

무배당 교보큰사랑CI보험
주계약 기본형(1종) 약관

무배당 교보큰사랑CI보험 주계약 기본형(1종) 약관

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조 (보험계약의 성립)

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

의 매출을 취소하며, 이자를 더하여 지급하지 아니합니다.

제2조 (청약의 철회)

- ① 계약자는 청약을 한 날 또는 제1회 보험료를 납입한 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회(撤回)할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 의한 계약자의 청약철회 신청을 접수한 경우에는 지체 없이 이미 납입한 보험료(특약이 부가된 경우 특약보험료 포함)를 돌려 드리며, 보험료 반환이 지체된 기간에 대하여는 이 계약의 “보험계약대출이율”을 연 단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 단, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에는 회사는 신용카드의 매출을 취소하며, 이자를 더하여 지급하지 아니합니다.

제3조 (용어의 정의)

이 계약에서 사용되는 용어의 정의는 다음과 같습니다.

[월계약해당일]

계약일부터 한 달씩 경과되는 매월의 계약해당일을 말합니다. 단, 해당월의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 말일을 계약해당일로 합니다.

[기본보험료]

보험계약 체결시 정한 일시납 계약의 일시납보험료 또는 월납 계약의 매월 계속 납입하기로 한 월납보험료로서, 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정한 방법에 따라 계산된 보험료를 말합니

다.

[추가납입보험료]

기본보험료 이외에 계약일 1개월 경과 후부터 약관에서 정한 이보험금 지급사유 발생 전까지 납입하는 보험료로서 다음과 같습니다.

- (1) 보험기간 중 납입하기로 정한 기본보험료 총액(이하 “기본보험료 총액”이라 합니다)을 초과하여 납입하는 보험료
- (2) 월납계약에서 보험료 납입경과기간 2년(24회) 이내에 보험료 납입한도 내에서 계약자의 선택에 따라 납입하는 보험료
- (3) 계약자적립금의 인출로 인한 기본사망보험금의 감소가 있을 경우 기본사망보험금 감소분 이내에서 계약자의 선택에 따라 납입하는 보험료

[보험료 납입한도]

기본보험료와 추가납입보험료를 합하여 보험기간 중 납입할 수 있는 보험료의 납입한도는 기본보험료 총액의 200%로 하며, 연간 납입한도는 다음과 같습니다.

- (1) 월납계약 : 월납 기본보험료 \times 12 \times 200%
- (2) 일시납계약 : 일시납 기본보험료 \times 10% (단, 초년도
는 일시납 기본보험료 \times 110%)

단, 특약이 부가된 경우에 특약보험료는 보험료 납입한도에서 제외하며, 계약자적립금의 인출이 있을 경우에는 보험료 납입한도에 인출금액의 누계를 합산한 금액을 납입한도로 합니다.

[월대체보험료]

○ 월납

(1) 보험료 납입경과기간 2년(24회 납입) 이내

해당월의 위험보험료, 부가보험료 및 특약이 부가된 경우 특약보험료의 합계액을 말하며, 해당월 기본보험료(특약보험료 포함) 납입시에 계약자적립금에서 공제한다. 단, 기본보험료(특약보험료 포함)를 계약해당일 이전에 납입할 경우에는 해당월 계약해당일에 계약자적립금에서 공제합니다.

(2) 보험료 납입경과기간 2년(24회 납입) 경과 후

해당월의 위험보험료와 부가보험료(수금비 제외) 및 특약이 부가된 경우 특약보험료(수금비 제외)의 합계액을 말하며, 매월 계약해당일에 해약환급금(단, 보험계약대출원리금을 차감한 금액으로 특약의 해약환급금은 제외된 금액)에서 공제합니다.

다만, 해당월까지 납입하기로 한 기본보험료(특약보험료 포함) 누계액 이상을 납입하였음에도 불구하고 해약환급금(특약의 해약환급금은 제외된 금액)에서 월대체보험료를 충당하지 못하는 계약 중 보험계약대출원리금 잔액이 없고 중도인출을 하지 않은 경우에는 해당월 기본보험료(특약보험료 포함) 납입시에 계약자적립금에서 공제하며, 기본보험료(특약보험료 포함)를 해당월 계약해당일 이전에 납입할 경우에는 해당월 계약해당일에 계약자적립금에서 공제합니다.

단, 수금비는 기본보험료(특약보험료 포함) 납입시

에 공제합니다.

○ 일시납

해당월의 위험보험료 및 부가보험료의 합계액을 말하며, 매월 계약해당일에 해약환급금(단, 보험계약대출원리금을 차감한 금액으로 특약의 해약환급금은 제외된 금액)에서 공제합니다.

[이미 납입한 보험료]

계약자가 회사에 납입한 기본보험료 및 추가납입보험료의 합계(단, 특약보험료는 제외)를 말하며, 계약자적립금의 인출이 있을 경우에는 기본보험료 및 추가납입보험료의 합계에서 인출금액의 합계를 차감한 금액을 말합니다. 다만, 계약자가 보험가입금액을 감액하거나 중도에 계약자적립금을 인출한 경우의 기본보험금 계산시에 적용하는 “이미 납입한 보험료”는 제7조(계약내용의 변경) 제3항 및 제38조(계약자적립금의 인출) 제4항에 따라 계산된 보험료와 해당 감액 또는 인출 이후 납입된 보험료의 합계를 말합니다.

[계약자적립금]

이 계약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 이 계약의 공시이율(약관 제23조(공시이율의 적용 및 공시) 참조)로 일자계산에 의하여 적립한 금액을 말합니다.

[예정최저적립금]

이 계약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 이 계약의 예정이율(연복리 3.75%)로 일자계산에 의하여 적립한 금

액을 말합니다.

[기본보험금]

「기본사망보험금」과 「이미 납입한 보험료」 그리고 「예정최저적립금의 105% 금액」 중 가장 큰 금액을 말합니다.

[기본사망보험금]

보험가입금액에서 중도인출금액을 차감하고, 추가납입보험료를 합산한 금액을 말합니다.

[가산보험금]

계약자적립금과 예정최저적립금과의 차이에 의해 산출되는 보험금으로 유효한 계약에 대하여 매일 계산하며, 계산당일에만 확정 적용합니다.

제4조 【 보험기간의 구분 】

- ① 이 계약의 보험기간은 다음에 정하는 “제1보험기간”과 “제2보험기간”으로 구분합니다.
 - 1. 제1보험기간은 계약일부터 80세 계약해당일의 전일까지로 합니다.
 - 2. 제2보험기간은 80세 계약해당일부터 종신까지로 합니다.
- ② 제1항의 나이는 보험대상자(피보험자)의 보험나이를 기준으로 하며, 보험나이는 제10조(보험나이)에 따릅니다.

제5조 (약관교부 및 설명의무 등)

- ① 회사는 계약을 체결할 때 계약자에게 약관 및 청약서 부분을 드리고 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다. 다만, 컴퓨터를 이용하여 보험거래를 할 수 있도록 설정된 가상의 영업장(사이버몰)을 이용하여 계약을 체결하고 전자거래기본법에서 규정하는 절차에 따라 약관 및 청약서 부분을 전자문서로 송신하고 계약자 또는 그 대리인이 당해 문서를 수신하였을 때에는 약관 및 청약서 부분을 드린 것으로 보며, 약관의 중요 내용에 대하여 계약자가 사이버몰에서 확인한 때에는 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다. 또한, 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에 회사는 계약자의 동의를 얻어 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 보험계약 체결을 위하여 필요한 사항을 질문 또는 설명하고 그에 대한 계약자의 답변, 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
- ② 회사가 제1항에 의해 제공될 약관 및 청약서 부분을 계약자에게 전달하지 아니하거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 아니한 때 또는 계약 체결시 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제10호의 규정에 의한 공인인증기관이 인증한 전자서명을 포함합니다)을 하지 아니한 때에는 계약자는 청약일부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음 각 호의 사항을 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제1항 단서의 규정에 의한 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 교부함으로써 청약서 부분을 전달한 것으로 봅니다.

1. 보험계약자, 보험대상자(피보험자) 및 보험금을 받는 자(보험수익자)가 동일한 보험계약의 경우
 2. 보험계약자, 보험대상자(피보험자)가 동일하고 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험계약자의 법정상속인인 보험계약일 경우
- ④ 제2항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료(특약이 부가된 경우 특약보험료 포함)를 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 “보험계약대출이율”을 연 단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제6조 (계약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 계약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료(특약이 부가된 경우 특약보험료 포함)를 돌려 드립니다.

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

제7조 (계약내용의 변경)

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

2. 보험가입금액

3. 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)

4. 기타 계약의 내용

- ② 회사는 계약자가 제1항 제2호에 의하여 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제24조(해약환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항에 의하여 보험가입금액을 감액한 경우 기본보험금의 계산시 적용하는 “이미 납입한 보험료”는 다음과 같이 계산합니다.

○ 감액 이후의 「이미 납입한 보험료」

= [감액 전 이미 납입한 보험료]

× [감액 후 계약자적립금] ÷ [감액 전 계약자적립금]

(주) 「감액 전 이미 납입한 보험료」는 해당 감액 전 중도인출 및 감액이 발생한 경우 제38조(계약자적립금의 인출) 제4항 및 상기 방법에 따라 계산된 이미 납입한 보험료를 말합니다.

- ④ 제2항의 보험가입금액을 감액하는 경우에는 같은 비율로 가산보험금도 감액되는 것으로 하며, 회사는 가산보험금만의 감액을 취급하지 않습니다.
- ⑤ 계약자가 제1항 제3호에 의하여 보험금을 받는 자(보험수익자)를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 보험대상자(피보험자)의 서면에 의한 동의가 있어야 합니다.

제8조 (계약자의 임의해지)

계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제24조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제9조 (계약의 소멸)

보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 제19조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에서 정한 사망보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제10조 (보험나이)

- ① 이 약관에서의 보험대상자(피보험자)의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 단, 제6조(계약의 무효) 제2호의 경우에는 실제 만나이를 적용합니다.
- ② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 보험대상자(피보험자)의 실제 만나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고, 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제11조 (제1회 보험료 및 회사의 보장개시일)

- ① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때 (자동이체 납입 및 신용카드 납입의 경우에는 자동이체 신청 및 신용카드 매출승인에 필요한 정보를 제공한 때. 다만, 계약자의 귀책사유로 보험료 납입 및 승인이 불가능한 경우에는 그러하지 아니합니다)부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

그러나 회사가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙한 경우에는 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.(이하 제1회 보험료를 받은 날을 “보장개시일”이라 하며, 보장개시일을 “보험계약일”로 봅니다)

- ② 회사가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
- ③ 회사는 제2항에 불구하고 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.
 - 1. 제28조(계약전 알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우
 - 2. 제27조(계약전 알릴 의무)에 의하여 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 회사에 알린 내용 또는 건강진단내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
- ④ 청약서에 보험대상자(피보험자)의 직업 또는 직종별로 보험가입금액의 한도액이 명시되어 있음에도 그 한도액을 초과하여 청약을 하고, 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그 초과 청약액에 대하여는 보장을 하지 아니합니다.
- ⑤ 제1항 및 제2항에도 불구하고 제19조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호에서 “중대한 질병” 및 “중대한 수술”에 의한 C보험금의 보장개시일은 보험계약일[부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하 “중대한 질병 및 수술 보장개시일”이라 합니다)로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합

니다.

제12조 (제2회 이후 보험료의 납입)

- ① 계약자는 제2회 이후의 보험료를 계약일 1개월 경과 후부터 회사가 정한 방법 및 보험료의 납입한도 내에서 보험기간 중 자유롭게 납입할 수 있습니다. 단, 월납 계약의 경우 보험료 납입경과기간 2년(24회 납입) 이내에는 이 계약의 수금방법에 따라 기본보험료(특약보험료 포함)를 계약 체결시 납입하기로 약속한 날(이하 “납입기일”이라 합니다)까지 납입하여야 하며, 계약자의 선택에 의하여 보험료의 납입한도 내에서 추가납입보험료를 납입할 수 있습니다. 또한 보험료 납입경과기간 2년(24회 납입) 경과 후부터는 해약환급금(단, 보험계약대출원리금을 차감한 금액으로 특약의 해약환급금은 제외된 금액)에서 월대체보험료를 충당할 수 있을 경우 보험료의 납입을 유예할 수 있으며, 이미 납입한 기본보험료의 합계가 기본보험료 총액에 도달할 때까지는 기본보험료로 보며, 기본보험료 총액을 초과한 경우에는 그 초과한 보험료를 추가납입보험료로 봅니다.

단, 중도인출로 인한 기본사망보험금의 감소가 있는 경우에는 기본사망보험금 감소분 이내에서 추가납입이 가능합니다.

- ② 회사는 계약자가 보험료를 납입한 경우에는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융회사(우체국 포함)를 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사 발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.
- ③ 제1항에 불구하고 이미 납입한 보험료가 제3조(용어의 정

의)에서 정한 “보험료 납입한도”에 도달한 경우에는 더 이상 보험료를 납입할 수 없습니다.

제13조 (보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

- ① 월납 계약의 경우 보험료 납입경과기간 2년(24회 납입) 이내에는 계약자가 제2회 이후의 기본보험료(특약보험료 포함)를 납입기일까지 납입하지 아니하는 경우에는 납입 기일 다음 날부터 납입기일이 속하는 달의 다음 달 말일까지를 납입최고(독촉)기간으로 하며, 보험료 납입경과기간 2년(24회 납입) 경과 후에는 해약환급금(단, 보험계약 대출원리금을 차감한 금액으로 특약의 해약환급금은 제외된 금액)에서 월대체보험료를 충당할 수 없게 된 경우 월 계약해당일의 다음 날부터 그 월계약해당일이 속하는 달의 다음 달 말일까지를 납입최고(독촉)기간으로 합니다.
- ② 일시납 계약의 경우 인출 등의 사유로 해약환급금(단, 보험계약대출원리금을 차감한 금액으로 특약의 해약환급금은 제외된 금액)에서 월대체보험료를 충당할 수 없게 된 경우에는 월계약해당일의 다음 날부터 그 월계약해당일이 속하는 달의 다음 달 말일까지를 납입최고(독촉)기간으로 합니다.
- ③ 회사는 제6항에서 정한 바에 따라 최고(독촉)하고, 납입최고(독촉)기간 안에 기본보험료(특약보험료 포함) 또는 추가납입보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 계약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ④ 제3항에 불구하고 보험료 납입경과기간 2년(24회 납입)

경과 후에 해약환급금(특약의 해약환급금은 제외된 금액)에서 월대체보험료를 충당하지 못하는 계약 중 해당월까지 납입하기로 한 기본보험료(특약보험료 포함) 누계액 이상을 납입하고 보험계약대출원리금 잔액이 없으며 중도인출을 하지 않은 경우에는 계약자적립금에서 월대체보험료가 충당되어 제3항에 의한 최고(독촉)를 하지 아니하며 계약을 해지하지 아니합니다.

- ⑤ 제1항 내지 제3항에 불구하고 월납 계약의 보험료 납입경과기간 2년(24회 납입) 이내에 회사의 방문수금 불이행 또는 은행납입통지서의 미교부, 자동이체 미신청 등 회사의 책임있는 사유로 인하여 계약자가 보험료를 납입하지 못한 경우에는 납입기일부터 3개월이 되는 날까지를 납입최고(독촉)기간으로 하여 제1항 내지 제3항을 적용합니다. 다만, 회사가 다시 보험료를 수금 또는 자동이체하기로 하거나 은행납입통지서를 교부하기로 한 경우에는 그 수금(자동이체) 또는 재교부일부터 15일이 되는 날을 새로운 납입기일로 하여 제1항 및 제2항의 납입최고(독촉)기간을 적용합니다.
- ⑥ 제1항 및 제2항에 해당하는 경우 회사는 계약자[타인을 위한 보험의 경우 특정한 보험금을 받는자(보험수익자) 포함]에게 납입최고(독촉)기간 안에 연체된 기본보험료(특약보험료 포함, 이하 “연체보험료”라 합니다) 또는 추가납입보험료를 납입하여야 한다는 내용과 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 기본보험료(특약보험료 포함) 또는 추가납입보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날부터 계약이 해지됨을 납입최고(독촉)기간이 끝나기 15일 이전까지 서면 또는 전화(음성녹음)로

알려 드립니다.

- ⑦ 제1항 내지 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사가 지급해야 할 해약환급금이 있을 때에는 제24조(해약환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제14조 (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

- ① 제13조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 보험료 납입경과기간 2년(24회 납입) 이내에 월납 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 아니한 경우에 계약자는 해지된 날부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(復活, 효력회복)을 청약할 수 있으며, 회사가 이를 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 기본보험료(특약보험료 포함)와 부활(효력회복)을 청약한 날까지 이 계약의 공시이율로 계산한 연체이자를 더하여 납입하여야 합니다. 이 경우 회사는 미납된 월대체보험료를 공제합니다. 단, 공시이율이 연체기간 중 변경될 때에는 월 가중평균이율로 계산합니다.
- ② 보험료 납입경과기간 2년(24회 납입) 경과 후에 계약이 해지된 경우 또는 계약자적립금의 인출 등의 사유로 해약환급금(단, 보험계약대출원리금을 차감한 금액으로 특약의 해약환급금은 제외된 금액)에서 월대체보험료를 충당하지 못하여 계약이 해지된 경우에는 부활(효력회복)을 취급하지 아니합니다.
- ③ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제1조(보험계약의 성립) 제2항 및 제3항, 제11조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시일), 제27조(계약전 알릴 의무),

제28조(계약전 알릴 의무 위반의 효과) 및 제29조(계약취소권의 행사제한)를 준용합니다. 단, 부활(효력회복)의 경우 제1회 보험료는 부활(효력회복)시의 보험료를 의미합니다.

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제15조 (“중대한 질병”의 정의)

이 계약에 있어서 “중대한 질병”이라 함은 별표 4 (“중대한 질병”의 정의)에서 정한 “중대한 암”, “중대한 급성심근경색증”, “중대한 뇌졸중”, “말기신부전증”, “말기간질환”, “말기폐질환”을 말합니다.

제16조 (“중대한 화상 및 부식”의 정의)

이 계약에 있어서 “중대한 화상 및 부식”이라 함은 별표 5 (“중대한 화상 및 부식”의 정의)에서 정한 “중대한 화상 및 부식”을 말합니다.

제17조 (“중대한 수술”의 정의)

이 계약에 있어서 “중대한 수술”이라 함은 별표 6 (“중대한 수술”의 정의)에서 정한 “관상동맥우회술”, “대동맥류인조혈관치환수술”, “심장판막수술”, “5대장기이식수술”을 말합니다.

제18조 (“중대한 질병”과 “중대한 화상 및 부식”의 진단확정)

“중대한 질병”및 “중대한 화상 및 부식”의 진단확정은 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과

의사 제외)자격증을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

제19조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험대상자(피보험자)에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금(별표 1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급하여 드립니다.

1. 보험대상자(피보험자)가 보험기간(종신) 중 사망하거나 장해분류표(별표 3 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 80% 이상인 장해상태가 되었을 때 : 사망보험금 지급
2. 보험대상자(피보험자)가 제1보험기간 중 “중대한 화상 및 부식”으로 진단확정을 받았을 때 또는 제1보험기간 중 “중대한 질병 및 수술 보장개시일” 이후에 “중대한 질병”으로 진단확정 받거나 “중대한 수술”을 받았을 때 : CI보험금 지급 (단, CI보험금은 “중대한 질병”, “중대한 수술” 또는 “중대한 화상 및 부식” 중 최초 1회에 한하여 지급합니다)

제20조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보험료 납입기간 중 보험대상자(피보험자)가 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 50% 이상 80% 미만인 장해상태가 되었을 때 또는 제19조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호의 CI보험금 지급사유가

발생하였을 때에는 차회 이후의 기본보험료 납입을 면제하여 드립니다.

- ② 제19조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에는 보험기간 중 생사가 분명하지 아니하여 실종선고(失蹤宣告)를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부 기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 호적에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.
- ③ 제1항 및 제19조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호의 경우 재해로 인하여 장애상태가 되고, 장애지급률이 재해일부부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일부부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ④ 제3항에 의하여 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 재해일부부터 2년 이내) 중에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태(사망 포함)를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.
- ⑤ 제1항 및 제19조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호의 “동일한 재해”의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑥ 제1항 및 제19조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장

해에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다.

- ⑦ 제1항 및 제19조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 “한시장애”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 정합니다.
- ⑧ 제1항 및 제19조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장애가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 합산하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑨ 제8항에 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑩ 제19조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호의 사망보험금 지급은 보험대상자(피보험자)가 사망한 날이나 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 80% 이상인 장애상태로 진단확정된 날을 기준으로 합니다.
- ⑪ 제19조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호에서 중대한 질병 또는 중대한 수술의 경우 C보험금 지급사유가 “중대한 질병 및 수술 보장개시일” 이후에 발생한 경우라도, “중대한 질병 및 수술 보장개시일” 이전에 발생한 중대한

질병 또는 중대한 수술과 인과관계가 있는 경우에는 C보험금을 지급하지 아니하며 보험료의 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

- ⑫ 제11항에 불구하고 계약자는 보험대상자(피보험자)가 “중대한 질병 및 수술 보장개시일” 전에 중대한 질병으로 진단확정되거나 중대한 수술을 받았을 경우에는 진단확정일 또는 수술일로부터 그 날을 포함하여 90일 이내에 계약을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

제21조 (보험금을 지급하지 아니하는 보험사고)

- ① 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 아니하거나 보험료의 납입을 면제하지 아니함과 동시에 이 계약을 해지(解止)할 수 있습니다.

1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우

그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우와 계약의 보장개시일(부활(효력회복) 계약의 경우에는 부활(효력회복) 청약일)부터 2년이 경과된 후에 자살하거나 자신을 해침으로써 장애분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 80% 이상인 장애상태가 되었을 경우에는 그러하지 않습니다.

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

그러나 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부

보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 보험금을 받는 자(보험수익자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우
- ② 제1항 각 호의 사유로 인하여 회사가 이 계약을 해지하거나 계약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
 1. 제1항 제1호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.
 2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
 3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드리지 아니합니다.

제22조 (전쟁, 기타 변란시의 보험금)

회사는 보험대상자(피보험자)가 전쟁, 기타 변란으로 인하여 제19조(보험금의 종류 및 지급사유) 또는 제20조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 사유가 발생한 경우 그 수가 보험료 산출기초에 중대한 영향을 미칠 우려가 있다고 인정될 때에는 금융감독위원회의 인가를 얻어 보험금을 감액하여 지급하거나 또는 보험료의 납입을 면제하지 아니합니다.

제23조 (공시이율의 적용 및 공시)

- ① 이 계약의 계약자적립금에 대한 적립이율은 회사가 정한 공시이율(이하 “공시이율”이라 합니다)로 합니다.

- ② 제1항의 공시이율은 운용자산이익률과 시장금리를 기준으로 향후 예상수익 등 경영환경을 고려하여 이 계약의 “사업방법서”에서 정한 바에 따라 결정합니다.
- ③ 제1항의 공시이율은 매년 「1월1일, 4월1일, 7월1일, 10월1일」의 공시이율을 기준으로 매 3개월간 확정 적용하며, 최저보증이율은 연 복리 3.75%로 합니다.
단, 최초로 정하는 공시이율은 회사가 정하는 날부터 위의 내용에 따라 다음 공시이율을 정하는 날까지 적용합니다.
- ④ 회사는 제1항 내지 제3항에서 정한 공시이율을 매월 회사의 인터넷 홈페이지 등을 통해 공시합니다.

제24조 (해약환급금)

- ① 이 약관에 의해 계약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 계약의 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해약환급금 계산시 적용되는 공시이율은 제23조(공시이율의 적용 및 공시)에서 정한 이율로 합니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제25조 (배당금의 지급)

이 계약은 무배당보험이므로 계약자 배당금이 없습니다.

제26조 (소멸시효)

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

제4관 보험계약시 계약자의 계약전 알릴 의무 등

제27조 (계약전 알릴 의무)

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

제28조 (계약전 알릴 의무 위반의 효과)

- ① 회사는 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 제27조(계약전 알릴 의무)에 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 때에는 그러하지 아니합니다.
 1. 회사가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못하였을 때
 2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
 3. 회사가 이 계약의 청약시 보험대상자(피보험자)의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 의하여 승낙통지를 한 때(계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요

사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 제외)

4. 보험을 모집한 자(이하 “보험설계사 등”이라 합니다)가
계약자 또는 보험대상자(피보험자)의 계약전 알릴 의무
사항을 임의로 기재한 경우

- ② 제1항의 중요한 사항이라 함은 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 인수하는 등 계약 인수에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
- ③ 회사는 제1항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약전 알릴 의무 위반사실 뿐만 아니라 계약전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 계약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면으로 알려 드립니다.
- ④ 제1항에 의하여 계약을 해지하였을 때에는 해약환급금과 이미 납입한 보험료 중 많은 금액을 지급하여 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
- ⑤ 제27조(계약전 알릴 의무)의 계약전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 지급하여 드립니다.

제29조 (계약취소권의 행사제한)

회사는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니

하고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때에는 민법 제110조(사기에 의한 의사표시)에 의한 취소권을 행사하지 아니합니다. 그러나 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 대리진단, 약물복용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 에이즈의 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.

제5관 보험금 지급 등의 절차

제30조 (주소변경통지)

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

제31조 (보험금을 받는 자(보험수익자)의 지정)

이 계약에서 계약자가 보험금을 받는 자(보험수익자)를 지정하지 아니한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)를 제20조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우는 보험대상자(피보험자)로 하며, 보험대상자(피보험자)의 사망시는 보험대상자(피보험자)의 상속인으로 합니다.

제32조 (대표자의 지정)

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

제33조 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 보험대상자(피보험자)나 보험금을 받는 자(보험수익자)는 제19조(보험금의 종류 및 지급사유)에 정한 보험금 지급사유 또는 제20조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 정한 보험료 납입면제 사유가 발생하였을 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제34조 (보험금 등 청구시 구비서류)

- ① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 해약환급금 또는 보험료의 납입면제를 청구하여야 합니다.
 1. 청구서[회사양식]
 2. 사고증명서[사망진단서, 장해진단서, 진단서(병명기입), 수술증명서, 진료기록부(검사기록지 포함) 등]

3. 신분증[주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된
정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의
인감증명서 포함]
 4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수
령 또는 계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여
제출하는 서류
- ② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 사고증명서는
의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나
의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발
급한 것이어야 합니다.

제35조 (보험금 등의 지급)

- ① 회사는 제34조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 서류
를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한
날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 지급하
거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금
또는 보험료 납입면제의 경우 지급사유의 조사나 확인이
필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하
거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급
일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표 7 (“보험금 지
급시의 적립이율 계산”)과 같습니다.
- ③ 계약자, 보험대상자(피보험자) 또는 보험금을 받는 자(보
험수익자)는 제28조(계약전 알릴 의무 위반의 효과) 및 제
1항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관 또는
국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면
에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사

유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 아니합니다.

- ④ 회사가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도에 대하여 보험대상자(피보험자) 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 서면으로 통지하여 드리며, 장애 지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 보험금 지급이 지연되는 경우에는 보험금을 받는 자(보험수익자)의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금을 우선적으로 가지급할 수 있습니다.
- ⑤ 회사가 제1항의 지급사유 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 보험대상자(피보험자)는 정당한 사유가 없는 한 회사가 지정한 의사의 진단, 의료비의 심사, 기타의 조사를 받을 것(진단에 필요한 검사자료 등의 제출을 포함합니다)에 동의하여야 하며, 보험대상자(피보험자)가 지정한 의사와 회사가 지정한 의사가 진단 및 진료내용, 입원기간 등에 대하여 합의하여 정하는 때에는 그에 따라 보험금을 지급하기로 합니다. 그러나 보험대상자(피보험자)가 지정한 의사와 회사가 지정한 의사가 합의에 도달하지 못하는 때에는 보험대상자(피보험자)와 회사가 동의하여 제3의 의사를 정하고, 그 제3의 의사의 의견에 따를 수 있습니다. 이 약관에서 “회사가 정한 의사” 및 “제3의 의사”는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 중에서 정하며, 이 항에 의한 의료비용은 회사가 부담합니다.

- ⑥ 제1항 내지 제5항에서 정한 회사의 조사, 확인 또는 진단 요청에 대하여 계약자, 보험대상자(피보험자)나 보험금을 받는 자(보험수익자)가 정당한 사유 없이 동의를 하지 아니하는 때에는 그 동의를 얻어 조사, 확인 또는 진단을 완료할 때까지 보험금(가치급보험금 포함)의 지급을 유예(猶豫)할 수 있습니다.
- ⑦ 보험료 납입경과기간 2년(24회 납입) 이내에 제13조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 중 보험금 지급사유가 발생하였을 경우에는 보험금에서 미납입된 기본보험료 또는 월대체보험료를 차감하고 지급합니다.

제36조 (보험금 받는 방법의 변경)

- ① 계약자[보험금 지급사유 발생 후에는 보험금을 받는 자(보험수익자)]는 회사의 「사업방법서」에서 정한 바에 따라 제19조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에 의한 사망보험금의 전부 또는 일부에 대하여 분할지급 또는 일시지급 방법으로 변경할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 의하여 일시금을 분할하여 지급하는 경우에는 그 미지급 금액에 대하여 「예정이율」을 연 단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급하며, 분할지급 금액을 일시금으로 지급하는 경우에는 이 계약의 「예정이율」로 할인한 금액을 지급합니다.

제37조 (계약내용의 교환)

회사는 계약의 체결 및 관리 등을 위한 판단자료로서 활용하기 위하여 다음 각 호의 사항을 계약자 및 보험대상

자(피보험자)의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련단체 등에게 제공할 수 있으며, 이 경우 회사는 「신용정보의 이용및보호에관한법률」 제23조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의) 및 동법 시행령 제12조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의 등)의 규정을 따릅니다.

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

제38조 (계약자적립금의 인출)

- ① 계약자는 월납 계약의 경우 보험료 납입경과기간 2년(24회 납입) 경과 후부터, 일시납 계약의 경우 계약일 1개월 경과 후부터 보험기간 중에 회사가 정한 기준에 따라 보험년도 기준 연 12회에 한하여 계약자적립금의 일부를 인출할 수 있습니다. 단, 제19조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호에서 정한 “CI보험금” 지급사유 발생전에 한하여 중도인출이 가능합니다.
- ② 제1항에 따라 계약자적립금의 일부를 인출하는 경우 1회에 인출할 수 있는 최고 금액은 인출할 당시 해약환급금(단, 보험계약대출원리금을 차감한 금액으로 특약의 해약환급금은 제외된 금액)의 50%를 초과할 수 없으며, 총 인출금액은 계약자가 실제 납입한 보험료 총액(단, 특약보험료 제외)을 초과할 수 없습니다. 단, 계약자적립금의 인출시 회사는 인출금액의 0.2%와 2,000원 중 적은 금액을 수수료로 부가합니다.

- ③ 중도인출은 추가납입보험료에 의한 계약자적립금에서 우선적으로 가능하며, 추가납입보험료에 의한 계약자적립금이 부족한 경우에 한하여 기본보험료 계약자적립금에서 인출이 가능합니다.
- ④ 제1항에 따라 계약자적립금을 인출한 경우 기본보험금 계산시 적용하는 “이미 납입한 보험료”는 다음과 같이 계산합니다.

<p>○ 인출 이후의 「이미 납입한 보험료」</p> $= \text{[인출 전 이미 납입한 보험료]} \\ \times \text{[인출 전 계약자적립금 - 인출금액]} \\ \div \text{[인출 전 계약자적립금]}$ <p>(주) 「인출 전 이미 납입한 보험료」는 해당 인출 전에 인출 및 감액이 발생한 경우 제6조(계약내용의 변경) 제3항 및 상기 방법에 따라 계산된 이미 납입한 보험료를 말합니다.</p>

제39조 (보험계약대출)

- ① 계약자는 보험기간 중 이 계약의 해약환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 "보험계약대출"이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.
- ② 계약자는 제1항에 의한 보험계약대출금과 보험계약대출이자를 언제든지 상환할 수 있으며, 상환하지 아니한 때에는 보험금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 제 지급금과 상계할 수 있습니다.
- ③ 회사는 제13조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계

약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환
금금과 보험계약대출원리금을 상계할 수 있습니다.

제6관 분쟁조정 등

제40조 (분쟁의 조정)

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

제41조 (관할법원)

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

제42조 (약관의 해석)

- ① 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하
여야 하며, 계약자에 따라 다르게 해석하지 아니합니다.
- ② 회사는 약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 계약자에
게 유리하게 해석합니다.

제43조 (회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력)

보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사(각종 점포 및
대리점 포함) 제작의 보험안내자료(계약의 청약을 권유하
기 위해 만든 자료 등을 말합니다) 내용이 이 약관의 내용
과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성
립된 것으로 봅니다.

제44조 (회사의 손해배상책임)

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

제45조 (준거법)

이 약관에서 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

제46조 (예금보험에 의한 지급보장)

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

(별표 1)

보험금 지급기준표

1. 사망보험금 (약관 제19조 제1호)

지급사유	보험대상자(피보험자)가 보험기간(종신) 중 사망하거나 장애 분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 80% 이상인 장애상태가 되었을 경우		
지급금액	제1보험기간 중 C보험금 지급사유가 발생하지 않은 경우	기본보험금 + 가산보험금	
	제1보험기간 중 C보험금 지급사유가 발생한 경우	50% 선지급형	기본보험금의 50% + 가산보험금
		80% 선지급형	기본보험금의 20% + 가산보험금

2. C보험금 (약관 제19조 제2호)

지급사유	보험대상자(피보험자)가 제1보험기간 중 “중대한 화상 및 부식”으로 진단확정 받았을 때 또는 제1보험기간 중 “중대한 질병 및 수술 보장개시일” 이후에 “중대한 질병”으로 진단확정 받거나 “중대한 수술”을 받았을 경우 (단, C보험금은 “중대한 질병”, “중대한 수술” 또는 “중대한 화상 및 부식” 중 최초 1회에 한하여 지급합니다)
지급금액	50% 선지급형 : 기본보험금의 50% 80% 선지급형 : 기본보험금의 80%

(주)

- 보험료 납입기간 중 보험대상자(피보험자)가 장애분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 50% 이상 80% 미만인 장애상태가 되었을 때 또는 제1보험기간 중 C보험금 지급사유가 발생하였을 때에는 차회 이후의 기본보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- 이 약관의 「중대한 질병 및 수술 보장개시일」은 보험계약일[부활(효력회복)일]로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다. (단, “중대한 화상 및 부식”에 대한 보장은 보험계약일[부활(효력회복)일]부터입니다)

3. 보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 사망하거나 장애분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 80% 이상인 장애상태가 되었을 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.
4. “중대한 질병” 또는 “중대한 수술”의 경우 C보험금의 지급사유가 「중대한 질병 및 수술 보장개시일」 이후에 발생한 경우라도, 「중대한 질병 및 수술 보장개시일」 이전에 발생한 “중대한 질병” 또는 “중대한 수술”과 인과관계가 있는 경우에는 C보험금을 지급하지 아니하며, 보험료의 납입을 면제하여 드리지 아니합니다.
5. “기본보험금”은 “기본사망보험금”, “이미 납입한 보험료”, “예정최저적립금의 105% 금액” 중 가장 큰 금액을 말하며, 기본사망보험금은 보험가입금액에서 중도인출금액을 차감하고, 추가납입한 보험료를 합산한 금액을 말합니다.
6. 제1보험기간 중 C보험금의 지급사유가 발생한 후에 사망보험금의 지급사유가 발생하였을 경우에는 「기본보험금의 50%(80%선지급형은 20%)와 C보험금 지급사유 발생후 예정최저적립금의 105% 금액」 중 큰 금액을 가산보험금과 합산하여 지급합니다. 단, 기본보험금의 50%(80%선지급형은 20%)는 C보험금 지급사유 발생 당시를 기준으로 합니다.
7. “가산보험금”은 계약자적립금과 이 계약의 산출방법서에서 정한 예정최저적립금과의 차이에 의하여 산출되는 금액으로서 유효한 계약에 대하여 매일 계산하며, 계산 당일에만 확정 적용합니다.
8. 이 계약의 보험기간은 계약일부터 80세 계약해당일 전일까지를 “제1보험기간”, 80세 계약해당일부터 종신까지를 “제2보험기간”이라 합니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

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

2. 보험금을 지급하지 아니하는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

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

(주) () 안은 제4차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2002-1호, 2003.1.1 시행)상의 분류번호이며, 제5차 개정 이후 위 1 및 2의 각호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함합니다.

(별표 3)

장애분류표

총칙

1. 장애의 정의

- 1) “장애”라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아 있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태를 말한다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장애에 포함되지 않는다.
- 2) “영구적”이라 함은 원칙적으로 치유시 장애 회복의 가망이 없는 상태로서 정신적 또는 육체적 훼손상태임이 의학적으로 인정되는 경우를 말한다.
- 3) “치유된 후”라 함은 상해 또는 질병에 대한 치료의 효과를 기대할 수 없게 되고, 또한 그 증상이 고정된 상태를 말한다.
- 4) 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 정한다.

2. 신체부위

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

3. 기타

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

장애분류별 판정기준

1. 눈의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 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 0.10 이하로 된 때	15
6) 한 눈의 교정시력이 0.20 이하로 된 때	5
7) 한 눈의 안구에 뚜렷한 운동장애나 뚜렷한 조절기능 장애를 남긴 때	10
8) 한 눈의 시야가 좁아지거나 반맹증, 시야협착, 암점을 남긴 때	5
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때	5

나. 장애판정기준

- 1) 시력장애의 경우 공인된 시력검사표에 따라 측정한다.
- 2) “교정시력”이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 시력을 말한다.
- 3) “한 눈이 멀었을 때”라 함은 눈동자의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나(“광각무”) 겨우 가릴 수 있는 경우(“광각”)를 말한다.
- 4) 안구운동장애의 판정은 외상 후 1년 이상 경과한 후에 그 장애 정도를 평가한다.
- 5) “안구의 뚜렷한 운동장애”라 함은 안구의 주시야의 운동범위가 정상 1/2 이하로 감소된 경우나 정면 양안시에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 때를 말한다.
- 6) “안구의 뚜렷한 조절기능장애”라 함은 조절력이 정상 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 45세 이상의 경우에는 제외한다.
- 7) “시야가 좁아진 때”라 함은 시야각도의 합계가 정상시야의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다.
- 8) “눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때”라 함은 눈꺼풀의 결손으로 인해 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮여지지 않는 경우를 말한다.

- 9) “눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때”라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.
- 10) 외상이나 화상 등에 의하여 눈동자의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 눈동자가 적출되어 눈자위의 조직요물(凹沒) 등에 의해 의안마저 삽입할 수 없는 상태면 “뚜렷한 추상(추한 모습)”으로, 의안을 삽입할 수 있는 상태면 “약간의 추상(추한 모습)”으로 지급률을 가산한다.
- 11) “눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때”에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장애를 포함하여 장애를 평가한 것으로 보고, 추상(추한 모습)장애를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장애평가 방법 중 보험대상자(피보험자)에 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) 청력장애는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB : decibel)로서 표시하고 3회 이상 청력검사를 실시한 후 순음평균역치에 따라 적용한다.
- 2) “한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB 이상인 경우를 말한다.
- 3) “심한 장애를 남긴 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB 이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- 4) “약간의 장애를 남긴 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB 이상인 경우에 해당되어, 50cm 이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.

- 5) 순음청력검사를 실시하기 곤란하거나 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 “언어청력검사, 임피던스 청력검사, 뇌간유발반응청력검사(ABR), 자기청력계기검사, 어음향방사검사” 등을 추가 실시 후 장애를 평가한다.

다. 귓바퀴의 결손

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

3. 코의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 코의 기능을 완전히 잃었을 때	15

나. 장애판정기준

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

4. 씹어먹거나 말하는 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 심한 장애를 남긴 때	100
2) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 심한 장애를 남긴 때	80
3) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 뚜렷한 장애를 남긴 때	40
4) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	20

장애의 분류	지급률
5) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 약간의 장애를 남긴 때	10
6) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
7) 치아에 14개 이상의 결손이 생긴 때	20
8) 치아에 7개 이상의 결손이 생긴 때	10
9) 치아에 5개 이상의 결손이 생긴 때	5

나. 장애의 평가기준

- 1) 씹어먹는 기능의 장애는 상하치아의 교합(咬合), 배열상태 및 아래 턱의 개폐운동, 연하(삼킴)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.
- 2) “씹어먹는 기능에 심한 장애를 남긴 때”라 함은 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
- 3) “씹어먹는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등) 이외에는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
- 4) “씹어먹는 기능에 약간의 장애를 남긴 때”라 함은 어느 정도의 고형식(밥, 빵 등)은 섭취할 수 있으나 이를 씹어 잘게 부수는 기능에 제한이 뚜렷한 경우를 말한다.
- 5) “말하는 기능에 심한 장애를 남긴 때”라 함은 다음 4종의 어음 중 3종 이상의 발음을 할 수 없게 된 경우를 말한다.
 - ① 구순음(ㅁ, ㅂ, ㅍ)
 - ② 치설음(ㄴ, ㄷ, ㄹ)
 - ③ 구개음(ㄱ, ㅋ, ㆁ)
 - ④ 후두음(ㅇ, ㅎ)
- 6) “말하는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 2종 이상의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
- 7) “말하는 기능에 약간의 장애를 남긴 때”라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 1종의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
- 8) 뇌의 언어중추 손상으로 인한 실어증의 경우에도 말하는 기능의 장애로 평가한다.
- 9) “치아의 결손”이란 치아의 상실 또는 치아의 신경이 죽었거나 1/3 이상이 파절된 경우를 말한다.
- 10) 유상의치 또는 가교의치 등을 보철한 경우의 지대관 또는 구의 장착치와 포스트, 인레인만을 한 치아는 결손된 치아로 인정하지 않는다.
- 11) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열

- 구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
- 12) 어린이의 유치와 같이 새로 자라서 갈 수 있는 치아는 장애의 대상이 되지 않는다.
 - 13) 신체의 일부에 탈착분리 가능한 의치의 결손은 장애의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

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

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)

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

라. 약간의 추상(추한 모습)

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

마. 손바닥 크기

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

6. 척추(등뼈)의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) 척추(등뼈)는 경추(목뼈) 이하를 모두 동일 부위로 한다.
- 2) 척추(등뼈)의 장애는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 본 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.

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

7. 체간골의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

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

8. 팔의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 두 팔의 손목 이상을 잃었을 때	100
2) 한 팔의 손목 이상을 잃었을 때	60
3) 한 팔의 3 대관절 중 1관절의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 팔의 3대 관절 중 1관절의 기능에 심한 장애를 남긴 때	20
5) 한 팔의 3대 관절 중 1관절의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	10

장애의 분류	지급률
6) 한 팔의 3대 관절 중 1관절의 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
7) 한 팔에 가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
8) 한 팔에 가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때	10
9) 한 팔의 뼈에 기형을 남긴 때	5

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 판정한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장애(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 생긴 경우)와 일시적인 장애에 대하여는 장애보상을 하지 아니한다.
- 3) “팔”이라 함은 어깨관절(肩關節)부터 손목관절까지를 말한다.
- 4) “팔의 3대 관절”이라 함은 어깨관절, 팔꿈치관절 및 손목관절을 말한다.
- 5) “한 팔의 손목 이상을 잃었을 때”라 함은 손목관절로부터 심장 에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치관절 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
- 6) 팔의 관절기능 장애 평가는 팔의 3대 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) “영구적 신체장애 평가지침”의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장애를 표시할 경우에는 장애부위의 장애각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장애상태를 명확히 한다.
 - 가) “기능을 완전히 잃었을 때”라 함은
 - ① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
 - ② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고, 근력검사에서 근력이 “0등급(Zero)”인 경우
 - 나) “심한 장애”라 함은
 - ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
 - ② 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고, 근력검사에서 근력이 “1등급(Trace)”인 경우
 - 다) “뚜렷한 장애”라 함은
 - ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우

라) “약간의 장애”라 함은

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

7) “가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.

8) “가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때”라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.

9) “뼈에 기형을 남긴 때”라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

1) 1상지(팔과 손가락)의 장애지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

2) 한 팔의 3대 관절 중 1관절에 기능장애가 생기고, 다른 1관절에 기능장애가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

9. 다리의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

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

- (관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
- 7) "가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때"라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
 - 8) "가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때"라 함은 경골과 종아리뼈 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
 - 9) "뼈에 기형을 남긴 때"라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.
 - 10) 다리의 단축은 상전장골극에서부터 경골내측과 하단까지의 길이를 측정하여 정상측 다리의 길이와 비교하여 단축된 길이를 산출한다. 다리 길이의 측정에 이용하는 골표적(bony landmark)이 명확하지 않은 경우나 다리의 단축장애 판단이 애매한 경우에는 scanogram을 통하여 다리의 단축정도를 측정한다.

다. 지급률의 결정

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

10. 손가락의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) 손가락에는 첫째 손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그 중 심

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

11. 발가락의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 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 (1발가락 마다)	5
5) 한 발의 5개 발가락 모두의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
6) 한 발의 첫째 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	8
7) 한 발의 첫째발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때 (1발가락 마다)	3

나. 장애판정기준

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

12. 흉·복부 장기 및 비뇨생식기의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 흉·복부 장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장애를 남긴 때	75
2) 흉·복부 장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	50
3) 흉·복부 장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장애를 남긴 때	20

나. 장애의 판정기준

- 1) “흉·복부 장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장애를 남긴 때”라 함은
 - ① 심장, 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
 - ② 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때
 - ③ 방광의 기능이 완전히 없어진 때
- 2) “흉·복부 장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은
 - ① 위, 대장 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때

- ② 소장 또는 간장의 3/4 이상을 잘라내었을 때
- ③ 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
- 3) “흉·복부 장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장애를 남긴 때”라 함은
 - ① 비장 또는 한쪽의 신장 및 한쪽의 폐를 잘라내었을 때
 - ② 장루, 요도루, 방광누공, 요관 장문합이 남았을 때
 - ③ 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착으로 인공요도가 필요한 때
 - ④ 음경의 1/2 이상이 결손되었거나 질구 협착 등으로 성생활이 불가능한 때
 - ⑤ 항문 괄약근의 기능장애로 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
- 4) 흉·복부 장기 또는 비뇨생식기의 장애로 인하여 일상생활 기본 동작에 제한이 있는 경우 “<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”에 따라 장애를 평가하고 둘 중 높은 지급률을 적용한다.
- 5) 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장애의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계·정신행동 장애

가. 장애의 분류

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

10) 뚜렷한 간질발작이 남았을 때	40
11) 약간의 간질발작이 남았을 때	10

나. 장애판정기준

1) 신경계

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

2) 정신행동

- ① 상기 정신행동 장애지급률에 미치지 않는 장애에 대해서는 “<불임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”에 따라 지급률을 산정하여 지급한다.
- ② 일반적으로 상해를 입은 후 24개월이 경과한 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 수상 후 18개월이 경과한 후에 판정할 수 있다. 다만, 장애는 충분한 전문적 치료를 받은 후 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로 인하여 고정되거나 중하게 된 장애에 대해서는 인정하지 아니한다.
- ③ 심리학적 평가보고서는 자격을 갖춘 임상심리 전문의가 시행하고 작성하여야 한다.
- ④ 전문의란 정신과 혹은 신경정신과 전문의를 말한다.
- ⑤ 평가의 객관적 근거
 - ㉠ 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등을 기초로 한다.
 - ㉡ 객관적 근거로 인정할 수 없는 경우

- 보호자나 환자의 진술
 - 감정의의 추정 혹은 인정
 - 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들 (뇌SPECT 등)
 - 정신과 혹은 신경정신과 전문의가 시행하고 보고서를 작성하는 심리학적 평가보고서
- ⑥ 각종 기질성 정신장애와 외상 후 간질에 한하여 보상한다.
 - ⑦ 외상 후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증, 편집증, 조울증(정서장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.
 - ⑧ 정신 및 행동장애의 경우 개호인은 생명유지를 위한 동작 및 행동이 불가능하거나 지속적인 감금을 요하는 상태에 한하여 인정한다. 개호의 내용에서는 생명유지를 위한 개호와 행동감시를 위한 개호를 구별하여야 한다.

3) 치매

- ① “치매”라 함은
 - 뇌 속에 후천적으로 생긴 기질적인 병으로 인한 변화 또는 뇌 속에 손상을 입은 경우
 - 정상적으로 성숙한 뇌가 상기에 의한 기질성 장애에 의해서 파괴되었기 때문에 한번 획득한 지능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 경우
- ② 치매의 장애평가는 전문의에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따른다.

4) 간질

- ① “간질”이라 함은 돌발적 뇌파 이상을 나타내는 뇌질환에 의거하여 발작(경련, 의식장애 등)을 반복하는 것을 말한다.
- ② “심한 간질 발작”이라 함은 월 8회 이상의 중증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작시 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장애 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.
- ③ “뚜렷한 간질 발작”이라 함은 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
- ④ “약간의 간질 발작”이라 함은 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
- ⑤ “중증발작”이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로서, 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장애가 3분 이상 지속되는 발작을 말한다.

- ⑥ “경증발작”이라 함은 운동장해가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

< 붙임 >

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표

유형	제한정도에 따른 지급률
이동동작	<ul style="list-style-type: none"> - 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 방밖을 나올 수 없는 상태(지급률 40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움이 없이는 방밖을 나올 수 없는 상태(30%) - 목발 또는 walker를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태(20%) - 독립적인 보행은 가능하나 파행이 있는 상태, 난간을 잡지않고는 계단을 오르고 내리기가 불가능한 상태, 계속하여 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태(10%)
음식물 섭취	<ul style="list-style-type: none"> - 식사를 전혀 할 수 없어 계속적으로 튜브나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급을 받는 상태(20%) - 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 식사를 전혀 할 수 없는 상태(15%) - 손가락 사용은 가능하나 젓가락 사용이 불가능하여 음식물 섭취에 있어 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%) - 독립적인 음식물 섭취는 가능하나 젓가락을 이용하여 생선을 바르거나 음식물을 자르지는 못하는 상태(5%)
배변·배뇨	<ul style="list-style-type: none"> - 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 계속적인 도움이 필요한 상태(20%) - 화장실에 가서 변기위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 화장지로 닦고 옷을 입는 일에 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태(15%) - 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변 후 뒤처리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%) - 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2시간 이상 계속되는 업무(운전, 작업, 교육 등)를 수행하는 것이 어려운 상태(5%)

유형	제한정도에 따른 지급률
목욕	<ul style="list-style-type: none"> - 다른 사람의 지속적인 도움 없이는 샤워 또는 목욕을 할 수 없는 상태(10%) - 샤워는 가능하나 혼자서는 때밀기를 할 수 없는 상태(5%) - 목욕시 신체(등 제외)의 일부 부위만 때를 밀 수 있는 상태(3%)
옷입고 벗기	<ul style="list-style-type: none"> - 다른 사람의 지속적인 도움 없이는 전혀 옷을 챙겨 입을 수 없는 상태(10%) - 다른 사람의 지속적인 도움 없이는 상의 또는 하의 중 하나만을 착용할 수 있는 상태(5%) - 착용은 가능하나 다른 사람의 도움 없이는 마무리(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)는 불가능한 상태(3%)

(별표 4)

“중대한 질병”의 정의

I. 중대한 암 (Critical Cancer)

- ① “중대한 암”이라 함은 악성종양세포가 존재하고 또한 주위 조직으로 악성종양세포의 침윤파괴적 증식으로 특징 지을 수 있는 악성종양을 말하며, 다음 각호에 해당하는 경우는 보장에서 제외합니다.
 1. 다음의 가. ~ 바.에 해당하는 악성종양
 - 가. 악성흑색종(melanoma)중에서 침범정도가 낮은(Breslow 분류법상 그 깊이가 1.5mm 이하인 경우를 말합니다) 경우
 - 나. 초기전립샘암(본 상품의 “초기 전립샘암 ”이란 modified Jewett 병기분류상 stage B₀ 이하 또는 1992년 TNM병기상 T1c 이하인 모든 전립샘암을 말합니다)
 - 다. 초기갑상샘암(“초기갑상샘암”이란 유두암(papillary cancer) 또는 여포암(follicular cancer)으로서 암 종괴의 크기가 2.0cm미만으로서 림프절 전이나 원격전이 없는 모든 갑상샘암을 말합니다)
 - 라. 인간면역바이러스(HIV)감염과 관련된 악성 종양(단,의료법에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV감염과 관련된 악성종양은 해당진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제외)
 - 마. 악성흑색종(melanoma) 이외의 모든 피부암(C44)
 - 바. 「중대한 질병 및 수술 보장개시일」 이전에 발생한 암이 「중대한 질병 및 수술 보장개시일」 이후에 재발되거나 전이된 경우
 2. 병리학적으로 전암병소(premalignant condition or condition with malignant potential), 상피내암(carcinoma in-situ), 경계성종양(borderline malignancy) 등 “중대한 암”에 해당하지 않는 질병
 3. 신체부위에 관계없이 병리학적으로 현재 양성종양인 경우
- ② 암의 진단확정은 해부병리 전문의사 또는 임상병리 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.
- ③ 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에만 암에 대한 임상학적 진단이 그 암의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 의사가 작성한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

II. 중대한 급성심근경색증 (Critical Acute Myocardial Infarction)

- ① “중대한 급성심근경색증”이라 함은 관상동맥의 폐색으로 말미암아 심근으로의 혈액공급이 급격히 감소되어 전형적인 흉통의 존재와 함께 해당 심근조직의 비가역적인 괴사를 가져오는 질병으로서 발병 당시 다음의 2가지 특징을 모두 보여야 합니다.
가. 전형적인 급성심근경색 심전도 변화(ST분절,T파,Q파)가 새롭게 출현
나. CK-MB를 포함한 심근효소의 발병당시 새롭게 상승 (단,TROPONIN은 제외)
- ② 안정협심증, 불안정협심증, 이형협심증을 포함한 모든 종류의 협심증은 보장에서 제외합니다.
- ③ 상기 ①의 가. ~ 나. 중 하나의 특징만을 가지고 있는 경우 보장에서 제외합니다. 예를들면, 혈액중 심장효소검사만으로 “급성심근경색증” 진단을 내린다든지 심전도검사 만으로 “급성심근경색증” 진단을 내리는 경우는 보장에서 제외합니다.
- ④ 또한, 상기 ①의 가. ~ 나. 를 기초로 하지 않고, 심초음파 검사나 핵의학검사, 자기공명영상, 양전자방출단층촬영술등을 기초로 “급성심근경색증” 진단을 내리는 경우도 보장에서 제외하며, 상기 ①의 가. ~ 나. 를 기초로 하지 않고 진단된 심근의 미세경색이나 작은손상(myocardialmicroinfarction or minimal myocardial damage)은 보장에서 제외합니다.

III. 중대한 뇌졸중 (Critical Stroke)

- ① “중대한 뇌졸중”이라 함은 거미막밑출혈, 뇌내출혈, 뇌경색이 발생하여 뇌혈액순환의 급격한 차단이 생겨서 그 결과 영구적인 신경학적결손이 나타나는 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 뇌혈액순환의 급격한 차단은 의사가 작성한 진료기록부상의 전형적인 병력을 기초로 하여야 하며, 영구적인 신경학적결손이란 주관적인 자각증상(symptom)이 아니라 신경학적검사를 기초로 한 객관적인 신경학적증후(sign)로 나타난 장애로서 별표3 장애분류표에서 정한 “신경계에 장애가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때”의 지급률이 25% 이상인 장애상태(장애분류별 판정기준 13.신경계·정신행동 장애 가.장애의 분류 1) 및 나.장애판정기준 1) 신경계 ①,③에 따라 판정함)를 말합니다.
- ③ “중대한 뇌졸중”의 진단확정은 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 핵자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET scan), 단일광자전산화단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사를 기초로 영구적인 신

경학적 결손에 일치되게 “중대한 뇌졸중”에 특징적인 소견이 발병 당시 새롭게 출현함을 근거로 하여야 합니다.

- ④ 상기 ① ~ ③에 모두 근거하지 않은 경우에는 보장에서 제외합니다. 예를들면, 뇌전산화단층촬영만으로 “뇌졸중” 진단을 내린단지 영구적인 신경학적결손만으로 “뇌졸중” 진단을 내리는 경우는 보장에서 제외합니다.
- ⑤ 일과성허혈발작(transcient ischemic attack), 가역적허혈성신경학적 결손(reversible ischemic neurological deficit)은 보장에서 제외합니다. 또한, 다음과 같은 뇌출혈, 뇌경색은 보장에서 제외합니다
 - 가. 외상에 의한 뇌출혈
 - 나. 뇌종양으로 인한 뇌출혈
 - 다. 뇌수술 합병증으로 인한 뇌출혈
 - 라. 신경학적결손을 가져오는 안동맥(ophthalmic artery)의 폐색

IV. 말기신부전증 (End Stage Renal Disease)

“말기신부전증”이라 함은 양쪽 신장 모두가 비가역적인 기능부전을 보이는 말기신질환(End Stage Renal disease)으로서 보존요법으로는 치료가 불가능하여 혈액투석이나 복막투석을 받고 있거나 받은 경우 또는 신장이식을 받은 경우를 말하며 일시적으로 투석치료를 필요로 하는 신부전증은 보장에서 제외합니다.

V. 말기간질환(End Stage Liver Disease)

“말기간질환”이라 함은 간질환 중에서 영구적인 황달, 복수, 뇌병증의 3가지 기준을 모두 충족시키는, 간경변증을 일으키는 말기의 간질환을 말합니다.

VI. 말기폐질환(End Stage Lung Disease)

- ① “말기 폐질환”이라 함은 만성 호흡부전을 일으키는 폐질환의 악화된 상황으로써 다음의 2가지 특징을 모두 보여야 합니다.
 - 가. 영구적인 산소공급 치료가 요구되는 상태
 - 나. 평상시 FEV1 검사가 정상예측치의 25% 이하
- ② “말기 폐질환”으로 분류되는 질병은 제4차 개정 한국표준질병·사인 분류중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	병명코드
인플루엔자 및 폐렴	J10 ~ J18
기타 급성 하기도 감염	J20 ~ J22
만성 하기도 질환	J40 ~ J47
외부요인에 의한 폐질환	J60 ~ J70
주로 사이질에 영향을 주는 기타 호흡기 질환	J80 ~ J84
하기도의 화농성 및 괴사성 병태	J85 ~ J86
가슴막의 기타 질환	J90 ~ J94
호흡계통의 기타 질환	J95 ~ J99

※ 제5차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

③ 상기 ① ~ ②에 모두 근거하지 않은 경우에는 보장에서 제외합니다.

(예) 1. ①의 가. ~ 나.의 특징을 모두 보이거나 ②에서 정한 대상질병 이외의 원인으로 인한 경우

2. ②에서 정한 질병에 해당하지만 ①의 가. ~ 나.의 특징을 모두 보이지 않는 경우

(별표 5)

“중대한 화상 및 부식”의 정의

① 중대한 화상 및 부식 (Third Degree Burns and Corrosions)

“중대한 화상 및 부식”이라 함은 「9의 법칙(The Rule of 9's)」 또는 「룬드와 부라우더 신체 표면적 차트(Lund & Brodwer chart)」에 의해 측정된, 신체 표면적으로 최소 20% 이상의 3도 화상 또는 부식을 입은 경우를 말하며, 「9의 법칙」 또는 「룬드와 부라우더 신체 표면적 차트」 측정법처럼 표준화되고 임상학적으로 받아 들여지는 다른 신체 표면적 차트를 사용하여 유사한 결과가 나온 것도 인정합니다.

② “중대한 화상 및 부식”의 진단확정은 의사가 작성한 문서화된 기록 또는 기록결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

(별표 6)

“중대한 수술”의 정의

I. 관상동맥우회술 (Coronary Artery Bypass Graft)

- ① “관상동맥우회술”이라 함은 관상동맥질환(Coronary Artery Bypass Graft)의 근본적인 치료를 직접목적으로 하여 개흉술을 한 후 대복재정맥(greater saphenous vein), 내유동맥(internal mammary artery)등의 자가우회도관을 협착이 있는 부위보다 원위부(遠位部)의 관상동맥에 연결하여 주는 수술을 말합니다.
- ② 그러나 카테터를 이용한 수술이나 개흉술을 동반하지 않는 수술은 모두 보장에서 제외합니다.
(예) 관상동맥성형술(Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty, PTCA), 스텐트삽입술(Coronary Stent), 회전죽상반절제술(Rotational atherectomy)

II. 대동맥류인조혈관치환수술 (Aorta Graft Surgery)

- ① “대동맥류인조혈관치환수술”이라 함은 대동맥류의 근본적인 치료를 직접목적으로 하여 개흉술 또는 개복술을 한 후 반드시 대동맥류병소를 절제(excision)하고 인조혈관(artificial vessel)으로 치환(graft)하는 두가지 수술을 해주는 것을 의미합니다. 여기에서 “대동맥”이라 함은 흉부 또는 복부 대동맥을 말하는 것으로 대동맥의 분지(branch)동맥들은 제외됩니다.
- ② 단, 카테터를 이용한 수술은 보장에서 제외합니다.
(예) 경피적혈관내대동맥류수술(percutaneous endovascular aneurysm repair)

III. 심장판막수술 (Heart Valve Surgery)

- ① “심장판막수술”이라 함은 심장판막질환의 근본적인 치료를 직접목적으로 하여 다음의 두가지 기준중 한가지 이상에 해당하는 경우입니다.
 - 가. 반드시 개흉술 및 개심술을 한 후 병변이 있는 판막을 완전히 제거한 뒤에 인공심장판막 또는 생체판막으로 치환하여 주는 수술
 - 나. 반드시 개흉술 및 개심술을 한 후 병변이 있는 판막에 대해 판막성형술(valvuloplasty)을 해주는 수술

- ② 그러나 다음과 같은 수술은 보장에서 제외합니다.
 - 가. 카테터를 이용하여 수술하는 경우
(예) 경피적 판막성형술(percutaneous balloon valvuloplasty)
 - 나. 개흉술 또는 개심술을 동반하지 않는 수술

IV. 5대장기이식수술 (5 Major Organ Transplantation)

- ① “5대장기이식수술”이라 함은 5대장기의 만성부전상태로부터 근본적인 회복과 치료를 목적으로 관련법규에 따라 정부에서 인정한 장기이식의료기관 또는 이와 동등하다고 인정하는 의료기관에서 간장, 신장, 심장, 폐장, 췌장에 대하여 장기이식을 하는 것으로 타인의 내부장기를 적출하여 장기부전상태에 있는 수혜자에게 이식을 시행한 경우에 대한 수술을 말합니다.
- ② 단, 랑게르한스 소도 세포 이식수술은 보장에서 제외합니다.

(별표 7)

보험금 지급시의 적립이율 계산(제35조 제2항 관련)

1. 사망보험금, C보험금 (제19조 제1호 내지 제2호)

적립기간	지급이자
지급기일의 다음 날부터 보험금 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

2. 해약환급금 (제24조 제1항)

적립기간	지급이자	
해약환급금 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 해약환급금 청구일까지의 기간	1년 이내	공시이율의 50%
	1년 초과 기간	1%
해약환급금 청구일의 다음 날부터 지급기일까지의 기간	공시이율 + 1%	
지급기일의 다음 날부터 해약환급금 지급일까지의 기간	보험계약대출이율	

(주)

1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 일자 계산하며, 소멸시효(제26조)가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.

무배당 교보큰사랑CI보험
주계약 기본형(2종) 약관

무배당 교보큰사랑CI보험 주계약 기본형(2종) 약관

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조 (보험계약의 성립)

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

의 매출을 취소하며, 이자를 더하여 지급하지 아니합니다.

제2조 (청약의 철회)

- ① 계약자는 청약을 한 날 또는 제1회 보험료를 납입한 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회(撤回)할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 의한 계약자의 청약철회 신청을 접수한 경우에는 지체 없이 이미 납입한 보험료(특약이 부가된 경우 특약보험료 포함)를 돌려 드리며, 보험료 반환이 지체된 기간에 대하여는 이 계약의 “보험계약대출이율”을 연 단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 단, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에는 회사는 신용카드의 매출을 취소하며, 이자를 더하여 지급하지 아니합니다.

제3조 (용어의 정의)

이 계약에서 사용되는 용어의 정의는 다음과 같습니다.

[월계약해당일]

계약일부터 한 달씩 경과되는 매월의 계약해당일을 말합니다. 단, 해당월의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 말일을 계약해당일로 합니다.

[기본보험료]

보험계약 체결시 정한 일시납 계약의 일시납보험료 또는 월납 계약의 매월 계속 납입하기로 한 월납보험료로서, 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정한 방법에 따라 계산된 보험료를 말합니다.

다.

[추가납입보험료]

기본보험료 이외에 계약일 1개월 경과 후부터 약관에서 정한 C보험금 지급사유 발생 전까지 납입하는 보험료로서 다음과 같습니다.

- (1) 보험기간 중 납입하기로 정한 기본보험료 총액(이하 “기본보험료 총액”이라 합니다)을 초과하여 납입하는 보험료
- (2) 월납계약에서 보험료 납입경과기간 2년(24회) 이내에 보험료 납입한도 내에서 계약자의 선택에 따라 납입하는 보험료
- (3) 계약자적립금의 인출로 인한 기본사망보험금의 감소가 있을 경우 기본사망보험금 감소분 이내에서 계약자의 선택에 따라 납입하는 보험료

[보험료 납입한도]

기본보험료와 추가납입보험료를 합하여 보험기간 중 납입할 수 있는 보험료의 납입한도는 기본보험료 총액의 200%로 하며, 연간 납입한도는 다음과 같습니다.

- (1) 월납계약 : 월납 기본보험료 \times 12 \times 200%
- (2) 일시납계약 : 일시납 기본보험료 \times 10% (단, 초년도
는 일시납 기본보험료 \times 110%)

단, 특약이 부가된 경우에 특약보험료는 보험료 납입한도에서 제외하며, 계약자적립금의 인출이 있을 경우에는 보험료 납입한도에 인출금액의 누계를 합산한 금액을 납입한도로 합니다.

[월대체보험료]

○ 월납

(1) 보험료 납입경과기간 2년(24회 납입) 이내

해당월의 위험보험료, 부가보험료 및 특약이 부가된 경우 특약보험료의 합계액을 말하며, 해당월 기본보험료(특약보험료 포함) 납입시에 계약자적립금에서 공제한다. 단, 기본보험료(특약보험료 포함)를 계약해당일 이전에 납입할 경우에는 해당월 계약해당일에 계약자적립금에서 공제합니다.

(2) 보험료 납입경과기간 2년(24회 납입) 경과 후

해당월의 위험보험료와 부가보험료(수금비 제외) 및 특약이 부가된 경우 특약보험료(수금비 제외)의 합계액을 말하며, 매월 계약해당일에 해약환급금(단, 보험계약대출원리금을 차감한 금액으로 특약의 해약환급금은 제외된 금액)에서 공제합니다.

다만, 해당월까지 납입하기로 한 기본보험료(특약보험료 포함) 누계액 이상을 납입하였음에도 불구하고 해약환급금(특약의 해약환급금은 제외된 금액)에서 월대체보험료를 충당하지 못하는 계약 중 보험계약대출원리금 잔액이 없고 중도인출을 하지 않은 경우에는 해당월 기본보험료(특약보험료 포함) 납입시에 계약자적립금에서 공제하며, 기본보험료(특약보험료 포함)를 해당월 계약해당일 이전에 납입할 경우에는 해당월 계약해당일에 계약자적립금에서 공제합니다.

단, 수금비는 기본보험료(특약보험료 포함) 납입시

에 공제합니다.

○ 일시납

해당월의 위험보험료 및 부가보험료의 합계액을 말하며, 매월 계약해당일에 해약환급금(단, 보험계약대출원리금을 차감한 금액으로 특약의 해약환급금은 제외된 금액)에서 공제합니다.

[이미 납입한 보험료]

계약자가 회사에 납입한 기본보험료 및 추가납입보험료의 합계(단, 특약보험료는 제외)를 말하며, 계약자적립금의 인출이 있을 경우에는 기본보험료 및 추가납입보험료의 합계에서 인출금액의 합계를 차감한 금액을 말합니다. 다만, 계약자가 보험가입금액을 감액하거나 중도에 계약자적립금을 인출한 경우의 기본보험금 계산시에 적용하는 “이미 납입한 보험료”는 제7조(계약내용의 변경) 제3항 및 제38조(계약자적립금의 인출) 제4항에 따라 계산된 보험료와 해당 감액 또는 인출 이후 납입된 보험료의 합계를 말합니다.

[계약자적립금]

이 계약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 이 계약의 공시이율(약관 제23조(공시이율의 적용 및 공시) 참조)로 일자계산에 의하여 적립한 금액을 말합니다.

[기본보험금]

「기본사망보험금」과 「이미 납입한 보험료」 그리고 「계약자적립금의 105%」 중 가장 큰 금액을 말합니다.

[기본사망보험금]

보험가입금액에서 중도인출금액을 차감하고, 추가납입보험료를 합산한 금액을 말합니다.

제4조 【 보험기간의 구분 】

- ① 이 계약의 보험기간은 다음에 정하는 “제1보험기간”과 “제2보험기간”으로 구분합니다.
 1. 제1보험기간은 계약일부터 80세 계약해당일의 전일까지로 합니다.
 2. 제2보험기간은 80세 계약해당일부터 종신까지로 합니다.
- ② 제1항의 나이는 보험대상자(피보험자)의 보험나이를 기준으로 하며, 보험나이는 제10조(보험나이)에 따릅니다.

제5조 (약관교부 및 설명의무 등)

- ① 회사는 계약을 체결할 때 계약자에게 약관 및 청약서 부분을 드리고 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다. 다만, 컴퓨터를 이용하여 보험거래를 할 수 있도록 설정된 가상의 영업장(사이버몰)을 이용하여 계약을 체결하고 전자거래기본법에서 규정하는 절차에 따라 약관 및 청약서 부분을 전자문서로 송신하고 계약자 또는 그 대리인이 당해 문서를 수신하였을 때에는 약관 및 청약서 부분을 드린 것으로 보며, 약관의 중요 내용에 대하여 계약자가 사이버몰에서 확인한 때에는 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다. 또한, 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에 회사는 계약자의 동의를 얻어 청약내용, 보험료납

입, 보험기간, 계약전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 보험계약 체결을 위하여 필요한 사항을 질문 또는 설명하고 그에 대한 계약자의 답변, 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

② 회사가 제1항에 의해 제공될 약관 및 청약서 부분을 계약자에게 전달하지 아니하거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 아니한 때 또는 계약 체결시 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제10호의 규정에 의한 공인인증기관이 인증한 전자서명을 포함합니다)을 하지 아니한 때에는 계약자는 청약일부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

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

1. 보험계약자, 보험대상자(피보험자) 및 보험금을 받는 자(보험수익자)가 동일한 보험계약의 경우

2. 보험계약자, 보험대상자(피보험자)가 동일하고 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험계약자의 법정상속인인 보험계약일 경우

④ 제2항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료(특약이 부가된 경우 특약보험료 포함)를 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 “보험계약대출이율”을 연 단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제6조 (계약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 계약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료(특약이 부가된 경우 특약보험료 포함)를 돌려 드립니다.

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

제7조 (계약내용의 변경)

- ① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.
 1. 보험료의 수금방법
 2. 보험가입금액
 3. 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)
 4. 기타 계약의 내용
- ② 회사는 계약자가 제1항 제2호에 의하여 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제24조(해약환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항에 의하여 보험가입금액을 감액한 경우 기본보험금의 계산시 적용하는 “이미 납입한 보험료”는 다음과 같이 계산합니다.

○ 감액 이후의 「이미 납입한 보험료」
 = [감액 전 이미 납입한 보험료]
 × [감액 후 계약자적립금]÷[감액 전 계약자적립금]
 (주) 「감액 전 이미 납입한 보험료」는 해당 감액 전
 중도인출 및 감액이 발생한 경우 제38조(계약자
 적립금의 인출) 제4항 및 상기 방법에 따라 계산
 된 이미 납입한 보험료를 말합니다.

- ④ 계약자가 제1항 제3호에 의하여 보험금을 받는 자(보험수
 익자)를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발
 생하기 전에 보험대상자(피보험자)의 서면에 의한 동의가
 있어야 합니다.

제8조 (계약자의 임의해지)

계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할
 수 있으며, 이 경우 회사는 제24조(해약환급금) 제1항에
 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제9조 (계약의 소멸)

보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 제19조(보험금의 종
 류 및 지급사유) 제1호에서 정한 사망보험금 지급사유가
 발생한 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력을 가지지 아
 니합니다.

제10조 (보험나이)

- ① 이 약관에서의 보험대상자(피보험자)의 나이는 보험나이를
 기준으로 합니다. 단, 제6조(계약의 무효) 제2호의 경우에
 는 실제 만나이를 적용합니다.

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

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제11조 (제1회 보험료 및 회사의 보장개시일)

- ① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때 (자동이체 납입 및 신용카드 납입의 경우에는 자동이체 신청 및 신용카드 매출승인에 필요한 정보를 제공한 때. 다만, 계약자의 귀책사유로 보험료 납입 및 승인이 불가능한 경우에는 그러하지 아니합니다)부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.
- 그러나 회사가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙한 경우에는 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.(이하 제1회 보험료를 받은 날을 “보장개시일”이라 하며, 보장개시일을 “보험계약일”로 봅니다)
- ② 회사가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
- ③ 회사는 제2항에 불구하고 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.
1. 제28조(계약전 알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우
 2. 제27조(계약전 알릴 의무)에 의하여 계약자 또는 보험

대상자(피보험자)가 회사에 알린 내용 또는 건강진단내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우

- ④ 청약서에 보험대상자(피보험자)의 직업 또는 직종별로 보험가입금액의 한도액이 명시되어 있음에도 그 한도액을 초과하여 청약을 하고, 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그 초과 청약액에 대하여는 보장을 하지 아니합니다.
- ⑤ 제1항 및 제2항에도 불구하고 제19조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호에서 “중대한 질병” 및 “중대한 수술”에 의한 C보험금의 보장개시일은 보험계약일[부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하 “중대한 질병 및 수술 보장개시일”이라 합니다)로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

제12조 (제2회 이후 보험료의 납입)

- ① 계약자는 제2회 이후의 보험료를 계약일 1개월 경과 후부터 회사가 정한 방법 및 보험료의 납입한도 내에서 보험기간 중 자유롭게 납입할 수 있습니다. 단, 월납 계약의 경우 보험료 납입경과기간 2년(24회 납입) 이내에는 이 계약의 수금방법에 따라 기본보험료(특약보험료 포함)를 계약 체결시 납입하기로 약속한 날(이하 “납입기일”이라 합니다)까지 납입하여야 하며, 계약자의 선택에 의하여 보험료의 납입한도 내에서 추가납입보험료를 납입할 수 있습니다. 또한 보험료 납입경과기간 2년(24회 납입) 경과 후부터는 해약환급금(단, 보험계약대출원리금을 차감한 금

액으로 특약의 해약환급금은 제외된 금액)에서 월대체보험료를 충당할 수 있을 경우 보험료의 납입을 유예할 수 있으며, 이미 납입한 기본보험료의 합계가 기본보험료 총액에 도달할 때까지는 기본보험료로 보며, 기본보험료 총액을 초과한 경우에는 그 초과한 보험료를 추가납입보험료로 봅니다.

단, 중도인출로 인한 기본사망보험금의 감소가 있는 경우에는 기본사망보험금 감소분 이내에서 추가납입이 가능합니다.

- ② 회사는 계약자가 보험료를 납입한 경우에는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융회사(우체국 포함)를 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사 발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.
- ③ 제1항에 불구하고 이미 납입한 보험료가 제3조(용어의 정의)에서 정한 “보험료 납입한도”에 도달한 경우에는 더 이상 보험료를 납입할 수 없습니다.

제13조 (보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

- ① 월납 계약의 경우 보험료 납입경과기간 2년(24회 납입) 이내에는 계약자가 제2회 이후의 기본보험료(특약보험료 포함)를 납입기일까지 납입하지 아니하는 경우에는 납입기일 다음 날부터 납입기일이 속하는 달의 다음 달 말일까지를 납입최고(독촉)기간으로 하며, 보험료 납입경과기간 2년(24회 납입) 경과 후에는 해약환급금(단, 보험계약대출원리금을 차감한 금액으로 특약의 해약환급금은 제외된 금액)에서 월대체보험료를 충당할 수 없게 된 경우 월계약해당일의 다음 날부터 그 월계약해당일이 속하는 달

의 다음 달 말일까지를 납입최고(독촉)기간으로 합니다.

- ② 일시납 계약의 경우 인출 등의 사유로 해약환급금(단, 보험계약대출원리금을 차감한 금액으로 특약의 해약환급금은 제외된 금액)에서 월대체보험료를 충당할 수 없게 된 경우에는 월계약해당일의 다음 날부터 그 월계약해당일이 속하는 달의 다음 달 말일까지를 납입최고(독촉)기간으로 합니다.
- ③ 회사는 제6항에서 정한 바에 따라 최고(독촉)하고, 납입최고(독촉)기간 안에 기본보험료(특약보험료 포함) 또는 추가납입보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 계약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ④ 제3항에 불구하고 보험료 납입경과기간 2년(24회 납입) 경과 후에 해약환급금(특약의 해약환급금은 제외된 금액)에서 월대체보험료를 충당하지 못하는 계약 중 해당월까지 납입하기로 한 기본보험료(특약보험료 포함) 누계액 이상을 납입하고 보험계약대출원리금 잔액이 없으며 중도인출을 하지 않은 경우에는 계약자적립금에서 월대체보험료가 충당되어 제3항에 의한 최고(독촉)를 하지 아니하며 계약을 해지하지 아니합니다.
- ⑤ 제1항 내지 제3항에 불구하고 월납 계약의 보험료 납입경과기간 2년(24회 납입) 이내에 회사의 방문수금 불이행 또는 은행납입통지서의 미교부, 자동이체 미신청 등 회사의 책임있는 사유로 인하여 계약자가 보험료를 납입하지 못한 경우에는 납입기일부터 3개월이 되는 날까지를 납입최고(독촉)기간으로 하여 제1항 내지 제3항을 적용합니다.

다만, 회사가 다시 보험료를 수금 또는 자동이체하기로 하거나 은행납입통지서를 교부하기로 한 경우에는 그 수금(자동이체) 또는 재교부일부터 15일이 되는 날을 새로운 납입기일로 하여 제1항 및 제2항의 납입최고(독촉)기간을 적용합니다.

- ⑥ 제1항 및 제2항에 해당하는 경우 회사는 계약자[타인을 위한 보험의 경우 특정한 보험금을 받는자(보험수익자) 포함]에게 납입최고(독촉)기간 안에 연체된 기본보험료(특약보험료 포함, 이하 “연체보험료”라 합니다) 또는 추가납입보험료를 납입하여야 한다는 내용과 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 기본보험료(특약보험료 포함) 또는 추가납입보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날부터 계약이 해지됨을 납입최고(독촉)기간이 끝나기 15일 이전까지 서면 또는 전화(음성녹음)로 알려 드립니다.
- ⑦ 제1항 내지 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사가 지급해야 할 해약환급금이 있을 때에는 제24조(해약환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제14조 (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

- ① 제13조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 보험료 납입경과기간 2년(24회 납입) 이내에 월납 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 아니한 경우에 계약자는 해지된 날부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(復活, 효력회복)을 청약할 수 있으며, 회사가 이를 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한

날까지의 연체된 기본보험료(특약보험료 포함)와 부활(효력회복)을 청약한 날까지 이 계약의 공시이율로 계산한 연체이자를 더하여 납입하여야 합니다. 이 경우 회사는 미납된 월대체보험료를 공제합니다. 단, 공시이율이 연체기간 중 변경될 때에는 월 가중평균이율로 계산합니다.

- ② 보험료 납입경과기간 2년(24회 납입) 경과 후에 계약이 해지된 경우 또는 계약자적립금의 인출 등의 사유로 해약환급금(단, 보험계약대출원리금을 차감한 금액으로 특약의 해약환급금은 제외된 금액)에서 월대체보험료를 충당하지 못하여 계약이 해지된 경우에는 부활(효력회복)을 취급하지 아니합니다.
- ③ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제1조(보험계약의 성립) 제2항 및 제3항, 제11조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시일), 제27조(계약전 알릴 의무), 제28조(계약전 알릴 의무 위반의 효과) 및 제29조(계약취소권의 행사제한)를 준용합니다. 단, 부활(효력회복)의 경우 제1회 보험료는 부활(효력회복)시의 보험료를 의미합니다.

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제15조 (“중대한 질병”의 정의)

이 계약에 있어서 “중대한 질병”이라 함은 별표 4 (“중대한 질병”의 정의)에서 정한 “중대한 암”, “중대한 급성심근경색증”, “중대한 뇌졸중”, “말기신부전증”, “말기간질환”, “말기폐질환”을 말합니다.

제16조 (“중대한 화상 및 부식”의 정의)

이 계약에 있어서 “중대한 화상 및 부식”이라 함은 별표 5 (“중대한 화상 및 부식”의 정의)에서 정한 “중대한 화상 및 부식”을 말합니다.

제17조 (“중대한 수술”의 정의)

이 계약에 있어서 “중대한 수술”이라 함은 별표 6 (“중대한 수술”의 정의)에서 정한 “관상동맥우회술”, “대동맥류 인조혈관치환수술”, “심장판막수술”, “5대장기이식수술”을 말합니다.

제18조 (“중대한 질병”과 “중대한 화상 및 부식”의 진단확정)

“중대한 질병” 및 “중대한 화상 및 부식”의 진단확정은 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과 의사 제외)자격증을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

제19조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험대상자(피보험자)에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금(별표 1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급하여 드립니다.

1. 보험대상자(피보험자)가 보험기간(종신) 중 사망하거나 장애분류표(별표 3 참조, 이하 “장애분류표”라 합니다) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 80% 이상인 장애상태가 되었을 때 : 사망보험금 지급

2. 보험대상자(피보험자)가 제1보험기간 중 “중대한 화상 및 부식”으로 진단확정을 받았을 때 또는 제1보험기간 중 “중대한 질병 및 수술 보장개시일” 이후에 “중대한 질병”으로 진단확정 받거나 “중대한 수술”을 받았을 때 : C보험금 지급 (단, C보험금은 “중대한 질병”, “중대한 수술” 또는 “중대한 화상 및 부식” 중 최초 1회에 한하여 지급합니다)

제20조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보험료 납입기간 중 보험대상자(피보험자)가 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 50% 이상 80% 미만인 장해상태가 되었을 때 또는 제19조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호의 C보험금 지급사유가 발생하였을 때에는 차회 이후의 기본보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제19조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에는 보험기간 중 생사가 분명하지 아니하여 실종선고(失蹤宣告)를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부 기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 호적에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.
- ③ 제1항 및 제19조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호의 경우 재해로 인하여 장해상태가 되고, 장해지급률이 재해일로부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일로부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해

분류표에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

- ④ 제3항에 의하여 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 재해일부터 2년 이내) 중에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태(사망 포함)를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.
- ⑤ 제1항 및 제19조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호의 “동일한 재해”의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑥ 제1항 및 제19조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용합니다.
- ⑦ 제1항 및 제19조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 “한시장애”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 정합니다.
- ⑧ 제1항 및 제19조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장애가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 합산하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑨ 제8항에 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표상의 두

가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

- ⑩ 제19조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호의 사망보험금 지급은 보험대상자(피보험자)가 사망한 날이나 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 80% 이상인 장애상태로 진단확정된 날을 기준으로 합니다.
- ⑪ 제19조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호에서 중대한 질병 또는 중대한 수술의 경우 C보험금 지급사유가 “중대한 질병 및 수술 보장개시일” 이후에 발생한 경우라도, “중대한 질병 및 수술 보장개시일” 이전에 발생한 중대한 질병 또는 중대한 수술과 인과관계가 있는 경우에는 C보험금을 지급하지 아니하며 보험료의 납입을 면제하여 드리지 아니합니다.
- ⑫ 제11항에 불구하고 계약자는 보험대상자(피보험자)가 “중대한 질병 및 수술 보장개시일” 전에 중대한 질병으로 진단확정되거나 중대한 수술을 받았을 경우에는 진단확정일 또는 수술일로부터 그 날을 포함하여 90일 이내에 계약을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

제21조 (보험금을 지급하지 아니하는 보험사고)

- ① 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 아니하거나 보험료의 납입을 면제하지 아니함과 동시에 이 계약을 해

지(解止)할 수 있습니다.

1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우

그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우와 계약의 보장개시일(부활(효력회복) 계약의 경우에는 부활(효력회복) 청약일)부터 2년이 경과된 후에 자살하거나 자신을 해침으로써 장애분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 80% 이상인 장애상태가 되었을 경우에는 그러하지 아니합니다.

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

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

3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우

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

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

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

3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드리지 않습니다.

제22조 (전쟁, 기타 변란시의 보험금)

회사는 보험대상자(피보험자)가 전쟁, 기타 변란으로 인하여 제19조(보험금의 종류 및 지급사유) 또는 제20조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 사유가 발생한 경우 그 수가 보험료 산출기초에 중대한 영향을 미칠 우려가 있다고 인정될 때에는 금융감독위원회의 인가를 얻어 보험금을 감액하여 지급하거나 또는 보험료의 납입을 면제하지 아니합니다.

제23조 (공시이율의 적용 및 공시)

- ① 이 계약의 계약자적립금에 대한 적립이율은 회사가 정한 공시이율(이하 “공시이율”이라 합니다)로 합니다.
- ② 제1항의 공시이율은 운용자산이익률과 시장금리를 기준으로 향후 예상수익 등 경영환경을 고려하여 이 계약의 “사업방법서”에서 정한 바에 따라 결정합니다.
- ③ 제1항의 공시이율은 매년 「1월1일, 4월1일, 7월1일, 10월1일」의 공시이율을 기준으로 매 3개월간 확정 적용하며, 최저보증이율은 연복리 3.75%로 합니다.
단, 최초로 정하는 공시이율은 회사가 정하는 날부터 위의 내용에 따라 다음 공시이율을 정하는 날까지 적용합니다.
- ④ 회사는 제1항 내지 제3항에서 정한 공시이율을 매월 회사의 인터넷 홈페이지 등을 통해 공시합니다.

제24조 (해약환급금)

- ① 이 약관에 의해 계약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 계약의 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해약환급금 계산시 적용되는 공시이율은 제23조(공시이율

의 적용 및 공시)에서 정한 비율로 합니다.

- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제25조 (배당금의 지급)

이 계약은 무배당보험이므로 계약자 배당금이 없습니다.

제26조 (소멸시효)

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

제4관 보험계약시 계약자의 계약전 알릴 의무 등

제27조 (계약전 알릴 의무)

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

제28조 (계약전 알릴 의무 위반의 효과)

- ① 회사는 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 제27조(계약전 알릴 의무)에 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제

한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 때에는 그러하지 아니합니다.

1. 회사가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못하였을 때
 2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
 3. 회사가 이 계약의 청약시 보험대상자(피보험자)의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 의하여 승낙통지를 한 때(계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 제외)
 4. 보험을 모집한 자(이하 “보험설계사 등”이라 합니다)가 계약자 또는 보험대상자(피보험자)의 계약전 알릴 의무사항을 임의로 기재한 경우
- ② 제1항의 중요한 사항이라 함은 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 인수하는 등 계약 인수에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
- ③ 회사는 제1항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약전 알릴 의무 위반사실 뿐만 아니라 계약전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 계약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면으로 알려 드립니다.

- ④ 제1항에 의하여 계약을 해지하였을 때에는 해약환급금과 이미 납입한 보험료 중 많은 금액을 지급하여 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
- ⑤ 제27조(계약전 알릴 의무)의 계약전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 지급하여 드립니다.

제29조 (계약취소권의 행사제한)

회사는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때에는 민법 제110조(사기에 의한 의사표시)에 의한 취소권을 행사하지 아니합니다. 그러나 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 대리진단, 약물복용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 에이즈의 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.

제5관 보험금 지급 등의 절차

제30조 (주소변경통지)

- ① 계약자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체 없이 그 변경 내용을 회사에 알려야 합니다.

- ② 제1항에서 정한 대로 계약자가 알리지 아니한 경우에는 계약자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 시일이 지난 때에 계약자에게 도달된 것으로 봅니다.

제31조 (보험금을 받는 자(보험수익자)의 지정)

이 계약에서 계약자가 보험금을 받는 자(보험수익자)를 지정하지 아니한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)를 제20조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우는 보험대상자(피보험자)로 하며, 보험대상자(피보험자)의 사망시는 보험대상자(피보험자)의 상속인으로 합니다.

제32조 (대표자의 지정)

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

제33조 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 보험대상자(피보험자)나 보험금을 받는 자(보험수익자)는 제19조(보험금의 종류 및 지급사유)에 정한

보험금 지급사유 또는 제20조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 정한 보험료 납입면제 사유가 발생하였을 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제34조 (보험금 등 청구시 구비서류)

- ① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 해약환급금 또는 보험료의 납입면제를 청구하여야 합니다.
 1. 청구서[회사양식]
 2. 사고증명서[사망진단서, 장해진단서, 진단서(병명기입), 수술증명서, 진료기록부(검사기록지 포함) 등]
 3. 신분증[주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함]
 4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령 또는 계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
- ② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제35조 (보험금 등의 지급)

- ① 회사는 제34조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금

또는 보험료 납입면제의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

- ② 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급 일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표 7 (“보험금 지급시의 적립이율 계산”)과 같습니다.
- ③ 계약자, 보험대상자(피보험자) 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)는 제28조(계약전 알릴 의무 위반의 효과) 및 제1항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 아니합니다.
- ④ 회사가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도에 대하여 보험대상자(피보험자) 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 서면으로 통지하여 드리며, 장애 지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 보험금 지급이 지연되는 경우에는 보험금을 받는 자(보험수익자)의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금을 우선적으로 가지급할 수 있습니다.
- ⑤ 회사가 제1항의 지급사유 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 보험대상자(피보험자)는 정당한 사유가 없는 한 회사가 지정한 의사의 진단, 의료비의 심사, 기타의 조사를 받을 것(진단에 필요한 검사자료 등의 제출을

포함합니다)에 동의하여야 하며, 보험대상자(피보험자)가 지정한 의사와 회사가 지정한 의사가 진단 및 진료내용, 입원기간 등에 대하여 합의하여 정하는 때에는 그에 따라 보험금을 지급하기로 합니다. 그러나 보험대상자(피보험자)가 지정한 의사와 회사가 지정한 의사가 합의에 도달하지 못하는 때에는 보험대상자(피보험자)와 회사가 동의하여 제3의 의사를 정하고, 그 제3의 의사의 의견에 따를 수 있습니다. 이 약관에서 “회사가 정한 의사” 및 “제3의 의사”는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 중에서 정하며, 이 항에 의한 의료비용은 회사가 부담합니다.

- ⑥ 제1항 내지 제5항에서 정한 회사의 조사, 확인 또는 진단 요청에 대하여 계약자, 보험대상자(피보험자)나 보험금을 받는 자(보험수익자)가 정당한 사유 없이 동의를 하지 아니하는 때에는 그 동의를 얻어 조사, 확인 또는 진단을 완료할 때까지 보험금(가지급보험금 포함)의 지급을 유예(猶豫)할 수 있습니다.
- ⑦ 보험료 납입경과기간 2년(24회 납입) 이내에 제13조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 중 보험금 지급사유가 발생하였을 경우에는 보험금에서 미납입된 기본보험료 또는 월대체보험료를 차감하고 지급합니다.

제36조 (보험금 받는 방법의 변경)

- ① 계약자[보험금 지급사유 발생 후에는 보험금을 받는 자(보험수익자)]는 회사의 「사업방법서」에서 정한 바에 따라 제19조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에 의한 사

망보험금의 전부 또는 일부에 대하여 분할지급 또는 일시 지급 방법으로 변경할 수 있습니다.

- ② 회사는 제1항에 의하여 일시금을 분할하여 지급하는 경우에는 그 미지급 금액에 대하여 「예정이율」을 연 단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급하며, 분할지급 금액을 일시금으로 지급하는 경우에는 이 계약의 「예정이율」로 할인한 금액을 지급합니다.

제37조 (계약내용의 교환)

회사는 계약의 체결 및 관리 등을 위한 판단자료로서 활용하기 위하여 다음 각 호의 사항을 계약자 및 보험대상자(피보험자)의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련단체 등에게 제공할 수 있으며, 이 경우 회사는 「신용정보의 이용및보호에관한법률」 제23조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의) 및 동법 시행령 제12조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의 등)의 규정을 따릅니다.

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

제38조 (계약자적립금의 인출)

- ① 계약자는 월납 계약의 경우 보험료 납입경과기간 2년(24회 납입) 경과 후부터, 일시납 계약의 경우 계약일 1개월 경과 후부터 보험기간 중에 회사가 정한 기준에 따라 보험년도 기준 연 12회에 한하여 계약자적립금의 일부를 인

출할 수 있습니다. 단, 제19조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호에서 정한 “CI보험금” 지급사유 발생전에 한하여 중도인출이 가능합니다.

- ② 제1항에 따라 계약자적립금의 일부를 인출하는 경우 1회에 인출할 수 있는 최고 금액은 인출할 당시 해약환급금(단, 보험계약대출원리금을 차감한 금액으로 특약의 해약환급금은 제외된 금액)의 50%를 초과할 수 없으며, 총 인출금액은 계약자가 실제 납입한 보험료 총액(단, 특약보험료 제외)을 초과할 수 없습니다. 단, 계약자적립금의 인출시 회사는 인출금액의 0.2%와 2,000원 중 적은 금액을 수수료로 부가합니다.
- ③ 중도인출은 추가납입보험료에 의한 계약자적립금에서 우선적으로 가능하며, 추가납입보험료에 의한 계약자적립금이 부족한 경우에 한하여 기본보험료 계약자적립금에서 인출이 가능합니다.
- ④ 제1항에 따라 계약자적립금을 인출한 경우 기본보험금 계산시 적용하는 “이미 납입한 보험료”는 다음과 같이 계산합니다.

○ 인출 이후의 「이미 납입한 보험료」

$$\begin{aligned} &= [\text{인출 전 이미 납입한 보험료}] \\ &\times [\text{인출 전 계약자적립금} - \text{인출금액}] \\ &\div [\text{인출 전 계약자적립금}] \end{aligned}$$

(주) 「인출 전 이미 납입한 보험료」는 해당 인출 전에 인출 및 감액이 발생한 경우 제6조(계약내용의 변경) 제3항 및 상기 방법에 따라 계산된 이미 납입한 보험료를 말합니다.

제39조 (보험계약대출)

- ① 계약자는 보험기간 중 이 계약의 해약환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 "보험계약대출"이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.
- ② 계약자는 제1항에 의한 보험계약대출금과 보험계약대출이자를 언제든지 상환할 수 있으며, 상환하지 아니한 때에는 보험금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 제 지급금과 상계할 수 있습니다.
- ③ 회사는 제13조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금과 보험계약대출원리금을 상계할 수 있습니다.

제6관 분쟁조정 등

제40조 (분쟁의 조정)

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

제41조 (관할법원)

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

제42조 (약관의 해석)

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

제43조 (회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력)

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

제44조 (회사의 손해배상책임)

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

제45조 (준거법)

이 약관에서 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

제46조 (예금보험에 의한 지급보장)

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

(별표 1)

보험금 지급기준표

1. 사망보험금 (약관 제19조 제1호)

지급사유	보험대상자(피보험자)가 보험기간(종신) 중 사망하거나 장애 분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 80% 이상인 장애상태가 되었을 경우		
지급금액	제1보험기간 중 C보험금 지급사유가 발생하지 않은 경우	기본보험금	
	제1보험기간 중 C보험금 지급사유가 발생한 경우	50% 선지급형	기본보험금의 50%
		80% 선지급형	기본보험금의 20%

2. C보험금 (약관 제19조 제2호)

지급사유	보험대상자(피보험자)가 제1보험기간 중 “중대한 화상 및 부식”으로 진단확정 받았을 때 또는 제1보험기간 중 “중대한 질병 및 수술 보장개시일” 이후에 “중대한 질병”으로 진단확정 받거나 “중대한 수술”을 받았을 경우 (단, C보험금은 “중대한 질병”, “중대한 수술” 또는 “중대한 화상 및 부식” 중 최초 1회에 한하여 지급합니다)
지급금액	50% 선지급형 : 기본보험금의 50% 80% 선지급형 : 기본보험금의 80%

(주)

- 보험료 납입기간 중 보험대상자(피보험자)가 장애분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 50% 이상 80% 미만인 장애상태가 되었을 때 또는 제1보험기간 중 C보험금 지급사유가 발생하였을 때에는 차회 이후의 기본보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- 이 약관의 「중대한 질병 및 수술 보장개시일」은 보험계약일(부활일)로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다. (단, “중대한 화상 및 부식”에 대한 보장은 보험계약일[부활(효력회복)일]부터입니다)

3. 보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 사망하거나 장애분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 80% 이상인 장애상태가 되었을 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.
4. “중대한 질병” 또는 “중대한 수술”의 경우 C보험금의 지급사유가 「중대한 질병 및 수술 보장개시일」 이후에 발생한 경우라도, 「중대한 질병 및 수술 보장개시일」 이전에 발생한 “중대한 질병” 또는 “중대한 수술”과 인과관계가 있는 경우에는 C보험금을 지급하지 아니하며, 보험료의 납입을 면제하여 드리지 아니합니다.
5. “기본보험금”은 “기본사망보험금”, “이미 납입한 보험료”, “계약자적립금의 105% 금액” 중 가장 큰 금액을 말하며, 기본사망보험금은 보험가입금액에서 중도인출금액을 차감하고, 추가납입한 보험료를 합산한 금액을 말합니다.
6. 제1보험기간 중 C보험금의 지급사유가 발생한 후에 사망보험금의 지급사유가 발생하였을 경우에는 「기본보험금의 50%(80%선지급형은 20%)와 C보험금 지급사유 발생후 계약자적립금의 105% 금액」 중 큰 금액을 지급합니다. 단, 기본보험금의 50%(80%선지급형은 20%)는 C보험금 지급사유 발생 당시를 기준으로 합니다.
7. 이 계약의 보험기간은 계약일부터 80세 계약해당일 전일까지를 “제1보험기간”, 80세 계약해당일부터 종신까지를 “제2보험기간”이라 합니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

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

2. 보험금을 지급하지 아니하는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

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

(주) () 안은 제4차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2002-1호, 2003.1.1 시행)상의 분류번호이며, 제5차 개정 이후 위 1 및 2의 각호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함합니다.

(별표 3)

장애분류표

총칙

1. 장애의 정의

- 1) “장애”라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아 있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태를 말한다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장애에 포함되지 않는다.
- 2) “영구적”이라 함은 원칙적으로 치유시 장애 회복의 가망이 없는 상태로서 정신적 또는 육체적 훼손상태임이 의학적으로 인정되는 경우를 말한다.
- 3) “치유된 후”라 함은 상해 또는 질병에 대한 치료의 효과를 기대할 수 없게 되고, 또한 그 증상이 고정된 상태를 말한다.
- 4) 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 정한다.

2. 신체부위

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

3. 기타

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

장애분류별 판정기준

1. 눈의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 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 0.10 이하로 된 때	15
6) 한 눈의 교정시력이 0.20 이하로 된 때	5
7) 한 눈의 안구에 뚜렷한 운동장애나 뚜렷한 조절기능 장애를 남긴 때	10
8) 한 눈의 시야가 좁아지거나 반맹증, 시야협착, 암점을 남긴 때	5
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때	5

나. 장애판정기준

- 1) 시력장애의 경우 공인된 시력검사표에 따라 측정한다.
- 2) “교정시력”이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 시력을 말한다.
- 3) “한 눈이 멀었을 때”라 함은 눈동자의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나(“광각무”) 겨우 가릴 수 있는 경우(“광각”)를 말한다.
- 4) 안구운동장애의 판정은 외상 후 1년 이상 경과한 후에 그 장애 정도를 평가한다.
- 5) “안구의 뚜렷한 운동장애”라 함은 안구의 주시야의 운동범위가 정상 1/2 이하로 감소된 경우나 정면 양안시에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 때를 말한다.
- 6) “안구의 뚜렷한 조절기능장애”라 함은 조절력이 정상 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 45세 이상의 경우에는 제외한다.
- 7) “시야가 좁아진 때”라 함은 시야각도의 합계가 정상시야의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다.
- 8) “눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때”라 함은 눈꺼풀의 결손으로 인해 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮여지지 않는 경우를 말한다.

- 9) “눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때”라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.
- 10) 외상이나 화상 등에 의하여 눈동자의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 눈동자가 적출되어 눈자위의 조직요몰(凹沒) 등에 의해 의안마저 삽입할 수 없는 상태면 “뚜렷한 추상(추한 모습)”으로, 의안을 삽입할 수 있는 상태면 “약간의 추상(추한 모습)”으로 지급률을 가산한다.
- 11) “눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때”에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장애를 포함하여 장애를 평가한 것으로 보고, 추상(추한 모습)장애를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장애평가 방법 중 보험대상자(피보험자)에 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) 청력장애는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB : decibel)로서 표시하고 3회 이상 청력검사를 실시한 후 순음평균역치에 따라 적용한다.
- 2) “한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB 이상인 경우를 말한다.
- 3) “심한 장애를 남긴 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB 이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- 4) “약간의 장애를 남긴 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB 이상인 경우에 해당되어, 50cm 이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.

- 5) 순음청력검사를 실시하기 곤란하거나 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 “언어청력검사, 임피던스 청력검사, 뇌간유발반응청력검사(ABR), 자기청력계기검사, 어음향방사검사” 등을 추가 실시 후 장애를 평가한다.

다. 귓바퀴의 결손

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

3. 코의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 코의 기능을 완전히 잃었을 때	15

나. 장애판정기준

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

4. 씹어먹거나 말하는 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 심한 장애를 남긴 때	100
2) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 심한 장애를 남긴 때	80
3) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 뚜렷한 장애를 남긴 때	40
4) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	20

장애의 분류	지급률
5) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 약간의 장애를 남긴 때	10
6) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
7) 치아에 14개 이상의 결손이 생긴 때	20
8) 치아에 7개 이상의 결손이 생긴 때	10
9) 치아에 5개 이상의 결손이 생긴 때	5

나. 장애의 평가기준

- 1) 씹어먹는 기능의 장애는 상하치아의 교합(咬合), 배열상태 및 아래 턱의 개폐운동, 연하(삼킴)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.
- 2) “씹어먹는 기능에 심한 장애를 남긴 때”라 함은 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
- 3) “씹어먹는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등) 이외에는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
- 4) “씹어먹는 기능에 약간의 장애를 남긴 때”라 함은 어느 정도의 고형식(밥, 빵 등)은 섭취할 수 있으나 이를 씹어 잘게 부수는 기능에 제한이 뚜렷한 경우를 말한다.
- 5) “말하는 기능에 심한 장애를 남긴 때”라 함은 다음 4종의 어음 중 3종 이상의 발음을 할 수 없게 된 경우를 말한다.
 - ① 구순음(ㅁ, ㅂ, ㅍ)
 - ② 치설음(ㄴ, ㄷ, ㄹ)
 - ③ 구개음(ㄱ, ㅋ, ㆁ)
 - ④ 후두음(ㅇ, ㅎ)
- 6) “말하는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 2종 이상의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
- 7) “말하는 기능에 약간의 장애를 남긴 때”라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 1종의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
- 8) 뇌의 언어중추 손상으로 인한 실어증의 경우에도 말하는 기능의 장애로 평가한다.
- 9) “치아의 결손”이란 치아의 상실 또는 치아의 신경이 죽었거나 1/3 이상이 파절된 경우를 말한다.
- 10) 유상의치 또는 가교의치 등을 보철한 경우의 지대관 또는 구의 장착치와 포스트, 인레인만을 한 치아는 결손된 치아로 인정하지 않는다.
- 11) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열

- 구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
- 12) 어린이의 유치와 같이 새로 자라서 갈 수 있는 치아는 장애의 대상이 되지 않는다.
- 13) 신체의 일부에 탈착분리 가능한 의치의 결손은 장애의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

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

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)

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

라. 약간의 추상(추한 모습)

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

마. 손바닥 크기

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

6. 척추(등뼈)의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) 척추(등뼈)는 경추(목뼈) 이하를 모두 동일 부위로 한다.
- 2) 척추(등뼈)의 장애는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 본 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.

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

7. 체간골의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

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

8. 팔의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 두 팔의 손목 이상을 잃었을 때	100
2) 한 팔의 손목 이상을 잃었을 때	60
3) 한 팔의 3 대관절 중 1관절의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 팔의 3대 관절 중 1관절의 기능에 심한 장애를 남긴 때	20
5) 한 팔의 3대 관절 중 1관절의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	10

장애의 분류	지급률
6) 한 팔의 3대 관절 중 1관절의 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
7) 한 팔에 가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
8) 한 팔에 가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때	10
9) 한 팔의 뼈에 기형을 남긴 때	5

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 판정한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장애(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 생긴 경우)와 일시적인 장애에 대하여는 장애보상을 하지 아니한다.
- 3) “팔”이라 함은 어깨관절(肩關節)부터 손목관절까지를 말한다.
- 4) “팔의 3대 관절”이라 함은 어깨관절, 팔꿈치관절 및 손목관절을 말한다.
- 5) “한 팔의 손목 이상을 잃었을 때”라 함은 손목관절로부터 심장 에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치관절 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
- 6) 팔의 관절기능 장애 평가는 팔의 3대 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) “영구적 신체장애 평가지침”의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장애를 표시할 경우에는 장애부위의 장애각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장애상태를 명확히 한다.
 - 가) “기능을 완전히 잃었을 때”라 함은
 - ① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
 - ② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고, 근력검사에서 근력이 “0등급(Zero)”인 경우
 - 나) “심한 장애”라 함은
 - ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
 - ② 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고, 근력검사에서 근력이 “1등급(Trace)”인 경우
 - 다) “뚜렷한 장애”라 함은
 - ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우

라) “약간의 장애”라 함은

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

7) “가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.

8) “가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때”라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.

9) “뼈에 기형을 남긴 때”라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

1) 1상지(팔과 손가락)의 장애지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

2) 한 팔의 3대 관절 중 1관절에 기능장애가 생기고, 다른 1관절에 기능장애가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

9. 다리의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

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

- (관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
- 7) "가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때"라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
 - 8) "가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때"라 함은 경골과 종아리뼈 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
 - 9) "뼈에 기형을 남긴 때"라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.
 - 10) 다리의 단축은 상전장골극에서부터 경골내측과 하단까지의 길이를 측정하여 정상측 다리의 길이와 비교하여 단축된 길이를 산출한다. 다리 길이의 측정에 이용하는 골표적(bony landmark)이 명확하지 않은 경우나 다리의 단축장애 판단이 애매한 경우에는 scanogram을 통하여 다리의 단축정도를 측정한다.

다. 지급률의 결정

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

10. 손가락의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) 손가락에는 첫째 손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그 중 심

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

11. 발가락의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 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 (1발가락 마다)	5
5) 한 발의 5개 발가락 모두의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
6) 한 발의 첫째 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	8
7) 한 발의 첫째발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때 (1발가락 마다)	3

나. 장애판정기준

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

12. 흉·복부 장기 및 비뇨생식기의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 흉·복부 장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장애를 남긴 때	75
2) 흉·복부 장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	50
3) 흉·복부 장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장애를 남긴 때	20

나. 장애의 판정기준

- 1) “흉·복부 장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장애를 남긴 때”라 함은
 - ① 심장, 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
 - ② 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때
 - ③ 방광의 기능이 완전히 없어진 때
- 2) “흉·복부 장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은
 - ① 위, 대장 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때

- ② 소장 또는 간장의 3/4 이상을 잘라내었을 때
- ③ 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
- 3) “흉·복부 장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장애를 남긴 때”라 함은
 - ① 비장 또는 한쪽의 신장 및 한쪽의 폐를 잘라내었을 때
 - ② 장루, 요도루, 방광누공, 요관 장문합이 남았을 때
 - ③ 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착으로 인공요도가 필요한 때
 - ④ 음경의 1/2 이상이 결손되었거나 질구 협착 등으로 성생활이 불가능한 때
 - ⑤ 항문 괄약근의 기능장애로 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
- 4) 흉·복부 장기 또는 비뇨생식기의 장애로 인하여 일상생활 기본 동작에 제한이 있는 경우 “<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”에 따라 장애를 평가하고 둘 중 높은 지급률을 적용한다.
- 5) 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장애의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계·정신행동 장애

가. 장애의 분류

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

10) 뚜렷한 간질발작이 남았을 때	40
11) 약간의 간질발작이 남았을 때	10

나. 장애판정기준

1) 신경계

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

2) 정신행동

- ① 상기 정신행동 장애지급률에 미치지 않는 장애에 대해서는 “<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”에 따라 지급률을 산정하여 지급한다.
- ② 일반적으로 상해를 입은 후 24개월이 경과한 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 수상 후 18개월이 경과한 후에 판정할 수 있다. 다만, 장애는 충분한 전문적 치료를 받은 후 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로 인하여 고정되거나 중하게 된 장애에 대해서는 인정하지 아니한다.
- ③ 심리학적 평가보고서는 자격을 갖춘 임상심리 전문의가 시행하고 작성하여야 한다.
- ④ 전문의란 정신과 혹은 신경정신과 전문의를 말한다.
- ⑤ 평가의 객관적 근거
 - ㉠ 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등을 기초로 한다.
 - ㉡ 객관적 근거로 인정할 수 없는 경우

- 보호자나 환자의 진술
 - 감정의의 추정 혹은 인정
 - 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들 (뇌SPECT 등)
 - 정신과 혹은 신경정신과 전문의가 시행하고 보고서를 작성하는 심리학적 평가보고서
- ⑥ 각종 기질성 정신장애와 외상 후 간질에 한하여 보상한다.
 - ⑦ 외상 후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증, 편집증, 조울증(정서장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.
 - ⑧ 정신 및 행동장애의 경우 개호인은 생명유지를 위한 동작 및 행동이 불가능하거나 지속적인 감금을 요하는 상태에 한하여 인정한다. 개호의 내용에서는 생명유지를 위한 개호와 행동감시를 위한 개호를 구별하여야 한다.

3) 치매

- ① “치매”라 함은
 - 뇌 속에 후천적으로 생긴 기질적인 병으로 인한 변화 또는 뇌 속에 손상을 입은 경우
 - 정상적으로 성숙한 뇌가 상기에 의한 기질성 장애에 의해서 파괴되었기 때문에 한번 획득한 지능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 경우
- ② 치매의 장애평가는 전문의에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따른다.

4) 간질

- ① “간질”이라 함은 돌발적 뇌파이상을 나타내는 뇌질환에 의거하여 발작(경련, 의식장애 등)을 반복하는 것을 말한다.
- ② “심한 간질 발작”이라 함은 월 8회 이상의 중증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작시 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장애 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.
- ③ “뚜렷한 간질 발작”이라 함은 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
- ④ “약간의 간질 발작”이라 함은 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
- ⑤ “중증발작”이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로서, 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장애가 3분 이상 지속되는 발작을 말한다.

- ⑥ “경증발작”이라 함은 운동장해가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

< 붙임 >

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표

유형	제한정도에 따른 지급률
이동동작	<ul style="list-style-type: none"> - 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 방밖을 나올 수 없는 상태(지급률 40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움이 없이는 방밖을 나올 수 없는 상태(30%) - 목발 또는 walker를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태(20%) - 독립적인 보행은 가능하나 파행이 있는 상태, 난간을 잡지않고는 계단을 오르고 내리기가 불가능한 상태, 계속하여 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태(10%)
음식물 섭취	<ul style="list-style-type: none"> - 식사를 전혀 할 수 없어 계속적으로 튜브나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급을 받는 상태(20%) - 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 식사를 전혀 할 수 없는 상태(15%) - 손가락 사용은 가능하나 젓가락 사용이 불가능하여 음식물 섭취에 있어 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%) - 독립적인 음식물 섭취는 가능하나 젓가락을 이용하여 생선을 바르거나 음식물을 자르지는 못하는 상태(5%)
배변·배뇨	<ul style="list-style-type: none"> - 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 계속적인 도움이 필요한 상태(20%) - 화장실에 가서 변기위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 화장지로 닦고 옷을 입는 일에 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태(15%) - 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변 후 뒤처리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%) - 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2시간 이상 계속되는 업무(운전, 작업, 교육 등)를 수행하는 것이 어려운 상태(5%)

유형	제한정도에 따른 지급률
목욕	<ul style="list-style-type: none"> - 다른 사람의 지속적인 도움 없이는 샤워 또는 목욕을 할 수 없는 상태(10%) - 샤워는 가능하나 혼자서는 때밀기를 할 수 없는 상태(5%) - 목욕시 신체(등 제외)의 일부 부위만 때를 밀 수 있는 상태(3%)
옷입고 벗기	<ul style="list-style-type: none"> - 다른 사람의 지속적인 도움 없이는 전혀 옷을 챙겨 입을 수 없는 상태(10%) - 다른 사람의 지속적인 도움 없이는 상의 또는 하의 중 하나만을 착용할 수 있는 상태(5%) - 착용은 가능하나 다른 사람의 도움 없이는 마무리(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)는 불가능한 상태(3%)

(별표 4)

“중대한 질병”의 정의

I. 중대한 암 (Critical Cancer)

- ① “중대한 암”이라 함은 악성종양세포가 존재하고 또한 주위 조직으로 악성종양세포의 침윤파괴적 증식으로 특징 지을 수 있는 악성종양을 말하며, 다음 각호에 해당하는 경우는 보장에서 제외합니다.
 1. 다음의 가. ~ 바.에 해당하는 악성종양
 - 가. 악성흑색종(melanoma)중에서 침범정도가 낮은(Breslow 분류법상 그 깊이가 1.5mm 이하인 경우를 말합니다) 경우
 - 나. 초기전립샘암(본 상품의 “초기 전립샘암 ”이란 modified Jewett 병기분류상 stage B₀ 이하 또는 1992년 TNM병기상 T1c 이하인 모든 전립샘암을 말합니다)
 - 다. 초기갑상샘암(“초기갑상샘암”이란 유두암(papillary cancer) 또는 여포암(follicular cancer)으로서 암 종괴의 크기가 2.0cm미만으로서 림프절 전이나 원격전이 없는 모든 갑상샘암을 말합니다)
 - 라. 인간면역바이러스(HIV)감염과 관련된 악성 종양(단,의료법에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV감염과 관련된 악성종양은 해당진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제외)
 - 마. 악성흑색종(melanoma) 이외의 모든 피부암(C44)
 - 바. 「중대한 질병 및 수술 보장개시일」 이전에 발생한 암이 「중대한 질병 및 수술 보장개시일」 이후에 재발되거나 전이된 경우
 2. 병리학적으로 전암병소(premalignant condition or condition with malignant potential), 상피내암(carcinoma in-situ), 경계성종양(borderline malignancy) 등 “중대한 암”에 해당하지 않는 질병
 3. 신체부위에 관계없이 병리학적으로 현재 양성종양인 경우
- ② 암의 진단확정은 해부병리 전문의사 또는 임상병리 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.
- ③ 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에만 암에 대한 임상학적 진단이 그 암의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 의사가 작성한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

II. 중대한 급성심근경색증 (Critical Acute Myocardial Infarction)

- ① “중대한 급성심근경색증”이라 함은 관상동맥의 폐색으로 말미암아 심근으로의 혈액공급이 급격히 감소되어 전형적인 흉통의 존재와 함께 해당 심근조직의 비가역적인 괴사를 가져오는 질병으로서 발병 당시 다음의 2가지 특징을 모두 보여야 합니다.
가. 전형적인 급성심근경색 심전도 변화(ST분절,T파,Q파)가 새롭게 출현
나. CK-MB를 포함한 심근효소의 발병당시 새롭게 상승 (단,TROPONIN은 제외)
- ② 안정협심증, 불안정협심증, 이형협심증을 포함한 모든 종류의 협심증은 보장에서 제외합니다.
- ③ 상기 ①의 가. ~ 나. 중 하나의 특징만을 가지고 있는 경우 보장에서 제외합니다. 예를들면, 혈액중 심장효소검사만으로 “급성심근경색증” 진단을 내린다든지 심전도검사 만으로 “급성심근경색증” 진단을 내리는 경우는 보장에서 제외합니다.
- ④ 또한, 상기 ①의 가. ~ 나. 를 기초로 하지 않고, 심초음파 검사나 핵의학검사, 자기공명영상, 양전자방출단층촬영술등을 기초로 “급성심근경색증” 진단을 내리는 경우도 보장에서 제외하며, 상기 ①의 가. ~ 나. 를 기초로 하지 않고 진단된 심근의 미세경색이나 작은손상(myocardialmicroinfarction or minimal myocardial damage)은 보장에서 제외합니다.

III. 중대한 뇌졸중 (Critical Stroke)

- ① “중대한 뇌졸중”이라 함은 거미막밑출혈, 뇌내출혈, 뇌경색이 발생하여 뇌혈액순환의 급격한 차단이 생겨서 그 결과 영구적인 신경학적결손이 나타나는 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 뇌혈액순환의 급격한 차단은 의사가 작성한 진료기록부상의 전형적인 병력을 기초로 하여야 하며, 영구적인 신경학적결손이란 주관적인 자각증상(symptom)이 아니라 신경학적검사를 기초로 한 객관적인 신경학적증후(sign)로 나타난 장애로서 별표3 장애분류표에서 정한 “신경계에 장애가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때”의 지급률이 25% 이상인 장애상태(장애분류별 판정기준 13.신경계·정신행동 장애 가.장애의 분류 1) 및 나.장애판정기준 1) 신경계 ①,③에 따라 판정함)를 말합니다.
- ③ “중대한 뇌졸중”의 진단확정은 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 핵자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET scan), 단일광자전산화단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사를 기초로 영구적인 신

경학적 결손에 일치되게 “중대한 뇌졸중”에 특징적인 소견이 발병 당시 새롭게 출현함을 근거로 하여야 합니다.

- ④ 상기 ① ~ ③에 모두 근거하지 않은 경우에는 보장에서 제외합니다. 예를들면, 뇌전산화단층촬영만으로 “뇌졸중” 진단을 내린단지 영구적인 신경학적결손만으로 “뇌졸중” 진단을 내리는 경우는 보장에서 제외합니다.
- ⑤ 일과성허혈발작(transcient ischemic attack), 가역적허혈성신경학적 결손(reversible ischemic neurological deficit)은 보장에서 제외합니다. 또한, 다음과 같은 뇌출혈, 뇌경색은 보장에서 제외합니다
 - 가. 외상에 의한 뇌출혈
 - 나. 뇌종양으로 인한 뇌출혈
 - 다. 뇌수술 합병증으로 인한 뇌출혈
 - 라. 신경학적결손을 가져오는 안동맥(ophthalmic artery)의 폐색

IV. 말기신부전증 (End Stage Renal Disease)

“말기신부전증”이라 함은 양쪽 신장 모두가 비가역적인 기능부전을 보이는 말기신질환(End Stage Renal disease)으로서 보존요법으로는 치료가 불가능하여 혈액투석이나 복막투석을 받고 있거나 받은 경우 또는 신장이식을 받은 경우를 말하며 일시적으로 투석치료를 필요로 하는 신부전증은 보장에서 제외합니다.

V. 말기간질환(End Stage Liver Disease)

“말기간질환”이라 함은 간질환 중에서 영구적인 황달, 복수, 뇌병증의 3가지 기준을 모두 충족시키는, 간경변증을 일으키는 말기의 간질환을 말합니다.

VI. 말기폐질환(End Stage Lung Disease)

- ① “말기 폐질환”이라 함은 만성 호흡부전을 일으키는 폐질환의 악화 된 상황으로써 다음의 2가지 특징을 모두 보여야 합니다.
 - 가. 영구적인 산소공급 치료가 요구되는 상태
 - 나. 평상시 FEV1 검사가 정상예측치의 25% 이하
- ② “말기 폐질환”으로 분류되는 질병은 제4차 개정 한국표준질병·사인 분류중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	병명코드
인플루엔자 및 폐렴	J10 ~ J18
기타 급성 하기도 감염	J20 ~ J22
만성 하기도 질환	J40 ~ J47
외부요인에 의한 폐질환	J60 ~ J70
주로 사이질에 영향을 주는 기타 호흡기 질환	J80 ~ J84
하기도의 화농성 및 괴사성 병태	J85 ~ J86
가슴막의 기타 질환	J90 ~ J94
호흡계통의 기타 질환	J95 ~ J99

※ 제5차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

③ 상기 ① ~ ②에 모두 근거하지 않은 경우에는 보장에서 제외합니다.

(예) 1. ①의 가. ~ 나.의 특징을 모두 보이거나 ②에서 정한 대상질병 이외의 원인으로 인한 경우

2. ②에서 정한 질병에 해당하지만 ①의 가. ~ 나.의 특징을 모두 보이지 않는 경우

(별표 5)

“중대한 화상 및 부식”의 정의

① 중대한 화상 및 부식 (Third Degree Burns and Corrosions)

“중대한 화상 및 부식”이라 함은 「9의 법칙(The Rule of 9's)」 또는 「룬드와 부라우더 신체 표면적 차트(Lund & Brodwer chart)」에 의해 측정된, 신체 표면적으로 최소 20% 이상의 3도 화상 또는 부식을 입은 경우를 말하며, 「9의 법칙」 또는 「룬드와 부라우더 신체 표면적 차트」 측정법처럼 표준화되고 임상학적으로 받아 들여지는 다른 신체 표면적 차트를 사용하여 유사한 결과가 나온 것도 인정합니다.

② “중대한 화상 및 부식”의 진단확정은 의사가 작성한 문서화된 기록 또는 기록결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

(별표 6)

“중대한 수술”의 정의

I. 관상동맥우회술 (Coronary Artery Bypass Graft)

- ① “관상동맥우회술”이라 함은 관상동맥질환(Coronary Artery Bypass Graft)의 근본적인 치료를 직접목적으로 하여 개흉술을 한 후 대복재정맥(greater saphenous vein), 내유동맥(internal mammary artery)등의 자가우회도관을 협착이 있는 부위보다 원위부(遠位部)의 관상동맥에 연결하여 주는 수술을 말합니다.
- ② 그러나 카테터를 이용한 수술이나 개흉술을 동반하지 않는 수술은 모두 보장에서 제외합니다.
(예) 관상동맥성형술(Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty, PTCA), 스텐트삽입술(Coronary Stent), 회전죽상반절제술(Rotational atherectomy)

II. 대동맥류인조혈관치환수술 (Aorta Graft Surgery)

- ① “대동맥류인조혈관치환수술”이라 함은 대동맥류의 근본적인 치료를 직접목적으로 하여 개흉술 또는 개복술을 한 후 반드시 대동맥류병소를 절제(excision)하고 인조혈관(artificial vessel)으로 치환(graft)하는 두가지 수술을 해주는 것을 의미합니다. 여기에서 “대동맥”이라 함은 흉부 또는 복부 대동맥을 말하는 것으로 대동맥의 분지(branch)동맥들은 제외됩니다.
- ② 단, 카테터를 이용한 수술은 보장에서 제외합니다.
(예) 경피적혈관내대동맥류수술(percutaneous endovascular aneurysm repair)

III. 심장판막수술 (Heart Valve Surgery)

- ① “심장판막수술”이라 함은 심장판막질환의 근본적인 치료를 직접목적으로 하여 다음의 두가지 기준중 한가지 이상에 해당하는 경우입니다.
 - 가. 반드시 개흉술 및 개심술을 한 후 병변이 있는 판막을 완전히 제거한 뒤에 인공심장판막 또는 생체판막으로 치환하여 주는 수술
 - 나. 반드시 개흉술 및 개심술을 한 후 병변이 있는 판막에 대해 판막성형술(valvuloplasty)을 해주는 수술

- ② 그러나 다음과 같은 수술은 보장에서 제외합니다.
 - 가. 카테터를 이용하여 수술하는 경우
(예) 경피적 판막성형술(percutaneous balloon valvuloplasty)
 - 나. 개흉술 또는 개심술을 동반하지 않는 수술

IV. 5대장기이식수술 (5 Major Organ Transplantation)

- ① “5대장기이식수술”이라 함은 5대장기의 만성부전상태로부터 근본적인 회복과 치료를 목적으로 관련법규에 따라 정부에서 인정한 장기이식의료기관 또는 이와 동등하다고 인정하는 의료기관에서 간장, 신장, 심장, 폐장, 대장, 소장, 췌장에 대하여 장기이식을 하는 것으로 타인의 내부장기를 적출하여 장기부전상태에 있는 수혜자에게 이식을 시행한 경우에 대한 수술을 말합니다.
- ② 단, 랑게르한스 소도 세포 이식수술은 보장에서 제외합니다.

(별표 7)

보험금 지급시의 적립이율 계산(제35조 제2항 관련)

1. 사망보험금, C보험금 (제19조 제1호 내지 제2호)

적립기간	지급이자
지급기일의 다음 날부터 보험금 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

2. 해약환급금 (제24조 제1항)

적립기간	지급이자	
해약환급금 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 해약환급금 청구일까지의 기간	1년 이내	공시이율의 50%
	1년 초과 기간	1%
해약환급금 청구일의 다음 날부터 지급기일까지의 기간	공시이율 + 1%	
지급기일의 다음 날부터 해약환급금 지급일까지의 기간	보험계약대출이율	

(주)

1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 일자 계산하며, 소멸시효(제26조)가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.

무배당 교보큰사랑CI보험
주계약 집중보장형 약관

무배당 교보큰사랑CI보험 주계약 집중보장형 약관

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조 (보험계약의 성립)

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

의 매출을 취소하며, 이자를 더하여 지급하지 아니합니다.

제2조 (청약의 철회)

- ① 계약자는 청약을 한 날 또는 제1회 보험료를 납입한 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회(撤回)할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 의한 계약자의 청약철회 신청을 접수한 경우에는 지체 없이 이미 납입한 보험료(특약이 부가된 경우 특약보험료 포함)를 돌려 드리며, 보험료 반환이 지체된 기간에 대하여는 이 계약의 “보험계약대출이율”을 연 단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 단, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에는 회사는 신용카드의 매출을 취소하며, 이자를 더하여 지급하지 아니합니다.

제3조 (용어의 정의)

이 계약에서 사용되는 용어의 정의는 다음과 같습니다.

[월계약해당일]

계약일부터 한 달씩 경과되는 매월의 계약해당일을 말합니다. 단, 해당월의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 말일을 계약해당일로 합니다.

[기본보험료]

보험계약 체결시 정한 일시납 계약의 일시납보험료 또는 월납 계약의 매월 계속 납입하기로 한 월납보험료로서, 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정한 방법에 따라 계산된 보험료를 말합니다.

다.

[추가납입보험료]

기본보험료 이외에 계약일 1개월 경과 후부터 약관에서 정한 C보험금 지급사유 발생 전까지 납입하는 보험료로서 다음과 같습니다.

- (1) 보험기간 중 납입하기로 정한 기본보험료 총액(이하 “기본보험료 총액”이라 합니다)을 초과하여 납입하는 보험료
- (2) 월납계약에서 보험료 납입경과기간 3년(36회) 이내에 보험료 납입한도 내에서 계약자의 선택에 따라 납입하는 보험료
- (3) 계약자적립금의 인출로 인한 기본사망보험금의 감소가 있을 경우 기본사망보험금 감소분 이내에서 계약자의 선택에 따라 납입하는 보험료

[보험료 납입한도]

기본보험료와 추가납입보험료를 합하여 보험기간 중 납입할 수 있는 보험료의 납입한도는 기본보험료 총액의 200%로 하며, 연간 납입한도는 다음과 같습니다.

- (1) 월납계약 : 월납 기본보험료 \times 12 \times 200%
- (2) 일시납계약 : 일시납 기본보험료 \times 10% (단, 초년도
는 일시납 기본보험료 \times 110%)

단, 특약이 부가된 경우에 특약보험료는 보험료 납입한도에서 제외하며, 계약자적립금의 인출이 있을 경우에는 보험료 납입한도에 인출금액의 누계를 합산한 금액을 납입한도로 합니다.

[월대채보험료]

○ 월납

(1) 보험료 납입경과기간 3년(36회 납입) 이내

해당월의 위험보험료, 부가보험료 및 특약이 부가된 경우 특약보험료의 합계액을 말하며, 해당월 기본보험료(특약보험료 포함) 납입시에 계약자적립금에서 공제합니다. 단, 기본보험료(특약보험료 포함)를 계약해당일 이전에 납입할 경우에는 해당월 계약해당일에 계약자적립금에서 공제합니다.

(2) 보험료 납입경과기간 3년(36회 납입) 경과 후

해당월의 위험보험료와 부가보험료(수금비 제외) 및 특약이 부가된 경우 특약보험료(수금비 제외)의 합계액을 말하며, 매월 계약해당일에 해약환급금(단, 보험계약대출원리금을 차감한 금액으로 특약의 해약환급금은 제외된 금액)에서 공제합니다.

다만, 해당월까지 납입하기로 한 기본보험료(특약보험료 포함) 누계액 이상을 납입하였음에도 불구하고 해약환급금(특약의 해약환급금은 제외된 금액)에서 월대채보험료를 충당하지 못하는 계약 중 보험계약대출원리금 잔액이 없고 중도인출을 하지 않은 경우에는 해당월 기본보험료(특약보험료 포함) 납입시에 계약자적립금에서 공제하며, 기본보험료(특약보험료 포함)를 해당월 계약해당일 이전에 납입할 경우에는 해당월 계약해당일에 계약자적립금에서 공제합니다.

단, 수금비는 기본보험료(특약보험료 포함) 납입시에 공제합니다.

○ 일시납

해당월의 위험보험료 및 부가보험료의 합계액을 말하며, 매월 계약해당일에 해약환급금(단, 보험계약대출원리금을 차감한 금액으로 특약의 해약환급금은 제외된 금액)에서 공제합니다.

[이미 납입한 보험료]

계약자가 회사에 납입한 기본보험료 및 추가납입보험료의 합계(단, 특약보험료는 제외)를 말하며, 계약자적립금의 인출이 있을 경우에는 기본보험료 및 추가납입보험료의 합계에서 인출금액의 합계를 차감한 금액을 말합니다. 다만, 계약자가 보험가입금액을 감액하거나 중도에 계약자적립금을 인출한 경우의 기본보험금 계산시에 적용하는 “이미 납입한 보험료”는 제7조(계약내용의 변경) 제3항 및 제38조(계약자적립금의 인출) 제4항에 따라 계산된 보험료와 해당 감액 또는 인출 이후 납입된 보험료의 합계를 말합니다.

[계약자적립금]

이 계약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 이 계약의 공시이율(약관 제23조(공시이율의 적용 및 공시) 참조)로 일자계산에 의하여 적립한 금액을 말합니다.

[예정최저적립금]

이 계약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 이 계약의 예정이율(연 복리 3.75%)로 일자계산에 의하여 적립한 금액을 말합니다.

[기본보험금]

「기본사망보험금」과 「이미 납입한 보험료」 그리고 「예정최저적립금의 105% 금액」 중 가장 큰 금액을 말합니다.

[기본사망보험금]

- 제4조(보험기간의 구분)에서 정한 제1보험기간의 「기본사망보험금」은 보험가입금액에서 중도인출금액을 차감하고, 추가납입보험료를 합산한 금액을 말합니다.
- 제4조(보험기간의 구분)에서 정한 제2보험기간 및 제3보험기간의 「기본사망보험금」은 보험가입금액의 70%에서 중도인출금액을 차감하고, 추가납입보험료를 합산한 금액을 말합니다.

[가산보험금]

계약자적립금과 예정최저적립금과의 차이에 의해 산출되는 보험금으로 유효한 계약에 대하여 매일 계산하며, 계산당일에만 확정 적용합니다.

제4조 【 보험기간의 구분 】

- ① 이 계약의 보험기간은 다음에 정하는 “제1보험기간”과 “제2보험기간” 및 “제3보험기간”으로 구분합니다.
 - 1. 제1보험기간은 계약일부터 60세 계약해당일의 전일까지로 합니다.
 - 2. 제2보험기간은 60세 계약해당일부터 80세 계약해당일의 전일까지로 합니다.

3. 제3보험기간은 80세 계약해당일부터 종신까지로 합니다.
- ② 제1항의 나이는 보험대상자(피보험자)의 보험나이를 기준으로 하며, 보험나이는 제10조(보험나이)에 따릅니다.

제5조 (약관교부 및 설명의무 등)

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

내에 계약을 취소할 수 있습니다.

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

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

- ④ 제2항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료(특약이 부가된 경우 특약보험료 포함)를 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 “보험계약대출이율”을 연 단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제6조 (계약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 계약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료(특약이 부가된 경우 특약보험료 포함)를 돌려 드립니다.

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

제7조 (계약내용의 변경)

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

1. 보험료의 수금방법
2. 보험가입금액
3. 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)
4. 기타 계약의 내용

- ② 회사는 계약자가 제1항 제2호에 의하여 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제24조(해약환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

- ③ 제2항에 의하여 보험가입금액을 감액한 경우 기본보험금의 계산시 적용하는 “이미 납입한 보험료”는 다음과 같이 계산합니다.

○ 감액 이후의 「이미 납입한 보험료」

$$= [\text{감액 전 이미 납입한 보험료}] \times [\text{감액 후 계약자적립금}] \div [\text{감액 전 계약자적립금}]$$

(주) 「감액 전 이미 납입한 보험료」는 해당 감액 전 중도인출 및 감액이 발생한 경우 제38조(계약자적립금의 인출) 제4항 및 상기 방법에 따라 계산된 이미 납입한 보험료를 말합니다.

- ④ 제2항의 보험가입금액을 감액하는 경우에는 같은 비율로 가산보험금도 감액되는 것으로 하며, 회사는 가산보험금만의 감액을 취급하지 않습니다.

- ⑤ 계약자가 제1항 제3호에 의하여 보험금을 받는 자(보험수익자)를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 보험대상자(피보험자)의 서면에 의한 동의가 있어야 합니다.

제8조 (계약자의 임의해지)

계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제24조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제9조 (계약의 소멸)

보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 제19조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에서 정한 사망보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제10조 (보험나이)

- ① 이 약관에서의 보험대상자(피보험자)의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 단, 제6조(계약의 무효) 제2호의 경우에는 실제 만나이를 적용합니다.
- ② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 보험대상자(피보험자)의 실제 만나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고, 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제11조 (제1회 보험료 및 회사의 보장개시일)

- ① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때 (자동이체 납입 및 신용카드 납입의 경우에는 자동이체 신청 및 신용카드 매출승인에 필요한 정보를 제공한 때. 다만, 계약자의 귀책사유로 보험료 납입 및 승인이 불가능한 경우에는 그러하지 아니합니다)부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

그러나 회사가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙한 경우에는 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.(이하 제1회 보험료를 받은 날을 “보장개시일”이라 하며, 보장개시일을 “보험계약일”로 봅니다)

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

- ③ 회사는 제2항에 불구하고 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.

1. 제28조(계약전 알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우
2. 제27조(계약전 알릴 의무)에 의하여 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 회사에 알린 내용 또는 건강진단내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우

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

- ⑤ 제1항 및 제2항에도 불구하고 제19조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호에서 “중대한 질병” 및 “중대한 수술”에 의한 이보험금의 보장개시일은 보험계약일[부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하 “중대한 질병 및 수술 보장개시일”이라 합니다)로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

제12조 (제2회 이후 보험료의 납입)

- ① 계약자는 제2회 이후의 보험료를 계약일 1개월 경과 후부터 회사가 정한 방법 및 보험료의 납입한도 내에서 보험기간 중 자유롭게 납입할 수 있습니다. 단, 월납 계약의 경우 보험료 납입경과기간 3년(36회 납입) 이내에는 이 계약의 수금방법에 따라 기본보험료(특약보험료 포함)를 계약 체결시 납입하기로 약속한 날(이하 “납입기일”이라 합니다)까지 납입하여야 하며, 계약자의 선택에 의하여 보험료의 납입한도 내에서 추가납입보험료를 납입할 수 있습니다. 또한 보험료 납입경과기간 3년(36회 납입) 경과 후부터는 해약환급금(단, 보험계약대출원리금을 차감한 금액으로 특약의 해약환급금은 제외된 금액)에서 월대체보험료를 충당할 수 있을 경우 보험료의 납입을 유예할 수 있으며, 이미 납입한 기본보험료의 합계가 기본보험료 총액에 도달할 때까지는 기본보험료로 보며, 기본보험료 총액을 초과한 경우에는 그 초과한 보험료를 추가납입보험료로 봅니다.

단, 중도인출로 인한 기본사망보험금의 감소가 있는 경우에는 기본사망보험금 감소분 이내에서 추가납입이 가능함

니다.

- ② 회사는 계약자가 보험료를 납입한 경우에는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융회사(우체국 포함)를 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사 발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.
- ③ 제1항에 불구하고 이미 납입한 보험료가 제3조(용어의 정의)에서 정한 “보험료 납입한도”에 도달한 경우에는 더 이상 보험료를 납입할 수 없습니다.

제13조 (보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

- ① 월납 계약의 경우 보험료 납입경과기간 3년(36회 납입) 이내에는 계약자가 제2회 이후의 기본보험료(특약보험료 포함)를 납입기일까지 납입하지 아니하는 경우에는 납입기일 다음 날부터 납입기일이 속하는 달의 다음 달 말일까지를 납입최고(독촉)기간으로 하며, 보험료 납입경과기간 3년(36회 납입) 경과 후에는 해약환급금(단, 보험계약대출원리금을 차감한 금액으로 특약의 해약환급금은 제외된 금액)에서 월대체보험료를 충당할 수 없게 된 경우 월계약해당일의 다음 날부터 그 월계약해당일이 속하는 달의 다음 달 말일까지를 납입최고(독촉)기간으로 합니다.
- ② 일시납 계약의 경우 인출 등의 사유로 해약환급금(단, 보험계약대출원리금을 차감한 금액으로 특약의 해약환급금은 제외된 금액)에서 월대체보험료를 충당할 수 없게 된 경우에는 월계약해당일의 다음 날부터 그 월계약해당일이 속하는 달의 다음 달 말일까지를 납입최고(독촉)기간으로 합니다.
- ③ 회사는 제6항에서 정한 바에 따라 최고(독촉)하고, 납입최

고(독촉)기간 안에 기본보험료(특약보험료 포함) 또는 추가납입보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 계약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

- ④ 제3항에 불구하고 보험료 납입경과기간 3년(36회 납입) 경과 후에 해약환급금(특약의 해약환급금은 제외된 금액)에서 월대체보험료를 충당하지 못하는 계약 중 해당월까지 납입하기로 한 기본보험료(특약보험료 포함) 누계액 이상을 납입하고 보험계약대출원리금 잔액이 없으며 중도인출을 하지 않은 경우에는 계약자적립금에서 월대체보험료가 충당되어 제3항에 의한 최고(독촉)를 하지 아니하며 계약을 해지하지 아니합니다.
- ⑤ 제1항 내지 제3항에 불구하고 월납 계약의 보험료 납입경과기간 3년(36회 납입) 이내에 회사의 방문수금 불이행 또는 은행납입통지서의 미교부, 자동이체 미신청 등 회사의 책임있는 사유로 인하여 계약자가 보험료를 납입하지 못한 경우에는 납입기일부터 3개월이 되는 날까지를 납입최고(독촉)기간으로 하여 제1항 내지 제3항을 적용합니다. 다만, 회사가 다시 보험료를 수금 또는 자동이체하기로 하거나 은행납입통지서를 교부하기로 한 경우에는 그 수금(자동이체) 또는 재교부일부터 15일이 되는 날을 새로운 납입기일로 하여 제1항 및 제2항의 납입최고(독촉)기간을 적용합니다.
- ⑥ 제1항 및 제2항에 해당하는 경우 회사는 계약자[타인을 위한 보험의 경우 특정한 보험금을 받는자(보험수익자) 포함]에게 납입최고(독촉)기간 안에 연체된 기본보험료(특약

보험료 포함, 이하 “연체보험료”라 합니다) 또는 추가납입 보험료를 납입하여야 한다는 내용과 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 기본보험료(특약보험료 포함) 또는 추가납입보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날부터 계약이 해지됨을 납입최고(독촉)기간이 끝나기 15일 이전까지 서면 또는 전화(음성녹음)로 알려 드립니다.

- ⑦ 제1항 내지 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사가 지급해야 할 해약환급금이 있을 때에는 제24조(해약환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제14조 (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

- ① 제13조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 보험료 납입경과기간 3년(36회 납입) 이내에 월납 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 아니한 경우에 계약자는 해지된 날부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(復活, 효력회복)을 청약할 수 있으며, 회사가 이를 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 기본보험료(특약보험료 포함)와 부활(효력회복)을 청약한 날까지 이 계약의 공시이율로 계산한 연체이자를 더하여 납입하여야 합니다. 이 경우 회사는 미납된 월대체보험료를 공제합니다. 단, 공시이율이 연체기간 중 변경될 때에는 월 가중평균이율로 계산합니다.
- ② 보험료 납입경과기간 3년(36회 납입) 경과 후에 계약이 해지된 경우 또는 계약자적립금의 인출 등의 사유로 해약환급금(단, 보험계약대출원리금을 차감한 금액으로 특약의

해약환급금은 제외된 금액)에서 월대체보험료를 충당하지 못하여 계약이 해지된 경우에는 부활(효력회복)을 취급하지 아니합니다.

- ③ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제1조(보험계약의 성립) 제2항 및 제3항, 제11조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시일), 제27조(계약전 알릴 의무), 제28조(계약전 알릴 의무 위반의 효과) 및 제29조(계약취소권의 행사제한)를 준용합니다. 단, 부활(효력회복)의 경우 제1회 보험료는 부활(효력회복)시의 보험료를 의미합니다.

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제15조 (“중대한 질병”의 정의)

이 계약에 있어서 “중대한 질병”이라 함은 별표 4 (“중대한 질병”의 정의)에서 정한 “중대한 암”, “중대한 급성심근경색증”, “중대한 뇌졸중”, “말기신부전증”, “말기간질환”, “말기폐질환”을 말합니다.

제16조 (“중대한 화상 및 부식”의 정의)

이 계약에 있어서 “중대한 화상 및 부식”이라 함은 별표 5 (“중대한 화상 및 부식”의 정의)에서 정한 “중대한 화상 및 부식”을 말합니다.

제17조 (“중대한 수술”의 정의)

이 계약에 있어서 “중대한 수술”이라 함은 별표 6 (“중대한 수술”의 정의)에서 정한 “관상동맥우회술”, “대동맥류인조혈관치환수술”, “심장판막수술”, “5대장기이식수술”

을 말합니다.

제18조 (“중대한 질병”과 “중대한 화상 및 부식”의 진단확정)

“중대한 질병” 및 “중대한 화상 및 부식”의 진단확정은 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(한 의사, 치과 의사 제외) 자격증을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

제19조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험대상자(피보험자)에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금(별표 1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급하여 드립니다.

1. 보험대상자(피보험자)가 보험기간(종신) 중 사망하거나 장애분류표(별표 3 참조, 이하 “장애분류표”라 합니다) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 80% 이상인 장애상태가 되었을 때 : 사망보험금 지급
2. 보험대상자(피보험자)가 제1보험기간 및 제2보험기간 중 “중대한 화상 및 부식”으로 진단확정을 받았을 때 또는 제1보험기간 및 제2보험기간 중 “중대한 질병 및 수술 보장개시일” 이후에 “중대한 질병”으로 진단확정 받거나 “중대한 수술”을 받았을 때 : CI보험금 지급 (단, CI보험금은 “중대한 질병”, “중대한 수술” 또는 “중대한 화상 및 부식” 중 최초 1회에 한하여 지급함)

니다)

제20조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보험료 납입기간 중 보험대상자(피보험자)가 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 50% 이상 80% 미만인 장해상태가 되었을 때 또는 제19조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호의 C보험금 지급사유가 발생하였을 때에는 차회 이후의 기본보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제19조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에는 보험기간 중 생사가 분명하지 아니하여 실종선고(失蹤宣告)를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부 기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 호적에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.
- ③ 제1항 및 제19조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호의 경우 재해로 인하여 장해상태가 되고, 장해지급률이 재해일로부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일로부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ④ 제3항에 의하여 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 재해일로부터 2년 이내) 중에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태(사망 포함)를 기준으로 장해지급률을

결정합니다.

- ⑤ 제1항 및 제19조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호의 “동일한 재해”의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑥ 제1항 및 제19조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다.
- ⑦ 제1항 및 제19조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 “한시장애”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 정합니다.
- ⑧ 제1항 및 제19조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장애가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 합산하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑨ 제8항에 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑩ 제19조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호의 사망보험금 지급은 보험대상자(피보험자)가 사망한 날이나 동일한 재

해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의
합산 장애지급률이 80% 이상인 장애상태로 진단확정된
날을 기준으로 합니다.

- ⑪ 제19조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호에서 중대한 질병 또는 중대한 수술의 경우 C보험금 지급사유가 “중대한 질병 및 수술 보장개시일” 이후에 발생한 경우라도, “중대한 질병 및 수술 보장개시일” 이전에 발생한 중대한 질병 또는 중대한 수술과 인과관계가 있는 경우에는 C보험금을 지급하지 아니하며 보험료의 납입을 면제하여 드리지 아니합니다.
- ⑫ 제11항에 불구하고 계약자는 보험대상자(피보험자)가 “중대한 질병 및 수술 보장개시일” 전에 중대한 질병으로 진단확정되거나 중대한 수술을 받았을 경우에는 진단확정일 또는 수술일로부터 그 날을 포함하여 90일 이내에 계약을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

제21조 (보험금을 지급하지 아니하는 보험사고)

- ① 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 아니하거나 보험료의 납입을 면제하지 아니함과 동시에 이 계약을 해지(解止)할 수 있습니다.
 - 1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우
그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우와 계약의 보장개시일(부활(효력회복) 계약의 경우에는 부활(효력회복) 청약일)부터 2년이 경

과된 후에 자살하거나 자신을 해침으로써 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 80% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 그러하지 아니합니다.

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

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

3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우

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

1. 제1항 제1호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드리지 아니합니다.

제22조 (전쟁, 기타 변란시의 보험금)

회사는 보험대상자(피보험자)가 전쟁, 기타 변란으로 인하여 제19조(보험금의 종류 및 지급사유) 또는 제20조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 사유가 발생한 경우 그 수가 보험료 산출기초에 중대한 영향을 미칠 우려가 있다

고 인정될 때에는 금융감독위원회의 인가를 얻어 보험금을 감액하여 지급하거나 또는 보험료의 납입을 면제하지 아니합니다.

제23조 (공시이율의 적용 및 공시)

- ① 이 계약의 계약자적립금에 대한 적립이율은 회사가 정한 공시이율(이하 “공시이율”이라 합니다)로 합니다.
- ② 제1항의 공시이율은 운용자산이익률과 시장금리를 기준으로 향후 예상수익 등 경영환경을 고려하여 이 계약의 “사업방법서”에서 정한 바에 따라 결정합니다.
- ③ 제1항의 공시이율은 매년 「1월1일, 4월1일, 7월1일, 10월1일」의 공시이율을 기준으로 매 3개월간 확정 적용하며, 최저보증이율은 연 복리 3.75%로 합니다.
단, 최초로 정하는 공시이율은 회사가 정하는 날부터 위의 내용에 따라 다음 공시이율을 정하는 날까지 적용합니다.
- ④ 회사는 제1항 내지 제3항에서 정한 공시이율을 매월 회사의 인터넷 홈페이지 등을 통해 공시합니다.

제24조 (해약환급금)

- ① 이 약관에 의해 계약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 계약의 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해약환급금 계산시 적용되는 공시이율은 제23조(공시이율의 적용 및 공시)에서 정한 이율로 합니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제25조 (배당금의 지급)

이 계약은 무배당보험이므로 계약자 배당금이 없습니다.

제26조 (소멸시효)

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

제4관 보험계약시 계약자의 계약전 알릴 의무 등

제27조 (계약전 알릴 의무)

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

제28조 (계약전 알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 제27조(계약전 알릴 의무)에 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 때에는 그러하지 아니합니다.

1. 회사가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니

하고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때

3. 회사가 이 계약의 청약시 보험대상자(피보험자)의 건강 상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 의하여 승낙통지를 한 때(계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요 사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 제외)
 4. 보험을 모집한 자(이하 “보험설계사 등”이라 합니다)가 계약자 또는 보험대상자(피보험자)의 계약전 알릴 의무 사항을 임의로 기재한 경우
- ② 제1항의 중요한 사항이라 함은 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 인수하는 등 계약 인수에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
- ③ 회사는 제1항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약전 알릴 의무 위반사실 뿐만 아니라 계약전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 계약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면으로 알려 드립니다.
- ④ 제1항에 의하여 계약을 해지하였을 때에는 해약환급금과 이미 납입한 보험료 중 많은 금액을 지급하여 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
- ⑤ 제27조(계약전 알릴 의무)의 계약전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가

증명하지 못한 경우에는 제1항에 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 지급하여 드립니다.

제29조 (계약취소권의 행사제한)

회사는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때에는 민법 제110조(사기에 의한 의사표시)에 의한 취소권을 행사하지 아니합니다. 그러나 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 대리진단, 약물복용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 에이즈의 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.

제5관 보험금 지급 등의 절차

제30조 (주소변경통지)

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

제31조 (보험금을 받는 자(보험수익자)의 지정)

이 계약에서 계약자가 보험금을 받는 자(보험수익자)를 지정하지 아니한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)를 제 19조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우는 보험대상자(피보험자)로 하며, 보험대상자(피보험자)의 사망시는 보험대상자(피보험자)의 상속인으로 합니다.

제32조 (대표자의 지정)

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

제33조 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 보험대상자(피보험자)나 보험금을 받는 자(보험수익자)는 제19조(보험금의 종류 및 지급사유)에 정한 보험금 지급사유 또는 제20조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 정한 보험료 납입면제 사유가 발생하였을 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제34조 (보험금 등 청구시 구비서류)

- ① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류

를 제출하고 보험금, 해약환급금 또는 보험료의 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서[회사양식]
 2. 사고증명서[사망진단서, 장해진단서, 진단서(병명기입), 수술증명서, 진료기록부(검사기록지 포함) 등]
 3. 신분증[주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함]
 4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령 또는 계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
- ② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제35조 (보험금 등의 지급)

- ① 회사는 제34조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 또는 보험료 납입면제의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급 일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표 7 (“보험금 지급시의 적립이율 계산”)과 같습니다.
- ③ 계약자, 보험대상자(피보험자) 또는 보험금을 받는 자(보

험수익자)는 제28조(계약전 알릴 의무 위반의 효과) 및 제1항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 아니합니다.

- ④ 회사가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도에 대하여 보험대상자(피보험자) 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 서면으로 통지하여 드리며, 장애 지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 보험금 지급이 지연되는 경우에는 보험금을 받는 자(보험수익자)의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금을 우선적으로 가지급할 수 있습니다.
- ⑤ 회사가 제1항의 지급사유 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 보험대상자(피보험자)는 정당한 사유가 없는 한 회사가 지정한 의사의 진단, 의료비의 심사, 기타의 조사를 받을 것(진단에 필요한 검사자료 등의 제출을 포함합니다)에 동의하여야 하며, 보험대상자(피보험자)가 지정한 의사와 회사가 지정한 의사가 진단 및 진료내용, 입원기간 등에 대하여 합의하여 정하는 때에는 그에 따라 보험금을 지급하기로 합니다. 그러나 보험대상자(피보험자)가 지정한 의사와 회사가 지정한 의사가 합의에 도달하지 못하는 때에는 보험대상자(피보험자)와 회사가 동의하여 제3의 의사를 정하고, 그 제3의 의사의 의견에 따를

수 있습니다. 이 약관에서 “회사가 정한 의사” 및 “제3의 의사”는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 중에서 정하며, 이 항에 의한 의료비용은 회사가 부담합니다.

- ⑥ 제1항 내지 제5항에서 정한 회사의 조사, 확인 또는 진단 요청에 대하여 계약자, 보험대상자(피보험자)나 보험금을 받는 자(보험수익자)가 정당한 사유 없이 동의를 하지 아니하는 때에는 그 동의를 얻어 조사, 확인 또는 진단을 완료할 때까지 보험금(가치급보험금 포함)의 지급을 유예(猶豫)할 수 있습니다.
- ⑦ 보험료 납입경과기간 3년(36회 납입) 이내에 제13조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 중 보험금 지급사유가 발생하였을 경우에는 보험금에서 미납입된 기본보험료 또는 월대체보험료를 차감하고 지급합니다.

제36조 (보험금 받는 방법의 변경)

- ① 계약자[보험금 지급사유 발생 후에는 보험금을 받는 자(보험수익자)]는 회사의 「사업방법서」에서 정한 바에 따라 제19조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에 의한 사망보험금의 전부 또는 일부에 대하여 분할지급 또는 일시지급 방법으로 변경할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 의하여 일시금을 분할하여 지급하는 경우에는 그 미지급 금액에 대하여 「예정이율」을 연 단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급하며, 분할지급 금액을 일시금으로 지급하는 경우에는 이 계약의 「예정이율」로 할인한 금액을 지급합니다.

제37조 (계약내용의 교환)

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

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

제38조 (계약자적립금의 인출)

- ① 계약자는 월납 계약의 경우 보험료 납입경과기간 3년(36회 납입) 경과 후부터, 일시납 계약의 경우 계약일 1개월 경과 후부터 보험기간 중에 회사가 정한 기준에 따라 보험년도 기준 연 12회에 한하여 계약자적립금의 일부를 인출할 수 있습니다. 단, 제19조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호에서 정한 “C보험금” 지급사유 발생 전에 한하여 중도인출이 가능합니다.
- ② 제1항에 따라 계약자적립금의 일부를 인출하는 경우 1회에 인출할 수 있는 최고 금액은 인출할 당시 해약환급금(단, 보험계약대출원리금을 차감한 금액으로 특약의 해약환급금은 제외된 금액)의 50%를 초과할 수 없으며, 총 인

출금액은 계약자가 실제 납입한 보험료 총액(단, 특약보험료 제외)을 초과할 수 없습니다. 단, 계약자적립금 인출시 회사는 인출금액의 0.2%와 2,000원 중 적은 금액을 수수료로 부가합니다.

- ③ 중도인출은 추가납입보험료에 의한 계약자적립금에서 우선적으로 가능하며, 추가납입보험료에 의한 계약자적립금이 부족한 경우에 한하여 기본보험료 계약자적립금에서 인출이 가능합니다.
- ④ 제1항에 따라 계약자적립금을 인출한 경우 기본보험금 계산시 적용하는 “이미 납입한 보험료”는 다음과 같이 계산합니다.

○ 인출 이후의 「이미 납입한 보험료」

$$= \begin{aligned} &[\text{인출 전 이미 납입한 보험료}] \\ &\times [\text{인출 전 계약자적립금} - \text{인출금액}] \\ &\div [\text{인출 전 계약자적립금}] \end{aligned}$$

(주) 「인출 전 이미 납입한 보험료」는 해당 인출 전에 인출 및 감액이 발생한 경우 제6조(계약내용의 변경) 제3항 및 상기 방법에 따라 계산된 이미 납입한 보험료를 말합니다.

제39조 (보험계약대출)

- ① 계약자는 보험기간 중 이 계약의 해약환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 "보험계약대출"이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.
- ② 계약자는 제1항에 의한 보험계약대출금과 보험계약대출이

자를 언제든지 상환할 수 있으며, 상환하지 아니한 때에는 보험금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 제 지급금과 상계할 수 있습니다.

- ③ 회사는 제13조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금과 보험계약대출원리금을 상계할 수 있습니다.

제6관 분쟁조정 등

제40조 (분쟁의 조정)

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

제41조 (관할법원)

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

제42조 (약관의 해석)

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

제43조 (회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력)

보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사(각종 점포 및 대리점 포함) 제작의 보험안내자료(계약의 청약을 권유하

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

제44조 (회사의 손해배상책임)

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

제45조 (준거법)

이 약관에서 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

제46조 (예금보험에 의한 지급보장)

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

(별표 1)

보험금 지급기준표

1. 사망보험금 (약관 제19조 제1호)

지급사유	보험대상자(피보험자)가 보험기간(종신) 중 사망하거나 장애분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체 부위의 합산 장애지급률이 80% 이상인 장애상태가 되었을 경우	
지급금액	○ 제1보험기간 중 사망보험금 지급사유가 발생하였을 때	
	CI보험금 지급사유가 발생하기 이전	기본보험금의 「100의 100」 + 가산보험금
	CI보험금 지급사유가 발생한 이후	기본보험금의 「100의 50」 + 가산보험금
	※ 제1보험기간의 기본보험금 계산시 적용한 기본사망보험금은 보험가입금액의 100%를 기준으로 합니다.	
	○ 제2보험기간 또는 제3보험기간 중 사망보험금 지급사유가 발생하였을 때	
	CI보험금 지급사유가 발생하기 이전	기본보험금의 「100의 100」 + 가산보험금
	제1보험기간 중 CI보험금 지급사유가 발생한 이후	기본보험금의 「100의 20」 + 가산보험금
	제2보험기간 중 CI보험금 지급사유가 발생한 이후	기본보험금의 「 70의 20」 + 가산보험금
	※ 제1보험기간의 기본보험금 계산시 적용한 기본사망보험금은 보험가입금액의 100%를 기준으로 합니다.	
※ 제2보험기간 또는 제3보험기간의 기본보험금 계산시 적용한 기본사망보험금은 보험가입금액의 70%를 기준으로 합니다.		
※ CI보험금 지급사유가 발생한 이후 사망보험금 지급사유가 발생하였을 경우의 기본보험금은 CI보험금 지급사유 발생 당시의 기본보험금을 기준으로 하며, 기본보험금의 일정액(“100의 20” 또는 “70의 20”)과 CI보험금 발생 이후의 예정최저적립금의 105% 금액 중 큰 금액을 가산보험금과 함께 지급합니다.		

2. 이보험금 (약관 제19조 제2호)

지급사유	보험대상자(피보험자)가 제1보험기간 및 제2보험기간 중 “중대한 화상 및 부식”으로 진단확정 받았을 때 또는 제1보험기간 및 제2보험기간 중 “중대한 질병 및 수술 보장개시일” 이후에 “중대한 질병”으로 진단확정 받거나 “중대한 수술”을 받았을 경우 (단, 이보험금은 “중대한 질병”, “중대한 수술” 또는 “중대한 화상 및 부식” 중 최초 1회에 한하여 지급합니다)	
지급금액	제1보험기간 중 이보험금 지급사유가 발생한 경우	○ 치료자금 : 기본보험금의 「100의 40」 ○ 생활자금 : 기본보험금의 「100의 1」을 36개월 동안 매월 확정 지급
	제2보험기간 중 이보험금 지급사유가 발생한 경우	기본보험금의 「 70의 50」
※ 제2보험기간의 기본보험금 계산시 적용한 기본사망보험금은 보험가입금액의 70%를 기준으로 합니다.		

(주)

1. 보험료 납입기간 중 보험대상자(피보험자)가 장애분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 50% 이상 80% 미만인 장애상태가 되었을 때 또는 이보험금 지급사유가 발생하였을 때에는 차회 이후의 기본보험료 납입을 면제하여 드립니다.
2. 이 약관의 「중대한 질병 및 수술 보장개시일」은 보험계약일(부활일)로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날 입니다. (단, “중대한 화상 및 부식”에 대한 보장은 보험계약일[부활(효력회복)일]부터 입니다)
3. 보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 사망하거나 장애분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 80% 이상인 장애상태가 되었을 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.
4. “중대한 질병” 또는 “중대한 수술”의 경우 이보험금의 지급사유가 「중대한 질병 및 수술 보장개시일」 이후에 발생한 경우라도, 「중대한 질병 및 수술 보장개시일」 이전에 발생한 “중대한 질병” 또는 “중대한 수술”과 인과관계가 있는 경우에는 이보험금을 지급하지 아니하며, 보험료의 납입을 면제하여 드리지 아니합니다.
5. 기본보험금은 “기본사망보험금”, “이미 납입한 보험료”, “예정최저적립금의 105% 금액” 중 가장 큰 금액을 말합니다.
6. 기본사망보험금은 다음과 같이 산출한 금액을 말합니다.

- 제1보험기간의 기본사망보험금은 보험가입금액에서 중도인출금액을 차감하고, 추가납입한 보험료를 합산한 금액을 말합니다.
 - 제2보험기간 및 제3보험기간의 기본사망보험금은 보험가입금액의 70%에서 중도인출금액을 차감하고, 추가납입한 보험료를 합산한 금액을 말합니다.
7. “가산보험금”은 계약자적립금과 이 계약의 산출방법서에서 정한 예정최저적립금과의 차이에 의하여 산출되는 금액으로서 유효한 계약에 대하여 매일 계산하며, 계산 당일에만 확정 적용합니다.
8. 이 계약의 보험기간은 계약일부터 60세 계약해당일 전일까지를 “제1보험기간”, 60세 계약해당일부터 80세 계약해당일 전일까지를 “제2보험기간”, 80세 계약해당일부터 종신까지를 “제3보험기간”이라 합니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

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

2. 보험금을 지급하지 아니하는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

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

(주) () 안은 제4차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2002-1호, 2003.1.1 시행)상의 분류번호이며, 제5차 개정 이후 위 1 및 2의 각호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함합니다.

(별표 3)

장애분류표

총칙

1. 장애의 정의

- 1) “장애”라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아 있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태를 말한다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장애에 포함되지 않는다.
- 2) “영구적”이라 함은 원칙적으로 치유시 장애 회복의 가망이 없는 상태로서 정신적 또는 육체적 훼손상태임이 의학적으로 인정되는 경우를 말한다.
- 3) “치유된 후”라 함은 상해 또는 질병에 대한 치료의 효과를 기대할 수 없게 되고, 또한 그 증상이 고정된 상태를 말한다.
- 4) 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 정한다.

2. 신체부위

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

3. 기타

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

장애분류별 판정기준

1. 눈의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 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 0.10 이하로 된 때	15
6) 한 눈의 교정시력이 0.20 이하로 된 때	5
7) 한 눈의 안구에 뚜렷한 운동장애나 뚜렷한 조절기능 장애를 남긴 때	10
8) 한 눈의 시야가 좁아지거나 반맹증, 시야협착, 암점을 남긴 때	5
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때	5

나. 장애판정기준

- 1) 시력장애의 경우 공인된 시력검사표에 따라 측정한다.
- 2) “교정시력”이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 시력을 말한다.
- 3) “한 눈이 멀었을 때”라 함은 눈동자의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나(“광각무”) 겨우 가릴 수 있는 경우(“광각”)를 말한다.
- 4) 안구운동장애의 판정은 외상 후 1년 이상 경과한 후에 그 장애 정도를 평가한다.
- 5) “안구의 뚜렷한 운동장애”라 함은 안구의 주시야의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우나 정면 양안시에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 때를 말한다.
- 6) “안구의 뚜렷한 조절기능장애”라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 45세 이상의 경우에는 제외한다.
- 7) “시야가 좁아진 때”라 함은 시야각도의 합계가 정상시야의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다.
- 8) “눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때”라 함은 눈꺼풀의 결손으로 인해 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮여지지 않는 경우를 말한다.

- 9) “눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때”라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.
- 10) 외상이나 화상 등에 의하여 눈동자의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 눈동자가 적출되어 눈자위의 조직요몰(凹沒) 등에 의해 의안마저 삽입할 수 없는 상태면 “뚜렷한 추상(추한 모습)”으로, 의안을 삽입할 수 있는 상태면 “약간의 추상(추한 모습)”으로 지급률을 가산한다.
- 11) “눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때”에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장애를 포함하여 장애를 평가한 것으로 보고, 추상(추한 모습)장애를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장애평가 방법 중 보험대상자(피보험자)에 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) 청력장애는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB : decibel)로서 표시하고 3회 이상 청력검사를 실시한 후 순음평균역치에 따라 적용한다.
- 2) “한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB 이상인 경우를 말한다.
- 3) “심한 장애를 남긴 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB 이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- 4) “약간의 장애를 남긴 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB 이상인 경우에 해당되어, 50cm 이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.

- 5) 순음청력검사를 실시하기 곤란하거나 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 “언어청력검사, 임피던스 청력검사, 뇌간유발반응청력검사(ABR), 자기청력계기검사, 어음향방사검사” 등을 추가 실시 후 장애를 평가한다.

다. 귓바퀴의 결손

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

3. 코의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 코의 기능을 완전히 잃었을 때	15

나. 장애판정기준

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

4. 씹어먹거나 말하는 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 심한 장애를 남긴 때	100
2) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 심한 장애를 남긴 때	80
3) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 뚜렷한 장애를 남긴 때	40
4) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	20

장애의 분류	지급률
5) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 약간의 장애를 남긴 때	10
6) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
7) 치아에 14개 이상의 결손이 생긴 때	20
8) 치아에 7개 이상의 결손이 생긴 때	10
9) 치아에 5개 이상의 결손이 생긴 때	5

나. 장애의 평가기준

- 1) 씹어먹는 기능의 장애는 상하치아의 교합(咬合), 배열상태 및 아래 턱의 개폐운동, 연하(삼킴)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.
- 2) “씹어먹는 기능에 심한 장애를 남긴 때”라 함은 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
- 3) “씹어먹는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등) 이외에는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
- 4) “씹어먹는 기능에 약간의 장애를 남긴 때”라 함은 어느 정도의 고형식(밥, 빵 등)은 섭취할 수 있으나 이를 씹어 잘게 부수는 기능에 제한이 뚜렷한 경우를 말한다.
- 5) “말하는 기능에 심한 장애를 남긴 때”라 함은 다음 4종의 어음 중 3종 이상의 발음을 할 수 없게 된 경우를 말한다.
 - ① 구순음(ㅁ, ㅂ, ㅍ)
 - ② 치설음(ㄴ, ㄷ, ㄹ)
 - ③ 구개음(ㄱ, ㅋ, ㆁ)
 - ④ 후두음(ㅇ, ㅎ)
- 6) “말하는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 2종 이상의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
- 7) “말하는 기능에 약간의 장애를 남긴 때”라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 1종의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
- 8) 뇌의 언어중추 손상으로 인한 실어증의 경우에도 말하는 기능의 장애로 평가한다.
- 9) “치아의 결손”이란 치아의 상실 또는 치아의 신경이 죽었거나 1/3 이상이 파절된 경우를 말한다.
- 10) 유상의치 또는 가교의치 등을 보철한 경우의 지대관 또는 구의 장착치와 포스트, 인레인만을 한 치아는 결손된 치아로 인정하지 않는다.
- 11) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열

- 구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
- 12) 어린이의 유치와 같이 새로 자라서 갈 수 있는 치아는 장애의 대상이 되지 않는다.
 - 13) 신체의 일부에 탈착분리 가능한 의치의 결손은 장애의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

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

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)

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

라. 약간의 추상(추한 모습)

1) 얼굴

- ① 손바닥 크기 1/4 이상의 추상(추한 모습)
- ② 길이 5cm 이상의 추상반흔(추한 모습의 흉터)
- ③ 직경 2cm 이상의 조직함몰
- ④ 코의 1/4 이상 결손

2) 머리

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

3) 목

손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

마. 손바닥 크기

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

6. 척추(등뼈)의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) 척추(등뼈)는 경추(목뼈) 이하를 모두 동일 부위로 한다.
- 2) 척추(등뼈)의 장애는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 본 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.

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

7. 체간골의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

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

8. 팔의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 두 팔의 손목 이상을 잃었을 때	100
2) 한 팔의 손목 이상을 잃었을 때	60
3) 한 팔의 3 대관절 중 1관절의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 팔의 3대 관절 중 1관절의 기능에 심한 장애를 남긴 때	20
5) 한 팔의 3대 관절 중 1관절의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	10

장애의 분류	지급률
6) 한 팔의 3대 관절 중 1관절의 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
7) 한 팔에 가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
8) 한 팔에 가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때	10
9) 한 팔의 뼈에 기형을 남긴 때	5

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 판정한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장애(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 생긴 경우)와 일시적인 장애에 대하여는 장애보상을 하지 아니한다.
- 3) “팔”이라 함은 어깨관절(肩關節)부터 손목관절까지를 말한다.
- 4) “팔의 3대 관절”이라 함은 어깨관절, 팔꿈치관절 및 손목관절을 말한다.
- 5) “한 팔의 손목 이상을 잃었을 때”라 함은 손목관절로부터 심장 에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치관절 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
- 6) 팔의 관절기능 장애 평가는 팔의 3대 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) “영구적 신체장애 평가지침”의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장애를 표시할 경우에는 장애부위의 장애각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장애상태를 명확히 한다.
 - 가) “기능을 완전히 잃었을 때”라 함은
 - ① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
 - ② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고, 근력검사에서 근력이 “0등급(Zero)”인 경우
 - 나) “심한 장애”라 함은
 - ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
 - ② 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고, 근력검사에서 근력이 “1등급(Trace)”인 경우
 - 다) “뚜렷한 장애”라 함은
 - ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우

라) “약간의 장애”라 함은

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

- 7) “가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 8) “가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때”라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 9) “뼈에 기형을 남긴 때”라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

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

9. 다리의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

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

- (관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
- 7) "가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때"라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
 - 8) "가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때"라 함은 경골과 종아리뼈 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
 - 9) "뼈에 기형을 남긴 때"라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.
 - 10) 다리의 단축은 상전장골극에서부터 경골내측과 하단까지의 길이를 측정하여 정상측 다리의 길이와 비교하여 단축된 길이를 산출한다. 다리 길이의 측정에 이용하는 골표적(bony landmark)이 명확하지 않은 경우나 다리의 단축장애 판단이 애매한 경우에는 scanogram을 통하여 다리의 단축정도를 측정한다.

다. 지급률의 결정

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

10. 손가락의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) 손가락에는 첫째 손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그 중 심

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

11. 발가락의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 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 (1발가락 마다)	5
5) 한 발의 5개 발가락 모두의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
6) 한 발의 첫째 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	8
7) 한 발의 첫째발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때 (1발가락 마다)	3

나. 장애판정기준

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

12. 흉·복부 장기 및 비뇨생식기의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 흉·복부 장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장애를 남긴 때	75
2) 흉·복부 장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	50
3) 흉·복부 장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장애를 남긴 때	20

나. 장애의 판정기준

- 1) “흉·복부 장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장애를 남긴 때”라 함은
 - ① 심장, 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
 - ② 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때
 - ③ 방광의 기능이 완전히 없어진 때
- 2) “흉·복부 장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은
 - ① 위, 대장 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때

- ② 소장 또는 간장의 3/4 이상을 잘라내었을 때
- ③ 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
- 3) “흉·복부 장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장애를 남긴 때”라 함은
 - ① 비장 또는 한쪽의 신장 및 한쪽의 폐를 잘라내었을 때
 - ② 장루, 요도루, 방광누공, 요관 장문합이 남았을 때
 - ③ 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착으로 인공요도가 필요한 때
 - ④ 음경의 1/2 이상이 결손되었거나 질구 협착 등으로 성생활이 불가능한 때
 - ⑤ 항문 괄약근의 기능장애로 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
- 4) 흉·복부 장기 또는 비뇨생식기의 장애로 인하여 일상생활 기본 동작에 제한이 있는 경우 “<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”에 따라 장애를 평가하고 둘 중 높은 지급률을 적용한다.
- 5) 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장애의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계·정신행동 장애

가. 장애의 분류

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

10) 뚜렷한 간질발작이 남았을 때	40
11) 약간의 간질발작이 남았을 때	10

나. 장애판정기준

1) 신경계

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

2) 정신행동

- ① 상기 정신행동 장애지급률에 미치지 않는 장애에 대해서는 “<불임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”에 따라 지급률을 산정하여 지급한다.
- ② 일반적으로 상해를 입은 후 24개월이 경과한 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 수상 후 18개월이 경과한 후에 판정할 수 있다. 다만, 장애는 충분한 전문적 치료를 받은 후 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로 인하여 고정되거나 중하게 된 장애에 대해서는 인정하지 아니한다.
- ③ 심리학적 평가보고서는 자격을 갖춘 임상심리 전문의가 시행하고 작성하여야 한다.
- ④ 전문의란 정신과 혹은 신경정신과 전문의를 말한다.
- ⑤ 평가의 객관적 근거
 - ㉠ 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등을 기초로 한다.
 - ㉡ 객관적 근거로 인정할 수 없는 경우

- 보호자나 환자의 진술
 - 감정의의 추정 혹은 인정
 - 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들 (뇌SPECT 등)
 - 정신과 혹은 신경정신과 전문의가 시행하고 보고서를 작성하는 심리학적 평가보고서
- ⑥ 각종 기질성 정신장애와 외상 후 간질에 한하여 보상한다.
 - ⑦ 외상 후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증, 편집증, 조울증(정서장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.
 - ⑧ 정신 및 행동장애의 경우 개호인은 생명유지를 위한 동작 및 행동이 불가능하거나 지속적인 감금을 요하는 상태에 한하여 인정한다. 개호의 내용에서는 생명유지를 위한 개호와 행동감시를 위한 개호를 구별하여야 한다.

3) 치매

- ① “치매”라 함은
 - 뇌 속에 후천적으로 생긴 기질적인 병으로 인한 변화 또는 뇌 속에 손상을 입은 경우
 - 정상적으로 성숙한 뇌가 상기에 의한 기질성 장애에 의해서 파괴되었기 때문에 한번 획득한 지능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 경우
- ② 치매의 장애평가는 전문의에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따른다.

4) 간질

- ① “간질”이라 함은 돌발적 뇌파 이상을 나타내는 뇌질환에 의거하여 발작(경련, 의식장애 등)을 반복하는 것을 말한다.
- ② “심한 간질 발작”이라 함은 월 8회 이상의 중증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작시 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장애 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.
- ③ “뚜렷한 간질 발작”이라 함은 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
- ④ “약간의 간질 발작”이라 함은 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
- ⑤ “중증발작”이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로서, 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장애가 3분 이상 지속되는 발작을 말한다.

- ⑥ “경증발작”이라 함은 운동장해가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

< 붙임 >

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표

유형	제한정도에 따른 지급률
이동동작	<ul style="list-style-type: none"> - 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 방밖을 나올 수 없는 상태(지급률 40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움이 없이는 방밖을 나올 수 없는 상태(30%) - 목발 또는 walker를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태(20%) - 독립적인 보행은 가능하나 파행이 있는 상태, 난간을 잡지않고는 계단을 오르고 내리기가 불가능한 상태, 계속하여 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태(10%)
음식물 섭취	<ul style="list-style-type: none"> - 식사를 전혀 할 수 없어 계속적으로 튜브나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급을 받는 상태(20%) - 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 식사를 전혀 할 수 없는 상태(15%) - 손가락 사용은 가능하나 젓가락 사용이 불가능하여 음식물 섭취에 있어 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%) - 독립적인 음식물 섭취는 가능하나 젓가락을 이용하여 생선을 바르거나 음식물을 자르지는 못하는 상태(5%)
배변·배뇨	<ul style="list-style-type: none"> - 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 계속적인 도움이 필요한 상태(20%) - 화장실에 가서 변기위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 화장지로 닦고 옷을 입는 일에 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태(15%) - 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변 후 뒤처리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%) - 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2시간 이상 계속되는 업무(운전, 작업, 교육 등)를 수행하는 것이 어려운 상태(5%)

유형	제한정도에 따른 지급률
목욕	<ul style="list-style-type: none"> - 다른 사람의 지속적인 도움 없이는 샤워 또는 목욕을 할 수 없는 상태(10%) - 샤워는 가능하나 혼자서는 때밀기를 할 수 없는 상태(5%) - 목욕시 신체(등 제외)의 일부 부위만 때를 밀 수 있는 상태(3%)
옷입고 벗기	<ul style="list-style-type: none"> - 다른 사람의 지속적인 도움 없이는 전혀 옷을 챙겨 입을 수 없는 상태(10%) - 다른 사람의 지속적인 도움 없이는 상의 또는 하의 중 하나만을 착용할 수 있는 상태(5%) - 착용은 가능하나 다른 사람의 도움 없이는 마무리(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)는 불가능한 상태(3%)

(별표 4)

“중대한 질병”의 정의

I. 중대한 암 (Critical Cancer)

- ① “중대한 암”이라 함은 악성종양세포가 존재하고 또한 주위 조직으로 악성종양세포의 침윤파괴적 증식으로 특징 지을 수 있는 악성종양을 말하며, 다음 각호에 해당하는 경우는 보장에서 제외합니다.
 1. 다음의 가. ~ 바.에 해당하는 악성종양
 - 가. 악성흑색종(melanoma)중에서 침범정도가 낮은(Breslow 분류법상 그 깊이가 1.5mm 이하인 경우를 말합니다) 경우
 - 나. 초기전립샘암(본 상품의 “초기 전립샘암 ”이란 modified Jewett 병기분류상 stage B₀ 이하 또는 1992년 TNM병기상 T1c 이하인 모든 전립샘암을 말합니다)
 - 다. 초기갑상샘암(“초기갑상샘암”이란 유두암(papillary cancer) 또는 여포암(follicular cancer)으로서 암 종괴의 크기가 2.0cm미만으로서 림프절 전이나 원격전이 없는 모든 갑상샘암을 말합니다)
 - 라. 인간면역바이러스(HIV)감염과 관련된 악성 종양(단,의료법에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV감염과 관련된 악성종양은 해당진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제외)
 - 마. 악성흑색종(melanoma) 이외의 모든 피부암(C44)
 - 바. 「중대한 질병 및 수술 보장개시일」 이전에 발생한 암이 「중대한 질병 및 수술 보장개시일」 이후에 재발되거나 전이된 경우
 2. 병리학적으로 전암병소(premalignant condition or condition with malignant potential), 상피내암(carcinoma in-situ), 경계성종양(borderline malignancy) 등 “중대한 암”에 해당하지 않는 질병
 3. 신체부위에 관계없이 병리학적으로 현재 양성종양인 경우
- ② 암의 진단확정은 해부병리 전문의사 또는 임상병리 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.
- ③ 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에만 암에 대한 임상학적 진단이 그 암의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 의사가 작성한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

II. 중대한 급성심근경색증 (Critical Acute Myocardial Infarction)

- ① “중대한 급성심근경색증”이라 함은 관상동맥의 폐색으로 말미암아 심근으로의 혈액공급이 급격히 감소되어 전형적인 흉통의 존재와 함께 해당 심근조직의 비가역적인 괴사를 가져오는 질병으로서 발병 당시 다음의 2가지 특징을 모두 보여야 합니다.
가. 전형적인 급성심근경색 심전도 변화(ST분절,T파,Q파)가 새롭게 출현
나. CK-MB를 포함한 심근효소의 발병당시 새롭게 상승 (단,TROPONIN은 제외)
- ② 안정협심증, 불안정협심증, 이형협심증을 포함한 모든 종류의 협심증은 보장에서 제외합니다.
- ③ 상기 ①의 가. ~ 나. 중 하나의 특징만을 가지고 있는 경우 보장에서 제외합니다. 예를들면, 혈액중 심장효소검사만으로 “급성심근경색증” 진단을 내린다든지 심전도검사 만으로 “급성심근경색증” 진단을 내리는 경우는 보장에서 제외합니다.
- ④ 또한, 상기 ①의 가. ~ 나. 를 기초로 하지 않고, 심초음파 검사나 핵의학검사, 자기공명영상, 양전자방출단층촬영술등을 기초로 “급성심근경색증” 진단을 내리는 경우도 보장에서 제외하며, 상기 ①의 가. ~ 나. 를 기초로 하지 않고 진단된 심근의 미세경색이나 작은손상(myocardialmicroinfarction or minimal myocardial damage)은 보장에서 제외합니다.

III. 중대한 뇌졸중 (Critical Stroke)

- ① “중대한 뇌졸중”이라 함은 거미막밑출혈, 뇌내출혈, 뇌경색이 발생하여 뇌혈액순환의 급격한 차단이 생겨서 그 결과 영구적인 신경학적결손이 나타나는 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 뇌혈액순환의 급격한 차단은 의사가 작성한 진료기록부상의 전형적인 병력을 기초로 하여야 하며, 영구적인 신경학적결손이란 주관적인 자각증상(symptom)이 아니라 신경학적검사를 기초로 한 객관적인 신경학적증후(sign)로 나타난 장애로서 별표3 장애분류표에서 정한 “신경계에 장애가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때”의 지급률이 25% 이상인 장애상태(장애분류별 판정기준 13.신경계·정신행동 장애 가.장애의 분류 1) 및 나.장애판정기준 1) 신경계 ①,③에 따라 판정함)를 말합니다.
- ③ “중대한 뇌졸중”의 진단확정은 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 핵자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET scan), 단일광자전산화단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사를 기초로 영구적인 신

경학적 결손에 일치되게 “중대한 뇌졸중”에 특징적인 소견이 발병 당시 새롭게 출현함을 근거로 하여야 합니다.

- ④ 상기 ① ~ ③에 모두 근거하지 않은 경우에는 보장에서 제외합니다. 예를들면, 뇌전산화단층촬영만으로 “뇌졸중” 진단을 내린단지 영구적인 신경학적결손만으로 “뇌졸중” 진단을 내리는 경우는 보장에서 제외합니다.
- ⑤ 일과성허혈발작(transcient ischemic attack), 가역적허혈성신경학적 결손(reversible ischemic neurological deficit)은 보장에서 제외합니다. 또한, 다음과 같은 뇌출혈, 뇌경색은 보장에서 제외합니다
 - 가. 외상에 의한 뇌출혈
 - 나. 뇌종양으로 인한 뇌출혈
 - 다. 뇌수술 합병증으로 인한 뇌출혈
 - 라. 신경학적결손을 가져오는 안동맥(ophthalmic artery)의 폐색

IV. 말기신부전증 (End Stage Renal Disease)

“말기신부전증”이라 함은 양쪽 신장 모두가 비가역적인 기능부전을 보이는 말기신질환(End Stage Renal disease)으로서 보존요법으로는 치료가 불가능하여 혈액투석이나 복막투석을 받고 있거나 받은 경우 또는 신장이식을 받은 경우를 말하며 일시적으로 투석치료를 필요로 하는 신부전증은 보장에서 제외합니다.

V. 말기간질환(End Stage Liver Disease)

“말기간질환”이라 함은 간질환 중에서 영구적인 황달, 복수, 뇌병증의 3가지 기준을 모두 충족시키는, 간경변증을 일으키는 말기의 간질환을 말합니다.

VI. 말기폐질환(End Stage Lung Disease)

- ① “말기 폐질환”이라 함은 만성 호흡부전을 일으키는 폐질환의 악화 된 상황으로써 다음의 2가지 특징을 모두 보여야 합니다.
 - 가. 영구적인 산소공급 치료가 요구되는 상태
 - 나. 평상시 FEV1 검사가 정상예측치의 25% 이하
- ② “말기 폐질환”으로 분류되는 질병은 제4차 개정 한국표준질병·사인 분류중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	병명코드
인플루엔자 및 폐렴	J10 ~ J18
기타 급성 하기도 감염	J20 ~ J22
만성 하기도 질환	J40 ~ J47
외부요인에 의한 폐질환	J60 ~ J70
주로 사이질에 영향을 주는 기타 호흡기 질환	J80 ~ J84
하기도의 화농성 및 괴사성 병태	J85 ~ J86
가슴막의 기타 질환	J90 ~ J94
호흡계통의 기타 질환	J95 ~ J99

※ 제5차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

③ 상기 ① ~ ②에 모두 근거하지 않은 경우에는 보장에서 제외합니다.

(예) 1. ①의 가. ~ 나.의 특징을 모두 보이거나 ②에서 정한 대상질병 이외의 원인으로 인한 경우

2. ②에서 정한 질병에 해당하지만 ①의 가. ~ 나.의 특징을 모두 보이지 않는 경우

(별표 5)

“중대한 화상 및 부식”의 정의

① 중대한 화상 및 부식 (Third Degree Burns and Corrosions)

“중대한 화상 및 부식”이라 함은 「9의 법칙(The Rule of 9's)」 또는 「룬드와 부라우더 신체 표면적 차트(Lund & Brodwer chart)」에 의해 측정된, 신체 표면적으로 최소 20% 이상의 3도 화상 또는 부식을 입은 경우를 말하며, 「9의 법칙」 또는 「룬드와 부라우더 신체 표면적 차트」 측정법처럼 표준화되고 임상학적으로 받아 들여지는 다른 신체 표면적 차트를 사용하여 유사한 결과가 나온 것도 인정합니다.

② “중대한 화상 및 부식”의 진단확정은 의사가 작성한 문서화된 기록 또는 기록결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

(별표 6)

“중대한 수술”의 정의

I. 관상동맥우회술 (Coronary Artery Bypass Graft)

- ① “관상동맥우회술”이라 함은 관상동맥질환(Coronary Artery Bypass Graft)의 근본적인 치료를 직접목적으로 하여 개흉술을 한 후 대복재정맥(greater saphenous vein), 내유동맥(internal mammary artery)등의 자가우회도관을 협착이 있는 부위보다 원위부(遠位部)의 관상동맥에 연결하여 주는 수술을 말합니다.
- ② 그러나 카테터를 이용한 수술이나 개흉술을 동반하지 않는 수술은 모두 보장에서 제외합니다.
(예) 관상동맥성형술(Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty, PTCA), 스텐트삽입술(Coronary Stent), 회전죽상반절제술(Rotational atherectomy)

II. 대동맥류인조혈관치환수술 (Aorta Graft Surgery)

- ① “대동맥류인조혈관치환수술”이라 함은 대동맥류의 근본적인 치료를 직접목적으로 하여 개흉술 또는 개복술을 한 후 반드시 대동맥류병소를 절제(excision)하고 인조혈관(artificial vessel)으로 치환(graft)하는 두가지 수술을 해주는 것을 의미합니다. 여기에서 “대동맥”이라 함은 흉부 또는 복부 대동맥을 말하는 것으로 대동맥의 분지(branch)동맥들은 제외됩니다.
- ② 단, 카테터를 이용한 수술은 보장에서 제외합니다.
(예) 경피적혈관내대동맥류수술(percutaneous endovascular aneurysm repair)

III. 심장판막수술 (Heart Valve Surgery)

- ① “심장판막수술”이라 함은 심장판막질환의 근본적인 치료를 직접목적으로 하여 다음의 두가지 기준중 한가지 이상에 해당하는 경우입니다.
 - 가. 반드시 개흉술 및 개심술을 한 후 병변이 있는 판막을 완전히 제거한 뒤에 인공심장판막 또는 생체판막으로 치환하여 주는 수술
 - 나. 반드시 개흉술 및 개심술을 한 후 병변이 있는 판막에 대해 판막성형술(valvuloplasty)을 해주는 수술

- ② 그러나 다음과 같은 수술은 보장에서 제외합니다.
 - 가. 카테터를 이용하여 수술하는 경우
(예) 경피적 판막성형술(percutaneous balloon valvuloplasty)
 - 나. 개흉술 또는 개심술을 동반하지 않는 수술

IV. 5대장기이식수술 (5 Major Organ Transplantation)

- ① “5대장기이식수술”이라 함은 5대장기의 만성부전상태로부터 근본적인 회복과 치료를 목적으로 관련법규에 따라 정부에서 인정한 장기이식의료기관 또는 이와 동등하다고 인정하는 의료기관에서 간장, 신장, 심장, 폐장, 췌장에 대하여 장기이식을 하는 것으로 타인의 내부장기를 적출하여 장기부전상태에 있는 수혜자에게 이식을 시행한 경우에 대한 수술을 말합니다.
- ② 단, 랑게르한스 소도 세포 이식수술은 보장에서 제외합니다.

(별표 7)

보험금 지급시의 적립이율 계산(제35조 제2항 관련)

1. 사망보험금, C보험금 (제19조 제1호 내지 제2호)

적립기간	지급이자
지급기일의 다음 날부터 보험금 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

2. 해약환급금 (제24조 제1항)

적립기간	지급이자	
해약환급금 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 해약환급금 청구일까지의 기간	1년 이내	공시이율의 50%
	1년 초과 기간	1%
해약환급금 청구일의 다음 날부터 지급기일까지의 기간	공시이율 + 1%	
지급기일의 다음 날부터 해약환급금 지급일까지의 기간	보험계약대출이율	

(주)

1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 일자 계산하며, 소멸시효(제26조)가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.

무배당 교보큰사랑CI보험
주계약 건강자금형 약관

무배당 교보큰사랑CI보험 주계약 건강자금형 약관

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조 (보험계약의 성립)

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

의 매출을 취소하며, 이자를 더하여 지급하지 아니합니다.

제2조 (청약의 철회)

- ① 계약자는 청약을 한 날 또는 제1회 보험료를 납입한 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회(撤回)할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 의한 계약자의 청약철회 신청을 접수한 경우에는 지체 없이 이미 납입한 보험료(특약이 부가된 경우 특약보험료 포함)를 돌려 드리며, 보험료 반환이 지체된 기간에 대하여는 이 계약의 “보험계약대출이율”을 연 단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 단, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에는 회사는 신용카드의 매출을 취소하며, 이자를 더하여 지급하지 아니합니다.

제3조 (용어의 정의)

이 계약에서 사용되는 용어의 정의는 다음과 같습니다.

[월계약해당일]

계약일부터 한 달씩 경과되는 매월의 계약해당일을 말합니다. 단, 해당월의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 말일을 계약해당일로 합니다.

[기본보험료]

보험계약 체결시 정한 일시납 계약의 일시납보험료 또는 월납 계약의 매월 계속 납입하기로 한 월납보험료로서, 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정한 방법에 따라 계산된 보험료를 말합니다.

다.

[추가납입보험료]

기본보험료 이외에 계약일 1개월 경과 후부터 약관에서 정한 C보험금 지급사유 발생 전까지 납입하는 보험료로서 다음과 같습니다.

- (1) 보험기간 중 납입하기로 정한 기본보험료 총액(이하 “기본보험료 총액”이라 합니다)을 초과하여 납입하는 보험료
- (2) 월납계약에서 보험료 납입경과기간 3년(36회) 이내에 보험료 납입한도 내에서 계약자의 선택에 따라 납입하는 보험료
- (3) 계약자적립금의 인출로 인한 기본사망보험금의 감소가 있을 경우 기본사망보험금 감소분 이내에서 계약자의 선택에 따라 납입하는 보험료

[보험료 납입한도]

기본보험료와 추가납입보험료를 합하여 보험기간 중 납입할 수 있는 보험료의 납입한도는 기본보험료 총액의 200%로 하며, 연간 납입한도는 다음과 같습니다.

- (1) 월납계약 : 월납 기본보험료 \times 12 \times 200%
- (2) 일시납계약 : 일시납 기본보험료 \times 10% (단, 초년도
는 일시납 기본보험료 \times 110%)

단, 특약이 부가된 경우에 특약보험료는 보험료 납입한도에서 제외하며, 계약자적립금의 인출이 있을 경우에는 보험료 납입한도에 인출금액의 누계를 합산한 금액을 납입한도로 합니다.

[월대체보험료]

○ 월납

(1) 보험료 납입경과기간 3년(36회 납입) 이내

해당월의 위험보험료, 부가보험료 및 특약이 부가된 경우 특약보험료의 합계액을 말하며, 해당월 기본보험료(특약보험료 포함) 납입시에 계약자적립금에서 공제합니다. 단, 기본보험료(특약보험료 포함)를 계약해당일 이전에 납입할 경우에는 해당월 계약해당일에 계약자적립금에서 공제합니다.

(2) 보험료 납입경과기간 3년(36회 납입) 경과 후

해당월의 위험보험료와 부가보험료(수금비 제외) 및 특약이 부가된 경우 특약보험료(수금비 제외)의 합계액(단, 해당월에 지급되는 건강자금 및 건강축하금이 있을 경우에는 이를 포함)을 말하며, 매월 계약해당일에 해약환급금(단, 보험계약대출원리금을 차감한 금액으로 특약의 해약환급금은 제외된 금액)에서 공제합니다.

다만, 해당월까지 납입하기로 한 기본보험료(특약보험료 포함) 누계액 이상을 납입하였음에도 불구하고 해약환급금(특약의 해약환급금은 제외된 금액)에서 월대체보험료를 충당하지 못하는 계약 중 보험계약대출원리금 잔액이 없고 중도인출을 하지 않은 경우에는 해당월 기본보험료(특약보험료 포함) 납입시에 계약자적립금에서 공제하며, 기본보험료(특약보험료 포함)를 해당월 계약해당일 이전에 납입할 경우에는 해당월 계약해당일에 계약자적립금에서 공

제합니다.

단, 수금비는 기본보험료(특약보험료 포함) 납입시에 공제합니다.

○ 일시납

해당월의 위험보험료 및 부가보험료의 합계액을 말하며, 매월 계약해당일에 해약환급금(단, 보험계약대출원리금을 차감한 금액으로 특약의 해약환급금은 제외된 금액)에서 공제합니다.

[이미 납입한 보험료]

계약자가 회사에 납입한 기본보험료 및 추가납입보험료의 합계(단, 특약보험료는 제외)를 말하며, 계약자적립금의 인출이 있을 경우에는 기본보험료 및 추가납입보험료의 합계에서 인출금액의 합계를 차감한 금액을 말합니다. 다만, 계약자가 보험가입금액을 감액하거나 중도에 계약자적립금을 인출한 경우의 기본보험금 계산시에 적용하는 “이미 납입한 보험료”는 제7조(계약내용의 변경) 제3항 및 제38조(계약자적립금의 인출) 제4항에 따라 계산된 보험료와 해당 감액 또는 인출 이후 납입된 보험료의 합계를 말합니다.

[계약자적립금]

이 계약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 이 계약의 공시이율(약관 제23조(공시이율의 적용 및 공시) 참조)로 일자계산에 의하여 적립한 금액을 말합니다.

[예정최저적립금]

이 계약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 이 계약의 예정이율(연 복리 3.75%)로 일자계산에 의하여 적립한 금액을 말합니다.

[기본보험금]

「기본사망보험금」과 「이미 납입한 보험료」 그리고 「예정최저적립금의 105% 금액」 중 가장 큰 금액을 말합니다.

[기본사망보험금]

- 제4조(보험기간의 구분)에서 정한 제1보험기간의 「기본사망보험금」은 보험가입금액에서 중도인출금액을 차감하고, 추가납입보험료를 합산한 금액을 말합니다.
- 제4조(보험기간의 구분)에서 정한 제2보험기간 및 제3보험기간의 「기본사망보험금」은 보험가입금액의 70%에서 중도인출금액을 차감하고, 추가납입보험료를 합산한 금액을 말합니다.

[가산보험금]

계약자적립금과 예정최저적립금과의 차이에 의해 산출되는 보험금으로 유효한 계약에 대하여 매일 계산하며, 계산당일에만 확정 적용합니다.

제4조 【 보험기간의 구분 】

- ① 이 계약의 보험기간은 다음에 정하는 “제1보험기간”과

“제2보험기간” 및 “제3보험기간”으로 구분합니다.

1. 제1보험기간은 계약일부터 60세 계약해당일의 전일까지로 합니다.
 2. 제2보험기간은 60세 계약해당일부터 80세 계약해당일의 전일까지로 합니다.
 3. 제3보험기간은 80세 계약해당일부터 종신까지로 합니다.
- ② 제1항의 나이는 보험대상자(피보험자)의 보험나이를 기준으로 하며, 보험나이는 제10조(보험나이)에 따릅니다.

제5조 (약관교부 및 설명의무 등)

- ① 회사는 계약을 체결할 때 계약자에게 약관 및 청약서 부분을 드리고 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다. 다만, 컴퓨터를 이용하여 보험거래를 할 수 있도록 설정된 가상의 영업장(사이버몰)을 이용하여 계약을 체결하고 전자거래기본법에서 규정하는 절차에 따라 약관 및 청약서 부분을 전자문서로 송신하고 계약자 또는 그 대리인이 당해 문서를 수신하였을 때에는 약관 및 청약서 부분을 드린 것으로 보며, 약관의 중요 내용에 대하여 계약자가 사이버몰에서 확인한 때에는 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다. 또한, 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에 회사는 계약자의 동의를 얻어 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 보험계약 체결을 위하여 필요한 사항을 질문 또는 설명하고 그에 대한 계약자의 답변, 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
- ② 회사가 제1항에 의해 제공될 약관 및 청약서 부분을 계약

자에게 전달하지 아니하거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 아니한 때 또는 계약 체결시 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제10호의 규정에 의한 공인인증기관이 인증한 전자서명을 포함합니다)을 하지 아니한 때에는 계약자는 청약일부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

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

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

- ④ 제2항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료(특약이 부가된 경우 특약보험료 포함)를 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 “보험계약대출이율”을 연 단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제6조 (계약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 계약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료(특약이 부가된 경우 특약보험료를 포함하며, 건강자금 또는 건강축하금의 수령이 있었던 때에는 이를 차감한 금액)를 돌려 드립니다.

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

제7조 (계약내용의 변경)

- ① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.
 1. 보험료의 수금방법
 2. 보험가입금액
 3. 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)
 4. 기타 계약의 내용
- ② 회사는 계약자가 제1항 제2호에 의하여 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제24조(해약환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항에 의하여 보험가입금액을 감액한 경우 기본보험금의 계산시 적용하는 “이미 납입한 보험료”는 다음과 같이 계산합니다.

○ 감액 이후의 「이미 납입한 보험료」

$$= [\text{감액 전 이미 납입한 보험료}] \times [\text{감액 후 계약자적립금}] \div [\text{감액 전 계약자적립금}]$$

(주) 「감액 전 이미 납입한 보험료」는 해당 감액 전

중도인출 및 감액이 발생한 경우 제38조(계약자 적립금의 인출) 제4항 및 상기 방법에 따라 계산된 이미 납입한 보험료를 말합니다.

- ④ 제2항의 보험가입금액을 감액하는 경우에는 같은 비율로 가산보험금도 감액되는 것으로 하며, 회사는 가산보험금만의 감액을 취급하지 않습니다.
- ⑤ 계약자가 제1항 제3호에 의하여 보험금을 받는 자(보험수익자)를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 보험대상자(피보험자)의 서면에 의한 동의가 있어야 합니다.

제8조 (계약자의 임의해지)

계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제24조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제9조 (계약의 소멸)

보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 제19조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에서 정한 사망보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제10조 (보험나이)

- ① 이 약관에서의 보험대상자(피보험자)의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 단, 제6조(계약의 무효) 제2호의 경우에는 실제 만나이를 적용합니다.
- ② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 보험대상자(피보험자)의

실제 만나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고, 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제11조 (제1회 보험료 및 회사의 보장개시일)

- ① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때 (자동이체 납입 및 신용카드 납입의 경우에는 자동이체 신청 및 신용카드 매출승인에 필요한 정보를 제공한 때. 다만, 계약자의 귀책사유로 보험료 납입 및 승인이 불가능한 경우에는 그러하지 아니합니다)부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

그러나 회사가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙한 경우에는 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.(이하 제1회 보험료를 받은 날을 “보장개시일”이라 하며, 보장개시일을 “보험계약일”로 봅니다)

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

- ③ 회사는 제2항에 불구하고 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.

1. 제28조(계약전 알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우
2. 제27조(계약전 알릴 의무)에 의하여 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 회사에 알린 내용 또는 건강진단내

용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우

- ④ 청약서에 보험대상자(피보험자)의 직업 또는 직종별로 보험가입금액의 한도액이 명시되어 있음에도 그 한도액을 초과하여 청약을 하고, 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그 초과 청약액에 대하여는 보장을 하지 아니합니다.
- ⑤ 제1항 및 제2항에도 불구하고 제19조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호에서 “중대한 질병” 및 “중대한 수술”에 의한 C보험금의 보장개시일은 보험계약일[부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하 “중대한 질병 및 수술 보장개시일”이라 합니다)로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

제12조 (제2회 이후 보험료의 납입)

- ① 계약자는 제2회 이후의 보험료를 계약일 1개월 경과 후부터 회사가 정한 방법 및 보험료의 납입한도 내에서 보험기간 중 자유롭게 납입할 수 있습니다. 단, 월납 계약의 경우 보험료 납입경과기간 3년(36회 납입) 이내에는 이 계약의 수금방법에 따라 기본보험료(특약보험료 포함)를 계약 체결시 납입하기로 약속한 날(이하 “납입기일”이라 합니다)까지 납입하여야 하며, 계약자의 선택에 의하여 보험료의 납입한도 내에서 추가납입보험료를 납입할 수 있습니다. 또한 보험료 납입경과기간 3년(36회 납입) 경과 후부터는 해약환급금(단, 보험계약대출원리금을 차감한 금액으로 특약의 해약환급금은 제외된 금액)에서 월대체보

보험료를 총당할 수 있을 경우 보험료의 납입을 유예할 수 있으며, 이미 납입한 기본보험료의 합계가 기본보험료 총액에 도달할 때까지는 기본보험료로 보며, 기본보험료 총액을 초과한 경우에는 그 초과한 보험료를 추가납입보험료로 봅니다.

단, 중도인출로 인한 기본사망보험금의 감소가 있는 경우에는 기본사망보험금 감소분 이내에서 추가납입이 가능합니다.

- ② 회사는 계약자가 보험료를 납입한 경우에는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융회사(우체국 포함)를 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사 발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.
- ③ 제1항에 불구하고 이미 납입한 보험료가 제3조(용어의 정의)에서 정한 “보험료 납입한도”에 도달한 경우에는 더 이상 보험료를 납입할 수 없습니다.

제13조 (보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

- ① 월납 계약의 경우 보험료 납입경과기간 3년(36회 납입) 이내에는 계약자가 제2회 이후의 기본보험료(특약보험료 포함)를 납입기일까지 납입하지 아니하는 경우에는 납입기일 다음 날부터 납입기일이 속하는 달의 다음 달 말일까지를 납입최고(독촉)기간으로 하며, 보험료 납입경과기간 3년(36회 납입) 경과 후에는 해약환급금(단, 보험계약 대출원리금을 차감한 금액으로 특약의 해약환급금은 제외된 금액)에서 월대체보험료를 총당할 수 없게 된 경우 월계약해당일의 다음 날부터 그 월계약해당일이 속하는 달의 다음 달 말일까지를 납입최고(독촉)기간으로 합니다.

- ② 일시납 계약의 경우 인출 등의 사유로 해약환급금(단, 보험계약대출원리금을 차감한 금액으로 특약의 해약환급금은 제외된 금액)에서 월대체보험료를 충당할 수 없게 된 경우에는 월계약해당일의 다음 날부터 그 월계약해당일이 속하는 달의 다음 달 말일까지를 납입최고(독촉)기간으로 합니다.
- ③ 회사는 제6항에서 정한 바에 따라 최고(독촉)하고, 납입최고(독촉)기간 안에 기본보험료(특약보험료 포함) 또는 추가납입보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 계약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ④ 제3항에 불구하고 보험료 납입경과기간 3년(36회 납입) 경과 후에 해약환급금(특약의 해약환급금은 제외된 금액)에서 월대체보험료를 충당하지 못하는 계약 중 해당월까지 납입하기로 한 기본보험료(특약보험료 포함) 누계액 이상을 납입하고 보험계약대출원리금 잔액이 없으며 중도인출을 하지 않은 경우에는 계약자적립금에서 월대체보험료가 충당되어 제3항에 의한 최고(독촉)를 하지 아니하며 계약을 해지하지 아니합니다.
- ⑤ 제1항 내지 제3항에 불구하고 월납 계약의 보험료 납입경과기간 3년(36회 납입) 이내에 회사의 방문수금 불이행 또는 은행납입통지서의 미교부, 자동이체 미신청 등 회사의 책임있는 사유로 인하여 계약자가 보험료를 납입하지 못한 경우에는 납입기일부터 3개월이 되는 날까지를 납입최고(독촉)기간으로 하여 제1항 내지 제3항을 적용합니다. 다만, 회사가 다시 보험료를 수금 또는 자동이체하기로 하

거나 은행납입통지서를 교부하기로 한 경우에는 그 수금(자동이체) 또는 재교부일부터 15일이 되는 날을 새로운 납입기일로 하여 제1항 및 제2항의 납입최고(독촉)기간을 적용합니다.

- ⑥ 제1항 및 제2항에 해당하는 경우 회사는 계약자[타인을 위한 보험의 경우 특정한 보험금을 받는자(보험수익자) 포함]에게 납입최고(독촉)기간 안에 연체된 기본보험료(특약보험료 포함, 이하 “연체보험료”라 합니다) 또는 추가납입보험료를 납입하여야 한다는 내용과 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 기본보험료(특약보험료 포함) 또는 추가납입보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날부터 계약이 해지됨을 납입최고(독촉)기간이 끝나기 15일 이전까지 서면 또는 전화(음성녹음)로 알려 드립니다.
- ⑦ 제1항 내지 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사가 지급해야 할 해약환급금이 있을 때에는 제24조(해약환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제14조 (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

- ① 제13조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 보험료 납입경과기간 3년(36회 납입) 이내에 월납 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 아니한 경우에 계약자는 해지된 날부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(復活, 효력회복)을 청약할 수 있으며, 회사가 이를 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 기본보험료(특약보험료 포함)와 부활(효

력회복)을 청약한 날까지 이 계약의 공시이율로 계산한 연체이자를 더하여 납입하여야 합니다. 이 경우 회사는 미납된 월대체보험료를 공제합니다. 단, 공시이율이 연체기간 중 변경될 때에는 월 가중평균이율로 계산합니다.

- ② 보험료 납입경과기간 3년(36회 납입) 경과 후에 계약이 해지된 경우 또는 계약자적립금의 인출 등의 사유로 해약환급금(단, 보험계약대출원리금을 차감한 금액으로 특약의 해약환급금은 제외된 금액)에서 월대체보험료를 충당하지 못하여 계약이 해지된 경우에는 부활(효력회복)을 취급하지 아니합니다.
- ③ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제1조(보험계약의 성립) 제2항 및 제3항, 제11조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시일), 제27조(계약전 알릴 의무), 제28조(계약전 알릴 의무 위반의 효과) 및 제29조(계약취소권의 행사제한)를 준용합니다. 단, 부활(효력회복)의 경우 제1회 보험료는 부활(효력회복)시의 보험료를 의미합니다.

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제15조 (“중대한 질병”의 정의)

이 계약에 있어서 “중대한 질병”이라 함은 별표 4 (“중대한 질병”의 정의)에서 정한 “중대한 암”, “중대한 급성심근경색증”, “중대한 뇌졸중”, “말기신부전증”, “말기간질환”, “말기폐질환”을 말합니다.

제16조 (“중대한 화상 및 부식”의 정의)

이 계약에 있어서 “중대한 화상 및 부식”이라 함은 별표

5 (“중대한 화상 및 부식”의 정의)에서 정한 “중대한 화상 및 부식”을 말합니다.

제17조 (“중대한 수술”의 정의)

이 계약에 있어서 “중대한 수술”이라 함은 별표 6 (“중대한 수술”의 정의)에서 정한 “관상동맥우회술”, “대동맥류 인조혈관치환수술”, “심장판막수술”, “5대장기이식수술”을 말합니다.

제18조 (“중대한 질병”과 “중대한 화상 및 부식”의 진단확정)

“중대한 질병” 및 “중대한 화상 및 부식”의 진단확정은 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과 의사 제외)자격증을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

제19조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험대상자(피보험자)에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금(별표 1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급하여 드립니다.

1. 보험대상자(피보험자)가 보험기간(종신) 중 사망하거나 장애분류표(별표 3 참조, 이하 “장애분류표”라 합니다) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 80% 이상인 장애상태가 되었을 때 : 사망보험금 지급
2. 보험대상자(피보험자)가 제1보험기간 및 제2보험기간

중 “중대한 화상 및 부식”으로 진단확정을 받았을 때 또는 제1보험기간 및 제2보험기간 중 “중대한 질병 및 수술 보장개시일” 이후에 “중대한 질병”으로 진단확정 받거나 “중대한 수술”을 받았을 때 : CI보험금 지급 (단, CI보험금은 “중대한 질병”, “중대한 수술” 또는 “중대한 화상 및 부식” 중 최초 1회에 한하여 지급합니다)

3. 보험대상자(피보험자)가 보험나이 60세부터 80세까지 매년 계약해당일에 CI보험금 지급사유가 발생하지 않고 살아있을 경우 : 건강자금 지급
4. 보험대상자(피보험자)가 보험나이 65세, 70세, 75세, 80세의 계약해당일에 CI보험금 지급사유가 발생하지 않고 살아있을 경우 : 건강축하금 지급

제20조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보험료 납입기간 중 보험대상자(피보험자)가 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 50% 이상 80% 미만인 장해상태가 되었을 때 또는 제19조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호의 CI보험금 지급사유가 발생하였을 때에는 차회 이후의 기본보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제19조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에는 보험기간 중 생사가 분명하지 아니하여 실종선고(失蹤宣告)를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부 기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 호적에 기재된 경우에는 그러한 사고

가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.

- ③ 제1항 및 제19조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호의 경우 재해로 인하여 장애상태가 되고, 장애지급률이 재해일부
부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일부
부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으
로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애
분류표에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따
릅니다.
- ④ 제3항에 의하여 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장
을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 재
해일부부터 2년 이내) 중에 장애상태가 더 악화된 때에는
그 악화된 장애상태(사망 포함)를 기준으로 장애지급률을
결정합니다.
- ⑤ 제1항 및 제19조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호의
“동일한 재해”의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니
다.
- ⑥ 제1항 및 제19조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호의 경
우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표상 두 가
지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장
해에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는
각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용합니다.
- ⑦ 제1항 및 제19조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호의 경
우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결
후 한시적으로 나타나는 장애(이하 “한시장애”라 합니다)
에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률
의 20%를 한시장애의 장애지급률로 정합니다.
- ⑧ 제1항 및 제19조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호의 경

우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장애가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 합산하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

- ⑨ 제8항에 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑩ 제19조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호의 사망보험금 지급은 보험대상자(피보험자)가 사망한 날이나 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 80% 이상인 장애상태로 진단확정된 날을 기준으로 합니다.
- ⑪ 제19조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호에서 중대한 질병 또는 중대한 수술의 경우 C보험금 지급사유가 “중대한 질병 및 수술 보장개시일” 이후에 발생한 경우라도, “중대한 질병 및 수술 보장개시일” 이전에 발생한 중대한 질병 또는 중대한 수술과 인과관계가 있는 경우에는 C보험금을 지급하지 아니하며 보험료의 납입을 면제하여 드리지 아니합니다.
- ⑫ 제11항에 불구하고 계약자는 보험대상자(피보험자)가 “중대한 질병 및 수술 보장개시일” 전에 중대한 질병으로 진단확정되거나 중대한 수술을 받았을 경우에는 진단확정일 또는 수술일로부터 그 날을 포함하여 90일 이내에 계약을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입

한 보험료를 돌려 드립니다.

제21조 (보험금을 지급하지 아니하는 보험사고)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 아니하거나 보험료의 납입을 면제하지 아니함과 동시에 이 계약을 해지(解止)할 수 있습니다.

1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우

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

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

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

3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우

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

1. 제1항 제1호의 경우에는 이미 납입한 보험료(건강자금 또는 건강축하금의 수령이 있었던 때에는 이를 차감한 금액)를 계약자에게 돌려 드립니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드리지 않습니다.

제22조 (전쟁, 기타 변란시의 보험금)

회사는 보험대상자(피보험자)가 전쟁, 기타 변란으로 인하여 제19조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호 내지 제2호 또는 제20조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 사유가 발생한 경우 그 수가 보험료 산출기초에 중대한 영향을 미칠 우려가 있다고 인정될 때에는 금융감독위원회의 인가를 얻어 보험금을 감액하여 지급하거나 또는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

제23조 (공시이율의 적용 및 공시)

- ① 이 계약의 계약자적립금에 대한 적립이율은 회사가 정한 공시이율(이하 “공시이율”이라 합니다)로 합니다.
- ② 제1항의 공시이율은 운용자산이익률과 시장금리를 기준으로 향후 예상수익 등 경영환경을 고려하여 이 계약의 “사업방법서”에서 정한 바에 따라 결정합니다.
- ③ 제1항의 공시이율은 매년 「1월1일, 4월1일, 7월1일, 10월1일」의 공시이율을 기준으로 매 3개월간 확정 적용하며, 최저보증이율은 연 복리 3.75%로 합니다.
단, 최초로 정하는 공시이율은 회사가 정하는 날부터 위의

내용에 따라 다음 공시이율을 정하는 날까지 적용합니다.

- ④ 회사는 제1항 내지 제3항에서 정한 공시이율을 매월 회사의 인터넷 홈페이지 등을 통해 공시합니다.

제24조 (해약환급금)

- ① 이 약관에 의해 계약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 계약의 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해약환급금 계산시 적용되는 공시이율은 제23조(공시이율의 적용 및 공시)에서 정한 이율로 합니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제25조 (배당금의 지급)

이 계약은 무배당보험이므로 계약자 배당금이 없습니다.

제26조 (소멸시효)

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

제4관 보험계약시 계약자의 계약전 알릴 의무 등

제27조 (계약전 알릴 의무)

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

사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제28조 (계약전 알릴 의무 위반의 효과)

- ① 회사는 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 제27조(계약 전 알릴 의무)에 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 때에는 그러하지 아니합니다.
 1. 회사가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못하였을 때
 2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
 3. 회사가 이 계약의 청약시 보험대상자(피보험자)의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 의하여 승낙통지를 한 때(계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요한 사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 제외)
 4. 보험을 모집한 자(이하 “보험설계사 등”이라 합니다)가 계약자 또는 보험대상자(피보험자)의 계약전 알릴 의무 사항을 임의로 기재한 경우
- ② 제1항의 중요한 사항이라 함은 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부

로 인수하는 등 계약 인수에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

- ③ 회사는 제1항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약전 알릴 의무 위반사실 뿐만 아니라 계약전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 계약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면으로 알려 드립니다.
- ④ 제1항에 의하여 계약을 해지하였을 때에는 해약환급금과 이미 납입한 보험료(건강자금 또는 건강축하금의 수령이 있었던 때에는 이를 차감한 금액) 중 많은 금액을 지급하여 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
- ⑤ 제27조(계약전 알릴 의무)의 계약전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 지급하여 드립니다.

제29조 (계약취소권의 행사제한)

회사는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때에는 민법 제110조(사기에 의한 의사표시)에 의한 취소권을 행사하지 아니합니다. 그러나 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 대리진단, 약물복용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 에이즈의 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.

제5관 보험금 지급 등의 절차

제30조 (주소변경통지)

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

제31조 (보험금을 받는 자(보험수익자)의 지정)

이 계약에서 계약자가 보험금을 받는 자(보험수익자)를 지정하지 아니한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)를 제19조(보험금의 종류 및 지급사유) 제3호 내지 제4호의 경우는 계약자로 하고, 동조 제1호 내지 제2호의 경우는 보험대상자(피보험자)로 하며, 보험대상자(피보험자)의 사망시는 보험대상자(피보험자)의 상속인으로 합니다.

제32조 (대표자의 지정)

- ① 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)가 2인 이상인 경우에는 각 대표자 1인을 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 보험금을 받는 자(보

험수익자)를 대리하는 것으로 합니다.

- ② 지정된 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)의 소재가 확실하지 아니한 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자) 1인에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)에 대하여도 효력이 미칩니다.
- ③ 계약자가 2인 이상인 경우에는 그 책임을 연대(連帶)로 합니다.

제33조 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 보험대상자(피보험자)나 보험금을 받는 자(보험수익자)는 제19조(보험금의 종류 및 지급사유)에 정한 보험금 지급사유 또는 제20조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 정한 보험료 납입면제 사유가 발생하였을 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제34조 (보험금 등 청구시 구비서류)

- ① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 해약환급금 또는 보험료의 납입면제를 청구하여야 합니다.
 - 1. 청구서[회사양식]
 - 2. 사고증명서[사망진단서, 장해진단서, 진단서(병명기입), 수술증명서, 진료기록부(검사기록지 포함) 등]
 - 3. 신분증[주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함]
 - 4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수

령 또는 계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

- ② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제35조 (보험금 등의 지급)

- ① 회사는 제34조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 또는 보험료 납입면제의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 회사는 제19조(보험금의 종류 및 지급사유) 제3호 내지 제4호에 해당하는 보험금의 지급시기가 도래할 때에는 도래일 7일 이전에 그 사유와 회사가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 알려드리며, 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표7(“보험금 지급시의 적립이율 계산”)과 같습니다.
- ③ 계약자, 보험대상자(피보험자) 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)는 제28조(계약전 알릴 의무 위반의 효과) 및 제1항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사

유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 아니합니다.

- ④ 회사가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도에 대하여 보험대상자(피보험자) 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 서면으로 통지하여 드리며, 장애 지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 보험금 지급이 지연되는 경우에는 보험금을 받는 자(보험수익자)의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금을 우선적으로 가지급할 수 있습니다.
- ⑤ 회사가 제1항의 지급사유 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 보험대상자(피보험자)는 정당한 사유가 없는 한 회사가 지정한 의사의 진단, 의료비의 심사, 기타의 조사를 받을 것(진단에 필요한 검사자료 등의 제출을 포함합니다)에 동의하여야 하며, 보험대상자(피보험자)가 지정한 의사와 회사가 지정한 의사가 진단 및 진료내용, 입원기간 등에 대하여 합의하여 정하는 때에는 그에 따라 보험금을 지급하기로 합니다. 그러나 보험대상자(피보험자)가 지정한 의사와 회사가 지정한 의사가 합의에 도달하지 못하는 때에는 보험대상자(피보험자)와 회사가 동의하여 제3의 의사를 정하고, 그 제3의 의사의 의견에 따를 수 있습니다. 이 약관에서 “회사가 정한 의사” 및 “제3의 의사”는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 중에서 정하며, 이 항에 의한 의료비용은 회사가 부담합니다.

- ⑥ 제1항 내지 제5항에서 정한 회사의 조사, 확인 또는 진단 요청에 대하여 계약자, 보험대상자(피보험자)나 보험금을 받는 자(보험수익자)가 정당한 사유 없이 동의를 하지 아니하는 때에는 그 동의를 얻어 조사, 확인 또는 진단을 완료할 때까지 보험금(가치급보험금 포함)의 지급을 유예(猶豫)할 수 있습니다.
- ⑦ 보험료 납입경과기간 3년(36회 납입) 이내에 제13조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 중 보험금 지급사유가 발생하였을 경우에는 보험금에서 미납입된 기본보험료 또는 월대체보험료를 차감하고 지급합니다.

제36조 (보험금 받는 방법의 변경)

- ① 계약자[보험금 지급사유 발생 후에는 보험금을 받는 자(보험수익자)]는 회사의 「사업방법서」에서 정한 바에 따라 제19조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에 의한 사망보험금의 전부 또는 일부에 대하여 분할지급 또는 일시지급 방법으로 변경할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 의하여 일시금을 분할하여 지급하는 경우에는 그 미지급 금액에 대하여 「예정이율」을 연 단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급하며, 분할지급 금액을 일시금으로 지급하는 경우에는 이 계약의 「예정이율」로 할인한 금액을 지급합니다.

제37조 (계약내용의 교환)

회사는 계약의 체결 및 관리 등을 위한 판단자료로서 활용하기 위하여 다음 각 호의 사항을 계약자 및 보험대상

자(피보험자)의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련단체 등에게 제공할 수 있으며, 이 경우 회사는 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제23조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의) 및 동법 시행령 제12조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의 등)의 규정을 따릅니다.

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

제38조 (계약자적립금의 인출)

- ① 계약자는 월납 계약의 경우 보험료 납입경과기간 3년(36회 납입) 경과 후부터, 일시납 계약의 경우 계약일 1개월 경과 후부터 보험기간 중에 회사가 정한 기준에 따라 보험년도 기준 연 12회에 한하여 계약자적립금의 일부를 인출할 수 있습니다. 단, 제19조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호에서 정한 “C보험금” 지급사유 발생 전에 한하여 중도인출이 가능합니다.
- ② 제1항에 따라 계약자적립금의 일부를 인출하는 경우 1회에 인출할 수 있는 최고 금액은 인출할 당시 해약환급금(단, 보험계약대출원리금을 차감한 금액으로 특약의 해약환급금은 제외된 금액)의 50%를 초과할 수 없으며, 총 인출금액은 계약자가 실제 납입한 보험료 총액(단, 특약보험료 제외)을 초과할 수 없습니다. 또한, 총 인출금액은 기본보험료의 총액에서 장래에 지급될 건강자금 및 건강축하금의 합계액을 차감한 금액과 추가납입한 보험료와의

합산금액을 초과할 수 없습니다. 단, 계약자적립금 인출시 회사는 인출금액의 0.2%와 2,000원 중 적은 금액을 수수료로 부가합니다.

- ③ 중도인출은 추가납입보험료에 의한 계약자적립금에서 우선적으로 가능하며, 추가납입보험료에 의한 계약자적립금이 부족한 경우에 한하여 기본보험료 계약자적립금에서 인출이 가능합니다.
- ④ 제1항에 따라 계약자적립금을 인출한 경우 기본보험금 계산시 적용하는 “이미 납입한 보험료”는 다음과 같이 계산합니다.

$$\begin{aligned} & \bigcirc \text{인출 이후의 「이미 납입한 보험료」} \\ &= [\text{인출 전 이미 납입한 보험료}] \\ &\quad \times [\text{인출 전 계약자적립금} - \text{인출금액}] \\ &\quad \div [\text{인출 전 계약자적립금}] \\ &(\text{주}) \text{ 「인출 전 이미 납입한 보험료」는 해당 인출 전} \\ &\quad \text{에 인출 및 감액이 발생한 경우 제6조(계약내용} \\ &\quad \text{의 변경) 제3항 및 상기 방법에 따라 계산된 이} \\ &\quad \text{미 납입한 보험료를 말합니다.} \end{aligned}$$

제39조 (보험계약대출)

- ① 계약자는 보험기간 중 이 계약의 해약환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 "보험계약대출"이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.
- ② 계약자는 제1항에 의한 보험계약대출금과 보험계약대출이자를 언제든지 상환할 수 있으며, 상환하지 아니한 때에는

보험금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 제 지급금과 상계할 수 있습니다.

- ③ 회사는 제13조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금과 보험계약대출원리금을 상계할 수 있습니다.

제6관 분쟁조정 등

제40조 (분쟁의 조정)

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

제41조 (관할법원)

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

제42조 (약관의 해석)

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

제43조 (회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력)

보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사(각종 점포 및 대리점 포함) 제작의 보험안내자료(계약의 청약을 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다) 내용이 이 약관의 내용

과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제44조 (회사의 손해배상책임)

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

제45조 (준거법)

이 약관에서 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

제46조 (예금보험에 의한 지급보장)

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

(별표 1)

보험금 지급기준표

1. 사망보험금 (약관 제19조 제1호)

지급사유	보험대상자(피보험자)가 보험기간(종신) 중 사망하거나 장애분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 80% 이상인 장애상태가 되었을 경우	
지급금액	○ 제1보험기간 중 사망보험금 지급사유가 발생하였을 때	
	CI보험금 지급사유가 발생하기 이전	기본보험금의 「100의 100」 + 가산보험금
	CI보험금 지급사유가 발생한 이후	기본보험금의 「100의 50」 + 가산보험금
	※ 제1보험기간의 기본보험금 계산시 적용한 기본사망보험금은 보험가입금액의 100%를 기준으로 합니다.	
	○ 제2보험기간 또는 제3보험기간 중 사망보험금 지급사유가 발생하였을 때	
CI보험금 지급사유가 발생하기 이전	기본보험금의 「100의 100」 + 가산보험금	
제1보험기간 중 CI보험금 지급사유가 발생한 이후	기본보험금의 「100의 20」 + 가산보험금	
제2보험기간 중 CI보험금 지급사유가 발생한 이후	기본보험금의 「 70의 20」 + 가산보험금	
※ 제1보험기간의 기본보험금 계산시 적용한 기본사망보험금은 보험가입금액의 100%를 기준으로 합니다.		
※ 제2보험기간 또는 제3보험기간의 기본보험금 계산시 적용한 기본사망보험금은 보험가입금액의 70%를 기준으로 합니다.		
※ CI보험금 지급사유가 발생한 이후 사망보험금 지급사유가 발생하였을 경우의 기본보험금은 CI보험금 지급사유 발생 당시의 기본보험금을 기준으로 하며, 기본보험금의 일정액(“100의 20” 또는 “70의 20”)과 CI보험금 발생 이후의 예정최저적립금의 105% 금액 중 큰 금액을 가산보험금과 함께 지급합니다.		

2. C보험금 (약관 제19조 제2호)

지급사유	보험대상자(피보험자)가 제1보험기간 및 제2보험기간 중 “중대한 화상 및 부식”으로 진단확정 받았을 때 또는 제1보험기간 및 제2보험기간 중 “중대한 질병 및 수술 보장개시일” 이후에 “중대한 질병”으로 진단확정 받거나 “중대한 수술”을 받았을 경우 (단, C보험금은 “중대한 질병”, “중대한 수술” 또는 “중대한 화상 및 부식” 중 최초 1회에 한하여 지급합니다)	
지급금액	제1보험기간 중 C보험금 지급사유가 발생한 경우	○ 치료자금 : 기본보험금의 「100의 40」 ○ 생활자금 : 기본보험금의 「100의 1」을 36개월 동안 매월 확정 지급
	제2보험기간 중 C보험금 지급사유가 발생한 경우	기본보험금의 「 70의 50」
※ 제2보험기간의 기본보험금 계산시 적용한 기본사망보험금은 보험가입금액의 70%를 기준으로 합니다.		

3. 건강자금 (약관 제19조 제3호)

지급사유	보험대상자(피보험자)가 보험나이 60세부터 80세까지 매년 계약해당일에 C보험금 지급사유가 발생하지 않고 살아있을 경우 (단, 장애지급률 80% 이상의 장애상태는 제외)
지급금액	건강자금 지급사유에 해당하는 각 보험나이 계약해당일에 보험가입금액의 「100의 1」을 지급 (총21회)

4. 건강축하금 (약관 제19조 제4호)

지급사유	보험대상자(피보험자)가 보험나이 65세, 70세, 75세, 80세의 계약해당일에 C보험금 지급사유가 발생하지 않고 살아있을 경우 (단, 장애지급률 80% 이상의 장애상태는 제외)
지급금액	건강축하금 지급사유에 해당하는 각 보험나이 계약해당일에 보험가입금액의 「100의 3」을 지급 (총4회)

(주)

1. 보험료 납입기간 중 보험대상자(피보험자)가 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 50% 이상 80% 미만인 장해상태가 되었을 때 또는 C보험금 지급사유가 발생하였을 때에는 차회 이후의 기본보험료 납입을 면제하여 드립니다.
2. 이 약관의 「중대한 질병 및 수술 보장개시일」은 보험계약일(부활일)로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다. (단, “중대한 화상 및 부식”에 대한 보장은 보험계약일[부활(효력회복)일]부터입니다)
3. 보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 사망하거나 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 80% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.
4. “중대한 질병” 또는 “중대한 수술”의 경우 C보험금의 지급사유가 「중대한 질병 및 수술 보장개시일」이후에 발생한 경우라도, 「중대한 질병 및 수술 보장개시일」이전에 발생한 “중대한 질병” 또는 “중대한 수술”과 인과관계가 있는 경우에는 C보험금을 지급하지 아니하며, 보험료의 납입을 면제하여 드리지 아니합니다.
5. 기본보험금은 “기본사망보험금”, “이미 납입한 보험료”, “예정최저적립금의 105% 금액” 중 가장 큰 금액을 말합니다.
6. 기본사망보험금은 다음과 같이 산출한 금액을 말합니다.
 - 제1보험기간의 기본사망보험금은 보험가입금액에서 중도인출금액을 차감하고, 추가납입한 보험료를 합산한 금액을 말합니다.
 - 제2보험기간 및 제3보험기간의 기본사망보험금은 보험가입금액의 70%에서 중도인출금액을 차감하고, 추가납입한 보험료를 합산한 금액을 말합니다.
7. “가산보험금”은 계약자적립금과 이 계약의 산출방법서에서 정한 예정최저적립금과의 차이에 의하여 산출되는 금액으로서 유효한 계약에 대하여 매일 계산하며, 계산 당일에만 확정 적용합니다.
8. 이 계약의 보험기간은 계약일부터 60세 계약해당일 전일까지를 “제1보험기간”, 60세 계약해당일부터 80세 계약해당일 전일까지를 “제2보험기간”, 80세 계약해당일부터 종신까지를 “제3보험기간”이라 합니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

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

2. 보험금을 지급하지 아니하는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

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

(주) () 안은 제4차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2002-1호, 2003.1.1 시행)상의 분류번호이며, 제5차 개정 이후 위 1 및 2의 각호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함합니다.

(별표 3)

장애분류표

총칙

1. 장애의 정의

- 1) “장애”라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아 있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태를 말한다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장애에 포함되지 않는다.
- 2) “영구적”이라 함은 원칙적으로 치유시 장애 회복의 가망이 없는 상태로서 정신적 또는 육체적 훼손상태임이 의학적으로 인정되는 경우를 말한다.
- 3) “치유된 후”라 함은 상해 또는 질병에 대한 치료의 효과를 기대할 수 없게 되고, 또한 그 증상이 고정된 상태를 말한다.
- 4) 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 정한다.

2. 신체부위

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

3. 기타

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

장애분류별 판정기준

1. 눈의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 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 0.10 이하로 된 때	15
6) 한 눈의 교정시력이 0.20 이하로 된 때	5
7) 한 눈의 안구에 뚜렷한 운동장애나 뚜렷한 조절기능 장애를 남긴 때	10
8) 한 눈의 시야가 좁아지거나 반맹증, 시야협착, 암점을 남긴 때	5
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때	5

나. 장애판정기준

- 1) 시력장애의 경우 공인된 시력검사표에 따라 측정한다.
- 2) “교정시력”이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 시력을 말한다.
- 3) “한 눈이 멀었을 때”라 함은 눈동자의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나(“광각무”) 겨우 가릴 수 있는 경우(“광각”)를 말한다.
- 4) 안구운동장애의 판정은 외상 후 1년 이상 경과한 후에 그 장애 정도를 평가한다.
- 5) “안구의 뚜렷한 운동장애”라 함은 안구의 주시야의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우나 정면 양안시에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 때를 말한다.
- 6) “안구의 뚜렷한 조절기능장애”라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 45세 이상의 경우에는 제외한다.
- 7) “시야가 좁아진 때”라 함은 시야각도의 합계가 정상시야의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다.
- 8) “눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때”라 함은 눈꺼풀의 결손으로 인해 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮여지지 않는 경우를 말한다.

- 9) “눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때”라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.
- 10) 외상이나 화상 등에 의하여 눈동자의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 눈동자가 적출되어 눈자위의 조직요물(凹沒) 등에 의해 의안마저 삽입할 수 없는 상태면 “뚜렷한 추상(추한 모습)”으로, 의안을 삽입할 수 있는 상태면 “약간의 추상(추한 모습)”으로 지급률을 가산한다.
- 11) “눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때”에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장애를 포함하여 장애를 평가한 것으로 보고, 추상(추한 모습)장애를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장애평가 방법 중 보형대상자(피보형자)에 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) 청력장애는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB : decibel)로서 표시하고 3회 이상 청력검사를 실시한 후 순음평균역치에 따라 적용한다.
- 2) “한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB 이상인 경우를 말한다.
- 3) “심한 장애를 남긴 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB 이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- 4) “약간의 장애를 남긴 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB 이상인 경우에 해당되어, 50cm 이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.

- 5) 순음청력검사를 실시하기 곤란하거나 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 “언어청력검사, 임피던스 청력검사, 뇌간유발반응청력검사(ABR), 자기청력계기검사, 어음향방사검사” 등을 추가 실시 후 장애를 평가한다.

다. 귓바퀴의 결손

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

3. 코의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 코의 기능을 완전히 잃었을 때	15

나. 장애판정기준

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

4. 씹어먹거나 말하는 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 심한 장애를 남긴 때	100
2) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 심한 장애를 남긴 때	80
3) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 뚜렷한 장애를 남긴 때	40
4) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	20

장애의 분류	지급률
5) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 약간의 장애를 남긴 때	10
6) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
7) 치아에 14개 이상의 결손이 생긴 때	20
8) 치아에 7개 이상의 결손이 생긴 때	10
9) 치아에 5개 이상의 결손이 생긴 때	5

나. 장애의 평가기준

- 1) 씹어먹는 기능의 장애는 상하치아의 교합(咬合), 배열상태 및 아래 턱의 개폐운동, 연하(삼킴)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.
- 2) “씹어먹는 기능에 심한 장애를 남긴 때”라 함은 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
- 3) “씹어먹는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등) 이외에는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
- 4) “씹어먹는 기능에 약간의 장애를 남긴 때”라 함은 어느 정도의 고형식(밥, 빵 등)은 섭취할 수 있으나 이를 씹어 잘게 부수는 기능에 제한이 뚜렷한 경우를 말한다.
- 5) “말하는 기능에 심한 장애를 남긴 때”라 함은 다음 4종의 어음 중 3종 이상의 발음을 할 수 없게 된 경우를 말한다.
 - ① 구순음(ㅁ, ㅂ, ㅍ)
 - ② 치설음(ㄴ, ㄷ, ㄹ)
 - ③ 구개음(ㄱ, ㅋ, ㆁ)
 - ④ 후두음(ㅇ, ㅎ)
- 6) “말하는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 2종 이상의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
- 7) “말하는 기능에 약간의 장애를 남긴 때”라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 1종의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
- 8) 뇌의 언어중추 손상으로 인한 실어증의 경우에도 말하는 기능의 장애로 평가한다.
- 9) “치아의 결손”이란 치아의 상실 또는 치아의 신경이 죽었거나 1/3 이상이 파절된 경우를 말한다.
- 10) 유상의치 또는 가교의치 등을 보철한 경우의 지대관 또는 구의 장착치와 포스트, 인레인만을 한 치아는 결손된 치아로 인정하지 않는다.
- 11) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열

- 구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
- 12) 어린이의 유치와 같이 새로 자라서 갈 수 있는 치아는 장애의 대상이 되지 않는다.
 - 13) 신체의 일부에 탈착분리 가능한 의치의 결손은 장애의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

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

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)

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

라. 약간의 추상(추한 모습)

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

마. 손바닥 크기

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

6. 척추(등뼈)의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) 척추(등뼈)는 경추(목뼈) 이하를 모두 동일 부위로 한다.
- 2) 척추(등뼈)의 장애는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 본 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.

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

7. 체간골의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

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

8. 팔의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 두 팔의 손목 이상을 잃었을 때	100
2) 한 팔의 손목 이상을 잃었을 때	60
3) 한 팔의 3 대관절 중 1관절의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 팔의 3대 관절 중 1관절의 기능에 심한 장애를 남긴 때	20
5) 한 팔의 3대 관절 중 1관절의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	10

장애의 분류	지급률
6) 한 팔의 3대 관절 중 1관절의 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
7) 한 팔에 가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
8) 한 팔에 가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때	10
9) 한 팔의 뼈에 기형을 남긴 때	5

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 판정한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장애(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 생긴 경우)와 일시적인 장애에 대하여는 장애보상을 하지 아니한다.
- 3) “팔”이라 함은 어깨관절(肩關節)부터 손목관절까지를 말한다.
- 4) “팔의 3대 관절”이라 함은 어깨관절, 팔꿈치관절 및 손목관절을 말한다.
- 5) “한 팔의 손목 이상을 잃었을 때”라 함은 손목관절로부터 심장 에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치관절 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
- 6) 팔의 관절기능 장애 평가는 팔의 3대 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) “영구적 신체장애 평가지침”의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장애를 표시할 경우에는 장애부위의 장애각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장애상태를 명확히 한다.
 - 가) “기능을 완전히 잃었을 때”라 함은
 - ① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
 - ② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고, 근력검사에서 근력이 “0등급(Zero)”인 경우
 - 나) “심한 장애”라 함은
 - ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
 - ② 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고, 근력검사에서 근력이 “1등급(Trace)”인 경우
 - 다) “뚜렷한 장애”라 함은
 - ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우

라) “약간의 장애”라 함은

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

- 7) “가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 8) “가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때”라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 9) “뼈에 기형을 남긴 때”라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

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

9. 다리의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

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

- (관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
- 7) "가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때"라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
 - 8) "가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때"라 함은 경골과 종아리뼈 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
 - 9) "뼈에 기형을 남긴 때"라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.
 - 10) 다리의 단축은 상전장골극에서부터 경골내측과 하단까지의 길이를 측정하여 정상측 다리의 길이와 비교하여 단축된 길이를 산출한다. 다리 길이의 측정에 이용하는 골표적(bony landmark)이 명확하지 않은 경우나 다리의 단축장애 판단이 애매한 경우에는 scanogram을 통하여 다리의 단축정도를 측정한다.

다. 지급률의 결정

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

10. 손가락의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) 손가락에는 첫째 손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그 중 심

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

11. 발가락의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 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 (1발가락 마다)	5
5) 한 발의 5개 발가락 모두의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
6) 한 발의 첫째 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	8
7) 한 발의 첫째발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때 (1발가락 마다)	3

나. 장애판정기준

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

12. 흉·복부 장기 및 비뇨생식기의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 흉·복부 장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장애를 남긴 때	75
2) 흉·복부 장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	50
3) 흉·복부 장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장애를 남긴 때	20

나. 장애의 판정기준

- 1) “흉·복부 장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장애를 남긴 때”라 함은
 - ① 심장, 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
 - ② 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때
 - ③ 방광의 기능이 완전히 없어진 때
- 2) “흉·복부 장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은
 - ① 위, 대장 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때

- ② 소장 또는 간장의 3/4 이상을 잘라내었을 때
- ③ 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
- 3) “흉·복부 장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장애를 남긴 때”라 함은
 - ① 비장 또는 한쪽의 신장 및 한쪽의 폐를 잘라내었을 때
 - ② 장루, 요도루, 방광누공, 요관 장문합이 남았을 때
 - ③ 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착으로 인공요도가 필요한 때
 - ④ 음경의 1/2 이상이 결손되었거나 질구 협착 등으로 성생활이 불가능한 때
 - ⑤ 항문 괄약근의 기능장애로 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
- 4) 흉·복부 장기 또는 비뇨생식기의 장애로 인하여 일상생활 기본 동작에 제한이 있는 경우 “<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”에 따라 장애를 평가하고 둘 중 높은 지급률을 적용한다.
- 5) 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장애의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계·정신행동 장애

가. 장애의 분류

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

10) 뚜렷한 간질발작이 남았을 때	40
11) 약간의 간질발작이 남았을 때	10

나. 장애판정기준

1) 신경계

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

2) 정신행동

- ① 상기 정신행동 장애지급률에 미치지 않는 장애에 대해서는 “<불임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”에 따라 지급률을 산정하여 지급한다.
- ② 일반적으로 상해를 입은 후 24개월이 경과한 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 수상 후 18개월이 경과한 후에 판정할 수 있다. 다만, 장애는 충분한 전문적 치료를 받은 후 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로 인하여 고정되거나 중하게 된 장애에 대해서는 인정하지 아니한다.
- ③ 심리학적 평가보고서는 자격을 갖춘 임상심리 전문의가 시행하고 작성하여야 한다.
- ④ 전문의란 정신과 혹은 신경정신과 전문의를 말한다.
- ⑤ 평가의 객관적 근거
 - ㉠ 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등을 기초로 한다.
 - ㉡ 객관적 근거로 인정할 수 없는 경우

- 보호자나 환자의 진술
 - 감정의의 추정 혹은 인정
 - 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들 (뇌SPECT 등)
 - 정신과 혹은 신경정신과 전문의가 시행하고 보고서를 작성하는 심리학적 평가보고서
- ⑥ 각종 기질성 정신장애와 외상 후 간질에 한하여 보상한다.
 - ⑦ 외상 후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증, 편집증, 조울증(정서장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.
 - ⑧ 정신 및 행동장애의 경우 개호인은 생명유지를 위한 동작 및 행동이 불가능하거나 지속적인 감금을 요하는 상태에 한하여 인정한다. 개호의 내용에서는 생명유지를 위한 개호와 행동감시를 위한 개호를 구별하여야 한다.

3) 치매

- ① “치매”라 함은
 - 뇌 속에 후천적으로 생긴 기질적인 병으로 인한 변화 또는 뇌 속에 손상을 입은 경우
 - 정상적으로 성숙한 뇌가 상기에 의한 기질성 장애에 의해서 파괴되었기 때문에 한번 획득한 지능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 경우
- ② 치매의 장애평가는 전문의에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따른다.

4) 간질

- ① “간질”이라 함은 돌발적 뇌파 이상을 나타내는 뇌질환에 의거하여 발작(경련, 의식장애 등)을 반복하는 것을 말한다.
- ② “심한 간질 발작”이라 함은 월 8회 이상의 중증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작시 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장애 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.
- ③ “뚜렷한 간질 발작”이라 함은 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
- ④ “약간의 간질 발작”이라 함은 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
- ⑤ “중증발작”이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로서, 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장애가 3분 이상 지속되는 발작을 말한다.

- ⑥ “경증발작”이라 함은 운동장해가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

< 붙임 >

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표

유형	제한정도에 따른 지급률
이동동작	<ul style="list-style-type: none"> - 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 방밖을 나올 수 없는 상태(지급률 40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움이 없이는 방밖을 나올 수 없는 상태(30%) - 목발 또는 walker를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태(20%) - 독립적인 보행은 가능하나 파행이 있는 상태, 난간을 잡지않고는 계단을 오르고 내리기가 불가능한 상태, 계속하여 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태(10%)
음식물 섭취	<ul style="list-style-type: none"> - 식사를 전혀 할 수 없어 계속적으로 튜브나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급을 받는 상태(20%) - 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 식사를 전혀 할 수 없는 상태(15%) - 손가락 사용은 가능하나 젓가락 사용이 불가능하여 음식물 섭취에 있어 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%) - 독립적인 음식물 섭취는 가능하나 젓가락을 이용하여 생선을 바르거나 음식물을 자르지는 못하는 상태(5%)
배변·배뇨	<ul style="list-style-type: none"> - 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 계속적인 도움이 필요한 상태(20%) - 화장실에 가서 변기위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 화장지로 닦고 옷을 입는 일에 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태(15%) - 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변 후 뒤처리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%) - 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2시간 이상 계속되는 업무(운전, 작업, 교육 등)를 수행하는 것이 어려운 상태(5%)

유형	제한정도에 따른 지급률
목욕	<ul style="list-style-type: none"> - 다른 사람의 지속적인 도움 없이는 샤워 또는 목욕을 할 수 없는 상태(10%) - 샤워는 가능하나 혼자서는 때밀기를 할 수 없는 상태(5%) - 목욕시 신체(등 제외)의 일부 부위만 때를 밀 수 있는 상태(3%)
옷입고 벗기	<ul style="list-style-type: none"> - 다른 사람의 지속적인 도움 없이는 전혀 옷을 챙겨 입을 수 없는 상태(10%) - 다른 사람의 지속적인 도움 없이는 상의 또는 하의 중 하나만을 착용할 수 있는 상태(5%) - 착용은 가능하나 다른 사람의 도움 없이는 마무리(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)는 불가능한 상태(3%)

(별표 4)

“중대한 질병”의 정의

I. 중대한 암 (Critical Cancer)

- ① “중대한 암”이라 함은 악성종양세포가 존재하고 또한 주위 조직으로 악성종양세포의 침윤파괴적 증식으로 특징 지을 수 있는 악성종양을 말하며, 다음 각호에 해당하는 경우는 보장에서 제외합니다.
 1. 다음의 가. ~ 바.에 해당하는 악성종양
 - 가. 악성흑색종(melanoma)중에서 침범정도가 낮은(Breslow 분류법상 그 깊이가 1.5mm 이하인 경우를 말합니다) 경우
 - 나. 초기전립샘암(본 상품의 “초기 전립샘암 ”이란 modified Jewett 병기분류상 stage B₀ 이하 또는 1992년 TNM병기상 T1c 이하인 모든 전립샘암을 말합니다)
 - 다. 초기갑상샘암(“초기갑상샘암”이란 유두암(papillary cancer) 또는 여포암(follicular cancer)으로서 암 종괴의 크기가 2.0cm미만으로서 림프절 전이나 원격전이 없는 모든 갑상샘암을 말합니다)
 - 라. 인간면역바이러스(HIV)감염과 관련된 악성 종양(단,의료법에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV감염과 관련된 악성종양은 해당진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제외)
 - 마. 악성흑색종(melanoma) 이외의 모든 피부암(C44)
 - 바. 「중대한 질병 및 수술 보장개시일」 이전에 발생한 암이 「중대한 질병 및 수술 보장개시일」 이후에 재발되거나 전이된 경우
 2. 병리학적으로 전암병소(premalignant condition or condition with malignant potential), 상피내암(carcinoma in-situ), 경계성종양(borderline malignancy) 등 “중대한 암”에 해당하지 않는 질병
 3. 신체부위에 관계없이 병리학적으로 현재 양성종양인 경우
- ② 암의 진단확정은 해부병리 전문의사 또는 임상병리 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.
- ③ 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에만 암에 대한 임상학적 진단이 그 암의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 의사가 작성한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

II. 중대한 급성심근경색증 (Critical Acute Myocardial Infarction)

- ① “중대한 급성심근경색증”이라 함은 관상동맥의 폐색으로 말미암아 심근으로의 혈액공급이 급격히 감소되어 전형적인 흉통의 존재와 함께 해당 심근조직의 비가역적인 괴사를 가져오는 질병으로서 발병 당시 다음의 2가지 특징을 모두 보여야 합니다.
가. 전형적인 급성심근경색 심전도 변화(ST분절,T파,Q파)가 새롭게 출현
나. CK-MB를 포함한 심근효소의 발병당시 새롭게 상승 (단,TROPONIN은 제외)
- ② 안정협심증, 불안정협심증, 이형협심증을 포함한 모든 종류의 협심증은 보장에서 제외합니다.
- ③ 상기 ①의 가. ~ 나. 중 하나의 특징만을 가지고 있는 경우 보장에서 제외합니다. 예를들면, 혈액중 심장효소검사만으로 “급성심근경색증” 진단을 내린다든지 심전도검사 만으로 “급성심근경색증” 진단을 내리는 경우는 보장에서 제외합니다.
- ④ 또한, 상기 ①의 가. ~ 나. 를 기초로 하지 않고, 심초음파 검사나 핵의학검사, 자기공명영상, 양전자방출단층촬영술등을 기초로 “급성심근경색증” 진단을 내리는 경우도 보장에서 제외하며, 상기 ①의 가. ~ 나. 를 기초로 하지 않고 진단된 심근의 미세경색이나 작은손상(myocardialmicroinfarction or minimal myocardial damage)은 보장에서 제외합니다.

III. 중대한 뇌졸중 (Critical Stroke)

- ① “중대한 뇌졸중”이라 함은 거미막밑출혈, 뇌내출혈, 뇌경색이 발생하여 뇌혈액순환의 급격한 차단이 생겨서 그 결과 영구적인 신경학적결손이 나타나는 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 뇌혈액순환의 급격한 차단은 의사가 작성한 진료기록부상의 전형적인 병력을 기초로 하여야 하며, 영구적인 신경학적결손이란 주관적인 자각증상(symptom)이 아니라 신경학적검사를 기초로 한 객관적인 신경학적증후(sign)로 나타난 장애로서 별표3 장애분류표에서 정한 “신경계에 장애가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때”의 지급률이 25% 이상인 장애상태(장애분류별 판정기준 13.신경계·정신행동 장애 가.장애의 분류 1) 및 나.장애판정기준 1) 신경계 ①,③에 따라 판정함)를 말합니다.
- ③ “중대한 뇌졸중”의 진단확정은 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 핵자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET scan), 단일광자전산화단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사를 기초로 영구적인 신

경학적 결손에 일치되게 “중대한 뇌졸중”에 특징적인 소견이 발병 당시 새롭게 출현함을 근거로 하여야 합니다.

- ④ 상기 ① ~ ③에 모두 근거하지 않은 경우에는 보장에서 제외합니다. 예를들면, 뇌전산화단층촬영만으로 “뇌졸중” 진단을 내린단지 영구적인 신경학적결손만으로 “뇌졸중” 진단을 내리는 경우는 보장에서 제외합니다.
- ⑤ 일과성허혈발작(transcient ischemic attack), 가역적허혈성신경학적 결손(reversible ischemic neurological deficit)은 보장에서 제외합니다. 또한, 다음과 같은 뇌출혈, 뇌경색은 보장에서 제외합니다
 - 가. 외상에 의한 뇌출혈
 - 나. 뇌종양으로 인한 뇌출혈
 - 다. 뇌수술 합병증으로 인한 뇌출혈
 - 라. 신경학적결손을 가져오는 안동맥(ophthalmic artery)의 폐색

IV. 말기신부전증 (End Stage Renal Disease)

“말기신부전증”이라 함은 양쪽 신장 모두가 비가역적인 기능부전을 보이는 말기신질환(End Stage Renal disease)으로서 보존요법으로는 치료가 불가능하여 혈액투석이나 복막투석을 받고 있거나 받은 경우 또는 신장이식을 받은 경우를 말하며 일시적으로 투석치료를 필요로 하는 신부전증은 보장에서 제외합니다.

V. 말기간질환(End Stage Liver Disease)

“말기간질환”이라 함은 간질환 중에서 영구적인 황달, 복수, 뇌병증의 3가지 기준을 모두 충족시키는, 간경변증을 일으키는 말기의 간질환을 말합니다.

VI. 말기폐질환(End Stage Lung Disease)

- ① “말기 폐질환”이라 함은 만성 호흡부전을 일으키는 폐질환의 악화 된 상황으로써 다음의 2가지 특징을 모두 보여야 합니다.
 - 가. 영구적인 산소공급 치료가 요구되는 상태
 - 나. 평상시 FEV1 검사가 정상예측치의 25% 이하
- ② “말기 폐질환”으로 분류되는 질병은 제4차 개정 한국표준질병·사인 분류중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	병명코드
인플루엔자 및 폐렴	J10 ~ J18
기타 급성 하기도 감염	J20 ~ J22
만성 하기도 질환	J40 ~ J47
외부요인에 의한 폐질환	J60 ~ J70
주로 사이질에 영향을 주는 기타 호흡기 질환	J80 ~ J84
하기도의 화농성 및 괴사성 병태	J85 ~ J86
가슴막의 기타 질환	J90 ~ J94
호흡계통의 기타 질환	J95 ~ J99

※ 제5차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

③ 상기 ① ~ ②에 모두 근거하지 않은 경우에는 보장에서 제외합니다.

(예) 1. ①의 가. ~ 나.의 특징을 모두 보이거나 ②에서 정한 대상질병 이외의 원인으로 인한 경우

2. ②에서 정한 질병에 해당하지만 ①의 가. ~ 나.의 특징을 모두 보이지 않는 경우

(별표 5)

“중대한 화상 및 부식”의 정의

① 중대한 화상 및 부식 (Third Degree Burns and Corrosions)

“중대한 화상 및 부식”이라 함은 「9의 법칙(The Rule of 9's)」 또는 「룬드와 부라우더 신체 표면적 차트(Lund & Brodwer chart)」에 의해 측정된, 신체 표면적으로 최소 20% 이상의 3도 화상 또는 부식을 입은 경우를 말하며, 「9의 법칙」 또는 「룬드와 부라우더 신체 표면적 차트」 측정법처럼 표준화되고 임상학적으로 받아 들여지는 다른 신체 표면적 차트를 사용하여 유사한 결과가 나온 것도 인정합니다.

② “중대한 화상 및 부식”의 진단확정은 의사가 작성한 문서화된 기록 또는 기록결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

(별표 6)

“중대한 수술”의 정의

I. 관상동맥우회술 (Coronary Artery Bypass Graft)

- ① “관상동맥우회술”이라 함은 관상동맥질환(Coronary Artery Bypass Graft)의 근본적인 치료를 직접목적으로 하여 개흉술을 한 후 대복재정맥(greater saphenous vein), 내유동맥(internal mammary artery)등의 자가우회도관을 협착이 있는 부위보다 원위부(遠位部)의 관상동맥에 연결하여 주는 수술을 말합니다.
- ② 그러나 카테터를 이용한 수술이나 개흉술을 동반하지 않는 수술은 모두 보장에서 제외합니다.
(예) 관상동맥성형술(Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty, PTCA), 스텐트삽입술(Coronary Stent), 회전죽상반절제술(Rotational atherectomy)

II. 대동맥류인조혈관치환수술 (Aorta Graft Surgery)

- ① “대동맥류인조혈관치환수술”이라 함은 대동맥류의 근본적인 치료를 직접목적으로 하여 개흉술 또는 개복술을 한 후 반드시 대동맥류병소를 절제(excision)하고 인조혈관(artificial vessel)으로 치환(graft)하는 두가지 수술을 해주는 것을 의미합니다. 여기에서 “대동맥”이라 함은 흉부 또는 복부 대동맥을 말하는 것으로 대동맥의 분지(branch)동맥들은 제외됩니다.
- ② 단, 카테터를 이용한 수술은 보장에서 제외합니다.
(예) 경피적혈관내대동맥류수술(percutaneous endovascular aneurysm repair)

III. 심장판막수술 (Heart Valve Surgery)

- ① “심장판막수술”이라 함은 심장판막질환의 근본적인 치료를 직접목적으로 하여 다음의 두가지 기준중 한가지 이상에 해당하는 경우입니다.
 - 가. 반드시 개흉술 및 개심술을 한 후 병변이 있는 판막을 완전히 제거한 뒤에 인공심장판막 또는 생체판막으로 치환하여 주는 수술
 - 나. 반드시 개흉술 및 개심술을 한 후 병변이 있는 판막에 대해 판막성형술(valvuloplasty)을 해주는 수술

- ② 그러나 다음과 같은 수술은 보장에서 제외합니다.
 - 가. 카테터를 이용하여 수술하는 경우
(예) 경피적 판막성형술(percutaneous balloon valvuloplasty)
 - 나. 개흉술 또는 개심술을 동반하지 않는 수술

IV. 5대장기이식수술 (5 Major Organ Transplantation)

- ① “5대장기이식수술”이라 함은 5대장기의 만성부전상태로부터 근본적인 회복과 치료를 목적으로 관련법규에 따라 정부에서 인정한 장기이식의료기관 또는 이와 동등하다고 인정하는 의료기관에서 간장, 신장, 심장, 폐장, 췌장에 대하여 장기이식을 하는 것으로 타인의 내부장기를 적출하여 장기부전상태에 있는 수혜자에게 이식을 시행한 경우에 대한 수술을 말합니다.
- ② 단, 랑게르한스 소도 세포 이식수술은 보장에서 제외합니다.

(별표 7)

보험금 지급시의 적립이율 계산(제35조 제2항 관련)

1. 사망보험금, 이보험금 (제19조 제1호 내지 제2호)

적립기간	지급이자
지급기일의 다음 날부터 보험금 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

2. 건강자금, 건강축하금 (제19조 제3호 내지 제4호)

구분	적립기간	지급이자	
회사가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 아니한 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	공시이율	
회사가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알린 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험기간 만기일까지의 기간	공시이율	
	보험기간 만기일의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	1년 이내	공시이율의 50%
		1년 초과 기간	1%
보험금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간		공시이율 + 1%	
지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간		보험계약대출이율	

3. 해약환급금 (제24조 제1항)

적립기간	지급이자	
해약환급금 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 해약환급금 청구일까지의 기간	1년 이내	공시이율의 50%
	1년 초과 기간	1%
해약환급금 청구일의 다음 날부터 지급기일까지의 기간	공시이율 + 1%	
지급기일의 다음 날부터 해약환급금 지급일까지의 기간	보험계약대출이율	

(주)

1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 일자 계산하며, 소멸시효(제26조)가
완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기
간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.

무배당 교보큰사랑CI보험
CI추가보장특약 약관

무배당 교보큰사랑CI보험 CI추가보장특약 약관

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조 (특약의 체결 및 소멸)

- ① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자의 청약(請約)과 보험회사의 승낙(承諾)으로 주된 보험계약에 부가하여 이루어 집니다. (이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사”라 합니다)
- ② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.
 1. 주계약이 해지(解止) 및 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우
 2. 보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 사망하거나 장애분류표(별표 3 참조) 중 동일한 재해(별표 2 “재해분류표”에서 정한 재해를 말하며, 이하 “재해”라 합니다) 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 80% 이상인 장애상태가 되었을 경우
- ③ 제2항 제2호의 경우 재해로 인하여 장애상태가 되고, 장애지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표(별표3 참조)에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ④ 제3항에 의하여 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 재해일부터 2년 이내) 중에 장애상태가 더 악화된 때에는

그 악화된 장애상태(사망 포함)를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.

- ⑤ 제2항 제2호의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑥ 제2항 제2호의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표(별표3 참조)상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용합니다.
- ⑦ 제2항 제2호의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 “한시장애”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 정합니다.
- ⑧ 제2항 제2호의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장애가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 합산하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만, 장애분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑨ 제8항에 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표(별표3 참조)상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

제2조 (특약내용의 변경)

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제17조(해약환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 이 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제3조 (계약자의 임의해지)

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제17조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제4조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약의 부가시에 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조 (특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시일)

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약의 부가시에 회사가

제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입 기간으로 합니다.

- ② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ③ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제6조 (보험료의 납입연체시 특약의 해지)

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
- ② 주계약의 보험료를 납입하고 이 특약의 보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약에 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 단, 이 경우에도 주계약에 정한 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ③ 제1항 및 2항에 의하여 이 특약이 해지된 경우에는 제17조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제7조 (보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청

약한 것으로 봅니다.

- ③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제5조 (특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시일) 제3항의 규정을 따릅니다.

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제8조 (“소액치료비 관련 암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에 있어서 “소액치료비 관련 암”이라 함은 다음 각호의 규정에 해당하는 “초기악성흑색종”, “기타피부암”, “초기전립샘암”, “초기갑상샘암”, 및 “인간면역바이러스(HIV) 감염과 관련된 암”을 말합니다.
1. “초기악성흑색종”이라 함은 제4차 개정 한국표준질병·사인분류 중 피부의 악성흑색종(분류번호 C43)에 해당하는 질병 중에서 침범정도가 낮은(Breslow 분류법상 그 깊이가 1.5mm이하인 경우)경우를 말합니다.
 2. “기타피부암”이라 함은 제4차 개정 한국표준질병·사인분류 중 기타 피부의 악성신생물(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.
 3. “초기전립샘암”이라 함은 제4차 개정 한국표준질병·사인분류 중 전립샘의 악성신생물(분류번호 C61)에 해당하는 질병 중에서 modified Jewett 병기분류상 stage B₀이하 또는 1992년 TNM병기상 T1c이하인 모든 전립샘암을 말합니다.
 4. “초기갑상샘암”이라 함은 제4차 개정 한국표준질병·사인분류 중 갑상샘의 악성신생물(분류번호 C73)에 해당하는 질병 중에서 유두암(papillary cancer) 또는 여포

암(follicular cancer)이고 암 종괴의 크기가 2.0cm미만으로서 림프절 전이나 원격전이가 없는 모든 갑상샘암을 말합니다.

5. 인간면역바이러스(HIV) 감염과 관련된 악성 종양 (단, 의료법에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV 감염과 관련된 악성종양은 해당 진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제외)
- ② 소액치료비 관련 암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 소액치료비 관련 암에 대한 임상학적 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 소액치료비 관련 암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제9조 (“상피내암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에 있어서 “상피내암”이라 함은 제4차 개정 한국표준질병·사인분류 중 별표 4 「상피내의 신생물 분류표」에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 상피내암의 진단확정은 해부병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단

이 가능하지 않을 때에는 임상학적 진단이 상피내암의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 상피내암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제10조 (“경계성 종양”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에 있어서 “경계성 종양”이라 함은 제4차 개정 한국표준질병·사인분류 중 별표 5 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 경계성 종양의 진단확정은 해부병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적 진단이 경계성 종양의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 경계성종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제11조 (“조혈모세포이식수술”의 정의)

이 특약에 있어서 “조혈모세포이식수술”이라 함은 골수부전상태 또는 악성종양을 근본적으로 치료할 목적으로 혈액을 만드는 조혈모세포(hematopoietic stem cell)의 이식수술로서 관련법규에 따라 정부에서 인정한 무균실이 있는 골수이식의료기관 또는 이와 동등하다고 인정한 의료기관에서 다음의 각호에서 정한 동종골수조혈모이식수술, 자가골수조혈모세포이식수술, 자가말초조혈모세포이식수술,

제대혈모세포이식수술을 말합니다. 단, 조혈모세포수혜자에게 조혈모세포를 제공할 목적으로 조혈모세포공여자로 부터 조혈모세포를 채취하는 수술은 제외합니다.

1. “동종(allogenic)골수조혈모이식수술”이라 함은 암 또는 골수부전상태를 치료하기 위해 타인의 골수로부터 정상적인 조혈모세포를 제공받아 수혜자의 골수를 정상적인 골수로 치환하여 주는 수술을 말합니다.
2. “자가(autologous)골수조혈모세포이식수술”이라 함은 강력한 항암요법에 의한 골수독성을 경감하기 위해서 암환자 자신의 골수내의 조혈모세포를 미리 채취하여 필요한 처리를 한 다음 고량화학요법(high-dose myeloablative therapy)을 시행하고 그 후에 이 조혈모세포를 암환자 자신에게 다시 투여해주는 수술을 말합니다.
3. “자가(autologous)말초조혈모세포이식수술”이라 함은 강력한 항암요법에 의한 골수독성을 경감하기 위해서 암환자 자신의 말초혈액내의 조혈모세포를 미리 채취하여 필요한 처리를 한 다음 고량화학요법(high-dose myeloablative therapy)을 시행하고 그 후에 이 조혈모세포를 암환자 자신에게 다시 투여해주는 수술을 말합니다.
4. “제대혈모세포이식수술”이라 함은 타인의 제대혈(배꼽의 탯줄의 혈액)속에 있는 조혈모세포를 채취하여 대량 항암요법으로 암환자의 골수를 완전히 억제시킨 다음 제대혈모세포를 투여하는 수술을 말합니다.

제12조 (“관상동맥성형술(PTCA)”의 정의)

이 특약에 있어서 “관상동맥성형술(PTCA)”이라 함은 관상동맥질환의 근본적인 치료를 직접목적으로 하여 관상동맥우회술(CABG)대신 혈관카테터를 이용한 관상동맥확장술을 말합니다. [예, 경피적관동맥풍선확장술(Percutaneous transluminal balloon angioplasty), 스텐트삽입술(Coronary stent), 회전죽상반절제술(rotational atherectomy) 등]

제13조 (“양성뇌종양”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에 있어서 “양성뇌종양”이라 함은 뇌와 척수(뇌막과 척수수막 포함)에 발생한 병리조직학적으로 양성인 뇌종양으로서 제4차 개정 한국표준질병·사인분류 중 별표 6 「양성뇌종양 분류표」에서 정한 질병을 말합니다. (단, 낭종, 육아종, 혈종, 뇌농양, 뇌의 정맥기형 또는 동맥 기형은 보장대상에서 제외)
- ② “양성뇌종양”의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세침 흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않은 때에는 임상학적 진단이 양성뇌종양의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 양성뇌종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제14조 (수술의 정의와 장소)

이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여

양성뇌종양에 의한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 수술[기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 적제(摘除) 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 흡인(吸引), 천자(穿刺), 적제(適濟) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK은 제외]받는 경우를 말합니다.

제15조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금(별표 1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급하여 드립니다.

1. 보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 “소액치료비 관련암”, “상피내암” 또는 “경계성종양”으로 진단확정 받았을 때 : 해당 진단보험금 지급 (단, “소액치료비 관련암”, “상피내암” 또는 “경계성종양” 각각 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급함)
2. 보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 “조혈모세포이식수술” 또는 “관상동맥성형술(PTCA)”을 받았을 때 또는 “양성뇌종양”으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 때 : 해당 수술보험금 지급 (단, “조혈모세포이식수술” 및 “관상동맥성형술(PTCA)”은 각각 최초 1회의 수술에 한하여 지급하며 양성뇌종양으로 인한 수술은 수술 1회당 지급함)

제16조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 보험대상자(피보험자)가 보장개시일 이후에 사망하여 그 후에 소액치료비 관련 암, 상피내암 또는 경계성종양을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 제15조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호의 진단보험금을 지급하여 드립니다.

제17조 (해약환급금)

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

제4관 보험금 지급 등의 절차

제18조 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 보험대상자(피보험자)나 보험금을 받는 자(보험수익자)는 제15조(보험금의 종류 및 지급사유)에 정한 보험금 지급사유가 발생하였을 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제19조 (보험금 등 청구시 구비서류)

- ① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 해약환급금 또는 보험료의 납입면제

를 청구하여야 합니다.

1. 청구서 (회사양식)
 2. 사고증명서 [진단서(병명기입), 수술증명서, 진료기록부 (검사기록지 포함) 등]
 3. 신분증 (주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
 4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령 또는 계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
- ② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제20조 (보험금 등의 지급)

- ① 회사는 제19조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 및 보험료 납입면제의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 회사는 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표 7 「보험금 지급시의 적립이율 계산」과 같습니다.

제5관 기타사항 등

제21조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

- ① 이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급부명	지급사유	지급금액
진단보험금 (약관 제15조 제1호)	보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 “소액치료비 관련 암”, “상피내암” 또는 “경계성종양”으로 진단확정 받았을 때 (단, “소액치료비 관련 암”, “상피내암” 또는 “경계성종양” 각각 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급함)	<ul style="list-style-type: none"> - 소액치료비관련암 : 100만원 - 상피내암 : 100만원 - 경계성종양 : 200만원
수술보험금 (약관 제15조 제2호)	보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 “조혈모세포이식수술” 또는 “관상동맥성형술(PTCA)”을 받았을 때 또는 “양성뇌종양”으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 때 (단, “조혈모세포이식수술” 및 “관상동맥성형술(PTCA)”은 각각 최초 1회의 수술에 한하여 지급하며, 양성뇌종양으로 인한 수술은 수술 1회당 지급함)	<ul style="list-style-type: none"> - 조혈모세포이식수술 : 500만원 - 관상동맥성형술 : 100만원 - 양성뇌종양 치료를 위한 수술 : 200만원

※ 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(별표 2)

재해분류표

무배당 교보큰사랑CI보험 별표 2 “재해분류표”와 동일

(별표 3)

장해분류표

무배당 교보큰사랑CI보험 별표 3 “장해분류표”와 동일

(별표 4)

상피내의 신생물 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병·사인분류에 있어서, 상피내의 신생물로 분류되는 질병은 제4차 개정 한국표준질병·사인분류 (통계청 고시 제2002-1호, 2003.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

분류항목	분류번호
1. 구강, 식도 및 위의 상피내 암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 상피내 암종	D01
3. 가운데 귀 및 호흡기계통의 상피내 암종	D02
4. 상피내의 흑색종	D03
5. 피부의 상피내 암종	D04
6. 유방의 상피내 암종	D05
7. 자궁목의 상피내 암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 상피내 암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 상피내 암종	D09

※ 제5차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 약관에서 정하는 질병이 있는 경우는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표 5)

행동양식불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병·사인분류에 있어서, 행동양식불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병은 제4차 개정 한국표준질병·사인분류 (통계청 고시 제2002-1호, 2003.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

분류항목	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 가운데 귀, 호흡기, 가슴내 장기의 행동양식불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추신경계의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비샘의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 진성 적혈구 증다증	D45
10. 골수 형성이상 증후군	D46
11. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물	D47
12. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

※ 제5차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 약관에서 정하는 질병이 있는 경우는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표 6)

양성뇌종양 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병·사인분류에 있어서, 양성뇌종양로 분류되는 질병은 제4차 개정 한국표준질병·사인분류 (통계청 고시 제2002-1호, 2003.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

분류항목	분류번호
1. 수막의 양성신생물	D32
2. 뇌 및 기타 중추 신경계통 부위의 양성신생물	D33
3. 뇌하수체	D35.2, D44.3
4. 머리인두관	D35.3, D44.4
5. 술방울샘	D35.4, D44.5
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43

※ 제5차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 약관에서 정하는 질병이 있는 경우는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표 7)

보험금 지급시의 적립이율 계산(제20조 제2항 관련)

1. 진단보험금, 수술보험금 (제15조 제1호 내지 제2호)

적립기간	지급이자
지급기일의 다음 날부터 보험금 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

2. 해약환급금 (제17조 제1항)

적립기간	지급이자	
해약환급금 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 해약환급금 청구일까지의 기간	1년 이내	예정이율의 50%
	1년 초과 기간	1%
해약환급금 청구일의 다음 날부터 지급기일까지의 기간	예정이율 + 1%	
지급기일의 다음 날부터 해약환급금 지급일까지의 기간	보험계약대출이율	

- (주) 1. 지급이자는 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.

무배당 교보큰사랑CI보험
배우자CI보장특약 약관

무배당 교보큰사랑CI보험 배우자CI보장특약 약관

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조 (특약의 체결 및 소멸)

- ① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자의 청약(請約)과 보험회사의 승낙(承諾)으로 주된 보험계약에 부가하여 이루어 집니다. (이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사”라 합니다)
- ② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.
 1. 주계약이 해지(解止) 및 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우
 2. 이 특약의 보험대상자(피보험자)가 사망하거나 장애분류표(별표 3 참조) 중 동일한 재해(별표 2 “재해분류표”에서 정한 재해를 말하며, 이하 “재해”라 합니다) 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 80% 이상인 장애상태가 되었을 경우
 3. 이 특약의 보험대상자(피보험자)가 제10조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호의 CI보험금 지급사유가 발생한 경우
- ③ 제2조(보험대상자(피보험자)의 범위 및 자격의 득실) 제2항에 의하여 이 특약의 보험대상자(피보험자)의 자격이 상실된 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 제13조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제2항 제1호에 불구하고 주계약이 사망 등 보험금 지급사

유 발생으로 인하여 더 이상 효력을 가지지 아니하게 된 때에는 이 특약의 보험대상자(피보험자)에 대한 효력은 소멸되지 아니합니다.

제2조 (특약 보험대상자(피보험자)의 범위 및 자격의 득실)

- ① 이 특약의 보험대상자(피보험자)는 주계약 보험대상자(피보험자)(다만, 주계약이 연생보험계약인 경우에는 주계약 보험대상자(주피보험자))의 특약 체결시 호적상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 이 특약의 보험대상자(피보험자)가 주계약 보험대상자(피보험자)(다만, 주계약이 연생보험계약인 경우에는 주계약 보험대상자(주피보험자))의 호적상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 때에는 그 날부터 이 특약의 보험대상자(피보험자)의 자격을 상실하며, 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 이 특약 보험대상자(피보험자)의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 아니합니다.

제3조 (특약내용의 변경)

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자

할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제13조(해약환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

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

제4조 (계약자의 임의해지)

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제13조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제5조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약의 부가시에 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제6조 (특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시일)

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약의 부가시에 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

- ③ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일(이하 “보장개시일”이라 합니다)과 동일합니다. 그러나 제9조(“중대한 질병” 및 “중대한 화상 및 부식”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “중대한 질병”과 제10조(“중대한 수술”의 정의)에서 정한 “중대한 수술”에 대한 보장개시일은 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하 “중대한 질병 및 수술 보장개시일”이라 합니다)을 보장개시일로 하며 회사는 그 날부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

제7조 (보험료의 납입연체시 특약의 해지)

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
- ② 주계약의 보험료를 납입하고 이 특약의 보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약에 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 단, 이 경우에도 주계약에 정한 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ③ 제1항 및 2항에 의하여 이 특약이 해지된 경우에는 제13조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제8조 (보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))

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

- ② 주계약의 부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제6조 (특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시일) 제3항의 규정을 따릅니다.

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제9조 (“중대한 질병” 및 “중대한 화상 및 부식”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에 있어서 “중대한 질병”이라 함은 별표 4 (“중대한 질병”의 정의)에서 정한 “중대한 암”, “중대한 급성심근경색증”, “중대한 뇌졸중”, “말기신부전증”, “말기간질환”, “말기폐질환”을 말합니다.
- ② 이 특약에 있어서 “중대한 화상 및 부식”이라 함은 별표 5 (“중대한 화상 및 부식”의 정의)에서 정한 “중대한 화상 및 부식”을 말합니다.
- ③ “중대한 질병” 및 “중대한 화상 및 부식”의 진단확정은 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(한 의사, 치과 의사 제외)자격증을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

제10조 (“중대한 수술”의 정의)

이 계약에 있어서 “중대한 수술”이라 함은 별표 6 (“중대

한 수술”의 정의)에서 정한 “관상동맥우회술”, “대동맥류
인조혈관치환수술”, “심장판막수술”, “5대장기이식수술”
을 말합니다.

제11조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게
다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발
생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보
험금(별표 1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급하여 드립
니다.

1. 보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 사망하거나 장해
분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인
으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 80% 이상인
장해상태가 되었을 때 : 사망보험금 지급
2. 보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 “중대한 화상 및
부식”으로 진단확정을 받았을 때 또는 「중대한 질병
및 수술 보장개시일」 이후에 “중대한 질병”으로 진단
확정 받거나 “중대한 수술”을 받았을 때 : CI보험금 지
급 (단, CI보험금은 “중대한 질병”, “중대한 수술” 또는
“중대한 화상 및 부식” 중 최초 1회에 한하여 지급합
니다)

제12조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 이 특약의 보험료 납입기간중 주계약의 보험료 납입이 면제
된 경우 또는 이 특약의 보험대상자(피보험자)가 장해분류
표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로
50% 이상 80% 미만인 장해상태가 되었을 때에는 차회

이후의 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

- ② 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항 제2호 및 제11조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에는 보험기간 중 보험대상자(피보험자)의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고(失蹤宣告)를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 재해분류표(별표 2 참조)에서 정하는 재해(이하 “재해”라 합니다)로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 호적에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.
- ③ 제1항, 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항 제2호, 제11조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호의 경우 재해로 인하여 장애상태가 되고, 장애지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ④ 제3항에 의하여 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 재해일부터 2년 이내) 중에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태(사망 포함)를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.
- ⑤ 제1항, 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항 제2호 및 제11조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑥ 제1항, 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항 제2호 및 제11조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호의 경우 하나의 장애가

관찰방법에 따라서 장애분류표상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다.

- ⑦ 제1항, 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항 제2호 및 제11조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 “한시장애”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 결정합니다.
- ⑧ 제1항, 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항 제2호 및 제11조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장애가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 합산하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑨ 제8항에 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑩ 제11조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호의 사망보험금 지급은 보험대상자(피보험자)가 사망한 날이나 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 80% 이상인 장애상태로 진단확정된 날을 기준으로 합니다.

- ⑪ 제11조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호에서 C보험금 지급사유가 「중대한 질병 및 수술 보장개시일」 이후에 발생한 경우라도, 「중대한 질병 및 수술 보장개시일」 이전에 발생한 “중대한 질병” 및 “중대한 수술”과 인과관계가 있는 경우에는 C보험금을 지급하지 아니하며, 보험료의 납입을 면제하여 드리지 아니합니다.
- ⑫ 제11항에 불구하고 계약자는 보험대상자(피보험자)가 「중대한 질병 및 수술 보장개시일」 전에 “중대한 질병”으로 진단확정되거나 “중대한 수술”을 받았을 경우에는 진단확정일 또는 수술일로부터 그 날을 포함하여 90일 이내에 계약을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

제13조 (해약환급금)

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

제4관 보험금 지급 등의 절차

제14조 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 보험대상자(피보험자)나 보험금을 받는 자(보험수익자)는 제11조(보험금의 종류 및 지급사유)에 정한 보험금 지급사유가 발생하였을 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제15조 (보험금 등 청구시 구비서류)

- ① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 해약환급금 또는 보험료의 납입면제를 청구하여야 합니다.
 1. 청구서 (회사양식)
 2. 사고증명서 [사망진단서, 장해진단서, 진단서(병명기입), 진료기록부(검사기록지 포함) 등]
 3. 신분증 (주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
 4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령 또는 계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
- ② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제16조 (보험금 등의 지급)

- ① 회사는 제15조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 및 보험료 납입면제의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 회사는 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험

금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표 7 “보험금 지급시의 적립이율 계산”과 같습니다.

제17조 (보험금 수령방법의 변경)

- ① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험금을 받는자(보험수익자))는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 제 11조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에 의한 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 분할지급 또는 일시지급 방법으로 변경할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 의하여 일시금을 분할하여 지급하는 경우에는 그 미지급금액에 대하여 이 특약의 「예정이율」을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급하며, 분할지급 금액을 일시금으로 지급하는 경우에는 이 특약의 「예정이율」로 할인한 금액을 지급합니다.

제5관 기타사항 등

제18조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

- ① 이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급부명	지급사유	지급금액
사망보험금 (약관 제11조 제1호)	보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중 사망하거나 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 80% 이상인 장해상태가 되었을 때	1,000만원
CI보험금 (약관 제11조 제2호)	보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중 “중대한 화상 및 부식”으로 진단확정을 받았을 때 또는 「중대한 질병 및 수술 보장개시일」 이후에 “중대한 질병”으로 진단확정 받거나 “중대한 수술”을 받았을 때 (단, CI보험금은 “중대한 질병”, “중대한 수술”과 “중대한 화상 및 부식” 중 최초 1회에 한하여 지급합니다)	1,000만원

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 또는 이 특약의 보험대상자(피보험자)가 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 50% 이상 80% 미만인 장해상태가 되었을 때에는 차회 이후의 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
2. 이 특약의 「중대한 질병 및 수술 보장개시일」은 보험계약일(부활일)로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날 입니다. (단, “중대한 화상 및 부식”에 대한 보장은 보험계약일(부활일)부터 입니다)
3. 이 특약의 보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 사망하거나 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 80% 이상인 장해상태가 되었을 때 또는 CI보험금 지급사유가 발생한 때에는 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.
4. “중대한 질병” 또는 “중대한 수술”의 경우 CI보험금의 지급사유가 「중대한 질병 및 수술 보장개시일」이후에 발생한 경우라도, 「중대한 질병 및 수술 보장개시일」 이전에 발생한 “중대한 질병” 또는 “중대한 수술”과 인과관계가 있는 경우에는 CI보험금을 지급하지 아니하며, 보험료의 납입을 면제하여 드리지 아니합니다.

(별표 2)

재해분류표

무배당 교보큰사랑CI보험 주계약
별표 2 「재해분류표」와 동일

(별표 3)

장해분류표

무배당 교보큰사랑CI보험 주계약
별표 3 「장해분류표」와 동일

(별표 4)

“중대한 질병”의 정의

무배당 교보큰사랑CI보험 주계약
별표 4 「“중대한 질병”의 정의」와 동일

(별표 5)

“중대한 화상 및 부식”의 정의

무배당 교보큰사랑CI보험 주계약
별표 5 「“중대한 화상 및 부식”의 정의」와 동일

(별표 6)

“중대한 수술”의 정의

무배당 교보큰사랑CI보험 주계약
별표 6 「“중대한 수술”의 정의」와 동일

(별표 7)

보험금 지급시의 적립이율 계산(제16조 제2항 관련)

1. 사망보험금, CI보험금 (제11조 제1호 내지 제2호)

적립기간	지급이자
지급기일의 다음 날부터 보험금 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

2. 해약환급금 (제13조 제1항)

적립기간	지급이자	
해약환급금 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 해약환급금 청구일까지의 기간	1년 이내	예정이율의 50%
	1년 초과 기간	1%
해약환급금 청구일의 다음 날부터 지급기일까지의 기간	예정이율 + 1%	
지급기일의 다음 날부터 해약환급금 지급일까지의 기간	보험계약대출이율	

(주)

- 지급이자는 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
- 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.

무배당 입원특약

약 관

이 특약의 약관은 무배당 입원특약 (주피형)을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 입원특약 약관

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조 (특약의 체결 및 소멸)

- ① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 주피형, 종피형 중 선택하여 청약(請約)하고, 보험회사가 승낙(承諾)함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어 집니다. (이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사”라 합니다)
- ② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.
 1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우
 2. 이 특약의 보험대상자(피보험자)가 사망하거나 장애분류표(별표3 참조) 중 동일한 재해(별표4 “재해분류표”에서 정한 재해를 말하며, 이하 “재해”라 합니다) 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 80% 이상인 장애상태가 되었을 경우
- ③ 주계약이 단생보험일 경우, 이 특약의 보험대상자(피보험자)가 장애분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 80% 이상인 장애상태시 동조 제2항 제2호에 불구하고 주계약이 소멸되지 아니하는 때에는 이 특약의 효력은 소멸되지 아니합니다.
- ④ 제2조(보험대상자(피보험자)의 범위 및 자격의 득실) 제3항에 의하여 보험대상자(피보험자)의 자격이 상실된 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 제12조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 이 특약의 보험대상자(피보험자)가 제2조(보험대상자(피보험자)의 범위 및 자격의 득실) 제1항 제2호에서 정한 보

험대상자(피보험자)일 경우, 동조 제2항 제1호에 불구하고 주계약이 사망 등 보험금 지급사유 발생으로 인하여 더 이상 효력을 가지지 아니하게 된 때에는 이 특약의 보험 대상자(피보험자)에 대한 효력은 소멸되지 아니합니다.

- ⑥ 제2항 제2호 및 제3항의 경우 재해로 인하여 장애상태가 되고 장애지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ⑦ 제6항에 의하여 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 재해일부터 2년 이내)중에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태(사망포함)를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.
- ⑧ 제2항 제2호 및 제3항에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑨ 제2항 제2호 및 제3항의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용합니다.
- ⑩ 제2항 제2호 및 제3항의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 “한시장애”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 정합니다.
- ⑪ 제2항 제2호 및 제3항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 합산하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑫ 제11항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고

그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

제2조 (보험대상자(피보험자)의 범위 및 자격의 득실)

- ① 이 특약의 보험대상자(피보험자)는 주피형, 종피형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 1. 주피형의 경우 주계약이 단생보험일 경우에는 주계약의 보험대상자(피보험자)로, 주계약이 연생보험일 경우에는 주계약의 보험대상자(주피보험자)로 합니다.
 2. 종피형의 경우는 다음 각 호와 같이 정합니다.
 - 가. 주계약이 단생보험일 경우에는 주계약 보험대상자(피보험자)의 특약 체결시 호적상 또는 주민등록상의 배우자 및 자녀 등
 - 나. 주계약이 연생보험일 경우에는 주계약의 보험대상자(종피보험자)
- ② 이 특약의 체결시 제1항에서 정한 보험대상자(피보험자)에 해당되는 자는 그 해당된 날에 보험대상자(피보험자)의 자격을 취득합니다.
- ③ 동조 제1항 제2호의 '가'목 중 배우자의 경우 보험대상자(피보험자)가 주계약 보험대상자(피보험자)의 호적상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 때 또는 동조 제1항 제2호 '나'목에서 정한 보험대상자(피보험자)에 해당되지 아니하게 된 때에는 그 날부터 보험대상자(피보험자)의 자격을 상실합니다.
- ④ 동조 제1항 제2호의 '가'목 중 배우자의 경우 보험대상자(피보험자)가 주계약 보험대상자(피보험자)의 호적상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 때에는 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ⑤ 동조 제1항 제2호의 '가'목 중 배우자의 경우 동조 제3항에 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 보험대상자(피보험자)의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력

을 상실시키지 아니합니다.

- ⑥ 동조 제1항 제2호의 보험대상자(피보험자)가 사망하거나 장해분류표(별표3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 80%이상인 장해상태가 된 경우에는 이 특약의 보험대상자(피보험자)를 변경할 수 없습니다.

제3조 (특약내용의 변경)

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제12조(해약환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제4조 (계약자의 임의해지)

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제12조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제5조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약의 부가시에 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 정합니다.

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제6조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시일)

- ① 이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ② 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일(이하 “보장개시일”이라 합니다)과 동일합니다.

제7조 (보험료 납입연체시 특약의 해지)

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
- ② 주계약의 보험료를 납입하고 특약의 보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약에 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ③ 제1항 및 2항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 제12조 (해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제8조 (보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제6조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시일) 제2항의 규정을 따릅니다.

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제9조 (“입원”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 질병 및 재해분류표(별표2 참조)에서 정하는 질병 또는 재해(이하 “질병 또는 재해”라 합니다)로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에 입실(입·퇴원확인서 발급기준)하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제10조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험대상자(피보험자)가 특약의 보험기간 중 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 4일 이상 입원하였을 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 질병 재해입원급여금(별표1 “보험금지급기준표” 참조)을 지급합니다.

제11조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제9조(“입원”의 정의와 장소)에서 정한 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정하는 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.
- ③ 제10조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정하는 입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다.
- ④ 제10조(보험금의 종류 및 지급사유)의 입원급여금은 보험대상자(피보험자)가 동일 질병 또는 재해로 인하여 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 보아서 각 입원일수를 합산하고 제3항의 규정을 적용합니다. 그러나 동일 질병 또는 재해에 의한 입원이라도 입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일을 경과하여 재입원한 경우에는 새로운 입원으로 봅니다.
- ⑤ 보험대상자(피보험자)가 입원기간 중에 보험기간이 끝났거

나 보험대상자(종피보험자)의 자격을 상실한 경우에도 그 계속중인 입원기간에 대하여 제3항의 규정에 따라 계속 입원급여금을 지급하여 드립니다.

- ⑥ 제2항 및 제5항의 계속 입원이란 중도퇴원 없이 계속하여 입원하는 것을 뜻합니다.
- ⑦ 보험대상자(피보험자)가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 아니한 때에는 회사는 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.

제12조 (해약환급금)

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

제4관 보험계약시 계약자의 계약전 알릴의무 등

제13조 (계약전 알릴의무 위반에 의한 특약의 해지)

회사는 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 계약전 알릴의무를 위반하여 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 이 경우 회사는 해약환급금 또는 이미 납입한 보험료중 많은 금액을 지급합니다.

제5관 보험금 지급 등의 절차

제14조 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 보험대상자(피보험자)나 보험금을 받는 자(보험수익자)는 제10조(보험금의 종류 및 지급사유)에 정한 보험금 지급사유가 발생하였을 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제15조 (보험금 등 청구시 구비서류)

- ① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류

를 제출하고 보험금, 해약환급금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(입·퇴원확인서)
 3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된
정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의
인감증명서 포함)
 4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자) 및 계약자가 보험
금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 사고증명서는
의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나
의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발
급한 것이어야 합니다.

제16조 (보험금 등의 지급)

- ① 회사는 제15조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 서류
를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한
날로부터 3영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 지급
합니다. 다만, 보험금의 경우 지급사유의 조사나 확인이
필요한 때에는 접수후 10영업일 이내에 지급합니다.
- ② 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급
일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표5 "보험금 지급
시의 적립이율 계산"과 같습니다.

제6관 기타사항 등

제17조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

- ① 이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의
규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특
약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
질병재해 입원급여금 (제10조)	보험기간 중 보험대상자(피보험 자)가 보장개시일 이후에 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 4일 이상 입원하 였을 때	3일 초과 1일당 1만원 (1회 입원당 지급일수 120일 한도)

※ 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는
이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(별표 2)

질병 및 재해분류표

1.보장대상이 되는 질병 및 재해

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

- ① 한국표준질병·사인분류상의(A00~Y98)에 해당하는 질병 및 재해
- ② 전염병 예방법 제2조 제1항 제1호에 정한 전염병

2.보험금을 지급하지 아니하는 질병 및 재해

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

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

(주) () 안은 제4차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2002-1호, 2003.1.1시행)상의 분류번호이며, 제5차 개정 이후 위 1 및 2의 각호에 해당하는 질병 및 재해가 있는 경우에는 그 질병 및 재해도 포함 합니다.

(별표 3)

장해분류표

무배당 교보큰사랑C보험 주계약
별표 3 「장해분류표」와 동일

(별표 4)

재해분류표

무배당 교보큰사랑C보험 주계약
별표 2 「재해분류표」와 동일

(별표 5)

보험금 지급시의 적립이율 계산(제16조 제2항 관련)

1. 질병재해입원급여금 (제10조)

적 립 기 간	지 급 이 자
지급기일의 다음 날부터 보험금 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

2. 해약환급금 (제12조 제1항)

적 립 기 간	지 급 이 자	
해약환급금 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 해약환급금 청구일까지의 기간	1년 이내	예정이율의 50%
	1년 초과 기간	1%
해약환급금 청구일의 다음 날부터 지급기일까지의 기간	예정이율 + 1%	
지급기일의 다음 날부터 해약환급금 지급일까지의 기간	보험계약대출이율	

- (주) 1. 지급이자의 계산은 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정하는 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.

무배당 수술특약

약 관

이 특약의 약관은 무배당 수술특약 (주피형)을
선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 수술특약
[1형(순수보장형)] 약관
(주피형, 종피형)

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조 (특약의 체결 및 소멸)

- ① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 주피형, 종피형 중 선택하여 청약(請約)하고, 보험회사가 승낙(承諾)함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어 집니다. (이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사”라 합니다)
- ② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.
 1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우
 2. 이 특약의 보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 사망하거나 장애분류표(별표3 참조) 중 동일한 재해(별표2 “재해분류표”에서 정한 재해를 말하며, 이하 “재해”라 합니다) 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체 부위의 합산 장애지급률이 80% 이상인 장애상태가 되었을 경우
- ③ 제2조(보험대상자(피보험자)의 범위 및 자격의 득실) 제3항 내지 제4항에 의하여 보험대상자(피보험자)의 자격이 상실된 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 제12조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

- ④ 이 특약의 보험대상자(피보험자)가 제2조(보험대상자(피보험자)의 범위 및 자격의 득실) 제1항 제2호에서 정한 보험대상자(피보험자)일 경우, 제2항 제1호에 불구하고 주계약이 사망 등 보험금 지급사유 발생으로 인하여 더 이상 효력을 가지지 아니하게 된 때에는 이 특약의 보험대상자(피보험자)에 대한 효력은 소멸되지 아니합니다.
- ⑤ 주계약이 단생보험일 경우, 이 특약의 보험대상자(피보험자)가 장해분류표(별표3 참조)중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 80% 이상인 장해상태시 제2항 제2호에 불구하고 주계약이 소멸되지 아니하는 때에는 이 특약의 효력은 소멸되지 아니합니다.
- ⑥ 제2항 제2호 및 제5항의 경우 재해로 인하여 장해상태가 되고, 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표3 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ⑦ 제6항에 의하여 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 재해일부터 2년 이내) 중에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태(사망 포함)를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ⑧ 제2항 제2호 및 제5항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑨ 제2항 제2호 및 제5항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표3 참조)상 두 가지 이상의 신체부

위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다.

- ⑩ 제2항 제2호 및 제5항의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 “한시장애”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 정합니다.
- ⑪ 제2항 제2호 및 제5항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장애가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 합산하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만, 장애분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑫ 제11항에 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표(별표3 참조)상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

제2조 (보험대상자(피보험자)의 범위 및 자격의 득실)

- ① 이 특약의 보험대상자(피보험자)는 주피형, 종피형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 - 1. 주피형의 경우 주계약이 단생보험일 경우에는 주계약의 보험대상자(피보험자)로, 주계약이 연생보험일 경우에는 주계약의 보험대상자(주피보험자)로 합니다.
 - 2. 종피형의 경우는 다음 각 호와 같이 정합니다.

가. 주계약이 단생보험일 경우에는 주계약 보험대상자(피보험자)의 특약 체결시 호적상 또는 주민등록상의 배우자 및 자녀 등

나. 주계약이 연생보험일 경우에는 주계약의 보험대상자(종피보험자)

- ② 이 특약의 체결시 제1항에서 정한 보험대상자(피보험자)에 해당되는 자는 그 해당된 날에 보험대상자(피보험자)의 자격을 취득합니다.
- ③ 제1항 제2호 ‘가’에서 이 특약의 보험대상자(피보험자)가 주계약 보험대상자(피보험자)의 배우자일 경우, 보험대상자(피보험자)가 주계약 보험대상자(피보험자)의 호적상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 때에는 그 날부터 보험대상자(피보험자)의 자격을 상실하며, 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 제1항 제2호 ‘나’에서 이 특약의 보험대상자(피보험자)가 주계약의 보험대상자(종피보험자)에 해당되지 아니하게 된 때에는 그 날부터 보험대상자(피보험자)의 자격을 상실합니다.
- ⑤ 제1항 제2호 ‘가’에서 이 특약의 보험대상자(피보험자)가 주계약 보험대상자(피보험자)의 배우자일 경우, 제3항에 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 보험대상자(피보험자)의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 아니합니다.

제3조 (특약내용의 변경)

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제12조(해약환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제4조 (계약자의 임의해지)

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제12조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제5조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약의 부가시에 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제6조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시일)

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약의 부가시에 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입

기간으로 합니다.

- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ③ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제7조 (보험료의 납입연체시 특약의 해지)

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
- ② 주계약의 보험료를 납입하고 특약의 보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약에 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ③ 제1항 및 2항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 제12조 (해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제8조 (보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

- ③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제6조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시일) 제3항의 규정을 따릅니다.

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제9조 (“수술”의 정의와 장소)

이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 "병원"이라 합니다)에서 의사의 관리하에 「수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표」(별표 4 참조)에서 정한 행위[기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 적제(摘除) 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 흡인(吸引), 천자(穿刺), 적제(滴劑) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK은 제외]를 하는 것을 말합니다.

제10조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험대상자(피보험자)에게 다음 사항중 어느 한가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금(별표 1 "보험금지급기준표 참조)을 지급합니다.

1. 보험기간 중 보장개시일 이후에 제9조(수술의 정의와 장소)에서 정하는 수술을 받았을 경우
: 수술비 지급

제11조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제10조(보험금의 종류 및 지급사유)의 제1호의 경우 회사는 보험대상자(피보험자)가 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 급여금에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 수술비를 지급합니다.
단, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술급여금을 지급합니다.
- ③ 제2항에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어 먹거나 말하기 기능과 관련된 신체부위, 머리, 목, 척추(등뼈), 체간골, 흉부장기·복부장기·비뇨생식기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌·우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.

제12조 (해약환급금)

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

제4관 보험금 지급 등의 절차

제13조 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 보험대상자(피보험자)나 보험금을 받는 자(보험

수익자)는 제10조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에서 정한 보험금 지급사유 또는 제11조(보험금지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생하였을 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제14조 (보험금 등 청구시 구비서류)

- ① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해약환급금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(수술증명서 등)
 3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
 4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령 또는 계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
- ② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제15조 (보험금 등의 지급)

- ① 회사는 제14조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 지급합니다. 다만, 보험금의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필

요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.

- ② 회사는 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표5 “보험금 지급시의 적립이율 계산”과 같습니다.

제5관 기타사항 등

제16조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

- ① 이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
수술비 (제10조 제1호)	이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 보장개시일 이후에 수술을 받았을 경우	수술 1회당
		수술의 종류
		1종
		2종
		3종
		4종
		5종
		지급금액
		10만원
		30만원
		50만원
		100만원
		500만원

※ 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

※ 회사는 보험대상자(피보험자)가 동시에 2종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 급여에 해당하는 1종류의 수술에 대하여 수술비를 지급합니다.

단, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체 부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술급여금을 지급합니다.

(별표 2)

재해분류표

무배당 교보큰사랑이보험 주계약
별표 2 「재해분류표」와 동일

(별표 3)

장해분류표

무배당 교보큰사랑이보험 주계약
별표 3 「장해분류표」와 동일

(별표 4)

수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표

<수술분류표>

Ⅰ. 일반질병 및 재해 치료 목적의 수술

구분	수술 명	수술 종류
피부, 유방의 수술	1. 피부 이식술(移植術) (25㎢미만은 제외, 피부의 양성종양 제거술 제외)	3종
	2. 유방 절단술(切斷術, Mastectomy)	3종
근골(筋骨)의 수술 [발정술(拔釘術) 등 내고정물 제거술, 비(非)관혈적 (觀血的) 정복술 (整復術)은 제외함] [치(齒) · 치은 · 치근(齒根) · 치조골(齒槽骨)의 처리, 임플란트 (Implant) 등 치과 처치에 수반하는 것은 제외함]	3. 골(骨) 이식술	2종
	4. 골수염(骨髓炎), 골결핵(骨結核) 관혈수술(觀血手術) [농양(膿瘍)의 절개는 제외함]	3종
	5. 두개골(頭蓋骨, cranium) 관혈수술 [비골(鼻骨) · 비중격(鼻中隔) · 상악골 (上顎骨) · 하악골(下顎骨) · 악관절(顎 關節)은 제외함]	3종
	6. 비골(鼻骨) 관혈수술 [비중격 만곡증(彎曲症)수술, 수면중 무호흡 수술은 제외]	1종
	7. 상악골(上顎骨), 하악골(下顎骨), 악관절(顎關節) 관혈수술	2종
	8. 척추골(脊椎骨), 골반골(骨盤骨) 관혈수술	3종
	9. 쇄골(鎖骨), 견갑골(肩胛骨), 늑골(肋骨), 흉골(胸骨) 관혈수술	2종
	10. 사지(四肢) 절단술 [손가락, 발가락은 제외함]	3종
	11. 절단(切斷)된 사지(四肢) 재접합술 (再接合術) [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는것]	3종

구분	수술 명	수술 종류
	12. 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술 [손가락, 발가락은 제외함]	2종
	13. 근(筋), 건(腱), 인대(靱帶) 관혈수술 [손가락, 발가락은 제외함. 근염(筋炎), 결절종(結節腫), 점액종(粘液腫) 수술은 제외함]	1종
호흡기계, 흉부 (胸部)의 수술	14. 만성부비강염(慢性副鼻腔炎) 근본수술 (根本手術)	1종
	15. 후두(喉頭) 전적제술(全摘除術)	3종
	16. 기관(氣管), 기관지(氣管支), 폐(肺), 흉막(胸膜) 관혈수술[개흉술(開胸術, Thoracotomy)을 수반하는 것]	4종
	17. 폐장(肺臟) 이식수술[수용자(受容者)에 한함]	5종
	18. 흉곽(胸郭) 형성술(形成術)	3종
	19. 종격종양(縱隔腫瘍) 적출술(摘出術) [개흉술을 수반하는 것]	4종
순환기계, 비장 (脾腸)의 수술	20. 관혈적(觀血的) 혈관 성형술 (血管成形術, Angioplasty) · 혈관우회술 (迂迴術, Bypass operation)	3종
	21. 하지 정맥류(靜脈瘤) 근본수술	1종
	22. 대동맥(大動脈), 대정맥(大靜脈), 폐동맥(肺動脈), 관동맥(冠動脈) 관혈 수술[개흉술, 개복술을 수반하는 것]	5종
	23. 심막(心膜) 절개봉합술(切開縫合術)	4종
	24. 직시하 심장내(直視下心藏內) 관혈수술 [개흉술을 수반하는 것]	5종
	25. 심장 이식수술[수용자에 한함]	5종
	26. 체내용(體內用) 인공심박조율기(人工心 搏調律機, Artificial pacemaker) 매입술(埋入術)	3종

구분	수술 명	수술 종류
소화기계의 수술	27. 비장(脾腸) 적제술	3종
	28. 이하선종양(耳下腺腫瘍) 적출술	3종
	29. 악하선종양(顎下腺腫瘍) 적출술	2종
	30. 식도(食道) 이단술(離斷術) [개흉술, 개복술(開腹術, Laparotomy)을 수반하는 것]	4종
	31. 위 절제술(胃 切除術, Gastrectomy) [개복술을 수반하는 것]	4종
	32. 기타의 위 · 식도수술[개흉술, 개복술을 수반하는 것]	3종
	33. 전신성 복막염(全身性 腹膜炎, Generalized peritonitis) 수술	3종
	34. 간장(肝臟), 췌장(脾臟) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]	4종
	35. 담낭(膽囊), 담도(膽道) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]	3종
	36. 간장 이식수술[수용자에 한함, 개복술을 수반하는 것]	5종
	37. 췌장 이식수술[개복술을 수반해야 하며 수용자에 한함] (단, 랑게르한스 소도(Islet of Langerhans)세포 이식수술 은 제외함)	5종
	38. 담도계 결석 치료를 위한 체외충격파 쇄석술(體外衝擊波碎石術, E.S.W.L) [시술개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함]	2종
	39. 탈장(脫腸) 근본수술	1종
	40. 충수(蟲垂)절제술(충수염관련 충수주위 농양수술, 국한성 복막염 수술 포함), 맹장봉축술(盲腸縫縮術)	2종
	41. 직장탈(直腸脫) 근본수술	2종

구분	수술 명	수술 종류
	42. 소장(小腸), 결장(結腸), 직장(直腸), 장간막(腸間膜) 관혈수술[개복술을 수반하는 것]	4종
	43. 근치(根治)를 목적으로 한 치루(痔瘻), 탈항(脫肛), 치핵(痔核) 근본수술[근치를 목적으로 하지 않은 수술은 제외함]	1종
비뇨기계 · 생식기계의 수술	44. 신장(腎臟), 신우(腎盂), 요관(尿管) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것, 경요도적 조작은 제외함]	4종
	45. 방광(膀胱) 관혈수술 [경요도적 조작은 제외함]	2종
	46. 신장(腎臟) 이식수술(移植手術) [수용자에 한함]	5종
	47. 요로 결석 치료를 위한 체외충격파쇄석술(體外衝擊破碎石術, E.S.W.L) [시술 개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함]	2종
	48. 요도협착(尿道狹窄) 관혈수술 [경요도적 조작은 제외함]	3종
	49. 요루폐쇄(尿屢閉鎖, Urinary fistulectomy) 관혈수술 [경요도적 조작은 제외함]	3종
	50. 음경(陰莖) 절단술	3종
	51. 고환(睪丸), 부고환(副睪丸), 정관(精管), 정삭(精索), 정낭(精囊)관혈수술, 전립선(前立腺)관혈수술	2종
	52. 음낭수종(陰囊水腫) 근본수술	1종
	53. 자궁(子宮) 전(全)절제술	2종
	54. 자궁경관(子宮頸管) 형성술, 자궁경관 봉축술(縫縮術)	1종
	55. 제왕절개만출술(帝王切開娩出術)	1종

구분	수술 명	수술 종류
	56. 자궁외 임신(子宮外 妊娠)수술	2종
	57. 자궁탈(子宮脫) · 질탈(膣脫)근본수술	1종
	58. 기타의 자궁수술 [자궁경관 Polyp 절제술, 인공임신중절술(人工妊娠中絶 術)은 제외함]	1종
	59. 난관(卵管), 난소(卵巢) 관혈수술 [경질적(經腔的)조작은 제외함]	2종
	60. 기타의 난관(卵管), 난소(卵巢)수술	1종
내분비기계의 수술	61. 뇌하수체종양(腦下垂體腫瘍) 관혈적 적제술	5종
	62. 갑상선(甲狀腺) · 부갑상선(副甲狀腺) 절제술	3종
	63. 부신(副腎) 전(全)적제술	4종
신경계의 수술	64. 두개내(頭蓋內) 관혈수술 [개두술(開頭術, Craniotomy)을 수반 하는 것]	5종
	65. 신경(神經) 관혈수술 [형성술, 이식술, 절제술, 감압술 (減壓術), 개방술, 염제술(捻除術)]	2종
	66. 관혈적 척수종양(脊髓腫瘍) 적출술 (摘出術)	4종
	67. 척수경막내외(脊髓硬膜內外) 관혈수술	3종
시각기(視覺器)의 수술	68. 안검하수증(眼瞼下垂症)수술	1종
	69. 누소관(淚小管)형성술	2종
	70. 누낭비강(淚囊鼻腔) 문합술(吻合術)	2종
	71. 결막낭(結膜囊) 형성술	2종
	72. 각막(角膜) 이식술	2종
	73. 관혈적 전방(前房), 홍채(虹彩), 초자체 (硝子體), 안와내(眼窩內) 이물제거술(異 物除去術)	2종

구분	수술 명	수술 종류
	74. 홍채(虹彩) 전후유착 박리술 (前後癒着 剝離術)	2종
	75. 녹내장(綠內障) 관혈수술	3종
	76. 백내장(白內障), 수정체(水晶體) 관혈수술	1종
	77. 초자체(硝子體) 관혈수술	2종
	78. 망막박리(網膜剝離) 수술	2종
	79. 레이저(Laser) · 냉동응고(冷凍凝固)에 의한 안구(眼球) 수술 [시술개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함]	2종
	80. 안구적제술, 조직충전술(組織充填術)	3종
	81. 안와종양(眼窩腫瘍)적출술	3종
	82. 안근(眼筋)이식술	2종
청각기(聽覺器)의 수술	83. 관혈적 고막(鼓膜), 고실(鼓室) 형성술 [고막 패치술은 제외]	3종
	84. 유양동 삭개술 (乳樣洞削開術, mastoidectomy),	1종
	85. 만성중이염 중이(中耳) 근본수술	2종
	86. 내이(內耳) 관혈수술	3종
	87. 청신경종양(聽神經腫瘍) 적출술 [개두술(開頭術)을 수반하는 것]	5종
상기 이외의 수술 [검사, 처치, 약물주입요법은 포함하지 않음]	88. 상기 이외의 개두술(開頭術)	3종
	89. 상기 이외의 개흉술(開胸術)	3종
	90. 상기 이외의 개복술(開腹術)	2종
	91. 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적 수술 [시술 개시일부터 60일간에 1회의 급여 를 한도로 함]	
	91-1. 뇌, 심장	3종

구분	수술 명	수술 종류
	91-2. 후두, 흉부장기(심장 제외), 복부장기, 척추, 사지관절(손가락, 발가락은 제외)	2종

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

II. 악성신생물 치료 목적의 수술

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

(주) 1. 상피내암 · 경계성 종양에 대한 수술은 'I. 일반 질병 및 재해 치료 목적의 수술' 항목의 적용을 받음
2. 카테터(Catheter)를 이용한 흡인 · 천자 · 약물주입요법은 포함하지 않음

<악성신생물 근치 · 두개내신생물 근치 방사선 조사 분류표>

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

(주) 1. 시술 개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함
2. 고식적(姑息的), 보조적(補助的) · 근치 목적 이외의 방사선 조사는 제외함

비 고

1. 관혈(觀血)수술이라 함은 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말합니다.
2. ‘근본(根本)’ 혹은 ‘근치(根治)’수술이라 함은 일회의 수술로 해당 질병을 완전히 치유할 수 있는 수술을 말합니다.
3. ‘관혈적 악성신생물 근치수술’이라 함은 관혈적 방법을 통해 악성신생물의 원발 병소를 완전히 절제, 적제, 적출하고 혹은 광청술을 함께 실시한 경우입니다.
4. <수술 · 신생물 근치 방사선 조사분류표>상에 열거되지 않은 선진의료적 첨단 수술에 대한 인정 및 적용 기준.
<수술분류표>에서의 선진의료적 첨단 수술은 상기 “수술”의 정의에 해당하여야 하고 약물투여치료, 방사선조사치료 또는 기타의 보존적 치료로 분류될 수 없는 경우이어야 합니다.
 - 1) <수술 · 신생물 근치 방사선 조사분류표>상의 수술을 대신하여 완치율이 높고 일반적으로 의학계에서 인정하고 있는 첨단의 수술기법으로 치료한 경우 <수술 · 신생물 근치 방사선 조사분류표>상의 동일 부위 수술로 봅니다. 이때에 해당 선진의료적 첨단 수술은 보험기간 중 시술 개시일로부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 합니다.
 - 2) 단, 이 선진의료적 첨단수술이 본질적으로 내시경(Fiberscope)에 의

한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter)등에 의한 경피적 수술인 경우에는 <수술분류표>중 ‘일반질병 및 재해치료 목적의 수술’ 91항(악성 신생물의 경우는 ‘악성신생물 치료목적의 수술’ 2항)을 우선 적용합니다.

5. ‘악성 신생물 근치 사이버 나이프(CYberknife; 선형가속기에서 발생하는 가느다란 방사선 이용) 정위적 방사선 치료’라 함은 선형가속기(LINAC)에서 발생하는 가는 방사선(Pencil beam)들을 다양한 각도에서 악성 신생물을 향해 집중적으로 조사하면서 동시에 악성신생물의 움직임을 병변 추적 장치를 이용하여 실시간으로 추적하면서 치료하는 방법입니다.
6. ‘두개내 신생물 근치 감마나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료’라 함은 정위 좌표계를 이용하여 코발트 60방사성 동위원소(Co-60)에서 나오는 감마선을 두개(頭蓋)강 내의 신생물을 향해 집중 조사함으로써 두개(頭蓋)를 열지 않고도 수술적 제거와 같은 효과를 내는 치료를 말합니다.
7. 다음과 같은 수술은 수술급여금 지급대상에서 보장을 제외합니다.
 - 1) 미용 성형상의 수술
 - 2) 피임(避妊)목적의 수술
 - 3) 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡 檢査) 등]

(별표 5)

보험금 지급시의 적립이율 계산(제15조 제2항 관련)

1. 수술비 (제10조 제1호)

적 립 기 간	지 급 이 자
지급기일의 다음 날부터 보험금 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

2. 해약환급금 (제12조 제1항)

적 립 기 간	지 급 이 자	
해약환급금 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 해약환급금 청구일까지의 기간	1년 이내	예정이율의 50%
	1년 초과 기간	1%
해약환급금 청구일의 다음 날부터 지급기일까지의 기간	예정이율 + 1%	
지급기일의 다음 날부터 해약환급금 지급일까지의 기간	보험계약대출이율	

(주) 1. 지급이자는 연 단위 복리로 계산합니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.

무배당 정기특약

약 관

이 특약의 약관은 무배당 정기특약 (주피형)을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 정기특약 약관 (주피형, 종피형)

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조 (특약의 체결 및 소멸)

- ① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 주피형, 종피형 중 선택하여 청약(請約)하고, 보험회사가 승낙(承諾)함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어 집니다. (이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사”라 합니다)
- ② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.
 1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우
 2. 이 특약의 보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 사망하거나 장애분류표(별표3 참조) 중 동일한 재해(별표2 “재해분류표”에서 정한 재해를 말하며, 이하 “재해”라 합니다) 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체 부위의 합산 장애지급률이 80% 이상인 장애상태가 되었을 경우
- ③ 제2조(보험대상자(피보험자)의 범위 및 자격의 득실) 제3항 내지 제4항에 의하여 보험대상자(피보험자)의 자격이 상실된 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 제12조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ④ 이 특약의 보험대상자(피보험자)가 제2조(보험대상자(피보험자)의 범위 및 자격의 득실) 제1항 제2호에서 정한 보

험대상자(피보험자)일 경우, 제2항 제1호에 불구하고 주계약이 사망 등 보험금 지급사유 발생으로 인하여 더 이상 효력을 가지지 아니하게 된 때에는 이 특약의 보험대상자(피보험자)에 대한 효력은 소멸되지 아니합니다.

제2조 (보험대상자(피보험자)의 범위 및 자격의 득실)

- ① 이 특약의 보험대상자(피보험자)는 주피형, 종피형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 1. 주피형의 경우 주계약이 단생보험일 경우에는 주계약의 보험대상자(피보험자)로, 주계약이 연생보험일 경우에는 주계약의 보험대상자(주피보험자)로 합니다.
 2. 종피형의 경우는 다음 각 호와 같이 정합니다.
 - 가. 주계약이 단생보험일 경우에는 주계약 보험대상자(피보험자)의 특약 체결시 호적상 또는 주민등록상의 배우자 및 자녀 등
 - 나. 주계약이 연생보험일 경우에는 주계약의 보험대상자(종피보험자)
- ② 이 특약의 체결시 제1항에서 정한 보험대상자(피보험자)에 해당되는 자는 그 해당된 날에 보험대상자(피보험자)의 자격을 취득합니다.
- ③ 제1항 제2호 '가'에서 이 특약의 보험대상자(피보험자)가 주계약 보험대상자(피보험자)의 배우자일 경우, 보험대상자(피보험자)가 주계약 보험대상자(피보험자)의 호적상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 때에는 그 날부터 보험대상자(피보험자)의 자격을 상실하며, 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 제1항 제2호 '나'에서 이 특약의 보험대상자(피보험자)가

주계약의 보험대상자(종피보험자)에 해당되지 아니하게 된 때에는 그 날부터 보험대상자(피보험자)의 자격을 상실합니다.

- ⑤ 제1항 제2호 '가'에서 이 특약의 보험대상자(피보험자)가 주계약 보험대상자(피보험자)의 배우자일 경우, 제3항에 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 보험대상자(피보험자)의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 아니합니다.

제3조 (특약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 계약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

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

제4조 (특약내용의 변경)

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할

때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제12조(해약환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

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

제5조 (계약자의 임의해지)

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제12조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제6조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약의 부가시에 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제7조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시일)

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약의 부가시에 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ③ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시

일과 동일합니다.

제8조 (보험료의 납입연체시 특약의 해지)

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
- ② 주계약의 보험료를 납입하고 특약의 보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약에 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ③ 제1항 및 2항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 제12조 (해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제9조 (보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제7조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시일) 제3항의 규정을 따릅니다.

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제10조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중 사망하거나 장애분류표(별표3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 80% 이상인 장애상태가 되었을 경우에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 사망보험금(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다.

제11조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항 제2호 및 제10조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 보험기간 중 생사가 분명하지 아니하여 실종선고(失蹤宣告)를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부 기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 호적에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.
- ③ 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항 제2호 및 제10조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 재해로 인하여 장애상태가 되고, 장애지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애

지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표(별표3 참조)에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

- ④ 제3항에 의하여 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 재해일부터 2년 이내) 중에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태(사망 포함)를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.
- ⑤ 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항 제2호 및 제10조(보험금의 종류 및 지급사유)의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑥ 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항 제2호 및 제10조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표(별표3 참조)상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용합니다.
- ⑦ 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항 제2호 및 제10조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 “한시장애”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 결정합니다.
- ⑧ 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항 제2호 및 제10조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장애가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 합산하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만, 장애분류표(별표3 참조)의

각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

- ⑨ 제8항에 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표(별표3 참조)상의 두가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

제12조 (해약환급금)

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

제4관 보험금 지급 등의 절차

제13조 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 보험대상자(피보험자)나 보험금을 받는 자(보험수익자)는 제10조(보험금의 종류 및 지급사유)에 정한 보험금 지급사유 또는 제11조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 정한 보험료 납입면제 사유가 발생하였을 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제14조 (보험금 등 청구시 구비서류)

- ① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해약환급금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서 등)
 3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된
정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의
인감증명서 포함)
 4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수
령 또는 계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여
제출하는 서류
- ② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 사고증명서는
의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나
의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발
급한 것이어야 합니다.

제15조 (보험금 등의 지급)

- ① 회사는 제14조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 서류
를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한
날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 지급합
니다. 다만, 보험금의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필
요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급합니
다.
- ② 회사는 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험
금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표4 “보험
금 지급시의 적립이율 계산”과 같습니다.

제16조 (보험금 받는 방법의 변경)

- ① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험금을 받는 자(보
험수익자))는 회사의 “사업방법서”에서 정한 바에 따라 제

10조(보험금의 종류 및 지급사유)에 의한 사망보험금의 전부 또는 일부에 대하여 분할지급 방법으로 변경할 수 있습니다.

- ② 회사는 제1항에 의하여 일시금을 분할하여 지급하는 경우에는 그 미지급 금액에 대하여 이 특약의 「예정이율」을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급하며, 분할지급 금액을 일시금으로 지급하는 경우에는 이 특약의 「예정이율」로 할인한 금액을 지급합니다.

제5관 기타사항 등

제17조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

- ① 이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
사망보험금 (제10조)	보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하거나 장애분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 80% 이상인 장애상태가 되었을 경우	1,000만원

※ 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(별표 2)

재해분류표

무배당 교보큰사랑이보험 주계약
별표 2 「재해분류표」와 동일

(별표 3)

장해분류표

무배당 교보큰사랑이보험 주계약
별표 3 「장해분류표」와 동일

(별표 4)

보험금 지급시의 적립이율 계산(제15조 제2항 관련)

1. 사망보험금 (제10조)

적 립 기 간	지 급 이 자
지급기일의 다음 날부터 보험금 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

2. 해약환급금 (제12조 제1항)

적 립 기 간	지 급 이 자	
해약환급금 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 해약환급금 청구일까지의 기간	1년 이내	예정이율의 50%
	1년 초과 기간	1%
해약환급금 청구일의 다음 날부터 지급기일까지의 기간	예정이율 + 1%	
지급기일의 다음 날부터 해약환급금 지급일까지의 기간	보험계약대출이율	

(주) 1. 지급이자는 연 단위 복리로 계산합니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.

무배당 재해사망특약 약관
(주피형, 종피형)

무배당 재해사망특약 약관 (주피형, 종피형)

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조 (특약의 체결 및 소멸)

- ① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 주피형, 종피형 중 선택하여 청약하고 보험회사가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어 집니다. (이하 “주된 보험계약”은 “주계약”, “보험계약자”는 “계약자”, “보험회사”는 “회사”라 합니다)
- ② 다음 각호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.
 1. 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우
 2. 이 특약의 보험대상자(피보험자)가 사망하거나 장애분류표(별표3 참조) 중 동일한 재해(별표 2 “재해분류표”에서 정한 재해를 말하며, 이하 같습니다) 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 80%이상인 장애상태가 되었을 경우
- ③ 제2조(보험대상자(피보험자)의 범위 및 자격의 득실) 제3항에 의하여 보험대상자(피보험자)의 자격이 상실된 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 제13조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 지급합니다.
- ④ 이 특약의 보험대상자(피보험자)가 제2조(보험대상자(피보험자)의 범위 및 자격의 득실) 제1항 제2호에서 정한 보험대상자(피보험자)일 경우 동조 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 사망 등 보험금 지급사유 발생으로 인하여 더 이상 효력을 가지지 아니하게 된 때에는 이 특약의 효력은 소멸되지 아니합니다.
- ⑤ 이 특약의 보험대상자(피보험자)가 장애분류표 중 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 80%이상인 장애상태가 되었을 경우 동조 제2항 제2호에도

불구하고 주계약의 이 특약의 보험대상자(피보험자)에 대한 효력이 소멸되지 아니하는 때에는 이 특약의 효력은 소멸되지 아니합니다.

제 2 조 (보험대상자(피보험자)의 범위 및 자격의 득실)

① 이 특약의 보험대상자(피보험자)는 주피형, 종피형에 따라 다음 각호와 같이 정합니다.

1. 주피형의 경우 주계약이 단생보험일 때에는 주계약의 보험대상자(피보험자)로, 주계약이 연생보험일 때에는 주계약의 보험대상자(주피보험자)로 합니다.
2. 종피형의 경우는 다음 각호와 같이 정합니다.
 - 가. 주계약이 단생보험일 때에는 주계약 보험대상자(피보험자)의 특약체결시 호적상 또는 주민등록상의 배우자 및 자녀 등
 - 나. 주계약이 연생보험일 때에는 주계약의 보험대상자(종피보험자)

② 이 특약의 체결시 제1항에서 정한 보험대상자(피보험자)에 해당되는 자는 그 해당된 날에 보험대상자(피보험자)의 자격을 취득합니다.

③ 보험기간 중 동조 제1항 제2호의 가목 중 배우자의 경우 보험대상자(피보험자)가 주계약 보험대상자(피보험자)의 호적상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 때 또는 동조 제1항 제2호의 나목에서 정한 보험대상자(피보험자)에 해당되지 아니하게 된 때에는 그 날부터 보험대상자(피보험자)의 자격을 상실합니다.

④ 동조 제1항 제2호의 가목 중 배우자의 경우 보험대상자(피보험자)가 주계약 보험대상자(피보험자)의 호적상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 때에는 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

⑤ 동조 제1항 제2호의 가목 중 배우자의 경우 동조 제3항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 보험대상자(피보험자)의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시

키지 아니합니다.

⑥ 동조 제1항 제2호의 보험대상자(피보험자)가 사망하거나 장애분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 80%이상인 장애상태가 되었을 경우에는 이 특약의 보험대상자(피보험자)를 변경할 수 없습니다.

제3조 (특약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

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

제4조 (특약내용의 변경)

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제13조(해약환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간중 보험금의 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제5조 (계약자의 임의해지)

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제13조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보

험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제6조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약의 부가시에 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제7조 (특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시일)

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약의 부가시에 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ③ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일(이하 “보장개시일”이라 합니다)과 동일합니다.

제8조 (보험료의 납입연체시 특약의 해지)

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
- ② 주계약의 보험료를 납입하고 특약의 보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉) 기간이 끝나는 날의 다음날 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉) 기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ③ 제1항 및 2항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 제13조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제9조 (보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 절차에 따라서 주계약과 동시에 이 특약

의 부활(효력회복)을 취급합니다.

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

③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제7조(특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시일) 제3항을 따릅니다.

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제10조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중 발생한 재해로 사망하거나 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 80%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 재해사망 보험금(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다.

제11조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 차회 이후의 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항 제2호 및 제10조(보험금의 종류 및 지급사유)에는 보험기간 중 보험대상자(피보험자)의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 호적에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.

③ 제1조(특약의 체결 및 소멸) 및 제10조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 재해로 인하여 장해상태가 되고 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에

따릅니다.

④ 제3항에 의하여 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 재해일 부터 2년 이내)중에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태(사망포함)를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑤ 제1조(특약의 체결 및 소멸) 및 제10조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑥ 제1조(특약의 체결 및 소멸) 및 제10조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류 표상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.

⑦ 제1조(특약의 체결 및 소멸) 및 제10조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당장해 지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑧ 제1조(특약의 체결 및 소멸) 및 제10조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 동일한 재해로 두가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 합산하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정 기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

제12조 (보험금을 지급하지 아니하는 보험사고)

① 회사는 다음중 어느 한가지의 경우에 의하여 보험금 지급 사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 계약을 해지할 수 있습니다.

1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우

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

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

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

3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우

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

1. 제1항 제1호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드리지 아니합니다.

제13조 (해약환급금)

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

② 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4관 보험금 지급 등의 절차

제14조 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 보험대상자(피보험자)나 보험금을 받는 자(보험수익자)는 제10조(보험금의 종류 및 지급사유)에 정한 보험금 지급사유가 발생하였을 때에는 지체없이 이를 회사에 알려야

합니다.

제15조 (보험금 등 청구시 구비서류)

① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해약환급금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자) 및 계약자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것 이어야 합니다.

제16조 (보험금 등의 지급)

① 회사는 제15조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 지급하여 드립니다. 다만, 보험금의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하여 드립니다.

② 회사는 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표 4 “보험금 지급시의 적립이율 계산”과 같습니다.

제5관 기타사항 등

제17조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

① 이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관을 적용합니다.

② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특

약에 대하여도 단체취급특약을 적용합니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

급부명칭	지급사유	지급액
재해사망보험금 (제10조)	보험대상자(피보험자)가 이 특 약의 보험기간 중 발생한 재해 로 사망하거나 장애분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 80%이상인 장애상태가 되었을 경우	특약보험가입금액의 100%

(주) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는
는 차회 이후의 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(별표 2)

재해분류표

무배당 교보큰사랑CI보험 주계약
별표 2 「재해분류표」와 동일

(별표 3)

장해분류표

무배당 교보큰사랑CI보험 주계약
별표 3 「장해분류표」와 동일

(별표 4)

보험금 지급시의 적립이율 계산(제16조 제2항 관련)

구분	적립기간	지급이자
재해사망보험금 (제10조)	지급기일의 다음날부터 보험금지급 일까지의 기간	보험계약대출 이율
해약환급금 (제13조 제1항)	보험금 지급사유가 발생한 날의 다 음날부터 보험금청구일까지의 기간	·1년 이내 : 예정이율의 50% ·1년초과기간 : 1%
	보험금청구일의 다음날부터 지급기 일까지의 기간	예정이율+1%
	지급기일의 다음날부터 보험금지급 일까지의 기간	보험계약대출 이율

(주)

1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효가 완성된 이후
에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당
기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.

무배당 재해상해특약 2형 약관
(주피형, 종피형)

무배당 재해상해특약 2형 약관 (주피형, 종피형)

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조 (특약의 체결 및 소멸)

- ① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 주피형, 종피형 중 선택하여 청약하고 보험회사가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어 집니다. (이하 “주된 보험계약”은 “주계약”, “보험계약자”는 “계약자”, “보험회사”는 “회사”라 합니다)
- ② 다음 각호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.
 1. 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우
 2. 이 특약의 보험대상자(피보험자)가 사망하거나 장애분류표(별표3 참조) 중 동일한 재해(별표 2 “재해분류표”에서 정한 재해를 말하며, 이하 같습니다) 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 80%이상인 장애상태가 되었을 경우
- ③ 제2조(보험대상자(피보험자)의 범위 및 자격의 득실) 제3항에 의하여 보험대상자(피보험자)의 자격이 상실된 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 제11조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 지급합니다.
- ④ 이 특약의 보험대상자(피보험자)가 제2조(보험대상자(피보험자)의 범위 및 자격의 득실) 제1항 제2호에서 정한 보험대상자(피보험자)일 경우 동조 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 사망 등 보험금 지급사유 발생으로 인하여 더 이상 효력을 가지지 아니하게 된 때에는 이 특약의 효력은 소멸되지 아니합니다.
- ⑤ 이 특약의 보험대상자(피보험자)가 장애분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 80%이상인 장애상태가 되었을 경우 동조

제2항 제2호에도 불구하고 주계약의 이 특약의 보험대상자(피보험자)에 대한 효력이 소멸되지 아니하는 때에는 이 특약의 효력은 소멸되지 아니합니다.

⑥ 제2항 및 제5항에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

제 2 조 (보험대상자(피보험자)의 범위 및 자격의 득실)

① 이 특약의 보험대상자(피보험자)는 주피형, 종피형에 따라 다음 각호와 같이 정합니다.

1. 주피형의 경우 주계약이 단생보험일 때에는 주계약의 보험대상자(피보험자)로, 주계약이 연생보험일 때에는 주계약의 보험대상자(주피보험자)로 합니다.

2. 종피형의 경우는 다음 각호와 같이 정합니다.

가. 주계약이 단생보험일 때에는 주계약 보험대상자(피보험자)의 특약체결시 호적상 또는 주민등록상의 배우자 및 자녀 등

나. 주계약이 연생보험일 때에는 주계약의 보험대상자(종피보험자)

② 이 특약의 체결시 제1항에서 정한 보험대상자(피보험자)에 해당되는 자는 그 해당된 날에 보험대상자(피보험자)의 자격을 취득합니다.

③ 보험기간 중 동조 제1항 제2호의 가목 중 배우자의 경우 보험대상자(피보험자)가 주계약 보험대상자(피보험자)의 호적상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 때 또는 동조 제1항 제2호의 나목에서 정한 보험대상자(피보험자)에 해당되지 아니하게 된 때에는 그 날부터 보험대상자(피보험자)의 자격을 상실합니다.

④ 동조 제1항 제2호의 가목 중 배우자의 경우 보험대상자(피보험자)가 주계약 보험대상자(피보험자)의 호적상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 때에는 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

⑤ 동조 제1항 제2호의 가목 중 배우자의 경우 동조 제3항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 보험

대상자(피보험자)의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 아니합니다.

⑥ 동조 제1항 제2호의 보험대상자(피보험자)가 사망하거나 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 80%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 보험대상자(피보험자)를 변경할 수 없습니다.

제3조 (특약내용의 변경)

① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제11조(해약환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

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

제4조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제11조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제5조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약의 부가시에 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제6조 (특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시일)

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약의 부가시에 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ③ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일(이하 “보장개시일”이라 합니다)과 동일합니다.

제7조 (보험료의 납입연체시 특약의 해지)

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
- ② 주계약의 보험료를 납입하고 특약의 보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉) 기간이 끝나는 날의 다음날 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉) 기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ③ 제1항 및 2항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 제11조 (해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제8조 (보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 절차에 따라서 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제6조 (특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시일) 제3항을 따릅니다.

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제9조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중 발생한 재해로 인하여 장애분류표에서 정한 장애지급률 중 3%이상 80%미만에 해당하는 장애상태가 되었을 경우에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 재해장애급여금(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다.

제10조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 차회 이후의 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제1조(특약의 체결 및 소멸) 및 제9조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 재해로 인하여 장애상태가 되고 장애지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다. 다만, 장애분류표에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ③ 제2항에 의하여 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 재해일부터 2년 이내)중에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태(사망포함)를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.
- ④ 제1조(특약의 체결 및 소멸) 및 제9조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용합니다.
- ⑤ 제1조(특약의 체결 및 소멸) 및 제9조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 “한시장애”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당장애 지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 정합니다.
- ⑥ 제1조(특약의 체결 및 소멸) 및 제9조(보험금의 종류 및

지급사유)의 경우 동일한 재해로 두가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 합산하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 제6항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑧ 제9조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 다른 재해로 인하여 장해가 2회이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 장해가 이미 장해급여금을 지급받은 동일부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 장해급여금에서 이미 지급받은 장해급여금을 뺀 금액을 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 제9조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 그 재해전에 이미 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 장해가 있었던 보험대상자(피보험자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제8항에 규정하는 장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 장해에 대한 장해급여금이 지급된 것으로 보고 최종 장해상태에 해당하는 장해급여금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 장해급여금을 빼고 지급합니다.

1. 이 특약의 보장개시전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 장해로 장해급여금의 지급사유가 되지 않았던 장해
2. 위1호 이외에 이 특약의 규정에 의하여 장해급여금의 지급사유가 되지 않았던 장해 또는 장해급여금이 지급되지 않았던 장해

⑩ 동일한 재해로 인한 장해지급률은 100%를 한도로 합니다.

제11조 (해약환급금)

① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에 따라

계산합니다.

② 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4관 보험금 지급 등의 절차

제12조 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 보험대상자(피보험자)나 보험금을 받는 자(보험수익자)는 제9조(보험금의 종류 및 지급사유)에 정한 보험금 지급사유가 발생하였을 때에는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제13조 (보험금 등 청구시 구비서류)

① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해약환급금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(장해진단서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자) 및 계약자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것 이어야 합니다.

제14조 (보험금 등의 지급)

① 회사는 제13조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 지급하여 드립니다. 다만, 보험금의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하여 드립니다.

② 회사는 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표 4 “보험금 지급시의 적립이율 계산”과 같습니다.

제5관 기타사항 등

제15조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

- ① 이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관을 적용합니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약을 적용합니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

급부명칭	지급사유	지급액
재해장해급여금 (제9조)	보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중 발생한 재해로 인하여 장해분류표에서 정한 장해지급률 중 3%이상 80%미만에 해당하는 장해상태가 되었을 경우	특약보험가입금액의 100% × 해당 장해지급률

(주) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 차회 이후의 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(별표 2)

재해분류표

무배당 교보큰사랑CI보험 주계약
별표 2 「재해분류표」와 동일

(별표 3)

장해분류표

무배당 교보큰사랑CI보험 주계약
별표 3 「장해분류표」와 동일

(별표 4)

보험금 지급시의 적립이율 계산(제14조 제2항 관련)

구분	적립기간	지급이자
재해장해급여금 (제9조)	지급기일의 다음날부터 보험금지급 일까지의 기간	보험계약대출 이율
해약환급금 (제11조 제1항)	보험금 지급사유가 발생한 날의 다 음날부터 보험금청구일까지의 기간	·1년이내 : 예정이율의 50% ·1년초과기간 : 1%
	보험금청구일의 다음날부터 지급기 일까지의 기간	예정이율+1%
	지급기일의 다음날부터 보험금지급 일까지의 기간	보험계약대출 이율

(주)

1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효가 완성된 이후
에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당
기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.

무배당 재해치료비특약

약 관

이 특약의 약관은 무배당 재해치료비특약 (주피형)을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 재해치료비특약 약관 (주피형, 종피형)

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조 (특약의 체결 및 소멸)

- ① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 주피형, 종피형 중 선택하여 청약(請約)하고, 보험회사가 승낙(承諾)함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어 집니다. (이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사”라 합니다)
- ② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.
 1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우
 2. 이 특약의 보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 사망하거나 장애분류표(별표5 참조) 중 동일한 재해(별표4 “재해분류표”서 정한 재해를 말하며, 이하 “재해”라 합니다) 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 80% 이상인 장애상태가 되었을 경우
 3. 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생하지 않을 경우
- ③ 제2조(보험대상자(피보험자)의 범위 및 자격의 득실) 제3항에 의하여 보험대상자(피보험자)의 자격이 상실된 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 제13조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

- ④ 이 특약의 보험대상자(피보험자)가 제2조(보험대상자(피보험자)의 범위 및 자격의 득실) 제1항 제2호에서 정한 보험대상자(피보험자)일 경우, 제2항 제1호에 불구하고 주계약이 사망 등 보험금 지급사유 발생으로 인하여 더 이상 효력을 가지지 아니하게 된 때에는 이 특약의 보험대상자(피보험자)에 대한 효력은 소멸되지 아니합니다.
- ⑤ 주계약이 단생보험일 경우, 이 특약의 보험대상자(피보험자)가 장해분류표(별표5 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 80% 이상인 장해상태시 제2항 제2호에 불구하고 주계약이 소멸되지 아니하는 때에는 이 특약의 효력은 소멸되지 아니합니다.
- ⑥ 제2항 제2호 및 제5항의 경우 재해로 인하여 장해상태가 되고 장해지급율이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급율로 결정합니다. 다만 장해분류표(별표5 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ⑦ 제6항에 의하여 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 재해일부터 2년 이내) 중에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태(사망 포함)를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ⑧ 제2항 제2호 및 제5항에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑨ 제2항 제2호 및 제5항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표5 참조)상 두가지 이상의 신체부위

또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용합니다.

- ⑩ 제2항 제2호 및 제5항의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 “한시장애”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당장애 지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 정합니다.
- ⑪ 제2항 제2호 및 제5항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 합산하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만, 장애 분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑫ 제11항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표(별표 5 참조)상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표(별표5 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

제2조 (보험대상자(피보험자)의 범위 및 자격의 득실)

- ① 이 특약의 보험대상자(피보험자)는 주피형, 종피형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 - 1. 주피형의 경우 주계약이 단생보험일 경우에는 주계약의 보험대상자(피보험자)로, 주계약이 연생보험일 경우에는 주계약의 보험대상자(주피보험자)로 합니다.
 - 2. 종피형의 경우는 다음 각 호와 같이 정합니다.
 - 가. 주계약이 단생보험일 경우에는 주계약 보험대상자

(피보험자)의 특약 체결시 호적상 또는 주민등록상의 배우자 및 자녀 등

나. 주계약이 연생보험일 경우에는 주계약의 보험대상자(종피보험자)

- ② 이 특약의 체결시 제1항에서 정한 보험대상자(피보험자)에 해당되는 자는 그 해당된 날에 보험대상자(피보험자)의 자격을 취득합니다.
- ③ 보험기간 중 제1항 제2호 '가'에서 이 특약의 보험대상자(피보험자)가 주계약 보험대상자(피보험자)의 배우자일 경우, 보험대상자(피보험자)가 주계약 보험대상자(피보험자)의 호적상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 때 또는 제1항 제2호의 '나'에서 정한 보험대상자(피보험자)에 해당되지 아니하게 된 때에는 그 날부터 보험대상자(피보험자)의 자격을 상실합니다.
- ④ 제1항 제2호 '가'에서 이 특약의 보험대상자(피보험자)가 주계약 보험대상자(피보험자)의 배우자일 경우, 보험대상자(피보험자)가 주계약 보험대상자(피보험자)의 호적상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 때에는 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ⑤ 제1항 제2호 '가'에서 이 특약의 보험대상자(피보험자)가 주계약 보험대상자(피보험자)의 배우자일 경우, 제3항에 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 보험대상자(피보험자)의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 아니합니다.
- ⑥ 제1항 제2호의 보험대상자(피보험자)가 사망하거나 장애

분류표(별표5 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 80% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 보험대상자(피보험자)를 변경할 수 없습니다.

제3조 (특약내용의 변경)

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제13조(해약환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제4조 (계약자의 임의해지)

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제13조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제5조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약의 부가시에 회사가 제시한 소

정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제6조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시일)

- ① 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ② 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제7조 (보험료의 납입연체시 특약의 해지)

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
- ② 주계약의 보험료를 납입하고 특약의 보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약에 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ③ 제1항 및 2항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 제13조 (해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제8조 (보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))

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

- ② 주계약의 부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제6조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시일) 제2항의 규정을 따릅니다.

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제9조 (“통원”의 정의)

이 특약에 있어서 "통원"이라 함은 의사가 "특정상병분류표"(별표 3참조)에서 정한 특정상병(이하 “특정상병”이라 합니다)으로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 병원에 입실하지 아니하고 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제10조 (“수술”의 정의와 장소)

이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의하여 재해로 직접적인 원인으로 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 수술[기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 적제(摘除) 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 흡인(吸引), 천자(穿刺), 적제(適濟)등의 조치 및 신경(神經) BLOCK은 제외]받는 경우를 말합니다.

제11조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 경우에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다.

1. 보험대상자(피보험자)가 특약의 보험기간 중 특정상병을 직접적인 원인으로 통원하였을 경우
: 통원급여금(1회당)
2. 보험대상자(피보험자)가 특약의 보험기간 중 재해분류표(별표4 참조)에서 정하는 재해를 직접적인 원인으로 재해 골절분류표(별표2 참조)에서 정하는 골절(이하 “골절”이라 합니다)이 발생하였을 경우
: 골절치료급여금
3. 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 재해분류표(별표4 참조)에서 정하는 재해를 직접적인 원인으로 수술을 받았을 때
: 재해수술급여금(수술1회당)

제12조 (보험금지급에 관한 세부규정)

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제11조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호의 경우 동일한 재해로 인하여 두가지 이상의 골절상태가 발생한 경우에도 재해발생 1회당 1회의 골절치료급여금만 지급합니다.

제13조 (해약환급금)

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

제14조 (계약전 알릴의무 위반에 의한 특약의 해지)

회사는 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 계약전 알릴의무를 위반하여 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 이 경우 회사는 해약환급금 또는 이미 납입한 보험료 중 많은 금액을 지급합니다.

제4관 보험금 지급 등의 절차

제15조 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 보험대상자(피보험자)나 보험금을 받는 자(보험수익자)는 제11조(보험금의 종류 및 지급사유)에 정한 보험금 지급사유가 발생하였을 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제16조 (보험금 등 청구시 구비서류)

- ① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해약환급금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(골절진단서, 수술진단서, 통원확인서등)
 3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된

정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의
인감증명서 포함)

4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자) 및 계약자가 보험
금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

- ② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 사고증명서는
의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나
의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에
서 발급한 것이어야 합니다.

제17조 (보험금 등의 지급)

- ① 회사는 제16조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 서류
를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한
날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 지급합
니다. 다만, 보험금의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필
요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급합
니다.
- ② 회사는 제 1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험
금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표6 “보
험금 지급시의 적립이율 계산”과 같습니다.

제5관 기타사항 등

제18조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

- ① 이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의
규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특
약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
통원급여금	보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중 특정상병 분류표에서 정하는 특정상병을 직접적인 원인으로 통원하였을 경우	통원1회당 1만원
골절치료 급여금	보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중 재해를 직접적인 원인으로 골절이 발생하였을 경우	골절발생 1회당 20만원
재해수술 급여금	보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간중 재해분류표에서 정하는 재해를 직접적인 원인으로 수술을 받았을 경우	수술1회당 100만원

- ※ 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료납입을 면제하여 드립니다.
- ※ 골절치료급여금의 경우 동일한 재해로 인하여 두가지 이상의 골절상태가 발생할 경우에도 재해발생 1회당의 1회의 골절치료급여금만 지급합니다.

(별 표 2)

재해골절(치아파절 제외) 분류표

대상이 되는 “재해골절(치아파절제외)”로 분류되는 질병은 제4차 개정 한국표준질병사인분류 (통계청 고시 제2002-1호, 2003.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

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

※ 제5차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 약관에서 정하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표 3)

특정상병분류표

약관에 규정하는 한국표준질병·사인분류에 있어서, 특정상병으로 분류되는 질병은 제4차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2002-1호, 2003. 1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다

대 상 질 병 명	분 류 번 호
○ "특정 감염성 및 기생충성 질환" 중	
콜레라	A00
장티푸스 및 파라티푸스	A01
기타 살모넬라 감염	A02
이질	A03
기타 세균성 식중독	A05
페스트	A20
디프테리아	A36
발진티푸스	A75
황열	A95
마마	B03
○ 질병 이환 및 사망의 외인	V01 ~ Y98

※ 제5차개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 약관에서 정하는 질병이 있는 경우는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표 4)

재해분류표

무배당 교보큰사랑CI보험 주계약
별표 2 「재해분류표」와 동일

(별표 5)

장해분류표

무배당 교보큰사랑CI보험 주계약
별표 3 「장해분류표」와 동일

(별표 6)

보험금 지급시의 적립이율 계산(제17조 제2항 관련)

구 분		적 립 기 간	지 급 이 자
통원급여금 등 (제11조 제1호 내지 제3호)		지급기일의 다음날부터 보 험금 지급일까지의 기간	보험계약대출이율
해약 환급금 (제13조 제1항)	해약환급금 지급사유가 발생한 날의 다음 날 부터 해약환급금 청구일까지의 기간		1년 이내 : 예정이율의 50% 1년초과기간: 1%
	해약환급금 청구일의 다음 날부터 지급기일 까지의 기간		예정이율 + 1%
	지급기일의 다음 날부터 해약환급금 지급일 까지의 기간		보험계약대출이율

- 주) 1.지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하되, 주계약에서 정한 소
멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 아니합니다.
2.계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당
기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.

무배당 재해장해연금특약 2형
약관 (주피형, 종피형)

무배당 재해장해연금특약 2형 약관 (주피형,종피형)

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조 (특약의 체결 및 소멸)

- ① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 주피형, 종피형 중 선택하여 청약하고 보험회사가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어 집니다. (이하 “주된 보험계약”은 “주계약”, “보험계약자”는 “계약자”, “보험회사”는 “회사”라 합니다)
- ② 다음 각호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.
 1. 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우
 2. 이 특약의 보험대상자(피보험자)가 사망하거나 장해분류표(별표3 참조) 중 동일한 재해(별표 2 “재해분류표”에서 정한 재해를 말하며, 이하 같습니다) 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 80%이상인 장해상태가 되었을 경우
- ③ 제2조(보험대상자(피보험자)의 범위 및 자격의 득실) 제3항에 의하여 보험대상자(피보험자)의 자격이 상실된 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 제11조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 지급합니다.
- ④ 이 특약의 보험대상자(피보험자)가 제2조(보험대상자(피보험자)의 범위 및 자격의 득실) 제1항 제2호에서 정한 보험대상자(피보험자)일 경우 동조 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 사망 등 보험금 지급사유 발생으로 인하여 더 이상 효력을 가지지 아니하게 된 때에는 이 특약의 효력은 소멸되지 아니합니다.
- ⑤ 이 특약의 보험대상자(피보험자)가 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 80%이상인 장해상태가 되었을 경우 동조 제2항 제2호에도 불구하고 주계약의 이 특약의 보험대상자(피보험자)에 대한 효력이 소멸되지 아니하는 때에는 이 특약의 효력은 소멸되지 아니합니다.

제 2 조 (보험대상자(피보험자)의 범위 및 자격의 득실)

① 이 특약의 보험대상자(피보험자)는 주피형, 종피형에 따라 다음 각호와 같이 정합니다.

1. 주피형의 경우 주계약이 단생보험일 때에는 주계약의 보험대상자(피보험자)로, 주계약이 연생보험일 때에는 주계약의 보험대상자(주피보험자)로 합니다.
2. 종피형의 경우는 다음 각호와 같이 정합니다.
 - 가. 주계약이 단생보험일 때에는 주계약 보험대상자(피보험자)의 특약체결시 호적상 또는 주민등록상의 배우자 및 자녀 등
 - 나. 주계약이 연생보험일 때에는 주계약의 보험대상자(종피보험자)

② 이 특약의 체결시 제1항에서 정한 보험대상자(피보험자)에 해당되는 자는 그 해당된 날에 보험대상자(피보험자)의 자격을 취득합니다.

③ 보험기간 중 동조 제1항 제2호의 가목 중 배우자의 경우 보험대상자(피보험자)가 주계약 보험대상자(피보험자)의 호적상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 때 또는 동조 제1항 제2호의 나목에서 정한 보험대상자(피보험자)에 해당되지 아니하게 된 때에는 그 날부터 보험대상자(피보험자)의 자격을 상실합니다.

④ 동조 제1항 제2호의 가목 중 배우자의 경우 보험대상자(피보험자)가 주계약 보험대상자(피보험자)의 호적상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 때에는 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

⑤ 동조 제1항 제2호의 가목 중 배우자의 경우 동조 제3항에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 보험대상자(피보험자)의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 아니합니다.

⑥ 동조 제1항 제2호의 보험대상자(피보험자)가 사망하거나 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 80%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 보험대상자(피보험자)를 변경할 수 없습니다.

제3조 (특약내용의 변경)

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제11조(해약환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간중 보험금의 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제4조 (계약자의 임의해지)

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제11조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제5조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약의 부가시에 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제6조 (특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시일)

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약의 부가시에 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ③ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일(이

하 “보장개시일”이라 합니다)과 동일합니다.

제7조 (보험료의 납입연체시 특약의 해지)

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
- ② 주계약의 보험료를 납입하고 특약의 보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉) 기간이 끝나는 날의 다음날 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉) 기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ③ 제1항 및 2항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 제11조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제8조 (보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 절차에 따라서 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제6조(특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시일) 제3항을 따릅니다.

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제9조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중 발생한 동일한 재해로 장해분류표 중 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 50%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 재해장해연금(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다.

제10조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된

경우에는 차회 이후의 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1조(특약의 체결 및 소멸) 및 제9조(보험금의 종류 및 지급 사유)의 경우 재해로 인하여 장애상태가 되고 장애지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다. 다만, 장애분류표에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

③ 제2항에 의하여 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 재해일부터 2년 이내)중에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태(사망 포함)를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.

④ 제1조(특약의 체결 및 소멸) 및 제9조(보험금의 종류 및 지급 사유)에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑤ 제1조(특약의 체결 및 소멸) 및 제9조(보험금의 종류 및 지급 사유)의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용합니다.

⑥ 제1조(특약의 체결 및 소멸) 및 제9조(보험금의 종류 및 지급 사유)의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 “한시장애”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당장애 지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 정합니다.

⑦ 제1조(특약의 체결 및 소멸) 및 제9조(보험금의 종류 및 지급 사유)의 경우 동일한 재해로 두가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 합산하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑧ 제7항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 제9조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 다른 재해로 인하여 장해가 2회이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해 지급률을 결정합니다. 그러나 그 장해가 이미 장해연금을 지급받은 동일부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 장해연금에서 이미 지급받은 장해연금을 뺀 금액을 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 제9조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 그 재해전에 이미 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 장해가 있었던 보험대상자(피보험자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제9항에 규정하는 장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 장해에 대한 장해연금이 지급된 것으로 보고 최종 장해상태에 해당하는 장해연금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 장해연금을 빼고 지급합니다.

1. 이 특약의 보장개시전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 장해로 장해연금의 지급사유가 되지 않았던 장해
2. 위1호 이외에 이 특약의 규정에 의하여 장해연금의 지급사유가 되지 않았던 장해 또는 장해연금이 지급되지 않았던 장해

제11조 (해약환급금)

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

제4관 보험금 지급 등의 절차

제12조 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 보험대상자(피보험자)나 보험금을 받는 자(보험수익자)는 제9조(보험금의 종류 및 지급사유)에 정한 보험금 지급사유가 발생하였을 때에는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제13조 (보험금 등 청구시 구비서류)

- ① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를

제출하고 보험금 또는 해약환급금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(장해진단서 등)
 3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부
기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서
포함)
 4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자) 및 계약자가 보험금 등의
수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 사고증명서는 의료
법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국
외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제14조 (보험금 등의 지급)

- ① 회사는 제13조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 서류를 접
수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날부터 3영업
일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 지급하여 드립니다. 다만,
보험금의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후
10영업일 이내에 보험금을 지급하여 드립니다.
- ② 회사는 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지
급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표 4 “보험금 지급시의
적립이율 계산”과 같습니다.

제5관 기타사항 등

제15조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

- ① 이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관을 적용
합니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에
대하여도 단체취급특약을 적용합니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

급부명칭	지급사유	지급액	지급시기 및 횟수
재해장해연금 (제9조)	보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중 발생한 동일한 재해로 장해분류표 중 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 80%이상인 장해상태가 되었을 경우	특약보험 가입금액의 30% 해당액	매년 장해발생 해당일에 확정지급 (10회)
	보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중 발생한 동일한 재해로 장해분류표 중 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 50%이상이며 80%미만인 장해상태가 되었을 경우	특약보험 가입금액의 15% 해당액	

(주) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 차회 이후의 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(별표 2)

재해분류표

무배당 교보큰사랑CI보험 주계약
별표 2 「재해분류표」와 동일

(별표 3)

장해분류표

무배당 교보큰사랑CI보험 주계약
별표 3 「장해분류표」와 동일

(별표 4)

보험금 지급시의 적립이율 계산(제14조 제2항 관련)

1. 초년도 재해장해연금 (제9조)

적 립 기 간	지 급 이 자
지급기일의 다음 날부터 보험금 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

2. 2차년도 이후 재해장해연금 (제9조)

적 립 기 간		지 급 이 자	
회사가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 아니한 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 보험금 청구일까지의 기간	예정이율	
회사가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알린 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 보험기간 만기일(단, 이 계약이 더 이상의 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 효력을 가지지 아니하게 된 날)까지의 기간	예정이율	
	보험기간 만기일(단, 이 계약이 더 이상의 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 효력을 가지지 아니하게 된 날)의 다음날부터 보험금청구일까지의 기간	1년 이내	예정이율의 50%
		1년 초과 기간	1%
보험금 청구일의 다음 날부터 지급기일까지의 기간		예정이율 +1%	
지급기일의 다음 날부터 보험금 지급일까지의 기간		보험계약대출이율	

3. 해약환급금 (제11조 제1항)

적 립 기 간	지 급 이 자	
해약환급금 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 해약환급금 청구일까지의 기간	1년 이내	예정이율의 50%
	1년 초과 기간	1%
해약환급금 청구일의 다음 날부터 지급기일까지의 기간	예정이율 + 1%	
지급기일의 다음 날부터 해약환급금 지급일까지의 기간	보험계약대출이율	

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

무배당 암입원특약

약 관

무배당 암입원특약 약관 (주피형, 종피형)

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조 (특약의 체결 및 소멸)

- ① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 주피형, 종피형 중 선택하여 청약(請約)하고, 보험회사가 승낙(承諾)함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어 집니다. (이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사”라 합니다)
- ② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.
 1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우
 2. 이 특약의 보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 사망하거나 장애분류표(별표3 참조) 중 동일한 재해(별표2 “재해분류표”에서 정한 재해를 말하며, 이하 “재해”라 합니다) 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체 부위의 합산 장애지급률이 80% 이상인 장애상태가 되었을 경우
- ③ 제2조(보험대상자(피보험자)의 범위 및 자격의 득실) 제3항 내지 제4항에 의하여 보험대상자(피보험자)의 자격이 상실된 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 제17조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ④ 이 특약의 보험대상자(피보험자)가 제2조(보험대상자(피보험자)의 범위 및 자격의 득실) 제1항 제2호에서 정한 보

험대상자(피보험자)일 경우, 제2항 제1호에 불구하고 주계약이 사망 등 보험금 지급사유 발생으로 인하여 더 이상 효력을 가지지 아니하게 된 때에는 이 특약의 보험대상자(피보험자)에 대한 효력은 소멸되지 아니합니다.

- ⑤ 주계약이 단생보험일 경우, 이 특약의 보험대상자(피보험자)가 장해분류표(별표3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 80% 이상인 장해상태시 제2항 제2호에 불구하고 주계약이 소멸되지 아니하는 때에는 이 특약의 효력은 소멸되지 아니합니다.
- ⑥ 제2항 제2호 및 제5항의 경우 재해로 인하여 장해상태가 되고, 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표3 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ⑦ 제6항에 의하여 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 재해일부터 2년 이내) 중에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태(사망 포함)를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ⑧ 제2항 제2호 및 제5항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑨ 제2항 제2호 및 제5항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표3 참조)상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장

해지급률만을 적용합니다.

- ⑩ 제2항 제2호 및 제5항의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 “한시장애”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 정합니다.
- ⑪ 제2항 제2호 및 제5항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장애가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 합산하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만, 장애분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑫ 제11항에 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표(별표3 참조)상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

제2조 (보험대상자(피보험자)의 범위 및 자격의 득실)

- ① 이 특약의 보험대상자(피보험자)는 주피형, 종피형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 - 1. 주피형의 경우 주계약이 단생보험일 경우에는 주계약의 보험대상자(피보험자)로, 주계약이 연생보험일 경우에는 주계약의 보험대상자(주피보험자)로 합니다.
 - 2. 종피형의 경우는 다음 각 호와 같이 정합니다.
 - 가. 주계약이 단생보험일 경우에는 주계약 보험대상자(피보험자)의 특약 체결시 호적상 또는 주민등록상

의 배우자 및 자녀 등

나. 주계약이 연생보험일 경우에는 주계약의 보험대상자(종피보험자)

- ② 이 특약의 체결시 제1항에서 정한 보험대상자(피보험자)에 해당되는 자는 그 해당된 날에 보험대상자(피보험자)의 자격을 취득합니다.
- ③ 제1항 제2호 ‘가’에서 이 특약의 보험대상자(피보험자)가 주계약 보험대상자(피보험자)의 배우자일 경우, 보험대상자(피보험자)가 주계약 보험대상자(피보험자)의 호적상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 때에는 그 날부터 보험대상자(피보험자)의 자격을 상실하며, 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 제1항 제2호 ‘나’에서 이 특약의 보험대상자(피보험자)가 주계약의 보험대상자(종피보험자)에 해당되지 아니하게 된 때에는 그 날부터 보험대상자(피보험자)의 자격을 상실합니다.
- ⑤ 제1항 제2호 ‘가’에서 이 특약의 보험대상자(피보험자)가 주계약 보험대상자(피보험자)의 배우자일 경우, 제3항에 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 보험대상자(피보험자)의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 아니합니다.

제3조 (특약의 무효)

보험대상자(피보험자)가 보험계약일부터 제7조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시일) 제3항에서 정한 암보장개시일의 전일

이전에 제10조(“암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암으로 진단이 확정되어 있는 경우 계약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

제4조 (특약내용의 변경)

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제17조(해약환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제5조 (계약자의 임의해지)

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제17조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제6조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약의 부가시에 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제7조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시일)

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약의 부가시에 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입 기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ③ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다. 그러나 제10조(“암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”보장에 대한 보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날(이하 “암보장개시일”이라 합니다)을 보장개시일로 하며, 그 날부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

제8조 (보험료의 납입연체시 특약의 해지)

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
- ② 주계약의 보험료를 납입하고 특약의 보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약에 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 특약을 해지합니다. (납입최고(독촉)안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ③ 제1항 및 2항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 제17조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제9조 (보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제7조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시일) 제3항의 규정을 따릅니다.

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제10조 (“암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표4 [대상이 되는 악성신생물 분류표(기타피부암 제외)]에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 전암병소(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직검사(fixed tissue), 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적 진단이 그 증거로 인

정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제11조 (“기타피부암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ② 기타피부암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직검사(fixed tissue), 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 기타피부암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제12조 (“상피내암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에 있어서 “상피내암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표5 [상피내의 신생물분류표]에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 상피내암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직검사(fixed tissue) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적 진단이

그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 상피내암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제13조 (“경계성종양”의 정의 및 진단 확정)

- ① 이 특약에 있어서 “경계성종양”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표6 [행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표]에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 경계성종양의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직검사(fixed tissue), 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 경계성종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제14조 (“입원”의 정의와 장소)

이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양으로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에 입실(입·퇴원 확인서 발급 기준)하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제15조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 경우에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금 (별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다.

1. 보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단확정되고, 그 치료를 직접목적으로 4일 이상 입원하였을 경우
: 암입원비 지급
2. 보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 기타피부암으로 진단확정되고, 그 치료를 직접목적으로 4일 이상 입원하였을 경우
: 기타피부암입원비 지급
3. 보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 상피내암으로 진단확정되고, 그 치료를 직접목적으로 4일 이상 입원하였을 경우
: 상피내암입원비 지급
4. 보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 경계성종양으로 진단확정되고, 그 치료를 직접목적으로 4일 이상 입원하였을 경우
: 경계성종양입원비 지급

제16조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

- ② 제15조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호 내지 제4호의 경우 입원비의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.
- ③ 제15조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호 내지 제4호의 경우 보험대상자(피보험자)가 동일한 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양의 치료를 직접목적으로 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 보고 각 입원일수를 합산하여 제2항의 규정을 적용합니다. 그러나 동일한 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양에 의한 입원이라도 입원비가 지급된 최종 입원의 퇴원일부터 180일을 경과하여 재입원한 경우에는 새로운 입원으로 봅니다.
- ④ 제15조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호 내지 제4호의 경우 보험대상자(피보험자)가 입원기간 중 보험기간이 끝났을 때에는 그 계속중인 입원기간에 대하여 제2항을 적용하여 계속 입원비를 지급합니다.
- ⑤ 제4항에서 계속입원이란 중도 퇴원 없이 계속하여 입원하는 것을 뜻하며, 제6항에 해당하는 경우도 포함합니다.
- ⑥ 제15조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호 내지 제4호의 경우 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정하는 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.
- ⑦ 보험대상자(피보험자)가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 경우에는 회사는 입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.

제17조 (해약환급금)

- ① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 따라 계

산합니다.

- ② 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4관 보험금 지급 등의 절차

제18조 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 보험대상자(피보험자)나 보험금을 받는 자(보험수익자)는 제15조(보험금의 종류 및 지급사유)에 정한 보험금 지급사유가 발생하였을 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제19조 (보험금 등 청구시 구비서류)

- ① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해약환급금을 청구하여야 합니다.
 - 1. 청구서(회사양식)
 - 2. 사고증명서(진단서, 입·퇴원확인서 등)
 - 3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
 - 4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자) 및 계약자가 보험금 등의 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
- ② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제20조 (보험금 등의 지급)

- ① 회사는 제19조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 지급하여 드립니다. 다만, 보험금의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하여 드립니다.
- ② 회사는 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표7 “보험금 지급시의 적립이율 계산”과 같습니다.

제5관 기타사항 등

제21조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

- ① 이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
암 입원비 (제15조 제1호)	보험대상자(피보험자)가 이 특 약의 보험기간 중 암보장개시 일 이후에 암으로 진단확정되 고, 그 치료를 직접목적으로 4 일 이상 입원하였을 경우	3일초과 입원일수 1일당 5만원 (1회 입원당 지급일수 120일 한도)
기타피부암 입원비 (제15조 제2호)	보험대상자(피보험자)가 이 특 약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 기타피부암으로 진단확 정되고, 그 치료를 직접목적으 로 4일 이상 입원하였을 경우	3일초과 입원일수 1일당 1만원 (1회 입원당 지급일수 120일 한도)
상피내암 입원비 (제15조 제3호)	보험대상자(피보험자)가 이 특 약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 상피내암으로 진단확정 되고, 그 치료를 직접목적으로 4일 이상 입원하였을 경우	3일초과 입원일수 1일당 1만원 (1회 입원당 지급일수 120일 한도)
경계성종양 입원비 (제15조 제4호)	보험대상자(피보험자)가 이 특 약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 경계성종양으로 진단확 정되고, 그 치료를 직접목적으 로 4일 이상 입원하였을 경우	3일초과 입원일수 1일당 1만원 (1회 입원당 지급일수 120일 한도)

※ 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는
이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(별표 2)

재해분류표

무배당 교보큰사랑이보험 주계약
별표 2 「재해분류표」와 동일

(별표 3)

장해분류표

무배당 교보큰사랑이보험 주계약
별표 3 「장해분류표」와 동일

(별표 4)

대상이 되는 악성신생물 분류표(기타피부암 제외)

약관에 규정하는 한국표준질병·사인분류에 있어서, 악성신생물로 분류되는 질병은 제4차 개정 한국표준질병·사인분류 (통계청 고시 제2002-1호, 2003.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

분 류 항 목	분 류 번 호
1. 입술의 악성신생물	C00
2. 혀바닥의 악성신생물	C01
3. 혀의 기타 및 상세불명 부위의 악성신생물	C02
4. 잇몸의 악성신생물	C03
5. 입바닥의 악성신생물	C04
6. 입천정의 악성신생물	C05
7. 기타 및 상세불명의 구강의 악성신생물	C06
8. 귀밑샘의 악성신생물	C07
9. 기타 및 상세불명의 주침샘의 악성신생물	C08
10. 편도의 악성신생물	C09
11. 입인두의 악성신생물	C10
12. 코인두의 악성신생물	C11
13. 조롱박굴의 악성신생물	C12
14. 하인두의 악성신생물	C13
15. 입술, 구강 및 인두내의 기타 및 부위불명의 악성신생물	C14
16. 식도의 악성신생물	C15
17. 위의 악성신생물	C16
18. 작은창자의 악성신생물	C17
19. 결장의 악성신생물	C18
20. 직장구불결장 이행부의 악성신생물	C19
21. 직장의 악성신생물	C20
22. 항문 및 항문관의 악성신생물	C21
23. 간 및 간내 쓸개관(담관)의 악성신생물	C22
24. 쓸개(담낭)의 악성신생물	C23
25. 기타 및 상세불명 담도 부위의 악성신생물	C24
26. 췌장(이자)의 악성신생물	C25

분 류 항 목	분 류 번 호
27. 기타 및 부위불명 소화기의 악성신생물	C26
28. 비강 및 가운데귀의 악성신생물	C30
29. 부비동의 악성신생물	C31
30. 후두의 악성신생물	C32
31. 기관의 악성신생물	C33
32. 기관지 및 폐의 악성신생물	C34
33. 가슴샘의 악성신생물	C37
34. 심장, 종격동 및 가슴막의 악성신생물	C38
35. 기타 및 부위불명의 호흡기 및 가슴내 장기의 악성신생물	C39
36. 사지의 뼈 및 관절연골의 악성신생물	C40
37. 기타 및 상세불명 부위의 뼈 및 관절연골의 악성신생물	C41
38. 피부의 악성 흑색종	C43
39. 종피종	C45
40. 카포시 육종	C46
41. 말초 신경 및 자율 신경계통의 악성신생물	C47
42. 후복막 및 복막의 악성신생물	C48
43. 기타 결합 및 연 조직의 악성신생물	C49
44. 유방의 악성신생물	C50
45. 외음의 악성신생물	C51
46. 질의 악성신생물	C52
47. 자궁목의 악성신생물	C53
48. 자궁체의 악성신생물	C54
49. 상세불명 자궁부위의 악성신생물	C55
50. 난소의 악성신생물	C56
51. 기타 및 상세불명의 여성 생식기관의 악성신생물	C57
52. 태반의 악성신생물	C58
53. 음경의 악성신생물	C60
54. 전립샘의 악성신생물	C61
55. 고환의 악성신생물	C62
56. 기타 및 상세불명의 남성 생식기관의 악성신생물	C63
57. 콩팥쥬대기를 제외한 콩팥(신장)의 악성신생물	C64
58. 콩팥쥬대기의 악성신생물	C65
59. 요관의 악성신생물	C66

분 류 항 목	분 류 번 호
60. 방광의 악성신생물	C67
61. 기타 및 상세불명의 비뇨기관의 악성신생물	C68
62. 눈 및 부속기의 악성신생물	C69
63. 수막의 악성신생물	C70
64. 뇌의 악성신생물	C71
65. 척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부위의 악성신생물	C72
66. 갑상샘의 악성신생물	C73
67. 부신의 악성신생물	C74
68. 기타 내분비샘 및 관련 구조물의 악성신생물	C75
69. 기타 및 부위불명의 악성신생물	C76
70. 림프절의 속발성 및 상세불명의 악성신생물	C77
71. 호흡기 및 소화기관의 속발성 악성신생물	C78
72. 기타 부위의 속발성 악성신생물	C79
73. 부위의 명시가 없는 악성신생물	C80
74. 호지킨병	C81
75. 여포성(결절성) 비호지킨 림프종	C82
76. 미만성 비호지킨 림프종	C83
77. 말초 및 피부성 T-세포 림프종	C84
78. 기타 및 상세불명 형의 비호지킨 림프종	C85
79. 악성 면역증식성 질환	C88
80. 다발성 골수종 및 악성 형질세포 신생물	C90
81. 림프 백혈병	C91
82. 골수성 백혈병	C92
83. 단핵구성 백혈병	C93
84. 명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
85. 상세불명 세포형의 백혈병	C95
86. 림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세불명의 악성신생물	C96
87. 독립된(원발성) 다발성 부위의 악성신생물	C97

※ 제5차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 약관에서 정하는 질병이 있는 경우는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표 5)

상피내의 신생물 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병·사인분류에 있어서, 상피내의 신생물로 분류되는 질병은 제4차 개정 한국표준질병·사인분류 (통계청 고시 제2002-1호, 2003.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

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

※ 제5차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 약관에서 정하는 질병이 있는 경우는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표 6)

행동양식불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병·사인분류에 있어서, 행동양식불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병은 제4차 개정 한국표준질병·사인분류 (통계청 고시 제2002-1호, 2003.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

분 류 항 목	분 류 번 호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 가운데 귀, 호흡기, 가슴내 장기의 행동양식불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추신경계의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비샘의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 진성 적혈구 증다증	D45
10. 골수 형성이상 증후군	D46
11. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물	D47
12. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

※ 제5차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 약관에서 정하는 질병이 있는 경우는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표 7)

보험금 지급시의 적립이율 계산(제20조 제2항 관련)

1. 입원비 (제15조 제1호 내지 제4호)

적 립 기 간	지 급 이 자
지급기일의 다음 날부터 보험금 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

2. 해약환급금 (제17조 제1항)

적 립 기 간	지 급 이 자	
해약환급금 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 해약환급금 청구일까지의 기간	1년 이내	예정이율의 50%
	1년 초과 기간	1%
해약환급금 청구일의 다음 날부터 지급기일까지의 기간	예정이율 + 1%	
지급기일의 다음 날부터 해약환급금 지급일까지의 기간	보험계약대출이율	

- (주) 1. 지급이자는 연 단위 복리로 계산합니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.

무배당 남성건강치료특약

약 관

이 특약의 약관은 무배당 남성건강치료특약 (주피형)을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 남성건강치료특약 약관 (주피형, 종피형)

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조 (특약의 체결 및 소멸)

- ① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 주피형, 종피형 중 선택하여 청약(請約)하고, 보험회사가 승낙(承諾)함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어 집니다. (이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사”라 합니다)
- ② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.
 1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우
 2. 이 특약의 보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 사망하거나 장애분류표(별표3 참조) 중 동일한 재해(별표2 “재해분류표”에서 정한 재해를 말하며, 이하 “재해”라 합니다) 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체 부위의 합산 장애지급률이 80% 이상인 장애상태가 되었을 경우
- ③ 제2조(보험대상자(피보험자)의 범위 및 자격의 득실) 제3항 내지 제4항에 의하여 보험대상자(피보험자)의 자격이 상실된 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 제15조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ④ 이 특약의 보험대상자(피보험자)가 제2조(보험대상자(피보험자)의 범위 및 자격의 득실) 제1항 제2호에서 정한 보

험대상자(피보험자)일 경우, 제2항 제1호에 불구하고 주계약이 사망 등 보험금 지급사유 발생으로 인하여 더 이상 효력을 가지지 아니하게 된 때에는 이 특약의 보험대상자(피보험자)에 대한 효력은 소멸되지 아니합니다.

- ⑤ 주계약이 단생보험일 경우, 이 특약의 보험대상자(피보험자)가 장해분류표(별표3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 80% 이상인 장해상태시 제2항 제2호에 불구하고 주계약이 소멸되지 아니하는 때에는 이 특약의 효력은 소멸되지 아니합니다.
- ⑥ 제2항 제2호 및 제5항의 경우 재해로 인하여 장해상태가 되고, 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표3 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ⑦ 제6항에 의하여 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 재해일부터 2년 이내) 중에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태(사망 포함)를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ⑧ 제2항 제2호 및 제5항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑨ 제2항 제2호 및 제5항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표3 참조)상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장

해지급률만을 적용합니다.

- ⑩ 제2항 제2호 및 제5항의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 “한시장애”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 정합니다.
- ⑪ 제2항 제2호 및 제5항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장애가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 합산하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만, 장애분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑫ 제11항에 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표(별표3 참조)상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

제2조 (보험대상자(피보험자)의 범위 및 자격의 득실)

- ① 이 특약의 보험대상자(피보험자)는 주피형, 종피형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 - 1. 주피형의 경우 주계약이 단생보험일 경우에는 주계약의 보험대상자(피보험자)로, 주계약이 연생보험일 경우에는 주계약의 보험대상자(주피보험자)로 합니다.
 - 2. 종피형의 경우는 다음 각 호와 같이 정합니다.
 - 가. 주계약이 단생보험일 경우에는 주계약 보험대상자(피보험자)의 특약 체결시 호적상 또는 주민등록상

의 배우자 및 자녀 등

나. 주계약이 연생보험일 경우에는 주계약의 보험대상자(종피보험자)

- ② 이 특약의 체결시 제1항에서 정한 보험대상자(피보험자)에 해당되는 자는 그 해당된 날에 보험대상자(피보험자)의 자격을 취득합니다.
- ③ 제1항 제2호 '가'에서 이 특약의 보험대상자(피보험자)가 주계약 보험대상자(피보험자)의 배우자일 경우, 보험대상자(피보험자)가 주계약 보험대상자(피보험자)의 호적상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 때에는 그 날부터 보험대상자(피보험자)의 자격을 상실하며, 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 제1항 제2호 '나'에서 이 특약의 보험대상자(피보험자)가 주계약의 보험대상자(종피보험자)에 해당되지 아니하게 된 때에는 그 날부터 보험대상자(피보험자)의 자격을 상실합니다.
- ⑤ 제1항 제2호 '가'에서 이 특약의 보험대상자(피보험자)가 주계약 보험대상자(피보험자)의 배우자일 경우, 제3항에 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 보험대상자(피보험자)의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 아니합니다.

제3조 (특약내용의 변경)

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험가입증서(보험증

권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제15조(해약환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제4조 (계약자의 임의해지)

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제15조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제5조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약의 부가시에 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제6조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시일)

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약의 부가시에 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선

납하는 경우에도 또한 같습니다.

- ③ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제7조 (보험료의 납입연체시 특약의 해지)

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
- ② 주계약의 보험료를 납입하고 특약의 보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약에 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ③ 제1항 및 2항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 제15조 (해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제8조 (보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제6조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시일) 제3항의 규정을 따릅니다.

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제9조 (“주요성인병”, “뇌출혈” 및 “급성심근경색증”의 정의 및 진단 확정)

- ① 이 특약에 있어서 “주요성인병”이라 함은 심장질환, 고혈압성 질환, 뇌혈관질환, 간질환, 당뇨병, 만성하기도질환, 위궤양 및 십이지장 궤양, 갑상샘의 장애, 결핵, 폐렴, 콩팥(신장)의 기능상실 중 아래의 규정에 해당하는 질병을 말합니다. (별표4 “주요성인병분류표” 참조)
 1. “심장질환”이라 함은 한국표준질병·사인분류의 기본분류에 있어서 급성 류마티스열, 만성 류마티스심장질환, 허혈성심질환, 폐성심장질환 및 폐순환의 질환, 기타형태 심장병으로 분류되는 질병을 말합니다. 또한 “심장질환” 중 급성심근경색증(急性心筋梗塞症)이라 함은 한국표준질병·사인분류의 허혈성심장질환중에서 급성심근경색증으로 분류되는 질병(분류번호 I21~I23)을 말합니다.
 2. “고혈압성 질환”이라 함은 한국표준질병·사인분류의 기본분류에 있어서 고혈압성 질환으로 분류되는 질병을 말합니다.
 3. “뇌혈관질환”이라 함은 한국표준질병·사인분류의 기본분류에 있어서 뇌혈관 질환으로 분류되는 질병을 말합니다. 또한 “뇌혈관질환”중 “뇌출혈”이라 함은 한국표준질병·사인분류의 대뇌혈관질환중에서 거미막밑출혈, 뇌내출혈, 기타 비외 상성 머리내출혈로 분류되는 질병(분류번호 I60~I62)을 말합니다.
 4. “간질환”이라 함은 한국표준질병·사인분류의 기본분류

에 있어서 바이러스 감염, 간의 질환으로 분류되는 질병을 말합니다.

5. “당뇨병”이라 함은 한국표준질병·사인분류의 기본분류에 있어서 당뇨병으로 분류되는 질병을 말합니다.
 6. “만성하기도질환(만성호흡기질환)”이라 함은 한국표준질병·사인분류의 기본분류에 있어서 급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염, 단순성 및 점액농성 만성 기관지염, 상세불명의 만성 기관지염, 천식, 천식지속 상태로 분류되는 질병을 말합니다.
 7. “위궤양 및 십이지장궤양”이라 함은 한국표준질병·사인분류의 기본분류에 있어서 위궤양, 십이지장궤양, 상세 불명 부위의 소화성 궤양으로 분류되는 질병을 말합니다.
 8. “감상샘의 장애(갑상선장애)”라 함은 한국표준질병·사인분류의 기본분류에 있어서 갑상샘의 장애로 분류되는 질병을 말합니다.
 9. “결핵”이라 함은 한국표준질병·사인분류의 기본분류에 있어서 결핵, 결핵의 후유증으로 분류되는 질병을 말합니다.
 10. “폐렴”이라 함은 한국표준질병·사인분류의 기본분류에 있어서 폐렴으로 분류되는 질병을 말합니다.
 11. “콩팥(신장)의 기능상실(신부전증)”이라 함은 한국표준질병·사인분류의 기본분류에 있어서 콩팥(신장)의 기능상실로 분류되는 질병을 말합니다.
- ② 주요성인병의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격을 가진 자에 의한 진단에 의합니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “뇌출혈”또는 “급성심근경색증”이라 함

은 한국표준질병·사인분류에 있어서 “뇌출혈” 또는 “급성 심근경색증”으로 분류되는 질병(별표5 “뇌출혈 및 급성심근경색증 분류표 참조)을 말합니다.

- ④ 뇌출혈의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 핵자기공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사를 기초로 하여야 합니다.
- ⑤ 급성심근경색의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥촬영술, 혈액중심장효소검사, 핵의학검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 보험대상자(피보험자)가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없을 경우에는 급성심근경색증에 대한 임상학적 진단이 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제10조 (“5대장기이식수술”의 정의)

이 특약에 있어서 “5대장기이식수술”이라 함은 5대장기의 만성부전상태로부터 근본적인 회복과 치료를 목적으로 관련법규에 따라 정부에서 인정한 장기이식의료기관에서 간장, 신장, 심장, 췌장, 폐장에 대하여 장기이식을 하는 것으로 타인의

내부장기를 적출하여 장기부전상태에 있는 수혜자에게 이식을 시행한 경우에 대한 수술을 말합니다. 단, 랑게르한스 소도 세포 이식수술은 보장에서 제외합니다.

제11조 (“조혈모세포이식수술”의 정의)

이 특약에 있어서 “조혈모세포이식수술”이라 함은 골수부전상태 또는 악성종양을 근본적으로 치료할 목적으로 혈액을 만드는 조혈모세포(hematopoietic stem cell)의 이식수술로서 관련법규에 따라 정부에서 인정한 무균실이 있는 골수이식의료기관에서 다음의 각 호에서 정한 동종골수조혈모이식수술, 자가골수조혈모세포이식수술, 자가말초조혈모세포이식수술, 제대혈모세포이식수술을 말합니다. 단, 조혈모세포이식수혜자에게 조혈모세포를 제공할 목적으로 조혈모세포공여자로부터 조혈모세포를 채취하는 수술은 제외합니다.

1. “동종(allogenic)골수조혈모이식술”이라 함은 암 또는 골수부전상태를 치료하기 위해 타인의 골수로부터 정상적인 조혈모세포를 제공받아 수혜자의 골수를 정상적인 골수로 치환하여 주는 수술을 말합니다.
2. “자가(autologous)골수조혈모세포이식수술”이라 함은 강력한 항암요법에 의한 골수독성을 경감하기 위해서 암환자 자신의 골수내의 조혈모세포를 미리 채취하여 필요한 처리를 한 다음 고량화학요법(high-dose myeloablative therapy)을 시행하고, 그 후에 이 조혈모세포를 암환자 자신에게 다시 투여해 주는 수술을 말합니다.
3. “자가(autologous)말초조혈모세포이식수술”이라 함은 강력한 항암요법에 의한 골수독성을 경감하기 위해서 암환자 자신의 말초혈액내의 조혈모세포를 미리 채취하여 필요한 처리를 한 다음 고량화학요법을 시행하고 그 후에

이 조혈모세포를 암환자 자신에게 다시 투여해 주는 수술을 말합니다.

4. “제대혈모세포이식수술”이라 함은 타인의 제대혈(배꼽의 탯줄의 혈액)속에 있는 조혈모세포를 채취하여 대량 항암요법으로 암환자의 골수를 완전히 억제시킨 다음 제대혈모세포를 투여하는 수술을 말합니다.

제12조 (“입원” 및 “수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 주요성인병으로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실(입·퇴원확인서 발급 기준)하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의하여 주요성인병으로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 수술[기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 적제(摘除) 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 흡인(吸引), 천자(穿刺), 적제(適濟) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK은 제외]받는 경우를 말합니다.

제13조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 경우에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다.

1. 보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 2대질병으로 진단확정되었을 경우
: 2대질병치료비 지급 (단, 각각 최초 1회에 한하여 지급)
2. 보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 5대장기이식수술을 받았을 경우
: 5대장기이식수술비 지급 (단, 최초 1회의 수술에 한함)
3. 보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 조혈모세포이식수술을 받았을 경우
: 조혈모세포이식수술비 지급 (단, 최초 1회의 수술에 한함)
4. 보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 주요성인병으로 진단확정되고, 그 치료를 직접 목적으로 4일 이상 입원하였을 경우
: 주요성인병입원비 지급

제14조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 보험대상자(피보험자)가 보장개시일 이후에 뇌출혈 또는 급성심근경색증으로 진단이 확정되거나 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 보험대상자(피보험자)가 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 뇌출혈 또는 급성심근경색증을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 제13조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에서

정한 2대질병치료비를 지급합니다.

- ③ 제13조(보험금의 종류 및 지급사유) 제5호의 경우 입원비의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.
- ④ 제13조(보험금의 종류 및 지급사유) 제4호의 경우 보험대상자(피보험자)가 동일한 주요성인병의 치료를 직접목적으로 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 보고 각 입원일수를 합산하여 제3항을 적용합니다. 그러나 동일한 주요성인병에 의한 입원이라도 입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일을 경과하여 재입원한 경우에는 새로운 입원으로 봅니다.
- ⑤ 제13조(보험금의 종류 및 지급사유) 제4호의 경우 보험대상자(피보험자)가 입원기간 중 보험기간이 끝났을 때에는 그 계속중인 입원기간에 대하여 제3항을 적용하여 계속입원비를 지급합니다.
- ⑥ 제5항에서 계속입원이란 중도 퇴원 없이 계속하여 입원하는 것을 뜻하며, 제7항에 해당하는 경우도 포함합니다.
- ⑦ 제13조(보험금의 종류 및 지급사유) 제4호의 경우 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정하는 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.
- ⑧ 보험대상자(피보험자)가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.

제15조 (해약환급금)

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

- ② 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4관 보험금 지급 등의 절차

제16조 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 보험대상자(피보험자)나 보험금을 받는 자(보험수익자)는 제13조(보험금의 종류 및 지급사유)에 정한 보험금 지급사유 또는 제14조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 정한 보험료 납입면제 사유가 발생하였을 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제17조 (보험금 등 청구시 구비서류)

- ① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 해약환급금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진단서(병명기입), 입·퇴원확인서, 수술증명서 등)
 3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
 4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령 또는 계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
- ② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나

의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제18조 (보험금 등의 지급)

- ① 회사는 제17조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 또는 보험료 납입면제의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 회사는 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표6 “보험금 지급시의 적립이율 계산”과 같습니다.

제5관 기타사항 등

제19조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

- ① 이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
2대질병 치료비 (제13조 제1호)	보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 뇌 출혈 또는 급성심근경색증으로 진 단확정되었을 경우 (단, 각각 최초 1회에 한하여 지급)	1,000만원 (단, 가입 후 1년 미만 진단확정시 50% 감액 지급)
5대장기이식 수술비 (제13조 제2호)	보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 5 대장기이식수술을 받았을 경우 (단, 최초 1회의 수술에 한함)	500만원 (단, 가입 후 1년 미만 수술시 50% 감액 지급)
조혈모세포 이식수술비 (제13조 제3호)	보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 조 혈모세포이식수술을 받았을 경우 (단, 최초 1회의 수술에 한함)	500만원 (단, 가입 후 1년 미만 수술시 50% 감액 지급)
주요성인병 입원비 (제13조 제4호)	보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 주 요성인병으로 진단확정되고, 그 치 료를 직접목적으로 4일 이상 입원 하였을 경우	3일 초과 입원일수 1일당 5만원 (1회 입원당 지급일수 120일 한도)

※ 이 특약의 보험료 납입기간 중 보험대상자(피보험자)가 보장개시일 이
후에 뇌출혈 또는 급성심근경색증으로 진단이 확정되거나 주계약의 보
험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면
제하여 드립니다.

※ 주요성인병 : 심장질환, 고혈압성 질환, 뇌혈관질환, 간질환, 당뇨병, 만
성하기도질환, 위궤양 및 십이지장 궤양, 갑상샘의 장애, 결핵, 폐렴, 콩팥
(신장)의 기능상실

(별표 2)

재해분류표

무배당 교보큰사랑이보험 주계약
별표 2 「재해분류표」와 동일

(별표 3)

장해분류표

무배당 교보큰사랑이보험 주계약
별표 3 「장해분류표」와 동일

(별표 4)

주요성인병 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병·사인분류에 있어서 주요성인병으로 분류되는 질병은 제4차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2002-1호, 2003.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병		분 류 번 호
류마티스 및 심질환	심장 침습이 없는 류마티스열	I00
	심장 침습이 있는 류마티스 열	I01
	류마티스 무도병	I02
	류마티스 승모판 질환	I05
	류마티스 대동맥판 질환	I06
	류마티스 삼첨판 질환	I07
	다발성 판막 질환	I08
	기타 류마티스성 심장 질환	I09
	협심증	I20
	급성 심근경색증	I21
	속발성 심근경색증	I22
	급성 심근경색증에 의한 특정 현재 합병증	I23
	기타 급성 허혈성 심장 질환	I24
	만성 허혈성 심장병	I25
	폐 색전증	I26
	기타 폐성 심장 질환	I27
	기타 폐혈관의 질환	I28
	급성 심장막염	I30
	기타 심장막의 질환	I31
	달리 분류된 질환에서의 심장막염	I32
	급성 및 아급성 심내막염	I33
	비류마티스 승모판 장애	I34
	비류마티스 대동맥판 장애	I35
	비류마티스 삼첨판 장애	I36
	폐동맥판 장애	I37
	상세불명 판막의 심내막염	I38
	달리 분류된 질환에서의 심내막염 및 심장 판막장애	I39
	급성 심근염	I40

대 상 질 병		분 류 번 호
류마티스 및 심질환	달리 분류된 질환에서의 심근염	I41
	심장근육병증	I42
	달리 분류된 질환에서의 심장근육병증	I43
	심방실 차단 및 좌각 차단	I44
	기타 전도 장애	I45
	심장정지	I46
	발작성 빠른맥	I47
	심방 잔떨림 및 된떨림	I48
	기타 심장성 부정맥	I49
	심장기능상실(심부전)	I50
	심장병의 불명확한 기록 및 합병증	I51
	달리 분류된 질환에서의 기타 심장 장애	I52
고혈압성 질환	본태성(원발성) 고혈압	I10
	고혈압성 심장병	I11
	고혈압성 콩팥(신장)병	I12
	고혈압성 심장 및 콩팥(신장)병	I13
	이차 고혈압	I15
뇌혈관 질환	거미막밑 출혈	I60
	뇌내출혈	I61
	기타 비외상성 머리내 출혈	I62
	뇌경색증	I63
	출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌중풍	I64
	대뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐색 및 협착	I65
	대뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐색 및 협착	I66
	기타 뇌혈관 질환	I67
	달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애	I68
	뇌혈관 질환의 후유증	I69
간질환	급성 A형 간염	B15
	급성 B형 간염	B16
	기타 급성 바이러스 간염	B17
	만성 바이러스 간염	B18
	상세불명의 바이러스 간염	B19
	알코올성 간질환	K70

대 상 질 병		분 류 번 호
간질환	독성 간질환 달리 분류되지 않은 간기능상실 달리 분류되지 않은 만성 간염 간의 섬유증 및 경화 기타 염증성 간질환 간의 기타 질환 달리 분류된 질환에서의 간 장애	K71 K72 K73 K74 K75 K76 K77
당뇨병	인슐린-의존 당뇨병 인슐린-비의존 당뇨병 영양실조와 관련된 당뇨병 기타 명시된 당뇨병 상세불명의 당뇨병	E10 E11 E12 E13 E14
만성하기도 질환	급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염 단순성 및 점액농성 만성 기관지염 상세불명의 만성 기관지염 천식 천식 지속 상태	J40 J41 J42 J45 J46
위궤양 및 십이지장 궤양	위궤양 십이지장궤양 상세불명 부위의 소화성 궤양	K25 K26 K27
갑상샘의 장애	선천 요오드결핍 증후군 요오드결핍과 관련된 갑상샘 장애 및 동류의 병태 준임상적인 요오드결핍 갑상샘 기능저하증 기타 갑상샘 기능저하증 기타 비중독성 갑상샘종 갑상선종독증[갑상샘 기능항진증] 갑상샘염 갑상샘의 기타 장애	E00 E01 E02 E03 E04 E05 E06 E07

대 상 질 병		분 류 번 호
결핵 및 폐렴	세균학적 및 조직학적으로 확인된 호흡기 결핵	A15
	세균학적으로나 조직학적으로 확인되지 않은 호흡기 결핵	A16
	신경계통의 결핵	A17
	기타 장기의 결핵	A18
	좁쌀 결핵	A19
	결핵의 후유증	B90
	달리 분류되지 않은 바이러스성 폐렴	J12
	폐렴사슬알균에 의한 폐렴	J13
	해모필루스 인플루엔자에 의한 폐렴	J14
	달리 분류되지 않은 세균성 폐렴	J15
	달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴	J16
	달리 분류된 질환에서의 폐렴	J17
	상세불명 병원체의 폐렴	J18
콩팥(신장) 기능상실	급성 콩팥(신장)기능상실	N17
	만성 콩팥(신장)기능상실	N18
	상세불명의 콩팥(신장)기능상실	N19

※ 제5차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 약관에서 정하는 질병이 있는 경우는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표 5)

뇌출혈 및 급성심근경색증 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병·사인분류에 있어서, 뇌출혈 및 급성심근경색증으로 분류되는 질병은 제4차 개정 한국표준·질병·사인분류 (통계청 고시 제2002-1호, 2003.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명		분 류 번 호
뇌출혈	1. 거미막밑 출혈	I60
	2. 뇌내출혈	I61
	3. 기타 비외상성 머리내 출혈	I62
급성 심근경색증	1. 급성 심근경색증	I21
	2. 속발성 심근경색증	I22
	3. 급성 심근경색증에 의한 특정 현재 합병증	I23

※ 제5차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 약관에서 정하는 질병이 있는 경우는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표 6)

보험금 지급시의 적립이율 계산(제18조 제2항 관련)

1. 치료비, 수술비, 입원비 (제13조 제1호 내지 제4호)

적 립 기 간	지 급 이 자
지급기일의 다음 날부터 보험금 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

2. 해약환급금 (제15조 제1항)

적 립 기 간	지 급 이 자	
해약환급금 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 해약환급금 청구일까지의 기간	1년 이내	예정이율의 50%
	1년 초과 기간	1%
해약환급금 청구일의 다음 날부터 지급기일까지의 기간	예정이율 + 1%	
지급기일의 다음 날부터 해약환급금 지급일까지의 기간	보험계약대출이율	

(주) 1. 지급이자는 연 단위 복리로 계산합니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.

무배당 여성건강치료특약

약 관

이 특약의 약관은 무배당 여성건강치료특약 (주피형)을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 여성건강치료특약 약관 (주피형, 종피형)

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조 (특약의 체결 및 소멸)

- ① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 주피형, 종피형 중 선택하여 청약(請約)하고, 보험회사가 승낙(承諾)함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어 집니다. (이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사”라 합니다)
- ② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.
 1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우
 2. 이 특약의 보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 사망하거나 장애분류표(별표3 참조) 중 동일한 재해(별표2 “재해분류표”에서 정한 재해를 말하며, 이하 “재해”라 합니다) 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체 부위의 합산 장애지급률이 80% 이상인 장애상태가 되었을 경우
- ③ 제2조(보험대상자(피보험자)의 범위 및 자격의 득실) 제3항 내지 제4항에 의하여 보험대상자(피보험자)의 자격이 상실된 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 제16조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ④ 이 특약의 보험대상자(피보험자)가 제2조(보험대상자(피보험자)의 범위 및 자격의 득실) 제1항 제2호에서 정한 보

험대상자(피보험자)일 경우, 제2항 제1호에 불구하고 주계약이 사망 등 보험금 지급사유 발생으로 인하여 더 이상 효력을 가지지 아니하게 된 때에는 이 특약의 보험대상자(피보험자)에 대한 효력은 소멸되지 아니합니다.

- ⑤ 주계약이 단생보험일 경우, 이 특약의 보험대상자(피보험자)가 장해분류표(별표3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 80% 이상인 장해상태시 제2항 제2호에 불구하고 주계약이 소멸되지 아니하는 때에는 이 특약의 효력은 소멸되지 아니합니다.
- ⑥ 제2항 제2호 및 제5항의 경우 재해로 인하여 장해상태가 되고, 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표3 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ⑦ 제6항에 의하여 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 재해일부터 2년 이내) 중에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태(사망 포함)를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ⑧ 제2항 제2호 및 제5항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑨ 제2항 제2호 및 제5항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표3 참조)상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장

해지급률만을 적용합니다.

- ⑩ 제2항 제2호 및 제5항의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 “한시장애”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 정합니다.
- ⑪ 제2항 제2호 및 제5항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장애가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 합산하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만, 장애분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑫ 제11항에 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표(별표3 참조)상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

제2조 (보험대상자(피보험자)의 범위 및 자격의 득실)

- ① 이 특약의 보험대상자(피보험자)는 주피형, 종피형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 - 1. 주피형의 경우 주계약이 단생보험일 경우에는 주계약의 보험대상자(피보험자)로, 주계약이 연생보험일 경우에는 주계약의 보험대상자(주피보험자)로 합니다.
 - 2. 종피형의 경우는 다음 각 호와 같이 정합니다.
 - 가. 주계약이 단생보험일 경우에는 주계약 보험대상자(피보험자)의 특약 체결시 호적상 또는 주민등록상

의 배우자 및 자녀 등

나. 주계약이 연생보험일 경우에는 주계약의 보험대상자(종피보험자)

- ② 이 특약의 체결시 제1항에서 정한 보험대상자(피보험자)에 해당되는 자는 그 해당된 날에 보험대상자(피보험자)의 자격을 취득합니다.
- ③ 제1항 제2호 ‘가’에서 이 특약의 보험대상자(피보험자)가 주계약 보험대상자(피보험자)의 배우자일 경우, 보험대상자(피보험자)가 주계약 보험대상자(피보험자)의 호적상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 때에는 그 날부터 보험대상자(피보험자)의 자격을 상실하며, 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 제1항 제2호 ‘나’에서 이 특약의 보험대상자(피보험자)가 주계약의 보험대상자(종피보험자)에 해당되지 아니하게 된 때에는 그 날부터 보험대상자(피보험자)의 자격을 상실합니다.
- ⑤ 제1항 제2호 ‘가’에서 이 특약의 보험대상자(피보험자)가 주계약 보험대상자(피보험자)의 배우자일 경우, 제3항에 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 보험대상자(피보험자)의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 아니합니다.

제3조 (특약내용의 변경)

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다.

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

- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제16조(해약환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제4조 (계약자의 임의해지)

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제16조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제5조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약의 부가시에 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제6조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시일)

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약의 부가시에 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약

의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선
납하는 경우에도 또한 같습니다.

- ③ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시
일과 동일합니다.

제7조 (보험료의 납입연체시 특약의 해지)

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특
약도 해지합니다.
- ② 주계약의 보험료를 납입하고 특약의 보험료를 납입하지
아니하였을 경우에는 주계약에 정한 납입최고(독촉)기간이
끝나는 날의 다음 날 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)
기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을
지급합니다.
- ③ 제1항 및 2항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 제16조
(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제8조 (보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회 복))

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는
주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약
약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 주계약과 동시에 이
특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신
청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청
약한 것으로 봅니다.
- ③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제6조
(보험료의 납입 및 회사의 보장개시일) 제3항의 규정을 따

릅니다.

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제9조 (“주요성인병”, “뇌출혈” 및 “급성심근경색증”의 정의 및 진단 확정)

- ① 이 특약에 있어서 “주요성인병”이라 함은 심장질환, 고혈압성 질환, 뇌혈관질환, 간질환, 당뇨병, 만성하기도질환, 위궤양 및 십이지장 궤양, 갑상샘의 장애, 결핵, 폐렴, 콩팥(신장)의 기능상실 중 아래의 규정에 해당하는 질병을 말합니다. (별표4 “주요성인병분류표” 참조)
 1. “심장질환”이라 함은 한국표준질병·사인분류의 기본분류에 있어서 급성 류마티스열, 만성 류마티스심장질환, 허혈성심질환, 폐성심장질환 및 폐순환의 질환, 기타형태 심장병으로 분류되는 질병을 말합니다. 또한 “심장질환” 중 급성심근경색증(急性心筋梗塞症)이라 함은 한국표준질병·사인분류의 허혈성심장질환중에서 급성심근경색증으로 분류되는 질병(분류번호 I21~I23)을 말합니다.
 2. “고혈압성 질환”이라 함은 한국표준질병·사인분류의 기본분류에 있어서 고혈압성 질환으로 분류되는 질병을 말합니다.
 3. “뇌혈관질환”이라 함은 한국표준질병·사인분류의 기본분류에 있어서 뇌혈관 질환으로 분류되는 질병을 말합니다. 또한 “뇌혈관질환”중 “뇌출혈”이라 함은 한국표준질병·사인분류의 대뇌혈관질환중에서 거미막밑출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 머리내출혈로 분류되는 질병

(분류번호 I60~I62)을 말합니다.

4. “간질환”이라 함은 한국표준질병·사인분류의 기본분류에 있어서 바이러스 간염, 간의 질환으로 분류되는 질병을 말합니다.
 5. “당뇨병”이라 함은 한국표준질병·사인분류의 기본분류에 있어서 당뇨병으로 분류되는 질병을 말합니다.
 6. “만성하기도질환(만성호흡기질환)”이라 함은 한국표준질병·사인분류의 기본분류에 있어서 급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염, 단순성 및 점액농성 만성 기관지염, 상세불명의 만성 기관지염, 천식, 천식지속 상태로 분류되는 질병을 말합니다.
 7. “위궤양 및 십이지장궤양”이라 함은 한국표준질병·사인분류의 기본분류에 있어서 위궤양, 십이지장궤양, 상세불명 부위의 소화성 궤양으로 분류되는 질병을 말합니다.
 8. “갑상샘의 장애(갑상선장애)”라 함은 한국표준질병·사인분류의 기본분류에 있어서 갑상샘의 장애로 분류되는 질병을 말합니다.
 9. “결핵”이라 함은 한국표준질병·사인분류의 기본분류에 있어서 결핵, 결핵의 후유증으로 분류되는 질병을 말합니다.
 10. “폐렴”이라 함은 한국표준질병·사인분류의 기본분류에 있어서 폐렴으로 분류되는 질병을 말합니다.
 11. “콩팥(신장)의 기능상실(신부전증)”이라 함은 한국표준질병·사인분류의 기본분류에 있어서 콩팥(신장)의 기능상실로 분류되는 질병을 말합니다.
- ② 주요성인병의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)의 규정

에 의한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격을 가진 자에 의한 진단에 의합니다.

- ③ 이 특약에 있어서 “뇌출혈” 또는 “급성심근경색증”이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 “뇌출혈” 또는 “급성심근경색증”으로 분류되는 질병(별표5 “뇌출혈 및 급성심근경색증 분류표 참조)을 말합니다.
- ④ 뇌출혈의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 핵자기공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사를 기초로 하여야 합니다.
- ⑤ 급성심근경색의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥촬영술, 혈액중심장효소검사, 핵의학검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 보험대상자(피보험자)가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없을 경우에는 급성심근경색증에 대한 임상학적 진단이 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제10조 (“5대장기이식수술”의 정의)

이 특약에 있어서 “5대장기이식수술”이라 함은 5대장기의 만성부전상태로부터 근본적인 회복과 치료를 목적으로 관련법규에 따라 정부에서 인정한 장기이식의료기관에서 간장, 신장, 심장, 췌장, 폐장에 대하여 장기이식을 하는 것으로 타인의 내부장기를 적출하여 장기부전상태에 있는 수혜자에게 이식을 시행한 경우에 대한 수술을 말합니다. 단, 랑게르한스 소도 세포 이식수술은 보장에서 제외합니다.

제11조 (“조혈모세포이식수술”의 정의)

이 특약에 있어서 “조혈모세포이식수술”이라 함은 골수부전 상태 또는 악성종양을 근본적으로 치료할 목적으로 혈액을 만드는 조혈모세포(hematopoietic stem cell)의 이식수술로서 관련법규에 따라 정부에서 인정한 무균실이 있는 골수이식의료기관에서 다음의 각 호에서 정한 동종골수조혈모이식수술, 자가골수조혈모세포이식수술, 자가말초조혈모세포이식수술, 제대혈모세포이식수술을 말합니다. 단, 조혈모세포이식수혜자에게 조혈모세포를 제공할 목적으로 조혈모세포공여자로부터 조혈모세포를 채취하는 수술은 제외합니다.

1. “동종(allogenic)골수조혈모이식술”이라 함은 암 또는 골수부전상태를 치료하기 위해 타인의 골수로부터 정상적인 조혈모세포를 제공받아 수혜자의 골수를 정상적인 골수로 치환하여 주는 수술을 말합니다.
2. “자가(autologous)골수조혈모세포이식수술”이라 함은 강력한 항암요법에 의한 골수독성을 경감하기 위해서 암환자 자신의 골수내의 조혈모세포를 미리 채취하여 필요한 처리를 한 다음 고량화학요법(high-dose myeloablative

therapy)을 시행하고, 그 후에 이 조혈모세포를 암환자 자신에게 다시 투여해 주는 수술을 말합니다.

3. “자가(autologous)말초조혈모세포이식수술”이라 함은 강력한 항암요법에 의한 골수독성을 경감하기 위해서 암환자 자신의 말초혈액내의 조혈모세포를 미리 채취하여 필요한 처리를 한 다음 고량화학요법을 시행하고, 그 후에 이 조혈모세포를 암환자 자신에게 다시 투여해 주는 수술을 말합니다.
4. “제대혈모세포이식수술”이라 함은 타인의 제대혈(배꼽의 탯줄의 혈액)속에 있는 조혈모세포를 채취하여 대량 항암요법으로 암환자의 골수를 완전히 억제시킨 다음 제대혈모세포를 투여하는 수술을 말합니다.

제12조 (“부인과질환”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에 있어서 “부인과질환”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표6 [부인과질환 분류표]에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 부인과질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단에 의합니다.

제13조 (“입원” 및 “수술”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 주요성인병으로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)의

규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에 입실(입·퇴원확인서 발급 기준)하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

- ② 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의하여 주요성인병으로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 수술[기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 적제(摘除) 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 흡인(吸引), 천자(穿刺), 적제(適濟) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK은 제외]받는 경우를 말합니다.

제14조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 경우에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다.

1. 보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 2대질병으로 진단확정되었을 경우
: 2대질병치료비 지급 (다만, 각각 최초 1에 한하여 지급)
2. 보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 5대장기이식수술을 받았을 경우
: 5대장기이식수술비 지급 (단, 최초 1회의 수술에 한함)
3. 보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중 보장개시

일 이후에 조혈모세포이식수술을 받았을 경우

: 조혈모세포이식수술비 지급 (단, 최초 1회의 수술에 한함)

4. 보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 주요성인병으로 진단확정되고, 그 치료를 직접 목적으로 4일 이상 입원하였을 경우

: 주요성인병입원비 지급

5. 보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 부인과질환으로 진단확정되고, 그 치료를 직접 목적으로 4일 이상 입원하였을 경우

: 부인과질환입원비 지급

제15조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 보험대상자(피보험자)가 보장개시일 이후에 뇌출혈 또는 급성심근경색증으로 진단이 확정되거나 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 보험대상자(피보험자)가 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 뇌출혈 또는 급성심근경색증을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 제14조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에서 정한 2대질병치료비를 지급합니다.
- ③ 제14조(보험금의 종류 및 지급사유) 제4호 내지 제5호의 경우 입원비의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.
- ④ 제14조(보험금의 종류 및 지급사유) 제4호 내지 제5호의 경우 보험대상자(피보험자)가 동일한 주요성인병 또는 동

일한 부인과질환의 치료를 직접목적으로 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 보고 각 입원일수를 합산하여 제3항을 적용합니다. 그러나 동일한 주요성인병 또는 동일한 부인과질환에 의한 입원이라도 입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일을 경과하여 재입원한 경우에는 새로운 입원으로 봅니다.

- ⑤ 제14조(보험금의 종류 및 지급사유) 제4호 내지 제5호의 경우 보험대상자(피보험자)가 입원기간 중 보험기간이 끝났을 때에는 그 계속중인 입원기간에 대하여 제3항을 적용하여 계속 입원비를 지급합니다.
- ⑥ 제5항에서 계속입원이란 중도 퇴원 없이 계속하여 입원하는 것을 뜻하며, 제7항에 해당하는 경우도 포함합니다.
- ⑦ 제14조(보험금의 종류 및 지급사유) 제4호 내지 제5호의 경우 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정하는 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.
- ⑧ 보험대상자(피보험자)가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 입원비의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

제16조 (해약환급금)

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

제4관 보험금 지급 등의 절차

제17조 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 보험대상자(피보험자)나 보험금을 받는 자(보험수익자)는 제14조(보험금의 종류 및 지급사유)에 정한 보험금 지급사유 또는 제15조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 정한 보험료 납입면제 사유가 발생하였을 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제18조 (보험금 등 청구시 구비서류)

- ① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 해약환급금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진단서(병명기입), 입·퇴원확인서, 수술증명서 등)
 3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
 4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령 또는 계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
- ② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제19조 (보험금 등의 지급)

- ① 회사는 제18조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 또는 보험료 납입면제의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 회사는 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표7 “보험금 지급시의 적립이율 계산”과 같습니다.

제5관 기타사항 등

제20조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

- ① 이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
2대질병 치료비 (제14조 제1호)	보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 뇌출혈 또는 급성심근경색증으로 진단확정되었을 경우 (단, 각각 최 초 1회에 한하여 지급)	1,000만원 (단, 가입 후 1년 미만 진단확정시 50% 감액 지급)
5대장기이식 수술비 (제14조 제2호)	보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 5 대장기이식수술을 받았을 경우 (단, 최초 1회의 수술에 한함)	500만원 (단, 가입 후 1년 미만 수술시 50% 감액 지급)
조혈모세포 이식수술비 (제14조 제3호)	보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 조혈모세포이식수술을 받았을 경 우 (단, 최초 1회의 수술에 한함)	500만원 (단, 가입 후 1년 미만 수술시 50% 감액 지급)
주요성인병 입원비 (제14조 제4호)	보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 주요성인병으로 진단확정되고, 그 치료를 직접목적으로 4일 이상 입 원하였을 경우	3일 초과 입원일수 1일당 5만원 (1회 입원당 지급일수 120일 한도)
부인과질환 입원비 (제14조 제5호)	보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 부인과질환으로 진단확정되고, 그 치료를 직접목적으로 4일 이상 입 원하였을 경우	3일 초과 입원일수 1일당 3만원 (1회 입원당 지급일수 120일 한도)

※ 이 특약의 보험료 납입기간 중 보험대상자(피보험자)가 보장개시일 이
후에 뇌출혈 또는 급성심근경색증으로 진단이 확정되거나 주계약의 보
험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면
제하여 드립니다.

※ 주요성인병 : 심장질환, 고혈압성 질환, 뇌혈관질환, 간질환, 당뇨병, 만
성하기도질환, 위궤양 및 십이지장 궤양, 갑상샘의 장애, 결핵, 폐렴,
콩팥(신장)의 기능상실

(별표 2)

재해분류표

무배당 교보큰사랑이보험 주계약
별표 2 「재해분류표」와 동일

(별표 3)

장해분류표

무배당 교보큰사랑이보험 주계약
별표 3 「장해분류표」와 동일

(별표 4)

주요성인병 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병·사인분류에 있어서 주요성인병으로 분류되는 질병은 제4차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2002-1호, 2003.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병		분 류 번 호
류마티스 및 심질환	심장 침습이 없는 류마티스열	I00
	심장 침습이 있는 류마티스 열	I01
	류마티스 무도병	I02
	류마티스 승모판 질환	I05
	류마티스 대동맥판 질환	I06
	류마티스 삼첨판 질환	I07
	다발성 판막 질환	I08
	기타 류마티스성 심장 질환	I09
	협심증	I20
	급성 심근경색증	I21
	속발성 심근경색증	I22
	급성 심근경색증에 의한 특정 현재 합병증	I23
	기타 급성 허혈성 심장 질환	I24
	만성 허혈성 심장병	I25
	폐 색전증	I26
	기타 폐성 심장 질환	I27
	기타 폐혈관의 질환	I28
	급성 심장막염	I30
	기타 심장막의 질환	I31
	달리 분류된 질환에서의 심장막염	I32
	급성 및 아급성 심내막염	I33
	비류마티스 승모판 장애	I34
	비류마티스 대동맥판 장애	I35
	비류마티스 삼첨판 장애	I36
	폐동맥판 장애	I37
	상세불명 판막의 심내막염	I38
	달리 분류된 질환에서의 심내막염 및 심장 판막장애	I39
	급성 심근염	I40

대 상 질 병		분 류 번 호
류마티스 및 심질환	달리 분류된 질환에서의 심근염	I41
	심장근육병증	I42
	달리 분류된 질환에서의 심장근육병증	I43
	심방실 차단 및 좌각 차단	I44
	기타 전도 장애	I45
	심장정지	I46
	발작성 빠른맥	I47
	심방 잔떨림 및 된떨림	I48
	기타 심장성 부정맥	I49
	심장기능상실(심부전)	I50
	심장병의 불명확한 기록 및 합병증	I51
	달리 분류된 질환에서의 기타 심장 장애	I52
고혈압성 질환	본태성(원발성) 고혈압	I10
	고혈압성 심장병	I11
	고혈압성 콩팥(신장)병	I12
	고혈압성 심장 및 콩팥(신장)병	I13
	이차 고혈압	I15
뇌혈관 질환	거미막밑 출혈	I60
	뇌내출혈	I61
	기타 비외상성 머리내 출혈	I62
	뇌경색증	I63
	출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌중풍	I64
	대뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐색 및 협착	I65
	대뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐색 및 협착	I66
	기타 뇌혈관 질환	I67
	달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애	I68
	뇌혈관 질환의 후유증	I69
간질환	급성 A형 간염	B15
	급성 B형 간염	B16
	기타 급성 바이러스 간염	B17
	만성 바이러스 간염	B18
	상세불명의 바이러스 간염	B19
	알코올성 간질환	K70

대 상 질 병		분 류 번 호
간질환	독성 간질환 달리 분류되지 않은 간기능상실 달리 분류되지 않은 만성 간염 간의 섬유증 및 경화 기타 염증성 간질환 간의 기타 질환 달리 분류된 질환에서의 간 장애	K71 K72 K73 K74 K75 K76 K77
당뇨병	인슐린-의존 당뇨병 인슐린-비의존 당뇨병 영양실조와 관련된 당뇨병 기타 명시된 당뇨병 상세불명의 당뇨병	E10 E11 E12 E13 E14
만성하기도 질환	급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염 단순성 및 점액농성 만성 기관지염 상세불명의 만성 기관지염 천식 천식 지속 상태	J40 J41 J42 J45 J46
위궤양 및 십이지장 궤양	위궤양 십이지장궤양 상세불명 부위의 소화성 궤양	K25 K26 K27
갑상샘의 장애	선천 요오드결핍 증후군 요오드결핍과 관련된 갑상샘 장애 및 동류의 병태 준임상적인 요오드결핍 갑상샘 기능저하증 기타 갑상샘 기능저하증 기타 비중독성 갑상샘종 갑상선종독증[갑상샘 기능항진증] 갑상샘염 갑상샘의 기타 장애	E00 E01 E02 E03 E04 E05 E06 E07

대 상 질 병		분 류 번 호
결핵 및 폐렴	세균학적 및 조직학적으로 확인된 호흡기 결핵	A15
	세균학적으로나 조직학적으로 확인되지 않은 호흡기 결핵	A16
	신경계통의 결핵	A17
	기타 장기의 결핵	A18
	좁쌀 결핵	A19
	결핵의 후유증	B90
	달리 분류되지 않은 바이러스성 폐렴	J12
	폐렴사슬알균에 의한 폐렴	J13
	해모필루스 인플루엔자에 의한 폐렴	J14
	달리 분류되지 않은 세균성 폐렴	J15
	달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴	J16
	달리 분류된 질환에서의 폐렴	J17
	상세불명 병원체의 폐렴	J18
콩팥(신장) 기능상실	급성 콩팥(신장)기능상실	N17
	만성 콩팥(신장)기능상실	N18
	상세불명의 콩팥(신장)기능상실	N19

※ 제5차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 약관에서 정하는 질병이 있는 경우는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표 5)

뇌출혈 및 급성심근경색증 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병·사인분류에 있어서, 뇌출혈 및 급성심근경색증으로 분류되는 질병은 제4차 개정 한국표준·질병·사인분류 (통계청 고시 제2002-1호, 2003.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명		분 류 번 호
뇌출혈	1. 거미막밑 출혈	I60
	2. 뇌내출혈	I61
	3. 기타 비외상성 머리내 출혈	I62
급성 심근경색증	1. 급성 심근경색증	I21
	2. 속발성 심근경색증	I22
	3. 급성 심근경색증에 의한 특정 현재 합병증	I23

※ 제5차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 약관에서 정하는 질병이 있는 경우는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표 6)

부인과질환 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병·사인분류에 있어서, 부인과질환으로 분류되는 질병은 제4차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2002-1호, 2003.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

분 류 항 목	분 류 번 호
[유방의 장애]	
1. 양성 유방 이형성	N60
2. 유방의 염증성 장애	N61
3. 유방의 비대	N62
4. 유방의 상세불명의 소괴	N63
5. 유방의 기타 장애	N64
[여성 골반내 장기의 염증성 질환]	
1. 자궁관염 및 난소염	N70
2. 자궁목을 제외한 자궁의 염증성 질환	N71
3. 자궁목의 염증성 질환	N72
4. 기타 여성 골반의 염증성 질환	N73
5. 달리 분류된 질환에서의 여성 골반 염증성 장애	N74
6. 바르톨린샘의 질환	N75
7. 질 및 외음부의 기타 염증	N76
8. 달리 분류된 질환에서의 외음질의 궤양 및 염증	N77
[여성 생식기의 비염증성 장애]	
1. 자궁내막증	N80
2. 여성 생식기 탈출	N81
3. 여성 생식기를 포함한 셋길(누공)	N82
4. 난소, 자궁관 및 광 인대의 비염증성 장애	N83
5. 여성 생식기의 폴립	N84
6. 경부를 제외한 자궁의 기타 비염증성 장애	N85
7. 자궁목의 미란 및 외반증	N86
8. 자궁목의 형성이상	N87
9. 자궁목의 기타 비염증성 장애	N88
10. 질의 기타 비염증성 장애	N89

분 류 항 목	분 류 번 호
11. 외음부 및 회음부의 기타 비염증성 장애	N90
12. 무월경, 소량 및 희발 월경	N91
13. 과다, 빈발 및 불규칙 월경	N92
14. 기타 이상 자궁 및 질 출혈	N93
15. 여성 생식기관 및 월경주기와 관련된 통증 및 기타 병태	N94
16. 폐경기 및 기타 폐경기 전후 장애	N95
[비뇨생식기계외 기타 장애]	
1. 달리 분류되지 않은 비뇨생식기계통의 처치후 장애	N99
[양성신생물]	D10~D36
[행동양식 불명 또는 미상의 신생물]	D37~D48

※ 습관성 유산자(N96), 여성불임증(N97), 인공수정과 관련된 합병증(N98)은 보장 대상에서 제외함

※ 제5차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표 7)

보험금 지급시의 적립이율 계산(제19조 제2항 관련)

1. 치료비, 수술비, 입원비 (제14조 제1호 내지 제5호)

적 립 기 간	지 급 이 자
지급기일의 다음 날부터 보험금 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

2. 해약환급금 (제16조 제1항)

적 립 기 간	지 급 이 자	
해약환급금 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 해약환급금 청구일까지의 기간	1년 이내	예정이율의 50%
	1년 초과 기간	1%
해약환급금 청구일의 다음 날부터 지급기일까지의 기간	예정이율 + 1%	
지급기일의 다음 날부터 해약환급금 지급일까지의 기간	보험계약대출이율	

- (주) 1. 지급이자는 연 단위 복리로 계산합니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.

무배당 질병입원특약

약 관

이 특약의 약관은 무배당 질병입원특약(주피형)을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 질병입원특약 약관 (주피형, 종피형)

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조 (특약의 체결 및 소멸)

- ① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 주피형, 종피형 중 선택하여 청약(請約)하고, 보험회사가 승낙(承諾)함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어 집니다. (이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사”라 합니다)
- ② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.
 1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우
 2. 이 특약의 보험대상자(피보험자)가 사망하거나 장애분류표(별표3 참조) 중 동일한 재해(별표4 “재해분류표”에서 정한 재해를 말하며, 이하 “재해”라 합니다) 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 80% 이상인 장애상태가 되었을 경우
- ③ 주계약이 단생보험일 경우, 이 특약의 보험대상자(피보험자)가 장애분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 80% 이상인 장애상태시 동조 제2항 제2호에 불구하고 주계약이 소멸되지 아니하는 때에는 이 특약의 효력은 소멸되지 아니합니다.
- ④ 제2조(보험대상자(피보험자)의 범위 및 자격의 득실) 제3항에 의하여 보험대상자(피보험자)의 자격이 상실된 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 제12조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 이 특약의 보험대상자(피보험자)가 제2조(보험대상자(피보험자)의 범위 및 자격의 득실) 제1항 제2호에서 정한 보

험대상자(피보험자)일 경우, 동조 제2항 제1호에 불구하고 주계약이 사망 등 보험금 지급사유 발생으로 인하여 더 이상 효력을 가지지 아니하게 된 때에는 이 특약의 보험 대상자(피보험자)에 대한 효력은 소멸되지 아니합니다.

- ⑥ 제2항 제2호 및 제3항의 경우 재해로 인하여 장애상태가 되고 장애지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ⑦ 제6항에 의하여 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 재해일부터 2년 이내)중에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태(사망포함)를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.
- ⑧ 제2항 제2호 및 제3항에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑨ 제2항 제2호 및 제3항의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용합니다.
- ⑩ 제2항 제2호 및 제3항의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 “한시장애”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 정합니다.
- ⑪ 제2항 제2호 및 제3항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 합산하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑫ 제11항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고

그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

제2조 (보험대상자(피보험자)의 범위 및 자격의 득실)

- ① 이 특약의 보험대상자(피보험자)는 주피형, 종피형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 1. 주피형의 경우 주계약이 단생보험일 경우에는 주계약의 보험대상자(피보험자)로, 주계약이 연생보험일 경우에는 주계약의 보험대상자(주피보험자)로 합니다.
 2. 종피형의 경우는 다음 각 호와 같이 정합니다.
 - 가. 주계약이 단생보험일 경우에는 주계약 보험대상자(피보험자)의 특약 체결시 호적상 또는 주민등록상의 배우자 및 자녀 등
 - 나. 주계약이 연생보험일 경우에는 주계약의 보험대상자(종피보험자)
- ② 이 특약의 체결시 제1항에서 정한 보험대상자(피보험자)에 해당되는 자는 그 해당된 날에 보험대상자(피보험자)의 자격을 취득합니다.
- ③ 동조 제1항 제2호의 '가'목 중 배우자의 경우 보험대상자(피보험자)가 주계약 보험대상자(피보험자)의 호적상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 때 또는 동조 제1항 제2호 '나'목에서 정한 보험대상자(피보험자)에 해당되지 아니하게 된 때에는 그 날부터 보험대상자(피보험자)의 자격을 상실합니다.
- ④ 동조 제1항 제2호의 '가'목 중 배우자의 경우 보험대상자(피보험자)가 주계약 보험대상자(피보험자)의 호적상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 때에는 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ⑤ 동조 제1항 제2호의 '가'목 중 배우자의 경우 동조 제3항에 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 보험대상자(피보험자)의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력

을 상실시키지 아니합니다.

- ⑥ 동조 제1항 제2호의 보험대상자(피보험자)가 사망하거나 장해분류표(별표3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 80%이상인 장해상태가 된 경우에는 이 특약의 보험대상자(피보험자)를 변경할 수 없습니다.

제3조 (특약내용의 변경)

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제12조(해약환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제4조 (계약자의 임의해지)

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제12조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제5조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약의 부가시에 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 정합니다.

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제6조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시일)

- ① 이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ② 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일(이하 “보장개시일”이라 합니다)과 동일합니다.

제7조 (보험료 납입연체시 특약의 해지)

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
- ② 주계약의 보험료를 납입하고 특약의 보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약에 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ③ 제1항 및 2항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 제12조 (해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제8조 (보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제6조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시일) 제2항의 규정을 따릅니다.

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제9조 (“입원”의 정의와 장소)

- ① 이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는

한의학사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 질병분류표(별표2 참조)에서 정하는 질병(이하 “질병”이라 합니다)으로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에 입실(입·퇴원확인서 발급기준)하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제10조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험대상자(피보험자)가 특약의 보험기간 중 질병으로 인하여 그 치료를 직접목적으로 4일 이상 입원하였을 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 질병입원급여금(별표1 “보험금지급기준표” 참조)을 지급합니다.

제11조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제9조(“입원”의 정의와 장소)에서 정한 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정하는 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.
- ③ 제10조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정하는 입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다.
- ④ 제10조(보험금의 종류 및 지급사유)의 입원급여금은 보험대상자(피보험자)가 동일 질병으로 인하여 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 보아서 각 입원일수를 합산하고 제3항의 규정을 적용합니다. 그러나 동일 질병에 의한 입원이라도 입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일을 경과하여 재입원한 경우에는 새로운 입원으로 봅니다.
- ⑤ 보험대상자(피보험자)가 입원기간 중에 보험기간이 끝났거나 보험대상자(종피보험자)의 자격을 상실한 경우에도 그 계속중인 입원기간에 대하여 제3항의 규정에 따라 계속 입원급여금을 지급하여 드립니다.

- ⑥ 제2항 및 제5항의 계속 입원이란 중도퇴원 없이 계속하여 입원하는 것을 뜻합니다.
- ⑦ 보험대상자(피보험자)가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 아니한 때에는 회사는 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.

제12조 (해약환급금)

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

제4관 보험계약시 계약자의 계약전 알릴의무 등

제13조 (계약전 알릴의무 위반에 의한 특약의 해지)

회사는 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 계약전 알릴의무를 위반하여 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 이 경우 회사는 해약환급금 또는 이미 납입한 보험료중 많은 금액을 지급합니다.

제5관 보험금 지급 등의 절차

제14조 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 보험대상자(피보험자)나 보험금을 받는 자(보험수익자)는 제10조(보험금의 종류 및 지급사유)에 정한 보험금 지급사유가 발생하였을 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제15조 (보험금 등 청구시 구비서류)

- ① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 해약환급금을 청구하여야 합니다.
 - 1. 청구서(회사양식)
 - 2. 사고증명서(입·퇴원확인서)

3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
 4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자) 및 계약자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제16조 (보험금 등의 지급)

- ① 회사는 제15조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 지급합니다. 다만, 보험금의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수후 10영업일 이내에 지급합니다.
- ② 회사는 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표5 "보험금 지급시의 적립이율 계산"과 같습니다.

제6관 기타사항 등

제17조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

- ① 이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
질병 입원급여금 (제10조)	보험기간 중 보험대상자(피보험 자)가 보장개시일 이후에 질병 으로 인하여 그 치료를 직접목 적으로 4일 이상 입원하였을 때	3일 초과 1일당 1만원 (1회 입원당 지급일수 120일 한도)

※ 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는
이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(별표 2)

질병분류표

1. 보장대상이 되는 질병

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

- ⑧ 한국표준질병·사인분류상의(A00~R99)에 해당하는 질병
- ② 전염병 예방법 제2조 제1항 제1호에 정한 전염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 질병

다음 각 호에 해당하는 경우에는 질병분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다

- ① 정신 및 행동장애(F00~F99)로 인한 질병
- ⑨ 선천 기형, 변형 및 염색체 이상(Q00~Q99)으로 인한 질병
- ⑩ 마약, 습관성 의약품 및 알콜중독으로 인하여 입원한 경우
- ⑪ 치의보철 및 미용상의 처치로 인하여 입원한 경우
- ⑫ 정상임신, 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인하여 입원한 경우
- ⑬ 질병을 직접적인 원인으로 하지 아니하는 불임수술 또는 제왕절개 수술 등으로 인하여 입원한 경우
- ⑭ 치료를 수반하지 아니하는 건강진단으로 인하여 입원한 경우

주) () 안은 제4차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2002-1호, 2003.1.1시행)상의 분류번호이며, 제5차 개정 이후 위 1 및 2의 각 호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함합니다.

(별표 3)

장해분류표

무배당 교보큰사랑C보험 주계약
별표 3 「장해분류표」와 동일

(별표 4)

재해분류표

무배당 교보큰사랑C보험 주계약
별표 2 「재해분류표」와 동일

(별표 5)

보험금 지급시의 적립이율 계산(제16조 제2항 관련)

1. 질병입원급여금 (제10조)

적 립 기 간	지 급 이 자
지급기일의 다음 날부터 보험금 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

2. 해약환급금 (제12조 제1항)

적 립 기 간	지 급 이 자	
해약환급금 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 해약환급금 청구일까지의 기간	1년 이내	예정이율의 50%
	1년 초과 기간	1%
해약환급금 청구일의 다음 날부터 지급기일까지의 기간	예정이율 + 1%	
지급기일의 다음 날부터 해약환급금 지급일까지의 기간	보험계약대출이율	

- (주) 1. 지급이자의 계산은 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정하는 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.

무배당 골절·통원치료특약

약 관

이 특약의 약관은 무배당 골절·통원치료특약 (주피형)을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 골절·통원치료특약 약관 (주피형, 종피형)

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조 (특약의 체결 및 소멸)

- ① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 주피형, 종피형 중 선택하여 청약(請約)하고, 보험회사가 승낙(承諾)함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어 집니다. (이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사”라 합니다)
- ② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.
 1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우
 2. 이 특약의 보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 사망하거나 장애분류표(별표5 참조) 중 동일한 재해(별표4 “재해분류표”서 정한 재해를 말하며, 이하 “재해”라 합니다) 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 80% 이상인 장애상태가 되었을 경우
 3. 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생하지 않을 경우
- ③ 제2조(보험대상자(피보험자)의 범위 및 자격의 득실) 제3항에 의하여 보험대상자(피보험자)의 자격이 상실된 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니하며, 이 경우에는 제12조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

- ④ 이 특약의 보험대상자(피보험자)가 제2조(보험대상자(피보험자)의 범위 및 자격의 득실) 제1항 제2호에서 정한 보험대상자(피보험자)일 경우, 제2항 제1호에 불구하고 주계약이 사망 등 보험금 지급사유 발생으로 인하여 더 이상 효력을 가지지 아니하게 된 때에는 이 특약의 보험대상자(피보험자)에 대한 효력은 소멸되지 아니합니다.
- ⑤ 주계약이 단생보험일 경우, 이 특약의 보험대상자(피보험자)가 장해분류표(별표5 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 80% 이상인 장해상태시 제2항 제2호에 불구하고 주계약이 소멸되지 아니하는 때에는 이 특약의 효력은 소멸되지 아니합니다.
- ⑥ 제2항 제2호 및 제5항의 경우 재해로 인하여 장해상태가 되고 장해지급율이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급율로 결정합니다. 다만 장해분류표(별표5 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ⑦ 제6항에 의하여 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 재해일부터 2년 이내) 중에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태(사망 포함)를 기준으로 장해지급율을 결정합니다.
- ⑧ 제2항 제2호 및 제5항에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑨ 제2항 제2호 및 제5항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표5 참조)상 두가지 이상의 신체부위

또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용합니다.

- ⑩ 제2항 제2호 및 제5항의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 “한시장애”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당장애 지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 정합니다.
- ⑪ 제2항 제2호 및 제5항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 합산하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만, 장애 분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑫ 제11항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표(별표 5 참조)상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표(별표5 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

제2조 (보험대상자(피보험자)의 범위 및 자격의 득실)

- ① 이 특약의 보험대상자(피보험자)는 주피형, 종피형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 - 1. 주피형의 경우 주계약이 단생보험일 경우에는 주계약의 보험대상자(피보험자)로, 주계약이 연생보험일 경우에는 주계약의 보험대상자(주피보험자)로 합니다.
 - 2. 종피형의 경우는 다음 각 호와 같이 정합니다.
 - 가. 주계약이 단생보험일 경우에는 주계약 보험대상자

(피보험자)의 특약 체결시 호적상 또는 주민등록상의 배우자 및 자녀 등

나. 주계약이 연생보험일 경우에는 주계약의 보험대상자(종피보험자)

- ② 이 특약의 체결시 제1항에서 정한 보험대상자(피보험자)에 해당되는 자는 그 해당된 날에 보험대상자(피보험자)의 자격을 취득합니다.
- ③ 보험기간 중 제1항 제2호 '가'에서 이 특약의 보험대상자(피보험자)가 주계약 보험대상자(피보험자)의 배우자일 경우, 보험대상자(피보험자)가 주계약 보험대상자(피보험자)의 호적상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 때 또는 제1항 제2호의 '나'에서 정한 보험대상자(피보험자)에 해당되지 아니하게 된 때에는 그 날부터 보험대상자(피보험자)의 자격을 상실합니다.
- ④ 제1항 제2호 '가'에서 이 특약의 보험대상자(피보험자)가 주계약 보험대상자(피보험자)의 배우자일 경우, 보험대상자(피보험자)가 주계약 보험대상자(피보험자)의 호적상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 때에는 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ⑤ 제1항 제2호 '가'에서 이 특약의 보험대상자(피보험자)가 주계약 보험대상자(피보험자)의 배우자일 경우, 제3항에 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 보험대상자(피보험자)의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 아니합니다.
- ⑥ 제1항 제2호의 보험대상자(피보험자)가 사망하거나 장애

분류표(별표5 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 80% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 보험대상자(피보험자)를 변경할 수 없습니다.

제3조 (특약내용의 변경)

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제12조(해약환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제4조 (계약자의 임의해지)

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제12조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제5조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약의 부가시에 회사가 제시한 소

정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제6조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시일)

- ① 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ② 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제7조 (보험료의 납입연체시 특약의 해지)

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
- ② 주계약의 보험료를 납입하고 특약의 보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약에 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ③ 제1항 및 2항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 제12조 (해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제8조 (보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))

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

- ② 주계약의 부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제6조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시일) 제2항의 규정을 따릅니다.

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제9조 (“통원”의 정의)

이 특약에 있어서 "통원"이라 함은 의사가 특정상병분류표(별표 3참조)에서 정한 특정상병(이하 “특정상병”이라 합니다)으로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 병원에 입실하지 아니하고 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제10조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 경우에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다.

- 2. 보험대상자(피보험자)가 특약의 보험기간 중 특정상병을 직접적인 원인으로 통원하였을 경우
: 통원급여금(1회당)
- 2. 보험대상자(피보험자)가 특약의 보험기간 중 재해분류표(별표4 참조)에서 정하는 재해를 직접적인 원인으로 재해골절분류표(별표2 참조)에서 정하는 골절(이하 “골절”이

라 합니다)이 발생하였을 경우
: 골절치료급여금

제11조 (보험금지급에 관한 세부규정)

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제10조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호의 경우 동일한 재해로 인하여 두가지 이상의 골절상태(치아파절 제외)가 발생한 경우에도 재해발생 1회당 1회의 골절치료급여금만 지급합니다.

제12조 (해약환급금)

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

제13조 (계약전 알릴의무 위반에 의한 특약의 해지)

회사는 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 계약전 알릴의무를 위반하여 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 이 경우 회사는 해약환급금 또는 이미 납입한 보험료 중 많은 금액을 지급합니다.

제4관 보험금 지급 등의 절차

제14조 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 보험대상자(피보험자)나 보험금을 받는 자(보험수익자)는 제10조(보험금의 종류 및 지급사유)에 정한 보험금 지급사유가 발생하였을 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제15조 (보험금 등 청구시 구비서류)

- ① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해약환급금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(골절진단서, 통원확인서등)
 3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
 4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자) 및 계약자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제16조 (보험금 등의 지급)

- ① 회사는 제15조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 서류

를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 지급합니다. 다만, 보험금의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.

- ② 회사는 제 1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표6 “보험금 지급시의 적립이율 계산”과 같습니다.

제5관 기타사항 등

제17조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

- ① 이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
통원급여금	보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중 특정상병 분류표에서 정하는 특정상병을 직접적인 원인으로 통원하였을 경우	통원1회당 1만원
골절치료 급여금	보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중 재해를 직접적인 원인으로 골절(치아파절 제외)이 발생하였을 경우	골절발생 1회당 20만원

- ※ 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료납입을 면제하여 드립니다.
- ※ 골절치료급여금의 경우 동일한 재해로 인하여 두가지 이상의 골절상태가 발생할 경우에도 재해발생 1회당의 1회의 골절치료급여금만 지급합니다.

(별 표 2)

재해골절(치아파절 제외) 분류표

대상이 되는 “재해골절(치아파절제외)”로 분류되는 질병은 제4차 개정 한국표준질병사인분류 (통계청 고시 제2002-1호, 2003.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

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

※ 제5차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 약관에서 정하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표 3)

특정상병분류표

약관에 규정하는 한국표준질병·사인분류에 있어서, 특정상병으로 분류되는 질병은 제4차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2002-1호, 2003. 1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다

대 상 질 병 명	분 류 번 호
○ "특정 감염성 및 기생충성 질환" 중	
콜레라	A00
장티푸스 및 파라티푸스	A01
기타 살모넬라 감염	A02
이질	A03
기타 세균성 식중독	A05
페스트	A20
디프테리아	A36
발진티푸스	A75
황열	A95
마마	B03
○ 질병 이환 및 사망의 외인	V01 ~ Y98

※ 제5차개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 약관에서 정하는 질병이 있는 경우는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표 4)

재해분류표

무배당 교보큰사랑C보험 주계약
별표 2 「재해분류표」와 동일

(별표 5)

장해분류표

무배당 교보큰사랑C보험 주계약
별표 3 「장해분류표」와 동일

(별표 6)

보험금 지급시의 적립이율 계산(제16조 제2항 관련)

구 분		적 립 기 간	지 급 이 자
통원급여금 등 (제10조 제1호 내지 제2호)		지급기일의 다음날부터 보 험금 지급일까지의 기간	보험계약대출이율
해약 환급금 (제12조 제1항)	해약환급금 지급사유가 발생한 날의 다음 날 부터 해약환급금 청구일까지의 기간		1년 이내 : 예정이율의 50% 1년초과기간: 1%
	해약환급금 청구일의 다음 날부터 지급기일 까지의 기간		예정이율 + 1%
	지급기일의 다음 날부터 해약환급금 지급일 까지의 기간		보험계약대출이율

- 주) 1.지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하되, 주계약에서 정한 소
멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 아니합니다.
- 2.계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당
기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.

무배당 수입보장특약

약 관

이 특약의 약관은 무배당 수입보장특약 (주피형)을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 수입보장특약 약관 (주피형, 종피형)

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조 (특약의 체결 및 소멸)

- ① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 주피형, 종피형 중 선택하여 청약(請約)하고, 보험회사가 승낙(承諾)함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어 집니다. (이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사”라 합니다)
- ② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.
 1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우
 2. 이 특약의 보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 사망하거나 장애분류표(별표3 참조) 중 동일한 재해(별표2 “재해분류표”에서 정한 재해를 말하며, 이하 “재해”라 합니다) 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체 부위의 합산 장애지급률이 80% 이상인 장애상태가 되었을 경우
- ③ 제2조(보험대상자(피보험자)의 범위 및 자격의 득실) 제3항 내지 제4항에 의하여 보험대상자(피보험자)의 자격이 상실된 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 제12조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ④ 이 특약의 보험대상자(피보험자)가 제2조(보험대상자(피보험자)의 범위 및 자격의 득실) 제1항 제2호에서 정한 보

험대상자(피보험자)일 경우, 제2항 제1호에 불구하고 주계약이 사망 등 보험금 지급사유 발생으로 인하여 더 이상 효력을 가지지 아니하게 된 때에는 이 특약의 보험대상자(피보험자)에 대한 효력은 소멸되지 아니합니다.

제2조 (보험대상자(피보험자)의 범위 및 자격의 득실)

- ① 이 특약의 보험대상자(피보험자)는 주피형, 종피형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 1. 주피형의 경우 주계약이 단생보험일 경우에는 주계약의 보험대상자(피보험자)로, 주계약이 연생보험일 경우에는 주계약의 보험대상자(주피보험자)로 합니다.
 2. 종피형의 경우는 다음 각 호와 같이 정합니다.
 - 가. 주계약이 단생보험일 경우에는 주계약 보험대상자(피보험자)의 특약 체결시 호적상 또는 주민등록상의 배우자 및 자녀 등
 - 나. 주계약이 연생보험일 경우에는 주계약의 보험대상자(종피보험자)
- ② 이 특약의 체결시 제1항에서 정한 보험대상자(피보험자)에 해당되는 자는 그 해당된 날에 보험대상자(피보험자)의 자격을 취득합니다.
- ③ 제1항 제2호 '가'에서 이 특약의 보험대상자(피보험자)가 주계약 보험대상자(피보험자)의 배우자일 경우, 보험대상자(피보험자)가 주계약 보험대상자(피보험자)의 호적상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 때에는 그 날부터 보험대상자(피보험자)의 자격을 상실하며, 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 제1항 제2호 '나'에서 이 특약의 보험대상자(피보험자)가

주계약의 보험대상자(종피보험자)에 해당되지 아니하게 된 때에는 그 날부터 보험대상자(피보험자)의 자격을 상실합니다.

- ⑤ 제1항 제2호 ‘가’에서 이 특약의 보험대상자(피보험자)가 주계약 보험대상자(피보험자)의 배우자일 경우, 제3항에 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 보험대상자(피보험자)의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 아니합니다.

제3조 (특약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 계약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

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

제4조 (특약내용의 변경)

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할

때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제12조(해약환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

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

제5조 (계약자의 임의해지)

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제12조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제6조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약의 부가시에 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제7조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시일)

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약의 부가시에 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ③ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시

일과 동일합니다.

제8조 (보험료의 납입연체시 특약의 해지)

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
- ② 주계약의 보험료를 납입하고 특약의 보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약에 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ③ 제1항 및 2항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 제12조 (해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제9조 (보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제7조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시일) 제3항의 규정을 따릅니다.

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제10조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중 사망하거나 장애분류표(별표3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 80% 이상인 장애상태가 되었을 경우에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 소득보상금(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다.

제11조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항 제2호 및 제10조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 보험기간 중 생사가 분명하지 아니하여 실종선고(失蹤宣告)를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부 기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 호적에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.
- ③ 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항 제2호 및 제10조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 재해로 인하여 장애상태가 되고, 장애지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애

지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표(별표3 참조)에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

- ④ 제3항에 의하여 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 재해일부터 2년 이내) 중에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태(사망 포함)를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.
- ⑤ 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항 제2호 및 제10조(보험금의 종류 및 지급사유)의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑥ 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항 제2호 및 제10조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표(별표3 참조)상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용합니다.
- ⑦ 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항 제2호 및 제10조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 “한시장애”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 결정합니다.
- ⑧ 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항 제2호 및 제10조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장애가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 합산하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만, 장애분류표(별표3 참조)의

각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

- ⑨ 제8항에 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표(별표3 참조)상의 두가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑩ 제10조(보험금의 종류 및 지급사유)의 소득보상금은 매월 보험금 지급사유 발생해당일에 지급하며, 최초의 보험금 지급사유 발생해당일(이하 “소득보상금 지급개시일”이라 합니다)부터 보험기간 만료일까지를 소득보상금의 지급기간으로 합니다.
- ⑪ 제10항에 불구하고 이 특약의 보험기간 만료일이 되기 직전 5년 이내에 소득보상금의 지급사유가 발생한 경우에는 소득보상금 지급개시일부터 그 날을 포함하여 5년간을 소득보상금의 지급기간으로 합니다.
- ⑫ 제10조(보험금의 종류 및 지급사유)의 소득보상금은 보험금을 받는 자(보험수익자)의 신청에 의하여 이 특약의 「예정이율」로 할인하여 일시금으로 선지급할 수 있습니다.

제12조 (해약환급금)

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

제4관 보험금 지급 등의 절차

제13조 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 보험대상자(피보험자)나 보험금을 받는 자(보험수익자)는 제10조(보험금의 종류 및 지급사유)에 정한 보험금 지급사유 또는 제11조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 정한 보험료 납입면제 사유가 발생하였을 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제14조 (보험금 등 청구시 구비서류)

- ① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해약환급금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서 등)
 3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
 4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령 또는 계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
- ② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제15조 (보험금 등의 지급)

- ① 회사는 제14조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 지급합니다. 다만, 보험금의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
- ② 회사는 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표4 “보험금 지급시의 적립이율 계산”과 같습니다.

제5관 기타사항 등

제16조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

- ① 이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
소득보상금 (제10조)	보험대상자(피보험자)가 이 특 약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하거나 장애분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이 외의 동일한 원인으로 여러 신 체부위의 합산 장애지급률이 80% 이상인 장애상태가 되었 을 경우	매월 10만원씩 만기까지 지급 (단, 5년 보증지급)

※ 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는
이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(별표 2)

재해분류표

무배당 교보큰사랑이보험 주계약
별표 2 「재해분류표」와 동일

(별표 3)

장해분류표

무배당 교보큰사랑이보험 주계약
별표 3 「장해분류표」와 동일

(별표 4)

보험금 지급시의 적립이율 계산(제15조 제2항 관련)

1. 소득보상금 (제10조)

○ 제1회 소득보상금

적 립 기 간	지 급 이 자
지급기일의 다음 날부터 보험금 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

○ 제2회 이후 소득보상금

적 립 기 간		지 급 이 자	
회사가 보험금의 지급시 기 도래 7일 이전에 지 급할 사유와 금액을 알 리지 아니한 경우	보험금 지급사유가 발 생한 날의 다음 날부터 보험금 청구일까지의 기간	예정이율	
회사가 보험금의 지급시 기 도래 7일 이전에 지 급할 사유와 금액을 알 린 경우	보험금 지급사유가 발 생한 날의 다음 날부터 보험기간 만기일까지의 기간	예정이율	
	보험기간 만기일의 다 음 날부터 보험금 청구 일까지의 기간	1년 이내	예정이율의 50%
		1년 초과 기간	1%
보험금 청구일의 다음 날부터 지급기일까지의 기간		예정이율 +1%	
지급기일의 다음 날부터 보험금 지급일까지의 기간		보험계약대출이율	

2. 해약환급금 (제12조 제1항)

적 립 기 간	지 급 이 자	
해약환급금 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 해약환급금 청구일까지의 기간	1년 이내	예정이율의 50%
	1년 초과 기간	1%
해약환급금 청구일의 다음 날부터 지급기일까지의 기간	예정이율 + 1%	
지급기일의 다음 날부터 해약환급금 지급일까지의 기간	보험계약대출이율	

(주) 1. 지급이자는 연 단위 복리로 계산합니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.

무배당 중대한 2대질병보장특약
약관

무배당 중대한 2대질병보장특약 약관

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조 (특약의 체결 및 소멸)

- ① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자의 청약(請約)과 보험회사의 승낙(承諾)으로 주된 보험계약에 부가하여 이루어 집니다. (이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사”라 합니다)
- ② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.
 1. 주계약이 해지(解止) 및 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우
 2. 보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 사망하거나 장애분류표(별표 3 참조) 중 동일한 재해(별표 2 “재해분류표”에서 정한 재해를 말하며, 이하 “재해”라 합니다) 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 80% 이상인 장애상태가 되었을 경우
 3. 보험대상자(피보험자)에게 보험기간 중 제5조(특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시일) 제3항에서 정한 「중대한 2대질병 보장개시일」 이후에 제9조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호의 진단보험금 지급사유가 발생한 경우

제2조 (특약내용의 변경)

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험가입증

서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

- ② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제11조(해약환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 이 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제3조 (계약자의 임의해지)

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제11조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제4조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약의 부가시에 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조 (특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시일)

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약의 부가시에 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주

계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

- ③ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일(이하 “보장개시일”이라 합니다)과 동일합니다. 그러나 “중대한 2대질병”에 대한 보장개시일은 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날 (이하 「중대한 2대질병 보장개시일」이라 합니다)을 보장개시일로 하며 그 날부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

제6조 (보험료의 납입연체시 특약의 해지)

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
- ② 주계약의 보험료를 납입하고 이 특약의 보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약에 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 단, 이 경우에도 주계약에 정한 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ③ 제1항 및 2항에 의하여 이 특약이 해지된 경우에는 제11조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제7조 (보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신

청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

- ③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제5조(특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시일) 제3항의 규정을 따릅니다.

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제8조 (“중대한 2대질병”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에 있어서 “중대한 2대질병”이라 함은 별표 4 (“중대한 2대질병”의 정의)에서 정한 “중대한 급성심근경색증”, “중대한 뇌졸중”을 말합니다.
- ② “중대한 2대질병”의 진단확정은 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(한 의사, 치과의사 제외)자격증을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

제9조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금(별표 1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급하여 드립니다.

- 1. 보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 사망하거나 장애 분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 80% 이상인 장애상태가 되었을 때 : 사망보험금 지급

2. 보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 「중대한 2대질병 보장개시일」 이후에 “중대한 2대질병”으로 진단확정 받았을 때 : 진단보험금 지급 (단, “중대한 2대질병” 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급합니다)

제10조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료 납입도 면제하여 드립니다.
- ② 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항 제2호 및 제9조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에는 보험기간 중 보험대상자(피보험자)의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고(失蹤宣告)를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 호적에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.
- ③ 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항 제2호 및 제9조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호의 경우 재해로 인하여 장애상태가 되고, 장애지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ④ 제3항에 의하여 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 재해일부터 2년 이내) 중에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태(사망 포함)를 기준으로 장애지급률을

결정합니다.

- ⑤ 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항 제2호 및 제9조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑥ 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항 제2호 및 제9조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호의 경우 하나의 장해가 관찰 방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑦ 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항 제2호 및 제9조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호의 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 결정합니다.
- ⑧ 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항 제2호 및 제9조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 합산하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑨ 제8항에 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준

에 따릅니다.

- ⑩ 제9조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호에서 진단보험금 지급사유가 「중대한 2대질병 보장개시일」 이후에 발생한 경우라도, 「중대한 2대질병 보장개시일」 이전에 발생한 “중대한 2대질병”과 인과관계가 있는 경우에는 진단보험금을 지급하지 아니합니다.
- ⑪ 제10항에 불구하고 계약자는 보험대상자(피보험자)가 「중대한 2대질병 보장개시일」 전에 “중대한 2대질병”으로 진단확정된 경우에는 진단확정일로부터 그 날을 포함하여 90일 이내에 계약을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

제11조 (해약환급금)

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

제4관 보험금 지급 등의 절차

제12조 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 보험대상자(피보험자)나 보험금을 받는 자(보험수익자)는 제9조(보험금의 종류 및 지급사유)에 정한 보험금 지급사유가 발생하였을 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제13조 (보험금 등 청구시 구비서류)

- ① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 해약환급금 또는 보험료의 납입면제를 청구하여야 합니다.
 1. 청구서 (회사양식)
 2. 사고증명서 [사망진단서, 장해진단서, 진단서(병명기입), 진료기록부(검사기록지 포함) 등]
 3. 신분증 (주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
 4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령 또는 계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
- ② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제14조 (보험금 등의 지급)

- ① 회사는 제13조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 및 보험료 납입면제의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 회사는 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험

금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표 5 “보험금 지급시의 적립이율 계산”과 같습니다.

제15조 (보험금 수령방법의 변경)

- ① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험금을 받는자(보험수익자))는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 제9조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에 의한 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 분할지급 또는 일시지급 방법으로 변경할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 의하여 일시금을 분할하여 지급하는 경우에는 그 미지급금액에 대하여 이 특약의 「예정이율」을 연 단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급하며, 분할지급 금액을 일시금으로 지급하는 경우에는 이 특약의 「예정이율」로 할인한 금액을 지급합니다.

제5관 기타사항 등

제16조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

- ① 이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급부명	지급사유	지급금액
사망보험금 (약관 제9조 제1호)	보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중 사망하거나 장애분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 80% 이상인 장애상태가 되었을 때	1,000만원
진단보험금 (약관 제9조 제2호)	보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중 「중대한 2대질병 보장개시일」 이후에 “중대한 2대질병”으로 진단확정 받았을 때 (단, “중대한 2대질병” 최초 1회의 진단확정에 한함)	1,000만원

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
2. 사망보험금과 진단보험금은 중복하여 지급하지 아니합니다. (진단보험금이 지급되면 계약은 소멸되어 더 이상 효력을 가지지 아니함)

(별표 2)

재해분류표

무배당 교보큰사랑이보험 주계약
별표 2 「재해분류표」와 동일

(별표 3)

장해분류표

무배당 교보큰사랑이보험 주계약
별표 3 「장해분류표」와 동일

(별표 4)

“중대한 2대질병”의 정의

I. 중대한 급성심근경색증 (Critical Acute Myocardial Infarction)

- ① “중대한 급성심근경색증”이라 함은 관상동맥의 폐색으로 말미암아 심근으로의 혈액공급이 급격히 감소되어 전형적인 흉통의 존재와 함께 해당 심근조직의 비가역적인 괴사를 가져오는 질병으로서 발병 당시 다음의 2가지 특징을 모두 보여야 합니다.

가. 전형적인 급성심근경색 심전도 변화(ST분절,T파,Q파)가 새롭게 출현

나. CK-MB를 포함한 심근효소의 발병당시 새롭게 상승 (단,TROPONIN은 제외)

- ② 안정협심증, 불안정협심증, 이형협심증을 포함한 모든 종류의 협심증은 보장에서 제외합니다.
- ③ 상기 ①의 가. ~ 나. 중 하나의 특징만을 가지고 있는 경우 보장에서 제외합니다. 예를들면, 혈액중 심장효소검사만으로 “급성심근경색증” 진단을 내린다든지 심전도검사 만으로 “급성심근경색증” 진단을 내리는 경우는 보장에서 제외합니다.
- ④ 또한, 상기 ①의 가. ~ 나. 를 기초로 하지 않고, 심초음파 검사나 핵의학검사, 자기공명영상, 양전자방출단층촬영술등을 기초로 “급성심근경색증” 진단을 내리는 경우도 보장에서 제외하며, 상기 ①의 가. ~ 나. 를 기초로 하지 않고 진단된 심근의 미세경색이나 작은손상(myocardialmicroinfarction or minimal myocardial damage)은 보장에서 제외합니다.

II. 중대한 뇌졸중 (Critical Stroke)

- ① “중대한 뇌졸중”이라 함은 거미막밑출혈, 뇌내출혈, 뇌경색이 발생하여 뇌혈액순환의 급격한 차단이 생겨서 그 결과 영구적인 신경학적결손이 나타나는 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 뇌혈액순환의 급격한 차단은 의사가 작성한 진료기록부상의 전형적인 병력을 기초로 하여야 하며, 영구적인 신경학적결손이란 주관적인 자각증상(symptom)이 아니라 신경학적검사를 기초로 한 객관적인 신경학적증후(sign)로 나타난 장애로서 별표3 장애분류표에서 정한 “신경계에 장애가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때”의 지급률이 25% 이상인 장애상태(장애분류별 판정기준 13.신경계·정신행동장애 가.장애의 분류 1) 및 나.장애판정기준 1)신경계 ①,③에 따라 판정함)를 말합니다.
- ③ “중대한 뇌졸중”의 진단확정은 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 핵자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET scan), 단일광자전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사를 기초로 영구적인 신경학적 결손에 일치되게 “중대한 뇌졸중”에 특징적인 소견이 발병 당시 새롭게 출현함을 근거로 하여야 합니다.
- ④ 상기 ① ~ ③에 모두 근거하지 않은 경우에는 보장에서 제외합니다. 예를들면, 뇌전산화단층촬영만으로 “뇌졸중” 진단을 내린다든지 영구적인 신경학적결손만으로 “뇌졸중” 진단을 내리는 경우는 보장에서 제외합니다.

- ⑤ 일과성허혈발작(transcient ischemic attack), 가역적허혈성신경학적결손(reversible ischemic neurological deficit)은 보장에서 제외합니다. 또한, 다음과 같은 뇌출혈, 뇌경색은 보장에서 제외합니다
- 가. 외상에 의한 뇌출혈
 - 나. 뇌종양으로 인한 뇌출혈
 - 다. 뇌수술 합병증으로 인한 뇌출혈
 - 라. 신경학적결손을 가져오는 안동맥(ophthalmic artery)의 폐색

(별표 5)

보험금 지급시의 적립이율 계산(제14조 제2항 관련)

1. 사망보험금, 진단보험금 (제9조 제1호 내지 제2호)

적립기간	지급이자
지급기일의 다음 날부터 보험금 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

2. 해약환급금 (제11조 제1항)

적립기간	지급이자	
해약환급금 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 해약환급금 청구일까지의 기간	1년 이내	예정이율의 50%
	1년 초과 기간	1%
해약환급금 청구일의 다음 날부터 지급기일까지의 기간	예정이율 + 1%	
지급기일의 다음 날부터 해약환급금 지급일까지의 기간	보험계약대출이율	

(주)

- 지급이자는 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
- 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.

무배당 중대한 특정질병보장특약
약관

무배당 중대한 특정질병보장특약 약관

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조 (특약의 체결 및 소멸)

- ① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자의 청약(請約)과 보험회사의 승낙(承諾)으로 주된 보험계약에 부가하여 이루어 집니다. (이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사”라 합니다)
- ② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.
 1. 주계약이 해지(解止) 및 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우
 2. 보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 사망하거나 장애분류표(별표 3 참조) 중 동일한 재해(별표 2 “재해분류표”에서 정한 재해를 말하며, 이하 “재해”라 합니다) 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 80% 이상인 장애상태가 되었을 경우
 3. 보험대상자(피보험자)에게 보험기간 중 제5조(특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시일) 제3항에서 정한 보장개시일(단, “중대한 말기질환”의 경우에는 「중대한 말기질환 보장개시일」) 이후에 제9조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호의 진단보험금 지급사유가 발생한 경우

제2조 (특약내용의 변경)

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험가입증

서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

- ② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제11조(해약환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 이 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제3조 (계약자의 임의해지)

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제11조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제4조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약의 부가시에 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조 (특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시일)

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약의 부가시에 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주

계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

- ③ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일(이하 “보장개시일”이라 합니다)과 동일합니다. 그러나 “중대한 말기질환”에 대한 보장개시일은 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하 「중대한 말기질환 보장개시일」이라 합니다)을 보장개시일로 하며 그 날부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

제6조 (보험료의 납입연체시 특약의 해지)

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
- ② 주계약의 보험료를 납입하고 이 특약의 보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약에 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 단, 이 경우에도 주계약에 정한 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ③ 제1항 및 2항에 의하여 이 특약이 해지된 경우에는 제11조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제7조 (보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신

청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

- ③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제5조 (특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시일) 제3항의 규정을 따릅니다.

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제8조 (“중대한 말기질환” 및 “중대한 화상 및 부식”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에 있어서 “중대한 말기질환”이라 함은 별표 4 (“중대한 말기질환”의 정의)에서 정한 “말기신부전증”, “말기간질환”, “말기폐질환”을 말합니다.
- ② 이 특약에 있어서 “중대한 화상 및 부식”이라 함은 별표 5 (“중대한 화상 및 부식”의 정의)에서 정한 “중대한 화상 및 부식”을 말합니다.
- ③ “중대한 말기질환” 및 “중대한 화상 및 부식”의 진단확정은 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(한 의사, 치과의사 제외)자격증을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

제9조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금(별표 1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급하여 드립

니다.

1. 보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 사망하거나 장애
분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인
으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 80% 이상인
장애상태가 되었을 때 : 사망보험금 지급
2. 보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 “중대한 화상 및
부식”으로 진단확정을 받았을 때 또는 「중대한 말기질
환 보장개시일」 이후에 “중대한 말기질환”으로 진단확
정 받았을 때 : 진단보험금 지급 (단, “중대한 말기질
환”과 “중대한 화상 및 부식” 중 최초 1회의 진단확정
에 한하여 지급합니다)

제10조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제
된 경우에는 이 특약의 보험료 납입도 면제하여 드립니다.
- ② 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항 제2호 및 제9조(보험금의
종류 및 지급사유) 제1호에는 보험기간 중 보험대상자(피보
험자)의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고(失蹤宣告)를 받
은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법
제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 재해
로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사
망보고에 따라 호적에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생
한 때를 사망한 것으로 인정합니다.
- ③ 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항 제2호 및 제9조(보험금
의 종류 및 지급사유) 제1호의 경우 재해로 인하여 장애
상태가 되고, 장애지급률이 재해일부터 180일 이내에 확
정되지 아니하는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의

의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

- ④ 제3항에 의하여 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 재해일부터 2년 이내) 중에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태(사망 포함)를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ⑤ 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항 제2호 및 제9조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑥ 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항 제2호 및 제9조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호의 경우 하나의 장해가 관찰 방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.
- ⑦ 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항 제2호 및 제9조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호의 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 결정합니다.
- ⑧ 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항 제2호 및 제9조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 합산하여 최종

장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

- ⑨ 제8항에 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑩ 제9조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호에서 진단보험금 지급사유가 「중대한 말기질환 보장개시일」 이후에 발생한 경우라도, 「중대한 말기질환 보장개시일」 이전에 발생한 “중대한 말기질환”과 인과관계가 있는 경우에는 진단보험금을 지급하지 아니합니다.
- ⑪ 제10항에 불구하고 계약자는 보험대상자(피보험자)가 「중대한 말기질환 보장개시일」 전에 “중대한 말기질환”으로 진단확정된 경우에는 진단확정일로부터 그 날을 포함하여 90일 이내에 계약을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

제11조 (해약환급금)

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

제4관 보험금 지급 등의 절차

제12조 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 보험대상자(피보험자)나 보험금을 받는 자(보험수익자)는 제9조(보험금의 종류 및 지급사유)에 정한 보험금 지급사유가 발생하였을 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제13조 (보험금 등 청구시 구비서류)

- ① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 해약환급금 또는 보험료의 납입면제를 청구하여야 합니다.
 1. 청구서 (회사양식)
 2. 사고증명서 [사망진단서, 장해진단서, 진단서(병명기입), 진료기록부(검사기록지 포함) 등]
 3. 신분증 (주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
 4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령 또는 계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
- ② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제14조 (보험금 등의 지급)

- ① 회사는 제13조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 서류

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

- ② 회사는 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표 6 “보험금 지급시의 적립이율 계산”과 같습니다.

제15조 (보험금 수령방법의 변경)

- ① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험금을 받는자(보험수익자))는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 제9조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에 의한 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 분할지급 또는 일시지급 방법으로 변경할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 의하여 일시금을 분할하여 지급하는 경우에는 그 미지급금액에 대하여 이 특약의 예정이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급하며, 분할지급금액을 일시금으로 지급하는 경우에는 이 특약의 예정이율로 할인한 금액을 지급합니다.

제5관 기타사항 등

제16조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

- ① 이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특

약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급부명	지급사유	지급금액
사망보험금 (약관 제9조 제1호)	보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중 사망하거나 장애분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 80% 이상인 장애상태가 되었을 때	1,000만원
진단보험금 (약관 제9조 제2호)	보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중 “중대한 화상 및 부식”으로 진단확정을 받았을 때 또는 「중대한 말기질환 보장개시일」 이후에 “중대한 말기질환”으로 진단확정 받았을 때 (단, “중대한 말기질환”과 “중대한 화상 및 부식” 중 최초 1회의 진단확정에 한함)	1,000만원

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
2. 사망보험금과 진단보험금은 중복하여 지급하지 아니합니다. (진단보험금이 지급되면 계약은 소멸되어 더 이상 효력을 가지지 아니함)

(별표 2)

재해분류표

무배당 교보큰사랑이보험 주계약
별표 2 「재해분류표」와 동일

(별표 3)

장해분류표

무배당 교보큰사랑이보험 주계약
별표 3 「장해분류표」와 동일

(별표 4)

“중대한 말기질환”의 정의

I. 말기신부전증 (End Stage Renal Disease)

“말기신부전증”이라 함은 양쪽 신장 모두가 비가역적인 기능부전을 보이는 말기신질환(End Stage Renal disease)으로서 보존요법으로는 치료가 불가능하여 혈액투석이나 복막투석을 받고 있거나 받은 경우 또는 신장이식을 받은 경우를 말하며 일시적으로 투석치료를 필요로 하는 신부전증은 보장에서 제외합니다.

II. 말기간질환(End Stage Liver Disease)

“말기간질환”이라 함은 간질환 중에서 영구적인 황달, 복수, 뇌병증의 3가지 기준을 모두 충족시키는, 간경변증을 일으키는 말기의 간질환을 말합니다.

III. 말기폐질환(End Stage Lung Disease)

- ① “말기 폐질환”이라 함은 만성 호흡부전을 일으키는 폐질환의 악화된 상황으로써 다음의 2가지 특징을 모두 보여야 합니다.
 - 가. 영구적인 산소공급 치료가 요구되는 상태
 - 나. 평상시 FEV1 검사가 정상예측치의 25% 이하
- ② “말기 폐질환”으로 분류되는 질병은 제4차 개정 한국표준질병·사인분류종 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	병명코드
· 인플루엔자 및 폐렴	J10 ~ J18
· 기타 급성 하기도 감염	J20 ~ J22
· 만성 하기도 질환	J40 ~ J47
· 외부요인에 의한 폐질환	J60 ~ J70
· 주로 사이질에 영향을 주는 기타 호흡기질환	J80 ~ J84
· 하기도의 화농성 및 괴사성 병태	J85 ~ J86
· 가슴막의 기타 질환	J90 ~ J94
· 호흡계통의 기타 질환	J95 ~ J99

※ 제5차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

③ 상기 ① ~ ②에 모두 근거하지 않은 경우에는 보장에서 제외합니다.

(예) 1. ①의 가. ~ 나.의 특징을 모두 보이나 ②에서 정한 대상 질병 이외의 원인으로 인한 경우
2. ②에서 정한 질병에 해당하지만 ①의 가. ~ 나.의 특징을 모두 보이지 않는 경우

(별표 5)

“중대한 화상 및 부식”의 정의

- ① 중대한 화상 및 부식 (Third Degree Burns and Corrosions)
“중대한 화상 및 부식”이라 함은 “9의 법칙(The Rule of 9's)” 또는 “룬드와 부라우더 신체 표면적 차트(Lund & Brodwer chart)”에 의해 측정된, 신체 표면적으로 최소 20% 이상의 3도 화상 또는 부식을 입은 경우를 말하며, “9의 법칙” 또는 “룬드와 부라우더 신체 표면적 차트” 측정법처럼 표준화되고 임상학적으로 받아 들여지는 다른 신체 표면적 차트를 사용하여 유사한 결과가 나온 것도 인정합니다.
- ② “중대한 화상 및 부식”의 진단확정은 의사가 작성한 문서화된 기록 또는 기록결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

(별표 6)

보험금 지급시의 적립이율 계산(제14조 제2항 관련)

1. 사망보험금, 진단보험금 (제9조 제1호 내지 제2호)

적립기간	지급이자
지급기일의 다음 날부터 보험금 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

2. 해약환급금 (제11조 제1항)

적립기간	지급이자	
해약환급금 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 해약환급금 청구일까지의 기간	1년 이내	예정이율의 50%
	1년 초과 기간	1%
해약환급금 청구일의 다음 날부터 지급기일까지의 기간	예정이율 + 1%	
지급기일의 다음 날부터 해약환급금 지급일까지의 기간	보험계약대출이율	

(주)

1. 지급이자는 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.

무배당 중대한 수술보장특약
약관

무배당 중대한 수술보장특약 약관

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조 (특약의 체결 및 소멸)

- ① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자의 청약(請約)과 보험회사의 승낙(承諾)으로 주된 보험계약에 부가하여 이루어 집니다. (이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사”라 합니다)
- ② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.
 1. 주계약이 해지(解止) 및 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우
 2. 보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 사망하거나 장해분류표(별표 3 참조) 중 동일한 재해(별표 2 “재해분류표”에서 정한 재해를 말하며, 이하 “재해”라 합니다) 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 80% 이상인 장해상태가 되었을 경우
 3. 보험대상자(피보험자)에게 보험기간 중 제5조(특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시일) 제3항에서 정한 「중대한 수술 보장개시일」 이후에 제9조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호의 수술보험금 지급사유가 발생한 경우

제2조 (특약내용의 변경)

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험가입증

서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

- ② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제11조(해약환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 이 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제3조 (계약자의 임의해지)

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제11조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제4조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약의 부가시에 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조 (특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시일)

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약의 부가시에 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주

계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

- ③ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일(이하 “보장개시일”이라 합니다)과 동일합니다. 그러나 “중대한 수술”에 대한 보장개시일은 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하 「중대한 수술 보장개시일」이라 합니다)을 보장개시일로 하며 그 날부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

제6조 (보험료의 납입연체시 특약의 해지)

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
- ② 주계약의 보험료를 납입하고 이 특약의 보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약에 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 단, 이 경우에도 주계약에 정한 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ③ 제1항 및 2항에 의하여 이 특약이 해지된 경우에는 제11조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제7조 (보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신

청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청
약한 것으로 봅니다.

- ③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제5조
(특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시일) 제3항의 규정
을 따릅니다.

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제8조 (“중대한 수술”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 계약에 있어서 “중대한 수술”이라 함은 별표 4 (“중대
한 수술”의 정의)에서 정한 “관상동맥우회술”, “대동맥류
인조혈관치환수술”, “심장판막수술”, “5대장기이식수술”
을 말합니다.
- ② “중대한 수술”의 진단확정은 의료법 제3조 및 제5조의 규
정에 의한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정
한 의료기관의 의사(한 의사, 치과의사 제외)자격증을 가진
자(이하 “의사”라 합니다)가 작성한 문서화된 기록 또는
검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

제9조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게
다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발
생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보
험금(별표 1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급하여 드립
니다.

1. 보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 사망하거나 장해
분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인
으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 80% 이상인

장해상태가 되었을 때 : 사망보험금 지급

2. 보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 「중대한 수술 보장개시일」 이후에 “중대한 수술”을 받았을 때 : 수술보험금 지급 (단, “중대한 수술” 최초 1회의 수술에 한하여 지급합니다)

제10조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료 납입도 면제하여 드립니다.
- ② 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항 제2호 및 제9조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에는 보험기간 중 보험대상자(피보험자)의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고(失蹤宣告)를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 호적에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.
- ③ 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항 제2호 및 제9조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호의 경우 재해로 인하여 장해상태가 되고, 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ④ 제3항에 의하여 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 재해일부터 2년 이내) 중에 장해상태가 더 악화된 때에는

그 악화된 장애상태(사망 포함)를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.

- ⑤ 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항 제2호 및 제9조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑥ 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항 제2호 및 제9조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호의 경우 하나의 장애가 관찰 방법에 따라서 장애분류표상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용합니다.
- ⑦ 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항 제2호 및 제9조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 “한시장애”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 결정합니다.
- ⑧ 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항 제2호 및 제9조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장애가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 합산하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑨ 제8항에 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표의 각

신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

- ⑩ 제9조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호에서 수술보험금 지급사유가 「중대한 수술 보장개시일」 이후에 발생한 경우라도, 「중대한 수술 보장개시일」 이전에 발생한 “중대한 수술”과 인과관계가 있는 경우에는 수술보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑪ 제10항에 불구하고 계약자는 보험대상자(피보험자)가 「중대한 수술 보장개시일」 전에 “중대한 수술”을 받았을 경우에는 수술일로부터 그 날을 포함하여 90일 이내에 계약을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

제11조 (해약환급금)

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

제4관 보험금 지급 등의 절차

제12조 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 보험대상자(피보험자)나 보험금을 받는 자(보험수익자)는 제9조(보험금의 종류 및 지급사유)에 정한 보험금 지급사유가 발생하였을 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제13조 (보험금 등 청구시 구비서류)

- ① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 해약환급금 또는 보험료의 납입면제를 청구하여야 합니다.
 1. 청구서 (회사양식)
 2. 사고증명서 [사망진단서, 장해진단서, 수술확인서, 진료기록부(검사기록지 포함) 등]
 3. 신분증 (주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
 4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령 또는 계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
- ② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제14조 (보험금 등의 지급)

- ① 회사는 제13조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 및 보험료 납입면제의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 회사는 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험

금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표 5 (보험금 지급시의 적립이율 계산)과 같습니다.

제15조 (보험금 수령방법의 변경)

- ① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험금을 받는자(보험수익자))는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 제9조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에 의한 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 분할지급 또는 일시지급 방법으로 변경할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 의하여 일시금을 분할하여 지급하는 경우에는 그 미지급금액에 대하여 이 특약의 예정이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급하며, 분할지급금액을 일시금으로 지급하는 경우에는 이 특약의 예정이율로 할인한 금액을 지급합니다.

제5관 기타사항 등

제16조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

- ① 이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급부명	지급사유	지급금액
사망보험금 (약관 제9조 제1호)	보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중 사망하거나 장애분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 80% 이상인 장애상태가 되었을 때	1,000만원
수술보험금 (약관 제9조 제2호)	보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중 「중대한 수술 보장개시일」 이후에 “중대한 수술”을 받았을 때 (단, “중대한 수술” 최초 1회의 수술에 한함)	1,000만원

(주)

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
2. 사망보험금과 수술보험금은 중복하여 지급하지 않습니다. (수술보험금이 지급되면 계약은 소멸되어 더 이상 효력을 가지지 아니함)

(별표 2)

재해분류표

무배당 교보큰사랑이보험 주계약
별표 2 「재해분류표」와 동일

(별표 3)

장해분류표

무배당 교보큰사랑이보험 주계약
별표 3 「장해분류표」와 동일

(별표 4)

“중대한 수술”의 정의

I. 관상동맥우회술 (Coronary Artery Bypass Graft)

- ① “ 관상동맥우회술 ” 이라 함은 관상동맥질환(Coronary Artery Bypass Graft)의 근본적인 치료를 직접목적으로 하여 개흉술을 한 후 대복재정맥(greater saphenous vein), 내유동맥(internal mammary artery)등의 자가우회도관을 협착이 있는 부위보다 원위부(遠位部)의 관상동맥에 연결하여 주는 수술을 말합니다.
- ② 그러나 카테터를 이용한 수술이나 개흉술을 동반하지 않는 수술은 모두 보장에서 제외합니다.
(예) 관상동맥성형술(Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty, PTCA), 스텐트삽입술(Coronary Stent), 회전축상반절제술(Rotational atherectomy)

II. 대동맥류인조혈관치환수술 (Aorta Graft Surgery)

- ① “ 대동맥류인조혈관치환수술 ” 이라 함은 대동맥류의 근본적인 치료를 직접목적으로 하여 개흉술 또는 개복술을 한 후 반드시 대동맥류 병소를 절제(excision)하고 인조혈관(artificial vessel)으로 치환(graft)하는 두가지 수술을 해주는 것을 의미합니다. 여기에서 “대동맥”이라 함은 흉부 또는 복부 대동맥을 말하는 것으로 대동맥의 분지(branch)동맥들은 제외됩니다.
- ② 단, 카테터를 이용한 수술은 보장에서 제외합니다.
(예) 경피적혈관내대동맥류수술(percutaneous endovascular aneurysm repair)

Ⅲ. 심장판막수술 (Heart Valve Surgery)

① “심장판막수술”이라 함은 심장판막질환의 근본적인 치료를 직접 목적으로 하여 다음의 두가지 기준중 한가지 이상에 해당하는 경우입니다.

가. 반드시 개흉술 및 개심술을 한 후 병변이 있는 판막을 완전히 제거한 뒤에 인공심장판막 또는 생체판막으로 치환하여 주는 수술

나. 반드시 개흉술 및 개심술을 한 후 병변이 있는 판막에 대해 판막성형술(valvuloplasty)을 해주는 수술

② 그러나 다음과 같은 수술은 보장에서 제외합니다.

가. 카테터를 이용하여 수술하는 경우

(예) 경피적 판막성형술(percutaneous balloon valvuloplasty)

나. 개흉술 또는 개심술을 동반하지 않는 수술

Ⅳ. 5대장기이식수술 (5 Major Organ Transplantation)

① “5대장기이식수술”이라 함은 5대장기의 만성부전상태로부터 근본적인 회복과 치료를 목적으로 관련법규에 따라 정부에서 인정한 장기이식의료기관 또는 이와 동등하다고 회사에서 인정한 의료기관에서 간장,신장,심장,췌장,폐장에 대하여 장기이식을 하는 것으로 타인의 내부장기를 적출하여 장기부전상태에 있는 수혜자에게 이식을 시행한 경우에 대한 수술을 말합니다.

② 단, 랑게르한스 소도 세포 이식수술은 보장에서 제외합니다.

(별표 5)

보험금 지급시의 적립이율 계산(제14조 제2항 관련)

1. 사망보험금, 수술보험금 (제9조 제1호 내지 제2호)

적립기간	지급이자
지급기일의 다음 날부터 보험금 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

2. 해약환급금 (제11조 제1항)

적립기간	지급이자	
해약환급금 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 해약환급금 청구일까지의 기간	1년 이내	예정이율의 50%
	1년 초과 기간	1%
해약환급금 청구일의 다음 날부터 지급기일까지의 기간	예정이율 + 1%	
지급기일의 다음 날부터 해약환급금 지급일까지의 기간	보험계약대출이율	

(주)

1. 지급이자는 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.

무배당 건강체할인특약

약 관

이 특약의 약관은 무배당 건강체할인특약을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 건강체할인특약 약관

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조 (특약의 체결 및 소멸)

- ① 이 특약은 회사가 별도로 정하는 주된 보험계약(특약이 부가되어 있는 경우에는 해당되는 특약을 포함할 수 있습니다. 이하 같습니다)을 체결할 때 또는 보험기간 중 보험계약자의 청약(請約)과 보험회사의 승낙(承諾)으로 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 "주계약", 보험계약자는 "계약자", 보험회사는 "회사"라 합니다)
- ② 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조 (특약의 책임개시일)

이 특약에 대한 계약자의 청약이 있고, 회사가 이를 승낙한 경우에는 청약일 이후에 해당하는 보험료부터 이 특약의 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에 정한 바에 따라 산출된 건강체보험료(이하 "건강체보험료"라 합니다)를 적용함과 동시에 이 특약의 책임이 개시됩니다.

제3조 (보험대상자(피보험자)의 가입자격)

이 특약의 보험대상자(피보험자)는 주계약의 보험가입적격자(加入適格者)로서 적어도 최근 1년간 어떠한 형태와 종류를 불문하고 담배를 피우거나 씹거나 또는 기타 이와 유사한 형

태로 사용(이하 총칭하여 "흡연(吸煙)"이라 합니다)하지 아니하고, 최대 혈압치(mmHg)가 110~139(mmHg)이며, BMI (Body Mass Index) 수치(kg/(m*m))가 20.0~27.9로서 건강 상태가 회사에서 정한 기준(이하 "건강체 기준"이라 합니다)에 해당하는 자(이하 "건강체"라 합니다)로 합니다.

제4조 (특약의 감액)

- ① 계약자가 회사에서 정하는 바에 따라 주계약의 보험가입 금액을 감액할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 경우에는 제5조(해약환급금)에 따라 이를 계약자에게 지급합니다. 또한, 감액분에 대하여는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.
- ② 감액으로 인하여 보험가입금액이 회사에서 정한 주계약의 최저 보험가입금액의 한도 미만이 되었을 경우에는 이 특약은 해지되며, 감액일 이후 납입하는 보험료부터 이 특약의 적용전 납입하여야 할 보험료(이하 "표준체보험료"라 합니다)로 변경됩니다.

제2관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제5조 (해약환급금)

제4조(특약의 감액) 제1항에 따라 주계약의 보험가입금액을 감액한 경우 감액된 부분에 대한 해약환급금은 이 특약의 부가로 인하여 할인된 주계약 보험료에 해당하는 책임준비금을 기준으로 하여 계산합니다.

제6조 (배당금의 지급)

이 특약은 무배당보험이므로 계약자배당금이 없습니다.

제3관 보험계약시 계약자의 고지의무 등

제7조 (계약전 알릴 의무)

계약자 또는 보험대상자(피보험자)는 청약시(진단계약의 경우에는 건강진단시 포함) "비흡연고지서"에서 질문한 사항에 대하여 반드시 사실대로 알려야 합니다.

제8조 (계약전 알릴 의무 위반의 효과)

- ① 회사는 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 제7조(계약전 알릴 의무)에 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 "비흡연고지서"의 질문사항 중 흡연여부를 알리지 아니하였거나 알고 있는 사실을 사실대로 알리지 아니하고 표준체 보험료보다 적은 건강체보험료를 납입한 경우에는 보험금 지급사유 발생과 관계 없이 건강체보험료의 표준체보험료에 대한 비율에 따라 주계약의 보험가입금액을 감액하고, 이 특약을 해지합니다.
- ② 제1항의 경우 회사에서 정한 절차에 따라 흡연검사를 받고 비흡연자로 판정된 경우에는 적용하지 아니합니다.

제4관 보험금 지급 등의 절차

제9조 (흡연상태 변경통지 및 흡연상태의 변경이 있을 때의 처리)

- ① 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 30일 이상 흡연을 한 경우에는 계약자 또는 보험대상자(피보험자)는 지체 없

이 회사에 이 사실을 서면으로 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.

- ② 회사는 제1항의 서면통지를 받은 날부터 1개월 이내에 이 특약의 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에 정한 방법에 따라 계산된 금액(이하 "정산차액"이라 합니다)을 계약자가 추가로 납입하도록 하며, 계약자는 건강체보험료와 동일한 기준(보험기간, 납입기간, 보험대상자(피보험자)의 가입나이 등)으로 산출된 표준체보험료를 향후 납입해야 할 보험료로 적용하고, 이 특약을 해지합니다. 단, 보험료 납입이 완료된 계약의 경우 계약자는 정산차액만을 추가 납입합니다.
- ③ 계약자가 제2항에서 정한 정산차액 및 표준체보험료를 납입하지 않았을 경우에 회사는 건강체보험료의 표준체보험료에 대한 비율에 따라 주계약의 보험가입금액을 감액합니다.
- ④ 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 정당한 이유 없이 제1항의 통지의무를 30일 이상 지체하였을 경우에 회사는 보험금 지급사유의 발생여부에 관계 없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 제2항 및 제3항에 따라 보험가입금액을 감액하고, 이 특약을 해지 할 수 있습니다.
- ⑤ 주계약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 제3조(보험대상자(피보험자)의 자격)에 정한 보험대상자(피보험자)의 자격이 있고, 계약자의 청약이 있을 때에는 회사는 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제3항에 따라 책임을 집니다.
이 경우 계약자는 이 특약을 청약한 날 이후에 납입하는 보험료부터 건강체보험료를 납입하며, 보험료 변동시점의 책임준비금을 기준으로 계산한 정산차액이 있을 경우에

회사는 이를 계약자에게 환급하여 드립니다.

제5관 분쟁조정 등

제10조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

- ① 이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관을 적용합니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약을 적용합니다.

무배당 연금전환특약

약 관

무배당 연금전환특약은 주계약의 보험기간 중 신청 당시 보험대상자(피보험자)의 나이가 40세 이상이고, 계약일부터 경과기간이 5년 이상인 유효한 계약에 대하여 계약자의 별도신청과 회사의 승낙에 의하여 부가함으로써, 보장 대신 주계약과 계약자가 선택한 특약의 해약환급금으로 연금을 수령할 수 있는 특약이며, 신청 당시 무배당 연금전환특약의 사업방법서, 약관, 보험료 및 책임준비금 산출방법서 내용이 변경되었을 경우에는 변경된 내용을 적용합니다.

무배당 연금전환특약 약관

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조 (특약의 체결 및 소멸)

- ① 이 특약은 보험계약 체결시 또는 체결 후 보험계약자의 청약(請約)과 보험회사의 승낙(承諾)으로 주된 보험계약에 부가하여 이루어 집니다.(이하 주된 보험계약은 “전환전계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사”라 합니다)
- ② 제6조(보험금의 종류와 지급사유)에 해당하는 생존연금의 지급이 완료되었거나 연금지급개시 전에 제2조(보험대상자(피보험자)의 범위 및 자격의 득실)에서 정하는 보험대상자(피보험자)가 모두 사망한 경우에 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니하며, 연금개시일 전에 효력을 가지지 아니한 경우에는 제8조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제2조 (보험대상자(피보험자)의 범위 및 자격의 득실)

- ① 이 특약의 보험대상자(피보험자)는 개인계약은 보험대상자(피보험자)로 하고, 부부계약은 보험대상자(주피보험자)와 보험대상자(종피보험자)로 합니다. 이 경우 보험대상자(주피보험자) 및 보험대상자(종피보험자)는 다음에 정한 자로 합니다.(이하 "보험대상자(주피보험자)" 와 "보험대상자(종피보험자)"를 합하여 "보험대상자(피보험자)"라 합니다)

1. 개인계약

- 종전보험의 소멸에 준하는 사유로 전환할 경우

- ： 종전보험의 보험금을 받는 자(보험수익자)
- 그 외 기타 사유로 전환할 경우
- ： 종전보험의 보험대상자(피보험자)

2. 부부계약

종전보험의 소멸에 준하는 사유로 전환할 경우는 종전보험의 보험금을 받는 자(보험수익자), 그 외 기타 사유로 전환한 경우 종전보험의 보험대상자(피보험자)를 보험대상자(주피보험자)로 하고, 보험대상자(주피보험자)의 호적상 또는 주민등록상의 배우자를 보험대상자(종피보험자)로 합니다.

- ② 이 특약의 체결시 또는 체결후 제1항의 보험대상자(종피보험자)에 해당되는 자는 그 해당되는 날에 보험대상자(종피보험자)의 자격을 취득합니다.

그러나 보험대상자(종피보험자)가 사망으로 보험대상자(종피보험자)의 자격을 상실한 계약의 경우, 이후 제1항 제2호에 해당되는 자는 보험대상자(종피보험자)의 자격을 취득하지 아니합니다.

- ③ 이 특약의 계약일 이후에 보험대상자(종피보험자)가 제1항 제2호에 해당되지 아니하게 된 때에는 해당되지 아니하게 된 날부터 보험대상자(종피보험자)의 자격을 상실합니다.

제3조 (특약내용의 변경)

- ① 회사는 이 특약의 계약자가 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제8조(해약환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

다만, 연금지급개시 후에는 보험가입금액을 감액할 수 없습니다.

- ② 부부계약의 경우 연금개시일 이전에 보험대상자(주피보험자) 또는 보험대상자(종피보험자)가 사망 등으로 인하여 연금개시일에 보험대상자(피보험자) 중 1인만 생존해 있을 경우에는 이 특약의 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 방법에 따라 자동적으로 개인계약으로 전환됩니다.

제4조 (계약자의 임의해지)

계약자는 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지(解止)할 수 있으며 이 경우 회사는 제8조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

다만 종신연금형의 경우 연금개시일 이후에는 해지할 수 없습니다.

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시일)

- ① 이 특약의 보험료는 종전보험의 지급금 전부 또는 일부를 일시에 납입하는 것으로 하며, 보험료를 납입한 날부터 보장개시일이 시작됩니다.
- ② 이 특약에 대한 연금개시일은 청약 후 연금개시나이(보험대상자(주피보험자) 나이 45세부터 80세) 중 계약자가 선택한 연금개시나이로 하며, 계약해당일은 보험료를 납입한 날로 합니다.

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제6조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험대상자(피보험자)가 매년 연금지급 해당일에 살아 있을 경우에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 생존연금(별표1 “연금지급 기준표” 참조)을 지급합니다.

제7조 (공시이율의 적용 및 공시)

- ① 이 특약의 적립계약에 대한 적립이율은 매년 1월 1일, 4월 1일, 7월 1일, 10월 1일에 회사가 정한 공시이율(이하 “공시이율”이라 합니다)을 기준으로 매 3개월간 확정 적용합니다.
- ② 제1항의 공시이율은 운용자산이익률과 시장금리를 기준으로 향후 예상수익 등 경영환경을 고려하여 이 특약의 “사업방법서”에서 정하는 바에 따라 결정합니다.
- ③ 제1항의 공시이율은 이 특약의 계약일부터 경과기간이 10년 미만인 경우에는 연복리 2.5%, 10년 이상인 경우에는 연복리 2.0%를 최저 보증합니다.
- ④ 회사는 제1항 내지 제3항에서 정한 공시이율을 매월 회사의 인터넷 홈페이지 등을 통해 공시합니다.

제8조 (해약환급금)

- ① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 따라 계산합니다.
- ② 해약환급금 계산시 적용되는 공시이율은 제7조(공시이율의 적용 및 공시)에서 정한 이율로 합니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게

제공하여 드립니다.

제9조 (소멸시효)

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

제4관 보험금 지급 등의 절차

제10조 (보험금 등 청구시 구비서류)

보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 생존연금 또는 해약환급금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서 (회사양식)
2. 보험대상자(피보험자)의 호적등본 또는 주민등록등본
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제11조 (보험금 등의 지급)

- ① 회사는 제10조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 생존연금 또는 해약환급금을 지급합니다.

다만, 생존연금의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 지급합니다.

- ② 회사는 제6조(보험금의 종류 및 지급사유)에 해당하는 생존연금의 지급시기가 도래할 때에는 도래일 7일 이전에

그 사유와 회사가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 알려 드리며, 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표2 “보험금 지급시의 적립이율 계산”과 같습니다.

- ③ 회사가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유 및 지급예정일에 대하여 보험대상자(피보험자) 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 서면으로 통지하여 드립니다.

제5관 기타사항 등

제12조 (주계약 약관 규정의 준용)

이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 종전보험 약관의 규정을 따릅니다.

(별표 1)

연금지급 기준표

급 부 명			지 급 사 유	지 급 금 액	
생존연금	종신연금형	개인 연금형	연금개시일 이후 보험대상자(주피보험자)가 매년 계약해당일에 살아있을 때	연금지급개시시의 적립액을 기준으로 계산한 금액지급 (10년 보증지급) - 정액형 - 체증형(5%, 10%, 15% 체증)	
		부부연금형	보험대상자(주피보험자) 연금	연금개시일 이후 보험대상자(주피보험자)가 매년 계약해당일에 살아있을 때	연금지급개시시의 적립액을 기준으로 계산한 금액지급 (10년 보증지급) - 정액형 - 체증형(5%, 10%, 15% 체증)
			배우자 연금	연금개시일 이후 보험대상자(주피보험자)가 사망하고, 보험대상자(종피보험자)가 연금개시일로부터 10년 이후에 매년 계약해당일에 살아있을 때	보험대상자(주피보험자)의 10차년도 연금액의 50% 지급
	확정연금형		연금개시일 이후 보험대상자(주피보험자)가 매년 계약해당일에 살아있을 때	연금지급개시시의 적립액을 기준으로 연금지급기간(10년, 15년, 20년, 75세, 80세, 85세)에 따라 계산한 금액지급	
	상속연금형		연금개시일 이후 보험대상자(주피보험자)가 매년 계약해당일에 살아있을 때	「해당 연금지급시점-1년」 계약해당일의 적립액을 직전 1년간의 공시이율에 의하여 계산한 이자를 상속연금으로 지급(단, 사망시에는 사망시점의 적립액 지급)	

- 주) 1. 적립액(책임준비금)은 전환신청일부터 전환한 보험료를 공시이율로 일자계산에 의하여 적립한 금액으로 합니다.
2. 연금지급개시후 매년 지급되는 생존연금의 계산은 보험기간중의 「공시이율」을 적용하여 계산하므로 「공시이율」이 변경되면 매년 지급되는 생존연금도 변경됩니다.
3. 연금을 매월, 2개월, 3개월, 6개월로 분할하여 지급할 경우에는 이 특약의 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 따라 계산된 금액을 지급하여 드립니다.
4. 종신연금형의 정액형 및 확정연금형은 최초 연금액 계산시 적용하는 연금개시시점의 공시이율과 연금지급개시 이후의 공시이율이 동일할 경우 전년도 연금액과 동일한 연금액이 지급되며, 연금지급개시 이후의 공시이율이 변동될 경우 해당년도의 연금액은 전년도 연금액보다 감소(증가)할 수 있습니다.
5. 종신연금형의 체증형에 적용하는 체증률(5%, 10%)은 최초 연금액 계산시 적용하는 연금지급개시시점의 공시이율과 연금지급개시 이후의 공시이율이 동일할 경우, 전년도 연금액 대비 계약자가 선택한 체증률에 해당하는 연금액이 지급되며 11차년도 이후의 연금액은 10차년도 연금액으로 합니다.
그러나, 연금지급개시 이후의 공시이율이 변동될 경우 전년도 대비 해당년도의 연금액은 계약자가 선택한 체증률을 적용한 연금액보다 감소(증가)할 수 있습니다.
6. 종신연금형의 경우 연금개시후 10년간의 보증지급기간안에 사망시에는 10년까지의 미지급된 연금연액을 이 보험의 일시금수령 신청 당시 공시이율로 할인하여 일시금으로 계산한 금액을 드립니다.
7. 확정연금형의 경우 연금지급개시후 10년, 15년, 20년, 75세, 80세, 85세까지의 각각의 확정연금 지급기간안에 사망시에는 각각 10년, 15년, 20년, 75세, 80세, 85세까지의 미지급된 연금연액을 이 보험의 일시금 수령 신청 당시 공시이율로 할인하여 일시금으로 계산한 금액을 드립니다.
8. 75세, 80세, 85세 확정연금형의 보험기간은 해당 나이 계약해당일의 전일까지로 합니다.

(별 표 2)

보험금 지급시의 적립이율 계산(제11조 제2항 관련)

1. 생존연금 (제6조)

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자	
회사가 보험금의 지급시기 도래 7 일 이전에 지급 할 사유를 알리 지 아니한 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 보험금 청구일까지의 기간	공시이율	
회사가 보험금의 지급시기 도래 7 일 이전에 지급 할 사유를 알린 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 보험기간 만기일 (단, 이 계약이 더 이상의 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 효력을 가지지 아니하게 된 날) 까지의 기간	공시이율	
	보험기간 만기일(단, 이 계약이 더 이상의 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 효력을 가지지 아니하게 된 날)의 다음 날부터 보험금 청구일까지의 기간	1년 이내	공시이율의 50%
		1년 초과 기간	1%
보험금 청구일의 다음 날부터 지급기일까지의 기간		공시이율 + 1%	
지급기일의 다음 날부터 보험금 지급일까지의 기간		보험계약대출이율	

2. 해약환급금 (제8조)

적 립 기 간	지 급 이 자	
해약환급금 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 해약환급금 청구일까지의 기간	1년 이내	공시이율의 50%
	1년 초과 기간	1%
해약환급금 청구일의 다음 날부터 지급기일까지의 기간	공시이율 + 1%	
지급기일의 다음 날부터 해약환급금 지급일까지의 기간	보험계약대출이율	

- (주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 일자 계산하며, 소멸시효(제9조)
가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해
당 기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.

선지급서비스특약

약 관

이 특약의 약관은 선지급서비스특약을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

선지급서비스특약 약관

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조 (특약의 체결 및 소멸)

- ① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때, 회사가 정하는 바에 따라 보험계약자가 청약(請約)하고 보험회사가 승낙(承諾)함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어 집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사”라 합니다)
- ② 제1항에도 불구하고 주계약의 보장개시일 이후에 계약자의 청약이 있을 경우에는 회사의 승낙을 얻어 주계약에 부가하여 이 특약을 체결할 수 있습니다.
- ③ 이 특약을 부가하는 주계약은 계약자와 보험대상자(피보험자)가 동일한 보험계약이어야 합니다.
- ④ 주계약이 해지(解止) 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 되거나 제8조(보험금의 종류 및 지급사유)에 정한 보험금의 지급이 완료된 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조 (보험대상자(피보험자)의 범위 및 자격의 득실)

이 특약의 보험대상자(피보험자)는 주계약의 보험대상자(피보험자)로 합니다.

제3조 (특약내용의 변경)

계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우

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

제4조 (계약자의 임의해지)

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 해약환급금은 없습니다.
- ② 제1항에 의하여 이 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제5조 (특약의 보험기간)

- ① 이 특약의 보험기간은 특약을 부가한 날부터 주계약의 보험기간이 끝나는 날의 18개월 이전까지로 합니다.
- ② 제1항에 불구하고 주계약이 자동갱신되는 경우에는 제1항의 보험기간이 끝나는 날을 자동갱신기간이 끝나는 날로 대체합니다.

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제6조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시일)

- ① 이 특약의 보험료는 없습니다.
- ② 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다. 그러나 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항의 경우에는 특약의 청약을 승낙한 때부터 이 특약이 정한 바에 따라 책임을 집니다.

제7조 (해지 특약의 부활(효력회복))

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

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

- ② 주계약의 부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제6조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시일) 2항의 규정을 준용합니다.

제3관 보험금 등의 지급(회사의 주된 의무)

제8조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 제5조(특약의 보험기간)에 정한 특약의 보험기간 중에 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 종합병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 전문의 자격을 가진 자가 실시한 진단결과 보험대상자(피보험자)의 잔여수명(이하 “여명”이라 합니다)이 12개월 이내라고 판단한 경우에 회사의 신청서에 정한 바에 따라 주계약 사망보험금액의 일부 또는 전부를 선지급 사망보험금(이하 “보험금”이라 합니다)으로 보험대상자(피보험자)에게 지급합니다.

제9조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 이 특약의 보험금을 지급하였을 경우에는 지급한 보험금액에 해당하는 주계약의 보험가입금액이 지급일에 감액된 것으로 봅니다. 다만, 그 감액부분에 해당하는 해약환급금이 있어도 이를 지급하지 아니합니다. 이 경우 이 특약의 보험금 지급일 이후 주계약 약관에 정한 사망보험금의 청구를 받아도 이 특약에 의하여 지급된 보험금액에 해당하

는 사망보험금액은 지급하지 아니합니다.

- ② 이 특약의 보험금이 지급되기 전에 주계약 약관에 정한 사망보험금의 청구를 받았을 경우 이 특약의 보험금 청구가 있어도 이를 없었던 것으로 보고 이 특약의 보험금을 지급하지 아니합니다.
- ③ 주계약 약관에 정한 사망보험금이 지급된 때에는 그 이후 이 특약의 보험금을 지급하지 아니합니다.
- ④ 이 특약의 보험금 지급에 있어서는 회사가 정하는 바에 따라 여명기간 상당분의 이자 및 보험료를, 또 주계약에 보험계약대출금이 있는 경우에는 그 원리금합계액을 뺀 금액을 지급합니다.
- ⑤ 이 특약의 보험금을 지급할 때 보험금액의 계산은 보험금을 지급하는 날의 주계약 사망보험금액을 기준으로 합니다.

제4관 보험금 지급 등의 절차

제10조 (보험금 지정대리청구인)

- ① 계약자가 이 특약의 보험금을 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 때에는 계약자가 미리 지정하거나 또는 제11조(지정대리청구인의 변경지정)에 따라 변경지정한 다음의 자(이하 “지정대리청구인”이라 합니다)가 제12조(보험금 청구시 구비서류)에 정한 구비서류 및 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 이 특약의 보험금을 받는 자(보험수익자)의 대리인으로서 이 특약의 보험금을 청구할 수 있습니다.
 - 1. 보험금 청구시 보험대상자(피보험자)와 동거하거나 보

- 험대상자(피보험자)와 생계를 같이 하고 있는 보험대상자(피보험자)의 호적상의 배우자
2. 보험금 청구시 보험대상자(피보험자)와 동거하거나 보험대상자(피보험자)와 생계를 같이 하고 있는 보험대상자(피보험자)의 3촌 이내의 친족
- ② 제1항에 의하여 회사가 이 특약의 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 이 특약의 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 아니합니다.

제11조 (지정대리청구인의 변경지정)

계약자는 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 보험가입증서(보험증권)
3. 지정대리청구인의 주민등록등본, 호적등본
4. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)

제12조 (보험금 등 청구시 구비서류)

보험대상자(피보험자) 또는 지정대리청구인은 제5조(특약의 보험기간)에 정한 특약의 보험기간 중에 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 종합병원에서 발급한 진단서

3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증)
4. 지정대리청구인이 제10조(보험금 지정대리청구인) 제1항에서 정한 자격을 입증할 수 있는 서류
5. 기타 보험대상자(피보험자) 또는 지정대리청구인이 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제13조 (보험금 등의 지급)

- ① 회사는 제12조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 이 특약의 보험금 또는 해약환급금을 지급합니다. 다만, 보험금의 지급사유 조사나 확인이 필요한 경우 접수 후 10영업일 이내에 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 지급사유의 조사나 확인이 필요한 경우 계약자가 회사로부터의 사실조회에 대하여 정당한 사유 없이 회답 또는 동의를 거부한 때에는 그 회답 또는 동의를 얻어 사실 확인이 끝날 때까지 이 특약의 보험금을 지급하지 아니합니다. 또한, 회사가 지정한 의사에 의한 보험대상자(피보험자)의 진단을 요구한 경우에도 진단을 받지 아니한 때에는 진단을 받고 사실확인이 끝날 때까지 이 특약의 보험금을 지급하지 아니합니다.
- ③ 회사는 제1항에 의하여 보험금을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표 “보험금 지급시의 적립이율 계산”과 같습니다.

제14조 (주계약에 사망보장특약이 부가되어 있는 경우의 특칙)

- ① 제8조(보험금의 종류 및 지급사유)에도 불구하고 주계약에 사망보험금을 지급하는 특약(이하 “사망보장특약”이라 합니다)이 부가되어 있는 경우에는 제8조(보험금의 종류 및 지급사유)에 정한 보험금액은 주계약의 사망보험금액과 사망보장특약의 사망보험금액을 합산한 금액으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험금 청구가 있는 경우에는 계약자로부터 별도의 신청이 없는 한 제8조(보험금의 종류 및 지급사유) 및 제16조(다른 특약의 취급)에 관계없이 청구일 현재 주계약 및 사망보장특약의 보험가입금액의 비율에 따라 이 특약의 보험금을 지급하여 드립니다.
- ③ 주계약에 부가되어 있는 사망보장특약에 대한 이 특약의 보험금은 사망보장특약의 보험기간이 끝나는 날의 12개월 이전까지 청구할 수 있습니다.
- ④ 제3항에 불구하고 주계약에 부가되어 있는 사망보장특약이 자동갱신되는 경우에는 제3항에 정한 보험기간이 끝나는 날을 자동갱신기간이 끝나는 날로 대체합니다.
- ⑤ 주계약에 부가되어 있는 사망보장특약의 경우에도 제9조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 내지 제5항을 동일하게 적용합니다.

제15조 (주계약이 연생보험계약인 경우의 특칙)

- ① 주계약이 연생보험계약인 경우 이 특약의 보험대상자(피보험자)는 주계약의 보험대상자(주피보험자)로 합니다.
- ② 주계약이 연생보험계약인 경우 제8조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항에 정한 주계약 사망보험금액의 일부 또

는 전부를 주계약 사망보험금액의 전부로 대체합니다.

- ③ 주계약이 연생보험계약인 경우 제16조(다른 특약의 취급) 제1항에 불구하고 주계약 사망보험금액의 전부를 이 특약의 보험금으로 지급한 경우에도 주계약의 효력은 계속됩니다.

제16조 (다른 특약의 취급)

- ① 주계약 사망보험금액의 전부가 지급된 경우 주계약은 소멸되는 것으로 하며, 주계약에 다른 특약이 부가되어 있는 경우에는 각 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.
- ② 주계약 사망보험금액의 일부가 지급된 경우에는 각 특약의 효력은 계속되는 것으로 합니다.

제5관 기타사항

제17조 (주계약 약관의 준용)

이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관을 준용합니다.

(별 표)

보험금 지급시의 적립이율 계산(제13조 제3항 관련)

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
선지급 사망보험금 (제8조)	지급기일의 다음 날부터 보험금 지급 일까지의 기간	보험계약대출이율

- (주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.

사후정리특약

약 관

이 특약의 약관은 사후정리특약을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

사후정리특약 약관

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조 (특약의 체결 및 소멸)

- ① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때, 회사가 정하는 바에 따라 보험계약자가 청약(請約)하고 보험회사가 승낙(承諾)함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어 집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사”라 합니다)
- ② 제1항에도 불구하고 주계약의 보장개시일 이후에 계약자의 청약이 있을 경우에는 회사의 승낙을 얻어 주계약에 부가하여 이 특약을 체결할 수 있습니다.
- ③ 이 특약을 부가하는 주계약은 계약자와 보상대상자(피보험자)가 동일한 보험계약이어야 합니다.
- ④ 주계약이 해지(解止) 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 되거나 제7조(보험금의 종류 및 지급사유)에 정한 보험금의 지급이 완료된 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조 (특약의 보장개시일)

이 특약의 보장개시일은 주계약의 보장개시일[부활(효력회복)계약인 경우는 부활(효력회복)일]로 부터 그 날을 포함하여 2년이 경과한 날로 합니다.

제3조 (특약의 무효)

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 무효로 합니다.

1. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 자연인이 아닌 경우
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 미성년자인 경우
3. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 법정상속인인 경우.

단, 보험금을 받는자(보험수익자)중 1인 이상이 실명으로 지정되어 있는 경우는 제외

② 회사는 이 특약에 의하여 주계약 또는 그에 부가된 특약의 보험금을 지급한 후에도 회사에 보험금을 지급할 책임이 없었음이 확인된 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)는 이 특약에 의해 이미 지급받은 보험금을 회사에 반환하여야 합니다.

③ 제2항의 경우에 보험금을 받는 자(보험수익자)가 회사에 보험금을 반환하지 않는 때에는 회사는 보험금, 환급금 등 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 지급하여야 할 제지급금에서 아직 반환받지 못한 보험금을 공제할 수 있습니다.

제4조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며 이경우 해약환급금은 없습니다.

② 제1항에 의하여 이 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조 (특약 보험료의 납입)

이 특약의 보험료는 없습니다.

제6조 (해지 특약의 부활(효력회복))

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제2조 (특약의 보장개시일)의 규정을 준용합니다.

제3관 보험금 등의 지급(회사의 주된 의무)

제7조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 제2조(특약의 보장개시일)에서 정한 보장개시일 이후에 사망하였을 때 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 주계약 또는 그에 부가된 특약의 보험금 및 해당 보험금을 받는자(보험수익자)의 사망보험금 지급비율에 따른 금액 한도 내에서 주계약 및 그에 부가된 특약의 사망보험금액[재해분류표(별표 참조)에서 정하는

재해로 인한 사망보험금액은 제외합니다.]의 일부 또는 전부를 지급합니다.

제8조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 회사가 제7조(보험금의 종류 및 지급사유)에도 불구하고 뚜렷한 사기의사 등에 의하여 보험금 지급책임의 의무가 없을 것으로 판단하는 경우에는 본 특약에 의한 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제7조(보험금의 종류 및 지급사유)에 의하여 회사가 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 이 특약에 의한 보험금을 지급한 경우 잔여 보험금 지급시 이를 해당 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 지급할 보험금에서 차감합니다.
- ③ 회사는 이 특약에 의하여 보험금을 지급한 경우 지급일 이후 주계약 및 그에 부가된 특약의 약관에서 정하는 보험금의 청구를 받더라도 이 특약에 의하여 지급된 보험금에 대하여는 지급하지 아니합니다.
- ④ 주계약 및 그에 부가된 특약의 약관에서 정하는 보험금 지급청구를 받아 그 보험금이 지급된 때에는 이후에는 이 특약에 의한 보험금을 지급하지 아니합니다.

제4관 보험금 지급 등의 절차

제9조 (보험금 등 청구시 구비서류)

- ① 보험금을 받는 자(보험수익자)는 다음의 서류를 제출하고 이 특약의 사망보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)

2. 사망진단서

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

② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 사망진단서는 의료법 제3조[의료기관]의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제10조 (보험금 등의 지급)

회사는 제9조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날부터 1영업일 이내에 이 특약의 보험금을 드립니다

제5관 기타사항

제11조 (주계약 약관 규정의 준용)

이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

(별표)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

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

2. 보험금을 지급하지 아니하는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

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

(주) () 안은 제4차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2002-1호, 2003.1.1 시행)상의 분류번호이며, 제5차 개정 이후 위 1 및 2의 각호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함합니다.

무배당 사망보장증액특약 약관
(일시납)

이 특약의 약관은 무배당 사망보장증액특약을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 사망보장증액특약 약관 (일시납)

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조 (특약의 체결 및 소멸)

- ① 이 특약은 주된 보험계약 체결시 또는 체결후 보험계약자의 청약(請約)과 보험회사의 승낙(承諾)으로 주된 보험계약에 부가하여 이루어 집니다. (이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사”라 합니다)
- ② 회사는 보험대상자(피보험자)가 계약에 적합하지 아니한 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 부과하여 인수할 수 있습니다.
- ③ 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.
 1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우
 2. 이 특약의 보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 사망하거나 장애분류표(별표3 참조) 중 동일한 재해(별표2 “재해분류표”에서 정한 재해를 말하며, 이하 “재해”라 합니다) 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체 부위의 합산 장애지급률이 80% 이상인 장애상태가 되었을 경우

제2조 (보험대상자(피보험자)의 범위)

이 특약의 보험대상자(피보험자)는 주계약의 보험대상자(피보험자)로 합니다.

제3조 (피부양자의 범위 및 자격의 득실)

- ① 이 특약의 피부양자는 보험대상자(피보험자)의 호적상 또는 주민등록상의 배우자 및 자녀로 합니다.
- ② 이 특약의 체결시 피부양자에 해당되는 자는 그 해당된 날에 피부양자의 자격을 취득합니다.

제4조 (사망보장증액특약의 운영에 관한 사항)

- ① 이 특약은 주계약 체결 이후 5년이상 경과후에 부가할 수 있습니다.
- ② 이 특약의 보험가입금액 한도는 특약을 부가할 당시 피부양자 1인당 주계약 가입금액의 20% 로 하며 주계약 가입금액의 100% 를 초과하여 부가할 수 없습니다. 단, 특약 부가 1회당 특약 보험가입금액은 주계약 가입금액의 20% 이상으로 합니다.

제5조 (특약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 계약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

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

제6조 (특약내용의 변경)

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다.

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

- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제15조(해약환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제7조 (계약자의 임의해지)

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제15조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제8조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약의 부가시에 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제9조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시일)

- ① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때 (자동이체납입 및 신용카드납입의 경우에는 자동이체 신청 및 신용카드 매출승인에 필요한 정보를 제공한 때, 다

만, 계약자의 귀책사유로 보험료 납입 및 승인이 불가능한 경우에는 그러하지 아니합니다)부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

그러나 회사가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙한 경우에는 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.(이하 제1회 보험료를 받은 날을 “보장개시일”이라 하며, 보장개시일을 “보험계약일”로 봅니다)

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

제10조 (보험료의 납입연체시 특약의 해지)

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
- ② 제1항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 제15조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제11조(보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제12조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중 사망하거나 장애분류표(별표3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 80% 이상인 장애상태가 되었을 경우에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 사망보험금(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다.

제13조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제3항 제2호 및 제12조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 보험기간 중 생사가 분명하지 아니하여 실종선고(失蹤宣告)를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부 기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 호적에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.
- ② 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제3항 제2호 및 제12조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 재해로 인하여 장애상태가 되고, 장애지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표(별표3 참조)에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

- ③ 제2항에 의하여 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 재해일부터 2년 이내) 중에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태(사망 포함)를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ④ 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제3항 제2호 및 제12조(보험금의 종류 및 지급사유)의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑤ 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제3항 제2호 및 제12조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표3 참조)상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.
- ⑥ 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제3항 제2호 및 제12조(보험금의 종류 및 지급사유)의 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 결정합니다.
- ⑦ 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제3항 제2호 및 제12조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 발생 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 합산하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

- ⑧ 제7항에 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표(별표3 참조)상의 두가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

제14조 (보험금을 지급하지 아니하는 보험사고)

- ① 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 아니함과 동시에 이 계약을 해지(解止)할 수 있습니다.

1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우

그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우와 계약의 보장개시일[부활(효력회복) 계약의 경우에는 부활(효력회복) 청약일]부터 2년이 경과된 후에 자살하거나 자신을 해침으로써 장애분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 80%이상인 장애상태가 되었을 경우에는 그러하지 아니합니다.

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

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

3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우

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

1. 제1항 제1호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드리지 않습니다.

제15조 (해약환급금)

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

제4관 보험금 지급 등의 절차

제16조 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 보험대상자(피보험자)나 보험금을 받는 자(보험수익자)는 제12조(보험금의 종류 및 지급사유)에 정한 보험금 지급사유가 발생하였을 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제17조 (보험금 등 청구시 구비서류)

- ① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해약환급금을 청구하여야 합니다

다.

1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서 등)
 3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된
정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의
인감증명서 포함)
 4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자) 및 계약자가 보험
금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 사고증명서는
의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나
의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발
급한 것이어야 합니다.

제18조 (보험금 등의 지급)

- ① 회사는 제17조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 서류
를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한
날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 지급합
니다. 다만, 보험금의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필
요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급합니
다.
- ② 회사는 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험
금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표4 “보험
금 지급시의 적립이율 계산”과 같습니다.

제19조 (보험금 받는 방법의 변경)

- ① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험금을 받는 자(보
험수익자))는 회사의 “사업방법서”에서 정한 바에 따라 제

12조(보험금의 종류 및 지급사유)에 의한 사망보험금의 전부 또는 일부에 대하여 분할지급 방법으로 변경할 수 있습니다.

- ② 회사는 제1항에 의하여 일시금을 분할하여 지급하는 경우에는 그 미지급 금액에 대하여 이 특약의 「예정이율」을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급하며, 분할지급 금액을 일시금으로 지급하는 경우에는 이 특약의 「예정이율」로 할인한 금액을 지급합니다.

제5관 기타사항 등

제20조 (주계약 약관 규정의 준용)

이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

급 여 명	지 급 사 유	지 급 금 액
사망보험금 (제12조)	보험대상자(피보험자)가 이 특 약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하거나 장애분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이 외의 동일한 원인으로 여러 신 체부위의 합산 장애지급률이 80% 이상인 장애상태가 되었 을 경우	특약보험가입금액

(별표 2)

재해분류표

무배당 교보큰사랑이보험 주계약
별표 2 「재해분류표」와 동일

(별표 3)

장해분류표

무배당 교보큰사랑이보험 주계약
별표 3 「장해분류표」와 동일

(별표 4)

보험금 지급시의 적립이율 계산(제18조 제2항 관련)

1. 사망보험금 (제12조)

적 립 기 간	지 급 이 자
지급기일의 다음 날부터 보험금 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

2. 해약환급금 (제15조 제1항)

적 립 기 간	지 급 이 자	
해약환급금 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 해약환급금 청구일까지의 기간	1년 이내	예정이율의 50%
	1년 초과 기간	1%
해약환급금 청구일의 다음 날부터 지급기일까지의 기간	예정이율 + 1%	
지급기일의 다음 날부터 해약환급금 지급일까지의 기간	보험계약대출이율	

- (주) 1. 지급이자는 연 단위 복리로 계산합니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.

보험료납입면제서비스특약
약관

이 특약의 약관은 보험료납입면제서비스특약을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

보험료납입면제서비스특약 약관

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조(특약의 체결 및 소멸)

- ① 이 특약은 주된 보험계약 체결시 또는 체결후 보험계약자의 청약(請約)과 보험회사의 승낙(承諾)으로 주된 보험계약에 부가하여 이루어 집니다.(이하 주된 보험계약은 "주계약", 보험계약자는 "계약자", 보험회사는 "회사"라 합니다)
- ② 주계약이 해지(解止) 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 되거나 제8조(보험료 납입면제)에서 정한 보험료 납입면제 한도가 경과한 이후에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조(보험대상자(피보험자)의 범위)

이 특약의 보험대상자(피보험자)는 주계약의 보험대상자(피보험자)로 합니다.

제3조(계약자의 임의해지)

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 해약환급금은 없습니다.

제4조 (특약내용의 변경)

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제5조(특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가한 날로부터 주계약의 납입기간이 끝나는 날까지로 합니다.

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제6조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시일)

- ① 이 특약의 보험료는 없습니다.
- ② 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 이 특약의 청약을 승낙한 날로 합니다.

제7조(해지특약의 부활(효력회복))

- ① 회사는 이 특약의 부활(復活)(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제6조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시일) 제2항의 규정을 준용합니다.

제3관 보험금 등의 지급(회사의 주된 의무)

제8조(보험료 납입면제)

- ① 회사는 제5조(특약의 보험기간)에서 정한 특약의 보험기간 중에 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 종합병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 해당 분야의 전문의 자격을 가진 자가 실시한 정밀검사 결과를 기초로 한 진단결과 보험대상자(피보험자)의 잔여수명(이하 “여명”이라 합니다.)이 12개월 이내라고 판단되고 계약자가 이 특약을 신청한 경우 보험료 납입면제 사유가 발생한 것으로 합니다.
단, 여명 판정 당시의 의료기술로 해당 질병의 치료가 불가능하고, 고식적(姑息的) 치료를 포함한 어떤 치료에도 여명이 12개월 이내라고 판단되는 경우에 한합니다.
- ② 회사는 제1항의 보험료 납입면제 사유 발생시 차회 이후 『주계약 및 주계약에 부가된 특약』의 계속 납입하기로 약정한 보

험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 신청일 이후 최초로 도래하는 보험료 납입일부터 12개월분을 한도로 하여 보험료 납입을 면제하고, 보험료 납입면제 신청 이전에 보험료가 연체된 경우에는 그 연체된 보험료를 보험료 납입면제 한도에 포함하여 계산합니다.

- ③ 제2항의 납입면제된 보험료는 이후 사망보험금 등 제지급금에서 차감하지 아니합니다.
- ④ 제2항에서 정한 보험료 납입면제 한도가 초과한 경우 계약자는 『주계약 및 주계약에 부가된 특약』의 보험료를 정상적으로 납입하여야 합니다.

제4관 보험금 지급 등의 절차

제9조(보험금 등 청구시 구비서류)

- ① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 제5조(특약의 보험기간)에 정한 특약의 보험기간 중에 다음의 서류를 제출하고 보험료 납입면제를 신청하여야 합니다.
 - 1. 청구서 (회사양식)
 - 2. 진단서
 - 3. 신분증 (주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증)
 - 4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 진단서는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 종합병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제10조(보험금 등의 지급)

회사는 제9조(보험금등 청구시 구비서류)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험료 납입면제의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수후 10영업일 이내에 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

제5관 기타사항

제11조(주계약 약관 규정의 준용)

이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

양육연금지급서비스특약
약관

이 특약의 약관은 양육연금지급서비스특약을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

양육연금지급서비스특약 약관

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조 (특약의 체결 및 소멸)

- ① 이 특약은 주된 보험계약 체결시 또는 체결후 보험계약자의 청약(請約)과 보험회사의 승낙(承諾)으로 주된 보험계약에 부가하여 이루어 집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사”라 합니다)
- ② 주계약이 해지(解止) 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조 (양육연금을 받는 자의 범위 및 자격의 득실)

- ① 양육연금을 받는 자(이하 “가입자녀”라 합니다)는 주계약 보험대상자(피보험자)의 호적상 또는 주민등록상 자녀로 합니다.
- ② 이 특약의 체결시 또는 체결후 제1항의 가입자녀에 해당되는 자는 그 해당되는 날에 가입자녀의 자격을 취득합니다.

제3조 (양육연금지급서비스특약의 신청에 관한 사항)

- ① 이 특약은 주계약의 사망보험금 지급사유 발생전에 한하여 신청, 변경 및 취소할 수 있습니다.
- ② 주계약의 계약자는 이 특약의 신청시 주계약의 사망보험금을 받는 자(보험수익자)를 가입자녀로 지정 또는 변경하여야 합니다.

- ③ 주계약의 계약자는 주계약에서 가입자녀에게 지급되는 사망보험금의 50% 이상을 양육연금지급 기준 금액으로 선택하여야 합니다.
- ④ 주계약의 계약자는 가입자녀 나이 15세, 20세, 25세중에서 양육연금지급 종료나이를 선택하여야 합니다.
(양육연금 지급기간은 양육연금지급 종료나이에서 주계약의 사망보험금 지급시의 가입자녀의 나이를 뺀 기간을 말합니다.)
- ⑤ 이 특약을 신청하고 주계약에서 사망보험금 지급사유가 발생하더라도 다음 각호의 경우에는 이 특약을 적용하지 아니합니다.
 - 1. 주계약의 사망보험금 지급시 가입자녀의 나이가 이 특약 신청시 정한 양육연금지급 종료나이 보다 크거나 같은 경우
 - 2. 이 특약 신청후 가입자녀가 사망하거나 주계약의 사망보험금을 받는 자(보험수익자)에서 제외된 경우

제4조 (양육연금의 운용에 관한 사항)

- ① 양육연금은 제3조(양육연금지급서비스특약의 신청에 관한 사항) 제3항에서 정한 양육연금지급 기준 금액을 기준으로 동조 제4항에서 정한 양육연금 지급기간 동안 분할하여 매년 지급하며 그 미지급 금액에 대하여 주계약의 예정이율을 연 단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
- ② 가입자녀의 나이가 만20세 미만인 경우에는 양육연금을 일시금으로 수령할 수 없습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 제3조(양육연금지급서비스특약의 신

청에 관한 사항) 제4항에서 정한 양육연금 지급기간 중 가입자녀가 사망한 경우에는 미지급 양육연금을 일시에 지급하며 그 일시금은 주계약의 예정이율로 할인한 금액을 지급합니다.

제5조 (계약자의 임의해지)

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 해약환급금은 없습니다.

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제6조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시일)

- ① 이 특약의 보험료는 없습니다.
- ② 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 이 특약의 청약을 승낙한 날로 합니다.

제7조 (해지특약의 부활(효력회복))

- ① 회사는 이 특약의 부활(復活)(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제6조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시일) 제2항의 규정을 준용합니다.

제3관 보험금 지급 등의 절차

제8조 (보험금 등 청구시 구비서류)

가입자녀는 다음의 서류를 제출하고 양육연금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서 (회사양식)
2. 가입자녀의 호적등본 또는 주민등록등본
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제9조 (보험금 등의 지급)

- ① 회사는 제8조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 양육연금을 지급합니다. 다만, 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 지급합니다.
- ② 회사는 양육연금의 지급시기가 도래할 때에는 도래일 7일 이전에 그 사유와 회사가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 가입자녀에게 알려 드리며, 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표1 “보험금 지급시의 적립이율 계산”과 같습니다.
- ③ 회사가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제1항

의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유 및 지급예정일에 대하여 가입자녀 또는 계약자에게 서면으로 통지하여 드립니다.

제4관 기타사항 등

제10조 (주계약 약관 규정의 준용)

이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

(별표 1)

보험금 지급시의 적립이율 계산(제9조 제2항 관련)

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자	
회사가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유를 알리지 아니한 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 보험금 청구일까지의 기간	주계약의 예정이율	
회사가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유를 알린 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 양육연금 지급기간 만기일 까지의 기간	주계약의 예정이율	
	양육연금 지급기간 만기일의 다음 날부터 보험금 청구일까지의 기간	1년 이내	주계약의 예정이율의 50%
		1년 초과 기간	1%
보험금 청구일의 다음 날부터 지급기일까지의 기간		주계약의 예정이율 + 1%	
지급기일의 다음 날부터 보험금 지급일까지의 기간		보험계약대출이율	