

[목 차]

- 무배당 하나어린이보험 약관..... 3
- 무배당 하나어린이 암진단특약 약관..... 55
- 무배당 하나어린이 수술비보장특약 약관.. 71
- 무배당 하나어린이 암보장특약 약관..... 89
- 무배당 하나어린이선천이상보장특약 약관.. 105
- 특별조건부인수특약 약관..... 123

생보제 2005-1327 호 (2006. 3. 24)에 의거
2007. 4.1 판매개시

무배당
하나어린이보험 약관

제 1 관 보험계약의 성립과 유지..... 6

- 제 1 조 **【보험계약의 성립】**
- 제 2 조 **【청약의 철회】**
- 제 3 조 **【보험대상자(피보험자)의 범위 및 자격의 득실】**
- 제 4 조 **【약관교부 및 설명의무 등】**
- 제 5 조 **【계약의 무효】**
- 제 6 조 **【계약내용의 변경】**
- 제 7 조 **【계약자의 임의해지】**
- 제 8 조 **【계약의 소멸】**
- 제 9 조 **【보험나이】**

제 2 관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)..... 9

- 제 10 조 **【제 1 회 보험료 및 회사의 보장개시일】**
- 제 11 조 **【제 2 회 이후 보험료의 납입】**
- 제 12 조 **【보험료의 자동대출납입】**
- 제 13 조 **【보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지】**
- 제 14 조 **【보험료의 납입연체로 인한 해지 계약의 부활(효력회복)】**

제 3 관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)..... 11

- 제 15 조 **【“암” 및 “기타피부암”의 정의 및 진단확정】**
- 제 16 조 **【“강력범죄”의 정의 및 진단확정】**
- 제 17 조 **【“재해골절(치아파절제외)”의 정의 및 진단확정】**
- 제 18 조 **【“깁스치료”의 정의 및 진단확정】**
- 제 19 조 **【“식중독”의 정의 및 진단확정】**
- 제 20 조 **【“입원”의 정의와 장소】**
- 제 21 조 **【“학교”, “학생” 및 “학교생활”의 정의】**
- 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】**

제 4 관 보험 계약시 계약자의 계약전 알릴 의무 등.... 18

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

제 5 관 보험금 지급 등의 절차..... 20

- 제 32 조 **【주소변경 통지】**
- 제 33 조 **【보험금을 받는 자(보험수익자)의 지정】**
- 제 34 조 **【대표자의 지정】**
- 제 35 조 **【보험금 지급사유의 발생통지】**
- 제 36 조 **【보험금 등 청구시 구비서류】**
- 제 37 조 **【보험금 등의 지급】**
- 제 38 조 **【보험금 받는 방법의 변경】**
- 제 39 조 **【계약내용의 교환】**
- 제 40 조 **【보험계약대출】**

제 6 관 분쟁조정 등..... 23

- 제 41 조 【분쟁의 조정】
- 제 42 조 【관할법원】
- 제 43 조 【약관의 해석】
- 제 44 조 【회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력】
- 제 45 조 【회사의 손해배상책임】
- 제 46 조 【준거법】
- 제 47 조 【예금보험에 의한 지급보장】

태아가입특칙(胎兒加入特則)..... 24

- 제 48 조 【특칙의 적용】
- 제 49 조 【가입자녀】
- 제 50 조 【출생통지】
- 제 51 조 【유산(流産) 또는 사산(死産)시의 처리】
- 제 52 조 【복수(複數)출생의 경우】
- 제 53 조 【보험금 지급기준 적용나이】
- 제 54 조 【출생 전 보험금 지급사유 발생】
- 제 55 조 【계약나이의 계산 특례(特例)】

무배당 하나어린이보험 약관

제 1 관 보험계약의 성립과 유지

제 1 조 【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 제 3 조(보험대상자(피보험자)의 범위 및 자격의 득실)에서 정하는 주보험대상자(주피보험자) 및 종보험대상자(종피보험자)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 회사가 제 1 회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 예정이율+1%를 연 단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 단, 회사는 계약자가 제 1 회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 아니합니다.

제 2 조 【청약의 철회】

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

제 3 조 【보험대상자(피보험자)의 범위 및 자격의 득실】

이 보험의 보험대상자(피보험자)는 주보험대상자(주피보험자) 및 종보험대상자(종피보험자)(이하 “가입자녀”라 합니다)로 하고, 가입자녀는 주보험대상자(주피보험자)의 호적상 또는 주민등록상의 자녀(계약자 또는 주보험대상자(주피보험자)와 부양관계에 있는 자 포함) 중 계약청약시 선택한 1 인으로 합니다. (이하 “주보험대상자(주피보험자)”와 “종보험대상자(종피보험자)”를 합하여 “보험대상자(피보험자)”라 합니다)

제 4 조 【약관교부 및 설명의무 등】

① 회사는 계약을 체결할 때 계약자에게 약관 및 청약서 부분을 드리고 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다. 다만, 컴퓨터를 이용하여 보험거래를 할 수 있도록 설정된 가상의 영업장(사이버물)을 이용하여 계약을 체결하고 전자거래기본법에서 규정하는 절차에 따라 약관 및 청약서 부분을 전자문서로 송신하고 계약자 또는 그 대리인이 당해 문서를 수신하였을 때에는 약관 및 청약서 부분을 드린 것으로 보며, 약관의 중요내용에 대하여 계약자가 사이버물에서 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 제 1 항에 의해 제공될 약관 및 청약서 부분을 계약자에게 전달하지 아니하거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 아니한 때 또는 계약체결시 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제 2 조 제 10 호의 규정에 의한 공인인증기관이 인증한 전자서명을 포함합니다)을 하지 아니한 때에는 계약자는 청약일로부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

③ 제 2 항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음 각 호의 사항을 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제 1 항 단서의 규정에 의한 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 교부함으로써 청약서 부분을 전달한 것으로 봅니다.

1. 보험계약자, 보험대상자(피보험자) 및 보험금을 받는자(보험수익자)가 동일한 보험계약의 경우
2. 보험계약자, 보험대상자(피보험자)가 동일하고 보험금을 받는자(보험수익자)가 보험계약자의 법정상속인인 보험계약일 경우

④ 제 2 항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드리며 보험료를 받은 기간에 대하여 이 보험의 보험계약대출이율을 연 단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제 5 조 【계약의 무효】

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

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약체결시까지 보험대상자(피보험자)의 서면에 의한 동의를 얻지 아니한 경우.
2. 만 15 세 미만자, 심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)를 보험대상자(피보험자)로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우

제 6 조 【계약내용의 변경】

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

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

② 회사는 계약자가 제 1 회 보험료를 납입한 때부터 1 년 이상 경과된 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 때에는 회사의 사업방법서에 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.

③ 회사는 계약자가 제 1 항 제 3 호에 의하여 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제 26 조(해약환급금) 제 1 항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

④ 계약자가 제 1 항 제 4 호에 의하여 보험금을 받는자(보험수익자)를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 보험대상자(피보험자)의 서면에 의한 동의가 있어야 합니다.

제 7 조 【계약자의 임의해지】

계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 26 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 8 조 【계약의 소멸】

이 계약에서 가입자녀의 사망으로 인하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제 9 조 【보험나이】

① 이 약관에서 보험대상자(피보험자)의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 단, 제 5 조(계약의 무효) 제 2 호, 제 22 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 9 호 및 제 23 조(보험금 지급에 관한 세부규정)의 제 3 항의 경우에는 실제 만나이를 적용합니다.

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

제 2 관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제 10 조 【제 1 회 보험료 및 회사의 보장개시일】

① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제 1 회 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 제 1 회 보험료를 받고 청약을 승낙한 경우에는 제 1 회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. (이하 제 1 회 보험료를 받은 날을 “보장개시일”이라 하며, 보장개시일을 보험계약일로 봅니다)

② 회사가 청약시에 제 1 회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

③ 회사는 제 2 항에도 불구하고 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.

1. 제 30 조(계약전 알릴 의무위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우

2. 제 29 조(계약전 알릴 의무)에 의하여 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 회사에 알린 내용 또는 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우

④ 청약서에 보험대상자(피보험자)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 제 1 항 및 제 2 항의 규정에도 불구하고 제 15 조(“암” 및 “기타피부암”의 정의 및 진단확정) 제 1 호 에서 정한 “암”에 대한 보장개시일은 보험 계약일부터 그 날을 포함하여 90 일 이 되는 날의 다음날로 하며, 회사는 그 날로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 하며(이하 “암보장개시일”이라 합니다), 보험 계약일의 다음날 이후에 주보험대상자(주피보험자)의 자녀로 출생하여 종보험대상자(종피보험자)(가입자녀)가 된 자에 대한 보장개시일은 출생일로 합니다.

제 11 조 【제 2 회 이후 보험료의 납입】

계약자는 제 2 회 이후의 보험료를 계약체결시 납입하기로 약속한 날(이하 “납입기일”이라 합니다)까지 납입하여야 하며, 회사는 계약자가 보험료를 납입한 경우에는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융회사(우체국 포함)을 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사 발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.

제 12 조 【보험료의 자동대출납입】

- ① 계약자는 제 13 조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)과 계약의 해지)에 의한 보험료의 납입최고(독촉)기간이 경과되기 전까지 보험료의 자동대출납입을 서면 신청할 수 있으며, 이 경우 제 40 조(보험계약대출) 제 1 항에 의한 보험계약대출금으로 보험료가 자동적으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다.
- ② 제 1 항에도 불구하고 보험계약대출금과 보험계약대출이자를 합산한 금액이 해약환급금(당해 보험료가 납입된 것으로 계산한 금액을 말합니다)을 초과하는 때에는 보험료의 자동대출납입을 더 이상 할 수 없습니다.
- ③ 제 1 항 및 제 2 항에 의한 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출 납입일부터 1 년을 최고한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출납입을 위해서는 제 1 항에 따라 재신청을 하여야 합니다.
- ④ 보험료의 자동대출납입이 행하여진 경우에도 자동대출납입 전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1 개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출납입이 없었던 것으로 하여 제 26 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제 13 조 【보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)과 계약의 해지】

- ① 계약자가 제 2 회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 아니하는 때에는 납입기일 다음날부터 납입 기일이 속하는 달의 다음달 말일까지를 납입최고(독촉)기간으로 하며, 회사는 제 3 항에서 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 제 1 항에 불구하고 회사의 방문수금 불이행 또는 은행 납입통지서의 미교부, 자동이체 미신청 등 회사의 책임 있는 사유로 인하여 계약자가 보험료를 납입하지 못한 경우에는 납입기일부터 3 개월이 되는 날까지를 납입최고(독촉)기간으로 하여 제 1 항을 적용합니다. 다만, 회사가 다시 보험료를 수금 또는 자동이체 하기로 하거나 은행납입통지서를 교부하기로 한 경우에는 그 수금(자동이체) 또는 재교부일부터 15 일이 되는 날을 새로운 납입기일로 하여 제 1 항의 납입최고(독촉)기간을 적용합니다.
- ③ 제 2 회 이후의 보험료가 납입기일까지 납입되지 아니하여 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 계약자(타인을 위한 보험의 경우 특정된 보험금을 받는자(보험수익자) 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 제 1 항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제 26 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제 14 조 【보험료의 납입연체로 인한 해지 계약의 부활(효력회복)】

① 제 13 조(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 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다.

② 제 1 항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제 1 조(보험계약의 성립) 제 2 항 및 제 3 항, 제 10 조(제 1 회 보험료 및 회사의 보장개시일), 제 29 조(계약전 알릴 의무), 제 30 조(계약전 알릴 의무 위반의 효과) 및 제 31 조(계약취소권의 행사제한)을 준용합니다.

제 3 관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제 15 조 【“암” 및 “기타피부암”의 정의 및 진단확정】

1. 이 계약에 있어서 “암”이라 함은 한국표준질병사인분류 중 별표 2 (대상이 되는 악성신생물 분류표(기타피부암 제외))에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물)에 해당하는 질병 및 전암병소(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

2. 이 계약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물)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, 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 암 또는 기타피부암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 16 조 【“강력범죄”의 정의 및 진단확정】

이 계약에 있어서 “강력범죄”라 함은 다음 각호에서 정하는 범죄(이하 “강력범죄”라 합니다)로 관할경찰서장이 발행하는 사고사실확인서를 기준으로 하며 ‘전치 1 개월 초과’의 상해’의 판단은 병·의원에서 발행하는 진단서를 기준으로 합니다.

1. 형법 제 24 장 ‘살인의 죄’에서 정하는 ‘살인’
2. 형법 제 25 장 ‘상해와 폭행의 죄’에서 정하는 ‘상해 및 폭행’
3. 형법 제 32 장 ‘강간과 추행의 죄’에서 정하는 ‘강간’
4. 형법 제 38 장 ‘절도와 강도의 죄’에서 정하는 ‘강도’
5. ‘폭력 행위 등 처벌에 관한 법률’에서 정하는 ‘폭행’

제 17 조 【“재해골절(치아파절제외)”의 정의 및 진단확정】

1. 이 계약에 있어서 “재해골절(치아파절제외)”이라 함은 재해(<별표 7>“재해분류표”에서 정한 재해를 말하며, 이하 “재해”라 합니다)로 인하여 뼈의 구조상의 연속성이 완전하게 또는 불완전하게 끊어진 상태로 별표 4 (재해골절(치아파절제외) 분류표)에서 정하는 재해골절(이하 “재해골절(치아파절제외)”이라 합니다) 진단을 받은 경우를 말합니다.
2. 재해골절(치아파절제외)의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의한 진단서에 의합니다.

제 18 조 【“깁스치료”의 정의 및 진단확정】

이 계약에 있어서 “깁스(Cast)치료”라 함은 의사에 의하여 질병 또는 재해(<별표 5>“질병 및 재해분류표”에서 정하는 질병 또는 재해를 말하며, 이하 “질병 또는 재해”라 합니다.)로 인한 치료를 직접적인 목적으로 “깁스(Cast)치료”가 필요하다고 인정된 경우로서 병원에서 의사의 관리하에 석고와 합성수지를 사용하여 어떤부위를 둘러싸고 굳힌 것을 말합니다. 단, 부목(Splint cast) 치료 [석고붕대 또는 섬유유리 붕대(Fiberglass cast)를 고정할 부분의 일측면 또는 양측면에 착용시키고 대주는 치료법]는 제외 합니다.

제 19 조 【“식중독”의 정의 및 진단확정】

1. 이 계약에 있어서 “식중독”이라 함은 한국표준질병사인분류표에 있어서 식중독분류표(<별표 3>“식중독분류표”참조)에서 정한 질병을 말합니다.
2. “식중독”의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관)에 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사 자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제 20 조 【“입원”의 정의와 장소】

이 계약에 있어서 “입원”이라 함은 의사에 의하여 질병 또는 재해로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 21 조 【“학교”, “학생” 및 “학교생활”의 정의】

① 이 계약에 있어서 “학교” 라 함은 유아교육법 제 2 조의 유치원과 초·중·고등학교법 제 2 조(학교의 종류)의 초등학교, 중학교, 고등학교 및 이들 학교에 준한 각종학교와 학교형태의 사회교육시설을 말하며, “학생”이란 학교에 입학·등록하여 수학하는 자를 말합니다.

② 이 계약에 있어서 “학교생활”이라 함은 학생의 학교에서의 교육활동 또는 다음 각 호에 해당하는 경우를 말합니다.

1. 학교의 교육과정과 학교의 장이 정하는 교육계획 및 교육 방침에 의거하여 학교 내외에서 행하는 수업, 특별활동, 과외활동, 소풍, 수학여행, 수련활동, 체육대회 등의 활동과 청소시간 및 휴식시간
2. 국가 또는 지방자치단체가 주최하는 행사로서 학교의 장이 인정하는 행사에의 참가활동
3. 학교의 장이 인정하는 체육대회, 예술대회등 각종 대회 참가활동
4. 통상적인 방법에 의한 통학 중(등·하교 중)
5. 학교 외의 수업 등이 행해지는 장소, 집합, 해산장소와 주거, 기숙시간의 합리적인 경로, 방법에 의한 왕복중
6. 학교기숙사에 있을 때

제 22 조 【보험금의 종류 및 지급사유】

회사는 보험기간 중 가입자녀에게 다음 사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는자(보험수익자)에게 약정한 보험금 (<별표 1> “보험금지급기준표”참조)을 지급합니다.

1. 가입자녀가 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 : 만기축하금 (만기환급형에 한함)
2. 가입자녀가 보험기간 중 발생한 재해로 장애분류표(<별표 6> “장애분류표” 참조, 이하 같습니다)에서 정한 장애지급률 중 3% 이상 100% 이하에 해당하는 장애상태가 되었을 때: 해당 재해장애치료비
3. 가입자녀가 보험기간 중 장애분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 합산 장애지급율이 50%이상의 장애상태가 되었을 때 : 해당 재해장애연금
4. 가입자녀가 보험기간 중 강력범죄의 피해자가 되어 1 개

월을 초과하며 의사의 치료를 요하는 상해를 입었을 때 : 강력범죄상해위로금

5. 가입자녀가 보험기간 중 재해골절(치아파절 제외) 상태가 되었을 때: 재해골절치료비

6. 가입자녀가 보험기간 중 깁스(Cast)치료를 받았을 때 : 깁스치료비

7. 가입자녀가 보험기간 중 보장개시일 이후에 질병 또는 재해의 치료를 직접적인 목적으로 4 일 이상 계속하여 입원하였을 때 : 입원비

8. 가입자녀가 보험기간 중 식중독이 발생하여 식중독의 치료를 직접적인 목적으로 입원하였을 때 : 식중독입원비

9. 가입자녀가 만 15 세 이후에 사망하였을 때 : 사망위로금

제 23 조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 보험료 납입기간 중 주보험대상자(주피보험자)가 사망하였을 때 또는 주보험대상자(주피보험자) 또는 가입자녀가 암 진단이 확정되었거나 장애분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 50%이상의 장애상태가 되었을 때에는 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주보험대상자(주피보험자)가 보험계약일부터 계약일을 포함하여 90 일 이전에 암으로 진단이 확정되는 경우에는 보험료 납입을 면제하지 아니합니다.

② 회사는 가입자녀가 만 15 세 미만에 사망하였을 경우에는 보험사고로 보지 아니하고, 이 경우에는 이미 납입한 보험료와 해약환급금 중 큰 금액을 지급합니다.

③ 보험료 납입이 면제된 이후 보험기간이 만료되었을 경우에는 보험기간 만료시까지 정상적으로 보험료가 납입된 것으로 보고 만기환급형의 경우 제 22 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 1 호에서 정한 만기축하금을 보험금을 받는자(보험수익자)에게 지급합니다. 그러나 보험료 납입이 면제된 이후 가입자녀가 만 15 세 미만에 사망하였을 경우에는 가입자녀 사망시까지 보험료가 정상적으로 납입된 것으로 보고 제 2 항에 의한 금액을 계약자에게 지급합니다.

④ 제 8 조(계약의 소멸) 및 제 33 조(보험금을 받는자(보험수익자)의 지정) 중 보험대상자(주피보험자) 또는 가입자녀의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우 사망한 것으로 봅니다. 다만, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제 27 조(실종의 선고) 제 2 항의 규정에 준하는 사유 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 호적에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.

⑤ 제 1 항 및 제 22 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 2 호 및 제 3 호의 경우 재해로 인하여 장애상태가 되고 재해장해치료비 또는 재해장해연금의 장애지급률이 재해일로부터 180 일 이내

에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일로부터 180 일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 재해장해치료비 또는 재해장해연금의 장해지급률로 결정합니다. 다만 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑥ 제 5 항에 의해서 재해장해치료비 또는 재해장해연금의 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 재해일부터 2 년 이내)중에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태(사망포함)를 기준으로 재해장해치료비 또는 재해장해연금의 장해지급률을 결정합니다.

⑦ 1 항 및 제 22 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 2 호 및 제 3 호에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑧ 제 1 항 및 제 22 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 2 호 및 제 3 호의 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 재해장해치료비 또는 재해장해연금의 장해지급률만을 적용합니다.

⑨ 제 1 항 및 제 22 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 2 호 및 제 3 호의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5 년 이상인 경우 해당 재해장해치료비 또는 재해장해연금의 장해지급률의 20%를 한시장해의 지급률로 정합니다.

⑩ 제 1 항 및 제 22 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 2 호 및 제 3 호의 경우 동일한 재해로 인하여 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 재해장해치료비 또는 재해장해연금의 장해지급률을 합산하여 최종 재해장해치료비 또는 재해장해연금의 장해지급률을 결정합니다. 다만 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 제 10 항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑫ 제 22 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 2 호 및 제 3 호에서 규정한 재해장해치료비 또는 재해장해연금의 지급사유가 다른 재해로 인하여 장해가 2 회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 재해장해치료비 또는 재해장해연금의 장해지급률을 결정합니다. 그러나, 그 장해가 이미 재해장해치료비 또는 재해장해연금을 지급받은 동일부위에 가중된 장해일 때에는 최종 장해상태에 해당하는 재해장해치료비 또는 재해장해연금에서 이미 지급한 재해장해치료비 또는 재해장해연금을 뺀

금액을 지급합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑬ 제 12 항에 있어서 그 재해 전에 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 장애가 있었던 보험대상자(피보험자)에게 그 신체의 동일부위에 또다시 제 12 항에 규정하는 장애상태가 발생하였을 때에는 다음 중 한가지의 경우에 해당하는 장애에 대하여는 이미 재해장해치료비 또는 재해장해연금이 지급된 것으로 보고 제 12 항 후단(後段)의 규정을 적용합니다.

1. 이 보험의 보장개시전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 장애로 재해장해치료비 또는 재해장해연금의 지급사유가 되지 않았던 장애

2. 제 1 호 이외에 이 보험의 규정에 의하여 재해장해치료비 또는 재해장해연금의 지급사유가 되지 않았던 장애 또는 재해장해치료비나 재해장해연금이 지급되지 않았던 장애

⑭ 동일한 재해로 인한 재해장해치료비 또는 재해장해연금은 재해장해치료비 또는 재해장해연금 각각의 최고 지급금액을 한도로 합니다.

⑮ 제 22 조 (보험금의 종류 및 지급사유) 제 4 호의 경우 병원에서 전치 1 개월을 초과하는 진단 확인서가 필요합니다.

⑯ 제 22 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 5 호의 경우 가입자녀가 동일 재해로 인하여 2 가지 이상의 골절(복합골절)상태가 되더라도 재해골절치료비는 1 회만 지급하며, 의학적 처치 및 치료를 목적으로 골절을 시키는 경우에는 재해골절치료비를 지급하지 아니합니다.

⑰ 제 22 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 6 호의 경우 가입자녀가 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 인하여 깁스(Cast)치료를 2 회 이상 받은 경우, 또는 동시에 서로 다른 신체부위에 깁스(Cast)치료를 받은 경우에는 1 회에 한하여 깁스치료비를 지급합니다.

⑱ 제 22 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 7 호의 경우 입원비의 지급일수는 1 회 입원당 120 일을 최고한도로 하며, 가입자녀가 동일질병 또는 재해의 치료를 직접적인 목적으로 입원을 2 회 이상 하였을 때에는 1 회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 지급일수 120 일을 적용합니다. 그러나, 동일질병 또는 재해로 인한 입원이라도 입원비가 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180 일을 경과하여 재입원한 경우에는 새로운 입원으로 보고 입원비를 지급하여 드립니다.

⑲ 제 22 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 8 호의 경우 식중독 입원비의 지급일수는 1 회 입원당 30 일을 최고한도로 하며, 가입자녀가 동일 식중독의 치료를 직접적인 목적으로 입원을 2 회 이상 하였을 때에는 1 회 입원으로 보아 각 입원일수는 합산하여 30 일을 적용합니다. 그러나 동일 식중독으로 인한 입원이라도 입원비가 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180 일을 경과하여 재입원한 경우에는 새로운 입원으로 보고 입원비를

지급하여 드립니다.

㉔ 제 22 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 7 호 및 제 8 호의 경우 가입자녀가 입원기간 중에 보험기간이 끝났을 경우에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여는 제 18 항의 규정에 따라 입원비 또는 제 19 항의 규정에 따라 식중독입원비를 지급합니다.

㉕ 제 22 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 7 호 및 제 8 호에서 “계속하여 입원”이란 중도 퇴원 없이 계속하여 입원하는 것을 뜻합니다. 다만, 가입자녀가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정하는 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.

㉖ 가입자녀가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 입원비 또는 식중독입원비의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

㉗ 제 22 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 8 호의 경우 식중독으로 4 일 이상 계속하여 입원하는 경우에는 질병 또는 재해로 인한 입원비를 추가로 지급하여 드립니다.

㉘ 제 22 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 3 호의 재해장해연금 중 확정지급분의 경우 보험금을 받는자(보험수익자)의 요청에 따라 이 보험의 예정이율로 할인하여 계산된 금액을 일시금으로 선지급 할 수 있습니다.

제 24 조 【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. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우

그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우와 계약의 보장개시일(부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복)청약일)부터 2 년이 경과된 후에 자살하거나 자신을 해침으로써 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 합산장해 지급율이 80%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 그러하지 아니합니다.

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

그러나 그 보험금을 받는자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는자(보험수익자)인 경우에는 그 보험금을 받는자(보험수익자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험금을 받는자(보험수익자)에게 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우

② 제 1 항 각 호의 사유로 인하여 회사가 이 계약을 해지하거나 계약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.

1. 제 1 항 제 1 호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 계약자

에게 돌려 드립니다.

2. 제 1 항 제 2 호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

3. 제 1 항 제 3 호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드리지 아니합니다.

③ 보험대상자(피보험자)가 범죄행위를 하던 중 또는 “폭력행위 처벌에 관한 법률” 제 4 조(집단 등의 구성, 활동)의 범죄단체를 구성 또는 이에 가담함으로써 손해가 발생하였거나 보험대상자(피보험자)의 배우자 및 직계 존·비속에 의하여 손해가 발생한 경우에는 “강력범죄 상해위로금”을 지급하지 아니합니다.

제 25 조 【전쟁, 기타 변란시의 보험금】

회사는 보험대상자(피보험자)가 전쟁, 기타 변란으로 인하여 제 22 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 2 호 내지 제 8 호의 사유가 발생한 경우 그 수가 보험료 산출기초에 중대한 영향을 미칠 우려가 있다고 인정될 때에는 금융감독위원회의 인가를 얻어 보험금을 감액하여 지급합니다.

제 26 조 【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.

제 27 조 【배당금의 지급】

이 계약은 무배당보험이므로 계약자배당금이 없습니다.

제 28 조 【소멸시효】

보험금 청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권은 2 년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성됩니다.

제 4 관 보험 계약시 계약자의 계약전 알릴 의무 등

제 29 조 【계약전 알릴 의무】

계약자 또는 보험대상자(피보험자)는 청약시(진단계약의 경우에는 건강진단시 포함) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 “계약전 알릴 의무”라 하며, 상법상 “고지의무”와 같습니다) 합니다. 그러나 의료법 제 3 조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 및 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제 30 조 【계약전 알릴 의무 위반의 효과】

① 회사는 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 제 29 조(계약전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한 할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 때에는 그러하지 아니합니다.

1. 회사가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날로부터 1 개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2 년 (진단계약의 경우 질병에 대하여는 1 년) 이 지났을 때
3. 회사가 이 계약의 청약시 보험대상자(피보험자)의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료 (건강진단서 사본 등)에 의하여 승낙통지를 한 때(계약자 또는 보험대상자(피보험자)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 보험대상자(피보험자)의 계약전 알릴 의무사항을 임의로 기재한 경우

② 제 1 항의 중요한 사항이라 함은 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부보장 제외, 보험금삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 인수하는 등 계약 인수에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

③ 회사는 제 1 항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한 할 경우에는 계약전 알릴 의무 위반 사실 뿐만 아니라 계약전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 계약의 처리결과를 “반대 증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면으로 알려드립니다.

④ 제 1 항에 의하여 계약을 해지하였을 때에는 해약환급금과 이미 납입한 보험료 중 많은 금액을 지급하여 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

⑤ 제 29 조(계약전 알릴 의무)의 계약전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제 1 항에 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당보험금을 지급하여 드립니다.

제 31 조 【계약취소권의 행사제한】

회사는 보장개시일로부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2 년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1 년)이 지났을 때에는 민법 제 110 조(사기에 의한 의사표시)에 의한 취소권을 행사하지 아니 합니다. 그러나 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 대리진단, 약물복용을 수단으로 진단절차를 통과하거

나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 에이즈의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기 의사에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 보장개시일로부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터는 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제 5 관 보험금 지급 등의 절차

제 32 조 【주소변경 통지】

- ① 계약자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체 없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.
- ② 제 1 항에서 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.

제 33 조 【보험금을 받는자(보험수익자)의 지정】

이 계약에서 계약자가 보험금을 받는자(보험수익자)를 지정하지 아니한 때에는 보험금을 받는자(보험수익자)를 제 22 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 1 호의 경우는 계약자로 하고, 동조 제 2 호 내지 제 9 호의 경우는 보험대상자(피보험자)로 하며, 보험대상자(피보험자)의 사망시는 보험대상자(피보험자)의 상속인으로 합니다.

제 34 조 【대표자의 지정】

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

제 35 조 【보험금 지급사유의 발생통지】

계약자 또는 보험대상자(피보험자)나 보험금을 받는자(보험수익자)는 제 22 조(보험금의 종류 및 지급사유)에 정한 보험금 지급사유가 발생하였을 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제 36 조 【보험금 등 청구시 구비서류】

① 보험금을 받는자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 해약환급금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서 (회사 양식)

2. 사고증명서 (사망진단서, 장애인단서, 암진단서, 입원치료확인서, 관할경찰서장발행 사고사실확인서 등)

3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)

4. 기타, 보험금을 받는자(보험수익자) 또는 계약자가 보험금 등의 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 발급한 제 1 항 제 2 호의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 37 조 【보험금 등의 지급】

① 회사는 제 36 조(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 또는 보험료 납입면제의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10 영업일 이내에 보험금을 지급 하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

② 회사는 제 22 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 1 호에 해당하는 보험금의 지급시기가 도래할 때에는 도래일 7 일 이전에 그 사유와 회사가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험금을 받는자(보험수익자)에게 알려드리며, 제 1 항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금 지급시의 적립이율 계산 (<별표 8>“보험금 지급시의 적립이율 계산”참조)과 같습니다.

③ 계약자, 보험대상자(피보험자) 또는 보험금을 받는자(보험수익자)는 제 30 조(계약전 알릴 의무 위반의 효과) 및 제 1 항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급 지연에 따른 이자를 지급하지 아니합니다.

④ 회사가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제 1 항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도에 대하여 보험대상자(피보험자) 또는 보험금을 받는자(보험수익자)에게 서면으로 통지하여 드리며, 장해지급율의 판정 및 지

급할 보험금의 결정과 관련하여 보험금 지급이 지연되는 경우에는 보험금을 받는자(보험수익자)의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금을 우선적으로 지급할 수 있습니다.

⑤ 회사가 제 1 항의 지급사유 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우, 보험대상자(피보험자)는 정당한 사유가 없는 한 회사가 지정한 의사의 진단, 의료비의 심사, 기타의 조사를 받을 것(진단에 필요한 검사자료 등의 제출을 포함합니다)에 동의하여야 하며, 보험대상자(피보험자)가 지정한 의사와 회사가 지정한 의사가 진단 및 진료내용, 입원기간 등에 대하여 합의하여 정하는 때에는 그에 따라 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하기로 합니다. 그러나 보험대상자(피보험자)가 지정한 의사와 회사가 지정한 의사가 합의에 도달하지 못하는 때에는, 보험대상자(피보험자)와 회사가 동의하여 제 3 의 의사를 정하고 그 제 3 의 의사의 의견에 따를 수 있습니다. 이 약관에서 “회사가 지정한 의사” 및 “제 3 의 의사”는 의료보험법에서 정하는 제 3 차 진료기관 중에서 정하며, 이 항의 규정에 의한 의료비용은 회사가 부담합니다.

⑥ 제 1 항 또는 제 3 항 내지 제 5 항에서 규정한 회사의 조사, 확인 또는 진단요청에 대하여 계약자, 보험대상자(피보험자)나 보험금을 받는자(보험수익자)가 정당한 사유 없이 동의를 하지 아니하는 때에는 그 동의를 얻어 조사, 확인 또는 진단을 완료할 때까지 보험금 또는 보험료의 납입면제를 유예할 수 있습니다.

제 38 조 【보험금 받는 방법의 변경】

① 계약자는(보험금 지급사유 발생 후에는 보험금을 받는자(보험수익자))는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 제 22 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 4 호의 재해장해연금의 전부 또는 일부에 대하여 분할지급 또는 일시 지급 방법으로 변경할 수 있습니다.

② 회사는 제 1 항에 의하여 일시금을 분할하여 지급하는 경우에는 그 미지급금액에 대하여 이 계약의 예정이율을 연 단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급하며 분할지급 금액을 일시금으로 지급하는 경우에는 이 계약의 예정이율을 연 단위 복리로 할인한 금액을 더하여 지급합니다.

제 39 조 【계약내용의 교환】

회사는 보험계약의 체결 및 관리 등을 위한 판단자료로서 활용하기 위하여 다음 각호의 사항을 계약자 및 보험대상자(피보험자)의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련단체등에게 제공할 수 있으며, 이 경우 회사는 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 제 23 조(개인신용정보의 제공.활용에 대한 동의) 및 동법 시행령 제 12 조(개인신용정보의 제공.활용에 대한 동의 등)의 규정을 따릅니다.

1. 계약자 및 보험대상자(피보험자)의 성명, 주민등록번호

및 주소

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

제 40 조 【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 제 1 항에 의한 보험계약대출금과 보험계약대출 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 아니한 때에는 보험금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 제지급금과 상계할 수 있습니다.
- ③ 회사는 제 13 조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금과 보험계약대출원리금을 상계할 수 있습니다.

제 6 관 분쟁조정 등

제 41 조 【분쟁의 조정】

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

제 42 조 【관할법원】

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

제 43 조 【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.

제 44 조 【회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력】

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

제 45 조 【회사의 손해배상책임】

회사는 계약과 관련하여 임·직원, 보험설계사 및 대리점의 책

임 있는 사유로 인하여 발생한 손해에 대하여 관계법규등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.

제 46 조 【준거법】

이 약관에서 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

제 47 조 【예금보험에 의한 지급보장】

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

태아가입특칙(胎兒加入特則)

제 48 조 【특칙의 적용】

이 특칙은 가입자녀로 될 자가 계약 체결시에 태아(胎兒)인 계약에 한하여 적용합니다.

제 49 조 【가입자녀】

제 43 조(특칙의 적용)의 태아(이하 “태아”라고 합니다)는 출생시에 가입자녀로 됩니다.

제 50 조 【출생통지】

① 계약자는 가입자녀가 출생한 경우에는 즉시 다음의 서류를 제출하여 이를 회사에 알려야 합니다.

1. 통지서(회사양식)
2. 가입자녀의 호적등본 또는 주민등록등본
3. 보험가입증서(보험증권)

② 제 1 항의 알림이 있는 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 51 【유산(流産) 또는 사산(死産)시의 처리】

① 태아가 유산 또는 사산에 의해 출생하지 못한 경우에는 계약을 무효로 합니다.

② 계약자는 제 1 항의 사실이 발생한 경우에는 다음의 서류를 제출하여 이를 회사에 알려야 합니다.

1. 통지서(회사양식)
2. 의사 또는 조산원의 유산 또는 사산을 증명하는 서류
3. 보험가입증서(보험증권)
4. 최종보험료 영수증

③ 제 2 항의 알림이 있는 경우 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

제 52 조 【복수(複數)출생의 경우】

① 태아가 복수로 출생한 경우에는 호적상 선 순위(先順位)로 기재된 자를 가입자녀로 합니다.

② 제 1 항의 가입자녀가 출생한 날로부터 1 년 이내에 사망하고 동시에 출생한 자가 생존하여있는 경우에는 계약자는 가입자녀가 사망한 날로부터 1 개월 이내에 한하여 동시에 출생한 자 가운데 호적상 차 순위(次順位)의 자를 새로운 가입자녀로 할 수 있습니다.

③ 계약자가 제 2 항의 변경을 청구한 때에는 다음 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 새로 가입자녀로 될 자의 호적등본 또는 주민등록등본
3. 보험가입증서(보험증권)

④ 제 2 항의 변경을 회사가 승인한 때에는 원래의 가입자녀의 사망시로 소급하여 그 변경이 행해진 것으로 하여 회사는 그 때부터 변경후의 가입자녀에 대해서 계약상의 보장을 합니다.

⑤ 제 1 항 및 제 2 항의 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

⑥ 다음의 경우에는 회사는 제 2 항의 변경을 취급하지 아니합니다.

1. 원래의 가입자녀에 대해서 사망위로금이 이미 지급된 경우 또는 사망위로금의 청구서류를 접수한 경우
2. 계약자가 원래의 가입자녀를 고의로 사망케 한 경우

제 53 조 【보험금 지급기준 적용나이】

보험금지급기준표에서 적용하는 가입자녀의 나이는 가입자녀가 출생한 날로부터 계산합니다.

제 54 조 【출생 전 보험금 지급사유 발생】

가입자녀의 출생 전에 제 22 조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 가입자녀가 출생한 날로부터 제 22 조(보험금의 종류 및 지급사유)의 규정에 따라 지급합니다.

제 55 조 【계약나이의 계산 특례(特例)】

계약일에 있어서의 가입자녀의 계약나이는 0 세로 합니다.

(별 표 1)

보험금 지급기준표

[기준 : 보험가입금액 1,000 만원]

급부명	지 급 사 유	지 급 액
만기 축하금 (제 22 조 1 항)	가입자녀가 보험기간이 끝 날 때까지 살아있을 때 (만기환급형에 한함)	이미 납입한 보험료 100%
재해장해 치료비 (제 22 조 2 항)	가입자녀가 보험기간 중 발 생한 재해로 인하여 장해분 류표에서 정한 장해지급률 중 3%이상 100%이하의 장 해상태가 되었을 때	학교생활 중 재해장해 :6,000 만원 X 장해지급률 학교생활 이외 재해장해 :3,000 만원 X 장해지급률
재해장해 연금 (제 22 조 3 항)	가입자녀가 보험기간 중 장해 분류표 중 동일한 재해로 여 러 신체부위의 합산 장해지급 률이 50%이상의 장해상태가 되었을 때 (매년 보험금 지급 사유 발생 해당일에 지급)	장해지급률 100% 매년 350 만원 씩 20 년 동안 장해지급률 80%이상100%미 만 매년 250 만원 씩 20 년 동안 장해지급률 50%이상80%미만 매년 100 만원 씩 20 년 동안
강력범죄 상해 위로금 (제 22 조 4 항)	가입자녀가 보험기간 중 강력 범죄의 피해자가 되어 1 개월 을 초과하여 의사의 치료를 요하는 상해를 입었을 때	사고발생 1 회당 200 만원
재해 골절 치료비 (제 22 조 5 항)	가입자녀가 보험기간 중 재 해골절(치아파절 제외) 상태 가 되었을 때 (단, 동일 재해 에 의한 경우 1 회에 한함)	골절 1 회당 20 만원
깁스 치료비 (제 22 조 6 항)	가입자녀가 보험기간 중 깁 스(Cast)치료를 받았을 때	깁스 1 회당 20 만원
입원비 (제 22 조 7 항)	가입자녀가 보험기간 중 질 병 또는 재해의 치료를 직접 적인 목적으로 4 일 이상 계 속하여 입원하였을 때	3 일 초과 1 일당 2 만원 (단, 1 회 입원당 120 일 한도)
식중독 입원비 (제 22 조	가입자녀가 보험기간 중 식중 독이 발생하여 치료를 직접적 인 목적으로 입원하였을 때	1 일당 2 만원 (단, 1 회 입원당 30 일 한도)

급부명	지 급 사 유	지 급 액
8 항)		
사망 위로금 (제 22 조 9 항)	가입자녀가 만 15 세 이후 에 사망하였을 때	1,000 만원

- 주) 1. 이 계약의 암(기타피부암 제외)보장개시일은 계약일(부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90 일이 되는 날의 다음날로 합니다.
2. 가입자녀가 사망하면 계약은 소멸합니다.
3. 보험료 납입기간 중 주보험대상자(주피보험자)가 사망하였을 때 또는 주보험대상자(주피보험자) 또는 가입자녀가 암 진단이 확정되었거나 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 50%이상의 장해상태가 되었을 때에는 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주보험대상자(주피보험자)가 보험계약일부터 계약일을 포함하여 90 일 이전에 암으로 진단이 확정되는 경우에는 보험료 납입을 면제하지 아니합니다.
4. 재해장해연금의 확정 지급분은 이 보험의 예정이율로 할인하여 선지급할 수 있습니다.
5. 사망위로금의 경우에는 실제 만나이를 적용합니다.
6. 식중독으로 4 일 이상 계속하여 입원하는 경우에는 질병 또는 재해로 인한 입원비를 추가로 지급하여 드립니다.

(별 표 2)

대상이 되는 악성신생물 분류표
(기타피부암 제외)

약관에 규정하는 ‘대상이 되는 악성신생물’로 분류되는 악성신생물은 제 4 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2002-1 호, 2003. 1. 1 시행)중 다음에 적은 악성신생물을 말합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00 - C14
2. 소화기관의 악성신생물	C15 - C26
3. 호흡기 및 가슴내 장기의 악성신생물	C30 - C39
4. 뼈 및 관절연골의 악성신생물	C40 - C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 종피성 및 연조직의 악성신생물	C45 - C49
7. 유방의 악성신생물	C50
8. 여성 생식기관의 악성신생물	C51 - C58
9. 남성 생식기관의 악성신생물	C60 - C63
10. 요로의 악성신생물	C64 - C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계의 기타 부위의 악성신생물	C69 - C72
12. 갑상샘 및 기타 내분비샘의 악성신생물	C73 - C75
13. 불명확한 속발성 및 상세불명 부위의 악성신생물	C76 - C80
14. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81 - C96
15. 독립된(원발성) 다발성 부위의 악성신생물	C97

- (주) 1. 제 5 차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 악성신생물 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 악성신생물이 있는 경우에는 그 악성신생물도 포함하는 것으로 합니다.
2. 기타피부의 악성신생물(분류번호 C44)은 상기분류표에서 제외됩니다.

(별 표 3)

식중독 분류표

약관에 규정하는 ‘식중독’으로 분류되는 질병은 제 4 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2002-1 호, 2003.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

분류항목	분류번호
기타 살모넬라 감염	A02
이질	A03
기타 세균성 창자 감염	A04
기타 세균성 식중독	A05
아메바증	A06
기타 원충성 창자 질환	A07
바이러스 및 기타 명시된 창자 감염	A08
해산물 속의 유해물질의 중독작용	T61
식품으로 섭취한 기타 유해물질의 중독작용	T62

주) 제 5 차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별 표 4)

재해골절(치아파절 제외) 분류표

약관에 규정하는 ‘재해골절(치아파절 제외)’은 제 4 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2002-1 호, 2003. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 항목을 말합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 머리뼈 및 얼굴뼈의 골절(치아파절 제외)	S02(S02.5 는 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) 제 5 차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상기 항목에 추가로 분류가 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

(별 표 5)

질병 및 재해 분류표

1. 보장대상이 되는 질병 및 재해

다음에 해당하는 질병 및 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

- ① 한국표준질병·사인분류(A00~Y98)에 해당하는 질병 및 재해
- ② 전염병 예방법 제 2 조 제 1 항 제 1 호에 정한 전염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 질병 및 재해

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

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

(주) () 안은 제 4 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제 2002-1 호, 2003.1.1 시행)상의 분류번호이며, 제 5 차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 대상담보 이외의 약관에 해당하는 질병 및 재해가 있는 경우에는 그 질병 및 재해도 포함 하는 것으로 합니다.

장해분류표

총 칙

1. 장해의 정의

- 1) “장해”라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태를 말한다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장해에 포함되지 않는다.
- 2) “영구적”이라 함은 원칙적으로 치유시 장애 회복의 가망이 없는 상태로써 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 5 년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정한다.

2. 신체부위

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

3. 기타

- 1) 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용한다.
- 2) 동일한 신체부위에 2 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
- 3) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장해의 판정대상에 포함되지 않는다.
- 4) 장해진단서에는 ①장해진단명 및 발생시기 ②장해의 내용과 그 정도 ③사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다.

다만, 신경계·정신행동 장애의 경우 ①개호여부 ②객관적
이유 및 개호의 내용을 추가적으로 기재하여야 한다.

장해분류별 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 1 년 이상 경과한 후에 그 장애정도를 평가한다.
- 5) “안구의 뚜렷한 운동장애”라 함은 안구의 주시야의 운동범위가 정상 1/2 이하로 감소된 경우나 정면 양 안시에서 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 45 세 이상의 경우에는 제외한다.
- 7) “시야가 좁아진 때”라 함은 시야각도의 합계가 정상 시야의 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

뺏을 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)장해를 포함하여 장해를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장해를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장해평가 방법 중 피보험자에 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 두 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	80
2) 한 귀의 청력을 완전히 잃고, 다른 귀의 청력에 심한 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. 장해판정기준

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

이음향방사검사” 등을 추가 실시 후 장애를 평가한다.

다. 컷바퀴의 결손

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

3. 코의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 코의 기능을 완전히 잃었을 때	15

나. 장애판정기준

- 1) "코의 기능을 완전히 잃었을 때"라 함은 양쪽 코의 호흡곤란 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), 배열 상태 및 아래턱의 개폐운동, 연하(삼킴)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.
- 2) “씹어먹는 기능에 심한 장애를 남긴 때”라 함은 물이

나 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) 유상치 또는 가교치 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 1/2 이상 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 1/4 이상 결손

2) 머리

- ① 손바닥 1/2 크기 이상의 반흔(흉터), 모발결손
- ② 머리뼈의 손바닥 1/2 크기 이상의 손상 및 결손

3) 목

손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

마. 손바닥 크기

“손바닥 크기”라 함은 해당 환자의 수지를 제외한 수장부의 크기를 말하며, 통산 12 세 이상의 성인에서는 8×10 cm(1/2 크기는 40 cm², 1/4 크기는 20 cm²), 6~11 세의 경우는 6×8 cm(1/2 크기는 24 cm², 1/4 크기는 12 cm²), 6 세 미만의 경우는 4×6 cm(1/2 크기는 12 cm², 1/4 크기는 6 cm²)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 4 개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
- 4) 뚜렷한 운동장애
 - ① 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 3 개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
 - ② 머리뼈와 상위경추(상위목뼈: 제 1,2 목뼈)간의 뚜렷한 이상전위가 있을 때
- 5) 약간의 운동장애
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 2 개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 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

1 개 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 2 마디이상 수술하거나 하나의 추간판이라도 2 회이상 수술하고 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장애가 있는 경우

10) 뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크)

추간판 1 마디를 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 일시적인 장애에 대하여는 장애보상을 하지 아니한다.
- 3) “팔”이라 함은 어깨관절(肩關節)부터 손목관절까지를 말한다.
- 4) “팔의 3 대관절”이라 함은 어깨관절, 팔꿈치관절 및 손목관절을 말한다.
- 5) “한팔의 손목이상을 잃었을 때”라 함은 손목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치관절 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
- 6) 팔의 관절기능 장애 평가는 팔의 3 대관절의 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 정상

부위의 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 “0 등급(Zero)”인 경우

나) “심한 장애”라 함은

- ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
- ② 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “1 등급(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 2 개 뼈 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) 1 상지(팔과 손가락)의 장애 지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.
- 2) 한 팔의 3 대 관절중 1 관절에 기능장애가 생기고 다른 1 관절에 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

장애의 분류	지급률
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

- 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 일시적인 장애에 대하여는 장애보상을 하지 아니한다.
- 3) “다리”라 함은 엉덩이관절(股關節)로부터 발목관절까지를 말한다.
- 4) “다리의 3 대 관절”이라 함은 고관절, 무릎관절 및 발목관절을 말한다.
- 5) “한다리의 발목이상을 잃었을 때”라 함은 발목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절의 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
- 6) 다리의 관절기능 장애 평가는 하지의 3 대관절의 관절운동범위 제한 및 동요성 유무 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) “영구적 신체장해 평가지침”의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 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 “0 등급(Zero)”인 경우
 - 나) “심한 장애”라 함은
 - ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우

② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우

③ 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "1 등급(Trace)"인 경우

다) "뚜렷한 장애"라 함은

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

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

라) "약간의 장애"라 함은

① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우

② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우

7) "가관절이 남아 뚜렷한 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 단축장애 판단이 애매한 경우에는 scanogram 을 통하여 다리의 단축정도를 측정한다.

다. 지급률의 결정

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

2) 한 다리의 3 대 관절중 1 관절에 기능장애가 생기고 다른 1 관절에 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(1 손가락 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(1 손가락 마다)	5

나. 장애판정기준

- 1) 손가락에는 첫째 손가락에 2 개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
- 2) 다른 네 손가락에는 3 개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제 1 지관절(근위지관절) 및 제 2 지관절(원위지관절)이라 부른다.
- 3) “손가락을 잃었을 때”라 함은 첫째 손가락에 있어서는 지관절로부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제 1 지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽으로 손가락을 잃었을 때를 말한다.
- 4) “손가락뼈 일부를 잃었을 때”라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제 1 지관절(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 제 1, 제 2 지관절의 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

장해의 분류	지급률
2) 한발의 5개발가락을 모두 잃었을 때	30
3) 한발의 첫째발가락을 잃었을 때	10
4) 한발의 첫째발가락 이외의 발가락을 잃었을 때(1발가락마다)	5
5) 한발의 5개발가락 모두의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
6) 한발의 첫째발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	8
7) 한발의 첫째발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때(1발가락마다)	3

나. 장해판정기준

- 1) “발가락을 잃었을 때”라 함은 첫째 발가락에서는 지관절로부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제 1 지관절(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 제 1 지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼 쪽에서 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. 장해의 분류

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

나. 장애의 판정기준

- 1) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장애를 남긴 때”라 함은
 - ① 심장, 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
 - ② 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때
 - ③ 방광의 기능이 완전히 없어진 때
- 2) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은
 - ① 위, 대장 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때
 - ② 소장 또는 간장의 3/4 이상을 잘라내었을 때
 - ③ 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
- 3) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장애를 남긴 때”라 함은
 - ① 비장 또는 한쪽의 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 1/2 이상이 결손되었거나 질구 협착 등으로 성생활이 불가능한 때
 - ⑤ 항문 괄약근의 기능장애로 인공항문을 설치한 경우 (치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
- 4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기의 장애로 인하여 일상생활 기본동작에 제한이 있는 경우 “<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”에 따라 장애를 평가하고 둘 중 높은 지급률을 적용한다.
- 5) 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성 폐질환 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 기본적 사회 활동을 혼자서 할	40

장애의 분류	지급률
수 없는 상태	
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 “<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”의 5 가지 기본동작중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.
- ② 위 ①의 경우 “<붙임>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 6 개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장애를 평가한다.
그러나 6 개월이 경과하였다 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간내에 사망이 예상되는 경우는 6 개월의 범위내에서 장애 평가를 유보한다.
- ⑤ 장애진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

- ① 상기 정신행동장애 지급률에 미치지 않는 장애에 대해서는 “<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”에 따라 지급률을 산정하여 지급한다.
- ② 일반적으로 상해를 입은 후 24 개월이 경과한 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 상해를 입은 후 의식상실이 1 개월 이상 지속된 경우에는 수상 후 18 개월이 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 뇌자기공명 촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등을 기초로 한다.
 - ㉡ 객관적 근거로 인정할 수 없는 경우
 - 보호자나 환자의 진술
 - 감정의의 추정 혹은 인정
 - 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌 SPECT 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 뇌파 이상을 나타내는 뇌질 환에 의거하여 발작(경련, 의식장애 등)을 반복하는 것을 말한다.
- ② “심한 간질 발작”이라 함은 월 8 회 이상의 중증발작이 연 6 개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작 시 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장애 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.
- ③ “뚜렷한 간질 발작”이라 함은 월 5 회 이상의 중증

발작 또는 월 10 회 이상의 경증발작이 연 6 개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

- ④ “약간의 간질 발작”이라 함은 월 1 회 이상의 중증 발작 또는 월 2 회 이상의 경증발작이 연 6 개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
- ⑤ “중증발작”이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장해가 3 분이상 지속되는 발작을 말한다.
- ⑥ “경증발작”이라 함은 운동장해가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3 분 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 (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 잡지않고는 계단을 오르고내리기가 불가능한 상태, 계속하여 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태(10%)
음식물 섭취	- 식사를 전혀 할수 없어 계속적으로 튜브나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인영양공급을 받는 상태(20%) - 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 식사를 전혀 할 수없는 상태(15%) - 숟가락 사용은 가능하나 젓가락 사용이 불가능하여 음식물 섭취에 있어 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%) - 독립적인 음식물 섭취는 가능하나 젓가락을 이용하여 생선을 바르거나 음식물을 자르지는 못하는 상태(5%)
배변 배뇨	- 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 계속적인 도움이 필요한 상태 (20%) - 화장실에 가서 번기위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 화장지로 닦고 옷을 입는 일에 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태(15%) - 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변후 뒤처리 에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%) - 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2시간 이상 계속되는 업무(운전, 작업, 교육 등)를 수행하는 것이 어려운 상태(5%)
목욕	- 다른 사람의 계속적인 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 계속적인 도움없이 전혀 옷을 챙겨 입을 수 없는 상태(10%) - 다른 사람의 계속적인 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%)

(별 표 7)

재해분류표

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 제 2 조 제 1 항 제 1 호에 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

주 () 안은 제 4 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제 2002-1 호, 2003.1.1 시행)상의 분류번호이며, 제 5 차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 대상담보 이외의 약관에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함하는 것으로 합니다.

(별 표 8)

보험금 지급시의 적립이율 계산
(제 33 조 제 2 항 관련)

구 분	적 립 기 간		적 립 이 율
보험금 (제 22 조 제 2 호 내지 제 9 호)	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일 까지의 기간		보험계약 대출이율
만기축하금 (제 22 조 제 1 호)	회사가 보험금의 지급 시기 도래 7 일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 아니한 경우	보험금지급사 유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일 까지의 기간	예정이율
	회사가 보험금의 지급 시기 도래 7 일 이전에 지급할 사유와 금액을 알린 경우	보험금지급사 유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일 까지의 기간	1 년이내 : 예정이율의 50% 1 년초과기간 : 1%
	보험금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간		예정이율+1%
	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간		보험계약 대출이율
해약환급금 (제 26 조 제 1 항)	해약환급금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 해약환급금 청구일까지의 기간		1 년이내 : 예정이율의 50% 1 년초과기간 : 1%
	해약환급금청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간		예정이율 + 1%
	지급기일의 다음날부터 해약환급금 지급일까지의 기간		보험계약 대출이율

주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효(제 28 조)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.

무배당
하나어린이 암진단특약 약관

제 1 관 보험계약의 성립과 유지	57
제 1 조 【특약의 체결 및 소멸】	
제 2 조 【보험대상자(피보험자)의 범위】	
제 3 조 【특약의 보장개시일】	
제 4 조 【특약의 무효】	
제 5 조 【특약내용의 변경】	
제 6 조 【계약자의 임의해지】	
제 7 조 【특약의 보험기간】	
제 2 관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)	58
제 8 조 【특약보험료의 납입】	
제 9 조 【보험료의 납입연체시 특약의 해지】	
제 10 조 【보험료의 납입연체로 인한 해지 특약의 부활(효력회복)】	
제 3 관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)	59
제 11 조 【“암” 등의 정의 및 진단확정】	
제 12 조 【보험금의 종류 및 지급사유】	
제 13 조 【보험금 지급에 관한 세부규정】	
제 14 조 【해약환급금】	
제 4 관 보험금 지급 등의 절차	62
제 15 조 【보험금 등 청구시 구비서류】	
제 16 조 【보험금 등의 지급】	
제 5 관 기타사항	63
제 17 조 【주계약 약관 및 단체취급특약의 준용】	

무배당 하나어린이 암진단특약 약관

제 1 관 보험계약의 성립과 유지

제 1 조 【특약의 체결 및 소멸】

① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 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 제 2 조(보험대상자(피보험자)의 범위)에서 정한 종보험대상자(종피보험자)가 사망하거나 주계약이 해지 및 기타사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제 2 조 【보험대상자(피보험자)의 범위】

이 특약의 보험대상자(피보험자)는 주보험대상자(주피보험자) 및 종보험대상자(종피보험자)(이하 “가입자녀”라 합니다)로 하고, 가입자녀는 주보험대상자(주피보험자)의 호적상 또는 주민등록상의 자녀(계약자 또는 주보험대상자(주피보험자)와 부양관계에 있는 자 포함) 중 계약청약시 선택한 1 인으로 합니다. (이하 “주보험대상자(주피보험자)”와 “가입자녀”를 합하여 “보험대상자(피보험자)”라 합니다)

제 3 조 【특약의 보장개시일】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제 4 조 【특약의 무효】

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 특약에서 특약 체결시까지 보험대상자(피보험자)의 서면에 의한 동의 를 얻지 아니한 경우.
2. 만 15 세 미만자, 심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)를 보험대상자(피보험자)로 하여 사망 을 보험금 지급사유로 한 특약의 경우

제 5 조 【특약내용의 변경】

① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 단, 보험대상자(피보험자)의 경우에는 변경할 수 없습니다. 이

경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제 14 조(해약환급금) 제 1 항에 따라 계약자에게 지급합니다.

③ 계약자는 특약의 보험기간중 보험금의 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제 6 조 【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 14 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 지급합니다.

② 제 1 항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제 7 조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일합니다.

제 2 관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제 8 조 【특약보험료의 납입】

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

제 9 조 【보험료의 납입연체시 특약의 해지】

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.

단, 이 경우에도 주계약에 정한 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

② 제 1 항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제 14 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제 10 조 【보험료의납입연체로인한해지 특약의 부활(효력회복)】

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

② 주계약의 부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제 3

조(특약의 보장개시일)를 준용합니다.

제 3 관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제 11 조 【“암” 등의 정의 및 진단확정】

① “암”, “고액치료비암” 및 “기타피부암”의 정의 및 진단확정

1. 이 특약에 있어서 “암” 이라 함은 한국표준질병사인분류 중 별표 2(대상이 되는 악성신생물 분류표(기타피부암 제외))에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물)에 해당하는 질병 또는 전암병소 (premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
2. 이 특약에 있어서 “고액치료비암”이라 함은 제 1 호에서 정한 “암”중에서 별표 3 (고액치료비관련 악성신생물분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
3. 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 한국표준질병사인분류 중 분류기호 C44(기타피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
4. “암”, “고액치료비암” 및 “기타피부암”의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 암, 고액치료비암 또는 기타피부암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

② “상피내암”의 정의 및 진단확정

1. 이 특약에 있어서 “상피내암” 이라 함은 한국표준질병사인분류 중 별표 4 (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, 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 상피내암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

③ “경계성종양”의 정의 및 진단확정

1. 이 특약에 있어서 “경계성종양”이라 함은 한국표준질병사인분류 중 별표 5 (행동양식불명 또는 미상의 신 생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
2. “경계성종양”의 진단확정은 해부병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 경계성종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 12 조 【보험금의 종류 및 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 제 3 조(특약의 보장개시일)에서 정한 특약의 보장개시일 이후에 가입자녀에게 다음 사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는자(보험수익자)에게 약정한 보험금 (<별표 1> “보험금지급기준표” 참조)을 지급하여 드립니다.

1. 가입자녀가 보험기간 중 고액치료비암 진단이 확정되었을 때 : 고액치료비암 진단비(최초 1 회에 한함)
2. 가입자녀가 보험기간 중 고액치료비암 이외의 암으로 진단이 확정되었을 때 : 해당 암진단비(최초 1 회에 한함)
3. 가입자녀가 보험기간 중 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양으로 진단이 확정되었을 때 : 해당 암진단비(단, 각각에 대하여 최초 1 회에 한함)

제 13 조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었거나 주보험대상자(주피보험자)가 사망하였을 때, 또는 주보험대상자(주피보험자) 또는 가입자녀가 암 진단이 확정되었거나 장해분류표(<별표 6> “장해분류표” 참고, 이하 같습니다) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 50%이상의 장해상태가 되었을 때에는 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주보험대상자(주피보험자)가 보험계약일부터 계약일을 포함하여 90 일 이전에 암으로 진단이 확정되는 경우에는 보험료 납입을 면제하지 않습니다.

② 제 1 항 및 제 1 조(특약의 체결 및 소멸) 제 2 항의 경우 보험기간 중 주보험대상자(주피보험자)의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제 27 조(실종의 선고) 제 2 항의 규정에 준하는 사유 또는 재해(<별표 7> “재해분류표”에서 정한 재해를 말하며, 이하 재해라 합니다)로 인하여 사망한 것으로 정부기

관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 호적에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.

③ 제 12 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 1 호 및 제 2 호의 경우 가입자녀가 보험기간 중 “고액치료비암 이외의 암”으로 진단확정 받고 그 후에 “고액치료비암”으로 진단확정 시, “고액치료비암 진단비”에 해당하는 진단비에서 해당시점의 “고액치료비암 이외의 암”에 해당하는 암진단비를 뺀 차액을 추가로 지급하여 드립니다. 그러나 “고액치료비암”으로 진단확정 후 “고액치료비암 이외의 암”으로 진단확정 시에는 “고액치료비암 이외의 암”으로 인한 암진단비를 추가로 지급하지 않습니다.

④ 가입자녀가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 암, 기타 피부암, 상피내암, 경계성종양을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제 12 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 1 호에서 정한 진단비를 추가로 지급합니다.

⑤ 제 1 항의 경우 재해로 인하여 장해상태가 되고 장해지급률이 재해일부터 180 일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일부터 180 일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑥ 제 5 항에 의하여 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 재해일부터 2 년이내)중에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태(사망 포함)를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑦ 제 1 항에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑧ 제 1 항의 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.

⑨ 제 1 항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5 년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 지급률로 정합니다.

⑩ 제 1 항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 합산하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 제 10 항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

제 14 조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 4 관 보험금 지급 등의 절차

제 15 조 【보험금 등 청구시 구비서류】

- ① 보험금을 받는자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 해약환급금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(사망진단서, 암진단서, 장애인단서 등)
 3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
 4. 기타, 보험금을 받는자(보험수익자) 또는 계약자가 보험금 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
- ② 병원 또는 의원에서 제 1 항 제 2 호의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 16 조 【보험금 등의 지급】

- ① 회사는 제 15 조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날로부터 3 영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 지급하거나 보험료납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 또는 보험료 납입면제의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10 영업일 이내에 보험금을 지급 하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 회사는 제 1 항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금 지급시의 적립이율 계산(<별표 8>“보험금 지급시의 적립이율 계산”참고)과 같습니다.
- ③ 회사가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제 1 항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도에 대하여 보험대상자(피보험자) 또는 보험금을 받는자(보

험수익자)에게 서면으로 통지하여 드리며, 장해지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 보험금 지급이 지연되는 경우에는 보험금을 받는자(보험수익자)의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금을 우선적으로 가지급할 수 있습니다.

제 5 관 기타사항

제 17 조 【주계약약관 및 단체취급특약의 준용】

- ① 이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약을 따릅니다.
- ③ 주계약에 태아가입특칙이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 태아가입특칙을 따릅니다.

(별 표 1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약보험가입금액 1,000 만원]

급부명	지 급 사 유	지 급 액
고액치료비암 진단비 (제 12 조 제 1 호)	가입자녀가 보험기간 중 고액치 료비암 진단이 확정되었을 때 (최초 1 회에 한함)	3,000 만원
암 진단비 (제 12 조 제 2 호 및 3 호)	가입자녀가 보험기간 중 고액치료 비 암 이외의 암으로 진단이 확정 되었을 때(최초 1 회에 한함)	2,000 만원
	가입자녀가 보험기간 중 기타피 부암, 상피내암 또는 경계성종 양으로 각각 진단이 확정되었을 때 (각각 최초 1 회에 한함)	300 만원

- 주) 1. 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었거나 주보험대
상자(주피보험자)가 사망하였을 때, 또는 주보험대상자(주피보험자)
또는 가입자녀가 암(기타피부암, 상피내암, 경계성종양 제외) 진단이
확정되었거나 장애분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한
원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 50%이상의 장애상태
가 되었을 때에는 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다
만, 주보험대상자(주피보험자)가 보험계약일부터 계약일을 포함하여
90 일 이전에 암으로 진단이 확정되는 경우에는 보험료 납입을 면제
하지 아니합니다.
2. 가입자녀가 보험기간 중 “고액치료비암 이외의 암”으로 진단확정 받
고 그 후에 “고액치료비암”으로 진단확정 시, “고액치료비암 진단비”
에 해당하는 진단비에서 해당시점의 “고액치료비암 이외의 암”에 해
당하는 암진단비를 뺀 차액을 추가로 지급하여 드립니다. 그러나 “고
액치료비암”으로 진단확정 후 “고액치료비암 이외의 암”으로 진단확
정 시에는 “고액치료비 암 이외의 암”으로 인한 암진단비를 추가로
지급하지 않습니다.
3. 고액치료비암이란 이 약관에서 정한 “뼈 및 관절연골의 악성신생물”,
“뇌 및 중추신경계통의 기타 부위의 악성신생물” 및 “림프, 조혈 및
관련조직의 악성신생물”을 말합니다.

(별 표 2)

대상이 되는 악성신생물분류표
(기타피부암 제외)

주보험의 (별 표 2) “대상이 되는 악성신생물분류표(기타피부암 제외)”
와 동일

(별 표 3)

고액치료비관련 악성 신생물 분류표

약관에 규정하는 ‘고액치료비관련 악성신생물’은 제 4 차 개정 한국표준질병사인분류 (통계청 고시 제 2002-1 호, 2003. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분류 번호
1. 뼈 및 관절연골의 악성신생물	
-. 사지의 뼈 및 관절연골의 악성신생물	C40
-. 기타 및 상세불명 부위의 뼈 및 관절연골의 악성신생물	C41
2. 뇌 및 중추신경계통의 기타 부위의 악성신생물	
-. 수막의 악성신생물	C70
-. 뇌의 악성신생물	C71
-. 척수, 뇌신경 및 중추신경계통의 기타 부위의 악성신생물	C72
3. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	
-. 호지킨병	C81
-. 여포성[결절성] 비호지킨 림프종	C82
-. 미만성 비호지킨 림프종	C83
-. 말초 및 피부성 T-세포 림프종	C84
-. 기타 상세불명 형의 비호지킨 림프종	C85
-. 악성 면역증식성 질환	C88
-. 다발성 골수종 및 악성 형질세포 신생물	C90
-. 림프 백혈병	C91
-. 골수성 백혈병	C92
-. 단핵구성 백혈병	C93
-. 명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
-. 상세불명 세포형의 백혈병	C95
-. 림프, 조혈 및 관련조직의 기타 및 상세불명의 악성신생물	C96

주) 제 5 차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 약관에서 정하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 한다.

(별 표 4)

상피내의 신생물 분류표

약관에 규정하는 '상피내의 신생물'로 분류되는 질병은 제 4 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2002-1 호, 2003. 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

주) 제 5 차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별 표 5)

행동양식불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에 규정하는 '행동양식불명 또는 미상의 신생물'로 분류되는 질병은 제 4 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2002-1 호, 2003. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

분 류 항 목	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. 진성 적혈구 증다증	D45
10. 골수 형성 이상 증후군	D46
12. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물	D47
13. 기타 및 상세 불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물	D48

주) 제 5 차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별 표 6)

장해분류표

주보험의 (별표 6) “장해분류표”와 동일

(별 표 7)

재해분류표

주보험의 (별표 7) “재해분류표”와 동일

(별 표 8)

보험금 지급시의 적립이율 계산
(제 16 조 제 2 항 관련)

구 분	적 립 기 간	적 립 이 율
보험금 (제 12 조 제 1 항)	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간	보험계약대출이율
해약환급금 (제 14 조 제 1 항)	해약환급금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 해약환급금 청구일까지의 기간	1 년이내 : 예정이율의 50% 1 년초과기간 : 1%
	해약환급금청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간	예정이율 + 1%
	지급기일의 다음날부터 해약환급금 지급일까지의 기간	보험계약 대출이율

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

무배당
하나어린이 수술비보장특약 약관

제 1 관 보험계약의 성립과 유지	73
제 1 조 【특약의 체결 및 소멸】	
제 2 조 【보험대상자(피보험자)의 범위】	
제 3 조 【특약의 보장개시일】	
제 4 조 【특약내용의 변경】	
제 5 조 【계약자의 임의해지】	
제 6 조 【특약의 보험기간】	
제 2 관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)	74
제 7 조 【특약보험료의 납입】	
제 8 조 【보험료의 납입연체시 특약의 해지】	
제 9 조 【보험료의 납입연체로 인한 해지 특약의 부활(효력회복)】	
제 3 관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)	74
제 10 조 【“수술”의 정의와 장소】	
제 11 조 【보험금의 종류 및 지급사유】	
제 12 조 【보험금 지급에 관한 세부규정】	
제 13 조 【해약환급금】	
제 4 관 보험금 지급 등의 절차	77
제 14 조 【보험금 등 청구시 구비서류】	
제 15 조 【보험금 등의 지급】	
제 5 관 기타사항	78
제 16 조 【주계약 약관 및 단체취급특약의 준용】	

무배당 하나어린이 수술비보장특약 약관

제 1 관 보험계약의 성립과 유지

제 1 조 【특약의 체결 및 소멸】

① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 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 제 2 조(보험대상자(피보험자)의 범위)에서 정한 종보험대상자(종피보험자)가 사망하거나 주계약이 해지 및 기타사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제 2 조 【보험대상자(피보험자)의 범위】

이 특약의 보험대상자(피보험자)는 주보험대상자(주피보험자) 및 종보험대상자(종피보험자)(이하 “가입자녀”라 합니다)로 하고, 가입자녀는 주보험대상자(주피보험자)의 호적상 또는 주민등록상의 자녀(계약자 또는 주보험대상자(주피보험자)와 부양관계에 있는 자 포함) 중 계약청약시 선택한 1 인으로 합니다.(이하 “주보험대상자(주피보험자)”와 “가입자녀”를 합하여 “보험대상자(피보험자)”라 합니다)

제 3 조 【특약의 보장개시일】

① 특약의 체결 후에 주계약 보험대상자(피보험자)의 사망을 제외한 원인으로 제 2 조(보험대상자(피보험자)의 범위)의 가입자녀에 해당되지 아니하게 된 자는 그 날부터 보험대상자(피보험자)의 자격은 상실됩니다.

② 제 1 항의 경우 보험대상자(피보험자) 자격 상실시점의 해약환급금을 지급하고 이 특약은 해지됩니다.

제 4 조 【특약내용의 변경】

① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 단, 보험대상자(피보험자)의 경우에는 변경할 수 없습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제 13 조(해약환급금) 제 1 항에 따라 계약자에게 지급합니다.

③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금의 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제 5 조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 13 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 지급합니다.
- ② 제 1 항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제 6 조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일합니다.

제 2 관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제 7 조 【특약보험료의 납입】

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

제 8 조 【보험료의 납입연체시 특약의 해지】

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
단, 이 경우에도 주계약에 정한 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ② 제 1 항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제 13 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제 9 조 【보험료의납입연체로인한해지 특약의 부활(효력회복)】

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)(復活)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제 2 조(특약의 보장개시일)를 준용합니다.

제 3 관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제 10 조 【“수술”의 정의와 장소】

이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료법 제 3 조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 수술·신생물 근치 방사선 조사 분류표 (<별표 2> “수술·신생물 근치 방사선 조사 분류표”참조, 이하 같습니다)에서 정한 행위[생체(生體)에 절단(切斷), 적제(摘除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말하며, 흡인(吸引), 천자(穿刺), 적제(滴劑) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK 은 제외]를 하는 것」을 말합니다.

제 11 조 【보험금의 종류 및 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 제 2 조(특약의 보장개시일)에서 정한 특약의 보장개시일 이후에 가입자녀에게 다음 사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는자(보험수익자)에게 약정한 보험금 (<별표 1> “보험금지급기준표” 참조)을 지급하여 드립니다.

1. 가입자녀가 보험기간 중 치료를 직접적인 목적으로 수술·신생물 근치 방사선 조사 분류표 에서 정한 수술을 받았을 때 : 수술비

제 12 조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었거나 주보험대상자(주피보험자)가 사망하였거나 주보험대상자(주피보험자) 또는 가입자녀가 장해분류표(<별표 3> “장해분류표”참고, 이하 같습니다) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 50%이상의 장해상태가 되었을 때에는 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

② 제 1 항 및 제 1 조(특약의 체결 및 소멸) 제 2 항의 경우 보험기간 중 보험대상자(피보험자)의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제 27 조(실종의 신고) 제 2 항의 규정에 준하는 사유 또는 재해(<별표 4> “재해분류표”에서 정한 재해를 말하며, 이하 재해라 합니다)로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 호적에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.

③ 특약이 유효한 기간 중에 보험대상자(피보험자)에게 재해가 발생하고 특약의 효력이 없어진 경우에도 재해일로부터 2 년 이내에 그 재해로 인하여 제 11 조(보험금의 종류 및 지급사유)의 사유가 발생한 때에는 회사가 책임을 집니다.

④ 회사는 보험대상자(피보험자)가 동시에 두 종류 이상의 수

술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 급여에 해당하는 수술에 대한 수술비만을 지급합니다. 단 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술비를 지급합니다.

⑤ 제 4 항에서 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 좌우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.

⑥ 제 1 항 및 제 11 조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 재해로 인하여 장해상태가 되고 장해지급률이 재해일로부터 180 일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일로부터 180 일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑦ 제 6 항에 의하여 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 재해일로부터 2 년 이내) 중에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태(사망포함)를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑧ 제 1 항 에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑨ 제 1 항 및 제 11 조 (보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.

⑩ 제 1 항 및 제 11 조 (보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5 년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 지급률로 정합니다.

⑪ 제 1 항 및 제 11 조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 합산하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑫ 제 10 항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

제 13 조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 4 관 보험금 지급 등의 절차

제 14 조 【보험금 등 청구시 구비서류】

- ① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 해약환급금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서, 수술증명서 등)
 3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
 4. 기타, 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 병원 또는 의원에서 제 1 항 제 2 호의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 15 조 【보험금 등의 지급】

- ① 회사는 제 14 조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날로부터 3 영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 지급하거나 보험료납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 또는 보험료 납입면제의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10 영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 회사는 제 1 항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금 지급시의 적립이율 계산(<별표 5>“보험금 지급시의 적립이율 계산”참고)과 같습니다.
- ③ 회사가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제 1 항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도에 대하여 보험대상자(피보험자) 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 서면으로 통지하여 드리며, 장해지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 보험금 지급이 지연되는 경우에는 보험금을 받는 자(보험수익자)의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금을 우선적으로 가지급할 수 있습니다.

제 5 관 기타사항

제 16 조 【주계약 약관 및 단체취급특약의 준용】

- ① 이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약을 따릅니다.
- ③ 주계약에 태아가입특칙이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 태아가입특칙을 따릅니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약보험가입금액 1,000 만원]

급부명	지 급 사 유	지 급 액
수술비 (제 11 조 제 1 호)	가입자녀가 보험기간 중 치료를 직접적인 목적으로 수술·신생물 근치 방사선 조사 분류표 에서 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

주) 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었거나 주보험대상자(주피보험자)가 사망하였거나 주보험대상자(주피보험자) 또는 가입자녀가 장애분류표 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 50%이상의 장애상태가 되었을 때에는 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(별 표 2)

수술·신생물 근치 방사선 조사 분류표

<수술 분류표>

1. 일반질병 및 재해 치료 목적의 수술

구분	수술 명	수술 종류
피부, 유방 의 수술	1. 피부이식술(移植術) (25cm ² 미만은 제외, 피부의 양성종양 제거술 제외)	3 종
	2. 유방절단술(切斷術, Mastectomy)	3 종
근골(筋骨) 의 수술 [발정술(拔 釘術) 등내 고정물 제 거술, 비 (非)관혈적 (觀血的) 정복술(整 復術)은 제 외함] [치(齒)·치 은·치근(齒 根·치조골 (齒槽骨)의 치치, 임플 란트 (Implant) 등 치과 처 치에 수반 하는 것을 제외함]	3. 골(骨)이식술	2 종
	4. 골수염(骨髓炎), 골결핵(骨結核) 관혈수술(觀 血手術) [농양(膿瘍)의 절개는 제외함]	3 종
	5. 두개골(頭蓋骨, cranium) 관혈수술 [비골(鼻 骨)·비중격(鼻中隔)·상악골(上顎骨)·하악골(下顎 骨)·악관절(顎關節)은 제외함]	3 종
	6. 비골(鼻骨) 관혈수술 [비중격 만곡증(彎曲 症)수술, 수면중 무호흡 수술은 제외]	1 종
	7. 상악골(上顎骨), 하악골(下顎骨), 악관절(顎 關節) 관혈수술	2 종
	8. 척추골(脊椎骨), 골반골(脊椎骨) 관혈수술	3 종
	9. 쇄골(鎖骨), 견갑골(肩胛骨), 늑골(肋骨), 흉 골(胸骨) 관혈수술	2 종
	10. 사지(四肢) 절단술 [손가락, 발가락은 제외함]	3 종
	11. 절단(切斷)된 사지(四肢) 재접합술(再接合 術) [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는 것]	3 종
	12. 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈 수술 [손가락, 발가락은 제외함]	2 종
	13. 근(筋), 건(腱), 인대(靱帶) 관혈수술 [손가락, 발가락은 제외함. 근염(筋炎), 결절종 (結節腫), 점액종(粘液腫)수술은 제외함]	1 종
호흡기계, 흉부(胸部) 의 수술	14. 만성부비강염(慢性副鼻腔炎) 근본수술(根本手術)	1 종
	15. 후두(喉頭) 전적제술(全摘除術)	3 종
	16. 기관(氣管), 기관지(氣管支), 폐(肺), 흉막(胸 膜) 관혈수술 [개흉술(開胸術, Thoracotomy)을 수반하는 것]	4 종
	17. 폐장(肺臟) 이식수술 [수용자(受容者)에 한함]	5 종
	18. 흉곽(胸郭) 형성술(形成術)	3 종
	19. 종격종양(縱隔腫瘍) 적출술(摘出術) [개 흉 술을 수반하는 것]	4 종

순환기계, 비장(脾腸) 의 수술	20. 관혈적(觀血的) 혈관 성형술(血管成形術, Angioplasty)·혈관위회술(迂迴術, bypass operation)	3 종
	21. 하지 정맥류(靜脈瘤) 근본수술	1 종
	22. 대동맥(大動脈), 대정맥(大靜脈), 폐동맥(肺動脈), 관동맥(冠動脈) 관혈수술 [개흉술, 개복술을 수반하는 것]	5 종
	23. 심막(心膜) 절개봉합술(切開縫合術)	4 종
	24. 직시하 심장내(直視下心腸內) 관혈수술 [개흉술을 수반하는 것]	5 종
	25. 심장 이식수술 [수용자에 한함]	5 종
	26. 체내용(體內用) 인공심박조율기(人工深博調律機, Artificial pacemaker) 매입술(埋入術)	3 종
	27. 비장(脾腸) 적제술	3 종
소화기계의 수술	28. 이하선종양(耳下腺腫瘍) 적출술	3 종
	29. 악하선종양(顎下腺腫瘍) 적출술	2 종
	30. 식도(食道) 이단술(離斷術) [개흉술, 개복술(開腹術, Laparotomy)을 수반하는 것]	4 종
	31. 위 절제술(胃 切除術, Gastrectomy) [개복술을 수반하는 것]	4 종
	32. 기타의 위·식도수술 [개흉술, 개복술을 수반하는 것]	3 종
	33. 전신성 복막염(全身性 腹膜炎, Generalized peritonitis) 수술	3 종
	34. 간장(肝臟), 췌장(膵臟) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]	4 종
	35. 담낭(膽囊), 담도(膽道) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]	3 종
	36. 간장 이식수술 [수용자에 한함, 개복술을 수반하는 것]	5 종
	37. 췌장 이식수술 [개복술을 수반해야 하며 수용자에 한함] (단, 랑게르한스 소도(Islet of Langerhans)세포 이식수술은 제외함)	5 종
	38. 담도계 결석 치료를 위한 체외충격파쇄석술(體外衝擊破碎石術, E.S.W.L.) [시술개시일부터 60 일간에 1 회의 급여를 한도로 함]	2 종
	39. 탈장(脫腸) 근본수술	1 종
	40. 충수(蟲垂)절제술(충수염관련 충수주위 농양수술, 국한성 복막염 수술 포함), 맹장봉축술(盲腸縫縮術)	2 종
	41. 직장탈(直腸脫)근본수술	2 종

	42. 소장(小腸), 결장(結腸), 직장(直腸), 장간막(腸間膜) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]	4 종
	43. 근치(根治)를 목적으로 한 치루(痔瘻), 탈항(脫肛), 치핵(痔核) 근본수술 [근치를 목적으로 하지 않은 수술은 제외함]	1 종
비뇨기계, 생식기계의 수술	44. 신장(腎臟), 신우(腎臟), 요관(腎盂) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것, 경요도적 조작은 제외함]	4 종
	45. 방광(膀胱) 관혈수술[경요도적조작은 제외함]	2 종
	46. 신장(腎臟) 이식수술(移植手術) [수용자에 한함]	5 종
	47. 요로 결석 치료를 위한 체외충격파쇄석술(體外衝擊破碎石術, E.S.W.L) [시술개시일부터 60 일간에 1 회의 급여를 한도로 함]	2 종
	48. 요도협착(經尿狹窄) 관혈수술 [경요도적 조작은 제외함]	3 종
	49. 요루폐쇄(尿瘻閉鎖, Urinary fistulectomy) 관혈수술 [경요도적 조작은 제외함]	3 종
	50. 음경(陰莖) 절단술	3 종
	51. 고환(辜丸), 부고환(副辜丸), 정관(精管), 정색(精索), 정낭(精囊)관혈수술, 전립선(前立腺)관혈수술	2 종
	52. 음낭수종(陰囊手腫) 근본수술	1 종
	53. 자궁(子宮) 전(全)절제술	2 종
	54. 자궁경관(子宮頸管) 형성술, 자궁경관 봉축술(縫縮術)	1 종
	55. 제왕절개만출술(帝王切開娩出術)	1 종
	56. 자궁외 임신(子宮外 妊娠)수술	2 종
	57. 자궁탈(子宮脫)·질탈(膺脫)근본수술	1 종
	58. 기타의 자궁수술 [자궁경관 Polyp 절제술, 인공임신중절술(人工妊娠中絶術)은 제외함]	1 종
	59. 난관(卵管), 난소(卵巢) 관혈수술 [경질적(經腔的)조작은 제외함]	2 종
	60. 기타의 난관(卵管), 난소(卵巢)수술	1 종
내분비계의 수술	61. 뇌하수체종양(腦下垂體腫瘍) 관혈적 적제술	5 종
	62. 갑상선(甲狀腺)·부갑상선(副甲狀腺) 절제술	3 종
	63. 부신(副腎) 전(全)적제술	4 종
신경계의 수술	64. 두개내(蓋內) 관혈수술 [개두술(開頭術, Craniotomy)을 수반하는 것]	5 종
	65. 신경(神經) 관혈수술 [형성술, 이식술, 절	2 종

	제술, 감압술(減壓術), 개방술, 염제술(捻除術) 66. 관혈적 척수종양(脊髓腫瘍) 적출술(摘出術) 67. 척수경막내외(脊髓硬膜內外) 관혈수술	4 종 3 종
시각기(視 覺器)의 수 술	68. 안검하수증(眼瞼下垂症) 수술 69. 누소관(淚小管)형성술 70. 누낭비강(淚囊鼻腔) 문합술(吻合術) 71. 결막낭(結膜囊) 형성술 72. 각막(角膜) 이식술 73. 관혈적 전방(前房), 홍채(虹彩), 초자체(硝子體), 안와내(眼窩內) 이물제거술(異物除去術) 74. 홍채(虹彩) 전후유착 박리술(前後癒着 剝離術) 75. 녹내장((綠內障) 관혈수술 76. 백내장(白內障), 수정체(水晶體) 관혈수술 77. 초자체(硝子體) 관혈수술 78. 망막박리(網膜薄利) 수술 79. 레이저(Laser)·냉동응고(冷凍凝固)에 의한 안구(眼球) 수술 [시술개시일부터 60 일간에 1 회의 급여를 한도로 함] 80. 안구적제술, 조직충전술(組織充填術) 81. 안와종양(眼窩腫瘍) 적출술 82. 안근(眼筋)이식술	1 종 2 종 2 종 2 종 2 종 2 종 2 종 3 종 1 종 2 종 2 종 2 종 3 종 3 종 2 종
청각기(聽 覺器)의 수 술	83. 관혈적고막(鼓膜), 고실(鼓室) 형성술 [고막 패치술은 제외] 84. 유양동 삭개술(乳樣洞削開術, mastoidectomy) 85. 만성중이염 중이(中耳) 근본수술 86. 내이(內耳) 관혈수술 87. 청신경종양(聽神經腫瘍) 적출술 [개두술(開頭術)을 수반하는 것]	3 종 1 종 2 종 3 종 5 종
상기 이외 의 수술 [검사, 처 치, 약물주 입요법은 포함하지 않음]	88. 상기 이외의 개두술(開頭術) 89. 상기 이외의 개흉술(開胸術) 90. 상기 이외의 개복술(開腹術) 91. 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적 수술 [시술 개시일부터 60 일간에 1 회의 급여를 한도로 함] 91-1. 뇌, 심장 92-2. 후두, 흉부장기(심장 제외), 복부장기, 척추, 사지관절(손가락, 발가락은 제외)	3 종 3 종 2 종 3 종 3 종 2 종

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

II. 악성신생물 치료 목적의 수술

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

- (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 근치·두개내신생물 근치 방사선 조사 분류표>

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

- (주) 1. 시술 개시일부터 60 일간에 1 회의 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 보험대상자(피보험자) 질병 또는 재해로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제 3 조 (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), 적제(摘除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말하며, 흡인(吸引), 천자(穿刺), 적제(適劑) 등의 조치 및 신경(神經)

BLOCK 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 근치수술'이라 함은 관혈적 방법을 통해 악성신생물의 원발 병소를 완전히 절제, 적제, 적출하고 혹은 광청술을 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 60 일간에 1 회의 급여를 한도로 합니다.
2) 단, 이 선진의료적 첨단수술이 본질적으로 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter)등에 의한 경피적 수술인 경우에는 <수술분류표>중 ‘일반질병 및 재해치료 목적의 수술’ 91항(악성신생물의 경우는 ‘악성신생물 치료목적의 수술’ 2 항)을 우선 적용합니다.
6. ‘악성 신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife; 선형가속기에서 발생되는 가느다란 방사선 이용) 정위적 방사선 치료’라 함은 선형가속기(LINAC)에서 발생되는 가는 방사선(Pencil beam)들을 다양한 각도에서 악성 신생물을 향해 집중적으로 조사하면서 동시에 악성신생물의 움직임을 병변 추적 장치를 이용하여 실시간으로 추적하면서 치료하는 방법입니다;
7. ‘두개내 신생물 근치 감마나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료’라 함은 정위 좌표계를 이용하여 코발트 60 방사성 동위원소(Co-60)에서 나오는 감마선을 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]

(별 표 3)

장해분류표

주보험의 (별 표 6) “장해분류표” 와 동일

(별 표 4)

재해분류표

주보험의 (별 표 7) “재해분류표” 와 동일

(별 표 5)

보험금 지급시의 적립이율 계산
(제 15 조 제 2 항 관련)

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
보험금 (제 11 조)	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간	보험계약 대출이율
해약환급금 (제 13 조 제 1 항)	해약환급금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 해약환급금 청구일까지의 기간	1 년이내 : 예정이율의 50% 1 년초과기간 : 1%
	해약환급금청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간	예정이율 + 1%
	지급기일의 다음날부터 해약환급금 지급일까지의 기간	보험계약 대출이율

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

무배당
하나어린이 암보장특약 약관

이 특약은 계약자의 선택에 의하여 해당보험료를 납입한 경우에만 해당됩니다.

제 1 관 보험계약의 성립과 유지	91
제 1 조 【특약의 체결 및 소멸】	
제 2 조 【보험대상자(피보험자)의 범위】	
제 3 조 【특약의 보장개시일】	
제 4 조 【특약의 무효】	
제 5 조 【특약내용의 변경】	
제 6 조 【계약자의 임의해지】	
제 7 조 【특약의 보험기간】	
제 2 관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)	92
제 8 조 【특약보험료의 납입】	
제 9 조 【보험료의 납입연체시 특약의 해지】	
제 10 조 【보험료의 납입연체로 인한 해지 특약의 부활(효력회복)】	
제 3 관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)	93
제 11 조 【“암” 등의 정의 및 진단확정】	
제 12 조 【“방사선치료”의 정의】	
제 13 조 【“항암약물치료”의 정의】	
제 14 조 【“입원”의 정의와 장소】	
제 15 조 【보험금의 종류 및 지급사유】	
제 16 조 【보험금 지급에 관한 세부규정】	
제 17 조 【해약환급금】	
제 4 관 보험금 지급 등의 절차	97
제 18 조 【보험금 등 청구시 구비서류】	
제 19 조 【보험금 등의 지급】	
제 5 관 기타사항	98
제 20 조 【주계약 약관 및 단체취급특약의 준용】	

무배당 하나어린이 암보장특약 약관

제 1 관 보험계약의 성립과 유지

제 1 조 【특약의 체결 및 소멸】

① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 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 제 2 조(보험대상자(피보험자)의 범위)에서 정한 종보험대상자(종피보험자)가 사망하거나 주계약이 해지 및 기타사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제 2 조 【보험대상자(피보험자)의 범위】

이 특약의 보험대상자(피보험자)는 주보험대상자(주피보험자) 및 종보험대상자(종피보험자)(이하 “가입자녀”라 합니다)로 하고, 가입자녀는 주보험대상자(주피보험자)의 호적상 또는 주민등록상의 자녀(계약자 또는 주보험대상자(주피보험자)와 부양관계에 있는 자 포함) 중 계약청약시 선택한 1 인으로 합니다. (이하 “주보험대상자(주피보험자)”와 “가입자녀”를 합하여 “보험대상자(피보험자)”라 합니다)

제 3 조 【특약의 보장개시일】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제 4 조 【특약의 무효】

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며 이 미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 특약에서 특약 체결시까지 보험대상자(피보험자)의 서면에 의한 동의 를 얻지 아니한 경우.
2. 만 15 세 미만자, 심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)를 보험대상자(피보험자)로 하여 사망 을 보험금 지급사유로 한 특약의 경우

제 5 조 【특약내용의 변경】

① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 단, 보험대상자(피보험자)의 경우에는 변경할 수 없습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험가입증서(보험증권)의 뒷

면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제 17 조(해약환급금) 제 1 항에 따라 계약자에게 지급합니다.

③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금의 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제 6 조 【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 17 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 지급합니다.

② 제 1 항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제 7 조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일합니다.

제 2 관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제 8 조 【특약보험료의 납입】

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

제 9 조 【보험료의 납입연체시 특약의 해지】

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 단, 이 경우에도 주계약에 정한 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

② 제 1 항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제 17 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제 10 조 【보험료의 납입연체로인한해지 특약의 부활(효력회복)】

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

② 주계약의 부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청정한 것으로 봅니다.

③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제 3 조(특약의 보장개시일)를 준용합니다.

제 3 관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제 11 조 【“암”등의 정의 및 진단확정】

① “암” 및 “기타피부암”의 정의 및 진단 확정

1. 이 특약에 있어서 “암” 이라 함은 한국표준질병사인분류 중 별표 2 (대상이 되는 악성신생물 분류표(기타피부암 제외))에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물)에 해당하는 질병 및 전암병소(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
2. 이 특약에 있어서 “기타피부암” 이라 함은 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물)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, 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)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 특약에 있어서 “상피내암” 이라 함은 한국표준질병사인분류 중 별표 3 (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, 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 상피내암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

③ “경계성종양”의 정의 및 진단확정

1. 이 특약에 있어서 “경계성종양”이라 함은 한국표준질병사인분류 중 별표 4 (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, 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.

그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 경계성종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 12 조 【“방사선치료”의 정의】

이 특약에 있어서 “방사선치료”라 함은 치료 방사선과 또는 방사선 종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양의 치료를 위하여 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

제 13 조 【“항암약물치료”의 정의】

이 특약에 있어서 “항암약물치료”라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양의 치료를 위하여 화학요법 또는 면역 요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제 14 조 【“입원”의 정의와 장소】

이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양으로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 15 조 【보험금의 종류 및 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 제 3 조(특약의 보장개시일)에서 정한 특약의 보장개시일 이후에 가입자녀에게 다음 사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 보험금지급기준표(<별표 1>“보험금지급기준표” 참고)에 따라 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 가입자녀가 보험기간 중 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양 진단이 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 때(수술 1 회당) : 해당 암수술비
2. 가입자녀가 보험기간 중 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양 진단이 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 방사선치료를 받았을 때 : 해당 방사선치료비(단, 각각 최초 1 회에 한함)
3. 가입자녀가 보험기간 중 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양 진단이 확정되고, 그 치료를 직접적인

목적으로 항암약물치료를 받았을 때 : 해당 항암약물 치료비(단, 각각 최초 1 회에 한함)

4. 가입자녀가 보험기간 중 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양 진단이 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 4 일 이상 계속하여 입원 하였을 때 : 해당 암입원비

제 16 조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었거나 주보험대상자(주피보험자)가 사망하였을 때, 또는 주보험대상자(주피보험자) 또는 가입자녀가 암 진단이 확정되었거나 장해 분류표(<별표 5> “장해분류표” 참고, 이하 같습니다) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 50%이상인 장해상태가 되었을 때에는 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 단, 주보험대상자(주피보험자)가 보험계약일부터 계약일을 포함하여 90 일 이전에 암 진단이 확정되는 경우에는 보험료 납입을 면제하지 않습니다.

② 제 1 항 및 제 1 조(특약의 체결 및 소멸) 제 2 항의 경우 보험기간 중 보험대상자(피보험자)의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제 27 조(실종의 선고) 제 2 항의 규정에 준하는 사유 또는 재해(<별표 6> “재해분류표”에서 정한 재해를 말하며, 이하 재해라 합니다)로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 호적에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.

③ 암입원비의 지급일수는 1 회 입원 당 120 일을 최고한도로 하며, 가입자녀가 동일한 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양으로 인하여 입원을 2 회 이상 한 경우에는 1 회 입원으로 보아, 각 입원일수를 합산하여 지급일수 120 일을 적용합니다. 그러나, 동일한 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양에 의한 입원이라도 암입원비가 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180 일을 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 보고 암입원비를 지급하여 드립니다.

④ 가입자녀가 입원기간 중에 보험기간이 끝난 경우에는 그 계속중인 입원기간에 대하여 제 3 항의 규정에 따라 계속 암입원비를 지급하여 드립니다.

⑤ 제 15 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 4 호의 경우 “계속하여 입원”이란 중도 퇴원 없이 계속하여 입원하는 것을 뜻합니다. 다만, 가입자녀가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정하는 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.

⑥ 가입자녀가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 아니한 때에는 회사는 암입원비의 전부 또는 일부를

지급하지 아니합니다.

⑦ 제 1 항 및 제 1 조(특약의 체결 및 소멸) 제 2 항의 경우 보험기간 중 보험대상자(피보험자)의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제 27 조(실종의 선고) 제 2 항의 규정에 준하는 사유 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 호적에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.

⑧ 제 1 항의 경우 재해로 인하여 장애상태가 되고 장애지급률이 재해일부부터 180 일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일부부터 180 일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만 장애분류표에서 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑨ 제 7 항에 의해서 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 재해일부부터 2 년이내)중에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태(사망포함)를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.

⑩ 제 1 항에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑪ 제 1 항의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용합니다.

⑫ 제 1 항의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 “한시장애”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5 년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 한시장애의 지급률로 정합니다.

⑬ 제 1 항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 합산하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑭ 제 12 항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

제 17 조 【해약환급금】

① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 4 관 보험금 지급 등의 절차

제 18 조 【보험금 등 청구시 구비서류】

① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 해약환급금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(사망진단서, 암진단서, 장애인단서, 방사선 치료확인서, 항암약물치료확인서, 수술증명서, 입원치료확인서 등)
 3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
 4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자가 보험금등의 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
- ② 병원 또는 의원에서 제 1 항 제 2 호의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것 이어야 합니다.

제 19 조 【보험금 등의 지급】

① 회사는 제 18 조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날로부터 3 영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 지급하거나 보험료납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 또는 보험료 납입면제의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10 영업일 이내에 보험금을 지급 하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

② 회사는 제 1 항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표 7 (보험금 지급시의 적립이율 계산)과 같습니다.

③ 회사가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제 1 항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도에 대하여 보험대상자(피보험자) 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 서면으로 통지하여 드리며, 장해지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 보험금 지급이 지연되는 경우에는 보험금을 받는 자(보험수익자)의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금을 우선적으로 가지급할 수 있습니다.

제 5 관 기타사항

제 20 조 【주계약약관 및 단체취급특약의 준용】

- ① 이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약을 따릅니다.
- ③ 주계약에 태아가입특칙이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 태아가입특칙을 따릅니다.

(별 표 1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약보험가입금액 1,000 만원]

급부명	지 급 사 유	지 급 액
암수술비 (제 15 조 1 호)	가입자녀가 보험기간 중 암 진단이 확정되고 그 치료를 직접적인 목적 으로 수술을 받았을 때	최초 수술 : 300 만원 2 회 이후 수술 : 수술1 회당100만원
	가입자녀가 보험기간 중 기타피부 암, 상피내암 또는 경계성종양 진 단 이 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 때	수술1 회당30 만원
방사선 치료비 (제 15 조 2 호)	가입자녀가 보험기간 중 암 진단 이 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 방사선치료를 받았을 때 (최초 1 회에 한함)	150 만원
	가입자녀가 보험기간 중 기타피 부암, 상피내암, 경계정종양 진 단 이 확정되고 그 치료를 직접적 인 목적으로 방사선치료를 받았 을 때 (각각 최초 1 회에 한함)	30 만원
항암약물 치료비 (제 15 조 3 호)	가입자녀가 보험기간 중 암 진단 이 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 항암약물치료를 받았을 때 (최초 1 회에 한함)	150 만원
	가입자녀가 보험기간 중 기타피 부암, 상피내암, 경계정종양 진 단 이 확정되고 그 치료를 직접적 인 목적으로 항암약물치료를 받 았을 때 (각각 최초 1 회에 한함)	30 만원
암입원비 (제 15 조 4 호)	가입자녀가 보험기간 중 암 진단 이 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 4 일이상 계속하여 입 원하였을 때	3일초과1일당10만원 (단, 1 회 입원당 120 일 한도)
	가입자녀가 보험기간 중 기타피 부암, 상피내암 또는 경계성종양 진단 이 확정되고 그 치료를 직접 적인목적으로 4 일이상 계속하여 입원하였을 때	3일초과1일당 2 만원 (단, 1 회 입원당 120 일 한도)

주) 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었거나 주보험대상
자(주피보험자)가 사망하였을 때, 또는 주보험대상자(주피보험자) 또는
가입자녀가 암(기타피부암, 상피내암, 경계성종양 제외)진단이 확정되

었거나 장애분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 50%이상의 장애상태가 되었을 때에는 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주보험대상자(주피보험자)가 보험계약일부터 계약일을 포함하여 90 일 이전에 암으로 진단이 확정되는 경우에는 보험료 납입을 면제하지 않습니다.

(별 표 2)

대상이 되는 악성신생물분류표
(기타피부암 제외)

주보험의 (별 표 2) “대상이 되는 악성신생물분류표 (기타피부암 제외)”와 동일

(별 표 3)

상피내의 신생물 분류표

약관에 규정하는 ‘상피내의 신생물’로 분류되는 질병은 제 4 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2002-1 호, 2003. 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

주) 제 5 차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별 표 4)

행동양식불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에 규정하는 '행동양식불명 또는 미상의 신생물'로 분류되는 질병은 제 4 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2002-1 호, 2003. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

분 류 항 목	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. 진성 적혈구 증다증	D45
10. 골수 형성 이상 증후군	D46
12. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물	D47
13. 기타 및 상세 불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물	D48

주) 제 5 차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별 표 5)

장해분류표

주보험의 (별 표 6) “장해분류표”와 동일

(별 표 6)

재해분류표

주보험의 (별 표 7) “재해분류표”와 동일

(별 표 7)

보험금 지급시의 적립이율 계산
(제 19 조 제 2 항 관련)

구 분	적 립 기 간	적 립 이 율
보험금 (제 15 조 제 1 호 내지 제 4 호)	지급기일의 다음날부터 보 험금 지급일까지의 기간	보험계약대출이율
해약환급금 (제 17 조 제 1 항)	해약환급금 지급사유가 발 생한 날의 다음날부터 해약 환급금 청구일까지의 기간	1 년이내 : 예정이율의 50% 1 년초과기간 : 1%
	해약환급금청구일의 다음날 부터 지급기일까지의 기간	예정이율 + 1%
	지급기일의 다음날부터 해 약환급금 지급일까지의 기 간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 이 특약의 소멸시효
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.

**무배당
하나어린이 선천이상특약 약관**

이 특약은 계약자의 선택에 의하여 해당보험료를 납입한 경우에만 해당됩니다.

제 1 관 보험계약의 성립과 유지	107
제 1 조 【특약의 체결 및 소멸】	
제 2 조 【보험대상자(피보험자)의 범위】	
제 3 조 【특약의 보장개시일】	
제 4 조 【특약내용의 변경】	
제 5 조 【계약자의 임의해지】	
제 6 조 【특약의 보험기간】	
제 2 관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)	108
제 7 조 【특약보험료의 납입】	
제 8 조 【보험료의 납입연체시 특약의 해지】	
제 9 조 【보험료의 납입연체로 인한 해지 특약의 부활(효력회복)】	
제 3 관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)	108
제 10 조 【“암” 및 “기타피부암”의 정의 및 진단확정】	
제 11 조 【“선천이상”의 정의 및 진단확정】	
제 12 조 【“입원” 및 “수술”의 정의와 장소】	
제 13 조 【보험금의 종류 및 지급사유】	
제 14 조 【보험금 지급에 관한 세부규정】	
제 15 조 【해약환급금】	
제 4 관 보험금 지급 등의 절차	112
제 16 조 【보험금 등 청구시 구비서류】	
제 17 조 【보험금 등의 지급】	
제 5 관 기타사항	113
제 18 조 【주계약 약관 및 단체취급특약의 준용】	

무배당 하나어린이 선천이상보장특약 약관

제 1 관 보험계약의 성립과 유지

제 1 조 【특약의 체결 및 소멸】

① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 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 제 2 조(보험대상자(피보험자)의 범위)에서 정한 종보험대상자(종피보험자)가 사망하거나 주계약이 해지 및 기타사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제 2 조 【보험대상자(피보험자)의 범위】

이 특약의 보험대상자(피보험자)는 주보험대상자(주피보험자) 및 종보험대상자(종피보험자)(이하 “가입자녀”라 합니다)로 하고, 가입자녀는 주보험대상자(주피보험자)의 호적상 또는 주민등록상의 자녀(계약자 또는 주보험대상자(주피보험자)와 부양관계에 있는 자 포함) 중 계약청약시 선택한 1 인으로 합니다.(이하 “주보험대상자(주피보험자)”와 “가입자녀”를 합하여 “보험대상자(피보험자)”라 합니다)

제 3 조 【특약의 보장개시일】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제 4 조 【특약내용의 변경】

① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 단, 보험대상자(피보험자)의 경우에는 변경할 수 없습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제 15 조(해약환급금) 제 1 항에 따라 계약자에게 지급합니다.

③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금의 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제 5 조 【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 15 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 지급합니다.

② 제 1 항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제 6 조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일합니다.

제 2 관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제 7 조 【특약보험료의 납입】

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

제 8 조 【보험료의 납입연체시 특약의 해지】

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.

단, 이 경우에도 주계약에 정한 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

② 제 1 항 따라 특약이 해지된 경우에는 제 15 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제 9 조 【보험료의납입연체로인한해지 특약의 부활(효력회복)】

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

② 주계약의 부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제 3 조(특약의 보장개시일)를 준용합니다.

제 3 관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제 10 조 【“암” 및 “기타피부암”의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 “암” 이라 함은 한국표준질병사인분류 중 별표 2 (대상이 되는 악성신생물 분류표(기타피부암 제외))에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타피부의

악성신생물)에 해당하는 질병 및 전암병소(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물)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, 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 암 또는 기타피부암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 11 조 【“선천이상”의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 “선천이상”이라 함은 한국표준질병사인분류 중 선천이상분류표(<별표 3> “제 1 형 선천이상분류표”, <별표 4> “제 2 형 선천이상분류표”, <별표 5> “제 3 형 선천이상분류표”참고)에서 정한 질병을 말합니다.

② “선천이상”의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사 자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제 12 조 【“입원” 및 “수술”의 정의와 장소】

① 이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 선천이상의 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 의사에 의하여 선천이상으로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료법 제 3 조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 기구를 사용하여 「생체(生體)에 절단(切斷), 적제(摘除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말하며, [흡인(吸引), 천자(穿刺), 적제(滴劑) 등의 조치 및 신경(神經)차단(Nerve Block)은 제외]」 하는 것을 말합니다.

제 13 조 【보험금의 종류 및 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 제 3 조(특약의 보장개시일)에서

정한 특약의 보장개시일 이후에 가입자녀에게 다음 사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 보험금지급기준표(<별표 1>“보험금 지급기준표”참고)에 따라 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 가입자녀가 보험기간 중 선천이상으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 때: 선천이상 수술비
2. 가입자녀가 보험기간 중 선천이상으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 4 일이상 계속하여 입원하였을 때 : 선천이상입원비

제 14 조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었거나 주보험대상자(주피보험자)가 사망하였을 때, 또는 보험료 납입기간 중 주보험대상자(주피보험자) 또는 가입자녀가 암 진단이 확정 되었거나 장애분류표(<별표 6>“장애분류표”참고, 이하 같습니다) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 50%이상인 장애상태가 되었을 때에는 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 단, 주보험대상자(주피보험자)가 보험계약일부터 계약일을 포함하여 90 일 이전에 암 진단이 확정되는 경우에는 보험료 납입을 면제하지 아니합니다.

② 제 1 항 및 제 1 조(특약의 체결 및 소멸) 제 2 항의 경우 보험기간 중 보험대상자(피보험자)의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제 27 조(실종의 선고) 제 2 항의 규정에 준하는 사유 또는 재해(<별표 7> “재해분류표”에서 정한 재해를 말하며, 이하 “재해”라 합니다)로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 호적에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.

③ 제 13 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 1 호의 경우 회사는 가입자녀가 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 급여에 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 2 항에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어 먹거나 말하기 기능과 관련된 신체부의, 머리, 척추(등뼈), 체간골, 흉부장기·복부장기·비뇨생식기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.

⑤ 제 13 조 (보험금의 종류 및 지급사유) 제 2 호의 경우 선천 이상입원비의 지급일수는 1 회 입원당 120 일을 최고한도로 하며, 가입자녀가 동일 선천이상으로 인하여 입원을 2 회 이상

한 경우에는 1 회 입원으로 보아, 각 입원일수를 합산하여 지급일수 120 일을 적용합니다.

그러나 동일 선천이상에 의한 입원이라도 선천이상입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180 일을 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 보고 선천이상입원비를 지급하여 드립니다.

⑥ 가입자녀가 입원기간 중에 보험기간이 끝난 경우에는 그 계속중인 입원기간에 대하여 제 2 항의 규정에 따라 계속 선천이상입원비를 지급하여 드립니다.

⑦ 제 13 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 2 호의 경우 “계속하여 입원”이란 중도 퇴원 없이 계속하여 입원하는 것을 뜻합니다. 다만, 가입자녀가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정하는 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.

⑧ 가입자녀가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 아니한 때에는 회사는 선천이상입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.

⑨ 제 1 항의 경우 재해로 인하여 장애상태가 되고 장애지급률이 재해일부부터 180 일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일부부터 180 일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만 장애분류표에서 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑩ 제 9 항에 의해서 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 재해일부부터 2 년이내)중에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태(사망포함)를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.

⑪ 제 1 항에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑫ 제 1 항의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용합니다.

⑬ 제 1 항의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 “한시장애”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5 년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 한시장애의 지급률로 정합니다.

⑭ 제 1 항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 합산하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑮ 제 14 항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중

높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체 부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

제 15 조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 4 관 보험금 지급 등의 절차

제 16 조 【보험금 등 청구시 구비서류】

- ① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 해약환급금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서, 암진단서, 수술증명서, 입원치료확인서 등)
 3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
 4. 기타, 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자가 보험금 수령 또는 보험료 납입면제에 필요하여 제출하는 서류
- ② 병원 또는 의원에서 제 1 항 제 2 호의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 17 조 【보험금 등의 지급】

- ① 회사는 제 16 조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날로부터 3 영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 지급하거나 보험료납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 또는 보험료 납입면제의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10 영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 회사는 제 1 항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금 지급시의 적립이율 계산(<별표 7>“보험금 지급시의 적립이율 계산”참고)과 같습니다.

③ 회사가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제 1 항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도에 대하여 보험대상자(피보험자) 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 서면으로 통지하여 드리며, 장해지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 보험금 지급이 지연되는 경우에는 보험금을 받는 자(보험수익자)의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금을 우선적으로 가지급할 수 있습니다.

제 5 관 기타사항

제 18 조 【주계약 약관 및 단체취급특약의 준용】

- ① 이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약을 따릅니다.
- ③ 주계약에 태아가입특칙이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 태아가입특칙을 따릅니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약보험가입금액 1,000 만원]

급부명	지 급 사 유	지 급 액
선천이상 수술비 (제 13 조 1 호)	가입자녀가 보험기간 중 선천이 상으로 진단이 확정되고 그 치료 를 직접적인 목적으로 수술을 받 았을 때	수술 1 회당 200 만원
선천이상 입원비 (제 13 조 2 호)	가입자녀가 보험기간 중 선천이상 으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 4 일 이상 계속 하여 입원하였을 때	3 일초과 1 일당 1 만원 (단, 1 회 입원당 120 일 한도)

주) 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었거나 주보험대상자(주피보험자)가 사망하였을 때, 또는 주보험대상자(주피보험자) 또는 가입자녀가 암(기타피부암 제외) 진단이 확정되었거나 장애분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 50%이상의 장애상태가 되었을 때에는 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주보험대상자(주피보험자)가 보험계약일부터 계약일을 포함하여 90 일 이전에 암 진단이 확정되는 경우에는 보험료 납입을 면제하지 아니합니다.

(별 표 2)

대상이 되는 악성신생물분류표 (기타피부암 제외)

주보험의 (별 표 2) “대상이 되는 악성신생물 분류표(기타피부암 제외)” 와 동일

(별 표 3)

제 1 형 선천이상분류표

약관에 규정하는 ‘제 1 형 선천이상’으로 분류되는 질병은 제 4 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제 2002-1 호, 2003. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명		분 류 번 호
순환기계통의 선천기형	심방실 및 연결의 선천 기형	Q20
	심장 중격의 선천 기형	Q21
	폐동맥 및 삼첨판의 선천 기형	Q22
	대동맥 및 승모판의 선천 기형	Q23
	심장의 기타 선천 기형	Q24
	대동맥의 선천 기형	Q25
	대정맥의 선천 기형	Q26
	말초혈관계통의 기타 선천 기형	Q27
	순환기계통의 기타 선천 기형	Q28
소화기관의 선천기형	식도의 선천 기형	Q39
	상부 소화관의 기타 선천 기형	Q40
	작은 창자의 선천 결여, 폐쇄 및 협착	Q41
	큰창자의 선천 결여, 폐쇄 및 협착	Q42
	창자의 기타 선천 기형	Q43
	쓸개(담낭), 쓸개관(담관) 및 간의 선천 기형	Q44
	소화기계통의 기타 선천 기형	Q45

주) 제 5 차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별 표 4)

제 2 형 선천이상분류표

약관에 규정하는 '제 2 형 선천이상'으로 분류되는 질병은 제 4 차 개정 한국표준질병사
인분류(통계청고시 제 2002-1 호, 2003.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명		분 류 번 호
신경계통의 선천기형	뇌없음증(무뇌증) 및 유사 기형	Q00
	뇌류	Q01
	소두증	Q02
	선천 수두증	Q03
	뇌의 기타 선천 기형	Q04
	척추갈림증	Q05
	척수의 기타 선천 기형	Q06
	신경계통의 기타 선천 기형	Q07
눈,귀,얼굴 및 목의 선천기형	눈꺼풀, 눈물기관 및 안와의 선천 기형	Q10
	무안구증, 소안구증 및 대안구증	Q11
	선천 수정체 기형	Q12
	전안부의 선천 기형	Q13
	후안부의 선천 기형	Q14
	눈의 기타 선천 기형	Q15
	청력 장애를 유발하는 귀의 선천 기형	Q16
	귀의 기타 선천 기형	Q17
	얼굴 및 목의 기타 선천 기형	Q18
생식기관의 선천기형	난소, 자궁관 및 넓은 인대의 선천 기형	Q50
	자궁 및 자궁목의 선천 기형	Q51
	여성 생식기의 기타 선천 기형	Q52
	정류고환	Q53
	요도하열	Q54
	남성 생식기관의 기타 선천 기형	Q55
	중성 및 가성 반음양증	Q56
비뇨기계통의 선천기형	콩팥(신장) 무발생증 및 기타 감소성 결손	Q60
	남성 콩팥(신장)병	Q61
	콩팥 깔대기의 선천 폐쇄성 결손 및 요관의 선천 기형	Q62

	콩팥(신장)의 기타 선천 기형	Q63
	비뇨기계통의 기타 선천 기형	Q64

주) 제 5 차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별 표 5)

제 3 형 선천이상분류표

약관에 규정하는 '제 3 형 선천이상'으로 분류되는 질병은 제 4 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제 2002-1 호, 2003. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명		분 류 번 호
호흡기계통의 선천기형	코의 선천기형	Q30
	후두의 선천 기형	Q31
	기관 및 기관지의 선천 기형	Q32
	폐의 선천 기형	Q33
	호흡기계통의 기타 선천 기형	Q34
입술갈림증 및 입천장갈림증	입천장 갈림증	Q35
	일술갈림증	Q36
	입술갈림증을 동반한 입천장 갈림증	Q37
혀 및 인두의 기타선천기형	혀, 입 및 인두의 기타 선천 기형	Q38
근육골격계통의 선천기형	엉덩이관절의 선천 기형	Q65
	발의 선천 변형	Q66
	머리, 얼굴, 척추 및 가슴의 선천근육 골격 변형	Q67
	기타 선천 근육골격 변형	Q68
	다지증	Q69
	합지증	Q70
	팔의 감소성 결손	Q71
	다리의 감소성 결손	Q72
	상세불명 사지의 감소성 결손	Q73
	사지의 기타 선천 기형	Q74
	머리뼈 및 얼굴뼈의 기타 선천 기형	Q75
	척추 및 가슴뼈의 선천 기형	Q76
	관모양뼈 및 척추의 성장 결손을 동반한 골연골 형상이상	Q77
	기타 골연골 형상이상	Q78
	달리 분류되지 않은 근육골격계통의 선천 기형	Q79

대 상 질 병 명		분 류 번 호
기타 선천기 형	선천 비늘증	Q80
	표피 수포증	Q81
	피부의 기타 선천 기형	Q82
	유방의 선천 기형	Q83
	외피의 기타 선천 기형	Q84
	달리 분류되지 않은 모반증	Q85
	달리 분류되지 않은 알려진 외인으로 인한 선천기형 증후군	Q86
	다발 기계통에 영향을 주는 기타 명시 된 선천기형 증후군	Q87
	달리 분류되지 않은 기타 선천 기형	Q89
달리 분류되 지 않은 염색 체 이상	다운 증후군	Q90
	에드워즈 증후군 및 파타우 증후군	Q91
	달리 분류되지 않은 보통염색체의 기 타 삼염색체증 및 부분 삼염색체증	Q92
	달리 분류되지 않은 보통염색체의 단 일염색체증 및 결손	Q93
	달리 분류되지 않은 균형성 재배열 및 구조적표지자	Q95
	터너 증후군	Q96
	달리 분류되지 않은 여성의 표현형의 기타 성염색체 이상	Q97
	달리 분류되지 않은 남성의 표현형의 기타 성염색체 이상	Q98
	달리 분류되지 않은 기타염색체 이상	Q99

주) 제 5 차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별 표 6)

장해분류표

주보험의 (별 표 6) “장해분류표” 와 동일

(별 표 7)

재해분류표

주보험의 (별 표 7) “재해분류표” 와 동일

(별 표 8)

보험금 지급시의 적립이율 계산
(제 17 조 제 2 항 관련)

구 분	적 립 기 간	적 립 이 율
보험금 (제 13 조)	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간	보험계약대출이율
해약환급금 (제 15 조 제 1 항)	해약환급금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 해약환급금 청구일까지의 기간	1 년이내 : 예정이율의 50% 1 년 초과기간 : 1%
	해약환급금청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간	예정이율 + 1%
	지급기일의 다음날부터 해약환급금 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

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

특별조건부인수특약 약관

특별조건부인수특약 약관

제 1조 【특약의 체결 및 효력】

① 이 특약은 주된 보험계약(특약이 부가된 경우에는 특약을 포함)을 체결할 때 보험대상자(피보험자)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 않습니다.

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 【특약면책조건의 내용】

① 주계약에 이 특약을 부가할 때 보험대상자(피보험자)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 합산 장해지급률이 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 않습니다.)

2. 별표2 "특정질병 분류표"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 따라 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 보험대상자(피보험자)가 회사가 정한 면책기간의 종료일을 포함하여 계속하여 입원한 경우 그 입원에 대해서는 면책기간 종료일의 다음날을 입원의 개시일로 인정하여 보험금을 지급합니다

⑥ 보험대상자(피보험자)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.

(별 표 1)

특정부위 분류표

분류 번호	특정부위의 명칭
1	위, 십이지장 또는 공장 맹장(충수돌기 포함) 또 는 회장
2	직장 또는 항문
3	간장, 담낭 또는 담관
4	췌장
5	기관, 기관지, 폐, 흉막 또는 흉곽
6	코(외비, 비강 또는 부비 강 포함)
7	인두 또는 후두
8	구강, 치아, 혀, 악하선,
9	이하선 또는 설하선
10	귀(외이, 고막, 중이, 내 이, 청신경 또는 유양돌 기 포함)
11	안구 또는 안구부속기 (안검, 결막, 누기, 안근 또는 안와내 조직 포함) 신장
12	요관, 방광 또는 요도
13	전립선
14	유방(유선 포함)
15	자궁(이상분만의 경우
16	포함)
17	난소 또는 난관

분류 번호	특정부위의 명칭
18	고환(고환초막포함), 부고 환, 정관, 정삭 또는 정낭
19	갑상샘
20	경추부(해당신경 포함)
21	흉추부(해당신경 포함)
22	요추부(해당신경 포함)
23	선골부 또는 미골부(해당신 경 포함)
24	좌견관절부
25	우견관절부
26	좌고관절부
27	우고관절부
28	좌상지(좌견관절부 제외)
29	우상지(우견관절부 제외)
30	좌하지(좌고관절부 제외)
31	우하지(우고관절부 제외)
32	자궁체부(제왕절개술을 받 은 경우에 한함)
33	서혜부(서혜 헤르니아, 음 낭 헤르니아 또는 대퇴 헤 르니아가 생긴 경우에 한 함)
34	식도
35	대장(맹장 및 직장 제외)
36	피부(두피 및 입술포함)
37	수골(手骨)
38	족골(足骨)
39	상·하악골(上·下顎骨)

(별 표 2)

특정질병 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서, 특정질병으로 분류된 질병은 제4차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2002-1호, 2003.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

병 명	분류번호	세부내용
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 류마티오이드 관절염	M 05	혈청검사 양성인 류마티오이드 관절염
	M 06	기타 류마티오이드 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

※ 제5차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병이외에 약관에서 정하는 질병이 있는 경우는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별 표 3)

재해분류표

주보험의 (별표7) “재해분류표” 와 동일

(별 표 4)

장해분류표

주보험의 (별표6) “장해분류표” 와 동일