

무배당 교보단체보장보험

약관

무배당 교보단체보장보험 약관

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조(보험계약의 성립)

- ① 보험계약은 보험계약자의 청약(請約)과 보험회사의 승낙(承諾)으로 이루어 집니다. (이하 보험계약은 "계약", 보험계약자는 "계약자", 보험회사는 "회사" 라 합니다)
- ② 회사는 피보험자(보험대상자)가 계약에 적합하지 아니한 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 부과하여 인수할 수 있습니다.
- ③ 회사는 계약의 청약을 받고, 제1회보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 아니하는 계약(이하 "무진단 계약"이라 합니다)은 청약일, 건강진단을 받는 계약(이하 "진단계약"이라 합니다)은 진단일(재진단의 경우에는 최종진단일)로부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권(보험가입증서)을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
- ④ 회사가 제1회보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 이 계약의 예정이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 단, 회사는 계약자가 제1회보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

제2조(청약의 철회)

- ① 계약자는 청약을 한 날 또는 제1회 보험료를 납입한 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회(撤回)할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 의한 계약자의 청약철회 신청을 접수한 경우에는 지체없이 이미 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약

대출이율(이하 "보험계약대출이율"이라 합니다)을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 단, 계약자가 제1회보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에는 회사는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 아니합니다.

제3조(약관교부 및 설명의무 등)

- ① 회사는 계약을 체결할 때 계약자에게 약관 및 계약자 보관용 청약서를 드리고 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다. 다만, 전자거래기본법 제2조 제6호에 의해 컴퓨터를 이용하여 보험거래를 할 수 있도록 설정된 가상의 영업장(사이버몰)을 이용하여 계약을 체결하고 전자거래 기본법에서 규정하는 절차에 따라 약관 및 계약자 보관용 청약서를 전자문서로 송신하고 계약자 또는 그 대리인이 당해 문서를 수신하였을 때에는 약관 및 계약자 보관용 청약서를 드린 것으로 보며, 약관의 중요내용에 대하여 계약자가 사이버몰에서 확인한 때에는 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
- ② 회사가 제1항에 의해 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 계약자에게 전달하지 아니하거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 아니한 때 또는 계약체결시 계약자가 청약서에 자필서명[날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제10호의 규정에 의한 공인인증기관이 인증한 전자서명을 포함합니다]을 하지 아니한 때에는 계약자는 청약일로부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.
- ③ 제2항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드리며 보험료를 받은 기간에 대하여 이 보험의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제4조(계약의 무효)

다음중 한 가지에 해당되는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약체

결시까지 피보험자(보험대상자)의 서면에 의한 동의를 얻지 아니한 경우

단, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자(보험대상자)로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용 하지 아니합니다

2. 만15세미만자, 심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)를 피보험자(보험대상자)로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우

제5조 (계약내용의 변경)

- ① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 기재(背書) 하여 드립니다.
 1. 보험종목
 2. 보험기간
 3. 보험료의 납입주기, 수금방법 및 납입기간
 4. 보험가입금액
 5. 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)
 6. 기타 계약의 내용
- ② 회사는 계약자가 제1회 보험료를 납입한 때부터 1년이상 지난 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 때에는 회사의 사업방법서에 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.
- ③ 회사는 계약자가 제1항 제4호의 규정에 의하여 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제20조(해약환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 계약자가 제1항 제5호에 의하여 보험수익자(보험금을 받는 자)를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자(보험대상자)의 서면에 의한 동의가 있어야 합니다.

제6조 (피보험자(보험대상자)의 변경)

- ① 계약자가 보험료를 전액 부담하는 경우(단, 피보험자(보험대상자)가 보험료의 일부를 부담하는 경우에는 피보험자(보험대상자)의 동의를 받아야 합니다) 피보험자(보험대상자)가 이 계약에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하거나 피보험자(보험대상자)가 퇴직 등으로 피보험단체(보험대상단체)에서 탈퇴하는 경우에는 계약자는 새로운 피보험자(보험대상자)의 동의 및 회사의 승낙을 얻은 후 계약자는 피보험자(보험대상자)를 변경할 수 있습니다. 이 경우 보험계약의 성립은 제1조 (보험계약의 성립)을 준용합니다
- ② 회사는 새로운 피보험자(보험대상자)가 계약에 적합하지 아니한 경우 피보험자(보험대상자)의 변경에 대한 승낙을 거절할 수 있습니다.
- ③ 제1항의 경우 변경되는 피보험자(보험대상자)는 피보험자(보험대상자) 변경신청서 (회사양식)를 접수한 때로부터 피보험자(보험대상자)의 자격을 상실하며, 회사는 서류를 접수한 때로부터 새로운 피보험자(보험대상자)에 대하여 보장을 합니다.
- ④ 제3항의 경우 새로운 피보험자(보험대상자)에 대한 보험기간은 이 계약의 남은 기간으로 합니다.
- ⑤ 피보험자(보험대상자)가 재해이외의 원인으로 사망에 의한 피보험자(보험대상자) 변경시에는 사망 당시의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산된 책임준비금(이하 “책임준비금”이라 합니다)을 지급하지 않습니다.
- ⑥ 피보험자(보험대상자) 변경의 신청 및 승낙에 있어서는 제1조 (보험계약의 성립) 제2항 내지 제4항, 제11조 (제1회 보험료 및 회사의 보장개시일) 제2항 내지 제4항, 제23조 (계약전 알릴의무), 제24조 (계약전 알릴의무 위반의 효과)의 규정을 준용합니다.

제7조 (개별계약으로의 전환)

- ① 피보험자(보험대상자)가 퇴직등의 사유로 인하여 피보험단체(보험대상단체)에서 탈퇴하는 경우에는 탈퇴일로부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자(보험대상자)의 신청에

따라 장래 개별계약으로 전환하며, 이 경우 피보험자(보험 대상자)는 개별계약의 계약자가 되고 보험료를 납입중인 때에는 동일한 보험료를 납입합니다. 다만, 단체에서 보험료의 일부를 부담한 경우에는 단체에서 부담한 보험료부분까지도 납입하여야 합니다.

- ② 계약자가 보험료를 전액 부담하는 경우 계약자가 제6조 (피보험자(보험대상자)의 변경)에 따라 피보험자(보험대상자)를 변경할 때에는 제1항을 적용하지 아니합니다.

제8조 (계약자의 임의해지)

계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제20조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 그러나 피보험자(보험대상자)가 보험료의 일부를 부담하는 경우에는 피보험자(보험대상자)의 동의를 받아야 합니다.

제9조 (계약의 소멸)

- ① 이 계약에서 피보험자(보험대상자)가 재해분류표(별표2 참조)에서 정하는 재해(이하 "재해"라 합니다)로 사망하거나 장해분류표(별표3 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다) 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 80%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 계약은 그때부터 효력을 가지지 아니합니다.
- ② 이 계약에서 피보험자(보험대상자)가 재해 이외의 원인으로 사망하였을 경우에는 사망 당시의 책임준비금을 지급하여 드리고 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다. 다만 제 6조 (피보험자(보험대상자)의 변경)에 따라 피보험자(보험대상자)를 변경하는 경우에는 그러하지 아니합니다.

제10조 (보험나이)

- ① 이 약관에서의 피보험자(보험대상자)의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 단, 제4조(계약의 무효)제2호의 경우에는 실제 만나이를 적용합니다.

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

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제11조(제1회보험료 및 회사의 보장개시일)

- ① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회보험료를 받은 때 (자동이체납입 및 신용카드납입의 경우에는 자동이체 신청 및 신용카드 매출승인에 필요한 정보를 제공한 때, 다만 계약자의 귀책사유로 보험료 납입 및 승인이 불가능한 경우에는 그러하지 아니합니다.)부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다. 그러나, 회사가 청약시에 제1회보험료를 받고 청약을 승낙한 경우에는 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.(이하 제 1회보험료를 받은 날을 "보장개시일"이라 하며 보장개시일을 "보험계약일"로 봅니다)
- ② 회사가 청약시에 제1회보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
- ③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음중 한가지의 경우에 해당되는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.
1. 제24조(계약전 알릴의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우
 2. 제23조 (계약전 알릴의무)에 의하여 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 회사에 알린 내용 또는 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
- ④ 청약서에 피보험자(보험대상자)의 직업 또는 직종별로 보험가입금액의 한도액이 명시되어 있음에도 그 한도액을 초과하여 청약을 하고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그 초과청약액에 대하여는 보장

을 하지 아니합니다.

제 12조(제2회 이후 보험료의 납입)

계약자는 제2회 이후의 보험료를 계약체결시 납입하기로 약속한 날(이하 “납입기일”이라 합니다) 까지 납입하여야 하며, 이 경우 회사는 계약자가 보험료를 납입한 경우에는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융회사(우체국 포함)을 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사 발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.

제 13조(보험료의 자동대출납입)

- ① 계약자는 제14조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의한 보험료의 납입최고(독촉)기간이 경과되기 전까지 보험료의 자동대출납입을 서면으로 신청할 수 있으며, 이 경우 제34조(보험계약대출) 제1항에 의한 보험계약대출금으로 보험료가 자동적으로 납입되어 계약이 유효하게 지속됩니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보험계약대출금과 보험계약대출이자를 더한 금액이 해약환급금(당해 보험료가 납입된 것으로 계산한 금액을 말합니다)을 초과하는 때에는 보험료의 자동대출 납입을 더 이상 할 수 없습니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 의한 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 최고한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.
- ④ 보험료의 자동대출납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출납입이 없었던 것으로 하여 제20조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제 14조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

- ① 계약자가 제2회이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 아니하는 때에는 납입기일 다음날부터 납입기일이 속하는

달의 다음달 말일까지를 납입최고(독촉)기간으로 하며, 회사는 제3항에서 정한 바에 따라 최고하고 납입최고(독촉)기간안에 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 계약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

- ② 제1항에 불구하고 회사의 방문수금을 이행하지 않은 경우 또는 납입통지서(지로 등)를 드리지 않을 경우, 자동이체를 신청하지 않은 경우 등 회사의 책임 있는 사유로 인하여 계약자가 보험료를 납입하지 못한 경우에는 납입기일로부터 3개월이 되는 날까지를 납입최고(독촉)기간으로 하여 제1항을 적용합니다. 다만, 회사가 다시 보험료를 수금 또는 자동이체하기로 하거나 납입통지서(지로 등)를 드리기로 한 경우에는 그 수금(자동이체) 또는 재교부일로부터 15일이 되는 날을 새로운 납입기일로 하여 제1항의 납입최고(독촉)기간을 적용합니다.
- ③ 제2회 이후의 보험료가 납입기일까지 납입되지 아니하여 보험료 납입이 연체중인 경우에 회사는 계약자(타인을 위한 보험의 경우 특정된 보험수익자(보험금을 받는 자)포함)에게 납입최고(독촉)기간안에 연체된 보험료를 납입하여야 한다는 내용과 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 계약이 해지됨을 납입최고(독촉)기간이 끝나기 15일 이전까지 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 알려주어야 합니다.
- ④ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 해약환급금을 지급합니다.

제 15조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

- ① 제14조(보험료 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 아니한 경우 계약자는 해지된 날부터 2년이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 회사가 이를 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지

의 연체된 보험료에 이 계약의 예정이율+1% 범위내에서 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다.

- ② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제1조(보험계약의 성립) 제2항 및 제3항, 제11조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시일), 제23조(계약전 알릴의무), 제24조(계약전 알릴의무 위반의 효과) 및 제25조(계약취소권의 행사 제한)을 준용합니다. 단, 부활(효력회복)의 경우 제1회 보험료는 부활(효력회복)시의 보험료를 의미합니다.

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제16조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)에게 다음 사항중 어느 한가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 약정한 보험금 (별표 1 "보험금지급기준표" 참조)을 지급합니다.

1. 보험기간 중 재해로 사망하거나 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 80%이상인 장해상태가 되었을 경우 : 재해사망보험금
2. 2종(만기환급형)의 경우 보험기간이 끝날 때까지 피보험자(보험대상자)가 살아있을 경우 : 만기환급금

제17조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보험료 납입기간 중 피보험자(보험대상자)가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상 80%미만인 장해상태가 되었거나 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제9조(계약의 소멸) 제1항 및 제16조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에는 보험기간 중 피보험자(보험대상자)의

생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.

- ③ 제1항, 제9조(계약의 소멸) 제1항 및 제16조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 재해로 인하여 장해상태가 되고 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ④ 제3항에 의하여 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 재해일부터 2년 이내)중에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태(사망포함)를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ⑤ 제16조 제2호의 살아 있을 경우는 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 80%이상인 장해상태는 제외합니다.
- ⑥ 제16조 제2호의 경우 제6조(피보험자(보험대상자)의 변경)에 따라 납입보험료가 변경된 경우 최종보험료를 기준으로 적용합니다.
- ⑦ 제1항, 제9조(계약의 소멸) 제1항 및 제16조(보험금의 종류 및 지급사유)의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑧ 제1항, 제9조(계약의 소멸) 제1항 및 제16조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.
- ⑨ 제1항, 제9조(계약의 소멸) 제1항 및 제16조(보험금의 종

류 및 지급사유)의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 “한시장애”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당장애 지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 정합니다.

- ⑩ 제1항, 제9조(계약의 소멸) 제1항 및 제16조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 더하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑪ 제10항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑫ 이 계약에 있어서 질병의 경우 청약일로부터 과거 5년이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우는 제외하며, 재해는 보험기간중 발생한 재해만을 보장합니다.
- ⑬ 제12항에도 불구하고 청약일 이전에 진단된 질병이라고 하더라도 청약일 이후 5년 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 제1항 및 제16조(보험금의 종류 및 지급사유)에 따라 보장하여 드립니다.
- ⑭ 제13항의 “청약일 이후 5년 동안”이라 함은 제14조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑮ 제15조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 발생한 경우 부활일을 청약일로 하여 제12항 내지 제14항을 적용합니다.

제 18조 (보험금을 지급하지 아니하는 보험사고)

- ① 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지

급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 아니하거나 보험료의 납입을 면제하지 아니함과 동시에 이 계약을 해지할 수 있습니다.

1. 피보험자(보험대상자)가 고의로 자신을 해친 경우
그러나 피보험자(보험대상자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
 2. 보험수익자(보험금을 받는 자)가 고의로 피보험자(보험대상자)를 해친 경우
그러나 그 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 잔액을 다른 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자(보험대상자)를 해친 경우
- ② 제1항 각호의 사유로 인하여 회사가 이 계약을 해지하거나 계약이 더이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.
 2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
 3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드리지 아니합니다.

제19조 (전쟁, 기타 변란시의 보험금)

회사는 피보험자(보험대상자)가 전쟁, 기타 변란으로 인하여 인하여 제16조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호의 사유가 발생한 경우 그 수가 보험료 산출기초에 중대한 영향을 미칠 우려가 있다고 인정될 때에는 금융위원회의 인가를 얻어 보험금을 감액하여 지급하거나 또는 보험료의 납입을 면제하지 아니합니다.

제20조(해약환급금)

- ① 이 약관에 의해 계약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

- ② 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제21조(배당금의 지급)

이 계약은 무배당보험으로 계약자 배당금이 없습니다.

제22조(소멸시효)

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

제4관 보험계약시 계약자의 계약전 알릴의무 등

제23조 (계약전 알릴의무)

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

제24조(계약전 알릴의무 위반의 효과)

- ① 회사는 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 제23조 (계약전 알릴의무) 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 가지의 경우에 해당되는 때에는 그러하지 아니합니다.
1. 회사가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못하였을 때
 2. 회사가 그 사실을 안 날로부터 1개월이상 지났거나 또는 보장개시일로부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년) 이상 지

났을때

3. 회사가 이 계약의 청약시 피보험자(보험대상자)의 건강 상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 의하여 승낙통지를 한 때(계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 회사에 제출한 기초자료의 내용중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 제외)
4. 보험을 모집한자(이하 보험설계사 등이라 합니다)가 계약자 또는 피보험자(보험대상자)의 계약전 알릴의무사항을 임의로 기재한 경우
- ② 제1항의 중요한 사항이라 함은 회사가 그 사실을 알았다면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 인수하는 등 계약 인수에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
- ③ 회사는 제1항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약전 알릴의무 위반사실 뿐만 아니라 계약전 알릴의무사항이 중요한 사항에 해당되는 해당되는 사유 및 계약의 처리결과를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면으로 알려 드립니다.
- ④ 제1항에 의하여 계약을 해지하였을 때에는 해약환급금 과 이미 납입한 보험료중 많은 금액을 지급하여 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
- ⑤ 제23조(계약전 알릴의무)의 계약전 알릴의무를 위반한 사실이 보험금지급 사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당보험금을 지급하여 드립니다.

제25조 (계약취소권의 행사 제한)

회사는 보장개시일로부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이상 지났을 때에는 민법 제110조(사기에 의한 의사표시)에 의한 취소권

을 행사하지 아니합니다. 그러나 계약자 또는 피보험자(보험 대상자)가 대리진단, 약물복용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 에이즈의 진단확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기 의사에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 보장개시일로부터 5년 이내(사기사실을 안 날로부터는 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제5관 보험금 지급 등의 절차

제26조 (주소변경 통지)

- ① 계약자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ② 제1항에서 정한대로 계약자가 알리지 않은 경우에는 계약자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 시일이 지난 때에는 계약자에게 도달된 것으로 봅니다.

제27조 (보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정)

이 계약에서 계약자가 보험수익자(보험금을 받는 자)를 지정하지 아니한 때에는, 보험수익자(보험금을 받는 자)를 제16조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호의 경우는 계약자로 하고 동조 제1호의 경우는 피보험자(보험대상자)로 하며, 피보험자(보험대상자)의 사망시는 피보험자(보험대상자)의 상속인으로 합니다.

제28조 (대표자의 지정)

- ① 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)가 2인 이상인 경우에는 각 대표자 1인을 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)를 대리하는 것으로 합니다.
- ② 지정된 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 소재가 확실하지 아니한 경우에는 이 계약에 관하여 회사가

계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자) 1인에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)에 대하여도 효력이 미칩니다.

- ③ 계약자가 2인 이상인 경우에는 그 책임을 연대(連帶)로 합니다.

제29조 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자(보험대상자)나 보험수익자(보험금을 받는 자)는 제16조(보험금의 종류 및 지급사유)에 정한 보험금 지급사유 또는 제17조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 정한 보험료 납입면제 사유가 발생하였을 때에는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제30조 (보험금 등 청구시 구비서류)

- ① 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 책임준비금, 해약환급금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서 등)
 3. 신분증 (주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
 4. 피보험자(보험대상자)가 아닌 계약자가 청구하는 경우에는 피보험자(보험대상자) 또는 그 상속인의 동의서 [피보험자(보험대상자)가 보험료의 일부를 부담하는 경우에 한함]
 5. 기타 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금 등의 수령 또는 계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류(사망보험금 지급시 피보험자(보험대상자)의 법정상속인이 아닌자가 청구하는 경우 법정상속인의 확인서 등)
- ② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발

급한 것이어야 합니다.

제31조 (보험금 등의 지급)

- ① 회사는 제30조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 보험금, 책임준비금 또는 해약환급금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 또는 보험료 납입면제의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 회사는 제16조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호에 해당하는 보험금의 지급시기가 되면 지급일 7일 이전에 그 사유와 회사가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 알려드리며, 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표 4 (보험금 지급시의 적립이율 계산)과 같습니다.
- ③ 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)는 제24조(계약전 알릴의무 위반의 효과) 및 제1항의 보험금지급사유 조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 아니합니다.
- ④ 회사가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유 및 지급예정일에 대하여 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 서면으로 통지하여 드리며, 장해지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 보험금 지급이 지연되는 경우에는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금을 우선적으로 가지급할 수 있습니다.

- ⑤ 회사가 제1항의 지급사유 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 피보험자(보험대상자)의 동의를 얻어 제3의 의사를 정하고 그 제3의 의사의 의견에 따를 수 있습니다. 이 약관에서 “ 제3의 의사” 는 의료법에서 정하는 종합병원에 소속된 의사중에서 정하며, 이 항의 규정에 의한 의료비용은 회사가 부담합니다.

제32조 (보험금 받는 방법의 변경)

- ① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자(보험금을 받는 자))는 회사의 사업방법서에 정한 바에 따라 제16조 (보험금의 종류 및 지급사유)의 제1호에 의한 사망보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급하거나 일시에 지급하는 방법으로 변경할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 의하여 일시에 지급하는 금액을 나누어 지급하는 경우에는 그 미지급금액에 대하여 이 계약의 예정이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급하며, 나누어 지급하는 금액을 일시에 지급하는 금액으로 지급하는 경우에는 이 계약의 예정이율로 할인한 금액을 지급합니다.

제33조(계약내용의 교환)

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

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

제34조 (보험계약대출)

- ① 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 "보험계약대출"이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있으며, 피보험자(보험대상자)가 보험료의 일부를 부담하는 경우에는 피보험자(보험대상자)의 동의를 받아야 합니다.
- ② 계약자는 제1항에 의한 보험계약대출금과 보험계약대출이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 아니한 때에는 보험금 또는 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출원리금을 차감할 수 있습니다.
- ③ 회사는 제16조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출원리금을 차감할 수 있습니다.

제35조 (계약자의 권리행사)

피보험자(보험대상자)가 보험료의 일부를 부담하는 계약은 피보험자(보험대상자)가 제5조(계약내용의 변경) 제3항, 제8조(계약자의 임의해지), 제14조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지) 제1항, 제18조(보험금을 지급하지 아니하는 보험사고) 제2항, 제27조(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정), 제30조(보험금 등 청구시 구비서류), 제34조(보험계약대출)의 권리를 행사할 수 있습니다.

제6관 분쟁조정 등

제36조(분쟁의 조정)

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

제37조(관할법원)

이 계약에 관한 소송은 계약자의 주소지를 관할하는 법원에

로 합니다. 다만, 회사와 계약자가 합의하여 관할법원을 달리 정할 수 있습니다.

제38조(약관의 해석)

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

제39조(회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력)

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

제40조(회사의 손해배상보장)

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

제41조(준거법)

이 약관에서 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

제42조(예금보험에 의한 지급보장)

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

(별 표 1)

보험금지급기준표

(보험가입금액 1,000만원 기준)

급부명칭	지 급 사 유	지 급 내 용
재해사망 보험금 (약관제16조 제1호)	보험기간중 피보험자(보험대 상자)가 재해로 인하여 사망 하거나 장애분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장애 지급률을 더하여 80%이상인 장애상태가 되었을 경우	5,000 만원
만기환급금 (약관제16조 제2호)	2종(만기환급형)의 경우 보험기간 이 끝날 때까지 피 보험자(보험대상자)가 살아있 을 경우	○ (1형) 50%환급형 : 이미 납입한 주계약보험료의 50%
		○ (2형) 70%환급형 : 이미 납입한 주계약보험료의70%
		○ (3형) 90%환급형 : 이미 납입한 주계약보험료의90%
		○ (4형) 100%환급형 : 이미 납입한 주계약보험료의 100%

※ 보험료 납입기간중 피보험자(보험대상자)가 장애분류표 중 동일한 재해
로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상 80%미만인 장애상
태가 되었거나 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장
해지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 경우에는 차회 이후
의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

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

2. 보험금을 지급하지 아니하는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
 - 과로 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
 - 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
 - 식량결핍(X53)
 - 수분결핍(X54)
 - 상세불명의 결핍(X57)
 - 고의적 자해(X60~X84)
 - "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)
- ③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 후에 합병증을 일으키게 한 외과적 및 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장)
- ④ "자연의 힘에 노출(X30~X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
- ⑤ "불의의 물에 빠짐(W65~W74), 기타 불의의 호흡 위험(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장애 및 삼킴장애
- ⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U49, U80~U89)에 해당하는 질병

주 () 안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008.1.1시행)상의 분류번호이며, 제6차 개정 이후 상기 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각호의 분류번호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함하는 것으로 합니다.

(별표 3)

장애분류표 총칙

1. 장애의 정의

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

2. 신체부위

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

3. 기타

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

장애분류별 판정기준

1. 눈의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 두 눈이 멀었을 때	100
2) 한 눈이 멀었을 때	50
3) 한 눈의 교정시력이 0.02 이하로 된 때	35
4) 한 눈의 교정시력이 0.06 이하로 된 때	25
5) 한 눈의 교정시력이 0.10 이하로 된 때	15
6) 한 눈의 교정시력이 0.20 이하로 된 때	5
7) 한 눈의 안구에 뚜렷한 운동장애나 뚜렷한 조절기능 장애를 남긴 때	10
8) 한 눈의 시야가 좁아지거나 반맹증, 시야협착, 암점을 남긴 때	5
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때	5

나. 장애판정기준

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

경우를 말한다.

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

2. 귀의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

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

- 4) “약간의 장애를 남긴 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB 이상인 경우에 해당되어, 50cm 이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- 5) 순음청력검사를 실시하기 곤란하거나 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 “언어청력검사, 임피던스 청력검사, 뇌간유발반응청력검사(ABR), 자기청력계기검사, 이음향방사검사” 등을 추가 실시 후 장애를 평가한다.

다. 컷바퀴의 결손

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

3. 코의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 코의 기능을 완전히 잃었을 때	15

나. 장애판정기준

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

4. 씹어먹거나 말하는 장애

가. 장애의 분류

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

장애의 분류	지급률
남긴 때 4) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
5) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 약간의 장애를 남긴 때	10
6) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
7) 치아에 14개 이상의 결손이 생긴 때	20
8) 치아에 7개 이상의 결손이 생긴 때	10
9) 치아에 5개 이상의 결손이 생긴 때	5

나. 장애의 평가기준

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

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

5. 외모의 추상(추한 모습)장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

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

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)

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

라. 약간의 추상(추한 모습)

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

마. 손바닥 크기

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

6. 척추(등뼈)의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) 척추(등뼈)는 경추(목뼈) 이하를 모두 동일 부위로 한다.
- 2) 척추(등뼈)의 장애는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악

화시킨 부분만큼, 즉 본 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.

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

7. 체간골의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

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

8. 팔의 장애

가. 장애의 분류

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

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

나. 장애판정기준

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

라) “약간의 장애”라 함은

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

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

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

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

다. 지급률의 결정

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

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

9. 다리의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

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

- ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
- 7) "가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때"라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
 - 8) "가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때"라 함은 경골과 종아리뼈 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
 - 9) "뼈에 기형을 남긴 때"라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.
 - 10) 다리의 단축은 상전장골극에서부터 경골내측과 하단까지의 길이를 측정하여 정상측 다리의 길이와 비교하여 단축된 길이를 산출한다. 다리 길이의 측정에 이용하는 골표적(bony landmark)이 명확하지 않은 경우나 다리의 단축장애 판단이 애매한 경우에는 scanogram을 통하여 다리의 단축정도를 측정한다.

다. 지급률의 결정

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

10. 손가락의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

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

11. 발가락의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

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

12. 흉·복부 장기 및 비뇨생식기의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애의 판정기준

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

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

13. 신경계·정신행동 장애

가. 장애의 분류

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

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

나. 장애판정기준

1) 신경계

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

2) 정신행동

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

㉡ 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌 전산화촬영, 뇌파 등을 기초로 한다.

㉢ 객관적 근거로 인정할 수 없는 경우

- 보호자나 환자의 진술
- 감정의의 추정 혹은 인정
- 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들 (뇌SPECT 등)
- 정신과 혹은 신경정신과 전문의가 시행하고 보고서를 작성하는 심리학적 평가보고서

⑥ 각종 기질성 정신장애와 외상 후 간질에 한하여 보상한다.

⑦ 외상 후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증, 편집증, 조울증(정서장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.

⑧ 정신 및 행동장애의 경우 개호인은 생명유지를 위한 동작 및 행동이 불가능하거나 지속적인 감금을 요하는 상태에 한하여 인정한다. 개호의 내용에서는 생명유지를 위한 개호와 행동감시를 위한 개호를 구별하여야 한다.

3) 치매

① “ 치매 ” 라 함은

- 뇌 속에 후천적으로 생긴 기질적인 병으로 인한 변화 또는 뇌 속에 손상을 입은 경우
- 정상적으로 성숙한 뇌가 상기에 의한 기질성 장애에 의해서 파괴되었기 때문에 한번 획득한 지능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 경우

② 치매의 장애평가는 전문의에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따른다.

4) 간질

① “ 간질 ” 이라 함은 돌발적 뇌파이상을 나타내는 뇌질환에 의거하여 발작(경련, 의식장애 등)을 반복하는 것을 말한다.

② “ 심한 간질 발작 ” 이라 함은 월 8회 이상의 중증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작시 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장애 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.

③ “ 뚜렷한 간질 발작 ” 이라 함은 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

④ “ 약간의 간질 발작 ” 이라 함은 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

- ⑤ “ 중증발작” 이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로서, 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장해가 3분 이상 지속되는 발작을 말한다.
- ⑥ “ 경증발작” 이라 함은 운동장해가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

< 붙임 >

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표

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

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

(별 표 4)

보험금지급시의 적립이율 계산(제31조 제2항 관련)

구 분		적 립 기 간	지 급 이 자
재해사망보험금 (제16조 제1호)		지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간	보험계약대출이율
만기 환급금 (제16조2 호)	회사가 보험금의 지급시기 7일 이전 에 지급할 사유와 금액을 알리지 아니 한 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날 부터 보험금 청구일 까지의 기간	예정이율
	회사가 보험금의 지급시기 7일 이전 에 지급 할 사유와 금액을 알린 경우	보험금지급사유가 발 생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	• 1년이내 : 예정이율의 50% • 1년초과기간 : 1%
	보험금청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간		예정이율+1%
	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일 까지의 기간		보험계약대출이율
해약 환급금 (제20조1 항)	해약환급금 지급사유가 발생한 날의 다음날 부터 해약환급금 청구일까지의 기간		• 1년이내 : 예정이율의 50% • 1년초과기간 : 1%
	해약환급금 청구일의 다음날부터 지급기일 까지의 기간		예정이율+1%
	지급기일의 다음 날부터 해약환급금 지급일 까지의 기간		보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자는 연 단위 복리로 계산하며, 소멸시효(제22조)가 완성된
이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당
기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.

**무배당 교보단체보장보험
재해장해보장특약 약관**

무배당 교보단체보장보험 재해장해보장특약 약관

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조(특약의 체결 및 소멸)

- ① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다. (이하 주된 보험계약은 "주계약", 보험계약자는 "계약자", 보험회사는 "회사" 라 합니다)
- ② 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 특약의 피보험자(보험대상자)가 재해분류표(별표2 참조)에서 정하는 재해(이하 "재해"라 합니다)로 사망하거나 장해분류표(별표3 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다) 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 80%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.
- ③ 이 특약에서 피보험자(보험대상자)가 재해 이외의 원인으로 사망하였을 경우에는 사망 당시의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산된 책임준비금(이하 "책임준비금" 이라 합니다)을 지급하여 드리고 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조(특약내용의 변경)

- ① 계약자는 특약의 보험기간중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제10조 (해약환급금) 제1항에 따라 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간중 보험금 지급사유가 발생한

후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제3조(계약자의 임의해지)

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제10조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제4조(특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일합니다.

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시일)

- ① 이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ② 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약과 동일합니다.

제6조(보험료의 납입연체시 특약의 해지)

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
- ② 주계약의 보험료를 납입하고 특약의 보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약에 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ③ 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 해약환급금을 지급합니다.

제7조(보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주

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

- ② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제5조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시일) 제2항의 규정을 따릅니다.

제3관 보험금 등의 지급(회사의 주된 의무)

제8조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 이 특약이 정하는 바에 따라 피보험자(보험대상자)에게 다음 사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 약정한 보험금 (별표1 “ 보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다.

- 1. 보험기간 중 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 80%이상인 장해상태가 되었을 경우 : 재해장해연금
- 2. 보험기간 중 발생한 재해로 장해분류표에서 정한 각 장해지급률 중 3%이상 80%미만에 해당하는 장해상태가 되었을 경우 : 재해장해급여금

제9조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 또는 보험료 납입기간 중 피보험자(보험대상자)가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상 80%미만인 장해상태가 되었거나 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제1항, 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항 및 제 8조(보험

금의 종류 및 지급사유)의 경우 재해로 인하여 장애상태가 되고 장애지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

- ③ 제2항에 의하여 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 재해일부터 2년 이내) 중에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태(사망포함)를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.
- ④ 제1항, 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항 및 제8조(보험금의 종류 및 지급사유)의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑤ 제1항, 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항 및 제8조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용합니다.
- ⑥ 제1항, 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항 및 제8조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 “한시장애”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당장애 지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 정합니다.
- ⑦ 제1항, 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항 및 제8조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 더하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑧ 제7항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그

중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

- ⑨ 제8조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 다른 재해로 인하여 장해가 2회이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 장해가 이미 장해급여금 또는 장해연금을 지급 받은 동일부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 장해급여금 또는 장해연금에서 이미 지급 받은 장해급여금 또는 장해연금을 뺀 금액을 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑩ 제8조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 그 재해전에 이미 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 장해가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제9항에 규정하는 장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 장해에 대한 장해급여금 또는 장해연금이 지급된 것으로 보고 최종 장해상태에 해당하는 장해급여금 또는 장해연금에서 이미 지급 받은 것으로 간주한 장해급여금 또는 장해연금을 빼고 지급합니다.
 - 1. 이 계약의 보장개시전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 장해로 장해급여금 또는 재해장해연금의 지급사유가 되지 않았던 장해
 - 2. 위1호 이외에 이 보험의 규정에 의하여 장해급여금 또는 장해연금의 지급사유가 되지 않았던 장해 및 장해급여금 또는 장해연금이 지급되지 않았던 장해
- ⑪ 동일한 재해로 인한 장해지급률은 100%를 한도로 합니다.
- ⑫ 제8조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호의 재해장해연금은 보험수익자(보험금을 받는 자)의 신청에 의하여 예정이율로 할인하여 일시금으로 선지급 할 수 있습니다.

제 10조(해약환급금)

- ① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급

금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

- ② 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4관 보험금 지급 등의 절차

제 11조 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자(보험대상자)나 보험수익자(보험금을 받는 자)는 제8조(보험금의 종류 및 지급사유)에 정한 보험금 지급사유 또는 제9조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 정한 보험료 납입면제 사유가 발생하였을 때에는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제 12조(보험금 등 청구시 구비서류)

- ① 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 책임준비금, 해약환급금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
 - 1. 청구서 (회사양식)
 - 2. 사고증명서 (장해진단서 등)
 - 3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
 - 4. 기타 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금 등의 수령 또는 계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
- ② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 13조(보험금 등의 지급)

- ① 회사는 제12조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 보험금, 책임준비금 또는 해약환급금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다

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

- ② 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 <별표4>“ 보험금 지급시의 적립이율 계산” 과 같습니다.

제5관 기타사항 등

제 14조(주계약 약관규정의 준용)

이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다

(별표1)

보험금지급기준표

기준 : 특약보험가입금액 1,000만원

급부명칭	지 급 사 유	지 급 내 용
재해장해연금 (약관 제8조 제1호)	보험기간 중 피보험자(보험대상자)가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 80%이상인 장해상태가 되었을 경우	매년 100만원 × 20년
재해장해 급여금 (약관 제8조 제2호)	보험기간 중 피보험자(보험대상자)가 재해로 장해분류표에서 정한 각 장해지급률 중 3%이상 80%미만에 해당하는 장해상태가 되었을 경우	1,000만원 × 해당 장해지급률

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

(별표2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

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

2. 보험금을 지급하지 아니하는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
 - 과로 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
 - 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
 - 식량결핍(X53)
 - 수분결핍(X54)
 - 상세불명의 결핍(X57)
 - 고의적 자해(X60~X84)
 - "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)
- ③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 후에 합병증을 일으키게 한 외과적 및 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장)
- ④ "자연의 힘에 노출(X30~X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
- ⑤ "불의의 물에 빠짐(W65~W74), 기타 불의의 호흡 위험(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장애 및 삼킴장애
- ⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U49, U80~U89)에 해당하는 질병

(주) () 안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008.1.1시행)상의 분류번호이며, 제6차 개정 이후 상기 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각호의 분류번호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함하는 것으로 합니다.

(별 표3)

장해분류표

무배당 교보단체보장보험 주계약 약관 별 표3
"장해분류표"와 동일

(별표4)

보험금지급시의 적립이율 계산(제13조 제2항 관련)

구 분		적 립 기 간	지 급 이 자
재해장해급여금 초회 장해연금 등 (제8조제1호 내지 제2호)		지급기일의 다음날부터 보험 금 지급일까지의 기간	보험계약 대출이율
제2회 이후의 재해 장해 연금 (제8조 제1호)	회사가 보험금의 지급시기 7일 이전 에 지급 할 사유와 금액을 알리지 아 니한 경우	보험금지급사유가 발생한 날 의 다음날부터 보험금 청구일 까지의 기간	예정이율
	회사가 보험금의 지급시기 7일 이전 에 지급 할 사유와 금액을 알린 경우	보험금지급사유가 발생 한 날 의 다음 날부터 보험기간 만 기일(단, 이 계약이 더 이상의 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 효력을 가 지지 아 니하게 된 날)까지의 기간	예정이율
		보험기간 만기일(단, 이 계약이 더 이상의 효력 을 가지지 아니 하게 된 경우에는 효력을 가지지 아니하게 된 날)의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	1년 이내 : 예정이율의 50% 1년초과기간: 1%
		보험금 청구일의 다음날부터 지급기일까지 의 기간	예정이율 + 1%
		지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간	보험계약 대출이율
해약 환급금 (제10조 제1항)	해약환급금 지급사유가 발생한 날의 다음날부 터 해약환급금 청구일까지의 기간		1년 이내 : 예정이율의 50% 1년초과기간: 1%
	해약환급금 청구일의 다음 날부터 지급기일까 지의 기간		예정이율+1%
	지급기일의 다음 날부터 해약환급금 지급일까 지의 기간		보험계약 대출이율

- 주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 소멸시효 완성된
이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해
당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.

무배당 교보단체보장보험

휴일재해보장특약 약관

무배당 교보단체보장보험 휴일재해보장특약 약관

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조(특약의 체결 및 소멸)

- ① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 "주계약", 보험계약자는 "계약자", 보험회사는 "회사" 라 합니다)
- ② 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 특약의 피보험자(보험대상자)가 재해분류표(별표2 참조)에서 정하는 재해(이하 "재해"라 합니다)로 사망하거나 장해분류표(별표3 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다) 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 80%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.
- ③ 이 특약에서 피보험자(보험대상자)가 재해 이외의 원인으로 사망하였을 경우에는 사망 당시의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산된 책임준비금(이하 "책임준비금" 이라 합니다)을 지급하여 드리고 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조(특약내용의 변경)

- ① 계약자는 특약의 보험기간중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제11조 (해약환급금) 제1항에 따라 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간중 보험금 지급사유가 발생한

후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제3조(계약자의 임의해지)

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제11조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제4조(특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일합니다.

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시일)

- ① 이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ② 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약과 동일합니다.

제6조(보험료의 납입연체시 특약의 해지)

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
- ② 주계약의 보험료를 납입하고 특약의 보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약에 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급 합니다.
- ③ 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 해약환급금을 지급 합니다.

제7조(보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))

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

관의 부활(효력회복)의 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

- ② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제5조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시일) 제2항의 규정을 따릅니다.

제3관 보험금 등의 지급(회사의 주된 의무)

제8조(“ 휴일 ”의 정의)

- ① 이 특약에서 “ 휴일 ”이라 함은 「토요일」과 「관공서의 공휴일에 관한 규정에 정한 공휴일」로 합니다.
- ② 다만, 보험사고의 발생지가 국외인 경우 사고 발생지의 “ 토요일”, “일요일” 및 “사고 발생지의 법률에 의해 관공서의 공휴일로 지정된 날”을 “휴일”로 합니다.

제9조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 이 특약이 정하는 바에 따라 피보험자(보험대상자)에게 다음 사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 약정한 보험금(별표1“ 보험금지급기준표” 참조)을 지급합니다.

- 1. 보험기간 중 휴일에 발생한 재해로 사망하였을 경우
: 휴일재해사망보험금
- 2. 보험기간 중 휴일에 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 80%이상인 장해상태가 되었을 경우 : 휴일재해장해연금
- 3. 보험기간 중 휴일에 발생한 재해로 장해분류표에서 정한 각 장해지급률 중 3%이상 80%미만에 해당하는 장해상태가 되었을 경우 : 휴일재해장해급여금

제10조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우

또는 보험료 납입기간 중 피보험자(보험대상자)가 장애분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상 80%미만의 장애상태가 되었거나 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

- ② 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항 내지 제3항 및 제9조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에는 보험기간 중 피보험자(보험대상자)의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.
- ③ 제1항, 제1조 (특약의 체결 및 소멸) 제2항 및 제9조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 재해로 인하여 장애상태가 되고 장애지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ④ 제3항에 의하여 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 재해일부터 2년 이내) 중에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태(사망포함)를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.
- ⑤ 제1항, 제1조 (특약의 체결 및 소멸) 제2항 및 제9조(보험금의 종류 및 지급사유)의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑥ 제1항, 제1조 (특약의 체결 및 소멸) 제2항 및 제9조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률

만을 적용합니다.

- ⑦ 제1항, 제1조 (특약의 체결 및 소멸) 제2항 및 제9조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 “한시장애”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당장애 지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 정합니다.
- ⑧ 제1항, 제1조 (특약의 체결 및 소멸) 제2항 및 제9조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 더하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑩ 제9조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호 내지 제3호에서 다른 재해로 인하여 장애가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장애지급률을 결정합니다. 그러나 그 장애가 이미 장애급여금 또는 장애연금을 지급받은 동일부위에 가중된 때에는 최종 장애상태에 해당하는 장애급여금 또는 장애연금에서 이미 지급 받은 장애급여금 또는 장애연금을 뺀 금액을 지급합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑪ 제9조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호 내지 제3호에서 그 재해전에 이미 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 장애가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제10항에 규정하는 장애상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 장애에 대한 장애급여금 또는 장애연금이 지급된 것으로 보고 최종 장애상태에 해당하는 장애급여금 또는 장애연금에서 이미

지급 받은 것으로 간주한 장해급여금 또는 장해연금을 빼고 지급합니다.

1. 이 계약의 보장개시전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 장해로 장해급여금 또는 재해장해연금의 지급사유가 되지 않았던 장해
 2. 위1호 이외에 이 보험의 규정에 의하여 장해급여금 또는 장해연금의 지급사유가 되지 않았던 장해 및 장해급여금 또는 장해연금이 지급되지 않았던 장해
- ⑫ 동일한 재해로 인한 장해지급률은 100%를 한도로 합니다.
- ⑬ 제9조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호의 재해장해연금은 보험수익자(보험금을 받는 자)의 신청에 의하여 예정이율로 할인하여 일시금으로 선지급 할 수 있습니다.

제 11조(해약환급금)

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

제4관 보험금 지급 등의 절차

제 12조 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자(보험대상자)나 보험수익자(보험금을 받는 자)는 제9조(보험금의 종류 및 지급사유)에 정한 보험금 지급사유 또는 제10조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 정한 보험료 납입면제 사유가 발생하였을 때에는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제 13조(보험금 등 청구시 구비서류)

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

2. 사고증명서 (사망진단서, 장해진단서 등)
 3. 재해를 증명하는 서류
 4. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
 5. 기타 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금 등의 수령 또는 계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
- ② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제14조(보험금 등의 지급)

- ① 회사는 제13조 (보험금 등 청구시 구비서류) 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 보험금, 책임준비금 또는 해약환급금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 또는 보험료 납입면제의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급 일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 <별표4>“ 보험금 지급시의 적립이율 계산” 과 같습니다.

제5관 기타사항 등

제15조(주계약 약관 규정의 준용)

이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다

(별표1)

보험금지급기준표

기준 : 특약보험가입금액 1,000만원

급부명칭	지 급 사 유	지 급 내 용
휴일재해 사망보험금 (약관 제9조 제1호)	보험기간중 피보험자(보험대상자)가 휴일에 발생한 재해로 사망하였을 경우	1,000만원
휴일재해 장해연금 (약관 제9조 제2호)	보험기간 중 피보험자(보험대상자)가 휴일에 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 80% 이상인 장해상태가 되었을 경우	매년 100만원×20년
휴일재해 장해급여금 (약관 제9조 제3호)	보험기간 중 피보험자(보험대상자)가 휴일에 발생한 재해로 장해분류표에서 정한 각 장해지급률 중 3%이상 80%미만에 해당하는 장해상태가 되었을 경우	1,000만원 × 해당 장해지급률

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

※ 이 특약에서 “ 휴일 ” 이라 함은 「토요일」과 「관공서의 공휴일에 관한 규정에 정한 공휴일」로 합니다.

(별표2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

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

2. 보험금을 지급하지 아니하는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
 - 과로 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
 - 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
 - 식량결핍(X53)
 - 수분결핍(X54)
 - 상세불명의 결핍(X57)
 - 고의적 자해(X60~X84)
 - "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)
- ③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 후에 합병증을 일으키게 한 외과적 및 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장)
- ④ "자연의 힘에 노출(X30~X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
- ⑤ "불의의 물에 빠짐(W65~W74), 기타 불의의 호흡 위험(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장애 및 삼킴장애
- ⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U49, U80~U89)에 해당하는 질병

(주) () 안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008.1.1시행)상의 분류번호이며, 제6차 개정 이후 상기 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각호의 분류번호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함하는 것으로 합니다.

(별 표3)

장해분류표

무배당 교보단체보장보험 주계약 약관 별 표3
"장해분류표"와 동일

(별표 4)

보험금지급시의 적립이율 계산(제14조 제2항 관련)

구 분		적 립 기 간	지급이자
휴일재해사망보험금 휴일재해장해급여금 초회 장해연금 등 (제9조 제1호 내지 제3호)		지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간	보험계약 대출이율
제2회 이후의 휴일재해 장해연금 (제9조 제2호)	회사가 보험금의 지급시기 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 아니한 경우	보험금지급사유가 발생한 날의 다음날 부터 보험금 청구일까지의 기간	예정이율
	회사가 보험금의 지급시기 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알린 경우	보험금지급사유가 발생 한 날의 다음 날부터 보험기간 만기일 (단, 이 계약 이 더 이상의 효력 을 가지지 아니하 게 된 경우에는 효력을 가지지 아 니하게 된 날)까지의 기간	예정이율
		보험기간 만기일(단, 이 계약이 더 이상의 효력 을 가지지 아니 하게 된 경우에는 효력을 가지지 아니하게 된 날)의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	1년 이내: 예정이율의 50% 1년초과기간: 1%
		보험금 청구일의 다음날부터 지급기일까지 의 기간	예정이율 + 1%
	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일 까지의 기간		보험계약 대출이율
해약 환급금 (제11조 제1항)	해약환급금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 해약환급금 청구일까지의 기간		1년 이내: 예정이율의 50% 1년초과기간: 1%
	해약환급금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간		예정이율 +1%
	지급기일의 다음 날부터 해약환급금 지급일까지의 기간		보험계약 대출이율

- 주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 소멸시효 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당 기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.

무배당 교보단체보장보험
교통재해보장특약 약관

무배당 교보단체보장보험 교통재해보장특약 약관

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조(특약의 체결 및 소멸)

- ① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자 청약과 보험회사의 승낙으로 주된 보험계약에 부가하여 이루어 집니다.(이하 주된 보험계약은 "주계약", 보험계약자는 "계약자", 보험회사는 "회사" 라 합니다)
- ② 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 특약의 피보험자(보험대상자)가 재해분류표(별표2 참조)에서 정하는 재해(이하 "재해"라 합니다)로 사망하거나 장해분류표(별표4 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다) 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 80%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.
- ③ 이 특약에서 피보험자(보험대상자)가 재해 이외의 원인으로 사망하였을 경우에는 사망 당시의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산된 책임준비금(이하 "책임준비금"이라 합니다)을 지급하여 드리고 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조(특약내용의 변경)

- ① 계약자는 특약의 보험기간중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제10

- 조 (해약환급금) 제1항에 따라 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제3조(계약자의 임의해지)

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제10조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 기재하여드립니다.

제4조(특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일합니다.

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시일)

- ① 이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ② 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약과 동일합니다.

제6조(보험료의 납입연체시 특약의 해지)

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
- ② 주계약의 보험료를 납입하고 특약의 보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약에 정한 납입최고(독촉) 기간이 끝나는 날의 다음날 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ③ 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 해약환급금을 지급합니다.

제7조(보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제5조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시일) 제2항의 규정을 따릅니다.

제3관 보험금 등의 지급(회사의 주된 의무)

제8조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 이 특약이 정하는 바에 따라 피보험자(보험대상자)에게 다음 사항중 어느 한가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 약정한 보험금(별표1 “ 보험금지급기준표” 참조)을 지급합니다.

1. 보험기간 중 교통재해분류표(별표3 참조)에서 정하는 교통재해(이하“ 교통재해” 라 합니다)로 사망하거나 장해분류표 중 동일한 교통재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 80%이상인 장해상태가 되었을 경우
: 교통재해 사망보험금
2. 보험기간 중 교통재해로 장해분류표에서 정한 각 장해지급률 중 3%이상 80%미만에 해당하는 장해상태가 되었을 경우 : 교통재해 장해급여금

제9조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 또는 보험료 납입기간 중 피보험자(보험대상자)가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더

하여 50%이상 80%미만인 장애상태가 되었거나 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

- ② 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항 내지 제3항 및 제8조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에는 보험기간 중 피보험자(보험대상자)의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.
- ③ 제1항, 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항 및 제8조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 재해로 인하여 장애상태가 되고 장애지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ④ 제3항에 의하여 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 재해일부터 2년 이내) 중에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태(사망포함)를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.
- ⑤ 제1항, 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항 및 제8조(보험금의 종류 및 지급사유)의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑥ 제1항, 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항 및 제8조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용합니다.
- ⑦ 제1항, 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항 및 제8조(보험

금의 종류 및 지급사유) 의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 “ 한시장애” 라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당장애 지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 정합니다.

- ⑧ 제1항, 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항 및 제8조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 더하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
 - ⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
 - ⑩ 제8조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호에서 다른 재해로 인하여 장애가 2회이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장애지급률을 결정합니다. 그러나 그 장애가 이미 장애급여금을 지급 받은 동일부위에 가중된 때에는 최종 장애상태에 해당하는 장애급여금에서 이미 지급 받은 장애급여금을 뺀 금액을 지급합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다
 - ⑪ 제8조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호에서 그 재해전에 이미 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 장애가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제10항에 규정하는 장애상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 장애에 대한 장애급여금이 지급된 것으로 보고 최종 장애상태에 해당하는 장애급여금에서 이미 지급 받은 것으로 간주한 장애급여금을 빼고 지급합니다.
1. 이 계약의 보장개시전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 장애로 장애급여금의 지급사유가 되지 않았

던 장해

2. 위1호 이외에 이 보험의 규정에 의하여 장해급여금의 지급사유가 되지 않았던 장해 또는 장해급여금이 지급되지 않았던 장해

⑫ 동일한 재해로 인한 장해지급률은 100%를 한도로 합니다.

제 10조(해약환급금)

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

제4관 보험금 지급 등의 절차

제 11조 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자(보험대상자)나 보험수익자(보험금을 받는 자)는 제8조(보험금의 종류 및 지급사유)에 정한 보험금 지급사유 또는 제9조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 정한 보험료 납입면제 사유가 발생하였을 때에는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제 12조(보험금 등 청구시 구비서류)

- ① 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 책임준비금, 해약환급금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
 1. 청구서 (회사양식)
 2. 사고증명서 (사망진단서, 장해진단서 등)
 3. 교통재해를 증명하는 서류
 4. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
 5. 기타 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금 등의 수령 또는 계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하

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

제13조(보험금 등의 지급)

- ① 회사는 제12조 (보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 보험금, 책임준비금 또는 해약환급금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 또는 보험료 납입면제의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 <별표5>“ 보험금 지급시의 적립이율 계산” 과 같습니다.

제5관 기타사항 등

제14조(주계약 약관 규정의 준용)

이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다

(별표1)

보험금지급기준표

기준 : 특약보험가입금액 1,000만원

급부명칭	지 급 사 유	지 급 내 용
교통재해 사망보험금 (약관 제8조 제1호)	보험기간 중 피보험자(보험대상 자)가 교통재해로 사망하거나 장 해분류표 중 동일한 교통재해로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 80%이상인 장애상태가 되었을 경우	1,000만원
교통재해 장애급여금 (약관 제8조 제2호)	보험기간 중 피보험자(보험대상 자)가 교통재해로 장애분류표에서 정한 각 장애지급률 중 3%이상 80%미만에 해당하는 장애상태가 되었을 경우	1,000만원 × 해당 장애지급률

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

(별표2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

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

2. 보험금을 지급하지 아니하는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
 - 과로 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
 - 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
 - 식량결핍(X53)
 - 수분결핍(X54)
 - 상세불명의 결핍(X57)
 - 고의적 자해(X60~X84)
 - "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)
- ③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 후에 합병증을 일으키게 한 외과적 및 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장)
- ④ "자연의 힘에 노출(X30~X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
- ⑤ "불의의 물에 빠짐(W65~W74), 기타 불의의 호흡 위험(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장애 및 삼킴장애
- ⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U49, U80~U89)에 해당하는 질병

(주) () 안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008.1.1시행)상의 분류번호이며, 제6차 개정 이후 상기 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각호의 분류번호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함하는 것으로 합니다.

(별표3)

교통재해분류표

1. 이 보험에서 교통재해라 함은 다음에 정하는 사고를 말합니다.
 - 가. 운행중의 교통기관 (이에 적재되어 있는 것을 포함합니다)의 충돌, 접촉, 화재, 폭발, 도주등으로 인하여 그 운행중의 교통기관에 탑승하고 있지 아니한 보험대상자(피보험자)가 입은 불의의 사고
 - 나. 운행중인 교통기관에 탑승하고 있는 동안 또는 승객으로서 개찰구를 갖는 교통기관의 승강장구내 (개찰구의 안쪽을 말합니다)에있는 동안 보험대상자(피보험자)가 입은 불의의 사고
 - 다. 도로 통행중 건조물, 공작물 등의 도괴 또는 건조물, 공작물 등으로 부터의 낙하물로 인하여 보험대상자(피보험자)가 입은 불의의 사고
2. 제1호에서 교통기관이라 함은 본래 사람이나 물건을 운반하기 위한 것으로 다음에 정한 것을 말합니다.
 - 가. 기차, 전동차, 기동차, 모노레일, 케이블카 (공중케이블카를 포함합니다), 에레베이타 및 에스카레이타 등
 - 나. 승용차, 버스, 화물자동차, 오토바이, 스쿠터, 자전거, 화차, 경운기 및 우마차 등
 - 다. 항공기, 선박 (윗트, 모타보트, 보트를 포함합니다) 등
3. 제2호의 교통기관과 유사한 기관으로 인한 불의의 사고일지라도 도로상에서 사람 또는 물건의 운반에 사용되고있는 동안이나 도로상을 주행중에 발생한 사고는 교통사고로 봅니다.
4. 제1호 "가"또는 "나"에 해당하는 사고일지라도 공장, 토목작업장, 채석장, 탄광 또는 광산의 구내에서 사용되는 교통기관에 직무상 관계하는 보험대상자(피보험자)의 그 교통기관으로 인한 직무상의 사고는 교통사고로 보지 아니합니다.
5. 이 표에서 도로라 함은 일반의 교통에 사용할 목적으로 공중에게 개방되어 있는 모든 도로 (자동차 전용도로 및 통로를 포함합니다)로서 터널, 교량, 도선시설 등 도로와 일체가 되어 그 효용을 보완하는 시설 또는 공작물을 포함합니다.

(별표4)

장해분류표

무배당 교보단체보장보험 주계약 약관 별표3
"장해분류표"와 동일

(별표 5)

보험금지급시의 적립이율 계산(제13조 제2항 관련)

구 분		적 립 기 간	지 급 이 자
교통재해사망보험금 교통재해장해급여금 (제8조 제1호 내지 제2호)		지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간	보험계약대출이율
해약 환급금 (제10조 1항)	해약환급금 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 해약환급금 청구일까지의 기간		• 1년 이내 : 예정이율의 50% • 1년초과기간 : 1%
	해약환급금 청구일의 다음날부터 지급기일 까지의 기간		예정이율+1%
	지급기일의 다음날부터 해약환급금 지급일 까지의 기간		보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당 기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.

무배당 교보단체보장보험
출퇴근야간교통재해보장특약 약관

무배당 교보단체보장보험 출퇴근야간교통재해보장특약 약관

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조(특약의 체결 및 소멸)

- ① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다. (이하 주된 보험계약은 "주계약", 보험계약자는 "계약자", 보험회사는 "회사" 라 합니다)
- ② 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 특약의 피보험자(보험대상자)가 재해분류표(별표2 참조)에서 정하는 재해(이하 "재해"라 합니다)로 사망하거나 장해분류표(별표4 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다) 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 80%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.
- ③ 이 특약에서 피보험자(보험대상자)가 재해 이외의 원인으로 사망하였을 경우에는 사망 당시의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산된 책임준비금(이하 "책임준비금" 이라 합니다)을 지급하여 드리고 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조(특약내용의 변경)

- ① 계약자는 특약의 보험기간중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제11조(해약환급금) 제1항에 따라 계약자에게 지급합니다.

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

제3조(계약자의 임의해지)

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제11조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제4조(특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일합니다.

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시일)

- ① 이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ② 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약과 동일합니다.

제6조(보험료의 납입연체시 특약의 해지)

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
- ② 주계약의 보험료를 납입하고 특약의 보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약에 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급 합니다.
- ③ 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 해약환급금을 지급 합니다.

제7조(보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제5조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시일) 제2항의 규정을 따릅니다.

제3관 보험금 등의 지급(회사의 주된 의무)

제8조("출퇴근 및 야간 시간"의 정의)

이 특약에 있어서 "출퇴근 및 야간 시간"이라 함은 오후 6시부터 익일 오전 9시까지를 말하며, 이 경우 시간은 사고발생지의 표준시간을 말합니다.

제9조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 이 특약이 정하는 바에 따라 보험기간 중 피보험자(보험대상자)가 출퇴근 및 야간 시간에 발생한 교통재해분류표(별표3 참조)에서 정하는 교통재해(이하 "교통재해"라 합니다)로 사망하거나 장해분류표 중 동일한 출퇴근 및 야간 시간에 발생한 교통재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 80%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 출퇴근야간교통 재해사망보험금(별표1 "보험금지급 기준표" 참조)을 지급합니다.

제10조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 또는 보험료 납입기간 중 피보험자(보험대상자)가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여

50%이상 80%미만인 장해상태가 되었거나 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

- ② 제1조 (특약의 체결 및 소멸) 제2항 내지 제3항 및 제9조 (보험금의 종류 및 지급사유)에는 보험기간 중 피보험자 (보험대상자)의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.
- ③ 제1항, 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항 및 제9조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 재해로 인하여 장해상태가 되고 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ④ 제3항에 의하여 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 재해일부터 2년 이내) 중에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태(사망포함)를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ⑤ 제1항, 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항 및 제9조(보험금의 종류 및 지급사유)의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑥ 제1항, 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항 및 제9조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.
- ⑦ 제1항, 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항 및 제9조(보험

금의 종류 및 지급사유) 의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 “ 한시장애 ” 라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당장애 지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 정합니다.

- ⑧ 제1항, 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항 및 제9조(보험금의 종류 및 지급사유)의 의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 더하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

제 11조(해약환급금)

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

제4관 보험금 지급 등의 절차

제 12조 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자(보험대상자)나 보험수익자(보험금을 받는 자)는 제9조(보험금의 종류 및 지급사유)에 정한 보험금 지급사유 또는 제10조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 정한 보험료 납입면제 사유가 발생하였을 때에는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제 13조(보험금 등 청구시 구비서류)

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

제 14조(보험금 등의 지급)

- ① 회사는 제13조 (보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 보험금, 책임준비금 또는 해약환급금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 또는 보험료 납입면제의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 <별표5> “ 보험금 지급시의 적립이율 계산” 과 같습니다.

제5관 기타사항 등

제 15조(주계약 약관 규정의 준용)

이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약약관의 규정을 따릅니다

(별표1)

보험금지급기준표

기준 : 특약보험가입금액 1,000만원

급부명칭	지 급 사 유	지 급 내 용
출퇴근야간 교통재해 사망보험금 (약관 제9조)	보험기간중 피보험자(보험대상자)가 출퇴근 및 야간시간에 발생한 교통재 해로 사망하거나 장애분류표 중 동일 한 출퇴근 및 야간 시간에 발생한 재 해로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 80%이상인 장애상태가 되었 을 경우	5,000만원

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

※ "출퇴근 및 야간시간"이라 함은 오후 6시부터 익일 오전 9시까지를 말
하며, 이 경우 시간은 사고발생지의 표준시간을 말합니다.

(별표2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

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

2. 보험금을 지급하지 아니하는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
 - 과로 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
 - 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
 - 식량결핍(X53)
 - 수분결핍(X54)
 - 상세불명의 결핍(X57)
 - 고의적 자해(X60~X84)
 - "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)
- ③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 후에 합병증을 일으키게 한 외과적 및 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장)
- ④ "자연의 힘에 노출(X30~X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
- ⑤ "불의의 물에 빠짐(W65~W74), 기타 불의의 호흡 위험(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장애 및 삼킴장애
- ⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U49, U80~U89)에 해당하는 질병

(주) () 안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008.1.1시행)상의 분류번호이며, 제6차 개정 이후 상기 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각호의 분류번호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함하는 것으로 합니다.

(별표3)

교통재해분류표

1. 이 보험에서 교통재해라 함은 다음에 정하는 사고를 말합니다.
 - 가. 운행중의 교통기관 (이에 적재되어 있는 것을 포함합니다)의 충돌, 접촉, 화재, 폭발, 도주등으로 인하여 그 운행중의 교통기관에 탑승하고 있지 아니한 보험대상자(피보험자)가 입은 불의의 사고
 - 나. 운행중인 교통기관에 탑승하고 있는 동안 또는 승객으로서 개찰구를 갖는 교통기관의 승강장구내 (개찰구의 안쪽을 말합니다)에있는 동안 보험대상자(피보험자)가 입은 불의의 사고
 - 다. 도로 통행중 건조물, 공작물 등의 도괴 또는 건조물, 공작물 등으로 부터의 낙하물로 인하여 보험대상자(피보험자)가 입은 불의의 사고
2. 제1호에서 교통기관이라 함은 본래 사람이나 물건을 운반하기 위한 것으로 다음에 정한 것을 말합니다.
 - 가. 기차, 전동차, 기동차, 모노레일, 케이블카 (공중케이블카를 포함합니다), 에레베이타 및 에스카레이타 등
 - 나. 승용차, 버스, 화물자동차, 오토바이, 스쿠터, 자전거, 화차, 경운기 및 우마차 등
 - 다. 항공기, 선박 (윗트, 모타보트, 보트를 포함합니다) 등
3. 제2호의 교통기관과 유사한 기관으로 인한 불의의 사고일지라도 도로상에서 사람 또는 물건의 운반에 사용되고있는 동안이나 도로상을 주행중에 발생한 사고는 교통사고로 봅니다.
4. 제1호 "가"또는 "나"에 해당하는 사고일지라도 공장, 토목작업장, 채석장, 탄광 또는 광산의 구내에서 사용되는 교통기관에 직무상 관계하는 보험대상자(피보험자)의 그 교통기관으로 인한 직무상의 사고는 교통사고로 보지 아니합니다.
5. 이 표에서 도로라 함은 일반의 교통에 사용할 목적으로 공중에게 개방되어 있는 모든 도로 (자동차 전용도로 및 통로를 포함합니다)로서 터널, 교량, 도선시설 등 도로와 일체가 되어 그 효용을 보완하는 시설 또는 공작물을 포함합니다.

(별표4)

장해분류표

무배당 교보단체보장보험 주계약 약관 별표3
"장해분류표"와 동일

(별표5)

보험금지급시의 적립이율 계산(제14조 제2항 관련)

구 분		적 립 기 간	지 급 이 자
출퇴근야간교통 재해사망보험금 (제9조)		지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간	보험계약대출이율
해약 환급금 (제11조 1항)	해약환급금 지급사유가 발생한 날의 다음날 부터 해약환급금 청구일까지의 기간		• 1년이내 : 예정이율의 50% • 1년초과기간 : 1%
	해약환급금 청구일의 다음날부터 지급기일 까지의 기간		예정이율+1%
	지급기일의 다음날부터 해약환급금 지급일 까지의 기간		보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당 기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.

무배당 재해치료비특약

약관

무배당 재해치료비특약 약관 (주피형, 종피형)

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조 (특약의 체결 및 소멸)

- ① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 주피형, 종피형 중 선택하여 청약(請約)하고, 보험회사가 승낙(承諾)함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어 집니다. (이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사”라 합니다)
- ② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.
 1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우
 2. 이 특약의 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하거나 장애분류표(별표5 참조) 중 동일한 재해(별표4 “장애분류표”서 정한 재해를 말하며, 이하 “재해”라 합니다) 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 80% 이상인 장애상태가 되었을 경우
 3. 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생하지 않을 경우
- ③ 제2조(피보험자(보험대상자)의 범위 및 자격의 득실) 제3항에 의하여 피보험자(보험대상자)의 자격이 상실된 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 제13조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

- ④ 이 특약의 피보험자(보험대상자)가 제2조(피보험자(보험대상자)의 범위 및 자격의 득실) 제1항 제2호에서 정한 피보험자(보험대상자)일 경우, 제2항 제1호에 불구하고 주계약이 사망 등 보험금 지급사유 발생으로 인하여 더 이상 효력을 가지지 아니하게 된 때에는 이 특약의 피보험자(보험대상자)에 대한 효력은 소멸되지 아니합니다.
- ⑤ 주계약이 1인보장보험일 경우, 이 특약의 피보험자(보험대상자)가 장해분류표(별표5 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 80% 이상인 장해상태시 제2항 제2호에 불구하고 주계약이 소멸되지 아니하는 때에는 이 특약의 효력은 소멸되지 아니합니다.
- ⑥ 제2항 제2호 및 제5항의 경우 재해로 인하여 장해상태가 되고 장해지급율이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만 장해분류표(별표5 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ⑦ 제6항에 의하여 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 재해일부터 2년 이내) 중에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태(사망 포함)를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ⑧ 제2항 제2호 및 제5항에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑨ 제2항 제2호 및 제5항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표5 참조)상 두가지 이상의 신체부위

또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용합니다.

- ⑩ 제2항 제2호 및 제5항의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하“ 한시장애”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당장애 지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 정합니다.
- ⑪ 제2항 제2호 및 제5항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 더하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑫ 제11항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표(별표 5 참조)상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표(별표5 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

제2조 (피보험자(보험대상자)의 범위 및 자격의 득실)

- ① 이 특약의 보험대상자(피보험자)는 주피형, 종피형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 - 1. 주피형의 경우 주계약이 1인보장보험일 경우에는 주계약의 피보험자(보험대상자)로, 주계약이 2인보장보험일 경우에는 주계약의 주피보험자(주된 보험대상자)로 합니다.
 - 2. 종피형의 경우는 다음 각 목과 같이 정합니다.

가. 주계약이 1인보장보험일 경우에는 주계약 피보험자(보험대상자)의 특약 체결시 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 및 자녀 등

나. 주계약이 2인보장보험일 경우에는 주계약의 종피보험자(확장 보험대상자)

- ② 이 특약의 체결시 제1항에서 정한 피보험자(보험대상자)에 해당되는 자는 그 해당된 날에 피보험자(보험대상자)의 자격을 취득합니다.
- ③ 보험기간 중 제1항 제2호 ‘가’ 목에서 이 특약의 피보험자(보험대상자)가 주계약 피보험자(보험대상자)의 배우자일 경우, 피보험자(보험대상자)가 주계약 피보험자(보험대상자)의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 때 또는 제1항 제2호의 ‘나’ 목에서 정한 피보험자(보험대상자)에 해당되지 아니하게 된 때에는 그 날부터 피보험자(보험대상자)의 자격을 상실합니다.
- ④ 제1항 제2호 ‘가’ 목에서 이 특약의 피보험자(보험대상자)가 주계약 피보험자(보험대상자)의 배우자일 경우, 피보험자(보험대상자)가 주계약 피보험자(보험대상자)의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 때에는 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ⑤ 제1항 제2호 ‘가’ 에서 이 특약의 피보험자(보험대상자)가 주계약 피보험자(보험대상자)의 배우자일 경우, 제3항에 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자(보험대상자)의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 아니합니다.

- ⑥ 제1항 제2호의 피보험자(보험대상자)가 사망하거나 장애 분류표(별표5 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 80%이상인 장애상태가 되었을 경우에는 이 특약의 피보험자(보험대상자)를 변경할 수 없습니다.

제3조 (특약내용의 변경)

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제13조(해약환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제4조 (계약자의 임의해지)

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제13조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제5조 (특약의 보험기간)

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

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제6조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시일)

- ① 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ② 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제7조 (보험료의 납입연체시 특약의 해지)

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
- ② 주계약의 보험료를 납입하고 특약의 보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약에 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 제13조 (해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제8조 (보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))

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

- ② 주계약의 부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제6조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시일) 제2항의 규정을 따릅니다.

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제9조 (“통원”의 정의)

이 특약에 있어서 “통원”이라 함은 의사가 “특정상병분류표”(별표 3참조)에서 정한 특정상병(이하 “특정상병”이라 합니다)으로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 병원에 입실하지 아니하고 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제10조 (“수술”의 정의와 장소)

이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의하여 재해를 직접적인 원인으로 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 수술[기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아

체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 제외] 받는 경우를 말합니다.

제11조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자(보험대상자)에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 경우에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 약정한 보험금(별표1 “ 보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다.

1. 피보험자(보험대상자)가 특약의 보험기간 중 특정상병을 직접적인 원인으로 통원하였을 경우
: 통원급여금(1회당)
2. 피보험자(보험대상자)가 특약의 보험기간 중 재해분류표(별표4 참조)에서 정하는 재해를 직접적인 원인으로 재해 골절(치아파절 제외)분류표(별표2 참조)에서 정하는 골절(이하 “ 골절” 이라 합니다)이 발생하였을 경우
: 골절치료급여금(치아파절 제외)
3. 특약의 보험기간 중 피보험자(보험대상자)가 재해분류표(별표4 참조)에서 정하는 재해를 직접적인 원인으로 수술을 받았을 때
: 재해수술급여금(수술1회당)

제12조 (보험금지급에 관한 세부규정)

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제11조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호의 경우 동일한

재해로 인하여 두가지 이상의 골절상태가 발생할 경우에도 재해발생 1회당 1회의 골절치료급여금만 지급합니다.

제 13조 (해약환급금)

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

제4관 보험금 지급 등의 절차

제 14조 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자(보험대상자)나 보험수익자(보험금을 받는 자)는 제11조(보험금의 종류 및 지급사유)에 정한 보험금 지급사유가 발생하였을 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제 15조 (보험금 등 청구시 구비서류)

- ① 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해약환급금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(골절진단서, 수술진단서, 통원확인서 등)
 3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
 4. 기타 보험수익자(보험금을 받는 자) 및 계약자가 보험

금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제16조 (보험금 등의 지급)

- ① 회사는 제15조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 또는 보험료 납입면제의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
- ② 회사는 제 1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표6 “ 보험금 지급시의 적립이율 계산” 과 같습니다.

제5관 기타사항 등

제17조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

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

(별표 1)

보험금 지급기준표

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

금 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
통원급여금	피보험자(보험대상자)가 이 특약의 보험기간 중 특정상병 분류표에서 정하는 특정상병을 직접적인 원인으로 통원하였을 경우	통원1회당 1만원
골절치료 급여금	피보험자(보험대상자)가 이 특약의 보험기간 중 재해를 직접적인 원인으로 골절(치아파절 제외)이 발생하였을 경우	골절발생 1회당 20만원
재해수술 급여금	피보험자(보험대상자)가 이 특약의 보험기간중 재해분류표에서 정하는 재해를 직접적인 원인으로 수술을 받았을 경우	수술1회당 100만원

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

※ 골절치료급여금의 경우 동일한 재해로 인하여 두가지 이상의 골절상태가 발생할 경우에도 재해발생 1회당 1회의 골절치료급여금만 지급합니다.

(별 표 2)

재해골절(치아파절 제외) 분류표

대상이 되는 “ 재해골절(치아파절 제외)” 로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병사인분류 (통계청 고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명		분 류 번 호
골 절	1.머리뼈 및 얼굴뼈의 골절 (치아파절 제외)	S02 S02.5는 제외
	2.목의 골절	S12
	3.갈비뼈,복장뼈 및 등뼈의 골절	S22
	4.허리뼈 및 골반의 골절	S32
	5.어깨 및 팔죽지의 골절	S42
	6.아래팔의 골절	S52
	7.손목 및 손부위에서의 골절	S62
	8.넙적다리뼈의 골절	S72
	9.발목을 포함한 아래 다리의 골절	S82
	10.발목을 제외한 발의 골절	S92
	11.다발성 신체부위의 골절	T02
	12.상세불명 부위의 척추의 골절	T08
	13.상세불명 부위의 팔 골절	T10
	14.상세불명 부위의 다리 골절	T12
	15.상세불명 신체부위의 골절	T14.2

※ 제6차 개정 이후 한국표준질병사인분류에서 상기 질병 이외에 추가로 상기분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표 3)

특정상병분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서, 특정상병으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다

대 상 질 병 명	분 류 번 호
○ "특정 감염성 및 기생충성 질환" 중	
콜레라	A00
장티푸스 및 파라티푸스	A01
기타 살모넬라 감염	A02
이질	A03
기타 세균성 식중독	A05
페스트	A20
디프테리아	A36
발진티푸스	A75
황열	A95
마마	B03
○ 질병 이환 및 사망의 외인	V01 ~ Y98

※ 제6차 개정 이후 한국표준질병사인분류에서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표 4)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

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

2. 보험금을 지급하지 아니하는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
 - 과로 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
 - 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
 - 식량결핍(X53)
 - 수분결핍(X54)
 - 상세불명의 결핍(X57)
 - 고의적 자해(X60~X84)
 - "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)
- ③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 후에 합병증을 일으키게 한 외과적 및 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장)
- ④ "자연의 힘에 노출(X30~X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
- ⑤ "불의의 물에 빠짐(W65~W74), 기타 불의의 호흡 위험(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장애 및 삼킴장애
- ⑥ 한국표준질병사인분류상의 (U00~U49, U80~U89)에 해당하는 질병

㉞ () 안은 제5차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008.1.1시행)상의 분류번호이며, 제6차 개정 이후 상기 재해 이외에 추가로 위1 및 2의 각호의 분류번호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함하는 것으로 합니다.

(별표 5)

장해분류표

무배당 교보단체보장보험 주계약 약관 별표3
"장해분류표"와 동일

(별표 6)

보험금 지급시의 적립이율 계산(제16조 제2항 관련)

구 분		적 립 기 간	지 급 이 자
통원급여금 등 (제11조 제1호 내지 제3호)		지급기일의 다음날부터 보 험금 지급일까지의 기간	보험계약대출이율
해약 환급금 (제13조 제1항)	해약환급금 지급사유가 발생한 날의 다음 날 부터 해약환급금 청구일까지의 기간		1년 이내 : 예정이율의 50% 1년초과기간: 1%
	해약환급금 청구일의 다음 날부터 지급기일 까지의 기간		예정이율 + 1%
	지급기일의 다음 날부터 해약환급금 지급일 까지의 기간		보험계약대출이율

주) 1. 지급이자는 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가
완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그
해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.

무배당 재해수술특약

약관

무배당 재해수술특약 약관 (주피형, 종피형)

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조 (특약의 체결 및 소멸)

- ① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 주피형, 종피형 중 선택하여 청약(請約)하고, 보험회사가 승낙(承諾)함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어 집니다. (이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사”라 합니다)
- ② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.
 1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우
 2. 이 특약의 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하거나 장애분류표(별표3 참조) 중 동일한 재해(별표2 “재해분류표” 서 정한 재해를 말하며, 이하 재해라 합니다) 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 80%이상인 장애상태가 되었을 경우
 3. 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생하지 않을 경우
- ③ 제2조(피보험자(보험대상자)의 범위 및 자격의 득실) 제3항에 의하여 피보험자(보험대상자)의 자격이 상실된 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 제12조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

- ④ 이 특약의 피보험자(보험대상자)가 제2조(피보험자(보험대상자)의 범위 및 자격의 득실) 제1항 제2호에서 정한 피보험자(보험대상자)일 경우, 제2항 제1호에 불구하고 주계약이 사망 등 보험금 지급사유 발생으로 인하여 더 이상 효력을 가지지 아니하게 된 때에는 이 특약의 피보험자(보험대상자)에 대한 효력은 소멸되지 아니합니다.
- ⑤ 주계약이 1인보장보험일 경우, 이 특약의 피보험자(보험대상자)가 장해분류표(별표3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 80%이상인 장해상태시 제2항 제2호에 불구하고 주계약이 소멸되지 아니하는 때에는 이 특약의 효력은 소멸되지 아니합니다.
- ⑥ 제2항 제2호 및 제5항의 경우 재해로 인하여 장해상태가 되고 장해지급율이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만 장해분류표(별표3 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ⑦ 제6항에 의하여 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 재해 일부터 2년 이내) 중에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태(사망포함)를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ⑧ 제2항 제2호 및 제5항에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑨ 제2항 제2호 및 제5항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표3 참조)상 2가지 이상의 신체부위

또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애 지급률만을 적용합니다.

- ⑩ 제2항 제2호 및 제5항의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하“ 한시장애”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당장애 지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 정합니다.
- ⑪ 제2항 제2호 및 제5항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 더하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만, 장애 분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑫ 제11항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표(별표 3참조)상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애 분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

제2조 (피보험자(보험대상자)의 범위 및 자격의 득실)

- ① 이 특약의 피보험자(보험대상자)는 주피형, 종피형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 - 1. 주피형의 경우 주계약이 1인보장보험일 경우에는 주계약의 피보험자(보험대상자)로, 주계약이 2인보장보험일 경우에는 주계약의 주피보험자(주된 보험대상자)로 합니다.
 - 2. 종피형의 경우는 다음 각 목과 같이 정합니다.

가. 주계약이 1인보장보험일 경우에는 주계약 피보험자(보험대상자)의 특약 체결시 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 및 자녀 등

나. 주계약이 2인보장보험일 경우에는 주계약의 종피보험자(확장 보험대상자)

- ② 이 특약의 체결시 제1항에서 정한 피보험자(보험대상자)에 해당되는 자는 그 해당된 날에 피보험자(보험대상자)의 자격을 취득합니다.
- ③ 보험기간 중 제1항 제2호 ‘가’ 목에서 이 특약의 피보험자(보험대상자)가 주계약 피보험자(보험대상자)의 배우자일 경우, 피보험자(보험대상자)가 주계약 피보험자(보험대상자)의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 때 또는 제1항 제2호의 ‘나’ 목에서 정한 피보험자(보험대상자)에 해당되지 아니하게 된 때에는 그 날부터 피보험자(보험대상자)의 자격을 상실합니다.
- ④ 제1항 제2호 ‘가’ 목에서 이 특약의 피보험자(보험대상자)가 주계약 피보험자(보험대상자)의 배우자일 경우, 피보험자(보험대상자)가 주계약 피보험자(보험대상자)의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 때에는 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ⑤ 제1항 제2호 ‘가’ 목에서 이 특약의 피보험자(보험대상자)가 주계약 피보험자(보험대상자)의 배우자일 경우, 제3항에 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자(보험대상자)의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 아니합니다.

- ⑥ 제1항 제2호의 피보험자(보험대상자)가 사망하거나 장애 분류표(별표3참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 80%이상인 장애상태가 되었을 경우에는 이 특약의 피보험자(보험대상자)를 변경할 수 없습니다.

제3조 (특약내용의 변경)

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제12조(해약환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제4조 (계약자의 임의해지)

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제12조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제5조 (특약의 보험기간)

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

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제6조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시일)

- ① 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ② 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제7조 (보험료의 납입연체시 특약의 해지)

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
- ② 주계약의 보험료를 납입하고 특약의 보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약에 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 제12조 (해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제8조 (보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))

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

- ② 주계약의 부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제6조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시일) 제2항의 규정을 따릅니다.

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제9조 (“수술”의 정의와 장소)

이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의하여 재해로 직접적인 원인으로 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 수술[기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 제외] 받는 경우를 말합니다.

제10조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특약의 보험기간 중 재해 분류표(별표2 참조)에서 정하는 재해를 직접적인 원인으로 수술을 받았을 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 약정한

재해수술급여금(별표1 “ 보험금지급 기준표” 참조)을 지급합니다.

제 11조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제 12조 (해약환급금)

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

제4관 보험금 지급 등의 절차

제 13조 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자(보험대상자)나 보험수익자(보험금을 받는 자)는 제10조(보험금의 종류 및 지급사유)에 정한 보험금 지급사유가 발생하였을 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제 14조 (보험금 등 청구시 구비서류)

- ① 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해약환급금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(수술진단서)

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

제15조 (보험금 등의 지급)

- ① 회사는 제14조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 또는 보험료 납입면제의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 회사는 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표4) “ 보험금 지급시의 적립이율 계산” 과 같습니다.

제5관 기타사항 등

제16조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

- ① 이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특
약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

금 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
재해수술 급여금	피보험자(보험대상자)가 이 특 약의 보험기간중 재해분류표에 서 정하는 재해를 직접적인 원 인으로 수술을 받았을 경우	수술 1회당 100만원

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

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

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

2. 보험금을 지급하지 아니하는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
 - 과로 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
 - 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
 - 식량결핍(X53)
 - 수분결핍(X54)
 - 상세불명의 결핍(X57)
 - 고의적 자해(X60~X84)
 - "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)
- ③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 후에 합병증을 일으키게 한 외과적 및 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장)
- ④ "자연의 힘에 노출(X30~X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
- ⑤ "불의의 물에 빠짐(W65~W74), 기타 불의의 호흡 위험(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장애 및 삼킴장애
- ⑥ 한국표준질병사인분류상의 (U00~U49, U80~U89)에 해당하는 질병

㉞ () 안은 제5차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008.1.1시행)상의 분류번호이며, 제6차 개정 이후 상기 재해 이외에 추가로 위1 및 2의 각호의 분류번호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함하는 것으로 합니다.

(별표 3)

장해분류표

무배당 교보단체보장보험 주계약 약관 별표3
"장해분류표"와 동일

(별표 4)

보험금 지급시의 적립이율 계산(제15조 제2항 관련)

구 분		적 립 기 간	지 급 이 자
재해수술급여금 (제10조)		지급기일의 다음날부터 보 험금 지급일까지의 기간	보험계약대출이율
해약 환급금 (제12조 제1항)	해약환급금 지급사유가 발생한 날의 다음날 부터 해약환급금 청구일까지의 기간		1년 이내 : 예정이율의 50% 1년초과기간: 1%
	해약환급금 청구일의 다음날부터 지급기일까 지의 기간		예정이율 + 1%
	지급기일의 다음날부터 해약환급금 지급일까 지의 기간		보험계약대출이율

주) 1. 지급이자는 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가
완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그
해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.

무배당 재해입원특약

약 관

이 특약의 약관은 무배당 재해입원특약을 선택하여 가입한
경우에 한하여 적용합니다.

무배당 재해입원특약 약관

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조 (특약의 체결 및 소멸)

- ① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 주피형, 종피형 중 선택하여 청약(請約)하고, 보험회사가 승낙(承諾)함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어 집니다. (이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사”라 합니다)
- ② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.
 1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우
 2. 이 특약의 피보험자(보험대상자)가 사망하거나 장애분류표(별표3 참조) 중 동일한 재해(별표2 “재해분류표”에서 정한 재해를 말하며, 이하 “재해”라 합니다) 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 80% 이상인 장애상태가 되었을 경우
- ③ 주계약이 1인보장보험일 경우, 이 특약의 피보험자(보험대상자)가 장애분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 80% 이상인 장애상태시 제2항 제2호에 불구하고 주계약이 소멸되지 아니하는 때에는 이 특약의 효력은 소멸되지 아니합니다.
- ④ 제2조(피보험자(보험대상자)의 범위 및 자격의 득실) 제3항에 의하여 피보험자(보험대상자)의 자격이 상실된 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 제12조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 이 특약의 피보험자(보험대상자)가 제2조(피보험자(보험대상자)의 범위 및 자격의 득실) 제1항 제2호에서 정한 피보

험자(보험대상자)일 경우, 제2항 제1호에 불구하고 주계약이 사망 등 보험금 지급사유 발생으로 인하여 더 이상 효력을 가지지 아니하게 된 때에는 이 특약의 피보험자(보험대상자)에 대한 효력은 소멸되지 아니합니다.

- ⑥ 제2항 제2호 및 제3항의 경우 재해로 인하여 장애상태가 되고 장애지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ⑦ 제6항에 의하여 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 재해일부터 2년 이내)중에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태(사망포함)를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.
- ⑧ 제2항 제2호 및 제3항에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑨ 제2항 제2호 및 제3항의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용합니다.
- ⑩ 제2항 제2호 및 제3항의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하“ 한시장애”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 정합니다.
- ⑪ 제2항 제2호 및 제3항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 더하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑫ 제11항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그

중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

제2조 (피보험자(보험대상자)의 범위 및 자격의 득실)

- ① 이 특약의 피보험자(보험대상자)는 주피형, 종피형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 1. 주피형의 경우 주계약이 1인보장보험일 경우에는 주계약의 피보험자(보험대상자)로, 주계약이 2인보장보험일 경우에는 주계약의 주피보험자(주된 보험대상자)로 합니다.
 2. 종피형의 경우는 다음과 같이 정합니다.
 - 가. 주계약이 1인보장보험일 경우에는 주계약 피보험자(보험대상자)의 특약 체결시 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 및 자녀 등
 - 나. 주계약이 2인보장보험일 경우에는 주계약의 종피보험자(확장 보험대상자)
- ② 이 특약의 체결시 제1항에서 정한 피보험자(보험대상자)에 해당되는 자는 그 해당된 날에 피보험자(보험대상자)의 자격을 취득합니다.
- ③ 제1항 제2호의 ‘가’ 목 중 배우자의 경우 피보험자(보험대상자)가 주계약 피보험자(보험대상자)의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 때 또는 제1항 제2호 ‘나’ 목에서 정한 종피보험자(확장 보험대상자)에 해당되지 아니하게 된 때에는 그 날부터 피보험자(보험대상자)의 자격을 상실합니다.
- ④ 제1항 제2호의 ‘가’ 목 중 배우자의 경우 피보험자(보험대상자)가 주계약 피보험자(보험대상자)의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 때에는 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ⑤ 제1항 제2호의 ‘가’ 목 중 배우자의 경우 제3항에 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자(보험대상자)의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청

서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 아니합니다.

- ⑥ 제1항 제2호의 피보험자(보험대상자)가 사망하거나 장애 분류표(별표3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 80% 이상인 장애상태가 된 경우에는 이 특약의 피보험자(보험대상자)를 변경할 수 없습니다.

제3조 (특약내용의 변경)

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제12조(해약환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제4조 (계약자의 임의해지)

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제12조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제5조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약의 부가시에 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 정합니다.

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제6조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시일)

- ① 이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ② 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일(이하 “보장개시일”이라 합니다)과 동일합니다.

제7조 (보험료 납입연체시 특약의 해지)

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
- ② 주계약의 보험료를 납입하고 특약의 보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약에 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ③ 제1항 또는 제2항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 제12조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제8조 (보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제6조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시일) 제2항의 규정을 따릅니다.

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제9조 (“입원”의 정의와 장소)

이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 재해분류표(별표2 참조)에서 정하는 재해(이하 “재해”라 합니다)로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에 입실(입·퇴원확인서 발급기준)하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제10조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 특약의 보험기간 중 재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 4일 이상 입원하였을 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 약정한 재해입원급여금(별표1 “보험금지급기준표” 참조)을 지급합니다.

제11조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제9조(“입원”의 정의와 장소)에서 정한 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정하는 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.
- ③ 제10조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정하는 입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다.
- ④ 제10조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호의 경우 피보험자(보험대상자)가 동일 재해로 인하여 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 보고 각 입원일수를 더하여 제3항의 규정을 적용합니다. 그러나 동일 재해에 의한 입원이라도 입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일을 지나 재입원한 경우에는 새로운 입원으로 봅니다.
- ⑤ 피보험자(보험대상자)가 입원기간 중에 보험기간이 끝났거

나 종피보험자(확장 보험대상자)의 자격을 상실한 경우에도 그 계속중인 입원기간에 대하여 제3항의 규정에 따라 계속 입원급여금을 지급하여 드립니다.

- ⑥ 제2항 및 제5항의 계속 입원이란 중도퇴원 없이 계속하여 입원하는 것을 뜻합니다.
- ⑦ 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 아니한 때에는 회사는 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.

제12조 (해약환급금)

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

제4관 보험금 지급 등의 절차

제13조 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자(보험대상자)나 보험수익자(보험금을 받는 자)는 제10조(보험금의 종류 및 지급사유)에 정한 보험금 지급사유가 발생하였을 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제14조 (보험금 등 청구시 구비서류)

- ① 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해약환급금을 청구하여야 합니다.
 - 1. 청구서(회사양식)
 - 2. 사고증명서(입·퇴원확인서)
 - 3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
 - 4. 기타 보험수익자(보험금을 받는 자) 및 계약자가 보험

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

제15조 (보험금 등의 지급)

- ① 회사는 제14조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 지급합니다. 다만, 보험금의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수후 10영업일 이내에 지급합니다.
- ② 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표4 “ 보험금 지급시의 적립이율 계산” 과 같습니다.

제5관 기타사항 등

제16조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

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

(별표 1)

보험금 지급기준표

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
재해 입원급여금 (제10조)	보험기간 중 피보험자(보험대상자)가 보장개시일 이후에 재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 4일 이상 입원하였을 때	3일 초과 1일당 1만원 (1회 입원당 지급일수 120일 한도)

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

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

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

2. 보험금을 지급하지 아니하는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
 - 과로 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
 - 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
 - 식량결핍(X53)
 - 수분결핍(X54)
 - 상세불명의 결핍(X57)
 - 고의적 자해(X60~X84)
 - "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)
- ③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 후에 합병증을 일으키게 한 외과적 및 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장)
- ④ "자연의 힘에 노출(X30~X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
- ⑤ "불의의 물에 빠짐(W65~W74), 기타 불의의 호흡 위험(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장애 및 삼킴장애
- ⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U49, U80~U89)에 해당하는 질병

(주) () 안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행)상의 분류번호이며, 제6차 개정 이후 상기 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함하는 것으로 합니다.

(별표 3)

장해분류표

무배당 교보단체보장보험 주계약 약관 별표3
"장해분류표"와 동일

(별표 4)

보험금 지급시의 적립이율 계산(제15조 제2항 관련)

1. 재해입원급여금 (제10조)

적립기간	지급이자
지급기일의 다음 날부터 보험금 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

2. 해약환급금 (제12조 제1항)

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

- (주) 1. 지급이자는 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정하는 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.

무배당 입원특약

약 관

이 특약의 약관은 무배당 입원특약을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 입원특약 약관

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조 (특약의 체결 및 소멸)

- ① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 주피형, 종피형 중 선택하여 청약(請約)하고, 보험회사가 승낙(承諾)함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어 집니다. (이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사”라 합니다)
- ② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.
 1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우
 2. 이 특약의 피보험자(보험대상자)가 사망하거나 장애분류표(별표3 참조) 중 동일한 재해(별표4 “재해분류표”에서 정한 재해를 말하며, 이하 “재해”라 합니다) 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 80% 이상인 장애상태가 되었을 경우
- ③ 주계약이 1인보장보험일 경우, 이 특약의 피보험자(보험대상자)가 장애분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 80% 이상인 장애상태시 제2항 제2호에 불구하고 주계약이 소멸되지 아니하는 때에는 이 특약의 효력은 소멸되지 아니합니다.
- ④ 제2조(피보험자(보험대상자)의 범위 및 자격의 득실) 제3항에 의하여 피보험자(보험대상자)의 자격이 상실된 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 제12조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 이 특약의 피보험자(보험대상자)가 제2조(피보험자(보험대상자)의 범위 및 자격의 득실) 제1항 제2호에서 정한 피보

험자(보험대상자)일 경우, 제2항 제1호에 불구하고 주계약이 사망 등 보험금 지급사유 발생으로 인하여 더 이상 효력을 가지지 아니하게 된 때에는 이 특약의 피보험자(보험대상자)에 대한 효력은 소멸되지 아니합니다.

- ⑥ 제2항 제2호 및 제3항의 경우 재해로 인하여 장애상태가 되고 장애지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ⑦ 제6항에 의하여 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 재해일부터 2년 이내)중에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태(사망포함)를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.
- ⑧ 제2항 제2호 및 제3항에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑨ 제2항 제2호 및 제3항의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용합니다.
- ⑩ 제2항 제2호 및 제3항의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하“ 한시장애”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 정합니다.
- ⑪ 제2항 제2호 및 제3항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 더하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑫ 제11항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그

중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

제2조 (피보험자(보험대상자)의 범위 및 자격의 득실)

- ① 이 특약의 피보험자(보험대상자)는 주피형, 종피형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 1. 주피형의 경우 주계약이 1인보장보험일 경우에는 주계약의 피보험자(보험대상자)로, 주계약이 2인보장보험일 경우에는 주계약의 주피보험자(주된 보험대상자)로 합니다.
 2. 종피형의 경우는 다음과 같이 정합니다.
 - 가. 주계약이 1인보장보험일 경우에는 주계약 피보험자(보험대상자)의 특약 체결시 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 및 자녀 등
 - 나. 주계약이 2인보장보험일 경우에는 주계약의 종피보험자(확장 보험대상자)
- ② 이 특약의 체결시 제1항에서 정한 피보험자(보험대상자)에 해당되는 자는 그 해당된 날에 피보험자(보험대상자)의 자격을 취득합니다.
- ③ 제1항 제2호의 ‘가’ 목 중 배우자의 경우 피보험자(보험대상자)가 주계약 피보험자(보험대상자)의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 때 또는 제1항 제2호 ‘나’ 목에서 정한 종피보험자(확장 보험대상자)에 해당되지 아니하게 된 때에는 그 날부터 피보험자(보험대상자)의 자격을 상실합니다.
- ④ 제1항 제2호의 ‘가’ 목 중 배우자의 경우 피보험자(보험대상자)가 주계약 피보험자(보험대상자)의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 때에는 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ⑤ 제1항 제2호의 ‘가’ 목 중 배우자의 경우 제3항에 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자(보험대상자)의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청

서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 아니합니다.

- ⑥ 제1항 제2호의 피보험자(보험대상자)가 사망하거나 장애 분류표(별표3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 80% 이상인 장애상태가 된 경우에는 이 특약의 피보험자(보험대상자)를 변경할 수 없습니다.

제3조 (특약내용의 변경)

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제12조(해약환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제4조 (계약자의 임의해지)

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제12조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제5조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 이 특약의 부가시에 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 정합니다.

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제6조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시일)

- ① 이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ② 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일(이하 “보장개시일”이라 합니다)과 동일합니다.

제7조 (보험료 납입연체시 특약의 해지)

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
- ② 주계약의 보험료를 납입하고 특약의 보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약에 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ③ 제1항 또는 제2항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 제12조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제8조 (보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제6조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시일) 제2항의 규정을 따릅니다.

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제9조 (“입원”의 정의와 장소)

이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 질병 및 재해분류표(별표2 참조)에서 정하는 질병 또는 재해(이하 “질병 또는 재해”라 합니다)로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에 입실(입·퇴원확인서 발급기준)하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제10조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 특약의 보험기간 중 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 4일 이상 입원하였을 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 약정한 질병 재해입원급여금(별표1 “보험금지급기준표” 참조)을 지급합니다.

제11조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제9조(“입원”의 정의와 장소)에서 정한 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정하는 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.
- ③ 제10조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정하는 입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다.
- ④ 제10조(보험금의 종류 및 지급사유)의 입원급여금은 피보험자(보험대상자)가 동일 질병 또는 재해로 인하여 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 보고 각 입원일수를 더하여 제3항의 규정을 적용합니다. 그러나 동일 질병 또는 재해에 의한 입원이라도 입원급여금이 지급된 최종입

원의 퇴원일로부터 180일을 지나 재입원한 경우에는 새로운 입원으로 봅니다.

- ⑤ 피보험자(보험대상자)가 입원기간 중에 보험기간이 끝났거나 종피보험자(확장 보험대상자)의 자격을 상실한 경우에도 그 계속중인 입원기간에 대하여 제3항의 규정에 따라 계속 입원급여금을 지급하여 드립니다.
- ⑥ 제2항 및 제5항의 계속 입원이란 중도퇴원 없이 계속하여 입원하는 것을 뜻합니다.
- ⑦ 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 아니한 때에는 회사는 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제 12조 (해약환급금)

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

제4관 보험금 지급 등의 절차

제 13조 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자(보험대상자)나 보험수익자(보험금을 받는 자)는 제10조(보험금의 종류 및 지급사유)에 정한 보험금 지급사유가 발생하였을 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제 14조 (보험금 등 청구시 구비서류)

- ① 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해약환급금을 청구하여야 합니다.
 - 1. 청구서(회사양식)
 - 2. 사고증명서(입·퇴원확인서)
 - 3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된

정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)

4. 기타 보험수익자(보험금을 받는 자) 및 계약자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제15조 (보험금 등의 지급)

- ① 회사는 제14조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 지급합니다. 다만, 보험금의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 지급합니다.
- ② 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표5 “ 보험금 지급시의 적립이율 계산” 과 같습니다.

제5관 기타사항 등

제16조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

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

(별표 1)

보험금 지급기준표

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
질병재해 입원급여금 (제10조)	보험기간 중 피보험자(보험대상 자)가 보장개시일 이후에 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 4일 이상 입원하 였을 때	3일 초과 1일당 1만원 (1회 입원당 지급일수 120일 한도)

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

(별표 2)

질병 및 재해분류표

1. 보장대상이 되는 질병 및 재해

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

- ① 한국표준질병·사인분류상의(A00~Y98)에 해당하는 질병 및 재해
- ② 전염병 예방법 제2조 제1항 제1호에 정한 전염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 질병 및 재해

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

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

⌞ () 안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007- 4호, 2008.1.1시행)상의 분류번호이며, 제6차 개정 이후 상기 질병 및 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 질병 및 재해가 있는 경우에는 그 질병 및 재해도 포함하는 것으로 합니다.

(별 표 3)

장해분류표

무배당 교보단체보장보험 주계약 약관 별 표3
"장해분류표"와 동일

(별표 4)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

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

2. 보험금을 지급하지 아니하는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
 - 과로 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
 - 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
 - 식량결핍(X53)
 - 수분결핍(X54)
 - 상세불명의 결핍(X57)
 - 고의적 자해(X60~X84)
 - "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)
- ③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 후에 합병증을 일으키게 한 외과적 및 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장)
- ④ "자연의 힘에 노출(X30~X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
- ⑤ "불의의 물에 빠짐(W65~W74), 기타 불의의 호흡 위험(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장애 및 삼킴장애
- ⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U49, U80~U89)에 해당하는 질병

(주) () 안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행)상의 분류번호이며, 제6차 개정 이후 상기 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함하는 것으로 합니다.

(별표 5)

보험금 지급시의 적립이율 계산(제15조 제2항 관련)

1. 질병재해입원급여금 (제10조)

적 립 기 간	지 급 이 자
지급기일의 다음 날부터 보험금 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

2. 해약환급금 (제12조 제1항)

적 립 기 간	지 급 이 자	
해약환급금 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 해약환급금 청구일까지의 기간	1년 이내	예정이율의 50%
	1년 초과 기간	1%
해약환급금 청구일의 다음 날부터 지급기일까지의 기간	예정이율 + 1%	
지급기일의 다음 날부터 해약환급금 지급일까지의 기간	보험계약대출이율	

- (주) 1. 지급이자는 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정하는 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.

무배당 일반사망특약 약관

무배당 일반사망특약 약관

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조 (특약의 체결 및 소멸)

- (1) 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 이루어 집니다. (이하 주된 보험계약은 "주계약", 보험계약자는 "계약자", 보험회사는 "회사"라 합니다)
- (2) 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우와 제8조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조 (특약내용의 변경)

- (1) 회사는 계약자가 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- (2) 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해약된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제11조 (해약환급금)에 따라 계약자에게 지급합니다.

제3조 (계약자의 임의해지)

(1) 계약자는 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제11조(해약환급금)에 정한 해약환급금을 드립니다.

(2) 회사는 제1항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제4조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시일)

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

(2) 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약과 동일합니다.

제6조 (보험료의 납입연체시 특약의 해지)

(1) 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

(2) 주계약의 보험료를 납입하고 특약의 보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약에 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간안

에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

(3) 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 해약환급금을 지급합니다.

제7조 (보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))

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

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

(3) 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제5조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시일) 제2항의 규정을 따릅니다.

제3관 보험금 등의 지급(회사의 주된 의무)

제8조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험기간 중 피보험자(보험대상자)가 별표1(재해분류표)에서 정하는 재해(이하 "재해"라 합니다)이외의 사유로 사망하거나 별표2에서 정하는 "장해분류표"중 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급율을 더하여 80% 이상인 장해상태가 되었을 때 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 특약 보험가입금액을 지급합니다.

제9조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- (1) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 차회 이후의 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- (2) 제8조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- (3) 제8조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당장해 지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 결정합니다.
- (4) 제8조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 재해 이외의 동일한 원인으로 두가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- (5) 제4항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

제10조 (보험금을 지급하지 아니하는 보험사고)

- (1) 회사는 다음 중 어느 한가지의 경우에 의하여 보험금 지

급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 계약을 해지할 수 있습니다.

1. 피보험자(보험대상자)가 고의로 자신을 해친 경우

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

2. 보험수익자(보험금을 받는 자)가 고의로 피보험자(보험대상자)를 해친 경우, 그러나 그 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 잔액을 다른 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 드립니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자(보험대상자)를 해친 경우

(2) 제1항의 각 사유로 인하여 회사가 이 계약을 해지하거나 계약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.

1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 받은 보험료를 돌려드립니다

2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 드립니다.

3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 받은 보험료를 돌려 드리지 아니합니다.

제 11조 (해약환급금)

(1) 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계

산합니다.

(2) 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4관 보험금 지급 등의 절차

제12조 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자(보험대상자)나 보험수익자(보험금을 받는 자)는 제8조(보험금의 종류 및 지급사유)에 정한 보험금 지급사유 또는 제9조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 정한 보험료납입면제 사유가 발생하였을 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제13조 (보험금 등 청구시 구비서류)

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

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감 증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는자(보험수익자)가 보험금 또는 계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

(2) 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는

국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제14조 (보험금 등의 지급)

(1) 회사는 제13조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

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

(2) 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어서 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표3) "보험금 지급시 적립이율계산" 과 같습니다.

제5관 기타사항 등

제15조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

(1) 이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

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

(별표1)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

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

2. 보험금을 지급하지 아니하는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
 - 과로 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
 - 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
 - 식량결핍(X53)
 - 수분결핍(X54)
 - 상세불명의 결핍(X57)
 - 고의적 자해(X60~X84)
 - "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)
- ③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 후에 합병증을 일으키게 한 외과적 및 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장)
- ④ "자연의 힘에 노출(X30~X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
- ⑤ "불의의 물에 빠짐(W65~W74), 기타 불의의 호흡 위험(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡 장애 및 삼킴장애
- ⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U49, U80~U89)에 해당하는 질병

주 () 안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008.1.1시행)상의 분류번호이며, 제6차 개정 이후 상기 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각호의 분류번호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함하는 것으로 합니다.

(별표2)

장해분류표

무배당 교보단체보장보험 주계약 약관 별표3
"장해분류표"와 동일

(별표3)

보험금 지급시의 적립이율 계산(제14조 제2항 관련)

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
일반사망보험금 (제8조)	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간	보험계약 대출이율
해약환급금 (제11조 제1항)	해약환급금 지급 사유가 발생 한 날의 다음날부터 해약환급 금 청구일까지의 기간	1년이내 :예정이율의50% 1년초과기간 :1%
	해약환급금 청구일의 다음날 부터 지급기일까지의 기간	예정이율+1%
	지급기일의 다음날부터 해약환급금 지급일까지의 기간	보험계약 대출이율

주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 소멸 시효가 완
성된 이후에는 지급하지 아니합니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그
해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.

무배당 교보암치료보장특약// 약관

무배당 교보암치료보장특약// 약관

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조 (특약의 체결 및 소멸)

- ① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 주된 보험계약에 부가하여 이루어 집니다.(이하 주된 보험계약은 "주계약", 보험계약자는 "계약자", 보험회사는 "회사" 라 합니다.)
- ② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.
 1. 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우
 2. 이 특약의 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하거나 장해분류표(별표5 참조) 중 동일한 재해(별표6 “재해분류표”에서 정한 재해를 말하며, 이하 “재해”라 합니다) 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 80% 이상인 장해상태가 되었을 경우
- ③ 제2조 [피보험자(보험대상자)의 범위 및 자격의 득실] 제2항의 규정에 의하여 피보험자(보험대상자)의 자격이 상실된 경우에는 이 특약(배우자형 계약)도 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.
- ④ 주계약이 보험금 지급사유 발생으로 인하여 더 이상 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 제2항에도 불구하고 이 특약(배우자형 계약)의 피보험자(보험대상자)에 대한 효력은 소멸되지 아니합니다.
- ⑤ 이 특약의 피보험자(보험대상자)가 장해분류표 중 동일한

재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 80%이상인 장애상태가 되었을 경우 동조 제2항 제2호에도 불구하고 주계약이 소멸되지 아니하는 때에는 이 특약의 효력은 소멸되지 아니합니다.

⑥ 제2항 제2호 및 제5항의 경우 재해로 인하여 장애상태가 되고, 장애지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑦ 제6항에 의하여 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 재해일부터 2년 이내) 중에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태(사망 포함)를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.

⑧ 제2항 제2호 및 제5항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑨ 제2항 제2호 및 제5항의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용합니다.

⑩ 제2항 제2호 및 제5항의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 “한시장애”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 정합니다.

⑪ 제2항 제2호 및 제5항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑫ 제11항에 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

제2조 [피보험자(보험대상자)의 범위 및 자격의 득실]

① 이 특약의 피보험자(보험대상자)는 본인형의 경우 주계약의 피보험자(보험대상자)(이하 “주피보험자(주된 보험대상자)”라 합니다)로 하고 배우자형의 경우 주계약 주피보험자(주된 보험대상자)의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자(이하 “배우자”라 합니다)로 합니다.[이하 “주피보험자(주된 보험대상자)”와 “배우자”를 더하여 “피보험자(보험대상자)”로 합니다]

② 배우자형의 경우 특약의 체결 후에 제1항 제2호의 피보험자(보험대상자)에 해당되지 아니하게 된 자는 그 날로부터 피보험자(보험대상자)의 자격을 상실하며 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

③ 제2항 및 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제3항의 규정에도 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일로부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자(보험대상자)의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서

(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 않습니다.

제3조 (특약의 무효)

피보험자(보험대상자)가 보험계약일로부터 제7조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시일) 제2항에서 정한 암보장개시일의 전일 이전에 제10조(암 및 기타피부암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 "암"으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

제4조 (특약내용의 변경)

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

제5조 (계약자의 임의해지)

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제17조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제6조 (특약의 보험기간)

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

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제7조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시일)

- ① 이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ② 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다. 그러나, 제10조(암 및 기타피부암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 "암"보장에 대한 보장개시일은 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하 "암보장개시일"이라 합니다)을 보장개시일로 하며 그 날로부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 집니다.

제8조 (보험료의 납입연체시 특약의 해지)

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
- ② 주계약의 보험료를 납입하고 특약의 보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약에 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ③ 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제17조(해약환급

금) 제1항에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제9조 [보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)]

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급 합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제7조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시일) 제2항 내지 제3항의 규정을 따릅니다.

제3관 보험금 등의 지급(회사의 주된 의무)

제10조 (암 및 기타피부암의 정의 및 진단 확정)

- ① 이 특약에 있어서 “ 암” 이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표2[대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상샘암 제외)] 에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암)), 분류번호 C73(갑상샘의 악성신생물(암)), C77(림프절의 속발성 및 상세불명의 악성신생물(암))에 해당하는 질병중 갑상샘을 원발부위로 하는 질병 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에 있어서 “ 기타피부암” 이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에

해당하는 질병을 말합니다.

③ 암 및 기타피부암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 "암" 또는 "기타피부암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제11조 (상피내암의 정의 및 진단 확정)

① 이 특약에 있어서 “ 상피내암” 이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표3[상피내의 신생물분류표]에서 정한 질병을 말합니다.

② 상피내암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직검사(fixed tissue), 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 상피내암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제12조 (경계성 종양의 정의 및 진단 확정)

① 이 특약에 있어서 “ 경계성종양” 이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표4[행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표]에서 정한 질병을 말합니다.

② 경계성종양의 진단 확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직 검사(fixed tissue), 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 경계성종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제13조 (갑상샘암의 정의 및 진단 확정)

① 이 특약에 있어서 “ 갑상샘암” 이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상샘의 악성신생물(암))과 C77(림프절의 속발성 및 상세불명의 악성신생물(암))에 해당하는 질병중 갑상샘을 원발부위로 하는 질병을 말합니다.

② 갑상샘암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 갑상샘암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제14조 (“ 입원” 및 “ 수술” 의 정의와 장소)

① 이 특약에 있어서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 암, 상피내암, 경계성종양, 기타피부암 또는 갑상샘암으로 인한

치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의하여 암, 기타피부암, 상피내암, 경계성종양 및 갑상샘암으로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 수술[기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 제외] 받는 경우를 말합니다.

제15조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 이 특약의 피보험자(보험대상자)에게 다음 사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 약정한 보험금(별표 1 "보험금지급기준표"를 참조)을 지급합니다.

1. 보험기간중 피보험자(보험대상자)가 암보장개시일 이후에 암으로 진단이 확정되고 암치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 때 : 암수술급여금 지급
단, 가입 후 1년 미만 수술인 경우에는 50%를 감액하여

지급합니다.(보험기간이 5년 이하인 경우에는 100%를 지급)

2. 보험기간중 피보험자(보험대상자)가 암보장개시일 이후에 암으로 진단이 확정되고 암치료를 직접적인 목적으로 4일 이상 입원하였을 때 : 암입원비 지급 (120일 한도)
3. 보험기간중 피보험자(보험대상자)가 보장개시일 이후에 기타피부암으로 진단이 확정되고 기타피부암의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 때
: 기타피부암 수술비 지급
단, 가입 후 1년 미만 수술인 경우에는 50%를 감액하여 지급합니다.(보험기간이 5년 이하인 경우에는 100%를 지급)
4. 보험기간중 피보험자(보험대상자)가 보장개시일 이후에 기타피부암으로 진단이 확정되고 기타피부암의 치료를 직접적인 목적으로 4일 이상 입원하였을 때
: 기타피부암 입원비 지급 (120일 한도)
5. 보험기간중 피보험자(보험대상자)가 보장개시일 이후에 상피내암으로 진단이 확정되고 상피내암의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 때 : 상피내암 수술비 지급
단, 가입 후 1년 미만 수술인 경우에는 50%를 감액하여 지급합니다.(보험기간이 5년 이하인 경우에는 100%를 지급)
6. 보험기간중 피보험자(보험대상자)가 보장개시일 이후에 상피내암으로 진단이 확정되고 상피내암의 치료를 직접적인 목적으로 4일 이상 입원하였을 때
: 상피내암 입원비 지급 (120일 한도)
7. 보험기간중 피보험자(보험대상자)가 보장개시일 이후에

경계성종양으로 진단이 확정되고 경계성 종양의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 때

: 경계성종양 수술비 지급

단, 가입 후 1년 미만 수술인 경우에는 50%를 감액하여 지급합니다. (보험기간이 5년 이하인 경우에는 100%를 지급)

8. 보험기간중 피보험자(보험대상자)가 보장개시일 이후에 경계성종양으로 진단이 확정되고 경계성 종양의 치료를 직접적인 목적으로 4일 이상 입원하였을 때

: 경계성종양 입원비 지급 (120일 한도)

9. 보험기간중 피보험자(보험대상자)가 보장개시일 이후에 갑상샘암으로 진단이 확정되고 갑상샘암의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 때

: 갑상샘암 수술비 지급

단, 가입 후 1년 미만 수술인 경우에는 50%를 감액하여 지급합니다. (보험기간이 5년 이하인 경우에는 100%를 지급)

10. 보험기간중 피보험자(보험대상자)가 보장개시일 이후에 갑상샘암으로 진단이 확정되고 갑상샘암의 치료를 직접적인 목적으로 4일 이상 입원하였을 때

: 갑상샘암 입원비 지급 (120일 한도)

제 16조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 주계약의 보험료납입이 면제되었을 경우는 이 특약의 보험료 납입도 면제하여 드립니다.

② 제15조(보험금의 종류 및 지급 사유)의 암입원급여금, 기타피부암 입원급여금, 상피내암 입원급여금, 경계성종양 입원

급여금, 갑상샘암 입원급여금(이하 “ 입원급여금” 이라 합니다.)의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.

③ 제15조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호, 제4호, 제6호, 제8호 또는 제10호의 경우 피보험자(보험대상자)가 동일한 암, 기타피부암, 상피내암, 경계성종양 또는 갑상샘암의 치료를 직접 목적으로 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 보아서 각 입원일수를 합산하여 제 2항(1회 입원 한도당 입원급여금지급일수 최고 한도에 관한 사항임)의 규정을 적용합니다. 그러나 동일한 암, 기타피부암, 상피내암, 경계성종양 또는 갑상샘암에 의한 입원이라도 입원비가 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 재입원한 경우에는 새로운 입원으로 봅니다.

④ 제15조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호, 제4호, 제6호, 제8호 또는 제10호의 경우 피보험자(보험대상자)가 입원비 지급사유에 해당하는 입원기간중에 보험기간이 끝났을 때에도 그 계속중인 입원 기간에 대하여는 제2항의 규정에 따라 암, 기타피부암, 상피내암, 경계성종양 또는 갑상샘암의 입원비를 지급합니다.

⑤ 제15조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호, 제4호, 제6호, 제8호 또는 제10호의 경우 피보험자(보험대상자)가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정하는 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.

⑥ 제15조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호, 제4호, 제6호, 제8호 또는 제10호의 경우 계속입원이란 중도 퇴원없이 계속하여 입원하는 것을 뜻하며, 제4항에 해당하는 경우도 포함합니다.

⑦ 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 입원기간중 의사

의 지시에 따르지 아니한 때에는 회사는 수술비, 입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.

제17조 (해약환급금)

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

제4관 보험금 지급 등의 절차

제18조 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자(보험대상자)나 보험수익자(보험금을 받는 자)는 제15조(보험금의 종류 및 지급사유)에 정한 보험금 지급사유 또는 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 정한 보험료납입면제 사유가 발생하였을 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제19조 (보험금 등 청구시 구비서류)

- ① 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 해약환급금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(암, 기타피부암, 상피내암, 경계성종양 또는 갑상샘암 진단서, 수술증명서, 입·퇴원확인서 등)
 3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된

정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의
인감 증명서 포함)

4. 기타 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금 등의 수령
또는 계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하
는 서류

② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 사고 증명서는
의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원
또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것
이어야 합니다.

제20조 (보험금 등의 지급)

① 회사는 제19조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 서류
를 접수한 때 에는 접수증을 드리고, 그 서류를 접수한 날부
터 3영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 지급하거나 보
험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 또는 보험료
납입면제의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는
접수후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입
을 면제하여 드립니다.

② 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급
일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 7) “ 보험금 지
급 시 적립이율계산” 과 같습니다.

제5관 기타사항

제21조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

① 이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의
규정을 따릅니다.

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

(별표 1)

보험금 지급기준표

기준 : 보험가입금액 1,000만원

급부 명칭	지 급 사 유	지급금액 (본인형, 배우자형)
암수술비 제15조1호	보험기간중 피보험자(보험대상자)가 암보 장개시일 이후에 암으로 진단이 확정되고 암치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았 을 때	- 최초수술시 : 300만원 - 2회이후 수술시 : 60만원 (1회당)
암입원비 제15조2호	보험기간중 피보험자(보험대상자)가 암보 장개시일 이후에 암으로 진단이 확정되고 암치료를 직접적인 목적으로 4일이상 입원 하였을 때 (3일초과 1일당)	5 만원
기타피부암 수술비 제15조3호	보험기간중 피보험자(보험대상자)가 보 장개시일 이후에 기타피부암으로 진단이 확 정되고 기타피부암의 치료를 직접적인 목 적으로 수술을 받았을 때(수술 1회당)	30만원
기타피부암 입원비 제15조4호	보험기간중 피보험자(보험대상자)가 보 장개시일 이후에 기타피부암으로 진단 이 확정되고 기타피부암의 치료를 직 접적인 목적으로 4일이상 입원하였을 때(3일초과 1일당)	1 만원
상피내암 수술비 제15조5호	보험기간중 피보험자(보험대상자)가 보 장개시일 이후에 상피내암으로 진단이 확정되고 상피내암의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 때(수술 1회 당)	30만원

급부 명칭	지 급 사 유	지급금액 (본인형, 배우자형)
상피내암 입원비 제15조6호	보험기간중 피보험자(보험대상자)가 보장개시 일 이후에 상피내암으로 진단이 확정되고 상피내암의 치료를 직접적인 목적으로 4일 이상 입원하였을 때(3일초과 1일당)	1 만원
경계성종양 수술비 제15조7호	보험기간중 피보험자(보험대상자)가 보장개시 일 이후에 경계성종양으로 진단이 확정되 고 경계성종양의 치료를 직접적인 목적으 로 수술을 받았을 때 (수술 1회당)	30만원
경계성종양 입원비 제15조8호	보험기간중 피보험자(보험대상자)가 보장개시 일 이후에 경계성 종양으로 진단이 확정되 고 경계성 종양의 치료를 직접적인 목적으 로 4일이상 입원하였을 때(3일초과 1일당)	2 만원
갑상샘암 수술비 제15조9호	보험기간중 피보험자(보험대상자)가 보장개시 일 이후에 갑상샘암으로 진단이 확정되고 갑상샘암의 치료를 직접적인 목적으로 수 술을 받았을 때 (수술 1회당)	30만원
갑상샘암 입원비 제15조10호	보험기간중 피보험자(보험대상자)가 보장개시 일 이후에 갑상샘암으로 진단이 확정되고 갑상샘암의 치료를 직접적인 목적으로 4일 이상 입원하였을 때(3일초과 1일당)	2 만원

- 주) 1. 암수술비, 기타피부암수술비, 상피내암수술비, 경계성 종양수
술비, 갑상샘암수술비의 지급 : 가입 후 1년 미만 수술인 경
우에는 해당보험금의 50%를 감액하여 지급함.
(단, 보험기간이 5년 이하인 계약은 100%를 지급함)
2. 이 약관의 암보장개시일은 계약일[부활(효력회복)일]로부터

계약일[부활(효력회복)일]을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.

3. 약관 제10조(암 및 기타피부암의 정의 및 진단확정)에 따라 기타피부암 및 갑상샘암은 암의 정의에서 제외되는 바, 기타피부암 및 갑상샘암으로 보험금 지급사유 발생시 기타피부암 및 갑상샘암에 해당하는 급여금을 지급하고, 암에 해당하는 급여금은 지급되지 않습니다.
4. 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(별표 2)

대상이 되는 악성신생물(암) 분류표
(기타피부암 및 갑상샘암 제외)

약관에 규정하는 악성신생물(암)로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준 질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분 류 번 호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물(암)	C00- C14
2. 소화기관의 악성신생물(암)	C15- C26
3. 호흡기 및 가슴내 장기의 악성신생물(암)	C30- C39
4. 뼈 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40- C41
5. 피부의 악성흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성신생물(암)	C45- C49
7. 유방의 악성신생물(암)	C50
8. 여성 생식기관의 악성신생물(암)	C51- C58
9. 남성 생식기관의 악성신생물(암)	C60- C63
10. 요로의 악성신생물(암)	C64- C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타부위의 악성신생물(암)	C69- C72
12. 부신의 악성신생물(암)	C74
13. 기타 내분비샘 및 관련 구조물의 악성신생물(암)	C75
14. 불명확한 속발성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)	C76- C80
15. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)	C81- C96
16. 독립된(원발성) 다발성 부위의 악성신생물(암)	C97
17. 진성 적혈구 증가증	D45
18. 골수 형성이상 증후군	D46
19. 만성 골수증식성 질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판 증가증	D47.3
21. 림프종모양 구진증	L41.2

※ 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

※ 기타 피부의 악성신생물(암, 분류번호 C44) 및 갑상샘의 악성신생물(암, 분류번호 C73) 및 림프절의 속발성 및 상세불명의 악성신생물(암, 분류번호 C77)에 해당하는 질병중 갑상샘을 원발부위로 하는 질병은 상기 분류표에서 제외됩니다.

(별표 3)

상피내의 신생물 분류표

약관에 규정하는 상피내의 신생물로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준
질병·사인분류 (통계청 고시 제2007- 4호, 2008.1.1 시행) 중 다음에 적은
질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분 류 번 호
1. 구강, 식도 및 위의 상피내 암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 상피내 암종	D01
3. 가운데 귀 및 호흡기계통의 상피내 암종	D02
4. 상피내의 흑색종	D03
5. 피부의 상피내 암종	D04
6. 유방의 상피내 암종	D05
7. 자궁목의 상피내 암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 상피내 암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 상피내 암종	D09

※ 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 상기 질병 이외에 추가로
상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는
것으로 합니다.

(별표 4)

행동양식불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에 규정하는 행동양식불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류 (통계청 고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분 류 번 호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 가운데 귀, 호흡기, 가슴내 장기의 행동양식불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비샘의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물	D47 (D47.1, D47.3제외)
10. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48
11. 달리 분류되지 않는 랑게르한스 세포조직구증	D76.0

※ 제6차 개정 이후 한국표준질병사인분류에서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

※ 만성 골수증식성 질환(D47.1), 본태성 혈소판 증가증(D47.3)은 9.림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물에 포함되지 않는 것으로 보아 보장하지 않습니다.

(별표 5)

장해분류표

무배당 교보단체보장보험 주계약 약관 별표3
"장해분류표"와 동일

(별표 6)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

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

2. 보험금을 지급하지 아니하는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
 - 과로 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
 - 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
 - 식량결핍(X53)
 - 수분결핍(X54)
 - 상세불명의 결핍(X57)
 - 고의적 자해(X60~X84)
 - "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)
- ③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응 이나 후에 합병증을 일으키게 한 외과적 및 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장)
- ④ "자연의 힘에 노출(X30~X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
- ⑤ "불의의 물에 빠짐(W65~W74), 기타 불의의 호흡 위험(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장애 및 삼킴장애
- ⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U49, U80~U89)에 해당하는 질병

(주) () 안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008.1.1시행)상의 분류번호이며, 제6차 개정 이후 상기 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각호의 분류번호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함하는 것으로 합니다.

(별표 7)

보험금 지급시의 적립이율 계산(제20조 제2항 관련)

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
수술급여금관련 입원급여금관련 (제15조 제1호 내지 제10호)	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간	보험계약 대출이율
해약환급금 (제17조 제1항)	해약환급금 지급 사유가 발생 한 날의 다음날부터 해약환급 금 청구일까지의 기간	1년 이내 :예정이율의50% 1년초과기간 :1%
	해약환급금 청구일의 다음날부 터 지급기일까지의 기간	예정이율+1%
	지급기일의 다음날부터 해약환급금 지급일까지의 기간	보험 계약 대출이율

- 주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 소멸 시효가 완
성된 이후에는 지급하지 아니합니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그
해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.

무배당 교보암보장특약 약관

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조 (특약의 체결 및 소멸)

- ① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 주피형, 종피형 중 선택하여 청약(請約)하고, 보험회사가 승낙(承諾)함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어 집니다. (이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사”라 합니다)
- ② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.
 1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우
 2. 이 특약의 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하거나 장해분류표(별표7 참조) 중 동일한 재해(별표6 “재해분류표”에서 정한 재해를 말하며, 이하 “재해”라 합니다) 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 80% 이상인 장해상태가 되었을 경우
- ③ 제2조(피보험자(보험대상자)의 범위 및 자격의 득실) 제3항 내지 제4항에 의하여 피보험자(보험대상자)의 자격이 상실된 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 제17조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ④ 이 특약의 피보험자(보험대상자)가 제2조(피보험자(보험대상자)의 범위 및 자격의 득실) 제1항 제2호에서 정한 피보험자(보험대상자)일 경우, 제2항 제1호에 불구하고 주계약이 사망 등 보험금 지급사유 발생으로 인하여 더 이상 효력을 가지지 아니하게 된 때에는 이 특약의 피보험자(보험대상자)에 대한 효력은 소멸되지 아니합니다.
- ⑤ 주계약이 단생보험일 경우, 이 특약의 피보험자(보험대상자)가 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일

한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 80% 이상인 장애상태시 제2항 제2호에 불구하고 주계약이 소멸되지 아니하는 때에는 이 특약의 효력은 소멸되지 아니합니다.

- ⑥ 제2항 제2호 및 제5항의 경우 재해로 인하여 장애상태가 되고, 장애지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ⑦ 제6항에 의하여 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 재해일부터 2년 이내) 중에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태(사망 포함)를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.
- ⑧ 제2항 제2호 및 제5항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑨ 제2항 제2호 및 제5항의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용합니다.
- ⑩ 제2항 제2호 및 제5항의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하“ 한시장애”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 정합니다.
- ⑪ 제2항 제2호 및 제5항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장애가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 더하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑫ 제11항에 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중

높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

제2조 (피보험자(보험대상자)의 범위 및 자격의 득실)

- ① 이 특약의 피보험자(보험대상자)는 주피형, 종피형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 1. 주피형의 경우 주계약이 1인보장보험일 경우에는 주계약의 피보험자(보험대상자)로, 주계약이 2인보장보험일 경우에는 주계약의 주피보험자(주된 보험대상자)로 합니다.
 2. 종피형의 경우는 다음 각 호와 같이 정합니다.
 - 가. 주계약이 1인보장보험일 경우에는 주계약 피보험자(보험대상자)의 특약 체결시 호적상 또는 주민등록상의 배우자 및 자녀 등
 - 나. 주계약이 2인보장보험일 경우에는 주계약의 종피보험자(확장 보험대상자)
- ② 이 특약의 체결시 제1항에서 정한 피보험자(보험대상자)에 해당되는 자는 그 해당된 날에 피보험자(보험대상자)의 자격을 취득합니다.
- ③ 제1항 제2호 가목에서 이 특약의 피보험자(보험대상자)가 주계약 피보험자(보험대상자)의 배우자일 경우, 피보험자(보험대상자)가 주계약 피보험자(보험대상자)의 호적상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 때에는 그 날부터 피보험자(보험대상자)의 자격을 상실하며, 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 제1항 제2호 나목에서 이 특약의 피보험자(보험대상자)가 주계약의 종피보험자(확장 보험대상자)에 해당되지 아니하게 된 때에는 그 날부터 피보험자(보험대상자)의 자격을 상실합니다.
- ⑤ 제1항 제2호 가목에서 이 특약의 피보험자(보험대상자)가 주계약 피보험자(보험대상자)의 배우자일 경우, 동조 제3항에 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상

실한 피보험자(보험대상자)의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 아니합니다.

제3조 (특약의 무효)

다음 중 한가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

1. 피보험자(보험대상자)가 보험계약일부터 제7조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시일) 제3항에서 정한 암보장개시일의 전일 이전에 제10조(“ 암” , “ 기타피부암” 및 “ 4 대암” 의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암으로 진단 확정되는 경우
2. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약 체결시까지 피보험자(보험대상자)(가입자녀 제외)의 서면에 의한 동의를 얻지 아니한 경우 (단, 가입자녀의 친권자 및 후견인의 동의가 있는 경우 제외)
3. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자(보험대상자)로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우

제4조 (특약내용의 변경)

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

제5조 (계약자의 임의해지)

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

제6조 (특약의 보험기간)

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

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제7조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시일)

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약의 부가시에 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ③ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다. 그러나 제10조(“ 암” , “ 기타피부암” 및 “ 4대암” 의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “ 암” 에 대한 보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날(이하 “ 암보장개시일” 이라 합니다)을 보장개시일로 하며, 그 날부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 단, 갱신계약의 경우에는 보장개시일을 갱신일로 합니다.

제8조 (보험료의 납입연체시 특약의 해지)

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
- ② 주계약의 보험료를 납입하고 특약의 보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약에 정한 납입최고(독촉)기간이

끝나는 날의 다음 날 특약을 해지합니다. (납입최고(독촉) 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

- ③ 제1항 및 2항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 제17조 (해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제9조 (보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제7조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시일) 제3항의 규정을 따릅니다.

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제10조 (“암”, “기타피부암” 및 “4대암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표2[대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상샘암 제외)]에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암)), 분류번호 C73(갑상샘의 악성신생물(암)), C77(림프절의 속발성 및 상세불명의 악성신생물(암))에 해당하는 질병 중 갑상샘을 원발부위로 하는 질병 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “4대암”이라 함은 한국표준질병·사인

분류에서 악성신생물(암)로 분류되는 질병 중 별표3 “ 4대 암 분류표” 에서 정한 질병을 말합니다.

- ④ 암, 기타피부암 및 4대암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직검사(fixed tissue), 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 암, 기타피부암 및 4대암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 11조 (“ 유방암” 의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에 있어서 “ 유방암” 이라 함은 한국표준질병·사인 분류 중 분류번호 C50(유방의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
- ② 유방암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직검사(fixed tissue), 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 유방암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 12조 (“ 상피내암” 의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에 있어서 “ 상피내암” 이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표4[상피내의 신생물분류표] 에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 상피내암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직검사(fixed tissue), 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한

현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 상피내암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 13조 (“ 경계성종양” 의 정의 및 진단 확정)

- ① 이 특약에 있어서 “ 경계성종양” 이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표5[행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표]에서 정한 질병으로 암, 상피내암과는 구분됩니다.
- ② 경계성종양의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직검사(fixed tissue), 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 경계성종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 14조 (“ 갑상샘암” 의 정의 및 진단확정)

- ① 이 계약에 있어서 “ 갑상샘암” 이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상샘의 악성신생물(암))과 C77(림프절의 속발성 및 상세불명의 악성신생물(암))에 해당하는 질병 중 갑상샘을 원발부위로 하는 질병을 말합니다.
- ② 갑상샘암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 갑상샘암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 15조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자(보험대상자)에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 경우에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 약정한 보험금(별표1 “ 보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다.

1. 피보험자(보험대상자)가 이 특약의 보험기간중 암보장개시일 이후에 4대암을 직접적인 원인으로 사망한 경우
: 4대암사망보험금 지급
2. 피보험자(보험대상자)가 이 특약의 보험기간중 보장개시일(암은 암보장개시일) 이후에 4대암 이외의 암(이하 “ 일반암” 이라 합니다), 기타피부암 또는 갑상샘암을 직접적인 원인으로 사망한 경우
: 일반암사망보험금 지급
3. 피보험자(보험대상자)가 이 특약의 보험기간중 암보장개시일 이후에 4대암으로 진단확정 되었을 경우
: 4대암진단보험금 지급(단, 최초 1회에 한함)
4. 피보험자(보험대상자)가 이 특약의 보험기간중 암보장개시일 이후에 일반암으로 진단확정 되었을 경우
: 일반암진단보험금 지급(단, 최초 1회에 한함)
5. 피보험자(보험대상자)가 이 특약의 보험기간중 보장개시일 이후에 기타피부암으로 진단확정 되었을 경우
: 기타피부암진단보험금 지급(단, 최초 1회에 한함)
6. 피보험자(보험대상자)가 이 특약의 보험기간중 보장개시일 이후에 상피내암으로 진단확정 되었을 경우
: 상피내암진단보험금 지급(단, 최초 1회에 한함)
7. 피보험자(보험대상자)가 이 특약의 보험기간중 보장개시일 이후에 경계성종양으로 진단확정 되었을 경우
: 경계성종양진단보험금 지급(단, 최초 1회에 한함)
8. 피보험자(보험대상자)가 이 특약의 보험기간중 보장개시일 이후에 갑상샘암으로 진단확정 되었을 경우
: 갑상샘암진단보험금 지급(단, 최초 1회에 한함)

제 16조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자(보험대상자)가 암

보장개시일 이후에 암으로 진단이 확정되거나 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입도 면제하여 드립니다.

- ② 제15조(보험금의 종류 및 지급사유) 제3호 내지 제4호의 4대암진단보험금, 일반암진단보험금은 암보장개시일 이후에 진단 확정되는 암에 대해서 최초 1회에 한하여 지급하며, 중복하여 지급하지 아니합니다. 다만, 암보장개시일 이후에 일반암으로 진단이 확정되고 그 후에 4대암으로 진단이 확정되면 그 당시의 4대암진단보험금에서 4대암으로 진단 확정 당시의 일반암진단보험금을 뺀 금액을 추가로 지급하여 드립니다. 그러나, 4대암으로 진단이 확정되고 그 후에 일반암으로 진단확정시 일반암으로 인한 진단보험금은 추가로 지급되지 아니합니다.
- ③ 제15조(보험금의 종류 및 지급사유) 제3호 내지 제8호의 경우 피보험자(보험대상자)가 보장개시일(암은 암보장개시일) 이후에 사망하고, 그 후에 암(4대암 및 일반암), 기타 피부암, 상피내암, 경계성종양 또 갑상샘암을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제15조(보험금의 종류 및 지급사유) 제3호의 4대암진단보험금, 제4호의 일반암진단보험금, 제5호의 기타피부암진단보험금, 제6호의 상피내암진단보험금, 제7호의 경계성종양진단보험금 또는 제8호의 갑상샘암진단보험금을 추가로 지급합니다. 단, 암보장개시일 전일 이전에 암으로 진단이 확정된 경우에는 제외합니다.
- ④ 제15조(보험금의 종류 및 지급사유) 제3호 내지 제8호의 진단보험금의 경우 이 특약의 가입 후 1년 미만에 진단 받는 때에는 해당보험금의 50%를 지급하며 유방암의 경우 암보장개시일 이후 90일이 지나기 전에 진단확정 되었을 경우에는 일반암진단보험금의 10%를 지급(단, 여성에 한함)합니다. 단, 이 특약의 보험기간이 4년 이하인 경우에는 100%를 지급합니다.

제 17조 (해약환급금)

- ① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금

은 이 특약의 “ 보험료 및 책임준비금 산출방법서” 에 따라 계산합니다.

- ② 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4관 보험계약시 계약자의 계약전 알릴 의무 등

제18조 (계약전 알릴 의무 위반의 효과)

회사는 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 계약전 알릴 의무를 위반하여 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 이 경우 회사는 해약환급금 또는 이미 납입한 보험료 중 많은 금액을 지급합니다.

제5관 보험금 지급 등의 절차

제19조 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자(보험대상자)나 보험수익자(보험금을 받는 자)는 제15조(보험금의 종류 및 지급사유)에 정한 보험금 지급사유 또는 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 정한 보험료납입면제 사유가 발생하였을 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제20조 (보험금 등 청구시 구비서류)

- ① 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 해약환급금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(사망진단서, 암진단서 등)
 3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
 4. 기타 보험수익자(보험금을 받는 자) 및 계약자가 보험금 등의 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

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

제21조 (보험금 등의 지급)

- ① 회사는 제20조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 또는 보험료 납입면제의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 회사는 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표8 “보험금 지급시의 적립이율 계산” 과 같습니다.

제6관 기타사항 등

제22조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

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

(별표 1)

보험금 지급기준표

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
4대암 사망보험금 (약관 제15조 제1호)	피보험자(보험대상자)가 이 특 약의 보험기간중 암보장개시일 이후에 4대암을 직접적인 원인 으로 사망한 경우	2,000만원
일반암 사망보험금 (약관 제15조 제2호)	피보험자(보험대상자)가 이 특 약의 보험기간중 보장개시일(암 은 암보장개시일) 이후에 일반 암, 기타피부암 또는 갑상샘암 을 직접적인 원인으로 사망한 경우	1,000만원
4대암 진단보험금 (약관 제15조 제3호)	피보험자(보험대상자)가 이 특 약의 보험기간중 암보장개시일 이후에 4대암으로 진단확정 되 었을 경우 (단, 최초 1회에 한 함)	2,000만원 (단, 가입 후 1년 미만 진단확정시 50% 감액 지급)
일반암 진단보험금 (약관 제15조 제4호)	피보험자(보험대상자)가 이 특 약의 보험기간중 암보장개시일 이후에 일반암으로 진단확정 되었을 경우 (단, 최초 1회에 한함)	1,000만원 (단, 가입 후 1년 미만 진단확정시 50% 감액 지급) ※ 단, 유방암의 경우 가입 후 180일(암 보장개시일 이후 90일) 이전에 진단확정시 상기금 액의 10% 지급 (단, 여성에 한함)
기타피부암 진단보험금 (약관 제15조 제5호)	피보험자(보험대상자)가 이 특 약의 보험기간중 보장개시일 이후에 기타피부암으로 진단확 정 되었을 경우 (단, 최초 1회 에 한함)	100만원 (단, 가입 후 1년 미만 진단확정시 50% 감액 지급)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
상피내암 진단보험금 (약관 제15조 제6호)	피보험자(보험대상자)가 이 특 약의 보험기간중 보장개시일 이후에 상피내암으로 진단확정 되었을 경우 (단, 최초 1회에 한함)	100만원 (단, 가입 후 1년 미만 진단확정시 50% 감액 지급)
경계성종양 진단보험금 (약관 제15조 제7호)	피보험자(보험대상자)가 이 특 약의 보험기간중 보장개시일 이후에 경계성종양으로 진단확 정 되었을 경우 (단, 최초 1회 에 한함)	300만원 (단, 가입 후 1년 미만 진단확정시 50% 감액 지급)
갑상샘암 진단보험금 (약관 제15조 제8호)	피보험자(보험대상자)가 이 특 약의 보험기간중 보장개시일 이후에 갑상샘암으로 진단확정 되었을 경우 (단, 최초 1회에 한함)	300만원 (단, 가입 후 1년 미만 진단확정시 50% 감액 지급)

- ※ 1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자(보험대상자)가 암보장개시일
이후에 암으로 진단이 확정되거나 주계약의 보험료 납입이 면제된
경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
2. 4대암진단보험금, 일반암진단보험금, 기타피부암진단보험금, 상피내
암진단보험금, 경계성진단보험금 및 갑상샘암진단보험금의 경우 가
입 후 1년 미만에 진단 받는 경우에는 해당 보험금의 50%를 지급
합니다.
단, 보험기간이 4년 이하인 계약은 100%를 지급합니다.
3. 4대암진단보험금, 일반암진단보험금은 암보장개시일 이후에 진단 확
정되는 암에 대해서 최초 1회에 한하여 지급하며 중복하여 지급하
지 아니합니다. 다만, 암보장개시일 이후에 일반암으로 진단이 확정
되고 그 후에 4대암으로 진단이 확정되면 그 당시의 4대암진단보험
금에서 4대암으로 진단 확정시의 일반암진단보험금을 뺀 차액을 추
가로 지급하여 드립니다. 그러나, 4대암으로 진단이 확정되고 그 후
에 일반암으로 진단 확정시 일반암으로 인한 진단보험금은 추가로
지급되지 않습니다.

(별표 2)

대상이 되는 악성신생물(암) 분류표
(기타피부암 및 갑상샘암 제외)

약관에 규정하는 악성신생물(암)로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준 질병·사인분류(통계청 고시 제2007- 4호, 2008.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분 류 번 호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물(암)	C00- C14
2. 소화기관의 악성신생물(암)	C15- C26
3. 호흡기 및 가슴내 장기의 악성신생물(암)	C30- C39
4. 뼈 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40- C41
5. 피부의 악성흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성신생물(암)	C45- C49
7. 유방의 악성신생물(암)	C50
8. 여성 생식기관의 악성신생물(암)	C51- C58
9. 남성 생식기관의 악성신생물(암)	C60- C63
10. 요로의 악성신생물(암)	C64- C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타부위의 악성신생물(암)	C69- C72
12. 부신의 악성신생물(암)	C74
13. 기타 내분비샘 및 관련 구조물의 악성신생물(암)	C75
14. 불명확한 속발성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)	C76- C80
15. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)	C81- C96
16. 독립된(원발성) 다발성 부위의 악성신생물(암)	C97
17. 진성 적혈구 증가증	D45
18. 골수 형성이상 증후군	D46
19. 만성 골수증식성 질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판 증가증	D47.3
21. 림프종모양 구진증	L41.2

※ 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

※ 기타 피부의 악성신생물(암, 분류번호 C44) 및 갑상샘의 악성신생물(암, 분류번호 C73) 및 림프절의 속발성 및 상세불명의 악성신생물(암, 분류번호 C77)에 해당하는 질병중 갑상샘을 원발부위로 하는 질병은 상기 분류표에서 제외됩니다.

(별표 3)

4대암 분류표

약관에 규정하는 4대암으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

분 류 항 목	분 류 번 호
1. 위의 악성신생물(암)	C16
2. 결장의 악성신생물(암)	C18
3. 직장구불결장 이행부의 악성신생물(암)	C19
4. 직장의 악성신생물(암)	C20
5. 항문 및 항문관의 악성신생물(암)	C21
6. 간 및 간내 쓸개관(담관)의 악성신생물(암)	C22
7. 쓸개(담낭)의 악성신생물(암)	C23
8. 기타 및 상세불명 담도 부위의 악성신생물(암)	C24
9. 기관의 악성신생물(암)	C33
10. 기관지 및 폐의 악성신생물(암)	C34

※ 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표 4)

상피내의 신생물 분류표

약관에 규정하는 상피내의 신생물로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준
질병사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행) 중 다음에 적은 질
병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분 류 번 호
1. 구강, 식도 및 위의 상피내 암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 상피내 암종	D01
3. 가운데 귀 및 호흡기계통의 상피내 암종	D02
4. 상피내의 흑색종	D03
5. 피부의 상피내 암종	D04
6. 유방의 상피내 암종	D05
7. 자궁목의 상피내 암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 상피내 암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 상피내 암종	D09

※ 제6차 개정 이후 한국표준질병사인분류에서 상기 질병이외에 추가로 상
기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것
으로 합니다.

(별표 5)

행동양식불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에 규정하는 행동양식불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분 류 번 호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 가운데 귀, 호흡기, 가슴내 장기의 행동양식불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비샘의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물	D47 (D47.1, D47.3제외)
10. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48
11. 달리 분류되지 않는 랑게르한스 세포조직구증	D76.0

※ 제6차 개정 이후 한국표준질병사인분류에서 상기 질병이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

※ 만성 골수증식성 질환(D47.1), 본태성 혈소판 증가증(D47.3)은 9.림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물에 포함되지 않는 것으로 보아 보장하지 않습니다.

(별표 6)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

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

2. 보험금을 지급하지 아니하는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

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

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

(별표 7)

장해분류표

무배당 교보단체보장보험 주계약 약관 별표3
"장해분류표"와 동일

(별표 8)

보험금 지급시의 적립이율 계산(제21조 제2항 관련)

1. 사망보험금, 진단보험금 (제15조 제1호 내지 제8호)

적립기간	지급이자
지급기일의 다음 날부터 보험금 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

2. 해약환급금 (제17조 제1항)

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

- (주) 1. 지급이자는 연 단위 복리로 계산하며, 주계약의 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.

무배당 교보신산업재해사망특약
약관

무배당 교보신산업재해사망특약약관

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조 (특약의 체결 및 소멸)

- ① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약(請約)하고 보험회사가 승낙(承諾)함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어 집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사”라 합니다)
- ② 다음 각호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.
 1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 되거나 퇴직 등의 사유가 발생하여 개별계약으로 전환하는 경우
 2. 이 특약의 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하거나 장애분류표(별표1 참조) 중 동일한 재해(별표2 “재해분류표” 서 정한 재해를 말하며, 이하 “재해”라 합니다) 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 80% 이상인 장애상태가 되었을 경우
 3. 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생하지 않을 경우
- ③ 이 특약의 피보험자(보험대상자)가 장애분류표(별표1 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 80% 이상인 장애상태시 제2항 제2호에도 불구하고 주계약이 소멸되지 아니하는 때에는 이 특약의 효력은 소멸되지 아니합니다.

- ④ 제2항 제2호 및 제3항의 경우 재해로 인하여 장애상태가 되고 장애지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만 장애분류표(별표1 참조)에 장애판정 시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ⑤ 제4항에 의하여 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 재해일부터 2년 이내) 중에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태(사망포함)를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.
- ⑥ 제2항 제2호 및 제3항에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑦ 제2항 제2호 및 제3항의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표(별표1 참조)상 두가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용합니다.
- ⑧ 제2항 제2호 및 제3항의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하“ 한시장애”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당장애 지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 정합니다.
- ⑨ 제2항 제2호 및 제3항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 더하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정

기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

- ⑩ 제9항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표(별표1 참조)상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표(별표1 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

제2조 (피보험자(보험대상자)의 범위)

이 특약의 피보험자(보험대상자)는 주계약의 피보험자(보험대상자)로 합니다. 다만, 이 특약을 2인보장보험에 부가할 경우 이 특약의 피보험자(보험대상자)는 주계약의 계약자 또는 주피보험자(주된 보험대상자)[주계약의 계약자와 주피보험자(주된 보험대상자)가 상이할 경우에는 주피보험자(주된 보험대상자)]로 합니다.

제3조 (특약내용의 변경)

- ① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다.
- ③ 피보험자(보험대상자)가 퇴직, 기타의 사유에 의하여 피보험단체(보험대상단체)로부터 탈퇴한 경우에 계약자는 지체 없이 피보험자(보험대상자)의 탈퇴년월일 및 사유를 회사에 알려야 합니다.

제4조 (계약자의 임의해지)

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 피보험자(보험대상자)의 동의를 얻어 언제든지 이 특약을 해지할 수 있습니다.
- ② 제1항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조 (특약 보험료의 납입 및 회사의 보장개시일)

- ① 이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ② 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제6조 (보험료 납입연체시 특약의 해지)

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
- ② 주계약의 보험료를 납입하고 특약의 보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약에 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

제7조 (보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))

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

관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

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

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제8조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간중 산업재해보상보험법에 규정된 업무상의 사유에 의하여 사망하였을 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 특약보험가입금액의 전액을 산재사망보험금으로 지급합니다.

제9조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보험료 납입기간중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 특약이 유효한 기간 중에 피보험자(보험대상자)에게 재해가 발생하고 특약의 효력이 없어진 경우에도 재해일로부터 2년 이내에 그 재해로 인하여 제8조(보험금의 종류 및 지급사유)의 사유가 발생한 때에는 회사가 보장을 합니다.

제10조 (해약환급금)

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

- ② 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 11조 (배당금의 지급)

이 계약은 무배당 보험이므로 계약자 배당금이 없습니다.

제4관 보험금 지급 등의 절차

제 12조 (보험금 지급사유의 발생통지)

보험수익자(보험금을 받는 자)는 제8조(보험금의 종류 및 지급사유)에 정한 보험금 지급사유 또는 제9조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 정한 보험료납입면제 사유가 발생하였을 때에는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제 13조 (보험금등 청구시 구비서류)

- ① 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 해약환급금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
1. 청구서 (회사양식)
 2. 사고증명서(산업재해사망진단서 등)
 3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
 4. 기타 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금 수령 또는 계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
- ② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 사고증명서는

의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제14조 (보험금 등의 지급)

- ① 회사는 제13조(보험금등 청구시 구비서류)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표3(보험금 지급시의 적립이율 계산)과 같습니다

제5관 기타사항

제15조 (주계약 약관 규정의 준용)

이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

(별 표 1)

장해분류표

무배당 교보단체보장보험 주계약 약관 별 표3
"장해분류표"와 동일

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

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

2. 보험금을 지급하지 아니하는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
 - 과로 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
 - 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
 - 식량결핍(X53)
 - 수분결핍(X54)
 - 상세불명의 결핍(X57)
 - 고의적 자해(X60~X84)
 - "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)
- ③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 후에 합병증을 일으키게 한 외과적 및 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장)
- ④ "자연의 힘에 노출(X30~X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
- ⑤ "불의의 물에 빠짐(W65~W74), 기타 불의의 호흡 위험(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장애 및 삼킴장애
- ⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U49, U80~U89)에 해당하는 질병

(주) () 안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행)상의 분류번호이며, 제6차 개정 이후 상기 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함하는 것으로 합니다.

(별 표 3)

보험금 지급시의 적립이율 계산(제14조 제2항 관련)

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
산재사망보험금 (제8조)	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간	회사의 보험계약대출이율
해약환급금 (제10조제1항)	해약환급금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 해약환급금 청구일까지의 기간	1년이내:예정이율의 50% 1년초과기간:1%
	해약환급금 청구일의 다음날부 터 지급기일까지의 기간	예정이율+1%
	지급기일의 다음날부터 해약환 급금 지급일까지의 기간	보험 계약대출이율

- 주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소
 멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
 2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해
 당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.

무배당 교보신산업재해장해특약
약관

무배당 교보신산업재해장해특약

제1관 보험계약의 성립과 유지

제 1 조 (특약의 체결 및 소멸)

- ① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자의 청약(請約)과 보험회사의 승낙(承諾)으로 주된 보험계약에 부가하여 이루어 집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사” 라 합니다)
- ② 다음 각호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.
 1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 되거나 퇴직 등의 사유가 발생하여 개별계약으로 전환하는 경우
 2. 이 특약의 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하거나 장해분류표(별표1 참조) 중 동일한 재해(별표2 “재해분류표” 서 정한 재해를 말하며, 이하 “재해” 라 합니다) 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 80% 이상인 장해상태가 되었을 경우
 3. 제9조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제7항에서 정한 산재장해급여금의 총한도까지 지급이 완료되어 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생하지 않을 경우
- ③ 이 특약의 피보험자(보험대상자)가 장해분류표(별표1 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 80% 이상인 장해상태시 제3항 제2호에도 불구하고 주계약이 소멸되지 아니

하는 때에는 이 특약의 효력은 소멸되지 아니합니다.

- ④ 제2항 제2호 및 제3항의 경우 재해로 인하여 장해상태가 되고 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만 장해분류표(별표1 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ⑤ 제4항에 의하여 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 재해일부터 2년 이내) 중에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태(사망포함)를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ⑥ 제2항 제2호 및 제3항에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑦ 제2항 제2호 및 제3항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표 1 참조)상 두가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.
- ⑧ 제2항 제2호 및 제3항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하“ 한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
- ⑨ 제4항 제2호 및 제3항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급

를 결정합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정 기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

- ⑩ 제9항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표(별표 1 참조)상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더 하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표(별표1 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

제2조 (피보험자(보험대상자)의 범위)

이 특약의 피보험자(보험대상자)는 주계약의 피보험자(보험대상자)로 합니다. 다만, 이 특약을 2인보장보험에 부가할 경우 이 특약의 피보험자(보험대상자)는 주계약의 계약자 또는 주 피보험자(주된 보험대상자)[주계약의 계약자와 주피보험자(주된 보험대상자)가 상이할 경우에는 주피보험자(주된 보험대상자)]로 합니다.

제3조 (특약내용의 변경)

- ① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다.
- 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다.
- ③ 피보험자(보험대상자)가 퇴직, 기타의 사유에 의하여 피보험단체(보험대상단체)로부터 탈퇴한 경우에 계약자는 지체 없이 피보험자(보험대상자)의 탈퇴년월일 및 사유를 회사에 알려야 합니다.

제4조 (계약자의 임의해지)

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 피보험자(보험대상자)의 동의를 얻어 언제든지 이 특약을 해지할 수 있습니다.
- ② 제1항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조 (특약 보험료의 납입 및 회사의 보장개시일)

- ① 이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ② 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제6조 (보험료 납입연체시 특약의 해지)

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지 된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
- ② 주계약의 보험료를 납입하고 특약의 보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약에 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

제7조 (보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주

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

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

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제8조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간중 산업재해보상 보험법에 규정된 업무상의 사유에 의하여 장해등급분류표(별표 3 참조) 중 제1급 내지 제14급의 장해(이하“ 장해” 라 합니다)상태가 되었을 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 다음과 같이 산재장해급여금을 지급합니다.

장해등급	지 급 액
1급	특약보험가입금액의 100%
2급	특약보험가입금액의 90%
3급	특약보험가입금액의 80%
4급	특약보험가입금액의 70%
5급	특약보험가입금액의 60%
6급	특약보험가입금액의 50%
7급	특약보험가입금액의 45%
8급	특약보험가입금액의 40%
9급	특약보험가입금액의 35%
10급	특약보험가입금액의 30%

11급	특약보험가입금액의 25%
12급	특약보험가입금액의 20%
13급	특약보험가입금액의 15%
14급	특약보험가입금액의 10%

제9조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제8조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 장해상태의 등급이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해상태의 등급으로 결정합니다.
- ③ 특약이 유효한 기간 중에 피보험자(보험대상자)에게 재해가 발생하고 특약의 효력이 없어진 경우에도 재해일로부터 2년 이내에 그 재해로 인하여 제8조(보험금의 종류 및 지급사유)의 사유가 발생한 때에는 회사가 보장을 합니다.
- ④ 피보험자(보험대상자)가 동일한 재해를 직접적인 원인으로 하여 두 종목 이상의 장해를 입었을 경우에는 근로복지공단에서 최종 결정한 장해등급에 따라 지급합니다.
- ⑤ 제4항에 규정한 장해급여금의 지급사유가 다른 재해를 직접적인 원인으로 하여 2회 이상 발생하였을 때에는 그 때마다 이에 해당하는 장해급여금을 드립니다. 그러나 그 장해가 이미 장해급여금을 지급받은 동일부위에 가중된 장해일 때에는 새로이 발생한 장해에 해당하는 장해급여금에서 이미 지급한 장해급여금을 뺀 금액을 드립니다.
- ⑥ 제4항에 있어서 그 재해전에 이미 다음중 한가지의 경우에 해당되는 장해가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그

신체의 동일부위에 또다시 제5항에 규정한 장애의 상태가 발생되었을 때에는 다음의 장애에 대하여는 이미 장해급여금이 지급된 것으로 보고 제5항 후단의 규정을 적용합니다.

1. 이 특약의 보장개시전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 장애로 장해급여금의 지급사유가 되지 않았던 장애
 2. 제1호 이외에 이 특약의 규정에 의하여 장해급여금의 지급사유가 되지 않았던 장애 또는 장해급여금이 지급되지 않았던 장애
- ⑦ 장해급여금의 지급한도는 통산하여 특약보험가입금액의 100%로 합니다.

제 10조 (해약환급금)

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

제 11조 (배당금의 지급)

이 계약은 무배당보험이므로 계약자 배당금이 없습니다.

제4관 보험금 지급 등의 절차

제 12조 (보험금 지급사유의 발생통지)

보험수익자(보험금을 받는 자)는 제8조(보험금의 종류 및 지급사유)에 정한 보험금 지급사유 또는 제9조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 정한 보험료납입면제 사유가 발생하였을 때에는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제13조 (보험금등 청구시 구비서류)

- ① 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 해약환급금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서 (회사양식)
 2. 사고증명서(산업재해장해진단서 등)
 3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
 4. 기타 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금 수령 또는 계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
- ② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제14조 (보험금 등의 지급)

- ① 회사는 제13조(보험금등 청구시 구비서류)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 또는 보험료 납입면제의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요

한 때에는 접수후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나
보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

- ② 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급
일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표4(보험금 지급
시의 적립이율 계산)과 같습니다.

제5관 기타사항

제15조 (주계약 약관 규정의 준용)

이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규
정을 따릅니다.

(별 표 1)

장해분류표

무배당 교보단체보장보험 주계약 약관 별 표3
"장해분류표"와 동일

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

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

2. 보험금을 지급하지 아니하는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
 - 과로 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
 - 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
 - 식량결핍(X53)
 - 수분결핍(X54)
 - 상세불명의 결핍(X57)
 - 고의적 자해(X60~X84)
 - "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)
- ③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 후에 합병증을 일으키게 한 외과적 및 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장)
- ④ "자연의 힘에 노출(X30~X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
- ⑤ "불의의 물에 빠짐(W65~W74), 기타 불의의 호흡 위험(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장애 및 삼킴장애
- ⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U49, U80~U89)에 해당하는 질병

(주) () 안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행)상의 분류번호이며, 제6차 개정 이후 상기 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함하는 것으로 합니다.

(별표 3)

장애등급분류표<개정 2003.5.7>

등급	신 체 장 해
제1급	<ol style="list-style-type: none"> 1. 두 눈이 실명된 사람 2. 말하는 기능과 음식물을 씹는 기능을 모두 영구적으로 완전히 잃은 사람 3. 신경계통의 기능 또는 정신기능에 뚜렷한 장애가 남아 항상 간병을 받아야 하는 사람 4. 흉복부장기의 기능에 뚜렷한 장애가 남아 항상 간병을 받아야 하는 사람 5. 두 팔을 팔꿈치관절이상에서 잃은 사람 6. 두 팔을 영구적으로 완전히 사용하지 못하게 된 사람 7. 두 다리를 무릎관절이상에서 잃은 사람 8. 두 다리를 영구적으로 완전히 사용하지 못하게 된 사람
제2급	<ol style="list-style-type: none"> 1. 한 눈이 실명되고 다른 눈의 시력이 0.02이하로 된 사람 2. 두 눈의 시력이 각각 0.02이하로 된 사람 3. 두 팔을 손목관절이상에서 잃은 사람 4. 두 다리를 발목관절이상에서 잃은 사람 5. 신경계통의 기능 또는 정신기능에 뚜렷한 장애가 남아 수시로 간병을 받아야 하는 사람 6. 흉복부장기의 기능에 뚜렷한 장애가 남아 수시로 간병을 받아야 하는 사람
제3급	<ol style="list-style-type: none"> 1. 한 눈이 실명되고 다른 눈의 시력이 0.06이하로 된 2. 말하는 기능 또는 음식물을 씹는 기능을 영구적으로 완전히 잃은 사람 3. 신경계통의 기능 또는 정신기능에 뚜렷한 장애가 남아 일생동안 노무에 종사할 수 없는 사람 4. 흉복부장기의 기능에 뚜렷한 장애가 남아 일생동안 노무에 종사할 수 없는 사람 5. 두 손의 손가락을 모두 잃은 사람
제4급	<ol style="list-style-type: none"> 1. 두 눈의 시력이 각각 0.06이하로 된 사람 2. 말하는 기능과 음식물을 씹는 기능에 뚜렷한 장애가 남은 사람 3. 고막의 전부의 결손이나 그 외의 원인으로 인하여 두 귀의 청력을 완전히 잃은 사람 4. 한 팔을 팔꿈치관절이상에서 잃은 사람 5. 한 다리를 무릎관절이상에서 잃은 사람 6. 두 손의 손가락을 모두 제대로 못쓰게 된 사람 7. 두 발을 리스푸랑관절이상에서 잃은 사람

등급	신 체 장 해
제5급	<ol style="list-style-type: none"> 1. 한 눈이 실명되고 다른 눈의 시력이 0.1이하로 된 사람 2. 한 팔을 손목관절이상에서 잃은 사람 3. 한 다리를 발목관절이상에서 잃은 사람 4. 한 팔을 영구적으로 완전히 사용하지 못하게 된 사람 5. 한 다리를 영구적으로 완전히 사용하지 못하게 된 사람 6. 두 발의 발가락을 모두 잃은 사람 7. 흉복부장기의 기능에 뚜렷한 장애가 남아 특별히 손쉬운 노무외에는 종사할 수 없는 사람 8. 신경계통의 기능 또는 정신기능에 뚜렷한 장애가 남아 특별히 손쉬운 노무외에는 종사할 수 없는 사람
제6급	<ol style="list-style-type: none"> 1. 두 눈의 시력이 각각 0.1이하로 된 사람 2. 말하는 기능 또는 음식물을 씹는 기능에 뚜렷한 장애가 남은 사람 3. 고막의 대부분의 결손이나 그 외의 원인으로 인하여 두 귀의 청력이 모두 컷바퀴에 대고 말하지 아니하고서는 큰 말소리를 알아 듣지 못하게 된 사람 4. 한 귀가 전혀 들리지 아니하게 되고 다른 귀의 청력이 40센티미터이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아 듣지 못하게 된 사람 5. 척주에 뚜렷한 기형이나 뚜렷한 기능장애가 남은 사람 6. 한 팔의 3대 관절중 2개 관절이 제대로 못쓰게 된 사람 7. 한 다리의 3대 관절중 2개 관절이 제대로 못쓰게 된 사람 8. 한손의 5개의 손가락 또는 엄지손가락과 둘째손가락을 포함하여 4개의 손가락을 잃은 사람
제7급	<ol style="list-style-type: none"> 1. 한 눈이 실명되고 다른 눈의 시력이 0.6이하로 된 사람 2. 두 귀의 청력이 모두 40센티미터이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아 듣지 못하게 된 사람 3. 한 귀가 전혀 들리지 아니하게 되고 다른 귀의 청력이 1미터이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아 듣지 못하게 된 사람 4. 신경계통의 기능 또는 정신기능에 장애가 남아 손쉬운 노무외에는 종사하지 못하는 사람 5. 흉복부장기의 기능에 장애가 남아 손쉬운 노무외에는 종사하지 못하는 사람 6. 한 손의 엄지손가락과 둘째손가락을 잃은 사람 또는 엄지손가락이나 둘째손가락을 포함하여 3개이상의 손가락을 잃은 사람 7. 한 손의 5개의 손가락 또는 엄지손가락과 둘째손가락을 포함하여 4개의 손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 8. 한 발을 리스푸랑관절이상에서 잃은 사람 9. 한 팔에 가관절이 남아 뚜렷한 운동기능장애가 남은 사람 10. 한 다리에 가관절이 남아 뚜렷한 운동기능장애가 남은 사람 11. 두 발의 발가락이 모두 제대로 못쓰게 된 사람 12. 외모에 뚜렷한 흉터가 남은 사람 13. 양쪽 고환을 잃은 사람

등급	신 체 장 해
제8급	<ol style="list-style-type: none"> 1. 한 눈이 실명되거나 한 눈의 시력이 0.02이하로 된 사람 2. 척주에 경도의 기형이나 기능장애가 남은 사람 3. 한 손의 엄지손가락을 포함하여 2개의 손가락을 잃은 사람 4. 한 손의 엄지손가락과 둘째손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 또는 엄지손가락이나 둘째손가락을 포함하여 3개 이상의 손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 5. 한 다리가 5센티미터이상 짧아진 사람 6. 한 팔의 3대 관절중 1개 관절이 제대로 못쓰게 된 사람 7. 한 다리의 3대 관절중 1개 관절을 제대로 못쓰게 된 사람 8. 한 팔에 가관절이 남은 사람 9. 한 다리에 가관절이 남은 사람 10. 한 발의 5개의 발가락을 모두 잃은 사람 11. 비장 또는 한쪽의 신장을 잃은 사람
제9급	<ol style="list-style-type: none"> 1. 두 눈의 시력이 각각 0.6이하로 된 사람 2. 한 눈의 시력이 0.06이하로 된 사람 3. 두 눈에 모두 반맹증, 시야협착 또는 시야변상이 남은 사람 4. 두 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손이 남은 사람 5. 코가 결손되어 그 기능에 뚜렷한 장애가 남은 사람 6. 말하는 기능과 음식물을 씹는 기능에 장애가 남은 사람 7. 두 귀의 청력이 모두 1미터이상의 거리에서는 큰 말소리를 알아 듣지 못하게 된 사람 8. 한 귀의 청력이 컷바퀴에 대고 말하지 아니하고서는 큰 말소리를 알아 듣지 못하고 다른 귀의 청력이 1미터이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아 듣지 못하게 된 사람 9. 한 귀의 청력을 영구적으로 완전히 잃은 사람 10. 한 손의 엄지손가락을 잃은 사람 또는 둘째손가락을 포함하여 2개의 손가락을 잃은 사람 또는 엄지손가락과 둘째손가락외의 3개의 손가락을 잃은 사람 11. 한 손의 엄지손가락을 포함하여 2개의 손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 12. 한 발의 엄지발가락을 포함하여 2개이상의 발가락을 잃은 사람 13. 한 발의 발가락을 모두 제대로 못쓰게 된 사람 14. 생식기에 뚜렷한 장애가 남은 사람 15. 신경계통의 기능 또는 정신기능에 장애가 남아 노무가 상당한 정도로 제한된 사람 16. 흉복부장기의 기능에 장애가 남아 노무가 상당한 정도로 제한된 사람

등급	신 체 장 해
제10급	<ol style="list-style-type: none"> 1.한 눈의 시력이 0.1이하로 된 사람 2.말하는 기능 또는 음식물을 씹는 기능에 장애가 남은 사람 3.14개이상의 치아에 대하여 치과보철을 한 사람 4.한 귀의 청력이 컷바퀴에 대고 말하지 아니하고서는 큰 말소리를 알아 듣지 못하게 된 사람 5.두 귀의 청력이 모두 1미터이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아 듣지 못하게 된 사람 6.척주에 기능장애가 남았으나 보존적 요법으로 치유된 사람 7.한 손의 둘째손가락을 잃은 사람 또는 엄지손가락과 둘째손가락외의 2개의 손가락을 잃은 사람 8.한손의 엄지손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 또는 둘째손가락을 포함하여 2개의 손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 또는 엄지손가락과 둘째손가락외의 3개의 손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 9.한 다리가 3센티미터이상 짧아진 사람 10.한 발의 엄지발가락 또는 그외의 4개의 발가락을 잃은 사람 11.한 팔의 3대 관절중 1개 관절의 기능에 뚜렷한 장애가 남은 사람 12.한 다리의 3대 관절중 1개 관절의 기능에 뚜렷한 장애가 남은 사람
제11급	<ol style="list-style-type: none"> 1.두 눈이 모두 안구의 조절기능에 뚜렷한 장애가 남거나 또는 뚜렷한 운동기능 장애가 남은 사람 2.두 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동기능장애가 남은 사람 3.한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손이 남은 사람 4.한 귀의 청력이 40센티미터이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아 듣지 못하게 된 사람 5.척주에 기형이 남은 사람 6.한 손의 가운데손가락 또는 넷째손가락을 잃은 사람 7.한 손의 둘째손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 또는 엄지손가락과 둘째손가락 외의 2개의 손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 8.한 발의 엄지발가락을 포함하여 2개이상의 발가락을 제대로 못쓰게 된 사람 9.흉복부장기에 기능에 장애가 남은 사람 10.10개이상의 치아에 대하여 치과보철을 한 사람 11.두 귀의 청력이 모두 1미터이상의 거리에서는 작은 말소리를 알아 듣지 못하게 된 사람

등급	신 체 장 해
제 12급	<ol style="list-style-type: none"> 1. 한 눈의 안구의 조절기능에 뚜렷한 장애가 남거나 뚜렷한 운동기능장애가 남은 사람 2. 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동기능장애가 남은 사람 3. 7개이상의 치아에 대하여 치과보철을 한 사람 4. 한 귀의 컷바퀴의 대부분이 결손된 사람 5. 쇄골, 흉골(복장뼈), 늑골(갈비뼈), 견갑골(어깨뼈) 또는 골반골에 뚜렷한 기형이 남은 사람 6. 한 팔의 3대 관절중의 1개 관절의 기능에 장애가 남은 사람 7. 한 다리의 3대 관절중의 1개 관절의 기능에 장애가 남은 사람 8. 장관골에 기형이 남은 사람 9. 한 손의 가운데손가락 또는 넷째손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 10. 한 발의 둘째발가락을 잃은 사람 또는 둘째발가락을 포함하여 2개의 발가락을 잃은 사람 또는 가운데발가락이하의 3개의 발가락을 잃은 사람 11. 한 발의 엄지발가락 또는 그외의 4개의 발가락을 제대로 못쓰게 된 사람 12. 국부에 완고한 신경증상이 남은 사람 13. 삭제 <2003.5.7> 14. 외모에 흉터가 남은 사람
제 13급	<ol style="list-style-type: none"> 1. 한 눈의 시력이 0.6이하로 된 사람 2. 한 눈에 반맹증, 시야협착 또는 시야변상이 남은 사람 3. 두 눈의 눈꺼풀의 일부에 결손이 남거나 속눈썹에 결손이 남은 사람 4. 5개이상의 치아에 대하여 치과보철을 한 사람 5. 한 손의 새끼손가락을 잃은 사람 6. 한 손의 엄지손가락의 지골의 일부를 잃은 사람 7. 한 손의 둘째손가락의 지골의 일부를 잃은 사람 8. 한 손의 둘째손가락의 말관절을 굽히고 펼 수 없게 된 사람 9. 한 다리가 1센티미터이상 짧아진 사람 10. 한 발의 가운데발가락이하의 1개 발가락 또는 2개의 발가락을 잃은 사람 11. 한 발의 둘째발가락을 제대로 못쓰게 된 사람 또는 둘째발가락을 포함하여 2개의 발가락을 제대로 못쓰게 된 사람 또는 가운데발가락이하의 3개의 발가락을 제대로 못쓰게 된 사람 12. 흉부장기에 진폐증의 소견이 있는 사람

등급	신 체 장 해
제14급	<ol style="list-style-type: none"> 1. 한 눈의 눈꺼풀의 일부에 결손이 남거나 속눈썹에 결손이 남은 사람 2. 3개 이상의 치아에 대하여 치과보철을 한 사람 3. 팔의 노출된 면에 손바닥 크기의 흉터가 남은 사람 4. 다리의 노출된 면에 손바닥 크기의 흉터가 남은 사람 5. 한 손의 새끼손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 6. 한 손의 엄지손가락과 둘째손가락외의 손가락의 지골의 일부를 잃은 사람 7. 한 손의 엄지손가락과 둘째손가락외의 손가락의 말관절을 굽히고 펼 수 없게 된 사람 8. 한 발의 가운데발가락이하의 1개 또는 2개의 발가락을 제대로 못쓰게 된 사람 9. 국부에 신경증상이 남은 사람 10. 삭제 <2003.5.7> 11. 한 귀의 청력이 1미터 이상의 거리에서는 작은 말소리를 알아 듣지 못하게 된 사람

〈참고〉

1. 시력의 측정은 국제식시력표에 의하며, 굴절이상이 있는 사람에 대하여는 원칙적으로 교정시력을 측정한다.
2. 손가락을 잃은 것이란 엄지손가락에 있어서는 지관절, 기타의 손가락에 있어서는 제1지관절이상을 잃은 경우를 말한다.
3. 손가락을 제대로 못쓰게 된 것이란 손가락의 말단의 2분의 1이상을 잃거나 중수지절관절 또는 제1지관절(엄지손가락에 있어서는 지관절)에 뚜렷한 운동기능장해가 남은 경우를 말한다.
4. 발가락을 잃은 것이란 발가락의 전부를 잃은 경우를 말한다.
5. 발가락을 제대로 못쓰게 된 것이란 엄지발가락에 있어서는 말절의 2분의 1이상을 기타의 발가락에 있어서는 말관절이상을 잃은 경우 또는 중족지절관절 또는 제1지관절(엄지발가락에 있어서는 지관절)에 뚜렷한 운동기능장해가 남은 경우를 말한다.

(별표 4)

보험금 지급시의 적립이율 계산(제14조 제2항 관련)

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
산재장해 급여금 (제8조)	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간	보험계약대출이율
해약환급금 (제10조제1항)	해약환급금 지급사유가 발생 한 날의 다음날부터 해약환급 금 청구일까지의 기간	1년 이내 : 예정이율의 50% 1년초과기간 : 1%
	해약환급금 청구일의 다음날 부터 지급기일까지의 기간	예정이율+1%
	지급기일의 다음날부터 해약 환급금 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소
 멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
 2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해
 당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.

무배당 남성건강치료특약

약 관

이 특약의 약관은 무배당 남성건강치료특약(주피형)을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 남성건강치료특약 약관 (주피형, 종피형)

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조 (특약의 체결 및 소멸)

- ① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 주피형, 종피형 중 선택하여 청약(請約)하고, 보험회사가 승낙(承諾)함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어 집니다. (이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사”라 합니다)
- ② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.
 1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우
 2. 이 특약의 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하거나 장애분류표(별표3 참조) 중 동일한 재해(별표2 “재해분류표”에서 정한 재해를 말하며, 이하 “재해”라 합니다) 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 80% 이상인 장애상태가 되었을 경우
- ③ 제2조(피보험자(보험대상자)의 범위 및 자격의 득실) 제3항 내지 제4항에 의하여 피보험자(보험대상자)의 자격이 상실된 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 제15조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ④ 이 특약의 피보험자(보험대상자)가 제2조(피보험자(보험대상자)의 범위 및 자격의 득실) 제1항 제2호에서 정한 피보

험자(보험대상자)일 경우, 제2항 제1호에 불구하고 주계약이 사망 등 보험금 지급사유 발생으로 인하여 더 이상 효력을 가지지 아니하게 된 때에는 이 특약의 피보험자(보험대상자)에 대한 효력은 소멸되지 아니합니다.

- ⑤ 주계약이 1인보장보험일 경우, 이 특약의 피보험자(보험대상자)가 장해분류표(별표3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 80% 이상인 장해상태시 제2항 제2호에 불구하고 주계약이 소멸되지 아니하는 때에는 이 특약의 효력은 소멸되지 아니합니다.
- ⑥ 제2항 제2호 및 제5항의 경우 재해로 인하여 장해상태가 되고, 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표3 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ⑦ 제6항에 의하여 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 재해일부터 2년 이내) 중에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태(사망 포함)를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ⑧ 제2항 제2호 및 제5항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑨ 제2항 제2호 및 제5항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표3 참조)상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장

해지급률만을 적용합니다.

- ⑩ 제2항 제2호 및 제5항의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하“ 한시장애”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 정합니다.
- ⑪ 제2항 제2호 및 제5항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장애가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 더하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만, 장애분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑫ 제11항에 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표(별표3 참조)상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

제2조 (피보험자(보험대상자)의 범위 및 자격의 득실)

- ① 이 특약의 피보험자(보험대상자)는 주피형, 종피형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 - 1. 주피형의 경우 주계약이 1인보장보험일 경우에는 주계약의 피보험자(보험대상자)로, 주계약이 2인보장보험일 경우에는 주계약의 주피보험자(주된 보험대상자)로 합니다.
 - 2. 종피형의 경우는 다음 각 목과 같이 정합니다.
 - 가. 주계약이 1인보장보험일 경우에는 주계약 피보험자

(보험대상자)의 특약 체결시 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 및 자녀 등

나. 주계약이 2인보장보험일 경우에는 주계약의 종피보험자(확장 보험대상자)

- ② 이 특약의 체결시 제1항에서 정한 피보험자(보험대상자)에 해당되는 자는 그 해당된 날에 피보험자(보험대상자)의 자격을 취득합니다.
- ③ 제1항 제2호 ‘가’ 목에서 이 특약의 피보험자(보험대상자)가 주계약 피보험자(보험대상자)의 배우자일 경우, 피보험자(보험대상자)가 주계약 피보험자(보험대상자)의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 때에는 그 날부터 피보험자(보험대상자)의 자격을 상실하며, 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 제1항 제2호 ‘나’ 목에서 이 특약의 피보험자(보험대상자)가 주계약의 종피보험자(확장 보험대상자)에 해당되지 아니하게 된 때에는 그 날부터 피보험자(보험대상자)의 자격을 상실합니다.
- ⑤ 제1항 제2호 ‘가’ 목에서 이 특약의 피보험자(보험대상자)가 주계약 피보험자(보험대상자)의 배우자일 경우, 제3항에 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자(보험대상자)의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 아니합니다.

제3조 (특약내용의 변경)

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약

의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다.
이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제15조(해약환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제4조 (계약자의 임의해지)

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제15조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제5조 (특약의 보험기간)

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

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제6조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시일)

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약의 부가시에 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

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

제7조 (보험료의 납입연체시 특약의 해지)

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
- ② 주계약의 보험료를 납입하고 특약의 보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약에 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ③ 제1항 및 2항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 제15조 (해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제8조 (보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제6조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시일) 제3항의 규정을 따

습니다.

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제9조 (“ 8대특정질병” 및 “ 2대질병”의 정의 및 진단 확정)

① 이 특약에 있어서 “ 8대특정질병”이라 함은 주요 류마티스 및 심질환, 뇌혈관질환, 간질환, 특정만성호흡기질환, 위궤양 및 십이지장 궤양, 갑상샘의 장애, 결핵 및 폐렴, 신부전증 중 아래의 규정에 해당하는 질병을 말합니다.
(별표4 “ 8대 특정질병분류표” 참조)

1. “ 주요 류마티스 및 심질환”이라 함은 한국표준질병·사인분류의 기본분류에 있어서 급성 류마티스열, 만성 류마티스심장질환, 허혈성심질환, 폐성심장질환 및 폐순환의 질환, 기타형태 심장병으로 분류되는 질병을 말합니다. 또한 “ 심질환” 중 급성심근경색증(急性心筋梗塞症)이라 함은 한국표준질병·사인분류의 허혈성심장질환중에서 급성심근경색증으로 분류되는 질병(분류번호 I21~I23)을 말합니다.
2. “ 뇌혈관질환”이라 함은 한국표준질병·사인분류의 기본분류에 있어서 뇌혈관 질환으로 분류되는 질병을 말합니다. 또한 “ 뇌혈관질환” 중 “ 뇌출혈”이라 함은 한국표준질병·사인분류의 대뇌혈관질환중에서 거미막밑출혈, 뇌내출혈, 기타 비외 상성 머리내출혈로 분류되는 질병(분류번호 I60~I62)을 말합니다.
3. “ 간질환”이라 함은 한국표준질병·사인분류의 기본분류에 있어서 바이러스 감염, 간의 질환으로 분류되는 질병을 말합니다.

4. “ 특정만성호흡기질환” 이라 함은 한국표준질병·사인분류의 기본분류에 있어서 급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염, 단순성 및 점액농성 만성 기관지염, 상세불명의 만성 기관지염, 천식, 천식지속상태로 분류되는 질병을 말합니다.
 5. “ 위궤양 및 십이지장궤양” 이라 함은 한국표준질병·사인분류의 기본분류에 있어서 위궤양, 십이지장궤양, 상세불명 부위의 소화성 궤양으로 분류되는 질병을 말합니다.
 6. “ 갑상샘의 장애(갑상선장애)” 라 함은 한국표준질병·사인분류의 기본분류에 있어서 갑상샘의 장애로 분류되는 질병을 말합니다.
 7. “ 결핵” 이라 함은 한국표준질병·사인분류의 기본분류에 있어서 결핵, 결핵의 후유증으로 분류되는 질병을 말합니다.
 8. “ 폐렴” 이라 함은 한국표준질병·사인분류의 기본분류에 있어서 폐렴으로 분류되는 질병을 말합니다.
 9. “ 신부전증” 이라 함은 한국표준질병·사인분류의 기본분류에 있어서 콩팥(신장)의 기능상실로 분류되는 질병을 말합니다.
- ② 8대특정질병의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격을 가진 자에 의한 진단에 의합니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “ 2대질병” 이라 함은 “ 뇌출혈” 또는 “ 급성심근경색증” 을 말하며 “ 뇌출혈” 또는 “ 급성심근경색증” 이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 “ 뇌

출혈” 또는 “ 급성심근경색증” 으로 분류되는 질병(별표5 “ 뇌출혈 및 급성심근경색증 분류표 참조)을 말합니다.

- ④ 뇌출혈의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자(보험대상자)가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자(보험대상자)가 뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.
- ⑤ 급성심근경색의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중심장 효소검사, 핵의학검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자(보험대상자)가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자(보험대상자)가 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제 10조 (“ 5대장기이식수술” 의 정의)

이 특약에 있어서 “ 5대장기이식수술” 이라 함은 5대장기의 만성부전상태로부터 근본적인 회복과 치료를 목적으로 관련법규에 따라 정부에서 인정한 장기이식의료기관에서 간장, 신장, 심장, 췌장, 폐장에 대하여 장기이식을 하는 것으로 타인의 내부장기를 적출하여 장기부전상태에 있는 수혜자에게 이식을 시행한 경우에 대한 수술을 말합니다. 단, 랑게르한스 소도 세포 이식수술은 보장에서 제외합니다.

제 11조 (“ 조혈모세포이식수술” 의 정의)

이 특약에 있어서 “ 조혈모세포이식수술” 이라 함은 골수부전 상태 또는 악성종양을 근본적으로 치료할 목적으로 혈액을 만드는 조혈모세포(hematopoietic stem cell)의 이식수술로서 관련법규에 따라 정부에서 인정한 무균실이 있는 골수이식의료기관에서 다음의 각 호에서 정한 동종골수조혈모이식수술, 자가골수조혈모세포이식수술, 자가말초조혈모세포이식수술, 제대혈모세포이식수술을 말합니다. 단, 조혈모세포이식수혜자에게 조혈모세포를 제공할 목적으로 조혈모세포공여자로부터 조혈모세포를 채취하는 수술은 제외합니다.

1. “ 동종(allogenic)골수조혈모이식술” 이라 함은 암 또는 골수부전상태를 치료하기 위해 타인의 골수로부터 정상적인 조혈모세포를 제공받아 수혜자의 골수를 정상적인 골수로 치환하여 주는 수술을 말합니다.
2. “ 자가(autologous)골수조혈모세포이식수술” 이라 함은 강력한 항암요법에 의한 골수독성을 경감하기 위해서 암환자 자신의 골수내의 조혈모세포를 미리 채취하여 필요한 처리를 한 다음 고량화학요법(high-dose myeloablative therapy)을 시행하고, 그 후에 이 조혈모세포를 암환자

자신에게 다시 투여해 주는 수술을 말합니다.

3. “자가(**autologous**)말초조혈모세포이식수술”이라 함은 강력한 항암요법에 의한 골수독성을 경감하기 위해서 암환자 자신의 말초혈액내의 조혈모세포를 미리 채취하여 필요한 처리를 한 다음 고량화학요법을 시행하고 그 후에 이 조혈모세포를 암환자 자신에게 다시 투여해 주는 수술을 말합니다.
4. “제대혈모세포이식수술”이라 함은 타인의 제대혈(배꼽의 탯줄의 혈액)속에 있는 조혈모세포를 채취하여 대량 항암요법으로 암환자의 골수를 완전히 억제시킨 다음 제대혈모세포를 투여하는 수술을 말합니다.

제 12조 (“입원”의 정의와 장소)

이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 8대특정질병으로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실(입·퇴원확인서 발급 기준)하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 13조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자(보험대상자)에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 경우에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 약정한 보험금(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다.

1. 피보험자(보험대상자)가 이 특약의 보험기간 중 보장개시

일 이후에 2대질병으로 진단확정되었을 경우

: 2대질병치료비 지급 (단, 각각 최초 1회에 한하여 지급)

※ 2대질병 : 뇌출혈 또는 급성심근경색증

2. 피보험자(보험대상자)가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 5대장기이식수술을 받았을 경우

: 5대장기이식수술비 지급 (단, 최초 1회의 수술에 한함)

3. 피보험자(보험대상자)가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 조혈모세포이식수술을 받았을 경우

: 조혈모세포이식수술비 지급 (단, 최초 1회의 수술에 한함)

4. 피보험자(보험대상자)가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 8대특정질병으로 진단확정되고, 그 치료를 직접 목적으로 4일 이상 입원하였을 경우

: 8대특정질병입원비 지급

※ 8대특정질병 : 주요 류마티스 및 심질환, 뇌혈관질환, 간질환, 특정만성호흡기질환, 위궤양 및 십이지장 궤양, 갑상샘 장애, 결핵 및 폐렴, 신부전증

제 14조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자(보험대상자)가 보장개시일 이후에 2대질병으로 진단이 확정되거나 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 피보험자(보험대상자)가 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 2대질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 제13조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에서 정한 2대질병치료비를 지급합니다.

- ③ 제13조(보험금의 종류 및 지급사유) 제4호의 경우 입원비의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.
- ④ 제13조(보험금의 종류 및 지급사유) 제4호의 경우 피보험자(보험대상자)가 동일한 8대특정질병의 치료를 직접목적으로 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 보고 각 입원일수를 더하여 제3항을 적용합니다. 그러나 동일한 8대특정질병에 의한 입원이라도 입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일을 지나 재입원한 경우에는 새로운 입원으로 봅니다.
- ⑤ 제13조(보험금의 종류 및 지급사유) 제4호의 경우 피보험자(보험대상자)가 입원기간 중 보험기간이 끝났을 때에는 그 계속중인 입원기간에 대하여 제3항을 적용하여 계속 입원비를 지급합니다.
- ⑥ 제5항에서 계속입원이란 중도 퇴원 없이 계속하여 입원하는 것을 뜻하며, 제7항에 해당하는 경우도 포함합니다.
- ⑦ 제13조(보험금의 종류 및 지급사유) 제4호의 경우 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정하는 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.
- ⑧ 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유 없이 입원기간 중 회사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.

제 15조 (해약환급금)

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

제공하여 드립니다.

제4관 보험금 지급 등의 절차

제16조 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자(보험대상자)나 보험수익자(보험금을 받는 자)는 제13조(보험금의 종류 및 지급사유)에 정한 보험금 지급사유 또는 제14조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 정한 보험료 납입면제 사유가 발생하였을 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제17조 (보험금 등 청구시 구비서류)

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

급한 것이어야 합니다.

제18조 (보험금 등의 지급)

- ① 회사는 제17조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 또는 보험료 납입면제의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 회사는 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표6 “보험금 지급시의 적립이율 계산” 과 같습니다.
- ③ 회사가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일에 대하여 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 서면으로 통지하여 드립니다.

제5관 기타사항 등

제19조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

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

(별표 1)

보험금 지급기준표

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
2대 질병 치료비 (제13조 제1호)	피보험자(보험대상자)가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 2 대질병으로 진단확정되었을 경우 (단, 각각 최초 1회에 한하여 지 급) ※ 2대 질병 : 뇌출혈 또는 급성심 근경색증	1,000만원 (단, 가입 후 1년 미만 진단확정시 50% 감액 지급)
5대 장기이식 수술비 (제13조 제2호)	피보험자(보험대상자)가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 5 대장기이식수술을 받았을 경우 (단, 최초 1회의 수술에 한함)	500만원 (단, 가입 후 1년 미만 수술시 50% 감액 지급)
조혈모세포 이식수술비 (제13조 제3호)	피보험자(보험대상자)가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 조 혈모세포이식수술을 받았을 경우 (단, 최초 1회의 수술에 한함)	500만원 (단, 가입 후 1년 미만 수술시 50% 감액 지급)
8대 특정질병 입원비 (제13조 제4호)	피보험자(보험대상자)가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 8 대특정질병으로 진단확정되고, 그 치료를 직접목적으로 4일 이상 입 원하였을 경우 ※ 8대특정질병 : 주요 류마티스 및 심질환, 뇌혈관질환, 간질환, 특정만성호흡기질환, 위궤양 및 십이지장 궤양, 갑상샘 장애, 결 핵 및 폐렴, 신부전증	3일 초과 입원일수 1일당 5만원 (1회 입원당 지급일수 120일 한도)

※ 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자(보험대상자)가 보장개시일 이
후에 2대질병으로 진단이 확정되거나 주계약의 보험료 납입이 면제된
경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

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

2. 보험금을 지급하지 아니하는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
 - 과로 및 격심한 또는 반복적인 운동(X50)
 - 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
 - 식량결핍(X53)
 - 수분결핍(X54)
 - 상세불명의 결핍(X57)
 - 고의적 자해(X60~X84)
 - "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)
- ③ "외과적 및 내과적 치료중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 후에 합병증을 일으키게 한 외과적 및 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장)
- ④ “ 자연의 힘에 노출(X30~X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
- ⑤ “ 불의의 물에 빠짐(W65~W74), 기타 불의의 호흡 위험(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장애 및 삼킴장애
- ⑥ 한국표준질병사인분류상의 (U00~U49, U80~U89)에 해당하는 질병

(주) () 안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행)상의 분류번호이며, 제6차 개정 이후 상기 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함하는 것으로 합니다.

(별 표 3)

장해분류표

무배당 교보단체보장보험 주계약 약관 별 표3
"장해분류표"와 동일

(별표 4)

8대 특정질병 분류표

약관에 규정하는 ‘ 8대 특정질병 ’ 으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국 표준질병·사인분류(통계청고시 제2007- 4호, 2008.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병		분 류 번 호
주요 류마티스 및 심질환	심장 침습이 없는 류마티스열	I00
	심장 침습이 있는 류마티스 열	I01
	류마티스 무도병	I02
	류마티스 승모판 질환	I05
	류마티스 대동맥판 질환	I06
	류마티스 삼첨판막(심장우측심방과 심실사이의 판막) 질환	I07
	다발성 판막 질환	I08
	기타 류마티스성 심장 질환	I09
	협심증	I20
	급성 심근경색증	I21
	속발성 심근경색증	I22
	급성 심근경색증에 의한 특정 현재 합병증	I23
	기타 급성 허혈성 심장 질환	I24
	만성 허혈성 심장병	I25
	폐 색전증	I26
	기타 폐성 심장 질환	I27
	기타 폐혈관의 질환	I28
	급성 심장막염	I30
	기타 심장막의 질환	I31
	달리 분류된 질환에서의 심장막염	I32
	급성 및 아급성 심내막염	I33
	비류마티스 승모판 장애	I34
	비류마티스 대동맥판 장애	I35
	비류마티스 삼첨판(심장우측심방과 심실사이의 판막) 장애	I36
	폐동맥판 장애	I37
	상세불명 판막의 심내막염	I38

대 상 질 병		분 류 번 호
	달리 분류된 질환에서의 심내막염 및 심장 판막장애 급성 심근염	I39 I40
주요 류마티스 및 심질환	달리 분류된 질환에서의 심근염 심장근육병증 달리 분류된 질환에서의 심장근육병증 심방실 차단 및 좌각 차단 기타 전도 장애 심장정지 발작성 빠른맥 심방 잔떨림 및 된떨림 기타 심장성 부정맥 심장기능상실(심부전) 심장병의 불명확한 기록 및 합병증 달리 분류된 질환에서의 기타 심장 장애	I41 I42 I43 I44 I45 I46 I47 I48 I49 I50 I51 I52
뇌혈관 질환	거미막밑 출혈 뇌내출혈 기타 비외상성 머리내 출혈 뇌경색증 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌중풍 대뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐색 및 협착 대뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐색 및 협착 기타 뇌혈관 질환 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애 뇌혈관 질환의 후유증	I60 I61 I62 I63 I64 I65 I66 I67 I68 I69
간질환	급성 A형 간염 급성 B형 간염 기타 급성 바이러스 간염 만성 바이러스 간염 상세불명의 바이러스 간염 알코올성 간질환 독성 간질환 달리 분류되지 않은 간기능상실 달리 분류되지 않은 만성 간염	B15 B16 B17 B18 B19 K70 K71 K72 K73

대 상 질 병		분 류 번 호
	간의 섬유증 및 경화 기타 염증성 간질환 간의 기타 질환 달리 분류된 질환에서의 간 장애	K74 K75 K76 K77
특정 만성호흡기 질환	급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염 단순성 및 점액농성 만성 기관지염 상세불명의 만성 기관지염 천식 천식 지속 상태	J40 J41 J42 J45 J46
위궤양 및 십이지장 궤양	위궤양 십이지장궤양 상세불명 부위의 소화성 궤양	K25 K26 K27
갑상샘 장애	선천 요오드결핍 증후군 요오드결핍과 관련된 갑상샘 장애 및 동류의 병태 준임상적인 요오드결핍 갑상샘 기능저하증 기타 갑상샘 기능저하증 기타 비종독성 갑상샘종 갑상선종독증[갑상샘 기능항진증] 갑상샘염 갑상샘의 기타 장애	E00 E01 E02 E03 E04 E05 E06 E07

대 상 질 병		분 류 번 호
결핵 및 폐렴	세균학적 및 조직학적으로 확인된 호흡기 결핵	A15
	세균학적으로나 조직학적으로 확인되지 않은 호흡기 결핵	A16
	신경계통의 결핵	A17
	기타 장기의 결핵	A18
	좁쌀 결핵	A19
	결핵의 후유증	B90
	달리 분류되지 않은 바이러스성 폐렴	J12
	폐렴사슬알균에 의한 폐렴	J13
	해모필루스 인플루엔자에 의한 폐렴	J14
	달리 분류되지 않은 세균성 폐렴	J15
	달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴	J16
	달리 분류된 질환에서의 폐렴	J17
	상세불명 병원체의 폐렴	J18
		J18
신부전증	급성 콩팥(신장)기능상실	N17
	만성 콩팥(신장)기능상실	N18
	상세불명의 콩팥(신장)기능상실	N19

※ 제6차 개정 이후 한국표준질병사인분류에서 상기 질병이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표 5)

뇌출혈 및 급성심근경색증 분류표

약관에 규정하는 뇌출혈 및 급성심근경색증으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준·질병사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명		분 류 번 호
뇌출혈	1. 거미막밑 출혈	I60
	2. 뇌내출혈	I61
	3. 기타 비외상성 머리내 출혈	I62
급성 심근경색증	1. 급성 심근경색증	I21
	2. 속발성 심근경색증	I22
	3. 급성 심근경색증에 의한 특정 현재 합병증	I23

※ 제6차 개정 이후 한국표준·질병사인분류에서 상기 질병이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표 6)

보험금 지급시의 적립이율 계산(제18조 제2항 관련)

1. 치료비, 수술비, 입원비 (제13조 제1호 내지 제4호)

적 립 기 간	지 급 이 자
지급기일의 다음 날부터 보험금 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

2. 해약환급금 (제15조 제1항)

적 립 기 간	지 급 이 자	
해약환급금 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 해약환급금 청구일까지의 기간	1년 이내	예정이율의 50%
	1년 초과 기간	1%
해약환급금 청구일의 다음 날부터 지급기일까지의 기간	예정이율 + 1%	
지급기일의 다음 날부터 해약환급금 지급일까지의 기간	보험계약대출이율	

- (주) 1. 지급이자는 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가
완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해
당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.

무배당 여성건강치료특약

약 관

이 특약의 약관은 무배당 여성건강치료특약 (주피형)을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 여성건강치료특약 약관 (주피형, 종피형)

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조 (특약의 체결 및 소멸)

- ① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 주피형, 종피형 중 선택하여 청약(請約)하고, 보험회사가 승낙(承諾)함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어 집니다. (이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사”라 합니다)
- ② 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.
 1. 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우
 2. 이 특약의 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하거나 장애분류표(별표3 참조) 중 동일한 재해(별표2 “재해분류표”에서 정한 재해를 말하며, 이하 “재해”라 합니다) 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 80% 이상인 장애상태가 되었을 경우
- ③ 제2조(피보험자(보험대상자)의 범위 및 자격의 득실) 제3항 내지 제4항에 의하여 피보험자(보험대상자)의 자격이 상실된 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니하며, 이 경우 회사는 제16조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ④ 이 특약의 피보험자(보험대상자)가 제2조(피보험자(보험대상자)의 범위 및 자격의 득실) 제1항 제2호에서 정한 피보

험자(보험대상자)일 경우, 제2항 제1호에 불구하고 주계약이 사망 등 보험금 지급사유 발생으로 인하여 더 이상 효력을 가지지 아니하게 된 때에는 이 특약의 피보험자(보험대상자)에 대한 효력은 소멸되지 아니합니다.

- ⑤ 주계약이 1인보장보험일 경우, 이 특약의 피보험자(보험대상자)가 장해분류표(별표3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 80% 이상인 장해상태시 제2항 제2호에 불구하고 주계약이 소멸되지 아니하는 때에는 이 특약의 효력은 소멸되지 아니합니다.
- ⑥ 제2항 제2호 및 제5항의 경우 재해로 인하여 장해상태가 되고, 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표3 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ⑦ 제6항에 의하여 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 재해일부터 2년 이내) 중에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태(사망 포함)를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ⑧ 제2항 제2호 및 제5항의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑨ 제2항 제2호 및 제5항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표3 참조)상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장

해지급률만을 적용합니다.

- ⑩ 제2항 제2호 및 제5항의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하“ 한시장애”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 정합니다.
- ⑪ 제2항 제2호 및 제5항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장애가 발생한 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 더하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만, 장애분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑫ 제11항에 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표(별표3 참조)상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

제2조 (피보험자(보험대상자)의 범위 및 자격의 득실)

- ① 이 특약의 피보험자(보험대상자)는 주피형, 종피형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 - 1. 주피형의 경우 주계약이 1인보장보험일 경우에는 주계약의 피보험자(보험대상자)로, 주계약이 2인보장보험일 경우에는 주계약의 주피보험자(주된 보험대상자)로 합니다.
 - 2. 종피형의 경우는 다음 각 목과 같이 정합니다.
 - 가. 주계약이 1인보장보험일 경우에는 주계약 피보험자

(보험대상자)의 특약 체결시 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자 및 자녀 등

나. 주계약이 2인보장보험일 경우에는 주계약의 종피보험자(확장 보험대상자)

- ② 이 특약의 체결시 제1항에서 정한 피보험자(보험대상자)에 해당되는 자는 그 해당된 날에 피보험자(보험대상자)의 자격을 취득합니다.
- ③ 제1항 제2호 ‘가’ 목에서 이 특약의 피보험자(보험대상자)가 주계약 피보험자(보험대상자)의 배우자일 경우, 피보험자(보험대상자)가 주계약 피보험자(보험대상자)의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 때에는 그 날부터 피보험자(보험대상자)의 자격을 상실하며, 계약자는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ④ 제1항 제2호 ‘나’ 목에서 이 특약의 피보험자(보험대상자)가 주계약의 종피보험자(확장 보험대상자)에 해당되지 아니하게 된 때에는 그 날부터 피보험자(보험대상자)의 자격을 상실합니다.
- ⑤ 제1항 제2호 ‘가’ 목에서 이 특약의 피보험자(보험대상자)가 주계약 피보험자(보험대상자)의 배우자일 경우, 제3항에 불구하고 계약자가 이 특약의 효력을 계속 유지하고자 하는 때에는 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 피보험자(보험대상자)의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 이 특약의 효력을 상실시키지 아니합니다.

제3조 (특약내용의 변경)

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약

의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다.
이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지(解止)된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제16조(해약환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제4조 (계약자의 임의해지)

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제16조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제5조 (특약의 보험기간)

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

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제6조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시일)

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약의 부가시에 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

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

제7조 (보험료의 납입연체시 특약의 해지)

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
- ② 주계약의 보험료를 납입하고 특약의 보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약에 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ③ 제1항 및 2항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 제16조 (해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제8조 (보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약약관의 부활(효력회복) 규정에 따라서 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제6조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시일) 제3항의 규정을 따

릅니다.

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제9조 (“ 8대특정질병” 및 “ 2대질병”의 정의 및 진단 확정)

① 이 특약에 있어서 “ 8대특정질병”이라 함은 주요 류마티스 및 심질환, 뇌혈관질환, 간질환, 특정만성호흡기질환, 위궤양 및 십이지장 궤양, 갑상샘의 장애, 결핵 및 폐렴, 신부전증 중 아래의 규정에 해당하는 질병을 말합니다.
(별표4 “ 8대 특정질병분류표” 참조)

1. “ 주요 류마티스 및 심질환”이라 함은 한국표준질병·사인분류의 기본분류에 있어서 급성 류마티스열, 만성 류마티스심장질환, 허혈성심질환, 폐성심장질환 및 폐순환의 질환, 기타형태 심장병으로 분류되는 질병을 말합니다. 또한 “ 심장질환” 중 급성심근경색증(急性心筋梗塞症)이라 함은 한국표준질병·사인분류의 허혈성심장질환중에서 급성심근경색증으로 분류되는 질병(분류번호 I21~I23)을 말합니다.
2. “ 뇌혈관질환”이라 함은 한국표준질병·사인분류의 기본분류에 있어서 뇌혈관 질환으로 분류되는 질병을 말합니다. 또한 “ 뇌혈관질환” 중 “ 뇌출혈”이라 함은 한국표준질병·사인분류의 대뇌혈관질환중에서 거미막밑출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 머리내출혈로 분류되는 질병(분류번호 I60~I62)을 말합니다.
3. “ 간질환”이라 함은 한국표준질병·사인분류의 기본분류에 있어서 바이러스 감염, 간의 질환으로 분류되는 질병을 말합니다.

4. “ 특정만성호흡기질환” 이라 함은 한국표준질병·사인분류의 기본분류에 있어서 급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염, 단순성 및 점액농성 만성 기관지염, 상세불명의 만성 기관지염, 천식, 천식지속상태로 분류되는 질병을 말합니다.
 5. “ 위궤양 및 십이지장궤양” 이라 함은 한국표준질병·사인분류의 기본분류에 있어서 위궤양, 십이지장궤양, 상세불명 부위의 소화성 궤양으로 분류되는 질병을 말합니다.
 6. “ 갑상샘의 장애(갑상선장애)” 라 함은 한국표준질병·사인분류의 기본분류에 있어서 갑상샘의 장애로 분류되는 질병을 말합니다.
 7. “ 결핵” 이라 함은 한국표준질병·사인분류의 기본분류에 있어서 결핵, 결핵의 후유증으로 분류되는 질병을 말합니다.
 8. “ 폐렴” 이라 함은 한국표준질병·사인분류의 기본분류에 있어서 폐렴으로 분류되는 질병을 말합니다.
 9. “ 신부전증” 이라 함은 한국표준질병·사인분류의 기본분류에 있어서 콩팥(신장)의 기능상실로 분류되는 질병을 말합니다.
- ② 8대특정질병의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격을 가진 자에 의한 진단에 의합니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “ 2대질병” 이라 함은 “ 뇌출혈” 또는 “ 급성심근경색증” 을 말하며 “ 뇌출혈” 또는 “ 급성심근경색증” 이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 “ 뇌

출혈” 또는 “ 급성심근경색증” 으로 분류되는 질병(별표5 “ 뇌출혈 및 급성심근경색증 분류표 참조)을 말합니다.

- ④ 뇌출혈의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자(보험대상자)가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자(보험대상자)가 뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.
- ⑤ 급성심근경색의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중심장효소검사, 핵의학검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자(보험대상자)가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자(보험대상자)가 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제 10조 (“ 5대장기이식수술” 의 정의)

이 특약에 있어서 “ 5대장기이식수술” 이라 함은 5대장기의 만성부전상태로부터 근본적인 회복과 치료를 목적으로 관련법규에 따라 정부에서 인정한 장기이식의료기관에서 간장, 신장, 심장, 췌장, 폐장에 대하여 장기이식을 하는 것으로 타인의 내부장기를 적출하여 장기부전상태에 있는 수혜자에게 이식을 시행한 경우에 대한 수술을 말합니다. 단, 랑게르한스 소도 세포 이식수술은 보장에서 제외합니다.

제 11조 (“ 조혈모세포이식수술” 의 정의)

이 특약에 있어서 “ 조혈모세포이식수술” 이라 함은 골수부전 상태 또는 악성종양을 근본적으로 치료할 목적으로 혈액을 만드는 조혈모세포(hematopoietic stem cell)의 이식수술로서 관련법규에 따라 정부에서 인정한 무균실이 있는 골수이식의료기관에서 다음의 각 호에서 정한 동종골수조혈모이식수술, 자가골수조혈모세포이식수술, 자가말초조혈모세포이식수술, 제대혈모세포이식수술을 말합니다. 단, 조혈모세포이식수혜자에게 조혈모세포를 제공할 목적으로 조혈모세포공여자로부터 조혈모세포를 채취하는 수술은 제외합니다.

1. “ 동종(allogenic)골수조혈모이식술” 이라 함은 암 또는 골수부전상태를 치료하기 위해 타인의 골수로부터 정상적인 조혈모세포를 제공받아 수혜자의 골수를 정상적인 골수로 치환하여 주는 수술을 말합니다.
2. “ 자가(autologous)골수조혈모세포이식수술” 이라 함은 강력한 항암요법에 의한 골수독성을 경감하기 위해서 암환자 자신의 골수내의 조혈모세포를 미리 채취하여 필요한 처리를 한 다음 고량화학요법(high-dose myeloablative therapy)을 시행하고, 그 후에 이 조혈모세포를 암환자

자신에게 다시 투여해 주는 수술을 말합니다.

3. “자가(*autologous*)말초조혈모세포이식수술”이라 함은 강력한 항암요법에 의한 골수독성을 경감하기 위해서 암환자 자신의 말초혈액내의 조혈모세포를 미리 채취하여 필요한 처리를 한 다음 고량화학요법을 시행하고, 그 후에 이 조혈모세포를 암환자 자신에게 다시 투여해 주는 수술을 말합니다.
4. “제대혈모세포이식수술”이라 함은 타인의 제대혈(배꼽의 탯줄의 혈액)속에 있는 조혈모세포를 채취하여 대량 항암요법으로 암환자의 골수를 완전히 억제시킨 다음 제대혈모세포를 투여하는 수술을 말합니다.

제 12조 (“부인과질환”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특약에 있어서 “부인과질환”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표6 [부인과질환 분류표]에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 부인과질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단에 의합니다.

제 13조 (“입원”의 정의와 장소)

이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 8대특정질병으로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서

정한 의료기관에 입실(입·퇴원확인서 발급 기준)하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제14조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자(보험대상자)에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 경우에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 약정한 보험금 (별표1 “ 보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다.

1. 피보험자(보험대상자)가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 2대질병으로 진단확정되었을 경우
: 2대질병치료비 지급 (다만, 각각 최초 1에 한하여 지급)
※ 2대질병 : 뇌출혈 또는 급성심근경색증
2. 피보험자(보험대상자)가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 5대장기이식수술을 받았을 경우
: 5대장기이식수술비 지급 (단, 최초 1회의 수술에 한함)
3. 피보험자(보험대상자)가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 조혈모세포이식수술을 받았을 경우
: 조혈모세포이식수술비 지급 (단, 최초 1회의 수술에 한함)
4. 피보험자(보험대상자)가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 8대특정질병으로 진단확정되고, 그 치료를 직접 목적으로 4일 이상 입원하였을 경우
: 8대특정질병입원비 지급
※ 8대특정질병 : 주요 류마티스 및 심질환, 뇌혈관질환, 간질환, 특정만성호흡기질환, 위궤양 및 십이지장 궤양, 갑상샘 장애, 결핵 및 폐렴, 신부전증
5. 피보험자(보험대상자)가 이 특약의 보험기간 중 보장개시

일 이후에 부인과질환으로 진단확정되고, 그 치료를 직접 목적으로 4일 이상 입원하였을 경우
: 부인과질환입원비 지급

제15조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자(보험대상자)가 보장개시일 이후에 2대질병으로 진단이 확정되거나 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 피보험자(보험대상자)가 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 2대질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 제14조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에서 정한 2대질병치료비를 지급합니다.
- ③ 제14조(보험금의 종류 및 지급사유) 제4호 내지 제5호의 경우 입원비의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.
- ④ 제14조(보험금의 종류 및 지급사유) 제4호 내지 제5호의 경우 피보험자(보험대상자)가 동일한 8대특정질병 또는 동일한 부인과질환의 치료를 직접목적으로 입원을 2회 이상한 경우에는 1회 입원으로 보고 각 입원일수를 더하여 제3항을 적용합니다. 그러나 동일한 8대특정질병 또는 동일한 부인과질환에 의한 입원이라도 입원비가 지급된 최종 입원의 퇴원일부터 180일을 지나 재입원한 경우에는 새로운 입원으로 봅니다.
- ⑤ 제14조(보험금의 종류 및 지급사유) 제4호 내지 제5호의 경우 피보험자(보험대상자)가 입원기간 중 보험기간이 끝

났을 때에는 그 계속중인 입원기간에 대하여 제3항을 적용하여 계속 입원비를 지급합니다.

- ⑥ 제5항에서 계속입원이란 중도 퇴원 없이 계속하여 입원하는 것을 뜻하며, 제7항에 해당하는 경우도 포함합니다.
- ⑦ 제14조(보험금의 종류 및 지급사유) 제4호 내지 제5호의 경우 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정하는 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.
- ⑧ 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.

제16조 (해약환급금)

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

제4관 보험금 지급 등의 절차

제17조 (보험금 지급사유의 발생통지)

계약자 또는 피보험자(보험대상자)나 보험수익자(보험금을 받는 자)는 제14조(보험금의 종류 및 지급사유)에 정한 보험금 지급사유 또는 제15조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 정한 보험료 납입면제 사유가 발생하였을 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제18조 (보험금 등 청구시 구비서류)

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

제19조 (보험금 등의 지급)

- ① 회사는 제18조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 또는 보험료 납입면제의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 회사는 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표7 “보

험금 지급시의 적립이율 계산” 과 같습니다.

- ③ 회사가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제1항의 지급기일이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일에 대하여 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 서면으로 통지하여 드립니다.

제5관 기타사항 등

제20조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

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

(별표 1)

보험금 지급기준표

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
2대 질병 치료비 (제14조 제1호)	피보험자(보험대상자)가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 2 대질병으로 진단확정되었을 경우 (단, 각각 최초 1회에 한하여 지급) ※ 2대질병 : 뇌출혈 또는 급성심 근경색증	1,000만원 (단, 가입 후 1년 미만 진단확정시 50% 감액 지급)
5대장기이식 수술비 (제14조 제2호)	피보험자(보험대상자)가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 5 대장기이식수술을 받았을 경우 (단, 최초 1회의 수술에 한함)	500만원 (단, 가입 후 1년 미만 수술시 50% 감액 지급)
조혈모세포 이식수술비 (제14조 제3호)	피보험자(보험대상자)가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 조혈모세포이식수술을 받았을 경 우 (단, 최초 1회의 수술에 한함)	500만원 (단, 가입 후 1년 미만 수술시 50% 감액 지급)
8대특정질병 입원비 (제14조 제4호)	피보험자(보험대상자)가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 8 대특정질병으로 진단확정되고, 그 치료를 직접목적으로 4일 이상 입 원하였을 경우 ※ 8대특정질병 : 주요 류마티스 및 심질환, 뇌혈관질환, 간질환, 특정만성호흡기질환, 위궤양 및 십이지장 궤양, 갑상샘 장애, 결핵 및 폐렴, 신부전증	3일 초과 입원일수 1일당 5만원 (1회 입원당 지급일수 120일 한도)
부인과질환 입원비 (제14조 제5호)	피보험자(보험대상자)가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 부인과질환으로 진단확정되고, 그 치료를 직접목적으로 4일 이상 입 원하였을 경우	3일 초과 입원일수 1일당 3만원 (1회 입원당 지급일수 120일 한도)

※ 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자(보험대상자)가 보장개시일 이
후에 2대질병으로 진단이 확정되거나 주계약의 보험료 납입이 면제된
경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

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

2. 보험금을 지급하지 아니하는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
 - 과로 및 격심한 또는 반복적인 운동(X50)
 - 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
 - 식량결핍(X53)
 - 수분결핍(X54)
 - 상세불명의 결핍(X57)
 - 고의적 자해(X60~X84)
 - "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)
- ③ "외과적 및 내과적 치료중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 후에 합병증을 일으키게 한 외과적 및 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장)
- ④ “ 자연의 힘에 노출(X30~X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
- ⑤ “ 불의의 물에 빠짐(W65~W74), 기타 불의의 호흡 위험(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장애 및 삼킴장애
- ⑥ 한국표준질병사인분류상의 (U00~U49, U80~U89)에 해당하는 질병

(주) () 안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행)상의 분류번호이며, 제6차 개정 이후 상기 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함하는 것으로 합니다.

(별 표 3)

장해분류표

무배당 교보단체보장보험 주계약 약관 별 표3
"장해분류표"와 동일

(별표 4)

8대 특정질병 분류표

약관에 규정하는 ‘ 8대 특정질병 ’ 으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국 표준질병·사인분류(통계청고시 제2007- 4호, 2008.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병		분 류 번 호
주요 류마티스 및 심질환	심장 침습이 없는 류마티스열	I00
	심장 침습이 있는 류마티스 열	I01
	류마티스 무도병	I02
	류마티스 승모판 질환	I05
	류마티스 대동맥판 질환	I06
	류마티스 삼첨판막(심장우측심방과 심실사이의 판막) 질환	I07
	다발성 판막 질환	I08
	기타 류마티스성 심장 질환	I09
	협심증	I20
	급성 심근경색증	I21
	속발성 심근경색증	I22
	급성 심근경색증에 의한 특정 현재 합병증	I23
	기타 급성 허혈성 심장 질환	I24
	만성 허혈성 심장병	I25
	폐 색전증	I26
	기타 폐성 심장 질환	I27
	기타 폐혈관의 질환	I28
	급성 심장막염	I30
	기타 심장막의 질환	I31
	달리 분류된 질환에서의 심장막염	I32
	급성 및 아급성 심내막염	I33
	비류마티스 승모판 장애	I34
	비류마티스 대동맥판 장애	I35
	비류마티스 삼첨판(심장우측심방과 심실사이의 판막) 장애	I36
	폐동맥판 장애	I37
	상세불명 판막의 심내막염	I38
	달리 분류된 질환에서의 심내막염 및 심장 판막장애	I39

대 상 질 병		분 류 번 호
	급성 심근염	I40
주요 류마티스 및 심질환	달리 분류된 질환에서의 심근염	I41
	심장근육병증	I42
	달리 분류된 질환에서의 심장근육병증	I43
	심방실 차단 및 좌각 차단	I44
	기타 전도 장애	I45
	심장정지	I46
	발작성 빠른맥	I47
	심방 잔떨림 및 된떨림	I48
	기타 심장성 부정맥	I49
	심장기능상실(심부전)	I50
	심장병의 불명확한 기록 및 합병증	I51
	달리 분류된 질환에서의 기타 심장 장애	I52
뇌혈관 질환	거미막밑 출혈	I60
	뇌내출혈	I61
	기타 비외상성 머리내 출혈	I62
	뇌경색증	I63
	출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌중풍	I64
	대뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐색 및 협착	I65
	대뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐색 및 협착	I66
	기타 뇌혈관 질환	I67
	달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애	I68
	뇌혈관 질환의 후유증	I69
간질환	급성 A형 간염	B15
	급성 B형 간염	B16
	기타 급성 바이러스 간염	B17
	만성 바이러스 간염	B18
	상세불명의 바이러스 간염	B19
	알코올성 간질환	K70
	독성 간질환	K71
	달리 분류되지 않은 간기능상실	K72
	달리 분류되지 않은 만성 간염	K73
	간의 섬유증 및 경화	K74

대 상 질 병		분 류 번 호
	기타 염증성 간질환 간의 기타 질환 달리 분류된 질환에서의 간 장애	K75 K76 K77
특정 만성호흡기 질환	급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염 단순성 및 점액농성 만성 기관지염 상세불명의 만성 기관지염 천식 천식 지속 상태	J40 J41 J42 J45 J46
위궤양 및 십이지장 궤양	위궤양 십이지장궤양 상세불명 부위의 소화성 궤양	K25 K26 K27
갑상샘 장애	선천 요오드결핍 증후군 요오드결핍과 관련된 갑상샘 장애 및 동류의 병태 준임상적인 요오드결핍 갑상샘 기능저하증 기타 갑상샘 기능저하증 기타 비중독성 갑상샘종 갑상선종독증[갑상샘 기능항진증] 갑상샘염 갑상샘의 기타 장애	E00 E01 E02 E03 E04 E05 E06 E07

대 상 질 병		분 류 번 호
결핵 및 폐렴	세균학적 및 조직학적으로 확인된 호흡기 결핵	A15
	세균학적으로나 조직학적으로 확인되지 않은 호흡기 결핵	A16
	신경계통의 결핵	A17
	기타 장기의 결핵	A18
	좁쌀 결핵	A19
	결핵의 후유증	B90
	달리 분류되지 않은 바이러스성 폐렴	J12
	폐렴사슬알균에 의한 폐렴	J13
	해모필루스 인플루엔자에 의한 폐렴	J14
	달리 분류되지 않은 세균성 폐렴	J15
	달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴	J16
	달리 분류된 질환에서의 폐렴	J17
	상세불명 병원체의 폐렴	J18
		J18
신부전증	급성 콩팥(신장)기능상실	N17
	만성 콩팥(신장)기능상실	N18
	상세불명의 콩팥(신장)기능상실	N19

※ 제6차 개정 이후 한국표준질병사인분류에서 상기 질병이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표 5)

뇌출혈 및 급성심근경색증 분류표

약관에 규정하는 뇌출혈 및 급성심근경색증으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준·질병사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명		분 류 번 호
뇌출혈	1. 거미막밑 출혈	I60
	2. 뇌내출혈	I61
	3. 기타 비외상성 머리내 출혈	I62
급성 심근경색증	1. 급성 심근경색증	I21
	2. 속발성 심근경색증	I22
	3. 급성 심근경색증에 의한 특정 현재 합병증	I23

※ 제6차 개정 이후 한국표준·질병사인분류에서 상기 질병이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표 6)

부인과질환 분류표

약관에 규정하는 부인과질환으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준·질병사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분 류 번 호
[유방의 장애]	
1. 양성 유방 이형성	N60
2. 유방의 염증성 장애	N61
3. 유방의 비대	N62
4. 유방의 상세불명의 소괴	N63
5. 유방의 기타 장애	N64
[여성 골반내 장기의 염증성 질환]	
1. 자궁관염 및 난소염	N70
2. 자궁목을 제외한 자궁의 염증성 질환	N71
3. 자궁목의 염증성 질환	N72
4. 기타 여성 골반의 염증성 질환	N73
5. 달리 분류된 질환에서의 여성 골반 염증성 장애	N74
6. 바르톨린샘의 질환	N75
7. 질 및 외음부의 기타 염증	N76
8. 달리 분류된 질환에서의 외음질의 궤양 및 염증	N77
[여성 생식기의 비염증성 장애]	
1. 자궁내막증	N80
2. 여성 생식기 탈출	N81
3. 여성 생식기를 포함한 셋길(누공)	N82
4. 난소, 자궁관 및 광 인대의 비염증성 장애	N83
5. 여성 생식기의 폴립	N84
6. 경부를 제외한 자궁의 기타 비염증성 장애	N85
7. 자궁목의 미란 및 외반증	N86
8. 자궁목의 형성이상	N87
9. 자궁목의 기타 비염증성 장애	N88
10. 질의 기타 비염증성 장애	N89
11. 외음부 및 회음부의 기타 비염증성 장애	N90

대 상 질 병 명	분 류 번 호
12. 무월경, 소량 및 희발 월경	N91
13. 과다, 빈발 및 불규칙 월경	N92
14. 기타 이상 자궁 및 질 출혈	N93
15. 여성 생식기관 및 월경주기와 관련된 통증 및 기타 병태	N94
16. 폐경기 및 기타 폐경기 전후 장애	N95
[비뇨생식기계의 기타 장애]	
1. 달리 분류되지 않은 비뇨생식기계통의 처치후 장애	N99
[양성신생물]	D10~ D36
[행동양식 불명 또는 미상의 신생물]	D37~ D44, D47, (D47.1, D47.3제외) D48, D76.0

- ※ 제6차 개정 이후 한국표준질병사인분류에서 상기 질병이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
- ※ 습관성 유산자(N96), 여성불임증(N97), 인공수정과 관련된 합병증(N98)은 보장 대상에서 제외합니다.
- ※ 만성 골수증식성 질환(D47.1), 본태성 혈소판 증가증(D47.3)은 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물에 포함되지 않는 것으로 보아 보장하지 않습니다.

(별표 7)

보험금 지급시의 적립이율 계산(제19조 제2항 관련)

1. 치료비, 수술비, 입원비 (제14조 제1호 내지 제5호)

적 립 기 간	지 급 이 자
지급기일의 다음 날부터 보험금 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

2. 해약환급금 (제16조 제1항)

적 립 기 간	지 급 이 자	
해약환급금 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 해약환급금 청구일까지의 기간	1년 이내	예정이율의 50%
	1년 초과 기간	1%
해약환급금 청구일의 다음 날부터 지급기일까지의 기간	예정이율 + 1%	
지급기일의 다음 날부터 해약환급금 지급일까지의 기간	보험계약대출이율	

- (주) 1. 지급이자는 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가
완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해
당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.