 자동차의 종류는 그 규모별 세부기준 및 유형별 세부기준에 따라 별표 1과 같이 구분한다.

■ 자동차관리법 시행규칙 [별표 1]

자동차의 종류(제2조관련)

1. 규모별 세부기준

종류	경형		소형	중형	대형
	초소형	일반형			
승용자동차	배기량이 250시시(전기자동차의 경우 최고정격출력이 15킬로와트) 이하이고, 길이 3.6미터·너비 1.5미터·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1,000시시 미만이고, 길이 3.6미터·너비 1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1,600시시 미만이고, 길이 4.7미터·너비 1.7미터·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1,600시시 이상 2,000시시 미만이거나, 길이·너비·높이 중 어느 하나라도 소형을 초과하는 것	배기량이 2,000시시 이상이거나, 길이·너비·높이 모두 소형을 초과하는 것
승합자동차	배기량이 1,000시시 미만이고, 길이 3.6미터·너비 1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것		승차정원이 15인 이하이고, 길이 4.7미터·너비 1.7미터·높이 2.0미터 이하인 것	승차정원이 16인 이상 35인 이하이거나, 길이·너비·높이 중 어느 하나라도 소형을 초과하고, 길이가 9미터 미만인 것	승차정원이 36인 이상이거나, 길이·너비·높이 모두 소형을 초과하고, 길이가 9미터 이상인 것
화물자동차	배기량이 250시시(전기자동차의 경우 최고정격출력이 15킬로와트) 이하이고, 길이 3.6미터·너비 1.5미터·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1,000시시 미만이고, 길이 3.6미터·너비 1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것	최대적재량이 1톤 이하이고, 총중량이 3.5톤 이하인 것	최대적재량이 1톤 초과 5톤 미만이거나, 총중량이 3.5톤 초과 10톤 미만인 것	최대적재량이 5톤 이상이거나, 총중량이 10톤 이상인 것
특수자동차	배기량이 1,000시시 미만이고, 길이 3.6미터·너비1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것		총중량이 3.5톤 이하인 것	총중량이 3.5톤 초과 10톤 미만인 것	총중량이 10톤 이상인 것
이륜자동차	배기량이 50시시 미만(최고정격출력 4킬로와트 이하)인 것		배기량이 100시시 이하(최고정격출력 11킬로와트 이하)인 것	배기량이 100시시 초과 260시시 이하(최고정격출력 11킬로와트 초과 15킬로와트 이하)인것	배기량이 260시시(최고정격출력 15킬로와트)를 초과하는 것

2. 유형별 세부기준

종류	유형별	세부기준
승용 자동차	일반형	2개 내지 4개의 문이 있고, 전후 2열 또는 3열의 좌석을 구비한 유선형인 것
	승용겸화물형	차실안에 화물을 적재하도록 장치된 것
	다목적형	후레임형이거나 4륜구동장치 또는 차동제한장치를 갖추는 등 험로운행이 용이한 구조로 설계된 자동차로서 일반형 및 승용겸화물형이 아닌 것
	기타형	위 어느 형에도 속하지 아니하는 승용자동차인 것
승합 자동차	일반형	주목적이 여객운송용인 것
	특수형	특정한 용도(장의·헌혈·구급·보도·캠핑 등)를 가진 것
화물 자동차	일반형	보통의 화물운송용인 것
	덤프형	적재함을 원동기의 힘으로 기울여 적재물을 중력에 의하여 쉽게 미끄러뜨리는 구조의 화물운송용인 것
	밴형	지붕구조의 덮개가 있는 화물운송용인 것
	특수용도형	특정한 용도를 위하여 특수한 구조로 하거나, 기구를 장치한 것으로서 위 어느 형에도 속하지 아니하는 화물운송용인 것
특수 자동차	견인형	피견인차의 견인을 전용으로 하는 구조인 것
	구난형	고장·사고 등으로 운행이 곤란한 자동차를 구난·견인 할 수 있는 구조인 것
	특수용도형	위 어느 형에도 속하지 아니하는 특수용도용인 것
이륜 자동차	일반형	자전거로부터 진화한 구조로서 사람 또는 소량의 화물을 운송하기 위한 것
	특수형	경주·오락 또는 운전을 즐기기 위한 경쾌한 구조인 것
	기타형	3륜 이상인 것으로서 최대적재량이 100kg이하인 것

※ 비고

1. 위 표 제1호 및 제2호에 따른 화물자동차 및 이륜자동차의 범위는 다음 각 목의 기준에 따른다.
   가. 화물자동차 : 화물을 운송하기 적합하게 바닥 면적이 최소 2제곱미터 이상(소형·경형 화물자동차로서 이동용 음식판매 용도인 경우에는 0.5제곱미터 이상, 그 밖에 특수용도형의 경형화물자동차는 1제곱미터 이상을 말한다)인 화물적재공간을 갖춘 자동차로서 다음 각 호의 1에 해당하는 자동차
   1) 승차공간과 화물적재공간이 분리되어 있는 자동차로서 화물적재공간의 윗부분이 개방된 구조의 자동차, 유류·가스 등을 운반하기 위한 적재함을 설치한 자동차 및 화물을 싣고 내리는 문을 갖춘 적재함이 설치된 자동차(구조·장치의 변경을 통하여 화물적재공간에 덮개가 설치된 자동차를 포함한다)
   2) 승차공간과 화물적재공간이 동일 차실내에 있으면서 화물의 이동을 방지하기 위해 격벽을 설치한 자동차로서 화물적재공간의 바닥면적이 승차공간의 바닥면적(운전석이 있는 열의 바닥면적을 포함한다)보다 넓은 자동차
   3) 화물을 운송하는 기능을 갖추고 자체적하 기타 작업을 수행할 수 있는 설비를 함께 갖춘 자동차
   나. 법 제3조제1항제5호에서 "그와 유사한 구조로 되어 있는 자동차"란 승용자동차에 해당하지 않는 자동차로서 다음의 어느 하나에 해당하는 자동차를 말한다.
   1) 이륜인 자동차에 측차를 붙인 자동차
   2) 내연기관을 이용한 동력발생장치를 사용하고, 조향장치의 조작방식, 동력전달방식 또는 냉각방식 등이 이륜자동차와 유사한 구조로 되어 있는 삼륜 또는 사륜의 자동차
   3) 전동기를 이용한 동력발생장치를 사용하는 삼륜 또는 사륜의 자동차
2. 위 표 제1호에 따른 규모별 세부기준에 대하여는 다음 각 목의 기준을 적용한다.

가. 사용연료의 종류가 전기인 자동차의 경우에는 복수 기준 중 길이·너비·높이에 따라 규모를 구분하고,「환경친화적자동차의 개발 및 보급촉진에 관한 법률」제2조제5호에 따른 하이브리드자동차는 복수 기준 중 배기량과 길이·너비·높이에 따라 규모를 구분한다.
나. 복수의 기준중 하나가 작은 규모에 해당되고 다른 하나가 큰 규모에 해당되면 큰 규모로 구분한다.
다. 이륜자동차의 최고정격출력(maximum continuous rated power)은 구동전동기의 최대의 부하(負荷, load)상태에서 측정된 출력을 말한다.



【법규26】 자동차손해배상보장법 시행령

제2조(건설기계의 범위)

「자동차손해배상 보장법」(이하 "법"이라 한다) 제2조제1호에서 "「건설기계관리법」의 적용을 받는 건설기계 중 대통령령으로 정하는 것"이란 다음 각 호의 것을 말한다.

1. 덤프트럭
2. 타이어식 기중기
3. 콘크리트믹서트럭
4. 트럭적재식 콘크리트펌프
5. 트럭적재식 아스팔트살포기
6. 타이어식 굴삭기
7.「건설기계관리법 시행령」별표 1 제26호에 따른 특수건설기계 중 다음 각 목의 특수건설기계
   가. 트럭지게차
   나. 도로보수트럭
   다. 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)

제3조(책임보험금 등)

① 법 제5조제1항에 따라 자동차보유자가 가입하여야 하는 책임보험 또는 책임공제(이하 "책임보험등"이라 한다)의 보험금 또는 공제금(이하 "책임보험금"이라 한다)은 피해자 1명당 다음 각 호의 금액과 같다.
   1. 사망한 경우에는 1억5천만원의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액. 다만, 그손해액이 2천만원 미만인 경우에는 2천만원으로 한다.
   2. 부상한 경우에는 별표 1에서 정하는 금액의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액. 다만, 그 손해액이 법 제15조제1항에 따른 자동차보험진료수가(診療酬價)에 관한 기준(이하 "자동차보험진료수가기준"이라 한다)에 따라 산출한 진료비 해당액에 미달하는 경우에는 별표 1에서 정하는 금액의 범위에서 그 진료비 해당액으로 한다.
   3. 부상에 대한 치료를 마친 후 더 이상의 치료효과를 기대할 수 없고 그 증상이 고정된 상태에서 그 부상이 원인이 되어 신체의 장애(이하 "후유장애"라 한다)가 생긴 경우에는 별표 2에서 정하는 금액의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액

② 동일한 사고로 제1항 각 호의 금액을 지급할 둘 이상의 사유가 생긴 경우에는 다음 각 호의 방법에 따라 책임보험금을 지급한다.

1. 부상한 자가 치료 중 그 부상이 원인이 되어 사망한 경우에는 제1항제1호와 같은 항 제2호에 따른 한도금액의 합산액 범위에서 피해자에게 발생한 손해액
2. 부상한 자에게 후유장애가 생긴 경우에는 제1항제2호와 같은 항 제3호에 따른금액의 합산액
3. 제1항제3호에 따른 금액을 지급한 후 그 부상이 원인이 되어 사망한 경우에는 제1항제1호에 따른 금액에서 같은 항 제3호에 따른 금액 중 사망한 날 이후에 해당하는 손해액을 뺀 금액

③ 법 제5조제2항에서 "대통령령으로 정하는 금액"이란 사고 1건당 2천만원의 범위에서 사고로 인하여 피해자에게 발생한 손해액을 말한다.

【법규27】 장애인복지법 시행규칙

제2조(장애인의 장애 정도 등)

①「장애인복지법 시행령」(이하 "영"이라 한다) 제2조제2항에 따른 장애 정도는 별표 1과 같다.

② 보건복지부장관은 제1항에 따른 장애 정도의 구체적인 판정기준을 정하여 고시할 수 있다.

【법규28】 장애인복지법 시행령

제2조 (장애인의 종류 및 기준)

①「장애인복지법」(이하 "법"이라 한다) 제2조제2항 각 호 외의 부분에서 "대통령령으로 정하는 장애의 종류 및 기준에 해당하는 자"란 별표 1에서 정한 사람을 말한다.

② 장애의 정도는 보건복지부령으로 정한다.

【법규29】 전자서명법

제2조(정의)

2. "전자서명"이란 다음 각 목의 사항을 나타내는 데 이용하기 위하여 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.

 가. 서명자의 신원

 나. 서명자가 해당 전자문서에 서명하였다는 사실

【법규30】 폭력행위 등 처벌에 관한 법률

제2조(폭행 등)

① 삭제 <2016.1.6.>

② 2명 이상이 공동하여 다음 각 호의 죄를 범한 사람은「형법」각 해당 조항에서 정한 형의 2분의 1까지 가중한다.

1. 「형법」 제260조제1항(폭행), 제283조제1항(협박), 제319조(주거침입, 퇴거불응) 또는 제366조(재물손괴 등)의 죄
2. 「형법」 제260조제2항(존속폭행), 제276조제1항(체포, 감금), 제283조제2항(존속협박) 또는 제324조제1항(강요)의 죄
3. 「형법」 제257조제1항(상해)·제2항(존속상해), 제276조제2항(존속체포, 존속감금) 또는 제350조(공갈)의 죄

③ 이 법(「형법」 각 해당 조항 및 각 해당 조항의 상습범, 특수범, 상습특수범, 각 해당 조항의 상습범의 미수범, 특수범의 미수범, 상습특수범의 미수범을 포함한다)을 위반하여 2회 이상 징역형을 받은 사람이 다시 제2항 각 호에 규정된 죄를 범하여 누범(累犯)으로 처벌할 경우에는 다음 각 호의 구분에 따라 가중처벌한다.

1. 제2항제1호에 규정된 죄를 범한 사람: 7년 이하의 징역
2. 제2항제2호에 규정된 죄를 범한 사람: 1년 이상 12년 이하의 징역
3. 제2항제3호에 규정된 죄를 범한 사람: 2년 이상 20년 이하의 징역

④ 제2항과 제3항의 경우에는 「형법」 제260조제3항 및 제283조제3항을 적용하지 아니한다.

제3조(집단적 폭행 등)

① 삭제 <2016.1.6.>

② 삭제 <2006.3.24.>

③ 삭제 <2016.1.6.>

④ 이 법(「형법」 각 해당 조항 및 각 해당 조항의 상습범, 특수범, 상습특수범, 각 해당 조항의 상습범의 미수범, 특수범의 미수범, 상습특수범의 미수범을 포함한다)을 위반하여 2회 이상 징역형을 받은 사람이 다시 다음 각 호의 죄를 범하여 누범으로 처벌할 경우에는 다음 각 호의 구분에 따라 가중처벌한다.

1. 「형법」 제261조(특수폭행)(제260조제1항의 죄를 범한 경우에 한정한다), 제284조 (특수협박)(제283조제1항의 죄를 범한 경우에 한정한다), 제320조(특수주거침입) 또는 제369조제1항(특수손괴)의 죄: 1년 이상 12년 이하의 징역
2. 「형법」 제261조(특수폭행)(제260조제2항의 죄를 범한 경우에 한정한다), 제278조 (특수체포, 특수감금)(제276조제1항의 죄를 범한 경우에 한정한다), 제284조(특수협박)(제283조제2항의 죄를 범한 경우에 한정한다) 또는 제324조제2항(강요)의 죄: 2년 이상 20년 이하의 징역
3. 「형법」 제258조의2제1항(특수상해), 제278조(특수체포, 특수감금)(제276조제2항의 죄를 범한 경우에 한정한다) 또는 제350조의2(특수공갈)의 죄: 3년 이상 25년 이하의 징역

제4조(단체등의 구성·활동)

① 이 법에 규정된 범죄를 목적으로 하는 단체 또는 집단을 구성하거나 그러한 단체 또는 집단에 가입하거나 그 구성원으로 활동한 사람은 다음 각 호의 구분에 따라 처벌한다.

1. 수괴(首魁): 사형, 무기 또는 10년 이상의 징역
2. 간부: 무기 또는 7년 이상의 징역
3. 수괴·간부 외의 사람: 2년 이상의 유기징역

② 제1항의 단체 또는 집단을 구성하거나 그러한 단체 또는 집단에 가입한 사람이 단체 또는 집단의 위력을 과시하거나 단체 또는 집단의 존속·유지를 위하여 다음 각 호의 어느 하

나에 해당하는 죄를 범하였을 때에는 그 죄에 대한 형의 장기(長期) 및 단기 (短期)의 2분의 1까지 가중한다.

1.「형법」에 따른 죄 중 다음 각 목의 죄

가.「형법」제8장 공무방해에 관한 죄 중 제136조(공무집행방해), 제141조(공용서류 등의 무효, 공용물의 파괴)의 죄

나.「형법」제24장 살인의 죄 중 제250조제1항(살인), 제252조(촉탁, 승낙에 의한살인 등), 제253조(위계 등에 의한 촉탁살인 등), 제255조(예비, 음모)의 죄

다.「형법」제34장 신용, 업무와 경매에 관한 죄 중 제314조(업무방해), 제315조(경매, 입찰의 방해)의 죄

라.「형법」제38장 절도와 강도의 죄 중 제333조(강도), 제334조(특수강도), 제335조(준강도), 제336조(인질강도), 제337조(강도상해, 치상), 제339조(강도강간), 제340조제1항(해상강도)·제2항(해상강도상해 또는 치상), 제341조(상습범), 제343조(예비, 음모)의 죄

2. 제2조 또는 제3조의 죄(「형법」각 해당 조항의 상습범, 특수범, 상습특수범을 포함한다)

③ 타인에게 제1항의 단체 또는 집단에 가입할 것을 강요하거나 권유한 사람은 2년 이상의 유기징역에 처한다.

④ 제1항의 단체 또는 집단을 구성하거나 그러한 단체 또는 집단에 가입하여 그 단체 또는 집단의 존속·유지를 위하여 금품을 모집한 사람은 3년 이상의 유기징역에 처한다.

【법규31】 한의약육성법

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "한의약"이란 우리의 선조들로부터 전통적으로 내려오는 한의학(韓醫學)을 기초로 한 한방의료행위와 이를 기초로 하여 과학적으로 응용·개발한 한방의료행위(이하 "한방의료"라 한다) 및 한약사(韓藥事)를 말한다.
2. "한약사"란 한약의 생산[한약재(韓藥材) 재배를 포함한다]·가공·제조·조제·수입·판매·감정·보관 또는 그 밖에 한약학 기술에 관련된 사항을 말한다.
3. "한의약기술"이란 한의약을 포함하여 한약제제(한약제제, 한약을 한방 원리에 따라 제조한 것을 말한다. 이하 제5호에서 같다) 및 한약재 재배(우수 품종 개발을 포함한다)·제조·유통·보관 등 한의약과 관련한 모든 상품 및 서비스에 관련된 기술로서 대통령령으로 정하는 것을 말한다.
4. "한약"이란 동물·식물 또는 광물에서 채취된 것으로서 주로 원형대로 건조·절단 또는 정제된 생약(生藥)을 말한다.
5. "한약재"란 한약 또는 한약제제를 제조하기 위하여 사용되는 원료 약재를 말한다.

【법규32】 형법

제24장 살인의 죄

제250조(살인, 존속살해)
① 사람을 살해한 자는 사형, 무기 또는 5년 이상의 징역에 처한다.
② 자기 또는 배우자의 직계존속을 살해한 자는 사형, 무기 또는 7년 이상의 징역에 처한다.
제251조(영아살해)
직계존속이 치욕을 은폐하기 위하거나 양육할 수 없음을 예상하거나 특히 참작할 만한 동기로 인하여 분만중 또는 분만직후의 영아를 살해한 때에는 10년 이하의 징역에 처한다.
제252조(촉탁, 승낙에 의한 살인등)
① 사람의 촉탁 또는 승낙을 받어 그를 살해한 자는 1년 이상 10년 이하의 징역에 처한다.
② 사람을 교사 또는 방조하여 자살하게 한 자도 전항의 형과 같다.
제253조(위계등에 의한 촉탁살인등)
전조의 경우에 위계 또는 위력으로써 촉탁 또는 승낙하게 하거나 자살을 결의하게 한 때에는 제250조의 예에 의한다.
제254조(미수범)
전4조의 미수범은 처벌한다.
제255조(예비, 음모)
제250조와 제253조의 죄를 범할 목적으로 예비 또는 음모한 자는 10년 이하의 징역에 처한다.
제256조(자격정지의 병과)
제250조, 제252조 또는 제253조의 경우에 유기징역에 처할 때에는 10년 이하의 자격정지를 병과할 수 있다.
제25장 상해와 폭행의 죄
제257조(상해, 존속상해)
① 사람의 신체를 상해한 자는 7년 이하의 징역, 10년 이하의 자격정지 또는 1천만원 이하의 벌금에 처한다.
② 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 제1항의 죄를 범한 때에는 10년 이하의 징역 또는 1천500만원 이하의 벌금에 처한다.
③ 전 2항의 미수범은 처벌한다.
제258조(중상해, 존속중상해)
① 사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 자는 1년 이상 10년 이하의 징역에 처한다.
② 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 자도 전항의 형과 같다
③ 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 전2항의 죄를 범한 때에는 2년 이상 15년 이하의 징역에 처한다.
제258조의2(특수상해)
① 단체 또는 다중의 위력을 보이거나 위험한 물건을 휴대하여 제257조제1항 또는 제2항의 죄를 범한 때에는 1년 이상 10년 이하의 징역에 처한다.
② 단체 또는 다중의 위력을 보이거나 위험한 물건을 휴대하여 제258조의 죄를 범한 때에는 2년 이상 20년 이하의 징역에 처한다.
③ 제1항의 미수범은 처벌한다.

제259조(상해치사)
① 사람의 신체를 상해하여 사망에 이르게 한 자는 3년 이상의 유기징역에 처한다.
② 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 전항의 죄를 범한 때에는 무기 또는 5년 이상의 징역에 처한다.

제260조(폭행, 존속폭행)
① 사람의 신체에 대하여 폭행을 가한 자는 2년 이하의 징역, 500만원 이하의 벌금,구류 또는 과료에 처한다.
② 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 제1항의 죄를 범한 때에는 5년 이하의 징역 또는 700만원 이하의 벌금에 처한다.
③ 제1항 및 제2항의 죄는 피해자의 명시한 의사에 반하여 공소를 제기할 수 없다.

제261조(특수폭행)
단체 또는 다중의 위력을 보이거나 위험한 물건을 휴대하여 제260조제1항 또는 제2항의 죄를 범한 때에는 5년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금에 처한다.

제262조(폭행치사상)
전2조의 죄를 범하여 사람을 사상에 이르게 한때에는 제257조 내지 제259조의 예에 의한다.

제263조(동시범)
독립행위가 경합하여 상해의 결과를 발생하게 한 경우에 있어서 원인된 행위가 판명되지 아니한 때에는 공동정범의 예에 의한다.

제264조(상습범)
상습으로 제257조, 제258조, 제258조의2, 제260조 또는 제261조의 죄를 범한 때에는 그 죄에 정한 형의 2분의 1까지 가중한다.

제265조(자격정지의 병과)
제257조제2항, 제258조, 제258조의2, 제260조제2항, 제261조 또는 전조의 경우에는 10년 이하의 자격정지를 병과할 수 있다.

제26장 과실치사상의 죄

제266조(과실치상)
① 과실로 인하여 사람의 신체를 상해에 이르게 한 자는 500만원 이하의 벌금, 구류 또는 과료에 처한다.
② 제1항의 죄는 피해자의 명시한 의사에 반하여 공소를 제기할 수 없다.

제267조(과실치사)
과실로 인하여 사람을 사망에 이르게 한 자는 2년 이하의 금고 또는 700만원 이하의 벌금에 처한다.

제268조(업무상과실 · 중과실 치사상)
업무상과실 또는 중대한 과실로 인하여 사람을 사상에 이르게 한 자는 5년 이하의 금고 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.

제32장 강간과 추행의 죄

제297조(강간)
폭행 또는 협박으로 사람을 강간한 자는 3년 이상의 유기징역에 처한다.

제297조의2(유사강간)
폭행 또는 협박으로 사람에 대하여 구강, 항문 등 신체(성기는 제외한다)의 내부에 성기를 넣거나 성기, 항문에 손가락 등 신체(성기는 제외한다)의 일부 또는 도구를 넣는 행위를 한 사람은 2년 이상의 유기징역에 처한다.

제298조(강제추행)
폭행 또는 협박으로 사람에 대하여 추행을 한 자는 10년 이하의 징역 또는 1천500만원 이하의 벌금에 처한다.

제299조(준강간, 준강제추행)
사람의 심신상실 또는 항거불능의 상태를 이용하여 간음 또는 추행을 한 자는 제297조, 제297조의2 및 제298조의 예에 의한다.

제300조(미수범)
제297조, 제297조의2, 제298조 및 제299조의 미수범은 처벌한다.

제301조(강간등 상해 · 치상)
제297조, 제297조의2 및 제298조부터 제300조까지의 죄를 범한 자가 사람을 상해하거나 상해에 이르게 한 때에는 무기 또는 5년 이상의 징역에 처한다.

제301조의2(강간등 살인 · 치사)
제297조, 제297조의2 및 제298조부터 제300조까지의 죄를 범한 자가 사람을 살해한 때에는 사형 또는 무기징역에 처한다. 사망에 이르게 한 때에는 무기 또는 10년 이상의 징역에 처한다.

제302조(미성년자등에 대한 간음)
미성년자 또는 심신미약자에 대하여 위계 또는 위력으로써 간음 또는 추행을 한 자는 5년 이하의 징역에 처한다.

제303조(업무상위력등에 의한 간음)
① 업무, 고용 기타 관계로 인하여 자기의 보호 또는 감독을 받는 사람에 대하여 위계 또는 위력으로써 간음한 자는 7년 이하의 징역 또는 3천만원 이하의 벌금에 처한다.
② 법률에 의하여 구금된 사람을 감호하는 자가 그 사람을 간음한 때에는 10년 이하의 징역에 처한다.

제305조(미성년자에 대한 간음, 추행)
① 13세 미만의 사람에 대하여 간음 또는 추행을 한 자는 제297조, 제297조의2, 제298조, 제301조 또는 제301조의2의 예에 의한다.
② 13세 이상 16세 미만의 사람에 대하여 간음 또는 추행을 한 19세 이상의 자는 제297조, 제297조의2, 제298조, 제301조 또는 제301조의2의 예에 의한다.

제305조의2(상습범)
상습으로 제297조, 제297조의2, 제298조부터 제300조까지, 제302조, 제303조 또는 제305조의 죄를 범한 자는 그 죄에 정한 형의 2분의 1까지 가중한다.

제38장 절도와 강도의 죄

제339조(강도강간)
강도가 사람을 강간한 때에는 무기 또는 10년 이상의 징역에 처한다.



【법규33】 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률

제1조(목적)

이 법은 호스피스·완화의료와 임종과정에 있는 환자의 연명의료와 연명의료중단등결정 및 그 이행에 필요한 사항을 규정함으로써 환자의 최선의 이익을 보장하고 자기결정을 존중하여 인간으로서의 존엄과 가치를 보호하는 것을 목적으로 한다.

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "임종과정"이란 회생의 가능성이 없고, 치료에도 불구하고 회복되지 아니하며, 급속도로 증상이 악화되어 사망에 임박한 상태를 말한다.
2. "임종과정에 있는 환자"란 제16조에 따라 담당의사와 해당 분야의 전문의 1명으로부터 임종과정에 있다는 의학적 판단을 받은 자를 말한다.
3. "말기환자(末期患者)"란 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 보건복지부령으로 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당 분야의 전문의 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.
4. "연명의료"란 임종과정에 있는 환자에게 하는 심폐소생술, 혈액 투석, 항암제 투여, 인공호흡기 착용 및 그 밖에 대통령령으로 정하는 의학적 시술로서 치료효과 없이 임종과정의 기간만을 연장하는 것을 말한다.
5. "연명의료중단등결정"이란 임종과정에 있는 환자에 대한 연명의료를 시행하지 아니하거나 중단하기로 하는 결정을 말한다.
6. "호스피스·완화의료"(이하 "호스피스"라 한다)란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 질환으로 말기환자로 진단을 받은 환자 또는 임종과정에 있는 환자(이하 "호스피스대상환자"라 한다)와 그 가족에게 통증과 증상의 완화 등을 포함한 신체적, 심리사회적, 영적 영역에 대한 종합적인 평가와 치료를 목적으로 하는 의료를 말한다.
   가. 암
   나. 후천성면역결핍증
   다. 만성 폐쇄성 호흡기질환
   라. 만성 간경화
   마. 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 질환
7. "담당의사"란 「의료법」에 따른 의사로서 말기환자 또는 임종과정에 있는 환자(이하 "말기환자등"이라 한다)를 직접 진료하는 의사를 말한다.
8. "연명의료계획서"란 말기환자등의 의사에 따라 담당의사가 환자에 대한 연명의료중단등결정 및 호스피스에 관한 사항을 계획하여 문서(전자문서를 포함한다)로 작성한 것을 말한다.
9. "사전연명의료의향서"란 19세 이상인 사람이 자신의 연명의료중단등결정 및 호스피스에 관한 의사를 직접문서(전자문서를 포함한다)로 작성한 것을 말한다.

제37조(보험 등의 불이익 금지)

이 법에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 사망한 사람과 보험금수령인 또는 연금수급자를 보험금 또는 연금급여 지급 시 불리하게 대우하여서는 아니 된다.

【법규34】 화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "손해보험회사"란「보험업법」제4조에 따른 화재보험업의 허가를 받은 자를 말한다.
2. "특약부화재보험"이란 화재로 인한 건물의 손해와 제4조제1항에 따른 손해배상책임을 담보하는 보험을 말한다.
3. "특수건물"이란 국유건물·공유건물·교육시설·백화점·시장·의료시설·흥행장·숙박업소·다중이용업소·운수시설·공장·공동주택과 그 밖에 여러 사람이 출입 또는 근무하거나 거주하는 건물로서 화재의 위험이나 건물의 면적 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 건물을 말한다.

제4조(특수건물 소유자의 손해배상책임) 제 1항

① 특수건물의 소유자는 그 특수건물의 화재로 인하여 다른 사람이 사망하거나 부상을 입었을 때 또는 다른 사람의 재물에 손해가 발생한 때에는 과실이 없는 경우에도 제8조제1항제2호에 따른 보험금액의 범위에서 그 손해를 배상할 책임이 있다. 이 경우「실화책임에 관한 법률」에도 불구하고 특수건물의 소유자에게 경과실(輕過失)이있는 경우에도 또한 같다.

제8조(보험금액)

① 제5조에 따라 가입하는 보험의 보험금액은 다음 각 호의 구분에 따른다.

1. 화재보험: 특수건물의 시가(時價)에 해당하는 금액
2. 손해배상책임을 담보하는 보험에 해당하는 부분 중 다음 각 목의 구분에 따른 금액
   가. 사망의 경우 : 피해자 1명마다 5천만원 이상으로서 대통령령으로 정하는 금액
   나. 부상의 경우 : 피해자 1명마다 사망자에 대한 보험금액의 범위에서 대통령령으로 정하는 금액
   다. 재물에 대한 손해가 발생한 경우 : 화재 1건마다 1억원 이상으로서 국민의 안전 및 특수건물의 화재위험성 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 금액

② 제1항제1호에 규정한 시가의 결정에 관한 기준은 총리령으로 정한다.

【법규35】 화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률 시행규칙

제2조(손해액)

①「화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률 시행령」(이하 "영"이라 한다) 제5조제1항제1호에 따른 손해액은 다음 각 호의 금액을 더한 금액으로 한다.

1. 화재로 인하여 사망한 때의 월급액이나 월실수입액(月實收入額) 또는 평균임금에 장래의 취업가능 기간을 곱한 금액
2. 남자 평균임금의 100일분에 해당하는 장례비

② 영 제5조제1항제2호에 따른 손해액은 화재로 인하여 신체에 부상을 입은 경우에 그 부상을 치료하는 데에 드는 모든 비용으로 한다.

③ 영 제5조제1항제3호에 따른 손해액은 그 장애로 인한 노동력 상실 정도에 따라 피해를 입

은 당시의 월급액이나 월실수입액 또는 평균임금에 장래의 취업가능기간을 곱한 금액으로 한다.

④ 영 제5조제1항제4호에 따른 손해액은 다음 각 호의 금액을 더한 금액으로 한다.

1. 화재로 인하여 피해를 입은 당시의 그 물건의 교환가액 또는 필요한 수리를 하거나 이를 대신할 수리비
2. 제1호의 수리로 인하여 수입에 손실이 있는 경우에는 수리기간 중 그 손실액



【법규36】 화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률 시행령

제2조(특수건물)

① 「화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률」(이하 "법"이라 한다) 제2조제3호에서 "대통령령으로 정하는 건물"이란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 건물을 말한다.

1. 「국유재산법」 제5조제1항제1호에 따른 부동산 중 연면적이 1천제곱미터 이상인 건물 및 이 건물과 같은 용도로 사용하는 부속건물. 다만, 대통령 관저(官邸)와 특수용도로 사용하는 건물로서 금융위원회가 지정하는 건물을 제외한다.

1의2. 「공유재산 및 물품 관리법」 제4조제1항제1호에 따른 부동산 중 연면적이 1천제곱미터 이상인 건물 및 이 건물과 같은 용도로 사용하는 부속건물. 다만, 「한국지방재정공제회법」에 따른 한국지방재정공제회(이하 "한국지방재정공제회"라 한다) 또는 사단법인 교육시설재난공제회가 운영하는 공제 중 특약부화재보험과 같은 정도의 손해를 보상하는 공제에 가입한 지방자치단체 소유의 건물은 제외한다.

2. 「학원의 설립·운영 및 과외교습에 관한 법률」 제2조제1호에 따른 학원으로 사용하는 부분의 바닥면적의 합계가 2천제곱미터 이상인 건물
3. 「의료법」 제3조제2항제3호에 따른 병원급 의료기관으로 사용하는 건물로서 연면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물
4. 「관광진흥법」 제3조제1항제2호에 따른 관광숙박업으로 사용하는 건물로서 연면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물
5. 「공중위생관리법」 제2조제1항제2호에 따른 숙박업으로 사용하는 부분의 바닥면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물
6. 「공연법」 제2조제4호에 따른 공연장으로 사용하는 건물로서 연면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물
7. 「방송법」 제2조제2호에 따른 방송사업을 목적으로 사용하는 건물로서 연면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물
8. 「유통산업발전법」 제2조제3호에 따른 대규모점포로 사용하는 부분의 바닥면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물
9. 「농수산물유통 및 가격안정에 관한 법률」 제2조제2호 및 제6호에 따른 농수산물도매시장 및 민영농수산물도매시장으로 사용하는 건물로서 연면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물. 다만, 한국지방재정공제회가 운영하는 공제 중 특약부화재보험과 같은 정도의 손해를 보상하는 공제에 가입한 지방자치단체 및 지방공기업 소유의 건물을 제외한다.

10. 다음 각 목의 영업으로 사용하는 부분의 바닥면적의 합계가 2천제곱미터 이상인 건물
가.「게임산업진흥에 관한 법률」제2조제6호에 따른 게임제공업
나.「게임산업진흥에 관한 법률」제2조제7호에 따른 인터넷컴퓨터게임시설제공업
다.「음악산업진흥에 관한 법률」제2조제13호에 따른 노래연습장업
라.「식품위생법 시행령」제21조제8호가목에 따른 휴게음식점영업
마.「식품위생법 시행령」제21조제8호나목에 따른 일반음식점영업
바.「식품위생법 시행령」제21조제8호다목에 따른 단란주점영업
사.「식품위생법 시행령」제21조제8호라목에 따른 유흥주점영업
11.「초·중등교육법」제2조 및「고등교육법」제2조에 따른 학교로 사용하는 건물로서 연면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물. 다만, 사단법인 교육시설재난 공제회가 운영하는 공제 중 특약부화재보험과 같은 정도의 손해를 보상하는 공제에 가입한 건물을 제외한다.
12.「주택법 시행령」제3조제1항에 따른 공동주택으로서 16층 이상의 아파트 및 부속건물. 이 경우「공동주택관리법」제2조제1항제10호에 따른 관리주체에 의하여 관리되는 동일한 아파트단지 안에 있는 15층 이하의 아파트를 포함한다.
13.「산업집적활성화 및 공장설립에 관한 법률」제16조제1항에 따라 등록된 공장으로서 연면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물
14. 층수가 11층 이상인 건물. 다만, 아파트(제12호에 따른 아파트는 제외한다)·창고 및 모든 층을 주차용도로 사용하는 건물과 한국지방재정공제회가 운영하는 공제 중 특약부화재보험과 같은 정도의 손해를 보상하는 공제에 가입한 지방자치단체 및 지방공기업 소유의 건물을 제외한다.
15.「공중위생관리법」제2조제1항제3호에 따른 목욕장업으로 사용하는 부분의 바닥면적의 합계가 2천제곱미터 이상인 건물
16.「영화 및 비디오물의 진흥에 관한 법률」제2조제10호에 따른 영화상영관으로 사용하는 부분의 바닥면적의 합계가 2천제곱미터 이상인 건물
17.「도시철도법」제2조제3호가목에 따른 도시철도의 역사(驛舍) 및 역 시설로 사용하는 부분의 바닥면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 역사 및 역 시설. 다만, 한국지방재정공제회가 운영하는 공제 중 특약부화재보험과 같은 정도의 손해를 보상하는 공제에 가입한 지방자치단체 및 지방공기업 소유의 역사 및 역 시설은 제외한다.
18.「사격 및 사격장 안전관리에 관한 법률」제5조에 따른 실내사격장으로 사용하는 건물

제5조(보험금액)

① 법 제8조제1항제2호에 따라 특수건물의 소유자가 가입하여야 하는 보험의 보험금액은 다음 각 호의 기준을 충족하여야 한다.
1. 사망의 경우: 피해자 1명마다 1억5천만원의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액. 다만, 손해액이 2천만원 미만인 경우에는 2천만원으로 한다.
2. 부상의 경우: 피해자 1명마다 별표 1에 따른 금액의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액
3. 부상에 대한 치료를 마친 후 더 이상의 치료효과를 기대할 수 없고 그 증상이 고정된 상태에서 그 부상이 원인이 되어 신체에 생긴 장애(이하 "후유장애"라 한다)의 경우: 피해자 1명마다 별표 2에 따른 금액의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액

4. 재물에 대한 손해가 발생한 경우: 사고 1건마다 10억원의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액

② 하나의 사고로 제1항제1호부터 제3호까지 중 둘 이상에 해당하게 된 경우에는 다음 각 호의 구분에 따라 보험금을 지급한다.

1. 부상당한 피해자가 치료 중 그 부상이 원인이 되어 사망한 경우: 피해자 1명마다 제1항제1호에 따른 금액과 같은 항 제2호에 따른 금액을 더한 금액
2. 부상당한 피해자에게 후유장애가 생긴 경우: 피해자 1명마다 제1항제2호에 따른 금액과 같은 항 제3호에 따른 금액을 더한 금액
3. 제1항제3호에 따른 금액을 지급한 후 그 부상이 원인이 되어 사망한 경우: 피해자 1명마다 제1항제1호에 따른 금액에서 같은 항 제3호에 따른 금액 중 사망한 날 이후에 해당하는 손해액을 뺀 금액

③ 제1항 각 호에 따른 손해액의 범위는 총리령으로 정한다.

제8조(보험금 지급)

① 손해보험회사는 보험금의 지급 청구가 있을 때에는 정당한 사유가 있는 경우를 제외하고는 지체없이 해당 보험금을 지급하여야 한다.

② 손해보험회사는 제1항에 따라 보험금을 지급하였을 때에는 지체없이 다음 각 호의 사항을 보험계약자에게 통지하여야 한다.

1. 보험금의 지급청구자과 수령자의 주소 및 성명
2. 청구액과 지급액
3. 피해자의 주소 및 성명

【법규37】 금융소비자 보호에 관한 법률

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1~7. (생략)

8. “금융소비자”란 금융상품에 관한 계약의 체결 또는 계약 체결의 권유를 하거나 청약을 받는 것(이하 “금융상품계약체결등”이라 한다)에 관한 금융상품판매업자의 거래상대방 또는 금융상품자문업자의 자문업무의 상대방인 전문금융소비자 또는 일반금융소비자를 말한다.
9. “전문금융소비자”란 금융상품에 관한 전문성 또는 소유자산규모 등에 비추어 금융상품 계약에 따른 위험감수능력이 있는 금융소비자로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 자를 말한다. 다만, 전문금융소비자 중 대통령령으로 정하는 자가 일반금융소비자와 같은 대우를 받겠다는 의사를 금융상품판매업자 또는 금융상품자문업자(이하 “금융상품판매업자등”이라 한다)에게 서면으로 통지하는 경우 금융상품판매업자등은 정당한 사유가 있는 경우를 제외하고는 이에 동의하여야 하며, 금융상품판매업자등이 동의한 경우에는 해당 금융소비자는 일반금융소비자로 본다.

가. 국가

나. 「한국은행법」에 따른 한국은행

다. 대통령령으로 정하는 금융회사

라.「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」제9조제15항제3호에 따른 주권상장법인(투자성 상품 중 대통령령으로 정하는 금융상품계약체결등을 할 때에는 전문금융소비자와 같은 대우를 받겠다는 의사를 금융상품판매업자등에게 서면으로 통지하는 경우만 해당한다)

마. 그 밖에 금융상품의 유형별로 대통령령으로 정하는 자

10. "일반금융소비자"란 전문금융소비자가 아닌 금융소비자를 말한다.

제17조(적합성원칙)

③ 금융상품판매업자등은 제2항 각 호의 구분에 따른 정보를 고려하여 그 일반금융소비자에게 적합하지 아니하다고 인정되는 계약 체결을 권유해서는 아니 된다. 이 경우 적합성 판단 기준은 제2항 각 호의 구분에 따라 대통령령으로 정한다.

제18조(적정성원칙)

② 금융상품판매업자는 제1항 각 호의 구분에 따라 확인한 사항을 고려하여 해당 금융상품이 그 일반금융소비자에게 적정하지 아니하다고 판단되는 경우에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 그 사실을 알리고, 그 일반금융소비자로부터 서명, 기명날인, 녹취, 그 밖에 대통령령으로 정하는 방법으로 확인을 받아야 한다. 이 경우 적정성 판단 기준은 제1항 각 호의 구분에 따라 대통령령으로 정한다.

제19조(설명의무)

① 금융상품판매업자등은 일반금융소비자에게 계약 체결을 권유(금융상품자문업자가 자문에 응하는 것을 포함한다)하는 경우 및 일반금융소비자가 설명을 요청하는 경우에는 다음 각 호의 금융상품에 관한 중요한 사항(일반금융소비자가 특정 사항에 대한 설명만을 원하는 경우 해당 사항으로 한정한다)을 일반금융소비자가 이해할 수 있도록 설명하여야 한다.

1. 다음 각 목의 구분에 따른 사항

가. 보장성 상품

1) 보장성 상품의 내용

2) 보험료(공제료를 포함한다. 이하 같다)

3) 보험금(공제금을 포함한다. 이하 같다) 지급제한 사유 및 지급절차

4) 위험보장의 범위

5) 그 밖에 위험보장 기간 등 보장성 상품에 관한 중요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항

나. 투자성 상품

1) 투자성 상품의 내용

2) 투자에 따른 위험

3) 대통령령으로 정하는 투자성 상품의 경우 대통령령으로 정하는 기준에 따라 금융상품직접판매업자가 정하는 위험등급

4) 그 밖에 금융소비자가 부담해야 하는 수수료 등 투자성 상품에 관한 중요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항

다. 예금성 상품

1) 예금성 상품의 내용

2) 그 밖에 이자율, 수익률 등 예금성 상품에 관한 중요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항

라. 대출성 상품

1) 금리 및 변동 여부, 중도상환수수료(금융소비자가 대출만기일이 도래하기 전 대출금의 전부 또는 일부를 상환하는 경우에 부과하는 수수료를 의미한다. 이하 같다) 부과 여부·기간 및 수수료율 등 대출성 상품의 내용

2) 상환방법에 따른 상환금액·이자율·시기

3) 저당권 등 담보권 설정에 관한 사항, 담보권 실행사유 및 담보권 실행에 따른 담보목적물의 소유권 상실 등 권리변동에 관한 사항

4) 대출원리금, 수수료 등 금융소비자가 대출계약을 체결하는 경우 부담하여야 하는 금액의 총액

5) 그 밖에 대출계약의 해지에 관한 사항 등 대출성 상품에 관한 중요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항

2. 제1호 각 목의 금융상품과 연계되거나 제휴된 금융상품 또는 서비스 등(이하 "연계·제휴서비스등"이라 한다)이 있는 경우 다음 각 목의 사항

가. 연계·제휴서비스등의 내용

나. 연계·제휴서비스등의 이행책임에 관한 사항

다. 그 밖에 연계·제휴서비스등의 제공기간 등 연계·제휴서비스등에 관한 중요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항

3. 제46조에 따른 청약 철회의 기한·행사방법·효과에 관한 사항

4. 그 밖에 금융소비자 보호를 위하여 대통령령으로 정하는 사항

② 금융상품판매업자등은 제1항에 따른 설명에 필요한 설명서를 일반금융소비자에게 제공하여야 하며, 설명한 내용을 일반금융소비자가 이해하였음을 서명, 기명날인, 녹취 또는 그 밖에 대통령령으로 정하는 방법으로 확인을 받아야 한다. 다만, 금융소비자 보호 및 건전한 거래질서를 해칠 우려가 없는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우에는 설명서를 제공하지 아니할 수 있다.

③ 금융상품판매업자등은 제1항에 따른 설명을 할 때 일반금융소비자의 합리적인 판단 또는 금융상품의 가치에 중대한 영향을 미칠 수 있는 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항을 거짓으로 또는 왜곡(불확실한 사항에 대하여 단정적 판단을 제공하거나 확실하다고 오인하게 할 소지가 있는 내용을 알리는 행위를 말한다)하여 설명하거나 대통령령으로 정하는 중요한 사항을 빠뜨려서는 아니 된다.

④ 제2항에 따른 설명서의 내용 및 제공 방법·절차에 관한 세부내용은 대통령령으로 정한다.

제20조(불공정영업행위의 금지)

① 금융상품판매업자등은 우월적 지위를 이용하여 금융소비자의 권익을 침해하는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위(이하 "불공정영업행위"라 한다)를 해서는 아니 된다.

1. 대출성 상품, 그 밖에 대통령령으로 정하는 금융상품에 관한 계약체결과 관련하여 금융소비자의 의사에 반하여 다른 금융상품의 계약체결을 강요하는 행위

2. 대출성 상품, 그 밖에 대통령령으로 정하는 금융상품에 관한 계약체결과 관련하여 부당하게 담보를 요구하거나 보증을 요구하는 행위

3. 금융상품판매업자등 또는 그 임직원이 업무와 관련하여 편익을 요구하거나 제공받는 행위
4. 대출성 상품의 경우 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 행위
   가. 자기 또는 제3자의 이익을 위하여 금융소비자에게 특정 대출 상환방식을 강요하는 행위
   나. 1)부터 3)까지의 경우를 제외하고 수수료, 위약금 또는 그 밖에 어떤 명목이든 중도상환수수료를 부과하는 행위
      1) 대출계약이 성립한 날부터 3년 이내에 상환하는 경우
      2) 다른 법령에 따라 중도상환수수료 부과가 허용되는 경우
      3) 금융소비자 보호 및 건전한 거래질서를 해칠 우려가 없는 행위로서 대통령령으로 정하는 경우
   다. 개인에 대한 대출 등 대통령령으로 정하는 대출상품의 계약과 관련하여 제3자의 연대보증을 요구하는 경우
5. 연계·제휴서비스등이 있는 경우 연계·제휴서비스등을 부당하게 축소하거나 변경하는 행위로서 대통령령으로 정하는 행위. 다만, 연계·제휴서비스등을 불가피하게 축소하거나 변경하더라도 금융소비자에게 그에 상응하는 다른 연계·제휴서비스등을 제공하는 경우와 금융상품판매업자등의 휴업·파산·경영상의 위기 등에 따른 불가피한 경우는 제외한다.
6. 그 밖에 금융상품판매업자등이 우월적 지위를 이용하여 금융소비자의 권익을 침해하는 행위

② 불공정영업행위에 관하여 구체적인 유형 또는 기준은 대통령령으로 정한다.

제21조(부당권유행위 금지)

금융상품판매업자등은 계약 체결을 권유(금융상품자문업자가 자문에 응하는 것을 포함한다. 이하 이 조에서 같다)하는 경우에 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위를 해서는 아니 된다. 다만, 금융소비자 보호 및 건전한 거래질서를 해칠 우려가 없는 행위로서 대통령령으로 정하는 행위는 제외한다.

1. 불확실한 사항에 대하여 단정적 판단을 제공하거나 확실하다고 오인하게 할 소지가 있는 내용을 알리는 행위
2. 금융상품의 내용을 사실과 다르게 알리는 행위
3. 금융상품의 가치에 중대한 영향을 미치는 사항을 미리 알고 있으면서 금융소비자에게 알리지 아니하는 행위
4. 금융상품 내용의 일부에 대하여 비교대상 및 기준을 밝히지 아니하거나 객관적인 근거 없이 다른 금융상품과 비교하여 해당 금융상품이 우수하거나 유리하다고 알리는 행위
5. 보장성 상품의 경우 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 행위
   가. 금융소비자(이해관계인으로서 대통령령으로 정하는 자를 포함한다. 이하 이 호에서 같다)가 보장성 상품 계약의 중요한 사항을 금융상품직접판매업자에게 알리는 것을 방해하거나 알리지 아니할 것을 권유하는 행위
   나. 금융소비자가 보장성 상품 계약의 중요한 사항에 대하여 부실하게 금융상품직접판매업자에게 알릴 것을 권유하는 행위
6. 투자성 상품의 경우 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 행위
   가. 금융소비자로부터 계약의 체결권유를 해줄 것을 요청받지 아니하고 방문·전화 등 실

시간 대화의 방법을 이용하는 행위

나. 계약의 체결권유를 받은 금융소비자가 이를 거부하는 취지의 의사를 표시하였는데도 계약의 체결권유를 계속하는 행위

7. 그 밖에 금융소비자 보호 또는 건전한 거래질서를 해칠 우려가 있는 행위로서 대통령령으로 정하는 행위

제46조(청약의 철회)

① 금융상품판매업자등과 대통령령으로 각각 정하는 보장성 상품, 투자성 상품, 대출성 상품 또는 금융상품자문에 관한 계약의 청약을 한 일반금융소비자는 다음 각 호의 구분에 따른 기간(거래 당사자 사이에 다음 각 호의 기간보다 긴 기간으로 약정한 경우에는 그 기간) 내에 청약을 철회할 수 있다.

1. 보장성 상품: 일반금융소비자가「상법」제640조에 따른 보험증권을 받은 날부터 15일과 청약을 한 날부터 30일 중 먼저 도래하는 기간
2. 투자성 상품, 금융상품자문: 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 날부터 7일
   가. 제23조제1항 본문에 따라 계약서류를 제공받은 날
   나. 제23조제1항 단서에 따른 경우 계약체결일
3. 대출성 상품: 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 날[다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 날보다 계약에 따른 금전·재화·용역(이하 이 조에서 "금전·재화등"이라 한다)의 지급이 늦게 이루어진 경우에는 그 지급일]부터 14일
   가. 제23조제1항 본문에 따라 계약서류를 제공받은 날
   나. 제23조제1항 단서에 따른 경우 계약체결일

② 제1항에 따른 청약의 철회는 다음 각 호에서 정한 시기에 효력이 발생한다.

1. 보장성 상품, 투자성 상품, 금융상품자문: 일반금융소비자가 청약의 철회의사를 표시하기 위하여 서면(대통령령으로 정하는 방법에 따른 경우를 포함한다. 이하 이 절에서 "서면등"이라 한다)을 발송한 때
2. 대출성 상품: 일반금융소비자가 청약의 철회의사를 표시하기 위하여 서면등을 발송하고, 다음 각 목의 금전·재화등(이미 제공된 용역은 제외하며, 일정한 시설을 이용하거나 용역을 제공받을 수 있는 권리를 포함한다. 이하 이 항에서 같다)을 반환한 때
   가. 이미 공급받은 금전·재화등
   나. 이미 공급받은 금전과 관련하여 대통령령으로 정하는 이자
   다. 해당 계약과 관련하여 금융상품판매업자등이 제3자에게 이미 지급한 수수료 등 대통령령으로 정하는 비용

③ 제1항에 따라 청약이 철회된 경우 금융상품판매업자등이 일반금융소비자로부터 받은 금전·재화등의 반환은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 방법으로 한다.

1. 보장성 상품: 금융상품판매업자등은 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 이미 받은 금전·재화등을 반환하고, 금전·재화등의 반환이 늦어진 기간에 대하여는 대통령령으로 정하는 바에 따라 계산한 금액을 더하여 지급할 것
2. 투자성 상품, 금융상품자문: 금융상품판매업자등은 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 이미 받은 금전·재화등을 반환하고, 금전·재화등의 반환이 늦어진 기간에 대해서는 대통령령으로 정하는 바에 따라 계산한 금액을 더하여 지급할 것. 다만, 대통

령령으로 정하는 금액 이내인 경우에는 반환하지 아니할 수 있다.

3. 대출성 상품: 금융상품판매업자등은 일반금융소비자로부터 제2항제2호에 따른 금전·재화등, 이자 및 수수료를 반환받은 날부터 3영업일 이내에 일반금융소비자에게 대통령령으로 정하는 바에 따라 해당 대출과 관련하여 일반금융소비자로부터 받은 수수료를 포함하여 이미 받은 금전·재화등을 반환하고, 금전·재화등의 반환이 늦어진 기간에 대해서는 대통령령으로 정하는 바에 따라 계산한 금액을 더하여 지급할 것

④ 제1항에 따라 청약이 철회된 경우 금융상품판매업자등은 일반금융소비자에 대하여 청약의 철회에 따른 손해배상 또는 위약금 등 금전의 지급을 청구할 수 없다.

⑤ 보장성 상품의 경우 청약이 철회된 당시 이미 보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 아니한다. 다만, 일반금융소비자가 보험금의 지급사유가 발생했음을 알면서 청약을 철회한 경우에는 그러하지 아니하다.

⑥ 제1항부터 제5항까지의 규정에 반하는 특약으로서 일반금융소비자에게 불리한 것은 무효로 한다.

⑦ 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 청약 철회권의 행사 및 그에 따른 효과 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제47조(위법계약의 해지)

① 금융소비자는 금융상품판매업자등이 제17조제3항, 제18조제2항, 제19조제1항·제3항, 제20조제1항 또는 제21조를 위반하여 대통령령으로 정하는 금융상품에 관한 계약을 체결한 경우 5년 이내의 대통령령으로 정하는 기간 내에 서면등으로 해당 계약의 해지를 요구할 수 있다. 이 경우 금융상품판매업자등은 해지를 요구받은 날부터 10일 이내에 금융소비자에게 수락여부를 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절사유를 함께 통지하여야 한다.

② 금융소비자는 금융상품판매업자등이 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있다.

③ 제1항 및 제2항에 따라 계약이 해지된 경우 금융상품판매업자등은 수수료, 위약금 등 계약의 해지와 관련된 비용을 요구할 수 없다.

④ 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 계약의 해지요구권의 행사요건, 행사범위 및 정당한 사유 등과 관련하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.



색인 무배당 NH헤아림건강보험2101 약관

특별약관 명	페이지

【 1종 : 종합플랜 】

급성심근경색증진단비보장 ——— 103
뇌졸중진단비보장 ——— 99
뇌혈관질환진단비보장 ——— 101
암진단비(Ⅰ,일시지급형)보장 ——— 95
암진단비(Ⅱ,연지급형)보장 ——— 114
5대고액치료비암진단비보장 ——— 92
일반상해사망보장 ——— 85
일반상해후유장해(80%미만)보장 ——— 89
일반상해후유장해(80%이상)보장 ——— 87
일반상해후유장해가족생활지원금(80%이상,연지급형)보장 ——— 107
질병후유장해가족생활지원금(80%이상,연지급형) ——— 110
허혈성심장질환진단비보장 ——— 105

【 2종 : 암플랜 】

보험료자동납입 특별약관 ——— 166
암수술비보장 ——— 133
암요양병원입원일당(1일이상90일한도)보장 ——— 146
암직접치료입원일당(요양병원제외, 1일이상180일한도)보장 ——— 139
암진단비(Ⅰ,일시지급형)보장 ——— 129
암진단비(Ⅱ,연지급형)보장 ——— 157
5대고액치료비암진단비보장 ——— 126
이륜자동차 운전 및 탑승중 상해 부담보 특별약관 ——— 167
일반상해사망보장 ——— 119
일반상해후유장해(80%미만)보장 ——— 123
일반상해후유장해(80%이상)보장 ——— 121
장애인전용보험전환 특별약관 ——— 172

특별약관 명	페이지
전자서명 특별약관	171
지정대리청구서비스 특별약관	169
특정 신체부위·질병 보장제한부 인수 특별약관	163
항암방사선·약물치료비(최초1회한)보장	153

MEMO

MEMO

MEMO