

무배당

교보라플

어린이보험

보험 약관

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

KYOBO
라이프플래닛

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

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

세상의 변화는 경험을 바꾸는 질문에서 시작됩니다.
우리는 그 질문을 통해 고객을 위한 작은 혁신을 쌓습니다.
우리의 이런 작은 혁신을 모아
보험경험을 새롭게 정의하고자 합니다.

보험도, 누구나 시간 제약없이
스스로 편리하게 이용할 수 있도록



**보험경험
새로고침**

교보라이프플래닛생명의 보험상품에 가입해주신 고객님께
진심으로 깊은 감사의 말씀을 드립니다.

약관을 쉽게 이용할 수 있는

약관 이용 가이드북

- I. 약관 이용 안내
- II. 약관 요약서
- III. 보험계약 일반사항

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

I

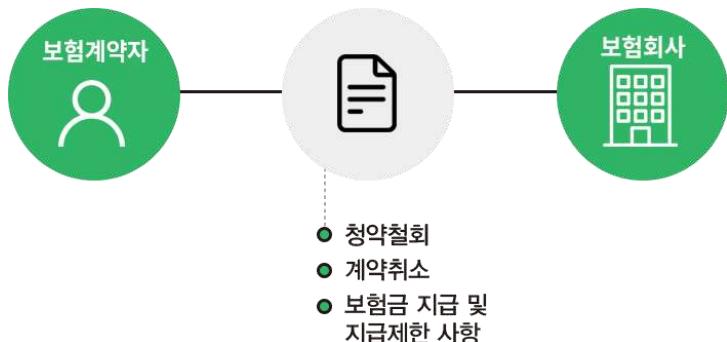
약관 이용 안내

1. 보험

약관이란?

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

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



2. 한 눈에 보는

약관의 구성

- 약관을 쉽게 잘 이용할 수 있도록 **약관의 구성, 쉽게 찾는 방법** 등의 내용을 담고 있습니다.

- 약관을 **계약의 주요 내용 및 유의 사항 중심으로** 시각적 방법을 이용하여 이해하기 쉽게 요약했습니다.

- 보험약관은 **주계약과 특약**으로 나뉩니다.

▷ 주계약(보통약관)

기본계약을 포함한 공통사항을 정한 기본약관

▷ 특약(특별약관)

주계약에서 정한 사항 이외에 계약자가 선택 가입한 보장내용 등 필요한 사항을 정한 약관

3. 약관을 쉽게 이용할 수 있는 꿀팁

Tip 1

약관요약서 활용하기

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

약관이용가이드북

및 약관요약서

P9~

Tip 2

핵심 체크 항목 쉽게 찾기

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

약관이용가이드북

및 약관요약서

P6~7

Tip 3

QR코드

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

약관이용가이드북

및 약관요약서

P8

Tip 4

용어해설 참고하기

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

약관

P3~4

Tip 5

특약색인 활용하기

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

약관

P1

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

Tip 6

강조 표시

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

4. 약관의 핵심 체크 항목 쉽게 찾기

1 보험금 지급 및 지급제한 사항

약관페이지 번호

출생 전	제9조(보험금의 지급 사유) 제11조(보험금 지급 등을 하지 않는 사유)	P16 P22
출생 후	제9조(보험금의 지급 사유) 제11조(보험금 지급 등을 하지 않는 사유)	P154 P159



2 계약 전 알릴 의무 및 위반 효과

출생 전	제19조(계약 전 알릴 의무) 제20조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)	P25 P25
출생 후	제19조(계약 전 알릴 의무) 제20조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)	P163 P163



3 청약의 철회

출생 전	제23조(청약의 철회)	P28
출생 후	제23조(청약의 철회)	P165



4 계약 취소

출생 전	제24조(약관 교부 및 설명 의무 등)	P28
출생 후	제24조(약관 교부 및 설명 의무 등)	P166



5 계약 무효

출생 전	제25조(계약의 무효)	P30
출생 후	제25조(계약의 무효)	P167



6 보험료 연체 및 해지

출생 전	제34조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)	P35
출생 후	제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)	P171



7 부활(효력회복)

출생 전	제35조(보험료의 납입 연체로 해지된 계약의 부활(효력 회복))	P36
출생 후	제33조(보험료의 납입 연체로 해지된 계약의 부활(효력 회복))	P172



8 해약환급금

출생 전	제37조(계약자의 임의 해지) 제38조(위법계약의 해지) 제41조(해약환급금)	P38 P38 P39
출생 후	제35조(계약자의 임의 해지) 제36조(위법계약의 해지) 제39조(해약환급금)	P173 P174 P175



9 보험계약대출

출생 전	제42조(보험계약대출)	P39
출생 후	제40조(보험계약대출)	P175



5. QR 코드를 통한 편리한 정보 이용

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

약관해설영상



보험금 지급 절차



회사소개



6. 기타 문의사항

- 기타 문의사항은 라이프플래닛 홈페이지

www.lifeplanet.co.kr

- 고객센터로 문의 가능

1566-0999

- 보험상품 거래단계별 필요한 금융꿀팁 또는
핵심정보 등은 금융감독원 금융소비자정보
포털(FINE)에서 확인 가능

fine.fss.or.kr

II

약관 요약서

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

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

무배당 교보라플 어린이보험

어린이 10 대 질병 집중보장

태아부터 준비하는 어린이보장보험



1. 보험 계약의 개요

상품 개요

보험회사명	교보라이프플래닛생명보험회사
보험상품명	무배당 교보라플 어린이보험
보험상품의 종목	어린이보험

상품 용어

무배당	계약자에게 배당을 하지 않는 상품입니다.
어린이보험	암진단, 재해장해, 재해골절(치아파절 제외), 입원 및 수술 위험 등을 보장하는 상품입니다.

상품 특징

1 어린이에게 자주 발생하는 꼭 필요한 보장



질병 및 재해 입원비 1 일당 최대 2 만원
보장

입원비 어린이 주요 10 대 질병은 입원일당 최대
4 만원 지급
(질병 및 재해 입원비 2 만원 포함)



수술비 질병 및 재해 수술비 최대 300 만원 보장



재해 골절 재해로 골절(치아파절 제외) 진단 시 횟수
제한없이 1 회당 진단비 최대 30 만원



재해 장해 일반재해로 장해발생 시 최대 5 천만원
보장
교통재해로 장해발생 시 최대 1 억원 보장



암 진단 백혈병 및 골수암 진단 시 1 억원 보장
일반암 진단 시 5 천만원 보장
소액암 진단 시 500 만원 보장

어린이 주요 10 대 질병

폐렴, 창자감염질환, 특정 감염병, 탈장 및 장폐색, 수막염, 충수염, VDT 증후군 관련, 천식, 아토피, 알레르기성 비염 등 해당 약관
'어린이 주요 10 대 질병 분류표' 기준 참조

- 보험가입금액 1천만원 선택 시
- 고의적 사고 제외, 세부 약관 참조
- 4일 이상 입원 시 1일당 입원비 지급, 120 일 한도

2 출생 전 가입 시, 할인된 보험료로 납입하시고,

출생예정일에 보장 개시

- 주계약 예약가입 제 1회 보험료: 피보험자 남자 보험나이 0 세 기준 할인된 보험료
- 예약가입 제 1회 보험료 할인(최초 1회만 적용) 및 납입/대체와 보장개시는 주계약에만 해당되며, 의무부가특약의 경우 가입시점(제 1회 보험료 납입일)에 보장이 개시됩니다.
- 출생 후 자녀 등재 시, 출생예정일은 출생일과 동일한 날짜로 변경되며, 주계약은 성별 또는 출생일/ 의무부가특약은 성별과 관련한 보험료를 정산(추가납입 or 환급)합니다.

3 태아 가입 시점부터 출생 전후기에 기원한 주산기질환

입원/수술 특약을 보장

- 보험가입금액 1천만원 선택 시
- 4일 이상 입원 시 1일당 입원비 지급, 120 일한도
- 태아 가입 시 의무 부가됨
- 태아 가입 시점 ~ 입력한 출생예정일 +1년까지 보장

₩ 1일당 1만원

입원비

₩ 1회당 50만원

수술비

주산기질환 입원

주산기질환 수술

4

순수보장형과 납입한 보험료를 전부 돌려받는 만기환급형 중 선택 가능

순수보장형은 만기 시 보험료 환급 없음



2. 소비자가 반드시 알아야 할 유의사항

보험금 지급제한사항

이 보험에는 **보장한도**에 대한 **보험금 지급 제한 조건**이 부가되어 있습니다.

보다 자세한 사항은 상품설명서 및 약관을 참조하시기 바랍니다.

1

보장한도



이 보험에는 **보험금 지급 한도**가 설정된 담보가 있습니다.

■ 보장한도 적용 담보

구분	담보명	감액 기간 및 비율
	백혈병 및 골수암 진단비	
	일반암 진단비	
	중증 이외 갑상선암 진단비	각각 최초 1회에
	기타피부암 진단비	한해 보장
주계약	경계성종양 진단비	
	제자리암 진단비	
	재해골절(치아파절 제외) 진단비	재해골절 1회당 보장
	질병 및 재해 입원비	4 일 이상 입원일수 1 일당 지급

어린이 주요 10 대질병 입원비	1~5 종 수술비	(1 회 입원당 120 일 한도로 보장하며 퇴원없이 계속 입원 시 180 일간 보장 제외)
		수술 1 회당 보장
		4 일 이상 입원일수
주산기질환 입원특약 (의무부가)	주산기질환 입원비	1 일당 지급 (1 회 입원당 120 일 한도로 보장하며 퇴원없이 계속 입원 시 180 일간 보장 제외)
주산기질환 수술특약 (의무부가)	주산기질환 수술비	수술 1 회당 보장
* 주산기 질환 입원·수술특약은 출생 전 가입(태아 가입)시에 한하여 의무부가합니다.		

해약환급금에 관한 사항

보험계약이 **보험계약을 중도에 해지할 경우** 보험회사는 **해약환급금**을 지급합니다.

1 해약환급금에 관한 사항



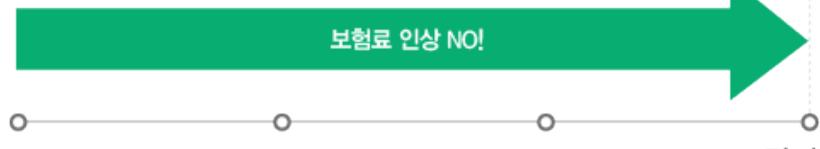
주의

- ① **해약환급금***은 납입한 보험료 보다 적거나 없을 수도 있습니다.
- * 해약환급금: 납입한 보험료에서 계약체결·유지관리 등에 소요되는 경비 및 경과된 기간의 위험 보장에 사용된 보험료를 차감하여 지급

비갱신형 보험료 변동없음

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

1 비갱신형 보험료 변동없음



소비자가 반드시 알아두어야 할 상품의 주요특성

1 보장성 보험



주의

- ① 이 보험은 어린이 질병 및 장해(상해)사고 보장을 주목적으로 하는 보장성 보험이며, 저축이나 연금수령을 목적으로 가입하시기에 적합하지 않습니다.
- ② 만기 또는 중도해지 시 납입한 보험료보다 환급금이 적을 수 있습니다.
- ③ 가입한 특약의 경우 주계약과 보험기간이 다릅니다.
(태아 가입 시 의무부가되는 주산기질환(수술/입원)특약의 보험기간은 가입시점부터 출생예정일+1년까지 보장하며, 납입기간 및 납입주기는 일시납으로 운영합니다.)

2 금리확정형



주의

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

3 예금자 보호



주의

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

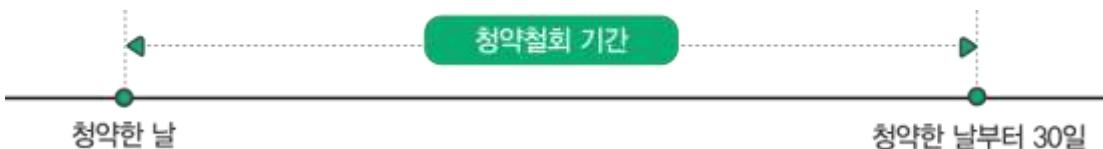
III

보험 계약의 일반사항

1 청약을 철회할 수 있는 권리

상품약관 출생 전 P28
출생 후 P165

보험계약자는 청약한 날부터 30 일 이내에 보험계약의 청약을 철회할 수 있으며, 이 경우 회사는 3 영업일 이내에 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

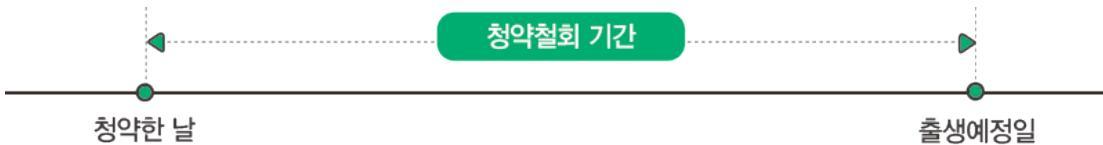


주의 청약 철회가 불가한 경우

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

[출생 전 가입(태아 가입)시]

보험계약자는 청약한 날부터 출생예정일 전일까지 보험계약의 청약을 철회할 수 있으며, 이 경우 회사는 3 영업일 이내에 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 예약가입 청약일과 출생예정일 전일까지 기간이 30 일 미만인 경우에는 30 일 이내에 예약가입 청약을 철회할 수 있습니다.



주의 주산기질환입원수술특약(의무부가)의 청약철회를 신청한 경우에는 주계약에 대해서도 동시에 청약철회를 신청해야 합니다. (출생 전 가입 시에 한함)

※ 청약철회가 불가한 경우

회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90 일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약

[예약가입]

출생 전 가입 시 출생예정일부터 예약가입 시점까지의 기간 동안 평균공시이율로 할인된 보험료 납입 후 출생예정일에 보장이 개시됩니다. 할인된 주계약 보험료(보험나이 0 세 남자 기준)는 출생예정일까지 평균공시이율로 적용하여 제 1 회 보험료로 대체합니다.



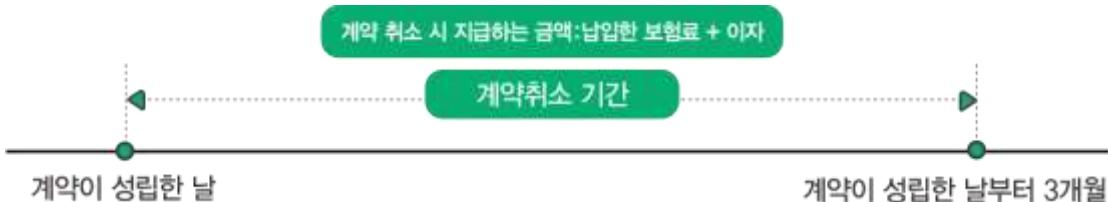
- 예약가입 제 1 회 보험료 할인(최초 1 회만 적용)
및 납입/대체와 보장개시는 주계약만 해당되며,
의무부가특약의 경우 가입시점(제 1 회 보험료
납입일)에 보장이 개시됩니다.
- 피보험자의 성별이 영아일 경우 또는 예약
가입 청약 시의 출생예정일과 실제 출생일이
다른 경우에는 보험료를 정산하여 드립니다.
- 평균공시이율: 전체 보험회사의 공시이율의
평균을 말합니다.

2 보험 계약을 취소할 수 있는 권리

상품약관 출생 전 P28
출생 후 P166

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

- ✓ 보험계약을 청약할 때 **보험약관 및 보험계약자 보관용 청약서를 전달받지 못한 경우**
- ✓ **보험약관의 중요내용을 설명받지 못한 경우**
- ✓ 보험계약자가 청약서에 **자필서명을 하지 않은 경우**



3 보험계약의 무효

상품약관 출생 전 P30
출생 후 P167

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

- ✓ 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 보험계약에서 피보험자의 서면 동의를 얻지 않는 경우
- ✓ 만 15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험금 지급사유로 한 경우
- ✓ 보험계약 체결 시 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우
- ✓ 계약자가 유산 또는 사산하여 태아가 출생하지 못한 경우(출생 전 가입 시에 한함)

4

보험 계약 전 알릴 의무 및 위반 시 효과

상품약관 출생 전 P25
출생 후 P163

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



주의

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

민원 사례

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

법률 지식

[대법원 2007.6.28. 선고 2006 다 59837]

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

5 보험료 납입 연체 및 보험 계약의 해지

상품약관 출생 전 P35

출생 후 P171

보험료 납입이 연체 중인 경우보험회사는 납입을 독촉하는 안내를 하며, **납입최고(독촉)기간** * 내에 보험료를 납입하지 않으면 보험계약이 해지됩니다.

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

* 납입연체: 제 2 회 이후 보험료의 납입이 연체되는 경우



6 해지된 보험계약의 부활(효력회복)

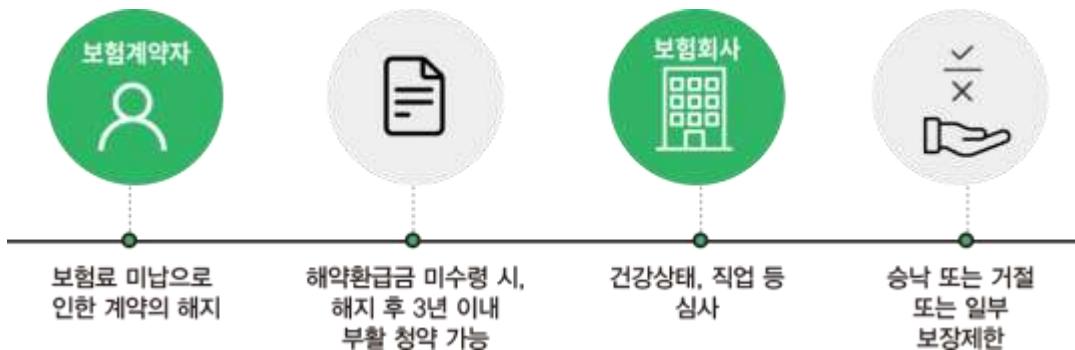
상품약관 출생 전 P36

출생 후 P172

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

주의

보험회사는 피보험자의 건강상태, 직업 등에 따라 승낙여부를 결정하며 **부활(효력회복)**을 거절하거나 **보장의 일부**를 제한할 수 있습니다.



7

보험계약대출

상품약관 출생 전 P39

출생 후 P175

보험계약자는 보험계약의 해약환급금 범위 내에서 보험계약대출을 받을 수 있습니다.

[예시]환급금 내역서

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

주의

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

8

보험금 청구절차 및 서류

상품약관 출생 전 P22~23

출생 후 P160

보험금은 청구서류 접수일부터 **3 영업일 이내**에 지급하는 것이 원칙입니다.

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

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



목차

제도성 특약 안내.....	2
보험 용어 해설	3
무배당 교보라플 어린이보험(출생전) 약관.....	9
무배당 주산기질환수술특약 약관	100
무배당 주산기질환입원특약 약관	126
무배당 교보라플 어린이보험(출생후) 약관.....	148
단체취급특약Ⅱ 약관	235
장애인전용보험전환특약 약관	238
지정대리청구서비스특약 약관	244
특정신체부위·질병보장제한부인수특약 약관.....	248
약관에서 인용된 법령 내용(가나다 순).....	262

제도성 특약 안내

■ 단체취급특약II

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

■ 장애인전용보험전환특약

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

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

■ 지정대리청구서비스특약

① 적용 대상

보험계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 보험계약

② 지정대리청구인의 지정

보험계약자는 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 피보험자의 '가족 관계등록부상이나 주민등록상의 배우자'나 '동거하거나 생계를 같이 하고 있는 3촌 이내의 친족' 중 1명을 보험금의 대리청구인으로 지정할 수 있습니다.

③ 보험금 지급 등의 절차

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

■ 특정신체부위·질병보장제한부인수특약

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

※ 자세한 사항은 특정신체부위·질병보장제한부인수특약의 약관을 참고하시기 바랍니다.

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

보험 용어 해설

1. 보험약관

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

2. 보험증권

보험계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 보험회사가 보험계약자에게 드리는 증서.

3. 보험계약자

보험회사와 보험계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람.

4. 피보험자

보험사고의 대상이 되는 사람.

5. 보험수익자

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

6. 보험료

보험계약에 따른 보장을 받기 위하여 보험계약자가 보험회사에 납입하는 금액.

7. 보험금

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

8. 보험기간

보험계약에 따라 보장을 받는 기간.

9. 보장개시일

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

10. 보험가입금액

보험금, 보험료 및 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액.

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

11. 계약자적립액

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

12. 해약환급금

보험계약이 해지되는 때에 보험회사가 보험계약자에게 돌려주는 금액.

무배당
교보라플
어린이보험
(출생전)

주계약 약관

이 계약은 피보험자로 될 자가 계약을 체결할 때에 태아(胎兒)인 경우
(출생 전 가입의 경우)에 한하여 적용합니다.

목차

제1관 목적 및 용어의 정의	9
제1조 (목적)	9
제2조 (용어의 정의)	9
제3조 「골절」의 정의 및 진단 확정)	12
제4조 「암」 등의 정의 및 진단 확정)	13
제5조 「경계성종양」의 정의 및 진단 확정)	14
제6조 「제자리암」의 정의 및 진단 확정)	14
제7조 「입원」 및 「수술」의 정의와 장소)	15
제8조 「어린이 주요 10대질병」의 정의 및 진단 확정)	16
 제2관 보험금의 지급	 16
제9조 (보험금의 지급 사유)	16
제10조 (보험금 지급 등에 관한 세부 규정)	17
제11조 (보험금 지급 등을 하지 않는 사유)	22
제12조 (보험금 지급 사유 등의 발생 통지)	22
제13조 (보험금 등의 청구)	22
제14조 (보험금 지급 등의 절차)	23
제15조 (보험금 받는 방법의 변경)	24
제16조 (주소 변경 통지)	24
제17조 (보험수익자의 지정)	24
제18조 (대표자의 지정)	24
 제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등	 25
제19조 (계약 전 알릴 의무)	25
제20조 (계약 전 알릴 의무 위반의 효과)	25
제21조 (사기에 의한 계약)	26
 제4관 보험계약의 성립과 유지	 27
제22조 (보험계약의 성립)	27
제23조 (청약의 철회)	28
제24조 (약관 교부 및 설명 의무 등)	28

제25조 (계약의 무효)	30
제26조 (태아의 출생 통지 및 피보험자의 확정 등).....	30
제27조 (계약 내용의 변경 등).....	30
제28조 (보험나이 등)	31
제29조 (계약의 소멸)	32
제5관 보험료의 납입	33
제30조 (제1회 보험료 및 회사의 보장개시)	33
제31조 (제2회 이후 보험료의 납입)	34
제32조 (보험료 변경 및 정산).....	34
제33조 (보험료의 자동대출납입)	35
제34조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)	35
제35조 (보험료의 납입 연체로 해지된 계약의 부활(효력 회복)).....	36
제36조 (강제집행 등으로 해지된 계약의 특별 부활(효력 회복)).....	37
제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등	38
제37조 (계약자의 임의 해지).....	38
제38조 (위법계약의 해지).....	38
제39조 (중대 사유로 인한 해지).....	38
제40조 (회사의 파산선고와 해지).....	39
제41조 (해약환급금).....	39
제42조 (보험계약대출).....	39
제43조 (배당금의 지급).....	40
제7관 분쟁의 조정 등	40
제44조 (분쟁의 조정).....	40
제45조 (관할법원)	40
제46조 (소멸시효)	41
제47조 (약관의 해석)	41
제48조 (설명서 교부 및 보험 안내 자료 등의 효력)	41
제49조 (회사의 손해배상책임).....	42
제50조 (개인정보보호).....	42
제51조 (준거법).....	42
제52조 (예금보험에 의한 지급 보장).....	42

보험금 지급기준표.....	44
재해 분류표	47
교통재해 분류표	49
장해 분류표	50
재해골절(치아파절 제외) 분류표	77
백혈병 및 골수암 분류표	78
대상이 되는 악성신생물(암) 분류표 (기타피부암 및 중증 이외 갑상선암 제외).....	79
기타 피부의 악성 신생물(암) 분류표.....	81
갑상선의 악성 신생물(암) 분류표	82
행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표	83
제자리의 신생물 분류표.....	84
질병 및 재해 분류표	85
어린이 주요 10대질병 분류표	86
1~5종 수술 분류표.....	90
보험금 등을 지급할 때의 적립 이율 계산.....	97

무배당 교보라플 어린이보험(출생전) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 보험계약(이하 '계약'이라 합니다.)은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다.)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다.) 사이에 태아의 출생을 조건으로 출생 후 제9조(보험금의 지급 사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

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

1. 계약관계 관련 용어

- 가. 계약자 : 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말하며, 이 계약을 체결 할 때의 계약자는 태아를 임신하고 있는 여성을 말합니다.
- 나. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
- 다. 태아 : 이 계약을 체결 할 때 출생하지 않은 자로 출생을 조건으로 출생일 이후 이 계약의 피보험자가 되는 자를 말합니다.
- 라. 보험수익자 : 보험금 지급 사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
- 마. 보험증권 : 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
- 바. 진단계약 : 계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.

2. 지급 사유 관련 용어

- 가. 재해 : [별표2] 재해 분류표(이하 '재해 분류표'라 합니다.)에서 정한 재해를 말합니다.
- 나. 장해 : [별표4] 장해 분류표(이하 '장해 분류표'라 합니다.)에서 정한 기준에 따른 장해 상태를 말합니다.
- 다. 중요한 사항 : 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 예약가입 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

【보험가입금액 한도 제한】

피보험자가 가입 할 수 있는 최대한도의 보험가입금액을 제한하는 방법

【일부 보장 제외(부담보)】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법으로 특정 질병 또는 특정 신체 부위

를 보장에서 제외시키는 방법

【보험금 삭감】

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

【보험료 할증】

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

3. 이자율 관련 용어

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

【연 단위 복리 예시】

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

$$\text{- 1년차 이자} = 100\text{원(원금)} \times 10\% = 10\text{원}$$

$$\text{- 2년차 이자} = [100\text{원(1년차 원금)} + 10\text{원(1년차 이자)}] \times 10\% = 11\text{원}$$

$$\Rightarrow 2\text{년 시점의 총 이자금액} = 10\text{원(1년차 이자)} + 11\text{원(2년차 이자)} = 21\text{원}$$

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

4. 태아 관련 용어

가. 예약가입 청약 : 태아의 출생을 조건으로 출생 후 제9조(보험금의 지급 사유)를 보장받기 위해 계약 일에 이 계약을 청약하는 것을 말합니다.

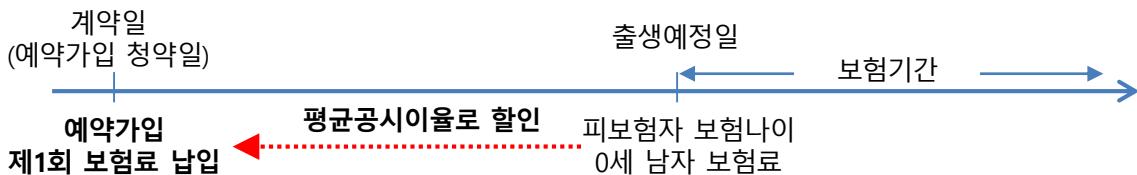
나. 출생예정일 : 계약을 체결 할 때 청약서에 기재된 출생예정일 또는 임신 주수를 기준으로 계산된 출생예정일을 말합니다. 다만, 제26조(태아의 출생 통지 및 피보험자의 확정 등)에 따라 출생일이 확정 된 경우에는 출생예정일은 출생일과 동일한 날짜로 변경됩니다.

다. 출생일 : 태아(출생 후 피보험자를 말합니다.)의 가족관계등록부 또는 주민등록등본에 기재된 출생 일로서 주민등록번호 앞의 6자리를 기준으로 합니다.

라. 예약가입 제1회 보험료 : 출생예정일부터 이 계약에 따라 피보험자의 위험을 보장받기 위해 예약가입 청약 시 납입하는 보험료로 피보험자 보험나이 0세 남자 기준으로 계산된 보험료를 이 계약의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정한 방법에 따라 출생예정일부터 보험료 납입시점까지의 기간 동안 평균공시이율로 할인한 보험료를 말합니다.

【예약가입 제1회 보험료】

출생예정일 기준의 피보험자 보험나이 0세 남자 보험료를 평균공시이율을 적용하여 납입시점으로 할인한 보험료를 말합니다.



마. 제1회 보험료 : 출생예정일에 이 계약의 보장 개시를 위해 예약가입 제1회 보험료를 평균공시이율로 적용하여 출생예정일에 대체 납입되는 보험료를 말합니다.

【제1회 보험료】

예약가입 제1회 보험료를 보험료 납입일부터 출생예정일까지 평균공시이율로 적용하여 출생예정일에 대체 납입되는 보험료를 말합니다.



바. 보장개시일 : 회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제30조(제1회 보험료 및 회사의 보장 개시)에서 정한 예약가입 제1회 보험료를 받은 경우 출생예정일을 말합니다. 또한, 회사가 승낙하기 전이라도 예약가입 청약과 함께 제30조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 예약가입 제1회 보험료를 받은 경우에도 출생예정일을 보장개시일로 합니다.

5. 보험료 및 지급금 관련 용어

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

나. 이미 납입한 보험료 : 계약자가 회사에 납입한 보험료를 말하며, 특약이 부가된 경우 특약보험료 포함합니다. 또한, 제27조(계약 내용의 변경 등) 및 제32조(보험료 변경 및 정산) 제1항에 따라 보험료가 변경되었을 경우 최종 변경된 보험료를 기준으로 적용합니다.

다만, 만기환급금 계산 시 적용하는 '이미 납입한 보험료'는 주계약 보험료를 말하며, 제10조(보험금 지급 등에 관한 세부 규정) 제2항에 따라 보험료 납입을 면제 받은 경우에는 그 이후부터 주계약의 보험료 납입기간 동안 정상적으로 주계약 보험료가 납입된 것으로 봅니다.

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

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

마. 미경과보험료 : 이 계약의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정한 방법에 따라 납입한 납입주기별 보험료 중 아직 경과하지 않은 기간(월 단위)에 해당하는 보험료(이하 '미경과보험료'라 합니다.)를 말합니다. 다만, 이 계약의 '사업방법서'에 따라 회사가 납입주기별 보험료를 할인한 경우 할인된 보험료를 기준으로 적용합니다.

【미경과보험료 예시】

- 보험료 납입주기 : 연납 (보험료 납입일 : 매년 1월 1일)
- 5월 15일 기준 미경과보험료

$$\text{미경과보험료} = \text{연납 보험료} \times \frac{12\text{개월} - 5\text{개월}}{12\text{개월}}$$

6. 기간과 날짜 관련 용어

- 가. 보험기간 : 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말하며, 이 계약의 보험기간은 출생예정일부터 계약자가 선택한 기간을 말합니다.
- 나. 영업일 : 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, 『관공서의 공휴일에 관한 규정 제2조(공휴일) 및 제3조(대체공휴일)』에 따른 공휴일 및 대체공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.
- 다. 계약해당일 : 피보험자의 출생일과 동일한 월, 일을 말합니다. 다만, 출생통지에 따른 확정이 이루어지기 전까지 출생일은 출생예정일로 합니다.
- 라. 연계약해당일 : 계약해당일부터 1년씩 경과되는 매년의 계약해당일을 말합니다. 다만, 해당 년의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 말일을 연계약해당일로 합니다.

【연계약해당일 예시】

출생일 : 20XX년 2월 29일

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

7. 기타 주요 용어

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

제3조 「골절」의 정의 및 진단 확정)

- ① 이 계약에서 「골절」이라 함은 '재해'를 직접적인 원인으로 구조상의 연속성이 완전하게 또는 불완전하게 끊어진 상태로 [별표5] '재해골절(치아파절 제외) 분류표'에서 정한 「골절」(이하 「골절」이라 합니다.)

을 말합니다.

- ② 「골절」의 진단 확정은 「의료기관」의 「의사(치과의사 제외)」 면허를 가진 자에 의한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 「골절」 진단의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조 (「암」 등의 정의 및 진단 확정)

- ① 이 계약에서 「암(기타피부암 및 종증 이외 갑상선암 제외)」이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [별표7] 「대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암 및 종증 이외 갑상선암 제외)」에서 정한 질병을 말하며, 다음 각 호에서 정한 질병 및 상태는 제외합니다. (이하 「암」이라 합니다.)
1. 제3항에서 정한 「기타피부암」
 2. 제4항 제2호에서 정한 「종증 이외 갑상선암」
 3. 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)

【한국표준질병·사인분류】

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

【유의사항】

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

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ② 이 계약에서 「백혈병 및 골수암」이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [별표6] 「백혈병 및 골수암 분류표」에서 정한 질병(이하 「백혈병 및 골수암」이라 합니다.)을 말합니다.
- ③ 이 계약에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류의 기본분류에 있어서 [별표8] 「기타 피부의 악성 신생물(암)분류표」에서 정한 질병(이하 「기타피부암」이라 합니다.)을 말합니다.

- ④ 이 계약에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [별표9] '갑상선의 악성 신생물(암) 분류표'에서 정한 질병(이하 「갑상선암」이라 합니다.)을 말하며, 다음 각 호에 따라 「중증 갑상선암」과 「중증 이외 갑상선암」으로 구분합니다.
1. 「중증 갑상선암」이라 함은 「갑상선암」 중 수질성암(Medullary carcinoma) 또는 역형성암(미분화암, Anaplastic carcinoma)"에 해당하는 질병(이하 「중증 갑상선암」이라 합니다.)을 말합니다.
 2. 「중증 이외 갑상선암」이라 함은 「갑상선암」 중 제1호의 「중증 갑상선암」을 제외한 질병(이하 「중증 이외 갑상선암」이라 합니다.)을 말합니다.
- ⑤ 제2항에서 제4항에도 불구하고 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 보장에서 제외합니다.
- ⑥ 「암」, 「백혈병 및 골수암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 진단 확정은 '의료기관'에서 병리과 또는 진단검사의학과 '전문의'에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘 흡인(세포)검사(fine needle aspiration biopsy(cytology)) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암」, 「백혈병 및 골수암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 진단 확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑦ 제6항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「백혈병 및 골수암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【'제6항에 따른 진단이 가능하지 않을 때'의 예시】

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

제5조 (「경계성종양」의 정의 및 진단 확정)

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

제6조 (「제자리암」의 정의 및 진단 확정)

- ① 이 계약에서 「제자리암」이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [별표11] '제자리의 신생물 분

류표'에서 정한 질병(이하 「제자리암」이라 합니다.)을 말합니다.

- ② 「제자리암」의 진단 확정은 '의료기관'에서 병리과 또는 진단검사의학과 '전문의'에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘 흡인(세포)검사(fine needle aspiration biopsy(cytology)) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「제자리암」의 진단 확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「제자리암」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제7조 「입원」 및 「수술」의 정의와 장소)

- ① 이 계약에서 「입원」이라 함은 '의사(치과의사 제외)' 면허를 가진 자가 피보험자의 [별표12] '질병 및 재해분류표'에서 정하는 질병 또는 재해에 대해 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 '의료기관'에 입실(입·퇴원 확인서 발급 기준)하여 '의사'의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 계약에서 「수술」이라 함은 '의료기관'의 '의사'가 피보험자의 질병 또는 재해의 치료를 직접적인 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 '의료기관'에서 '의사'의 관리하에 [별표14] '1~5종 수술 분류표'에서 정한 수술을 하는 것을 말합니다.
- ③ 제2항에서 「수술」이란, 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회로부터 안정성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【용어의 정의】

1. 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것을 말합니다.
2. 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것을 말합니다.

【신의료기술평가위원회】

『의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)』에 따라 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다. 다만, 관련 법규 등 향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관으로 합니다.

- ③ 제2항 및 제3항에도 불구하고, 다음의 각호에서 정한 사항은 「수술」에서 제외됩니다.

1. 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것 등의 조치
2. 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK : 신경의 차단
4. 미용 성형상의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
7. 검사 및 진단을 위한 수술 : 생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡検査) 등

제8조 (「어린이 주요 10대질병」의 정의 및 진단 확정)

- ① 이 계약에서 「어린이 주요 10대질병」이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [별표13] '어린이 주요 10대질병 분류표'에서 정한 질병(이하 「어린이 주요 10대질병」이라 합니다.)을 말합니다.
- ② 「어린이 주요 10대질병」의 진단 확정은 '의료기관'의 '의사(치과의사 제외)' 면허를 가진 자에 의한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 「어린이 주요 10대질병」 진단의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2관 보험금의 지급

제9조 (보험금의 지급 사유)

회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 [별표1] '보험금 지급기준표'에서 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 피보험자가 보험기간이 끝날 때까지 살아있을 경우 (다만, 만기환급형에 한함)
: 만기환급금
2. 보험기간 중 피보험자가 [별표3] '교통재해 분류표'에서 정하는 교통재해(이하 '교통재해'라 합니다.)를 원인으로 [별표4] '장해 분류표'에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 경우
: 교통재해 장해급여금
3. 보험기간 중 피보험자가 교통재해 이외의 재해(이하 '일반재해'라 합니다.)를 원인으로 [별표4] '장해 분류표'에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 경우
: 일반재해 장해급여금
4. 보험기간 중 피보험자가 재해를 직접적인 원인으로 「골절」로 진단이 확정되었을 경우
(다만, 치아파절 제외)
: 재해골절(치아파절 제외) 진단비
5. 보험기간 중 피보험자가 「백혈병 및 골수암」으로 진단이 확정되었을 경우
(다만, 최초 1회의 진단 확정에 한함)
: 백혈병 및 골수암 진단비
6. 보험기간 중 피보험자가 「백혈병 및 골수암」 이외의 「암」(이하 「일반암」이라 합니다.)으로 진단이 확정되었을 경우
(다만, 최초 1회의 진단 확정에 한함)
: 일반암 진단비
7. 보험기간 중 피보험자가 「기타피부암」으로 진단이 확정되었을 경우
(다만, 최초 1회의 진단 확정에 한함)

- : 기타피부암 진단비
8. 보험기간 중 피보험자가 「중증 이외 갑상선암」으로 진단이 확정되었을 경우
(다만, 최초 1회의 진단 확정에 한함)
- : 중증 이외 갑상선암 진단비
9. 보험기간 중 피보험자가 「경계성종양」으로 진단이 확정되었을 경우
(다만, 최초 1회의 진단 확정에 한함)
- : 경계성종양 진단비
10. 보험기간 중 피보험자가 「제자리암」으로 진단이 확정되었을 경우
(다만, 최초 1회의 진단 확정에 한함)
- : 제자리암 진단비
11. 보험기간 중 피보험자가 [별표12] '질병 및 재해 분류표'에서 정하는 질병 또는 재해를 원인으로, 그 질병 및 재해의 치료를 직접적인 목적으로 4일 이상 계속하여 「입원」하였을 경우
(4일 이상 입원일수 1일당, 120일 한도)
- : 질병 및 재해 입원비
12. 보험기간 중 피보험자가 「어린이 주요 10대질병」으로 진단이 확정되고, 그 「어린이 주요 10대질병」의 치료를 직접적인 목적으로 4일 이상 계속하여 「입원」하였을 경우
(4일 이상 입원일수 1일당, 120일 한도)
- : 어린이 주요 10대질병 입원비
13. 보험기간 중 피보험자가 제7조(「입원」 및 「수술」의 정의와 장소) 및 [별표14] '1~5종 수술 분류표'에서 정하는 수술을 받을 경우
(수술 1회당)
- : 1~5종 수술비

제10조 (보험금 지급 등에 관한 세부 규정)

▶ 보험금 지급에 관한 내용입니다.

- ① 회사는 예약가입 청약일부터 출생예정일 기간 동안 발생한 질병 또는 재해를 원인으로 출생예정일 이후 제9조(보험금의 지급 사유) 제2호에서 제13호의 보험금 지급 사유가 발생하는 경우에도 보험금을 지급 합니다.

▶ 보험료 납입면제에 관한 내용입니다.

- ② 보험료 납입기간 중 피보험자가 「암(기타피부암, 중증 이외 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 제외)」으로 진단확정 되거나 [별표4] '장해 분류표' 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체 부위의 장해 지급률을 더하여 50% 이상의 장해 상태가 되었을 경우에는 다음 회부터 보험료 납입을 면 제합니다.

▶ 만기환급금에 관한 내용입니다.

- ③ 제9조(보험금의 지급 사유) 제1호의 경우 제2항에 따라 보험료 납입이 면제된 이후 보험기간이 만료되었을 때에는 보험료 납입기간 동안 정상적으로 보험료가 납입된 것으로 보고 만기환급금을 보험수익자에게 지급합니다.
- ④ 제9조(보험금의 지급 사유) 제1호의 경우 제27조(계약 내용의 변경 등) 및 제32조(보험료 변경 및 정산) 제1항에 따라 납입보험료가 변경되었을 경우의 만기환급금은 최종 변경된 보험료를 기준으로 적용합니다.
- ⑤ 제9조(보험금의 지급 사유) 제1호의 만기환급금 계산 시 발생할 수 있는 1원 미만의 단수(端數)는 소수점 첫째 자리에서 반올림합니다.

▶ 장해지급률에 관한 내용입니다.

- ⑥ 제2항 또는 제9조(보험금의 지급 사유) 제2호 및 제3호에서 장해 지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해 지급률로 결정합니다. 다만, [별표4] '장해 분류표'에 장해 판정 시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ⑦ 제6항 또는 제9항에 따라 장해 지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는, 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내로 합니다.) 중에 장해 상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해 상태를 기준으로 장해 지급률을 결정합니다.
- ⑧ 제2항 또는 제9조(보험금의 지급 사유) 제2호 및 제3호의 경우 하나의 장해가 관찰 방법에 따라서 [별표 4] '장해 분류표'상 두 가지 이상의 신체 부위에서 장해로 평가되는 경우 또는 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해 지급률만을 적용합니다. 다만, 하나의 장해로 둘 이상의 파생 장해가 발생하는 경우에는 각 파생 장해의 지급률을 합산한 지급률과 최초 장해의 지급률을 비교하여 그 중 높은 지급률을 적용합니다.
- ⑨ 제2항 또는 제9조(보험금의 지급 사유) 제2호 및 제3호의 경우 장해 상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 '한시장해'라 합니다.)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해 지급률의 20%를 한시장해의 장해 지급률로 정합니다.
- ⑩ 제2항 또는 제9조(보험금의 지급 사유) 제2호 및 제3호의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해 지급률을 더하여 최종 장해 지급률을 결정합니다. 다만, [별표4] '장해 분류표'의 각 신체 부위별 판정 기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑪ 제10항에도 불구하고 동일한 신체 부위에 장해 분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더 하지 않고 그 중 높은 장해 지급률을 적용합니다. 다만, [별표4] '장해 분류표'의 각 신체 부위별 판정 기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

- ⑫ 제9조(보험금의 지급 사유) 제2호 및 제3호에서 다른 재해로 장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그때마다 이에 해당하는 장해 지급률을 결정합니다. 그러나 그 장해가 이미 장해급여금을 지급받은 동일부위에 가중된 때에는 최종 장해 상태에 해당하는 장해급여금에서 이미 지급받은 장해급여금을 뺀 금액을 지급합니다. 다만, [별표4] '장해 분류표'의 각 신체 부위별 판정 기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑬ 제9조(보험금의 지급 사유) 제2호 및 제3호에서 그 재해 전에 이미 다음 중 한가지에 해당되는 장해가 있었던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또 다시 제12항에서 규정하는 장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지에 해당되는 장해에 대한 장해급여금이 지급된 것으로 보고 최종 장해상태에 해당하는 장해급여금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 장해급여금을 빼고 지급합니다.
1. 이 계약의 보장개시 전의 원인에 따르거나 또는 그 이전에 발생한 장해로 장해급여금의 지급 사유가 되지 않았던 장해.
 2. 위 1호 이외에 이 보험의 규정에 따라 장해급여금의 지급 사유가 되지 않았던 장해 및 장해급여금이 지급되지 않았던 장해.

【추가 설명】

(제1호 예시)

보험가입 전 한 팔의 손목관절에 심한 장해(지급률 20%)가 있었던 피보험자가 보험가입 후 재해로 동일 손목관절에 기능을 완전히 잃은 경우(지급률 30%) 지급하는 재해장해급여금

보험가입 후 발생한 재해로 인한 장해지급률 :	30%
보험가입 전 발생한 장해지급률 :	- 20%
실제 재해장해급여금 지급 장해지급률 :	10%

(제2호 예시)

질병으로 오른쪽 눈의 교정시력이 0.10 이하(지급률 15%)로 된 피보험자가 이후에 재해로 그 오른쪽 눈의 교정시력이 0.02 이하(지급률 35%)로 된 경우 지급하는 재해장해급여금

재해로 인한 장해지급률 :	35%
질병으로 인한 장해지급률 :	- 15%
실제 재해장해급여금 지급 장해지급률 :	20%

- ⑭ [별표4] '장해 분류표'에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 [별표4] '장해 분류표'의 구분에 준하여 장해 지급률을 결정합니다.

▶ 재해골절(치아파절 제외) 진단비에 관한 내용입니다.

- ⑮ 제9조(보험금의 지급 사유) 제4호의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 「골절」상태가 발생한 경우에도 재해 발생 1회당 1호의 '재해골절(치아파절 제외) 진단비'만 지급하며, 의학적 처치 및 치료를 목적으로 골절시키는 경우에는 '재해골절(치아파절 제외) 진단비'를 지급하지 않습니다.

▶ '동일한 재해'에 관한 내용입니다.

- ⑯ 제2항, 제10항 및 제15항에서 '동일한 재해'라 함은 하나의 사고에 따른 재해를 말하며, 동일한 재해로 인한 장해 지급률은 100%를 한도로 합니다.

▶ 암에 관한 내용입니다.

- ⑰ '백혈병 및 골수암 진단비' 및 '일반암 진단비'는 보장개시일 이후 최초로 진단이 확정되는 「암」에 대해서 1회에 한하여 지급하며, 중복하여 지급하지 않습니다. 다만, 보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 최초로 「일반암」으로 진단이 확정되고 그 후에 「백혈병 및 골수암」으로 진단이 확정되면 그 당시의 「백혈병 및 골수암 진단비」에서 「백혈병 및 골수암」 진단 당시의 「일반암 진단비」를 뺀 차액을 추가로 지급합니다. 그러나, 「백혈병 및 골수암」으로 진단이 확정되고 그 후에 「일반암」으로 진단이 확정될 경우 「일반암 진단비」는 추가로 지급하지 않습니다.

【'암 진단보험금'의 차액 지급 예시】

- 기준 : 보험가입금액 1,000만원

「일반암」으로 진단 확정된 이후 「백혈병 및 골수암」으로 진단 확정되었을 경우

백혈병 및 골수암 진단비	10,000만원
「백혈병 및 골수암」 진단 당시 일반암 진단비	- 5,000만원
추가 지급 진단비	5,000만원

- ⑯ 피보험자가 보험기간 중 사망(제29조(계약의 소멸) 제1항)한 경우에는 이 계약의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액(미경과보험료 포함)을 지급합니다.

- ⑰ 제18항에도 불구하고 「백혈병 및 골수암」, 「일반암」, 「기타피부암」, 「중증 이외 갑상선암」, 「경계성종양」 또는 「제자리암」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 사망일을 진단확정일로 하여 제9조(보험금 지급 사유) 제5호에서 제10호의 해당 진단보험금을 지급합니다.

▶ 입원에 관한 내용입니다.

- ⑲ 제9조(보험금의 지급 사유) 제11호 및 제 12호의 경우 피보험자가 제7조(「입원」 및 「수술」의 정의와 장소)에서 정한 병원 또는 의원을 이전하여 「입원」한 경우에도 동일한 질병 및 재해 또는 동일한 「어린이 주요 10대질병」의 치료를 직접적인 목적으로 「입원」할 때에는 계속하여 「입원」한 것으로 봅니다.

- ⑳ 제20항의 경우 계속 입원이란 중도퇴원 없이 계속하여 「입원」하는 것을 뜻하며, 제22항에 해당하는 경우에도 포함합니다.

- ㉑ 제9조(보험금의 지급 사유) 제11호 및 제12호의 경우 피보험자가 입원기간 중 보험기간이 끝났을 경우에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여도 제23항의 규정에 따라 입원비를 지급합니다.

- ㉒ 제9조(보험금의 지급 사유) 제11호 및 제 12호의 경우 입원비의 지급일수는 1회 「입원」당 120일을 최고 한도로 합니다.

- ㉔ 제9조(보험금의 지급 사유) 제11호 및 제 12호의 경우 피보험자가 동일한 질병 및 재해 또는 동일한 「어린이 주요 10대질병」의 치료를 직접적인 목적으로 「입원」을 2회 이상 한 경우에는 1회 「입원」으로 보아 각 입원 일수를 더하여 제23항(1회 「입원」당 입원비 지급일수 최고한도에 관한 사항임)의 규정을 적용합니다.
- ㉕ 제24항에도 불구하고 동일한 질병 및 재해 또는 동일한 「어린이 주요 10대질병」의 치료를 직접적인 목적으로 한 「입원」이라도 입원비가 지급된 최종 입원의 퇴원일부터 180일이 지난 후의 「입원」은 새로운 「입원」으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원비가 지급된 최종 입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속 「입원」중인 경우에는 입원비가 지급된 최종 입원일의 그 다음 날을 퇴원일로 봅니다.

【'질병 및 재해 입원비' 및 '어린이 주요 10대 질병 입원비' 보장기간 및 지급예시】



- ㉖ 피보험자가 정당한 사유 없이 입원기간 중 '의사'의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 '어린이 주요 10대질병 입원비' 또는 '질병 및 재해 입원비'의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

【정당한 사유】

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

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

[출처 : 국립국어원 표준국어대사전]

- ㉗ '어린이 주요 10대질병 입원비'는 '질병 및 재해 입원비'에 추가로 지급됩니다.

▶ 수술에 관한 내용입니다.

- ㉘ '1~5종 수술비'의 경우, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 때에는 그 수술 중 가장 높은 급여금에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 '1~5종 수술비'를 지급합니다. 단, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술급여금을 지급합니다.

- ㉙ 제28항에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어먹거나 말하기 기능과 관련된 신체 부위, 머리, 목, 척추(등뼈), 체간골, 흉부장기·복부장기·비뇨생식기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌·우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.

▶ 보험료 납입면제 또는 보험금 지급의 합의에 관한 내용입니다.

- ㉚ 계약자 또는 보험수익자와 회사가 제2항의 보험료 납입면제 또는 제9조(보험금의 지급 사유) 제2호에서

제13호의 보험금 지급 사유에 대해 합의하지 못할 때는 계약자 또는 보험수의자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 『의료법 제3조(의료기관)』에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 또는 보험금 지급 사유 판정에 드는 의료 비용은 회사가 전액 부담합니다.

제11조 (보험금 지급 등을 하지 않는 사유)

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우.

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사 결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제9조(보험금의 지급 사유)에서 정한 보험금 지급 사유 또는 제10조(보험금 지급 등에 관한 세부 규정) 제2항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 특히 그 결과 사망에 이르게 된 경우에는 이 계약의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액(미경과보험료 포함)을 지급합니다.

【심신상실】

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

2. 보험수의자가 고의로 피보험자를 해친 경우.

다만, 그 보험수의자가 보험금의 일부 보험수의자인 경우에는 다른 보험수의자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우.

제12조 (보험금 지급 사유 등의 발생 통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수의자는 제9조(보험금의 지급 사유)에서 정한 보험금 지급 사유 또는 제10조(보험금 지급 등에 관한 세부 규정) 제2항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제13조 (보험금 등의 청구)

① 보험수의자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액(미경과보험료 포함) 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고 증명서(사망 진단서, 진단서(병명기입), 장해 진단서, 입·퇴원 확인서, 수술 증명서, 골절증명서, 진료기록부(검사 기록지 포함) 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 또는 계약자 의사표시의 확인방법을 포함하며, 이하 '신분증'이라 합니다)
 4. 기타 보험수익자가 보험금 수령 또는 계약자가 계약자적립액(미경과보험료 포함) 또는 보험료 납입 면제 청구에 필요하여 제출하는 서류.
- ② 제1항 제2호의 사고 증명서는 '의료기관'에서 발급한 것이어야 합니다.

제14조 (보험금 지급 등의 절차)

- ① 회사는 제13조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 및 보험료 납입면제의 경우 지급 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10 영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.
- ② 회사는 제9조(보험금의 지급 사유) 제1호에 해당하는 만기환급금의 지급 시기가 되면 지급 시기 7일 이전에 그 사유와 회사가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 알려 드리며, 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 [별표15] '보험금 등을 지급할 때의 적립 이율 계산'과 같이 계산합니다.
- ③ 회사가 보험금 지급 사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급 기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급 예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급 예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제13조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30 영업일 이내에서 정합니다.
 1. 소송 제기
 2. 제44조(분쟁의 조정)에 따른 분쟁 조정 신청
 3. 수사기관의 조사
 4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
 5. 제6항에 따른 회사의 조사 요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급 사유의 조사와 확인이 지연되는 경우.
 6. 제10조(보험금 지급 등에 관한 세부 규정) 제30항에 따라 보험료 납입면제 또는 보험금 지급 사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우.

【보험금 가지급 제도】

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

- ④ 제3항에 따른 장해 지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 확정된 장해 지급률에 따른 보

험금을 초과한 부분에 대한 분쟁으로 보험금 지급이 늦어지는 경우에는 보험수익자의 청구에 따라 이 미 확정된 보험금을 먼저 가지급합니다.

- ⑤ 제3항에 따른 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑥ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제20조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)와 제1항 및 제3항의 보험금 지급 사유 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실 확인이 끝날 때 까지 회사는 보험금 지급 지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 회사는 제6항의 서면조사에 대한 동의 요청 시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제15조 (보험금 받는 방법의 변경)

- ① 계약자(보험금 지급 사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 '사업방법서'에서 정한 바에 따라 제9조(보험금의 지급 사유) 제2호 및 제3호에 따른 장해급여금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 이 계약의 평균공시이율을 연 단위 복리로 계산한 금액을 더하여 더하여 지급합니다.

제16조 (주소 변경 통지)

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

제17조 (보험수익자의 지정)

이 계약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 제9조(보험금의 지급 사유) 제1호의 경우는 계약자로 하고, 같은 조 제2호에서 제13호의 경우는 피보험자로 하며, 피보험자 사망 시는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

【법정상속인】

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

제18조 (대표자의 지정)

- ① 계약자 또는 보험수익자가 2명 이상인 경우에는 각 대표자를 1명 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표

자는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.

- ② 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 않은 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 보험수익자 1명에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에게도 효력이 미칩니다.
- ③ 계약자가 2명 이상인 경우에는 계약 전 알릴 의무, 보험료 납입의무 등 계약자의 책임을 연대로 합니다.

【연대(連帶)】

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

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제19조 (계약 전 알릴 의무)

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

【계약 전 알릴 의무】

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

제20조 (계약 전 알릴 의무 위반의 효과)

- ① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제19조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 알지 못하였을 때.
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급 사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때.
3. 계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때.
4. 회사가 이 계약을 예약가입 청약할 때 피보험자의 건강 상태를 판단할 수 있는 기초 자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급 사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초 자료의 내용 중 중요 사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.).
5. 보험을 모집한 자 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험

자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에 대해 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때.

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

【사례】

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

- ② 회사는 제1항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴 의무 위반 사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반 사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 계약의 처리 결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다.”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다.
- ③ 제2항에 따라 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 『전자서명법 제2조(정의) 제2호』에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.
- ④ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제41조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금 등을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
- ⑤ 제19조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급 사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 회사는 다른 보험 가입 내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

제21조 (사기에 의한 계약)

- ① 계약자 또는 피보험자가 대리 진단, 약물 사용을 수단으로 진단 절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 예약가입 청약일 이전에 암 또는 사람면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기 의사에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 예약가입 청약일부터 5년 이내(사기 사실을 안 날부터는 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.
- ② 제1항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료(특약이 부가된 경우 해당 특약보험료를 포함하며 계약자가 실제 납입한 보험료를 말합니다.)를 돌려드립니다. 다만, 회사가 사기임을 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환

일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출 이율(이하 '보험계약대출 이율'이라 합니다)을 연 단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제22조 (보험계약의 성립)

- ① 이 계약은 계약자의 예약가입 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.
- ② 회사는 계약자 또는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부 보장 제외, 보험금 산정, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
- ③ 회사는 이 계약의 예약가입 청약을 받고, 제30조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 예약가입 제1회 보험료를 받은 경우, 다음 각 호에서 정한 날부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙 한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
 1. 건강진단을 받지 않는 계약은 예약가입 청약일
 2. 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)
- ④ 회사가 제30조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 예약가입 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절 한 경우에는 거절 통지와 함께 받은 금액을 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 '평균공시이율 + 1%'를 연 단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 예약가입 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며, 이자를 더하여 지급하지 않습니다.
- ⑤ 회사가 제2항에 따라 일부 보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 예약가입 청약일로부터 5년이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 예약가입 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑥ 제5항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.
 1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
 2. 보장이 제외되는 질병 또는 그 질병의 증상이 악화되지 않고 유지된 경우
- ⑦ 제5항의 '예약가입 청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제34조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑧ 제35조(보험료의 납입 연체로 해지된 계약의 부활(효력 회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제5항의 예약가입 청약일로 하여 적용합니다.

【부활(효력 회복)】

보험료 납입을 연체하여 계약이 해지되고 계약자가 해약환급금을 받지 않은 경우에 회사가 정하는

소정의 절차에 따라 해지된 계약을 다시 되살리는 일을 말합니다.

제23조 (청약의 철회)

- ① 계약자는 예약가입 청약을 한 날부터 출생예정일 전일까지 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 예약가입 청약일과 출생예정일 전일까지 기간이 30일 미만인 경우에는 30일 이내에 예약가입 청약을 철회할 수 있습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약은 예약가입 청약을 철회할 수 없습니다.

【전문금융소비자】

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

【일반금융소비자】

전문금융소비자가 아닌 계약자를 말합니다.

- ③ 예약가입 청약철회는 계약자가 전화로 신청하거나, 예약가입 철회의사를 표시하기 위한 서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시(이하 '서면 등'이라 합니다)를 발송한 때 효력이 발생합니다. 계약자는 서면 등을 발송한 때에 그 발송 사실을 회사에 지체 없이 알려야 합니다.
- ④ 계약자가 예약가입 청약을 철회한 때에는 회사는 예약가입 청약의 철회를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 납입한 보험료를 돌려 드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출 이율을 연 단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 예약가입 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 예약가입 청약을 철회하는 경우에는 회사는 예약가입 청약의 철회를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 해당 신용카드회사로 하여금 대금청구를 하지 않도록 해야 하며, 이 경우 회사는 보험료를 반환한 것으로 봅니다.
- ⑤ 예약가입 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급 사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급 사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 예약가입 청약 철회의 효력은 발생하지 않습니다.

제24조 (약관 교부 및 설명 의무 등)

- ① 회사는 계약자가 예약가입 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 예약가입 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

【약관의 중요한 내용】

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

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

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

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

【통신판매 계약】

전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

③ 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 예약가입 청약할 때 계약자에게 전달하지 않거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 때, 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필 서명[날인(도장을 찍음) 및 『전자서명법 제2조(정의) 제2호』에 따른 전자서명을 포함합니다.]을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

④ 제3항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우, 다음 각 호의 어느 하나를 총족하는 때에는 자필 서명을 생략할 수 있으며, 제2항의 규정에 따른 녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.

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

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

제25조 (계약의 무효)

- ① 계약자가 유산 또는 사산을 하여 태아가 출생하지 못한 경우에는 계약을 무효로 합니다.
- ② 계약자는 제1항의 사실이 발생된 경우에는 다음의 서류를 제출하여 이를 회사에 알려야 합니다.
 1. 통지서(회사양식)
 2. 의사 또는 조산원의 유산 또는 사산을 증명하는 서류
- ③ 회사는 제1항에 따라 계약이 무효가 된 경우에는 이미 납입한 보험료(특약이 부가된 경우 해당 특약보험료를 포함하며 계약자가 실제 납입한 보험료를 말합니다.)를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙하기 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출 이율을 연 단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제26조 (태아의 출생 통지 및 피보험자의 확정 등)

- ① 계약자는 태아가 출생한 경우에는 즉시 다음의 서류를 제출하여 이를 회사에 알려야 합니다.
 1. 통지서(회사양식)
 2. 피보험자의 가족관계등록부 또는 주민등록등본
- ② 계약자가 복수의 태아를 출산한 경우 계약자는 출생아 중 1명을 피보험자로 지정하여 제1항에 따라 회사에 통지할 수 있으며, 회사는 이에 따릅니다.
- ③ 회사는 제1항의 통지가 있는 경우 다음 각 호의 사항을 확정합니다.
 1. 피보험자
 2. 피보험자의 성별
 3. 출생일
 4. 출생일 기준의 보험기간 및 보험료 납입기간
 5. 제1호에서 제4호를 기준으로 이 계약의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에 따른 보험료
- ④ 회사는 제1항의 통지 및 제3항의 확정이 있는 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제27조 (계약 내용의 변경 등)

- ① 계약자는 출생일 이후 회사의 승낙을 얻어 다음 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
 1. 보험기간
 2. 보험료의 납입주기, 납입 방법 및 납입기간
 3. 보험가입금액
 4. 계약자
 5. 기타 계약의 내용
- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며, 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된

보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.

【추가 설명】

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

- ③ 회사는 계약자가 제1항 제3호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이 때문에 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제41조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금 등을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없을 수 있으며, 보험가입금액 감액 이후의 해약환급금과 만기환급금은 최초 가입할 때 안내한 해약환급금과 만기환급금보다 감소할 수 있습니다.
- ④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우 계약자와 피보험자가 동일하지 않을 때에는 보험금의 지급 사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면(『전자서명법 제2조(정의) 제2호』에 따른 전자서명이 있는 경우로서 『상법 시행령 제44조의2(타인의 생명보험)』에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함합니다.)으로 동의하여야 합니다.
- ⑤ 회사는 제1항 제4호에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

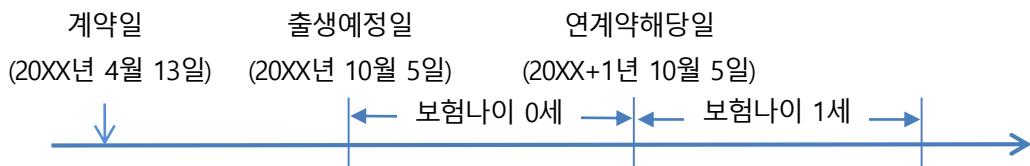
제28조 (보험나이 등)

- ① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 하며, 출생일에 0세로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 계약자가 출생예정일 이후에도 제26조(태아의 출생 통지 및 피보험자의 확정 등)에서 정한 출생통지를 하지 않은 경우, 피보험자의 나이는 출생예정일에 0세로 하고 그 출생통지에 따른 확정이 이루어지기 전까지 출생일은 출생예정일로 합니다.
- ③ 제1항의 보험나이는 출생일 이후 매년 연계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

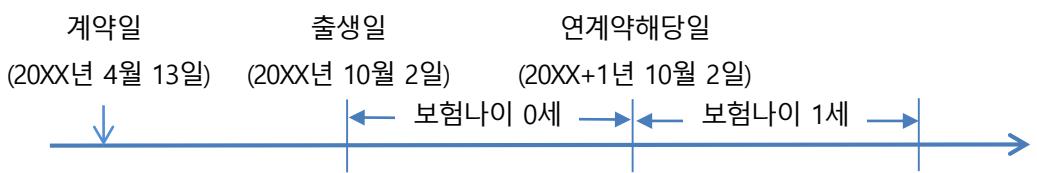
【보험나이 계산 예시】

현재(계약일) : 20XX년 4월 13일, 출생예정일 : 20XX년 10월 5일, 출생일 : 20XX년 10월 2일

[예시1] 제26조(태아의 출생 통지 및 피보험자의 확정 등)에서 정한 출생통지를 하지 않은 경우



[예시2] 제26조(태아의 출생 통지 및 피보험자의 확정 등)에서 정한 출생통지를 한 경우



- ④ 청약서 등에 기재된 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 사항이 신분증에 적힌 사실과 다른 경우에는 신분증의 나이 또는 성별로 정정하고, 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다. 이 때, 회사는 환급하여야 할 금액이 있을 경우 이를 계약자에게 지급하고, 계약자는 부족한 금액이 있을 경우 이를 회사에 납입하여야 합니다.

제29조 (계약의 소멸)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급 사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이때 회사는 이 계약의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액(미경과보험료 포함)을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망 연월일을 기준으로 합니다.

【실종선고】

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

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

【연명의료중단등결정 및 이행】

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

【추가 설명】

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

- ④ 제1항의 계약자적립액(미경과보험료 포함) 지급 사유가 발생한 경우, 계약자는 제13조(보험금 등의 청구)

제1항에 따라 계약자적립액(미경과보험료 포함) 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액(미경과보험료 포함)을 청구하여야 합니다. 계약자적립액(미경과보험료 포함)의 지급 절차는 제14조(보험금의 지급 등의 절차)의 규정을 따르며, 지급 기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출 이율을 연 단위 복리로 계산합니다.

제5관 보험료의 납입

제30조 (제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

- ① 회사가 계약의 예약가입 청약을 승낙하고 예약가입 제1회 보험료를 받은 경우, 이 약관에서 정하는 바에 따라 출생예정일부터 보장이 개시됩니다. 또한, 회사가 예약가입 청약과 함께 예약가입 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 출생예정일부터 보장이 개시됩니다.
- ② 제1항의 예약가입 제1회 보험료는 피보험자 보험나이 0세 남자 기준으로 계산된 보험료를 이 계약의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에 정한 방법에 따라 출생예정일부터 보험료 납입시점까지의 기간 동안 평균공시이율로 할인한 보험료를 말합니다.
- ③ 회사는 제2항의 예약가입 제1회 보험료를 평균공시이율로 적립하여 출생예정일에 제1회 보험료로 대체합니다.
- ④ 제1항의 예약가입 제1회 보험료를 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체 신청 또는 신용카드 매출 승인에 필요한 정보를 제공한 때를 예약가입 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임 있는 사유로 자동이체 또는 매출 승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.
- ⑤ 제1항의 보장개시 시점에도 불구하고 회사는 예약가입 청약일부터 출생예정일 기간 동안 발생한 질병 또는 재해를 원인으로 출생예정일 이후 제9조(보험금의 지급 사유) 중 제2호에서 제13호의 보험금 지급 사유가 발생하는 경우에도 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 회사는 예약가입 청약과 함께 예약가입 제1회 보험료를 받고 예약가입 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급 사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관에서 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
- ⑦ 회사는 제6항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.
 1. 제19조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급 사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우.
 2. 제20조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우.
 3. 진단계약에서 보험금 지급 사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우.다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 재해로 보험금 지급 사유가 발생하는 경우에는 보장을 해드립니다.

[준용]

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

- ⑧ 회사는 출생예정일이 도래하기 15일 전까지 계약자에게 제3항의 보험료 대체 및 계약의 보장개시 등에 대한 내용을 서면, 전화(녹음) 또는 전자문서(휴대전화 문자메시지 포함) 등으로 계약자에게 안내하여 드립니다.
- ⑨ 제35조(보험료의 납입 연체로 해지된 계약의 부활(효력 회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우에는 부활(효력 회복)할 때의 보험료를 제1항, 제4항 및 제6항의 예약가입 제1회 보험료로 하여 적용하며, 부활(효력 회복)의 청약을 제1항 및 제6항의 예약가입 청약으로 하여 적용합니다. 또한, 보장개시일은 부활(효력 회복) 보험료 납입일로 합니다.

제31조 (제2회 이후 보험료의 납입)

- ① 계약자는 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 하며, 회사는 계약자가 보험료를 납입한 경우에는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융회사(우체국 포함)를 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사 발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.

【납입기일】

계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

- ② 제1항의 제2회 이후 보험료는 피보험자 보험나이 0세 남자 기준의 보험료를 말하며, 제26조(태아의 출생 통지 및 피보험자의 확정 등)에 따른 피보험자가 확정된 경우에는 제32조(보험료 변경 및 정산) 제1항에서 정한 보험료를 말합니다.

제32조 (보험료 변경 및 정산)

- ① 회사는 제26조(태아의 출생 통지 및 피보험자의 확정 등) 제3항에 따라 피보험자가 확정된 경우에는 다음의 기준에 따라 보험료를 변경합니다.
 1. 출생 후 피보험자의 성별이 남자인 경우 : 보험료 변경 없음
 2. 출생 후 피보험자의 성별이 여자인 경우 : 피보험자 보험나이 0세 여자 보험료
- ② 회사는 제1항 및 제26조(태아의 출생 통지 및 피보험자의 확정 등) 제3항에 따라 확정한 내용이 다음에 해당하는 경우에는 이 계약의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정한 방법에 따라 보험료를 정산합니다.
 1. 예약가입 청약 시 적용한 피보험자의 성별과 출생 시 성별이 다른 경우
 2. 예약가입 청약 시 적용한 출생예정일과 실제 출생일이 다른 경우
- ③ 제2항에 따라 보험료를 정산하는 경우, 회사가 지급하여야 할 금액이 있을 때는 이를 계약자에게 지급하고 부족한 금액이 있을 때는 계약자가 이를 회사에 납입하여야 합니다.
- ④ 제3항의 회사가 지급하여야 할 금액 또는 계약자가 납입하여야 할 금액은 제2항에 따라 계산된 보험료

정산 금액과 정산일까지의 기간 동안 평균공시이율을 연 단위 복리로 계산한 금액을 더한 금액으로 합니다.

제33조 (보험료의 자동대출납입)

① 계약자는 제34조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따른 보험료의 납입 최고(독촉) 기간이 지나기 전까지 회사가 정한 방법에 따라 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있으며, 이 경우 제42조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(녹음) 등으로 자동대출납입을 신청 할 경우 회사는 자동대출납입 신청 내역을 서면 또는 전화(녹음) 등으로 계약자에게 알려 드립니다.

【보험료의 자동대출납입 신청 방법】

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

- ② 제1항에도 불구하고 보험계약대출금과 보험계약대출 이자를 더한 금액이 해약환급금(해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 금액을 말합니다.)을 초과하는 때에는 보험료의 자동대출납입을 더는 할 수 없습니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따른 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 한도로 하며, 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.
- ④ 보험료의 자동대출납입이 행하여진 경우에도 자동대출납입 전 납입최고(독촉) 기간이 끝나는 날의 다음 날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출납입이 없었던 것으로 하여 제41조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금 등을 지급합니다.
- ⑤ 회사는 자동대출납입이 종료된 날부터 15일 이내에 자동대출납입이 종료되었음을 서면, 전화(녹음) 또는 전자문서(휴대전화 문자메시지 포함) 등으로 계약자에게 안내하여 드립니다.

제34조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

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

【납입최고(독촉)】

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

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

2. 납입최고(독촉) 기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉) 기간이 끝나는 날의 다음 날에 계약이 해지된다는 내용.(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다.)
- ③ 회사가 제1항 및 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 『전자서명법 제2조(정의) 제2호』에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신 확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제1항 및 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(녹음)로 다시 알려 드립니다.
- ④ 회사가 제1항 및 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전화(음성녹음)로 안내하고자 할 때 다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 경우에 『보험업 감독규정 제4-36조 제3항』에 따른 전자적 상품설명장치를 활용할 수 있습니다.
1. 계약자에게 전자적 상품설명장치를 활용하여 제1항 및 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것
 2. 전자적 상품설명장치를 활용하여 안내한 납입최고(독촉) 등을 계약자가 모두 수신하고 이해하였음을 확인할 것
 3. 계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명장치의 활용을 중단할 것을 요구하는 경우, 회사는 전화(음성녹음) 방법으로 전환하여 제1항 및 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 실시할 것
 4. 전자적 상품설명장치에 안내의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖출 것
 5. 제3호 및 제4호의 내용에 관한 사항을 계약자에게 안내할 것
- ⑤ 제1항 및 제2항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제41조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금 등을 계약자에게 지급합니다.

제35조 (보험료의 납입 연체로 해지된 계약의 부활(효력 회복))

- ① 제34조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다), 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력 회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력 회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력 회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 '평균공시이율 + 1%' 범위 내에서 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다.

【보험료의 납입 연체로 해지된 계약의 부활(효력 회복) 청약 절차】

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

- ② 제1항에 따라 해지된 계약을 부활(효력 회복)하는 경우에는 제19조(계약 전 알릴 의무), 제20조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과), 제21조(사기에 의한 계약), 제22조(보험계약의 성립) 제2항에서 제4항 및 제30조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항, 제4항 및 제6항에서 제7항을 준용합니다. 다만, 부활(효력 회복)의 경우 제1회 보험료는 부활(효력 회복)할 때의 보험료를 의미합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 해지된 계약을 부활(효력 회복)하는 경우에는 해지 이전에 발생한 보험금 지급 사유를 이유로 부활(효력 회복)을 거절하지 않습니다.
- ④ 제1항 및 제2항에 따라 해지된 계약의 부활(효력 회복)이 이루어진 경우에도 계약자 또는 피보험자가 이 계약을 최초 청약(2회 이상 부활(효력 회복)이 이뤄진 경우에는 종전 모든 부활(효력 회복) 청약 포함) 할 때 제19조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제20조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제36조 (강제집행 등으로 해지된 계약의 특별 부활(효력 회복))

- ① 회사는 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권 실행, 국세 및 지방세 체납처분 절차에 따라 계약이 해지된 경우, 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제27조(계약 내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별 부활(효력 회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.

【강제 집행】

국가의 공권력을 행사하여 사법상의 청구권을 강제적으로 실현시키기 위한 절차를 말합니다.

【담보권 실행】

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

【국세 및 지방세 체납처분】

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

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

제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제37조 (계약자의 임의 해지)

- ① 계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제41조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금 등을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 회사는 다음 각 호의 조건을 모두 만족하는 경우에는 이미 납입한 보험료(특약이 부가된 경우 해당 특약보험료를 포함하며 계약자가 실제 납입한 보험료를 말합니다.)를 계약자에게 돌려 드립니다.
 1. 계약의 해지 시점이 출생예정일 이후인 경우
 2. 태아가 출생하기 전인 경우
- ③ 제2항에 따라 계약을 해지하는 경우 계약자는 의사소견서 등 제2항의 '태아가 출생하기 전'임을 입증할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.

제38조 (위법계약의 해지)

- ① 계약자는 『금융소비자 보호에 관한 법률 제47조(위법계약의 해지) 및 관련규정』에서 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 법 위반사항이 있는 경우 계약 체결 일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 '계약 해지요구서'에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 회사가 『금융소비자 보호에 관한 법률 시행령 제38조(위법계약의 해지) 제4항』에서 정한 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우, 계약자는 해당 계약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제41조(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 『민법』 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

【제척기간】

어떤 종류의 권리에 대하여 법률상으로 정하여진 존속기간을 말합니다.

제39조 (중대 사유로 인한 해지)

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
 1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급 사유를 발생시킨 경우.

2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급 사유가 발생한 경우에는 이에 대한 보험금은 지급합니다.

【추가 설명】

입원을 보장하는 보험상품에 가입한 피보험자가 10일간 입원하였음에도 불구하고 입원확인서를 변조하여 입원일수 30일에 해당하는 보험금을 청구한 경우, 회사는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다. 다만, 이 경우에도 입원일수 10일을 기준으로 계산한 보험금은 지급합니다.

- ② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우, 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제41조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금 등을 지급합니다. 다만, 제1항 제1호에서 고의로 보험금 지급 사유를 발생시킨 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 그 보험수익자에게 지급하지 않은 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제40조 (회사의 파산선고와 해지)

- ① 회사가 파산의 선고를 받은 때에는 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.
② 제1항의 규정에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.
③ 제1항의 규정에 따라 계약이 해지되거나 제2항의 규정에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제41조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금 등을 계약자에게 드립니다. 다만, 제37조(계약자의 임의 해지) 제2항의 각호를 모두 만족하는 경우에는 이미 납입한 보험료(특약이 부가된 경우 해당 특약보험료를 포함하며 계약자가 실제 납입한 보험료를 말합니다.)를 계약자에게 돌려 드립니다.

제41조 (해약환급금)

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 계약의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에 따라 계산합니다. 또한, 계약이 해지된 시점에 이 계약의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에 따른 미경과보험료 등이 있는 경우 회사는 이를 해약환급금에 포함하여 계약자에게 추가로 지급합니다.
② 해약환급금의 지급 사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 [별표15] '보험금 등을 지급할 때의 적립 이율 계산'에 따릅니다.
③ 회사는 경과 기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공합니다.
④ 제38조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액(미경과보험료 포함)을 반환하여 드립니다.

제42조 (보험계약대출)

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

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

【보험계약대출 신청 방법】

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

- ② 계약자는 제1항에 따른 보험계약대출금과 보험계약대출 이자를 언제든지 상환할 수 있으며, 상환하지 않은 때에는 회사는 보험금 또는 해약환급금 등의 지급 사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.
- ③ 회사는 제34조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감합니다.
- ④ 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제43조 (배당금의 지급)

이 계약은 무배당보험으로 계약자 배당금이 없습니다.

제7관 분쟁의 조정 등

제44조 (분쟁의 조정)

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

【보험분쟁 및 상담안내】

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

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

제45조 (관할법원)

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

제46조 (소멸시효)

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

【소멸시효】

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

【소멸시효 예시】

제9조(보험금의 지급 사유)에 따른 보험금 지급 사유가 20X3년 2월 1일에 발생하였음에도 20X6년 2월 1일까지 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금 등을 지급 받지 못할 수 있습니다. 다만, 20X6년 2월 1일이 토요일, 공휴일, 대체공휴일 또는 근로자의 날일 경우 그 다음 첫 영업일까지 보험금을 청구하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

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

제47조 (약관의 해석)

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

【신의성실의 원칙】

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

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

제48조 (설명서 교부 및 보험 안내 자료 등의 효력)

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

제49조 (회사의 손해배상책임)

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

【현저하게 공정을 잃은 합의】

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

제50조 (개인정보보호)

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

【개인정보 보호법】

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

【신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률】

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

- ② 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

제51조 (준거법)

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

제52조 (예금보험에 의한 지급 보장)

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

을 보장합니다.

[예금보험]

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

[예금자보호법]

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

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

[별표 1]

보험금 지급기준표

(기준 : 보험가입금액 1,000만원)

급부명	지급 사유	지급 금액
만기환급금 (약관 제9조 제1호)	피보험자가 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 경우 (다만, 만기환급형에 한함)	이미 납입한 보험료 × 100%
교통재해 장해급여금 (약관 제9조 제2호)	보험기간 중 피보험자가 「교통재해」를 원인으로 장해 분류표에서 정한 장해지급률 중 3%이상 100%이하에 해당하는 장해 상태가 되었을 경우	1억원 × 해당 장해지급률
일반재해 장해급여금 (약관 제9조 제3호)	보험기간 중 피보험자가 「일반재해」를 원인으로 장해 분류표에서 정한 장해지급률 중 3%이상 100%이하에 해당하는 장해 상태가 되었을 경우	5,000만원 × 해당 장해지급률
재해골절(치아파절 제외) 진단비 (약관 제9조 제4호)	보험기간 중 피보험자가 재해를 직접적인 원인으로 「골절」로 진단이 확정되었을 경우 (치아파절 제외)	재해골절 1회당 30만원
백혈병 및 골수암 진단비 (약관 제9조 제5호)	보험기간 중 피보험자가 「백혈병 및 골수암」으로 진단이 확정되었을 경우 (최초 1회의 진단 확정에 한함)	1억원
일반암 진단비 (약관 제9조 제6호)	보험기간 중 피보험자가 「일반암」으로 진단이 확정되었을 경우 (최초 1회의 진단 확정에 한함)	5,000만원
기타피부암 진단비 (약관 제9조 제7호)	보험기간 중 피보험자가 「기타피부암」으로 진단이 확정되었을 경우 (최초 1회의 진단 확정에 한함)	500만원
중증 이외 갑상선암 진단비 (약관 제9조 제8호)	보험기간 중 피보험자가 「중증 이외 갑상선암」으로 진단이 확정되었을 경우 (최초 1회의 진단 확정에 한함)	500만원
경계성종양 진단비 (약관 제9조 제9호)	보험기간 중 피보험자가 「경계성종양」으로 진단이 확정되었을 경우 (최초 1회의 진단 확정에 한함)	500만원
제자리암 진단비 (약관 제9조 제10호)	보험기간 중 피보험자가 「제자리암」으로 진단이 확정되었을 경우 (최초 1회의 진단 확정에 한함)	500만원

급부명	지급 사유	지급 금액												
질병 및 재해 입원비 (약관 제9조 제11호)	보험기간 중 피보험자가 질병 및 재해 분류표에서 정하는 질병 또는 재해를 원인으로, 그 질병 및 재해의 치료를 직접적인 목적으로 4일 이상 계속하여 입원하였을 경우 (1회 입원당 120일 한도)	4일 이상 입원일수 1일당 2만원												
어린이 주요 10대질병 입원비 (약관 제9조 제12호)	보험기간 중 피보험자가 어린이 주요 10대질병으로 진단이 확정되고, 그 어린이 주요 10대질병의 치료를 직접적인 목적으로 4일 이상 계속하여 입원하였을 경우 (1회 입원당 120일 한도)	4일 이상 입원일수 1일당 2만원												
어린이 주요 10대질병 : 폐렴, 창자감염질환, 특정 감염병, 탈장 및 장폐색, 수막염, 충수염, VDT 증후군 관련, 천식, 아토피, 알레르기성 비염 등 [별표 13] '어린이 주요 10대질병 분류표'에서 정한 질병을 말합니다. 세부 사항은 해당 분류표를 참고하시기 바랍니다.														
1~5종 수술비 (약관 제9조 제13호)	보험기간 중 피보험자가 1~5종 수술 분류표에서 정하는 수술을 받을 경우	<table> <tr> <td>수술 1회당</td> <td></td> </tr> <tr> <td>1종</td> <td>10만원</td> </tr> <tr> <td>2종</td> <td>30만원</td> </tr> <tr> <td>3종</td> <td>50만원</td> </tr> <tr> <td>4종</td> <td>100만원</td> </tr> <tr> <td>5종</td> <td>300만원</td> </tr> </table>	수술 1회당		1종	10만원	2종	30만원	3종	50만원	4종	100만원	5종	300만원
수술 1회당														
1종	10만원													
2종	30만원													
3종	50만원													
4종	100만원													
5종	300만원													

(주)

- 보험료 납입기간 중 피보험자가 「암(기타피부암, 중증 이외 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 제외)」으로 진단확정 되거나 [별표4] '장해 분류표' 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체 부위의 장해 지급률을 더하여 50% 이상의 장해 상태가 되었을 경우에는 다음 회부터 보험료 납입을 면제합니다.
- 보험료 납입이 면제된 이후 보험기간이 만료되었을 때에는 보험료 납입기간 동안 정상적으로 보험료가 납입된 것으로 보고 만기환급금을 보험수익자에게 지급합니다.
- 약관 제27조(계약 내용의 변경 등) 및 제32조(보험료 변경 및 정산) 제1항에 따라 납입보험료가 변경되었을 경우의 만기환급금은 최종 변경된 보험료를 기준으로 적용합니다.
- 만기환급금 계산 시 발생할 수 있는 1원 미만의 단수(端數)는 소수점 첫째 자리에서 반올림합니다.
- 재해골절(치아파절 제외) 진단비의 경우 동일한 재해(하나의 사고에 따른 재해를 말합니다)로 두 가지 이상의 「골절」상태가 발생한 경우에도 재해 발생 1회당 1회의 재해골절(치아파절 제외) 진단비만 지급하며, 의학적 처치 및 치료를 목적으로 골절시키는 경우에는 재해골절(치아파절 제외) 진단비를 지급하지 않습니다.
- 백혈병 및 골수암 진단비 및 일반암 진단비는 보장개시일 이후 최초로 진단이 확정되는 「암」에 대해서 1회에 한하여 지급하며, 중복하여 지급하지 않습니다. 다만, 보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에

최초로 「일반암」으로 진단이 확정되고 그 후에 「백혈병 및 골수암」으로 진단이 확정되면 그 당시의 백혈병 및 골수암 진단비에서 「백혈병 및 골수암」 진단 당시의 일반암 진단비를 뺀 차액을 추가로 지급합니다. 그러나, 「백혈병 및 골수암」으로 진단이 확정되고 그 후에 「일반암」으로 진단이 확정될 경우 일반암 진단비는 추가로 지급하지 않습니다.

7. 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]로 분류되고, 일차성 악성 신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
8. 입원기간 중 피보험자가 정당한 사유 없이 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 어린이 주요 10대 질병 입원비 또는 질병 및 재해 입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
9. 어린이 주요 10대질병 입원비는 질병 및 재해 입원비에 추가로 지급됩니다.
10. 1~5종 수술비의 경우 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 때에는 그 수술 중 가장 높은 급여금에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 1~5종 수술비를 지급합니다. 단, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술급여금을 지급합니다.
11. 피보험자가 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액(미경과보험료 포함)을 계약자에게 지급하고, 이 계약은 더 이상 효력이 없습니다.

[별표 2]

재해 분류표

1. 보장 대상이 되는 재해

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

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

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

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

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

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

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

국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

[별표 3]

교통재해 분류표

1. 이 보험에서 교통재해라 함은 다음에 정하는 사고를 말합니다.

- 가. 운행중의 교통기관(이에 적재되어 있는 것을 포함합니다.)의 충돌, 접촉, 화재, 폭발, 도주 등으로 그 운행중의 교통기관에 탑승하고 있지 않은 피보험자가 입은 불의의 사고.
- 나. 운행중인 교통기관에 탑승하고 있는 동안 또는 승객으로서 개찰구를 갖는 교통기관의 승강장구내(개찰구의 안쪽을 말합니다.)에 있는 동안 피보험자가 입은 불의의 사고.
- 다. 도로 통행 중 건조물, 공작물 등의 도괴 또는 건조물, 공작물 등으로부터의 낙하물로 인하여 피보험자가 입은 불의의 사고

2. 제1호에서 교통기관이라 함은 본래 사람이나 물건을 운반하기 위한 것으로 다음에 정한 것을 말합니다.

- 가. 기차, 전동차, 기동차, 모노레일, 케이블카(공중 케이블카를 포함합니다), 엘리베이터 및 에스컬레이터 등
- 나. 승용차, 버스, 화물자동차, 오토바이, 스쿠터, 자전거, 화차, 경운기 및 우마차 등
- 다. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다) 등

3. 제2호의 교통기관과 유사한 기관으로 인한 불의의 사고일지라도 도로상에서 사람 또는 물건의 운반에 사용되고 있는 동안이나 도로상을 주행 중에 발생한 사고는 교통재해로 봅니다.

4. 제1호의 '가' 또는 '나'에 해당하는 사고일지라도 공장, 토목공사장, 채석장, 탄광 또는 광산의 구내에서 사용되는 교통기관에 직무상 관계하는 피보험자의 그 교통기관으로 직무상의 사고는 교통재해로 보지 않습니다.

5. 이 교통재해 분류표에서 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.

[별표 4]

장해 분류표

총칙

1. 장해의 정의

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

2. 신체 부위

'신체 부위'라 함은 ① 눈 ② 귀 ③ 코 ④ 씹어 먹거나 말하는 기능 ⑤ 외모 ⑥ 척추(등뼈) ⑦ 체간골 ⑧ 팔 ⑨ 다리 ⑩ 손가락 ⑪ 발가락 ⑫ 흉복부 장기 및 비뇨생식기 ⑬ 신경계·정신 행동의 13개 부위를 말하며, 이를 각각 동일한 신체 부위라 한다. 다만, 좌우의 눈, 귀, 팔, 다리, 손가락, 발가락은 각각 다른 신체 부위로 본다.

3. 장해의 판정

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

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

장해 분류별 판정 기준

1. 눈의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 두 눈이 멀었을 때	100
2) 한 눈이 멀었을 때	50
3) 한 눈의 교정시력이 0.02 이하로 된 때	35
4) 한 눈의 교정시력이 0.06 이하로 된 때	25
5) 한 눈의 교정시력이 0.10 이하로 된 때	15
6) 한 눈의 교정시력이 0.20 이하로 된 때	5
7) 한 눈의 안구(눈동자)에 뚜렷한 운동 장해나 뚜렷한 조절 기능 장해를 남긴 때	10
8) 한 눈에 뚜렷한 시야 장해를 남긴 때	5
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동 장해를 남긴 때	5

나. 장해 판정 기준

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

기준으로 평가한다.

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

2. 귀의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해 판정 기준

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

다. 귓바퀴의 결손

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

라. 평형 기능의 장해

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

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

- 2) 평형 기능의 장해는 장해 판정 직전 1년 이상 지속적인 치료 후 장해가 고착되었을 때 판정하며, 뇌병변 여부, 전정기능 이상 및 장해 상태를 평가하기 위해 아래의 검사들을 기초로 한다.
- 가) 뇌 영상검사[뇌 전산화단층촬영(brain CT), 뇌 자기공명영상(brain MRI)].
 - 나) 온도안진검사, 전기안진검사(또는 비디오안진검사) 등.

3. 코의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해 판정 기준

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

실이 확인되어야 한다.

- 4) 코의 추상(추한 모습) 장해를 수반한 때에는 기능 장해의 지급률과 추상(추한 모습) 장해의 지급률을 합산한다.

4. 씹어 먹거나 말하는 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해 평가 기준

- 1) 씹어 먹는 기능의 장해는 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)의 맞물림(교합), 배열 상태 및 아래 턱의 개구 운동, 삼킴(연하) 운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.
- 2) '씹어 먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 심한 개구 운동 제한이나 심한 저작 운동(음식을 입에 넣고 씹는 운동을 말하며, 이하 '저작 운동'이라 한다) 제한으로 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
- 3) '씹어 먹는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 다음 중 어느 하나 이상에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 뚜렷한 개구 운동 제한이나 뚜렷한 저작 운동 제한으로 미음이나 이에 준하는 정도의 음식 물(죽 등) 이외는 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) 1개 이하의 치아만 맞물림(교합)되는 상태.
 - 마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 삼킴(연하) 장애가 있고, 유동식 섭취 시 흡인이 발생하고 연식 이외는 섭취가 불가능한 상태.

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

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

5. 외모의 추상(추한 모습) 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해 판정 기준

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

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)

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

나) 머리뼈의 손바닥 크기 이상의 손상 및 결손.

3) 목

손바닥 크기 이상의 추상(추한 모습).

라. 약간의 추상(추한 모습)

1) 얼굴

가) 손바닥 크기 1/4 이상의 추상(추한 모습).

나) 길이 5cm 이상의 추상 반흔(추한 모습의 흉터).

다) 지름 2cm 이상의 조직 함몰.

라) 코의 1/4 이상 결손.

2) 머리

가) 손바닥 크기 1/2 이상의 반흔(흉터) 및 모발 결손.

나) 머리뼈의 손바닥 크기 1/2 이상의 손상 및 결손.

3) 목

손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습).

마. 손바닥 크기

'손바닥 크기'라 함은 해당 환자의 손가락을 제외한 손바닥의 크기를 말하며, 12세 이상의 성인에서는 $8 \times 10\text{cm}$ (1/2 크기는 40cm^2 , 1/4 크기는 20cm^2), 6~11세의 경우는 $6 \times 8\text{cm}$ (1/2 크기는 24cm^2 , 1/4 크기는 12cm^2), 6세 미만의 경우는 $4 \times 6\text{cm}$ (1/2 크기는 12cm^2 , 1/4 크기는 6cm^2)로 간주한다.

6. 척추(등뼈)의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해 판정 기준

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

는 고정한 상태.

- 나) 두개골(머리뼈)과 제1 경추(제1 목뼈) 또는 제1 경추(제1 목뼈)와 제2 경추(제2 목뼈)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태.
 - 다) 두개골(머리뼈)과 상위 경추(상위 목뼈 : 제1, 2 목뼈) 사이에 대한 전산화단층촬영(CT) 검사로, 두개 대후두공의 기저점(basion)과 제2 경추(제2 목뼈, 축추)의 치아상돌기 상단 사이의 거리(BDI : Basion-Dental Interval)에 뚜렷한 이상 전위가 있는 상태.
 - 라) 상위 경추(상위 목뼈: 제1, 2 목뼈)에 대한 전산화단층촬영(CT) 검사로, 제1 경추(제1 목뼈, 환추)의 전방 궁(arch) 후방과 제2 경추(제2 목뼈, 축추)의 치아상돌기 전면과의 거리(ADI : Atlanto-Dental Interval)에 뚜렷한 이상 전위가 있는 상태.
- 8) '약간의 운동 장해'라 함은 두개골(머리뼈)과 상위 경추(상위 목뼈: 제1, 2 목뼈)를 제외한 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태를 말한다.
- 9) '심한 기형'이라 함은 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
- 가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 35° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때.
 - 나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 60% 이상인 경우 또는 한 운동 단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박 골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 90% 이상일 때.
- 10) '뚜렷한 기형'이라 함은 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
- 가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 15° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때.
 - 나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 40% 이상인 경우 또는 한 운동 단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박 골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 60% 이상일 때.
- 11) '약간의 기형'이라 함은 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
- 가) 1개 이상의 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구로 경도(가벼운 정도)의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때.
 - 나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 20% 이상인 경우 또는 한 운동 단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박 골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 40% 이상일 때.
- 12) '추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장해'란 추간판탈출증으로 추간판을 2마디 이상(또는 1마디 추간판에 대해 2회 이상) 수술하고도 마비신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장해가 있는 경우를 말한다.
- 13) '추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장해'란 추간판탈출증으로 추간판 1마디를 수술하고도 신

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

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

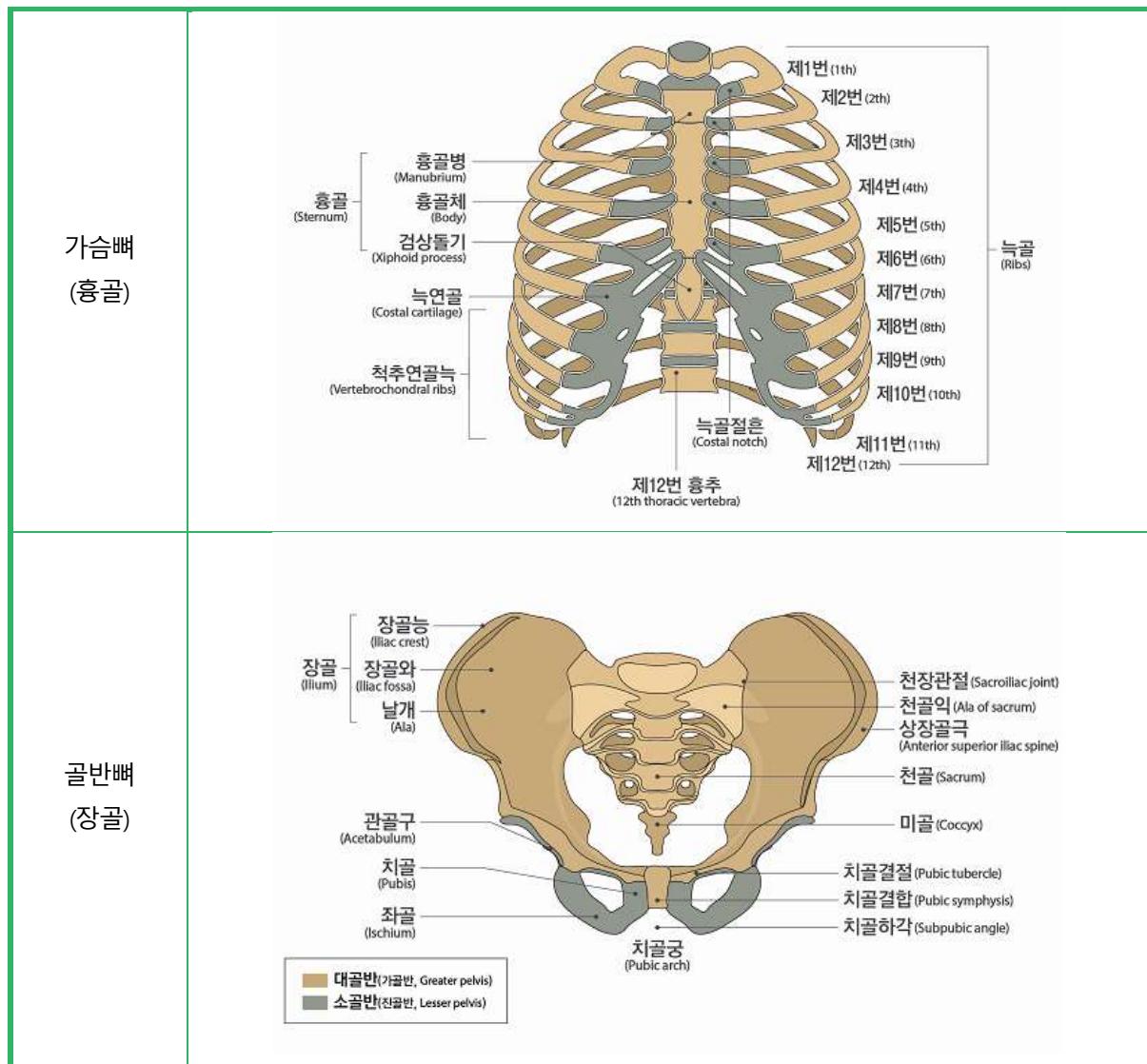
7. 체간골의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해 판정 기준

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



8. 팔의 장해

가. 장해의 분류

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

장해의 분류	지급률
9) 한 팔의 뼈에 기형을 남긴 때	5

나. 장해 판정 기준

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

- 10) '관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
- 가) 해당 관절의 운동 범위 합계가 정상 운동 범위의 3/4 이하로 제한된 경우.
- 나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '3등급(Fair)'인 경우.
- 11) '가관절^(주)이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골 유합(아물어 붙음)을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절 부위의 유합(아물어 붙음)이 이루어지지 않는 '불유합' 상태를 말하며, 골 유합(아물어 붙음)이 지연되는 지연유합은 제외한다.
- 12) '가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 13) '뼈에 기형을 남긴 때'라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합 된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

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

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

장해의 분류	지급률
11) 한 다리가 3cm 이상 짧아지거나 길어진 때	15
12) 한 다리가 1cm 이상 짧아지거나 길어진 때	5

나. 장해 판정 기준

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

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

다. 지급률의 결정

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

10. 손가락의 장해

가. 장해의 분류

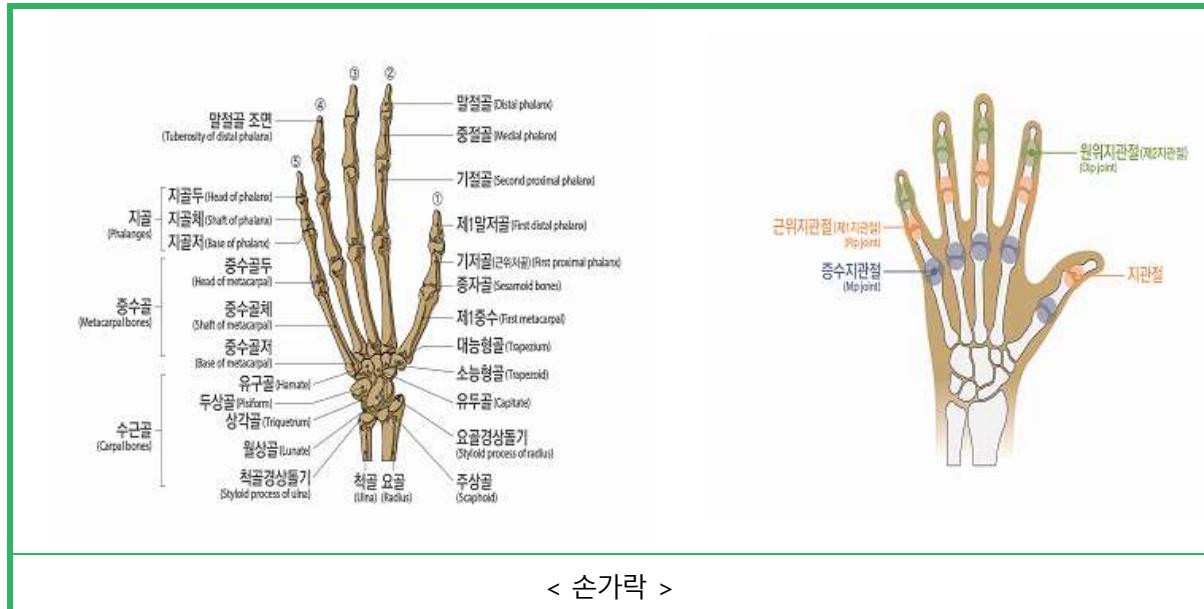
장해의 분류	지급률
1) 한 손의 5개 손가락을 모두 잃었을 때	55

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

나. 장해 판정 기준

- 1) 골절부에 금속 내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능 장해의 원인이 되는 때에는 그 내 고정물 등이 제거된 후 장해를 평가한다. 다만, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능 장해(예를 들면 석고붕대(cast)로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능 장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않는다.
- 3) 손가락에는 첫째 손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
- 4) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지 관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.
- 5) '손가락을 잃었을 때'라 함은 첫째 손가락에서는 지관절부터 심장에서 가까운 쪽으로, 다른 네 손 가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽으로 손가락이 절단된 경우를 말한다.
- 6) '손가락뼈 일부를 잃었을 때'라 함은 첫째 손가락에서는 지관절, 다른 네 손가락에서는 제1지관절 (근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 손가락뼈의 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 손가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.
- 7) '손가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 첫째 손가락에서는 중수지관절 또는 지관절의 굴신(굽히고 펴기) 운동가능영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하인 경우를 말하며, 다른 네 손가락에서는 제1, 제2지관절의 굴신(굽히고 펴기) 운동가능영역을 합산하여 정상 운동가능영역의 1/2 이하하거나 중수지관절의 굴신(굽히고 펴기) 운동가능영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.
- 8) 한 손가락에 장해가 생기고 다른 손가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 9) 손가락의 관절 기능 장해 평가는 손가락 관절의 관절 운동 범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동 범위 측정은 장해 평가시점의 『산업재해보상보험법 시행규칙 제47조(운동기능장애의 측정) 제1항 및 제3항』의 비장애인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상

각도 및 측정 방법 등을 따른다.



< 손가락 >

11. 발가락의 장해

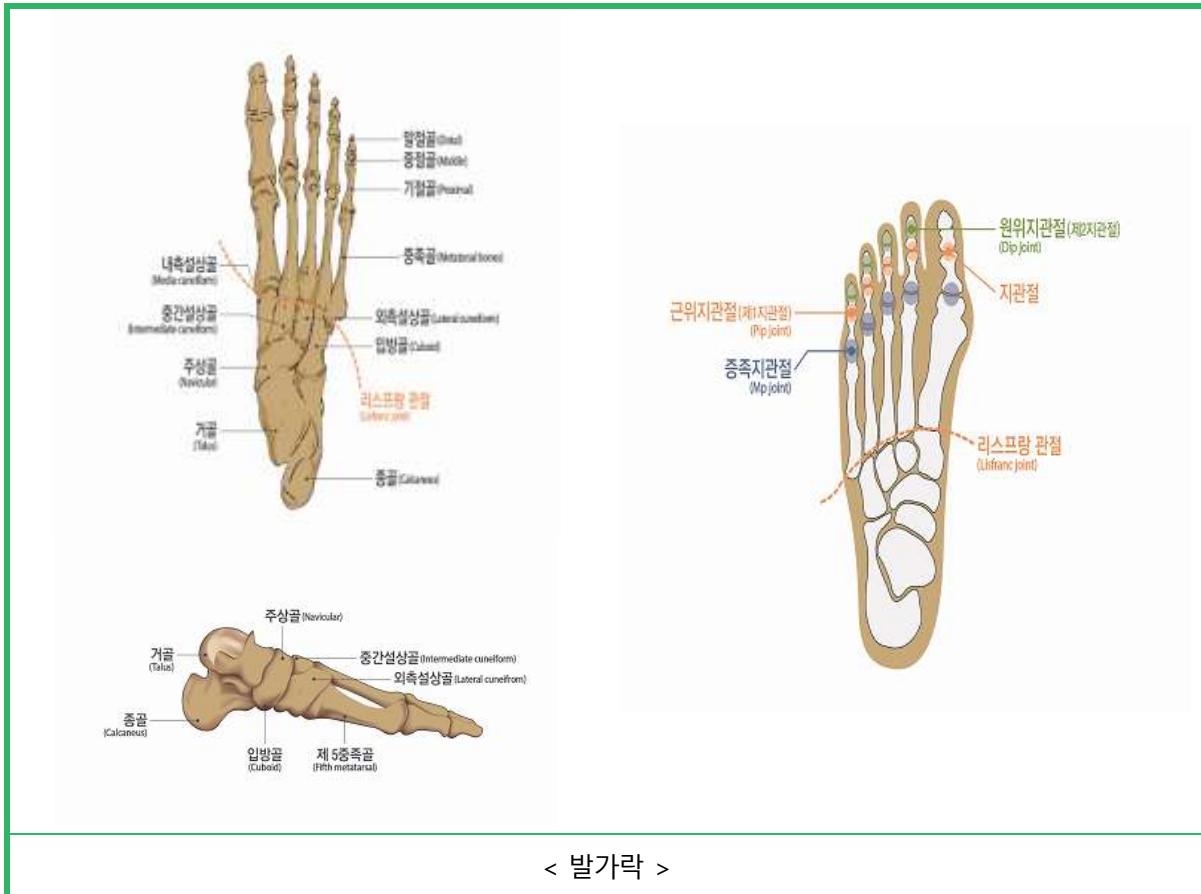
가. 장해의 분류

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

나. 장해 판정 기준

- 골절부에 금속 내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능 장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 평가한다. 다만, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.
- 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능 장해(예를 들면 석고붕대(cast)로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능 장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않는다.
- '리스프랑 관절 이상을 일었을 때'라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.

- 4) '발가락을 잃었을 때'라 함은 첫째 발가락에서는 지관절부터 심장에서 가까운 쪽으로, 다른 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽으로 발가락이 절단된 경우를 말한다.
- 5) '발가락뼈 일부를 잃었을 때'라 함은 첫째 발가락에서는 지관절, 다른 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 발가락뼈 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙 해진 상태나 발가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.
- 6) '발가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 첫째 발가락에서는 중족지관절과 지관절의 굴신(굽히고 펴기) 운동가능영역 합계가 정상 운동가능영역의 1/2 이하인 경우를 말하며, 다른 네 발가락에서는 중족지관절의 신전 운동가능영역만을 평가하여 정상 운동가능영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.
- 7) 한 발가락에 장해가 생기고 다른 발가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 8) 발가락 관절의 운동 범위 측정은 장해 평가시점의 『산업재해보상보험법 시행규칙 제47조(운동기능장애의 측정) 제1항 및 제3항』의 비장애인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상 각도 및 측정 방법 등을 따른다.



12. 흉·복부 장기 및 비뇨생식기의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해 판정 기준

- 1) '심장 기능을 잃었을 때'라 함은 심장 이식을 한 경우를 말한다.
- 2) '흉·복부 장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때'라 함은 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 폐, 신장 또는 간장의 장기이식을 한 경우.
 - 나) 장기이식을 하지 않고서는 생명 유지가 불가능하여 혈액투석, 복막투석 등 의료 처치를 평생토록 받아야 할 때.
 - 다) 방광의 저장 기능과 배뇨 기능을 완전히 상실한 때.
- 3) '흉·복부 장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 위, 대장(결장~직장) 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때.
 - 나) 소장을 3/4 이상을 잘라내었을 때 또는 잘라낸 소장의 길이가 3m 이상일 때.
 - 다) 간장의 3/4 이상을 잘라내었을 때.
 - 라) 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때.
- 4) '흉·복부 장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 한쪽 폐 또는 한쪽 신장을 전부 잘라내었을 때.
 - 나) 방광의 기능 상실로 영구적인 요도루, 방광루, 요관 장문합 상태.
 - 다) 위, 췌장을 50% 이상 잘라내었을 때.
 - 라) 대장절제, 항문 괈약근 등의 기능 장해로 영구적으로 장루, 인공항문을 설치한 경우(치료 과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외).
 - 마) 심장기능 이상으로 인공심박동기를 영구적으로 삽입한 경우.
 - 바) 요도 괈약근 등의 기능 장해로 영구적으로 인공요도괄약근을 설치한 경우.
- 5) '흉·복부 장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

하는 경우를 말한다.

- 가) 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착, 배뇨기능 상실로 영구적인 간헐적 인공 요도가 필요한 때.
- 나) 음경의 1/2 이상이 결손 되었거나 질구 협착으로 성생활이 불가능한 때.
- 다) 폐질환 또는 폐 부분절제술 후 일상생활에서 호흡곤란으로 지속적인 산소치료가 필요하며, 폐기능 검사(PFT)상 폐환기 기능(1초간 노력성 호기량, FEV1)이 정상예측치의 40% 이하로 저하된 때.
- 6) 흉·복부 장기와 비뇨생식기의 장해는 질병이나 외상의 직접 결과에 따른 장해를 말하며, 노화에 따른 기능 장해 또는 질병이나 외상이 없는 상태에서 예방적으로 장기를 절제, 적출한 경우는 장해로 보지 않는다.
- 7) 위의 흉·복부 장기와 비뇨생식기의 장해 항목에 명기되지 않은 기타 장해 상태는 '<붙임> 일상생활 기본 동작(ADLs) 제한 장해 평가표'에 해당하는 장해가 있을 때 일상생활 기본 동작(ADLs)의 장해 지급률을 준용한다.
- 8) 위의 장해 항목에 해당되지 않는 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장해의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계·정신 행동 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해 판정 기준

1) 신경계

- 가) '신경계에 장해를 남긴 때'라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계 손상으로 '<불임> 일상생활 기본 동작(ADLs) 제한 장해 평가표'의 5가지 기본 동작 중 하나 이상의 동작이 제한되었을 경우를 말한다.
- 나) 위 가)의 경우 '<불임> 일상생활 기본 동작(ADLs) 제한 장해 평가표'상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장 대상이 되는 장해로 인정하지 않는다.
- 다) 신경계의 장해로 발생하는 다른 신체 부위의 장해(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장해로도 평가하고, 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- 라) 뇌출중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 12개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장해를 평가한다. 그러나, 12개월이 지났다고 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간 내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위에서 장해 평가를 유보한다.
- 마) 장해 진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신 행동

- 가) 정신 행동 장해는 보험기간 중 뇌에 질병이 발생하거나 상해를 입고 나서 18개월이 지난 후에 판정함을 원칙으로 한다. 다만, 뇌에 질병이 발생하거나 상해를 입고 나서 의식 상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 뇌에 질병이 발생하거나 상해를 입고 나서 12개월이 지난 후에 판정할 수 있다.
- 나) 정신 행동 장해는 장해 판정 직전 1년 이상 정신건강의학과의 전문적 치료를 충분히 받았으나, 그 치료에도 불구하고 장해가 고착되었을 때 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그 때문에 고정되거나 중하게 된 장해에 대해서는 인정하지 않는다.
- 다) '정신 행동에 극심한 장해를 남긴 때'라 함은 장해 판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며 「전반적 기능평가척도(Global Assessment of Functioning, GAF)」 30점 이하인 상태를 말한다.
- 라) '정신 행동에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 장해 판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며 「전반적 기능평가척도(Global Assessment of Functioning, GAF)」 40점 이하인 상태를 말한다.
- 마) '정신 행동에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 장해 판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 「능력장애측정기준^{주)} 상 6개 항목 중 3개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 「전반적 기능평가척도(Global Assessment of Functioning, GAF)」 50점 이하인 상태를 말한다.
- 주) 능력장애측정기준의 항목 : ⑨ 적절한 음식섭취, ④ 대소변관리, 세면, 목욕, 청소 등의 청

결 유지, ④ 적절한 대화기술 및 협조적인 대인관계, ⑤ 규칙적인 통원·약물 복용, ⑥ 소지품 및 금전관리나 적절한 구매행위, ⑦ 대중교통이나 일반공공시설의 이용.

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

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

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

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

차) 정신 행동 장해 진단 전문의는 정신건강의학과 전문의를 말한다.

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

타) 각종 기질성 정신 장해와 외상 후 뇌전증에 한하여 보상한다.

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

3) 치매

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

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

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

4) 뇌전증

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

- 나) 뇌전증 발작의 빈도 및 양상은 지속적인 항뇌전증제(항경련제) 약물로도 조절되지 않는 뇌전증을 말하며, 진료기록에 기재되어 객관적으로 확인되는 뇌전증 발작의 빈도 및 양상을 기준으로 한다.
- 다) '심한 뇌전증 발작'이라 함은 월 8회 이상의 중증 발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작할 때 유발된 호흡 장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지 장해 등으로 요양 관리가 필요한 상태를 말한다.
- 라) '뚜렷한 뇌전증 발작'이라 함은 월 5회 이상의 중증 발작 또는 월 10회 이상의 경증 발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
- 마) '약간의 뇌전증 발작'이라 함은 월 1회 이상의 중증 발작 또는 월 2회 이상의 경증 발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
- 바) '중증 발작'이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식 장해가 3분 이상 지속되는 발작을 말한다.
- 사) '경증 발작'이라 함은 운동 장해가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

<불임>

일상생활 기본 동작(ADLs) 제한 장해 평가표

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

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

[별표 5]

재해골절(치아파절 제외) 분류표

① 약관에 규정하는 「재해골절(치아파절 제외)」로 분류되는 항목은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 항목을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 약관에서 보장하는 「재해골절(치아파절 제외)」 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
1 척추 및 척수의 출산손상	P11.5
2 출산손상으로 인한 두개골골절	P13.0
3 두개골의 기타 출산손상	P13.1
4 대퇴골의 출산손상	P13.2
5 기타 긴뼈의 출산손상	P13.3
6 출산손상으로 인한 쇄골의 골절	P13.4
7 기타 골격 부분의 출산손상	P13.8
8 상세불명의 골격의 출산손상	P13.9
9 두개골 및 안면골의 골절 (치아의 파절 제외)	S02 (S02.5는 제외)
10 목의 골절	S12
11 늑골, 흉골 및 흉추의 골절	S22
12 요추 및 골반의 골절	S32
13 어깨 및 위팔의 골절	S42
14 아래팔의 골절	S52
15 손목 및 손부위의 골절	S62
16 대퇴골의 골절	S72
17 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
18 발목을 제외한 발의 골절	S92
19 여러 신체부위를 침범한 골절	T02
20 척추의 상세불명 부위의 골절	T08
21 팔의 상세불명 부위의 골절	T10
22 다리의 상세불명 부위의 골절	T12
23 상세불명의 신체부위의 골절	T14.2

※ 제9차 개정 이후 약관에서 보장하는 「재해골절(치아파절 제외)」의 해당 여부는 피보험자가 진단 당시에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

[별표 6]**백혈병 및 골수암 분류표**

① 약관에 규정하는 「백혈병 및 골수암」으로 분류되는 항목은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 항목을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 약관에서 보장하는 「백혈병 및 골수암」 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
1 다발골수종 및 악성 형질세포신생물	C90
2 림프성 백혈병	C91
3 골수성 백혈병	C92
4 단핵구성 백혈병	C93
5 명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
6 상세불명 세포형의 백혈병	C95
7 만성 골수증식질환	D47.1
8 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

※ 제9차 개정 이후 약관에서 보장하는 「백혈병 및 골수암」의 해당 여부는 피보험자가 진단 당시에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

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

[별표 7]

**대상이 되는 악성신생물(암) 분류표
(기타피부암 및 중증 이외 갑상선암 제외)**

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

분류항목	분류번호
1 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물(암)	C00~C14
2 소화기관의 악성 신생물(암)	C15~C26
3 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물(암)	C30~C39
4 골 및 관절연골의 악성 신생물(암)	C40~C41
5 피부의 악성 흙색종	C43
6 중피성 및 연조직의 악성 신생물(암)	C45~C49
7 유방의 악성 신생물(암)	C50
8 여성생식기관의 악성 신생물(암)	C51~C58
9 남성생식기관의 악성 신생물(암)	C60~C63
10 요로의 악성 신생물(암)	C64~C68
11 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물(암)	C69~C72
12 갑상선의 악성 신생물(암) 중 「중증 갑상선암」	[별표 9] 참고
13 부신의 악성 신생물(암)	C74
14 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물(암)	C75
15 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)	C76~C80
16 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물(암)	C81~C96
17 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물(암)	C97
18 진성 적혈구증가증	D45
19 골수형성이상증후군	D46
20 만성 골수증식질환	D47.1
21 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
22 골수섬유증	D47.4
23 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

※ 제9차 개정 이후 약관에서 보장하는 「암」의 해당 여부는 피보험자가 진단 당시에 시행되고 있는 한국 표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

※ 갑상선의 악성 신생물(암)(분류번호 C73) 중 약관 제4조(「암」 등의 정의 및 진단 확정) 제4항 제1호에서 정한 「중증 갑상선암」은 상기 분류표 포함되며, 제2호에서 정한 「중증 이외 갑상선암」은 상기 분류표

에서 제외됩니다.

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

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

[별표 8]**기타 피부의 악성 신생물(암) 분류표**

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

분류항목	분류번호
1 기타 피부의 악성 신생물(암)	C44

※ 제9차 개정 이후 약관에서 보장하는 「기타피부암」의 해당 여부는 피보험자가 진단 당시에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

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

[별표 9]**갑상선의 악성 신생물(암) 분류표**

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

분류항목	분류번호
1 갑상선의 악성 신생물(암)	C73

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

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

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

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

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

[별표 10]**행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표**

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

분류항목	분류번호
1 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2 중이, 호흡기관, 흉곽내기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3 여성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4 남성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7 뇌 및 중추신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
	D47
9 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물	(D47.1, D47.3, D47.4, D47.5 제외)
10 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

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

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

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

[별표 11]**제자리의 신생물 분류표**

- ① 약관에 규정하는 「제자리암」로 분류되는 항목은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 항목을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 약관에서 보장하는 「제자리암」 해당 여부를 판단합니다.

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

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

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

[별표 12]

질병 및 재해 분류표

1. 보장 대상이 되는 질병 및 재해

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

- ① 한국표준질병·사인분류 상의 (A00~Y98)에 해당하는 질병 및 재해
- ② 『감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호』에서 규정한 제1급감염병.

2. 보험금을 지급하지 않는 질병 및 재해

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

- 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 치과보철 및 미용상의 처치로 인한 경우
- ⑤ 정상임신, 분만 전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우
- ⑥ 질병을 직접적인 원인으로 하지 않는 불임수술 또는 제왕절개 수술 등으로 인한 경우
- ⑦ 치료를 수반하지 않는 건강진단으로 인한 경우

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

※ 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해의 해당 여부는 피보험자가 진단 당시에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해에 대한 보험금 지급 여부 등이 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해의 해당 여부는 다시 판단하지 않습니다.

※ 위 1. 보장대상이 되는 질병 및 재해 제2호에 해당하는 감염병은 보험사고 발생 당시 시행중인 법률을 적용합니다.

[별표 13]

어린이 주요 10대질병 분류표

① 약관에 규정하는 「어린이 주요 10대질병」으로 분류되는 항목은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 항목을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 약관에서 보장하는 「어린이 주요 10대질병」 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
폐렴	
1 달리 분류되지 않은 바이러스폐렴	J12
2 폐렴연쇄구균에 의한 폐렴	J13
3 인플루엔자균에 의한 폐렴	J14
4 달리 분류되지 않은 세균성 폐렴	J15
5 달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴	J16
6 달리 분류된 질환에서의 폐렴	J17
※ 분류항목과 연관된 항목(분류번호)	
- 달리 분류된 바이러스질환에서의 폐렴(J17.1)	
· 거대세포바이러스 폐렴(B25.0)	
· 폐렴이 합병된 홍역(B05.2)	
· 수두성 폐렴(B01.2)	
- 기생충질환에서의 폐렴(J17.3)	
· 폐 특소포자충증(B58.3)	
7 상세불명 병원체의 폐렴	J18
창자감염질환	
8 콜레라	A00
9 장티푸스 및 파라티푸스	A01
10 기타 살모넬라감염	A02
11 시겔라증	A03
12 기타 세균성 장감염	A04
13 달리 분류되지 않은 기타 세균성 음식매개증독	A05
14 아메바증	A06
15 기타 원충성 장질환	A07
16 바이러스성 및 기타 명시된 장감염	A08
17 감염성 및 상세불명 기원의 기타 위장염 및 결장염	A09
특정 감염병	
18 폐스트	A20
19 탄저병	A22

분류항목	분류번호
20 브루셀라병	A23
21 렙토스피라병	A27
22 신생아파상풍	A33
23 산과적 파상풍	A34
24 기타 파상풍	A35
25 디프테리아	A36
26 백일해	A37
27 성홍열	A38
28 수막구균수막염	A39.0
29 기타 그람음성균에 의한 패혈증	A41.5
30 재향군인병	A48.1
31 비폐렴성 재향군인병[폰티액열]	A48.2
32 발진티푸스	A75
33 급성 회색질척수염	A80
34 광견병	A82
35 일본뇌염	A83.0
36 신장증후군을 동반한 출혈열	A98.5
37 홍역	B05
38 풍진	B06
39 불거리	B26
40 열대열원충말라리아	B50
41 삼일열원충말라리아	B51
42 사일열원충말라리아	B52
43 기타 기생충학적으로 확인된 말라리아	B53
44 상세불명의 말라리아	B54
탈장 및 장폐색	
45 사타구니탈장	K40
46 대퇴탈장	K41
47 배꼽탈장	K42
48 복벽탈장	K43
49 횡격막탈장	K44
50 기타 복벽탈장	K45
51 상세불명의 복벽탈장	K46
52 탈장이 없는 마비성 장폐색증 및 장폐색	K56
수막염	
53 달리 분류되지 않은 세균성 수막염	G00
54 달리 분류된 세균성 질환에서의 수막염	G01

분류항목	분류번호
55 달리 분류된 기타 감염성 및 기생충 질환에서의 수막염	G02
56 기타 및 상세불명의 원인에 의한 수막염	G03
충수염	
57 급성 충수염	K35
58 기타 충수염	K36
59 상세불명의 충수염	K37
60 충수의 기타 질환	K38
VDT 증후군 관련	
61 손목터널증후군	G56.0
62 기타 관절연골장애	M24.1
63 인대장애	M24.2
64 관절통	M25.5
65 달리 분류되지 않은 관절의 경직	M25.6
66 건조증후군[쉐그렌]	M35.0
67 경추상완증후군	M53.1
68 근염	M60
69 근육의 석회화 및 골화	M61
70 근육의 기타 장애	M62
71 달리 분류된 질환에서의 근육장애	M63
72 윤활막염 및 힘줄윤활막염	M65
73 윤활막 및 힘줄의 자연파열	M66
74 윤활막 및 힘줄의 기타 장애	M67
75 달리 분류된 질환에서의 윤활막 및 힘줄의 장애	M68
76 사용, 과용 및 압박에 관련된 연조직장애	M70
77 기타 윤활낭병증	M71
78 섬유모세포장애	M72
79 달리 분류된 질환에서의 연조직장애	M73
80 어깨병변	M75
81 발을 제외한 다리의 골부착부병증	M76
82 기타 골부착부병증	M77
83 달리 분류되지 않은 기타 연조직장애	M79
천식	
84 천식	J45
85 천식지속상태	J46
아토피	
86 아토피성 피부염	L20
알러지성 비염	

분류항목	분류번호
87 혈관운동성 및 앨러지성 비염	J30

- ※ 제9차 개정 이후 약관에서 보장하는 「어린이 주요 10대질병」의 해당 여부는 피보험자가 진단 당시에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- ※ 상기 질병 이외에 출생전후기 질병(P00 ~ P96)에 대해서는 '어린이 주요 10대질병 분류표'에 포함하지 않습니다.
- ※ '분류항목과 연관된 항목(분류번호)'이란 '어린이 주요 10대질병 분류표'의 분류번호와 연관성이 있어 동시에 부여 가능한 분류번호를 말합니다. 상기 '분류항목과 연관된 항목(분류번호)'은 '어린이 주요 10대질병 분류표'에 포함합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 약관에서 보장하는 항목에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 항목이 변경되더라도 약관에서 보장하는 항목의 해당 여부는 다시 판단하지 않습니다.

[별표 14]

1~5종 수술 분류표

<수술분류표>

I. 일반 질병 및 재해 치료목적의 수술

수술명	수술종류
피부, 유방의 수술	
1 피부이식수술(25㎠ 이상인 경우) 및 피판수술(피판분리수술, Z flap, W flap 제외)	3종
2 피부이식수술(25㎠ 미만인 경우)	1종
3 유방절단수술(切斷術, Mastectomy)	3종
4 기타 유방수술(농양의 절개 및 배액은 제외) [다만, 치료목적의 Mammotomy는 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능함]	1종
근골(筋骨)의 수술	
[발정술(拔釘術) 등 내고정물 제거술은 제외함]	
[치(齒)-치은-치근(齒根)-치조골(齒槽骨)의 처치, 임플란트(Implant) 등 치과 처치 및 수술에 수반하는 것은 제외함]	
5 골(骨) 이식수술	2종
6 두개골(頭蓋骨, cranium) 관절수술 [다만, 비골(鼻骨), 비중격(鼻中隔), 상악골(上顎骨), 하악골(下顎骨), 악관절(顎關節)은 제외함]	3종
7 비골(鼻骨) 수술 [다만, 비중격 만곡증(彎曲症)수술, 수면 중 무호흡 수술은 제외함]	1종
8 상악골(上顎骨), 하악골(下顎骨), 악관절(顎關節) 관절수술	2종
9 척추골(脊椎骨), 골반골(骨盤骨), 추간판 관절수술	3종
10 쇄골(鎖骨), 견갑골(肩胛骨), 늑골(肋骨), 흉골(胸骨) 관절수술	2종
11 사지(四肢) 절단수술 [다만, 다지증에 대한 절단수술은 제외함]	
11-1. 손가락, 발가락 절단수술 [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는 것]	1종
11-2. 기타 사지(四肢)절단수술	3종
12 절단(切斷)된 사지(四肢) 재접합수술(再接合手術) [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는 것]	3종
13 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관절수술	
13-1 손가락, 발가락의 골 및 관절 관절수술	1종

수술명		수술종류
13-2 기타 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관절수술		2종
14 근(筋), 건(腱), 인대(韌帶), 연골(軟骨) 관절수술		1종
호흡기계, 흉부(胸部)의 수술		
15 만성부비강염(慢性副鼻腔炎) 근본수술(根本手術)		1종
16 후두(喉頭) 관절적 절제수술		3종
17 편도, 아데노이드 절제수술		1종
18 기관(氣管), 기관지(氣管支), 폐(肺), 흉막(胸膜) 관절수술 [개흉술(開胸術, Thoracotomy)을 수반하는 것]		4종
19 폐장(肺臟) 이식수술 [수용자(受容者)에 한함]		5종
20 흉곽(胸郭) 형성수술(形成手術)		3종
21 종격종양(縱隔腫瘍), 흉선 절제수술 [개흉술을 수반하는 것]		4종
순환기계, 비장(脾腸)의 수술		
22 혈관 관절수술 [다만, 하지정맥류 및 손가락·발가락은 제외함]		3종
23 하지 정맥류(靜脈瘤) 근본수술 및 손가락·발가락 혈관 관절수술		1종
24 대동맥(大動脈), 대정맥(大靜脈), 폐동맥(肺動脈), 관동맥(冠動脈) 관절수술 [개흉술, 개복술을 수반하는 것]		5종
25 심막(心膜) 관절수술 [개흉술을 수반하는 것]		4종
26 심장내(心藏內) 관절수술 [개흉술을 수반하는 것]		5종
27 심장 이식수술 [수용자에 한함]		5종
28 체내용(體內用) 인공심박조율기(人工心搏調律機, Artificial pacemaker) 매입술 (埋入術)		3종
29 비장(脾腸) 절제수술		3종
소화기계의 수술		
30 이하선 절제수술		3종
31-1 악하선, 설하선 절제수술		2종
31-2 기타 타액선 절제수술 [다만, 타석제거는 제외함]		1종
32 식도(食道) 이단술(離斷術) [개흉술, 개복술(開腹術, Laparotomy)을 수반하는 것]		4종
33 위 절제수술 (胃 切除手術, Gastrectomy) [개복술을 수반하는 것]		4종
34 기타의 위·식도 관절수술 [개흉술, 개복술을 수반하는 것]		3종
35 간장(肝臟), 췌장(胰臟) 관절수술 [개복술을 수반하는 것]		4종
36 담낭(膽囊), 담도(膽道) 관절수술 [개복술을 수반하는 것]		3종
37 간장 이식수술 [수용자에 한함, 개복술을 수반하는 것]		5종
38 췌장 이식수술 [개복술을 수반해야 하며 수용자에 한함] [다만, 랑게르한스 소도(Islet of Langerhans)세포 이식수술은 제외함]		5종
39 탈장(脫腸) 근본수술		1종

수술명	수술종류
40 전신성 복막염(全胞性 腹膜炎, Generalized peritonitis) 수술	2종
41 충수(蟲垂) 절제술(충수염 관련 충수주위 농양수술, 국한성 복막염 수술 포함), 맹장봉축술(盲腸縫縮術)	2종
42 직장탈(直腸脫) 근본수술	1종
43 소장(小腸), 결장(結腸), 직장(直腸), 장간막(腸間膜) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것] [다만, 직장탈근본수술은 제외함]	4종
44 치루(痔瘻), 탈항(脫肛), 치핵(痔核) 근본수술 [다만, 근치를 목적으로 하지 않은 수술은 제외함]	1종

비뇨기계·생식기계의 수술

[인공임신중절 수술은 제외함]

45 신장(腎臟), 방광(膀胱), 신우(腎盂), 요관(尿管) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것. 다만, 경요도적 조작 및 방광류·요실금 교정수술은 제외함]	4종
46 요도 관혈수술 [다만, 경요도적 조작은 제외함]	2종
47 방광류·요실금 교정수술	1종
48 신장(腎臟) 이식수술(移植手術) [수용자에 한함]	5종
49 음경(陰莖) 절단수술 [다만, 포경수술 및 음경이물제거수술은 제외함]	3종
50 고환(睾丸), 부고환(副睾丸), 정관(精管), 정색(精索), 정낭(精囊) 관혈수술, 전립선(前立腺) 관혈수술	2종
51 음낭 관혈수술	1종
52 자궁, 난소, 난관 관혈수술 [다만, 제왕절개만출술 및 경질적인 조작은 제외함]	2종
53 경질적 자궁, 난소, 난관 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며, 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	1종
54 제왕절개만출술(帝王切開娩出術)	1종
55 질탈(腫脫) 근본수술	1종

내분비기계의 수술

56 뇌하수체종양(腦下垂體腫瘍) 절제수술	5종
57 갑상선(甲狀腺)-부갑상선(副甲狀腺) 관혈수술	3종
58 부신(副腎) 절제수술	4종

신경계의 수술

59 두개내(頭蓋內) 관혈수술 [개두술(開頭術, Craniotomy)을 수반하는 것]	5종
60 신경(神經) 관혈수술	2종
61 관혈적 척수종양(脊髓腫瘍) 절제수술	4종

수술명	수술종류
62 척수경막내외(脊髓硬膜內外) 관혈수술	3종
시각기의 수술	
[약물주입술은 제외]	
63 안검하수증(眼檢下垂症)수술 [다만, 안검내반증 제외함]	1종
64 누소관(淚小管)형성수술 [누관튜브삽입술 포함]	1종
65 누낭비강(淚囊鼻腔) 관혈수술	2종
66 결막낭(結膜囊) 형성수술	2종
67 각막, 결막, 공막 봉합수술	1종
68 각막, 공막 이식수술	2종
69 전방(前房), 흥채(虹彩), 유리체(琉璃體) 관혈수술	2종
70 녹내장(綠內障) 관혈수술	3종
71 백내장(白內障), 수정체(水晶體) 관혈수술	1종
72 망막박리(網膜剝離) 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며, 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	2종
73 레이저(Laser)에 의한 안구(眼球) 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며, 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	1종
74 냉동응고(冷凍凝固)에 의한 안구(眼球) 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며, 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	2종
75 안구적출술, 조직충전술(組織充填術)	3종
76 안와내종양 절제수술	3종
77 관혈적 안와내(眼窩內) 이물제거수술(異物除去手術)	1종
78 안근(眼筋) 관혈수술	1종
청각기(聽覺器)의 수술	
79 관혈적 고막(鼓膜) 성형술 [다만, 고막 패치술은 제외함]	2종
80 유양동 절제술(乳樣洞切除術, mastoidectomy)	2종
81 중이(中耳) 관혈수술 [다만, 중이내 튜브유치술 제외함]	2종
82 중이내(中耳內) 튜브유치술 [다만, 고막 패치술은 제외함. 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며, 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	1종
83 내이(內耳) 관혈수술	3종

수술명	수술종류
상기 이외의 수술	
[검사, 처치, 약물주입요법은 포함하지 않음]	
84 상기 이외의 개두술(開頭術)	3종
85 상기 이외의 개흉술(開胸術)	3종
86 상기 이외의 개복술(開腹術)	2종
87 체외충격파쇄석술(體外衝擊破碎石術, E.S.W.L) [다만, 체외충격파치료술(E.S.W.T)은 제외함. 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며, 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	2종
88 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter)·고주파 전극 등에 의한 경피적 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며, 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	
88-1 뇌, 심장	3종
88-2 후두, 흉부장기(심장 제외), 복부장기(비뇨, 생식기 제외), 척추, 사지관절(손가락, 발가락은 제외)	2종
88-3 비뇨, 생식기 및 손가락, 발가락	1종

(주)

상기 1~87항의 수술 중 내시경(Fiberscope)을 이용한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적(經皮的, Percutaneous) 수술은 88호을 적용합니다. 다만, 복강경·흉강경에 의한 수술은 해당부위(1~87항)의 수술로 적용합니다.

II. 악성 신생물 치료 목적의 수술

수술명	수술종류
1 관혈적 악성 신생물(惡性新生物) 근치수술(根治手術, Radical curative surgery) 다만, 기타피부암(C44) 제외 [다만, 내시경 수술, 카테터·고주파 전극 등의 경피적 수술 등은 제외함]	5종
1-1 기타피부암(C44)	3종
2 내시경 수술, 카테터 · 고주파 전극 등에 의한 악성 신생물 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	3종
3 상기 이외의 기타 악성 신생물 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	3종

(주)

1. 제자리암·경계성 종양에 대한 수술은 'I. 일반 질병 및 재해치료 목적의 수술' 항목의 적용을 받습니다.

2. 카테터(Catheter)를 이용한 흡인 · 천자 · 약물주입요법은 포함하지 않습니다.
3. 비고형암에 대한 비관혈적 근치술은 관혈적 악성 신생물 근치수술에 준하여 5종 수술로 인정합니다.
 - 비고형암에 대한 비관혈적 근치술 중 조혈모세포 이식술은 일련의 과정(추출, 필터링, 배양, 제거, 주입)을 모두 포함하여 1회의 수술로 인정합니다.
 - 다만, 약물 등을 투여하기 위한 시술(예. 중심정맥삽관술)만 시행할 경우에는 5종으로 인정하지 않습니다.
 - 조혈모세포 이식술을 제외한 비고형암에 대한 비관혈적 근치술의 경우 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며, 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

III. 악성 신생물 근치·두개내 신생물 근치 방사선 조사 분류표

수술명	수술종류
1 악성 신생물 근치 방사선 조사 [5,000Rad 이상의 조사(照射)를 하는 경우로 한정하며, 악성 신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료(定位的 放射線 治療, Stereotactic radiotherapy)를 포함함]	3종
2 두개내 신생물 근치 감마 나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료	3종

(주) 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며, 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

<수술·신생물 근치 방사선 조사분류표 사용 지침>

1. 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자가 피보험자의 질병 또는 재해로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 『의료법 제3조(의료기관)』의 규정에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 '1~5종 수술 분류표'에서 정한 행위 [기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회[향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관]로부터 안정성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.)을 말하며 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것), 적제(滴劑) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK은 제외]를 하는 것을 말합니다.
2. '관혈(觀血)' 수술이라 함은 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말합니다.
3. '근본(根本)' 혹은 '근치(根治)' 수술이라 함은 일회의 수술로 해당 질병을 완전히 치유할 수 있는 수술을 말합니다.
4. '관혈적 악성 신생물 근치수술'이라 함은 관혈적 방법을 통해 악성 신생물의 원발 병소를 완전히 절제,

적제, 적출하고 혹은 과정술을 함께 실시한 경우입니다.

5. '1~5종 수술 분류표' 상에 열거되지 않은 선진의료적 첨단 수술에 대한 인정 및 적용 기준

'1~5종 수술 분류표'에서의 선진의료적 첨단 수술은 위의 「수술」의 정의에 해당하여야 하고 약물투여치료, 방사선조사치료 또는 기타의 보존적 치료로 분류될 수 없는 경우이어야 합니다.

1) '1~5종 수술 분류표' 상의 수술 이외에 보건복지부산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에

는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안정성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 치료한 경우 '1~5종 수술 분류표' 상의 동일부위 수술로 봅니다. 이 때에 해당 최신수술기법은 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며, 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

2) 다만, 이 선진의료적 첨단 수술이 본질적으로 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter), 고주파 전극 등에 의한 경피적 수술인 경우에는 '1~5종 수술 분류표' 중 'I. 일반 질병 및 재해 치료목적의 수술' 88항(악성 신생물의 경우는 'II. 악성 신생물 치료목적의 수술' 2항)을 우선 적용합니다.

6. '악성 신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife; 선형가속기에서 발생되는 가느다란 방사선 이용) 정위적 방사선 치료' 라 함은 선형가속기(LINAC)에서 발생되는 가는 방사선(Pencil beam)들을 다양한 각도에서 악성 신생물을 향해 집중적으로 조사하면서 동시에 악성 신생물의 움직임을 병변 추적 장치를 이용하여 실시간으로 추적하면서 치료하는 방법입니다.

7. '두개내 신생물 근치 감마나이프 (Gammaknife)정위적 방사선 치료'라 함은 정위 좌표계를 이용하여 코발트 60 방사성 동위원소(Co-60)에서 나오는 감마선을 두개강 내의 신생물을 향해 집중 조사함으로 두개(頭蓋)를 열지 않고도 수술적 제거와 같은 효과를 내는 치료를 말합니다.

8. 다음과 같은 수술은 수술급여금 지급대상에서 보장을 제외합니다

1) 미용 성형상의 수술

2) 피임(避妊) 목적의 수술

3) 피임 및 불임술 후 가임 목적의 수술

4) 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡検査) 등]

[별표 15]

**보험금 등을 지급할 때의 적립 이율 계산
(제14조 제2항 및 제41조 제2항 관련)**

구분	기간	지급 이자	
장해, 진단, 입원, 수술 등 보험금 (제9조 제2호에서 제13호)	지급 기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출 이율	
	지급 기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출 이율 + 가산이율(4.0%)	
	지급 기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출 이율 + 가산이율(6.0%)	
	지급 기일의 91일 이후 기간	보험계약대출 이율 + 가산이율(8.0%)	
만기환급금 (제9조 제1호)	지급 사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내	평균공시이율의 50%
	청구일 다음 날부터 지급일까지의 기간	1년 초과 기간	평균공시이율의 40%
		보험계약대출 이율	
해약환급금 (제41조 제1항)	지급 사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내	평균공시이율의 50%
	청구일 다음 날부터 해약환급금 지급일까지의 기간	1년 초과 기간	평균공시이율의 40%
		보험계약대출 이율	

(주)

1. 만기환급금은 회사가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 않은 경우, 지급 사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간은 평균공시이율을 적용한 이자를 지급합니다.
2. 지급 이자는 연 단위 복리로 계산하며, 소멸시효(제46조)가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
3. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당 기간에 대한 이자는 지급되지 않습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
4. 가산이율 적용 시 제14조(보험금 지급 등의 절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

5. 가산이율 적용 시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
6. 제29조(계약의 소멸) 제1항에 따라 사망 당시의 계약자적립액(미경과보험료 포함)을 지급하는 경우에는 지급 기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출 이율을 연 단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
7. 제20조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과), 제34조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지), 제38조(위법계약의 해지) 및 제39조(중대 사유로 인한 해지)의 경우, 위 표의 '청구일'은 보험사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당
**주산기질환
수술특약**

특약 약관

이 특약은 태아 가입 시 무배당 주산기질환수술특약을 선택(의무부가)하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 주산기질환수술특약 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 태아의 출생을 조건으로 제5조(보험금의 지급 사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

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

1. 계약관계 관련 용어

- 가. 계약자 : 회사와 특약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말하며, 이 특약을 체결할 때의 계약자는 태아를 임신하고 있는 여성을 말합니다.
- 나. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
- 다. 태아 : 이 특약을 체결 할 때 출생하지 않은 자로 출생을 조건으로 출생일 이후 이 특약의 피보험자가 되는 자를 말하며, 주계약의 피보험자와 같습니다.
- 라. 보험수익자 : 보험금 지급 사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
- 마. 보험증권 : 특약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
- 바. 진단계약 : 특약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 특약을 말합니다.

2. 지급 사유 관련 용어

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

【보험가입금액 한도 제한】

피보험자가 가입 할 수 있는 최대한도의 보험가입금액을 제한하는 방법

【일부 보장 제외(부담보)】

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

【보험금 삐감】

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

발생할 경우 미리 정해진 비율로 보험금을 감액하여 지급하는 방법

【보험료 할증】

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

3. 이자율 관련 용어

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

【연 단위 복리 예시】

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

$$\text{- 1년차 이자} = 100\text{원(원금)} \times 10\% = 10\text{원}$$

$$\text{- 2년차 이자} = [100\text{원(1년차 원금)} + 10\text{원(1년차 이자)}] \times 10\% = 11\text{원}$$

$$\Rightarrow 2\text{년 시점의 총 이자금액} = 10\text{원(1년차 이자)} + 11\text{원(2년차 이자)} = 21\text{원}$$

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

4. 태아 관련 용어

가. 출생예정일 : 특약을 체결 할 때 청약서에 기재된 출생예정일 또는 임신 주수를 기준으로 계산된 출생예정일을 말합니다. 다만, 제16조(태아의 출생 통지 및 피보험자의 확정 등)에 따라 출생일이 확정 된 경우에는 출생예정일은 출생일과 동일한 날짜로 변경됩니다.

나. 출생일 : 태아(출생 후 피보험자를 말합니다.)의 가족관계등록부 또는 주민등록등본에 기재된 출생 일로서 주민등록번호 앞의 6자리를 기준으로 합니다.

5. 보험료 및 지급금 관련 용어

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

나. 이미 납입한 보험료 : 계약자가 회사에 납입한 보험료를 말하며, 제17조(특약 내용의 변경 등) 및 제21조(보험료 변경 및 정산) 제1항에 따라 보험료가 변경되었을 경우 최종 변경된 보험료를 기준으로 적용합니다.

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

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

6. 기간과 날짜 관련 용어

- 가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말하며, 출생 전 기간을 포함하여 출생예정일부터 계약자가 선택한 기간까지를 말합니다.
- 나. 영업일 : 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, 『관공서의 공휴일에 관한 규정 제2조(공휴일) 및 제3조(대체공휴일)』에 따른 공휴일 및 대체공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.
- 다. 보장개시일 : 회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 보험계약일로 봅니다.
- 라. 계약해당일 : 피보험자의 출생일과 동일한 월, 일을 말합니다. 다만, 출생통지에 따른 확정이 이루어지기 전까지 출생일은 출생예정일로 합니다.
- 마. 연계약해당일 : 계약해당일부터 1년씩 경과되는 매년의 계약해당일을 말합니다. 다만, 해당 년의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 말일을 연계약해당일로 합니다.

【연계약해당일 예시】

출생일 : 20XX년 2월 29일

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

7. 기타 주요 용어

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

제3조 「수술」의 정의와 장소

- ① 이 특약에서 「수술」이라 함은 '의사' 면허를 가진 자가 제4조(「주산기질환」의 정의 및 진단 확정)에서 정한 「주산기질환」의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 '의료기관'에서 '의사'의 관리하에 [별표2] '특정수술분류표'에서 정한 「수술」을 하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」이란 기구를 사용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회로(향후 제도가 변경될 때에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【용어의 정의】

1. 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것을 말합니다.
2. 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것을 말합니다.

【신의료기술평가위원회】

『의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)』에 따라 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다. 다만, 관련 법규 등 향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관으로 합니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고, 다음의 각호에서 정한 사항은 「수술」에서 제외됩니다.

1. 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것 등의 조치
2. 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 끌어 체액 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK : 신경의 차단
4. 미용 성형상의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
7. 검사 및 진단을 위한 수술 : 생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡検査) 등

제4조 (「주산기질환」의 정의 및 진단 확정)

① 이 특약에서 「주산기질환」이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류의 기본분류에 있어서 [별표3] 「주산기질환 분류표」에서 정한 질병(이하 「주산기질환」이라 합니다.)을 말합니다.

【한국표준질병·사인분류】

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

② 「주산기질환」의 진단 확정은 '의료기관'의 '의사' 면허를 가진 자에 의한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 「주산기질환」 진단의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2관 보험금의 지급

제5조 (보험금의 지급 사유)

회사는 보험기간 중 피보험자가 「주산기질환」의 치료를 직접적인 목적으로 「수술」을 받을 경우에 [별표1] 「보험금 지급기준표」에서 약정한 주산기질환 수술비를 지급합니다.

제6조 (보험금 지급에 관한 세부 규정)

보험수익자와 회사가 제5조(보험금의 지급 사유)의 보험금 지급 사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익

자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 『의료법 제3조(의료기관)』에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급 사유 판정에 드는 의료 비용은 회사가 전액 부담합니다.

제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우.

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사 결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.

【심신상실】

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

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우.

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우.

제8조 (보험금 지급 사유의 발생 통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제5조(보험금의 지급 사유)에서 정한 보험금 지급 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제9조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 계약자적립액을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
 2. 사고 증명서(사망 진단서, 수술증명서 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험 수익자 또는 계약자 의사표시의 확인방법을 포함하며, 이하 '신분증'이라 합니다)
 4. 기타 보험수익자가 보험금 수령 또는 계약자가 계약자적립액 청구에 필요하여 제출하는 서류.
- ② 제1항 제2호의 사고 증명서는 '의료기관'에서 발급한 것이어야 합니다.

제10조 (보험금 지급 등의 절차)

① 회사는 제9조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지

또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10 영업일 이내에 보험금을 지급합니다.

- ② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 [별표4] '보험금 등을 지급할 때의 적립 이율 계산'과 같이 계산합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제11조 (계약 전 알릴 의무)

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

【계약 전 알릴 의무】

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

제12조 (계약 전 알릴 의무 위반의 효과)

- ① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제11조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

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

않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.

【사례】

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

- ② 회사는 제1항에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴 의무 위반 사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반 사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리 결과를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다."라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다.
- ③ 제2항에 따라 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 『전자서명법 제2조(정의) 제2호』에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.
- ④ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제25조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
- ⑤ 제11조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급 사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 회사는 다른 보험 가입 내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 특약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

제4관 특약의 성립과 유지

제13조 (특약의 성립)

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.
- ② 회사는 계약자 또는 피보험자가 특약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
- ③ 회사는 이 특약의 청약을 받고 제1회 보험료를 받은 경우, 다음 각 호에서 정한 날부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
 1. 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일
 2. 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)

- ④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절 통지와 함께 받은 금액을 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 '평균공시이율 + 1%'를 연 단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며, 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

제14조 (청약의 철회)

- ① 계약자는 청약을 한 날부터 출생예정일 전일까지 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 청약일과 출생예정일 전일까지 기간이 30일 미만인 경우에는 30일 이내에 청약을 철회할 수 있습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 특약은 청약을 철회할 수 없습니다.

【전문금융소비자】

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

【일반금융소비자】

전문금융소비자가 아닌 계약자를 말합니다.

- ③ 청약철회는 계약자가 전화로 신청하거나, 철회의사를 표시하기 위한 서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시(이하 '서면 등'이라 합니다)를 발송한 때 효력이 발생합니다. 계약자는 서면 등을 발송한 때에 그 발송 사실을 회사에 자체 없이 알려야 합니다.
- ④ 제3항에 따라 계약자가 이 특약의 청약 철회를 신청한 경우에는 이 특약이 부가된 주계약에 대해서도 동시에 청약철회를 신청해야 합니다.
- ⑤ 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 납입한 보험료를 돌려 드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 특약의 보험계약대출 이율을 연 단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 해당 신용카드회사로 하여금 대금청구를 하지 않도록 해야 하며, 이 경우 회사는 보험료를 반환한 것으로 봅니다.
- ⑥ 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급 사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급 사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약 철회의 효력은 발생하지 않습니다.

제15조 (특약의 무효)

- ① 계약자가 유산 또는 사산을 하여 태아가 출생하지 못한 경우에는 특약을 무효로 합니다.
- ② 계약자는 제1항의 사실이 발생된 경우에는 다음의 서류를 제출하여 이를 회사에 알려야 합니다.
1. 통지서(회사양식)

2. 의사 또는 조산원의 유산 또는 사산을 증명하는 서류

- ③ 회사는 제1항에 따라 특약이 무효가 된 경우에는 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말합니다.)를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙하기 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출 이율을 연 단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제16조 (태아의 출생 통지 및 피보험자의 확정 등)

- ① 계약자는 태아가 출생한 경우에는 즉시 다음의 서류를 제출하여 이를 회사에 알려야 합니다.
1. 통지서(회사양식)
 2. 피보험자의 가족관계등록부 또는 주민등록등본
- ② 계약자가 복수의 태아를 출산한 경우 계약자는 출생아 중 1명을 피보험자로 지정하여 제1항에 따라 회사에 통지할 수 있으며, 회사는 이에 따릅니다.
- ③ 회사는 제1항의 통지가 있는 경우 다음 각 호의 사항을 확정합니다.
1. 피보험자
 2. 피보험자의 성별
 3. 출생일
 4. 출생일 기준의 보험기간
 5. 제1호 및 제2호를 기준으로 이 특약의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에 따른 보험료

제17조 (특약 내용의 변경 등)

- ① 계약자가 출생일 이후 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때, 회사는 주계약과 동일한 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 제1항에도 불구하고 특약의 보험기간과 보험료의 납입주기, 납입 방법 및 납입기간에 대한 변경은 신청 할 수 없습니다.
- ③ 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며, 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.

【추가 설명】

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

- ④ 계약자가 제3항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우 계약자와 피보험자가 동일하지 않을 때에는

보험금의 지급 사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면(『전자서명법 제2조(정의) 제2호』에 따른 전자서명이 있는 경우로서 『상법 시행령 제44조의2(타인의 생명보험)』에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함합니다.)으로 동의하여야 합니다.

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

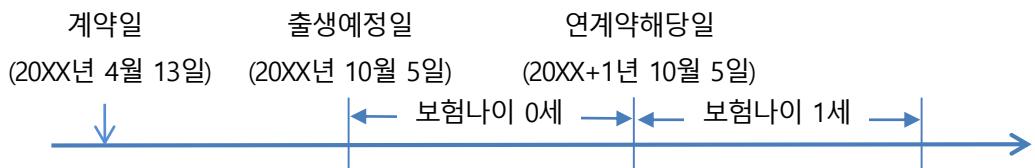
제18조 (보험나이 등)

- ① 이 특약에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 하며, 출생일에 0세로 합니다. 다만, 계약자가 출생예정일 이후에도 제16조(태아의 출생 통지 및 피보험자의 확정 등)에서 정한 출생통지를 하지 않은 경우, 피보험자의 나이는 출생예정일에 0세로 하고 그 출생통지에 따른 확정이 이루어지기 전까지 출생일은 출생예정일로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 계약일의 피보험자의 가입나이는 보험나이 0세로 합니다.
- ③ 제1항의 보험나이는 출생일 이후 매년 연계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

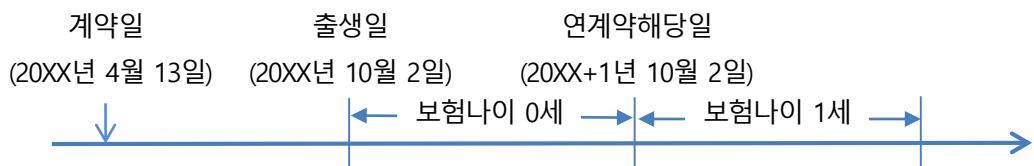
【보험나이 계산 예시】

현재(계약일) : 20XX년 4월 13일, 출생예정일 : 20XX년 10월 5일, 출생일 : 20XX년 10월 2일

[예시1] 제16조(태아의 출생 통지 및 피보험자의 확정 등)에서 정한 출생통지를 하지 않은 경우



[예시2] 제16조(태아의 출생 통지 및 피보험자의 확정 등)에서 정한 출생통지를 한 경우



제19조 (특약의 소멸)

- ① 다음 중 한가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
1. 주계약의 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다.)에는 예외로 합니다.
 2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우
이때 회사는 이 계약의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

- ② 제1항 제2호의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망 연월일을 기준으로 합니다.

【실종선고】

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

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

【연명의료중단등결정 및 이행】

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

【추가 설명】

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

- ④ 제1항 제2호의 계약자적립액 지급 사유가 발생한 경우, 계약자는 제9조(보험금 등의 청구) 제1항에 따라 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급 절차는 제10조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따르며, 지급 기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출 이율을 연 단위 복리로 계산합니다.

제5관 보험료의 납입

제20조 (특약의 제1회 보험료 및 보장개시일)

- ① 회사가 특약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 특약에서 정하는 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다.
- ② 제1항의 제1회 보험료는 피보험자 남자 보험나이 0세 기준으로 계산된 보험료를 말합니다.
- ③ 제1항의 제1회 보험료를 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체 신청 또는 신용카드 매출 승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임 있는 사유로

자동이체 또는 매출 승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.

④ 회사는 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급 사유가 발생하였을 때에도 이 특약에서 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

⑤ 회사는 제4항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.

1. 제11조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급 사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우.

2. 제12조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우.

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

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

【준용】

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

제21조 (보험료 변경 및 정산)

① 회사는 제16조(태아의 출생 통지 및 피보험자의 확정 등) 제3항에 따라 피보험자가 확정된 경우에는 다음의 기준에 따라 보험료를 변경합니다.

1. 출생 후 피보험자의 성별이 남자인 경우 : 보험료 변경 없음

2. 출생 후 피보험자의 성별이 여자인 경우 : 피보험자 보험나이 0세 여자 보험료

② 회사는 제1항 및 제16조(태아의 출생 통지 및 피보험자의 확정 등) 제3항에 따른 확정으로 이 특약 청약 시 적용한 피보험자의 성별과 출생 시 성별이 다른 경우에는 이 특약의 '보험료 및 해약환급금 산출 방법서'에서 정한 방법에 따라 보험료를 정산합니다.

③ 제2항에 따라 보험료를 정산하는 경우, 회사가 지급하여야 할 금액이 있을 때는 이를 계약자에게 지급하고 부족한 금액이 있을 때는 계약자가 이를 회사에 납입하여야 합니다.

④ 제3항의 회사가 지급하여야 할 금액 또는 계약자가 납입하여야 할 금액은 제2항에 따라 계산된 보험료 정산 금액과 정산일까지의 기간 동안 평균공시이율을 연 단위 복리로 계산한 금액을 더한 금액으로 합니다.

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제22조 (계약자의 임의 해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제25조(해약 환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

- ② 제1항에도 불구하고 회사는 다음 각 호의 조건을 모두 만족하는 경우에는 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말합니다.)를 계약자에게 돌려 드립니다.
1. 계약의 해지 시점이 출생예정일 이후인 경우
 2. 태아가 출생하기 전인 경우
- ③ 제2항에 따라 계약을 해지하는 경우 계약자는 의사소견서 등 제2항의 '태아가 출생하기 전'임을 입증할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.

제23조 (위법계약의 해지)

- ① 계약자는 『금융소비자 보호에 관한 법률 제47조(위법계약의 해지) 및 관련규정』에서 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 법 위반사항이 있는 경우 계약 체결 일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 '계약 해지요구서'에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 회사가 『금융소비자 보호에 관한 법률 시행령 제38조(위법계약의 해지) 제4항』에서 정한 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우, 계약자는 해당 계약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 제1항 및 제3항에 따라 특약이 해지된 경우 회사는 제25조(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 『민법』 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

【제척기간】

어떤 종류의 권리에 대하여 법률상으로 정하여진 존속기간을 말합니다.

제24조 (중대 사유로 인한 해지)

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급 사유를 발생 시킨 경우.
 2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급 사유가 발생한 경우에는 이에 대한 보험금은 지급합니다.
- ② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우, 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제25조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제25조 (해약환급금)

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에 따라 계산합니다.
- ② 해약환급금의 지급 사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 [별표4] '보험금 등을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과 기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공합니다.
- ④ 제23조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제7관 기타 사항

제26조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

- ① 이 특약에서 정하지 않은 사항은 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

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

[별표 1]

보험금 지급기준표

(기준 : 보험가입금액 1,000만원)

급부명	지급 사유	지급 금액
주산기질환 수술비 (약관 제5조)	이 특약의 보험기간 중 피보험자가 「주산기질환」의 치료를 직접적인 목적으로 「수술」을 받을 경우	수술 1회당 50만원

[별표 2]**특정수술 분류표****<특정수술 분류표>****I. 일반 질병 및 재해 치료목적의 수술**

수술명
피부, 유방의 수술
1. 피부이식수술(25㎠이상인 경우) 및 피판수술(피판분리수술, Z flap, W flap 제외) 2. 피부이식수술(25㎠미만인 경우) 3. 유방절단수술(切斷術, Mastectomy) 4. 기타 유방수술(농양의 절개 및 배액은 제외) <p>[다만, 치료목적의 Mammotomy는 수술개시일부터 60일 이내 2회이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며, 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능함]</p>
근골(筋骨)의 수술
<p>[발정술(拔釘術) 등 내고정물 제거술은 제외함]</p> <p>[치(齒).치은.치근(齒根).치조골(齒槽骨)의 치치, 임플란트(Implant) 등 치과 치치 및 수술에 수반하는 것은 제외함]</p>
5. 골(骨) 이식수술 6. 두개골(頭蓋骨, cranium) 관혈수술 <p>[다만, 비골(鼻骨), 비중격(鼻中隔), 상악골(上顎骨), 하악골(下顎骨), 악관절(顎關節)은 제외함]</p> 7. 비골(鼻骨) 수술 <p>[다만, 비중격 만곡증(彎曲症)수술, 수면 중 무호흡 수술은 제외함]</p> 8. 상악골(上顎骨), 하악골(下顎骨), 악관절(顎關節) 관혈수술 9. 척추골(脊椎骨), 골반골(骨盤骨), 추간판 관혈수술 10. 쇄골(鎖骨), 견갑골(肩胛骨), 늑골(肋骨), 흉골(胸骨) 관혈수술 11. 사지(四肢) 절단수술 [다만, 다지증에 대한 절단수술은 제외함] 11-1. 손가락, 발가락 절단수술 <p>[골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는 것]</p> 11-2. 기타 사지(四肢) 절단수술 12. 절단(切斷)된 사지(四肢) 재접합수술(再接合手術) <p>[골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는 것]</p> 13. 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술

수술명	
	13-1. 손가락, 발가락의 골 및 관절 관절수술
	13-2. 기타 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관절수술
	14. 근(筋), 건(腱), 인대(韌帶), 연골(軟骨) 관절수술
호흡기계, 흉부(胸部)의 수술	
	15. 만성부비강염(慢性副鼻腔炎) 근본수술(根本手術)
	16. 후두(喉頭) 관절적 절제수술
	17. 편도, 아데노이드 절제수술
	18. 기관(氣管), 기관지(氣管支), 폐(肺), 흉막(胸膜) 관절수술 [개흉술(開胸術, Thoracotomy)을 수반하는 것]
	19. 폐장(肺臟) 이식수술 [수용자(受容者)에 한함]
	20. 흉곽(胸郭) 형성수술(形成手術)
	21. 종격증양(縱隔腫瘍), 흉선 절제수술 [개흉술을 수반하는 것]
순환기계, 비장(脾腸)의 수술	
	22. 혈관 관절수술 [다만, 하지정맥류 및 손가락·발가락은 제외함]
	23. 하지 정맥류(靜脈瘤) 근본수술 및 손가락·발가락 혈관 관절수술
	24. 대동맥(大動脈), 대정맥(大靜脈), 폐동맥(肺動脈), 관동맥(冠動脈) 관절수술 [개흉술, 개복술을 수반하는 것]
	25. 심막(心膜) 관절수술 [개흉술을 수반하는 것]
	26. 심장내(心藏內) 관절수술 [개흉술을 수반하는 것]
	27. 심장 이식수술 [수용자에 한함]
	28. 체내용(體內用) 인공심박조율기(人工心搏調律機, Artificial pacemaker) 매입술(埋入術)
	29. 비장(脾腸) 절제수술
소화기계의 수술	
	30. 이하선 절제수술
	31-1. 악하선, 설하선 절제수술
	31-2. 기타 타액선 절제수술 [다만, 타석제거는 제외함]
	32. 식도(食道) 이단술(離斷術) [개흉술, 개복술(開腹術, Laparotomy)을 수반하는 것]
	33. 위 절제수술 (胃 切除手術, Gastrectomy) [개복술을 수반하는 것]
	34. 기타의 위·식도 관절수술 [개흉술, 개복술을 수반하는 것]
	35. 간장(肝臟), 쇠장(脾臟) 관절수술 [개복술을 수반하는 것]
	36. 담낭(膽囊), 담도(膽道) 관절수술 [개복술을 수반하는 것]
	37. 간장 이식수술 [수용자에 한함, 개복술을 수반하는 것]

수술명	
38.	췌장 이식수술 [개복술을 수반해야 하며 수용자에 한함] [다만, 랑게르한스 소도(Islet of Langerhans)세포 이식수술은 제외함]
39.	탈장(脫腸) 근본수술
40.	전신성 복막염(全身性 腹膜炎, Generalized peritonitis) 수술
41.	충수(蟲垂)절제술(충수염 관련 충수주위 농양수술, 국한성 복막염 수술 포함), 맹장봉축술(盲腸縫縮術)
42.	직장탈(直腸脫) 근본수술
43.	소장(小腸), 결장(結腸), 직장(直腸), 장간막(腸間膜) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것] [다만, 직장탈근본수술은 제외함]
44.	치루(痔瘻), 탈항(脫肛), 치핵(痔核) 근본수술 [다만, 근치를 목적으로 하지 않은 수술은 제외함]
비뇨기계·생식기계의 수술	
[인공임신중절 수술은 제외함]	
45.	신장(腎臟), 방광(膀胱), 신우(腎盂), 요관(尿管) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것. 다만, 경요도적 조작 및 방광류·요실금 교정수술은 제외함]
46.	요도 관혈수술 [다만, 경요도적 조작은 제외함]
47.	방광류·요실금 교정수술
48.	신장(腎臟) 이식수술(移植手術) [수용자에 한함]
49.	음경(陰莖) 절단수술 [다만, 포경수술 및 음경이물제거수술은 제외함]
50.	고환(睾丸), 부고환(副睾丸), 정관(精管), 정색(精索), 정낭(精囊) 관혈수술, 전립선(前立腺) 관혈수술
51.	음낭 관혈수술
52.	자궁, 난소, 난관 관혈수술 [다만, 제왕절개만출술 및 경질적인 조작은 제외함]
53.	경질적 자궁, 난소, 난관 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며, 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]
54.	제왕절개만출술(帝王切開娩出術)
55.	질탈(臍脫) 근본수술
내분비기계의 수술	
56.	뇌하수체종양(腦下垂體腫瘍) 절제수술
57.	갑상선(甲狀腺)-부갑상선(副甲狀腺) 관혈수술
58.	부신(副腎) 절제수술
신경계의 수술	

수술명	
59.	두개내(頭蓋內) 관혈수술 [개두술(開頭術, Craniotomy)을 수반하는 것]
60.	신경(神經) 관혈수술
61.	관혈적 척수종양(脊髓腫瘍) 절제수술
62.	척수경막내외(脊髓硬膜內外) 관혈수술
시각기의 수술	
[약물주입술은 제외]	
63.	안검하수증(眼檢下垂症)수술 [다만, 안검내반증은 제외함]
64.	누소관(淚小管)형성수술 [누관튜브삽입술 포함]
65.	누낭비강(淚囊鼻腔) 관혈수술
66.	결막낭(結膜囊) 형성수술
67.	각막, 결막, 공막 봉합수술
68.	각막, 공막 이식수술
69.	전방(前房), 흥채(虹彩), 유리체(琉璃體) 관혈수술
70.	녹내장(綠內障) 관혈수술
71.	백내장(白內障), 수정체(水晶體) 관혈수술
72.	망막박리(網膜剝離) 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며, 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]
73.	레이저(Laser)에 의한 안구(眼球) 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며, 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]
74.	냉동응고(冷凍凝固)에 의한 안구(眼球) 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며, 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]
75.	안구적출술, 조직충전술(組織充填術)
76.	안와내종양 절제수술
77.	관혈적 안와내(眼窩內) 이물제거수술(異物除去手術)
78.	안근(眼筋) 관혈수술
청각기(聽覺器)의 수술	
79.	관혈적 고막(鼓膜) 성형술 [다만, 고막 패치술은 제외함]
80.	유양동 절제술(乳樣洞切除術, mastoidectomy)
81.	중이(中耳) 관혈수술 [다만, 중이내 튜브유치술은 제외함]

수술명	
82.	중이내(中耳內) 튜브유치술 [다만, 고막 패치술은 제외함. 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며, 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]
83.	내이(內耳) 관혈수술
상기 이외의 수술	
[검사, 처치, 약물주입요법은 포함하지 않음]	
84.	상기 이외의 개두술(開頭術)
85.	상기 이외의 개흉술(開胸術)
86.	상기 이외의 개복술(開腹術)
87.	체외충격파쇄석술(體外衝擊破碎石術, E.S.W.L) [다만, 체외충격파치료술(E.S.W.T)은 제외함. 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며, 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]
88.	내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter)·고주파 전극 등에 의한 경피적 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며, 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]
88-1.	뇌, 심장
88-2.	후두, 흉부장기(심장 제외), 복부장기(비뇨, 생식기 제외), 척추, 사지관절(손가락, 발가락은 제외)
88-3.	비뇨, 생식기 및 손가락, 발가락

(주) 상기 1~87항의 수술 중 내시경(Fiberscope)을 이용한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter)·고주파 전극 등에 의한 경피적(經皮的, Percutaneous) 수술은 88항을 적용합니다. 다만, 복강경·흉강경에 의한 수술은 해당부위(1~87항)의 수술로 적용합니다.

2. 악성 신생물 치료 목적의 수술

수술명	
1.	관혈적 악성신생물(惡性新生物) 근치수술(根治手術, Radical curative surgery) 다만, 기타피부암(C44) 제외 [다만, 내시경 수술, 카테터·고주파 전극 등의 경피적 수술 등은 제외함] 1-1. 기타피부암(C44)
2.	내시경 수술, 카테터 · 고주파 전극 등에 의한 악성 신생물 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하

수술명
며, 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]
3. 상기 이외의 기타 악성 신생물 수술
[수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며, 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]

(주)

- 제자리암·경계성 종양에 대한 수술은 '1. 일반 질병 및 재해치료 목적의 수술' 항목의 적용을 받습니다.
- 카테터(Catheter)를 이용한 흡인·천자·약물주입요법은 포함하지 않습니다.
- 비고형암에 대한 비관혈적 근치술은 관혈적 악성 신생물 근치수술에 준하여 수술로 인정합니다.
 - 비고형암에 대한 비관혈적 근치술 중 조혈모세포 이식술은 일련의 과정(추출, 필터링, 배양, 제거, 주입)을 모두 포함하여 1회의 수술로 인정합니다.
 - 다만, 약물 등을 투여하기 위한 시술(예. 중심정맥삽관술)만 시행할 경우에는 수술로 인정하지 않습니다.
 - 조혈모세포 이식술을 제외한 비고형암에 대한 비관혈적 근치술의 경우 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며, 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

3. 악성 신생물 근치·두개내 신생물 근치 방사선 조사 분류표

수술명
1. 악성 신생물 근치 방사선 조사 [5,000Rad 이상의 조사(照射)를 하는 경우로 한정하며, 악성 신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료(定位的 放射線 治療, Stereotactic radiotherapy)를 포함함]
2. 두개내 신생물 근치 감마 나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료

(주) 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며, 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

II. 특정수술·신생물 근치 방사선 조사분류표 사용 지침

- 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자가 피보험자의 질병 또는 재해로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 『의료법 제3조(의료기관)』의 규정에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 '특정수술 분류표'에서 정한 행위 [기구를 사용하여 생체에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회[향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관]로부터 안정성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.)을 말하며 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺), 바늘 또는 관

을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것), 적제(滴劑) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK은 제외]를 하는 것을 말합니다.

2. '관혈(觀血)' 수술이라 함은 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말합니다.
3. '근본(根本)' 혹은 '근치(根治)' 수술이라 함은 일회의 수술로 해당 질병을 완전히 치유할 수 있는 수술을 말합니다.
4. '관혈적 악성 신생물 근치수술'이라 함은 관혈적 방법을 통해 악성 신생물의 원발 병소를 완전히 절제, 적제, 적출하고 혹은 광청술을 함께 실시한 경우입니다.
5. '특정수술 분류표' 상에 열거되지 않은 선진의료적 첨단 수술에 대한 인정 및 적용 기준
'특정수술 분류표'에서의 선진의료적 첨단 수술은 위의 「수술」의 정의에 해당하여야 하고 약물투여 치료, 방사선조사치료 또는 기타의 보존적 치료로 분류될 수 없는 경우이어야 합니다.
 - ① '특정수술 분류표' 상의 수술 이외에 보건복지부산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안정성과 치료효과를 인정받은 최신 수술 기법으로 치료한 경우 '특정수술 분류표' 상의 동일부위 수술로 봅니다. 이 때에 해당 최신수술기법은 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술 보험금을 지급하며, 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.
 - ② 다만, 이 선진의료적 첨단 수술이 본질적으로 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter), 고주파 전극 등에 의한 경피적 수술인 경우에는 '특정수술 분류표' 중 88항(악성신생물의 경우는 '2. 악성 신생물 치료목적의 수술' 2항)을 우선 적용합니다.
6. '악성 신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife; 선형가속기에서 발생되는 가느다란 방사선 이용) 정위적 방사선 치료' 라 함은 선형가속기(LINAC)에서 발생되는 가는 방사선(Pencil beam)들을 다양한 각도에서 악성 신생물을 향해 집중적으로 조사하면서 동시에 악성 신생물의 움직임을 병변 추적 장치를 이용하여 실시간으로 추적하면서 치료하는 방법입니다.
7. '두개내 신생물 근치 감마나이프 (Gammaknife)정위적 방사선 치료'라 함은 정위 좌표계를 이용하여 코발트 60 방사성 동위원소(Co-60)에서 나오는 감마선을 두개강 내의 신생물을 향해 집중 조사함으로 두개(頭蓋)를 열지 않고도 수술적 제거와 같은 효과를 내는 치료를 말합니다.
8. 다음과 같은 수술은 수술급여금 지급대상에서 보장을 제외합니다
 - ① 미용 성형상의 수술
 - ② 피임(避妊) 목적의 수술
 - ③ 피임 및 불임술 후 가임 목적의 수술
 - ④ 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡検査) 등]

[별표 3]**주산기질환 분류표**

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

분류항목	분류번호
1 산모요인과 임신, 진통 및 분만의 합병증에 의해 영향을 받은 태아 및 신생아	P00~P04
2 임신기간 및 태아성장과 관련된 장애	P05~P08
3 출산외상	P10~P15
4 출생전후기에 특이한 호흡기 및 심혈관장애	P20~P29
5 출생전후기에 특이한 감염	P35~P39
6 태아 및 신생아의 출혈성 및 혈액학적 장애	P50~P61
7 태아 및 신생아에 특이한 일과성 내분비 및 대사 장애	P70~P74
8 태아 및 신생아의 소화계통장애	P75~P78
9 태아 및 신생아의 외피 및 체온조절에 관련된 병태	P80~P83
10 출생전후기에 기원한 기타 장애	P90~P96

※ 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 「주산기질환」의 해당 여부는 피보험자가 진단 당시에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

[별표 4]**보험금 등을 지급할 때의 적립 이율 계산****(제10조 제2항 및 제25조 제2항 관련)**

구분	기간	지급 이자	
주산기질환 수술비 (제5조)	지급 기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출 이율	
	지급 기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출 이율 + 가산이율(4.0%)	
	지급 기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출 이율 + 가산이율(6.0%)	
	지급 기일의 91일 이후 기간	보험계약대출 이율 + 가산이율(8.0%)	
해약환급금 (제25조 제1항)	지급 사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내	평균공시이율의 50%
	청구일 다음 날부터 해약환급금 지급일까지의 기간	1년 초과 기간	평균공시이율의 40%
		보험계약대출 이율	

(주)

- 지급 이자는 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
- 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당 기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
- 가산이율 적용 시 주계약에서 정한 가산이율을 적용하지 않는 사유로 지연된 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
- 가산이율 적용 시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

【정당한 사유】

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

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

[출처 : 국립국어원 표준국어대사전]

5. 제19조(특약의 소멸) 제1항에 따라 사망 당시의 계약자적립액을 지급하는 경우에는 지급 기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출 이율을 연 단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급 합니다.
6. 제12조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과), 제23조(위법계약의 해지) 및 제24조(증대 사유로 인한 해지)의 경우, 위 표의 '청구일'은 보험사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당

주산기질환 입원특약

특약 약관

이 특약은 태아 가입 시 무배당 주산기질환수술특약을 선택(의무부가)하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

무배당 주산기질환입원특약 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 태아의 출생을 조건으로 제5조(보험금의 지급 사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

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

1. 계약관계 관련 용어

- 가. 계약자 : 회사와 특약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말하며, 이 특약을 체결할 때의 계약자는 태아를 임신하고 있는 여성을 말합니다.
- 나. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
- 다. 태아 : 이 특약을 체결 할 때 출생하지 않은 자로 출생을 조건으로 출생일 이후 이 특약의 피보험자가 되는 자를 말하며, 주계약의 피보험자와 같습니다.
- 라. 보험수익자 : 보험금 지급 사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
- 마. 보험증권 : 특약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
- 바. 진단계약 : 특약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 특약을 말합니다.

2. 지급 사유 관련 용어

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

【보험가입금액 한도 제한】

피보험자가 가입 할 수 있는 최대한도의 보험가입금액을 제한하는 방법

【일부 보장 제외(부담보)】

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

【보험금 삭감】

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

발생할 경우 미리 정해진 비율로 보험금을 감액하여 지급하는 방법

【보험료 할증】

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

3. 이자율 관련 용어

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

【연 단위 복리 예시】

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

$$\text{- 1년차 이자} = 100\text{원(원금)} \times 10\% = 10\text{원}$$

$$\text{- 2년차 이자} = [100\text{원(1년차 원금)} + 10\text{원(1년차 이자)}] \times 10\% = 11\text{원}$$

$$\Rightarrow 2\text{년 시점의 총 이자금액} = 10\text{원(1년차 이자)} + 11\text{원(2년차 이자)} = 21\text{원}$$

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

4. 태아 관련 용어

가. 출생예정일 : 특약을 체결 할 때 청약서에 기재된 출생예정일 또는 임신 주수를 기준으로 계산된 출생예정일을 말합니다. 다만, 제16조(태아의 출생 통지 및 피보험자의 확정 등)에 따라 출생일이 확정 된 경우에는 출생예정일은 출생일과 동일한 날짜로 변경됩니다.

나. 출생일 : 태아(출생 후 피보험자를 말합니다.)의 가족관계등록부 또는 주민등록등본에 기재된 출생 일로서 주민등록번호 앞의 6자리를 기준으로 합니다.

5. 보험료 및 지급금 관련 용어

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

나. 이미 납입한 보험료 : 계약자가 회사에 납입한 보험료를 말하며, 제17조(특약 내용의 변경 등) 및 제21조(보험료 변경 및 정산) 제1항에 따라 보험료가 변경되었을 경우 최종 변경된 보험료를 기준으로 적용합니다.

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

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

6. 기간과 날짜 관련 용어

- 가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말하며, 출생 전 기간을 포함하여 출생예정일부터 계약자가 선택한 기간까지를 말합니다.
- 나. 영업일 : 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, 『관공서의 공휴일에 관한 규정 제2조(공휴일) 및 제3조(대체공휴일)』에 따른 공휴일 및 대체공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.
- 다. 보장개시일 : 회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 보험계약일로 봅니다.
- 라. 계약해당일 : 피보험자의 출생일과 동일한 월, 일을 말합니다. 다만, 출생통지에 따른 확정이 이루어 지기 전까지 출생일은 출생예정일로 합니다.
- 마. 연계약해당일 : 계약해당일부터 1년씩 경과되는 매년의 계약해당일을 말합니다. 다만, 해당 년의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 말일을 연계약해당일로 합니다.

【연계약해당일 예시】

출생일 : 20XX년 2월 29일

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

7. 기타 주요 용어

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

제3조 ('입원'의 정의와 장소)

이 특약에서 「입원」이라 함은 '의사' 면허를 가진 자가 제4조('주산기질환'의 정의 및 진단 확정)에서 정한 「주산기질환」의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료기관에 입실(입·퇴원 확인서 발급 기준)하여 '의사'의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조 ('주산기질환'의 정의 및 진단 확정)

- ① 이 특약에서 「주산기질환」이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류의 기본분류에 있어서 [별표2] '주산기질환 분류표'에서 정한 질병(이하 「주산기질환」이라 합니다.)을 말합니다.

【한국표준질병·사인분류】

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

- ② 「주산기질환」의 진단 확정은 '의료기관'의 '의사' 면허를 가진 자에 의한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 「주산기질환」 진단의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2관 보험금의 지급

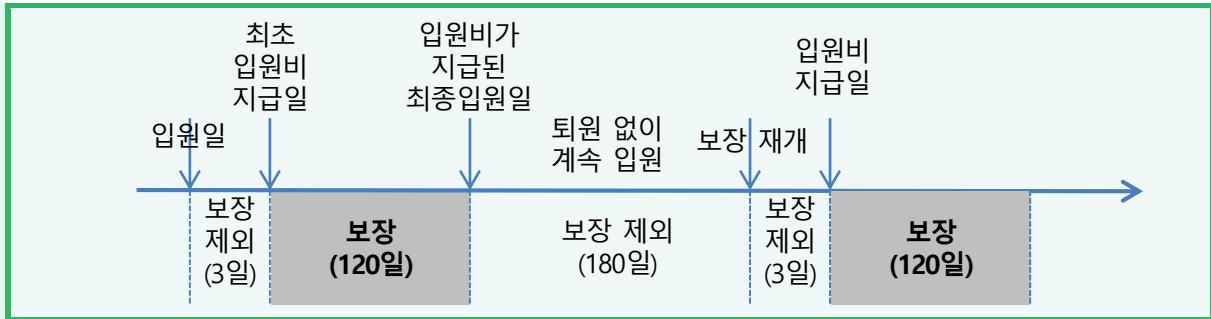
제5조 (보험금의 지급 사유)

회사는 보험기간 중 피보험자가 「주산기질환」으로 진단이 확정되고, 그 「주산기질환」의 치료를 직접적인 목적으로 4일 이상 계속하여 「입원」하였을 경우에 [별표1] '보험금 지급기준표'에서 약정한 주산기질환 입원비를 지급합니다.

제6조 (보험금 지급에 관한 세부 규정)

- ① 제5조(보험금의 지급 사유)의 경우 피보험자가 제3조 ('입원'의 정의와 장소)에서 정한 병원 또는 의원을 이전하여 「입원」한 경우에도 동일한 「주산기질환」의 치료를 직접적인 목적으로 「입원」할 때에는 계속하여 「입원」한 것으로 봅니다.
- ② 제1항의 경우 계속 입원이란 중도퇴원 없이 계속하여 「입원」하는 것을 뜻하며, 제3항에 해당하는 경우에도 포함합니다.
- ③ 제5조(보험금의 지급 사유)의 경우 피보험자가 입원기간 중 보험기간이 끝났을 경우에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여도 제4항의 규정에 따라 입원비를 지급합니다.
- ④ 제5조(보험금의 지급 사유)의 경우 입원비의 지급일수는 1회 「입원」당 120일을 최고 한도로 합니다.
- ⑤ 제5조(보험금의 지급 사유)의 경우 피보험자가 동일한 「주산기질환」의 치료를 직접적인 목적으로 「입원」을 2회 이상 한 경우에는 1회 「입원」으로 보아 각 입원 일수를 더하여 제4항(1회 「입원」당 입원비 지급일수 최고한도에 관한 사항임.)의 규정을 적용합니다.
- ⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 「주산기질환」의 치료를 직접적인 목적으로 한 「입원」이라도 입원비가 지급된 최종 입원의 퇴원일부터 180일이 지난 후의 「입원」은 새로운 「입원」으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원비가 지급된 최종 입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속 「입원」중인 경우에는 입원비가 지급된 최종 입원일의 그 다음 날을 퇴원일로 봅니다.

【'주산기질환 입원비' 보장기간 및 지급예시】



⑦ 피보험자가 정당한 사유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 주산기질환 입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

【정당한 사유】

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

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

[출처 : 국립국어원 표준국어대사전]

⑧ 보험수익자와 회사가 제5조(보험금의 지급 사유)의 보험금 지급 사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 『의료법 제3조(의료기관)』에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급 사유 판정에 드는 의료 비용은 회사가 전액 부담합니다.

제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우.

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사 결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.

【심신상실】

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

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우.

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우.

제8조 (보험금 지급 사유의 발생 통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제5조(보험금의 지급 사유)에서 정한 보험금 지급 사유의 발생을 안

때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제9조 (보험금 등의 청구)

- ① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 계약자적립액을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
 2. 사고 증명서(사망 진단서, 입·퇴원 확인서, 진료기록부 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 또는 계약자 의사표시의 확인방법을 포함하며, 이하 '신분증'이라 합니다)
 4. 기타 보험수익자가 보험금 수령 또는 계약자가 계약자적립액 청구에 필요하여 제출하는 서류.
- ② 제1항 제2호의 사고 증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제10조 (보험금 지급 등의 절차)

- ① 회사는 제9조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10 영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 [별표3] '보험금 등을 지급할 때의 적립 이율 계산'과 같이 계산합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제11조 (계약 전 알릴 의무)

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

【계약 전 알릴 의무】

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

제12조 (계약 전 알릴 의무 위반의 효과)

- ① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제11조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나

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

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

【사례】

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

- ② 회사는 제1항에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴 의무 위반 사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반 사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리 결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다.”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다.
- ③ 제2항에 따라 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 『전자서명법 제2조(정의) 제2호』에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.
- ④ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제25조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
- ⑤ 제11조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급 사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 지급합니다.

- ⑥ 회사는 다른 보험 가입 내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 특약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

제4관 특약의 성립과 유지

제13조 (특약의 성립)

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

제14조 (청약의 철회)

- ① 계약자는 청약을 한 날부터 출생예정일 전일까지 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 청약일과 출생예정일 전일까지 기간이 30일 미만인 경우에는 30일 이내에 청약을 철회할 수 있습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 특약은 청약을 철회할 수 없습니다.

【전문금융소비자】

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

【일반금융소비자】

전문금융소비자가 아닌 계약자를 말합니다.

- ③ 청약철회는 계약자가 전화로 신청하거나, 철회의사를 표시하기 위한 서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시(이하 '서면 등'이라 합니다)를 발송한 때 효력이 발생합니다. 계약자는 서면 등을 발송한 때에 그 발송 사실을 회사에 자체 없이 알려야 합니다.

- ④ 제3항에 따라 계약자가 이 특약의 청약 철회를 신청한 경우에는 이 특약이 부가된 주계약에 대해서도 동시에 청약철회를 신청해야 합니다.
- ⑤ 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 납입한 보험료를 돌려 드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 특약의 보험계약대출 이율을 연 단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 해당 신용카드회사로 하여금 대금청구를 하지 않도록 해야 하며, 이 경우 회사는 보험료를 반환한 것으로 봅니다.
- ⑥ 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급 사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급 사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약 철회의 효력은 발생하지 않습니다.

제15조 (특약의 무효)

- ① 계약자가 유산 또는 사산을 하여 태아가 출생하지 못한 경우에는 특약을 무효로 합니다.
- ② 계약자는 제1항의 사실이 발생된 경우에는 다음의 서류를 제출하여 이를 회사에 알려야 합니다.
 - 1. 통지서(회사양식)
 - 2. 의사 또는 조산원의 유산 또는 사산을 증명하는 서류
- ③ 회사는 제1항에 따라 특약이 무효가 된 경우에는 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말합니다.)를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙하기 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출 이율을 연 단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제16조 (태아의 출생 통지 및 피보험자의 확정 등)

- ① 계약자는 태아가 출생한 경우에는 즉시 다음의 서류를 제출하여 이를 회사에 알려야 합니다.
 - 1. 통지서(회사양식)
 - 2. 피보험자의 가족관계등록부 또는 주민등록등본
- ② 계약자가 복수의 태아를 출산한 경우 계약자는 출생아 중 1명을 피보험자로 지정하여 제1항에 따라 회사에 통지할 수 있으며, 회사는 이에 따릅니다.
- ③ 회사는 제1항의 통지가 있는 경우 다음 각 호의 사항을 확정합니다.
 - 1. 피보험자
 - 2. 피보험자의 성별
 - 3. 출생일
 - 4. 출생일 기준의 보험기간
 - 5. 제1호 및 제2호를 기준으로 이 특약의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에 따른 보험료

제17조 (특약 내용의 변경 등)

- ① 계약자가 출생일 이후 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때, 회사는 주계약과 동일한 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 제1항에도 불구하고 특약의 보험기간과 보험료의 납입주기, 납입 방법 및 납입기간에 대한 변경은 신청 할 수 없습니다.
- ③ 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며, 이 경우에는 회사의 승인이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.

【추가 설명】

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

- ④ 계약자가 제3항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우 계약자와 피보험자가 동일하지 않을 때에는 보험금의 지급 사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면(『전자서명법 제2조(정의) 제2호』에 따른 전자서명이 있는 경우로서 『상법 시행령 제44조의2(타인의 생명보험)』에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함합니다.)으로 동의하여야 합니다.
- ⑤ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

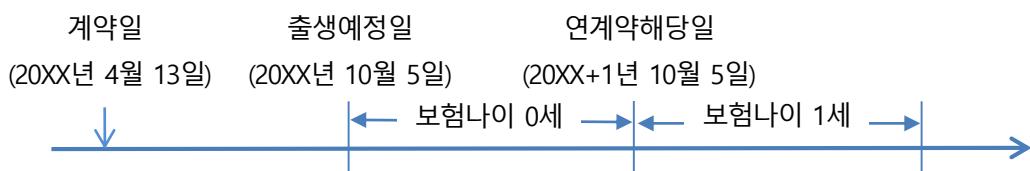
제18조 (보험나이 등)

- ① 이 특약에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 하며, 출생일에 0세로 합니다. 다만, 계약자가 출생예정일 이후에도 제16조(태아의 출생 통지 및 피보험자의 확정 등)에서 정한 출생통지를 하지 않은 경우, 피보험자의 나이는 출생예정일에 0세로 하고 그 출생통지에 따른 확정이 이루어지기 전까지 출생일은 출생예정일로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 계약일의 피보험자의 가입나이는 보험나이 0세로 합니다.
- ③ 제1항의 보험나이는 출생일 이후 매년 연계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

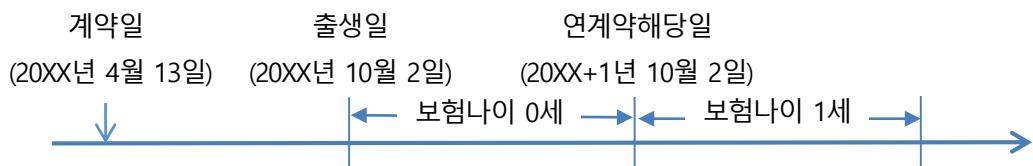
【보험나이 계산 예시】

현재(계약일) : 20XX년 4월 13일, 출생예정일 : 20XX년 10월 5일, 출생일 : 20XX년 10월 2일

[예시1] 제16조(태아의 출생 통지 및 피보험자의 확정 등)에서 정한 출생통지를 하지 않은 경우



[예시2] 제16조(태아의 출생 통지 및 피보험자의 확정 등)에서 정한 출생통지를 한 경우



제19조 (특약의 소멸)

- ① 다음 중 한가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

 1. 주계약의 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다.)에는 예외로 합니다.
 2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우
이때 회사는 이 계약의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

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

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

【실종선고】

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

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

【연명의료중단등결정 및 이행】

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

【추가 설명】

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

- ④ 제1항 제2호의 계약자적립액 지급 사유가 발생한 경우, 계약자는 제9조(보험금 등의 청구) 제1항에 따

라 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급 절차는 제10조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따르며, 지급 기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출 이율을 연 단위 복리로 계산합니다.

제5관 보험료의 납입

제20조 (특약의 제1회 보험료 및 보장개시일)

- ① 회사가 특약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 특약에서 정하는 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다.
- ② 제1항의 제1회 보험료는 피보험자 남자 보험나이 0세 기준으로 계산된 보험료를 말합니다.
- ③ 제1항의 제1회 보험료를 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체 신청 또는 신용카드 매출 승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임 있는 사유로 자동이체 또는 매출 승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.
- ④ 회사는 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급 사유가 발생하였을 때에도 이 특약에서 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
- ⑤ 회사는 제4항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.
 1. 제11조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급 사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우.
 2. 제12조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우.
 3. 진단계약에서 보험금 지급 사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우.다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 재해로 보험금 지급 사유가 발생하는 경우에는 보장을 해드립니다.

【준용】

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

제21조 (보험료 변경 및 정산)

- ① 회사는 제16조(태아의 출생 통지 및 피보험자의 확정 등) 제3항에 따라 피보험자가 확정된 경우에는 다음의 기준에 따라 보험료를 변경합니다.
 1. 출생 후 피보험자의 성별이 남자인 경우 : 보험료 변경 없음
 2. 출생 후 피보험자의 성별이 여자인 경우 : 피보험자 보험나이 0세 여자 보험료
- ② 회사는 제1항 및 제16조(태아의 출생 통지 및 피보험자의 확정 등) 제3항에 따른 확정으로 이 특약 청

약 시 적용한 피보험자의 성별과 출생 시 성별이 다른 경우에는 이 특약의 '보험료 및 해약환급금 산출 방법서'에서 정한 방법에 따라 보험료를 정산합니다.

- ③ 제2항에 따라 보험료를 정산하는 경우, 회사가 지급하여야 할 금액이 있을 때는 이를 계약자에게 지급하고 부족한 금액이 있을 때는 계약자가 이를 회사에 납입하여야 합니다.
- ④ 제3항의 회사가 지급하여야 할 금액 또는 계약자가 납입하여야 할 금액은 제2항에 따라 계산된 보험료 정산 금액과 정산일까지의 기간 동안 평균공시이율을 연 단위 복리로 계산한 금액을 더한 금액으로 합니다.

제6관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제22조 (계약자의 임의 해지)

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제25조(해약 환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 회사는 다음 각 호의 조건을 모두 만족하는 경우에는 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말합니다.)를 계약자에게 돌려 드립니다.
 1. 계약의 해지 시점이 출생예정일 이후인 경우
 2. 태아가 출생하기 전인 경우
- ③ 제2항에 따라 계약을 해지하는 경우 계약자는 의사소견서 등 제2항의 '태아가 출생하기 전'임을 입증할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.

제23조 (위법계약의 해지)

- ① 계약자는 『금융소비자 보호에 관한 법률 제47조(위법계약의 해지) 및 관련규정』에서 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 법 위반사항이 있는 경우 계약 체결 일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 '계약 해지요구서'에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 회사가 『금융소비자 보호에 관한 법률 시행령 제38조(위법계약의 해지) 제4항』에서 정한 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우, 계약자는 해당 계약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 제1항 및 제3항에 따라 특약이 해지된 경우 회사는 제25조(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 『민법』 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

【제척기간】

어떤 종류의 권리에 대하여 법률상으로 정하여진 존속기간을 말합니다.

제24조 (증대 사유로 인한 해지)

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급 사유를 발생 시킨 경우.
 2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급 사유가 발생한 경우에는 이에 대한 보험금은 지급합니다.

【추가 설명】

입원을 보장하는 보험상품에 가입한 피보험자가 10일간 입원하였음에도 불구하고 입원확인서를 변조하여 입원일수 30일에 해당하는 보험금을 청구한 경우, 회사는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다. 다만, 이 경우에도 입원일수 10일을 기준으로 계산한 보험금은 지급합니다.

- ② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우, 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제25조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제25조 (해약환급금)

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에 따라 계산합니다.
- ② 해약환급금의 지급 사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 [별표3] '보험금 등을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과 기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공합니다.
- ④ 제23조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제7관 기타 사항

제26조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

- ① 이 특약에서 정하지 않은 사항은 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

다.

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

[별표 1]

보험금 지급기준표

(기준 : 보험가입금액 1,000만원)

급부명	지급 사유	지급 금액
주산기질환 입원비 (약관 제5조)	이 특약의 보험기간 중 피보험자가 주산기질환으로 진단이 확정되고, 그 주산기질환의 치료를 직접적인 목적으로 4일 이상 계속하여 입원하였을 경우 (1회 입원당 120일 한도)	4일 이상 입원일수 1일당 1만원

[별표 2]**주산기질환 분류표**

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

분류항목	분류번호
1 산모요인과 임신, 진통 및 분만의 합병증에 의해 영향을 받은 태아 및 신생아	P00~P04
2 임신기간 및 태아성장과 관련된 장애	P05~P08
3 출산외상	P10~P15
4 출생전후기에 특이한 호흡기 및 심혈관장애	P20~P29
5 출생전후기에 특이한 감염	P35~P39
6 태아 및 신생아의 출혈성 및 혈액학적 장애	P50~P61
7 태아 및 신생아에 특이한 일과성 내분비 및 대사 장애	P70~P74
8 태아 및 신생아의 소화계통장애	P75~P78
9 태아 및 신생아의 외피 및 체온조절에 관련된 병태	P80~P83
10 출생전후기에 기원한 기타 장애	P90~P96

※ 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 「주산기질환」의 해당 여부는 피보험자가 진단 당시에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

[별표 3]

보험금 등을 지급할 때의 적립 이율 계산

(제10조 제2항 및 제25조 제2항 관련)

구분	기간	지급 이자	
주산기질환 입원비 (제5조)	지급 기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출 이율	
	지급 기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출 이율 + 가산이율(4.0%)	
	지급 기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출 이율 + 가산이율(6.0%)	
	지급 기일의 91일 이후 기간	보험계약대출 이율 + 가산이율(8.0%)	
해약환급금 (제25조 제1항)	지급 사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내	평균공시이율의 50%
	청구일 다음 날부터 해약환급금 지급일까지의 기간	1년 초과 기간	평균공시이율의 40%
		보험계약대출 이율	

(주)

- 지급 이자는 연 단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
- 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당 기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
- 가산이율 적용 시 주계약에서 정한 가산이율을 적용하지 않는 사유로 지연된 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
- 가산이율 적용 시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
- 제19조(특약의 소멸) 제1항에 따라 사망 당시의 계약자적립액을 지급하는 경우에는 지급 기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출 이율을 연 단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
- 제 12 조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과), 제 23 조(위법계약의 해지) 및 제 24 조(중대 사유로 인한 해지)의 경우, 위 표의 '청구일'은 보험사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

무배당
교보라플
어린이보험
(출생후)

주계약 약관

목차

무배당 교보라플 어린이보험(출생후) 약관.....	148
제1관 목적 및 용어의 정의	148
제1조 (목적).....	148
제2조 (용어의 정의).....	148
제3조 「골절」의 정의 및 진단 확정).....	150
제4조 「암」 등의 정의 및 진단 확정).....	150
제5조 「경계성종양」의 정의 및 진단 확정)	152
제6조 「제자리암」의 정의 및 진단 확정).....	152
제7조 「입원」 및 「수술」의 정의와 장소).....	153
제8조 「어린이 주요 10대질병」의 정의 및 진단 확정).....	153
제2관 보험금의 지급	154
제9조 (보험금의 지급 사유).....	154
제10조 (보험금 지급 등에 관한 세부 규정).....	155
제11조 (보험금 지급 등을 하지 않는 사유).....	159
제12조 (보험금 지급 사유 등의 발생 통지).....	160
제13조 (보험금 등의 청구).....	160
제14조 (보험금 지급 등의 절차).....	160
제15조 (보험금 받는 방법의 변경)	162
제16조 (주소 변경 통지).....	162
제17조 (보험수익자의 지정)	162
제18조 (대표자의 지정).....	162
제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등	163
제19조 (계약 전 알릴 의무)	163
제20조 (계약 전 알릴 의무 위반의 효과)	163
제21조 (사기에 의한 계약).....	164
제4관 보험계약의 성립과 유지	164
제22조 (보험계약의 성립).....	164
제23조 (청약의 철회)	165
제24조 (약관 교부 및 설명 의무 등).....	166
제25조 (계약의 무효)	167
제26조 (계약 내용의 변경 등).....	167

제27조 (보험나이 등)	168
제28조 (계약의 소멸)	169
제5관 보험료의 납입	170
제29조 (제1회 보험료 및 회사의 보장개시)	170
제30조 (제2회 이후 보험료의 납입)	170
제31조 (보험료의 자동대출납입)	170
제32조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)	171
제33조 (보험료의 납입 연체로 해지된 계약의 부활(효력 회복)).....	172
제34조 (강제집행 등으로 해지된 계약의 특별 부활(효력 회복)).....	173
제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등	173
제35조 (계약자의 임의 해지).....	173
제36조 (위법계약의 해지).....	174
제37조 (중대 사유로 인한 해지).....	174
제38조 (회사의 파산선고와 해지).....	175
제39조 (해약환급금).....	175
제40조 (보험계약대출).....	175
제41조 (배당금의 지급).....	175
제7관 분쟁의 조정 등	176
제42조 (분쟁의 조정).....	176
제43조 (관할법원)	176
제44조 (소멸시효)	176
제45조 (약관의 해석)	176
제46조 (설명서 교부 및 보험 안내 자료 등의 효력)	177
제47조 (회사의 손해배상책임).....	177
제48조 (개인정보보호).....	177
제49조 (준거법).....	178
제50조 (예금보험에 의한 지급 보장).....	178
보험금 지급기준표.....	179
재해 분류표	182
교통재해 분류표	184
장해 분류표	185
재해골절(치아파절 제외) 분류표	212
백혈병 및 골수암 분류표	213
대상이 되는 악성신생물(암) 분류표 (기타피부암 및 증증 이외 갑상선암 제외).....	214

기타 피부의 악성 신생물(암) 분류표.....	216
갑상선의 악성 신생물(암) 분류표	217
행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표.....	218
제자리의 신생물 분류표.....	219
질병 및 재해 분류표	220
어린이 주요 10대질병 분류표	221
1~5종 수술 분류표.....	225
보험금 등을 지급할 때의 적립 이율 계산.....	232

무배당 교보라플 어린이보험(출생후) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 보험계약(이하 '계약'이라 합니다.)은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다.)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다.) 사이에 제9조(보험금의 지급 사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

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

1. 계약관계 관련 용어

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

2. 지급 사유 관련 용어

- 가. 재해 : [별표2] 재해 분류표(이하 '재해 분류표'라 합니다.)에서 정한 재해를 말합니다.
- 나. 장해 : [별표4] 장해 분류표(이하 '장해 분류표'라 합니다.)에서 정한 기준에 따른 장해 상태를 말합니다.
- 다. 중요한 사항 : 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

【보험가입금액 한도 제한】

피보험자가 가입 할 수 있는 최대한도의 보험가입금액을 제한하는 방법

【일부 보장 제외(부담보)】

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

【보험금 삭감】

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

발생할 경우 미리 정해진 비율로 보험금을 감액하여 지급하는 방법

【보험료 할증】

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

3. 이자율 관련 용어

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

【연 단위 복리 예시】

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

$$\text{- 1년차 이자} = 100\text{원(원금)} \times 10\% = 10\text{원}$$

$$\text{- 2년차 이자} = [100\text{원(1년차 원금)} + 10\text{원(1년차 이자)}] \times 10\% = 11\text{원}$$

$$\Rightarrow 2\text{년 시점의 총 이자금액} = 10\text{원(1년차 이자)} + 11\text{원(2년차 이자)} = 21\text{원}$$

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

4. 보험료 및 지급금 관련 용어

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

나. 이미 납입한 보험료 : 계약자가 회사에 납입한 보험료를 말하며, 제26조(계약 내용의 변경 등)에 따라 보험료가 변경되었을 경우 최종 변경된 보험료를 기준으로 적용합니다.

다만, 만기환급금 계산 시 적용하는 '이미 납입한 보험료'에 한하여 제10조(보험금 지급 등에 관한 세부 규정) 제1항에 따라 보험료 납입을 면제 받은 경우에는 그 이후부터 보험료 납입기간 동안 정상적으로 보험료가 납입된 것으로 봅니다.

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

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

마. 미경과보험료 : 이 계약의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정한 방법에 따라 납입한 납입주기별 보험료 중 아직 경과하지 않은 기간(월 단위)에 해당하는 보험료(이하 '미경과보험료'라 합니다.)를 말합니다. 다만, 이 계약의 '사업방법서'에 따라 회사가 납입주기별 보험료를 할인한 경우 할인된 보험료를 기준으로 적용합니다.

【미경과보험료 예시】

- 보험료 납입주기 : 연납 (보험료 납입일 : 매년 1월 1일)

- 5월 15일 기준 미경과보험료

$$\text{미경과보험료} = \text{연납 보험료} \times \frac{12\text{개월} - 5\text{개월}}{12\text{개월}}$$

5. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

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

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

【연계약해당일 예시】

계약일 : 2월 29일

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

6. 기타 주요 용어

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

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

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

제3조 (「골절」의 정의 및 진단 확정)

① 이 계약에서 「골절」이라 함은 '재해'를 직접적인 원인으로 구조상의 연속성이 완전하게 또는 불완전하게 끊어진 상태로 [별표5] '재해골절(치아파절 제외) 분류표'에서 정한 「골절」(이하 「골절」이라 합니다.)을 말합니다.

② 「골절」의 진단 확정은 '의료기관'의 '의사(치과의사 제외)' 면허를 가진 자에 의한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 「골절」 진단의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조 (「암」 등의 정의 및 진단 확정)

① 이 계약에서 「암(기타피부암 및 중증 이외 갑상선암 제외)」이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [별표7] '대상이 되는 악성 신생물(암) 분류표(기타피부암 및 중증 이외 갑상선암 제외)'에서 정한

질병을 말하며, 다음 각 호에서 정한 질병 및 상태는 제외합니다. (이하 「암」이라 합니다.)

1. 제3항에서 정한 「기타피부암」
2. 제4항 제2호에서 정한 「중증 이외 갑상선암」
3. 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)

【한국표준질병·사인분류】

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

【유의사항】

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

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

- ② 이 계약에서 「백혈병 및 골수암」이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [별표6] '백혈병 및 골수암 분류표'에서 정한 질병(이하 「백혈병 및 골수암」이라 합니다.)을 말합니다.
- ③ 이 계약에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류의 기본분류에 있어서 [별표8] '기타 피부의 악성 신생물(암)분류표'에서 정한 질병(이하 「기타피부암」이라 합니다.)을 말합니다.
- ④ 이 계약에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [별표9] '갑상선의 악성 신생물(암) 분류표'에서 정한 질병(이하 「갑상선암」이라 합니다.)을 말하며, 다음 각 호에 따라 「중증 갑상선암」과 「중증 이외 갑상선암」으로 구분합니다.
 1. 「중증 갑상선암」이라 함은 「갑상선암」 중 수질성암(Medullary carcinoma) 또는 역형성암(미분화암, Anaplastic carcinoma)"에 해당하는 질병(이하 「중증 갑상선암」이라 합니다.)을 말합니다.
 2. 「중증 이외 갑상선암」이라 함은 「갑상선암」 중 제1호의 「중증 갑상선암」을 제외한 질병(이하 「중증 이외 갑상선암」이라 합니다.)을 말합니다.
- ⑤ 제2항에서 제4항에도 불구하고 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or

condition with malignant potential)는 보장에서 제외합니다.

- ⑥ 「암」, 「백혈병 및 골수암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 진단 확정은 '의료기관'에서 병리과 또는 진단검사의학과 '전문의'에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘 흡인(세포)검사(fine needle aspiration biopsy(cytology)) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암」, 「백혈병 및 골수암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 진단 확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ⑦ 제6항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「백혈병 및 골수암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【'제6항에 따른 진단이 가능하지 않을 때'의 예시】

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

제5조 ('경계성종양'의 정의 및 진단 확정)

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

제6조 ('제자리암'의 정의 및 진단 확정)

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

제7조 「입원」 및 「수술」의 정의와 장소)

- ① 이 계약에서 「입원」이라 함은 '의사(치과의사 제외)' 면허를 가진 자가 피보험자의 [별표12] '질병 및 재해분류표'에서 정하는 질병 또는 재해에 대해 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 '의료기관'에 입실(입·퇴원 확인서 발급 기준)하여 '의사'의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 계약에서 「수술」이라 함은 '의료기관'의 '의사'가 피보험자의 질병 또는 재해의 치료를 직접적인 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 '의료기관'에서 '의사'의 관리하에 [별표14] '1~5종 수술 분류표'에서 정한 수술을 하는 것을 말합니다.
- ③ 제2항에서 「수술」이란, 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회로부터 안정성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【용어의 정의】

1. 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것을 말합니다.
2. 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것을 말합니다.

【신의료기술평가위원회】

『의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)』에 따라 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다. 다만, 관련 법규 등 향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관으로 합니다.

- ③ 제2항 및 제3항에도 불구하고, 다음의 각호에서 정한 사항은 「수술」에서 제외됩니다.

1. 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것 등의 조치
2. 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK : 신경의 차단
4. 미용 성형상의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
7. 검사 및 진단을 위한 수술 : 생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢查) 등

제8조 「어린이 주요 10대질병」의 정의 및 진단 확정)

- ① 이 계약에서 「어린이 주요 10대질병」이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 [별표13] '어린이 주요 10대질병 분류표'에서 정한 질병(이하 「어린이 주요 10대질병」이라 합니다.)을 말합니다.
- ② 「어린이 주요 10대질병」의 진단 확정은 '의료기관'의 '의사(치과의사 제외)' 면허를 가진 자에 의한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 「어린이 주요 10대질병」 진단의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2관 보험금의 지급

제9조 (보험금의 지급 사유)

회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 [별표1] '보험금 지급기준표'에서 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 피보험자가 보험기간이 끝날 때까지 살아있을 경우 (다만, 만기환급형에 한함)
: 만기환급금
2. 보험기간 중 피보험자가 [별표3] '교통재해 분류표'에서 정하는 교통재해(이하 '교통재해'라 합니다.)를 원인으로 [별표4] '장해 분류표'에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 경우
: 교통재해 장해급여금
3. 보험기간 중 피보험자가 교통재해 이외의 재해(이하 '일반재해'라 합니다.)를 원인으로 [별표4] '장해 분류표'에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 경우
: 일반재해 장해급여금
4. 보험기간 중 피보험자가 재해를 직접적인 원인으로 「골절」로 진단이 확정되었을 경우
(다만, 치아파절 제외)
: 재해골절(치아파절 제외) 진단비
5. 보험기간 중 피보험자가 「백혈병 및 골수암」으로 진단이 확정되었을 경우
(다만, 최초 1회의 진단 확정에 한함)
: 백혈병 및 골수암 진단비
6. 보험기간 중 피보험자가 「백혈병 및 골수암」 이외의 「암」(이하 「일반암」이라 합니다.)으로 진단이 확정되었을 경우
(다만, 최초 1회의 진단 확정에 한함)
: 일반암 진단비
7. 보험기간 중 피보험자가 「기타피부암」으로 진단이 확정되었을 경우
(다만, 최초 1회의 진단 확정에 한함)
: 기타피부암 진단비
8. 보험기간 중 피보험자가 「중증 이외 갑상선암」으로 진단이 확정되었을 경우
(다만, 최초 1회의 진단 확정에 한함)
: 중증 이외 갑상선암 진단비
9. 보험기간 중 피보험자가 「경계성종양」으로 진단이 확정되었을 경우
(다만, 최초 1회의 진단 확정에 한함)
: 경계성종양 진단비
10. 보험기간 중 피보험자가 「제자리암」으로 진단이 확정되었을 경우
(다만, 최초 1회의 진단 확정에 한함)

: 제자리암 진단비

11. 보험기간 중 피보험자가 [별표12] '질병 및 재해 분류표'에서 정하는 질병 또는 재해를 원인으로, 그 질병 및 재해의 치료를 직접적인 목적으로 4일 이상 계속하여 「입원」하였을 경우

(4일 이상 입원일수 1일당, 120일 한도)

: 질병 및 재해 입원비

12. 보험기간 중 피보험자가 「어린이 주요 10대질병」으로 진단이 확정되고, 그 「어린이 주요 10대질병」의 치료를 직접적인 목적으로 4일 이상 계속하여 「입원」하였을 경우

(4일 이상 입원일수 1일당, 120일 한도)

: 어린이 주요 10대질병 입원비

13. 보험기간 중 피보험자가 제7조(「입원」 및 「수술」의 정의와 장소) 및 [별표14] '1~5종 수술 분류표'에서 정하는 수술을 받을 경우

(수술 1회당)

: 1~5종 수술비

제10조 (보험금 지급 등에 관한 세부 규정)

▶ 보험료 납입면제에 관한 내용입니다.

① 보험료 납입기간 중 피보험자가 「암(기타피부암, 중증 이외 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 제외)」으로 진단확정 되거나 [별표4] '장해 분류표' 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체 부위의 장해 지급률을 더하여 50% 이상의 장해 상태가 되었을 경우에는 다음 회부터 보험료 납입을 면제합니다.

▶ 만기환급금에 관한 내용입니다.

② 제9조(보험금의 지급 사유) 제1호의 경우 제1항에 따라 보험료 납입이 면제된 이후 보험기간이 만료되었을 때에는 보험료 납입기간 동안 정상적으로 보험료가 납입된 것으로 보고 만기환급금을 보험수익자에게 지급합니다.

③ 제9조(보험금의 지급 사유) 제1호의 경우 제26조(계약 내용의 변경 등)에 따라 납입보험료가 변경되었을 경우의 만기환급금은 최종 변경된 보험료를 기준으로 적용합니다.

④ 제9조(보험금의 지급 사유) 제1호의 만기환급금 계산 시 발생할 수 있는 1원 미만의 단수(端數)는 소수점 첫째 자리에서 반올림합니다.

▶ 장해지급률에 관한 내용입니다.

⑤ 제1항 또는 제9조(보험금의 지급 사유) 제2호 및 제3호에서 장해 지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해 지급률로 결정합니다. 다만, [별표4] '장해 분류표'에 장해 판정 시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑥ 제5항 또는 제8항에 따라 장해 지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력

이 없어진 경우에는, 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내로 합니다.) 중에 장해 상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해 상태를 기준으로 장해 지급률을 결정합니다.

- ⑦ 제1항 또는 제9조(보험금의 지급 사유) 제2호 및 제3호의 경우 하나의 장해가 관찰 방법에 따라서 [별표 4] '장해 분류표'상 두 가지 이상의 신체 부위에서 장해로 평가되는 경우 또는 하나의 장해가 다른 장해 와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해 지급률만을 적용합니다. 다만, 하나의 장해로 둘 이상의 파생 장해가 발생하는 경우에는 각 파생 장해의 지급률을 합산한 지급률과 최초 장해의 지급률을 비교하여 그 중 높은 지급률을 적용합니다.
- ⑧ 제1항 또는 제9조(보험금의 지급 사유) 제2호 및 제3호의 경우 장해 상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 '한시장해'라 합니다.)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해 지급률의 20%를 한시장해의 장해 지급률로 정합니다.
- ⑨ 제1항 또는 제9조(보험금의 지급 사유) 제2호 및 제3호의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해 지급률을 더하여 최종 장해 지급률을 결정합니다. 다만, [별표4] '장해 분류표'의 각 신체 부위별 판정 기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑩ 제9항에도 불구하고 동일한 신체 부위에 장해 분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해 지급률을 적용합니다. 다만, [별표4] '장해 분류표'의 각 신체 부위별 판정 기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑪ 제9조(보험금의 지급 사유) 제2호 및 제3호에서 다른 재해로 장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그때마다 이에 해당하는 장해 지급률을 결정합니다. 그러나 그 장해가 이미 장해급여금을 지급받은 동일부위에 가중된 때에는 최종 장해 상태에 해당하는 장해급여금에서 이미 지급받은 장해급여금을 뺀 금액을 지급합니다. 다만, [별표4] '장해 분류표'의 각 신체 부위별 판정 기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑫ 제9조(보험금의 지급 사유) 제2호 및 제3호에서 그 재해 전에 이미 다음 중 한가지에 해당되는 장해가 있었던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또 다시 제11항에서 규정하는 장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지에 해당되는 장해에 대한 장해급여금이 지급된 것으로 보고 최종 장해상태에 해당하는 장해급여금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 장해급여금을 빼고 지급합니다.
1. 이 계약의 보장개시 전의 원인에 따르거나 또는 그 이전에 발생한 장해로 장해급여금의 지급 사유가 되지 않았던 장해.
 2. 위 1호 이외에 이 보험의 규정에 따라 장해급여금의 지급 사유가 되지 않았던 장해 및 장해급여금이 지급되지 않았던 장해.

【추가 설명】

(제1호 예시)

보험가입 전 한 팔의 손목관절에 심한 장해(지급률 20%)가 있었던 피보험자가 보험가입 후 재해로 동일 손목관절에 기능을 완전히 잃은 경우(지급률 30%) 지급하는 재해장해급여금

보험가입 후 발생한 재해로 인한 장해지급률 : 30%

보험가입 전 발생한 장해지급률 : - 20%

실제 재해장해급여금 지급 장해지급률 : 10%

(제2호 예시)

질병으로 오른쪽 눈의 교정시력이 0.10 이하(지급률 15%)로 된 피보험자가 이후에 재해로 그 오른쪽 눈의 교정시력이 0.02 이하(지급률 35%)로 된 경우 지급하는 재해장해급여금

재해로 인한 장해지급률 : 35%

질병으로 인한 장해지급률 : - 15%

실제 재해장해급여금 지급 장해지급률 : 20%

- ⑬ [별표4] '장해 분류표'에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 [별표4] '장해 분류표'의 구분에 준하여 장해 지급률을 결정합니다.

▶ 재해골절(치아파절 제외) 진단비에 관한 내용입니다.

- ⑭ 제9조(보험금의 지급 사유) 제4호의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 「골절」상태가 발생한 경우에도 재해 발생 1회당 1회의 '재해골절(치아파절 제외) 진단비'만 지급하며, 의학적 처치 및 치료를 목적으로 골절시키는 경우에는 '재해골절(치아파절 제외) 진단비'를 지급하지 않습니다.

▶ '동일한 재해'에 관한 내용입니다.

- ⑮ 제1항, 제9항 및 제14항에서 '동일한 재해'라 함은 하나의 사고에 따른 재해를 말하며, 동일한 재해로 인한 장해 지급률은 100%를 한도로 합니다.

▶ 암에 관한 내용입니다.

- ⑯ '백혈병 및 골수암 진단비' 및 '일반암 진단비'는 보장개시일 이후 최초로 진단이 확정되는 「암」에 대해서 1회에 한하여 지급하며, 중복하여 지급하지 않습니다. 다만, 보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 최초로 「일반암」으로 진단이 확정되고 그 후에 「백혈병 및 골수암」으로 진단이 확정되면 그 당시의 「백혈병 및 골수암 진단비」에서 「백혈병 및 골수암」 진단 당시의 「일반암 진단비」를 뺀 차액을 추가로 지급합니다. 그러나, 「백혈병 및 골수암」으로 진단이 확정되고 그 후에 「일반암」으로 진단이 확정될 경우 「일반암 진단비」는 추가로 지급하지 않습니다.

【'암 진단보험금'의 차액 지급 예시】

- 기준 : 보험가입금액 1,000만원

「일반암」으로 진단 확정된 이후 「백혈병 및 골수암」으로 진단 확정되었을 경우

백혈병 및 골수암 진단비	10,000만원
「백혈병 및 골수암」 진단 당시 일반암 진단비 -	5,000만원
추가 지급 진단비	5,000만원

- (17) 피보험자가 보험기간 중 사망(제28조(계약의 소멸) 제1항)한 경우에는 이 계약의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액(미경과보험료 포함)을 지급 합니다.
- (18) 제17항에도 불구하고 「백혈병 및 골수암」, 「일반암」, 「기타피부암」, 「중증 이외 갑상선암」, 「경계성종양」 또는 「제자리암」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 사망일을 진단확정일로 하여 제9조(보험금 지급 사유) 제5호에서 제10호의 해당 진단보험금을 지급합니다.

▶ 입원에 관한 내용입니다.

- (19) 제9조(보험금의 지급 사유) 제11호 및 제 12호의 경우 피보험자가 제7조(「입원」 및 「수술」의 정의와 장소)에서 정한 병원 또는 의원을 이전하여 「입원」한 경우에도 동일한 질병 및 재해 또는 동일한 「어린이 주요 10대질병」의 치료를 직접적인 목적으로 「입원」할 때에는 계속하여 「입원」한 것으로 봅니다.
- (20) 제19항의 경우 계속 입원이란 중도퇴원 없이 계속하여 「입원」하는 것을 뜻하며, 제21항에 해당하는 경우에도 포함합니다.
- (21) 제9조(보험금의 지급 사유) 제11호 및 제12호의 경우 피보험자가 입원기간 중 보험기간이 끝났을 경우에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여도 제22항의 규정에 따라 입원비를 지급합니다.
- (22) 제9조(보험금의 지급 사유) 제11호 및 제 12호의 경우 입원비의 지급일수는 1회 「입원」당 120일을 최고 한도로 합니다.
- (23) 제9조(보험금의 지급 사유) 제11호 및 제 12호의 경우 피보험자가 동일한 질병 및 재해 또는 동일한 「어린이 주요 10대질병」의 치료를 직접적인 목적으로 「입원」을 2회 이상 한 경우에는 1회 「입원」으로 보아 각 입원 일수를 더하여 제22항(1회 「입원」당 입원비 지급일수 최고한도에 관한 사항임)의 규정을 적용합니다.
- (24) 제23항에도 불구하고 동일한 질병 및 재해 또는 동일한 「어린이 주요 10대질병」의 치료를 직접적인 목적으로 한 「입원」이라도 입원비가 지급된 최종 입원의 퇴원일부터 180일이 지난 후의 「입원」은 새로운 「입원」으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원비가 지급된 최종 입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속 「입원」중인 경우에는 입원비가 지급된 최종 입원일의 그 다음 날을 퇴원일로 봅니다.

【'질병 및 재해 입원비' 및 '어린이 주요 10대 질병 입원비' 보장기간 및 지급예시】



㉕ 피보험자가 정당한 사유 없이 입원기간 중 '의사'의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 '어린이 주요 10대질병 입원비' 또는 '질병 및 재해 입원비'의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

【정당한 사유】

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

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

[출처 : 국립국어원 표준국어대사전]

㉖ '어린이 주요 10대질병 입원비'는 '질병 및 재해 입원비'에 추가로 지급됩니다.

▶ 수술에 관한 내용입니다.

㉗ '1~5종 수술비'의 경우, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 때에는 그 수술 중 가장 높은 급여금에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 '1~5종 수술비'를 지급합니다. 단, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술급여금을 지급합니다.

㉘ 제27항에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어먹거나 말하기 기능과 관련된 신체 부위, 머리, 목, 척추(등뼈), 체간골, 흉부장기·복부장기·비뇨생식기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌·우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.

▶ 보험료 납입면제 또는 보험금 지급의 합의에 관한 내용입니다.

㉙ 계약자 또는 보험수익자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제 또는 제9조(보험금의 지급 사유) 제2호에서 제13호의 보험금 지급 사유에 대해 합의하지 못할 때는 계약자 또는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 『의료법 제3조(의료기관)』에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 또는 보험금 지급 사유 판정에 드는 의료 비용은 회사가 전액 부담합니다.

제11조 (보험금 지급 등을 하지 않는 사유)

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우.

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사 결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제9조(보험금의 지급 사유)에서 정한 보험금 지급 사유 또는 제10조(보험금 지급 등에 관한 세부 규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 특히 그 결과 사망에 이르게 된 경우에는 이 계약의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액(미경과보험료 포함)을 지급합니다.

【심신상실】

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

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우.

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우.

제12조 (보험금 지급 사유 등의 발생 통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제9조(보험금의 지급 사유)에서 정한 보험금 지급 사유 또는 제10조(보험금 지급 등에 관한 세부 규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제13조 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액(미경과보험료 포함) 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)

2. 사고 증명서(사망 진단서, 진단서(병명기입), 장해 진단서, 입·퇴원 확인서, 수술 증명서, 골절증명서, 진료기록부(검사 기록지 포함) 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험 수익자 또는 계약자 의사표시의 확인방법을 포함하며, 이하 '신분증'이라 합니다)

4. 기타 보험수익자가 보험금 수령 또는 계약자가 계약자적립액(미경과보험료 포함) 또는 보험료 납입 면제 청구에 필요하여 제출하는 서류.

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

제14조 (보험금 지급 등의 절차)

① 회사는 제13조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 보험금을 지급하거나

보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 및 보험료 납입면제의 경우 지급 사유의 조사나 확인이 필요 한 때에는 접수 후 10 영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

- ② 회사는 제9조(보험금의 지급 사유) 제1호에 해당하는 만기환급금의 지급 시기가 되면 지급 시기 7일 이전에 그 사유와 회사가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 알려 드리며, 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 [별표15] '보험금 등을 지급할 때의 적립 이율 계산'과 같이 계산합니다.
- ③ 회사가 보험금 지급 사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급 기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급 예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급 예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제13조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30 영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송 제기
2. 제42조(분쟁의 조정)에 따른 분쟁 조정 신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제6항에 따른 회사의 조사 요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급 사유의 조사와 확인이 지연되는 경우.
6. 제10조(보험금 지급 등에 관한 세부 규정) 제29항에 따라 보험료 납입면제 또는 보험금 지급 사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우.

【보험금 가지급 제도】

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

- ④ 제3항에 따른 장해 지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 확정된 장해 지급률에 따른 보험금을 초과한 부분에 대한 분쟁으로 보험금 지급이 늦어지는 경우에는 보험수익자의 청구에 따라 이미 확정된 보험금을 먼저 가지급합니다.
- ⑤ 제3항에 따른 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑥ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제20조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)와 제1항 및 제3항의 보험금 지급 사유 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실 확인이 끝날 때 까지 회사는 보험금 지급 지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 회사는 제6항의 서면조사에 대한 동의 요청 시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제15조 (보험금 받는 방법의 변경)

- ① 계약자(보험금 지급 사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 '사업방법서'에서 정한 바에 따라 제9조(보험금의 지급 사유) 제2호 및 제3호에 따른 장해급여금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 이 계약의 평균공시이율을 연 단위 복리로 계산한 금액을 더하여 더하여 지급합니다.

제16조 (주소 변경 통지)

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

제17조 (보험수익자의 지정)

이 계약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 제9조(보험금의 지급 사유) 제1호의 경우는 계약자로 하고, 같은 조 제2호에서 제13호의 경우는 피보험자로 하며, 피보험자 사망 시는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

【법정상속인】

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

제18조 (대표자의 지정)

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

【연대(連帶)】

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

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제19조 (계약 전 알릴 의무)

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

【계약 전 알릴 의무】

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

제20조 (계약 전 알릴 의무 위반의 효과)

- ① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제19조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.
 1. 회사가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 알지 못하였을 때.
 2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급 사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때.
 3. 계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때.
4. 회사가 이 계약을 청약할 때 피보험자의 건강 상태를 판단할 수 있는 기초 자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급 사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초 자료의 내용 중 중요 사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.).
5. 보험을 모집한 자 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에 대해 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때.
다만, 보험을 모집한 자 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.

【사례】

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

다.

- ② 회사는 제1항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴 의무 위반 사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반 사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 계약의 처리 결과를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다."라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다.
- ③ 제2항에 따라 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 『전자서명법 제2조(정의) 제2호』에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.
- ④ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제39조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금 등을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
- ⑤ 제19조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급 사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 회사는 다른 보험 가입 내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

제21조 (사기에 의한 계약)

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

제4관 보험계약의 성립과 유지

제22조 (보험계약의 성립)

- ① 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.
- ② 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.

- ③ 회사는 계약의 청약을 받고 제1회 보험료를 받은 경우, 다음 각 호에서 정한 날부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
1. 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일
 2. 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)
- ④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절 통지와 함께 받은 금액을 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 '평균공시이율 + 1%'를 연 단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며, 이자를 더하여 지급하지 않습니다.
- ⑤ 회사가 제2항에 따라 일부 보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 청약일로부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑥ 제5항의 '추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없는 경우'는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.
1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
 2. 보장이 제외되는 질병 또는 그 질병의 증상이 악화되지 않고 유지된 경우
- ⑦ 제5항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑧ 제33조(보험료의 납입 연체로 해지된 계약의 부활(효력 회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

【부활(효력 회복)】

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

제23조 (청약의 철회)

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

【전문금융소비자】

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

【일반금융소비자】

전문금융소비자가 아닌 계약자를 말합니다.

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

제24조 (약관 교부 및 설명 의무 등)

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

【약관의 중요한 내용】

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

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

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

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

【통신판매 계약】

전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

- ③ 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 때, 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필 서명[날인(도장을 찍음) 및 『전자서명법 제2조(정의) 제2호』에 따른 전자서명을 포함합니다.]을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우, 다음 각 호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필 서명을 생략할 수 있으며, 제2항의 규정에 따른 녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.
 1. 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우.
 2. 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우.
- ⑤ 제3항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말합니다.)를 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출 이율을 연 단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제25조 (계약의 무효)

- ① 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우에는 계약을 무효로 합니다. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.
- ② 제1항에 따라 계약이 무효가 된 경우에는 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말합니다.)를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙하기 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출 이율을 연 단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제26조 (계약 내용의 변경 등)

- ① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
 1. 보험기간
 2. 보험료의 납입주기, 납입 방법 및 납입기간
 3. 보험가입금액

4. 계약자

5. 기타 계약의 내용

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

【추가 설명】

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

- ③ 회사는 계약자가 제1항 제3호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이 때문에 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제39조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금 등을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액하는 경우 해약환급금이 없을 수 있으며, 보험가입금액 감액 이후의 해약환급금과 만기환급금은 최초 가입할 때 안내한 해약환급금과 만기환급금보다 감소할 수 있습니다.
- ④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우 계약자와 피보험자가 동일하지 않을 때에는 보험금의 지급 사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면(『전자서명법 제2조(정의) 제2호』에 따른 전자서명이 있는 경우로서 『상법 시행령 제44조의2(타인의 생명보험)』에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함합니다.)으로 동의하여야 합니다.
- ⑤ 회사는 제1항 제4호에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

제27조 (보험나이 등)

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

【보험나이 계산 예시】

생년월일 : 201X년 10월 2일



보험나이 : 202X년 4월 2일 ~ 202X+1년 4월 1일 사이에 계약을 체결할 경우 보험나이는 10세

- ③ 청약서 등에 기재된 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 사항이 신분증에 적힌 사실과 다른 경우에는

신분증의 나이 또는 성별로 정정하고, 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다. 이 때, 회사는 환급하여야 할 금액이 있을 경우 이를 계약자에게 지급하고, 계약자는 부족한 금액이 있을 경우 이를 회사에 납입하여야 합니다.

제28조 (계약의 소멸)

- ① 피보험자가 보험기간 중 사망하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급 사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이때 회사는 이 계약의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액(미경과보험료 포함)을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망 연월일을 기준으로 합니다.

【실종선고】

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

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

【연명의료중단등결정 및 이행】

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

【추가 설명】

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

- ④ 제1항의 계약자적립액(미경과보험료 포함) 지급 사유가 발생한 경우, 계약자는 제13조(보험금 등의 청구) 제1항에 따라 계약자적립액(미경과보험료 포함) 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액(미경과보험료 포함)을 청구하여야 합니다. 계약자적립액(미경과보험료 포함)의 지급 절차는 제14조(보험금 지급 등의 절차)의 규정을 따르며, 지급 기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출 이율을 연 단위 복리로 계산합니다.

제5관 보험료의 납입

제29조 (제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

- ① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체 신청 또는 신용카드 매출 승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임 있는 사유로 자동이체 또는 매출 승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.
- ② 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급 사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
- ③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.
1. 제19조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급 사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우.
 2. 제20조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우.
 3. 진단계약에서 보험금 지급 사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우.
- 다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 재해로 보험금 지급 사유가 발생하는 경우에는 보장을 해드립니다.

【준용】

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

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

제30조 (제2회 이후 보험료의 납입)

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

【납입기일】

계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제31조 (보험료의 자동대출납입)

- ① 계약자는 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따른 보험료의 납입

최고(독촉) 기간이 지나기 전까지 회사가 정한 방법에 따라 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있으며, 이 경우 제40조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청 내역을 서면 또는 전화(녹음) 등으로 계약자에게 알려 드립니다.

【보험료의 자동대출납입 신청 방법】

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

- ② 제1항에도 불구하고 보험계약대출금과 보험계약대출 이자를 더한 금액이 해약환급금(해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 금액을 말합니다.)을 초과하는 때에는 보험료의 자동대출납입을 더는 할 수 없습니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따른 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 한도로 하며, 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.
- ④ 보험료의 자동대출납입이 행하여진 경우에도 자동대출납입 전 납입최고(독촉) 기간이 끝나는 날의 다음 날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출납입이 없었던 것으로 하여 제39조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금 등을 지급합니다.
- ⑤ 회사는 자동대출납입이 종료된 날부터 15일 이내에 자동대출납입이 종료되었음을 서면, 전화(녹음) 또는 전자문서(휴대전화 문자메시지 포함) 등으로 계약자에게 안내하여 드립니다.

제32조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

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

【납입최고(독촉)】

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

- ② 제1항의 경우 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(녹음) 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 다만 해지 전에 발생한 보험금 지급 사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.
 1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다.)에게 납입최고(독촉) 기간 내에 연체된 보험료를 납입하여야 한다는 내용.
 2. 납입최고(독촉) 기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉) 기간이 끝나는 날의 다음 날에 계약이 해지된다는 내용.(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다.)
- ③ 회사가 제1항 및 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 『전자서명법 제2조(정의) 제2호』에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신 확인을 조건으로 전자

문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제1항 및 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(녹음)로 다시 알려 드립니다.

- ④ 회사가 제1항 및 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전화(음성녹음)로 안내하고자 할 때 다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 경우에 『보험업 감독규정 제4-36조 제3항』에 따른 전자적 상품설명장치를 활용할 수 있습니다.
1. 계약자에게 전자적 상품설명장치를 활용하여 제1항 및 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것
 2. 전자적 상품설명장치를 활용하여 안내한 납입최고(독촉) 등을 계약자가 모두 수신하고 이해하였음을 확인할 것
 3. 계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명장치의 활용을 중단할 것을 요구하는 경우, 회사는 전화(음성녹음) 방법으로 전환하여 제1항 및 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 실시할 것
 4. 전자적 상품설명장치에 안내의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖출 것
 5. 제3호 및 제4호의 내용에 관한 사항을 계약자에게 안내할 것
- ⑤ 제1항 및 제2항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제39조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금 등을 계약자에게 지급합니다.

제33조 (보험료의 납입 연체로 해지된 계약의 부활(효력 회복))

- ① 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다), 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력 회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력 회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력 회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 '평균공시이율 + 1%' 범위 내에서 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다.

【보험료의 납입 연체로 해지된 계약의 부활(효력 회복) 청약 절차】

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

- ② 제1항에 따라 해지된 계약을 부활(효력 회복)하는 경우에는 제19조(계약 전 알릴 의무), 제20조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과), 제21조(사기에 의한 계약), 제22조(보험계약의 성립) 제2항에서 제4항 및 제29조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다. 다만, 부활(효력 회복)의 경우 제1회 보험료는 부활(효력 회복)할 때의 보험료를 의미합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 해지된 계약을 부활(효력 회복)하는 경우에는 해지 이전에 발생한 보험금 지급

사유를 이유로 부활(효력 회복)을 거절하지 않습니다.

- ④ 제1항 및 제2항에 따라 해지된 계약의 부활(효력 회복)이 이루어진 경우에도 계약자 또는 피보험자가 이 계약을 최초 청약(2회 이상 부활(효력 회복)이 이뤄진 경우에는 종전 모든 부활(효력 회복) 청약 포함) 할 때 제19조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제20조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제34조 (강제집행 등으로 해지된 계약의 특별 부활(효력 회복))

- ① 회사는 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권 실행, 국세 및 지방세 체납처분 절차에 따라 계약이 해지된 경우, 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제26조(계약 내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별 부활(효력 회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.

【강제 집행】

국가의 공권력을 행사하여 사법상의 청구권을 강제적으로 실현시키기 위한 절차를 말합니다.

【담보권 실행】

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

【국세 및 지방세 체납처분】

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

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

제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제35조 (계약자의 임의 해지)

계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제39조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금 등을 계약자에게 지급합니다.

제36조 (위법계약의 해지)

- ① 계약자는 『금융소비자 보호에 관한 법률 제47조(위법계약의 해지) 및 관련규정』에서 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 법 위반사항이 있는 경우 계약 체결 일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 '계약 해지 요구서'에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 회사가 『금융소비자 보호에 관한 법률 시행령 제38조(위법계약의 해지) 제4항』에서 정한 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우, 계약자는 해당 계약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제39조(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 『민법』 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

【제척기간】

어떤 종류의 권리에 대하여 법률상으로 정하여진 존속기간을 말합니다.

제37조 (중대 사유로 인한 해지)

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
 1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급 사유를 발생시킨 경우.
 2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급 사유가 발생한 경우에는 이에 대한 보험금은 지급합니다.

【추가 설명】

입원을 보장하는 보험상품에 가입한 피보험자가 10일간 입원하였음에도 불구하고 입원확인서를 변조하여 입원일수 30일에 해당하는 보험금을 청구한 경우, 회사는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다. 다만, 이 경우에도 입원일수 10일을 기준으로 계산한 보험금은 지급합니다.

- ② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우, 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제39조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금 등을 지급합니다. 다만, 제1항 제1호에서 고의로 보험금 지급 사유를 발생시킨 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 그 보험수익자에게 지급하지 않은 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제38조 (회사의 파산선고와 해지)

- ① 회사가 파산의 선고를 받은 때에는 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.
- ② 제1항의 규정에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.
- ③ 제1항의 규정에 따라 계약이 해지되거나 제2항의 규정에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제39조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금 등을 계약자에게 드립니다.

제39조 (해약환급금)

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 계약의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에 따라 계산합니다.
- ② 해약환급금의 지급 사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 [별표15] '보험금 등을 지급할 때의 적립 이율 계산'에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과 기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공합니다.
- ④ 제36조(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액(미경과보험료 포함)을 반환하여 드립니다.

제40조 (보험계약대출)

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

【보험계약대출 신청 방법】

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

- ② 계약자는 제1항에 따른 보험계약대출금과 보험계약대출 이자를 언제든지 상환할 수 있으며, 상환하지 않은 때에는 회사는 보험금 또는 해약환급금 등의 지급 사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.
- ③ 회사는 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감합니다.
- ④ 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제41조 (배당금의 지급)

이 계약은 무배당보험으로 계약자 배당금이 없습니다.

제7관 분쟁의 조정 등

제42조 (분쟁의 조정)

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

【보험분쟁 및 상담안내】

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

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

제43조 (관할법원)

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

제44조 (소멸시효)

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

【소멸시효】

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

【소멸시효 예시】

제9조(보험금의 지급 사유)에 따른 보험금 지급 사유가 20X3년 2월 1일에 발생하였음에도 20X6년 2월 1일까지 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금 등을 지급 받지 못할 수 있습니다. 다만, 20X6년 2월 1일이 토요일, 공휴일, 대체공휴일 또는 근로자의 날일 경우 그 다음 첫 영업일까지 보험금을 청구하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

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

제45조 (약관의 해석)

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

【신의성실의 원칙】

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

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

제46조 (설명서 교부 및 보험 안내 자료 등의 효력)

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

제47조 (회사의 손해배상책임)

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

【현저하게 공정을 잃은 합의】

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

제48조 (개인정보보호)

- ① 회사는 이 계약과 관련된 개인정보를 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 『개인정보 보호법』, 『신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률』 등 관계 법령에서 정한 경우를 제외하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 동의 없이 수집, 이용, 조회 또는 제공하지 않습니다. 다만, 회사는 이 계약의 체결, 유

지, 보험금 지급 등을 위하여 위 관계 법령에 따라 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련단체 등에 개인정보를 제공할 수 있습니다.

[개인정보 보호법]

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

[신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률]

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

② 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

제49조 (준거법)

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

제50조 (예금보험에 의한 지급 보장)

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

[예금보험]

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

[예금자보호법]

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

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

[별표 1]

보험금 지급기준표

(기준 : 보험가입금액 1,000만원)

급부명	지급 사유	지급 금액
만기환급금 (약관 제9조 제1호)	피보험자가 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 경우 (다만, 만기환급형에 한함)	이미 납입한 보험료 × 100%
교통재해 장해급여금 (약관 제9조 제2호)	보험기간 중 피보험자가 「교통재해」를 원인으로 장해 분류표에서 정한 장해지급률 중 3%이상 100%이하에 해당하는 장해 상태가 되었을 경우	1억원 × 해당 장해지급률
일반재해 장해급여금 (약관 제9조 제3호)	보험기간 중 피보험자가 「일반재해」를 원인으로 장해 분류표에서 정한 장해지급률 중 3%이상 100%이하에 해당하는 장해 상태가 되었을 경우	5,000만원 × 해당 장해지급률
재해골절(치아파절 제외) 진단비 (약관 제9조 제4호)	보험기간 중 피보험자가 재해를 직접적인 원인으로 「골절」로 진단이 확정되었을 경우 (치아파절 제외)	재해골절 1회당 30만원
백혈병 및 골수암 진단비 (약관 제9조 제5호)	보험기간 중 피보험자가 「백혈병 및 골수암」으로 진단이 확정되었을 경우 (최초 1회의 진단 확정에 한함)	1억원
일반암 진단비 (약관 제9조 제6호)	보험기간 중 피보험자가 「일반암」으로 진단이 확정되었을 경우 (최초 1회의 진단 확정에 한함)	5,000만원
기타피부암 진단비 (약관 제9조 제7호)	보험기간 중 피보험자가 「기타피부암」으로 진단이 확정되었을 경우 (최초 1회의 진단 확정에 한함)	500만원
중증 이외 갑상선암 진단비 (약관 제9조 제8호)	보험기간 중 피보험자가 「중증 이외 갑상선암」으로 진단이 확정되었을 경우 (최초 1회의 진단 확정에 한함)	500만원
경계성종양 진단비 (약관 제9조 제9호)	보험기간 중 피보험자가 「경계성종양」으로 진단이 확정되었을 경우 (최초 1회의 진단 확정에 한함)	500만원
제자리암 진단비 (약관 제9조 제10호)	보험기간 중 피보험자가 「제자리암」으로 진단이 확정되었을 경우 (최초 1회의 진단 확정에 한함)	500만원

급부명	지급 사유	지급 금액												
질병 및 재해 입원비 (약관 제9조 제11호)	보험기간 중 피보험자가 질병 및 재해 분류표에서 정하는 질병 또는 재해를 원인으로, 그 질병 및 재해의 치료를 직접적인 목적으로 4일 이상 계속하여 입원하였을 경우 (1회 입원당 120일 한도)	4일 이상 입원일수 1일당 2만원												
어린이 주요 10대질병 입원비 (약관 제9조 제12호)	보험기간 중 피보험자가 어린이 주요 10대질병으로 진단이 확정되고, 그 어린이 주요 10대질병의 치료를 직접적인 목적으로 4일 이상 계속하여 입원하였을 경우 (1회 입원당 120일 한도)	4일 이상 입원일수 1일당 2만원												
어린이 주요 10대질병 : 폐렴, 창자감염질환, 특정 감염병, 탈장 및 장폐색, 수막염, 충수염, VDT 증후군 관련, 천식, 아토피, 알레르기성 비염 등 [별표 13] '어린이 주요 10대질병 분류표'에서 정한 질병을 말합니다. 세부 사항은 해당 분류표를 참고하시기 바랍니다.														
1~5종 수술비 (약관 제9조 제13호)	보험기간 중 피보험자가 1~5종 수술 분류표에서 정하는 수술을 받을 경우	<table> <tr> <td>수술 1회당</td> <td></td> </tr> <tr> <td>1종</td> <td>10만원</td> </tr> <tr> <td>2종</td> <td>30만원</td> </tr> <tr> <td>3종</td> <td>50만원</td> </tr> <tr> <td>4종</td> <td>100만원</td> </tr> <tr> <td>5종</td> <td>300만원</td> </tr> </table>	수술 1회당		1종	10만원	2종	30만원	3종	50만원	4종	100만원	5종	300만원
수술 1회당														
1종	10만원													
2종	30만원													
3종	50만원													
4종	100만원													
5종	300만원													

(주)

- 보험료 납입기간 중 피보험자가 「암(기타피부암, 중증 이외 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 제외)」으로 진단확정 되거나 [별표4] '장해 분류표' 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체 부위의 장해 지급률을 더하여 50% 이상의 장해 상태가 되었을 경우에는 다음 회부터 보험료 납입을 면제합니다.
- 보험료 납입이 면제된 이후 보험기간이 만료되었을 때에는 보험료 납입기간 동안 정상적으로 보험료가 납입된 것으로 보고 만기환급금을 보험수익자에게 지급합니다.
- 약관 제26조(계약 내용의 변경 등)에 따라 납입보험료가 변경되었을 경우의 만기환급금은 최종 변경된 보험료를 기준으로 적용합니다.
- 만기환급금 계산 시 발생할 수 있는 1월 미만의 단수(端數)는 소수점 첫째 자리에서 반올림합니다.
- 재해골절(치아파절 제외) 진단비의 경우 동일한 재해(하나의 사고에 따른 재해를 말합니다)로 두 가지 이상의 「골절」상태가 발생한 경우에도 재해 발생 1회당 1회의 재해골절(치아파절 제외) 진단비만 지급하며, 의학적 처치 및 치료를 목적으로 골절시키는 경우에는 재해골절(치아파절 제외) 진단비를 지급하지 않습니다.
- 백혈병 및 골수암 진단비 및 일반암 진단비는 보장개시일 이후 최초로 진단이 확정되는 「암」에 대해서 1회에 한하여 지급하며, 중복하여 지급하지 않습니다. 다만, 보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에

최초로 「일반암」으로 진단이 확정되고 그 후에 「백혈병 및 골수암」으로 진단이 확정되면 그 당시의 백혈병 및 골수암 진단비에서 「백혈병 및 골수암」 진단 당시의 일반암 진단비를 뺀 차액을 추가로 지급합니다. 그러나, 「백혈병 및 골수암」으로 진단이 확정되고 그 후에 「일반암」으로 진단이 확정될 경우 일반암 진단비는 추가로 지급하지 않습니다.

7. 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)]로 분류되고, 일차성 악성 신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
8. 입원기간 중 피보험자가 정당한 사유 없이 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 어린이 주요 10대 질병 입원비 또는 질병 및 재해 입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
9. 어린이 주요 10대질병 입원비는 질병 및 재해 입원비에 추가로 지급됩니다.
10. 1~5종 수술비의 경우 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 때에는 그 수술 중 가장 높은 급여금에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 1~5종 수술비를 지급합니다. 단, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술급여금을 지급합니다.
11. 피보험자가 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액(미경과보험료 포함)을 계약자에게 지급하고, 이 계약은 더 이상 효력이 없습니다.

[별표 2]

재해 분류표

1. 보장 대상이 되는 재해

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

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

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

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

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

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

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

국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

[별표 3]

교통재해 분류표

1. 이 보험에서 교통재해라 함은 다음에 정하는 사고를 말합니다.

- 가. 운행중의 교통기관(이에 적재되어 있는 것을 포함합니다.)의 충돌, 접촉, 화재, 폭발, 도주 등으로 그 운행중의 교통기관에 탑승하고 있지 않은 피보험자가 입은 불의의 사고.
- 나. 운행중인 교통기관에 탑승하고 있는 동안 또는 승객으로서 개찰구를 갖는 교통기관의 승강장구내(개찰구의 안쪽을 말합니다.)에 있는 동안 피보험자가 입은 불의의 사고.
- 다. 도로 통행 중 건조물, 공작물 등의 도괴 또는 건조물, 공작물 등으로부터의 낙하물로 인하여 피보험자가 입은 불의의 사고

2. 제1호에서 교통기관이라 함은 본래 사람이나 물건을 운반하기 위한 것으로 다음에 정한 것을 말합니다.

- 가. 기차, 전동차, 기동차, 모노레일, 케이블카(공중 케이블카를 포함합니다), 엘리베이터 및 에스컬레이터 등
- 나. 승용차, 버스, 화물자동차, 오토바이, 스쿠터, 자전거, 화차, 경운기 및 우마차 등
- 다. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다) 등

3. 제2호의 교통기관과 유사한 기관으로 인한 불의의 사고일지라도 도로상에서 사람 또는 물건의 운반에 사용되고 있는 동안이나 도로상을 주행 중에 발생한 사고는 교통재해로 봅니다.

4. 제1호의 '가' 또는 '나'에 해당하는 사고일지라도 공장, 토목공사장, 채석장, 탄광 또는 광산의 구내에서 사용되는 교통기관에 직무상 관계하는 피보험자의 그 교통기관으로 직무상의 사고는 교통재해로 보지 않습니다.

5. 이 교통재해 분류표에서 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.

[별표 4]

장해 분류표

총칙

1. 장해의 정의

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

2. 신체 부위

'신체 부위'라 함은 ① 눈 ② 귀 ③ 코 ④ 씹어 먹거나 말하는 기능 ⑤ 외모 ⑥ 척추(등뼈) ⑦ 체간골 ⑧ 팔 ⑨ 다리 ⑩ 손가락 ⑪ 발가락 ⑫ 흉복부 장기 및 비뇨생식기 ⑬ 신경계·정신 행동의 13개 부위를 말하며, 이를 각각 동일한 신체 부위라 한다. 다만, 좌우의 눈, 귀, 팔, 다리, 손가락, 발가락은 각각 다른 신체 부위로 본다.

3. 장해의 판정

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

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

장해 분류별 판정 기준

1. 눈의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 두 눈이 멀었을 때	100
2) 한 눈이 멀었을 때	50
3) 한 눈의 교정시력이 0.02 이하로 된 때	35
4) 한 눈의 교정시력이 0.06 이하로 된 때	25
5) 한 눈의 교정시력이 0.10 이하로 된 때	15
6) 한 눈의 교정시력이 0.20 이하로 된 때	5
7) 한 눈의 안구(눈동자)에 뚜렷한 운동 장해나 뚜렷한 조절 기능 장해를 남긴 때	10
8) 한 눈에 뚜렷한 시야 장해를 남긴 때	5
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동 장해를 남긴 때	5

나. 장해 판정 기준

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

기준으로 평가한다.

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

2. 귀의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해 판정 기준

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

다. 귓바퀴의 결손

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

라. 평형 기능의 장해

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

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

- 2) 평형 기능의 장해는 장해 판정 직전 1년 이상 지속적인 치료 후 장해가 고착되었을 때 판정하며, 뇌병변 여부, 전정기능 이상 및 장해 상태를 평가하기 위해 아래의 검사들을 기초로 한다.
- 가) 뇌 영상검사[뇌 전산화단층촬영(brain CT), 뇌 자기공명영상(brain MRI)].
 - 나) 온도안진검사, 전기안진검사(또는 비디오안진검사) 등.

3. 코의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해 판정 기준

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

실이 확인되어야 한다.

- 4) 코의 추상(추한 모습) 장해를 수반한 때에는 기능 장해의 지급률과 추상(추한 모습) 장해의 지급률을 합산한다.

4. 씹어 먹거나 말하는 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해 평가 기준

- 1) 씹어 먹는 기능의 장해는 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)의 맞물림(교합), 배열 상태 및 아래 턱의 개구 운동, 삼킴(연하) 운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.
- 2) '씹어 먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 심한 개구 운동 제한이나 심한 저작 운동(음식을 입에 넣고 씹는 운동을 말하며, 이하 '저작 운동'이라 한다) 제한으로 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
- 3) '씹어 먹는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 다음 중 어느 하나 이상에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 뚜렷한 개구 운동 제한이나 뚜렷한 저작 운동 제한으로 미음이나 이에 준하는 정도의 음식 물(죽 등) 이외는 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) 1개 이하의 치아만 맞물림(교합)되는 상태.
 - 마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 삼킴(연하) 장애가 있고, 유동식 섭취 시 흡인이 발생하고 연식 이외는 섭취가 불가능한 상태.

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

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

5. 외모의 추상(추한 모습) 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해 판정 기준

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

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)

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

나) 머리뼈의 손바닥 크기 이상의 손상 및 결손.

3) 목

손바닥 크기 이상의 추상(추한 모습).

라. 약간의 추상(추한 모습)

1) 얼굴

가) 손바닥 크기 1/4 이상의 추상(추한 모습).

나) 길이 5cm 이상의 추상 반흔(추한 모습의 흉터).

다) 지름 2cm 이상의 조직 함몰.

라) 코의 1/4 이상 결손.

2) 머리

가) 손바닥 크기 1/2 이상의 반흔(흉터) 및 모발 결손.

나) 머리뼈의 손바닥 크기 1/2 이상의 손상 및 결손.

3) 목

손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습).

마. 손바닥 크기

'손바닥 크기'라 함은 해당 환자의 손가락을 제외한 손바닥의 크기를 말하며, 12세 이상의 성인에서는 $8 \times 10\text{cm}$ (1/2 크기는 40cm^2 , 1/4 크기는 20cm^2), 6~11세의 경우는 $6 \times 8\text{cm}$ (1/2 크기는 24cm^2 , 1/4 크기는 12cm^2), 6세 미만의 경우는 $4 \times 6\text{cm}$ (1/2 크기는 12cm^2 , 1/4 크기는 6cm^2)로 간주한다.

6. 척추(등뼈)의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해 판정 기준

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

는 고정한 상태.

- 나) 두개골(머리뼈)과 제1 경추(제1 목뼈) 또는 제1 경추(제1 목뼈)와 제2 경추(제2 목뼈)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태.
 - 다) 두개골(머리뼈)과 상위 경추(상위 목뼈 : 제1, 2 목뼈) 사이에 대한 전산화단층촬영(CT) 검사로, 두개 대후두공의 기저점(basion)과 제2 경추(제2 목뼈, 축추)의 치아상돌기 상단 사이의 거리(BDI : Basion-Dental Interval)에 뚜렷한 이상 전위가 있는 상태.
 - 라) 상위 경추(상위 목뼈: 제1, 2 목뼈)에 대한 전산화단층촬영(CT) 검사로, 제1 경추(제1 목뼈, 환추)의 전방 궁(arch) 후방과 제2 경추(제2 목뼈, 축추)의 치아상돌기 전면과의 거리(ADI : Atlanto-Dental Interval)에 뚜렷한 이상 전위가 있는 상태.
- 8) '약간의 운동 장해'라 함은 두개골(머리뼈)과 상위 경추(상위 목뼈: 제1, 2 목뼈)를 제외한 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태를 말한다.
- 9) '심한 기형'이라 함은 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
- 가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 35° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때.
 - 나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 60% 이상인 경우 또는 한 운동 단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박 골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 90% 이상일 때.
- 10) '뚜렷한 기형'이라 함은 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
- 가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 15° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때.
 - 나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 40% 이상인 경우 또는 한 운동 단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박 골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 60% 이상일 때.
- 11) '약간의 기형'이라 함은 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
- 가) 1개 이상의 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구로 경도(가벼운 정도)의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때.
 - 나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 20% 이상인 경우 또는 한 운동 단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박 골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 40% 이상일 때.
- 12) '추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장해'란 추간판탈출증으로 추간판을 2마디 이상(또는 1마디 추간판에 대해 2회 이상) 수술하고도 마비신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장해가 있는 경우를 말한다.
- 13) '추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장해'란 추간판탈출증으로 추간판 1마디를 수술하고도 신

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

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

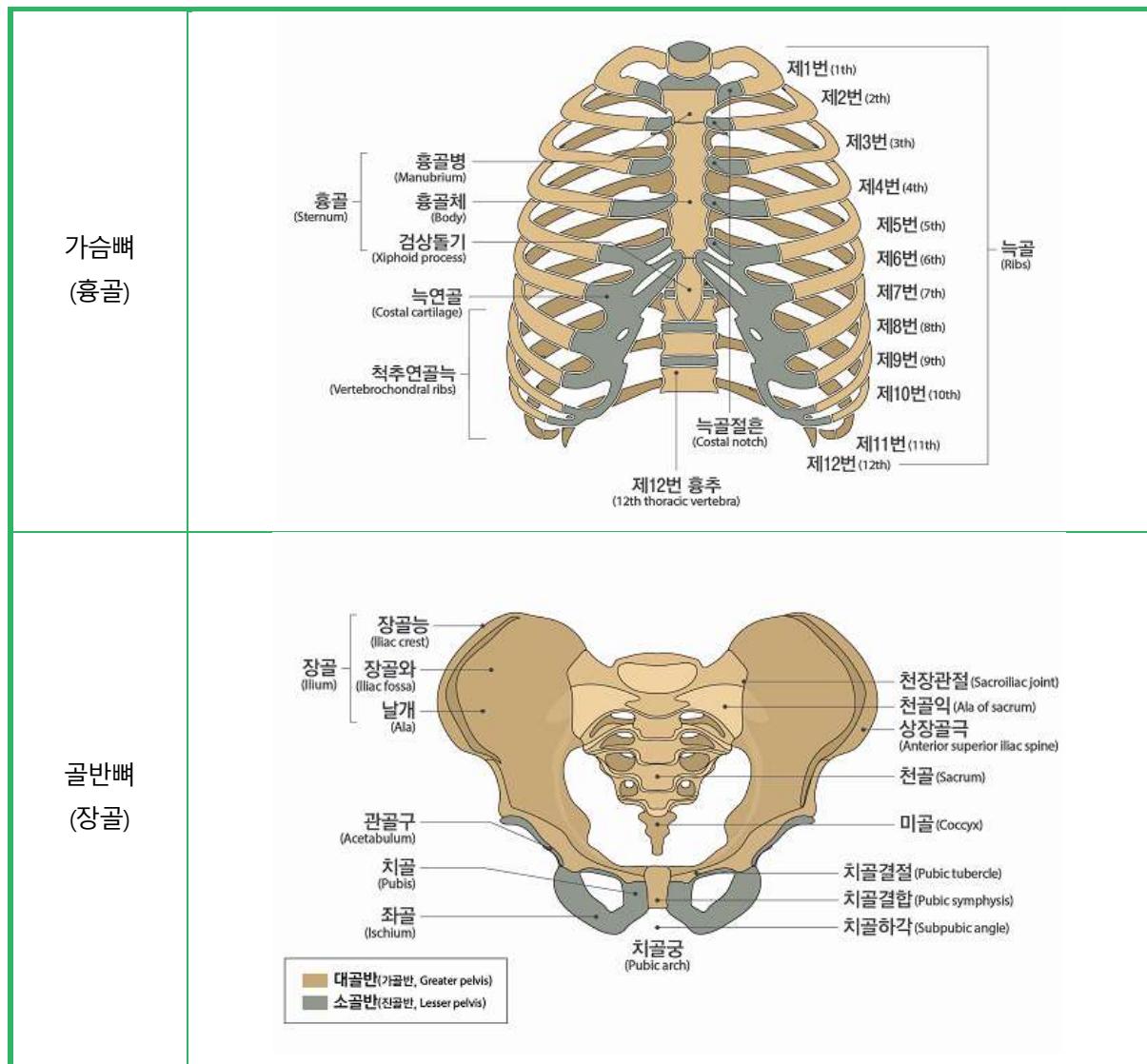
7. 체간골의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해 판정 기준

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



8. 팔의 장해

가. 장해의 분류

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

장해의 분류	지급률
9) 한 팔의 뼈에 기형을 남긴 때	5

나. 장해 판정 기준

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

- 10) '관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
- 가) 해당 관절의 운동 범위 합계가 정상 운동 범위의 3/4 이하로 제한된 경우.
- 나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '3등급(Fair)'인 경우.
- 11) '가관절^(주)이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골 유합(아물어 붙음)을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절 부위의 유합(아물어 붙음)이 이루어지지 않는 '불유합' 상태를 말하며, 골 유합(아물어 붙음)이 지연되는 지연유합은 제외한다.
- 12) '가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 13) '뼈에 기형을 남긴 때'라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합 된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

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

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

장해의 분류	지급률
11) 한 다리가 3cm 이상 짧아지거나 길어진 때	15
12) 한 다리가 1cm 이상 짧아지거나 길어진 때	5

나. 장해 판정 기준

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

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

다. 지급률의 결정

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

10. 손가락의 장해

가. 장해의 분류

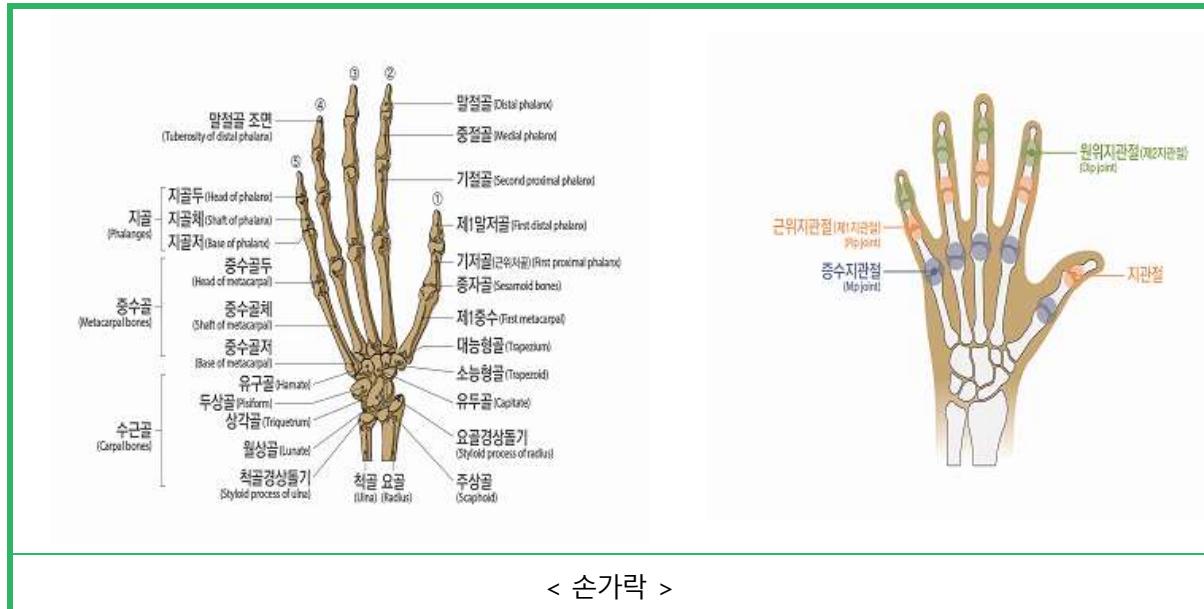
장해의 분류	지급률
1) 한 손의 5개 손가락을 모두 잃었을 때	55

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

나. 장해 판정 기준

- 1) 골절부에 금속 내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능 장해의 원인이 되는 때에는 그 내 고정물 등이 제거된 후 장해를 평가한다. 다만, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능 장해(예를 들면 석고붕대(cast)로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능 장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않는다.
- 3) 손가락에는 첫째 손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
- 4) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지 관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.
- 5) '손가락을 잃었을 때'라 함은 첫째 손가락에서는 지관절부터 심장에서 가까운 쪽으로, 다른 네 손 가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽으로 손가락이 절단된 경우를 말한다.
- 6) '손가락뼈 일부를 잃었을 때'라 함은 첫째 손가락에서는 지관절, 다른 네 손가락에서는 제1지관절 (근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 손가락뼈의 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 손가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.
- 7) '손가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 첫째 손가락에서는 중수지관절 또는 지관절의 굴신(굽히고 펴기) 운동가능영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하인 경우를 말하며, 다른 네 손가락에서는 제1, 제2지관절의 굴신(굽히고 펴기) 운동가능영역을 합산하여 정상 운동가능영역의 1/2 이하하거나 중수지관절의 굴신(굽히고 펴기) 운동가능영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.
- 8) 한 손가락에 장해가 생기고 다른 손가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 9) 손가락의 관절 기능 장해 평가는 손가락 관절의 관절 운동 범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동 범위 측정은 장해 평가시점의 『산업재해보상보험법 시행규칙 제47조(운동기능장애의 측정) 제1항 및 제3항』의 비장애인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상

각도 및 측정 방법 등을 따른다.



< 손가락 >

11. 발가락의 장해

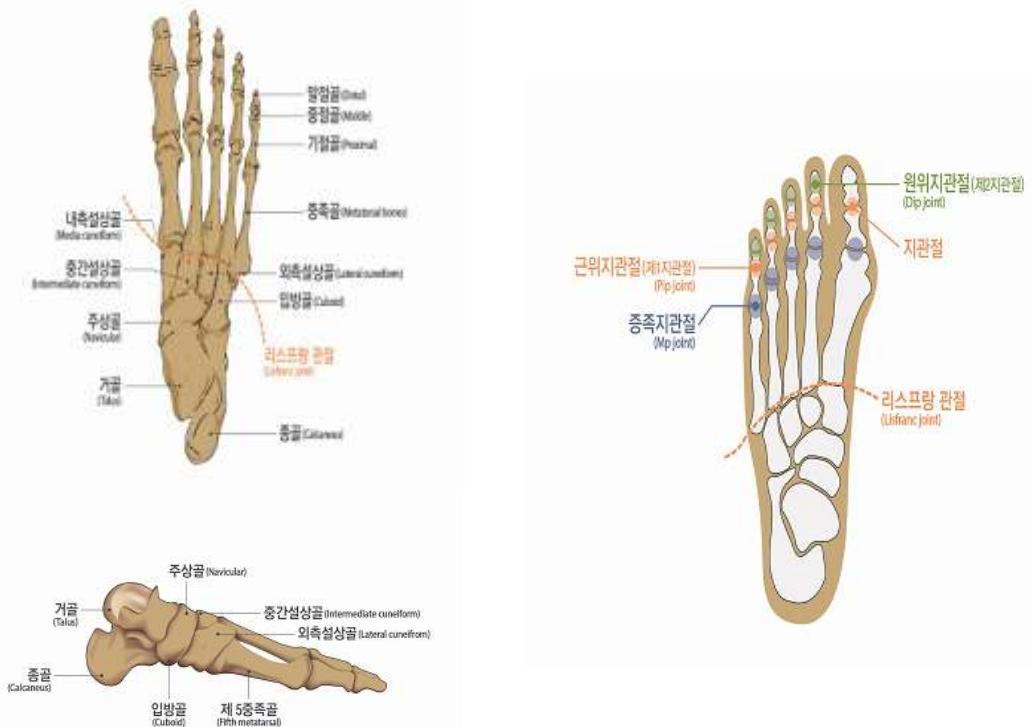
가. 장해의 분류

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

나. 장해 판정 기준

- 골절부에 금속 내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능 장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 평가한다. 다만, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.
- 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능 장해(예를 들면 석고붕대(cast)로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능 장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않는다.
- '리스프랑 관절 이상을 일었을 때'라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.

- 4) '발가락을 잃었을 때'라 함은 첫째 발가락에서는 지관절부터 심장에서 가까운 쪽으로, 다른 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽으로 발가락이 절단된 경우를 말한다.
- 5) '발가락뼈 일부를 잃었을 때'라 함은 첫째 발가락에서는 지관절, 다른 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 발가락뼈 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙 해진 상태나 발가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.
- 6) '발가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 첫째 발가락에서는 중족지관절과 지관절의 굴신(굽히고 펴기) 운동가능영역 합계가 정상 운동가능영역의 1/2 이하인 경우를 말하며, 다른 네 발가락에서는 중족지관절의 신전 운동가능영역만을 평가하여 정상 운동가능영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.
- 7) 한 발가락에 장해가 생기고 다른 발가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 8) 발가락 관절의 운동 범위 측정은 장해 평가시점의 『산업재해보상보험법 시행규칙 제47조(운동기능장애의 측정) 제1항 및 제3항』의 비장애인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상 각도 및 측정 방법 등을 따른다.



< 발가락 >

12. 흉·복부 장기 및 비뇨생식기의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해 판정 기준

- 1) '심장 기능을 잃었을 때'라 함은 심장 이식을 한 경우를 말한다.
- 2) '흉·복부 장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때'라 함은 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 폐, 신장 또는 간장의 장기이식을 한 경우.
 - 나) 장기이식을 하지 않고서는 생명 유지가 불가능하여 혈액투석, 복막투석 등 의료 처치를 평생토록 받아야 할 때.
 - 다) 방광의 저장 기능과 배뇨 기능을 완전히 상실한 때.
- 3) '흉·복부 장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 위, 대장(결장~직장) 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때.
 - 나) 소장을 3/4 이상을 잘라내었을 때 또는 잘라낸 소장의 길이가 3m 이상일 때.
 - 다) 간장의 3/4 이상을 잘라내었을 때.
 - 라) 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때.
- 4) '흉·복부 장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 한쪽 폐 또는 한쪽 신장을 전부 잘라내었을 때.
 - 나) 방광의 기능 상실로 영구적인 요도루, 방광루, 요관 장문합 상태.
 - 다) 위, 췌장을 50% 이상 잘라내었을 때.
 - 라) 대장절제, 항문 괈약근 등의 기능 장해로 영구적으로 장루, 인공항문을 설치한 경우(치료 과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외).
 - 마) 심장기능 이상으로 인공심박동기를 영구적으로 삽입한 경우.
 - 바) 요도 괈약근 등의 기능 장해로 영구적으로 인공요도괄약근을 설치한 경우.
- 5) '흉·복부 장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

하는 경우를 말한다.

- 가) 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착, 배뇨기능 상실로 영구적인 간헐적 인공 요도가 필요한 때.
- 나) 음경의 1/2 이상이 결손 되었거나 질구 협착으로 성생활이 불가능한 때.
- 다) 폐질환 또는 폐 부분절제술 후 일상생활에서 호흡곤란으로 지속적인 산소치료가 필요하며, 폐기능 검사(PFT)상 폐환기 기능(1초간 노력성 호기량, FEV1)이 정상예측치의 40% 이하로 저하된 때.
- 6) 흉·복부 장기와 비뇨생식기의 장해는 질병이나 외상의 직접 결과에 따른 장해를 말하며, 노화에 따른 기능 장해 또는 질병이나 외상이 없는 상태에서 예방적으로 장기를 절제, 적출한 경우는 장해로 보지 않는다.
- 7) 위의 흉·복부 장기와 비뇨생식기의 장해 항목에 명기되지 않은 기타 장해 상태는 '<붙임> 일상생활 기본 동작(ADLs) 제한 장해 평가표'에 해당하는 장해가 있을 때 일상생활 기본 동작(ADLs)의 장해 지급률을 준용한다.
- 8) 위의 장해 항목에 해당되지 않는 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장해의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계·정신 행동 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해 판정 기준

1) 신경계

- 가) '신경계에 장해를 남긴 때'라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계 손상으로 '<불임> 일상생활 기본 동작(ADLs) 제한 장해 평가표'의 5가지 기본 동작 중 하나 이상의 동작이 제한되었을 경우를 말한다.
- 나) 위 가)의 경우 '<불임> 일상생활 기본 동작(ADLs) 제한 장해 평가표'상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장 대상이 되는 장해로 인정하지 않는다.
- 다) 신경계의 장해로 발생하는 다른 신체 부위의 장해(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장해로도 평가하고, 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- 라) 뇌출중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 12개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장해를 평가한다. 그러나, 12개월이 지났다고 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간 내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위에서 장해 평가를 유보한다.
- 마) 장해 진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신 행동

- 가) 정신 행동 장해는 보험기간 중 뇌에 질병이 발생하거나 상해를 입고 나서 18개월이 지난 후에 판정함을 원칙으로 한다. 다만, 뇌에 질병이 발생하거나 상해를 입고 나서 의식 상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 뇌에 질병이 발생하거나 상해를 입고 나서 12개월이 지난 후에 판정할 수 있다.
- 나) 정신 행동 장해는 장해 판정 직전 1년 이상 정신건강의학과의 전문적 치료를 충분히 받았으나, 그 치료에도 불구하고 장해가 고착되었을 때 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그 때문에 고정되거나 중하게 된 장해에 대해서는 인정하지 않는다.
- 다) '정신 행동에 극심한 장해를 남긴 때'라 함은 장해 판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며 「전반적 기능평가척도(Global Assessment of Functioning, GAF)」 30점 이하인 상태를 말한다.
- 라) '정신 행동에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 장해 판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며 「전반적 기능평가척도(Global Assessment of Functioning, GAF)」 40점 이하인 상태를 말한다.
- 마) '정신 행동에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 장해 판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 「능력장애측정기준^{주)} 상 6개 항목 중 3개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 「전반적 기능평가척도(Global Assessment of Functioning, GAF)」 50점 이하인 상태를 말한다.
- 주) 능력장애측정기준의 항목 : ⑨ 적절한 음식섭취, ④ 대소변관리, 세면, 목욕, 청소 등의 청

결 유지, ④ 적절한 대화기술 및 협조적인 대인관계, ⑤ 규칙적인 통원·약물 복용, ⑥ 소지품 및 금전관리나 적절한 구매행위, ⑦ 대중교통이나 일반공공시설의 이용.

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

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

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

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

차) 정신 행동 장해 진단 전문의는 정신건강의학과 전문의를 말한다.

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

타) 각종 기질성 정신 장해와 외상 후 뇌전증에 한하여 보상한다.

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

3) 치매

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

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

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

4) 뇌전증

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

- 나) 뇌전증 발작의 빈도 및 양상은 지속적인 항뇌전증제(항경련제) 약물로도 조절되지 않는 뇌전증을 말하며, 진료기록에 기재되어 객관적으로 확인되는 뇌전증 발작의 빈도 및 양상을 기준으로 한다.
- 다) '심한 뇌전증 발작'이라 함은 월 8회 이상의 중증 발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작할 때 유발된 호흡 장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지 장해 등으로 요양 관리가 필요한 상태를 말한다.
- 라) '뚜렷한 뇌전증 발작'이라 함은 월 5회 이상의 중증 발작 또는 월 10회 이상의 경증 발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
- 마) '약간의 뇌전증 발작'이라 함은 월 1회 이상의 중증 발작 또는 월 2회 이상의 경증 발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
- 바) '중증 발작'이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식 장해가 3분 이상 지속되는 발작을 말한다.
- 사) '경증 발작'이라 함은 운동 장해가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

<불임>

일상생활 기본 동작(ADLs) 제한 장해 평가표

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

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

[별표 5]

재해골절(치아파절 제외) 분류표

① 약관에 규정하는 「재해골절(치아파절 제외)」로 분류되는 항목은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 항목을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 약관에서 보장하는 「재해골절(치아파절 제외)」 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
1 척추 및 척수의 출산손상	P11.5
2 출산손상으로 인한 두개골골절	P13.0
3 두개골의 기타 출산손상	P13.1
4 대퇴골의 출산손상	P13.2
5 기타 긴뼈의 출산손상	P13.3
6 출산손상으로 인한 쇄골의 골절	P13.4
7 기타 골격 부분의 출산손상	P13.8
8 상세불명의 골격의 출산손상	P13.9
9 두개골 및 안면골의 골절 (치아의 파절 제외)	S02 (S02.5는 제외)
10 목의 골절	S12
11 늑골, 흉골 및 흉추의 골절	S22
12 요추 및 골반의 골절	S32
13 어깨 및 위팔의 골절	S42
14 아래팔의 골절	S52
15 손목 및 손부위의 골절	S62
16 대퇴골의 골절	S72
17 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
18 발목을 제외한 발의 골절	S92
19 여러 신체부위를 침범한 골절	T02
20 척추의 상세불명 부위의 골절	T08
21 팔의 상세불명 부위의 골절	T10
22 다리의 상세불명 부위의 골절	T12
23 상세불명의 신체부위의 골절	T14.2

※ 제9차 개정 이후 약관에서 보장하는 「재해골절(치아파절 제외)」의 해당 여부는 피보험자가 진단 당시에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

[별표 6]**백혈병 및 골수암 분류표**

① 약관에 규정하는 「백혈병 및 골수암」으로 분류되는 항목은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 항목을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 약관에서 보장하는 「백혈병 및 골수암」 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
1 다발골수종 및 악성 형질세포신생물	C90
2 림프성 백혈병	C91
3 골수성 백혈병	C92
4 단핵구성 백혈병	C93
5 명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
6 상세불명 세포형의 백혈병	C95
7 만성 골수증식질환	D47.1
8 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

※ 제9차 개정 이후 약관에서 보장하는 「백혈병 및 골수암」의 해당 여부는 피보험자가 진단 당시에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

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

[별표 7]

대상이 되는 악성신생물(암) 분류표 (기타피부암 및 중증 이외 갑상선암 제외)

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

분류항목	분류번호
1 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물(암)	C00~C14
2 소화기관의 악성 신생물(암)	C15~C26
3 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물(암)	C30~C39
4 골 및 관절연골의 악성 신생물(암)	C40~C41
5 피부의 악성 흙색종	C43
6 중피성 및 연조직의 악성 신생물(암)	C45~C49
7 유방의 악성 신생물(암)	C50
8 여성생식기관의 악성 신생물(암)	C51~C58
9 남성생식기관의 악성 신생물(암)	C60~C63
10 요로의 악성 신생물(암)	C64~C68
11 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물(암)	C69~C72
12 갑상선의 악성 신생물(암) 중 「중증 갑상선암」	[별표 9] 참고
13 부신의 악성 신생물(암)	C74
14 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물(암)	C75
15 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암)	C76~C80
16 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물(암)	C81~C96
17 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물(암)	C97
18 진성 적혈구증가증	D45
19 골수형성이상증후군	D46
20 만성 골수증식질환	D47.1
21 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
22 골수섬유증	D47.4
23 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

※ 제9차 개정 이후 약관에서 보장하는 「암」의 해당 여부는 피보험자가 진단 당시에 시행되고 있는 한국 표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

※ 갑상선의 악성 신생물(암)(분류번호 C73) 중 약관 제4조(「암」 등의 정의 및 진단 확정) 제4항 제1호에서 정한 「중증 갑상선암」은 상기 분류표 포함되며, 제2호에서 정한 「중증 이외 갑상선암」은 상기 분류표

에서 제외됩니다.

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

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

[별표 8]**기타 피부의 악성 신생물(암) 분류표**

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

분류항목	분류번호
1 기타 피부의 악성 신생물(암)	C44

※ 제9차 개정 이후 약관에서 보장하는 「기타피부암」의 해당 여부는 피보험자가 진단 당시에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

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

[별표 9]

갑상선의 악성 신생물(암) 분류표

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

분류항목	분류번호
1 갑상선의 악성 신생물(암)	C73

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

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

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

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

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

[별표 10]**행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표**

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

분류항목	분류번호
1 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2 중이, 호흡기관, 흉곽내기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3 여성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4 남성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7 뇌 및 중추신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
	D47
9 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물	(D47.1, D47.3, D47.4, D47.5 제외)
10 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

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

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

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

[별표 11]**제자리의 신생물 분류표**

- ① 약관에 규정하는 「제자리암」로 분류되는 항목은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 항목을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 약관에서 보장하는 「제자리암」 해당 여부를 판단합니다.

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

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

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

[별표 12]

질병 및 재해 분류표

1. 보장 대상이 되는 질병 및 재해

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

- ① 한국표준질병·사인분류 상의 (A00~Y98)에 해당하는 질병 및 재해
- ② 『감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의) 제2호』에서 규정한 제1급감염병.

2. 보험금을 지급하지 않는 질병 및 재해

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

- 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 치과보철 및 미용상의 처치로 인한 경우
- ⑤ 정상임신, 분만 전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우
- ⑥ 질병을 직접적인 원인으로 하지 않는 불임수술 또는 제왕절개 수술 등으로 인한 경우
- ⑦ 치료를 수반하지 않는 건강진단으로 인한 경우

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

※ 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해의 해당 여부는 피보험자가 진단 당시에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해에 대한 보험금 지급 여부 등이 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 및 재해 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해의 해당 여부는 다시 판단하지 않습니다.

※ 위 1. 보장대상이 되는 질병 및 재해 제2호에 해당하는 감염병은 보험사고 발생 당시 시행중인 법률을 적용합니다.

[별표 13]

어린이 주요 10대질병 분류표

① 약관에 규정하는 「어린이 주요 10대질병」으로 분류되는 항목은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 항목을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 약관에서 보장하는 「어린이 주요 10대질병」 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
폐렴	
1 달리 분류되지 않은 바이러스폐렴	J12
2 폐렴연쇄구균에 의한 폐렴	J13
3 인플루엔자균에 의한 폐렴	J14
4 달리 분류되지 않은 세균성 폐렴	J15
5 달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴	J16
6 달리 분류된 질환에서의 폐렴	J17
※ 분류항목과 연관된 항목(분류번호)	
- 달리 분류된 바이러스질환에서의 폐렴(J17.1)	
· 거대세포바이러스 폐렴(B25.0)	
· 폐렴이 합병된 홍역(B05.2)	
· 수두성 폐렴(B01.2)	
- 기생충질환에서의 폐렴(J17.3)	
· 폐 특소포자충증(B58.3)	
7 상세불명 병원체의 폐렴	J18
창자감염질환	
8 콜레라	A00
9 장티푸스 및 파라티푸스	A01
10 기타 살모넬라감염	A02
11 시겔라증	A03
12 기타 세균성 장감염	A04
13 달리 분류되지 않은 기타 세균성 음식매개증독	A05
14 아메바증	A06
15 기타 원충성 장질환	A07
16 바이러스성 및 기타 명시된 장감염	A08
17 감염성 및 상세불명 기원의 기타 위장염 및 결장염	A09
특정 감염병	
18 폐스트	A20
19 탄저병	A22

분류항목	분류번호
20 브루셀라병	A23
21 렙토스피라병	A27
22 신생아파상풍	A33
23 산과적 파상풍	A34
24 기타 파상풍	A35
25 디프테리아	A36
26 백일해	A37
27 성홍열	A38
28 수막구균수막염	A39.0
29 기타 그람음성균에 의한 패혈증	A41.5
30 재향군인병	A48.1
31 비폐렴성 재향군인병[폰티액열]	A48.2
32 발진티푸스	A75
33 급성 회색질척수염	A80
34 광견병	A82
35 일본뇌염	A83.0
36 신장증후군을 동반한 출혈열	A98.5
37 홍역	B05
38 풍진	B06
39 불거리	B26
40 열대열원충말라리아	B50
41 삼일열원충말라리아	B51
42 사일열원충말라리아	B52
43 기타 기생충학적으로 확인된 말라리아	B53
44 상세불명의 말라리아	B54
탈장 및 장폐색	
45 사타구니탈장	K40
46 대퇴탈장	K41
47 배꼽탈장	K42
48 복벽탈장	K43
49 횡격막탈장	K44
50 기타 복벽탈장	K45
51 상세불명의 복벽탈장	K46
52 탈장이 없는 마비성 장폐색증 및 장폐색	K56
수막염	
53 달리 분류되지 않은 세균성 수막염	G00
54 달리 분류된 세균성 질환에서의 수막염	G01

분류항목	분류번호
55 달리 분류된 기타 감염성 및 기생충 질환에서의 수막염	G02
56 기타 및 상세불명의 원인에 의한 수막염	G03
충수염	
57 급성 충수염	K35
58 기타 충수염	K36
59 상세불명의 충수염	K37
60 충수의 기타 질환	K38
VDT 증후군 관련	
61 손목터널증후군	G56.0
62 기타 관절연골장애	M24.1
63 인대장애	M24.2
64 관절통	M25.5
65 달리 분류되지 않은 관절의 경직	M25.6
66 건조증후군[쉐그렌]	M35.0
67 경추상완증후군	M53.1
68 근염	M60
69 근육의 석회화 및 골화	M61
70 근육의 기타 장애	M62
71 달리 분류된 질환에서의 근육장애	M63
72 윤활막염 및 힘줄윤활막염	M65
73 윤활막 및 힘줄의 자연파열	M66
74 윤활막 및 힘줄의 기타 장애	M67
75 달리 분류된 질환에서의 윤활막 및 힘줄의 장애	M68
76 사용, 과용 및 압박에 관련된 연조직장애	M70
77 기타 윤활낭병증	M71
78 섬유모세포장애	M72
79 달리 분류된 질환에서의 연조직장애	M73
80 어깨병변	M75
81 발을 제외한 다리의 골부착부병증	M76
82 기타 골부착부병증	M77
83 달리 분류되지 않은 기타 연조직장애	M79
천식	
84 천식	J45
85 천식지속상태	J46
아토피	
86 아토피성 피부염	L20
알러지성 비염	

분류항목	분류번호
87 혈관운동성 및 앨러지성 비염	J30

- ※ 제9차 개정 이후 약관에서 보장하는 「어린이 주요 10대질병」의 해당 여부는 피보험자가 진단 당시에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- ※ 상기 질병 이외에 출생전후기 질병(P00 ~ P96)에 대해서는 '어린이 주요 10대질병 분류표'에 포함하지 않습니다.
- ※ '분류항목과 연관된 항목(분류번호)'이란 '어린이 주요 10대질병 분류표'의 분류번호와 연관성이 있어 동시에 부여 가능한 분류번호를 말합니다. 상기 '분류항목과 연관된 항목(분류번호)'은 '어린이 주요 10대질병 분류표'에 포함합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 약관에서 보장하는 항목에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 항목이 변경되더라도 약관에서 보장하는 항목의 해당 여부는 다시 판단하지 않습니다.

[별표 14]

1~5종 수술 분류표

<수술분류표>

I. 일반 질병 및 재해 치료목적의 수술

수술명	수술종류
피부, 유방의 수술	
1 피부이식수술(25㎠ 이상인 경우) 및 피판수술(피판분리수술, Z flap, W flap 제외)	3종
2 피부이식수술(25㎠ 미만인 경우)	1종
3 유방절단수술(切斷術, Mastectomy)	3종
4 기타 유방수술(농양의 절개 및 배액은 제외) [다만, 치료목적의 Mammotomy는 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능함]	1종
근골(筋骨)의 수술	
[발정술(拔釘術) 등 내고정물 제거술은 제외함] [치(齒)-치은-치근(齒根)-치조골(齒槽骨)의 처치, 임플란트(Implant) 등 치과 처치 및 수술에 수반하는 것은 제외함]	
5 골(骨) 이식수술	2종
6 두개골(頭蓋骨, cranium) 관절수술 [다만, 비골(鼻骨), 비중격(鼻中隔), 상악골(上顎骨), 하악골(下顎骨), 악관절(顎關節)은 제외함]	3종
7 비골(鼻骨) 수술 [다만, 비중격 만곡증(彎曲症)수술, 수면 중 무호흡 수술은 제외함]	1종
8 상악골(上顎骨), 하악골(下顎骨), 악관절(顎關節) 관절수술	2종
9 척추골(脊椎骨), 골반골(骨盤骨), 추간판 관절수술	3종
10 쇄골(鎖骨), 견갑골(肩胛骨), 늑골(肋骨), 흉골(胸骨) 관절수술	2종
11 사지(四肢) 절단수술 [다만, 다지증에 대한 절단수술은 제외함]	
11-1. 손가락, 발가락 절단수술 [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는 것]	1종
11-2. 기타 사지(四肢) 절단수술	3종
12 절단(切斷)된 사지(四肢) 재접합수술(再接合手術) [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는 것]	3종
13 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관절수술	
13-1 손가락, 발가락의 골 및 관절 관절수술	1종

수술명		수술종류
13-2 기타 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관절수술		2종
14 근(筋), 건(腱), 인대(韌帶), 연골(軟骨) 관절수술		1종
호흡기계, 흉부(胸部)의 수술		
15 만성부비강염(慢性副鼻腔炎) 근본수술(根本手術)		1종
16 후두(喉頭) 관절적 절제수술		3종
17 편도, 아데노이드 절제수술		1종
18 기관(氣管), 기관지(氣管支), 폐(肺), 흉막(胸膜) 관절수술 [개흉술(開胸術, Thoracotomy)을 수반하는 것]		4종
19 폐장(肺臟) 이식수술 [수용자(受容者)에 한함]		5종
20 흉곽(胸郭) 형성수술(形成手術)		3종
21 종격종양(縱隔腫瘍), 흉선 절제수술 [개흉술을 수반하는 것]		4종
순환기계, 비장(脾腸)의 수술		
22 혈관 관절수술 [다만, 하지정맥류 및 손가락·발가락은 제외함]		3종
23 하지 정맥류(靜脈瘤) 근본수술 및 손가락·발가락 혈관 관절수술		1종
24 대동맥(大動脈), 대정맥(大靜脈), 폐동맥(肺動脈), 관동맥(冠動脈) 관절수술 [개흉술, 개복술을 수반하는 것]		5종
25 심막(心膜) 관절수술 [개흉술을 수반하는 것]		4종
26 심장내(心藏內) 관절수술 [개흉술을 수반하는 것]		5종
27 심장 이식수술 [수용자에 한함]		5종
28 체내용(體內用) 인공심박조율기(人工心搏調律機, Artificial pacemaker) 매입술 (埋入術)		3종
29 비장(脾腸) 절제수술		3종
소화기계의 수술		
30 이하선 절제수술		3종
31-1 악하선, 설하선 절제수술		2종
31-2 기타 타액선 절제수술 [다만, 타석제거는 제외함]		1종
32 식도(食道) 이단술(離斷術) [개흉술, 개복술(開腹術, Laparotomy)을 수반하는 것]		4종
33 위 절제수술 (胃 切除手術, Gastrectomy) [개복술을 수반하는 것]		4종
34 기타의 위·식도 관절수술 [개흉술, 개복술을 수반하는 것]		3종
35 간장(肝臟), 췌장(胰臟) 관절수술 [개복술을 수반하는 것]		4종
36 담낭(膽囊), 담도(膽道) 관절수술 [개복술을 수반하는 것]		3종
37 간장 이식수술 [수용자에 한함, 개복술을 수반하는 것]		5종
38 췌장 이식수술 [개복술을 수반해야 하며 수용자에 한함] [다만, 랑게르한스 소도(Islet of Langerhans)세포 이식수술은 제외함]		5종
39 탈장(脫腸) 근본수술		1종

수술명	수술종류
40 전신성 복막염(全胞性 腹膜炎, Generalized peritonitis) 수술	2종
41 충수(蟲垂) 절제술(충수염 관련 충수주위 농양수술, 국한성 복막염 수술 포함), 맹장봉축술(盲腸縫縮術)	2종
42 직장탈(直腸脫) 근본수술	1종
43 소장(小腸), 결장(結腸), 직장(直腸), 장간막(腸間膜) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것] [다만, 직장탈근본수술은 제외함]	4종
44 치루(痔瘻), 탈항(脫肛), 치핵(痔核) 근본수술 [다만, 근치를 목적으로 하지 않은 수술은 제외함]	1종

비뇨기계·생식기계의 수술

[인공임신중절 수술은 제외함]

45 신장(腎臟), 방광(膀胱), 신우(腎盂), 요관(尿管) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것. 다만, 경요도적 조작 및 방광류·요실금 교정수술은 제외함]	4종
46 요도 관혈수술 [다만, 경요도적 조작은 제외함]	2종
47 방광류·요실금 교정수술	1종
48 신장(腎臟) 이식수술(移植手術) [수용자에 한함]	5종
49 음경(陰莖) 절단수술 [다만, 포경수술 및 음경이물제거수술은 제외함]	3종
50 고환(睾丸), 부고환(副睾丸), 정관(精管), 정색(精索), 정낭(精囊) 관혈수술, 전립선(前立腺) 관혈수술	2종
51 음낭 관혈수술	1종
52 자궁, 난소, 난관 관혈수술 [다만, 제왕절개만출술 및 경질적인 조작은 제외함]	2종
53 경질적 자궁, 난소, 난관 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며, 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	1종
54 제왕절개만출술(帝王切開娩出術)	1종
55 질탈(腫脫) 근본수술	1종

내분비기계의 수술

56 뇌하수체종양(腦下垂體腫瘍) 절제수술	5종
57 갑상선(甲狀腺)-부갑상선(副甲狀腺) 관혈수술	3종
58 부신(副腎) 절제수술	4종

신경계의 수술

59 두개내(頭蓋內) 관혈수술 [개두술(開頭術, Craniotomy)을 수반하는 것]	5종
60 신경(神經) 관혈수술	2종
61 관혈적 척수종양(脊髓腫瘍) 절제수술	4종

수술명	수술종류
62 척수경막내외(脊髓硬膜內外) 관혈수술	3종
시각기의 수술	
[약물주입술은 제외]	
63 안검하수증(眼檢下垂症)수술 [다만, 안검내반증 제외함]	1종
64 누소관(淚小管)형성수술 [누관튜브삽입술 포함]	1종
65 누낭비강(淚囊鼻腔) 관혈수술	2종
66 결막낭(結膜囊) 형성수술	2종
67 각막, 결막, 공막 봉합수술	1종
68 각막, 공막 이식수술	2종
69 전방(前房), 흥채(虹彩), 유리체(琉璃體) 관혈수술	2종
70 녹내장(綠內障) 관혈수술	3종
71 백내장(白內障), 수정체(水晶體) 관혈수술	1종
72 망막박리(網膜剝離) 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며, 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	2종
73 레이저(Laser)에 의한 안구(眼球) 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며, 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	1종
74 냉동응고(冷凍凝固)에 의한 안구(眼球) 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며, 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	2종
75 안구적출술, 조직충전술(組織充填術)	3종
76 안와내종양 절제수술	3종
77 관혈적 안와내(眼窩內) 이물제거수술(異物除去手術)	1종
78 안근(眼筋) 관혈수술	1종
청각기(聽覺器)의 수술	
79 관혈적 고막(鼓膜) 성형술 [다만, 고막 패치술은 제외함]	2종
80 유양동 절제술(乳樣洞切除術, mastoidectomy)	2종
81 중이(中耳) 관혈수술 [다만, 중이내 튜브유치술 제외함]	2종
82 중이내(中耳內) 튜브유치술 [다만, 고막 패치술은 제외함. 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며, 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	1종
83 내이(內耳) 관혈수술	3종

수술명	수술종류
상기 이외의 수술	
[검사, 처치, 약물주입요법은 포함하지 않음]	
84 상기 이외의 개두술(開頭術)	3종
85 상기 이외의 개흉술(開胸術)	3종
86 상기 이외의 개복술(開腹術)	2종
87 체외충격파쇄석술(體外衝擊破碎石術, E.S.W.L) [다만, 체외충격파치료술(E.S.W.T)은 제외함. 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며, 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	2종
88 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter)·고주파 전극 등에 의한 경피적 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며, 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	
88-1 뇌, 심장	3종
88-2 후두, 흉부장기(심장 제외), 복부장기(비뇨, 생식기 제외), 척추, 사지관절(손가락, 발가락은 제외)	2종
88-3 비뇨, 생식기 및 손가락, 발가락	1종

(주)

상기 1~87항의 수술 중 내시경(Fiberscope)을 이용한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적(經皮的, Percutaneous) 수술은 88호을 적용합니다. 다만, 복강경·흉강경에 의한 수술은 해당부위(1~87항)의 수술로 적용합니다.

II. 악성 신생물 치료 목적의 수술

수술명	수술종류
1 관혈적 악성 신생물(惡性新生物) 근치수술(根治手術, Radical curative surgery) 다만, 기타피부암(C44) 제외 [다만, 내시경 수술, 카테터·고주파 전극 등의 경피적 수술 등은 제외함]	5종
1-1 기타피부암(C44)	3종
2 내시경 수술, 카테터 · 고주파 전극 등에 의한 악성 신생물 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	3종
3 상기 이외의 기타 악성 신생물 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	3종

(주)

1. 제자리암·경계성 종양에 대한 수술은 'I. 일반 질병 및 재해치료 목적의 수술' 항목의 적용을 받습니다.

2. 카테터(Catheter)를 이용한 흡인 · 천자 · 약물주입요법은 포함하지 않습니다.
3. 비고형암에 대한 비관혈적 근치술은 관혈적 악성 신생물 근치수술에 준하여 5종 수술로 인정합니다.
 - 비고형암에 대한 비관혈적 근치술 중 조혈모세포 이식술은 일련의 과정(추출, 필터링, 배양, 제거, 주입)을 모두 포함하여 1회의 수술로 인정합니다.
 - 다만, 약물 등을 투여하기 위한 시술(예. 중심정맥삽관술)만 시행할 경우에는 5종으로 인정하지 않습니다.
 - 조혈모세포 이식술을 제외한 비고형암에 대한 비관혈적 근치술의 경우 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며, 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

III. 악성 신생물 근치·두개내 신생물 근치 방사선 조사 분류표

수술명	수술종류
1 악성 신생물 근치 방사선 조사 [5,000Rad 이상의 조사(照射)를 하는 경우로 한정하며, 악성 신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료(定位的 放射線 治療, Stereotactic radiotherapy)를 포함함]	3종
2 두개내 신생물 근치 감마 나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료	3종

(주) 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며, 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

<수술·신생물 근치 방사선 조사분류표 사용 지침>

1. 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자가 피보험자의 질병 또는 재해로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 『의료법 제3조(의료기관)』의 규정에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 '1~5종 수술 분류표'에서 정한 행위 [기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회[향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관]로부터 안정성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.)을 말하며 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것), 적제(滴劑) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK은 제외]를 하는 것을 말합니다.
2. '관혈(觀血)' 수술이라 함은 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말합니다.
3. '근본(根本)' 혹은 '근치(根治)' 수술이라 함은 일회의 수술로 해당 질병을 완전히 치유할 수 있는 수술을 말합니다.
4. '관혈적 악성 신생물 근치수술'이라 함은 관혈적 방법을 통해 악성 신생물의 원발 병소를 완전히 절제,

적제, 적출하고 혹은 과정술을 함께 실시한 경우입니다.

5. '1~5종 수술 분류표' 상에 열거되지 않은 선진의료적 첨단 수술에 대한 인정 및 적용 기준

'1~5종 수술 분류표'에서의 선진의료적 첨단 수술은 위의 「수술」의 정의에 해당하여야 하고 약물투여치료, 방사선조사치료 또는 기타의 보존적 치료로 분류될 수 없는 경우이어야 합니다.

1) '1~5종 수술 분류표' 상의 수술 이외에 보건복지부산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에

는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안정성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 치료한 경우 '1~5종 수술 분류표' 상의 동일부위 수술로 봅니다. 이 때에 해당 최신수술기법은 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며, 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

2) 다만, 이 선진의료적 첨단 수술이 본질적으로 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter), 고주파 전극 등에 의한 경피적 수술인 경우에는 '1~5종 수술 분류표' 중 'I. 일반 질병 및 재해 치료목적의 수술' 88항(악성 신생물의 경우는 'II. 악성 신생물 치료목적의 수술' 2항)을 우선 적용합니다.

6. '악성 신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife; 선형가속기에서 발생되는 가느다란 방사선 이용) 정위적 방사선 치료' 라 함은 선형가속기(LINAC)에서 발생되는 가는 방사선(Pencil beam)들을 다양한 각도에서 악성 신생물을 향해 집중적으로 조사하면서 동시에 악성 신생물의 움직임을 병변 추적 장치를 이용하여 실시간으로 추적하면서 치료하는 방법입니다.

7. '두개내 신생물 근치 감마나이프 (Gammaknife)정위적 방사선 치료'라 함은 정위 좌표계를 이용하여 코발트 60 방사성 동위원소(Co-60)에서 나오는 감마선을 두개강 내의 신생물을 향해 집중 조사함으로 두개(頭蓋)를 열지 않고도 수술적 제거와 같은 효과를 내는 치료를 말합니다.

8. 다음과 같은 수술은 수술급여금 지급대상에서 보장을 제외합니다

1) 미용 성형상의 수술

2) 피임(避妊) 목적의 수술

3) 피임 및 불임술 후 가임 목적의 수술

4) 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡検査) 등]

[별표 15]

**보험금 등을 지급할 때의 적립 이율 계산
(제14조 제2항 및 제39조 제2항 관련)**

구분	기간	지급 이자	
장해, 진단, 입원, 수술 등 보험금 (제9조 제2호에서 제13호)	지급 기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출 이율	
	지급 기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출 이율 + 가산이율(4.0%)	
	지급 기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출 이율 + 가산이율(6.0%)	
	지급 기일의 91일 이후 기간	보험계약대출 이율 + 가산이율(8.0%)	
만기환급금 (제9조 제1호)	지급 사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내	평균공시이율의 50%
		1년 초과 기간	평균공시이율의 40%
	청구일 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출 이율	
해약환급금 (제39조 제1항)	지급 사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내	평균공시이율의 50%
		1년 초과 기간	평균공시이율의 40%
	청구일 다음 날부터 해약환급금 지급일까지의 기간	보험계약대출 이율	

(주)

- 만기환급금은 회사가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 않은 경우, 지급 사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간은 평균공시이율을 적용한 이자를 지급합니다.
- 지급 이자는 연 단위 복리로 계산하며, 소멸시효(제44조)가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
- 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당 기간에 대한 이자는 지급되지 않습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
- 가산이율 적용 시 제14조(보험금 지급 등의 절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
- 가산이율 적용 시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여

가산이율을 적용하지 않습니다.

6. 제28조(계약의 소멸) 제1항에 따라 사망 당시의 계약자적립액(미경과보험료 포함)을 지급하는 경우에는 지급 기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출 이율을 연 단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
7. 제20조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과), 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지), 제36조(위법계약의 해지) 및 제37조(중대 사유로 인한 해지)의 경우, 위 표의 '청구일'은 보험사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

단체취급 특약Ⅱ

제도성특약 약관

단체취급특약II 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)과 관련하여 회사에서 제도적으로 운영하는 사항을 적용하기 위하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

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

1. 계약자 : 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
2. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

제2관 보험계약의 성립과 유지

제3조 (특약의 적용 범위)

이 특약은 주된 보험계약(이하 '주계약'이라 하며, 특약이 부가되어 있는 경우에는 특약을 포함합니다)을 체결할 때 다음과 같은 조건을 만족하는 경우에 한하여 적용합니다.

- ① 주계약의 계약자 또는 피보험자가 다음 중 한 가지의 단체에 소속되어야 합니다.
 1. 동일한 회사, 사업장, 관공서, 국영기업체, 조합 등 5명 이상의 근로자를 고용하고 있는 단체. 다만, 사업장, 직제, 직종 등으로 구분되어 있는 경우의 단체 소속 여부는 관련 법규 등에서 정하는 바에 따릅니다.
 2. 비영리 법인단체 또는 변호사회, 의사회 등 동업자 단체로서 5명 이상의 구성원이 있는 단체.
 3. 그 밖에 단체의 구성원을 확정시킬 수 있고 계약의 일괄적인 관리가 가능한 단체로서 5명 이상의 구성원이 있는 단체.
- ② 이 특약의 적용을 받는 인원수는 제1항에서 정한 단체의 소속원을 계약자 또는 피보험자로 하는 주계약의 피보험자수가 5명 이상이어야 합니다.

제4조 (할인금액의 적용)

이 특약이 부가된 경우에는 이 특약의 '사업방법서'에서 정한 바에 따라 계산된 할인금액을 주계약의 기본 보험료를 납입할 때 차감합니다.

제5조 (특약의 소멸)

- ① 다음 중 한 가지의 경우에 해당하는 때에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며, 주계약 약관의 규정을 장래에 향하여 적용합니다.
 1. 계약자 또는 피보험자가 소속 단체를 탈퇴하였을 때.
 2. 제3조(특약의 적용 범위)에서 정한 단체의 피보험자수가 5명 미만으로 되고, 그 후 6개월이 경과할 때까지 5명 이상이 되지 않았을 때.
- ② 제1항 제1호의 경우에는 해당 계약자 또는 피보험자에 대하여, 제1항 제2호의 경우에는 단체취급 계약 전부에 대하여 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다.
- ③ 제1항에 따라 이 특약이 더 이상 효력이 없게 된 경우에는 다음 회부터 할인금액을 적용하지 않습니다.

제3관 기타 사항 등

제6조 (주계약 약관 규정의 준용)

이 특약에서 별도로 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

장애인전용 보험전환특약

제도성특약 약관

장애인전용보험전환특약 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제3조(특약의 적용 범위)에서 정한 보험계약(특약이 부가되어 있는 경우에는 해당되는 특약을 포함할 수 있으며, 이하 '전환대상계약'이라 합니다)과 관련하여 제도적으로 장애인전용보험으로 전환하기 위하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

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

1. 계약관계 관련 용어

- 가. 계약자 : 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
- 나. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
- 다. 보험수익자 : 보험금 지급 사유가 발생하는 때에 보험회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.

2. 기타 용어

- 가. 장애인증명서 : 『소득세법 시행규칙 별지 제38호 서식』에 의한 장애인증명서를 말하며, 이하 '장애인증명서'라 합니다.
- 나. 장애예상기간 : '장애인증명서'에 기재된 장애예상기간(또는 장애기간)을 말하며, 이하 '장애인예상기간'이라 합니다.
- 다. 과세기간 : 각 세법에서 과세표준을 계산하게 되는 시간적 단위를 말하며, 『소득세법 제5조(과세기간)』에 따른 과세기간은 매년 1월 1일부터 12월 31일까지를 원칙으로 합니다.

제2관 특약의 적용범위 및 전환 등

제3조 (특약의 적용범위)

- ① 이 특약은 회사가 정한 방법에 따라 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 다음 각 호의 조건을 모두 만족하는 '전환대상계약'을 장애인전용보험으로 전환하는 경우에 적용합니다.
 1. 『소득세법 제59조의4(특별세액공제) 제1항 제2호』에 따라 보험료가 특별세액공제의 대상이 되는 보험
 2. 모든 피보험자 또는 모든 보험수익자가 『소득세법 시행령 제107조(장애인의 범위) 제1항』 및 『소득세법 시행규칙 제54조(장애아동의 범위)』에서 규정한 장애인인 보험

[이 특약을 적용할 수 없는 사례]

[사례1]

피보험자 1명은 비장애인이고 보험수익자 2명 중 한 명은 비장애인, 한 명은 장애인인 경우

⇒ 모든 보험수익자가 장애인이 아니므로 이 특약을 적용할 수 없습니다.

[사례2]

보험수익자 1명은 비장애인이고 피보험자 2명 중 한 명은 비장애인, 한 명은 장애인인 경우

⇒ 모든 피보험자가 장애인이 아니므로 이 특약을 적용할 수 없습니다.

[사례3]

피보험자는 비장애인이고 보험수익자가 법정상속인(장애인)인 경우

⇒ 현재 법정상속인이 장애인이라고 하더라도 이 특약을 적용할 수 없습니다. 장애인전용보험으로 전환을 원할 경우 보험수익자 지정이 필요합니다.

- ② 이 특약의 계약자는 '전환대상계약'의 계약자와 동일하여야 합니다.

제4조 (제출서류)

- ① 이 특약에 가입하고자 하는 계약자는 모든 피보험자 또는 모든 보험수익자의 '장애인증명서'의 원본 또는 사본을 제출하여 제3조(특약의 적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건에 해당함을 회사에 알려야 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 『국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률 제6조의3(신체검사) 1항』에 따른 상이자의 증명을 받은 사람 또는 『장애인복지법 제32조(장애인 등록) 제1항』에 따른 장애인등록증을 발급받은 사람은 해당 증명서 또는 장애인등록증의 사본이나 그 밖의 장애 사실을 증명하는 서류를 제출할 수 있으며, 이 경우 제1항의 '장애인증명서'는 제출하지 않을 수 있습니다.
- ③ 제1항에 따라 '장애인증명서'를 회사에 제출한 경우 '장애인증명서'에 기재된 '장애인예상기간' 동안은 '장애인증명서'를 다시 제출하지 않을 수 있습니다. 다만, '장애인증명서'의 '장애인예상기간'이 변경된 경우에는 계약자는 변경된 사실을 회사에 알리고 변경된 '장애인예상기간'이 기재된 '장애인증명서'를 제출하여야 합니다.

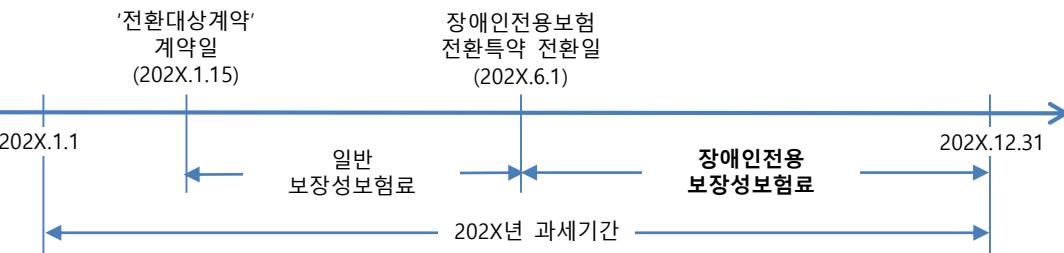
제5조 (장애인전용보험으로의 전환)

- ① 회사는 이 특약이 부가된 '전환대상계약'을 『소득세법 제59조의4(특별세액공제) 제1항 제1호』에 해당하는 장애인전용보험으로 전환하여 드립니다.
- ② 제1항에 따라 장애인전용보험으로 전환된 후부터 납입된 '전환대상계약'의 보험료는 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성보험료로 표시됩니다.

[예시]

- '전환대상계약' 계약일 : 202X년 1월 15일

- 장애인전용보험전환특약 전환일 : 202X년 6월 1일



- ③ 제2항에도 불구하고, '전환대상계약'이 장애인전용보험으로 전환된 시점이 포함되는 과세기간에 제7조(특약의 소멸) 제1항에 따라 이 특약이 소멸한 경우에는 해당 과세기간에 납입한 모든 '전환대상계약'의 보험료가 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성보험료로 표시되지 않습니다.

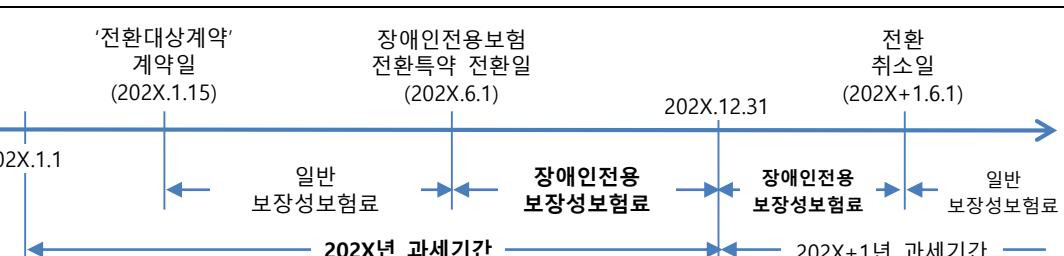
[예시]

- '전환대상계약' 계약일 : 202X년 1월 15일
- 장애인전용보험전환특약 전환일 : 202X년 6월 1일

[사례1] 202X년 12월 1일 전환을 취소한 경우



[사례2] 202X+1년 6월 1일 전환을 취소한 경우



- ④ 제3항에도 불구하고 다음 각 호에 해당하는 경우에는 장애인전용보험으로 전환된 이후부터 이 특약의 소멸시점까지 납입된 '전환대상계약'의 보험료는 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성보험료로 표시됩니다.

1. '전환대상계약'이 해지 또는 기타사유로 효력이 없어지게 된 경우. 다만, 계약자가 '전환대상계약'을 임의 해지한 경우는 제외합니다.
2. 제4조(제출서류) 제1항 또는 제3항에 따라 제출한 장애인증명서상 '장애인예상기간'이 종료된 경우

제6조 (전환 취소)

계약자는 '전환대상계약'에 대하여 장애인전용보험으로의 전환을 취소할 수 있으며, 이 경우 전환취소 신청서를 회사에 제출하여야 합니다.

제7조 (특약의 소멸)

- ① 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
 1. '전환대상계약'이 해지 또는 기타사유로 효력이 없어지게 된 경우.
 2. 제3조(특약의 적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우

【예시】

- 제4조(제출서류) 제1항 또는 제3항에 따라 제출한 장애인증명서상 '장애예상기간'이 종료되어 '모든 피보험자'(또는 '모든 보험수익자') 중 일부가 비장애인으로 변경된 경우
- 계약자가 '모든 보험수익자' 중 일부를 비장애인으로 변경한 경우

3. 제6조(전환 취소)에 따라 전환을 취소하는 경우

- ② 제1항에 따라 특약이 소멸한 경우에는 해당 '전환대상계약'에 이 특약을 다시 부가할 수 없습니다. 다만, 다음 각 호에 해당하는 경우에는 다시 부가할 수 있으며, 이 특약을 다시 부가할 경우에도 제3조(특약의 적용범위)부터 제9조(준용 규정)까지의 규정을 준용합니다.
 1. 제8조(해지 특약의 부활(효력 회복))에 따라 '전환대상계약'을 부활 청약한 경우
 2. 장애인증명서상 '장애예상기간'이 종료되어 이 특약이 소멸 되었으나, 다시 장애 판정을 받은 경우

【준용】

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

【부활(효력 회복)】

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

제8조 (해지 특약의 부활(효력 회복))

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력 회복) 청약을 받은 경우에는 '전환대상계약'의 부활(효력 회복)을 승낙한 경우에 한하여 '전환대상계약' 약관의 부활(효력 회복) 규정에 따라 '전환대상계약'과 동시에 이 특약의 부활(효력 회복)을 취급합니다.
- ② '전환대상계약'의 부활(효력 회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력 회복)을 청약한 것으로 봅니다.

제9조 (준용 규정)

- ① 이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 '전환대상계약' 약관, 소득세법 등 관련법규에서 정하는 바에 따릅니다.
- ② 소득세법 등 관련법규가 제·개정 또는 폐지되는 경우 변경된 법령을 따릅니다.

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

지정대리 청구서비스 특약

제도성특약 약관

지정대리청구서비스특약 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)과 관련하여 회사에서 제도적으로 운영하는 사항을 적용하기 위하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

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

1. 계약자 : 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
2. 보험수익자 : 보험금 지급 사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
3. 보험증권 : 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
4. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

제2관 지정대리청구인의 지정 및 보험금의 지급

제3조 (지정대리청구인의 지정)

① 계약자는 주계약 및 특약에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약을 체결할 때 또는 계약을 체결한 후 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자 중 1명을 보험금의 대리청구인(이하 '지정대리청구인'이라 합니다)으로 지정(제4조(지정대리청구인의 변경 지정)에 따른 변경 지정을 포함합니다)할 수 있습니다. 다만, 지정대리청구인은 보험금을 청구할 때에도 다음 각 호의 어느 하나에 해당하여야 합니다.

1. 피보험자의 가족관계등록부 또는 가족관계가 표기된 주민등록등본에 기재된 배우자
2. 피보험자의 3촌 이내의 친족
3. 제1호 또는 제2호에 해당하는 지정대리청구인 지정이 불가능한 경우, 회사가 정한 기준에 따라 지정 대리청구인으로 인정받은 자

② 제1항에도 불구하고 지정대리청구인이 지정된 이후에 제7조(적용 대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

제4조 (지정대리청구인의 변경 지정)

계약자는 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 지정대리청구인 변경 신청서(회사 양식).
2. 보험증권.
3. 지정대리청구인의 주민등록등본이나 가족관계등록부(기본 증명서 등).
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 또는 계약자의 의사표시의 확인 방법을 포함하며, 이하 '신분증'이라 합니다.)

제5조 (보험금의 청구)

지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식).
2. 사고 증명서.
3. 신분증.
4. 피보험자의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서.
5. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족 관계 증명서)나 주민등록등본.
6. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류.

제6조 (보험금의 지급절차)

- ① 지정대리청구인은 제5조(보험금의 청구)에서 정한 구비 서류 및 제7조(적용 대상)의 보험수익자가 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류를 회사에 제출하고, 회사의 승낙을 얻어 제7조(적용 대상)의 보험수익자의 대리인으로 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다.
- ② 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제7조 (적용 대상)

이 특약은 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 주계약 및 특약에 적용됩니다.

제8조 (특약의 성립 및 소멸)

- ① 이 특약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 부가됩니다.
- ② 제7조(적용 대상)의 주계약 및 특약이 해지 또는 기타 사유로 효력이 없게 된 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제4관 기타 사항 등

제9조 (준용 규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관 및 해당 특약의 규정을 따릅니다.

특정신체부위· 질병보장제한부 인수특약

제도성특약 약관

특정신체부위·질병보장제한부인수특약 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다.)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다.) 사이에 보험계약(특약에 부가된 경우에는 특약을 포함하며, 이하 '해당 계약'이라 합니다.)과 관련하여 제도적으로 운영하는 사항을 적용하기 위하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

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

1. 계약관계 관련 용어

- 가. 계약자 : 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
- 나. 보험증권 : 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
- 다. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

2. 지급 사유 관련 용어

- 가. 특정 신체부위 : [별표1] '특정 신체부위 분류표'에서 정한 신체부위를 말합니다.
- 나. 특정 질병 : [별표2] '특정 질병 분류표'에서 정한 질병을 말합니다.
- 다. 재해 : [별표3] '재해 분류표'에서 정한 재해를 말합니다.
- 라. 중요한 사항 : 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

【보험가입금액 한도 제한】

피보험자가 가입 할 수 있는 최대한도의 보험가입금액을 제한하는 방법

【일부 보장 제외(부담보)】

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

【보험금 삭감】

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

【보험료 할증】

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

3. 기간 관련 용어

보험기간 : 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

제2관 특약 면책조건의 내용

제3조 (특약 면책조건의 내용)

- ① 이 특약에서 정한 보험금을 지급하지 않는 기간(이하 「면책기간」이라 합니다) 중에 다음 각 호의 질병을 직접적인 원인으로 해당 계약에서 정한 보험금의 지급 사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 회사는 보험금을 지급하지 않거나, 보험료의 납입을 면제하지 않습니다. 다만, 이 특약의 피보험자가 사망하여 보험금 등의 지급 사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.
 1. 특정 신체부위에 발생한 질병 또는 특정 신체부위에 발생한 질병의 전이 때문에 특정 신체부위 이외의 부위에 발생한 질병.
 2. 특정 질병
- ② 제1항의 회사가 면책기간은 특정 신체부위 또는 특정 질병의 상태에 따라 「1개월부터 5년」 또는 「해당 계약의 보험기간」으로 합니다.
- ③ 제2항의 면책기간의 판단기준은 회사에서 정한 계약 인수 기준을 따르며, 개개인의 질병의 상태 등에 대한 의사의 소견에 따라서 다르게 적용할 수 있습니다.

【계약 인수 기준】

질병, 직업, 건강진단 결과 등을 토대로 보험가입 거절, 일부 보장 제외, 보험금 삭감 등 조건부 인수여부를 결정하는 기준을 말합니다.

- ④ 제2항에도 불구하고 『보험업법 제97조 제1항 제5호』 및 『보험업법 시행령 제 43조의2 제1항』에 따른 보장내용 등이 비슷한 보험계약(이하 「유사계약」이라 합니다.)이 계약 청약일 현재 유지중이거나, 계약 청약일 전 6개월 이내에 계약자 및 피보험자의 요구 또는 보험료 납입연체로 해지된 경우 유사계약에서 정한 면책기간 종료일 이내에서 계약의 면책기간을 적용하고, 유사계약에서 정한 질병과 동일하거나 축소된 범위로 계약의 부담보 설정 범위를 정합니다. 유사계약이 다수인 경우 피보험자에게 가장 유리한 계약조건을 적용합니다.
- ⑤ 제4항에도 불구하고 유사계약 청약일 이후 제1항 제1호 또는 제2호에서 정한 질병과 관련한 새로운 위

험(재진단·치료 등은 해당하지 않습니다)이 발생하거나, 새로운 질병에 대한 보장이 추가(입원비, 수술비, 진단비 등 보장 범위의 변경 또는 확대는 해당하지 않습니다)된 경우 이를 적용하지 아니할 수 있습니다.

⑥ 제1항에도 불구하고 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유로 해당 계약에서 정한 보험금의 지급 사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우 회사는 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

1. 제1항 제1호에서 지정한 특정 신체부위에 발생한 질병의 합병증 때문에 특정 신체부위 이외의 신체부위에 발생한 질병으로 해당 계약에서 정한 보험금의 지급 사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우(다만, 전이는 합병증으로 보지 않습니다.)
2. 제1항 제2호에서 지정한 특정 질병의 합병증 때문에 발생한 특정 질병 이외의 질병으로 해당 계약에서 정한 보험금의 지급 사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우
3. 재해로 해당 계약에서 정한 보험금의 지급 사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우
4. 계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안 제1항 제1호 및 제2호에서 지정한 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없고, 청약일부터 5년이 지난 이후 제1항 제1호 및 제2호에서 정한 질병으로 해당 계약에서 정한 보험금의 지급 사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우

⑦ 제6항 제4호에도 불구하고, 계약 청약일 현재 면책기간을 「계약의 보험기간」으로 적용한 유사계약이 유지중이거나, 계약 청약일 전 6개월 이내에 계약자 및 피보험자의 요구 또는 보험료 납입 연체로 해지된 경우 유사계약 청약일과 계약 청약일 사이에 제1항 제1호 및 제2호에서 정한 질병으로 재진단 또는 치료를 받지 않았다면 계약의 청약일은 유사계약의 청약일로 봅니다.

⑧ 제6항 제4호의 「청약일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 해당 계약에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑨ 제6항 제4호의 「추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실」이 없는 경우는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가 검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 보장이 제외되는 질병 또는 그 질병의 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑩ 제8조(효력 상실된 특약의 부활(효력 회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제6항 제4호의 청약일로 하여 적용합니다.

【부활(효력 회복)】

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

⑪ 피보험자가 회사가 정한 면책기간의 종료일을 포함하여 계속하여 입원한 경우 그 입원에 대해서는 면책기간 종료일의 다음 날을 입원의 개시일로 정정하여 보험금을 지급합니다.

⑫ 피보험자에게 보험사고가 발생했을 경우, 그 사고가 특정 질병 또는 특정 신체부위를 직접적인 원인으

로 발생한 사고인가 아닌가는 의사의 진단서와 의견을 주된 판단자료로 결정합니다.

- ⑯ 제1항의 특정 신체부위 및 특정 질병은 4개 이내에서 선택하여 부가할 수 있습니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제4조 (특약의 성립)

- ① 이 특약은 해당 계약을 체결할 때 해당 계약의 피보험자의 건강상태가 회사가 정한 계약 인수 기준에 적합하지 않은 경우 또는 해당 계약을 체결한 후 계약 전 알릴 의무 위반의 효과 등으로 보장을 제한할 경우에 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 해당 계약에 부가하여 이루어집니다.

【계약 전 알릴 의무】

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

- ② 제1항에 따라 회사가 이 특약을 부가할 때에는, 피보험자의 과거 병력과 특정 신체부위 또는 특정 질병 사이에 의학적으로 인과관계가 있다는 의사의 소견이 있는 경우 또는 인과관계가 경험 통계적으로 유의성 있게 확인된 경우 등과 같이 회사가 정한 계약 인수 기준에 따라 피보험자의 과거 병력과 직접 관련이 있는 특정 신체부위 또는 특정 질병으로 제한하며, 부담보 설정 범위 및 사유를 계약자에게 설명하여 드립니다.

제5조 (특약의 보장 개시)

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 해당 계약의 보장개시일과 동일합니다.

제6조 (특약의 소멸)

- ① 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 해당 계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우.

다만, 주계약에 부가된 해당 계약 중 해당 계약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약은 해지되었으나 해당 계약의 효력은 유지되는 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다.), 이 특약의 효력은 유지됩니다.

2. 이 특약의 대상이 되는 피보험자가 사망하였을 경우.

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

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

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

【실종선고】

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

- ③ 해당 계약에서 정한 보장개시일 전일 이전에 발생한 질병에 대하여 계약을 무효로 하는 경우에도 다음 각 호의 경우에는 계약을 무효로 하지 않습니다.
1. 제3조(특약 면책조건의 내용) 제1항 제1호에서 정한 특정 신체부위에 발생한 질병에 대하여 면책을 조건으로 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정 신체부위에 질병이 발생한 경우.
 2. 제3조(특약 면책조건의 내용) 제1항 제2호에서 정한 특정 질병에 대하여 면책을 조건으로 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정 질병이 발생한 경우.

제7조 (특약 면책기간 종료 등의 안내)

회사는 제3조(특약 면책조건의 내용) 제2항의 면책기간이 경과하였거나 제3조(특약 면책조건의 내용) 제6항 제4호의 청약일로부터 5년이 경과한 경우에는 면책기간 및 보장 제외기간의 종료 등을 서면(우편 등), 전화(음성녹음 포함) 또는 전자문서(문자메시지 포함) 등으로 계약자에게 안내하여 드립니다.

제4관 특약의 부활(효력 회복)

제8조 (효력 상실된 특약의 부활(효력 회복))

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력 회복) 청약을 받은 경우에는 해당 계약의 부활(효력 회복)을 승낙한 경우에 한하여 해당 계약의 약관의 부활(효력 회복) 규정에 따라 해당 계약과 동시에 이 특약의 부활(효력 회복)을 취급합니다.
- ② 해당 계약의 부활(효력 회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 경우에는 이 특약도 동시에 부활(효력 회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 이 특약을 부활(효력 회복)하는 경우의 보장개시일은 제5조(특약의 보장 개시)를 따릅니다.

제5관 기타사항 등

제9조 (해당 계약 약관의 준용)

이 특약에 따로 정하지 않은 사항에 대하여는 이 특약이 부가된 해당 계약의 약관 규정을 따릅니다.

약관 본문에 인용된 법령은 "약관에서 인용된 법령 내용"을 참고하시기 바랍니다.

[별표 1]

특정 신체부위 분류표

분류 번호	특정 신체부위의 명칭
1	위, 십이지장
2	공장(빈창자), 회장(돌창자), 맹장(충수돌기 포함)
3	대장(맹장, 직장 제외)
4	직장
5	항문
6	간
7	담낭(쓸개) 및 담관
8	췌장
9	비장
10	기관, 기관지, 폐, 흉막 및 흉곽(늑골 포함)
11	코[외비(코 바깥), 비강(코 안) 및 부비강(코 곁굴) 포함]
12	인두 및 후두(편도 포함)
13	식도
14	구강, 치아, 혀, 악하선(턱밑샘), 이하선(귀밑샘) 및 설하선(혀밑샘)
15	귀[외이(바깥 귀), 고막, 중이(가운데귀), 내이(속귀), 청신경 및 유양돌기(꼭지돌기) 포함]
16	안구 및 안구부속기 [안검(눈꺼풀), 결막, 누기(눈물샘), 안근 및 안와내 조직 포함]
17	신장
18	부신
19	요관, 방광 및 요도
20	음경
21	질 및 외음부
22	전립선
23	유방(유선 포함)
24	자궁[자궁체부(자궁몸통) 포함]
25	자궁체부(자궁몸통)(제왕절개술을 받은 경우에 한함)
26	난소 및 난관

분류 번호	특정 신체부위의 명칭
27	고환[고환초막(고환집막) 포함] 부고환, 정관, 정삭 및 정낭
28	갑상선
29	부갑상선
30	서혜부(넓적다리 부위의 위쪽 주변)(서혜 탈장, 음낭 탈장 또는 대퇴 탈장이 생긴 경우에 한함)
31	피부(두피 및 입술 포함)
32	경추부(해당신경 포함)
33	흉추부(해당신경 포함)
34	요추부(해당신경 포함)
35	천골(엉치뼈)부 및 미골(꼬리뼈)부(해당신경 포함)
36	왼쪽 어깨
37	오른쪽 어깨
38	왼팔(왼쪽 어깨 제외, 왼손 포함)
39	오른팔(오른쪽 어깨 제외, 오른손 포함)
40	왼손(왼쪽 손목 관절 이하)
41	오른손(오른쪽 손목 관절 이하)
42	왼쪽 고관절
43	오른쪽 고관절
44	왼쪽 다리(왼쪽 고관절 제외, 왼발 포함)
45	오른쪽 다리(오른쪽 고관절 제외, 오른발 포함)
46	왼발(왼쪽 발목 관절 이하)
47	오른발(오른쪽 발목 관절 이하)
48	상·하악골(위턱뼈·아래턱뼈)
49	쇄골
50	늑골(갈비뼈)
51	골반부(장골·좌골·치골)

[별표 2]

특정 질병 분류표

① 약관에 규정하는 「특정 질병」으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 면책하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

구분	특정 질병	분류 번호	세부 내용
61	심질환	I01	심장 침범이 있는 류마티스열
		I05~I09	만성 류마티스심장질환
		I20~I25	허혈심장질환
		I26~I28	폐성 심장병 및 폐순환의 질환
		I30~I52	기타 형태의 심장병
62	뇌혈관질환	I60~I69	뇌혈관질환
63	당뇨병	E10~E14	당뇨병
		O24	임신중 당뇨병
64	고혈압질환	I10~I13, I15	고혈압성 질환
		O10	임신, 출산 및 산후기에 합병된 전에 있던 고혈압
		O16	상세불명의 산모고혈압
65	결핵	A15~A19	결핵
		B90	결핵의 후유증
		P37.0	선천결핵
		O98.0	임신, 출산 및 산후기에 합병된 결핵
66	담석증	K80	담석증
67	요로결석증	N20	신장 및 요관의 결석
		N21	하부요로의 결석
		N22	달리 분류된 질환에서의 요로의 결석
		N23	상세불명의 신장 급통증
68	임신중독증	O11	만성 고혈압에 겹친 전자간
		O12	고혈압을 동반하지 않은 임신성[임신-유발] 부종 및 단백뇨
		O13	임신[임신-유발]고혈압

구분	특정 질병	분류 번호	세부 내용
		O14	전자간
		O15	자간
69	골관절증 및 류마티스 관절염	M05	혈청검사양성 류마티스관절염
		M06	기타 류마티스관절염
		M08	연소성 관절염
		M13	기타 관절염
		M15	다발관절증
		M16	고관절증
		M17	무릎관절증
		M18	제 1 수근중수관절의 관절증
		M19	기타 관절증
70	척주측만증	M40	척주후만증 및 척주전만증
		M41	척주측만증
71	통풍	E79	퓨린 및 피리미딘의 대사장애
		M10	통풍
72	고지혈증	E78	지질단백질대사장애 및 기타 지질증
73	사시	H49	마비성 사시
		H50	기타 사시
		H51	양안운동의 기타 장애
74	백내장	H25	노년백내장
		H26	기타 백내장
		H27	수정체의 기타 장애
75	하자정맥류(정맥염 포함)	I80	정맥염 및 혈전정맥염
		I83	하자의 정맥류
		I87	정맥의 기타 장애
76	탈장(음낭수종 포함)	K40	사타구니탈장
		K41	대퇴탈장
		K42	배꼽탈장
		K43	복벽탈장
		K44	횡격막탈장

구분	특정 질병	분류 번호	세부 내용
77	유산	K45	기타 복벽탈장
		K46	상세불명의 복벽탈장
		N43	음낭수종 및 정액류
		N96	습관적 유산자
		O00	자궁외임신
		O01	포상기태
		O02	기타 비정상적 수태부산물
		O03	자연유산
		O04	의학적 유산
		O05	기타 유산
78	복막의 질환	O06	상세불명의 유산
		O07	시도된 유산의 실패
		O08	유산, 자궁외임신 및 기태임신에 따른 합병증
		O20	초기임신중 출혈
79	골반염	K65	복막염
		K66	복막의 기타 장애
		K67	달리 분류된 감염성 질환에서의 복막의 장애
		N70	난관염 및 난소염
80	골다공증	N71	자궁경부를 제외한 자궁의 염증성 질환
		N72	자궁경부의 염증성 질환
		N73	기타 여성골반염증질환
		N74	달리 분류된 질환에서의 여성골반염증장애
81	천식	M80	병적 골절을 동반한 골다공증
		M81	병적 골절이 없는 골다공증
		M82	달리 분류된 질환에서의 골다공증
82	빈혈	J45	천식
		J46	천식지속상태
82	빈혈	D50	철결핍빈혈
		D51	비타민 B ₁₂ 결핍빈혈
		D52	엽산결핍빈혈

구분	특정 질병	분류 번호	세부 내용
83	소화기용종	D53	기타 영양성 빈혈
		D60	후천성 순수적혈구무형성[적모구감소]
		D61	기타 무형성빈혈
		D62	급성 출혈후 빈혈
		D63	달리 분류된 만성 질환에서의 빈혈
		D64	기타 빈혈
84	자궁내막증	D12	결장, 직장, 항문 및 항문관의 양성 신생물
		D13	기타 및 부위불명의 소화계통의 양성 신생물
		K62	항문 및 직장의 기타 질환
		K63	장의 기타 질환
84	자궁내막증	N80	자궁내막증
85	림프절질환	I88	비특이성 림프절염
		I89	림프관 및 림프절의 기타 비감염성 장애
		L04	급성 림프절염
		R59	림프절비대

※ 제9차 개정 이후 이 약관에서 면책하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단 당시에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 면책하는 질병 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병 분류가 변경되더라도 이 약관에서 면책하는 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표 3]

재해 분류표

1. 보장 대상이 되는 재해

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

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

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

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

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

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

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

국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

약관에서 인용된 법령 내용

(가나다 순)

부록

[부록]

약관에서 인용된 법령 내용(가나다 순)

- 아래 법령은 약관에서 인용된 법령으로 고객의 이해를 돋기 위해 마련되었으며, 가입하신 상품에 따라 인용된 법령이 다를 수 있는 점을 참고하셔서 활용하시기 바랍니다.
- 아래 법령은 2025년 5월 기준으로 작성되었으며, 해당 법령의 제·개정으로 내용이 변동될 수 있습니다. 또한, 아래 법령과 실제 법령 내용이 다를 경우에는 실제 법령 내용을 적용합니다.
- 현행 법령과 법률 전문은 '국가법령정보센터 홈페이지(www.law.go.kr)'를 통해 확인할 수 있습니다.

감염병의 예방 및 관리에 관한 법률

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. (생 략)
 2. "제1급감염병"이란 생물테러감염병 또는 치명률이 높거나 집단 발생의 우려가 커서 발생 또는 유행 즉시 신고하여야 하고, 음압격리와 같은 높은 수준의 격리가 필요한 감염병으로서 다음 각 목의 감염병을 말한다. 다만, 갑작스러운 국내 유입 또는 유행이 예견되어 긴급한 예방·관리가 필요하여 질병관리청장이 보건복지부장관과 협의하여 지정하는 감염병을 포함한다.

가. 에볼라바이러스병	나. 마버그열
다. 라싸열	라. 크리미안콩고출혈열
마. 남아메리카출혈열	바. 리프트밸리열
사. 두창	아. 페스트
자. 탄저	차. 보툴리눔독소증
카. 야토병	타. 신종감염병증후군
파. 중증급성호흡기증후군(SARS)	하. 중동호흡기증후군(MERS)
거. 동물인플루엔자 인체감염증	너. 신종인플루엔자
더. 디프테리아	
 3. ~ 12. (생 략)
 13. "감염병환자"란 감염병의 병원체가 인체에 침입하여 증상을 나타내는 사람으로서 제11조제6항의 진단 기준에 따른 의사, 치과의사 또는 한의사의 진단이나 제16조의2에 따른 감염병병원체 확인기관의 실험실 검사를 통하여 확인된 사람을 말한다.

감염병의 예방 및 관리에 관한 법률

14. "감염병의사환자"란 감염병병원체가 인체에 침입한 것으로 의심이 되나 감염병환자로 확인되기 전 단계에 있는 사람을 말한다.
15. "병원체보유자"란 임상적인 증상은 없으나 감염병병원체를 보유하고 있는 사람을 말한다.
- 15의2. "감염병의심자"란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 사람을 말한다.
 - 가. 감염병환자, 감염병의사환자 및 병원체보유자(이하 "감염병환자등"이라 한다)와 접촉하거나 접촉 이 의심되는 사람(이하 "접촉자"라 한다)
 - 나. 「검역법」 제2조제7호 및 제8호에 따른 검역관리지역 또는 중점검역관리지역에 체류하거나 그 지역을 경유한 사람으로서 감염이 우려되는 사람
 - 다. 감염병병원체 등 위험요인에 노출되어 감염이 우려되는 사람

(이하 생략)

개인정보보호법

제15조(개인정보의 수집·이용)

- ① 개인정보처리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 개인정보를 수집할 수 있으며 그 수집 목적의 범위에서 이용할 수 있다.
 1. 정보주체의 동의를 받은 경우
 2. 법률에 특별한 규정이 있거나 법령상 의무를 준수하기 위하여 불가피한 경우
 3. 공공기관이 법령 등에서 정하는 소관 업무의 수행을 위하여 불가피한 경우
 4. 정보주체와 체결한 계약을 이행하거나 계약을 체결하는 과정에서 정보주체의 요청에 따른 조치를 이행하기 위하여 필요한 경우
 5. 명백히 정보주체 또는 제3자의 급박한 생명, 신체, 재산의 이익을 위하여 필요하다고 인정되는 경우
 6. 개인정보처리자의 정당한 이익을 달성하기 위하여 필요한 경우로서 명백하게 정보주체의 권리보다 우선하는 경우. 이 경우 개인정보처리자의 정당한 이익과 상당한 관련이 있고 합리적인 범위를 초과하지 아니하는 경우에 한한다.
 7. 공중위생 등 공공의 안전과 안녕을 위하여 긴급히 필요한 경우
- ② 개인정보처리자는 제1항제1호에 따른 동의를 받을 때에는 다음 각 호의 사항을 정보주체에게 알려야 한다. 다음 각 호의 어느 하나의 사항을 변경하는 경우에도 이를 알리고 동의를 받아야 한다.
 1. 개인정보의 수집·이용 목적
 2. 수집하려는 개인정보의 항목
 3. 개인정보의 보유 및 이용 기간

개인정보보호법

4. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용
- ③ 개인정보처리자는 당초 수집 목적과 합리적으로 관련된 범위에서 정보주체에게 불이익이 발생하는지 여부, 암호화 등 안전성 확보에 필요한 조치를 하였는지 여부 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 정보주체의 동의 없이 개인정보를 이용할 수 있다.

제17조(개인정보의 제공)

- ① 개인정보처리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당되는 경우에는 정보주체의 개인정보를 제3자에게 제공(공유)를 포함한다. 이하 같다)할 수 있다.
1. 정보주체의 동의를 받은 경우
 2. 제15조제1항제2호, 제3호 및 제5호부터 제7호까지에 따라 개인정보를 수집한 목적 범위에서 개인정보를 제공하는 경우
- ② 개인정보처리자는 제1항제1호에 따른 동의를 받을 때에는 다음 각 호의 사항을 정보주체에게 알려야 한다. 다음 각 호의 어느 하나의 사항을 변경하는 경우에도 이를 알리고 동의를 받아야 한다.
1. 개인정보를 제공받는 자
 2. 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 이용 목적
 3. 제공하는 개인정보의 항목
 4. 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 보유 및 이용 기간
 5. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용
- ③ 삭제
- ④ 개인정보처리자는 당초 수집 목적과 합리적으로 관련된 범위에서 정보주체에게 불이익이 발생하는지 여부, 암호화 등 안전성 확보에 필요한 조치를 하였는지 여부 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 정보주체의 동의 없이 개인정보를 제공할 수 있다.

제22조(동의를 받는 방법)

- ① 개인정보처리자는 이 법에 따른 개인정보의 처리에 대하여 정보주체(제22조의2제1항에 따른 법정대리인을 포함한다. 이하 이 조에서 같다)의 동의를 받을 때에는 각각의 동의 사항을 구분하여 정보주체가 이를 명확하게 인지할 수 있도록 알리고 동의를 받아야 한다. 이 경우 다음 각 호의 경우에는 동의 사항을 구분하여 각각 동의를 받아야 한다.
1. 제15조제1항제1호에 따라 동의를 받는 경우
 2. 제17조제1항제1호에 따라 동의를 받는 경우
 3. 제18조제2항제1호에 따라 동의를 받는 경우

개인정보보호법

4. 제19조제1호에 따라 동의를 받는 경우
 5. 제23조제1항제1호에 따라 동의를 받는 경우
 6. 제24조제1항제1호에 따라 동의를 받는 경우
 7. 재화나 서비스를 홍보하거나 판매를 권유하기 위하여 개인정보의 처리에 대한 동의를 받으려는 경우
 8. 그 밖에 정보주체를 보호하기 위하여 동의 사항을 구분하여 동의를 받아야 할 필요가 있는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우
- ② 개인정보처리자는 제1항의 동의를 서면(「전자문서 및 전자거래 기본법」 제2조제1호에 따른 전자문서를 포함한다)으로 받을 때에는 개인정보의 수집·이용 목적, 수집·이용하려는 개인정보의 항목 등 대통령령으로 정하는 중요한 내용을 보호위원회가 고시로 정하는 방법에 따라 명확히 표시하여 알아보기 쉽게 하여야 한다.
- ③ 개인정보처리자는 정보주체의 동의 없이 처리할 수 있는 개인정보에 대해서는 그 항목과 처리의 법적 근거를 정보주체의 동의를 받아 처리하는 개인정보와 구분하여 제30조제2항에 따라 공개하거나 전자우편 등 대통령령으로 정하는 방법에 따라 정보주체에게 알려야 한다. 이 경우 동의 없이 처리할 수 있는 개인정보라는 입증책임은 개인정보처리자가 부담한다
- ④ 삭제
- ⑤ 개인정보처리자는 정보주체가 선택적으로 동의할 수 있는 사항을 동의하지 아니하거나 제1항제3호 및 제7호에 따른 동의를 하지 아니한다는 이유로 정보주체에게 재화 또는 서비스의 제공을 거부하여서는 아니 된다.
- ⑥ 삭제
- ⑦ 제1항부터 제5항까지에서 규정한 사항 외에 정보주체의 동의를 받는 세부적인 방법에 관하여 필요한 사항은 개인정보의 수집매체 등을 고려하여 대통령령으로 정한다.

제22조의2(아동의 개인정보 보호)

- ① 개인정보처리자는 만 14세 미만 아동의 개인정보를 처리하기 위하여 이 법에 따른 동의를 받아야 할 때에는 그 법정대리인의 동의를 받아야 하며, 법정대리인이 동의하였는지를 확인하여야 한다.
- ② 제1항에도 불구하고 법정대리인의 동의를 받기 위하여 필요한 최소한의 정보로서 대통령령으로 정하는 정보는 법정대리인의 동의 없이 해당 아동으로부터 직접 수집할 수 있다.
- ③ 개인정보처리자는 만 14세 미만의 아동에게 개인정보 처리와 관련한 사항의 고지 등을 할 때에는 이해하기 쉬운 양식과 명확하고 알기 쉬운 언어를 사용하여야 한다.
- ④ 제1항부터 제3항까지에서 규정한 사항 외에 동의 및 동의 확인 방법 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

개인정보보호법

제23조(민감정보의 처리 제한)

- ① 개인정보처리자는 사상·신념, 노동조합·정당의 가입·탈퇴, 정치적 견해, 건강, 성생활 등에 관한 정보, 그 밖에 정보주체의 사생활을 현저히 침해할 우려가 있는 개인정보로서 대통령령으로 정하는 정보(이하 "민감정보"라 한다)를 처리하여서는 아니 된다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그러하지 아니하다.
1. 정보주체에게 제15조제2항 각 호 또는 제17조제2항 각 호의 사항을 알리고 다른 개인정보의 처리에 대한 동의와 별도로 동의를 받은 경우
 2. 법령에서 민감정보의 처리를 요구하거나 허용하는 경우
- ② 개인정보처리자가 제1항 각 호에 따라 민감정보를 처리하는 경우에는 그 민감정보가 분실·도난·유출·위조·변조 또는 훼손되지 아니하도록 제29조에 따른 안전성 확보에 필요한 조치를 하여야 한다.
- ③ 개인정보처리자는 재화 또는 서비스를 제공하는 과정에서 공개되는 정보에 정보주체의 민감정보가 포함됨으로써 사생활 침해의 위험성이 있다고 판단하는 때에는 재화 또는 서비스의 제공 전에 민감정보의 공개 가능성 및 비공개를 선택하는 방법을 정보주체가 알아보기 쉽게 알려야 한다.

제24조(고유식별정보의 처리 제한)

- ① 개인정보처리자는 다음 각 호의 경우를 제외하고는 법령에 따라 개인을 고유하게 구별하기 위하여 부여된 식별정보로서 대통령령으로 정하는 정보(이하 "고유식별정보"라 한다)를 처리할 수 없다.
1. 정보주체에게 제15조제2항 각 호 또는 제17조제2항 각 호의 사항을 알리고 다른 개인정보의 처리에 대한 동의와 별도로 동의를 받은 경우
 2. 법령에서 구체적으로 고유식별정보의 처리를 요구하거나 허용하는 경우
- ② 삭제
- ③ 개인정보처리자가 제1항 각 호에 따라 고유식별정보를 처리하는 경우에는 그 고유식별정보가 분실·도난·유출·위조·변조 또는 훼손되지 아니하도록 대통령령으로 정하는 바에 따라 암호화 등 안전성 확보에 필요한 조치를 하여야 한다.
- ④ 보호위원회는 처리하는 개인정보의 종류·규모, 종업원 수 및 매출액 규모 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 기준에 해당하는 개인정보처리자가 제3항에 따라 안전성 확보에 필요한 조치를 하였는지에 관하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 정기적으로 조사하여야 한다.
- ⑤ 보호위원회는 대통령령으로 정하는 전문기관으로 하여금 제4항에 따른 조사를 수행하게 할 수 있다.

제24조의2(주민등록번호 처리의 제한)

- ① 제24조제1항에도 불구하고 개인정보처리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 주민등록번호를 처리할 수 없다.
1. 법률·대통령령·국회규칙·대법원규칙·헌법재판소규칙·중앙선거관리위원회규칙 및 감사원규칙에서

개인정보보호법

구체적으로 주민등록번호의 처리를 요구하거나 허용한 경우

2. 정보주체 또는 제3자의 급박한 생명, 신체, 재산의 이익을 위하여 명백히 필요하다고 인정되는 경우
 3. 제1호 및 제2호에 준하여 주민등록번호 처리가 불가피한 경우로서 보호위원회가 고시로 정하는 경우
- ② 개인정보처리자는 제24조제3항에도 불구하고 주민등록번호가 분실·도난·유출·위조·변조 또는 훼손되지 아니하도록 암호화 조치를 통하여 안전하게 보관하여야 한다. 이 경우 암호화 적용 대상 및 대상별 적용 시기 등에 관하여 필요한 사항은 개인정보의 처리 규모와 유출 시 영향 등을 고려하여 대통령령으로 정한다.
- ③ 개인정보처리자는 제1항 각 호에 따라 주민등록번호를 처리하는 경우에도 정보주체가 인터넷 홈페이지를 통하여 회원으로 가입하는 단계에서는 주민등록번호를 사용하지 아니하고도 회원으로 가입할 수 있는 방법을 제공하여야 한다.
- ④ 보호위원회는 개인정보처리자가 제3항에 따른 방법을 제공할 수 있도록 관계 법령의 정비, 계획의 수립, 필요한 시설 및 시스템의 구축 등 제반 조치를 마련·지원할 수 있다.

관공서의 공휴일에 관한 규정

제2조(공휴일)

관공서의 공휴일은 다음 각 호와 같다. 다만, 재외공관의 공휴일은 우리나라의 국경일 중 공휴일과 주재국의 공휴일로 한다.

1. 일요일
2. 국경일 중 3·1절, 광복절, 개천절 및 한글날
3. 1월 1일
4. 설날 전날, 설날, 설날 다음날 (음력 12월 말일, 1월 1일, 2일)
5. 삭제
6. 부처님오신날 (음력 4월 8일)
7. 5월 5일 (어린이날)
8. 6월 6일 (현충일)
9. 추석 전날, 추석, 추석 다음날 (음력 8월 14일, 15일, 16일)
10. 12월 25일 (기독탄신일)
- 10의2. 「공직선거법」 제34조에 따른 임기만료에 의한 선거의 선거일
11. 기타 정부에서 수시 지정하는 날

관공서의 공휴일에 관한 규정

제3조(대체공휴일)

- ① 제2조제2호부터 제10호까지의 공휴일이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 공휴일 다음의 첫 번째 비공휴일(제2조 각 호의 공휴일이 아닌 날을 말한다. 이하 같다)을 대체공휴일로 한다.
1. 제2조제2호·제6호·제7호 또는 제10호의 공휴일이 토요일이나 일요일과 겹치는 경우
 2. 제2조제4호 또는 제9호의 공휴일이 일요일과 겹치는 경우
 3. 제2조제2호·제4호·제6호·제7호·제9호 또는 제10호의 공휴일이 토요일·일요일이 아닌 날에 같은 조 제2호부터 제10호까지의 규정에 따른 다른 공휴일과 겹치는 경우
- ② 제1항에 따른 대체공휴일이 같은 날에 겹치는 경우에는 그 대체공휴일 다음의 첫 번째 비공휴일까지 대체공휴일로 한다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따른 대체공휴일이 토요일인 경우에는 그 다음의 첫 번째 비공휴일을 대체공휴일로 한다.

국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률

제4조(적용 대상 국가유공자)

- ① 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 국가유공자, 그 유족 또는 가족(다른 법률에서 이 법에 규정된 예우 등을 받도록 규정된 사람을 포함한다)은 이 법에 따른 예우를 받는다.
1. ~ 3. (생 략)
 4. 전상군경(戰傷軍警): 군인이나 경찰공무원으로서 전투 또는 이에 준하는 직무수행 중 상이률 입고 전역(퇴역·면역 또는 상근예비역 소집해제를 포함한다. 이하 같다)하거나 퇴직(면직을 포함한다. 이하 같다)한 사람(군무원으로서 1959년 12월 31일 이전에 전투 또는 이에 준하는 직무수행 중 상이률 입고 퇴직한 사람을 포함한다) 또는 6개월 이내에 전역이나 퇴직하는 사람으로서 그 상이 정도가 국가보훈부장관이 실시하는 신체검사에서 제6조의4에 따른 상이등급(이하 "상이등급"이라 한다)으로 판정된 사람
 5. (생 략)
 6. 공상군경(公傷軍警): 군인이나 경찰·소방 공무원으로서 국가의 수호·안전보장 또는 국민의 생명·재산 보호와 직접적인 관련이 있는 직무수행이나 교육훈련 중 상이(질병을 포함한다)를 입고 전역하거나 퇴직한 사람 또는 6개월 이내에 전역이나 퇴직하는 사람으로서 그 상이정도가 국가보훈부장관이 실시하는 신체검사에서 상이등급으로 판정된 사람
 7. ~ 11. (생 략)
 12. 4·19혁명부상자: 1960년 4월 19일을 전후한 혁명에 참가하여 상이률 입은 사람으로서 그 상이정도가 국가보훈부장관이 실시하는 신체검사에서 상이등급으로 판정된 사람

13. ~ 14. (생 략)

15. 공상공무원: 「국가공무원법」 제2조 및 「지방공무원법」 제2조에 따른 공무원(군인과 경찰·소방 공무원은 제외한다)과 국가나 지방자치단체에서 일상적으로 공무에 종사하는 대통령령으로 정하는 직원으로서 국민의 생명·재산 보호와 직접적인 관련이 있는 직무수행이나 교육훈련 중 상이(질병을 포함한다)를 입고 퇴직하거나 6개월 이내에 퇴직하는 사람으로서 그 상이정도가 국가보훈부장관이 실시하는 신체검사에서 상이등급으로 판정된 사람

16. (생 략)

17. 국가사회발전 특별공로상이자(이하 “특별공로상이자”라 한다): 국가사회발전에 현저한 공이 있는 사람 중 그 공로와 관련되어 상이를 입은 사람으로서 그 상이정도가 국가보훈부장관이 실시하는 신체검사에서 상이등급으로 판정되어 국무회의에서 이 법의 적용 대상자로 의결된 사람

(이하 생략)

제6조의3(신체검사)

① 국가보훈부장관은 제4조제1항제4호·제6호·제12호·제15호 및 제17호에 따라 이 법의 적용 대상자로 될 상이를 입은 사람의 판정과 그가 입은 상이정도 또는 상이처의 변경 등으로 인한 상이등급을 판정하기 위하여 신체검사를 실시한다. 이 경우 대통령령으로 정하는 사유가 있는 사람의 상이등급 판정을 위한 신체검사는 서면심사(書面審查)로 할 수 있다.

(이하 생략)

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙

제5조의2(중증질환심의위원회)

- ① 중증환자에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위하여 건강보험심사평가원에 중증질환심의위원회를 둔다.
- ② 중증질환심의위원회는 보건의료분야에 관한 학식과 경험이 풍부한 45인 이내의 위원으로 구성하되, 중증질환심의위원회의 구성 및 운영 등에 관하여 필요한 사항은 건강보험심사평가원의 정관으로 정한다.
-

금융소비자 보호에 관한 법률

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. ~ 8. (생 략)

9. “전문금융소비자”란 금융상품에 관한 전문성 또는 소유자산규모 등에 비추어 금융상품 계약에 따른 위험감수능력이 있는 금융소비자로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 자를 말한다. 다만, 전문금
-

금융소비자 보호에 관한 법률

금융소비자 중 대통령령으로 정하는 자가 일반금융소비자와 같은 대우를 받겠다는 의사를 금융상품판매업자 또는 금융상품자문업자(이하 "금융상품판매업자등"이라 한다)에게 서면으로 통지하는 경우 금융상품판매업자등은 정당한 사유가 있는 경우를 제외하고는 이에 동의하여야 하며, 금융상품판매업자등이 동의한 경우에는 해당 금융소비자는 일반금융소비자로 본다.

가. 국가

나. 「한국은행법」에 따른 한국은행

다. 대통령령으로 정하는 금융회사

라. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제9조제15항제3호에 따른 주권상장법인(투자성 상품 중 대통령령으로 정하는 금융상품계약체결등을 할 때에는 전문금융소비자와 같은 대우를 받겠다는 의사를 금융상품판매업자등에게 서면으로 통지하는 경우만 해당한다)

마. 그 밖에 금융상품의 유형별로 대통령령으로 정하는 자

10. "일반금융소비자"란 전문금융소비자가 아닌 금융소비자를 말한다.

제42조(소액분쟁사건에 관한 특례)

조정대상기관은 다음 각 호의 요건 모두를 충족하는 분쟁사건(이하 "소액분쟁사건"이라 한다)에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 제36조제6항에 따라 조정안을 제시받기 전에는 소를 제기할 수 없다. 다만, 제36조제3항에 따라 서면통지를 받거나 제36조제5항에서 정한 기간 내에 조정안을 제시받지 못한 경우에는 그러하지 아니하다.

1. 일반금융소비자가 신청한 사건일 것

2. 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 가액이 2천만원 이내에서 대통령령으로 정하는 금액 이하일 것

제47조(위법계약의 해지)

① 금융소비자는 금융상품판매업자등이 제17조제3항, 제18조제2항, 제19조제1항·제3항, 제20조제1항 또는 제21조를 위반하여 대통령령으로 정하는 금융상품에 관한 계약을 체결한 경우 5년 이내의 대통령령으로 정하는 기간 내에 서면등으로 해당 계약의 해지를 요구할 수 있다. 이 경우 금융상품판매업자등은 해지를 요구받은 날부터 10일 이내에 금융소비자에게 수락여부를 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절사유를 함께 통지하여야 한다.

② 금융소비자는 금융상품판매업자등이 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있다.

③ 제1항 및 제2항에 따라 계약이 해지된 경우 금융상품판매업자등은 수수료, 위약금 등 계약의 해지와 관련된 비용을 요구할 수 없다.

④ 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 계약의 해지요구권의 행사요건, 행사범위 및 정당한 사유 등과

금융소비자 보호에 관한 법률

관련하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

금융소비자 보호에 관한 법률 시행령

제38조(위법계약의 해지)

- ① 법 제47조제1항 전단에서 "대통령령으로 정하는 금융상품"이란 금융소비자와 금융상품직접판매업자 또는 금융상품자문업자 간 계속적 거래가 이루어지는 금융상품 중 금융위원회가 정하여 고시하는 금융상품을 말한다.
- ② 법 제47조제1항 전단에서 "대통령령으로 정하는 기간"이란 금융소비자가 계약 체결에 대한 위반사항을 안 날부터 1년 이내의 기간을 말한다. 이 경우 해당 기간은 계약체결일부터 5년 이내의 범위에 있어야 한다.
- ③ 금융소비자는 법 제47조제1항 전단에 따라 계약의 해지를 요구하려는 경우 금융위원회가 정하여 고시하는 해지요구서에 위반사항을 증명하는 서류를 첨부하여 금융상품직접판매업자 또는 금융상품자문업자에게 제출해야 한다. 이 경우 「자동차손해배상 보장법」에 따른 책임보험에 대해 해지 요구를 할 때에는 동종의 다른 책임보험에 가입해 있어야 한다.
- ④ 법 제47조제2항에 따른 정당한 사유의 범위는 다음 각 호와 같다.
 1. 위반사실에 대한 근거를 제시하지 않거나 거짓으로 제시한 경우
 2. 계약 체결 당시에는 위반사항이 없었으나 금융소비자가 계약 체결 이후의 사정변경에 따라 위반 사항을 주장하는 경우
 3. 금융소비자의 동의를 받아 위반사항을 시정한 경우
 4. 그 밖에 제1호부터 제3호까지의 경우에 준하는 것으로서 금융위원회가 정하여 고시하는 경우
- ⑤ 제1항부터 제4항까지에서 규정한 사항 외에 해지요구권의 행사 방법 및 절차 등에 관하여 필요한 세부 사항은 금융위원회가 정하여 고시한다.

민법

제2조(신의성실)

- ① 권리의 행사와 의무의 이행은 신의에 쫓아 성실히 하여야 한다.
- ② 권리는 남용하지 못한다.

제27조(실종의 선고)

- ① 부재자의 생사가 5년간 분명하지 아니한 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종 선고를 하여야 한다.

민법

- ② 전지에 임한 자, 침몰한 선박 중에 있던 자, 추락한 항공기 중에 있던 자 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한 자의 생사가 전쟁종지후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 아니한 때에도 제1항과 같다.

제28조(실종선고의 효과)

실종선고를 받은 자는 전조의 기간이 만료한 때에 사망한 것으로 본다.

제1000조(상속의 순위)

- ① 상속에 있어서는 다음 순위로 상속인이 된다.

1. 피상속인의 직계비속
2. 피상속인의 직계존속
3. 피상속인의 형제자매
4. 피상속인의 4촌 이내의 방계혈족

- ② 전항의 경우에 동순위의 상속인이 수인인 때에는 최근친을 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.

- ③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

제1001조(대습상속)

전조제1항제1호와 제3호의 규정에 의하여 상속인이 될 직계비속 또는 형제자매가 상속개시전에 사망하거나 결격자가 된 경우에 그 직계비속이 있는 때에는 그 직계비속이 사망하거나 결격된 자의 순위에 갈음하여 상속인이 된다.

제1003조(배우자의 상속순위)

- ① 피상속인의 배우자는 제1000조제1항제1호와 제2호의 규정에 의한 상속인이 있는 경우에는 그 상속인과 동순위로 공동상속인이 되고 그 상속인이 없는 때에는 단독상속인이 된다.
- ② 제1001조의 경우에 상속개시전에 사망 또는 결격된 자의 배우자는 동조의 규정에 의한 상속인과 동순위로 공동상속인이 되고 그 상속인이 없는 때에는 단독상속인이 된다.

제1004조(상속인의 결격사유)

다음 각 호의 어느 하나에 해당한 자는 상속인이 되지 못한다.

1. 고의로 직계존속, 피상속인, 그 배우자 또는 상속의 선순위나 동순위에 있는 자를 살해하거나 살해하려한 자
2. 고의로 직계존속, 피상속인과 그 배우자에게 상해를 가하여 사망에 이르게 한 자
3. 사기 또는 강박으로 피상속인의 상속에 관한 유언 또는 유언의 철회를 방해한 자
4. 사기 또는 강박으로 피상속인의 상속에 관한 유언을 하게 한 자

민법

5. 피상속인의 상속에 관한 유언서를 위조·변조·파기 또는 은닉한 자

보험업감독규정

제1-2조(정의)

1. ~ 2. (생 략)
3. "보장성보험"이란 기준연령 요건에서 생존시 지급되는 보험금의 합계액이 이미 납입한 보험료를 초과하지 아니하는 보험을 말하며, "순수보장성보험"이란 생존시 지급되는 보험금이 없는 보장성보험을 말하고 "그 밖의 보장성보험"이란 순수보장성보험을 제외한 보장성보험을 말한다.
4. "저축성보험"이란 보장성보험을 제외한 보험으로서 생존시 지급되는 보험금의 합계액이 이미 납입한 보험료를 초과하는 보험을 말한다.

(이하 생략)

제4-35조의2(보험계약 중요사항의 설명의무)

- ① ~ ⑦ (생 략)
- ⑧ 보험회사는 법 제95조의2제3항 및 영 제42조의2제3항제1호바목·사목에 따라 보험계약 체결 단계에서 일반보험계약자에게 중요 사항을 설명할 때에는 다음 각 호의 사항을 준수하여야 한다.
 1. 다음 각 목의 보험계약에 대하여 설명할 것. 다만, 보험계약자가 법인인 보험계약 및 「노인복지법」 제26조에 따른 경로우대자 외의 자가사이버물을 이용하여 모집한 보험계약은 제외한다.
 - 가. 변액보험계약
 - 나. 저축성보험계약
 - 다. 장기보장성보험계약
 2. 청약 후 법 제102조의4제1항에 따라 청약철회가 가능한 기간 이내에 설명할 것
 3. 다음 각 목의 사항을 설명할 것
 - 가. 보험계약의 청약 시 보험약관을 교부받고 보험계약의 중요 사항을 설명받아야 한다는 사실
 - 나. 보험계약의 청약 시 보험계약자가 청약서에 자필서명을 하여야 한다는 사실
 - 다. 보험계약의 청약 시 청약서 부분을 교부받아야 한다는 사실
 - 라. 가목부터 다목까지의 사항이 이행되지 않은 경우 청약일로부터 3개월 이내에 해당 보험계약을 취소할 수 있다는 사실 및 그 취소 절차·방법
 - 마. 저축성보험계약 또는 변액보험계약의 경우 납입보험료중 사업비 등이 차감된 일부 금액이 특별계정에 투입되어 운용되거나 적용이율로 부리된다는 사실
 - 바. 저축성보험계약(금리확정형보험은 제외한다)의 경우 다음 각 세목의 사항
 - 1) 사업비 수준

보험업감독규정

2) 해약환급금

사. 변액보험계약의 경우 다음 각 세목의 사항

1) 투자에 따르는 위험

2) 예금자보호 대상이 되지 않는다는 사실

아. 만기시 자동갱신되는 보험계약의 경우 보험료가 인상될 수 있다는 사실

자. 「상법」 제662조에 따른 보험금청구권 등의 소멸시효에 관한 사항

차. 외화보험의 경우 다음 각 세목의 사항

1) 환율변동에 따라 보험료 및 보험금이 변동될 수 있다는 사실

2) 해약환급금

카. 그 밖에 가목부터 차목까지에 준하는 사항으로서 감독원장이 정하는 사항

4. 그 밖에 다음 각 목을 준수할 것

가. 설명하기 전에 보험계약자 본인인지 여부를 확인할 것

나. 보험계약 중요사항의 설명 확인 항목에 대한 충분한 이해시간을 확보할 것

다. 기타 감독원장이 정하는 방법을 사용하여 설명하는 등 감독원장이 정하는 사항을 준수할 것

(이하 생략)

제4-36조 (통신판매시 준수사항)

- ① 전화 · 우편 · 컴퓨터 · 인터넷 화상장치 등의 통신매체를 이용한 보험상품판매(이하 "통신판매"라 한다)에 종사하는 자(이하 "통신판매종사자"라 한다)는 법 제83조에 의한 모집을 할 수 있는 자이어야 한다.
- ② 전화를 이용하여 보험을 모집하는 자는 제10항에도 불구하고 「금융소비자 보호에 관한 법률」제19조 제1항에 따른 중요사항 이외에 보험계약 체결을 위하여 필요한 사항에 대하여 질문 또는 설명하고 그에 대한 보험계약자의 답변 및 확인내용에 대한 증거자료를 확보 · 유지하기 위하여 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 등 전자적 방법으로 음성녹음을 대체할 수 있다. 이 경우, 보험계약자가 전화로 설명을 들은 내용과 실제 보험계약의 내용이 동일한지 확인할 수 있도록 「금융소비자 보호에 관한 법률」제19조제2항에 따른 설명서를 보험계약이 체결되기 전에 전자적 방법으로 제공하여야 한다.
- ③ 전화를 이용하여 보험을 모집하는 자는 다음 각 호의 요건을 충족하는 경우에 자동화된 전자적 정보 처리장치(이하 "전자적 상품설명장치"라 한다)를 활용할 수 있다.
 1. 보험계약자에게 전자적 상품 설명장치를 활용하여 보험계약 체결을 위해 필요한 사항을 질문 또는 설명한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것
 2. 보험계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명장치의 활용을 중단할 것을 요구할 경우, 보험을 모집하는 자가 직접 계약자의 질의 또는 요청 등에 즉시 응할 수 있을

보험업감독규정

것

3. 전자적 상품설명장치에 질문 또는 설명의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖출 것
4. 제2호 및 제3호의 내용에 관한 사항을 보험계약자에게 안내할 것

(이하 생략)

보험업법

제97조(보험계약의 체결 또는 모집에 관한 금지행위)

① 보험계약의 체결 또는 모집에 종사하는 자는 그 체결 또는 모집에 관하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위를 하여서는 아니 된다.

1. ~ 4. 삭제

5. 보험계약자 또는 피보험자로 하여금 이미 성립된 보험계약(이하 이 조에서 "기준보험계약"이라 한다)을 부당하게 소멸시킴으로써 새로운 보험계약(대통령령으로 정하는 바에 따라 기준보험계약과 보장 내용 등이 비슷한 경우만 해당한다. 이하 이 조에서 같다)을 청약하게 하거나 새로운 보험계약을 청약하게 함으로써 기준보험계약을 부당하게 소멸시키거나 그 밖에 부당하게 보험계약을 청약하게 하거나 이러한 것을 권유하는 행위

(이하 생략)

보험업법 시행령

제42조의2(설명의무의 중요 사항 등)

① ~ ② (생 략)

③ 보험회사는 법 제95조의2제3항 본문 및 제4항에 따라 다음 각 호의 단계에서 중요 사항을 항목별로 일반보험계약자에게 설명해야 한다. 다만, 제1호에 따른 보험계약 체결 단계(마목에 따른 보험계약 승낙 거절 시 거절사유로 한정한다), 제2호에 따른 보험금 청구 단계 또는 제3호에 따른 보험금 심사·지급 단계의 경우 일반보험계약자가 계약 체결 전에 또는 보험금 청구권자가 보험금 청구 단계에서 동의한 경우에 한정하여 서면, 문자메시지, 전자우편 또는 팩스 등으로 중요 사항을 통보하는 것으로 이를 대신할 수 있다.

1. 보험계약 체결 단계

- 가. 보험의 모집에 종사하는 자의 성명, 연락처 및 소속
- 나. 보험의 모집에 종사하는 자가 보험회사를 위하여 보험계약의 체결을 대리할 수 있는지 여부
- 다. 보험의 모집에 종사하는 자가 보험료나 고지의무사항을 보험회사를 대신하여 수령할 수 있는지 여부

보험업법 시행령

- 라. 보험계약의 승낙절차
- 마. 보험계약 승낙거절 시 거절 사유
- 바. 「상법」 제638조의3제2항에 따라 3개월 이내에 해당 보험계약을 취소할 수 있다는 사실 및 그 취소 절차·방법
- 사. 그 밖에 일반보험계약자가 보험계약 체결 단계에서 설명받아야 하는 사항으로서 금융위원회가 정하여 고시하는 사항

(이하 생략)

제43조의2(보험계약의 체결 또는 모집에 관한 금지행위)

- ① 법 제97조제1항제5호에 따라 이미 성립된 보험계약(이하 "기존보험계약"이라 한다)과 보장 내용 등이 비슷한 새로운 보험계약은 다음 각 호의 사항에 모두 해당하여야 한다. 다만, 기존보험계약 또는 새로운 보험계약의 보험기간이 1년 이하인 경우 또는 컴퓨터통신을 이용하여 새로운 보험계약을 체결하는 경우에는 그러하지 아니하다.

1. 기존보험계약과 새로운 보험계약의 피보험자가 같을 것
2. 기존보험계약과 새로운 보험계약의 위험보장의 범위가 법 제2조제1호 각 목의 생명보험상품, 손해보험상품, 제3보험상품의 구분에 따라 비슷할 것

(이하 생략)

산업재해보상보험법

제5조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "업무상의 재해"란 업무상의 사유에 따른 근로자의 부상 · 질병 · 장해 또는 사망을 말한다.
2. "근로자" · "임금" · "평균임금" · "통상임금"이란 각각 「근로기준법」에 따른 "근로자" · "임금" · "평균 임금" · "통상임금"을 말한다. 다만, 「근로기준법」에 따라 "임금" 또는 "평균임금"을 결정하기 어렵다고 인정되면 고용노동부장관이 정하여 고시하는 금액을 해당 "임금" 또는 "평균임금"으로 한다.
3. "유족"이란 사망한 사람의 배우자(사실상 혼인 관계에 있는 사람을 포함한다. 이하 같다) · 자녀 · 부모 · 손자녀 · 조부모 또는 형제자매를 말한다.
4. "치유"란 부상 또는 질병이 완치되었거나 치료의 효과를 더 이상 기대할 수 없고 그 증상이 고정된 상태에 이르게 된 것을 말한다.
5. "장해"란 부상 또는 질병이 치유되었으나 정신적 또는 육체적 훼손으로 인하여 노동능력이 상실되거나 감소된 상태를 말한다.
6. "중증요양상태"란 업무상의 부상 또는 질병에 따른 정신적 또는 육체적 훼손으로 노동능력이 상실

산업재해보상보험법

되거나 감소된 상태로서 그 부상 또는 질병이 치유되지 아니한 상태를 말한다.

7. “진폐”(塵肺)란 분진을 흡입하여 폐에 생기는 섬유증식성(纖維增殖性) 변화를 주된 증상으로 하는 질병을 말한다.
8. “출퇴근”이란 취업과 관련하여 주거와 취업장소 사이의 이동 또는 한 취업장소에서 다른 취업장소로의 이동을 말한다.

제37조 (업무상의 재해의 인정 기준)

① 근로자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사유로 부상 · 질병 또는 장해가 발생하거나 사망하면 업무상의 재해로 본다. 다만, 업무와 재해 사이에 상당인과관계(相當因果關係)가 없는 경우에는 그러하지 아니하다.

1. 업무상 사고

- 가. 근로자가 근로계약에 따른 업무나 그에 따르는 행위를 하던 중 발생한 사고
- 나. 사업주가 제공한 시설물 등을 이용하던 중 그 시설물 등의 결함이나 관리소홀로 발생한 사고
- 다. 삭제 <2017. 10. 24.>
- 라. 사업주가 주관하거나 사업주의 지시에 따라 참여한 행사나 행사준비 중에 발생한 사고
- 마. 휴게시간 중 사업주의 지배관리하에 있다고 볼 수 있는 행위로 발생한 사고
- 바. 그 밖에 업무와 관련하여 발생한 사고

2. 업무상 질병

- 가. 업무수행 과정에서 물리적 인자(因子), 화학물질, 분진, 병원체, 신체에 부담을 주는 업무 등 근로자의 건강에 장해를 일으킬 수 있는 요인을 취급하거나 그에 노출되어 발생한 질병
- 나. 업무상 부상이 원인이 되어 발생한 질병
- 다. 「근로기준법」 제76조의2에 따른 직장 내 괴롭힘, 고객의 폭언 등으로 인한 업무상 정신적 스트레스가 원인이 되어 발생한 질병
- 라. 그 밖에 업무와 관련하여 발생한 질병

3. 출퇴근 재해

- 가. 사업주가 제공한 교통수단이나 그에 준하는 교통수단을 이용하는 등 사업주의 지배관리하에서 출퇴근하는 중 발생한 사고
- 나. 그 밖에 통상적인 경로와 방법으로 출퇴근하는 중 발생한 사고

② 근로자의 고의 · 자해행위나 범죄행위 또는 그것이 원인이 되어 발생한 부상 · 질병 · 장해 또는 사망은 업무상의 재해로 보지 아니한다. 다만, 그 부상 · 질병 · 장해 또는 사망이 정상적인 인식능력 등이 뚜렷하게 낮아진 상태에서 한 행위로 발생한 경우로서 대통령령으로 정하는 사유가 있으면 업무상의 재해로 본다.

③ 제1항제3호나목의 사고 중에서 출퇴근 경로 일탈 또는 중단이 있는 경우에는 해당 일탈 또는 중

산업재해보상보험법

단 중의 사고 및 그 후의 이동 중의 사고에 대하여는 출퇴근 재해로 보지 아니한다. 다만, 일탈 또는 중단이 일상생활에 필요한 행위로서 대통령령으로 정하는 사유가 있는 경우에는 출퇴근 재해로 본다.

- ④ 출퇴근 경로와 방법이 일정하지 아니한 직종으로 대통령령으로 정하는 경우에는 제1항제3호나목에 따른 출퇴근 재해를 적용하지 아니한다.
- ⑤ 업무상의 재해의 구체적인 인정 기준은 대통령령으로 정한다.

[2017. 10. 24. 법률 제14933호에 의하여 2016. 9. 29. 헌법재판소에서 헌법불합치 결정된 이 조 제1항 제1호다목을 삭제함.]

산업재해보상보험법 시행규칙

제47조(운동기능장애의 측정)

- ① 비장해인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역은 별표 4와 같다.
- ② 운동기능장애의 정도는 미국의학협회(AMA, American Medical Association)식 측정 방법 중 공단이 정하는 방법으로 측정한 해당 근로자의 신체 각 관절의 운동가능영역과 별표 4의 평균 운동가능영역을 비교하여 판정한다. 다만, 척주의 운동가능영역은 그러하지 아니하다.
- ③ 제2항에 따라 해당 근로자의 신체 각 관절의 운동가능영역을 측정할 때에는 다음 각 호의 구분에 따른 방법으로 한다.
 1. 강직, 오그라듦, 신경손상 등 운동기능장애의 원인이 명확한 경우: 근로자의 능동적 운동에 의한 측정방법
 2. 운동기능장애의 원인이 명확하지 아니한 경우: 근로자의 수동적 운동에 의한 측정방법

[별표4] 비장해인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역

관절명	측정부위	평균 운동가능영역 (각도)	
팔의 3대 관절	어깨관절	앞위쪽 올리기	150
		옆위쪽 올리기	150
		뒤쪽 올리기	40
		모으기	30
		안쪽 돌리기	40
		바깥쪽 돌리기	90
	팔꿈치관절	펴기	0
		굽히기	150
		안쪽 돌리기	80

산업재해보상보험법 시행규칙

		바깥쪽 돌리기	80	
다리의 3대 관절	손목관절	손등쪽 굽히기	60	
		손바닥쪽 굽히기	70	
		손목의 요골(橈骨: 노뼈)쪽 굽히기(요사위)	20	
		손목의 척골(尺骨: 자뼈)쪽 굽히기(척사위)	30	
	엉덩관절	펴기	30	
		굽히기	100	
		모으기	20	
		벌리기(외전)	40	
		안쪽 돌리기	40	
		바깥쪽 돌리기	50	
	무릎관절	펴기	0	
		굽히기	150	
	발목관절	발등쪽 굽히기	20	
		발바닥쪽 굽히기	40	
		바깥쪽 뒤집기	20	
		안쪽 뒤집기	30	
손가락의 관절	손허리 손가락관절 (중수지관절)	엄지 손가락	펴기	0
			굽히기	60
		둘째 손가락	펴기	0
			굽히기	90
		가운데 손가락	펴기	0
			굽히기	90
		넷째 손가락	펴기	0
			굽히기	90
		새끼 손가락	펴기	0
			굽히기	90
	손가락관절	엄지 손가락	펴기	0
			굽히기	80
	제1손가락관절 (몸쪽 손가락뼈 마디관절)	둘째 손가락	펴기	0
			굽히기	100
		가운데 손가락	펴기	0

산업재해보상보험법 시행규칙

			굽히기	100
넷째 손가락			펴기	0
			굽히기	100
새끼 손가락			펴기	0
			굽히기	100
제2손가락관절 (끝쪽 손가락뼈 마디관절)	둘째 손가락		펴기	0
			굽히기	70
	가운데 손가락		펴기	0
			굽히기	70
	넷째 손가락		펴기	0
			굽히기	70
	새끼 손가락		펴기	0
			굽히기	70
발가락의 관절	발허리 발가락관절 (중족지관절)	엄지 발가락	발등쪽 굽히기	50
			발바닥쪽 굽히기	30
		둘째 발가락	발등쪽 굽히기	40
			발바닥쪽 굽히기	30
		가운데 발가락	발등쪽 굽히기	30
			발바닥쪽 굽히기	20
		넷째 발가락	발등쪽 굽히기	20
			발바닥쪽 굽히기	10
		새끼 발가락	발등쪽 굽히기	10
			발바닥쪽 굽히기	10
	발가락관절	엄지 발가락	펴기	0
			굽히기	30
		둘째 발가락	펴기	0
			굽히기	40
	제1발가락관절 (몸쪽 발가락뼈 마디관절)	가운데 발가락	펴기	0
			굽히기	40
		넷째 발가락	펴기	0
			굽히기	40
		새끼 발가락	펴기	0

산업재해보상보험법 시행규칙

			굽히기	40
--	--	--	-----	----

[별표5] 신체부위별 장해등급 판정에 관한 세부기준

1. ~ 7. (생략)

8. 척주 등의 장해

가. 척주의 운동단위

척주의 운동단위는 목뼈부, 등뼈부 및 허리뼈부로 구분한다. 이 경우 각각의 운동단위의 범위는 다음과 같다.

- 1) 목뼈부는 목뼈 제1번부터 목뼈 제7번까지의 척추체 및 후두과(後頭頸 뒤통수 관절융기)와 목뼈 제1번 사이의 분절부터 목뼈 제7번과 등뼈 제1번 사이의 분절까지로 한다.
- 2) 등뼈부는 등뼈 제1번부터 등뼈 제12번까지의 척추체 및 등뼈 제1번과 등뼈 제2번 사이의 분절부터 등뼈 제11번과 등뼈 제12번 사이의 분절까지로 한다.
- 3) 허리뼈부는 허리뼈 제1번부터 제1번 엉치뼈까지의 척추체 및 등뼈 제12번과 허리뼈 제1번 사이의 분절부터 허리뼈 제5번과 엉치뼈 제1번 사이의 분절까지로 한다.

(이하 생략)

※ 참고 : 약관 및 시행규칙 내 용어

구분	약관 내 용어	시행규칙 내 용어
척추	척추(등뼈)	척주
	경추(목뼈)	목뼈
	흉추(가슴뼈)	등뼈
	요추(허리뼈)	허리뼈
	천추	엉치뼈
손가락	첫째 손가락	엄지 손가락
	다른 네 손가락	둘째/가운데/넷째/새끼 손가락
	중수지관절	손허리손가락관절(중수지관절)
	지관절	손가락관절(엄지 손가락)
	제1지관절(근위지관절)	제1손가락관절(몸쪽 손가락뼈마디관절)
	제2지관절(원위지관절)	제2손가락관절(끝쪽 손가락뼈마디관절)
발가락	첫째 발가락	엄지 발가락
	다른 네 발가락	둘째/가운데/넷째/새끼 발가락
	중족지관절	발허리발가락관절(중족지관절)
	지관절	발가락관절(엄지 발가락)

산업재해보상보험법 시행규칙

제1지관절(근위지관절)

제1발가락관절(몸쪽 발가락뼈마디관절)

산업재해보험법시행령

제27조(업무수행 중의 사고)

- ① 근로자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위를 하던 중에 발생한 사고는 법 제37조제1항제1호 가목에 따른 업무상 사고로 본다.
1. 근로계약에 따른 업무수행 행위
 2. 업무수행 과정에서 하는 용변 등 생리적 필요 행위
 3. 업무를 준비하거나 마무리하는 행위, 그 밖에 업무에 따르는 필요적 부수행위
 4. 천재지변 · 화재 등 사업장 내에 발생한 돌발적인 사고에 따른 긴급피난 · 구조행위 등 사회통념상 예견되는 행위
- ② 근로자가 사업주의 지시를 받아 사업장 밖에서 업무를 수행하던 중에 발생한 사고는 법 제37조제1항 제1호가목에 따른 업무상 사고로 본다. 다만, 사업주의 구체적인 지시를 위반한 행위, 근로자의 사적(私的) 행위 또는 정상적인 출장 경로를 벗어났을 때 발생한 사고는 업무상 사고로 보지 않는다.
- ③ 업무의 성질상 업무수행 장소가 정해져 있지 않은 근로자가 최초로 업무수행 장소에 도착하여 업무를 시작한 때부터 최후로 업무를 완수한 후 퇴근하기 전까지 업무와 관련하여 발생한 사고는 법 제37조제1항제1호가목에 따른 업무상 사고로 본다.

제28조(시설물 등의 결함 등에 따른 사고)

- ① 사업주가 제공한 시설물, 장비 또는 차량 등(이하 이 조에서 "시설물등"이라 한다)의 결함이나 사업주의 관리 소홀로 발생한 사고는 법 제37조제1항제1호나목에 따른 업무상 사고로 본다.
- ② 사업주가 제공한 시설물등을 사업주의 구체적인 지시를 위반하여 이용한 행위로 발생한 사고와 그 시설물등의 관리 또는 이용권이 근로자의 전속적 권한에 속하는 경우에 그 관리 또는 이용 중에 발생한 사고는 법 제37조제1항제1호나목에 따른 업무상 사고로 보지 않는다.

(이하 생략)

제29조(시설물 등의 결함 등에 따른 사고)

<삭제>

제30조(행사 중의 사고)

운동경기 · 야유회 · 등산대회 등 각종 행사(이하 "행사"라 한다)에 근로자가 참가하는 것이 사회통념상 노무관리 또는 사업운영상 필요하다고 인정되는 경우로서 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에 근로자가 그 행사에 참가(행사 참가를 위한 준비 · 연습을 포함한다)하여 발생한 사고는 법 제37조제1항

산업재해보험법시행령

제1호라목에 따른 업무상 사고로 본다.

1. 사업주가 행사에 참가한 근로자에 대하여 행사에 참가한 시간을 근무한 시간으로 인정하는 경우
2. 사업주가 그 근로자에게 행사에 참가하도록 지시한 경우
3. 사전에 사업주의 승인을 받아 행사에 참가한 경우
4. 그 밖에 제1호부터 제3호까지의 규정에 준하는 경우로서 사업주가 그 근로자의 행사 참가를 통상적·관례적으로 인정한 경우

제31조(특수한 장소에서의 사고)

사회통념상 근로자가 사업장 내에서 할 수 있다고 인정되는 행위를 하던 중 태풍·홍수·지진·눈사태 등의 천재지변이나 돌발적인 사태로 발생한 사고는 근로자의 사적 행위, 업무 이탈 등 업무와 관계없는 행위를 하던 중에 사고가 발생한 것이 명백한 경우를 제외하고는 법 제37조제1항제1호바목에 따른 업무상 사고로 본다.

제32조(요양 중의 사고)

업무상 부상 또는 질병으로 요양을 하고 있는 근로자에게 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사고가 발생하면 법 제37조제1항제1호바목에 따른 업무상 사고로 본다. <개정 2018.12.11>

1. 요양급여와 관련하여 발생한 의료사고
2. 요양 중인 산재보험 의료기관(산재보험 의료기관이 아닌 의료기관에서 응급진료 등을 받는 경우에는 그 의료기관을 말한다. 이하 이 조에서 같다) 내에서 업무상 부상 또는 질병의 요양과 관련하여 발생한 사고
3. 업무상 부상 또는 질병의 치료를 위하여 거주지 또는 근무지에서 요양 중인 산재보험 의료기관으로 통원하는 과정에서 발생한 사고

제33조(제3자의 행위에 따른 사고)

제3자의 행위로 근로자에게 사고가 발생한 경우에 그 근로자가 담당한 업무가 사회통념상 제3자의 가해행위를 유발할 수 있는 성질의 업무라고 인정되면 그 사고는 법 제37조제1항제1호바목에 따른 업무상 사고로 본다.

제34조(업무상 질병의 인정기준)

① 근로자가 「근로기준법 시행령」제44조제1항 및 같은 법 시행령 별표 5의 업무상 질병의 범위에 속하는 질병에 걸린 경우(임신 중인 근로자가 유산·사산 또는 조산한 경우를 포함한다. 이하 이 조에서 같다) 다음 각 호의 요건 모두에 해당하면 법 제37조제1항제2호가목에 따른 업무상 질병으로 본다.

1. 근로자가 업무수행 과정에서 유해·위험요인을 취급하거나 유해·위험요인에 노출된 경력이 있을 것

산업재해보험법시행령

2. 유해·위험요인을 취급하거나 유해·위험요인에 노출되는 업무시간, 그 업무에 종사한 기간 및 업무 환경 등에 비추어 볼 때 근로자의 질병을 유발할 수 있다고 인정될 것
 3. 근로자가 유해·위험요인에 노출되거나 유해·위험요인을 취급한 것이 원인이 되어 그 질병이 발생하였다고 의학적으로 인정될 것
- ② 업무상 부상을 입은 근로자에게 발생한 질병이 다음 각 호의 요건 모두에 해당하면 법 제37조제1항 제2호나목에 따른 업무상 질병으로 본다.
1. 업무상 부상과 질병 사이의 인과관계가 의학적으로 인정될 것
 2. 기초질환 또는 기존 질병이 자연발생적으로 나타난 증상이 아닐 것
- ③ 제1항 및 제2항에 따른 업무상 질병(진폐증은 제외한다)에 대한 구체적인 인정 기준은 별표 3과 같다.
- ④ 공단은 근로자의 업무상 질병 또는 업무상 질병에 따른 사망의 인정 여부를 판정할 때에는 그 근로자의 성별, 연령, 건강 정도 및 체질 등을 고려하여야 한다.

제35조(출퇴근 중의 사고)

- ① 근로자가 출퇴근하던 중에 발생한 사고가 다음 각 호의 요건에 모두 해당하면 법 제37조제1항제3호 가목에 따른 출퇴근 재해로 본다.
1. 사업주가 출퇴근용으로 제공한 교통수단이나 사업주가 제공한 것으로 볼 수 있는 교통수단을 이용하던 중에 사고가 발생하였을 것
 2. 출퇴근용으로 이용한 교통수단의 관리 또는 이용권이 근로자측의 전속적 권한에 속하지 아니하였을 것
- ② 법 제37조제3항 단서에서 "일상생활에 필요한 행위로서 대통령령으로 정하는 사유"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
1. 일상생활에 필요한 용품을 구입하는 행위
 2. 「고등교육법」 제2조에 따른 학교 또는 「직업교육훈련 촉진법」 제2조에 따른 직업교육훈련기관에서 직업능력 개발향상에 기여할 수 있는 교육이나 훈련 등을 받는 행위
 3. 선거권이나 국민투표권의 행사
 4. 근로자가 사실상 보호하고 있는 아동 또는 장애인을 보육기관 또는 교육기관에 데려주거나 해당 기관으로부터 데려오는 행위
 5. 의료기관 또는 보건소에서 질병의 치료나 예방을 목적으로 진료를 받는 행위
 6. 근로자의 돌봄이 필요한 가족 중 의료기관 등에서 요양 중인 가족을 돌보는 행위
 7. 제1호부터 제6호까지의 규정에 준하는 행위로서 고용노동부장관이 일상생활에 필요한 행위라고 인정하는 행위

제35조의2(출퇴근 재해 적용 제외 직종 등)

산업재해보험법 시행령

법 제37조제4항에서 "출퇴근 경로와 방법이 일정하지 아니한 직종으로 대통령령으로 정하는 경우"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 직종에 종사하는 사람(법 제124조에 따라 자기 또는 유족을 보험 급여를 받을 수 있는 자로 하여 보험에 가입한 사람으로서 근로자를 사용하지 아니하는 사람을 말한다)이 본인의 주거지에 업무에 사용하는 자동차 등의 차고지를 보유하고 있는 경우를 말한다.

1. 「여객자동차 운수사업법」 제3조제1항제3호에 따른 수요응답형 여객자동차운송사업
2. 「여객자동차 운수사업법 시행령」 제3조제2호라목에 따른 개인택시운송사업
3. 제122조제1항제2호에 해당하는 사람 중 「통계법」 제22조에 따라 통계청장이 고시하는 직업에 관한 표준분류(이하 "한국표준직업분류표"라 한다)의 세분류에 따른 택배원인 사람으로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 사람이 수행하는 배송 업무
 - 가. 퀵서비스업자[소화물의 집화(集貨) · 수송 과정 없이 그 배송만을 업무로 하는 사업의 사업주를 말한다. 이하 같다]로부터 업무를 의뢰받아 배송 업무를 하는 사람
 - 나. 퀵서비스업자

제36조(자해행위에 따른 업무상의 재해의 인정 기준)

법 제37조제2항 단서에서 "대통령령으로 정하는 사유"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

1. 업무상의 사유로 발생한 정신질환으로 치료를 받았거나 받고 있는 사람이 정신적 이상 상태에서 자해행위를 한 경우
2. 업무상의 재해로 요양 중인 사람이 그 업무상의 재해로 인한 정신적 이상 상태에서 자해행위를 한 경우
3. 그 밖에 업무상의 사유로 인한 정신적 이상 상태에서 자해행위를 하였다는 상당인과관계가 인정 되는 경우

제37조(사망의 추정)

- ① 법 제39조제1항에 따라 사망으로 추정하는 경우는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우로 한다.
 1. 선박이 침몰 · 전복 · 멸실 또는 행방불명되거나 항공기가 추락 · 멸실 또는 행방불명되는 사고가 발생한 경우에 그 선박 또는 항공기에 타고 있던 근로자의 생사가 그 사고 발생일부터 3개월간 밝혀지지 아니한 경우
 2. 항행 중인 선박 또는 항공기에 타고 있던 근로자가 행방불명되어 그 생사가 행방불명된 날부터 3개월간 밝혀지지 아니한 경우
 3. 천재지변, 화재, 구조물 등의 붕괴, 그 밖의 각종 사고의 현장에 있던 근로자의 생사가 사고 발생일부터 3개월간 밝혀지지 아니한 경우
- ② 제1항에 따라 사망으로 추정되는 사람은 그 사고가 발생한 날 또는 행방불명된 날에 사망한 것으로 추정한다.

산업재해보험법시행령

- ③ 제1항 각 호의 사유로 생사가 밝혀지지 아니하였던 사람이 사고가 발생한 날 또는 행방불명된 날부터 3개월 이내에 사망한 것이 확인되었으나 그 사망 시기가 밝혀지지 아니한 경우에도 제2항에 따른 날에 사망한 것으로 추정한다.
- ④ 보험가입자는 제1항 각 호의 사유가 발생한 때 또는 사망이 확인된 때(제3항에 따라 사망한 것으로 추정하는 때를 포함한다)에는 지체 없이 공단에 근로자 실종 또는 사망확인의 신고를 하여야 한다.
- ⑤ 법 제39조제1항에 따라 보험급여를 지급한 후에 그 근로자의 생존이 확인되면 보험급여를 받은 사람과 보험가입자는 그 근로자의 생존이 확인된 날부터 15일 이내에 공단에 근로자 생존확인신고를 하여야 한다.
- ⑥ 공단은 근로자의 생존이 확인된 경우에 보험급여를 받은 사람에게 법 제39조제2항에 따른 금액을 낼 것을 알려야 한다.
- ⑦ 제6항에 따른 통지를 받은 사람은 그 통지를 받은 날부터 30일 이내에 통지받은 금액을 공단에 내야 한다.

상법

제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)

보험계약당시에 보험계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 중요한 사항을 고지하지 아니하거나 부실의 고지를 한 때에는 보험자는 그 사실을 안 날로부터 1월내에, 계약을 체결한 날로부터 3년내에 한하여 계약을 해지할 수 있다. 그러나 보험자가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못한 때에는 그러하지 아니하다.

상법 시행령

제44조의2(타인의 생명보험)

법 제731조제1항에 따른 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서는 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 전자문서로 한다.

1. 전자문서에 보험금 지급사유, 보험금액, 보험계약자와 보험수익자의 신원, 보험기간이 적혀 있을 것
2. 전자문서에 법 제731조제1항에 따른 전자서명(이하 "전자서명"이라 한다)을 하기 전에 전자서명을 할 사람을 직접 만나서 전자서명을 하는 사람이 보험계약에 동의하는 본인임을 확인하는 절차를 거쳐 작성될 것
3. 전자문서에 전자서명을 한 후에 그 전자서명을 한 사람이 보험계약에 동의한 본인임을 확인할 수 있도록 지문정보를 이용하는 등 법무부장관이 고시하는 요건을 갖추어 작성될 것
4. 전자문서 및 전자서명의 위조·변조 여부를 확인할 수 있을 것

소득세법

제5조(과세기간)

- ① 소득세의 과세기간은 1월 1일부터 12월 31일까지 1년으로 한다.
- ② 거주자가 사망한 경우의 과세기간은 1월 1일부터 사망한 날까지로 한다.
- ③ 거주자가 주소 또는 거소를 국외로 이전(이하 "출국"이라 한다)하여 비거주자가 되는 경우의 과세기간은 1월 1일부터 출국한 날까지로 한다.

제59조의4(특별세액공제)

- ① 근로소득이 있는 거주자(일용근로자는 제외한다. 이하 이 조에서 같다)가 해당 과세기간에 만기에 환급되는 금액이 납입보험료를 초과하지 아니하는 보험의 보험계약에 따라 지급하는 다음 각 호의 보험료를 지급한 경우 그 금액의 100분의 12(제1호의 경우에는 100분의 15)에 해당하는 금액을 해당 과세기간의 종합소득산출세액에서 공제한다. 다만, 다음 각 호의 보험료별로 그 합계액이 각각 연 100만원을 초과하는 경우 그 초과하는 금액은 각각 없는 것으로 한다.
 1. 기본공제대상자 중 장애인을 피보험자 또는 수익자로 하는 장애인전용보험으로서 대통령령으로 정하는 장애인전용보장성보험료
 2. 기본공제대상자를 피보험자로 하는 대통령령으로 정하는 보험료(제1호에 따른 장애인전용보장성보험료는 제외한다)

(이하 생략)

소득세법 시행규칙

제54조(장애인아동의 범위 등)

- ① 영 제107조제1항제1호에서 "기획재정부령으로 정하는 사람"이란 「장애인아동 복지지원법」 제21조 제1항에 따른 발달재활서비스를 지원받고 있는 사람을 말한다.
- ② 영 제107조제2항 각 호 외의 부분 단서에서 "기획재정부령으로 정하는 서류"란 같은 조 제1항제1호 및 제2호에 따른 장애인에 대한 추가공제에 관한 서류로서 소득공제 명세를 일괄적으로 적어 국세청장이 발급하는 서류를 말한다.

제61조의3(공제대상보험료의 범위)

영 제118조의4제2항 각 호 외의 부분에서 "기획재정부령으로 정하는 것"이란 만기에 환급되는 금액이 납입보험료를 초과하지 아니하는 보험으로서 보험계약 또는 보험료납입영수증에 보험료 공제대상임이 표시된 보험의 보험료를 말한다.

소득세법 시행령

제107조(장애인의 범위)

- ① 법 제51조제1항제2호에 따른 장애인은 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 자로 한다.
1. 「장애인복지법」에 따른 장애인 및 「장애인아동 복지지원법」에 따른 장애아동 중 기획재정부령으로 정하는 사람
 2. 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 의한 상이자 및 이와 유사한 사람으로서 근로능력이 없는 사람
 3. 「국민건강보험법 시행령」 별표 2 제3호라목1)부터 10)까지 외의 부분 전단에 따른 희귀성난치질 환등 또는 이와 유사한 질병·부상으로 인해 중단 없이 주기적인 치료가 필요한 사람으로서 의료 기관의 장이 취업·취학 등 일상적인 생활에 지장이 있다고 인정하는 사람
 4. 삭제

(이하 생략)

제118조의4(보험료 세액공제)

- ① 법 제59조의4제1항제1호에서 "대통령령으로 정하는 장애인전용보장성보험료"란 제2항 각 호에 해당하는 보험·공제로서 보험·공제 계약 또는 보험료·공제료 납입영수증에 장애인전용 보험·공제로 표시된 보험·공제의 보험료·공제료를 말한다.
- ② 법 제59조의4제1항제2호에서 "대통령령으로 정하는 보험료"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 보험·보증·공제의 보험료·보증료·공제료 중 기획재정부령으로 정하는 것을 말한다.
1. 생명보험
 2. 상해보험
 3. 화재·도난이나 그 밖의 손해를 담보하는 가계에 관한 손해보험
 4. 「수산업협동조합법」, 「신용협동조합법」 또는 「새마을금고법」에 따른 공제
 5. 「군인공제회법」, 「한국교직원공제회법」, 「대한지방행정공제회법」, 「경찰공제회법」 및 「대한소방 공제회법」에 따른 공제
 6. 주택 임차보증금의 반환을 보증하는 것을 목적으로 하는 보험·보증. 다만, 보증대상 임차보증금이 3억원을 초과하는 경우는 제외한다.

신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률

제32조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의)

- ① 신용정보제공·이용자가 개인신용정보를 타인에게 제공하려는 경우에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 해당 신용정보주체로부터 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 방식으로 개인신용정보를 제공할 때마다 미리 개별적으로 동의를 받아야 한다. 다만, 기존에 동의한 목적 또는 이용 범위에서 개인신

신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률

용정보의 정확성·최신성을 유지하기 위한 경우에는 그러하지 아니하다.

1. 서면

2. 「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명(서명자의 실지명의를 확인할 수 있는 것을 말한다)이 있는 전자문서(「전자문서 및 전자거래 기본법」 제2조제1호에 따른 전자문서를 말한다)
3. 개인신용정보의 제공 내용 및 제공 목적 등을 고려하여 정보 제공 동의의 안정성과 신뢰성이 확보될 수 있는 유무선 통신으로 개인비밀번호를 입력하는 방식
4. 유무선 통신으로 동의 내용을 해당 개인에게 알리고 동의를 받는 방법. 이 경우 본인 여부 및 동의 내용, 그에 대한 해당 개인의 답변을 음성녹음하는 등 증거자료를 확보·유지하여야 하며, 대통령령으로 정하는 바에 따른 사후 고지절차를 거친다.
5. 그 밖에 대통령령으로 정하는 방식

- ② 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관으로부터 개인신용정보를 제공받으려는 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 해당 신용정보주체로부터 제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 방식으로 개인신용정보를 제공받을 때마다 개별적으로 동의(기준에 동의한 목적 또는 이용 범위에서 개인신용정보의 정확성·최신성을 유지하기 위한 경우는 제외한다)를 받아야 한다. 이 경우 개인신용정보를 제공받으려는 자는 개인신용정보의 조회 시 개인신용평점이 하락할 수 있는 때에는 해당 신용정보주체에게 이를 고지하여야 한다.
- ③ 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관이 개인신용정보를 제2항에 따라 제공하는 경우에는 해당 개인신용정보를 제공받으려는 자가 제2항에 따른 동의를 받았는지를 대통령령으로 정하는 바에 따라 확인하여야 한다.
- ④ 신용정보회사등은 개인신용정보의 제공 및 활용과 관련하여 동의를 받을 때에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 서비스 제공을 위하여 필수적 동의사항과 그 밖의 선택적 동의사항을 구분하여 설명한 후 각각 동의를 받아야 한다. 이 경우 필수적 동의사항은 서비스 제공과의 관련성을 설명하여야 하며, 선택적 동의사항은 정보제공에 동의하지 아니할 수 있다는 사실을 고지하여야 한다.
- ⑤ 신용정보회사등은 신용정보주체가 선택적 동의사항에 동의하지 아니한다는 이유로 신용정보주체에게 서비스의 제공을 거부하여서는 아니 된다.
- ⑥ 신용정보회사등(제9호의3을 적용하는 경우에는 데이터전문기관을 포함한다)이 개인신용정보를 제공하는 경우로서 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 제1항부터 제5항까지를 적용하지 아니한다.
 1. 신용정보회사 및 채권추심회사가 다른 신용정보회사 및 채권추심회사 또는 신용정보집중기관과 서로 집중관리·활용하기 위하여 제공하는 경우
 2. 제17조제2항에 따라 신용정보의 처리를 위탁하기 위하여 제공하는 경우
 3. 영업양도·분할·합병 등의 이유로 권리·의무의 전부 또는 일부를 이전하면서 그와 관련된 개인신용

신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률

정보를 제공하는 경우

4. 채권추심(추심채권을 추심하는 경우만 해당한다), 인가·허가의 목적, 기업의 신용도 판단, 유가증권의 양수 등 대통령령으로 정하는 목적으로 사용하는 자에게 제공하는 경우
 5. 법원의 제출명령 또는 법관이 발부한 영장에 따라 제공하는 경우
 6. 범죄 때문에 피해자의 생명이나 신체에 심각한 위험 발생이 예상되는 등 긴급한 상황에서 제5호에 따른 법관의 영장을 발부받을 시간적 여유가 없는 경우로서 검사 또는 사법경찰관의 요구에 따라 제공하는 경우. 이 경우 개인신용정보를 제공받은 검사는 지체 없이 법관에게 영장을 청구하여야 하고, 사법경찰관은 검사에게 신청하여 검사의 청구로 영장을 청구하여야 하며, 개인신용정보를 제공받은 때부터 36시간 이내에 영장을 발부받지 못하면 지체 없이 제공받은 개인신용정보를 폐기하여야 한다.
 7. 조세에 관한 법률에 따른 질문·검사 또는 조사를 위하여 관할 관서의 장이 서면으로 요구하거나 조세에 관한 법률에 따라 제출의무가 있는 과세자료의 제공을 요구함에 따라 제공하는 경우
 8. 국제협약 등에 따라 외국의 금융감독기구에 금융회사가 가지고 있는 개인신용정보를 제공하는 경우
 9. 제2조제1호의4나목 및 다목의 정보를 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용등급제공업무·기술신용평가업무를 하는 기업신용조회회사 및 신용정보집중기관에 제공하거나 그로부터 제공받는 경우
 - 9의2. 통계작성, 연구, 공익적 기록보존 등을 위하여 가명정보를 제공하는 경우. 이 경우 통계작성에는 시장조사 등 상업적 목적의 통계작성을 포함하며, 연구에는 산업적 연구를 포함한다.
 - 9의3. 제17조의2제1항에 따른 정보집합물의 결합 목적으로 데이터전문기관에 개인신용정보를 제공하는 경우
 - 9의4. 다음 각 목의 요소를 고려하여 당초 수집한 목적과 상충되지 아니하는 목적으로 개인신용정보를 제공하는 경우
 - 가. 양 목적 간의 관련성
 - 나. 신용정보회사등이 신용정보주체로부터 개인신용정보를 수집한 경위
 - 다. 해당 개인신용정보의 제공이 신용정보주체에게 미치는 영향
 - 라. 해당 개인신용정보에 대하여 가명처리를 하는 등 신용정보의 보안대책을 적절히 시행하였는지 여부
 10. 이 법 및 다른 법률에 따라 제공하는 경우
 11. 제1호부터 제10호까지의 규정에 준하는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우
- ⑦ 제6항 각 호에 따라 개인신용정보를 타인에게 제공하려는 자 또는 제공받은 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 개인신용정보의 제공 사실 및 이유 등을 사전에 해당 신용정보주체에게 알려야 한다. 다만, 대통령령으로 정하는 불가피한 사유가 있는 경우에는 인터넷 홈페이지 게재 또는 그 밖에 유사

신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률

한 방법을 통하여 사후에 알리거나 공시할 수 있다.

- ⑧ 제6항제3호에 따라 개인신용정보를 타인에게 제공하는 신용정보제공·이용자로서 대통령령으로 정하는 자는 제공하는 신용정보의 범위 등 대통령령으로 정하는 사항에 관하여 금융위원회의 승인을 받아야 한다.
- ⑨ 제8항에 따른 승인을 받아 개인신용정보를 제공받은 자는 해당 개인신용정보를 금융위원회가 정하는 바에 따라 현재 거래 중인 신용정보주체의 개인신용정보와 분리하여 관리하여야 한다.
- ⑩ 신용정보회사등이 개인신용정보를 제공하는 경우에는 금융위원회가 정하여 고시하는 바에 따라 개인신용정보를 제공받는자의 신원(身元)과 이용 목적을 확인하여야 한다.
- ⑪ 개인신용정보를 제공한 신용정보제공·이용자는 제1항에 따라 미리 개별적 동의를 받았는지 여부 등에 대한 다툼이 있는 경우 이를 증명하여야 한다.

제33조(개인신용정보의 이용)

- ① 개인신용정보는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에만 이용하여야 한다.
 - 1. 해당 신용정보주체가 신청한 금융거래 등 상거래관계의 설정 및 유지 여부 등을 판단하기 위한 목적으로 이용하는 경우
 - 2. 제1호의 목적 외의 다른 목적으로 이용하는 것에 대하여 신용정보주체로부터 동의를 받은 경우
 - 3. 개인이 직접 제공한 개인신용정보(그 개인과의 상거래에서 생긴 신용정보를 포함한다)를 제공받은 목적으로 이용하는 경우(상품과 서비스를 소개하거나 그 구매를 권유할 목적으로 이용하는 경우는 제외한다)
 - 4. 제32조제6항 각 호의 경우
 - 5. 그 밖에 제1호부터 제4호까지의 규정에 준하는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우
- ② 신용정보회사등이 개인의 질병, 상해 또는 그 밖에 이와 유사한 정보를 수집·조사하거나 제3자에게 제공하려면 미리 제32조제1항 각 호의 방식으로 해당 개인의 동의를 받아야 하며, 대통령령으로 정하는 목적으로만 그 정보를 이용하여야 한다.

신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 시행령

제28조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의)

- ① 삭제
- ② 신용정보제공·이용자는 법 제32조제1항 각 호 외의 부분 본문에 따라 해당 신용정보주체로부터 동의를 받으려면 다음 각 호의 사항을 미리 알려야 한다. 다만, 동의 방식의 특성상 동의 내용을 전부 표시하거나 알리기 어려운 경우에는 해당 기관의 인터넷 홈페이지 주소나 사업장 전화번호 등 동의 내용을 확인할 수 있는 방법을 안내하고 동의를 받을 수 있다.

신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 시행령

1. 개인신용정보를 제공받는 자
 2. 개인신용정보를 제공받는자의 이용 목적
 3. 제공하는 개인신용정보의 내용
 4. 개인신용정보를 제공받는자(개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 및 신용정보집중기관은 제외한다)의 정보 보유 기간 및 이용 기간
 5. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용
- ③ 신용정보제공·이용자는 법 제32조제1항제4호에 따라 유무선 통신을 통하여 동의를 받은 경우에는 1개월 이내에 서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지, 그 밖에 금융위원회가 정하여 고시하는 방법으로 제2항 각 호의 사항을 고지하여야 한다.
- ④ 법 제32조제1항제5호에서 "대통령령으로 정하는 방식"이란 정보 제공 동의의 안전성과 신뢰성이 확보될 수 있는 수단을 활용함으로써 해당 신용정보주체에게 동의 내용을 알리고 동의의 의사표시를 확인하여 동의를 받는 방식을 말한다.
- ⑤ 제4항의 방식으로 해당 신용정보주체로부터 개인신용정보의 제공에 관한 동의를 받는 경우 신용정보제공·이용자와 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관으로부터 개인신용정보를 제공받으려는 자는 다음 각 호의 사항 등을 고려하여 정보 제공 동의의 안전성과 신뢰성이 확보될 수 있는 수단을 선택하여 활용해야 한다.
1. 금융거래 등 상거래관계의 유형·특성·위험도
 2. 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는자의 업무 또는 업종의 특성
 - 가. 신용정보제공·이용자
 - 나. 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사로부터 개인신용정보를 제공받으려는 자
 - 다. 신용정보집중기관으로부터 개인신용정보를 제공받으려는 자
 3. 정보 제공 동의를 받아야 하는 신용정보주체의 수
- ⑥ 법 제32조제2항에 따라 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관으로부터 개인신용정보를 제공받으려는 자는 다음 각 호의 사항을 해당 개인에게 알리고 동의를 받아야 한다. 다만, 동의방식의 특성상 동의 내용을 전부 표시하거나 알리기 어려운 경우에는 해당 기관의 인터넷 홈페이지 주소나 사업장 전화번호 등 동의 내용을 확인할 수 있는 방법을 안내하고 동의를 받을 수 있다.
1. 개인신용정보를 제공하는 자
 2. 개인신용정보를 제공받는자의 이용 목적
 3. 제공받는 개인신용정보의 항목

신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 시행령

4. 개인신용정보를 제공받는 것에 대한 동의의 효력기간
 5. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용
- ⑦ 법 제32조제3항에 따라 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관은 개인신용정보를 제공받으려는 자가 해당 신용정보주체로부터 동의를 받았는지를 서면, 전자적 기록 등으로 확인하고, 확인한 사항의 진위 여부를 주기적으로 점검해야 한다.
- ⑧ 법 제32조제4항 전단에 따라 신용정보제공·이용자가 필수적 동의사항과 그 밖의 선택적 동의사항을 구분하는 경우에는 다음 각 호의 사항 등을 고려해야 한다.
1. 신용정보주체가 그 동의사항에 대하여 동의하지 아니하면 그 신용정보주체와의 금융거래 등 상거래관계를 설정·유지할 수 없는지 여부
 2. 해당 신용정보주체가 그 동의사항에 대하여 동의함으로써 제공·활용되는 개인신용정보가 신용정보제공·이용자와의 상거래관계에 따라 신용정보주체에게 제공되는 재화 또는 서비스(신용정보주체가 그 신용정보제공·이용자에게 신청한 상거래관계에서 제공하기로 한 재화 또는 서비스를 그 신용정보제공·이용자와 별도의 계약 또는 약정 등을 체결한 제3자가 신용정보주체에게 제공하는 경우를 포함한다)와 직접적으로 관련되어 있는지 여부
 3. 신용정보주체가 그 동의사항에 대하여 동의하지 아니하면 법 또는 다른 법령에 따른 의무를 이행 할 수 없는지 여부
- ⑨ 신용정보제공·이용자가 법 제32조제4항 전단에 따라 필수적 동의 사항과 그 밖의 선택적 동의사항을 구분하여 동의를 받는 경우 동의서 양식을 구분하는 등의 방법으로 신용정보주체가 각 동의사항을 쉽게 이해할 수 있도록 해야 한다.
- ⑩ 법 제32조제6항제4호에서 "채권추심(추심채권을 추심하는 경우만 해당한다), 인가·허가의 목적, 기업의 신용도 판단, 유가증권의 양수 등 대통령령으로 정하는 목적"이란 다음 각 호의 목적을 말한다.
1. 채권추심을 의뢰한 채권자가 채권추심의 대상이 되는 자의 개인신용정보를 채권추심회사에 제공하거나 채권추심회사로부터 제공받기 위한 목적
 2. 채권자 또는 채권추심회사가 변제기일까지 채무를 변제하지 않은 자 또는 채권추심의 대상이 되는 자에 대한 개인신용정보를 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사 및 기업신용조회회사로부터 제공받기 위한 목적
 3. 행정기관이 인가·허가 업무에 사용하기 위하여 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사 및 기업신용조회회사로부터 개인신용정보를 제공받기 위한 목적
 4. 해당 기업과의 금융거래 등 상거래관계의 설정 및 유지 여부 등을 판단하기 위하여 그 기업의 대표자 및 제2조제9항 각 호의 어느 하나에 해당하는 자의 개인신용정보를 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 및 신용정보집중기관으로부터 제공받기 위한 목적

신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 시행령

5. 제21조제2항에 따른 금융기관이 상거래관계의 설정 및 유지 여부 등을 판단하기 위하여 또는 어음·수표 소지인이 어음·수표의 발행인, 인수인, 배서인 및 보증인의 변제 의사 및 변제자력을 확인하기 위하여 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 및 신용정보집중기관으로부터 어음·수표의 발행인, 인수인, 배서인 및 보증인의 개인신용정보를 제공받기 위한 목적
6. 「민법」 제450조에 따라 지명채권을 양수한 신용정보제공·이용자가 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 경우에 그 지명채권의 채무자의 개인신용정보를 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관에 제공하거나 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관으로부터 제공받기 위한 목적
 - 가. 지명채권의 양도인이 그 지명채권의 원인이 되는 상거래관계가 설정될 당시 법 제32조제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 방식으로 채무자의 개인신용정보를 제공하거나 제공받는 것에 대하여 해당 채무자로부터 동의를 받은 경우
 - 나. 법 또는 다른 법령에 따라 그 지명채권의 채무자의 개인신용정보를 제공하거나 제공받을 수 있는 경우

7. 삭제

- ⑪ 법 제32조제6항제11호에서 "대통령령으로 정하는 경우"란 다음 각 호의 경우를 말한다.
 1. 장외파생상품 거래의 매매에 따른 위험 관리 및 투자자보호를 위해 장외파생상품 거래와 관련된 정보를 금융위원회, 금융감독원 및 한국은행에 제공하는 경우
 2. 「상법」 제719조에 따른 책임보험계약의 제3자에 대한 정보를 보험사기 조사·방지를 위해 신용정보집중기관에 제공하거나 그로부터 제공받는 경우
 3. 「상법」 제726조의2에 따른 자동차보험계약의 제3자의 정보를 보험사기 조사·방지를 위해 신용정보집중기관에 제공하거나 그로부터 제공받는 경우
- ⑫ 신용정보회사등이 법 제32조제7항 본문에 따라 신용정보주체에게 개인신용정보의 제공 사실 및 이유 등을 사전에 알리는 경우와 같은 항 단서에 따라 불가피한 사유로 인하여 사후에 알리거나 공시하는 경우에 그 제공의 이유 및 그 알리거나 공시하는 자별로 알리거나 공시하는 시기 및 방법은 별표 2의2와 같다.
- ⑬ 법 제32조제8항에서 "대통령령으로 정하는 자"란 제2조제6항제7호가목부터 하목까지의 자를 말한다.
- ⑭ 법 제32조제8항에서 "제공하는 신용정보의 범위 등 대통령령으로 정하는 사항"이란 제공하는 개인신용정보의 범위, 제공받는 자의 신용정보 관리·보호 체계를 말한다.

제28조의2(개인신용정보의 이용)

법 제33조제2항에서 "대통령령으로 정하는 목적"이란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 업무를 수행하기 위해 필요한 경우 해당 각 호의 자가 개인의 질병, 상해 또는 그 밖에 이와 유사한 정보를 그 업무와 관련하여 이용하기 위한 목적을 말한다.

신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 시행령

1. 「보험업법」 제2조제6호에 따른 보험회사가 수행하는 같은 조 제2호에 따른 보험업 또는 같은 법 제11조의2에 따른 부수업무로서 개인의 건강 유지·증진 또는 질병의 사전예방 및 악화 방지 등의 목적으로 수행하는 업무
2. 「여신전문금융업법」 제2조제2호의2에 따른 신용카드업자가 수행하는 같은 법 제46조제1항제7호에 따른 부수업무로서 신용카드회원으로부터 수수료를 받고 신용카드회원에게 사망 또는 질병 등 특정 사고 발생 시 신용카드회원의 채무(같은 법 제2조제2호나목과 관련된 채무에 한정한다)를 면제하거나 그 채무의 상환을 유예하는 업무
3. 「우체국예금·보험에 관한 법률」에 따라 체신관서가 수행하는 보험업무
4. 공제조합등이 수행하는 공제사업
5. 본인신용정보관리회사가 수행하는 본인신용정보관리업으로서 개인인 신용정보주체에게 본인의 질병에 관한 정보를 통합하여 제공하기 위한 업무
6. 법 제25조의2에 따라 종합신용정보집중기관이 수행하는 업무
7. 제1호부터 제6호까지에서 규정한 업무 외에 금융기관이 금융소비자에게 경제적 혜택을 제공하거나 금융소비자의 피해를 방지하기 위해 수행하는 업무로서 총리령으로 정하는 업무

응급의료에 관한 법률

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. ~ 3. (생 략)
4. "응급의료종사자"란 관계 법령에서 정하는 바에 따라 취득한 면허 또는 자격의 범위에서 응급환자에 대한 응급의료를 제공하는 의료인과 응급구조자를 말한다.
5. "응급의료기관"이란 「의료법」 제3조에 따른 의료기관 중에서 이 법에 따라 지정된 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터 및 지역응급의료기관을 말한다.

(이하 생략)

제11조(응급환자의 이송)

- ① 의료인은 해당 의료기관의 능력으로는 응급환자에 대하여 적절한 응급의료를 할 수 없다고 판단한 경우에는 지체 없이 그 환자를 적절한 응급의료가 가능한 다른 의료기관으로 이송하여야 한다.
- ② 의료기관의 장은 제1항에 따라 응급환자를 이송할 때에는 응급환자의 안전한 이송에 필요한 의료기구와 인력을 제공하여야 하며, 응급환자를 이송받는 의료기관에 진료에 필요한 의무기록(醫務記錄)을 제공하여야 한다.
- ③ 의료기관의 장은 이송에 든 비용을 환자에게 청구할 수 있다.

응급의료에 관한 법률

- ④ 응급환자의 이송절차, 의무기록의 이송 및 비용의 청구 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제35조의2(응급의료기관 외의 의료기관)

- ① 이 법에 따른 응급의료기관으로 지정받지 아니한 의료기관이 응급의료시설을 설치·운영하려면 보건복지부령으로 정하는 시설·인력 등을 갖추어 시장·군수·구청장에게 신고하여야 한다. 다만, 종합병원의 경우에는 신고를 생략할 수 있다.
- ② 시장·군수·구청장은 제1항에 따른 신고를 받은 경우 그 내용을 검토하여 이 법에 적합하면 신고를 수리하여야 한다.

응급의료에 관한 법률 시행규칙

제2조(응급환자)

「응급의료에 관한 법률」(이하 “법”이라 한다) 제2조제1호에서 “보건복지부령이 정하는 자”란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 증상이 있는 자를 말한다.

1. 별표 1의 응급증상 및 이에 준하는 증상
2. 제1호의 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상

[별표 1] 응급증상 및 이에 준하는 증상(제2조제1호관련)

1. 응급증상

- 가. 신경학적 응급증상 : 급성의식장애, 급성신경학적 이상, 구토·의식장애 등의 증상이 있는 두부 손상
- 나. 심혈관계 응급증상 : 심폐소생술이 필요한 증상, 급성호흡곤란, 심장질환으로 인한 급성 흉통, 심계항진, 박동이상 및 쇼크
- 다. 중독 및 대사장애 : 심한 탈수, 약물·알콜 또는 기타 물질의 과다복용이나 중독, 급성대사장애(간부전신부전·당뇨병 등)
- 라. 외과적 응급증상 : 개복술을 요하는 급성복증(급성복막염·장폐색증·급성췌장염 등 중한 경우에 한함), 광범위한 화상(외부신체 표면적의 18% 이상), 관통상, 개방성·다발성 골절 또는 대퇴부 척주의 골절, 사지를 절단할 우려가 있는 혈관 손상, 전신마취하에 응급수술을 요하는 증상, 다발성 외상
- 마. 출혈 : 계속되는 각혈, 지혈이 안되는 출혈, 급성 위장관 출혈
- 바. 안과적 응급증상 : 화학물질에 의한 눈의 손상, 급성 시력 손실
- 사. 알러지 : 얼굴 부종을 동반한 알러지 반응
- 아. 소아과적 응급증상 : 소아경련성 장애
- 자. 정신과적 응급증상 : 자신 또는 다른 사람을 해할 우려가 있는 정신장애

응급의료에 관한 법률 시행규칙

2. 응급증상에 준하는 증상
 - 가. 신경학적 응급증상 : 의식장애, 현幻
 - 나. 심혈관계 응급증상 : 호흡곤란, 과호흡
 - 다. 외과적 응급증상 : 화상, 급성복증을 포함한 배의 전반적인 이상증상, 골절·외상 또는 탈골, 그 밖에 응급수술을 요하는 증상, 배뇨장애
 - 라. 출혈 : 혈관손상
 - 마. 소아과적 응급증상 : 소아 경련, 38°C 이상인 소아 고열(공휴일·야간 등 의료서비스가 제공되기 어려운 때에 8세 이하의 소아에게 나타나는 증상을 말한다)
 - 바. 산부인과적 응급증상 : 분만 또는 성폭력으로 인하여 산부인과적 검사 또는 처치가 필요한 증상
 - 사. 이물에 의한 응급증상 : 귀·눈·코·항문 등에 이물이 들어가 제거술이 필요한 환자

의료법

제2조(의료인)

- ① 이 법에서 "의료인"이란 보건복지부장관의 면허를 받은 의사·치과의사·한의사·조산사 및 간호사를 말한다.
- ② 의료인은 종별에 따라 다음 각 호의 임무를 수행하여 국민보건 향상을 이루고 국민의 건강한 생활 확보에 이바지할 사명을 가진다.
 1. 의사는 의료와 보건지도를 임무로 한다.
 2. 치과의사는 치과 의료와 구강 보건지도를 임무로 한다.
 3. 한의사는 한방 의료와 한방 보건지도를 임무로 한다.
 4. 조산사는 조산(助産)과 임산부 및 신생아에 대한 보건과 양호지도를 임무로 한다.
 5. 간호사는 다음 각 목의 업무를 임무로 한다.
 - 가. 환자의 간호요구에 대한 관찰, 자료수집, 간호판단 및 요양을 위한 간호
 - 나. 의사, 치과의사, 한의사의 지도하에 시행하는 진료의 보조
 - 다. 간호 요구자에 대한 교육·상담 및 건강증진을 위한 활동의 기획과 수행, 그 밖의 대통령령으로 정하는 보건활동
 - 라. 제80조에 따른 간호조무사가 수행하는 가목부터 다목까지의 업무보조에 대한 지도

제3조(의료기관)

- ① 이 법에서 "의료기관"이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 "의료업"이라 한다)을 하는 곳을 말한다.
- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

의료법

1. 의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 의원
 - 나. 치과의원
 - 다. 한의원
 2. 조산원: 조산사가 조산과 임산부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다.
 3. 병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료 기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 병원
 - 나. 치과병원
 - 다. 한방병원
 - 라. 요양병원(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
 - 마. 정신병원
 - 바. 종합병원
- ③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.
- ④ ~ ⑧ 삭제

제3조의4(상급종합병원 지정)

- ① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 나이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.
 1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
 3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖출 것
 4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것
- ② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.
- ③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.
- ④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.

의료법

- ⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)

- ① 의사·치과의사 또는 한의사가 되려는 자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자격을 가진 자로서 제9조에 따른 의사·치과의사 또는 한의사 국가시험에 합격한 후 보건복지부장관의 면허를 받아야 한다.
1. 「고등교육법」 제11조의2에 따른 인정기관(이하 "평가인증기구"라 한다)의 인증(이하 "평가인증기구의 인증"이라 한다)을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학을 졸업하고 의학사·치의학사 또는 한의학사 학위를 받은 자
 2. 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 전문대학원을 졸업하고 석사학위 또는 박사학위를 받은 자
 3. 외국의 제1호나 제2호에 해당하는 학교(보건복지부장관이 정하여 고시하는 인정기준에 해당하는 학교를 말한다)를 졸업하고 외국의 의사·치과의사 또는 한의사 면허를 받은 자로서 제9조에 따른 예비시험에 합격한 자
- ② 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원을 6개월 이내에 졸업하고 해당 학위를 받을 것으로 예정된 자는 제1항제1호 및 제2호의 자격을 가진 자로 본다. 다만, 그 졸업예정시기에 졸업하고 해당 학위를 받아야 면허를 받을 수 있다.
- ③ 제1항에도 불구하고 입학 당시 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원에 입학한 사람으로서 그 대학 또는 전문대학원을 졸업하고 해당 학위를 받은 사람은 같은 항 제1호 및 제2호의 자격을 가진 사람으로 본다.

제36조(준수사항)

제33조 제2항 및 제8항에 따라 의료기관을 개설하는 자는 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 다음 각 호의 사항을 지켜야 한다.

1. 의료기관의 종류에 따른 시설기준 및 규격에 관한 사항

(이하 생략)

제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)

- ① 보건복지부장관은 신의료기술평가에 관한 사항을 심의하기 위하여 보건복지부에 신의료기술평가위원회(이하 "위원회"라 한다)를 둔다.
- ② 위원회는 위원장 1명을 포함하여 20명 이내의 위원으로 구성한다.
- ③ 위원은 다음 각 호의 자 중에서 보건복지부장관이 위촉하거나 임명한다. 다만, 위원장은 제1호 또는 제2호의 자 중에서 임명한다.

의료법

1. 제28조제1항에 따른 의사회·치과의사회·한의사회에서 각각 추천하는 자
 2. 보건의료에 관한 학식이 풍부한 자
 3. 소비자단체에서 추천하는 자
 4. 변호사의 자격을 가진 자로서 보건의료와 관련된 업무에 5년 이상 종사한 경력이 있는 자
 5. 보건의료정책 관련 업무를 담당하고 있는 보건복지부 소속 5급 이상의 공무원
- ④ 위원장과 위원의 임기는 3년으로 하되, 연임할 수 있다. 다만, 제3항 제5호에 따른 공무원의 경우에는 재임기간으로 한다.
- ⑤ 위원의 자리가 빈 때에는 새로 위원을 임명하고, 새로 임명된 위원의 임기는 임명된 날부터 기산한다.
- ⑥ 위원회의 심의사항을 전문적으로 검토하기 위하여 위원회에 분야별 전문평가위원회를 둔다.
- ⑦ 그 밖에 위원회·전문평가위원회의 구성 및 운영 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제77조(전문의)

- ① 의사·치과의사 또는 한의사로서 전문의가 되려는 자는 대통령령으로 정하는 수련을 거쳐 보건복지부장관에게 자격 인정을 받아야 한다.
- ② 제1항에 따라 전문의 자격을 인정받은 자가 아니면 전문과목을 표시하지 못한다. 다만, 보건복지부장관은 의료체계를 효율적으로 운영하기 위하여 전문의 자격을 인정받은 치과의사와 한의사에 대하여 종합병원·치과병원·한방병원 중 보건복지부령으로 정하는 의료기관에 한하여 전문과목을 표시하도록 할 수 있다.
- ③ 삭제
- ④ 전문의 자격 인정과 전문과목에 관한 사항은 대통령령으로 정한다.

의료법 시행규칙

제34조(의료기관의 시설기준 및 규격)

법 제36조제1호 및 제14호에 따른 의료기관의 종류별 시설기준은 별표3과 같고, 그 시설규격은 별표4와 같다.

[별표 3] 의료기관의 종류별 시설기준(제34조 관련)

중환자실 : 병상이 300개 이상인 종합병원만 해당한다.

(이하 생략)

[별표 4] 의료기관의 시설규격(제34조 관련)

1. (생 략)

의료법 시행규칙

2. 중환자실

- 가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.
- 나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.
- 다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.
- 라. 병상 1개당 면적은 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하 "신생아중환자실"이라 한다)의 병상 1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1개당 면적"은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상 수로 나눈 면적을 말한다.
- 마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적수액주입기를 갖추고, 병상 수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압모니터, 병상 수의 30퍼센트 이상 개수의 인공호흡기, 병상 수의 70퍼센트 이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.
- 바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.
- 사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.
- 아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당 연평균 1일 입원환자수는 12명(신생아 중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.
- 자. 중환자실에 설치하는 병상은 벽으로부터 최소 1.2미터 이상, 다른 병상으로부터 최소 2미터 이상 이격하여 설치하여야 한다.
- 차. 중환자실에는 병상 3개당 1개 이상의 손씻기 시설을 설치하여야 한다.
- 카. 중환자실에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 병상 10개당 1개 이상의 격리병실 또는 음압격리병실을 설치하여야 한다. 이 경우 음압격리병실은 최소 1개 이상 설치하여야 한다.

(이하 생략)

장애인복지법

제32조(장애인 등록)

- ① 장애인, 그 법정대리인 또는 대통령령으로 정하는 보호자(이하 "법정대리인등"이라 한다)는 장애 상태와 그 밖에 보건복지부령이 정하는 사항을 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수 또는 구청장(자치구의 구청장을 말한다. 이하 같다)에게 등록하여야 하며, 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 등록을 신청한 장애인이 제2조에 따른 기준에 맞으면 장애인등록증(이하 "등록증"이라 한다)을

장애인복지법

내주어야 한다.

(이하 생략)

재난 및 안전관리 기본법

제60조(특별재난지역의 선포)

- ① 중앙대책본부장은 대통령령으로 정하는 규모의 재난이 발생하여 국가의 안녕 및 사회질서의 유지에 중대한 영향을 미치거나 피해를 효과적으로 수습하기 위하여 특별한 조치가 필요하다고 인정하거나 제5항에 따른 지역대책본부장의 요청이 타당하다고 인정하는 경우에는 중앙위원회의 심의를 거쳐 해당 지역을 특별재난지역으로 선포할 것을 대통령에게 건의할 수 있다.
- ② 제1항에도 불구하고 대규모 인명피해가 발생하는 등 시급하게 특별재난지역으로 선포할 필요가 있는 경우로서 중앙대책본부장의 요청(제14조제4항에 따라 국무총리가 중앙대책본부장의 권한을 행사하는 경우는 제외한다)을 받아 중앙위원회의 심의를 거칠 시간적 여유가 없다고 중앙위원회의 위원장이 인정하는 경우 중앙대책본부장은 중앙위원회의 심의를 거치지 아니하고 해당 지역을 특별재난지역으로 선포할 것을 대통령에게 건의할 수 있다.
- ③ 제1항에 따라 대통령령으로 재난의 규모를 정할 때에는 다음 각 호의 사항을 고려하여야 한다.
 1. 인명 또는 재산의 피해 정도
 2. 재난지역 관할 지방자치단체의 재정 능력
 3. 재난으로 피해를 입은 구역의 범위
- ④ 제1항 또는 제2항에 따라 특별재난지역의 선포를 건의받은 대통령은 해당 지역을 특별재난지역으로 선포할 수 있다.
- ⑤ 지역대책본부장은 관할지역에서 발생한 재난으로 인하여 제1항에 따른 사유가 발생한 경우에는 중앙대책본부장에게 특별재난지역의 선포 건의를 요청할 수 있다.

제66조(재난지역에 대한 국고보조 등의 지원)

- ① 국가는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 재난의 원활한 복구를 위하여 필요하면 대통령령으로 정하는 바에 따라 그 비용(제65조제1항에 따른 보상금을 포함한다)의 전부 또는 일부를 국고에서 부담하거나 지방자치단체, 그 밖의 재난관리책임자에게 보조할 수 있다. 다만, 제39조제1항(제46조제1항에 따라 시·도지사가 하는 경우를 포함한다) 또는 제40조제1항의 대피명령을 방해하거나 위반하여 발생한 피해에 대하여는 그러하지 아니하다.

전자서명법

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. (생 략)
2. "전자서명"이란 다음 각 목의 사항을 나타내는 데 이용하기 위하여 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.
 - 가. 서명자의 신원
 - 나. 서명자가 해당 전자문서에 서명하였다는 사실

(이하 생략)

지방세법

제48조(과세대상)

- ① 담배소비세의 과세대상은 담배로 한다.
- ② 제1항에 따른 담배는 다음과 같이 구분한다.
 1. 피우는 담배
 - 가. 제1종 궐련
 - 나. 제2종 파이프담배
 - 다. 제3종 엽궐련
 - 라. 제4종 각련
 - 마. 제5종 전자담배
 - 바. 제6종 물담배
 2. 씹는 담배
 3. 냄새 맡는 담배
 4. 머금는 담배
- ③ 제2항의 담배의 구분에 관하여는 담배의 성질과 모양, 제조과정 등을 기준으로 하여 대통령령으로 정한다.

호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 (약칭 : 연명의료결정법)

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. ~ 2. (생 략)

3. "말기환자(末期患者)"란 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 보건복지부령으로 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당 분야의 전문의 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.
4. "연명의료"란 임종과정에 있는 환자에게 하는 심폐소생술, 혈액 투석, 항암제 투여, 인공호흡기 착용의 의학적 시술로서 치료효과 없이 임종과정의 기간만을 연장하는 것을 말한다.
5. "연명의료중단등결정"이란 임종과정에 있는 환자에 대한 연명의료를 시행하지 아니하거나 중단하기로 하는 결정을 말한다.

(이하 생략)

제19조(연명의료중단등결정의 이행 등)

- ① 담당의사는 제15조 각 호의 어느 하나에 해당하는 환자에 대하여 즉시 연명의료중단등결정을 이행하여야 한다.
 - ② 연명의료중단등결정 이행 시 통증 완화를 위한 의료행위와 영양분 공급, 물 공급, 산소의 단순 공급은 시행하지 아니하거나 중단되어서는 아니 된다.
 - ③ 담당의사가 연명의료중단등결정의 이행을 거부할 때에는 해당 의료기관의 장은 윤리위원회의 심의를 거쳐 담당의사를 교체하여야 한다. 이 경우 의료기관의 장은 연명의료중단등결정의 이행 거부를 이유로 담당의사에게 해고나 그 밖에 불리한 처우를 하여서는 아니 된다.
 - ④ 담당의사는 연명의료중단등결정을 이행하는 경우 그 과정 및 결과를 기록(전자문서로 된 기록을 포함한다)하여야 한다.
 - ⑤ 의료기관의 장은 제1항에 따라 연명의료중단등결정을 이행하는 경우 그 결과를 지체 없이 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 관리기관의 장에게 통보하여야 한다.
-