

KYOBDO

라이프플래닛

각플보험약관

무배당

교보라플

비갱신암보험

보험 약관

※ 이 약관은 금융소비자의 권익 보호를 위해 「금융소비자 보호에 관한 법률」에 의거, 내부통제기준에 따른 절차를 거쳐 제공됩니다.

KYOBDO

라이프플래닛

달러 없이 자동차 구매 가능한 세상
모든 금융 거래가 스스로 가능한 세상.

보험은 왜 여전히 어렵고 복잡할까.
스스로 하지 않고 설계사에 의존할까.

세상의 변화는 경험을 바꾸는 질문에서 시작됩니다.
우리는 그 질문을 통해 고객을 위한 작은 혁신을 쌓습니다.

우리의 이런 작은 혁신을 모아
보험경험을 새롭게 정의하고자 합니다.

보험도, 누구나 시간 제약없이
스스로 편리하게 이용할 수 있도록



보험경험
새로고침

교보라이프플래닛생명의 보험상품에 가입해주신 고객님께
진심으로 깊은 감사의 말씀을 드립니다.

약관을 쉽게 이용할 수 있는

약관 이용 가이드북

I. 약관 이용 안내

II. 약관 요약서

III. 보험계약 일반사항

이 가이드 북은 보험약관의 개념 및 구성 등을 간략하게 소개하고,
소비자 입장에서 약관 주요 내용 등을 쉽게 찾고 이해할 수 있는 방법을
안내하는 것을 목적으로 함

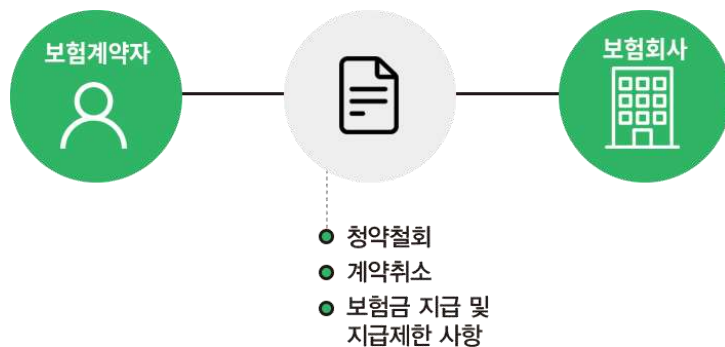
I

약관 이용 안내

1. 보험 약관이란?

보험약관은 가입하신 보험계약의 내용과 조건 등을 미리 정한 계약조항으로 **보험계약자와 보험회사의 권리와 의무를 규정하고** 있습니다.

특히 **청약 철회, 계약취소, 보험금 지급 및 지급제한 사항** 등 보험계약의 **중요사항**에 대한 설명이 들어 있으니 반드시 **확인**하셔야 합니다.



2. 한 눈에 보는 약관의 구성

- 약관을 쉽게 잘 이용할 수 있도록 **약관의 구성, 쉽게 찾는 방법** 등의 내용을 담고 있습니다.
- 약관을 **계약의 주요 내용 및 유의 사항** 중심으로 **시각적 방법**을 이용하여 이해하기 쉽게 요약했습니다.
- 보험약관은 **주계약**과 **특약**으로 나뉩니다.
 - ▷ **주계약(보통약관)**
기본계약을 포함한 공통사항을 정한 기본약관
 - ▷ **특약(특별약관)**
주계약에서 정한 사항 이외에 계약자가 선택 가입한 보장내용 등 필요한 사항을 정한 약관

3. 약관을 쉽게 이용할 수 있는 꿀팁

Tip 1

약관요약서 활용하기

시각화된 '**약관요약서**'를 활용하시면 계약 일반사항, 가입 시 유의사항, 민원사례 등 약관을 보다 쉽게 이해하실 수 있습니다.

약관이용가이드북
및 약관요약서
P9~

Tip 2

핵심 체크 항목 쉽게 찾기

'**약관 핵심 체크 항목 쉽게 찾기**'를 이용하시면 약관 내용 중 핵심적인 권리 및 의무관계를 보다 쉽게 찾을 수 있습니다.

약관이용가이드북
및 약관요약서
P6~7

Tip 3

QR코드

QR코드를 인식하면 약관해설 동영상 및 보험금 지급절차 등을 쉽게 안내 받을 수 있습니다.

약관이용가이드북
및 약관요약서
P8

Tip 4

용어해설 참고하기

약관 내용 중 어려운 보험용어는 **보험용어해설, 약관본문 BOX안 예시** 등을 참고하시면 약관 이해에 도움이 됩니다.

약관
P3~4

Tip 5

특약색인 활용하기

특약 색인을 활용하시면 본인이 실제 가입한 특약 약관을 쉽게 찾을 수 있습니다.

약관
P1

* 주계약에 부가된 특약은 자유롭게 선택, 가입(의무특약 제외)할 수 있고 가입특약에 한해 보장받을 수 있음

Tip 6

강조 표시

약관 조항 등이 **음영, 컬러화** 되거나 **진하게** 된 경우 보험금 지급 등 약관 주요 내용이므로 주의 깊게 읽기 바랍니다.

4. 약관의 핵심 체크 항목 쉽게 찾기

1 보험금 지급 및 지급제한 사항

약관페이지 번호

해약환급금	제6조(보험금의 지급 사유)	P16
미지급형	제8조(보험금 지급 등을 하지 않는 사유)	P18
만기환급형	제6조(보험금의 지급 사유)	P115
	제8조(보험금 지급 등을 하지 않는 사유)	P118



2 계약 전 알릴 의무 및 위반 효과

해약환급금	제15조(계약 전 알릴 의무)	P21
미지급형	제16조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)	P21
만기환급형	제15조(계약 전 알릴 의무)	P121
	제16조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)	P121



3 청약의 철회

해약환급금	제19조(청약의 철회)	P24
미지급형		
만기환급형	제19조(청약의 철회)	P118



4 계약 취소

해약환급금	제20조(약관 교부 및 설명 의무 등)	P24
미지급형		
만기환급형	제20조(약관 교부 및 설명 의무 등)	P124



5 계약 무효

해약환급금	제21조(계약의 무효)	P26
미지급형		
만기환급형	제21조(계약의 무효)	P126



6 보험료 연체 및 해지

해약환급금 미지급형	제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고 (독촉)와 계약의 해지)	P29
만기환급형	제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고 (독촉)와 계약의 해지)	P130



7 부활(효력회복)

해약환급금 미지급형	제28조(보험료의 납입 연체로 해지된 계약의 부활 (효력 회복))	P30
만기환급형	제29조(보험료의 납입 연체로 해지된 계약의 부활 (효력 회복))	P131



8 해약환급금

해약환급금 미지급형	제30조(계약자의 임의 해지)	P32
	제31조(위법계약의 해지)	P32
	제34조(해약환급금)	P33
만기환급형	제31조(계약자의 임의 해지)	P132
	제32조(위법계약의 해지)	P132
	제35조(해약환급금)	P133



9 보험계약대출

해약환급금 미지급형	제35조(보험계약대출)	P33
만기환급형	제36조(보험계약대출)	P133



5. QR 코드를 통한 편리한 정보 이용

QR 코드를 스마트폰으로 스캔하시면 약관해설 및 보험금 지급절차 영상과 라이프플래닛 영상을 보실 수 있습니다.

약관해설영상



보험금 지급 절차



회사소개



6. 기타 문의사항

- 기타 문의사항은 라이프플래닛 홈페이지
www.lifeplanet.co.kr
- 고객센터로 문의가능
1566-0999
- 보험상품 거래단계별 필요한 금융꿀팁 또는
핵심정보 등은 금융감독원 금융소비자정보
포털(FINE)에서 확인 가능
fine.fss.or.kr

II

약관 요약서

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

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

무배당 교보라플 비갱신암보험

100 세까지 보장

처음 보험료 그대로 비갱신



1. 보험 계약의 개요

상품 개요

보험회사명	교보라이프플래닛생명보험회사
보험상품명	무배당 교보라플 비갱신암보험
보험상품의 종류	암보험

상품 용어

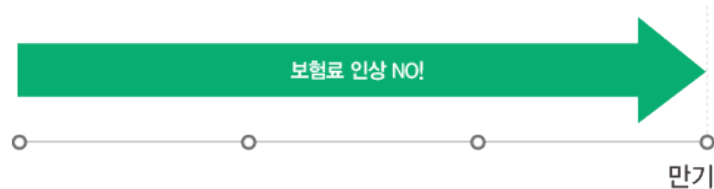
무배당	계약자에게 배당을 하지 않는 상품입니다.
비갱신	이 보험은 보험기간 중 보험료가 변동되지 않는 비갱신형 상품입니다.
암보험	암으로 인한 진단 위험을 보장하는 상품입니다.

상품 특징

1 보험료 인상 NO! 만기까지 그대로

100 세 시대, 보험료가 오르지 않아 더욱 안심할 수 있는 암보험을 선택하세요.

- 100 세 만기 선택 시



2 고액암부터 일반암까지 보장

고액암 최대 3 억원 보장

일반암 최대 1 억원 보장

- 암보장개시일 이후 최초 1 회한

- 보장내용 세부약관 참조

3 해약환급금 미지급형과 만기환급형 선택 가능

보험료가 저렴한 해약환급금 미지급형과 납입한 보험료를 전부 돌려받는 만기환급형까지 선택가능합니다.

- 해약환급금 미지급형은 만기 시 보험료 환급 없음

2. 소비자가 반드시 알아야 할 유의사항

보험금 지급제한사항

이 보험에는 **면책기간, 감액지급 및 보장한도** 등 **보험금 지급제한 조건**이 부가되어 있습니다.
보다 자세한 사항은 상품설명서 및 약관을 참조하시기 바랍니다.

1 면책기간



이 보험에는 **보험금이 지급되지 않는 기간(면책기간)**이 설정된 담보가 있습니다.

■ 면책기간 적용 담보

구분	담보명	면책기간
주계약	일반암 진단보험금	가입 후 90 일간 보장 제외
	고액암 진단보험금	
	유방암 및 전립선암 진단보험금	
특약	All페이백 일반암 진단보험금	

민원 사례 A 씨는 (무)교보라플 비갱신암보험 가입 후 2개월이 지나서 위암을 판정받아 암 진단비를 청구함

→ 보험사는 보험가입 후 90 일 경과하지 않아 보험금 지급이 어려움을 안내

2 감액지급



이 보험에는 **일정기간 보험금이 일부만 지급(감액지급)**이 되는 담보가 있습니다.

■ 감액지급 적용 담보

구분	담보명	감액기간 및 비율
주계약	일반암 진단보험금	가입 후 1년미만 보험금 50% 지급
	고액암 진단보험금	
	유방암 및 전립선암 진단보험금	
	소액암 및 유사암 진단보험금	
특약	All페이백 일반암 진단보험금	

3 보장한도



이 보험에는 **보험금 지급 한도**가 설정된 담보가 있습니다.

■ 보장한도 적용 담보

구분	담보명	보장한도
주계약	일반암 진단보험금	최초 1회에
	고액암 진단보험금	한해 보장
	유방암 및 전립선암 진단보험금	유방암 또는 전립선암 중 최초 1회에 한해 보장
	소액암 및 유사암 진단보험금	각각 최초 1회에 한해 보장
특약	All페이백 일반암 진단보험금	최초 1회에 한해 보장

해약환급금에 관한 사항

보험계약가 보험계약을 중도에 해지할 경우 보험회사는 해약환급금을 지급합니다.

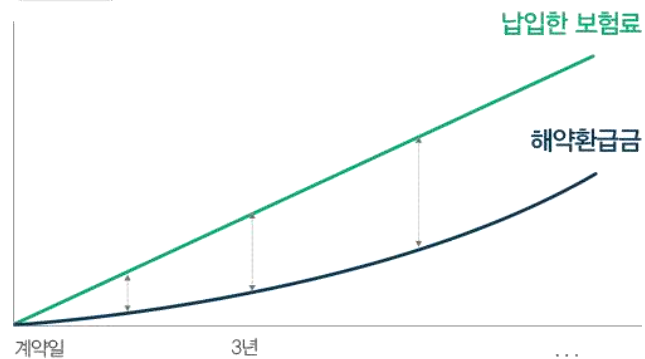
1 해약환급금에 관한 사항



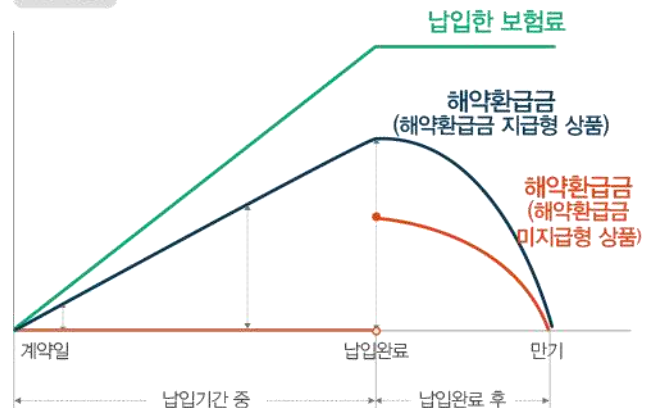
주의

- ① 해약환급금*은 납입한 보험료 보다 적거나 없을 수도 있습니다.
 - * 해약환급금: 납입한 보험료에서 계약체결·유지관리 등에 소요되는 경비 및 경과된 기간의 위험 보장에 사용된 보험료를 차감하여 지급
- ② 이 상품의 해약환급금 미지급형은 납입기간 중 보험계약을 해지할 경우 해약환급금이 없습니다. (해약환급금이 없는 상품)
- ③ 이 상품의 해약환급금 미지급형은 납입완료 이후 보험계약을 해지할 경우 해약환급금 지급형 상품* 해약환급금의 50%를 지급합니다.
 - * 해약환급금 지급형 상품: 해지율을 적용하지 않으며, 해약환급금 미지급형 상품과 동일한 보장 내용의 비교 안내만을 위한 상품

예시① 일반 상품



예시② 해약환급금이 없는 상품



비갱신형 보험료 변동없음

이 보험은 보험기간 중 **보험료가 변동되지 않는 비갱신형 상품**입니다.

1 비갱신형 보험료 변동없음



소비자가 반드시 알아두어야 할 상품의 주요특성

1 보장성 보험



주의

- ① 이 보험은 암 진단 보장을 주목적으로 하는 보장성 보험이며, **저축이나 연금수령을 목적으로 가입하시기에 적합하지 않습니다.**
- ② 만기 또는 중도해지 시 납입한 보험료보다 환급금이 적을 수 있습니다.

2 금리확정형



주의

이 보험은 **계약자적립액 산출**에 적용되는 **이율이 변동되지 않는 보장성 보험**입니다.

3 예금자 보호



주의

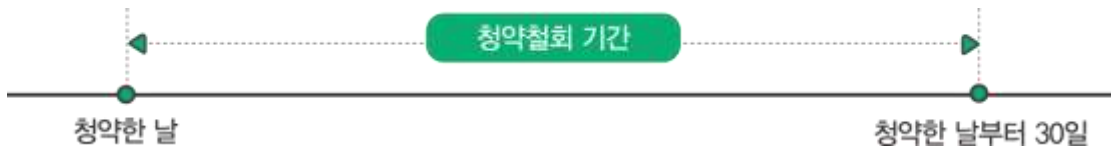
이 보험은 예금자보호법에 따라 해약환급금(또는 만기 시 보험금)에 기타지급금을 합한 금액이 **1인당 "1 억원까지"**(본 보험회사의 보호상품의 합산)보호됩니다. 이와 별도로 본 보험회사 보호상품의 사고보험금을 합산한 금액이 **1인당 "1 억원까지"** 보호됩니다.(다만, 보험계약자 및 보험료납부자가 법인인 보험계약의 경우에는 보호되지 않습니다.)

III

보험 계약의 일반사항

1 청약 철회할 수 있는 권리 상품약관 해약환급금미지급형 P24 만기환급형 P124

보험계약자는 **청약한 날부터 30 일 이내**에 **보험계약의 청약을 철회**할 수 있으며, 이 경우 회사는 3 영업일 이내에 납입한 보험료를 돌려 드립니다.



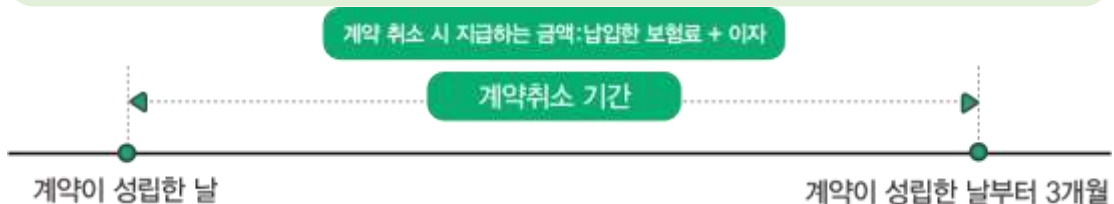
주의 청약 철회가 불가한 경우

- ① **청약한 날부터 30 일**(만 65 세 이상 보험계약자 & 전화로 체결한 계약의 경우 45 일)을 **초과**한 경우
- ② 회사가 **건강상태 진단**을 지원하는 계약, 보험기간이 **90 일 이내인 계약** 또는 **전문금융소비자가 체결한 계약**

2 보험 계약을 취소할 수 있는 권리 상품약관 해약환급금미지급형 P24 만기환급형 P124

보험계약자는 다음의 경우 계약이 성립한 날부터 **3 개월 이내**에 **계약을 취소**할 수 있습니다.

- ✓ 보험계약을 청약할 때 **보험약관** 및 **보험계약자 보관용 청약서**를 전달받지 못한 경우
- ✓ **보험약관의 중요내용**을 설명받지 못한 경우
- ✓ 보험계약자가 청약서에 **자필서명**을 하지 않은 경우



3

보험계약의 무효

상품약관 해약환급금미지급형 P26

만기환급형 P126

다음 중 한가지에 해당하는 경우 보험회사는 보험계약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

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

4

보험 계약 전 알릴 의무 및 위반 시 효과

상품약관 해약환급금미지급형 P21

만기환급형 P121

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



주의

- ① 청약서의 질문사항에 대하여 **보험을 모집한 자** 등에게 구두로 알렸을 경우 **보험계약 전 알릴 의무를 이행한 것으로 볼 수 없습니다.**
- ② 인터넷 홈페이지를 통해 가입하는 경우에는 인터넷 홈페이지에서 질의서를 본인이 직접 읽고 답하는 방식으로 **계약 전 알릴 의무를 이행**하여야 하므로 답변에 신중하여야 합니다.
- ③ 전화 등 통신수단을 통한 보험계약의 경우 **보험회사 상담원의 질문이 청약서 질문사항을 대신**하므로 상담원의 질문에 사실대로 답변하여야 합니다.

민원 사례

A 씨는 고지혈증, 당뇨병으로 90일간 투약처방 받은 사실을 보험설계사에게만 알려주고, 청약서에 기재하지 않은 채 ○○질병보험에 가입하였으며, 가입 후 1년간 당뇨병으로 통원치료를 받아 보험금을 청구
→ 보험회사는 보험계약이 해지됨과 동시에 보험금 지급이 어려움을 안내

법률 지식

[대법원 2007.6.28. 선고 2006 다 59837]

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

5

보험료 납입연체 및 보험계약의 해지

상품약관 해약환급금미지급형 P29

만기환급형 P130

보험료 납입이 연체 중인 경우 보험회사는 납입을 독촉하는 안내를 하며, **납입최고(독촉)기간 * 내에 보험료를 납입하지 않으면 보험계약이 해지**됩니다.

* 납입최고(독촉)기간: 14 일 이상(보험기간 1 년 미만인 경우 7 일 이상)

* 납입연체: 제 2 회 이후 보험료의 납입이 연체되는 경우



6

해지된 보험계약의 부활(효력회복)

상품약관 해약환급금미지급형 P30

만기환급형 P131

보험료 납입연체로 보험계약이 해지되었으나 **해약환급금을 받지 않은 경우** 해지된 날부터 **3 년 이내**에 보험계약의 **부활(효력회복)**을 **청약**할 수 있습니다.

주의

보험회사는 피보험자의 건강상태, 직업 등에 따라 승낙여부를 결정하며 **부활(효력회복)**을 **거절**하거나 **보장의 일부**를 **제한**할 수 있습니다.



보험계약자는 보험계약의 해약환급금 범위 내에서 보험계약대출을 받을 수 있습니다.

[예시]환급금 내역서

해약환급금	공제금액			실수령액
	원금	이자	공제금액 계	
1,000 만원	500 만원	5 만원	505 만원	495 만원

주의

- ① 상환되지 않은 보험계약대출금 및 이자는 해약환급금 또는 보험금에서 차감될 수 있습니다.
- ② 순수보장성보험 등 보험상품종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수 있습니다.
- ③ 보험계약자는 대출신청 전에 보험계약대출이율을 반드시 확인하시기 바랍니다.

보험금은 청구서류 접수일부터 **3 영업일** 이내에 지급하는 것이 원칙입니다.

(단, 보험금 지급사유의 조사 확인이 필요한 경우 10 영업일이 소요될 수 있습니다.)

주의

소액보험금 청구 시 진단서 제출이 면제되는 등 청구서류가 간소화되는 경우가 있으니, 보험금 청구 전에 보험회사에 제출서류를 확인하시기 바랍니다.



목차

제도성 특약 안내.....	2
보험 용어 해설	4
무배당 교보라플 비갱신암보험(해약환급금 미지급형) 약관	10
무배당 씨페이백일반암진단특약(해약환급금 미지급형) 약관.....	83
무배당 교보라플 비갱신암보험(만기환급형) 약관	110
단체취급특약Ⅱ 약관	181
무배당 비흡연자할인특약Ⅲ 약관	184
장애인전용보험전환특약 약관	190
지정대리청구서비스특약 약관	196
특정신체부위·질병보장제한부인수특약 약관	200
약관에서 인용된 법령 내용(가나다 순).....	215

제도성 특약 안내

■ 단체취급특약Ⅱ

주된 보험계약(특약이 부가되어 있는 경우에는 특약 포함)을 체결할 때 보험계약자 또는 피보험자가 이 특약에서 정한 조건을 만족하는 단체에 소속되어 있을 경우 보험료를 할인 받을 수 있는 제도성 특약입니다.

■ 무배당 비흡연자할인특약Ⅲ

피보험자가 아래의 흡연상태와 가입자격을 모두 충족한 경우, 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙에 따라 이 특약을 청약한 날 이후에 해당하는 보험료부터 비흡연체 보험료를 적용하는 제도성 특약입니다.

【흡연상태】

이 특약을 가입할 수 있는 피보험자는 이 특약의 청약일 기준으로 적어도 최근 1년간 어떠한 형태와 종류를 불문하고 담배를 피우거나 씹거나 또는 기타 이와 유사한 형태로 사용(이하 총칭하여 '흡연'이라 합니다.)하지 않은 자로 합니다.

【가입자격】

1. 이 특약의 가입시점에 '표준미달체조건부인수특약'을 부가하지 않고도 주계약 가입이 가능한 경우
다만, '표준미달체조건부인수특약'을 부가하여 주계약을 가입하였으나 건강상태 호전 등으로 이 특약의 가입시점에 '표준미달체조건부인수특약'을 부가하지 않고도 주계약 가입이 가능한 상태가 된 경우는 포함합니다.
2. 이 특약의 피보험자 나이가 주계약 가입시점에 만19세 이상인 경우

■ 장애인전용보험전환특약

이 특약에서 정한 조건을 만족하는 보험계약의 보험료를 『소득세법 제59조의4(특별세액공제)』와 관련하여 장애인전용 보장성보험료로 전환 할 수 있도록 하는 제도성 특약입니다.

※ 특약의 적용범위 및 전환에 관한 자세한 사항은 장애인전용보험전환특약의 약관을 참고하시기 바랍니다.

■ 지정대리청구서비스특약

① 적용 대상

보험계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 보험계약

② 지정대리청구인의 지정

보험계약자는 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 피보험자의 '가족 관계등록부상이나 주민등록상의 배우자'나 '동거하거나 생계를 같이 하고 있는 3촌 이내의 친족' 중

1명을 보험금의 대리청구인으로 지정할 수 있습니다.

③ 보험금 지급 등의 절차

지정대리청구인은 보험금을 청구할 때 필요한 서류 및 보험수익자가 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류를 보험회사에 제출하고, 보험수익자의 대리인으로 보험금(사망 보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다.

■ **특정신체부위·질병보장제한부인수특약**

보험계약을 체결할 때 피보험자의 건강상태 등이 보험회사가 정한 계약 인수 기준에 적합하지 않은 경우, 이 특약의 약관에서 정한 일정 조건을 부가하여 보험계약에서 정한 보장을 받을 수 있도록 하는 제도성 특약입니다.

※ 자세한 사항은 특정신체부위·질병보장제한부인수특약의 약관을 참고하시기 바랍니다.

※ 상기 제도성 특약은 보험계약자의 별도 신청과 보험회사의 승낙으로 이루어지며, 자세한 사항은 해당 약관을 참고하시기 바랍니다.

보험 용어 해설

1. 보험약관

생명보험 계약에 관하여 보험계약자와 보험회사 상호 간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것.

2. 보험증권

보험계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 보험회사가 보험계약자에게 드리는 증서.

3. 보험계약자

보험회사와 보험계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람.

4. 피보험자

보험사고의 대상이 되는 사람.

5. 보험수익자

보험금 지급 사유가 발생하는 때에 보험회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람.

6. 보험료

보험계약에 따른 보장을 받기 위하여 보험계약자가 보험회사에 납입하는 금액.

7. 보험금

피보험자의 사망, 장애, 입원, 만기 등 약관에서 정한 보험금 지급 사유가 발생하였을 때 보험회사가 보험수익자에게 지급하는 금액.

8. 보험기간

보험계약에 따라 보장을 받는 기간.

9. 보장개시일

보험회사가 보장을 개시하는 날로서 보험계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날. 다만, 보험회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날.

10. 보험가입금액

보험금, 보험료 및 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액.

※ 보험가입금액, 보험료 납입기간, 피보험자의 나이 등을 기준으로 보험료를 산출하지 않고 보험계약자가 보험료를 선택하는 보험에서는 보험료 수준에 따라 보험금, 계약자적립액 등이 결정됨.

11. 계약자적립액

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정한 방법에 따라 계산한 금액

12. 해약환급금

보험계약이 해지되는 때에 보험회사가 보험계약자에게 돌려주는 금액.

교보라플

비갱신암보험

(해약환급금 미지급형)

주계약 약관

목차

제1관 목적 및 용어의 정의	10
제1조 (목적)	10
제2조 (용어의 정의)	10
제3조 (「암」 등의 정의 및 진단 확정)	13
제4조 (「경계성종양」의 정의 및 진단 확정)	15
제5조 (「제자리암」의 정의 및 진단 확정)	15
제2관 보험금의 지급	16
제6조 (보험금의 지급 사유)	16
제7조 (보험금 지급 등에 관한 세부 규정)	16
제8조 (보험금 지급 등을 하지 않는 사유)	18
제9조 (보험금 지급 사유 등의 발생 통지)	19
제10조 (보험금 등의 청구)	19
제11조 (보험금 지급 등의 절차)	19
제12조 (주소 변경 통지)	20
제13조 (보험수익자의 지정)	21
제14조 (대표자의 지정)	21
제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등	21
제15조 (계약 전 알릴 의무)	21
제16조 (계약 전 알릴 의무 위반의 효과)	21
제17조 (사기에 의한 계약)	23
제4관 보험계약의 성립과 유지	23
제18조 (보험계약의 성립)	23
제19조 (청약의 철회)	24
제20조 (약관 교부 및 설명 의무 등)	24
제21조 (계약의 무효)	26
제22조 (계약 내용의 변경 등)	26
제23조 (보험나이 등)	27

제24조 (계약의 소멸)	27
제5관 보험료의 납입	28
제25조 (제1회 보험료 및 회사의 보장개시)	28
제26조 (제2회 이후 보험료의 납입)	29
제27조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)	29
제28조 (보험료의 납입 연체로 해지된 계약의 부활(효력 회복)).....	30
제29조 (강제집행 등으로 해지된 계약의 특별 부활(효력 회복)).....	31
제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등	32
제30조 (계약자의 임의 해지).....	32
제31조 (위법계약의 해지).....	32
제32조 (중대 사유로 인한 해지).....	32
제33조 (회사의 파산선고와 해지).....	33
제34조 (해약환급금).....	33
제35조 (보험계약대출).....	33
제36조 (배당금의 지급).....	34
제7관 분쟁의 조정 등	34
제37조 (분쟁의 조정).....	34
제38조 (관할법원).....	34
제39조 (소멸시효).....	34
제40조 (약관의 해석).....	35
제41조 (설명서 교부 및 보험 안내 자료 등의 효력)	35
제42조 (회사의 손해배상책임).....	36
제43조 (개인정보보호).....	36
제44조 (준거법).....	36
제45조 (예금보험에 의한 지급 보장).....	36
보험금 지급기준표.....	38
재해 분류표	40
장해 분류표	42
대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표 (유방암, 전립선암, 기타피부암, 중증 이외 갑상선암 및 대장점막내암 제외)	69

고액치료비 관련암 분류표	71
유방의 악성 신생물(암) 분류표.....	73
전립선의 악성 신생물(암) 분류표	74
기타 피부의 악성 신생물(암) 분류표.....	75
갑상선의 악성 신생물(암) 분류표	76
행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표	77
제자리의 신생물 분류표 (대장점막내암 제외).....	78
보험금 등을 지급할 때의 적립 이율 계산 (제11조 제2항 및 제34조 제2항 관련).....	79

무배당 교보라플 비갱신암보험(해약환급금 미지급형) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 보험계약(이하 '계약'이라 합니다.)은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다.)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다.) 사이에 제6조(보험금의 지급 사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

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

1. 계약관계 관련 용어

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

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

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

라. 진단계약 : 계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.

마. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

2. 지급 사유 관련 용어

가. 재해 : [별표2] 재해 분류표(이하 '재해 분류표'라 합니다.)에서 정한 재해를 말합니다.

나. 장애 : [별표3] 장애 분류표(이하 '장애 분류표'라 합니다.)에서 정한 기준에 따른 장애 상태를 말합니다.

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

【보험가입금액 한도 제한】

피보험자가 가입 할 수 있는 최대한도의 보험가입금액을 제한하는 방법

【일부 보장 제외(부담보)】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법으로 특정 질병 또는 특정 신체 부위를 보장에서 제외시키는 방법

【보험금 삭감】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법으로 보험가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 감소하는 위험에 적용하며, 보험가입 후 일정기간 내에 보험사고가

발생할 경우 미리 정해진 비율로 보험금을 감액하여 지급하는 방법

【보험료 할증】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법으로 보험가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 증가하는 위험 또는 기간의 경과에 상관없이 일정한 상태를 유지하는 위험에 적용하며, 위험 정도에 따라 주계약 보험료 이외에 특별보험료를 부가하는 방법

3. 이자율 관련 용어

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

【연 단위 복리 예시】

원금 100원, 연간 10% 이자율 적용 시 연 단위 복리로 계산한 2년 시점의 총 이자금액

- 1년차 이자 = 100원(원금) X 10% = 10원

- 2년차 이자 = [100원(1년차 원금) + 10원(1년차 이자)] X 10% = 11원

⇒ 2년 시점의 총 이자금액 = 10원(1년차 이자) + 11원(2년차 이자) = 21원

나. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다. 평균공시이율은 회사의 인터넷 홈페이지(www.lifeplanet.co.kr)의 '상품공시실'에서 확인할 수 있습니다.

4. 보험료 및 지급금 관련 용어

가. 보험료 및 해약환급금 산출방법서 : 이 계약의 보험료, 계약자적립액, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재한 기초서류를 말합니다.

나. 이미 납입한 보험료 : 계약자가 회사에 납입한 보험료를 말하며, 제22조(계약 내용의 변경 등)에 따라 보험료가 변경되었을 경우에는 최종 변경된 보험료를 기준으로 적용합니다. 다만, 만기환급금 계산 시 적용하는 '이미 납입한 보험료'에 한하여 제7조(보험금 지급 등에 관한 세부 규정) 제1항에 따라 보험료 납입을 면제 받은 경우에는 그 이후부터 보험료 납입기간 동안 정상적으로 보험료가 납입된 것으로 봅니다.

다. 계약자적립액 : 장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 이 계약의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

라. 해약환급금 : 계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

5. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일 : 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, 『관공서의 공휴일에 관한 규정 제2조(공휴일) 및 제3조(대체공휴일)』에 따른 공휴일 및 대체공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

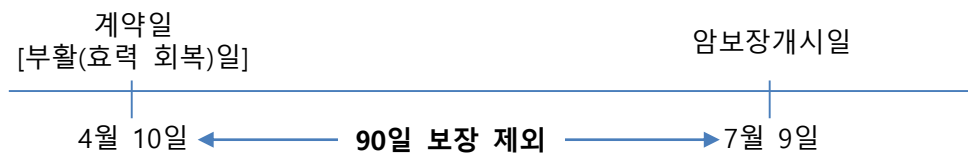
다. 보장개시일 : 회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나,

회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

라. 암보장개시일 : 제3조(「암」 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 「일반암」, 제3조(「암」 등의 정의 및 진단 확정) 제3항에서 정한 「유방암」 및 제3조(「암」 등의 정의 및 진단 확정) 제4항에서 정한 「전립선암」에 대한 보장이 개시되는 날로, 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날을 말합니다. 다만, 부활(효력 회복)계약의 경우에는 부활(효력 회복)일부터 부활(효력 회복)일을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날을 말합니다.

【보장개시일 및 암보장개시일 예시】

- 「일반암」, 「유방암」 및 「전립선암」의 경우



- 「기타피부암」, 「중증 이외 갑상선암」, 「대장점막내암」, 「경계성종양」 및 「제자리암」의 경우

계약일[부활(효력 회복)일] : 4월 10일, 보장개시일 : 4월 10일

마. 연계약해당일 : 계약일부터 1년씩 경과되는 매년의 계약해당일을 말합니다. 다만, 해당 년의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 말일을 연계약해당일로 합니다.

【연계약해당일 예시】

계약일 : 2월 29일

- 연계약해당일 : 매년 2월 29일이 연계약해당일이나, 특정 연도의 2월 마지막 날이 28일인 경우 그 특정 연도의 연계약해당일은 2월 28일로 합니다.

6. 해약환급금 미지급형 상품에 관한 사항

가. 적용해지율 : 계약자가 계약을 해지할 확률을 예측한 것을 말합니다. 적용해지율(이하 '해지율'이라 합니다)은 해약환급금 미지급형 상품에 한하여 적용되며, 일반적으로 해지율이 높으면 보험료는 내려가고, 해지율이 낮으면 보험료는 올라갑니다.

나. 해약환급금 미지급형 상품 : 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입완료 이후 계약이 해지될 경우에는 해약환급금 지급형 상품 해약환급금의 50%를 지급하는 상품을 말합니다.

다. 해약환급금 지급형 상품 : 해지율을 적용하지 않으며, 해약환급금 미지급형 상품과 동일한 보장 내용의 비교 안내만을 위한 상품을 말합니다.

라. 해약환급금 미지급형 상품은 해약환급금 지급형 상품 대비 해약환급금이 적거나 없는 대신 해약환급금 지급형 상품보다 낮은 보험료로 가입할 수 있습니다.

마. '나'목에서 보험료 납입기간이란, 계약일부터 계약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)

이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 보험료의 납입이 연체된 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료 납입기간으로 봅니다.

7. 기타 주요 용어

가. 의사 : 『의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)』에서 규정한 의사, 치과의사, 한의사(이하 '의사'라 합니다.)를 말합니다.

나. 전문의 : 『의료법 제77조(전문) 제1항』에 따라 의사로서 일정 수련을 거쳐 보건복지부장관에게 자격 인정을 받은 의사(이하 '전문'이라 합니다.)를 말합니다.

다. 의료기관 : 『의료법 제3조(의료기관)』의 규정에서 정한 국내의 병원이나 의원, 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 '의료기관'이라 합니다.)을 말합니다.

제3조 (「암」 등의 정의 및 진단 확정)

① 이 계약에서 「암(유방암, 전립선암, 기타피부암, 중증 이외 갑상선암 및 대장점막내암 제외)」이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [별표4] '대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(유방암, 전립선암, 기타피부암, 중증 이외 갑상선암 및 대장점막내암 제외)'에서 정한 질병을 말하며, 다음 각 호에서 정한 질병 및 상태는 제외합니다. (이하 「일반암」이라 합니다.)

1. 제3항에서 정한 「유방암」
2. 제4항에서 정한 「전립선암」
3. 제5항에서 정한 「기타피부암」
4. 제6항 제2호에서 정한 「중증 이외 갑상선암」
5. 제7항에서 정한 「대장점막내암」
6. 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)

【한국표준질병·사인분류】

한국표준질병·사인분류는 의무기록자료, 사망원인통계조사 등 질병이환 및 사망자료를 그 성질의 유사성에 따라 체계적으로 유형화한 것이며, 모든 형태의 보건 및 인구동태 기록에 기재되어 있는 질병 및 기타 보건문제를 분류하는데 이용하기 위하여 설정한 것입니다.

【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]로 분류되고, 일차성 악성 신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

- C73[갑상선의 악성 신생물(암)]이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 분류되는 경우

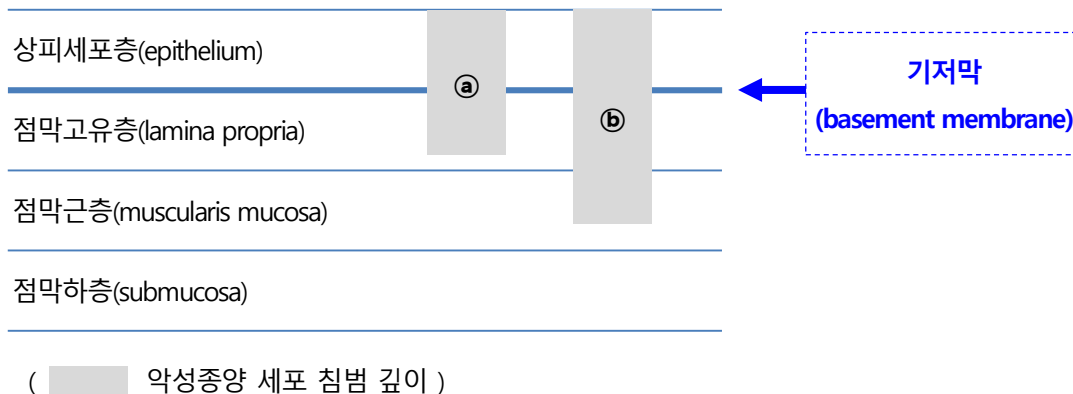
물(암)로 진단된 경우에도 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병으로 봅니다.

- C50[유방의 악성 신생물(암)]이 폐로 전이되어 C78.0[폐의 이차성 악성 신생물(암)]로 진단된 경우에도 C50[유방의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병으로 봅니다.

- C16[위의 악성 신생물(암)]이 뇌로 전이되어 C79.3[뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물(암)]로 진단된 경우에도 C16[위의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병으로 봅니다.

- ② 이 계약에서 「고액암」이라 함은 제1항에서 정한 「일반암」으로 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [별표5] '고액치료비 관련암 분류표'에서 정한 질병(이하 「고액암」이라 합니다.)을 말합니다.
- ③ 이 계약에서 「유방암」이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [별표6] '유방의 악성 신생물(암) 분류표'에서 정한 질병(이하 「유방암」이라 합니다.)을 말합니다.
- ④ 이 계약에서 「전립선암」이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [별표7] '전립선의 악성 신생물(암) 분류표'에서 정한 질병(이하 「전립선암」이라 합니다.)을 말합니다.
- ⑤ 이 계약에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [별표8] '기타 피부의 악성 신생물(암) 분류표'에서 정한 질병(이하 「기타피부암」이라 합니다.)을 말합니다.
- ⑥ 이 계약에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [별표9] '갑상선의 악성 신생물(암) 분류표'에서 정한 질병(이하 「갑상선암」이라 합니다.)을 말하며, 다음 각 호에 따라 「중증 갑상선암」과 「중증 이외 갑상선암」으로 구분합니다.
1. 「중증 갑상선암」이라 함은 「갑상선암」 중 수질성암(Medullary carcinoma) 또는 역형성암(미분화암, Anaplastic carcinoma)에 해당하는 질병(이하 「중증 갑상선암」이라 합니다.)을 말합니다.
 2. 「중증 이외 갑상선암」이라 함은 「갑상선암」 중 제1호의 「중증 갑상선암」을 제외한 질병(이하 「중증 이외 갑상선암」이라 합니다.)을 말합니다.
- ⑦ 이 계약에서 「대장점막내암」이라 함은 대장(맹장, 충수, 결장, 직장)을 말하며, 이하 '대장'이라 합니다.)의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병(이하 「대장점막내암」이라 합니다.)을 말합니다.

【대장점막내암】



- ㉠ 악성종양 세포가 점막고유층(lamina propria)을 침범한 경우
- ㉡ 악성종양 세포가 점막근층(muscularis mucosa)을 침범한 경우

- ⑧ 제3항에서 제7항에도 불구하고 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 보장에서 제외합니다.
- ⑨ 「일반암», 「유방암», 「전립선암», 「기타피부암», 「갑상선암」 및 「대장점막내암」의 진단 확정은 '의료기관'에서 병리와 또는 진단검사의학과 '전문의'에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘 흡인(세포)검사(fine needle aspiration biopsy(cytology)) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「일반암», 「유방암», 「전립선암», 「기타피부암», 「갑상선암」 및 「대장점막내암」의 진단 확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑩ 제9항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「일반암», 「유방암», 「전립선암», 「기타피부암», 「갑상선암」 또는 「대장점막내암」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제9항에 따른 진단이 가능하지 않을 때의 예시】

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유 없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제4조 (「경계성종양」의 정의 및 진단 확정)

- ① 이 계약에서 「경계성종양」이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [별표10] '행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표'에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 「경계성종양」의 진단 확정은 '의료기관'에서 병리와 또는 진단검사의학과 '전문의'에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘 흡인(세포)검사(fine needle aspiration biopsy(cytology)) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「경계성종양」의 진단 확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제5조 (「제자리암」의 정의 및 진단 확정)

- ① 이 계약에서 「제자리암」이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [별표11] '제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외)'에서 정한 질병(이하 「제자리암」이라 합니다.)을 말합니다. 다만, 제3조(「암」 등의 정의 및 진단 확정) 제7항에서 정한 「대장점막내암」은 제외합니다.
- ② 「제자리암」의 진단 확정은 '의료기관'에서 병리와 또는 진단검사의학과 '전문의'에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘 흡인(세포)검사(fine needle aspiration biopsy(cytology)) 또는

혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「제자리암」의 진단 확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

- ③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「제자리암」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2관 보험금의 지급

제6조 (보험금의 지급 사유)

회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금〔별표1] '보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다.

1. 피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「일반암」으로 진단 확정되었을 경우
: 일반암 진단보험금 (다만, 최초 1회의 진단 확정에 한함)
2. 피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「고액암」으로 진단 확정되었을 경우
: 고액암 진단보험금 (다만, 최초 1회의 진단 확정에 한함)
3. 피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「유방암」 또는 「전립선암」으로 진단 확정되었을 경우
: 유방암 및 전립선암 진단보험금 (다만, 「유방암」 또는 「전립선암」 중 최초 1회의 진단 확정에 한함)
4. 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 「기타피부암」, 「중증 이외 갑상선암」, 「대장점막내암」, 「경계성종양」 또는 「제자리암」으로 진단 확정되었을 경우
: 소액암 및 유사암 진단보험금 (다만, 각각 최초 1회의 진단 확정에 한함)

제7조 (보험금 지급 등에 관한 세부 규정)

▶ 보험료 납입면제에 관한 내용입니다.

- ① 보험료 납입기간 중 피보험자가 장애 분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체 부위의 장애 지급률을 더하여 50% 이상의 장애 상태가 되거나 암보장개시일 이후에 「일반암」으로 진단 확정된 경우에는 다음 회부터 보험료 납입을 면제합니다.

▶ 보험금 지급 등에 관한 내용입니다.

- ② 제6조(보험금의 지급 사유) 제2호의 '고액암 진단보험금' 지급 사유가 발생한 경우에는 제6조(보험금의 지급 사유) 제1호의 '일반암 진단보험금'을 더하여 지급합니다. 다만, '고액암 진단보험금', '일반암 진단보험금'은 각각 최초 1회에 한하여 지급되므로 보험기간 중 이미 '일반암 진단보험금'을 지급한 이후 '고액암 진단보험금' 지급 사유가 발생한 경우에는 '일반암 진단보험금'을 다시 지급하지 않습니다.

【'일반암 진단보험금' 지급 예시】

구분	「일반암」 (「고액암」 제외)	「고액암」
일반암 진단보험금	지급	지급
고액암 진단보험금	해당 없음	지급

Case 1 : 「일반암」(「고액암」 제외)으로 최초 진단 확정된 경우

⇒ '일반암 진단보험금' 지급

Case 2 : 「고액암」으로 최초 진단 확정되었을 경우

⇒ '일반암 진단보험금'과 '고액암 진단보험금'을 더하여 지급

Case 3 : Case 1이 발생한 이후에 「고액암」으로 진단 확정되었을 경우

⇒ 「일반암」(「고액암」 제외)으로 최초 진단 확정시 '일반암 진단보험금' 지급받고, 그 후 「고액암」 진단 확정시 '고액암 진단보험금' 지급

Case 4 : Case 2가 발생한 이후에 「일반암」(「고액암」 제외)으로 진단 확정되었을 경우

⇒ 「고액암」으로 최초 진단 확정시 '일반암 진단보험금'과 '고액암 진단보험금'을 더하여 지급 받고, 그 후 「일반암」(「고액암」 제외) 진단 확정시 추가 지급 없음

- ③ 피보험자가 보험기간 중 사망(제24조(계약의 소멸) 제1항 제1호)한 경우에는 이 계약의 '보험료 및 해약 환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 지급합니다. 다만, 「일반암」으로 진단 확정되고 사망한 경우에는 사망 당시의 암 발생 기준 계약자적립액을 지급합니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 「일반암」, 「유방암」, 「전립선암」, 「기타피부암」, 「중증 이외 갑상선암」, 「대장점막 내암」, 「경계성종양」 또는 「제자리암」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 사망일을 진단 확정일로 하여 제6조(보험금의 지급 사유) 제1호에서 제4호의 해당 진단보험금을 지급합니다. 다만, 암보장개시일 전일 이전에 「일반암」, 「유방암」 또는 「전립선암」으로 사망(진단 확정)한 경우에는 제외합니다.
- ⑤ 제4항에 따라 해당 진단보험금이 지급되어 제24조(계약의 소멸) 제1항 제1호 및 제2호가 동시에 충족된 경우, 제3항에도 불구하고 계약자적립액을 지급하지 않습니다.
- ⑥ 가입 후 1년 미만에 제6조(보험금의 지급 사유) 제1호에서 제4호의 보험금 지급 사유가 발생한 경우에는 가입 후 1년 이후에 지급되는 해당 진단보험금의 50%만 지급합니다.
- ⑦ '가입 후 1년 미만'이라 함은 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 되는 시점의 연계약해당일의 전일까지를 말하며, '가입 후 1년 이후'라 함은 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 되는 시점의 연계약해당일 이후를 말합니다.

▶ 장해 지급률에 관한 내용입니다.

- ⑧ 제1항에서 장해 지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는

재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해 지급률로 결정합니다. 다만, 장해 분류표에 장해 판정 시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

- ⑨ 제8항 또는 제12항에 따라 장해 지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는, 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내로 합니다.) 중에 장해 상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해 상태를 기준으로 장해 지급률을 결정합니다.
- ⑩ 제1항 및 제13항에서 '동일한 재해'라 함은 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.
- ⑪ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰 방법에 따라서 장해 분류표상 두 가지 이상의 신체 부위에서 장해로 평가되는 경우 또는 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해 지급률만을 적용합니다. 다만, 하나의 장해로 둘 이상의 파생 장해가 발생하는 경우에는 각 파생 장해의 지급률을 합산한 지급률과 최초 장해의 지급률을 비교하여 그 중 높은 지급률을 적용합니다.
- ⑫ 제1항의 경우 장해 상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 '한시장해'라 합니다.)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해 지급률의 20%를 한시장해의 장해 지급률로 정합니다.
- ⑬ 제1항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해 지급률을 더하여 최종 장해 지급률을 결정합니다. 다만, 장해 분류표의 각 신체 부위별 판정 기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑭ 제13항에도 불구하고 동일한 신체 부위에 장해 분류표상 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해 지급률을 적용합니다. 다만, 장해 분류표의 각 신체 부위별 판정 기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑮ 장해 분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해 분류표의 구분에 준하여 장해 지급률을 결정합니다.

▶ **보험료 납입면제 또는 보험금 지급의 합의에 관한 내용입니다.**

- ⑯ 계약자 또는 보험수익자와 회사가 피보험자의 제1항 보험료 납입면제 또는 제6조(보험금의 지급 사유) 제1호에서 제4호의 보험금 지급 사유에 대해 합의하지 못할 때는 계약자 또는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 『의료법 제3조(의료기관)』에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 또는 보험금 지급 사유 판정에 드는 의료 비용은 회사가 전액 부담합니다.

제8조 (보험금 지급 등을 하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급 사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사 결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험

금 지급 사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 특히 그 결과 사망에 이르게 된 경우에는 이 계약의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 지급합니다.

【심신상실】

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애 때문에 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제9조 (보험금 지급 사유 등의 발생 통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제6조(보험금의 지급 사유)에서 정한 보험금 지급 사유 또는 제7조(보험금 지급 등에 관한 세부 규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제10조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고 증명서(사망 진단서, 장애 진단서, 진단서(병명기입) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안정성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 또는 계약자 의사표시의 확인방법을 포함하며, 이하 '신분증'이라 합니다.)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령 또는 계약자가 계약자적립액 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고 증명서는 '의료기관'에서 발급한 것이어야 합니다.

제11조 (보험금 지급 등의 절차)

① 회사는 제10조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 및 보험료 납입면제의 경우 지급 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10 영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 [별표12] '보험금 등을 지급

할 때의 적립 이율 계산과 같이 계산합니다.

- ③ 회사가 보험금 지급 사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급 기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급 예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급 예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제10조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30 영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송 제기
2. 제37조(분쟁의 조정)에 따른 분쟁 조정 신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제5항에 따른 회사의 조사 요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급 사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제7조(보험금 지급 등에 관한 세부 규정) 제16항에 따라 보험료 납입면제 또는 보험금 지급 사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

【보험금 가지급 제도】

회사가 지급 기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 판단되는 경우 보험수익자에게 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도를 말합니다.

- ④ 제3항에 따른 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제16조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)와 제1항 및 제3항의 보험금 지급 사유 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실 확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급 지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

【정당한 사유】

불확정 개념으로 의무의 이행을 당사자에게 기대하는 것이 무리라고 할 만한 사정이 있을 때(책임을 물을 만한 기대가능성이 없을 때)를 말합니다.

※ “불확정 개념” : 법률요건에 해석이 필요할 정도로 명확하지 않게 서술된 것

[출처 : 국립국어원 표준국어대사전]

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

제12조 (주소 변경 통지)

- ① 계약자(보험수익자가 계약자와 다른 경우 보험수익자를 포함합니다.)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체 없이 그 변경 내용을 회사에 알려야 합니다.

- ② 제1항에서 정한 대로 계약자 또는 보험수익자가 변경 내용을 알리지 않은 경우, 회사에서 계약자 또는 보험수익자가 알린 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 시일이 지난 때에 계약자 또는 보험수익자에게 도달된 것으로 봅니다.

제13조 (보험수익자의 지정)

이 계약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 제6조(보험금의 지급 사유) 제1호에서 제4호의 경우는 피보험자로 합니다.

제14조 (대표자의 지정)

- ① 계약자 또는 보험수익자가 2명 이상인 경우에는 각 대표자를 1명 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.
- ② 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 않은 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 보험수익자 1명에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에게도 효력이 미칩니다.
- ③ 계약자가 2명 이상인 경우에는 계약 전 알릴 의무, 보험료 납입의무 등 계약자의 책임을 연대(連帶)로 합니다.

【연대(連帶)】

어떠한 행위의 이행에 있어서, 두 사람 이상이 공동으로 책임지는 것을 말합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제15조 (계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단 할 때를 말합니다.) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 '계약 전 알릴 의무'라 하며, 상법상 '고지의무'와 같습니다.) 합니다. 다만, 진단계약에서 『의료법 제3조(의료기관)』의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강 상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

【계약 전 알릴 의무】

『상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)』에서 정하고 있는 의무를 말합니다.

제16조 (계약 전 알릴 의무 위반의 효과)

- ① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제15조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거

나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

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

【사례】

계약을 청약하면서 보험을 모집한 자에게 고혈압이 있다고만 이야기 하였을 뿐, 청약서의 계약 전 알릴 사항에 아무런 기재도 하지 않았을 경우에는 보험을 모집한 자에게 고혈압 병력을 이야기 하였다 고 하더라도 회사는 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.

- ② 회사는 제1항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴 의무 위반 사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반 사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 계약의 처리 결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다.”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다.
- ③ 제2항에 따라 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 『전자서명법 제2조(정의) 제2호』에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.
- ④ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제34조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
- ⑤ 제15조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급 사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 회사는 다른 보험 가입 내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급

을 거절하지 않습니다.

제17조 (사기에 의한 계약)

- ① 계약자 또는 피보험자가 대리 진단, 약물 사용을 수단으로 진단 절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 사람면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기 의사에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 보장개시일부터 5년 이내(사기 사실을 안 날부터는 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.
- ② 제1항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말합니다.)를 돌려드립니다. 다만, 회사가 사기임을 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출 이율(이하 '보험계약대출 이율'이라 합니다.)을 연 단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제18조 (보험계약의 성립)

- ① 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.
- ② 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
- ③ 회사는 계약의 청약을 받고 제1회 보험료를 받은 경우, 다음 각 호에서 정한 날부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것을 봅니다.
 1. 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일
 2. 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)
- ④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절 통지와 함께 받은 금액을 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 '평균공시이율 + 1%'를 연 단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며, 이자를 더하여 지급하지 않습니다.
- ⑤ 회사가 제2항에 따라 일부 보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑥ 제5항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.
 1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우

2. 보장이 제외되는 질병 또는 그 질병의 증상이 악화되지 않고 유지된 경우
- ⑦ 제5항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑧ 제28조(보험료의 납입 연체로 해지된 계약의 부활(효력 회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

【부활(효력 회복)】

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

제19조 (청약의 철회)

- ① 계약자는 청약을 한 날부터 30일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

【전문금융소비자】

『금융소비자 보호에 관한 법률 제2조(정의) 제9호』에서 정한 보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약에 따른 위험감수능력이 있는 자(국가, 지방자치단체, 한국은행, 금융회사, 주권상장법인 등 포함)를 말합니다.

【일반금융소비자】

전문금융소비자가 아닌 계약자를 말합니다.

- ② 청약철회는 계약자가 전화로 신청하거나, 철회의사를 표시하기 위한 서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시(이하 '서면 등'이라 합니다)를 발송한 때 효력이 발생합니다. 계약자는 서면 등을 발송한 때에 그 발송 사실을 회사에 지체 없이 알려야 합니다.
- ③ 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 납입한 보험료를 돌려 드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 보험계약대출 이율을 연 단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 해당 신용카드회사로 하여금 대금청구를 하지 않도록 해야 하며, 이 경우 회사는 보험료를 반환한 것으로 봅니다.
- ④ 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급 사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급 사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약 철회의 효력은 발생하지 않습니다.

제20조 (약관 교부 및 설명 의무 등)

- ① 회사는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 청약 후에 다음 각 호의 방법 중 계약자가 원하는 방법을 확인하여 지체 없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 제공하여

드립니다. 만약, 회사가 전자우편 및 전자적 의사표시로 제공한 경우 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다.

1. 서면교부
2. 우편 또는 전자문서
3. 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시

【약관의 중요한 내용】

『보험업법 시행령 제42조의2(설명의무의 중요사항 등)』 및 『보험업감독규정 제4-35조의2(보험계약 중요사항의 설명의무)』에 정한 다음의 내용을 말합니다.

1. 청약의 철회에 관한 사항
2. 지급한도, 면책사항, 감액지급 사항 등 보험금 지급제한 조건
3. 계약 전 알릴 의무(고지의무) 위반의 효과
4. 계약의 취소 및 무효에 관한 사항
5. 해약환급금에 관한 사항
6. 분쟁조정절차에 관한 사항
7. 그 밖에 약관에 기재된 보험계약의 중요사항

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

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

【통신판매 계약】

전화우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

- ③ 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 때, 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필 서명[날인(도장을 찍음) 및 『전자서명법 제2조(정의) 제2호』에 따른 전자서명을 포함합니다.]을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우, 다음 각 호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필 서명을 생략할 수 있으며, 제2항의 규정에 따른 녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.
1. 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우.
 2. 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우.

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 인하여 『민법』의 규정에 의한 상속순서에 따라 상속받는 자를 말합니다.

- ⑤ 제3항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말합니다.)를 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출 이율을 연 단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제21조 (계약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 계약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말합니다.)를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙하기 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출 이율을 연 단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이상의 착오를 발견하였을 때 이미 계약 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.
2. 피보험자가 계약일 또는 부활(효력 회복)일부터 암보장개시일의 전일 이전에 제3조(「암」 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 「일반암」, 제3조(「암」 등의 정의 및 진단 확정) 제3항에서 정한 「유방암」 또는 제3조(「암」 등의 정의 및 진단 확정) 제4항에서 정한 「전립선암」으로 진단 확정되는 경우

제22조 (계약 내용의 변경 등)

- ① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
1. 보험료의 납입 방법
 2. 보험가입금액
 3. 계약자
 4. 기타 계약의 내용
- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며, 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.

【추가 설명】

계약자가 변경된 보험수익자를 회사에 알리지 않아 회사가 이를 모르고 변경 전의 보험수익자에게 보험금을 지급하는 등 보험금 지급에 관한 항변이 있는 경우, 회사는 변경된 보험수익자에 대한 보험금 지급을 거절할 수 있습니다.

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

것으로 보며, 이 때문에 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제34조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없을 수 있으며, 보험가입금액 감액 이후의 해약환급금은 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

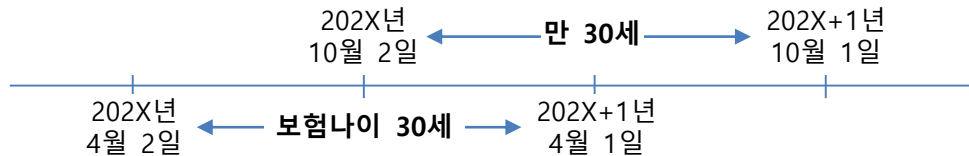
- ④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우 계약자와 피보험자가 동일하지 않을 때에는 보험금의 지급 사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면(『전자서명법 제2조(정의) 제2호』에 따른 전자서명이 있는 경우로서 『상법 시행령 제44조의2(타인의 생명보험)』에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함합니다.)으로 동의하여야 합니다.
- ⑤ 회사는 제1항 제3호에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

제23조 (보험나이 등)

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

【보험나이 계산 예시】

생년월일 : 199X년 10월 2일



보험나이 : 202X년 4월 2일 ~ 202X+1년 4월 1일 사이에 계약을 체결할 경우 보험나이는 30세

- ③ 청약서 등에 기재된 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 사항이 신분증에 적힌 사실과 다른 경우에는 신분증의 나이 또는 성별로 정정하고, 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다. 이 때, 회사는 환급하여야 할 금액이 있을 경우 이를 계약자에게 지급하고, 계약자는 부족한 금액이 있을 경우 이를 회사에 납입하여야 합니다.

제24조 (계약의 소멸)

- ① 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.
 1. 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우
이때 회사는 이 계약의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다
 2. 보험기간 중 이 계약의 보험금 지급 사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우
- ② 제1항 제1호의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

【실종선고】

부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

- ③ 『호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률(약칭 '연명의료결정법)』에 따른 연명의료를 받던 피보험자가 '연명의료중단등결정 및 이행'으로 사망하는 경우, '연명의료중단등결정 및 이행'은 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

【연명의료중단등결정 및 이행】

『연명의료결정법 제2조(정의) 제5호 및 제19조(연명의료중단등결정에 이행 등)』에 따라 임종과정에 있는 환자에 대한 연명의료를 시행하지 아니하거나 중단하기로 하는 결정을 하고, 이를 이행하는 것을 말합니다.

【추가 설명】

교통사고를 원인으로 연명의료를 받던 피보험자가 '연명의료중단등결정 및 이행'으로 사망하는 경우, 피보험자는 교통사고를 원인으로 사망한 것으로 봅니다.

- ④ 제1항 제1호의 계약자적립액 지급 사유가 발생한 경우, 계약자는 제10조(보험금 등의 청구) 제1항에 따라 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급 절차는 제11조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따르며, 지급 기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출 이율을 연 단위 복리로 계산합니다.

제5관 보험료의 납입

제25조 (제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

- ① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체 신청 또는 신용카드 매출 승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임 있는 사유로 자동이체 또는 매출 승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.
- ② 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급 사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
- ③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.

1. 제15조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급 사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
2. 제16조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우

【준용】

어떤 사항, 사건 등에 관한 법령 또는 규정을 그와 유사하지만 본질에서 차이가 있는 사건, 사항에 대하여 적용하는 것을 말합니다.

3. 진단계약에서 보험금 지급 사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우
다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 재해로 보험금 지급 사유가 발생하는 경우에는 보장을 해드립니다.
- ④ 청약서에 피보험자의 직업 또는 직종별로 보험가입금액의 한도액이 명시되어 있음에도 그 한도액을 초과하여 청약을 하고, 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급 사유가 발생한 경우에는 그 초과 청약액에 대하여는 보장을 하지 않습니다. 이 경우 회사는 초과 청약액에 대한 보험료를 돌려드립니다.
- ⑤ 제1항 및 제2항에도 불구하고 제3조(「암」 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 「일반암」, 제3조(「암」 등의 정의 및 진단 확정) 제3항에서 정한 「유방암」 및 제3조(「암」 등의 정의 및 진단 확정) 제4항에서 정한 「전립선암」에 대한 보장개시일은 계약일[부활(효력 회복)일]부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 하며, 그 날부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

제26조 (제2회 이후 보험료의 납입)

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

【납입기일】

계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제27조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

- ① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에, 회사는 14일 이상의 기간을 납입최고(독촉) 기간(납입최고(독촉) 기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉) 기간은 그 다음 날까지로 합니다.)으로 정합니다.

【납입최고(독촉)】

약정된 기일까지 보험료가 납입되지 않을 경우, 회사가 계약자에게 납입을 재촉하는 일을 말합니다.

- ② 제1항의 경우 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(녹음) 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급 사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.
1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다.)에게 납입최고(독촉) 기간 내에

연체된 보험료를 납입하여야 한다는 내용

2. 납입최고(독촉) 기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉) 기간이 끝나는 날의 다음 날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험 계약대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다.)
- ③ 회사가 제1항 및 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 『전자서명법 제2조(정의) 제2호』에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신 확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제1항 및 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(녹음)로 다시 알려 드립니다.
- ④ 회사가 제1항 및 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전화(음성녹음)로 안내하고자 할 때 다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 경우에 『보험업 감독규정 제4-36조 제3항』에 따른 전자적 상품설명장치를 활용할 수 있습니다.
 1. 계약자에게 전자적 상품설명장치를 활용하여 제1항 및 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것
 2. 전자적 상품설명장치를 활용하여 안내한 납입최고(독촉) 등을 계약자가 모두 수신하고 이해하였음을 확인할 것
 3. 계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명장치의 활용을 중단할 것을 요구하는 경우, 회사는 전화(음성녹음) 방법으로 전환하여 제1항 및 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 실시할 것
 4. 전자적 상품설명장치에 안내의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖출 것
 5. 제3호 및 제4호의 내용에 관한 사항을 계약자에게 안내할 것
- ⑤ 제1항 및 제2항에 따라 계약이 해지된 경우에는 해약환급금이 없습니다.

제28조 (보험료의 납입 연체로 해지된 계약의 부활(효력 회복))

- ① 제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다.), 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력 회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력 회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력 회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 '평균공시이율 + 1%' 범위 내에서 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다.

【보험료의 납입 연체로 해지된 계약의 부활(효력 회복) 청약 절차】

회사가 정한 계약의 부활(효력 회복) 청약 절차는 회사 인터넷 홈페이지(www.lifeplanet.co.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

- ② 제1항에 따라 해지된 계약을 부활(효력 회복)하는 경우에는 제15조(계약 전 알릴 의무), 제16조(계약 전

알릴 의무 위반의 효과), 제17조(사기에 의한 계약), 제18조(보험계약의 성립) 제2항에서 제4항 및 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다. 다만, 부활(효력 회복)의 경우 제1회 보험료는 부활(효력 회복)할 때의 보험료를 의미합니다.

- ③ 제1항 및 제2항에 따라 해지된 계약을 부활(효력 회복)하는 경우에는 해지 이전에 발생한 보험금 지급 사유를 이유로 부활(효력 회복)을 거절하지 않습니다.
- ④ 제1항 및 제2항에 따라 해지된 계약의 부활(효력 회복)이 이루어진 경우에도 계약자 또는 피보험자가 이 계약을 최초 청약(2회 이상 부활(효력 회복)이 이뤄진 경우에는 종전 모든 부활(효력 회복) 청약 포함)할 때 제15조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제16조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제29조 (강제집행 등으로 해지된 계약의 특별 부활(효력 회복))

- ① 회사는 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권 실행, 국세 및 지방세 체납처분 절차에 따라 계약이 해지된 경우, 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제22조(계약 내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별 부활(효력 회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.

【강제 집행】

국가의 공권력을 행사하여 사법상의 청구권을 강제적으로 실현시키기 위한 절차를 말합니다.

【담보권 실행】

채무자가 채무를 갚지 않을 경우, 채권자가 채무이행을 확보할 수 있도록 제공된 담보로부터 손해를 변상 받는 절차를 말합니다.

【국세 및 지방세 체납처분】

국세 및 지방세를 납부할 기간까지 납부하지 않는 경우에 관련 법령에 따라 행하는 강제 징수 처분 및 그 절차를 말합니다.

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

제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제30조 (계약자의 임의 해지)

계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제34조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제31조 (위법계약의 해지)

- ① 계약자는 『금융소비자 보호에 관한 법률 제47조(위법계약의 해지) 및 관련규정』에서 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 법 위반사항이 있는 경우 계약 체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 '계약 해지 요구서'에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 회사가 『금융소비자 보호에 관한 법률 시행령 제38조(위법계약의 해지) 제4항』에서 정한 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우, 계약자는 해당 계약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제34조(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 『민법』 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

【제척기간】

어떤 종류의 권리에 대하여 법률상으로 정하여진 존속기간을 말합니다.

제32조 (중대 사유로 인한 해지)

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
 1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급 사유를 발생시킨 경우
 2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급 사유가 발생한 경우에는 이에 대한 보험금은 지급합니다.
- ② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우, 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제34조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다. 다만, 제1항 제1호에서 고의로 보험금 지급 사유를 발생시킨 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 그 보험수익자에게 지급하지 않은 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제33조 (회사의 파산선고와 해지)

- ① 회사가 파산의 선고를 받은 때에는 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.
- ② 제1항의 규정에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.
- ③ 제1항의 규정에 따라 계약이 해지되거나 제2항의 규정에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제34조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 드립니다.

제34조 (해약환급금)

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 계약의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에 따라 계산합니다.

【경과기간별 해약환급금 지급비율】

경과기간	해약환급금 지급형 상품 대비 해약환급금 지급비율
계약일 이후 ~ 보험료 납입기간 중	0%
보험료 납입완료 이후	50%

- ② 해약환급금의 지급 사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 [별표12] '보험금 등을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과 기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공합니다.

【해약환급금 관련 유의사항】

- ① 이 보험은 해지율을 적용하는 상품으로 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입완료 이후 계약이 해지될 경우에는 해약환급금 지급형 상품 해약환급금의 50%를 지급합니다.
- ② 이 보험은 해약환급금 지급형 상품 대비 해약환급금이 적거나 없는 대신 해약환급금 지급형 상품 보다 낮은 보험료로 가입할 수 있습니다.
- ③ 보험료 납입기간이란, 계약체결일부터 계약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 보험료의 납입이 연체된 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료 납입기간으로 봅니다.
- ④ 회사는 이 계약 체결 시 계약자에게 해약환급금 지급형 상품과 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내합니다.

- ④ 제31조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제35조 (보험계약대출)

- ① 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 보험계약대출을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험 상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.

【보험계약대출 신청 방법】

회사가 정한 보험계약대출 신청 방법은 회사 인터넷 홈페이지(www.lifeplanet.co.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

- ② 계약자는 제1항에 따른 보험계약대출금과 보험계약대출 이자를 언제든지 상환할 수 있으며, 상환하지 않은 때에는 회사는 보험금 또는 해약환급금 등의 지급 사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.
- ③ 회사는 제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감합니다.
- ④ 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제36조 (배당금의 지급)

이 계약은 무배당보험으로 계약자 배당금이 없습니다.

제7관 분쟁의 조정 등

제37조 (분쟁의 조정)

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

【보험분쟁 및 상담안내】

보험계약과 관련하여 분쟁조정을 필요로 하는 사항이 발생하거나 보험금 지급처리내용 등에 불만이 있을 경우에는 금융감독원의 민원상담전화 등(국번없이 1332, www.fss.or.kr)을 통해 상담을 받거나 분쟁조정 등을 신청할 수 있습니다.

- ② 회사는 일반금융소비자인 계약자가 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 가액이 『금융소비자 보호에 관한 법률 제42조(소액분쟁사건에 관한 특례)』에서 정하는 일정 금액 이내인 분쟁사건에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 관계 법령이 정하는 경우를 제외하고는 소를 제기하지 않습니다.

제38조 (관할법원)

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

제39조 (소멸시효)

- ① 보험금 청구권, 보험료 반환청구권, 계약자적립액 반환청구권 및 해약환급금 청구권은 3년간 행사하지

않으면 소멸시효가 완성됩니다.

【소멸시효】

주어진 권리를 행사하지 않을 때 그 권리가 없어지게 되는 기간으로, 보험사고가 발생한 후 3년간 보험금을 청구하지 않는 경우 보험금을 지급 받지 못할 수 있습니다.

【소멸시효 적용예시】

제6조(보험금의 지급 사유)에 따른 보험금 지급 사유가 20X3년 2월 1일에 발생하였음에도 20X6년 2월 1일까지 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금 등을 지급 받지 못할 수 있습니다. 다만, 20X6년 2월 1일이 토요일, 공휴일, 대체공휴일 또는 근로자의 날일 경우 그 다음 첫 영업일까지 보험금을 청구하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

- ② 제1항의 소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있는 때부터 적용됩니다.

제40조 (약관의 해석)

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

【신의성실의 원칙】

모든 사람은 사회의 일원으로서, 상대방의 신뢰에 어긋나지 아니하도록 성의 있게 행동하여야 한다는 원칙을 말하며, 『민법 제2조(신의성실)』은 권리의 행사와 의무의 이행을 이 원칙에 따르도록 하고 있습니다.

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

제41조 (설명서 교부 및 보험 안내 자료 등의 효력)

- ① 회사는 일반금융소비자에게 청약을 권유하거나 일반금융소비자가 설명을 요청하는 경우 보험상품에 관한 중요한 사항을 계약자가 이해할 수 있도록 설명하고 계약자가 이해하였음을 서명(『전자서명법 제2조(정의) 제2호』에 따른 전자서명을 포함합니다.), 기명날인 또는 녹취 등을 통해 확인 받아야 하며, 설명서를 제공하여야 합니다.
- ② 설명서, 약관, 계약자 보관용 청약서 및 보험증권의 제공 사실에 관하여 계약자와 회사간에 다툼이 있는 경우에는 회사가 이를 증명하여야 합니다.
- ③ 보험을 모집한 자 등이 모집 과정에서 사용한, 회사가 제작한 보험 안내 자료(계약의 청약을 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다.) 내용이 이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제42조 (회사의 손해배상책임)

- ① 회사는 계약과 관련하여 임직원 및 보험을 모집한 자의 책임 있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 발생한 손해에 대하여 관계 법령 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.
- ② 회사는 보험금 지급 거절 및 지연 지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었음에도 소를 제기하여 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 손해를 끼친 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.
- ③ 회사가 보험금 지급 여부 및 지급 금액에 관하여 현저하게 공정을 잃은 합의로 보험수익자에게 손해를 끼친 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

【현저하게 공정을 잃은 합의】

사회통념상 일반 보통인이라면 결코(실수로도) 그 같은 일을 하지 않을 정도로 현저하게 타당성을 잃은 것을 말하며, 관련 판례 등에 따르면 합의금액이 상당히 큰 차이가 있어야 합니다.

제43조 (개인정보보호)

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

【개인정보 보호법】

당사자의 동의 없는 개인정보 수집 및 활용 또는 제3자에게 제공하는 것을 금지하는 등 개인정보를 보호하기 위한 법으로, 각종 컴퓨터 범죄와 개인의 사생활 침해 등 정보화 사회의 역기능을 방지하기 위한 목적으로 제정된 법률을 말합니다.

【신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률】

신용정보주체의 자기정보 통제권을 보강하여 개인의 사생활 보호를 강화하며, 신용조회회사 등에 신용정보를 보호하기 위한 엄격한 내부통제 절차를 마련하도록 하여 신용정보 활용에 있어 책임성을 높여 금융소비자의 신뢰를 높이기 위해 제정된 법률을 말합니다.

- ② 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

제44조 (준거법)

이 계약은 대한민국 법에 따라 규율되고 해석되며, 약관에서 정하지 않은 사항은 『금융소비자 보호에 관한 법률』, 『상법』, 『민법』 등 관계 법령을 따릅니다.

제45조 (예금보험에 의한 지급 보장)

회사가 파산 등으로 보험금 등을 지급하지 못할 경우에는 『예금자보호법』에서 정하는 바에 따라 그 지급을 보장합니다.

【예금보험】

예금자보호법에 의해 설립된 예금보험공사가 평소에 금융기관으로부터 보험료를 받아 기금을 적립한 후에 금융기관이 예금을 지급할 수 없게 되면 금융기관을 대신하여 예금을 지급하게 하는 공적 보험 제도입니다.

【예금자보호법】

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

약관 본문에 인용된 법령은 “약관에서 인용된 법령 내용”을 참고하시기 바랍니다.

[별표 1]

보험금 지급기준표

[기준 : 보험가입금액 1,000만원]

급부명	지급 사유	지급 금액
일반암 진단보험금 (약관 제6조 제1호)	피보험자가 보험기간 중 암보장개시일이후에 「일반암」으로 진단 확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단 확정에 한함)	[가입 후 1년 이후] 1,000만원 [가입 후 1년 미만] 500만원
고액암 진단보험금 (약관 제6조 제2호)	피보험자가 보험기간 중 암보장개시일이후에 「고액암」으로 진단 확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단 확정에 한함)	[가입 후 1년 이후] 2,000만원 [가입 후 1년 미만] 1,000만원
유방암 및 전립선암 진단보험금 (약관 제6조 제3호)	피보험자가 보험기간 중 암보장개시일이후에 「유방암」 또는 「전립선암」으로 진단 확정되었을 경우 (다만, 「유방암」 또는 「전립선암」 중 최초 1회의 진단 확정에 한함)	[가입 후 1년 이후] 500만원 [가입 후 1년 미만] 250만원
소액암 및 유사암 진단보험금 (약관 제6조 제4호)	피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 「기타피부암», 「중증 이외 갑상선암», 「대장점막내암», 「경계성종양」 또는 「제자리암」으로 진단 확정되었을 경우 (다만, 각각 최초 1회의 진단 확정에 한함)	[가입 후 1년 이후] 100만원 [가입 후 1년 미만] 50만원

(주)

1. 보험기간 중 피보험자가 사망하거나 이 계약의 보험금 지급 사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다. 다만, 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우에는 이 계약의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 지급합니다. 다만, 「일반암」으로 진단 확정되고 사망한 경우에는 사망 당시의 암 발생 기준 계약자적립액을 지급합니다.
2. 「일반암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 이 계약의 약관 [별표4] '대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(유방암, 전립선암, 기타피부암, 중증 이외 갑상선암 및 대장점막내암 제외)'에서 정한 질병을 말합니다.
3. '암보장개시일'이란 「일반암», 「유방암」 및 「전립선암」에 대한 보장이 개시되는 날로, 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날을 말합니다. 다만, 부활(효력 회복)계약의 경우에는 부활(효력 회복)일로부터 부활(효력 회복)일을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날을 말합니다.
4. 약관 제3조(「암」 등의 정의 및 진단 확정)에 따라 「유방암», 「전립선암», 「기타피부암», 「중증 이외 갑상선암」 및 「대장점막내암」은 「일반암」의 정의에서 제외되며, 「유방암», 「전립선암», 「기타피부암», 「중증 이외 갑상선암」 또는 「대장점막내암」으로 보험금 지급 사유가 발생하는 경우에는 각각에 해당하는 진단

보험금을 지급하고 '일반암 진단보험금'은 지급하지 않습니다.

5. 4.에도 불구하고 「유방암」으로 진단 확정되어 '유방암 및 전립선암 진단보험금'을 지급한 이후 「전립선암」으로 진단 확정된 경우에는 '유방암 및 전립선암 진단보험금'을 다시 지급하지 않습니다. 또한 「전립선암」으로 진단 확정되어 '유방암 및 전립선암 진단보험금'을 지급한 이후 「유방암」으로 진단 확정된 경우에는 '유방암 및 전립선암 진단보험금'을 다시 지급하지 않습니다.
6. 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]로 분류되고, 일차성 악성 신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
7. 보험료 납입기간 중 피보험자가 장애 분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체 부위의 장애 지급률을 더하여 50% 이상의 장애 상태가 되거나 암보장개시일 이후에 「일반암」으로 진단 확정된 경우에는 다음 회부터 보험료 납입을 면제합니다.
8. '고액암 진단보험금' 지급 사유가 발생한 경우에는 '일반암 진단보험금'을 더하여 지급합니다. 다만, '고액암 진단보험금', '일반암 진단보험금'은 각각 최초 1회에 한하여 지급되므로, 보험기간 중 이미 '일반암 진단보험금'을 지급한 이후 '고액암 진단보험금' 지급사유가 발생한 경우에는 '일반암 진단보험금'을 다시 지급하지 않습니다.

구분	「일반암」 (「고액암」 제외)	「고액암」
일반암 진단보험금	지급	지급
고액암 진단보험금	해당 없음	지급

9. 가입 후 1년 미만에 약관 제6조(보험금의 지급 사유) 제1호에서 제4호의 보험금 지급 사유가 발생한 경우에는 가입 후 1년 이후에 지급되는 해당 진단보험금의 50%만 지급합니다.
10. '가입 후 1년 미만'이라 함은 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 되는 시점의 연계약해당일의 전일까지를 말하며, '가입 후 1년 이후'라 함은 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 되는 시점의 연계약해당일 이후를 말합니다.

[별표 2]

재해 분류표

1. 보장 대상이 되는 재해

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

- ① 한국표준질병사인분류 상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고.
- ② 『감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호』에서 규정한 제1급감염병.

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해 분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화 된 경우.
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우.
 - 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50).
 - 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52).
 - 식량부족(X53).
 - 물 부족(X54).
 - 상세불명의 결핍(X57).
 - 고의적 자해(X60~X84).
 - '법적 개입' 중 법적 처형(Y35.5).
- ③ '외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)' 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(다만, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자의 이상 반응 또는 이후 합병증의 원인이 된 '외과적 및 기타 내과적 처치(Y83~Y84)'는 보장).
- ④ '자연의 힘에 노출(X30~X39)' 중 급격한 액체 손실로 인한 탈수.
- ⑤ '우발적 익사 및 익수(W65~W74), 호흡과 관련된 기타 불의의 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구 부를 통하여 들어온 이물(W44)' 중 질병에 의한 호흡 장애 및 삼킴 장애.
- ⑥ 한국표준질병사인분류 상의 (U00~U99)에 해당하는 질병.

※ () 안은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 상의 분류번호를 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 재해의 해당 여부를 판단합니다.

※ 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 재해의 해당 여부는 피보험자가 진단 당시에 시행되고 있는 한

국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

- ※ 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 재해에 대한 보험금 지급 여부 등이 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 재해의 해당 여부는 다시 판단하지 않습니다.
- ※ 위 1. 보장대상이 되는 재해 제2호에 해당하는 감염병은 보험사고 발생 당시 시행중인 법률을 적용하며,
2. 보험금을 지급하지 않는 재해 제6호에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

[별표 3]

장애 분류표

총칙

1. 장애의 정의

- 1) '장애'라 함은 상해 또는 질병이 치유된 후 신체에 남아 있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손 상태 및 기능 상실 상태를 말한다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병 증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장애에 포함되지 않는다.
- 2) '영구적'이라 함은 원칙적으로 치유하는 때 장래 회복할 가망이 없는 상태로 정신적 또는 육체적 훼손 상태 및 기능 상실 상태임이 의학적으로 인정되는 경우를 말한다.
- 3) '치유된 후'라 함은 상해 또는 질병에 대한 치료의 효과를 기대할 수 없게 되고, 또한 그 증상이 고정된 상태를 말한다.
- 4) 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장애에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애 지급률의 20%를 장애 지급률로 한다.
- 5) 위 4)에 따라 장애 지급률이 결정되었으나 그 이후 보장 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단 확정일부터 1년 이내)에 장애 상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애 상태를 기준으로 장애 지급률을 결정한다.

2. 신체 부위

'신체 부위'라 함은 ① 눈 ② 귀 ③ 코 ④ 씹어 먹거나 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·정신 행동의 13개 부위를 말하며, 이를 각각 동일한 신체 부위라 한다. 다만, 좌·우의 눈, 귀, 팔, 다리, 손가락, 발가락은 각각 다른 신체 부위로 본다.

3. 장애의 판정

- 1) 하나의 장애가 관찰 방법에 따라서 장애 분류표상 2가지 이상의 신체 부위에서 장애로 평가되는 경우에는 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- 2) 동일한 신체 부위에 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고, 그 중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체 부위별 판정 기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.

- 3) 하나의 장애가 다른 장애와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 지급률을 적용하며, 하나의 장애로 둘 이상의 파생 장애가 발생하는 경우 각 파생 장애의 지급률을 합산한 지급률과 최초 장애의 지급률을 비교하여 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- 4) 의학적으로 뇌사 판정을 받고 호흡 기능과 심장박동 기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사 상태는 장애의 판정 대상에 포함되지 않는다. 다만, 뇌사 판정을 받은 경우가 아닌 식물인간상태(의식이 전혀 없고 사지의 자발적인 움직임이 불가능하여 일상생활에서 항상 간호가 필요한 상태)는 각 신체 부위별 판정 기준에 따라 평가한다.
- 5) 장애 진단서에는 ① 장애 진단명 및 발생 시기 ② 장애의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계·정신 행동 장애의 경우 ① 개호(장애로 혼자서 활동이 어려운 사람을 곁에서 돌보는 것) 여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가로 기재하여야 한다.

장애 분류별 판정 기준

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 안구(눈동자)에 뚜렷한 운동 장애나 뚜렷한 조절 기능 장애를 남긴 때	10
8) 한 눈에 뚜렷한 시야 장애를 남긴 때	5
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동 장애를 남긴 때	5

나. 장애 판정 기준

- 1) 시력 장애의 경우 공인된 시력검사표에 따라 최소 3회 이상 측정한다.
- 2) '교정시력'이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정 수단)으로 교정한 원거리 최대 교정시력을 말한다. 다만, 각막이식술을 받은 환자인 경우 각막이식술 이전의 시력 상태를

기준으로 평가한다.

- 3) '한 눈이 멀었을 때'라 함은 안구(눈동자)의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나('광각 무') 겨우 가릴 수 있는 경우('광각 유')를 말한다.
- 4) '한 눈의 교정시력이 0.02 이하로 된 때'라 함은 안전수동(Hand Movement)^{주1)}, 안전수지(Finger Counting)^{주2)} 상태를 포함한다.
주1) 안전수동 : 물체를 감별할 정도의 시력 상태가 아니며 눈앞에서 손의 움직임을 식별할 수 있을 정도의 시력 상태
주2) 안전수지 : 시표의 가장 큰 글씨를 읽을 수 있는 정도의 시력은 아니나 눈 앞 30cm 이내에서 손가락의 개수를 식별할 수 있을 정도의 시력 상태
- 5) 안구(눈동자) 운동 장애의 판정은 질병의 진단 또는 외상 후 1년 이상이 지난 뒤 그 장애 정도를 평가한다.
- 6) '안구(눈동자)의 뚜렷한 운동 장애'라 함은 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
가) 한 눈의 안구(눈동자)의 주시야(머리를 움직이지 않고 눈만을 움직여서 볼 수 있는 범위)의 운동 범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우.
나) 중심 20도 이내에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 경우.
- 7) '안구(눈동자)의 뚜렷한 조절 기능 장애'라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 50세 이상(장애 진단 시 연령 기준)의 경우에는 제외한다.
- 8) '뚜렷한 시야 장애'라 함은 한 눈의 시야 범위가 정상 시야 범위의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다. 이 경우 시야 검사는 공인된 시야 검사방법으로 측정하며, 시야 장애 평가 시 자동시야 검사계(골드만 시야검사)를 이용하여 8방향 시야 범위 합계를 정상 범위와 비교하여 평가한다.
- 9) '눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때'라 함은 눈꺼풀의 결손으로 눈을 감았을 때 각막(검은자위)이 완전히 덮이지 않는 경우를 말한다.
- 10) '눈꺼풀에 뚜렷한 운동 장애를 남긴 때'라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.
- 11) 외상이나 화상 등으로 안구(눈동자)의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 안구(눈동자)가 적출되어 눈자위의 조직 요물(凹液) 등으로 의안마저 끼워 넣을 수 없는 상태이면 '뚜렷한 추상(추한 모습)'으로, 의안을 끼워 넣을 수 있는 상태이면 '약간의 추상(추한 모습)'으로 지급률을 가산한다.
- 12) '눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때'에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습) 장애를 포함하여 장애를 평가한 것으로 보고, 추상(추한 모습) 장애를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장애 평가 방법 중 피보험자에게 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애 판정 기준

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

다. 귓바퀴의 결손

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

라. 평형 기능의 장애

- 1) '평형 기능에 장애를 남긴 때'라 함은 전정기관 이상으로 보행 등 일상생활이 어려운 상태로 아래의 평형 장애 평가항목별 합산 점수가 30점 이상인 경우를 말한다.

항목	내용	점수
검사소견	양측 전정기능 소실	14
	양측 전정기능 감소	10
	일측 전정기능 소실	4
치료병력	장기 통원치료(1년간 12회 이상)	6
	장기 통원치료(1년간 6회 이상)	4
	단기 통원치료(6개월간 6회 이상)	2
	단기 통원치료(6개월간 6회 미만)	0
기능장해소견	두 눈을 감고 일어서기 곤란하거나 두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걸다가 쓰러지는 경우	20
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걸다가 중간에 균형을 잡으려 멈추어야 하는 경우	12
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걸을 때 중앙에서 60cm 이상 벗어나는 경우	8

2) 평형 기능의 장애는 장애 판정 직전 1년 이상 지속적인 치료 후 장애가 고착되었을 때 판정하며, 뇌병변 여부, 전정기능 이상 및 장애 상태를 평가하기 위해 아래의 검사들을 기초로 한다.

가) 뇌 영상검사[뇌 전산화단층촬영(brain CT), 뇌 자기공명영상(brain MRI)].

나) 온도안진검사, 전기안진검사(또는 비디오안진검사) 등.

3. 코의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애 판정 기준

- 1) '코의 호흡 기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 일상생활에서 구강 호흡의 보조를 받지 않는 상태에서 코로 숨쉬는 것만으로 정상적인 호흡을 할 수 없다는 것이 비강통기도검사 등 의학적으로 인정된 검사로 확인되는 경우를 말한다.
- 2) '코의 후각 기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 후각 신경의 손상으로 양쪽 코의 후각 기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각 감되는 장애의 대상으로 하지 않는다.
- 3) 양쪽 코의 후각 기능은 후각인지검사, 후각역치검사 등을 통해 6개월 이상 고정된 후각의 완전손

실이 확인되어야 한다.

- 4) 코의 추상(추한 모습) 장애를 수반한 때에는 기능 장애의 지급률과 추상(추한 모습) 장애의 지급률을 합산한다.

4. 씹어 먹거나 말하는 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애 평가 기준

- 1) 씹어 먹는 기능의 장애는 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)의 맞물림(교합), 배열 상태 및 아래턱의 개구 운동, 삼킴(연하) 운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.
- 2) '씹어 먹는 기능에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 심한 개구 운동 제한이나 심한 저작 운동(음식을 입에 넣고 씹는 운동을 말하며, 이하 '저작 운동'이라 한다.) 제한으로 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
- 3) '씹어 먹는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 다음 중 어느 하나 이상에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 뚜렷한 개구 운동 제한이나 뚜렷한 저작 운동 제한으로 미음이나 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등) 이외는 섭취하지 못하는 경우.
 - 나) 위아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구 운동이 1cm 이하로 제한되는 경우.
 - 다) 위아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1.5cm 이상인 경우.
 - 라) 1개 이하의 치아만 맞물림(교합)되는 상태.
 - 마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 삼킴(연하) 장애가 있고, 유동식 섭취 시 흡인이 발생하고 연식 이외는 섭취가 불가능한 상태.

- 4) '씹어 먹는 기능에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 다음 중 어느 하나 이상에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 약간의 개구 운동 제한이나 약간의 저작 운동 제한으로 부드러운 고형식(밥, 빵 등)만 섭취 가능한 경우.
 - 나) 위아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구 운동이 2cm 이하로 제한되는 경우.
 - 다) 위아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1cm 이상인 경우.
 - 라) 양측 각 1개 또는 편측 2개 이하의 치아만 맞물림(교합)되는 상태.
 - 마) 연하기능검사(비디오 투시검사) 상 삼킴(연하) 장애가 있고, 유동식 섭취 시 간헐적으로 흡인이 발생하고 부드러운 고형식(밥, 빵 등) 이외는 섭취가 불가능한 상태.
- 5) 개구 장애는 턱관절의 이상으로 개구 운동 제한이 있는 상태를 말하며, 최대 개구 상태에서 위아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 거리를 기준으로 한다. 다만, 가운데 앞니(중절치)가 없는 경우에는 측정 가능한 인접 치아간 거리의 최대치를 기준으로 한다.
- 6) 부정교합은 위턱(상악)과 아래턱(하악)의 부조화로 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)가 전방 및 측방으로 맞물림(교합)에 제한이 있는 상태를 말한다.
- 7) '말하는 기능에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 다음 중 어느 하나 이상에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 언어 평가 상 자음정확도가 30% 미만인 경우.
 - 나) 전실어증, 운동성실어증(브로카실어증)으로 의사소통이 불가능한 경우.
- 8) '말하는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 다음 중 어느 하나 이상에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 언어 평가 상 자음정확도가 50% 미만인 경우.
 - 나) 언어 평가 상 표현언어지수가 25 미만인 경우.
- 9) '말하는 기능에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 다음 중 어느 하나 이상에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 언어 평가 상 자음정확도가 75% 미만인 경우.
 - 나) 언어 평가 상 표현언어지수가 65 미만인 경우.
- 10) 말하는 기능의 장애는 1년 이상 지속적인 언어 치료를 시행한 후 증상이 고착되었을 때 평가하며, 객관적인 검사를 기초로 평가한다.
- 11) 뇌·중추신경계 손상(정신·인지기능 저하, 편마비 등)으로 인한 말하는 기능의 장애(실어증, 구음장애) 또는 씹어 먹는 기능의 장애는 신경계·정신 행동 장애 평가와 비교하여 그 중 높은 지급률 하나만 인정한다.
- 12) '치아의 결손'이란 치아의 상실 또는 발치 된 경우를 말하며, 치아의 일부 손상으로 금관 치료(크라운 보철수복)를 시행한 경우에는 치아의 일부 결손을 인정하여 1/2개 결손으로 적용한다.
- 13) 보철치료를 위해 발치 한 정상치아, 노화로 자연 발치 된 치아, 보철(복합레진, 인레이, 온레이 등)한 치아, 기존 의치(틀니, 임플란트 등)의 결손은 치아의 상실로 인정하지 않는다.

- 14) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열 구조 등의 문제로 사고와 관계 없이 새로운 치아가 결손 된 경우에는 사고로 결손 된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
- 15) 어린이의 유치는 향후에 영구치로 대체되므로 장애의 대상이 되지 않으나, 선천적으로 영구치 결손이 있는 경우에는 유치의 결손을 장애로 평가한다.
- 16) 가철성 보철물(신체의 일부에 붙었다 떼었다 할 수 있는 틀니 등)의 파손은 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. 장애 판정 기준

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

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)

- 1) 얼굴
 - 가) 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습).
 - 나) 길이 10cm 이상의 추상 반흔(추한 모습의 흉터).
 - 다) 지름 5cm 이상의 조직 함몰.
 - 라) 코의 1/2 이상 결손.
- 2) 머리
 - 가) 손바닥 크기 이상의 반흔(흉터) 및 모발 결손.

나) 머리뼈의 손바닥 크기 이상의 손상 및 결손.

3) 목

손바닥 크기 이상의 추상(추한 모습).

라. 약간의 추상(추한 모습)

1) 얼굴

가) 손바닥 크기 1/4 이상의 추상(추한 모습).

나) 길이 5cm 이상의 추상 반흔(추한 모습의 흉터).

다) 지름 2cm 이상의 조직 함몰.

라) 코의 1/4 이상 결손.

2) 머리

가) 손바닥 크기 1/2 이상의 반흔(흉터) 및 모발 결손.

나) 머리뼈의 손바닥 크기 1/2 이상의 손상 및 결손.

3) 목

손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습).

마. 손바닥 크기

'손바닥 크기'라 함은 해당 환자의 손가락을 제외한 손바닥의 크기를 말하며, 12세 이상의 성인에서는 8×10cm(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 운동 장애를 남긴 때	40
2) 척추(등뼈)에 뚜렷한 운동 장애를 남긴 때	30
3) 척추(등뼈)에 약간의 운동 장애를 남긴 때	10
4) 척추(등뼈)에 심한 기형을 남긴 때	50
5) 척추(등뼈)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	30
6) 척추(등뼈)에 약간의 기형을 남긴 때	15
7) 추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장애	20
8) 추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장애	15
9) 추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장애	10

나. 장애 판정 기준

- 1) 척추(등뼈)는 경추(목뼈)에서 흉추(가슴뼈), 요추(허리뼈), 제1 천추까지를 동일한 부위로 한다. 제2 천추 이하의 천골 및 미골은 체간골의 장애로 평가한다.
- 2) 척추(등뼈)의 기형은 척추체(척추뼈 몸통)를 말하며, 횡돌기 및 극돌기는 제외한다. 이하 이 신체 부위에서 같다.)의 압박률 또는 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡(활 모양으로 굽음) 정도에 따라 평가한다.
 - 가) 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡(활 모양으로 굽음) 변화는 객관적인 측정방법(Cobb's Angle)에 따라 골절이 발생한 척추체(척추뼈 몸통)의 상·하 인접 정상 척추체(척추뼈 몸통)를 포함하여 측정하며, 생리적 정상 만곡(활 모양으로 굽음)을 고려하여 평가한다.
 - 나) 척추(등뼈)의 기형은 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률, 골절의 부위 등을 기준으로 판정한다. 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률은 인접 상·하부[인접 상·하부 척추체(척추뼈 몸통)에 진구성(오래된) 골절이 있거나, 다발성 척추(등뼈) 골절이 있는 경우에는 골절된 척추(등뼈)와 가장 인접한 상·하부] 정상 척추체(척추뼈 몸통)의 전방 높이의 평균에 대한 골절된 척추체(척추뼈 몸통) 전방 높이의 감소비를 압박률로 정한다.
 - 다) 척추(등뼈)의 기형은 『산업재해보상보험법 시행규칙』상 경추부, 흉추부, 요추부로 구분하여 각각을 하나의 운동 단위로 보며, 하나의 운동 단위 내에서 여러 개의 척추체(척추뼈 몸통)에 압박 골절이 발생한 경우에는 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률을 합산하고, 두 개 이상의 운동 단위에서 장애가 발생한 경우에는 그 중 가장 높은 지급률을 적용한다.
- 3) 척추(등뼈)의 장애는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 이 사고와의 관련도를 산정하여 평가한다.
- 4) 추간판탈출증으로 인한 신경 장애는 수술 또는 시술(비수술적 치료) 후 6개월 이상 지난 후에 평가한다.
- 5) 신경학적 검사상 나타난 저린감이나 방사통(주변 부위로 뻗치는 증상) 등 신경자극증상의 원인으로 영상검사[전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI) 등]에서 추간판탈출증이 확인된 경우를 추간판탈출증으로 진단하며, 추간판탈출증으로 진단된 경우에는 수술 여부에 관계없이 운동 장애 및 기형 장애로 평가하지 않는다.
- 6) '심한 운동 장애'라 함은 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정된 상태.
 - 나) 두개골(머리뼈), 제1 경추(제1 목뼈), 제2 경추(제2 목뼈)를 모두 유합(아물어 붙음) 또는 고정된 상태.
- 7) '뚜렷한 운동 장애'라 함은 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또

는 고정된 상태.

나) 두개골(머리뼈)과 제1 경추(제1 목뼈) 또는 제1 경추(제1 목뼈)와 제2 경추(제2 목뼈)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정된 상태.

다) 두개골(머리뼈)과 상위 경추(상위 목뼈 : 제1, 2 목뼈) 사이에 대한 전산화단층촬영(CT) 검사로, 두개 대후두공의 기저점(basion)과 제2 경추(제2 목뼈, 축추)의 치아상돌기 상단 사이의 거리(BDI : Basion-Dental Interval)에 뚜렷한 이상 전위가 있는 상태.

라) 상위 경추(상위 목뼈: 제1, 2 목뼈)에 대한 전산화단층촬영(CT) 검사로, 제1 경추(제1 목뼈, 환추)의 전방 궁(arch) 후방과 제2 경추(제2 목뼈, 축추)의 치아상돌기 전면과의 거리(ADI : Atlanto-Dental Interval)에 뚜렷한 이상 전위가 있는 상태.

8) '약간의 운동 장애'라 함은 두개골(머리뼈)과 상위 경추(상위 목뼈: 제1, 2 목뼈)를 제외한 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정된 상태를 말한다.

9) '심한 기형'이라 함은 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 35° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때.

나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 60% 이상인 경우 또는 한 운동 단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박 골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 90% 이상일 때.

10) '뚜렷한 기형'이라 함은 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 15° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때.

나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 40% 이상인 경우 또는 한 운동 단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박 골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 60% 이상일 때.

11) '약간의 기형'이라 함은 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가) 1개 이상의 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구로 경도(가벼운 정도)의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때.

나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 20% 이상인 경우 또는 한 운동 단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박 골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 40% 이상일 때.

12) '추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장애'란 추간판탈출증으로 추간판을 2마디 이상(또는 1마디 추간판에 대해 2회 이상) 수술하고도 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장애가 있는 경우를 말한다.

13) '추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장애'란 추간판탈출증으로 추간판 1마디를 수술하고도 신

경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되고 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우를 말한다.

- 14) '추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장애'란 추간판탈출증이 확인되고 신경생리검사서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되는 경우를 말한다.

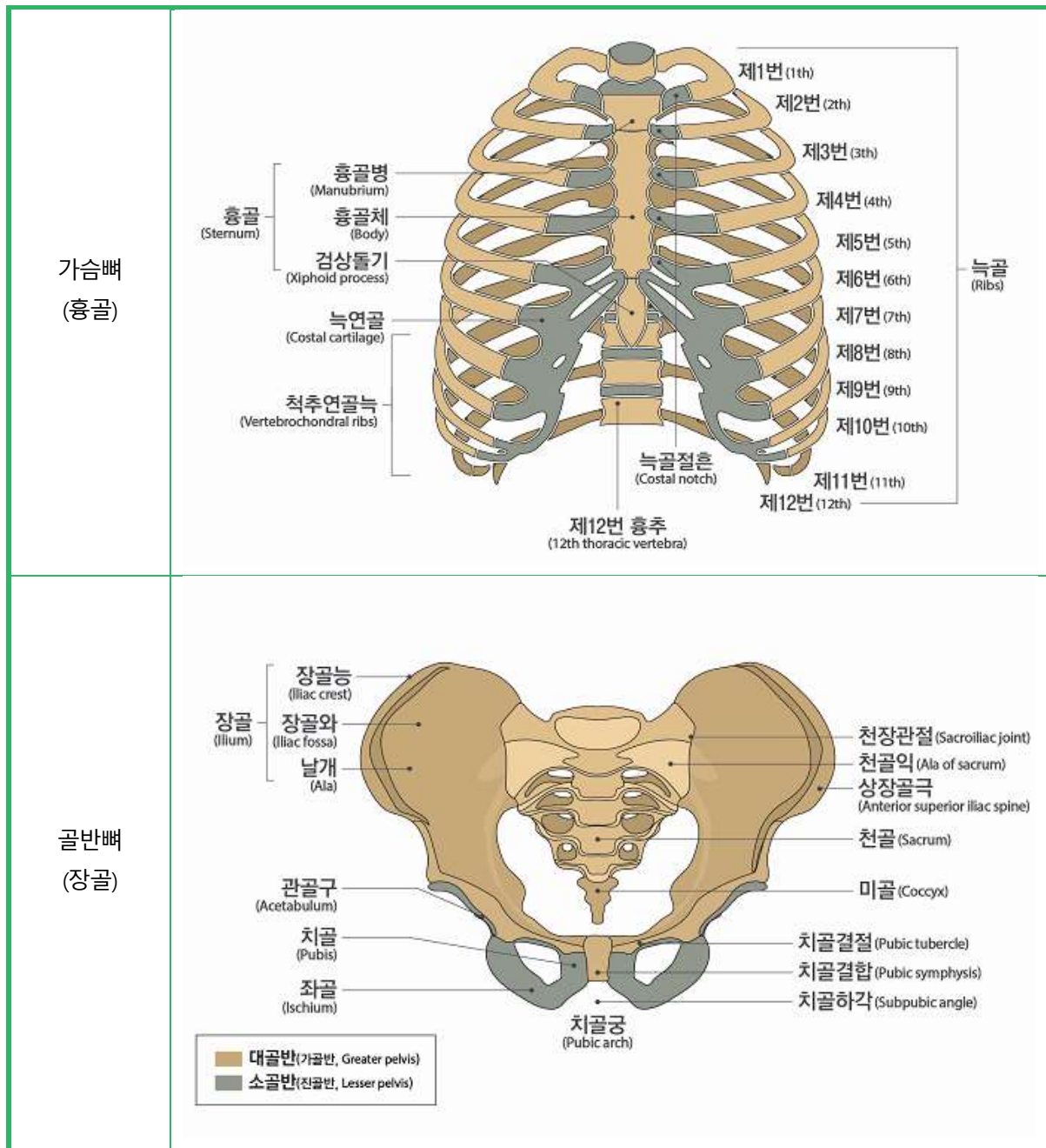
7. 체간골의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애 판정 기준

- '체간골'이라 함은 어깨뼈(견갑골), 골반뼈(장골, 제2 천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함), 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)를 말하며 이를 모두 동일한 부위로 본다.
- 골반뼈(장골, 제2 천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함)의 '뚜렷한 기형'이라 함은 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm 이상 분리된 부정유합 상태.
 - 육안으로 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도로 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 20° 이상인 경우.
 - 미골의 기형은 골절이나 탈구로 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 70° 이상 남은 상태.
- 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골), 어깨뼈(견갑골)의 '뚜렷한 기형'이라 함은 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.
- 갈비뼈(늑골)의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장애로 취급한다. 다발성 갈비뼈(늑골) 기형의 경우 방사선 검사로 측정한 각각의 각(角) 변형을 합산하지 않고 그 중 가장 높은 각(角) 변형을 기준으로 평가한다.



8. 팔의 장애

가. 장애의 분류

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

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

나. 장애 판정 기준

- 1) 골절부에 금속 내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능 장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 평가한다. 다만, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능 장애(예를 들면 석고붕대(cast)로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능 장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 않는다.
- 3) '팔'이라 함은 어깨관절(견관절)부터 손목관절(완관절)까지를 말한다.
- 4) '팔의 3대 관절'이라 함은 어깨관절(견관절), 팔꿈치관절(주관절), 손목관절(완관절)을 말한다.
- 5) '손목 이상을 잃었을 때'라 함은 손목관절(완관절)부터(손목관절 포함) 심장에서 가까운 쪽으로 절단된 경우를 말하며, 팔꿈치관절(주관절) 상부에서 절단된 경우도 포함한다.
- 6) 팔의 관절 기능 장애 평가는 팔의 3대 관절의 관절 운동 범위 제한 등으로 평가한다.
 - 가) 각 관절의 운동 범위 측정은 장애 평가 시점의 『산업재해보상보험법 시행규칙 제47조(운동 기능장애의 측정) 제1항 및 제3항』의 비장해인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상 각도 및 측정 방법 등을 따른다.
 - 나) 관절 기능 장애를 표시할 경우 장애 부위의 장애 각도와 정상 부위의 측정치를 동시에 판단하여 장애 상태를 명확히 한다. 다만, 관절 기능 장애가 신경 손상으로 인한 경우에는 운동 범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.
- 7) '관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 완전 강직(관절 굳음).
 - 나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '0 등급(Zero)'인 경우.
- 8) '관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동 범위 합계가 정상 운동 범위의 1/4 이하로 제한된 경우.
 - 나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우.
 - 다) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '1 등급(Trace)'인 경우.
- 9) '관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한

다.

가) 해당 관절의 운동 범위 합계가 정상 운동 범위의 1/2 이하로 제한된 경우.

나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '2등급(Poor)'인 경우.

10) '관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가) 해당 관절의 운동 범위 합계가 정상 운동 범위의 3/4 이하로 제한된 경우.

나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '3등급(Fair)'인 경우.

11) '가관절^{주)}이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.

주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골 유합(아물어 붙음)을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절 부위의 유합(아물어 붙음)이 이루어지지 않는 '불유합' 상태를 말하며, 골 유합(아물어 붙음)이 지연되는 지연유합은 제외한다.

12) '가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.

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

다. 지급률의 결정

1) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나에 기능 장애가 생기고, 다른 관절 하나에 기능 장애가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

2) 1상지(팔과 손가락)의 장애 지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

9. 다리의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 두 다리의 발목 이상을 잃었을 때	100
2) 한 다리의 발목 이상을 잃었을 때	60
3) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때	20
5) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5

장애의 분류	지급률
7) 한 다리에 가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
8) 한 다리에 가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때	10
9) 한 다리의 뼈에 기형을 남긴 때	5
10) 한 다리가 5cm 이상 짧아지거나 길어진 때	30
11) 한 다리가 3cm 이상 짧아지거나 길어진 때	15
12) 한 다리가 1cm 이상 짧아지거나 길어진 때	5

나. 장애 판정 기준

- 1) 골절부에 금속 내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능 장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 평가한다. 다만, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능 장애(예를 들면 석고붕대(cast)로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능 장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 않는다.
- 3) '다리'라 함은 엉덩이관절(고관절)부터 발목관절(족관절)까지를 말한다.
- 4) '다리의 3대 관절'이라 함은 엉덩이관절(고관절), 무릎관절(슬관절), 발목관절(족관절)을 말한다.
- 5) '발목 이상을 잃었을 때'라 함은 발목관절(족관절)부터(발목관절 포함) 심장에서 가까운 쪽으로 절단된 경우를 말하며, 무릎관절(슬관절)의 상부에서 절단된 경우도 포함한다.
- 6) 다리의 관절 기능 장애 평가는 다리의 3대 관절의 관절 운동 범위 제한 및 무릎관절(슬관절)의 동요성 등으로 평가한다.
 - 가) 각 관절의 운동 범위 측정은 장애 평가시점의 『산업재해보상보험법 시행규칙 제47조(운동기능장애의 측정) 제1항 및 제3항』의 비장애인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상 각도 및 측정 방법 등을 따른다.
 - 나) 관절 기능 장애가 신경손상으로 인한 경우에는 운동 범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.
- 7) '관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 완전 강직(관절 굳음).
 - 나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '0 등급(Zero)'인 경우.
- 8) '관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동 범위 합계가 정상 운동 범위의 1/4 이하로 제한된 경우.
 - 나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우.
 - 다) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우.

- 라) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '1등급(Trace)'인 경우.
- 9) '관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
- 가) 해당 관절의 운동 범위 합계가 정상 운동 범위의 1/2 이하로 제한된 경우.
 - 나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우.
 - 다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '2등급(Poor)'인 경우.
- 10) '관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
- 가) 해당 관절의 운동 범위 합계가 정상 운동 범위의 3/4 이하로 제한된 경우.
 - 나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우.
 - 다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '3등급(Fair)'인 경우.
- 11) 동요장애 평가 시에는 정상측과 환측을 비교하여 증가된 수치로 평가한다.
- 12) '가관절^{주)}이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골 유합(아물어 붙음)을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절 부위의 유합(아물어 붙음)이 이루어지지 않는 '불유합' 상태를 말하며, 골 유합(아물어 붙음)이 지연되는 지연유합은 제외한다.
- 13) '가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 경골과 종아리뼈 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 14) '뼈에 기형을 남긴 때'라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합 된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.
- 15) 다리 길이의 단축 또는 과신장은 스캐노그램(scanogram)을 통하여 측정한다.

다. 지급률의 결정

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

10. 손가락의 장애

가. 장애의 분류

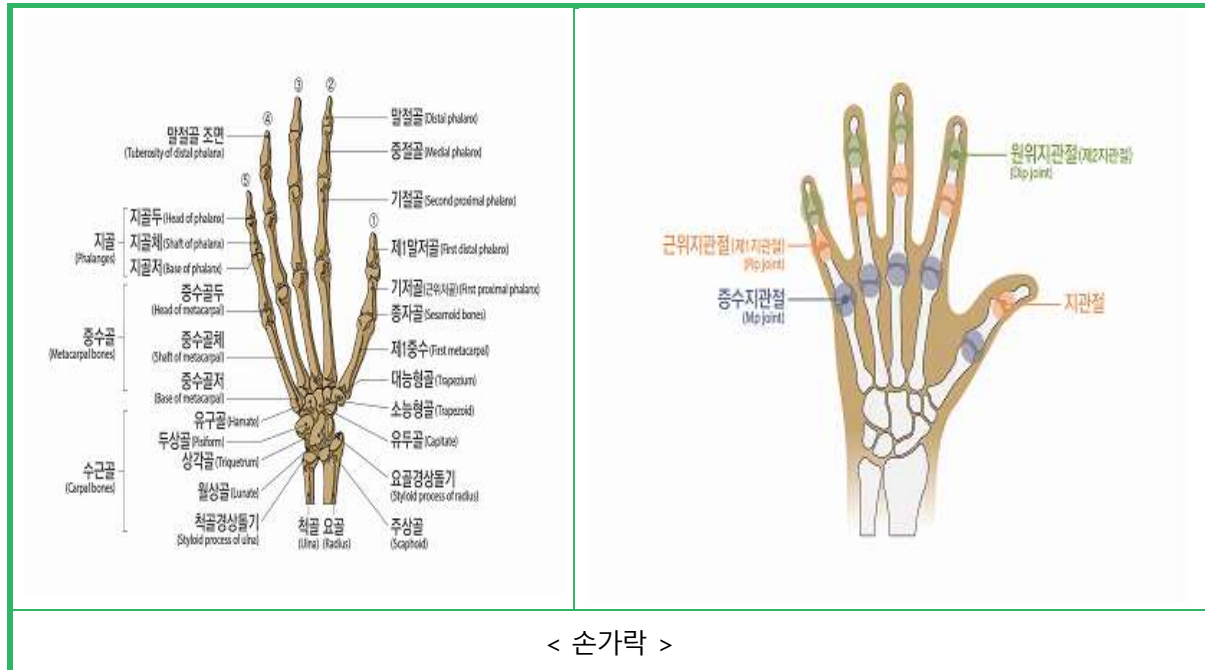
장애의 분류	지급률
1) 한 손의 5개 손가락을 모두 잃었을 때	55
2) 한 손의 첫째 손가락을 잃었을 때	15
3) 한 손의 첫째 손가락 이외의 손가락을 잃었을 때(손가락 하나마다)	10
4) 한 손의 5개 손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	30
5) 한 손의 첫째 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한 손의 첫째 손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때(손가락 하나마다)	5

나. 장애 판정 기준

- 1) 골절부에 금속 내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능 장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 평가한다. 다만, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능 장애(예를 들면 석고붕대(cast)로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능 장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 않는다.
- 3) 손가락에는 첫째 손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
- 4) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.
- 5) '손가락을 잃었을 때'라 함은 첫째 손가락에서는 지관절부터 심장에서 가까운 쪽으로, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽으로 손가락이 절단된 경우를 말한다.
- 6) '손가락뼈 일부를 잃었을 때'라 함은 첫째 손가락에서는 지관절, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 손가락뼈의 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 손가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.
- 7) '손가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 첫째 손가락에서는 중수지관절 또는 지관절의 굴신(굽히고 펴기) 운동가능영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하인 경우를 말하며, 다른 네 손가락에서는 제1, 제2지관절의 굴신(굽히고 펴기) 운동가능영역을 합산하여 정상 운동가능영역의 1/2 이하이거나 중수지관절의 굴신(굽히고 펴기) 운동가능영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.
- 8) 한 손가락에 장애가 생기고 다른 손가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한

다.

- 9) 손가락의 관절 기능 장애 평가는 손가락 관절의 관절 운동 범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동 범위 측정은 장애 평가시점의 『산업재해보상보험법 시행규칙 제47조(운동기능장애의 측정) 제1항 및 제3항』의 비장애인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상 각도 및 측정 방법 등을 따른다.



< 손가락 >

11. 발가락의 장애

가. 장애의 분류

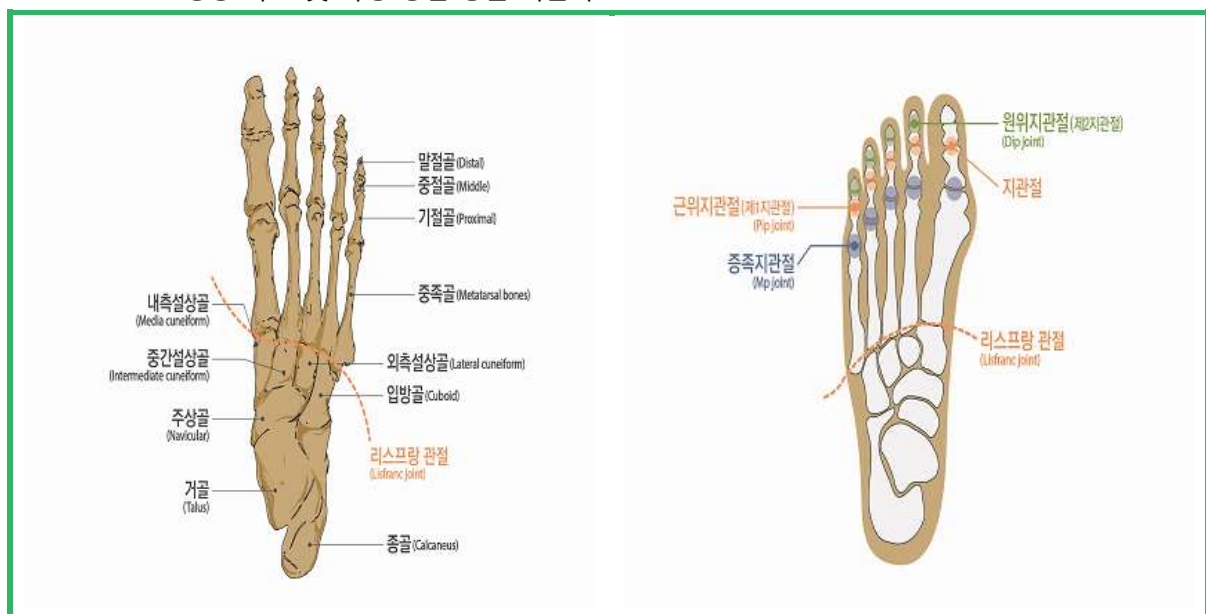
장애의 분류	지급률
1) 한 발의 리스프랑 관절 이상을 잃었을 때	40
2) 한 발의 5개 발가락을 모두 잃었을 때	30
3) 한 발의 첫째 발가락을 잃었을 때	10
4) 한 발의 첫째 발가락 이외의 발가락을 잃었을 때(발가락 하나마다)	5
5) 한 발의 5개 발가락 모두의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
6) 한 발의 첫째 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	8
7) 한 발의 첫째 발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때(발가락 하나마다)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

나. 장애 판정 기준

- 1) 골절부에 금속 내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능 장애의 원인이 되는 때에는 그 내

고정물 등이 제거된 후 장애를 평가한다. 다만, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.

- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능 장애(예를 들면 석고붕대(cast)로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능 장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 않는다.
- 3) '리스프랑 관절 이상을 잃었을 때'라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
- 4) '발가락을 잃었을 때'라 함은 첫째 발가락에서는 지관절부터 심장에서 가까운 쪽으로, 다른 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽으로 발가락이 절단된 경우를 말한다.
- 5) '발가락뼈 일부를 잃었을 때'라 함은 첫째 발가락에서는 지관절, 다른 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 발가락뼈 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 발가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.
- 6) '발가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 첫째 발가락에서는 중족지관절과 지관절의 굴신(굽히고 펴기) 운동가능영역 합계가 정상 운동가능영역의 1/2 이하인 경우를 말하며, 다른 네 발가락에서는 중족지관절의 신전 운동가능영역만을 평가하여 정상 운동가능영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.
- 7) 한 발가락에 장애가 생기고 다른 발가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 8) 발가락 관절의 운동 범위 측정은 장애 평가시점의 『산업재해보상보험법 시행규칙 제47조(운동기능장애의 측정) 제1항 및 제3항』의 비장애인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상 각도 및 측정 방법 등을 따른다.





12. 흉·복부 장기 및 비뇨생식기의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애 판정 기준

- 1) '심장 기능을 잃었을 때'라 함은 심장 이식을 한 경우를 말한다.
- 2) '흉·복부 장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때'라 함은 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 폐, 신장 또는 간장의 장기이식을 한 경우.
 - 나) 장기이식을 하지 않고서는 생명 유지가 불가능하여 혈액투석, 복막투석 등 의료 처치를 평생토록 받아야 할 때.
 - 다) 방광의 저장 기능과 배뇨 기능을 완전히 상실한 때.
- 3) '흉·복부 장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 위, 대장(결장~직장) 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때.
 - 나) 소장을 3/4 이상을 잘라내었을 때 또는 잘라낸 소장의 길이가 3m 이상일 때.
 - 다) 간장의 3/4 이상을 잘라내었을 때.
 - 라) 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때.
- 4) '흉·복부 장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 다음 중 어느 하나에 해당

하는 경우를 말한다.

가) 한쪽 폐 또는 한쪽 신장을 전부 잘라내었을 때.

나) 방광의 기능 상실로 영구적인 요도루, 방광루, 요관 장문합 상태.

다) 위, 췌장을 50% 이상 잘라내었을 때.

라) 대장절제, 항문 괄약근 등의 기능 장애로 영구적으로 장루, 인공항문을 설치한 경우(치료 과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외).

마) 심장기능 이상으로 인공심박동기를 영구적으로 삽입한 경우.

바) 요도 괄약근 등의 기능 장애로 영구적으로 인공요도괄약근을 설치한 경우.

5) '흉·복부 장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가) 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착, 배뇨기능 상실로 영구적인 간헐적 인공요도가 필요한 때.

나) 음경의 1/2 이상이 결손 되었거나 질구 협착으로 성생활이 불가능한 때.

다) 폐질환 또는 폐 부분절제술 후 일상생활에서 호흡곤란으로 지속적인 산소치료가 필요하며, 폐기능 검사(PFT)상 폐환기 기능(1초간 노력성 호기량, FEV1)이 정상예측치의 40% 이하로 저하된 때.

6) 흉·복부 장기와 비뇨생식기의 장애는 질병이나 외상의 직접 결과에 따른 장애를 말하며, 노화에 따른 기능 장애 또는 질병이나 외상이 없는 상태에서 예방적으로 장기를 절제, 적출한 경우는 장애로 보지 않는다.

7) 위의 흉·복부 장기와 비뇨생식기의 장애 항목에 명기되지 않은 기타 장애 상태는 '<붙임> 일상생활 기본 동작(ADLs) 제한 장애 평가표'에 해당하는 장애가 있을 때 일상생활 기본 동작(ADLs)의 장애 지급률을 준용한다.

8) 위의 장애 항목에 해당되지 않는 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장애의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계·정신 행동 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 신경계에 장애가 남아 일상생활 기본 동작에 제한을 남긴 때	10~100
2) 정신 행동에 극심한 장애를 남긴 때	100
3) 정신 행동에 심한 장애를 남긴 때	75
4) 정신 행동에 뚜렷한 장애를 남긴 때	50
5) 정신 행동에 약간의 장애를 남긴 때	25

장애의 분류	지급률
6) 정신 행동에 경미한 장애를 남긴 때	10
7) 극심한 치매 : CDR 척도 5점	100
8) 심한 치매 : CDR 척도 4점	80
9) 뚜렷한 치매 : CDR 척도 3점	60
10) 약간의 치매 : CDR 척도 2점	40
11) 심한 뇌전증 발작이 남았을 때	70
12) 뚜렷한 뇌전증 발작이 남았을 때	40
13) 약간의 뇌전증 발작이 남았을 때	10

나. 장애 판정 기준

1) 신경계

가) '신경계에 장애를 남긴 때'라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계 손상으로 '<붙임> 일상생활 기본 동작(ADLs) 제한 장애 평가표'의 5가지 기본 동작 중 하나 이상의 동작이 제한되었을 경우를 말한다.

나) 위 가)의 경우 '<붙임> 일상생활 기본 동작(ADLs) 제한 장애 평가표'상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장 대상이 되는 장애로 인정하지 않는다.

다) 신경계의 장애로 발생하는 다른 신체 부위의 장애(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장애로도 평가하고, 그 중 높은 지급률을 적용한다.

라) 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 12개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장애를 평가한다. 그러나, 12개월이 지났다고 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간 내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위에서 장애 평가를 유보한다.

마) 장애 진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신 행동

가) 정신 행동 장애는 보험기간 중 뇌에 질병이 발생하거나 상해를 입고 나서 18개월이 지난 후에 판정함을 원칙으로 한다. 다만, 뇌에 질병이 발생하거나 상해를 입고 나서 의식 상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 뇌에 질병이 발생하거나 상해를 입고 나서 12개월이 지난 후에 판정할 수 있다.

나) 정신 행동 장애는 장애 판정 직전 1년 이상 정신건강의학과와의 전문적 치료를 충분히 받았으나, 그 치료에도 불구하고 장애가 고착되었을 때 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그 때문에 고정되거나 중하게 된 장애에 대해서는 인정하지 않는다.

다) '정신 행동에 극심한 장애를 남긴 때'라 함은 장애 판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와의 치료를 받았으며 「전반적 기능평가척도(Global Assessment of Functioning, GAF)」 30점

이하인 상태를 말한다.

라) '정신 행동에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 장애 판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료를 받았으며 「전반적 기능평가척도(Global Assessment of Functioning, GAF)」 40점 이하인 상태를 말한다.

마) '정신 행동에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 장애 판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준'^{주)} 상 6개 항목 중 3개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 「전반적 기능평가척도(Global Assessment of Functioning, GAF)」 50점 이하인 상태를 말한다.

주) 능력장애측정기준의 항목 : ㉠ 적절한 음식섭취, ㉡ 대소변관리, 세면, 목욕, 청소 등의 청결 유지, ㉢ 적절한 대화기술 및 협조적인 대인관계, ㉣ 규칙적인 통원·약물 복용, ㉤ 소지품 및 금전관리나 적절한 구매행위, ㉥ 대중교통이나 일반공공시설의 이용.

바) '정신 행동에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 장애 판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준' 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 「전반적 기능평가척도(Global Assessment of Functioning, GAF)」 60점 이하인 상태를 말한다.

사) '정신 행동에 경미한 장애를 남긴 때'라 함은 장애 판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준' 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 「전반적 기능평가척도(Global Assessment of Functioning, GAF)」 70점 이하인 상태를 말한다.

아) 지속적인 정신건강의학과 치료란 3개월 이상 약물치료가 중단되지 않았음을 의미한다.

자) 심리학적 평가 보고서는 정신건강의학과 의료기관에서 실시되어야 하며, 자격을 갖춘 임상심리 전문가가 시행하고 작성하여야 한다.

차) 정신 행동 장애 진단 전문의는 정신건강의학과 전문의를 말한다.

카) 정신 행동 장애는 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌 전산화단층촬영(brain CT), 뇌 자기공명영상(brain MRI), 뇌파검사 등 객관적 근거를 기초로 평가하며, 보호자나 환자의 진술, 감정의 추정이나 인정, 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 낮은 검사들[뇌 단일광자 단층촬영(brain SPECT) 등]은 객관적 근거로 인정하지 않는다.

타) 각종 기질성 정신 장애와 외상 후 뇌전증에 한하여 보상한다.

파) 외상 후 스트레스 장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증(조현병), 편집증(망상 장애), 조울증(양극성 장애), 불안 장애, 전환 장애, 공포 장애, 강박 장애 등 각종 신경증 및 각종 인격 장애는 보상의 대상이 되지 않는다.

3) 치매

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

나) 치매의 장애 평가는 임상적인 증상뿐 아니라 뇌 영상검사(뇌 전산화단층촬영(brain CT), 뇌 자기공명영상(brain MRI), 뇌 단일광자 단층촬영(brain SPECT) 등)를 기초로 진단되어야 하며, 18개월 이상 지속적인 치료 후 평가한다. 다만, 진단 시점에 이미 극심한 치매 또는 심한 치매로 진행된 경우에는 6개월간 지속적인 치료 후 평가한다.

다) 치매의 장애 평가는 전문의(정신건강의학과, 신경과)에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사 결과에 따른다.

4) 뇌전증

가) '뇌전증'이라 함은 돌발적 뇌파 이상을 나타내는 뇌 질환으로 발작(경련, 의식 장애 등)을 반복하는 것을 말한다.

나) 뇌전증 발작의 빈도 및 양상은 지속적인 항뇌전증제(항경련제) 약물로도 조절되지 않는 뇌전증을 말하며, 진료기록에 기재되어 객관적으로 확인되는 뇌전증 발작의 빈도 및 양상을 기준으로 한다.

다) '심한 뇌전증 발작'이라 함은 월 8회 이상의 중증 발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작할 때 유발된 호흡 장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지 장애 등으로 요양 관리가 필요한 상태를 말한다.

라) '뚜렷한 뇌전증 발작'이라 함은 월 5회 이상의 중증 발작 또는 월 10회 이상의 경증 발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

마) '약간의 뇌전증 발작'이라 함은 월 1회 이상의 중증 발작 또는 월 2회 이상의 경증 발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

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

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

<붙임>

일상생활 기본 동작(ADLs) 제한 장애 평가표

유형	제한 정도에 따른 지급률
이동 동작	<ul style="list-style-type: none"> - 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 지속적인 도움 없이는 방 밖을 나올 수 없는 상태 또는 침대에서 휠체어로 옮기기를 포함하여 휠체어 이동 시 다른 사람의 지속적인 도움이 필요한 상태(지급률 40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움 없이는 방 밖을 나올 수 없는 상태 또는 보행이 불가능하나 스스로 휠체어를 밀어 이동이 가능한 상태(30%) - 목발 또는 보행기(walker)를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태(20%) - 보조기구 없이 독립적인 보행은 가능하나, 보행 시 파행이 있는(절뚝거리는) 상태 또는 난간을 잡지 않고는 계단을 오르내리기가 불가능한 상태 또는 계속하여 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태(10%)
음식물 섭취	<ul style="list-style-type: none"> - 입으로 식사를 전혀 할 수 없어 계속적으로 튜브(비위관 또는 위루관)나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양 공급을 받는 상태(20%) - 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 지속적인 도움 없이는 식사를 전혀 할 수 없는 상태(15%) - 숟가락 사용은 가능하나 젓가락 사용이 불가능하여 음식물 섭취에 있어 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%) - 독립적인 음식물 섭취는 가능하나 젓가락을 이용하여 생선을 바르거나 음식물을 자르지 못하는 상태(5%)
배변·배뇨	<ul style="list-style-type: none"> - 배설을 돕기 위해 설치한 의료 장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 다른 사람의 지속적인 도움이 필요한 상태, 또는 지속적인 유치도뇨관 삽입상태, 방광루, 요도루, 장루상태(20%) - 화장실에 가서 변기 위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 화장지로 닦고 옷을 입는 일에 다른 사람의 지속적인 도움이 필요한 상태, 또는 간헐적으로 자가 인공도뇨가 가능한 상태(CIC, 기저귀를 이용한 배뇨·배변 상태(15%) - 화장실에 가는 일, 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변 후에 화장지로 닦고 옷을 입는 일에 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%) - 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2시간 이상 계속되는 업무를 수행하는 것이 어려운 상태 또는 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 요실금, 변실금이 있는 상태(5%)

유형	제한 정도에 따른 지급률
목욕	<ul style="list-style-type: none"> - 세안, 양치, 샤워, 목욕 등 모든 개인위생 관리 시 다른 사람의 지속적인 도움이 필요한 상태(10%) - 세안, 양치 시 다른 사람의 부분적인 도움 하에 혼자서 가능하나, 목욕이나 샤워 시에는 다른 사람의 도움이 필요한 상태(5%) - 세안, 양치와 같은 개인위생관리를 독립적으로 시행 가능하나, 목욕이나 샤워 시 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태(3%)
옷 입고 벗기	<ul style="list-style-type: none"> - 상·하의 의복 착탈 시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태(10%) - 상·하의 의복 착탈 시 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태 또는 상의나 하의 중 하나만 혼자서 착탈의가 가능한 상태(5%) - 상·하의 의복 착탈 시 혼자서 가능하나 미세동작(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)이 필요한 나머지는 다른 사람의 도움이 필요한 상태(3%)

[별표 4]

**대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표
(유방암, 전립선암, 기타피부암, 중증 이외 갑상선암 및 대장점막내암 제외)**

- ① 약관에 규정하는 「일반암」으로 분류되는 항목은 제8차 개정 한국표준질·병사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 항목을 말하며, 이후 한국표준질·병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 약관에서 보장하는 「일반암」 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
1 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물(암)	C00-C14
2 소화기관의 악성 신생물(암) (「대장점막내암」 제외)	C15-C26
3 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물(암)	C30-C39
4 골 및 관절연골의 악성 신생물(암)	C40-C41
5 피부의 악성 흑색종	C43
6 중피성 및 연조직의 악성 신생물(암)	C45-C49
7 여성생식기관의 악성 신생물(암)	C51-C58
8 남성생식기관의 악성 신생물(암)	C60-C63 (C61 제외)
9 요로의 악성 신생물(암)	C64-C68
10 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물(암)	C69-C72
11 갑상선의 악성 신생물(암) 중 「중증 갑상선암」	[별표 9] 참고
12 부신의 악성 신생물(암)	C74
13 기타 내분비선 및 관련구조물의 악성 신생물(암)	C75
14 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)	C76-C80
15 림프, 조혈 및 관련조직의 악성 신생물(암)	C81-C96
16 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물(암)	C97
17 진성 적혈구증가증	D45
18 골수형성이상증후군	D46
19 만성 골수증식질환	D47.1
20 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21 골수섬유증	D47.4
22 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

※ 제9차 개정 이후 약관에서 보장하는 「일반암」의 해당 여부는 피보험자가 진단 당시에 시행되고 있는 한국표준질·병사인분류에 따라 판단합니다.

※ 유방의 악성 신생물(암)(분류번호 C50) 및 전립선의 악성 신생물(암)(분류번호 C61)은 상기 분류표에

서 제외됩니다.

※ 기타 피부의 악성 신생물(암)(분류번호 C44)은 상기 분류표에서 제외됩니다.

※ 갑상선의 악성 신생물(암)(분류번호 C73) 중 약관 제3조(「암」 등의 정의 및 진단 확정) 제6항 제1호에서 정한 「중증 갑상선암」은 상기 분류표 포함되며, 제2호에서 정한 「중증 이외 갑상선암」은 상기 분류표에서 제외됩니다.

※ 소화기관의 악성 신생물(암)(분류번호 C15~C26) 중 약관 제3조(「암」 등의 정의 및 진단 확정) 제7항에서 정한 「대장점막내암」은 상기 분류표에서 제외됩니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]로 분류되고, 일차성 악성 신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 변경되지 않습니다.

- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 약관에서 보장하는 항목에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 항목이 변경되더라도 약관에서 보장하는 항목의 해당 여부는 다시 판단하지 않습니다.

[별표 5]

고액치료비 관련암 분류표

- ① 약관에 규정하는 「고액암」으로 분류되는 항목은 제8차 개정 한국표준질·병사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 항목을 말하며, 이후 한국표준질·병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 약관에서 보장하는 「고액암」 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
골 및 관절연골의 악성 신생물(암)	
1 사지의 골 및 관절연골의 악성 신생물(암)	C40
2 기타 및 상세불명 부위의 골 및 관절연골의 악성 신생물(암)	C41
뇌 및 중추신경계통의 기타부분의 악성 신생물(암)	
3 수막의 악성 신생물(암)	C70
4 뇌의 악성 신생물(암)	C71
5 척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성 신생물(암)	C72
림프, 조혈 및 관련조직의 악성 신생물(암)	
6 호지킨림프종	C81
7 소포성 림프종	C82
8 비소포성 림프종	C83
9 성숙 T/NK-세포림프종	C84
10 기타 및 상세불명 유형의 비호지킨림프종	C85
11 T/NK-세포 림프종의 기타 명시된 형태	C86
12 기타 B-세포림프종[악성 면역증식질환]	C88
13 다발골수종 및 악성 형질세포신생물	C90
14 림프성 백혈병	C91
15 골수성 백혈병	C92
16 단핵구성 백혈병	C93
17 명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
18 상세불명 세포형의 백혈병	C95
19 림프, 조혈 및 관련조직의 기타 및 상세불명의 악성 신생물(암)	C96
20 만성 골수증식질환	D47.1
21 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

※ 제9차 개정 이후 약관에서 보장하는 「고액암」의 해당 여부는 피보험자가 진단 당시에 시행되고 있는 한국표준질·병사인분류에 따라 판단합니다.

※ 한국표준질·병사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]로 분류되고, 일차성 악성 신생물(암)이 확

인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 변경되지 않습니다.

- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 약관에서 보장하는 항목에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 항목이 변경되더라도 약관에서 보장하는 항목의 해당 여부는 다시 판단하지 않습니다.

[별표 6]

유방의 악성 신생물(암) 분류표

- ① 약관에 규정하는 「유방암」으로 분류되는 항목은 제8차 개정 한국표준질·병사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 항목을 말하며, 이후 한국표준질·병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 약관에서 보장하는 「유방암」 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
1 유방의 악성 신생물(암)	C50

- ※ 제9차 개정 이후 약관에서 보장하는 「유방암」의 해당 여부는 피보험자가 진단 당시에 시행되고 있는 한국표준질·병사인분류에 따라 판단합니다.
- ※ 한국표준질·병사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]로 분류되고, 일차성 악성 신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 변경되지 않습니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질·병사인분류에 따라 약관에서 보장하는 항목에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질·병사인분류 개정으로 항목이 변경되더라도 약관에서 보장하는 항목의 해당 여부는 다시 판단하지 않습니다.

[별표 7]

전립선의 악성 신생물(암) 분류표

- ① 약관에 규정하는 「전립선암」으로 분류되는 항목은 제8차 개정 한국표준질·병사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 항목을 말하며, 이후 한국표준질·병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 약관에서 보장하는 「전립선암」 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
1 전립선의 악성 신생물(암)	C61

- ※ 제9차 개정 이후 약관에서 보장하는 「전립선암」의 해당 여부는 피보험자가 진단 당시에 시행되고 있는 한국표준질·병사인분류에 따라 판단합니다.
- ※ 한국표준질·병사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]로 분류되고, 일차성 악성 신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 변경되지 않습니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질·병사인분류에 따라 약관에서 보장하는 항목에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질·병사인분류 개정으로 항목이 변경되더라도 약관에서 보장하는 항목의 해당 여부는 다시 판단하지 않습니다.

[별표 8]

기타 피부의 악성 신생물(암) 분류표

- ① 약관에 규정하는 「기타피부암」으로 분류되는 항목은 제8차 개정 한국표준질·병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 항목을 말하며, 이후 한국표준질·병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 약관에서 보장하는 「기타피부암」 해당 여부를 판단합니다.

분류항목		분류번호
1	기타 피부의 악성 신생물(암)	C44

- ※ 제9차 개정 이후 약관에서 보장하는 「기타피부암」의 해당 여부는 피보험자가 진단 당시에 시행되고 있는 한국표준질·병사인분류에 따라 판단합니다.
- ※ 한국표준질·병사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]로 분류되고, 일차성 악성 신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 변경되지 않습니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질·병사인분류에 따라 약관에서 보장하는 항목에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질·병사인분류 개정으로 항목이 변경되더라도 약관에서 보장하는 항목의 해당 여부는 다시 판단하지 않습니다.

[별표 9]

갑상선의 악성 신생물(암) 분류표

- ① 약관에 규정하는 「갑상선암」으로 분류되는 항목은 제8차 개정 한국표준질·병사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 항목을 말하며, 이후 한국표준질·병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 약관에서 보장하는 「갑상선암」 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
1 갑상선의 악성 신생물(암)	C73

※ 제9차 개정 이후 약관에서 보장하는 「갑상선암」의 해당 여부는 피보험자가 진단 당시에 시행되고 있는 한국표준질·병사인분류에 따라 판단합니다.

※ 한국표준질·병사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]로 분류되고, 일차성 악성 신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 변경되지 않습니다.

- ② 제1항의 「갑상선암」은 조직학적 형태에 따라 다음과 같이 「중증 갑상선암」과 「중증 이외 갑상선암」으로 구분합니다.

「갑상선암」의 구분	조직학적 형태 (Histological group)
중증 갑상선암	수질성암 (Medullary carcinoma)
	역형성암 (미분화암, Anaplastic carcinoma)
중증 이외 갑상선암	여포성암 (Follicular carcinoma)
	유두상암 (Papillary carcinoma)
	상기 외 기타

- ③ 진단 당시의 한국표준질·병사인분류에 따라 약관에서 보장하는 항목에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질·병사인분류 개정으로 항목이 변경되더라도 약관에서 보장하는 항목의 해당 여부는 다시 판단하지 않습니다.

[별표 10]

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

- ① 약관에 규정하는 「경계성종양」로 분류되는 항목은 제8차 개정 한국표준질·병사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 항목을 말하며, 이후 한국표준질·병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 약관에서 보장하는 「경계성종양」 해당 여부를 판단합니다.

분류항목		분류번호
1	구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2	중이, 호흡기관, 흉곽내기관의 행동양식 불명 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	내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9	림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물	D47 (D47.1, D47.3, D47.4, D47.5 제외)
10	기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

※ 제9차 개정 이후 약관에서 보장하는 「경계성종양」의 해당 여부는 피보험자가 진단 당시에 시행되고 있는 한국표준질·병사인분류에 따라 판단합니다.

※ 만성 골수증식질환(분류번호 D47.1), 본태성(출혈성) 혈소판혈증(분류번호 D47.3), 골수섬유증(분류번호 D47.4), 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군](분류번호 D47.5)은 상기 "9. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물"에 포함되지 않는 것으로 보아 보장하지 않습니다.

- ② 진단 당시의 한국표준질·병사인분류에 따라 약관에서 보장하는 항목에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질·병사인분류 개정으로 항목이 변경되더라도 약관에서 보장하는 항목의 해당 여부는 다시 판단하지 않습니다.

[별표 11]

**제자리의 신생물 분류표
(대장점막내암 제외)**

- ① 약관에 규정하는 「제자리암」로 분류되는 항목은 제8차 개정 한국표준질·병사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 항목을 말하며, 이후 한국표준질·병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 약관에서 보장하는 「제자리암」 해당 여부를 판단합니다.

분류항목		분류번호
1	구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
2	기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종 (「대장점막내암」 제외)	D01
3	중이 및 호흡계통의 제자리암종	D02
4	제자리흑색종	D03
5	피부의 제자리암종	D04
6	유방의 제자리암종	D05
7	자궁경부의 제자리암종	D06
8	기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리암종	D07
9	기타 및 상세불명 부위의 제자리암종	D09

※ 제9차 개정 이후 약관에서 보장하는 「제자리암」의 해당 여부는 피보험자가 진단 당시에 시행되고 있는 한국표준질·병사인분류에 따라 판단합니다.

※ 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종(분류번호 D01) 중 약관 제3조(「암」 등의 정의 및 진단 확정) 제7항에서 정한 「대장점막내암」은 상기 분류표에서 제외됩니다.

- ② 진단 당시의 한국표준질·병사인분류에 따라 약관에서 보장하는 항목에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질·병사인분류 개정으로 항목이 변경되더라도 약관에서 보장하는 항목의 해당 여부는 다시 판단하지 않습니다.

[별표 12]

**보험금 등을 지급할 때의 적립 이율 계산
(제11조 제2항 및 제34조 제2항 관련)**

구분	기간	지급 이자	
진단보험금 (제6조 제1호에서 제4호)	지급 기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출 이율	
	지급 기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출 이율 + 가산이율(4.0%)	
	지급 기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출 이율 + 가산이율(6.0%)	
	지급 기일의 91일 이후 기간	보험계약대출 이율 + 가산이율(8.0%)	
해약환급금 (제34조 제1항)	지급 사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일 까지의 기간	1년 이내	평균공시이율의 50%
		1년 초과 기간	평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출 이율	

(주)

1. 지급 이자는 연 단위 복리로 계산하며, 소멸시효(제39조)가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당 기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용 시 제11조(보험금 지급 등의 절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용 시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 제24조(계약의 소멸) 제1항에 따라 사망 당시의 계약자적립액을 지급하는 경우에는 지급 기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출 이율을 연 단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
6. 제 16 조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과), 제 27 조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지), 제 31 조(위법계약의 해지) 및 제 32 조(중대 사유로 인한 해지)의 경우, 위 표의 '청구일'은 보험사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당
시페이백
일반암
진단특약
(해약환급금 미지급형)

특약 약관

목차

제1관 목적 및 용어의 정의	83
제1조 (목적)	83
제2조 (용어의 정의)	83
제2조의2 (「암」 등의 정의 및 진단 확정)	86
제2관 보험금의 지급	88
제3조 (보험금의 지급 사유)	88
제4조 (보험금 지급 등에 관한 세부 규정)	88
제5조 (보험금 지급 등을 하지 않는 사유)	90
제6조 (보험금 지급 사유의 발생 통지)	90
제7조 (보험금 등의 청구)	91
제8조 (보험금 지급 등의 절차)	91
제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등	92
제9조 (계약 전 알릴 의무)	92
제10조 (계약 전 알릴 의무 위반의 효과)	92
제4관 특약의 성립과 유지	94
제11조 (특약의 성립)	94
제12조 (특약의 무효)	94
제13조 (특약 내용의 변경 등)	94
제14조 (특약의 소멸)	95
제5관 보험료의 납입	95
제15조 (특약의 보험료 납입기간 및 특약 보험료의 납입)	95
제16조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)	96
제17조 (보험료의 납입 연체로 해지된 특약의 부활(효력 회복))	97
제6관 특약의 해지 및 해약환급금	98
제18조 (계약자의 임의 해지)	98
제19조 (위법계약의 해지)	98

제20조 (중대 사유로 인한 해지).....	98
제21조 (해약환급금).....	99
제7관 기타사항	99
제22조 (주계약 약관 및 단체취급특약의 준용).....	99
보험금 등을 지급할 때의 적립 이율 계산 (제8조 제2항 및 제21조 제2항 관련).....	101
재해 분류표	102
장해 분류표	102
대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표 (유방암, 전립선암, 기타피부암, 중증 이외 갑상선암 및 대장점막내암 제외)	103
유방의 악성 신생물(암) 분류표.....	105
전립선의 악성 신생물(암) 분류표	105
기타 피부의 악성 신생물(암) 분류표.....	105
갑상선의 악성 신생물(암) 분류표	105

무배당 SI페이백일반암진단특약(해약환급금 미지급형) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제3조(보험금의 지급 사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 '주계약'이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

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

1. 계약관계 관련 용어

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

2. 지급 사유 관련 용어

- 가. 재해 : [별표2] 재해 분류표(이하 '재해 분류표'라 합니다)에서 정한 재해를 말합니다.
- 나. 장애 : [별표3] 장애 분류표(이하 '장애 분류표'라 합니다)에서 정한 기준에 따른 장애 상태를 말합니다.
- 다. 중요한 사항 : 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 이 특약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 이 특약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

【보험가입금액 한도 제한】

피보험자가 가입 할 수 있는 최대한도의 보험가입금액을 제한하는 방법

【일부 보장 제외(부담보)】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법으로 특정 질병 또는 특정 신체 부위를 보장에서 제외시키는 방법

【보험금 삭감】

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

【보험료 할증】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법으로 보험가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 증가하는 위험 또는 기간의 경과에 상관없이 일정한 상태를 유지하는 위험에 적용하며, 위험 정도에 따라 이 특약 보험료 이외에 특별보험료를 부가하는 방법

3. 이자율 관련 용어

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

【연 단위 복리 예시】

원금 100원, 연간 10% 이자율 적용 시 연 단위 복리로 계산한 2년 시점의 총 이자금액

- 1년차 이자 = 100원(원금) X 10% = 10원

- 2년차 이자 = [100원(1년차 원금) + 10원(1년차 이자)] X 10% = 11원

⇒ 2년 시점의 총 이자금액 = 10원(1년차 이자) + 11원(2년차 이자) = 21원

나. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다. 평균공시이율은 회사의 인터넷 홈페이지(www.lifeplanet.co.kr)의 '상품공시실'에서 확인할 수 있습니다.

4. 보험료 및 지급금 관련 용어

가. 보험료 및 해약환급금 산출방법서 : 이 특약의 보험료, 계약자적립액, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재한 기초서류를 말합니다.

나. 이미 납입한 보험료 : 계약자가 회사에 납입한 보험료를 말하며, 제13조(특약 내용의 변경 등)에 따라 보험료가 변경되었을 경우 최종 변경된 보험료를 기준으로 적용합니다.

다. 계약자적립액 : 장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 이 특약의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

라. 해약환급금 : 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

마. 보험가입금액 : 이 특약의 보험가입금액은 이 특약이 부가된 주계약의 보험료 납입기간동안 납입하기로 한 주계약 보험료 총액을 말합니다.

바. 이 계약의 납입보험료 총액 : 이 특약이 부가된 주계약 및 이 특약의 보험료 납입기간동안 납입하기로 한 주계약 및 특약 보험료 총액을 말합니다.

5. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 이 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일 : 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, 『관공서의 공휴일에 관한 규정 제2조(공휴일) 및 제3조(대체공휴일)』에 따른 공휴일 및 대체공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

다. 연계약해당일 : 계약일부터 1년씩 경과되는 매년의 계약해당일을 말합니다. 다만, 해당 년의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 말일을 연계약해당일로 합니다

【연계약해당일 예시】

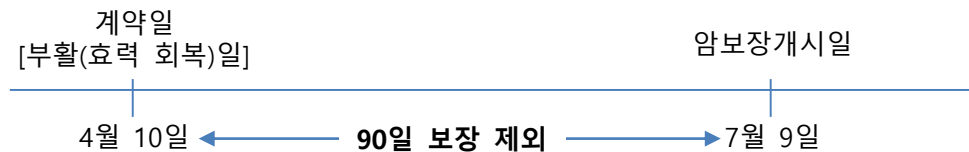
계약일 : 2월 29일

- 연계약해당일 : 매년 2월 29일이 연계약해당일이나, 특정 연도의 2월 마지막 날이 28일인 경우 그 특정 연도의 연계약해당일은 2월 28일로 합니다.

라. 보장개시일 : 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같습니다.

마. 암보장개시일 : 제2조의2(「암」 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 「일반암」에 대한 보장이 개시되는 날로, 이 특약의 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날을 말합니다. 다만, 부활(효력 회복)계약의 경우에는 부활(효력 회복)일부터 부활(효력 회복)일을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날을 말합니다.

【암보장개시일 예시】



6. 해약환급금 미지급형 특약에 관한 사항

가. 적용해지율 : 계약자가 특약을 해지할 확률을 예측한 것을 말합니다. 적용해지율(이하 '해지율'이라 합니다.)은 해약환급금 미지급형 특약에 한하여 적용되며, 일반적으로 해지율이 높으면 보험료는 내려가고, 해지율이 낮으면 보험료는 올라갑니다.

나. 해약환급금 미지급형 특약 : 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입완료 이후 특약이 해지될 경우에는 해약환급금 지급형 특약의 해약환급금 50%를 지급하는 상품을 말합니다.

다. 해약환급금 지급형 특약 : 해지율을 적용하지 않으며, 해약환급금 미지급형 특약과 동일한 보장 내용의 비교 안내만을 위한 특약을 말합니다.

라. 해약환급금 미지급형 특약은 해약환급금 지급형 특약 대비 해약환급금이 적거나 없는 대신 해약환급금 지급형 특약보다 낮은 보험료로 가입할 수 있습니다.

마. '나'목에서 보험료 납입기간이란, 이 특약의 계약일부터 계약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 연계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 보험료의 납입이 연체된 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료 납입기간으로 봅니다.

7. 기타 주요 용어

- 가. 의사 : 『의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)』에서 규정한 의사, 치과의사, 한의사(이하 '의사'라 합니다.)를 말합니다.
- 나. 전문의 : 『의료법 제77조(전문의) 제1항』에 따라 의사로서 일정 수련을 거쳐 보건복지부장관에게 자격 인정을 받은 의사(이하 '전문의'라 합니다.)를 말합니다.
- 다. 의료기관 : 『의료법 제3조(의료기관)』의 규정에서 정한 국내의 병원이나 의원, 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 '의료기관'이라 합니다.)을 말합니다.

제2조의2 (「암」 등의 정의 및 진단 확정)

- ① 이 특약에서 「암(유방암, 전립선암, 기타피부암, 중증 이외 갑상선암 및 대장점막내암 제외)」이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [별표4] '대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(유방암, 전립선암, 기타피부암, 중증 이외 갑상선암 및 대장점막내암 제외)'에서 정한 질병을 말하며, 다음 각 호에서 정한 질병 및 상태는 제외합니다. (이하 「일반암」이라 합니다.)
1. 제2항에서 정한 「유방암」
 2. 제3항에서 정한 「전립선암」
 3. 제4항에서 정한 「기타피부암」
 4. 제5항 제2호에서 정한 「중증 이외 갑상선암」
 5. 제6항에서 정한 「대장점막내암」
 6. 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)

【한국표준질병·사인분류】

한국표준질병·사인분류는 의무기록자료, 사망원인통계조사 등 질병이환 및 사망자료를 그 성질의 유사성에 따라 체계적으로 유형화한 것이며, 모든 형태의 보건 및 인구동태 기록에 기재되어 있는 질병 및 기타 보건문제를 분류하는데 이용하기 위하여 설정한 것입니다.

【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]로 분류되고, 일차성 악성 신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

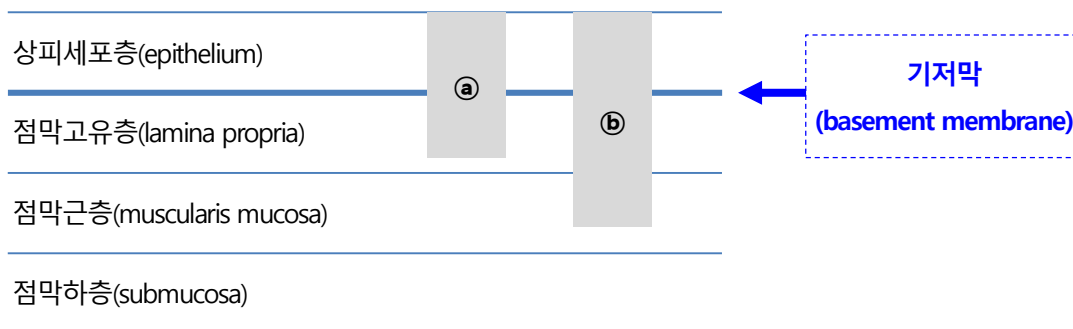
- C73[갑상선의 악성 신생물(암)]이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단된 경우에도 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50[유방의 악성 신생물(암)]이 폐로 전이되어 C78.0[폐의 이차성 악성 신생물(암)]로 진단된 경우에


도 C50[유방의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병으로 봅니다.

- C16[위의 악성 신생물(암)]이 뇌로 전이되어 C79.3[뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물(암)]로 진단된 경우에도 C16[위의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병으로 봅니다.

- ② 이 특약에서 「유방암」이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [별표5] '유방의 악성 신생물(암) 분류표'에서 정한 질병(이하 「유방암」이라 합니다.)을 말합니다.
- ③ 이 특약에서 「전립선암」이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [별표6] '전립선의 악성 신생물(암) 분류표'에서 정한 질병(이하 「전립선암」이라 합니다.)을 말합니다.
- ④ 이 특약에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [별표7] '기타 피부의 악성 신생물(암) 분류표'에서 정한 질병(이하 「기타피부암」이라 합니다.)을 말합니다.
- ⑤ 이 특약에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [별표8] '갑상선의 악성 신생물(암) 분류표'에서 정한 질병(이하 「갑상선암」이라 합니다.)을 말하며, 다음 각 호에 따라 「중증 갑상선암」과 「중증 이외 갑상선암」으로 구분합니다.
1. 「중증 갑상선암」이라 함은 「갑상선암」 중 수질성암(Medullary carcinoma) 또는 역형성암(미분화암, Anaplastic carcinoma)"에 해당하는 질병(이하 「중증 갑상선암」이라 합니다.)을 말합니다.
 2. 「중증 이외 갑상선암」이라 함은 「갑상선암」 중 제1호의 「중증 갑상선암」을 제외한 질병(이하 「중증 이외 갑상선암」이라 합니다.)을 말합니다.
- ⑥ 이 특약에서 「대장점막내암」이라 함은 대장(맹장, 충수, 결장, 직장을 말하며, 이하 '대장'이라 합니다.)의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병(이하 「대장점막내암」이라 합니다.)을 말합니다.

【대장점막내암】



( 악성종양 세포 침범 깊이)

- ① 악성종양 세포가 점막고유층(lamina propria)을 침범한 경우
- ② 악성종양 세포가 점막근층(muscularis mucosa)을 침범한 경우

- ⑦ 제2항에서 제6항에도 불구하고 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 보장에서 제외합니다.

- ⑧ 「일반암」, 「유방암」, 「전립선암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」 및 「대장점막내암」의 진단 확정은 '의료기관'에서 병리와 또는 진단검사의학과 '전문의'에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘 흡인(세포)검사(fine needle aspiration biopsy(cytology)) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「일반암」, 「유방암」, 「전립선암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」 및 「대장점막내암」의 진단 확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑨ 제8항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「일반암」, 「유방암」, 「전립선암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」 또는 「대장점막내암」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【'제8항에 따른 진단이 가능하지 않을 때'의 예시】

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유 없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제2관 보험금의 지급

제3조 (보험금의 지급 사유)

회사는 피보험자에게 다음의 사유가 발생한 경우, 보험수익자에게 약정한 아래 보험금을 '세페이백일반암진단보험금'으로 지급합니다.

급부명	지급사유	지급 금액
세페이백 일반암 진단보험금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 '암보장개시일' 이후에 「일반암」으로 진단 확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단 확정에 한함)	[가입 후 1년 이후] : 이 계약의 납입보험료 총액 [가입 후 1년 미만] : 이 계약의 납입보험료 총액의 50%

※ 이 특약에서 이 계약의 납입보험료 총액이라 함은 이 특약이 부가된 주계약 및 이 특약의 보험료 납입기간동안 납입하기로 한 주계약 및 특약 보험료 총액을 말합니다.

제4조 (보험금 지급 등에 관한 세부 규정)

[보험료 납입면제에 관한 사항]

- ① 주계약이 유효한 경우에 한하여, 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입 면제 사유에 따라 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 다음 회부터 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 '장애 분류표' 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체 부위의 장애 지급률을 더하여 50% 이상의 장애 상태가 되었을 경우에는 이 특약의

다음 회부터 보험료 납입을 면제합니다.

[보험금 지급 등에 관한 사항]

- ③ 피보험자가 보험기간 중 사망(제14조(특약의 소멸) 제1항 제2호)한 경우에는 이 특약의 '보험료 및 해약 환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 지급합니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 「일반암」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 사망일을 진단 확정일로 하여 제3조(보험금의 지급 사유)의 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 암보장개시일 전일 이전에 「일반암」으로 사망(진단 확정)한 경우에는 제외합니다.
- ⑤ 제4항에 따라 해당 진단보험금이 지급된 경우, 제3항에도 불구하고 계약자적립액을 지급하지 않습니다.
- ⑥ 가입 후 1년 미만에 제3조(보험금의 지급 사유)의 해당 보험금 지급 사유가 발생한 경우에는 가입 후 1년 이후에 지급되는 해당 보험금의 50%만 지급합니다.
- ⑦ '가입 후 1년 미만'이라 함은 이 특약의 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 되는 시점의 연계약해당일의 전일까지를 말하며, '가입 후 1년 이후'라 함은 이 특약의 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 되는 시점의 연계약해당일 이후를 말합니다.

[장해 지급률에 관한 사항]

- ⑧ 제2항에서 '장해 지급률'이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해 지급률로 결정합니다. 다만, 장해 분류표에 장해 판정 시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ⑨ 제2항의 경우 '장해 상태'가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 '한시장해'라 합니다.)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해 지급률의 20%를 한시장해의 장해 지급률로 정합니다.
- ⑩ 제8항 및 제9항에 따라 장해 지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는, 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내로 합니다.) 중에 장해 상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해 상태를 기준으로 장해 지급률을 결정합니다.
- ⑪ 제2항 '장해 지급률'이 하나의 장해가 관찰 방법에 따라서 장해 분류표상 두 가지 이상의 신체 부위에서 장해로 평가되는 경우 또는 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해 지급률만을 적용합니다. 다만, 하나의 장해로 둘 이상의 파생 장해가 발생하는 경우에는 각 파생 장해의 지급률을 합산한 지급률과 최초 장해의 지급률을 비교하여 그 중 높은 지급률을 적용합니다.
- ⑫ 제2항 '동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인'으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해 지급률을 더하여 최종 장해 지급률을 결정합니다. 다만, 장해 분류표의 각 신체 부위별 판정 기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑬ 제12항에도 불구하고 동일한 신체 부위에 장해 분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더

하지 않고 그 중 높은 장애 지급률을 적용합니다. 다만, 장애 분류표의 각 신체 부위별 판정 기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따르며, 동일한 재해로 인한 장애 지급률은 100%를 한도로 합니다.

⑭ 장애 분류표에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애 정도에 따라 장애 분류표의 구분에 준하여 장애 지급률을 결정합니다.

⑮ 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한하며, '동일한 재해'라 함은 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.

[보험료 납입면제 또는 보험금 지급의 합의에 관한 사항]

⑯ 계약자 또는 보험수익자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제 또는 제3조(보험금의 지급 사유)의 보험금 지급 사유에 대해 합의하지 못할 때는 계약자 또는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 『의료법 제3조(의료기관)』에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 또는 보험금 지급 사유 판정에 드는 의료 비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조 (보험금 지급 등을 하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급 사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우.

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사 결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급 사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 특히 그 결과 사망에 이르게 된 경우에는 이 특약의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 지급합니다.

[심신상실]

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애 때문에 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우.

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우.

제6조 (보험금 지급 사유의 발생 통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제3조(보험금의 지급 사유)에서 정한 보험금 지급 사유, 제4조(보험금 지급 등에 관한 세부 규정) 제1항 또는 같은 조 제2항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제7조 (보험금 등의 청구)

- ① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사 양식)
 2. 사고 증명서 : 사망진단서, 장해 진단서, 진단서(병명기입), 검사결과지(조직검사, 방사선검사 등) 등
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안정성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험 수익자 또는 계약자 의사표시의 확인방법을 포함하며, 이하 '신분증'이라 합니다.)
 4. 기타 보험수익자가 보험금 수령 또는 계약자가 계약자적립액 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고 증명서는 '의료기관'에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조 (보험금 지급 등의 절차)

- ① 회사는 제7조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 및 보험료 납입면제의 경우 지급 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10 영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 [별표1] '보험금 등을 지급할 때의 적립 이율 계산'과 같이 계산합니다.
- ③ 회사가 보험금 지급 사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급 기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급 예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급 예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30 영업일 이내에서 정합니다.
 1. 소송 제기
 2. 분쟁 조정 신청
 3. 수사기관의 조사
 4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
 5. 제5항에 따른 회사의 조사 요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급 사유의 조사와 확인이 지연되는 경우.
 6. 제4조(보험금 지급 등에 관한 세부 규정) 제16항에 따라 보험금 지급 사유 또는 보험료 납입면제에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우.

【보험금 가지급 제도】

회사가 지급 기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 판단되는 경우 보험수익자에게 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도를 말합니다.

- ④ 제3항에 따른 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제9조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)와 제1항 및 제3항의 보험금 지급 사유 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실 확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급 지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

【정당한 사유】

불확정 개념으로 의무의 이행을 당사자에게 기대하는 것이 무리라고 할 만한 사정이 있을 때(책임을 물을 만한 기대가능성이 없을 때)를 말합니다.

※ “불확정 개념” : 법률요건에 해석이 필요할 정도로 명확하지 않게 서술된 것

[출처 : 국립국어원 표준국어대사전]

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

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제9조 (계약 전 알릴 의무)

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

【계약 전 알릴 의무】

『상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)』에서 정하고 있는 의무를 말합니다.

제10조 (계약 전 알릴 의무 위반의 효과)

- ① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제9조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 이 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 이 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 이 특약의 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 알지 못하였을 때.

2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급 사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때.
3. 이 특약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때.
4. 회사가 이 특약을 청약할 때 피보험자의 건강 상태를 판단할 수 있는 기초 자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급 사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초 자료의 내용 중 중요 사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 이 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.).
5. 보험을 모집한 자 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에 대해 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때.

다만, 보험을 모집한 자 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 이 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.

【사례】

계약을 청약하면서 보험을 모집한 자에게 고혈압이 있다고만 이야기 하였을 뿐, 청약서의 계약 전 알릴 사항에 아무런 기재도 하지 않았을 경우에는 보험을 모집한 자에게 고혈압 병력을 이야기 하였다고 하더라도 회사는 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.

- ② 회사는 제1항에 따라 이 특약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴 의무 위반 사실(이 특약해지 등의 원인이 되는 위반 사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 이 특약의 처리 결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다.”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서로 알려 드립니다.
- ③ 제2항에 따라 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 『전자서명법 제2조(정의) 제2호』에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.
- ④ 제1항에 따라 이 특약을 해지하였을 때에는 제21조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
- ⑤ 제9조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급 사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 이 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 회사는 다른 보험 가입 내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 이 특약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

제4관 특약의 성립과 유지

제11조 (특약의 성립)

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 회사는 피보험자가 이 특약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
- ③ 회사는 이 특약의 청약을 받고 제1회 보험료를 받은 경우, 다음 각 호에서 정한 날부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
 1. 건강진단을 받지 않는 특약은 청약일
 2. 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)
- ④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 '평균공시이율+1%'를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 특약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

제12조 (특약의 무효)

- ① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 계약을 무효로 하며, 이 특약의 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말합니다.)를 돌려 드립니다.
 1. 이 특약을 체결할 때 이 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 특약 나이에 도달한 경우에는 유효한 특약으로 봅니다.
 2. 피보험자가 이 특약의 계약일 또는 부활(효력 회복)일부터 '암보장개시일'의 전일 이전에 「일반암」으로 진단 확정되는 경우.
- ② 제1항에도 불구하고 회사의 고의 또는 과실로 이 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙하기 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 '보험계약대출이율'을 '연 단위 복리'로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제13조 (특약 내용의 변경 등)

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알려거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이 때문에 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제21조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없을 수 있으며, 보험

가입금액 감액 이후의 해약환급금은 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.

제14조 (특약의 소멸)

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

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우

다만, 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다.)에는 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

2. 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이때 회사는 이 특약의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

3. 이 특약의 보험기간 중 '암보장개시일' 이후에 피보험자에게 제3조(보험금의 지급 사유)에서 정한 보험금 지급 사유가 발생한 경우

② 제1항 제2호의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

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

【실종선고】

부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

③ 제1항 제2호의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우, 계약자는 제7조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 제8조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따르며, 계약자적립액 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 이 특약의 '보험계약대출이율'을 '연단위 복리'로 계산합니다.

제5관 보험료의 납입

제15조 (특약의 보험료 납입기간 및 특약 보험료의 납입)

① 이 특약의 보험료 납입기간은 주계약의 보험료 납입기간으로 합니다.

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

제16조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

- ① 계약자가 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 이 특약의 보험료 납입이 완료되거나 면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다.)에는 보험료 납입이 완료되거나 면제된 보험기간 동안 이 특약을 해지하지 않습니다.
- ③ 계약자가 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에, 회사는 14일 이상의 기간을 납입최고(독촉) 기간(납입최고(독촉) 기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉) 기간은 그 다음 날까지로 합니다.)으로 정합니다.

【납입최고(독촉)】

약정된 기일까지 보험료가 납입되지 않을 경우, 회사가 계약자에게 납입을 재촉하는 일을 말합니다.

- ④ 제3항의 경우 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(녹음) 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급 사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.
 1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다.)에게 납입최고(독촉) 기간 내에 연체된 보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 납입최고(독촉) 기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉) 기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다.)
- ⑤ 회사가 제3항 및 제4항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 『전자서명법 제2조(정의) 제2호』에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신 확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제3항 및 제4항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(녹음)로 다시 알려 드립니다.
- ⑥ 회사가 제3항 및 제4항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전화(음성녹음)로 안내하고자 할 때 다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 경우에 『보험업 감독규정 제4-36조 제3항』에 따른 전자적 상품설명장치를 활용할 수 있습니다.
 1. 계약자에게 전자적 상품설명장치를 활용하여 제3항 및 제4항에 따른 납입최고(독촉) 등을 한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것
 2. 전자적 상품설명장치를 활용하여 안내한 납입최고(독촉) 등을 계약자가 모두 수신하고 이해하였음을 확인할 것
 3. 계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명장치의 활용을 중단할 것을 요구하는 경우, 회사는 전화(음성녹음) 방법으로 전환하여 제3항 및 제4항에 따른 납입최고(독촉) 등을 실시할 것

4. 전자적 상품설명장치에 안내의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖출 것
5. 제3호 및 제4호의 내용에 관한 사항을 계약자에게 안내할 것
- ⑦ 제1항, 제3항 및 제4항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제21조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제17조 (보험료의 납입 연체로 해지된 특약의 부활(효력 회복))

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력 회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력 회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력 회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력 회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력 회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 경우에는 이 특약도 동시에 부활(효력 회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 완료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되고, 제16조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제3항 및 제4항에 따라 이 특약이 해지되었으나 이 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우에는 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력 회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력 회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력 회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 '평균공시이율 + 1%' 범위 내에서 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력 회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력 회복)을 취급합니다.

【보험료의 납입 연체로 해지된 특약의 부활(효력 회복) 청약 절차】

회사가 정한 **특약의 부활(효력 회복) 청약** 절차는 회사 인터넷 홈페이지(www.lifeplanet.co.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

- ④ 제3항의 '주계약이 소멸'에는 주계약이 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한하며, '해약환급금을 받지 않은 경우'는 보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다.
- ⑤ 이 특약을 부활(효력 회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력 회복)일로 하며, '암보장개시일' 및 '암납입면제 보장개시일'은 부활(효력 회복)일부터 부활(효력 회복)일을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 합니다.
- ⑥ 제1항에서 제3항에 따라 해지된 특약을 부활(효력 회복)하는 경우에는 보험료의 납입 연체로 해지되기 이전에 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력 회복)을 거절하지 않습니다.
- ⑦ 제1항에서 제3항에 따라 해지된 특약의 부활(효력 회복)이 이루어진 경우에도 계약자 또는 피보험자가 이 특약을 최초 청약(2회 이상 부활(효력 회복)이 이뤄진 경우에는 종전 모든 부활(효력 회복) 청약 포함)할 때 제9조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제10조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제6관 특약의 해지 및 해약환급금

제18조 (계약자의 임의 해지)

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제21조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제19조 (위법계약의 해지)

- ① 계약자는 『금융소비자 보호에 관한 법률 제47조(위법계약의 해지) 및 관련규정』에서 정하는 바에 따라 특약의 체결에 대한 회사의 법 위반사항이 있는 경우 이 특약의 체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 '계약 해지요구서'에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 회사가 『금융소비자 보호에 관한 법률 시행령 제38조(위법계약의 해지) 제4항』에서 정한 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우, 계약자는 해당 특약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 제1항 및 제3항에 따라 특약이 해지된 경우 회사는 제21조(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 『민법』 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

【제척기간】

어떤 종류의 권리에 대하여 법률상으로 정하여진 존속기간을 말합니다.

제20조 (중대 사유로 인한 해지)

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
 1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급 사유를 발생시킨 경우.
 2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급 사유가 발생한 경우에는 이에 대한 보험금은 지급합니다.
- ② 회사가 제1항에 따라 이 특약을 해지한 경우, 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제21조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다. 다만, 제1항 제1호에서 고의로 보험금 지급 사유를 발생시킨 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 지급하지 않은 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제21조 (해약환급금)

① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에 따라 계산합니다.

【경과기간별 해약환급금 지급비율】

경과기간	해약환급금 지급형 특약 대비 해약환급금 지급비율
계약일 이후 ~ 보험료 납입기간 중	0%
보험료 납입완료 이후	50%

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 [별표1] '보험금 등을 지급할 때의 적립 이율 계산'에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

【해약환급금 관련 유의사항】

- ① 이 특약은 해지율을 적용하는 특약으로 보험료 납입기간 중 특약이 해지될 경우 해약환급금이 없으며, 보험료 납입완료 이후 특약이 해지될 경우에는 해약환급금 지급형 특약의 해약환급금 50%를 지급합니다.
- ② 이 특약은 해약환급금 지급형 특약 대비 해약환급금이 적거나 없는 대신 해약환급금 지급형 특약보다 낮은 보험료로 가입할 수 있습니다.
- ③ 보험료 납입기간이란, 이 특약의 계약일부터 계약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 연계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 보험료의 납입이 연체된 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료 납입기간으로 봅니다.
- ④ 회사는 이 특약의 계약 체결 시 계약자에게 해약환급금 지급형 특약과 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교하여 안내합니다.

④ 제19조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 계약자에게 반환하여 드립니다.

제7관 기타사항

제22조 (주계약 약관 및 단체취급특약의 준용)

① 이 특약에서 정하지 않은 사항은 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 법령은 “약관에서 인용된 법령 내용”을 참고하시기 바랍니다.

[별표 1]

보험금 등을 지급할 때의 적립 이율 계산
(제8조 제2항 및 제21조 제2항 관련)

구분	기간	지급 이자	
보험금 (제3조)	지급 기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출 이율	
	지급 기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출 이율 + 가산이율(4.0%)	
	지급 기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출 이율 + 가산이율(6.0%)	
	지급 기일의 91일 이후 기간	보험계약대출 이율 + 가산이율(8.0%)	
해약환급금 (제21조 제1항)	지급 사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내	평균공시이율의 50%
		1년 초과 기간	평균공시이율의 40%
	청구일 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출 이율	

(주)

1. 지급 이자는 연 단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당 기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용 시 제8조(보험금 지급 등의 절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용 시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 제14조(특약의 소멸)에 따라 사망 당시의 계약자적립액을 지급하는 경우에는 지급 기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출 이율을 연 단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
6. 제10조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과), 제16조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지), 제19조(위법계약의 해지) 및 제20조(중대 사유로 인한 해지)의 경우, 위 표의 '청구일'은 보험사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

[별표 2]

재해 분류표

무배당 교보라플 비갱신암보험(해약환급금 미지급형) 약관

[별표 2] '재해 분류표'와 동일

[별표 3]

장해 분류표

무배당 교보라플 비갱신암보험(해약환급금 미지급형) 약관

[별표 3] '장해 분류표'와 동일

[별표 4]

**대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표
(유방암, 전립선암, 기타피부암, 중증 이외 갑상선암 및 대장점막내암 제외)**

- ① 약관에 규정하는 「일반암」으로 분류되는 항목은 제8차 개정 한국표준질·병사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 항목을 말하며, 이후 한국표준질·병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 약관에서 보장하는 「일반암」 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
1 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물(암)	C00-C14
2 소화기관의 악성 신생물(암) (「대장점막내암」 제외)	C15-C26
3 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물(암)	C30-C39
4 골 및 관절연골의 악성 신생물(암)	C40-C41
5 피부의 악성 흑색종	C43
6 중피성 및 연조직의 악성 신생물(암)	C45-C49
7 여성생식기관의 악성 신생물(암)	C51-C58
8 남성생식기관의 악성 신생물(암)	C60-C63 (C61 제외)
9 요로의 악성 신생물(암)	C64-C68
10 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물(암)	C69-C72
11 갑상선의 악성 신생물(암) 중 「중증 갑상선암」	[별표 8] 참고
12 부신의 악성 신생물(암)	C74
13 기타 내분비선 및 관련구조물의 악성 신생물(암)	C75
14 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)	C76-C80
15 림프, 조혈 및 관련조직의 악성 신생물(암)	C81-C96
16 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물(암)	C97
17 진성 적혈구증가증	D45
18 골수형성이상증후군	D46
19 만성 골수증식질환	D47.1
20 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21 골수섬유증	D47.4
22 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

※ 제9차 개정 이후 약관에서 보장하는 「일반암」의 해당 여부는 피보험자가 진단 당시에 시행되고 있는 한국표준질·병사인분류에 따라 판단합니다.

※ 유방의 악성 신생물(암)(분류번호 C50) 및 전립선의 악성 신생물(암)(분류번호 C61)은 상기 분류표에

서 제외됩니다.

※ 기타 피부의 악성 신생물(암)(분류번호 C44)은 상기 분류표에서 제외됩니다.

※ 갑상선의 악성 신생물(암)(분류번호 C73) 중 약관 제2조의2(「암」 등의 정의 및 진단 확정) 제5항 제1호에서 정한 「중증 갑상선암」은 상기 분류표 포함되며, 제2호에서 정한 「중증 이외 갑상선암」은 상기 분류표에서 제외됩니다.

※ 소화기관의 악성 신생물(암)(분류번호 C15~C26) 중 약관 제2조의2(「암」 등의 정의 및 진단 확정) 제6항에서 정한 「대장점막내암」은 상기 분류표에서 제외됩니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]로 분류되고, 일차성 악성 신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 변경되지 않습니다.

- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 약관에서 보장하는 항목에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 항목이 변경되더라도 약관에서 보장하는 항목의 해당 여부는 다시 판단하지 않습니다.

[별표 5]

유방의 악성 신생물(암) 분류표

무배당 교보라플 비갱신암보험(해약환급금 미지급형) 약관

[별표 6] '유방의 악성 신생물(암) 분류표'와 동일

[별표 6]

전립선의 악성 신생물(암) 분류표

무배당 교보라플 비갱신암보험(해약환급금 미지급형) 약관

[별표 7] '전립선의 악성 신생물(암) 분류표'와 동일

[별표 7]

기타 피부의 악성 신생물(암) 분류표

무배당 교보라플 비갱신암보험(해약환급금 미지급형) 약관

[별표 8] '기타 피부의 악성 신생물(암) 분류표'와 동일

[별표 8]

갑상선의 악성 신생물(암) 분류표

무배당 교보라플 비갱신암보험(해약환급금 미지급형) 약관

[별표 9] '갑상선의 악성 신생물(암) 분류표'와 동일

무배당
교보라플
비갱신암보험
(만기환급형)

주계약 약관

목차

제1관 목적 및 용어의 정의	110
제1조 (목적)	110
제2조 (용어의 정의)	110
제3조 (「암」 등의 정의 및 진단 확정)	112
제4조 (「경계성종양」의 정의 및 진단 확정)	115
제5조 (「제자리암」의 정의 및 진단 확정)	115
제2관 보험금의 지급	115
제6조 (보험금의 지급 사유)	115
제7조 (보험금 지급 등에 관한 세부 규정)	116
제8조 (보험금 지급 등을 하지 않는 사유)	118
제9조 (보험금 지급 사유 등의 발생 통지)	119
제10조 (보험금 등의 청구)	119
제11조 (보험금 지급 등의 절차)	119
제12조 (주소 변경 통지)	120
제13조 (보험수익자의 지정)	121
제14조 (대표자의 지정)	121
제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등	121
제15조 (계약 전 알릴 의무)	121
제16조 (계약 전 알릴 의무 위반의 효과)	121
제17조 (사기에 의한 계약)	122
제4관 보험계약의 성립과 유지	123
제18조 (보험계약의 성립)	123
제19조 (청약의 철회)	124
제20조 (약관 교부 및 설명 의무 등)	124
제21조 (계약의 무효)	126
제22조 (계약 내용의 변경 등)	126
제23조 (보험나이 등)	127

제24조 (계약의 소멸)	127
제5관 보험료의 납입	128
제25조 (제1회 보험료 및 회사의 보장개시)	128
제26조 (제2회 이후 보험료의 납입)	129
제27조 (보험료의 자동대출납입)	129
제28조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)	130
제29조 (보험료의 납입 연체로 해지된 계약의 부활(효력 회복)).....	131
제30조 (강제집행 등으로 해지된 계약의 특별 부활(효력 회복)).....	131
제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등	132
제31조 (계약자의 임의 해지).....	132
제32조 (위법계약의 해지).....	132
제33조 (중대 사유로 인한 해지).....	133
제34조 (회사의 파산선고와 해지).....	133
제35조 (해약환급금).....	133
제36조 (보험계약대출).....	133
제37조 (배당금의 지급).....	134
제7관 분쟁의 조정 등	134
제38조 (분쟁의 조정).....	134
제39조 (관할법원).....	134
제40조 (소멸시효).....	135
제41조 (약관의 해석).....	135
제42조 (설명서 교부 및 보험 안내 자료 등의 효력)	135
제43조 (회사의 손해배상책임).....	136
제44조 (개인정보보호).....	136
제45조 (준거법).....	136
제46조 (예금보험에 의한 지급 보장).....	137
보험금 지급기준표.....	138
재해 분류표	140
장해 분류표	142
대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표 (유방암, 전립선암, 기타피부암, 중증 이외 갑상선암 및	

대장점막내암 제외)	169
고액치료비 관련암 분류표	171
유방의 악성 신생물(암) 분류표.....	173
전립선의 악성 신생물(암) 분류표	174
기타 피부의 악성 신생물(암) 분류표.....	175
갑상선의 악성 신생물(암) 분류표	176
행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표	177
제자리의 신생물 분류표 (대장점막내암 제외).....	178
보험금 등을 지급할 때의 적립 이율 계산 (제11조 제2항 및 제35조 제2항 관련)	179

무배당 교보라플 비갱신암보험(만기환급형) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 보험계약(이하 '계약'이라 합니다.)은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다.)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다.) 사이에 제6조(보험금의 지급 사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

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

1. 계약관계 관련 용어

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

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

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

라. 진단계약 : 계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.

마. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

2. 지급 사유 관련 용어

가. 재해 : [별표2] 재해 분류표(이하 '재해 분류표'라 합니다.)에서 정한 재해를 말합니다.

나. 장애 : [별표3] 장애 분류표(이하 '장애 분류표'라 합니다.)에서 정한 기준에 따른 장애 상태를 말합니다.

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

【보험가입금액 한도 제한】

피보험자가 가입 할 수 있는 최대한도의 보험가입금액을 제한하는 방법

【일부 보장 제외(부담보)】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법으로 특정 질병 또는 특정 신체 부위를 보장에서 제외시키는 방법

【보험금 삭감】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법으로 보험가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 감소하는 위험에 적용하며, 보험가입 후 일정기간 내에 보험사고가

발생할 경우 미리 정해진 비율로 보험금을 감액하여 지급하는 방법

【보험료 할증】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법으로 보험가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 증가하는 위험 또는 기간의 경과에 상관없이 일정한 상태를 유지하는 위험에 적용하며, 위험 정도에 따라 주계약 보험료 이외에 특별보험료를 부가하는 방법

3. 이자율 관련 용어

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

【연 단위 복리 예시】

원금 100원, 연간 10% 이자율 적용 시 연 단위 복리로 계산한 2년 시점의 총 이자금액

- 1년차 이자 = 100원(원금) X 10% = 10원

- 2년차 이자 = [100원(1년차 원금) + 10원(1년차 이자)] X 10% = 11원

⇒ 2년 시점의 총 이자금액 = 10원(1년차 이자) + 11원(2년차 이자) = 21원

나. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다. 평균공시이율은 회사의 인터넷 홈페이지(www.lifeplanet.co.kr)의 '상품공시실'에서 확인할 수 있습니다.

4. 보험료 및 지급금 관련 용어

가. 보험료 및 해약환급금 산출방법서 : 이 계약의 보험료, 계약자적립액, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재한 기초서류를 말합니다.

나. 이미 납입한 보험료 : 계약자가 회사에 납입한 보험료를 말하며, 제22조(계약 내용의 변경 등)에 따라 보험료가 변경되었을 경우에는 최종 변경된 보험료를 기준으로 적용합니다. 다만, 만기환급금 계산 시 적용하는 '이미 납입한 보험료'에 한하여 제7조(보험금 지급 등에 관한 세부 규정) 제1항에 따라 보험료 납입을 면제 받은 경우에는 그 이후부터 보험료 납입기간 동안 정상적으로 보험료가 납입된 것으로 봅니다.

다. 계약자적립액 : 장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 이 계약의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

라. 해약환급금 : 계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

5. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일 : 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, 『관공서의 공휴일에 관한 규정 제2조(공휴일) 및 제3조(대체공휴일)』에 따른 공휴일 및 대체공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

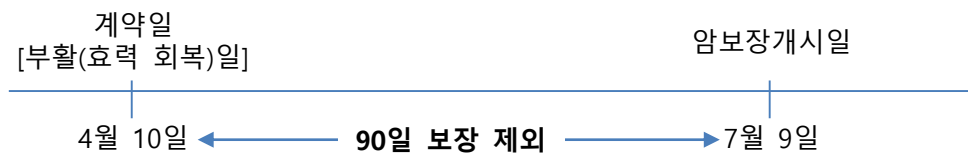
다. 보장개시일 : 회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나,

회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

라. 암보장개시일 : 제3조(「암」 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 「일반암」, 제3조(「암」 등의 정의 및 진단 확정) 제3항에서 정한 「유방암」 및 제3조(「암」 등의 정의 및 진단 확정) 제4항에서 정한 「전립선암」에 대한 보장이 개시되는 날로, 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날을 말합니다. 다만, 부활(효력 회복)계약의 경우에는 부활(효력 회복)일부터 부활(효력 회복)일을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날을 말합니다.

【보장개시일 및 암보장개시일 예시】

- 「일반암」, 「유방암」 및 「전립선암」의 경우



- 「기타피부암」, 「중증 이외 갑상선암」, 「대장점막내암」, 「경계성종양」 및 「제자리암」의 경우

계약일[부활(효력 회복)일] : 4월 10일, 보장개시일 : 4월 10일

마. 연계약해당일 : 계약일부터 1년씩 경과되는 매년의 계약해당일을 말합니다. 다만, 해당 년의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 말일을 연계약해당일로 합니다.

【연계약해당일 예시】

계약일 : 2월 29일

- 연계약해당일 : 매년 2월 29일이 연계약해당일이나, 특정 연도의 2월 마지막 날이 28일인 경우 그 특정 연도의 연계약해당일은 2월 28일로 합니다.

6. 기타 주요 용어

가. 의사 : 『의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)』에서 규정한 의사, 치과의사, 한의사(이하 '의사'라 합니다.)를 말합니다.

나. 전문의 : 『의료법 제77조(전문의) 제1항』에 따라 의사로서 일정 수련을 거쳐 보건복지부장관에게 자격 인정을 받은 의사(이하 '전문의'라 합니다.)를 말합니다.

다. 의료기관 : 『의료법 제3조(의료기관)』의 규정에서 정한 국내의 병원이나 의원, 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 '의료기관'이라 합니다.)을 말합니다.

제3조 (「암」 등의 정의 및 진단 확정)

① 이 계약에서 「암(유방암, 전립선암, 기타피부암, 중증 이외 갑상선암 및 대장점막내암 제외)」이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [별표4] '대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(유방암, 전립선암, 기타피부암, 중증 이외 갑상선암 및 대장점막내암 제외)'에서 정한 질병을 말하며, 다음 각 호에서 정한 질

병 및 상태는 제외합니다. (이하 「일반암」이라 합니다.)

1. 제3항에서 정한 「유방암」
2. 제4항에서 정한 「전립선암」
3. 제5항에서 정한 「기타피부암」
4. 제6항 제2호에서 정한 「중증 이외 갑상선암」
5. 제7항에서 정한 「대장점막내암」
6. 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)

【한국표준질병·사인분류】

한국표준질병·사인분류는 의무기록자료, 사망원인통계조사 등 질병이환 및 사망자료를 그 성질의 유사성에 따라 체계적으로 유형화한 것이며, 모든 형태의 보건 및 인구동태 기록에 기재되어 있는 질병 및 기타 보건문제를 분류하는데 이용하기 위하여 설정한 것입니다.

【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]로 분류되고, 일차성 악성 신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

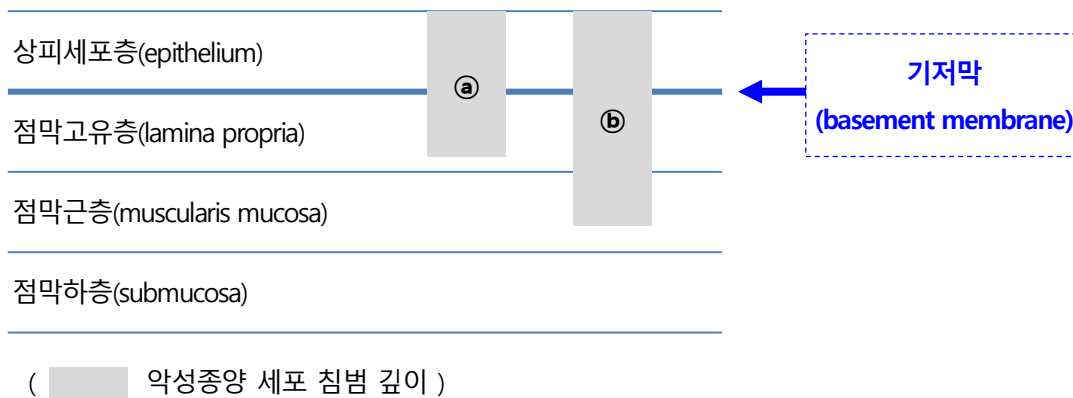
- C73[갑상선의 악성 신생물(암)]이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)]로 진단된 경우에도 C73[갑상선의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50[유방의 악성 신생물(암)]이 폐로 전이되어 C78.0[폐의 이차성 악성 신생물(암)]로 진단된 경우에도 C50[유방의 악성 신생물(암)]에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16[위의 악성 신생물(암)]이 뇌로 전이되어 C79.3[뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물(암)]로 진단된 경우에도 C16[위의 악성 신생물(암)]에 해당하는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

- ② 이 계약에서 「고액암」이라 함은 제1항에서 정한 「일반암」으로 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [별표5] ‘고액치료비 관련암 분류표’에서 정한 질병(이하 「고액암」이라 합니다.)을 말합니다.
- ③ 이 계약에서 「유방암」이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [별표6] ‘유방의 악성 신생물(암) 분류표’에서 정한 질병(이하 「유방암」이라 합니다.)을 말합니다.
- ④ 이 계약에서 「전립선암」이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [별표7] ‘전립선의 악성 신생물(암) 분류표’에서 정한 질병(이하 「전립선암」이라 합니다.)을 말합니다.
- ⑤ 이 계약에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [별표8] ‘기타 피부의 악성 신생물(암) 분류표’에서 정한 질병(이하 「기타피부암」이라 합니다.)을 말합니다.
- ⑥ 이 계약에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [별표9] ‘갑상선의 악성 신생물

(암) 분류표'에서 정한 질병(이하 「갑상선암」이라 합니다.)을 말하며, 다음 각 호에 따라 「중증 갑상선암」과 「중증 이외 갑상선암」으로 구분합니다.

1. 「중증 갑상선암」이라 함은 「갑상선암」 중 수질성암(Medullary carcinoma) 또는 역형성암(미분화암, Anaplastic carcinoma)"에 해당하는 질병(이하 「중증 갑상선암」이라 합니다.)을 말합니다.
 2. 「중증 이외 갑상선암」이라 함은 「갑상선암」 중 제1호의 「중증 갑상선암」을 제외한 질병(이하 「중증 이외 갑상선암」이라 합니다.)을 말합니다.
- ⑦ 이 계약에서 「대장점막내암」이라 함은 대장(맹장, 충수, 결장, 직장을 말하며, 이하 '대장'이라 합니다.)의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병(이하 「대장점막내암」이라 합니다.)을 말합니다.

【대장점막내암】



- ① 악성종양 세포가 점막고유층(lamina propria)을 침범한 경우
- ② 악성종양 세포가 점막근층(muscularis mucosa)을 침범한 경우

- ⑧ 제3항에서 제7항에도 불구하고 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 보장에서 제외합니다.
- ⑨ 「일반암」, 「유방암」, 「전립선암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」 및 「대장점막내암」의 진단 확정은 '의료기관'에서 병리와 또는 진단검사의학과 '전문'의에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘 흡인(세포)검사(fine needle aspiration biopsy(cytology)) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「일반암」, 「유방암」, 「전립선암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」 및 「대장점막내암」의 진단 확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑩ 제9항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「일반암」, 「유방암」, 「전립선암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」 또는 「대장점막내암」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【'제9항에 따른 진단이 가능하지 않을 때'의 예시】

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유 없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제4조 (「경계성종양」의 정의 및 진단 확정)

- ① 이 계약에서 「경계성종양」이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [별표10] '행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표'에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 「경계성종양」의 진단 확정은 '의료기관'에서 병리와 또는 진단검사의학과 '전문의'에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘 흡인(세포)검사(fine needle aspiration biopsy(cytology)) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「경계성종양」의 진단 확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제5조 (「제자리암」의 정의 및 진단 확정)

- ① 이 계약에서 「제자리암」이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [별표11] '제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외)'에서 정한 질병(이하 「제자리암」이라 합니다.)을 말합니다. 다만, 제3조(「암」 등의 정의 및 진단 확정) 제7항에서 정한 「대장점막내암」은 제외합니다.
- ② 「제자리암」의 진단 확정은 '의료기관'에서 병리와 또는 진단검사의학과 '전문의'에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘 흡인(세포)검사(fine needle aspiration biopsy(cytology)) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「제자리암」의 진단 확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「제자리암」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2관 보험금의 지급

제6조 (보험금의 지급 사유)

회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금([별표1] '보험금 지급기준표' 참조)을 지급합니다.

1. 피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「일반암」으로 진단 확정되었을 경우
: 일반암 진단보험금 (다만, 최초 1회의 진단 확정에 한함)
2. 피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「고액암」으로 진단 확정되었을 경우
: 고액암 진단보험금 (다만, 최초 1회의 진단 확정에 한함)

3. 피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「유방암」 또는 「전립선암」으로 진단 확정되었을 경우
: 유방암 및 전립선암 진단보험금 (다만, 「유방암」 또는 「전립선암」 중 최초 1회의 진단 확정에 한함)
4. 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 「기타피부암」, 「중증 이외 갑상선암」, 「대장점막내암」, 「경계성종양」 또는 「제자리암」으로 진단 확정되었을 경우
: 소액암 및 유사암 진단보험금 (다만, 각각 최초 1회의 진단 확정에 한함)
5. 피보험자가 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 경우
: 만기환급금

제7조 (보험금 지급 등에 관한 세부 규정)

▶ 보험료 납입면제에 관한 내용입니다.

- ① 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해 분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체 부위의 장해 지급률을 더하여 50% 이상의 장해 상태가 되거나 암보장개시일 이후에 「일반암」으로 진단 확정된 경우에는 다음 회부터 보험료 납입을 면제합니다.

▶ 보험금 지급 등에 관한 내용입니다.

- ② 제6조(보험금의 지급 사유) 제2호의 '고액암 진단보험금' 지급 사유가 발생한 경우에는 제6조(보험금의 지급 사유) 제1호의 '일반암 진단보험금'을 더하여 지급합니다. 다만, '고액암 진단보험금', '일반암 진단보험금'은 각각 최초 1회에 한하여 지급되므로 보험기간 중 이미 '일반암 진단보험금'을 지급한 이후 '고액암 진단보험금' 지급 사유가 발생한 경우에는 '일반암 진단보험금'을 다시 지급하지 않습니다.

【'일반암 진단보험금' 지급 예시】

구분	「일반암」 (「고액암」 제외)	「고액암」
일반암 진단보험금	지급	지급
고액암 진단보험금	해당 없음	지급

Case 1 : 「일반암」(「고액암」 제외)으로 최초 진단 확정된 경우

⇒ '일반암 진단보험금' 지급

Case 2 : 「고액암」으로 최초 진단 확정되었을 경우

⇒ '일반암 진단보험금'과 '고액암 진단보험금'을 더하여 지급

Case 3 : Case 1이 발생한 이후에 「고액암」으로 진단 확정되었을 경우

⇒ 「일반암」(「고액암」 제외)으로 최초 진단 확정시 '일반암 진단보험금' 지급받고, 그 후 「고액암」 진단 확정시 '고액암 진단보험금' 지급

Case 4 : Case 2가 발생한 이후에 「일반암」(「고액암」 제외)으로 진단 확정되었을 경우

⇒ 「고액암」으로 최초 진단 확정시 '일반암 진단보험금'과 '고액암 진단보험금'을 더하여 지급 받고, 그 후 「일반암」(「고액암」 제외) 진단 확정시 추가 지급 없음

- ③ 피보험자가 보험기간 중 사망(제24조(계약의 소멸) 제1항 제1호)한 경우에는 이 계약의 '보험료 및 해약 환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 지급합니다. 다만, 「일반암」으로 진단 확정되고 사망한 경우에는 사망 당시의 암 발생 기준 계약자적립액을 지급합니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 「일반암」, 「유방암」, 「전립선암」, 「기타피부암」, 「중증 이외 갑상선암」, 「대장점막 내암」, 「경계성종양」 또는 「제자리암」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 사망일을 진단 확정일로 하여 제6조(보험금의 지급 사유) 제1호에서 제4호의 해당 진단보험금을 지급합니다. 다만, 암보장개시일 전일 이전에 「일반암」, 「유방암」 또는 「전립선암」으로 사망(진단 확정)한 경우에는 제외합니다.
- ⑤ 제4항에 따라 해당 진단보험금이 지급되어 제24조(계약의 소멸) 제1항 제1호 및 제2호가 동시에 충족된 경우, 제3항에도 불구하고 계약자적립액을 지급하지 않습니다.
- ⑥ 가입 후 1년 미만에 제6조(보험금의 지급 사유) 제1호에서 제4호의 보험금 지급 사유가 발생한 경우에는 가입 후 1년 이후에 지급되는 해당 진단보험금의 50%만 지급합니다.
- ⑦ '가입 후 1년 미만'이라 함은 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 되는 시점의 연계약해당일의 전일까지를 말하며, '가입 후 1년 이후'라 함은 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 되는 시점의 연계약해당일 이후를 말합니다.

▶ **만기환급금에 관한 내용입니다.**

- ⑧ 제6조(보험금의 지급 사유) 제5호의 경우 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제된 이후 보험기간이 만료 되었을 때에는 보험료 납입기간 동안 정상적으로 보험료가 납입된 것으로 보고 만기환급금을 보험수익자에게 지급합니다.
- ⑨ 제6조(보험금의 지급 사유) 제5호의 경우 제22조(계약 내용의 변경 등)에 따라 납입보험료가 변경되었을 경우의 만기환급금은 최종 변경된 보험료를 기준으로 적용합니다.
- ⑩ 제6조(보험금의 지급 사유) 제5호의 만기환급금 계산 시 발생할 수 있는 1원 미만의 단수(端數)는 소수점 첫째 자리에서 반올림합니다.

▶ **장해 지급률에 관한 내용입니다.**

- ⑪ 제1항에서 장해 지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해 지급률로 결정합니다. 다만, 장해 분류표에 장해 판정 시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ⑫ 제11항 또는 제15항에 따라 장해 지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는, 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내로 합니다.) 중에 장해 상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해 상태를 기준으로 장해 지급률을 결정합니다.
- ⑬ 제1항 및 제16항에서 '동일한 재해'라 함은 하나의 사고에 따른 재해를 말합니다.
- ⑭ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰 방법에 따라서 장해 분류표상 두 가지 이상의 신체 부위에서 장해로

평가되는 경우 또는 하나의 장애가 다른 장애와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애 지급률만을 적용합니다. 다만, 하나의 장애로 둘 이상의 파생 장애가 발생하는 경우에는 각 파생 장애의 지급률을 합산한 지급률과 최초 장애의 지급률을 비교하여 그 중 높은 지급률을 적용합니다.

- ⑮ 제1항의 경우 장애 상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 '한시장애'라 합니다.)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애 지급률의 20%를 한시장애의 장애 지급률로 정합니다.
- ⑯ 제1항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애 지급률을 더하여 최종 장애 지급률을 결정합니다. 다만, 장애 분류표의 각 신체 부위별 판정 기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑰ 제16항에도 불구하고 동일한 신체 부위에 장애 분류표상 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애 지급률을 적용합니다. 다만, 장애 분류표의 각 신체 부위별 판정 기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑱ 장애 분류표에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애 정도에 따라 장애 분류표의 구분에 준하여 장애 지급률을 결정합니다.

▶ **보험료 납입면제 또는 보험금 지급의 합의에 관한 내용입니다.**

- ⑲ 계약자 또는 보험수익자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제 또는 제6조(보험금의 지급 사유) 제1호에서 제4호의 보험금 지급 사유에 대해 합의하지 못할 때는 계약자 또는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 『의료법 제3조(의료기관)』에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 또는 보험금 지급 사유 판정에 드는 의료 비용은 회사가 전액 부담합니다.

제8조 (보험금 지급 등을 하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급 사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사 결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급 사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 특히 그 결과 사망에 이르게 된 경우에는 이 계약의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망 당시의 계약자적립액을 지급합니다.

【심신상실】

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애 때문에 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제9조 (보험금 지급 사유 등의 발생 통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제6조(보험금의 지급 사유)에서 정한 보험금 지급 사유 또는 제7조(보험금 지급 등에 관한 세부 규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제10조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고 증명서(사망 진단서, 장애 진단서, 진단서(병명기입) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안정성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 또는 계약자 의사표시의 확인방법을 포함하며, 이하 '신분증'이라 합니다.)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령 또는 계약자가 계약자적립액 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고 증명서는 '의료기관'에서 발급한 것이어야 합니다.

제11조 (보험금 지급 등의 절차)

① 회사는 제10조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 및 보험료 납입면제의 경우 지급 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10 영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사는 제6조(보험금의 지급 사유) 제5호에 해당하는 만기환급금의 지급 시기가 되면 지급 시기 7일 이전에 그 사유와 회사가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 알려 드리며, 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 [별표12] '보험금 등을 지급할 때의 적립이율 계산'과 같이 계산합니다.

③ 회사가 보험금 지급 사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급 기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급 예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급 예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제10조(보험금 등의 청구)에서 정한

서류를 접수한 날부터 30 영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송 제기
2. 제38조(분쟁의 조정)에 따른 분쟁 조정 신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제5항에 따른 회사의 조사 요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급 사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제7조(보험금 지급 등에 관한 세부 규정) 제16항에 따라 보험료 납입면제 또는 보험금 지급 사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

【보험금 가지급 제도】

회사가 지급 기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 판단되는 경우 보험수익자에게 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도를 말합니다.

- ④ 제3항에 따른 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제16조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)와 제1항 및 제3항의 보험금 지급 사유 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실 확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급 지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

【정당한 사유】

불확정 개념으로 의무의 이행을 당사자에게 기대하는 것이 무리라고 할 만한 사정이 있을 때(책임을 물을 만한 기대가능성이 없을 때)를 말합니다.

※ “불확정 개념” : 법률요건에 해석이 필요할 정도로 명확하지 않게 서술된 것

[출처 : 국립국어원 표준국어대사전]

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

제12조 (주소 변경 통지)

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

제13조 (보험수익자의 지정)

이 계약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 제6조(보험금의 지급 사유) 제1호에서 제4호의 경우는 피보험자로 하고, 같은 조 제5호의 경우는 계약자로 합니다.

제14조 (대표자의 지정)

- ① 계약자 또는 보험수익자가 2명 이상인 경우에는 각 대표자를 1명 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.
- ② 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 않은 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 보험수익자 1명에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에게도 효력이 미칩니다.
- ③ 계약자가 2명 이상인 경우에는 계약 전 알릴 의무, 보험료 납입의무 등 계약자의 책임을 연대(連帶)로 합니다.

【연대(連帶)】

어떠한 행위의 이행에 있어서, 두 사람 이상이 공동으로 책임지는 것을 말합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제15조 (계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단 할 때를 말합니다.) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 '계약 전 알릴 의무'라 하며, 상법상 '고지의무'와 같습니다.) 합니다. 다만, 진단계약에서 『의료법 제3조(의료기관)』의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강 상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

【계약 전 알릴 의무】

『상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)』에서 정하고 있는 의무를 말합니다.

제16조 (계약 전 알릴 의무 위반의 효과)

- ① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제15조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.
 1. 회사가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 알지 못하였을 때
 2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급 사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때

3. 계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
4. 회사가 이 계약을 청약할 때 피보험자의 건강 상태를 판단할 수 있는 기초 자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급 사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초 자료의 내용 중 중요 사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.)
5. 보험을 모집한 자 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에 대해 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때
다만, 보험을 모집한 자 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.

【사례】

계약을 청약하면서 보험을 모집한 자에게 고혈압이 있다고만 이야기 하였을 뿐, 청약서의 계약 전 알릴 사항에 아무런 기재도 하지 않았을 경우에는 보험을 모집한 자에게 고혈압 병력을 이야기 하였다고 하더라도 회사는 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.

- ② 회사는 제1항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴 의무 위반 사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반 사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 계약의 처리 결과를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다."라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다.
- ③ 제2항에 따라 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 『전자서명법 제2조(정의) 제2호』에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.
- ④ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제35조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
- ⑤ 제15조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급 사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 회사는 다른 보험 가입 내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

제17조 (사기에 의한 계약)

- ① 계약자 또는 피보험자가 대리 진단, 약물 사용을 수단으로 진단 절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 사람면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는

등의 뚜렷한 사기 의사에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 보장개시일부터 5년 이내(사기 사실을 안 날부터는 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

- ② 제1항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말합니다.)를 돌려드립니다. 다만, 회사가 사기임을 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약 대출 이율(이하 '보험계약대출 이율'이라 합니다.)을 연 단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제18조 (보험계약의 성립)

- ① 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.
- ② 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
- ③ 회사는 계약의 청약을 받고 제1회 보험료를 받은 경우, 다음 각 호에서 정한 날부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것을 봅니다.
1. 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일
 2. 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)
- ④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절 통지와 함께 받은 금액을 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 '평균공시이율 + 1%'를 연 단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며, 이자를 더하여 지급하지 않습니다.
- ⑤ 회사가 제2항에 따라 일부 보장 제외 조건을 붙여 승낙하였다도 청약일로부터 5년이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑥ 제5항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.
1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
 2. 보장이 제외되는 질병 또는 그 질병의 증상이 악화되지 않고 유지된 경우
- ⑦ 제5항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑧ 제29조(보험료의 납입 연체로 해지된 계약의 부활(효력 회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

【부활(효력 회복)】

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

제19조 (청약의 철회)

- ① 계약자는 청약을 한 날부터 30일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

【전문금융소비자】

『금융소비자 보호에 관한 법률 제2조(정의) 제9호』에서 정한 보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약에 따른 위험감수능력이 있는 자(국가, 지방자치단체, 한국은행, 금융회사, 주권상장법인 등 포함)를 말합니다.

【일반금융소비자】

전문금융소비자가 아닌 계약자를 말합니다.

- ② 청약철회는 계약자가 전화로 신청하거나, 철회의사를 표시하기 위한 서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시(이하 '서면 등'이라 합니다)를 발송한 때 효력이 발생합니다. 계약자는 서면 등을 발송한 때에 그 발송 사실을 회사에 지체 없이 알려야 합니다.
- ③ 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 납입한 보험료를 돌려 드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 보험계약대출 이율을 연 단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 해당 신용카드회사로 하여금 대금청구를 하지 않도록 해야 하며, 이 경우 회사는 보험료를 반환한 것으로 봅니다.
- ④ 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급 사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급 사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약 철회의 효력은 발생하지 않습니다.

제20조 (약관 교부 및 설명 의무 등)

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

1. 서면교부
2. 우편 또는 전자문서
3. 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시

【약관의 중요한 내용】

『보험업법 시행령 제42조의2(설명 의무의 중요사항 등)』 및 『보험업감독규정 제4-35조의2(보험계약 중요사항의 설명 의무)』에 정한 다음의 내용을 말합니다.

1. 청약의 철회에 관한 사항
2. 지급한도, 면책사항, 감액지급 사항 등 보험금 지급제한 조건
3. 계약 전 알릴 의무(고지의무) 위반의 효과
4. 계약의 취소 및 무효에 관한 사항
5. 해약환급금에 관한 사항
6. 분쟁조정절차에 관한 사항
7. 그 밖에 약관에 기재된 보험계약의 중요사항

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

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

【통신판매 계약】

전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

- ③ 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 때, 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필 서명[날인(도장을 찍음) 및 『전자서명법 제2조(정의) 제2호』에 따른 전자서명을 포함합니다.]을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우, 다음 각 호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필 서명을 생략할 수 있으며, 제2항의 규정에 따른 녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.
1. 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우.
 2. 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우.

【법정상속인】

피상속인의 사망으로 인하여 『민법』의 규정에 의한 상속순서에 따라 상속받는 자를 말합니다.

- ⑤ 제3항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말합니다.)를 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출 이율을 연 단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제21조 (계약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 계약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말합니다.)를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙하기 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출 이율을 연 단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이 의 착오를 발견하였을 때 이미 계약 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.
2. 피보험자가 계약일 또는 부활(효력 회복)일부터 암보장개시일의 전일 이전에 제3조(「암」 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 「일반암」, 제3조(「암」 등의 정의 및 진단 확정) 제3항에서 정한 「유방암」 또는 제3조(「암」 등의 정의 및 진단 확정) 제4항에서 정한 「전립선암」으로 진단 확정되는 경우

제22조 (계약 내용의 변경 등)

- ① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
 1. 보험료의 납입 방법
 2. 보험가입금액
 3. 계약자
 4. 기타 계약의 내용
- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며, 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.

【추가 설명】

계약자가 변경된 보험수익자를 회사에 알리지 않아 회사가 이를 모르고 변경 전의 보험수익자에게 보험금을 지급하는 등 보험금 지급에 관한 항변이 있는 경우, 회사는 변경된 보험수익자에 대한 보험금 지급을 거절할 수 있습니다.

- ③ 회사는 계약자가 제1항 제2호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이 때문에 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제35조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없을 수 있으며, 보험가입금액 감액 이후의 해약환급금은 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다.
- ④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우 계약자와 피보험자가 동일하지 않을 때에는 보험금의 지급 사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면(『전자서명법 제2조(정의) 제2호』에 따른 전자서

명이 있는 경우로서 『상법 시행령 제44조의2(타인의 생명보험)』에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함합니다.)으로 동의하여야 합니다.

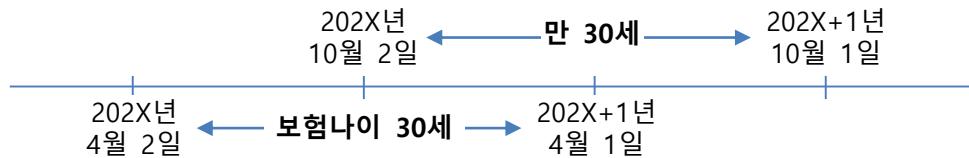
- ⑤ 회사는 제1항 제3호에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

제23조 (보험나이 등)

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

【보험나이 계산 예시】

생년월일 : 199X년 10월 2일



보험나이 : 202X년 4월 2일 ~ 202X+1년 4월 1일 사이에 계약을 체결할 경우 보험나이는 30세

- ③ 청약서 등에 기재된 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 사항이 신분증에 적힌 사실과 다른 경우에는 신분증의 나이 또는 성별로 정정하고, 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다. 이 때, 회사는 환급하여야 할 금액이 있을 경우 이를 계약자에게 지급하고, 계약자는 부족한 금액이 있을 경우 이를 회사에 납입하여야 합니다.

제24조 (계약의 소멸)

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

1. 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

이때 회사는 이 계약의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다

2. 보험기간 중 이 계약의 보험금 지급 사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

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

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

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

【실종선고】

부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검

사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종 기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

- ③ 『호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률(약칭 '연명의료결정법)』에 따른 연명의료를 받던 피보험자가 '연명의료중단등결정 및 이행'으로 사망하는 경우, '연명의료중단등결정 및 이행'은 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

【연명의료중단등결정 및 이행】

『연명의료결정법 제2조(정의) 제5호 및 제19조(연명의료중단등결정에 이행 등)』에 따라 임종과정에 있는 환자에 대한 연명의료를 시행하지 아니하거나 중단하기로 하는 결정을 하고, 이를 이행하는 것을 말합니다.

【추가 설명】

교통사고를 원인으로 연명의료를 받던 피보험자가 '연명의료중단등결정 및 이행'으로 사망하는 경우, 피보험자는 교통사고를 원인으로 사망한 것으로 봅니다.

- ④ 제1항 제1호의 계약자적립액 지급 사유가 발생한 경우, 계약자는 제10조(보험금 등의 청구) 제1항에 따라 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급 절차는 제11조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따르며, 지급 기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출 이율을 연 단위 복리로 계산합니다.

제5관 보험료의 납입

제25조 (제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

- ① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체 신청 또는 신용카드 매출 승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임 있는 사유로 자동이체 또는 매출 승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.
- ② 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급 사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
- ③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.
1. 제15조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급 사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
 2. 제16조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우

【준용】

어떤 사항, 사건 등에 관한 법령 또는 규정을 그와 유사하지만 본질에서 차이가 있는 사건, 사항에 대하여 적용하는 것을 말합니다.

3. 진단계약에서 보험금 지급 사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우

다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 재해로 보험금 지급 사유가 발생하는 경우에는 보장을 해드립니다.

④ 청약서에 피보험자의 직업 또는 직종별로 보험가입금액의 한도액이 명시되어 있음에도 그 한도액을 초과하여 청약을 하고, 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급 사유가 발생한 경우에는 그 초과 청약액에 대하여는 보장을 하지 않습니다. 이 경우 회사는 초과 청약액에 대한 보험료를 돌려드립니다.

⑤ 제1항 및 제2항에도 불구하고 제3조(「암」 등의 정의 및 진단 확정) 제1항에서 정한 「일반암」, 제3조(「암」 등의 정의 및 진단 확정) 제3항에서 정한 「유방암」 및 제3조(「암」 등의 정의 및 진단 확정) 제4항에서 정한 「전립선암」에 대한 보장개시일은 계약일(부활(효력 회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날로 하며, 그 날부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

제26조 (제2회 이후 보험료의 납입)

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

【납입기일】

계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제27조 (보험료의 자동대출납입)

① 계약자는 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따른 보험료의 납입 최고(독촉) 기간이 지나기 전까지 회사가 정한 방법에 따라 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있으며, 이 경우 제36조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청 내역을 서면 또는 전화(녹음) 등으로 계약자에게 알려 드립니다.

【자동대출납입 신청 방법】

회사가 정한 자동대출납입 신청 방법은 회사 인터넷 홈페이지(www.lifeplanet.co.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

② 제1항에도 불구하고 보험계약대출금과 보험계약대출 이자를 더한 금액이 해약환급금(해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 금액을 말합니다.)을 초과하는 때에는 보험료의 자동대출납입을 더는 할 수 없습니다.

③ 제1항 및 제2항에 따른 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 한도로 하며, 그

이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.

- ④ 보험료의 자동대출납입이 행하여진 경우에도 자동대출납입 전 납입최고(독촉) 기간이 끝나는 날의 다음 날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출납입이 없었던 것으로 하여 제35조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.
- ⑤ 회사는 자동대출납입이 종료된 날부터 15일 이내에 자동대출납입이 종료되었음을 서면, 전화(녹음) 또는 전자문서(휴대전화 문자메시지 포함) 등으로 계약자에게 안내하여 드립니다.

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

- ① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에, 회사는 14일 이상의 기간을 납입최고(독촉) 기간(납입최고(독촉) 기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉) 기간은 그 다음 날까지로 합니다.)으로 정합니다.

【납입최고(독촉)】

약정된 기일까지 보험료가 납입되지 않을 경우, 회사가 계약자에게 납입을 재촉하는 일을 말합니다.

- ② 제1항의 경우 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(녹음) 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급 사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.
 - 1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다.)에게 납입최고(독촉) 기간 내에 연체된 보험료를 납입하여야 한다는 내용
 - 2. 납입최고(독촉) 기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉) 기간이 끝나는 날의 다음 날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험 계약대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다.)
- ③ 회사가 제1항 및 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 『전자서명법 제2조(정의) 제2호』에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신 확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제1항 및 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(녹음)로 다시 알려 드립니다.
- ④ 회사가 제1항 및 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전화(음성녹음)로 안내하고자 할 때 다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 경우에 『보험업 감독규정 제4-36조 제3항』에 따른 전자적 상품설명장치를 활용할 수 있습니다.
 - 1. 계약자에게 전자적 상품설명장치를 활용하여 제1항 및 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것
 - 2. 전자적 상품설명장치를 활용하여 안내한 납입최고(독촉) 등을 계약자가 모두 수신하고 이해하였음을 확인할 것
 - 3. 계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명장치의 활용을 중단할 것을 요구하는 경우, 회사는 전화(음성녹음) 방법으로 전환하여 제1항 및 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등

을 실시할 것

4. 전자적 상품설명장치에 안내의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖출 것
 5. 제3호 및 제4호의 내용에 관한 사항을 계약자에게 안내할 것
- ⑤ 제1항 및 제2항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제35조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제29조 (보험료의 납입 연체로 해지된 계약의 부활(효력 회복))

- ① 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다), 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력 회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력 회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력 회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 '평균공시이율 + 1%' 범위 내에서 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다.

【보험료의 납입 연체로 해지된 계약의 부활(효력 회복) 청약 절차】

회사가 정한 계약의 부활(효력 회복) 청약 절차는 회사 인터넷 홈페이지(www.lifeplanet.co.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

- ② 제1항에 따라 해지된 계약을 부활(효력 회복)하는 경우에는 제15조(계약 전 알릴 의무), 제16조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과), 제17조(사기에 의한 계약), 제18조(보험계약의 성립) 제2항에서 제4항 및 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다. 다만, 부활(효력 회복)의 경우 제1회 보험료는 부활(효력 회복)할 때의 보험료를 의미합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 해지된 계약을 부활(효력 회복)하는 경우에는 해지 이전에 발생한 보험금 지급 사유를 이유로 부활(효력 회복)을 거절하지 않습니다.
- ④ 제1항 및 제2항에 따라 해지된 계약의 부활(효력 회복)이 이루어진 경우에도 계약자 또는 피보험자가 이 계약을 최초 청약(2회 이상 부활(효력 회복)이 이뤄진 경우에는 종전 모든 부활(효력 회복) 청약 포함)할 때 제15조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제16조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제30조 (강제집행 등으로 해지된 계약의 특별 부활(효력 회복))

- ① 회사는 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권 실행, 국세 및 지방세 체납처분 절차에 따라 계약이 해지된 경우, 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제22조(계약 내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별 부활(효력 회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.

【강제 집행】

국가의 공권력을 행사하여 사법상의 청구권을 강제적으로 실현시키기 위한 절차를 말합니다.

【담보권 실행】

채무자가 채무를 갚지 않을 경우, 채권자가 채무이행을 확보할 수 있도록 제공된 담보로부터 손해를 변상 받는 절차를 말합니다.

【국세 및 지방세 체납처분】

국세 및 지방세를 납부할 기간까지 납부하지 않는 경우에 관련 법령에 따라 행하는 강제 징수 처분 및 그 절차를 말합니다.

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

제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제31조 (계약자의 임의 해지)

계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제35조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제32조 (위법계약의 해지)

- ① 계약자는 『금융소비자 보호에 관한 법률 제47조(위법계약의 해지) 및 관련규정』에서 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 법 위반사항이 있는 경우 계약 체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 '계약 해지 요구서'에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 회사가 『금융소비자 보호에 관한 법률 시행령 제38조(위법계약의 해지) 제4항』에서 정한 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우, 계약자는 해당 계약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제35조(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 『민법』 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의

권리를 행사할 수 있습니다.

【제척기간】

어떤 종류의 권리에 대하여 법률상으로 정하여진 존속기간을 말합니다.

제33조 (중대 사유로 인한 해지)

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
 1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급 사유를 발생시킨 경우
 2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급 사유가 발생한 경우에는 이에 대한 보험금은 지급합니다.
- ② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우, 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제35조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다. 다만, 제1항 제1호에서 고의로 보험금 지급 사유를 발생시킨 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 그 보험수익자에게 지급하지 않은 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제34조 (회사의 파산선고와 해지)

- ① 회사가 파산의 선고를 받은 때에는 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.
- ② 제1항의 규정에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.
- ③ 제1항의 규정에 따라 계약이 해지되거나 제2항의 규정에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제35조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 드립니다.

제35조 (해약환급금)

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 계약의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에 따라 계산합니다.
- ② 해약환급금의 지급 사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 [별표12] '보험금 등을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과 기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공합니다.
- ④ 제32조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제36조 (보험계약대출)

- ① 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 보험계약대출을 받을 수 있습니다.

다. 그러나 순수보장성보험 등 보험 상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.

【보험계약대출 신청 방법】

회사가 정한 보험계약대출 신청 방법은 회사 인터넷 홈페이지(www.lifeplanet.co.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

- ② 계약자는 제1항에 따른 보험계약대출금과 보험계약대출 이자를 언제든지 상환할 수 있으며, 상환하지 않은 때에는 회사는 보험금 또는 해약환급금 등의 지급 사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.
- ③ 회사는 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감합니다.
- ④ 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제37조 (배당금의 지급)

이 계약은 무배당보험으로 계약자 배당금이 없습니다.

제7관 분쟁의 조정 등

제38조 (분쟁의 조정)

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

【보험분쟁 및 상담안내】

보험계약과 관련하여 분쟁조정을 필요로 하는 사항이 발생하거나 보험금 지급처리내용 등에 불만이 있을 경우에는 금융감독원의 민원상담전화 등(국번없이 1332, www.fss.or.kr)을 통해 상담을 받거나 분쟁조정 등을 신청할 수 있습니다.

- ② 회사는 일반금융소비자인 계약자가 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 가액이 『금융소비자 보호에 관한 법률 제42조(소액분쟁사건에 관한 특례)』에서 정하는 일정 금액 이내인 분쟁사건에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 관계 법령이 정하는 경우를 제외하고는 소를 제기하지 않습니다.

제39조 (관할법원)

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

제40조 (소멸시효)

- ① 보험금 청구권, 보험료 반환청구권, 계약자적립액 반환청구권 및 해약환급금 청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

【소멸시효】

주어진 권리를 행사하지 않을 때 그 권리가 없어지게 되는 기간으로, 보험사고가 발생한 후 3년간 보험금을 청구하지 않는 경우 보험금을 지급 받지 못할 수 있습니다.

【소멸시효 적용예시】

제6조(보험금의 지급 사유)에 따른 보험금 지급 사유가 20X3년 2월 1일에 발생하였음에도 20X6년 2월 1일까지 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금 등을 지급 받지 못할 수 있습니다. 다만, 20X6년 2월 1일이 토요일, 공휴일, 대체공휴일 또는 근로자의 날일 경우 그 다음 첫 영업일까지 보험금을 청구하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

- ② 제1항의 소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있는 때부터 적용됩니다.

제41조 (약관의 해석)

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

【신의성실의 원칙】

모든 사람은 사회의 일원으로서, 상대방의 신뢰에 어긋나지 아니하도록 성의 있게 행동하여야 한다는 원칙을 말하며, 『민법 제2조(신의성실)』은 권리의 행사와 의무의 이행을 이 원칙에 따르도록 하고 있습니다.

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

제42조 (설명서 교부 및 보험 안내 자료 등의 효력)

- ① 회사는 일반금융소비자에게 청약을 권유하거나 일반금융소비자가 설명을 요청하는 경우 보험상품에 관한 중요한 사항을 계약자가 이해할 수 있도록 설명하고 계약자가 이해하였음을 서명(『전자서명법 제2조(정의) 제2호』에 따른 전자서명을 포함합니다.), 기명날인 또는 녹취 등을 통해 확인 받아야 하며, 설명서를 제공하여야 합니다.
- ② 설명서, 약관, 계약자 보관용 청약서 및 보험증권의 제공 사실에 관하여 계약자와 회사간에 다툼이 있는 경우에는 회사가 이를 증명하여야 합니다.
- ③ 보험을 모집한 자 등이 모집 과정에서 사용한, 회사가 제작한 보험 안내 자료(계약의 청약을 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다.) 내용이 이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로

계약이 성립된 것으로 봅니다.

제43조 (회사의 손해배상책임)

- ① 회사는 계약과 관련하여 임직원 및 보험을 모집한 자의 책임 있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 발생한 손해에 대하여 관계 법령 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.
- ② 회사는 보험금 지급 거절 및 지연 지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었는데도 소를 제기하여 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 손해를 끼친 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.
- ③ 회사가 보험금 지급 여부 및 지급 금액에 관하여 현저하게 공정을 잃은 합의로 보험수익자에게 손해를 끼친 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

【현저하게 공정을 잃은 합의】

사회통념상 일반 보통인이라면 결코(실수로도) 그 같은 일을 하지 않을 정도로 현저하게 타당성을 잃은 것을 말하며, 관련 판례 등에 따르면 합의금액이 상당히 큰 차이가 있어야 합니다.

제44조 (개인정보보호)

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

【개인정보 보호법】

당사자의 동의 없는 개인정보 수집 및 활용 또는 제3자에게 제공하는 것을 금지하는 등 개인정보를 보호하기 위한 법으로, 각종 컴퓨터 범죄와 개인의 사생활 침해 등 정보화 사회의 역기능을 방지하기 위한 목적으로 제정된 법률을 말합니다.

【신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률】

신용정보주체의 자기정보 통제권을 보강하여 개인의 사생활 보호를 강화하며, 신용조회회사 등에 신용정보를 보호하기 위한 엄격한 내부통제 절차를 마련하도록 하여 신용정보 활용에 있어 책임성을 높여 금융소비자의 신뢰를 높이기 위해 제정된 법률을 말합니다.

- ② 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

제45조 (준거법)

이 계약은 대한민국 법에 따라 규율되고 해석되며, 약관에서 정하지 않은 사항은 『금융소비자 보호에 관한 법률』, 『상법』, 『민법』 등 관계 법령을 따릅니다.

제46조 (예금보험에 의한 지급 보장)

회사가 파산 등으로 보험금 등을 지급하지 못할 경우에는 『예금자보호법』에서 정하는 바에 따라 그 지급을 보장합니다.

【예금보험】

예금자보호법에 의해 설립된 예금보험공사가 평소에 금융기관으로부터 보험료를 받아 기금을 적립한 후에 금융기관이 예금을 지급할 수 없게 되면 금융기관을 대신하여 예금을 지급하게 하는 공적 보험 제도입니다.

【예금자보호법】

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

약관 본문에 인용된 법령은 “약관에서 인용된 법령 내용”을 참고하시기 바랍니다.

[별표 1]

보험금 지급기준표

[기준 : 보험가입금액 1,000만원]

급부명	지급 사유	지급 금액
일반암 진단보험금 (약관 제6조 제1호)	피보험자가 보험기간 중 암보장개시일이후에 「일반암」으로 진단 확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단 확정에 한함)	[가입 후 1년 이후] 1,000만원 [가입 후 1년 미만] 500만원
고액암 진단보험금 (약관 제6조 제2호)	피보험자가 보험기간 중 암보장개시일이후에 「고액암」으로 진단 확정되었을 경우 (다만, 최초 1회의 진단 확정에 한함)	[가입 후 1년 이후] 2,000만원 [가입 후 1년 미만] 1,000만원
유방암 및 전립선암 진단보험금 (약관 제6조 제3호)	피보험자가 보험기간 중 암보장개시일이후에 「유방암」 또는 「전립선암」으로 진단 확정되었을 경우 (다만, 「유방암」 또는 「전립선암」 중 최초 1회의 진단 확정에 한함)	[가입 후 1년 이후] 500만원 [가입 후 1년 미만] 250만원
소액암 및 유사암 진단보험금 (약관 제6조 제4호)	피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 「기타피부암」, 「중증 이외 갑상선암」, 「대장점막내암」, 「경계성종양」 또는 「제자리암」으로 진단 확정되었을 경우 (다만, 각각 최초 1회의 진단 확정에 한함)	[가입 후 1년 이후] 100만원 [가입 후 1년 미만] 50만원
만기환급금 (약관 제6조 제5호)	피보험자가 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 경우	이미 납입한 보험료 × 100%

(주)

1. 보험기간 중 피보험자가 사망하거나 이 계약의 보험금 지급 사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다. 다만, 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우에는 이 계약의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 지급합니다. 다만, 「일반암」으로 진단 확정되고 사망한 경우에는 사망 당시의 암 발생 기준 계약자적립액을 지급합니다.
2. 「일반암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 이 계약의 약관 [별표4] '대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(유방암, 전립선암, 기타피부암, 중증 이외 갑상선암 및 대장점막내암 제외)'에서 정한 질병을 말합니다.
3. '암보장개시일'이란 「일반암」, 「유방암」 및 「전립선암」에 대한 보장이 개시되는 날로, 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날을 말합니다. 다만, 부활(효력 회복)계약의 경우에는 부활(효력 회복)일부터 부활(효력 회복)일을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날을 말합니다.
4. 약관 제3조(「암」 등의 정의 및 진단 확정)에 따라 「유방암」, 「전립선암」, 「기타피부암」, 「중증 이외 갑상

선암」 및 「대장점막내암」은 「일반암」의 정의에서 제외되며, 「유방암」, 「전립선암」, 「기타피부암」, 「중증 이외 갑상선암」 또는 「대장점막내암」으로 보험금 지급 사유가 발생하는 경우에는 각각에 해당하는 진단 보험금을 지급하고 「일반암 진단보험금」은 지급하지 않습니다.

5. 4.에도 불구하고 「유방암」으로 진단 확정되어 「유방암 및 전립선암 진단보험금」을 지급한 이후 「전립선암」으로 진단 확정된 경우에는 「유방암 및 전립선암 진단보험금」을 다시 지급하지 않습니다. 또한 「전립선암」으로 진단 확정되어 「유방암 및 전립선암 진단보험금」을 지급한 이후 「유방암」으로 진단 확정된 경우에는 「유방암 및 전립선암 진단보험금」을 다시 지급하지 않습니다.
6. 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]로 분류되고, 일차성 악성 신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
7. 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해 분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체 부위의 장해 지급률을 더하여 50% 이상의 장해 상태가 되거나 암보장개시일 이후에 「일반암」으로 진단 확정된 경우에는 다음 회부터 보험료 납입을 면제합니다.
8. 「고액암 진단보험금」지급 사유가 발생한 경우에는 「일반암 진단보험금」을 더하여 지급합니다. 다만, 「고액암 진단보험금」, 「일반암 진단보험금」은 각각 최초 1회에 한하여 지급되므로, 보험기간 중 이미 「일반암 진단보험금」을 지급한 이후 「고액암 진단보험금」지급사유가 발생한 경우에는 「일반암 진단보험금」을 다시 지급하지 않습니다.

구분	「일반암」 (「고액암」 제외)	「고액암」
일반암 진단보험금	지급	지급
고액암 진단보험금	해당 없음	지급

9. 가입 후 1년 미만에 약관 제6조(보험금의 지급 사유) 제1호에서 제4호의 보험금 지급 사유가 발생한 경우에는 가입 후 1년 이후에 지급되는 해당 진단보험금의 50%만 지급합니다.
10. '가입 후 1년 미만'이라 함은 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 되는 시점의 연계약해당일의 전일까지를 말하며, '가입 후 1년 이후'라 함은 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 되는 시점의 연계약해당일 이후를 말합니다.
11. 보험료의 납입이 면제된 이후 보험기간이 만료되었을 때에는 보험료 납입기간 동안 정상적으로 보험료가 납입된 것으로 보고 만기환급금을 보험수익자에게 지급합니다.

[별표 2]

재해 분류표

1. 보장 대상이 되는 재해

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

- ① 한국표준질병사인분류 상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고.
- ② 『감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호』에서 규정한 제1급감염병.

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해 분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화 된 경우.
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우.
 - 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50).
 - 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52).
 - 식량부족(X53).
 - 물 부족(X54).
 - 상세불명의 결핍(X57).
 - 고의적 자해(X60~X84).
 - '법적 개입' 중 법적 처형(Y35.5).
- ③ '외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)' 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(다만, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자의 이상 반응 또는 이후 합병증의 원인이 된 '외과적 및 기타 내과적 처치(Y83~Y84)'는 보장).
- ④ '자연의 힘에 노출(X30~X39)' 중 급격한 액체 손실로 인한 탈수.
- ⑤ '우발적 익사 및 익수(W65~W74), 호흡과 관련된 기타 불의의 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구 부를 통하여 들어온 이물(W44)' 중 질병에 의한 호흡 장애 및 삼킴 장애.
- ⑥ 한국표준질병사인분류 상의 (U00~U99)에 해당하는 질병.

※ () 안은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 상의 분류번호를 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 재해의 해당 여부를 판단합니다.

※ 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 재해의 해당 여부는 피보험자가 진단 당시에 시행되고 있는 한

국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

- ※ 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 재해에 대한 보험금 지급 여부 등이 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 재해의 해당 여부는 다시 판단하지 않습니다.
- ※ 위 1. 보장대상이 되는 재해 제2호에 해당하는 감염병은 보험사고 발생 당시 시행중인 법률을 적용하며,
2. 보험금을 지급하지 않는 재해 제6호에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

[별표 3]

장해 분류표

총칙

1. 장해의 정의

- 1) '장해'라 함은 상해 또는 질병이 치유된 후 신체에 남아 있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손 상태 및 기능 상실 상태를 말한다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병 증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장해에 포함되지 않는다.
- 2) '영구적'이라 함은 원칙적으로 치유하는 때 장래 회복할 가망이 없는 상태로 정신적 또는 육체적 훼손 상태 및 기능 상실 상태임이 의학적으로 인정되는 경우를 말한다.
- 3) '치유된 후'라 함은 상해 또는 질병에 대한 치료의 효과를 기대할 수 없게 되고, 또한 그 증상이 고정된 상태를 말한다.
- 4) 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해 지급률의 20%를 장해 지급률로 한다.
- 5) 위 4)에 따라 장해 지급률이 결정되었으나 그 이후 보장 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해 상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해 상태를 기준으로 장해 지급률을 결정한다.

2. 신체 부위

'신체 부위'라 함은 ① 눈 ② 귀 ③ 코 ④ 씹어 먹거나 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·정신 행동의 13개 부위를 말하며, 이를 각각 동일한 신체 부위라 한다. 다만, 좌·우의 눈, 귀, 팔, 다리, 손가락, 발가락은 각각 다른 신체 부위로 본다.

3. 장해의 판정

- 1) 하나의 장해가 관찰 방법에 따라서 장해 분류표상 2가지 이상의 신체 부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- 2) 동일한 신체 부위에 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고, 그 중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체 부위별 판정 기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.

- 3) 하나의 장애가 다른 장애와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 지급률을 적용하며, 하나의 장애로 둘 이상의 파생 장애가 발생하는 경우 각 파생 장애의 지급률을 합산한 지급률과 최초 장애의 지급률을 비교하여 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- 4) 의학적으로 뇌사 판정을 받고 호흡 기능과 심장박동 기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사 상태는 장애의 판정 대상에 포함되지 않는다. 다만, 뇌사 판정을 받은 경우가 아닌 식물인간상태(의식이 전혀 없고 사지의 자발적인 움직임이 불가능하여 일상생활에서 항상 간호가 필요한 상태)는 각 신체 부위별 판정 기준에 따라 평가한다.
- 5) 장애 진단서에는 ① 장애 진단명 및 발생 시기 ② 장애의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계·정신 행동 장애의 경우 ① 개호(장애로 혼자서 활동이 어려운 사람을 곁에서 돌보는 것) 여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가로 기재하여야 한다.

장애 분류별 판정 기준

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 안구(눈동자)에 뚜렷한 운동 장애나 뚜렷한 조절 기능 장애를 남긴 때	10
8) 한 눈에 뚜렷한 시야 장애를 남긴 때	5
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동 장애를 남긴 때	5

나. 장애 판정 기준

- 1) 시력 장애의 경우 공인된 시력검사표에 따라 최소 3회 이상 측정한다.
- 2) '교정시력'이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정 수단)으로 교정한 원거리 최대 교정시력을 말한다. 다만, 각막이식술을 받은 환자인 경우 각막이식술 이전의 시력 상태를

기준으로 평가한다.

- 3) '한 눈이 멀었을 때'라 함은 안구(눈동자)의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나('광각 무') 겨우 가릴 수 있는 경우('광각 유')를 말한다.
- 4) '한 눈의 교정시력이 0.02 이하로 된 때'라 함은 안전수동(Hand Movement)^{주1)}, 안전수지(Finger Counting)^{주2)} 상태를 포함한다.
주1) 안전수동 : 물체를 감별할 정도의 시력 상태가 아니며 눈앞에서 손의 움직임을 식별할 수 있을 정도의 시력 상태
주2) 안전수지 : 시표의 가장 큰 글씨를 읽을 수 있는 정도의 시력은 아니나 눈 앞 30cm 이내에서 손가락의 개수를 식별할 수 있을 정도의 시력 상태
- 5) 안구(눈동자) 운동 장애의 판정은 질병의 진단 또는 외상 후 1년 이상이 지난 뒤 그 장애 정도를 평가한다.
- 6) '안구(눈동자)의 뚜렷한 운동 장애'라 함은 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
가) 한 눈의 안구(눈동자)의 주시야(머리를 움직이지 않고 눈만을 움직여서 볼 수 있는 범위)의 운동 범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우.
나) 중심 20도 이내에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 경우.
- 7) '안구(눈동자)의 뚜렷한 조절 기능 장애'라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 50세 이상(장애 진단 시 연령 기준)의 경우에는 제외한다.
- 8) '뚜렷한 시야 장애'라 함은 한 눈의 시야 범위가 정상 시야 범위의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다. 이 경우 시야 검사는 공인된 시야 검사방법으로 측정하며, 시야 장애 평가 시 자동시야 검사계(골드만 시야검사)를 이용하여 8방향 시야 범위 합계를 정상 범위와 비교하여 평가한다.
- 9) '눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때'라 함은 눈꺼풀의 결손으로 눈을 감았을 때 각막(검은자위)이 완전히 덮이지 않는 경우를 말한다.
- 10) '눈꺼풀에 뚜렷한 운동 장애를 남긴 때'라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.
- 11) 외상이나 화상 등으로 안구(눈동자)의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 안구(눈동자)가 적출되어 눈자위의 조직 요물(凹液) 등으로 의안마저 끼워 넣을 수 없는 상태이면 '뚜렷한 추상(추한 모습)'으로, 의안을 끼워 넣을 수 있는 상태이면 '약간의 추상(추한 모습)'으로 지급률을 가산한다.
- 12) '눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때'에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습) 장애를 포함하여 장애를 평가한 것으로 보고, 추상(추한 모습) 장애를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장애 평가 방법 중 피보험자에게 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애 판정 기준

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

다. 귓바퀴의 결손

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

라. 평형 기능의 장애

- 1) '평형 기능에 장애를 남긴 때'라 함은 전정기관 이상으로 보행 등 일상생활이 어려운 상태로 아래의 평형 장애 평가항목별 합산 점수가 30점 이상인 경우를 말한다.

항목	내용	점수
검사소견	양측 전정기능 소실	14
	양측 전정기능 감소	10
	일측 전정기능 소실	4
치료병력	장기 통원치료(1년간 12회 이상)	6
	장기 통원치료(1년간 6회 이상)	4
	단기 통원치료(6개월간 6회 이상)	2
	단기 통원치료(6개월간 6회 미만)	0
기능장해소견	두 눈을 감고 일어서기 곤란하거나 두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걸다가 쓰러지는 경우	20
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걸다가 중간에 균형을 잡으려 멈추어야 하는 경우	12
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걸을 때 중앙에서 60cm 이상 벗어나는 경우	8

2) 평형 기능의 장애는 장애 판정 직전 1년 이상 지속적인 치료 후 장애가 고착되었을 때 판정하며, 뇌병변 여부, 전정기능 이상 및 장애 상태를 평가하기 위해 아래의 검사들을 기초로 한다.

가) 뇌 영상검사[뇌 전산화단층촬영(brain CT), 뇌 자기공명영상(brain MRI)].

나) 온도안진검사, 전기안진검사(또는 비디오안진검사) 등.

3. 코의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애 판정 기준

- 1) '코의 호흡 기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 일상생활에서 구강 호흡의 보조를 받지 않는 상태에서 코로 숨쉬는 것만으로 정상적인 호흡을 할 수 없다는 것이 비강통기도검사 등 의학적으로 인정된 검사로 확인되는 경우를 말한다.
- 2) '코의 후각 기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 후각 신경의 손상으로 양쪽 코의 후각 기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각 감되는 장애의 대상으로 하지 않는다.
- 3) 양쪽 코의 후각 기능은 후각인지검사, 후각역치검사 등을 통해 6개월 이상 고정된 후각의 완전손

실이 확인되어야 한다.

- 4) 코의 추상(추한 모습) 장애를 수반한 때에는 기능 장애의 지급률과 추상(추한 모습) 장애의 지급률을 합산한다.

4. 씹어 먹거나 말하는 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애 평가 기준

- 1) 씹어 먹는 기능의 장애는 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)의 맞물림(교합), 배열 상태 및 아래턱의 개구 운동, 삼킴(연하) 운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.
- 2) '씹어 먹는 기능에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 심한 개구 운동 제한이나 심한 저작 운동(음식을 입에 넣고 씹는 운동을 말하며, 이하 '저작 운동'이라 한다.) 제한으로 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
- 3) '씹어 먹는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 다음 중 어느 하나 이상에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 뚜렷한 개구 운동 제한이나 뚜렷한 저작 운동 제한으로 미음이나 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등) 이외는 섭취하지 못하는 경우.
 - 나) 위아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구 운동이 1cm 이하로 제한되는 경우.
 - 다) 위아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1.5cm 이상인 경우.
 - 라) 1개 이하의 치아만 맞물림(교합)되는 상태.
 - 마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 삼킴(연하) 장애가 있고, 유동식 섭취 시 흡인이 발생하고 연식 이외는 섭취가 불가능한 상태.

- 4) '씹어 먹는 기능에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 다음 중 어느 하나 이상에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 약간의 개구 운동 제한이나 약간의 저작 운동 제한으로 부드러운 고형식(밥, 빵 등)만 섭취 가능한 경우.
 - 나) 위아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구 운동이 2cm 이하로 제한되는 경우.
 - 다) 위아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1cm 이상인 경우.
 - 라) 양측 각 1개 또는 편측 2개 이하의 치아만 맞물림(교합)되는 상태.
 - 마) 연하기능검사(비디오 투시검사) 상 삼킴(연하) 장애가 있고, 유동식 섭취 시 간헐적으로 흡인이 발생하고 부드러운 고형식(밥, 빵 등) 이외는 섭취가 불가능한 상태.
- 5) 개구 장애는 턱관절의 이상으로 개구 운동 제한이 있는 상태를 말하며, 최대 개구 상태에서 위아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 거리를 기준으로 한다. 다만, 가운데 앞니(중절치)가 없는 경우에는 측정 가능한 인접 치아간 거리의 최대치를 기준으로 한다.
- 6) 부정교합은 위턱(상악)과 아래턱(하악)의 부조화로 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)가 전방 및 측방으로 맞물림(교합)에 제한이 있는 상태를 말한다.
- 7) '말하는 기능에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 다음 중 어느 하나 이상에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 언어 평가 상 자음정확도가 30% 미만인 경우.
 - 나) 전실어증, 운동성실어증(브로카실어증)으로 의사소통이 불가능한 경우.
- 8) '말하는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 다음 중 어느 하나 이상에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 언어 평가 상 자음정확도가 50% 미만인 경우.
 - 나) 언어 평가 상 표현언어지수가 25 미만인 경우.
- 9) '말하는 기능에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 다음 중 어느 하나 이상에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 언어 평가 상 자음정확도가 75% 미만인 경우.
 - 나) 언어 평가 상 표현언어지수가 65 미만인 경우.
- 10) 말하는 기능의 장애는 1년 이상 지속적인 언어 치료를 시행한 후 증상이 고착되었을 때 평가하며, 객관적인 검사를 기초로 평가한다.
- 11) 뇌·중추신경계 손상(정신·인지기능 저하, 편마비 등)으로 인한 말하는 기능의 장애(실어증, 구음장애) 또는 씹어 먹는 기능의 장애는 신경계·정신 행동 장애 평가와 비교하여 그 중 높은 지급률 하나만 인정한다.
- 12) '치아의 결손'이란 치아의 상실 또는 발치 된 경우를 말하며, 치아의 일부 손상으로 금관 치료(크라운 보철수복)를 시행한 경우에는 치아의 일부 결손을 인정하여 1/2개 결손으로 적용한다.
- 13) 보철치료를 위해 발치 한 정상치아, 노화로 자연 발치 된 치아, 보철(복합레진, 인레이, 온레이 등)한 치아, 기존 의치(틀니, 임플란트 등)의 결손은 치아의 상실로 인정하지 않는다.

- 14) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열 구조 등의 문제로 사고와 관계 없이 새로운 치아가 결손 된 경우에는 사고로 결손 된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
- 15) 어린이의 유치는 향후에 영구치로 대체되므로 장애의 대상이 되지 않으나, 선천적으로 영구치 결손이 있는 경우에는 유치의 결손을 장애로 평가한다.
- 16) 가철성 보철물(신체의 일부에 붙었다 떼었다 할 수 있는 틀니 등)의 파손은 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. 장애 판정 기준

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

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)

- 1) 얼굴
 - 가) 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습).
 - 나) 길이 10cm 이상의 추상 반흔(추한 모습의 흉터).
 - 다) 지름 5cm 이상의 조직 함몰.
 - 라) 코의 1/2 이상 결손.
- 2) 머리
 - 가) 손바닥 크기 이상의 반흔(흉터) 및 모발 결손.

나) 머리뼈의 손바닥 크기 이상의 손상 및 결손.

3) 목

손바닥 크기 이상의 추상(추한 모습).

라. 약간의 추상(추한 모습)

1) 얼굴

가) 손바닥 크기 1/4 이상의 추상(추한 모습).

나) 길이 5cm 이상의 추상 반흔(추한 모습의 흉터).

다) 지름 2cm 이상의 조직 함몰.

라) 코의 1/4 이상 결손.

2) 머리

가) 손바닥 크기 1/2 이상의 반흔(흉터) 및 모발 결손.

나) 머리뼈의 손바닥 크기 1/2 이상의 손상 및 결손.

3) 목

손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습).

마. 손바닥 크기

'손바닥 크기'라 함은 해당 환자의 손가락을 제외한 손바닥의 크기를 말하며, 12세 이상의 성인에서는 8×10cm(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 운동 장애를 남긴 때	40
2) 척추(등뼈)에 뚜렷한 운동 장애를 남긴 때	30
3) 척추(등뼈)에 약간의 운동 장애를 남긴 때	10
4) 척추(등뼈)에 심한 기형을 남긴 때	50
5) 척추(등뼈)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	30
6) 척추(등뼈)에 약간의 기형을 남긴 때	15
7) 추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장애	20
8) 추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장애	15
9) 추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장애	10

나. 장애 판정 기준

- 1) 척추(등뼈)는 경추(목뼈)에서 흉추(가슴뼈), 요추(허리뼈), 제1 천추까지를 동일한 부위로 한다. 제2 천추 이하의 천골 및 미골은 체간골의 장애로 평가한다.
- 2) 척추(등뼈)의 기형은 척추체(척추뼈 몸통)를 말하며, 횡돌기 및 극돌기는 제외한다. 이하 이 신체 부위에서 같다.)의 압박률 또는 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡(활 모양으로 굽음) 정도에 따라 평가한다.
 - 가) 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡(활 모양으로 굽음) 변화는 객관적인 측정방법(Cobb's Angle)에 따라 골절이 발생한 척추체(척추뼈 몸통)의 상·하 인접 정상 척추체(척추뼈 몸통)를 포함하여 측정하며, 생리적 정상 만곡(활 모양으로 굽음)을 고려하여 평가한다.
 - 나) 척추(등뼈)의 기형은 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률, 골절의 부위 등을 기준으로 판정한다. 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률은 인접 상·하부[인접 상·하부 척추체(척추뼈 몸통)에 진구성(오래된) 골절이 있거나, 다발성 척추(등뼈) 골절이 있는 경우에는 골절된 척추(등뼈)와 가장 인접한 상·하부] 정상 척추체(척추뼈 몸통)의 전방 높이의 평균에 대한 골절된 척추체(척추뼈 몸통) 전방 높이의 감소비를 압박률로 정한다.
 - 다) 척추(등뼈)의 기형은 『산업재해보상보험법 시행규칙』상 경추부, 흉추부, 요추부로 구분하여 각각을 하나의 운동 단위로 보며, 하나의 운동 단위 내에서 여러 개의 척추체(척추뼈 몸통)에 압박 골절이 발생한 경우에는 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률을 합산하고, 두 개 이상의 운동 단위에서 장애가 발생한 경우에는 그 중 가장 높은 지급률을 적용한다.
- 3) 척추(등뼈)의 장애는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 이 사고와의 관련도를 산정하여 평가한다.
- 4) 추간판탈출증으로 인한 신경 장애는 수술 또는 시술(비수술적 치료) 후 6개월 이상 지난 후에 평가한다.
- 5) 신경학적 검사상 나타난 저린감이나 방사통(주변 부위로 뻗치는 증상) 등 신경자극증상의 원인으로 영상검사[전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI) 등]에서 추간판탈출증이 확인된 경우를 추간판탈출증으로 진단하며, 추간판탈출증으로 진단된 경우에는 수술 여부에 관계없이 운동 장애 및 기형 장애로 평가하지 않는다.
- 6) '심한 운동 장애'라 함은 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정된 상태.
 - 나) 두개골(머리뼈), 제1 경추(제1 목뼈), 제2 경추(제2 목뼈)를 모두 유합(아물어 붙음) 또는 고정된 상태.
- 7) '뚜렷한 운동 장애'라 함은 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또

는 고정된 상태.

나) 두개골(머리뼈)과 제1 경추(제1 목뼈) 또는 제1 경추(제1 목뼈)와 제2 경추(제2 목뼈)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정된 상태.

다) 두개골(머리뼈)과 상위 경추(상위 목뼈 : 제1, 2 목뼈) 사이에 대한 전산화단층촬영(CT) 검사로, 두개 대후두공의 기저점(basion)과 제2 경추(제2 목뼈, 축추)의 치아상돌기 상단 사이의 거리(BDI : Basion-Dental Interval)에 뚜렷한 이상 전위가 있는 상태.

라) 상위 경추(상위 목뼈: 제1, 2 목뼈)에 대한 전산화단층촬영(CT) 검사로, 제1 경추(제1 목뼈, 환추)의 전방 궁(arch) 후방과 제2 경추(제2 목뼈, 축추)의 치아상돌기 전면과의 거리(ADI : Atlanto-Dental Interval)에 뚜렷한 이상 전위가 있는 상태.

8) '약간의 운동 장애'라 함은 두개골(머리뼈)과 상위 경추(상위 목뼈: 제1, 2 목뼈)를 제외한 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정된 상태를 말한다.

9) '심한 기형'이라 함은 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 35° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때.

나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 60% 이상인 경우 또는 한 운동 단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박 골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 90% 이상일 때.

10) '뚜렷한 기형'이라 함은 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 15° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때.

나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 40% 이상인 경우 또는 한 운동 단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박 골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 60% 이상일 때.

11) '약간의 기형'이라 함은 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가) 1개 이상의 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구로 경도(가벼운 정도)의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때.

나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 20% 이상인 경우 또는 한 운동 단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박 골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 40% 이상일 때.

12) '추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장애'란 추간판탈출증으로 추간판을 2마디 이상(또는 1마디 추간판에 대해 2회 이상) 수술하고도 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장애가 있는 경우를 말한다.

13) '추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장애'란 추간판탈출증으로 추간판 1마디를 수술하고도 신

경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되고 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우를 말한다.

- 14) '추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장애'란 추간판탈출증이 확인되고 신경생리검사서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되는 경우를 말한다.

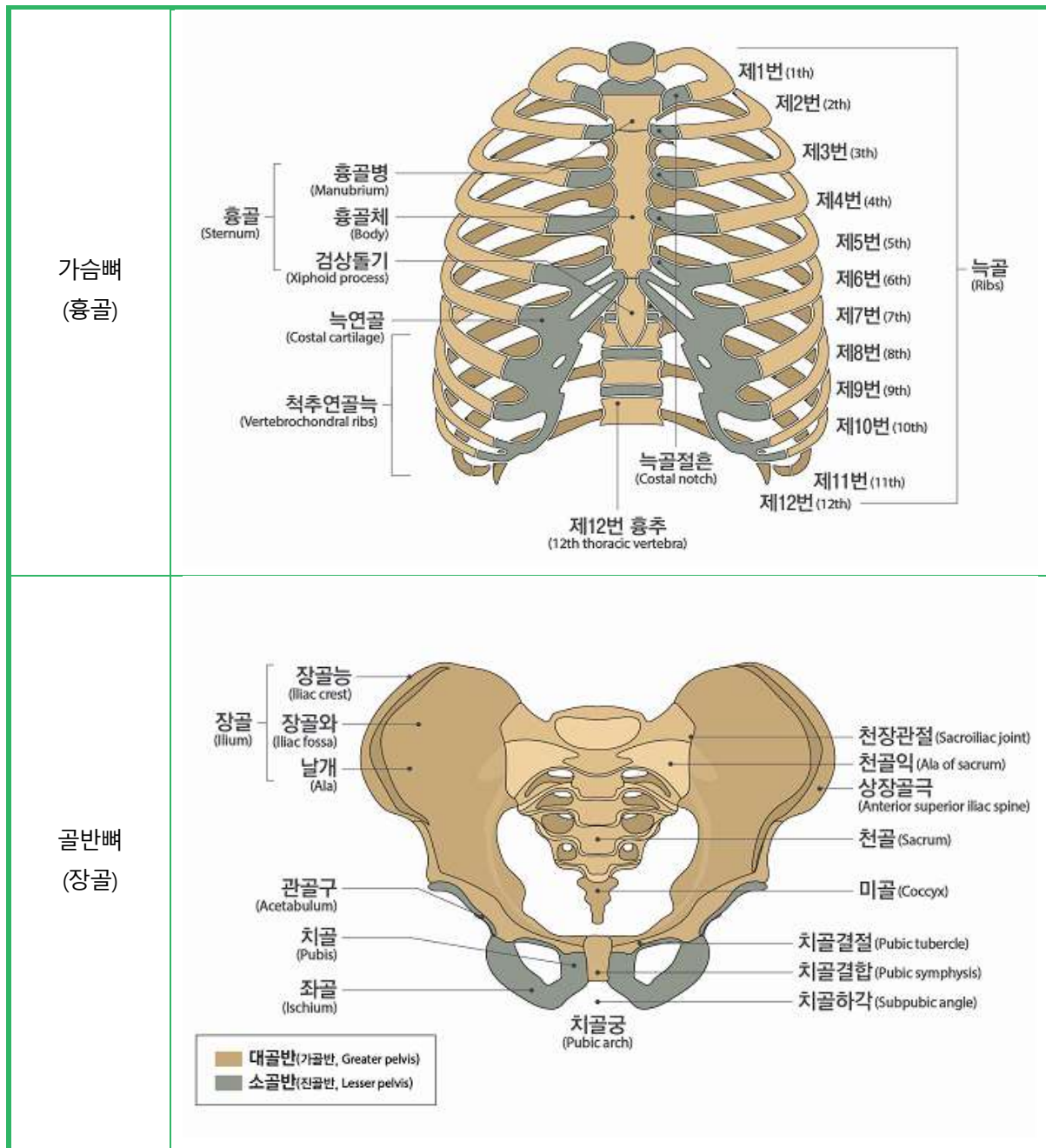
7. 체간골의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애 판정 기준

- '체간골'이라 함은 어깨뼈(견갑골), 골반뼈(장골, 제2 천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함), 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)를 말하며 이를 모두 동일한 부위로 본다.
- 골반뼈(장골, 제2 천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함)의 '뚜렷한 기형'이라 함은 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm 이상 분리된 부정유합 상태.
 - 육안으로 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도로 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 20° 이상인 경우.
 - 미골의 기형은 골절이나 탈구로 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 70° 이상 남은 상태.
- 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골), 어깨뼈(견갑골)의 '뚜렷한 기형'이라 함은 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.
- 갈비뼈(늑골)의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장애로 취급한다. 다발성 갈비뼈(늑골) 기형의 경우 방사선 검사로 측정한 각각의 각(角) 변형을 합산하지 않고 그 중 가장 높은 각(角) 변형을 기준으로 평가한다.



8. 팔의 장애

가. 장애의 분류

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

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

나. 장애 판정 기준

- 1) 골절부에 금속 내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능 장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 평가한다. 다만, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능 장애(예를 들면 석고붕대(cast)로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능 장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 않는다.
- 3) '팔'이라 함은 어깨관절(견관절)부터 손목관절(완관절)까지를 말한다.
- 4) '팔의 3대 관절'이라 함은 어깨관절(견관절), 팔꿈치관절(주관절), 손목관절(완관절)을 말한다.
- 5) '손목 이상을 잃었을 때'라 함은 손목관절(완관절)부터(손목관절 포함) 심장에서 가까운 쪽으로 절단된 경우를 말하며, 팔꿈치관절(주관절) 상부에서 절단된 경우도 포함한다.
- 6) 팔의 관절 기능 장애 평가는 팔의 3대 관절의 관절 운동 범위 제한 등으로 평가한다.
 - 가) 각 관절의 운동 범위 측정은 장애 평가 시점의 『산업재해보상보험법 시행규칙 제47조(운동 기능장애의 측정) 제1항 및 제3항』의 비장해인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상 각도 및 측정 방법 등을 따른다.
 - 나) 관절 기능 장애를 표시할 경우 장애 부위의 장애 각도와 정상 부위의 측정치를 동시에 판단하여 장애 상태를 명확히 한다. 다만, 관절 기능 장애가 신경 손상으로 인한 경우에는 운동 범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.
- 7) '관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 완전 강직(관절 굳음).
 - 나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '0 등급(Zero)'인 경우.
- 8) '관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동 범위 합계가 정상 운동 범위의 1/4 이하로 제한된 경우.
 - 나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우.
 - 다) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '1 등급(Trace)'인 경우.
- 9) '관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한

다.

가) 해당 관절의 운동 범위 합계가 정상 운동 범위의 1/2 이하로 제한된 경우.

나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '2등급(Poor)'인 경우.

10) '관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가) 해당 관절의 운동 범위 합계가 정상 운동 범위의 3/4 이하로 제한된 경우.

나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '3등급(Fair)'인 경우.

11) '가관절^{주)}이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.

주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골 유합(아물어 붙음)을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절 부위의 유합(아물어 붙음)이 이루어지지 않는 '불유합' 상태를 말하며, 골 유합(아물어 붙음)이 지연되는 지연유합은 제외한다.

12) '가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.

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

다. 지급률의 결정

1) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나에 기능 장애가 생기고, 다른 관절 하나에 기능 장애가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

2) 1상지(팔과 손가락)의 장애 지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

9. 다리의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 두 다리의 발목 이상을 잃었을 때	100
2) 한 다리의 발목 이상을 잃었을 때	60
3) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때	20
5) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5

장애의 분류	지급률
7) 한 다리에 가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
8) 한 다리에 가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때	10
9) 한 다리의 뼈에 기형을 남긴 때	5
10) 한 다리가 5cm 이상 짧아지거나 길어진 때	30
11) 한 다리가 3cm 이상 짧아지거나 길어진 때	15
12) 한 다리가 1cm 이상 짧아지거나 길어진 때	5

나. 장애 판정 기준

- 1) 골절부에 금속 내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능 장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 평가한다. 다만, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능 장애(예를 들면 석고붕대(cast)로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능 장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 않는다.
- 3) '다리'라 함은 엉덩이관절(고관절)부터 발목관절(족관절)까지를 말한다.
- 4) '다리의 3대 관절'이라 함은 엉덩이관절(고관절), 무릎관절(슬관절), 발목관절(족관절)을 말한다.
- 5) '발목 이상을 잃었을 때'라 함은 발목관절(족관절)부터(발목관절 포함) 심장에서 가까운 쪽으로 절단된 경우를 말하며, 무릎관절(슬관절)의 상부에서 절단된 경우도 포함한다.
- 6) 다리의 관절 기능 장애 평가는 다리의 3대 관절의 관절 운동 범위 제한 및 무릎관절(슬관절)의 동요성 등으로 평가한다.
 - 가) 각 관절의 운동 범위 측정은 장애 평가시점의 『산업재해보상보험법 시행규칙 제47조(운동기능장애의 측정) 제1항 및 제3항』의 비장애인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상 각도 및 측정 방법 등을 따른다.
 - 나) 관절 기능 장애가 신경손상으로 인한 경우에는 운동 범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.
- 7) '관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 완전 강직(관절 굳음).
 - 나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '0 등급(Zero)'인 경우.
- 8) '관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동 범위 합계가 정상 운동 범위의 1/4 이하로 제한된 경우.
 - 나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우.
 - 다) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우.

- 라) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '1등급(Trace)'인 경우.
- 9) '관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
- 가) 해당 관절의 운동 범위 합계가 정상 운동 범위의 1/2 이하로 제한된 경우.
 - 나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우.
 - 다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '2등급(Poor)'인 경우.
- 10) '관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
- 가) 해당 관절의 운동 범위 합계가 정상 운동 범위의 3/4 이하로 제한된 경우.
 - 나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우.
 - 다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '3등급(Fair)'인 경우.
- 11) 동요장애 평가 시에는 정상측과 환측을 비교하여 증가된 수치로 평가한다.
- 12) '가관절^{주)}이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골 유합(아물어 붙음)을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절 부위의 유합(아물어 붙음)이 이루어지지 않는 '불유합' 상태를 말하며, 골 유합(아물어 붙음)이 지연되는 지연유합은 제외한다.
- 13) '가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 경골과 종아리뼈 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 14) '뼈에 기형을 남긴 때'라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합 된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.
- 15) 다리 길이의 단축 또는 과신장은 스캐노그램(scanogram)을 통하여 측정한다.

다. 지급률의 결정

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

10. 손가락의 장애

가. 장애의 분류

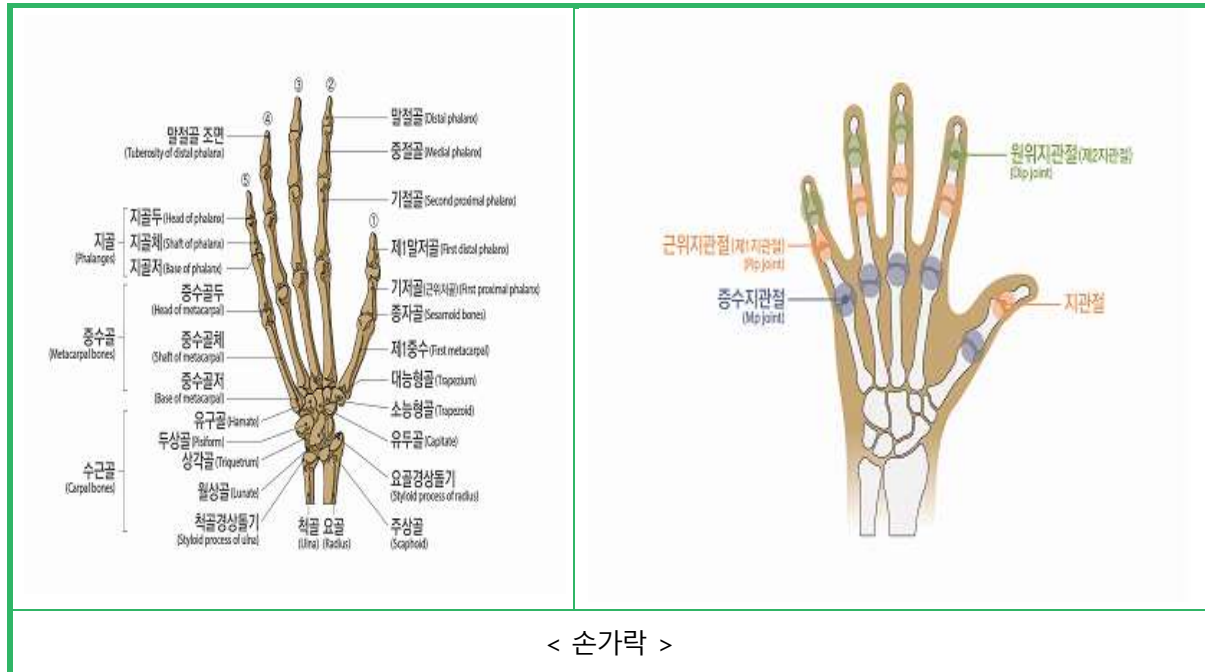
장애의 분류	지급률
1) 한 손의 5개 손가락을 모두 잃었을 때	55
2) 한 손의 첫째 손가락을 잃었을 때	15
3) 한 손의 첫째 손가락 이외의 손가락을 잃었을 때(손가락 하나마다)	10
4) 한 손의 5개 손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	30
5) 한 손의 첫째 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한 손의 첫째 손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때(손가락 하나마다)	5

나. 장애 판정 기준

- 1) 골절부에 금속 내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능 장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 평가한다. 다만, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능 장애(예를 들면 석고붕대(cast)로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능 장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 않는다.
- 3) 손가락에는 첫째 손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
- 4) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.
- 5) '손가락을 잃었을 때'라 함은 첫째 손가락에서는 지관절부터 심장에서 가까운 쪽으로, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽으로 손가락이 절단된 경우를 말한다.
- 6) '손가락뼈 일부를 잃었을 때'라 함은 첫째 손가락에서는 지관절, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 손가락뼈의 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 손가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.
- 7) '손가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 첫째 손가락에서는 중수지관절 또는 지관절의 굴신(굽히고 펴기) 운동가능영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하인 경우를 말하며, 다른 네 손가락에서는 제1, 제2지관절의 굴신(굽히고 펴기) 운동가능영역을 합산하여 정상 운동가능영역의 1/2 이하이거나 중수지관절의 굴신(굽히고 펴기) 운동가능영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.
- 8) 한 손가락에 장애가 생기고 다른 손가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

다.

- 9) 손가락의 관절 기능 장애 평가는 손가락 관절의 관절 운동 범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동 범위 측정은 장애 평가시점의 『산업재해보상보험법 시행규칙 제47조(운동기능장애의 측정) 제1항 및 제3항』의 비장애인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상 각도 및 측정 방법 등을 따른다.



< 손가락 >

11. 발가락의 장애

가. 장애의 분류

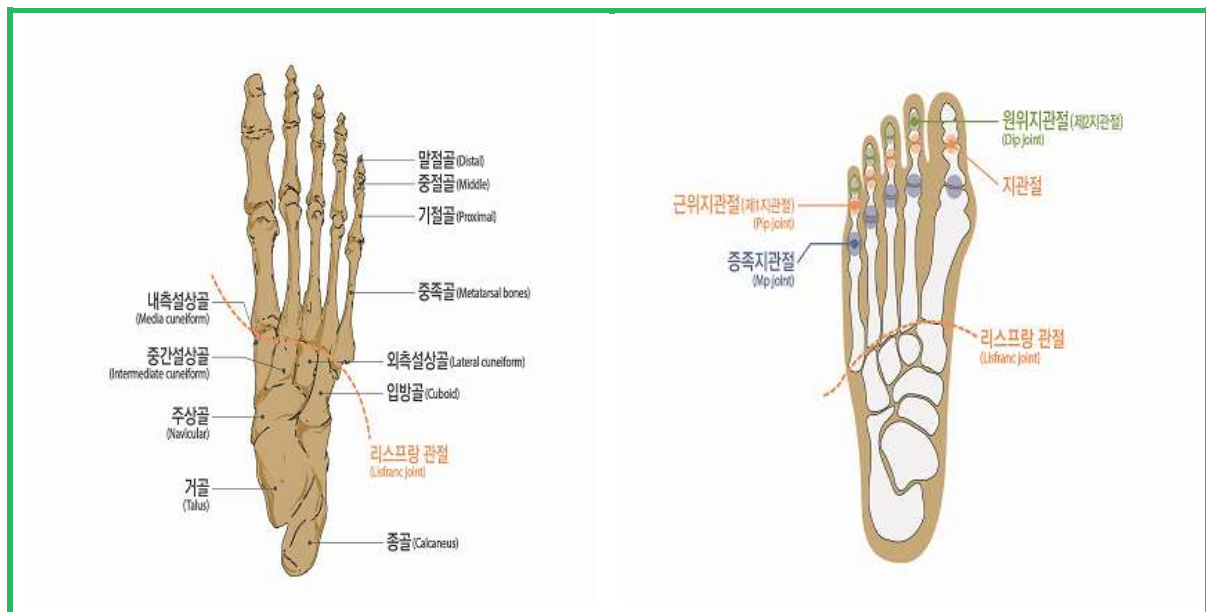
장애의 분류	지급률
1) 한 발의 리스프랑 관절 이상을 잃었을 때	40
2) 한 발의 5개 발가락을 모두 잃었을 때	30
3) 한 발의 첫째 발가락을 잃었을 때	10
4) 한 발의 첫째 발가락 이외의 발가락을 잃었을 때(발가락 하나마다)	5
5) 한 발의 5개 발가락 모두의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
6) 한 발의 첫째 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	8
7) 한 발의 첫째 발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때(발가락 하나마다)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

나. 장애 판정 기준

- 1) 골절부에 금속 내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능 장애의 원인이 되는 때에는 그 내

고정물 등이 제거된 후 장애를 평가한다. 다만, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.

- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능 장애(예를 들면 석고붕대(cast)로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능 장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 않는다.
- 3) '리스프랑 관절 이상을 잃었을 때'라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
- 4) '발가락을 잃었을 때'라 함은 첫째 발가락에서는 지관절부터 심장에서 가까운 쪽으로, 다른 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽으로 발가락이 절단된 경우를 말한다.
- 5) '발가락뼈 일부를 잃었을 때'라 함은 첫째 발가락에서는 지관절, 다른 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 발가락뼈 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 발가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.
- 6) '발가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 첫째 발가락에서는 중족지관절과 지관절의 굴신(굽히고 펴기) 운동가능영역 합계가 정상 운동가능영역의 1/2 이하인 경우를 말하며, 다른 네 발가락에서는 중족지관절의 신전 운동가능영역만을 평가하여 정상 운동가능영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.
- 7) 한 발가락에 장애가 생기고 다른 발가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 8) 발가락 관절의 운동 범위 측정은 장애 평가시점의 『산업재해보상보험법 시행규칙 제47조(운동기능장애의 측정) 제1항 및 제3항』의 비장애인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상 각도 및 측정 방법 등을 따른다.





12. 흉·복부 장기 및 비뇨생식기의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애 판정 기준

- 1) '심장 기능을 잃었을 때'라 함은 심장 이식을 한 경우를 말한다.
- 2) '흉·복부 장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때'라 함은 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 폐, 신장 또는 간장의 장기이식을 한 경우.
 - 나) 장기이식을 하지 않고서는 생명 유지가 불가능하여 혈액투석, 복막투석 등 의료 처치를 평생토록 받아야 할 때.
 - 다) 방광의 저장 기능과 배뇨 기능을 완전히 상실한 때.
- 3) '흉·복부 장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 위, 대장(결장~직장) 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때.
 - 나) 소장을 3/4 이상을 잘라내었을 때 또는 잘라낸 소장의 길이가 3m 이상일 때.
 - 다) 간장의 3/4 이상을 잘라내었을 때.
 - 라) 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때.
- 4) '흉·복부 장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 다음 중 어느 하나에 해당

하는 경우를 말한다.

가) 한쪽 폐 또는 한쪽 신장을 전부 잘라내었을 때.

나) 방광의 기능 상실로 영구적인 요도루, 방광루, 요관 장문합 상태.

다) 위, 췌장을 50% 이상 잘라내었을 때.

라) 대장절제, 항문 괄약근 등의 기능 장애로 영구적으로 장루, 인공항문을 설치한 경우(치료 과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외).

마) 심장기능 이상으로 인공심박동기를 영구적으로 삽입한 경우.

바) 요도 괄약근 등의 기능 장애로 영구적으로 인공요도괄약근을 설치한 경우.

5) '흉·복부 장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가) 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착, 배뇨기능 상실로 영구적인 간헐적 인공요도가 필요한 때.

나) 음경의 1/2 이상이 결손 되었거나 질구 협착으로 성생활이 불가능한 때.

다) 폐질환 또는 폐 부분절제술 후 일상생활에서 호흡곤란으로 지속적인 산소치료가 필요하며, 폐기능 검사(PFT)상 폐환기 기능(1초간 노력성 호기량, FEV1)이 정상예측치의 40% 이하로 저하된 때.

6) 흉·복부 장기와 비뇨생식기의 장애는 질병이나 외상의 직접 결과에 따른 장애를 말하며, 노화에 따른 기능 장애 또는 질병이나 외상이 없는 상태에서 예방적으로 장기를 절제, 적출한 경우는 장애로 보지 않는다.

7) 위의 흉·복부 장기와 비뇨생식기의 장애 항목에 명기되지 않은 기타 장애 상태는 '<붙임> 일상생활 기본 동작(ADLs) 제한 장애 평가표'에 해당하는 장애가 있을 때 일상생활 기본 동작(ADLs)의 장애 지급률을 준용한다.

8) 위의 장애 항목에 해당되지 않는 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장애의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계·정신 행동 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 신경계에 장애가 남아 일상생활 기본 동작에 제한을 남긴 때	10~100
2) 정신 행동에 극심한 장애를 남긴 때	100
3) 정신 행동에 심한 장애를 남긴 때	75
4) 정신 행동에 뚜렷한 장애를 남긴 때	50
5) 정신 행동에 약간의 장애를 남긴 때	25

장애의 분류	지급률
6) 정신 행동에 경미한 장애를 남긴 때	10
7) 극심한 치매 : CDR 척도 5점	100
8) 심한 치매 : CDR 척도 4점	80
9) 뚜렷한 치매 : CDR 척도 3점	60
10) 약간의 치매 : CDR 척도 2점	40
11) 심한 뇌전증 발작이 남았을 때	70
12) 뚜렷한 뇌전증 발작이 남았을 때	40
13) 약간의 뇌전증 발작이 남았을 때	10

나. 장애 판정 기준

1) 신경계

가) '신경계에 장애를 남긴 때'라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계 손상으로 '<붙임> 일상생활 기본 동작(ADLs) 제한 장애 평가표'의 5가지 기본 동작 중 하나 이상의 동작이 제한되었을 경우를 말한다.

나) 위 가)의 경우 '<붙임> 일상생활 기본 동작(ADLs) 제한 장애 평가표'상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장 대상이 되는 장애로 인정하지 않는다.

다) 신경계의 장애로 발생하는 다른 신체 부위의 장애(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장애로도 평가하고, 그 중 높은 지급률을 적용한다.

라) 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 12개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장애를 평가한다. 그러나, 12개월이 지났다고 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간 내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위에서 장애 평가를 유보한다.

마) 장애 진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신 행동

가) 정신 행동 장애는 보험기간 중 뇌에 질병이 발생하거나 상해를 입고 나서 18개월이 지난 후에 판정함을 원칙으로 한다. 다만, 뇌에 질병이 발생하거나 상해를 입고 나서 의식 상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 뇌에 질병이 발생하거나 상해를 입고 나서 12개월이 지난 후에 판정할 수 있다.

나) 정신 행동 장애는 장애 판정 직전 1년 이상 정신건강의학과와의 전문적 치료를 충분히 받았으나, 그 치료에도 불구하고 장애가 고착되었을 때 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그 때문에 고정되거나 중하게 된 장애에 대해서는 인정하지 않는다.

다) '정신 행동에 극심한 장애를 남긴 때'라 함은 장애 판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와의 치료를 받았으며 「전반적 기능평가척도(Global Assessment of Functioning, GAF)」 30점

이하인 상태를 말한다.

라) '정신 행동에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 장애 판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료를 받았으며 「전반적 기능평가척도(Global Assessment of Functioning, GAF)」 40점 이하인 상태를 말한다.

마) '정신 행동에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 장애 판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준'^{주)} 상 6개 항목 중 3개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 「전반적 기능평가척도(Global Assessment of Functioning, GAF)」 50점 이하인 상태를 말한다.

주) 능력장애측정기준의 항목 : ㉠ 적절한 음식섭취, ㉡ 대소변관리, 세면, 목욕, 청소 등의 청결 유지, ㉢ 적절한 대화기술 및 협조적인 대인관계, ㉣ 규칙적인 통원·약물 복용, ㉤ 소지품 및 금전관리나 적절한 구매행위, ㉥ 대중교통이나 일반공공시설의 이용.

바) '정신 행동에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 장애 판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준' 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 「전반적 기능평가척도(Global Assessment of Functioning, GAF)」 60점 이하인 상태를 말한다.

사) '정신 행동에 경미한 장애를 남긴 때'라 함은 장애 판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준' 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 「전반적 기능평가척도(Global Assessment of Functioning, GAF)」 70점 이하인 상태를 말한다.

아) 지속적인 정신건강의학과 치료란 3개월 이상 약물치료가 중단되지 않았음을 의미한다.

자) 심리학적 평가 보고서는 정신건강의학과 의료기관에서 실시되어야 하며, 자격을 갖춘 임상심리 전문가가 시행하고 작성하여야 한다.

차) 정신 행동 장애 진단 전문의는 정신건강의학과 전문의를 말한다.

카) 정신 행동 장애는 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌 전산화단층촬영(brain CT), 뇌 자기공명영상(brain MRI), 뇌파검사 등 객관적 근거를 기초로 평가하며, 보호자나 환자의 진술, 감정의 추정이나 인정, 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 낮은 검사들[뇌 단일광자 단층촬영(brain SPECT) 등]은 객관적 근거로 인정하지 않는다.

타) 각종 기질성 정신 장애와 외상 후 뇌전증에 한하여 보상한다.

파) 외상 후 스트레스 장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증(조현병), 편집증(망상 장애), 조울증(양극성 장애), 불안 장애, 전환 장애, 공포 장애, 강박 장애 등 각종 신경증 및 각종 인격 장애는 보상의 대상이 되지 않는다.

3) 치매

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

나) 치매의 장애 평가는 임상적인 증상뿐 아니라 뇌 영상검사(뇌 전산화단층촬영(brain CT), 뇌 자기공명영상(brain MRI), 뇌 단일광자 단층촬영(brain SPECT) 등)를 기초로 진단되어야 하며, 18개월 이상 지속적인 치료 후 평가한다. 다만, 진단 시점에 이미 극심한 치매 또는 심한 치매로 진행된 경우에는 6개월간 지속적인 치료 후 평가한다.

다) 치매의 장애 평가는 전문의(정신건강의학과, 신경과)에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사 결과에 따른다.

4) 뇌전증

가) '뇌전증'이라 함은 돌발적 뇌파 이상을 나타내는 뇌 질환으로 발작(경련, 의식 장애 등)을 반복하는 것을 말한다.

나) 뇌전증 발작의 빈도 및 양상은 지속적인 항뇌전증제(항경련제) 약물로도 조절되지 않는 뇌전증을 말하며, 진료기록에 기재되어 객관적으로 확인되는 뇌전증 발작의 빈도 및 양상을 기준으로 한다.

다) '심한 뇌전증 발작'이라 함은 월 8회 이상의 중증 발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작할 때 유발된 호흡 장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지 장애 등으로 요양 관리가 필요한 상태를 말한다.

라) '뚜렷한 뇌전증 발작'이라 함은 월 5회 이상의 중증 발작 또는 월 10회 이상의 경증 발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

마) '약간의 뇌전증 발작'이라 함은 월 1회 이상의 중증 발작 또는 월 2회 이상의 경증 발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

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

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

<붙임>

일상생활 기본 동작(ADLs) 제한 장애 평가표

유형	제한 정도에 따른 지급률
이동 동작	<ul style="list-style-type: none"> - 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 지속적인 도움 없이는 방 밖을 나올 수 없는 상태 또는 침대에서 휠체어로 옮기기를 포함하여 휠체어 이동 시 다른 사람의 지속적인 도움이 필요한 상태(지급률 40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움 없이는 방 밖을 나올 수 없는 상태 또는 보행이 불가능하나 스스로 휠체어를 밀어 이동이 가능한 상태(30%) - 목발 또는 보행기(walker)를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태(20%) - 보조기구 없이 독립적인 보행은 가능하나, 보행 시 파행이 있는(절뚝거리는) 상태 또는 난간을 잡지 않고는 계단을 오르내리기가 불가능한 상태 또는 계속하여 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태(10%)
음식물 섭취	<ul style="list-style-type: none"> - 입으로 식사를 전혀 할 수 없어 계속적으로 튜브(비위관 또는 위루관)나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양 공급을 받는 상태(20%) - 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 지속적인 도움 없이는 식사를 전혀 할 수 없는 상태(15%) - 숟가락 사용은 가능하나 젓가락 사용이 불가능하여 음식물 섭취에 있어 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%) - 독립적인 음식물 섭취는 가능하나 젓가락을 이용하여 생선을 바르거나 음식물을 자르지 못하는 상태(5%)
배변·배뇨	<ul style="list-style-type: none"> - 배설을 돕기 위해 설치한 의료 장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 다른 사람의 지속적인 도움이 필요한 상태, 또는 지속적인 유치도뇨관 삽입상태, 방광루, 요도루, 장루상태(20%) - 화장실에 가서 변기 위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 화장지로 닦고 옷을 입는 일에 다른 사람의 지속적인 도움이 필요한 상태, 또는 간헐적으로 자가 인공도뇨가 가능한 상태(CIC, 기저귀를 이용한 배뇨·배변 상태(15%) - 화장실에 가는 일, 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변 후에 화장지로 닦고 옷을 입는 일에 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%) - 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2시간 이상 계속되는 업무를 수행하는 것이 어려운 상태 또는 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 요실금, 변실금이 있는 상태(5%)

유형	제한 정도에 따른 지급률
목욕	<ul style="list-style-type: none"> - 세안, 양치, 샤워, 목욕 등 모든 개인위생 관리 시 다른 사람의 지속적인 도움이 필요한 상태(10%) - 세안, 양치 시 다른 사람의 부분적인 도움 하에 혼자서 가능하나, 목욕이나 샤워 시에는 다른 사람의 도움이 필요한 상태(5%) - 세안, 양치와 같은 개인위생관리를 독립적으로 시행 가능하나, 목욕이나 샤워 시 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태(3%)
옷 입고 벗기	<ul style="list-style-type: none"> - 상·하의 의복 착탈 시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태(10%) - 상·하의 의복 착탈 시 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태 또는 상의나 하의 중 하나만 혼자서 착탈의가 가능한 상태(5%) - 상·하의 의복 착탈 시 혼자서 가능하나 미세동작(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)이 필요한 나머지는 다른 사람의 도움이 필요한 상태(3%)

[별표 4]

**대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표
(유방암, 전립선암, 기타피부암, 중증 이외 갑상선암 및 대장점막내암 제외)**

- ① 약관에 규정하는 「일반암」으로 분류되는 항목은 제8차 개정 한국표준질·병사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 항목을 말하며, 이후 한국표준질·병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 약관에서 보장하는 「일반암」 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
1 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물(암)	C00-C14
2 소화기관의 악성 신생물(암) (「대장점막내암」 제외)	C15-C26
3 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물(암)	C30-C39
4 골 및 관절연골의 악성 신생물(암)	C40-C41
5 피부의 악성 흑색종	C43
6 중피성 및 연조직의 악성 신생물(암)	C45-C49
7 여성생식기관의 악성 신생물(암)	C51-C58
8 남성생식기관의 악성 신생물(암)	C60-C63 (C61 제외)
9 요로의 악성 신생물(암)	C64-C68
10 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물(암)	C69-C72
11 갑상선의 악성 신생물(암) 중 「중증 갑상선암」	[별표 9] 참고
12 부신의 악성 신생물(암)	C74
13 기타 내분비선 및 관련구조물의 악성 신생물(암)	C75
14 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)	C76-C80
15 림프, 조혈 및 관련조직의 악성 신생물(암)	C81-C96
16 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물(암)	C97
17 진성 적혈구증가증	D45
18 골수형성이상증후군	D46
19 만성 골수증식질환	D47.1
20 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21 골수섬유증	D47.4
22 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

※ 제9차 개정 이후 약관에서 보장하는 「일반암」의 해당 여부는 피보험자가 진단 당시에 시행되고 있는 한국표준질·병사인분류에 따라 판단합니다.

※ 유방의 악성 신생물(암)(분류번호 C50) 및 전립선의 악성 신생물(암)(분류번호 C61)은 상기 분류표에

서 제외됩니다.

※ 기타 피부의 악성 신생물(암)(분류번호 C44)은 상기 분류표에서 제외됩니다.

※ 갑상선의 악성 신생물(암)(분류번호 C73) 중 약관 제3조(「암」 등의 정의 및 진단 확정) 제6항 제1호에서 정한 「중증 갑상선암」은 상기 분류표 포함되며, 제2호에서 정한 「중증 이외 갑상선암」은 상기 분류표에서 제외됩니다.

※ 소화기관의 악성 신생물(암)(분류번호 C15~C26) 중 약관 제3조(「암」 등의 정의 및 진단 확정) 제7항에서 정한 「대장점막내암」은 상기 분류표에서 제외됩니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]로 분류되고, 일차성 악성 신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 변경되지 않습니다.

- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 약관에서 보장하는 항목에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 항목이 변경되더라도 약관에서 보장하는 항목의 해당 여부는 다시 판단하지 않습니다.

[별표 5]

고액치료비 관련암 분류표

- ① 약관에 규정하는 「고액암」으로 분류되는 항목은 제8차 개정 한국표준질·병사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 항목을 말하며, 이후 한국표준질·병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 약관에서 보장하는 「고액암」 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
골 및 관절연골의 악성 신생물(암)	
1 사지의 골 및 관절연골의 악성 신생물(암)	C40
2 기타 및 상세불명 부위의 골 및 관절연골의 악성 신생물(암)	C41
뇌 및 중추신경계통의 기타부분의 악성 신생물(암)	
3 수막의 악성 신생물(암)	C70
4 뇌의 악성 신생물(암)	C71
5 척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성 신생물(암)	C72
림프, 조혈 및 관련조직의 악성 신생물(암)	
6 호지킨림프종	C81
7 소포성 림프종	C82
8 비소포성 림프종	C83
9 성숙 T/NK-세포림프종	C84
10 기타 및 상세불명 유형의 비호지킨림프종	C85
11 T/NK-세포 림프종의 기타 명시된 형태	C86
12 기타 B-세포림프종[악성 면역증식질환]	C88
13 다발골수종 및 악성 형질세포신생물	C90
14 림프성 백혈병	C91
15 골수성 백혈병	C92
16 단핵구성 백혈병	C93
17 명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
18 상세불명 세포형의 백혈병	C95
19 림프, 조혈 및 관련조직의 기타 및 상세불명의 악성 신생물(암)	C96
20 만성 골수증식질환	D47.1
21 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

※ 제9차 개정 이후 약관에서 보장하는 「고액암」의 해당 여부는 피보험자가 진단 당시에 시행되고 있는 한국표준질·병사인분류에 따라 판단합니다.

※ 한국표준질·병사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]로 분류되고, 일차성 악성 신생물(암)이 확

인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 변경되지 않습니다.

- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 약관에서 보장하는 항목에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 항목이 변경되더라도 약관에서 보장하는 항목의 해당 여부는 다시 판단하지 않습니다.

[별표 6]

유방의 악성 신생물(암) 분류표

- ① 약관에 규정하는 「유방암」으로 분류되는 항목은 제8차 개정 한국표준질·병사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 항목을 말하며, 이후 한국표준질·병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 약관에서 보장하는 「유방암」 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
1 유방의 악성 신생물(암)	C50

※ 제9차 개정 이후 약관에서 보장하는 「유방암」의 해당 여부는 피보험자가 진단 당시에 시행되고 있는 한국표준질·병사인분류에 따라 판단합니다.

※ 한국표준질·병사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]로 분류되고, 일차성 악성 신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 변경되지 않습니다.

- ② 진단 당시의 한국표준질·병사인분류에 따라 약관에서 보장하는 항목에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질·병사인분류 개정으로 항목이 변경되더라도 약관에서 보장하는 항목의 해당 여부는 다시 판단하지 않습니다.

[별표 7]

전립선의 악성 신생물(암) 분류표

- ① 약관에 규정하는 「전립선암」으로 분류되는 항목은 제8차 개정 한국표준질·병사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 항목을 말하며, 이후 한국표준질·병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 약관에서 보장하는 「전립선암」 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
1 전립선의 악성 신생물(암)	C61

- ※ 제9차 개정 이후 약관에서 보장하는 「전립선암」의 해당 여부는 피보험자가 진단 당시에 시행되고 있는 한국표준질·병사인분류에 따라 판단합니다.
- ※ 한국표준질·병사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]로 분류되고, 일차성 악성 신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 변경되지 않습니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질·병사인분류에 따라 약관에서 보장하는 항목에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질·병사인분류 개정으로 항목이 변경되더라도 약관에서 보장하는 항목의 해당 여부는 다시 판단하지 않습니다.

[별표 8]

기타 피부의 악성 신생물(암) 분류표

- ① 약관에 규정하는 「기타피부암」으로 분류되는 항목은 제8차 개정 한국표준질·병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 항목을 말하며, 이후 한국표준질·병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 약관에서 보장하는 「기타피부암」 해당 여부를 판단합니다.

분류항목		분류번호
1	기타 피부의 악성 신생물(암)	C44

- ※ 제9차 개정 이후 약관에서 보장하는 「기타피부암」의 해당 여부는 피보험자가 진단 당시에 시행되고 있는 한국표준질·병사인분류에 따라 판단합니다.
- ※ 한국표준질·병사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]로 분류되고, 일차성 악성 신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 변경되지 않습니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질·병사인분류에 따라 약관에서 보장하는 항목에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질·병사인분류 개정으로 항목이 변경되더라도 약관에서 보장하는 항목의 해당 여부는 다시 판단하지 않습니다.

[별표 9]

갑상선의 악성 신생물(암) 분류표

- ① 약관에 규정하는 「갑상선암」으로 분류되는 항목은 제8차 개정 한국표준질·병사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 항목을 말하며, 이후 한국표준질·병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 약관에서 보장하는 「갑상선암」 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
1 갑상선의 악성 신생물(암)	C73

※ 제9차 개정 이후 약관에서 보장하는 「갑상선암」의 해당 여부는 피보험자가 진단 당시에 시행되고 있는 한국표준질·병사인분류에 따라 판단합니다.

※ 한국표준질·병사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]로 분류되고, 일차성 악성 신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 변경되지 않습니다.

- ② 제1항의 「갑상선암」은 조직학적 형태에 따라 다음과 같이 「중증 갑상선암」과 「중증 이외 갑상선암」으로 구분합니다.

「갑상선암」의 구분	조직학적 형태 (Histological group)
중증 갑상선암	수질성암 (Medullary carcinoma)
	역형성암 (미분화암, Anaplastic carcinoma)
중증 이외 갑상선암	여포성암 (Follicular carcinoma)
	유두상암 (Papillary carcinoma)
	상기 외 기타

- ③ 진단 당시의 한국표준질·병사인분류에 따라 약관에서 보장하는 항목에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질·병사인분류 개정으로 항목이 변경되더라도 약관에서 보장하는 항목의 해당 여부는 다시 판단하지 않습니다.

[별표 10]

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

- ① 약관에 규정하는 「경계성종양」로 분류되는 항목은 제8차 개정 한국표준질·병사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 항목을 말하며, 이후 한국표준질·병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 약관에서 보장하는 「경계성종양」 해당 여부를 판단합니다.

분류항목		분류번호
1	구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2	중이, 호흡기관, 흉곽내기관의 행동양식 불명 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	내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9	림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물	D47 (D47.1, D47.3, D47.4, D47.5 제외)
10	기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

※ 제9차 개정 이후 약관에서 보장하는 「경계성종양」의 해당 여부는 피보험자가 진단 당시에 시행되고 있는 한국표준질·병사인분류에 따라 판단합니다.

※ 만성 골수증식질환(분류번호 D47.1), 본태성(출혈성) 혈소판혈증(분류번호 D47.3), 골수섬유증(분류번호 D47.4), 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군](분류번호 D47.5)은 상기 "9. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물"에 포함되지 않는 것으로 보아 보장하지 않습니다.

- ② 진단 당시의 한국표준질·병사인분류에 따라 약관에서 보장하는 항목에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질·병사인분류 개정으로 항목이 변경되더라도 약관에서 보장하는 항목의 해당 여부는 다시 판단하지 않습니다.

[별표 11]

**제자리의 신생물 분류표
(대장점막내암 제외)**

- ① 약관에 규정하는 「제자리암」로 분류되는 항목은 제8차 개정 한국표준질·병사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 항목을 말하며, 이후 한국표준질·병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 약관에서 보장하는 「제자리암」 해당 여부를 판단합니다.

분류항목		분류번호
1	구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
2	기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종 (「대장점막내암」 제외)	D01
3	중이 및 호흡계통의 제자리암종	D02
4	제자리흑색종	D03
5	피부의 제자리암종	D04
6	유방의 제자리암종	D05
7	자궁경부의 제자리암종	D06
8	기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리암종	D07
9	기타 및 상세불명 부위의 제자리암종	D09

※ 제9차 개정 이후 약관에서 보장하는 「제자리암」의 해당 여부는 피보험자가 진단 당시에 시행되고 있는 한국표준질·병사인분류에 따라 판단합니다.

※ 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종(분류번호 D01) 중 약관 제3조(「암」 등의 정의 및 진단 확정) 제7항에서 정한 「대장점막내암」은 상기 분류표에서 제외됩니다.

- ② 진단 당시의 한국표준질·병사인분류에 따라 약관에서 보장하는 항목에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질·병사인분류 개정으로 항목이 변경되더라도 약관에서 보장하는 항목의 해당 여부는 다시 판단하지 않습니다.

[별표 12]

**보험금 등을 지급할 때의 적립 이율 계산
(제11조 제2항 및 제35조 제2항 관련)**

구분	기간	지급 이자	
진단보험금 (제6조 제1호에서 제4호)	지급 기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출 이율	
	지급 기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출 이율 + 가산이율(4.0%)	
	지급 기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출 이율 + 가산이율(6.0%)	
	지급 기일의 91일 이후 기간	보험계약대출 이율 + 가산이율(8.0%)	
만기환급금 (제6조 제5호)	지급 사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구 일까지의 기간	1년 이내	평균공시이율의 50%
		1년 초과 기간	평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출 이율	
해약환급금 (제35조 제1항)	지급 사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구 일까지의 기간	1년 이내	평균공시이율의 50%
		1년 초과 기간	평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출 이율	

(주)

- 만기환급금은 회사가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 않은 경우, 지급 사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간은 평균공시이율을 적용한 이자를 지급합니다.
- 지급 이자는 연 단위 복리로 계산하며, 소멸시효(제40조)가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
- 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당 기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
- 가산이율 적용 시 제11조(보험금 지급 등의 절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
- 가산이율 적용 시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
- 제24조(계약의 소멸) 제1항에 따라 사망 당시의 계약자적립액을 지급하는 경우에는 지급 기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출 이율을 연 단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
- 제16조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과), 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지), 제32조(위법계약의 해지) 및 제33조(중대 사유로 인한 해지)의 경우, 위 표의 '청구일'은 보험사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

단체취급 특약II

제도성특약 약관

단체취급특약Ⅱ 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다.)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다.) 사이에 보험계약(이하 '계약'이라 합니다.)과 관련하여 회사에서 제도적으로 운영하는 사항을 적용하기 위하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

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

1. 계약자 : 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
2. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

제2관 보험계약의 성립과 유지

제3조 (특약의 적용 범위)

이 특약은 주된 보험계약(이하 '주계약'이라 하며, 특약이 부가되어 있는 경우에는 특약을 포함합니다.)을 체결할 때 다음과 같은 조건을 만족하는 경우에 한하여 적용합니다.

- ① 주계약의 계약자 또는 피보험자가 다음 중 한 가지의 단체에 소속되어야 합니다.
 1. 동일한 회사, 사업장, 관공서, 국영기업체, 조합 등 5명 이상의 근로자를 고용하고 있는 단체. 다만, 사업장, 직제, 직종 등으로 구분되어 있는 경우의 단체 소속 여부는 관련 법규 등에서 정하는 바에 따릅니다.
 2. 비영리 법인단체 또는 변호사회, 의사회 등 동업자 단체로서 5명 이상의 구성원이 있는 단체.
 3. 그 밖에 단체의 구성원을 확정시킬 수 있고 계약의 일괄적인 관리가 가능한 단체로서 5명 이상의 구성원이 있는 단체.
- ② 이 특약의 적용을 받는 인원수는 제1항에서 정한 단체의 소속원을 계약자 또는 피보험자로 하는 주계약의 피보험자수가 5명 이상이어야 합니다.

제4조 (할인금액의 적용)

이 특약이 부가된 경우에는 이 특약의 '사업방법서'에서 정한 바에 따라 계산된 할인금액을 주계약의 기본 보험료를 납입할 때 차감합니다.

제5조 (특약의 소멸)

- ① 다음 중 한 가지의 경우에 해당하는 때에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며, 주계약 약관의 규정을 장래에 향하여 적용합니다.
1. 계약자 또는 피보험자가 소속 단체를 탈퇴하였을 때.
 2. 제3조(특약의 적용 범위)에서 정한 단체의 피보험자수가 5명 미만으로 되고, 그 후 6개월이 경과할 때까지 5명 이상이 되지 않았을 때.
- ② 제1항 제1호의 경우에는 해당 계약자 또는 피보험자에 대하여, 제1항 제2호의 경우에는 단체취급 계약 전부에 대하여 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다.
- ③ 제1항에 따라 이 특약이 더 이상 효력이 없게 된 경우에는 다음 회부터 할인금액을 적용하지 않습니다.

제3관 기타 사항 등

제6조 (주계약 약관 규정의 준용)

이 특약에서 별도로 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

무배당

비흡연자 할인특약Ⅲ

제도성특약 약관

무배당 비흡연자할인특약Ⅲ 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다.)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다.) 사이에 보험계약(이하 '계약'이라 합니다.)과 관련하여 회사에서 제도적으로 운영하는 사항을 적용하기 위하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

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

1. 계약관계 관련 용어

- 가. 계약자 : 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
- 나. 보험증권 : 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
- 다. 진단계약 : 계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.
- 라. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
- 마. 주계약 : 이 특약이 부가된 주된 계약(특약이 부가되어 있는 경우에는 해당되는 특약을 포함할 수 있습니다. 이하 같습니다.)을 말합니다.
- 바. 표준체 : 표준체는 건강상태에 따라 위험률을 할인·할증하지 않은 일반 위험률을 적용하는 피보험자를 말합니다.
- 사. 비흡연체 : 비흡연체는 제8조(피보험자의 가입 자격 및 흡연 검사)에서 정한 흡연상태와 가입자격을 모두 충족한 피보험자를 말합니다.

2. 지급금 및 기간 관련 용어

- 가. 해약환급금 : 계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
- 나. 보험기간 : 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

3. 보험료 관련 용어

- 가. 적용위험률 : 한 개인이 사망하거나 질병에 걸리는 등의 일정한 보험사고가 발생할 확률을 예측한 것을 말합니다. 일반적으로 적용위험률이 높으면 보험료는 올라가고, 낮으면 보험료는 내려갑니다.
- 나. 표준체 보험료 : 이 특약을 적용하기 전 '주계약'의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정한 적용위험률(이하 '표준체 위험률'이라 합니다.)에 따라 산출된 보험료를 말합니다.

【보험료 및 해약환급금 산출방법서】

보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 계약자적립액, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류를 말합니다.

다. 비흡연체 보험료 : 이 특약의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정한 적용위험률(이하 '비흡연체 위험률'이라 합니다.)에 따라 산출된 보험료를 말합니다.

【표준체 및 비흡연체 위험률 비교(20세, 40세, 60세)】

구분	연령	표준체 위험률		비흡연체 위험률	
		남자	여자	남자	여자
암발생률	20세	0.000293	0.000492	0.000287	0.000485
	40세	0.002020	0.004352	0.001928	0.004319
	60세	0.008302	0.006624	0.007615	0.006560

주) 보험료는 가입나이와 경과기간에 따라 해당되는 연령의 위험률을 각각 적용하여 산출합니다.

제2관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제3조 (계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단 할 때를 말합니다.) '비흡연고지서'에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 '계약 전 알릴 의무'라 하며, 상법상 '고지의무'와 같습니다.) 합니다.

【계약 전 알릴 의무】

『상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)』에서 정하고 있는 의무를 말합니다.

제4조 (계약 전 알릴 의무 위반의 효과)

- ① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제3조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 "비흡연고지서"의 질문 사항에 대하여 사실대로 알리지 않고 표준체 보험료 보다 적은 비흡연체 보험료를 납입한 경우에는, 회사는 보험금 발생 사유와 관계없이 비흡연체 보험료의 표준체 보험료에 대한 비율에 따라 주계약의 보험가입금액을 감액하고 이 특약을 해지합니다.
- ② 제1항의 경우 제8조(피보험자의 가입 자격 및 흡연 검사) 제2항에 따라 흡연 검사를 받고 비흡연자로 판정된 경우에는 적용하지 않습니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제5조 (특약의 성립 및 소멸)

- ① 이 특약은 회사가 별도로 정하는 주계약을 체결할 때 또는 보험기간 중 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주된 계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 주계약이 해지 또는 기타 사유로 효력이 없게 된 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제6조 (특약의 보장개시)

이 특약에 대한 계약자의 청약이 있고, 회사가 이를 승낙한 경우에는 청약일 이후에 해당하는 보험료부터 비흡연체 보험료를 적용함과 동시에 이 특약의 보장이 개시됩니다.

제7조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 이 특약이 부가되는 주계약에서 정한 사망보험금 지급 사유에 해당하는 피보험자 중 회사의 승낙을 얻은 자로 합니다.

제8조 (피보험자의 가입 자격 및 흡연 검사)

- ① 이 특약의 피보험자는 제1호에서 정한 흡연상태와 제2호에서 정한 피보험자의 가입자격을 모두 충족한 자로 합니다.
 1. 이 특약을 가입할 수 있는 피보험자는 이 특약의 청약일 기준으로 적어도 최근 1년간 어떠한 형태와 종류를 불문하고 담배를 피우거나 씹거나 또는 기타 이와 유사한 형태로 사용(이하 총칭하여 '흡연'이라 합니다.)하지 않은 자로 합니다.

【담배의 구분】

담배는 『지방세법 제48조(과세대상)』에서 정한 구분을 따르며, 이와 유사한 형태를 포함합니다.

2. 이 특약을 가입할 수 있는 피보험자의 가입자격은 다음과 같습니다.
 - 가. 이 특약의 가입시점에 '표준미달체조건부인수특약'을 부가하지 않고도 주계약 가입이 가능한 경우. 다만, '표준미달체조건부인수특약'을 부가하여 주계약을 가입하였으나 건강상태 호전 등으로 이 특약의 가입시점에 '표준미달체조건부인수특약'을 부가하지 않고도 주계약 가입이 가능한 상태가 된 경우는 포함합니다.
 - 나. 이 특약의 피보험자 나이가 주계약 가입시점에 만 19세 이상인 경우
- ② 회사는 피보험자의 흡연 여부를 판단하기 위하여 회사가 정한 방법에 따라 흡연 검사를 실시 할 수 있습니다.

【흡연검사 진행 절차】

회사가 정한 **흡연검사 진행 절차**는 회사 인터넷 홈페이지(www.lifeplanet.co.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

제9조 (특약의 감액)

- ① 계약자가 회사에서 정하는 바에 따라 주계약의 보험가입금액을 감액할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이 때문에 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제11조(해약환급금)에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없을 수 있으며, 보험가입금액 감액 이후의 해약환급금은 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 감소할 수 있습니다. 또한, 해당 보험가입금액 감액 분에 대하여는 이 특약도 더 이상 효력이 없습니다.
- ② 보험가입금액의 감액으로 회사에서 정한 주계약의 최저 보험가입금액의 한도 미만이 되었을 때에는 이 특약은 해지되며, 감액일 이후 납입 해당 분부터 표준체 보험료로 변경됩니다.

제10조 (흡연 상태 변경 통지 및 흡연 상태의 변경이 있을 때의 처리)

- ① 보험기간 중 피보험자가 30일(총 흡연 일수 기준) 이상 흡연을 한 경우, 계약자 또는 피보험자는 지체 없이 회사에 이 사실을 서면 등으로 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.
- ② 회사는 제1항의 통지를 받은 날부터 1개월 이내에 이 특약의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정한 방법에 따라 계산된 금액(이하 '정산 차액'이라 합니다.)을 계약자가 추가 납입하도록 하며, 계약자는 비흡연체 보험료와 동일한 기준(보험기간, 보험료 납입기간, 피보험자의 가입나이 등)으로 산출된 표준체 보험료를 향후 납입보험료로 적용하고, 이 특약은 장래에 향하여 해지됩니다. 다만, 보험료 납입이 완료되거나 보험료 납입이 면제된 계약의 경우 계약자는 정산 차액만을 추가로 납입합니다.
- ③ 계약자가 제2항에서 정한 정산 차액 및 표준체 보험료를 납입하지 않았을 경우 회사는 비흡연체 보험료의 표준체 보험료에 대한 비율에 따라 주계약의 보험가입금액을 감액합니다.
- ④ 계약자 또는 피보험자가 정당한 사유 없이 제1항의 통지 의무를 30일 이상 지체하였을 경우, 회사는 보험금 지급 사유의 발생 여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 제2항 및 제3항에 따라 보험가입금액을 감액하고 이 특약을 해지할 수 있습니다.

【정당한 사유】

불확정 개념으로 의무의 이행을 당사자에게 기대하는 것이 무리라고 할 만한 사정이 있을 때(책임을 물을 만한 기대가능성이 없을 때)를 말합니다.

※ "불확정 개념" : 법률요건에 해석이 필요할 정도로 명확하지 않게 서술된 것

[출처 : 국립국어원 표준국어대사전]

- ⑤ 주계약의 보험기간 중 피보험자가 제8조(피보험자의 가입 자격 및 흡연 검사)에서 정한 피보험자의 자격이 있고 계약자가 이 특약을 청약한 때에는, 회사는 제6조(특약의 보장개시)에 따라 보장을 합니다.

이 경우 계약자는 청약한 날 이후의 해당 보험료부터 비흡연체 보험료를 납입하며, 보험료 변동 시점의 계약자적립액을 기준으로 계산한 정산 차액이 있을 경우 회사는 정산 차액을 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 이 특약의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제4관 해약환급금 등

제11조 (해약환급금)

제9조(특약의 감액) 제1항에 따라 주계약의 보험가입금액을 감액한 경우, 감액 분에 대한 해약환급금은 이 특약의 부가로 보험료가 할인된 주계약에 해당하는 계약자적립액을 기준으로 하여 계산합니다.

제12조 (주계약 약관 규정의 준용)

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 법령은 “약관에서 인용된 법령 내용”을 참고하시기 바랍니다.

장애인전용 보험전환특약

제도성특약 약관

장애인전용보험전환특약 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제3조(특약의 적용 범위)에서 정한 보험계약(특약이 부가되어 있는 경우에는 해당되는 특약을 포함할 수 있으며, 이하 '전환대상계약'이라 합니다)과 관련하여 제도적으로 장애인전용보험으로 전환하기 위하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

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

1. 계약관계 관련 용어

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

나. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

다. 보험수익자 : 보험금 지급 사유가 발생하는 때에 보험회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.

2. 기타 용어

가. 장애인증명서 : 『소득세법 시행규칙 별지 제38호 서식』에 의한 장애인증명서를 말하며, 이하 '장애인증명서'라 합니다.

나. 장애예상기간 : '장애인증명서'에 기재된 장애예상기간(또는 장애기간)을 말하며, 이하 '장애예상기간'이라 합니다.

다. 과세기간 : 각 세법에서 과세표준을 계산하게 되는 시간적 단위를 말하며, 『소득세법 제5조(과세기간)』에 따른 과세기간은 매년 1월 1일부터 12월 31일까지를 원칙으로 합니다.

제2관 특약의 적용범위 및 전환 등

제3조 (특약의 적용범위)

① 이 특약은 회사가 정한 방법에 따라 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 다음 각 호의 조건을 모두 만족하는 '전환대상계약'을 장애인전용보험으로 전환하는 경우에 적용합니다.

1. 『소득세법 제59조의4(특별세액공제) 제1항 제2호』에 따라 보험료가 특별세액공제의 대상이 되는 보험

2. 모든 피보험자 또는 모든 보험수익자가 『소득세법 시행령 제107조(장애인의 범위) 제1항』 및 『소득세법 시행규칙 제54조(장애아동의 범위)』에서 규정한 장애인인 보험

【이 특약을 적용할 수 없는 사례】

[사례1]

피보험자 1명은 비장애인이고 보험수익자 2명 중 한 명은 비장애인, 한 명은 장애인인 경우

⇒ **모든 보험수익자**가 장애인이 아니므로 이 특약을 적용할 수 없습니다.

[사례2]

보험수익자 1명은 비장애인이고 피보험자 2명 중 한 명은 비장애인, 한 명은 장애인인 경우

⇒ **모든 피보험자**가 장애인이 아니므로 이 특약을 적용할 수 없습니다.

[사례3]

피보험자는 비장애인이고 보험수익자가 법정상속인(장애인)인 경우

⇒ 현재 법정상속인이 장애인이라고 하더라도 이 특약을 적용할 수 없습니다. **장애인전용보험으로 전환을 원할 경우 보험수익자 지정이 필요합니다.**

② 이 특약의 계약자는 '전환대상계약'의 계약자와 동일하여야 합니다.

제4조 (제출서류)

- ① 이 특약에 가입하고자 하는 계약자는 모든 피보험자 또는 모든 보험수익자의 '장애인증명서'의 원본 또는 사본을 제출하여 제3조(특약의 적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건에 해당함을 회사에 알려야 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 『국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률 제6조의3(신체검사) 1항』에 따른 상이자의 증명을 받은 사람 또는 『장애인복지법 제32조(장애인 등록) 제1항』에 따른 장애인등록증을 발급받은 사람은 해당 증명서 또는 장애인등록증의 사본이나 그 밖의 장애 사실을 증명하는 서류를 제출할 수 있으며, 이 경우 제1항의 '장애인증명서'는 제출하지 않을 수 있습니다.
- ③ 제1항에 따라 '장애인증명서'를 회사에 제출한 경우 '장애인증명서'에 기재된 '장애예상기간' 동안은 '장애인증명서'를 다시 제출하지 않을 수 있습니다. 다만, '장애인증명서'의 '장애예상기간'이 변경된 경우에는 계약자는 변경된 사실을 회사에 알리고 변경된 '장애예상기간'이 기재된 '장애인증명서'를 제출하여야 합니다.

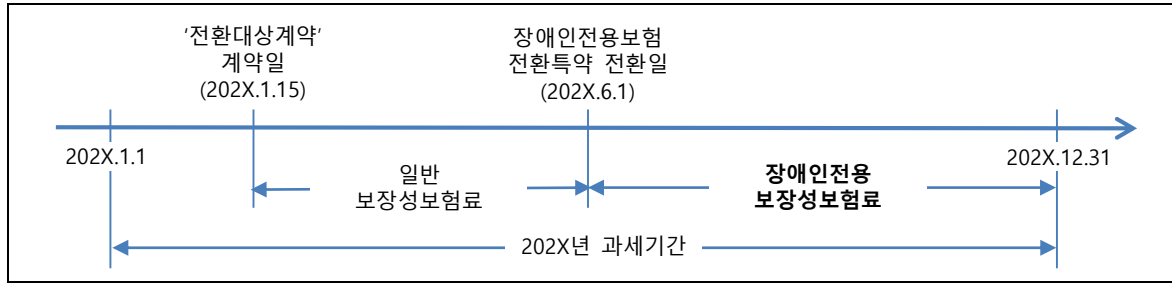
제5조 (장애인전용보험으로의 전환)

- ① 회사는 이 특약이 부가된 '전환대상계약'을 『소득세법 제59조의4(특별세액공제) 제1항 제1호』에 해당하는 장애인전용보험으로 전환하여 드립니다.
- ② 제1항에 따라 장애인전용보험으로 전환된 후부터 납입된 '전환대상계약'의 보험료는 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성보험료로 표시됩니다.

[예시]

- '전환대상계약' 계약일 : 202X년 1월 15일

- 장애인전용보험전환특약 전환일 : 202X년 6월 1일



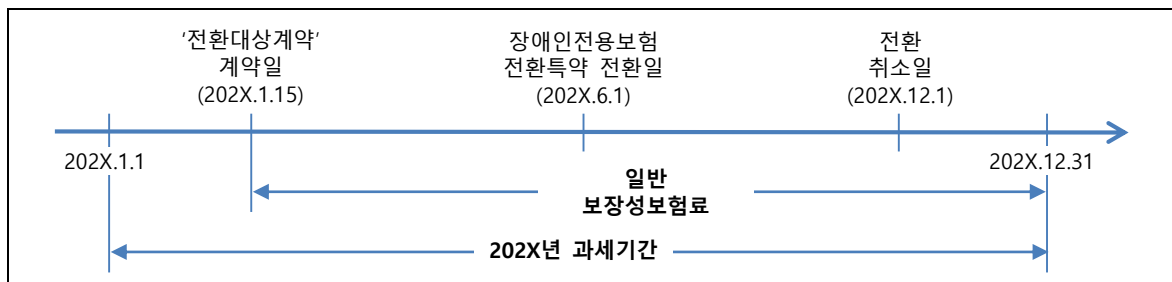
- ③ 제2항에도 불구하고, '전환대상계약'이 장애인전용보험으로 전환된 시점이 포함되는 과세기간에 제7조 (특약의 소멸) 제1항에 따라 이 특약이 소멸한 경우에는 해당 과세기간에 납입한 모든 '전환대상계약'의 보험료가 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성보험료로 표시되지 않습니다.

[예시]

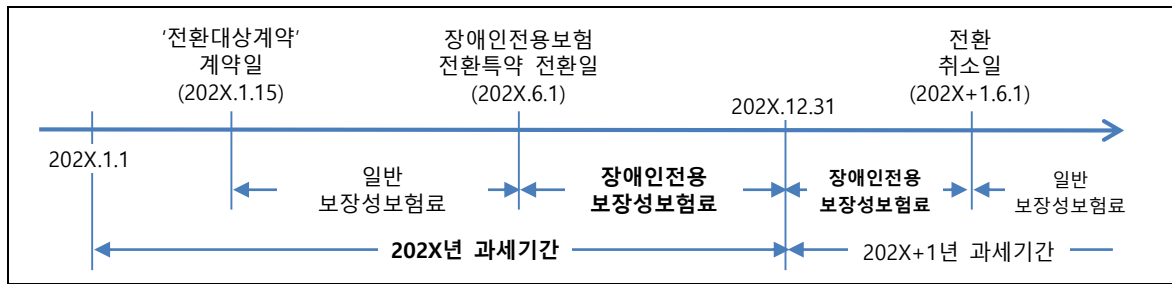
- '전환대상계약' 계약일 : 202X년 1월 15일

- 장애인전용보험전환특약 전환일 : 202X년 6월 1일

[사례1] 202X년 12월 1일 전환을 취소한 경우



[사례2] 202X+1년 6월 1일 전환을 취소한 경우



- ④ 제3항에도 불구하고 다음 각 호에 해당하는 경우에는 장애인전용보험으로 전환된 이후부터 이 특약의 소멸시점까지 납입된 '전환대상계약'의 보험료는 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성보험료로 표시됩니다.

1. '전환대상계약'이 해지 또는 기타사유로 효력이 없어지게 된 경우. 다만, 계약자가 '전환대상계약'을 임의 해지한 경우는 제외합니다.
2. 제4조(제출서류) 제1항 또는 제3항에 따라 제출한 장애인증명서상 '장애예상기간'이 종료된 경우

제6조 (전환 취소)

계약자는 '전환대상계약'에 대하여 장애인전용보험으로의 전환을 취소할 수 있으며, 이 경우 전환취소 신청서를 회사에 제출하여야 합니다.

제7조 (특약의 소멸)

① 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. '전환대상계약'이 해지 또는 기타사유로 효력이 없어지게 된 경우.
2. 제3조(특약의 적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우

[예시]

- 제4조(제출서류) 제1항 또는 제3항에 따라 제출한 장애인증명서상 '장애예상기간'이 종료되어 '모든 피보험자'(또는 '모든 보험수익자') 중 일부가 비장애인으로 변경된 경우
- 계약자가 '모든 보험수익자' 중 일부를 비장애인으로 변경한 경우

3. 제6조(전환 취소)에 따라 전환을 취소하는 경우

② 제1항에 따라 특약이 소멸한 경우에는 해당 '전환대상계약'에 이 특약을 다시 부가할 수 없습니다. 다만, 다음 각 호에 해당하는 경우에는 다시 부가할 수 있으며, 이 특약을 다시 부가할 경우에도 제3조(특약의 적용범위)부터 제9조(준용 규정)까지의 규정을 준용합니다.

1. 제8조(해지 특약의 부활(효력 회복))에 따라 '전환대상계약'을 부활 청약한 경우
2. 장애인증명서상 '장애예상기간'이 종료되어 이 특약이 소멸 되었으나, 다시 장애 판정을 받은 경우

[준용]

어떤 사항, 사건 등에 관한 법령 또는 규정을 그와 유사하지만 본질에서 차이가 있는 사건, 사항에 대하여 적용하는 것을 말합니다.

[부활(효력 회복)]

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

제8조 (해지 특약의 부활(효력 회복))

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력 회복) 청약을 받은 경우에는 '전환대상계약'의 부활(효력 회복)을 승낙한 경우에 한하여 '전환대상계약' 약관의 부활(효력 회복) 규정에 따라 '전환대상계약'과 동시에 이 특약의 부활(효력 회복)을 취급합니다.
- ② '전환대상계약'의 부활(효력 회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력 회복)을 청약한 것으로 봅니다.

제9조 (준용 규정)

- ① 이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 '전환대상계약' 약관, 소득세법 등 관련법규에서 정하는 바에 따릅니다.
- ② 소득세법 등 관련법규가 제·개정 또는 폐지되는 경우 변경된 법령을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 법령은 “약관에서 인용된 법령 내용”을 참고하시기 바랍니다.

지정대리 청구서비스 특약

제도성특약 약관

지정대리청구서비스특약 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다.)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다.) 사이에 보험계약(이하 '계약'이라 합니다.)과 관련하여 회사에서 제도적으로 운영하는 사항을 적용하기 위하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

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

1. 계약자 : 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
2. 보험수익자 : 보험금 지급 사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
3. 보험증권 : 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
4. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

제2관 지정대리청구인의 지정 및 보험금의 지급

제3조 (지정대리청구인의 지정)

- ① 계약자는 주계약 및 특약에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약을 체결할 때 또는 계약을 체결한 후 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자 중 1명을 보험금의 대리청구인(이하 '지정대리청구인'이라 합니다.)으로 지정(제4조(지정대리청구인의 변경 지정)에 따른 변경 지정을 포함합니다.)할 수 있습니다. 다만, 지정대리청구인은 보험금을 청구할 때에도 다음 각 호의 어느 하나에 해당하여야 합니다.
 1. 피보험자의 가족관계등록부 또는 가족관계가 표기된 주민등록등본에 기재된 배우자
 2. 피보험자의 3촌 이내의 친족
 3. 제1호 또는 제2호에 해당하는 지정대리청구인 지정이 불가능한 경우, 회사가 정한 기준에 따라 지정 대리청구인으로 인정받은 자
- ② 제1항에도 불구하고 지정대리청구인이 지정된 이후에 제7조(적용 대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

제4조 (지정대리청구인의 변경 지정)

계약자는 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 지정대리청구인 변경 신청서(회사 양식).
2. 보험증권.
3. 지정대리청구인의 주민등록등본이나 가족관계등록부(기본 증명서 등).
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 또는 계약자의 의사표시의 확인 방법을 포함하며, 이하 '신분증'이라 합니다.)

제5조 (보험금의 청구)

지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식).
2. 사고 증명서.
3. 신분증.
4. 피보험자의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서.
5. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족 관계 증명서)나 주민등록등본.
6. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류.

제6조 (보험금의 지급절차)

- ① 지정대리청구인은 제5조(보험금의 청구)에서 정한 구비 서류 및 제7조(적용 대상)의 보험수익자가 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류를 회사에 제출하고, 회사의 승낙을 얻어 제7조(적용 대상)의 보험수익자의 대리인으로 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다.
- ② 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제7조 (적용 대상)

이 특약은 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 주계약 및 특약에 적용됩니다.

제8조 (특약의 성립 및 소멸)

- ① 이 특약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 부가됩니다.
- ② 제7조(적용 대상)의 주계약 및 특약이 해지 또는 기타 사유로 효력이 없게 된 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제4관 기타 사항 등

제9조 (준용 규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관 및 해당 특약의 규정을 따릅니다.

특정신체부위. 질병보장 제한부인수특약

제도성특약 약관

특정신체부위·질병보장제한부인수특약 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다.)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다.) 사이에 보험계약(특약에 부가된 경우에는 특약을 포함하며, 이하 '해당 계약'이라 합니다.)과 관련하여 제도적으로 운영하는 사항을 적용하기 위하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

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

1. 계약관계 관련 용어

- 가. 계약자 : 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
- 나. 보험증권 : 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
- 다. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

2. 지급 사유 관련 용어

- 가. 특정 신체부위 : [별표1] '특정 신체부위 분류표'에서 정한 신체부위를 말합니다.
- 나. 특정 질병 : [별표2] '특정 질병 분류표'에서 정한 질병을 말합니다.
- 다. 재해 : [별표3] '재해 분류표'에서 정한 재해를 말합니다.
- 라. 중요한 사항 : 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

【보험가입금액 한도 제한】

피보험자가 가입 할 수 있는 최대한도의 보험가입금액을 제한하는 방법

【일부 보장 제외(부담보)】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법으로 특정 질병 또는 특정 신체부위를 보장에서 제외시키는 방법

【보험금 삭감】

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

【보험료 할증】

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

3. 기간 관련 용어

보험기간 : 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

제2관 특약 면책조건의 내용

제3조 (특약 면책조건의 내용)

- ① 이 특약에서 정한 보험금을 지급하지 않는 기간(이하 「면책기간」이라 합니다) 중에 다음 각 호의 질병을 직접적인 원인으로 해당 계약에서 정한 보험금의 지급 사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 회사는 보험금을 지급하지 않거나, 보험료의 납입을 면제하지 않습니다. 다만, 이 특약의 피보험자가 사망하여 보험금 등의 지급 사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.
 1. 특정 신체부위에 발생한 질병 또는 특정 신체부위에 발생한 질병의 전이 때문에 특정 신체부위 이외의 부위에 발생한 질병.
 2. 특정 질병
- ② 제1항의 회사가 면책기간은 특정 신체부위 또는 특정 질병의 상태에 따라 「1개월부터 5년」 또는 「해당 계약의 보험기간」으로 합니다.
- ③ 제2항의 면책기간의 판단기준은 회사에서 정한 계약 인수 기준을 따르며, 개개인의 질병의 상태 등에 대한 의사의 소견에 따라서 다르게 적용할 수 있습니다.

【계약 인수 기준】

질병, 직업, 건강진단 결과 등을 토대로 보험가입 거절, 일부 보장 제외, 보험금 삭감 등 조건부 인수여부를 결정하는 기준을 말합니다.

- ④ 제2항에도 불구하고 『보험업법 제97조 제1항 제5호』 및 『보험업법 시행령 제 43조의2 제1항』에 따른 보장내용 등이 비슷한 보험계약(이하 「유사계약」이라 합니다.)이 계약 청약일 현재 유지중이거나, 계약 청약일 전 6개월 이내에 계약자 및 피보험자의 요구 또는 보험료 납입연체로 해지된 경우 유사계약에서 정한 면책기간 종료일 이내에서 계약의 면책기간을 적용하고, 유사계약에서 정한 질병과 동일하거나 축소된 범위로 계약의 부담보 설정 범위를 정합니다. 유사계약이 다수인 경우 피보험자에게 가장 유리한 계약조건을 적용합니다.
- ⑤ 제4항에도 불구하고 유사계약 청약일 이후 제1항 제1호 또는 제2호에서 정한 질병과 관련한 새로운 위험(재진단·치료 등은 해당하지 않습니다.)이 발생하거나, 새로운 질병에 대한 보장이 추가(입원비, 수술비,

진단비 등 보장 범위의 변경 또는 확대는 해당하지 않습니다.)된 경우 이를 적용하지 아니할 수 있습니다.

- ⑥ 제1항에도 불구하고 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유로 해당 계약에서 정한 보험금의 지급 사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우 회사는 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.
1. 제1항 제1호에서 지정한 특정 신체부위에 발생한 질병의 합병증 때문에 특정 신체부위 이외의 신체 부위에 발생한 질병으로 해당 계약에서 정한 보험금의 지급 사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우(다만, 전이는 합병증으로 보지 않습니다.)
 2. 제1항 제2호에서 지정한 특정 질병의 합병증 때문에 발생한 특정 질병 이외의 질병으로 해당 계약에서 정한 보험금의 지급 사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우
 3. 재해로 해당 계약에서 정한 보험금의 지급 사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우
 4. 계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안 제1항 제1호 및 제2호에서 지정한 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없고, 청약일부터 5년이 지난 이후 제1항 제1호 및 제2호에서 정한 질병으로 해당 계약에서 정한 보험금의 지급 사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우
- ⑦ 제6항 제4호에도 불구하고, 계약 청약일 현재 면책기간을 「계약의 보험기간」으로 적용한 유사계약이 유지중이거나, 계약 청약일 전 6개월 이내에 계약자 및 피보험자의 요구 또는 보험료 납입 연체로 해지된 경우 유사계약 청약일과 계약 청약일 사이에 제1항 제1호 및 제2호에서 정한 질병으로 재진단 또는 치료를 받지 않았다면 계약의 청약일은 유사계약의 청약일로 봅니다.
- ⑧ 제6항 제4호의 「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 해당 계약에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑨ 제6항 제4호의 「추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실」이 없는 경우는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.
1. 검진결과 추가 검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
 2. 보장이 제외되는 질병 또는 그 질병의 증상이 악화되지 않고 유지된 경우
- ⑩ 제8조(효력 상실된 특약의 부활(효력 회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제6항 제4호의 청약일로 하여 적용합니다.

【부활(효력 회복)】

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

- ⑪ 피보험자에게 보험사고가 발생했을 경우, 그 사고가 특정 질병 또는 특정 신체부위를 직접적인 원인으로 발생한 사고인가 아닌가는 의사의 진단서와 의견을 주된 판단자료로 결정합니다.
- ⑫ 제1항의 특정 신체부위 및 특정 질병은 4개 이내에서 선택하여 부가할 수 있습니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제4조 (특약의 성립)

- ① 이 특약은 해당 계약을 체결할 때 해당 계약의 피보험자의 건강상태가 회사가 정한 계약 인수 기준에 적합하지 않은 경우 또는 해당 계약을 체결한 후 계약 전 알릴 의무 위반의 효과 등으로 보장을 제한할 경우에 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 해당 계약에 부가하여 이루어집니다.

【계약 전 알릴 의무】

『상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지) 제1항 제1호』에서 정하고 있는 의무를 말합니다.

- ② 제1항에 따라 회사가 이 특약을 부가할 때에는, 피보험자의 과거 병력과 특정 신체부위 또는 특정 질병 사이에 의학적으로 인과관계가 있다는 의사의 소견이 있는 경우 또는 인과관계가 경험 통계적으로 유 의성 있게 확인된 경우 등과 같이 회사가 정한 계약 인수 기준에 따라 피보험자의 과거 병력과 직접 관련이 있는 특정 신체부위 또는 특정 질병으로 제한하며, 부담보 설정 범위 및 사유를 계약자에게 설명 하여 드립니다.

제5조 (특약의 보장 개시)

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 해당 계약의 보장개시일과 동일합니다.

제6조 (특약의 소멸)

- ① 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 해당 계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우.

다만, 주계약에 부가된 해당 계약 중 해당 계약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약은 해지되었으나 해당 계약의 효력은 유지되는 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다.), 이 특약의 효력은 유지됩니다.

2. 이 특약의 대상이 되는 피보험자가 사망하였을 경우.

- ② 제1항 제2호의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

【실종선고】

부재자의 생사불명 상태가 일정기간(이하 '실종기간'이라 합니다) 계속된 경우에 이해관계인 또는 검사의 청구에 의하여 법원이 부재자를 사망한 것으로 선고하는 제도로써, 실종선고를 받은 자는 실종기간 만료시에 사망한 것으로 봅니다.

③ 해당 계약에서 정한 보장개시일 전일 이전에 발생한 질병에 대하여 계약을 무효로 하는 경우에도 다음 각 호의 경우에는 계약을 무효로 하지 않습니다.

1. 제3조(특약 면책조건의 내용) 제1항 제1호에서 정한 특정 신체부위에 발생한 질병에 대하여 면책을 조건으로 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정 신체부위에 질병이 발생한 경우.
2. 제3조(특약 면책조건의 내용) 제1항 제2호에서 정한 특정 질병에 대하여 면책을 조건으로 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정 질병이 발생한 경우.

제7조 (특약 면책기간 종료 등의 안내)

회사는 제3조(특약 면책조건의 내용) 제2항의 면책기간이 경과하였거나 제3조(특약 면책조건의 내용) 제6항 제4호의 청약일로부터 5년이 경과한 경우에는 면책기간 및 보장 제외기간의 종료 등을 서면(우편 등), 전화(음성녹음 포함) 또는 전자문서(문자메시지 포함) 등으로 계약자에게 안내하여 드립니다.

제4관 특약의 부활(효력 회복)

제8조 (효력 상실된 특약의 부활(효력 회복))

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력 회복) 청약을 받은 경우에는 해당 계약의 부활(효력 회복)을 승낙한 경우에만 한하여 해당 계약의 약관의 부활(효력 회복) 규정에 따라 해당 계약과 동시에 이 특약의 부활(효력 회복)을 취급합니다.
- ② 해당 계약의 부활(효력 회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 경우에는 이 특약도 동시에 부활(효력 회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 이 특약을 부활(효력 회복)하는 경우의 보장개시일은 제5조(특약의 보장 개시)를 따릅니다.

제5관 기타사항 등

제9조 (해당 계약 약관의 준용)

이 특약에 따로 정하지 않은 사항에 대하여는 이 특약이 부가된 해당 계약의 약관 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 법령은 “약관에서 인용된 법령 내용”을 참고하시기 바랍니다.

[별표 1]

특정 신체부위 분류표

분류 번호	특정 신체부위의 명칭
1	위, 십이지장
2	공장(빈창자), 회장(돌창자), 맹장(충수돌기 포함)
3	대장(맹장, 직장 제외)
4	직장
5	항문
6	간
7	담낭(쓸개) 및 담관
8	췌장
9	비장
10	기관, 기관지, 폐, 흉막 및 흉곽(늑골 포함)
11	코[외비(코 바깥), 비강(코 안) 및 부비강(코 곁굴) 포함]
12	인두 및 후두(편도 포함)
13	식도
14	구강, 치아, 혀, 악하선(턱밑샘), 이하선(귀밑샘) 및 설하선(혀밑샘)
15	귀[외이(바깥 귀), 고막, 중이(가운데귀), 내이(속귀), 청신경 및 유양돌기(꼭지돌기) 포함]
16	안구 및 안구부속기 [안검(눈꺼풀), 결막, 누기(눈물샘), 안근 및 안와내 조직 포함]
17	신장
18	부신
19	요관, 방광 및 요도
20	음경
21	질 및 외음부
22	전립선
23	유방(유선 포함)
24	자궁[자궁체부(자궁몸통) 포함]
25	자궁체부(자궁몸통)(제왕절개술을 받은 경우에 한함)
26	난소 및 난관
27	고환[고환초막(고환집막) 포함] 부고환, 정관, 정삭 및 정낭

분류 번호	특정 신체부위의 명칭
28	갑상선
29	부갑상선
30	서혜부(넓적다리 부위의 위쪽 주변)(서혜 탈장, 음낭 탈장 또는 대퇴 탈장이 생긴 경우에 한함)
31	피부(두피 및 입술 포함)
32	경추부(해당신경 포함)
33	흉추부(해당신경 포함)
34	요추부(해당신경 포함)
35	천골(엉치뼈)부 및 미골(꼬리뼈)부(해당신경 포함)
36	왼쪽 어깨
37	오른쪽 어깨
38	왼팔(왼쪽 어깨 제외, 왼손 포함)
39	오른팔(오른쪽 어깨 제외, 오른손 포함)
40	왼손(왼쪽 손목 관절 이하)
41	오른손(오른쪽 손목 관절 이하)
42	왼쪽 고관절
43	오른쪽 고관절
44	왼쪽 다리(왼쪽 고관절 제외, 왼발 포함)
45	오른쪽 다리(오른쪽 고관절 제외, 오른발 포함)
46	왼발(왼쪽 발목 관절 이하)
47	오른발(오른쪽 발목 관절 이하)
48	상·하악골(위턱뼈·아래턱뼈)
49	쇄골
50	늑골(갈비뼈)
51	골반부(장골·좌골·치골)

[별표 2]

특정 질병 분류표

- ① 약관에 규정하는 「특정 질병」으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 면책하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

구분	특정 질병	분류 번호	세부 내용
61	심질환	I01	심장 침범이 있는 류마티스열
		I05~I09	만성 류마티스심장질환
		I20~I25	허혈심장질환
		I26~I28	폐성 심장병 및 폐순환의 질환
		I30~I52	기타 형태의 심장병
62	뇌혈관질환	I60~I69	뇌혈관질환
63	당뇨병	E10~E14	당뇨병
		O24	임신중 당뇨병
64	고혈압질환	I10~I13, I15	고혈압성 질환
		O10	임신, 출산 및 산후기에 합병된 전에 있던 고혈압
		O16	상세불명의 산모고혈압
65	결핵	A15~A19	결핵
		B90	결핵의 후유증
		P37.0	선천결핵
		O98.0	임신, 출산 및 산후기에 합병된 결핵
66	담석증	K80	담석증
67	요로결석증	N20	신장 및 요관의 결석
		N21	하부요로의 결석
		N22	달리 분류된 질환에서의 요로의 결석
		N23	상세불명의 신장 급통증
68	임신중독증	O11	만성 고혈압에 겹친 전자간
		O12	고혈압을 동반하지 않은 임신성[임신-유발] 부종 및 단백뇨
		O13	임신[임신-유발]고혈압

구분	특정 질병	분류 번호	세부 내용
		O14	전자간
		O15	자간
69	골관절증 및 류마티스 관절염	M05	혈청검사양성 류마티스관절염
		M06	기타 류마티스관절염
		M08	연소성 관절염
		M13	기타 관절염
		M15	다발관절증
		M16	고관절증
		M17	무릎관절증
		M18	제 1 수근중수관절의 관절증
		M19	기타 관절증
70	척주측만증	M40	척주후만증 및 척주전만증
		M41	척주측만증
71	통풍	E79	퓨린 및 피리미딘의 대사장애
		M10	통풍
72	고지혈증	E78	지질단백질대사장애 및 기타 지질증
73	사시	H49	마비성 사시
		H50	기타 사시
		H51	양안운동의 기타 장애
74	백내장	H25	노년백내장
		H26	기타 백내장
		H27	수정체의 기타 장애
75	하지정맥류(정맥염 포함)	I80	정맥염 및 혈전정맥염
		I83	하지의 정맥류
		I87	정맥의 기타 장애
76	탈장(음낭수종 포함)	K40	사타구니탈장
		K41	대퇴탈장
		K42	배꼽탈장
		K43	복벽탈장
		K44	횡격막탈장

구분	특정 질병	분류 번호	세부 내용
		K45	기타 복벽탈장
		K46	상세불명의 복벽탈장
		N43	음낭수종 및 정액류
77	유산	N96	습관적 유산자
		O00	자궁외임신
		O01	포상기태
		O02	기타 비정상적 수태부산물
		O03	자연유산
		O04	의학적 유산
		O05	기타 유산
		O06	상세불명의 유산
		O07	시도된 유산의 실패
		O08	유산, 자궁외임신 및 기태임신에 따른 합병증
		O20	초기임신중 출혈
78	복막의 질환	K65	복막염
		K66	복막의 기타 장애
		K67	달리 분류된 감염성 질환에서의 복막의 장애
79	골반염	N70	난관염 및 난소염
		N71	자궁경부를 제외한 자궁의 염증성 질환
		N72	자궁경부의 염증성 질환
		N73	기타 여성골반염증질환
		N74	달리 분류된 질환에서의 여성골반염증장애
80	골다공증	M80	병적 골절을 동반한 골다공증
		M81	병적 골절이 없는 골다공증
		M82	달리 분류된 질환에서의 골다공증
81	천식	J45	천식
		J46	천식지속상태
82	빈혈	D50	철결핍빈혈
		D51	비타민 B ₁₂ 결핍빈혈
		D52	엽산결핍빈혈

구분	특정 질병	분류 번호	세부 내용
		D53	기타 영양성 빈혈
		D60	후천성 순수적혈구무형성[적모구감소]
		D61	기타 무형성빈혈
		D62	급성 출혈후 빈혈
		D63	달리 분류된 만성 질환에서의 빈혈
		D64	기타 빈혈
83	소화기용종	D12	결장, 직장, 항문 및 항문관의 양성 신생물
		D13	기타 및 부위불명의 소화계통의 양성 신생물
		K62	항문 및 직장의 기타 질환
		K63	장의 기타 질환
84	자궁내막증	N80	자궁내막증
85	림프절질환	I88	비특이성 림프절염
		I89	림프관 및 림프절의 기타 비감염성 장애
		L04	급성 림프절염
		R59	림프절비대

※ 제9차 개정 이후 이 약관에서 면책하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단 당시에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 면책하는 질병 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 분류가 변경되더라도 이 약관에서 면책하는 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표 3]

재해 분류표

1. 보장 대상이 되는 재해

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

- ① 한국표준질병사인분류 상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고.
- ② 『감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호』에서 규정한 제1급감염병.

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해 분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화 된 경우.
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우.
 - 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50).
 - 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52).
 - 식량부족(X53).
 - 물 부족(X54).
 - 상세불명의 결핍(X57).
 - 고의적 자해(X60~X84).
 - '법적 개입' 중 법적 처형(Y35.5).
- ③ '외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)' 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(다만, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자의 이상 반응 또는 이후 합병증의 원인이 된 '외과적 및 기타 내과적 처치(Y83~Y84)'는 보장).
- ④ '자연의 힘에 노출(X30~X39)' 중 급격한 액체 손실로 인한 탈수.
- ⑤ '우발적 익사 및 익수(W65~W74), 호흡과 관련된 기타 불의의 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구 부를 통하여 들어온 이물(W44)' 중 질병에 의한 호흡 장애 및 삼킴 장애.
- ⑥ 한국표준질병사인분류 상의 (U00~U99)에 해당하는 질병.

※ () 안은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 상의 분류번호를 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 재해의 해당 여부를 판단합니다.

※ 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 재해의 해당 여부는 피보험자가 진단 당시에 시행되고 있는 한

국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

- ※ 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 재해에 대한 보험금 지급 여부 등이 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 재해의 해당 여부는 다시 판단하지 않습니다.
- ※ 위 1. 보장대상이 되는 재해 제2호에 해당하는 감염병은 보험사고 발생 당시 시행중인 법률을 적용하며,
2. 보험금을 지급하지 않는 재해 제6호에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

약관에서 인용된 법령 내용 (가나다 순)

부록

목차

감염병의 예방 및 관리에 관한 법률.....	215
개인정보보호법	216
관공서의 공휴일에 관한 규정.....	220
국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률.....	220
금융소비자 보호에 관한 법률.....	222
금융소비자 보호에 관한 법률 시행령	223
민법	223
보험업감독규정	225
보험업법 시행령	227
산업재해보상보험법 시행규칙	228
상법	231
상법 시행령	232
소득세법.....	232
소득세법 시행규칙	233
소득세법 시행령	233
신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률	234
신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 시행령	237
의료법	240
장애인복지법.....	242
전자서명법	242
호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 (약칭 : 연명의료결정법).....	243

[부록]

약관에서 인용된 법령 내용(가나다 순)

- 아래 법령은 약관에서 인용된 법령으로 고객의 이해를 돕기 위해 마련되었으며, 가입하신 상품에 따라 인용된 법령이 다를 수 있는 점을 참고하셔서 활용하시기 바랍니다.
- 아래 법령은 2025년 5월 기준으로 작성되었으며, 해당 법령의 제·개정으로 내용이 변동될 수 있습니다. 또한, 아래 법령과 실제 법령 내용이 다를 경우에는 실제 법령 내용을 적용합니다.
- 현행 법령과 법률 전문은 '국가법령정보센터 홈페이지(www.law.go.kr)'를 통해 확인할 수 있습니다.

감염병의 예방 및 관리에 관한 법률

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. (생 략)

2. "제1급감염병"이란 생물테러감염병 또는 치명률이 높거나 집단 발생의 우려가 커서 발생 또는 유행 즉시 신고하여야 하고, 음압격리와 같은 높은 수준의 격리가 필요한 감염병으로서 다음 각 목의 감염병을 말한다. 다만, 갑작스러운 국내 유입 또는 유행이 예견되어 긴급한 예방·관리가 필요하여 질병관리청장이 보건복지부장관과 협의하여 지정하는 감염병을 포함한다.

가. 에볼라바이러스병

나. 마버그열

다. 라싸열

라. 크리미안콩고출혈열

마. 남아메리카출혈열

바. 리프트밸리열

사. 두창

아. 페스트

자. 탄저

차. 보툴리눔독소증

카. 야토병

타. 신종감염병증후군

파. 중증급성호흡기증후군(SARS)

하. 중동호흡기증후군(MERS)

거. 동물인플루엔자 인체감염증

너. 신종인플루엔자

더. 디프테리아

(이하 생략)

제15조(개인정보의 수집·이용)

- ① 개인정보처리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 개인정보를 수집할 수 있으며 그 수집 목적의 범위에서 이용할 수 있다.
1. 정보주체의 동의를 받은 경우
 2. 법률에 특별한 규정이 있거나 법령상 의무를 준수하기 위하여 불가피한 경우
 3. 공공기관이 법령 등에서 정하는 소관 업무의 수행을 위하여 불가피한 경우
 4. 정보주체와 체결한 계약을 이행하거나 계약을 체결하는 과정에서 정보주체의 요청에 따른 조치를 이행하기 위하여 필요한 경우
 5. 명백히 정보주체 또는 제3자의 급박한 생명, 신체, 재산의 이익을 위하여 필요하다고 인정되는 경우
 6. 개인정보처리자의 정당한 이익을 달성하기 위하여 필요한 경우로서 명백하게 정보주체의 권리보다 우선하는 경우. 이 경우 개인정보처리자의 정당한 이익과 상당한 관련이 있고 합리적인 범위를 초과하지 아니하는 경우에 한한다.
 7. 공중위생 등 공공의 안전과 안녕을 위하여 긴급히 필요한 경우
- ② 개인정보처리자는 제1항제1호에 따른 동의를 받을 때에는 다음 각 호의 사항을 정보주체에게 알려야 한다. 다음 각 호의 어느 하나의 사항을 변경하는 경우에도 이를 알리고 동의를 받아야 한다.
1. 개인정보의 수집·이용 목적
 2. 수집하려는 개인정보의 항목
 3. 개인정보의 보유 및 이용 기간
 4. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용
- ③ 개인정보처리자는 당초 수집 목적과 합리적으로 관련된 범위에서 정보주체에게 불이익이 발생하는지 여부, 암호화 등 안전성 확보에 필요한 조치를 하였는지 여부 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 정보주체의 동의 없이 개인정보를 이용할 수 있다.

제17조(개인정보의 제공)

- ① 개인정보처리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당되는 경우에는 정보주체의 개인정보를 제3자에게 제공(공유를 포함한다. 이하 같다)할 수 있다.
1. 정보주체의 동의를 받은 경우
 2. 제15조제1항제2호, 제3호 및 제5호부터 제7호까지에 따라 개인정보를 수집한 목적 범위에서 개인정보를 제공하는 경우
- ② 개인정보처리자는 제1항제1호에 따른 동의를 받을 때에는 다음 각 호의 사항을 정보주체에게 알려야 한다. 다음 각 호의 어느 하나의 사항을 변경하는 경우에도 이를 알리고 동의를 받아야 한다.

개인정보보호법

1. 개인정보를 제공받는 자
 2. 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 이용 목적
 3. 제공하는 개인정보의 항목
 4. 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 보유 및 이용 기간
 5. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용
- ③ 삭제
- ④ 개인정보처리자는 당초 수집 목적과 합리적으로 관련된 범위에서 정보주체에게 불이익이 발생하는지 여부, 암호화 등 안전성 확보에 필요한 조치를 하였는지 여부 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 정보주체의 동의 없이 개인정보를 제공할 수 있다.

제22조(동의를 받는 방법)

- ① 개인정보처리자는 이 법에 따른 개인정보의 처리에 대하여 정보주체(제22조의2제1항에 따른 법정대리인을 포함한다. 이하 이 조에서 같다)의 동의를 받을 때에는 각각의 동의 사항을 구분하여 정보주체가 이를 명확하게 인지할 수 있도록 알리고 동의를 받아야 한다. 이 경우 다음 각 호의 경우에는 동의 사항을 구분하여 각각 동의를 받아야 한다.
1. 제15조제1항제1호에 따라 동의를 받는 경우
 2. 제17조제1항제1호에 따라 동의를 받는 경우
 3. 제18조제2항제1호에 따라 동의를 받는 경우
 4. 제19조제1호에 따라 동의를 받는 경우
 5. 제23조제1항제1호에 따라 동의를 받는 경우
 6. 제24조제1항제1호에 따라 동의를 받는 경우
 7. 재화나 서비스를 홍보하거나 판매를 권유하기 위하여 개인정보의 처리에 대한 동의를 받으려는 경우
 8. 그 밖에 정보주체를 보호하기 위하여 동의 사항을 구분하여 동의를 받아야 할 필요가 있는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우
- ② 개인정보처리자는 제1항의 동의를 서면(「전자문서 및 전자거래 기본법」 제2조제1호에 따른 전자문서를 포함한다)으로 받을 때에는 개인정보의 수집·이용 목적, 수집·이용하려는 개인정보의 항목 등 대통령령으로 정하는 중요한 내용을 보호위원회가 고시로 정하는 방법에 따라 명확히 표시하여 알아보기 쉽게 하여야 한다.
- ③ 개인정보처리자는 정보주체의 동의 없이 처리할 수 있는 개인정보에 대해서는 그 항목과 처리의 법적 근거를 정보주체의 동의를 받아 처리하는 개인정보와 구분하여 제30조제2항에 따라 공개하거나 전자우편 등 대통령령으로 정하는 방법에 따라 정보주체에게 알려야 한다. 이 경우 동의 없이 처리할

개인정보보호법

수 있는 개인정보라는 입증책임은 개인정보처리자가 부담한다

④ 삭제

- ⑤ 개인정보처리자는 정보주체가 선택적으로 동의할 수 있는 사항을 동의하지 아니하거나 제1항제3호 및 제7호에 따른 동의를 하지 아니한다는 이유로 정보주체에게 재화 또는 서비스의 제공을 거부하여서는 아니 된다.

⑥ 삭제

- ⑦ 제1항부터 제5항까지에서 규정한 사항 외에 정보주체의 동의를 받는 세부적인 방법에 관하여 필요한 사항은 개인정보의 수집·매체 등을 고려하여 대통령령으로 정한다.

제22조(아동의 개인정보 보호)

- ① 개인정보처리자는 만 14세 미만 아동의 개인정보를 처리하기 위하여 이 법에 따른 동의를 받아야 할 때에는 그 법정대리인의 동의를 받아야 하며, 법정대리인이 동의하였는지를 확인하여야 한다.
- ② 제1항에도 불구하고 법정대리인의 동의를 받기 위하여 필요한 최소한의 정보로서 대통령령으로 정하는 정보는 법정대리인의 동의 없이 해당 아동으로부터 직접 수집할 수 있다.
- ③ 개인정보처리자는 만 14세 미만의 아동에게 개인정보 처리와 관련한 사항의 고지 등을 할 때에는 이해하기 쉬운 양식과 명확하고 알기 쉬운 언어를 사용하여야 한다.
- ④ 제1항부터 제3항까지에서 규정한 사항 외에 동의 및 동의 확인 방법 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제23조(민감정보의 처리 제한)

- ① 개인정보처리자는 사상·신념, 노동조합·정당의 가입·탈퇴, 정치적 견해, 건강, 성생활 등에 관한 정보, 그 밖에 정보주체의 사생활을 현저히 침해할 우려가 있는 개인정보로서 대통령령으로 정하는 정보(이하 “민감정보”라 한다)를 처리하여서는 아니 된다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그러하지 아니하다.
1. 정보주체에게 제15조제2항 각 호 또는 제17조제2항 각 호의 사항을 알리고 다른 개인정보의 처리에 대한 동의와 별도로 동의를 받은 경우
 2. 법령에서 민감정보의 처리를 요구하거나 허용하는 경우
- ② 개인정보처리자가 제1항 각 호에 따라 민감정보를 처리하는 경우에는 그 민감정보가 분실·도난·유출·위조·변조 또는 훼손되지 아니하도록 제29조에 따른 안전성 확보에 필요한 조치를 하여야 한다.
- ③ 개인정보처리자는 재화 또는 서비스를 제공하는 과정에서 공개되는 정보에 정보주체의 민감정보가 포함됨으로써 사생활 침해의 위험성이 있다고 판단하는 때에는 재화 또는 서비스의 제공 전에 민감정보의 공개 가능성 및 비공개를 선택하는 방법을 정보주체가 알아보기 쉽게 알려야 한다.

제24조(고유식별정보의 처리 제한)

개인정보보호법

- ① 개인정보처리자는 다음 각 호의 경우를 제외하고는 법령에 따라 개인을 고유하게 구별하기 위하여 부여된 식별정보로서 대통령령으로 정하는 정보(이하 “고유식별정보”라 한다)를 처리할 수 없다.
 - 1. 정보주체에게 제15조제2항 각 호 또는 제17조제2항 각 호의 사항을 알리고 다른 개인정보의 처리에 대한 동의와 별도로 동의를 받은 경우
 - 2. 법령에서 구체적으로 고유식별정보의 처리를 요구하거나 허용하는 경우
- ② 삭제
- ③ 개인정보처리자가 제1항 각 호에 따라 고유식별정보를 처리하는 경우에는 그 고유식별정보가 분실·도난·유출·위조·변조 또는 훼손되지 아니하도록 대통령령으로 정하는 바에 따라 암호화 등 안전성 확보에 필요한 조치를 하여야 한다.
- ④ 보호위원회는 처리하는 개인정보의 종류·규모, 종업원 수 및 매출액 규모 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 기준에 해당하는 개인정보처리자가 제3항에 따라 안전성 확보에 필요한 조치를 하였는지에 관하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 정기적으로 조사하여야 한다.
- ⑤ 보호위원회는 대통령령으로 정하는 전문기관으로 하여금 제4항에 따른 조사를 수행하게 할 수 있다.

제24조의2(주민등록번호 처리의 제한)

- ① 제24조제1항에도 불구하고 개인정보처리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 주민등록번호를 처리할 수 없다.
 - 1. 법률·대통령령·국회규칙·대법원규칙·헌법재판소규칙·중앙선거관리위원회규칙 및 감사원규칙에서 구체적으로 주민등록번호의 처리를 요구하거나 허용한 경우
 - 2. 정보주체 또는 제3자의 급박한 생명, 신체, 재산의 이익을 위하여 명백히 필요하다고 인정되는 경우
 - 3. 제1호 및 제2호에 준하여 주민등록번호 처리가 불가피한 경우로서 보호위원회가 고시로 정하는 경우
- ② 개인정보처리자는 제24조제3항에도 불구하고 주민등록번호가 분실·도난·유출·위조·변조 또는 훼손되지 아니하도록 암호화 조치를 통하여 안전하게 보관하여야 한다. 이 경우 암호화 적용 대상 및 대상별 적용 시기 등에 관하여 필요한 사항은 개인정보의 처리 규모와 유출 시 영향 등을 고려하여 대통령령으로 정한다.
- ③ 개인정보처리자는 제1항 각 호에 따라 주민등록번호를 처리하는 경우에도 정보주체가 인터넷 홈페이지를 통하여 회원으로 가입하는 단계에서는 주민등록번호를 사용하지 아니하고도 회원으로 가입할 수 있는 방법을 제공하여야 한다.
- ④ 보호위원회는 개인정보처리자가 제3항에 따른 방법을 제공할 수 있도록 관계 법령의 정비, 계획의 수립, 필요한 시설 및 시스템의 구축 등 제반 조치를 마련·지원할 수 있다.

관공서의 공휴일에 관한 규정

제2조(공휴일)

관공서의 공휴일은 다음 각 호와 같다. 다만, 재외공관의 공휴일은 우리나라의 국경일 중 공휴일과 주재국의 공휴일로 한다.

1. 일요일
2. 국경일 중 3·1절, 광복절, 개천절 및 한글날
3. 1월 1일
4. 설날 전날, 설날, 설날 다음날 (음력 12월 말일, 1월 1일, 2일)
5. 석제
6. 부처님오신날 (음력 4월 8일)
7. 5월 5일 (어린이날)
8. 6월 6일 (현충일)
9. 추석 전날, 추석, 추석 다음날 (음력 8월 14일, 15일, 16일)
10. 12월 25일 (기독탄신일)
- 10의2. 「공직선거법」 제34조에 따른 임기만료에 의한 선거의 선거일
11. 기타 정부에서 수시 지정하는 날

제3조(대체공휴일)

- ① 제2조제2호부터 제10호까지의 공휴일이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 공휴일 다음의 첫 번째 비공휴일(제2조 각 호의 공휴일이 아닌 날을 말한다. 이하 같다)을 대체공휴일로 한다.
 1. 제2조제2호·제6호·제7호 또는 제10호의 공휴일이 토요일이나 일요일과 겹치는 경우
 2. 제2조제4호 또는 제9호의 공휴일이 일요일과 겹치는 경우
 3. 제2조제2호·제4호·제6호·제7호·제9호 또는 제10호의 공휴일이 토요일·일요일이 아닌 날에 같은 조 제2호부터 제10호까지의 규정에 따른 다른 공휴일과 겹치는 경우
- ② 제1항에 따른 대체공휴일이 같은 날에 겹치는 경우에는 그 대체공휴일 다음의 첫 번째 비공휴일까지 대체공휴일로 한다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따른 대체공휴일이 토요일인 경우에는 그 다음의 첫 번째 비공휴일을 대체공휴일로 한다.

국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률

제4조(적용 대상 국가유공자)

- ① 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 국가유공자, 그 유족 또는 가족(다른 법률에서 이 법에 규정된 예우 등을 받도록 규정된 사람을 포함한다)은 이 법에 따른 예우를 받는다.

1. ~ 3. (생 략)

4. 전상군경(戰傷軍警): 군인이나 경찰공무원으로서 전투 또는 이에 준하는 직무수행 중 상이를 입고 전역(퇴역·면역 또는 상근예비역 소집해제를 포함한다. 이하 같다)하거나 퇴직(면직을 포함한다. 이하 같다)한 사람(군무원으로서 1959년 12월 31일 이전에 전투 또는 이에 준하는 직무수행 중 상이를 입고 퇴직한 사람을 포함한다) 또는 6개월 이내에 전역이나 퇴직하는 사람으로서 그 상이 정도가 국가보훈부장관이 실시하는 신체검사에서 제6조의4에 따른 상이등급(이하 “상이등급”이라 한다)으로 판정된 사람

5. (생 략)

6. 공상군경(公傷軍警): 군인이나 경찰·소방 공무원으로서 국가의 수호·안전보장 또는 국민의 생명·재산 보호와 직접적인 관련이 있는 직무수행이나 교육훈련 중 상이(질병을 포함한다)를 입고 전역하거나 퇴직한 사람 또는 6개월 이내에 전역이나 퇴직하는 사람으로서 그 상이 정도가 국가보훈부장관이 실시하는 신체검사에서 상이등급으로 판정된 사람

7. ~ 11. (생 략)

12. 4·19혁명부상자: 1960년 4월 19일을 전후한 혁명에 참가하여 상이를 입은 사람으로서 그 상이 정도가 국가보훈부장관이 실시하는 신체검사에서 상이등급으로 판정된 사람

13. ~ 14. (생 략)

15. 공상공무원: 「국가공무원법」 제2조 및 「지방공무원법」 제2조에 따른 공무원(군인과 경찰·소방 공무원은 제외한다)과 국가나 지방자치단체에서 일상적으로 공무에 종사하는 대통령령으로 정하는 직원으로서 국민의 생명·재산 보호와 직접적인 관련이 있는 직무수행이나 교육훈련 중 상이(질병을 포함한다)를 입고 퇴직하거나 6개월 이내에 퇴직하는 사람으로서 그 상이 정도가 국가보훈부장관이 실시하는 신체검사에서 상이등급으로 판정된 사람

16. (생 략)

17. 국가사회발전 특별공로상이자(이하 “특별공로상이자”라 한다): 국가사회발전에 현저한 공이 있는 사람 중 그 공로와 관련되어 상이를 입은 사람으로서 그 상이 정도가 국가보훈부장관이 실시하는 신체검사에서 상이등급으로 판정되어 국무회의에서 이 법의 적용 대상자로 의결된 사람

(이하 생략)

제6조의3(신체검사)

- ① 국가보훈부장관은 제4조제1항제4호·제6호·제12호·제15호 및 제17호에 따라 이 법의 적용 대상자로 될 상이를 입은 사람의 판정과 그가 입은 상이 정도 또는 상이처의 변경 등으로 인한 상이등급을 판정하기 위하여 신체검사를 실시한다. 이 경우 대통령령으로 정하는 사유가 있는 사람의 상이등급 판정을 위한 신체검사는 서면심사(書面審査)로 할 수 있다.

(이하 생략)

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. ~ 8. (생략)

9. "전문금융소비자"란 금융상품에 관한 전문성 또는 소유자산규모 등에 비추어 금융상품 계약에 따른 위험감수능력이 있는 금융소비자로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 자를 말한다. 다만, 전문금융소비자 중 대통령령으로 정하는 자가 일반금융소비자와 같은 대우를 받겠다는 의사를 금융상품판매업자 또는 금융상품자문업자(이하 "금융상품판매업자등"이라 한다)에게 서면으로 통지하는 경우 금융상품판매업자등은 정당한 사유가 있는 경우를 제외하고는 이에 동의하여야 하며, 금융상품판매업자등이 동의한 경우에는 해당 금융소비자는 일반금융소비자로 본다.

가. 국가

나. 「한국은행법」에 따른 한국은행

다. 대통령령으로 정하는 금융회사

라. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제9조제15항제3호에 따른 주권상장법인(투자성 상품 중 대통령령으로 정하는 금융상품계약체결등을 할 때에는 전문금융소비자와 같은 대우를 받겠다는 의사를 금융상품판매업자등에게 서면으로 통지하는 경우만 해당한다)

마. 그 밖에 금융상품의 유형별로 대통령령으로 정하는 자

10. "일반금융소비자"란 전문금융소비자가 아닌 금융소비자를 말한다.

제42조(소액분쟁사건에 관한 특례)

조정대상기관은 다음 각 호의 요건 모두를 충족하는 분쟁사건(이하 "소액분쟁사건"이라 한다)에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 제36조제6항에 따라 조정안을 제시받기 전에는 소를 제기할 수 없다. 다만, 제36조제3항에 따라 서면통지를 받거나 제36조제5항에서 정한 기간 내에 조정안을 제시받지 못한 경우에는 그러하지 아니하다.

1. 일반금융소비자가 신청한 사건일 것

2. 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 가액이 2천만원 이내에서 대통령령으로 정하는 금액 이하일 것

제47조(위법계약의 해지)

① 금융소비자는 금융상품판매업자등이 제17조제3항, 제18조제2항, 제19조제1항·제3항, 제20조제1항 또는 제21조를 위반하여 대통령령으로 정하는 금융상품에 관한 계약을 체결한 경우 5년 이내의 대통령령으로 정하는 기간 내에 서면등으로 해당 계약의 해지를 요구할 수 있다. 이 경우 금융상품판매업자등은 해지를 요구받은 날부터 10일 이내에 금융소비자에게 수락여부를 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절사유를 함께 통지하여야 한다.

금융소비자 보호에 관한 법률

- ② 금융소비자는 금융상품판매업자등이 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 계약이 해지된 경우 금융상품판매업자등은 수수료, 위약금 등 계약의 해지와 관련된 비용을 요구할 수 없다.
- ④ 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 계약의 해지요구권의 행사요건, 행사범위 및 정당한 사유 등과 관련하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

금융소비자 보호에 관한 법률 시행령

제38조(위법계약의 해지)

- ① 법 제47조제1항 전단에서 “대통령령으로 정하는 금융상품”이란 금융소비자와 금융상품직접판매업자 또는 금융상품자문업자 간 계속적 거래가 이루어지는 금융상품 중 금융위원회가 정하여 고시하는 금융상품을 말한다.
- ② 법 제47조제1항 전단에서 “대통령령으로 정하는 기간”이란 금융소비자가 계약 체결에 대한 위반사항을 안 날부터 1년 이내의 기간을 말한다. 이 경우 해당 기간은 계약체결일부터 5년 이내의 범위에 있어야 한다.
- ③ 금융소비자는 법 제47조제1항 전단에 따라 계약의 해지를 요구하려는 경우 금융위원회가 정하여 고시하는 해지요구서에 위반사항을 증명하는 서류를 첨부하여 금융상품직접판매업자 또는 금융상품자문업자에게 제출해야 한다. 이 경우 「자동차손해배상 보장법」에 따른 책임보험에 대해 해지 요구를 할 때에는 동종의 다른 책임보험에 가입해 있어야 한다.
- ④ 법 제47조제2항에 따른 정당한 사유의 범위는 다음 각 호와 같다.
 - 1. 위반사실에 대한 근거를 제시하지 않거나 거짓으로 제시한 경우
 - 2. 계약 체결 당시에는 위반사항이 없었으나 금융소비자가 계약 체결 이후의 사정변경에 따라 위반사항을 주장하는 경우
 - 3. 금융소비자의 동의를 받아 위반사항을 시정한 경우
 - 4. 그 밖에 제1호부터 제3호까지의 경우에 준하는 것으로서 금융위원회가 정하여 고시하는 경우
- ⑤ 제1항부터 제4항까지에서 규정한 사항 외에 해지요구권의 행사 방법 및 절차 등에 관하여 필요한 세부 사항은 금융위원회가 정하여 고시한다.

민법

제2조(신의성실)

- ① 권리의 행사와 의무의 이행은 신의에 좇아 성실히 하여야 한다.

민법

- ② 권리는 남용하지 못한다.

제27조(실종의 선고)

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

제28조(실종선고의 효과)

실종선고를 받은 자는 전조의 기간이 만료한 때에 사망한 것으로 본다.

제1000조(상속의 순위)

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

제1001조(대습상속)

전조제1항제1호와 제3호의 규정에 의하여 상속인이 될 직계비속 또는 형제자매가 상속개시전에 사망하거나 결격자가 된 경우에 그 직계비속이 있는 때에는 그 직계비속이 사망하거나 결격된 자의 순위에 갈음하여 상속인이 된다.

제1003조(배우자의 상속순위)

- ① 피상속인의 배우자는 제1000조제1항제1호와 제2호의 규정에 의한 상속인이 있는 경우에는 그 상속인과 동순위로 공동상속인이 되고 그 상속인이 없는 때에는 단독상속인이 된다.
- ② 제1001조의 경우에 상속개시전에 사망 또는 결격된 자의 배우자는 동조의 규정에 의한 상속인과 동순위로 공동상속인이 되고 그 상속인이 없는 때에는 단독상속인이 된다.

제1004조(상속인의 결격사유)

다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자는 상속인이 되지 못한다.

- 1. 고의로 직계존속, 피상속인, 그 배우자 또는 상속의 선순위나 동순위에 있는 자를 살해하거나 살해하

민법

려한 자

2. 고의로 직계존속, 피상속인과 그 배우자에게 상해를 가하여 사망에 이르게 한 자
3. 사기 또는 강박으로 피상속인의 상속에 관한 유언 또는 유언의 철회를 방해한 자
4. 사기 또는 강박으로 피상속인의 상속에 관한 유언을 하게 한 자
5. 피상속인의 상속에 관한 유언서를 위조·변조·파기 또는 은닉한 자

보험업감독규정

제1-2조(정의)

1. ~ 2. (생략)

3. "보장성보험"이란 기준연령 요건에서 생존시 지급되는 보험금의 합계액이 이미 납입한 보험료를 초과하지 아니하는 보험을 말하며, "순수보장성보험"이란 생존시 지급되는 보험금이 없는 보장성보험을 말하고 "그 밖의 보장성보험"이란 순수보장성보험을 제외한 보장성보험을 말한다.
4. "저축성보험"이란 보장성보험을 제외한 보험으로서 생존시 지급되는 보험금의 합계액이 이미 납입한 보험료를 초과하는 보험을 말한다.

(이하 생략)

제4-35조의2(보험계약 중요사항의 설명의무)

① ~ ⑦ (생략)

- ⑧ 보험회사는 법 제95조의2제3항 및 영 제42조의2제3항제1호바목·사목에 따라 보험계약 체결 단계에서 일반보험계약자에게 중요 사항을 설명할 때에는 다음 각 호의 사항을 준수하여야 한다.

1. 다음 각 목의 보험계약에 대하여 설명할 것. 다만, 보험계약자가 법인인 보험계약 및 「노인복지법」 제26조에 따른 경로우대자 외의 자가사이버몰을 이용하여 모집한 보험계약은 제외한다.

가. 변액보험계약

나. 저축성보험계약

다. 장기보장성보험계약

2. 청약 후 법 제102조의4제1항에 따라 청약철회가 가능한 기간 이내에 설명할 것

3. 다음 각 목의 사항을 설명할 것

가. 보험계약의 청약 시 보험약관을 교부받고 보험계약의 중요 사항을 설명받아야 한다는 사실

나. 보험계약의 청약 시 보험계약자가 청약서에 자필서명을 하여야 한다는 사실

다. 보험계약의 청약 시 청약서 부분을 교부받아야 한다는 사실

라. 가목부터 다목까지의 사항이 이행되지 않은 경우 청약일로부터 3개월 이내에 해당 보험계약을 취소할 수 있다는 사실 및 그 취소 절차·방법

보험업감독규정

마. 저축성보험계약 또는 변액보험계약의 경우 납입보험료중 사업비 등이 차감된 일부 금액이 특별계정에 투입되어 운용되거나 적용이율로 부리된다는 사실

바. 저축성보험계약(금리확정형보험은 제외한다)의 경우 다음 각 세목의 사항

- 1) 사업비 수준
- 2) 해약환급금

사. 변액보험계약의 경우 다음 각 세목의 사항

- 1) 투자에 따르는 위험
- 2) 예금자보호 대상이 되지 않는다는 사실

아. 만기시 자동갱신되는 보험계약의 경우 보험료가 인상될 수 있다는 사실

자. 「상법」 제662조에 따른 보험금청구권 등의 소멸시효에 관한 사항

차. 외화보험의 경우 다음 각 세목의 사항

- 1) 환율변동에 따라 보험료 및 보험금이 변동될 수 있다는 사실
- 2) 해약환급금

카. 그 밖에 가목부터 차목까지에 준하는 사항으로서 감독원장이 정하는 사항

4. 그 밖에 다음 각 목을 준수할 것

가. 설명하기 전에 보험계약자 본인인지 여부를 확인할 것

나. 보험계약 중요사항의 설명 확인 항목에 대한 충분한 이해시간을 확보할 것

다. 기타 감독원장이 정하는 방법을 사용하여 설명하는 등 감독원장이 정하는 사항을 준수할 것

(이하 생략)

제4-36조 (통신판매시 준수사항)

- ① 전화·우편·컴퓨터·인터넷 화상장치 등의 통신매체를 이용한 보험상품판매(이하 "통신판매"라 한다)에 종사하는 자(이하 "통신판매종사자"라 한다)는 법 제83조에 의한 모집을 할 수 있는 자이어야 한다.
- ② 전화를 이용하여 보험을 모집하는 자는 제10항에도 불구하고 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제19조 제1항에 따른 중요사항 이외에 보험계약 체결을 위하여 필요한 사항에 대하여 질문 또는 설명하고 그에 대한 보험계약자의 답변 및 확인내용에 대한 증거자료를 확보·유지하기 위하여 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 등 전자적 방법으로 음성녹음을 대체할 수 있다. 이 경우, 보험계약자가 전화로 설명을 들은 내용과 실제 보험계약의 내용이 동일한지 확인할 수 있도록 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제19조제2항에 따른 설명서를 보험계약이 체결되기 전에 전자적 방법으로 제공하여야 한다.
- ③ 전화를 이용하여 보험을 모집하는 자는 다음 각 호의 요건을 충족하는 경우에 자동화된 전자적 정보 처리장치(이하 "전자적 상품설명장치"라 한다)를 활용할 수 있다.

보험업감독규정

1. 보험계약자에게 전자적 상품 설명장치를 활용하여 보험계약 체결을 위해 필요한 사항을 질문 또는 설명한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것
2. 보험계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명장치의 활용을 중단할 것을 요구할 경우, 보험을 모집하는 자가 직접 계약자의 질의 또는 요청 등에 즉시 응할 수 있을 것
3. 전자적 상품설명장치에 질문 또는 설명의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖출 것
4. 제2호 및 제3호의 내용에 관한 사항을 보험계약자에게 안내할 것

(이하 생략)

보험업법 시행령

제42조의2(설명의무의 중요 사항 등)

① ~ ② (생략)

- ③ 보험회사는 법 제95조의2제3항 본문 및 제4항에 따라 다음 각 호의 단계에서 중요 사항을 항목별로 일반보험계약자에게 설명해야 한다. 다만, 제1호에 따른 보험계약 체결 단계(마목에 따른 보험계약 승낙 거절 시 거절사유로 한정한다), 제2호에 따른 보험금 청구 단계 또는 제3호에 따른 보험금 심사·지급 단계의 경우 일반보험계약자가 계약 체결 전에 또는 보험금 청구권자가 보험금 청구 단계에서 동의한 경우에 한정하여 서면, 문자메시지, 전자우편 또는 팩스 등으로 중요 사항을 통보하는 것으로 이를 대신할 수 있다.

1. 보험계약 체결 단계

가. 보험의 모집에 종사하는 자의 성명, 연락처 및 소속

나. 보험의 모집에 종사하는 자가 보험회사를 위하여 보험계약의 체결을 대리할 수 있는지 여부

다. 보험의 모집에 종사하는 자가 보험료나 고지의무사항을 보험회사를 대신하여 수령할 수 있는지 여부

라. 보험계약의 승낙절차

마. 보험계약 승낙거절 시 거절 사유

바. 「상법」 제638조의3제2항에 따라 3개월 이내에 해당 보험계약을 취소할 수 있다는 사실 및 그 취소 절차·방법

사. 그 밖에 일반보험계약자가 보험계약 체결 단계에서 설명받아야 하는 사항으로서 금융위원회가 정하여 고시하는 사항

(이하 생략)

제47조(운동기능장애의 측정)

- ① 비장애인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역은 별표 4와 같다.
- ② 운동기능장애의 정도는 미국의학협회(AMA, American Medical Association)식 측정 방법 중 공단이 정하는 방법으로 측정한 해당 근로자의 신체 각 관절의 운동가능영역과 별표 4의 평균 운동가능영역을 비교하여 판정한다. 다만, 척주의 운동가능영역은 그러하지 아니하다.
- ③ 제2항에 따라 해당 근로자의 신체 각 관절의 운동가능영역을 측정할 때에는 다음 각 호의 구분에 따른 방법으로 한다.
 1. 강직, 오그라듐, 신경손상 등 운동기능장애의 원인이 명확한 경우: 근로자의 능동적 운동에 의한 측정방법
 2. 운동기능장애의 원인이 명확하지 아니한 경우: 근로자의 수동적 운동에 의한 측정방법

[별표4] 비장애인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역

관절명		측정부위	평균 운동가능영역 (각도)
팔의 3대 관절	어깨관절	앞위쪽 올리기	150
		옆위쪽 올리기	150
		뒤쪽 올리기	40
		모으기	30
		안쪽 돌리기	40
		바깥쪽 돌리기	90
	팔꿈치관절	펴기	0
		굽히기	150
		안쪽 돌리기	80
		바깥쪽 돌리기	80
	손목관절	손등쪽 굽히기	60
		손바닥쪽 굽히기	70
		손목의 요골(橈骨: 노뼈)쪽 굽히기(요사위)	20
		손목의 척골(尺骨: 자뼈)쪽 굽히기(척사위)	30
다리의 3대 관절	엉덩관절	펴기	30
		굽히기	100
		모으기	20
		벌리기(외전)	40
		안쪽 돌리기	40

산업재해보상보험법 시행규칙

	무릎관절	바깥쪽 돌리기		50
		펴기		0
		굽히기		150
	발목관절	발등쪽 굽히기		20
		발바닥쪽 굽히기		40
		바깥쪽 뒤집기		20
		안쪽 뒤집기		30
손가락의 관절	손허리 손가락관절 (중수지관절)	엄지 손가락	펴기	0
			굽히기	60
		둘째 손가락	펴기	0
			굽히기	90
		가운데 손가락	펴기	0
			굽히기	90
		넷째 손가락	펴기	0
			굽히기	90
		새끼 손가락	펴기	0
			굽히기	90
	손가락관절	엄지 손가락	펴기	0
			굽히기	80
	제1손가락관절 (몸쪽 손가락뼈 마디관절)	둘째 손가락	펴기	0
			굽히기	100
		가운데 손가락	펴기	0
			굽히기	100
		넷째 손가락	펴기	0
			굽히기	100
		새끼 손가락	펴기	0
			굽히기	100
	제2손가락관절 (끝쪽 손가락뼈 마디관절)	둘째 손가락	펴기	0
			굽히기	70
		가운데 손가락	펴기	0
			굽히기	70
		넷째 손가락	펴기	0
			굽히기	0
		넷째 손가락	펴기	0
			굽히기	0

산업재해보상보험법 시행규칙

		새끼 손가락	굽히기	70
			펴기	0
			굽히기	70
발가락의 관절	발허리 발가락관절 (중족지관절)	엄지 발가락	발등쪽 굽히기	50
			발바닥쪽 굽히기	30
		둘째 발가락	발등쪽 굽히기	40
			발바닥쪽 굽히기	30
		가운데 발가락	발등쪽 굽히기	30
			발바닥쪽 굽히기	20
		넷째 발가락	발등쪽 굽히기	20
			발바닥쪽 굽히기	10
		새끼 발가락	발등쪽 굽히기	10
			발바닥쪽 굽히기	10
	발가락관절	엄지 발가락	펴기	0
			굽히기	30
	제1발가락관절 (몸쪽 발가락뼈 마디관절)	둘째 발가락	펴기	0
			굽히기	40
		가운데 발가락	펴기	0
			굽히기	40
		넷째 발가락	펴기	0
			굽히기	40
		새끼 발가락	펴기	0
			굽히기	40

[별표5] 신체부위별 장애등급 판정에 관한 세부기준

8. 척주 등의 장애

가. 척주의 운동단위

척주의 운동단위는 목뼈부, 등뼈부 및 허리뼈부로 구분한다. 이 경우 각각의 운동단위의 범위는 다음과 같다.

- 1) 목뼈부는 목뼈 제1번부터 목뼈 제7번까지의 척추체 및 후두과(後頭顆 뒤통수 관절용기)와 목뼈 제1번 사이의 분절부터 목뼈 제7번과 등뼈 제1번 사이의 분절까지로 한다.
- 2) 등뼈부는 등뼈 제1번부터 등뼈 제12번까지의 척추체 및 등뼈 제1번과 등뼈 제2번 사이의 분절

산업재해보상보험법 시행규칙

부터 등뼈 제11번과 등뼈 제12번 사이의 분절까지로 한다.

- 3) 허리뼈부는 허리뼈 제1번부터 제1번 엉치뼈까지의 척추체 및 등뼈 제12번과 허리뼈 제1번 사이의 분절부터 허리뼈 제5번과 엉치뼈 제1번 사이의 분절까지로 한다.

※ 참고 : 약관 및 시행규칙 내 용어

구분	약관 내 용어	시행규칙 내 용어
척추	척추(등뼈)	척주
	경추(목뼈)	목뼈
	흉추(가슴뼈)	등뼈
	요추(허리뼈)	허리뼈
	천추	엉치뼈
손가락	첫째 손가락	엄지 손가락
	다른 네 손가락	둘째/가운데/넷째/새끼 손가락
	중수지관절	손허리손가락관절(중수지관절)
	지관절	손가락관절(엄지 손가락)
	제1지관절(근위지관절)	제1손가락관절(몸쪽 손가락뼈마디관절)
	제2지관절(원위지관절)	제2손가락관절(끝쪽 손가락뼈마디관절)
발가락	첫째 발가락	엄지 발가락
	다른 네 발가락	둘째/가운데/넷째/새끼 발가락
	중족지관절	발허리발가락관절(중족지관절)
	지관절	발가락관절(엄지 발가락)
	제1지관절(근위지관절)	제1발가락관절(몸쪽 발가락뼈마디관절)

상법

제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)

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

제44조의2(타인의 생명보험)

법 제731조제1항에 따른 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서는 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 전자문서로 한다.

1. 전자문서에 보험금 지급사유, 보험금액, 보험계약자와 보험수익자의 신원, 보험기간이 적혀 있을 것
2. 전자문서에 법 제731조제1항에 따른 전자서명(이하 “전자서명”이라 한다)을 하기 전에 전자서명을 할 사람을 직접 만나서 전자서명을 하는 사람이 보험계약에 동의하는 본인임을 확인하는 절차를 거쳐 작성될 것
3. 전자문서에 전자서명을 한 후에 그 전자서명을 한 사람이 보험계약에 동의한 본인임을 확인할 수 있도록 지문정보를 이용하는 등 법무부장관이 고시하는 요건을 갖추어 작성될 것
4. 전자문서 및 전자서명의 위조·변조 여부를 확인할 수 있을 것

소득세법

제5조(과세기간)

- ① 소득세의 과세기간은 1월 1일부터 12월 31일까지 1년으로 한다.
- ② 거주자가 사망한 경우의 과세기간은 1월 1일부터 사망한 날까지로 한다.
- ③ 거주자가 주소 또는 거소를 국외로 이전(이하 “출국”이라 한다)하여 비거주자가 되는 경우의 과세기간은 1월 1일부터 출국한 날까지로 한다.

제59조의4(특별세액공제)

- ① 근로소득이 있는 거주자(일용근로자는 제외한다. 이하 이 조에서 같다)가 해당 과세기간에 만기에 환급되는 금액이 납입보험료를 초과하지 아니하는 보험의 보험계약에 따라 지급하는 다음 각 호의 보험료를 지급한 경우 그 금액의 100분의 12(제1호의 경우에는 100분의 15)에 해당하는 금액을 해당 과세기간의 종합소득산출세액에서 공제한다. 다만, 다음 각 호의 보험료별로 그 합계액이 각각 연 100만원을 초과하는 경우 그 초과하는 금액은 각각 없는 것으로 한다.
 1. 기본공제대상자 중 장애인을 피보험자 또는 수익자로 하는 장애인전용보장성보험으로서 대통령령으로 정하는 장애인전용보장성보험료
 2. 기본공제대상자를 피보험자로 하는 대통령령으로 정하는 보험료(제1호에 따른 장애인전용보장성 보험료는 제외한다)

(이하 생략)

소득세법 시행규칙

제54조(장애아동의 범위 등)

- ① 영 제107조제1항제1호에서 "기획재정부령으로 정하는 사람"이란 「장애아동 복지지원법」 제21조 제1항에 따른 발달재활서비스를 지원받고 있는 사람을 말한다.
- ② 영 제107조제2항 각 호 외의 부분 단서에서 "기획재정부령으로 정하는 서류"란 같은 조 제1항제1호 및 제2호에 따른 장애인에 대한 추가공제에 관한 서류로서 소득공제 명세를 일괄적으로 적어 국세청장이 발급하는 서류를 말한다.

제61조의3(공제대상보험료의 범위)

영 제118조의4제2항 각 호 외의 부분에서 "기획재정부령으로 정하는 것"이란 만기에 환급되는 금액이 납입보험료를 초과하지 아니하는 보험으로서 보험계약 또는 보험료납입영수증에 보험료 공제대상임이 표시된 보험의 보험료를 말한다.

소득세법 시행령

제107조(장애인의 범위)

- ① 법 제51조제1항제2호에 따른 장애인은 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 자로 한다.
 1. 「장애인복지법」에 따른 장애인 및 「장애아동 복지지원법」에 따른 장애아동 중 기획재정부령으로 정하는 사람
 2. 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 의한 상이자 및 이와 유사한 사람으로서 근로능력이 없는 사람
 3. 「국민건강보험법 시행령」 별표 2 제3호라목1)부터 10)까지 외의 부분 전단에 따른 희귀성난치질환 등 또는 이와 유사한 질병·부상으로 인해 중단 없이 주기적인 치료가 필요한 사람으로서 의료기관의 장이 취업·취학 등 일상적인 생활에 지장이 있다고 인정하는 사람
 4. 삭제

(이하 생략)

제118조의4(보험료 세액공제)

- ① 법 제59조의4제1항제1호에서 "대통령령으로 정하는 장애인전용보장성보험료"란 제2항 각 호에 해당하는 보험·공제로서 보험·공제 계약 또는 보험료·공제료 납입영수증에 장애인전용 보험·공제로 표시된 보험·공제의 보험료·공제료를 말한다.
- ② 법 제59조의4제1항제2호에서 "대통령령으로 정하는 보험료"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 보험·보증·공제의 보험료·보증료·공제료 중 기획재정부령으로 정하는 것을 말한다.
 1. 생명보험

소득세법 시행령

2. 상해보험
3. 화재·도난이나 그 밖의 손해를 담보하는 가계에 관한 손해보험
4. 「수산업협동조합법」, 「신용협동조합법」 또는 「새마을금고법」에 따른 공제
5. 「군인공제회법」, 「한국교직원공제회법」, 「대한지방행정공제회법」, 「경찰공제회법」 및 「대한소방공제회법」에 따른 공제
6. 주택 임차보증금의 반환을 보증하는 것을 목적으로 하는 보험·보증. 다만, 보증대상 임차보증금이 3억원을 초과하는 경우는 제외한다.

신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률

제32조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의)

- ① 신용정보제공·이용자가 개인신용정보를 타인에게 제공하려는 경우에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 해당 신용정보주체로부터 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 방식으로 개인신용정보를 제공할 때마다 미리 개별적으로 동의를 받아야 한다. 다만, 기존에 동의한 목적 또는 이용 범위에서 개인신용정보의 정확성·최신성을 유지하기 위한 경우에는 그러하지 아니하다.
 1. 서면
 2. 「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명(서명자의 실지명의를 확인할 수 있는 것을 말한다)이 있는 전자문서(「전자문서 및 전자거래 기본법」 제2조제1호에 따른 전자문서를 말한다)
 3. 개인신용정보의 제공 내용 및 제공 목적 등을 고려하여 정보 제공 동의의 안정성과 신뢰성이 확보될 수 있는 유무선 통신으로 개인비밀번호를 입력하는 방식
 4. 유무선 통신으로 동의 내용을 해당 개인에게 알리고 동의를 받는 방법. 이 경우 본인 여부 및 동의 내용, 그에 대한 해당 개인의 답변을 음성녹음하는 등 증거자료를 확보·유지하여야 하며, 대통령령으로 정하는 바에 따른 사후 고지절차를 거친다.
 5. 그 밖에 대통령령으로 정하는 방식
- ② 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조사회사 또는 신용정보집중기관으로부터 개인신용정보를 제공받으려는 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 해당 신용정보주체로부터 제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 방식으로 개인신용정보를 제공받을 때마다 개별적으로 동의(기존에 동의한 목적 또는 이용 범위에서 개인신용정보의 정확성·최신성을 유지하기 위한 경우는 제외한다)를 받아야 한다. 이 경우 개인신용정보를 제공받으려는 자는 개인신용정보의 조회 시 개인신용평점이 하락할 수 있는 때에는 해당 신용정보주체에게 이를 고지하여야 한다.
- ③ 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조사회사 또는 신용정보집중기관이 개인신용정보를 제2항에 따라 제공하는 경우에는 해당 개인신용정보를 제공받으려는 자가 제2항에 따른 동의를 받았는지를 대통령령으로 정하는 바에 따라 확인하여야 한다.

신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률

- ④ 신용정보회사등은 개인신용정보의 제공 및 활용과 관련하여 동의를 받을 때에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 서비스 제공을 위하여 필수적 동의사항과 그 밖의 선택적 동의사항을 구분하여 설명한 후 각각 동의를 받아야 한다. 이 경우 필수적 동의사항은 서비스 제공과의 관련성을 설명하여야 하며, 선택적 동의사항은 정보제공에 동의하지 아니할 수 있다는 사실을 고지하여야 한다.
- ⑤ 신용정보회사등은 신용정보주체가 선택적 동의사항에 동의하지 아니한다는 이유로 신용정보주체에게 서비스의 제공을 거부하여서는 아니 된다.
- ⑥ 신용정보회사등(제9호의3을 적용하는 경우에는 데이터전문기관을 포함한다)이 개인신용정보를 제공하는 경우로서 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 제1항부터 제5항까지를 적용하지 아니한다.
1. 신용정보회사 및 채권추심회사가 다른 신용정보회사 및 채권추심회사 또는 신용정보집중기관과 서로 집중관리·활용하기 위하여 제공하는 경우
 2. 제17조제2항에 따라 신용정보의 처리를 위탁하기 위하여 제공하는 경우
 3. 영업양도·분할·합병 등의 이유로 권리·의무의 전부 또는 일부를 이전하면서 그와 관련된 개인신용정보를 제공하는 경우
 4. 채권추심(추심채권을 추심하는 경우만 해당한다), 인가·허가의 목적, 기업의 신용도 판단, 유가증권의 양수 등 대통령령으로 정하는 목적으로 사용하는 자에게 제공하는 경우
 5. 법원의 제출명령 또는 법관이 발부한 영장에 따라 제공하는 경우
 6. 범죄 때문에 피해자의 생명이나 신체에 심각한 위험 발생이 예상되는 등 긴급한 상황에서 제5호에 따른 법관의 영장을 발부받을 시간적 여유가 없는 경우로서 검사 또는 사법경찰관의 요구에 따라 제공하는 경우. 이 경우 개인신용정보를 제공받은 검사는 지체 없이 법관에게 영장을 청구하여야 하고, 사법경찰관은 검사에게 신청하여 검사의 청구로 영장을 청구하여야 하며, 개인신용정보를 제공받은 때부터 36시간 이내에 영장을 발부받지 못하면 지체 없이 제공받은 개인신용정보를 폐기하여야 한다.
 7. 조세에 관한 법률에 따른 질문·검사 또는 조사를 위하여 관할 관서의 장이 서면으로 요구하거나 조세에 관한 법률에 따라 제출의무가 있는 과세자료의 제공을 요구함에 따라 제공하는 경우
 8. 국제협약 등에 따라 외국의 금융감독기구에 금융회사가 가지고 있는 개인신용정보를 제공하는 경우
 9. 제2조제1호의4나목 및 다목의 정보를 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용등급제공업무·기술신용평가업무를 하는 기업신용조회회사 및 신용정보집중기관에 제공하거나 그로부터 제공받는 경우
- 9의2. 통계작성, 연구, 공익적 기록보존 등을 위하여 가명정보를 제공하는 경우. 이 경우 통계작성에는 시장조사 등 상업적 목적의 통계작성을 포함하며, 연구에는 산업적 연구를 포함한다.

신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률

9의3. 제17조의2제1항에 따른 정보집합물의 결합 목적으로 데이터전문기관에 개인신용정보를 제공하는 경우

9의4. 다음 각 목의 요소를 고려하여 당초 수집한 목적과 상충되지 아니하는 목적으로 개인신용정보를 제공하는 경우

가. 양 목적 간의 관련성

나. 신용정보회사등이 신용정보주체로부터 개인신용정보를 수집한 경위

다. 해당 개인신용정보의 제공이 신용정보주체에게 미치는 영향

라. 해당 개인신용정보에 대하여 가명처리를 하는 등 신용정보의 보안대책을 적절히 시행하였는지 여부

10. 이 법 및 다른 법률에 따라 제공하는 경우

11. 제1호부터 제10호까지의 규정에 준하는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우

⑦ 제6항 각 호에 따라 개인신용정보를 타인에게 제공하려는 자 또는 제공받은 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 개인신용정보의 제공 사실 및 이유 등을 사전에 해당 신용정보주체에게 알려야 한다. 다만, 대통령령으로 정하는 불가피한 사유가 있는 경우에는 인터넷 홈페이지 게재 또는 그 밖에 유사한 방법을 통하여 사후에 알리거나 공시할 수 있다.

⑧ 제6항제3호에 따라 개인신용정보를 타인에게 제공하는 신용정보제공·이용자로서 대통령령으로 정하는 자는 제공하는 신용정보의 범위 등 대통령령으로 정하는 사항에 관하여 금융위원회의 승인을 받아야 한다.

⑨ 제8항에 따른 승인을 받아 개인신용정보를 제공받은 자는 해당 개인신용정보를 금융위원회가 정하는 바에 따라 현재 거래 중인 신용정보주체의 개인신용정보와 분리하여 관리하여야 한다.

⑩ 신용정보회사등이 개인신용정보를 제공하는 경우에는 금융위원회가 정하여 고시하는 바에 따라 개인신용정보를 제공받는 자의 신원(身元)과 이용 목적을 확인하여야 한다.

⑪ 개인신용정보를 제공한 신용정보제공·이용자는 제1항에 따라 미리 개별적 동의를 받았는지 여부 등에 대한 다툼이 있는 경우 이를 증명하여야 한다.

제33조(개인신용정보의 이용)

① 개인신용정보는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에만 이용하여야 한다.

1. 해당 신용정보주체가 신청한 금융거래 등 상거래관계의 설정 및 유지 여부 등을 판단하기 위한 목적으로 이용하는 경우

2. 제1호의 목적 외의 다른 목적으로 이용하는 것에 대하여 신용정보주체로부터 동의를 받은 경우

3. 개인이 직접 제공한 개인신용정보(그 개인과의 상거래에서 생긴 신용정보를 포함한다)를 제공받은 목적으로 이용하는 경우(상품과 서비스를 소개하거나 그 구매를 권유할 목적으로 이용하는 경우는 제외한다)

신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률

4. 제32조제6항 각 호의 경우
 5. 그 밖에 제1호부터 제4호까지의 규정에 준하는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우
- ② 신용정보회사등이 개인의 질병, 상해 또는 그 밖에 이와 유사한 정보를 수집·조사하거나 제3자에게 제공하려면 미리 제32조제1항 각 호의 방식으로 해당 개인의 동의를 받아야 하며, 대통령령으로 정하는 목적으로만 그 정보를 이용하여야 한다.

신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 시행령

제28조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의)

- ① 삭제
- ② 신용정보제공·이용자는 법 제32조제1항 각 호 외의 부분 본문에 따라 해당 신용정보주체로부터 동의를 받으려면 다음 각 호의 사항을 미리 알려야 한다. 다만, 동의 방식의 특성상 동의 내용을 전부 표시하거나 알리기 어려운 경우에는 해당 기관의 인터넷 홈페이지 주소나 사업장 전화번호 등 동의 내용을 확인할 수 있는 방법을 안내하고 동의를 받을 수 있다.
 1. 개인신용정보를 제공받는 자
 2. 개인신용정보를 제공받는 자의 이용 목적
 3. 제공하는 개인신용정보의 내용
 4. 개인신용정보를 제공받는 자(개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 및 신용정보집중기관은 제외한다)의 정보 보유 기간 및 이용 기간
 5. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용
- ③ 신용정보제공·이용자는 법 제32조제1항제4호에 따라 유무선 통신을 통하여 동의를 받은 경우에는 1개월 이내에 서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지, 그 밖에 금융위원회가 정하여 고시하는 방법으로 제2항 각 호의 사항을 고지하여야 한다.
- ④ 법 제32조제1항제5호에서 “대통령령으로 정하는 방식”이란 정보 제공 동의의 안전성과 신뢰성이 확보될 수 있는 수단을 활용함으로써 해당 신용정보주체에게 동의 내용을 알리고 동의의 의사표시를 확인하여 동의를 받는 방식을 말한다.
- ⑤ 제4항의 방식으로 해당 신용정보주체로부터 개인신용정보의 제공에 관한 동의를 받는 경우 신용정보제공·이용자와 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관으로부터 개인신용정보를 제공받으려는 자는 다음 각 호의 사항 등을 고려하여 정보 제공 동의의 안전성과 신뢰성이 확보될 수 있는 수단을 채택하여 활용해야 한다.
 1. 금융거래 등 상거래관계의 유형·특성·위험도
 2. 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 자의 업무 또는 업종의 특성

신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 시행령

- 가. 신용정보제공·이용자
- 나. 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사로부터 개인신용정보를 제공받으려는 자
- 다. 신용정보집중기관으로부터 개인신용정보를 제공받으려는 자
- 3. 정보 제공 동의를 받아야 하는 신용정보주체의 수
- ⑥ 법 제32조제2항에 따라 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관으로부터 개인신용정보를 제공받으려는 자는 다음 각 호의 사항을 해당 개인에게 알리고 동의를 받아야 한다. 다만, 동의방식의 특성상 동의 내용을 전부 표시하거나 알리기 어려운 경우에는 해당 기관의 인터넷 홈페이지 주소나 사업장 전화번호 등 동의 내용을 확인할 수 있는 방법을 안내하고 동의를 받을 수 있다.
 - 1. 개인신용정보를 제공하는 자
 - 2. 개인신용정보를 제공받는 자의 이용 목적
 - 3. 제공받는 개인신용정보의 항목
 - 4. 개인신용정보를 제공받는 것에 대한 동의의 효력기간
 - 5. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용
- ⑦ 법 제32조제3항에 따라 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관은 개인신용정보를 제공받으려는 자가 해당 신용정보주체로부터 동의를 받았는지를 서면, 전자적 기록 등으로 확인하고, 확인한 사항의 진위 여부를 주기적으로 점검해야 한다.
- ⑧ 법 제32조제4항 전단에 따라 신용정보제공·이용자가 필수적 동의사항과 그 밖의 선택적 동의사항을 구분하는 경우에는 다음 각 호의 사항 등을 고려해야 한다.
 - 1. 신용정보주체가 그 동의사항에 대하여 동의하지 아니하면 그 신용정보주체와의 금융거래 등 상거래관계를 설정·유지할 수 없는지 여부
 - 2. 해당 신용정보주체가 그 동의사항에 대하여 동의함으로써 제공·활용되는 개인신용정보가 신용정보제공·이용자와의 상거래관계에 따라 신용정보주체에게 제공되는 재화 또는 서비스(신용정보주체가 그 신용정보제공·이용자에게 신청한 상거래관계에서 제공하기로 한 재화 또는 서비스를 그 신용정보제공·이용자와 별도의 계약 또는 약정 등을 체결한 제3자가 신용정보주체에게 제공하는 경우를 포함한다)와 직접적으로 관련되어 있는지 여부
 - 3. 신용정보주체가 그 동의사항에 대하여 동의하지 아니하면 법 또는 다른 법령에 따른 의무를 이행할 수 없는지 여부
- ⑨ 신용정보제공·이용자가 법 제32조제4항 전단에 따라 필수적 동의 사항과 그 밖의 선택적 동의사항을 구분하여 동의를 받는 경우 동의서 양식을 구분하는 등의 방법으로 신용정보주체가 각 동의사항을

신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 시행령

쉽게 이해할 수 있도록 해야 한다.

- ⑩ 법 제32조제6항제4호에서 “채권추심(추심채권을 추심하는 경우만 해당한다), 인가·허가의 목적, 기업의 신용도 판단, 유가증권의 양수 등 대통령령으로 정하는 목적”이란 다음 각 호의 목적을 말한다.

1. 채권추심을 의뢰한 채권자가 채권추심의 대상이 되는 자의 개인신용정보를 채권추심회사에 제공하거나 채권추심회사로부터 제공받기 위한 목적
 2. 채권자 또는 채권추심회사가 변제기일까지 채무를 변제하지 않은 자 또는 채권추심의 대상이 되는 자에 대한 개인신용정보를 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사 및 기업신용조회회사로부터 제공받기 위한 목적
 3. 행정기관이 인가·허가 업무에 사용하기 위하여 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사 및 기업신용조회회사로부터 개인신용정보를 제공받기 위한 목적
 4. 해당 기업과의 금융거래 등 상거래관계의 설정 및 유지 여부 등을 판단하기 위하여 그 기업의 대표자 및 제2조제9항 각 호의 어느 하나에 해당하는 자의 개인신용정보를 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 및 신용정보집중기관으로부터 제공받기 위한 목적
 5. 제21조제2항에 따른 금융기관이 상거래관계의 설정 및 유지 여부 등을 판단하기 위하여 또는 어음·수표 소지인이 어음·수표의 발행인, 인수인, 배서인 및 보증인의 변제 의사 및 변제자력을 확인하기 위하여 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 및 신용정보집중기관으로부터 어음·수표의 발행인, 인수인, 배서인 및 보증인의 개인신용정보를 제공받기 위한 목적
 6. 「민법」 제450조에 따라 지명채권을 양수한 신용정보제공·이용자가 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 경우에 그 지명채권의 채무자의 개인신용정보를 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관에 제공하거나 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관으로부터 제공받기 위한 목적
- 가. 지명채권의 양도인이 그 지명채권의 원인이 되는 상거래관계가 설정될 당시 법 제32조제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 방식으로 채무자의 개인신용정보를 제공하거나 제공받는 것에 대하여 해당 채무자로부터 동의를 받은 경우
- 나. 법 또는 다른 법령에 따라 그 지명채권의 채무자의 개인신용정보를 제공하거나 제공받을 수 있는 경우

7. 삭제

- ⑪ 법 제32조제6항제11호에서 “대통령령으로 정하는 경우”란 다음 각 호의 경우를 말한다.

1. 장외파생상품 거래의 매매에 따른 위험 관리 및 투자자보호를 위해 장외파생상품 거래와 관련된 정보를 금융위원회, 금융감독원 및 한국은행에 제공하는 경우
2. 「상법」 제719조에 따른 책임보험계약의 제3자에 대한 정보를 보험사기 조사·방지를 위해 신용정보집중기관에 제공하거나 그로부터 제공받는 경우

신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 시행령

3. 「상법」 제726조의2에 따른 자동차보험계약의 제3자의 정보를 보험사기 조사·방지를 위해 신용정보집중기관에 제공하거나 그로부터 제공받는 경우
- ⑫ 신용정보회사등이 법 제32조제7항 본문에 따라 신용정보주체에게 개인신용정보의 제공 사실 및 이유 등을 사전에 알리는 경우와 같은 항 단서에 따라 불가피한 사유로 인하여 사후에 알리거나 공시하는 경우에 그 제공의 이유 및 그 알리거나 공시하는 자별로 알리거나 공시하는 시기 및 방법은 별표 2의2와 같다.
- ⑬ 법 제32조제8항에서 “대통령령으로 정하는 자”란 제2조제6항제7호가목부터 허목까지의 자를 말한다.
- ⑭ 법 제32조제8항에서 “제공하는 신용정보의 범위 등 대통령령으로 정하는 사항”이란 제공하는 개인신용정보의 범위, 제공받는 자의 신용정보 관리·보호 체계를 말한다.

제28조의2(개인신용정보의 이용)

법 제33조제2항에서 “대통령령으로 정하는 목적”이란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 업무를 수행하기 위해 필요한 경우 해당 각 호의 자가 개인의 질병, 상해 또는 그 밖에 이와 유사한 정보를 그 업무와 관련하여 이용하기 위한 목적을 말한다.

1. 「보험업법」 제2조제6호에 따른 보험회사가 수행하는 같은 조 제2호에 따른 보험업 또는 같은 법 제11조의2에 따른 부수업무로서 개인의 건강 유지·증진 또는 질병의 사전예방 및 악화 방지 등의 목적으로 수행하는 업무
2. 「여신전문금융업법」 제2조제2호의2에 따른 신용카드업자가 수행하는 같은 법 제46조제1항제7호에 따른 부수업무로서 신용카드회원으로부터 수수료를 받고 신용카드회원에게 사망 또는 질병 등 특정 사고 발생 시 신용카드회원의 채무(같은 법 제2조제2호나목과 관련된 채무에 한정한다)를 면제하거나 그 채무의 상환을 유예하는 업무
3. 「우체국예금·보험에 관한 법률」에 따라 체신관서가 수행하는 보험업무
4. 공제조합등이 수행하는 공제사업
5. 본인신용정보관리회사가 수행하는 본인신용정보관리업으로서 개인인 신용정보주체에게 본인의 질병에 관한 정보를 통합하여 제공하기 위한 업무
6. 법 제25조의2에 따라 종합신용정보집중기관이 수행하는 업무
7. 제1호부터 제6호까지에서 규정한 업무 외에 금융기관이 금융소비자에게 경제적 혜택을 제공하거나 금융소비자의 피해를 방지하기 위해 수행하는 업무로서 총리령으로 정하는 업무

의료법

제3조(의료기관)

- ① 이 법에서 “의료기관”이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 “의료

의료법

업"이라 한다)을 하는 곳을 말한다.

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

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

가. 의원

나. 치과의원

다. 한의원

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

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

가. 병원

나. 치과병원

다. 한방병원

라. 요양병원(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)

마. 정신병원

바. 종합병원

③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

④ ~ ⑧ 삭제

제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)

① 의사·치과의사 또는 한의사가 되려는 자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자격을 가진 자로서 제9조에 따른 의사·치과의사 또는 한의사 국가시험에 합격한 후 보건복지부장관의 면허를 받아야 한다.

1. 「고등교육법」 제11조의2에 따른 인정기관(이하 "평가인증기구"라 한다)의 인증(이하 "평가인증기구의 인증"이라 한다)을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학을 졸업하고 의학사·치의학사 또는 한의학사 학위를 받은 자

2. 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 전문대학원을 졸업하고 석사학위 또는 박사학위를 받은 자

3. 외국의 제1호나 제2호에 해당하는 학교(보건복지부장관이 정하여 고시하는 인정기준에 해당하는 학교를 말한다)를 졸업하고 외국의 의사·치과의사 또는 한의사 면허를 받은 자로서 제9조에 따른

의료법

예비시험에 합격한 자

- ② 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원을 6개월 이내에 졸업하고 해당 학위를 받을 것으로 예정된 자는 제1항제1호 및 제2호의 자격을 가진 자로 본다. 다만, 그 졸업예정시기에 졸업하고 해당 학위를 받아야 면허를 받을 수 있다.
- ③ 제1항에도 불구하고 입학 당시 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원에 입학한 사람으로서 그 대학 또는 전문대학원을 졸업하고 해당 학위를 받은 사람은 같은 항 제1호 및 제2호의 자격을 가진 사람으로 본다.

제77조(전문의)

- ① 의사·치과의사 또는 한의사로서 전문의가 되려는 자는 대통령령으로 정하는 수련을 거쳐 보건복지부장관에게 자격 인정을 받아야 한다.
- ② 제1항에 따라 전문의 자격을 인정받은 자가 아니면 전문과목을 표시하지 못한다. 다만, 보건복지부장관은 의료체계를 효율적으로 운영하기 위하여 전문의 자격을 인정받은 치과의사와 한의사에 대하여 종합병원·치과병원·한방병원 중 보건복지부령으로 정하는 의료기관에 한하여 전문과목을 표시하도록 할 수 있다.
- ③ 삭제
- ④ 전문의 자격 인정과 전문과목에 관한 사항은 대통령령으로 정한다.

장애인복지법

제32조(장애인 등록)

- ① 장애인, 그 법정대리인 또는 대통령령으로 정하는 보호자(이하 "법정대리인등"이라 한다)는 장애 상태와 그 밖에 보건복지부령이 정하는 사항을 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수 또는 구청장(자치구의 구청장을 말한다. 이하 같다)에게 등록하여야 하며, 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 등록을 신청한 장애인이 제2조에 따른 기준에 맞으면 장애인등록증(이하 "등록증"이라 한다)을 내주어야 한다.

(이하 생략)

전자서명법

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

- 1. (생략)

전자서명법

2. “전자서명”이란 다음 각 목의 사항을 나타내는 데 이용하기 위하여 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.

가. 서명자의 신원

나. 서명자가 해당 전자문서에 서명하였다는 사실

(이하 생략)

호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 (약칭 : 연명의료결정법)

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. ~ 2. (생략)

3. “말기환자(末期患者)”란 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 보건복지부령으로 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당 분야의 전문의 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.

4. “연명의료”란 임종과정에 있는 환자에게 하는 심폐소생술, 혈액 투석, 항암제 투여, 인공호흡기 착용의 의학적 시술로서 치료효과 없이 임종과정의 기간만을 연장하는 것을 말한다.

5. “연명의료중단등결정”이란 임종과정에 있는 환자에 대한 연명의료를 시행하지 아니하거나 중단하기로 하는 결정을 말한다.

(이하 생략)

제19조(연명의료중단등결정의 이행 등)

① 담당의사는 제15조 각 호의 어느 하나에 해당하는 환자에 대하여 즉시 연명의료중단등결정을 이행하여야 한다.

② 연명의료중단등결정 이행 시 통증 완화를 위한 의료행위와 영양분 공급, 물 공급, 산소의 단순 공급은 시행하지 아니하거나 중단되어서는 아니 된다.

③ 담당의사가 연명의료중단등결정의 이행을 거부할 때에는 해당 의료기관의 장은 윤리위원회의 심의를 거쳐 담당의사를 교체하여야 한다. 이 경우 의료기관의 장은 연명의료중단등결정의 이행 거부로 이유로 담당의사에게 해고나 그 밖에 불리한 처우를 하여서는 아니 된다.

④ 담당의사는 연명의료중단등결정을 이행하는 경우 그 과정 및 결과를 기록(전자문서로 된 기록을 포함한다)하여야 한다.

⑤ 의료기관의 장은 제1항에 따라 연명의료중단등결정을 이행하는 경우 그 결과를 지체 없이 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 관리기관의 장에게 통보하여야 한다.