

개인(신용)정보의 제공·활용 및 조회에 관한 고객권리 안내문

이 권리안내문은 개인(신용)정보의 제공·활용 및 조회에 대하여 동의를 하신 고객님에게 내용을 보다 상세하게 설명해 드리고, 이와 관련된 고객님의 권리를 알려 드리기 위한 것 입니다.

하나생명보험은 고객님의 개인신용정보처리 동의목적 범위(금융거래설정/유지여부판단, 고객동의사항 등)내에서 최소한의 정보만 수집, 이용하고 있습니다. 고객님께서도 상품소개 목적 등의 동의여부와 관계없이 금융거래채결 및 해당 금융서비스를 이용하실 수 있습니다. 다만, 제휴, 마케팅 또는 하나금융그룹사 등에 정보제공 동의를 하지 않으실 경우, 제휴 또는 부가서비스, 신상품 안내 등은 제공받지 못할 수도 있습니다.

고객님께서도 「신용정보 이용 및 보호에 관한 법률」에 따라 아래와 같은 권리를 가집니다.

1. 신용정보 이용 및 제공사실의 조회(법 제 35 조)

고객님께서도 홈페이지(www.hanalife.co.kr)를 통해 고객님의 개인신용정보의 이용 및 제공사실을 조회할 수 있습니다

2. 상거래 거절 근거 신용정보의 고지요구(법 제 36 조)

고객님께서도 신용정보집중기관, 신용조회회사 등으로부터 제공받은 개인신용정보를 통해 하나생명보험과 고객님의 상거래관계 설정의 거절이나 중지의 근거가 된 신용정보 및 해당 신용정보를 제공한 신용정보집중기관, 신용조회회사의 명칭, 주소, 연락처 등을 고지해 줄 것을 하나생명보험에 요구할 수 있습니다. (신용정보집중기관 및 신용조회 회사는 금융거래 관계의 설정을 거절하거나 중지하도록 결정하지는 않습니다.) 또한 신용정보집중기관 및 신용조회회사로부터 제공받은 정보 외에 다른 정보를 함께 사용하였을 경우에는 그 사실 및 그 다른 정보에 대해 고지 요구를 하실 수 있습니다.

3. 개인신용정보 제공·이용 동의철회 (법 제 37 조)

- 가. 고객님께서도 신용도 등을 평가하기 위한 목적 외의 목적으로 행한 개인신용정보 제공 동의를 철회할 수 있습니다. 다만, 동의를 철회할 경우, 계약유지관리, 업무위탁 및 원활한 상담 등의 용역을 제공받지 않을 것임을 명확히 밝혀야 합니다.
- 나. 고객님께서도 하나생명이 상품이나 서비스를 소개하거나 구매를 권유할 목적으로 연락하는 것을 중지하도록 청구할 수 있습니다(Do-Not-Call, 문자수신거부 등)
- 다. 하나생명은 동의철회 등의 청구를 받은 날부터 1 개월 이내에 처리를 완료하고, 고객님에게 서면, 전자우편, 휴대전화, 문자메시지, 인터넷 홈페이지, 전화 등을 통해 고지합니다.

【개인신용정보 제공·이용 동의철회 신청방법】

· 인터넷: www.hanalife.co.kr 內 사이버창구(사이버창구 이용 시 등록절차가 필요합니다)

· 전화 : 하나생명보험 손님케어센터 1577-1112 / 080-3488-7000

※ 신청은 신용정보주체에 한합니다.(배우자 등 가족, 제3자는 신청금지) 신규 거래고객은 계약체결일로부터 3개월간은 신청할수 없으며, 마케팅 동의 철회는 가능합니다.

4. 신용정보의 열람 및 정정청구(법 제 38 조)

- 가. 고객님의께서는 본인임을 확인받아 하나생명이 보유하고 있는 고객님의 정보에 대해 제공받으시거나 또는 열람하실 수 있으며, 하나생명은 고객님의 청구사항 접수 시 서면이나 전자문서, 인터넷홈페이지, 콜센터 등을 통하여 제공하거나 열람하실 수 있도록 처리해 드립니다
- 나. 고객님의께서 열람 제공을 요청하신 정보가 사실과 다를 경우에는 삭제 또는 정정 요구를 하실 수 있으며, 그 요구가 정당한 사유가 있다고 인정되면, 고객님의 해당 정보에 대해 제공 및 이용을 중단한 후 사실 인지를 조사하여 사실과 다르거나 확인할 수 없는 신용정보는 삭제하거나 정정한 후 7 일 이내에 알려드립니다. 고객님의께서는 처리결과에 이의가 있으실 경우 금융위원회에 그 시정을 요청할 수 있습니다.

[신용정보의 열람 및 정정청구 신청방법]

- 인터넷: www.hanalife.co.kr 內 사이버창구(사이버창구 이용 시 등록절차가 필요합니다.)
- 내방: 본사(홈페이지 참고)
- 전화: 하나생명보험 손님케어센터 1577-1112 / 080-3488-7000

5. 개인신용정보의 삭제요구(법 제 38 조의 3)

고객님께서 하나생명과 금융거래 등 상거래관계가 종료되고 보유기간 등이 경과한 경우(보유기간: 금융거래등 상거래관계 설정 및 유지 등에 필수적인 개인신용정보의 경우 5 년, 그 외의 개인신용정보의 경우 3 개월) 개인신용정보의 삭제를 요구할 수 있으며(삭제요구로 인한 불이익이 발생할 경우 이에 대한 충분한 사전설명 후 삭제조치) 하나생명은 개인신용정보 삭제 후 그 결과를 통지합니다.

다만, 다른 법률에 따른 의무 이행을 위하여 불가피한 경우, 개인의 급박한 생명, 신체, 재산의 이익을 위하여 필요하다고 인정되는 경우 및 보험금 지급 등 신용정보법에서 규정하고 있는 사항일 경우에는 제외되며, 해당 고객님의 개인신용정보는 다른 신용정보주체의 정보와 별도로 분리 보관 및 강화된 접근통제를 통해 업무상 필수인원만 접근 가능하도록 엄격히 통제합니다.

[개인신용정보의 삭제요구 신청방법]

- 내방: 본사(홈페이지 참고)
- 전화: 하나생명보험 손님케어센터 1577-1112 / 080-3488-7000

6. 신용정보 무료열람 요구(법 제 39 조)

고객님께서 신용평가회사를 통해 일정한 기간마다 고객님의 신용정보를 1 회 이상 무료로 교부 받거나 열람하실 수 있습니다. 자세한 사항은 각 신용평가회사에 문의하시기 바랍니다..

[신용정보 무료열람 요구 관련 문의처]

- 한국신용정보(주): 02-2122-4000(www.nice.co.kr)
- 한국신용평가정보(주): 02-3771-1114(www.kisinfo.com)
- 서울신용평가정보(주): 02-3449-1753(www.sci.co.kr)
- 한국개인신용(주): 02-708-6000

7. 개인신용정보 유출 시 피해보상

하나생명의 고의 또는 과실 등 귀책사유로 인한 개인정보 유출로 고객님의 발생한 손해에 대해 관계 법령등에 따라 보상 받으실 수 있습니다.

※ 위의 권리사항 관련하여 불편함을 느끼시거나 애로가 있으신 경우, 아래의 담당자 앞으로 연락하여 주시기 바랍니다.

- 하나생명보험 개인신용정보관리 · 보호인 담당부서: 02-3709-5986
- 생명보험협회 개인신용정보보호 담당자: 02-2262-6600
- 금융감독원 개인신용정보보호 담당자: 국번없이 1332

「금융소비자보호에 관한 법률」에 따른 고객권리 안내문

「금융소비자보호에 관한 법률」에 따라 고객님의께서는 다음의 권리를 가집니다.

1. 고객님의 법률 제 36 조에 따라 금융과 관련하여 분쟁이 있을 때에는 금융감독원장에게 분쟁조정을 신청할 수 있습니다.
2. 고객님의 법률 제 46 조에 따라 청약철회할 수 있습니다.
3. 고객님의 법률 제 47 조에 따라 금융상품판매업자 등이 5 대 판매규제*를 위반하여 금융상품 계약을 체결한 경우, 일정 기간내에 계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
*적합성 원칙, 적정성 원칙, 설명의무, 불공정영업행위 금지, 부당권유행위 금지
4. 고객님의 법률 제 36 조에 따른 분쟁조정 또는 소송의 수행 등 권리구제를 목적으로 법률 제 28 조에 따라 금융상품판매업자 등이 기록 및 유지·관리하는 자료의 열람(사본의 제공 또는 청취 포함)을 요구할 수 있습니다.

무배당 하나라이프플랜단체보장보험

약관의 목차

002	.....	가입자 유의사항
004	.....	주요내용 요약서
006	.....	보험용어 해설
007	.....	무배당 하나라이프플랜단체보장보험
028	.....	무배당 재해사망특약(본인형, 배우자형)
041	.....	무배당 재해장해특약(본인형, 배우자형)
073	.....	무배당 재해장해특약II(본인형, 배우자형)
105	.....	무배당 질병사망특약(본인형, 배우자형)
118	.....	무배당 암진단특약(본인형, 배우자형)
135	.....	무배당 갑상선암진단특약(본인형, 배우자형)
148	.....	무배당 암사망특약(본인형, 배우자형)
163	.....	무배당 암치료특약(본인형, 배우자형)
182	.....	무배당 요양병원암입원특약(본인형, 배우자형)
200	.....	무배당 뇌출혈진단특약(본인형, 배우자형)
215	.....	무배당 급성심근경색증진단특약(본인형, 배우자형)
230	.....	무배당 수술특약(본인형, 배우자형)
249	.....	무배당 고도재해장해특약(본인형, 배우자형)
280	.....	무배당 고도질병장해특약(본인형, 배우자형)
311	.....	보험료정산특약
314	.....	표준하체인수특약
319	.....	특정 신체부위·질병 보장제한부 인수특약
331	.....	약관 내 인용 조문

가입자 유의사항

보험계약관련 특히 유의할 사항

1. 보험계약관련 유의사항

☐ 보험계약전 알릴 의무 위반

- 과거 질병 치료사실 등을 보험회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.
- 과거 질병 치료사실 등을 보험설계사 등에게 말로써 알린 경우는 보험회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 반드시 청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다.
- 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.

☐ 감액관련

- 이 보험계약은 보험료를 장기간 납입해야 하기 때문에 보험계약자의 소득을 감안하여 보험료 수준을 결정하여야 하며, 납입기간 중 보험가입금액을 감액하는 경우 감액부분만큼 해지로 처리되어 해지공제금액 상당의 손실이 발생할 수 있습니다.

☐ 예금자보호제도 관련

- 이 보험계약은 예금자보호법에 따라 예금보험공사가 보호하되, 보호 한도는 본 보험회사에 있는 귀하의 모든 예금보호 대상 금융상품의 해지환급금(또는 만기 시 보험금이나 사고보험금)에 기타지급금을 합하여 1인당 “최고 5천만원”이며, 5천만원을 초과하는 나머지 금액은 보호하지 않습니다.

2. 해지환급금 관련 유의사항

☐ 해지환급금

- 보험계약을 중도 해지시 해지환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 납입한 보험료 중 위험보장을 위한 보험료, 계약체결비용, 계약관리비용 및 특약보험료를 차감한 후 운용·적립되고, 해지 시에는 적립금에서 이미 지출한 계약체결비용 해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.
- 이 보험계약은 1년만기 상품으로 해지환급금이 없습니다.

가입자 유의사항

보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- ☐ 보험기간은 1년만기로, 최초가입 후 1년마다 재계약을 통해 만기까지 보장받을 수 있습니다.
- ☐ 재계약시 보험요율의 변동에 따라 보험료가 인상될 수 있습니다.
- ☐ 업무상의 재해·상해 보장
 - 산업재해보상보험법상의 제5조 제1항의 '업무상의 재해'란 업무상의 사유에 따른 근로자의 부상·질병·장해 또는 사망을 말합니다.
- ☐ 암 보장
 - 최초계약의 경우 보험계약일(부활(효력회복)일)로부터 30일 이내에 암으로 진단받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 - 암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양은 원칙적으로 조직검사, 미세바늘흡인검사(미세한 침을 이용한 생체검사 방법) 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 한 진단만 인정됩니다.
 - 암 등을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.
 - 부활(효력회복)계약의 암보장개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 30일이 되는 날의 다음 날을 말합니다.
 - 이차성암(C77~C80)은 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 보장합니다.
[보험금 지급예시]
 - C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
 - C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
 - C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ☐ 특정질병 보장
 - 특정질병 등을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.
- ☐ 수술 보장
 - 약관상 수술의 정의에 포함되지 않은 조작의 경우(예: 주사기 등으로 빨아들이는 처치, 바늘 등을 통해 체액을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것 등) 보험금을 지급하지 않습니다.
 - 수술분류표를 사용하는 보험은 동 분류표에 기재되어 있는 수술만을 지급대상으로 합니다.
- ☐ 입원 보장
 - 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하지 않거나 정당한 사유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ☐ 재해·상해 보장
 - 질병이나 체질적인 요인이 있는 자로써 경미한 외부요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화되었을 때에는 재해관련 보험금이 지급되지 않습니다. (상품설명서 본문의 '실제사례'를 반드시 확인하시기 바랍니다)

주요내용 요약서

1. 자필서명

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

2. 계약전 알릴 의무

보험계약자 또는 피보험자는 청약서의 질문사항에 대하여 사실대로 기재하고 자필서명을 하셔야 합니다. 특히, 보험설계사 등에게 말로써 알린 사항은 효력이 없으며, 전화 등 통신수단을 통해 가입하는 경우에는 서면을 통한 질문절차 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 신중하셔야 합니다. 만약 고의 또는 중대한 과실로 **중요한 사항**에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 보험회사가 별도로 정한 방법에 따라 보험계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 중요한 사항이란, 보험회사가 이를 알았더라면 보험계약의 체결을 거절하였거나 적어도 동일한 조건으로 보험계약을 체결하지 않았으리라고 객관적으로 인정되는 사항을 말합니다.

3. 계약의 무효

다음 중 한 가지에 해당하는 경우 보험회사는 보험계약을 무효로 할 수 있으며 이 경우 보험회사는 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

- 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻지 않은 경우.
- 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 보험계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
- 보험계약을 체결할 때 보험계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 보험회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 보험계약으로 보나 상기 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

4. 청약철회

보험계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있으며, 이 경우 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3일 이내에 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 청약을 철회할 수 없습니다.

- 진단계약, 보험기간이 1년 미만인 보험계약 또는 전문보험계약자가 체결한 보험계약
- 청약을 한 날부터 30일을 초과한 경우

5. 계약의 취소

보험계약을 청약할 때 약관과 계약자 보관용 청약서를 전달받지 못하였거나 약관의 중요한 내용을 설명 받지 못한 때 또는 청약서에 자필서명을 하지 않은 때에는 보험계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 보험계약을 취소할 수 있으며, 이 경우 보험회사는 납입한 보험료를 돌려드리며 보험료를 받은 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

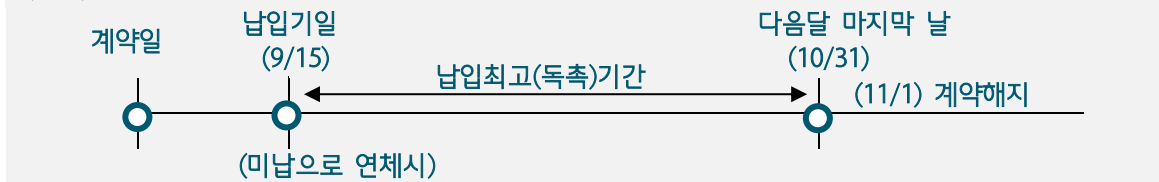
주요내용 요약서

6. 보험료의 납입연체 및 계약의 해지에 관한 사항

보험계약자가 제2회 이후 보험료의 납입을 연체하는 경우 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 보험료의 납입을 최고(독촉)하고, 그 때까지 해당보험료를 납입하지 않을 경우 보험계약이 해지됩니다.

※ 다만, 당사의 납입최고(독촉)기간은 아래와 같이 납입기일 다음날부터 납입기일이 속하는 달의 다음달 마지막 날까지로 합니다.

(예시)



7. 계약의 소멸

피보험자의 사망으로 인하여 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우, 이 보험계약은 그때부터 효력이 없습니다.

8. 해지계약의 부활(효력회복)

- 보험료 납입연체로 보험계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우 보험계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 보험회사가 정한 절차에 따라 보험계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 보험회사는 보험계약자 또는 피보험자의 건강상태, 직업, 직종 등에 따라 승낙여부를 결정하며, 합리적인 사유가 있는 경우 부활(효력회복)을 거절하거나 보장의 일부를 제한할 수 있습니다.
- 부활(효력회복) 계약의 암보장개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 30일이 되는 날의 다음날을 말합니다.

보험용어 해설

1. 보험약관

생명보험계약에 관하여 보험계약자와 보험회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것

2. 보험증권

보험계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 보험회사가 보험계약자에게 드리는 증서

3. 보험계약자

보험회사와 보험계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람

4. 피보험자

보험사고의 대상이 되는 사람

※ 보험사고란, 보험금의 지급사유가 되는 사항으로, 자세한 사항은 ‘별표1 보험금 지급기준표’ 참고

5. 보험수익자

보험금 지급사유가 발생하는 때에 보험회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람

6. 보험료

보험계약에 따른 보장을 받기 위하여 보험계약자가 보험회사에 납입하는 금액

7. 보험금

피보험자의 사망, 장애, 입원, 만기 등 보험금 지급사유가 발생하였을 때 보험회사가 보험수익자에게 지급하는 금액

8. 보험기간

보험계약에 따라 보장을 받는 기간

9. 보장개시일

보험회사의 보험금 지급의무가 시작되는 날

10. 보험가입금액

보험금, 보험료 및 책임준비금 등을 산정하는 기준이 되는 금액

※ 보험가입금액, 보험료 납입기간, 피보험자의 나이 등을 기준으로 보험료를 산출하지 않고
보험계약자가 보험료를 선택하는 보험에서는 보험료 수준에 따라 보험금, 준비금(적립액) 등이 결정됨

11. 책임준비금

장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 보험계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 보험회사가 적립해 둔 금액

12. 해지환급금

보험계약의 효력상실 또는 해지 시 보험계약자에게 돌려주는 금액

01. 무배당 하나라이프플랜단체보장보험 약관

제1관 목적 및 용어의 정의	10
제1조【목적】	10
제2조【용어의 정의】.....	10
제2관 보험금의 지급.....	11
제3조【보험금의 지급사유】	11
제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】.....	11
제5조【보험금을 지급하지 않는 사유】.....	12
제6조【보험금 지급사유의 발생통지】	12
제7조【보험금의 청구】	12
제8조【보험금의 지급절차】	13
제9조【보험금 받는 방법의 변경】.....	14
제10조【주소변경통지】	14
제11조【보험수익자의 지정】.....	14
제12조【대표자의 지정】.....	14
제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등	15
제13조【계약 전 알릴 의무】.....	15
제14조【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】.....	15
제15조【사기에 의한 계약】	16
제4관 보험계약의 성립과 유지	16
제16조【보험계약의 성립】.....	16
제17조【청약의 철회】.....	17
제18조【약관교부 및 설명의무 등】	17

제19조【계약의 무효】.....	18
제20조【계약내용의 변경 등】.....	18
제21조【피보험자의 변경】.....	19
제22조【개별계약으로의 전환】.....	19
제23조【보험나이 등】.....	20
제24조【계약의 소멸】.....	20
제5관 보험료의 납입.....	20
제25조【제1회 보험료 및 회사의 보장개시】.....	20
제26조【제2회 이후 보험료의 납입】.....	21
제27조【보험료의 계산】.....	21
제28조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지】.....	21
제29조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)】.....	21
제30조【‘강제집행 등으로 인하여 해지된 계약’의 특별부활(효력회복)】.....	22
제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등	22
제31조【계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권】.....	22
제32조【중대사유로 인한 해지】.....	22
제33조【회사의 파산선고와 해지】.....	23
제34조【해지환급금】.....	23
제35조【배당금의 지급】.....	23
제7관 분쟁의 조정 등	23
제36조【분쟁의 조정】.....	23
제37조【관할법원】.....	23
제38조【소멸시효】.....	23
제39조【약관의 해석】.....	23
제40조【회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력】.....	23
제41조【회사의 손해배상책임】.....	24

제42조【개인정보보호】	24
제43조【준거법】.....	24
제44조【예금보험에 의한 지급보장】.....	24
별표1 보험금 지급기준표	25
별표2 재해분류표	26
별표3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	27

01. 무배당 하나라이프플랜단체보장보험 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조【목적】

이 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조【용어의 정의】

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

1. 계약관계 관련 용어

- 가. 계약자 : 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
- 나. 보험수익자 : 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
- 다. 보험증권 : 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
- 라. 진단계약 : 계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.
- 마. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

2. 지급사유 관련 용어

- 가. 재해 : '별표2 재해분류표'에서 정한 재해를 말합니다.
- 나. 중요한 사항 : 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

- 가. 연단위 복리 : 회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.

【연단위 복리 예시】

원금 100원, 연간 10% 이자율 적용시 연단위 복리로 계산한 2년시점의 총 이자금액

· 1년차 이자 = $\frac{100\text{원}}{\text{원금}} \times 10\% = 10\text{원}$

· 2년차 이자 = $\frac{(100\text{원} + 10\text{원})}{\text{원금} \quad 1\text{년차 이자}} \times 10\% = 11\text{원}$

⇒ 2년 시점의 총 이자금액 = 10원 + 11원 = 21원

- 나. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다.
평균공시이율은 회사의 홈페이지(www.hanalife.co.kr) 상품공시실에서 확인할 수 있습니다.
 - 다. 해지환급금 : 계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
- ##### 4. 기간과 날짜 관련 용어
- 가. 보험기간 : 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
 - 나. 영업일 : 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, 「관공서의 공휴일에 관한 규정」에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

【「관공서의 공휴일에 관한 규정」】

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

- 1. 일요일
- 2. 국경일 중 3.1절, 광복절, 개천절 및 한글날
- 3. 1월 1일
- 4. 설날 전날, 설날, 설날 다음날(음력 12월 말일, 1월 1일, 2일)
- 5. 석제<2005.6.30.>
- 6. 석가탄신일(음력 4월 8일)

7. 5월 5일(어린이날)
8. 6월 6일(현충일)
9. 추석 전날, 추석, 추석 다음날(음력 8월 14일, 15일, 16일)
10. 12월 25일(기독탄신일)
- 10의 2. 「공직선거법」 제34조에 따른 임기만료에 의한 선거의 선거일
11. 기타 정부에서 수시 지정하는 날

제3조(대체공휴일)

- ① 제2조 제4호 또는 제9호에 따른 공휴일이 다른 공휴일과 겹칠 경우 제2조 제4호 또는 제9호에 따른 공휴일 다음 첫번째 비공휴일을 공휴일로 한다.
- ② 제2조 제7호에 따른 공휴일이 토요일이나 다른 공휴일과 겹칠 경우 제2조 제7호에 따른 공휴일의 다음 첫번째 비공휴일을 공휴일로 한다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제2관 보험금의 지급

제3조【보험금의 지급사유】

회사는 보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 보험수익자에게 사망보험금(‘별표1 보험금 지급기준표’ 참조)을 지급합니다.

제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 제3조(보험금의 지급사유)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

【실종선고】

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

【「민법」 제27조(실종의 선고)】

- ① 부재자의 생사가 5년간 분명하지 아니한 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 한다.
- ② 전지에 임한 자, 침몰한 선박 중에 있던 자, 추락한 항공기 중에 있던 자, 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한 자의 생사가 전쟁종지 후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락, 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 아니한 때에도 제1항과 같다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

- ② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료 중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료 중단 등 결정 및 그 이행은 제3조(보험금의 지급사유) ‘사망’의 원인 및 ‘사망보험금’ 지급에 영향을 미치지 않습니다.

【「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」

호스피스·완화의료와 임종과정에 있는 환자의 연명의료와 연명의료중단 등 결정 및 그 이행에 필요한 사항을 규정함으로써 환자의 최선의이익을 보장하고 자기결정을 존중하여 인간으로서의 존엄과 가치를 보호하기 위해 제정된 법률

- ③ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【제3자】

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

【「의료법」 제3조(의료기관)】

- ① 이 법에서 “의료기관”이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 “의료업”이라 한다)을 하는 곳을 말한다.
 - ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
 1. 의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 의원
 - 나. 치과의원
 - 다. 한의원
 2. 조산원: 조산사가 조산과 임신부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다.
 3. 병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 병원
 - 나. 치과병원
 - 다. 한방병원
 - 라. 요양병원(「장애인복지법」 제58조 제1항 제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
 - 마. 정신병원
 - 바. 종합병원
 - ③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항 제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.
- <향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>**

제5조【보험금을 지급하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

【고의】

자기행위가 일정한 결과를 발생시킬 것을 인식하면서 그 행위를 하는 경우의 심리상태를 말합니다.

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하면 보험금을 지급합니다.

- 가. 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우
특히 그 결과 사망에 이르게 된 경우에는 제3조(보험금의 지급사유)의 사망보험금을 지급합니다.

【심신상실】

의식은 있으나 심신장애의 정도가 심해 자신의 행위 결과를 합리적으로 판단할 능력을 갖지 못한 상태

- 나. 이 계약이 동일한 보험계약자와 계속적으로 체결되어 온 경우, 피보험자가 최초계약의 보장개시일(부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복)청약일)부터 2년이 지난 후에 자살한 경우에는 제3조(보험금의 지급사유)의 사망보험금을 지급합니다. (해당 피보험자가 최초로 피보험자가 된 이후 2년 이상 계속 피보험자 지위를 유지하는 경우에 한함)
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제6조【보험금 지급사유의 발생통지】

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유의 발생을 안 때에는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

【설명】

“지체없이”라 함은 “의무 이행을 정당한 이유 없이 지연하는 일이 없이”라는 의미입니다.

제7조【보험금의 청구】

- ① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(사망진단서 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 피보험자가 아닌 계약자가 청구하는 경우에는 피보험자 또는 그 상속인의 동의서(피보험자가 보험료의 일부를 부담하는 경우에 한함)
 5. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류(사망보험금 지급시 피보험자의 법정상속인이 아닌 자가 청구하는 경우 법정상속인의 확인서 등)
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조【보험금의 지급절차】

- ① 회사는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 지급합니다.

【보험금 지급일 예시】

보험금 청구서류 접수일이 2020년 10월 8일(목)인 경우 10/9(금, 한글날), 10/10(토), 10/11(일)은 회사의 영업일이 아니므로, 10/8(목)부터 3영업일인 10/14(수) 이내에 보험금을 지급합니다.(보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요하지 않은 경우에 한함)

- ② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 ‘별표3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.
- ③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

【보험금 가지급제도】

지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도. 이는 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해주기 위해 회사가 먼저 지급해주는 임시 금부임

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청

【설명】

분쟁조정 신청은 제36조(분쟁의 조정)에 따르며 분쟁조정신청 대상기관은 금융감독원의 금융분쟁조정위원회를 말합니다.

3. 수사기관의 조사
 4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
 5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
 6. 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제3항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제14조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인인 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

【설명】

“정당한 사유”라 함은 사회통념상 그 의무나 책임 등을 이행할 수 없을만한 사정이 있거나, 그 의무나 책임 등의 이행을 기대하는 것이 무리라고 할 만한 사정이 있을 때를 말합니다.

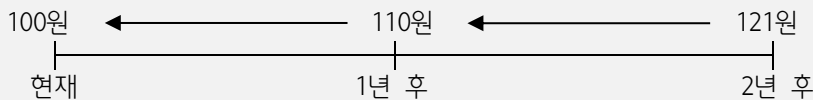
- ⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청 시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제9조【보험금 받는 방법의 변경】

- ① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 제3조(보험금의 지급사유)에서 정하는 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

【연단위 복리로 할인한 금액 계산예시】

원금 121원, 연간 10% 할인을 적용시 연단위 복리로 2년 할인하여 계산한 금액



$$\cdot 1\text{년 할인} = \frac{121\text{원}}{2\text{년후 원금}} \div (1+10\%) = 110\text{원}$$

할인율

$$\cdot 2\text{년 할인} = \frac{110\text{원}}{1\text{년 할인한 금액}} \div (1+10\%) = 100\text{원}$$

할인율

⇒ 2년 후의 원금 121원의 현재기준 할인된 금액 = 100원

제10조【주소변경통지】

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

제11조【보험수익자의 지정】

이 계약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 제1000조(상속의 순위)】

- ① 상속에 있어서는 다음 순위로 상속인이 된다.
 1. 피상속인의 직계비속
 2. 피상속인의 직계존속
 3. 피상속인의 형제자매
 4. 피상속인의 4촌 이내의 방계혈족
- ② 전항의 경우에 동순위의 상속인이 수인인 때에는 최근친을 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.
- ③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제12조【대표자의 지정】

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

【계약자가 2명 이상인 경우】

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

【연대】

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

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제13조【계약 전 알릴 의무】

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 ‘계약 전 알릴 의무’라 하며, 「상법」상 ‘고지의무’와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약에서 「의료법」 제3조(의료기관)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

【계약전 알릴 의무】

「상법」 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)에서 정하고 있는 의무. 보험계약자나 피보험자는 청약시에 보험회사가 서면으로 질문한 “중요한 사항”에 대해 사실대로 알려야 하며, 위반시 보험계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 수 있습니다.

【중요한 사항】

“중요한 사항”이라 함은 직업, 현재 및 과거 병력, 장애상태, 고위험 취미(예: 암벽등반, 패러글라이딩), 타사 보험계약 가입여부 등 회사가 그 사실을 알았더라면 보험계약 체결 및 보험금지급에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

【「상법」 제651조(고지의무위반으로 인한 계약 해지)】

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

제14조【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】

- ① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제13조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

【중대한 과실】

현저한 부주의로 중요한 사항의 존재를 몰랐거나 중요성 판단을 잘못하여 그 사실이 고지하여야 할 중요한 사항임을 알지 못한 것을 의미합니다.

1. 회사가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
3. 계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
4. 회사가 이 계약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다)
5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때
다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.

【사례】

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

- ② 회사는 제1항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 계약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 등으로 알려 드립니다.

【반대증거】

당사자가 상대방이 입증하는 사실을 부정할 목적으로 반대되는 사실을 증명하기 위해 제출하는 증거를 말합니다.

- ③ 제1항에 따라 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
④ 제13조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 지급합니다.
⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

제15조【사기에 의한 계약】

- ① 계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물사용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기의사에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 보장개시일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터는 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.
② 제1항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료(실제 납입한 보험료를 말하며 감액 등으로 회사가 실제 지급한 금액이 있는 경우 해당금액을 차감한 금액)를 돌려드립니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제16조【보험계약의 성립】

- ① 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.
② 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.

【보험가입금액 제한】

피보험자가 가입을 할 수 있는 최대보험가입금액을 제한하는 방법

【일부보장 제외(부담보)】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 특정질병 또는 특정 신체 부위를 보장에서 제외하는 방법

【보험금 삭감】

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

【보험료 할증】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 보험가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 증가하는 위험 또는 기간의 경과에 상관없이 일정한 상태를 유지하는 위험에 적용하는 방법으로 위험정도에 따라 해당 보험료 이외에 특별보험료를 추가하는 방법

- ③ 회사는 계약의 청약과 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된

것으로 봅니다.

- ④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 평균공시이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

제17조【청약의 철회】

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

【전문보험계약자】

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

- ② 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.
- ③ 계약자는 청약서의 청약철회란을 작성하여 회사에 제출하거나, 통신수단을 이용하여 제1항의 청약 철회를 신청할 수 있습니다.
- ④ 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3일 이내에 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에는 회사는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

【보험계약대출이율의 공시】

보험계약대출이율은 회사의 인터넷 홈페이지(www.hanalife.co.kr) ‘상품공시실’ 내 ‘적용이율공시’에서 공시합니다.

- ⑤ 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.
- ⑥ 제1항에서 보험증권을 받은 날에 대한 다툼이 발생한 경우 회사가 이를 증명하여야 합니다.

제18조【약관교부 및 설명의무 등】

- ① 회사는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 청약 후에 지체 없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 드립니다. 다만, 계약자가 동의하는 경우 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 광기록매체(CD, DVD 등), 전자우편 등 전자적 방법으로 송부할 수 있으며, 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다.

【약관의 중요한 내용】

『보험업법 시행령』 제42조의 2(설명 의무의 중요사항 등) 및 『보험업감독규정』 제4-35조의 2(보험계약 중요사항의 설명의무)에 정한 다음의 내용을 말합니다.

- 청약의 철회에 관한 사항
- 지급한도, 면책사항, 감액지급 사항 등 보험금 지급제한 조건
- 계약 전 알릴 의무(고지의무) 위반의 효과
- 계약의 취소 및 무효에 관한 사항
- 해지환급금에 관한 사항
- 분쟁조정절차에 관한사항
- 그 밖에 약관에 기재된 보험계약의 중요사항

- ② 제1항과 관련하여 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특약만 포함한 약관을 드리며, 계약자의 동의를 얻어 다음 중 한 가지 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.
1. 인터넷 홈페이지에서 약관 및 그 설명문(약관의 중요한 내용을 설명한 문서)을 읽거나 내려받게 하는 방법. 이 경우 계약자가 이를 읽거나 내려받은 것을 확인한 때에 해당 약관을 드리고 그 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
 2. 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

【통신판매계약】

전화, 우편, 인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

- ③ 제1항 단서에도 불구하고 사이버몰 등 인터넷을 이용하여 모집한 경우 회사는 계약자의 별도 동의 없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 광기록매체, 전자우편 등 전자적 방법으로 드릴 수 있습니다. 다만, 보험계약자가 서면으로 교부하여 줄 것을 요청하는 경우에는 서면으로 드립니다.
- ④ 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 「전자서명법」 제2조(정의) 제2호에 따른 전자서명을 포함합니다)을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

【「전자서명법」 제2조(정의)】

- 2. "전자서명"이라 함은 서명자를 확인하고 서명자가 당해 전자문서에 서명을 하였음을 나타내는데 이용하기 위하여 당해 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

- ⑤ 제4항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있습니다. 그리고 위 제2항의 규정에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.
 - 1. 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우
 - 2. 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우
- ⑥ 제4항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료(실제 납입한 보험료를 말하며 감액 등으로 회사가 실제 지급한 금액이 있는 경우 해당금액을 차감한 금액)를 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제19조【계약의 무효】

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(실제 납입한 보험료를 말하며 감액 등으로 회사가 실제 지급한 금액이 있는 경우 해당금액을 차감한 금액)를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

- 1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
- 2. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.

【심신상실자 및 심신박약자】

심신상실자 또는 심신박약자라 함은 정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없거나 부족한 자를 말합니다.

- 3. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 제2호의 만 15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

제20조【계약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
 - 1. 보험료의 납입주기, 납입방법
 - 2. 보험가입금액
 - 3. 계약자
 - 4. 기타 계약의 내용

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

【설명】

계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 알리지 않았다면 회사는 변경된 보험수익자에게 보험금을 지급하지 않을 수 있으니, 보험수익자를 변경할 때에는 회사에 알려주시기 바랍니다. 회사가 변경전 보험수익자에게 보험금을 지급한 경우 변경된 보험수익자에게는 별도로 보험금을 지급하지 않습니다.

- ③ 회사는 계약자가 제1항 제2호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다.

【보험가입금액의 감액】

보험료, 보험금, 책임준비금 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금, 책임준비금도 줄어듭니다.

- ④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ⑤ 피보험자가 피보험단체로부터 탈퇴한 경우에 계약자는 지체없이 피보험자의 탈퇴년월일 및 사유를 회사에 알려야합니다.
- ⑥ 회사는 제1항 제3호에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

제21조【피보험자의 변경】

- ① 계약자가 보험료를 전액 부담하는 계약(다만, 피보험자가 보험료의 일부 또는 전부를 부담하는 경우에는 피보험자의 동의를 받아야 합니다)에서 피보험자가 퇴직 등의 사유로 피보험단체에서 탈퇴하는 경우에는 계약자는 새로운 피보험자의 동의 및 회사의 승낙을 얻은 후 피보험자를 변경할 수 있습니다. 이 경우 보험계약의 성립은 제16조(보험계약의 성립)의 규정을 준용합니다.
- ② 회사는 새로운 피보험자가 계약에 적합하지 않는 경우 피보험자의 변경에 대한 승낙을 거절할 수 있습니다.
- ③ 제1항의 경우, 변경후 피보험자에 대한 계약내용 및 회사의 승낙기준은 변경전 피보험자와 동일하게 적용합니다.
- ④ 제1항의 경우 변경 전 피보험자는 피보험자 변경신청서(회사양식)를 접수한 때부터 피보험자의 자격을 상실하며, 회사는 서류를 접수한 때부터 새로운 피보험자에 대하여 보장을 합니다.
- ⑤ 제3항의 경우 변경 후 피보험자에 대한 보험기간은 이 계약의 남은 기간으로 합니다.
- ⑥ 제4항에서 피보험자를 변경하는 경우 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에서 정한 변경 전후 정산차액을 추가납입하도록 하거나 계약자에게 지급합니다.

【보험료 및 책임준비금 산출방법서】

보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 책임준비금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 계산 방법을 기재한 서류입니다.

- ⑦ 피보험자 변경의 신청 및 승낙에 있어서는 제13조(계약 전 알릴 의무), 제14조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과), 제15조(사기에 의한 계약), 제16조(보험계약의 성립) 제2항 내지 제4항 및 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제2항 내지 제4항을 준용합니다.
- ⑧ 제1항에도 불구하고 보험금 지급사유(특약포함)가 발생한 계약은 피보험자를 변경할 수 없습니다.

제22조【개별계약으로의 전환】

- ① 보험료의 일부를 부담한 피보험자가 퇴직 등의 사유로 피보험단체에서 탈퇴하는 경우에는 탈퇴일부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자의 신청에 따라 회사의 승낙을 얻어 장래 개별계약으로 전환할 수 있습니다.
- ② 제1항의 경우 피보험자는 개별계약의 계약자가 되며, 보험료 납입중인 때에는 동일한 보험료를 납입하여야 합니다. 다만, 단체에서 보험료의 일부를 부담한 경우에는 단체에서 부담한 보험료 부분까지도 납입하여야 합니다.
- ③ 계약자가 보험료를 전액 부담하는 경우 계약자가 제21조(피보험자의 변경)에 따라 피보험자를 변경할 때에는 제1항 및 제2항을 적용하지 않습니다.

제23조【보험나이 등】

- ① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제19조(계약의 무효) 제2호의 경우에는 실제 만 나이를 적용합니다.
- ② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약 해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다. 다만, 해당년도에 계약해당일이 없는 경우 해당일이 속한 달의 말일을 기준으로 합니다.

【보험나이 계산 예시】

예시1) 생년월일: 1991년 10월 2일, 현재(계약일): 2020년 4월 13일
⇒ 2020년 4월 13일 - 1991년 10월 2일 = 28년 6개월 11일 = 29세

예시2) 생년월일: 1994년 10월 2일, 현재(계약일): 2020년 2월 13일
⇒ 2020년 2월 13일 - 1994년 10월 2일 = 25년 4개월 11일 = 25세

【연계계약해당일이 없는 경우 예시】

최초계약일이 2020년 2월 29일인 경우, 2021년의 연계계약해당일은 2021년 2월 28일로 함
⇒ 2021년 2월 29일이 없으므로, 해당월의 말일을 연계계약해당일로 함

- ③ 청약서 등에 기재된 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 사항이 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)에 기재된 사실과 다른 경우에는 신분증을 기준으로 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.
- ④ 제3항에 따라 피보험자의 나이 또는 성별이 변경된 경우, 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 해지환급금 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제24조【계약의 소멸】

보험기간 중 피보험자에게 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 이 계약은 그때부터 효력이 없습니다.

제5관 보험료의 납입

제25조【제1회 보험료 및 회사의 보장개시】

- ① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출증인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임 있는 사유로 자동이체 또는 매출증인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.
- ② 회사는 보험기간 중 중도추가가입자에 대하여는 최초의 보험료를 받은 때부터 계약단체의 계약상의 남은 기간에 대하여 보장을 합니다.
- ③ 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

【보장개시일】

회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

- ④ 회사는 제3항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.
 1. 제13조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 진단계약의 경우 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
 2. 제14조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우

【설명】

“제14조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)를 준용”한다는 뜻은 “제14조(계약 전 알릴 의무 위반의

효과)를 표준으로 삼아 적용”한다는 뜻입니다.

3. 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 재해로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보장을 해드립니다.
- ⑤ 청약서에 피보험자의 직업 또는 직종별로 보험가입금액의 한도액이 명시되어 있음에도 그 한도액을 초과하여 청약을 하고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그 초과 청약액에 대하여는 보장을 하지 않고, 초과 청약액에 대한 보험료를 드립니다.

제26조[제2회 이후 보험료의 납입]

계약자는 제2회 이후의 보험료를 피보험자가 피보험단체에 소속되어 있는 동안 납입기일까지 납입하여야 하며, 회사는 계약자가 보험료를 납입한 경우에는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융회사(우체국 포함)를 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사 발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.

【납입기일】

계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제27조[보험료의 계산]

계약을 체결할 때 보험료는 피보험자의 성별 나이별로 계산한 보험료를 합하여 계산합니다. 다만, 단체 또는 단체의 대표자가 보험료를 전액 부담하는 경우에는 계약자와 회사와의 협의에 따라 피보험단체의 총계약보험가입금액에 다음과 같은 평균보험료를 또는 평균나이보험료를 곱하여 계산한 보험료(남자, 여자)를 적용할 수 있습니다.

1. 평균보험료율은 계약을 체결할 때 회사의 보험료율표에 따라 각 피보험자별로 계산한 보험료의 합계액을 각 피보험자에 대한 계약보험가입금액의 합계액으로 나누어 결정하며, 평균나이보험료율은 계약을 체결할 때 피보험단체의 평균나이에 해당하는 회사의 보험료율표에 따라 결정합니다.
2. 제1호의 평균보험료를 또는 평균나이보험료를 동일보험년도 중에는 변경하지 않습니다. 그러나 피보험자수의 증감, 계약보험가입금액의 증액 및 감액 또는 피보험단체의 변동에 따라 회사가 특히 필요하다고 인정하는 경우에는 변경할 수 있습니다.

제28조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]

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

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

【납입최고(독촉)】

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

- ② 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면, 「전자서명법」 제2조(정의) 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.

제29조[보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]

- ① 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지된 경우 계약자는 해지된 날부터 6개월 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 이 계약의 사업방법서에서 별도로 정한 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다.

【부활(효력회복)】

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

- ② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제13조(계약 전 알릴 의무), 제14조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과), 제15조(사기에 의한 계약), 제16조(보험계약의 성립) 제2항과 제3항 및 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다. 다만, 부활(효력회복)의 경우 제1회 보험료는 부활(효력회복)시의 보험료를 의미합니다.
- ③ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약을 청약한 때 제13조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제14조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제30조【‘강제집행 등으로 인하여 해지된 계약’의 특별부활(효력회복)】

- ① 회사는 계약자의 해지환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제20조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.

【강제집행】

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

【담보권실행】

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

【국세 및 지방세 체납처분절차】

납세자가 국세 및 지방세를 납부 기한까지 납부하지 않는 경우에 「국세징수법」 또는 「지방세징수법」에 따라 행하는 압류 및 공매 처분 등 절차

- ② 회사는 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.
- ③ 회사는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 회사는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.
- ④ 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다.
- ⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말함)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제31조【계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권】

- ① 계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있습니다. 그러나 피보험자가 보험료의 일부 또는 전부를 부담하는 경우에는 피보험자의 동의를 받아야 합니다.
- ② 제19조(계약의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 이 경우 계약이 해지됩니다.

제32조【중대사유로 인한 해지】

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
 1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
 2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

【예시】

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

- ② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지합니다.

제33조【회사의 파산선고와 해지】

- ① 회사가 파산의 선고를 받은 때에는 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.
② 제1항의 규정에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.

【파산선고】

파산신청에 의해 법원이 채무자의 파산원인을 인정하고 파산결정을 내리는 행위

제34조【해지환급금】

이 계약은 해지환급금이 없습니다.

제35조【배당금의 지급】

이 계약은 무배당보험이므로 계약자배당금이 없습니다.

제7관 분쟁의 조정 등

제36조【분쟁의 조정】

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

제37조【관할법원】

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

제38조【소멸시효】

보험금청구권 및 보험료 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

【소멸시효】

제3조(보험금의 지급사유)에 따른 보험금 지급사유가 2020년 1월 1일에 발생하였음에도 2022년 12월 31일까지 보험금을 청구하지 않는 경우 시효가 완성되어 보험금 등을 지급받지 못할 수 있습니다.

제39조【약관의 해석】

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

【신의성실의 원칙】

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

【「민법」 제2조(신의성실) 제1항】

권리의 행사와 의무의 이행은 신의에 좇아 성실히 하여야 한다.

- ② 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.
③ 회사는 보험금을 지급하지 않는 사유 등 계약자나 피보험자에게 불리하거나 부담을 주는 내용을 확대하여 해석하지 않습니다.

제40조【회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력】

보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사 제작의 보험안내자료(계약의 청약을 권유하기 위해 만든 자료

등을 말합니다) 내용이 이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제41조【회사의 손해배상책임】

- ① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임 있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 발생된 손해에 대하여 관계 법령 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.
- ② 회사는 보험금 지급거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었음에도 소송을 제기하여 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 손해를 가한 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.
- ③ 회사가 보험금 지급 여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 공정을 잃은 합의로 보험수익자에게 손해를 가한 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

【현저하게 공정을 잃은 합의】

회사가 보험수익자의 경제적·신체적·정신적인 어려움, 경솔함, 경험부족 등을 이용하여 동일·유사 사례에 비추어 보험수익자에게 매우 불합리하게 합의 하는 것을 의미합니다.

제42조【개인정보보호】

- ① 회사는 이 계약과 관련된 개인정보를 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 「개인정보 보호법」, 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」등 관계 법령에 정한 경우를 제외하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 동의없이 수집, 이용, 조회 또는 제공하지 않습니다. 다만, 회사는 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 위 관계 법령에 따라 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련단체 등에 개인정보를 제공할 수 있습니다.
- ② 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

【개인정보보호법】

공공부문과 민간부문을 망라하여 국제수준에 부합하는 개인정보 처리원칙등을 규정하고, 개인정보 침해로 인한 피해 구제를 강화하여 사생활의 비밀을 보호하며, 개인정보에 대한 권리와 이익을 보장하고 나아가 개인의 존엄과 가치를 구현하기 위하여 제정된 법률

【신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률】

신용정보 관련 사업을 건전하게 육성하고 신용정보의 효율적 이용과 체계적 관리를 기하는 한편, 신용정보의 오용·남용으로부터 사생활의 비밀등을 적절히 보호함으로써 건전한 신용질서를 확립하고 국민경제 발전에 이바지하기 위하여 제정된 법률

제43조【준거법】

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

제44조【예금보험에 의한 지급보장】

회사가 파산 등으로 인하여 보험금 등을 지급하지 못할 경우에는 「예금자보호법」에서 정하는 바에 따라 그 지급을 보장합니다.

【「예금자보호법」】

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

별표1 보험금 지급기준표

[기준: 보험가입금액 1,000만원]

급부명	지급사유	지급금액
사망보험금 (제3조)	피보험자가 보험기간 중 사망하였을 때	1,000만원

별표2 재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제2조 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
 - 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
 - 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
 - 식량부족(X53)
 - 물 부족(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 이상반응 또는 이후 합병증의 원인이 된 외과적 및 기타 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장)
- ④ ‘자연의 힘에 노출(X30~X39)’ 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
- ⑤ ‘우발적 익사 및 익수(W65~W74), 호흡과 관련된 기타 불의의 위험(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)’ 중 질병에 의한 호흡장애 및 삼킴장애
- ⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주)

1. () 안은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)상의 분류번호이며, 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 재해 해당여부는 피보험자가 해당 재해로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 재해에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 재해의 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 위 1. 보장대상이 되는 재해 ②에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용하며, 2. 보험금을 지급하지 않는 재해 ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

별표3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제8조 제2항 관련)

구분	기간	지급이자
사망보험금 (제3조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 +가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 +가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 +가산이율(8.0%)

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 제38조(소멸시효)에 따른 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제8조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당하는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

02. 무배당 재해사망특약(본인형, 배우자형) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의	30
제1조【목적】	30
제2조【용어의 정의】.....	30
제2관 보험금의 지급.....	31
제3조【보험금의 지급사유】	31
제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】.....	31
제5조【보험금을 지급하지 않는 사유】.....	32
제6조【보험금의 청구】	32
제7조【보험금의 지급절차】	33
제8조【보험금 받는 방법의 변경】.....	34
제3관 특약의 성립과 유지	34
제9조【특약의 체결 및 소멸】	34
제10조【피보험자의 범위 및 자격의 득실】	35
제11조【특약의 보장개시】.....	35
제12조【특약의 무효】.....	35
제13조【특약내용의 변경 등】.....	36
제14조【특약의 보험기간】.....	36
제4관 보험료의 납입.....	36
제15조【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】	36
제16조【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】	36
제17조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】	36

제5관 특약의 해지 및 해지환급금 등.....	37
제18조【계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권】.....	37
제19조【해지환급금】.....	37
 제6관 기타사항	 37
제20조【주계약 약관의 준용】.....	37
 별표1 보험금 지급기준표	 38
별표2 재해분류표.....	39
별표3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	40

02. 무배당 재해사망특약(본인형, 배우자형) 약관

※이 특약은 계약자의 선택에 의하여 해당보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조【목적】

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조【용어의 정의】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
 - 가. 계약자: 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
 - 나. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
 - 다. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
 - 라. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
 - 마. 주계약: 기본이 되는 보험계약으로 주된 보험계약을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
 - 가. 재해: '별표2 재해분류표'에서 정한 재해를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
 - 가. 연단위 복리: 회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.

【연단위 복리 예시】

원금 100원, 연간 10% 이자율 적용시 연단위 복리로 계산한 2년시점의 총 이자금액

$$\cdot 1\text{년차 이자} = \frac{100\text{원}}{\text{원금}} \times 10\% = 10\text{원}$$

$$\cdot 2\text{년차 이자} = \frac{(100\text{원} + 10\text{원})}{\text{원금} \quad 1\text{년차 이자}} \times 10\% = 11\text{원}$$

$$\Rightarrow 2\text{년 시점의 총 이자금액} = 10\text{원} + 11\text{원} = 21\text{원}$$

- 나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다.
평균공시이율은 회사의 홈페이지(www.hanalife.co.kr) 상품공시실에서 확인할 수 있습니다.
- 다. 해지환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
4. 기간과 날짜 관련 용어
 - 가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
 - 나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, 「관공서의 공휴일에 관한 규정」에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

【「관공서의 공휴일에 관한 규정」】

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

1. 일요일
2. 국경일 중 3.1절, 광복절, 개천절 및 한글날
3. 1월 1일
4. 설날 전날, 설날, 설날 다음날(음력 12월 말일, 1월 1일, 2일)
5. 삭제<2005.6.30.>

6. 석가탄신일(음력 4월 8일)
7. 5월 5일(어린이날)
8. 6월 6일(현충일)
9. 추석 전날, 추석, 추석 다음날(음력 8월 14일, 15일, 16일)
10. 12월 25일(기독탄신일)
- 10의 2. 「공직선거법」 제34조에 따른 임기만료에 의한 선거의 선거일
11. 기타 정부에서 수시 지정하는 날

제3조(대체공휴일)

- ① 제2조 제4호 또는 제9호에 따른 공휴일이 다른 공휴일과 겹칠 경우 제2조 제4호 또는 제9호에 따른 공휴일 다음 첫번째 비공휴일을 공휴일로 한다.
- ② 제2조 제7호에 따른 공휴일이 토요일이나 다른 공휴일과 겹칠 경우 제2조 제7호에 따른 공휴일의 다음 첫번째 비공휴일을 공휴일로 한다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제2관 보험금의 지급

제3조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 재해를 직접적인 원인으로 사망하였을 경우에는 보험수익자에게 재해사망보험금(별표1 보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다.

제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 제3조(보험금의 지급사유) 및 제9조(특약의 체결 및 소멸) 제5항 제2호의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

【실종선고】

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

【「민법」 제27조(실종의 선고)】

- ① 부재자의 생사가 5년간 분명하지 아니한 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 한다.
- ② 전지에 임한 자, 침몰한 선박 중에 있던 자, 추락한 항공기 중에 있던 자, 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한 자의 생사가 전쟁종지 후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락, 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 아니한 때에도 제1항과 같다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

- ② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료 중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료 중단 등 결정 및 그 이행은 제3조(보험금의 지급사유) 또는 제9조(특약의 체결 및 소멸) 제5항 제2호 '사망'의 원인 및 제3조(보험금의 지급사유) '재해사망보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

【「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」

호스피스·완화의료와 임종과정에 있는 환자의 연명의료와 연명의료중단 등 결정 및 그 이행에 필요한 사항을 규정함으로써 환자의 최선의이익을 보장하고 자기결정을 존중하여 인간으로서의 존엄과 가치를 보호하기 위해 제정된 법률

【책임준비금】

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

- ③ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는

의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【제3자】

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

【「의료법」 제3조(의료기관)】

- ① 이 법에서 “의료기관”이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 “의료업”이라 한다)을 하는 곳을 말한다.
- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
 1. 의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 의원
 - 나. 치과의원
 - 다. 한의원
 2. 조산원: 조산사가 조산과 임신부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다.
 3. 병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 병원
 - 나. 치과병원
 - 다. 한방병원
 - 라. 요양병원(「장애인복지법」 제58조 제1항 제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
 - 마. 정신병원
 - 바. 종합병원
- ③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항 제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제5조【보험금을 지급하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

【고의】

자기행위가 일정한 결과를 발생시킬 것을 인식하면서 그 행위를 하는 경우의 심리상태를 말합니다.

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급합니다. 특히 그 결과 사망에 이르게 된 경우에는 제3조(보험금의 지급사유)의 재해사망보험금을 지급합니다.

【심신상실】

의식은 있으나 심신장애의 정도가 심해 자신의 행위 결과를 합리적으로 판단할 능력을 갖지 못한 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제6조【보험금의 청구】

- ① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(사망진단서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류(재해사망보험금 지급시 피보험자의 법정상속인이 아닌 자가 청구하는 경우 법정상속인의 확인서 등)

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 제27조(실종의 선고)】

① 상속에 있어서는 다음 순위로 상속인이 된다.

1. 피상속인의 직계비속
2. 피상속인의 직계존속
3. 피상속인의 형제자매
4. 피상속인의 4촌 이내의 방계혈족

② 전항의 경우에 동순위의 상속인이 수인인 때에는 최근친을 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.

③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

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

제7조【보험금의 지급절차】

① 회사는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유 의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 지급합니다.

【보험금 지급일 예시】

보험금 청구서류 접수일이 2020년 10월 8일(목)인 경우 10/9(금, 한글날), 10/10(토), 10/11(일)은 회사의 영업일이 아니므로, 10/8(목)부터 3영업일인 10/14(수) 이내에 보험금을 지급합니다.(보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요하지 않은 경우에 한함)

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 ‘별표3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.

③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

【보험금 가지급제도】

지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도. 이는 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해주기 위해 회사가 먼저 지급해주는 임시 급부임.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청

【설명】

분쟁조정 신청은 주계약 약관 ‘분쟁의 조정’ 조항을 따르며 분쟁조정신청 대상기관은 금융감독원의 금융분쟁조정위원회를 말합니다.

3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제3항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 주계약 약관의 계약 전 알릴 의무 위반의 효과와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

【설명】

“정당한 사유”라 함은 사회통념상 그 의무나 책임 등을 이행할 수 없을만한 사정이 있거나, 그 의무나 책임 등의 이행을 기대하는 것이 무리라고 할 만한 사정이 있을 때를 말합니다.

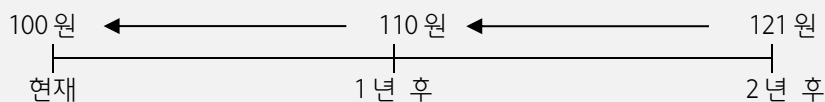
- ⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청 시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제8조【보험금 받는 방법의 변경】

- ① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 제3조(보험금의 지급사유)에서 정하는 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

【연단위 복리로 할인한 금액 계산예시】

원금 121 원, 연간 10% 할인을 적용시 연단위 복리로 2년 할인하여 계산한 금액



$$\cdot 1 \text{년 할인} = \frac{121 \text{ 원}}{2 \text{년 후 원금}} \div (1 + 10\%) = 110 \text{ 원}$$

할인율

$$\cdot 2 \text{년 할인} = \frac{110 \text{ 원}}{1 \text{년 할인한 금액}} \div (1 + 10\%) = 100 \text{ 원}$$

할인율

⇒ 2년 후의 원금 121 원의 현재기준 할인된 금액 = 100 원

제3관 특약의 성립과 유지

제9조【특약의 체결 및 소멸】

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 본인형, 배우자형 중 선택하여 청약하고, 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 회사는 피보험자가 특약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.

【보험가입금액 제한】

피보험자가 가입을 할 수 있는 최대보험가입금액을 제한하는 방법

【일부보장 제외(부담보)】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 특정질병 또는 특정 신체 부위를 보장에서 제외하는 방법

【보험금 삭감】

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

【보험료 할증】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 보험가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 증가하는 위험 또는 기간의 경과에 상관없이 일정한 상태를 유지하는 위험에 적용하는 방법으로 위험정도에 따라 해당 보험료 이외에 특별보험료를 추가하는 방법

- ③ 회사는 특약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 특약은 청약일, 진단특약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며,

승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.

- ④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 평균공시이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 특약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.
- ⑤ 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
 - 1. 주계약의 해지 및 기타사유에 따라 효력이 없게 된 경우
 - 2. 제10조(피보험자의 범위 및 자격의 득실)에서 정하는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우
 - 3. 배우자형에서 주계약의 피보험자가 퇴직 등의 사유로 피보험단체에서 탈퇴하는 경우
- ⑥ 배우자형의 경우, 제5항 제1호에도 불구하고 주계약이 사망 및 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력이 없게 된 경우에는 최종납입한 보험료의 효력이 종료되는 최종일(차회 보험료 납입해당일의 전일)까지 이 특약은 효력을 가집니다.

제10조【피보험자의 범위 및 자격의 득실】

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 - 1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자로 합니다.
 - 2. 배우자형의 경우 주계약 피보험자의 특약을 체결할 때 가족관계등록부상 또는 주민등록부상의 배우자로 합니다
- ② 배우자형의 경우, 이 특약은 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 배우자의 자격을 상실한 날부터 효력을 상실합니다. (다만, 주계약 피보험자가 사망한 경우 및 주계약 피보험자가 사망한 이후 배우자가 재혼한 경우, 배우자는 이 특약상의 피보험자 자격을 유지하며, 이 특약은 효력을 상실하지 않습니다)
- ③ 제2항의 경우 계약자는 지체없이 이 사실을 회사에 알려야 합니다.

【설명】

“지체없이”라 함은 “의무 이행을 정당한 이유 없이 지연하는 일이 없이”라는 의미입니다.

- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사가 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제11조【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

【보장개시일】

회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

제12조【특약의 무효】

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(실제 납입한 보험료를 말하며, 감액 등으로 회사가 실제 지급한 금액이 있는 경우 해당금액을 차감한 금액)를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

【보험계약대출이율의 공시】

보험계약대출이율은 회사의 인터넷 홈페이지(www.hanalife.co.kr) ‘상품공시실’ 내 ‘적용이율공시’에서 공시합니다.

- 1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 특약에서 특약을 체결할 때까지 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 특약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.

2. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.

【심신상실자 및 심신박약자】

심신상실자 또는 심신박약자라 함은 정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없거나 부족한 자를 말합니다.

3. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 보나, 제2호의 만 15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

제13조【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다.

【보험가입금액의 감액】

보험료, 보험금 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금, 책임준비금도 줄어듭니다.

- ③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 이 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.
- ④ 피보험자가 피보험단체로부터 탈퇴한 경우에 계약자는 지체없이 피보험자의 탈퇴년월일 및 사유를 회사에 알려야 합니다.

제14조【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 주계약과 동일합니다.

제4관 보험료의 납입

제15조【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 주계약과 동일합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 합니다.

제16조【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】

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

【납입최고(독촉)】

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

제17조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】

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

【부활(효력회복)】

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

- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제11조(특약의 보장개시)를 준용합니다.

【설명】

“제11조(특약의 보장개시)를 준용”한다는 뜻은 “제11조(특약의 보장개시)를 표준으로 삼아 적용”한다는 뜻입니다.

제5관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제18조【계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있습니다. 그러나 피보험자가 보험료의 일부 또는 전부를 부담하는 경우에는 피보험자의 동의를 받아야 합니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ③ 제12조(특약의 무효)에 의거 사망을 보험금 지급사유로 하는 이 특약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 이 특약의 효력이 유지되는 기간 중에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 이 경우 특약이 해지됩니다.

제19조【해지환급금】

이 특약의 해지환급금은 없습니다.

제6관 기타사항

제20조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표1 보험금 지급기준표

[기준: 보험가입금액 1,000만원]

급부명	지급사유	지급금액
재해사망보험금 (제3조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 재해를 직접적인 원인으로 사망하였을 때	1,000만원

(주)

주계약의 해지 및 기타사유에 따라 효력이 없게 된 경우 또는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 때에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.

별표2 재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제2조 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
 - 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
 - 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
 - 식량부족(X53)
 - 물 부족(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 이상반응 또는 이후 합병증의 원인이 된 외과적 및 기타 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장)
- ④ ‘자연의 힘에 노출(X30~X39)’ 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
- ⑤ ‘우발적 익사 및 익수(W65~W74), 호흡과 관련된 기타 불의의 위험(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)’ 중 질병에 의한 호흡장애 및 삼킴장애
- ⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주)

1. () 안은 제 8 차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제 2020-175 호, 2021.1.1. 시행)상의 분류번호이며, 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 재해 해당여부는 피보험자가 해당 재해로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 재해에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 재해의 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 위 1. 보장대상이 되는 재해 ②에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용하며, 2. 보험금을 지급하지 않는 재해 ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

별표3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제7조 제2항 관련)

구분	기간	지급이자
재해사망보험금 (제3조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 +가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 +가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 +가산이율(8.0%)

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제7조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당하는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

03. 무배당 재해장해특약(본인형, 배우자형) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의	43
제1조【목적】	43
제2조【용어의 정의】.....	43
제2관 보험금의 지급.....	44
제3조【보험금의 지급사유】	44
제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】.....	44
제5조【보험금을 지급하지 않는 사유】.....	45
제6조【보험금의 청구】	46
제7조【보험금의 지급절차】	46
제8조【보험금 받는 방법의 변경】.....	47
제3관 특약의 성립과 유지	47
제9조【특약의 체결 및 소멸】.....	47
제10조【피보험자의 범위 및 자격의 득실】	49
제11조【특약의 보장개시】.....	49
제12조【특약의 무효】.....	49
제13조【특약내용의 변경 등】.....	49
제14조【특약의 보험기간】.....	50
제4관 보험료의 납입.....	50
제15조【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】	50
제16조【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】	50
제17조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)]	50

제5관 특약의 해지 및 해지환급금 등	50
제18조【계약자의 임의해지】.....	50
제19조【해지환급금】	50
 제6관 기타사항	 51
제20조【주계약 약관의 준용】.....	51
 별표1 보험금 지급기준표	 52
별표2 재해분류표	53
별표3 장애분류표	54
별표4 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	72

03. 무배당 재해장해특약(본인형, 배우자형) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조【목적】

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조【용어의 정의】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어

가. 계약자: 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

나. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.

다. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

라. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

마. 주계약: 기본이 되는 보험계약으로 주된 보험계약을 말합니다.

2. 지급사유 관련 용어

가. 재해: '별표2 재해분류표'에서 정한 재해를 말합니다.

나. 장애: '별표3 장애분류표'에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

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

【연단위 복리 예시】

원금 100원, 연간 10% 이자율 적용시 연단위 복리로 계산한 2년시점의 총 이자금액

· 1년차 이자 = $\frac{100\text{원}}{\text{원금}} \times 10\% = 10\text{원}$

· 2년차 이자 = $\frac{(100\text{원} + 10\text{원})}{\text{원금} \quad 1\text{년차 이자}} \times 10\% = 11\text{원}$

⇒ 2년 시점의 총 이자금액 = 10원 + 11원 = 21원

나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다. 평균공시이율은 회사의 홈페이지(www.hanalife.co.kr) 상품공시실에서 확인할 수 있습니다.

다. 해지환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, 「관공서의 공휴일에 관한 규정」에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

【「관공서의 공휴일에 관한 규정」】

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

1. 일요일

2. 국경일 중 3.1절, 광복절, 개천절 및 한글날

3. 1월 1일

4. 설날 전날, 설날, 설날 다음날(음력 12월 말일, 1월 1일, 2일)

5. 삭제<2005.6.30.>

6. 석가탄신일(음력 4월 8일)

7. 5월 5일(어린이날)

8. 6월 6일(현충일)

9. 추석 전날, 추석, 추석 다음날(음력 8월 14일, 15일, 16일)
10. 12월 25일(기독탄신일)
- 10의 2. 「공직선거법」 제34조에 따른 임기만료에 의한 선거의 선거일
11. 기타 정부에서 수시 지정하는 날

제3조(대체공휴일)

- ① 제2조 제4호 또는 제9호에 따른 공휴일이 다른 공휴일과 겹칠 경우 제2조 제4호 또는 제9호에 따른 공휴일 다음 첫번째 비공휴일을 공휴일로 한다.
- ② 제2조 제7호에 따른 공휴일이 토요일이나 다른 공휴일과 겹칠 경우 제2조 제7호에 따른 공휴일의 다음 첫번째 비공휴일을 공휴일로 한다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제2관 보험금의 지급

제3조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 재해로 장애분류표(‘별표3 장애분류표’ 참조, 이하 ‘장애분류표’라 합니다)에서 정한 장애지급률이 3%이상 100%이하의 장애상태가 되었을 경우에는 보험수익자에게 재해장애급여금(‘별표1 보험금 지급기준표’ 참조)을 지급합니다.

제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 제3조(보험금의 지급사유)에서 재해로 장애상태가 되고 장애지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표에서 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 재해일부터 1년 이내)에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.
- ③ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 하나의 장애가 관찰 방법에 따라서 장애분류표상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용합니다.
- ④ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 ‘한시장애’라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 한시장애의 지급률로 정합니다.
- ⑤ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 더하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 제3조(보험금의 지급사유)에서 규정한 재해장애급여금의 지급사유가 다른 재해로 인하여 2회이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장애지급률을 결정합니다. 그러나 그 장애가 이미 재해장애급여금을 지급받은 동일부위에 가중된 때에는 최종 장애상태에 해당하는 재해장애급여금에서 이미 지급받은 재해장애급여금을 뺀 금액을 지급합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑧ 제3조(보험금의 지급사유)에서 그 재해 전에 이미 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 장애가 있었던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제7항에 규정하는 장애상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한 가지의 경우에 해당하는 장애에 대한 재해장애급여금이 지급된 것으로 보고 최종 장애상태에 해당하는 재해장애급여금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 재해장애급여금을 빼고 지급합니다.
 1. 이 특약의 보장개시전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 장애로 재해장애급여금의 지급사유가 되지 않았던 장애

【예시】

보험가입 전 한 팔에 장애지급률 5%에 해당하는 장애가 있었던 피보험자가 보험가입 후 재해로

팔의 장애가 장애지급률 80%에 해당하게 된 경우에는 보험가입 후 발생한 재해로 인한 장애지급률 80%에서 보험가입 전 발생한 장애지급률 5%를 뺀 75%에 해당하는 보험금을 지급합니다.

2. 제1호 이외에 이 특약의 규정에 따라 재해장애급여금의 지급사유가 되지 않았던 장애 또는 재해장애급여금이 지급되지 않았던 장애

【예시】

보험기간 중 발생한 질병을 원인으로 오른쪽 눈에 장애지급률 5%에 해당하는 장애가 있었던 피보험자가 이후에 재해를 원인으로 눈의 장애가 장애지급률 80%에 해당하는 장애가 된 경우 이 계약은 질병으로 인한 장애는 보장하지 않으므로 장애지급률 80%에서 질병으로 인한 장애지급률 5%를 뺀 75%에 해당하는 보험금을 지급합니다.

- ⑨ 동일한 재해로 인한 장애지급률은 100%를 한도로 합니다.
- ⑩ 이 특약에서 ‘동일한 재해’의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말하며, 보장대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다..
- ⑪ 장애분류표에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애 정도에 따라 장애분류표의 구분에 준하여 장애지급률을 결정합니다.
- ⑫ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【제3자】

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

【「의료법」 제3조(의료기관)】

- ① 이 법에서 “의료기관”이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 “의료업”이라 한다)을 하는 곳을 말한다.
- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
1. 의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 의원
 - 나. 치과의원
 - 다. 한의원
 2. 조산원: 조산사가 조산과 임신부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다.
 3. 병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 병원
 - 나. 치과병원
 - 다. 한방병원
 - 라. 요양병원(「장애인복지법」 제58조 제1항 제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
 - 마. 정신병원
 - 바. 종합병원
- ③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항 제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제5조【보험금을 지급하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

【고의】

자기행위가 일정한 결과를 발생시킬 것을 인식하면서 그 행위를 하는 경우의 심리상태를 말합니다.

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급합니다.

【심신상실】

의식은 있으나 심신장애의 정도가 심해 자신의 행위 결과를 합리적으로 판단할 능력을 갖지 못한 상태

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

제6조【보험금의 청구】

- ① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(사망진단서, 장애인단서 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류(재해장해급여금 지급시 피보험자의 법정상속인이 아닌 자가 청구하는 경우 법정상속인의 확인서 등)

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 제1000조(상속의 순위)】

- ① 상속에 있어서는 다음 순위로 상속인이 된다.
 1. 피상속인의 직계비속
 2. 피상속인의 직계존속
 3. 피상속인의 형제자매
 4. 피상속인의 4촌 이내의 방계혈족
- ② 전항의 경우에 동순위의 상속인이 수인인 때에는 최근친을 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.
- ③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

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

제7조【보험금의 지급절차】

- ① 회사는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유 의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 지급합니다.

【보험금 지급일 예시】

보험금 청구서류 접수일이 2020년 10월 8일(목)인 경우 10/9(금, 한글날), 10/10(토), 10/11(일)은 회사의 영업일이 아니므로, 10/8(목)부터 3영업일인 10/14(수) 이내에 보험금을 지급합니다.(보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요하지 않은 경우에 한함)

- ② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 ‘별표4 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.
- ③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

【보험금 가지급제도】

지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도. 이는 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해주기 위해 회사가 먼저 지급해주는 임시 급부임.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청

【설명】

분쟁조정 신청은 주계약 약관 ‘분쟁의 조정’ 조항을 따르며 분쟁조정신청 대상기관은 금융감독원의 금융분쟁조정위원회를 말합니다.

3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제6항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제12항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ④ 제3항에 따라 장해지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 확정된 장해지급률에 따른 보험금을 초과한 부분에 대한 분쟁으로 보험금 지급이 늦어지는 경우에는 보험수익자의 청구에 따라 이미 확정된 보험금을 먼저 지급합니다.
- ⑤ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가급적 보험금으로 지급합니다.
- ⑥ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 주계약 약관의 계약 전 알릴 의무 위반의 효과와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

【설명】

“정당한 사유”라 함은 사회통념상 그 의무나 책임 등을 이행할 수 없을만한 사정이 있거나, 그 의무나 책임 등의 이행을 기대하는 것이 무리라고 할 만한 사정이 있을 때를 말합니다.

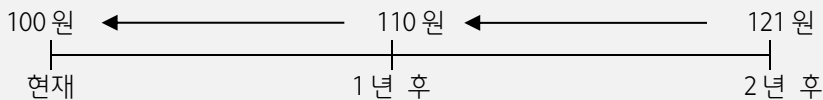
- ⑦ 회사는 제6항의 서면조사에 대한 동의 요청 시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제8조【보험금 받는 방법의 변경】

- ① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 제3조(보험금의 지급사유)에서 정하는 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

【연단위 복리로 할인한 금액 계산예시】

원금 121 원, 연간 10% 할인을 적용시 연단위 복리로 2년 할인하여 계산한 금액



$$\cdot 1 \text{년 할인} = \frac{121 \text{ 원}}{2 \text{년후 원금}} \div (1 + \frac{10\%}{\text{할인율}}) = 110 \text{ 원}$$

$$\cdot 2 \text{년 할인} = \frac{110 \text{ 원}}{1 \text{년 할인한 금액}} \div (1 + \frac{10\%}{\text{할인율}}) = 100 \text{ 원}$$

⇒ 2년 후의 원금 121 원의 현재기준 할인된 금액 = 100 원

제3관 특약의 성립과 유지

제9조【특약의 체결 및 소멸】

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 본인형, 배우자형 중 선택하여 청약하고, 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.

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

【보험가입금액 제한】

피보험자가 가입을 할 수 있는 최대보험가입금액을 제한하는 방법

【일부보장 제외(부담보)】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 특정질병 또는 특정 신체 부위를 보장에서 제외하는 방법

【보험금 삭감】

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

【보험료 할증】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 보험가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 증가하는 위험 또는 기간의 경과에 상관없이 일정한 상태를 유지하는 위험에 적용하는 방법으로 위험정도에 따라 해당 보험료 이외에 특별보험료를 추가하는 방법

- ③ 회사는 특약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 특약은 청약일, 진단특약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
- ④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 평균공시이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 특약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.
- ⑤ 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
1. 주계약의 해지 및 기타사유에 따라 효력이 없게 된 경우
 2. 제10조(피보험자의 범위 및 자격의 득실)에서 정하는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우
 3. 배우자형에서 주계약의 피보험자가 퇴직 등의 사유로 피보험단체에서 탈퇴하는 경우
- ⑥ 배우자형의 경우, 제5항 제1호에도 불구하고 주계약이 사망 및 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력이 없게 된 경우에는 최종납입한 보험료의 효력이 종료되는 최종일(차회 보험료 납입해당일의 전일)까지 이 특약은 효력을 가집니다.
- ⑦ 제5항 제2호의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

【실종선고】

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

【「민법」 제27조(실종의 선고)】

- ① 부재자의 생사가 5년간 분명하지 아니한 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 한다.
- ② 전지에 임한 자, 침몰한 선박 중에 있던 자, 추락한 항공기 중에 있던 자, 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한 자의 생사가 전쟁종지 후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락, 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 아니한 때에도 제1항과 같다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

- ⑧ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료 중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료 중단 등 결정 및 그 이행은 제5항 제2호의 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

【「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」

호스피스·완화의료와 임종과정에 있는 환자의 연명의료와 연명의료중단 등 결정 및 그 이행에

필요한 사항을 규정함으로써 환자의 최선의이익을 보장하고 자기결정을 존중하여 인간으로서의 존엄과 가치를 보호하기 위해 제정된 법률

【책임준비금】

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

제10조【피보험자의 범위 및 자격의 득실】

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자로 합니다.
 2. 배우자형의 경우 주계약 피보험자의 특약을 체결할 때 가족관계등록부상 또는 주민등록부상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우, 이 특약은 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 배우자의 자격을 상실한 날부터 효력을 상실합니다. (다만, 주계약 피보험자가 사망한 경우 및 주계약 피보험자가 사망한 이후 배우자가 재혼한 경우, 배우자는 이 특약상의 피보험자 자격을 유지하며, 이 특약은 효력을 상실하지 않습니다)
- ③ 제2항의 경우 계약자는 지체없이 이 사실을 회사에 알려야 합니다.

【설명】

“지체없이”라 함은 “의무 이행을 정당한 이유 없이 지연하는 일이 없이”라는 의미입니다.

- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사가 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제11조【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

【보장개시일】

회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

제12조【특약의 무효】

이 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(실제 납입한 보험료를 말하며, 감액 등으로 회사가 실제 지급한 금액이 있는 경우 해당금액을 차감한 금액)를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

【보험계약대출이율의 공시】

보험계약대출이율은 회사의 인터넷 홈페이지(www.hanalife.co.kr) ‘상품공시실’ 내 ‘적용이율공시’에서 공시합니다.

제13조【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다.

【보험가입금액의 감액】

보험료, 보험금, 책임준비금 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금, 책임준비금도 줄어듭니다.

- ③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 이 특약의 내용을 변경할 수

없습니다.

- ④ 피보험자가 피보험단체로부터 탈퇴한 경우에 계약자는 지체없이 피보험자의 탈퇴년월일 및 사유를 회사에 알려야 합니다.

제14조【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 주계약과 동일합니다.

제4관 보험료의 납입

제15조【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 주계약과 동일합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 합니다.

제16조【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】

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

【납입최고(독촉)】

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

제17조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】

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

【부활(효력회복)】

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

- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제11조(특약의 보장개시)를 준용합니다.

【설명】

“제11조(특약의 보장개시)를 준용”한다는 뜻은 “제11조(특약의 보장개시)를 표준으로 삼아 적용”한다는 뜻입니다.

제5관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제18조【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있습니다. 그러나 피보험자가 보험료의 일부 또는 전부를 부담하는 경우에는 피보험자의 동의를 받아야 합니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제19조【해지환급금】

이 특약의 해지환급금은 없습니다.

제6관 기타사항

제20조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표1 보험금 지급기준표

[기준: 보험가입금액 1,000만원]

급부명	지급사유	지급금액
재해장해급여금 (제3조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 재해로 장해지급률이 3%이상 100%이하의 장해상태가 되었을 때	1,000만원 x 해당 장해지급률

(주)

주계약의 해지 및 기타사유에 따라 효력이 없게 된 경우 또는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 때에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.

별표2 재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제2조 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
 - 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
 - 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
 - 식량부족(X53)
 - 물 부족(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 이상반응 또는 이후 합병증의 원인이 된 외과적 및 기타 내과적 처치 (Y83~Y84)는 보장)
- ④ ‘자연의 힘에 노출(X30~X39)’ 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
- ⑤ ‘우발적 익사 및 익수(W65~W74), 호흡과 관련된 기타 불의의 위험(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)’ 중 질병에 의한 호흡장애 및 삼킴장애
- ⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주)

1. () 안은 제 8 차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제 2020-175 호, 2021.1.1. 시행)상의 분류번호이며, 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 재해 해당여부는 피보험자가 해당 재해로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 재해에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 재해의 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 위 1. 보장대상이 되는 재해 ②에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용하며, 2. 보험금을 지급하지 않는 재해 ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

별표3 장애분류표

□ 총칙

1. 장애의 정의

- 1) ‘장애’라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아 있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태 및 기능상실 상태를 말한다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장애에 포함되지 않는다.
- 2) ‘영구적’이라 함은 원칙적으로 치유하는 때 장래 회복할 가망이 없는 상태로서 정신적 또는 육체적 훼손상태임이 의학적으로 인정되는 경우를 말한다.
- 3) ‘치유된 후’라 함은 상해 또는 질병에 대한 치료의 효과를 기대할 수 없게 되고 또한 그 증상이 고정된 상태를 말한다.
- 4) 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장애에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 장애지급률로 한다.
- 5) 위 4)에 따라 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정한다.

2. 신체부위

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

3. 기타

- 1) 하나의 장애가 관찰 방법에 따라서 장애분류표상 2가지 이상의 신체부위에서 장애로 평가되는 경우에는 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- 2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
- 3) 하나의 장애가 다른 장애와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 지급률만을 적용하며, 하나의 장애로 둘 이상의 파생장애가 발생하는 경우 각 파생장애의 지급률을 합산한 지급률과 최초 장애의 지급률을 비교하여 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- 4) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장애의 판정대상에 포함되지 않는다. 다만, 뇌사판정을 받은 경우가 아닌 식물인간상태(의식이 전혀 없고 사지의 자발적인 움직임이 불가능하여 일상생활에서 항상 간호가 필요한 상태)는 각 신체부위별 판정기준에 따라 평가한다.
- 5) 장애진단서에는 ① 장애진단명 및 발생시기 ② 장애의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계·정신행동 장애의 경우 ① 개호(장애로 혼자서 활동이 어려운 사람을 곁에서 돌보는 것) 여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가로 기재하여야 한다.

□ 장애분류별 판정기준

1. 눈의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 시력장애의 경우 공인된 시력 검사표에 따라 최소 3회 이상 측정한다.
- ‘교정시력’이라 함은 안경(콘택트 렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 원거리 최대교정시력을 말한다. 다만, 각막이식술을 받은 환자인 경우 각막이식술 이전의 시력상태를 기준으로 평가한다.
- ‘한눈이 멀었을 때’라 함은 안구(눈동자)의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나(‘광각무’) 겨우 가릴 수 있는 경우(‘광각유’)를 말한다.
- ‘한눈의 교정시력이 0.02이하로 된 때’라 함은 안전수동(Hand Movement)^{주1)}, 안전수지(Finger Counting)^{주2)} 상태를 포함한다.
 - ※ 주1) 안전수동 : 물체를 감별할 정도의 시력상태가 아니며 눈앞에서 손의 움직임을 식별할 수 있을 정도의 시력상태
 - 주2) 안전수지 : 시표의 가장 큰 글씨를 읽을 수 있는 정도의 시력은 아니나 눈 앞 30cm 이내에서 손가락의 개수를 식별할 수 있을 정도의 시력상태
- 안구(눈동자) 운동장애의 판정은 질병의 진단 또는 외상 후 1년 이상이 지난 뒤 그 장애 정도를 평가한다.
- ‘안구(눈동자)의 뚜렷한 운동장애’라 함은 아래의 두 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 한 눈의 안구(눈동자)의 주시야(머리를 움직이지 않고 눈만을 움직여서 볼 수 있는 범위)의 운동범위가 정상 1/2 이하로 감소된 경우
 - 나) 중심 20도 이내에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)을 남긴 경우
- ‘안구(눈동자)의 뚜렷한 조절기능장애’라 함은 조절력이 정상 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 50세 이상(장애진단시 연령 기준)의 경우에는 제외한다.
- ‘뚜렷한 시야 장애’라 함은 한 눈의 시야 범위가 정상시야 범위의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다. 이 경우 시야검사는 공인된 시야검사방법으로 측정하며, 시야장애 평가 시 자동시야검사계(골드만 시야검사)를 이용하여 8방향 시야범위 합계를 정상범위와 비교하여 평가한다.
- ‘눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때’라 함은 눈꺼풀의 결손으로 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮이지 않는 경우를 말한다.
- ‘눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때’라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.
- 외상이나 화상 등으로 안구(눈동자)의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 안구(눈동자)가 적출되어 눈자위의 조직요물(凹沒) 등으로 의안마저 끼워 넣을 수 없는 상태이면 ‘뚜렷한 추상(추한 모습)’으로, 의안을 끼워 넣을 수 있는 상태이면 ‘약간의 추상(추한 모습)’으로 지급률을 가산한다.

- 12) ‘눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때’에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장애를 포함하여 장애를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장애를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장애평가 방법 중 피보험자에게 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

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

다. 귓바퀴의 결손

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

라. 평형기능의 장애

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

항목	내용	점수
검사소견	양측 전정기능 소실	14
	양측 전정기능 감소	10
	일측 전정기능 소실	4
치료병력	장기 통원치료(1년간 12회이상)	6
	장기 통원치료(1년간 6회이상)	4
	단기 통원치료(6개월간 6회이상)	2
	단기 통원치료(6개월간 6회미만)	0
기능장애소견	두 눈을 감고 일어서기 곤란하거나 두 눈을 뜨고	20

항목	내용	점수
	10m 거리를 직선으로 걷다가 쓰러지는 경우	
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 중간에 균형을 잡으려 멈추어야 하는 경우	12
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걸을 때 중앙에서 60cm 이상 벗어나는 경우	8

- 2) 평형기능의 장애는 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 치료 후 장애가 고착되었을 때 판정하며, 뇌병변 여부, 전정기능 이상 및 장애상태를 평가하기 위해 아래의 검사들을 기초로 한다.

가) 뇌영상검사(CT, MRI)

나) 온도안진검사, 전기안진검사(또는 비디오안진검사) 등

3. 코의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

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

4. 씹어먹거나 말하는 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 심한 장애를 남긴 때	100
2) 씹어먹는 기능에 심한 장애를 남긴 때	80
3) 말하는 기능에 심한 장애를 남긴 때	60
4) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 뚜렷한 장애를 남긴 때	40
5) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
6) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 약간의 장애를 남긴 때	10
7) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
8) 치아에 14개 이상의 결손이 생긴 때	20
9) 치아에 7개 이상의 결손이 생긴 때	10
10) 치아에 5개 이상의 결손이 생긴 때	5

나. 장애의 평가기준

- 1) 씹어먹는 기능의 장애는 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)의 맞물림(교합), 배열상태 및 아래턱의 개구운동, 삼킴(연하)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.

- 2) '씹어먹는 기능에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 심한 개구운동 제한이나 저작운동 제한으로 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
- 3) '씹어먹는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때' 라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - 가) 뚜렷한 개구운동 제한 또는 뚜렷한 저작운동 제한으로 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등)이외는 섭취하지 못하는 경우
 - 나) 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 1cm 이하로 제한되는 경우
 - 다) 위·아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1.5cm 이상인 경우
 - 라) 1개 이하의 치아만 교합되는 상태
 - 마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취 시 흡인이 발생하고 연식 외에는 섭취가 불가능한 상태
- 4) '씹어먹는 기능에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - 가) 약간의 개구운동 제한 또는 약간의 저작운동 제한으로 부드러운 고형식(밥, 빵 등)만 섭취 가능한 경우
 - 나) 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 2cm 이하로 제한되는 경우
 - 다) 위·아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1cm 이상인 경우
 - 라) 양측 각 1개 또는 편측 2개 이하의 치아만 교합되는 상태
 - 마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취시 간헐적으로 흡인이 발생하고 부드러운 고형식 외에는 섭취가 불가능한 상태
- 5) 개구장애는 턱관절의 이상으로 개구운동 제한이 있는 상태를 말하며, 최대 개구상태에서 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 거리를 기준으로 한다. 단, 가운데 앞니(중절치)가 없는 경우에는 측정가능한 인접 치아간 거리의 최대치를 기준으로 한다.
- 6) 부정교합은 위턱(상악)과 아래턱(하악)의 부조화로 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)가 전방 및 측방으로 맞물림에 제한이 있는 상태를 말한다.
- 7) '말하는 기능에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - 가) 언어평가상 자음정확도가 30%미만인 경우
 - 나) 전실어증, 운동성실어증(브로카실어증)으로 의사소통이 불가능한 경우
- 8) '말하는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - 가) 언어평가상 자음정확도가 50%미만인 경우
 - 나) 언어평가상 표현언어지수 25 미만인 경우
- 9) '말하는 기능에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - 가) 언어평가상 자음정확도가 75%미만인 경우
 - 나) 언어평가상 표현언어지수 65 미만인 경우
- 10) 말하는 기능의 장애는 1년 이상 지속적인 언어치료를 시행한 후 증상이 고착되었을 때 평가하며, 객관적인 검사를 기초로 평가한다.
- 11) 뇌·중추신경계 손상(정신·인지기능 저하, 편마비 등)으로 인한 말하는 기능의 장애(실어증, 구음장애) 또는 씹어먹는 기능의 장애는 신경계·정신행동 장애 평가와 비교하여 그 중 높은 지급률 하나만 인정한다.
- 12) '치아의 결손'이란 치아의 상실 또는 발치된 경우를 말하며, 치아의 일부 손상으로 금관치료(크라운 보철수복)를 시행한 경우에는 치아의 일부 결손을 인정하여 1/2개 결손으로 적용한다.
- 13) 보철치료를 위해 발치한 정상치아, 노화로 인해 자연 발치된 치아, 보철(복합레진, 인레이, 온레이 등)한 치아, 기존 의치(틀니, 임플란트 등)의 결손은 치아의 상실로 인정하지 않는다.
- 14) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
- 15) 어린이의 유치는 향후에 영구치로 대체되므로 후유장애의 대상이 되지 않으나, 선천적으로 영구치 결손이 있는 경우에는 유치의 결손을 후유장애로 평가한다.
- 16) 가철성 보철물(신체의 일부에 붙였다 떼었다 할 수 있는 틀니 등)의 파손은 후유장애의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) '외모'란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
- 2) '추상(추한 모습)장애'라 함은 성형수술(반흔성형술, 레이저치료 등 포함)을 시행한 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말한다.
- 3) '추상(추한 모습)을 남긴 때'라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술(반흔성형술, 레이저치료 등 포함)을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 경우를 말한다.
- 4) 다발성 반흔 발생시 각 판정부위(얼굴, 머리, 목) 내의 다발성 반흔의 길이 또는 면적은 합산하여 평가한다. 단, 길이가 5mm 미만의 반흔은 합산대상에서 제외한다.
- 5) 추상(추한 모습)이 얼굴과 머리 또는 목 부위에 걸쳐 있는 경우에는 머리 또는 목에 있는 흉터의 길이 또는 면적의 1/2을 얼굴의 추상(추한 모습)으로 보아 산정한다.

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)

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

라. 약간의 추상(추한 모습)

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

마. 손바닥 크기

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

6. 척추(등뼈)의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) 척추(등뼈)는 경추에서 흉추, 요추, 제1천추까지를 동일한 부위로 한다. 제2천추 이하의 천골 및 미골은 체간골의 장애로 평가한다.
- 2) 척추(등뼈)의 기형장애는 척추체(척추뼈 몸통)를 말하며, 횡돌기 및 극돌기는 제외한다. 이하 이 신체부위에서 같다)의 압박률 또는 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡 정도에 따라 평가한다.
 - 가) 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡변화는 객관적인 측정방법(Cobb's Angle)에 따라 골절이 발생한 척추체(척추뼈 몸통)의 상. 하 인접 정상 척추체(척추뼈 몸통)를 포함하여 측정하며, 생리적 정상만곡을 고려하여 평가한다.
 - 나) 척추(등뼈)의 기형장애는 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률, 골절의 부위 등을 기준으로 판정한다. 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률은 인접 상. 하부[인접 상. 하부 척추체(척추뼈 몸통)에 진구성 골절이 있거나, 다발성 척추골절이 있는 경우에는 골절된 척추(등뼈)와 가장 인접한 상. 하부] 정상 척추체(척추뼈 몸통)의 전방 높이의 평균에 대한 골절된 척추체(척추뼈 몸통) 전방 높이의 감소비를 압박률로 정한다.
 - 다) 척추(등뼈)의 기형장애는 「산업재해보상보험법 시행규칙」상 경추부, 흉추부, 요추부로 구분하여 각각을 하나의 운동단위로 보며, 하나의 운동단위 내에서 여러 개의 척추체(척추뼈 몸통)에 압박골절이 발생한 경우에는 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률을 합산하고, 두 개 이상의 운동단위에서 장애가 발생한 경우에는 그 중 가장 높은 지급률을 적용한다.
- 3) 척추(등뼈)의 장애는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 이 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.
- 4) 추간판탈출증으로 인한 신경 장애는 수술 또는 시술(비수술적 치료) 후 6개월 이상 지난 후에 평가한다.
- 5) 신경학적 검사상 나타난 저린감이나 방사통 등 신경자극증상의 원인으로 CT, MRI 등 영상검사에서 추간판탈출증이 확인된 경우를 추간판탈출증으로 진단하며, 수술 여부에 관계없이 운동장애 및 기형장애로 평가하지 않는다.
- 6) 심한 운동장애란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
 - 나) 머리뼈(두개골), 제1경추, 제2경추를 모두 유합 또는 고정한 상태
- 7) 뚜렷한 운동장애란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
 - 나) 머리뼈(두개골)와 제1경추 또는 제1경추와 제2경추를 유합 또는 고정한 상태
 - 다) 머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추) 사이에 CT 검사 상, 두개 대후두공의 기저점(basion)과 축추 치돌기 상단사이의 거리(BDI : Basion-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태
 - 라) 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추) CT 검사상, 환추 전방 궁(arch)의 후방과 치상돌기의 전면과의 거리(ADI: Atlanto-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태

- 8) 약간의 운동장애
머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추)를 제외한 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정된 상태
- 9) 심한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 35° 이상의 척추전만증(척추(등뼈)가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추(등뼈)가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추(등뼈)가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 60%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 90% 이상일 때
- 10) 뚜렷한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 15° 이상의 척추전만증(척추(등뼈)가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추(등뼈)가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추(등뼈)가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 40%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 60% 이상일 때
- 11) 약간의 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
가) 1개 이상의 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구로 경도(가벼운 정도)의 척추전만증(척추(등뼈)가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추(등뼈)가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추(등뼈)가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 20%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 40% 이상일 때
- 12) '추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장애'란 추간판탈출증으로 추간판을 2마디 이상(또는 1마디 추간판에 대해 2회 이상) 수술하고도 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장애가 있는 경우
- 13) '추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장애'란 추간판탈출증으로 추간판 1마디를 수술하고도 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되고 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우
- 14) '추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장애'란 추간판탈출증이 확인되고 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되는 경우

7. 체간골의 장애

가. 장애의 분류

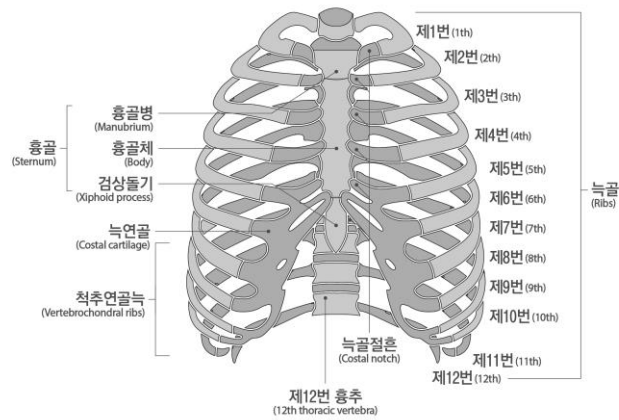
장애의 분류	지급률
1) 어깨뼈(견갑골)나 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	15
2) 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	10

나. 장애판정기준

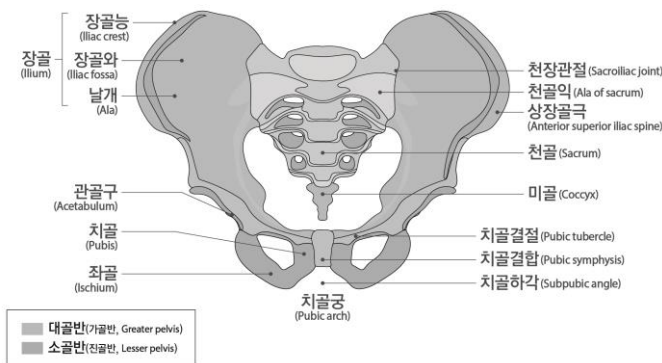
- 1) '체간골'이라 함은 어깨뼈(견갑골), 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함), 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)를 말하며 이를 모두 동일한 부위로 본다.
- 2) '골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함)의 뚜렷한 기형'이라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
가) 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm 이상 분리된 부정유합 상태
나) 육안으로 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도로 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이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

취급한다. 다발성늑골 기형의 경우 각각의 각(角) 변형을 합산하지 않고 그 중 가장 높은 각(角) 변형을 기준으로 평가한다.

[가슴뼈(흉골)]



[골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함)]



8. 팔의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 않는다.
- 3) ‘팔’이라 함은 어깨관절(견관절)부터 손목관절(완관절)까지를 말한다.
- 4) ‘팔의 3대 관절’이라 함은 어깨관절(견관절), 팔꿈치관절(주관절), 손목관절(완관절)을 말한다.
- 5) ‘한 팔의 손목 이상을 잃었을 때’라 함은 손목관절(완관절)부터(손목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치관절(주관절) 상부에서 절단된 경우도 포함한다.
- 6) 팔의 관절기능장애 평가는 팔의 3대 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다.
 - 가) 각 관절의 운동범위 측정은 장애평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
 - 나) 관절기능장애를 표시할 경우 장애부위의 장애각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장애상태를 명확히 한다. 단, 관절기능장애가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.
- 7) ‘관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때’라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 완전 강직(관절굳음)
 - 나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 ‘0등급(zero)’인 경우
- 8) ‘관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때’라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
 - 나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
 - 다) 근전도 검사상 완전손상(complete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 ‘1등급(trace)’인 경우
- 9) ‘관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때’라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
 - 나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 2등급(poor)인 경우
- 10) ‘관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때’라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
 - 나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 3등급(fair)인 경우
- 11) ‘가관절^{주)}이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때’라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.

※ 주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 ‘불유합’ 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외한다.
- 12) ‘가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때’라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 13) ‘뼈에 기형을 남긴 때’라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

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

9. 다리의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
- 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 않는다.
- ‘다리’라 함은 엉덩이관절(고관절)부터 발목관절(족관절)까지를 말한다.
- ‘다리의 3대 관절’이라 함은 엉덩이관절(고관절), 무릎관절(슬관절), 발목관절(족관절)을 말한다.
- ‘한 다리의 발목이상을 잃었을 때’라 함은 발목관절(족관절)부터(발목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절(슬관절)의 상부에서 절단된 경우도 포함한다.
- 다리의 관절기능장애 평가는 다리의 3대 관절의 관절운동범위 제한 및 무릎관절(슬관절)의 동요성 등으로 평가한다.
 - 각 관절의 운동범위 측정은 장애평가지점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
 - 관절기능장애가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.
- 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때’라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 완전 강직(관절굳음)
 - 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 ‘0등급(zero)’인 경우
- ‘관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때’라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
 - 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
 - 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 ‘1등급(trace)’인 경우
- ‘관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때’라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
 - 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서

- 근력이 2등급(poor)인 경우
- 10) '관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
 - 나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - 다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 3등급(fair)인 경우
 - 11) 동요장애 평가 시에는 정상측과 환측을 비교하여 증가된 수치로 평가한다.
 - 12) '가관절^{주)}이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.

※ 주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 '불유합' 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외한다.
 - 13) '가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 경골과 종아리뼈 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
 - 14) '뼈에 기형을 남긴 때'라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.
 - 15) 다리 길이의 단축 또는 과신장은 스캐노그램(scanogram)을 통하여 측정한다.

다. 지급률의 결정

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

10. 손가락의 장애

가. 장애의 분류

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

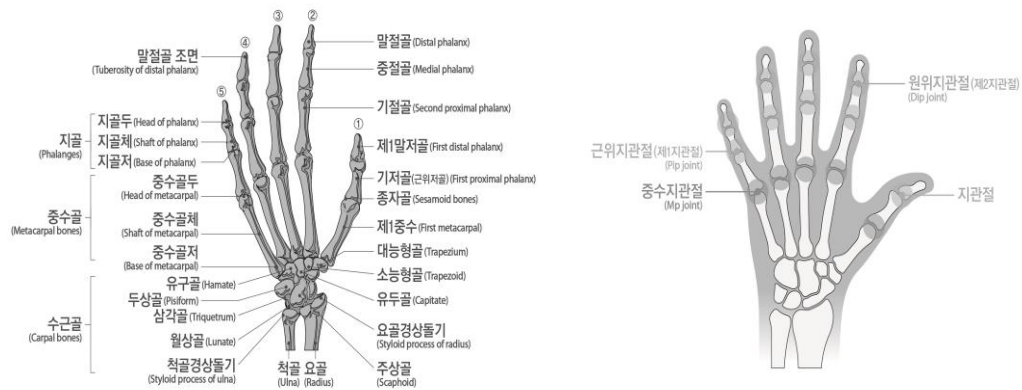
나. 장애판정기준

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

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

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

[손가락]



11. 발가락의 장애

가. 장애의 분류

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

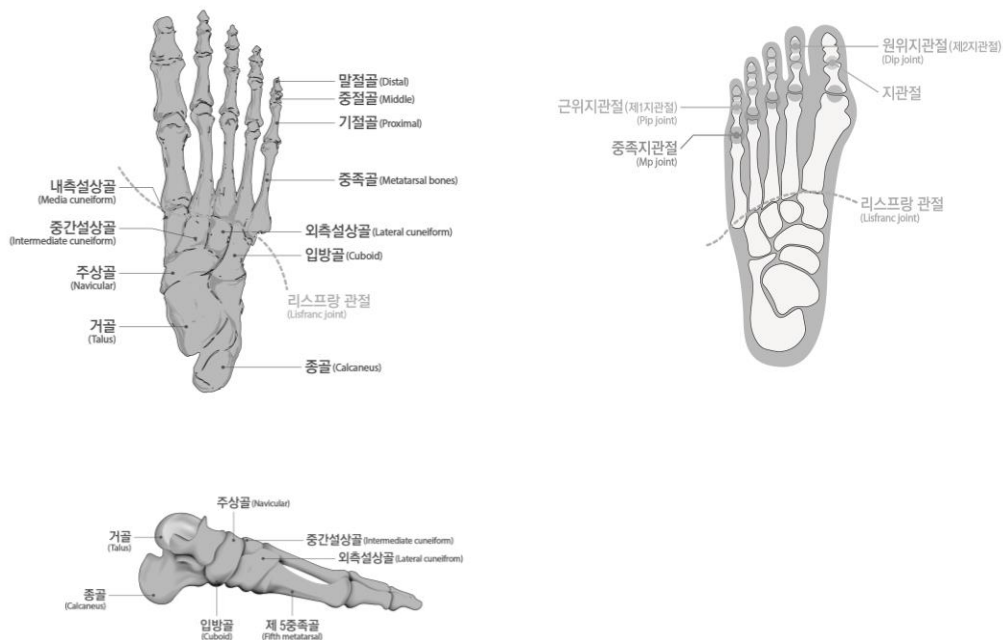
나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장애를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 않는다.
- 3) ‘발가락을 잃었을 때’라 함은 첫째 발가락에서는 지관절부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네

발가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽을 잃었을 때를 말한다.

- 4) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
- 5) ‘발가락뼈 일부를 잃었을 때’라 함은 첫째 발가락의 지관절, 다른 네 발가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 발가락 뼈 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 발가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.
- 6) ‘발가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때’라 함은 첫째 발가락의 경우에 중족지관절과 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동범위 합계가 정상 운동 가능영역의 1/2 이하가 된 경우를 말하며, 다른 네 발가락에 있어서는 중족지관절의 신전운동범위만을 평가하여 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우를 말한다.
- 7) 한 발가락에 장애가 생기고 다른 발가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 8) 발가락 관절의 운동범위 측정은 장애평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.

[발가락]



12. 흉·복부장기 및 비뇨생식기의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애의 판정기준

- 1) ‘심장 기능을 잃었을 때’라 함은 심장 이식을 한 경우를 말한다.
- 2) ‘흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때’라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

- 가) 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
 나) 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석, 복막투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때
 다) 방광의 저장기능과 배뇨기능을 완전히 상실한 때
- 3) ‘흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장애를 남긴 때’라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 가) 위, 대장(결장~직장) 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때
 나) 소장을 3/4 이상 잘라내었을 때 또는 잘라낸 소장의 길이가 3m 이상일 때
 다) 간장의 3/4 이상을 잘라내었을 때
 라) 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
- 4) ‘흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때’라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 가) 한쪽 폐 또는 한쪽 신장을 전부 잘라내었을 때
 나) 방광 기능상실로 영구적인 요도루, 방광루, 요관 장문합 상태
 다) 위, 췌장을 50% 이상 잘라내었을 때
 라) 대장절제, 항문 괄약근 등의 기능장애로 영구적으로 장루, 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
 마) 심장기능 이상으로 인공심박동기를 영구적으로 삽입한 경우
 바) 요도괄약근 등의 기능장애로 영구적으로 인공요도괄약근을 설치한 경우
- 5) ‘흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장애를 남긴 때’라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 가) 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착, 배뇨기능 상실로 영구적인 간헐적 인공요도가 필요한 때
 나) 음경의 1/2 이상이 결손되었거나 질구 협착으로 성생활이 불가능한 때
 다) 폐질환 또는 폐 부분절제술 후 일상생활에서 호흡곤란으로 지속적인 산소치료가 필요하며, 폐기능 검사(PFT)상 폐환기 기능(1초간 노력성 호기량, FEV1)이 정상예측치의 40% 이하로 저하된 때
- 6) 흉복부, 비뇨생식기계 장애는 질병 또는 외상의 직접 결과로 인한 장애를 말하며, 노화에 의한 기능장애 또는 질병이나 외상이 없는 상태에서 예방적으로 장기를 절제, 적출한 경우는 장애로 보지 않는다.
- 7) 상기 흉복부 및 비뇨생식기계 장애항목에 명기되지 않은 기타 장애상태에 대해서는 ‘<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표’에 해당하는 장애가 있을 때 ADLs 장애 지급률을 준용한다.
- 8) 상기 장애항목에 해당되지 않는 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장애의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계·정신행동 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 신경계에 장애가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때	10~100
2) 정신행동에 극심한 장애를 남긴 때	100
3) 정신행동에 심한 장애를 남긴 때	75
4) 정신행동에 뚜렷한 장애를 남긴 때	50
5) 정신행동에 약간의 장애를 남긴 때	25
6) 정신행동에 경미한 장애를 남긴 때	10
7) 극심한 치매: CDR 척도 5점	100
8) 심한 치매: CDR 척도 4점	80
9) 뚜렷한 치매: CDR 척도 3점	60

장애의 분류	지급률
10) 약간의 치매: CDR 척도 2점	40
11) 심한 간질발작이 남았을 때	70
12) 뚜렷한 간질발작이 남았을 때	40
13) 약간의 간질발작이 남았을 때	10

나. 장애판정기준

1) 신경계

- 가) '신경계에 장애를 남긴 때'라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계 손상으로 '<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표'의 5가지 기본동작 중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.
- 나) 위 가)의 경우 '<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표'상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장애로 인정하지 않는다.
- 다) 신경계의 장애로 발생하는 다른 신체부위의 장애(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장애로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- 라) 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 12개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장애를 평가한다. 그러나 12개월이 지났다고 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위에서 장애 평가를 유보한다.
- 마) 장애진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

- 가) 정신행동장애는 보험기간중에 발생한 뇌의 질병 또는 상해를 입은 후 18개월이 지난 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 질병발생 또는 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 질병발생 또는 상해를 입은 후 12개월이 지난 후에 판정할 수 있다.
- 나) 정신행동장애는 장애판정 직전 1년 이상 충분한 정신건강의학과와의 전문적 치료를 받은 후 치료에도 불구하고 장애가 고착되었을 때 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로써 고정되거나 중하게 된 장애에 대해서는 인정하지 않는다.
- 다) '정신행동에 극심한 장애를 남긴 때'라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와의 치료를 받았으며 GAF 30점 이하인 상태를 말한다.
- 라) '정신행동에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와의 치료를 받았으며 GAF 40점 이하인 상태를 말한다.
- 마) '정신행동에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준'상 6개 항목 중 3개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 50점 이하인 상태를 말한다.
 - ※주) 능력장애측정기준의 항목 : ㉠ 적절한 음식섭취, ㉡ 대소변관리, 세면, 목욕, 청소 등의 청결 유지, ㉢ 적절한 대화기술 및 협조적인 대인관계, ㉣ 규칙적인 통원. 약물 복용, ㉤ 소지품 및 금전관리나 적절한 구매행위, ㉥ 대중교통이나 일반공공시설의 이용
- 바) '정신행동에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준'상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 60점 이하인 상태를 말한다.
- 사) '정신행동에 경미한 장애를 남긴 때'라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준'상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 70점 이하인 상태를 말한다.
- 아) 지속적인 정신건강의학과와의 치료란 3개월 이상 약물치료가 중단되지 않았음을 의미한다.
- 자) 심리학적 평가보고서는 정신건강의학과 의료기관에서 실시되어야 하며, 자격을 갖춘 임상심리전문가가 시행하고 작성하여야 한다.
- 차) 정신행동장애 진단 전문의는 정신건강의학과 전문의를 말한다.
- 카) 정신행동장애는 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등 객관적 근거를 기초로 평가한다. 다만, 보호자나 환자의 진술, 감정의의 추정 혹은 인정,

한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌 SPECT 등)은 객관적 근거로 인정하지 않는다.

타) 각종 기질성 정신장애와 외상 후 간질에 한하여 보상한다.

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

3) 치매

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

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

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

4) 뇌전증(간질)

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

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

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

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

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

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

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

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표

유형	제한 정도에 따른 지급률
이동동작	- 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 방 밖을 나올 수 없는 상태 또는 침대에서 휠체어로 옮기기를 포함하여 휠체어 이동시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태 (지급률 40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움 없이는 방밖을 나올 수 없는 상태 또는 보행이 불가능하나 스스로 휠체어를 밀어 이동이 가능한 상태 (30%) - 목발 또는 보행기(walker)를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태(20%) - 보조기구 없이 독립적인 보행은 가능하나 보행시 파행(절뚝거림)이 있으며, 난간을 잡지 않고는 계단을 오르내리기가 불가능한 상태 또는 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태(10%)
음식물 섭취	- 입으로 식사를 전혀 할 수 없어 계속적으로 튜브(비위관 또는 위루관)나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급을 받는 상태(20%) - 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 식사를 전혀 할 수 없는 상태(15%) - 손가락 사용은 가능하나 젓가락 사용이 불가능하여 음식물 섭취에 있어 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%) - 독립적인 음식물 섭취는 가능하나 젓가락을 이용하여 생선을 바르거나 음식물을 자르지는 못하는 상태(5%)
배변·배뇨	- 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 계속적인 도움이 필요한 상태, 또는 지속적인 유치도뇨관 삽입상태, 방광루, 요도루, 장루상태 (20%) - 화장실에 가서 변기위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 뒤처리시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태, 또는 간헐적으로 자가 인공도뇨가 가능한 상태(CIC), 기저귀를 이용한 배뇨, 배변 상태 (15%) - 화장실에 가는 일, 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변후 뒤처리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태 (10%) - 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2시간 이상 계속되는 업무를 수행하는 것이 어려운 상태, 또는 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 요실금, 변실금이 있는 때 (5%)
목욕	- 세안, 양치, 샤워, 목욕 등 모든 개인위생 관리시 타인의 지속적인 도움이 필요한 상태 (10%) - 세안, 양치시 부분적인 도움 하에 혼자서 가능하나 목욕이나 샤워시 타인의 도움이 필요한 상태 (5%) - 세안, 양치와 같은 개인위생관리를 독립적으로 시행가능하나 목욕이나 샤워시 부분적으로 타인의 도움이 필요한 상태 (3%)
옷 입고 벗기	- 상·하의 의복 착탈시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태 (10%) - 상·하의 의복 착탈시 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태 또는 상의 또는 하의중 하나만 혼자서 착탈의가 가능한 상태 (5%) - 상·하의 의복착탈시 혼자서 가능하나 미세동작(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)이 필요한 마무리는 타인의 도움이 필요한 상태 (3%)

별표4 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제7조 제2항 관련)

구분	기간	지급이자
재해장해급여금 (제3조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 +가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 +가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 +가산이율(8.0%)

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제7조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당하는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

04. 무배당 재해장해특약II(본인형, 배우자형) 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의	75
제1조【목적】	75
제2조【용어의 정의】.....	75
제 2 관 보험금의 지급	76
제3조【보험금의 지급사유】	76
제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】.....	76
제5조【보험금을 지급하지 않는 사유】.....	77
제6조【보험금의 청구】	78
제7조【보험금의 지급절차】	78
제8조【보험금 받는 방법의 변경】.....	79
제 3 관 특약의 성립과 유지	79
제9조【특약의 체결 및 소멸】	79
제10조【피보험자의 범위 및 자격의 득실】	81
제11조【특약의 보장개시】.....	81
제12조【특약의 무효】.....	81
제13조【특약내용의 변경 등】.....	81
제15조【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】	82
제16조【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】	82
제17조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】	82
제 5 관 특약의 해지 및 해지환급금 등	82
제18조【계약자의 임의해지】.....	82
제19조【해지환급금】	82

제 6 관 기타사항..... 83

제20조【주계약 약관의 준용】.....83

별표1 보험금 지급기준표..... 84

별표2 재해분류표..... 85

별표3 장애분류표..... 86

별표4 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 104

04. 무배당 재해장해특약II(본인형, 배우자형) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조[목적]

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조[용어의 정의]

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어

가. 계약자: 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

나. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.

다. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

라. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

마. 주계약: 기본이 되는 보험계약으로 주된 보험계약을 말합니다.

2. 지급사유 관련 용어

가. 재해: '별표2 재해분류표'에서 정한 재해를 말합니다.

나. 장해: '별표3 장해분류표'에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

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

【연단위 복리 예시】

원금 100원, 연간 10% 이자율 적용시 연단위 복리로 계산한 2년시점의 총 이자금액

· 1년차 이자 = $\frac{100\text{원}}{\text{원금}} \times 10\% = 10\text{원}$

· 2년차 이자 = $\frac{(100\text{원} + 10\text{원})}{\text{원금} \quad 1\text{년차 이자}} \times 10\% = 11\text{원}$

⇒ 2년 시점의 총 이자금액 = 10원 + 11원 = 21원

나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다. 평균공시이율은 회사의 홈페이지(www.hanalife.co.kr) 상품공시실에서 확인할 수 있습니다.

다. 해지환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, 「관공서의 공휴일에 관한 규정」에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

【「관공서의 공휴일에 관한 규정」】

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

1. 일요일

2. 국경일 중 3.1절, 광복절, 개천절 및 한글날

3. 1월 1일

4. 설날 전날, 설날, 설날 다음날(음력 12월 말일, 1월 1일, 2일)

5. 삭제<2005.6.30.>

6. 석가탄신일(음력 4월 8일)

7. 5월 5일(어린이날)

8. 6월 6일(현충일)

9. 추석 전날, 추석, 추석 다음날(음력 8월 14일, 15일, 16일)
10. 12월 25일(기독탄신일)
- 10의 2. 「공직선거법」 제34조에 따른 임기만료에 의한 선거의 선거일
11. 기타 정부에서 수시 지정하는 날

제3조(대체공휴일)

- ① 제2조 제4호 또는 제9호에 따른 공휴일이 다른 공휴일과 겹칠 경우 제2조 제4호 또는 제9호에 따른 공휴일 다음 첫번째 비공휴일을 공휴일로 한다.
- ② 제2조 제7호에 따른 공휴일이 토요일이나 다른 공휴일과 겹칠 경우 제2조 제7호에 따른 공휴일의 다음 첫번째 비공휴일을 공휴일로 한다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제2관 보험금의 지급

제3조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 재해로 장애분류표(‘별표3 장애분류표’ 참조, 이하 ‘장애분류표’라 합니다)에서 정한 장애지급률이 3%이상 79%이하의 장애상태가 되었을 경우에는 보험수익자에게 재해장애급여금(‘별표1 보험금 지급기준표’ 참조)을 지급합니다.

제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 제3조(보험금의 지급사유)에서 재해로 장애상태가 되고 장애지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표에서 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 재해일부터 1년 이내)에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.
- ③ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 하나의 장애가 관찰 방법에 따라서 장애분류표상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용합니다.
- ④ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 ‘한시장애’라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 한시장애의 지급률로 정합니다.
- ⑤ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 더하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 제3조(보험금의 지급사유)에서 규정한 재해장애급여금의 지급사유가 다른 재해로 인하여 2회이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장애지급률을 결정합니다. 그러나 그 장애가 이미 재해장애급여금을 지급받은 동일부위에 가중된 때에는 최종 장애상태에 해당하는 재해장애급여금에서 이미 지급받은 재해장애급여금을 뺀 금액을 지급합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑧ 제3조(보험금의 지급사유)에서 그 재해 전에 이미 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 장애가 있었던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제7항에 규정하는 장애상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한 가지의 경우에 해당하는 장애에 대한 재해장애급여금이 지급된 것으로 보고 최종 장애상태에 해당하는 재해장애급여금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 재해장애급여금을 빼고 지급합니다.
 1. 이 특약의 보장개시전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 장애로 재해장애급여금의 지급사유가 되지 않았던 장애

【예시】

보험가입 전 한 팔에 장애지급률 5%에 해당하는 장애가 있었던 피보험자가 보험가입 후 재해로 팔의 장애가 장애지급률 80%에 해당하게 된 경우에는 보험가입 후 발생한 재해로 인한

장해지급률 80%에서 보험가입 전 발생한 장해지급률 5%를 뺀 75%에 해당하는 보험금을 지급합니다.

2. 제1호 이외에 이 특약의 규정에 따라 재해장해급여금의 지급사유가 되지 않았던 장애 또는 재해장해급여금이 지급되지 않았던 장애

【예시】

보험기간 중 발생한 질병을 원인으로 오른쪽 눈에 장해지급률 5%에 해당하는 장애가 있었던 피보험자가 이후에 재해를 원인으로 눈의 장애가 장해지급률 80%에 해당하는 장애가 된 경우 이 계약은 질병으로 인한 장애는 보장하지 않으므로 장해지급률 80%에서 질병으로 인한 장해지급률 5%를 뺀 75%에 해당하는 보험금을 지급합니다.

- ⑨ 동일한 재해로 인한 장해지급률은 100%를 한도로 합니다.
- ⑩ 이 특약에서 ‘동일한 재해’의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말하며, 보장대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.
- ⑪ 장해분류표에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애 정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.
- ⑫ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【제3자】

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

【「의료법」 제3조(의료기관)】

- ① 이 법에서 “의료기관”이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 “의료업”이라 한다)을 하는 곳을 말한다.
- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
1. 의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 의원
 - 나. 치과의원
 - 다. 한의원
 2. 조산원: 조산사가 조산과 임신부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다.
 3. 병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 병원
 - 나. 치과병원
 - 다. 한방병원
 - 라. 요양병원(「장애인복지법」 제58조 제1항 제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
 - 마. 정신병원
 - 바. 종합병원
- ③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항 제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제5조【보험금을 지급하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

【고의】

자기행위가 일정한 결과를 발생시킬 것을 인식하면서 그 행위를 하는 경우의 심리상태를 말합니다.

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급합니다.

【심신상실】

의식은 있으나 심신장애의 정도가 심해 자신의 행위 결과를 합리적으로 판단할 능력을 갖지 못한 상태

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

제6조【보험금의 청구】

- ① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(사망진단서, 장애인단서 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류(재해장해급여금 지급시 피보험자의 법정상속인이 아닌 자가 청구하는 경우 법정상속인의 확인서 등)

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 제1000조(상속의 순위)】

- ① 상속에 있어서는 다음 순위로 상속인이 된다.
 1. 피상속인의 직계비속
 2. 피상속인의 직계존속
 3. 피상속인의 형제자매
 4. 피상속인의 4촌 이내의 방계혈족
 - ② 전항의 경우에 동순위의 상속인이 수인인 때에는 최근친을 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.
 - ③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.
- <향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

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

제7조【보험금의 지급절차】

- ① 회사는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유 의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 지급합니다.

【보험금 지급일 예시】

보험금 청구서류 접수일이 2020년 10월 8일(목)인 경우 10/9(금, 한글날), 10/10(토), 10/11(일)은 회사의 영업일이 아니므로, 10/8(목)부터 3영업일인 10/14(수) 이내에 보험금을 지급합니다.(보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요하지 않은 경우에 한함)

- ② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 ‘별표4 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.
- ③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

【보험금 가지급제도】

지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도. 이는 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해주기 위해 회사가 먼저 지급해주는 임시 급부임.

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

【보험가입금액 제한】

피보험자가 가입을 할 수 있는 최대보험가입금액을 제한하는 방법

【일부보장 제외(부담보)】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 특정질병 또는 특정 신체 부위를 보장에서 제외하는 방법

【보험금 삭감】

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

【보험료 할증】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 보험가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 증가하는 위험 또는 기간의 경과에 상관없이 일정한 상태를 유지하는 위험에 적용하는 방법으로 위험정도에 따라 해당 보험료 이외에 특별보험료를 추가하는 방법

- ③ 회사는 특약의 청약과 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 특약은 청약일, 진단특약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
- ④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 평균공시이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 특약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.
- ⑤ 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
1. 주계약의 해지 및 기타사유에 따라 효력이 없게 된 경우
 2. 제10조(피보험자의 범위 및 자격의 득실)에서 정하는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우
 3. 배우자형에서 주계약의 피보험자가 퇴직 등의 사유로 피보험단체에서 탈퇴하는 경우
- ⑥ 배우자형의 경우, 제5항 제1호에도 불구하고 주계약이 사망 및 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력이 없게 된 경우에는 최종납입한 보험료의 효력이 종료되는 최종일(차회 보험료 납입해당일의 전일)까지 이 특약은 효력을 가집니다.
- ⑦ 제5항 제2호의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

【실종선고】

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

【「민법」 제27조(실종의 선고)】

- ① 부재자의 생사가 5년간 분명하지 아니한 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 한다.
- ② 전지에 임한 자, 침몰한 선박 중에 있던 자, 추락한 항공기 중에 있던 자, 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한 자의 생사가 전쟁종지 후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락, 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 아니한 때에도 제1항과 같다.

〈향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다〉

- ⑧ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료 중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료 중단 등 결정 및 그 이행은 제5항 제2호의 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

【「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」】

호스피스·완화의료와 임종과정에 있는 환자의 연명의료와 연명의료중단 등 결정 및 그 이행에 필요한 사항을 규정함으로써 환자의 최선의이익을 보장하고 자기결정을 존중하여 인간으로서의 존엄과 가치를 보호하기 위해 제정된 법률

【책임준비금】

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

제10조【피보험자의 범위 및 자격의 득실】

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자로 합니다.
 2. 배우자형의 경우 주계약 피보험자의 특약을 체결할 때 가족관계등록부상 또는 주민등록부상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우, 이 특약은 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 배우자의 자격을 상실한 날부터 효력을 상실합니다. (다만, 주계약 피보험자가 사망한 경우 및 주계약 피보험자가 사망한 이후 배우자가 재혼한 경우, 배우자는 이 특약상의 피보험자 자격을 유지하며, 이 특약은 효력을 상실하지 않습니다)
- ③ 제2항의 경우 계약자는 지체없이 이 사실을 회사에 알려야 합니다.

【설명】

“지체없이”라 함은 “의무 이행을 정당한 이유 없이 지연하는 일이 없이”라는 의미입니다.

- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사가 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제11조【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

【보장개시일】

회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

제12조【특약의 무효】

이 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(실제 납입한 보험료를 말하며, 감액 등으로 회사가 실제 지급한 금액이 있는 경우 해당금액을 차감한 금액)를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

【보험계약대출이율의 공시】

보험계약대출이율은 회사의 인터넷 홈페이지(www.hanalife.co.kr) ‘상품공시실’ 내 ‘적용이율공시’에서 공시합니다.

제13조【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다.

【보험가입금액의 감액】

보험료, 보험금, 책임준비금 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금, 책임준비금도 줄어듭니다.

- ③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 이 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.
- ④ 피보험자가 피보험단체로부터 탈퇴한 경우에 계약자는 지체없이 피보험자의 탈퇴년월일 및 사유를 회사에 알려야 합니다.

제14조【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 주계약과 동일합니다.

【납입최고(독촉)】

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

제 4 관 보험료의 납입

제15조【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 주계약과 동일합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 합니다.

제16조【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】

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

제17조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】

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

【부활(효력회복)】

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

- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제11조(특약의 보장개시)를 준용합니다.

【설명】

“제11조(특약의 보장개시)를 준용”한다는 뜻은 “제11조(특약의 보장개시)를 표준으로 삼아 적용”한다는 뜻입니다.

제5관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제18조【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있습니다. 그러나 피보험자가 보험료의 일부 또는 전부를 부담하는 경우에는 피보험자의 동의를 받아야 합니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제19조【해지환급금】

이 특약의 해지환급금은 없습니다.

제6관 기타사항

제20조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표1 보험금 지급기준표

[기준: 보험가입금액 1,000만원]

급부명	지급사유	지급금액
재해장해급여금 (제3조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 재해로 장해지급률이 3%이상 79%이하의 장해상태가 되었을 때	1,000만원 x 해당 장해지급률

(주)

주계약의 해지 및 기타사유에 따라 효력이 없게 된 경우 또는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 때에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.

별표2 재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제2조 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
 - 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
 - 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
 - 식량부족(X53)
 - 물 부족(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 이상반응 또는 이후 합병증의 원인이 된 외과적 및 기타 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장)
- ④ ‘자연의 힘에 노출(X30~X39)’ 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
- ⑤ ‘우발적 익사 및 익수(W65~W74), 호흡과 관련된 기타 불의의 위험(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)’ 중 질병에 의한 호흡장애 및 삼킴장애
- ⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주)

1. () 안은 제 8 차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제 2020-175 호, 2021.1.1. 시행)상의 분류번호이며, 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 재해 해당여부는 피보험자가 해당 재해로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 재해에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 재해의 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 위 1. 보장대상이 되는 재해 ②에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용하며, 2. 보험금을 지급하지 않는 재해 ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

별표3 장애분류표

□ 총칙

1. 장애의 정의

- 1) ‘장애’라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아 있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태 및 기능상실 상태를 말한다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장애에 포함되지 않는다.
- 2) ‘영구적’이라 함은 원칙적으로 치유하는 때 장래 회복할 가망이 없는 상태로서 정신적 또는 육체적 훼손상태임이 의학적으로 인정되는 경우를 말한다.
- 3) ‘치유된 후’라 함은 상해 또는 질병에 대한 치료의 효과를 기대할 수 없게 되고 또한 그 증상이 고정된 상태를 말한다.
- 4) 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장애에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 장애지급률로 한다.
- 5) 위 4)에 따라 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정한다.

2. 신체부위

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

3. 기타

- 1) 하나의 장애가 관찰 방법에 따라서 장애분류표상 2가지 이상의 신체부위에서 장애로 평가되는 경우에는 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- 2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
- 3) 하나의 장애가 다른 장애와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 지급률만을 적용하며, 하나의 장애로 둘 이상의 파생장애가 발생하는 경우 각 파생장애의 지급률을 합산한 지급률과 최초 장애의 지급률을 비교하여 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- 4) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장애의 판정대상에 포함되지 않는다. 다만, 뇌사판정을 받은 경우가 아닌 식물인간상태(의식이 전혀 없고 사지의 자발적인 움직임이 불가능하여 일상생활에서 항상 간호가 필요한 상태)는 각 신체부위별 판정기준에 따라 평가한다.
- 5) 장애진단서에는 ① 장애진단명 및 발생시기 ② 장애의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계·정신행동 장애의 경우 ① 개호(장애로 혼자서 활동이 어려운 사람을 곁에서 돌보는 것) 여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가로 기재하여야 한다.

□ 장애분류별 판정기준

1. 눈의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 시력장애의 경우 공인된 시력 검사표에 따라 최소 3회 이상 측정한다.
- ‘교정시력’이라 함은 안경(콘택트 렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 원거리 최대교정시력을 말한다. 다만, 각막이식술을 받은 환자인 경우 각막이식술 이전의 시력상태를 기준으로 평가한다.
- ‘한눈이 멀었을 때’라 함은 안구(눈동자)의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나(‘광각무’) 겨우 가릴 수 있는 경우(‘광각유’)를 말한다.
- ‘한눈의 교정시력이 0.02이하로 된 때’라 함은 안전수동(Hand Movement)^{주1)}, 안전수지(Finger Counting)^{주2)} 상태를 포함한다.
 - ※ 주1) 안전수동 : 물체를 감별할 정도의 시력상태가 아니며 눈앞에서 손의 움직임을 식별할 수 있을 정도의 시력상태
 - 주2) 안전수지 : 시표의 가장 큰 글씨를 읽을 수 있는 정도의 시력은 아니나 눈 앞 30cm 이내에서 손가락의 개수를 식별할 수 있을 정도의 시력상태
- 안구(눈동자) 운동장애의 판정은 질병의 진단 또는 외상 후 1년 이상이 지난 뒤 그 장애 정도를 평가한다.
- ‘안구(눈동자)의 뚜렷한 운동장애’라 함은 아래의 두 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 한 눈의 안구(눈동자)의 주시야(머리를 움직이지 않고 눈만을 움직여서 볼 수 있는 범위)의 운동범위가 정상 1/2 이하로 감소된 경우
 - 나) 중심 20도 이내에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)을 남긴 경우
- ‘안구(눈동자)의 뚜렷한 조절기능장애’라 함은 조절력이 정상 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 50세 이상(장애진단시 연령 기준)의 경우에는 제외한다.
- ‘뚜렷한 시야 장애’라 함은 한 눈의 시야 범위가 정상시야 범위의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다. 이 경우 시야검사는 공인된 시야검사방법으로 측정하며, 시야장애 평가 시 자동시야검사계(골드만 시야검사)를 이용하여 8방향 시야범위 합계를 정상범위와 비교하여 평가한다.
- ‘눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때’라 함은 눈꺼풀의 결손으로 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮이지 않는 경우를 말한다.
- ‘눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때’라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.
- 외상이나 화상 등으로 안구(눈동자)의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 안구(눈동자)가 적출되어 눈자위의 조직요물(凹沒) 등으로 의안마저 끼워 넣을 수 없는 상태이면 ‘뚜렷한 추상(추한 모습)’으로, 의안을 끼워 넣을 수 있는 상태이면 ‘약간의 추상(추한 모습)’으로 지급률을 가산한다.

- 12) '눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때'에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장애를 포함하여 장애를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장애를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장애평가 방법 중 피보험자에게 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

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

다. 귓바퀴의 결손

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

라. 평형기능의 장애

- '평형기능에 장애를 남긴 때'라 함은 전정기관 이상으로 보행 등 일상생활이 어려운 상태로 아래의 평형장애 평가항목별 합산점수가 30점 이상인 경우를 말한다.

항목	내용	점수
검사소견	양측 전정기능 소실	14
	양측 전정기능 감소	10
	일측 전정기능 소실	4
치료병력	장기 통원치료(1년간 12회이상)	6
	장기 통원치료(1년간 6회이상)	4
	단기 통원치료(6개월간 6회이상)	2
	단기 통원치료(6개월간 6회미만)	0
기능장애소견	두 눈을 감고 일어서기 곤란하거나 두 눈을 뜨고	20

항목	내용	점수
	10m 거리를 직선으로 걷다가 쓰러지는 경우	
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 중간에 균형을 잡으려 멈추어야 하는 경우	12
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걸을 때 중앙에서 60cm 이상 벗어나는 경우	8

- 2) 평형기능의 장애는 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 치료 후 장애가 고착되었을 때 판정하며, 뇌병변 여부, 전정기능 이상 및 장애상태를 평가하기 위해 아래의 검사들을 기초로 한다.

가) 뇌영상검사(CT, MRI)

나) 온도안진검사, 전기안진검사(또는 비디오안진검사) 등

3. 코의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

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

4. 씹어먹거나 말하는 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 심한 장애를 남긴 때	100
2) 씹어먹는 기능에 심한 장애를 남긴 때	80
3) 말하는 기능에 심한 장애를 남긴 때	60
4) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 뚜렷한 장애를 남긴 때	40
5) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
6) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 약간의 장애를 남긴 때	10
7) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
8) 치아에 14개 이상의 결손이 생긴 때	20
9) 치아에 7개 이상의 결손이 생긴 때	10
10) 치아에 5개 이상의 결손이 생긴 때	5

나. 장애의 평가기준

- 1) 씹어먹는 기능의 장애는 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)의 맞물림(교합), 배열상태 및 아래턱의 개구운동, 삼킴(연하)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.

- 2) '씹어먹는 기능에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 심한 개구운동 제한이나 저작운동 제한으로 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
- 3) '씹어먹는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - 가) 뚜렷한 개구운동 제한 또는 뚜렷한 저작운동 제한으로 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등)이외는 섭취하지 못하는 경우
 - 나) 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 1cm 이하로 제한되는 경우
 - 다) 위·아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1.5cm 이상인 경우
 - 라) 1개 이하의 치아만 교합되는 상태
 - 마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취 시 흡인이 발생하고 연식 외에는 섭취가 불가능한 상태
- 4) '씹어먹는 기능에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - 가) 약간의 개구운동 제한 또는 약간의 저작운동 제한으로 부드러운 고형식(밥, 빵 등)만 섭취 가능한 경우
 - 나) 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 2cm 이하로 제한되는 경우
 - 다) 위·아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1cm 이상인 경우
 - 라) 양측 각 1개 또는 편측 2개 이하의 치아만 교합되는 상태
 - 마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취시 간헐적으로 흡인이 발생하고 부드러운 고형식 외에는 섭취가 불가능한 상태
- 5) 개구장애는 턱관절의 이상으로 개구운동 제한이 있는 상태를 말하며, 최대 개구상태에서 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 거리를 기준으로 한다. 단, 가운데 앞니(중절치)가 없는 경우에는 측정가능한 인접 치아간 거리의 최대치를 기준으로 한다.
- 6) 부정교합은 위턱(상악)과 아래턱(하악)의 부조화로 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)가 전방 및 측방으로 맞물림에 제한이 있는 상태를 말한다.
- 7) '말하는 기능에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - 가) 언어평가상 자음정확도가 30%미만인 경우
 - 나) 전실어증, 운동성실어증(브로카실어증)으로 의사소통이 불가능한 경우
- 8) '말하는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - 가) 언어평가상 자음정확도가 50%미만인 경우
 - 나) 언어평가상 표현언어지수 25 미만인 경우
- 9) '말하는 기능에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - 가) 언어평가상 자음정확도가 75%미만인 경우
 - 나) 언어평가상 표현언어지수 65 미만인 경우
- 10) 말하는 기능의 장애는 1년 이상 지속적인 언어치료를 시행한 후 증상이 고착되었을 때 평가하며, 객관적인 검사를 기초로 평가한다.
- 11) 뇌·중추신경계 손상(정신·인지기능 저하, 편마비 등)으로 인한 말하는 기능의 장애(실어증, 구음장애) 또는 씹어먹는 기능의 장애는 신경계·정신행동 장애 평가와 비교하여 그 중 높은 지급률 하나만 인정한다.
- 12) '치아의 결손'이란 치아의 상실 또는 발치된 경우를 말하며, 치아의 일부 손상으로 금관치료(크라운 보철수복)를 시행한 경우에는 치아의 일부 결손을 인정하여 1/2개 결손으로 적용한다.
- 13) 보철치료를 위해 발치한 정상치아, 노화로 인해 자연 발치된 치아, 보철(복합레진, 인레이, 온레이 등)한 치아, 기존 의치(틀니, 임플란트 등)의 결손은 치아의 상실로 인정하지 않는다.
- 14) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
- 15) 어린이의 유치는 향후에 영구치로 대체되므로 후유장애의 대상이 되지 않으나, 선천적으로 영구치 결손이 있는 경우에는 유치의 결손을 후유장애로 평가한다.
- 16) 가철성 보철물(신체의 일부에 붙였다 떼었다 할 수 있는 틀니 등)의 파손은 후유장애의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) '외모'란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
- 2) '추상(추한 모습)장애'라 함은 성형수술(반흔성형술, 레이저치료 등 포함)을 시행한 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말한다.
- 3) '추상(추한 모습)을 남긴 때'라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술(반흔성형술, 레이저치료 등 포함)을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 경우를 말한다.
- 4) 다발성 반흔 발생시 각 판정부위(얼굴, 머리, 목) 내의 다발성 반흔의 길이 또는 면적은 합산하여 평가한다. 단, 길이가 5mm 미만의 반흔은 합산대상에서 제외한다.
- 5) 추상(추한 모습)이 얼굴과 머리 또는 목 부위에 걸쳐 있는 경우에는 머리 또는 목에 있는 흉터의 길이 또는 면적의 1/2을 얼굴의 추상(추한 모습)으로 보아 산정한다.

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)

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

라. 약간의 추상(추한 모습)

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

마. 손바닥 크기

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

6. 척추(등뼈)의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) 척추(등뼈)는 경추에서 흉추, 요추, 제1천추까지를 동일한 부위로 한다. 제2천추 이하의 천골 및 미골은 체간골의 장애로 평가한다.
- 2) 척추(등뼈)의 기형장애는 척추체(척추뼈 몸통)를 말하며, 횡돌기 및 극돌기는 제외한다. 이하 이 신체부위에서 같다)의 압박률 또는 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡 정도에 따라 평가한다.
 - 가) 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡변화는 객관적인 측정방법(Cobb's Angle)에 따라 골절이 발생한 척추체(척추뼈 몸통)의 상. 하 인접 정상 척추체(척추뼈 몸통)를 포함하여 측정하며, 생리적 정상만곡을 고려하여 평가한다.
 - 나) 척추(등뼈)의 기형장애는 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률, 골절의 부위 등을 기준으로 판정한다. 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률은 인접 상. 하부[인접 상. 하부 척추체(척추뼈 몸통)에 진구성 골절이 있거나, 다발성 척추골절이 있는 경우에는 골절된 척추(등뼈)와 가장 인접한 상. 하부] 정상 척추체(척추뼈 몸통)의 전방 높이의 평균에 대한 골절된 척추체(척추뼈 몸통) 전방 높이의 감소비를 압박률로 정한다.
 - 다) 척추(등뼈)의 기형장애는 「산업재해보상보험법 시행규칙」상 경추부, 흉추부, 요추부로 구분하여 각각을 하나의 운동단위로 보며, 하나의 운동단위 내에서 여러 개의 척추체(척추뼈 몸통)에 압박골절이 발생한 경우에는 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률을 합산하고, 두 개 이상의 운동단위에서 장애가 발생한 경우에는 그 중 가장 높은 지급률을 적용한다.
- 3) 척추(등뼈)의 장애는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 이 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.
- 4) 추간판탈출증으로 인한 신경 장애는 수술 또는 시술(비수술적 치료) 후 6개월 이상 지난 후에 평가한다.
- 5) 신경학적 검사상 나타난 저린감이나 방사통 등 신경자극증상의 원인으로 CT, MRI 등 영상검사에서 추간판탈출증이 확인된 경우를 추간판탈출증으로 진단하며, 수술 여부에 관계없이 운동장애 및 기형장애로 평가하지 않는다.
- 6) 심한 운동장애란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
 - 나) 머리뼈(두개골), 제1경추, 제2경추를 모두 유합 또는 고정한 상태
- 7) 뚜렷한 운동장애란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
 - 나) 머리뼈(두개골)와 제1경추 또는 제1경추와 제2경추를 유합 또는 고정한 상태
 - 다) 머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추) 사이에 CT 검사 상, 두개 대후두공의 기저점(basion)과 축추 치돌기 상단사이의 거리(BDI : Basion-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태
 - 라) 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추) CT 검사상, 환추 전방 궁(arch)의 후방과 치상돌기의 전면과의 거리(ADI: Atlanto-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태

- 8) 약간의 운동장애
머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추)를 제외한 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정된 상태
- 9) 심한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 35° 이상의 척추전만증(척추(등뼈)가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추(등뼈)가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추(등뼈)가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 60%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 90% 이상일 때
- 10) 뚜렷한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 15° 이상의 척추전만증(척추(등뼈)가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추(등뼈)가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추(등뼈)가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 40%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 60% 이상일 때
- 11) 약간의 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
가) 1개 이상의 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구로 경도(가벼운 정도)의 척추전만증(척추(등뼈)가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추(등뼈)가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추(등뼈)가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 20%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 40% 이상일 때
- 12) '추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장애'란 추간판탈출증으로 추간판을 2마디 이상(또는 1마디 추간판에 대해 2회 이상) 수술하고도 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장애가 있는 경우
- 13) '추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장애'란 추간판탈출증으로 추간판 1마디를 수술하고도 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되고 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우
- 14) '추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장애'란 추간판탈출증이 확인되고 신경생리검사서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되는 경우

7. 체간골의 장애

가. 장애의 분류

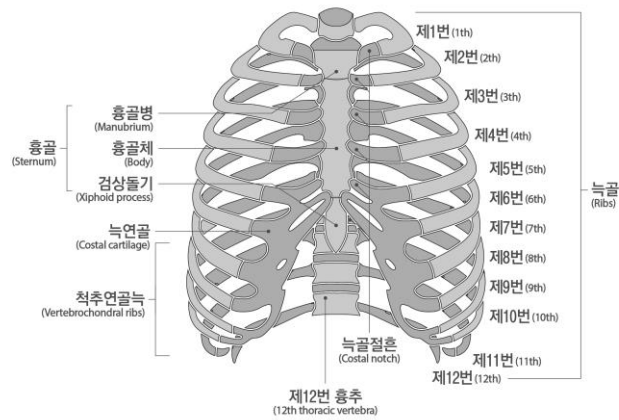
장애의 분류	지급률
1) 어깨뼈(견갑골)나 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	15
2) 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	10

나. 장애판정기준

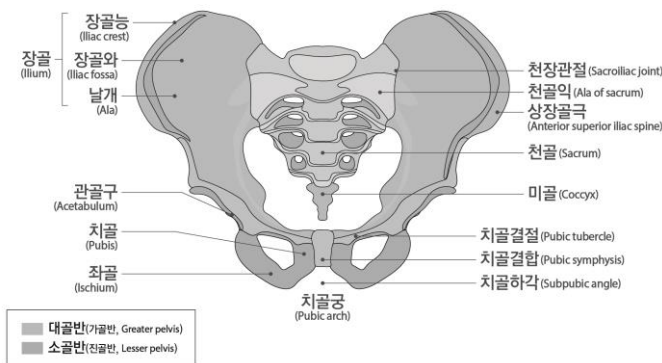
- 1) '체간골'이라 함은 어깨뼈(견갑골), 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함), 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)를 말하며 이를 모두 동일한 부위로 본다.
- 2) '골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함)의 뚜렷한 기형'이라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
가) 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm 이상 분리된 부정유합 상태
나) 육안으로 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도로 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이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

취급한다. 다발성늑골 기형의 경우 각각의 각(角) 변형을 합산하지 않고 그 중 가장 높은 각(角) 변형을 기준으로 평가한다.

[가슴뼈(흉골)]



[골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함)]



8. 팔의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 않는다.
- 3) ‘팔’이라 함은 어깨관절(견관절)부터 손목관절(완관절)까지를 말한다.
- 4) ‘팔의 3대 관절’이라 함은 어깨관절(견관절), 팔꿈치관절(주관절), 손목관절(완관절)을 말한다.
- 5) ‘한 팔의 손목 이상을 잃었을 때’라 함은 손목관절(완관절)부터(손목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치관절(주관절) 상부에서 절단된 경우도 포함한다.
- 6) 팔의 관절기능장애 평가는 팔의 3대 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다.
 - 가) 각 관절의 운동범위 측정은 장애평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
 - 나) 관절기능장애를 표시할 경우 장애부위의 장애각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장애상태를 명확히 한다. 단, 관절기능장애가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.
- 7) ‘관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때’라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 완전 강직(관절굳음)
 - 나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 ‘0등급(zero)’인 경우
- 8) ‘관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때’라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
 - 나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
 - 다) 근전도 검사상 완전손상(complete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 ‘1등급(trace)’인 경우
- 9) ‘관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때’라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
 - 나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 2등급(poor)인 경우
- 10) ‘관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때’라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
 - 나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 3등급(fair)인 경우
- 11) ‘가관절^{주)}이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때’라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.

※ 주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 ‘불유합’ 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외한다.
- 12) ‘가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때’라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 13) ‘뼈에 기형을 남긴 때’라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

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

9. 다리의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
- 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 않는다.
- ‘다리’라 함은 엉덩이관절(고관절)부터 발목관절(족관절)까지를 말한다.
- ‘다리의 3대 관절’이라 함은 엉덩이관절(고관절), 무릎관절(슬관절), 발목관절(족관절)을 말한다.
- ‘한 다리의 발목이상을 잃었을 때’라 함은 발목관절(족관절)부터(발목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절(슬관절)의 상부에서 절단된 경우도 포함한다.
- 다리의 관절기능장애 평가는 다리의 3대 관절의 관절운동범위 제한 및 무릎관절(슬관절)의 동요성 등으로 평가한다.
 - 각 관절의 운동범위 측정은 장애평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
 - 관절기능장애가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.
- 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때’라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 완전 강직(관절굳음)
 - 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 ‘0등급(zero)’인 경우
- ‘관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때’라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
 - 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
 - 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 ‘1등급(trace)’인 경우
- ‘관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때’라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
 - 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서

- 근력이 2등급(poor)인 경우
- 10) '관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
 - 나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - 다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 3등급(fair)인 경우
 - 11) 동요장애 평가 시에는 정상측과 환측을 비교하여 증가된 수치로 평가한다.
 - 12) '가관절^{주)}이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.

※ 주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 '불유합' 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외한다.
 - 13) '가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 경골과 종아리뼈 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
 - 14) '뼈에 기형을 남긴 때'라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.
 - 15) 다리 길이의 단축 또는 과신장은 스캐노그램(scanogram)을 통하여 측정한다.

다. 지급률의 결정

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

10. 손가락의 장애

가. 장애의 분류

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

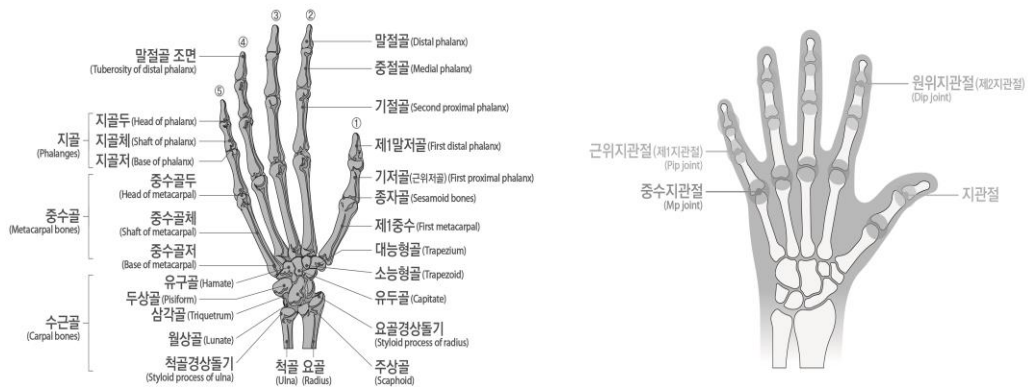
나. 장애판정기준

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

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

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

[손가락]



11. 발가락의 장애

가. 장애의 분류

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

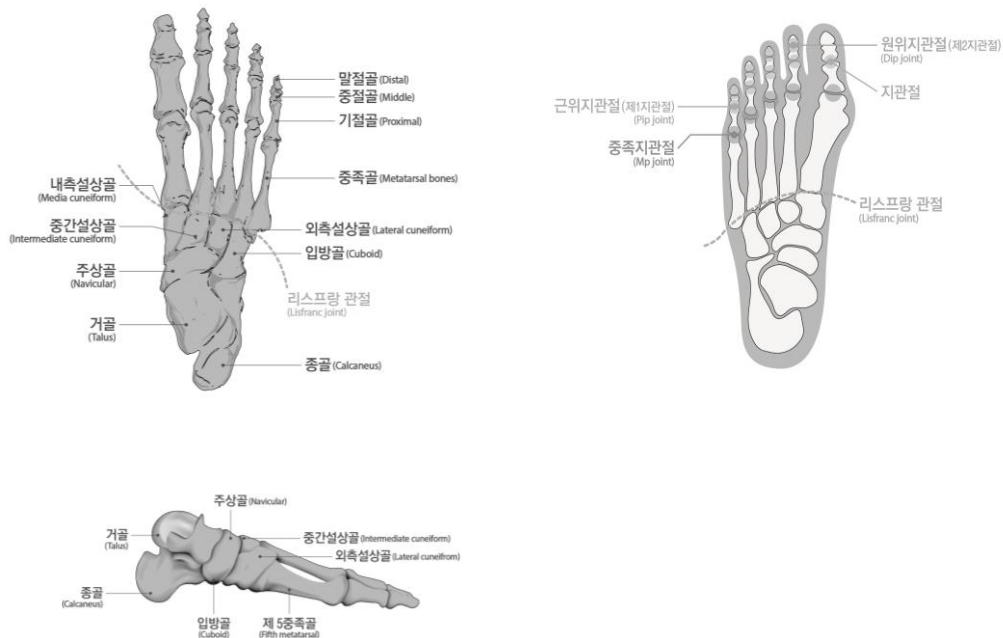
나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장애를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 않는다.
- 3) ‘발가락을 잃었을 때’라 함은 첫째 발가락에서는 지관절부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네

발가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽을 잃었을 때를 말한다.

- 4) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
- 5) ‘발가락뼈 일부를 잃었을 때’라 함은 첫째 발가락의 지관절, 다른 네 발가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 발가락 뼈 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 발가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.
- 6) ‘발가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때’라 함은 첫째 발가락의 경우에 중족지관절과 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동범위 합계가 정상 운동 가능영역의 1/2 이하가 된 경우를 말하며, 다른 네 발가락에 있어서는 중족지관절의 신전운동범위만을 평가하여 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우를 말한다.
- 7) 한 발가락에 장애가 생기고 다른 발가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 8) 발가락 관절의 운동범위 측정은 장애평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.

[발가락]



12. 흉·복부장기 및 비뇨생식기의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애의 판정기준

- 1) ‘심장 기능을 잃었을 때’라 함은 심장 이식을 한 경우를 말한다.
- 2) ‘흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때’라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

- 가) 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
 나) 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석, 복막투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때
 다) 방광의 저장기능과 배뇨기능을 완전히 상실한 때
- 3) ‘흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장애를 남긴 때’라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 가) 위, 대장(결장~직장) 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때
 나) 소장을 3/4 이상 잘라내었을 때 또는 잘라낸 소장의 길이가 3m 이상일 때
 다) 간장의 3/4 이상을 잘라내었을 때
 라) 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
- 4) ‘흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때’라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 가) 한쪽 폐 또는 한쪽 신장을 전부 잘라내었을 때
 나) 방광 기능상실로 영구적인 요도루, 방광루, 요관 장문합 상태
 다) 위, 췌장을 50% 이상 잘라내었을 때
 라) 대장절제, 항문 괄약근 등의 기능장애로 영구적으로 장루, 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
 마) 심장기능 이상으로 인공심박동기를 영구적으로 삽입한 경우
 바) 요도괄약근 등의 기능장애로 영구적으로 인공요도괄약근을 설치한 경우
- 5) ‘흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장애를 남긴 때’라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 가) 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착, 배뇨기능 상실로 영구적인 간헐적 인공요도가 필요한 때
 나) 음경의 1/2 이상이 결손되었거나 질구 협착으로 성생활이 불가능한 때
 다) 폐질환 또는 폐 부분절제술 후 일상생활에서 호흡곤란으로 지속적인 산소치료가 필요하며, 폐기능 검사(PFT)상 폐환기 기능(1초간 노력성 호기량, FEV1)이 정상예측치의 40% 이하로 저하된 때
- 6) 흉복부, 비뇨생식기계 장애는 질병 또는 외상의 직접 결과로 인한 장애를 말하며, 노화에 의한 기능장애 또는 질병이나 외상이 없는 상태에서 예방적으로 장기를 절제, 적출한 경우는 장애로 보지 않는다.
- 7) 상기 흉복부 및 비뇨생식기계 장애항목에 명기되지 않은 기타 장애상태에 대해서는 ‘<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표’에 해당하는 장애가 있을 때 ADLs 장애 지급률을 준용한다.
- 8) 상기 장애항목에 해당되지 않는 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장애의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계·정신행동 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 신경계에 장애가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때	10~100
2) 정신행동에 극심한 장애를 남긴 때	100
3) 정신행동에 심한 장애를 남긴 때	75
4) 정신행동에 뚜렷한 장애를 남긴 때	50
5) 정신행동에 약간의 장애를 남긴 때	25
6) 정신행동에 경미한 장애를 남긴 때	10
7) 극심한 치매: CDR 척도 5점	100
8) 심한 치매: CDR 척도 4점	80
9) 뚜렷한 치매: CDR 척도 3점	60

장애의 분류	지급률
10) 약간의 치매: CDR 척도 2점	40
11) 심한 간질발작이 남았을 때	70
12) 뚜렷한 간질발작이 남았을 때	40
13) 약간의 간질발작이 남았을 때	10

나. 장애판정기준

1) 신경계

- 가) '신경계에 장애를 남긴 때'라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계 손상으로 '<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표'의 5가지 기본동작 중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.
- 나) 위 가)의 경우 '<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표'상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장애로 인정하지 않는다.
- 다) 신경계의 장애로 발생하는 다른 신체부위의 장애(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장애로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- 라) 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 12개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장애를 평가한다. 그러나 12개월이 지났다고 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위에서 장애 평가를 유보한다.
- 마) 장애진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

- 가) 정신행동장애는 보험기간중에 발생한 뇌의 질병 또는 상해를 입은 후 18개월이 지난 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 질병발생 또는 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 질병발생 또는 상해를 입은 후 12개월이 지난 후에 판정할 수 있다.
- 나) 정신행동장애는 장애판정 직전 1년 이상 충분한 정신건강의학과와의 전문적 치료를 받은 후 치료에도 불구하고 장애가 고착되었을 때 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로써 고정되거나 중하게 된 장애에 대해서는 인정하지 않는다.
- 다) '정신행동에 극심한 장애를 남긴 때'라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와의 치료를 받았으며 GAF 30점 이하인 상태를 말한다.
- 라) '정신행동에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와의 치료를 받았으며 GAF 40점 이하인 상태를 말한다.
- 마) '정신행동에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준'상 6개 항목 중 3개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 50점 이하인 상태를 말한다.
 - ※주) 능력장애측정기준의 항목 : ㉠ 적절한 음식섭취, ㉡ 대소변관리, 세면, 목욕, 청소 등의 청결 유지, ㉢ 적절한 대화기술 및 협조적인 대인관계, ㉣ 규칙적인 통원. 약물 복용, ㉤ 소지품 및 금전관리나 적절한 구매행위, ㉥ 대중교통이나 일반공공시설의 이용
- 바) '정신행동에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준'상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 60점 이하인 상태를 말한다.
- 사) '정신행동에 경미한 장애를 남긴 때'라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준'상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 70점 이하인 상태를 말한다.
- 아) 지속적인 정신건강의학과와의 치료란 3개월 이상 약물치료가 중단되지 않았음을 의미한다.
- 자) 심리학적 평가보고서는 정신건강의학과 의료기관에서 실시되어야 하며, 자격을 갖춘 임상심리전문가가 시행하고 작성하여야 한다.
- 차) 정신행동장애 진단 전문의는 정신건강의학과 전문의를 말한다.
- 카) 정신행동장애는 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등 객관적 근거를 기초로 평가한다. 다만, 보호자나 환자의 진술, 감정의의 추정 혹은 인정,

한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌 SPECT 등)은 객관적 근거로 인정하지 않는다.

타) 각종 기질성 정신장애와 외상 후 간질에 한하여 보상한다.

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

3) 치매

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

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

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

4) 뇌전증(간질)

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

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

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

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

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

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

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

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표

유형	제한 정도에 따른 지급률
이동동작	- 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 지속적인 도움이 없이는 방 밖을 나올 수 없는 상태 또는 침대에서 휠체어로 옮기기를 포함하여 휠체어 이동시 다른 사람의 지속적인 도움이 필요한 상태 (지급률 40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움 없이는 방밖을 나올 수 없는 상태 또는 보행이 불가능하나 스스로 휠체어를 밀어 이동이 가능한 상태 (30%) - 목발 또는 보행기(walker)를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태(20%) - 보조기구 없이 독립적인 보행은 가능하나 보행시 파행(절뚝거림)이 있으며, 난간을 잡지 않고는 계단을 오르내리기가 불가능한 상태 또는 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태(10%)
음식물 섭취	- 입으로 식사를 전혀 할 수 없어 계속적으로 튜브(비위관 또는 위루관)나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급을 받는 상태(20%) - 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 지속적인 도움이 없이는 식사를 전혀 할 수 없는 상태(15%) - 손가락 사용은 가능하나 젓가락 사용이 불가능하여 음식물 섭취에 있어 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%) - 독립적인 음식물 섭취는 가능하나 젓가락을 이용하여 생선을 바르거나 음식물을 자르지는 못하는 상태(5%)
배변·배뇨	- 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 지속적인 도움이 필요한 상태, 또는 지속적인 유치도뇨관 삽입상태, 방광루, 요도루, 장루상태 (20%) - 화장실에 가서 변기위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 뒤처리시 다른 사람의 지속적인 도움이 필요한 상태, 또는 간헐적으로 자가 인공도뇨가 가능한 상태(CIC), 기저귀를 이용한 배뇨, 배변 상태 (15%) - 화장실에 가는 일, 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변후 뒤처리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태 (10%) - 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2시간 이상 계속되는 업무를 수행하는 것이 어려운 상태, 또는 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 요실금, 변실금이 있는 때 (5%)
목욕	- 세안, 양치, 샤워, 목욕 등 모든 개인위생 관리시 타인의 지속적인 도움이 필요한 상태 (10%) - 세안, 양치시 부분적인 도움 하에 혼자서 가능하나 목욕이나 샤워시 타인의 도움이 필요한 상태 (5%) - 세안, 양치와 같은 개인위생관리를 독립적으로 시행가능하나 목욕이나 샤워시 부분적으로 타인의 도움이 필요한 상태 (3%)
옷 입고 벗기	- 상·하의 의복 착탈시 다른 사람의 지속적인 도움이 필요한 상태 (10%) - 상·하의 의복 착탈시 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태 또는 상의 또는 하의중 하나만 혼자서 착탈의가 가능한 상태 (5%) - 상·하의 의복착탈시 혼자서 가능하나 미세동작(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)이 필요한 마무리는 타인의 도움이 필요한 상태 (3%)

별표4 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제7조 제2항 및 관련)

구분	기간	지급이자
재해장해급여금 (제3조) 피보험자 사망 당시의 책임준비금(제9조 제9항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 +가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 +가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 +가산이율(8.0%)

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제7조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당하는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

05. 무배당 질병사망특약(본인형, 배우자형) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의	107
제1조【목적】	107
제2조【용어의 정의】.....	107
제2관 보험금의 지급.....	108
제3조【보험금의 지급사유】	108
제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】.....	108
제5조【보험금을 지급하지 않는 사유】.....	109
제6조【보험금의 청구】	109
제7조【보험금의 지급절차】	110
제8조【보험금 받는 방법의 변경】.....	111
제3관 특약의 성립과 유지	111
제9조【특약의 체결 및 소멸】.....	111
제10조【피보험자의 범위 및 자격의 득실】	112
제11조【특약의 보장개시】.....	112
제12조【특약의 무효】.....	112
제13조【특약내용의 변경 등】.....	113
제14조【특약의 보험기간】.....	113
제4관 보험료의 납입.....	113
제15조【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】	113
제16조【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】	113
제17조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)]	113

제5관 특약의 해지 및 해지환급금 등	114
제18조【계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권】.....	114
제19조 【해지환급금】.....	114
제6관 기타사항	114
제20조【주계약 약관의 준용】.....	114
별표1 보험금 지급기준표	115
별표2 재해분류표.....	116
별표3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	117

05. 무배당 질병사망특약(본인형, 배우자형) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조【목적】

이 특약은 보험계약자(이하 ‘계약자’라 합니다)와 보험회사(이하 ‘회사’라 합니다) 사이에 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조【용어의 정의】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어

가. 계약자: 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

나. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.

다. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

라. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

마. 주계약: 기본이 되는 보험계약으로 주된 보험계약을 말합니다.

2. 지급사유 관련 용어

가. 재해: ‘별표2 재해분류표’에서 정한 재해를 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

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

【연단위 복리 예시】

원금 100원, 연간 10% 이자율 적용시 연단위 복리로 계산한 2년시점의 총 이자금액

· 1년차 이자 = $\frac{100\text{원}}{\text{원금}} \times 10\% = 10\text{원}$

· 2년차 이자 = $\frac{(100\text{원} + 10\text{원})}{\text{원금} \quad 1\text{년차 이자}} \times 10\% = 11\text{원}$

⇒ 2년 시점의 총 이자금액 = 10원 + 11원 = 21원

나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다. 평균공시이율은 회사의 홈페이지(www.hanalife.co.kr) 상품공시실에서 확인할 수 있습니다.

다. 해지환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, 「관공서의 공휴일에 관한 규정」에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

【「관공서의 공휴일에 관한 규정」】

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

1. 일요일

2. 국경일 중 3.1절, 광복절, 개천절 및 한글날

3. 1월 1일

4. 설날 전날, 설날, 설날 다음날(음력 12월 말일, 1월 1일, 2일)

5. 석제<2005.6.30.>

6. 석가탄신일(음력 4월 8일)

7. 5월 5일(어린이날)

8. 6월 6일(현충일)

9. 추석 전날, 추석, 추석 다음날(음력 8월 14일, 15일, 16일)

- 10. 12월 25일(기독탄신일)
- 10의 2. 「공직선거법」 제34조에 따른 임기만료에 의한 선거의 선거일
- 11. 기타 정부에서 수시 지정하는 날

제3조(대체공휴일)

- ① 제2조 제4호 또는 제9호에 따른 공휴일이 다른 공휴일과 겹칠 경우 제2조 제4호 또는 제9호에 따른 공휴일 다음 첫번째 비공휴일을 공휴일로 한다.
- ② 제2조 제7호에 따른 공휴일이 토요일이나 다른 공휴일과 겹칠 경우 제2조 제7호에 따른 공휴일의 다음 첫번째 비공휴일을 공휴일로 한다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제2관 보험금의 지급

제3조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 재해 이외의 원인으로 사망하였을 경우에는 보험수익자에게 질병사망보험금(별표1 보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다.

제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 제3조(보험금의 지급사유) 및 제9조(특약의 체결 및 소멸) 제5항 제2호의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 - 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

【실종선고】

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

【「민법」 제27조(실종의 선고)】

- ① 부재자의 생사가 5년간 분명하지 아니한 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 한다.
- ② 전지에 임한 자, 침몰한 선박 중에 있던 자, 추락한 항공기 중에 있던 자, 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한 자의 생사가 전쟁종지 후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락, 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 아니한 때에도 제1항과 같다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

- ② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료 중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료 중단 등 결정 및 그 이행은 제3조(보험금의 지급사유) 또는 제9조(특약의 체결 및 소멸) 제5항 제2호 '사망'의 원인 및 제3조(보험금의 지급사유) '질병사망보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

【「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」】

호스피스·완화의료와 임종과정에 있는 환자의 연명의료와 연명의료중단 등 결정 및 그 이행에 필요한 사항을 규정함으로써 환자의 최선의이익을 보장하고 자기결정을 존중하여 인간으로서의 존엄과 가치를 보호하기 위해 제정된 법률

- ③ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【제3자】

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

【「의료법」 제3조(의료기관)】

- ① 이 법에서 “의료기관”이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 “의료업”이라 한다)을 하는 곳을 말한다.

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.

가. 의원

나. 치과의원

다. 한의원

2. 조산원: 조산사가 조산과 임신부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다.

3. 병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.

가. 병원

나. 치과병원

다. 한방병원

라. 요양병원(「장애인복지법」 제 58조 제 1항 제 4호에 따른 의료재활시설로서 제 3조의 2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)

마. 정신병원

바. 종합병원

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

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제5조【보험금을 지급하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

【고의】

자기행위가 일정한 결과를 발생시킬 것을 인식하면서 그 행위를 하는 경우의 심리상태를 말합니다.

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하면 보험금을 지급합니다.

가. 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급합니다. 특히 그 결과 사망에 이르게 된 경우에는 제3조(보험금의 지급사유)의 질병사망보험금을 지급합니다.

【심신상실】

의식은 있으나 심신장애의 정도가 심해 자신의 행위 결과를 합리적으로 판단할 능력을 갖지 못한 상태

나. 만기 후 계속하여 계약을 새롭게 체결하는 경우 최초계약의 보장개시일(부활(효력회복) 계약의 경우는 부활(효력회복) 청약일)부터 2년이 지난 후에 자살한 경우에는 제3조(보험금의 지급사유)의 질병사망보험금을 지급합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제6조【보험금의 청구】

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)

2. 사고증명서(사망진단서 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류(질병사망보험금 지급시 피보험자의 법정상속인이 아닌 자가 청구하는 경우 법정상속인의 확인서 등)

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 민법의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 제1000조(상속의 순위)】

- ① 상속에 있어서는 다음 순위로 상속인이 된다.
 1. 피상속인의 직계비속
 2. 피상속인의 직계존속
 3. 피상속인의 형제자매
 4. 피상속인의 4촌 이내의 방계혈족
- ② 전항의 경우에 동순위의 상속인이 수인인 때에는 최근친을 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.
- ③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

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

제7조【보험금의 지급절차】

- ① 회사는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유 의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 지급합니다.

【보험금 지급일 예시】

보험금 청구서류 접수일이 2020년 10월 8일(목)인 경우 10/9(금, 한글날), 10/10(토), 10/11(일)은 회사의 영업일이 아니므로, 10/8(목)부터 3영업일인 10/14(수) 이내에 보험금을 지급합니다.(보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요하지 않은 경우에 한함)

- ② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 ‘별표3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.
- ③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

【보험금 가지급제도】

지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도. 이는 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해주기 위해 회사가 먼저 지급해주는 임시 급부임.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청

【설명】

분쟁조정 신청은 주계약 약관 ‘분쟁의 조정’ 조항을 따르며 분쟁조정신청 대상기관은 금융감독원의 금융분쟁조정위원회를 말합니다.

3. 수사기관의 조사
 4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
 5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
 6. 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제3항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
 - ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 주계약 약관의 계약 전 알릴 의무 위반의 효과와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

【설명】

“정당한 사유”라 함은 사회통념상 그 의무나 책임 등을 이행할 수 없을만한 사정이 있거나, 그

의무나 책임 등의 이행을 기대하는 것이 무리라고 할 만한 사정이 있을 때를 말합니다.

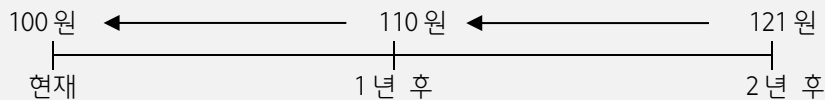
⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청 시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제8조【보험금 받는 방법의 변경】

- ① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 제3조(보험금의 지급사유)에서 정하는 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

【연단위 복리로 할인한 금액 계산예시】

원금 121 원, 연간 10% 할인을 적용시 연단위 복리로 2년 할인하여 계산한 금액



$$\cdot 1 \text{년 할인} = \frac{121 \text{ 원}}{2 \text{년 후 원금}} \div (1+10\%) = 110 \text{ 원}$$

할인율

$$\cdot 2 \text{년 할인} = \frac{110 \text{ 원}}{1 \text{년 할인한 금액}} \div (1+10\%) = 100 \text{ 원}$$

할인율

⇒ 2년 후의 원금 121 원의 현재기준 할인된 금액 = 100 원

제3관 특약의 성립과 유지

제9조【특약의 체결 및 소멸】

- ① 이 특약은 주계약에 체결할 때 계약자가 본인형, 배우자형 중 선택하여 청약하고, 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 회사는 피보험자가 특약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.

【보험가입금액 제한】

피보험자가 가입을 할 수 있는 최대보험가입금액을 제한하는 방법

【일부보장 제외(부담보)】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 특정질병 또는 특정 신체 부위를 보장에서 제외하는 방법

【보험금 삭감】

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

【보험료 할증】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 보험가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 증가하는 위험 또는 기간의 경과에 상관없이 일정한 상태를 유지하는 위험에 적용하는 방법으로 위험정도에 따라 해당 보험료 이외에 특별보험료를 추가하는 방법

- ③ 회사는 특약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 특약은 청약일, 진단특약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
- ④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 돌려 드리며,

보험료를 받은 기간에 대하여 평균공시이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 특약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

- ⑤ 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
1. 주계약의 해지 및 기타사유에 따라 효력이 없게 된 경우
 2. 제10조(피보험자의 범위 및 자격의 득실)에서 정하는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우
 3. 배우자형에서 주계약의 피보험자가 퇴직 등의 사유로 피보험단체에서 탈퇴하는 경우
- ⑥ 배우자형의 경우, 제5항 제1호에도 불구하고 주계약이 사망 및 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력이 없게 된 경우에는 최종납입한 보험료의 효력이 종료되는 최종일(차회 보험료 납입해당일의 전일)까지 이 특약은 효력을 가집니다.

제10조【피보험자의 범위 및 자격의 득실】

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자로 합니다.
 2. 배우자형의 경우 주계약 피보험자의 특약을 체결할 때 가족관계등록부상 또는 주민등록부상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우, 이 특약은 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 배우자의 자격을 상실한 날부터 효력을 상실합니다. (다만, 주계약 피보험자가 사망한 경우 및 주계약 피보험자가 사망한 이후 배우자가 재혼한 경우, 배우자는 이 특약상의 피보험자 자격을 유지하며, 이 특약은 효력을 상실하지 않습니다)
- ③ 제2항의 경우 계약자는 지체없이 이 사실을 회사에 알려야 합니다.

【설명】

“지체없이”라 함은 “의무 이행을 정당한 이유 없이 지연하는 일이 없이”라는 의미입니다.

- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사가 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제11조【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

【보장개시일】

회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

제12조【특약의 무효】

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(실제 납입한 보험료를 말하며, 감액 등으로 회사가 실제 지급한 금액이 있는 경우 해당금액을 차감한 금액)를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

【보험계약대출이율의 공시】

보험계약대출이율은 회사의 인터넷 홈페이지(www.hanalife.co.kr) ‘상품공시실’ 내 ‘적용이율공시’에서 공시합니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 특약에서 특약을 체결할 때까지 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 특약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
2. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.

【심신상실자 및 심신박약자】

심신상실자 또는 심신박약자라 함은 정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없거나 부족한 자를 말합니다.

3. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 보나, 제2호의 만 15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

제13조【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다.

【보험가입금액의 감액】

보험료, 보험금, 책임준비금 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금, 책임준비금도 줄어듭니다.

- ③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 이 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.
- ④ 피보험자가 피보험단체로부터 탈퇴한 경우에 계약자는 지체없이 피보험자의 탈퇴년월일 및 사유를 회사에 알려야 합니다.

제14조【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 주계약과 동일합니다.

제4관 보험료의 납입

제15조【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 주계약과 동일합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 합니다.

제16조【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】

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

【납입최고(독촉)】

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

제17조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】

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

【부활(효력회복)】

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

- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제11조(특약의 보장개시)를 준용합니다.

【설명】

“제11조(특약의 보장개시)를 준용”한다는 뜻은 “제11조(특약의 보장개시)를 표준으로 삼아 적용”한다는 뜻입니다.

제5관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제18조【계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있습니다. 그러나 피보험자가 보험료의 일부 또는 전부를 부담하는 경우에는 피보험자의 동의를 받아야 합니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ③ 제12조(특약의 무효)에 의거 사망을 보험금 지급사유로 하는 이 특약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 이 특약의 효력이 유지되는 기간 중에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 이 경우 특약이 해지됩니다.

제19조 【해지환급금】

이 특약의 해지환급금은 없습니다.

제6관 기타사항

제20조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표1 보험금 지급기준표

[기준: 보험가입금액 1,000만원]

급부명	지급사유	지급금액
질병사망보험금 (제3조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 재해 이외의 원인으로 사망하였을 때	1,000만원

(주)

주계약의 해지 및 기타사유에 따라 효력이 없게 된 경우 또는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 때에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.

별표2 재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제2조 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
 - 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
 - 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
 - 식량부족(X53)
 - 물 부족(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 이상반응 또는 이후 합병증의 원인이 된 외과적 및 기타 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장)
- ④ ‘자연의 힘에 노출(X30~X39)’ 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
- ⑤ ‘우발적 익사 및 익수(W65~W74), 호흡과 관련된 기타 불의의 위험(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)’ 중 질병에 의한 호흡장애 및 삼킴장애
- ⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주)

1. () 안은 제 8 차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제 2020-175 호, 2021.1.1. 시행)상의 분류번호이며, 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 재해 해당여부는 피보험자가 해당 재해로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 재해에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 재해의 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 위 1. 보장대상이 되는 재해 ②에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용하며, 2. 보험금을 지급하지 않는 재해 ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

별표3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제7조 제2항 관련)

구분	기간	지급이자
질병사망보험금 (제3조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 +가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 +가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 +가산이율(8.0%)

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제7조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당하는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

06. 무배당 암진단특약(본인형, 배우자형) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의 120

제1조【목적】 120

제2조【용어의 정의】..... 120

제2관 보험금의 지급..... 121

제3조【‘암’, ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’의 정의 및 진단확정】..... 121

제4조【‘제자리암’의 정의 및 진단확정】..... 121

제5조【‘경계성종양’의 정의 및 진단확정】..... 122

제6조【보험금의 지급사유】 122

제7조【보험금 지급에 관한 세부규정】..... 122

제8조【보험금을 지급하지 않는 사유】..... 123

제9조【보험금의 청구】 123

제10조【보험금의 지급절차】..... 123

제11조【보험금 받는 방법의 변경】 124

제3관 특약의 성립과 유지 125

제12조【특약의 체결 및 소멸】 125

제13조【피보험자의 범위 및 자격의 득실】 126

제14조【특약의 보장개시】..... 126

제15조【특약의 무효】..... 127

제16조【특약내용의 변경 등】..... 127

제17조【특약의 보험기간】..... 127

제4관 보험료의 납입 127

제18조【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】 127

제19조【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】	127
제20조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】	127
제5관 특약의 해지 및 해지환급금 등.....	128
제21조【계약자의 임의해지】.....	128
제22조【해지환급금】	128
제6관 기타사항	128
제23조【주계약 약관의 준용】.....	128
별표1 보험금 지급기준표	129
별표2 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외).....	130
별표3 제자리의 신생물 분류표	131
별표4 행동양식불명 또는 미상의 신생물 분류표	132
별표5 재해분류표	133
별표6 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	134

06. 무배당 암진단특약(본인형, 배우자형) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조【목적】

이 특약은 보험계약자(이하 ‘계약자’라 합니다)와 보험회사(이하 ‘회사’라 합니다) 사이에 제6조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조【용어의 정의】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어

가. 계약자: 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

나. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.

다. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

라. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

마. 주계약: 기본이 되는 보험계약으로 주된 보험계약을 말합니다.

2. 지급사유 관련 용어

가. 재해: ‘별표5 재해분류표’에서 정한 재해를 말합니다.

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

3. 지급금과 이자율 관련 용어

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

【연단위 복리 예시】

원금 100원, 연간 10% 이자율 적용시 연단위 복리로 계산한 2년시점의 총 이자금액

· 1년차 이자 = $\frac{100\text{원}}{\text{원금}} \times 10\% = 10\text{원}$

· 2년차 이자 = $\frac{(100\text{원} + 10\text{원})}{\text{원금} \quad 1\text{년차 이자}} \times 10\% = 11\text{원}$

⇒ 2년 시점의 총 이자금액 = 10원 + 11원 = 21원

나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다.

평균공시이율은 회사의 홈페이지(www.hanalife.co.kr) 상품공시실에서 확인할 수 있습니다.

다. 해지환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, 「관공서의 공휴일에 관한 규정」에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

【「관공서의 공휴일에 관한 규정」】

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

1. 일요일

2. 국경일 중 3.1절, 광복절, 개천절 및 한글날

3. 1월 1일

4. 설날 전날, 설날, 설날 다음날(음력 12월 말일, 1월 1일, 2일)

5. 석제<2005.6.30.>

6. 석가탄신일(음력 4월 8일)

7. 5월 5일(어린이날)
8. 6월 6일(현충일)
9. 추석 전날, 추석, 추석 다음날(음력 8월 14일, 15일, 16일)
10. 12월 25일(기독탄신일)
- 10의 2. 「공직선거법」 제34조에 따른 임기만료에 의한 선거의 선거일
11. 기타 정부에서 수시 지정하는 날

제3조(대체공휴일)

- ① 제2조 제4호 또는 제9호에 따른 공휴일이 다른 공휴일과 겹칠 경우 제2조 제4호 또는 제9호에 따른 공휴일 다음 첫번째 비공휴일을 공휴일로 한다.
- ② 제2조 제7호에 따른 공휴일이 토요일이나 다른 공휴일과 겹칠 경우 제2조 제7호에 따른 공휴일의 다음 첫번째 비공휴일을 공휴일로 한다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제2관 보험금의 지급

제3조['암', '기타피부암' 및 '갑상선암'의 정의 및 진단확정]

- ① 이 특약에 있어서 '암'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)('별표2 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)' 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병, 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

[유의사항]

한국표준질병사인분류 지침서의 '사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

[원발부위(최초 발생한 부위)기준 예시]

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

- ② 이 특약에 있어서 '기타피부암'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에 있어서 '갑상선암'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류기호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ 암, 기타피부암 및 갑상선암의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암, 기타피부암 및 갑상선암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조['제자리암'의 정의 및 진단확정]

- ① 이 특약에 있어서 '제자리암'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 제자리의 신생물 분류표('별표3 제자리의 신생물 분류표' 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제자리암의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 제자리암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제5조【‘경계성종양’의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 ‘경계성종양’이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 행동양식불명 또는 미상의 신생물 분류표(별표4 행동양식불명 또는 미상의 신생물 분류표’ 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 경계성종양의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 경계성종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제6조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단이 확정되었을 때 또는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제14조(특약의 보장개시) 제1항에서 정한 암에 대한 보장개시일 이후에 제3조(‘암’ 및 ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암으로 진단이 확정되었을 경우에는 보험수익자에게 암진단자금(‘별표1 보험금 지급기준표’ 참조)을 지급합니다.

제7조【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 제14조(특약의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 제6조(보험금의 지급사유)의 암진단자금을 지급합니다. 그러나 암에 대한 보장개시일의 전일 이전에 암으로 진단이 확정된 경우는 제외합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【제3자】

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

【「의료법」 제3조(의료기관)】

- ① 이 법에서 “의료기관”이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 “의료업”이라 한다)을 하는 곳을 말한다.
- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
 1. 의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 의원
 - 나. 치과의원
 - 다. 한의원
 2. 조산원: 조산사가 조산과 임신부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다.
 3. 병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 병원
 - 나. 치과병원
 - 다. 한방병원
 - 라. 요양병원(「장애인복지법」 제58조 제1항 제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
 - 마. 정신병원
 - 바. 종합병원
- ③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항 제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제8조【보험금을 지급하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

【고의】

자기행위가 일정한 결과를 발생시킬 것을 인식하면서 그 행위를 하는 경우의 심리상태를 말합니다.

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급합니다.

【심신상실】

의식은 있으나 심신장애의 정도가 심해 자신의 행위 결과를 합리적으로 판단할 능력을 갖지 못한 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제9조【보험금의 청구】

- ① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(암, 기타피부암, 제자리암, 경계종양 진단서, 사망진단서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류(암진단자금 지급시 피보험자의 법정상속인이 아닌 자가 청구하는 경우 법정상속인의 확인서 등)

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 제1000조(상속의 순위)】

- ① 상속에 있어서는 다음 순위로 상속인이 된다.

1. 피상속인의 직계비속
2. 피상속인의 직계존속
3. 피상속인의 형제자매
4. 피상속인의 4촌 이내의 방계혈족

- ② 전항의 경우에 동순위의 상속인이 수인인 때에는 최근친을 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.

- ③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

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

제10조【보험금의 지급절차】

- ① 회사는 제9조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 지급합니다.

【보험금 지급일 예시】

보험금 청구서류 접수일이 2020년 10월 8일(목)인 경우 10/9(금, 한글날), 10/10(토), 10/11(일)은 회사의 영업일이 아니므로, 10/8(목)부터 3영업일인 10/14(수) 이내에 보험금을 지급합니다.(보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요하지 않은 경우에 한함)

- ② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 ‘별표6 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.
- ③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만,

지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제9조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

【보험금 가지급제도】

지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도. 이는 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해주기 위해 회사가 먼저 지급해주는 임시 급부임.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청

【설명】

분쟁조정 신청은 주계약 약관 ‘분쟁의 조정’ 조항을 따르며 분쟁조정신청 대상기관은 금융감독원의 금융분쟁조정위원회를 말합니다.

3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유와 확인이 지연되는 경우
6. 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제2항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 주계약 약관의 계약 전 알릴 의무 위반의 효과와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

【설명】

“정당한 사유”라 함은 사회통념상 그 의무나 책임 등을 이행할 수 없을만한 사정이 있거나, 그 의무나 책임 등의 이행을 기대하는 것이 무리라고 할 만한 사정이 있을 때를 말합니다.

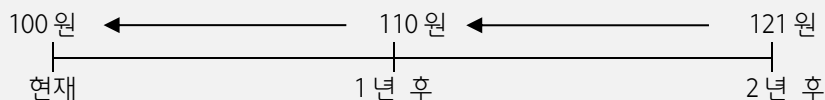
- ⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청 시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제11조【보험금 받는 방법의 변경】

- ① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 제6조(보험금의 지급사유)에서 정하는 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

【연단위 복리로 할인한 금액 계산예시】

원금 121 원, 연간 10% 할인을 적용시 연단위 복리로 2년 할인하여 계산한 금액



$$\cdot 1 \text{년 할인} = \frac{121 \text{ 원}}{2 \text{년후 원금}} \div (1+10\%) = 110 \text{ 원} \quad \text{할인율}$$

$$\cdot 2 \text{년 할인} = \frac{110 \text{ 원}}{1 \text{년 할인한 금액}} \div (1+10\%) = 100 \text{ 원} \quad \text{할인율}$$

⇒ 2년 후의 원금 121 원의 현재기준 할인된 금액 = 100 원

제3관 특약의 성립과 유지

제12조【특약의 체결 및 소멸】

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 본인형, 배우자형 중 선택하여 청약하고, 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 회사는 피보험자가 특약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.

【보험가입금액 제한】

피보험자가 가입을 할 수 있는 최대보험가입금액을 제한하는 방법

【일부보장 제외(부담보)】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 특정질병 또는 특정 신체 부위를 보장에서 제외하는 방법

【보험금 삭감】

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

【보험료 할증】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 보험가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 증가하는 위험 또는 기간의 경과에 상관없이 일정한 상태를 유지하는 위험에 적용하는 방법으로 위험정도에 따라 해당 보험료 이외에 특별보험료를 추가하는 방법

- ③ 회사는 특약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 특약은 청약일, 진단특약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
- ④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 평균공시이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 특약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.
- ⑤ 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
 1. 주계약의 해지 및 기타사유에 따라 효력이 없게 된 경우
 2. 제13조(피보험자의 범위 및 자격의 득실)에서 정하는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우
 3. 제6조(보험금의 지급사유)에서 정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우
 4. 배우자형에서 주계약의 피보험자가 퇴직 등의 사유로 피보험단체에서 탈퇴하는 경우
- ⑥ 배우자형의 경우, 제5항 제1호에도 불구하고 주계약이 사망 및 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력이 없게 된 경우에는 최종납입한 보험료의 효력이 종료되는 최종일(차회 보험료 납입해당일의 전일)까지 이 특약은 효력을 가집니다.
- ⑦ 제5항 제2호의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

【실종선고】

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

【「민법」 제27조(실종의 선고)】

- ① 부재자의 생사가 5년간 분명하지 아니한 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 한다.
- ② 전지에 임한 자, 침몰한 선박 중에 있던 자, 추락한 항공기 중에 있던 자, 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한 자의 생사가 전쟁종지 후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락, 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 아니한 때에도 제1항과 같다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

- ⑧ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료 중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료 중단 등 결정 및 그 이행은 제5항 제2호의 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

【「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」】

호스피스·완화의료와 임종과정에 있는 환자의 연명의료와 연명의료중단 등 결정 및 그 이행에 필요한 사항을 규정함으로써 환자의 최선의이익을 보장하고 자기결정을 존중하여 인간으로서의 존엄과 가치를 보호하기 위해 제정된 법률

【책임준비금】

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

제13조【피보험자의 범위 및 자격의 득실】

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자로 합니다.
 2. 배우자형의 경우 주계약 피보험자의 특약을 체결할 때 가족관계등록부상 또는 주민등록부상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우, 이 특약은 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 배우자의 자격을 상실한 날부터 효력을 상실합니다. (다만, 주계약 피보험자가 사망한 경우 및 주계약 피보험자가 사망한 이후 배우자가 재혼한 경우, 배우자는 이 특약상의 피보험자 자격을 유지하며, 이 특약은 효력을 상실하지 않습니다)
- ③ 제2항의 경우 계약자는 지체없이 이 사실을 회사에 알려야 합니다.

【설명】

“지체없이”라 함은 “의무 이행을 정당한 이유 없이 지연하는 일이 없이”라는 의미입니다.

- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사가 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제14조【특약의 보장개시】

- ① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다. 다만, 제3조(‘암’, ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 30일이 지난 날의 다음 날로 하며, 회사는 그 날부터 이 특약이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

【보장개시일】

회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

【보장개시일, 암보장개시일 예시】

보장개시일과 암보장개시일은 다음과 같습니다.

(예시) 보장개시일

2020년 10월 1일에 제1회 보험료를 납입한 경우

보장개시일 : 2020년 10월 1일

(예시) 암보장개시일

2020년 10월 1일에 제1회 보험료를 납입한 경우

암보장개시일 : 2020년 10월 31일(2020년 10월 1일 + 30일 = 2020년 10월 31일)

- ② 제1항에도 불구하고 만기 이후 계속하여 새롭게 체결하는 계약(이하 '재계약'이라 합니다)의 경우 암에 대한 보장개시일은 새로운 계약일로 합니다.

제15조【특약의 무효】

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(실제 납입한 보험료를 말하며, 감액 등으로 회사가 실제 지급한 금액이 있는 경우 해당금액을 차감한 금액)를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

【보험계약대출이율의 공시】

보험계약대출이율은 회사의 인터넷 홈페이지(www.hanalife.co.kr) '상품공시실' 내 '적용이율공시'에서 공시합니다.

1. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다.
2. 피보험자가 계약일로부터 암에 대한 보장개시일 전일 이전에 제3조(‘암’, ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 ‘암’으로 진단 확정되어 있는 경우

제16조【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다.

【보험가입금액의 감액】

보험료, 보험금, 책임준비금 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금, 책임준비금도 줄어듭니다.

- ③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 이 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.
- ④ 피보험자가 피보험단체로부터 탈퇴한 경우에 계약자는 지체없이 피보험자의 탈퇴년월일 및 사유를 회사에 알려야 합니다.

제17조【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 주계약과 동일합니다.

제4관 보험료의 납입

제18조【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 주계약과 동일합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 합니다.

제19조【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】

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

【납입최고(독촉)】

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

제20조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에

한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

【부활(효력회복)】

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

- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제14조(특약의 보장개시)를 준용합니다.

【설명】

“제14조(특약의 보장개시)를 준용”한다는 뜻은 “제14조(특약의 보장개시)를 표준으로 삼아 적용”한다는 뜻입니다.

제5관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제21조【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있습니다. 그러나 피보험자가 보험료의 일부 또는 전부를 부담하는 경우에는 피보험자의 동의를 받아야 합니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제22조【해지환급금】

이 특약의 해지환급금은 없습니다.

제6관 기타사항

제23조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표1 보험금 지급기준표

[기준: 보험가입금액 1,000만원]

급부명	지급사유	지급금액
암진단자금 (제6조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암에 대한 보장개시일 이후에 암으로 진단이 확정되었을 때(다만, 최초 1회한)	1,000만원
	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 기타피부암, 제자리암으로 진단이 확정되었을 때(다만, 각각 최초 1회한)	100만원
	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 경계성종양으로 진단이 확정되었을 때(다만, 최초 1회한)	300만원

(주)

1. 주계약의 해지 및 기타사유에 따라 효력이 없게 된 경우 또는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 때에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
2. 암에 대한 보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 30일이 지난날의 다음날입니다.
3. 제2호에도 불구하고 만기 후 계속하여 계약을 새롭게 체결하는 경우 암에 대한 보장개시일은 새로운 계약일로 합니다.
4. 제3조(‘암’, ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’의 정의 및 진단확정) 제1항에 따라 ‘갑상선암’은 ‘암’의 정의에서 제외되는 바, ‘갑상선암’으로 진단이 확정되었을 때 암진단자금을 지급하지 않습니다.
5. 이차성 암(C77~C80)의 경우 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 보장합니다. 따라서 기타피부암, 갑상선암이 전이되어 다른 암으로 진단받은 경우에도 원발부위 기준의 해당 진단자금을 지급합니다.

별표2 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)

약관에 규정하는 악성신생물(암)로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 악성신생물(암) 해당 여부를 판단합니다.

대상악성신생물	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물(암)	C00 – C14
2. 소화기관의 악성신생물(암)	C15 – C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물(암)	C30 – C39
4. 골 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40 – C41
5. 피부의 악성흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성신생물(암)	C45 – C49
7. 유방의 악성신생물(암)	C50
8. 여성 생식기관의 악성신생물(암)	C51 – C58
9. 남성 생식기관의 악성신생물(암)	C60 – C63
10. 요로의 악성신생물(암)	C64 – C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물(암)	C69 – C72
12. 부신의 악성신생물(암)	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물(암)	C75
14. 불명확한 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)	C76 – C80
15. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)	C81 – C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물(암)	C97
17. 진성 적혈구 증가증	D45
18. 골수 형성이상 증후군	D46
19. 만성 골수증식 질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈 증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

(주)

- 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 악성신생물(암) 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
- 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- 한국표준질병사인분류 지침서의 ‘사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침’에 따라 C77 ~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다.

별표3 제자리의 신생물 분류표

약관에 규정하는 제자리의 신생물로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 제자리의 신생물 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
1. 구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01
3. 중이 및 호흡계통의 제자리암종	D02
4. 제자리흑색종	D03
5. 피부의 제자리암종	D04
6. 유방의 제자리암종	D05
7. 자궁경부의 제자리암종	D06
8. 기타 및 상세 불명의 생식기관의 제자리암종	D07
9. 기타 및 상세 불명 부위의 제자리암종	D09

(주)

1. 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 제자리의 신생물 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표4 행동양식불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에 규정하는 행동양식불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 행동양식불명 또는 미상의 신생물 해당 여부를 판단합니다.

대상질병명	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내 기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추신경계의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물	D47 (D47.1, D47.3, D47.4, D47.5 제외)
10. 기타 및 상세 불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물	D48

(주)

- 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 행동양식불명 또는 미상의 신생물 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
- 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- 만성 골수증식질환(D47.1), 본태성(출혈성) 혈소판혈증(D47.3), 골수섬유증(D47.4), 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군](D47.5)은 '9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물'에 포함되지 않는 것으로 보아 보장하지 않습니다.

별표5 재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제2조 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
 - 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
 - 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
 - 식량부족(X53)
 - 물 부족(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 이상반응 또는 이후 합병증의 원인이 된 외과적 및 기타 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장)
- ④ ‘자연의 힘에 노출(X30~X39)’ 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
- ⑤ ‘우발적 익사 및 익수(W65~W74), 호흡과 관련된 기타 불의의 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)’ 중 질병에 의한 호흡장애 및 삼킴장애
- ⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주)

1. () 안은 제 8 차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제 2020-175 호, 2021.1.1. 시행)상의 분류번호이며, 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 재해 해당여부는 피보험자가 해당 재해로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 재해에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 재해의 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 위 1. 보장대상이 되는 재해 ②에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용하며, 2. 보험금을 지급하지 않는 재해 ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

별표6 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제10조 제2항 관련)

구분	기간	지급이자
암진단자금 (제6조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 +가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 +가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 +가산이율(8.0%)

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제10조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당하는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

07. 무배당 갑상선암진단특약(본인형, 배우자형) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의	137
제1조【목적】	137
제2조【용어의 정의】.....	137
제2관 보험금의 지급.....	138
제3조【‘갑상선암’의 정의 및 진단확정】.....	138
제4조【보험금의 지급사유】.....	138
제5조【보험금 지급에 관한 세부규정】.....	138
제6조【보험금을 지급하지 않는 사유】.....	139
제7조【보험금의 청구】	139
제8조【보험금의 지급절차】	140
제9조【보험금 받는 방법의 변경】.....	141
제3관 특약의 성립과 유지	141
제10조【특약의 체결 및 소멸】	141
제11조【피보험자의 범위 및 자격의 득실】	142
제12조【특약의 보장개시】.....	143
제13조【특약의 무효】.....	143
제14조【특약내용의 변경 등】.....	143
제15조【특약의 보험기간】.....	143
제4관 보험료의 납입.....	143
제16조【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】	143
제17조【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】	143
제18조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)]	144

제5관 특약의 해지 및 해지환급금 등.....	144
제19조【계약자의 임의해지】.....	144
제20조【해지환급금】	144
 제6관 기타사항	 144
제21조【주계약 약관의 준용】.....	144
 별표1 보험금 지급기준표	 145
별표2 재해분류표.....	146
별표3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	147

07. 무배당 갑상선암진단특약(본인형, 배우자형) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조【목적】

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 제4조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조【용어의 정의】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어

가. 계약자: 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

나. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.

다. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

라. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

마. 주계약: 기본이 되는 보험계약으로 주된 보험계약을 말합니다.

2. 지급사유 관련 용어

가. 재해: '별표2 재해분류표'에서 정한 재해를 말합니다.

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

3. 지급금과 이자율 관련 용어

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

【연단위 복리 예시】

원금 100원, 연간 10% 이자율 적용시 연단위 복리로 계산한 2년시점의 총 이자금액

· 1년차 이자 = $\frac{100\text{원}}{\text{원금}} \times 10\% = 10\text{원}$

· 2년차 이자 = $\frac{(100\text{원} + 10\text{원})}{\text{원금} \quad 1\text{년차 이자}} \times 10\% = 11\text{원}$

⇒ 2년 시점의 총 이자금액 = 10원 + 11원 = 21원

나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다.

평균공시이율은 회사의 홈페이지(www.hanalife.co.kr) 상품공시실에서 확인할 수 있습니다.

다. 해지환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, 「관공서의 공휴일에 관한 규정」에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

【「관공서의 공휴일에 관한 규정」】

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

1. 일요일

2. 국경일 중 3.1절, 광복절, 개천절 및 한글날

3. 1월 1일

4. 설날 전날, 설날, 설날 다음날(음력 12월 말일, 1월 1일, 2일)

5. 석제<2005.6.30.>

6. 석가탄신일(음력 4월 8일)

7. 5월 5일(어린이날)
8. 6월 6일(현충일)
9. 추석 전날, 추석, 추석 다음날(음력 8월 14일, 15일, 16일)
10. 12월 25일(기독탄신일)
- 10의 2. 「공직선거법」 제34조에 따른 임기만료에 의한 선거의 선거일
11. 기타 정부에서 수시 지정하는 날

제3조(대체공휴일)

- ① 제2조 제4호 또는 제9호에 따른 공휴일이 다른 공휴일과 겹칠 경우 제2조 제4호 또는 제9호에 따른 공휴일 다음 첫번째 비공휴일을 공휴일로 한다.
- ② 제2조 제7호에 따른 공휴일이 토요일이나 다른 공휴일과 겹칠 경우 제2조 제7호에 따른 공휴일의 다음 첫번째 비공휴일을 공휴일로 한다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제2관 보험금의 지급

제3조【‘갑상선암’의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 ‘갑상선암’이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류기호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

【유의사항】

한국표준질병사인분류 지침서의 ‘사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침’에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【원발부위(최초 발생한 부위)기준 예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
 - C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
 - C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ② ‘갑상선암’의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 갑상선암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 갑상선암으로 진단이 확정되었을 경우에는 보험수익자에게 갑상선암진단자금(‘별표1 보험금 지급기준표’ 참조)을 지급합니다. (최초 1회한)

제5조【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 제12조(특약의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 갑상선암을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 제4조(보험금의 지급사유)의 갑상선암진단자금을 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【제3자】

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

【「의료법」 제3조(의료기관)】

- ① 이 법에서 “의료기관”이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의

업(이하 “의료업”이라 한다)을 하는 곳을 말한다.

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.

가. 의원

나. 치과의원

다. 한의원

2. 조산원: 조산사가 조산과 임산부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다.

3. 병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.

가. 병원

나. 치과병원

다. 한방병원

라. 요양병원(「장애인복지법」 제 58조 제 1항 제 4호에 따른 의료재활시설로서 제 3조의 2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)

마. 정신병원

바. 종합병원

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

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제6조【보험금을 지급하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

【고의】

자기행위가 일정한 결과를 발생시킬 것을 인식하면서 그 행위를 하는 경우의 심리상태를 말합니다.

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금지급 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급합니다.

【심신상실】

의식은 있으나 심신장애의 정도가 심해 자신의 행위 결과를 합리적으로 판단할 능력을 갖지 못한 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제7조【보험금의 청구】

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)

2. 사고증명서(갑상선암 진단서, 사망진단서 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류(갑상선암 진단자금 지급시 피보험자의 법정상속인이 아닌 자가 청구하는 경우 법정상속인의 확인서 등)

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 제1000조(상속의 순위)】

① 상속에 있어서는 다음 순위로 상속인이 된다.

1. 피상속인의 직계비속

2. 피상속인의 직계존속

3. 피상속인의 형제자매
4. 피상속인의 4촌 이내의 방계혈족
- ② 전항의 경우에 동순위의 상속인이 수인인 때에는 최근친을 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.
- ③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

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

제8조【보험금의 지급절차】

- ① 회사는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 지급합니다.

【보험금 지급일 예시】

보험금 청구서류 접수일이 2020년 10월 8일(목)인 경우 10/9(금, 한글날), 10/10(토), 10/11(일)은 회사의 영업일이 아니므로, 10/8(목)부터 3영업일인 10/14(수) 이내에 보험금을 지급합니다.(보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요하지 않은 경우에 한함)

- ② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 ‘별표3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.
- ③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

【보험금 가지급제도】

지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도. 이는 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해주기 위해 회사가 먼저 지급해주는 임시 급부임.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청

【설명】

분쟁조정 신청은 주계약 약관 ‘분쟁의 조정’ 조항을 따르며 분쟁조정신청 대상기관은 금융감독원의 금융분쟁조정위원회를 말합니다.

3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제2항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 주계약 약관의 계약 전 알릴 의무 위반의 효과와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

【설명】

“정당한 사유”라 함은 사회통념상 그 의무나 책임 등을 이행할 수 없을만한 사정이 있거나, 그 의무나 책임 등의 이행을 기대하는 것이 무리라고 할 만한 사정이 있을 때를 말합니다.

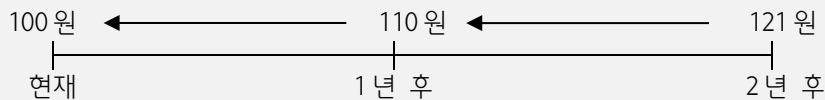
- ⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청 시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제9조【보험금 받는 방법의 변경】

- ① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 제3조(보험금의 지급사유)에서 정하는 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

【연단위 복리로 할인한 금액 계산예시】

원금 121 원, 연간 10% 할인을 적용시 연단위 복리로 2년 할인하여 계산한 금액



$$\begin{aligned} \cdot 1 \text{년 할인} &= \frac{121 \text{ 원}}{2 \text{년 후 원금}} \div (1 + 10\%) = 110 \text{ 원} \\ &\quad \text{할인율} \\ \cdot 2 \text{년 할인} &= \frac{110 \text{ 원}}{1 \text{년 할인한 금액}} \div (1 + 10\%) = 100 \text{ 원} \\ &\quad \text{할인율} \end{aligned}$$

⇒ 2년 후의 원금 121 원의 현재기준 할인된 금액 = 100 원

제3관 특약의 성립과 유지

제10조【특약의 체결 및 소멸】

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 본인형, 배우자형 중 선택하여 청약하고, 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 회사는 피보험자가 특약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.

【보험가입금액 제한】

피보험자가 가입을 할 수 있는 최대보험가입금액을 제한하는 방법

【일부보장 제외(부담보)】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 특정질병 또는 특정 신체 부위를 보장에서 제외하는 방법

【보험금 삭감】

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

【보험료 할증】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 보험가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 증가하는 위험 또는 기간의 경과에 상관없이 일정한 상태를 유지하는 위험에 적용하는 방법으로 위험정도에 따라 해당 보험료 이외에 특별보험료를 추가하는 방법

- ③ 회사는 특약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 특약은 청약일, 진단특약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
- ④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 평균공시이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 특약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

- ⑤ 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
1. 주계약의 해지 및 기타사유에 따라 효력이 없게 된 경우
 2. 제11조(피보험자의 범위 및 자격의 득실)에서 정하는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우
 3. 제4조(보험금의 지급사유)에서 정하는 보험금 지급사유가 발생한 경우
 4. 배우자형에서 주계약의 피보험자가 퇴직 등의 사유로 피보험단체에서 탈퇴하는 경우
- ⑥ 배우자형의 경우, 제5항 제1호에도 불구하고 주계약이 사망 및 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력이 없게 된 경우에는 최종납입한 보험료의 효력이 종료되는 최종일(차회 보험료 납입해당일의 전일)까지 이 특약은 효력을 가집니다.
- ⑦ 제5항 제2호의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

【실종선고】

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

【「민법」 제27조(실종의 선고)】

- ① 부재자의 생사가 5년간 분명하지 아니한 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 한다.
- ② 전지에 임한 자, 침몰한 선박 중에 있던 자, 추락한 항공기 중에 있던 자, 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한 자의 생사가 전쟁종지 후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락, 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 아니한 때에도 제1항과 같다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

- ⑧ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료 중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료 중단 등 결정 및 그 이행은 제5항 제2호의 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

【「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」

호스피스·완화의료와 임종과정에 있는 환자의 연명의료와 연명의료중단 등 결정 및 그 이행에 필요한 사항을 규정함으로써 환자의 최선의이익을 보장하고 자기결정을 존중하여 인간으로서의 존엄과 가치를 보호하기 위해 제정된 법률

【책임준비금】

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

제11조[피보험자의 범위 및 자격의 득실]

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자로 합니다.
 2. 배우자형의 경우 주계약 피보험자의 특약을 체결할 때 가족관계등록부상 또는 주민등록부상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우, 이 특약은 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 배우자의 자격을 상실한 날부터 효력을 상실합니다. (다만, 주계약 피보험자가 사망한 경우 및 주계약 피보험자가 사망한 이후 배우자가 재혼한 경우, 배우자는 이 특약상의 피보험자 자격을 유지하며, 이 특약은 효력을 상실하지 않습니다)
- ③ 제2항의 경우 계약자는 지체없이 이 사실을 회사에 알려야 합니다.

【설명】

“지체없이”라 함은 “의무 이행을 정당한 이유 없이 지연하는 일이 없이”라는 의미입니다.

- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사가 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제12조【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

【보장개시일】

회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

제13조【특약의 무효】

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(실제 납입한 보험료를 말하며, 감액 등으로 회사가 실제 지급한 금액이 있는 경우 해당금액을 차감한 금액)를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

【보험계약대출이율의 공시】

보험계약대출이율은 회사의 인터넷 홈페이지(www.hanalife.co.kr) ‘상품공시실’ 내 ‘적용이율공시’에서 공시합니다.

제14조【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다.

【보험가입금액의 감액】

보험료, 보험금, 책임준비금 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금, 책임준비금도 줄어듭니다.

- ③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 이 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.
- ④ 피보험자가 피보험단체로부터 탈퇴한 경우에 계약자는 지체없이 피보험자의 탈퇴년월일 및 사유를 회사에 알려야 합니다.

제15조【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 주계약과 동일합니다.

제4관 보험료의 납입

제16조【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 주계약과 동일합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 합니다.

제17조【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】

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

【납입최고(독촉)】

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

제18조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】

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

【부활(효력회복)】

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

- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제12조(특약의 보장개시)를 준용합니다.

【설명】

“제12조(특약의 보장개시)를 준용”한다는 뜻은 “제12조(특약의 보장개시)를 표준으로 삼아 적용”한다는 뜻입니다.

제5관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제19조【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있습니다. 그러나 피보험자가 보험료의 일부 또는 전부를 부담하는 경우에는 피보험자의 동의를 받아야 합니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제20조【해지환급금】

이 특약의 해지환급금은 없습니다.

제6관 기타사항

제21조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표1 보험금 지급기준표

[기준: 보험가입금액 1,000만원]

급부명	지급사유	지급금액
갑상선암진단자금 (제6조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 갑상선암으로 진단이 확정되었을 때(다만, 최초 1회한)	1,000만원

(주)

주계약의 해지 및 기타사유에 따라 효력이 없게 된 경우 또는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 때에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.

별표2 재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제2조 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
 - 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
 - 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
 - 식량부족(X53)
 - 물 부족(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 이상반응 또는 이후 합병증의 원인이 된 외과적 및 기타 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장)
- ④ ‘자연의 힘에 노출(X30~X39)’ 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
- ⑤ ‘우발적 익사 및 익수(W65~W74), 호흡과 관련된 기타 불의의 위험(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)’ 중 질병에 의한 호흡장애 및 삼킴장애
- ⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주)

1. () 안은 제 8 차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제 2020-175 호, 2021.1.1. 시행)상의 분류번호이며, 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 재해 해당여부는 피보험자가 해당 재해로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 재해에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 재해의 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 위 1. 보장대상이 되는 재해 ②에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용하며, 2. 보험금을 지급하지 않는 재해 ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

별표3 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제8조 제2항 관련)

구분	기간	지급이자
갑상선암진단자금 (제6조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 +가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 +가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 +가산이율(8.0%)

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제8조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당하는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

08. 무배당 암사망특약(본인형, 배우자형) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의	150
제1조【목적】	150
제2조【용어의 정의】.....	150
제2관 보험금의 지급.....	151
제3조【‘암’, ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’의 정의 및 진단확정】.....	151
제4조【보험금의 지급사유】	151
제5조【보험금 지급에 관한 세부규정】.....	151
제6조【보험금을 지급하지 않는 사유】.....	152
제7조【보험금의 청구】	152
제8조【보험금의 지급절차】	153
제9조【보험금 받는 방법의 변경】.....	154
제3관 특약의 성립과 유지	154
제10조【특약의 체결 및 소멸】	154
제11조【피보험자의 범위 및 자격의 득실】	155
제12조【특약의 보장개시】.....	156
제13조【특약의 무효】.....	156
제14조【특약내용의 변경 등】.....	157
제15조【특약의 보험기간】.....	157
제4관 보험료의 납입.....	157
제16조【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】	157
제17조【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】	157
제18조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)]	157

제5관 특약의 해지 및 해지환급금 등.....	158

제19조【계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권】.....	158

제20조【해지환급금】	158

제6관 기타사항	158

제21조【주계약 약관의 준용】.....	158

별표1 보험금 지급기준표	159

별표2 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외).....	160

별표3 재해분류표.....	161

별표4 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	162

08. 무배당 암사망특약(본인형, 배우자형) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조【목적】

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제4조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조【용어의 정의】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어

가. 계약자: 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

나. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.

다. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

라. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

마. 주계약: 기본이 되는 보험계약으로 주된 보험계약을 말합니다.

2. 지급사유 관련 용어

가. 재해: '별표3 재해분류표'에서 정한 재해를 말합니다.

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

3. 지급금과 이자율 관련 용어

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

【연단위 복리 예시】

원금 100원, 연간 10% 이자율 적용시 연단위 복리로 계산한 2년시점의 총 이자금액

· 1년차 이자 = $\frac{100\text{원}}{\text{원금}} \times 10\% = 10\text{원}$

· 2년차 이자 = $\frac{(100\text{원} + 10\text{원})}{\text{원금} \quad 1\text{년차 이자}} \times 10\% = 11\text{원}$

⇒ 2년 시점의 총 이자금액 = 10원 + 11원 = 21원

나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다.

평균공시이율은 회사의 홈페이지(www.hanallife.co.kr) 상품공시실에서 확인할 수 있습니다.

다. 해지환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, 「관공서의 공휴일에 관한 규정」에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

【「관공서의 공휴일에 관한 규정」】

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

1. 일요일

2. 국경일 중 3.1절, 광복절, 개천절 및 한글날

3. 1월 1일

4. 설날 전날, 설날, 설날 다음날(음력 12월 말일, 1월 1일, 2일)

5. 석제<2005.6.30.>

6. 석가탄신일(음력 4월 8일)

7. 5월 5일(어린이날)
8. 6월 6일(현충일)
9. 추석 전날, 추석, 추석 다음날(음력 8월 14일, 15일, 16일)
10. 12월 25일(기독탄신일)
- 10의 2. 「공직선거법」 제34조에 따른 임기만료에 의한 선거의 선거일
11. 기타 정부에서 수시 지정하는 날

제3조(대체공휴일)

- ① 제2조 제4호 또는 제9호에 따른 공휴일이 다른 공휴일과 겹칠 경우 제2조 제4호 또는 제9호에 따른 공휴일 다음 첫번째 비공휴일을 공휴일로 한다.
- ② 제2조 제7호에 따른 공휴일이 토요일이나 다른 공휴일과 겹칠 경우 제2조 제7호에 따른 공휴일의 다음 첫번째 비공휴일을 공휴일로 한다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제2관 보험금의 지급

제3조【‘암’, ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 ‘암’이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)(‘별표2 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)’ 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병, 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

【유의사항】

한국표준질병사인분류 지침서의 ‘사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침’에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【원발부위(최초 발생한 부위)기준 예시】

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

- ② 이 특약에 있어서 ‘기타피부암’이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에 있어서 ‘갑상선암’이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류기호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ 암, 기타피부암 및 갑상선암의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암, 기타피부암 및 갑상선암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암에 대한 보장개시일 이후에 암으로 진단확정되고 그 암을 직접적인 원인으로 사망하거나 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 기타피부암, 갑상선암으로 진단확정되고 그 기타피부암, 갑상선암을 직접적인 원인으로 사망하였을 경우에는 보험수익자에게 암사망보험금(‘별표1 보험금 지급기준표’ 참조)을 지급합니다.

제5조【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 제12조(특약의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 암, 기타피부암 또는 갑상선암을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을

진단확정일로 하여 제4조(보험금의 지급사유)의 암사망보험금을 지급합니다. 그러나 암에 대한 보장개시일 전일 이전에 암으로 진단이 확정된 경우는 제외합니다.

- ② 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【제3자】

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

【「의료법」 제3조(의료기관)】

- ① 이 법에서 “의료기관”이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 “의료업”이라 한다)을 하는 곳을 말한다.
- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
 1. 의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 의원
 - 나. 치과의원
 - 다. 한의원
 2. 조산원: 조산사가 조산과 임신부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다.
 3. 병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 병원
 - 나. 치과병원
 - 다. 한방병원
 - 라. 요양병원(「장애인복지법」 제58조 제1항 제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
 - 마. 정신병원
 - 바. 종합병원
- ③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항 제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제6조【보험금을 지급하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

【고의】

자기행위가 일정한 결과를 발생시킬 것을 인식하면서 그 행위를 하는 경우의 심리상태를 말합니다.

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급합니다.

【심신상실】

의식은 있으나 심신장애의 정도가 심해 자신의 행위 결과를 합리적으로 판단할 능력을 갖지 못한 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제7조【보험금의 청구】

- ① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(암사망진단서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는

- 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류(암사망보험금 지급시 피보험자의 법정상속인이 아닌 자가 청구하는 경우 법정상속인의 확인서 등)

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 제1000조(상속의 순위)】

- ① 상속에 있어서는 다음 순위로 상속인이 된다.
 1. 피상속인의 직계비속
 2. 피상속인의 직계존속
 3. 피상속인의 형제자매
 4. 피상속인의 4촌 이내의 방계혈족
- ② 전항의 경우에 동순위의 상속인이 수인인 때에는 최근친을 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.
- ③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

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

제8조【보험금의 지급절차】

- ① 회사는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 지급합니다.

【보험금 지급일 예시】

보험금 청구서류 접수일이 2020년 10월 8일(목)인 경우 10/9(금, 한글날), 10/10(토), 10/11(일)은 회사의 영업일이 아니므로, 10/8(목)부터 3영업일인 10/14(수) 이내에 보험금을 지급합니다.(보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요하지 않은 경우에 한함)

- ② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 ‘별표4 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.
- ③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

【보험금 가지급제도】

지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도. 이는 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해주기 위해 회사가 먼저 지급해주는 임시 급부임.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청

【설명】

분쟁조정 신청은 주계약 약관 ‘분쟁의 조정’ 조항을 따르며 분쟁조정신청 대상기관은 금융감독원의 금융분쟁조정위원회를 말합니다.

3. 수사기관의 조사
 4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
 5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
 6. 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제2항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 주계약 약관의 계약 전 알릴 의무 위반의 효과와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

【설명】

“정당한 사유”라 함은 사회통념상 그 의무나 책임 등을 이행할 수 없을만한 사정이 있거나, 그 의무나 책임 등의 이행을 기대하는 것이 무리라고 할 만한 사정이 있을 때를 말합니다.

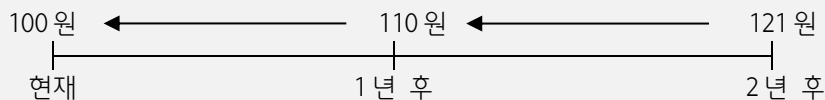
- ⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청 시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제9조【보험금 받는 방법의 변경】

- ① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 제4조(보험금의 지급사유)에서 정하는 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

【연단위 복리로 할인한 금액 계산예시】

원금 121 원, 연간 10% 할인을 적용시 연단위 복리로 2년 할인하여 계산한 금액



$$\cdot 1 \text{년 할인} = \frac{121 \text{ 원}}{1 + 10\%} = 110 \text{ 원}$$

2년후 원금 할인율

$$\cdot 2 \text{년 할인} = \frac{110 \text{ 원}}{1 + 10\%} = 100 \text{ 원}$$

1년 할인한 금액 할인율

⇒ 2년 후의 원금 121 원의 현재기준 할인된 금액 = 100 원

제3관 특약의 성립과 유지

제10조【특약의 체결 및 소멸】

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 본인형, 배우자형 중 선택하여 청약하고, 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 회사는 피보험자가 특약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.

【보험가입금액 제한】

피보험자가 가입을 할 수 있는 최대보험가입금액을 제한하는 방법

【일부보장 제외(부담보)】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 특정질병 또는 특정 신체 부위를 보장에서 제외하는 방법

【보험금 삭감】

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

【보험료 할증】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 보험가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 증가하는 위험 또는 기간의 경과에 상관없이 일정한 상태를 유지하는 위험에 적용하는 방법으로 위험정도에 따라 해당 보험료 이외에 특별보험료를

부가하는 방법

- ③ 회사는 특약의 청약에 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 특약은 청약일, 진단특약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
- ④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 평균공시이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 특약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.
- ⑤ 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
 - 1. 주계약의 해지 및 기타사유에 따라 효력이 없게 된 경우
 - 2. 제11조(피보험자의 범위 및 자격의 득실)에서 정하는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우
 - 3. 배우자형에서 주계약의 피보험자가 퇴직 등의 사유로 피보험단체에서 탈퇴하는 경우
- ⑥ 배우자형의 경우, 제5항 제1호에도 불구하고 주계약이 사망 및 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력이 없게 된 경우에는 최종납입한 보험료의 효력이 종료되는 최종일(차회 보험료 납입해당일의 전일)까지 이 특약은 효력을 가집니다.
- ⑦ 제5항 제2호의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 - 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

【실종선고】

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

【「민법」 제27조(실종의 선고)】

- ① 부재자의 생사가 5년간 분명하지 아니한 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 한다.
- ② 전지에 임한 자, 침몰한 선박 중에 있던 자, 추락한 항공기 중에 있던 자, 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한 자의 생사가 전쟁종지 후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락, 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 아니한 때에도 제1항과 같다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

- ⑧ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료 중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료 중단 등 결정 및 그 이행은 제4조(보험금의 지급사유) 또는 제5항 제2조 '사망'의 원인 및 제4조(보험금의 지급사유) '암사망보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

【「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」

호스피스·완화의료와 임종과정에 있는 환자의 연명의료와 연명의료중단 등 결정 및 그 이행에 필요한 사항을 규정함으로써 환자의 최선의이익을 보장하고 자기결정을 존중하여 인간으로서의 존엄과 가치를 보호하기 위해 제정된 법률

【책임준비금】

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

제11조【피보험자의 범위 및 자격의 득실】

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 - 1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자로 합니다.
 - 2. 배우자형의 경우 주계약 피보험자의 특약을 체결할 때 가족관계등록부상 또는 주민등록부상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우, 이 특약은 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 배우자의 자격을 상실한 날부터 효력을 상실합니다. (다만, 주계약 피보험자가 사망한 경우 및 주계약 피보험자가 사망한 이후 배우자가 재혼한 경우, 배우자는 이 특약상의 피보험자 자격을 유지하며, 이 특약은 효력을 상실하지 않습니다)

- ③ 제2항의 경우 계약자는 지체없이 이 사실을 회사에 알려야 합니다.

【설명】

“지체없이”라 함은 “의무 이행을 정당한 이유 없이 지연하는 일이 없이”라는 의미입니다.

- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사가 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제12조【특약의 보장개시】

- ① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다. 다만, 제3조(‘암’, ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 30일이 지난 날의 다음 날로 하며, 회사는 그 날부터 이 특약이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

【보장개시일】

회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

【보장개시일, 암보장개시일 예시】

보장개시일과 암보장개시일은 다음과 같습니다.

(예시) 보장개시일

2020년 10월 1일에 제1회 보험료를 납입한 경우

보장개시일 : 2020년 10월 1일

(예시) 암보장개시일

2020년 10월 1일에 제1회 보험료를 납입한 경우

암보장개시일 : 2020년 10월 31일(2020년 10월 1일 + 30일 = 2020년 10월 31일)

- ② 제1항에도 불구하고 만기 이후 계속하여 새롭게 체결하는 계약(이하 ‘재계약’이라 합니다)의 경우 암에 대한 보장개시일은 새로운 계약일로 합니다.

제13조【특약의 무효】

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(실제 납입한 보험료를 말하며, 감액 등으로 회사가 실제 지급한 금액이 있는 경우 해당금액을 차감한 금액)를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

【보험계약대출이율의 공시】

보험계약대출이율은 회사의 인터넷 홈페이지(www.hanalife.co.kr) ‘상품공시실’ 내 ‘적용이율공시’에서 공시합니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 특약에서 특약을 체결할 때까지 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 특약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
2. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.

【심신상실자 및 심신박약자】

심신상실자 또는 심신박약자라 함은 정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없거나 부족한 자를 말합니다.

3. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 보나, 제2호의 만 15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

4. 피보험자가 계약일로부터 암에 대한 보장개시일 전일 이전에 제3조(‘암’, ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 ‘암’으로 진단 확정되어 있는 경우

제14조【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다.

【보험가입금액의 감액】

보험료, 보험금, 책임준비금 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금, 책임준비금도 줄어듭니다.

- ③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 이 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.
- ④ 피보험자가 피보험단체로부터 탈퇴한 경우에 계약자는 지체없이 피보험자의 탈퇴년월일 및 사유를 회사에 알려야 합니다.

제15조【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 주계약과 동일합니다.

제4관 보험료의 납입

제16조【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 주계약과 동일합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 합니다.

제17조【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】

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

【납입최고(독촉)】

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

제18조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】

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

【부활(효력회복)】

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

- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제12조(특약의 보장개시)를 준용합니다.

【설명】

“제12조(특약의 보장개시)를 준용”한다는 뜻은 “제12조(특약의 보장개시)를 표준으로 삼아 적용”한다는 뜻입니다.

제5관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제19조【계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있습니다. 그러나 피보험자가 보험료의 일부 또는 전부를 부담하는 경우에는 피보험자의 동의를 받아야 합니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ③ 제13조(특약의 무효)에 의거 사망을 보험금 지급사유로 하는 이 특약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간 중에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 이 경우 특약이 해지됩니다.

제20조【해지환급금】

이 특약의 해지환급금은 없습니다.

제6관 기타사항

제21조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표1 보험금 지급기준표

[기준: 보험가입금액 1,000만원]

급부명	지급사유	지급금액
암사망보험금 (제4조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암에 대한 보장개시일 이후에 암으로 진단확정되고 그 암을 직접적인 원인으로 사망하거나 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 기타피부암, 갑상선암으로 진단확정되고 그 기타피부암, 갑상선암을 직접적인 원인으로 사망한 때	1,000만원

(주)

1. 주계약의 해지 및 기타사유에 따라 효력이 없게 된 경우 또는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 때에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
2. 암에 대한 보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 30일이 지난날의 다음날입니다.
3. 제2호에도 불구하고 만기 후 계속하여 계약을 새롭게 체결하는 경우 암에 대한 보장개시일은 새로운 계약일로 합니다.
4. 이차성 암(C77~C80)의 경우 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 보장합니다. 따라서 기타피부암, 갑상선암이 전이되어 다른 암으로 진단받은 경우에도 원발부위 기준으로 보장합니다,

별표2 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)

약관에 규정하는 악성신생물(암)로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 악성신생물(암) 해당 여부를 판단합니다.

대상악성신생물	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물(암)	C00 - C14
2. 소화기관의 악성신생물(암)	C15 - C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물(암)	C30 - C39
4. 골 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40 - C41
5. 피부의 악성흑색종	C43
6. 종피성 및 연조직의 악성신생물(암)	C45 - C49
7. 유방의 악성신생물(암)	C50
8. 여성 생식기관의 악성신생물(암)	C51 - C58
9. 남성 생식기관의 악성신생물(암)	C60 - C63
10. 요로의 악성신생물(암)	C64 - C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물(암)	C69 - C72
12. 부신의 악성신생물(암)	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물(암)	C75
14. 불명확한 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)	C76 - C80
15. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)	C81 - C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물(암)	C97
17. 진성 적혈구 증가증	D45
18. 골수 형성이상 증후군	D46
19. 만성 골수증식 질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

(주)

- 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 악성신생물(암) 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
- 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- 한국표준질병사인분류 지침서의 '사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침'에 따라 C77 ~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다.

별표3 재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제2조 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
 - 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
 - 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
 - 식량부족(X53)
 - 물 부족(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 이상반응 또는 이후 합병증의 원인이 된 외과적 및 기타 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장)
- ④ ‘자연의 힘에 노출(X30~X39)’ 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
- ⑤ ‘우발적 익사 및 익수(W65~W74), 호흡과 관련된 기타 불의의 위험(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)’ 중 질병에 의한 호흡장애 및 삼킴장애
- ⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주)

1. () 안은 제 8 차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제 2020-175 호, 2021.1.1. 시행)상의 분류번호이며, 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 재해 해당여부는 피보험자가 해당 재해로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 재해에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 재해의 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 위 1. 보장대상이 되는 재해 ②에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용하며, 2. 보험금을 지급하지 않는 재해 ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

별표4 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제8조 제2항 관련)

구분	기간	지급이자
암사망보험금 (제4조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 +가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 +가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 +가산이율(8.0%)

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제8조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당하는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

09. 무배당 암치료특약(본인형, 배우자형) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의 165

제1조【목적】 165

제2조【용어의 정의】..... 165

제2관 보험금의 지급..... 166

제3조【‘암’, ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’의 정의 및 진단확정】..... 166

제4조【‘제자리암’의 정의 및 진단확정】..... 166

제5조【‘경계성종양’의 정의 및 진단확정】..... 167

제6조【‘수술’ 및 ‘입원’의 정의와 장소】..... 167

제7조【‘암의 직접적인 치료’의 정의】..... 168

제8조【‘항암방사선치료’의 정의】..... 169

제9조【‘항암약물치료’의 정의】..... 169

제10조【보험금의 지급사유】..... 169

제11조【보험금 지급에 관한 세부규정】..... 169

제12조【보험금을 지급하지 않는 사유】..... 170

제13조【보험금의 청구】..... 170

제14조【보험금의 지급절차】..... 171

제3관 특약의 성립과 유지 172

제15조【특약의 체결 및 소멸】..... 172

제16조【피보험자의 범위 및 자격의 득실】..... 173

제17조【특약의 보장개시】..... 173

제18조【특약의 무효】..... 174

제19조【특약내용의 변경 등】..... 174

제20조【특약의 보험기간】..... 174

제4관 보험료의 납입 174

제21조【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】 174

제22조【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】 174

제23조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】 175

제5관 특약의 해지 및 해지환급금 등 175

제24조【계약자의 임의해지】 175

제25조【해지환급금】 175

제6관 기타사항 175

제25조【주계약 약관의 준용】 175

별표1 보험금 지급기준표 176

별표2 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외) 177

별표3 제자리의 신생물 분류표 178

별표4 행동양식불명 또는 미상의 신생물 분류표 179

별표5 재해분류표 180

별표6 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 181

09. 무배당 암치료특약(본인형, 배우자형) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조【목적】

이 특약은 보험계약자(이하 ‘계약자’라 합니다)와 보험회사(이하 ‘회사’라 합니다) 사이에 제10조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조【용어의 정의】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어

가. 계약자: 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

나. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.

다. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

라. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

마. 주계약: 기본이 되는 보험계약으로 주된 보험계약을 말합니다.

2. 지급사유 관련 용어

가. 재해: ‘별표5 재해분류표’에서 정한 재해를 말합니다.

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

3. 지급금과 이자율 관련 용어

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

【연단위 복리 예시】

원금 100원, 연간 10% 이자율 적용시 연단위 복리로 계산한 2년시점의 총 이자금액

· 1년차 이자 = $\frac{100\text{원}}{\text{원금}} \times 10\% = 10\text{원}$

· 2년차 이자 = $\frac{(100\text{원} + 10\text{원})}{\text{원금} \quad 1\text{년차 이자}} \times 10\% = 11\text{원}$

⇒ 2년 시점의 총 이자금액 = 10원 + 11원 = 21원

나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다.

평균공시이율은 회사의 홈페이지(www.hanalife.co.kr) 상품공시실에서 확인할 수 있습니다.

다. 해지환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 암보장개시일: 제3조(‘암’, ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 ‘암’에 대한 보장개시일은 계약일부터 그날을 포함하여 30일이 되는 날의 다음 날을 말합니다. 다만, 재계약의 경우 암에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

다. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, 「관공서의 공휴일에 관한 규정」에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

【「관공서의 공휴일에 관한 규정」】

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

1. 일요일

2. 국경일 중 3.1절, 광복절, 개천절 및 한글날

3. 1월 1일

4. 설날 전날, 설날, 설날 다음날(음력 12월 말일, 1월 1일, 2일)
5. 삭제<2005.6.30.>
6. 석가탄신일(음력 4월 8일)
7. 5월 5일(어린이날)
8. 6월 6일(현충일)
9. 추석 전날, 추석, 추석 다음날(음력 8월 14일, 15일, 16일)
10. 12월 25일(기독탄신일)
- 10의 2. 「공직선거법」 제34조에 따른 임기만료에 의한 선거의 선거일
11. 기타 정부에서 수시 지정하는 날

제3조(대체공휴일)

- ① 제2조 제4호 또는 제9호에 따른 공휴일이 다른 공휴일과 겹칠 경우 제2조 제4호 또는 제9호에 따른 공휴일 다음 첫번째 비공휴일을 공휴일로 한다.
- ② 제2조 제7호에 따른 공휴일이 토요일이나 다른 공휴일과 겹칠 경우 제2조 제7호에 따른 공휴일의 다음 첫번째 비공휴일을 공휴일로 한다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제2관 보험금의 지급

제3조['암', '기타피부암' 및 '갑상선암'의 정의 및 진단확정]

- ① 이 특약에 있어서 '암'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)('별표2 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)' 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병, 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

【유의사항】

한국표준질병사인분류 지침서의 '사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【원발부위(최초 발생한 부위)기준 예시】

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

- ② 이 특약에 있어서 '기타피부암'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에 있어서 '갑상선암'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류기호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ 암, 기타피부암 및 갑상선암의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피부염자가 암, 기타피부암 및 갑상선암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조['제자리암'의 정의 및 진단확정]

- ① 이 특약에 있어서 '제자리암'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 제자리의 신생물 분류표('별표3 제자리의 신생물 분류표' 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제자리암의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을

때에는 피보험자가 제자리암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제5조【‘경계성종양’의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 ‘경계성종양’이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 행동양식불명 또는 미상의 신생물 분류표(‘별표4 행동양식불명 또는 미상의 신생물 분류표’ 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 경계성종양의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 경계성종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제6조【‘수술’ 및 ‘입원’의 정의와 장소】

- ① 이 특약에 있어서 ‘수술’이라 함은 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 ‘의료기관’이라 합니다)에서 「의료법」 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 의사 또는 한의사 면허를 가진자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다]을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.
- ② 이 특약에 있어서 ‘입원’이라 함은 의사에 의하여 암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료기관(다만, 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 요양병원(이하 ‘요양병원’이라 합니다)은 제외합니다)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ③ 제1항의 ‘수술’은 ‘항암방사선치료’와 ‘항암약물치료’는 제외합니다.

【「의료법」 제3조(의료기관)】

- ① 이 법에서 “의료기관”이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 “의료업”이라 한다)을 하는 곳을 말한다.
- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
 1. 의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 의원
 - 나. 치과의원
 - 다. 한의원
 2. 조산원: 조산사가 조산과 임신부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다.
 3. 병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 병원
 - 나. 치과병원
 - 다. 한방병원
 - 라. 요양병원(「장애인복지법」 제58조 제1항 제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
 - 마. 정신병원
 - 바. 종합병원
- ③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항 제1호부터

제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【신의료기술평가위원회】

「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

【「의료법」제 5 조(의사·치과의사 및 한의사 면허)】

- ① 의사·치과의사 또는 한의사가 되려는 자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자격을 가진 자로서 제 9 조에 따른 의사·치과의사 또는 한의사 국가시험에 합격한 후 보건복지부장관의 면허를 받아야 한다.
 1. 「고등교육법」 제 11 조의 2 에 따른 인정기관(이하 "평가인증기구"라 한다)의 인증(이하 "평가인증기구의 인증"이라 한다)을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학을 졸업하고 의학사·치의학사 또는 한의학사 학위를 받은 자
 2. 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 전문대학원을 졸업하고 석사학위 또는 박사학위를 받은 자
 3. 외국의 제 1 호나 제 2 호에 해당하는 학교(보건복지부장관이 정하여 고시하는 인정기준에 해당하는 학교를 말한다)를 졸업하고 외국의 의사·치과의사 또는 한의사 면허를 받은 자로서 제 9 조에 따른 예비시험에 합격한 자
- ② 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원을 6 개월 이내에 졸업하고 해당 학위를 받을 것으로 예정된 자는 제 1 항제 1 호 및 제 2 호의 자격을 가진 자로 본다. 다만, 그 졸업예정시기에 졸업하고 해당 학위를 받아야 면허를 받을 수 있다.
- ③ 제 1 항에도 불구하고 입학 당시 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원에 입학한 사람으로서 그 대학 또는 전문대학원을 졸업하고 해당 학위를 받은 사람은 같은 항 제 1 호 및 제 2 호의 자격을 가진 사람으로 본다.

【「의료법」제 9 조(국가시험 등)】

- ① 의사·치과의사·한의사·조산사 또는 간호사 국가시험과 의사·치과의사·한의사 예비시험(이하 "국가시험등"이라 한다)은 매년 보건복지부장관이 시행한다.
- ② 보건복지부장관은 국가시험등의 관리를 대통령령으로 정하는 바에 따라 「한국보건의료인국가시험원법」에 따른 한국보건의료인국가시험원에 맡길 수 있다.
- ③ 보건복지부장관은 제 2 항에 따라 국가시험등의 관리를 맡긴 때에는 그 관리에 필요한 예산을 보조할 수 있다.
- ④ 국가시험등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제7조【‘암의 직접적인 치료’의 정의】

- ① ‘암의 직접적인 치료’라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다](이하 ‘암의 제거 및 증식 억제 치료’라 합니다)를 말합니다.
- ② ‘암의 직접적인 치료’에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.
- ③ ‘암의 직접적인 치료’에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
 1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
 2. 면역력 강화 치료
 3. 암이나 암의 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
- ④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 ‘암의 직접적인 치료’로 봅니다.
 1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
 2. ‘암의 제거 및 증식억제 치료’를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료

3. ‘암의 제거 및 증식억제 치료’를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 「호스피스완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료
- ⑤ 제1항 내지 제4항은 ‘유방암’, ‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘제자리암’, ‘경계성종양’의 직접적인 치료에도 동일하게 적용합니다.

제8조【‘항암방사선치료’의 정의】

‘항암방사선치료’라 함은 치료방사선과 또는 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암, 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제9조【‘항암약물치료’의 정의】

‘항암약물치료’라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암, 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 방법을 말합니다.

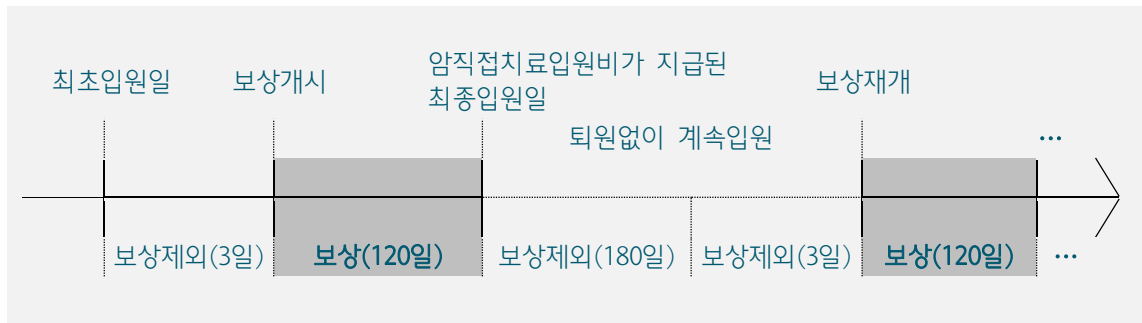
제10조【보험금의 지급사유】

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

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일(암의 경우에는 암보장개시일) 이후에 암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양 진단이 확정되고 암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인치료를 목적으로 수술을 받았을 때: 암수술비(수술 1회당)
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일(암의 경우에는 암보장개시일) 이후에 암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양 진단이 확정되고 암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인치료를 목적으로 4일 이상 계속하여 입원하였을 때: 암직접치료입원비(3일초과 1일당, 1회 입원당 120일한도)
3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일(암의 경우에는 암보장개시일) 이후에 암, 기타피부암 또는 갑상선암 진단이 확정되고 암, 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인치료를 목적으로 항암방사선치료를 받았을 때: 항암방사선치료비(각각 최초 1회에 한함)
4. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일(암의 경우에는 암보장개시일) 이후에 암, 기타피부암 또는 갑상선암 진단이 확정되고 암, 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인치료를 목적으로 항암약물치료를 받았을 때: 항암약물치료비(각각 최초 1회에 한함)

제11조【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 항암방사선치료와 항암약물치료는 제3조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 암수술비는 지급하지 않습니다.
- ② 제10조(보험금의 지급사유) 제2호의 암직접치료입원비의 경우 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다.
- ③ 제10조(보험금 지급사유) 제2호에서 정한 2가지 이상의 질병을 직접 치료하기 위한 목적으로 입원한 경우에는 가장 높은 암직접치료입원비를 지급하며 암직접치료입원비가 동일한 경우에는 하나의 질병으로 인한 암직접치료입원비를 지급합니다. 다만, 2가지 이상의 질병이 모두 입원치료가 필요한 경우에 한합니다.
- ④ 제10조(보험금의 지급사유) 제2호의 암직접치료입원비의 경우 피보험자가 동일한 암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 하여 입원을 2회 이상한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하고 제2항의 규정을 적용합니다.
- ⑤ 제4항에도 불구하고 동일한 암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양 또는 갑상선암에 의한 입원이라도 암직접치료입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지난후 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 이 때, 아래와 같이 암직접치료입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암직접치료입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날부터 180일이 지난 후 새로운 입원이 개시한 것으로 봅니다.



- ⑥ 제10조(보험금의 지급사유) 제2호의 암직접치료입원비에서 지급사유에 해당하는 피보험자의 입원기간 중에 보험기간이 끝났을 때에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여도 제2항에 따라 계속 암직접치료입원비를 지급합니다. 다만, 보험기간이 끝난 후의 제5항에 의한 새로운 입원의 입원기간에 대해서는 입원비를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 제10조(보험금의 지급사유) 제2호의 ‘계속하여 입원’이란 중도 퇴원 없이 계속하여 입원하는 것을 뜻합니다. 다만, 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우(요양병원 제외)에도 동일한 암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양 또는 갑상선암으로 그 직접적인 치료를 목적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.
- ⑧ 제10조(보험금의 지급사유) 제2호의 암직접치료입원비는 요양병원에 입원하는 경우에는 지급하지 않습니다.
- ⑨ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않는 때에는 회사는 암직접치료입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑩ 보험수익자와 회사가 제10조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【제 3 자】

어떤 법률관계에 있어서 직접 참여하는 자를 당사자라고 하며, 그 이외의 자를 제 3자라고 합니다.

제12조【보험금을 지급하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

【고의】

자기행위가 일정한 결과를 발생시킬 것을 인식하면서 그 행위를 하는 경우의 심리상태를 말합니다.

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제10조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급합니다

【심신상실】

의식은 있으나 심신장애의 정도가 심해 자신의 행위 결과를 합리적으로 판단할 능력을 갖지 못한 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제13조【보험금의 청구】

- ① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(암수술증명서, 암입원증명서, 항암방사선치료확인서, 항암약물치료확인서, 사망진단서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류(보험금 지급시 피보험자의 법정상속인이 아닌 자가 청구하는 경우 법정상속인의 확인서 등)

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 제1000조(상속의 순위)】

- ① 상속에 있어서는 다음 순위로 상속인이 된다.
 1. 피상속인의 직계비속
 2. 피상속인의 직계존속
 3. 피상속인의 형제자매
 4. 피상속인의 4촌 이내의 방계혈족
- ② 전항의 경우에 동순위의 상속인이 수인인 때에는 최근친을 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.
- ③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

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

제14조【보험금의 지급절차】

- ① 회사는 제13조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유 의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 지급합니다.

【보험금 지급일 예시】

보험금 청구서류 접수일이 2020년 10월 8일(목)인 경우 10/9(금, 한글날), 10/10(토), 10/11(일)은 회사의 영업일이 아니므로, 10/8(목)부터 3영업일인 10/14(수) 이내에 보험금을 지급합니다.(보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요하지 않은 경우에 한함)

- ② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 ‘별표6 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.
- ③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제13조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

【보험금 가지급제도】

지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도. 이는 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해주기 위해 회사가 먼저 지급해주는 임시 급부임.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청

【설명】

분쟁조정 신청은 주계약 약관 ‘분쟁의 조정’ 조항을 따르며 분쟁조정신청 대상기관은 금융감독원의 금융분쟁조정위원회를 말합니다.

3. 수사기관의 조사
 4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
 5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
 6. 제11조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제10항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
 - ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 주계약 약관의 계약 전 알릴 의무 위반의 효과와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는

사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

【설명】

“정당한 사유”라 함은 사회통념상 그 의무나 책임 등을 이행할 수 없을만한 사정이 있거나, 그 의무나 책임 등의 이행을 기대하는 것이 무리라고 할 만한 사정이 있을 때를 말합니다.

- ⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청 시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제15조【특약의 체결 및 소멸】

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 본인형, 배우자형 중 선택하여 청약하고, 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 회사는 피보험자가 특약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.

【보험가입금액 제한】

피보험자가 가입을 할 수 있는 최대보험가입금액을 제한하는 방법

【일부보장 제외(부담보)】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 특정질병 또는 특정 신체 부위를 보장에서 제외하는 방법

【보험금 삭감】

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

【보험료 할증】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 보험가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 증가하는 위험 또는 기간의 경과에 상관없이 일정한 상태를 유지하는 위험에 적용하는 방법으로 위험정도에 따라 해당 보험료 이외에 특별보험료를 추가하는 방법

- ③ 회사는 특약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 특약은 청약일, 진단특약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
- ④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 평균공시이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 특약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.
- ⑤ 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
1. 주계약의 해지 및 기타사유에 따라 효력이 없게 된 경우
 2. 제16조(피보험자의 범위 및 자격의 득실)에서 정하는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우
 3. 배우자형에서 주계약의 피보험자가 퇴직 등의 사유로 피보험단체에서 탈퇴하는 경우
- ⑥ 배우자형의 경우, 제5항 제1호에도 불구하고 주계약이 사망 및 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력이 없게 된 경우에는 최종납입한 보험료의 효력이 종료되는 최종일(차회 보험료 납입해당일의 전일)까지 이 특약은 효력을 가집니다.
- ⑦ 제5항 제2호의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

【실종선고】

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해

사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

【「민법」 제27조(실종의 선고)】

- ① 부재자의 생사가 5년간 분명하지 아니한 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 한다.
- ② 전지에 임한 자, 침몰한 선박 중에 있던 자, 추락한 항공기 중에 있던 자, 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한 자의 생사가 전쟁종지 후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락, 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 아니한 때에도 제1항과 같다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

- ⑧ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료 중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료 중단 등 결정 및 그 이행은 제5항 제2호의 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

【책임준비금】

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

【「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」】

호스피스·완화의료와 임종과정에 있는 환자의 연명의료와 연명의료중단 등 결정 및 그 이행에 필요한 사항을 규정함으로써 환자의 최선의이익을 보장하고 자기결정을 존중하여 인간으로서의 존엄과 가치를 보호하기 위해 제정된 법률

제16조【피보험자의 범위 및 자격의 득실】

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자로 합니다.
 2. 배우자형의 경우 주계약 피보험자의 특약을 체결할 때 가족관계등록부상 또는 주민등록부상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우, 이 특약은 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 배우자의 자격을 상실한 날부터 효력을 상실합니다. (다만, 주계약 피보험자가 사망한 경우 및 주계약 피보험자가 사망한 이후 배우자가 재혼한 경우, 배우자는 이 특약상의 피보험자 자격을 유지하며, 이 특약은 효력을 상실하지 않습니다)
- ③ 제2항의 경우 계약자는 지체없이 이 사실을 회사에 알려야 합니다.

【설명】

“지체없이”라 함은 “의무 이행을 정당한 이유 없이 지연하는 일이 없이”라는 의미입니다.

- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사가 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제17조【특약의 보장개시】

- ① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다. 다만, 제3조(‘암’, ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 30일이 지난 날의 다음 날로 하며, 회사는 그 날부터 이 특약이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

【보장개시일】

회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

【보장개시일, 암보장개시일 예시】

보장개시일과 암보장개시일은 다음과 같습니다.

(예시) 보장개시일

2020년 10월 1일에 제1회 보험료를 납입한 경우

보장개시일 : 2020년 10월 1일

(예시) 암보장개시일

2020년 10월 1일에 제 1회 보험료를 납입한 경우

암보장개시일 : 2020년 10월 31일(2020년 10월 1일 + 30일 = 2020년 10월 31일)

- ② 제1항에도 불구하고 만기 이후 계속하여 새롭게 체결하는 계약(이하 '재계약'이라 합니다)의 경우 암에 대한 보장개시일은 새로운 계약일로 합니다.

제18조【특약의 무효】

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(실제 납입한 보험료를 말하며, 감액 등으로 회사가 실제 지급한 금액이 있는 경우 해당금액을 차감한 금액)를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

【보험계약대출이율의 공시】

보험계약대출이율은 회사의 인터넷 홈페이지(www.hanalife.co.kr) '상품공시실' 내 '적용이율공시'에서 공시합니다.

1. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다.
2. 피보험자가 계약일로부터 암에 대한 보장개시일 전일 이전에 제3조(‘암’, ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 ‘암’으로 진단 확정되어 있는 경우

제19조【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다.

【보험가입금액의 감액】

보험료, 보험금, 책임준비금 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금, 책임준비금도 줄어듭니다.

- ③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 이 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.
- ④ 피보험자가 피보험단체로부터 탈퇴한 경우에 계약자는 지체없이 피보험자의 탈퇴년월일 및 사유를 회사에 알려야 합니다.

제20조【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 주계약과 동일합니다.

제4관 보험료의 납입

제21조【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 주계약과 동일합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 합니다.

제22조【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】

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

【납입최고(독촉)】

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

제23조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】

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

【부활(효력회복)】

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

- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제17조(특약의 보장개시)를 준용합니다.

【설명】

“제17조(특약의 보장개시)를 준용”한다는 뜻은 “제17조(특약의 보장개시)를 표준으로 삼아 적용”한다는 뜻입니다.

제5관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제24조【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있습니다. 그러나 피보험자가 보험료의 일부 또는 전부를 부담하는 경우에는 피보험자의 동의를 받아야 합니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제25조【해지환급금】

이 특약의 해지환급금은 없습니다.

제6관 기타사항

제25조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표1 보험금 지급기준표

[기준: 보험가입금액 1,000만원]

급부명	지급사유	지급금액
암수술비 (제10조 제1호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단이 확정되고, 그 암의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 때	수술1회당 300만원
	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 기타피부암, 갑상선암, 제자리암으로 진단이 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 때	수술1회당 30만원
	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 경계성종양으로 진단이 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 때	수술1회당 60만원
암직접치료입원비 (제10조 제2호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단이 확정되고, 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 4일 이상 계속하여 입원하였을 때	3일 초과 1일당 5만원 (다만, 1회 입원당 120일 한도)
	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양으로 진단이 확정되고, 그 직접적인 치료를 목적으로 4일 이상 계속하여 입원하였을 때	3일 초과 1일당 1만원 (다만, 1회 입원당 120일 한도)
항암방사선치료비 (제10조 제3호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암 진단이 확정되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받았을 때(최초 1회에 한함)	50만원
	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 기타피부암 또는 갑상선암 진단이 확정되고 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받았을 때(각각 최초 1회에 한함)	10만원
항암약물치료비 (제10조 제4호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암 진단이 확정되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료를 받았을 때(최초 1회에 한함)	50만원
	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 기타피부암 또는 갑상선암 진단이 확정되고 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료를 받았을 때(각각 최초 1회에 한함)	10만원

(주)

1. 주계약의 해지 및 기타사유에 따라 효력이 없게 된 경우 또는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 때에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
2. 암보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 30일이 지난날의 다음날입니다.
3. 제2호에도 불구하고 만기 후 계속하여 계약을 새롭게 체결하는 경우 암보장개시일은 새로운 계약일로 합니다.
4. 이차성 암(C77~C80)의 경우 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 보장합니다. 따라서 기타피부암, 갑상선암이 전이되어 다른 암으로 진단받은 경우에도 원발부위 기준으로 보장합니다.
5. 제10조(보험금의 지급사유) 제2호 암직접치료입원비는 요양병원에 입원하는 경우 지급하지 않습니다.

별표2 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)

약관에 규정하는 악성신생물(암)로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 악성신생물(암) 해당 여부를 판단합니다.

대상악성신생물	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물(암)	C00 - C14
2. 소화기관의 악성신생물(암)	C15 - C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물(암)	C30 - C39
4. 골 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40 - C41
5. 피부의 악성흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성신생물(암)	C45 - C49
7. 유방의 악성신생물(암)	C50
8. 여성 생식기관의 악성신생물(암)	C51 - C58
9. 남성 생식기관의 악성신생물(암)	C60 - C63
10. 요로의 악성신생물(암)	C64 - C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물(암)	C69 - C72
12. 부신의 악성신생물(암)	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물(암)	C75
14. 불명확한 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)	C76 - C80
15. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)	C81 - C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물(암)	C97
17. 진성 적혈구 증가증	D45
18. 골수 형성이상 증후군	D46
19. 만성 골수증식 질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

(주)

- 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 악성신생물(암) 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
- 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- 한국표준질병사인분류 지침서의 '사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다.

별표3 제자리의 신생물 분류표

약관에 규정하는 제자리의 신생물로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 제자리의 신생물 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
1. 구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01
3. 중이 및 호흡계통의 제자리암종	D02
4. 제자리흑색종	D03
5. 피부의 제자리암종	D04
6. 유방의 제자리암종	D05
7. 자궁경부의 제자리암종	D06
8. 기타 및 상세 불명의 생식기관의 제자리암종	D07
9. 기타 및 상세 불명 부위의 제자리암종	D09

(주)

1. 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 제자리의 신생물 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표4 행동양식불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에 규정하는 행동양식불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병은 제 8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 행동양식불명 또는 미상의 신생물 해당 여부를 판단합니다.

대상질병명	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내 기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물	D47 (D47.1, D47.3, D47.4, D47.5 제외)
10. 기타 및 상세 불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물	D48

(주)

- 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 행동양식불명 또는 미상의 신생물 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
- 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- 만성 골수증식질환(D47.1), 본태성(출혈성) 혈소판혈증(D47.3), 골수섬유증(D47.4), 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군](D47.5)은 '9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물'에 포함되지 않는 것으로 보아 보장하지 않습니다.

별표5 재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제2조 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
 - 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
 - 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
 - 식량부족(X53)
 - 물 부족(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 이상반응 또는 이후 합병증의 원인이 된 외과적 및 기타 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장)
- ④ ‘자연의 힘에 노출(X30~X39)’ 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
- ⑤ ‘우발적 익사 및 익수(W65~W74), 호흡과 관련된 기타 불의의 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)’ 중 질병에 의한 호흡장애 및 삼킴장애
- ⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주)

1. () 안은 제 8 차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제 2020-175 호, 2021.1.1. 시행)상의 분류번호이며, 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 재해 해당여부는 피보험자가 해당 재해로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 재해에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 재해의 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 위 1. 보장대상이 되는 재해 ②에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용하며, 2. 보험금을 지급하지 않는 재해 ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

별표6 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제14조 제2항 관련)

구분	기간	지급이자
암수술비 (제10조 제1호) 암직접치료입원비 (제10조 제2호) 항암방사선치료비 (제10조 제3호) 항암약물치료비 (제10조 제4호)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 +가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 +가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 +가산이율(8.0%)

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제14조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당하는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

10. 무배당 요양병원암입원특약(본인형, 배우자형) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의	184
제1조【목적】	184
제2조【용어의 정의】.....	184
제2관 보험금의 지급.....	185
제3조【‘암’, ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’의 정의 및 진단확정】.....	185
제4조【‘제자리암’의 정의 및 진단확정】.....	185
제5조【‘경계성종양’의 정의 및 진단확정】.....	186
제6조【‘입원’의 정의와 장소】.....	186
제7조【보험금의 지급사유】	187
제8조【보험금 지급에 관한 세부규정】.....	187
제9조【보험금을 지급하지 않는 사유】.....	188
제10조【보험금의 청구】.....	188
제11조【보험금의 지급절차】.....	189
제3관 특약의 성립과 유지	190
제12조【특약의 체결 및 소멸】	190
제13조【피보험자의 범위 및 자격의 득실】	191
제14조【특약의 보장개시】.....	191
제15조【특약의 무효】.....	192
제16조【특약내용의 변경 등】.....	192
제17조【특약의 보험기간】.....	192
제4관 보험료의 납입.....	192
제18조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】.....	192

제19조【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】	192
제20조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】	192
제5관 특약의 해지 및 해지환급금 등.....	193
제21조【계약자의 임의해지】.....	193
제22조【해지환급금】	193
제6관 기타사항	193
제23조【주계약 약관의 준용】.....	193
별표1 보험금 지급기준표	194
별표2 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외).....	195
별표3 제자리의 신생물 분류표	196
별표4 행동양식불명 또는 미상의 신생물 분류표	197
별표5 재해분류표	198
별표6 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	199

10. 무배당 요양병원암입원특약(본인형, 배우자형) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조【목적】

이 특약은 보험계약자(이하 ‘계약자’라 합니다)와 보험회사(이하 ‘회사’라 합니다) 사이에 제7조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조【용어의 정의】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어

가. 계약자: 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

나. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.

다. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

라. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

마. 주계약: 기본이 되는 보험계약으로 주된 보험계약을 말합니다.

2. 지급사유 관련 용어

가. 재해: ‘별표5 재해분류표’에서 정한 재해를 말합니다.

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

3. 지급금과 이자율 관련 용어

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

【연단위 복리 예시】

원금 100원, 연간 10% 이자율 적용시 연단위 복리로 계산한 2년시점의 총 이자금액

· 1년차 이자 = $\frac{100\text{원}}{\text{원금}} \times 10\% = 10\text{원}$

· 2년차 이자 = $\frac{(100\text{원} + 10\text{원})}{\text{원금} \quad 1\text{년차 이자}} \times 10\% = 11\text{원}$

⇒ 2년 시점의 총 이자금액 = 10원 + 11원 = 21원

나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다. 평균공시이율은 회사의 홈페이지(www.hanalife.co.kr) 상품공시실에서 확인할 수 있습니다.

다. 해지환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 암보장개시일: 제3조(‘암’, ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 ‘암에 대한 보장개시일은 계약일부터 그날을 포함하여 30일이 되는 날의 다음 날을 말합니다. 다만, 재계약의 경우 암에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

다. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, 「관공서의 공휴일에 관한 규정」에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

【「관공서의 공휴일에 관한 규정」】

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

1. 일요일

2. 국경일 중 3.1절, 광복절, 개천절 및 한글날

3. 1월 1일

4. 설날 전날, 설날, 설날 다음날(음력 12월 말일, 1월 1일, 2일)
5. 삭제<2005.6.30.>
6. 석가탄신일(음력 4월 8일)
7. 5월 5일(어린이날)
8. 6월 6일(현충일)
9. 추석 전날, 추석, 추석 다음날(음력 8월 14일, 15일, 16일)
10. 12월 25일(기독탄신일)
- 10의 2. 「공직선거법」 제34조에 따른 임기만료에 의한 선거의 선거일
11. 기타 정부에서 수시 지정하는 날

제3조(대체공휴일)

- ① 제2조 제4호 또는 제9호에 따른 공휴일이 다른 공휴일과 겹칠 경우 제2조 제4호 또는 제9호에 따른 공휴일 다음 첫번째 비공휴일을 공휴일로 한다.
- ② 제2조 제7호에 따른 공휴일이 토요일이나 다른 공휴일과 겹칠 경우 제2조 제7호에 따른 공휴일의 다음 첫번째 비공휴일을 공휴일로 한다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제2관 보험금의 지급

제3조['암', '기타피부암' 및 '갑상선암'의 정의 및 진단확정]

- ① 이 특약에 있어서 '암'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)('별표2 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)' 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병, 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

【유의사항】

한국표준질병사인분류 지침서의 '사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【원발부위(최초 발생한 부위)기준 예시】

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

- ② 이 특약에 있어서 '기타피부암'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에 있어서 '갑상선암'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류기호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ 암, 기타피부암 및 갑상선암의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피부염자가 암, 기타피부암 및 갑상선암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조['제자리암'의 정의 및 진단확정]

- ① 이 특약에 있어서 '제자리암'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 제자리의 신생물 분류표('별표3 제자리의 신생물 분류표' 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제자리암의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을

때에는 피보험자가 제자리암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제5조【‘경계성종양’의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 ‘경계성종양’이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류 중 행동양식불명 또는 미상의 신생물 분류표(‘별표4 행동양식불명 또는 미상의 신생물 분류표’ 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 경계성종양의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 경계성종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제6조【‘입원’의 정의와 장소】

- ① 이 특약에 있어서 ‘입원’이라 함은 의사에 의하여 암 또는 소액암(기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양을 말하며 이하 “소액암”이라고 합니다)으로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조 제2항 제3호에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원(이하 “요양병원”이라 합니다)에 입실하여 「의료법」 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 의사 또는 한의사 면허를 가진자(이하 ‘의사’라 합니다)의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

【「의료법」 제3조(의료기관)】

- ① 이 법에서 “의료기관”이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 “의료업”이라 한다)을 하는 곳을 말한다.
- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
 1. 의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 의원
 - 나. 치과의원
 - 다. 한의원
 2. 조산원: 조산사가 조산과 임신부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다.
 3. 병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 병원
 - 나. 치과병원
 - 다. 한방병원
 - 라. 요양병원(「장애인복지법」 제58조 제1항 제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
 - 마. 정신병원
 - 바. 종합병원
- ③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항 제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【「의료법」 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)】

- ① 의사·치과의사 또는 한의사가 되려는 자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자격을 가진 자로서 제 9 조에 따른 의사·치과의사 또는 한의사 국가시험에 합격한 후 보건복지부장관의 면허를 받아야 한다.
 1. 「고등교육법」 제 11 조의 2 에 따른 인정기관(이하 "평가인증기구"라 한다)의 인증(이하 "평가인증기구의 인증"이라 한다)을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학을 졸업하고 의학사·치의학사 또는 한의학사 학위를 받은 자
 2. 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 전문대학원을 졸업하고

- 석사학위 또는 박사학위를 받은 자
3. 외국의 제 1 호나 제 2 호에 해당하는 학교(보건복지부장관이 정하여 고시하는 인정기준에 해당하는 학교를 말한다)를 졸업하고 외국의 의사·치과의사 또는 한의사 면허를 받은 자로서 제 9 조에 따른 예비시험에 합격한 자
 - ② 평가인증기관의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원을 6 개월 이내에 졸업하고 해당 학위를 받을 것으로 예정된 자는 제 1 항제 1 호 및 제 2 호의 자격을 가진 자로 본다. 다만, 그 졸업예정시기에 졸업하고 해당 학위를 받아야 면허를 받을 수 있다.
 - ③ 제 1 항에도 불구하고 입학 당시 평가인증기관의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원에 입학한 사람으로서 그 대학 또는 전문대학원을 졸업하고 해당 학위를 받은 사람은 같은 항 제 1 호 및 제 2 호의 자격을 가진 사람으로 본다.

【「의료법」제 9 조(국가시험 등)】

- ① 의사·치과의사·한의사·조산사 또는 간호사 국가시험과 의사·치과의사·한의사 예비시험(이하 "국가시험등"이라 한다)은 매년 보건복지부장관이 시행한다.
- ② 보건복지부장관은 국가시험등의 관리를 대통령령으로 정하는 바에 따라 「한국보건의료인국가시험원법」에 따른 한국보건의료인국가시험원에 맡길 수 있다.
- ③ 보건복지부장관은 제 2 항에 따라 국가시험등의 관리를 맡긴 때에는 그 관리에 필요한 예산을 보조할 수 있다.
- ④ 국가시험등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

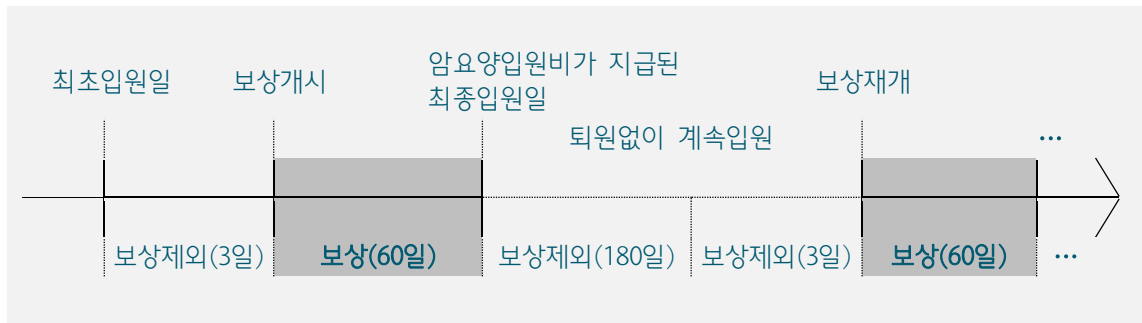
제7조【보험금의 지급사유】

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

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암(기타피부암, 갑상선암 제외)으로 진단이 확정되고 요양병원에 4일 이상 계속하여 입원하였을 때: 요양병원암입원비(3일초과 1일당, 1회 입원당 60일한도)
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 소액암으로 진단이 확정되고 요양병원에 4일 이상 계속하여 입원하였을 때: 요양병원소액암입원비(3일초과 1일당, 1회 입원당 60일한도)

제8조【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 제7조(보험금의 지급사유) 제1호 및 제2호의 입원비 지급일수는 1회 입원당 60일을 최고한도로 합니다.
- ② 제7조(보험금의 지급사유) 제1호 및 제2호의 경우 피보험자가 동일한 질병으로 입원한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하고 제1항의 규정을 적용합니다.
- ③ 제7조(보험금 지급사유)에서 정한 2가지 이상의 질병을 직접 치료하기 위한 목적으로 입원한 경우에는 가장 높은 요양병원입원비(요양병원암입원비 또는 요양병원소액암입원비를 말하며 이하 요양병원입원비라 함)를 지급하며 요양병원입원비가 동일한 경우에는 하나의 질병으로 인한 요양병원입원비를 지급합니다. 다만, 2가지 이상의 질병이 모두 입원치료가 필요한 질병인 경우에 한합니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 동일한 질병에 의한 입원이라도 제7조(보험금의 지급사유) 제1조 및 제2조의 입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지난후 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 이 때, 아래와 같이 요양병원입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 요양병원입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날부터 180일이 지난 후 새로운 입원이 개시한 것으로 봅니다.



- ⑤ 제7조(보험금의 지급사유) 제1호 및 제2호에서 지급사유에 해당하는 피보험자의 입원기간 중에 보험기간이 끝났을 때에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여는 제2항에 따라 입원비를 지급합니다. 다만, 보험기간이 끝난 후의 제3항에 의한 새로운 입원의 입원기간에 대해서는 입원비를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 제7조(보험금의 지급사유) 제1호 및 제2호의 '계속하여 입원'이란 중도 퇴원 없이 계속하여 입원하는 것을 뜻합니다. 다만, 피보험자가 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.
- ⑥ 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 2가지 이상의 질병으로 인하여 입원한 경우에는 가장 높은 요양병원암입원비를 지급하며, 요양병원암입원비가 동일한 경우에는 하나의 질병으로 인한 요양병원암입원비를 지급합니다.
- ⑦ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않는 때에는 회사는 요양병원암입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑧ 보험수익자와 회사가 제7조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【제3자】

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

제9조【보험금을 지급하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

【고의】

자기행위가 일정한 결과를 발생시킬 것을 인식하면서 그 행위를 하는 경우의 심리상태를 말합니다.

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급합니다.

【심신상실】

의식은 있으나 심신장애의 정도가 심해 자신의 행위 결과를 합리적으로 판단할 능력을 갖지 못한 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제10조【보험금의 청구】

- ① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(해당질병 입원증명서, 질병진단서(병명기입) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류(보험금 지급시 피보험자의 법정상속인이 아닌 자가 청구하는 경우 법정상속인의 확인서 등)

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 제1000조(상속의 순위)】

- ① 상속에 있어서는 다음 순위로 상속인이 된다.
 1. 피상속인의 직계비속
 2. 피상속인의 직계존속
 3. 피상속인의 형제자매
 4. 피상속인의 4촌 이내의 방계혈족
- ② 전항의 경우에 동순위의 상속인이 수인인 때에는 최근친을 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.
- ③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

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

제11조【보험금의 지급절차】

- ① 회사는 제10조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유 의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 지급합니다.

【보험금 지급일 예시】

보험금 청구서류 접수일이 2020년 10월 8일(목)인 경우 10/9(금, 한글날), 10/10(토), 10/11(일)은 회사의 영업일이 아니므로, 10/8(목)부터 3영업일인 10/14(수) 이내에 보험금을 지급합니다.(보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요하지 않은 경우에 한함)

- ② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 ‘별표6 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.
- ③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제10조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

【보험금 가지급제도】

지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도. 이는 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해주기 위해 회사가 먼저 지급해주는 임시 급부임.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청

【설명】

분쟁조정 신청은 주계약 약관 ‘분쟁의 조정’ 조항을 따르며 분쟁조정신청 대상기관은 금융감독원의 금융분쟁조정위원회를 말합니다.

3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제8조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제9항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 주계약 약관의 계약 전 알릴 의무 위반의 효과와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는

사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

【설명】

“정당한 사유”라 함은 사회통념상 그 의무나 책임 등을 이행할 수 없을만한 사정이 있거나, 그 의무나 책임 등의 이행을 기대하는 것이 무리라고 할 만한 사정이 있을 때를 말합니다.

- ⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청 시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제12조【특약의 체결 및 소멸】

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 본인형, 배우자형 중 선택하여 청약하고, 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 회사는 피보험자가 특약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.

【보험가입금액 제한】

피보험자가 가입을 할 수 있는 최대보험가입금액을 제한하는 방법

【일부보장 제외(부담보)】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 특정질병 또는 특정 신체 부위를 보장에서 제외하는 방법

【보험금 삭감】

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

【보험료 할증】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 보험가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 증가하는 위험 또는 기간의 경과에 상관없이 일정한 상태를 유지하는 위험에 적용하는 방법으로 위험정도에 따라 해당 보험료 이외에 특별보험료를 부가하는 방법

- ③ 회사는 특약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 특약은 청약일, 진단특약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
- ④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 평균공시이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 특약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.
- ⑤ 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
1. 주계약의 해지 및 기타사유에 따라 효력이 없게 된 경우
 2. 제13조(피보험자의 범위 및 자격의 득실)에서 정하는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우
 3. 배우자형에서 주계약의 피보험자가 퇴직 등의 사유로 피보험단체에서 탈퇴하는 경우
- ⑥ 배우자형의 경우, 제5항 제1호에도 불구하고 주계약이 사망 및 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력이 없게 된 경우에는 최종납입한 보험료의 효력이 종료되는 최종일(차회 보험료 납입해당일의 전일)까지 이 특약은 효력을 가집니다.
- ⑦ 제5항 제2호의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

【실종선고】

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해

사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

【「민법」 제27조(실종의 신고)】

- ① 부재자의 생사가 5년간 분명하지 아니한 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 한다.
- ② 전지에 임한 자, 침몰한 선박 중에 있던 자, 추락한 항공기 중에 있던 자, 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한 자의 생사가 전쟁종지 후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락, 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 아니한 때에도 제1항과 같다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

- ⑧ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료 중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료 중단 등 결정 및 그 이행은 제5항 제2호의 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

【「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」

호스피스·완화의료와 임종과정에 있는 환자의 연명의료와 연명의료중단 등 결정 및 그 이행에 필요한 사항을 규정함으로써 환자의 최선의이익을 보장하고 자기결정을 존중하여 인간으로서의 존엄과 가치를 보호하기 위해 제정된 법률

【책임준비금】

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

제13조【피보험자의 범위 및 자격의 득실】

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자로 합니다.
 2. 배우자형의 경우 주계약 피보험자의 특약을 체결할 때 가족관계등록부상 또는 주민등록부상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우, 이 특약은 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 배우자의 자격을 상실한 날부터 효력을 상실합니다. (다만, 주계약 피보험자가 사망한 경우 및 주계약 피보험자가 사망한 이후 배우자가 재혼한 경우, 배우자는 이 특약상의 피보험자 자격을 유지하며, 이 특약은 효력을 상실하지 않습니다)
- ③ 제2항의 경우 계약자는 지체없이 이 사실을 회사에 알려야 합니다.

【설명】

“지체없이”라 함은 “의무 이행을 정당한 이유 없이 지연하는 일이 없이”라는 의미입니다.

- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사가 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제14조【특약의 보장개시】

- ① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다. 다만, 제3조(‘암’, ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 30일이 지난 날의 다음 날로 하며, 회사는 그 날부터 이 특약이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

【보장개시일】

회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

【보장개시일, 암보장개시일 예시】

보장개시일과 암보장개시일은 다음과 같습니다.

(예시) 보장개시일

2020년 10월 1일에 제1회 보험료를 납입한 경우

보장개시일 : 2020년 10월 1일

(예시) 암보장개시일

2020년 10월 1일에 제1회 보험료를 납입한 경우

암보장개시일 : 2020년 10월 31일(2020년 10월 1일 + 30일 = 2020년 10월 31일)

- ② 제1항에도 불구하고 만기 이후 계속하여 새롭게 체결하는 계약(이하 '재계약'이라 합니다)의 경우 암에 대한 보장개시일은 새로운 계약일로 합니다.

제15조【특약의 무효】

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(실제 납입한 보험료를 말하며, 감액 등으로 회사가 실제 지급한 금액이 있는 경우 해당금액을 차감한 금액)를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

【보험계약대출이율의 공시】

보험계약대출이율은 회사의 인터넷 홈페이지(www.hanalife.co.kr) '상품공시실' 내 '적용이율공시'에서 공시합니다.

1. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다.
2. 피보험자가 계약일로부터 암에 대한 보장개시일 전일 이전에 제3조('암', '기타피부암' 및 '갑상선암'의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암(기타피부암, 갑상선암 제외)'으로 진단 확정되어 있는 경우

제16조【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다.

【보험가입금액의 감액】

보험료, 보험금, 책임준비금 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금, 책임준비금도 줄어듭니다.

- ③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 이 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.
- ④ 피보험자가 피보험단체로부터 탈퇴한 경우에 계약자는 지체없이 피보험자의 탈퇴년월일 및 사유를 회사에 알려야 합니다.

제17조【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 주계약과 동일합니다.

제4관 보험료의 납입

제18조【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 주계약과 동일합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 합니다.

제19조【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】

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

【납입최고(독촉)】

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

제20조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에

한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

【부활(효력회복)】

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

- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제14조(특약의 보장개시)를 준용합니다.

【설명】

“제14조(특약의 보장개시)를 준용”한다는 뜻은 “제14조(특약의 보장개시)를 표준으로 삼아 적용”한다는 뜻입니다.

제5관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제21조【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있습니다. 그러나 피보험자가 보험료의 일부 또는 전부를 부담하는 경우에는 피보험자의 동의를 받아야 합니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제22조【해지환급금】

이 특약의 해지환급금은 없습니다.

제6관 기타사항

제23조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표1 보험금 지급기준표

[기준: 보험가입금액 100만원]

급부명	지급사유	지급금액
요양병원입원비 (제7조 제1호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단이 확정되고, 4일 이상 계속하여 요양병원에 입원하였을 때(기타피부암, 갑상선암 제외)	3일 초과 1일당 2만원 (다만, 1회 입원당 60일 한도)
요양병원소액암입원비 (제7조 제2호)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 소액암으로 진단이 확정되고, 4일 이상 계속하여 요양병원에 입원하였을 때	3일 초과 1일당 1만원 (다만, 1회 입원당 60일 한도)

(주)

1. 주계약의 해지 및 기타사유에 따라 효력이 없게 된 경우 또는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 때에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
2. 암보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 30일이 지난날의 다음날입니다.
3. 제2호에도 불구하고 만기 후 계속하여 계약을 새롭게 체결하는 경우 암보장개시일은 새로운 계약일로 합니다.
4. 소액암이란 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양을 말합니다.
5. 이차성 암(C77~C80)의 경우 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 보장합니다. 따라서 기타피부암, 갑상선암이 전이되어 다른 암으로 진단받은 경우에도 원발부위 기준으로 보장합니다.

별표2 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)

약관에 규정하는 악성신생물(암)로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 악성신생물(암) 해당 여부를 판단합니다.

대상악성신생물	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물(암)	C00 - C14
2. 소화기관의 악성신생물(암)	C15 - C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물(암)	C30 - C39
4. 골 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40 - C41
5. 피부의 악성흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성신생물(암)	C45 - C49
7. 유방의 악성신생물(암)	C50
8. 여성 생식기관의 악성신생물(암)	C51 - C58
9. 남성 생식기관의 악성신생물(암)	C60 - C63
10. 요로의 악성신생물(암)	C64 - C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물(암)	C69 - C72
12. 부신의 악성신생물(암)	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물(암)	C75
14. 불명확한 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)	C76 - C80
15. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)	C81 - C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물(암)	C97
17. 진성 적혈구 증가증	D45
18. 골수 형성이상 증후군	D46
19. 만성 골수증식 질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

(주)

- 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 악성신생물(암) 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
- 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- 한국표준질병사인분류 지침서의 '사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다.

별표3 제자리의 신생물 분류표

약관에 규정하는 제자리의 신생물로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 제자리의 신생물 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
1. 구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01
3. 중이 및 호흡계통의 제자리암종	D02
4. 제자리흑색종	D03
5. 피부의 제자리암종	D04
6. 유방의 제자리암종	D05
7. 자궁경부의 제자리암종	D06
8. 기타 및 상세 불명의 생식기관의 제자리암종	D07
9. 기타 및 상세 불명 부위의 제자리암종	D09

(주)

1. 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 제자리의 신생물 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표4 행동양식불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에 규정하는 행동양식불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 행동양식불명 또는 미상의 신생물 해당 여부를 판단합니다.

대상질병명	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내 기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추신경계의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물	D47 (D47.1, D47.3, D47.4, D47.5 제외)
10. 기타 및 상세 불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물	D48

(주)

- 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 행동양식불명 또는 미상의 신생물 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
- 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- 만성 골수증식질환(D47.1), 본태성(출혈성) 혈소판혈증(D47.3), 골수섬유증(D47.4), 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군](D47.5)은 '9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물'에 포함되지 않는 것으로 보아 보장하지 않습니다.

별표5 재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

- ② 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제2조 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
 - 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
 - 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
 - 식량부족(X53)
 - 물 부족(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 이상반응 또는 이후 합병증의 원인이 된 외과적 및 기타 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장)
- ④ ‘자연의 힘에 노출(X30~X39)’ 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
- ⑤ ‘우발적 익사 및 익수(W65~W74), 호흡과 관련된 기타 불의의 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)’ 중 질병에 의한 호흡장애 및 삼킴장애
- ⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주)

- 1. () 안은 제 8 차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제 2020-175 호, 2021.1.1. 시행)상의 분류번호이며, 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 재해 해당여부는 피보험자가 해당 재해로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- 2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 재해에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 재해의 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.
- 3. 위 1. 보장대상이 되는 재해 ②에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용하며, 2. 보험금을 지급하지 않는 재해 ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

별표6 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제11조 제2항 관련)

구분	기간	지급이자
요양병원암입원비(제7조1호) 요양병원소액암입원비(제7조2호)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 +가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 +가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 +가산이율(8.0%)

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제11조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당하는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

11. 무배당 뇌출혈진단특약(본인형, 배우자형) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의	202
제1조【목적】	202
제2조【용어의 정의】.....	202
제2관 보험금의 지급.....	203
제3조【‘뇌출혈’의 정의 및 진단확정】.....	203
제4조【보험금의 지급사유】.....	204
제5조【보험금 지급에 관한 세부규정】.....	204
제6조【보험금을 지급하지 않는 사유】.....	204
제7조【보험금의 청구】	205
제8조【보험금의 지급절차】	205
제9조【보험금 받는 방법의 변경】.....	206
제3관 특약의 성립과 유지	206
제10조【특약의 체결 및 소멸】	206
제11조【피보험자의 범위 및 자격의 득실】	208
제12조【특약의 보장개시】.....	208
제13조【특약의 무효】.....	208
제14조【특약내용의 변경 등】.....	208
제15조【특약의 보험기간】.....	209
제4관 보험료의 납입.....	209
제16조【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】	209
제17조【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】	209
제18조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)]	209

제5관 특약의 해지 및 해지환급금 등.....	209

제19조【계약자의 임의해지】.....	209

제20조【해지환급금】	209

제6관 기타사항	210

제21조【주계약 약관의 준용】.....	210

별표1 보험금 지급기준표	211

별표2 뇌출혈 분류표	212

별표3 재해분류표.....	213

별표4 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	214

11. 무배당 뇌출혈진단특약(본인형, 배우자형) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조[목적]

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제4조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조[용어의 정의]

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어

가. 계약자: 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

나. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.

다. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

라. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

마. 주계약: 기본이 되는 보험계약으로 주된 보험계약을 말합니다.

2. 지급사유 관련 용어

가. 재해: '별표3 재해분류표'에서 정한 재해를 말합니다.

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

3. 지급금과 이자율 관련 용어

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

【연단위 복리 예시】

원금 100원, 연간 10% 이자율 적용시 연단위 복리로 계산한 2년시점의 총 이자금액

· 1년차 이자 = $\frac{100\text{원}}{\text{원금}} \times 10\% = 10\text{원}$

· 2년차 이자 = $\frac{(100\text{원} + 10\text{원})}{\text{원금} \quad 1\text{년차 이자}} \times 10\% = 11\text{원}$

⇒ 2년 시점의 총 이자금액 = 10원 + 11원 = 21원

나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다.

평균공시이율은 회사의 홈페이지(www.hanallife.co.kr) 상품공시실에서 확인할 수 있습니다.

다. 해지환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, 「관공서의 공휴일에 관한 규정」에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

【「관공서의 공휴일에 관한 규정」】

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

1. 일요일

2. 국경일 중 3.1절, 광복절, 개천절 및 한글날

3. 1월 1일

4. 설날 전날, 설날, 설날 다음날(음력 12월 말일, 1월 1일, 2일)

5. 석제<2005.6.30.>

6. 석가탄신일(음력 4월 8일)

7. 5월 5일(어린이날)
8. 6월 6일(현충일)
9. 추석 전날, 추석, 추석 다음날(음력 8월 14일, 15일, 16일)
10. 12월 25일(기독탄신일)
- 10의 2. 「공직선거법」 제34조에 따른 임기만료에 의한 선거의 선거일
11. 기타 정부에서 수시 지정하는 날

제3조(대체공휴일)

- ① 제2조 제4호 또는 제9호에 따른 공휴일이 다른 공휴일과 겹칠 경우 제2조 제4호 또는 제9호에 따른 공휴일 다음 첫번째 비공휴일을 공휴일로 한다.
- ② 제2조 제7호에 따른 공휴일이 토요일이나 다른 공휴일과 겹칠 경우 제2조 제7호에 따른 공휴일의 다음 첫번째 비공휴일을 공휴일로 한다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제2관 보험금의 지급

제3조【‘뇌출혈’의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 ‘뇌출혈’이라 함은 제7차 개정 한국표준질병사인분류 중 뇌출혈 분류표(‘별표2 뇌출혈 분류표’ 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② ‘뇌출혈’의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 「의료법」 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 의사 또는 한의사 면허를 가진자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

【‘의료법」 제3조(의료기관)】

- ① 이 법에서 “의료기관”이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 “의료업”이라 한다)을 하는 곳을 말한다.
- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
 1. 의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 의원
 - 나. 치과의원
 - 다. 한의원
 2. 조산원: 조산사가 조산과 임신부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다.
 3. 병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 병원
 - 나. 치과병원
 - 다. 한방병원
 - 라. 요양병원(「장애인복지법」 제58조 제1항 제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
 - 마. 정신병원
 - 바. 종합병원
- ③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항 제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【「의료법」제 5 조(의사·치과의사 및 한의사 면허)】

- ① 의사·치과의사 또는 한의사가 되려는 자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자격을 가진 자로서 제 9 조에 따른 의사·치과의사 또는 한의사 국가시험에 합격한 후 보건복지부장관의 면허를 받아야 한다.
 1. 「고등교육법」 제 11 조의 2 에 따른 인정기관(이하 "평가인증기구"라 한다)의 인증(이하 "평가인증기구의 인증"이라 한다)을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학을 졸업하고 의학사·치의학사 또는 한의학사 학위를 받은 자
 2. 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 전문대학원을 졸업하고 석사학위 또는 박사학위를 받은 자
 3. 외국의 제 1 호나 제 2 호에 해당하는 학교(보건복지부장관이 정하여 고시하는 인정기준에 해당하는 학교를 말한다)를 졸업하고 외국의 의사·치과의사 또는 한의사 면허를 받은 자로서 제 9 조에 따른 예비시험에 합격한 자
- ② 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원을 6 개월 이내에 졸업하고 해당 학위를 받을 것으로 예정된 자는 제 1 항제 1 호 및 제 2 호의 자격을 가진 자로 본다. 다만, 그 졸업예정시기에 졸업하고 해당 학위를 받아야 면허를 받을 수 있다.
- ③ 제 1 항에도 불구하고 입학 당시 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원에 입학한 사람으로서 그 대학 또는 전문대학원을 졸업하고 해당 학위를 받은 사람은 같은 항 제 1 호 및 제 2 호의 자격을 가진 사람으로 본다.

【「의료법」제 9 조(국가시험 등)】

- ① 의사·치과의사·한의사·조산사 또는 간호사 국가시험과 의사·치과의사·한의사 예비시험(이하 "국가시험등"이라 한다)은 매년 보건복지부장관이 시행한다.
- ② 보건복지부장관은 국가시험등의 관리를 대통령령으로 정하는 바에 따라 「한국보건 의료인국가시험원법」에 따른 한국보건 의료인국가시험원에 맡길 수 있다.
- ③ 보건복지부장관은 제 2 항에 따라 국가시험등의 관리를 맡긴 때에는 그 관리에 필요한 예산을 보조할 수 있다.
- ④ 국가시험등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제4조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 뇌출혈로 진단이 확정되었을 경우에는 보험수익자에게 뇌출혈진단자금(별표1 보험금 지급기준표 참조)을 지급합니다.

제5조【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하고 그 후에 뇌출혈을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 제4조(보험금의 지급사유)의 뇌출혈 진단자금을 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【제 3 자】

어떤 법률관계에 있어서 직접 참여하는 자를 당사자라고 하며, 그 이외의 자를 제 3 자라고 합니다.

제6조【보험금을 지급하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

【고의】

자기행위가 일정한 결과를 발생시킬 것을 인식하면서 그 행위를 하는 경우의 심리상태를 말합니다.

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급합니다.

【심신상실】

의식은 있으나 심신장애의 정도가 심해 자신의 행위 결과를 합리적으로 판단할 능력을 갖지 못한 상태

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

제7조【보험금의 청구】

- ① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(뇌출혈진단서, 사망진단서 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류(뇌출혈진단자금 지급시 피보험자의 법정상속인이 아닌 자가 청구하는 경우 법정상속인의 확인서 등)

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 민법의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 제1000조(상속의 순위)】

- ① 상속에 있어서는 다음 순위로 상속인이 된다.
 1. 피상속인의 직계비속
 2. 피상속인의 직계존속
 3. 피상속인의 형제자매
 4. 피상속인의 4촌 이내의 방계혈족
- ② 전항의 경우에 동순위의 상속인이 수인인 때에는 최근친을 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.
- ③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

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

제8조【보험금의 지급절차】

- ① 회사는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유 의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 지급합니다.

【보험금 지급일 예시】

보험금 청구서류 접수일이 2020년 10월 8일(목)인 경우 10/9(금, 한글날), 10/10(토), 10/11(일)은 회사의 영업일이 아니므로, 10/8(목)부터 3영업일인 10/14(수) 이내에 보험금을 지급합니다.(보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요하지 않은 경우에 한함)

- ② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '별표4 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.
- ③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

【보험금 가지급제도】

지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도. 이는 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해주기 위해 회사가 먼저 지급해주는 임시 급부임.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청

【설명】

분쟁조정 신청은 주계약 약관 ‘분쟁의 조정’ 조항을 따르며 분쟁조정신청 대상기관은 금융감독원의 금융분쟁조정위원회를 말합니다.

3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제2항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가급적보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 주계약 약관의 계약 전 알릴 의무 위반의 효과와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

【설명】

“정당한 사유”라 함은 사회통념상 그 의무나 책임 등을 이행할 수 없을만한 사정이 있거나, 그 의무나 책임 등의 이행을 기대하는 것이 무리라고 할 만한 사정이 있을 때를 말합니다.

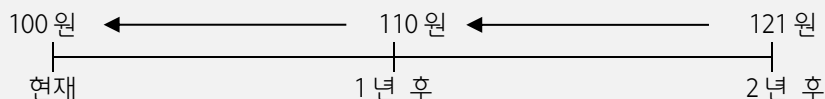
- ⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청 시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제9조【보험금 받는 방법의 변경】

- ① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 제4조(보험금의 지급사유)에서 정하는 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

【연단위 복리로 할인한 금액 계산예시】

원금 121 원, 연간 10% 할인을 적용시 연단위 복리로 2년 할인하여 계산한 금액



$$\cdot 1 \text{년 할인} = \frac{121 \text{ 원}}{2 \text{년후 원금}} \div (1+10\%) = 110 \text{ 원}$$

할인율

$$\cdot 2 \text{년 할인} = \frac{110 \text{ 원}}{1 \text{년 할인한 금액}} \div (1+10\%) = 100 \text{ 원}$$

할인율

⇒ 2년 후의 원금 121 원의 현재기준 할인된 금액 = 100 원

제3관 특약의 성립과 유지

제10조【특약의 체결 및 소멸】

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 본인형, 배우자형 중 선택하여 청약하고, 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 회사는 피보험자가 특약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.

【보험가입금액 제한】

피보험자가 가입을 할 수 있는 최대보험가입금액을 제한하는 방법

【일부보장 제외(부담보)】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 특정질병 또는 특정 신체 부위를 보장에서 제외하는 방법

【보험금 삭감】

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

【보험료 할증】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 보험가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 증가하는 위험 또는 기간의 경과에 상관없이 일정한 상태를 유지하는 위험에 적용하는 방법으로 위험정도에 따라 해당 보험료 이외에 특별보험료를 추가하는 방법

- ③ 회사는 특약의 청약에 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 특약은 청약일, 진단특약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
- ④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 평균공시이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 특약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.
- ⑤ 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
 1. 주계약의 해지 및 기타사유에 따라 효력이 없게 된 경우
 2. 제11조(피보험자의 범위 및 자격의 득실)에서 정하는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우
 3. 제4조(보험금의 지급사유)에서 정하는 보험금 지급사유가 발생한 경우
 4. 배우자형에서 주계약의 피보험자가 퇴직 등의 사유로 피보험단체에서 탈퇴하는 경우
- ⑥ 배우자형의 경우, 제5항 제1호에도 불구하고 주계약이 사망 및 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력이 없게 된 경우에는 최종납입한 보험료의 효력이 종료되는 최종일(차회 보험료 납입해당일의 전일)까지 이 특약은 효력을 가집니다.
- ⑦ 제5항 제2호의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

【실종선고】

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

【「민법」 제27조(실종의 선고)】

- ① 부재자의 생사가 5년간 분명하지 아니한 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 한다.
- ② 전지에 임한 자, 침몰한 선박 중에 있던 자, 추락한 항공기 중에 있던 자, 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한 자의 생사가 전쟁중지 후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락, 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 아니한 때에도 제1항과 같다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

- ⑧ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료 중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료 중단 등 결정 및 그 이행은 제5항 제2호의 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

【「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」

호스피스·완화의료와 임종과정에 있는 환자의 연명의료와 연명의료중단 등 결정 및 그 이행에

필요한 사항을 규정함으로써 환자의 최선의이익을 보장하고 자기결정을 존중하여 인간으로서의 존엄과 가치를 보호하기 위해 제정된 법률

【책임준비금】

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

제11조【피보험자의 범위 및 자격의 득실】

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자로 합니다.
 2. 배우자형의 경우 주계약 피보험자의 특약을 체결할 때 가족관계등록부상 또는 주민등록부상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우, 이 특약은 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 배우자의 자격을 상실한 날부터 효력을 상실합니다. (다만, 주계약 피보험자가 사망한 경우 및 주계약 피보험자가 사망한 이후 배우자가 재혼한 경우, 배우자는 이 특약상의 피보험자 자격을 유지하며, 이 특약은 효력을 상실하지 않습니다)
- ③ 제2항의 경우 계약자는 지체없이 이 사실을 회사에 알려야 합니다.

【설명】

“지체없이”라 함은 “의무 이행을 정당한 이유 없이 지연하는 일이 없이”라는 의미입니다.

- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사가 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제12조【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

【보장개시일】

회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

제13조【특약의 무효】

이 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(실제 납입한 보험료를 말하며, 감액 등으로 회사가 실제 지급한 금액이 있는 경우 해당금액을 차감한 금액)를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

【보험계약대출이율의 공시】

보험계약대출이율은 회사의 인터넷 홈페이지(www.hanalife.co.kr) ‘상품공시실’ 내 ‘적용이율공시’에서 공시합니다.

제14조【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다.

【보험가입금액의 감액】

보험료, 보험금, 책임준비금 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금, 책임준비금도 줄어듭니다.

- ③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 이 특약의 내용을 변경할 수

없습니다.

- ④ 피보험자가 피보험단체로부터 탈퇴한 경우에 계약자는 지체없이 피보험자의 탈퇴년월일 및 사유를 회사에 알려야 합니다.

제15조【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 주계약과 동일합니다.

제4관 보험료의 납입

제16조【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 주계약과 동일합니다.
② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 합니다.

제17조【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】

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

【납입최고(독촉)】

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

제18조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】

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

【부활(효력회복)】

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

- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제12조(특약의 보장개시)를 준용합니다.

【설명】

“제12조(특약의 보장개시)를 준용”한다는 뜻은 “제12조(특약의 보장개시)를 표준으로 삼아 적용”한다는 뜻입니다.

제5관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제19조【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있습니다. 그러나 피보험자가 보험료의 일부 또는 전부를 부담하는 경우에는 피보험자의 동의를 받아야 합니다.
② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제20조【해지환급금】

이 특약의 해지환급금은 없습니다.

제6관 기타사항

제21조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표1 보험금 지급기준표

[기준: 보험가입금액 1,000만원]

급부명	지급사유	지급금액
뇌출혈진단자금 (제4조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 뇌출혈로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회한)	1,000만원

(주)

주계약의 해지 및 기타사유에 따라 효력이 없게 된 경우 또는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 때에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.

별표2 뇌출혈 분류표

약관에 규정하는 ‘뇌출혈’로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 뇌출혈 해당 여부를 판단합니다.

대상질병명	분류번호
1. 거미막하출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내출혈	I62

(주)

- 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 뇌출혈 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
- 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표3 재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제2조 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
 - 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
 - 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
 - 식량부족(X53)
 - 물 부족(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 이상반응 또는 이후 합병증의 원인이 된 외과적 및 기타 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장)
- ④ ‘자연의 힘에 노출(X30~X39)’ 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
- ⑤ ‘우발적 익사 및 익수(W65~W74), 호흡과 관련된 기타 불의의 위험(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)’ 중 질병에 의한 호흡장애 및 삼킴장애
- ⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주)

1. () 안은 제 8 차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제 2020-175 호, 2021.1.1. 시행)상의 분류번호이며, 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 재해 해당여부는 피보험자가 해당 재해로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 재해에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 재해의 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 위 1. 보장대상이 되는 재해 ②에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용하며, 2. 보험금을 지급하지 않는 재해 ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

별표4 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제8조 제2항 관련)

구분	기간	지급이자
뇌출혈진단자금 (제4조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 +가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 +가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 +가산이율(8.0%)

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제8조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당하는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

12. 무배당 급성심근경색증진단특약(본인형, 배우자형) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의	217
제1조【목적】	217
제2조【용어의 정의】.....	217
제2관 보험금의 지급.....	218
제3조【‘급성심근경색증’의 정의 및 진단확정】.....	218
제4조【보험금의 지급사유】	219
제5조【보험금 지급에 관한 세부규정】.....	219
제6조【보험금을 지급하지 않는 사유】.....	219
제7조【보험금의 청구】	220
제8조【보험금의 지급절차】	220
제9조【보험금 받는 방법의 변경】.....	221
제3관 특약의 성립과 유지	221
제10조【특약의 체결 및 소멸】	221
제11조【피보험자의 범위 및 자격의 득실】	223
제12조【특약의 보장개시】.....	223
제13조【특약의 무효】.....	223
제14조【특약내용의 변경 등】.....	223
제15조【특약의 보험기간】.....	224
제4관 보험료의 납입.....	224
제16조【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】	224
제17조【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】	224
제18조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】	224

제5관 특약의 해지 및 해지환급금 등.....	224

제19조【계약자의 임의해지】.....	224

제20조【해지환급금】	224

제6관 기타사항	225

제21조【주계약 약관의 준용】.....	225

별표1 보험금 지급기준표	226

별표2 급성심근경색증 분류표.....	227

별표3 재해분류표.....	228

별표4 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	229

12. 무배당 급성심근경색증진단특약(본인형, 배우자형) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조【목적】

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제4조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조【용어의 정의】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어

가. 계약자: 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

나. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.

다. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

라. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

마. 주계약: 기본이 되는 보험계약으로 주된 보험계약을 말합니다.

2. 지급사유 관련 용어

가. 재해: '별표3 재해분류표'에서 정한 재해를 말합니다.

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

3. 지급금과 이자율 관련 용어

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

【연단위 복리 예시】

원금 100원, 연간 10% 이자율 적용시 연단위 복리로 계산한 2년시점의 총 이자금액

· 1년차 이자 = $\frac{100\text{원}}{\text{원금}} \times 10\% = 10\text{원}$

· 2년차 이자 = $\frac{(100\text{원} + 10\text{원})}{\text{원금} \quad 1\text{년차 이자}} \times 10\% = 11\text{원}$

⇒ 2년 시점의 총 이자금액 = 10원 + 11원 = 21원

나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다.

평균공시이율은 회사의 홈페이지(www.hanalife.co.kr) 상품공시실에서 확인할 수 있습니다.

다. 해지환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, 「관공서의 공휴일에 관한 규정」에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

【「관공서의 공휴일에 관한 규정」】

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

1. 일요일

2. 국경일 중 3.1절, 광복절, 개천절 및 한글날

3. 1월 1일

4. 설날 전날, 설날, 설날 다음날(음력 12월 말일, 1월 1일, 2일)

5. 석제<2005.6.30.>

6. 석가탄신일(음력 4월 8일)

7. 5월 5일(어린이날)
8. 6월 6일(현충일)
9. 추석 전날, 추석, 추석 다음날(음력 8월 14일, 15일, 16일)
10. 12월 25일(기독탄신일)
- 10의 2. 「공직선거법」 제34조에 따른 임기만료에 의한 선거의 선거일
11. 기타 정부에서 수시 지정하는 날

제3조(대체공휴일)

- ① 제2조 제4호 또는 제9호에 따른 공휴일이 다른 공휴일과 겹칠 경우 제2조 제4호 또는 제9호에 따른 공휴일 다음 첫번째 비공휴일을 공휴일로 한다.
- ② 제2조 제7호에 따른 공휴일이 토요일이나 다른 공휴일과 겹칠 경우 제2조 제7호에 따른 공휴일의 다음 첫번째 비공휴일을 공휴일로 한다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제2관 보험금의 지급

제3조【‘급성심근경색증’의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 ‘급성심근경색증’이라 함은 제7차 개정 한국표준질병사인분류 중 급성심근경색증 분류표(‘별표2 급성심근경색증 분류표’ 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 급성심근경색증의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련 법에서 정한 의료기관에서 「의료법」 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 의사 또는 한의사 면허를 가진자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액 중 심장 효소검사, 핵의학 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 보험기간 중 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 급성심근경색증으로 확정되거나 추정되는 경우

【「의료법」 제3조(의료기관)】

- ① 이 법에서 “의료기관”이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 “의료업”이라 한다)을 하는 곳을 말한다.
- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
 1. 의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 의원
 - 나. 치과의원
 - 다. 한의원
 2. 조산원: 조산사가 조산과 임신부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다.
 3. 병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 병원
 - 나. 치과병원
 - 다. 한방병원
 - 라. 요양병원(「장애인복지법」 제58조 제1항 제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
 - 마. 정신병원
 - 바. 종합병원
- ③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항 제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【「의료법」제 5 조(의사·치과의사 및 한의사 면허)】

- ① 의사·치과의사 또는 한의사가 되려는 자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자격을 가진 자로서 제 9 조에 따른 의사·치과의사 또는 한의사 국가시험에 합격한 후 보건복지부장관의 면허를 받아야 한다.
 1. 「고등교육법」 제 11 조의 2 에 따른 인정기관(이하 "평가인증기구"라 한다)의 인증(이하 "평가인증기구의 인증"이라 한다)을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학을 졸업하고 의학사·치의학사 또는 한의학사 학위를 받은 자
 2. 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 전문대학원을 졸업하고 석사학위 또는 박사학위를 받은 자
 3. 외국의 제 1 호나 제 2 호에 해당하는 학교(보건복지부장관이 정하여 고시하는 인정기준에 해당하는 학교를 말한다)를 졸업하고 외국의 의사·치과의사 또는 한의사 면허를 받은 자로서 제 9 조에 따른 예비시험에 합격한 자
- ② 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원을 6 개월 이내에 졸업하고 해당 학위를 받을 것으로 예정된 자는 제 1 항제 1 호 및 제 2 호의 자격을 가진 자로 본다. 다만, 그 졸업예정시기에 졸업하고 해당 학위를 받아야 면허를 받을 수 있다.
- ③ 제 1 항에도 불구하고 입학 당시 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원에 입학한 사람으로서 그 대학 또는 전문대학원을 졸업하고 해당 학위를 받은 사람은 같은 항 제 1 호 및 제 2 호의 자격을 가진 사람으로 본다.

【「의료법」제 9 조(국가시험 등)】

- ① 의사·치과의사·한의사·조산사 또는 간호사 국가시험과 의사·치과의사·한의사 예비시험(이하 "국가시험등"이라 한다)은 매년 보건복지부장관이 시행한다.
- ② 보건복지부장관은 국가시험등의 관리를 대통령령으로 정하는 바에 따라 「한국보건의료인국가시험원법」에 따른 한국보건의료인국가시험원에 맡길 수 있다.
- ③ 보건복지부장관은 제 2 항에 따라 국가시험등의 관리를 맡긴 때에는 그 관리에 필요한 예산을 보조할 수 있다.
- ④ 국가시험등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제4조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 급성심근경색증으로 진단이 확정되었을 경우에는 보험수익자에게 급성심근경색증 진단자금(‘별표1 보험금 지급기준표’ 참조)을 지급합니다.

제5조【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하고 그 후에 급성심근경색증을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 제4조(보험금의 지급사유)의 급성심근경색증 진단자금을 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【제3자】

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

제6조【보험금을 지급하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

【고의】

자기행위가 일정한 결과를 발생시킬 것을 인식하면서 그 행위를 하는 경우의 심리상태를 말합니다.

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우

제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급합니다.

【심신상실】

의식은 있으나 심신장애의 정도가 심해 자신의 행위 결과를 합리적으로 판단할 능력을 갖지 못한 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제7조【보험금의 청구】

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(급성심근경색증 진단서, 사망진단서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류(급성심근경색증 진단자금 지급시 피보험자의 법정상속인이 아닌 자가 청구하는 경우 법정상속인의 확인서 등)

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 제1000조(상속의 순위)】

① 상속에 있어서는 다음 순위로 상속인이 된다.

1. 피상속인의 직계비속
2. 피상속인의 직계존속
3. 피상속인의 형제자매
4. 피상속인의 4촌 이내의 방계혈족

② 전항의 경우에 동순위의 상속인이 수인인 때에는 최근친을 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.

③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

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

제8조【보험금의 지급절차】

① 회사는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유 의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 지급합니다.

【보험금 지급일 예시】

보험금 청구서류 접수일이 2020년 10월 8일(목)인 경우 10/9(금, 한글날), 10/10(토), 10/11(일)은 회사의 영업일이 아니므로, 10/8(목)부터 3영업일인 10/14(수) 이내에 보험금을 지급합니다.(보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요하지 않은 경우에 한함)

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 ‘별표4 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.

③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

【보험금 가지급제도】

지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도 이는 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해주기 위해 회사가 먼저

지급해주는 임시 급부임.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청

【설명】

분쟁조정 신청은 주계약 약관 ‘분쟁의 조정’ 조항을 따르며 분쟁조정신청 대상기관은 금융감독원의 금융분쟁조정위원회를 말합니다.

3. 수사기관의 조사
 4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
 5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유에 대한 조사와 확인이 지연되는 경우
 6. 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제2항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가급적 보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 주계약 약관의 계약 전 알릴 의무 위반의 효과와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

【설명】

“정당한 사유”라 함은 사회통념상 그 의무나 책임 등을 이행할 수 없을만한 사정이 있거나, 그 의무나 책임 등의 이행을 기대하는 것이 무리라고 할 만한 사정이 있을 때를 말합니다.

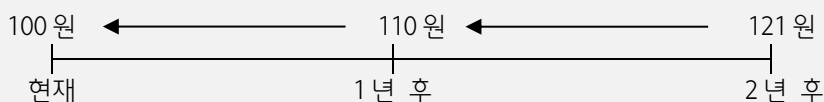
- ⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청 시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제9조【보험금 받는 방법의 변경】

- ① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 제4조(보험금의 지급사유)에서 정하는 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

【연단위 복리로 할인한 금액 계산예시】

원금 121 원, 연간 10% 할인을 적용시 연단위 복리로 2년 할인하여 계산한 금액



$$\cdot 1 \text{년 할인} = \frac{121 \text{ 원}}{2 \text{년 후 원금}} \div (1 + \frac{10\%}{\text{할인율}}) = 110 \text{ 원}$$

$$\cdot 2 \text{년 할인} = \frac{110 \text{ 원}}{1 \text{년 할인한 금액}} \div (1 + \frac{10\%}{\text{할인율}}) = 100 \text{ 원}$$

⇒ 2년 후의 원금 121 원의 현재기준 할인된 금액 = 100 원

제3관 특약의 성립과 유지

제10조【특약의 체결 및 소멸】

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 본인형, 배우자형 중 선택하여 청약하고, 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 회사는 피보험자가 특약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.

【보험가입금액 제한】

피보험자가 가입을 할 수 있는 최대보험가입금액을 제한하는 방법

【일부보장 제외(부담보)】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 특정질병 또는 특정 신체 부위를 보장에서 제외하는 방법

【보험금 삭감】

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

【보험료 할증】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 보험가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 증가하는 위험 또는 기간의 경과에 상관없이 일정한 상태를 유지하는 위험에 적용하는 방법으로 위험정도에 따라 해당 보험료 이외에 특별보험료를 추가하는 방법

- ③ 회사는 특약의 청약에 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 특약은 청약일, 진단특약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
- ④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 평균공시이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 특약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.
- ⑤ 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
 1. 주계약의 해지 및 기타사유에 따라 효력이 없게 된 경우
 2. 제11조(피보험자의 범위 및 자격의 득실)에서 정하는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우
 3. 제4조(보험금의 지급사유)에서 정하는 보험금 지급사유가 발생한 경우
 4. 배우자형에서 주계약의 피보험자가 퇴직 등의 사유로 피보험단체에서 탈퇴하는 경우
- ⑥ 배우자형의 경우, 제5항 제1호에도 불구하고 주계약이 사망 및 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력이 없게 된 경우에는 최종납입한 보험료의 효력이 종료되는 최종일(차회 보험료 납입해당일의 전일)까지 이 특약은 효력을 가집니다.
- ⑦ 제5항 제2호의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

【실종선고】

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

【「민법」 제27조(실종의 선고)】

- ① 부재자의 생사가 5년간 분명하지 아니한 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 한다.
- ② 전지에 임한 자, 침몰한 선박 중에 있던 자, 추락한 항공기 중에 있던 자, 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한 자의 생사가 전쟁중지 후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락, 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 아니한 때에도 제1항과 같다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

- ⑧ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료 중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료 중단 등 결정 및 그 이행은 제5항 제2호의 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

【「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」

호스피스·완화의료와 임종과정에 있는 환자의 연명의료와 연명의료중단 등 결정 및 그 이행에

필요한 사항을 규정함으로써 환자의 최선의이익을 보장하고 자기결정을 존중하여 인간으로서의 존엄과 가치를 보호하기 위해 제정된 법률

【책임준비금】

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

제11조【피보험자의 범위 및 자격의 득실】

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자로 합니다.
 2. 배우자형의 경우 주계약 피보험자의 특약을 체결할 때 가족관계등록부상 또는 주민등록부상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우, 이 특약은 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 배우자의 자격을 상실한 날부터 효력을 상실합니다. (다만, 주계약 피보험자가 사망한 경우 및 주계약 피보험자가 사망한 이후 배우자가 재혼한 경우, 배우자는 이 특약상의 피보험자 자격을 유지하며, 이 특약은 효력을 상실하지 않습니다)
- ③ 제2항의 경우 계약자는 지체없이 이 사실을 회사에 알려야 합니다.

【설명】

“지체없이”라 함은 “의무 이행을 정당한 이유 없이 지연하는 일이 없이”라는 의미입니다.

- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사가 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제12조【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

【보장개시일】

회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

제13조【특약의 무효】

이 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(실제 납입한 보험료를 말하며, 감액 등으로 회사가 실제 지급한 금액이 있는 경우 해당금액을 차감한 금액)를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

【보험계약대출이율의 공시】

보험계약대출이율은 회사의 인터넷 홈페이지(www.hanalife.co.kr) ‘상품공시실’ 내 ‘적용이율공시’에서 공시합니다.

제14조【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다.

【보험가입금액의 감액】

보험료, 보험금, 책임준비금 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금, 책임준비금도 줄어듭니다.

- ③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 이 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

- ④ 피보험자가 피보험단체로부터 탈퇴한 경우에 계약자는 지체없이 피보험자의 탈퇴년월일 및 사유를 회사에 알려야 합니다.

제15조【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 주계약과 동일합니다.

제4관 보험료의 납입

제16조【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 주계약과 동일합니다.
② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 합니다.

제17조【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】

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

【납입최고(독촉)】

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

제18조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】

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

【부활(효력회복)】

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

- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제12조(특약의 보장개시)를 준용합니다.

【설명】

“제12조(특약의 보장개시)를 준용”한다는 뜻은 “제12조(특약의 보장개시)를 표준으로 삼아 적용”한다는 뜻입니다.

제5관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제19조【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있습니다. 그러나 피보험자가 보험료의 일부 또는 전부를 부담하는 경우에는 피보험자의 동의를 받아야 합니다.
② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제20조【해지환급금】

이 특약의 해지환급금은 없습니다.

제6관 기타사항

제21조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표1 보험금 지급기준표

[기준: 보험가입금액 1,000만원]

급부명	지급사유	지급금액
급성심근경색증 진단자금 (제4조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 급성심근경색증으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회한)	1,000만원

(주)

주계약의 해지 및 기타사유에 따라 효력이 없게 된 경우 또는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 때에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.

별표2 급성심근경색증 분류표

약관에 규정하는 ‘급성심근경색증’으로 분류되는 질병은 제 8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 급성심근경색증 해당 여부를 판단합니다.

대상질병명	분류번호
1. 급성 심근경색증	I21
2. 후속 심근경색증	I22
3. 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23

(주)

- 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 급성심근경색증의 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
- 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표3 재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」제2조 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
 - 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
 - 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
 - 식량부족(X53)
 - 물 부족(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 이상반응 또는 이후 합병증의 원인이 된 외과적 및 기타 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장)
- ④ ‘자연의 힘에 노출(X30~X39)’ 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
- ⑤ ‘우발적 익사 및 익수(W65~W74), 호흡과 관련된 기타 불의의 위험(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)’ 중 질병에 의한 호흡장애 및 삼킴장애
- ⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주)

1. () 안은 제 8 차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제 2020-175 호, 2021.1.1. 시행)상의 분류번호이며, 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 재해 해당여부는 피보험자가 해당 재해로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 재해에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 재해의 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 위 1. 보장대상이 되는 재해 ②에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용하며, 2. 보험금을 지급하지 않는 재해 ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

별표4 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제8조 제2항 관련)

구분	기간	지급이자
급성심근경색증 진단자금 (제4조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 +가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 +가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 +가산이율(8.0%)

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제8조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당하는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

13. 무배당 수술특약(본인형, 배우자형) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의	232
제1조【목적】	232
제2조【용어의 정의】.....	232
제2관 보험금의 지급.....	233
제3조【‘수술’의 정의와 장소】.....	233
제4조【보험금의 지급사유】.....	234
제5조【보험금 지급에 관한 세부규정】.....	234
제6조【보험금을 지급하지 않는 사유】.....	235
제7조【보험금의 청구】	235
제8조【보험금의 지급절차】	235
제3관 특약의 성립과 유지	236
제9조【특약의 체결 및 소멸】.....	236
제10조【피보험자의 범위 및 자격의 득실】	237
제11조【특약의 보장개시】.....	238
제12조【특약의 무효】.....	238
제13조【특약내용의 변경 등】.....	238
제14조【특약의 보험기간】.....	238
제4관 보험료의 납입.....	238
제15조【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】	238
제16조【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】	239
제17조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)]	239

제5관 특약의 해지 및 해지환급금 등 239

제18조【계약자의 임의해지】..... 239

제19조【해지환급금】 239

제6관 기타사항 239

제20조【주계약 약관의 준용】..... 239

별표1 보험금 지급기준표 240

별표2 1~5종 수술분류표..... 241

별표3 재해분류표..... 247

별표4 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 248

13. 무배당 수술특약(본인형, 배우자형) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조[목적]

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제4조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조[용어의 정의]

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어

가. 계약자: 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

나. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.

다. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

라. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

마. 주계약: 기본이 되는 보험계약으로 주된 보험계약을 말합니다.

2. 지급사유 관련 용어

가. 재해: '별표3 재해분류표'에서 정한 재해를 말합니다.

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

3. 지급금과 이자율 관련 용어

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

【연단위 복리 예시】

원금 100원, 연간 10% 이자율 적용시 연단위 복리로 계산한 2년시점의 총 이자금액

· 1년차 이자 = $\frac{100\text{원}}{\text{원금}} \times 10\% = 10\text{원}$

· 2년차 이자 = $\frac{(100\text{원} + 10\text{원})}{\text{원금} \quad 1\text{년차 이자}} \times 10\% = 11\text{원}$

⇒ 2년 시점의 총 이자금액 = 10원 + 11원 = 21원

나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다. 평균공시이율은 회사의 홈페이지(www.hanallife.co.kr) 상품공시실에서 확인할 수 있습니다.

다. 해지환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, 「관공서의 공휴일에 관한 규정」에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

【「관공서의 공휴일에 관한 규정」】

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

1. 일요일

2. 국경일 중 3.1절, 광복절, 개천절 및 한글날

3. 1월 1일

4. 설날 전날, 설날, 설날 다음날(음력 12월 말일, 1월 1일, 2일)

5. 석제<2005.6.30.>

6. 석가탄신일(음력 4월 8일)

7. 5월 5일(어린이날)
8. 6월 6일(현충일)
9. 추석 전날, 추석, 추석 다음날(음력 8월 14일, 15일, 16일)
10. 12월 25일(기독탄신일)
- 10의 2. 「공직선거법」 제34조에 따른 임기만료에 의한 선거의 선거일
11. 기타 정부에서 수시 지정하는 날

제3조(대체공휴일)

- ① 제2조 제4호 또는 제9호에 따른 공휴일이 다른 공휴일과 겹칠 경우 제2조 제4호 또는 제9호에 따른 공휴일 다음 첫번째 비공휴일을 공휴일로 한다.
- ② 제2조 제7호에 따른 공휴일이 토요일이나 다른 공휴일과 겹칠 경우 제2조 제7호에 따른 공휴일의 다음 첫번째 비공휴일을 공휴일로 한다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제2관 보험금의 지급

제3조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특약에 있어서 ‘수술’이라 함은 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 「의료법」 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 의사 또는 한의사 면허를 가진자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 피보험자가 질병 및 재해의 직접적인 치료를 목적으로 1~5종 수술분류표(‘별표7 1~5종 수술분류표’ 참조)에서 정한 행위가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다]을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다

【「의료법」 제3조(의료기관)】

- ① 이 법에서 “의료기관”이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 “의료업”이라 한다)을 하는 곳을 말한다.
- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
 1. 의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 의원
 - 나. 치과의원
 - 다. 한의원
 2. 조산원: 조산사가 조산과 임신부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다.
 3. 병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 병원
 - 나. 치과병원
 - 다. 한방병원
 - 라. 요양병원(「장애인복지법」 제58조 제1항 제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
 - 마. 정신병원
 - 바. 종합병원
- ③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항 제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

【신의료기술평가위원회】

「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한

최고의 심의기구를 말합니다.

【「의료법」제 5 조(의사·치과의사 및 한의사 면허)】

- ① 의사·치과의사 또는 한의사가 되려는 자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자격을 가진 자로서 제 9 조에 따른 의사·치과의사 또는 한의사 국가시험에 합격한 후 보건복지부장관의 면허를 받아야 한다.
 1. 「고등교육법」 제 11 조의 2 에 따른 인정기관(이하 "평가인증기구"라 한다)의 인증(이하 "평가인증기구의 인증"이라 한다)을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학을 졸업하고 의학사·치의학사 또는 한의학사 학위를 받은 자
 2. 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 전문대학원을 졸업하고 석사학위 또는 박사학위를 받은 자
 3. 외국의 제 1 호나 제 2 호에 해당하는 학교(보건복지부장관이 정하여 고시하는 인정기준에 해당하는 학교를 말한다)를 졸업하고 외국의 의사·치과의사 또는 한의사 면허를 받은 자로서 제 9 조에 따른 예비시험에 합격한 자
- ② 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원을 6 개월 이내에 졸업하고 해당 학위를 받을 것으로 예정된 자는 제 1 항제 1 호 및 제 2 호의 자격을 가진 자로 본다. 다만, 그 졸업예정시기에 졸업하고 해당 학위를 받아야 면허를 받을 수 있다.
- ③ 제 1 항에도 불구하고 입학 당시 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원에 입학한 사람으로서 그 대학 또는 전문대학원을 졸업하고 해당 학위를 받은 사람은 같은 항 제 1 호 및 제 2 호의 자격을 가진 사람으로 본다.

【「의료법」제 9 조(국가시험 등)】

- ① 의사·치과의사·한의사·조산사 또는 간호사 국가시험과 의사·치과의사·한의사 예비시험(이하 "국가시험등"이라 한다)은 매년 보건복지부장관이 시행한다.
- ② 보건복지부장관은 국가시험등의 관리를 대통령령으로 정하는 바에 따라 「한국보건의료인국가시험원법」에 따른 한국보건의료인국가시험원에 맡길 수 있다.
- ③ 보건복지부장관은 제 2 항에 따라 국가시험등의 관리를 맡긴 때에는 그 관리에 필요한 예산을 보조할 수 있다.
- ④ 국가시험등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제4조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 질병 및 재해의 직접적인 치료를 목적으로 1~5종 수술분류표에서 정한 수술을 받았을 경우에는 보험수익자에게 수술급여금(‘별표1 보험금 지급기준표’ 참조)을 지급합니다.

제5조【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 회사는 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 급여에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 수술급여금을 지급합니다. 단, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술급여금을 지급합니다.
- ② 제1항에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어 먹거나 말하기 기능과 관련된 신체부위, 머리, 목, 척추(등뼈), 체간골, 흉부장기·복부장기·비뇨생식기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌·우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【제 3 자】

어떤 법률관계에 있어서 직접 참여하는 자를 당사자라고 하며, 그 이외의 자를 제 3 자라고 합니다.

제6조[보험금을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

【고의】

자기행위가 일정한 결과를 발생시킬 것을 인식하면서 그 행위를 하는 경우의 심리상태를 말합니다.

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급합니다.

【심신상실】

의식은 있으나 심신장애의 정도가 심해 자신의 행위 결과를 합리적으로 판단할 능력을 갖지 못한 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제7조[보험금의 청구]

- ① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(수술증명서, 사망진단서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류(수술급여금 지급시 피보험자의 법정상속인이 아닌 자가 청구하는 경우 법정상속인의 확인서 등)

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 제1000조(상속의 순위)】

- ① 상속에 있어서는 다음 순위로 상속인이 된다.

1. 피상속인의 직계비속
2. 피상속인의 직계존속
3. 피상속인의 형제자매
4. 피상속인의 4촌 이내의 방계혈족

- ② 전항의 경우에 동순위의 상속인이 수인인 때에는 최근친을 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.

- ③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

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

제8조[보험금의 지급절차]

- ① 회사는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유 의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 지급합니다.

【보험금 지급일 예시】

보험금 청구서류 접수일이 2020년 10월 8일(목)인 경우 10/9(금, 한글날), 10/10(토), 10/11(일)은 회사의 영업일이 아니므로, 10/8(목)부터 3영업일인 10/14(수) 이내에 보험금을 지급합니다.(보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요하지 않은 경우에 한함)

- ② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 '별표4 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.
- ③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만,

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

【보험금 가지급제도】

지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도 이는 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해주기 위해 회사가 먼저 지급해주는 임시 급부임.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청

【설명】

분쟁조정 신청은 주계약 약관 ‘분쟁의 조정’ 조항을 따르며 분쟁조정신청 대상기관은 금융감독원의 금융분쟁조정위원회를 말합니다.

3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유와 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제3항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 주계약 약관의 계약 전 알릴 의무 위반의 효과와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

【설명】

“정당한 사유”라 함은 사회통념상 그 의무나 책임 등을 이행할 수 없을만한 사정이 있거나, 그 의무나 책임 등의 이행을 기대하는 것이 무리라고 할 만한 사정이 있을 때를 말합니다.

- ⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청 시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제9조【특약의 체결 및 소멸】

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 본인형, 배우자형 중 선택하여 청약하고, 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 회사는 피보험자가 특약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.

【보험가입금액 제한】

피보험자가 가입을 할 수 있는 최대보험가입금액을 제한하는 방법

【일부보장 제외(부담보)】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 특정질병 또는 특정 신체 부위를 보장에서 제외하는 방법

【보험금 삭감】

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

【보험료 할증】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 보험가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 증가하는 위험 또는 기간의 경과에 상관없이 일정한 상태를 유지하는 위험에 적용하는 방법으로 위험정도에 따라 해당 보험료 이외에 특별보험료를 추가하는 방법

- ③ 회사는 특약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 특약은 청약일, 진단특약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
- ④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 평균공시이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 특약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.
- ⑤ 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
1. 주계약의 해지 및 기타사유에 따라 효력이 없게 된 경우
 2. 제10조(피보험자의 범위 및 자격의 득실)에서 정하는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우
 3. 배우자형에서 주계약의 피보험자가 퇴직 등의 사유로 피보험단체에서 탈퇴하는 경우
- ⑥ 배우자형의 경우, 제5항 제1호에도 불구하고 주계약이 사망 및 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력이 없게 된 경우에는 최종납입한 보험료의 효력이 종료되는 최종일(차회 보험료 납입해당일의 전일)까지 이 특약은 효력을 가집니다.
- ⑦ 제5항 제2호의 '사망'에는 이 특약의 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

【실종선고】

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

【「민법」 제27조(실종의 선고)】

- ① 부재자의 생사가 5년간 분명하지 아니한 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 한다.
- ② 전지에 임한 자, 침몰한 선박 중에 있던 자, 추락한 항공기 중에 있던 자, 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한 자의 생사가 전쟁종지 후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락, 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 아니한 때에도 제1항과 같다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

- ⑧ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료 중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료 중단 등 결정 및 그 이행은 제5항 제2호의 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

【「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」

호스피스·완화의료와 임종과정에 있는 환자의 연명의료와 연명의료중단 등 결정 및 그 이행에 필요한 사항을 규정함으로써 환자의 최선의이익을 보장하고 자기결정을 존중하여 인간으로서의 존엄과 가치를 보호하기 위해 제정된 법률

【책임준비금】

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

제10조[피보험자의 범위 및 자격의 득실]

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자로 합니다.
 2. 배우자형의 경우 주계약 피보험자의 특약을 체결할 때 가족관계등록부상 또는 주민등록부상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우, 이 특약은 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 배우자의 자격을 상실한 날부터 효력을 상실합니다. (다만, 주계약 피보험자가 사망한 경우 및 주계약 피보험자가 사망한 이후 배우자가 재혼한 경우, 배우자는 이 특약상의 피보험자 자격을 유지하며, 이 특약은 효력을 상실하지 않습니다)
- ③ 제2항의 경우 계약자는 지체없이 이 사실을 회사에 알려야 합니다.

【설명】

“지체없이”라 함은 “의무 이행을 정당한 이유 없이 지연하는 일이 없이”라는 의미입니다.

- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사가 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제11조【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

【보장개시일】

회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

제12조【특약의 무효】

이 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하여 이미 납입한 보험료(실제 납입한 보험료를 말하며, 감액 등으로 회사가 실제 지급한 금액이 있는 경우 해당금액을 차감한 금액)를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

【보험계약대출이율의 공시】

보험계약대출이율은 회사의 인터넷 홈페이지(www.hanalife.co.kr) ‘상품공시실’ 내 ‘적용이율공시’에서 공시합니다.

제13조【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다.

【보험가입금액의 감액】

보험료, 보험금, 책임준비금 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금, 책임준비금도 줄어듭니다.

- ③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 이 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.
- ④ 피보험자가 피보험단체로부터 탈퇴한 경우에 계약자는 지체없이 피보험자의 탈퇴년월일 및 사유를 회사에 알려야 합니다.

제14조【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 주계약과 동일합니다.

제4관 보험료의 납입

제15조【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 주계약과 동일합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 합니다.

제16조[보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지]

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

【납입최고(독촉)】

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

제17조[보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)]

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

【부활(효력회복)】

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

- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제11조(특약의 보장개시)를 준용합니다.

【설명】

“제11조(특약의 보장개시)를 준용”한다는 뜻은 “제11조(특약의 보장개시)를 표준으로 삼아 적용”한다는 뜻입니다.

제5관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제18조[계약자의 임의해지]

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있습니다. 그러나 피보험자가 보험료의 일부 또는 전부를 부담하는 경우에는 피보험자의 동의를 받아야 합니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제19조[해지환급금]

이 특약의 해지환급금은 없습니다.

제6관 기타사항

제20조[주계약 약관의 준용]

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표1 보험금 지급기준표

[기준: 보험가입금액 1,000만원]

급부명	지급사유	지급금액	
수술급여금 (제4조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 질병 및 재해의 직접적인 치료를 목적으로 1~5종 수술분류표에서 정한 수술을 받았을 때 (수술 1회당)	1종 수술	10만원
		2종 수술	30만원
		3종 수술	50만원
		4종 수술	100만원
		5종 수술	300만원

(주)

주계약의 해지 및 기타사유에 따라 효력이 없게 된 경우 또는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 때에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.

별표2 1~5종 수술분류표

1. 일반 질병 및 재해 치료목적의 수술

구분	수술명	수술종류
피부, 유방의 수술	1. 피부이식수술(25cm ² 이상인 경우), 피판수술(피판분리수술, Z flap, W flap 제외)	3
	2. 피부이식수술(25cm ² 미만인 경우)	1
	3. 유방절단수술(切斷術, Mastectomy)	3
	4. 기타 유방수술(농양의 절개 및 배액은 제외) [다만, 치료목적의 Mammotomy 는 수술개시일로부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	1
근골(筋骨)의 수술 [발정술(拔釘術) 등 내고정물 제거술은 제외함][치(齒) · 치은 · 치근(齒根) 치조골(齒槽骨)의 처치, 임플란트(Implant) 등 치과 처치 및 수술에 수반하는 것은 제외함]	5. 골(骨) 이식수술	2
	6. 두개골(頭蓋骨, cranium) 관혈수술 [비골(鼻骨) · 비중격(鼻中隔) · 상악골(上顎骨) · 하악골(下顎骨) · 악관절(顎關節)은 제외함]	3
	7. 비골(鼻骨) 수술 [비중격 만곡증(彎曲症)수술, 수면중 무호흡 수술은 제외]	1
	8. 상악골(上顎骨), 하악골(下顎骨), 악관절(顎關節) 관혈수술	2
	9. 척추골(脊椎骨), 골반골(骨盤骨), 추간판 관혈수술	3
	10. 쇄골(鎖骨), 견갑골(肩胛骨), 늑골(肋骨), 흉골(胸骨) 관혈수술	2
	11. 사지(四肢) 절단수술(다지증에 대한 절단수술은 제외함)	
	11-1. 손가락, 발가락 절단수술 [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는것]	1
	11-2. 기타 사지(四肢)절단수술	3
	12. 절단(切斷)된 사지(四肢)재접합수술(再接合手術) [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는것]	3
	13. 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술	
	13-1. 손가락, 발가락의 골 및 관절 관혈수술	1
	13-2. 기타 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술	2
	14. 근(筋), 건(腱), 인대(靱帶), 연골(軟骨) 관혈수술	1
호흡기계, 흉부(胸部)의 수술	15. 만성부비강염(慢性副鼻腔炎) 근본수술(根本手術)	1
	16. 후두(喉頭) 관혈적 절제수술	3
	17. 편도, 아데노이드 절제수술	1
	18. 기관(氣管), 기관지(氣管支), 폐(肺), 흉막(胸膜) 관혈수술 [개흉술(開胸術, Thoracotomy)을 수반하는 것]	4
	19. 폐장(肺臟) 이식수술 [수용자(受容者)에 한함]	5
	20. 흉곽(胸郭) 형성수술(形成手術)	3
	21. 종격종양(縱隔腫瘍), 흉선 절제수술[개흉술을 수반하는 것]	4
순환기계, 비장(脾臟)의 수술	22. 혈관관혈수술(하지정맥류 및 손가락·발가락은 제외)	3
	23. 하지 정맥류(靜脈瘤) 근본수술 및 손가락·발가락 혈관관혈수술	1
	24. 대동맥(大動脈), 대정맥(大靜脈), 폐동맥(肺動脈),	5

구분	수술명	수술종류
	관동맥(冠動脈) 관혈수술 [개흉술, 개복술을 수반하는 것]	
	25. 심막(心膜) 관혈수술 [개흉술을 수반하는 것]	4
	26. 심장내(心藏內) 관혈수술 [개흉술을 수반하는 것]	5
	27. 심장 이식수술 [수용자에 한함]	5
	28. 체내용(體內用) 인공심박조율기(人工心搏調節機, Artificial pacemaker) 매입술(埋入術)	3
소화기계의 수술	29. 비장(脾腸) 절제수술	3
	30. 이하선 절제수술	3
	31-1. 악하선, 설하선 절제수술	2
	31-2. 기타 타액선 절제수술(타석제거는 제외)	1
	32. 식도(食道) 이단술(離斷術) [개흉술, 개복술(開腹術, Laparotomy)을 수반하는 것]	4
	33. 위 절제수술(胃 切除手術, Gastrectomy) [개복술을 수반하는 것]	4
	34. 기타의 위·식도 관혈수술 [개흉술, 개복술을 수반하는 것]	3
	35. 간장(肝臟), 췌장(脾臟) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]	4
	36. 담낭(膽囊), 담도(膽道) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]	3
	37. 간장 이식수술 [수용자에 한함, 개복술을 수반하는 것]	5
	38. 췌장 이식수술 [개복술을 수반해야 하며 수용자에 한함] (다만, 랑게르한스 소도(Islet of Langerhans)세포 이식수술은 제외함)	5
	39. 탈장(脫腸) 근본수술	1
	40. 전신성 복막염(全身性 腹膜炎, Generalized peritonitis) 수술	2
	41. 충수(蟲垂)절제술(충수염관련 충수주위 농양수술, 국한성 복막염 수술 포함), 맹장봉축술(盲腸縫縮術)	2
	42. 직장탈(直腸脫) 근본수술	1
	43. 소장(小腸), 결장(結腸), 직장(直腸), 장간막(腸間膜) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것] 다만, 직장탈근본수술은 제외	4
	44. 치루(痔瘻), 탈항(脫肛), 치핵(痔核) 근본수술 [근치를 목적으로 하지 않은 수술은 제외함]	1
비뇨기계 · 생식기계의 수술 (인공임신중절수술은 제외함)	45. 신장(腎臟), 방광(膀胱), 신우(腎盂), 요관(尿管)관혈수술 [개복술을 수반하는 것, 경요도적 조작 및 방광류·요실금 교정수술은 제외]	4
	46. 요도 관혈수술 [경요도적 조작은 제외함]	2
	47. 방광류·요실금 교정수술	1
	48. 신장(腎臟) 이식수술(移植手術) [수용자에 한함]	5
	49. 음경(陰莖) 절단수술 (포경수술 및 음경이물제거수술은 제외)	3
	50. 고환(睪丸), 부고환(副睪丸), 정관(精管), 정색(精索), 정낭(精囊)관혈수술, 전립선(前立腺)관혈수술	2
	51. 음낭관혈수술	1
	52. 자궁, 난소, 난관 관혈수술	2

구분	수술명	수술종류
	(다만, 제왕절개만출술 및 경질적인 조작은 제외)	
	53. 경질적 자궁, 난소, 난관 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	1
	54. 제왕절개만출술(帝王切開娩出術)	1
	55. 질탈(膣脫)근본수술	1
내분비기계의 수술	56. 뇌하수체종양(腦下垂體腫瘍) 절제수술	5
	57. 갑상선(甲狀腺)·부갑상선(副甲狀腺) 관혈수술	3
신경계의 수술	58. 부신(副腎) 절제수술	4
	59. 두개내(頭蓋內) 관혈수술 [개두술(開頭術, Craniotomy)을 수반하는 것]	5
	60. 신경(神經) 관혈수술	2
	61. 관혈적 척수종양(脊髓腫瘍) 절제수술	4
	62. 척수경막내외(脊髓硬膜內外) 관혈수술	3
	63. 안검하수증(眼檢下垂症)수술(안검내반증 제외)	1
시각기의 수술 [약물주입술은 제외]	64. 누소관(淚小管)형성수술(누관튜브삽입술 포함)	1
	65. 누낭비강(淚囊鼻腔) 관혈수술	2
	66. 결막낭(結膜囊) 형성수술	2
	67. 각막, 결막, 공막 봉합수술	1
	68. 각막, 공막 이식수술	2
	69. 전방(前房), 홍채(虹彩), 유리체(琉璃體) 관혈수술	2
	70. 녹내장(綠內障) 관혈수술	3
	71. 백내장(白內障), 수정체(水晶體) 관혈수술	1
	72. 망막박리(網膜剝離) 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	2
	73. 레이저(Laser)에 의한 안구(眼球) 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	1
시각기의 수술 [약물주입술은 제외]	74. 냉동응고(冷凍凝固)에 의한 안구(眼球) 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	2
	75. 안구적출술, 조직충전술(組織充填術)	3
	76. 안와내양절제수술	3
	77. 관혈적 안와내(眼窩內) 이물제거수술(異物除去手術)	1
	78. 안근(眼筋)관혈수술	1
	79. 관혈적 고막(鼓膜) 성형술 [고막 패치술은 제외]	2
청각기(聽覺器)의 수술	80. 유양동 절제술(乳樣洞切除術, mastoidectomy)	2
	81. 중이(中耳) 관혈수술	2

구분	수술명	수술종류
상기 이외의 수술 [검사, 약물주입요법은 포함하지 않음]	[중이내 튜브유치술 제외]	
	82. 중이내(中耳內) 튜브유치술 [고막 패치술은 제외, 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	1
	83. 내이(內耳) 관혈수술	3
	84. 상기 이외의 개두술(開頭術)	3
	85. 상기 이외의 개흉술(開胸術)	3
	86. 상기 이외의 개복술(開腹術)	2
	87. 체외충격파쇄석술(體外衝擊破碎石術, E.S.W.L) [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.] * 체외충격파치료술(E.S.W.T)은 제외	2
	88. 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter), 고주파 전극 등에 의한 경피적 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	
	88-1. 뇌, 심장	3
	88-2. 후두, 흉부장기(심장 제외), 복부장기(비뇨, 생식기 제외), 척추, 사지관절(손가락, 발가락은 제외)	2
	88-3. 비뇨, 생식기 및 손가락, 발가락	1

(※) 상기 1~87항의 수술중 내시경(Fiberscope)을 이용한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적(經皮的, Percutaneous)수술은 88항을 적용합니다. 다만, 복강경·흉강경에 의한 수술은 해당부위(1~87항)의 수술로 적용합니다.

II. 악성신생물 치료 목적의 수술

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

(※)

- 제자리암·경계성 종양에 대한 수술은 ‘1. 일반 질병 및 재해치료 목적의 수술’ 항목의 적용을 받습니다.
- 카테터(Catheter)를 이용한 흡인·천자·약물주입요법은 포함하지 않습니다.
- 비고형암에 대한 비관혈적 근치술은 관혈적 악성신생물 근치수술에 준하여 5종 수술로 인정합니다.
 - 비고형암에 대한 비관혈적 근치술 중 조혈모세포이식술은 일련의 과정(추출, 필터링, 배양, 제거, 주입)을 모두 포함하여 1회의 수술로 인정합니다.

- 다만 약물 등을 투여하기 위한 시술(예. 중심정맥삽관술)만 시행할 경우에는 5종으로 인정하지 않습니다.

Ⅲ. 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
2. 두개내 신생물 근치 감마 나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료	3
(※) 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.	

(1~5종 수술분류표 사용 지침)

1. ‘수술’이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자가 피보험자의 질병 또는 재해로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 <1~5종 수술분류표>에 정한 행위[기구를 사용하여 생체에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.)을 말하며 흡인(吸引), 천자(穿刺), 절제(切除) 등의 조치 및 신경 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. <1~5종 수술분류표>상에 열거되지 않은 선진의료적 첨단 수술에 대한 인정 및 적용 기준

<1~5종 수술분류표>에서의 선진의료적 첨단 수술은 상기 ‘수술’의 정의에 해당하여야 하고 약물투여치료, 방사선조사치료 또는 기타의 보존적 치료로 분류될 수 없는 경우이어야 합니다.

- 1) <1~5종 수술분류표>상의 수술이외에 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 치료한 경우 <1~5종 수술분류표>상의 동일부위 수술로 봅니다. 이때에 해당 선진의료적 첨단 수술은 보험기간 중 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.
- 2) 다만, 이 선진의료적 첨단 수술이 본질적으로 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적 수술인 경우에는 <1~5종 수술분류표> 중 ‘일반질병 및 재해치료 목적의 수술’ 88항 (악성신생물의 경우는 ‘악성신생물 치료목적의 수술’ 2항)을 우선 적용합니다.
6. ‘악성 신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료’ 라 함은 선형가속기(LINAC)에서 발생하는 가는 방사선(Pencil beam)들을 다양한 각도에서 악성 신생물을 향해 집중적으로 조사하면서 동시에 악성신생물의 움직임을 병변 추적 장치를 이용하여 실시간으로 추적하면서 치료하는 방법입니다.
7. ‘두개내 신생물 근치 감마나이프 (Gammaknife)정위적 방사선 치료’라 함은 정위 좌표계를 이용하여

코발트 60 방사성 동위원소 (Co-60) 에서 나오는 감마선을 두개강 내의 신생물을 향해 집중 조사함으로 두개(頭蓋)를 열지 않고도 수술적 제거와 같은 효과를 내는 치료를 말합니다.

8. 다음과 같은 수술은 수술급여금 지급대상에서 보장을 제외합니다.
- 1) 미용 성형상의 수술
 - 2) 피임(避妊) 목적의 수술
 - 3) 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술
 - 4) 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査) 등]

별표3 재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제2조 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
 - 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
 - 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
 - 식량부족(X53)
 - 물 부족(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 이상반응 또는 이후 합병증의 원인이 된 외과적 및 기타 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장)
- ④ ‘자연의 힘에 노출(X30~X39)’ 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
- ⑤ ‘우발적 익사 및 익수(W65~W74), 호흡과 관련된 기타 불의의 위험(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)’ 중 질병에 의한 호흡장애 및 삼킴장애
- ⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주)

1. () 안은 제 8 차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제 2020-175 호, 2021.1.1. 시행)상의 분류번호이며, 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 재해 해당여부는 피보험자가 해당 재해로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 재해에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 재해의 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 위 1. 보장대상이 되는 재해 ②에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용하며, 2. 보험금을 지급하지 않는 재해 ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

별표4 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제8조 제2항 관련)

구분	기간	지급이자
수술급여금 (제4조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 +가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 +가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 +가산이율(8.0%)

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제8조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당하는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

14. 무배당 고도재해장해특약(본인형, 배우자형) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의	251
제1조【목적】	251
제2조【용어의 정의】.....	251
제3조【보험금의 지급사유】	252
제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】.....	252
제5조【보험금을 지급하지 않는 사유】.....	253
제6조【보험금의 청구】	253
제7조【보험금의 지급절차】	254
제8조【보험금 받는 방법의 변경】.....	255
제3관 특약의 성립과 유지	255
제9조【특약의 체결 및 소멸】.....	255
제10조【피보험자의 범위 및 자격의 득실】	256
제11조【특약의 보장개시】.....	257
제12조【특약의 무효】.....	257
제13조【특약내용의 변경 등】.....	257
제14조【특약의 보험기간】.....	257
제4관 보험료의 납입.....	257
제15조【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】	257
제16조【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】	257
제17조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】	258
제5관 특약의 해지 및 해지환급금 등	258
제18조【계약자의 임의해지】.....	258

제19조【해지환급금】	258
제6관 기타사항	258
제20조 【주계약 약관의 준용】	258
별표1 보험금 지급기준표	259
별표2 재해분류표	260
별표3 장애분류표	261
별표4 보험금 지급할 때의 적립이율 계산	279

14. 무배당 고도재해장해특약(본인형, 배우자형) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조[목적]

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조[용어의 정의]

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어

가. 계약자: 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

나. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.

다. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

라. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

마. 주계약: 기본이 되는 보험계약으로 주된 보험계약을 말합니다.

2. 지급사유 관련 용어

가. 재해: '별표2 재해분류표'에서 정한 재해를 말합니다.

나. 장애: '별표3 장애분류표'에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

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

【연단위 복리 예시】

원금 100원, 연간 10% 이자율 적용시 연단위 복리로 계산한 2년시점의 총 이자금액

· 1년차 이자 = $\frac{100\text{원}}{\text{원금}} \times 10\% = 10\text{원}$

· 2년차 이자 = $\frac{(100\text{원} + 10\text{원})}{\text{원금} + 1\text{년차 이자}} \times 10\% = 11\text{원}$

⇒ 2년 시점의 총 이자금액 = 10원 + 11원 = 21원

나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다. 평균공시이율은 회사의 홈페이지(www.hanalife.co.kr) 상품공시실에서 확인할 수 있습니다.

다. 해지환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, 「관공서의 공휴일에 관한 규정」에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

【「관공서의 공휴일에 관한 규정」】

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

1. 일요일

2. 국경일 중 3.1절, 광복절, 개천절 및 한글날

3. 1월 1일

4. 설날 전날, 설날, 설날 다음날(음력 12월 말일, 1월 1일, 2일)

5. 삭제<2005.6.30.>

6. 석가탄신일(음력 4월 8일)

7. 5월 5일(어린이날)

8. 6월 6일(현충일)

9. 추석 전날, 추석, 추석 다음날(음력 8월 14일, 15일, 16일)
10. 12월 25일(기독탄신일)
- 10의 2. 「공직선거법」 제34조에 따른 임기만료에 의한 선거의 선거일
11. 기타 정부에서 수시 지정하는 날

제3조(대체공휴일)

- ① 제2조 제4호 또는 제9호에 따른 공휴일이 다른 공휴일과 겹칠 경우 제2조 제4호 또는 제9호에 따른 공휴일 다음 첫번째 비공휴일을 공휴일로 한다.
- ② 제2조 제7호에 따른 공휴일이 토요일이나 다른 공휴일과 겹칠 경우 제2조 제7호에 따른 공휴일의 다음 첫번째 비공휴일을 공휴일로 한다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제2관 보험금의 지급

제3조[보험금의 지급사유]

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 재해로 장애분류표(‘별표3 장애분류표’ 참조, 이하 ‘장애분류표’라 합니다)에서 정한 장애지급률이 80%이상의 장애상태가 되었을 경우에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 고도재해장해보험금(‘별표1 보험금 지급기준표’ 참조)을 지급합니다.

제4조[보험금 지급에 관한 세부규정]

- ① 제3조(보험금의 지급사유) 및 제9조(특약의 체결 및 소멸) 제5항 제2호에서 재해로 장애상태가 되고 장애지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표에서 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 재해일부터 1년 이내)에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.
- ③ 제3조(보험금의 지급사유) 및 제9조(특약의 체결 및 소멸) 제5항 제2호의 경우 하나의 장애가 관찰 방법에 따라서 장애분류표상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용합니다.
- ④ 제3조(보험금의 지급사유) 및 제9조(특약의 체결 및 소멸) 제5항 제2호의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 ‘한시장애’라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 한시장애의 지급률로 정합니다.
- ⑤ 제3조(보험금의 지급사유) 및 제9조(특약의 체결 및 소멸) 제5항 제2호의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 더하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 이 특약에서 ‘동일한 재해’의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말하며, 보장대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다..
- ⑧ 장애분류표에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애 정도에 따라 장애분류표의 구분에 준하여 장애지급률을 결정합니다.
- ⑨ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【제3자】

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

【「의료법」 제3조(의료기관)】

- ① 이 법에서 “의료기관”이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 “의료업”이라 한다)을 하는 곳을 말한다.

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.

가. 의원

나. 치과의원

다. 한의원

2. 조산원: 조산사가 조산과 임신부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다.

3. 병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.

가. 병원

나. 치과병원

다. 한방병원

라. 요양병원(「장애인복지법」 제 58 조 제 1 항 제 4 호에 따른 의료재활시설로서 제 3 조의 2 의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)

마. 정신병원

바. 종합병원

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

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제5조[보험금을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

【고의】

자기행위가 일정한 결과를 발생시킬 것을 인식하면서 그 행위를 하는 경우의 심리상태를 말합니다.

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급합니다.

【심신상실】

의식은 있으나 심신장애의 정도가 심해 자신의 행위 결과를 합리적으로 판단할 능력을 갖지 못한 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제6조[보험금의 청구]

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)

2. 사고증명서(사망진단서, 장애인단서 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류(고도재해장해보험금 지급시 피보험자의 법정상속인이 아닌 자가 청구하는 경우 법정상속인의 확인서 등)

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 제1000조(상속의 순위)】

① 상속에 있어서는 다음 순위로 상속인이 된다.

1. 피상속인의 직계비속

2. 피상속인의 직계존속

3. 피상속인의 형제자매

4. 피상속인의 4촌 이내의 방계혈족
 - ② 전항의 경우에 동순위의 상속인이 수인인 때에는 최근친을 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.
 - ③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.
- <향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>**

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

제7조[보험금의 지급절차]

- ① 회사는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유 의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 지급합니다.

【보험금 지급일 예시】

보험금 청구서류 접수일이 2020년 10월 8일(목)인 경우 10/9(금, 한글날), 10/10(토), 10/11(일)은 회사의 영업일이 아니므로, 10/8(목)부터 3영업일인 10/14(수) 이내에 보험금을 지급합니다.(보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요하지 않은 경우에 한함)

- ② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 ‘별표4 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.
- ③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

【보험금 가지급제도】

지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도 이는 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해주기 위해 회사가 먼저 지급해주는 임시 급부임.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청

【설명】

분쟁조정 신청은 주계약 약관 ‘분쟁의 조정’ 조항을 따르며 분쟁조정신청 대상기관은 금융감독원의 금융분쟁조정위원회를 말합니다.

3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제9항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 주계약 약관의 계약 전 알릴 의무 위반의 효과와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

【설명】

“정당한 사유”라 함은 사회통념상 그 의무나 책임 등을 이행할 수 없을만한 사정이 있거나, 그 의무나 책임 등의 이행을 기대하는 것이 무리라고 할 만한 사정이 있을 때를 말합니다.

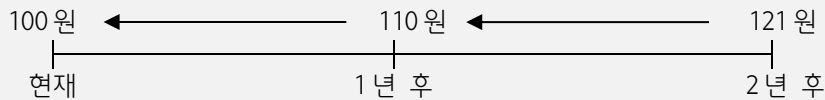
- ⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청 시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제8조[보험금 받는 방법의 변경]

- ① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 제3조(보험금의 지급사유)에서 정하는 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

【연단위 복리로 할인한 금액 계산예시】

원금 121 원, 연간 10% 할인을 적용시 연단위 복리로 2년 할인하여 계산한 금액



$$\begin{aligned} \cdot 1 \text{년 할인} &= \frac{121 \text{ 원}}{2 \text{년 후 원금}} \div (1 + 10\%) = 110 \text{ 원} \\ &\quad \text{할인율} \\ \cdot 2 \text{년 할인} &= \frac{110 \text{ 원}}{1 \text{년 할인한 금액}} \div (1 + 10\%) = 100 \text{ 원} \\ &\quad \text{할인율} \end{aligned}$$

⇒ 2년 후의 원금 121 원의 현재기준 할인된 금액 = 100 원

제3관 특약의 성립과 유지

제9조[특약의 체결 및 소멸]

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 본인형, 배우자형 중 선택하여 청약하고, 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 회사는 피보험자가 특약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.

【보험가입금액 제한】

피보험자가 가입을 할 수 있는 최대보험가입금액을 제한하는 방법

【일부보장 제외(부담보)】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 특정질병 또는 특정 신체 부위를 보장에서 제외하는 방법

【보험금 삭감】

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

【보험료 할증】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 보험가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 증가하는 위험 또는 기간의 경과에 상관없이 일정한 상태를 유지하는 위험에 적용하는 방법으로 위험정도에 따라 해당 보험료 이외에 특별보험료를 추가하는 방법

- ③ 회사는 특약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 특약은 청약일, 진단특약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
- ④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 평균공시이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 특약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

- ⑤ 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
1. 주계약의 해지 및 기타사유에 따라 효력이 없게 된 경우
 2. 제10조(피보험자의 범위 및 자격의 득실)에서 정하는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우
 3. 제3조(보험금의 지급사유)에서 정하는 보험금 지급사유가 발생한 경우
 4. 배우자형에서 주계약의 피보험자가 퇴직 등의 사유로 피보험단체에서 탈퇴하는 경우
- ⑥ 배우자형의 경우, 제5항 제1호에도 불구하고 주계약이 사망 및 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력이 없게 된 경우에는 최종납입한 보험료의 효력이 종료되는 최종일(차회 보험료 납입해당일의 전일)까지 이 특약은 효력을 가집니다.
- ⑦ 제5항 제2호의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

【실종선고】

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

【「민법」 제27조(실종의 선고)】

- ① 부재자의 생사가 5년간 분명하지 아니한 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 한다.
- ② 전지에 임한 자, 침몰한 선박 중에 있던 자, 추락한 항공기 중에 있던 자, 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한 자의 생사가 전쟁종지 후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락, 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 아니한 때에도 제1항과 같다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

- ⑧ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료 중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료 중단 등 결정 및 그 이행은 제5항 제2호의 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

【「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」

호스피스·완화의료와 임종과정에 있는 환자의 연명의료와 연명의료중단 등 결정 및 그 이행에 필요한 사항을 규정함으로써 환자의 최선의이익을 보장하고 자기결정을 존중하여 인간으로서의 존엄과 가치를 보호하기 위해 제정된 법률

【책임준비금】

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

제10조[피보험자의 범위 및 자격의 득실]

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자로 합니다.
 2. 배우자형의 경우 주계약 피보험자의 특약을 체결할 때 가족관계등록부상 또는 주민등록부상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우, 이 특약은 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 배우자의 자격을 상실한 날부터 효력을 상실합니다. (다만, 주계약 피보험자가 사망한 경우 및 주계약 피보험자가 사망한 이후 배우자가 재혼한 경우, 배우자는 이 특약상의 피보험자 자격을 유지하며, 이 특약은 효력을 상실하지 않습니다)
- ③ 제2항의 경우 계약자는 지체없이 이 사실을 회사에 알려야 합니다.

【설명】

“지체없이”라 함은 “의무 이행을 정당한 이유 없이 지연하는 일이 없이”라는 의미입니다.

- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사가 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제11조[특약의 보장개시]

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

【보장개시일】

회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

제12조[특약의 무효]

이 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(실제 납입한 보험료를 말하며, 감액 등으로 회사가 실제 지급한 금액이 있는 경우 해당금액을 차감한 금액)를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

【보험계약대출이율의 공시】

보험계약대출이율은 회사의 인터넷 홈페이지(www.hanalife.co.kr) ‘상품공시실’ 내 ‘적용이율공시’에서 공시합니다.

제13조[특약내용의 변경 등]

- ① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다.

【보험가입금액의 감액】

보험료, 보험금, 책임준비금 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금, 책임준비금도 줄어듭니다.

- ③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 이 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.
- ④ 피보험자가 피보험단체로부터 탈퇴한 경우에 계약자는 지체없이 피보험자의 탈퇴년월일 및 사유를 회사에 알려야 합니다.

제14조[특약의 보험기간]

이 특약의 보험기간은 주계약과 동일합니다.

제4관 보험료의 납입

제15조[특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입]

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 주계약과 동일합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 합니다.

제16조[보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지]

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

【납입최고(독촉)】

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

제17조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】

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

【부활(효력회복)】

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

- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제11조(특약의 보장개시)를 준용합니다.

【설명】

“제11조(특약의 보장개시)를 준용”한다는 뜻은 “제11조(특약의 보장개시)를 표준으로 삼아 적용”한다는 뜻입니다.

제5관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제18조【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있습니다. 그러나 피보험자가 보험료의 일부 또는 전부를 부담하는 경우에는 피보험자의 동의를 받아야 합니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제19조【해지환급금】

이 특약의 해지환급금은 없습니다.

제6관 기타사항

제20조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표1 보험금 지급기준표

[기준: 보험가입금액 1,000만원]

급부명	지급사유	지급금액
고도재해장해보험금 (제3조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 재해로 장애지급률이 80%이상의 장애상태가 되었을 때(최초 1회한)	1,000만원

(주)

주계약의 해지 및 기타사유에 따라 효력이 없게 된 경우 또는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망(피보험자가 이 특약의 보험기간 중 장애분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 80%이상인 장애상태가 되었을 때 포함)하였을 때에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.

별표2 재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 2조 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
 - 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
 - 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
 - 식량부족(X53)
 - 물 부족(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 이상반응 또는 이후 합병증의 원인이 된 외과적 및 기타 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장)
- ④ ‘자연의 힘에 노출(X30~X39)’ 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
- ⑤ ‘우발적 익사 및 익수(W65~W74), 호흡과 관련된 기타 불의의 위험(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)’ 중 질병에 의한 호흡장애 및 삼킴장애
- ⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주)

1. () 안은 제 8 차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제 2020-175 호, 2021.1.1. 시행)상의 분류번호이며, 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 재해 해당여부는 피보험자가 해당 재해로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 재해에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 재해의 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 위 1. 보장대상이 되는 재해 ②에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용하며, 2. 보험금을 지급하지 않는 재해 ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

별표3 장애분류표

□ 총칙

1. 장애의 정의

- 1) ‘장애’라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아 있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태 및 기능상실 상태를 말한다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장애에 포함되지 않는다.
- 2) ‘영구적’이라 함은 원칙적으로 치유하는 때 장래 회복할 가망이 없는 상태로서 정신적 또는 육체적 훼손상태임이 의학적으로 인정되는 경우를 말한다.
- 3) ‘치유된 후’라 함은 상해 또는 질병에 대한 치료의 효과를 기대할 수 없게 되고 또한 그 증상이 고정된 상태를 말한다.
- 4) 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장애에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 장애지급률로 한다.
- 5) 위 4)에 따라 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정한다.

2. 신체부위

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

3. 기타

- 1) 하나의 장애가 관찰 방법에 따라서 장애분류표상 2가지 이상의 신체부위에서 장애로 평가되는 경우에는 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- 2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
- 3) 하나의 장애가 다른 장애와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 지급률만을 적용하며, 하나의 장애로 둘 이상의 파생장애가 발생하는 경우 각 파생장애의 지급률을 합산한 지급률과 최초 장애의 지급률을 비교하여 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- 4) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장애의 판정대상에 포함되지 않는다. 다만, 뇌사판정을 받은 경우가 아닌 식물인간상태(의식이 전혀 없고 사지의 자발적인 움직임이 불가능하여 일상생활에서 항시 간호가 필요한 상태)는 각 신체부위별 판정기준에 따라 평가한다.
- 5) 장애진단서에는 ① 장애진단명 및 발생시기 ② 장애의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계·정신행동 장애의 경우 ① 개호(장애로 혼자서 활동이 어려운 사람을 곁에서 돌보는 것) 여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가로 기재하여야 한다.

□ 장애분류별 판정기준

1. 눈의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 시력장애의 경우 공인된 시력 검사표에 따라 최소 3회 이상 측정한다.
- ‘교정시력’이라 함은 안경(콘택트 렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 원거리 최대교정시력을 말한다. 다만, 각막이식술을 받은 환자인 경우 각막이식술 이전의 시력상태를 기준으로 평가한다.
- ‘한눈이 멀었을 때’라 함은 안구(눈동자)의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나(‘광각무’) 겨우 가릴 수 있는 경우(‘광각유’)를 말한다.
- ‘한눈의 교정시력이 0.02이하로 된 때’라 함은 안전수동(Hand Movement)^{주1)}, 안전수지(Finger Counting)^{주2)} 상태를 포함한다.
 - ※ 주1) 안전수동 : 물체를 감별할 정도의 시력상태가 아니며 눈앞에서 손의 움직임을 식별할 수 있을 정도의 시력상태
 - 주2) 안전수지 : 시표의 가장 큰 글씨를 읽을 수 있는 정도의 시력은 아니나 눈 앞 30cm 이내에서 손가락의 개수를 식별할 수 있을 정도의 시력상태
- 안구(눈동자) 운동장애의 판정은 질병의 진단 또는 외상 후 1년 이상이 지난 뒤 그 장애 정도를 평가한다.
- ‘안구(눈동자)의 뚜렷한 운동장애’라 함은 아래의 두 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 한 눈의 안구(눈동자)의 주시야(머리를 움직이지 않고 눈만을 움직여서 볼 수 있는 범위)의 운동범위가 정상 1/2 이하로 감소된 경우
 - 나) 중심 20도 이내에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)을 남긴 경우
- ‘안구(눈동자)의 뚜렷한 조절기능장애’라 함은 조절력이 정상 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 50세 이상(장애진단시 연령 기준)의 경우에는 제외한다.
- ‘뚜렷한 시야 장애’라 함은 한 눈의 시야 범위가 정상시야 범위의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다. 이 경우 시야검사는 공인된 시야검사방법으로 측정하며, 시야장애 평가 시 자동시야검사계(골드만 시야검사)를 이용하여 8방향 시야범위 합계를 정상범위와 비교하여 평가한다.
- ‘눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때’라 함은 눈꺼풀의 결손으로 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮이지 않는 경우를 말한다.
- ‘눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때’라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.
- 외상이나 화상 등으로 안구(눈동자)의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 안구(눈동자)가 적출되어 눈자위의 조직요물(凹沒) 등으로 의안마저 끼워 넣을 수 없는 상태이면 ‘뚜렷한 추상(추한 모습)’으로, 의안을 끼워 넣을 수 있는 상태이면 ‘약간의 추상(추한 모습)’으로 지급률을 가산한다.

- 12) ‘눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때’에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장애를 포함하여 장애를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장애를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장애평가 방법 중 피보험자에게 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

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

다. 귓바퀴의 결손

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

라. 평형기능의 장애

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

항목	내용	점수
검사소견	양측 전정기능 소실	14
	양측 전정기능 감소	10
	일측 전정기능 소실	4
치료병력	장기 통원치료(1년간 12회이상)	6
	장기 통원치료(1년간 6회이상)	4
	단기 통원치료(6개월간 6회이상)	2
	단기 통원치료(6개월간 6회미만)	0
기능장애소견	두 눈을 감고 일어서기 곤란하거나 두 눈을 뜨고	20

항목	내용	점수
	10m 거리를 직선으로 걷다가 쓰러지는 경우	
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 중간에 균형을 잡으려 멈추어야 하는 경우	12
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걸을 때 중앙에서 60cm 이상 벗어나는 경우	8

- 2) 평형기능의 장애는 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 치료 후 장애가 고착되었을 때 판정하며, 뇌병변 여부, 전정기능 이상 및 장애상태를 평가하기 위해 아래의 검사들을 기초로 한다.

가) 뇌영상검사(CT, MRI)

나) 온도안진검사, 전기안진검사(또는 비디오안진검사) 등

3. 코의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

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

4. 씹어먹거나 말하는 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 심한 장애를 남긴 때	100
2) 씹어먹는 기능에 심한 장애를 남긴 때	80
3) 말하는 기능에 심한 장애를 남긴 때	60
4) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 뚜렷한 장애를 남긴 때	40
5) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
6) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 약간의 장애를 남긴 때	10
7) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
8) 치아에 14개 이상의 결손이 생긴 때	20
9) 치아에 7개 이상의 결손이 생긴 때	10
10) 치아에 5개 이상의 결손이 생긴 때	5

나. 장애의 평가기준

- 1) 씹어먹는 기능의 장애는 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)의 맞물림(교합), 배열상태 및 아래턱의 개구운동, 삼킴(연하)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.

- 2) '씹어먹는 기능에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 심한 개구운동 제한이나 저작운동 제한으로 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
- 3) '씹어먹는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때' 라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - 가) 뚜렷한 개구운동 제한 또는 뚜렷한 저작운동 제한으로 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등)이외는 섭취하지 못하는 경우
 - 나) 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 1cm 이하로 제한되는 경우
 - 다) 위·아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1.5cm 이상인 경우
 - 라) 1개 이하의 치아만 교합되는 상태
 - 마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취 시 흡인이 발생하고 연식 외에는 섭취가 불가능한 상태
- 4) '씹어먹는 기능에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - 가) 약간의 개구운동 제한 또는 약간의 저작운동 제한으로 부드러운 고형식(밥, 빵 등)만 섭취 가능한 경우
 - 나) 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 2cm 이하로 제한되는 경우
 - 다) 위·아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1cm 이상인 경우
 - 라) 양측 각 1개 또는 편측 2개 이하의 치아만 교합되는 상태
 - 마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취시 간헐적으로 흡인이 발생하고 부드러운 고형식 외에는 섭취가 불가능한 상태
- 5) 개구장애는 턱관절의 이상으로 개구운동 제한이 있는 상태를 말하며, 최대 개구상태에서 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 거리를 기준으로 한다. 단, 가운데 앞니(중절치)가 없는 경우에는 측정가능한 인접 치아간 거리의 최대치를 기준으로 한다.
- 6) 부정교합은 위턱(상악)과 아래턱(하악)의 부조화로 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)가 전방 및 측방으로 맞물림에 제한이 있는 상태를 말한다.
- 7) '말하는 기능에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - 가) 언어평가상 자음정확도가 30%미만인 경우
 - 나) 전실어증, 운동성실어증(브로카실어증)으로 의사소통이 불가능한 경우
- 8) '말하는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - 가) 언어평가상 자음정확도가 50%미만인 경우
 - 나) 언어평가상 표현언어지수 25 미만인 경우
- 9) '말하는 기능에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - 가) 언어평가상 자음정확도가 75%미만인 경우
 - 나) 언어평가상 표현언어지수 65 미만인 경우
- 10) 말하는 기능의 장애는 1년 이상 지속적인 언어치료를 시행한 후 증상이 고착되었을 때 평가하며, 객관적인 검사를 기초로 평가한다.
- 11) 뇌·중추신경계 손상(정신·인지기능 저하, 편마비 등)으로 인한 말하는 기능의 장애(실어증, 구음장애) 또는 씹어먹는 기능의 장애는 신경계·정신행동 장애 평가와 비교하여 그 중 높은 지급률 하나만 인정한다.
- 12) '치아의 결손'이란 치아의 상실 또는 발치된 경우를 말하며, 치아의 일부 손상으로 금관치료(크라운 보철수복)를 시행한 경우에는 치아의 일부 결손을 인정하여 1/2개 결손으로 적용한다.
- 13) 보철치료를 위해 발치한 정상치아, 노화로 인해 자연 발치된 치아, 보철(복합레진, 인레이, 온레이 등)한 치아, 기존 의치(틀니, 임플란트 등)의 결손은 치아의 상실로 인정하지 않는다.
- 14) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
- 15) 어린이의 유치는 향후에 영구치로 대체되므로 후유장애의 대상이 되지 않으나, 선천적으로 영구치 결손이 있는 경우에는 유치의 결손을 후유장애로 평가한다.
- 16) 가철성 보철물(신체의 일부에 붙였다 떼었다 할 수 있는 틀니 등)의 파손은 후유장애의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) '외모'란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
- 2) '추상(추한 모습)장애'라 함은 성형수술(반흔성형술, 레이저치료 등 포함)을 시행한 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말한다.
- 3) '추상(추한 모습)을 남긴 때'라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술(반흔성형술, 레이저치료 등 포함)을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 경우를 말한다.
- 4) 다발성 반흔 발생시 각 판정부위(얼굴, 머리, 목) 내의 다발성 반흔의 길이 또는 면적은 합산하여 평가한다. 단, 길이가 5mm 미만의 반흔은 합산대상에서 제외한다.
- 5) 추상(추한 모습)이 얼굴과 머리 또는 목 부위에 걸쳐 있는 경우에는 머리 또는 목에 있는 흉터의 길이 또는 면적의 1/2을 얼굴의 추상(추한 모습)으로 보아 산정한다.

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)

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

라. 약간의 추상(추한 모습)

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

마. 손바닥 크기

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

6. 척추(등뼈)의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 척추(등뼈)는 경추에서 흉추, 요추, 제1천추까지를 동일한 부위로 한다. 제2천추 이하의 천골 및 미골은 체간골의 장애로 평가한다.
- 척추(등뼈)의 기형장애는 척추체(척추뼈 몸통)를 말하며, 횡돌기 및 극돌기는 제외한다. 이하 이 신체부위에서 같다)의 압박률 또는 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡 정도에 따라 평가한다.
 - 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡변화는 객관적인 측정방법(Cobb's Angle)에 따라 골절이 발생한 척추체(척추뼈 몸통)의 상. 하 인접 정상 척추체(척추뼈 몸통)를 포함하여 측정하며, 생리적 정상만곡을 고려하여 평가한다.
 - 척추(등뼈)의 기형장애는 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률, 골절의 부위 등을 기준으로 판정한다. 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률은 인접 상. 하부[인접 상. 하부 척추체(척추뼈 몸통)에 진구성 골절이 있거나, 다발성 척추골절이 있는 경우에는 골절된 척추(등뼈)와 가장 인접한 상. 하부] 정상 척추체(척추뼈 몸통)의 전방 높이의 평균에 대한 골절된 척추체(척추뼈 몸통) 전방 높이의 감소비를 압박률로 정한다.
 - 척추(등뼈)의 기형장애는 「산업재해보상보험법 시행규칙」상 경추부, 흉추부, 요추부로 구분하여 각각을 하나의 운동단위로 보며, 하나의 운동단위 내에서 여러 개의 척추체(척추뼈 몸통)에 압박골절이 발생한 경우에는 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률을 합산하고, 두 개 이상의 운동단위에서 장애가 발생한 경우에는 그 중 가장 높은 지급률을 적용한다.
- 척추(등뼈)의 장애는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 이 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.
- 추간판탈출증으로 인한 신경 장애는 수술 또는 시술(비수술적 치료) 후 6개월 이상 지난 후에 평가한다.
- 신경학적 검사상 나타난 저린감이나 방사통 등 신경자극증상의 원인으로 CT, MRI 등 영상검사상에서 추간판탈출증이 확인된 경우를 추간판탈출증으로 진단하며, 수술 여부에 관계없이 운동장애 및 기형장애로 평가하지 않는다.
- 심한 운동장애란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
 - 머리뼈(두개골), 제1경추, 제2경추를 모두 유합 또는 고정한 상태
- 뚜렷한 운동장애란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
 - 머리뼈(두개골)와 제1경추 또는 제1경추와 제2경추를 유합 또는 고정한 상태
 - 머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추) 사이에 CT 검사 상, 두개 대후두공의 기저점(basion)과 축추 치돌기 상단사이의 거리(BDI : Basion-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태
 - 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추) CT 검사상, 환추 전방 궁(arch)의 후방과 치상돌기의 전면과의 거리(ADI: Atlanto-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태

- 8) 약간의 운동장애
머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추)를 제외한 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정된 상태
- 9) 심한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 35° 이상의 척추전만증(척추(등뼈)가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추(등뼈)가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추(등뼈)가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 60%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 90% 이상일 때
- 10) 뚜렷한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 15° 이상의 척추전만증(척추(등뼈)가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추(등뼈)가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추(등뼈)가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 40%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 60% 이상일 때
- 11) 약간의 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
가) 1개 이상의 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구로 경도(가벼운 정도)의 척추전만증(척추(등뼈)가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추(등뼈)가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추(등뼈)가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 20%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 40% 이상일 때
- 12) '추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장애'란 추간판탈출증으로 추간판을 2마디 이상(또는 1마디 추간판에 대해 2회 이상) 수술하고도 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장애가 있는 경우
- 13) '추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장애'란 추간판탈출증으로 추간판 1마디를 수술하고도 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되고 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우
- 14) '추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장애'란 추간판탈출증이 확인되고 신경생리검사서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되는 경우

7. 체간골의 장애

가. 장애의 분류

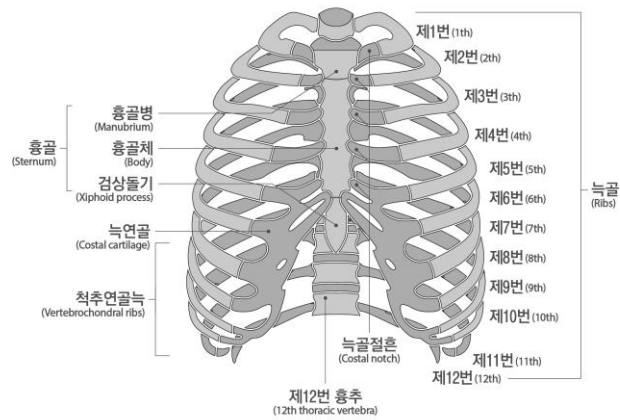
장애의 분류	지급률
1) 어깨뼈(견갑골)나 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	15
2) 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	10

나. 장애판정기준

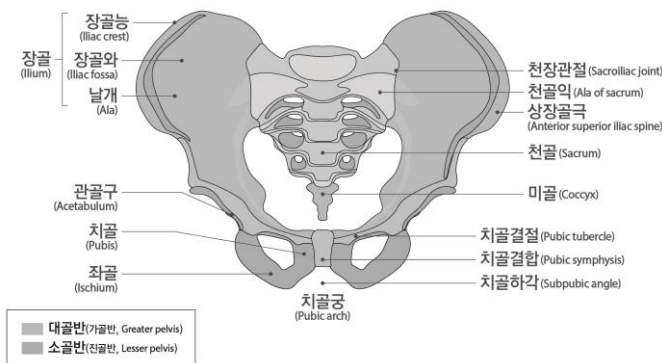
- 1) '체간골'이라 함은 어깨뼈(견갑골), 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함), 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)를 말하며 이를 모두 동일한 부위로 본다.
- 2) '골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함)의 뚜렷한 기형'이라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
가) 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm 이상 분리된 부정유합 상태
나) 육안으로 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도로 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이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

취급한다. 다발성늑골 기형의 경우 각각의 각(角) 변형을 합산하지 않고 그 중 가장 높은 각(角) 변형을 기준으로 평가한다.

[가슴뼈(흉골)]



[골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함)]



8. 팔의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 않는다.
- 3) ‘팔’이라 함은 어깨관절(견관절)부터 손목관절(완관절)까지를 말한다.
- 4) ‘팔의 3대 관절’이라 함은 어깨관절(견관절), 팔꿈치관절(주관절), 손목관절(완관절)을 말한다.
- 5) ‘한 팔의 손목 이상을 잃었을 때’라 함은 손목관절(완관절)부터(손목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치관절(주관절) 상부에서 절단된 경우도 포함한다.
- 6) 팔의 관절기능장애 평가는 팔의 3대 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다.
 - 가) 각 관절의 운동범위 측정은 장애평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
 - 나) 관절기능장애를 표시할 경우 장애부위의 장애각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장애상태를 명확히 한다. 단, 관절기능장애가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.
- 7) ‘관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때’라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 완전 강직(관절굳음)
 - 나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 ‘0등급(zero)’인 경우
- 8) ‘관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때’라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
 - 나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
 - 다) 근전도 검사상 완전손상(complete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 ‘1등급(trace)’인 경우
- 9) ‘관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때’라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
 - 나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 2등급(poor)인 경우
- 10) ‘관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때’라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
 - 나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 3등급(fair)인 경우
- 11) ‘가관절^{주)}이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때’라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.

※ 주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 ‘불유합’ 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외한다.
- 12) ‘가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때’라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 13) ‘뼈에 기형을 남긴 때’라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

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

9. 다리의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
- 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 않는다.
- ‘다리’라 함은 엉덩이관절(고관절)부터 발목관절(족관절)까지를 말한다.
- ‘다리의 3대 관절’이라 함은 엉덩이관절(고관절), 무릎관절(슬관절), 발목관절(족관절)을 말한다.
- ‘한 다리의 발목이상을 잃었을 때’라 함은 발목관절(족관절)부터(발목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절(슬관절)의 상부에서 절단된 경우도 포함한다.
- 다리의 관절기능장애 평가는 다리의 3대 관절의 관절운동범위 제한 및 무릎관절(슬관절)의 동요성 등으로 평가한다.
 - 각 관절의 운동범위 측정은 장애평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
 - 관절기능장애가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.
- 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때’라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 완전 강직(관절굳음)
 - 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 ‘0등급(zero)’인 경우
- ‘관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때’라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
 - 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
 - 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 ‘1등급(trace)’인 경우
- ‘관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때’라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
 - 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서

- 근력이 2등급(poor)인 경우
- 10) '관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
 - 나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - 다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 3등급(fair)인 경우
 - 11) 동요장애 평가 시에는 정상측과 환측을 비교하여 증가된 수치로 평가한다.
 - 12) '가관절^{주)}이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.

※ 주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 '불유합' 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외한다.
 - 13) '가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 경골과 종아리뼈 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
 - 14) '뼈에 기형을 남긴 때'라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.
 - 15) 다리 길이의 단축 또는 과신장은 스캐노그램(scanogram)을 통하여 측정한다.

다. 지급률의 결정

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

10. 손가락의 장애

가. 장애의 분류

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

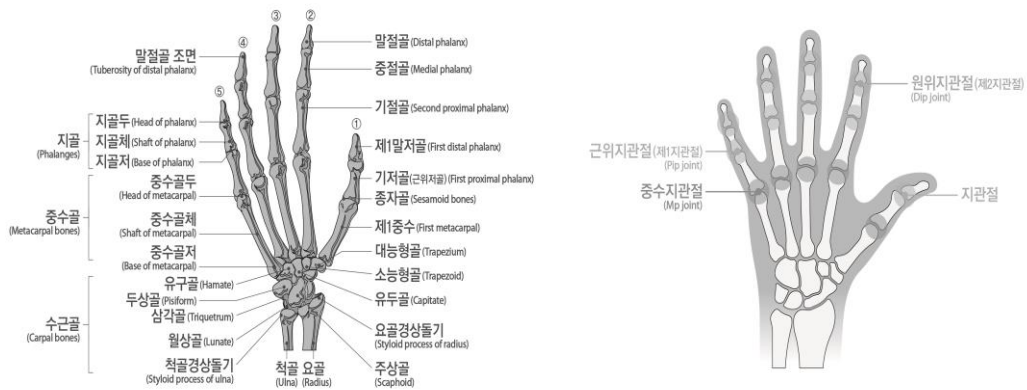
나. 장애판정기준

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

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

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

[손가락]



11. 발가락의 장애

가. 장애의 분류

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

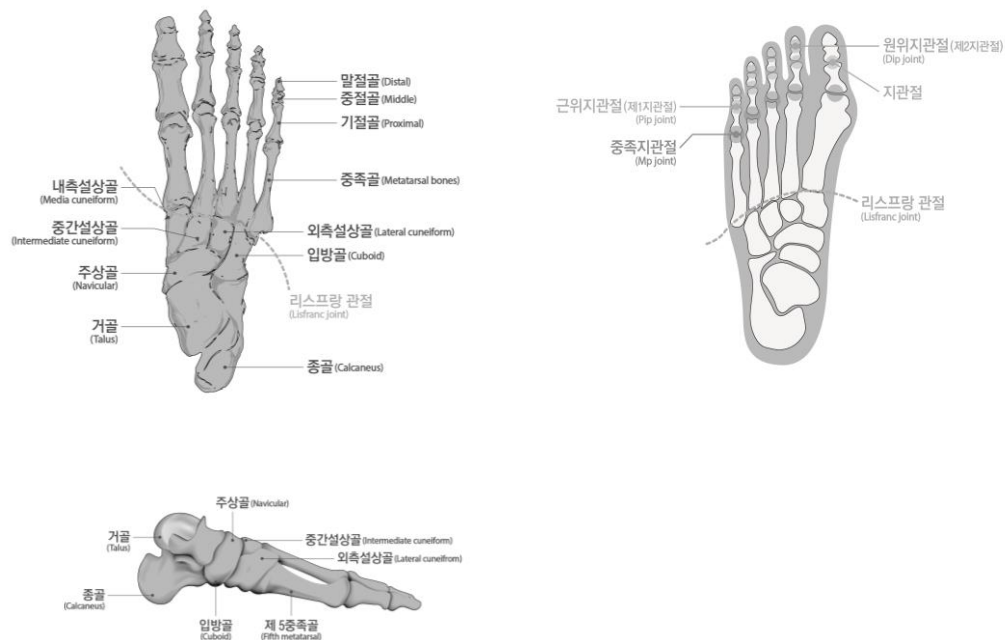
나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장애를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 않는다.
- 3) ‘발가락을 잃었을 때’라 함은 첫째 발가락에서는 지관절부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네

발가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽을 잃었을 때를 말한다.

- 4) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
- 5) ‘발가락뼈 일부를 잃었을 때’라 함은 첫째 발가락의 지관절, 다른 네 발가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 발가락 뼈 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 발가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.
- 6) ‘발가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때’라 함은 첫째 발가락의 경우에 중족지관절과 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동범위 합계가 정상 운동 가능영역의 1/2 이하가 된 경우를 말하며, 다른 네 발가락에 있어서는 중족지관절의 신전운동범위만을 평가하여 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우를 말한다.
- 7) 한 발가락에 장애가 생기고 다른 발가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 8) 발가락 관절의 운동범위 측정은 장애평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.

[발가락]



12. 흉·복부장기 및 비뇨생식기의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애의 판정기준

- 1) ‘심장 기능을 잃었을 때’라 함은 심장 이식을 한 경우를 말한다.
- 2) ‘흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때’라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

- 가) 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
 나) 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석, 복막투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때
 다) 방광의 저장기능과 배뇨기능을 완전히 상실한 때
- 3) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 가) 위, 대장(결장~직장) 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때
 나) 소장을 3/4 이상 잘라내었을 때 또는 잘라낸 소장의 길이가 3m 이상일 때
 다) 간장의 3/4 이상을 잘라내었을 때
 라) 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
- 4) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 가) 한쪽 폐 또는 한쪽 신장을 전부 잘라내었을 때
 나) 방광 기능상실로 영구적인 요도루, 방광루, 요관 장문합 상태
 다) 위, 췌장을 50% 이상 잘라내었을 때
 라) 대장절제, 항문 괄약근 등의 기능장애로 영구적으로 장루, 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
 마) 심장기능 이상으로 인공심박동기를 영구적으로 삽입한 경우
 바) 요도괄약근 등의 기능장애로 영구적으로 인공요도괄약근을 설치한 경우
- 5) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 가) 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착, 배뇨기능 상실로 영구적인 간헐적 인공요도가 필요한 때
 나) 음경의 1/2 이상이 결손되었거나 질구 협착으로 성생활이 불가능한 때
 다) 폐질환 또는 폐 부분절제술 후 일상생활에서 호흡곤란으로 지속적인 산소치료가 필요하며, 폐기능 검사(PFT)상 폐환기 기능(1초간 노력성 호기량, FEV1)이 정상예측치의 40% 이하로 저하된 때
- 6) 흉복부, 비뇨생식기계 장애는 질병 또는 외상의 직접 결과로 인한 장애를 말하며, 노화에 의한 기능장애 또는 질병이나 외상이 없는 상태에서 예방적으로 장기를 절제, 적출한 경우는 장애로 보지 않는다.
- 7) 상기 흉복부 및 비뇨생식기계 장애항목에 명기되지 않은 기타 장애상태에 대해서는 '<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표'에 해당하는 장애가 있을 때 ADLs 장애 지급률을 준용한다.
- 8) 상기 장애항목에 해당되지 않는 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장애의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계·정신행동 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 신경계에 장애가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때	10~100
2) 정신행동에 극심한 장애를 남긴 때	100
3) 정신행동에 심한 장애를 남긴 때	75
4) 정신행동에 뚜렷한 장애를 남긴 때	50
5) 정신행동에 약간의 장애를 남긴 때	25
6) 정신행동에 경미한 장애를 남긴 때	10
7) 극심한 치매: CDR 척도 5점	100
8) 심한 치매: CDR 척도 4점	80
9) 뚜렷한 치매: CDR 척도 3점	60

장애의 분류	지급률
10) 약간의 치매: CDR 척도 2점	40
11) 심한 간질발작이 남았을 때	70
12) 뚜렷한 간질발작이 남았을 때	40
13) 약간의 간질발작이 남았을 때	10

나. 장애판정기준

1) 신경계

- 가) '신경계에 장애를 남긴 때'라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계 손상으로 '<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표'의 5가지 기본동작 중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.
- 나) 위 가)의 경우 '<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표'상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장애로 인정하지 않는다.
- 다) 신경계의 장애로 발생하는 다른 신체부위의 장애(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장애로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- 라) 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 12개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장애를 평가한다. 그러나 12개월이 지났다고 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위에서 장애 평가를 유보한다.
- 마) 장애진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

- 가) 정신행동장애는 보험기간중에 발생한 뇌의 질병 또는 상해를 입은 후 18개월이 지난 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 질병발생 또는 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 질병발생 또는 상해를 입은 후 12개월이 지난 후에 판정할 수 있다.
- 나) 정신행동장애는 장애판정 직전 1년 이상 충분한 정신건강의학과와의 전문적 치료를 받은 후 치료에도 불구하고 장애가 고착되었을 때 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로써 고정되거나 중하게 된 장애에 대해서는 인정하지 않는다.
- 다) '정신행동에 극심한 장애를 남긴 때'라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와의 치료를 받았으며 GAF 30점 이하인 상태를 말한다.
- 라) '정신행동에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와의 치료를 받았으며 GAF 40점 이하인 상태를 말한다.
- 마) '정신행동에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준'상 6개 항목 중 3개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 50점 이하인 상태를 말한다.
 - ※주) 능력장애측정기준의 항목 : ㉠ 적절한 음식섭취, ㉡ 대소변관리, 세면, 목욕, 청소 등의 청결 유지, ㉢ 적절한 대화기술 및 협조적인 대인관계, ㉣ 규칙적인 통원. 약물 복용, ㉤ 소지품 및 금전관리나 적절한 구매행위, ㉥ 대중교통이나 일반공공시설의 이용
- 바) '정신행동에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준'상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 60점 이하인 상태를 말한다.
- 사) '정신행동에 경미한 장애를 남긴 때'라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준'상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 70점 이하인 상태를 말한다.
- 아) 지속적인 정신건강의학과와의 치료란 3개월 이상 약물치료가 중단되지 않았음을 의미한다.
- 자) 심리학적 평가보고서는 정신건강의학과 의료기관에서 실시되어야 하며, 자격을 갖춘 임상심리전문가가 시행하고 작성하여야 한다.
- 차) 정신행동장애 진단 전문의는 정신건강의학과 전문의를 말한다.
- 카) 정신행동장애는 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등 객관적 근거를 기초로 평가한다. 다만, 보호자나 환자의 진술, 감정의의 추정 혹은 인정,

한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌 SPECT 등)은 객관적 근거로 인정하지 않는다.

타) 각종 기질성 정신장애와 외상 후 간질에 한하여 보상한다.

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

3) 치매

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

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

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

4) 뇌전증(간질)

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

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

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

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

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

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

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

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표

유형	제한 정도에 따른 지급률
이동동작	- 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 방 밖을 나올 수 없는 상태 또는 침대에서 휠체어로 옮기기를 포함하여 휠체어 이동시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태 (지급률 40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움 없이는 방밖을 나올 수 없는 상태 또는 보행이 불가능하나 스스로 휠체어를 밀어 이동이 가능한 상태 (30%) - 목발 또는 보행기(walker)를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태(20%) - 보조기구 없이 독립적인 보행은 가능하나 보행시 파행(절뚝거림)이 있으며, 난간을 잡지 않고는 계단을 오르내리기가 불가능한 상태 또는 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태(10%)
음식물 섭취	- 입으로 식사를 전혀 할 수 없어 계속적으로 튜브(비위관 또는 위루관)나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급을 받는 상태(20%) - 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 식사를 전혀 할 수 없는 상태(15%) - 손가락 사용은 가능하나 젓가락 사용이 불가능하여 음식물 섭취에 있어 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%) - 독립적인 음식물 섭취는 가능하나 젓가락을 이용하여 생선을 바르거나 음식물을 자르지는 못하는 상태(5%)
배변·배뇨	- 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 계속적인 도움이 필요한 상태, 또는 지속적인 유치도뇨관 삽입상태, 방광루, 요도루, 장루상태 (20%) - 화장실에 가서 변기위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 뒤처리시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태, 또는 간헐적으로 자가 인공도뇨가 가능한 상태(CIC), 기저귀를 이용한 배뇨, 배변 상태 (15%) - 화장실에 가는 일, 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변후 뒤처리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태 (10%) - 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2시간 이상 계속되는 업무를 수행하는 것이 어려운 상태, 또는 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 요실금, 변실금이 있는 때 (5%)
목욕	- 세안, 양치, 샤워, 목욕 등 모든 개인위생 관리시 타인의 지속적인 도움이 필요한 상태 (10%) - 세안, 양치시 부분적인 도움 하에 혼자서 가능하나 목욕이나 샤워시 타인의 도움이 필요한 상태 (5%) - 세안, 양치와 같은 개인위생관리를 독립적으로 시행가능하나 목욕이나 샤워시 부분적으로 타인의 도움이 필요한 상태 (3%)
옷 입고 벗기	- 상·하의 의복 착탈시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태 (10%) - 상·하의 의복 착탈시 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태 또는 상의 또는 하의중 하나만 혼자서 착탈의가 가능한 상태 (5%) - 상·하의 의복착탈시 혼자서 가능하나 미세동작(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)이 필요한 마무리는 타인의 도움이 필요한 상태 (3%)

별표4 보험금 지급할 때의 적립이율 계산
(제7조 제2항 관련)

구분	기간	지급이자
고도재해장해보험금 (제3조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 +가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 +가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 +가산이율(8.0%)

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제7조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당하는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

15. 무배당 고도질병장해특약(본인형, 배우자형) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의	282
제1조【목적】	282
제2조【용어의 정의】.....	282
제2관 보험금의 지급.....	283
제3조【보험금의 지급사유】	283
제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】.....	283
제5조【보험금을 지급하지 않는 사유】.....	284
제6조【보험금의 청구】	284
제7조【보험금의 지급절차】	285
제8조【보험금 받는 방법의 변경】.....	285
제3관 특약의 성립과 유지	286
제9조【특약의 체결 및 소멸】	286
제10조【피보험자의 범위 및 자격의 득실】	287
제11조【특약의 보장개시】.....	287
제12조【특약의 무효】.....	288
제13조【특약내용의 변경 등】.....	288
제14조【특약의 보험기간】.....	288
제4관 보험료의 납입.....	288
제15조【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】	288
제16조【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】	288
제17조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)]	288

제5관 특약의 해지 및 해지환급금 등 289

제18조【계약자의 임의해지】..... 289

제19조【해지환급금】 289

제6관 기타사항 289

제20조【주계약 약관의 준용】..... 289

별표1 보험금 지급기준표 290

별표2 재해분류표 291

별표3 장애분류표 292

별표4 보험금 지급할 때의 적립이율 계산 310

15. 무배당 고도질병장해특약(본인형, 배우자형) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조[목적]

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조[용어의 정의]

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어

가. 계약자: 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

나. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.

다. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

라. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

마. 주계약: 기본이 되는 보험계약으로 주된 보험계약을 말합니다.

2. 지급사유 관련 용어

가. 재해: '별표2 재해분류표'에서 정한 재해를 말합니다.

나. 장애: '별표3 장애분류표'에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

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

【연단위 복리 예시】

원금 100원, 연간 10% 이자율 적용시 연단위 복리로 계산한 2년시점의 총 이자금액

· 1년차 이자 = $\frac{100\text{원}}{\text{원금}} \times 10\% = 10\text{원}$

· 2년차 이자 = $\frac{(100\text{원} + 10\text{원})}{\text{원금} \quad 1\text{년차 이자}} \times 10\% = 11\text{원}$

⇒ 2년 시점의 총 이자금액 = 10원 + 11원 = 21원

나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다.
평균공시이율은 회사의 홈페이지 상품공시실(www.hanalife.co.kr)에서 확인할 수 있습니다.

다. 해지환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, 「관공서의 공휴일에 관한 규정」에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

【「관공서의 공휴일에 관한 규정」】

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

1. 일요일

2. 국경일 중 3.1절, 광복절, 개천절 및 한글날

3. 1월 1일

4. 설날 전날, 설날, 설날 다음날(음력 12월 말일, 1월 1일, 2일)

5. 삭제<2005.6.30.>

6. 석가탄신일(음력 4월 8일)

7. 5월 5일(어린이날)

8. 6월 6일(현충일)

9. 추석 전날, 추석, 추석 다음날(음력 8월 14일, 15일, 16일)
10. 12월 25일(기독탄신일)
- 10의 2. 「공직선거법」 제34조에 따른 임기만료에 의한 선거의 선거일
11. 기타 정부에서 수시 지정하는 날

제3조(대체공휴일)

- ① 제2조 제4호 또는 제9호에 따른 공휴일이 다른 공휴일과 겹칠 경우 제2조 제4호 또는 제9호에 따른 공휴일 다음 첫번째 비공휴일을 공휴일로 한다.
- ② 제2조 제7호에 따른 공휴일이 토요일이나 다른 공휴일과 겹칠 경우 제2조 제7호에 따른 공휴일의 다음 첫번째 비공휴일을 공휴일로 한다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제2관 보험금의 지급

제3조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 재해 이외의 원인으로 장애분류표(‘별표3 장애분류표’ 참조, 이하 장애분류표라 합니다)에서 정한 장애지급률이 80%이상의 장애상태가 되었을 경우에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 고도질병장애보험금(‘별표1 보험금 지급기준표’ 참조)을 지급합니다.

제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 제3조(보험금의 지급사유)에서 재해 이외의 원인으로 장애상태가 되고 장애지급률이 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표에서 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 진단확정일부터 1년 이내)에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.
- ③ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 하나의 장애가 관찰 방법에 따라서 장애분류표상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용합니다.
- ④ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 ‘한시장애’라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 한시장애의 지급률로 정합니다.
- ⑤ 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 더하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 장애분류표에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애 정도에 따라 장애분류표의 구분에 준하여 장애지급률을 결정합니다.
- ⑧ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【제3자】

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

【「의료법」 제3조(의료기관)】

- ① 이 법에서 “의료기관”이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 “의료업”이라 한다)을 하는 곳을 말한다.
- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
 1. 의원급 의료기관: 의사, 치과 의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그

의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.

- 가. 의원
- 나. 치과의원
- 다. 한의원

2. 조산원: 조산사가 조산과 임신부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다.

3. 병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.

- 가. 병원
- 나. 치과병원
- 다. 한방병원

라. 요양병원(「장애인복지법」 제 58조 제 1항 제 4호에 따른 의료재활시설로서 제 3조의 2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)

- 마. 정신병원
- 바. 종합병원

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

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제5조【보험금을 지급하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

【고의】

자기행위가 일정한 결과를 발생시킬 것을 인식하면서 그 행위를 하는 경우의 심리상태를 말합니다.

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급합니다.

【심신상실】

의식은 있으나 심신장애의 정도가 심해 자신의 행위 결과를 합리적으로 판단할 능력을 갖지 못한 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제6조【보험금의 청구】

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 장애인단서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류(고도질병장해보험금 지급시 피보험자의 법정상속인이 아닌 자가 청구하는 경우 법정상속인의 확인서 등)

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 「민법」의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자

【「민법」 제1000조(상속의 순위)】

① 상속에 있어서는 다음 순위로 상속인이 된다.

1. 피상속인의 직계비속
2. 피상속인의 직계존속
3. 피상속인의 형제자매
4. 피상속인의 4촌 이내의 방계혈족

② 전항의 경우에 동순위의 상속인이 수인인 때에는 최근친을 선순위로 하고 동친등의 상속인이

수인인 때에는 공동상속인이 된다.

③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

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

제7조【보험금의 지급절차】

- ① 회사는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유 의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 지급합니다.

【보험금 지급일 예시】

보험금 청구서류 접수일이 2020년 10월 8일(목)인 경우 10/9(금, 한글날), 10/10(토), 10/11(일)은 회사의 영업일이 아니므로, 10/8(목)부터 3영업일인 10/14(수) 이내에 보험금을 지급합니다.(보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요하지 않은 경우에 한함)

- ② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 ‘별표4 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.
- ③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

【보험금 가지급제도】

지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도 이는 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해주기 위해 회사가 먼저 지급해주는 임시 급부임.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청

【설명】

분쟁조정 신청은 주계약 약관 ‘분쟁의 조정’ 조항을 따르며 분쟁조정신청 대상기관은 금융감독원의 금융분쟁조정위원회를 말합니다.

3. 수사기관의 조사
 4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
 5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
 6. 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제8항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 주계약 약관의 계약 전 알릴 의무 위반의 효과와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

【설명】

“정당한 사유”라 함은 사회통념상 그 의무나 책임 등을 이행할 수 없을만한 사정이 있거나, 그 의무나 책임 등의 이행을 기대하는 것이 무리라고 할 만한 사정이 있을 때를 말합니다.

- ⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청 시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

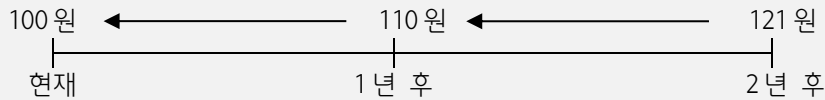
제8조【보험금 받는 방법의 변경】

- ① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 제3조(보험금의 지급사유)에서 정하는 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.

- ② 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

【연단위 복리로 할인한 금액 계산예시】

원금 121 원, 연간 10% 할인을 적용시 연단위 복리로 2년 할인하여 계산한 금액



$$\begin{aligned} \cdot 1 \text{년 할인} &= \frac{121 \text{ 원}}{2 \text{년후 원금}} \div \frac{(1+10\%)}{\text{할인율}} = 110 \text{ 원} \\ \cdot 2 \text{년 할인} &= \frac{110 \text{ 원}}{1 \text{년 할인한 금액}} \div \frac{(1+10\%)}{\text{할인율}} = 100 \text{ 원} \end{aligned}$$

⇒ 2년 후의 원금 121 원의 현재기준 할인된 금액 = 100 원

제3관 특약의 성립과 유지

제9조【특약의 체결 및 소멸】

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 본인형, 배우자형 중 선택하여 청약하고, 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 회사는 피보험자가 특약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.

【보험가입금액 제한】

피보험자가 가입을 할 수 있는 최대보험가입금액을 제한하는 방법

【일부보장 제외(부담보)】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 특정질병 또는 특정 신체 부위를 보장에서 제외하는 방법

【보험금 삭감】

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

【보험료 할증】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 보험가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 증가하는 위험 또는 기간의 경과에 상관없이 일정한 상태를 유지하는 위험에 적용하는 방법으로 위험정도에 따라 해당 보험료 이외에 특별보험료를 추가하는 방법

- ③ 회사는 특약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 특약은 청약일, 진단특약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
- ④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 평균공시이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 특약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.
- ⑤ 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
1. 주계약의 해지 및 기타사유에 따라 효력이 없게 된 경우
 2. 제10조(피보험자의 범위 및 자격의 득실)에서 정하는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우

3. 제3조(보험금의 지급사유)에서 정하는 보험금 지급사유가 발생한 경우
4. 배우자형에서 주계약의 피보험자가 퇴직 등의 사유로 피보험단체에서 탈퇴하는 경우
- ⑥ 배우자형의 경우, 제5항 제1호에도 불구하고 주계약이 사망 및 보험금 지급사유 발생으로 더 이상 효력이 없게 된 경우에는 최종납입한 보험료의 효력이 종료되는 최종일(차회 보험료 납입해당일의 전일)까지 이 특약은 효력을 가집니다.
- ⑦ 제5항 제2호의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

【실종선고】

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

【「민법」 제27조(실종의 선고)】

- ① 부재자의 생사가 5년간 분명하지 아니한 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 한다.
- ② 전지에 임한 자, 침몰한 선박 중에 있던 자, 추락한 항공기 중에 있던 자, 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한 자의 생사가 전쟁종지 후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락, 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 아니한 때에도 제1항과 같다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

- ⑧ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료 중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료 중단 등 결정 및 그 이행은 제5항 제2호의 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

【「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」

호스피스·완화의료와 임종과정에 있는 환자의 연명의료와 연명의료중단 등 결정 및 그 이행에 필요한 사항을 규정함으로써 환자의 최선의이익을 보장하고 자기결정을 존중하여 인간으로서의 존엄과 가치를 보호하기 위해 제정된 법률

제10조【피보험자의 범위 및 자격의 득실】

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자로 합니다.
 2. 배우자형의 경우 주계약 피보험자의 특약을 체결할 때 가족관계등록부상 또는 주민등록부상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우, 이 특약은 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 배우자의 자격을 상실한 날부터 효력을 상실합니다. (다만, 주계약 피보험자가 사망한 경우 및 주계약 피보험자가 사망한 이후 배우자가 재혼한 경우, 배우자는 이 특약상의 피보험자 자격을 유지하며, 이 특약은 효력을 상실하지 않습니다)
- ③ 제2항의 경우 계약자는 지체없이 이 사실을 회사에 알려야 합니다.

【설명】

“지체없이”라 함은 “의무 이행을 정당한 이유 없이 지연하는 일이 없이”라는 의미입니다.

- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어 회사가 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제11조【특약의 보장개시】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

【보장개시일】

회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

제12조【특약의 무효】

이 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(실제 납입한 보험료를 말하며, 감액 등으로 회사가 실제 지급한 금액이 있는 경우 해당금액을 차감한 금액)를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

【보험계약대출이율의 공시】

보험계약대출이율은 회사의 인터넷 홈페이지(www.hanalife.co.kr) ‘상품공시실’ 내 ‘적용이율공시’에서 공시합니다.

제13조【특약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다.

【보험가입금액의 감액】

보험료, 보험금, 책임준비금 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 방법으로, 이에 따라 보험료, 보험금, 책임준비금도 줄어듭니다.

- ③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 이 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.
- ④ 피보험자가 피보험단체로부터 탈퇴한 경우에 계약자는 지체없이 피보험자의 탈퇴년월일 및 사유를 회사에 알려야 합니다.

제14조【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 주계약과 동일합니다.

제4관 보험료의 납입

제15조【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 주계약과 동일합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 합니다.

제16조【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】

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

【납입최고(독촉)】

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

제17조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】

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

【부활(효력회복)】

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

- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에

부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

- ③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제11조(특약의 보장개시)를 준용합니다.

【설명】

“제11조(특약의 보장개시)를 준용”한다는 뜻은 “제11조(특약의 보장개시)를 표준으로 삼아 적용”한다는 뜻입니다.

제5관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제18조【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있습니다. 그러나 피보험자가 보험료의 일부 또는 전부를 부담하는 경우에는 피보험자의 동의를 받아야 합니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제19조【해지환급금】

이 특약의 해지환급금은 없습니다.

제6관 기타사항

제20조【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

별표1 보험금 지급기준표

[기준: 보험가입금액 1,000만원]

급부명	지급사유	지급금액
고도질병장해보험금 (제3조)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 재해 이외의 원인으로 장해지급률이 80%이상의 장애상태가 되었을 때(최초 1회한)	1,000만원

(주)

주계약의 해지 및 기타사유에 따라 효력이 없게 된 경우 또는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하거나 장애분류표 중 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 80%이상인 장애상태가 되었을 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.

별표2 재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제2조 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
 - 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
 - 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
 - 식량부족(X53)
 - 물 부족(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 이상반응 또는 이후 합병증의 원인이 된 외과적 및 기타 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장)
- ④ ‘자연의 힘에 노출(X30~X39)’ 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
- ⑤ ‘우발적 익사 및 익수(W65~W74), 호흡과 관련된 기타 불의의 위험(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)’ 중 질병에 의한 호흡장애 및 삼킴장애
- ⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주)

1. () 안은 제 8 차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제 2020-175 호, 2021.1.1. 시행)상의 분류번호이며, 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 재해 해당여부는 피보험자가 해당 재해로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 재해에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 재해의 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 위 1. 보장대상이 되는 재해 ②에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용하며, 2. 보험금을 지급하지 않는 재해 ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

별표3 장애분류표

□ 총칙

1. 장애의 정의

- 1) ‘장애’라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아 있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태 및 기능상실 상태를 말한다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장애에 포함되지 않는다.
- 2) ‘영구적’이라 함은 원칙적으로 치유하는 때 장래 회복할 가망이 없는 상태로서 정신적 또는 육체적 훼손상태임이 의학적으로 인정되는 경우를 말한다.
- 3) ‘치유된 후’라 함은 상해 또는 질병에 대한 치료의 효과를 기대할 수 없게 되고 또한 그 증상이 고정된 상태를 말한다.
- 4) 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장애에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 장애지급률로 한다.
- 5) 위 4)에 따라 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정한다.

2. 신체부위

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

3. 기타

- 1) 하나의 장애가 관찰 방법에 따라서 장애분류표상 2가지 이상의 신체부위에서 장애로 평가되는 경우에는 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- 2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
- 3) 하나의 장애가 다른 장애와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 지급률만을 적용하며, 하나의 장애로 둘 이상의 파생장애가 발생하는 경우 각 파생장애의 지급률을 합산한 지급률과 최초 장애의 지급률을 비교하여 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- 4) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장애의 판정대상에 포함되지 않는다. 다만, 뇌사판정을 받은 경우가 아닌 식물인간상태(의식이 전혀 없고 사지의 자발적인 움직임이 불가능하여 일상생활에서 항상 간호가 필요한 상태)는 각 신체부위별 판정기준에 따라 평가한다.
- 5) 장애진단서에는 ① 장애진단명 및 발생시기 ② 장애의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계·정신행동 장애의 경우 ① 개호(장애로 혼자서 활동이 어려운 사람을 곁에서 돌보는 것) 여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가로 기재하여야 한다.

□ 장애분류별 판정기준

1. 눈의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 시력장애의 경우 공인된 시력 검사표에 따라 최소 3회 이상 측정한다.
- ‘교정시력’이라 함은 안경(콘택트 렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 원거리 최대교정시력을 말한다. 다만, 각막이식술을 받은 환자인 경우 각막이식술 이전의 시력상태를 기준으로 평가한다.
- ‘한눈이 멀었을 때’라 함은 안구(눈동자)의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나(‘광각무’) 겨우 가릴 수 있는 경우(‘광각유’)를 말한다.
- ‘한눈의 교정시력이 0.02 이하로 된 때’라 함은 안전수동(Hand Movement)^{※ 1)}, 안전수지(Finger Counting)^{※ 2)} 상태를 포함한다.
 - ※ 주 1) 안전수동 : 물체를 감별할 정도의 시력상태가 아니며 눈앞에서 손의 움직임을 식별할 수 있을 정도의 시력상태
 - 주 2) 안전수지 : 시표의 가장 큰 글씨를 읽을 수 있는 정도의 시력은 아니나 눈 앞 30cm 이내에서 손가락의 개수를 식별할 수 있을 정도의 시력상태
- 안구(눈동자) 운동장애의 판정은 질병의 진단 또는 외상 후 1년 이상이 지난 뒤 그 장애 정도를 평가한다.
- ‘안구(눈동자)의 뚜렷한 운동장애’라 함은 아래의 두 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 한 눈의 안구(눈동자)의 주시야(머리를 움직이지 않고 눈만을 움직여서 볼 수 있는 범위)의 운동범위가 정상 1/2 이하로 감소된 경우
 - 나) 중심 20도 이내에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)을 남긴 경우
- ‘안구(눈동자)의 뚜렷한 조절기능장애’라 함은 조절력이 정상 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 50세 이상(장애진단시 연령 기준)의 경우에는 제외한다.
- ‘뚜렷한 시야 장애’라 함은 한 눈의 시야 범위가 정상시야 범위의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다. 이 경우 시야검사는 공인된 시야검사방법으로 측정하며, 시야장애 평가 시 자동시야검사계(골드만 시야검사)를 이용하여 8방향 시야범위 합계를 정상범위와 비교하여 평가한다.
- ‘눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때’라 함은 눈꺼풀의 결손으로 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮이지 않는 경우를 말한다.
- ‘눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때’라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.
- 외상이나 화상 등으로 안구(눈동자)의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 안구(눈동자)가 적출되어 눈자위의 조직요물(凹沒) 등으로 의안마저 끼워 넣을 수 없는 상태이면 ‘뚜렷한 추상(추한 모습)’으로, 의안을 끼워 넣을 수 있는 상태이면 ‘약간의 추상(추한 모습)’으로 지급률을 가산한다.

- 12) '눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때'에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장애를 포함하여 장애를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장애를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장애평가 방법 중 피보험자에게 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

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

다. 귓바퀴의 결손

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

라. 평형기능의 장애

- '평형기능에 장애를 남긴 때'라 함은 전정기관 이상으로 보행 등 일상생활이 어려운 상태로 아래의 평형장애 평가항목별 합산점수가 30 점 이상인 경우를 말한다.

항목	내용	점수
검사소견	양측 전정기능 소실	14
	양측 전정기능 감소	10
	일측 전정기능 소실	4
치료병력	장기 통원치료(1 년간 12 회이상)	6
	장기 통원치료(1 년간 6 회이상)	4
	단기 통원치료(6 개월간 6 회이상)	2
	단기 통원치료(6 개월간 6 회미만)	0
기능장애소견	두 눈을 감고 일어서기 곤란하거나 두 눈을 뜨고	20

항목	내용	점수
	10m 거리를 직선으로 걷다가 쓰러지는 경우	
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 중간에 균형을 잡으려 멈추어야 하는 경우	12
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걸을 때 중앙에서 60cm 이상 벗어나는 경우	8

- 2) 평형기능의 장애는 장애판정 직전 1 년 이상 지속적인 치료 후 장애가 고착되었을 때 판정하며, 뇌병변 여부, 전정기능 이상 및 장애상태를 평가하기 위해 아래의 검사들을 기초로 한다.

가) 뇌영상검사(CT, MRI)

나) 온도안진검사, 전기안진검사(또는 비디오안진검사) 등

3. 코의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

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

4. 씹어먹거나 말하는 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 심한 장애를 남긴 때	100
2) 씹어먹는 기능에 심한 장애를 남긴 때	80
3) 말하는 기능에 심한 장애를 남긴 때	60
4) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 뚜렷한 장애를 남긴 때	40
5) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
6) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 약간의 장애를 남긴 때	10
7) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
8) 치아에 14 개 이상의 결손이 생긴 때	20
9) 치아에 7 개 이상의 결손이 생긴 때	10
10) 치아에 5 개 이상의 결손이 생긴 때	5

나. 장애의 평가기준

- 1) 씹어먹는 기능의 장애는 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)의 맞물림(교합), 배열상태 및 아래턱의 개구운동, 삼킴(연하)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.

- 2) '씹어먹는 기능에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 심한 개구운동 제한이나 저작운동 제한으로 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
- 3) '씹어먹는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - 가) 뚜렷한 개구운동 제한 또는 뚜렷한 저작운동 제한으로 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등)이외는 섭취하지 못하는 경우
 - 나) 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 1cm 이하로 제한되는 경우
 - 다) 위·아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1.5cm 이상인 경우
 - 라) 1개 이하의 치아만 교합되는 상태
 - 마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취 시 흡인이 발생하고 연식 외에는 섭취가 불가능한 상태
- 4) '씹어먹는 기능에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - 가) 약간의 개구운동 제한 또는 약간의 저작운동 제한으로 부드러운 고형식(밥, 빵 등)만 섭취 가능한 경우
 - 나) 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 2cm 이하로 제한되는 경우
 - 다) 위·아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1cm 이상인 경우
 - 라) 양측 각 1개 또는 편측 2개 이하의 치아만 교합되는 상태
 - 마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취시 간헐적으로 흡인이 발생하고 부드러운 고형식 외에는 섭취가 불가능한 상태
- 5) 개구장애는 턱관절의 이상으로 개구운동 제한이 있는 상태를 말하며, 최대 개구상태에서 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 거리를 기준으로 한다. 단, 가운데 앞니(중절치)가 없는 경우에는 측정가능한 인접 치아간 거리의 최대치를 기준으로 한다.
- 6) 부정교합은 위턱(상악)과 아래턱(하악)의 부조화로 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)가 전방 및 측방으로 맞물림에 제한이 있는 상태를 말한다.
- 7) '말하는 기능에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - 가) 언어평가상 자음정확도가 30%미만인 경우
 - 나) 전실어증, 운동성실어증(브로카실어증)으로 의사소통이 불가능한 경우
- 8) '말하는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - 가) 언어평가상 자음정확도가 50%미만인 경우
 - 나) 언어평가상 표현언어지수 25 미만인 경우
- 9) '말하는 기능에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - 가) 언어평가상 자음정확도가 75%미만인 경우
 - 나) 언어평가상 표현언어지수 65 미만인 경우
- 10) 말하는 기능의 장애는 1년 이상 지속적인 언어치료를 시행한 후 증상이 고착되었을 때 평가하며, 객관적인 검사를 기초로 평가한다.
- 11) 뇌·중추신경계 손상(정신·인지기능 저하, 편마비 등)으로 인한 말하는 기능의 장애(실어증, 구음장애) 또는 씹어먹는 기능의 장애는 신경계·정신행동 장애 평가와 비교하여 그 중 높은 지급률 하나만 인정한다.
- 12) '치아의 결손'이란 치아의 상실 또는 발치된 경우를 말하며, 치아의 일부 손상으로 금관치료(크라운 보철수복)를 시행한 경우에는 치아의 일부 결손을 인정하여 1/2 개 결손으로 적용한다.
- 13) 보철치료를 위해 발치한 정상치아, 노화로 인해 자연 발치된 치아, 보철(복합레진, 인레이, 온레이 등)한 치아, 기존 의치(틀니, 임플란트 등)의 결손은 치아의 상실로 인정하지 않는다.
- 14) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
- 15) 어린이의 유치는 향후에 영구치로 대체되므로 후유장애의 대상이 되지 않으나, 선천적으로 영구치 결손이 있는 경우에는 유치의 결손을 후유장애로 평가한다.
- 16) 가철성 보철물(신체의 일부에 붙였다 떼었다 할 수 있는 틀니 등)의 파손은 후유장애의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) '외모'란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
- 2) '추상(추한 모습)장애'라 함은 성형수술(반흔성형술, 레이저치료 등 포함)을 시행한 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말한다.
- 3) '추상(추한 모습)을 남긴 때'라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술(반흔성형술, 레이저치료 등 포함)을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 경우를 말한다.
- 4) 다발성 반흔 발생시 각 판정부위(얼굴, 머리, 목) 내의 다발성 반흔의 길이 또는 면적은 합산하여 평가한다. 단, 길이가 5mm 미만의 반흔은 합산대상에서 제외한다.
- 5) 추상(추한 모습)이 얼굴과 머리 또는 목 부위에 걸쳐 있는 경우에는 머리 또는 목에 있는 흉터의 길이 또는 면적의 1/2 을 얼굴의 추상(추한 모습)으로 보아 산정한다.

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)

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

라. 약간의 추상(추한 모습)

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

마. 손바닥 크기

'손바닥 크기'라 함은 해당 환자의 손가락을 제외한 손바닥의 크기를 말하며, 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) 추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장애	20
8) 추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장애	15
9) 추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장애	10

나. 장애판정기준

- 척추(등뼈)는 경추에서 흉추, 요추, 제 1 천추까지를 동일한 부위로 한다. 제 2 천추 이하의 천골 및 미골은 체간골의 장애로 평가한다.
- 척추(등뼈)의 기형장애는 척추체(척추뼈 몸통)를 말하며, 횡돌기 및 극돌기는 제외한다. 이하 이 신체부위에서 같다)의 압박률 또는 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡 정도에 따라 평가한다.
 - 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡변화는 객관적인 측정방법(Cobb's Angle)에 따라 골절이 발생한 척추체(척추뼈 몸통)의 상. 하 인접 정상 척추체(척추뼈 몸통)를 포함하여 측정하며, 생리적 정상만곡을 고려하여 평가한다.
 - 척추(등뼈)의 기형장애는 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률, 골절의 부위 등을 기준으로 판정한다. 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률은 인접 상. 하부[인접 상. 하부 척추체(척추뼈 몸통)에 진구성 골절이 있거나, 다발성 척추골절이 있는 경우에는 골절된 척추(등뼈)와 가장 인접한 상. 하부] 정상 척추체(척추뼈 몸통)의 전방 높이의 평균에 대한 골절된 척추체(척추뼈 몸통) 전방 높이의 감소비를 압박률로 정한다.
 - 척추(등뼈)의 기형장애는 「산업재해보상보험법 시행규칙」상 경추부, 흉추부, 요추부로 구분하여 각각을 하나의 운동단위로 보며, 하나의 운동단위 내에서 여러 개의 척추체(척추뼈 몸통)에 압박골절이 발생한 경우에는 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률을 합산하고, 두 개 이상의 운동단위에서 장애가 발생한 경우에는 그 중 가장 높은 지급률을 적용한다.
- 척추(등뼈)의 장애는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 이 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.
- 추간판탈출증으로 인한 신경 장애는 수술 또는 시술(비수술적 치료) 후 6 개월 이상 지난 후에 평가한다.
- 신경학적 검사상 나타난 저린감이나 방사통 등 신경자극증상의 원인으로 CT, MRI 등 영상검사에서 추간판탈출증이 확인된 경우를 추간판탈출증으로 진단하며, 수술 여부에 관계없이 운동장애 및 기형장애로 평가하지 않는다.
- 심한 운동장애란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 4 개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
 - 머리뼈(두개골), 제 1 경추, 제 2 경추를 모두 유합 또는 고정한 상태
- 뚜렷한 운동장애란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 3 개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
 - 머리뼈(두개골)와 제 1 경추 또는 제 1 경추와 제 2 경추를 유합 또는 고정한 상태
 - 머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제 1, 2 경추) 사이에 CT 검사 상, 두개 대후두공의 기저점(basion)과 축추 치돌기 상단사이의 거리(BDI : Basion-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태
 - 상위목뼈(상위경추: 제 1, 2 경추) CT 검사상, 환추 전방 궁(arch)의 후방과 치상돌기의 전면과의 거리(ADI: Atlanto-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태

- 8) 약간의 운동장애
머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제 1, 2 경추)를 제외한 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
- 9) 심한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 35° 이상의 척추전만증(척추(등뼈)가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추(등뼈)가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추(등뼈)가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 60%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 90% 이상일 때
- 10) 뚜렷한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 15° 이상의 척추전만증(척추(등뼈)가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추(등뼈)가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추(등뼈)가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 40%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 60% 이상일 때
- 11) 약간의 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
가) 1 개 이상의 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구로 경도(가벼운 정도)의 척추전만증(척추(등뼈)가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추(등뼈)가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추(등뼈)가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 20%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 40% 이상일 때
- 12) '추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장애'란 추간판탈출증으로 추간판을 2 마디 이상(또는 1 마디 추간판에 대해 2 회 이상) 수술하고도 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장애가 있는 경우
- 13) '추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장애'란 추간판탈출증으로 추간판 1 마디를 수술하고도 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되고 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우
- 14) '추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장애'란 추간판탈출증이 확인되고 신경생리검사서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되는 경우

7. 체간골의 장애

가. 장애의 분류

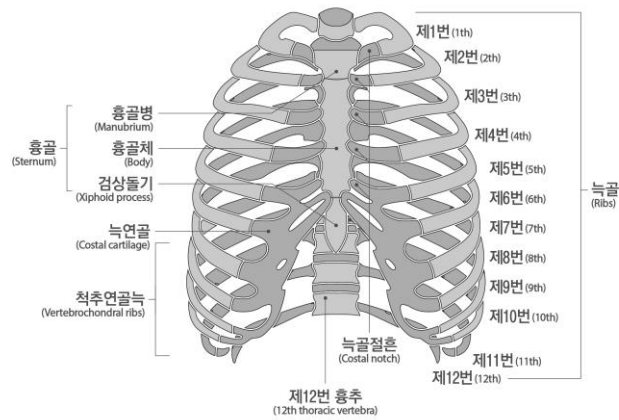
장애의 분류	지급률
1) 어깨뼈(견갑골)나 골반뼈(장골, 제 2 천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	15
2) 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	10

나. 장애판정기준

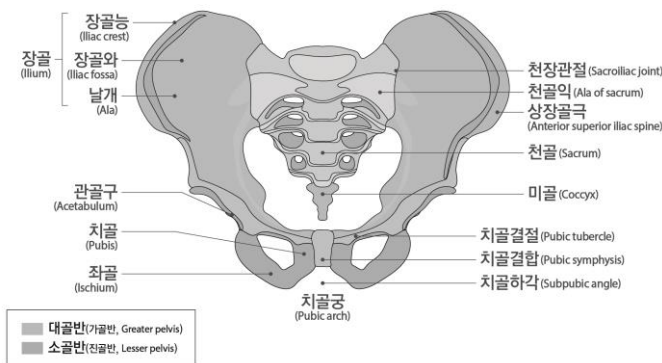
- 1) '체간골'이라 함은 어깨뼈(견갑골), 골반뼈(장골, 제 2 천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함), 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)를 말하며 이를 모두 동일한 부위로 본다.
- 2) '골반뼈(장골, 제 2 천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함)의 뚜렷한 기형'이라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
가) 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm 이상 분리된 부정유합 상태
나) 육안으로 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도로 방사선 검사로 측정한 각(角)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

취급한다. 다발성늑골 기형의 경우 각각의 각(角) 변형을 합산하지 않고 그 중 가장 높은 각(角) 변형을 기준으로 평가한다.

[가슴뼈(흉골)]



[골반뼈(장골, 제 2 천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함)]



8. 팔의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 않는다.
- 3) ‘팔’이라 함은 어깨관절(견관절)부터 손목관절(완관절)까지를 말한다.
- 4) ‘팔의 3대 관절’이라 함은 어깨관절(견관절), 팔꿈치관절(주관절), 손목관절(완관절)을 말한다.
- 5) ‘한 팔의 손목 이상을 잃었을 때’라 함은 손목관절(완관절)부터(손목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치관절(주관절) 상부에서 절단된 경우도 포함한다.
- 6) 팔의 관절기능장애 평가는 팔의 3대 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다.
 - 가) 각 관절의 운동범위 측정은 장애평가지점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제 47 조 제 1항 및 제 3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
 - 나) 관절기능장애를 표시할 경우 장애부위의 장애각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장애상태를 명확히 한다. 단, 관절기능장애가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.
- 7) ‘관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때’라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 완전 강직(관절굳음)
 - 나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 ‘0 등급(zero)’인 경우
- 8) ‘관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때’라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
 - 나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
 - 다) 근전도 검사상 완전손상(complete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 ‘1 등급(trace)’인 경우
- 9) ‘관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때’라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
 - 나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 2 등급(poor)인 경우
- 10) ‘관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때’라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
 - 나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 3 등급(fair)인 경우
- 11) ‘가관절^{주)}이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때’라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.

※ 주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 ‘불유합’ 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외한다.
- 12) ‘가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때’라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 13) ‘뼈에 기형을 남긴 때’라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

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

9. 다리의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
- 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 않는다.
- ‘다리’라 함은 엉덩이관절(고관절)부터 발목관절(족관절)까지를 말한다.
- ‘다리의 3대 관절’이라 함은 엉덩이관절(고관절), 무릎관절(슬관절), 발목관절(족관절)을 말한다.
- ‘한 다리의 발목이상을 잃었을 때’라 함은 발목관절(족관절)부터(발목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절(슬관절)의 상부에서 절단된 경우도 포함한다.
- 다리의 관절기능장애 평가는 다리의 3대 관절의 관절운동범위 제한 및 무릎관절(슬관절)의 동요성 등으로 평가한다.
 - 각 관절의 운동범위 측정은 장애평가지점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제 47 조 제 1 항 및 제 3 항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
 - 관절기능장애가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.
- 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때’라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 완전 강직(관절굳음)
 - 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 ‘0 등급(zero)’인 경우
- ‘관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때’라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
 - 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
 - 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 ‘1 등급(trace)’인 경우
- ‘관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때’라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
 - 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서

- 근력이 2 등급(poor)인 경우
- 10) '관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
 - 나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - 다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 3 등급(fair)인 경우
 - 11) 동요장애 평가 시에는 정상측과 환측을 비교하여 증가된 수치로 평가한다.
 - 12) '가관절^{주)}이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.

※ 주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 '불유합' 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외한다.
 - 13) '가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 경골과 종아리뼈 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
 - 14) '뼈에 기형을 남긴 때'라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.
 - 15) 다리 길이의 단축 또는 과신장은 스캐노그램(scanogram)을 통하여 측정한다.

다. 지급률의 결정

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

10. 손가락의 장애

가. 장애의 분류

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

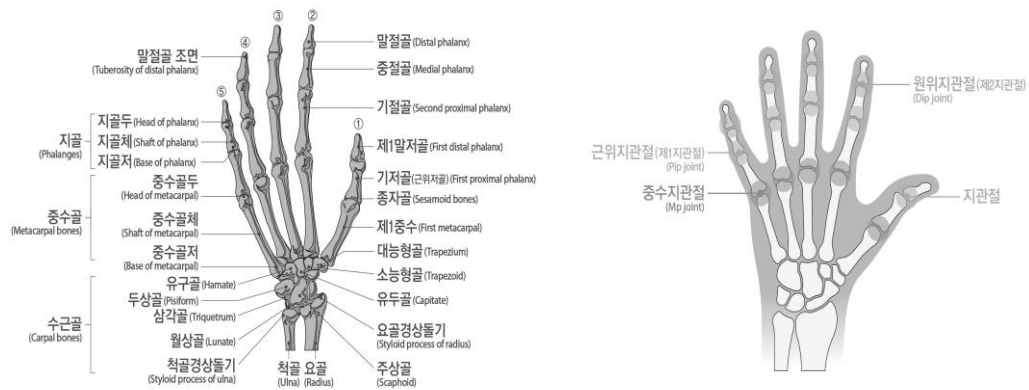
나. 장애판정기준

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

손가락에서는 제 1 지관절(근위지관절)부터(제 1 지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽으로 손가락이 절단되었을 때를 말한다.

- 6) ‘손가락뼈 일부를 잃었을 때’라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제 1 지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 손가락 뼈의 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 손가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.
- 7) ‘손가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때’라 함은 첫째 손가락의 경우 중수지관절 또는 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상 운동영역의 1/2 이하인 경우를 말하며, 다른 네 손가락에 있어서는 제 1, 제 2 지관절의 굴신운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하이거나 중수지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.
- 8) 한 손가락에 장애가 생기고 다른 손가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 9) 손가락의 관절기능장애 평가는 손가락 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정에는 장애평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제 47 조 제 1 항 및 제 3 항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.

[손가락]



11. 발가락의 장애

가. 장애의 분류

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

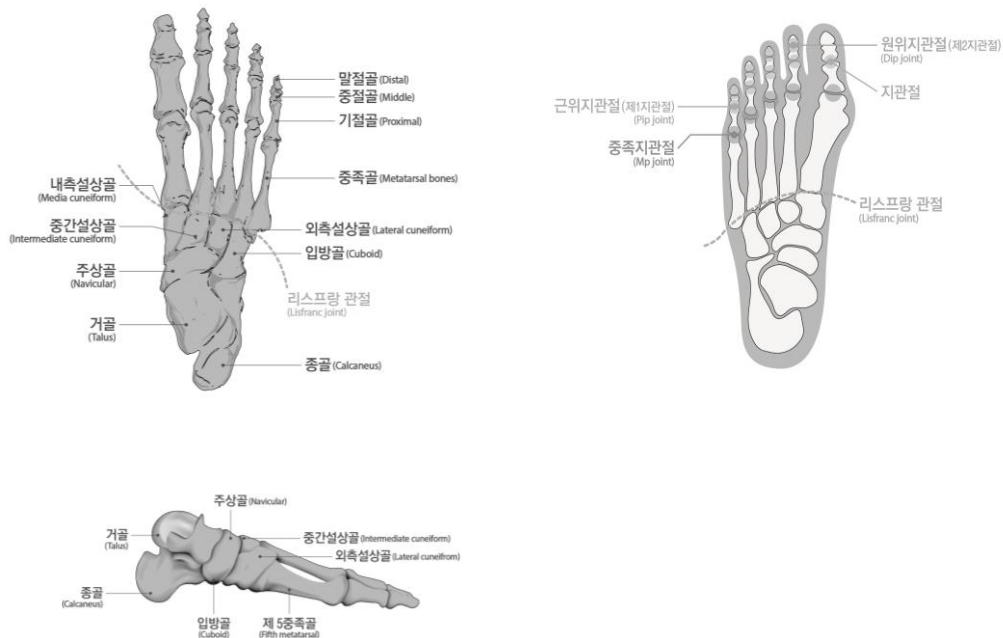
나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장애를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 않는다.
- 3) ‘발가락을 잃었을 때’라 함은 첫째 발가락에서는 지관절부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네

발가락에서는 제 1 지관절(근위지관절)부터(제 1 지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽을 잃었을 때를 말한다.

- 4) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
- 5) ‘발가락뼈 일부를 잃었을 때’라 함은 첫째 발가락의 지관절, 다른 네 발가락의 제 1 지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 발가락 뼈 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 발가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.
- 6) ‘발가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때’라 함은 첫째 발가락의 경우에 중족지관절과 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동범위 합계가 정상 운동 가능영역의 1/2 이하가 된 경우를 말하며, 다른 네 발가락에 있어서는 중족지관절의 신전운동범위만을 평가하여 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우를 말한다.
- 7) 한 발가락에 장애가 생기고 다른 발가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 8) 발가락 관절의 운동범위 측정은 장애평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제 47 조 제 1 항 및 제 3 항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.

[발가락]



12. 흉·복부장기 및 비뇨생식기의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애의 판정기준

- 1) ‘심장 기능을 잃었을 때’라 함은 심장 이식을 한 경우를 말한다.
- 2) ‘흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때’라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

- 가) 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
 나) 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석, 복막투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때
 다) 방광의 저장기능과 배뇨기능을 완전히 상실한 때
- 3) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 가) 위, 대장(결장~직장) 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때
 나) 소장을 3/4 이상 잘라내었을 때 또는 잘라낸 소장의 길이가 3m 이상일 때
 다) 간장의 3/4 이상을 잘라내었을 때
 라) 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
- 4) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 가) 한쪽 폐 또는 한쪽 신장을 전부 잘라내었을 때
 나) 방광 기능상실로 영구적인 요도루, 방광루, 요관 장문합 상태
 다) 위, 췌장을 50% 이상 잘라내었을 때
 라) 대장절제, 항문 괄약근 등의 기능장애로 영구적으로 장루, 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
 마) 심장기능 이상으로 인공심박동기를 영구적으로 삽입한 경우
 바) 요도괄약근 등의 기능장애로 영구적으로 인공요도괄약근을 설치한 경우
- 5) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 가) 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착, 배뇨기능 상실로 영구적인 간헐적 인공요도가 필요한 때
 나) 음경의 1/2 이상이 결손되었거나 질구 협착으로 성생활이 불가능한 때
 다) 폐질환 또는 폐 부분절제술 후 일상생활에서 호흡곤란으로 지속적인 산소치료가 필요하며, 폐기능 검사(PFT)상 폐환기 기능(1 초간 노력성 호기량, FEV1)이 정상예측치의 40% 이하로 저하된 때
- 6) 흉복부, 비뇨생식기계 장애는 질병 또는 외상의 직접 결과로 인한 장애를 말하며, 노화에 의한 기능장애 또는 질병이나 외상이 없는 상태에서 예방적으로 장기를 절제, 적출한 경우는 장애로 보지 않는다.
- 7) 상기 흉복부 및 비뇨생식기계 장애항목에 명기되지 않은 기타 장애상태에 대해서는 '<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표'에 해당하는 장애가 있을 때 ADLs 장애 지급률을 준용한다.
- 8) 상기 장애항목에 해당되지 않는 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장애의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계·정신행동 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 신경계에 장애가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때	10~100
2) 정신행동에 극심한 장애를 남긴 때	100
3) 정신행동에 심한 장애를 남긴 때	75
4) 정신행동에 뚜렷한 장애를 남긴 때	50
5) 정신행동에 약간의 장애를 남긴 때	25
6) 정신행동에 경미한 장애를 남긴 때	10
7) 극심한 치매: CDR 척도 5 점	100
8) 심한 치매: CDR 척도 4 점	80
9) 뚜렷한 치매: CDR 척도 3 점	60

장애의 분류	지급률
10) 약간의 치매: CDR 척도 2 점	40
11) 심한 간질발작이 남았을 때	70
12) 뚜렷한 간질발작이 남았을 때	40
13) 약간의 간질발작이 남았을 때	10

나. 장애판정기준

1) 신경계

- 가) '신경계에 장애를 남긴 때'라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계 손상으로 '<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표'의 5 가지 기본동작 중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.
- 나) 위 가)의 경우 '<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표'상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장애로 인정하지 않는다.
- 다) 신경계의 장애로 발생하는 다른 신체부위의 장애(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장애로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- 라) 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 12 개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장애를 평가한다. 그러나 12 개월이 지났다고 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기기간내에 사망이 예상되는 경우는 6 개월의 범위에서 장애 평가를 유보한다.
- 마) 장애진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

- 가) 정신행동장애는 보험기간중에 발생한 뇌의 질병 또는 상해를 입은 후 18 개월이 지난 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 질병발생 또는 상해를 입은 후 의식상실이 1 개월 이상 지속된 경우에는 질병발생 또는 상해를 입은 후 12 개월이 지난 후에 판정할 수 있다.
- 나) 정신행동장애는 장애판정 직전 1 년 이상 충분한 정신건강의학과와의 전문적 치료를 받은 후 치료에도 불구하고 장애가 고착되었을 때 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로써 고정되거나 중하게 된 장애에 대해서는 인정하지 않는다.
- 다) '정신행동에 극심한 장애를 남긴 때'라 함은 장애판정 직전 1 년 이상 지속적인 정신건강의학과와의 치료를 받았으며 GAF 30 점 이하인 상태를 말한다.
- 라) '정신행동에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 장애판정 직전 1 년 이상 지속적인 정신건강의학과와의 치료를 받았으며 GAF 40 점 이하인 상태를 말한다.
- 마) '정신행동에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 장애판정 직전 1 년 이상 지속적인 정신건강의학과와의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준'^{※주)} 상 6 개 항목 중 3 개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 50 점 이하인 상태를 말한다.
 - ※주) 능력장애측정기준의 항목 : ㉠ 적절한 음식섭취, ㉡ 대소변관리, 세면, 목욕, 청소 등의 청결 유지, ㉢ 적절한 대화기술 및 협조적인 대인관계, ㉣ 규칙적인 통원. 약물 복용, ㉤ 소지품 및 금전관리나 적절한 구매행위, ㉥ 대중교통이나 일반공공시설의 이용
- 바) '정신행동에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 장애판정 직전 1 년 이상 지속적인 정신건강의학과와의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준' 상 6 개 항목 중 2 개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 60 점 이하인 상태를 말한다.
- 사) '정신행동에 경미한 장애를 남긴 때'라 함은 장애판정 직전 1 년 이상 지속적인 정신건강의학과와의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준' 상 6 개 항목 중 2 개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 70 점 이하인 상태를 말한다.
- 아) 지속적인 정신건강의학과와의 치료란 3 개월 이상 약물치료가 중단되지 않았음을 의미한다.
- 자) 심리학적 평가보고서는 정신건강의학과 의료기관에서 실시되어야 하며, 자격을 갖춘 임상심리전문가가 시행하고 작성하여야 한다.
- 차) 정신행동장애 진단 전문의는 정신건강의학과 전문의를 말한다.
- 카) 정신행동장애는 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등 객관적 근거를 기초로 평가한다. 다만, 보호자나 환자의 진술, 감정의의 추정 혹은 인정,

한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌 SPECT 등)은 객관적 근거로 인정하지 않는다.

타) 각종 기질성 정신장애와 외상후 간질에 한하여 보상한다.

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

3) 치매

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

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

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

4) 뇌전증(간질)

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

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

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

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

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

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

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

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표

유형	제한 정도에 따른 지급률
이동동작	- 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 방 밖을 나올 수 없는 상태 또는 침대에서 휠체어로 옮기기를 포함하여 휠체어 이동시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태 (지급률 40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움 없이는 방밖을 나올 수 없는 상태 또는 보행이 불가능하나 스스로 휠체어를 밀어 이동이 가능한 상태 (30%) - 목발 또는 보행기(walker)를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태(20%) - 보조기구 없이 독립적인 보행은 가능하나 보행시 파행(절뚝거림)이 있으며, 난간을 잡지 않고는 계단을 오르내리기가 불가능한 상태 또는 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태(10%)
음식물 섭취	- 입으로 식사를 전혀 할 수 없어 계속적으로 튜브(비위관 또는 위루관)나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급을 받는 상태(20%) - 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 식사를 전혀 할 수 없는 상태(15%) - 손가락 사용은 가능하나 젓가락 사용이 불가능하여 음식물 섭취에 있어 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%) - 독립적인 음식물 섭취는 가능하나 젓가락을 이용하여 생선을 바르거나 음식물을 자르지는 못하는 상태(5%)
배변·배뇨	- 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 계속적인 도움이 필요한 상태, 또는 지속적인 유치도뇨관 삽입상태, 방광루, 요도루, 장루상태 (20%) - 화장실에 가서 변기위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 뒤처리시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태, 또는 간헐적으로 자가 인공도뇨가 가능한 상태(CIC), 기저귀를 이용한 배뇨, 배변 상태 (15%) - 화장실에 가는 일, 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변후 뒤처리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태 (10%) - 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2 시간 이상 계속되는 업무를 수행하는 것이 어려운 상태, 또는 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 요실금, 변실금이 있는 때 (5%)
목욕	- 세안, 양치, 샤워, 목욕 등 모든 개인위생 관리시 타인의 지속적인 도움이 필요한 상태 (10%) - 세안, 양치시 부분적인 도움 하에 혼자서 가능하나 목욕이나 샤워시 타인의 도움이 필요한 상태 (5%) - 세안, 양치와 같은 개인위생관리를 독립적으로 시행가능하나 목욕이나 샤워시 부분적으로 타인의 도움이 필요한 상태 (3%)
옷 입고 벗기	- 상·하의 의복 착탈시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태 (10%) - 상·하의 의복 착탈시 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태 또는 상의 또는 하의중 하나만 혼자서 착탈의가 가능한 상태 (5%) - 상·하의 의복착탈시 혼자서 가능하나 미세동작(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)이 필요한 마무리는 타인의 도움이 필요한 상태 (3%)

별표4 보험금 지급할 때의 적립이율 계산
(제7조 제2항 관련)

구분	기간	지급이자
고도질병장해보험금 (제3조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 +가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 +가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 +가산이율(8.0%)

(주)

1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제7조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당하는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

16. 보험료 정산특약 약관

제 1 조 【목적】	312
제 2 조 【용어의 정의】	312
제 3 조 【특약의 적용】	312
제 4 조 【보험가입금액】	313
제 5 조 【피보험자의 통지】	313
제 6 조 【보험료 정산에 관한 사항】	313
제 7 조 【협정서의 내용】	313
제 8 조 【주계약 약관의 준용】	313

16. 보험료 정산특약 약관

※이 특약은 계약자가 선택한 경우에만 적용합니다.

제1조 【목적】

이 특약은 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)과 관련해 보험회사(이하 '회사'라 합니다)에서 별도로 정한 제도를 적용하기 위하여 주된 보험계약(이하 '주계약'이라 합니다)에 부가합니다.

제2조 【용어의 정의】

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

1. 계약관계 관련 용어

가. 계약자: 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

나. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.

다. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

라. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

마. 주계약: 기본이 되는 보험계약으로 주된 보험계약을 말합니다.

2. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, 「관공서의 공휴일에 관한 규정」에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

【「관공서의 공휴일에 관한 규정」】

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

1. 일요일
2. 국경일 중 3.1절, 광복절, 개천절 및 한글날
3. 1월 1일
4. 설날 전날, 설날, 설날 다음날(음력 12월 말일, 1월 1일, 2일)
5. 석제
6. 석가탄신일(음력 4월 8일)
7. 5월 5일(어린이날)
8. 6월 6일(현충일)
9. 추석 전날, 추석, 추석 다음날(음력 8월 14일, 15일, 16일)
10. 12월 25일(기독탄신일)
- 10의 2. 「공직선거법」 제34조에 따른 임기만료에 의한 선거의 선거일
11. 기타 정부에서 수시 지정하는 날

제3조(대체공휴일)

- ① 제2조 제4호 또는 제9호에 따른 공휴일이 다른 공휴일과 겹칠 경우 제2조 제4호 또는 제9호에 따른 공휴일 다음 첫번째 비공휴일을 공휴일로 한다.
- ② 제2조 제7호에 따른 공휴일이 토요일이나 다른 공휴일과 겹칠 경우 제2조 제7호에 따른 공휴일의 다음 첫번째 비공휴일을 공휴일로 한다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제3조 【특약의 적용】

이 특약은 주계약의 계약자가 피보험자의 증가, 감소 또는 변경에 대하여, 보험료를 추가로 납입하거나 보험료를 환급받아야 할 경우에 적용합니다. 다만, 계약자가 매월 회사에 통지하는 피보험자 명세서에 따라 총 피보험자수가 주계약 가입시 피보험자(정산완료 피보험자 포함)수의 150%를 초과하거나 50%미만일 경우에는 이 특약은 적용되지 않습니다.

제4조 【보험가입금액】

피보험자의 보험가입금액은 동일하게 책정하는 것을 원칙으로 합니다. 다만, 계약자와 회사가 사전에 협의하여 회사의 승인을 받은 경우에는 피보험자 각각에 대하여 보험가입금액을 달리 적용할 수 있습니다.

제5조 【피보험자의 통지】

계약자는 매월 계약협정서(이하 ‘협정서’라 합니다)에서 정한 피보험자 통지시기까지 그때까지의 피보험자 증가, 감소 또는 변경 사항을 기재한 피보험자 명세서를 회사에 제출하여야 합니다.

제6조 【보험료 정산에 관한 사항】

- ① 보험기간 중 회사에 통지한 피보험자의 증가, 감소 또는 변경으로 계약자가 추가가입자에 대하여 납입할 보험료와 회사의 탈퇴자에 대한 보험료 환급액의 정산은(이하 ‘보험료 정산’이라 합니다) ‘협정서’에서 정한 보험료 정산주기에 이 특약의 사업방법서에서 정한 방법으로 합니다.
- ② 회사는 보험료 정산 전이라도 제5조(피보험자의 통지)에 따라 피보험자 명세서를 받은 날 또는 ‘협정서’에서 정한 날부터 새로운 피보험자에 대한 보장을 하며, 피보험자에서 제외된 자에 대해서는 보장을 하지 않습니다. 다만, 계약자가 제5조(피보험자의 통지)의 규정을 위반한 경우에는 새로운 피보험자에 대하여 책임을 지지 않습니다.
- ③ 회사는 보험기간 중 보험기간 만료 후 보험료 정산을 위하여 필요하다고 인정될 경우에는 계약자에 대하여 필요한 서류의 열람이나 자료의 제출을 요구할 수 있습니다.
- ④ 계약자가 제3항 및 제5조(피보험자의 통지) 등의 규정을 위반한 경우에는 그때까지의 보험료를 정산한 후 더 이상 이 특약은 효력이 없습니다.

제7조 【협정서의 내용】

- ① ‘협정서’는 이 특약을 체결할 때 계약자와 회사의 협의하에 작성하며, 다음의 사항을 포함하여야 합니다.
 1. 계약협정의 목적
 2. 보장개시에 관한 사항
 3. 피보험자 통지시기
 4. 보험료 정산주기
 5. 계약의 적용범위
 6. 기타 필요한 사항
- ② ‘협정서’의 내용은 이 약관의 일부를 구성합니다.

제8조 【주계약 약관의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 준용합니다.

17. 표준하체인수특약 목차

제 1 조【목적】.....	315
제 2 조【용어의 정의】.....	315
제 3 조【특약의 체결】.....	315
제 4 조【특약의 내용】.....	315
제 5 조【특약의 부가조건】.....	315
제 6 조【특약의 보험기간 및 보험료의 납입】.....	316
제 7 조【특약내용의 변경 등】.....	317
제 8 조【해당계약 약관규정의 준용】.....	317
 별표 1 재해분류표.....	 318

17. 표준하체인수특약 약관

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

제1조【목적】

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 이 특약의 적용을받는 주계약 또는 특약에서 정하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조【용어의 정의】

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

1. 계약관계 관련 용어
 - 가. 계약자: 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
 - 나. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
 - 다. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
 - 라. 주계약: 기본이 되는 보험계약으로 주된 보험계약을 말합니다.
 - 마. 해당계약: 이 특약의 적용을 받는 주계약 또는 특약을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
 - 가. 재해: '별표1 재해분류표'에서 정한 재해를 말합니다.
3. 기간과 날자 관련 용어
 - 가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

제3조【특약의 체결】

- ① 이 특약은 해당계약을 체결할 때 피보험자의 건강상태가 보험회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 해당계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 특약에 대한 보장개시일은 해당계약의 보장개시일과 동일합니다

제4조【특약의 내용】

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

제5조【특약의 부가조건】

- ① 이 특약에 따라 부가하는 계약조건은 피보험자의 건강상태, 위험의 종류 및 정도에 따라 다음 중 한가지의 방법으로 부가합니다.

1. 할증보험료법

할증위험률에 따른 보험료와 표준체 보험료와의 차액을 특약보험료라 하며 계약을 체결할 때 위험의 정도에 따라 표준체 보험료에 회사에서 정한 특약보험료를 더하여 납입보험료로 합니다. 이러한 경우 피보험자에게 보험사고가 발생하였을 때에는 해당계약에서 정한 보험금을 지급합니다.

【할증위험률】

피보험자의 건강상태가 회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우 일반위험률 보다 높게 적용되는 위험률

【표준체】

피보험자의 건강상태가 회사가 정한 기준에 적합한 피보험자를 말하며, 표준체에 대해서는 위험률을 할인 또는 할증하지 않고 계산한 보험료를 적용합니다.

2. 보험금감액법

계약일로부터 회사가 정하는 삭감기간 내에 피보험자에게 재해 이외의 원인으로 해당계약의 삭감대상 보험금지급사유가 발생하였을 경우에는 해당계약의 규정에도 불구하고 계약할 때에 정한 삭감기간 및 보험금지급비율에 따라 보험금을 지급합니다.

경과기간	기준	삭감기간 및 보험금지급비율				
		1년	2년	3년	4년	5년
1년미만	해당계약에서 정한 지급보험금	50%	30%	25%	20%	15%
1년이상 2년미만		100%	60%	50%	40%	30%
2년이상 3년미만		100%	100%	75%	60%	45%
3년이상 4년미만		100%	100%	100%	80%	60%
4년이상 5년미만		100%	100%	100%	100%	80%
5년이상		100%	100%	100%	100%	100%

그러나, 그 보험사고의 발생원인이 재해로 피보험자가 사망하였을 경우에는 삭감된 보험금을 지급하지 않고 해당계약의 규정에 따른 보험금을 지급합니다. 또한 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

【실종선고】

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

【「민법」 제27조 (실종의 선고)】

- ① 부재자의 생사가 5년간 분명하지 아니한 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 한다.
- ② 전지에 임한 자, 침몰한 선박 중에 있던 자, 추락한 항공기 중에 있던 자, 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한 자의 생사가 전쟁종지 후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락, 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 아니한 때에도 제1항과 같다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

3. 나이가산법

할증위험률에 따른 보험료가 표준체 보험료와 가장 가까운 나이간의 차이를 연증수라 합니다. 즉, 어떤 결함을 가진 피보험자의 위험지수가 실제 n 세 높은 나이의 표준체와 같은 위험률을 나타낸다고 인정할 때 'n년증'이라 칭하고 n세 높은 나이의 표준체 보험료를 받아들이는 방법입니다.

4. 나이가산법과 보험금감액법을 병용할 수 있습니다.

- ② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료 중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료 중단 등 결정 및 그 이행은 제1항 제2호 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.
- ③ 제1항 제2호의 삭감기간은 피보험자의 건강상태, 위험의 종류 및 정도에 따라 5년 이내로 합니다. 또한 그 판단기준은 회사에서 정한 계약심사기준을 따르며, 개개인의 질병의 상태등에 대한 의사의 소견에 따라서 다르게 적용할 수 있습니다.

【계약심사기준】

질병, 직업, 건강진단 결과 등을 토대로 보험가입 거절, 일부 보장 제외, 보험금 삭감 등 조건부 인수여부를 결정하는 기준

- ④ 제1항의 규정에 따라 해당계약에 부가된 조건을 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제6조【특약의 보험기간 및 보험료의 납입】

- ① 이 특약의 보험기간은 해당계약의 보험기간과 동일합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 해당계약의 보험료 납입기간 중에 해당계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 해당계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ③ 해당계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우에는 이 특약의 보험료 납입도 면제됩니다.

제7조【특약내용의 변경 등】

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

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

【감액완납】

차회 이후의 보험료 납입을 중단하는 대신 가입금액을 감액하는 보험

【연장보험】

차회이후의 보험료 납입을 중단하는 대신 정기보험(일정기간동안 사망을 보장하는 보험)으로 변경하는 보험

제8조【해당계약 약관규정의 준용】

이 특약에서 따로 정하지 않은 사항에 대하여는 이 특약이 부가된 해당계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표1 재해분류표

주계약 '무배당 하나라이프플랜단체보장보험'의 '별표2 재해분류표'와 동일

18. 특정 신체부위 · 질병 보장제한부 인수특약 약관

제 1 조【목적】.....	320
제 2 조【용어의 정의】.....	320
제 3 조【특약의 체결 및 소멸】.....	320
제 4 조【특약면책조건의 내용】.....	320
제 5 조【효력상실된 특약의 부활(효력회복)】.....	321
제 6 조【해당계약 약관규정의 준용】.....	322
별표 1 특정신체부위분류표	323
별표 2 특정질병분류표.....	325
별표 3 재해분류표	330

18. 특정 신체부위 · 질병 보장제한부인수특약 약관

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

제1조【목적】

이 특약은 보험계약자(이하 ‘계약자’라 합니다)와 보험회사(이하 ‘회사’라 합니다) 사이에 이 특약의 적용을받는 주계약 또는 특약에서 정하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조【용어의 정의】

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

1. 계약관계 관련 용어
 - 가. 계약자: 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
 - 나. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
 - 다. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
 - 라. 주계약: 기본이 되는 보험계약으로 주된 보험계약을 말합니다.
 - 마. 해당계약: 이 특약의 적용을 받는 주계약 또는 특약을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
 - 가. 재해: ‘별표3 재해분류표’에서 정한 재해를 말합니다.
3. 기간과 날자 관련 용어
 - 가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

제3조【특약의 체결 및 소멸】

- ① 이 특약은 해당계약을 체결할 때 피보험자의 건강상태가 회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우 또는 해당계약을 체결한 후 계약전 알릴의무 위반의 효과 등으로 보장을 제한할 경우 계약자의 청약(또는 신청)과 회사의 승낙으로 해당계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 제1항에 따라 보장이 제한되는 범위는 의학적으로 인과관계가 있다고 입증된 경우 혹은 경험통계적으로 인과관계가 유의성있게 입증된 경우 등 피보험자의 과거병력(계약전 알릴의무 사항에 해당하는 질병)과 직접적으로 관련이 있는 신체부위 혹은 질병 등으로 제한하며, 이 특약을 부가할 때에는 회사는 보장제한 설정 범위 및 사유를 계약자에게 설명하여 드립니다.
- ③ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 해당계약의 보장개시일과 동일합니다.
- ④ 해당계약의 해지 및 기타 사유에 따라 효력이 없게 된 경우에는 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다.
- ⑤ 해당계약에서 정한 보장개시일 이전에 발생한 질병에 대하여 계약을 무효로 하는 경우에도 다음 각 호의 경우에는 계약을 무효로 하지 않습니다.
 1. 제4조(특약면책조건의 내용) 제2항 제1호에서 정한 특정신체부위에 발생한 질병에 대하여 면책을 조건으로 계약을 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정신체부위에 질병이 발생한 경우
 2. 제4조(특약면책조건의 내용) 제2항 제2호에서 정한 특정질병에 대하여 면책을 조건으로 계약을 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정질병이 발생한 경우

제4조【특약면책조건의 내용】

- ① 이 특약의 보험종목은 다음 각 호에서 정하는 형태로 나누어 적용합니다.
 1. ‘특정신체부위 보장제한형’(1종): 특정신체부위분류표(‘별표1 특정신체부위분류표’ 참조, 이하 ‘특정신체부위분류표’라 합니다) 중에서 회사가 지정한 신체부위(이하 ‘특정신체부위’라 합니다)에 발생한 질병 또는 특정신체부위에 발생한 질병의 전이로 특정신체부위 이외의 신체부위에 발생한 질병에 대해 보장을 제한합니다.
 2. ‘특정신체부위 및 특정질병 보장제한형’(2종): 특정신체부위에 발생한 질병 또는 특정신체부위에 발생한 질병의 전이로 특정신체부위 이외의 신체부위에 발생한 질병 및 특정질병분류표(‘별표2 특정질병분류표’ 참조, 이하 ‘특정질병분류표’라 합니다) 중에서 회사가 지정한 질병(이하 ‘특정질병’이라 합니다)에 대해 보장을 제한합니다.
- ② 이 특약에서 정한 면책기간 중에 다음 각 호의 질병을 직접적인 원인으로 해당계약에서 정한 보험금의

지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 회사는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 다만, 이 특약의 피보험자가 사망하여 보험금 등의 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다.

1. 특정신체부위에 발생한 질병 또는 특정신체부위에 발생한 질병의 전이로 인하여 특정신체부위 이외의 신체부위에 발생한 질병
2. 특정질병
- ③ 제2항에도 불구하고 ‘특정신체부위 보장제한형’은 제2항 제1호에 해당하는 경우에만 면책을 적용하며, ‘특정신체부위 및 특정질병 보장제한형’은 제2항 제1호 또는 제2호에 해당하는 경우 면책을 적용합니다.
- ④ 제2항의 면책기간은 특정질병 또는 특정신체부위의 상태에 따라 「1년부터 5년」 또는 「해당계약의 보험기간」으로 합니다. 다만, 계약자가 보험기간 만료일까지 계약을 유지하지 않는다는 의사표시가 없는 한 별도의 계약심사 없이 갱신되는 계약(이하 ‘갱신계약’이라 합니다)의 경우 「면책기간」의 산정은 최초 계약일을 기준으로 하며, 「해당계약의 보험기간」은 최초 계약일부터 최종 갱신계약의 종료일까지로 합니다. 또한 그 판단기준은 회사에서 정한 계약심사기준을 따르며, 개개인의 질병의 상태 등에 대한 의사의 소견에 따라서 다르게 적용할 수 있습니다.

【계약심사기준】

질병, 직업, 건강진단 결과 등을 토대로 보험가입 거절, 일부 보장 제외, 보험금 삭감 등 조건부 인수여부를 결정하는 기준

- ⑤ 제2항의 규정에도 불구하고 다음 사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 사유로 해당계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
 1. 제2항 제1호에서 지정한 특정신체부위에 발생한 질병의 합병증으로 특정신체부위 이외의 신체부위에 발생한 질병으로 해당계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우(다만, 전이는 합병증으로 보지 않습니다)
 2. 제2항 제2호에서 지정한 특정질병의 합병증으로 발생한 특정질병 이외의 질병으로 해당계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우
 3. 재해로 해당계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우
 4. 계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안 제2항 제1호 및 제2호에서 지정한 질병으로 추가 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없고, 청약일로부터 5년이 지난 이후 제2항 제1호 및 제2호에서 정한 질병으로 해당계약에서 정한 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우
- ⑥ 제5항 제4호의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 해당계약에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑦ 제5조(효력상실된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 발생한 경우 부활(효력회복)일을 청약일로 하여 제4항 및 제5항을 적용합니다.
- ⑧ 피보험자가 회사가 정한 면책기간의 종료일을 포함하여 계속하여 입원한 경우 그 입원에 대해서는 면책기간 종료일의 다음날을 입원의 개시일로 인정하여 보험금을 지급합니다.
- ⑨ 피보험자에게 보험사고가 발생했을 경우, 그 사고가 특정질병 또는 특정신체부위를 직접적인 원인으로 발생한 사고인가 아닌가는 의사의 진단서와 의견을 주된 판단자료로 결정합니다.
- ⑩ 제2항의 특정신체부위와 특정질병은 4개 이내에서 선택하여 부가할 수 있습니다.
- ⑪ 제4항에도 불구하고 해당계약의 보험기간동안 적용하는 면책기간은 재심사일(의무기록사본 접수일)을 기준으로 재산정할 수 있으며 제4항 및 제5항에 따라 보장합니다.

제5조【효력상실된 특약의 부활(효력회복)】

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 해당계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 해당계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 해당계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 해당계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제3조(특약의 체결 및 소멸) 제3항의 규정을 따릅니다.

제6조【해당계약 약관규정의 준용】

이 특약에서 따로 정하지 않은 사항에 대하여는 이 특약이 부가된 해당계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표1 특정신체부위분류표

분류번호	특정신체부위의 명칭
1	위, 십이지장
2	공장(빈창자), 회장(돌창자), 맹장(충수돌기 포함)
3	대장(맹장, 직장 제외)
4	직장
5	항문
6	간
7	담낭(쓸개) 및 담관
8	췌장
9	비장
10	기관, 기관지, 폐, 흉막 및 흉곽(늑골 포함)
11	코[외비(코 바깥), 비강(코 안) 및 부비강(코 곁굴)포함]
12	인두 및 후두(편도 포함)
13	식도
14	구강, 치아, 혀, 악하선(턱밑샘), 이하선(귀밑샘) 및 설하선(혀밑샘)
15	귀[외이(바깥 귀), 고막, 중이(가운데귀), 내이(속귀), 청신경 및 유양돌기(꼭지돌기) 포함]
16	안구 및 안구부속기[안검(눈꺼풀), 결막, 누기(눈물샘), 안근 및 안와내 조직 포함]
17	신장
18	부신
19	요관, 방광 및 요도
20	음경
21	질 및 외음부
22	전립선
23	유방(유선 포함)
24	자궁[자궁체부(자궁몸통) 포함]
25	자궁체부(자궁몸통)(제왕절개술을 받은 경우에 한함)
26	난소 및 난관
27	고환[고환초막(고환집막) 포함], 부고환, 정관, 정삭 및 정낭
28	갑상선
29	부갑상선

분류번호	특정신체부위의 명칭
30	서혜부(넓적다리 부위의 위쪽 주변)(서혜 탈장, 음낭 탈장 또는 대퇴 탈장이 생긴 경우에 한함)
31	피부(두피 및 입술포함)
32	경추부(해당신경 포함)
33	흉추부(해당신경 포함)
34	요추부(해당신경 포함)
35	천골(엉치뼈)부 및 미골(꼬리뼈)부 (해당신경 포함)
36	왼쪽 어깨
37	오른쪽 어깨
38	왼팔(왼쪽 어깨 제외, 왼손 포함)
39	오른팔(오른쪽 어깨 제외, 오른손 포함)
40	왼손(왼쪽 손목 관절 이하)
41	오른손(오른쪽 손목 관절 이하)
42	왼쪽 고관절
43	오른쪽 고관절
44	왼쪽 다리(왼쪽 고관절 제외, 왼발 포함)
45	오른쪽 다리(오른쪽 고관절 제외, 오른발 포함)
46	왼발(왼쪽 발목 관절 이하)
47	오른발(오른쪽 발목 관절 이하)
48	상·하악골(위턱뼈 · 아래턱뼈)
49	쇄골(빗장뼈)
50	늑골(갈비뼈)

별표2 특정질병분류표

약관에 규정하는 특정질병으로 분류된 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우, 개정된 기준에 따라 이 약관에서 정하는 특정질병 해당 여부를 판단합니다.

병명	분류번호	세부내용
심장질환	I00~I02	급성 류마티스열
	I05~I09	만성 류마티스심장질환
	I20~I25	허혈 심장질환
	I26~I28	폐성 심장병 및 폐순환의 질환
	I30~I52	기타 형태의 심장병
뇌혈관질환	I60~I69	뇌혈관질환
당뇨병	E10~E14	당뇨병
	O24	임신중 당뇨병
고혈압질환	I10~I13, I15	고혈압성 질환
결핵	A15~A19	결핵
	B90	결핵의 후유증
담석증	K80	담석증
요로결석증	N20	신장 및 요관의 결석
	N21	하부 요로의 결석
	N22	달리 분류된 질환에서의 요로의 결석
	N23	상세불명의 신장 급통증
임신중독증	O11	만성 고혈압에 겹친 전자간
	O12	고혈압을 동반하지 않은 임신성[임신-유발] 부종 및 단백뇨
	O13	임신[임신-유발] 고혈압
	O14	전자간
	O15	자간
골관절증 및 류마티스 관절염	M05	혈청검사 양성 류마티스 관절염
	M06	기타 류마티스 관절염
	M08	연소성 관절염
	M13	기타 관절염
	M15	다발관절증
	M16	고관절증

병명	분류번호	세부내용
	M17	무릎관절증
	M18	제 1수근중수 관절의 관절증
	M19	기타 관절증
척추질환 (경추,흉추,요추,천추, 미추 부위의 척추질환)	M40	척추후만증 및 척추전만증
	M41	척추측만증
	M42	척추굴연굴증
	M43	기타 변형성 등병증
	M45	강직 척추염
	M46	기타 염증성 척추병증
	M47	척추증
	M48	기타 척추병증
	M49	달리 분류된 질환에서의 척추병증
	M50	경추간판장애
	M51	기타 추간판장애
	M53	달리 분류되지 않은 기타 등병증
	M54	등통증
골반염	N70	난관염 및 난소염
	N71	자궁경부를 제외한 자궁의 염증성 질환
	N72	자궁경부의 염증성 질환
	N73	기타 여성 골반염증 질환
	N74	달리 분류된 질환에서의 여성골반 염증 장애
자궁내막증	N80	자궁내막증
자궁근종	D25	자궁의 평활근종
통풍	E79	퓨린 및 피리미딘 대사장애
	M10	통풍
고지혈증	E78	지질단백질 대사 장애 및 기타 지질증
사시	H49	마비성 사시
	H50	기타 사시
	H51	양안운동의 기타 장애
백내장	H25	노년 백내장
	H26	기타 백내장

병명	분류번호	세부내용
	H27	수정체의 기타 장애
하지정맥류 (정맥염 포함)	I80	정맥염 및 혈전정맥염
	I83	하지의 정맥류
	I87	정맥의 기타 장애
탈장 (음낭수종 포함)	K40	사타구니탈장
	K41	대퇴탈장
	K42	배꼽탈장
	K43	복벽탈장
	K44	횡격막탈장
	K45	기타 복부탈장
	K46	상세불명의 복부탈장
	N43	음낭수종 및 정맥류
유산	N96	습관적유산자
	O00	자궁외 임신
	O01	포상기태
	O02	기타 비정상적 수태부산물
	O03	자연유산
	O04	의학적 유산
	O05	기타 유산
	O06	상세불명의 유산
	O07	시도된 유산의 실패
	O08	유산, 자궁외 임신 및 기태 임신에 따른 합병증
	O20	초기 임신중 출혈
복막의 질환	K65	복막염
	K66	복막의 기타 장애
	K67	달리 분류된 감염성 질환에서의 복막의 장애
골다공증	M80	병적 골절을 동반한 골다공증
	M81	병적 골절이 없는 골다공증
	M82	달리 분류된 질환에서의 골다공증
천식	J45	천식
	J46	천식지속 상태

병명	분류번호	세부내용
빈혈	D50~D53	영양성 빈혈
	D55~D59	용혈성 빈혈
	D60~D64	무형성 및 기타 빈혈
소화기용종	D12	결장, 직장, 항문 및 항문관의 양성 신생물
	D13	기타 및 부위불명의 소화계통의 양성 신생물
	K62	항문 및 직장의 기타 질환
	K63	장의 기타 질환
림프절질환	I88	비특이성 림프절염
	I89	림프관 및 림프절의 기타 비감염성 장애
	L04	급성 림프절염
	R59	림프절비대
지방종	D17	양성 지방종성 신생물
	D21	결합조직 및 기타 연조직의 기타 양성 신생물
	D23	피부의 기타 양성 신생물
양성뇌종양 (경계성종양제외)	D32	수막의 양성 신생물
	D33	뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성 신생물
	D35.2	뇌하수체의 양성 신생물
	D35.3	두개인두관의 양성 신생물
	D35.4	송과선의 양성 신생물
암	C00 – C14	입술, 구강 및 인두의 악성신생물(암)
	C15 – C26	소화기관의 악성신생물(암)
	C30 – C39	호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물(암)
	C40 – C41	골 및 관절연골의 악성신생물(암)
	C43	피부의 악성흑색종
	C45 – C49	중피성 및 연조직의 악성신생물(암)
	C50	유방의 악성신생물(암)
	C51 – C58	여성 생식기관의 악성신생물(암)
	C60 – C63	남성 생식기관의 악성신생물(암)
	C64 – C68	요로의 악성신생물(암)
	C69 – C72	눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물(암)
	C74	부신의 악성신생물(암)

병명	분류번호	세부내용
	C75	기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물(암)
	C76 – C80	불명확한 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)
	C81 – C96	림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)
	C97	독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물(암)
	D45	진성 적혈구 증가증
	D46	골수 형성이상 증후군
	D47.1	만성 골수증식 질환
	D47.3	본태성(출혈성) 혈소판혈증
	D47.4	골수섬유증
	D47.5	만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]

(주)

1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 정하는 특정질병 해당여부는 피보험자가 해당 질병으로 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
2. 제1항에 따라 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 정하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 정하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표3 재해분류표

주계약 '무배당 하나라이프플랜단체보장보험'의 '별표2 재해분류표'와 동일

약관 내 인용 조문

- 아래 법령은 약관에서 인용된 법령으로 고객님의 이해를 돕기 위해 마련되었습니다.
단, 가입하신 상품에 따라 인용된 법령이 다를 수 있는 점을 참고하셔서 활용하시기 바랍니다.
- 법령은 2021년 4월 기준이며, 해당 법령 개정시 내용이 변동될 수 있습니다.
또한, 아래 법령과 실제 법령 내용이 다를 경우에는 실제 법령 내용이 우선됩니다.

1. 「공직선거법」

제 34 조(선거일)

- ① 임기만료에 의한 선거의 선거일은 다음 각호와 같다.
 1. 대통령선거는 그 임기만료일전 70일 이후 첫번째 수요일
 2. 국회의원선거는 그 임기만료일전 50일 이후 첫번째 수요일
 3. 지방의회의원 및 지방자치단체의 장의 선거는 그 임기만료일전 30일 이후 첫번째 수요일
- ② 제 1 항의 규정에 의한 선거일이 국민생활과 밀접한 관련이 있는 민속절 또는 공휴일인 때와 선거일 전일이나 그 다음날이 공휴일인 때에는 그 다음주의 수요일로 한다.

2. 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」

제 3 조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. '정신질환자'란 망상, 환각, 사고(思考)나 기분의 장애 등으로 인하여 독립적으로 일상생활을 영위하는 데 중대한 제약이 있는 사람을 말한다.
2. '정신건강증진사업'이란 정신건강 관련 교육·상담, 정신질환의 예방·치료, 정신질환자의 재활, 정신건강에 영향을 미치는 사회복지·교육·주거·근로 환경의 개선 등을 통하여 국민의 정신건강을 증진시키는 사업을 말한다.
3. '정신건강복지센터'란 정신건강증진시설, 「사회복지사업법」에 따른 사회복지시설(이하 '사회복지시설'이라 한다), 학교 및 사업장과 연계체계를 구축하여 지역사회에서의 정신건강증진사업 및 제 33 조부터 제 38 조까지의 규정에 따른 정신질환자 복지서비스 지원사업(이하 '정신건강증진사업등'이라 한다)을 하는 다음 각 목의 기관 또는 단체를 말한다.
 - 가. 제 15 조제 1 항부터 제 3 항까지의 규정에 따라 국가 또는 지방자치단체가 설치·운영하는 기관
 - 나. 제 15 조제 6 항에 따라 국가 또는 지방자치단체로부터 위탁받아 정신건강증진사업등을 수행하는 기관 또는 단체
4. '정신건강증진시설'이란 정신의료기관, 정신요양시설 및 정신재활시설을 말한다.
5. "정신의료기관"이란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 기관을 말한다.
 - 가. 「의료법」에 따른 정신병원
 - 나. 「의료법」에 따른 의료기관 중 제 19 조제 1 항 후단에 따른 기준에 적합하게 설치된 의원
 - 다. 「의료법」에 따른 병원급 의료기관에 설치된 정신건강의학과로서 제 19 조제 1 항 후단에 따른 기준에 적합한 기관
6. "정신요양시설"이란 제 22 조에 따라 설치된 시설로서 정신질환자를 입소시켜 요양 서비스를 제공하는 시설을 말한다.
7. "정신재활시설"이란 제 26 조에 따라 설치된 시설로서 정신질환자 또는 정신건강상 문제가 있는 사람 중 대통령령으로 정하는 사람(이하 "정신질환자등"이라 한다)의 사회적응을 위한 각종 훈련과 생활지도를 하는 시설을 말한다.

3. 「장애인복지법」

제 58 조(장애인복지시설)

- ① 장애인복지시설의 종류는 다음 각 호와 같다.
 1. 장애인 거주시설: 거주공간을 활용하여 일반가정에서 생활하기 어려운 장애인에게 일정 기간 동안

- 거주·요양·지원 등의 서비스를 제공하는 동시에 지역사회생활을 지원하는 시설
2. 장애인 지역사회재활시설: 장애인을 전문적으로 상담·치료·훈련하거나 장애인의 일상생활, 여가활동 및 사회참여활동 등을 지원하는 시설
 3. 장애인 직업재활시설: 일반 작업환경에서는 일하기 어려운 장애인이 특별히 준비된 작업환경에서 직업훈련을 받거나 직업 생활을 할 수 있도록 하는 시설(직업훈련 및 직업 생활을 위하여 필요한 제조·가공 시설, 공장 및 영업장 등 부속용도의 시설로서 보건복지부령으로 정하는 시설을 포함한다)
 4. 장애인 의료재활시설: 장애인을 입원 또는 통원하게 하여 상담, 진단·판정, 치료 등 의료재활서비스를 제공하는 시설
 5. 그 밖에 대통령령으로 정하는 시설
- ② 제 1항 각 호에 따른 장애인복지시설의 구체적인 종류와 사업 등에 관한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

4. 「보험업법」

제 2 조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. ‘보험상품’이란 위험보장을 목적으로 우연한 사건 발생에 관하여 금전 및 그 밖의 급여를 지급할 것을 약정하고 대가를 수수(授受)하는 계약(「국민건강보험법」에 따른 건강보험, 「고용보험법」에 따른 고용보험 등 보험계약자의 보호 필요성 및 금융거래 관행 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 것은 제외한다)으로서 다음 각 목의 것을 말한다.
 - 가. 생명보험상품: 위험보장을 목적으로 사람의 생존 또는 사망에 관하여 약정한 금전 및 그 밖의 급여를 지급할 것을 약속하고 대가를 수수하는 계약으로서 대통령령으로 정하는 계약
 - 나. 손해보험상품: 위험보장을 목적으로 우연한 사건(다목에 따른 질병·상해 및 간병은 제외한다)으로 발생하는 손해(계약상 채무불이행 또는 법령상 의무불이행으로 발생하는 손해를 포함한다)에 관하여 금전 및 그 밖의 급여를 지급할 것을 약속하고 대가를 수수하는 계약으로서 대통령령으로 정하는 계약
 - 다. 제 3 보험상품: 위험보장을 목적으로 사람의 질병·상해 또는 이에 따른 간병에 관하여 금전 및 그 밖의 급여를 지급할 것을 약속하고 대가를 수수하는 계약으로서 대통령령으로 정하는 계약
2. ‘보험업’이란 보험상품의 취급과 관련하여 발생하는 보험의 인수(引受), 보험료 수수 및 보험금 지급 등을 영업으로 하는 것으로서 생명보험업·손해보험업 및 제 3 보험업을 말한다.
3. ‘생명보험업’이란 생명보험상품의 취급과 관련하여 발생하는 보험의 인수, 보험료 수수 및 보험금 지급 등을 영업으로 하는 것을 말한다.
4. ‘손해보험업’이란 손해보험상품의 취급과 관련하여 발생하는 보험의 인수, 보험료 수수 및 보험금 지급 등을 영업으로 하는 것을 말한다.
5. ‘제 3 보험업’이란 제 3 보험상품의 취급과 관련하여 발생하는 보험의 인수, 보험료 수수 및 보험금 지급 등을 영업으로 하는 것을 말한다.
6. ‘보험회사’란 제 4 조에 따른 허가를 받아 보험업을 경영하는 자를 말한다.
7. ‘상호회사’란 보험업을 경영할 목적으로 이 법에 따라 설립된 회사로서 보험계약자를 사원(社員)으로 하는 회사를 말한다.
8. ‘외국보험회사’란 대한민국 이외의 국가의 법령에 따라 설립되어 대한민국 이외의 국가에서 보험업을 경영하는 자를 말한다.
9. ‘보험설계사’란 보험회사·보험대리점 또는 보험중개사에 소속되어 보험계약의 체결을 중개하는 자(법인이 아닌 사단(社團)과 재단을 포함한다)로서 제 84 조에 따라 등록된 자를 말한다.
10. ‘보험대리점’이란 보험회사를 위하여 보험계약의 체결을 대리하는 자(법인이 아닌 사단과 재단을 포함한다)로서 제 87 조에 따라 등록된 자를 말한다.
11. ‘보험중개사’란 독립적으로 보험계약의 체결을 중개하는 자(법인이 아닌 사단과 재단을 포함한다)로서 제 89 조에 따라 등록된 자를 말한다.
12. ‘모집’이란 보험계약의 체결을 중개하거나 대리하는 것을 말한다.
13. ‘신용공여’란 대출 또는 유가증권의 매입(자금 지원적 성격인 것만 해당한다)이나 그 밖에 금융거래상의 신용위험이 따르는 보험회사의 직접적·간접적 거래로서 대통령령으로 정하는 바에 따라 금융위원회가 정하는 거래를 말한다.
14. ‘충자산’이란 대차대조표에 표시된 자산에서 미상각신계약비(未償却新契約費), 영업권 등 대통령령으로 정하는 자산을 제외한 것을 말한다.
15. ‘자기자본’이란 납입자본금·자본잉여금·이익잉여금, 그 밖에 이에 준하는 것(자본조정은 제외한다)으로서 대통령령으로 정하는 항목의 합계액에서 영업권, 그 밖에 이에 준하는 것으로서 대통령령으로 정하는 항목의 합계액을 뺀 것을 말한다.
16. ‘동일차주’란 동일한 개인 또는 법인 및 이와 신용위험을 공유하는 자로서 대통령령으로 정하는 자를 말한다.
17. ‘대주주’란 「금융회사의 지배구조에 관한 법률」 제 2 조제 6 호에 따른 주주를 말한다.
18. ‘자회사’란 보험회사가 다른 회사(「민법」 또는 특별법에 따른 조합을 포함한다)의 의결권 있는 발행주식(출자지분을 포함한다) 총수의 100 분의 15 를 초과하여 소유하는 경우의 그 다른 회사를 말한다.

19. '전문보험계약자'란 보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약의 내용을 이해하고 이행할 능력이 있는 자로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 자를 말한다. 다만, 전문보험계약자 중 대통령령으로 정하는 자가 일반보험계약자와 같은 대우를 받겠다는 의사를 보험회사에 서면으로 통지하는 경우 보험회사는 정당한 사유가 없으면 이에 동의하여야 하며, 보험회사가 동의한 경우에는 해당 보험계약자는 일반보험계약자로 본다.
- 가. 국가
 - 나. 한국은행
 - 다. 대통령령으로 정하는 금융기관
 - 라. 주권상장법인
 - 마. 그 밖에 대통령령으로 정하는 자
20. '일반보험계약자'란 전문보험계약자가 아닌 보험계약자를 말한다.

5. 「보험업법 시행령」

제 6 조의 2(전문보험계약자의 범위 등)

- ① 법 제 2 조제 19 호 각 목 외의 부분 단서에서 '대통령령으로 정하는 자'란 다음 각 호의 자를 말한다.
1. 지방자치단체
 2. 주권상장법인
 3. 제 2 항제 15 호에 해당하는 자
 4. 제 3 항제 15 호, 제 16 호 및 제 18 호에 해당하는 자
- ② 법 제 2 조제 19 호다목에서 '대통령령으로 정하는 금융기관'이란 다음 각 호의 금융기관을 말한다.
1. 보험회사
 2. 「금융지주회사법」에 따른 금융지주회사
 3. 「농업협동조합법」에 따른 농업협동조합중앙회
 4. 「산림조합법」에 따른 산림조합중앙회
 5. 「상호저축은행법」에 따른 상호저축은행 및 그 중앙회
 6. 「새마을금고법」에 따른 새마을금고연합회
 7. 「수산업협동조합법」에 따른 수산업협동조합중앙회
 8. 「신용협동조합법」에 따른 신용협동조합중앙회
 9. 「여신전문금융업법」에 따른 여신전문금융회사
 10. 「은행법」에 따른 은행
 11. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 금융투자업자(같은 법 제 22 조에 따른 겸영금융투자업자는 제외한다), 증권금융회사, 종합금융회사 및 자금중개회사
 12. 「중소기업은행법」에 따른 중소기업은행
 13. 「한국산업은행법」에 따른 한국산업은행
 14. 「한국수출입은행법」에 따른 한국수출입은행
 15. 제 1 호부터 제 14 호까지의 기관에 준하는 외국금융기관
- ③ 법 제 2 조제 19 호마목에서 '대통령령으로 정하는 자'란 다음 각 호의 자를 말한다.
1. 지방자치단체
 2. 법 제 83 조에 따라 모집을 할 수 있는 자
 3. 법 제 175 조에 따른 보험협회, 법 제 176 조에 따른 보험요율 산출기관 및 법 제 178 조에 따른 보험 관계 단체
 4. 「금융회사부실자산 등의 효율적 처리 및 한국자산관리공사의 설립에 관한 법률」에 따른 한국자산관리공사
 5. 「금융위원회의 설치 등에 관한 법률」에 따른 금융감독원(이하 '금융감독원'이라 한다)
 6. 「예금자보호법」에 따른 예금보험공사 및 정리금융회사
 7. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 한국예탁결제원 및 같은 법 제 373 조의 2 에 따라 허가를 받은 거래소(이하 '거래소'라 한다)
 8. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 집합투자기구. 다만, 금융위원회가 정하여 고시하는 집합투자기구는 제외한다.
 9. 「한국주택금융공사법」에 따른 한국주택금융공사
 10. 「한국투자공사법」에 따른 한국투자공사
 12. 「기술보증기금법」에 따른 기술보증기금
 13. 「신용보증기금법」에 따른 신용보증기금
 14. 법률에 따라 공제사업을 하는 법인
 15. 법률에 따라 설립된 기금(제 12 호와 제 13 호에 따른 기금은 제외한다) 및 그 기금을 관리·운영하는 법인
 16. 해외 증권시장에 상장된 주권을 발행한 국내법인
 17. 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 외국인
 - 가. 외국 정부
 - 나. 조약에 따라 설립된 국제기구
 - 다. 외국 중앙은행

- 라. 제 1 호부터 제 15 호까지 및 제 18 호의 자에 준하는 외국인
18. 그 밖에 보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약의 내용을 이해하고 이행할 능력이 있는 자로서 금융위원회가 정하여 고시하는 자

제 42 조의 2(설명의무의 중요 사항 등)

- ① 삭제
- ② 삭제
- ③ 보험회사는 법 제 95 조의 2 제 3 항 본문 및 제 4 항에 따라 다음 각 호의 단계에서 중요 사항을 항목별로 일반보험계약자에게 설명해야 한다. 다만, 제 1 호에 따른 보험계약 체결 단계(마목에 따른 보험계약 승낙 거절 시 거절사유로 한정한다), 제 2 호에 따른 보험금 청구 단계 또는 제 3 호에 따른 보험금 심사·지급 단계의 경우 일반보험계약자가 계약 체결 전에 또는 보험금 청구권자가 보험금 청구 단계에서 동의한 경우에 한정하여 서면, 문자메시지, 전자우편 또는 팩스 등으로 중요 사항을 통보하는 것으로 이를 대신할 수 있다.
 1. 보험계약 체결 단계
 - 가. 보험의 모집에 종사하는 자의 성명, 연락처 및 소속
 - 나. 보험의 모집에 종사하는 자가 보험회사를 위하여 보험계약의 체결을 대리할 수 있는지 여부
 - 다. 보험의 모집에 종사하는 자가 보험료나 고지의무사항을 보험회사를 대신하여 수령할 수 있는지 여부
 - 라. 보험계약의 승낙절차
 - 마. 보험계약 승낙거절 시 거절 사유
 - 바. 「상법」 제 638 조의 3 제 2 항에 따라 3 개월 이내에 해당 보험계약을 취소할 수 있다는 사실 및 그 취소 절차·방법
 - 사. 그 밖에 일반보험계약자가 보험계약 체결 단계에서 설명받아야 하는 사항으로서 금융위원회가 정하여 고시하는 사항
 2. 보험금 청구 단계
 - 가. 담당 부서, 연락처 및 보험금 청구에 필요한 서류
 - 나. 보험금 심사 절차, 예상 심사기간 및 예상 지급일
 - 다. 일반보험계약자가 보험사고 조사 및 손해사정에 관하여 설명받아야 하는 사항으로서 금융위원회가 정하여 고시하는 사항
 - 라. 그 밖에 일반보험계약자가 보험금 청구 단계에서 설명받아야 하는 사항으로서 금융위원회가 정하여 고시하는 사항
 3. 보험금 심사·지급 단계
 - 가. 보험금 지급일 등 지급절차
 - 나. 보험금 지급 내역
 - 다. 보험금 심사 지연 시 지연 사유 및 예상 지급일
 - 라. 보험금을 감액하여 지급하거나 지급하지 아니하는 경우에는 그 사유
 - 마. 그 밖에 일반보험계약자가 보험금 심사·지급 단계에서 설명받아야 하는 사항으로서 금융위원회가 정하여 고시하는 사항
- ④ 삭제
- ⑤ 제 3 항과 관련하여 필요한 세부 사항은 금융위원회가 정하여 고시한다.

6. 「보험업감독규정」

제 1-4 조의 2(전문보험계약자의 범위)

- 영 제 6 조의 2 제 3 항제 18 호에서 '금융위원회가 정하여 고시하는 자'란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자를 말한다.
1. 제 7-49 조제 2 호 각 목의 요건을 충족하는 단체보험계약을 체결하고자 하는 자
 2. 기업성 보험계약을 체결하고자 하는 자
 3. 「근로자퇴직급여 보장법」에 따른 퇴직연금계약을 체결하고자 하는 자
 4. 「공공기관의 운영에 관한 법률」에 따른 공공기관
 5. 「지방공기업법」에 따른 지방공기업
 6. 특별법에 따라 설립된 기관
 7. 제 7-49 조제 2 호가목 1)에 해당하는 단체

제 4-35 조의 2(보험계약 중요사항의 설명의무)

- ① 영 제 42 조의 2 제 1 항제 12 호에서 "금융위원회가 정하여 고시하는 사항"이란 다음 각 호의 사항을 말한다.
 1. 변액보험계약의 투자형태 및 구조
 2. 최저보증 기능이 있는 변액보험계약의 경우에도 중도해지시에는 최저보증이 되지 않는다는 내용
 3. 보험기간 종료이후 청약을 인수하는데 필요한 계약 전 알릴 의무 사항을 적용하지 않고 다시 가입할 수 있는 보험계약의 경우 가입조건 및 보장내용 등의 변경에 관한 사항

4. 저축성 보험계약의 적용 비율
5. 유배당 보험계약의 계약자 배당에 관한 사항
6. 해약환급금이 지급되지 않는 상품의 경우 해약시 해약환급금이 지급되지 않는다는 사실 및 동일한 보장내용으로 해약환급금을 지급하는 상품에 관한 사항
7. 저축성보험(금리확정형보험은 제외) 계약의 경우 납입보험료중 사업비 등이 차감된 일부 금액만 특별계정에 투입되어 운용되거나 적용이율로 부리된다는 내용과 사업비 수준
8. <삭제>
9. 65 세 이상을 보장하는 실손의료보험을 가입하는 경우 65 세 시점의 예상보험료 및 보험료의 지속납입에 관한 사항
10. 제 9-4 조의 2 각 호의 보험설계사 등의 모집에 관한 경력 중 제 1 호, 제 3 호의 정보 및 보험설계사·개인보험대리점이 동의한 경우 제 7 호의 정보를 협회에서 조회할 수 있다는 사실 및 그 방법
- ② 보험회사는 법 제 95 조의 2 제 1 항에 따른 보험계약의 중요 사항을 제 4-36 조제 6 항에 따른 표준상품설명대본 및 제 7-45 조제 2 항제 1 호나목에 따른 상품설명서에 반영하여야 한다. 다만, 개인 또는 가계의 일상생활 중 발생하는 위험을 보장하고 해당 개인 또는 가계가 보험료를 전부 부담하는 보험계약으로서 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 보험계약의 경우에는 통합청약서에 반영할 수 있다.
 1. 보험기간이 1 년 초과 3 년 이하인 보험계약으로서 월보험료가 5 만원 이하 또는 연간보험료가 60 만원 이하인 보험계약 또는 보험기간이 1 년 이하인 보험계약. 다만, 자동차보험계약은 제외한다.
 2. 여행 중 발생한 위험을 보장하는 보험계약
- ③ 보험회사 또는 모집종사자는 제 2 항에 따른 상품설명서 2 부에 보험계약자가 보험계약의 중요사항, 해당 모집종사자의 소속지위 및 이와 관련하여 보험료·고지의무사항을 수령할 수 있는지 여부(이하 "보험계약의 중요사항 등"이라 한다)에 대해 설명받아 이해하였음을 확인받아야 하며, 1 부는 모집종사자가 서명(「전자서명법」 제 2 조 제 2 호에 따른 전자서명 및 그 밖에 「전자금융거래법」 제 21 조제 2 항에 따르는 기준을 준수하는 안정성과 신뢰성이 확보될 수 있는 수단을 활용하여 하는 서명을 포함한다)한 후에 보험계약자에게 교부하고 다른 1 부는 보험회사가 보관하여야 한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그러하지 아니하다
 1. 전화 등 통신수단을 이용하여 보험을 모집하는 경우로서 제 2 항에 따른 표준상품설명대본을 통해 보험계약의 중요사항을 설명하고 녹취를 통해 보험계약자가 이해하였음을 확인받는 경우
 2. 제 2 항 단서에 해당하는 보험계약의 경우
 3. 영 제 42 조의 2 제 2 항 제 1 호의 방법(이하 "전자서명"이라 한다)으로 보험계약자로부터 보험계약의 중요사항 등에 대해 설명받아 이해하였음을 상품설명서에 확인받는 경우로서 다음 각목의 사항을 모두 충족한 경우
 - 가. 모집종사자는 보험계약자와 직접 대면하여 보험계약의 중요사항 등을 설명하고, 보험계약자에게 전자적 방법으로 상품설명서를 제공할 것
 - 나. 보험계약자는 가목의 상품설명서에 전자서명하여 확인할 것
 - 다. 모집종사자는 보험계약의 중요사항 등을 충실히 설명하였고, 가목에 따라 보험계약자에 제공되는 상품설명서의 내용과 모집종사자가 보험계약자에게 설명한 내용이 동일하며, 이와 관련한 모든 책임을 부담한다는 취지의 확인서에 전자서명하여 나목의 보험계약자가 전자서명한 상품설명서와 함께 보험계약자에게 교부할 것
 - 라. 보험회사는 나목의 전자서명된 상품설명서를 보관할 것
- ④ 보험회사 또는 모집종사자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 보험계약 체결을 권유하는 경우에는 최초 계약 체결시 중요사항을 설명하면 이후 계약 체결시에도 법 제 95 조의 2 제 1 항 및 영 제 42 조의 2 제 3 항제 1 호에 따른 설명의무를 이행한 것으로 본다.
 1. 이미 가입되어 있는 보험계약과 동일한 조건으로 갱신되는 보험계약
 2. 보험회사와 피보험자 또는 보험계약자간에 거래의 종류, 기간, 금액 등 가입조건을 미리 정하고 그 범위 내에서 계속적으로 체결되는 보험계약
 3. 영 제 1 조의 2 제 3 항제 2 호에 따른 해상보험계약으로서 동일한 보험상품을 계속적으로 체결하는 경우
 4. 영 제 1 조의 2 제 3 항제 3 호에 따른 자동차보험계약으로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 자가 동일한 보험상품을 계속적으로 체결하는 경우
 - 가. 「여객자동차 운수사업법」 제 4 조제 1 항에 따라 면허를 받거나 등록된 여객자동차 운송사업자
 - 나. 「여객자동차 운수사업법」 제 28 조제 1 항에 따라 등록된 자동차대여사업자
 - 다. 「화물자동차 운수사업법」 제 3 조 및 제 29 조에 따라 허가를 받은 화물자동차운송사업자 및 화물자동차 운송가맹사업자
 - 라. 「건설기계관리법」 제 21 조제 1 항에 따라 등록된 건설기계대여사업자
- ⑤ 「외국인근로자의 고용 등에 관한 법률」에 따라 운영되며 보험상품의 내용과 보험료, 보험금액 등이 모든 보험계약자에게 동일한 출국만기보험계약, 귀국비용보험계약, 보종보험계약, 상해보험계약의 경우에는 고용노동부가 해당 보험계약에 관한 교육 등을 실시하면 법 제 95 조의 2 제 1 항에 따른 설명의무를 이행한 것으로 본다.
- ⑥ 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 보험계약의 경우에는 해당 각 호의 구분에 따른 자에게 중요사항을 설명하면 법 제 95 조의 2 제 1 항에 따른 설명의무를 이행한 것으로 본다.
 1. 영 제 42 조의 5 제 1 항제 2 호에 따른 보험계약 : 여행업자
 2. 제 7-49 조제 2 호가목 1)에 해당하는 단체 또는 단체의 대표자가 그 단체 구성원을 계약자로 일괄 가입하는 영

제 15 조 제 1 항 제 1 호의 보험계약 : 단체 또는 단체의 대표자

- ⑦ 영 제 42 조의 2 제 2 항제 2 호, 제 43 조제 4 항제 2 호나목, 같은 조 제 6 항제 2 호 및 제 9 항제 1 호나목, 제 43 조의 2 제 2 항제 4 호에서 "금융위원회가 정하는 기준"이란 「전자금융거래법」 제 21 조제 2 항에 따른 기준을 말한다.
- ⑧ 보험회사는 법 제 95 조의 2 제 3 항 및 영 제 42 조의 2 제 3 항제 1 호바목·사목에 따라 보험계약 체결 단계에서 일반보험계약자에게 중요 사항을 설명할 때에는 다음 각 호의 사항을 준수하여야 한다.
1. 다음 각 목의 보험계약에 대하여 설명할 것. 다만, 보험계약자가 법인인 보험계약은 제외한다.
 - 가. 변액보험계약
 - 나. 저축성보험계약
 - 다. 장기보장성보험계약
 2. 청약 후 법 제 102 조의 4 제 1 항에 따라 청약철회가 가능한 기간 이내에 설명할 것
 3. 다음 각 목의 사항을 설명할 것
 - 가. 보험계약의 청약 시 보험약관을 교부받고 보험계약의 중요 사항을 설명받아야 한다는 사실
 - 나. 보험계약의 청약 시 보험계약자가 청약서에 자필서명을 하여야 한다는 사실
 - 다. 보험계약의 청약 시 청약서 부분을 교부받아야 한다는 사실
 - 라. 가목부터 다목까지의 사항이 이행되지 않은 경우 청약일로부터 3 개월 이내에 해당 보험계약을 취소할 수 있다는 사실 및 그 취소 절차·방법
 - 마. 저축성보험계약 또는 변액보험계약의 경우 납입보험료중 사업비 등이 차감된 일부 금액이 특별계정에 투입되어 운용되거나 적용이율로 부리된다는 사실
 - 바. 저축성보험계약(금리확정형보험은 제외한다)의 경우 다음 각 세목의 사항
 - 1) 사업비 수준
 - 2) 해약환급금
 - 사. 변액보험계약의 경우 다음 각 세목의 사항
 - 1) 투자에 따르는 위험
 - 2) 예금자보호 대상이 되지 않는다는 사실
 - 아. 만기시 자동갱신되는 보험계약의 경우 보험료가 인상될 수 있다는 사실
 - 자. 그 밖에 가목부터 아목까지에 준하는 사항으로서 감독원장이 정하는 사항
 4. 그 밖에 다음 각 목을 준수할 것
 - 가. 설명하기 전에 보험계약자 본인인지 여부를 확인할 것
 - 나. 보험계약 중요사항의 설명 확인 항목에 대한 충분한 이해시간을 확보할 것
 - 다. 기타 감독원장이 정하는 방법을 사용하여 설명하는 등 감독원장이 정하는 사항을 준수할 것
- ⑨ 영 제 42 조의 2 제 3 항제 2 호다목의 "조사 및 손해사정에 관하여 설명받아야 하는 사항으로서 금융위원회가 정하여 고시하는 사항"이란 다음 각 호의 사항을 말한다. <신설 2016.4.1>
1. 해당 보험사고 및 보험금 청구가 법 제 185 조 및 영 제 96 조의 2 에 따른 손해사정 대상인지 여부
 2. 제 1 호에 따른 손해사정 대상인 경우 보험계약자 등은 법 제 185 조 단서 및 제 9-16 조제 2 항에 따라 따로 손해사정사를 선임할 수 있다는 사실 및 제 9-16 조제 3 항에 따른 손해사정 비용 부담에 관한 사항
 3. 보험계약자 등이 따로 손해사정사를 선임하지 않은 경우 보험회사에 소속된 손해사정사 또는 보험회사와 위탁계약이 체결된 손해사정업자가 손해사정을 하게 된다는 사실
- ⑩ 영 제 42 조의 2 제 3 항제 2 호라목의 "그 밖에 일반보험계약자가 보험금 청구 단계에서 설명받아야 하는 사항으로서 금융위원회가 정하여 고시하는 사항"이란 다음 각 호의 사항을 말한다. <신설 2016.4.1>
1. 보험금 지급심사 현황 결과 문의 및 조회 방법
 2. 보험약관에 따른 보험금 지급기한 및 보험금 지급지연시 지연이자 가산 등 보험회사의 조치사항
 3. 그 밖에 제 1 호 및 제 2 호에 준하는 사항으로서 감독원장이 정하는 사항
- ⑪ 영 제 42 조의 2 제 3 항제 3 호 마목의 "그 밖에 일반보험계약자가 보험금 심사·지급 단계에서 설명받아야 하는 사항으로서 금융위원회가 정하여 고시하는 사항"이란 다음 각 호의 사항을 말한다. <신설 2019.10.2>
1. 보험회사가 손해사정 또는 보험금 심사에 참고하기 위하여 의료자문을 의뢰하는 경우, 의뢰 사유, 의뢰 내용 및 자문을 의뢰할 때 제공하는 자료의 내역
 2. 보험회사가 보험금을 감액 또는 부지급하는 경우, 제 1 호에 따른 의료자문을 의뢰하였다면 자문을 의뢰한 기관과 자문 의견
 3. 그 밖에 제 1 호 및 제 2 호에 준하는 사항으로서 감독원장이 정하는 사항

7. 「개인정보보호법」

제 15 조(개인정보의 수집·이용)

- ① 개인정보처리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 개인정보를 수집할 수 있으며 그 수집 목적의 범위에서 이용할 수 있다.
1. 정보주체의 동의를 받은 경우
 2. 법률에 특별한 규정이 있거나 법령상 의무를 준수하기 위하여 불가피한 경우

3. 공공기관이 법령 등에서 정하는 소관 업무의 수행을 위하여 불가피한 경우
 4. 정보주체와의 계약의 체결 및 이행을 위하여 불가피하게 필요한 경우
 5. 정보주체 또는 그 법정대리인이 의사표시를 할 수 없는 상태에 있거나 주소불명 등으로 사전 동의를 받을 수 없는 경우로서 명백히 정보주체 또는 제 3 자의 급박한 생명, 신체, 재산의 이익을 위하여 필요하다고 인정되는 경우
 6. 개인정보처리자의 정당한 이익을 달성하기 위하여 필요한 경우로서 명백하게 정보주체의 권리보다 우선하는 경우. 이 경우 개인정보처리자의 정당한 이익과 상당한 관련이 있고 합리적인 범위를 초과하지 아니하는 경우에 한한다.
- ② 개인정보처리자는 제 1 항 제 1 호에 따른 동의를 받을 때에는 다음 각 호의 사항을 정보주체에게 알려야 한다. 다음 각 호의 어느 하나의 사항을 변경하는 경우에도 이를 알리고 동의를 받아야 한다.
1. 개인정보의 수집 · 이용 목적
 2. 수집하려는 개인정보의 항목
 3. 개인정보의 보유 및 이용 기간
 4. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용
- ③ 개인정보처리자는 당초 수집 목적과 합리적으로 관련된 범위에서 정보주체에게 불이익이 발생하는지 여부, 암호화 등 안전성 확보에 필요한 조치를 하였는지 여부 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 정보주체의 동의 없이 개인정보를 이용할 수 있다.

제 17 조(개인정보의 제공)

- ① 개인정보처리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당되는 경우에는 정보주체의 개인정보를 제 3 자에게 제공(공유를 포함한다. 이하 같다)할 수 있다.
1. 정보주체의 동의를 받은 경우
 2. 제 15 조 제 1 항 제 2 호 · 제 3 호 및 제 5 호에 따라 개인정보를 수집한 목적 범위에서 개인정보를 제공하는 경우
- ② 개인정보처리자는 제 1 항 제 1 호에 따른 동의를 받을 때에는 다음 각 호의 사항을 정보주체에게 알려야 한다. 다음 각 호의 어느 하나의 사항을 변경하는 경우에도 이를 알리고 동의를 받아야 한다.
1. 개인정보를 제공받는 자
 2. 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 이용 목적
 3. 제공하는 개인정보의 항목
 4. 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 보유 및 이용 기간
 5. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용
- ③ 개인정보처리자가 개인정보를 국외의 제 3 자에게 제공할 때에는 제 2 항 각 호에 따른 사항을 정보주체에게 알리고 동의를 받아야 하며, 이 법을 위반하는 내용으로 개인정보의 국외 이전에 관한 계약을 체결하여서는 아니 된다.
- ④ 개인정보처리자는 당초 수집 목적과 합리적으로 관련된 범위에서 정보주체에게 불이익이 발생하는지 여부, 암호화 등 안전성 확보에 필요한 조치를 하였는지 여부 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 정보주체의 동의 없이 개인정보를 제공할 수 있다.

제 22 조(동의를 받는 방법)

- ① 개인정보처리자는 이 법에 따른 개인정보의 처리에 대하여 정보주체(제 6 항에 따른 법정대리인을 포함한다. 이하 이 조에서 같다)의 동의를 받을 때에는 각각의 동의 사항을 구분하여 정보주체가 이를 명확하게 인지할 수 있도록 알리고 각각 동의를 받아야 한다.
- ② 개인정보처리자는 제 1 항의 동의를 서면(「전자문서 및 전자거래 기본법」 제 2 조제 1 호에 따른 전자문서를 포함한다)으로 받을 때에는 개인정보의 수집 · 이용 목적, 수집 · 이용하려는 개인정보의 항목 등 대통령령으로 정하는 중요한 내용을 행정안전부령으로 정하는 방법에 따라 명확히 표시하여 알아보기 쉽게 하여야 한다.
- ③ 개인정보처리자는 제 15 조 제 1 항 제 1 호, 제 17 조 제 1 항 제 1 호, 제 23 조 제 1 호 및 제 24 조 제 1 항 제 1 호에 따라 개인정보의 처리에 대하여 정보주체의 동의를 받을 때에는 정보주체와의 계약 체결 등을 위하여 정보주체의 동의 없이 처리할 수 있는 개인정보와 정보주체의 동의가 필요한 개인정보를 구분하여야 한다. 이 경우 동의 없이 처리할 수 있는 개인정보라는 입증책임은 개인정보처리자가 부담한다.
- ④ 개인정보처리자는 정보주체에게 재화나 서비스를 홍보하거나 판매를 권유하기 위하여 개인정보의 처리에 대한 동의를 받으려는 때에는 정보주체가 이를 명확하게 인지할 수 있도록 알리고 동의를 받아야 한다.
- ⑤ 개인정보처리자는 정보주체가 제 3 항에 따라 선택적으로 동의할 수 있는 사항을 동의하지 아니하거나 제 4 항 및 제 18 조 제 2 항 제 1 호에 따른 동의를 하지 아니한다는 이유로 정보주체에게 재화 또는 서비스의 제공을 거부하여서는 아니 된다.
- ⑥ 개인정보처리자는 만 14 세 미만 아동의 개인정보를 처리하기 위하여 이 법에 따른 동의를 받아야 할 때에는 그 법정대리인의 동의를 받아야 한다. 이 경우 법정대리인의 동의를 받기 위하여 필요한 최소한의 정보는 법정대리인의 동의 없이 해당 아동으로부터 직접 수집할 수 있다.
- ⑦ 제 1 항부터 제 6 항까지에서 규정한 사항 외에 정보주체의 동의를 받는 세부적인 방법 및 제 6 항에 따른 최소한의 정보의 내용에 관하여 필요한 사항은 개인정보의 수집매체 등을 고려하여 대통령령으로 정한다.

제 23 조(민감정보의 처리 제한)

- ① 개인정보처리자는 사상·신념, 노동조합·정당의 가입·탈퇴, 정치적 견해, 건강, 성생활 등에 관한 정보, 그 밖에 정보주체의 사생활을 현저히 침해할 우려가 있는 개인정보로서 대통령령으로 정하는 정보(이하 '민감정보'라 한다)를 처리하여서는 아니 된다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그러하지 아니하다.
 1. 정보주체에게 제 15 조 제 2 항 각 호 또는 제 17 조 제 2 항 각 호의 사항을 알리고 다른 개인정보의 처리에 대한 동의와 별도로 동의를 받은 경우
 2. 법령에서 민감정보의 처리를 요구하거나 허용하는 경우
- ② 개인정보처리자가 제 1 항 각 호에 따라 민감정보를 처리하는 경우에는 그 민감정보가 분실·도난·유출·위조·변조 또는 훼손되지 아니하도록 제 29 조에 따른 안전성 확보에 필요한 조치를 하여야 한다.

제 24 조(고유식별정보의 처리 제한)

- ① 개인정보처리자는 다음 각 호의 경우를 제외하고는 법령에 따라 개인을 고유하게 구별하기 위하여 부여된 식별정보로서 대통령령으로 정하는 정보(이하 '고유식별정보'라 한다)를 처리할 수 없다.
 1. 정보주체에게 제 15 조 제 2 항 각 호 또는 제 17 조 제 2 항 각 호의 사항을 알리고 다른 개인정보의 처리에 대한 동의와 별도로 동의를 받은 경우
 2. 법령에서 구체적으로 고유식별정보의 처리를 요구하거나 허용하는 경우
- ③ 개인정보처리자가 제 1 항 각 호에 따라 고유식별정보를 처리하는 경우에는 그 고유식별정보가 분실·도난·유출·위조·변조 또는 훼손되지 아니하도록 대통령령으로 정하는 바에 따라 암호화 등 안전성 확보에 필요한 조치를 하여야 한다.
- ④ 보호위원회는 처리하는 개인정보의 종류·규모, 종업원 수 및 매출액 규모 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 기준에 해당하는 개인정보처리자가 제 3 항에 따라 안전성 확보에 필요한 조치를 하였는지에 관하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 정기적으로 조사하여야 한다.
- ⑤ 보호위원회는 대통령령으로 정하는 전문기관으로 하여금 제 4 항에 따른 조사를 수행하게 할 수 있다.

8-1. 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」

제 32 조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의)

- ① 신용정보제공·이용자가 개인신용정보를 타인에게 제공하려는 경우에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 해당 신용정보주체로부터 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 방식으로 개인신용정보를 제공할 때마다 미리 개별적으로 동의를 받아야 한다. 다만, 기존에 동의한 목적 또는 이용 범위에서 개인신용정보의 정확성·최신성을 유지하기 위한 경우에는 그러하지 아니하다.
 1. 서면
 2. 「전자서명법」 제 2 조제 2 호에 따른 전자서명(서명자의 실지명의를 확인할 수 있는 것을 말한다)이 있는 전자문서(「전자문서 및 전자거래 기본법」 제 2 조제 1 호에 따른 전자문서를 말한다)
 3. 개인신용정보의 제공 내용 및 제공 목적 등을 고려하여 정보 제공 동의의 안정성과 신뢰성이 확보될 수 있는 유무선 통신으로 개인비밀번호를 입력하는 방식
 4. 유무선 통신으로 동의 내용을 해당 개인에게 알리고 동의를 받는 방법. 이 경우 본인 여부 및 동의 내용, 그에 대한 해당 개인의 답변을 음성녹음하는 등 증거자료를 확보·유지하여야 하며, 대통령령으로 정하는 바에 따른 사후 고지절차를 거친다.
 5. 그 밖에 대통령령으로 정하는 방식
- ② 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관으로부터 개인신용정보를 제공받으려는 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 해당 신용정보주체로부터 제 1 항 각 호의 어느 하나에 해당하는 방식으로 개인신용정보를 제공받을 때마다 개별적으로 동의(기존에 동의한 목적 또는 이용 범위에서 개인신용정보의 정확성·최신성을 유지하기 위한 경우는 제외한다)를 받아야 한다. 이 경우 개인신용정보를 제공받으려는 자는 개인신용정보의 조회 시 개인신용평점이 하락할 수 있는 때에는 해당 신용정보주체에게 이를 고지하여야 한다.
- ③ 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관이 개인신용정보를 제 2 항에 따라 제공하는 경우에는 해당 개인신용정보를 제공받으려는 자가 제 2 항에 따른 동의를 받았는지를 대통령령으로 정하는 바에 따라 확인하여야 한다.
- ④ 신용정보회사등은 개인신용정보의 제공 및 활용과 관련하여 동의를 받을 때에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 서비스 제공을 위하여 필수적 동의사항과 그 밖의 선택적 동의사항을 구분하여 설명한 후 각각 동의를 받아야 한다. 이 경우 필수적 동의사항은 서비스 제공과의 관련성을 설명하여야 하며, 선택적 동의사항은 정보제공에 동의하지 아니할 수 있다는 사실을 고지하여야 한다.
- ⑤ 신용정보회사등은 신용정보주체가 선택적 동의사항에 동의하지 아니한다는 이유로 신용정보주체에게 서비스의 제공을 거부하여서는 아니 된다.
- ⑥ 신용정보회사등(제 9 호의 3 을 적용하는 경우에는 데이터전문기관을 포함한다)이 개인신용정보를 제공하는 경우로서 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 제 1 항부터 제 5 항까지를 적용하지 아니한다.
 1. 신용정보회사 및 채권추심회사가 다른 신용정보회사 및 채권추심회사 또는 신용정보집중기관과 서로

집중관리·활용하기 위하여 제공하는 경우

2. 제 17 조제 2 항에 따라 신용정보의 처리를 위탁하기 위하여 제공하는 경우
3. 영업양도·분할·합병 등의 이유로 권리·의무의 전부 또는 일부를 이전하면서 그와 관련된 개인신용정보를 제공하는 경우
4. 채권추심(추심채권을 추심하는 경우만 해당한다), 인가·허가의 목적, 기업의 신용도 판단, 유가증권의 양수 등 대통령령으로 정하는 목적으로 사용하는 자에게 제공하는 경우
5. 법원의 제출명령 또는 법관이 발부한 영장에 따라 제공하는 경우
6. 범죄 때문에 피해자의 생명이나 신체에 심각한 위험 발생이 예상되는 등 긴급한 상황에서 제 5 호에 따른 법관의 영장을 발부받을 시간적 여유가 없는 경우로서 검사 또는 사법경찰관의 요구에 따라 제공하는 경우. 이 경우 개인신용정보를 제공받은 검사는 지체 없이 법관에게 영장을 청구하여야 하고, 사법경찰관은 검사에게 신청하여 검사의 청구로 영장을 청구하여야 하며, 개인신용정보를 제공받은 때부터 36 시간 이내에 영장을 발부받지 못하면 지체 없이 제공받은 개인신용정보를 폐기하여야 한다.
7. 조세에 관한 법률에 따른 질문·검사 또는 조사를 위하여 관할 관서의 장이 서면으로 요구하거나 조세에 관한 법률에 따라 제출의무가 있는 과세자료의 제공을 요구함에 따라 제공하는 경우
8. 국제협약 등에 따라 외국의 금융감독기구에 금융회사가 가지고 있는 개인신용정보를 제공하는 경우
9. 제 2 조제 1 호의 4 나목 및 다목의 정보를 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용등급제공업무·기술신용평가업무를 하는 기업신용조회회사 및 신용정보집중기관에 제공하거나 그로부터 제공받는 경우
- 9 의 2. 통계작성, 연구, 공익적 기록보존 등을 위하여 가명정보를 제공하는 경우. 이 경우 통계작성에는 시장조사 등 상업적 목적의 통계작성을 포함하며, 연구에는 산업적 연구를 포함한다.
- 9 의 3. 제 17 조의 2 제 1 항에 따른 정보집합물의 결합 목적으로 데이터전문기관에 개인신용정보를 제공하는 경우
- 9 의 4. 다음 각 목의 요소를 고려하여 당초 수집한 목적과 상충되지 아니하는 목적으로 개인신용정보를 제공하는 경우
 - 가. 양 목적 간의 관련성
 - 나. 신용정보회사등이 신용정보주체로부터 개인신용정보를 수집한 경위
 - 다. 해당 개인신용정보의 제공이 신용정보주체에게 미치는 영향
 - 라. 해당 개인신용정보에 대하여 가명처리를 하는 등 신용정보의 보안대책을 적절히 시행하였는지 여부
10. 이 법 및 다른 법률에 따라 제공하는 경우
11. 제 1 호부터 제 10 호까지의 규정에 준하는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우
- ⑦ 제 6 항 각 호에 따라 개인신용정보를 타인에게 제공하려는 자 또는 제공받은 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 개인신용정보의 제공 사실 및 이유 등을 사전에 해당 신용정보주체에게 알려야 한다. 다만, 대통령령으로 정하는 불가피한 사유가 있는 경우에는 인터넷 홈페이지 게재 또는 그 밖에 유사한 방법을 통하여 사후에 알리거나 공시할 수 있다.
- ⑧ 제 6 항제 3 호에 따라 개인신용정보를 타인에게 제공하는 신용정보제공·이용자로서 대통령령으로 정하는 자는 제공하는 신용정보의 범위 등 대통령령으로 정하는 사항에 관하여 금융위원회의 승인을 받아야 한다.
- ⑨ 제 8 항에 따른 승인을 받아 개인신용정보를 제공받은 자는 해당 개인신용정보를 금융위원회가 정하는 바에 따라 현재 거래 중인 신용정보주체의 개인신용정보와 분리하여 관리하여야 한다.
- ⑩ 신용정보회사등이 개인신용정보를 제공하는 경우에는 금융위원회가 정하여 고시하는 바에 따라 개인신용정보를 제공받는 자의 신원(身元)과 이용 목적을 확인하여야 한다.
- ⑪ 개인신용정보를 제공한 신용정보제공·이용자는 제 1 항에 따라 미리 개별적 동의를 받았는지 여부 등에 대한 다툼이 있는 경우 이를 증명하여야 한다.

제 33 조(개인신용정보의 이용)

- ① 개인신용정보는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에만 이용하여야 한다.
 1. 해당 신용정보주체가 신청한 금융거래 등 상거래관계의 설정 및 유지 여부 등을 판단하기 위한 목적으로 이용하는 경우
 2. 제 1 호의 목적 외의 다른 목적으로 이용하는 것에 대하여 신용정보주체로부터 동의를 받은 경우
 3. 개인이 직접 제공한 개인신용정보(그 개인과의 상거래에서 생긴 신용정보를 포함한다)를 제공받은 목적으로 이용하는 경우(상품과 서비스를 소개하거나 그 구매를 권유할 목적으로 이용하는 경우는 제외한다)
 4. 제 32 조제 6 항 각 호의 경우
 5. 그 밖에 제 1 호부터 제 4 호까지의 규정에 준하는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우
- ② 신용정보회사등이 개인의 질병, 상해 또는 그 밖에 이와 유사한 정보를 수집·조사하거나 제 3 자에게 제공하려면 미리 제 32 조제 1 항 각 호의 방식으로 해당 개인의 동의를 받아야 하며, 대통령령으로 정하는 목적으로만 그 정보를 이용하여야 한다.

8-2. 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 시행령」

제 28 조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의)

- ② 신용정보제공·이용자는 법 제32조제1항 각 호 외의 부분 본문에 따라 해당 신용정보주체로부터 동의를 받으려면 다음 각 호의 사항을 미리 알려야 한다. 다만, 동의 방식의 특성상 동의 내용을 전부 표시하거나 알리기 어려운 경우에는 해당 기관의 인터넷 홈페이지 주소나 사업장 전화번호 등 동의 내용을 확인할 수 있는 방법을 안내하고 동의를 받을 수 있다.
1. 개인신용정보를 제공받는 자
 2. 개인신용정보를 제공받는 자의 이용 목적
 3. 제공받는 개인신용정보의 내용
 4. 개인신용정보를 제공받는 자(개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 및 신용정보집중기관은 제외한다)의 정보 보유 기간 및 이용 기간
 5. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용
- ③ 신용정보제공·이용자는 법 제 32 조 제 1 항 제 4 호에 따라 유무선 통신을 통하여 동의를 받은 경우에는 1 개월 이내에 서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지, 그 밖에 금융위원회가 정하여 고시하는 방법으로 제 2 항 각 호의 사항을 고지하여야 한다.
- ④ 법 제 32 조 제 1 항 제 5 호에서 '대통령령으로 정하는 방식'이란 정보 제공 동意的 안전성과 신뢰성이 확보될 수 있는 수단을 활용함으로써 해당 신용정보주체에게 동의 내용을 알리고 동意的 의사표시를 확인하여 동의를 받는 방식을 말한다.
- ⑤ 제 4 항의 방식으로 해당 신용정보주체로부터 개인신용정보의 제공에 관한 동의를 받는 경우 신용정보제공·이용자와 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관으로부터 개인신용정보를 제공받으려는 자는 다음 각 호의 사항 등을 고려하여 정보 제공 동意的 안전성과 신뢰성이 확보될 수 있는 수단을 채택하여 활용해야 한다.
1. 금융거래 등 상거래관계의 유형·특성·위험도
 2. 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 자의 업무 또는 업종의 특성
 - 가. 신용정보제공·이용자
 - 나. 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사로부터 개인신용정보를 제공받으려는 자
 - 다. 신용정보집중기관으로부터 개인신용정보를 제공받으려는 자
 3. 정보 제공 동의를 받아야 하는 신용정보주체의 수
- ⑥ 법 제 32 조제 2 항에 따라 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관으로부터 개인신용정보를 제공받으려는 자는 다음 각 호의 사항을 해당 개인에게 알리고 동의를 받아야 한다. 다만, 동의방식의 특성상 동의 내용을 전부 표시하거나 알리기 어려운 경우에는 해당 기관의 인터넷 홈페이지 주소나 사업장 전화번호 등 동의 내용을 확인할 수 있는 방법을 안내하고 동의를 받을 수 있다.
1. 개인신용정보를 제공하는 자
 2. 개인신용정보를 제공받는 자의 이용 목적
 3. 제공받는 개인신용정보의 항목
 4. 개인신용정보를 제공받는 것에 대한 동意的 효력기간
 5. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용
- ⑦ 법 제 32 조제 3 항에 따라 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관은 개인신용정보를 제공받으려는 자가 해당 신용정보주체로부터 동의를 받았는지를 서면, 전자적 기록 등으로 확인하고, 확인한 사항의 진위 여부를 주기적으로 점검해야 한다.
- ⑧ 법 제 32 조제 4 항 전단에 따라 신용정보제공·이용자가 필수적 동의사항과 그 밖의 선택적 동의사항을 구분하는 경우에는 다음 각 호의 사항 등을 고려해야 한다.
1. 신용정보주체가 그 동의사항에 대하여 동의하지 아니하면 그 신용정보주체와의 금융거래 등 상거래관계를 설정·유지할 수 없는지 여부
 2. 해당 신용정보주체가 그 동의사항에 대하여 동의함으로써 제공·활용되는 개인신용정보가 신용정보제공·이용자와의 상거래관계에 따라 신용정보주체에게 제공되는 재화 또는 서비스(신용정보주체가 그 신용정보제공·이용자에게 신청한 상거래관계에서 제공하기로 한 재화 또는 서비스를 그 신용정보제공·이용자와 별도의 계약 또는 약정 등을 체결한 제 3 자가 신용정보주체에게 제공하는 경우를 포함한다)와 직접적으로 관련되어 있는지 여부
 3. 신용정보주체가 그 동의사항에 대하여 동의하지 아니하면 법 또는 다른 법령에 따른 의무를 이행할 수 없는지 여부
- ⑨ 신용정보제공·이용자가 법 제 32 조제 4 항 전단에 따라 필수적 동의 사항과 그 밖의 선택적 동의사항을 구분하여 동의를 받는 경우 동意的 양식을 구분하는 동의 방법으로 신용정보주체가 각 동의사항을 쉽게 이해할 수 있도록 해야 한다.
- ⑩ 법 제 32 조제 6 항제 4 호에서 "채권추심(추심채권을 추심하는 경우만 해당한다), 인가·허가의 목적, 기업의 신용도 판단, 유가증권의 양수 등 대통령령으로 정하는 목적"이란 다음 각 호의 목적을 말한다.
1. 채권추심을 의뢰한 채권자가 채권추심의 대상이 되는 자의 개인신용정보를 채권추심회사에 제공하거나 채권추심회사로부터 제공받기 위한 목적
 2. 채권자 또는 채권추심회사가 변제기일까지 채무를 변제하지 않은 자 또는 채권추심의 대상이 되는 자에 대한 개인신용정보를 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사 및 기업신용조회회사로부터 제공받기 위한 목적
 3. 행정기관이 인가·허가 업무에 사용하기 위하여 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사 및

기업신용조회회사로부터 개인신용정보를 제공받기 위한 목적

4. 해당 기업과의 금융거래 등 상거래관계의 설정 및 유지 여부 등을 판단하기 위하여 그 기업의 대표자 및 제 2 조제 9 항 각 호의 어느 하나에 해당하는 자의 개인신용정보를 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 및 신용정보집중기관으로부터 제공받기 위한 목적
 5. 제 21 조제 2 항에 따른 금융기관이 상거래관계의 설정 및 유지 여부 등을 판단하기 위하여 또는 어음·수표 소지인이 어음·수표의 발행인, 인수인, 배서인 및 보증인의 변제 의사 및 변제자력을 확인하기 위하여 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 및 신용정보집중기관으로부터 어음·수표의 발행인, 인수인, 배서인 및 보증인의 개인신용정보를 제공받기 위한 목적
 6. 「민법」 제 450 조에 따라 지명채권을 양수한 신용정보제공·이용자가 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 경우에 그 지명채권의 채무자의 개인신용정보를 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관에 제공하거나 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관으로부터 제공받기 위한 목적
 - 가. 지명채권의 양도인이 그 지명채권의 원인이 되는 상거래관계가 설정될 당시 법 제 32 조제 1 항 각 호의 어느 하나에 해당하는 방식으로 채무자의 개인신용정보를 제공하거나 제공받는 것에 대하여 해당 채무자로부터 동의를 받은 경우
 - 나. 법 또는 다른 법령에 따라 그 지명채권의 채무자의 개인신용정보를 제공하거나 제공받을 수 있는 경우
 7. 삭제
- ⑪ 법 제 32 조제 6 항제 11 호에서 "대통령령으로 정하는 경우"란 다음 각 호의 경우를 말한다.
1. 장외파생상품 거래의 매매에 따른 위험 관리 및 투자자보호를 위해 장외파생상품 거래와 관련된 정보를 금융위원회, 금융감독원 및 한국은행에 제공하는 경우
 2. 「상법」 제 719 조에 따른 책임보험계약의 제 3 자에 대한 정보를 보험사기 조사·방지를 위해 신용정보집중기관에 제공하거나 그로부터 제공받는 경우
 3. 「상법」 제 726 조의 2 에 따른 자동차보험계약의 제 3 자의 정보를 보험사기 조사·방지를 위해 신용정보집중기관에 제공하거나 그로부터 제공받는 경우
- ⑫ 신용정보회사가 법 제 32 조제 7 항 본문에 따라 신용정보주체에게 개인신용정보의 제공 사실 및 이유 등을 사전에 알리는 경우와 같은 항 단서에 따라 불가피한 사유로 인하여 사후에 알리거나 공시하는 경우에 그 제공의 이유 및 그 알리거나 공시하는 자별로 알리거나 공시하는 시기 및 방법은 별표 2 의 2 와 같다.
- ⑬ 법 제 32 조제 8 항에서 "대통령령으로 정하는 자"란 제 5 조제 2 항제 1 호부터 제 21 호까지의 규정의 어느 하나에 해당하는 기관을 말한다.
- ⑭ 법 제 32 조 제 8 항에서 '제공하는 신용정보의 범위 등 대통령령으로 정하는 사항'이란 제공하는 개인신용정보의 범위, 제공받는 자의 신용정보 관리·보호 체계를 말한다.

9. 「산업재해보상보험법 시행규칙」

제 47 조(운동기능장애의 측정)

- ① 비장애인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동기능영역은 별표 4 와 같다.
- ② 운동기능장애의 정도는 미국의학협회(AMA, American Medical Association)식 측정 방법 중 공단이 정하는 방법으로 측정한 해당 근로자의 신체 각 관절의 운동기능영역과 별표 4 의 평균 운동기능영역을 비교하여 판정한다. 다만, 척주의 운동기능영역은 그러하지 아니하다.
- ③ 제 2 항에 따라 해당 근로자의 신체 각 관절의 운동기능영역을 측정할 때에는 다음 각 호의 구분에 따른 방법으로 한다.
 1. 강직, 오그라들, 신경손상 등 운동기능장애의 원인이 명확한 경우: 근로자의 능동적 운동에 의한 측정방법
 2. 운동기능장애의 원인이 명확하지 아니한 경우: 근로자의 수동적 운동에 의한 측정방법

10. 「의료법」

제 54 조(신의료기술평가위원회의 설치 등)

- ① 보건복지부장관은 신의료기술평가에 관한 사항을 심의하기 위하여 보건복지부에 신의료기술평가위원회(이하 '위원회'라 한다)를 둔다.
- ② 위원회는 위원장 1 명을 포함하여 20 명 이내의 위원으로 구성한다.
- ③ 위원은 다음 각 호의 자 중에서 보건복지부장관이 위촉하거나 임명한다. 다만, 위원장은 제 1 호 또는 제 2 호의 자 중에서 임명한다.
 1. 제 28 조제 1 항에 따른 의사회·치과의사회·한의사회에서 각각 추천하는 자
 2. 보건의료에 관한 학식이 풍부한 자
 3. 소비자단체에서 추천하는 자
 4. 변호사의 자격을 가진 자로서 보건의료와 관련된 업무에 5 년 이상 종사한 경력이 있는 자

5. 보건의료정책 관련 업무를 담당하고 있는 보건복지부 소속 5급 이상의 공무원
- ④ 위원장과 위원의 임기는 3 년으로 하되, 연임할 수 있다. 다만, 제 3 항제 5 호에 따른 공무원의 경우에는 재임기간으로 한다.
- ⑤ 위원의 자리가 빈 때에는 새로 위원을 임명하고, 새로 임명된 위원의 임기는 임명된 날부터 기산한다.
- ⑥ 위원회의 심의사항을 전문적으로 검토하기 위하여 위원회에 분야별 전문평가위원회를 둔다.
- ⑦ 그 밖에 위원회 · 전문평가위원회의 구성 및 운영 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

11. 「소득세법」

제 20 조의 3(연금소득)

- ① 연금소득은 해당 과세기간에 발생한 다음 각 호의 소득으로 한다.
 1. 공적연금 관련법에 따라 받는 각종 연금(이하 "공적연금소득"이라 한다)
 2. 다음 각 목에 해당하는 금액을 그 소득의 성격에도 불구하고 연금계좌["연금저축"의 명칭으로 설정하는 대통령령으로 정하는 계좌(이하 "연금저축계좌"라 한다) 또는 퇴직연금을 지급받기 위하여 설정하는 대통령령으로 정하는 계좌(이하 "퇴직연금계좌"라 한다)를 말한다. 이하 같다]에서 대통령령으로 정하는 연금형태 등으로 인출(이하 "연금수령"이라 하며, 연금수령 외의 인출은 "연금외수령"이라 한다)하는 경우의 그 연금
 - 가. 제 146 조제 2 항에 따라 원천징수되지 아니한 퇴직소득
 - 나. 제 59 조의 3 제 1 항에 따라 세액공제를 받은 연금계좌 납입액
 - 다. 연금계좌의 운용실적에 따라 증가된 금액
 - 라. 그 밖에 연금계좌에 이체 또는 입금되어 해당 금액에 대한 소득세가 이연(移延)된 소득으로서 대통령령으로 정하는 소득
 3. 제 2 호에 따른 소득과 유사하고 연금 형태로 받는 것으로서 대통령령으로 정하는 소득
- ② 공적연금소득은 2002 년 1 월 1 일 이후에 납입된 연금 기여금 및 사용자 부담금(국가 또는 지방자치단체의 부담금을 포함한다. 이하 같다)을 기초로 하거나 2002 년 1 월 1 일 이후 근로의 제공을 기초로 하여 받는 연금소득으로 한다.
- ③ 연금소득금액은 제 1 항 각 호에 따른 소득의 금액의 합계액(제 2 항에 따라 연금소득에서 제외되는 소득과 비과세소득의 금액은 제외하며, 이하 "총연금액"이라 한다)에서 제 47 조의 2 에 따른 연금소득공제를 적용한 금액으로 한다.
- ④ 연금소득의 범위 및 계산방법과 그 밖에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

12. 「소득세법시행령」

제 40 조의 2(연금계좌 등)

- ① 법 제 20 조의 3 제 1 항 제 2 호 각 목 외의 부분에서 ""연금저축"의 명칭으로 설정하는 대통령령으로 정하는 계좌"란 제 1 호에 해당하는 계좌를 말하고, "퇴직연금을 지급받기 위하여 설정하는 대통령령으로 정하는 계좌"란 제 2 호에 해당하는 계좌를 말한다.
 1. 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 금융회사 등과 체결한 계약에 따라 "연금저축"이라는 명칭으로 설정하는 계좌(이하 "연금저축계좌"라 한다)
 - 가. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제 12 조에 따라 인가를 받은 신탁업자와 체결하는 신탁계약
 - 나. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제 12 조에 따라 인가를 받은 투자중개업자와 체결하는 집합투자증권 중개계약
 - 다. 제 25 조 제 2 항에 따른 보험계약을 취급하는 기관과 체결하는 보험계약
 2. 퇴직연금을 지급받기 위하여 가입하여 설정하는 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 계좌(이하 "퇴직연금계좌"라 한다)
 - 가. 「근로자퇴직급여 보장법」 제 2 조 제 9 호의 확정기여형퇴직연금제도에 따라 설정하는 계좌
 - 나. 「근로자퇴직급여 보장법」 제 2 조 제 10 호의 개인형퇴직연금제도에 따라 설정하는 계좌
 - 다. 「과학기술인공제회법」 제 16 조제 1 항에 따른 퇴직연금급여를 지급받기 위하여 설정하는 계좌
- ② 연금계좌의 가입자가 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 경우 법 제 59 조의 3 제 1 항에 따른 연금계좌 납입액(제 118 조의 3 에 따라 연금계좌에 납입한 것으로 보는 금액을 포함하며, 이하 "연금보험료"라 한다)으로 볼 수 있다.
 1. 다음 각 목의 금액을 합한 금액 이내(연금계좌가 2 개 이상인 경우에는 그 합계액을 말한다)의 금액을 납입할 것. 이 경우 해당 과세기간 이전의 연금보험료는 납입할 수 없으나, 보험계약의 경우에는 최종납입일이 속하는 달의 말일부터 3 년 2 개월이 경과하기 전에는 그 동안의 연금보험료를 납입할 수 있다.
 - 가. 연간 1 천 800 만원
 - 나. 법 제 59 조의 3 제 3 항에 따른 전환금액[「조세특례제한법」 제 91 조의 18 에 따른 개인종합자산관리계좌(이하

"개인종합자산관리계좌"라 한다)의 계약기간 만료일 기준 잔액을 한도로 개인종합자산관리계좌에서 연금계좌로 납입한 금액을 말한다. 다만, 직전 과세기간과 해당 과세기간에 걸쳐 납입한 경우에는 개인종합자산관리계좌의 계약기간 만료일 기준 잔액에서 직전 과세기간에 납입한 금액을 차감한 금액을 한도로 개인종합자산관리계좌에서 연금계좌로 납입한 금액을 말한다]

2. 연금수령 개시를 신청한 날(연금수령 개시일을 사전에 약정한 경우에는 약정에 따른 개시일을 말한다) 이후에는 연금보험료를 납입하지 않을 것
- ③ 법 제 20 조의 3 제 1 항제 2 호 각 목 외의 부분에서 "대통령령으로 정하는 연금형태 등으로 인출"이란 연금계좌에서 다음 각 호의 요건을 모두 갖추어 인출하거나 제 20 조의 2 제 1 항에 따라 인출(이하 "연금수령"이라 하며, 연금수령 외의 인출은 "연금외수령"이라 한다)하는 것을 말한다. 다만, 법 제 20 조의 3 제 1 항 제 2 호 가목의 퇴직소득을 제 20 조의 2 제 1 항 제 1 호 나목에 따른 해외이주에 해당하는 사유로 인출하는 경우에는 해당 퇴직소득을 연금계좌에 입금한 날부터 3 년 이후 해외 이주하는 경우에 한정하여 연금수령으로 본다.
 1. 가입자가 55 세 이후 연금계좌취급자에게 연금수령 개시를 신청한 후 인출할 것
 2. 연금계좌의 가입일부터 5 년이 경과된 후에 인출할 것. 다만, 법 제 20 조의 3 제 1 항제 2 호가목에 따른 금액(퇴직소득이 연금계좌에서 직접 인출되는 경우를 포함하며, 이하 "이연퇴직소득"이라 한다)이 연금계좌에 있는 경우에는 그러하지 아니한다.
 3. 과세기간 개시일(연금수령 개시를 신청한 날이 속하는 과세기간에는 연금수령 개시를 신청한 날로 한다) 현재 다음의 계산식에 따라 계산된 금액(이하 "연금수령한도"라 한다) 이내에서 인출할 것. 이 경우 제 20 조의 2 제 1 항에 따라 인출한 금액은 인출한 금액에 포함하지 아니한다.

$$\frac{\text{연금계좌의평가액}}{(11 - \text{연금수령연차})} \times \frac{120}{100}$$
- ④ 제 3 항 제 3 호의 계산식에서 "연금수령연차"란 최초로 연금수령할 수 있는 날이 속하는 과세기간을 기산연차로하여 그 다음 과세기간을 누적 합산한 연차를 말하며, 연금수령연차가 11 년 이상인 경우에는 그 계산식을 적용하지 아니한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우의 기산연차는 다음 각 호를 따른다.
 1. 2013 년 3 월 1 일 전에 가입한 연금계좌[2013 년 3 월 1 일 전에 「근로자퇴직급여 보장법」 제 2 조제 8 호에 따른 확정급여형퇴직연금제도(이하 "확정급여형퇴직연금제도"라 한다)에 가입한 사람이 퇴직하여 퇴직소득 전액이 새로 설정된 연금계좌로 이체되는 경우를 포함한다]의 경우: 6 년차
 2. 법 제 44 조제 2 항에 따라 연금계좌를 승계한 경우: 사망일 당시 피상속인의 연금수령연차
- ⑤ 연금계좌에서 연금수령한도를 초과하여 인출하는 금액은 연금외수령하는 것으로 본다.
- ⑥ 연금계좌 가입자가 연금수령개시 또는 연금계좌의 해지를 신청하는 경우 연금계좌취급자는 기획재정부령으로 정하는 연금수령개시 및 해지명세서를 다음 달 10 일까지 관할 세무서장에게 제출하여야 한다.
- ⑦ 삭제 <2015.2.3.>
- ⑧ 삭제 <2015.2.3.>
- ⑨ 삭제 <2015.2.3.>
- ⑩ 삭제 <2015.2.3.>
- ⑪ 삭제 <2015.2.3.>

제 40 조의 3(연금계좌의 인출순서 등)

- ① 연금계좌에서 일부 금액이 인출되는 경우에는 다음 각 호의 금액이 순서에 따라 인출되는 것으로 본다.
 1. 법 제 20 조의 3 제 1 항 제 2 호 각 목에 해당하지 아니하는 금액(이하 "과세제외금액"이라 한다)
 2. 이연퇴직소득
 3. 법 제 20 조의 3 제 1 항 제 2 호 나목부터 라목까지의 규정에 따른 금액
- ② 과세제외금액은 다음 각 호의 순서에 따라 인출되는 것으로 본다. 다만, 제 3 호는 제 201 조의 10 에 따라 확인되는 금액만 해당하며, 확인되는 날부터 과세제외금액으로 본다.
 1. 인출된 날이 속하는 과세기간에 해당 연금계좌에 납입한 연금보험료
 2. 해당 연금계좌만 있다고 가정할 때 해당 연금계좌에 납입된 연금보험료로서 법 제 59 조의 3 제 1 항 단서에 따른 연금계좌세액공제의 한도액(이하 이 조에서 "연금계좌세액공제 한도액"이라 한다)을 초과하는 금액이 있는 경우 그 초과하는 금액
 3. 제 1 호 및 제 2 호 외에 해당 연금계좌에 납입한 연금보험료 중 연금계좌세액공제를 받지 아니한 금액
- ③ 인출된 금액이 연금수령한도를 초과하는 경우에는 연금수령분이 먼저 인출되고 그 다음으로 연금외수령분이 인출되는 것으로 본다.
- ④ 연금계좌에 납입한 연금보험료 중 연금계좌세액공제 한도액 이내의 연금보험료는 납입일이 속하는 과세기간의 다음 과세기간 개시일(납입일이 속하는 과세기간에 연금수령 개시를 신청한 날이 속하는 경우에는 연금수령 개시를 신청한 날)부터 제 1 항제 3 호 중 법 제 20 조의 3 제 1 항 제 2 호 나목에 따른 세액공제를 받은 금액으로 본다.
- ⑤ 연금계좌의 운용에 따라 연금계좌에 있는 금액이 원금에 미달하는 경우 연금계좌에 있는 금액은 원금이 제 1 항에 따른 인출순서와 반대의 순서로 차감된 후의 금액으로 본다.

13. 「채무자 회생 및 파산에 관한 법률」

제 6 조(회생절차폐지 등에 따른 파산선고)

- ① 파산선고를 받지 아니한 채무자에 대하여 회생계획인가가 있는 후 회생절차폐지 또는 간이회생절차폐지의 결정이 확정된 경우 법원은 그 채무자에게 파산의 원인이 되는 사실이 있다고 인정하는 때에는 직권으로 파산을 선고하여야 한다.
- ② 파산선고를 받지 아니한 채무자에 대하여 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 결정이 확정된 경우 법원은 그 채무자에게 파산의 원인이 되는 사실이 있다고 인정하는 때에는 채무자 또는 관리인의 신청에 의하거나 직권으로 파산을 선고할 수 있다.
 1. 회생절차개시신청 또는 간이회생절차개시신청의 기각결정(제 293 조의 5 제 2 항제 2 호가목의 회생절차개시결정이 있는 경우는 제외한다)
 2. 회생계획인가 전 회생절차폐지결정 또는 간이회생절차폐지결정(제 293 조의 5 제 3 항에 따른 간이회생절차폐지결정 시 같은 조 제 4 항에 따라 회생절차가 속행된 경우는 제외한다)
 3. 회생계획불인가결정
- ③ 제 1 항 및 제 2 항의 규정에 의하여 파산선고를 한 경우 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 등기 또는 등록의 촉탁은 파산의 등기 또는 등록의 촉탁과 함께 하여야 한다.
 1. 제 23 조제 1 항, 제 24 조제 4 항 · 제 5 항의 규정에 의한 등기의 촉탁
 2. 제 27 조에서 준용하는 제 24 조제 4 항 및 제 5 항의 규정에 의한 등록의 촉탁
- ④ 제 1 항 또는 제 2 항의 규정에 의한 파산선고가 있는 경우 제 3 편(파산절차)의 규정을 적용함에 있어서 그 파산선고 전에 지급의 정지 또는 파산의 신청이 없는 때에는 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 행위를 지급의 정지 또는 파산의 신청으로 보며, 공익채권은 재단채권으로 한다.
 1. 회생절차개시 또는 간이회생절차개시의 신청
 2. 제 650 조의 사기파산죄에 해당하는 법인인 채무자의 이사(업무집행사원 그 밖에 이에 준하는 자를 포함한다. 이하 같다)의 행위
- ⑤ 회생계획인가결정 전에 제 2 항의 규정에 의한 파산선고가 있는 경우 제 3 편(파산절차)의 규정을 적용함에 있어서 제 2 편(회생절차)에 의한 회생채권의 신고, 이익의 조사 또는 확정은 파산절차에서 행하여진 파산채권의 신고, 이익의 조사 또는 확정으로 본다. 다만, 제 134 조 내지 제 138 조의 규정에 의한 채권의 이익, 조사 및 확정에 관하여는 그러하지 아니하다.
- ⑥ 제 1 항 또는 제 2 항의 규정에 의한 파산선고가 있는 때에는 관리인 또는 보전관리인이 수행하는 소송절차는 중단된다. 이 경우 파산관재인 또는 그 상대방이 이를 수계할 수 있다.
- ⑦ 제 1 항 또는 제 2 항의 규정에 의한 파산선고가 있는 때에는 제 2 편(회생절차)의 규정에 의하여 회생절차에서 행하여진 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 자의 처분 · 행위 등은 그 성질에 반하지 아니하는 한 파산절차에서도 유효한 것으로 본다. 이 경우 법원은 필요하다고 인정하는 때에는 유효한 것으로 보는 처분 · 행위 등의 범위를 파산선고와 동시에 결정으로 정할 수 있다.
 1. 법원
 2. 관리인 · 보전관리인 · 조사위원 · 간이조사위원 · 관리위원회 · 관리위원 · 채권자협의회
 3. 채권자 · 담보권자 · 주주 · 지분권자(주식회사가 아닌 회사의 사원 및 그 밖에 이와 유사한 지위에 있는 자를 말한다. 이하 같다)
 4. 그 밖의 이해관계인
- ⑧ 파산선고를 받은 채무자에 대한 회생계획인가결정으로 파산절차가 효력을 잃은 후 제 288 조에 따라 회생절차폐지결정 또는 간이회생절차폐지결정이 확정된 경우에는 법원은 직권으로 파산을 선고하여야 한다.
- ⑨ 제 8 항의 경우 제 3 편(파산절차)의 규정을 적용함에 있어서 회생계획인가결정으로 효력을 잃은 파산절차에서의 파산신청이 있을 때에 파산신청이 있는 것으로 보며, 공익채권은 재단채권으로 한다.
- ⑩ 제 3 항 · 제 6 항 및 제 7 항의 규정은 제 8 항의 경우에 관하여 준용한다.

14. 「 호스피스 · 완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 」

제 2 조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. “임종과정”이란 회생의 가능성이 없고, 치료에도 불구하고 회복되지 아니하며, 급속도로 증상이 악화되어 사망에 임박한 상태를 말한다.
2. “임종과정에 있는 환자”란 제 16 조에 따라 담당의사와 해당 분야의 전문의 1 명으로부터 임종과정에 있다는 의학적 판단을 받은 자를 말한다.
3. “말기환자(末期患者)”란 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 보건복지부령으로 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당 분야의 전문의 1 명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.
 - 가. 삭제
 - 나. 삭제
 - 다. 삭제
 - 라. 삭제

- 마. 삭제
4. “연명의료”란 임종과정에 있는 환자에게 하는 심폐소생술, 혈액 투석, 항암제 투여, 인공호흡기 착용 및 그 밖에 대통령령으로 정하는 의학적 시술로서 치료효과 없이 임종과정의 기간만을 연장하는 것을 말한다.
 5. “연명의료중단등결정”이란 임종과정에 있는 환자에 대한 연명의료를 시행하지 아니하거나 중단하기로 하는 결정을 말한다.
 6. “호스피스·완화의료”(이하 “호스피스”라 한다)란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 질환으로 말기환자로 진단을 받은 환자 또는 임종과정에 있는 환자(이하 “호스피스대상환자”라 한다)와 그 가족에게 통증과 증상의 완화 등을 포함한 신체적, 심리사회적, 영적 영역에 대한 종합적인 평가와 치료를 목적으로 하는 의료를 말한다.
 - 가. 암
 - 나. 후천성면역결핍증
 - 다. 만성 폐쇄성 호흡기질환
 - 라. 만성 간경화
 - 마. 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 질환
 7. “담당의사”란 「의료법」에 따른 의사로서 말기환자 또는 임종과정에 있는 환자(이하 “말기환자등”이라 한다)를 직접 진료하는 의사를 말한다.
 8. “연명의료계획서”란 말기환자등의 의사에 따라 담당의사가 환자에 대한 연명의료중단등결정 및 호스피스에 관한 사항을 계획하여 문서(전자문서를 포함한다)로 작성한 것을 말한다.
 9. “사전연명의료의향서”란 19 세 이상인 사람이 자신의 연명의료중단등결정 및 호스피스에 관한 의사를 직접 문서(전자문서를 포함한다)로 작성한 것을 말한다.

제 25 조(호스피스전문기관의 지정 등)

- ① 보건복지부장관은 호스피스대상환자를 대상으로 호스피스전문기관을 설치·운영하려는 의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 시설·인력·장비 등의 기준을 충족하는 의료기관을 입원형, 자문형, 가정형으로 구분하여 호스피스전문기관으로 지정할 수 있다.
- ② 제 1 항에 따라 지정을 받으려는 의료기관은 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 보건복지부장관에게 신청하여야 한다.
- ③ 보건복지부장관은 제 1 항에 따라 지정받은 호스피스전문기관(이하 “호스피스전문기관”이라 한다)에 대하여 제 29 조에 따른 평가결과를 반영하여 호스피스사업에 드는 비용의 전부 또는 일부를 차등 지원할 수 있다.
- ④ 제 1 항 및 제 2 항에서 규정한 사항 외에 호스피스전문기관의 지정에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제 28 조(호스피스의 신청)

- ① 호스피스대상환자가 호스피스전문기관에서 호스피스를 이용하려는 경우에는 호스피스 이용동의서(전자문서로 된 동의서를 포함한다)와 의사가 발급하는 호스피스대상환자임을 나타내는 의사소견서(전자문서로 된 소견서를 포함한다)를 첨부하여 호스피스전문기관에 신청하여야 한다.
- ② 호스피스대상환자가 의사결정능력이 없을 때에는 미리 지정한 지정대리인이 신청할 수 있고 지정대리인이 없을 때에는 제 17 조제 1 항제 3 호 각 목의 순서대로 신청할 수 있다.
- ③ 호스피스대상환자는 언제든지 직접 또는 대리인을 통하여 호스피스의 신청을 철회할 수 있다.
- ④ 호스피스의 신청 및 철회 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.