

[목 차]

- 무배당 하나웰빙 VIP 건강보험 약관
- 특별조건부특약 약관
- 특별조건부인수특약 약관.....

무배당

하나웰빙 **VIP**건강보험 약관

무배당 하나웰빙 VIP건강보험 약관

제1관 보험계약의 성립 및 유지

- 제 1 조 【보험계약의 성립】
- 제 2 조 【청약의 철회】
- 제 3 조 【약관교부 및 설명의무 등】**
- 제 4 조 【계약의 무효】**
- 제 5 조 【계약내용의 변경】**
- 제 6 조 【계약자의 임의해지】
- 제 7 조 【계약의 소멸】**
- 제 8 조 【보험나이】**

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무).....

- 제 9 조 【제1회 보험료 및 회사의 보장개시일】**
- 제 10 조 【제2회 이후 보험료의 납입】
- 제 11 조 【보험료의 자동대출납입】
- 제 12 조 【보험료의 납입 연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지】**
- 제 13 조 【보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)】

제3관 보험금의 지급사유(회사의 주된 의무).....

- 제 14 조 【"암"등의 정의 및 진단확정】
- 제 15 조 【"뇌출혈" 및 "뇌경색증"의 정의 및 진단확정】
- 제 16 조 【"급성심근경색증"의 정의 및 진단확정】
- 제 17 조 【"말기신부전증"의 정의 및 진단확정】
- 제 18 조 【"말기간질환"의 정의 및 진단확정】
- 제 19 조 【"말기폐질환"의 정의 및 진단확정】
- 제 20 조 【"재해골절(치아파절 제외)"의 정의 및 진단확정】
- 제 21 조 【"입원" 및 "수술"의 정의와 장소】
- 제 22 조 【보험금의 종류 및 지급사유】**
- 제 23 조 【보험금 지급에 관한 세부규정】**
- 제 24 조 【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】**
- 제 25 조 【전쟁, 기타 변란시의 보험금】
- 제 26 조 【해약환급금】**
- 제 27 조 【배당금의 지급】
- 제 28 조 【소멸시효】

제4관 보험계약시 계약자의 계약전 알릴의무 등.....

- 제 29 조 【계약전 알릴의무】**
- 제 30 조 【계약전 알릴의무 위반의 효과】**
- 제 31 조 【계약취소권의 행사제한】

제5관 보험금 지급 등의 절차.....

- 제 32 조 【주소변경 통지】
- 제 33 조 【보험수익자(보험금을 받는자)의 지정】**

- 제 34조 【대표자의 지정】
- 제 35조 【보험금 지급사유의 발생통지】
- 제 36조 【보험금 등 청구시 구비서류】
- 제 37조 【보험금 등의 지급】**
- 제 38조 【계약내용의 교환】
- 제 39조 【보험계약대출】

제6관 분쟁조정 등.....

- 제 40조 【분쟁의 조정】
- 제 41조 【관할법원】
- 제 42조 【약관의 해석】
- 제 43조 【회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력】
- 제 44조 【회사의 손해배상 책임】
- 제 45조 【준거법】
- 제 46조 【예금보험에 의한 지급보장】

무배당 하나웰빙 VIP건강보험

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조 【보험계약의 성립】

- ① 보험계약은 보험계약자의 청약(請約)과 보험회사의 승낙(承諾)으로 이루어집니다. (이하 보험계약은 “계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사”라 합니다.)
- ② 회사는 피보험자(보험대상자)가 계약에 적합하지 아니한 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 부과하여 인수 할 수 있습니다.
- ③ 회사는 계약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 아니하는 계약(이하 “무진단계약”이라 합니다)은 청약일, 건강진단을 받는 계약(이하 “진단계약”이라 합니다)은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권(보험가입증서)을 드립니다. 그러나, 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
- ④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 예정이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 단, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 아니합니다.

제2조 【청약의 철회】

- ① 계약자는 청약을 한 날 또는 제1회 보험료를 납입한 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 의한 계약자의 청약철회 신청을 접수한 경우에는 지체없이 이미 납입한 보험료를 돌려 드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 단, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에는 회사는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 아니합니다.

제3조 【약관교부 및 설명의무 등】

- ① 회사는 계약을 체결할 때 계약자에게 약관 및 계약자 보관용 청약서를 드리고 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다. 다만, 컴퓨터를 이용하여 보험거래를 할 수 있도록 설정된 가상의 영업장(사이버몰)을 이용하여 계약을 체결하고 전자거래기본법에서 규정하는 절차에 따라 약관 및 계약자 보관용 청약서를 전자문서로 송신하고 계약자 또는 그 대리인이 당해 문서를 수신하였을 때에는 약관 및 계약자 보관용 청약서를 드린 것으로 보며, 약관의 중요내용에 대하여 계약자가 사이버몰에서 확인한 때에는 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다. 또한 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에 회사는 계약자의 동의를 얻어 청약내용, 보험료 납입, 보험기간, 계약전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 보험계약 체결을 위하여 필요한 사항을 질문 또는 설명하고 그에 대한 계약자의 답변, 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
- ② 회사가 제1항에 의해 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 계약자에게 전달하지 아니하거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 아니한 때 또는 계약체결시 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제10호의 규정에 의한 공인인증기관이 인증한 전자서명을 포함합니다)을 하지 아니한 때에는 계약자는 청약일로부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수

있습니다.

③ 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음 각 호의 사항을 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제1항 단서의 규정에 의한 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.

1. 사망 또는 장애를 보장하지 아니하는 보험계약의 경우
2. 사망 또는 장애를 보장하는 보험계약으로서 보험계약자, 피보험자(보험대상자) 및 보험수익자(보험금을 받는자)가 동일한 보험계약의 경우
3. 사망 또는 장애를 보장하는 보험계약으로서 보험계약자와 피보험자(보험대상자)가 동일하고 보험수익자(보험금을 받는자)가 법정상속인인 보험계약의 경우
4. 신용생명보험계약의 경우
5. 보험계약자와 피보험자(보험대상자)가 동일하고 보험금이 비영리법인에게 기부되는 보험계약의 경우

④ 제2항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 이 보험의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제4조 [계약의 무효]

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

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약체결시까지 피보험자(보험대상자)의 서면에 의한 동의를 얻지 아니한 경우
2. 만15세 미만자, 심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)를 피보험자(보험대상자)로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우

제5조 [계약내용의 변경]

① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 보험종목
2. 보험기간
3. 보험료의 납입주기, 수금방법 및 납입기간
4. 보험가입금액
5. 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는자)
6. 기타 계약의 내용

② 회사는 계약자가 제1회 보험료를 납입한 때부터 1년 이상 지난 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청한 때에는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.

③ 회사는 계약자가 제1항 제4호에 의하여 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제26조(해약환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

④ 계약자가 제1항 제5호에 의하여 보험수익자(보험금을 받는자)를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자(보험대상자)의 서면에 의한 동의가 있어야 합니다.

제6조 [계약자의 임의해지]

계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제26조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조 [계약의 소멸]

① 이 계약에서 피보험자(보험대상자)의 사망으로 인하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사

유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그때부터 효력을 가지지 아니하며, “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다.

② 제1항 및 제 33조(보험수익자(보험금을 받는자)의 지정)에는 보험기간 중 피보험자(보험대상자)가 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 재해(<별표10>“재해분류표”에서 정한 재해를 말하며, 이하 “재해”라 합니다)로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.

제8조 【보험나이】

① 이 약관에서의 피보험자(보험대상자)의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 단, 제4조(계약의 무효)제2호의 경우에는 실제 만나이를 적용합니다.

② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자(보험대상자)의 실제 만나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제9조 【제1회 보험료 및 회사의 보장개시일】

① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때(자동이체납입 및 신용카드납입의 경우에는 자동이체신청 및 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때. 다만 계약자의 귀책사유로 보험료 납입 및 승인이 불가능한 경우에는 그러하지 아니합니다)부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 그러나 회사가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙한 경우에는 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.(이하 제1회 보험료를 받은 날을 “보장개시일”이라 하며, 보장개시일을 보험계약일로 봅니다)

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

③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.

1. 제30조(계약전 알릴의무위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우

2. 제29조(계약전 알릴의무)에 의하여 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 회사에 알린 내용 또는 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우

④ 청약서에 피보험자(보험대상자)의 직업 또는 직종별로 보험가입금액의 한도액이 명시되어 있음에도 그 한도액을 초과하여 청약을 하고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그 초과 청약액에 대하여는 보장을 하지 아니합니다.

⑤ 제1항 및 제2항의 규정에도 불구하고 제14조(“암” 등의 정의 및 진단확정) 제1항 제1호에서 정한 암에 대한 보장개시일은 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날(이하 “암보장개시일”이라 합니다)로 하며, 회사는 그 날로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

제10조 【제2회 이후 보험료의 납입】

계약자는 제2회 이후의 보험료를 계약체결시 납입하기로 약속한 날(이하 “납입기일”이라 함

다)까지 납입하여야 하며, 회사는 계약자가 보험료를 납입한 경우에는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융회사(우체국 포함)을 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사 발행 증빙 서류를 영수증으로 대신합니다.

제11조 【보험료의 자동대출납입】

- ① 계약자는 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의한 보험료의 납입 최고(독촉)기간이 경과되기 전까지 보험료의 자동대출납입을 서면으로 신청할 수 있으며, 이 경우 제39조(보험계약대출) 제1항에 의한 보험계약대출금으로 보험료가 자동적으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보험계약대출금과 보험계약대출이자를 더한 금액이 해약환급금(당해 보험료가 납입된 것으로 계산한 금액을 말합니다)을 초과하는 때에는 보험료의 자동대출납입을 더 이상 할 수 없습니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 의한 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출 납입일부터 1년을 최고한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.
- ④ 보험료의 자동대출납입이 행하여진 경우에도 자동대출납입 전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출납입이 없었던 것으로 하여 제26조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제12조 【보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지】

- ① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 아니한 때(자동이체 납입 및 신용카드 납입의 경우에는 계약자의 귀책사유로 보험료가 납입되지 아니한 때)에는 납입기일 다음날부터 납입기일이 속하는 달의 다음달 말일까지를 납입최고(독촉)기간으로 하며, 회사는 제3항에서 정한 바에 따라 최고(독촉)하고 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 계약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ② 제1항에 불구하고 회사의 방문수금을 이행하지 않은 경우 또는 은행 납입통지서(지로 등)를 드리지 않은 경우, 자동이체를 신청하지 않은 경우 등 회사의 책임 있는 사유로 인하여 계약자가 보험료를 납입하지 못한 경우에는 납입기일부터 3개월이 되는 날까지를 납입최고(독촉)기간으로 하여 제1항을 적용합니다. 다만, 회사가 다시 보험료를 수금 또는 자동이체 하기로 하거나 은행납입통지서를 교부하기로 한 경우에는 그 수금(자동이체) 또는 재교부일부터 15일이 되는 날을 새로운 납입기일로 하여 제1항의 납입최고(독촉)기간을 적용합니다.
- ③ 제2회 이후의 보험료가 납입기일까지 납입되지 아니하여 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 계약자(타인을 위한 보험의 경우 특정된 보험수익자(보험금을 받는자) 포함)에게 납입최고(독촉)기간 안에 연체된 보험료를 납입하여야 한다는 내용과 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 계약이 해지됨을 납입최고(독촉)기간이 끝나기 15일 이전까지 서면 또는 전화(음성녹음)로 알려 드립니다.
- ④ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제26조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제13조 【보험료의 납입연체로 인한 해지 계약의 부활(효력회복)】

- ① 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 아니한 경우 계약자는 해지된 날부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 회사가 이를 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 이 계약의 예정이율+1% 범위 내에서 각 상품별로 회사가 정하는 이

율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다.

② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제1조(보험계약의 성립) 제2항 및 제3항, 제9조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시일), 제29조(계약전 알릴의무), 제30조(계약전 알릴의무 위반의 효과) 및 제31조(계약취소권의 행사제한)을 준용합니다. 단, 부활(효력회복)의 경우 제1회 보험료는 부활(효력회복)시의 보험료를 의미합니다.

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제14조 【“암” 등의 정의 및 진단확정】

① “암” 및 “기타피부암”의 정의 및 진단확정

1. 이 계약에 있어서 “암” 이라 함은 한국표준질병사인분류 중 별표2 (대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암 제외))에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
2. 이 계약에 있어서 “기타피부암” 이라 함은 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
3. “암” 및 “기타피부암”의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 암 또는 기타피부암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

② “상피내암”의 정의 및 진단확정

1. 이 계약에 있어서 “상피내암” 이라 함은 한국표준질병사인분류 중 별표3 (상피내의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
2. “상피내암”의 진단확정은 해부병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 상피내암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

③ “경계성종양”의 정의 및 진단확정

1. 이 계약에 있어서 “경계성종양”이라 함은 한국표준질병사인분류 중 별표4 (행동양식불명 또는 미상의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
2. “경계성종양”의 진단확정은 해부병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 경계성종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제15조 【“뇌출혈” 및 “뇌경색증”의 정의 및 진단확정】

① 이 계약에 있어서 “뇌출혈”이라 함은 한국표준질병사인분류 중 별표 5-1 (뇌출혈 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 단, 일과성 대뇌 허혈성 발작(TIA) 및 관련증후군, 외상성 머리내 출혈, 혈관성 치매는 제외됩니다.

② 이 계약에 있어서 “뇌경색증”이라 함은 한국표준질병사인분류 중 별표 5-2 (뇌출혈·뇌경색증 분류표)에서 정한 질병 중 분류번호 I63(뇌경색증)에 해당하는 질병을 말합니다. 단, 일과성 대뇌 허혈성 발작(TIA) 및 관련증후군, 외상성 머리내 출혈, 혈관성 치매는 제외됩니다.

③ “뇌출혈” 및 “뇌경색증”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원

또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기 공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화단층술(SPECT), 뇌 척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자(보험대상자)가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자(보험대상자)가 뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제16조 【“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 계약에 있어서 “급성심근경색증”이라 함은 한국표준질병사인분류 중 별표6 (급성심근경색증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “급성심근경색증”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액 중 심장 효소검사, 핵의학 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자(보험대상자)가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자(보험대상자)가 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제17조 【“말기신부전증”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 계약에 있어서 “말기신부전증”이라 함은 양쪽 신장 모두가 비가역적인 기능부전을 보이는 말기신질환(End Stage Renal Disease) 으로서 보존 요법으로는 치료가 불가능하여 혈액투석이나 복막투석을 받고 있거나 받은 경우를 말합니다. 단, 일시적으로 투석치료를 필요로 하는 신부전증은 말기신부전증에서 제외합니다.
- ② “말기신부전증”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(한 의사, 치과의사 제외) 자격증을 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 말기신부전증의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 제출을 요청 할 수 있습니다.

제18조 【“말기간질환”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 계약에 있어서 “말기간질환”이라 함은 간질환 중에서 영구적인 황달, 복수, 뇌병증의 3가지 기준을 모두 충족시키는 간경화증을 말합니다.
- ② “말기간질환”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(한 의사, 치과의사 제외) 자격증을 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 말기간질환의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 제출을 요청 할 수 있습니다.

제19조 【“말기폐질환”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 계약에 있어서 “말기폐질환”이라 함은 한국표준질병사인분류 중 별표7 (말기폐질환 대상 질병분류표)에 해당하는 폐질환 중 만성적인 호흡기 기능상실을 초래하는 말기폐질환으로 다음의 두가지 기준에 모두 해당하는 경우를 말합니다.
 1. 영구적인 산소 공급 치료가 요구되는 상태
 2. 평상시 대기중에서 FEV1 검사 결과 정상 예측치의 25% 이하
- ② “말기폐질환”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 국외의

의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(한 의사, 치과 의사 제외) 자격증을 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 말기폐질환의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 제출을 요청 할 수 있습니다.

제20조 【“재해골절(치아파절 제외)”의 정의 및 진단확정】

① 이 계약에 있어서 “재해골절(치아파절 제외)”이라 함은 재해로 인하여 뼈의 구조상의 연속성이 완전하게 또는 불완전하게 끊어진 상태로 별표 8 (재해골절(치아파절 제외) 분류표)에서 정하는 재해골절(이하 “재해골절”이라 합니다) 진단을 받은 경우를 말합니다.

② “재해골절”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사, 치과 의사 또는 한 의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의한 진단서에 의합니다.

제21조 【“입원” 및 “수술”의 정의와 장소】

① 이 계약에 있어서 “입원”이라 함은 의사에 의하여 질병 또는 재해(<별표11>“질병 및 재해 분류표”에서 정한 질병 또는 재해를 말하며, 이하 “질병 또는 재해”라 합니다)로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 계약에 있어서 “수술”이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 별표 12 (수술·신생물 근처 방사선 조사 분류표)에서 정한 행위[생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(摘除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 제외]를 하는 것」를 말합니다.

제22조 【보험금의 종류 및 지급사유】

회사는 보험기간 중 피보험자(보험대상자)에게 다음 사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자(보험금을 받는자)에게 약정한 보험금 (<별표1>“보험금 지급기준표”참조)을 지급합니다.

1. 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 보장개시일 이후에 뇌출혈 진단이 확정되었을 때 : 뇌출혈 진단비 (단, 1년미만 진단확정시 50%를 지급하며, 최초 1회에 한함)
2. 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 보장개시일 이후에 뇌경색증 진단이 확정되었을 때 : 뇌경색증 진단비 (단, 1년미만 진단확정시 50%를 지급하며, 최초 1회에 한함)
3. 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 보장개시일 이후에 급성심근경색증 진단이 확정되었을 때 : 급성심근경색증 진단비 (단, 1년미만 진단확정시 50%를 지급하며, 최초 1회에 한함)
4. 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 보장개시일(암의 경우에는 암보장개시일) 이후에 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양 진단이 확정되었을 때 : 해당 암 진단비 (단, 1년미만 진단확정시 50%를 지급하며, 각각 최초 1회에 한함)
5. 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 보장개시일 이후에 말기신부전증 진단이 확정되었을 때 : 말기신부전증 진단비 (단, 1년미만 진단확정시 50%를 지급하며, 최초 1회에 한함)
6. 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 보장개시일 이후에 말기간질환 진단이 확정되었을 때 : 말기간질환 진단비 (단, 1년미만 진단확정시 50%를 지급하며, 최초 1회에 한함)
7. 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 보장개시일 이후에 말기폐질환 진단이 확정되었을 때 : 말기폐질환 진단비 (단, 1년미만 진단확정시 50%를 지급하며, 최초 1회에 한함)
8. 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 보장개시일 이후에 치료를 직접적인 목적으로 수술·

- 신생물 근치 방사선 조사 분류표에서 정한 수술을 받았을 때 : 해당 수술비
9. 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 보장개시일 이후에 질병 또는 재해의 치료를 직접적인 목적으로 4일 이상 계속하여 입원 하였을 때 : 입원비
10. 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 보장개시일 이후에 발생한 재해로 인하여 장해분류표(<별표9>”장해분류표”참조, 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률 중 3%이상 100%이하에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 해당 재해장해 급여금
11. 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 보장개시일 이후에 재해골절 상태가 되었을 때 : 재해골절 치료비
12. 피보험자(보험대상자)가 보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때 : 만기축하금(만기환급형에 한함)

제23조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 보험료 납입기간 중 피보험자(보험대상자)가 암보장개시일 이후에 암 진단이 확정되었거나 보장개시일 이후에 뇌출혈, 급성심근경색증, 말기신부전증, 말기간질환 또는 말기폐질환 진단이 확정되었을 때 또는 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상의 장해상태가 되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 그러나 암보장개시일의 전일 이전에 암으로 진단이 확정된 경우 또는 암보장개시일 이후 암진단이 암보장개시일 전에 발생한 암과 인과관계가 있는 경우에는 보험료 납입을 면제하지 아니합니다.
- ② 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 보장개시일(암의 경우 암보장개시일) 이후에 사망하고 그 이후에 뇌출혈, 뇌경색증, 급성심근경색증, 암, 기타피부암, 상피내암, 경계성종양, 말기신부전증, 말기간질환 또는 말기폐질환을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 제22조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호 내지 제7호의 각 해당 진단비를 지급합니다. 단, 암보장개시일의 전일 이전에 암으로 진단이 확정된 경우는 제외합니다.
- ③ 제 22조 (보험금의 종류 및 지급사유) 제 8호의 경우 회사는 피보험자(보험대상자)가 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 수술비에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 수술비를 지급합니다. 단, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술비를 지급합니다.
- ④ 제 3항에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어 먹거나 말하기 기능과 관련된 신체부위, 머리, 목, 척추(등뼈), 체간골, 흉부장기·복부장기·비뇨생식기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌·우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.
- ⑤ 제22조(보험금의 종류 및 지급사유) 제9호의 경우 입원비의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 하며, 피보험자(보험대상자)가 동일 질병 또는 재해의 치료를 직접적인 목적으로 입원을 2회 이상 하였을 때 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 120일을 적용합니다. 그러나 동일 질병 또는 재해로 인한 입원이라도 입원비가 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 지난후 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
- ⑥ 제22조(보험금의 종류 및 지급사유) 제9호의 경우 피보험자(보험대상자)가 입원기간 중에 보험기간이 끝났을 경우에도 그 계속중인 입원기간에 대하여는 제5항의 규정에 따라 입원비를 지급합니다.
- ⑦ 제22조(보험금의 종류 및 지급사유) 제9호에서 “계속하여 입원”이란 중도 퇴원 없이 계속하여 입원하는 것을 뜻합니다. 다만, 피보험자(보험대상자)가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정하는 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.
- ⑧ 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 입원비의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.
- ⑨ 이 계약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑩ 제1항 및 제22조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 10호의 경우 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만 장해분류표에서 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑪ 제10항에 의하여 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 재해일부터 2년 이내)중에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태(사망포함)를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑫ 제1항 및 제22조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 10호의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.

⑬ 제1항 및 제22조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 10호의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 지급률로 정합니다.

⑭ 제1항 및 제22조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 10호의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑮ 제14항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표 상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑯ 제22조(보험금의 종류 및 지급사유) 제10호에 규정한 재해장해 급여금의 지급사유가 다른 재해로 인하여 장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 장해가 이미 재해장해 급여금을 지급받은 동일부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 재해장해 급여금에서 이미 지급받은 재해장해 급여금을 뺀 금액을 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑰ 제22조(보험금의 종류 및 지급사유) 제10호에 있어서 그 재해 전에 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당하는 장해가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일부위에 또다시 제16항에 규정하는 장해의 상태가 발생하였을 때에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 장해에 대한 재해장해 급여금이 지급된 것으로 보고 최종 장해상태에 해당하는 재해장해 급여금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 재해장해 급여금을 빼고 지급합니다.

1. 이 계약의 보장개시전의 원인에 의하여거나 또는 그 이전에 발생한 장해로 재해장해 급여금의 지급사유가 되지 않았던 장해

2. 제1호 이외에 이 계약의 규정에 의하여 재해장해 급여금의 지급사유가 되지 않았던 장해 또는 재해장해 급여금이 지급되지 않았던 장해

⑱ 동일한 재해로 인한 장해지급률은 100%를 한도로 합니다.

⑲ 제22조(보험금의 종류 및 지급사유) 제11호의 경우 피보험자(보험대상자)가 동일한 재해로 인하여 2가지 이상의 골절(복합골절)상태가 되더라도 재해골절치료비는 1회만 지급하며, 의학적 처치 및 치료를 목적으로 골절을 시키는 경우에는 재해골절치료비를 지급하지 아니합니다.

⑳ 제22조(보험금의 종류 및 지급사유) 제12호의 경우 보험료 납입이 면제된 이후에도 정상적으로 보험료가 납입된 것으로 보고 피보험자(보험대상자)가 보험기간이 끝날때까지 살아있는 경우에는 만기축하금을 드립니다.

㉑ 제22조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호 내지 제2호의 경우 뇌경색증 진단 후 뇌출혈 진단 시에는 뇌출혈 진단 시점에 뇌출혈 진단비와 뇌경색증 진단비의 차액을 지급하여 드리며, 뇌출혈 진단 후 뇌경색증 진단 시에는 뇌경색증 진단비를 추가로 지급하지 않습니다.

㉒ 제1항에도 불구하고 계약자는 피보험자(보험대상자)가 암보장개시일 전에 암으로 진단이 확

정된 경우에는 진단일부터 그 날을 포함하여 90일 이내에 계약을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

㉔ 질병의 경우 보험계약 청약일로부터 과거 5년 이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우는 제외하며, 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

㉕ 제23항에도 불구하고 보험계약 청약일 이전에 진단된 질병이라고 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년을 경과하는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약청약일로부터 5년이 경과한 이후에는 제22조(보험금의 종류 및 지급사유)에 따라 보장하여 드립니다.

㉖ 제24항의 '청약일 이후 5년을 경과하는 동안'이라 함은 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약지의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

㉗ 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 발생한 경우 부활일을 제23항의 보험계약 청약일로 하여 제23항 내지 제25항을 적용합니다.

제24조 【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】

① 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 계약을 해지할 수 있습니다.

1. 피보험자(보험대상자)가 고의로 자신을 해친 경우

그러나, 피보험자(보험대상자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.

2. 보험수익자(보험금을 받는자)가 고의로 피보험자(보험대상자)를 해친 경우

그러나, 그 보험수익자(보험금을 받는자)가 보험금의 일부를 받는자인 경우에는 그 보험수익자(보험금을 받는자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자(보험금을 받는자)에게 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자(보험대상자)를 해친 경우

② 제1항 각 호의 사유로 인하여 회사가 이 계약을 해지하거나 계약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.

1. 제1항 제1호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.

2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려 드리지 아니합니다.

제25조 【전쟁, 기타 변란시의 보험금】

회사는 피보험자(보험대상자)가 전쟁, 기타 변란으로 인하여 제22조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호 내지 제11호의 사유가 발생한 경우 그 수가 보험료 산출기초에 중대한 영향을 미칠 우려가 있다고 인정될 때에는 금융감독위원회의 인가를 얻어 보험금을 감액하여 지급합니다.

제26조 【해약환급금】

① 이 약관에 의해 계약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 따라 계산합니다.

② 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제27조 【배당금의 지급】

이 계약은 무배당보험이므로 계약자배당금이 없습니다.

제28조 【소멸시효】

보험금 청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권 및 책임준비금 청구권은 2년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성됩니다.

제4관 보험계약시 계약자의 계약전 알릴의무 등

제29조 【계약전 알릴의무】

계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 청약시(진단계약의 경우에는 건강진단시 포함) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 “계약전 알릴의무”라 하며, 상법상 “고지의무”와 같습니다) 합니다. 그러나, 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 및 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제30조 【계약전 알릴의무 위반의 효과】

① 회사는 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 제29조(계약전 알릴의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한 할 수 있습니다. 그러나, 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 때에는 그러하지 아니합니다.

1. 회사가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날로부터 1개월이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년 (진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
3. 회사가 이 계약의 청약시 피보험자(보험대상자)의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 의하여 승낙통지를 한 때(계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 제외)
4. 보험을 모집한 자(이하 “보험설계사 등”이라 합니다)가 계약자 또는 피보험자(보험대상자)의 계약전 알릴의무사항을 임의로 기재한 경우

② 제1항의 중요한 사항이라 함은 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 인수하는 등 계약 인수에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

③ 회사는 제1항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한 할 경우에는 계약전 알릴의무 위반 사실 뿐만 아니라 계약전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 계약의 처리 결과를 “반대 증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면으로 알려드립니다.

④ 제1항에 의하여 계약을 해지하였을 때에는 해약환급금과 이미 납입한 보험료 중 많은 금액을 지급하여 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

⑤ 제29조(계약전 알릴의무)의 계약전 알릴의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당보험금을 지급하여 드립니다.

제31조 【계약취소권의 행사제한】

회사는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때에는 민법 제110조(사기에 의한 의사표시)에 의한 취소권을 행사하지 아니 합니다. 그러나 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 대리진단, 약물복용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 에이즈의 진단확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기 의사에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 보장개시일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터는 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제5관 보험금 지급 등의 절차

제32조 【주소변경 통지】

- ① 계약자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체 없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.
- ② 제1항에서 정한 대로 계약자가 알리지 아니한 경우에는 계약자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 시일이 지난 때에 계약자에게 도달된 것으로 봅니다.

제33조 【보험수익자(보험금을 받는자)의 지정】

이 계약에서 계약자가 보험수익자(보험금을 받는자)를 지정하지 아니한 때에는 보험수익자(보험금을 받는자)를 제22조(보험금의 종류 및 지급사유) 제12호의 경우는 계약자로 하고, 동조 제1호 내지 제11호의 경우는 피보험자(보험대상자)로 하며, 피보험자(보험대상자)의 사망시는 피보험자(보험대상자)의 상속인으로 합니다.

제34조 【대표자의 지정】

- ① 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는자)가 2인 이상인 경우에는 각 대표자 1인을 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는자)를 대리하는 것으로 합니다.
- ② 지정된 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는자)의 소재가 확실하지 아니한 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는자) 1인에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는자)에 대하여도 효력이 미칩니다.
- ③ 계약자가 2인 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

제35조 【보험금 지급사유의 발생통지】

계약자 또는 피보험자(보험대상자)나 보험수익자(보험금을 받는자)는 제22조(보험금의 종류 및 지급사유)에 정한 보험금 지급사유가 발생하였을 때에는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제36조 【보험금 등 청구시 구비서류】

- ① 보험수익자(보험금을 받는자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 책임준비금, 해약환급금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
 1. 청구서 (회사 양식)
 2. 사고증명서(사망진단서, 장애진단서, 입원치료확인서, 수술증명서, 진단서(뇌출혈, 뇌경색증, 급성심근경색증, 암, 기타피부암, 상피내암, 경계성종양, 말기신부전증, 말기간질환, 말기폐질환), 진료기록부(검사지포함) 등)
 3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
 4. 기타 보험수익자(보험금을 받는자)가 보험금 등의 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
- ② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제37조 【보험금 등의 지급】

- ① 회사는 제36조(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고,

그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금, 책임준비금 또는 해약환급금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금, 책임준비금 또는 보험료 납입면제의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

② 회사는 제22조(보험금의 종류 및 지급사유) 제12호에 해당하는 보험금의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 회사가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는자)에게 알려드리며, 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금 지급시의 적립이율 계산(<별표13> “보험금 지급시의 적립이율 계산”참조)과 같습니다.

③ 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는자)는 제30조(계약전 알릴의무 위반의 효과) 및 제1항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 아니합니다.

④ 회사가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도에 대하여 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는자)에게 서면으로 통지하여 드리며, 장해지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 보험금 지급이 지연되는 경우에는 보험수익자(보험금을 받는자)의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금을 우선적으로 가지급 할 수 있습니다.

⑤ 회사가 제1항의 지급사유 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우, 피보험자(보험대상자)의 동의를 얻어 제3의 의사를 정하고 그 제3의 의사의 의견에 따를 수 있습니다. 이 약관에서 “제3의 의사”는 의료법에서 정하는 종합병원에 소속된 의사 중에서 정하며, 이 항의 규정에 의한 의료비용은 회사가 부담합니다.

제38조 【계약내용의 교환】

회사는 보험계약의 체결 및 관리 등을 위한 판단자료로서 활용하기 위하여 다음 각호의 사항을 계약자 및 피보험자(보험대상자)의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련 단체 등에게 제공할 수 있으며, 이 경우 회사는 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 제23조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의) 및 동법 시행령 제12조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의 등)의 규정을 따릅니다.

1. 계약자 및 피보험자(보험대상자)의 성명, 주민등록번호 및 주소
2. 계약일, 보험종목, 보험료, 보험가입금액 등 계약내용
3. 보험금과 각종 급부금액 및 지급사유 등 지급내용
4. 피보험자(보험대상자)의 질병에 관한 정보

제39조 【보험계약대출】

① 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 “보험계약대출”이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.

② 계약자는 제1항에 의한 보험계약대출금과 보험계약대출이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 아니한 때에는 보험금, 책임준비금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출원리금을 차감할 수 있습니다.

③ 회사는 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출원리금을 차감할 수 있습니다.

제6관 분쟁조정 등

제40조 【분쟁의 조정】

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

제41조 【관할법원】

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

제42조 【약관의 해석】

- ① 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하여야 하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 아니합니다.
- ② 회사는 약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

제43조 【회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력】

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

제44조 【회사의 손해배상책임】

회사는 계약과 관련하여 임·직원, 보험설계사 및 대리점의 책임 있는 사유로 인하여 발생된 손해에 대하여 관계법규 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.

제45조 【준거법】

이 약관에서 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

제46조 【예금보험에 의한 지급보장】

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

(별표 1)

보험금 지급기준표

(기준 : 보험가입금액 1,000만원)

급 여 명	지 급 사 유	지 급 액
뇌출혈진단비 (제 22 조 제 1 호)	피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 보장개시일 이후에 뇌출혈 진단이 확정 되었을 때 (최초 1회에 한함)	2,500 만원 (단, 1 년미만 진단확정시 50% 지급)
뇌경색증진단비 (제 22 조 제 2 호)	피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 보장개시일 이후에 뇌경색증 진단이 확정 되었을 때 (최초 1회에 한함)	250 만원 (단, 1 년미만 진단확정시 50% 지급)
급성심근경색증진단비 (제 22 조 제 3 호)	피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 보장개시일 이후에 급성심근경색증 진단이 확정 되었을 때 (최초 1회에 한함)	2,000 만원 (단, 1 년미만 진단확정시 50% 지급)
암진단비 (제 22 조 제 4 호)	피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암 진단이 확정 되었을 때 (최초 1회에 한함)	2,000 만원 (단, 1 년미만 진단확정시 50% 지급)
	피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 보장개시일 이후에 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양 진단이 확정 되었을 때 (각각 최초 1회에 한함)	400 만원 (단, 1 년미만 진단확정시 50% 지급)
말기신부전증진단비 (제 22 조 제 5 호)	피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 보장개시일 이후에 말기신부전증 진단이 확정 되었을 때 (최초 1회에 한함)	1,000 만원 (단, 1 년미만 진단확정시 50% 지급)
말기간질환진단비 (제 22 조 제 6 호)	피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 보장개시일 이후에 말기간질환 진단이 확정 되었을 때 (최초 1회에 한함)	1,000 만원 (단, 1 년미만 진단확정시 50% 지급)
말기폐질환진단비 (제 22 조 제 7 호)	피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 보장개시일 이후에 말기폐질환 진단이 확정 되었을 때 (최초 1회에 한함)	1,000 만원 (단, 1 년미만 진단확정시 50% 지급)
수 술 비 (제 22 조 제 8 호)	피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 보장개시일 이후에 치료를 직접적인 목적으로 수술·신생물 근치 방사선 조사 분류표에서 정한 수술을 받았을 때	1 종 : 수술 1 회당 10 만원 2 종 : 수술 1 회당 30 만원 3 종 : 수술 1 회당 50 만원 4 종 : 수술 1 회당 100 만원 5 종 : 수술 1 회당 300 만원
입 원 비 (제 22 조 제 9 호)	피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 보장개시일 이후에 질병 또는 재해의 치료를 직접적인 목적으로 4일이상 계속하여 입원하였을 때	3 일초과 1 일당 2 만원 (단, 1 회 입원당 120 일 한도)
재해장해급여금 (제 22 조 제 10 호)	피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 보장개시일 이후에 발생한 재해로 인하여 장애분류표에서 정한 장애지급률 중 3%이상 100%이하에 해당하는 장애상태가 되었을 때	5,000 만원 X 해당 장애지급률
재해골절치료비 (제 22 조 제 11 호)	피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 재해골절(치아파절 제외) 상태가 되었을 때	재해골절 1 회당 30 만원
만기축하금 (제 22 조 제 12 호)	피보험자(보험대상자)가 보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때(만기환급형에 한함)	이미 납입한 보험료의 100%

- 주) 1. 이 계약의 암(기타피부암, 상피내암, 경계성종양 제외)보장개시일은 계약일(부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 합니다.
2. 피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 사망 당시의 책임준비금을 지급하여 드리고, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.
3. 보험료 납입기간 중 피보험자(보험대상자)가 암보장개시일 이후에 암 진단이 확정되었거나 보장개시일 이후에 뇌출혈, 급성심근경색증, 말기신부전증, 말기간질환 또는 말기폐질환 진단이 확정되었을 때 또는 장애분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체 부위의 장애지급률을 더하여 50%이상의 장애상태가 되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 그러나 암보장개시일의 전일 이전에 암으로 진단이 확정된 경우 또는 암보장개시일 이후 암진단이 암보장개시일 전에 발생한 암과 인과관계가 있는 경우에는 보험료 납입을 면제하지 아니합니다.
4. 재해골절 치료비의 경우 피보험자(보험대상자)가 동일한 재해로 인하여 2가지 이상의 골절(복합골절)상태가 되더라도 1회에 한하여 지급됩니다.
5. 뇌경색증 진단 후 뇌출혈 진단 시에는 뇌출혈 진단 시점에 뇌출혈 진단비와 뇌경색증 진단비의 차액을 지급하여 드리며, 뇌출혈 진단 후 뇌경색증 진단 시에는 뇌경색증 진단비를 추가로 지급하지 않습니다.

(별표 2)

대상이 되는 악성신생물(암) 분류표 (기타피부암 제외)

약관에 규정하는 악성신생물(암)로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병사인분류 (통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상 악성신생물(암)	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물(암)	C00 - C14
2. 소화기관의 악성신생물(암)	C15 - C26
3. 호흡기 및 가슴내 장기의 악성신생물(암)	C30 - C39
4. 뼈 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40 - C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성신생물(암)	C45 - C49
7. 유방의 악성신생물(암)	C50
8. 여성 생식기관의 악성신생물(암)	C51 - C58
9. 남성 생식기관의 악성신생물(암)	C60 - C63
10. 요로의 악성신생물(암)	C64 - C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계의 기타 부위의 악성신생물(암)	C69 - C72
12. 갑상샘 및 기타 내분비샘의 악성신생물(암)	C73 - C75
13. 불명확한 속발성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)	C76 - C80
14. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)	C81 - C96
15. 독립된(원발성) 다발성 부위의 악성신생물(암)	C97
16. 진성 적혈구 증가증	D45
17. 골수 형성이상 증후군	D46
18. 만성 골수증식성 질환	D47.1
19. 본태성(출혈성) 혈소판 증가증	D47.3
20. 림프종모양 구진증	L41.2

- 주) 1. 제6차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
2. 기타 피부의 악성신생물(암) (분류번호 C44)은 상기분류표에서 제외됩니다

(별표 3)

상피내의 신생물분류표

약관에 규정하는 상피내의 신생물로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병사인분류 (통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

분 류 항 목	분 류 번 호
1. 구강, 식도 및 위의 상피내 암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 상피내 암종	D01
3. 가운데귀 및 호흡기계의 상피내 암종	D02
4. 상피내의 흑색종	D03
5. 피부의 상피내 암종	D04
6. 유방의 상피내 암종	D05
7. 자궁목의 상피내 암종	D06
8. 기타 및 상세 불명의 생식기관의 상피내 암종	D07
9. 기타 및 상세 불명 부위의 상피내 암종	D09

제6차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표 4)

행동양식불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에 규정하는 행동양식불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분 류 번 호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 가운데귀, 호흡기, 가슴내 장기의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비샘의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물	D47 (D47.1,D47.3제외)
10. 기타 및 상세 불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물	D48
11. 달리 분류되지 않는 랑게르한스 세포 조직구증	D76.0

- 주) 1. 제6차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
2. 만성 골수증식성 질환(D47.1), 본태성 혈소판 증가증(D47.3)은 9.림프,조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물에 포함되지 않는 것으로 보아 보장하지 않습니다

(별표 5-1)

뇌출혈 분류표

약관에 규정하는 ‘뇌출혈’로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

분 류 항 목	분 류 번 호
1. 거미막밑 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 머리내 출혈	I62

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표 5-2)

뇌출혈·뇌경색증 분류표

약관에 규정하는 ‘뇌출혈·뇌경색증’으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

분 류 항 목	분 류 번 호
1. 거미막밑 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 머리내 출혈	I62
4. 뇌경색증	I63

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표 6)

급성심근경색증 분류표

약관에 규정하는 ‘급성심근경색증’으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병사인분류 (통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

분 류 항 목	분 류 번 호
1. 급성 심근경색증	I21
2. 속발성 심근경색증	I22
3. 급성 심근경색증에 의한 특정 현재 합병증	I23

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당 하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표 7)

말기폐질환 대상 질병분류표

약관에 규정하는 ‘말기폐질환’으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병사인분류(통계 청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행)중 다음으로 분류되는 질병을 말합니다.

분 류 항 목	분 류 번 호
1. 인플루엔자 및 폐렴	J10 ~ J18
2. 기타 급성 하기도 감염	J20 ~ J22
3. 만성 하기도 질환	J40 ~ J47
4. 외부요인에 의한 폐질환	J60 ~ J70
5. 주로 사이질에 영향을 주는 기타 호흡기 질환	J80 ~ J84
6. 하기도의 화농성 및 괴사성 병태	J85 ~ J86
7. 가슴막의 기타 질환	J90 ~ J94
8. 호흡계통의 기타 질환	J95 ~ J99

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당 되는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표 8)

재해골절(치아파절 제외) 분류표

약관에 규정하는 ‘재해골절(치아파절 제외)’은 제5차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 항목을 말합니다.

분 류 항 목	분 류 번 호
1. 머리뼈 및 얼굴뼈의 골절(치아파절 제외)	S02(S02.5는 제외)
2. 목의 골절	S12
3. 갈비뼈, 복장뼈 및 등뼈의 골절	S22
4. 허리뼈 및 골반의 골절	S32
5. 어깨 및 팔죽지의 골절	S42
6. 아래팔의 골절`	S52
7. 손목 및 손부위에서의 골절	S62
8. 넓적다리뼈의 골절	S72
9. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
10. 발목을 제외한 발의 골절	S92
11. 다발성 신체부위의 골절	T02
12. 상세불명 부위의 척추의 골절	T08
13. 상세불명 부위의 팔 골절	T10
14. 상세불명 부위의 다리 골절	T12
15. 상세불명의 신체부위의 골절	T14.2

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 골절 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 골절이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

(별표 9)

장 해 분 류 표

총 칙

1. 장애의 정의

- 1) "장애"라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태를 말한다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장애에 포함되지 않는다.
- 2) "영구적"이라 함은 원칙적으로 치유시 장애 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 장애에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 정한다.

2. 신체부위

"신체부위"라 함은 ① 눈 ② 귀 ③ 코 ④ 씹어먹거나 말하는 기능 ⑤ 외모 ⑥ 척추(등뼈) ⑦ 체간골 ⑧ 팔 ⑨ 다리 ⑩ 손가락 ⑪ 발가락 ⑫ 흉·복부 장기 및 비뇨생식기 ⑬ 신경계·정신행동의 13개 부위를 말하며, 이를 각각 동일한 신체부위라 한다. 다만, 좌·우의 눈, 귀, 팔, 다리는 각각 다른 신체부위로 본다.

3. 기타

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

장애분류별 판정기준

1. 눈의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 두눈이 멀었을 때	100
2) 한눈이 멀었을 때	50
3) 한눈의 교정시력이 0.02이하로 된 때	35
4) " " 0.06 "	25
5) " " 0.1 "	15
6) " " 0.2 "	5
7) 한눈의 안구에 뚜렷한 운동장애나 뚜렷한 조절기능장애를 남긴 때	10
8) 한눈의 시야가 좁아지거나 반맹증, 시야협착, 암점을 남긴 때	5
9) 한눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때	5

나. 장애판정기준

- 1) 시력장애의 경우 공인된 시력검사표에 따라 측정한다.
- 2) "교정시력"이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 시력을 말한다.
- 3) "한 눈이 멀었을 때"라 함은 눈동자의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나("광각무") 겨우 가릴 수 있는 경우("광각")를 말한다.
- 4) 안구운동장애의 판정은 외상후 1년 이상 경과한 후에 그 장애정도를 평가한다.
- 5) "안구의 뚜렷한 운동장애"라 함은 안구의 주시야의 운동범위가 정상 1/2 이하로 감소된 경우나 정면 양안시에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 때를 말한다.
- 6) "안구의 뚜렷한 조절기능장애"라 함은 조절력이 정상 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 45세 이상의 경우에는 제외한다.
- 7) "시야가 좁아진 때"라 함은 시야각도의 합계가 정상시야의 60%이하로 제한된 경우를 말한다.
- 8) "눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때"라 함은 눈꺼풀의 결손으로 인해 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮여지지 않는 경우를 말한다.
- 9) "눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때"라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.
- 10) 외상이나 화상 등에 의하여 눈동자의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 눈동자가 적출되어 눈자위의 조직요물(凹沒) 등에 의해 의안마저 삽입할 수 없는 상태이면 "뚜렷한 추상(추한 모습)"으로, 의안을 삽입할 수 있는 상태이면 "약간의 추상(추한 모습)"으로 지급률을 가산한다.
- 11) "눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때"에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장애를 포함하여 장애를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장애를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장애평가 방법 중 피보험자(보험대상자)에 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 두 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	80
2) 한 귀의 청력을 완전히 잃고, 다른 귀의 청력에 심한 장애를 남긴 때	45

3) 한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	25
4) 한 귀의 청력에 심한 장애를 남긴 때	15
5) 한 귀의 청력에 약간의 장애를 남긴 때	5
6) 한 귀의 귓바퀴의 대부분이 결손된 때	10

나. 장애판정기준

- 1) 청력장애는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB : decibel)로서 표시하고 3회 이상 청력검사를 실시한 후 순음평균역치에 따라 적용한다.
- 2) "한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때"라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB이상인 경우를 말한다.
- 3) "심한 장애를 남긴 때"라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- 4) "약간의 장애를 남긴 때"라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB이상인 경우에 해당되어, 50cm이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- 5) 순음청력검사를 실시하기 곤란하거나 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 "언어청력검사, 임피던스 청력검사, 뇌간유발반응청력검사(ABR), 자기청력계기검사, 이음향방사검사" 등을 추가실시 후 장애를 평가한다.

다. 귓바퀴의 결손

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

3. 코의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 코의 기능을 완전히 잃었을 때	15

나. 장애판정기준

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

4. 씹어먹거나 말하는 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애의 평가기준

- 1) 씹어먹는 기능의 장애는 상하치아의 교합(咬合), 배열상태 및 아래턱의 개폐운동, 연하(삼킴)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.
- 2) "씹어먹는 기능에 심한 장애를 남긴 때"라 함은 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
- 3) "씹어먹는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때"라 함은 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등) 외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
- 4) "씹어먹는 기능에 약간의 장애를 남긴 때"라 함은 어느 정도의 고형식(밥, 빵 등)은 섭취할 수 있으나 이를 씹어 잘게 부수는 기능에 제한이 뚜렷한 경우를 말한다.
- 5) "말하는 기능에 심한 장애를 남긴 때"라 함은 다음 4종의 어음 중 3종 이상의 발음을 할 수 없게 된 경우를 말한다.
 - ① 구순음(ㅁ, ㅂ, ㅍ)
 - ② 치설음(ㄴ, ㄷ, ㄹ)
 - ③ 구개음(ㄱ, ㅋ, ㆁ)
 - ④ 후두음(ㅇ, ㅎ)
- 6) "말하는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때"라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 2종 이상의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
- 7) "말하는 기능에 약간의 장애를 남긴 때"라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 1종의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
- 8) 뇌의 언어중추 손상으로 인한 실어증의 경우에도 말하는 기능의 장애로 평가한다.
- 9) "치아의 결손"이란 치아의 상실 또는 치아의 신경이 죽었거나 1/3 이상이 파절된 경우를 말한다.
- 10) 유상악치 또는 가교악치 등을 보철한 경우의 지대관 또는 구의 장착치와 포스트, 인레인만을 한 치아는 결손된 치아로 인정하지 않는다.
- 11) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
- 12) 어린이의 유치와 같이 새로 자라서 갈 수 있는 치아는 장애의 대상이 되지 않는다.
- 13) 신체의 일부에 탈착분리 가능한 의치의 결손은 장애의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

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

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)

- 1) 얼굴
 - ① 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

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

라. 약간의 추상(추한 모습)

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

마. 손바닥 크기

"손바닥 크기"라 함은 해당 환자의 수지를 제외한 수장부의 크기를 말하며, 통산 12세 이상의 성인에서는 8×10cm(1/2 크기는 40cm², 1/4 크기는 20cm²), 6~11세의 경우는 6×8cm(1/2 크기는 24cm², 1/4 크기는 12cm²), 6세 미만의 경우는 4×6cm(1/2 크기는 12cm², 1/4 크기는 6cm²)로 간주한다.

6. 척추(등뼈)의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) 척추(등뼈)는 경추(목뼈) 이하를 모두 동일부위로 한다.
- 2) 척추(등뼈)의 장애는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 본 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.
- 3) 심한 운동장애
 - 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정 한 상태

- 4) 뚜렷한 운동장애
 - ① 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정된 상태
 - ② 머리뼈와 상위경추(상위목뼈: 제1,2목뼈)간의 뚜렷한 이상전위가 있을 때
- 5) 약간의 운동장애
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정된 상태
- 6) 심한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 35° 이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
- 7) 뚜렷한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 15° 이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
- 8) 약간의 기형
1개 이상의 척추의 골절 또는 탈구로 인하여 경도(가벼운 정도)의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
- 9) 심한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판탈출증(속칭 디스크)으로 인하여 추간판을 2마디이상 수술하거나 하나의 추간판이라도 2회이상 수술하고 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장애가 있는 경우
- 10) 뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판 1마디를 수술하여 신경증상이 뚜렷하고 특수 보조검사에서 이상이 있으며, 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우
- 11) 약간의 추간판탈출증(속칭 디스크)
특수검사(뇌전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI) 등)에서 추간판 병변이 확인되고 의학적으로 인정할 만한 하지방사통(주변부위로 뻗치는 증상) 또는 감각 이상이 있는 경우
- 12) 추간판탈출증(속칭 디스크)으로 진단된 경우에는 수술여부에 관계없이 운동장애 및 기형장애로 평가하지 아니한다.

7. 체간골의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

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

8. 팔의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 판정한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장애(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장애가 생긴 경우)와 일시적인장애에 대하여는 장애보상을 하지 아니한다.
- 3) "팔"이라 함은 어깨관절(肩關節)부터 손목관절까지를 말한다.
- 4) "팔의 3대관절"이라 함은 어깨관절, 팔꿈치관절 및 손목관절을 말한다.
- 5) "한팔의 손목이상을 잃었을 때"라 함은 손목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치 관절 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
- 6) 팔의 관절기능 장애 평가는 팔의 3대관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) "영구적 신체장애 평가지침"의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장애를 표시할 경우에는 장애부위의 장애각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장애상태를 명확히 한다.
 - 가) "기능을 완전히 잃었을 때"라 함은
 - ① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
 - ② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "0등급(Zero)"인 경우
 - 나) "심한 장애"라 함은
 - ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
 - ② 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "1등급(Trace)"인 경우
 - 다) "뚜렷한 장애"라 함은
 - ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
 - 라) "약간의 장애"라 함은
 - ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
- 7) "가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때"라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 8) "가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때"라 함은 요골과 척골중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 9) "뼈에 기형을 남긴 때"라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

- 1) 1상지(팔과 손가락)의 장애지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.
- 2) 한 팔의 3대 관절중 1관절에 기능장애가 생기고 다른 1관절에 기능장애가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

9. 다리의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 판정한다.
- 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장애(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장애가 생긴 경우)와 일시적인 장애에 대하여는 장애보상을 하지 아니한다.
- "다리"라 함은 엉덩이관절(股關節)로부터 발목관절까지를 말한다.
- "다리의 3대 관절"이라 함은 고관절, 무릎관절 및 발목관절을 말한다.
- "한다리의 발목이상을 잃었을 때"라 함은 발목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절의 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
- 다리의 관절기능 장애 평가는 하지의 3대관절의 관절운동범위 제한 및 동요성 유무 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) "영구적 신체장애 평가지침"의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장애를 표시할 경우에는 장애부위의 장애각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장애상태를 명확히 한다.
 - "기능을 완전히 잃었을 때"라 함은
 - 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
 - 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "0등급(Zero)"인 경우
 - "심한 장애"라 함은
 - 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
 - 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "1등급(Trace)"인 경우
 - "뚜렷한 장애"라 함은
 - 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
 - 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - "약간의 장애"라 함은
 - 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
 - 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
- "가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때"라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.

- 8) "가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때"라 함은 경골과 종아리뼈중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 9) "뼈에 기형을 남긴 때"라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.
- 10) 다리의 단축은 상전장골극에서부터 경골내측과 하단까지의 길이를 측정하여 정상측 다리의 길이와 비교하여 단축된 길이를 산출한다.
다리 길이의 측정에 이용하는 골표적(bony landmark)이 명확하지 않은 경우나 다리의 단축 장애 판단이 애매한 경우에는 scanogram을 통하여 다리의 단축정도를 측정한다.

다. 지급률의 결정

- 1) 1하지(다리와 발가락)의 장애지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60%한도로 한다.
- 2) 한 다리의 3대 관절중 1관절에 기능장애가 생기고 다른 1관절에 기능장애가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

10. 손가락의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) 손가락에는 첫째 손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
- 2) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.
- 3) "손가락을 잃었을 때"라 함은 첫째 손가락에 있어서는 지관절로부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽으로 손가락을 잃었을 때를 말한다.
- 4) "손가락뼈 일부를 잃었을 때"라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼쪽으로 손가락뼈를 잃었거나 뼈조각이 떨어져 있는 것이 엑스선 사진으로 명백한 경우를 말한다.
- 5) "손가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때"라 함은 손가락의 생리적 운동영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때이며 이 경우 손가락관절의 굴신운동 가능영역에 의해 측정한다. 첫째 손가락 이외의 다른 네 손가락에 있어서는 제1, 제2지관절의 굴신운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.
- 6) 한 손가락에 장애가 생기고 다른 손가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

11. 발가락의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

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

12. 흉·복부장기 및 비뇨생식기의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애의 판정기준

- 1) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장애를 남긴 때"라 함은
 - ① 심장, 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
 - ② 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때
 - ③ 방광의 기능이 완전히 없어진 때
- 2) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때"라 함은
 - ① 위, 대장 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때
 - ② 소장 또는 간장의 3/4이상을 잘라내었을 때
 - ③ 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
- 3) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장애를 남긴 때"라 함은
 - ① 비장 또는 한쪽의 신장 및 한쪽의 폐를 잘라내었을 때

- ② 장루, 요도루, 방광누공, 요관 장문합이 남았을 때
- ③ 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착으로 인공요도가 필요한 때
- ④ 음경의 1/2이상이 결손되었거나 질구 협착 등으로 성생활이 불가능한 때
- ⑤ 항문 괄약근의 기능장애로 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
- 4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기의 장애로 인하여 일상생활 기본동작에 제한이 있는 경우 "<불임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표"에 따라 장애를 평가하고 둘 중 높은 지급률을 적용한다.
- 5) 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장애의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계·정신행동 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

1) 신경계

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

2) 정신행동

- ① 상기 정신행동장애 지급률에 미치지 않는 장애에 대해서는 "<불임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표"에 따라 지급률을 산정하여 지급한다.
- ② 일반적으로 상해를 입은 후 24개월이 경과한 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 상해를

입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 수상 후 18개월이 경과한 후에 판정할 수 있다. 다만, 장애는 충분한 전문적 치료를 받은 후 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로 인하여 고정되거나 중하게 된 장애에 대해서는 인정하지 아니한다.

③ 심리학적 평가보고서는 자격을 갖춘 임상심리 전문의가 시행하고 작성하여야 한다.

④ 전문의란 정신과 혹은 신경정신과 전문의를 말한다.

⑤ 평가의 객관적 근거

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

㉡ 객관적 근거로 인정할 수 없는 경우

- 보호자나 환자의 진술
- 감정의 추정 혹은 인정
- 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌SPECT 등)
- 정신과 혹은 신경정신과 전문의가 시행하고 보고서를 작성하는 심리학적 평가보고서

⑥ 각종 기질성 정신장애와 외상후 간질에 한하여 보상한다.

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

⑧ 정신 및 행동장애의 경우 개호인은 생명유지를 위한 동작 및 행동이 불가능하거나 지속적인 감금을 요하는 상태에 한하여 인정한다. 개호의 내용에서는 생명유지를 위한 개호와 행동감시를 위한 개호를 구별하여야 한다.

3) 치매

① "치매"라 함은

- 뇌 속에 후천적으로 생긴 기질적인 병으로 인한 변화 또는 뇌 속에 손상을 입은 경우
- 정상적으로 성숙한 뇌가 상기에 의한 기질성 장애에 의해서 파괴되었기 때문에 한번 획득한 지능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 경우

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

4) 간질

① "간질"이라 함은 돌발적 뇌파이상을 나타내는 뇌질환에 의거하여 발작(경련, 의식장애 등)을 반복하는 것을 말한다.

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

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

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

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

⑥ "경증발작"이라 함은 운동장애가 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 지속적인 도움이 없이는 방밖을 나올 수 없는 상태(지급률 40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움없이 방밖을 나올 수 없는 상태(30%) - 목발 또는 walker를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태(20%) - 독립적인 보행은 가능하나 파행이 있는 상태, 난간을 잡지않고 계단을 오르내리기가 불가능한 상태, 계속하여 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태(10%)
음식물 섭취	- 식사를 전혀 할수 없어 계속적으로 튜브나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급을 받는 상태(20%) - 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 지속적인 도움이 없이는 식사를 전혀 할수 없는 상태(15%) - 숟가락 사용은 가능하나 젓가락 사용이 불가능하여 음식물 섭취에 있어 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%) - 독립적인 음식물 섭취는 가능하나 젓가락을 이용하여 생선을 바르거나 음식물을 자르지는 못하는 상태(5%)
배변 배뇨	- 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 지속적인 도움이 필요한 상태(20%) - 화장실에 가서 변기위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 화장지로 닦고 옷을 입는 일에 다른 사람의 지속적인 도움이 필요한 상태(15%) - 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변후 뒤처리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%) - 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2시간 이상 계속되는 업무(운전, 작업, 교육 등)를 수행하는 것이 어려운 상태(5%)
목욕	- 다른 사람의 지속적인 도움없이 샤워 또는 목욕을 할 수 없는 상태(10%) - 샤워는 가능하나, 혼자서는 때밀기를 할 수 없는 상태(5%) - 목욕시 신체(등 제외)의 일부 부위만 때를 밀 수 있는 상태(3%)
옷입고 벗기	- 다른 사람의 지속적인 도움없이 전혀 옷을 챙겨 입을 수 없는 상태(10%) - 다른 사람의 지속적인 도움없이 상의 또는 하의 중 하나만을 착용할 수 있는 상태(5%) - 착용은 가능하나 다른 사람의 도움없이 마무리(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)는 불가능한 상태(3%)

(별표 10)

재 해 분 류 표

1. 보장대상이 되는 재해

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

- ① 한국표준질병사인분류(S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 전염병 예방법 제2조 제1항 제1호에 규정한 질병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
 - 과로 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
 - 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
 - 식량결핍(X53)
 - 수분결핍(X54)
 - 상세불명의 결핍(X57)
 - 고의적 자해(X60~X84)
 - "법적 개입" 중 법적 처형(Y35.5)
- ③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 후에 합병증을 일으키게 한 외과적 및 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장
- ④ "자연의 힘에 노출(X30~X39)"중 급격한 액체손실로 인한 탈수
- ⑤ "불의의 물에 빠짐(W65~W74), 기타 불의의 호흡 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)"중 질병에 의한 호흡장애 및 삼킴장애
- ⑥ 한국표준질병사인분류상의 (U00~U49, U80~U89)에 해당하는 질병

(주) () 안은 제5차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008.1.1시행)상의 분류번호이며, 제6차 개정 이후 상기 재해 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함하는 것으로 합니다.

(별표 11)

질병 및 재해 분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

- ① 한국표준질병·사인분류(S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 전염병 예방법 제2조 제1항 제1호에 규정한 전염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

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

(주) () 안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008.1.1시행)상의 분류번호이며, 제6차 개정 이후 상기 질병 및 재해 이외에 추가로 위의 1및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 질병 및 재해가 있는 경우에는 그 질병 및 재해도 포함 하는 것으로 합니다.

(별표 12)

수술·신생물 근치 방사선 조사 분류표

<수술 분류표>

1. 일반 질병 및 재해 치료 목적의 수술

구분	수술 명	수술종류
피부, 유방의 수술	1. 피부이식술(移植術) (25cm ² 미만은 제외, 피부의 양성종양 제거술 제외)	3종
	2. 유방절단술(切斷術, Mastectomy)	3종
근골(筋骨)의 수술 [발정술(拔釘術) 등내고정물 제거술, 비(非)관혈적(觀血的) 정복술(整復術)은 제외함] [치(齒)·치은·치근(齒根)·치조골(齒槽骨)의 처치, 임플란트(Implant) 등 치료와 처치에 수반하는 것을 제외함]	3. 골(骨)이식술	2종
	4. 골수염(骨髓炎), 골결핵(骨結核) 관혈수술(觀血手術) [농양(膿瘍)의 절개는 제외함]	3종
	5. 두개골(頭蓋骨, cranium) 관혈수술 [비골(鼻骨, 코뼈)·비중격(鼻中隔)·상악골(上顎骨, 위턱뼈)·하악골(下顎骨, 아래턱뼈)·악관절(顎關節)은 제외함]	3종
	6. 비골(鼻骨, 코뼈) 관혈수술 [비중격 만곡증(灣曲症)수술, 수면중 무호흡수술은 제외]	1종
	7. 상악골(上顎骨, 위턱뼈), 하악골(下顎骨, 아래턱뼈), 악관절(顎關節) 관혈수술	2종
	8. 척추골(脊椎骨), 골반골(脊椎骨) 관혈수술	3종
	9. 쇄골(鎖骨), 견갑골(肩胛骨, 어깨뼈), 늑골(肋骨, 갈비뼈), 흉골(胸骨, 복장뼈) 관혈수술	2종
	10. 사지(四肢) 절단술 [손가락, 발가락은 제외함]	3종
	11. 절단(切斷)된 사지(四肢) 재접합술(再接合術) [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는 것]	3종
	12. 사지골(四肢骨, 팔다리뼈), 사지관절(四肢關節) 관혈수술 [손가락, 발가락은 제외함]	2종
	13. 근(筋), 건(腱, 힘줄), 인대(靱帶) 관혈수술 [손가락, 발가락은 제외함. 근염(筋炎), 결절종(結節腫), 점액종(粘液腫)수술은 제외함]	1종
호흡기계, 흉부(胸部)의 수술	14. 만성부비강염(慢性副鼻腔炎) 근본수술(根本手術)	1종
	15. 후두(喉頭) 전적제술(全摘除術)	3종
	16. 기관(氣管), 기관지(氣管支), 폐(肺), 흉막(胸膜) 관혈수술 [개흉술(開胸術, Thoracotomy)을 수반하는 것]	4종
	17. 폐장(肺臟) 이식수술 [수용자(受容者)에 한함]	5종
	18. 흉곽(胸郭) 형성술(形成術)	3종
순환기계, 비장(脾腸)의 수술	19. 종격종양(縱隔腫瘍) 적출술(摘出術) [개흉술을 수반하는 것]	4종
	20. 관혈적(觀血的) 혈관 성형술(血管成形術, Angioplasty)·혈관우회술(迂迴術, bypass operation)	3종
	21. 하지 정맥류(靜脈瘤) 근본수술	1종
	22. 대동맥(大動脈), 대정맥(大靜脈), 폐동맥(肺動脈), 관동맥(冠動脈) 관혈수술 [개흉술, 개복술을 수반하는 것]	5종
	23. 심막(心膜) 절개봉합술(切開縫合術)	4종
	24. 직시하 심장내(直視下心腔內) 관혈수술 [개흉술을 수반하는 것]	5종
	25. 심장 이식수술 [수용자에 한함]	5종
	26. 체내용(體內用) 인공심박조율기(人工深博調律機, Artificial pacemaker) 매입술(埋入術)	3종
	27. 비장(脾腸) 적제술	3종
소화기계의	28. 이하선종양(耳下腺腫瘍, 귀밑샘종양) 적출술	3종

수술	29. 악하선종양(顎下腺腫瘍) 적출술	2종
	30. 식도(食道) 이단술(離斷術) [개흉술, 개복술(開腹術,Laparotomy)을 수반하는 것]	4종
	31. 위 절제술(胃 切除術,Gastrectomy) [개복술을 수반하는 것]	4종
	32. 기타의 위·식도수술 [개흉술, 개복술을 수반하는 것]	3종
	33. 전신성 복막염(全身性 腹膜炎,Generalized peritonitis) 수술	3종
	34. 간장(肝臟), 췌장(胰臟) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]	4종
	35. 담낭(膽囊), 담도(膽道) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]	3종
	36. 간장 이식수술 [수용자에 한함, 개복술을 수반하는 것]	5종
	37. 췌장 이식수술 [개복술을 수반해야 하며 수용자에 한함]	5종
	(단, 랑게르한스 소도(Islet of Langerhans)세포 이식수술은 제외함)	
	38. 담도계 결석 치료를 위한 체외충격파쇄석술(體外衝擊波碎石術, E.S.W.L)[시술개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함]	2종
	39. 탈장(脫腸) 근본수술	1종
	40. 충수(蟲垂)절제술(충수염 관련 충수주위 농양수술, 국한성 복막염 수술 포함), 맹장봉축술(盲腸縫縮術)	2종
	41. 직장탈(直腸脫)근본수술	2종
	42. 소장(小腸), 결장(結腸), 직장(直腸), 장간막(腸間膜) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]	4종
	43. 근치(根治)를 목적으로 한 치루(痔瘻), 탈항(脫肛,항문탈출증), 치핵(痔核) 근본수술[근치를 목적으로 하지 않은 수술은 제외함]	1종
비뇨기계, 생식기계의 수술	44. 신장(腎臟), 신우(腎臟), 요관(腎盂) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것, 경요도적 조작은 제외함]	4종
	45. 방광(膀胱) 관혈수술[경요도적조작은 제외함]	2종
	46. 신장(腎臟) 이식수술(移植手術) [수용자에 한함]	5종
	47. 요로 결석 치료를 위한 체외충격파쇄석술(體外衝擊波碎石術, E.S.W.L)[시술개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함]	2종
	48. 요도협착(經尿狹窄) 관혈수술 [경요도적 조작은 제외함]	3종
	49. 요루폐쇄(尿瘻閉鎖,Urinary fistulectomy) 관혈수술 [경요도적 조작은 제외함]	3종
	50. 음경(陰莖) 절단술	3종
	51. 고환(睪丸), 부고환(副睪丸), 정관(精管), 정색(精索), 정낭(精囊)관혈수술, 전립선(前立腺)관혈수술	2종
	52. 음낭수종(陰囊手腫) 근본수술	1종
	53. 자궁(子宮) 전(全)절제술	2종
	54. 자궁경관(子宮頸管) 형성술, 자궁경관 봉축술(縫縮術)	1종
	55. 제왕절개술(帝王切開術)	1종
	56. 자궁외 임신(子宮外 妊娠)수술	2종
	57. 자궁탈(子宮脫)·질탈(膺脫)근본수술	1종
	58. 기타의 자궁수술 [자궁경관 Polyp절제술, 인공임신중절술(人工妊娠中絶術)은 제외함]	1종
내분비계의 수술	59. 난관(卵管), 난소(卵巢) 관혈수술 [경질적(經腔的)조작은 제외함]	2종
	60. 기타의 난관(卵管), 난소(卵巢)수술	1종
	61. 뇌하수체종양(腦下垂體腫瘍) 관혈적 적제술	5종
신경계의 수술	62. 갑상선(甲狀腺)·부갑상선(副甲狀腺) 절제술	3종
	63. 부신(副腎) 전(全)적제술	4종
	64. 두개내(蓋內) 관혈수술 [개두술(開頭術,Craniotomy)을 수반하는 것]	5종
	65. 신경(神經) 관혈수술 [형성술, 이식술, 절제술, 감압술(減壓術), 개방술, 염제술(捻除術)	2종
	66. 관혈적 척수종양(脊髓腫瘍) 적출술(摘出術)	4종
	67. 척수경막내외(脊髓硬膜内外) 관혈수술	3종

시각기(視覺器)의 수술	68. 안검하수증(眼瞼下垂症) 수술	1종
	69. 누소관(淚小管)형성술	2종
	70. 누낭비강(淚囊鼻腔) 문합술(吻合術)	2종
	71. 결막낭(結膜囊) 형성술	2종
	72. 각막(角膜) 이식술	2종
	73. 관혈적 전방(前房), 홍채(虹彩), 초자체(硝子體), 안와내(眼窩內) 이물제거술(異物除去術)	2종
	74. 홍채(虹彩) 전후유착 박리술(前後癒着剝離術)	2종
	75. 녹내장((綠內障) 관혈수술	3종
	76. 백내장(白內障), 수정체(水晶體) 관혈수술	1종
	77. 초자체(硝子體) 관혈수술	2종
	78. 망막박리(網膜薄利) 수술	2종
	79. 레이저(Laser)·냉동응고(冷凍凝固)에 의한 안구(眼球) 수술 [시술개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함]	2종
청각기(聽覺器)의 수술	80. 안구적제술, 조직충전술(組織充填術)	3종
	81. 안와종양(眼窩腫瘍) 적출술	3종
	82. 안근(眼筋)이식술	2종
	83. 관혈적고막(鼓膜), 고실(鼓室) 형성술 [고막 패치술은 제외]	3종
	84. 유양동 삭개술(乳樣洞削開術, mastoidectomy)	1종
상기 이외의 수술 [검사, 처치, 약물주입요법은 포함하지 않음]	85. 만성중이염 중이(中耳, 가운데귀) 근본수술	2종
	86. 내이(內耳, 속귀) 관혈수술	3종
	87. 청신경종양(聽神經腫瘍) 적출술 [개두술(開頭術)을 수반하는 것]	5종
	88. 상기 이외의 개두술(開頭術)	3종
	89. 상기 이외의 개흉술(開胸術)	3종
	90. 상기 이외의 개복술(開腹術)	2종
	91. 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적(피부를 통한) 수술 [시술 개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함]	3종
	91-1. 뇌, 심장	3종
	92-2. 후두, 흉부장기(심장 제외), 복부장기, 척추, 사지관절(손가락, 발가락은 제외)	2종

(주) 상기 1-90항의 수술중 내시경(Fiberscope)을 이용한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적(經皮的, Percutaneous, 피부를 통한)수술은 91항을적용합니다.

II. 악성신생물(암) 치료 목적의 수술

수술 명	수술종류
1. 관혈적 악성신생물(惡性新生物, 암) 근치수술(根治手術, Radical curative surgery) [내시경 수술, 카테터·고주파 전극 등의 경피적(피부를 통한) 수술 등은 제외함]	5종
2. 내시경 수술, 카테터·고주파 전극 등에 의한 악성신생물(암) 수술 [시술 개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함]	3종
3. 상기 이외의 기타 악성신생물(암) 수술 [시술 개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함]	2종

(주) 1. 상피내암·경계성 종양에 대한 수술은 'I. 일반질병 및 재해 치료 목적의 수술'항목의 적용을 받음

2. 카테터(Catheter)를 이용한 흡인·천자·약물주입요법은 포함하지 않음

<악성신생물(암) 근치·두개내신생물 근치 방사선 조사 분류표>

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

- (주) 1. 시술 개시일로부터 60일 간에 1회의 급여를 한도로 함
2. 고식적(姑息的), 보조적(補助的)·근치 목적 이외의 정위적 방사선 조사는 제외함

(수술·신생물 근치 방사선 조사분류표 사용 지침)

1. “수술”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)가 피보험자(보험대상자) 질병 또는 재해로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 <수술·신생물 근치 방사선 조사분류표>에 정한 행위[기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(신경의 차단)은 제외]를 하는 것을 말합니다.
2. 관혈(觀血)수술이라 함은 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말합니다.
3. ‘근본(根本)’ 혹은 ‘근치(根治)’수술이라 함은 일회의 수술로 해당 질병을 완전히 치유할 수 있는 수술을 말합니다.
4. ‘관혈적 악성신생물(암) 근치수술’이라 함은 관혈적 방법을 통해 악성신생물(암)의 원발 병소를 완전히 절제, 적제, 적출하고 혹은 광침술을 함께 실시한 경우입니다.
5. <수술·신생물 근치 방사선 조사분류표>상에 열거되지 않은 선진의료적 첨단 수술에 대한 인정 및 적용 기준.
<수술분류표>에서의 선진의료적 첨단 수술은 상기 “수술”의 정의에 해당하여야 하고 약물투여치료, 방사선조사치료 또는 기타의 보존적 치료로 분류될 수 없는 경우이어야 합니다.
 - 1) <수술·신생물 근치 방사선 조사분류표>상의 수술을 대신하여 완치율이 높고 일반적으로 의학계에서 인정하고 있는 첨단의 수술기법으로 치료한 경우 <수술·신생물 근치 방사선 조사분류표>상의 동일부위 수술로 봅니다. 이때에 해당 선진의료적 첨단 수술은 보험기간중 시술 개시일로부터 60일 간에 1회의 급여를 한도로 합니다.
 - 2) 단, 이 선진의료적 첨단수술이 본질적으로 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter)등에 의한 경피적(피부를 통한) 수술인 경우에는 <수술분류표>중 ‘일반질병 및 재해치료 목적의 수술’ 91항(악성신생물(암)의 경우는 ‘악성신생물(암) 치료목적의 수술’ 2항)을 우선 적용합니다.
6. ‘악성신생물(암) 근치 사이버 나이프(Cyberknife; 선형가속기에서 발생하는 가느다란 방사선 이용) 정위적 방사선 치료’라 함은 선형가속기(LINAC)에서 발생하는 가는 방사선(Pencil beam)들을 다양한 각도에서 악성 신생물을 향해 집중적으로 조사하면서 동시에 악성신생물(암)의 움직임을 병변 추적 장치를 이용하여 실시간으로 추적하면서 치료하는 방법입니다.
7. ‘두개내 신생물 근치 감마나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료’라 함은 정위 좌표계를 이용하여 코발트 60방사성 동위원소(Co-60)에서 나오는 감마선을 두개(頭蓋)강 내의 신생물을 향해 집중 조사함으로 두개(頭蓋)를 열지 않고도 수술적 제거와 같은 효과를 내는 치료를 말합니다.
8. 다음과 같은 수술은 수술급여금 지급대상에서 보장을 제외합니다.
 - 1) 미용 성형상의 수술
 - 2) 피임(避妊)목적의 수술
 - 3) 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡 検査) 등]

(별표 13)

보험금 지급시의 적립이율 계산 (제37조 제2항 관련)

구 분	적 립 기 간		적립 이율
진단비, 수술비, 입원비 (제22조 제1호 내지 제11호) 및 피보험자(보험대상자) 사망당시의 책임준비금(제7조 제1항)	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간		보험계약대출이율
만기축하금 (제22조 제12호)	회사가 보험금의 지급시기 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 아니한 경우	보험금지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	예정이율
	회사가 보험금의 지급시기 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알린 경우	보험금지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금청구일까지의 기간	1년이내 : 예정이율의 50% 1년초과기간 : 1%
	보험금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간		예정이율+1%
	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간		보험계약대출이율
해약환급금 (제26조 제1항)	해약환급금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 해약환급금 청구일까지의 기간		1년이내 : 예정이율의 50% 1년초과기간 : 1%
	해약환급금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간		예정이율 + 1%
	지급기일의 다음날부터 해약환급금 지급일까지의 기간		보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효(제28조)가 완성된 이후에는 더 이상 지급이자를 부리하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.

특별조건부특약 약관

특별조건부특약 약관

제 1조 【보험계약의 성립】

제 2조 【특약의 내용】

제 3조 【특약의 부가조건】

제 4조 【특약의 보험기간 및 보험료의 납입】

제 5조 【특약내용의 변경】

제 6조 【주계약 약관의 준용】

특별조건부특약

제1조 【보험계약의 성립】

- ① 이 특약은 보험계약을 체결할 때 피보험자(보험대상자)의 진단결과 보험회사가 정한 표준체 보험에 가입할 수 없다고 인정할 때에 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 주된 보험계약에 부가하여 이루어 집니다. 이 특약에서 "보험계약"이라 함은 주된 보험계약과 특약이 부가된 경우에는 특약을 포함한 것을 말하며, "주된 보험계약"은 "주계약"이라 합니다.
- ② 특약을 2인(3인, 多人) 보장보험에 부가할 경우 이 특약의 피보험자(보험대상자)는 주계약의 계약자 또는 주피보험자(주된 보험대상자)(주계약의 계약자와 주피보험자(주된 보험대상자)가 상이할 경우에는 주피보험자(주된 보험대상자))로 합니다.
- ③ 특약에 대한 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제2조 【특약의 내용】

이 특약은 피보험자(보험대상자)의 위험도가 높아 계약이 불가능한 경우 이 약관이 정하는 바에 따라 가입할 수 있도록 하여 보험기간 중 위험에 대한 보장을 받을 수 있는 것을 주된 내용으로 합니다.

제3조 【특약의 부가조건】

- ① 특약에 의하여 부가하는 계약조건은 피보험자(보험대상자)의 건강상태, 위험의 종류 및 정도에 따라 다음 중 한가지의 방법으로 부가합니다.

1. 할증보험료법

할증위험률(割増危険率)에 의한 보험료와 표준체(標準體)보험료와의 차액을 특약보험료라 하며 계약체결시 위험의 정도에 따라 표준체 보험료에 회사에서 정한 특약보험료를 더하여 납입보험료로 합니다. 이러한 경우 피보험자(보험대상자)에게 보험사고가 발생하였을 때에는 보험계약에 정한 보험금을 지급합니다.

2. 보험금감액법

계약일로부터 회사가 정하는 삭감기간(削減期間)내에 보험계약의 규정에 정하는 재해 이외의 원인으로 피보험자(보험대상자)가 사망하거나 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 80%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 보험계약의 규정에도 불구하고 계약시에 정한 삭감기간에 따라 다음과 같이 보험금을 지급합니다

경과기간	기준	삭감 기간				
		1년	2년	3년	4년	5년
1년미만	보험계약에 정한 지급보험금	50%	30%	25%	20%	15%
1년이상 2년미만			60%	50%	40%	30%
2년이상 3년미만				75%	60%	45%
3년이상 4년미만					80%	60%
4년이상 5년미만						80%

그러나, 그 보험사고의 발생원인이 재해로 인하여 피보험자(보험대상자)가 사망(보험기간 중 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항에 준하는 사유로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 호적에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다)하거나 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 80%이상인 장해상태가 된 경우에는 삭감된 보험금을 지급하지 아니하고 보험계약의 규정에 따른 보험금을 지급합니다.

3. 나이가산법

할증위험률에 따른 보험료가 표준체 보험료와 가장 가까운 나이간의 차이를 연증수(年增數)라 합니다. 즉 어떤 결함을 가진 피보험자(보험대상자)의 위험지수(危險指數)가 실제 n

세 높은 나이의 표준체와 같은 위험률을 나타낸다고 인정할 때 n년증이라 칭하고 n세 높은 나이의 표준체보험료를 받아들이는 방법입니다.

4. 나이가산법과 보험금감액법을 병용(併用)할수 있습니다.

② 제1항 제1호 내지 제4호의 규정에 의하여 계약에 부가된 조건을 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제4조 【특약의 보험기간 및 보험료의 납입】

① 이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일합니다.

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

③ 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우에는 이 특약의 보험료 납입도 면제됩니다.

제5조 【특약내용의 변경】

이 특약은 주계약의 약관의 규정에도 불구하고 다음과 같은 내용은 변경할 수 없습니다.

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

제6조 【주계약 약관의 준용】

이 특약에 따로 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관에 따릅니다.

무배당

특별조건부인수특약 약관

특별조건부인수특약 약관

제 1조 【특약의 체결 및 소멸】

제 2조 【특약면책조건의 내용】

제 3조 【효력상실된 특약의 부활(효력회복)】

제 4조 【주계약 약관의 준용】

특별조건부인수특약

제 1조 【특약의 체결 및 효력】

- ① 이 특약은 주된 보험계약(특약이 부가된 경우에는 특약을 포함)을 체결할 때 피보험자(보험대상자)의 건강상태가 보험회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우 보험계약자의 청약(請約)과 보험회사의 승낙(承諾)으로 주된 보험계약에 부가하여 이루어 집니다. (이하 주된 보험계약은 "주계약", 보험계약자는 "계약자", 보험회사는 "회사"라 합니다.)
- ② 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
- ③ 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력 가지지 아니하게 된 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.
- ④ 주계약 및 특약에서 정한 보장 개시일 이전에 발생한 질병에 대하여 계약을 무효로 하는 경우에도 다음 각호의 경우에는 계약을 무효로 하지 아니합니다.
 1. 이 특약 제2조(특약면책조건의 내용) 제2항 제1호에서 정한 특정부위에 발생한 질병에 대하여 면책을 조건으로 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정부위에 질병이 발생한 경우
 2. 이 특약 제2조(특약면책의 내용) 제2항 제2호에서 정한 특정질병에 대하여 면책을 조건으로 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정질병이 발생한 경우

제 2조 【특약면책조건의내용】

- ① 주계약에 이 특약을 부가할 때 피보험자(보험대상자)의 건강상태에 따라서 1종의 경우에는 제2항 제1호의 조건을 부가하고 2종의 경우에는 제2항 제1호 및 제 2호의 조건을 부가합니다.
- ② 이 특약에서 정한 면책기간 중에 다음 각호의 질병을 직접적인 원인으로 주계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 회사는 보험금을 지급하지 아니하거나 보험료 납입을 면제하지 아니합니다.

다만, 사망 또는 별표3 "재해분류표"에서 정하는 동일한 재해(이하 "재해"라 합니다) 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 인하여 장해분류표(별표4 참조)중 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 80%이상인 장해상태가 되어 보험금 등의 지급사유가 발생한 경우에는 그러하지 아니합니다.

 1. 별표1 "특정부위 분류표"중에서 회사가 지정한 부위(이하"특정부위"라 합니다)에 발생한 질병 또는 특정부위에 발생한 질병의 전이로 인하여 특정부위 이외의 부위에 발생한 질병(단, 전이는 합병증으로 보지 아니합니다.)
 2. 별표2 "특정질병분류표"중에서 회사가 지정한 질병(이하 "특정질병"이라 합니다).
- ③ 제2항의 면책기간은 특정질병 또는 특정부위의 상태에 따라 「1년부터 5년」 또는 「주계약의 보험기간」으로 하며 그 판단기준은 회사에서 정한 계약사정기준을 따릅니다. 다만 개개인의 질병의 상태 등에 대한 의사의 소견에 따라서 다르게 적용할 수 있습니다.
- ④ 제2항의 규정에도 불구하고 다음 사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 사유로 주계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다.
 1. 제2항 제1호에서 지정한 특정부위에 발생한 질병의 합병증으로 인하여 특정부위 이외의 부위에 발생한 질병으로 주계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우
 2. 제2항 제2호에서 지정한 특정질병의 합병증으로 인해 발생한 특정 질병 이외의 질병으로 주계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우
 3. 재해로 인하여 주계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우
- ⑤ 피보험자(보험대상자)가 회사가 정한 면책기간의 종료일을 포함하여 계속하여 입원한 경우 그 입원에 대해서는 면책기간 종료일의 다음날을 입원의 개시일로 인정하여 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 피보험자(보험대상자)에게 보험사고가 발생했을 경우, 그 사고가 특정 질병 또는 특정부위를

직접적인 원인으로 발생한 사고인가 아닌가는 의사의 진단서와 의견을 주된 판단자료로 결정합니다.

⑦ 제2항의 특정부위와 특정질병은 2개 이내에서 선택하여 부가 할 수 있습니다.

제3조 【효력상실된 특약의 부활(효력회복)】

① 회사는 이 특약의 부활(復活)(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

② 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조(특약의 체계 및 효력) 제2항의 규정을 따릅니다.

제4조 【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

(별표 1)

특정부위 분류표

분류 번호	특정부위의 명칭	분류 번호	특정부위의 명칭
1	위, 십이지장 또는 공장	19	갑상샘
2	맹장(충수돌기 포함) 또는 회장	20	경추부(해당신경 포함)
3	직장 또는 항문	21	흉추부(해당신경 포함)
4	간장, 담낭 또는 담관	22	요추부(해당신경 포함)
5	췌장	23	선골부 또는 미골부(해당신경포함)
6	기관, 기관지, 폐, 흉막 또는 흉곽	24	좌견관절부
7	코(외비, 비강 또는 부비강포함)	25	우견관절부
8	인두 또는 후두	26	좌고관절부
9	구강, 치아, 혀, 악하선, 이하선 (귀밑샘) 또는 설하선	27	우고관절부
10	귀(외이, 고막, 중이(가운데귀), 내 이(속귀), 청신경 또는 유양돌기 포함)	28	좌상지(좌견관절부 제외)
11	안구 또는 안구부속기(안검, 결막, 누기,안근 또는 안와내 조직 포함)	29	우상지(우견관절부 제외)
12	신장	30	좌하지(좌고관절부 제외)
13	요관, 방광 또는 요도	31	우하지(우고관절부 제외)
14	전립선	32	자궁체부(제왕절개술을 받은 경우에 한함)
15	유방(유선 포함)	33	서혜부(서혜 헤르니아, 음낭 헤르니 아 또는 대퇴 헤르니아가 생긴 경우 에 한함)
16	자궁(이상분만의 경우 포함)	34	식도
17	난소 또는 난관	35	대장(맹장 및 직장 제외)
18	고환(고환초막포함), 부고환, 정 관, 정삭 또는 정낭	36	피부(두피 및 입술포함)
		37	수골(手骨)
		38	족골(足骨)
		39	상악골(上顎骨,위턱뼈) · 하악골(下顎 骨,아래턱뼈)

(별표 2)

특정질병 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서, 특정질병으로 분류된 질병은 제5차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

병 명	분류번호	세 부 내 용
심장질환	I00~I02, I05~I09, I20~I25, I26~I28, I30~I52	
뇌혈관질환	I60~I69	
당뇨병	E10~E14	
고혈압	I10~I14	
결핵	A15~A19, B90	
담석증	K 80	담석증
요로결석증	N 20	신장 및 요관의 결석
	N 21	하부 요로의 결석
	N 23	상세불명의 신성 산통
임신중독증	O 11	부가된 단백뇨를 동반한 선재성 고혈압
	O 12	고혈압을 동반하지 않은 임신성 부종 및 단백뇨
	O 13	의미있는 단백뇨를 동반하지 않은 임신성 고혈압
	O 14	의미 있는 단백뇨를 동반한 임신성 고혈압
	O 15	자간증
골관절증 및 류마토이드 관절염	M 05	혈청검사 양성인 류마토이드 관절염
	M 06	기타 류마토이드 관절염
	M 08	연소자성 관절염
	M 15	다발성 관절증
	M 16	고관절증
	M 17	무릎관절증
	M 18	제 1수근중수 관절의 관절증
	M 19	기타 관절증
척추만곡증	M 40	척추후만증 및 척추전만증
	M 41	척추측만증

※ 제6차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표 3)

재해분류표

주보험의 (별표 10) “재해분류표”와 동일

(별표 4)

장해분류표

주보험의 (별표 9) “장해분류표”와 동일