

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

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

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제1조 [목적]

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

제2조 [용어의 정의]

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

1. 계약관계 관련 용어
 - 가. 계약자: 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
 - 나. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
 - 다. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
 - 라. 진단계약: 계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.
 - 마. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
 - 가. 재해: (별표9) 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
 - 나. 장해: (별표10) 장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
 - 다. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았다라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
 - 가. 연단위 복리: 회사가 지급할 금액에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.

설명	〈연단위 복리 예시〉 원금 100원, 연간 10% 이자율 적용시 연단위 복리로 계산한 2년 시점의 총 이자금액 · 1년차 이자 = $\frac{100\text{원}}{\text{원금}} \times 10\% = 10\text{원}$ · 2년차 이자 = $\frac{(100\text{원} + 10\text{원})}{\text{원금} \quad 1\text{년차 이자}} \times 10\% = 11\text{원}$ → 2년 시점의 총 이자금액 = 10원 + 11원 = 21원
-----------	---

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

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

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

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

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

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

설명

〈해당 연도의 계약해당일이 없는 경우 예시〉

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

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

제2조의2 [“암”등의 정의 및 진단 확정]

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

가. 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병

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

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

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

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

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

[유의사항]

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

설명

〈원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시〉

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

① 이 계약에 있어서 "초기유방암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표3(유방의 악성신생물 분류표)에서 정한 질병(이하, "유방암"이라 함)에 해당하는 질병 중 'AJCC 암병기설정매뉴얼[AJCC(American Joint Committee on Cancer) Cancer Staging Manual] 제8판'에서 정한 "유방암의 TNM 해부(anatomic)병기 분류상 1기(Stage1)"에 해당하는 경우를 말하며, 아래에 해당하는 질병은 이 계약에 있어서 "유방암"에 해당하지 않습니다.

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

설명	〈 유방암의 TNM 해부(anatomic)병기 분류상 1기(Stage1) 〉 AJCC 암병기설정매뉴얼 제8판에서 "유방암의 TNM 해부(anatomic)병기 분류상 1기(Stage1)"는 "T1N0M0", "T0N1miM0", "T1N1miM0"를 말합니다.
----	---

② 제1항의 AJCC 암병기설정매뉴얼이 향후 개정되는 경우에는 "초기유방암"의 진단확정 시점에 적용되는 AJCC 암병기설정매뉴얼상 "유방암의 TNM 해부(anatomic)병기 분류상 1기(stage1)"를 따릅니다.

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

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

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

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

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

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

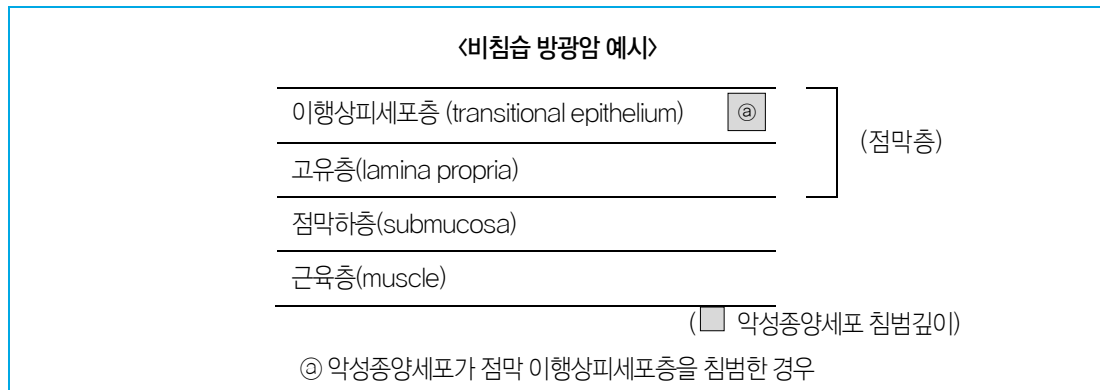
– 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)

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

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

제2조의5 [“비침습 방광암”의 정의 및 진단 확정]

① 이 계약에 있어서 “비침습 방광암”이라 함은 방광의 이행상피세포층(transitional epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 점막 고유층(lamina propria)까지는 침범하지 않은 비침습 유두암(papillary carcinoma) 상태로 ‘AJCC 암병기설정매뉴얼[AJCC(American Joint Committee on Cancer) Cancer Staging Manual] 제8판’에서 정한 병기상 TaNOM0인 방광암을 말합니다.

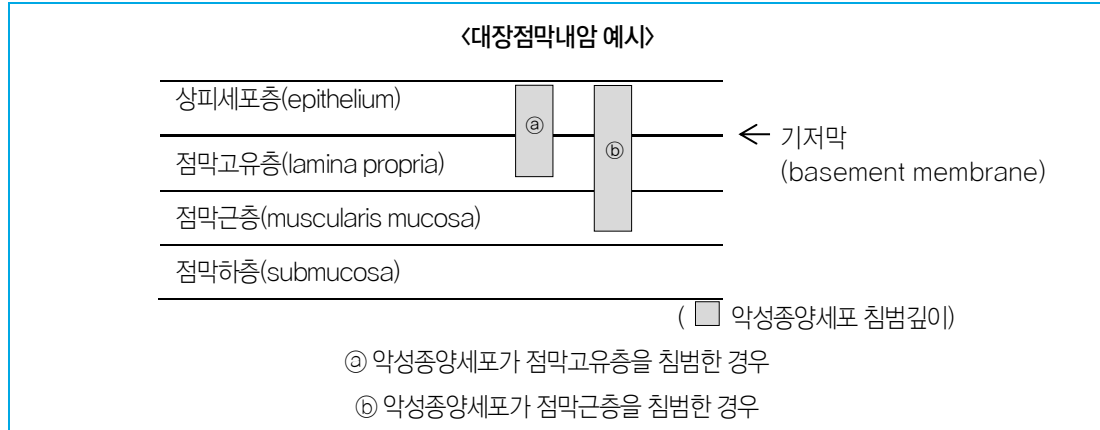


② 제1항의 AJCC 암병기설정매뉴얼이 향후 개정되는 경우에는 “비침습 방광암”의 진단 확정 시점에 적용되는 AJCC 암병기설정매뉴얼을 따릅니다.

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

제2조의6 [“대장점막내암”의 정의 및 진단 확정]

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



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

제2조의7 [“뇌출혈”의 정의 및 진단 확정]

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

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

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

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

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

제2조의8 [“급성심근경색증”의 정의 및 진단 확정]

① 이 계약에 있어서 “급성심근경색증”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표8(급성심근경색증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

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

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

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

제2조의9 [“암보장개시일”의 정의]

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

<암보장개시일 예시>

The diagram illustrates a timeline on a horizontal axis. On the left, a vertical line marks the date '4월 10일' (April 10th). Above this line is the text '계약일[부활(효력회복)일]' (Contract date [Resumption (effective restoration) date]). To the right of this line, a horizontal arrow points left, labeled '90일(암보장 제외기간)' (90 days (Cancer insurance exclusion period)). Further to the right, another vertical line marks the date '7월 9일' (July 9th). Above this line is the text '암보장개시일' (Cancer insurance start date). A horizontal arrow points right from the 90-day period towards this second date.

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

② 제1항 이외에 AJCC 암병기설정매뉴얼 적용에 관한 사항은 "해당 질병의 정의 및 진단 확정" 조항에서 정한 내용을 따릅니다.

제3조 [보험금의 지급사유]

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

(이하 “암진단보험금”, “뇌출혈진단보험금”, “급성심근경색증진단보험금”을 합하여 “진단보험금”이라 합니다)

▶ 다음은 보험료 납입 면제 사유에 관한 설명입니다.

11

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

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

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

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

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

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

⑥ 이 계약에서 “동일한 재해”의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

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

▶ 다음은 장해지급률에 관한 설명입니다.

⑧ 제1항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 향후 고정(계속 유지)될 것으로 인정되는 장해상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표10 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

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

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

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

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

⑪ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표10 참조)상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해

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

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

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

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

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

⑮ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

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

제5조 [보험금을 지급하지 않는 사유]

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

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

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제6조 [보험금 지급사유의 발생통지]

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

제7조 [보험금의 청구]

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

1. 청구서(회사양식)

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

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에 서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조 [보험금의 지급절차]

- ① 회사는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음 날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표 11(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)과 같이 계산합니다.
- ③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상 되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
 1. 소송제기
 2. 분쟁조정신청
 3. 수사기관의 조사
 4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
 5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
 6. 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제15항 및 제16항에 따라 보험금 지급사유 등에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

용어	〈보험금 가지급제도〉
해설	지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도

- ④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제14조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과) 및 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제9조 [보험금 받는 방법의 변경]

이 계약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제10조 [주소변경통지]

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

제11조 [보험수익자의 지정]

이 계약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제12조 [대표자의 지정]

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

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

제 3 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제13조 [계약 전 알릴 의무]

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

제14조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과]

- ① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제13조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 때에는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.
1. 회사가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
 2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났을 때
 3. 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년이 지났을 때. 단, 진단계약의 경우 질병에 대하여는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 1년이 지났을 때.
 4. 계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때

5. 회사가 이 계약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다)
6. 보험을 모집한 자(이하 “보험설계사 등”이라 합니다)가 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때
다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.

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

- ② 회사는 제1항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴 의무 위반 사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시) 뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 계약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.
- ③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제32조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
- ④ 제13조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

제15조 [사기에 의한 계약]

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

제 4 관 보험계약의 성립과 유지

제16조 [보험계약의 성립]

- ① 계약은 계약자의 청약(講約)과 회사의 승낙(承諾)으로 이루어집니다.
- ② 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
- ③ 회사는 계약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
- ④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 「평균공시이율 + 1%」를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.
- ⑤ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑥ 제5항의 '청약일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제26조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑦ 제27조[보험료의 납입연체로 인해 해지된 계약의 부활(효력회복)]에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제17조 [청약의 철회]

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

용어 해설	<전문금융소비자> 보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약에 따른 위험감수능력이 있는 자로서, 국가, 지방자치단체, 한국은행, 금융회사, 주권상장법인 등을 포함하며 「금융소비자보호에 관한 법률」 제2조(정의) 제9호에서 정하는 전문금융소비자를 말합니다.
	<일반금융소비자> 전문금융소비자가 아닌 계약자를 말합니다.

- ② 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.
- ③ 청약철회는 계약자가 전화로 신청하거나, 철회 의사를 표시하기 위한 서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시(이하, '서면 등'이라 합니다)를 발송한 때 효력이 발생합니다. 계약자는 서면 등을 발송한 때에 그 발송 사실을 회사에 지체없이 알려야 합니다.
- ④ 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해당 신용카드 회사로 하여금 대금청구를 하지 않도록 해야하며, 이 경우 회사는 보험료를 반환한 것으로 봅니다.
- ⑤ 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못

한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.

㉔ 제1항에서 보험증권을 받은 날에 대한 다툼이 발생한 경우 회사가 이를 증명하여야 합니다.

제18조 [약관 교부 및 설명의무 등]

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

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

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

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

용어 해설	〈통신판매계약〉 전화 · 우편 · 인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.
------------------	--

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

1. 회사가 제1항에 따라 제공하여야 할 약관 및 계약자 보관용 청약서를 계약자가 청약할 때 계약자에게 전달하지 않았거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 경우
2. 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 경우
여기서 "자필서명"은 도장을 찍는 날인과 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함합니다.

④ 제3항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 위 제2항의 규정에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.

1. 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우
2. 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우

용어 해설	〈법정상속인〉 피상속인의 사망으로 인하여 민법의 규정에 의한 상속순서에 따라 상속받는 자
------------------	---

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

제19조 [계약의 무효]

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

금액"을 차감한 금액입니다.

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

제20조 [계약내용의 변경 등]

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

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

용어	〈감액완납보험〉
----	----------

해설	차회 이후의 보험료 납입을 중단하는 대신 가입금액을 감액하는 보험
----	--------------------------------------

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

설명

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

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

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

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

제21조 [보험나이]

① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다.

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

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

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

설명	<보험나이>	
	보험나이란 보험료 산정의 기준이 되는 나이로서 피보험자의 출생일부터 계약일까지의 기간을 기준으로 합니다. 실제 만 나이는 보험나이와 다를 수 있습니다.	
	<보험나이 계산 예시>	
	생년월일 : 1974년 9월 18일	
	예1) 계약일: 2020년 1월 18일	예2) 계약일: 2020년 6월 20일
	2020년 1월 18일	2020년 6월 20일
	- 1974년 9월 18일	- 1974년 9월 18일
	<hr/>	<hr/>
	만 45년 4월 0일	만 45년 9월 2일
	→ 보험나이 45세	→ 보험나이 46세

제22조 [계약의 소멸]

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

1. 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

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

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

2. 보험기간 중 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

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

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

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

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

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

제5관 보험료의 납입

제23조 [제1회 보험료 및 회사의 보장개시]

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

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

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

제24조 [제2회 이후 보험료의 납입]

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

용어 해설	〈납입기일〉 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.
------------------	---

제25조 [보험료의 자동대출납입]

이 계약은 보험료의 자동대출납입을 적용하지 않습니다.

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

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

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

1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ② 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.
- ③ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제32조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

용어	〈납입최고(독촉)〉
해설	약정된 기일까지 보험료가 납입되지 않을 경우, 회사가 계약자에게 납입을 재촉하는 일

제27조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 계약의 부활(효력회복)]

- ① 제26조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 여기서 "해약환급금을 받지 않은 경우"는 보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다.
- 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 평균공시이율 +1% 범위 내에서 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다.
- ② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제13조(계약 전 알릴 의무), 제14조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과), 제15조(사기에 의한 계약), 제16조(보험계약의 성립) 제2항에서 제4항 및 제23조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다. 단, 부활(효력회복)의 경우 제1회 보험료는 부활(효력회복)시의 보험료를 의미합니다.
- ③ 제1항에 따라 계약이 부활(효력회복)된 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초 계약을 청약할 때 제13조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제14조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

용어	〈부활(효력회복)〉
해설	보험료 납입을 연체하여 계약이 해지되고 계약자가 해약환급금을 받지 않은 경우에 회사가 정하는 소정의 절차에 따라 해지된 계약을 다시 되살리는 일

제28조 [강제집행 등으로 인해 해지된 계약의 특별부활(효력회복)]

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

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

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

제 6 관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제29조 [계약자의 임의해지]

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

제29조의2 [위법계약의 해지]

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

제30조 [중대사유로 인한 해지]

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금(보험료 납입면제를 포함합니다)을 지급받을 목적으로 고의로 보험

금 지급사유를 발생시킨 경우

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

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

- ② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제32조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다. 다만, 보험수익자가 2명 이상인 경우, 제1항 제1호에서 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 보험수익자 외에 다른 수익자에게는 그 수익자 몫에 해당하는 보험금의 일부를 지급하고, 계약자에게는 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 보험수익자가 받을 수 있었던 보험금에 해당하는 해약환급금을 지급합니다.

제31조 [회사의 파산선고와 해지]

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

제32조 [해약환급금]

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

설명	· “유해약환급금형 상품” 대비 이 상품의 경과기간별 해약환급금 비율은 아래와 같습니다. - 기간예시 기준 : 계약일 2016년 1월 1일, 보험료 납입기간 20년	
	기간	기간예시
	계약일부터 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지	2016년 1월 1일 ~ 2035년 12월 31일
	「보험료 납입기간」 계약해당일 이후	2036년 1월 1일 이후
※ 위 계약일 및 보험료 납입기간은 기간예시를 위해 가정하였으며, 실제 계약일 및 보험료 납입기간에 따라 각 해약환급금 비율이 적용되는 기간은 변경됩니다.		

- ③ 제1항의 “유해약환급금형 상품”은 비교 안내를 위한 상품으로 판매는 하지 않습니다.
- ④ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표 11(보험금을

지급할 때의 적립이율 계산)에 따릅니다.

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

⑥ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

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

제33조 [보험계약대출]

이 계약은 보험계약대출을 운용하지 않습니다.

제34조 [배당금의 지급]

이 계약은 무배당보험이므로 계약자배당금이 없습니다.

제 7 관 분쟁의 조정 등

제35조 [분쟁의 조정]

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

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

제36조 [관할법원]

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

제37조 [소멸시효]

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

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

제38조 [약관의 해석]

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

제39조 [설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력]

- ① 회사는 일반금융소비자에게 청약의 권유하거나 일반금융소비자가 설명을 요청하는 경우 보험상품에 관한 중요한 사항을 계약자가 이해할 수 있도록 설명하고 계약자가 이해하였음을 서명, 기명날인 또는 녹취 등을 통해 확인받아야 하며, 설명서를 제공하여야 합니다. 여기서 “서명”은 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함합니다.
- ② 설명서, 약관, 계약자 보관용 청약서 및 보험증권의 제공 사실에 관하여 계약자와 회사 간에 다툼이 있는 경우에는 회사가 이를 증명하여야 합니다.
- ③ 보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사 제작의 보험안내자료(계약의 청약의 권유하기 위해 만든 자료 등을 말함)내용이 이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제40조 [회사의 손해배상책임]

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

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

제41조 [개인정보보호]

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

제42조 [준거법]

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

제43조 [예금보험에 의한 지급보장]

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

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

보험금 지급기준표**□ 진단보험금****(1) 암진단보험금(약관 제3조 제1호)**

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

(2) 뇌출혈진단보험금(약관 제3조 제2호)

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

(3) 급성심근경색증진단보험금(약관 제3조 제3호)

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

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

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

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

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

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

설명

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

신생물로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병”으로 봅니다.

2. 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)]의 경우 원발성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
 3. '유방의 악성신생물(C50)'의 경우 이 계약 제2조의3(“초기유방암” 및 “초기 이외 유방암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 “초기유방암”은 제외됩니다.
 4. '갑상선의 악성신생물(C73)'의 경우 이 계약 제2조의4(“중증 갑상선암” 및 “중증 이외 갑상선암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 “중증 이외 갑상선암”은 제외됩니다.
 5. '요로의 악성신생물(C64~C68)'의 경우 이 계약 제2조의5(“비침습 방광암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 “비침습 방광암”은 제외됩니다.
 6. '소화기관의 악성신생물(C15~C26)'의 경우 이 계약 제2조의6(“대장점막내암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 “대장점막내암”은 제외됩니다.
- ② 진단시점에 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병” 인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “악성신생물로 분류되는 질병” 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

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

유방의 악성신생물 분류표

① 약관에 규정하는 “유방의 악성신생물로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 악 성 신 생 물	분류번호
유방의 악성신생물	C50

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

설명

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

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

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

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

설명

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

자궁의 악성신생물 분류표

① 약관에 규정하는 “자궁의 악성신생물로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상 악 성 신 생 물	분류번호
1. 자궁경부의 악성신생물	C53
2. 자궁체부의 악성신생물	C54
3. 자궁의 상세불명 부분의 악성 신생물	C55

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

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

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

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

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

전립선의 악성신생물 분류표

① 약관에 규정하는 “전립선의 악성신생물로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대상악성신생물	분류번호
전립선의 악성신생물	C61

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

설명

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

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

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

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

설명

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

갑상선의 악성신생물 분류표

① 약관에 규정하는 "갑상선의 악성신생물로 분류되는 질병"은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분류번호
갑상선의 악성신생물	C73

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

설명

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

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

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

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

설명

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

뇌출혈 분류표

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

대 상 질 병 명	분류번호
· 거미막하 출혈	I60
· 뇌내출혈	I61
· 기타 비외상성 두개내출혈	I62

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

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

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

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

급성심근경색증 분류표

① 약관에 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

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

(㉞) 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 “급성심근경색증으로 분류되는 질병”은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

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

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

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

1. 재해의 정의

이 보험약관에서 재해는 다음 중 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

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

2. 재해에 해당되지 않는 사항

다음 각 호는 이 보험약관에서 정의하는 재해에 해당되지 않습니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
 - 과잉 노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
 - 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
 - 식량부족(X53)
 - 물 부족(X54)
 - 상세불명의 결핍(X57)
 - 고의적 자해(X60~X84)
 - '법적 개입' 중 법적 처형(Y35.5)
- ③ '외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)' 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고 [단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자의 이상반응 또는 이후 합병증의 원인이 된 외과적 및 기타 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장]
- ④ '자연의 힘에 노출(X30~X39)' 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
- ⑤ '우발적 익사 및 익수(W65~W74), 호흡과 관련된 기타 불의의 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)' 중 질병에 의한 호흡장애 및 삼킴장애
- ⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

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

설명

피보험자에게 발생(진단)된 사고가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 「재해」에 해당될 수 있었다고 하더라도 발생(진단) 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 「재해」가 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 「재해」로 보지 않습니다.

반대로 피보험자에게 발생(진단)된 사고가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 「재해」에 해당될 수 없었다고 하더라도 발생(진단) 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 「재해」인 경우에는 약관에서 규정하는 「재해」로 봅니다.

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

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

3. 위 「1. 재해의 정의 ②」에 해당하는 감염병은 보험사고 발생 당시 시행중인 법률을 적용하며, 「2. 재해에 해당되지 않는 사항 ㉔」에 해당되더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

장 해 분 류 표

□ 총칙

1. 장애의 정의

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

2. 신체 부위

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

3. 장애의 판정

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

□ 장애분류별 판정 기준

1. 눈의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정 기준

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

2. 귀의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정 기준

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

다. 귓바퀴의 결손

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

라. 평형기능의 장애

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

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

- 평형기능의 장애는 장애판정 직전 1 년 이상 지속적인 치료 후 장애가 고착되었을 때 판정하며, 뇌 병변 여부, 전정 기능 이상 및 장애상태를 평가하기 위해 아래의 검사들을 기초로 합니다.

가) 뇌영상검사(CT, MRI)

나) 온도 안진 검사, 전기안진 검사(또는 비디오 안진 검사) 등

3. 코의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정 기준

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

4. 씹어먹거나 말하는 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정 기준

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

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

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. 장애판정 기준

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

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)

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

라. 약간의 추상(추한 모습)

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

마. 손바닥 크기

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

6. 척추(등뼈)의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정 기준

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

- 나) 척추(등뼈)의 기형 장애는 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률, 골절의 부위 등을 기준으로 판정합니다. 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률은 인접 상·하부[인접 상·하부 척추체(척추뼈 몸통)에 진구성 골절이 있거나, 다발성 척추골절이 있는 경우에는 골절된 척추와 가장 인접한 상·하부] 정상 척추체(척추뼈 몸통)의 전방 높이의 평균에 대한 골절된 척추체(척추뼈 몸통) 전방 높이의 감소비를 압박률로 정합니다.
- 다) 척추(등뼈)의 기형 장애는 「산업재해보상보험법 시행규칙」상 경추부, 흉추부, 요추부로 구분하여 각각을 하나의 운동단위로 보며, 하나의 운동단위 내에서 여러 개의 척추체(척추뼈 몸통)에 압박골절이 발생한 경우에는 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률을 합산하고, 두 개 이상의 운동단위에서 장애가 발생한 경우에는 그중 가장 높은 지급률을 적용합니다.
- 3) 척추(등뼈)의 장애는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 이 사고와의 관련도를 산정하여 평가합니다.
- 4) 추간판탈출증으로 인한 신경 장애는 수술 또는 시술(비수술적 치료) 후 6개월 이상 지난 후에 평가합니다.
- 5) 신경학적 검사상 나타난 저린감이나 방사통 등 신경자극 증상의 원인으로 CT, MRI 등 영상검사에서 추간판탈출증이 확인된 경우를 추간판탈출증으로 진단하며, 수술 여부에 관계없이 운동 장애 및 기형 장애로 평가하지 않습니다.
- 6) 심한 운동 장애란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말합니다.
- 가) 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
- 나) 머리뼈(두개골), 제 1 경추, 제 2 경추를 모두 유합 또는 고정한 상태
- 7) 뚜렷한 운동 장애란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말합니다.
- 가) 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
- 나) 머리뼈(두개골)와 제 1 경추 또는 제 1 경추와 제 2 경추를 유합 또는 고정한 상태
- 다) 머리뼈(두개골)와 상위 목뼈(상위 경추: 제 1, 2 경추) 사이에 CT 검사상, 두개 대후두공의 기저점(basion)과 측추 치돌기 상단 사이의 거리(BDI: Basion-Dental Interval)에 뚜렷한 이상 전위가 있는 상태
- 라) 상위 목뼈(상위 경추: 제 1, 2 경추) CT 검사상, 환추 전방 궁(arch)의 후방과 치상돌기의 전면과의 거리(ADI: Atlanto-Dental Interval)에 뚜렷한 이상 전위가 있는 상태
- 8) 약간의 운동 장애
- 머리뼈(두개골)와 상위 목뼈(상위 경추: 제 1, 2 경추)를 제외한 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
- 9) 심한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말합니다.
- 가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 35° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
- 나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 60% 이상인 경우 또는 한 운동 단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 90% 이상일 때
- 10) 뚜렷한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말합니다.
- 가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 15° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
- 나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 40% 이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 60% 이상일 때
- 11) 약간의 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말합니다.
- 가) 1개 이상의 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구로 경도(가벼운 정도)의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
- 나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 20% 이상인 경우 또는 한 운동 단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 40% 이상일 때
- 12) '추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장애'란 추간판탈출증으로 추간판을 2마디 이상(또는 1마디 추간판에 대해 2회 이상) 수술하고도 마미신 경 중후근이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장애가 있는 경우
- 13) '추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장애'란 추간판탈출증으로 추간판 1마디를 수술하고도 신경 생리 검사에서 명확한 신경근 병증의 소견이 지속되고 척추 신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우
- 14) '추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장애'란 추간판탈출증이 확인되고 신경생리검사서 명확한 신경근 병증의 소견이 지속되는 경우

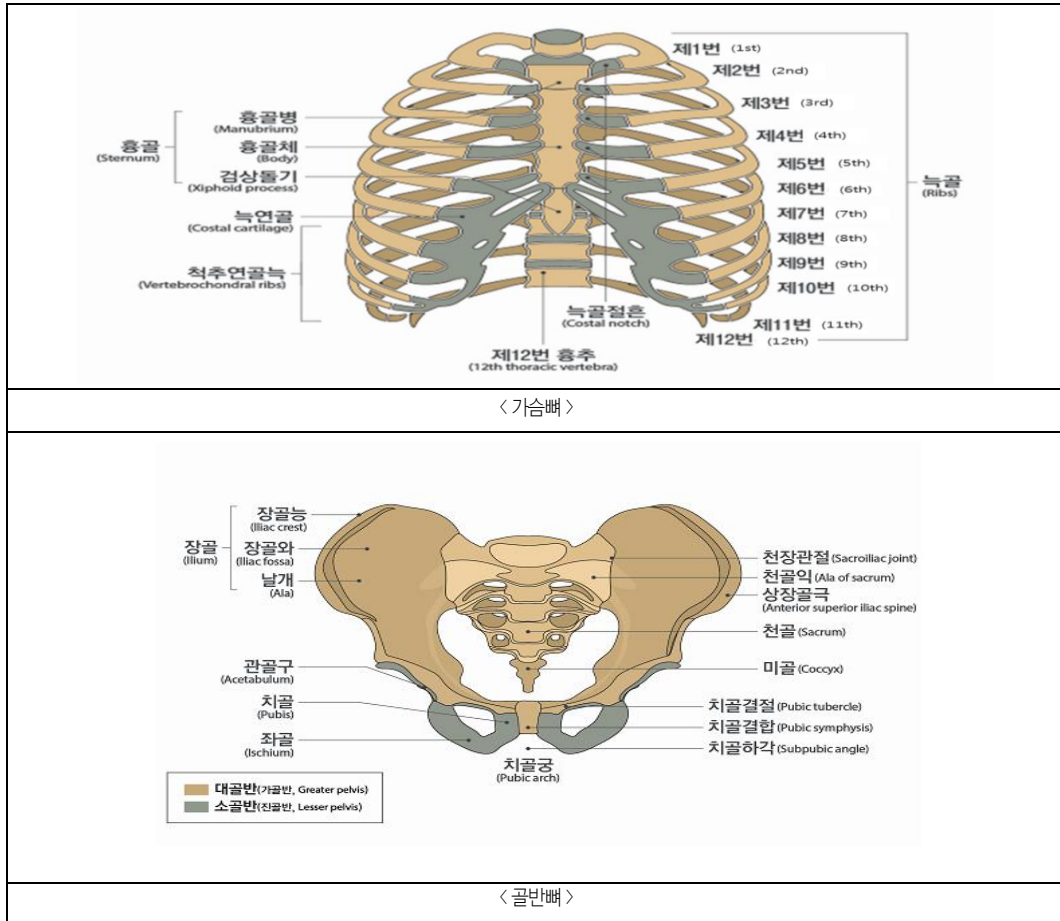
7. 체간골의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정 기준

- '체간골'이라 함은 어깨뼈(견갑골), 골반뼈(장골, 제 2 천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함), 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)를 말하며 이를 모두 동일한 부위로 봅니다.
- '골반뼈의 뚜렷한 기형'이라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말합니다.
 - 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm 이상 분리된 부정유합 상태
 - 육안으로 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도로 방사선 검사로 측정된 각(角) 변형이 20° 이상인 경우
 - 미골의 기형은 골절이나 탈구로 방사선 검사로 측정된 각(角) 변형이 70° 이상 남은 상태
- '빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골), 어깨뼈(견갑골)에 뚜렷한 기형이 남은 때'라 함은 방사선 검사로 측정된 각(角) 변형이 20° 이상인 경우를 말합니다.
- 갈비뼈(늑골)의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장애로 취급합니다. 다발성 늑골 기형의 경우 각각의 각(角) 변형을 합산하지 않고 그중 가장 높은 각(角) 변형을 기준으로 평가합니다.



8. 팔의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정 기준

- 1) 골절부에 금속 내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 평가합니다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가합니다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 않습니다.
- 3) '팔'이라 함은 어깨관절(견관절)부터 손목 관절(완관절)까지를 말합니다.
- 4) '팔의 3대 관절'이라 함은 어깨관절(견관절), 팔꿈치 관절(주관절), 손목 관절(완관절)을 말합니다.
- 5) '한 팔의 손목 이상을 잃었을 때'라 함은 손목 관절(완관절)부터(손목 관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치 관절(주관절) 상부에서 절단된 경우도 포함합니다.
- 6) 팔의 관절 기능장애 평가는 팔의 3대 관절의 관절운동 범위 제한 등으로 평가합니다.
 - 가) 각 관절의 운동 범위 측정은 장애 평가 시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제 47 조 제 1 항 및 제 3 항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동 가능 영역을 기준으로 정상 각도 및 측정 방법 등을 따릅니다.
 - 나) 관절 기능장애를 표시할 경우 장애부위의 장애각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장애상태를 명확히 합니다. 단, 관절 기능장애가 신경 손상으로 인한 경우에는 운동 범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가합니다.
- 7) '관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말합니다.
 - 가) 완전 강직(관절굳음)
 - 나) 근전도 검사상 완전 손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력 검사(MMT)에서 근력이 '0 등급(zero)'인 경우
- 8) '관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말합니다.
 - 가) 해당 관절의 운동 범위 합계가 정상 운동 범위의 1/4 이하로 제한된 경우
 - 나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
 - 다) 근전도 검사상 완전 손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력 검사(MMT)에서 근력이 '1 등급(trace)'인 경우
- 9) '관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말합니다.
 - 가) 해당 관절의 운동 범위 합계가 정상 운동 범위의 1/2 이하로 제한된 경우
 - 나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력 검사(MMT)에서 근력이 '2 등급(poor)'인 경우
- 10) '관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말합니다.
 - 가) 해당 관절의 운동 범위 합계가 정상 운동 범위의 3/4 이하로 제한된 경우
 - 나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력 검사(MMT)에서 근력이 '3 등급(fair)'인 경우
- 11) '가관절²⁾이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말합니다.

※ 주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 '불유합' 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외합니다.
- 12) '가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말합니다.

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

다. 지급률의 결정

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

9. 다리의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정 기준

- 1) 골절부에 금속 내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 평가합니다. 단, 제거 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가합니다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않습니다.
- 3) '다리'라 함은 엉덩이 관절(고관절)부터 발목관절(족관절)까지를 말합니다.
- 4) '다리의 3대 관절'이라 함은 엉덩이 관절(고관절), 무릎관절(슬관절), 발목관절(족관절)을 말합니다.
- 5) '한 다리의 발목 이상을 잃었을 때'라 함은 발목관절(족관절)부터(발목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절(슬관절)의 상부에서 절단된 경우도 포함합니다.
- 6) 다리의 관절 기능장해 평가는 다리의 3대 관절의 관절운동 범위 제한 및 무릎관절(슬관절)의 동요성 등으로 평가합니다.
 - 가) 각 관절의 운동 범위 측정은 장해 평가 시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제 47 조 제 1 항 및 제 3 항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동 가능 영역을 기준으로 정상 각도 및 측정 방법 등을 따릅니다.
 - 나) 관절 기능장해가 신경 손상으로 인한 경우에는 운동 범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가합니다.
- 7) '관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말합니다.
 - 가) 완전 강직(관절굳음)
 - 나) 근전도 검사상 완전 손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력 검사(MMT)에서 근력이 '0 등급(zero)'인 경우
- 8) '관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말합니다.
 - 가) 해당 관절의 운동 범위 합계가 정상 운동 범위의 1/4 이하로 제한된 경우
 - 나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
 - 다) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - 라) 근전도 검사상 완전 손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력 검사(MMT)에서 근력이 '1 등급(trace)'인 경우
- 9) '관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말합니다.
 - 가) 해당 관절의 운동 범위 합계가 정상 운동 범위의 1/2 이하로 제한된 경우

- 나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
- 다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력 검사(MMT)에서 근력이 '2 등급(poor)'인 경우
- 10) '관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말합니다.
- 가) 해당 관절의 운동 범위 합계가 정상 운동 범위의 3/4 이하로 제한된 경우
- 나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
- 다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력 검사(MMT)에서 근력이 '3 등급(fair)'인 경우
- 11) 동요 장애 평가 시에는 정상 측과 환 측을 비교하여 증가된 수치로 평가합니다.
- 12) '가관절^{*)}이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2 개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말합니다.
- ※ 주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 '불유합' 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외합니다.
- 13) '가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 경골과 종아리뼈 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말합니다.
- 14) '뼈에 기형을 남긴 때'라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말합니다.
- 15) 다리 길이의 단축 또는 과신장은 스캐노그램(scanogram)을 통하여 측정합니다.

다. 지급률의 결정

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

10. 손가락의 장애

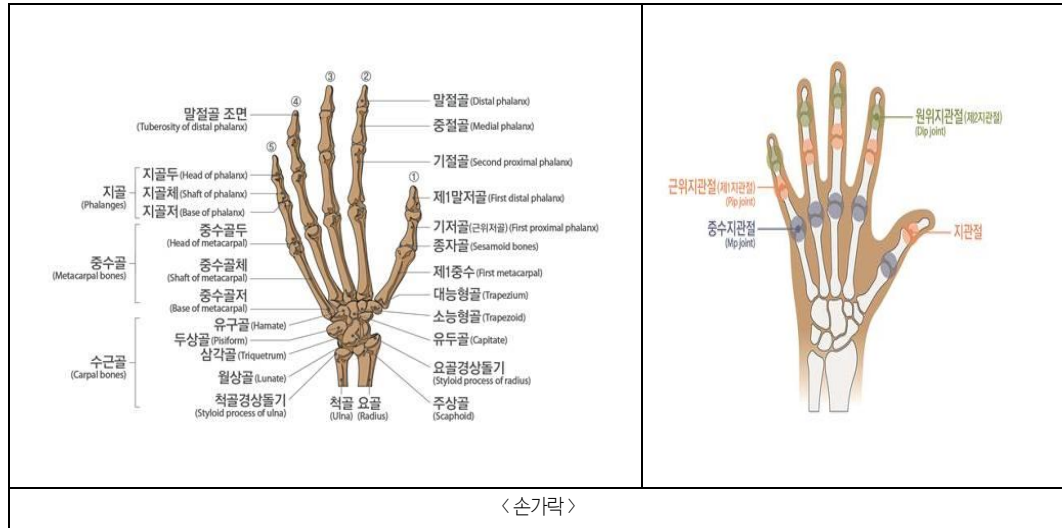
가. 장애의 분류

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

나. 장애판정 기준

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

9) 손가락의 관절 기능장애 평가는 손가락 관절의 관절운동 범위 제한 등으로 평가합니다. 각 관절의 운동 범위 측정은 장애 평가 시점의 「산업재해 보상보험법 시행규칙」 제47 조 제 1 항 및 제3 항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동 가능 영역을 기준으로 정상 각도 및 측정 방법 등을 따릅니다.



11. 발가락의 장애

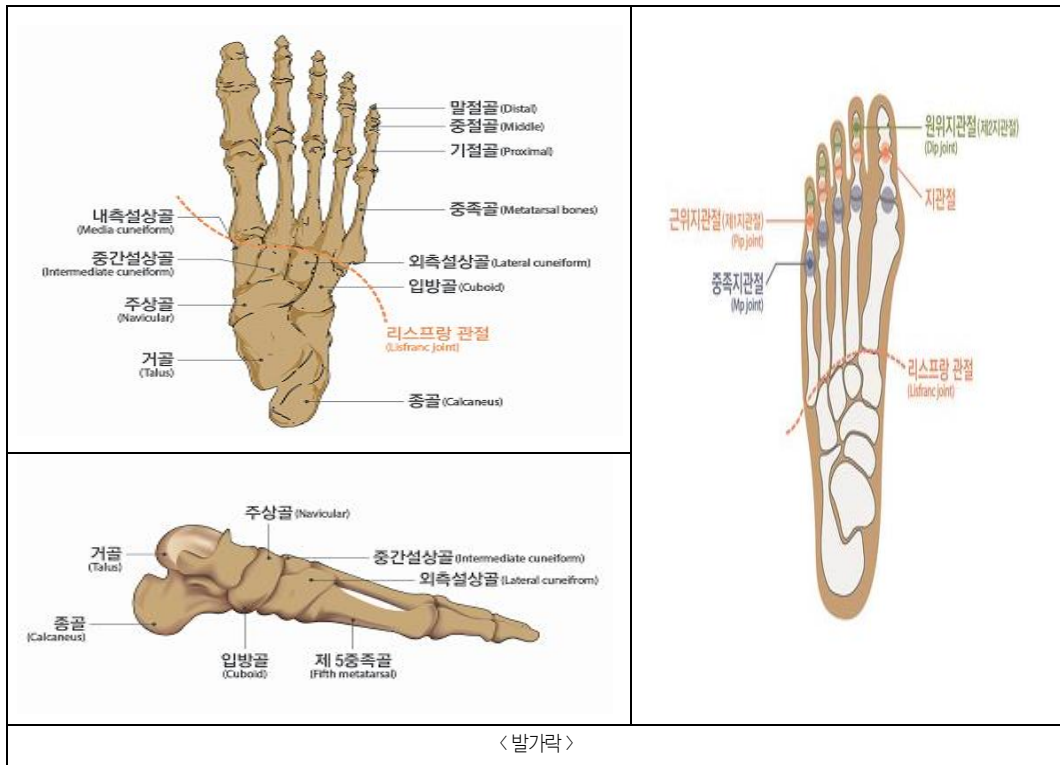
가. 장애의 분류

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

나. 장애판정 기준

- 1) 골절부에 금속 내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장애를 평가합니다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가합니다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 않습니다.
- 3) '발가락을 잃었을 때'라 함은 첫째 발가락에서는 지관절부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제 1 지관절(근위지관절)부터(제 1 지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽을 잃었을 때를 말합니다.
- 4) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골 간 관절 이상에서 절단된 경우를 말합니다.
- 5) '발가락뼈 일부를 잃었을 때'라 함은 첫째 발가락에서는 지관절, 다른 네 발가락에서는 제 1 지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 발가락뼈 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 발가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않습니다.
- 6) '발가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 첫째 발가락의 경우에 중족 지관절과 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동 범위 합계가 정상운동 가능 영역의 1/2 이하가 된 경우를 말하며, 다른 네 발가락에 있어서는 중족지관절의 신전운동범위만을 평가하여 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우를 말합니다.

- 7) 한 발가락에 장애가 생기고 다른 발가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산합니다.
- 8) 발가락 관절의 운동 범위 측정은 장애 평가 시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제 47 조 제 1 항 및 제 3 항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동 가능 영역을 기준으로 정상 각도 및 측정 방법 등을 따릅니다.



12. 흉·복부장기 및 비뇨생식기의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애의 판정 기준

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

- 라) 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
- 4) '홍복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말합니다.
- 가) 한쪽 폐 또는 한쪽 신장을 전부 잘라내었을 때
- 나) 방광 기능 상실로 영구적인 요도루, 방광루, 요관 장문합 상태
- 다) 위, 췌장을 50% 이상 잘라내었을 때
- 라) 대장 절제, 항문 괄약근 등의 기능장애로 영구적으로 장루, 인공항문을 설치한 경우(치료 과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
- 마) 심장기능 이상으로 인공심박동기를 영구적으로 삽입한 경우
- 바) 요도 괄약근 등의 기능장애로 영구적으로 인공요도 괄약근을 설치한 경우
- 5) '홍복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말합니다.
- 가) 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착, 배뇨기능 상실로 영구적인 간헐적 인공요도가 필요한 때
- 나) 음경의 1/2 이상이 결손되었거나 질구 협착으로 성생활이 불가능한 때
- 다) 폐 질환 또는 폐 부분 절제술 후 일상생활에서 호흡곤란으로 지속적인 산소치료가 필요하며, 폐기능 검사(PFT)상 폐환기 기능(1 초간 노력성 호기량, FEV1)이 정상 예측치의 40% 이하로 저하된 때
- 6) 홍복부, 비뇨 생식기계 장애는 질병 또는 외상의 직접 결과로 인한 장애를 말하며, 노화에 의한 기능장애 또는 질병이나 외상이 없는 상태에서 예방적으로 장기를 절제, 적출한 경우는 장애로 보지 않습니다.
- 7) 상기 홍복부 및 비뇨 생식기계 장애 항목에 명기되지 않은 기타 장애상태에 대해서는 '불임' 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애 평가표'에 해당하는 장애가 있을 때 ADLs 장애지급률을 준용합니다.
- 8) 상기 장애 항목에 해당되지 않는 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성 간질환, 만성폐쇄성 폐질환 등)은 장애의 평가 대상으로 인정하지 않습니다.

13. 신경계 · 정신행동 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정 기준

1) 신경계

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

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

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

2) 정신행동

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

나) 정신행동 장애는 장애판정 직전 1년 이상 충분한 정신건강의학과와 전문적 치료를 받은 후 치료에도 불구하고 장애가 고착되었을 때 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로 인하여 고정되거나 중하게 된 장애에 대해서는 인정하지 않습니다.

다) '정신행동에 극심한 장애를 남긴 때'라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와 치료를 받았으며 GAF 30점 이하인 상태를 말합니다.

라) '정신행동에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와 치료를 받았으며 GAF 40점 이하인 상태를 말합니다.

마) '정신행동에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와 치료를 받았으며, 보건복지부 고시「장애정도 판정 기준」의 '능력 장애측정 기준'[※]상 6개 항목 중 3항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 50점 이하인 상태를 말합니다.

※ 주) 능력 장애측정 기준의 항목 : ㉠ 적절한 음식 섭취, ㉡ 대소변 관리, 세면, 목욕, 청소 등의 청결 유지, ㉢ 적절한 대화기술 및 협조적인 대인관계, ㉣ 규칙적인 통원약물 복용, ㉤ 소지품 및 금전관리나 적절한 구매행위, ㉥ 대중교통이나 일반 공공시설의 이용

바) '정신행동에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와 치료를 받았으며, 보건복지부 고시「장애정도 판정 기준」의 '능력 장애측정 기준'상 6개 항목 중 2항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 60점 이하인 상태를 말합니다.

사) '정신행동에 경미한 장애를 남긴 때'라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와 치료를 받았으며, 보건복지부 고시「장애정도 판정 기준」의 '능력 장애측정 기준'상 6개 항목 중 2항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 70점 이하인 상태를 말합니다.

아) 지속적인 정신건강의학과와 치료란 3개월 이상 약물치료가 중단되지 않았음을 의미합니다.

자) 심리학자 평가 보고서는 정신건강의학과 의료기관에서 실시되어야 하며, 자격을 갖춘 임상심리전문가가 시행하고 작성하여야 합니다.

차) 정신행동 장애 진단 전문의는 정신건강의학과 전문의를 말합니다.

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

타) 각종 기질성 정신 장애와 외상 후 간질에 한하여 보상합니다.

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

3) 치매

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

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

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

4) 뇌전증(간질)

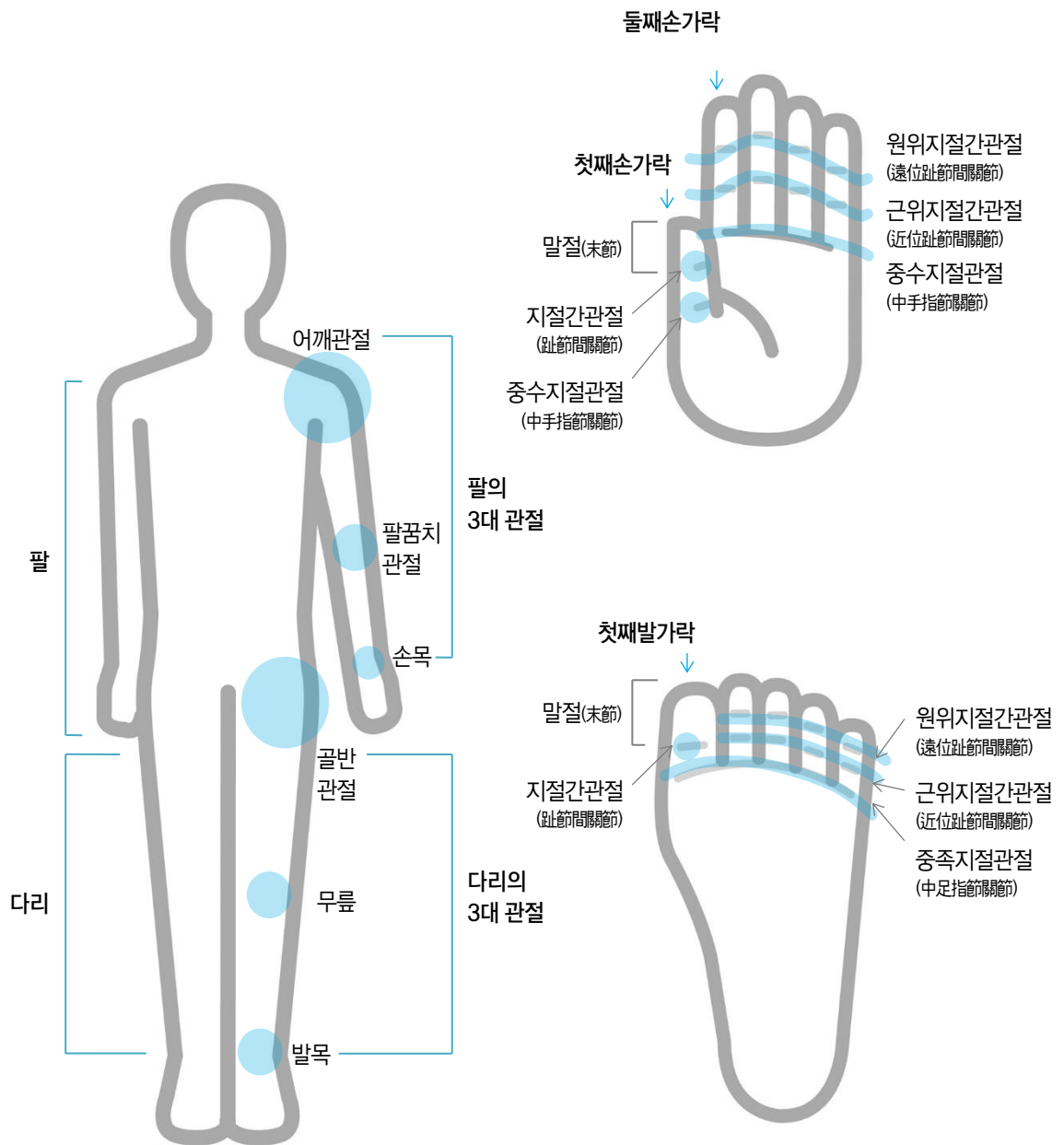
가) '뇌전증(간질)'이라 함은 돌발적 뇌파 이상을 나타내는 뇌질환으로 발작(경련, 의식 장애 등)을 반복하는 것을 말합니다.

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

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

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애 평가표

유형	제한 정도에 따른 지급률
이동동작	<ul style="list-style-type: none"> - 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 방 밖을 나올 수 없는 상태 또는 침대에서 휠체어로 옮기기를 포함하여 휠체어 이동 시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태(40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움 없이는 방 밖을 나올 수 없는 상태 또는 보행이 불가능하나 스스로 휠체어를 밀어 이동이 가능한 상태(30%) - 목발 또는 보행기(walker)를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태(20%) - 보조기구 없이 독립적인 보행은 가능하나 파행(절뚝거림)이 있으며, 난간을 잡지 않고는 계단을 오르내리기가 불가능한 상태 또는 계속하여 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태(10%)
음식물 섭취	<ul style="list-style-type: none"> - 입으로 식사를 전혀 할 수 없어 계속적으로 튜브(비위관 또는 위루관)나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급을 받는 상태(20%) - 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 식사를 전혀 할 수 없는 상태(15%) - 손가락 사용은 가능하나 젓가락 사용이 불가능하여 음식물 섭취에 있어 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%) - 독립적인 음식물 섭취는 가능하나 젓가락을 이용하여 생선을 바르거나 음식물을 자르는 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 또는 지속적인 유치도뇨관 삽입 상태, 방광루, 요도루, 장루상태(20%) - 화장실에 가서 변기 위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 뒤처리시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태 또는 간헐적으로 자가 인공 도뇨가 가능한 상태(CIC), 기저귀를 이용한 배뇨, 배변 상태(15%) - 화장실에 가는 일, 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변 후 뒤처리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%) - 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2시간 이상 계속되는 업무를 수행하는 것이 어려운 상태 또는 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 요실금, 변실금이 있는 때(5%)
목욕	<ul style="list-style-type: none"> - 세안, 양치, 샤워, 목욕 등 모든 개인위생 관리시 타인의 지속적인 도움이 필요한 상태(10%) - 세안, 양치시 부분적인 도움 하에 혼자서 가능하나 목욕이나 샤워시 타인의 도움이 필요한 상태(5%) - 세안, 양치와 같은 개인위생관리를 독립적으로 시행 가능하나 목욕이나 샤워시 부분적으로 타인의 도움이 필요한 상태(3%)
옷 입고 벗기	<ul style="list-style-type: none"> - 상, 하의 의복 착탈시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태(10%) - 상, 하의 의복 착탈시 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태 또는 상의 또는 하의 중 하나만 혼자서 착탈의가 가능한 상태(5%) - 상, 하의 의복 착탈시 혼자서 가능하나 미세 동작(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)이 필요한 마무리하는 타인의 도움이 필요한 상태(3%)



보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	적립 기간	적립 이율
진단보험금 (제3조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제32조 제1항 및 제5항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지 의 기간	1년 이내: 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- (주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 일자 계산하며, 지급이자도 소멸시효(약관 제37조)가 적용됩니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.
다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제8조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.