

**삼성
인터넷 종합건강보험(2304)(무배당,무해약환급금형)
일당백**

보험약관 [2023년 4월 개정약관]

※ 이 약관은 금융소비자보호에 관한 법률 등 관계법령 및 금융소비자보호 내부통제기준에 따른 절차를 거쳐 제공됩니다.

삼성생명

진심으로 깊은 감사의 말씀을 드립니다.

삼성생명은 “보험은 사랑”이라는 컨셉 아래
고객의 사랑이 평생 이어지도록 든든한 힘이 되고자
최선을 다하고 있습니다.

오늘의 삼성생명이 있기까지 한결같이 성원해 주신
고객 여러분에게 다시 한번 깊이 감사드리며,
언제 어디서나 고객이 있는 곳에는
삼성생명이 함께 하는 고객 여러분의
'신뢰받는 삶의 동반자'가 될 수 있도록
더욱 노력할 것을 약속드립니다.

앞으로도 애정 어린 관심과 성원을 부탁드리며
고객님의 가정에 사랑과 행복이 가득하시기를
기원합니다.

약관을 쉽게 이용할 수 있는
약관 이용가이드 북

01 보험 약관이란?

보험약관은 가입하신 보험계약의 내용 및 조건 등을 미리 정하여 놓은 계약조항으로 보험계약자와 보험회사의 권리 및 의무를 규정하고 있습니다.

특히, 청약철회, 계약취소, 보험금 지급 및 지급제한 사항 등 보험계약의 중요한 사항에 대한 설명이 들어 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

02 한 눈에 보는 약관의 구성



약관 이용 가이드북

약관을 쉽게 잘 이용할 수 있도록 약관의 구성, 쉽게 찾는 방법 등의 내용을 담은 지침서



약관 요약서

약관을 쉽게 이해할 수 있도록 계약 주요내용 및 유의사항 등을 시각적 방법을 이용하여 간단하게 요약한 설명서



보험약관 (주계약 & 특약)

주계약 약관 기본계약의 내용과 특약에 준용되는 공통 사항을 정한 기본약관

특약 약관 주계약 약관에 정한 사항 외 선택 가입한 보장내용 등 필요한 사항을 정한 약관



용어해설 및 색인 등

약관 이해를 돋기 위한 어려운 법률 · 보험용어의 해설, 관련 법규 등을 소비자에게 안내

03 QR 코드를 통한 편리한 정보 이용

QR(Quick Response)코드란?

스마트폰으로 해당 QR코드를 스캔하시면 상세내용 등을 손쉽게 안내받을 수 있습니다.

약관해설 영상



보험금 지급절차



전국 지점



04 약관의 핵심 체크항목 쉽게 찾기 (주계약 약관 기준)

보험 약관 핵심사항 등과 관련된 해당 조문, 영상자료 등을 안내드리오니
보험회사로부터 약관을 수령한 후, 해당 내용을 반드시 확인·숙지하시기 바랍니다.

1. 보험금 지급사유 및 지급 제한 사유

제3조(보험금의 지급사유)

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

※ 본인이 가입한 특약을 확인하여 [가입 특약별 보험금 지급사유 및
지급 제한 사유도 반드시 확인](#)하시기 바랍니다.



2. 청약철회

제17조(청약의 철회)



3. 계약취소

제18조(약관교부 및 설명의무 등)



4. 계약무효

제19조(계약의 무효)



5. 계약 전 알릴의무 및 위반효과

제13조(계약 전 알릴 의무)

제14조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)



6. 보험료 연체 및 해지

제26조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)



7. 부활(효력회복)

제 27 조(보험료의 납입연체로 인해 해지된 계약의 부활(효력회복))



8. 해약환급금

제29조(계약자의 임의해지)

제32조(해약환급금)



05 약관을 쉽게 이용할 수 있는 꿀팁

아래 6가지 꿀팁을 활용하시면 약관을 보다 쉽고 편리하게 이용할 수 있습니다.

1. 시각화된 ‘약관요약서’를 활용하시면 계약 일반사항, 가입시 유의사항, 민원사례 등 약관을 보다 쉽게 이해할 수 있습니다. 약관요약서
2. 약관 이용가이드북의 ‘약관 핵심 체크항목 쉽게 찾기’를 이용하시면 약관 내용 중 핵심적인 권리 및 의무관계를 보다 쉽게 찾을 수 있습니다. 약관 이용가이드북
3. ‘목차’를 활용하시면 주계약에 부가할 수 있는 특약 중 실제 가입한 특약 약관을 쉽게 찾을 수 있습니다. 목차
4. 약관 내용 중 어려운 보험용어는 주요 용어 해설의 용어해설, 약관본문 Box안의 예시 등을 참고하시면 약관 이해에 도움이 됩니다. 주요 용어 해설
5. 스마트폰으로 약관 이용가이드북의 QR코드를 인식하시면 약관 해설 동영상, 보험금 지급절차, 전국 지점 등을 안내 받을 수 있습니다. 약관 이용가이드북
6. ‘인용된 법령 내용’을 활용하시면 약관에서 인용한 법률 조항 및 규정을 자세히 알 수 있습니다. 인용된 법령 내용

06 기타 문의 사항

※ 당사 홈페이지(www.samsunqlife.com) 상품공시실에 상품요약서와 보험약관이 공시되어 있으니, 가입하신 보험상품 내용이 궁금하거나 약관을 분석하였을 경우 편리하게 이용하시기 바랍니다.

당사 홈페이지 고객상담 코너에서 계약변경, 보험금 청구시 구비서류 등을 조회할 수 있으며, 홈페이지 MY 삼성생명, 콜센터(1588-3114)를 이용하시면 편리하게 다음의 업무를 보실 수 있습니다.

- MY삼성생명 계약조회, 기본계약사항, 보장내용조회, 보험계약대출, 자동이체 조회/변경, 계약변경, 계약금액 감액, 변액보험 편드변경, 보험료 납입 등

※ MY 삼성생명을 이용하시기 위해서는 가까운 삼성생명 고객플라자에 신분증, 본인명의 은행통장을 지참하시고 방문하여 MY 삼성생명 등록신청(최초 1회)을 하셔야 합니다.

☎ 콜센터 자동이체신청, 변경, 해지, 보험료 납입신청, 청약철회 접수,

1588-3114 품질보증접수, 보험계약대출신청, 각종 상담문의 등

※ 콜센터로 전화주시면 한번에 모든 업무를 해결할 수 있는

One-Call-Service를 이용하실 수 있으며,

ARS를 이용한 조회업무는 24시간 이용이 가능합니다.

▣ E-mail 서비스

고객님의 E-mail을 등록하시면 자동이체 입금결과, 보험계약대출내역 등을 알려드릴 뿐만 아니라 생활에 필요한 건강정보 등을 받아보실 수 있습니다. E-mail 서비스는 삼성생명 콜센터, 담당 보험설계사, 고객플라자, MY삼성생명 등을 통해서 신청하실 수 있습니다.

※ 보험상품 거래단계별 필요한 금융꿀팁 또는 핵심정보 등은

금융감독원 금융소비자정보포털 (FINE, fine.fss.or.kr)에서 확인 가능합니다.

※ 고객님께서 가입하신 보험계약에 대해 분쟁조정이 필요하거나 보험금 지급처리내용 등에 대해 불만이 있으신 경우에는 금융감독원 민원상담전화 등을 통해 상담을 받거나 분쟁조정 등을 신청할 수 있습니다.

☎ 금융감독원 민원상담전화 : 국번없이 1332

쉽게 이용할 수 있는
약관 요약서

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

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

1 보험계약의 개요

■ 보험회사명	삼성생명보험주식회사
■ 보험상품명	삼성 인터넷 종합건강보험(2304)(무배당,무해약환급금형) 일당백
■ 보험상품의 종목	질병보험

01 상품의 주요 특징

- 이 상품은 피보험자의 **암, 뇌출혈, 급성심근경색증 진단을 보장**하는 건강보험 상품이며, 보장성 특약을 부가하여 **추가 질병의 진단을 보장** 받을 수 있는 종합건강 상품입니다.
- 피보험자의 건강상태가 양호하여 회사가 정한 기준에 부합한 경우, **고지우량체할인특약 또는 슈퍼우량체할인특약**을 부가하여 보험료 할인혜택을 받을 수 있습니다.

02 '상품명'으로 상품의 특징 이해하기

■ 보험상품명 : 삼성 인터넷 종합건강보험(2304)(무배당,무해약환급금형) 일당백

- 1) 건강보험 피보험자의 질병 진단을 보장하는 보장성 상품입니다.
- 2) 무해약환급금형 납입기간 내 중도 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않는 상품입니다.
- 3) 무배당 보험계약자에게 배당을 하지 않는 상품입니다.



2 소비자가 반드시 알아두어야 할 유의사항

01 보험금 지급제한사항



이 보험에는 면책기간, 감액지급, 보장한도 등 보험금 지급제한 조건이 부가된 주계약 및 특약이 있습니다.

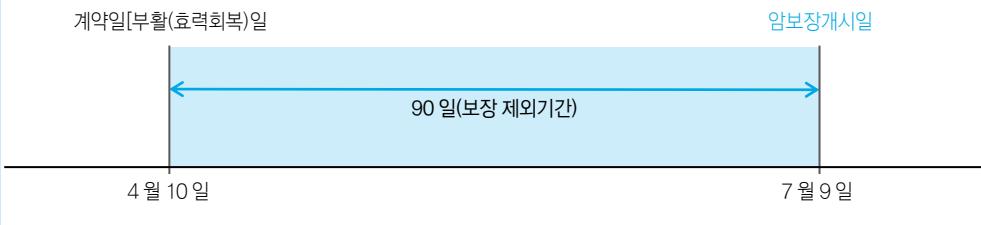
아래 내용은 이 보험의 주요 유의사항만을 요약하고 이해를 위해 대표적인 예시를 든 것으로, 반드시 관련 내용을 상품설명서나 약관으로 설명 들으시길 바랍니다.

1. 보험금 지급 제한기간(면책기간)

- 암(소액암 제외)의 진단을 보장하는 주계약 및 특약은 계약(부활)일로부터 **90 일내** 암으로 진단된 경우에 보험금을 지급하지 않습니다.

◆ 주계약 및 특약의 **보상대상기간과 보상제외기간**은 주계약 및 각 특약별로 다를 수 있으므로 반드시, 가입하신 특약 약관에서 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

<보험금 지급 제한기간(면책기간) 예시>



민원사례

A 씨는 암진단특약 가입 후 2 개월이 지난 시점에 위암으로 판정받아 암 진단보험금을 청구

☞ 보험회사는 보험가입 후 90 일이 경과하지 않았으므로 보험금을 지급할 수 없다고 안내

2. 보험금 감액 지급



- 암(중증 갑상선암, 초기 이외 유방암, 자궁암, 전립선암에 한함), 소액질병, 뇌출증, 특정허혈심장질환, 급성뇌경색증 등의 진단을 보장하는 주계약 및 특약의 경우 계약일부터 **1년 이내** 해당 질병으로 진단되는 경우에는 계약일부터 1년 초과시에 지급하는 보험금의 **50%만** 지급합니다.

◆ 특약의 감액기간과 감액비율은 각 특약별로 다를 수 있으므로 반드시, 가입하신 주계약 및 특약 약관에서 **감액기간 및 감액비율**을 확인하시기 바랍니다.

2. 소비자가 반드시 알아두어야 할 유의 사항



민원사례

A 씨는 뇌출증진단특약 가입 후 10 개월이 지난 시점에 뇌출혈로 진단받아 뇌출증진단보험금을 청구

☞ 보험회사는 보험가입 후 1년이 경과하지 않았으므로 보험가입금액의 50%만 지급됨을 안내



3. 보장한도(보장횟수)

- 암, 뇌출혈, 급성심근경색증, 급성뇌경색증, 뇌출증, 특정허혈심장질환 등의 진단을 보장하는 주계약 및 특약의 경우 **최초 1회 진단에** 한하여 보험금을 지급합니다.
 - ◆ 반드시, 가입하신 주계약 및 특약 약관에서 **보장한도를** 확인하시기 바랍니다.



민원사례

A 씨는 위암으로 암 진단보험금을 받은 후 간암으로 추가 진단받아 보험금을 청구

☞ 보험회사는 암 진단보험금은 최초 1회에 한하여 지급되므로 추가 지급될 보험금이 없음을 안내

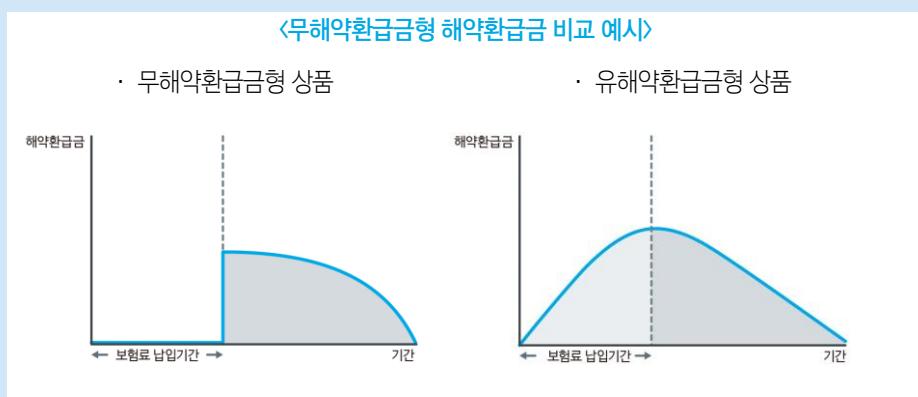
2. 소비자가 반드시 알아두어야 할 유의 사항

02 해약환급금에 관한 사항(주계약 기준)



보험계약자가 보험계약을 중도에 해지할 경우 보험회사는 해약환급금을 지급합니다.

- 이 보험계약을 중도 해지할 경우 **해약환급금**은 납입한 보험료에서 경과된 기간의 위험보험료, 계약체결비용 및 계약관리비용 등이 차감되므로 **납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다.**
- 특히, 이 상품은 「**해약률**」을 적용하는 **무해약환급금형 상품**으로 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 **해약환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후의 해약환급금이 「해약률을 적용하지 않는 동일한 보장 내용의 상품 (이하, "유해약환급금형 상품"이라 합니다.) 대비 적은 대신 "유해약환급금형 상품"보다 낮은 보험료로 가입할 수 있는 보험상품입니다.**



03 기타 소비자가 반드시 알아 두어야 할 상품의 주요 특성



1. 보장성 보험

- 이 보험은 질병의 진단 보장을 주목적으로 하는 보장성보험이며, **저축이나 연금수령을 목적으로 가입하시기에 적합하지 않습니다.**
- 중도해지 시 **납입한 보험료보다 해약환급금이 적거나 없을 수 있습니다.**



2. 예금자보호제도에 관한 사항

- 이 보험은 **예금자보호법**에 따라 예금보험공사가 **보호합니다.**
- 예금자보호 한도는 본 보험회사에 있는 귀하의 모든 예금보호대상 금융상품의 해약환급금(또는 만기시 보험금이나 사고보험금)과 기타 지급금을 합하여 **1인당 "최고 5 천만원"이며, 5 천만원을 초과하는 나머지 금액은 보호하지 않습니다.** 또한, 보험계약자 및 보험료 납부자가 법인이면 보호되지 않습니다.

2. 소비자가 반드시 알아두어야 할 유의 사항

04 기타 보험계약 관련 특히 유의할 사항



감액 관련

- 이 보험계약은 보험료를 장기간 납입해야 하기 때문에 보험계약자의 소득을 감안하여 보험료 수준을 결정하여야 합니다. 또한, 보험료 납입기간 중 보험가입금액을 감액하는 경우 감액된 부분은 해지된 것으로 처리되므로, 감액 후 해지시 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내 한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

05 기타 보험금 지급관련 특히 유의할 사항



1. 보험금지급 관련

- 암보장개시일은 계약일[계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날입니다. 다만, 뇌출혈 및 급성심근경색증 보장개시일은 계약일[계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]과 동일합니다.



2. 소멸사유

- 주계약의 보험기간 중 피보험자가 사망한 경우 및 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때, 피보험자가 사망한 경우에는 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

※ 특약의 소멸사유가 주계약과 다를 수 있으므로, 이와 관련된 사항은 각 특약의 약관을 참조하시기 바랍니다.



3. 납입면제사유

- 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 때 또는 피보험자가 보험료 납입기간 중 주계약 약관 제 3 조(보험금의 지급사유)에서 정한 진단보험금의 지급 사유가 발생하였을 때에는 차회 이후의 주계약 보험료 납입을 면제합니다.

- 주계약 보험료 납입면제시 차회 이후 특약보험료 납입을 면제합니다.

※ 특약의 납입면제 관련 내용은 각 특약별로 다를 수 있으므로, 이와 관련된 사항은 각 특약의 약관을 참조하시기 바랍니다.

3 보험계약의 일반사항

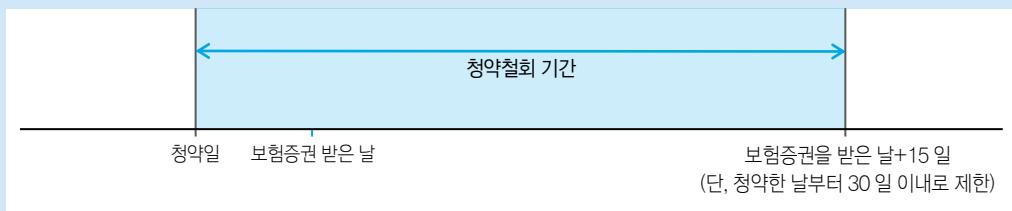
※ 보다 쉽게 이해할 수 있도록 보험약관의 일반적인 내용을 담은 것으로 가입하신 상품의 세부 약관과 다소 다를 수 있으므로 보다 자세한 내용은 보험약관을 참조하시기 바랍니다.

01 청약을 철회할 수 있는 권리



보험계약자는 보험증권을 받은 날부터 15 일 이내(단, 청약한 날부터 30 일 이내로 제한됩니다)에 보험계약의 청약을 철회할 수 있으며

이 경우 회사는 3 영업일 이내에 납입한 보험료를 돌려드립니다.



[청약철회를 할 수 없는 경우]

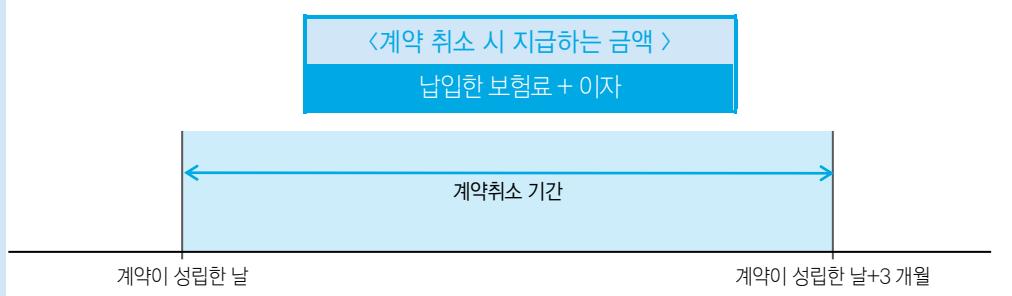
- 1) 청약한 날부터 30 일을 초과한 경우
- 2) 전문금융소비자가 체결한 계약(단, 전문금융소비자가 일반금융소비자로 간주되는 경우는 제외)

02 보험계약을 취소할 수 있는 권리



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

- 보험계약을 청약할 때 보험약관 및 보험계약자 보관용 청약서를 전달받지 못한 경우
- 보험약관의 중요내용을 설명 받지 못한 경우
- 보험계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 경우



* 자필서명은 날인(도장을 찍음) 및 전자서명(전자서명법 제2조 제2호)을 포함합니다.

* 납입한 보험료는 계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, ‘감액으로 회사가 실제 지급한 금액’을 차감한 금액으로 합니다.

* 이자는 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 말합니다.

03 보험계약의 무효



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

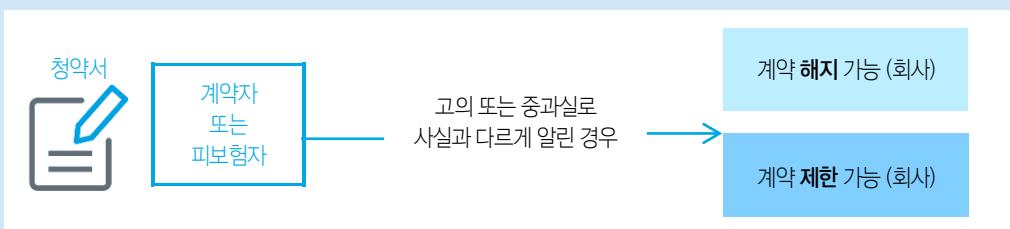
* 이미 납입한 보험료는 계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, '감액으로 회사가 실제 지급한 금액'을 차감한 금액으로 합니다.

- 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 보험계약에서 피보험자의 서면 동의를 얻지 않은 경우
- 만 15 세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험금 지급사유로 한 경우
- 보험계약 체결 시 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우

04 보험계약 전 알릴의무 및 위반시 효과



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



- 청약서의 질문 사항에 대하여 보험설계사에게만 구두로 알렸을 경우 **보험계약전 알릴의무를 이행한 것으로 볼 수 없습니다.**
- 전화 등 통신수단을 통한 보험계약의 경우 보험회사 상담원의 질문이 청약서의 질문사항을 대신하므로 상담원의 질문에 사실대로 답변하여야 합니다.



판례 [대법원 2007.6.28. 선고 2006 다 59837 판결]

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



민원 사례

A 씨는 고지혈증, 당뇨병으로 90 일간 투약 처방을 받은 사실을 **보험설계사에게만 알려주고,**

청약서에 기재하지 않은 채 ○○건강보험에 가입하였으며, 가입 이후 1년간 당뇨병으로 통원치료를 받아 보험을 청구

▷ 보험회사는 **보험계약이 해지됨과 동시에 보험금 지급이 어려움을 안내**

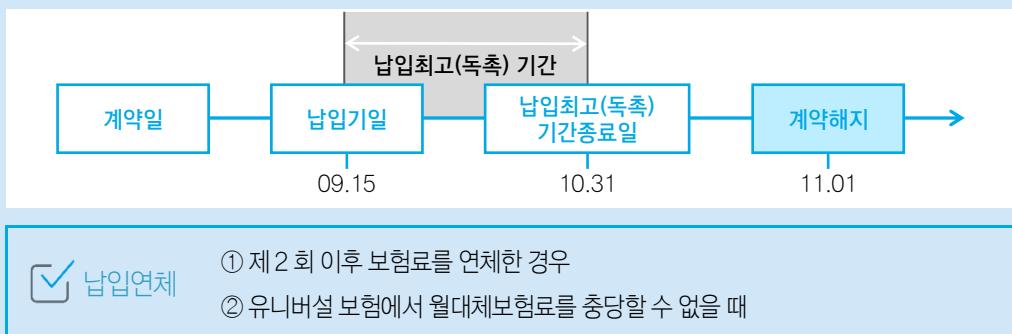
3. 보험계약의 일반사항

05 보험료 납입연체 및 보험계약의 해지



보험계약자가 제 2 회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않은 때에는 납입을 독촉하는 안내를 하며, 납입최고(독촉)기간 내에 보험료를 납입하지 않으면 보험계약이 해지됩니다.

- 납입최고(독촉)기간 : 14 일 이상(보험기간 1 년 미만인 경우 7 일 이상)의 기간으로 정합니다. 다만, 당사의 납입최고(독촉)기간은 납입기일 다음날부터 납입기일이 속하는 달의 다음달 마지막 날까지로 하며, 이는 약관에 정한 범위 내에서 변경될 수 있습니다.
- 유니버설상품에서 월대체보험료를 충당할 수 없게 된 경우를 포함합니다.



06 해지된 보험계약의 부활(효력회복)



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

- 보험회사는 피보험자의 건강상태, 직업 등에 따라 승낙여부를 결정하며, 합리적인 사유가 있는 경우 **부활(효력회복)**을 거절하거나 **보장의 일부를 제한**할 수 있습니다.
- 해약환급금을 받지 않은 경우에는 보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다.



07 보험계약대출



이 계약은 보험계약대출을 운용하지 않습니다.

<보험계약대출이율의 공시>

이 보험의 보험계약대출이율은 회사의 인터넷 홈페이지(www.samsunglife.com)의 “상품공시실” 내 “보험상품적용이율” – “보험계약대출이율 변동현황”에서 공시합니다.

08 보험금 청구방법 및 지급절차

1. 보험금의 청구방법



- 보험금청구 사유에 해당하는 구비서류를 준비하셔서 가까운 고객플라자 또는 지점을 방문하거나, 담당컨설턴트/우편/FAX/인터넷 등을 통하여 청구를 할 수 있습니다.
- 구비서류는 홈페이지(<http://www.samsunglife.com>) 또는 사고보험금 전용콜센터 (☏ 1577-4118)에서 관련 내용을 확인할 수 있습니다.
- 단, FAX/인터넷/모바일 접수의 경우 접수 가능 금액 등의 제한 사유가 있을 수 있으니 청구 유형별로 세부내용을 확인하시기 바랍니다.

<접수처 별 청구 가능 보험금>

	사망	장해	진단	실손	입원 · 통원 수술 · 골절
고객플라자 / 지점방문	●	●	●	●	●
우편		●	●	●	●
FAX / 인터넷 / 모바일				●	●

3. 보험계약의 일반사항

<사고보험금 청구서류 대표예시>

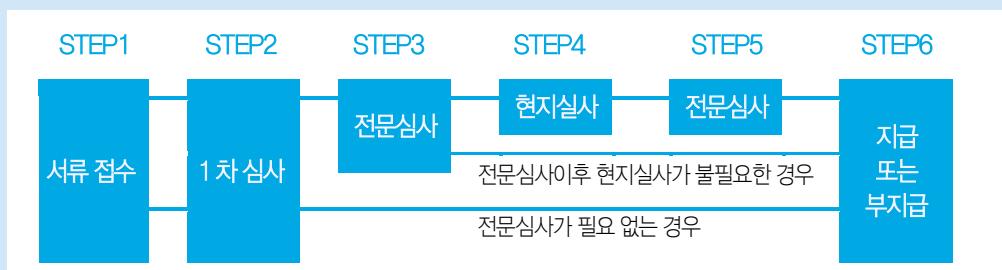
구분	진단서	입·퇴원 확인서	수술 확인서	통원 확인서	진단사실 확인서류	재해 입증서류	공통
사망	(사망진단서)					(재해관련 보험금)	청구서 신분증
장해	(장해진단서)						
진단	●				(검사결과지 등)		
입원		●					
수술			●				
통원				●			
실손		● (입원시)	● (수술시)	● (통원시)			

* 위 표는 대표적인 예시만 나타낸 것으로 보험금 청구 전에 보험회사에 제출서류를 확인하시기 바랍니다.

2. 보험금 지급절차



- 회사는 보험금 청구서류를 접수한 때에는 아래와 같은 절차를 거쳐 보험금 지급을 심사합니다.
- 보험금 지급기일은 청구서류 접수일부터 3 영업일 이내입니다.
다만, 보험금 지급사유의 조사확인이 필요한 경우 지급기일은 접수 후 10 영업일 이내로 합니다.
- 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다.



- 위 내용은 계약체결시점을 기준으로 작성되었으며, 보험금의 청구방법 및 지급절차 등은 추후 변경될 수 있습니다. 따라서, 홈페이지(<http://www.samsunglife.com>) 또는 사고보험금 전용콜센터(☎ 1577-4118)에서 관련 내용을 확인하시기 바랍니다.
- 약관 이용가이드북 보험금 지급절차(QR 코드)로 접속하시면 보험금 지급절차에 대한 보다 자세한 사항을 확인할 수 있습니다.

4 주요 보험용어 해설

보험약관

보험계약에 관하여
보험계약자와 보험회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것

보험증권

보험계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 보험회사가 보험계약자에게 드리는 증서

보험계약자

보험회사와 계약을 체결하고 보험료 납입의무를 지는 사람

피보험자

보험사고의 대상이 되는 사람

보험수익자

보험사고 발생시 보험금 청구권을 갖는 사람

보험료

보험계약에 따른 보장을 받기 위하여 보험계약자가 보험회사에 납입하는 금액

보장개시일

보험회사의 보험금 지급의무가 시작되는 날
* 보장에 따라 별도의 보장개시일이 존재할 수 있음

보험기간

보험계약에 따라 보장을 받는 기간

보험가입금액

보험금, 보험료 및 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액
* 보험가입금액, 보험료 납입기간, 피보험자의 나이 등을 기준으로 보험료를 산출하지 않고 보험계약자가 보험료를 선택하는 보험에서는 보험료 수준에 따라 보험금, 계약자적립액 등이 결정됨

보험사고

보험회사가 보험금 등을 지급하여야 할 원인이 되는 사고

보험금

피보험자의 사망, 장해, 입원 및 보험기간 만기 등 보험금 지급사유가 발생하였을 때 보험회사가 보험수익자에게 지급하는 금액

계약자적립액

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 보험계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액

해약환급금

보험계약이 해지된 경우
보험계약자에게 돌려주는 금액

보험약관 쉽게 이해하기

01. 보험계약 관련 유의할 사항
02. 보험금 지급에 관한 사례
03. 주요 민원사항
04. 개인신용정보의 수집 · 이용, 조회 및 제공에
관한 고객권리안내문

이 ‘보험약관 쉽게 이해하기’는 다소 생소한 보험약관을 보다 쉽게 이해할 수 있도록 보험계약 관련 유의사항 등 보험약관의 일반적인 내용을 담았습니다. 이 내용은 표준약관 조항과 이해를 돋기 위한 사례 등을 들어 설명한 것으로 가입하신 상품의 세부 약관과 다소 다를 수 있으므로 보다 자세한 내용은 [보험약관]을 참조하시기 바랍니다.

01. 보험계약 관련 유의할 사항

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

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



표준약관 제 14 조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제 13 조(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.

해설

- 계약자 또는 피보험자는 청약서의 중요한 사항에 대하여 사실대로 기재하고 자필서명을 하여야 합니다.
 - “중요한 사항”이라 함은 직업, 현재 및 과거 병력, 고위험 취미(예. 암벽등반, 패러글라이딩 등), 타사 보험계약 가입 여부 등으로 회사가 그 사실을 알았더라면 보험계약 체결 및 보험금 지급에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
- * 계약자가 보험설계사에게 구두로 알린 사항은 효력이 없으며, 전화 등 통신수단을 통해 가입하는 경우에는 서면 또는 전자문서를 통한 질문절차 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약 전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 신중하셔야 합니다.

주의

계약 전 알릴 의무를 지키지 않으면 보험금이 지급되지 않을 수 있고, 또한 계약이 해지될 수 있습니다. 이 경우 회사는 납입한 보험료가 아닌 해약환급금을 지급하게 되어 금전적 손실이 발생할 수도 있습니다.

사례 > 계약을 청약하면서 보험설계사 등에게 고혈압이 있다고만 이야기하고 청약서의 계약 전 알릴 사항에는 기재하지 않아 회사가 고혈압이 있다는 사실을 알지 못하였다며, 회사는 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.

2 계약의 취소가 가능한 경우가 있습니다.



표준약관 제 18 조(약관교부 및 설명의무 등)

③ 회사가 제 1 항에 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 제2호에 따른 전자서명을 포함합니다)을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3 개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

해설

- 계약자는 다음의 경우 계약이 성립한 날부터 3 개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다. 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

1. 계약을 청약할 때 약관과 계약자 보관용 청약서(청약서 부본)를 전달받지 못한 경우

2. 약관의 중요한 계약사항을 설명 받지 못한 경우

3. 청약서에 자필서명(전자서명 포함)을 하지 않은 경우

3 계약자는 청약을 철회할 수 있는 권리가 있습니다.



표준약관 제 17 조(청약의 철회)

- ① 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15 일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90 일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.
- ② 제 1 항에도 불구하고 청약한 날부터 30 일이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

해설

- 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15 일 이내에 그 청약을 철회할 수 있으며, 이 경우 회사는 3 영업일 이내에 납입한 보험료를 돌려 드립니다.
- 다만, 전문금융소비자가 체결한 계약 또는 청약을 한 날부터 30 일이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

예시

CASE1

청약철회 가능기간			
(4/1) 청약일	(4/12) 보험증권을 받은 날	(4/27) 보험증권을 받은 날 +15 일	(5/1) 청약일 +30 일

CASE2

청약철회 가능기간			
(4/1) 청약일	(4/19) 보험증권을 받은 날	(5/1) 청약일 +30 일	(5/4) 보험증권을 받은 날 +15 일

일반적으로 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15 일 이내에 철회할 수 있습니다.

그러나 위 사례에서 (CASE2)의 경우, 보험증권을 받은 날부터 15 일(5/4 일)이 청약을 한 날부터 30 일(5/1 일)을 초과하므로 청약철회 가능기간은 5/1 일까지로 합니다.

4 계약이 무효로 되는 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.



표준약관 제 19 조(계약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 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 서면(「전자서명법」 제 2조 제 2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제 44 조의 2에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험 수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
2. 만 15 세 미만자, 심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급 사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
3. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 제 2 호의 만 15 세 미만자에 관한 예외 가 인정되는 것은 아닙니다.

해설

- 계약이 무효가 되는 경우 보험금을 지급하지 않으며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 계약의 무효사유에 대하여 각 상품별 보험약관을 반드시 확인하시기 바랍니다.

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



표준약관 제 29 조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권)

① 계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며(다만, 연금보험의 경우 연금이 지급개시된 이후에는 해지할 수 없습니다), 이 경우 회사는 제 32 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

해설

- 보험은 은행의 저축과는 달리 계약자가 납입한 보험료 중 일부는 불의의 사고를 당한 다른 가입자에게 지급되는 보험금으로, 또 다른 일부는 보험회사 운영에 필요한 경비로 사용되므로 중도 해지시 지급되는 해약환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다.

6 제 2 회 이후 보험료를 납입기일까지 납입하지 않은 경우(유니버설상품의 경우 해약환급금에서 월대체보험료를 충당할 수 없게 된 경우) 계약이 해지될 수 있습니다.



표준약관 제 26 조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

① 계약자가 제 2 회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14 일(보험기간이 1 년 미만인 경우에는 7 일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다.

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 해약환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

해 설

- 계약자가 제 2 회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않은 때(유니버설상품에서 월대체보험료를 충당할 수 없게 된 경우 포함)에는 납입최고(독촉)하고 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 계약이 해지됩니다.
- 당사의 납입최고(독촉)기간은 납입기일 다음 날부터 납입기일이 속하는 달의 다음 달 마지막 날까지로 하며, 이는 약관에 정한 범위 내에서 변경될 수 있습니다.

예 시



납입기일(9/15)까지 보험료를 납입하지 않은 경우 납입기일이 속하는 달의 다음 달 마지막 날이 지난 11/1 일에 계약이 해지됩니다.

7 납입연체로 해지된 계약에 대하여 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.



표준약관 제 27 조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

① 제 26 조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 평균공시이율 + 1% 범위 내에서 각 상품별로 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 다만, 금리연동형보험은 각 보험상품별 사업방법서에서 별도로 정한 이율로 계산합니다.

해설

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

8 주계약 또는 특약의 보장개시일을 확인하시기 바랍니다.



표준약관 제 23 조(제 1 회 보험료 및 회사의 보장개시)

① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제 1 회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 회사가 청약과 함께 제 1 회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제 1 회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제 1 회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임 있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.

해설

- 회사가 청약과 함께 제 1 회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제 1 회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다.

보장개시일이 계약일과 다른 경우

일부 상품의 경우는 보장개시일이 계약일과 다릅니다. 반드시 해당 약관에서 “보장개시일” 관련 조항을 확인하시기 바랍니다.

(CASE1) 정기특약의 경우

보장기간

(4/10) 계약일 = 보장개시일

(CASE2) 암진단특약의 경우

암보장제외기간

암보장기간

(4/10) 계약일

(7/9)암보장개시일

암진단특약의 경우, 계약일부터 그 날을 포함하여 90 일이 지난 날의 다음 날부터 보장을 개시하며, 그 이전에 암이 발생하여도 회사는 보장하지 않습니다.

02. 보험금 지급에 관한 사례

- 보험금을 지급하는 경우와 지급하지 않는 경우를 알기 쉽게 설명하기 위해 사례를 들어 설명하였습니다.
- 보험금 지급사유에 관해서는 반드시 해당 상품의 세부 약관 내용을 확인해주시기 바랍니다. 기재된 내용 이외의 사실 관계 등에 따라 보험금 지급 여부에 차이가 발생할 수 있습니다.

사례 1 재해의 정의에 관한 사례



야구공에 맞아 안면부 뼈가 골절되었다.



어깨운동 중 무리하여 어깨인대가 파열되었다.

해설

- 약관에서 보상의 대상이 되는 재해는 우발적인 외래의 사고에 한합니다. 외래의 사고란 사고 자체가 외부요인에 의하여 발생된 것을 말합니다.
- 무리한 운동 중 다친 경우는 외부의 요인에 기인한 바가 없는 경우 재해에 해당하지 않습니다.

사례 2 장해의 판정에 대한 사례



길을 걷던 중 교통사고로 발목이 골절되어 운동 장해가 발생하였고 회복이 불가능하다.



길을 걷던 중 교통사고로 발목이 골절되어 운동 장해가 발생하였으나 장래 회복할 가능성이 있다.

해설

- “장해”는 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태 및 기능상실 상태를 말합니다. 다만, 질병과 부상의 주 증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장해에 포함되지 않습니다.
- 또한, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시 장해의 장해지급률로 정합니다.

사례 3 보장개시일 이전에 발생한 보험금에 관한 사례



암진단특약의 계약일부터 100일만에 암으로 진단 확정되었다.



암진단특약의 계약일부터 50일만에 암으로 진단 확정되었다.

해설

- 암진단특약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날부터 보장을 개시합니다. 따라서 그 이전에 발생한 경우 보험금을 지급하지 않습니다.
- 암진단특약과 같이 계약일과 보장개시일이 다른 경우가 있으니, 각 상품별 약관에서 보장개시일을 반드시 확인하시기 바랍니다.

사례 4 계약 전 알릴 의무 위반과 보험사고 발생 간에 인과관계가 있는 사례

- | | |
|---|---|
|  피보험자가 고혈압 관련 병력을
회사에 알리지 않고
그 후 2년 이내에 교통사고로 사망하였다. |  피보험자가 고혈압 관련 병력을
회사에 알리지 않고 그 후 2년 이내에
고혈압으로 인한 뇌출혈로 진단받았다. |
|---|---|

해설

- 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우, 회사는 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.

사례 5 보장개시일 이전에 발병한 질병으로 치료받는 경우

- | | |
|---|---|
|  보장개시일 이후에 발생한 디스크로 보험기간 중
치료하였다. |  보장개시일 이전에 발생한 디스크로 보험기간 중
치료하였다. |
|---|---|

해설

- 해당 계약의 보장개시일 이후에 발병한 질병이 약관상 보험금 지급사유에 해당하면 보험금을 지급합니다.
- 보장개시일 이전에 발병한 질병을 원인으로 보장개시일 이후에 치료 받는 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

03. 주요 민원사항

유형 1 | 해약환급금 부실설명

- 삼성 인터넷 종합건강보험(2304)(무배당,무해약환급금형) 일당백 을 가입한 고객 A 는 계약할 때 컨설턴트 B 에게 보장내용에 대해서는 설명 들었으나, 납입기간 중 중도해지시 해약환급금이 전혀 발생하지 않는다는 설명을 듣지 못했는데,
- 5년이나 보험료를 납입했음에도 불구하고 해지할 때 환급금을 전혀 받을 수 없다는 것은 부당함을 주장하며 불만 제기

[유의사항]

해당 상품은 만기환급금이 없는 순수보장성 보험이며, 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도해지시 해약환급금이 발생하지 않습니다. 단, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후 중도해지시에는 일부 해약환급금이 지급됩니다.

이러한 내용은 상품설명서 내 '해약환급금 안내'를 통해 경과기간별 해약환급금을 자세히 예시하고 있으니, 보험가입전 반드시 확인하시고 계약하시기 바랍니다.

유형 2 | 고지위반으로 계약해지 불만

- A 고객은 가입 전 유방에 5mm 정도의 결절이 있다고 진단받은 적이 있으나, 당시 병원에서 건강에 지장이 있는 것은 아니라고 하여 계약당시 고지하지 않음
- 이후 유방암 발병하여 치료 후 보험금 청구하였으나 보험금 심사과정에서 고지위반 사실이 확인되어 보험금 부지급 및 보험계약 해지됨.
- A 고객은 병원에서 이상이 없다고 한 부분을 고지위반으로 판정한 것은 부당함을 주장하며 민원 제기

[유의사항]

보험계약자 또는 피보험자는 반드시 청약서의 '계약 전 알릴 의무사항'에 대하여 사실대로 기재하고, 자필서명(전자서명 포함)을 하여야 합니다. 특히, 보험설계사에게 이야기한 것만으로는 효력이 없으며, 전화 등 통신수단을 통해 가입하는 경우에는 서면 또는 전자문서를 통한 질문절차 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약 전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 신중하셔야 합니다. 만약 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정한 방법에 따라 계약을 해지하여 해약환급금을 지급하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 따라서 불이익이 발생하지 않도록 계약 전 알릴 의무를 충실히 이행하여 주시기 바랍니다.

[개인신용정보의 수집 · 이용, 조회 및 제공에 관한 고객권리안내문]

이 권리안내문은 금융거래시 개인신용정보의 수집 · 이용, 조회 및 제공에 대하여 동의를 하신 고객님에게 이와 관련된 고객님의 권리를 알려 드리기 위한 것입니다. 저희 삼성생명은 고객님의 개인신용정보를 고객님께서 동의하신 목적 범위 내에서 최소한의 정보만을 수집 · 이용할 것이며, 동의하신 범위 이상으로 불법 · 부당하게 제공되지 않도록 엄격하게 관리하겠습니다.

고객님은 삼성생명이 처리하는 고객님의 개인신용정보와 관련하여 다음의 권리를 가집니다.

개인신용정보 수집 · 이용, 조회 및 제공 동의 철회(처리정지권)

- 계약 체결 3개월 이후부터 개인신용정보 수집 · 이용, 조회 및 제공 동의를 철회하실 수 있습니다. 다만, 계약의 유지 · 관리 · 상담, 기타 업무위탁에 따른 동의를 철회하는 경우에는 해당 용역의 제공을 받지 않을 것을 명확히 하여야 합니다.
- 개인신용정보 수집 · 이용, 조회 및 제공 동의를 철회하시고자 하는 경우에는 철회의 대상 및 내용 등을 특정하여 회사 대표전화(1588-3114)로 전화 하시거나, 인터넷 홈페이지(www.samsunglife.com) 또는 서면으로 철회의 의사표시를 하여주시기 바라며, 이 경우 회사는 1개월 이내에 조치를 완료합니다.

상거래 거절 근거 신용정보의 고지 요구

- 금융회사가 신용정보집중기관, 신용조회회사 등으로부터 제공받은 개인신용정보에 근거하여 상거래관계 설정을 거절하거나 중지한 경우에는 그 거절 · 중지의 근거가 된 신용정보, 동 정보를 제공한 기관의 명칭 · 주소 · 연락처 등을 고지해 줄 것을 금융회사에 요구할 수 있습니다.

금융상품 소개 등을 위한 제공 · 이용 동의 철회, 연락 중지 요청

- 고객님의 개인신용정보를 새로운 금융상품의 소개 등 영업목적 또는 서비스 제공목적으로 제공 · 이용에 대한 동의를 철회하거나 이러한 목적으로 고객님께 연락하는 것을 중지하도록 청구할 수 있습니다.
- 영업목적 이용 동의 철회 또는 연락 중지 청구는 무료 ARS 전화(080-331-3114) 또는 저희 회사 인터넷 홈페이지(www.samsunglife.com) MY 삼성생명에서 직접 처리하실 수 있으며(MY 삼성생명 이용을 위해서는 별도의 신청절차가 필요합니다), 이 경우 회사는 1개월 이내에 조치를 완료합니다.

제공 사실 통보 요구

- 고객님의 정보를 타인에게 제공한 사실이 있는 경우 고객플라자 방문, 회사 대표전화(1588-3114), 인터넷 홈페이지 이용의 방법으로 본인임을 확인 받아 최근 1년간의 정보 제공에 대하여 제공받는 자, 그 이용목적, 제공한 날짜, 제공한 본인정보의 주요내용 등을 알리도록 요구하거나 인터넷 홈페이지를 통하여 조회할 수 있도록 하여 줄 것을 요구할 수 있습니다.
- 당해 통보 요구가 있는 경우 회사는 7일 이내에 통보 또는 인터넷으로 조회할 수 있도록 조치합니다.

열람 및 정정 · 삭제 청구

- 고객플라자, 회사 대표전화(1588-3114), 인터넷 홈페이지 이용의 방법으로 본인임을 확인받아 저희 회사가 보유하고 있는 고객님의 정보 열람을 청구할 수 있으며, 이 경우 회사는 서면, 전자문서, 인터넷 홈페이지를 통하여 제공 또는 열람할 수 있도록 조치하여 드립니다.
- 제공 또는 열람한 고객님의 정보가 사실과 다른 경우에는 정정 · 삭제를 요구하실 수 있으며, 이 경우 회사는 정정 · 삭제청구가 정당한 사유가 있다고 인정되면 지체없이 해당 정보의 제공 · 이용을 중단한 후 사실인지를 조사하여 적의 조치한 후 그 처리결과를 7일 이내에 알려드립니다. 회사의 처리결과에 이의가 있으면 금융위원회에 그 시정을 요청할 수 있습니다.

본인정보의 무료 열람 요구

- 고객은 본인정보를 신용조회회사를 통하여 연간 일정 범위 내에서 무료로 열람할 수 있습니다. 자세한 사항은 각 신용조회회사에 문의하시기 바랍니다.

개인정보 유출시 피해 보상

- 삼성생명의 고의 또는 과실 등 귀책사유로 인한 개인정보 유출로 고객님에게 발생한 손해에 대해 관계법령 등에 따라 보상받으실 수 있습니다.

※ 개인신용정보의 수집 · 이용, 조회, 제공 및 위 권리행사와 관련하여 불편하신 사항이 있는 경우에는 아래로 연락하시기 바랍니다.

- 당사 개인신용 정보관리 · 보호부서 : 02-2259-7007 (서울특별시 서초구 서초대로 74길 11 (삼성전자빌딩))
- 금융감독원 : 국번없이 1332 (서울특별시 영등포구 여의대로 38)

※ 고객권리안내문의 내용을 변경하는 경우 인터넷 홈페이지에 게시 등으로 그 내용을 알려 드립니다.

보험약관

- 상품 목차
- 주계약 약관
- 상황별 목차
- 조항별 목차
- 특약 약관
- 제도성특약 약관
- [부록] 약관에서 인용된 법령 내용
- 기타

■ 상품 목차

주계약

삼성인터넷종합건강보험(2304)(무배당,무해약환급금형)일당백	1
-----------------------------------	---

특약일반사항

(특약약관)제1편일반사항	58
---------------	----

특약

※특약은 해당 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

급성뇌경색증진단특약D(무배당)	65
급성심근경색증진단특약IID(무배당)	73
뇌졸중진단특약D(무배당)	80
뇌출혈진단특약IID(무배당)	88
당뇨병(당화혈색소6.5%이상)진단특약D(무배당)	95
소액질병보장특약VIIID(무배당)	103
암진단특약VID(무배당)	118
특정허혈심장질환진단특약IID(무배당)	134

유첨

(유첨1)재해분류표	141
(유첨2)장해분류표	143
(유첨3)보험금을지급할때의적립이율계산	159

제도성특약

고지우량체할인특약(무배당)	160
슈퍼우량체할인특약(무배당)	163
장애인전용보험전환특약	166
지정대리청구서비스특약	170
특별조건부특약	172
특정신체부위·질병보장제한부인수특약	177

부록

[부록]약관에서인용된법령내용	184
-----------------	-----

■ 주계약 약관

삼성

인터넷 종합건강보험(2304)(무배당, 무해약환급금형)

일당백

약관

■ 상황별 목차

다음과 같은 상황이 발생하였을 경우, 필요한 정보를 해당 약관 조항에서 확인하실 수 있습니다.

[조항번호는 주계약 약관 기준]

계약의 체결에 관하여	계약에서 쓰이는 용어를 알고 싶어요	· 제2조(용어의 정의)
	청약을 철회하고 싶어요	· 제17조(청약의 철회)
	계약 전 알릴 의무가 무엇인가요	· 제13조(계약 전 알릴 의무) · 제14조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)
보험료의 납입에 관하여	보장이 언제 시작되나요	· 제23조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)
	보험료 납입면제사유를 알고 싶어요	· 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)
	납입최고(독촉)이 무엇인가요	· 제26조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)
보험금에 관하여	보험을 부활시키고 싶어요	· 제27조(보험료의 납입연체로 인해 해지된 계약의 부활(효력회복))
	보험의 보장내용을 알고 싶어요	· 제3조(보험금의 지급사유)
	보험금은 청구하면 언제 지급되나요	· 제8조(보험금의 지급절차)
계약의 변경에 관하여	보험금은 누구에게 지급되나요	· 제11조(보험수익자의 지정)
	보험수익자를 변경하고 싶어요, 보험가입금액을 감액하고 싶어요	· 제20조(계약내용의 변경 등)
	주소 또는 연락처가 바뀌었어요	· 제10조(주소변경통지)
	계약을 해지하고 싶어요	· 제29조(계약자의 임의해지)
	보험나이는 어떻게 계산하나요	· 제21조(보험나이)

■ 조항별 목차

제1관 목적 및 용어의 정의		제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등	
제1조 [목적]	5	제13조 [계약 전 알릴 의무]	15
제2조 [용어의 정의]	5	제14조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과]	15
제2조의2 ["암"등의 정의 및 진단 확정]	6	제15조 [사기에 의한 계약]	16
제2조의3 ["초기유방암" 및 "초기 이외 유방암"의 정의 및 진단 확정]	7	제4관 보험계약의 성립과 유지	
제2조의4 ["중증 갑상선암" 및 "중증 이외 갑상선암"의 정의 및 진단 확정]	8	제16조 [보험계약의 성립]	17
제2조의5 ["비침습 방광암"의 정의 및 진단 확정]	8	제17조 [청약의 철회]	17
제2조의6 ["대장점막내암"의 정의 및 진단 확정]	9	제18조 [약관 교부 및 설명의무 등]	18
제2조의7 ["뇌출혈"의 정의 및 진단 확정]	9	제19조 [계약의 무효]	18
제2조의8 ["급성심근경색증"의 정의 및 진단 확정]	10	제20조 [계약내용의 변경 등]	19
제2조의9 ["암보장개시일"의 정의]	10	제21조 [보험나이]	19
제2조의10 [AJCC 암병기설정매뉴얼 관련 유의사항]	11	제22조 [계약의 소멸]	20
제2관 보험금의 지급		제5관 보험료의 납입	
제3조 [보험금의 지급사유]	11	제23조 [제1회 보험료 및 회사의 보장개시]	21
제4조 [보험금 지급에 관한 세부규정]	11	제24조 [제2회 이후 보험료의 납입]	21
제5조 [보험금을 지급하지 않는 사유]	13	제25조 [보험료의 자동대출납입]	21
제6조 [보험금 지급사유의 발생통지]	13	제26조 [보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]	21
제7조 [보험금의 청구]	13	제27조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 계약의 부활(효력회복)]	22
제8조 [보험금의 지급절차]	14	제28조 [강제집행 등으로 인해 해지된 계약의 특별부활(효력회복)]	22
제9조 [보험금 받는 방법의 변경]	14		
제10조 [주소변경통지]	15	제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등	
제11조 [보험수익자의 지정]	15	제29조 [계약자의 임의해지]	23
제12조 [대표자의 지정]	15	제29조의2 [위법계약의 해지]	23

제30조 [중대사유로 인한 해지]	23	제43조 [예금보험에 의한 지급보장]	26
제31조 [회사의 파산선고와 해지]	24		
제32조 [해약환급금]	24	[별표1]보험금 지급기준표	28
제33조 [보험계약대출]	25	[별표2]악성신생물 분류표(기타피부암, 초기유방암,	
제34조 [배당금의 지급]	25	증증 이외 갑상선암, 비침습 방광암 및 대장점막내 암 제외)	29
제7관 분쟁의 조정 등		[별표3]유방의 악성신생물 분류표	31
제35조 [분쟁의 조정]	25	[별표4]자궁의 악성신생물 분류표	32
제36조 [관할법원]	25	[별표5]전립선의 악성신생물 분류표	33
제37조 [소멸시효]	25	[별표6]갑상선의 악성신생물 분류표	34
제38조 [약관의 해석]	26	[별표7]뇌출혈 분류표	35
제39조 [설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력]	26	[별표8]급성심근경색증 분류표	36
		[별표9]재해분류표	37
제40조 [회사의 손해배상책임]	26	[별표10]장해분류표	39
제41조 [개인정보보호]	26	[별표11]보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	57
제42조 [준거법]	26		

삼성

인터넷 종합건강보험(2304)(무배당,무해약환급금형) 일당백 약관

※ 이 계약은 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해약환급금이 없는 상품입니다.

제 1 관 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: (별표9) 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
- 나. 장해: (별표10) 장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
- 다. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삐감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

3. 지급금과 이자를 관련 용어

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

설명

〈연단위 복리 예시〉

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

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

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

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

- 나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결시점의 평균공시이율을 말하며 평균공시이

율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인할 수 있습니다.

다. 해약환급금: 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.

다. 연계약해당일: 계약일부터 1년마다 돌아오는 매년의 계약해당일을 말합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 연계약해당일로 합니다.

설명

〈해당 연도의 계약해당일이 없는 경우 예시〉

계약일이 2020년 2월 29일인 경우 차년도 연계약해당일은 2021년 2월 28일입니다.

라. 보험료 납입기간: 계약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)을 말합니다.

제2조의2 [“암”등의 정의 및 진단 확정]

① 이 계약에 있어서 “암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표2[악성신생물분류표(기타피부암, 초기유방암, 종증 이외 갑상선암, 비침습 방광암 및 대장점막내암 제외)]에서 정한 질병을 말하며, 아래에 해당하는 질병은 이 계약에 있어서 “암”에 해당하지 않습니다.

가. 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병

나. 제2조의3(“초기유방암” 및 “초기 이외 유방암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 초기유방암

다. 제2조의4(“중증 갑상선암” 및 “중증 이외 갑상선암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 중증 이외 갑상선암

라. 제2조의5(“비침습 방광암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 비침습 방광암

마. 제2조의6(“대장점막내암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 대장점막내암

바. 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)]의 경우 원발성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

설명

〈원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시〉

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

② 이 계약에 있어서 “초기유방암”이라 함은 제2조의3(“초기유방암” 및 “초기 이외 유방암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 초기유방암을 말합니다.

③ 이 계약에 있어서 “자궁암”이라 함은 제1항에서 정한 암 중 별표4(자궁의 악성신생물 분류표)에 정한 질병을 말하며,

아래에 해당하는 질병은 이 계약에 있어서 "자궁암"에 해당하지 않습니다.

– 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)

④ 이 계약에 있어서 "전립선암"이라 함은 제1항에서 정한 암 중 별표5(전립선의 악성신생물 분류표)에 정한 질병을 말하며, 아래에 해당하는 질병은 이 계약에 있어서 "전립선암"에 해당하지 않습니다.

– 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential).

⑤ 이 계약에 있어서 "기타피부암"이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말하며, 아래에 해당하는 질병은 이 계약에 있어서 "기타피부암"에 해당하지 않습니다.

– 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)

⑥ 이 계약에 있어서 "중증 이외 갑상선암"이라 함은 제2조의4("중증 갑상선암" 및 "중증 이외 갑상선암"의 정의 및 진단 확정)에서 정한 "중증 이외 갑상선암"을 말합니다.

⑦ 이 계약에 있어서 "비침습 방광암"은 제2조의5("비침습 방광암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 질병을 말합니다.

⑧ 이 계약에 있어서 "대장점막내암"은 제2조의6("대장점막내암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 질병을 말합니다.

⑨ "암" 및 "기타피부암"의 진단 확정은 의료법에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue) 검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy)[단, "중증 갑상선암"의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암", "기타피부암" 및 "갑상선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조의3 ["초기유방암" 및 "초기 이외 유방암"의 정의 및 진단 확정]

① 이 계약에 있어서 "초기유방암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표3(유방의 악성신생물 분류표)에서 정한 질병(이하, "유방암"이라 합니다)에 해당하는 질병 중 'AJCC 암병기설정매뉴얼[AJCC(American Joint Committee on Cancer) Cancer Staging Manual] 제8판'에서 정한 "유방암의 TNM 해부(anatomic)병기 분류상 1기(Stage 1)"에 해당하는 경우를 말하며, 아래에 해당하는 질병은 이 계약에 있어서 "유방암"에 해당하지 않습니다.

– 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)

설명

<유방암의 TNM 해부(anatomic)병기 분류상 1기(Stage 1)>

AJCC 암병기설정매뉴얼 제8판에서 "유방암의 TNM 해부(anatomic)병기 분류상 1기(Stage 1)"는 "T1N0M0", "T0N1miM0", "T1N1miM0"를 말합니다.

② 제1항의 AJCC 암병기설정매뉴얼이 향후 개정되는 경우에는 "초기유방암"의 진단확정 시점에 적용되는 AJCC 암병기설정매뉴얼상 "유방암의 TNM 해부(anatomic)병기 분류상 1기(stage 1)"를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고, AJCC 암병기설정매뉴얼에서 TNM 기준이 제외되는 등 "초기유방암"의 진단확정 시점에 AJCC 암병기설정매뉴얼의 "유방암의 TNM 해부(anatomic)병기 분류 기준"에 따라 보험금 지급사유에 대한 판단이 불가능한 경우, 회사는 변경 직전의 AJCC 암병기설정매뉴얼에서 정한 "유방암의 TNM 해부(anatomic)병기 분류 기준"을 따릅니다.

④ 이 계약에 있어서 "초기 이외 유방암"이라 함은 "유방암"에 해당하는 질병 중 "초기유방암"을 제외한 나머지 유방암을 말합니다.

⑤ "초기유방암" 및 "초기 이외 유방암"의 진단 확정은 의료법에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue) 검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현

미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “초기유방암” 및 “초기 이외 유방암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조의4 [“중증 갑상선암” 및 “중증 이외 갑상선암”의 정의 및 진단 확정]

① 이 계약에 있어서 “중증 갑상선암”은 한국표준질병·사인분류 중 별표6(갑상선의 악성신생물 분류표)에서 정한 “갑상선의 악성신생물로분류되는 질병”(이하, “갑상선암”이라 합니다) 중 “수질성암(Medullary carcinoma)” 또는 “역형성암(Anaplastic carcinoma)”에 해당하는 질병을 말하며, 아래에 해당하는 질병은 이 계약에 있어서 “갑상선암”에 해당하지 않습니다.

– 전임(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)

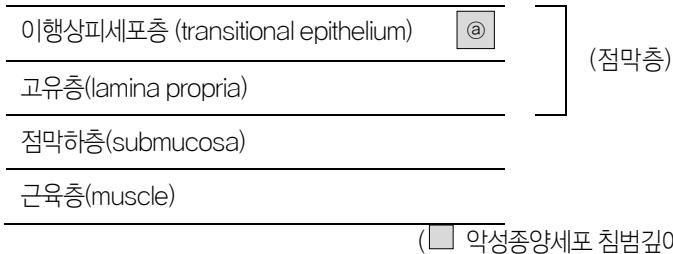
② 이 계약에 있어서 “중증 이외 갑상선암”이라 함은 “갑상선암”에 해당하는 질병 중 “중증 갑상선암”을 제외한 나머지 갑상선암을 말합니다.

③ “중증 갑상선암” 및 “중증 이외 갑상선암”的 진단 확정은 의료법에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “중증 갑상선암” 및 “중증 이외 갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조의5 [“비침습 방광암”의 정의 및 진단 확정]

① 이 계약에 있어서 “비침습 방광암”이라 함은 방광의 이행상피세포층(transitional epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 점막 고유층(lamina propria)까지는 침범하지 않은 비침습 유두암(papillary carcinoma) 상태로 ‘AJCC 암병기설정매뉴얼[AJCC(American Joint Committee on Cancer) Cancer Staging Manual] 제8판’에서 정한 병기상 TaNOMO인 방광암을 말합니다.

〈비침습 방광암 예시〉



② 악성종양세포가 점막 이행상피세포층을 침범한 경우

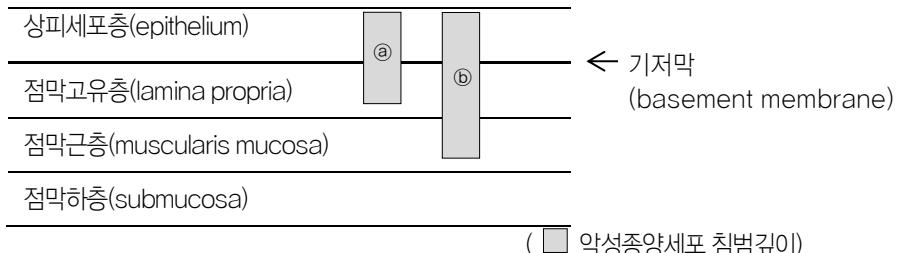
② 제1항의 AJCC 암병기설정매뉴얼이 향후 개정되는 경우에는 “비침습 방광암”的 진단 확정 시점에 적용되는 AJCC 암병기설정매뉴얼을 따릅니다.

③ “비침습 방광암”的 진단 확정은 의료법에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경소견을 기초로 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “비침습 방광암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조의6 [“대장점막내암”의 정의 및 진단 확정]

① 이 계약에 있어서 “대장점막내암”이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 층수, 결장, 직장을 말합니다.

〈대장점막내암 예시〉



Ⓐ 악성종양세포가 점막고유층을 침범한 경우

Ⓑ 악성종양세포가 점막근층을 침범한 경우

② “대장점막내암”的 진단 확정은 의료법에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “대장점막내암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조의7 [“뇌출혈”的 정의 및 진단 확정]

① 이 계약에 있어서 “뇌출혈”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표7(뇌출혈 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

설명	〈약관에서 보장하지 않는 뇌출혈에 대한 설명〉
	외상(재해)으로 인하여 발생한 뇌출혈, 뇌종양(혈관종 포함)의 진행으로 인하여 종양 주변에 발생한 출혈 또는 뇌수술 합병증에 의한 뇌출혈은 약관에서 보장하는 뇌출혈(I60~I62)로 분류되지 않기 때문에 이 계약에서 보장하지 않습니다.

② “뇌출혈”的 진단 확정은 의료법에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단 확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 계약의 보험기간 중에 “뇌출혈”로 치료를 받고 있었거나 또는 의학검사방법에 의해 진단받은 사실이 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록이 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 “뇌출혈”임이 확정되거나 추정되는 경우

용어	〈뇌혈관조영술〉
해설	뇌 속 혈관의 병변이나 변화를 알아보기 위해 X선에 반응하여 희게 촬영되는 물질(조영제)을 뇌혈관에 투여한 뒤 촬영하는 기술
	〈양전자방출단층술(PET)〉
	Positron Emission Tomography. 양전자를 방출할 때 발생하는 핵의학적 방사능을 이용하여 인체의 단면을 촬영하는 기술
	〈단일광자방출 전산화단층술(SPECT)〉
	Single Photon Emission Computed Tomography. 감마선을 방출하는 방사성 동위원소를 체내에 투여하여 그 분포상태의 단면상을 컴퓨터로 재구성하는 촬영법

제2조의8 [“급성심근경색증”의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 계약에 있어서 “급성심근경색증”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표8(급성심근경색증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “급성심근경색증”의 진단 확정은 의료법에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료 기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥촬영술, 혈액 중 심장 효소검사, 핵의학 검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단 확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
1. 이 계약의 보험기간 중에 “급성심근경색증”으로 치료를 받고 있었거나 또는 의학검사방법에 의해 진단받은 사실이 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록이 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 “급성심근경색증”임이 확정되거나 추정되는 경우

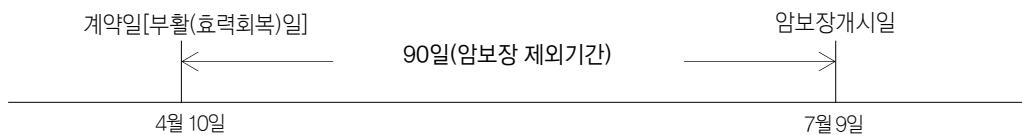
용어	〈심전도 검사〉
해설	심장의 정기적 신호(주기적으로 전기를 만들어내어 심장박동을 조절)를 피부에 부착한 전극을 통해 그림으로 기록하는 것으로 심장에 대한 검사 중에 가장 기본이 되는 검사입니다.
	〈심장초음파 검사〉
	심장에 초음파를 보내고 되돌아 오는 반사파를 수신하여 심장의 상태를 화상으로 나타내는 검사로 심장의 형태, 움직임 등에 관한 내용을 파악할 수 있습니다.
	〈관상동맥촬영술〉
	관상동맥의 협착이 의심되는 환자를 대상으로 시행하는 검사입니다.
	〈심장 효소 검사〉
	심근경색증 확증에 중요한 자료가 되는 검사로 심근세포내에 들어있던 효소들이 혈류 속으로 흘러나와 혈청 수치가 상승되었는지 등의 여부를 검사하여 심근의 손상 여부를 판단하는 검사입니다.
	〈핵의학 검사〉
	방사성동위원소에서 나오는 방사선을 이용하여 인체의 해부학적, 생리학적 상태를 진단, 평가하는 검사입니다.

제2조의9 [“암보장개시일”의 정의]

제2조의2(“암”등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 “암”보장에 대한 보장개시일은 계약일[계약을 부활(효력회복)

하는 경우에는 부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날(이하 “암보장개시일”이라 합니다)로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

〈암보장개시일 예시〉



다만, “뇌출혈” 및 “급성심근경색증”의 경우 보장개시일은 계약일[계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]과 같습니다.

제2조의10 [AJCC 암병기설정매뉴얼 관련 유의사항]

▶ 다음은 “각 질병의 정의 및 진단 확정 조항”에 “AJCC 암병기설정매뉴얼”에 대한 내용이 있는 질병에 한하여 적용합니다.

- ① TNM 암병기 분류는 AJCC 암병기설정매뉴얼[AJCC(American Joint Committee on Cancer) Cancer Staging Manual] 제8판 기준에 따르며, 병리조직결과 상 조직학적으로 동일한 다발 병소 암의 T병기는 위 AJCC 암병기설정매뉴얼 기준에 따라 가장 높은 T병기로 결정됩니다.
- ② 제1항 이외에 AJCC 암병기설정매뉴얼 적용에 관한 사항은 “해당 질병의 정의 및 진단 확정” 조항에서 정한 내용을 따릅니다.

제 2 관 보험금의 지급

제3조 [보험금의 지급사유]

회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표1 “보험금 지급 기준표” 참조)을 지급합니다.

1. 피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 “암”으로 진단 확정 되었을 경우: 암진단보험금(단, 최초 1회에 한하며, 자궁암은 피보험자가 여성인 경우에 한하고 전립선암은 피보험자가 남성인 경우에 한함)
 2. 피보험자가 보험기간 중 “뇌출혈”로 진단 확정 되었을 경우: 뇌출혈진단보험금(단, 최초 1회에 한함)
 3. 피보험자가 보험기간 중 “급성심근경색증”으로 진단 확정 되었을 경우: 급성심근경색증진단보험금(단, 최초 1회에 한함)
- (이하 “암진단보험금”, “뇌출혈진단보험금”, “급성심근경색증진단보험금”을 합하여 “진단보험금”이라 합니다)

제4조 [보험금 지급에 관한 세부규정]

▶ 다음은 보험료 납입 면제 사유에 관한 설명입니다.

- ① 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(별표10 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 때 또는 제3조(보험금의 지급사유) 중 어느 하나에

해당하는 보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 이 계약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

▶ 다음은 보험금 지급 또는 보험료 납입 면제 관련 특이 사항에 관한 설명입니다.

② 피보험자가 계약일부터 암보장개시일 전일 이전에 “암”으로 진단 확정 되는 경우에는 암진단보험금을 지급하지 않으며, 제3조(보험금 지급사유) 제1호에 해당하는 보험금 지급사유로 인한 보험료의 납입을 면제하지 않습니다. 또한 피보험자가 계약일부터 암보장개시일 전일 이전에 “암”으로 진단 확정 되었으나, 제4항에서 계약자가 계약의 취소를 선택하지 않은 때에는 피보험자에게 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 암진단보험금의 지급사유가 발생하더라도 그 지급사유가 암보장개시일 전일 이전에 이미 진단 확정된 “암”으로 인한 경우(종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우 포함)에 회사는 암진단보험금을 지급하지 않으며 보험료의 납입을 면제하지 않습니다. 다만, 청약일[부활(효력 회복)일]부터 암보장개시일 전일 이전에 “암”으로 진단 확정 받더라도 암보장개시일 이후 5년이 지나는 동안 그 “암”으로 인하여 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 암보장개시일부터 5년이 지난 이후에는 제1항에 따라 보험료의 납입을 면제하며, 제3조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 보장하여 드립니다.

③ 피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후 계약일부터 1년 이내에 「“초기 이외 유방암”, “중증 갑상선암”, “자궁암” 또는 “전립선암”」으로 진단 확정된 경우 회사는 계약일부터 1년 초과시에 지급하는 보험금의 50%를 지급합니다. 여기서 “계약일부터 1년 이내”란 계약일부터 1년이 되는 시점의 연계약해당일 전일까지를 말합니다.

④ 계약자는 피보험자가 암보장개시일 전일 이전에 암으로 진단 확정 된 경우에는 진단일부터 그 날을 포함하여 90일 이내에 계약을 취소할 수 있으며 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 여기서 “이미 납입한 보험료”는 계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, ‘감액으로 회사가 실제 지급한 금액’을 차감한 금액입니다.

⑤ 피보험자가 이 계약의 보험기간 중 사망하고, 그 후에 “암”, “뇌출혈”, “급성심근경색증”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 진단보험금을 지급하여 드립니다. 다만, 피보험자가 이 계약의 보험기간 중 사망하여 제22조(계약의 소멸) 제1항 제1호에 따라 사망 당시의 계약자적립액을 이미 지급한 경우에는 해당 진단보험금에서 이미 지급된 계약자적립액을 차감한 금액에 “해당 진단보험금 지급사유 발생 후 계약자적립액”이 있는 경우 해당 금액을 더하여 지급하여 드립니다.

⑥ 이 계약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑦ 이 계약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

▶ 다음은 장해지급률에 관한 설명입니다.

⑧ 제1항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표 10 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑨ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑩ 제8항 및 제9항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 “보장 받을 수 있는 기간”은 계약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.

1. 보험기간이 10년 이상인 계약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내

2. 보험기간이 10년 미만인 계약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내

⑪ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표 10 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해

지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑫ 제1항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표10 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑬ 제12항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(별표10 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더 하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(별표10 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑭ 장해분류표(별표10 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(별표10 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

▶ 다음은 보험금 지급 또는 보험료 납입 면제의 합의에 관한 설명입니다.

⑮ 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.

⑯ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조 [보험금을 지급하지 않는 사유]

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제6조 [보험금 지급사유의 발생통지]

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

제7조 [보험금의 청구]

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

1. 청구서(회사양식)

2. 사고증명서[사망진단서, 장해진단서, 해당 질병 진단서(병명기입), 검사결과지(조직검사, 방사선 검사 등), 진료기록부 등, 단, 유방암의 경우에는 암 병기가 명기된 서류(TNM해부병기확인서류 등), 갑상선암의 경우에는 암의 종류(수질성암, 역형성암 등)가 명기된 서류를 제출]

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에 서 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 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음 날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표 11(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)과 같이 계산합니다.
- ③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청
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) 제15항 및 제16항에 따라 보험금 지급사유 등에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

용어

<보험금 가지급제도>

해설

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

- ④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제14조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과) 및 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유 조사와 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.
- ⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제9조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 계약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제10조 [주소변경통지]

- ① 계약자(보험수익자가 계약자와 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 서면, 전화 등을 통하여 자체 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 피보험자로 합니다.

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 계약 전 알릴 의무, 보험료 납입의무 등 보험계약에 따른 계약자의 의무를 계약자들이 연대(連帶)하여 부담합니다.

용어
해설

<연대(連帶)>

2인 이상의 계약자가 각자 채무의 전부를 이행할 책임을 지는 것을 말하며(지분만큼 분할하여 책임을 지는 것과는 다름), 계약자 1인이 책임을 이행하는 경우 나머지 계약자는 책임을 면하게 됩니다.

제 3 관 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 합니다. 이를 "계약 전 알릴 의무"라 하며, 상법상 "고지 의무"와 같습니다. 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.

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 어느 한 가지에 해당되는 때에는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.
1. 회사가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
 2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났을 때
 3. 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년이 지났을 때. 단, 진단계약의 경우 질병에 대하여는 보장 개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 1년이 지났을 때.
 4. 계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때

5. 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)
6. 보험을 모집한 자(이하 “보험설계사 등”이라 합니다)가 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.

설명	계약을 청약하면서 보험설계사 등에게 고혈압이 있다고만 이야기하고 청약서의 계약 전 알릴 사항에는 기재 하지 않아 회사가 고혈압이 있다는 사실을 알지 못하였다면, 회사는 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.
----	---

- ② 회사는 제1항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴 의무 위반 사실(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 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.
- ③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제32조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 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 보험료를 돌려 드립니다. 여기서 “이미 납입한 보험료”는 계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, “감액으로 회사가 실제 지급한 금액”을 차감한 금액입니다.

제 4 관 보험계약의 성립과 유지

제16조 [보험계약의 성립]

- ① 계약은 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 이루어집니다.
- ② 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
- ③ 회사는 계약의 청약을 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.
- ⑤ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑥ 제5항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제26조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑦ 제27조[보험료의 납입연체로 인해 해지된 계약의 부활(효력회복)]에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제17조 [청약의 철회]

- ① 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회(撤回)할 수 있습니다. 다만, 전문금융소비자(단체보험계약자, 주권상장법인 제외)가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

용어

해설

<전문금융소비자>

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

<일반금융소비자>

전문금융소비자가 아닌 계약자를 말합니다.

- ② 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.
- ③ 청약철회는 계약자가 전화로 신청하거나, 철회 의사를 표시하기 위한 서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시(이하, '서면 등'이라 합니다)를 발송한 때 효력이 발생합니다. 계약자는 서면 등을 발송한 때에 그 발송 사실을 회사에 지체없이 알려야 합니다.
- ④ 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 납입한 보험료를 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 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해당 신용카드 회사로 하여금 대금청구를 하지 않도록 해야하며, 이 경우 회사는 보험료를 반환한 것으로 봅니다.
- ⑤ 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못

한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.

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

제18조 [약관 교부 및 설명의무 등]

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

1. 서면교부

2. 우편 또는 전자우편

3. 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시

② 제1항과 관련하여 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특약만 포함한 약관을 드리며, 전화를 이용하여 체결하는 계약은 계약자의 동의를 얻어 다음의 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

1. 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인 내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

용어 <통신판매계약>

해설 전화 · 우편 · 인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

③ 다음의 어느 하나의 경우 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

1. 회사가 제1항에 따라 제공하여야 할 약관 및 계약자 보관용 청약서를 계약자가 청약할 때 계약자에게 전달하지 않았거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 경우

2. 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 경우

여기서 “자필서명”은 도장을 찍는 날인과 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함합니다.

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

용어 <법정상속인>

해설 파상속인의 사망으로 인하여 민법의 규정에 의한 상속순서에 따라 상속받는 자

⑤ 제3항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 여기서 “이미 납입한 보험료”는 계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, “감액으로 회사가 실제 지급한 금액”을 차감한 금액입니다.

제19조 [계약의 무효]

계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다)에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 여기서 “이미 납입한 보험료”는 계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, “감액으로 회사가 실제 지급한

금액"을 차감한 금액입니다.

다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제20조 [계약내용의 변경 등]

① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다. 다만, 보험료 납입기간의 변경(감액완납 포함)은 제한됩니다.

1. 보험료의 납입방법
2. 보험가입금액
3. 계약자
4. 기타 계약의 내용

용어
해설

<감액완납보험>

차회 이후의 보험료 납입을 중단하는 대신 가입금액을 감액하는 보험

② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대향하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.

설명

계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급할 수 있습니다. 회사가 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급 한 경우 변경된 보험수익자에게는 별도로 보험금을 지급하지 않습니다.

③ 회사는 계약자가 제1항 제2호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제32조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 단, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

⑤ 회사는 제1항에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

제21조 [보험나이]

① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다.

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

③ 청약서에 기재된 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 사항이 신분증에 기재된 사실과 다른 경우에는 신분증에 기재된 나이 또는 성별로 정정하고, 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다. 여기서 "신분증"이란 주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증을 말합니다.

④ 제3항에 따라 보험금 및 보험료를 변경할 때 변경 전후의 계약자적립액 또는 해약환급금 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하거나 반환 받을 금액이 발생할 수 있습니다.

<p>설명</p> <p><보험나이> 보험나이란 보험료 산정의 기준이 되는 나이로서 피보험자의 출생일부터 계약일까지의 기간을 기준으로 합니다. 실제 만 나이는 보험나이와 다를 수 있습니다.</p> <p><보험나이 계산 예시></p> <p>생년월일 : 1974년 9월 18일</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 50%;">예1) 계약일:</td><td>2020년 1월 18일</td><td style="width: 50%;">예2) 계약일:</td><td>2020년 6월 20일</td></tr> <tr> <td></td><td>2020년 1월 18일</td><td></td><td>2020년 6월 20일</td></tr> <tr> <td></td><td>- 1974년 9월 18일</td><td></td><td>- 1974년 9월 18일</td></tr> <tr> <td colspan="2"></td><td colspan="2">만 45년 4월 0일</td></tr> <tr> <td colspan="2"></td><td colspan="2">→ 보험나이 45세</td></tr> <tr> <td colspan="2"></td><td colspan="2">만 45년 9월 2일</td></tr> <tr> <td colspan="2"></td><td colspan="2">→ 보험나이 46세</td></tr> </table>	예1) 계약일:	2020년 1월 18일	예2) 계약일:	2020년 6월 20일		2020년 1월 18일		2020년 6월 20일		- 1974년 9월 18일		- 1974년 9월 18일			만 45년 4월 0일				→ 보험나이 45세				만 45년 9월 2일				→ 보험나이 46세			
예1) 계약일:	2020년 1월 18일	예2) 계약일:	2020년 6월 20일																											
	2020년 1월 18일		2020년 6월 20일																											
	- 1974년 9월 18일		- 1974년 9월 18일																											
		만 45년 4월 0일																												
		→ 보험나이 45세																												
		만 45년 9월 2일																												
		→ 보험나이 46세																												

제22조 [계약의 소멸]

① 다음 중 어느 한 가지에 해당하는 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이 때, 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

<p>용어</p> <p>해설</p>	<p><산출방법서> "보험료 및 해약환급금 산출방법서"로서 이 보험의 보험료, 계약자적립액, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재한 기초서류를 말이며, 이하 같습니다.</p> <p><계약자적립액> 장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.</p>
-----------------------------------	---

2. 보험기간 중 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

② 제1항 제1호의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

<p>용어</p> <p>해설</p>	<p><실종선고> 어떤 사람의 생사불명 상태가 일정기간 이상 계속될 때 일정절차에 따라 법원이 사망한 것으로 인정하는 제도</p>
-----------------------------------	---

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망 연월일을 기준으로 합니다.

③ 제1항 제1호의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따릅니다. 다만, 제8조(보험금의 지급절차) 제2항에도 불구하고 계약자적립액 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5관 보험료의 납입

제23조 [제1회 보험료 및 회사의 보장개시]

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

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

- ③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.
- 제13조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
 - 제14조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
 - 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우. 단, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 재해로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보장을 해드립니다.
- ④ 청약서에 피보험자의 직업 또는 직종별로 보험가입금액의 한도액이 명시되어 있음에도 그 한도액을 초과하여 청약을 하고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그 초과 청약액에 대하여는 보장을 하지 않습니다. 이 때, 초과 청약액에 해당하는 보험료는 돌려 드립니다.
- ⑤ 제1항 및 제2항에도 불구하고 제2조의2("암"등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 "암"보장에 대한 보장개시일은 제2조의9("암보장개시일"의 정의)에서 정한 암보장개시일로 합니다.

제24조 [제2회 이후 보험료의 납입]

계약자는 제2회 이후의 보험료를 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.

용어	<납입기일>
해설	계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제25조 [보험료의 자동대출납입]

이 계약은 보험료의 자동대출납입을 적용하지 않습니다.

제26조 [보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]

- ① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험

기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다. 여기서 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다.

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 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

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

③ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제32조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

용어

〈납입최고(독촉)〉

해설

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

제27조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 계약의 부활(효력회복)]

① 제26조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 여기서 "해약환급금을 받지 않은 경우"는 보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다.

회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 평균공시이율 +1% 범위 내에서 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다.

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) 제2항에서 제4항 및 제23조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다. 단, 부활(효력회복)의 경우 제1회 보험료는 부활(효력회복)시의 보험료를 의미합니다.

③ 제1항에 따라 계약이 부활(효력회복)된 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초 계약을 청약할 때 제13조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제14조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

용어

〈부활(효력회복)〉

해설

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

제28조 [강제집행 등으로 인해 해지된 계약의 특별부활(효력회복)]

① 회사는 계약자의 해약환급금 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.

용어 해설	<p><강제집행> 국가의 집행기관이 채권자를 위하여 사법상의 청구권을 국가권력을 가지고 강제적으로 실현하는 법적 절차</p> <p><담보권실행> 채무자가 채무를 갚지 않을 경우, 채무이행을 확보할 수 있도록 제공된 담보로부터 담보권자가 채무를 변제받는 절차</p> <p><국세 및 지방세 체납처분절차> 납세자가 국세 및 지방세를 납부 기한까지 납부하지 않는 경우에 국세징수법 또는 지방세징수법에 따라 행하는 압류 및 공매 처분 등 절차</p>
------------------------	--

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

제 6 관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제29조 [계약자의 임의해지]

계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제32조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제29조의2 [위법계약의 해지]

- ① 계약자는 「금융소비자보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 법위반 사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에게 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자는 회사가 「금융소비자보호에 관한 법률 시행령」 제38조제4항의 각 호에서 정하는 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제32조(해약환급금) 제5항에 따른 금액을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제30조 [종대사유로 인한 해지]

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

 1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금(보험료 납입면제를 포함합니다)을 지급받을 목적으로 고의로 보험

금 지급사유를 발생시킨 경우

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

설명

입원특약에 가입한 피보험자가 20일간 입원하였음에도 불구하고 입원확인서를 변조하여 입원일 수 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 통지하고 제32조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다. 다만, 보험수익자가 2명 이상인 경우, 제1항 제1호에서 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 보험수익자 외에 다른 수익자에게는 그 수익자 몫에 해당하는 보험금의 일부를 지급하고, 계약자에게는 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 보험수익자가 받을 수 있었던 보험금에 해당하는 해약환급금을 지급합니다.

제31조 [회사의 파산선고와 해지]

- ① 회사가 파산의 선고를 받은 때에는 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.
- ② 제1항에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.
- ③ 제1항에 따라 계약이 해지되거나 제2항에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제32조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 드립니다.

제32조 [해약환급금]

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 이 계약은 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우(계약의 효력이 없어진 경우 포함) 해약환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지될 경우 해약환급금은 「해약률」을 적용하지 않는 동일한 보장 내용의 상품(이하, "유해약환급금형 상품"이라 합니다) 대비 적습니다. 단, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지 시 납입되지 않은 보험료가 있는 경우, 해약환급금에서 납입되지 않은 보험료를 차감하여 지급합니다.

설명

- "유해약환급금형 상품"대비 이 상품의 경과기간별 해약환급금 비율은 아래와 같습니다.
– 기간예시 기준 : 계약일 2016년 1월 1일, 보험료 납입기간 20년

기간	기간예시	"유해약환급금 형 상품" 대비 해약환급금 비율
계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	2016년 1월 1일 ~ 2035년 12월 31일	0%
「보험료 납입기간」 계약해당일 이후	2036년 1월 1일 이후	50%

※ 위 계약일 및 보험료 납입기간은 기간예시를 위해 가정하였으며, 실제 계약일 및 보험료 납입기간에 따라 각 해약환급금 비율이 적용되는 기간은 변경됩니다.

- ③ 제1항의 "유해약환급금형 상품"은 비교 안내를 위한 상품으로 판매는 하지 않습니다.
- ④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표11(보험금을

지급할 때의 적립이율 계산)에 따릅니다.

⑤ 제29조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 계약자에게 반환하여 드립니다.

⑥ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

유의 사항	1. 이 계약은 해약률을 적용하는 상품으로 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후의 해약환급금이 “유해약환급금형 상품” 대비 적은 대신 “유해약환급금형 상품”보다 낮은 보험료로 가입할 수 있는 보험상품입니다. 2. 해약률이란 계약자가 보험기간 중 계약을 해지할 확률을 예측한 것을 말하며, 보험료 납입기간 및 경과년도에 따라 다르게 적용됩니다.
-------	--

제33조 [보험계약대출]

이 계약은 보험계약대출을 운용하지 않습니다.

제34조 [배당금의 지급]

이 계약은 무배당보험이므로 계약자배당금이 없습니다.

제 7 관 분쟁의 조정 등

제35조 [분쟁의 조정]

① 계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁 당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있으며, 분쟁조정 과정에서 계약자는 관계 법령이 정하는 바에 따라 회사가 기록 및 유지 · 관리하는 자료의 열람(사본의 제공 또는 청취를 포함합니다)을 요구할 수 있습니다.

② 회사는 일반금융소비자인 계약자가 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 가액이 「금융소비자보호에 관한 법률」 제42조에서 정하는 일정 금액 이내인 분쟁 사건에 대하여 조정 절차가 개시된 경우에는 관계법령이 정하는 경우를 제외하고는 소를 제기하지 않습니다.

제36조 [관할법원]

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

제37조 [소멸시효]

보험금청구권, 보험료 반환청구권, 해약환급금청구권 및 계약자적립액 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

설명	〈소멸시효〉 보험금 등의 지급사유가 2015년 1월 2일에 발생하였음에도 2018년 1월 2일까지 보험금 등을 청구하지 않는 경우 시효가 완성되어 보험금 등을 지급받지 못할 수 있습니다.
----	--

제38조 [약관의 해석]

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

제39조 [설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력]

- ① 회사는 일반금융소비자에게 청약을 권유하거나 일반금융소비자가 설명을 요청하는 경우 보험상품에 관한 중요한 사항을 계약자가 이해할 수 있도록 설명하고 계약자가 이해하였음을 서명, 기명날인 또는 녹취 등을 통해 확인받아야 하며, 설명서를 제공하여야 합니다. 여기서 “서명”은 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함합니다.
- ② 설명서, 약관, 계약자 보관용 청약서 및 보험증권의 제공 사실에 관하여 계약자와 회사 간에 다툼이 있는 경우에는 회사가 이를 증명하여야 합니다.
- ③ 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.

제40조 [회사의 손해배상책임]

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

용어	〈현저하게 공정을 잃은 합의〉
해설	회사가 보험수익자의 경제적·신체적·정신적인 어려움, 경솔함, 경험 부족 등을 이용하여 동일·유사 사례에 비추어 보험수익자에게 매우 불합리하게 합의를 하는 것을 의미합니다.

제41조 [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.

제42조 [준거법]

이 계약은 대한민국 법에 따라 규율되고 해석되며, 약관에 정하지 않은 사항은 「금융소비자보호에 관한 법률」, 상법, 민법 등 관계법령을 따릅니다.

제43조 [예금보험에 의한 지급보장]

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

용어

해설

〈예금자보호법〉

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

별표 1

보험금 지급기준표 진단보험금

(1) 암진단보험금(약관 제3조 제1호)

암진단 보험금 (단, 최초 1회에 한함)	지급 사유	피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「초기 이외 유방암」, 「중증 갑상선암」, 「자궁암」 또는 「전립선암」으로 진단 확정 되었을 경우 (단, 자궁암은 피보험자가 여성인 경우에 한하고 전립선암은 피보험자가 남성인 경우에 한함)
	지급 금액	계약일부터 1년 초과 : 보험가입금액의 100% 계약일부터 1년 이내 : 보험가입금액의 50%
	지급 사유	피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「초기 이외 유방암」, 「중증 갑상선암」, 「자궁암」 또는 「전립선암」 이외의 암으로 진단 확정 되었을 경우
	지급 금액	보험가입금액의 100%

(2) 뇌출혈진단보험금(약관 제3조 제2호)

지급 사유	피보험자가 보험기간 중 뇌출혈로 진단 확정 되었을 경우 (단, 최초 1회에 한함)
지급 금액	보험가입금액의 100%

(3) 급성심근경색증진단보험금(약관 제3조 제3호)

지급 사유	피보험자가 보험기간 중 급성심근경색증으로 진단 확정 되었을 경우 (단, 최초 1회에 한함)
지급 금액	보험가입금액의 100%

- (주) 1. 상기 보험금 지급기준표의 내용 중 계약일부터 1년 이내란 계약일부터 1년이 되는 시점의 연계약해당일 전일까지를 말합니다
2. 이 계약의 암보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 하며, 부활(효력회복)계약의 경우에는 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.
- 3.“암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표2[약성신생물분류표(기타피부암, 초기유방암, 중증 이외 갑상선암, 비침습 방광암 및 대장점막내암 제외)]에서 정한 질병을 말합니다.

악성신생물 분류표

별표2 (기타피부암, 초기유방암, 중증 이외 갑상선암, 비침습 방광암 및 대장점막내암 제외)

① 약관에 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 악성신생물	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00-C14
2. 소화기관의 악성신생물	C15-C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물	C30-C39
4. 골 및 관절연골의 악성신생물	C40-C41
5. 피부의 악성흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성신생물	C45-C49
7. 유방의 악성신생물	C50
8. 여성 생식기관의 악성신생물	C51-C58
9. 남성 생식기관의 악성신생물	C60-C63
10. 요로의 악성신생물	C64-C68
11. 눈, 뇌 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성신생물	C69-C72
12. 갑상선의 악성신생물	C73
13. 부신의 악성신생물	C74
14. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물	C75
15. 불명확한, 이차성 및 상세불명부위의 악성신생물	C76-C80
16. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81-C96
17. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물	C97
18. 진성 적혈구 증가증	D45
19. 골수 형성이상 증후군	D46
20. 만성 골수증식질환	D47.1
21. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
22. 골수섬유증	D47.4
23. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

(주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준 질병·사인분류를 적용합니다.

설명

피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.

반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “악성

- | | |
|--|--|
| | 신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 봅니다. |
|--|--|
2. 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)]의 경우 원발성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
3. ‘유방의 악성신생물(C50)’의 경우 이 계약 제2조의3(“초기유방암” 및 “초기 이외 유방암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 “초기유방암”은 제외됩니다.
4. ‘갑상선의 악성신생물(C73)’의 경우 이 계약 제2조의4(“중증 갑상선암” 및 “중증 이외 갑상선암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 “중증 이외 갑상선암”은 제외됩니다.
5. ‘요로의 악성신생물(C64~C68)’의 경우 이 계약 제2조의5(“비침습 방광암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 “비침습 방광암”은 제외됩니다.
6. ‘소화기관의 악성신생물(C15~C26)’의 경우 이 계약 제2조의6(“대장점막내암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 “대장점막내암”은 제외됩니다.

② 진단시점에 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병” 인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병” 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.
----	--

별표3

유방의 악성신생물 분류표

① 약관에 규정하는 “유방의 악성신생물로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 악성신생물	분류번호
유방의 악성신생물	C50

(주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “유방의 악성신생물로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명

피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “유방의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “유방의 악성신생물로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “유방의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.
반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “유방의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “유방의 악성신생물로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “유방의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 봅니다.

2. 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)]의 경우 원발성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

② 진단시점에 약관에서 규정하는 “유방의 악성신생물로 분류되는 질병” 인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “유방의 악성신생물로 분류되는 질병” 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명

진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “유방의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “유방의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “유방의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.

별표4

자궁의 악성신생물 분류표

① 약관에 규정하는 “자궁의 악성신생물로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 악성신생물	분류번호
1. 자궁경부의 악성신생물	C53
2. 자궁체부의 악성신생물	C54
3. 자궁의 상세불명 부분의 악성신생물	C55

(주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “자궁의 악성신생물로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	<p>피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “자宫의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “자宫의 악성신생물로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “자宫의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “자宫의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “자宫의 악성신생물로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “자宫의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 봅니다.</p> <p>2. 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)]의 경우 원발성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.</p> <p>② 진단시점에 약관에서 규정하는 “자宫의 악성신생물로 분류되는 질병” 인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “자宫의 악성신생물로 분류되는 질병” 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.</p>
설명	<p>진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “자宫의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “자宫의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “자宫의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.</p>

별표5

전립선의 악성신생물 분류표

① 약관에 규정하는 “전립선의 악성신생물로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 악성신생물	분류번호
전립선의 악성신생물	C61

(주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “전립선의 악성신생물로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “전립선의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “전립선의 악성신생물로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “전립선의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “전립선의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “전립선의 악성신생물로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “전립선의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 볼니다.
----	---

2. 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)]의 경우 원발성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생 한 부위)를 기준으로 분류합니다.

② 진단시점에 약관에서 규정하는 “전립선의 악성신생물로 분류되는 질병” 인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “전립선의 악성신생물로 분류되는 질병” 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “전립선의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “전립선의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “전립선의 악성신생물로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.
----	---

별표6

갑상선의 악성신생물 분류표

① 약관에 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 악성신생물	분류번호
갑상선의 악성신생물	C73

(주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"인 경우에는 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 봅니다.
----	---

2. 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)]의 경우 원발성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병" 인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병" 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.
----	---

별표7

뇌출혈 분류표

① 약관에 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 질병 명	분류번호
· 거미막하 출혈	60
· 뇌내출혈	61
· 기타 비외상성 두개내출혈	62

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”으로 봅니다.
-----------	---

② 진단시점에 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.
-----------	--

별표8

급성심근경색증 분류표

① 약관에 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 질병명	분류번호
· 급성 심근경색증	I21
· 후속심근경색증	I22
· 급성 심근경색증 후 특정 혼존 합병증	I23

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”으로 봅니다.
----	---

② 진단시점에 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병” 인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병” 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.
----	---

재해분류표

1. 재해의 정의

이 보험약관에서 재해는 다음 중 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

- ① 한국표준질병 · 사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 제1급 감염병

2. 재해에 해당되지 않는 사항

다음 각 호는 이 보험약관에서 정의하는 재해에 해당되지 않습니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
 - 과잉 노력 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 연급이 없었으나 환자의 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 호흡장해 및 삼킬장해
- ⑥ 한국표준질병 · 사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. 위 () 안의 내용은 제8차 개정 한국표준질병 · 사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 상의 분류번호를 말하며, 이후 한국표준질병 · 사인분류가 개정되는 경우에는 발생(진단) 시점에 시행 중인 한국표준질병 · 사인분류를 적용합니다.

설명	<p>피보험자에게 발생(진단)된 사고가 제8차 개정 한국표준질병 · 사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 「재해」에 해당될 수 있었다고 하더라도 발생(진단) 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병 · 사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 「재해」가 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 「재해」로 보지 않습니다.</p> <p>반대로 피보험자에게 발생(진단)된 사고가 제8차 개정 한국표준질병 · 사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 「재해」에 해당될 수 없었다고 하더라도 발생(진단) 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병 · 사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 「재해」인 경우에는 약관에서 규정하는 「재해」로 봅니다.</p>
----	--

2. 발생(진단) 시점에 상기 “1.재해의 정의 및 2. 재해에 해당되지 않는 사항” 인지 여부가 확인된 경우, 발생(진단) 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 재해의 분류가 추가 또는 제외되더라도 상기 “1.재해의 정의 및 2. 재해에 해당되지 않는 사항” 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명

발생(진단) 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 「재해」에 해당될 수 없었다면, 발생(진단) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 「재해」로 볼 수 있어 「재해 발생(진단)」 확인이 가능한 서류를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 「재해」로 보지 않습니다.

3. 위 「1. 재해의 정의 ②」에 해당하는 감염병은 보험사고 발생 당시 시행중인 법률을 적용하며, 「2. 재해에 해당되지 않는 사항 ⑥」에 해당되더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

별표10

장해분류표

□ 총칙

1. 장해의 정의

- 1) '장해'라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아 있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손 상태 및 기능 상실 상태를 말합니다. 다만, 질병과 부상의 주 증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장해에 포함되지 않습니다.
- 2) '영구적'이라 함은 원칙적으로 치유하는 때 장래 회복할 가능성이 없는 상태로서 정신적 또는 육체적 훼손 상태임이 의학적으로 인정되는 경우를 말합니다.
- 3) '치유된 후'라 함은 상해 또는 질병에 대한 치료의 효과를 기대할 수 없게 되고 또한 그 증상이 고정된 상태를 말합니다.
- 4) 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시 장해의 장해지급률로 정합니다.
- 5) 위 4)에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간[계약(특약)의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약(특약)은 상해 발생일 또는 질병의 진단 확정일로부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약(특약)은 상해 발생일 또는 질병의 진단 확정일부터 1년 이내]에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

2. 신체 부위

'신체 부위'라 함은 ① 눈 ② 귀 ③ 코 ④ 씹어먹거나 말하는 기능 ⑤ 외모 ⑥ 척추(등뼈) ⑦ 체간골 ⑧ 팔 ⑨ 다리 ⑩ 손가락 ⑪ 발가락 ⑫ 흉·복부 장기 및 비뇨생식기 ⑬ 신경계·정신행동의 13 개 부위를 말하며, 이를 각각 동일한 신체 부위라 합니다. 다만, 좌·우의 눈, 귀, 팔, 다리, 손가락, 발가락은 각각 다른 신체 부위로 봅니다.

3. 장해의 판정

- 1) 하나의 장해가 관찰 방법에 따라서 장해분류표상 2 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- 2) 동일한 신체 부위에 2 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그중 높은 장해지급률을 적용함을 원칙으로 합니다. 그러나 각 신체 부위별 판정 기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- 3) 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- 4) 의학적으로 뇌사 판정을 받고 호흡 기능과 심장박동 기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장해의 판정대상에 포함되지 않습니다. 다만, 뇌사 판정을 받은 경우가 아닌 식물인간 상태(의식이 전혀 없고 사지의 자발적인 움직임이 불가능하여 일상생활에서 황시 간호가 필요한 상태)는 각 신체 부위별 판정 기준에 따라 평가합니다.
- 5) 장해 진단서에는 ① 장해 진단명 및 발생 시기 ② 장해의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 항후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 합니다. 다만, 신경계·정신행동 장해의 경우 ① 개호(장해로 혼자서 활동이 어려운 사람을 곁에서 돌보는 것) 여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가로 기재하여야 합니다.

□ 장해분류별 판정 기준

1. 눈의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 두 눈이 멀었을 때	100
2) 한 눈이 멀었을 때	50
3) 한 눈의 교정시력이 0.02 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 운동 장해나 뚜렷한 조절 기능장해를 남긴 때	10
8) 한 눈에 뚜렷한 시야 장해를 남긴 때	5
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동 장해를 남긴 때	5

나. 장해판정 기준

- 1) 시력 장해의 경우 공인된 시력검사표에 따라 최소 3회 이상 측정합니다.
- 2) '교정시력'이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정 수단)으로 교정한 원거리 최대 교정 시력을 말합니다. 다만, 각막이식술을 받은 환자인 경우 각막이식술 이전의 시력상태를 기준으로 평가합니다.
- 3) '한 눈이 멀었을 때'라 함은 안구의 적출은 물론 명암을 가지지 못하거나('광각무') 겨우 가릴 수 있는 경우('광각유')를 말합니다.
- 4) '한 눈의 교정시력이 0.02 이하로 된 때'라 함은 안전 수동(Hand Movement)^{주1}, 안전 수지(Finger Counting)^{주2} 상태를 포함합니다.
※ 주 1) 안전 수동 : 물체를 감별할 정도의 시력상태가 아니며 눈앞에서 손의 움직임을 식별할 수 있을 정도의 시력상태
주 2) 안전 수지 : 시표의 가장 큰 글씨를 읽을 수 있는 정도의 시력은 아니나 눈 앞 30cm 이내에서 손가락의 개수를 식별할 수 있을 정도의 시력상태
- 5) 안구(눈동자) 운동 장해의 판정은 질병의 진단 또는 외상 후 1년 이상이 지난 뒤 그 장해 정도를 평가합니다.
- 6) '안구(눈동자)의 뚜렷한 운동 장해'라 함은 아래의 두 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말합니다.
 - 가) 한 눈의 안구(눈동자)의 주시야(머리를 움직이지 않고 눈만을 움직여서 볼 수 있는 범위)의 운동 범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우
 - 나) 중심 20도 이내에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 경우
- 7) '안구(눈동자)의 뚜렷한 조절 기능장해'라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말합니다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 50세 이상(장애 진단시 연령 기준)의 경우는 제외합니다.
- 8) '뚜렷한 시야 장해'라 함은 한 눈의 시야 범위가 정상시야 범위의 60% 이하로 제한된 경우를 말합니다. 이 경우 시야검사는 공인된 시야검사방법으로 측정하며, 시야 장해 평가 시 자동시야검사계(골드만 시야검사)를 이용하여 8 방향 시야 범위 합계를 정상 범위와 비교하여 평가합니다.
- 9) '눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때'라 함은 눈꺼풀의 결손으로 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮이지 않는 경우를 말합니다.
- 10) '눈꺼풀에 뚜렷한 운동 장해를 남긴 때'라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말합니다.
- 11) 외상이나 화상 등으로 안구의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산됩니다. 이 경우 안구가 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 가산합니다.
- 12) 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때'에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장해를 포함하여 장해를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장해를 가산하지 않습니다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장해평가 방법 중 피보험자에게 유리한 것을 적용합니다.

2. 귀의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정 기준

- 1) 청력 장해는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB : decibel)로서 표시하고 3회 이상 청력검사를 실시한 후 적용합니다. 다만, 각 측정치의 결
과 차이가 ±10dB 이상인 경우 청성뇌간반응검사(ABR)를 통해 객관적인 장해 상태를 재평가하여야 합니다.
- 2) '한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때'라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB 이상인 경우를 말합니다.
- 3) '심한 장해를 남긴 때'라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB 이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰 소리를 알아듣지
못하는 경우를 말합니다.
- 4) '약간의 장해를 남긴 때'라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB 이상인 경우에 해당되어, 50cm 이상의 거리에서는 보통의 말소리를
알아듣지 못하는 경우를 말합니다.
- 5) 순음청력검사를 실시하기 곤란하거나(청력의 감소가 의심되지만 의사소통이 되지 않는 경우, 만 3세 미만의 소아 포함) 검사결과에 대한 검증이
필요한 경우에는 '언어청력검사, 임피던스 청력검사, 청성뇌간반응검사(ABR), 이음향병사검사' 등을 추가실시 후 장해를 평가합니다.

다. 귓바퀴의 결손

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

라. 평형기능의 장해

- 1) '평형기능에 장해를 남긴 때'라 함은 전정기관 이상으로 보행 등 일상생활이 어려운 상태로 아래의 평형장애 평가항목별 합산 점수가 30 점 이상
인 경우를 말합니다.

항목	내용	점수
검사 소견	1) 양측 전정 기능 소실	14
	2) 양측 전정 기능 감소	10
	3) 일측 전정 기능 소실	4
치료 병력	1) 장기 통원치료(1년간 12회 이상)	6
	2) 장기 통원치료(1년간 6회 이상)	4
	3) 단기 통원치료(6개월간 6회 이상)	2
	4) 단기 통원치료(6개월간 6회 미만)	0
기능장애 소견	1) 두 눈을 감고 일어서기 곤란하거나 두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 쓰러지는 경우	20
	2) 두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 중간에 균형을 잡으려 멈추어야 하는 경우	12
	3) 두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걸을 때 중앙에서 60cm 이상 벗어나는 경우	8

2) 평형기능의 장해는 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 치료 후 장해가 고착되었을 때 판정하며, 뇌 병변 여부, 전정 기능 이상 및 장해상태를 평가
하기 위해 아래의 검사들을 기초로 합니다.

- 가) 뇌영상검사(CT, MRI)
나) 온도 안진 검사, 전기 안진 검사(또는 비디오 안진 검사) 등

3. 코의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 코의 호흡 기능을 완전히 잃었을 때	15
2) 코의 후각 기능을 완전히 잃었을 때	5

나. 장해판정 기준

- 1) '코의 호흡 기능을 완전히 잃었을 때' 라 함은 일상생활에서 구강호흡의 보조를 받지 않는 상태에서 코로 숨 쉬는 것만으로 정상적인 호흡을 할 수 없다는 것이 비강통기도 검사 등 의학적으로 인정된 검사로 확인되는 경우를 말합니다.
- 2) '코의 후각 기능을 완전히 잃었을 때' 라 함은 후각신경의 손상으로 양쪽 코의 후각 기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감퇴는 장해의 대상으로 하지 않습니다.
- 3) 양쪽 코의 후각 기능은 후각인지 검사, 후각역치 검사 등을 통해 6개월 이상 고정된 후각의 완전 손실이 확인되어야 합니다.
- 4) 코의 추상(추한 모습) 장해를 수반한 때에는 기능장해의 지급률과 추상장해의 지급률을 합산합니다.

4. 씹어먹거나 말하는 장해

가. 장해의 분류

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

- 1) 씹어 먹는 기능의 장해는 윗니(상악 치아)와 아랫니(하악 치아)의 맞물림(교합), 배열 상태 및 아래턱의 개구 운동, 삼킴(연하) 운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정합니다.
- 2) '씹어 먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때' 라 함은 심한 개구 운동 제한이나 저작운동 제한으로 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말합니다.
- 3) '씹어 먹는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때' 라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말합니다.
 - 가) 뚜렷한 개구 운동 제한 또는 뚜렷한 저작운동 제한으로 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등) 외는 섭취하지 못하는 경우
 - 나) 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치) 간 최대 개구 운동이 1cm 이하로 제한되는 경우
 - 다) 위·아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1.5cm 이상인 경우
 - 라) 양측 1 개 이하의 치아만 교합되는 상태
 - 마) 연하 기능 검사(비디오 투시 검사) 상 연하장애가 있고, 유동식 섭취 시 흡인이 발생하고 연식 외에는 섭취가 불가능한 상태
- 4) '씹어 먹는 기능에 약간의 장해를 남긴 때' 라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말합니다.
 - 가) 약간의 개구 운동 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 개구 운동이 2cm 이하로 제한되는 경우
 - 다) 위·아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1cm 이상인 경우
 - 라) 양측 각 1 개 또는 편측 2 개 이하의 치아만 교합되는 상태

- 마) 연하 기능 검사(비디오 투시 검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취 시 간헐적으로 흡인이 발생하고 부드러운 고형식 외에는 섭취가 불가능한 상태
- 5) 개구 장하는 턱관절의 이상으로 개구 운동 제한이 있는 상태를 말하며, 최대 개구 상태에서 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치) 간 거리를 기준으로 합니다. 단, 가운데 앞니(중절치)가 없는 경우에는 측정 가능한 인접 치아간 거리의 최대치를 기준으로 합니다.
- 6) 부정교합은 위턱(상악)과 아래턱(하악)의 부조화로 윗니(상악 치아)와 아랫니(하악 치아)가 전방 및 측방으로 맞물림에 제한이 있는 상태를 말합니다.
- 7) '말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말합니다.
- 가) 언어평가상 지음 정확도가 30% 미만인 경우
 - 나) 전실어증, 운동성실어증(브로카실어증)으로 의사소통이 불가한 경우
- 8) '말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말합니다.
- 가) 언어평가상 지음 정확도가 50% 미만인 경우
 - 나) 언어평가상 표현 언어 지수 25 미만인 경우
- 9) '말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말합니다.
- 가) 언어평가상 지음 정확도가 75% 미만인 경우
 - 나) 언어평가상 표현 언어 지수 65 미만인 경우
- 10) 말하는 기능의 장하는 1년 이상 지속적인 언어치료를 시행한 후 증상이 고착되었을 때 평가하며, 객관적인 검사를 기초로 평가합니다.
- 11) 뇌·중추신경계 손상(정신·인지 기능 저하, 편마비 등)으로 인한 말하는 기능의 장해(실어증, 구음 장애) 또는 씹어 먹는 기능의 장하는 신경계·정신행동 장해 평가와 비교하여 그중 높은 지급률을 하나만 인정합니다.
- 12) '치아의 결손'이란 치아의 상실 또는 발치된 경우를 말하며, 치아의 일부 손상으로 금관 치료(크리운 보철 수복)를 시행한 경우에는 치아의 일부 결손을 인정하여 1/2 개 결손으로 적용합니다.
- 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 않습니다.
- 14) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열 구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정합니다.
- 15) 어린이의 유치는 향후에 영구치로 대체되므로 장해의 대상이 되지 않으나, 선천적으로 영구치 결손이 있는 경우에는 유치의 결손을 장해로 평가합니다.
- 16) 가철성 보철물(신체의 일부에 붙였다 떼었다 할 수 있는 틀니 등)의 파손은 장해의 대상이 되지 않습니다.

5. 외모의 추상(추한 모습) 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정 기준

- 1) '외모'란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말합니다.
- 2) '추상(추한 모습) 장해'라 함은 성형수술(반흔 성형술, 레이저치료 등 포함)을 시행한 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말합니다.
- 3) '추상(추한 모습)을 남긴 때'라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 경우를 말합니다.
- 4) 다발성 반흔 발생 시 각 판정 부위(얼굴, 머리, 목) 내의 다발성 반흔의 길이 또는 면적은 합산하여 평가합니다. 단, 길이가 5mm 미만의 반흔은 합산 대상에서 제외합니다.
- 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 산정합니다.

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 조직 힘줄
 라) 코의 1/2 이상 결손

- 2) 머리
 가) 손바닥 크기 이상의 반흔(흉터) 및 모발 결손
 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 추상 반흔(추한 모습의 흉터)
 다) 지름 2cm 이상의 조직 힘줄
 라) 코의 1/4 이상 결손

- 2) 머리
 가) 손바닥 크기 1/2 이상의 반흔(흉터) 및 모발 결손
 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, 12 세 이상의 성인에서는 $8 \times 10 \text{ cm}$ (1/2 크기는 40㎠ , 1/4 크기는 20㎠), 6~11 세의 경우는 $6 \times 8 \text{ cm}$ (1/2 크기는 24㎠ , 1/4 크기는 12㎠), 6 세 미만의 경우는 $4 \times 6 \text{ cm}$ (1/2 크기는 12㎠ , 1/4 크기는 6㎠)로 간주합니다.

6. 척추(등뼈)의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정 기준

- 1) 척추(등뼈)는 경추에서 흉추, 요추, 제 1 천추까지를 동일한 부위로 합니다. 제 2 천추 이하의 천골 및 미골은 체간골의 장해로 평가합니다.
 2) 척추(등뼈)의 기형 장해는 척추체(척추뼈 몸통)을 말하며, 횡돌기 및 극돌기는 제외합니다. 이하 이 신체 부위에서 같습니다)의 압박률 또는 척추 체(척추뼈 몸통)의 만곡 정도에 따라 평가합니다.
 가) 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡 변화는 객관적인 측정 방법(Cobb's Angle)에 따라 골절이 발생한 척추체(척추뼈 몸통)의 상·하 인접 정상 척추 체(척추뼈 몸통)를 포함하여 측정하며, 생리적 정상 만곡을 고려하여 평가합니다.

- 나) 척추(등뼈)의 기형 장해는 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률, 골절의 부위 등을 기준으로 판정합니다. 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률은 인접 상·하부[인접 상·하부 척추체(척추뼈 몸통)에 진구성 골절이 있거나, 다발성 척추골절이 있는 경우에는 골절된 척추와 가장 인접한 상·하부] 정상 척추체(척추뼈 몸통)의 전방 높이의 평균에 대한 골절된 척추체(척추뼈 몸통) 전방 높이의 감소비를 압박률로 정합니다.
- 다) 척추(등뼈)의 기형 장해는 「산업재해보상보험법 시행규칙」상 경추부, 흉추부, 요추부로 구분하여 각각을 하나의 운동단위로 보며, 하나의 운동단위 내에서 여러 개의 척추체(척추뼈 몸통)에 압박골절이 발생한 경우에는 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률을 합산하고, 두 개 이상의 운동단위에서 장해가 발생한 경우에는 그중 가장 높은 지급률을 적용합니다.
- 3) 척추(등뼈)의 장해는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 이 사고와의 관여도를 산정하여 평가합니다.
- 4) 추간판탈출증으로 인한 신경 장해는 수술 또는 시술(비수술적 치료) 후 6개월 이상 지난 후에 평가합니다.
- 5) 신경학적 검사상 나타난 저린감이나 방사통 등 신경자극 증상의 원인으로 CT, MRI 등 영상검사에서 추간판탈출증이 확인된 경우를 추간판탈출증으로 진단하며, 수술 여부에 관계없이 운동 장해 및 기형 장해로 평가하지 않습니다.
- 6) 심한 운동 장해란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말합니다.
- 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 운동 장해란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말합니다.
- 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 상위 목뼈(상위 경추·제1, 2경추) 사이에 CT 검사상, 두개 대후두공의 기저점(basion)과 죽추 치돌기 상단 사이의 거리 (BDI : Basiion-Dental Interval)에 뚜렷한 이상 전위가 있는 상태
 - 라) 상위 목뼈(상위 경추·제1, 2경추) CT 검사상, 환추 전방 궁(arch)의 후방과 치상돌기의 전면과의 거리(AD: Atlanto-Dental Interval)에 두 렷한 이상 전위가 있는 상태
- 8) 약간의 운동 장해
- 머리뼈(두개골)와 상위 목뼈(상위 경추·제1, 2경추)를 제외한 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
- 9) 심한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말합니다.
- 가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 35° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
 - 나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 60% 이상인 경우 또는 한 운동 단위 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 말합니다.
- 가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 15° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
 - 나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 40% 이상인 경우 또는 한 운동 단위 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 말합니다.
- 가) 1개 이상의 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구로 경도(가벼운 정도)의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
 - 나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 20% 이상인 경우 또는 한 운동 단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 40% 이상일 때
- 12) '추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장해'란 추간판탈출증으로 추간판을 2마디 이상(또는 1마디 추간판에 대해 2회 이상) 수술하고도 마미신 경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장해가 있는 경우
- 13) '추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장해'란 추간판탈출증으로 추간판 1마디를 수술하고도 신경 생리 검사에서 명확한 신경근 병증의 소견이 지속되고 척추 신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우
- 14) '추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장해'란 추간판탈출증이 확인되고 신경생리검사에서 명확한 신경근 병증의 소견이 지속되는 경우

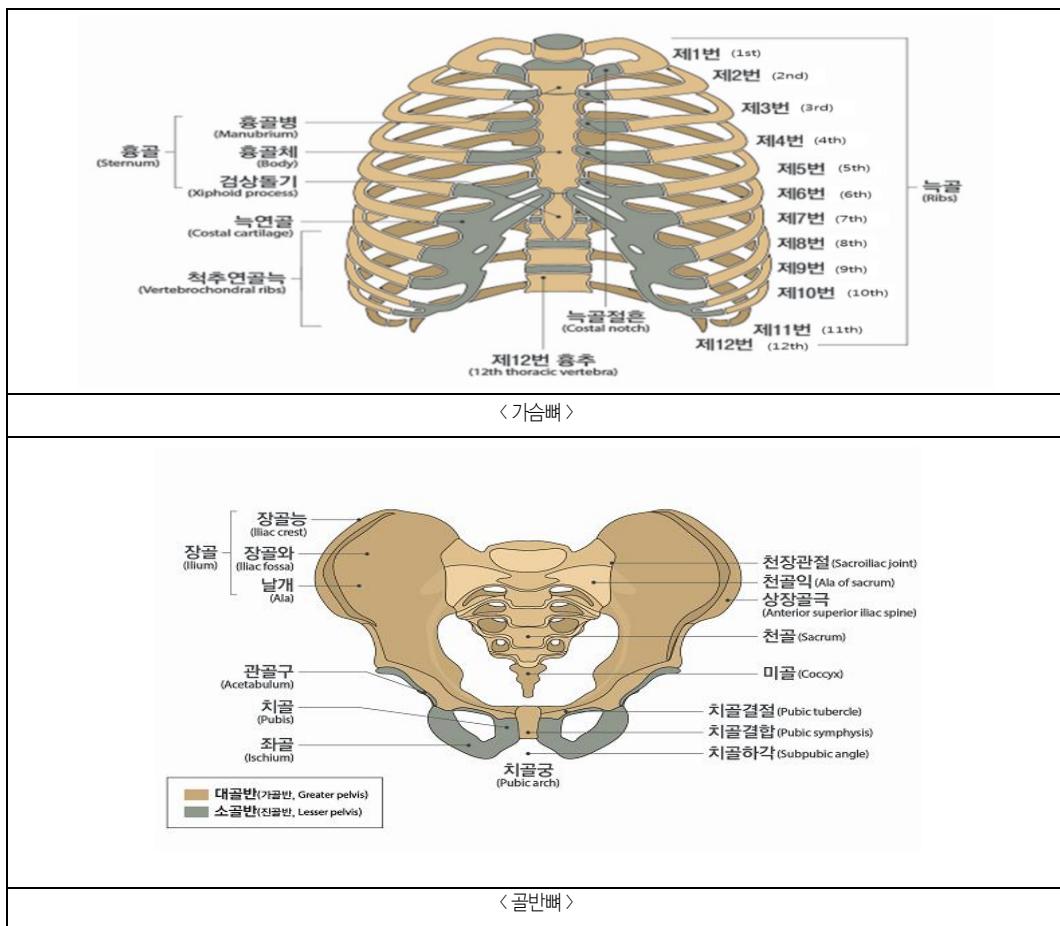
7. 체간골의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정 기준

- 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 봅니다.
- 2) '골반뼈의 뚜렷한 기형'이라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말합니다.
- 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 말합니다.
- 4) 갈비뼈(늑골)의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장해로 취급합니다. 다발성 능골 기형의 경우 각각의 각(角) 변형을 합산하지 않고 그중 가장 높은 각(角) 변형을 기준으로 평가합니다.



8. 팔의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정 기준

- 1) 골절부에 금속 내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 평가합니다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가합니다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않습니다.
- 3) '팔'이라 함은 어깨관절(견관절)부터 손목 관절(완관절)까지를 말합니다.
- 4) '팔의 3 대 관절'이라 함은 어깨관절(견관절), 팔꿈치 관절(주관절), 손목 관절(완관절)을 말합니다.
- 5) '한 팔의 손목 이상을 잃었을 때'라 함은 손목 관절(완관절)부터(손목 관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치 관절(주관절) 상부에서 절단된 경우도 포함합니다.
- 6) 팔의 관절 기능장해 평가는 팔의 3 대 관절의 관절운동 범위 제한 등으로 평가합니다.
 - 가) 각 관절의 운동 범위 측정은 장해 평가 시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제 47 조 제 1 항 및 제 3 항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동 가능 영역을 기준으로 정상 각도 및 측정 방법 등을 따릅니다.
 - 나) 관절 기능장해를 표시할 경우 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 합니다. 단, 관절 기능장해가 신경 손상으로 인한 경우에는 운동 범위 측정이 아닌 균력 및 균전도 검사를 기준으로 평가합니다.
- 7) '관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말합니다.
 - 가) 완전 강직(관절굳음)
 - 나) 균전도 검사상 완전 손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력 검사(MMT)에서 균력이 '0 등급(zero)'인 경우
- 8) '관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말합니다.
 - 가) 해당 관절의 운동 범위 합계가 정상 운동 범위의 1/4 이하로 제한된 경우
 - 나) 인공관절이나 인공골드를 삽입한 경우
 - 다) 균전도 검사상 완전 손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력 검사(MMT)에서 균력이 '1 등급(trace)'인 경우
- 9) '관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말합니다.
 - 가) 해당 관절의 운동 범위 합계가 정상 운동 범위의 1/2 이하로 제한된 경우
 - 나) 균전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력 검사(MMT)에서 균력이 '2 등급(poor)'인 경우
- 10) '관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말합니다.
 - 가) 해당 관절의 운동 범위 합계가 정상 운동 범위의 3/4 이하로 제한된 경우
 - 나) 균전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력 검사(MMT)에서 균력이 '3 등급(fair)'인 경우
- 11) '가관절^(*)이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2 개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말합니다.
- ※ 주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 '불유합' 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외합니다.
- 12) '가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말합니다.

13) '뼈에 기형을 남긴 때'라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말합니다.

다. 지급률의 결정

- 1) 한 팔의 3 대 관절 중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산합니다.
- 2) 1 상지(팔과 손가락)의 장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 합니다.

9. 다리의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정 기준

- 1) 골절부에 금속 내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 평가합니다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가합니다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않습니다.
- 3) '다리'라 함은 엉덩이 관절(고관절)부터 발목관절(족관절)까지를 말합니다.
- 4) '다리의 3 대 관절'이라 함은 엉덩이 관절(고관절), 무릎관절(슬관절), 발목관절(족관절)을 말합니다.
- 5) '한 다리의 발목 이상을 잃었을 때'라 함은 발목관절(족관절)부터(발목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절(슬관절)의 상부에서 절단된 경우도 포함합니다.
- 6) 다리의 관절 기능장해 평가는 다리의 3 대 관절의 관절운동 범위 제한 및 무릎관절(슬관절)의 동요성 등으로 평가합니다.
 - 가) 각 관절의 운동 범위 측정은 장해 평가 시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동 가능 영역을 기준으로 정상 각도 및 측정 방법 등을 따릅니다.
 - 나) 관절 기능장해가 신경 손상으로 인한 경우에는 운동 범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가합니다.
 - 7) '관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말합니다.
 - 가) 완전 강직(관절굳음)
 - 나) 근전도 검사상 완전 손상(complete injury) 소견이 있으면서도 수근력 검사(MMT)에서 근력이 '0 등급(zero)'인 경우
 - 8) '관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말합니다.
 - 가) 해당 관절의 운동 범위 합계가 정상 운동 범위의 1/4 이하로 제한된 경우
 - 나) 인공관절이나 인공골드를 삽입한 경우
 - 다) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - 라) 근전도 검사상 완전 손상(complete injury) 소견이 있으면서도 수근력 검사(MMT)에서 근력이 '1 등급(trace)'인 경우
 - 9) '관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말합니다.
 - 가) 해당 관절의 운동 범위 합계가 정상 운동 범위의 1/2 이하로 제한된 경우

- 나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
- 다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력 검사(MMT)에서 근력이 '2등급(poor)'인 경우
- 10) '관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말합니다.
- 가) 해당 관절의 운동 범위 합계가 정상 운동 범위의 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 도수근력 검사(MMT)에서 근력이 '3등급(fair)'인 경우
- 11) 동요 장해 평가 시에는 정상 측과 환 측을 비교하여 증가된 수치로 평가합니다.
- 12) '가관절^주이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말합니다.
- ※ 주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않 는 '불유합' 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외합니다.
- 13) '가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 경골과 종아리뼈 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말합니다.
- 14) '뼈에 기형을 남긴 때'라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말합니다.
- 15) 다리 길이의 단축 또는 과신장은 스캐노그램(scanogram)을 통하여 측정합니다.

다. 지급률의 결정

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

10. 손가락의 장해

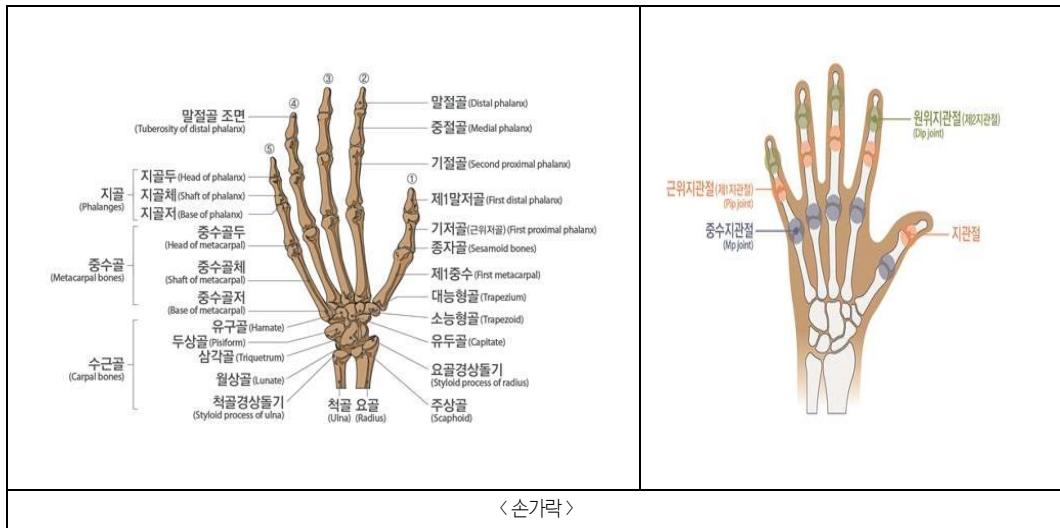
가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 한 손의 5 개 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 5 개 손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	30
5) 한 손의 첫째 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 손의 첫째 손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(손가락 하나마다)	5

나. 장해판정 기준

- 1) 골절부에 금속 내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장해를 평가합니다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가합니다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않습니다.
- 3) 손가락에는 첫째 손가락에 2 개의 손가락 관절이 있습니다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지 관절, 지관절이라 합니다.
- 4) 다른 네 손가락에는 3 개의 손가락 관절이 있습니다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지 관절, 제 1 지관절(근위지관절) 및 제 2 지관절(원위지 관절)이라 부릅니다.
- 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 말합니다.
- 6) '손가락뼈 일부를 잃었을 때'라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제 1 지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 손가락뼈의 일부 가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 손가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않습니다.
- 7) '손가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 첫째 손가락의 경우 중수지 관절 또는 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상 운동 가능 영역의 1/2 이하인 경우를 말하며, 다른 네 손가락에서는 제 1, 제 2 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하이거나 중수지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말합니다.
- 8) 한 손가락에 장해가 생기고 다른 손가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산합니다.

9) 손가락의 관절 기능장애 평가는 손가락 관절의 관절운동 범위 제한 등으로 평가합니다. 각 관절의 운동 범위 측정은 장해 평가 시점의 「산업재해 보상보험법 시행규칙」 제 47 조 제 1 항 및 제 3 항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동 가능 영역을 기준으로 정상 각도 및 측정 방법 등을 따릅니다.



11. 발가락의 장해

가. 장해의 분류

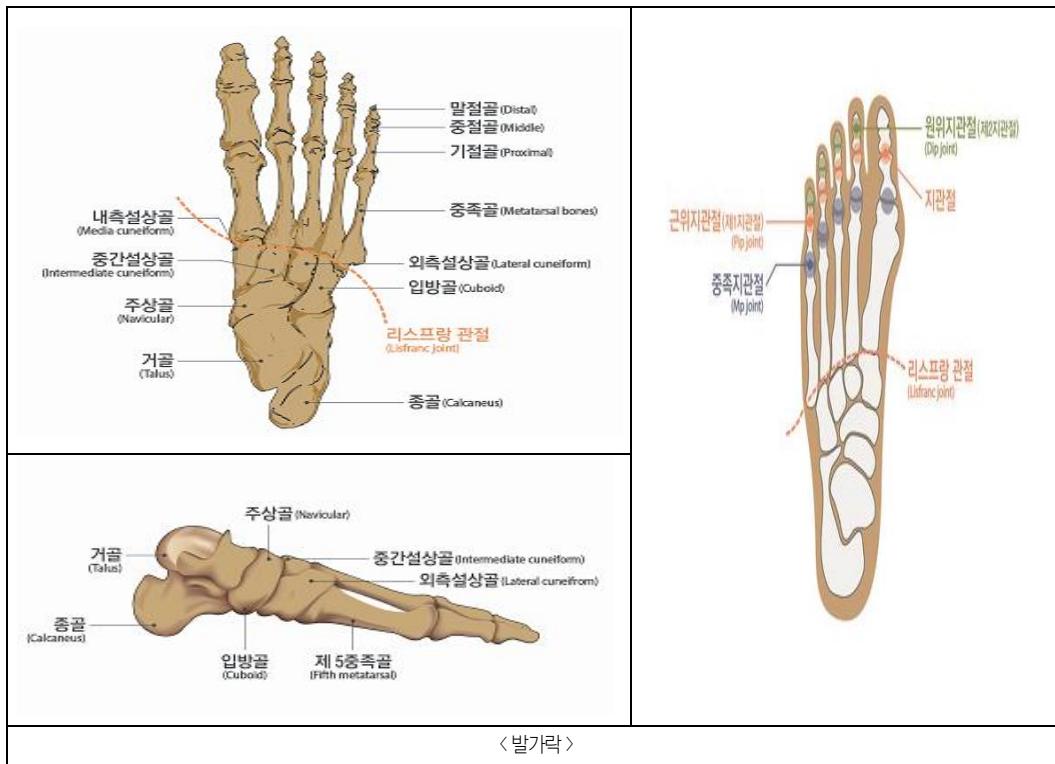
장해의 분류	지급률
1) 한 발의 리스프랑관절 이상을 잃었을 때	40
2) 한 발의 5 개 발가락을 모두 잃었을 때	30
3) 한 발의 첫째 발가락을 잃었을 때	10
4) 한 발의 첫째 발가락 이외의 발가락을 잃었을 때(발가락 하나마다)	5
5) 한 발의 5 개 발가락 모두의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
6) 한 발의 첫째 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	8
7) 한 발의 첫째 발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(발가락 하나마다)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

나. 장해판정 기준

- 골절부에 금속 내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장해를 평가합니다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가합니다.
- 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않습니다.
- '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 말합니다.
- 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골 간 관절 이상에서 절단된 경우를 말합니다.
- '발가락뼈 일부를 잃었을 때'라 함은 첫째 발가락에서는 지관절, 다른 네 발가락에서는 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 않습니다.
- '발가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 첫째 발가락의 경우에 중족 지관절과 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동 범위 합계가 정상 운동 가능 영역의 1/2 이하가 된 경우를 말하며, 다른 네 발가락에 있어서는 중족지관절의 신전운동범위만을 평가하여 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우를 말합니다.

7) 한 발가락에 장해가 생기고 다른 발가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산합니다.

8) 발가락 관절의 운동 범위 측정은 장해 평가 시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동 가능 영역을 기준으로 정상 각도 및 측정 방법 등을 따릅니다.



12. 흉·복부장기 및 비뇨생식기의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해의 판정 기준

- 1) '심장 기능을 잃었을 때'라 함은 심장 이식을 한 경우를 말합니다.
- 2) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말합니다.
 - 가) 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
 - 나) 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석, 복막투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때
 - 다) 방광의 저장기능과 배뇨기능을 완전히 상실한 때
- 3) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말합니다.
 - 가) 위, 대장(결장~직장) 또는 췌장, 전부를 잘라내었을 때
 - 나) 소장을 3/4 이상 잘라내었을 때 또는 잘라낸 소장의 길이가 3m 이상일 때
 - 다) 간장의 3/4 이상을 잘라내었을 때

- 라) 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
- 4) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말합니다.
- 가) 한쪽 폐 또는 한쪽 신장을 전부 잘라내었을 때
 - 나) 방광 기능 상실로 영구적인 요도루, 방광루, 요관 장문합 상태
 - 다) 위, 췌장을 50% 이상 잘라내었을 때
- 라) 대장 절제, 항문 팔약근 등의 기능장애로 영구적으로 장루, 인공항문을 설치한 경우(치료 과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
- 마) 심장기능 이상으로 인공심박동기를 영구적으로 삽입한 경우
- 바) 요도 팔약근 등의 기능장애로 영구적으로 인공요도 팔약근을 설치한 경우
- 5) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말합니다.
- 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) 폐 질환 또는 폐 부분 절제술 후 일상생활에서 호흡곤란으로 지속적인 산소치료가 필요하며, 폐기능 검사(PFT)상 폐환기 기능(1 초간 노력성 호기량, FEV1)이 정상 예측치의 40% 이하로 저하된 때
- 6) 흉복부, 비뇨 생식기계 장해는 질병 또는 외상의 직접 결과로 인한 장해를 말하며, 노화에 의한 기능장애 또는 질병이나 외상이 없는 상태에서 예방적으로 장기를 절제, 적출한 경우는 장해로 보지 않습니다.
- 7) 상기 흉복부 및 비뇨 생식기계 장해 항목에 명기되지 않은 기타 장해상태에 대해서는 '〈불임〉 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해 평가표'에 해당하는 장해가 있을 때 ADLs 장해지급률을 준용합니다.
- 8) 상기 장해 항목에 해당되지 않는 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성 간질환, 만성폐쇄성 폐질환 등)은 장해의 평가 대상으로 인정하지 않습니다.

13. 신경계 · 정신행동 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 신경계에 장해가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때	10~100
2) 정신행동에 극심한 장해를 남긴 때	100
3) 정신행동에 심한 장해를 남긴 때	75
4) 정신행동에 뚜렷한 장해를 남긴 때	50
5) 정신행동에 약간의 장해를 남긴 때	25
6) 정신행동에 경미한 장해를 남긴 때	10
7) 극심한 치매 : CDR 척도 5점	100
8) 심한 치매 : CDR 척도 4점	80
9) 뚜렷한 치매 : CDR 척도 3점	60
10) 약간의 치매 : CDR 척도 2점	40
11) 심한 간질발작이 남았을 때	70
12) 뚜렷한 간질발작이 남았을 때	40
13) 약간의 간질발작이 남았을 때	10

나. 장해판정 기준

1) 신경계

- 가) '신경계에 장해를 남긴 때'라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계 손상으로 '〈불임〉 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해 평가표'의 5 가지 기본동작 중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말합니다.
- 나) 위 가)의 경우 '〈불임〉 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해 평가표' 상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장 대상이 되는 장해로 인정하지 않습니다.
- 다) 신경계의 장해로 발생하는 다른 신체 부위의 장해(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장해로도 평가하고 그중 높은 지급률을 적용합니다.

라) 뇌출증, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 12 개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장해를 평가합니다. 그러나, 12 개월이 지났다고 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간 내에 사망이 예상되는 경우는 6 개월의 범위에서 장해 평가를 유보 합니다.

마) 장해 진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 합니다.

2) 정신행동

가) 정신행동 장해는 보험기간 중에 발생한 뇌의 질병 또는 상해를 입은 후 18 개월이 지난 후에 판정함을 원칙으로 합니다. 다만, 질병 발생 또는 상해를 입은 후 의식상실이 1 개월 이상 지속된 경우에는 질병 발생 또는 상해를 입은 후 12 개월이 지난 후에 판정할 수 있습니다.

나) 정신행동 장해는 장해판정 직전 1 년 이상 충분한 정신건강의학과의 전문적 치료를 받은 후 치료에도 불구하고 장해가 고착되었을 때 판정하 여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로 인하여 고정되거나 중하게 된 장해에 대해서는 인정하지 않습니다.

다) 정신행동에 극심한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1 년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며 GAF 30 점 이하인 상태를 말합니다.

라) '정신행동에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1 년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며 GAF 40 점 이하인 상태를 말합니다.

마) '정신행동에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1 년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 보건복지부 고시 「장애정 도 판정 기준」의 「능력 장애측정 기준」^{주)} 상 6 개 항목 중 3 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 50 점 이하 인 상태를 말합니다.

* 주) 능력 장애측정 기준의 항목 : ⑦ 적절한 음식 섭취, ⑧ 대소변 관리, 세면, 목욕, 청소 등의 청결 유지, ⑨ 적절한 대화기술 및 협조적인 대인관 계, ⑩ 규칙적인 통원약물 복용, ⑪ 소지품 및 금전관리나 적절한 구매행위, ⑫ 대중교통이나 일반 공공시설의 이용

바) '정신행동에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1 년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 보건복지부 고시 「장애정 도 판정 기준」의 「능력 장애측정 기준」^{주)} 상 6 개 항목 중 2 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 60 점 이하인 상태를 말합니다.

사) '정신행동에 경미한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1 년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 보건복지부 고시 「장애정 도 판정 기준」의 「능력 장애측정 기준」^{주)} 상 6 개 항목 중 2 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 70 점 이하인 상태를 말합니다.

아) 자속적인 정신건강의학과의 치료란 3 개월 이상 약물치료가 중단되지 않았음을 의미합니다.

자) 심리학적 평가 보고서는 정신건강의학과 의료기관에서 실시돼야 하며, 자격을 갖춘 임상심리전문가가 시행하고 작성하여야 합니다.

차) 정신행동 장해 진단 전문의는 정신건강의학과 전문의를 말합니다.

카) 정신행동 장해는 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌 자기공명촬영, 뇌전산화 촬영, 뇌파 등 객관적 근거를 기초로 평가합니다. 다만, 보호 자나 환자의 진술, 감정의의 추정 혹은 인정, 한국 표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌 SPECT 등)은 객관적 근거로 인정하지 않습니다.

타) 각종 기질성 정신 장해와 외상 후 간질에 한하여 보상합니다.

파) 외상 후 스트레스 장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증(조현병), 편집증, 조울증(양극성 장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않습니다.

3) 치매

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

나) 치매의 장해 평가는 임상적인 증상뿐 아니라 뇌영상검사(CT 및 MRI, SPECT 등)를 기초로 진단돼야 하며, 18 개월 이상 지속적인 치료 후 평 가합니다. 다만, 진단 시점에 이미 극심한 치매 또는 심한 치매로 진행된 경우에는 6 개월간 지속적인 치료 후 평가합니다.

다) 치매의 장해평가는 전문의(정신건강의학과, 신경과)에 의한 임상 치매 척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사 결과에 따릅니다.

4) 뇌전증(간질)

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

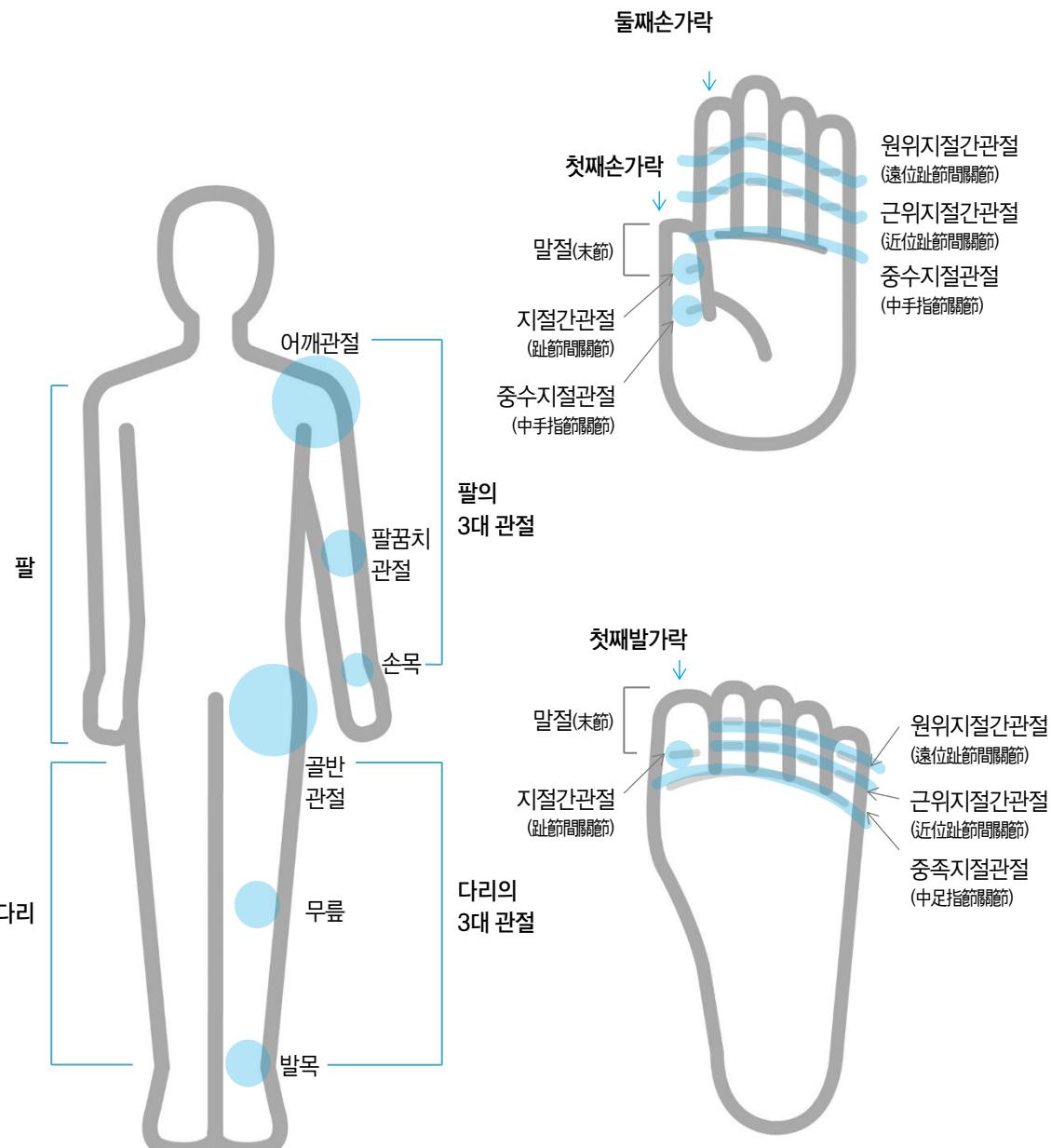
나) 간질발작의 빈도 및 양상은 지속적인 항간질제(항전간제) 약물로도 조절되지 않는 간질을 말하며, 진료기록에 기재되어 객관적으로 확인되는 간질발작의 빈도 및 양상을 기준으로 합니다.

- 다) '심한 간질발작'이라 함은 월 8 회 이상의 중증 발작이 연 6 개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작할 때 유발된 호흡 장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지 장해 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말합니다.
- 라) '두렷한 간질발작'이라 함은 월 5 회 이상의 중증 발작 또는 월 10 회 이상의 경증 발작이 연 6 개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말합니다.
- 마) '약간의 간질발작'이라 함은 월 1 회 이상의 중증 발작 또는 월 2 회 이상의 경증 발작이 연 6 개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말합니다.
- 비) '중증 발작'이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로서 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식 장해가 3분 이상 지속되는 발작을 말합니다.
- 사) '경증 발작'이라 함은 운동 장해가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말합니다.

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해 평가표

유형	제한 정도에 따른 자급률
이동동작	<ul style="list-style-type: none"> - 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 방 밖을 나올 수 없는 상태 또는 침대에서 훨체어로 옮기기를 포함하여 훨체어 이동 시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태(40%) - 훨체어 또는 다른 사람의 도움 없이는 방 밖을 나올 수 없는 상태 또는 보행이 불가능하나 스스로 훨체어를 밀어 이동이 가능한 상태(30%) - 목발 또는 보행기(walker)를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태(20%) - 보조기구 없이 독립적인 보행은 가능하나 파행(절뚝거림)이 있으며, 난간을 잡지 않고는 계단을 오르내리기가 불가능한 상태 또는 계속하여 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태(10%)
음식물 섭취	<ul style="list-style-type: none"> - 입으로 식사를 전혀 할 수 없어 계속적으로 투브(비위관 또는 위류관)나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급 을 받는 상태(20%) - 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 식사를 전혀 할 수 없는 상태(15%) - 숟가락 사용은 가능하나 젓가락 사용이 불가능하여 음식물 섭취에 있어 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태 (10%) - 독립적인 음식물 섭취는 가능하나 젓가락을 이용하여 생선을 바르거나 음식물을 자르지는 못하는 상태(5%)
배변 배뇨	<ul style="list-style-type: none"> - 배설을 돋기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 계속적인 도움이 필요한 상태 또는 지속적인 유치도뇨관 삽입 상태, 방광루, 요도루, 장루상태(20%) - 화장실에 가서 변기 위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 뒤처리시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요 한 상태 또는 간헐적으로 자가 인공 도뇨가 가능한 상태(CIC), 기자귀를 이용한 배뇨, 배변 상태(15%) - 화장실에 가는 일, 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변 후 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	<ul style="list-style-type: none"> - 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 시행 가능하나 목욕이나 샤워시 부분적으로 타인의 도움이 필요한 상태 (3%)
옷 입고 벗기	<ul style="list-style-type: none"> - 상, 하의 의복 착탈시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태(10%) - 상, 하의 의복 착탈시 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태 또는 상의 또는 하의 중 하나만 혼자서 착탈이 가능 한 상태(5%) - 상, 하의 의복 착탈시 혼자서 가능하나 미세 동작(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)이 필요한 마무 리는 타인의 도움이 필요한 상태(3%)

신체부위의 설명도



별표11

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	적립 기간	적립 이율
진단보험금 (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%)
해약환급금 (제32조 제1항 및 제5항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지 의 기간	1년 이내: 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- (주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 일자 계산하며, 지급이자도 소멸시효(약관 제37조)가 적용됩니다.
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 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

특약 약관의 구성

※ 특약 약관은 “제 1 편 일반사항”과 “제 2 편 개별사항”으로 구성됩니다. 따라서, 약관 해석 시에 “제 1 편 일반사항”의 내용과 “제 2 편 개별사항”의 내용을 함께 고려하여야 합니다.

※ “제 1 편 일반사항”的 내용과 “제 2 편 개별사항”的 내용은 서로 대등하고 보완적 효력을 가지는 것이 원칙입니다. 다만, 양자의 내용이 서로 다른 경우에는 “제 2 편 개별사항”的 내용이 “제 1 편 일반사항”的 내용에 우선하여 적용됩니다.

특약별로 공통적으로 적용되는 사항으로 「용어, 보험금 청구절차,

▣ 제1편 일반사항 고지의무 등」 일반적인 내용과 「재해분류표(유첨1), 장해분류표(유첨2), 보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산(유첨3)」에 대하여 다루고 있습니다.

각 특약별로 개별적으로 적용되는 사항으로 「보험금 지급사유, 면책사유,

▣ 제2편 개별사항 납입면제 등」 각 특약에 해당되는 내용에 대하여 다루고 있습니다.

※ “제 1 편 일반사항”은 각 특약에 공통으로 적용되는 내용으로

약관 구성 시 아래와 같이 구성되어 있습니다.

특약 약관 구성 예시

“제 1 편 일반사항”

+ 암진단특약 약관 “제 2 편 개별사항”

+ 뇌출혈진단특약 약관 “제 2 편 개별사항”

[특약 약관] 제1편 일반사항

제1편 일반사항

제1관 목적 및 용어의 정의

제1-1조 [목적]

- ① 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제2-2조(보험금의 지급시유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.
② 특약 약관은 “제1편 일반사항”과 “제2편 개별사항”으로 구성됩니다.
③ “제2편 개별사항”的 내용과 “제1편 일반사항” 제1-2조(용어의 정의)부터 제1-15조(증대사유로 인한 해지)에서 정한 내용이 다른 경우에는 “제2편 개별사항”的 내용을 “제1편 일반사항”에 우선하여 적용합니다.

제1-2조 [용어의 정의]

특약 약관에서 사용되는 용어의 정의는 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 재해: (유첨1) 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
2. 장해: (유첨2) 장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 진단특약: 특약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 특약을 말합니다.
4. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 특약 체결 시점[갱신형 특약의 경우 최초계약 체결 시점(갱신 계약의 경우 갱신 시점)]의 평균공시이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인할 수 있습니다.

[▼ 아래 제5호는 갱신형 특약에 한하여 적용합니다]

5. 특약의 갱신 관련

- 가. 최초계약: 주계약을 체결할 때 특약이 최초로 부가되는 경우를 말합니다.
- 나. 갱신계약: 특약의 보험기간 만료 후 제2-10조의2(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우를 말합니다.
- 다. 갱신일: 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 만료일의 다음 날을 말합니다.

용어

〈갱신형 특약〉

해설

일정주기로 위험률의 변경, 보험나이의 증가 등이 반영되어 계약이 갱신되는 특약을 말하며, 특약 명칭에 “갱신형”이라고 명기되어 있습니다.

제1-2조의2 [AJCC 암병기설정매뉴얼 관련 유의사항]

[▼ 아래 내용은 약관에 “AJCC 암병기설정매뉴얼”에 대한 내용이 있는 특약에 한하여 적용합니다]

- ① TNM 암병기분류는 AJCC 암병기설정매뉴얼[AJCC(American Joint Committee on Cancer) Cancer Staging Manual] 제8판 기준에 따르며, 병리조직결과 상 조직학적으로 동일한 다발 병소 암의 T병기는 위 AJCC 암병기설정 매뉴얼 기준에 따라 가장 높은 T병기로 결정됩니다.
② 제1항 이외에 AJCC 암병기설정매뉴얼 적용에 관한 사항은 제2편 개별사항에서 정한 내용을 따릅니다.

제2관 보험금 등의 청구 및 지급절차

제1-3조 [보험금 및 보험료 납입면제 관련 제3자 의견 청취]

- ① 보험수익자와 회사가 제2-2조(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.
- ② 계약자와 회사가 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제1-4조 [보험금 등의 청구]

보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류 중 해당 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[회사가 보험사고별로 요청하는 서류로 제2-7조(사고증명서)에서 정합니다]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

제1-5조 [보험금 지급 등의 절차]

- ① 회사는 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.
- ② 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 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
 2. 분쟁조정 신청
 3. 수사기관의 조사
 4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
 5. 제4항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
 6. 제1-3조(보험금 및 보험료 납입면제 관련 제3자 의견 청취)에 따라 보험금 지급사유 등에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ③ 제2항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ④ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제1-7조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)와 제1항 및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 회사는 제4항의 서면조사에 대한 동의 요청 시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제1-6조 [계약 전 알릴 의무]

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단특약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 합니다. 이를 “계약 전 알릴 의무”라 하며, 상법상 “고지의무”와 같습니다. 다만, 진단특약에서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제1-7조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과]

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제1-6조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약 체결 당시(갱신형 특약의 경우 최초계약 체결 당시)에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났을 때
3. 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년이 지났을 때. 단, 진단특약의 경우 질병에 대하여는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 1년이 지났을 때
4. 특약을 체결한 날(갱신형 특약의 경우 최초계약을 체결한 날)부터 3년이 지났을 때
5. 회사가 특약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경 우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다)
6. 보험을 모집한 자(이하 “보험설계사 등”이라 합니다)가 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 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴 의무 위반사실(특약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리 결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사는 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전 까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제2-14조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제1-6조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 지급합니다.

⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 특약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

[▼ 아래 제6항은 갱신형 특약에 한하여 적용합니다]

⑥ 제1-13조[보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)]에 따라 특약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)특약을 제1항의 최초계약으로 봅니다[부활(효력회복)이 여러 차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)특약을 최초계약으로 봅니다].

제1-8조 [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 특약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 보장개시일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터는 1개월 이내)에 특약을 취소할 수 있습니다.

② 제1항에 따라 특약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, 감액으로 회사가 실제 지급한 금액을 차감한 금액)를 돌려 드립니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제1-9조 [특약의 체결]

① 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고 회사가 승낙(承諾)함으로써 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.

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 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일(갱신형 특약의 경우 최초계약의 청약일)부터 5년이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 약관에 따라 보장합니다.

⑥ 제5항의 「청약일부터 5년이 지나는 동안」이라 함은 제1-12조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제1-13조[보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)]에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제1-10조 [특약의 무효]

① 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 특약나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, 감액으로 회사가 실제 지급한 금액을 차감한 금액)를 돌려드립니다.

② 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약 대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제5관 보험료 납입

제1-11조 [특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입]

- ① 특약의 보험료 납입기간은 특약을 부가할 때 회사가 정한 보험료 납입기간 내에서 계약자가 선택한 기간으로 합니다.
- ② 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 완료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않았거나 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제1-12조 [보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]

- ① 계약자가 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 특약도 해지합니다. 다만, 이 경우에도 주계약에 정한 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 특약의 보험료 납입이 완료되거나 면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우에는 특약을 해지하지 않습니다.
여기서, “해약환급금을 받지 않은 경우”는 해약환급금이 없는 경우 또는 보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우를 포함하며, 이하 같습니다.
- ③ 계약자가 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다. 여기서, 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다.
 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 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ④ 회사가 제3항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제3항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.
- ⑤ 제1항 및 제3항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제2-14조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

[▼ 아래 제6항은 갱신형 특약에 한하여 적용합니다]

- ⑥ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

제1-13조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)]

- ① 회사는 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 주계약과 동시에 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 경우에는 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 제1-12조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에 따라 특약이 해지

되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우 다음 각 호의 어느 하나에 해당되었을 때 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 특약의 사업방법서에서 별도로 정한 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

1. 주계약의 보험료 납입기간이 완료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약과 특약의 피보험자가 다르거나, 주계약이 피보험자의 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한합니다)
2. 주계약 약관에서 정하는 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간 종료일까지 남은 기간이 1개월 이상인 경우 (주계약의 보험료 납입기간 이후 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우에 한합니다)

④ 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다. 단, 제2편 개별사항에서 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일을 달리 정한 경우에는 해당 규정에 따릅니다.

⑤ 제1항에서 제3항에 따라 특약이 부활(효력회복)된 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초 특약을 청약할 때 제1-6조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제1-7조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제6관 계약의 해지

제1-14조 [위법계약의 해지]

- ① 계약자는 「금융소비자보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 특약체결에 대한 회사의 법위반사항이 있는 경우 특약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에게 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자는 회사가 「금융소비자보호에 관한 법률 시행령」 제38조제4항의 각 호에서 정하는 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 특약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 제1항 및 제3항에 따라 특약이 해지된 경우 회사는 제2-14조(해약환급금) 제3항에 따른 금액을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제1-15조 [중대사유로 인한 해지]

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 특약을 해지할 수 있습니다.
 1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금(보험료 납입면제를 포함합니다)을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
 2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제2-14조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다. 다만, 보험수익자가 2명 이상인 경우, 제1항 제1호에서 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 보험수익자 외에 다른 수익자에게는 그 수익자 독에 해당하는 보험금의 일부를 지급하고, 계약자에게는 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 보험수익자가 받을 수 있었던 보험금에 해당하는 해약환급금을 지급합니다.

급성뇌경색증진단특약D(무배당) 약관

- ※ 이 특약은 1종(무해약환급금형) 및 2종(유해약환급금형)으로 운영되며, 모두 이 약관이 적용됩니다.
- ※ 1종(무해약환급금형)은 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해약환급금이 없는 상품입니다.
- ※ 1종(무해약환급금형)은 이 특약이 부가되는 주계약에 따라 보험종목의 명칭이 “급성뇌경색증진단특약D(무배당, 무해약환급금형)”으로 상품설명서에 기재될 수 있습니다. 이 경우 2종(유해약환급금형)을 “유해약환급금형 상품”이라 하며, “유해약환급금형 상품”은 비교 안내를 위한 상품으로 판매는 하지 않습니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1~1조부터 제1~15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.

※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [용어의 정의]

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

보험료 납입기간 : 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)을 말합니다.

제2-1조의2 [특약의 보험기간]

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때 회사가 정한 보험기간 내에서 계약자가 선택한 기간으로 합니다.

제2-1조의3 [“급성뇌경색증Ⅱ”의 정의 및 진단확정]

이 특약에 있어서 “급성뇌경색증Ⅱ”라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표1(뇌경색증 분류표)에서 정한 뇌경색증(이하, “뇌경색증”이라 합니다)에 해당하고 다음 각호를 모두 만족하는 경우를 말합니다. 다만, 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에서 정한 열공성 뇌경색(별표2 참조) 중 뇌경색증(63)으로 분류되지 않는 열공성뇌경색, 혈관성 치매는 보장에서 제외합니다.

1. “급성뇌경색증Ⅱ”의 진단확정은 의료법에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사 및 치과의사 제외) 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.
2. “급성뇌경색증Ⅱ”의 진단확정은 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 뇌자기공명영상(brain MRI), 뇌혈관조영술 등 뇌영상검사에서 뇌경색증의 급성 발병을 나타내는 이상 소견을 근거로 하여야 합니다. 또한 병력·신경학적 검진에서 뇌영상검사와 일치하는 뇌경색증의 임상소견이 발병 당시 새롭게 출현하고 그 결과 영구적인 신경학적 결손(언어장애, 운동실조, 마비 등)이 나타남을 근거로 하여야 합니다. (여기서 “영구적인 신경학적 결손”이란 주관적인 자각증상(symptom)이 아니라 신경학적 검사를 기초로 한 객관적인 신경학적 이상소견(sign)으로 나타난

영구적 장해를 말합니다.) 그러나, 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확인이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

가. 이 특약의 보험기간 중에 “급성뇌경색증Ⅱ”로 치료를 받고 있었거나 또는 의학검사방법에 의해 진단받은 사실이 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록이 있는 경우

나. 부검감정서상 사인이 “급성뇌경색증Ⅱ”임이 확정되거나 추정되는 경우

용어
해설

〈뇌혈관조영술〉

뇌 속 혈관의 병변이나 변화를 알아보기 위해 X선에 반응하여 희게 촬영되는 물질(조영제)을 뇌혈관에 투여한 뒤 촬영하는 기술

제2-1조의4 [특약의 보장개시일]

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같습니다.

제2관 보험금 지급 등

제2-2조 [보험금의 지급사유]

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음의 사유가 발생한 경우에는 최초1회에 한하여 보험수의자에게 아래 보험금을 “급성뇌경색증Ⅱ진단보험금”으로 지급합니다.

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “급성뇌경색증Ⅱ”로 진단이 확정되었을 때 (단, 최초 1회에 한합니다)
지급금액	계약일부터 1년 초과 : 특약보험가입금액의 100% 계약일부터 1년 이내 : 특약보험가입금액의 50%

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하고 그 후에 “급성뇌경색증Ⅱ”를 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 진단보험금을 지급하여 드립니다. 또한, 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “뇌경색증”으로 진단 확정되었으나 급격한 상태 악화로 “영구적인 신경학적 결손”的 판정없이 사망한 경우에는 그 사망일을 “급성뇌경색증Ⅱ” 진단 확정일로 간주하고 제2-2조(보험금의 지급사유)에 따라 해당 진단보험금을 지급하여 드립니다. 이 경우 보험수의자는 사망일 이전에 급격한 상태 악화로 “영구적인 신경학적 결손”的 판정이 불가능하였다는 의사소견서를 회사에 제출하여야 합니다.

② 제1항에서 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하여 제2-12조(특약의 소멸) 제1항 제2호에 따라 사망 당시의 계약자적립액을 이미 지급한 경우에는 해당 진단보험금에서 이미 지급된 계약자적립액을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.

③ 피보험자에게 이 특약의 보장개시일 이후 계약일부터 1년 이내에 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 계약일부터 1년 초과시에 지급하는 보험금의 50%를 지급합니다. 여기서 “계약일부터 1년 이내”란 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다.

④ 제1-5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)과 같이 계산합니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을

면제합니다. 다만, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유첨2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

③ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

④ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

제2-5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

① 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

③ 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 “보장받을 수 있는 기간”은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.

1. 보험기간이 10년 이상인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내

2. 보험기간이 10년 미만인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내

④ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(유첨2 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑤ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨2 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 장해분류표(유첨2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(유첨2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-7조 [사고증명서]

- ① 제1~4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “사망진단서, 해당 질병 진단서(병명기입), 검사결과지, 진료기록부, 장해진단서 등”을 말합니다.
- ② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 [피보험자의 범위]

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인,多人)보장보험인 경우에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이하 같습니다.]로 합니다.
 2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 (단, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 자체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-10조의2 [특약의 갱신]

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다. 다만, 이 특약은 특약 체결 이후에 보험종목의 변경이 제한되며, 1종(무해약환급금형)의 경우 보험기간 및 보험료 납입기간의 변경(감액완납 포함)도 제한됩니다.
- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승인이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대행하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.
- ③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 자급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-14조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 단, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

가. 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우

나. 제1-13조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우

단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해약환급금이 있을 경우에는 제2-14조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

설명	<최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간 >
	주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해약환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 ‘최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간’을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 ‘최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간’의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이 때, “보험료 및 해약환급금 산출방법서(이하, “산출방법서”라 합니다)”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 피보험자에게 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 “급성뇌경색증Ⅱ진단보험금”의 지급사유가 발생한 경우

② 제1항 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.

③ 제1항 제2호의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 제1-5조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 계약자적립액 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지]

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제2-14조 [해약환급금]

① 이 약관에 따른 해약환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 1종(무해약환급금형)의 경우 이 특약이 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 (특약의 효력이 없어진 경우 포함) 해약환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지될 경우 해약환급금은 2종(유해약환급금형) 대비 적습니다. 단, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지 시 납입되지 않은 보험료가 있는 경우, 해약환급금에서 납입되지 않은 보험료를 차감하여 지급합니다.

설명 <ul style="list-style-type: none"> · 2종(유해약환급금형) 대비 1종(무해약환급금형)의 경과기간별 해약환급금 비율은 아래와 같습니다. – 기간예시 기준 : 계약일 2016년 1월 1일, 보험료 납입기간 20년 	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">기간</th><th style="text-align: center;">기간예시</th><th style="text-align: center;">2종대비 1종 해약환급금 비율</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: left;">계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center;">2016년 1월 1일 ~ 2035년 12월 31일</td><td style="text-align: center;">0%</td></tr> <tr> <td style="text-align: left;">「보험료 납입기간」 계약해당일 이후</td><td style="text-align: center;">2036년 1월 1일 이후</td><td style="text-align: center;">50%</td></tr> </tbody> </table> <p>※ 위 계약일 및 보험료 납입기간은 기간예시를 위해 가정하였으며, 실제 계약일 및 보험료 납입기간에 따라 각 해약환급금 비율이 적용되는 기간은 변경됩니다.</p>	기간	기간예시	2종대비 1종 해약환급금 비율	계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	2016년 1월 1일 ~ 2035년 12월 31일	0%	「보험료 납입기간」 계약해당일 이후	2036년 1월 1일 이후	50%
기간	기간예시	2종대비 1종 해약환급금 비율								
계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	2016년 1월 1일 ~ 2035년 12월 31일	0%								
「보험료 납입기간」 계약해당일 이후	2036년 1월 1일 이후	50%								

③ 제1~14조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 계약자에게 반환하여 드립니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

유의사항	<ol style="list-style-type: none"> 1. 이 특약의 1종(무해약환급금형)은 해약률을 적용하는 상품으로, 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후의 해약환급금이 2종(유해약환급금형) 대비 적은 대신 2종(유해약환급금형)보다 낮은 보험료로 기입할 수 있는 보험상품입니다. 2. 해약률이란 계약자가 보험기간 중 계약을 해지할 확률을 예측한 것을 말이며, 보험료 납입기간 및 경과년도에 따라 다르게 적용됩니다.
-------------	--

제5관 기타사항

제2~15조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표1

뇌경색증 분류표

① 약관에 규정하는 "뇌경색증으로 분류되는 질병"은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다. 다만, 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에서 정한 열공성 뇌경색(별표2 참조) 중 뇌경색증(63)으로 분류되지 않는 열공성뇌경색, 혈관성 치매는 보장에서 제외합니다.

대상 질병 명	분류번호
· 뇌경색증	163

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 "뇌경색증으로 분류되는 질병"은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	<p>피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "뇌경색증으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "뇌경색증으로 분류되는 질병"이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 "뇌경색증으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.</p> <p>반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "뇌경색증으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "뇌경색증으로 분류되는 질병"인 경우에는 약관에서 규정하는 "뇌경색증으로 분류되는 질병"으로 봅니다.</p>
----	--

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 "뇌경색증으로 분류되는 질병" 인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "뇌경색증으로 분류되는 질병" 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	<p>진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "뇌경색증으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "뇌경색증으로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "뇌경색증으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.</p>
----	---

별표2

「한국표준질병 · 사인분류 질병코딩지침서」에서 정한 열공성 뇌경색

약관에 규정하는 「한국표준질병 · 사인분류 질병코딩지침서」에서 정한 열공성 뇌경색은 통계청의 「한국표준질병 · 사인분류 질병코딩지침서 (Ver.2016)」에서 정하는 내용을 따르며, 이후 「한국표준질병 · 사인분류 질병코딩지침서」가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 「한국표준질병 · 사인분류 질병코딩지침서」를 적용합니다.

II-13. 열공성 뇌경색 증후군

세계보건기구(WHO)는 뇌졸중을 ‘뇌혈관 장애(뇌혈관의 폐쇄; 뇌허혈, 뇌경색, 뇌혈관의 파열; 뇌출혈)로 인하여 갑자기 국소 신경학적 장애 또는 의식장애가 발생하여 24 시간 이상 지속하는 경우’라고 정의하고 있다. 반면 일과성 뇌허혈은 24 시간 이내에 신경학적 장애가 회복되는 경우이다.

뇌의 심부에 혈액을 공급하는 관통혈관(penetrating arteries)이 막히는 경우 작은 구멍처럼 병변이 나타나게 되는데 이를 열공성 뇌경색증(Lacunar infarction) 또는 열공성 뇌졸중(Lacunar stroke)이라고 한다.

열공성 뇌경색증은 아래와 같이 분류한다.

1) 현재 병태가 명확한 급성의 열공성 뇌경색 증후군(current lacunar infarction syndrome)은 ‘I63.58† 기타 대뇌동맥의 상세불명 폐쇄 또는 협착에 의한 뇌경색증(Cerebral infarction due to unspecified occlusion or stenosis of other cerebral artery)과 G46._* 뇌혈관질환에서의 뇌의 혈관증후군(Vascular syndromes of brain in cerebrovascular diseases)’으로 분류한다.

‘G46._*’ 코드는 열공의 유형에 따라 ‘G465* 순수운동성 열공증후군(Pure motor lacunar syndrome), G466* 순수감각성 열공증후군(Pure sensory lacunar syndrome), G46.7* 기타 열공증후군(Other lacunar syndromes)’에서 분류한다.

2) 열공성 뇌경색이 후속 병태의 원인으로 언급된 경우에는 후유증 분류원칙을 따른다. 즉, 후속병태(예: 편마비)를 먼저 분류하고 후유증을 나타내는 ‘I69.3 뇌경색증의 후유증(Sequelae of cerebral infarction)’ 코드를 추가로 부여한다.

영상검사결과(예: CT, MRI, transcranial doppler ultrasonography 등)에서 열공성 뇌경색이 기술되어 있으나 이에 대한 진단이 없다면 ‘R90.8 중추신경계통의 진단영상 검사 상 기타 이상소견(Other abnormal findings on diagnostic imaging of central nervous system)’ 코드로 분류할 수 있다.

급성심근경색증진단특약IID(무배당) 약관

- ※ 이 특약은 1종(무해약환급금형) 및 2종(유해약환급금형)으로 운영되며, 모두 이 약관이 적용됩니다.
- ※ 1종(무해약환급금형)은 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해약환급금이 없는 상품입니다.
- ※ 1종(무해약환급금형)은 이 특약이 부가되는 주계약에 따라 보험종목의 명칭이 “급성심근경색증진단특약 IID(무배당, 무해약환급금형)”으로 상품설명서에 기재될 수 있습니다. 이 경우 2종(유해약환급금형)을 “유해약 환급금형 상품”이라 하며, “유해약환급금형 상품”은 비교 안내를 위한 상품으로 판매는 하지 않습니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1~1조부터 제1~15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.

※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [용어의 정의]

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

보험료 납입기간 : 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)을 말합니다.

제2-1조의2 [특약의 보험기간]

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때 회사가 정한 보험기간 내에서 계약자가 선택한 기간으로 합니다.

제2-1조의3 [“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정]

① 이 특약에 있어서 “급성심근경색증”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표(급성심근경색증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

② “급성심근경색증”의 진단확정은 의료법에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료 기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심 전도, 심장초음파, 관상동맥촬영술, 혈액 중 심장 효소검사, 핵의학 검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나, 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단 확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 특약의 보험기간 중에 “급성심근경색증”으로 치료를 받고 있었거나 또는 의학검사방법에 의해 진단받은 사실이 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록이 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 “급성심근경색증”임이 확정되거나 추정되는 경우

<p>용어</p> <p>해설</p>	<p><심전도 검사> 심장의 정기적 신호(주기적으로 전기를 만들어내어 심장박동을 조절)를 피부에 부착한 전극을 통해 그림으로 기록하는 것으로 심장에 대한 검사 중에 가장 기본이 되는 검사입니다.</p> <p><심장초음파 검사> 심장에 초음파를 보내고 되돌아 오는 반사파를 수신하여 심장의 상태를 화상으로 나타내는 검사로 심장의 형태, 움직임 등에 관한 내용을 파악할 수 있습니다.</p> <p><관상동맥촬영술> 관상동맥의 협착이 의심되는 환자를 대상으로 시행하는 검사입니다.</p> <p><심장 효소 검사> 심근경색증 확증에 중요한 자료가 되는 검사로 심근세포내에 들어있던 효소들이 혈류 속으로 흘러나와 혈청 수치가 상승되었는지 등의 여부를 검사하여 심근의 손상 여부를 판단하는 검사입니다.</p> <p><핵의학 검사> 방사성동위원소에서 나오는 방사선을 이용하여 인체의 해부학적, 생리학적 상태를 진단, 평가하는 검사입니다.</p>
-----------------------------------	--

제2-1조의4 [특약의 보장개시일]

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같습니다.

제2관 보험금 지급 등

제2-2조 [보험금의 지급사유]

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음의 사유가 발생한 경우에는 최초1회에 한하여 보험수익자에게 아래 보험금을 “급성심근경색증진단보험금”으로 지급합니다.

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 급성심근경색증으로 진단이 확정되었을 때 (단, 최초 1회에 한합니다)
지급금액	특약보험가입금액의 100%

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하고 그 후에 급성심근경색증을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 진단보험금을 지급하여 드립니다. 다만 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하여 제2-12조(특약의 소멸) 제1항 제2호에 따라 사망 당시의 계약자적립액을 이미 지급한 경우에는 해당 진단보험금에서 이미 지급된 계약자적립액을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ② 제1-5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)과 같이 계산합니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

- ① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ② 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유첨2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신

체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

- ③ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ④ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

제2-5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

① 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한 시장해의 장해지급률로 정합니다.

③ 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 “보장받을 수 있는 기간”은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.

1. 보험기간이 10년 이상인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내

2. 보험기간이 10년 미만인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내

④ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(유첨2 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑤ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨2 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 장해분류표(유첨2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(유첨2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-7조 [사고증명서]

- ① 제1~4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “사망진단서, 해당 질병 진단서(병명기입), 검사결과지, 진료기록부, 장해진단서 등”을 말합니다.
- ② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 [피보험자의 범위]

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 - 1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인, 多人)보장보험인 경우에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이하 같습니다]로 합니다.
 - 2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 (단, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 자체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-10조의2 [특약의 갱신]

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다. 다만, 이 특약은 특약 체결 이후에 보험종목의 변경이 제한되며, 1종(무해약환급금형)의 경우 보험기간 및 보험료 납입기간의 변경(감액완납 포함)도 제한됩니다.
- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대행하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.
- ③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-14조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 단, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.
- ④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

가. 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우

나. 제1-13조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우

단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해약환급금이 있을 경우에는 제2-14조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

설명	<최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간 >
	<p>주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해약환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.</p>

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이 때, "보험료 및 해약환급금 산출방법서(이하, "산출방법서"라 합니다)"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 피보험자에게 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 "급성심근경색증진단보험금"의 지급사유가 발생한 경우

② 제1항 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.

③ 제1항 제2호의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 제1-5조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 계약자적립액 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지]

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제2-14조 [해약환급금]

① 이 약관에 따른 해약환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 1종(무해약환급금형)의 경우 이 특약이 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 (특약의 효력이 없어진 경우 포함) 해약환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지될 경우

해약환급금은 2종(유해약환급금형) 대비 적습니다. 단, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지 시 납입되지 않은 보험료가 있는 경우, 해약환급금에서 납입되지 않은 보험료를 차감하여 지급합니다.

<p>설명</p> <ul style="list-style-type: none"> · 2종(유해약환급금형) 대비 1종(무해약환급금형)의 경과기간별 해약환급금 비율은 아래와 같습니다. <p>– 기간예시 기준: 계약일 2016년 1월 1일, 보험료 납입기간 20년</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">기간</th><th style="text-align: center;"><u>기간예시</u></th><th style="text-align: center;">2종 대비 1종 해약환급금 비율</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: left;">계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center;"><u>2016년 1월 1일 ~</u> <u>2035년 12월 31일</u></td><td style="text-align: center;">0%</td></tr> <tr> <td style="text-align: left;">「보험료 납입기간」 계약해당일 이후</td><td style="text-align: center;"><u>2036년 1월 1일 이후</u></td><td style="text-align: center;">50%</td></tr> </tbody> </table> <p>※ 위 계약일 및 보험료 납입기간은 기간예시를 위해 가정하였으며, 실제 계약일 및 보험료 납입기간에 따라 각 해약환급금 비율이 적용되는 기간은 변경됩니다.</p>	기간	<u>기간예시</u>	2종 대비 1종 해약환급금 비율	계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	<u>2016년 1월 1일 ~</u> <u>2035년 12월 31일</u>	0%	「보험료 납입기간」 계약해당일 이후	<u>2036년 1월 1일 이후</u>	50%
기간	<u>기간예시</u>	2종 대비 1종 해약환급금 비율								
계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	<u>2016년 1월 1일 ~</u> <u>2035년 12월 31일</u>	0%								
「보험료 납입기간」 계약해당일 이후	<u>2036년 1월 1일 이후</u>	50%								

- ③ 제1~14조(위법 계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 계약자에게 반환하여 드립니다.
- ④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.
- ⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

<p>유의사항</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 이 특약의 1종(무해약환급금형)은 해약률을 적용하는 상품으로, 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후의 해약환급금이 2종(유해약환급금형) 대비 적은 대신 2종(유해약환급금형)보다 낮은 보험료로 기입할 수 있는 보험상품입니다. 2. 해약률이란 계약자가 보험기간 중 계약을 해지할 확률을 예측한 것을 말하며, 보험료 납입기간 및 경과년도에 따라 다르게 적용됩니다.
-------------	--

제5관 기타사항

제2~15조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표

급성심근경색증 분류표

① 약관에 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 질병명	분류번호
· 급성 심근경색증	I21
· 후속심근경색증	I22
· 급성 심근경색증 후 특정 혼증 합병증	I23

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준 질병·사인분류를 적용합니다.

설명	<p>피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.</p> <p>반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”으로 봅니다.</p>
----	--

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준 질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	<p>진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.</p>
----	--

뇌졸중진단특약D(무배당) 약관

- ※ 이 특약은 1종(무해약환급금형) 및 2종(유해약환급금형)으로 운영되며, 모두 이 약관이 적용됩니다.
- ※ 1종(무해약환급금형)은 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해약환급금이 없는 상품입니다.
- ※ 1종(무해약환급금형)은 이 특약이 부가되는 주계약에 따라 보험종목의 명칭이 “뇌졸중진단특약D(무배당, 무해약 환급금형)”으로 상품설명서에 기재될 수 있습니다. 이 경우 2종(유해약환급금형)을 “유해약환급금형 상품”이라 하며, “유해약환급금형 상품”은 비교 안내를 위한 상품으로 판매는 하지 않습니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1~1조부터 제1~15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.

※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [용어의 정의]

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

보험료 납입기간 : 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)을 말합니다.

제2-1조의2 [특약의 보험기간]

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때 회사가 정한 보험기간 내에서 계약자가 선택한 기간으로 합니다.

제2-1조의3 [“뇌졸중”의 정의 및 진단 확정]

① 이 특약에 있어서 “뇌졸중”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표1(뇌졸중 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 한국표준질병·사인분류 질병코드지침서에서 정한 열공성 뇌경색(별표2 참조) 중 뇌경색증(I63)으로 분류되지 않는 열공성뇌경색, 혈관성 치매는 보장에서 제외합니다.

설명	〈약관에서 보장하지 않는 뇌출혈에 대한 설명〉
	외상(자해)으로 인하여 발생한 뇌출혈, 뇌종양(혈관종 포함)의 진행으로 인하여 종양 주변에 발생한 출혈 또는 뇌수술 합병증에 의한 뇌출혈은 약관에서 보장하는 “뇌졸중”에 속하는 뇌출혈(I60~I62)로 분류되지 않기 때문에 이 특약에서 보장하지 않습니다.
	② “뇌졸중”的 진단 확정은 의료법에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화단층술(SPECT),

뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 특약의 보험기간 중에 “뇌졸중”으로 치료를 받고 있었거나 또는 의학검사방법에 의해 진단받은 사실이 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록이 있는 경우

2. 부검감정서상 사인이 “뇌졸중”임이 확정되거나 추정되는 경우

용어 <뇌혈관조영술>

뇌 속 혈관의 병변이나 변화를 알아보기 위해 X선에 반응하여 희게 촬영되는 물질(조영제)을 뇌혈관에 투여한 뒤 촬영하는 기술

<양전자방출단층술(PET)>

Positron Emission Tomography. 양전자를 방출할 때 발생하는 핵의학적 방사능을 이용하여 인체의 단면을 촬영하는 기술

<단일광자방출 전산화단층술(SPECT)>

Single Photon Emission Computed Tomography. 감마선을 방출하는 방사성 동위원소를 체내에 투여하여 그 분포상태의 단면상을 컴퓨터로 재구성하는 촬영법

제2-1조의4 [특약의 보장개시일]

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같습니다.

제2관 보험금 지급 등

제2-2조 [보험금의 지급사유]

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음의 사유가 발생한 경우에는 최초1회에 한하여 보험수익자에게 아래 보험금을 “뇌졸중 진단보험금”으로 지급합니다.

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “뇌졸중”으로 진단확정 되었을 때 (단, 최초 1회에 한합니다)
지급금액	계약일부터 1년 초과 : 특약보험가입금액의 100% 계약일부터 1년 이내 : 특약보험가입금액의 50%

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하고 그 후에 “뇌졸중”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 진단보험금을 지급하여 드립니다. 다만, 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하여 제2-12조(특약의 소멸) 제1항 제2호에 따라 사망 당시의 계약자적립액(미경과보험료 포함)을 이미 지급한 경우에는 해당 진단보험금에서 이미 지급된 계약자적립액(미경과보험료 포함)을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.

② 피보험자에게 이 특약의 보장개시일 이후 계약일부터 1년 이내에 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 계약일부터 1년 초과시에 지급하는 보험금의 50%를 지급합니다. 여기서 “계약일부터 1년 이내”란 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다.

③ 제1-5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)과 같이 계산합니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

- ① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ② 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유첨2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ③ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ④ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

제2-5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

- ① 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한 시장해의 장해지급률로 정합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 “보장받을 수 있는 기간”은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.

1. 보험기간이 10년 이상인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내
2. 보험기간이 10년 미만인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내

- ④ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(유첨2 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑤ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨2 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 장해분류표(유첨2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(유첨2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-7조 [사고증명서]

- ① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “사망진단서, 해당 질병 진단서(병명기입), 검사결과지, 진료기록부, 장해진단서 등”을 말합니다.
- ② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 [피보험자의 범위]

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 - 1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인, 多人)보장보험인 경우에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이하 같습니다]로 합니다.
 - 2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우(단, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 자체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-10조의2 [특약의 갱신]

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다. 다만, 이 특약은 특약 체결 이후에 보험종목의 변경이 제한되며, 1종(무해약환급금형)의 경우 보험기간 및 보험료 납입기간의 변경(감액완납 포함)도 제한됩니다.
- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승인이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대행하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.
- ③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-14조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합

니다. 단, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

가. 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우

나. 제1-13조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우

단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해약환급금이 있을 경우에는 제2-14조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

설명

<최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간 >

주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해약환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 ‘최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간’을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 ‘최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간’의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이 때, “보험료 및 해약환급금 산출방법서(이하, “산출방법서”라 합니다)”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액(미경과보험료 포함)을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 피보험자에게 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 “뇌졸중 진단보험금”의 지급사유가 발생한 경우

② 제1항 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.

③ 제1항 제2호의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 제1-5조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 계약자적립액 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지]

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제2-14조 [해약환급금]

① 이 약관에 따른 해약환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 1종(무해약환급금형)의 경우 이 특약이 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 (특약의 효력이 없어진 경우 포함) 해약환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지될 경우 해약환급금은 2종(유해약환급금형) 대비 적습니다. 단, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지 시 납입되지 않은 보험료가 있는 경우, 해약환급금에서 납입되지 않은 보험료를 차감하여 지급합니다.

설명	<ul style="list-style-type: none"> · 2 종(유해약환급금형) 대비 1 종(무해약환급금형)의 경과기간별 해약환급금 비율은 아래와 같습니다. <p style="margin-top: 5px;">– 기간예시 기준 : 계약일 2016년 1월 1일, 보험료 납입기간 20년</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">기간</th><th style="width: 30%;">기간예시</th><th style="width: 40%;">2종대비 1종 해약환급 금 비율</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지</td><td>2016년 1월 1일 ~ 2035년 12월 31일</td><td>0%</td></tr> <tr> <td>「보험료 납입기간」 계약해당일 이후</td><td>2036년 1월 1일 이후</td><td>50%</td></tr> </tbody> </table> <p style="margin-top: 5px;">※ 위 계약일 및 보험료 납입기간은 기간예시를 위해 가정하였으며, 실제 계약일 및 보험료 납입기간에 따라 각 해약환급금 비율이 적용되는 기간은 변경됩니다.</p>			기간	기간예시	2종대비 1종 해약환급 금 비율	계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	2016년 1월 1일 ~ 2035년 12월 31일	0%	「보험료 납입기간」 계약해당일 이후	2036년 1월 1일 이후	50%
기간	기간예시	2종대비 1종 해약환급 금 비율										
계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	2016년 1월 1일 ~ 2035년 12월 31일	0%										
「보험료 납입기간」 계약해당일 이후	2036년 1월 1일 이후	50%										

③ 제1-14조(위법 계약의 해지)에 따라 위법 계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액(미 경과보험료 포함)을 계약자에게 반환하여 드립니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

유의사항	<ol style="list-style-type: none"> 1. 이 특약의 1종(무해약환급금형)은 해약률을 적용하는 상품으로, 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후의 해약환급금이 2종(유해약환급금형) 대비 적은 대신 2종(유해약환급금형)보다 낮은 보험료로 기입할 수 있는 보험상품입니다. 2. 해약률이란 계약자가 보험기간 중 계약을 해지할 확률을 예측한 것을 말이며, 보험료 납입기간 및 경과년도에 따라 다르게 적용됩니다.
------	--

제5관 기타사항

제2-15조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표1

뇌졸중 분류표

① 약관에 규정하는 "뇌졸중으로 분류되는 질병"은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다. 다만, 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에서 정한 열공성 뇌경색(별표2 참조) 중 뇌경색증(63)으로 분류되지 않는 열공성뇌경색, 혈관성 치매는 보장에서 제외합니다.

대상 질병 명	분류번호
· 거미막하출혈	160
· 뇌내출혈	161
· 기타 비외상성 두개내출혈	162
· 뇌경색증	163
· 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	165
· 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	166

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 "뇌졸중으로 분류되는 질병"은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "뇌졸중으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "뇌졸중으로 분류되는 질병"이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 "뇌졸중으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "뇌졸중으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "뇌졸중으로 분류되는 질병"인 경우에는 약관에서 규정하는 "뇌졸중으로 분류되는 질병"으로 봅니다.
----	---

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 "뇌졸중으로 분류되는 질병"인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "뇌졸중으로 분류되는 질병"인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "뇌졸중으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "뇌졸중으로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "뇌졸중으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.
----	---

별표2

「한국표준질병 · 사인분류 질병코딩지침서」에서 정한 열공성 뇌경색

약관에 규정하는 「한국표준질병 · 사인분류 질병코딩지침서」에서 정한 열공성 뇌경색은 통계청의 「한국표준질병 · 사인분류 질병코딩지침서 (Ver.2016)」에서 정하는 내용을 따르며, 이후 「한국표준질병 · 사인분류 질병코딩지침서」가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 「한국표준질병 · 사인분류 질병코딩지침서」를 적용합니다.

II-13. 열공성 뇌경색 증후군

세계보건기구(WHO)는 뇌졸중을 ‘뇌혈관 장애(뇌혈관의 폐쇄; 뇌허혈, 뇌경색, 뇌혈관의 파열; 뇌출혈)로 인하여 갑자기 국소 신경학적 장애 또는 의식장애가 발생하여 24 시간 이상 지속하는 경우’라고 정의하고 있다. 반면 일과성 뇌허혈은 24 시간 이내에 신경학적 장애가 회복되는 경우이다.

뇌의 심부에 혈액을 공급하는 관통혈관(penetrating arteries)이 막히는 경우 작은 구멍처럼 병변이 나타나게 되는데 이를 열공성 뇌경색증(Lacunar infarction) 또는 열공성 뇌졸중(Lacunar stroke)이라고 한다.

열공성 뇌경색증은 아래와 같이 분류한다.

1) 현재 병태가 명확한 급성의 열공성 뇌경색 증후군(current lacunar infarction syndrome)은 ‘I63.58† 기타 대뇌동맥의 상세불명 폐쇄 또는 협착에 의한 뇌경색증(Cerebral infarction due to unspecified occlusion or stenosis of other cerebral artery)과 G46._* 뇌혈관질환에서의 뇌의 혈관증후군(Vascular syndromes of brain in cerebrovascular diseases)’으로 분류한다.

‘G46._*’ 코드는 열공의 유형에 따라 ‘G465* 순수운동성 열공증후군(Pure motor lacunar syndrome), G466* 순수감각성 열공증후군(Pure sensory lacunar syndrome), G46.7* 기타 열공증후군(Other lacunar syndromes)’에서 분류한다.

2) 열공성 뇌경색이 후속 병태의 원인으로 언급된 경우에는 후유증 분류원칙을 따른다. 즉, 후속병태(예: 편마비)를 먼저 분류하고 후유증을 나타내는 ‘I69.3 뇌경색증의 후유증(Sequelae of cerebral infarction)’ 코드를 추가로 부여한다.

영상검사결과(예: CT, MRI, transcranial doppler ultrasonography 등)에서 열공성 뇌경색이 기술되어 있으나 이에 대한 진단이 없다면 ‘R90.8 중추신경계통의 진단영상 검사 상 기타 이상소견(Other abnormal findings on diagnostic imaging of central nervous system)’ 코드로 분류할 수 있다.

뇌출혈진단특약ⅡD(무배당) 약관

- ※ 이 특약은 1종(무해약환급금형) 및 2종(유해약환급금형)으로 운영되며, 모두 이 약관이 적용됩니다.
- ※ 1종(무해약환급금형)은 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해약환급금이 없는 상품입니다.
- ※ 1종(무해약환급금형)은 이 특약이 부가되는 주계약에 따라 보험종목의 명칭이 “뇌출혈진단특약ⅡD(무배당, 무해약환급금형)”으로 상품설명서에 기재될 수 있습니다. 이 경우 2종(유해약환급금형)을 “유해약환급금형 상품”이라 하며, “유해약환급금형 상품”은 비교 안내를 위한 상품으로 판매는 하지 않습니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1~1조부터 제1~15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.

※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [용어의 정의]

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

보험료 납입기간 : 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)을 말합니다.

제2-1조의2 [특약의 보험기간]

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때 회사가 정한 보험기간 내에서 계약자가 선택한 기간으로 합니다.

제2-1조의3 [“뇌출혈”的 정의 및 진단 확정]

① 이 특약에 있어서 “뇌출혈”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표(뇌출혈 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

설명	<약관에서 보장하지 않는 뇌출혈에 대한 설명> 외상(재해)으로 인하여 발생한 뇌출혈, 뇌종양(혈관종 포함)의 진행으로 인하여 종양 주변에 발생한 출혈 또는 뇌수술 합병증에 의한 뇌출혈은 약관에서 보장하는 뇌출혈(I60~I62)로 분류되지 않기 때문에 이 특약에서 보장하지 않습니다.
----	---

② “뇌출혈”的 진단 확정은 의료법에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 특약의 보험기간 중에 “뇌출혈”로 치료를 받고 있었거나 또는 의학검사방법에 의해 진단받은 사실이 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록이 있는 경우
2. 부검감정서상 사인인 “뇌출혈”임이 확정되거나 추정되는 경우

용어	〈뇌혈관조영술〉
해설	뇌 속 혈관의 병변이나 변화를 알아보기 위해 X선에 반응하여 희게 촬영되는 물질(조영제)을 뇌혈관에 투여한 뒤 촬영하는 기술
	〈양전자방출단층촬영(PET)〉
	Positron Emission Tomography. 양전자를 방출할 때 발생하는 핵의학적 방사능을 이용하여 인체의 단면을 촬영하는 기술
	〈단일광자방출 전산화단층촬영(SPECT)〉
	Single Photon Emission Computed Tomography. 감마선을 방출하는 방사성 동위원소를 체내에 투여하여 그 분포상태의 단면상을 컴퓨터로 재구성하는 촬영법

제2-1조의4 [특약의 보장개시일]

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같습니다.

제2관 보험금 지급 등

제2-2조 [보험금의 지급사유]

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음의 사유가 발생한 경우에는 최초1회에 한하여 보험수익자에게 아래 보험금을 “뇌출혈진단보험금”으로 지급합니다.

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 뇌출혈로 진단이 확정되었을 때 (단, 최초 1회에 한합니다)
지급금액	특약보험가입금액의 100%

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하고 그 후에 뇌출혈을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 진단보험금을 지급하여 드립니다. 다만 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하여 제2-12조(특약의 소멸) 제1항 제2호에 따라 사망 당시의 계약자적립액을 이미 지급한 경우에는 해당 진단보험금에서 이미 지급된 계약자적립액을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ② 제1-5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)과 같이 계산합니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

- ① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ② 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유첨2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

- ③ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ④ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

제2-5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

- ① 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한 시장해의 장해지급률로 정합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 “보장받을 수 있는 기간”은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.
 - 1. 보험기간이 10년 이상인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내
 - 2. 보험기간이 10년 미만인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내
- ④ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(유첨2 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑤ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨2 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 장해분류표(유첨2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(유첨2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

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

- 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.
- 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

제2-7조 [사고증명서]

- ① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “사망진단서, 해당 질병 진단서(병명기입), 검사결과지, 진료기록부, 장해진단서 등”을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 [피보험자의 범위]

① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.

1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인,多人)보장보험인 경우에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이하 같습니다]로 합니다.

2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 (단, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 자체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-10조의2 [특약의 갱신]

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다. 다만, 이 특약은 특약 체결 이후에 보험종목의 변경이 제한되며, 1종(무해약환급금형)의 경우 보험기간 및 보험료 납입기간의 변경(감액완납 포함)도 제한됩니다.

② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승인이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대행하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.

③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-14조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 단, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

가. 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우

나. 제1-13조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우

단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해약환급금이 있을 경우에는 제2-14조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

설명

<최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간 >

주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해약환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 ‘최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간’을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 ‘최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간’의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이 때, “보험료 및 해약환급금 산출방법서(이하, “산출방법서”라 합니다)”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 피보험자에게 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 “뇌출혈진단보험금”의 지급사유가 발생한 경우

② 제1항 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.

③ 제1항 제2호의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 제1-5조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 계약자적립액 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지]

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제2-14조 [해약환급금]

① 이 약관에 따른 해약환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 1종(무해약환급금형)의 경우 이 특약이 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우(특약의 효력이 없어진 경우 포함) 해약환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지될 경우 해약환급금은 2종(유해약환급금형) 대비 적습니다. 단, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지 시 납입되지 않은 보험료가 있는 경우, 해약환급금에서 납입되지 않은 보험료를 차감하여 지급합니다.

<p>설명</p> <ul style="list-style-type: none"> · 2종(유해약환급금형) 대비 1종(무해약환급금형)의 경과기간별 해약환급금 비율은 아래와 같습니다. <p>- 기간예시 기준 : 계약일 2016년 1월 1일, 보험료 납입기간 20년</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">기간</th><th style="text-align: center;">기간예시</th><th style="text-align: center;">2종 대비 1종 해약환급금 비율</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: left;">계약일부터 「보험료 납입기간」계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center;">2016년 1월 1일 ~ 2035년 12월 31일</td><td style="text-align: center;">0%</td></tr> <tr> <td style="text-align: left;">「보험료 납입기간」계약해당일 이후</td><td style="text-align: center;">2036년 1월 1일 이후</td><td style="text-align: center;">50%</td></tr> </tbody> </table> <p>※ 위 계약일 및 보험료 납입기간은 기간예시를 위해 가정하였으며, 실제 계약일 및 보험료 납입기간에 따라 각 해약환급금 비율이 적용되는 기간은 변경됩니다.</p>	기간	기간예시	2종 대비 1종 해약환급금 비율	계약일부터 「보험료 납입기간」계약해당일의 전일까지	2016년 1월 1일 ~ 2035년 12월 31일	0%	「보험료 납입기간」계약해당일 이후	2036년 1월 1일 이후	50%
기간	기간예시	2종 대비 1종 해약환급금 비율								
계약일부터 「보험료 납입기간」계약해당일의 전일까지	2016년 1월 1일 ~ 2035년 12월 31일	0%								
「보험료 납입기간」계약해당일 이후	2036년 1월 1일 이후	50%								

③ 제1~14조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 계약자에게 반환하여 드립니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

<p>유의사항</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 이 특약의 1종(무해약환급금형)은 해약률을 적용하는 상품으로, 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후의 해약환급금이 2종(유해약환급금형) 대비 적은 대신 2종(유해약환급금형)보다 낮은 보험료로 가입할 수 있는 보험상품입니다. 2. 해약률이란 계약자가 보험기간 중 계약을 해지할 확률을 예측한 것을 말하며, 보험료 납입기간 및 경과년도에 따라 다르게 적용됩니다.
--

제5관 기타사항

제2~15조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표**뇌출혈 분류표**

① 약관에 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 질병 명	분류번호
· 거미막하 출혈	I60
· 뇌내출혈	I61
· 기타 비외상성 두개내출혈	I62

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명

피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.
반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”으로 봅니다.

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명

진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “뇌출혈로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.

당뇨병(당화혈색소6.5%이상)진단특약D(무배당) 약관

- ※ 이 특약은 1종(무해약환급금형) 및 2종(유해약환급금형)으로 운영되며, 모두 이 약관이 적용됩니다.
- ※ 1종(무해약환급금형)은 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해약환급금이 없는 상품입니다.
- ※ 1종(무해약환급금형)은 이 특약이 부가되는 주계약에 따라 보험종목의 명칭이 “당뇨병(당화혈색소6.5%이상)진단특약D(무배당, 무해약환급금형)”으로 상품설명서에 기재될 수 있습니다. 이 경우 2종(유해약환급금형)을 “유해약환급금형 상품”이라 하며, “유해약환급금형 상품”은 비교 안내를 위한 상품으로 판매는 하지 않습니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.

※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [용어의 정의]

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

보험료 납입기간: 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)을 말합니다.

제2-1조의2 [특약의 보험기간]

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때 회사가 정한 보험기간 내에서 계약자가 선택한 기간으로 합니다.

제2-1조의3 [“당뇨병(당화혈색소6.5%이상)”의 정의 및 진단확정]

- ① 이 특약에 있어서 “당뇨병(당화혈색소6.5% 이상)”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표(당뇨병 분류표)에서 정한 질병 중 당화혈색소(Hemoglobin A1c, HbA1c) 수치가 6.5% 이상을 만족하는 당뇨병으로 진단받은 경우를 말합니다.
- ② 당화혈색소(HbA1c)는 표준화된 방법으로 측정된 것이어야 하며, 이는 「국제당화혈색소 측정 표준화 프로그램(National Glycohemoglobin Standardization Program:NGSP)」에 의해 인증되고 『당뇨병 조절과 합병증에 대한 연구(Diabetes Control and Complications Trial :DCCT)』에서 정한 표준화된 방법으로 측정된 것을 말합니다.
- ③ “당뇨병(당화혈색소6.5%이상)”의 진단 확정은 의료법에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 작성한 문서화된 기록 또는 검사 결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.
- ④ 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 “당뇨병(당화혈색소

6.5% 이상”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거를 진단 확정의 기초로 할 수 있습니다.

용어

<당화혈색소(HbA1c)>

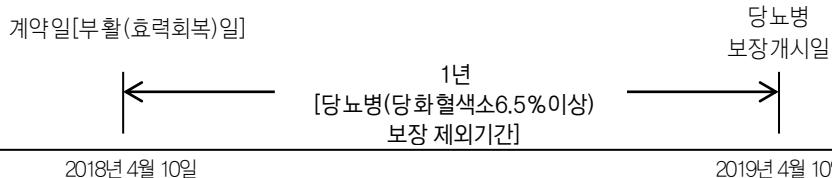
해설

당화혈색소(HbA1c)란 체내에서 산소를 운반하는 헤모글로빈(혈색소)이 혈액 내에 있는 포도당과 결합하여 당화된 상태를 말하며, 지난 2~3개월 동안의 평균 혈당 수준을 반영합니다. 당화혈색소는 당뇨병의 진단에 이용되며, 치료 시 혈당의 조절 정도를 반영하고, 당뇨병으로 인한 합병증 발생 위험을 예측하는 주요한 지표로서 당뇨병 환자들에게는 정기적으로 측정하도록 권고되고 있습니다.

제2-1조의4 [특약의 보장개시일]

- ① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제2-1조의3[“당뇨병(당화혈색소6.5% 이상)”의 정의 및 진단확정] 제1항에서 정한 “당뇨병(당화혈색소6.5% 이상)” 보장에 대한 보장개시일은 계약일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날(이하 「당뇨병 보장개시일」이라 합니다)로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

〈당뇨병 보장개시일 예시〉



제2관 보험금 지급 등

제2-2조 [보험금의 지급사유]

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 「당뇨병 보장개시일」 이후에 “당뇨병(당화혈색소6.5% 이상)”으로 진단 확정되었을 경우에는 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 아래 보험금을 “당뇨병(당화혈색소6.5% 이상) 진단보험금”으로 지급합니다.

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 「당뇨병 보장개시일」 이후에 “당뇨병(당화혈색소6.5% 이상)”으로 진단 확정 되었을 경우
지급금액	특약보험가입금액의 10% ※ 단, 최초 1회에 한하여 지급합니다

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

- ① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하고 그 후에 “당뇨병(당화혈색소6.5% 이상)”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 진단보험금을 지급하여 드립니다. 다만 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하여 제2-12조(특약의 소멸) 제1항 제2호에 따라 사망 당시의 계약자적립액(미경과보험료 포함)을 이미 지급한 경우에는 해당 진단보험금에서 이미 지급

된 계약자적립액(미경과보험료 포함)을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.

② 제1-5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음 날부터 보험금 지급일 까지의 기간에 대한 이자는 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)과 같이 계산합니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유첨2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

③ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

④ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

제2-5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

① 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한 시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

③ 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 “보장받을 수 있는 기간”은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.

1. 보험기간이 10년 이상인 특약: 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내

2. 보험기간이 10년 미만인 특약: 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내

④ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(유첨2 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑤ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨2 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 장해분류표(유첨2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(유첨2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-7조 [사고증명서]

① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “해당 질병 진단서(병명기입), 당화혈색소(HbA1c) 수치를 포함한 검사결과지, 진료기록부, 장해진단서, 사망진단서 등”을 말합니다.

② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 [피보험자의 범위]

① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.

1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인,多人)보장보험인 경우에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이하 같습니다]로 합니다.

2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.

② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우(단, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-10조의2 [특약의 갱신]

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-10조의3 [“특약의 무효”에 대한 특칙]

이 특약의 경우 제1-10조(특약의 무효) 제1항 이외에 피보험자가 보험계약일부터 「당뇨병 보장개시일」 전일 이전에 제2-1조의3[“당뇨병(당화혈색소6.5%이상)”의 정의 및 진단확정] 제1항에서 정한 “당뇨병(당화혈색소6.5%이상)”으

로 진단확정되는 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, 감액으로 회사가 실제 지급한 금액을 차감한 금액)를 돌려 드립니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다. 다만, 이 특약은 특약 체결 이후에 보험종목의 변경이 제한되며, 1종(무해약환급금형)의 경우 보험기간 및 보험료 납입기간의 변경(감액완납 포함)도 제한됩니다.
- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승인이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대향하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.
- ③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-14조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.
- ④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

- ① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

가. 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우

나. 제1-13조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우

단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해약환급금이 있을 경우에는 제2-14조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다

설명	<최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간>
주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해약환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.	

주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해약환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이 때 "보험료 및 해약환급금 산출방법서(이하, '산출방법서'라 합니다)"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액(미경과보험료 포함)을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 피보험자에게 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우

- ② 제1항 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 사망 연월일을 기준으로 합니다.

- ③ 제1항 제2호의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 제1-5조

(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 계약자적립액 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지]

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제2-14조 [해약환급금]

① 이 약관에 따른 해약환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 1종(무해약환급금형)의 경우 이 특약이 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 (특약의 효력이 없어진 경우 포함) 해약환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지될 경우 해약환급금은 2종(유해약환급금형) 대비 적용됩니다. 단, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지 시 납입되지 않은 보험료가 있는 경우, 해약환급금에서 납입되지 않은 보험료를 차감하여 지급합니다.

설명	<p>· 2종(유해약환급금형) 대비 1종(무해약환급금형)의 경과기간별 해약환급금 비율은 아래와 같습니다. – 기간예시 기준 : 계약일 2016년 1월 1일, 보험료 납입기간 20년</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><thead><tr><th style="text-align: center; padding: 5px;">기간</th><th style="text-align: center; padding: 5px;">기간예시</th><th style="text-align: center; padding: 5px;">2종 대비 1종 해약환급금 비율</th></tr></thead><tbody><tr><td style="text-align: center; padding: 5px;">계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">2016년 1월 1일 ~ 2035년 12월 31일</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">0%</td></tr><tr><td style="text-align: center; padding: 5px;">「보험료 납입기간」 계약해당일 이후</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">2036년 1월 1일 이후</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">50%</td></tr></tbody></table> <p>※ 위 계약일 및 보험료 납입기간은 기간예시를 위해 가정하였으며, 실제 계약일 및 보험료 납입기간에 따라 각 해약환급금 비율이 적용되는 기간은 변경됩니다.</p>	기간	기간예시	2종 대비 1종 해약환급금 비율	계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	2016년 1월 1일 ~ 2035년 12월 31일	0%	「보험료 납입기간」 계약해당일 이후	2036년 1월 1일 이후	50%
기간	기간예시	2종 대비 1종 해약환급금 비율								
계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	2016년 1월 1일 ~ 2035년 12월 31일	0%								
「보험료 납입기간」 계약해당일 이후	2036년 1월 1일 이후	50%								

③ 제1-14조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액(미경과보험료 포함)을 계약자에게 반환하여 드립니다.

④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

유의사항	<p>1. 이 특약의 1종(무해약환급금형)은 해약률을 적용하는 상품으로, 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후의 해약환급금이 2종(유해약환급금형) 대비 적은 대신 2종(유해약환급금형)보다 낮은 보험료로 가입할 수 있는 보험상품입니다.</p> <p>2. 해약률이란 계약자가 보험기간 중 계약을 해지할 확률을 예측한 것을 말하며, 보험료 납입기간 및 경과년도에 따라 다르게 적용됩니다.</p>
------	---

제5관 기타사항

제2-15조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표**당뇨병 분류표**

① 약관에 규정하는 “당뇨병으로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 질병 명	분류번호
1. 1형 당뇨병	E10
2. 2형 당뇨병	E11
3. 영양실조-관련 당뇨병	E12
4. 기타 명시된 당뇨병	E13
5. 상세불명의 당뇨병	E14

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “당뇨병으로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “당뇨병으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “당뇨병으로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “당뇨병으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “당뇨병으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “당뇨병으로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “당뇨병으로 분류되는 질병”으로 봅니다.
-----------	---

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 “당뇨병으로 분류되는 질병”인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “당뇨병으로 분류되는 질병”인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “당뇨병으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “당뇨병으로 분류되는 질병”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “당뇨병으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.
-----------	---

소액질병보장특약VIII(D(무배당) 약관

- ※ 이 특약은 1종(무해약환급금형) 및 2종(유해약환급금형)으로 운영되며, 모두 이 약관이 적용됩니다.
- ※ 1종(무해약환급금형)은 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해약환급금이 없는 상품입니다.
- ※ 1종(무해약환급금형)은 이 특약이 부가되는 주계약에 따라 보험종목의 명칭이 "소액질병보장특약VIII(D(무배당, 무해약환급금형))"으로 상품설명서에 기재될 수 있습니다. 이 경우 2종(유해약환급금형)을 "유해약환급금형 상품"이라 하며, "유해약환급금형 상품"은 비교 안내를 위한 상품으로 판매는 하지 않습니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.

※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [용어의 정의]

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

보험료 납입기간 : 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)을 말합니다.

제2-1조의2 [특약의 보험기간]

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때 회사가 정한 보험기간 내에서 계약자가 선택한 기간으로 합니다.

제2-1조의3 [“양성뇌종양”의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “양성뇌종양”이라 함은 뇌와 척수(뇌막과 척수 수막 포함)에 발생한 병리조직학적으로 양성인 뇌 종양으로서 한국표준질병·시인분류 중 별표1[양성뇌종양(경계성종양 제외) 대상 질병 분류표]에서 정한 질병을 말하며, 낭종, 육아종, 혈종, 뇌농양, 뇌의 정맥기형 또는 동맥 기형은 보장에서 제외합니다.
- ② “양성뇌종양”的 진단 확정은 의료법에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적검사상 객관적인 이상소견(sign)과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌조직에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.

제2-1조의4 [“경계성종양”의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “경계성종양”이라 함은 한국표준질병·시인분류의 기본분류 중 별표2(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

② “경계성종양”의 진단 확정은 의료법에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의5 [“초기유방암”的 정의 및 진단 확정]

① 이 특약에 있어서 “초기유방암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표3(유방의 악성신생물 분류표)에서 정한 질병(이하, “유방암”이라 합니다)에 해당하는 질병 중 ‘AJCC 암병기설정매뉴얼[AJCC(American Joint Committee on Cancer) Cancer Staging Manual] 제8판’에서 정한 “유방암의 TNM 해부(anatomic)병기 분류상 1기(Stage 1)”에 해당하는 경우를 말하며, 아래에 해당하는 질병은 이 특약에 있어서 “유방암”에 해당하지 않습니다.

– 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)

설명	< 유방암의 TNM 해부(anatomic)병기 분류상 1기(Stage 1) > AJCC 암병기설정매뉴얼 제8판에서 “유방암의 TNM 해부(anatomic)병기 분류상 1기(Stage 1)”는 “T1N0M0”, “T0N1M0”, “T1N1M0”를 말합니다.
----	---

② 제1항의 AJCC 암병기설정매뉴얼이 향후 개정되는 경우에는 “초기유방암”的 진단확정 시점에 적용되는 AJCC 암병기설정매뉴얼상 “유방암의 TNM 해부(anatomic)병기 분류상 1기(stage1)”를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고, AJCC 암병기설정매뉴얼에서 TNM 기준이 제외되는 등 “초기유방암”的 진단확정 시점에 AJCC 암병기설정매뉴얼의 “유방암의 TNM 해부(anatomic)병기 분류 기준”에 따라 보험금 지급사유에 대한 판단이 불가능한 경우, 회사는 변경 직전의 AJCC 암병기설정매뉴얼에서 정한 “유방암의 TNM 해부(anatomic)병기 분류 기준”을 따릅니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)]의 경우 원발성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

설명	< 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.
----	--

④ “초기유방암”的 진단 확정은 의료법에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “초기유방암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의6 [“중증 갑상선암” 및 “중증 이외 갑상선암”的 정의 및 진단 확정]

① 이 특약에 있어서 “중증갑상선암”은 한국표준질병·사인분류 중 별표4(갑상선의 악성신생물 분류표)에서 정한 “갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병”(이하, “갑상선암”이라 합니다) 중 “수질성암(Medullary carcinoma)” 또는 “역형성암(Anaplastic carcinoma)”에 해당하는 질병을 말하며, 아래에 해당하는 질병은 이 특약에 있어서 “갑상선암”에 해

당하지 않습니다.

– 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)

② 이 특약에 있어서 "중증 이외 갑상선암"이라 함은 "갑상선암"에 해당하는 질병 중 "중증갑상선암"을 제외한 나머지 갑상선암을 말합니다.

③ "중증갑상선암" 및 "중증 이외 갑상선암"의 진단 확정은 의료법에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "중증갑상선암" 및 "중증 이외 갑상선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의7 [“제자리암”의 정의 및 진단 확정]

① 이 특약에 있어서 “제자리암”이라 함은 한국표준질병·사인분류의 기본분류 중 별표5[제자리 신생물 분류표(비침습방광암 및 대장점막내암 제외)]에서 정한 질병을 말합니다. 다만, “제2-1조의9(“비침습 방광암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 비침습 방광암” 및 “제2-1조의10(“대장점막내암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 대장점막내암”은 제외합니다.

② “제자리암”的 진단 확정은 의료법에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “제자리암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의8 [“기타피부암”의 정의 및 진단 확정]

① 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 한국표준질병·사인분류의 기본분류 중 별표6(기타 피부의 악성신생물 분류표)에서 정한 질병을 말하며, 아래에 해당하는 질병은 이 특약에 있어서 “기타피부암”에 해당하지 않습니다.

– 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)

② “기타피부암”的 진단 확정은 의료법에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “기타피부암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의9 [“비침습 방광암”의 정의 및 진단 확정]

① 이 특약에 있어서 “비침습 방광암”이라 함은 방광의 이행상피세포증(transitional epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 점막 고유층(lamina propria)까지는 침범하지 않은 비침습 유두암(papillary carcinoma) 상태로 ‘AJCC 암병기설정매뉴얼[AJCC (American Joint Committee on Cancer) Cancer Staging Manual] 제8판’에서 정한 병기상 TaNOMO인 방광암을 말합니다.

〈비침습 방광암 예시〉

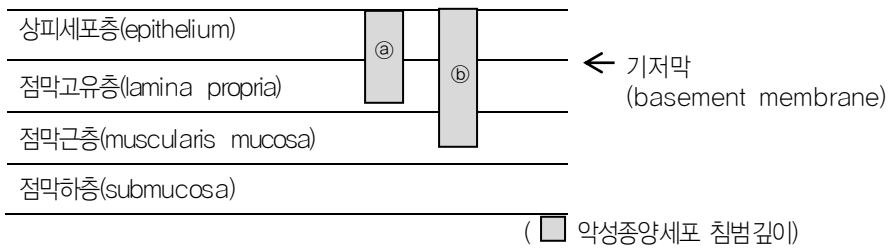


- ② 제1항의 AJCC 암병기설정매뉴얼이 향후 개정되는 경우에는 “비침습 방광암”의 진단 확정 시점에 적용되는 AJCC 암병기설정매뉴얼을 따릅니다.
- ③ “비침습 방광암”의 진단 확정은 의료법에서 규정한 국내외의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “비침습 방광암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의10 [“대장점막내암”의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 “대장점막내암”이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 총수, 결장, 직장을 말합니다.

〈대장점막내암 예시〉



- ② “대장점막내암”의 진단 확정은 의료법에서 규정한 국내외의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “대장점막내암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의11 [특약의 보장개시일]

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같습니다.

제2관 보험금 지급 등

제2-2조 [보험금의 지급사유]

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “양성뇌종양”, “경계성종양”, “초기유방암”, “중증 이외 갑상선암”, “제자리암”, “기타피부암”, “비침습 방광암” 또는 “대장점막내암”으로 진단 확정 받았을 때 보험수익자에게 아래 보험금을 소액질병 진단보험금으로 지급합니다.

지급 사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “양성뇌종양”, “경계성종양”, “초기유방암”, “중증 이외 갑상선암”, “제자리암”, “기타피부암”, “비침습 방광암” 또는 “대장점막내암”으로 진단이 확정되었을 때 (단, “양성뇌종양”, “경계성종양”, “초기유방암”, “중증 이외 갑상선암”, “제자리암”, “기타피부암”, “비침습 방광암” 또는 “대장점막내암”에 대해 각각 1회의 진단 확정에 한함)
지급 금액	계약일부터 1년 초과 : 특약보험가입금액의 100% 계약일부터 1년 이내 : 특약보험가입금액의 50%

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

- ① 피보험자에게 이 특약의 보장개시일 이후 계약일부터 1년 이내에 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 계약일부터 1년 초과시에 지급하는 보험금의 50%를 지급합니다. 여기서 “계약일부터 1년 이내”란 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다.
- ② 피보험자에게 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 소액질병진단보험금의 지급사유가 발생하더라도, 그 지급사유가 보장개시일 이후 이미 소액질병진단보험금이 지급된 “양성뇌종양”, “경계성종양”, “초기유방암”, “중증 이외 갑상선암”, “제자리암”, “기타피부암”, “비침습 방광암” 또는 “대장점막내암”으로 인한 경우(종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우 포함)에 회사는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제2-1조의9“비침습 방광암”的 정의 및 진단 확정)에서 정한 “비침습 방광암”으로 보험금 지급사유 발생시 “비침습 방광암”에 해당하는 보험금을 지급하고 “제자리암”에 해당하는 보험금은 지급되지 않습니다.
- ④ 제2-1조의10(“대장점막내암”的 정의 및 진단 확정)에서 정한 “대장점막내암”으로 보험금 지급사유 발생시 “대장점막내암”에 해당하는 보험금을 지급하고 “제자리암”에 해당하는 보험금은 지급되지 않습니다.
- ⑤ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하고 그 후에 “양성뇌종양”, “경계성종양”, “초기유방암”, “중증 이외 갑상선암”, “제자리암”, “기타피부암”, “비침습 방광암” 또는 “대장점막내암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 진단보험금을 지급하여 드립니다. 다만 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하여 제2-12조(특약의 소멸) 제1항 제2호에 따라 사망 당시의 계약자적립액(미경과보험료 포함)을 이미 지급한 경우에는 해당 진단보험금에서 이미 지급된 계약자적립액(미경과보험료 포함)을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다. 단, 해당 진단보험금 지급사유가 제2-12조(특약의 소멸) 제1항 제3호에서 정한 특약의 소멸사유에 해당되지 않는 경우에는 이미 지급된 계약자적립액(미경과보험료 포함)을 차감하지 않습니다.
- ⑥ 제1-5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음 날부터 보험금 지급일 까지의 기간에 대한 이자는 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)과 같이 계산합니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

- ① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ② 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유첨2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ③ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

④ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

제2-5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

① 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한 시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

③ 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 “보장받을 수 있는 기간”은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.

1. 보험기간이 10년 이상인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내

2. 보험기간이 10년 미만인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내

④ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(유첨2 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑤ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨2 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 장해분류표(유첨2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(유첨2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-7조 [사고증명서]

① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “진단서(병명기입), 검사결과지(조직검사, 방사선 검사 등), 진료기록부, 장해진단서, 사망진단서 등”을 말합니다. 단, 유방암의 경우에는 암 병기가 명기된 서류(TNM

해부병 기확인서류 등), 갑상선암의 경우에는 암의 종류(수질성암, 역형성암 등)가 명기된 서류를 제출하여야 합니다.
② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 [“특약의 체결”에 대한 특칙]

이 특약의 경우 제1-9조(특약의 체결) 제5항에도 불구하고, 제2-3조(보험금 지급 관련 세부사항) 제2항에 해당하는 경우에는 보장하지 않습니다.

제2-10조의2 [특약의 갱신]

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-10조의3 [피보험자의 범위]

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인, 多人)보장보험인 경우에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이하 같습니다]로 합니다.
 2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 (단, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다. 다만, 이 특약은 특약 체결 이후에 보험증권의 변경이 제한되며, 1종(무해약환급금형)의 경우 보험기간 및 보험료 납입기간의 변경(감액완납 포함)도 제한됩니다.
- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승인이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대행하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.

- ③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-14조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.
- ④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

가. 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우

나. 제1-13조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우

단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해약환급금이 있을 경우에는 제2-14조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다

설명	〈최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간〉
	주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해약환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이때 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액(미경과보험료 포함)을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

② 제1항 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 사망 연월일을 기준으로 합니다.

③ 제1항 제2호의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 제1-5조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 계약자적립액 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지]

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해약환급금) 제1항

에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제2-14조 [해약환급금]

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 1종(무해약환급금형)의 경우 이 특약이 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 (특약의 효력이 없어진 경우 포함) 해약환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지될 경우 해약환급금은 2종(유해약환급금형) 대비 적습니다. 단, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지 시 납입되지 않은 보험료가 있는 경우, 해약환급금에서 납입되지 않은 보험료를 차감하여 지급합니다.

설명	· 2종(유해약환급금형) 대비 1종(무해약환급금형)의 경과기간별 해약환급금 비율은 아래와 같습니다. – 기간예시 기준 : 계약일 2016년 1월 1일, 보험료 납입기간 20년		
	기간	기간예시	2종대비 1종 해약환급 금 비율
	계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	2016년 1월 1일 ~ 2035년 12월 31일	0%
	「보험료 납입기간」 계약해당일 이후	2036년 1월 1일 이후	50%

※ 위 계약일 및 보험료 납입기간은 기간예시를 위해 가정하였으며, 실제 계약일 및 보험료 납입기간에 따라 각 해약환급금 비율이 적용되는 기간은 변경됩니다.

- ③ 제1-14조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액(미 경과보험료 포함)을 계약자에게 반환하여 드립니다.
④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.
⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

유의사항	1. 이 특약의 1종(무해약환급금형)은 해약률을 적용하는 상품으로, 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후의 해약환급금이 2종(유해약환급금형) 대비 적은 대신 2종(유해약환급금형)보다 낮은 보험료로 가입할 수 있는 보험상품입니다. 2. 해약률이란 계약자가 보험기간 중 계약을 해지할 확률을 예측한 것을 말하며, 보험료 납입기간 및 경과년도에 따라 다르게 적용됩니다.
------	--

제5관 기타사항

제2-15조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표1

양성뇌종양(경계성종양 제외) 대상 질병 분류표

① 약관에 규정하는 "양성뇌종양으로 분류되는 질병"은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 질병 명	분류번호
1. 수막의 양성신생물	D32
2. 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성 신생물	D33
3. 뇌하수체의 양성신생물	D35.2
4. 두개인두관의 양성신생물	D35.3
5. 송과선의 양성신생물	D35.4

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 "양성뇌종양으로 분류되는 질병"은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "양성뇌종양으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "양성뇌종양으로 분류되는 질병"이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 "양성뇌종양으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "양성뇌종양으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "양성뇌종양으로 분류되는 질병"인 경우에는 약관에서 규정하는 "양성뇌종양으로 분류되는 질병"으로 봅니다.
----	---

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 "양성뇌종양으로 분류되는 질병"인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "양성뇌종양으로 분류되는 질병"인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "양성뇌종양으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "양성뇌종양으로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "양성뇌종양으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.
----	---

별표2

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

① 약관에 규정하는 "경계성종양으로 분류되는 질병"은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 질병명	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 종이, 호흡기관, 흉곽내 기관의 행동 양식 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. 행동양식 불명 및 미상의 조직구 및 비만세포 종양	D47.0
10. 미결정의 단클론감마글로불린병증	D47.2
11. 기타 명시된 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D47.7
12. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 상세불명 신생물	D47.9
13. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 "경계성종양으로 분류되는 질병"은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "경계성종양으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "경계성종양으로 분류되는 질병"이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 "경계성종양으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "경계성종양으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "경계성종양으로 분류되는 질병"인 경우에는 약관에서 규정하는 "경계성종양으로 분류되는 질병"으로 봅니다.
----	---

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 "경계성종양으로 분류되는 질병"인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "경계성종양으로 분류되는 질병"인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "경계성종양으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "경계성종양으로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "경계성종양으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.
----	---

별표3

유방의 악성신생물 분류표

① 약관에 규정하는 "유방의 악성신생물로 분류되는 질병"은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 악성신생물	분류번호
유방의 악성신생물	C50

(주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 "유방의 악성신생물로 분류되는 질병"은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	<p>피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "유방의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "유방의 악성신생물로 분류되는 질병"이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 "유방의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.</p> <p>반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "유방의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "유방의 악성신생물로 분류되는 질병"인 경우에는 약관에서 규정하는 "유방의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 봅니다.</p> <p>2. 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)]의 경우 원발성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.</p> <p>② 진단 시점에 약관에서 규정하는 "유방의 악성신생물로 분류되는 질병" 인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "유방의 악성신생물로 분류되는 질병" 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.</p>
설명	<p>진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "유방의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "유방의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "유방의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.</p>

별표4

갑상선의 악성신생물 분류표

① 약관에 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 악성신생물	분류번호
갑상선의 악성신생물	C73

(주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"인 경우에는 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 봅니다.
----	---

2. 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)]의 경우 원발성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.
----	---

별표5

제자리 신생물 분류표(비침습 방광암 및 대장점막내암 제외)

① 약관에 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병"은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 질병 명	분류번호
1. 구강, 식도 및 위의 제자리 암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화 기관의 제자리 암종	D01
3. 중이 및 호흡계통의 제자리 암종	D02
4. 제자리 흑색종	D03
5. 피부의 제자리 암종	D04
6. 유방의 제자리 암종	D05
7. 자궁경부의 제자리 암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리 암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 제자리 암종	D09

(주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병"은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	<p>피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병"이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.</p> <p>반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병"인 경우에는 약관에서 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병"으로 봅니다.</p> <p>2. '기타 및 상세불명 부위의 제자리 암종(D09)'의 경우 이 특약 제2-1조의9("비침습 방광암"의 정의 및 진단 확정)에서 정한 "비침습 방광암"은 제외됩니다.</p> <p>3. '기타 및 상세불명의 소화 기관의 제자리 암종(D01)'의 경우 이 특약 제2-1조의10("대장점막내암"의 정의 및 진단 확정)에서 정한 "대장점막내암"은 제외됩니다.</p>
설명	<p>진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "제자리암으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.</p>

별표6

기타피부의 악성신생물 분류표

① 약관에 규정하는 "기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병"은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 악성신생물	분류번호
기타 피부의 악성신생물	C44

(주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 "기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병"은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병"이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 "기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병"인 경우에는 약관에서 규정하는 "기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 봅니다.
----	---

2. 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)]의 경우 원발성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 "기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병"인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병"인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "기타 피부의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.
----	---

암진단특약VID(무배당) 약관

- ※ 이 특약은 1종(무해약환급금형) 및 2종(유해약환급금형)으로 운영되며, 모두 이 약관이 적용됩니다.
- ※ 1종(무해약환급금형)은 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해약환급금이 없는 상품입니다.
- ※ 1종(무해약환급금형)은 이 특약이 부가되는 주계약에 따라 보험종목의 명칭이 “암진단특약VID(무배당, 무해약환급금형)”으로 상품설명서에 기재될 수 있습니다. 이 경우 2종(유해약환급금형)을 “유해약환급금형 상품”이라 하며, “유해약환급금형 상품”은 비교 안내를 위한 상품으로 판매는 하지 않습니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.

※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [용어의 정의]

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

보험료 납입기간 : 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)을 말합니다.

제2-1조의2 [특약의 보험기간]

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때 회사가 정한 보험기간 내에서 계약자가 선택한 기간으로 합니다.

제2-1조의3 [“암” 등의 정의 및 진단 확정]

① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표1[악성신생물 분류표(초기유방암, 중증 이외 갑상선암, 기타피부암, 비침습 방광암 및 대장점막내암 제외)]에서 정한 질병을 말하며, 아래에 해당하는 질병은 이 특약에 있어서 “암”에 해당하지 않습니다.

- 가. 제2-1조의4(“초기유방암” 및 “초기 이외 유방암”的 정의 및 진단 확정)에서 정한 초기유방암
- 나. 제2-1조의5(“중증 갑상선암” 및 “중증 이외 갑상선암”的 정의 및 진단 확정)에서 정한 중증 이외 갑상선암
- 다. 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병
- 라. 제2-1조의6(“비침습 방광암”的 정의 및 진단 확정)에서 정한 비침습 방광암
- 마. 제2-1조의7(“대장점막내암”的 정의 및 진단 확정)에서 정한 대장점막내암
- 바. 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)]의 경우 원발성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

설명

<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 “자궁암”이라 함은 제1항에서 정한 암 중 별표2(자궁의 악성신생물 분류표)에 정한 질병을 말하며, 아래에 해당하는 질병은 이 특약에 있어서 “자궁암”에 해당하지 않습니다.

– 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)

③ 이 특약에 있어서 “전립선암”이라 함은 제1항에서 정한 암 중 별표3(전립선의 악성신생물 분류표)에 정한 질병을 말하며, 아래에 해당하는 질병은 이 특약에 있어서 “전립선암”에 해당하지 않습니다.

– 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)

④ 이 특약에 있어서 “초기유방암”은 제2-1조의4(“초기유방암” 및 “초기 이외 유방암”的 정의 및 진단 확정)에서 정한 “초기유방암”을 말합니다.

⑤ 이 특약에 있어서 “중증 이외 갑상선암”은 제2-1조의5(“중증 갑상선암” 및 “중증 이외 갑상선암”的 정의 및 진단 확정)에서 정한 “중증 이외 갑상선암”을 말합니다.

⑥ 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말하며, 아래에 해당하는 질병은 이 특약에 있어서 “기타피부암”에 해당하지 않습니다.

– 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)

⑦ 이 특약에 있어서 “비침습 방광암”은 제2-1조의6(“비침습 방광암”的 정의 및 진단확정)에서 정한 질병을 말합니다.

⑧ 이 특약에 있어서 “대장점막내암”은 제2-1조의7(“대장점막내암”的 정의 및 진단확정)에서 정한 질병을 말합니다.

⑨ “암” 및 “기타피부암”的 진단 확정은 의료법에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue) 검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy)[단, “중증 갑상선암”的 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암” 및 “기타피부암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의4 [“초기유방암” 및 “초기 이외 유방암”的 정의 및 진단 확정]

① 이 특약에 있어서 “초기유방암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표4(유방의 악성신생물 분류표)에서 정한 질병(이하, “유방암”이라 합니다)에 해당하는 질병 중 ‘AJCC 암병기설정매뉴얼[AJCC(American Joint Committee on Cancer) Cancer Staging Manual] 제8판’에서 정한 “유방암의 TNM 해부(anatomic)병기 분류상 1기(Stage 1)”에 해당하는 경우를 말하며, 아래에 해당하는 질병은 이 특약에 있어서 “유방암”에 해당하지 않습니다.

– 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)

설명**< 유방암의 TNM 해부(anatomic)병기 분류상 1기(Stage1) >**

AJCC 암병기설정매뉴얼 제8판에서 "유방암의 TNM 해부(anatomic)병기 분류상 1기(Stage 1)"는 "T1N0M0", "T0N1miM0", "T1N1miM0"를 말합니다.

- ② 제1항의 AJCC 암병기설정매뉴얼이 향후 개정되는 경우에는 "초기유방암"의 진단확정 시점에 적용되는 AJCC 암 병기설정매뉴얼상 "유방암의 TNM 해부(anatomic)병기 분류상 1기(stage1)"를 따릅니다.
- ③ 제2항에도 불구하고, AJCC 암병기설정매뉴얼에서 TNM 기준이 제외되는 등 "초기유방암"의 진단확정 시점에 AJCC 암병기설정매뉴얼의 "유방암의 TNM 해부(anatomic)병기 분류 기준"에 따라 보험금 지급사유에 대한 판단이 불가능한 경우, 회사는 변경 직전의 AJCC 암병기설정매뉴얼에서 정한 "유방암의 TNM 해부(anatomic)병기 분류 기준"을 따릅니다.
- ④ 이 특약에 있어서 "초기 이외 유방암"이라 함은 "유방암"에 해당하는 질병 중 "초기유방암"을 제외한 나머지 유방암을 말합니다.
- ⑤ "초기유방암" 및 "초기 이외 유방암"의 진단 확정은 의료법에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련 법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "초기유방암" 및 "초기 이외 유방암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의5 [“중증 갑상선암” 및 “중증 이외 갑상선암”的 정의 및 진단 확정]

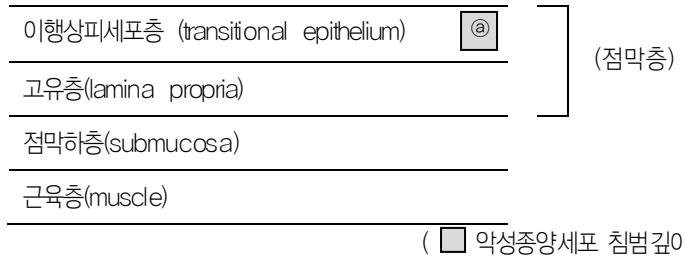
- ① 이 특약에 있어서 "중증갑상선암"은 한국표준질병·사인분류 중 별표5(갑상선의 악성신생물 분류표)에서 정한 "갑상선의 악성신생물로분류되는 질병"(이하, "갑상선암"이라 합니다) 중 "수질성암(Medullary carcinoma)" 또는 "역형성암(Anaplastic carcinoma)"에 해당하는 질병을 말하며, 아래에 해당하는 질병은 이 특약에 있어서 "갑상선암"에 해당하지 않습니다.

- 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)
- ② 이 특약에 있어서 "중증 이외 갑상선암"이라 함은 "갑상선암"에 해당하는 질병 중 "중증갑상선암"을 제외한 나머지 갑상선암을 말합니다.
- ③ "중증갑상선암" 및 "중증 이외 갑상선암"의 진단 확정은 의료법에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "중증갑상선암" 및 "중증 이외 갑상선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의6 [“비침습 방광암”의 정의 및 진단 확정]

- ① 이 특약에 있어서 "비침습 방광암"이라 함은 방광의 이행상피세포종(transitional epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 점막 고유층(lamina propria)까지는 침범하지 않은 비침습 유두암(papillary carcinoma) 상태로 'AJCC 암병기설정매뉴얼[AJCC(American Joint Committee on Cancer) Cancer Staging Manual] 제8판'에서 정한 병기상 TaNOMO인 방광암을 말합니다.

〈비침습 방광암 예시〉



② 악성종양세포가 점막 이행상피세포층을 침범한 경우

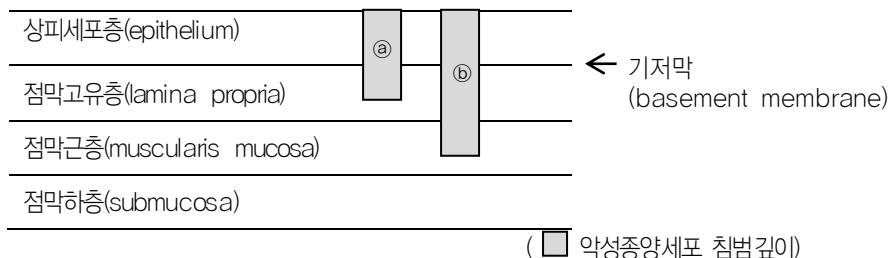
② 제1항의 AJCC 암병기설정매뉴얼이 향후 개정되는 경우에는 “비침습 방광암”의 진단 확정 시점에 적용되는 AJCC 암병기설정매뉴얼을 따릅니다.

③ “비침습 방광암”의 진단 확정은 의료법에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경소견을 기초로 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “비침습 방광암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2-1조의7 [“대장점막내암”의 정의 및 진단 확정]

① 이 특약에 있어서 “대장점막내암”이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 총수, 결장, 직장을 말합니다.

〈대장점막내암 예시〉



② 악성종양세포가 점막고유층을 침범한 경우

⑤ 악성종양세포가 점막근층을 침범한 경우

② “대장점막내암”의 진단 확정은 의료법에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “대장점막내암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

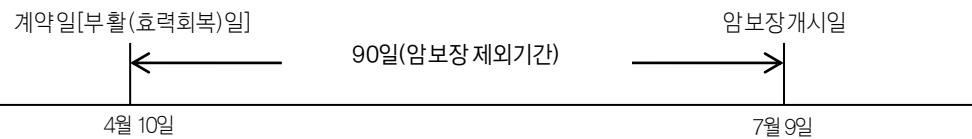
제2-1조의8 [특약의 보장개시일]

① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같습니다.

② 제1항에도 불구하고 제2-1조의3(“암” 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 “암”보장에 대한 보장개시일은 계약

일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날(이하 “암보장개시일”이라 합니다)로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

〈암보장개시일 예시〉



제2관 보험금 지급 등

제2-2조 [보험금의 지급사유]

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단 확정 되었을 경우에는 최초1회에 한하여 보험수익자에게 아래 보험금을 “암진단보험금”으로 지급합니다.

지급사유	지급금액
– 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「"초기 이외 유방암", "중증 갑상선암", "자궁암" 또는 "전립선암"」으로 진단 확정 되었을 경우	계약일부터 1년 이내 : 보험가입금액의 50% 계약일부터 1년 초과 : 보험가입금액의 100%
– 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「"초기 이외 유방암", "중증 갑상선암", "자궁암" 또는 "전립선암"」 이외의 암으로 진단 확정되었을 경우	보험가입금액의 100%

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

① 피보험자에게 이 특약의 암보장개시일 이후 「"초기 이외 유방암", "중증 갑상선암", "자궁암" 또는 "전립선암"」의 진단 확정으로 계약일부터 1년 이내에 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 계약일부터 1년 초과시에 지급하는 보험금의 50%를 지급합니다. 여기서 “계약일부터 1년 이내”란 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다.

② 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하고, 그 후에 “암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 진단보험금을 지급하여 드립니다. 다만 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하여 제2-12조(특약의 소멸) 제1항 제3호에 따라 사망 당시의 계약자적립액(미경과보험료 포함)을 이미 지급한 경우에는 해당 진단보험금에서 이미 지급된 계약자적립액(미경과보험료 포함)을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.

③ 제2-1조의3(“암” 등의 정의 및 진단 확정), 제2-1조의4 (“초기유방암” 및 “초기 이외 유방암”의 정의 및 진단 확정), 제2-1조의5 (“중증 갑상선암” 및 “중증 이외 갑상선암”의 정의 및 진단 확정), 제2-1조의6(“비침습 방광암”의 정의 및 진단 확정) 및 제2-1조의7(“대장점막내암”의 정의 및 진단 확정)에 따라 “초기유방암”, “중증 이외 갑상선암”, “기타피부암”, “비침습 방광암” 및 “대장점막내암”은 “암”的 정의에서 제외되는 바, “초기유방암”, “중증 이외 갑상선암”, “기타피부암”, “비침습 방광암” 또는 “대장점막내암”으로 암진단보험금은 지급되지 않습니다.

④ 제1-5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음 날부터 보험금 지급일 까지의 기간에 대한 이자는 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)과 같이 계산합니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

- ① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ② 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유첨2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ③ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.
- ④ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

제2-5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

- ① 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 “보장받을 수 있는 기간”은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.
 1. 보험기간이 10년 이상인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내
 2. 보험기간이 10년 미만인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내
- ④ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(유첨2 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑤ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨2 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 장해분류표(유첨2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(유첨2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-7조 [사고증명서]

- ① 제1~4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 "해당 질병 진단서(병명기입), 진료기록부, 검사결과지(조직검사, 방사선 검사 등), 장해진단서, 사망진단서 등"을 말합니다. 단, 유방암의 경우에는 암 병기가 명기된 서류(TNM해부병기확인서류 등), 갑상선암의 경우에는 암의 종류(수질성암, 역형성암 등)가 명기된 서류를 제출하여야 합니다.
- ② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 [피보험자의 범위]

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인,多人)보장보험인 경우에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이하 같습니다]로 합니다.
 2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우 (단, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 자체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-10조의2 [특약의 갱신]

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-10조의3 ["특약의 무효"에 대한 특칙]

이 특약의 경우 제1-10조(특약의 무효) 제1항 이외에 피보험자가 계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 제2-1조의3("암" 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 "암"으로 진단 확정되는 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, 감액으로 회사가 실제 지급한 금액을 차감한 금액)를 돌려 드립니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다. 다만, 이 특약은 특약 체결 이후에 보험종목의 변경이 제한되며, 1종(무해약환급금형)의 경우 보험기간 및 보험료 납입기간의 변경(감액완납 포함)도 제한됩니다.
- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승인이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리대행하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.
- ③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-14조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.
- ④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 이 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

- ① 다음 중 어느 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

가. 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우

나. 제1-13조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우

단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해약환급금이 있을 경우에는 제2-14조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다

설명	<최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간> 주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해약환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.
----	---

2. 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 피보험자에게 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 "암진단보험금"의 지급사유가 발생한 경우

3. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이 때 "보험료 및 해약환급금 산출방법서(이하, "산출방법서"라 합니다)"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액(미경과보험료 포함)을 계약자에게 지급합니다.

- ② 제1항 제3호의 "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 사망 연월일을 기준으로 합니다.

- ③ 제1항 제3호의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 제1-5조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 계약자적립액 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지]

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제2-14조 [해약환급금]

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 1종(무해약환급금형)의 경우 이 특약이 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 (특약의 효력이 없어진 경우 포함) 해약환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지될 경우 해약환급금은 2종(유해약환급금형) 대비 적습니다. 단, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지 시 납입되지 않은 보험료가 있는 경우, 해약환급금에서 납입되지 않은 보험료를 차감하여 지급합니다.

설명	· 2종(유해약환급금형) 대비 1종(무해약환급금형)의 경과기간별 해약환급금 비율은 아래와 같습니다. – 기간예시 기준 : 계약일 2016년 1월 1일, 보험료 납입기간 20년		
	기간	기간예시	2종대비 1종 해약환급금 비 율
	계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	2016년 1월 1일 ~ 2035년 12월 31일	0%
	「보험료 납입기간」 계약해당일 이후	2036년 1월 1일 이후	50%

※ 위 계약일 및 보험료 납입기간은 기간예시를 위해 가정하였으며, 실제 계약일 및 보험료 납입기간에 따라 각 해약환급금 비율이 적용되는 기간은 변경됩니다.

- ③ 제1-14조(위법 계약의 해지)에 따라 위법 계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액(미경과보험료 포함)을 계약자에게 반환하여 드립니다.
- ④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.
- ⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

유의사항	1. 이 특약의 1종(무해약환급금형)은 해약률을 적용하는 상품으로, 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후의 해약환급금이 2종(유해약환급금형) 대비 적은 대신 2종(유해약환급금형)보다 낮은 보험료로 가입할 수 있는 보험상품입니다.
	2. 해약률이란 계약자가 보험기간 중 계약을 해지할 확률을 예측한 것을 말하며, 보험료 납입기간 및 경과년도에 따라 다르게 적용됩니다.

제5관 기타사항

제2-15조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표1

악성신생물 분류표 (초기유방암, 중증 이외 갑상선암, 기타피부암, 비침습 방광암 및 대장점막내암 제외)

① 약관에 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 악성신생물	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00-C14
2. 소화기관의 악성신생물	C15-C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물	C30-C39
4. 골 및 관절연골의 악성신생물	C40-C41
5. 피부의 악성흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성신생물	C45-C49
7. 유방의 악성신생물	C50
8. 여성 생식기관의 악성신생물	C51-C58
9. 남성 생식기관의 악성신생물	C60-C63
10. 요로의 악성신생물	C64-C68
11. 눈, 뇌 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성신생물	C69-C72
12. 갑상선의 악성신생물	C73
13. 부신의 악성신생물	C74
14. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물	C75
15. 불명확한, 이차성 및 상세불명부위의 악성신생물	C76-C80
16. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81-C96
17. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물	C97
18. 진성 적혈구 증가증	D45
19. 골수 형성이상 증후군	D46
20. 만성 골수증식질환	D47.1
21. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
22. 골수섬유증	D47.4
23. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

(주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	<p>피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.</p> <p>반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 봅니다.</p> <p>2. 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)]의 경우 원발성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한</p>

부위)를 기준으로 분류합니다.

3. '유방의 악성신생물(C50)'의 경우 이 특약 제2-1조의4("초기유방암" 및 "초기 이외 유방암"의 정의 및 진단 확정)에서 정한 "초기유방암"은 제외됩니다.
4. '갑상선의 악성신생물(C73)'의 경우 이 특약 제2-1조의5("중증 갑상선암" 및 "중증 이외 갑상선암"의 정의 및 진단 확정)에서 정한 "중증 이외 갑상선암"은 제외됩니다.
5. '요로의 악성신생물(C64-C68)'의 경우 이 특약 제2-1조의6("비침습 방광암"의 정의 및 진단 확정)에서 정한 "비침습 방광암"은 제외됩니다.
6. '소화기관의 악성신생물(C15-C26)'의 경우 이 특약 제2-1조의7("대장점막내암"의 정의 및 진단 확정)에서 정한 "대장점막내암"은 제외됩니다.

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병" 인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병" 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "악성신생물로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.
----	--

별표2

자궁의 악성신생물 분류표

① 약관에 규정하는 "자궁의 악성신생물로 분류되는 질병"은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 악성 신생물	분류번호
1. 자궁경부의 악성신생물	C53
2. 자궁체부의 악성신생물	C54
3. 자궁의 상세불명 부분의 악성 신생물	C55

(주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 "자궁의 악성신생물로 분류되는 질병"은 진단 시점에 시행되고 있는 한국 표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "자宫의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국 표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "자宫의 악성신생물로 분류되는 질병"이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 "자宫의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "자宫의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "자宫의 악성신생물로 분류되는 질병"인 경우에는 약관에서 규정하는 "자宫의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 봅니다.
2. 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)]의 경우 원발성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.	
② 진단 시점에 약관에서 규정하는 "자궁의 악성신생물로 분류되는 질병" 인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준 질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "자궁의 악성신생물로 분류되는 질병" 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.	

별표3

전립선의 악성신생물 분류표

① 약관에 규정하는 "전립선의 악성신생물로 분류되는 질병"은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 악성신생물	분류번호
전립선의 악성신생물	C61

(주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 "전립선의 악성신생물로 분류되는 질병"은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "전립선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "전립선의 악성신생물로 분류되는 질병"이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 "전립선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "전립선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "전립선의 악성신생물로 분류되는 질병"인 경우에는 약관에서 규정하는 "전립선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 봅니다.
----	--

2. 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)]의 경우 원발성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 "전립선의 악성신생물로 분류되는 질병"인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "전립선의 악성신생물로 분류되는 질병"인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "전립선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "전립선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "전립선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.
----	---

별표4

유방의 악성신생물 분류표

① 약관에 규정하는 "유방의 악성신생물로 분류되는 질병"은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 악성신생물	분류번호
유방의 악성신생물	C50

(주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 "유방의 악성신생물로 분류되는 질병"은 진단 시점에 시행되고 있는 한국 표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "유방의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국 표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "유방의 악성신생물로 분류되는 질병"이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 "유방의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "유방의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "유방의 악성신생물로 분류되는 질병"인 경우에는 약관에서 규정하는 "유방의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 봅니다.
----	--

2. 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)]의 경우 원발성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 "유방의 악성신생물로 분류되는 질병" 인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "유방의 악성신생물로 분류되는 질병" 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "유방의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "유방의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "유방의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.
----	--

별표5

갑상선의 악성신생물 분류표

① 약관에 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 악성신생물	분류번호
갑상선의 악성신생물	C73

(주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"인 경우에는 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 봅니다.
----	---

2. 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)]의 경우 원발성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

② 진단 시점에 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병" 인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병" 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.
----	---

특정허혈심장질환진단특약ⅡD(무배당) 약관

- ※ 이 특약은 1종(무해약환급금형) 및 2종(유해약환급금형)으로 운영되며, 모두 이 약관이 적용됩니다.
- ※ 1종(무해약환급금형)은 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해약환급금이 없는 상품입니다.
- ※ 1종(무해약환급금형)은 이 특약이 부가되는 주계약에 따라 보험종목의 명칭이 “특정허혈심장질환진단특약ⅡD(무배당, 무해약환급금형)”으로 상품설명서에 기재될 수 있습니다. 이 경우 2종(유해약환급금형)을 “유해약환급금형 상품”이라 하며, “유해약환급금형 상품”은 비교 안내를 위한 상품으로 판매는 하지 않습니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-15조까지의 규정을 이 특약 제1편 일반사항으로 합니다.

※ [특약 약관] 제1편 일반사항의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 [용어의 정의]

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

보험료 납입기간 : 특약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)을 말합니다.

제2-1조의2 [특약의 보험기간]

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때 회사가 정한 보험기간 내에서 계약자가 선택한 기간으로 합니다.

제2-1조의3 [“특정 허혈심장질환”의 정의 및 진단확정]

- ① 이 특약에 있어 서 “특정 허혈심장질환”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표(특정 허혈심장질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “특정 허혈심장질환”의 진단 확정은 의료법에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥촬영술, 혈액 중 심장 효소검사, 핵의학 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 특약의 보험기간 중에 “특정 허혈심장질환”으로 치료를 받고 있었거나 또는 의학검사방법에 의해 진단받은 사실이 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록이 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 “특정 허혈심장질환”임이 확정되거나 추정되는 경우

<p>용어</p> <p>해설</p>	<p><심전도 검사> 심장의 정기적 신호(주기적으로 전기를 만들어내어 심장박동을 조절)를 피부에 부착한 전극을 통해 그림으로 기록하는 것으로 심장에 대한 검사 중에 가장 기본이 되는 검사입니다.</p> <p><심장초음파 검사> 심장에 초음파를 보내고 되돌아 오는 반사파를 수신하여 심장의 상태를 화상으로 나타내는 검사로 심장의 형태, 움직임 등에 관한 내용을 파악할 수 있습니다.</p> <p><관상동맥촬영술> 관상동맥의 협착이 의심되는 환자를 대상으로 시행하는 검사입니다.</p> <p><심장 효소 검사> 심근경색증 확증에 중요한 자료가 되는 검사로 심근세포내에 들어있던 효소들이 혈류 속으로 흘러나와 혈청 수치가 상승되었는지 등의 여부를 검사하여 심근의 손상 여부를 판단하는 검사입니다.</p> <p><핵의학 검사> 방사성동위원소에서 나오는 방사선을 이용하여 인체의 해부학적, 생리학적 상태를 진단, 평가하는 검사입니다.</p>
-----------------------------------	--

제2-1조의4 [특약의 보장개시일]

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같습니다.

제2관 보험금 지급 등

제2-2조 [보험금의 지급사유]

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “특정 허혈심장질환”으로 진단 확정 되었을 경우에는 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 아래 보험금을 “특정 허혈심장질환 진단보험금”으로 지급합니다.

<p>지급사유</p>	<p>피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “특정 허혈심장질환”으로 진단이 확정되었을 때 (단, 최초 1회에 한합니다)</p>
<p>지급금액</p>	<p>계약일부터 1년 초과 : 특약보험가입금액의 100% 계약일부터 1년 이내 : 특약보험가입금액의 50%</p>

제2-3조 [보험금 지급 관련 세부사항]

- ① 피보험자에게 이 특약의 보장개시일 이후 계약일부터 1년 이내에 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 계약일부터 1년 초과시에 지급하는 보험금의 50%를 지급합니다. 여기서 “계약일부터 1년 이내”란 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다.
- ② 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하고 그 후에 “특정 허혈심장질환”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 진단보험금을 지급하여 드립니다. 다만 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하여 제2-12조(특약의 소멸) 제1항 제2호에 따라 사망 당시의 계약자적립액을 이미 지급한 경우에는 해당 진단보험금에서 이미 지급된 계약자적립액을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.
- ③ 제1-5조(보험금 지급 등의 절차) 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음 날부터 보험금 지급일 까지의 기간에 대한 이자는 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)과 같이 계산합니다.

제2-4조 [보험료 납입면제에 관한 사항]

- ① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ② 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(유첨2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ③ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.
- ④ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

제2-5조 [장해지급률 산정에 관한 세부사항]

- ① 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만 장해분류표(유첨2 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한 시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 여기서 “보장받을 수 있는 기간”은 특약의 효력이 없어진 경우 다음과 같습니다.
 - 1. 보험기간이 10년 이상인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내
 - 2. 보험기간이 10년 미만인 특약 : 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내
- ④ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(유첨2 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑤ 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항) 제2항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(유첨2 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(유첨2 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 장해분류표(유첨2 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(유첨2 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

제2-6조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제2-4조(보험료 납입면제에 관한 사항)에서 정한 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제2-7조 [사고증명서]

- ① 제1-4조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 "사망진단서, 해당 질병 진단서(병명기입), 검사결과지, 진료기록부, 장해진단서 등"을 말합니다
- ② 제1항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-8조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제2-9조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지 등

제2-10조 [피보험자의 범위]

- ① 이 특약의 피보험자는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 - 1. 본인형의 경우 주계약의 피보험자[주계약이 2인(3인,多人)보장보험인 경우에는 주계약의 주피보험자를 말하며, 이하 같습니다]로 합니다.
 - 2. 배우자형의 경우 특약을 체결할 때 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우(단, 주계약 피보험자가 사망한 경우는 제외하되, 이후 그 배우자가 재혼하는 경우에는 배우자의 자격을 상실한 것으로 봅니다)에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.
- ③ 배우자형의 경우 피보험자가 주계약 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 자체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 배우자형의 경우 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자에게 서면으로 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제2-10조의2 [특약의 갱신]

이 특약은 해당사항이 없습니다.

제2-11조 [특약내용의 변경 등]

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다. 다만, 이 특약은 특약 체결 이후에 보험종목의 변경이 제한되며, 1종(무해약환급금형)의 경우 보험기간 및 보험료 납입기간의 변경(감액완납 포함)도 제한됩니다.
- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자

가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.

- ③ 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-14조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.
- ④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제2-12조 [특약의 소멸]

- ① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

가. 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후(보험료의 납입이 면제된 경우를 포함하며, 이하 같습니다)에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우

나. 제1-13조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)] 제3항 제2호에 따라 이 특약을 부활(효력회복)한 이후 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되지 않은 경우

단, 주계약의 최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간이 종료되면 특약은 더 이상 효력이 없으며, 이 때 회사가 지급해야 할 해약환급금이 있을 경우에는 제2-14조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

설명

<최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간 >

주계약이 변액유니버설종신보험 또는 유니버설종신보험(최저해약환급금 미보증형)등의 상품인 경우 주계약 약관 제2조의2(용어의 정의2)에서 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'을 별도로 정의하고 있으므로 참고하시기 바랍니다. 주계약 약관에 '최저사망보험금/최저보장보험금 보증기간'의 정의가 없는 상품은 해당 사항이 없습니다.

2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이 때, "보험료 및 해약환급금 산출방법서(이하, "산출방법서"라 합니다)"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 피보험자에게 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 "특정 허혈심장질환 진단보험금"의 지급사유가 발생한 경우

- ② 제1항 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.

- ③ 제1항 제2호의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-4조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 제1-5조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따릅니다. 계약자적립액 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제2-13조 [계약자의 임의해지]

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-14조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제2-14조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 1종(무해약환급금형)의 경우 이 특약이 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 (특약의 효력이 없어진 경우 포함) 해약환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지될 경우 해약환급금은 2종(유해약환급금형) 대비 적용됩니다. 단, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지 시 납입되지 않은 보험료가 있는 경우, 해약환급금에서 납입되지 않은 보험료를 차감하여 지급합니다.

설명	· 2종(유해약환급금형) 대비 1종(무해약환급금형)의 경과기간별 해약환급금 비율은 아래와 같습니다. – 기간예시 기준 : 계약일 2016년 1월 1일, 보험료 납입기간 20년		
	기간	기간예시	2종대비 1종 해약환급 금 비율
	계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	2016년 1월 1일 ~ 2035년 12월 31일	0%
	「보험료 납입기간」 계약해당일 이후	2036년 1월 1일 이후	50%

※ 위 계약일 및 보험료 납입기간은 기간예시를 위해 가정하였으며, 실제 계약일 및 보험료 납입기간에 따라 각 해약환급금 비율이 적용되는 기간은 변경됩니다.

- ③ 제1-14조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 계약자에게 반환하여 드립니다.
- ④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 유첨3(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.
- ⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

유의사항	1. 이 특약의 1종(무해약환급금형)은 해약률을 적용하는 상품으로, 계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후의 해약환급금이 2종(유해약환급금형) 대비 적용 대신 2종(유해약환급금형)보다 낮은 보험료로 기입할 수 있는 보험상품입니다.
	2. 해약률이란 계약자가 보험기간 중 계약을 해지할 확률을 예측한 것을 말하며, 보험료 납입기간 및 경과년도에 따라 다르게 적용됩니다.

제5관 기타사항

제2-15조 【주계약 약관의 준용】

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표

특정 허혈심장질환 분류표

① 약관에 규정하는 '특정 허혈심장질환으로 분류되는 질병'은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 질병 명	분류번호
· 불안정협심증	I20.0
· 연축의 기재가 있는 협심증	I20.1
· 급성 심근경색증	I21
· 후속심근경색증	I22
· 급성 심근경색증 후 특정 혼존 합병증	I23
· 심근경색증을 유발하지 않은 관상동맥혈전증	I24.0
· 드레슬러증후군	I24.1

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 "특정 허혈심장질환으로 분류되는 질병"은 진단 시점에 시행되고 있는 한국 표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	<p>피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "특정 허혈심장질환으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "특정 허혈심장질환으로 분류되는 질병"이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 "특정 허혈심장질환으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.</p> <p>반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "특정 허혈심장질환으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "특정 허혈심장질환으로 분류되는 질병"인 경우에는 약관에서 규정하는 "특정 허혈심장질환으로 분류되는 질병"으로 봅니다.</p>
설명	<p>진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "특정 허혈심장질환으로 분류되는 질병"으로 진단될 수 없다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "특정 허혈심장질환으로 분류되는 질병"으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "특정 허혈심장질환으로 분류되는 질병"으로 보지 않습니다.</p>

1. 재해의 정의

이 보험약관에서 재해는 다음 중 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

- ① 한국표준질병·사인분류상의(S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 제1급 감염병

2. 재해에 해당되지 않는 사항

다음 각 호는 이 보험약관에서 정의하는 재해에 해당되지 않습니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
 - 과잉 노력 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’증 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 환자의 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 호흡장해 및 삼킴장해
- ⑥ 한국표준질병·사인분류상의(U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. 위 () 안의 내용은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 상의 분류번호를 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 발생(진단) 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	<p>피보험자에게 발생(진단)된 사고가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 「재해」에 해당될 수 있었다고 하더라도 발생(진단) 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 「재해」가 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 「재해」로 보지 않습니다.</p> <p>반대로 피보험자에게 발생(진단)된 사고가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 「재해」에 해당될 수 없었다고 하더라도 발생(진단) 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 「재해」인 경우에는 약관에서 규정하는 「재해」로 봅니다.</p>
-----------	--

2. 발생(진단) 시점에 상기 “1.재해의 정의 및 2. 재해에 해당되지 않는 사항”인지 여부가 확인된 경우, 발생(진단) 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 재해의 분류가 추가 또는 제외되더라도 상기 “1.재해의 정의 및 2. 재해에 해당되지 않는 사항”인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	<p>발생(진단) 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 「재해」에 해당될 수 없었다면, 발생(진단) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 「재해」로 볼 수 있어 「재해 발생(진단)」 확인이 가능한 서류를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 「재해」로 보지 않습니다.</p>
	<p>3. 위 「1. 재해의 정의 ②」에 해당하는 감염병은 보험사고 발생 당시 시행중인 법률을 적용하며, 「2. 재해에 해당되지 않는 사항 ⑥」에 해당되더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.</p>

유첨2

장 해 분 류 표

□ 총칙

1. 장해의 정의

- 1) '장해'라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아 있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손 상태 및 기능 상실 상태를 말합니다. 다만, 질병과 부상의 주 증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장해에 포함되지 않습니다.
- 2) '영구적'이라 함은 원칙적으로 치유하는 때 장래 회복할 가능성이 없는 상태로서 정신적 또는 육체적 훼손 상태임이 의학적으로 인정되는 경우를 말합니다.
- 3) '치유된 후'라 함은 상해 또는 질병에 대한 치료의 효과를 기대할 수 없게 되고 또한 그 증상이 고정된 상태를 말합니다.
- 4) 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시 장해의 장해지급률로 정합니다.
- 5) 위 4)에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보정받을 수 있는 기간[계약(특약)의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약(특약)은 상해 발생일 또는 질병의 진단 확정일로부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약(특약)은 상해 발생일 또는 질병의 진단 확정일부터 1년 이내]에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

2. 신체 부위

'신체 부위'라 함은 ① 눈 ② 귀 ③ 코 ④ 씹어먹거나 말하는 기능 ⑤ 외모 ⑥ 척추(등뼈) ⑦ 체간골 ⑧ 팔 ⑨ 다리 ⑩ 손가락 ⑪ 발가락 ⑫ 흉·복부 장기 및 비뇨생식기 ⑬ 신경계·정신행동의 13개 부위를 말하며, 이를 각각 동일한 신체 부위라 합니다. 다만, 좌·우의 눈, 귀, 팔, 다리, 손가락, 발가락은 각각 다른 신체 부위로 봅니다.

3. 장해의 판정

- 1) 하나의 장해가 관찰 방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- 2) 동일한 신체 부위에 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그중 높은 장해지급률을 적용함을 원칙으로 합니다. 그러나 각 신체 부위별 판정 기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- 3) 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해의 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- 4) 의학적으로 뇌사 판정을 받고 호흡 기능과 심장박동 기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장해의 판정대상에 포함되지 않습니다. 다만, 뇌사 판정을 받은 경우가 아닌 식물인간 상태(의식이 전혀 없고 사지의 자발적인 움직임이 불가능하여 일상생활에서 향시 간호가 필요한 상태)는 각 신체 부위별 판정 기준에 따라 평가합니다.
- 5) 장해 진단서에는 ① 장해 진단명 및 발생 시기 ② 장해의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 합니다. 다만, 신경계·정신행동 장해의 경우 ① 개호(장해로 혼자서 활동이 어려운 사람을 곁에서 돌보는 것) 여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가로 기재하여야 합니다.

□ 장해분류별 판정 기준

1. 눈의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 두 눈이 멀었을 때	100
2) 한 눈이 멀었을 때	50
3) 한 눈의 교정시력이 0.02 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 운동 장해나 뚜렷한 조절 기능장해를 남긴 때	10
8) 한 눈에 뚜렷한 시야 장해를 남긴 때	5
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동 장해를 남긴 때	5

나. 장해판정 기준

- 1) 시력 장해의 경우 공인된 시력검사표에 따라 최소 3회 이상 측정합니다.
- 2) '교정시력'이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정 수단)으로 교정한 원거리 최대 교정 시력을 말합니다. 다만, 각막이식술을 받은 환자인 경우 각막이식술 이전의 시력상태를 기준으로 평가합니다.
- 3) '한 눈이 멀었을 때'라 함은 안구의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나('광각무') 겨우 기릴 수 있는 경우('광각유')를 말합니다.
- 4) '한 눈의 교정시력이 0.02 이하로 된 때'라 함은 안전 수동(Hand Movement)^{주1}, 안전 수지(Finger Counting)^{주2} 상태를 포함합니다.
※ 주1) 안전 수동 : 물체를 감별할 정도의 시력상태가 아니며 눈앞에서 손의 움직임을 식별할 수 있을 정도의 시력상태
주2) 안전 수지 : 시표의 가장 큰 글씨를 읽을 수 있는 정도의 시력은 아니나 눈 앞 30cm 이내에서 손가락의 개수를 식별할 수 있을 정도의 시력 상태
- 5) 안구(눈동자) 운동 장해의 판정은 질병의 진단 또는 외상 후 1년 이상이 지난 뒤 그 장해 정도를 평가합니다.
- 6) '안구(눈동자)의 뚜렷한 운동 장해'라 함은 아래의 두 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말합니다.
 - 가) 한 눈의 안구(눈동자)의 주시야(머리를 움직이지 않고 눈만을 움직여서 볼 수 있는 범위)의 운동 범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우
 - 나) 중심 20도 이내에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 경우
- 7) '안구(눈동자)의 뚜렷한 조절 기능장애'라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말합니다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 50세 이상(장해 진단시 연령 기준)의 경우는 제외합니다.
- 8) '뚜렷한 시야 장해'라 함은 한 눈의 시야 범위가 정상시야 범위의 60% 이하로 제한된 경우를 말합니다. 이 경우 시야검사는 공인된 시야검사방법으로 측정하며, 시야 장해 평가 시 자동시야검사계(골드만 시야검사)를 이용하여 8방향 시야 범위 합계를 정상 범위와 비교하여 평가합니다.
- 9) '눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때'라 함은 눈꺼풀의 결손으로 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮이지 않는 경우를 말합니다.
- 10) '눈꺼풀에 뚜렷한 운동 장해를 남긴 때'라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말합니다.
- 11) 외상이나 화상 등으로 안구의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산됩니다. 이 경우 안구가 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 가산합니다.
- 12) 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때'에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장해를 포함하여 장해를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장해를 가산하지 않습니다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장해평가 방법 중 피보험자에게 유리한 것을 적용합니다.

2. 귀의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정 기준

- 1) 청력 장해는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB : decibel)로서 표시하고 3회 이상 청력검사를 실시한 후 적용합니다. 다만, 각 측정치의 결과 값 차이가 $\pm 10\text{dB}$ 이상인 경우 청성뇌간반응검사(ABR)를 통해 객관적인 장해 상태를 재평가하여야 합니다.
- 2) '한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때'라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB 이상인 경우를 말합니다.
- 3) '심한 장해를 남긴 때'라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB 이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰 소리를 알아듣지 못하는 경우를 말합니다.
- 4) '약간의 장해를 남긴 때'라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB 이상인 경우에 해당되어, 50cm 이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말합니다.
- 5) 순음청력검사를 실시하기 곤란하거나(청력의 감소가 의심되지만 의사소통이 되지 않는 경우, 만 3세 미만의 소아 포함) 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 '언어청력검사, 임피던스 청력검사, 청성뇌간반응검사(ABR), 이음향병시검사' 등을 추가실시 후 장해를 평가합니다.

다. 귓바퀴의 결손

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

라. 평형기능의 장해

- 1) '평형기능에 장해를 남긴 때' 라 함은 전정기관 이상으로 보행 등 일상생활이 어려운 상태로 아래의 평형장애 평가항목별 합산 점수가 30점 이상인 경우를 말합니다.

항목	내용	점수
검사 소견	1) 양측 전정 기능 소실	14
	2) 양측 전정 기능 감소	10
	3) 일측 전정 기능 소실	4
치료 병력	1) 장기 통원치료(1년간 12회 이상)	6
	2) 장기 통원치료(1년간 6회 이상)	4
	3) 단기 통원치료(6개월간 6회 이상)	2
	4) 단기 통원치료(6개월간 6회 미만)	0
기능장애 소견	1) 두 눈을 감고 일어서기 곤란하거나 두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 쓰러지는 경우	20
	2) 두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 중간에 균형을 잡으려 멈추어야 하는 경우	12
	3) 두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걸을 때 종양에서 60cm 이상 벗어나는 경우	8

2) 평형기능의 장해는 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 치료 후 장해가 고착되었을 때 판정하며, 뇌 병변 여부, 전정 기능 이상 및 장해상태를 평가하기 위해 아래의 검사들을 기초로 합니다.

- 가) 뇌영상검사(CT, MRI)
나) 온도 안진 검사, 전기 안진 검사(또는 비디오 안진 검사) 등

3. 코의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 코의 호흡 기능을 완전히 잃었을 때	15
2) 코의 후각 기능을 완전히 잃었을 때	5

나. 장해판정 기준

- 1) '코의 호흡 기능을 완전히 잃었을 때' 라 함은 일상생활에서 구강호흡의 보조를 받지 않는 상태에서 코로 숨 쉬는 것으로 정상적인 호흡을 할 수 없다는 것이 비강통기도 검사 등 의학적으로 인정된 검사로 확인되는 경우를 말합니다.
2) '코의 후각 기능을 완전히 잃었을 때' 라 함은 후각신경의 손상으로 양쪽 코의 후각 기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감퇴는 장해의 대상으로 하지 않습니다.
3) 양쪽 코의 후각 기능은 후각인지 검사, 후각역치 검사 등을 통해 6개월 이상 고정된 후각의 완전 손실이 확인되어야 합니다.
4) 코의 추성(추한 모습) 장해를 수반한 때에는 기능장애의 지급률과 추상장애의 지급률을 합산합니다.

4. 씹어먹거나 말하는 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정 기준

- 1) 씹어 먹는 기능의 장해는 윗니(상악 치아)와 아랫니(하악 치아)의 맞물림(교합), 배열 상태 및 아래턱의 개구 운동, 삼킴(연하) 운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정합니다.
- 2) '씹어 먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 심한 개구 운동 제한이나 저작운동 제한으로 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말합니다.
- 3) '씹어 먹는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말합니다.
 - 가) 뚜렷한 개구 운동 제한 또는 뚜렷한 저작운동 제한으로 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등) 외는 섭취하지 못하는 경우
 - 나) 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치) 간 최대 개구 운동이 1cm 이하로 제한되는 경우
 - 다) 위·아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1.5cm 이상인 경우
 - 라) 양측 1개 이하의 치아만 교합되는 상태
 - 마) 연하 기능 검사(비디오 투시 검사) 상 연하장애가 있고, 유동식 섭취 시 흡인이 발생하고 연식 외에는 섭취가 불가능한 상태
- 4) '씹어 먹는 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말합니다.
 - 가) 약간의 개구 운동 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 개구 운동이 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) 연하 기능 검사(비디오 투시 검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취 시 간헐적으로 흡인이 발생하고 부드러운 고형식 외에는 섭취가 불가능한 상태
- 5) 개구 장해는 턱관절의 이상으로 개구 운동 제한이 있는 상태를 말하며, 최대 개구 상태에서 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치) 간 거리를 기준으로 합니다. 단, 가운데 앞니(중절치)가 없는 경우에는 측정 가능한 인접 치아간 거리의 최대치를 기준으로 합니다.
- 6) 부정교합은 위턱(상악)과 아래턱(하악)의 부조화로 윗니(상악 치아)와 아랫니(하악 치아)가 전방 및 측방으로 맞물림에 제한이 있는 상태를 말합니다.
- 7) '말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말합니다.
 - 가) 언어평가상 지음 정확도가 30% 미만인 경우
 - 나) 전실어증, 운동성실어증(브로카실어증)으로 의사소통이 불가한 경우
- 8) '말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말합니다.
 - 가) 언어평가상 지음 정확도가 50% 미만인 경우
 - 나) 언어평가상 표현 언어 지수 25 미만인 경우
- 9) '말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말합니다.
 - 가) 언어평가상 지음 정확도가 75% 미만인 경우
 - 나) 언어평가상 표현 언어 지수 65 미만인 경우
- 10) 말하는 기능의 장해는 1년 이상 지속적인 언어치료를 시행한 후 증상이 고착되었을 때 평가하며, 객관적인 검사를 기초로 평가합니다.
- 11) 뇌·중추신경계 손상(정신·인지 기능 저하, 편마비 등)으로 인한 말하는 기능의 장해(실어증, 구음 장애) 또는 씹어 먹는 기능의 장해는 신경계·정신행동 장해 평가와 비교하여 그중 높은 지급률을 하나만 인정합니다.
- 12) '치아의 결손'이란 치아의 상실 또는 벌치된 경우를 말하며, 치아의 일부 손상으로 금관 치료(크라운 보철 수복)를 시행한 경우에는 치아의 일부 결손을 인정하여 1/2개 결손으로 적용합니다.
- 13) 보철치료를 위해 벌치한 정상치아, 노화로 인해 자연 벌치된 치아, 보철(복합레진, 인레이, 온레이 등)한 치아, 기존 의치(틀니, 임플란트 등)의 결손은 치아의 상실로 인정하지 않습니다.
- 14) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열 구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정합니다.
- 15) 어린이의 유치는 향후에 영구치로 대체되므로 장해의 대상이 되지 않으나, 선천적으로 영구치 결손이 있는 경우에는 유치의 결손을 장해로 평가합니다.
- 16) 가철성 보철물(신체의 일부에 붙였다 떼었다 할 수 있는 틀니 등)의 파손은 장해의 대상이 되지 않습니다.

5. 외모의 추상(추한 모습) 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정 기준

- 1) '외모'란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말합니다.
- 2) '추상(추한 모습) 장해'라 함은 성형수술(반흔 성형술, 레이저치료 등 포함)을 시행한 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말합니다.
- 3) '추상(추한 모습)을 남긴 때'라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 힘줄 등으로 성형수술을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 경우를 말합니다.
- 4) 다발성 반흔 발생 시 각 판정 부위(얼굴, 머리, 목) 내의 다발성 반흔의 길이 또는 면적은 합산하여 평가합니다. 단, 길이가 5mm 미만의 반흔은 합산 대상에서 제외합니다.
- 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 산정합니다.

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 조직 힘줄
 - 라) 코의 1/2 이상 결손
- 2) 머리
 - 가) 손바닥 크기 이상의 반흔(흉터) 및 모발 결손
 - 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 추상 반흔(추한 모습의 흉터)
 - 다) 지름 2cm 이상의 조직 힘줄
 - 라) 코의 1/4 이상 결손
- 2) 머리
 - 가) 손바닥 크기 1/2 이상의 반흔(흉터) 및 모발 결손
 - 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 $8 \times 10\text{cm}$ (1/2 크기는 40cm^2 , 1/4 크기는 20cm^2), 6~11세의 경우는 $6 \times 8\text{cm}$ (1/2 크기는 24cm^2 , 1/4 크기는 12cm^2), 6세 미만의 경우는 $4 \times 6\text{cm}$ (1/2 크기는 12cm^2 , 1/4 크기는 6cm^2)로 간주합니다.

6. 척추(등뼈)의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정 기준

- 1) 척추(등뼈)는 경주에서 흉추, 요추, 제1천추까지를 동일한 부위로 합니다. 제2천추 이하의 천골 및 미골은 체간골의 장해로 평가합니다.
- 2) 척추(등뼈)의 기형 장해는 척추체(척추뼈 몸통)을 말하며, 횡돌기 및 극돌기는 제외합니다. 이하 이 신체 부위에서 같습니다)의 압박률 또는 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡 정도에 따라 평가합니다.
 - 가) 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡 변화는 객관적인 측정 방법(Cobb's Angle)에 따라 골절이 발생한 척추체(척추뼈 몸통)의 상·하 인접 정상 척추체(척추뼈 몸통)를 포함하여 측정하며, 생리적 정상 만곡을 고려하여 평가합니다.
 - 나) 척추(등뼈)의 기형 장해는 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률, 골절의 부위 등을 기준으로 판정합니다. 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률은 인접 상·하부[인접 상·하부 척추체(척추뼈 몸통)에 진구성 골절이 있거나, 다발성 척추골절이 있는 경우에는 골절된 척추와 가장 인접한 상·하부] 정상 척추체(척추뼈 몸통)의 전방 높이의 평균에 대한 골절된 척추체(척추뼈 몸통) 전방 높이의 감소비율 압박률로 정합니다.
 - 다) 척추(등뼈)의 기형 장해는 「산업재해보상보험법 시행규칙」상 경주부, 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 운동 단위에서 장해가 발생한 경우에는 그 중 가장 높은 지급률을 적용합니다.
- 3) 척추(등뼈)의 장해는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 이 사고와의 관여도를 산정하여 평가합니다.
- 4) 주간판탈출증으로 인한 신경 장해는 수술 또는 시술(비수술적 치료) 후 6개월 이상 지난 후에 평가합니다.
- 5) 신경학적 검사상 나타난 저린감이나 방사통 등 신경자극 증상의 원인으로 CT, MRI 등 영상검사에서 주간판탈출증이 확인된 경우를 주간판탈출증으로 진단하며, 수술 여부에 관계없이 운동 장해 및 기형 장해로 평가하지 않습니다.
- 6) 심한 운동 장해란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말합니다.
 - 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 운동 장해란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말합니다.
 - 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 상위 목뼈(상위 경주: 제1, 2경주) 사이에 CT 검사상, 두개 대후두공의 기저점(basion)과 축추 치돌기 상단 사이의 거리(BDI: Basion-Dental Interval)에 뚜렷한 이상 전위가 있는 상태
 - 라) 상위 목뼈(상위 경주: 제1, 2경주) CT 검사상, 환추 전방 궁(arch)의 후방과 치상돌기의 전면과의 거리(ADI: Atlanto-Dental Interval)에 뚜렷한 이상 전위가 있는 상태
- 8) 약간의 운동 장해
머리뼈(두개골)와 상위 목뼈(상위 경주: 제1, 2경주)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 말합니다.
 - 가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 35° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
 - 나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 60% 이상인 경우 또는 한 운동 단위 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 말합니다.
 - 가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 15° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
 - 나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 40% 이상인 경우 또는 한 운동 단위 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 말합니다.
 - 가) 1개 이상의 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구로 경도(가벼운 정도)의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
 - 나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 20% 이상인 경우 또는 한 운동 단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 40% 이상일 때
- 12) '주간판탈출증으로 인한 심한 신경 장해'란 주간판탈출증으로 추간판을 2마디 이상(또는 1마디 추간판에 대해 2회 이상) 수술하고도 마미신경 증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장해가 있는 경우
- 13) '주간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장해'란 주간판탈출증으로 추간판 1마디를 수술하고도 신경 생리 검사에서 명확한 신경근 병증의 소견이 지속되고 척추 신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우
- 14) '주간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장해'란 주간판탈출증이 확인되고 신경생리검사에서 명확한 신경근 병증의 소견이 지속되는 경우

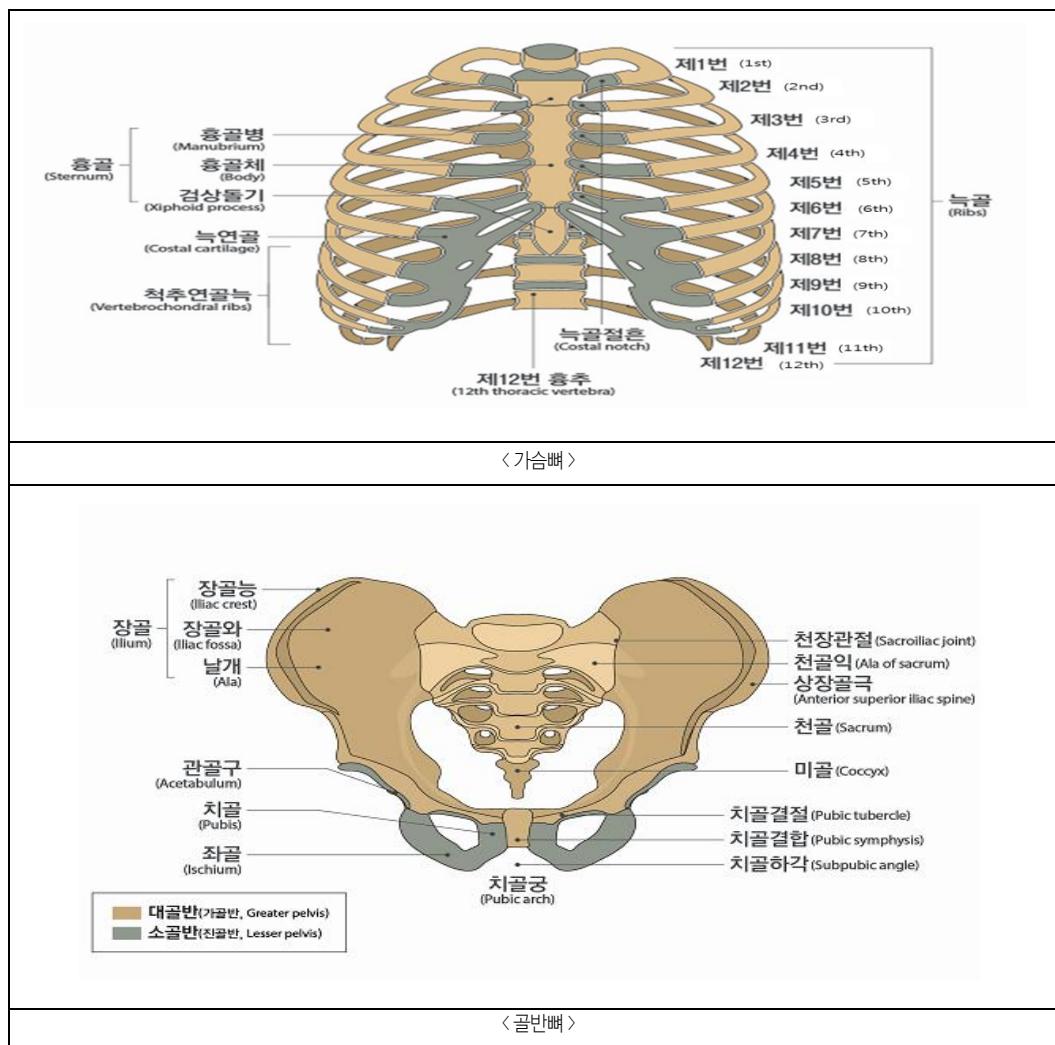
7. 체간골의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 어깨뼈(견갑골)나 골반뼈(장골, 제2천주 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. 장해판정 기준

- 1) '체간골'이라 함은 어깨뼈(견갑골), 골반뼈(장골, 제2천주 이하의 천골, 미골, 좌골 포함), 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)를 말하며 이를 모두 동일한 부위로 봅니다.
- 2) '골반뼈의 뚜렷한 기형'이라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말합니다.
- 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 말합니다.
 - 4) 갈비뼈(늑골)의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장해로 취급합니다. 다발성 능골 기형의 경우 각각의 각(角) 변형을 합산하지 않고 그중 가장 높은 각(角) 변형을 기준으로 평가합니다.



8. 팔의 장해

가. 장해의 분류

장해의 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 장해를 남긴 때	20
5) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
7) 한 팔에 가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
8) 한 팔에 가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때	10
9) 한 팔의 뼈에 기형을 남긴 때	5

나. 장해판정 기준

- 1) 골절부에 금속 내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 평가합니다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가합니다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않습니다.
- 3) '팔'이라 함은 어깨관절(견관절)부터 손목 관절(완관절)까지를 말합니다.
- 4) '팔의 3대 관절'이라 함은 어깨관절(견관절), 팔꿈치 관절(주관절), 손목 관절(완관절)을 말합니다.
- 5) '한 팔의 손목 이상을 잃었을 때'라 함은 손목 관절(완관절)부터(손목 관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치 관절(주관절) 상부에서 절단된 경우도 포함합니다.
- 6) 팔의 관절 기능장애 평가는 팔의 3대 관절의 관절운동 범위 제한 등으로 평가합니다.
- 가) 각 관절의 운동 범위 측정은 장해 평가 시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동 기능 영역을 기준으로 정상 각도 및 측정 방법 등을 따릅니다.
- 나) 관절 기능장애를 표시할 경우 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 합니다. 단, 관절 기능장애가 신경 손상으로 인한 경우에는 운동 범위 측정이 아닌 균력 및 근전도 검사를 기준으로 평가합니다.
- 7) '관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말합니다.
- 가) 완전 강직(관절굳음)
- 나) 근전도 검사상 완전 손상(complete injury) 소견이 있으면서도 수근력 검사(MMT)에서 균력이 '0등급(zero)'인 경우
- 8) '관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말합니다.
- 가) 해당 관절의 운동 범위 합계가 정상 운동 범위의 1/4 이하로 제한된 경우
- 나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
- 다) 근전도 검사상 완전 손상(complete injury) 소견이 있으면서도 수근력 검사(MMT)에서 균력이 '1등급(trace)'인 경우
- 9) '관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말합니다.
- 가) 해당 관절의 운동 범위 합계가 정상 운동 범위의 1/2 이하로 제한된 경우
- 나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서도 수근력 검사(MMT)에서 균력이 '2등급(poor)'인 경우
- 10) '관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말합니다.
- 가) 해당 관절의 운동 범위 합계가 정상 운동 범위의 3/4 이하로 제한된 경우
- 나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서도 수근력 검사(MMT)에서 균력이 '3등급(fair)'인 경우
- 11) '가관절^(*)이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말합니다.
- 다.
- * 주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 '불유합' 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외합니다.
- 12) '가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말합니다.
- 13) '뼈에 기형을 남긴 때'라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말합니다.

다. 지급률의 결정

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

9. 다리의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정 기준

- 1) 골절부에 금속 내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 평가합니다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가합니다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않습니다.
- 3) '다리'라 함은 엉덩이 관절(고관절)부터 발목관절(족관절)까지를 말합니다.
- 4) '다리의 3대 관절'이라 함은 엉덩이 관절(고관절), 무릎관절(슬관절), 발목관절(족관절)을 말합니다.
- 5) '한 다리의 발목 이상을 잃었을 때'라 함은 발목관절(족관절)부터(발목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절(슬관절)의 상부에 서 절단된 경우도 포함합니다.
- 6) 다리의 관절 기능장애 평가는 다리의 3대 관절의 관절운동 범위 제한 및 무릎관절(슬관절)의 동요성 등으로 평가합니다.
- 가) 각 관절의 운동 범위 측정은 장해 평가 시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동 기능 영역을 기준으로 정상 각도 및 측정 방법 등을 따릅니다.
- 나) 관절 기능장애가 신경 손상으로 인한 경우에는 운동 범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가합니다.
- 7) '관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말합니다.
 - 가) 완전 강직(관절굳음)
 - 나) 근전도 검사상 완전 손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력 검사(MMT)에서 근력이 '0등급(zero)'인 경우
 - 8) '관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말합니다.
 - 가) 해당 관절의 운동 범위 합계가 정상 운동 범위의 1/4 이하로 제한된 경우
 - 나) 인공관절이나 인공골드를 삽입한 경우
 - 다) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - 라) 근전도 검사상 완전 손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력 검사(MMT)에서 근력이 '1등급(trace)'인 경우
 - 9) '관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말합니다.
 - 가) 해당 관절의 운동 범위 합계가 정상 운동 범위의 1/2 이하로 제한된 경우
 - 나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - 다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력 검사(MMT)에서 근력이 '2등급(poor)'인 경우
 - 10) '관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말합니다.
 - 가) 해당 관절의 운동 범위 합계가 정상 운동 범위의 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 도수근력 검사(MMT)에서 근력이 '3등급(fair)'인 경우
 - 11) 동요 장해 평가 시에는 정상 측과 환 측을 비교하여 증가된 수치로 평가합니다.
 - 12) '가관절[†]이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말합니다.

* 주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 '불유합' 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외합니다.
 - 13) '가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 경골과 종아리뼈 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말합니다.

14) '뼈에 기형을 남긴 때'라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말합니다.

15) 다리 길이의 단축 또는 과신장은 스캐노그램(scanogram)을 통하여 측정합니다.

다. 지급률의 결정

1) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나에 기능장애가 생기고 다른 관절 하나에 기능장애가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산합니다.

2) 1하지(다리와 발가락)의 장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 합니다.

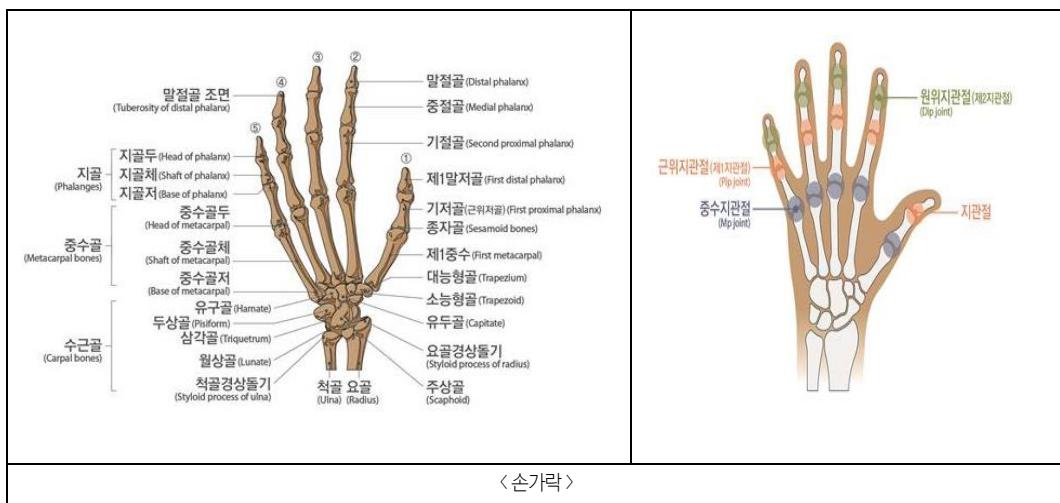
10. 손가락의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정 기준

- 1) 골절부에 금속 내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장해를 평가합니다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가합니다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않습니다.
- 3) 손가락에는 첫째 손가락에 2개의 손가락 관절이 있습니다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지 관절, 지관절이라 합니다.
- 4) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락 관절이 있습니다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지 관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부릅니다.
- 5) '손가락을 잃었을 때'라 함은 첫째 손가락에서는 지관절부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지 관절 포함) 심장에서 가까운 쪽으로 손가락이 절단되었을 때를 말합니다.
- 6) '손가락뼈 일부를 잃었을 때'라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 면 쪽으로 손가락뼈의 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 손가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않습니다.
- 7) '손가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 첫째 손가락의 경우 중수지 관절 또는 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상 운동 가능 영역의 1/2 이하인 경우를 말하며, 다른 네 손가락에서는 제1, 제2지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하이거나 중수지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말합니다.
- 8) 한 손가락에 장해가 생기고 다른 손가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산합니다.
- 9) 손가락의 관절 기능장애 평가는 손가락 관절의 관절운동 범위 제한 등으로 평가합니다. 각 관절의 운동 범위 측정은 장해 평가 시점의 「산업재해 보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동 가능 영역을 기준으로 정상 각도 및 측정 방법 등을 따릅니다.



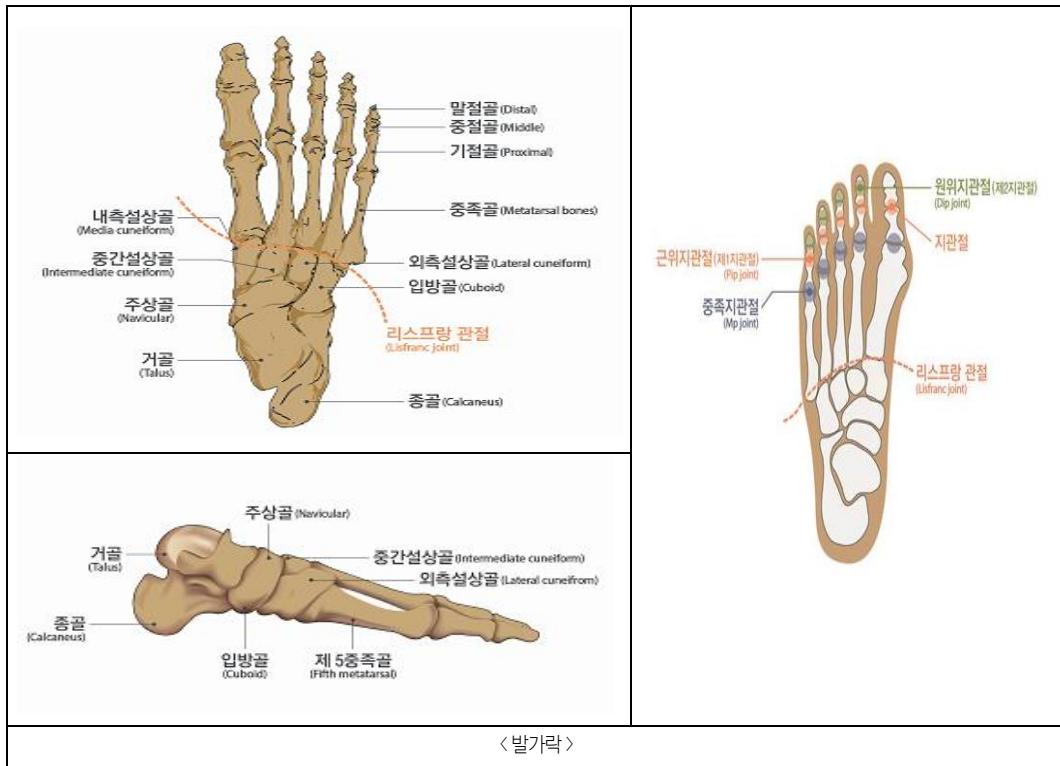
11. 발가락의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정 기준

- 골절부에 금속 내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장해를 평가합니다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가합니다.
- 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않습니다.
- '발가락을 잃었을 때'라 함은 첫째 발가락에서는 지관절부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽을 잃었을 때를 말합니다.
- 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골 간 관절 이상에서 절단된 경우를 말합니다.
- '발가락뼈 일부를 잃었을 때'라 함은 첫째 발가락에서는 지관절, 다른 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 발가락뼈 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 발가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않습니다.
- '발가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 첫째 발가락의 경우에 중족 지관절과 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동 범위 합계가 정상 운동 가능 영역의 1/2 이하가 된 경우를 말하며, 다른 네 발가락에 있어서는 중족지관절의 신전운동범위만을 평가하여 정상운동범위의 1/20이하로 제한된 경우를 말합니다.
- 한 발가락에 장해가 생기고 다른 발가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산합니다.
- 발가락 관절의 운동 범위 측정은 장해 평가 시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동 가능 영역을 기준으로 정상 각도 및 측정 방법 등을 따릅니다.



12. 흉·복부장기 및 비뇨생식기의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해의 판정 기준

- 1) '심장 기능을 잃었을 때'라 함은 심장 이식을 한 경우를 말합니다.
- 2) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말합니다.
 - 가) 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
 - 나) 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석, 복막투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때
 - 다) 방광의 저장기능과 배뇨기능을 완전히 상실한 때
- 3) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말합니다.
 - 가) 위, 대장(결장~직장) 또는 췌장, 전부를 잘라내었을 때
 - 나) 소장을 3/4 이상 잘라내었을 때 또는 잘라낸 소장의 길이가 3m 이상일 때
 - 다) 간장의 3/4 이상을 잘라내었을 때
 - 라) 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
- 4) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말합니다.
 - 가) 한쪽 폐 또는 한쪽 신장을 전부 잘라내었을 때
 - 나) 방광 기능 상실로 영구적인 요도루, 방광루, 요관 장문합 상태
 - 다) 위, 췌장을 50% 이상 잘라내었을 때
 - 라) 대장 절제, 항문 괄약근 등의 기능장애로 영구적으로 장루, 인공항문을 설치한 경우(치료 과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
 - 마) 심장기능 이상으로 인공심박동기를 영구적으로 삽입한 경우
 - 바) 요도 괄약근 등의 기능장애로 영구적으로 인공요도 괄약근을 설치한 경우
- 5) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말합니다.
 - 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) 폐 질환 또는 폐 부분 절제술 후 일상생활에서 호흡곤란으로 지속적인 산소치료가 필요하며, 폐기능 검사(PFT)상 폐환기 기능(1초간 노력성 호기량, FEV1)이 정상 예측치의 40% 이하로 저하된 때
- 6) 흉복부, 비뇨 생식기계 장해는 질병 또는 외상의 직접 결과로 인한 장해를 말하며, 노화에 의한 기능장애 또는 질병이나 외상이 없는 상태에서 예방적으로 장기를 절제, 적출한 경우는 장해로 보지 않습니다.
- 7) 상기 흉복부 및 비뇨 생식기계 장해 항목에 명기되지 않은 기타 장해상태에 대해서는 '〈불임〉 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해 평가표'에 해당하는 장해가 있을 때 ADLs 장해지급률을 준용합니다.
- 8) 상기 장해 항목에 해당되지 않는 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성 간질환, 만성폐쇄성 폐질환 등)은 장해의 평가 대상으로 인정하지 않습니다.

13. 신경계·정신행동 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 신경계에 장해가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때	10~100
2) 정신행동에 극심한 장해를 남긴 때	100
3) 정신행동에 심한 장해를 남긴 때	75
4) 정신행동에 뚜렷한 장해를 남긴 때	50
5) 정신행동에 약간의 장해를 남긴 때	25
6) 정신행동에 경미한 장해를 남긴 때	10
7) 극심한 치매 : CDR 척도 5점	100
8) 심한 치매 : CDR 척도 4점	80
9) 뚜렷한 치매 : CDR 척도 3점	60
10) 약간의 치매 : CDR 척도 2점	40
11) 심한 간질발작이 남았을 때	70
12) 뚜렷한 간질발작이 남았을 때	40
13) 약간의 간질발작이 남았을 때	10

나. 장해판정 기준

1) 신경계

- 가) '신경계에 장해를 남긴 때'라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계 손상으로 「불임」 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해 평가표'의 5가지 기본동작 중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말합니다.
- 나) 위 가)의 경우 「불임」 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해 평가표' 상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장 대상이 되는 장해로 인정하지 않습니다.
- 다) 신경계의 장해로 발생하는 다른 신체 부위의 장해(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장해로도 평가하고 그중 높은 지급률을 적용합니다.
- 라) 뇌출증, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 12개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장해를 평가합니다. 그러나, 12개월이 지난다고 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간 내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위에서 장해 평가를 유보합니다.
- 마) 장해 진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 합니다.

2) 정신행동

- 가) 정신행동 장해는 보험기간 중에 발생한 뇌의 질병 또는 상해를 입은 후 18개월이 지난 후에 판정함을 원칙으로 합니다. 다만, 질병 발생 또는 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 질병 발생 또는 상해를 입은 후 12개월이 지난 후에 판정할 수 있습니다.
- 나) 정신행동 장해는 장해판정 직전 1년 이상 충분한 정신건강의학과의 전문적 치료를 받은 후 치료에도 불구하고 장해가 고착되었을 때 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로 인하여 고정되거나 중하게 된 장해에 대해서는 인정하지 않습니다.
- 다) '정신행동에 극심한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며 GAF 30점 이하인 상태를 말합니다.
- 라) '정신행동에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며 GAF 40점 이하인 상태를 말합니다.
- 마) '정신행동에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 보건복지부 고시 「장애정도 판정 기준」의 「능력 장애측정 기준」^(주)상 6개 항목 중 3항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 50점 이하인 상태를 말합니다.

※ 주) 능력 장애측정 기준의 항목 : ① 적절한 음식 섭취, ② 대소변 관리, 세면, 목욕, 청소 등의 청결 유지, ③ 적절한 대화기술 및 협조적인 대인관계, ④ 규칙적인 통원약물 복용, ⑤ 소지품 및 금전관리나 적절한 구매행위, ⑥ 대중교통이나 일반 공공시설의 이용

바) '정신행동에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 보건복지부 고시 「장애정도 판정 기준」의 「능력 장애측정 기준」^(주)상 6개 항목 중 2항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 60점 이하인 상태를 말합니다.

사) '정신행동에 경미한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 보건복지부 고시 「장애정도 판정 기준」의 「능력 장애측정 기준」^(주)상 6개 항목 중 2항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 70점 이하인 상태를 말합니다.

아) 지속적인 정신건강의학과의 치료란 3개월 이상 약물치료가 중단되지 않았음을 의미합니다.

자) 심리학적 평가 보고서는 정신건강의학과 의료기관에서 실시해야 하며, 자격을 갖춘 임상심리전문가가 시행하고 작성하여야 합니다.

차) 정신행동 장애 진단 전문의는 정신건강의학과 전문의를 말합니다.

카) 정신행동 장애는 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌 자기공명촬영, 뇌전산화 촬영, 뇌파 등 객관적 근거를 기초로 평가합니다. 다만, 보호자나 환자의 진술, 감정의의 추정 혹은 인정, 한국 표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌 SPECT 등)은 객관적 근거로 인정하지 않습니다.

타) 각종 기질성 정신 장애와 외상 후 간질에 한하여 보상합니다.

파) 외상 후 스트레스 장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증(조현병), 편집증, 조울증(양극성 장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않습니다.

3) 치매

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

나) 치매의 장애 평가는 임상적인 증상뿐 아니라 뇌영상검사(CT 및 MRI, SPECT 등)를 기초로 진단돼야 하며, 18개월 이상 지속적인 치료 후 평가합니다. 다만, 진단 시점에 이미 극심한 치매 또는 심한 치매로 진행된 경우에는 6개월간 지속적인 치료 후 평가합니다.

다) 치매의 장해평가는 전문의(정신건강의학과, 신경과)에 의한 임상 치매 척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사 결과에 따릅니다.

4) 뇌전증(간질)

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

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

다) '심한 간질발작'이라 함은 월 8회 이상의 중증 발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작할 때 유발된 호흡 장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지 장애 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말합니다.

라) '뚜렷한 간질발작'이라 함은 월 5회 이상의 중증 발작 또는 월 10회 이상의 경증 발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말합니다.

마) '약간의 간질발작'이라 함은 월 1회 이상의 중증 발작 또는 월 2회 이상의 경증 발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말합니다.

바) '중증 발작'이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로서 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식 장해가 3분 이상 지속되는 발작을 말합니다.

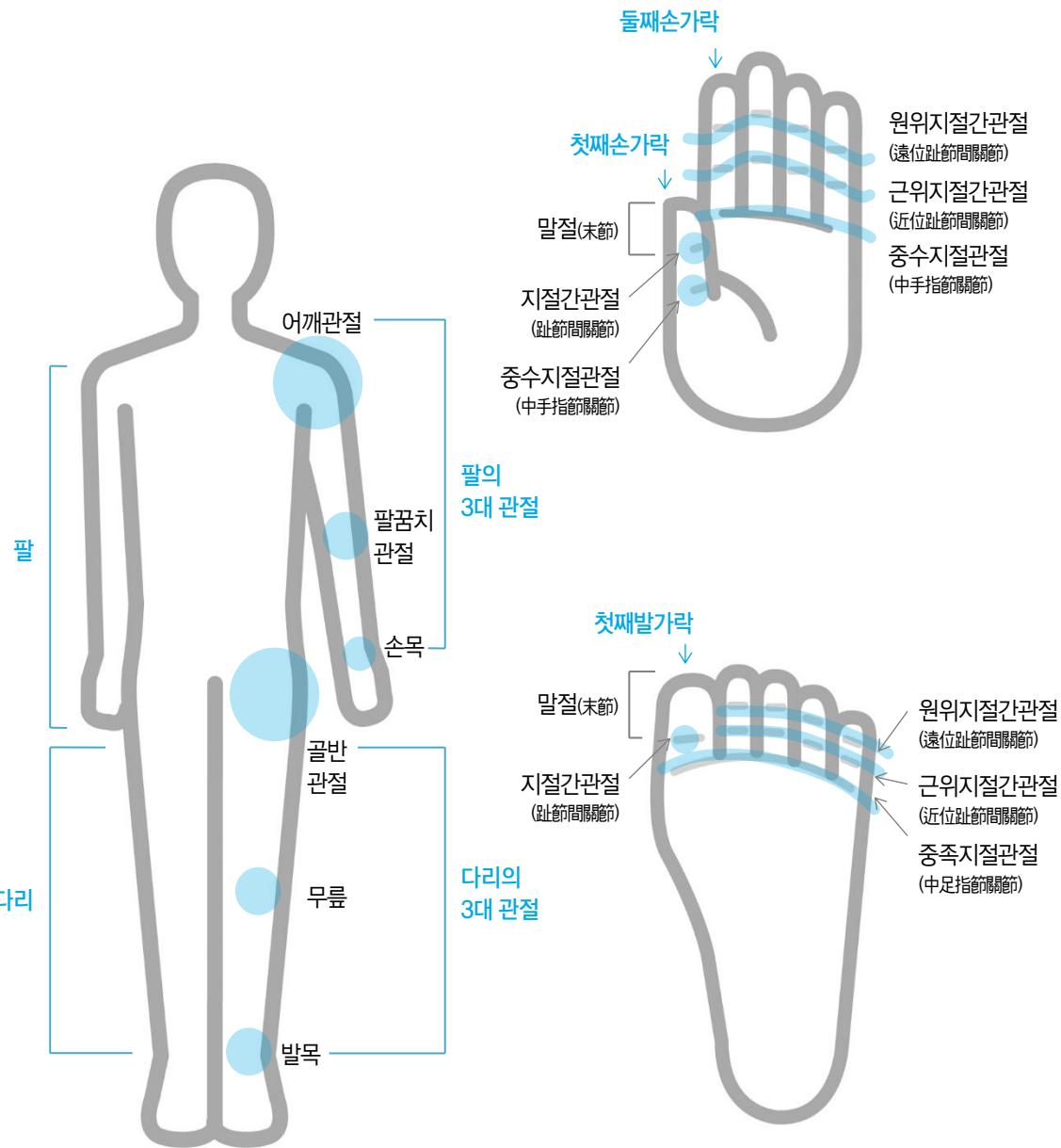
사) '경증 발작'이라 함은 운동 장해가 발생하거나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말합니다.

붙임

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해 평가표

유형	제한 정도에 따른 지급률
이동동작	<ul style="list-style-type: none"> - 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 방 밖을 나올 수 없는 상태 또는 침대에서 훨체어로 옮기기를 포함하여 훨체어 이동 시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태(40%) - 훨체어 또는 다른 사람의 도움 없이는 방 밖을 나올 수 없는 상태 또는 보행이 불가능하나 스스로 훨체어를 밀어 이동이 가능한 상태(30%) - 목발 또는 보행기(walker)를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태(20%) - 보조기구 없이 독립적인 보행은 가능하나 파행(절뚝거림)이 있으며, 난간을 잡지 않고는 계단을 오르내리기가 불가능한 상태 또는 계속하여 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태(10%)
음식물 섭취	<ul style="list-style-type: none"> - 입으로 식사를 전혀 할 수 없어 계속적으로 튜브(비위관 또는 위루관)나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급을 받는 상태(20%) - 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 식사를 전혀 할 수 없는 상태(15%) - 숟가락 사용은 가능하나 젓가락 사용이 불가능하여 음식물 섭취에 있어 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%) - 독립적인 음식물 섭취는 가능하나 젓가락을 이용하여 생선을 바르거나 음식물을 차르지는 못하는 상태(5%)
배변 배뇨	<ul style="list-style-type: none"> - 배설을 돋기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 계속적인 도움이 필요한 상태 또는 지속적인 유치도뇨관 삽입 상태, 방광루, 요도루, 장루상태(20%) - 화장실에 가서 변기 위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 뒤처리시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태 또는 간헐적으로 자가 인공 도뇨가 가능한 상태(CIC), 기저귀를 이용한 배뇨, 배변 상태(15%) - 화장실에 가는 일, 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변 후 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	<ul style="list-style-type: none"> - 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 시행 가능하나 목욕이나 샤워시 부분적으로 타인의 도움이 필요한 상태(3%)
옷 입고 벗기	<ul style="list-style-type: none"> - 상, 하의 의복 착탈시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태(10%) - 상, 하의 의복 착탈시 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태 또는 상의 또는 하의 중 하나만 혼자서 착탈의가 가능한 상태(5%) - 상, 하의 의복 착탈시 혼자서 가능하나 미세 동작(단추 잡고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)이 필요한 마무리는 타인의 도움이 필요한 상태(3%)

신체부위의 설명도



보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산

구분	적립 기간	적립 이율
보험금	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%)
해약환급금	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- (주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 일자 계산하며 지급이자도 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 적용됩니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당 기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용 시 제1~5조(보험금 지급 등의 절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용 시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

고지우량체할인특약(무배당) 약관

※ 이 특약은 피보험자의 건강상태가 일정 조건을 충족할 경우 보험료를 할인해드리는 특약으로 계약자의 청약이 있고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다. 구체적인 내용은 아래와 같습니다.

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조 [특약의 체결 및 소멸]

- ① 이 특약은 회사가 별도로 정하는 주계약(특약이 부가되어 있는 경우에는 해당되는 특약을 포함할 수 있으며, 이하 같습니다)을 체결할 때 또는 주계약의 보험기간 중 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② '주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우' 또는 '이 특약의 피보험자가 사망한 경우'에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제2조 [특약의 보장개시일]

이 특약에 대한 계약자의 청약이 있고 회사가 이를 승낙한 경우 청약한 이후의 해당 보험료부터 보험료 및 해약환급금 산출방법서(이하 "산출방법서"라 합니다)에 정한 바에 따라 "우량체 I 위험률"로 계산한 보험요율이 적용됨으로써 보장이 개시됩니다.

설명	< 우량체 I 위험률 > 피보험자가 비흡연자로서 건강상태가 양호하여 회사가 정한 기준[제 4 조(피보험자의 가입자격)에서 정한 기준을 말합니다]에 충족하는 경우 적용되는 "사망률 또는 질병의 발생률"
----	---

제3조 [피보험자의 범위]

이 특약의 적용을 받는 피보험자는 이 특약이 부가되는 주계약에서 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제사유 발생대상이 되는 피보험자 중 회사의 승낙을 얻은 자로 합니다.

1. 주계약에서 정한 사망
2. 주계약에서 정한 암 진단
3. 주계약에서 정한 급성심근경색증 진단
4. 주계약에서 정한 뇌출혈 진단
5. 주계약에서 정한 급성뇌경색증II진단
6. 주계약에서 정한 뇌졸증 진단
7. 주계약에서 정한 특정 허혈심장질환 진단
8. 주계약에서 정한 뇌혈관질환 진단
9. 주계약에서 정한 허혈심장질환 진단

제4조 [피보험자의 가입자격]

이 특약의 피보험자는 제 1 호에서 정한 건강상태와 제 2호에서 정한 피보험자의 가입자격을 모두 충족한 자로 합니다.

1. 이 특약을 가입할 수 있는 피보험자의 건강상태 요건은 다음과 같습니다.
 - 가. 적어도 최근 1년간 어떠한 형태와 종류를 불문하고 담배를 피우거나 씹거나 또는 기타 이와 유사한 형태로 사용(이하 종칭하여 "흡연(吸煙)"이라 합니다)하지 않은 자

나. 체질량 지수(Body Mass Index, BMI) 수치[Kg / (m)제곱]가 20.0 이상이고 25.0 미만인 자 [체질량 지수(Body Mass Index, BMI)란 체중(Kilogram)을 신장(Meter)의 제곱으로 나눈 값(Kg / (m)제곱) 을 말합니다]

2. 이 특약을 가입할 수 있는 피보험자의 가입자격은 다음과 같습니다.

가. 이 특약의 가입시점에 '특별조건부특약', '특정신체부위 · 질병보장제한부인수특약'을 부가하지 않고도 주계약 가입이 가능한 건강상태를 가진 자('특별조건부특약', '특정신체부위 · 질병보장제한부인수특약'을 부가하여 주계약을 가입하였으나 건강상태 호전 등으로 인하여 이 특약의 가입시점에 '특별조건부특약', '특정신체부위 · 질병보장제한부인수특약'을 부가하지 않고도 주계약 가입이 가능한 건강상태가 된 경우를 포함)

설명

< 특별조건부특약 >

특별조건부특약은 피보험자의 건강상태가 좋지 않아 표준체와 동일한 조건으로는 계약체결이 불가능한 경우 보험료 할증 등 특정 조건을 부가하여 해당 계약을 체결할 수 있도록 하는 특약으로, 계약을 체결할 때 계약자의 청약이 있고 회사가 이를 승낙한 경우 적용합니다.

나. 이 특약 가입시점의 주계약 보험나이가 20세 이상인 자

제5조 [특약의 감액]

- ① 계약자가 회사의 정하는 바에 따라 주계약의 보험가입금액을 감액할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이 경우 감액분에 대하여 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
② 감액으로 인하여 보험가입금액이 회사에서 정한 주계약의 최저보험가입금액의 한도 미만이 되었을 때에는 이 특약은 해지되며, 주계약의 보험료는 감액일 이후 납입 해당분부터 주계약의 할인 전 보험료로 변경됩니다.

제6조 [흡연상태 변경통지 및 흡연상태의 변경 등이 있을 때의 처리]

- ① 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 30일 이상 흡연을 한 경우에는 계약자 또는 피보험자는 자체 없이 회사에 이 사실을 서면으로 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.
② 회사는 제 1 항의 서면통지를 받은 날부터 1개월 이내에 이 특약의 산출방법서에 정한 방법에 따라 계산된 금액(이후 기간 보장을 위한 재원인 계약자적립액의 차이로 인하여 발생한 금액으로서, 이하 "정산차액"이라 합니다)을 계약자에게 추가 납입하도록 하며, 계약자는 「이 특약에 따라 할인된 보험료(이하 "우량체 보험료"라 합니다.)와 동일한 기준(보험기간, 납입기간, 피보험자의 가입나이 등)으로 산출된 「이 특약의 적용 전 납입하여야 할 보험료(이하 "표준체 보험료"라 합니다.)」를 향후 납입보험료로 적용받고, 이 특약은 장래에 향하여 해지됩니다. 단, 보험료의 납입이 완료되거나 면제된 계약의 경우 계약자는 정산차액만을 추가 납입합니다.
③ 계약자가 제 2 항에서 정한 정산차액 및 표준체 보험료를 납입하지 않았을 경우 회사는 "우량체 보험료"의 "표준체 보험료"에 대한 비율에 따라 주계약의 보험가입금액을 감액합니다.
④ 계약자 또는 피보험자가 정당한 이유없이 제 1 항의 통지의무를 30일 이상 늦추었을 경우에 회사는 보험금 지급사유의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 제 2 항 및 제 3 항을 준용하여 보험가입금액을 감액하고 이 특약을 해지할 수 있습니다.
⑤ 주계약의 보험기간 중 피보험자가 제4 조(피보험자의 가입자격)에서 정한 피보험자의 자격이 있고 계약자가 이 특약을 청약한 때에 회사는 제 2 조(특약의 보장개시일)에 따라 보장을 합니다. 이 경우 계약자는 청약한 날 이후의 해당 보험료부터 "우량체 보험료"를 납입하며, 정산차액이 있을 때에는 회사는 이를 계약자에게 지급합니다.

제2 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제7조 [계약 전 알릴 의무 및 계약 전 알릴 의무 위반의 효과]

- ① 계약자 또는 피보험자는 청약할 때 “보험료 할인조건 충족여부 확인서”에서 질문한 사항에 대하여 반드시 사실대로 알려야 합니다.
- ② 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제 1 항의 질문사항을 알리지 않았거나 알고 있는 사실을 사실대로 알리지 않고 “표준체 보험료” 보다 적은 “우량체 보험료”를 납입한 경우에는 회사는 보험금 지급시유 발생과 관계없이 “우량체 보험료”의 “표준체 보험료”에 대한 비율에 따라 주계약의 보험가입금액을 감액하고, 이 특약을 해지합니다.

제3관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제8조 [해약환급금]

제 5 조(특약의 감액) 제 1항에 따라 주계약의 보험가입금액을 감액한 경우 감액분에 대한 해약환급금은 이 특약의 부가로 보험료가 할인 된 주계약에 해당하는 계약자적립액을 기준으로 하여 계산합니다.

제9조 [배당금의 지급]

이 특약은 무배당특약이므로 계약자배당금이 없습니다.

제4 관 기타사항

제10조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

슈퍼우량체할인특약(무배당) 약관

※ 이 특약은 피보험자의 건강상태가 일정 조건을 충족할 경우 보험료를 할인해드리는 특약으로 계약자의 청약이 있고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다. 구체적인 내용은 아래와 같습니다.

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조 [특약의 체결 및 소멸]

- ① 이 특약은 회사가 별도로 정하는 주계약(특약이 부가되어 있는 경우에는 해당되는 특약을 포함할 수 있으며, 이하 같습니다)을 체결할 때 또는 주계약의 보험기간 중 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② '주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우' 또는 '이 특약의 피보험자가 사망한 경우'에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제2조 [특약의 보장개시일]

이 특약에 대한 계약자의 청약이 있고 회사가 이를 승낙한 경우 청약한 이후의 해당 보험료부터 보험료 및 해약환급금 산출방법서(이하 "산출방법서"라 합니다)에 정한 바에 따라 "우량체II 위험률"로 계산한 보험요율이 적용됨으로써 보장이 개시됩니다.

설명	< 우량체II 위험률 > 피보험자가 비흡연자로서 건강상태가 양호하여 회사가 정한 기준[제 4 조(피보험자의 가입자격)에서 정한 기준을 말합니다]에 충족하는 경우 적용되는 "사망률 또는 질병의 발생률"
----	---

제3조 [피보험자의 범위]

이 특약의 적용을 받는 피보험자는 이 특약이 부가되는 주계약에서 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제사유 발생대상이 되는 피보험자 중 회사의 승낙을 얻은 자로 합니다.

1. 주계약에서 정한 사망
2. 주계약에서 정한 암 진단
3. 주계약에서 정한 급성심근경색증 진단
4. 주계약에서 정한 뇌출혈 진단
5. 주계약에서 정한 급성뇌경색증II진단
6. 주계약에서 정한 뇌졸증 진단
7. 주계약에서 정한 특정 허혈심장질환 진단
8. 주계약에서 정한 뇌혈관질환 진단
9. 주계약에서 정한 허혈심장질환 진단

제4조 [피보험자의 가입자격]

이 특약의 피보험자는 제 1 호에서 정한 건강상태와 제 2호에서 정한 피보험자의 가입자격을 모두 충족한 자로 합니다.

1. 이 특약을 가입할 수 있는 피보험자의 건강상태 요건은 다음과 같습니다.
 - 가. 적어도 최근 1년간 어떠한 형태와 종류를 불문하고 담배를 피우거나 씹거나 또는 기타 이와 유사한 형태로 사용(이하 종칭하여 "흡연(吸煙)"이라 합니다)하지 않은 자

나. 수축기혈압(SYSTOLIC)이 120mmHg 미만이고 이완기혈압(DIASTOLIC)이 80mmHg 미만인 자
다. 체질량 지수(Body Mass Index, BMI) 수치[Kg / (m)제곱]가 20.0 이상이고 25.0 미만인 자 [체질량 지수(Body Mass Index, BMI)란 체중(Kilogram)을 신장(Meter)의 제곱으로 나눈 값(Kg / (m)제곱)을 말합니다]

라. 공복 혈당수치가 100mg/dL 미만인 자

2. 이 특약을 가입할 수 있는 피보험자의 가입자격은 다음과 같습니다.

가. 이 특약의 가입시점에 '특별조건부특약', '특정신체부위·질병보장제한부인수특약'을 부가하지 않고도 주계약 가입이 가능한 자('특별조건부특약', '특정신체부위·질병보장제한부인수특약'을 부가하여 주계약을 가입하였으나 건강상태 호전 등으로 인하여 이 특약의 가입시점에 '특별조건부특약', '특정신체부위·질병보장제한부인수특약'을 부가하지 않고도 주계약 가입이 가능한 상태가 된 경우를 포함)

설명	〈특별조건부특약〉 특별조건부특약은 피보험자의 건강상태가 좋지 않아 표준체와 동일한 조건으로는 계약체결이 불가능한 경우 보험료 할증 등 특정 조건을 부가하여 해당 계약을 체결할 수 있도록 하는 특약으로, 계약을 체결할 때 계약자의 청약이 있고 회사가 이를 승낙한 경우 적용합니다.
나. 이 특약 가입시점의 주계약 보험나이가 20세 이상인 자	

제5조 [특약의 감액]

- ① 계약자가 회사의 정하는 바에 따라 주계약의 보험가입금액을 감액할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이 경우 감액분에 대하여 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
② 감액으로 인하여 보험가입금액이 회사에서 정한 주계약의 최저보험가입금액의 한도 미만이 되었을 때에는 이 특약은 해지되며, 주계약의 보험료는 감액일 이후 납입 해당분부터 주계약의 할인 전 보험료로 변경됩니다.

제6조 [흡연상태 변경통지 및 흡연상태의 변경 등이 있을 때의 처리]

- ① 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 30일 이상 흡연을 한 경우에는 계약자 또는 피보험자는 자체 없이 회사에 이 사실을 서면으로 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.
② 회사는 제 1 항의 서면통지를 받은 날부터 1개월 이내에 이 특약의 산출방법서에 정한 방법에 따라 계산된 금액(이후 기간 보장을 위한 재원인 계약자적립액의 차이로 인하여 발생한 금액으로서 이하 “정산차액”이라 합니다)을 계약자에게 추가 납입하도록 하며, 계약자는 「이 특약에 따라 할인된 보험료(이하 “우량체 보험료”라 합니다)」와 동일한 기준(보험기간, 납입기간, 피보험자의 가입나이 등)으로 산출된 「이 특약의 적용 전 납입하여야 할 보험료(이하 “표준체 보험료”라 합니다)」를 향후 납입보험료로 적용받고, 이 특약은 장래에 향하여 해지됩니다. 단, 보험료의 납입이 완료되거나 면제된 계약의 경우 계약자는 정산차액만을 추가 납입합니다.
③ 계약자가 제 2 항에서 정한 정산차액 및 표준체 보험료를 납입하지 않았을 경우 회사는 “우량체 보험료”의 “표준체 보험료”에 대한 비율에 따라 주계약의 보험가입금액을 감액합니다.
④ 계약자 또는 피보험자가 정당한 이유없이 제 1 항의 통지의무를 30일 이상 늦추었을 경우에 회사는 보험금 지급사유의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 제 2 항 및 제 3 항을 준용하여 보험가입금액을 감액하고 이 특약을 해지할 수 있습니다.
⑤ 주계약의 보험기간 중 피보험자가 제 4 조(피보험자의 가입자격)에서 정한 피보험자의 자격이 있고 계약자가 이 특약을 청약한 때에 회사는 제 2 조(특약의 보장개시일)에 따라 보장을 합니다. 이 경우 계약자는 청약한 날 이후의 해당 보험료부터 “우량체 보험료”를 납입하며, 정산차액이 있을 때에는 회사는 이를 계약자에게 지급합니다.

제2관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제7조 [계약 전 알릴 의무 및 계약 전 알릴 의무 위반의 효과]

- ① 계약자 또는 피보험자는 청약할 때(건강진단을 받는 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) “보험료 할인조건 총 족여부 확인서”에서 질문한 사항에 대하여 반드시 사실대로 알려야 합니다.
- ② 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제 1 항의 질문사항을 알리지 않았거나 알고 있는 사실을 사실대로 알리지 않고 “표준체 보험료” 보다 적은 “우량체 보험료”를 납입한 경우에는 회사는 보험금 지급사유 발생과 관계없이 “우량체 보험료”의 “표준체 보험료”에 대한 비율에 따라 주계약의 보험가입금액을 감액하고, 이 특약을 해지합니다.
- ③ 제2항의 경우 회사에서 정한 절차에 따라 검사를 받고 우량체로 판정된 경우에는 적용하지 않습니다.

제3관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제8조 [해약환급금]

제5조(특약의 감액) 제 1항에 따라 주계약의 보험가입금액을 감액한 경우 감액분에 대한 해약환급금은 이 특약의 부가로 보험료가 할인 된 주계약에 해당하는 계약자적립액을 기준으로 하여 계산합니다.

제9조 [배당금의 지급]

이 특약은 무배당특약이므로 계약자배당금이 없습니다.

제4 관 기타사항

제10조 [주계약 약관의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

장애인전용보험전환특약 약관

※ 이 특약은 피보험자 또는 보험수익자 등이 소득세법에서 정한 장애인일 경우 해당 법에서 정한 장애인전용보험으로 전환하는 것을 목적으로 하며, 계약자의 청약이 있고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다. 구체적인 내용은 아래와 같습니다.

제 1 조 [특약의 적용범위 등]

① 이 특약은 보험회사가 정한 방법에 따라 보험계약자가 청약(請約)하고 보험회사가 승낙(承諾)함으로써 다음 각호의 조건을 모두 만족하는 보험계약(특약이 부가되어 있는 경우에는 해당되는 특약을 포함하며, 이하 "전환대상계약"이라 합니다)에 대하여 「소득세법 제 59 조의 4(특별세액공제) 제 1 항 제 1 호」에 해당하는 장애인전용보험(이하 "장애인전용보험"이라 합니다)으로 전환을 청약하는 경우에 적용합니다. (이하 보험계약자는 "계약자", 보험회사는 "회사"라 합니다)

1. 「소득세법 제 59 조의 4(특별세액공제) 제 1 항 제 2 호」에 따라 보험료가 특별세액공제의 대상이 되는 보험

용어 해설	
	〈소득세법 제 59 조의 4(특별세액공제)〉
	<p>① 근로소득이 있는 거주자(일용근로자는 제외한다. 이하 이 조에서 같다)가 해당 과세기간에 만기(기준)에 환급되는 금액이 납입보험료를 초과하지 아니하는 보험의 보험계약에 따라 지급하는 다음 각 호의 보험료를 지급한 경우 그 금액의 100분의 12(제 1 호의 경우에는 100 분의 15)에 해당하는 금액을 해당 과세기간의 종합소득산출세액에서 공제한다. 다만, 다음 각 호의 보험료별로 그 합계액이 각각 연 100만원을 초과하는 경우 그 초과하는 금액은 각각 없는 것으로 한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 기본공제대상자 중 장애인을 피보험자 또는 수익자로 하는 장애인전용보장성보험료 2. 기본공제대상자를 피보험자로 하는 대통령령으로 정하는 보험료(제 1 호에 따른 장애인전용보장성보험료는 제외한다)
	〈소득세법 시행령 제 118 조의 4 (보험료의 세액공제)〉
	<p>① 소득세법 제 59 조의 4 제 1 항제 1 호에서 "대통령령으로 정하는 장애인전용보장성보험료"란 제 2 항 각 호에 해당하는 보험·공제로서 보험·공제 계약 또는 보험료·공제료 납입영수증에 장애인전용 보험·공제로 표시된 보험·공제의 보험료·공제료를 말한다.</p> <p>② 소득세법 제 59 조의 4 제 1 항제 2 호에서 "대통령령으로 정하는 보험료"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 보험·보증·공제의 보험료·보증료·공제료 중 기획재정부령으로 정하는 것을 말한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 생명보험 2. 상해보험 3. 화재·도난이나 그 밖의 손해를 담보하는 가계에 관한 손해보험 4. 「수산업협동조합법」, 「신용협동조합법」 또는 「새마을금고법」에 따른 공제 5. 「군인공제회법」, 「한국교직원공제회법」, 「대한지방행정공제회법」, 「경찰공제회법」 및 「대한소방공제회법」에 따른 공제 6. 주택 임차보증금의 반환을 보증하는 것을 목적으로 하는 보험·보증. 다만, 보증대상 임차보증금이 3 억원을 초과하는 경우는 제외한다.
	〈소득세법 시행규칙 제 61 조의 3 (공제대상보험료의 범위)〉
	소득세법 시행령 제 118 조의 4 제 2 항 각 호 외의 부분에서 "기획재정부령으로 정하는 것"이란 만기(기준)에 환급되는 금액이 납입보험료를 초과하지 아니하는 보험으로서 보험계약 또는 보험료 납입영수증에 보험료 공제대상임이 표시된 보험의 보험료를 말한다.

2. 주계약(특약이 부가되어 있는 경우에는 모든 부가특약을 포함하며, 이하 “주계약”이라 합니다)의 “모든 피보험자 또는 모든 보험수익자”가 「소득세법 시행령 제 107 조(장애인의 범위) 제 1 항」에서 규정한 장애인인 보험. 다만, 보험수익자가 법정상속인 등으로 특정되지 않은 경우에는 보험수익자가 「소득세법 시행령 제 107 조(장애인의 범위) 제 1 항」에서 규정한 장애인으로 인정되지 않습니다.

용어 해설	<p>〈소득세법 시행령 제 107 조(장애인의 범위)〉에서 규정한 장애인</p> <p>① 소득세법 제 51 조 제 1 항 제 2 호에 따른 장애인은 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 자로 한다.</p> <p>1. 「장애인복지법」에 따른 장애인 및 「장애인아동 복지지원법」에 따른 장애아동 중 기획재정부령으로 정하는 사람</p> <p>2. 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 의한 상이자 및 이와 유사한 사람으로서 근로능력이 없는 사람</p> <p>3. 삭제</p> <p>4. 제 1 호 및 제 2 호 외에 항시 치료를 요하는 중증환자</p> <p>〈소득세법 시행규칙 제 54 조(장애인아동의 범위 등)〉</p> <p>① 소득세법 시행령 제 107 조 제 1 항 제 1 호에서 “기획재정부령으로 정하는 사람”이란 「장애인아동 복지지원법」 제 21 조 제 1 항에 따른 발달장애인서비스를 지원받고 있는 사람을 말한다.</p> <p>② 소득세법 시행령 제 107 조 제 2 항 각 호 외의 부분 단서에서 “기획재정부령으로 정하는 서류”란 같은 조 제 1 항 제 1 호 및 제 2 호에 따른 장애인에 대한 추가공제에 관한 서류로서 소득공제 명세서를 일괄적으로 적어 국세청장이 발급하는 서류를 말한다.</p>
------------------	---

설명	<p>〈이 특약을 적용할 수 없는 사례 예시 1〉</p> <p>주계약의 피보험자 1인은 비장애인이고 보험수익자 2인 중 한명은 비장애인, 한명은 장애인인 경우, 모든 보험수익자가 장애인이 아니므로 이 특약을 적용할 수 없습니다.</p> <p>〈이 특약을 적용할 수 없는 사례 예시 2〉</p> <p>주계약의 보험수익자 1인은 비장애인이고 피보험자 2인 중 한명은 비장애인, 한명은 장애인인 경우, 모든 피보험자가 장애인이 아니므로 이 특약을 적용할 수 없습니다.</p> <p>〈이 특약을 적용할 수 없는 사례 예시 3〉</p> <p>주계약의 피보험자는 비장애인이고 보험수익자가 법정상속인인 경우, 현재 법정상속인이 장애인이라고 하더라도 이 특약을 적용할 수 없습니다. 장애인전용보험으로 전환을 원할 경우 보험수익자 지정이 필요합니다.</p>
-----------	--

② 이 특약의 계약자는 전환대상계약의 계약자와 동일하여야 합니다.

제 2 조 [제출서류]

- ① 이 특약에 가입하고자 하는 계약자는 주계약의 “모든 피보험자 또는 모든 보험수익자”의 「소득세법 시행규칙 별지 제 38 호 서식에 의한 장애인증명서의 원본 또는 사본」(이하 “장애인증명서”라 합니다)을 제출하여 제 1 조(특약의 적용범위 등) 제 1 항 제 2 호에서 정한 조건에 해당함을 회사에 알려야 합니다.
- ② 제 1 항에도 불구하고 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 따른 상이자(傷痍者)의 증명을 받은 사람 또는 「장애인복지법」에 따른 장애인등록증을 발급받은 사람에 대해서는 해당 증명서 · 장애인등록증의 사본이나 그 밖의 장애 사실을 증명하는 서류를 제출하는 경우에는 제 1 항의 장애인증명서는 제출하지 않을 수 있습니다.
- ③ 장애인으로서 그 장애예상기간(또는 장애기간)이 기재된 장애인증명서를 제 1 항에 따라 회사에 제출한 때에는 그 장애예상기간(또는 장애기간) 동안은 이를 다시 제출하지 않을 수 있습니다.

④ 제 1 항에 따라 제출한 장애인증명서의 장애예상기간(또는 장애기간)이 변경되는 경우 계약자는 이를 회사에 알리고 변경된 장애예상기간(또는 장애기간)이 기재된 장애인증명서를 제출하여야 합니다.

제 3 조[장애인전용보험으로의 전환]

- ① 회사는 이 특약이 부가된 전환대상계약을 장애인전용보험으로 전환하여 드립니다.
- ② 제 1 항에도 불구하고, 제 2 조(제출서류) 제 1 항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료된 경우에는 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환되지 않습니다.
- ③ 「전환대상계약이 해지(解止) 또는 기타 사유로 효력이 없게 된 경우」 또는 「전환대상계약이 제 1 조(특약의 적용범위 등) 제 1 항에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우」에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
- ④ 제 1 항에 따라 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 후부터 납입된 전환대상계약 보험료는 보험료 납입영수증에 장애인전용보장성보험료로 표시됩니다.

설명	2019년 1월 15일에 전환대상계약에 가입한 계약자가 2019년 6월 1일에 이 특약을 청약하고 회사가 승낙하여 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 경우, 장애인전용보험으로 전환되기 전(2019년 1월 15일~ 2019년 5월 31일)에 납입된 전환대상계약 보험료는 당해년도 보험료 납입영수증에 장애인전용보장성보험료로 표시되지 않으며, 장애인전용보험으로 전환된 이후 납입된 전환대상계약 보험료만 장애인전용보장성보험료로 표시됩니다.
----	---

- ⑤ 제 4 항에도 불구하고, 「전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 당해년도에 전환대상계약이 제 1 조(특약의 적용범위) 제 1 항 제 2 호에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우」 또는 「전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 당해년도에 제 4 조(전환 해지)에 따라 전환을 해지하는 경우」에는 당해년도에 납입한 모든 전환대상계약 보험료가 보험료 납입영수증에 장애인전용보장성보험료로 표시되지 않습니다. 다만, 제 2 조(제출서류) 제 1 항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료됨에 따라 「전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 당해년도에 전환대상계약이 제 1 조(특약의 적용범위) 제 1 항 제 2 호에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우」에는, 장애인전용보험으로 전환된 후부터 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료되기 전까지 납입된 전환대상계약 보험료가 보험료 납입영수증에 장애인전용보장성보험료로 표시됩니다.

설명	2019년 1월 15일에 전환대상계약에 가입한 계약자가 2019년 6월 1일에 이 특약을 청약하고 회사가 승낙하여 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환되었으나 소득세법상 장애인증명서에 장애예상기간(또는 장애기간)이 2019년 12월 1일까지 인 경우, 장애인전용보험으로 전환된 이후부터 장애예상기간(또는 장애기간)이 지나기 전까지(2019년 6월 1일 ~ 2019년 12월 1일) 납입된 보험료는 당해년도 보험료 납입영수증에 장애인전용보장성보험료로 표시됩니다. 그러나, 장애예상기간(또는 장애기간)이 지난 후 납입된 전환대상계약 보험료는 보험료 납입영수증에 장애인전용보장성보험료로 표시되지 않습니다.
----	--

- ⑥ 이 특약이 부가된 이후 「제 4 조(전환 해지)에 따라 전환을 해지한 경우」 또는 「전환대상계약이 제 1 조(특약의 적용범위 등) 제 1 항 제 2 호에서 정한 조건을 만족하지 않아 이 특약의 효력이 없어진 경우」에는 해당 전환대상계약에 이 특약을 다시 부가할 수 없습니다. 다만, 제 2 조(제출서류) 제 1 항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료됨에 따라 전환대상계약이 제 1 조(특약의 적용범위 등) 제 1 항 제 2 호에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우에는 이 특약을 다시 부가할 수 있습니다.

제 4 조[전환 해지]

계약자는 전환대상계약에 대하여 장애인전용보험으로의 전환을 해지할 수 있으며, 이 경우 전환해지 신청서를 회사에 제출하여야 합니다.

제 5 조[준용규정]

- ① 이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 전환대상계약 약관, 소득세법 등 관련 법령에서 정하는 바에 따릅니다.
- ② 소득세법 등 관련 법령이 개정되는 경우 변경된 법령을 따릅니다.

지정대리청구서비스특약 약관

※ 이 특약은 보험수익자가 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약자가 미리 보험금의 대리청구인을 지정(변경지정)하는 것을 목적으로 하며, 계약자가 선택한 경우에만 적용합니다. 구체적인 내용은 아래와 같습니다.

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조 [적용 대상]

이 특약은 보험계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 주된 보험계약(이하 "주계약"이라 합니다) 및 특약에 적용됩니다.

제2조 [특약의 체결 및 소멸]

- ① 이 특약은 보험계약자의 청약(請約)과 보험회사의 승낙(承諾)으로 부가되어집니다. (이하 보험계약자는 "계약자", 보험회사는 "회사"라 합니다)
- ② 제1조(적용대상)의 주계약 및 특약이 해지(解止) 또는 기타 사유에 따라 효력이 없게 된 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제2관 지정대리청구인의 지정

제3조 [지정대리청구인의 지정(변경지정) 및 자격]

- ① 계약자는 보험수익자가 주계약 및 특약에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우에, 보험수익자를 대신하여 보험금을 청구할 수 있는 자(이하, "지정대리청구인"이라 합니다)를 지정 또는 변경지정을 할 수 있습니다.
- ② 제1항의 지정대리청구인은 「피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자」 또는 「피보험자의 3촌 이내 친족」 중 1명으로 합니다.
- ③ 보험금 청구 시에 지정대리청구인이 제2항에 해당하지 않는 경우에는 지정대리청구인의 자격을 상실합니다.
- ④ 계약자는 지정대리청구인을 지정 또는 변경지정을 할 경우 다음 서류를 제시하여야 하며, 이 경우 회사는 계약자에게 해당 내용을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다.

1. 지정대리청구인 지정(변경지정) 신청서(회사양식)
 - 단, 계약을 체결할 때에는 주계약 청약서에 포함된 신청양식으로 대체합니다.
2. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(가족관계증명서 등)
 - 단, 계약체결시점 또는 계약체결이후 지정대리청구인을 최초 지정하는 경우에는 제시하지 않을 수 있습니다.
3. 계약자의 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 이하 "신분증"이라 합니다)

- ⑤ 계약체결 이후 계약자 본인이 아닌 자가 계약자를 대리하여 제1항에서 제4항에 따라 지정대리청구인을 지정 또는 변경지정의 신청을 하는 경우(이하, "지정대리 청구인 지정의 대리신청"이라 합니다) 계약자가 작성한 제4항 제1호의 지정대리청구인 지정(변경지정) 신청서 및 제4항 제2호의 서류를 포함하여 다음 각 호 중 어느 하나를

제시하여야 합니다. 이 경우 회사는 계약자에게 「전화 등의 방법」으로 지정대리청구인 지정의 대리신청에 대한 동의 여부를 확인할 수 있습니다.

1. 계약자의 인감증명서 또는 계약자의 본인서명사실확인서

2. 계약자의 신분증(사본 가능)

⑥ 제 1 항에서 제 5 항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정 또는 변경지정된 이후에 제 1 조(적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정 또는 변경지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

⑦ 제 1 항에서 제 5 항에도 불구하고, 주계약 또는 특약 약관에서 지정대리 청구인의 지정 또는 변경지정 기간을 별도로 운영하는 경우, 계약자는 이 특약에서도 그 기간에 한하여 지정대리청구인을 지정 또는 변경지정할 수 있습니다.

제3관 보험금의 지급

제4조 [보험금의 청구]

지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)

2. 사고증명서

3. 신분증

4. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서 등) 및 주민등록등본

5. 기타 지정대리청구인이 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

제5조 [보험금의 지급절차]

① 지정대리청구인은 제4 조(보험금의 청구)에서 정한 구비서류 및 제 1 조(적용대상)의 보험수익자가 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제 1 조(적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다.

② 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

제4 관 기타사항

제6조 [준용규정]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관 및 해당 특별약관의 규정을 따릅니다.

특별조건부특약 약관

※ 이 특약은 피보험자의 건강상태가 좋지 않아 표준체와 동일한 조건으로는 계약체결이 불가능한 경우 보험료 할증 등 특정 조건을 부가하여 해당 계약을 체결할 수 있도록 하는 특약으로, 계약을 체결할 때 계약자의 청약이 있고 회사가 이를 승낙한 경우 적용합니다. 구체적인 내용은 아래와 같습니다.

제1조 [특약의 체결]

- ① 이 특약은 보험계약(특약이 부가된 경우에는 특약 포함하며, 이하 '계약'이라 합니다)을 체결할 때 피보험자의 건강상태가 보험회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우 계약자의 청약(請約)과 보험회사의 승낙(承諾)으로 주계약 또는 특약에 부가하여 이루어집니다(이하 이 특약의 적용을 받는 주계약 또는 특약은 "해당계약"이라 합니다).
- ② 이 특약은 2인(3인, 多人)보장보험에 부가할 경우 이 특약의 피보험자는 보험금의 지급사유 발생 대상이 되는 피보험자 중 건강상태가 보험회사가 정한 기준에 적합하지 않은 자로 합니다.
- ③ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 해당 계약의 보장개시일과 같습니다.
- ④ '해당 계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우' 또는 '이 특약의 피보험자가 사망한 경우'에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제2조 [특약의 내용]

이 특약은 피보험자의 위험도가 높아 보험계약의 가입이 불가능한 경우 이 약관이 정하는 바에 따라 가입할 수 있도록 하여 해당 계약의 보험기간 중 위험에 대한 보장을 받을 수 있는 것을 주된 내용으로 합니다.

제3조 [특약의 부가조건]

- ① 이 특약에 따라 부가하는 계약조건은 피보험자의 건강상태, 위험의 종류 및 정도에 따라 다음 중 한 가지의 방법으로 부가합니다.

1. 할증보험료법

할증위험률(售增危險率)에 의한 보험료와 표준체(標準體)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.

용어 해설	<p>〈할증위험률〉 피보험자의 건강상태가 회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우 일반위험률보다 높게 적용되는 위험률</p> <p>〈표준체〉 피보험자의 건강상태가 회사가 정한 기준에 적합한 피보험자를 말하며, 표준체에 대해서는 위험률을 할인 또는 할증하지 않고 계산한 보험료를 적용합니다.</p>
----------	--

2. 보험금감액법

계약일부터 회사가 정하는 삭감기간(削減期間)내에 피보험자에게 재해분류표(별표 참조)에서 정한 재해(이하 "재해"라 합니다) 이외의 원인으로 해당계약의 삭감대상 보험금지급사유가 발생하였을 경우에는 해당계약의 규정에도 불구하고 계약시에 정한 삭감기간 및 보험금지급비율에 따라 보험금을 지급합니다.

가. 계단식 보험금감액법

경과기간	기준	삭감기간 및 보험금지급비율				
		1년	2년	3년	4년	5년
1년미만	해당계약에서 정한 지급보험금	50%	30%	25%	20%	15%
1년이상 2년미만			60%	50%	40%	30%
2년이상 3년미만				75%	60%	45%
3년이상 4년미만		100%			80%	60%
4년이상 5년미만			100%			80%
5년 이상					100%	100%

나. 평준식 보험금감액법

경과기간에 상관없이 전 삭감기간동안 50%이상의 범위 내에서 회사가 정한 동일한 보험금지급비율을 적용하여 보험금을 지급합니다.

그러나, 그 보험사고의 발생원인이 재해로 인하여 피보험자가 사망하였을 경우에는 삭감된 보험금을 지급하지 않고 해당계약의 규정에 따른 보험금을 지급합니다. 또한, 피보험자에게 보험기간 중 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 사망한 것으로 봅니다.

⑦ 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

⑧ 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

3. 나이가산법

할증위험률에 따른 보험료가 표준체 보험료와 가장 가까운 나이간의 차이를 연증수(年增數)라 합니다. 즉 어떤 결함을 가진 피보험자의 위험지수(危險指數)가 실제 n세 높은 나이의 표준체와 같은 위험률을 나타낸다고 인정될 때 "n년증"이라 칭하고 n세 높은 나이의 표준체보험료를 받아들이는 방법입니다.

4. 나이가산법과 보험금감액법을 병용(併用)할 수 있습니다.

② 제1항 제2호의 삭감기간은 피보험자의 건강상태, 위험의 종류 및 정도에 따라 5년 이내로 합니다. 단, 해당계약이 계약자가 보험기간 만료일까지 계약을 유지하지 않는다는 의사표시가 없는 한 별도의 계약사정 없이 갱신되는 계약(이하, "갱신계약"이라 합니다)인 경우 「삭감기간」의 산정은 최초 계약일을 기준으로 합니다. 또한 그 판단기준은 회사의 계약인수기준을 따르며, 개개인의 질병의 상태 등에 대한 의사의 소견에 따라서 다르게 적용할 수 있습니다.

③ 제1항 제1호부터 제4호까지의 규정에 따라 해당 계약에 부가된 조건을 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제4조 [특약의 보험기간 및 보험료의 납입]

- ① 이 특약의 보험기간은 해당 계약의 보험기간 이내에서 회사가 정한 기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 해당 계약의 보험료 납입기간 중에 해당계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 해당 계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ③ 이 특약이 부가된 해당 계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우에는 이 특약의 보험료 납입도 면제됩니다.

제5조 [건강상태의 변경에 따른 특약의 해지]

- ① 이 특약을 부가하여 해당 계약을 가입하였으나 건강상태 호전 등으로 인하여 이 특약을 부가하지 않고도 해당 계약 가입이 가능한 상태가 된 경우에 계약자는 회사의 승낙을 얻어 이 특약을 해지할 수 있습니다.
- ② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우 회사는 이 특약의 보험료 및 해약환급금 산출방법서에 따라 계산된 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제6조 [특약내용의 변경]

이 특약이 부가된 해당 계약의 경우에는 해당 계약 약관의 규정에도 불구하고 다음과 같은 내용을 변경할 수 없습니다.

니다.

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

용어	〈감액완납보험〉
해설	차회 이후의 보험료 납입을 중단하는 대신 가입금액을 감액하는 보험 〈연장보험〉 차회 이후의 보험료 납입을 중단하는 대신 정기보험(일정기간동안 사망을 보장하는 보험)으로 변경하는 보험

제7조 [해당 계약 약관 규정의 준용]

이 특약에서 따로 정하지 않은 사항에 대하여는 이 특약이 부가된 해당 계약 약관의 규정을 따릅니다.

1. 재해의 정의

이 보험약관에서 재해는 다음 중 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 제1급 감염병

2. 재해에 해당되지 않는 사항

다음 각 호는 이 보험약관에서 정의하는 재해에 해당되지 않습니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
 - 과잉 노력 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 환자의 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 호흡장해 및 삼킬장해
- ⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. 위 () 안의 내용은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 상의 분류번호를 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 발생(진단) 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명

피보험자에게 발생(진단)된 사고가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 「재해」에 해당될 수 있었다고 하더라도 발생(진단) 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 「재해」가 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 「재해」로 보지 않습니다.
 반대로 피보험자에게 발생(진단)된 사고가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 「재해」에 해당될 수 없었다고 하더라도 발생(진단) 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 「재해」인 경우에는 약관에서 규정하는 「재해」로 봅니다.

2. 발생(진단) 시점에 상기 “1.재해의 정의 및 2. 재해에 해당되지 않는 사항”인지 여부가 확인된 경우, 발생(진단) 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 재해의 분류가 추가 또는 제외되더라도 상기 “1.재해의 정의 및 2. 재해에 해당되지 않는 사항”인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명

발생(진단) 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 「재해」에 해당될 수 없었다면, 발생(진단) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 「재해」로 볼 수 있어 「재해 발생(진단)」 확인이 가능한 서류를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 「재해」로 보지 않습니다.

3. 위 「1. 재해의 정의 ②」에 해당하는 감염병은 보험사고 발생 당시 시행중인 법률을 적용하며, 「2. 재해에 해당되지 않는 사항 ⑥」에 해당되더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

특정신체부위·질병보장제한부인수특약 약관

※ 이 특약은 계약을 체결할 때 계약자의 청약이 있고 회사가 이를 승낙한 경우 적용하거나, 이미 계약을 체결한 후 '계약 전 알릴 의무 위반의 효과' 등으로 회사가 보장을 제한할 경우 계약자의 동의를 얻어 적용합니다. 구체적인 내용은 아래와 같습니다.

제1조 [특약의 체결 및 소멸]

- ① 이 특약은 주계약(특약이 부가된 경우에는 특약을 포함할 수 있습니다. 이하 같습니다)을 체결할 때 피보험자의 건강상태가 회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 또한, 이미 주계약을 체결한 후 계약 전 알릴 의무 위반의 효과 등으로 회사가 보장을 제한할 경우에도, 회사는 계약자의 동의를 얻어 이 특약을 부가하여 주계약의 내용을 변경할 수 있습니다. 이 때, 계약자가 동의하지 않을 경우 회사는 주계약을 해지할 수 있습니다.
- ③ 이 특약 부가에 따라 주계약에서 보장이 제한되는 범위는 의학적으로 인과관계가 있다고 입증된 경우 혹은 경험통계적으로 인과관계가 유의성 있게 입증된 경우 등 피보험자의 과거 병력(계약 전 알릴 의무 사항에 해당하는 질병을 말합니다)과 직접적으로 관련이 있는 신체부위 혹은 질병 등으로 제한하며, 이 특약을 부가할 때에 회사는 보장이 제한되는 범위 및 사유를 계약자에게 안내하여 드립니다.
- ④ 이 특약을 2인(3인, 多人)보장보험에 부가할 경우 이 특약의 피보험자는 보험금의 지급사유 발생 대상이 되는 피보험자 중 건강상태가 회사가 정한 기준에 적합하지 않은 자로 합니다.
- ⑤ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일[부활(효력회복) 계약의 경우는 부활(효력회복)일]과 같습니다. 또한, 제2항에 따라 주계약의 내용을 변경하는 경우에도 이 특약의 보장개시일은 주계약의 보장개시일 [부활(효력회복) 계약의 경우는 부활(효력회복)일]로 소급하여 적용합니다.
- ⑥ '주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우' 또는 '이 특약의 피보험자가 사망한 경우'에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
- ⑦ 주계약에서 정한 보장개시일 이전에 발생한 질병에 대하여 계약을 무효로 하는 경우에도 다음 각 호의 경우에는 계약을 무효로 하지 않습니다.
 1. 이 특약 제2조(특약면책조건의 내용) 제1항 제1호에서 정한 특정신체부위에 발생한 질병에 대하여 면책조건으로 계약을 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정신체부위에 질병이 발생한 경우
 2. 이 특약 제2조(특약면책조건의 내용) 제1항 제2호에서 정한 특정질병에 대하여 면책조건으로 계약을 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정질병이 발생한 경우

제2조 [특약면책조건의 내용]

- ① 이 특약에서 정한 면책기간 중에 다음 각 호의 질병을 직접적인 원인으로 주계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 회사는 보험금을 지급하지 않거나, 보험료의 납입을 면제하지 않습니다. 다만, 이 특약의 피보험자가 사망하여 보험금 등의 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다.
 1. 별표1 "특정신체부위분류표" 중에서 회사가 지정한 부위(이하 "특정신체부위"라 합니다)에 발생한 질병 또는 특정신체부위에 발생한 질병의 전이로 인하여 특정신체부위 이외의 부위에 발생한 질병
 2. 별표2 "특정질병분류표" 중에서 회사가 지정한 질병(이하 "특정질병"이라 합니다)
- ② 제1항의 면책기간은 특정신체부위 또는 특정질병의 상태에 따라 「1년부터 5년」 또는 「주계약의 보험기간」으로 합니다. 단, 계약자가 보험기간 만료일까지 계약을 유지하지 않는다는 의사 표시가 없는 한 별도의 인수심사 없이 갱신되는 계약(이하 "갱신계약"이라 합니다)에서 「면책기간」의 산정은 최초 계약일을 기준으로 하며, 「주계약의 보

험기간은 최초 계약일부터 최종 갱신계약의 종료일까지로 합니다. 또한 그 판단 기준은 회사의 계약인수기준을 따르며, 개개인의 질병의 상태 등에 대한 의사의 소견에 따라서 다르게 적용할 수 있습니다.

용어

해설

<계약인수기준>

피보험자를 대상으로 직업, 건강, 재정 상태 등 보험가입에 대한 적합여부를 판단하는 기준을 말합니다.

③ 제1항의 규정에도 불구하고 다음 중 어느 하나의 사유로 주계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다.

1. 제1항 제1호에서 지정한 특정신체부위에 발생한 질병의 합병증으로 인하여 특정신체부위 이외의 부위에 발생한 질병으로 주계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우(단, 전이는 합병증으로 보지 않습니다)
 2. 제1항 제2호에서 지정한 특정질병의 합병증으로 인하여 발생한 특정질병 이외의 질병으로 주계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우
 3. 재해(별표3 “재해분류표”에서 정한 재해를 말하며, 이하 “재해”라 합니다)로 인하여 주계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우
 4. 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안 제1항 제1호 및 제2호에서 지정한 질병으로 추가 진단(단순 건강 검진 제외) 또는 치료 사실이 없고, 청약일부터 5년이 지난 이후 제1항 제1호 및 제2호에서 정한 질병으로 주계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우
- ④ 제3항 제4호의 “청약일 이후 5년이 지나는 동안”이라 함은 주계약에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑤ 제3조[해지특약의 부활(효력회복)]에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제3항 및 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑥ 피보험자가 회사가 정한 면책기간의 종료일을 포함하여 계속하여 입원한 경우 그 입원에 대해서는 면책기간 종료일의 다음 날을 입원의 개시일로 인정하여 보험금을 지급합니다.
- ⑦ 피보험자에게 보험사고가 발생했을 경우, 그 사고가 특정질병 또는 특정신체부위를 직접적인 원인으로 발생한 사고인가 아닌가는 의사의 진단서와 의견을 주된 판단자료로 결정합니다.
- ⑧ 제1항의 특정신체부위 및 특정질병은 4개 이내에서 선택하여 부가 할 수 있습니다.

제3조 [해지특약의 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.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 경우에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제5항의 규정을 준용합니다.

제4조 [주계약 약관 규정의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표 1

특정신체부위 분류표

분류번호	특정신체부위의 명칭
49	위, 십이지장
50	공장(빈창자), 회장(돌창자), 맹장(충수돌기 포함)
51	대장(맹장, 직장 제외)
52	직장
53	항문
54	간
55	담낭(쓸개) 및 담관
56	췌장
57	비장
58	기관, 기관지, 폐, 흉막 및 흉과(늑골 포함)
59	코[외비(코 바깥), 비강(코 안) 및 부비강(코 곁골) 포함]
60	인두 및 후두(편도 포함)
61	식도
62	구강, 치아, 혀, 악하선(턱밀샘), 이하선(귀밀샘) 및 설하선(혀밀샘)
63	귀[외이(바깥 귀), 고막, 중이(가운데귀), 내이(속귀), 청신경 및 유양돌기(꼭지돌기) 포함]
64	안구 및 안구부속기[안검(눈꺼풀), 결막, 누기(눈물샘), 안근 및 안와내 조직 포함]
65	신장
66	부신
67	요관, 방광 및 요도
68	음경
69	질 및 외음부
70	전립선
71	유방(유선 포함)
72	자궁[자궁체부(자궁몸통) 포함]
73	자궁체부(자궁몸통)(제왕절개술을 받은 경우에 한함)
74	난소 및 난관
75	고환[고환초막(고환집막) 포함] 부고환, 정관, 정삭 및 정낭
76	갑상선
77	부갑상선
78	서혜부(넓적다리 부위의 위쪽 주변)(서혜 탈장, 음낭 탈장 또는 대퇴 탈장이 생긴 경우에 한함)
79	피부(두피 및 입술 포함)
80	경추부(해당신경 포함)
81	흉추부(해당신경 포함)
82	요추부(해당신경 포함)
83	천골(엉치뼈)부 및 미골(꼬리뼈)부(해당신경 포함)
84	왼쪽 어깨
85	오른쪽 어깨
86	왼팔(왼쪽 어깨 제외, 원손 포함)
87	오른팔(오른쪽 어깨 제외, 오른손 포함)
88	원손(왼쪽 손목 관절 이하)
89	오른손(오른쪽 손목 관절 이하)
90	왼쪽 고관절
91	오른쪽 고관절
92	왼쪽 다리(왼쪽 고관절 제외, 원발 포함)
93	오른쪽 다리(오른쪽 고관절 제외, 오른발 포함)
94	원발(왼쪽 발목 관절 이하)
95	오른발(오른쪽 발목 관절 이하)
96	상 · 하악골(위턱뼈 · 아래턱뼈)
97	쇄골
98	늑골(갈비뼈)

별표2

특정질병 분류표

① 약관에 규정하는 “특정질병으로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

NO	대상질병	분류번호	
40	담석증	K80	담석증
41	요로결석증	N20	신장 및 요관의 결석
		N21	하부요로의 결석
		N22	달리 분류된 질환에서의 요로의 결석
42	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
43	관절증	M05	혈청검사양성 류마티스관절염
		M06	기타 류마티스관절염
		M08	연소성 관절염
		M15	다발관절증
		M16	고관절증
		M17	무릎관절증
		M18	제1수근중수관절의 관절증
		M19	기타 관절증
44	등병증	M40	척주후만증 및 척주전만증
		M41	척주측만증
46	골반염	N73	기타 여성골반염증질환
		N74	달리 분류된 질환에서의 여성골반염증장애
47	자궁내막증	N80	자궁내막증
48	자궁근종	D25	자궁의 평활근종

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “특정질병으로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준 질병·사인분류를 적용합니다.

설명 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “특정질병으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “특정질병으로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “특정질병으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.
반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “특정질병으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “특정질병으로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “특정질병으로 분류되는 질병”으로 봅니다.

② 진단시점에 약관에서 규정하는 “특정질병으로 분류되는 질병” 인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “특정질병으로 분류되는 질병” 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명 진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 “특정질병으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 “특정질병으로 분류되는 질병”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 “특정질병으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.

별표3

재해분류표

1. 재해의 정의

이 보험약관에서 재해는 다음 중 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 제1급 감염병

2. 재해에 해당되지 않는 사항

다음 각 호는 이 보험약관에서 정의하는 재해에 해당되지 않습니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
 - 과잉 노력 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 환자의 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 호흡장해 및 삼킴장해
- ⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. 위 () 안의 내용은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 상의 분류번호를 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 발생(진단) 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자에게 발생(진단)된 사고가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 「재해」에 해당될 수 있었다고 하더라도 발생(진단) 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 「재해」가 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 「재해」로 보지 않습니다. 반대로 피보험자에게 발생(진단)된 사고가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 「재해」에 해당될 수 없었다고 하더라도 발생(진단) 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 「재해」인 경우에는 약관에서 규정하는 「재해」로 봅니다.
----	---

2. 발생(진단) 시점에 상기 “1. 재해의 정의 및 2. 재해에 해당되지 않는 사항” 인지 여부가 확인된 경우, 발생(진단) 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 재해의 분류가 추가 또는 제외되더라도 상기 “1. 재해의 정의 및 2. 재해에 해당되지 않는 사항” 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	발생(진단) 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 「재해」에 해당될 수 없었다면, 발생(진단) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 「재해」로 볼 수 있어 「재해 발생(진단)」 확인이 가능한 서류를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 「재해」로 보지 않습니다.
	3. 위 「1. 재해의 정의 ②」에 해당하는 감염병은 보험사고 발생 당시 시행중인 법률을 적용하며, 「2. 재해에 해당되지 않는 사항 ⑥」에 해당되더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

- 아래 법령은 고객의 이해를 돋기 위해 마련되었으며, 가입하신 상품에 따라 인용된 법령이 다를 수 있습니다.
- 아래 법령은 2023년 1월 1일을 기준으로 작성되었으며, 해당 법령의 제·개정으로 내용이 변경될 수 있습니다.
 - 또한, 아래 법령과 실제 법령 내용이 다른 경우에는 실제 법령 내용을 적용합니다.
- 또한, 아래 방법으로 현행 법령과 제·개정 법령을 확인할 수 있습니다.
- 홈페이지 : '국가법령정보센터 홈페이지(www.law.go.kr)'
 - 앱 : 구글 Play 스토어, 아이폰 앱스토어 등을 통해 '국가법령정보 (Korea Laws)' 앱을 다운

‘국가법령정보 (Korea Laws)’ 앱	아이폰용 QR 코드	안드로이드용 QR 코드
		

■ 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률

제 2 조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. (생략)
2. "제 1 급감염병"이란 생물테러감염병 또는 치명률이 높거나 집단 발생의 우려가 커서 발생 또는 유행 즉시 신고하여야 하고, 음압격리와 같은 높은 수준의 격리가 필요한 감염병으로서 다음 각 목의 감염병을 말한다. 다만, 갑작스러운 국내 유입 또는 유행이 예견되어 긴급한 예방·관리가 필요하여 질병관리청장이 보건복지부장관과 협의하여 지정하는 감염병을 포함한다.

가. 에볼라바이러스병	나. 마버그열	다. 라싸열
라. 크리미안콩고출혈열	마. 남아메리키출혈열	바. 리프트밸리열
사. 두창	아. 페스트	자. 탄저
차. 보툴리눔독소증	카. 약토병	타. 신종감염병증후군
파. 중증급성호흡기증후군(SARS)	하. 중동호흡기증후군(MERS)	거. 동물인플루엔자 인체감염증
너. 신종인플루엔자	더. 디프테리아	
3. "제 2 급감염병"이란 전파가능성을 고려하여 발생 또는 유행 시 24시간 이내에 신고하여야 하고, 격리가 필요한 다음 각 목의 감염병을 말한다. 다만, 갑작스러운 국내 유입 또는 유행이 예견되어 긴급한 예방·관리가 필요하여 질병관리청장이 보건복지부장관과 협의하여 지정하는 감염병을 포함한다.

가. 결핵(結核)	나. 수두(水痘)	다. 홍역(紅疫)
라. 콜레라	마. 장티푸스	바. 파라티푸스
사. 세균성 이질	아. 장출혈성대장균감염증	자. A형간염
차. 백일해(百日咳)	카. 유행성이하선염(流行性耳下腺炎)	타. 풍진(風疹)

파. 폴리오	하. 수근구균 감염증	거. b 형헤모필루스인풀루엔자
너. 폐렴구균 감염증	더. 한센병	러. 성홍열
머.	비. 카비레네내성장내세균속균증(CRE) 감염증	서. E 형간염
반코마이신내성황색포도알균(VRSA) 감염증		

4. “제 3 급감염병”이란 그 발생을 계속 감시할 필요가 있어 발생 또는 유행 시 24 시간 이내에 신고하여야 하는 다음 각 목의 감염병을 말한다. 다만, 갑작스러운 국내 유입 또는 유행이 예견되어 긴급한 예방·관리가 필요하며 보건복지부장관이 지정하는 감염병을 포함한다.
- | | | |
|---|-----------------------|-------------------|
| 가. 파상풍(破傷風) | 나. B 형간염 | 다. 일본뇌염 |
| 라. C 형간염 | 마. 밀라리아 | 바. 레지오넬라증 |
| 사. 비브리오판혈증 | 아. 밸진티푸스 | 자. 밸진열(發疹熱) |
| 차. 쪼쯔가무시증 | 카. 렙토스피라증 | 타. 브루셀라증 |
| 파. 공수병(恐水病) | 하. 신증후군출혈열(腎症候群出血熱) | 거. 후천성면역결핍증(AIDS) |
| 너. 크로이츠펠트-야콥병(CJD) 및 변종크로이츠펠트-야콥병(vCJD) | | 더. 황열 |
| 러. 뎅기열 | 머. 큐열(Q 烫) | 버. 웨스트나일열 |
| 서. 리임병 | 어. 진드기매개뇌염 | 저. 유비저(類鼻疽) |
| 처. 치쿤구니야열 | 커. 중증열성혈소판감소증후군(SFTS) | 터. 지카바이러스 감염증 |
- (이하 생략)

제 16 조의 2(감염병병원체 확인기관)

① 다음 각 호의 기관(이하 “감염병병원체 확인기관”이라 한다)은 실험실 검사 등을 통하여 감염병병원체를 확인할 수 있다.

1. 질병관리청
 2. 국립검역소
 3. 「보건환경연구원법」 제2조에 따른 보건환경연구원
 4. 「지역보건법」 제10조에 따른 보건소
 5. 「의료법」 제3조에 따른 의료기관 중 진단검사의학과 전문의가 상근(常勤)하는 기관
 6. 「고등교육법」 제4조에 따라 설립된 의과대학 중 진단검사의학과가 개설된 의과대학
 7. 「결핵예방법」 제21조에 따라 설립된 대한결핵협회(결핵환자의 병원체를 확인하는 경우만 해당한다)
 8. 「민법」 제32조에 따라 한센병환자 등의 치료·재활을 지원할 목적으로 설립된 기관(한센병환자의 병원체를 확인하는 경우만 해당한다)
 9. 인체에서 채취한 검사물에 대한 검사를 국가, 지방자치단체, 의료기관 등으로부터 위탁받아 처리하는 기관 중 진단검사의학과 전문의가 상근하는 기관
- ② 질병관리청장은 감염병병원체 확인의 정확성·신뢰성을 확보하기 위하여 감염병병원체 확인기관의 실험실 검사능력을 평가하고 관리할 수 있다.
- ③ 제2항에 따른 감염병병원체 확인기관의 실험실 검사능력 평가 및 관리에 관한 방법, 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

■ 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 시행규칙

제 6 조(의사 등의 감염병 발생신고)

(생략)

⑤ 법 제 11 조제 6 항에 따른 감염병환자등의 진단 기준은 별표 2와 같으며, 그 밖의 세부 사항은 질병관리청장이 정하여 고시한다.

별표 2(감염병환자등의 진단 기준)

1. 제 1 급감염병의 경우

- 가. 감염병환자: 해당 감염병에 부합되는 임상적 특징을 나타내면서 혈액, 대변, 인두도말 등 검체에서 배양검사, 유전자 검출검사 등의 검사방법으로 감염병병원체가 확인된 사람
- 나. 의사환자: 임상적 특징 및 역학적 연관성을 고려할 때 해당 감염병이 의심되나 감염병병원체가 확인되지 않은 사람
- 다. 병원체보유자: 임상증상을 나타내지 않으나 감염병병원체가 확인된 사람

2. 제 2 급감염병의 경우

- 가. 감염병환자: 해당 감염병에 부합되는 임상적 특징을 나타내면서 혈액, 대변, 인두도말, 뇌척수액, 가래 등 검체에서 배양검사, 유전자 검출검사, 항체 검출검사 등의 검사방법으로 감염병병원체가 확인된 사람
- 나. 의사환자: 임상적 특징 및 역학적 연관성을 고려할 때 해당 감염병이 의심되나 감염병병원체가 확인되지 않은 사람
- 다. 병원체보유자: 임상증상을 나타내지 않으나 감염병병원체가 확인된 사람

3. 제 3 급감염병의 경우

- 가. 감염병환자: 해당 감염병에 부합되는 임상적 특징을 나타내면서 혈액, 대변, 소변, 뇌척수액, 가래, 기관지세척액 등 검체에서 배양검사, 유전자 검출검사, 항체 검출검사, 항원 검출검사, 현미경검사 등의 검사방법으로 감염병병원체가 확인된 사람. 다만, 파상풍의 경우에는 임상적 특징을 나타내는 것만으로도 감염병환자로 진단한다.
- 나. 의사환자: 임상적 특징 및 역학적 연관성을 고려할 때 해당 감염병이 의심되나 감염병병원체가 확인되지 않은 사람
- 다. 병원체보유자: 임상증상을 나타내지 않으나 감염병병원체가 확인된 사람

4. 제 4 급감염병의 경우

- 가. 감염병환자: 해당 감염병에 부합되는 임상적 특징을 나타내면서 혈액, 대변, 소변, 인두도말, 궤양부위도말, 병변 조직, 피하조직 등 검체에서 배양검사, 유전자 검출검사, 항체 검출검사, 항원 검출검사, 현미경검사 등의 검사방법으로 감염병병원체가 확인된 사람
- 나. 의사환자: 임상적 특징 및 역학적 연관성을 고려할 때 해당 감염병이 의심되나 감염병병원체가 확인되지 않은 사람
- 다. 병원체보유자: 임상증상을 나타내지 않으나 감염병병원체가 확인된 사람

■ 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 제3자의 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 한 한다.

② 개인정보처리자는 제1항제1호에 따른 동의를 받을 때에는 다음 각 호의 사항을 정보주체에게 알려야 한다. 다음 각 호의 어느 하나의 사항을 변경하는 경우에도 이를 알리고 동의를 받아야 한다.

1. 개인정보의 수집·이용 목적
2. 수집하려는 개인정보의 항목
3. 개인정보의 보유 및 이용 기간

4. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용

③ 개인정보처리자는 당초 수집 목적과 합리적으로 관련된 범위에서 정보주체에게 불이익이 발생하는지 여부, 암호화 등 안전성 확보에 필요한 조치를 하였는지 여부 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 정보주체의 동의 없이 개인정보를 이용할 수 있다.

제 17 조(개인정보의 제공)

① 개인정보처리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당되는 경우에는 정보주체의 개인정보를 제3자에게 제공(공유를 포함한다. 이하 같다)할 수 있다.

1. 정보주체의 동의를 받은 경우
2. 제15조제1항제2호·제3호·제5호 및 제39조의3제2항제2호·제3호에 따라 개인정보를 수집한 목적 범위에서 개인정보를 제공하는 경우

② 개인정보처리자는 제1항제1호에 따른 동의를 받을 때에는 다음 각 호의 사항을 정보주체에게 알려야 한다. 다음 각 호의 어느 하나의 사항을 변경하는 경우에도 이를 알리고 동의를 받아야 한다.

1. 개인정보를 제공받는 자
2. 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 이용 목적
3. 제공하는 개인정보의 항목
4. 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 보유 및 이용 기간

5. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용

③ 개인정보처리자가 개인정보를 국외의 제3자에게 제공할 때에는 제2항 각 호에 따른 사항을 정보주체에게 알리고 동의를 받아야 하며, 이 법을 위반하는 내용으로 개인정보의 국외 이전에 관한 계약을 체결하여서는 아니된다.

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(제6항에 따른 법정대리인을 포함한다. 이하 이 조에서 같다)의 동의를 받을 때에는 각각의 동의 사항을 구분하여 정보주체가 이를 명확하게 인지할 수 있도록 알리고 각각 동의를 받아야 한다.

② 개인정보처리자는 제1항의 동의를 서면 「전자문서 및 전자거래 기본법」 제2조 제1호에 따른 전자문서를 포함한다)으로 받을 때에는 개인정보의 수집·이용 목적, 수집·이용하려는 개인정보의 항목 등 대통령령으로 정하는 중요한 내용을 보호위원회가 고시로 정하는 방법에 따라 명확히 표시하여 알아보기 쉽게 하여야 한다.

③ 개인정보처리자는 제15조 제1항 제1호, 제17조 제1항 제1호, 제23조 제1항 제1호 및 제24조 제1항 제1호에 따라 개인정보의 처리에 대하여 정보주체의 동의를 받을 때에는 정보주체와의 계약 체결 등을 위하여

정보주체의 동의 없이 처리할 수 있는 개인정보와 정보주체의 동의가 필요한 개인정보를 구분하여야 한다. 이 경우 동의 없이 처리할 수 있는 개인정보라는 입증책임은 개인정보처리자가 부담한다.

④ 개인정보처리자는 정보주체에게 재화나 서비스를 홍보하거나 판매를 권유하기 위하여 개인정보의 처리에 대한 동의를 받으려는 때에는 정보주체가 이를 명확하게 인지할 수 있도록 알리고 동의를 받아야 한다.

⑤ 개인정보처리자는 정보주체가 제3항에 따라 선택적으로 동의할 수 있는 사항을 동의하지 아니하거나 제4항 및 제18조 제2항 제1호에 따른 동의를 하지 아니한다는 이유로 정보주체에게 재화 또는 서비스의 제공을 거부하여서는 아니 된다.

⑥ 개인정보처리자는 만 14세 미만 아동의 개인정보를 처리하기 위하여 이 법에 따른 동의를 받아야 할 때에는 그 법정대리인의 동의를 받아야 한다. 이 경우 법정대리인의 동의를 받기 위하여 필요한 최소한의 정보는 법정대리인의 동의 없이 해당 아동으로부터 직접 수집할 수 있다.

⑦ 제1항부터 제6항까지에서 규정한 사항 외에 정보주체의 동의를 받는 세부적인 방법 및 제6항에 따른 최소한의 정보의 내용에 관하여 필요한 사항은 개인정보의 수집매체 등을 고려하여 대통령령으로 정한다.

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 아니된다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그러하지 아니하다.

1. 정보주체에게 제15조제2항 각 호 또는 제17조제2항 각 호의 사항을 알리고 다른 개인정보의 처리에 대한 동의와 별도로 동의를 받은 경우

2. 법령에서 민감정보의 처리를 요구하거나 허용하는 경우

② 개인정보처리자가 제1항 각 호에 따라 민감정보를 처리하는 경우에는 그 민감정보가 분실·도난·유출·위조·변조 또는 훼손되지 아니하도록 제29조에 따른 안전성 확보에 필요한 조치를 하여야 한다.

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 제15조 제2항 각 호 또는 제17조 제2항 각 호의 사항을 알리고 다른 개인정보의 처리에 대한 동의와 별도로 동의를 받은 경우

2. 법령에서 구체적으로 고유식별정보의 처리를 요구하거나 허용하는 경우

② 삭제

③ 개인정보처리자가 제1항 각 호에 따라 고유식별정보를 처리하는 경우에는 그 고유식별정보가 분실·도난·유출·위조·변조 또는 훼손되지 아니하도록 대통령령으로 정하는 바에 따라 암호화 등 안전성 확보에 필요한 조치를 하여야 한다.

④ 보호위원회는 처리하는 개인정보의 종류·규모, 종업원 수 및 매출액 규모 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 기준에 해당하는 개인정보처리자가 제3항에 따라 안전성 확보에 필요한 조치를 하였는지에 관하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 정기적으로 조사하여야 한다.

⑤ 보호위원회는 대통령령으로 정하는 전문기관으로 하여금 제4항에 따른 조사를 수행하게 할 수 있다.

제 24 조의 2(주민등록번호 처리의 제한)

① 제24조제1항에도 불구하고 개인정보처리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 주민등록번호를 처리할 수 없다.

1. 법률·대통령령·국회규칙·대법원규칙·헌법재판소규칙·중앙선거관리위원회규칙 및 감사원규칙에서 구체적으로 주민등록번호의 처리를 요구하거나 허용한 경우

2. 정보주체 또는 제3자의 급박한 생명, 신체, 재산의 이익을 위하여 명백히 필요하다고 인정되는 경우

3. 제 1 호 및 제 2 호에 준하여 주민등록번호 처리가 불가피한 경우로서 보호위원회가 고시로 정하는 경우
- ② 개인정보처리자는 제 24 조제 3 항에도 불구하고 주민등록번호가 분실 · 도난 · 유출 · 위조 또는 훼손되지 아니하도록 암호화 조치를 통하여 안전하게 보관하여야 한다. 이 경우 암호화 적용 대상 및 대상별 적용 시기 등에 관하여 필요한 사항은 개인정보의 처리 규모와 유출 시 영향 등을 고려하여 대통령령으로 정한다.
- ③ 개인정보처리자는 제 1 항 각 호에 따라 주민등록번호를 처리하는 경우에도 정보주체가 인터넷 홈페이지를 통하여 회원으로 가입하는 단계에서는 주민등록번호를 사용하지 아니하고도 회원으로 가입할 수 있는 방법을 제공하여야 한다.
- ④ 보호위원회는 개인정보처리자가 제 3 항에 따른 방법을 제공할 수 있도록 관계 법령의 정비, 계획의 수립, 필요한 시설 및 시스템의 구축 등 제반 조치를 마련 · 지원할 수 있다.

■ 국가경찰과 자치경찰의 조직 및 운영에 관한 법률

제 13 조(경찰사무의 지역적 분장기관)

경찰의 사무를 지역적으로 분담하여 수행하게 하기 위하여 특별시 · 광역시 · 특별자치시 · 도 · 특별자치도(이하 “시 · 도”라 한다)에 시 · 도경찰청을 두고, 시 · 도경찰청장 소속으로 경찰서를 둔다. 이 경우 인구, 행정구역, 면적, 지리적 특성, 교통 및 그 밖의 조건을 고려하여 시 · 도에 2 개의 시 · 도경찰청을 둘 수 있다.

■ 관공서의 공휴일에 관한 규정

제 2 조(공휴일)

관공서의 공휴일은 다음 각 호와 같다. 다만, 재외공관의 공휴일은 우리나라의 국경일 중 공휴일과 주재국의 공휴일로 한다.

1. 일요일
2. 국경일 중 3 · 1 절, 광복절, 개천절 및 한글날
3. 1 월 1 일
4. 설날 전날, 설날, 설날 다음날(음력 12 월 말일, 1 월 1 일, 2 일)
5. 삭제
6. 부처님 오신날(음력 4 월 8 일)
7. 5 월 5 일 (어린이날)
8. 6 월 6 일 (현충일)
9. 추석 전날, 추석, 추석 다음날(음력 8 월 14 일, 15 일, 16 일)
10. 12 월 25 일(기독탄신일)
- 10 의 2. 「공직선거법」 제 34 조에 따른 임기만료에 의한 선거의 선거일
11. 기타 정부에서 수시 지정하는 날

제 3 조(대체공휴일)

① 제 2 조제 2 호부터 제 10 호까지의 공휴일이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 공휴일 다음의 첫 번째 비공휴일(제 2 조 각 호의 공휴일이 아닌 날을 말한다. 이하 같다)을 대체공휴일로 한다.

1. 제 2 조제 2 호 또는 제 7 호의 공휴일이 토요일이나 일요일과 겹치는 경우
2. 제 2 조제 4 호 또는 제 9 호의 공휴일이 일요일과 겹치는 경우
3. 제 2 조제 2 호 · 제 4 호 · 제 7 호 또는 제 9 호의 공휴일이 토요일 · 일요일이 아닌 날에 같은 조 제 2 호부터 제 10 호까지의 규정에 따른 다른 공휴일과 겹치는 경우

- ② 제 1 항에 따른 대체공휴일이 같은 날에 겹치는 경우에는 그 대체공휴일 다음의 첫 번째 비공휴일까지 대체공휴일로 한다.
③ 제 1 항 및 제 2 항에 따른 대체공휴일이 토요일인 경우에는 그 다음의 첫 번째 비공휴일을 대체공휴일로 한다.

■ 국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률

제 6 조(등록 및 결정)

① 국가유공자, 그 유족 또는 가족이 되려는 사람(이하 이 조에서 "신청 대상자"라 한다)은 대통령령으로 정하는 바에 따라 국가보훈처장에게 등록을 신청하여야 한다. 다만, 신청 대상자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 국가보훈처 소속 공무원이 신청 대상자의 동의를 받아 등록을 신청할 수 있고, 그 동의를 받은 경우에는 신청 대상자가 등록을 신청한 것으로 본다.

1. 「국가보훈 기본법」 제 23 조제 1 항제 3 호의 2에 따라 발굴된 희생·공헌자의 경우
2. 전투 또는 이에 준하는 직무수행 중 상이를 입거나 사망한 경우
3. 그 밖에 대통령령으로 정하는 사유로 직접 등록을 신청할 수 없는 경우

② 「보훈보상대상자 지원에 관한 법률」 제 4 조제 1 항에 따라 등록을 신청하는 사람에 대하여는 그 등록신청을 한 날에 제 1 항에 따른 등록을 신청한 것으로 본다.

③ 국가보훈처장은 제 1 항에 따른 등록신청을 받으면 대통령령으로 정하는 바에 따라 제 4 조 또는 제 5 조에 따른 요건을 확인한 후 국가유공자, 그 유족 또는 가족에 해당하는지를 결정한다. 이 경우 제 4 조제 1 항제 3 호부터 제 6 호까지, 제 8 호, 제 14 호 및 제 15 호의 국가유공자(이하 "전몰군경등"이라 한다)가 되기 위하여 등록을 신청하는 경우에는 그 소속하였던 기관의 장에게 그 요건과 관련된 사실의 확인을 요청하여야 하며, 그 소속하였던 기관의 장은 관련 사실을 조사한 후 대통령령으로 정하는 바에 따라 그 요건과 관련된 사실을 확인하여 국가보훈처장에게 통보하여야 한다.

④ 국가보훈처장은 제 3 항 전단에 따라 국가유공자, 그 유족 또는 가족에 해당하는 사람으로 결정할 때에는 제 74 조의 5에 따른 보훈심사위원회(이하 "보훈심사위원회"라 한다)의 심의·의결을 거쳐야 한다. 다만, 국가유공자, 그 유족 또는 가족의 요건이 객관적인 사실에 의하여 확인된 경우로서 대통령령으로 정하는 경우에는 보훈심사위원회의 심의·의결을 거쳐 국가유공자로 기록하고 예우 및 관리를 할 수 있다.

⑤ 국가보훈처장은 제 4 조제 1 항 각 호(제 1 호, 제 2 호 및 제 10 호는 제외한다)의 어느 하나에 해당하는 적용 대상 국가유공자임에도 불구하고 신청 대상자가 없어 등록신청을 할 수 없는 사람에 대해서는 보훈심사위원회의 심의·의결을 거쳐 국가유공자로 기록하고 예우 및 관리를 할 수 있다.

⑥ 제 1 항부터 제 4 항까지의 규정은 다른 법률에서 이 법의 예우 등을 받도록 규정된 사람에 대하여도 적용한다.

■ 국민기초생활 보장법

제 2 조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "수급권자"란 이 법에 따른 급여를 받을 수 있는 자격을 가진 사람을 말한다.
2. "수급자"란 이 법에 따른 급여를 받는 사람을 말한다.

(이하 생략)

■ 고엽제후유의증 등 환자지원 및 단체설립에 관한 법률

제 2 조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다

1. "고엽제"란 월남전 또는 대한민국 비무장지대 남방한계선(南方限界線)의 인접지역으로서 국방부령으로 정하는 지역(이하 "남방한계선 인접지역"이라 한다)에서 나뭇잎 등을 제거하기 위하여 사용된 제초제로서 다이옥신이 들어 있는 것을 말한다.
 2. "고엽제후유증환자"란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 자를 말한다.
 - 가. 1964년 7월 18일부터 1973년 3월 23일 사이에 월남전에 참전하여 고엽제 살포지역에서 「병역법」, 「군인사법」 또는 「군무원인사법」에 따른 군인이나 군무원으로서 복무하고 전역(轉役) · 퇴직한 자와 정부의 승인을 받아 전투나 군의 작전에 종군(從軍)한 기자(이하 "월남전에 참전하고 전역한 자등"이라 한다)로서 제5조제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 질병을 얻은 자
 - 나. 1967년 10월 9일부터 1972년 1월 31일 사이에 남방한계선 인접지역에서 「병역법」, 「군인사법」 또는 「군무원인사법」에 따른 군인이나 군무원으로서 복무하였거나 고엽제 살포업무에 참가하고 전역 · 퇴직한 자(이하 "남방한계선 인접지역에서 복무하고 전역한 자등"이라 한다)로서 제5조제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 질병을 얻은 자
 3. "고엽제후유의증환자"란 월남전에 참전하고 전역한 자등 또는 남방한계선 인접지역에서 복무하고 전역한 자등으로서 제5조제2항 각 호의 어느 하나에 해당하는 질병을 얻은 자를 말한다.
- (이하 생략)

제5조(고엽제후유증환자 등의 결정기준)

①(생략)

② 제4조제7항에 따라 이 법의 적용 대상자를 결정하는 기준이 되는 고엽제후유증의 범위는 다음 각 호와 같다.

1. 일광과민성피부염(日光過敏性皮膚炎)
2. 심상성건선(尋常性乾癬)
3. 지루성피부염(脂漏性皮膚炎)
4. 만성담마진(慢性蕁麻疹)
5. 건성습진(乾性濕疹)
6. 중추신경장애(中樞神經障礙). 다만, 제1항제16호 본문의 파킨슨병은 제외한다.
7. 뇌경색증(腦硬塞症)
8. 다발성신경마비(多發性神經麻痺)
9. 다발성경화증(多發性硬化症)
10. 근위축성신경축색경화증(筋萎縮性神經側索硬化症)
11. 근질환(筋疾患)
12. 악성종양(惡性腫瘍). 다만, 제1항의 고엽제후유증에 속하는 악성종양은 제외한다.
13. 간질환(肝疾患). 다만, B형 및 C형 감염으로 인한 것은 제외한다.
14. 갑상샘기능저하증
15. 고혈압(高血壓)
16. 뇌출혈(腦出血)
17. 삭제
18. 동맥경화증(動脈硬化症)
19. 무혈성괴사증(無血性壞死症)
20. 고지혈증(高脂血症)
21. 삭제

(이하 생략)

■ 국민건강보험법

제 41 조(요양급여)

- ① 가입자와 피부양자의 질병, 부상, 출산 등에 대하여 다음 각 호의 요양급여를 실시한다.
1. 진찰 · 검사
 2. 약제(藥劑) · 치료재료의 지급
 3. 처치 · 수술 및 그 밖의 치료
 4. 예방 · 재활
 5. 입원
 6. 간호
 7. 이송(移送)
- ② 제 1 항에 따른 요양급여(이하 "요양급여"라 한다)의 범위(이하 "요양급여대상"이라 한다)는 다음 각 호와 같다.
1. 제 1 항 각 호의 요양급여(제 1 항제 2 호의 약제는 제외한다): 제 4 항에 따라 보건복지부장관이 비급여대상으로 정한 것을 제외한 일체의 것
 2. 제 1 항제 2 호의 약제: 제 41 조의 3에 따라 요양급여대상으로 보건복지부장관이 결정하여 고시한 것
- ③ 요양급여의 방법 · 절차 · 범위 · 상한 등의 기준은 보건복지부령으로 정한다.
- ④ 보건복지부장관은 제 3 항에 따라 요양급여의 기준을 정할 때 업무나 일상생활에 지장이 없는 질환에 대한 치료 등 보건복지부령으로 정하는 사항은 요양급여대상에서 제외되는 사항(이하 "비급여대상"이라 한다)으로 정할 수 있다.

제 42 조(요양기관)

- ① 요양급여(간호와 이송은 제외한다)는 다음 각 호의 요양기관에서 실시한다. 이 경우 보건복지부장관은 공익이나 국가정책에 비추어 요양기관으로 적합하지 아니한 대통령령으로 정하는 의료기관 등은 요양기관에서 제외할 수 있다.
1. 「의료법」에 따라 개설된 의료기관
 2. 「약사법」에 따라 등록된 약국
 3. 「약사법」제 91 조에 따라 설립된 한국화귀 · 필수의약품센터
 4. 「지역보건법」에 따른 보건소 · 보건의료원 및 보건지소
 5. 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」에 따라 설치된 보건진료소
- ② 보건복지부장관은 효율적인 요양급여를 위하여 필요하면 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 시설 · 장비 · 인력 및 진료과목 등 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당하는 요양기관을 전문요양기관으로 인정할 수 있다. 이 경우 해당 전문요양기관에 인정서를 발급하여야 한다.
- ③ 보건복지부장관은 제 2 항에 따라 인정받은 요양기관이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 인정을 취소 한다.
1. 제 2 항 전단에 따른 인정기준에 미달하게 된 경우
 2. 제 2 항 후단에 따라 발급받은 인정서를 반납한 경우
- ④ 제 2 항에 따라 전문요양기관으로 인정된 요양기관 또는 「의료법」 제 3 조의 4에 따른 상급종합병원에 대하여는 제 41 조제 3 항에 따른 요양급여의 절차 및 제 45 조에 따른 요양급여비용을 다른 요양기관과 달리 할 수 있다.
- ⑤ 제 1 항 · 제 2 항 및 제 4 항에 따른 요양기관은 정당한 이유 없이 요양급여를 거부하지 못한다.

제 53 조(급여의 제한)

- ① 공단은 보험급여를 받을 수 있는 사람이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면 보험급여를 하지 아니한다.
1. 고의 또는 중대한 과실로 인한 범죄행위에 그 원인이 있거나 고의로 사고를 일으킨 경우
 2. 고의 또는 중대한 과실로 공단이나 요양기관의 요양에 관한 지시에 따르지 아니한 경우
 3. 고의 또는 중대한 과실로 제 55 조에 따른 문서와 그 밖의 물건의 제출을 거부하거나 질문 또는 진단을 기피한 경우

4. 업무 또는 공무로 생긴 질병 · 부상 · 재해로 다른 법령에 따른 보험급여나 보상(報償) 또는 보상(補償)을 받게 되는 경우

② 공단은 보험급여를 받을 수 있는 사람이 다른 법령에 따라 국가나 지방자치단체로부터 보험급여에 상당하는 급여를 받거나 보험급여에 상당하는 비용을 지급받게 되는 경우에는 그 한도에서 보험급여를 하지 아니한다.

③ 공단은가입자가 대통령령으로 정하는 기간 이상 다음 각 호의 보험료를 체납한 경우 그 체납한 보험료를 완납할 때 까지 그가입자 및 피부양자에 대하여 보험급여를 실시하지 아니할 수 있다. 다만, 월별 보험료의 총체납횟수(이미 납부된 체납보험료는 총체납횟수에서 제외하며, 보험료의 체납기간은 고려하지 아니한다)가 대통령령으로 정하는 횟수 미 만이거나 가입자 및 피부양자의 소득 · 재산 등이 대통령령으로 정하는 기준 미만인 경우에는 그러하지 아니하다.

1. 제 69 조제 4 항제 2 호에 따른 소득월액보험료

2. 제 69 조제 5 항에 따른 세대단위의 보험료

④ 공단은 제 77 조제 1 항제 1 호에 따라 납부의무를 부담하는 사용자가 제 69 조제 4 항제 1 호에 따른 보수월액보험료를 체납한 경우에는 그 체납에 대하여 직장가입자 본인에게 귀책사유가 있는 경우에 한하여 제 3 항의 규정을 적용한다. 이 경우 해당 직장가입자의 피부양자에게도 제 3 항의 규정을 적용한다

⑤ 제 3 항 및 제 4 항에도 불구하고 제 82 조에 따라 공단으로부터 분할납부 승인을 받고 그 승인된 보험료를 1 회 이상 낸 경우에는 보험급여를 할 수 있다. 다만, 제 82 조에 따른 분할납부 승인을 받은 사람이 정당한 사유 없이 5회(같은 조 제 1 항에 따라 승인받은 분할납부 횟수가 5 회 미만인 경우에는 해당 분할납부 횟수를 말한다. 이하 이 조에서 같다) 이상 그 승인된 보험료를 내지 아니한 경우에는 그러하지 아니하다.

⑥ 제 3 항 및 제 4 항에 따라 보험급여를 하지 아니하는 기간(이하 이 항에서 "급여제한기간"이라 한다)에 받은 보험급여는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에만 보험급여로 인정한다.

1. 공단이 급여제한기간에 보험급여를 받은 사실이 있음을 가입자에게 통지한 날부터 2 개월이 지난 날이 속한 달의 납부기한 이내에 체납된 보험료를 완납한 경우

2. 공단이 급여제한기간에 보험급여를 받은 사실이 있음을 가입자에게 통지한 날부터 2 개월이 지난 날이 속한 달의 납부기한 이내에 제 82 조에 따라 분할납부 승인을 받은 체납보험료를 1 회 이상 낸 경우. 다만, 제 82 조에 따른 분할납부 승인을 받은 사람이 정당한 사유 없이 2 회 이상 그 승인된 보험료를 내지 아니한 경우에는 그려하지 아니하다.

제 54 조(급여의 정지)

보험급여를 받을 수 있는 사람이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면 그 기간에는 보험급여를 하지 아니한다. 다만, 제 3 호 및 제 4 호의 경우에는 제 60 조에 따른 요양급여를 실시한다.

1. 삭제

2. 국외에 체류하는 경우

3. 제 6 조제 2 항제 2 호에 해당하게 된 경우

4. 교도소, 그 밖에 이에 준하는 시설에 수용되어 있는 경우

■ 국민건강보험법 시행령

[별표 2] 본인일부부담금의 부담률 및 부담액

1. 가입자 또는 피부양자는 요양급여비용 중 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 금액(100 원 미만은 제외한다)을 부담한다. 다만, 입원진료의 경우에는 100 원 미만의 금액도 부담한다.

가. (생략)

나. 외래진료의 경우 및 보건복지부장관이 정하는 의료장비 · 치료재료를 이용한 진료의 경우에는 다음 표의 구분에 따라 계산한 금액

기관 종류	소재지	환자 구분	본인일부부담금
상급종합 병원	모든 지역	일반환자	진찰료 종액 + (요양급여비용 종액 - 진찰료종액) × 60/100. 다만, 임신부 외래진료의 경우에는 요양급여비용 종액의 40/100, 1 세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 요양급여비용종액의 20/100으로 한다.
		의약분업 예외환자	진찰료 종액 + (요양급여비용 종액 - 약값 종액 - 진찰료 종액) × 60/100 + 약값 종액 × 30/100. 다만, 임신부 외래진료의 경우에는 (요양급여비용 종액 - 약값 종액) × 40/100 + 약값 종액 × 30/100, 1 세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 (요양급여비용 종액 - 약값 종액) × 20/100 + 약값 종액 × 21/100로 한다.
종합병원	동 지역	일반환자	요양급여비용 종액 × 50/100(임신부 외래진료의 경우에는 30/100, 1 세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 15/100)
		의약분업 예외환자	(요양급여비용 종액 - 약값 종액) × 50/100(임신부 외래진료의 경우에는 30/100, 1 세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 15/100) + 약값 종액 × 30/100(1 세 미만 영유아의 경우에는 21/100)
	읍 · 면 지역	일반환자	요양급여비용 종액 × 45/100(임신부 외래진료의 경우에는 30/100, 1 세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 15/100)
		의약분업 예외환자	(요양급여비용 종액 - 약값 종액) × 45/100(임신부 외래진료의 경우에는 30/100, 1 세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 15/100) + 약값 종액 × 30/100(1 세 미만 영유아의 경우에는 21/100)
병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원	동 지역	일반환자	요양급여비용 종액 × 40/100(임신부 외래진료의 경우에는 20/100, 1 세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 10/100)
		의약분업 예외환자	(요양급여비용 종액 - 약값 종액) × 40/100(임신부 외래진료의 경우에는 20/100, 1 세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 10/100) + 약값 종액 × 30/100(1 세 미만 영유아의 경우에는 21/100)
	읍 · 면 지역	일반환자	요양급여비용 종액 × 35/100(임신부 외래진료의 경우에는 20/100, 1 세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 10/100)
		의약분업 예외환자	(요양급여비용 종액 - 약값 종액) × 35/100(임신부 외래진료의 경우에는 20/100, 1 세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 10/100) + 약값 종액 × 30/100(1 세 미만 영유아의 경우에는 21/100)
의원, 치과의원, 한의원, 보건의료원	모든 지역	일반환자	요양급여비용 종액 × 30/100(임신부의 외래진료의 경우에는 10/100, 1 세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 5/100). 다만, 요양급여를 받는 사람이 65세 이상이면서 해당 요양급여비용 종액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘지 않으면 보건복지부령으로 정하는 금액을 본인 일부부담금으로 한다.

	의약분업 예외환자	(요양급여비용 총액 – 약값 총액) × 30/100(임신부의 외래진료의 경우에는 10/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 5/100) + 약값 총액 × 30/100(1세 미만 영유아의 경우에는 21/100). 다만, 요양급여를 받는 사람이 65세 이상이면서 해당 요양급여비용 총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘지 않으면 보건복지부령으로 정하는 금액을 본인일부부담금으로 한다.
보건소, 보건지소, 보건진료소	모든 지역	요양급여비용 총액 × 30/100. 다만, 요양급여비용 총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘지 않으면 보건복지부령으로 정하는 금액을 본인일부부담금으로 한다.

(이하 생략)

[별표 3] 본인부담상한액의 산정방법

- 본인부담상한액은 지역가입자의 세대별 보험료 부담수준 또는 직장가입자의 개인별 보험료 부담수준(이하 "상한액기준보험료"라 한다)에 따라 그 금액을 달리한다. 이 경우 상한액기준보험료의 구체적인 산정 기준·방법 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다.
- 가입자 또는 피부양자의 본인부담상한액은 나목에 따른 상한액기준보험료의 구간별로 가목의 산정 방법에 따라 산정한다.
 - 본인부담상한액 산정 방법
 - 계산식
해당 연도 본인부담상한액 = 전년도 본인부담상한액 × (1 + 전국소비자물가변동률)
 - 전국소비자물가변동률은 「통계법」 제3조에 따라 통계청장이 매년 고시하는 전전년도와 대비한 전년도 전국 소비자물가변동률을 적용하되, 그 전국소비자물가변동률이 100분의 5를 넘는 경우에는 100분의 5를 적용한다.
 - 1)의 계산식에 따라 해당 연도 본인부담상한액을 산정한 경우에 1만원 미만의 금액은 버린다.
 - 본인부담상한액 산정 단위 상한액기준보험료의 구간
 - 지역가입자인 경우. 이 경우 상한액기준보험료가 제32조제2호나목에 따른 월별 보험료액의 하한과 같은 경우에는 가)에 해당하는 것으로 본다.
 - 상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 10에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
 - 상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 10에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 30에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
 - 상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 30에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 50에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
 - 상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 50에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 70에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
 - 상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 70에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 80에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우

- 바) 상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 80에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 90에 상당하는 금액으로서보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
 - 사) 상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 90에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘는 경우
 - 2) 직장가입자 또는 피부양자인 경우
 - 가) 상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 10에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
 - 나) 상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 10에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 30에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
 - 다) 상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 30에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 50에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
 - 라) 상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 50에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 70에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
 - 마) 상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 70에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 80에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
 - 바) 상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 80에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 90에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
 - 사) 상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 90에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘는 경우
- (이하 생략)

■ 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙

제 5 조(요양급여의 적용기준 및 방법)

- ① (생략)
- ② 제 1 항에 따른 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항은 의약계·공단 및 건강보험심사평가원의 의견을 들어 보건복지부장관이 정하여 고시한다.
- ③ 조혈모세포이식 및 심실 보조장치 치료술의 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항은 의약계·공단 및 건강보험심사평가원의 의견을 들어 보건복지부장관이 따로 정하여 각각 고시한다.
- ④ (생략)

제 9 조(비급여대상)

- ① 법 제41 조제 4 항에 따라 요양급여의 대상에서 제외되는 사항(이하 "비급여대상"이라 한다)은 별표 2와 같다

[별표 2] 비급여대상

1. 다음 각목의 질환으로서 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료
 - 가. 단순한 피로 또는 권태

- 나. 주근깨 · 다모(多毛) · 무모(無毛) · 백모증(白毛症) · 딸기코(주사비) · 점(모반) · 사마귀 · 여드름 · 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
- 다. 발기부전(impotence) · 불감증 또는 생식기 선천성기형 등의 비뇨생식기 질환
- 라. 단순 코골음
- 마. 질병을 동반하지 아니한 단순포경(phimosis)
- 바. 겉열반 등 안과질환
- 사. 기타 가목 내지 바목에 상당하는 질환으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질환
(이하 생략)

■ 노인장기요양보험법

제 15 조(등급판정 등)

(생략)

② 등급판정위원회는 신청인이 제 12 조의 신청자격요건을 충족하고 6 개월 이상 동안 혼자서 일상생활을 수행하기 어렵다고 인정하는 경우 심신상태 및 장기요양이 필요한 정도 등 대통령령으로 정하는 등급판정기준에 따라 수급자로 판정한다.

(생략)

④ 공단은 장기요양급여를 받고 있거나 받을 수 있는 자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 것으로 의심되는 경우에는 제 14 조제 1 항 각 호의 사항을 조사하여 그 결과를 등급판정위원회에 제출하여야 한다.

1. 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 장기요양인정을 받은 경우
2. 고의로 사고를 발생하도록 하거나 본인의 위법행위에 기인하여 장기요양인정을 받은 경우

⑤ 등급판정위원회는 제 4 항에 따라 제출된 조사 결과를 토대로 제 2 항에 따라 다시 수급자 등급을 조정하고 수급자 여부를 판정할 수 있다.

제 23 조(장기요양급여의 종류)

① 이 법에 따른 장기요양급여의 종류는 다음 각 호와 같다.

1. 재가급여

- 가. 방문요양 : 장기요양요원이 수급자의 가정 등을 방문하여 신체활동 및 가사활동 등을 지원하는 장기요양급여
- 나. 방문목욕 : 장기요양요원이 목욕설비를 갖춘 장비를 이용하여 수급자의 가정 등을 방문하여 목욕을 제공하는 장기요양급여
- 다. 방문간호 : 장기요양요원인 간호사 등이 의사, 한의사 또는 치과의사의 지시서(이하 "방문간호지시서"라 한다)에 따라 수급자의 가정 등을 방문하여 간호, 진료의 보조, 요양에 관한 상담 또는 구강위생 등을 제공하는 장기요양급여

- 라. 주 · 야간보호 : 수급자를 하루 중 일정한 시간 동안 장기요양기관에 보호하여 신체활동 지원 및 심신기능의 유지 · 향상을 위한 교육 · 훈련 등을 제공하는 장기요양급여

- 마. 단기보호 : 수급자를 보건복지부령으로 정하는 범위안에서 일정 기간 동안 장기요양기관에 보호하여 신체활동 지원 및 심신기능의 유지 · 향상을 위한 교육 · 훈련 등을 제공하는 장기요양급여

- 바. 기타재가급여 : 수급자의 일상생활 · 신체활동 지원 및 인지기능의 유지 · 향상에 필요한 용구를 제공하거나 가정을 방문하여 재활에 관한 지원 등을 제공하는 장기요양급여로서 대통령령으로 정하는 것

2. 시설급여 : 장기요양기관에 장기간 입소한 수급자에게 신체활동 지원 및 심신기능의 유지 · 향상을 위한 교육 · 훈련 등을 제공하는 장기요양급여

3. 특별현금급여

- 가. 가족요양비 : 제 24 조에 따라 지급하는 가족장기요양급여

- 나. 특례요양비 : 제 25 조에 따라 지급하는 특례장기요양급여
- 다. 요양병원간병비 : 제 26 조에 따라 지급하는 요양병원장기요양급여
- (이하 생략)

제 29 조(장기요양급여의 제한)

- ① 공단은 장기요양급여를 받고 있는 자가 정당한 사유 없이 제 15 조제 4 항에 따른 조사나 제 60 조 또는 제 61 조에 따른 요구에 응하지 아니하거나 답변을 거절한 경우 장기요양급여의 전부 또는 일부를 제공하지 아니하게 할 수 있다.
- ② 공단은 장기요양급여를 받고 있거나 받을 수 있는 자가 장기요양기관이 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 장기요양급여비용을 받는 데에 기담한 경우 장기요양급여를 중단하거나 1년의 범위에서 장기요양급여의 횟수 또는 제공 기간을 제한할 수 있다.
- ③ 제 2 항에 따른 장기요양급여의 중단 및 제한 기준과 그 밖에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

■ 노인장기요양보험법 시행령

제 2 조(노인성 질병)

「노인장기요양보험법」(이하 "법"이라 한다) 제 2 조제 1 호에서 "대통령령으로 정하는 노인성 질병"이란 별표 1에 따른 질병을 말한다.

[별표 1]

노인성 질병의 종류

구분	질병명	질병코드
한국표준질병 · 사인분류	가. 알츠하이머병에서의 치매	F00*
	나. 혈관성 치매	F01
	다. 달리 분류된 기타 질환에서의 치매	F02*
	라. 상세불명의 치매	F03
	마. 알츠하이머병	G30
	바. 지주막하출혈	I60
	사. 뇌내출혈	I61
	아. 기타 비외상성 두개내출혈	I62
	자. 뇌경색증	I63
	차. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌출증	I64
	카. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
	타. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
	파. 기타 뇌혈관질환	I67
	하. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68*
	거. 뇌혈관질환의 후유증	I69
	너. 파킨슨병	G20
	더. 이차성 파킨슨증	G21
	러. 달리 분류된 질환에서의 파킨슨증	G22*
	머. 기저핵의 기타 퇴행성 질환	G23
	버. 중풍후유증	U23.4
서. 진전(震颤)	R25.1	

비고

1. 질병명 및 질병코드는 「통계법」 제 22 조에 따라 고시된 한국표준질병 · 사인 분류에 따른다.
2. 진전은 보건복지부장관이 정하여 고시하는 범위로 한다.

■ 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법

제 15 조(보건진료소의 설치 · 운영)

- ① 시장[도농복합형태(都農複合形態)의 시의 시장을 말하며, 읍 · 면 지역에서 보건진료소를 설치 · 운영하는 경우만 해당한다] 또는 군수는 보건의료 취약지역의 주민에게 보건의료를 제공하기 위하여 보건진료소를 설치 · 운영한다. 다만, 시 · 구의 관할구역의 도서지역에는 해당 시장 · 구청장이 보건진료소를 설치 · 운영할 수 있으며, 군 지역에 있는 보건진료소의 행정구역이 행정구역의 변경 등으로 시 또는 구 지역으로 편입된 경우에는 보건복지부장관이 정하는 바에 따라 해당 시장 또는 구청장이 보건진료소를 계속 운영할 수 있다.
- ② 보건진료소에 보건진료소장 1명과 필요한 직원을 두되, 보건진료소장은 보건진료 전담공무원으로 보한다.
- ③ 보건진료소의 설치기준은 보건복지부령으로 정한다.

■ 독립유공자 예우에 관한 법률

제6조(등록 및 결정)

- ① 독립유공자, 그 유족 또는 가족으로서 이 법의 적용 대상자가 되려는 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 국가보훈처장에게 등록을 신청하여야 한다.
- ② 국가보훈처장은 제1항에 따른 등록신청을 받은 때에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 독립유공자의 요건과 그 유족 또는 가족으로서의 요건을 확인한 후 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 제74조의5에 따른 보훈심사위원회(이하 "보훈심사위원회"라 한다)의 심의 · 의결을 거쳐 독립유공자, 그 유족 또는 가족에 해당하는지를 결정한다. 다만, 독립유공자, 그 유족 또는 가족의 요건이 객관적인 사실에 의하여 확인된 경우로서 대통령령으로 정하는 경우에는 보훈심사위원회의 심의 · 의결을 거치지 아니할 수 있다.
- ③ 삭제
- ④ 국가보훈처장은 제4조 각 호의 어느 하나에 해당하는 적용 대상 독립유공자임에도 불구하고 본인 및 제5조에 따른 유족 등이 없어 등록신청을 할 수 없는 사람에 대해서는 독립유공자로 기록하고 예우 및 관리를 할 수 있다.

■ 민법

제 27 조(실종의 선고)

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

제 28 조(실종선고의 효과)

실종선고를 받은 자는 전조의 기간이 만료한 때에 사망한 것으로 본다.

■ 보험업법

제108조(특별계정의 설정 · 운용)

- ① 보험회사는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 계약에 대하여는 대통령령으로 정하는 바에 따라 그 준비금에 상당하는 자신의 전부 또는 일부를 그 밖의 자산과 구별하여 이용하기 위한 계정(이하 "특별계정"이라 한다)을 각각 설정하여 운용할 수 있다.
1. 「소득세법」 제20조의3제1항제2호 각 목 외의 부분에 따른 연금저축계좌를 설정하는 계약
 2. 「근로자퇴직급여 보장법」 제29조제2항에 따른 보험계약 및 법률 제10967호 근로자퇴직급여 보장법 전부개정법률 부칙 제2조제1항 본문에 따른 퇴직보험계약
 3. 변액보험계약(보험금이 자산운용의 성과에 따라 변동하는 보험계약을 말한다)
 4. 그 밖에 금융위원회가 필요하다고 인정하는 보험계약
- ② 보험회사는 특별계정에 속하는 자산은 다른 특별계정에 속하는 자산 및 그 밖의 자산과 구분하여 회계처리하여야 한다.
- ③ 보험회사는 특별계정에 속하는 이익을 그 계정상의 보험계약자에게 분배할 수 있다.
- ④ 특별계정에 속하는 자산의 운용방법 및 평가, 이익의 분배, 자산운용실적의 비교·공시, 운용전문인력의 확보, 의결권 행사의 제한 등 보험계약자 보호에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

■ 상법

제 651 조(고지의무위반으로 인한 계약해지)

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

■ 소득세법

제14조(과세표준의 계산)

- ① ~② (생략)
- ③ 다음 각 호에 따른 소득의 금액은 종합소득과세표준을 계산할 때 합산하지 아니한다.
1. 「조세특례제한법」 또는 이 법 제12조에 따라 과세되지 아니하는 소득
 2. 대통령령으로 정하는 일용근로자(이하 "일용근로자"라 한다)의 근로소득
 3. 제129조제2항의 세율에 따라 원천징수하는 이자소득 및 배당소득과 제16조제1항제10호에 따른 지장공제회 초과반환금
 4. 법인으로 보는 단체 외의 단체 중 수익을 구성원에게 배분하지 아니하는 단체로서 단체명을 표기하여 금융거래를 하는 단체가 「금융실명거래 및 비밀보장에 관한 법률」 제2조제1호 각 목의 어느 하나에 해당하는 금융회사등(이하 "금융회사등"이라 한다)으로부터 받는 이자소득 및 배당소득
 5. 「조세특례제한법」에 따라 분리과세되는 소득
 6. 제3호부터 제5호까지의 규정 외의 이자소득과 배당소득(제17조제1항제8호에 따른 배당소득은 제외한다)으로서 그 소득의 합계액이 2천만원(이하 "이자소득등의 종합과세기준금액"이라 한다) 이하이면서 제127조에 따라 원천징수된 소득
 7. 해당 과세기간에 대통령령으로 정하는 총수입금액의 합계액이 2천만원 이하인 자의 주택임대소득(이하 "분리과세 주택임대소득"이라 한다). 이 경우 주택임대소득의 산정 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.
 8. 다음 각 목에 해당하는 기타소득(이하 "분리과세기타소득"이라 한다).
 - 가. 제21조제1항제1호부터 제8호까지, 제8호의2, 제9호부터 제20호까지, 제22호, 제22호의 2 및 제26호에 따른

- 기타소득(라목 및 마목의 소득은 제외한다)으로서 같은 조 제3항에 따른 기타소득금액이 300만원 이하이면서 제127조에 따라 원천징수(제127조제1항제6호나목에 해당하여 원천징수되지 아니하는 경우를 포함한다)된 소득. 다만, 해당 소득이 있는 거주자가 종합소득과세표준을 계산할 때 그 소득을 합산하려는 경우 그 소득은 분리 과세 기타소득에서 제외한다.
- 나. 제21조제1항제21호에 따른 연금외수령한 기타소득
 - 다. 제21조제1항제27호 및 같은 조 제2항에 따른 기타소득
 - 라. 제21조제1항제2호에 따른 기타소득 중 「복권 및 복권기금법」 제2조에 따른 복권 당첨금
 - 마. 그 밖에 제21조제1항에 따른 기타소득 중 라목과 유사한 소득으로서 대통령령으로 정하는 기타소득
 - 9. 제20조의3제1항제2호 및 제3호에 따른 연금소득 중 다음 각 목에 해당하는 연금소득(다목의 소득이 있는 거주자가 종합소득 과세표준을 계산할 때 이를 합산하려는 경우는 제외하며, 이하 "분리과세연금소득"이라 한다)
 - 가. 제20조의3제1항제2호가목에 따라 퇴직소득을 연금수령하는 연금소득
 - 나. 제20조의3제1항제2호나목 및 다목의 금액을 의료목적, 천재지변이나 그 밖에 부득이한 사유 등 대통령령으로 정하는 요건을 갖추어 인출하는 연금소득
 - 다. 가목 및 나목 외의 연금소득의 합계액이 연 1천200만원 이하인 경우 그 연금소득 - 10. 삭제
(이하 생략)

제20조의3(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. 제146조제2항에 따라 원천징수되지 아니한 퇴직소득
 - 나. 제59조의3제1항에 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. 제2호에 따른 소득과 유사하고 연금 형태로 받는 것으로서 대통령령으로 정하는 소득
- ② 공적연금소득은 2002년 1월 1일 이후에 납입된 연금 기여금 및 사용자 부담금(국가 또는 지방자치단체의 부담금을 포함한다. 이하 같다)을 기초로 하거나 2002년 1월 1일 이후 근로의 제공을 기초로 하여 받는 연금소득으로 한다.
- ③ 연금소득금액은 제1항 각 호에 따른 소득의 금액의 합계액(제2항에 따라 연금소득에서 제외되는 소득과 비과세소득의 금액은 제외하며, 이하 "총연금액"이라 한다)에서 제47조의2에 따른 연금소득공제를 적용한 금액으로 한다.
- ④ 연금소득의 범위 및 계산방법과 그 밖에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제21조(기타소득)

- ① 기타소득은 이자소득 · 배당소득 · 사업소득 · 근로소득 · 연금소득 · 퇴직소득 · 금융투자소득 및 양도소득 외의 소득으로서 다음 각 호에서 규정하는 것으로 한다.
 - 1. ~ 20. (생략)
 - 21. 제20조의3제1항제2호나목 및 다목의 금액을 그 소득의 성격에도 불구하고 연금외수령한 소득
(이하 생략)

제44조(상속의 경우의 소득금액의 구분 계산)

- ① 피상속인의 소득금액에 대한 소득세로서 상속인에게 과세할 것과 상속인의 소득금액에 대한 소득세는 구분하여 계산하여야 한다.
- ② 연금계좌의 기입자가 사망하였으나 그 배우자가 연금외수령 없이 해당 연금계좌를 상속으로 승계하는 경우에는 제1항에도 불구하고 해당 연금계좌에 있는 피상속인의 소득금액은 상속인의 소득금액으로 보아 소득세를 계산한다.
- ③ 제2항에 따른 연금계좌의 승계방법 및 절차 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제47조의2(연금소득공제)

① 연금소득이 있는 거주자에 대해서는 해당 과세기간에 받은 총연금액(분리과세연금소득은 제외하며, 이하 이 항에서 같다)에서 다음 표에 규정된 금액을 공제한다. 다만, 공제액이 900만원을 초과하는 경우에는 900만원을 공제한다.

총연금액	공제액
350만원이하	총연금액
350만원초과 700만원이하	350만원 +(350만원을 초과하는 금액의 100분의 40)
700만원초과 1400만원이하	490만원 +(700만원을 초과하는 금액의 100분의 20)
1400만원초과	630만원 +(1400만원을 초과하는 금액의 100분의 10)

② 제1항에 따른 공제를 "연금소득공제"라 한다.

제51조의3(연금보험료공제)

① 종합소득이 있는 거주자가 공적연금 관련법에 따른 기여금 또는 개인부담금(이하 "연금보험료"라 한다)을 납입한 경우에는 해당 과세기간의 종합소득금액에서 그 과세기간에 납입한 연금보험료를 공제한다.

② 제1항에 따른 공제를 "연금보험료공제"라 한다.

③ 다음 각 호에 해당하는 공제를 모두 합한 금액이 종합소득금액을 초과하는 경우 그 초과하는 금액을 한도로 연금보험료공제를 받지 아니한 것으로 본다.

1. 제51조제3항에 따른 인적공제
2. 이 조에 따른 연금보험료공제
3. 제51조의4에 따른 주택담보노후연금 이자비용공제
4. 제52조에 따른 특별소득공제
5. 「조세특례제한법」에 따른 소득공제

제59조의3(연금계좌세액공제)

① 종합소득이 있는 거주자가 연금계좌에 납입한 금액 중 다음 각 호에 해당하는 금액을 제외한 금액(이하 "연금계좌 납입액"이라 한다)의 100분의 12[해당 과세기간에 종합소득과세표준을 계산할 때 합산하는 종합소득금액이 4천만원 이하(근로소득만 있는 경우에는 종급여액 5천 500만원 이하)인 거주자에 대해서는 100분의 15]에 해당하는 금액을 해당 과세기간의 종합소득산출세액에서 공제한다. 다만, 연금계좌 중 연금저축계좌에 납입한 금액이 연 400만원을 초과하는 경우에는 그 초과하는 금액은 없는 것으로 하고, 연금저축계좌에 납입한 금액 중 400만원 이내의 금액과 퇴직연금계좌에 납입한 금액을 합한 금액이 연 700만원을 초과하는 경우에는 그 초과하는 금액은 없는 것으로 하되, 해당 과세기간에 종합소득과세표준을 계산할 때 합산하는 종합소득금액이 1억원 초과(근로소득만 있는 경우에는 종급여액 1억2천만원 초과)인 거주자에 대해서는 연금계좌 중 연금저축계좌에 납입한 금액이 연 300만원을 초과하는 경우에는 그 초과하는 금액은 없는 것으로 하고, 연금저축계좌에 납입한 금액 중 300만원 이내의 금액과 퇴직연금계좌에 납입한 금액을 합한 금액이 연 700만원을 초과하는 경우에는 그 초과하는 금액은 없는 것으로 한다.

1. 제146조제2항에 따라 소득세가 원천징수되지 아니한 퇴직소득 등 과세가 이연된 소득

2. 연금계좌에서 다른 연금계좌로 계약을 이전함으로써 납입되는 금액
- ② 제1항에 따른 공제를 “연금계좌세액공제”라 한다.
- ③ 「조세특례제한법」 제91조의18에 따른 개인종합자산관리계좌의 계약 기간이 만료되고 해당 계좌 잔액의 전부 또는 일부를 대통령령으로 정하는 방법으로 연금계좌로 납입한 경우 그 납입한 금액(이하 이 조에서 “전환금액”이라 한다)을 납입한 날이 속하는 과세기간의 연금계좌 납입액에 포함한다.
- ④ 전환금액이 있는 경우에는 제1항 각 호 외의 부분 단서에도 불구하고 같은 항을 적용할 때 전환금액의 100분의 10 또는 300만원(직전 과세기간과 해당 과세기간에 걸쳐 납입한 경우에는 300만원에서 직전 과세기간에 적용된 금액을 차감한 금액으로 한다) 중 적은 금액과 제1항 각 호 외의 부분 단서에 따라 연금계좌에 납입한 금액으로 하는 금액을 합한 금액을 초과하는 금액은 없는 것으로 한다.
- ⑤ 제1항부터 제4항까지의 규정에 따른 연금계좌세액공제의 계산방법, 신청 절차 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

■ 소득세법 시행령

제20조의2(의료 목적 또는 부득이한 인출의 요건 등)

① 법 제14조제3항제9호나목에서 “의료목적, 천재지변이나 그 밖에 부득이한 사유 등 대통령령으로 정하는 요건을 갖추어 인출하는 연금소득”이란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하여 법 제20조의3제1항제2호에 따른 연금계좌(이하 “연금계좌”라 한다)에서 인출하는 금액을 말한다.

1. 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 사유가 발생하여 연금계좌에서 인출하려는 사람이 해당 사유가 확인된 날부터 6개월 이내에 그 사유를 확인할 수 있는 서류를 갖추어 연금계좌를 취급하는 금융회사 등(이하 “연금계좌취급자”라 한다)에게 제출하는 경우
 - 가. 천재지변
 - 나. 연금계좌 가입자의 사망 또는 해외이주
 - 다. 연금계좌 가입자 또는 그 부양가족[법 제50조에 따른 기본공제대상이 되는 사람(소득의 제한은 받지 아니한다)으로 한정한다]이 질병 · 부상에 따라 3개월 이상의 요양이 필요한 경우
 - 라. 연금계좌 가입자가 「재난 및 안전관리 기본법」 제66조제1항제2호의 재난으로 15일 이상의 입원 치료가 필요 한 피해를 입은 경우
 - 마. 연금계좌 가입자가 「채무자 회생 및 파산에 관한 법률」에 따른 파산의 선고 또는 개인회생절차개시의 결정을 받은 경우
 - 바. 연금계좌취급자의 영업정지, 영업 인 · 허가의 취소, 해산결의 또는 파산선고
 2. 제40조의2제3항제1호 및 제2호를 충족한 연금계좌 가입자가 제118조의5제1항 및 제2항에 따른 의료비(본인을 위한 의료비에 한정한다)를 연금계좌에서 인출하기 위하여 해당 의료비를 지급한 날부터 6개월 이내에 기획재정부령으로 정하는 증명서류를 연금계좌취급자에게 제출하는 경우
- ② 제1항제1호다목 및 라목에 따라 인출하는 금액은 제118조의5제1항 및 제2항에 따른 의료비, 간병인 비용, 보건복지부 장관이 고시하는 최저생계비 등을 고려하여 기획재정부령으로 정하는 금액 이내의 금액으로 한정한다.
- ③ 제1항제2호에 따라 의료비를 인출하는 경우에는 1명당 하나의 연금계좌만 의료비연금계좌로 지정(해당 연금계좌의 연금계좌취급자가 지정에 동의하는 경우에 한정한다)하여 인출할 수 있다.
- ④ 연금계좌취급자는 제1항제1호 및 제2호에 따라 제출받은 증명서류를 해당 인출에 대한 원천징수세액 납부기한의 다음 날부터 5년간 보관하여야 한다.
- ⑤ 제1항부터 제4항까지의 규정에서 정한 사항 외에 연금계좌 인출의 절차 등에 필요한 사항은 기획재정부령으로 정한다.

제40조의2(연금 계좌 등)

① 법 제20조의3제1항제2호 각 목 외의 부분에서 "연금저축"의 명칭으로 설정하는 대통령령으로 정하는 계좌"란 제1호에 해당하는 계좌를 말하고, "퇴직연금을 지급받기 위하여 설정하는 대통령령으로 정하는 계좌"란 제2호에 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」 제12조에 따라 인가를 받은 신탁업자와 체결하는 신탁계약

나. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제12조에 따라 인가를 받은 투자증개업자와 체결하는 집합투자증권 중 개계약

다. 제25조제2항에 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」 제2조제9호의 확정기여형퇴직연금제도에 따라 설정하는 계좌

나. 「근로자퇴직급여 보장법」 제2조제10호의 개인형퇴직연금제도에 따라 설정하는 계좌

다. 「근로자퇴직급여 보장법」에 따른 중소기업퇴직연금기금제도에 따라 설정하는 계좌

라. 「과학기술인공제회법」 제16조제1항에 따른 퇴직연금급여를 지급받기 위하여 설정하는 계좌

② 연금계좌의 가입자가 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 경우 법 제59조의3제1항에 따른 연금계좌 납입액(제118조의3에 따라 연금계좌에 납입한 것으로 보는 금액을 포함하며, 이하 "연금보험료"라 한다)으로 볼 수 있다.

1. 다음 각 목의 금액을 합한 금액 이내(연금계좌가 2개 이상인 경우에는 그 합계액을 말한다)의 금액을 납입할 것. 이 경우 해당 과세기간 이전의 연금보험료는 납입할 수 없으나, 보험계약의 경우에는 최종납입일이 속하는 달의 말일부터 3년 2개월이 경과하기 전에는 그 동안의 연금보험료를 납입할 수 있다.

가. 연간 1천800만원

나. 법 제59조의3제3항에 따른 전환금액[「조세특례제한법」 제91조의18에 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 제20조의3제1항제2호 각 목 외의 부분에서 "대통령령으로 정하는 연금형태 등으로 인출"이란 연금계좌에서 다음 각 호의 요건을 모두 갖추어 인출하거나 제20조의2제1항에 따라 인출(이하 "연금수령"이라 하며, 연금수령 외의 인출은 "연금외수령"이라 한다)하는 것을 말한다. 다만, 법 제20조의3제1항제2호가목의 퇴직소득을 제20조의2제1항제1호나목에 따른 해외이주에 해당하는 사유로 인출하는 경우에는 해당 퇴직소득을 연금계좌에 입금한 날부터 3년 이후 해외이주하는 경우에 한정하여 연금수령으로 본다.

1. 가입자가 55세 이후 연금계좌취급자에게 연금수령 개시를 신청한 후 인출할 것

2. 연금계좌의 가입일부터 5년이 경과된 후에 인출할 것. 다만, 법 제20조의3제1항제2호가목에 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 제20조의2제1항에 따라 인출한 금액은 인출한 금액에 포함하지 아니한다.

연금계좌의 평가액	120
	\times
(11 - 연금수령연차)	100

④ 제3항제3호의 계산식에서 "연금수령연차"란 최초로 연금수령할 수 있는 날이 속하는 과세기간을 기산연차로 하여 그 다음 과세기간을 누적 합산한 연차를 말하며, 연금수령연차가 11년 이상인 경우에는 그 계산식을 적용하지 아니한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우의 기산연차는 다음 각 호를 따른다.

1. 2013년 3월 1일 전에 가입한 연금계좌[2013년 3월 1일 전에 「근로자퇴직급여 보장법」 제2조제8호에 따른 확정 급여형퇴직연금제도(이하 "확정급여형퇴직연금제도"라 한다)에 가입한 사람이 퇴직하여 퇴직소득 전액이 새로 설정된 연금계좌로 이체되는 경우를 포함한다]의 경우: 6년차

2. 법 제44조제2항에 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 10일까지 관할 세무서장에게 제출하여야 한다.

(이하 생략)

제40조의3(연금 계좌의 인출순서 등)

① 연금계좌에서 일부 금액이 인출되는 경우에는 다음 각 호의 금액이 순서에 따라 인출되는 것으로 본다.

1. 법 제20조의3제1항제2호 각 목에 해당하지 아니하는 금액(이하 "과세제외금액"이라 한다)

2. 이연퇴직소득

3. 법 제20조의3제1항제2호나목부터 라목까지의 규정에 따른 금액

② 과세제외금액은 다음 각 호의 순서에 따라 인출되는 것으로 본다. 다만, 제3호는 제201조의10에 따라 확인되는 금액만 해당하며, 확인되는 날부터 과세제외금액으로 본다.

1. 인출된 날이 속하는 과세기간에 해당 연금계좌에 납입한 연금보험료(제2호에 해당하는 금액은 제외한다)

2. 인출된 날이 속하는 과세기간에 해당 연금계좌에 납입한 법 제59조의3제3항에 따른 전환금액

3. 해당 연금계좌만 있다고 가정할 때 해당 연금계좌에 납입된 연금보험료로서 법 제59조의3제1항 단서에 따른 연금계좌세액공제의 한도액(이하 이 조에서 "연금계좌세액공제 한도액"이라 한다)을 초과하는 금액이 있는 경우 그 초과하는 금액

4. 제1호부터 제3호까지에서 정한 금액 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 제1항제3호 중 법 제20조의3제1항제2호나목에 따른 세액공제를 받은 금액으로 본다.

⑤ 연금계좌의 운용에 따라 연금계좌에 있는 금액이 원금에 미달하는 경우 연금계좌에 있는 금액은 원금이 제1항에 따른 인출순서와 반대의 순서로 차감된 후의 금액으로 본다.

제40조의4(연금 계좌의 이체)

① 연금계좌에 있는 금액이 연금수령이 개시되기 전의 다른 연금계좌로 이체되는 경우에는 이를 인출로 보지 아니하다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그러하지 아니한다.

1. 연금저축계좌와 퇴직연금계좌 상호 간에 이체되는 경우

2. 2013년 3월 1일 이후에 가입한 연금계좌에 있는 금액이 2013년 3월 1일 전에 가입한 연금계좌로 이체되는 경우

3. 퇴직연금계좌에 있는 일부 금액이 이체되는 경우

- ② 제1항 단서 및 같은 항 제1호에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 인출로 보지 아니한다.
1. 제40조의2제3항제1호 및 제2호의 요건을 갖춘 연금저축계좌의 가입자가 제40조의2제1항제2호나목에 해당하는 퇴직연금계좌로 전액을 이체(연금수령이 개시된 경우를 포함한다)하는 경우
 2. 제40조의2제3항제1호 및 제2호의 요건을 갖춘 퇴직연금계좌(제40조의2제1항제2호나목에 해당하는 경우에 한정한다)의 가입자가 연금저축계좌로 전액을 이체(연금수령이 개시된 경우를 포함한다)하는 경우
- ③ 제1항을 적용할 때 일부 금액이 이체(제1항제3호의 경우를 제외한다)되는 경우에는 제40조의3제1항 각 호의 순서에 따라 이체되는 것으로 본다.
- ④ 제1항 및 제2항을 적용할 때 연금계좌의 가입일 등은 이체받은 연금계좌를 기준으로 이 영을 적용한다. 다만, 연금계좌가 새로 설정되어 잔액이 이체되는 경우에는 이체되기 전의 연금계좌를 기준으로 할 수 있다.
- ⑤ 연금계좌의 이체에 따라 연금계좌취급자가 변경되는 경우에는 이체하는 연금계좌취급자가 이체와 함께 기획재정부령으로 정하는 연금계좌이체명세서를 이체받는 연금계좌취급자에게 통보하여야 한다.

제100조의2(연금계좌의 승계 등)

- ① 법 제44조제2항에 따라 상속인이 연금계좌를 승계하는 경우 해당 연금계좌의 소득금액을 승계하는 날에 그 연금계좌에 가입한 것으로 본다. 다만, 제40조의2제3항제2호의 연금계좌의 가입일은 피상속인의 가입일로 하여 적용한다.
- ② 법 제44조제2항에 따라 연금계좌를 승계하려는 상속인은 피상속인이 사망한 날이 속하는 달의 말일부터 6개월 이내에 연금계좌취급자에게 승계신청을 하여야 한다. 이 경우 상속인은 피상속인이 사망한 날부터 연금계좌를 승계한 것으로 본다.
- ③ 제2항 전단에 따른 승계신청을 받은 연금계좌 취급자는 사망일부터 승계신청일까지 인출된 금액에 대하여 이를 피상속인이 인출한 소득으로 보아 이미 원천징수된 세액과 상속인이 인출한 금액에 대한 세액과의 차액이 있으면 세액을 정산하여야 한다.
- ④ 연금계좌의 가입자가 사망하였으나 제2항 전단에 따른 승계신청을 하지 아니한 경우에는 사망일 현재 다음 각 호의 합계액을 인출하였다고 보아 계산한 세액에서 사망일부터 사망확인일(연금계좌취급자가 확인한 날을 말하며, 사망확인일이 승계신청기한 이전인 경우에는 신청기한의 말일로 하고, 상속인이 신청기한이 지나기 전에 인출하는 경우에는 인출하는 날을 말한다. 이하 이 항에서 같다)까지 이미 원천징수된 세액을 뺀 금액을 피상속인의 소득세로 한다.
 1. 사망일부터 사망확인일까지 인출한 소득
 2. 사망확인일 현재 연금계좌에 있는 소득

■ 신문 등의 진흥에 관한 법률

제 2 조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다.

1. "신문"이란 정치·경제·사회·문화·산업·과학·종교·교육·체육 등 전체 분야 또는 특정 분야에 관한 보도·논평·여론 및 정보 등을 전파하기 위하여 같은 명칭으로 월 2회 이상 발행하는 간행물로서 다음 각 목의 것을 말한다.
 - 가. 일반일간신문: 정치·경제·사회·문화 등에 관한 보도·논평 및 여론 등을 전파하기 위하여 매일 발행하는 간행물
 - 나. 특수일간신문: 산업·과학·종교·교육 또는 체육 등 특정 분야(정치를 제외한다)에 국한된 사항의 보도·논평 및 여론 등을 전파하기 위하여 매일 발행하는 간행물
 - 다. 일반주간신문: 정치·경제·사회·문화 등에 관한 보도·논평 및 여론 등을 전파하기 위하여 매주 1회 발행하는 간행물(주 2회 또는 월 2회 이상 발행하는 것을 포함한다)

라. 특수주간신문: 산업·과학·종교·교육 또는 체육 등 특정 분야(정치를 제외한 다)에 국한된 사항의 보도·논평 및 여론 등을 전파하기 위하여 매주 1회 발행하는 간행물(주 2회 또는 월 2회 이상 발행하는 것을 포함한다)

(이하 생략)

제 9 조(등록)

① 신문을 발행하거나 인터넷신문 또는 인터넷뉴스서비스를 전자적으로 발행하려는 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 다음 각 호의 사항을 주사무소 소재지를 관할하는 특별시장·광역시장·특별자치시장·도지사 또는 특별자치도지사(이하 "시·도지사"라 한다)에게 등록하여야 한다. 등록된 사항이 변경된 때에도 또한 같다. 다만, 국가 또는 지방자치단체가 발행 또는 관리하거나 법인이나 그 밖의 단체 또는 기관이 그 소속원에게 보급할 목적으로 발행하는 경우와 대통령령으로 정하는 경우에는 그러하지 아니하다.

1.~8.(생략)

9. 주된 보급대상 및 보급지역(신문에 한정한다)

(이하 생략)

■ 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 2조제 2호에 따른 전자서명(서명자의 실지명의를 확인할 수 있는 것을 말한다)이 있는 전자문서(「전자문서 및 전자거래 기본법」 제 2조제 1호에 따른 전자문서를 말한다)

3. 개인신용정보의 제공 내용 및 제공 목적 등을 고려하여 정보 제공 동의의 안정성과 신뢰성이 확보될 수 있는 우무선 통신으로 개인비밀번호를 입력하는 방식

4. 우무선 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

(이하 생략)

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 1호의 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 조 제 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 제3자에게 제공하려면 미리 제32조 제1항 각 호의 방식으로 해당 개인의 동의를 받아야 하며, 대통령령으로 정하는 목적으로만 그 정보를 이용하여야 한다.

■ 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 시행령

제 28 조(개인신용정보의 제공 · 활용에 대한 동의)

① 삭제

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. 제공하는 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
(이하 생략)

제 28 조의 2(개인신용정보의 이용)

법 제33조제2항에서 “대통령령으로 정하는 목적” 이란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 업무를 수행하기 위해 필요한 경우 해당 각 호의 자가 개인의 질병, 상해 또는 그 밖에 이와 유사한 정보를 그 업무와 관련하여 이용하기 위한 목적을 말한다.

1. 「보험업법」 제2조제6호에 따른 보험회사가 수행하는 같은 조 제2호에 따른 보험업 또는 같은 법 제11조의 2에 따른 부수업무로서 개인의 건강 유지·증진 또는 질병의 사전예방 및 악화 방지 등의 목적으로 수행하는 업무
(이하 생략)

■ 약사법

제 2 조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "약사(藥事)"란 의약품·의약외품의 제조·조제·감정(鑑定)·보관·수입·판매[수여(授與)]를 포함한다. 이하 같다]와 그 밖의 약학 기술에 관련된 사항을 말한다.
2. "약사(藥師)"란 한약에 관한 사항 외의 약사(藥事)에 관한 업무(한약제제에 관한 사항을 포함한다)를 담당하는 자로서, "한약사"란 한약과 한약제제에 관한 약사(藥事) 업무를 담당하는 자로서 각각 보건복지부장관의 면허를 받은 자를 말한다.
3. "약국"이란 약사나 한약사가 수여할 목적으로 의약품 조제 업무[약국제제(藥局製劑)]를 포함한다]를 하는 장소(그 개설자가 의약품 판매업을 겸하는 경우에는 그 판매업에 필요한 장소를 포함한다)를 말한다. 다만, 의료기관의 조제실은 예외로 한다.
4. "의약품"이란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 물품을 말한다.
 - 가. 대한민국약전(大韓民國藥典)에 실린 물품 중 의약외품이 아닌 것

- 나. 사람이나 동물의 질병을 진단·치료·경감·처치 또는 예방할 목적으로 사용하는 물품 중 기구·기계 또는 장치가 아닌 것
- 다. 사람이나 동물의 구조와 기능에 약리학적(藥理學的) 영향을 줄 목적으로 사용하는 물품 중 기구·기계 또는 장치가 아닌 것
5. "한약"이란 동물·식물 또는 광물에서 채취된 것으로 주로 원형대로 건조·절단 또는 정제된 생약(生藥)을 말한다.
(이하 생략)

■ 응급의료에 관한 법률

제 2 조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "응급환자"란 질병, 분만, 각종 사고 및 재해로 인한 부상이나 그 밖의 위급한 상태로 인하여 즉시 필요한 응급처치를 받지 아니하면 생명을 보존할 수 없거나 심신에 중대한 위해(危害)가 발생할 가능성이 있는 환자 또는 이에 준하는 사람으로서 보건복지부령으로 정하는 사람을 말한다.
2. "응급의료"란 응급환자가 발생한 때부터 생명의 위험에서 회복되거나 심신상의 중대한 위해가 제거되기까지의 과정에서 응급환자를 위하여 하는 상담·구조(救助)·이송·응급처치 및 진료 등의 조치를 말한다.
3. "응급처치"란 응급의료행위의 하나로서 응급환자의 기도를 확보하고 심장박동의 회복, 그 밖에 생명의 위험이나 증상의 현저한 악화를 방지하기 위하여 긴급히 필요로 하는 처치를 말한다.
4. "응급의료종사자"란 관계 법령에서 정하는 바에 따라 취득한 면허 또는 자격의 범위에서 응급환자에 대한 응급의료를 제공하는 의료인과 응급구조사를 말한다.
5. "응급의료기관"이란 「의료법」 제 3 조에 따른 의료기관 중에서 이 법에 따라 지정된 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터 및 지역응급의료기관을 말한다.

(이하 생략)

제 35 조의 2(응급의료기관 외의 의료기관)

- ① 이 법에 따른 응급의료기관으로 지정받지 아니한 의료기관이 응급의료시설을 설치·운영하려면 보건복지부령으로 정하는 시설·인력 등을 갖추어 시장·군수·구청장에게 신고하여야 한다. 다만, 종합병원의 경우에는 신고를 생략할 수 있다.
- ② 시장·군수·구청장은 제 1 항에 따른 신고를 받은 경우 그 내용을 검토하여 이 법에 적합하면 신고를 수리하여야 한다.

■ 응급의료에 관한 법률 시행규칙

제 2 조(응급환자)

「응급의료에 관한 법률」(이하 "법이라 한다) 제 2 조 제 1 호에서 "보건복지부령이 정하는 자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 증상이 있는 자를 말한다.

1. 별표 1의 응급증상 및 이에 준하는 증상
2. 제 1 호의 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상

■ 의료급여법

제 7 조(의료급여의 내용 등)

① 이 법에 따른 수급권자의 질병 · 부상 · 출산 등에 대한 의료급여의 내용은 다음 각 호와 같다.

1. 진찰 · 검사
2. 약제(藥劑) · 치료재료의 지급
3. 처치 · 수술과 그 밖의 치료
4. 예방 · 재활
5. 입원
6. 간호

7. 이송과 그 밖의 의료목적의 달성을 위한 조치

② 제 1항에 따른 의료급여의 방법 · 절차 · 범위 · 한도 등 의료급여의 기준에 관하여는 보건복지부령으로 정하고, 의료수가기준과 그 계산방법 등에 관하여는 보건복지부장관이 정한다.

③ 보건복지부장관은 제 2 항에 따라 의료급여의 기준을 정할 때에는 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 질환 등 보건복지부령으로 정하는 사항은 의료급여 대상에서 제외할 수 있다.

제 15 조(의료급여의 제한)

① 시장 · 군수 · 구청장은 수급권자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면 이 법에 따른 의료급여를 하지 아니한다. 다만, 보건복지부장관이 의료급여를 할 필요가 있다고 인정하는 경우에는 그러하지 아니하다.

1. 수급권자가 자신의 고의 또는 중대한 과실로 인한 범죄행위에 그 원인이 있거나 고의로 사고를 일으켜 의료급여가 필요하게 된 경우
2. 수급권자가 정당한 이유 없이 이 법의 규정이나 의료급여기관의 진료에 관한 지시에 따르지 아니한 경우

② 의료급여기관은 수급권자가 제 1 항 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 대통령령으로 정하는 바에 따라 수급권자의 거주지를 관할하는 시장 · 군수 · 구청장에게 알려야 한다.

제 17 조(의료급여의 중지 등)

① 시장 · 군수 · 구청장은 수급권자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면 의료급여를 중지하여야 한다.

1. 수급권자에 대한 의료급여가 필요 없게 된 경우
2. 수급권자가 의료급여를 거부한 경우

② 시장 · 군수 · 구청장은 수급권자가 의료급여를 거부한 경우에는 수급권자가 속한 가구원 전부에 대하여 의료급여를 중지하여야 한다.

③ 시장 · 군수 · 구청장은 제 1 항에 따라 의료급여를 중지하였을 때에는 서면으로 그 이유를 밝혀 수급권자에게 알려야 한다.

■ 의료급여법 시행령

제 13 조(급여비용의 부담)

① 법 제 10 조에 따라 기금에서 부담하는 급여비용의 범위는 별표 1 과 같다.

1. 삭제
2. 삭제

② 삭제

③ 제 1 항의 규정에 불구하고 법 제 15 조제 1 항의 규정에 의하여 의료급여가 제한되는 경우, 기금에 상당한 부담을 초래한다고 인정되는 경우 등 보건복지부령이 정하는 경우 또는 항목에 대하여는 보건복지부령이 정하는 금액을 수급권자가 부담한다.

④ 제 1 항의 규정에 따라 기금에서 부담하는 급여비용외에 수급권자가 부담하는 본인부담금(이하 "급여대상 본인부담금"이라 한다)과 제 3 항의 규정에 따라 수급권자가 부담하는 본인부담금은 의료급여기관의 청구에 의하여 수급권자가 의료급여기관에 지급한다.

⑤ 제 4 항의 규정에 따라 의료급여기관에 지급한 급여대상 본인부담금(별표 1 제 1 호라목 · 마목, 같은 표 제 2 호마목 · 바목 및 같은 표 제 3 호에 따라 의료급여기관에 지급한 급여대상 본인부담금은 제외한다. 이하 이 조에서 같다)이 매 30일간 다음 각 호의 금액을 초과한 경우에는 그 초과한 금액의 100 분의 50 에 해당하는 금액을 보건복지부령이 정하는 바에 따라 시장 · 군수 · 구청장이 수급권자에게 지급한다. 다만, 지급하여야 할 금액이 2천원 미만인 경우에는 이를 지급하지 아니한다.

1. 1종수급권자 : 2만원

2. 2종수급권자 : 20만원

⑥ 급여대상 본인부담금에서 제 5 항에 따라 지급받은 금액을 차감한 금액이 다음 각 호의 금액을 초과한 경우에는 그 초과금액을 기금에서 부담한다. 다만, 초과금액이 2천원 미만인 경우에는 이를 수급권자가 부담한다.

1. 1종수급권자 : 매 30일간 5만원

2. 2종수급권자 : 연간 80만원. 다만, 「의료법」 제 3 조제 2 항제 3 호라목에 따른 요양병원에 연간 240 일을 초과하여 입원한 경우에는 연간 120만원으로 한다.

⑦ 시장 · 군수 · 구청장은 수급권자가 제 6 항 본문의 규정에 따라 기금에서 부담하여야 하는 초과금액을 의료급여기관에 지급한 경우에는 보건복지부령이 정하는 바에 따라 그 초과금액을 수급권자에게 지급하여야 한다.

■ 의료법

제 2 조(의료인)

① 이 법에서 "의료인"이란 보건복지부장관의 면허를 받은 의사 · 치과의사 · 한의사 · 조산사 및 간호사를 말한다.

② 의료인은 종별에 따라 다음 각 호의 임무를 수행하여 국민보건 향상을 이루고 국민의 건강한 생활 확보에 이바지할 사명을 가진다.

1. 의사는 의료와 보건지도를 임무로 한다.

2. 치과의사는 치과 의료와 구강 보건지도를 임무로 한다.

3. 한의사는 한방 의료와 한방 보건지도를 임무로 한다.

4. 조산사는 조산(助産)과 임산부 및 신생아에 대한 보건과 양호지도를 임무로 한다.

5. 간호사는 다음 각 목의 업무를 임무로 한다.

가. 환자의 간호요구에 대한 관찰, 자료수집, 간호판단 및 요양을 위한 간호

나. 의사, 치과의사, 한의사의 지도하에 시행하는 진료의 보조

다. 간호 요구자에 대한 교육 · 상담 및 건강증진을 위한 활동의 기획과 수행, 그 밖의 대통령령으로 정하는 보건활동

라. 제 80 조에 따른 간호조무사가 수행하는 가목부터 다목까지의 업무보조에 대한 지도

제 3 조(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 58 조제 1 항제 4 호에 따른 의료재활시설로서 제 3 조의 2 의 요건을 갖춘 의료 기관을 포함한다. 이하 같다)

마. 정신병원

바. 종합병원

③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제 2 항제 1 호부터 제 3 호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

제 3 조의 3(종합병원)

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.

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

제 3 조의 4(상급종합병원 지정)

① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.

1. 보건복지부령으로 정하는 20 개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
2. 제 77 조제 1 항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖출 것

4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것

② 보건복지부장관은 제 1 항에 따른 지정을 하는 경우 제 1 항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.

③ 보건복지부장관은 제 1 항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제 2 항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.

④ 보건복지부장관은 제 2 항 및 제 3 항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.

⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제 5 조(의사·치과의사 및 한의사 면허)

- ① 의사 · 치과의사 또는 한의사가 되려는 자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자격을 가진 자로서 제9조에 따른 의사 · 치과의사 또는 한의사 국가시험에 합격한 후 보건복지부장관의 면허를 받아야 한다.
1. 「고등교육법」 제 11 조의 2에 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 박사 학위를 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 제9조에 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.

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 5 급 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.

■ 의료법 시행규칙

제 34 조(의료기관의 시설기준 및 규격)

법 제 36 조제 1 호에 따른 의료기관의 종류별 시설기준은 별표 3 과 같고, 그 시설규격은 별표 4 와 같다.

[별표 3]

의료기관의 종류별 시설기준

시설	종합병원 병원 요양병원	치과병원	한방병원	의원	치과의원	한의원	조산원
----	--------------------	------	------	----	------	-----	-----

...						
11 의 2. 탕전실	1 (관련 한의 과 진료과 목을 두고 탕전을 하 는 경우에 만 갖춘다)	1 (관련 한의 과 진료과 목을 두고 탕전을 하 는 경우에 만 갖춘다)	1 (탕전을 하 는 경우에 만 갖춘다)			1 (탕전을 하 는 경우에 만 갖춘다)
...						

[별표 4]

의료기관의 시설규격

(생략)

11 의 2. 탕전실

- 가. 탕전실에는 조제실, 한약재 보관시설, 작업실, 그 밖에 탕전에 필요한 시설을 갖추어야 한다. 다만, 의료기관 내에 조제실 및 한약재 보관시설을 구비하고 있는 경우에는 이를 종족한 것으로 본다.
- 나. 조제실에는 개봉된 한약재를 보관할 수 있는 한약장 또는 기계·장치와 한약을 조제할 수 있는 시설을 두어야 한다.
- 다. 한약재 보관시설에는 쥐·해충·먼지 등을 막을 수 있는 시설과 한약재의 변질을 예방할 수 있는 시설을 갖추어야 한다.
- 라. 작업실에는 수돗물이나 「먹는물관리법」 제 5 조에 따른 먹는 물의 수질기준에 적합한 지하수 등을 공급할 수 있는 시설, 한약의 탕전 등에 필요한 안전하고 위생적인 장비 및 기구, 환기 및 배수에 필요한 시설, 틸의실 및 세척 시설 등을 갖추어야 한다.
- 마. 작업실의 시설 및 기구는 항상 청결을 유지하여야 하며 종사자는 위생복을 착용하여야 한다.
- 바. 의료기관에서 분리하여 따로 설치한 탕전실에는 한의사 또는 한약사를 배치하여야 한다.
- 사. 의료기관에서 분리하여 따로 설치한 탕전실에서 한약을 조제하는 경우 조제를 의뢰한 한의사의 처방전, 조제 작업일지, 한약재의 입출고 내역, 조제한 한약의 배송일지 등 관련 서류를 작성·보관하여야 한다.

(이하 생략)

■ 자본시장과 금융투자업에 관한 법률

제 88 조(자산운용보고서의 교부)

- ① 집합투자업자는 자산운용보고서를 작성하여 해당 집합투자자산을 보관·관리하는 신탁업자의 확인을 받아 3 개월마다 1 회 이상 해당 집합투자기구의 투자자에게 교부하여야 한다. 다만, 투자자가 수시로 변동되는 등 투자자의 이익을 해할 우려가 없는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우에는 자산운용보고서를 투자자에게 교부하지 아니할 수 있다.
- ② 집합투자업자는 제 1 항에 따른 자산운용보고서에 다음 각 호의 사항을 기재하여야 한다.
 - 1. 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 날(이하 이 조에서 "기준일"이라 한다) 현재의 해당 집합투자기구의 자산·부채 및 집합투자증권의 기준가격
 - 가. 회계기간의 개시일부터 3 개월이 종료되는 날
 - 나. 회계기간의 말일
 - 다. 계약기간의 종료일 또는 존속기간의 만료일
 - 라. 해지일 또는 해산일

2. 직전의 기준일(직전의 기준일이 없는 경우에는 해당 집합투자기구의 최초 설정일 또는 성립일을 말한다)부터 해당 기준일까지의 기간(이하 이 조에서 "해당 운용기간"이라 한다) 중 운용경과의 개요 및 해당 운용기간 중의 손익 사항
 3. 기준일 현재 집합투자재산에 속하는 자산의 종류별 평가액과 집합투자재산 총액에 대한 각각의 비율
 4. 해당 운용기간 중 매매한 주식의 총수, 매매금액 및 대통령령으로 정하는 매매회전율
 5. 그 밖에 대통령령으로 정하는 사항
- ③ 제 1 항에 따른 자산운용보고서의 교부시기 및 방법, 비용부담 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제 188 조(신탁계약의 체결 등)

① 투자신탁을 설정하고자 하는 집합투자업자는 다음 각 호의 사항이 기재된 신탁계약서에 의하여 신탁업자와 신탁계약을 체결하여야 한다.

1. 집합투자업자 및 신탁업자의 상호
 2. 신탁원본의 가액 및 제 189 조제 1 항 및 제 3 항에 따라 발행하는 투자신탁의 수익권(이하 "수익증권"이라 한다)의 총좌수에 관한 사항
 3. 투자신탁재산의 운용 및 관리에 관한 사항
 4. 이익분배 및 환매에 관한 사항
 5. 집합투자업자 · 신탁업자 등이 받는 보수, 그 밖의 수수료의 계산방법과 지급시기 · 방법에 관한 사항. 다만, 집합투자업자가 기준가격 산정업무를 위탁하는 경우에는 그 수수료는 해당 투자신탁재산에서 부담한다는 내용을 포함하여야 한다.
 6. 수익자총회에 관한 사항
 7. 공시 및 보고서에 관한 사항
 8. 그 밖에 수익자 보호를 위하여 필요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항
- (이하 생략)

■ 자본시장과 금융투자업에 관한 법률 시행령

제 93 조(수시공시의 방법 등)

① (생략)

② 법 제 89 조제 1 항제 3 호에서 "대통령령으로 정하는 부실자산"이란 발행인의 부도, 「채무자 회생 및 파산에 관한 법률」에 따른 회생절차개시의 신청 등의 사유로 인하여 금융위원회가 부실자산으로 정하여 고시하는 자산을 말한다.
(이하 생략)

제 265 조(회계감사인의 선임 등)

①~⑥ (생략)

⑦ 회계감사에 따른 비용은 그 회계감사의 대상인 집합투자기구가 부담한다.

■ 장애인복지법

제 32 조(장애인 등록)

① 장애인, 그 법정대리인 또는 대통령령으로 정하는 보호자(이하 "법정대리인등"이라 한다)는 장애 상태와 그 밖에 보건복지부령이 정하는 사항을 특별자치시장 · 특별자치도지사 · 시장 · 군수 또는 구청장(자치구의 구청장을 말한다. 이

하 같다)에게 등록하여야 하며, 특별자치시장 · 특별자치도지사 · 시장 · 군수 · 구청장은 등록을 신청한 장애인이 제2조에 따른 기준에 맞으면 장애인등록증(이하 "등록증"이라 한다)을 내주어야 한다.
(이하 생략)

■ 전자서명법

제 2 조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다.

1. "전자문서"란 정보처리시스템에 의하여 전자적 형태로 작성되어 송신 또는 수신되거나 저장된 정보를 말한다.
2. "전자서명"이란 다음 각 목의 사항을 나타내는 데 이용하기 위하여 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.
 - 가. 서명자의 신원
 - 나. 서명자가 해당 전자문서에 서명하였다는 사실
3. "전자서명생성정보"란 전자서명을 생성하기 위하여 이용하는 전자적 정보를 말한다.
4. "전자서명수단"이란 전자서명을 하기 위하여 이용하는 전자적 수단을 말한다.
5. "전자서명인증"이란 전자서명생성정보가 가입자에게 유일하게 속한다는 사실을 확인하고 이를 증명하는 행위를 말한다.
6. "인증서"란 전자서명생성정보가 가입자에게 유일하게 속한다는 사실 등을 확인하고 이를 증명하는 전자적 정보를 말한다.
7. "전자서명인증업무"란 전자서명인증, 전자서명인증 관련 기록의 관리 등 전자서명인증서비스를 제공하는 업무를 말한다.
8. "전자서명인증사업자"란 전자서명인증업무를 하는 자를 말한다.
9. "가입자"란 전자서명생성정보에 대하여 전자서명인증사업자로부터 전자서명인증을 받은 자를 말한다.
10. "이용자"란 전자서명인증사업자가 제공하는 전자서명인증서비스를 이용하는 자를 말한다.

■ 조세특례제한법

제86조의4(연금 계좌 세액 공제 등)

종합소득이 있으며, 해당 과세기간에 「소득세법」 제14조제3항제6호에 따른 소득의 합계액이 2천만원을 초과하지 않는 50세 이상인 거주자는 2022년 12월 31일까지 「소득세법」 제59조의3을 적용하는 경우 같은 조 제1항 단서에도 불구하고 연금계좌 중 연금저축계좌에 납입한 금액이 연 600만원을 초과하는 경우에는 그 초과하는 금액은 없는 것으로 하고, 연금저축계좌에 납입한 금액 중 600만원 이내의 금액과 퇴직연금계좌에 납입한 금액을 합한 금액이 연 900만원을 초과하는 경우에는 그 초과하는 금액은 없는 것으로 하되, 해당 과세기간에 종합소득과세표준을 계산할 때 합산하는 종합소득금액이 1억원 초과(근로소득만 있는 경우에는 총급여액 1억2천만원 초과)인 거주자에 대해서는 연금계좌 중 연금저축계좌에 납입한 금액이 연 300만원을 초과하는 경우에는 그 초과하는 금액은 없는 것으로 하고, 연금저축계좌에 납입한 금액 중 300만원 이내의 금액과 퇴직연금계좌에 납입한 금액을 합한 금액이 연 700만원을 초과하는 경우에는 그 초과하는 금액은 없는 것으로 한다.

제 88 조의 2(비과세종합저축에 대한 과세특례)

- ① 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 거주자가 1명당 저축원금이 5 천만원(제 89 조에 따른 세금우대종합저축에 기입한 거주자로서 세금우대종합저축을 해지 또는 해약하지 아니한 자의 경우에는 5 천만원에서 해당 거주자가 기입한 세금우대종합저축의 계약금액 총액을 뺀 금액으로 한다) 이하인 대통령령으로 정하는 저축(이하 이 조에서

"비과세종합저축"이라 한다)에 2022년 12월 31일까지 가입하는 경우 해당 저축에서 발생하는 이자소득, 배당소득 및 금융투자소득에 대해서는 소득세를 부과하지 아니한다.

1. 65세 이상인 거주자
2. 「장애인복지법」 제32조에 따라 등록한 장애인
3. 「독립유공자 예우에 관한 법률」 제6조에 따라 등록한 독립유공자와 그 유족 또는 가족
4. 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 제6조에 따라 등록한 상이자(傷痍者)
5. 「국민기초생활보장법」 제2조제2호에 따른 수급자
6. 「고엽제후유의증 등 환자지원 및 단체설립에 관한 법률」 제2조제3호에 따른 고엽제후유의증환자
7. 「5·18 민주유공자 예우에 관한 법률」 제4조제2호에 따른 5·18 민주화운동부상자

② 제1항에도 불구하고 거주자가 비과세종합저축에서 발생하는 금융투자소득에 대하여 같은 항을 적용받지 아니할 것을 대통령령으로 정하는 바에 따라 신청한 경우에는 해당 금융투자소득에 대하여 「소득세법」 제87조의4를 적용한다.

③ 비과세종합저축의 가입절차, 가입대상의 확인, 계약금액 총액의 계산방법, 운용·관리 방법과 그 밖에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

■ 한의약 육성법

제 2 조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. ~ 3. (생략)
4. "한약"이란 동물·식물 또는 광물에서 채취된 것으로서 주로 원형대로 건조·절단 또는 정제된 생약(生藥)을 말한다.
5. "한약재"란 한약 또는 한약제제를 제조하기 위하여 사용되는 원료 약재를 말한다.

■ 지역보건법

제 10 조(보건소의 설치)

① 지역주민의 건강을 증진하고 질병을 예방·관리하기 위하여 시·군·구에 1개소의 보건소(보건의료원)을 포함한다. 이하 같다)를 설치한다. 다만, 시·군·구의 인구가 30만 명을 초과하는 등 지역주민의 보건의료를 위하여 특별히 필요하다고 인정되는 경우에는 대통령령으로 정하는 기준에 따라 해당 지방자치단체의 조례로 보건소를 추가로 설치할 수 있다.

② 동일한 시·군·구에 2개 이상의 보건소가 설치되어 있는 경우 해당 지방자치단체의 조례로 정하는 바에 따라 업무를 총괄하는 보건소를 지정하여 운영할 수 있다.

제 12 조(보건의료원)

보건소 중 「의료법」 제3조제2항제3호가목에 따른 병원의 요건을 갖춘 보건소는 보건의료원이라는 명칭을 사용할 수 있다.

제 13 조(보건지소의 설치)

지방자치단체는 보건소의 업무수행을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 대통령령으로 정하는 기준에 따라 해당 지방자치단체의 조례로 보건소의 지소(이하 "보건지소"라 한다)를 설치할 수 있다.

■ 초·중등교육법

제 2 조(학교의 종류)

초 · 중등교육을 실시하기 위하여 다음 각 호의 학교를 둔다.

1. 초등학교
2. 중학교 · 고등공민학교
3. 고등학교 · 고등기술학교
4. 특수학교
5. 각종학교

■ 폭력행위 등 처벌에 관한 법률

제 2 조(폭행 등)

① 삭제

② 2명 이상이 공동하여 다음 각 호의 죄를 범한 사람은 「형법」 각 해당 조항에서 정한 형의 2분의 1 까지 가중한다.

1. 「형법」 제 260 조제 1 항(폭행), 제 283 조제 1 항(협박), 제 319 조(주거침입, 퇴거불응) 또는 제 366 조(재물손괴 등)의 죄
2. 「형법」 제 260 조제 2 항(준속폭행), 제 276 조제 1 항(체포, 감금), 제 283 조제 2 항(준속협박) 또는 제 324 조제 1 항(강요)의 죄
3. 「형법」 제 257 조제 1 항(상해) · 제 2 항(준속상해), 제 276 조제 2 항(준속체포, 준속감금) 또는 제 350 조(공갈)의 죄

③ 이 법(「형법」 각 해당 조항 및 각 해당 조항의 상습범, 특수범, 상습특수범, 각 해당 조항의 상습범의 미수범, 특수범의 미수범, 상습특수범의 미수범을 포함한다)을 위반하여 2회 이상 징역형을 받은 사람이 다시 제 2 항 각 호에 규정된 죄를 범하여 누범(累犯)으로 처벌할 경우에는 다음 각 호의 구분에 따라 가중처벌한다.

1. 제 2 항제 1호에 규정된 죄를 범한 사람: 7년 이하의 징역
2. 제 2 항제 2호에 규정된 죄를 범한 사람: 1년 이상 12년 이하의 징역
3. 제 2 항제 3호에 규정된 죄를 범한 사람: 2년 이상 20년 이하의 징역

④ 제 2 항과 제 3 항의 경우에는 「형법」 제 260 조제 3 항 및 제 283 조제 3 항을 적용하지 아니한다.

제 3 조(집단적 폭행 등)

① 삭제

② 삭제

③ 삭제

④ 이 법(「형법」 각 해당 조항 및 각 해당 조항의 상습범, 특수범, 상습특수범, 각 해당 조항의 상습범의 미수범, 특수범의 미수범, 상습특수범의 미수범을 포함한다)을 위반하여 2회 이상 징역형을 받은 사람이 다시 다음 각 호의 죄를 범하여 누범으로 처벌할 경우에는 다음 각 호의 구분에 따라 가중처벌한다.

1. 「형법」 제 261 조(특수폭행)(제 260 조제 1 항의 죄를 범한 경우에 한정한다), 제 284 조(특수협박)(제 283 조제 1 항의 죄를 범한 경우에 한정한다), 제 320 조(특수주거침입) 또는 제 369 조제 1 항(특수손괴)의 죄: 1년 이상 12년 이하의 징역
2. 「형법」 제 261 조(특수폭행)(제 260 조제 2 항의 죄를 범한 경우에 한정한다), 제 278 조(특수체포, 특수감금)(제 276 조제 1 항의 죄를 범한 경우에 한정한다), 제 284 조(특수협박)(제 283 조제 2 항의 죄를 범한 경우에 한정한다) 또는 제 324 조제 2 항(강요)의 죄: 2년 이상 20년 이하의 징역
3. 「형법」 제 258 조의 2 제 1 항(특수상해), 제 278 조(특수체포, 특수감금)(제 276 조제 2 항의 죄를 범한 경우에 한정한다) 또는 제 350 조의 2(특수공갈)의 죄: 3년 이상 25년 이하의 징역

■ 형법

제 250 조(살인, 존속살해)

- ① 사람을 살해한 자는 사형, 무기 또는 5년 이상의 징역에 처한다.
- ② 자기 또는 배우자의 직계존속을 살해한 자는 사형, 무기 또는 7년 이상의 징역에 처한다.

제 251 조(영아살해)

직계존속이 치욕을 은폐하기 위하거나 양육할 수 없음을 예상하거나 특히 참작할 만한 동기로 인하여 분만중 또는 분만 직후의 영아를 살해한 때에는 10년 이하의 징역에 처한다.

제 252 조(족탁, 승낙에 의한 살인 등)

- ① 사람의 족탁이나 승낙을 받아 그를 살해한 자는 1년 이상 10년 이하의 징역에 처한다.
- ② 사람을 교시하거나 방조하여 자살하게 한 자도 제 1 항의 형에 처한다.

제 253 조(위계 등에 의한 족탁살인 등)

전조의 경우에 위계 또는 위력으로써 족탁 또는 승낙하게 하거나 자살을 결의하게 한 때에는 제 250 조의 예에 의한다.

(중략)

제 257 조(상해, 존속상해)

- ① 사람의 신체를 상해한 자는 7년 이하의 징역, 10년 이하의 자격정지 또는 1천만원 이하의 벌금에 처한다.
- ② 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 제 1 항의 죄를 범한 때에는 10년 이하의 징역 또는 1천 500만원 이하의 벌금에 처한다.
- ③ 전 2 항의 미수범은 처벌한다.

제 258 조(중상해, 존속중상해)

- ① 사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 자는 1년 이상 10년 이하의 징역에 처한다.
- ② 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 자도 전항의 형과 같다.
- ③ 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 전 2 항의 죄를 범한 때에는 2년 이상의 15년 이하의 징역에 처한다.

(중략)

제 259 조(상해치사)

- ① 사람의 신체를 상해하여 사망에 이르게 한 자는 3년 이상의 유기징역에 처한다.
- ② 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 전항의 죄를 범한 때에는 무기 또는 5년 이상의 징역에 처한다.

제 260 조(폭행, 존속폭행)

- ① 사람의 신체에 대하여 폭행을 가한 자는 2년 이하의 징역, 500만원 이하의 벌금, 구류 또는 과료에 처한다.
- ② 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 제 1 항의 죄를 범한 때에는 5년 이하의 징역 또는 700만원 이하의 벌금에 처한다.
- ③ 제 1 항 및 제 2 항의 죄는 피해자의 명시한 의사에 반하여 공소를 제기할 수 없다.

제 261 조(특수폭행)

단체 또는 다중의 위력을 보이거나 위험한 물건을 휴대하여 제 260 조제 1 항 또는 제 2 항의 죄를 범한 때에는 5년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금에 처한다.

제 262 조(폭행치사상)

제 260 조와 제 261 조의 죄를 지어 사람을 사망이나 상해에 이르게 한 경우에는 제 257 조부터 제 259 조까지의 예에 따른다.

(중략)

제 287 조(미성년자의 약취, 유인)

미성년자를 약취 또는 유인한 사람은 10년 이하의 징역에 처한다.

제 288 조(추행 등 목적 약취, 유인 등)

- ① 추행, 간음, 결혼 또는 영리의 목적으로 사람을 약취 또는 유인한 사람은 1년 이상 10년 이하의 징역에 처한다.
- ② 노동력 착취, 성매매와 성적 착취, 장기적출을 목적으로 사람을 약취 또는 유인한 사람은 2년 이상 15년 이하의 징역에 처한다.
- ③ 국외에 이송할 목적으로 사람을 약취 또는 유인하거나 약취 또는 유인된 사람을 국외에 이송한 사람도 제 2 항과 동일한 형으로 처벌한다.

제 289 조(인신매매)

- ① 사람을 매매한 사람은 7년 이하의 징역에 처한다.
- ② 추행, 간음, 결혼 또는 영리의 목적으로 사람을 매매한 사람은 1년 이상 10년 이하의 징역에 처한다.
- ③ 노동력 착취, 성매매와 성적 착취, 장기적출을 목적으로 사람을 매매한 사람은 2년 이상 15년 이하의 징역에 처한다.
- ④ 국외에 이송할 목적으로 사람을 매매하거나 매매된 사람을 국외로 이송한 사람도 제 3 항과 동일한 형으로 처벌한다.

제 290 조(약취, 유인, 매매, 이송 등 상해 · 치상)

- ① 제 287 조부터 제 289 조까지의 죄를 범하여 약취, 유인, 매매 또는 이송된 사람을 상해한 때에는 3년 이상 25년 이하의 징역에 처한다.
- ② 제 287 조부터 제 289 조까지의 죄를 범하여 약취, 유인, 매매 또는 이송된 사람을 상해에 이르게 한 때에는 2년 이상 20년 이하의 징역에 처한다.

제 291 조(약취, 유인, 매매, 이송 등 살인 · 치사)

- ① 제 287 조부터 제 289 조까지의 죄를 범하여 약취, 유인, 매매 또는 이송된 사람을 살해한 때에는 사형, 무기 또는 7년 이상의 징역에 처한다.
- ② 제 287 조부터 제 289 조까지의 죄를 범하여 약취, 유인, 매매 또는 이송된 사람을 사망에 이르게 한 때에는 무기 또는 5년 이상의 징역에 처한다.

제 292 조(약취, 유인, 매매, 이송된 사람의 수수 · 은닉 등)

- ① 제 287 조부터 제 289 조까지의 죄로 약취, 유인, 매매 또는 이송된 사람을 수수(授受) 또는 은닉한 사람은 7년 이하의 징역에 처한다.
- ② 제 287 조부터 제 289 조까지의 죄를 범할 목적으로 사람을 모집, 운송, 전달한 사람도 제 1 항과 동일한 형으로 처벌 한다.

(중략)

제 297 조(강간)

폭행 또는 협박으로 사람을 강간한 자는 3년 이상의 유기징역에 처한다.

제 297 조의 2(유사강간)

폭행 또는 협박으로 사람에 대하여 구강, 항문 등 신체(성기는 제외한다)의 내부에 성기를 넣거나 성기, 항문에 손가락 등 신체(성기는 제외한다)의 일부 또는 도구를 넣는 행위를 한 사람은 2년 이상의 유기징역에 처한다.

(중략)

제 299 조(준강간, 준강제추행)

사람의 심신상실 또는 항거불능의 상태를 이용하여 간음 또는 추행을 한 자는 제 297 조, 제 297 조의 2 및 제 298 조의 예에 의한다.

(중략)

제 333 조(강도)

폭행 또는 협박으로 타인의 재물을 강취하거나 기타 재산상의 이익을 취득하거나 제삼자로 하여금 이를 취득하게 한 자는 3년 이상의 유기징역에 처한다.

제 334 조(특수강도)

- ① 야간에 사람의 주거, 관리하는 건조물, 선박이나 항공기 또는 점유하는 방실에 침입하여 제 333 조의 죄를 범한 자는 무기 또는 5년 이상의 징역에 처한다.
- ② 흉기를 휴대하거나 2인 이상이 합동하여 전조의 죄를 범한 자도 전항의 형과 같다.

제 335 조(준강도)

절도가 재물의 탈환에 항거하거나 체포를 면탈하거나 범죄의 흔적을 인멸할 목적으로 폭행 또는 협박한 때에는 제 333 조 및 제 334 조의 예에 따른다.

제 336 조(인질강도)

사람을 체포 · 감금 · 약취 또는 유인하여 이를 인질로 삼아 재물 또는 재산상의 이익을 취득하거나 제 3자로 하여금 이를 취득하게 한 자는 3년 이상의 유기징역에 처한다.

(이하 생략)

■ 호스피스 · 완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률

제 2 조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. (생략)
 2. (생략)
 3. “말기환자(末期患者)”란 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 보건복지부령으로 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당 분야 전문의 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.
가.~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.
- (이하 생략)

■ 5·18 민주유공자예우 및 단체설립에 관한 법률

제 4 조(적용 대상자)

다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자로서 제 7 조에 따라 등록이 된 자(이하 "5·18 민주유공자"라 한다)와 그 유족 또는 가족은 이 법에 따른 예우를 받는다.

1. 5·18 민주화운동사망자 또는 행방불명자: 5·18 민주화운동과 관련하여 사망하거나 행방불명된 사람 또는 5·18 민주화운동으로 인한 상이(질병을 포함한다. 이하 같다)의 후유증으로 사망한 사람으로서, 「5·18 민주화운동 관련자 보상 등에 관한 법률」에 따라 보상을 받은 사람
2. 5·18 민주화운동부상자: 5·18 민주화운동과 관련하여 상이를 입은 사람으로서, 「5·18 민주화운동 관련자 보상 등에 관한 법률」 제 5 조제 5 항에 따른 장해등급(이하 "장해등급"이라 한다)의 판정을 받고 보상을 받은 사람
3. 그 밖의 5·18 민주화운동희생자: 5·18 민주화운동과 관련하여 「5·18 민주화운동 관련자 보상 등에 관한 법률」 제 22 조에 따라 지원을 받은 사람