KB금융그룹 | 국민의 평생 금융파트너

제작부서 : 장기상품개발파트 | 제작일자 : 2020. 4. 1
심사필(관리번호 : 장기 20-22953-1-01)

보종 22953 / 22954 <약관>

무배당

건강한건강보험이야기(20.04)

상품요약 및 보장내용

KB손해보험

100% 페이백

납입면제시

보장보험료

냈던보험료 돌려받고!

3대진단비 받고! 납입면제 받고!

[5대 납입면제]
암(유사암 제외), 뇌졸중, 급성심근경색증,
상해80%이상후유장해, 질병80%이상후유장해



101가지 질병수술비

(해당보장 가입시)

1코노미란?
'1인'과 '이코노미(경제)'를 합성한 단어로 "인생을 즐기는 1인 가구",
"트렌드를 선도하는 첫번째 사람", "하나 뿐인 특별한 금융상품"의 의미를 담고 있습니다.
(출처 : 도서 트렌드 코리아 2017, 김난도 외 5인, 미래의창)

보종 22954 : (무) 1코노미건강보험(20.04)과 동일한 상품입니다.

감사의 말씀

안녕하십니까?
저희 KB손해보험에 보내주신 고객 여러분의
성원에 대해 깊이 감사드립니다.
KB손해보험은 고객 여러분의 성원에 힘입어
어려운 경제상황에서도 건실하고 안정적인
발전을 계속하고 있습니다.
앞으로도 친절하고 신속한 고객서비스를
바탕으로 고객 여러분께서 믿고 찾으시는
최고의 보험회사가 되기위해
최선의 노력을 다하겠습니다.

감사합니다.

KB 손해보험

목 차

보험약관 이해하기 ····· 6
보험용어 해설 ····· 8
주요내용 요약서 ····· 11
가입자 유의사항 ····· 16
자주 발생하는 민원 ····· 21
보험금 지급절차 안내 ····· 23
보험금 청구서류 안내 ····· 28
개인신용 정보 제공이용에 대한 고객 권리 안내 ····· 45
고객정보 취급방침 ····· 48
상품안내 ····· 53

보통약관

제1절 일반조항 ····· 71

제1관 목적 및 용어의 정의 ····· 71
제1조(목적) ····· 71
제2조(용어의 정의) ····· 71

제2관 보험금의 지급 ····· 74
제3조(보험금의 지급사유) ····· 74
제4조(보장보험료 납입면제) ····· 74
제5조(보장보험료 환급형 보험금 지급사유) ····· 75
제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) ····· 77
제7조(보험금을 지급하지 않는 사유) ····· 77
제8조(보험금 지급사유의 통지) ····· 78
제9조(보험금의 청구) ····· 78
제10조(보험금의 지급절차) ····· 78
제11조(만기환급금의 지급) ····· 80
제12조(보험금 받는 방법의 변경) ····· 81
제13조(주소변경통지) ····· 81
제14조(보험수익자의 지정) ····· 82
제15조(대표자의 지정) ····· 82

제3관 계약자의 계약 전 알릴의무 등 ····· 82
제16조(계약전 알릴 의무) ····· 82

제17조(상해보험계약 후 알릴 의무) ····· 83
제18조(알릴 의무 위반의 효과) ····· 85
제19조(사기에 의한 계약) ····· 86

제4관 보험계약의 성립과 유지 ····· 87
제20조(보험계약의 성립) ····· 87
제21조(청약의 철회) ····· 88
제22조(약관교부 및 설명의무 등) ····· 89
제23조(계약의 무효) ····· 90
제24조(계약내용의 변경 등) ····· 91
제25조(보험나이 등) ····· 92
제26조(계약의 소멸) ····· 93
제27조(계약의 자동갱신) ····· 93
제28조(자동갱신 적용) ····· 94

제5관 보험료의 납입 ····· 95
제29조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) ····· 95
제30조(갱신계약 제1회 보험료의 납입최고(독촉)와 계약의 해지) ····· 96
제31조(제2회 이후 보험료의 납입) ····· 97
제32조(보험료의 자동대출납입) ····· 97
제33조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지) ····· 98
제34조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) ····· 99
제35조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복)) ····· 100

제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등 ····· 101
제36조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회) ····· 101
제37조(중대사유로 인한 해지) ····· 101
제38조(회사의 파산선고와 해지) ····· 102
제39조(해지환급금) ····· 102
제40조(보험계약대출) ····· 102
제41조(중도인출) ····· 103
제42조(배당금의 지급) ····· 103

제7관 지정대리청구에 관한 사항 ····· 104
제43조(적용대상) ····· 104

제44조(지정대리청구인의 지정) ····· 104
제45조(지정대리청구인의 변경지정) ····· 104
제46조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구) ····· 104
제47조(지정대리청구인에 의한 보험금의 지급 절차) ·· 105

제8관 분쟁의 조정 등 ····· 105
제48조(분쟁의 조정) ····· 105
제49조(관할법원) ····· 105
제50조(소멸시효) ····· 105
제51조(약관의 해석) ····· 106
제52조(회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력) ····· 106
제53조(회사의 손해배상책임) ····· 106
제54조(개인정보보호) ····· 107
제55조(준거법) ····· 107
제56조(예금보험에 의한 지급보장) ····· 108

제2절 1종(종합플랜/여성플랜) 보장 ····· 109
1. 일반상해사망【갱신계약】 ····· 109
2. 일반상해후유장해(3~100%)【갱신계약】 ····· 110
3. 일반상해80%이상후유장해【갱신계약】 ····· 112
4. 질병80%이상후유장해【갱신계약】 ····· 114
5. 암진단비(유사암제외)【갱신계약】 ····· 116
6. 뇌졸중진단비【갱신계약】 ····· 119
7. 급성심근경색증진단비【갱신계약】 ····· 121
8. 유사암진단비【갱신계약】 ····· 123
9. 재진단암진단비【갱신계약】 ····· 125
10. 101대질병수술비【갱신계약】 ····· 137
10-1. 101대질병수술비Ⅰ【갱신계약】 ····· 137
10-2. 101대질병수술비Ⅱ【갱신계약】 ····· 140
10-3. 101대질병수술비Ⅲ【갱신계약】 ····· 143
10-4. 101대질병수술비Ⅳ【갱신계약】 ····· 145
10-5. 101대질병수술비Ⅴ【갱신계약】 ····· 148
10-6. 101대질병수술비Ⅵ【갱신계약】 ····· 150

제3절 2종(진단비플랜) 보장 ····· 153
1. 일반상해사망【갱신계약】 ····· 153
2. 일반상해후유장해(3~100%)【갱신계약】 ····· 154
3. 일반상해80%이상후유장해【갱신계약】 ····· 156
4. 질병80%이상후유장해【갱신계약】 ····· 158
5. 암진단비(유사암제외)【갱신계약】 ····· 160

6. 뇌졸중진단비【갱신계약】 ····· 163
7. 급성심근경색증진단비【갱신계약】 ····· 165
8. 유사암진단비【갱신계약】 ····· 167
9. 재진단암진단비【갱신계약】 ····· 169

제4절 3종(101플랜) 보장 ····· 181
1. 일반상해사망【갱신계약】 ····· 181
2. 일반상해후유장해(3~100%)【갱신계약】 ····· 182
3. 일반상해80%이상후유장해【갱신계약】 ····· 184
4. 질병80%이상후유장해【갱신계약】 ····· 186
5. 암진단비(유사암제외)【갱신계약】 ····· 188
6. 뇌졸중진단비【갱신계약】 ····· 191
7. 급성심근경색증진단비【갱신계약】 ····· 193
8. 유사암진단비【갱신계약】 ····· 195
9. 101대질병수술비【갱신계약】 ····· 197
9-1. 101대질병수술비Ⅰ【갱신계약】 ····· 197
9-2. 101대질병수술비Ⅱ【갱신계약】 ····· 200
9-3. 101대질병수술비Ⅲ【갱신계약】 ····· 203
9-4. 101대질병수술비Ⅳ【갱신계약】 ····· 205
9-5. 101대질병수술비Ⅴ【갱신계약】 ····· 208
9-6. 101대질병수술비Ⅵ【갱신계약】 ····· 210

제도성 특별약관
1. 이륜자동차 운전중 상해 부담보 ····· 213
2. 보험료 자동납입 ····· 214
가. 초회보험료자동납입 추가 ····· 214
3. 특정 신체부위 및 질병 보장제한부 인수 ····· 216
4. 장애인전용보험전환 ····· 219

별표
【별표1】 장해분류표 ····· 224
【별표2】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 ····· 264
【별표3】 악성신생물(암) 분류표 ····· 265
【별표4】 특정소액암 분류표 ····· 266
【별표5】 제자리 신생물 분류표 ····· 267
【별표6】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 ···· 268
【별표7】 뇌졸중 분류표 ····· 269
【별표8】 급성심근경색증 분류표 ····· 270
【별표9】 101대질병 분류표 ····· 271
【별표9-1】 10대질병 분류표 ····· 271

【별표9-2】 27대질병 분류표 ····· 273
【별표9-3】 21대질병 분류표 ····· 280
【별표9-4】 41대질병 분류표 ····· 283
【별표9-5】 백내장 분류표 ····· 290
【별표9-6】 치핵분류표 ····· 291
【별표10】 특정 신체부위 · 질병 분류표III ····· 292
【별표10-1】 특정 신체부위 분류표III ····· 292
【별표10-2】 특정 질병 분류표III ····· 294

약관에서 인용된 법•규정

【법규1】 개인정보 보호법 ····· 296
【법규2】 개인정보 보호법 시행령 ····· 300
【법규3】 민법 ····· 302
【법규4】 보험업감독규정 ····· 303
【법규5】 보험업법 ····· 303
【법규6】 보험업법 시행령 ····· 304
【법규7】 상법 ····· 306
【법규8】 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 ····· 307
【법규9】 의료법 ····· 310
【법규10】 자동차관리법 시행규칙 ····· 315
【법규11】 전자서명법 ····· 320
【법규12】 호스피스 · 완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 ····· 321

보험약관 이해하기

■ 보험약관이란?

☞ 보험약관에는 보험계약에 관한 계약자와 보험회사의 권리·의무, 보험금지급에 관한 사항 등 중요한 내용이 기재되어 있습니다.
따라서, **중요한 내용에 대해서는 반드시 안내를 받으시기 바랍니다.**

■ 보험약관은 법규정에 따라 작성됩니다.

☞ 보험약관은 「보험업감독업무시행세칙」에 마련된 「표준약관(별표15)」을 준용하여 금융감독원 감독하에 작성됩니다.

■ 본 약관의 구성

1. 보험 가이드

- 보험용어해설
- 주요내용 요약서
- 가입자 유의사항
- 자주 발생하는 민원
- 보험금 지급절차 안내
- 보험금 청구서류 안내

2. 고객 안내사항

- 개인신용정보 제공이용에 대한 고객권리 안내
- 고객정보 취급방침

3. 보험약관

- 보통약관
- 특별약관
- 별표

■ 기타 문의사항

☞ 당사 홈페이지(www.kbinsure.co.kr) 공시실에 상품요약서와 보험약관이 공시되어 있으니, 가입하신 보험상품의 내용이 궁금하거나 약관을 분실하셨을 경우 편리하게 이용하시기 바랍니다.

☞ 당사 홈페이지 고객센터에서 계약변경, 보험금 청구시 구비서류 등을 조회하실 수 있으며, 홈페이지 MY KB, 방카슈랑스콜센터(1544-0116)를 이용하시면 편리하게 다음의 업무를 보실 수 있습니다.

MY KB	계약조회, 고객정보 변경, 계약변경, 계약해지/청약철회, 보험료 납입/지급, 증명서 발급 등
방카슈랑스 콜센터 1544-0116	계약관리, 사고접수, 보상, 각종 상담문의 등

보험용어 해설

■ 보험약관
보험계약에 관하여 계약자와 회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것

■ 보험증권
보험계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서

■ 보험료
보험계약자가 보험계약에 의거하여 보험회사에 납입하는 금액

- 보장보험료: 보험계약에 따른 보장을 받기 위하여 계약자가 회사에 납입하는 보험료
- 적립보험료: 회사가 적립한 금액을 돌려주는데 필요한 보험료
- 적립부분 순보험료: 적립보험료에서 정해진 사업비를 공제한 후의 금액

※ 보험료 = 보장보험료 + 적립보험료

■ 보험금
피보험자의 사망, 장해, 입원, 만기, 재물손해, 배상책임손해 등 보험금 지급사유가 발생하였을 때 회사가 보험수익자에게 지급하는 금액

■ 보험가입금액
보험금, 보험료 및 책임준비금 등을 산정하는 기준이 되는 금액

■ 보장개시일
회사의 보험금 지급의무가 시작되는 날

■ **보험계약일**
계약자와 회사와의 보험계약 체결일, 철회 산정기간의 기준일

■ **만기환급금**
보험기간이 만료될 때까지 일정규모 이상의 사고가 없는 경우 납입보험료 중 일정률의 금액을 보험계약자에게 환급하는 제도.

■ **책임준비금**
장래의 보험금, 해지환급금 등의 지급을 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액

■ **해지환급금**
계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액

■ **계약자**
보험회사와 계약을 체결하고 보험료 납입의무를 지는 사람

■ **피보험자**
보험사고 발생의 대상이 되는 사람

■ **보험수익자**
보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람 또는 만기환급금 지급시기에 만기환급금의 청구를 할 수 있는 사람

■ **보험기간**
계약에 따라 보장을 받는 기간

■ **자동갱신제도**
보험계약기간의 만료시점까지 보험계약자가 보험계약을 갱신하고 싶지 않다는 명시적인 의사표시가 없는 경우에 자동으로 계약을 갱신하는 제도

약관내 의학용어 순화

용어	용어 순화
홍반성루프	전신성홍반성루푸스(피부, 관절, 신장, 폐, 신경 등 전신에서 염증 반응을 일으키는 자가면역질환)
갑상선	갑상샘(갑상선)
비골(鼻骨)	비골(코뼈)
하악골	하악골(아래턱뼈)
상악골	상악골(위턱뼈)
사지골	사지골(팔다리뼈)
건	건(힘줄)
흉막	흉막(가슴막)
음낭수종	음낭수종(물음낭증)

주요내용 요약서

■ 자필서명

계약자와 피보험자가 자필서명을 하지 않으신 경우에는 보장을 받지 못할 수 있습니다. 다만, 전화를 이용하여 가입할 때 일정요건이 충족되면 자필서명을 생략할 수 있으며, 인터넷을 이용한 사이버몰에서는 전자서명으로 대체할 수 있습니다.

■ 청약철회

계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있고, 이 경우 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 진단계약, 보험기간이 1년 미만인 계약, 전문보험계약자가 체결한 계약 또는 청약한 날부터 30일이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

■ 계약취소

계약자가 청약을 할 때에 보험약관과 계약자 보관용 청약서를 전달받지 못하였거나 약관의 중요한 내용을 설명을 받지 못한 때 또는 청약서에 자필서명을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다. 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

■ 계약의 무효

1. 신체 관련
   다음 중 한 가지에 해당하는 경우 회사는 계약을 무효로 할 수 있으며 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.
   - 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 피보험자의 서면 동의를 얻지 않은 경우.
   - 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나

소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.

- 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우

2. 재물관련
   계약을 맺을 때에 보험사고가 이미 발생하였을 경우 회사는 계약을 무효로 할 수 있으며 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

■ 계약의 소멸

1. 신체 관련
   피보험자의 사망 등으로 인하여 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우, 이 보험계약은 그때부터 효력이 없습니다.
2. 재물 관련(비례보상)
   사고보험금이 한 번의 사고에 대하여 보험가입금액(보험가액을 한도로 함)의 80%를 넘을 때 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 해당 보험목적에 대한 계약은 소멸됩니다.
3. 재물 관련(실손보상)
   사고보험금이 한 번의 사고에 대하여 보험가입금액(보험가액을 한도로 함) 이상인 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 해당 보험목적에 대한 계약은 소멸됩니다.

■ 보험료의 납입연체 및 계약의 해지에 관한 사항

계약자가 제2회 이후 보험료를 납입기일까지 납입이 연체 중인 경우에 14일(보험기간이 1년 미만인 경우 7일) 이상의 기간을 보험료 납입최고(독촉)기간으로 하며, 납입최고(독촉)기간 안에 보험료를 납입하지 않은 경우, 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 보험계약은 해지됩니다.

■ 해지 계약의 부활(효력회복)

보험료 납입연체로 보험계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 보험계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사는 피보험자의 건강상태, 직업, 직종 등에 따라 승낙여부를 결정하며, 합리적인 사유가 있는 경우 부활(효력회복)을 거절하거나 보장의 일부를 제한할 수 있습니다.

■ 중도인출

계약일로부터 약관에서 정한 일정기간 이상 지난 계약으로서 계약자의 요청이 있는 경우에 한하여 계약자가 요청한 시점의 기본계약 해지환급금과 적립부분 해지환급금 중 적은 금액 중 약관에서 정한 한도 내에서 중도인출금을 지급합니다. 다만, 중도인출금의 요청은 약관에서 정한 횟수로 제한됩니다.

■ 계약 전 · 후 알릴 의무

1. 계약 전 알릴의무 : 계약자, 피보험자는 청약할 때 청약서의 질문사항에 사실대로 기재하고 자필서명(전자서명, 공인전자서명 포함)을 하셔야 합니다. (단, 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에는 음성녹음으로 대체합니다.)
2. 계약 후 알릴의무 : 계약자 또는 피보험자는 보험계약을 맺은 후 아래와 같은 경우 우편, 전화, 방문 등의 방법으로 지체없이 회사에 알려야 합니다.
   - 보험증권에 기재된 직업 또는 직무의 변경
   - 보험증권에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우
   - 보험증권에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우
   - 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 계속적으로 사용하게 된 경우
3. 알릴의무 위반시 효과 : 회사가 별도로 정한 방법에 따라 계약을 해지하거나 보험금 지급이 제한될 수 있습니다.

※ 계약자 또는 보험수익자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우 즉시 변경내용을 회사에 알리셔야 합니다.

■ 보험금의 지급절차

1. 신체 관련

보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 지급합니다. 다만, 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50%이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드리며 지급예정일은 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

만약 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다.

2. 배상책임 관련

보험금 청구서류를 접수한 때에는 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급합니다. 그러나 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자 또는 보험수익자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50%상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

만약 지급보험금이 결정된 후 7일이 지나도록 보험금을 지급하지 않았을 때에는 지체된 날부터 지급일까지의 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다.

3. 재산손해 관련

보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수받은 후 지체없이 지급할 보험금

을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급합니다. 그러나 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50%상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

만약 지급보험금이 결정된 후 7일이 지나도록 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다.

■ 대위권

회사가 보험금을 지급한 때에는 회사는 지급한 보험금 한도 내에서 계약자 또는 피보험자가 제3자에 대하여 가지는 손해배상청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 취득합니다.

이 주요내용 요약서는 약관의 주요내용을 요약 발췌한 것이므로 기타 자세한 사항은 해당약관(보통약관, 특별약관)의 내용을 따릅니다.

가입자 유의사항

보험계약 관련 특히 유의할 사항

■ 보험계약 관련 유의사항

1. 보험계약 전 알릴의무 위반

- 과거 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.
- 과거 질병 치료사실 등을 보험설계사에게 말로써 알린 경우에는 회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 반드시 청약서에 서면으로 알리기 바랍니다.
- 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약 전 알릴의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.

2. 부활(효력회복)계약의 암보장개시일

- 부활(효력회복)계약의 암보장개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 15세미만 피보험자인 경우는 부활일을 암보장개시일로 합니다.

3. 상해 및 질병관련 보장

- 이 보험이 상해 등 외래의 사고만을 보험금지급대상으로 하는지, 질병도 보험금 지급대상으로 하는지, 몇 세까지 보장하는지 등 구체적인 보험금지급사유를 반드시 확인하시기 바랍니다.
- 갱신형인 경우 갱신될 때마다 보험료가 인상 또는 인하될 수 있습니다.

4. 재물 및 배상책임 관련 보장

- 타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없을 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인은 이 계약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이의를 제기할 수 없습니다. 또한 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 않는 범위 안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

5. 갱신형 보장

- 회사는 갱신형보장의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신될 계약의 보험료 등을 계약자에게 서면, 전화 또는 전자문서로 안내하여 드립니다.
- 갱신시에는 보험나이 증가, 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률) 및 의료수가(실손의료비를 보장하는 보험에 한함) 등의 변동에 따라 갱신시 보험료가 인상 또는 인하될 수 있습니다.
- 갱신형보장은 계약자가 약관에서 정하는 조건을 충족하고 해당보장이 종료되는 날의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 해당보장의 만기일의 다음날 갱신 됩니다.
- 갱신형보장을 가입한 경우, 보통약관의 보험료 납입이 완료되었다 하더라도 갱신형보장의 보험기간이 만료되지 않은 경우에는 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지 해당 갱신형보장의 보험료를 계속 납입해야합니다.
- 갱신형보장의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다. 다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령, 금융감독원장이 정한 시행세칙의 개정 등 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

■ 해지환급금 관련 유의사항

보험은 은행의 저축과는 달리 위험보장과 저축을 겸한 제도로서 계약자가 납입한 보험료 중 일부는 불의의 사고를 당한 다른 가입자에게 보험금으로 지급되며, 또 다른 일부는 회사 운영에 필요한 사업경비로 사용되므로 중도 해지시 지급되는 해지환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다. 한편, 해지환급금은 공시이율 및 계약내용의 변경, 보험료 실제 납입일자, 중도인출 여부 등에 따라 달라질 수 있습니다.

보험금 지급 관련 특히 유의할 사항

■ 암 관련 보장

- 보험계약일로부터 90일 이내에 암으로 진단받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 암보장개시일은 계약일로 합니다.
- 90일이 지난 이후에도 암 진단일이 보험계약일로부터 일정기간(예 : 1년 등)이내인 경우 보험금이 삭감될 수 있습니다.
- 암은 원칙적으로 조직검사, 미세바늘흡인검사(미세한 침을 이용한 생체검사 방법) 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 한 진단만 인정됩니다.
- 항암방사선 및 항암약물치료는 암수술비 보장에서 제외됩니다.

■ 특정 질병 관련 보장

- 암보험 등 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만을 보험금 지급대상으로 하므로, 관련 질병이 무엇인지 반드시 확인하시기 바랍니다.

■ 수술 관련 보장

- 약관상 수술의 정의에 포함되지 않는 조작의 경우(예 : 주사기 등으로 빨아들이는 처치, 바늘 등을 통해 체액을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것 등) 보험금을 지급하지 않습니다.

■ 입원 관련 보장

- 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하지 않거나 정당한 사유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

■ 상해 관련 보장

- 질병이나 체질적인 요인이 있는 자로서 경미한 외부요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화되었을 때에는 상해관련 보험금이 지급되지 않습니다.

■ 재물손해, 배상책임 관련 담보 등 다수계약의 비례보상에 관한 사항

- 이 계약에서 담보하는 위험과 같은 위험을 담보하는 다른 계약(공제계약 포함)이 있을 경우에는 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 이 계약에 의한 보상책임액의 상기 합계액에 대한 비율에 따라 보상하여 드립니다.

■ 태아보험

- 피보험자가 출생전 자녀(태아)인 경우 출생시 피보험자로 합니다.
- 자녀(태아)가 복수로 출생한 경우 보험계약자는 출생아 각각을 피보험자로 지정할 수 있습니다.

이 주요내용 요약서는 약관의 주요내용을 요약 발췌한 것이므로 기타 자세한 사항은 해당약관(보통약관, 특별약관)의 내용을 따릅니다.

자주 발생하는 민원

■ 해지환급금 관련

- 사례 : 홍길동 계약자는 계약 후 1년경과 후에 계약을 해지하였는데, 해지 환급금이 납입한 보험료보다 적어 이에 대한 불만을 제기

- 해설 : 보험계약은 은행의 예적금과 달리 납입한 보험료 중 일부는 보험회사의 운영경비로 사용되고 또 다른 일부는 다른 피보험자의 보험금 재원으로 사용되므로 해지환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다.

■ 적립부분 해지환급금 및 만기환급금 변동 관련

- 사례 : 홍길동 계약자는 가입당시 만기환급률을 99%로 설계하였으나, 실제 만기시 환급율이 88%로 감소됨에 따른 불만 제기

- 해설 : 적립부분 적용이율이 공시이율에 연동되는 경우(금리연동형) 공시이율을 적용하여 적립부분 책임준비금을 적립하게 됩니다. 공시이율은 회사의 운용자산이익률과 외부지표금리 등에 연동되어 변동될 수 있으므로, 만기환급금의 재원인 적립부분 책임준비금은 변동될 수 있습니다.

■ 중도인출시 만기환급금 또는 해지환급금 과소

- 사례 : 홍길동 계약자는 보험가입 후 5년이 경과하여 중도인출을 일부 실시하였고, 이후 만기가 도래하여 만기환급금을 수령하였을 때 환급금이 적은 것에 대한 불만 제기

- 해설 : 중도인출은 기본계약 적립부분 해지환급금에서 인출하게 되는 금액으로 중도인출 받은 금액만큼 차감한 후 적립됩니다. 따라서 중도인출을 한 번도 실시하지 않은 경우와 비교하여 만기환급금(또는 해지환급금)은 차이가 발생하게 됩니다.

■ 피보험자의 직업, 직무 변경 관련

- 사례 : 홍길동 피보험자는 일반 사무직으로 근무하던 중 보험을 가입하고 몇 년 후 직업을 변경하여 오토바이 배달원으로 직업을 변경하였으나 이를 보험회사에 알리지 않았고, 일반상해로 사고가 발생한 후 보험금을 청구하였으나 보험금이 약정한 보험금보다 적은 것에 대해 불만 제기

- 해설 : 계약자 또는 피보험자는 계약을 맺은 후 피보험자가 직업 또는 직무를 변경(자가용운전자가 영업용운전자로 직업 또는 직무 변경 포함)하거나 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 계속적으로 사용하게 된 경우에는 즉시 회사에 알려야합니다. 그러지 않을 경우 보험사고가 발생한 경우에도 보험금 지급이 제한될 수 있습니다.

보험금 지급절차 안내

■ 청구서류 제출 및 지급절차 안내

☞ 인터넷/모바일 접수: 앱스토어 KB손해보험 보험금 대표앱(홈페이지 www.kbinsure.co.kr/모바일 m.kbinsure.co.kr)

- 5천만원 미만건만 접수 가능하며 PC, 모바일홈페이지 및 대표앱을 통해 접수하시면 보다 신속하게 업무처리 가능합니다.
- 사망보험금 청구, 5천만원이상 청구 또는 보험금 타인 위임시 우편/방문을 통하여 원본 서류를 제출해주셔야 합니다.

☞ 우편 접수: 04027 서울시 마포구 양화로 491(합정동) KB손해보험 합정빌딩 19층 인보험 사고접수센터(우편접수만 가능)

- 작성된 보험금 청구서와 원본 구비서류를 송부하여야 하며, 분실의 우려가 있으므로 등기우편으로 보내주시기 바랍니다.

☞ 방문접수: 가까운 고객센터(당사 홈페이지 조회 가능)

☞ 사고접수 완료시 접수번호 및 보상담당자의 이름과 연락처를 휴대폰 문자매체(SMS, LMS, 카카오톡 알림톡 등)를 통하여 알려드립니다.

보험금청구 및 청구서류 접수

↓

심사 및 손해조사

↓

보험금결정 및 지급

↓

보험금 지급안내

■ 손해사정사 선임 안내

☞ 고객님께서는 사고의 손해사정을 위해 별도의 손해사정사의 선임이 가능하며, 별도로 선임한 손해사정사는 보험금의 대리청구, 보험금에 대해 합의 또는 절충 등의 불공정한 행위를 할 수 없습니다.

☞ 손해사정사를 선임하지 않을 경우 보험회사는 보험업법에 따라 공인된 손해사정법인에게 조사 업무를 위탁할 수 있습니다.

손해사정사 선임시 비용주체

● 보험계약자등 부담

- 보험회사가 고용 또는 선임한 손해사정사가 사정한 결과에 보험계약자 등이 승복하지 아니한 때
- 보험계약자 등이 보험회사와는 별도로 손해사정사를 선임하고자 할 때

● 보험회사 부담

- 손해사정이 착수되기 이전에 보험계약자 등이 보험회사에게 손해사정사의 선임의사를 통보하여 동의를 얻은 때
- 정당한 사유없이 보험회사가 보험사고 통보(제3보험상품의 경우 접수가 완료된 날)를 받은 날로부터 7일이 경과하여도 손해사정에 착수하지 아니한 때

■ 개인(신용)정보 처리 등에 관한 동의 안내

☞ 당사는 손해사정 및 사고장소, 보험금 지급심사 등 업무수행에 필요한 경우 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」, 「개인정보보호법」 등에 따른 개인(신용)정보의 처리 등에 대한 동의권자의 동의를 요청드리며, 개인(신용)정보처리동의서 또는 의료심사 등에 대해 동의를 거부할 경우 보험금 지급이 지연되거나 불가합니다.

■ 보험사간 치료비 분담 지급

☞ 상해 · 질병으로 인한 의료비 실비를 보상하는 상품에 복수로 가입한 경우 보험약관에 따라 비례보상원칙을 적용하여 보험계약별로 보험금을 분할하여 지급할 수 있습니다.

☞ 이 경우 접수대행 신청서 작성 및 타사에 자료 제공을 위한 개인정보 활용에 동의하시면 접수 대행이 가능합니다. 단, 타 보험사에게 보험금 심사 단계에서 사고 조사 등의 사유로 접수대행이 거절될 수 있으며, 이 경우 가입하신 보험사에 각각 보험금 청구서류를 접수하셔야 합니다.

☞ 타 보험사에 가입이 되어있는 보험계약은 손해보험협회를 통해서 확인하실 수 있습니다.
(http://www.knia.or.kr)

■ 보험금 청구권 소멸시효

☞ 보험금 청구권은 3년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성됩니다. (단, 2015.3.12. 이전 청구사유 발생한 경우 소멸시효는 2년입니다.)

■ 장해진단서 제출 시 유의사항 및 의료심사

☞ 장해진단서를 제출하는 경우에는 3차 의료기관(500병상 이상의 대학병원 및 종합병원)에서 진단을 요청드리며, 병원 진단 전에 보상 담당자와 협의하시는 것이 신속한 보험금 지급 심사에 도움이 됩니다.

☞ 상해/질병보험 등에서는 약관에 따른 보험금 지급여부와 지급금액 결정을 위해 진단서, 치료관련 기록 등 제출하신 자료를 기초로 전문의에 의한 의료심사가 시행될 수 있으며, 장해급부 청구시 장해 상태에 대하여 장해재심사(재진단)가 시행될 수 있습니다. 이 경우 비용은 당사가 부담합니다.

☞ 보험수익자와 회사가 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를

정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

■ 보험금 예상 지급기일 및 지연지급 안내

☞ 보험금 예상 지급기일: 상해 · 질병사고는 최종 서류 접수일로부터 3영업일(지급사유 조사 · 확인 필요시 30영업일), 재물 · 배상책임사고는 지급보험금 결정 후 7일 이내입니다.

☞ 약관상 정해진 지급기일 내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 지연사유, 지급예정일을 안내하여 드리며 지급예정일을 초과하는 경우 약관상 규정된 내용에 따라 지연이자를 산정 지급하여 드립니다. 다만 피보험자의 책임 있는 사유로 지급이 지연될 때에는 그 해당기간에 대한 이자를 더하여 드리지 않습니다.

■ 보험금 가지급 제도

☞ 보험회사가 보험금 지급사유를 조사 · 확인하기 위하여 약관에서 정한 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 명백히 예상되는 경우 보험금을 보험회사가 추정하는 보험금의 50%이내의 금액으로 선지급 받을 수 있습니다.

■ 손해사정서 열람 또는 사본 교부

☞ 보험회사는 보험금 청구권자가 요청하는 경우에는 손해사정사가 작성 · 제출한 손해사정서를 열람하게 하거나 그 사본을 교부하여 드립니다. 단, 보험금 청구권자가 제출한 서류만으로 지급심사가 완료되어 접수완료일로부터 3영업일 이내에 보험금이 지급되는 경우에는 손해사정서를 작성하지 아니할 수 있습니다.

■ 보험금 부지급 제도

☞ 보험금 지급심사 결과 청구 보험금 지급거절 될 수 있으며, 이 경우 그 사유 및 근거를 안내드립니다. 부지급 결정 및 보험금 결정액에 동의하시지 않는 경우 소비자보호파트로 통보하시면 재심사를 받으실 수 있습니다.

- 인터넷 접수: 홈페이지(www.kbinsure.co.kr)에 접속하여 신청
  / 전화상담: 1544-0116
- 우편접수: 서울시 강남구 테헤란로 117 KB손해보험빌딩 소비자보호파트(재심자요청 접수만 가능합니다.)

■ 청구서류안내, 보험금 지급심사 진행과정 및 결과는 자사 홈페이지 (www.kbinsure.co.kr/ m.kbinsure.co.kr) 또는 방카슈랑스콜센터 (☎ 1544-0116)를 통하여 조회할 수 있으며, 문의사항이 있으시면 보험금 청구시 안내되는 담당자 전화번호로 문의하시기 바랍니다.

■ 분쟁 조정절차 및 피해 구제사항 안내

☞ 문의사항이 있을 경우 담당자에게 연락을 주시거나 방카슈랑스콜센터(☎1544-0116)로 문의하실 수 있습니다. 보험계약에 관하여 분쟁이 발생할 경우에는 금융감독원(국번없이 ☎1332)에 조정을 신청할 수 있습니다.

보험금 청구서류 안내

※ 사고내용, 특성, 상품(보장내역)에 따라 추가 심사서류를 요청할 수 있습니다.
※ 진단서, 통원확인서, 처방전, 진료확인서, 소견서, 수술확인서, 진료차트 등에는 진단명이 기재되어 있어야 합니다.
※ 2015.1.1.부터 실손의료보험 통원의료비는 동일사고 청구건당 3만원초과 10만원이하 청구시 처방전(질병분류기호 기재)으로 대체가능합니다.

■ 교통사고

<table>
<tr><th colspan="2">구분</th><th>구비서류</th><th>발급처</th></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">공통서류</td><td>· 보험금청구서(당사양식) - 개인[신용]정보처리동의서, 계좌번호 포함
· 청구인의 신분증 사본(미성년자 생략)</td><td></td></tr>
<tr><td>※(필요시) 추가서류
· 가족관계 확인 필요시(배우자, 자녀 등의 보장상품, 수익자가 미성년자인 경우 등)
: 가족관계서류
(예: 가족관계증명서, 혼인관계증명서 등)
· 대리인 청구시: 위임장, 보험금청구권자의 인감증명서(또는 본인서명사실확인서), 보험금청구권자의 개인[신용]정보처리동의서</td><td>동 주민센터</td></tr>
<tr><td>의료비 및 입원일당</td><td>자동차 보험 처리</td><td>· 교통사고 처리확인서
(자사 자동차보험 처리시 생략가능)</td><td>해당 보험사</td></tr>
</table>

구분		구비서류	발급처
의료비 및 입원일당	자동차 보험 미처리	· 교통사고 사실확인서 · 진단서(단, 50만원이하시 진단명이 포함된 입퇴원확인서 또는 진단명 및 입원기간이 포함된 진료확인서로 대체가능) · 입퇴원확인서(진단서에 입원기간이 포함된 경우 및 실손의료보험의 경우는 제외) · 진료비 계산서(영수증) · 진료비 세부내역서(비급여 내역이 없는 경우 생략) · 경찰서 미신고 시 재해사고 증명서류제출(병원초진차트)	경찰서 · 진료병원
사망		· 교통사고 사실확인서 · 사망진단서(사체검안서) 원본 또는 사본(원본대조필 포함) * 사본의 경우 피보험자 기본증명서(사망사실 기재) 첨부	경찰서 · 진료병원 · 동 주민센터
		※(수익자 미지정시) 추가 요청서류 · 상속관계 확인서류(예: 가족관계증명서, 혼인관계증명서 등) ※(필요시) 추가서류 · 상속인이 다수인 경우: 상속인 각각의 위임장 및 인감증명서(또는 본인서명사실확인서) 및 개인[신용]정보처리동의서	

구분	구비서류	발급처
후유장해	· 후유장해진단서 * 발급전 보상담당자와 상의하시기 바랍니다.	대학(종합)병원
	※다음의 경우 일반진단서로 대체가 가능합니다. · 만성신부전: 최초 혈액투석일, 환자상태 기재 · 사지절단: 절단부위, 환자상태 기재, X-ray필름 첨부 · 인공관절 치환수술건: 수술명, 수술일자 기재 · 비장, 신장적출 수술건: 비장, 신장적출 수술일 기재	진료병원
자동차사고 부상보장	· 사고증명서 1. 자동차보험에서 보상받은 경우 : 해당 자동차보험의 보상처리확인서 2. 자동차보험에서 보상받지 못한 경우 (1) 자동차사고를 입증할 수 있는 서류 (경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원, 차량피해 견적서, 차량피해사진 등) (2) 상해등급을 판단할 수 있는 서류 (진단서 등)	해당 보험사 · 경찰서 · 진료병원

■ 상해사고

<table>
<tr><th colspan="2">구분</th><th>구비서류</th><th>발급처</th></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">공통서류</td><td>· 보험금청구서(당사양식) – 개인[신용]정보처리동의서, 계좌번호 포함
· 피보험자/청구인의 신분증 사본(미성년자 생략가능)</td><td></td></tr>
<tr><td>※(필요시) 추가서류
· 가족관계 확인 필요시(배우자, 자녀 등의 보장상품, 수익자가 미성년자인 경우 등): 가족관계서류(예: 가족관계증명서, 혼인관계증명서 등)
· 대리인 청구시: 위임장, 보험금청구권자의 인감증명서(또는 본인서명사실확인서), 보험금청구권자의 개인[신용]정보처리동의서</td><td>동 주민 센터</td></tr>
<tr><td rowspan="2">사고 증빙 서류</td><td>산재 사고</td><td>· 산업재해처리내역서 또는 보험급여지급확인서
* 추가서류
– 직업급수/사고내용 확인시: 산재요양신청서
– 입원일당/의료비 청구시: 입퇴원확인서, 보험급여원부</td><td>근로 복지 공단</td></tr>
</table>

구분		구비서류	발급처
사고 증빙 서류	폭행 사고	· 사건사고 사실확인서	경찰서
	군인 재해 사고	· 공무상병인증서	군병원
	의료 사고 등 법원 분쟁	· 법원판결문	법원
	기타 사고	· 청구서 작성시 6하원칙에 따라 상세히 작성 · 병원초진차트	진료 병원
의료 비	입원	· 진단서(단, 50만원이하시 진단명이 포함된 입퇴원확인서 또는 진단명 및 입원기간이 포함된 진료확인서로 대체가능) · 입퇴원확인서(진단서에 입원기간이 포함된 경우 및 실손의료보험의 경우는 제외) · 진료비계산서(영수증) · 진료비세부내역서(비급여 내역이 없는 경우 생략가능)	진료 병원

<table>
<tr><th colspan="2">구분</th><th colspan="3">구비서류</th><th>발급처</th></tr>
<tr><td rowspan="3">의료비</td><td rowspan="3">통원</td><td>구분</td><td>3만원 이하</td><td>3만원 초과</td><td rowspan="3">진료병원</td></tr>
<tr><td>필요서류</td><td>-진료비계산서(병원/약국 영수증)
-진료비세부내역서</td><td>-진료비계산서(병원/약국 영수증)
-처방전(무료)(질병분류기호기재)
-진료비세부내역서</td></tr>
<tr><td>비고</td><td></td><td>※질병분류기호가 기재된 처방전이 없는 경우 추가증빙서류 필요
-진단서/통원(진료)확인서/소견서/진료차트 등</td></tr>
<tr><td colspan="5">※ 진료비세부내역서는 비급여 내역이 없는 경우 생략 가능
※ 10만원 이하의 청구건 중 산부인과, 항문외과, 비뇨기과, 피부과 및 추가심사가 필요한 경우 추가 증빙서류가 필요할 수 있음
※ 카드결제 영수증은 증빙서류가 아님</td></tr>
</table>

■ 질병사고

구분	구비서류	발급처
공통서류	· 보험금청구서(당사양식) – 개인[신용]정보처리동의서, 계좌번호 포함 · 피보험자/청구인의 신분증 사본(미성년자 생략가능)	
	※(필요시) 추가서류 · 가족관계 확인 필요시(배우자, 자녀 등의 보장상품, 수익자가 미성년자인 경우 등): 가족관계서류(예: 가족관계증명서, 혼인관계증명서 등) · 대리인 청구시: 위임장, 보험금청구권자의 인감증명서(또는 본인서명사실확인서), 보험금청구권자의 개인[신용]정보처리동의서	동 주민 센터

<table>
<tr><th colspan="2">구분</th><th colspan="3">구비서류</th><th>발급처</th></tr>
<tr><td rowspan="4">의료비</td><td rowspan="4">통원</td><td>구분</td><td>3만원 이하</td><td>3만원 초과</td><td rowspan="4">진료병원</td></tr>
<tr><td>필요서류</td><td>-진료비계산서(병원/약국 영수증)
-진료비세부내역서</td><td>-진료비계산서(병원/약국 영수증)
-처방전(무료)(질병분류기호 기재)
-진료비세부내역서</td></tr>
<tr><td>비고</td><td></td><td>※질병분류기호가 기재된 처방전이 없는 경우 추가증빙서류 필요
-진단서/통원(진료)확인서/소견서/진료차트 등</td></tr>
<tr><td colspan="3">※ 진료비세부내역서는 비급여 내역이 없는 경우 생략 가능
※ 10만원 이하의 청구건 중 산부인과, 항문외과, 비뇨기과, 피부과 및 추가심사가 필요한 경우 추가 증빙서류가 필요할 수 있음
※ 카드결제 영수증은 증빙서류가 아님</td></tr>
</table>

구분		구비서류	발급처
진단금	암(상피내암 등)	· 암(상피내암 등)확진 진단서 · 조직검사결과지 · 암수술급여금: 수술확인서	진료병원
	2대질병치료비(뇌/심장)	· 진단서 · 정밀검사결과지(특정질병에 따라 다르므로 담당자와 상의)(예: CT, MRI, 심전도 등)	진료병원
	특정질병수술비	· 진단서 · 수술확인서	진료병원
	기타진단금	· 진단서(약관내용에 따라 추가서류 필요)	진료병원
	※ 진단서는 반드시 한국질병분류번호가 기재된 진단서를 제출해 주십시오.		

구분		구비서류	발급처
사망		· 사망진단서(사체검안서) 원본 또는 사본(원본대조필 포함): 사본의 경우 피보험자 기본증명서(사망사실 기재) 첨부	경찰서 · 진료 병원 · 동 주민 센터
		※(수익자 미지정시) 추가 요청서류 · 상속관계 확인서류(예: 가족관계증명서, 혼인관계증명서 등) · 상속인이 다수인 경우: 상속인 각각의 위임장 및 인감증명서(또는 본인서명사실확인서) 및 개인[신용]정보처리동의서	
태아 보험	신생아입원비 / 저체중아육아비용	· 출생증명서 · 진단서[단, 50만원이하시 진단명이 포함된 입퇴원확인서 또는 진단명 및 입원기간이 포함된 진료확인서로 대체가능] · 입원확인서[인큐베이터 사용시 해당기간 명시/진단서에 입원기간(인큐베이터 사용기간)이 포함된 경우는 제외]	
	유산 / 사산	· 진단서(유산), 사산증명서(사산)	

■ 치아보험

구분	구비서류	발급처
공통서류	· 보험금청구서(당사양식) - 개인[신용]정보처리동의서, 계좌번호 포함 · 피보험자/청구인의 신분증 사본(미성년자 생략가능)	동 주민 센터
	※(필요시) 추가서류 · 가족관계 확인 필요시(배우자, 자녀 등의 보장상품, 수익자가 미성년자인 경우 등): 가족관계서류(예: 가족관계증명서, 혼인관계증명서 등) · 대리인 청구시: 위임장, 보험금청구권자의 인감증명서(또는 본인서명사실확인서), 보험금청구권자의 개인[신용]정보처리동의서	
치료비	· 치아치료에 관한 진료기록 사본, 진료확인서 - 진료된 치아위치(또는 치아번호) - 진료내용, 진단확정일, 진료시작/종료일, 진료일수 · 치료 전후 해당치아의 X-ray 사진(또는 이에 준하는 판독자료) · 진료비 계산서	진료 병원

■ 재물사고

구분	구비서류
공통 서류	· 보험금청구서(당사양식) – 개인[신용]정보처리동의서, 계좌번호 포함 · 보험금수취인의 신분증 사본 · 보험금 청구권자가 타인에게 위임할 경우: 위임장, 인감증명서(또는 본인서명사실확인서) 및 개인[신용]정보처리동의서 · 사업자등록증 · 화재사실확인원(경찰서), 화재증명원(소방서) · 수리 및 재조달 견적서, 영수증(수리업체, 재건축업체, 구입업체)
건물	· 건물등기부등본 · 건축물 관리대장 · 임대차 계약서
기계	· 기계 관리대장 · 감정평가서(질권물건) · 리스계약서(리스물건)
시설/ 집기 비품	· 시설 및 집기비품 관리대장 · 시설 개보수 확인서류
가재 도구	· 주민등록등본 · 가재도구 명세서
동산	· 재고 및 손해명세서 · 수불대장 · 임가공계약서, 작업지시서
중기	· 중기등록원부(사본) · 수입면장(수입품) · 운전면허증 양면 사본 · 리스계약서(리스물건) · 임대차 계약서 · 도급 계약서

■ 골프사고

구분	구비서류
공통 서류	· 보험금청구서(당사양식) - 개인[신용]정보처리동의서, 계좌번호 포함 · 피보험자/청구인의 신분증 사본
상해 사고	· 상해사고 구비서류와 동일
홀인 원	· 홀인원 증서(골프장 발급) · 홀인원 확인서(동반경기자 2인, 동반캐디) · 스코어카드 사본 · 기념품 구입비용, 축하만찬비용, 축하라운드 비용 지출 명세서
골프 용품 파손	· 사고경위서(본인, 제3자, 골프시설관리자) · 파손용품 사진 · 수리영수증 또는 견적서(수리불가시 수리업체의 수리불가 소견서와 파손된 골프채 송부) · 골프용품 구입영수증
골프 용품 도난	· 도난사실확인원(경찰서 발급) · 골프용품 구입영수증

■ 도난사고

구분	구비서류
공통 서류	· 보험금청구서(당사양식) - 개인[신용]정보처리동의서, 계좌번호 포함 · 보험금수취인의 신분증 사본 · 보험금청구권자가 타인에게 위임할 경우: 위임장, 인감증명서(또는 본인서명사실확인서) 및 개인[신용]정보처리동의서 · 사업자등록증 · 도난사고접수 확인원(경찰서)

구분	구비서류
현금 도난	· 시재내역(현금시재표) · 거래원장 · 거래영수증
물품 도난	· 최초구입영수증 · 신품견적서 · 자산대장
상품권/유가증권 도난	· 시재내역(현금시재표) · 거래원장 · 거래영수증 · 도난된 유가증권의 번호가 기재된 신문 공시문 · 제권판결문, 제권판결에 소요된 비용 영수증

■ 배상사고

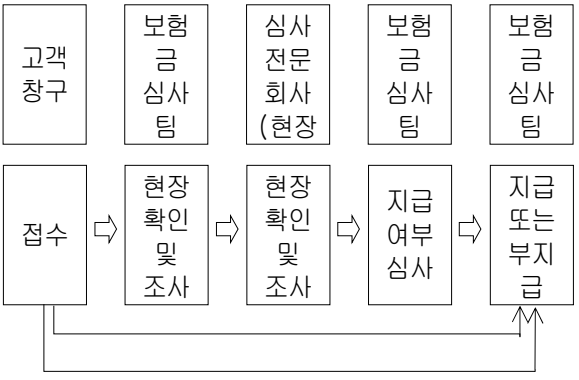
구분	구비서류
공통 서류	· 보험금청구서(당사양식) – 개인[신용]정보처리동의서, 계좌번호 포함 · 피보험자의 신분증 사본, 주민등록등본(중복보험 확인용도) 및 등재인 각각의 개인[신용]정보처리동의서 · 보험금청구권자가 타인에게 위임할 경우: 위임장, 인감증명서(또는 본인서명사실확인서) 및 개인[신용]정보처리동의서 · 피해자(또는 피해물 소유자) 신분증 사본 및 개인[신용]정보처리동의서 · 사고경위서-6하원칙에 따라 상세히 작성

구분		구비서류
대인	치료비	· 피해자 신분증 사본 · 진단서 또는 초진차트(진단명 명시) · 진료비계산서(영수증) · 입퇴원확인서(입원시) · 상급병실 사용 확인서(법정전염병 또는 중환자로서 특별히 인정되는 경우 지급) · 개호소견서 · 향후 치료비 추정서(치료 현재시점 이후에 지속적 가료를 요하는 경우)
대인	휴업손해	· 피해자 소득 입증자료(근로소득 원천징수 영수증, 최근 3개월간 임금대장, 근로계약서)
	후유장해	· 후유장해 진단서(맥브라이드식 장해평가)
	사망	· 사망진단서(사체검안서) 원본 또는 사본(원본대조필 포함): 사본의 경우 피보험자 기본증명서(사망사실 기재) 첨부
		※(수익자 미지정시) 추가 요청서류 · 상속관계 확인서류(예: 가족관계증명서, 혼인관계증명서 등) · 상속인이 다수인 경우: 상속인 각각의 위임장 및 인감증명서(또는 본인서명사실확인서) 및 개인[신용]정보 처리동의서

구분		구비서류
대물	공통	· 피해물 내역서 및 피해입증서류(수리비견적서 또는 수리불가시 수리불가 확인서, 영수증 등) · 현장사진 · 피해물 파손사진 및 수리사진 · 피해물의 등록증(차량등록증, 건물등기부등본 등) · 공공기관(경찰서, 소방서, 국과수 등)에 접수된 경우 사고사실확인서
	차량(혼유사고 등)	· 차량등록증 · 사업자등록증, 가해자의 재직증명서 및 개인[신용]정보처리동의서 · 유류대 영수증

※ 보험금 청구에 대한 더 자세한 내용은 당사 홈페이지 (www.kbinsure.co.kr)를 통해 확인하실 수 있으며, 기타 자세한 문의는 방카슈랑스콜센터(☏1544-0116)를 참고 바랍니다.

보험금 지급 심사 절차



※ 보험업감독규정 중 [금융기관의 업무위탁 등에 관한 규정]에 의하면, 「금융기관은 인가등을 받은 업무를 영위함에 있어 제3자에게 업무를 위탁하거나 제3자의 업무를 수탁할 수 있다」라고 명시하고 있습니다.

개인신용정보 제공이용에 대한 고객 권리 안내

1. 금융서비스 이용 범위

가. 고객의 개인신용정보는 금융거래의 설정·유지여부 판단 목적 및 고객이 동의한 목적만으로 이용됩니다.

나. 고객은 영업장·인터넷 등 다양한 채널을 통해 금융거래를 체결하거나 금융서비스를 제공받는 과정에서 1) 금융회사가 본인의 개인신용정보(이하 "본인정보")를 제휴·부가서비스 등을 위해 제휴회사 등에 제공하는 것 및 2) 해당 금융회사가 금융상품 소개 및 구매권유(이하 "마케팅") 목적으로 이용하는 것에 대해 동의를 하지 않는 경우에도 금융거래를 체결하거나 금융서비스를 이용하실 수 있습니다. 다만, 이러한 동의를 하지 않으신 경우에는 제휴·부가서비스 및 신상품·서비스 등을 제공받지 못할 수도 있습니다.

2. 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」상의 고객 권리

신 청 방 법
● 전화 : ☎ 1544-0116 (지역번호 없이) ● 서면 : 135-550 서울특별시 강남구 테헤란로 117 KB손해보험빌딩 ● 홈페이지 : http://www.kbinsure.co.kr [인터넷창구 > 고객정보변경 > 개인정보활용동의철회]

가. 본인정보의 제3자 제공사실 통보 요구

고객은 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제35조에 따라 금융회사가 본인정보를 전

국은행연합회, 신용조회회사, 타 금융회사 등 제3자에게 제공한 경우 제공한 본인정보의 주요 내용 등을 알려주도록 금융회사에 요구할 수 있습니다.

나. 금융거래 거절 근거 신용정보 고지 요구

고객은「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」제36조에 따라 금융회사가 전국은행연합회, 신용조회회사 등으로부터 제공받은 연체정보 등에 근거하여 금융거래를 거절·중지하는 경우에는 그 거절·중지의 근거가 된 신용정보, 동 정보를 제공한 기관의 명칭·주소·연락처 등을 고지해 줄 것을 금융회사에 요구할 수 있습니다.

다. 본인정보의 제3자 제공 및 마케팅 목적의 전화 등의 중단 요구

고객은「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」제37조에 따라 가입 신청시 동의를 한 경우에도 본인정보를 제3자에게 제공하는 것 및 해당 금융회사가 마케팅 목적으로 본인에게 연락하는 것을 전체 또는 사안별로 중단 시킬 수 있습니다.(다만, 고객의 신용도 등을 평가하기 위해 전국은행연합회 또는 신용조회회사 등에 제공하는 것에 대해서는 중단시킬 수 없습니다.)

※ 신청자 제한 : 신규 거래고객은 계약 체결일로부터 3개월간은 신청할 수 없습니다.

라. 본인정보의 열람 및 정정 요구

고객은「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」제38조에 따라 전국은행연합회, 신용조회회사, 금융회사 등이 보유한 본인정보에 대해 열람 청구가 가능하며, 본인정보가 사실과 다른 경우에는 이의 정정 및 삭제를 요구할 수 있습니다. 또한 그 처리결과에 이의가 있는 경우에는 금융

위원회에 시정을 요청할 수 있습니다.

마. 본인정보의 무료 열람 요구

고객은「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」제39조에 따라 본인정보를 신용조회회사를 통하여 연간 일정 범위 내에서 무료로 열람할 수 있습니다. 자세한 사항은 각 신용조회회사에 문의하시기 바랍니다.

- 연락처
  · 코리아크레딧뷰로㈜ : ☎ 02)708-1000
  인터넷 www.koreacb.com
  · NICE평가정보㈜ : ☎ 02)2122-4000
  인터넷 www.nice.co.kr

※ KB손해보험의 고의 또는 과실 등 귀책사유로 인한 개인정보 유출로 고객님에게 발생한 손해에 대해 관계 법령 등에 따라 보상 받으실 수 있습니다.

3. 위의 권리행사와 관련하여 불편함을 느끼시거나 문제가 있으신 경우 아래의 담당자 앞으로 연락하여 주시기 바랍니다.

구분	당사 개인신용정보 보호담당자	손해보험협회 개인신용정보 보호담당자	금융감독원 금융민원센터
전화	(02)6900-2114	(02) 3702-8500	(국번없이) 1332
주소	서울 강남구 테헤란로117 KB손해보험빌딩 정보보호파트	서울시 종로구 종로5길 68	서울시 영등포구 여의대로 38

※ 보험계약과 관련하여 불만사항 등이 있을 경우 당사 방카슈랑스콜센터[☎ 1544-0116]로 연락주시기 바랍니다.

고객정보 취급방침

KB금융그룹을 아끼고 사랑해 주시는 고객여러분께 깊은 감사를 드립니다.
KB금융그룹은 금융지주회사법령에 의해 그룹사간에는 고객정보의 제공 및 이용이 가능하게 되어 있습니다. 이에 다음과 같이 안내하여 드리오니 참고하시기 바랍니다.

금융지주회사법 제48조의 2 (고객정보의 제공 및 관리)

① 금융지주회사등은 「금융실명거래 및 비밀보장에 관한 법률」 제4조 제1항 및 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제32조, 제33조에도 불구하고 「금융실명거래 및 비밀보장에 관한 법률」 제4조에 따른 금융거래의 내용에 관한 정보 또는 자료 및 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제32조 제1항에 따른 대통령령으로 정하는 개인신용정보를 다음 각 호의 사항에 관하여 금융위원회가 정하는 방법과 절차(이하 "고객정보제공절차"라 한다)에 따라 그가 속하는 금융지주회사등에게 신용위험관리 등 대통령령으로 정하는 내부 경영관리상 이용하게 할 목적으로 제공할 수 있다.

1. 제공할 수 있는 정보의 범위
2. 고객정보의 암호화 등 처리방법
3. 고객정보의 분리 보관
4. 고객정보의 이용기간 및 이용목적
5. 이용기간 경과 시 고객정보의 삭제
6. 그 밖에 고객정보의 엄격한 관리를 위하여 대통령령으로 정하는 사항

② 금융지주회사의 자회사등인 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 투자매매업자 또

는 투자중개업자는 해당 투자매매업자 또는 투자중개업자를 통하여 증권을 매매하거나 매매하고자 하는 위탁자가 예탁한 금전 또는 증권에 관한 정보 중 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 정보(이하 "증권총액정보등"이라 한다)를 고객정보제공절차에 따라 그가 속하는 금융지주회사등에게 신용위험관리 등 대통령령으로 정하는 내부 경영관리상 이용하게 할 목적으로 제공할 수 있다.

1. 예탁한 금전의 총액
2. 예탁한 증권의 총액
3. 예탁한 증권의 종류별 총액
4. 채무증권의 종류별 총액
5. 수익증권으로서 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제229조 각 호의 구분에 따른 집합투자기구의 종류별 총액
6. 예탁한 증권의 총액을 기준으로 한 위탁자의 평균 증권 보유기간 및 일정기간 동안의 평균 거래회수

이에 따라 KB금융그룹은 KB금융지주회사를 중심으로 고객정보를 그룹사간에 제공 및 이용하기 위하여 「고객정보 취급방침」을 제정·운영하고 있습니다.

이러한 고객정보의 제공 및 이용은 고객 여러분의 금융거래에 따른 불편함을 해소하고 더욱 더 만족스러운 금융서비스를 제공하기 위해 시행하는 것이며 만에 하나 발생할지도 모르는 부작용을 방지하기 위하여 다음과 같이 제공되는 정보의 종류 및 제공처를 한정하고, 정보의 엄격한 관리를 위한 제도를 마련하였습니다.

Ⅰ. 제공되는 고객정보의 종류

1. 『금융실명거래 및 비밀보장에 관한 법률』 제4조에 따른 금융거래의 내용에 관한 정보 또는 자료
2. 『신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률』 제2조 제2호 및 동법 시행령 제2조 제2항에 따른 개인신용정보
3. 『금융지주회사법』 제48조의2 제2항에 따른 증권총액정보등(위 금융지주회사법 제48조의2 제2항 참조)

Ⅱ. 고객정보의 제공처

KB금융그룹 중 금융지주회사법령에 의한 고객정보의 제공 및 이용이 가능한 회사는 KB금융지주(금융지주회사), KB국민은행(은행 및 외국환업), KB증권(금융투자업), KB손해보험(손해보험업), KB국민카드(신용카드업), KB자산운용(집합투자업, 투자일임 및 투자자문), KB캐피탈(리스, 할부금융업), KB생명보험(생명보험업), KB부동산신탁(신탁업), KB저축은행(상호저축은행업), KB인베스트먼트(투자 및 융자업), KB데이타시스템(시스템, 소프트웨어 개발 및 공급업), KB신용정보(신용조사 및 추심 대행업)입니다.

Ⅲ. 고객정보의 보호에 관한 내부방침

KB금융그룹에서는 고객 여러분의 고객정보를 최대한 안전하게 관리하기 위해 그룹사간 정보 제공 및 이용이 아래와 같이 엄격한 절차와 관리·감독 하에 이루어지도록 하였습니다.

① 고객정보의 제공 및 이용은 신용위험관리 등 내부경영관리 목적으로만 이용되도록 하였습니다.

② 그룹사의 임원 1인 이상을 고객정보관리인으로 선임하여 고객정보의 제공 및 이용에 관련된 일체의 책임을 지도록 하였습니다.

③ 그룹사별로 소관부서 및 담당자를 지정하여 체계적이고 집중적인 관리를 도모하였습니다.

④ 고객정보의 요청 및 제공 시 서면 또는 전자결재시스템을 통하여 고객정보관리인의 결재를 받은 후

요청 및 제공하도록 하는 등 업무 프로세스의 정형화를 통해 엄격한 관리 및 통제가 이루어지도록 하였습니다.

⑤ 그룹사간 고객정보의 요청 및 제공, 이용 등과 관련한 업무에 대하여 금융지주회사 고객정보관리인에게 총괄관리 역할을 부여함으로써 고객정보의 보호에 만전을 기하였습니다.

⑥ 고객정보의 제공 및 이용 관련 취급방침의 제·개정시 2개 이상의 일간지에 공고하고, 각 영업점(본점 해당부서 포함), 그리고 각 그룹사 홈페이지등에 게시하는 등 고객공지 의무에 최선을 다할 것입니다.

⑦ 고객정보를 제공하는 경우 고객정보조회시스템을 구축하고 연1회 이상 통지하는 등 고객의 자기정보 접근권을 제공하는 데 최선을 다할 것입니다.

⑧ 위법·부당한 방법으로 인해 피해를 입게 된 고객분을 위해 적정한 보상 및 처리가 이루어지도록 민원사항에 대한 안내 및 상담, 처리, 그리고 결과 및 통지 등 민원처리 관련 일체의 업무를 수행할 소관부서를 그룹사마다 두었습니다. 그리고 소관부서 외 금융감독원 분쟁조정제도를 통하여 구제받으실 수 있도록 하였습니다.

⑨ 고객정보 제공 및 관리에 대한 권한이 부여된 자만 고객정보에 접근하고, 고객정보의 송·수신, 보관 등에 있어 암호화하여 관리하며, 천재지변 및 외부로부터의 공격 침입 등 불가항력에 대비한 보안시스템을 구축하였고, 고객정보와 관련된 임직원에 대하여는 정기적으로 보안 교육을 실시하는 등 철저한 보안 대책을 마련하고 있습니다.

KB금융그룹은 그룹사간 고객정보의 제공 및 이용을 허용한 것이 금융서비스의 질을 높이고, 나아가 우리나라 금융산업을 선진화시키기 위한 조치임을 명심하고 고객정보의 교류를 토대로 고객 여러분들께 보다 편리하고 질 높은 선진금융서비스를 제공할 것을 약속드리며, 고객 여러분의 고객정보의 보호 및 엄격한

관리를 위해 최선을 다할 것입니다.

KB금융그룹

KB금융지주	고객정보 관리인	KB국민은행	고객정보 관리인
KB증권	고객정보 관리인	KB손해보험	고객정보 관리인
KB국민카드	고객정보 관리인	KB자산운용	고객정보 관리인
KB캐피탈	고객정보 관리인	KB생명보험	고객정보 관리인
KB 부동산신탁	고객정보 관리인	KB저축은행	고객정보 관리인
KB 인베스트먼트	고객정보 관리인	KB 데이타시스템	고객정보 관리인
KB신용정보	고객정보 관리인		

상품안내

상품안내는 계약자의 편의 및 이해를 돕기 위해 상품의 주요내용만을 요약한 자료이므로, 자세한 구체적인 상품 내용은 반드시 약관 본문내용을 참조하시기 바랍니다.

1. 가입자격제한 등 상품별 특이사항

1) 가입자격제한

가. 1종 : 종합플랜/여성플랜

구 분	보험기간		납입기간	가입나이
일반상해사망【갱신계약】 일반상해후유장해(3~100%)【갱신계약】 일반상해80%이상후유장해【갱신계약】 질병80%이상후유장해【갱신계약】 암진단비(유사암제외)【갱신계약】	최초계약	10년	전기납	24~70세
		15년		21~65세
		20년		17~60세
		30년		만15~50세
뇌졸중진단비【갱신계약】 급성심근경색증진단비【갱신계약】 유사암진단비【갱신계약】 101대질병수술비Ⅰ【갱신계약】 101대질병수술비Ⅱ【갱신계약】 101대질병수술비Ⅲ【갱신계약】 101대질병수술비Ⅳ【갱신계약】 101대질병수술비Ⅴ【갱신계약】 101대질병수술비Ⅵ【갱신계약】	갱신계약	10년	전기납	34~90세
		15년		36~85세
		20년		37~80세
		30년		45~70세
		1~29년		(100-보험기간)세

구 분	보험 기간		납입 기간	가입 나이
재진단암진단비【갱신계약】	최초	10년	전기납	24~70세
		15년		21~65세
		20년		17~60세
		30년		만15~50세
	갱신	10년	전기납	34~88세
		15년		36~83세
		20년		37~78세
		30년		45~68세
		2~29년		([갱신종료나이-2]-보험기간)세
		1년		97~99세

나. 2종 : 진단비플랜

구 분	보험기간		납입기간	가입나이
일반상해사망【갱신계약】 일반상해후유장해(3~100%)【갱신계약】 일반상해80%이상후유장해【갱신계약】 질병80%이상후유장해【갱신계약】 암진단비(유사암제외)【갱신계약】 뇌졸중진단비【갱신계약】 급성심근경색증진단비【갱신계약】 유사암진단비【갱신계약】	최초계약	10년	전기납	만15~70세
		15년		만15~65세
		20년		만15~60세
		30년		만15~50세
	갱신계약	10년	전기납	25~90세
		15년		30~85세
		20년		35~80세
		30년		45~70세
		1~29년		(100-보험기간)세
재진단암진단비【갱신계약】	최초	10년	전기납	만15~70세
		15년		만15~65세
		20년		만15~60세
		30년		만15~50세

구 분	보험기간		납입기간	가입나이
재진단암진단비【갱신계약】	갱신	10년	전기납	25~88세
		15년		30~83세
		20년		35~78세
		30년		45~68세
		2~29년		([갱신종료나이-2]-보험기간)세
		1년		97~99세

다. 3종 : 101플랜

구 분	보험기간		납입기간	가입나이
일반상해사망【갱신계약】 일반상해후유장해(3~100%)【갱신계약】 일반상해80%이상후유장해【갱신계약】 질병80%이상후유장해【갱신계약】 암진단비(유사암제외)【갱신계약】	최초계약	10년	전기납	24~70세
		15년		21~65세
		20년		17~60세
		30년		만15~50세
뇌졸중진단비【갱신계약】 급성심근경색증진단비【갱신계약】 유사암진단비【갱신계약】 101대질병수술비Ⅰ【갱신계약】 101대질병수술비Ⅱ【갱신계약】 101대질병수술비Ⅲ【갱신계약】 101대질병수술비Ⅳ【갱신계약】 101대질병수술비Ⅴ【갱신계약】 101대질병수술비Ⅵ【갱신계약】	갱신계약	10년	전기납	34~90세
		15년		36~85세
		20년		37~80세
		30년		45~70세
		1~29년		(100-보험기간)세

주) 1. 최초계약의 보험기간 종료 후 피보험자의 나이가 100세(갱신종료나이)에 도달할 때까지 자동으로 갱신됨.

2. 갱신시 보험기간, 납입기간은 갱신전 계약의 보험기간, 납입기간과 동일하게 적용함.

3. 갱신대상계약의 갱신기간은 동일하게 적용함.

4. 【갱신계약】은 최초계약의 보험기간 종료 후 갱신종료나이에 도달할 때까지 자동으로 갱신됨.

4-1. 【갱신계약】의 보험기간 종료 후 갱신시 그 시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간보다 짧은 경우에는 그 잔여보험기간으로 갱신함.

4-2. 4-1.에도 불구하고 재진단암진단비【갱신계약】의 경우, 갱신시점에서 98세까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧

은 경우에는 98세까지의 잔여보험기간으로 갱신하며, 갱신시점 나이가 98세인 경우에는 1년을 보험기간으로 하여 갱신함.

5. 회사가 정하는 기준에 따라 가입나이 및 건강상태, 직무 등에 따라 보험가입금액이 제한되거나 가입이 불가능할 수 있음.

□ 가입이 제한되는 경우

① 피보험자의 직업 및 과거병력 등 청약서상 기재내용은 계약인수 및 보상여부에 영향을 미치는 중요한 사항이므로 청약시 빠짐없이 사실 그대로를 본인이 직접 작성하거나 확인하여야 합니다.

② 피보험자의 직업, 직무, 과거 사고유무, 건강상태, 기타 사항으로 인하여 가입금액이 제한되거나 인수가 불가능할 수 있으며, 경우에 따라서는 건강진단 결과를 요구할 수도 있습니다.

③ 이 보험은 보험업법 제91조에 정한 금융기관보험대리점의 판매를 통한 계약에 한정함

④ 이륜자동차 운전중상해 부담보 특별약관은 보험계약당시 또는 보험기간 중 이륜자동차를 소유, 사용, 관리함으로 인하여 이륜자동차의 운전과 관련된 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체의 상해를 입을 위험 정도가 회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 보험계약에 부가하여 이루어 짐. 이륜자동차의 운전자가 이륜자동차 운전중상해 부담보 특별약관을 부가시에는 이륜자동차 운전을 제외한 직업 또는 직무에 해당하는 상해급수를 적용함. 이륜자동차 운전중 상해 부담보 특별약관은 피보험자가 이륜자동차를 소유·사용(직업, 직무 또는 동호회 활동 등으로 주기적으로 운전하는 경우에 한하며 일회적인 사용은 제외)·관리하는 경우에 한하여 부가할 수 있음

⑤ 특정 신체부위 및 질병 보장제한부 인수 특별약관에 관한 사항

피보험자의 건강상태가 회사가 정한 기준에 적합하지 않을 경우 특정 신체부위에 발생한 질병 및 특정질병만을 제외한 기타질병을 보상함

2) 상품의 특이사항

□ (보장부분) 적용이율 : 2.25%

□ (적립부분) 공시이율 : "보장성-1701 공시이율"
(단, 최저보증이율 연단위 복리 0.3%)

□ 보험기간, 납입기간 :
" 1) 가입자격제한 " 의 표와 같이 적용함

□ 납입주기 : 월납

□ 만기환급금에 관한 사항
적립순보험료를 이 상품의 "보장성-1701 공시이율"로 만기시까지 적립한 금액(중도인출액이 있었던 경우에는 그 원금과 이자의 합계액을 차감하여 계산한 금액)을 만기환급금으로 지급하여 드립니다. 그러나 이 약관에 정한 대출금 또는 중도인출금이 있을 때에는 그 원금과 이자 합계액을 빼고 지급하여 드립니다.

□ 중도인출에 관한 사항
① 계약자는 계약일부터 2년이상 지난 유효한 계약으로서 계약자의 요청이 있는 경우에 한하여 계약자가 요청한 시점에서 계산된 기본계약 해지환급금과 적립부분 해지환급금 중 적은 금액(이 계약에서 정한 대출금이 있을 때에는 그 원금과 이자의 합계액을 차감한 후의 잔액을 기준으로 합니다.)의 80%범위 내에서 중도인출 할 수 있음. 단, 중도인출은 보험기간 내에 한하며, 보험년도 기준 연 12회에 한함.
② ①에도 불구하고 중도인출액의 총 누적액의 한도는 중도인출을 한번도 지급하지 않았을 경우의 기본계약 해지환급금과 적립부분 해지환급금 중 적은금액의 80%를 한도로 함.
③ 중도인출시 중도인출금액 및 만기환급금(또는 해지환급금)의 지급 시점까지 중도인출금액에 적립되었을 이자만큼 만기환급금(또는 해지환급금)이 감소함.

□ 선납보험료에 관한 사항
보험료의 전부 또는 일부를 미리 낼 수 있으며, 이 경우 선납보험료를 받은 기간에 대하여 적립보험료는 이 보험

의 공시이율로 적립하여 드리고, 3개월 이상의 보험료를 미리 낼 때에는 보장보험료에 한하여 평균공시이율로 할인함

□ 보험료 납입면제 관련 사항

1) 보험료 납입기간 중 아래사항 중 한 가지에 해당되는 경우에는 해당 피보험자의 차회 이후 보장보험료 납입을 면제함.
   ① 일반상해80%이상후유장해 발생
   ② 질병80%이상후유장해 발생
   ③ 암보장개시일 이후 암(유사암 제외)으로 진단 확정
   ④ 뇌졸중으로 진단 확정
   ⑤ 급성심근경색증으로 진단 확정
   단, 보험금 지급으로 인하여 소멸된 보장의 보장보험료는 제외합니다.
2) 위 1)에도 불구하고 보험료 납입이 면제된 이후 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않고 해당 보장의 보험료를 계속 납입하여야 함.
3) 위 1)에서 정한 보장보험료 납입이 면제된 경우 차회 이후의 적립보험료는 납입이 중지됨.

□ 자동갱신 보장에 관한 사항

① 보험료 계산에 관한 사항

1) 해당담보 갱신주기마다 자동갱신 됨(10년, 15년, 20년, 30년)
2) 갱신시 보험기간 및 납입기간은 갱신전 계약의 보험기간 및 납입기간과 동일하게 적용함. 단, 갱신시점에서 갱신종료나이까지 잔여보험기간이 갱신 전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 그 잔여보험기간으로 갱신함
3) 갱신시 보험료 통보
   - 회사는 갱신전 계약의 보험기간이 종료되기 15일 이전까지 계약자에게 납입할 갱신계약의 보험료를 통보함.
4) 재진단암진단비【갱신계약】의 경우, 갱신시점에서 98세까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간보다 짧은 경우에는 98세까지의 잔여보험기간으로 갱신하며, 갱신시점 나이가 98세 이상인 경우에는 1년을 보험기간으로 하여 갱신함

4-1) 2) 및 4) 에도 불구하고 재진단암진단비【갱신계약】의 경우 피보험자에게 98세까지 『첫 번째 암』이 진단확정되지 않은 경우에는 98세 갱신시점부터 더 이상 갱신하지 않으며, 갱신을 종료함

② 보험료 재산출에 관한 사항

1) 【갱신계약】에 해당하는 보장은 갱신시 갱신일 현재의 보험료를 사용하며, 갱신계약 보험료는 사업년도 개시일 이후 최초로 도래하는 갱신계약의 해당 보험년도 개시일부터 갱신주기(10년/15년/20년/30년)동안 적용함.

③ 보험료 납입유예, 계약부활 등 계약변경시의 보험료 적용

- 계약변경시의 보험료는 보험료 납입유예, 계약부활 등 계약변경사유가 발생한 날을 기준으로 한 보험료를 적용함.

④ 보험료 납입방법

- 【갱신계약】의 보험료는 "① 보험료 계산에 관한 사항"에서 정한 갱신계약의 납입방법에 따라 갱신종료 나이까지 납입하여야 함.

□ 보험금 지급사유가 회사의 자체적인 기준이 아닌 계약에 관한 사항

① 다른 법률과 보험금 지급사유가 연계되는 등 보험금 지급사유가 회사의 자체적인 기준이 아님에 따라 아래와 같은 경우가 발생되는 경우 회사의 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 계약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경할 수 있음.

1) 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유 판정기준이 변경되는 경우
2) 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유의 판정이 불가능한 경우
3) 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 계약유지 필요가 없어지는 경우
4) 기타 금융위원회 등의 명령이 있는 경우

② 회사는 ①에 따라 계약이 변경되는 경우 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 가입금액 변경내역, 보험료 수준, 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 알림.

③ ①에 따라 계약내용을 변경하는 경우 보장내용, 가입금액 및 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 책임준비금 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할 (또는 반환받을)금액이 발생할 수 있으며, 이를 계약 체결시 계약자에게 안내함.

④ 회사는 ①에 따라 보장내용이 변경되는 경우 최신의 통계를 반영하여 보험료산출기초율을 재산출할 수 있으며 다음과 같이 적용함.

: 계약내용 변경일부터 재산출된 보험료산출기초율을 적용할 수 있으며, 이미 체결한 계약에 대하여 보험료 또는 보험금이 변경될 수 있음.

⑤ ①에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우 회사는 계약자에게 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 책임준비금을 지급하며, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 않음.

□ 연체이율에 관한 사항

- 연체된 보험료에 대한 연체이율은 보장보험료는 평균공시이율 + 1%범위내에서 적용하며, 적립보험료는 적용하지 아니함

※ 보장용어에 대한 자세한 내용은 반드시 약관 본문을 참조하시기 바랍니다.

2. 보험금 지급사유, 지급금액 및 지급제한사항

1) 보험금 지급사유 및 지급금액

□ 1종 : 종합플랜/여성플랜

보장명	지급사유	지급금액
일반상해사망 【갱신계약】	상해사고로 사망시	가입금액
일반상해후유장해(3~100%) 【갱신계약】	상해사고로 3%~100% 후유장해시	가입금액×지급률
일반상해80%이상후유장해 【갱신계약】	상해사고로 80%이상 후유장해시	가입금액 (최초1회한)
암진단비 (유사암[주1] 제외) 【갱신계약】	암보장개시일[주2] 이후에 암(유사암 제외)으로 진단 확정된 경우(특정소액암[주3] 진단시 1년 미만 50%지급)	가입금액 (최초1회한)
뇌졸중진단비 【갱신계약】	뇌졸중으로 진단 확정된 경우(1년 미만 50%지급)	가입금액 (최초1회한)
급성심근경색증진단비 【갱신계약】	급성심근경색증으로 진단 확정된 경우(1년 미만 50%지급)	가입금액 (최초1회한)
유사암[주1] 진단비 【갱신계약】	보험기간 중 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양으로 진단확정된 경우(1년 미만 50%지급)	가입금액 (각각 1회한)
재진단암 진단비 【갱신계약】	보험기간 중 재진단암 보장개시일[주4] 이후에 재진단암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)으로 진단확정시	가입금액

보장명	지급사유		지급금액
101대질병 수술비 【갱신계약】	101대질병 수술비 I 【갱신계약】	약관에서 정한 10대질병으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우	1년미만: 가입금액 50% 1년이상: 가입금액 100%
	101대질병 수술비 II 【갱신계약】	약관에서 정한 27대질병으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우	1년미만: 가입금액 50% 1년이상: 가입금액 100%
	101대질병 수술비III 【갱신계약】	약관에서 정한 21대질병으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우	1년미만: 가입금액 50% 1년이상: 가입금액 100%
	101대질병 수술비IV 【갱신계약】	약관에서 정한 41대질병으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우	1년미만: 가입금액 50% 1년이상: 가입금액 100%
	101대질병 수술비V 【갱신계약】	약관에서 정한 백내장으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우	1년미만: 가입금액 50% 1년이상: 가입금액 100%
	101대질병 수술비VI 【갱신계약】	약관에서 정한 치핵으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우	1년미만: 가입금액 50% 1년이상: 가입금액 100%

주1) 유사암이란 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성

종양을 말합니다.

주2) 암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

주3) 특정소액암이란 유방암, 자궁경부암, 자궁체부암, 전립선암, 방광암을 말합니다.

주4) 첫 번째 재진단암 : 첫 번째암(기타피부암, 갑상선암 제외) 진단 확정일부터 그 날을 포함하여 2년이 지난날의 다음날

두 번째 재진단암 : 직전 재진단암 진단확정일부터 그 날을 포함하여 2년이 지난날의 다음날

※ 자세한 사항은 반드시 약관을 참고하시기 바랍니다.

□ 2종 : 진단비플랜

보장명	지급사유	지급금액
일반상해사망 【갱신계약】	상해사고로 사망시	가입금액
일반상해후유장해(3~100%) 【갱신계약】	상해사고로 3%~100% 후유장해시	가입금액×지급률
일반상해80%이상후유장해 【갱신계약】	상해사고로 80%이상 후유장해시	가입금액 (최초1회한)
암진단비 (유사암[주1] 제외) 【갱신계약】	암보장개시일[주2] 이후에 암(유사암 제외)으로 진단 확정된 경우(특정소액암[주3] 진단시 1년 미만 50%지급)	가입금액 (최초1회한)
뇌졸중진단비 【갱신계약】	뇌졸중으로 진단 확정된 경우(1년 미만 50%지급)	가입금액 (최초1회한)
급성심근경색증진단비 【갱신계약】	급성심근경색증으로 진단 확정된 경우(1년 미만 50%지급)	가입금액 (최초1회한)

보장명	지급사유	지급금액
유사암[주1] 진단비 【갱신계약】	보험기간 중 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양으로 진단확정된 경우(1년 미만 50%지급)	가입금액 (각각 1회한)
재진단암 진단비 【갱신계약】	보험기간 중 재진단암 보장개시일[주4] 이후에 재진단암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)으로 진단확정시	가입금액

주1) 유사암이란 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양을 말합니다.

주2) 암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

주3) 특정소액암이란 유방암, 자궁경부암, 자궁체부암, 전립선암, 방광암을 말합니다.

주4) 첫 번째 재진단암 : 첫 번째암(기타피부암, 갑상선암 제외) 진단 확정일부터 그 날을 포함하여 2년이 지난날의 다음날

두 번째 재진단암 : 직전 재진단암 진단확정일부터 그 날을 포함하여 2년이 지난날의 다음날

□ 3종 : 101플랜

보장명	지급사유	지급금액
일반상해사망 【갱신계약】	상해사고로 사망시	가입금액
일반상해후유장해(3~100%) 【갱신계약】	상해사고로 3%~100% 후유장해시	가입금액×지급률
일반상해80%이상후유장해 【갱신계약】	상해사고로 80%이상 후유장해시	가입금액 (최초1회한)
암진단비 (유사암[주1] 제외) 【갱신계약】	암보장개시일[주2] 이후에 암(유사암 제외)으로 진단 확정된 경우(특정소액암[주3] 진단시 1년 미만 50%지급)	가입금액 (최초1회한)

보장명	지급사유	지급금액
뇌졸중진단비【갱신계약】	뇌졸중으로 진단 확정된 경우(1년 미만 50%지급)	가입금액(최초1회한)
급성심근경색증진단비【갱신계약】	급성심근경색증으로 진단 확정된 경우(1년 미만 50%지급)	가입금액(최초1회한)
유사암[주1)] 진단비【갱신계약】	보험기간 중 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양으로 진단확정된 경우(1년 미만 50%지급)	가입금액(각각 1회한)

보장명	지급사유		지급금액
101대질병 수술비 【갱신계약】	101대질병 수술비 I 【갱신계약】	약관에서 정한 10대질병으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우	1년미만: 가입금액 50% 1년이상: 가입금액 100%
	101대질병 수술비 II 【갱신계약】	약관에서 정한 27대질병으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우	1년미만: 가입금액 50% 1년이상: 가입금액 100%
	101대질병 수술비III 【갱신계약】	약관에서 정한 21대질병으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우	1년미만: 가입금액 50% 1년이상: 가입금액 100%
	101대질병 수술비IV 【갱신계약】	약관에서 정한 41대질병으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우	1년미만: 가입금액 50% 1년이상: 가입금액 100%
	101대질병 수술비V 【갱신계약】	약관에서 정한 백내장으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우	1년미만: 가입금액 50% 1년이상: 가입금액 100%
	101대질병 수술비VI 【갱신계약】	약관에서 정한 치핵으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우	1년미만: 가입금액 50% 1년이상: 가입금액 100%

주1) 유사암이란 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성

종양을 말합니다.
주2) 암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.
주3) 특정소액암이란 유방암, 자궁경부암, 자궁체부암, 전립선암, 방광암을 말합니다.
※ 자세한 사항은 반드시 약관을 참고하시기 바랍니다.

2) 보험금 지급제한 사항

① 제1회 보험료 및 회사의 보장개시
- 회사는 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받을 때부터 약관에서 정하는 바에 따라 보장을 합니다. 그러나 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙한 경우에는 제1회 보험료를 받은 때부터 약관에 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
- 상기에도 불구하고 암 관련 보장에 대한 회사의 보장은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날부터 적용합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.(단, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양의 보장개시일은 계약일)

② 보장별 보험금을 지급하지 않는 사유 및 보상하지 않는 손해 등 기타 세부적인 사항은 약관 내용에 따라 보험금 지급이 제한될 수 있습니다.

3. 보험료산출기초 및 공시이율

□ 보험료의 구성

계약자가 납입하는 보험료는 보험사고 발생 시 보험금지급을 위한 위험보험료, 만기시 환급금을 지급하기 위한 적립보험료, 보험회사의 사업경비를 위한 보험료 등으로 구성됩니다.

□ 적용이율

보장부분 적용이율이란?
보험료를 납입하는 시점과 보험금 지급사이에는 시차가 발생하므로 이 기간 동안 기대되는 수익을 미리 예상하여 일정한 비율로 보험료를 할인해 주는데 이 할인율을 “보장부분 적용이율” 이라고 합니다. 일반적으로 보장부분 적용이율이 높으면 보험료는 내려가고, 낮아지면 보험료는 올라갑니다.

적립부분 적용이율(공시이율) 이란?

적립부분 적용이율(공시이율)이란 보험회사가 장래 보험금 지급을 위하여 계약자의 납입보험료의 일정부분을 적립해 나가는데, 이 적립금을 부리하는 이율을 의미합니다.

최저보증이율이란?

운용자산이익률 및 시중금리가 하락하더라도 회사에서 보증하는 최저한도의 적용이율입니다.

① 이 상품의 보장부분 적용이율은 연단위 복리 2.25%입니다.

② 이 상품의 적립순보험료에 대한 적용이율은 이 보험의 "보장성-1701 공시이율"(매월변동)에 연동됩니다.

◦ "보장성-1701 공시이율"은 매월 마지막날 회사가 정한 이율을 말하며, 회사는 객관적인 외부지표금리[주1)]와 운용자산이익률[주2)]을 가중평균하여 산출된 공시기준이율에 향후 예상수익 등을 고려한 조정률을 적용하여 공시이율을 결정하며 다음달 1일부터 적용합니다.

주1) 외부지표금리는 국고채, 회사채, 통화안정증권, 양도성예금증서 등을 고려하여 산출

주2) 운용자산이익률은 직전 1년간의 운용자산에 대한 투자영업수익과 투자영업비용 등을 고려하여 산출

이에 대한 보다 자세한 내용은 인터넷홈페이지 상품공시실에서 해당상품의 사업방법서를 참조하시기 바랍니다.

③ 이 상품의 최저보증이율은 연단위 복리 0.3%입니다.

□ 적용위험률

적용위험률이란?

한 개인이 사망하거나 질병에 걸리는 등의 일정한 보험사고가 발생할 수 있는 확률을 예측한 것을 말합니다. 일반적으로 적용위험률이 높으면 보험료가 올라가고 낮으면 보험료는 내려갑니다.

□ 계약체결비용 및 계약관리비용

계약체결비용 및 계약관리비용이란?

보험회사가 보험계약의 체결, 유지 및 관리 등에 필요한 경비로 사용하기 위하여 보험료 중 일정비율을 책정한 것을 말합니다.

보통약관

제1절 일반조항

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제1조(목적)
이 보험계약(이하 "계약"이라 합니다)은 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)와 보험회사(이하 "회사"라 합니다) 사이에 피보험자의 질병, 상해에 대한 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

용 어	정 의
계약자	회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
보험수익자	보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다. 그리고 만기환급금 지급시기에 만기환급금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
보험증권	계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
진단계약	계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.
피보험자	보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

2. 지급사유 및 보상 관련 용어

용 어	정 의
상해	보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.
장해	【별표1】(장해분류표)에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
중요한 사항	계약전 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.
한국표준질병·사인분류	제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1. 시행)를 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병(상병) 해당 여부를 판단합니다. • 대상 질병(상병) 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상 질병(상병) 분류에 포함합니다. • 제8차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병(상병) 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. • 진단서 상의 분류번호는 한국질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병(상병)에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병(상병)분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병(상병) 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

부 가 설 명	한국표준질병·사인분류 부호 체계
질병의 원인과 증상 두 가지 모두에 관한 정보를 포함하는 진단을 위해 아래 두 가지 분류부호가 사용됩니다. 또한 원인과 질환에 따라 동시에 사용될 수 있습니다. - 검표(+) : 원인이 되는 질환에 대한 질병분류코드 - 별표(*) : 원인(검표)으로 인한 발현증세에 대한 질병분류코드	

3. 지급금과 이자율 관련 용어

용 어	정 의
연단위 복리	회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
평균공시이율	전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다. (금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)의 "업무자료-보험상품자료"에서 확인할 수 있습니다.)
해지환급금	계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

용 어	정 의
보험기간	계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
영업일	회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, "관공서의 공휴일에 관한 규정"에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조(보험금의 지급사유)

제2절, 제3절 내지 제4절의 보장을 따릅니다.

제4조(보장보험료 납입면제)

1 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중에 아래사항 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 보험사고가 발생하고 계약이 소멸되지 않은 경우에는 해당 피보험자의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

1. 상해로 장해분류표(【별표1】(장해분류표)참조)에서 정한 80%이상 장해지급률에 해당하는 장해상태(이하 "일반상해80%이상후유장해"라 합니다)가 되었을 때
2. 진단 확정된 질병으로 장해분류표(【별표1】(장해분류표) 참조)에서 정한 80%이상 장해지급률에 해당하는 장해상태(이하 "질병80%이상후유장해"라 합니다)가 되었을 때
3. 암보장개시일 이후에 "암(유사암 제외)"으로 진단 확정되었을 때
4. "뇌졸중"으로 진단 확정 되었을 경우
5. "급성심근경색증"으로 진단 확정 되었을 경우

2 제1항에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

3 피보험자가 보험료납입기간 중에 제1항에서 정한 사유가 발생하여 보장보험료 납입이 면제된 경우 차회 이후의 적립보험료 납입은 중지됩니다.

4 제1항에서 정한 보장보험료 납입면제 사유에 대한 판정기준은 아래와 같습니다.

1. 제1항 제1호에서 정한 "일반상해80%이상후유장해"의 경우는 제2절 "3. 일반상해80%이상후유장해【갱신계약】 보장" 제1조(보험금의 지급사유) 및 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)를 따릅니다.
2. 제1항 제2호에서 정한 "질병80%이상후유장해"의 경우는 제2절 "4. 질병80%이상후유장해【갱신계약】 보장" 제1조(보험금의 지급사유) 및 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)를 따릅니다.
3. 제1항 제3호에서 정한 "암(유사암 제외)"의 경우는 제2절

"5. 암진단비(유사암 제외)【갱신계약】 보장" 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 및 제3조(암의 정의 및 진단확정)를 따르며, 암보장개시일은 동 보장 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 따릅니다.

4. 제1항 제4호에서 정한 "뇌졸중"의 경우는 제2절 "6. 뇌졸중진단비【갱신계약】 보장" 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 및 제3조(뇌졸중의 정의 및 진단확정)를 따릅니다.
5. 제1항 제5호에서 정한 "급성심근경색증"의 경우는 제2절 "7. 급성심근경색증진단비【갱신계약】 보장" 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 및 제3조(급성심근경색증진단의 정의 및 진단확정)를 따릅니다.

5 제1항 내지 제4항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 제33조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

6 제34조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 제4항 제3호의 암보장개시일은 부활(효력회복)일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제5조(보장보험료 환급형 보험금 지급사유)

1 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 제2항에서 정한 사유 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 보험사고가 발생한 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 보장보험료 환급형 보험금으로 지급하여 드립니다.

구 분	최초의 계약	○차 갱신된 계약
보장보험료 환급형 보험금	이 보장의 영업보험료주) ×납입경과월수	이 보장의 영업보험료주) ×○차 갱신 이후 납입경과월수

주) 사고 당시 이 보장의 영업보험료를 말합니다.

2 이 보장의 보장보험료 환급형 보험금의 지급사유는 아래와 같습니다.

1. 상해로 장해분류표(【별표1】(장해분류표)참조)에서 정한 80%이상 장해지급률에 해당하는 장해상태(이하 "일반상해80%이상후유장해"라 합니다)가 되었을 때

2. 진단 확정된 질병으로 장해분류표(【별표1】(장해분류표) 참조)에서 정한 80%이상 장해지급률에 해당하는 장해상태(이하 "질병80%이상후유장해"라 합니다)가 되었을 때
3. 암보장개시일 이후에 "암(유사암 제외)"으로 진단 확정되었을 때
4. "뇌졸중"으로 진단 확정 되었을 경우
5. "급성심근경색증"으로 진단 확정 되었을 경우

3 제1항에서 정한 보장보험료 환급형 보험금 지급사유에 대한 판정기준은 아래와 같습니다.

1. 제2항 제1호에서 정한 "일반상해80%이상후유장해"의 경우는 제2절 "3. 일반상해80%이상후유장해【갱신계약】보장" 제1조(보험금의 지급사유) 및 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)를 따릅니다.
2. 제2항 제2호에서 정한 "질병80%이상후유장해"의 경우는 제2절 "4. 질병80%이상후유장해【갱신계약】보장" 제1조(보험금의 지급사유) 및 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)를 따릅니다.
3. 제2항 제3호에서 정한 "암(유사암 제외)"의 경우는 제2절 "5. 암진단비(유사암 제외)【갱신계약】 보장" 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 및 제3조(암의 정의 및 진단확정)를 따르며, 암보장개시일은 동 보장 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 따릅니다.
4. 제2항 제4호에서 정한 "뇌졸중"의 경우는 제2절 "6. 뇌졸중진단비【갱신계약】 보장" 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 및 제3조(뇌졸중의 정의 및 진단확정)를 따릅니다.
5. 제2항 제5호에서 정한 "급성심근경색증"의 경우는 제2절 "7. 급성심근경색증진단비【갱신계약】 보장" 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 및 제3조(급성심근경색증진단의 정의 및 진단확정)를 따릅니다.

4 제34조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 제2항 제3호의 암보장개시일은 부활(효력회복)일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

5 제1항의 "납입경과월수"라 함은 계약 체결시 또는 갱신시부터 보장보험료 환급형 보험금 지급사유 발생일까지의 매월 계약해당일의 경과횟수를 말합니다. 단, 납입경과월수는 이 보장의 총 보험료 납입횟수를 한도로 합니다.

6 제1항에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약의 경우 제5조

(보장보험료 환급형 보험금 지급사유)를 다시 적용합니다.

제6조(보험금 지급에 관한 세부규정)

제2절, 제3절 내지 제4절의 보장을 따릅니다.

제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금 및 제5조(보장보험료 환급형 보험금 지급사유) 제1항의 보장보험료 환급형 보험금을 지급하지 않으며, 제4조(보장보험료 납입면제) 제1항의 보장보험료 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제3조(보험금의 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금 및 제5조(보장보험료 환급형 보험금 지급사유) 제1항의 보장보험료 환급형 보험금을 지급하지 않으며, 제4조(보장보험료 납입면제) 제1항의 보장보험료 납입을 면제하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
3. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제8조(보험금 지급사유의 통지)
계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유의 발생을 안 때에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제9조(보험금의 청구)
① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

관 련 법 규	의료법 제3조(의료기관)
이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특수 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관의 종별은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.	

제10조(보험금의 지급절차)
① 회사는 제9조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다.

② 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 제1항의 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제9조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정 신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제6항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

3 제2항에 의하여 장해지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 확정된 장해지급률에 따른 보험금을 초과한 부분에 대한 분쟁으로 보험금 지급이 늦어지는 경우에는 보험수익자의 청구에 따라 이미 확정된 보험금을 먼저 가지급합니다.

4 제2항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

용 어 풀 이	가지급보험금
보험금 지급이 늦어지는 경우 회사가 지급할 것으로 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 보험금 가지급 제도에 따라 먼저 지급하는 보험금을 말합니다.	

5 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항의 규정에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"(【별표2】 참조) 에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다.

6 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제18조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우 사실 확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

7 회사는 제6항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제11조(만기환급금의 지급)

1 회사는 보험기간이 끝난 때에 만기환급금을 보험수익자에게 지급합니다.

2 회사는 계약자 및 보험수익자의 청구에 의하여 제1항에 의한 만기환급금을 지급하는 경우 청구일부터 3영업일 이내에 지급합니다.

3 회사는 제1항에 의한 만기환급금의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 지급할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 알려드리며, 만기환급금을 지급함에 있어 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"(【별표2】 참조)에 따릅니다.

4 회사는 보험기간이 끝난 때에는 적립부분 순보험료에 대하여 보험료납입일부터 이 보험의 "보장성-1701 공시이율"(이하 "공시이율" 이라 합니다)을 연단위 복리로 적립한 금액(적립한 금액에서 중도인출액이 있었던 경우에는 그 원금과 이자의 합계액을 차감하여 계산한 금액)을 만기환급금으로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 계약자)에게 지급합니다.

용 어 풀 이	

- **적립부분 순보험료** : 적립보험료에서 사업비를 차감한 보험료
- **보험료납입일** : 보험료가 회사에 입금된 날

5 제4항의 공시이율은 이 보험의 사업방법서에서 정한 바에 따라 아래와 같이 결정합니다. 다만, 보험기간 중에 공시이율이 변경되는 경우에 변경된 시점 이후에는 변경된 이율을 적용합니다.

1. "보장성-1701 공시이율"은 매월 마지막 날 회사가 정한 이율로 하며, 다음달 1일부터 마지막 날까지 1개월간 확정 적용합니다.
2. 회사는 외부지표금리와 운용자산이익률을 가중평균하여 산출된 공시기준이율에 향후 예상수익 등을 고려한 조정률을 적용하여 보장성-1701 공시이율을 결정합니다.
3. "보장성-1701 공시이율"의 최저보증이율은 연단위 복리 0.3%를 적용합니다.
4. 세부적인 "보장성-1701 공시이율"의 운용방법은 회사에서 별도로 정한 "보장성-1701 공시이율 적용에 관한 지침"을 따릅니다.

6 회사는 제4항 및 제5항의 "보장성-1701 공시이율" 및 산출방법 등을 회사의 인터넷홈페이지 등에 매월 공시합니다.

7 계약자가 제41조(중도인출)에서 정한 방법에 따라 중도인출시 인출금액 및 만기환급금의 지급 시점까지 인출금액에 적립되었을 이자만큼 만기환급금이 감소합니다.

용 어 풀 이	

· 공시이율

전통적인 보험상품에 적용되는 이율이 장기·고정금리이기 때문에 시중금리가 급격하게 변동할 경우 이에 대응하지 못하는 점을 고려하여, 시중의 지표금리 등에 연동하여 일정기간 마다 변동되는 이율을 말합니다.

· 최저보증이율

운용자산이익률 및 시중금리가 하락하더라도 회사에서 보증하는 최저한도의 적용이율입니다. 예를 들어, 적립금이 공시이율에 따라 적립되며 공시이율이 0.1%인 경우(최저보증이율은 0.3%일 경우), 적립금은 공시이율(0.1%)이 아닌 최저보증이율(0.3%)로 적립됩니다.

용 어 풀 이	

· 사업방법서

회사가 보험사업의 허가를 신청할 때 첨부해야 하는 기초서류의 하나로서, 피보험자의 범위, 보험금액 및 보험기간에 대한 제한 등이 기재된 서류를 말합니다. 각 상품별 사업방법서 별지는 당사 인터넷홈페이지의 상품공시실에서 확인하실 수 있습니다.

제12조(보험금 받는 방법의 변경)

1 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.

2 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제13조(주소변경통지)

1 계약자(보험수익자가 계약자와 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.

2 제1항에서 정한대로 계약자 또는 보험수익자가 변경내용을 알리지 않은 경우에는 계약자 또는 보험수익자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 또는 보험수익자에게 도달된 것으로 봅니다.

제14조(보험수익자의 지정)

보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 제10조(만기환급금의 지급) 제1항의 경우는 계약자로 하고, 사망보험금의 경우는 피보험자의 법정상속인으로 하며, 이외의 보험금은 피보험자로 합니다.

제15조(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 그 책임을 연대로 합니다.

예 시	계약자가 2명 이상인 경우
계약자가 2명 이상인 경우 계약전 알릴의무, 보험료 납입의무 등 보험계약에 따른 계약자의 의무를 연대로 합니다.	

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제16조(계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 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, 진단계약의 경우 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본

등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

관 련 법 규	상법

· 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)

보험계약당시에 보험계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하 여 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 제651조의2(서면에 의한 질문의 효력)

보험자가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정한다.

관 련 법 규	의료법

· 의료법 제3조(의료기관) 내지 제3조의2(병원등)의 규정에 의한 병원

30개 이상의 병상(또는 요양병상)을 갖춘 병원, 치과병원, 한방병원(또는 요양병원)

· 의료법 제3조(의료기관) 내지 제3조의3(종합병원)의 규정에 의한 종합병원

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

제17조(상해보험계약 후 알릴 의무)

1 계약자 또는 피보험자는 보험기간 중에 피보험자에게 다음 각 호의 변경이 발생한 경우에는 우편, 전화, 방문 등의 방법으로 지체없이 회사에 알려야 합니다.

1. 보험증권 등에 기재된 직업 또는 직무의 변경
   가. 현재의 직업 또는 직무가 변경된 경우
   나. 직업이 없는 자가 취직한 경우
   다. 현재의 직업을 그만둔 경우

부 가 설 명	직업 또는 직무

· 직업

1) 생계유지 등을 위하여 일정한 기간동안(예: 6개월 이상) 계속하여 종사하는 일을 말합니다.
2) 1)에 해당하지 않는 경우에는 개인의 사회적 신분에 따르는 위치나 자리를 말합니다.
   예) 학생, 미취학아동, 무직 등

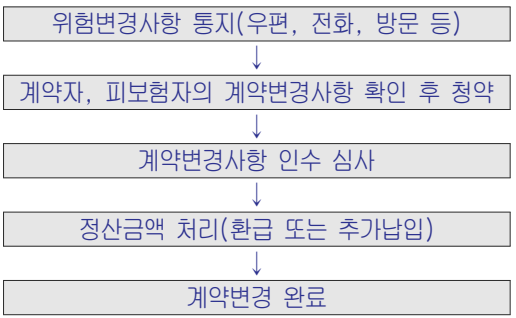
· 직무

직책이나 직업상 책임을 지고 담당하여 맡은 일을 말합니다.

2. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우
   예) 자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가용으로 변경 등
3. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우
   예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등
4. 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 계속적으로 사용하게 된 경우

② 회사는 제1항의 통지로 인하여 위험의 변동이 발생한 경우에는 제24조(계약내용의 변경 등)에 따라 계약내용을 변경할 수 있습니다.

부 가 설 명	위험변경에 따른 계약 변경 절차



③ 회사는 제2항에 따라 계약내용을 변경할 때 위험이 감소된 경우에는 보험료를 감액하고, 이후 기간 보장을 위한 재원

인 책임준비금 등의 차이로 인하여 발생한 정산금액(이하 "정산금액"이라 합니다)을 환급하여 드립니다. 한편 위험이 증가된 경우에는 보험료의 증액 및 정산금액의 추가납입을 요구할 수 있으며, 계약자는 이를 납입하여야 합니다.

4 제1항의 통지에 따라 위험의 증가로 보험료를 더 내야 할 경우 회사가 청구한 추가보험료(정산금액을 포함합니다)를 계약자가 납입하지 않았을 때, 회사는 위험이 증가되기 전에 적용된 보험요율(이하 "변경전 요율"이라 합니다)의 위험이 증가된 후에 적용해야 할 보험요율(이하 "변경후 요율"이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 증가된 위험과 관계없이 발생한 보험금 지급사유에 관해서는 원래대로 지급합니다.

5 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제1항 각 호의 변경사실을 회사에 알리지 않았을 경우 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 그 변경사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자에게 제4항에 따라 보장됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

제18조(알릴 의무 위반의 효과)

1 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 이 계약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제16조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제17조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 이행하지 않았을 때

2 제1항 제1호의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.

1. 회사가 최초 계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
3. 최초 계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
4. 회사가 이 계약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항

으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지할 수 있습니다)

5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 알릴 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 알리지 않게 하였거나 부실한 사항을 알릴 것을 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리지 않거나 부실한 사항을 알렸다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.

3 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제39조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

4 제1항 제1호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 계약 전 알릴 의무 위반사실뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면 등으로 알려 드립니다.

5 제1항 제2호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 제17조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제4항 또는 제5항에 따라 보험금을 지급합니다.

6 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제4항 및 제5항에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.

7 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

8 제34조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 계약(보장)이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제2항의 최초계약으로 봅니다. 또한, 부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.

제19조(사기에 의한 계약)

계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물사용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단 확정을 받은 후

이를 숨기고 가입하는 등 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 계약일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제20조(보험계약의 성립)

1 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.

2 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.

3 회사는 계약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.

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

5 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 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 "청약일로부터 5년이 지나는 동안"이라 함은 이 약관 제33조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

7 이 약관 제34조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우

부활을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제21조(청약의 철회)

1 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 진단계약, 보험기간이 1년 미만인 계약 또는 전문보험계약자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

용 어 풀 이	전문보험계약자
보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약의 내용을 이해하고 이행할 능력이 있는 자로서 보험업법 제2조(정의), 보험업법시행령 제6조의2(전문보험계약자의 범위 등) 또는 보험업감독규정 제1-4조의2(전문보험계약자의 범위)에서 정한 국가, 한국은행, 대통령령으로 정하는 금융기관, 주권상장법인, 지방자치단체, 단체보험계약자 등의 전문보험계약자를 말합니다.	

2 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

3 계약자는 청약서의 청약철회란을 작성하여 회사에 제출하거나, 통신수단을 이용하여 제1항의 청약 철회를 신청할 수 있습니다.

4 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3일 이내에 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에 회사는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

5 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유의 발생사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.

용 어 풀 이	보험계약대출이율
계약자는 해당 계약의 해지환급금 범위내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출을 받을 수 있는데, 이를 "보험계약대출" 이라 합니다. 이 때 적용되는 이율을 "보험계약대출이율"이라 하며, 회사에서 별도로 정한 방법에 따라 결정합니다. 보험계약대출은 순수보장성 상품 등 보험상품의 종류 및 보험계약 경과기간에 따라 제한될 수 있습니다.	

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

제22조(약관교부 및 설명의무 등)

1 회사는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 청약 후에 지체 없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 드립니다. 다만, 계약자가 동의하는 경우 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 광기록매체(CD, DVD 등), 전자우편 등 전자적 방법으로 송부할 수 있으며, 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다. 또한, 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자의 동의를 얻어 다음 중 한 가지 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

용 어 풀 이	통신판매계약
전화 우편 인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.	

1. 인터넷 홈페이지에서 약관 및 그 설명문(약관의 중요한 내용을 알 수 있도록 설명한 문서)을 읽거나 내려받게 하는 방법. 이 경우 계약자가 이를 읽거나 내려받은 것을 확인한 때에 해당 약관을 드리고 그 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
2. 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 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

2 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 자필서명을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

3 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제1항의 규정에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.

1. 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우

2. 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우

4 제2항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

용 어 풀 이	자필서명
계약자가 성명기입란에 본인의 성명을 기재하고, 날인란에 사인(signature) 또는 도장을 찍는 것을 말합니다. 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명을 포함합니다.	

제23조(계약의 무효)

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

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
2. 만15세 미만자, 심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
3. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

용 어 풀 이

· 심신상실자

심신상실자(心神喪失者)라 함은 의식은 있으나 장애의 정도가 심하여 자신의 행위 결과를 합리적으로 판단할 능력을 갖지 못한 사람을 말합니다.

· 심신박약자

심신박약자(心神薄弱者)라 함은 심신상실의 상태까지는 이르지 않았으나, 마음이나 정신의 장애로 인하여 사물을 변별할 능력이나 의사를 결정할 능력이 미약한 사람을 말합니다.

제24조(계약내용의 변경 등)

① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다. 다만, 보험종목, 보험기간, 보험료납입기간, 피보험자의 변경, 보험가입금액의 증액 및 보장의 추가는 신청할 수 없습니다.

1. 계약자
2. 보험가입금액, 보험료(적립보험료를 포함합니다) 등 기타 계약의 내용

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

부 가 설 명

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

③ 회사는 계약자가 제1항 제2호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제39조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다. 또한, 계약자가 보험수익자 변경권

을 행사하지 않고 사망한 경우, 최초 지정된 보험수익자(별도의 지정이 없는 경우 사망보험금은 피보험자의 법정상속인, 사망보험금 이외는 피보험자로 합니다)의 권리가 확정됩니다. 그러나 계약자가 사망한 경우 그 승계인이 보험수익자 변경에 관한 권리를 행사할 수 있다는 별도의 약정이 있는 경우에는 승계 받은 계약자가 보험수익자를 변경할 수 있습니다.

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

6 제1항에 따라 위험이 증가하거나 감소되는 경우 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경시점 이후 잔여 보험기간의 보장을 위한 재원인 책임준비금 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하여야 할 (또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

7 제1항에 따라 보험료 등의 감액 또는 증액 시 환급금이 없거나 최초가입시 안내한 만기(해지)환급금보다 적거나 많아질 수 있습니다.

용 어 풀 이	책임준비금
장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.	

제25조(보험나이 등)

1 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제23조(계약의 무효) 제2호의 경우에는 실제 만 나이를 적용합니다.

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

3 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 사실과 다른 경우에는 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

예 시	

· 보험나이 계산

생년월일 : 1990년 10월 2일
현재(계약일) : 2020년 4월 13일
⇒ 2020년 4월 13일 - 1990년 10월 2일
= 29년 6월 11일 = 30세

· 계약해당일 계산

최초계약일과 동일한 월, 일을 말합니다. 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

계약일: 2020년 10월 1일 => 계약해당일: 10월 1일
계약일: 2024년 2월 29일 => 계약해당일: 2월 말일

제26조(계약의 소멸)

1 피보험자의 사망으로 인하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 사망을 보험금 지급사유로 하지 않는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금(적립한 금액에서 중도인출액이 있었던 경우에는 그 원금과 이자의 합계액을 차감한 후의 금액)을 계약자에게 지급합니다.

부 가 설 명	사망에 관한 세부규정

이 보험에서 정하는 사망은 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.

2 보장의 소멸에 대한 책임준비금 환급은 제2절, 제3절 내지 제4절의 보장을 따릅니다.

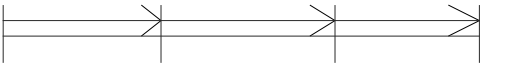
제27조(계약의 자동갱신)

1 회사는 이 계약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 갱신전 보험료를 정상적으로 납입완료한 경우에 한하여 이 계약을 자동으로 갱신하여 드립니다.(이하 "갱신계약"이라 합니다)

2 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 합니다.
3 제2항에도 불구하고 갱신시점에서 갱신종료나이(최초계약을 체결할 때 약정한 갱신종료나이를 말합니다)까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간보다 짧은 경우에는 그 잔여보험기간을 보험기간으로 하고 납입기간은 전기납으로 합니다.

예 시	**46세의 피보험자가 20년만기로 100세까지 갱신하는 경우**

갱신시점의 나이 : 66세, 86세
- 86세에서는 100세 갱신종료시점까지의 잔여보험기간에 해당하는 14년만기로 운용합니다.



4 회사는 갱신계약에 대하여 보험증권에 그 내용을 기재해 드립니다.
5 제1항에 따라 자동 갱신되는 경우 보험계약 청약서에 기재된 사항 및 보험증권에 회사가 승인한 사항에 대하여 변경이 생긴 경우에는 계약자 또는 피보험자가 서면으로 그 사실을 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.

제28조(자동갱신 적용)

1 회사는 제27조(계약의 자동갱신)에 의하여 이 계약이 갱신되는 경우 최초 계약시의 보험약관을 계속하여 적용합니다.
2 회사는 갱신계약에 대하여 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에 따라 갱신일 현재의 변경된 보험료를 적용하며, 보험요율에 관한 제도의 변경에 따라"보험료 및 책임준비금 산출방법서"가 변경된 경우 갱신일 현재의 제도를 적용합니다. 갱신시 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.
3 회사는 제27조(계약의 자동갱신)에서 정한 갱신제한 사유 및 제2항의 갱신계약 보험료에 대하여 갱신 전 계약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 그 내용을 계약자에게 서면, 전화 또는 전자문서로 안내하여 드립니다.

예 시	20세의 피보험자가 15년만기로 갱신하는 경우

아래 예시에서 최초 계약시 납입할 계약보험료는 가입시점의 20세 보험료인 5,000원입니다. 이후 첫 번째 갱신계약의 계약보험료는 가입 15년후 새롭게 산출한 보험료표를 적용받는데, 우선 피보험자의 나이증가(20세 → 35세)로 인한 보험료의 증가분과 새롭게 산출된 보험료의 인하분이 함께 반영되어 6,200원을 납입합니다.

한편, 세 번째 갱신계약의 계약보험료는 가입 45년후 새롭게 산출한 보험료표를 적용받는데, 우선 피보험자의 나이증가(50세 → 65세)로 인한 보험료의 증가분과 새롭게 산출된 보험료의 인상분이 함께 반영되어 12,500원을 납입합니다.

구 분	20세	35세	50세	65세	…	비 고
계약 보험료	5,000 원	6,200 원	7,600 원	12,500 원	…	
최초계약 보험료표	5,000 원	6,500 원	8,000 원	10,000 원	…	
첫 번째 갱신계약 보험료표	4,800 원	6,200 원	7,600 원	9,500 원	…	나이 증가 위험률 인하
두 번째 갱신계약 보험료표	4,800 원	6,200 원	7,600 원	9,500 원	…	나이 증가
세 번째 갱신계약 보험료표	6,300 원	8,000 원	9,900 원	12,500 원	…	나이 증가 위험률 상승
:	:	:	:	:	:	

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 제1

회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임 있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.

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

용 어 풀 이	보장개시일
회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.	

3 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.

1. 제16조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
2. 제18조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
3. 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 상해로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보장을 해드립니다.

4 제1항 및 제2항의 보험료는 제3조(보험금의 지급사유) 에 정한 보험금의 지급에 필요한 보험료(이하 "보장보험료"라 합니다)와 회사가 적립한 금액을 돌려주는데 필요한 보험료(이하 "적립보험료"라 합니다)로 구성됩니다.(이하 "보장보험료"와 "적립보험료"를 합하여 "보험료"라 합니다)

제30조(갱신계약 제1회 보험료의 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

1 계약자는 제33조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료를 납입 완료하고, 제27조(계약의 자동갱신)에 의해 계약이 자동 갱신된 경우에는 갱신계약

의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하여야 합니다.

2 제1항에도 불구하고 계약자가 갱신 일까지 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않은 때에는 제33조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 납입최고(독촉)하며, 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료를 납입하지 않는 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 해당 계약은 해지된 것으로 봅니다.

3 회사는 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다. 만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

용 어 풀 이	납입최고(독촉)
약정된 기일까지 보험료가 납입되지 않을 경우, 회사가 계약자에게 보험료의 납입을 재촉하는 것을 말합니다.	

제31조(제2회 이후 보험료의 납입)

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

용 어 풀 이	납입기일
계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.	

제32조(보험료의 자동대출납입)

1 계약자는 제33조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따른 보험료의 납입최고(독촉)기간이 지나기 전까지 회사가 정한 방법에 따라 보험료의 자동대출 납입을 신청할 수 있으며, 이 경우 제40조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출 납입을 신청할 경우 회사는 자동대출 납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려드립니다.

2 제1항의 규정에 의한 대출금과 보험료의 자동대출 납입일의 다음날부터 그 다음 보험료의 납입최고(독촉)기간까지의 이자(보험계약대출이율 이내에서 회사가 별도로 정하는 이율을 적용하여 계산)를 더한 금액이 해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 해지환급금과 계약자에게 지급할 기타 모든 지급금의 합계액에서 계약자의 회사에 대한 모든 채무액을 뺀 금액을 초과하는 경우에는 보험료의 자동대출 납입을 더는 할 수 없습니다.

3 제1항 및 제2항에 따른 보험료의 자동대출 납입 기간은 최초 자동대출 납입일부터 1년을 한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출 납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.

4 보험료의 자동대출 납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출 납입이 없었던 것으로 하여 제39조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

5 회사는 자동대출 납입이 종료된 날부터 15일 이내에 자동대출 납입이 종료되었음을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서(SMS 포함) 등으로 계약자에게 안내하여 드립니다.

용 어 풀 이	자동대출납입
보험료를 제때에 납입하기 곤란한 경우에 계약자가 자동대출납입을 신청하면 해당 보험 상품의 해지환급금 범위 내에서 납입할 보험료를 자동적으로 대출하여 이를 보험료 납입에 충당하는 서비스를 말합니다.	

제33조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

1 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하여 계약자에게 다음 각 호의 내용을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하

지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 계약이 해지된다는 내용

3. 계약자가 회사로부터 보험계약대출을 받은 경우 계약이 해지되는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용

2 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다.

3 보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자에게도 제1항에 따른 내용을 알려 드립니다.

4 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면, 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

5 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제39조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

용 어 풀 이	납입최고(독촉)
약정된 기일까지 보험료가 납입되지 않을 경우, 회사가 계약자에게 보험료의 납입을 재촉하는 것을 말합니다.	

제34조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 제33조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 평균공시이율 + 1% 범위 내에서 각 상품별로 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 다만 금리연동형보험은 각 상품별 사업방법서에서 별도로 정한 이율로 계산합니다.

2 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제

16조(계약 전 알릴의무), 제18조(알릴 의무 위반의 효과), 제19조(사기에 의한 계약), 제20조(보험계약의 성립) 및 제29조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.

3 제1항에서 정한 해지계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약 시 제16조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제18조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제35조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))

1 회사는 계약자의 해지환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제24조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.

2 회사는 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.

3 회사는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 회사는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.

4 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다.

5 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

용 어 풀 이	

· 강제집행

강제집행이란 사법상 또는 행정법상의 의무를 이행하지 않는 사람에 대하여 국가가 강제 권력으로 그 의무를 이행하는 것을 말합니다.

· 담보권실행

담보권실행이란 담보권을 설정한 채권자가 채무를 이행하지 않는 채무자에 대하여 해당 담보권을 실행하는 것을 말합니다.

용 어 풀 이	

· 국세 및 지방세 체납처분 절차

국세 및 지방세 체납처분 절차란 국세 또는 지방세를 체납할 경우 국세 기본법 및 지방세법에 의하여 체납된 세금에 대하여 가산금 징수, 독촉장 발부 및 재산 압류 등의 집행을 하는 것을 말합니다. 법원은 채권자의 신청에 따른 강제집행 및 담보권실행으로 채무자의 해지환급금을 압류할 수 있으며, 법원의 추심명령 또는 전부명령에 따라 회사는 채권자에게 해지환급금을 지급하게 됩니다. 또한, 국세 및 지방세 체납시 국세청 및 지방자치단체에 의해 채무자의 해지환급금이 압류될 수 있으며, 체납처분 절차에 따라 회사는 채권자에게 해지환급금을 지급하게 됩니다.

제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제36조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)

1 계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제39조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

2 제23조(계약의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제39조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제37조(중대사유로 인한 해지)

1 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이에 대한 보험금

은 지급합니다.

2 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제39조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제38조(회사의 파산선고와 해지)

1 회사가 파산의 선고를 받은 때에는 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.

2 제1항에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.

3 제1항에 따라 계약이 해지되거나 제2항에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제39조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제39조(해지환급금)

1 이 약관에 따른 해지환급금은 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에 따라 계산합니다.

2 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"(【별표2】 참조)에 따릅니다.

3 계약자가 제41조(중도인출)에서 정한 방법에 따라 중도인출시 인출금액 및 해지환급금의 지급 시점까지 인출금액에 적립되었을 이자만큼 해지환급금이 감소합니다.

4 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제40조(보험계약대출)

1 계약자는 이 계약의 해지환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 "보험계약대출"이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.

2 계약자는 제1항에 따른 보험계약대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 때에는 회사는 보험금, 해지환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.

3 제2항의 규정에도 불구하고 회사는 제33조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대

출의 원금과 이자를 차감합니다.

4 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제41조(중도인출)

1 계약자는 계약일로부터 2년 이상 지난 유효한 계약으로서 계약자의 요청이 있는 경우에 한하여 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에 따라 계약자가 요청한 시점에서 계산된 기본계약 해지환급금과 적립부분 해지환급금 중 적은 금액(적립한 금액에서 이 계약에서 정한 대출금이 있을 때에는 그 원금과 이자의 합계액을 차감한 후의 잔액을 기준으로 합니다)의 80% 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 중도인출을 할 수 있습니다. 단, 중도인출은 보험기간 내에 한하며, 매 보험년도마다 12회에 한합니다.

2 제1항의 중도인출의 총 누적액은 중도인출을 한 번도 지급하지 않았을 경우의 기본계약 해지환급금과 적립부분 해지환급금 중 적은 금액의 80%를 한도로 합니다.

용 어 풀 이	보험년도

보험계약일로부터 다음 해의 보험계약 해당일 전일까지 매1년 단위의 연도를 말합니다.

예시) 보험계약일이 8월 15일인 경우 보험년도 기준 매1년은 해당년도 8월 15일부터 다음 해 8월 14일까지입니다.

예 시	중도인출금의 한도

중도인출 시점에 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에 의해 산출된 기본계약 해지환급금과 적립부분 해지환급금 중 적은 금액이 100만원인 경우

⇒ 총 중도인출 가능액 = 100만원×80% = 80만원

⇒ 기 신청한 대출금이 있는 경우(원금과 이자의 합계를 10만원으로 가정)

중도인출 가능액

= 80만원(총 중도인출 가능액) - 10만원 = 70만원

제42조(배당금의 지급)

회사는 이 보험에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제7관 지정대리청구에 관한 사항

제43조(적용대상)
이 계약의 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 적용됩니다.

제44조(지정대리청구인의 지정)
1 계약자는 계약체결할 때 또는 계약체결 이후 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자 중 1인을 보험금의 대리청구인(이하, "지정대리청구인"이라 합니다)으로 지정할 수 있습니다. 또한, 지정대리청구인은 제45조(지정대리청구인의 변경지정)에 의한 변경지정 또는 보험금 청구 시에도 다음 각 호의 어느 하나에 해당하여야 합니다.
   1. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
   2. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 3촌 이내의 친족

2 제1항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제43조(적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

제45조(지정대리청구인의 변경지정)
계약자는 계약체결 이후 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
   1. 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
   2. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부 (기본증명서 등)
   3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

제46조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)
지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증)
4. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부 및 주민등록등본
5. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제47조(지정대리청구인에 의한 보험금 지급 절차)

1 지정대리청구인은 제46조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)에 정한 구비서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제43조(적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다.

2 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

제8관 분쟁의 조정 등

제48조(분쟁의 조정)

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

제49조(관할법원)

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

제50조(소멸시효)

보험금청구권, 만기환급금청구권, 보험료 반환청구권, 해지환급금청구권 및 책임준비금 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

부 가 설 명	소멸시효
소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있는 때부터 진행합니다. 보험금 지급사유가 2020년 9월 1일에 발생하였음에도 2023년 9월 1일까지 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금 등을 지급받지 못할 수 있습니다.	

제51조(약관의 해석)

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

2 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

3 회사는 보험금을 지급하지 않는 사유 및 보상하지 않는 손해 등 계약자나 피보험자에게 불리하거나 부담을 주는 내용은 확대하여 해석하지 않습니다.

제52조(회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력)

보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사 제작의 보험안내자료의 내용이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

용 어 풀 이	보험안내자료
계약의 청약을 권유하기 위하여 만든 자료 등을 말합니다.	

제53조(회사의 손해배상책임)

1 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 발생된 손해에 대하여 관계 법령 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.

2 회사는 보험금 지급 거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었는데도 소를 제기하여 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 손해를 가한 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.

3 회사가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 공정을 잃은 합의로 보험수익자에게 손해를 가한 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

용 어 풀 이	현저하게 공정을 잃은 합의
사회통념상 일반 보통인이라면 그 같은 일을 하지 않을 정도로 현저하게 공정성을 잃은 것을 말합니다.	

제54조(개인정보보호)

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

2 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

관 련 법 규	개인정보보호법

제17조(개인정보의 제공) : 회사는 계약자 등의 동의를 받을 때에는 다음 각 호의 사항을 계약자 등에게 알려야 하며, 다음 각 호의 어느 하나의 사항을 변경하는 경우에도 이를 알리고 동의를 받아야 한다.

1. 개인정보를 제공받는 자
2. 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 이용 목적

관 련 법 규	신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률

· 제16조(수집·조사 및 처리의 제한) 제2항

회사가 개인의 질병에 관한 정보를 수집하거나 타인에게 제공하는 경우 개인의 동의를 받아야 하며, 대통령령이 정하는 목적으로만 그 정보를 이용해야 한다.

· 제32조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의)

회사가 개인신용정보를 타인에게 제공하려는 경우 다음 각 호 중 하나의 방식으로 미리 동의를 얻어야 한다.

1. 서면
2. 전자서명법에 따른 공인전자서명이 있는 전자문서
3. 유무선통신으로 개인비밀번호를 입력하는 방식
4. 유무선통신으로 동의 내용을 알리고 동의를 받는 방법
5. 그 밖에 대통령령으로 정하는 방식

제55조(준거법)

이 계약은 대한민국 법에 따라 규율되고 해석되며, 약관에서 정하지 않은 사항은 상법, 민법 등 관계 법령을 따릅니다.

제56조(예금보험에 의한 지급보장)

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

용 어 풀 이	예금자보호제도
예금자보호제도란 예금보험공사에서 금융기관 등으로부터 미리 보험료를 받아 적립해 두었다가 금융기관이 경영악화나 파산 등으로 예금을 지급할 수 없는 경우 해당 금융기관을 대신하여 예금자에게 보험금 또는 환급금을 예금자 1인당 최고 5,000만원까지 지급함으로써 예금자를 보호하는 제도를 말합니다.	

제2절 1종(종합플랜/여성플랜) 보장

1. 일반상해사망【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우에는 이 보장의 보험가입금액 전액을 일반상해사망보험금으로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자의 법정상속인)에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)의 "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.

부 가 설 명	실종선고
어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정을 말합니다.	

관 련 법 규	민법 제27조(실종의 선고)
1. 부재자의 생사가 5년간 분명하지 않은 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 합니다. 2. 전지에 임한 자, 침몰한 선박 중에 있던 자, 추락한 항공기 중에 있던 자, 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한 자의 생사가 전쟁 종지 후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락, 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 않은 때에도 제1항과 같습니다.	

2 "호스피스 완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률"에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) "사망"의 원인 및 "사망

보험금"지급에 영향을 미치지 않습니다.

3 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보장의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 일반상해사망보험금이 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 보장은 소멸되며 이 보장의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정하지 않는 사유로 사망하는 경우에는 이 보장도 소멸하며 회사는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 보장의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은 일반조항을 따릅니다.

2. 일반상해후유장해(3~100%)【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 상해로 장해분류표(【별표1】(장해분류표) 참조. 이하 같습니다)에서 정한 3~100% 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 장해분류표에서 정한 장해지급률을 이 보장의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 일반상해후유장해(3~100%)보험금으로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으

로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

2 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

3 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

4 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

5 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

6 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

7 이미 이 보장에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

예 시	장해지급률 계산
보험가입 전 한 다리의 관절에 약간의 장해(지급률 5%)가 있었던 피보험자가 보험가입 후 상해로 그 다리의 해당관절이 기능을 완전히 잃은 경우(지급률 30%) ⇒ 보험가입 후 상해로 인한 장해지급률(30%)에서 보험가입 전 장해지급률(5%)을 차감한 지급률 25%에 해당하는 후유장해보험금을 지급	

8 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제3조(보장의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 보장도 소멸되며 회사는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 보장의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은 일반조항을 따릅니다.

3. 일반상해80%이상후유장해【갱신계약】 (【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 상해로 장해분류표(【별표1】(장해분류표) 참조. 이하 같습니다)에서 정한 80%이상 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 최초 1회에 한하여 이 보장의 보험가입금액 전액을 일반상해80%이상후유장해보험금으로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

2 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
3 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.
4 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
5 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
6 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
7 이미 이 보장에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

제3조(보장의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 일반상해80%

이상후유장해보험금이 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 보장은 소멸되며 이 보장의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 보장도 소멸되며 회사는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 보장의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은 일반조항을 따릅니다.

4. 질병80%이상후유장해【갱신계약】 (【갱신계약】 은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 진단 확정된 질병으로 장해분류표(【별표1】(장해분류표) 참조. 이하 같습니다)에서 정한 지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 최초 1회에 한하여 이 보장의 보험가입금액 전액을 질병 80%이상후유장해보험금으로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유) 장해지급률이 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

2 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병의 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병의 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

3 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다.

다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

4 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

5 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

6 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

7 이미 이 보장에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

제3조(보장의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병80%이상 후유장해보험금이 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 보장은 소멸되며 이 보장의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 보장도 소멸되며 회사는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 보장의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제4조(준용규정)
이 보장에서 정하지 않은 사항은 일반조항을 따릅니다.

5. 암진단비(유사암 제외)【갱신계약】 (【갱신계약】 은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 보장의 보험기간 중 암에 대한 보장개시일(이하 암보장개시일이라 합니다) 이후에 암으로 진단 확정되었을 때에는 최초 1회의 진단에 한하여 아래에 정한 금액을 암진단비(유사암 제외)로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액		
	최초의 계약		갱신된 계약
	보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
암(특정소액암 및 유사암제외)	이 보장의 보험가입금액 100%		이 보장의 보험가입금액 100%
특정소액암	이 보장의 보험가입금액 50%	이 보장의 보험가입금액 100%	이 보장의 보험가입금액 100%

2 제1항의 경우 암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

3 제2항에도 불구하고 일반조항 제27조(계약의 자동갱신)에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 암의 보장개시일은 이 보장의 갱신일로 합니다.

예 시	암의 보장개시일



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

2 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 제3조(암의 정의 및 진단확정)에서 정한 "암(특정소액암 및 유사암 제외)" 또는 "특정소액암"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(보장의 소멸) 제2항에 따라 이 보장의 책임준비금을 지급한 경우에는, 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

제3조(암의 정의 및 진단확정)

1 이 보장에 있어서 "암(특정소액암 및 유사암 제외)"이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병【별표3】(악성신생물(암) 분류표) 중에서 특정소액암으로 분류되는 질병【별표4】(특정소액암 분류표)을 제외한 암을 말합니다.

다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병, 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병 또는 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 제외합니다.

유 의 사 항	
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.	

예 시	원발부위(최초 발생한 부위) 기준
· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다. · C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다. · C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.	

2 이 보장에 있어서 "특정소액암"이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병【별표4】(특정소액암 분류표)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 제외합니다.

3 암의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(보장의 무효)

회사는 일반조항의 제23조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 보장의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 암보장개시일의 전일 이전에 암으로 진단확정되는 경우에는 이 보장은 무효로 하며 이미 납입한 이 보장의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제5조(보장의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 암진단비(유사암 제외)가 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 보장은 소멸되며 이 보장의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 보장도 소멸되며 회사는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 보장의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 보장의 보장개시는 일반조항 제34조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은 일반조항을 따릅니다.

6. 뇌졸중진단비【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 뇌졸중으로 진단확정된 경우에는 최초 1회의 진단에 한하여 아래에 정한 금액을 뇌졸중진단비로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액		
	최초의 계약		갱신된 계약
	보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
뇌졸중진단비	이 보장의 보험가입금액 50%	이 보장의 보험가입금액 100%	이 보장의 보험가입금액 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금

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

2 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 제3조(뇌졸중의 정의 및 진단확정)에서 정한 "뇌졸중"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제4조(보장의 소멸) 제2항에 따라 이 보장의 책임준비금을 지급한 경우에는, 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

제3조(뇌졸중의 정의 및 진단확정)

1 이 보장에 있어서 "뇌졸중"이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 【별표7】(뇌졸중 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 뇌졸중의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외)자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "뇌졸중"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

3 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 뇌졸중으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 뇌졸중으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(보장의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌졸중진단비

가 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 보장은 소멸되며 이 보장의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 보장도 소멸되며 회사는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 보장의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은 일반조항을 따릅니다.

7. 급성심근경색증진단비【갱신계약】 (【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 급성심근경색증으로 진단 확정된 경우에는 최초 1회의 진단에 한하여 아래에 정한 금액을 급성심근경색증진단비로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액		
	최초의 계약		갱신된 계약
	보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
급성심근경색증진단비	이 보장의 보험가입금액 50%	이 보장의 보험가입금액 100%	이 보장의 보험가입금액 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

2 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 제3조(급성심근경색증의 정의 및 진단확정)에서 정한 "급성심근경색증"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다

만, 제4조(보장의 소멸) 제2항에 따라 이 보장의 책임준비금을 지급한 경우에는, 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

제3조(급성심근경색증의 정의 및 진단확정)

1 이 보장에 있어서 "급성심근경색증"이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 【별표8】(급성심근경색증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 급성심근경색증의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외)자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액 중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "급성심근경색증"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

3 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 급성심근경색증으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(보장의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 급성심근경색증진단비가 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 보장은 소멸되며 이 보장의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 보장도 소멸되며 회사는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 보장의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은 일반조항을 따릅니다.

8. 유사암진단비【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 보장의 보험기간 중 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단확정 되었을 때에는 각각 최초 1회의 진단에 한하여 아래에 정한 금액을 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액		
	최초의 계약		갱신된 계약
	보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
기타피부암진단비 제자리암 진단비 경계성종양진단비 갑상선암 진단비	이 보장의 보험가입금액 50%	이 보장의 보험가입금액 100%	이 보장의 보험가입금액 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

2 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 제3조(기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)에서 정한 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 또는 "경계성종양"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제4조(보장의 소멸) 제2항에 따라 이 보장의 책임준비금을 지급한 경우에는, 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

제3조(기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)

1 이 보장에 있어서 "기타피부암"이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 분류번호 C44(기타 피부의 악

성 신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

2 이 보장에 있어서 "갑상선암"이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

3 이 보장에 있어서 "제자리암"이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리 신생물로 분류되는 질병(【별표5】(제자리 신생물 분류표) 참조)을 말합니다.

4 이 보장에 있어서 "경계성종양"이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병(【별표6】(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표) 참조)을 말합니다.

5 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 기타피부암, 제자리암, 경계성종양 및 갑상선암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(보장의 소멸)

1 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양으로 각각 진단받아 유사암진단비를 각 1회씩 총 4회 지급받은 경우 최종 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 보장은 소멸되며 이 보장의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 보장도 소멸되며 회사는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 보장의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은 일반조항을 따릅니다.

9. 재진단암진단비【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

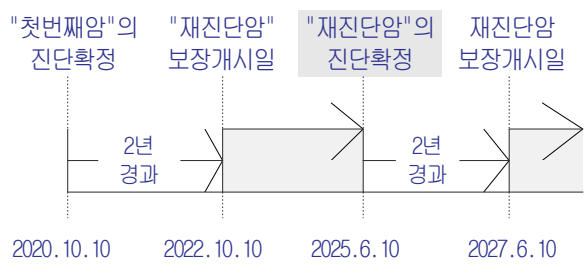
제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 보장의 보험기간 중 "재진단암 보장개시일" 이후에 "재진단암"(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)으로 진단 확정되었을 때에는 이 보장의 보험가입금액을 재진단암진단비로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

2 일반조항 제29조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 제1항의 재진단암 보장개시일은 다음 각 호를 따릅니다.

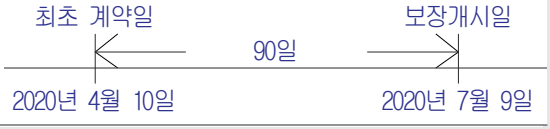
1. 첫 번째 재진단암 : 제3항에서 정한 "첫 번째암 보장개시일" 이후 최초로 발생한 암(기타피부암, 갑상선암 제외)(이하 "첫 번째암"이라 합니다) 진단확정일부터 그날을 포함하여 2년이 지난 날의 다음날
2. 두 번째 이후 "재진단암" : 직전 "재진단암" 진단확정일부터 그날을 포함하여 2년(갱신된 계약을 포함합니다)이 지난 날의 다음날

예 시	재진단암 보장개시일



3 제2항 제1호의 "첫 번째암 보장개시일"이라 함은 최초 보험계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	첫 번째암의 보장개시일



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

2 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 제3조(암 및 재진단암의 정의 및 진단확정)에서 정한 "재진단암"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제9조(보장의 소멸) 제1항에 따라 이 보장의 책임준비금을 지급한 경우에는, 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

제3조(암 및 재진단암의 정의 및 진단확정)

1 이 보장에 있어서 "암" 또는 "첫 번째암"이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병【별표3】(악성신생물(암) 분류표)을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병, 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병 또는 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 제외합니다.

유 의 사 항
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

예 시	원발부위(최초 발생한 부위) 기준
· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다. · C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다. · C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.	

[2] 이 보장에 있어서"기타피부암"이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

[3] 이 보장에 있어서"갑상선암"이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

[4] 이 보장에 있어서"전립선암"이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 C61(전립선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

[5] 이 보장에 있어서"재진단암"(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)(이하 "재진단암"이라 합니다)이라 함은 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 "재진단암 보장개시일" 이후 진단 확정된 다음 각 호의 암을 말합니다. 다만, "기타피부암","갑상선암" 및 "전립선암"은 제외합니다.

1. 새로운 원발암
2. 전이암
3. 재발암
4. 잔여암

[6] 제5항에서 "새로운 원발암"이란 원발부위에 발생한 암으로 "첫 번째암" 또는 "재진단암"과 다른 조직병리학적 특

성(Histopahthological Appearance)을 가진 "암"(이하 "새로운 원발암"이라 합니다)을 말합니다.

7 제5항에서 "전이암"이란 원발부위의 암세포가 새로운 장소로 퍼져(침윤 또는 원격전이) 다시 그곳에서 자리를 잡고, 계속적인 분열과 성장과정을 거쳐 증식하는 "암"을 말합니다.

8 제5항에서 "재발암"이란 "첫 번째암"또는 "재진단암"과 동일한 조직병리학적 특성(Histopathogical Appearance)을 가진 암으로서 치료를 통해 몸에서 "첫 번째암"또는 "재진단암"의 암세포를 제거한 후 그 "첫 번째암"또는 "재진단암"으로 인하여 새롭게 "암"이 출현되어 치료가 필요한 상태로 판명된 "암"을 말합니다.

9 제5항에서 "잔여암"이란 "암보장개시일" 이후 발생한 암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외) 진단부위에 암세포가 남아 있는 경우를 말합니다.

10 제9항의 "암보장개시일"은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

11 "암, 기타피부암, 갑상선암 또는 전립선암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.

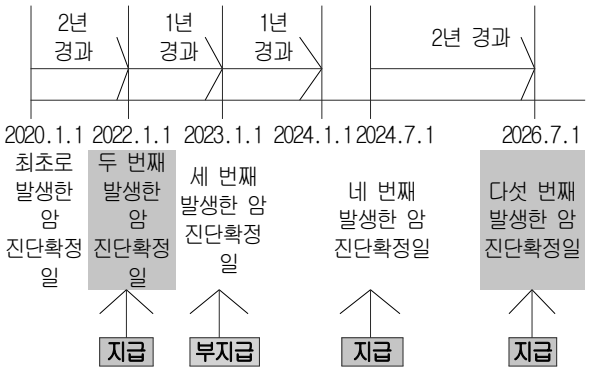
그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암, 기타피부암, 갑상선암 또는 전립선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

12 "재진단암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.

그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "재진단암"으로 진단 또는 치료(암의 치료를 직접적인 목적으로 한 항암방사선치료, 항암약물치료 또는 수술)를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다. 단, 치료시점에서 암세포의 잔존이 확인되지 않은 암에 대한 치료(보조적 또는 예방적암치료)는 제외 합니다.

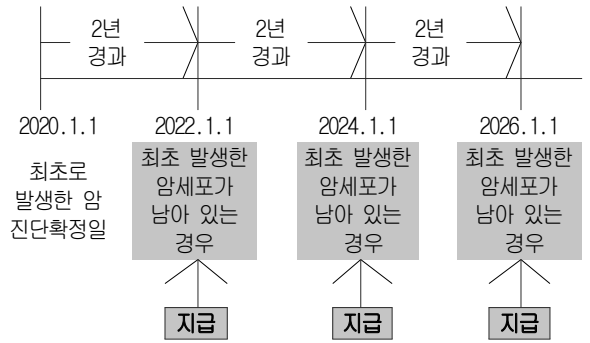
예 시 1	제5항 제1호 내지 제3호의 예시

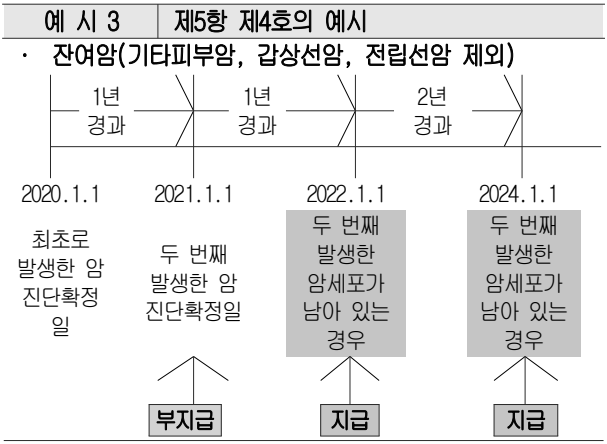
· 새로운 원발암, 전이암, 재발암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)



예 시 2	제5항 제4호의 예시

· 잔여암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)





제4조("항암방사선치료"의 정의)

"항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제5조("항암약물치료"의 정의)

"항암약물치료"라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법[면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다]에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제6조(수술의 정의와 장소)

1 이 보장에 있어서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관) 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료

효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

용 어 풀 이	신의료기술평가위원회
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.	

3 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)

4 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

용 어 풀 이
· **절단** : 특정부위를 잘라 내는 것 · **절제** : 특정부위를 잘라 없애는 것 · **흡인** : 주사기 등으로 빨아들이는 것 · **천자** : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 일반조항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항
2. "재진단암"(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)의 지급사유가 발생하고 해당 지급사유 발생일로부터 2년 이내에 제3조(암 및 재진단암의 정의 및 진단확정) 제5항 제1호 내지 제4호의 암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)으로 진단확정된 경우

제8조(보장의 무효)

회사는 일반조항의 제23조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 보장의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제3항의 "첫 번째암 보장개시일"의 전일 이전에 "첫 번째암"으로 진단확정되는 경우에는 이 보장은 무효로 하며 이미 납입한 이 보장의 보험료를 돌려 드립니다.

다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도

불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제9조(보장의 소멸)

1 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 보장도 소멸되며 회사는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 보장의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

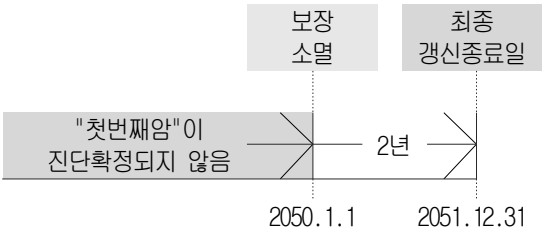
2 피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 보장은 소멸되며, 회사는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 해당 시점의 이 보장의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

1. "첫번째암"이 진단확정되지 않고, 최종 갱신종료일까지의 잔여 보험기간이 그 날을 포함하여 2년 이하인 경우
2. 피보험자가 "재진단암"으로 진단 확정되어 재진단암진단비가 지급되고, 최종 갱신종료일까지의 잔여 보험기간이 진단확정일을 포함하여 2년 이하인 경우

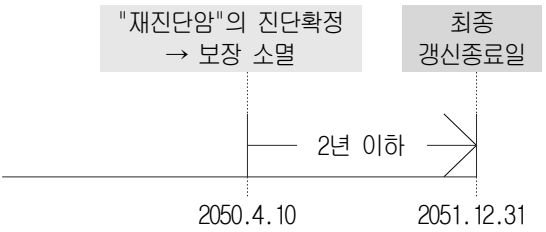
용 어 풀 이	최종 갱신종료일
이 보장이 더 이상 갱신되지 않고 보장이 종료되는 날로서 보험나이 100세 계약해당일을 말합니다.	

예 시	재진단암진단비 보장의 소멸 제2항

· 제1호 : "첫번째암"이 진단확정되지 않고, 최종 갱신종료일까지의 잔여 보험기간이 2년 이하인 경우



· 제2호 : "재진단암" 진단확정 시점에 최종 갱신종료일까지의 잔여 보험기간이 2년 이하인 경우



제10조(보장의 자동갱신)

1 회사는 이 보장의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 갱신전 보험료를 정상적으로 납입 완료한 경우에 한하여 이 보장을 자동으로 갱신하여 드립니다.(이하 "갱신계약"이라 합니다)

2 갱신계약의 보험기간은 갱신 전 계약의 보험기간으로 합니다.

3 제2항에도 불구하고 이 보장의 갱신시점에서 (갱신종료나이-2세)까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신하며, 갱신시점 나이가 (갱신종료나이-2)세 이상인 경우에는 1년을 보험기간으로 하여 갱신합니다.

4 제2항 및 제3항에도 불구하고 피보험자에게 (갱신종료나이-2)세까지 "첫 번째암"이 진단확정되지 않은 경우에는 (갱신종료나이-2)세 갱신시점부터 더 이상 갱신하지 않으며, 갱신을 종료합니다.

5 회사는 갱신계약에 대하여 보험증권에 그 내용을 기재해 드립니다.

6 제1항에 따라 자동 갱신되는 경우 보험계약 청약서에 기재된 사항 및 보험증권에 회사가 승인한 사항에 대하여 변경이 생긴 경우에는 계약자 또는 피보험자가 서면으로 그 사실을 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.

제11조(자동갱신 적용)

1 회사는 제10조(보장의 자동갱신)에 의하여 이 보장이 갱신되는 경우 최초 계약시의 보험약관을 계속하여 적용합니다.

2 회사는 갱신계약에 대하여 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에 따라 갱신일 현재의 변경된 보험료를 적용하며, 보험요율에 관한 제도의 변경에 따라 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"가 변경된 경우 갱신일 현재의 제도를 적용합니다. 갱신시 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

3 회사는 제10조(보장의 자동갱신)에서 정한 갱신제한 사유 및 제2항의 갱신계약 보험료에 대하여 갱신 전 계약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 그 내용을 계약자에게 서면, 전화 또는 전자문서로 안내하여 드립니다.

예 시	20세의 피보험자가 15년만기로 갱신하는 경우

아래 예시에서 최초 계약시 납입할 계약보험료는 가입시점의 20세 보험료인 5,000원입니다. 이후 첫 번째 갱신계약의 계약보험료는 가입 15년후 새롭게 산출한 보험료표를 적용받는데, 우선 피보험자의 나이증가(20세 → 35세)로 인한 보험료의 증가분과 새롭게 산출된 보험료의 인하분이 함께 반영되어 6,200원을 납입합니다.

한편, 세 번째 갱신계약의 계약보험료는 가입 45년후 새롭게 산출한 보험료표를 적용받는데, 우선 피보험자의 나이증가(50세 → 65세)로 인한 보험료의 증가분과 새롭게 산출된 보험료의 인상분이 함께 반영되어 12,500원을 납입합니다.

구 분	20세	35세	50세	65세	…	비 고
계약 보험료	5,000 원	6,200 원	7,600 원	12,500 원	…	
최초계약 보험료표	5,000 원	6,500 원	8,000 원	10,000 원	…	
첫 번째 갱신계약 보험료표	4,800 원	6,200 원	7,600 원	9,500 원	…	나이 증가 위험률 인하
두 번째 갱신계약 보험료표	4,800 원	6,200 원	7,600 원	9,500 원	…	나이 증가
세 번째 갱신계약 보험료표	6,300 원	8,000 원	9,900 원	12,500 원	…	나이 증가 위험률 상승
:	:	:	:	:	:	

제12조(갱신계약 제1회 보험료의 납입최고(독촉)와 보장의 해지)

1 계약자는 일반조항 제33조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료를 납입 완료하고, 제10조(보장의 자동갱신)에 의해 보장이 자동 갱신된 경우에는 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하여야 합니다.

2 제1항에도 불구하고 계약자가 갱신일까지 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않은 때에는 일반조항 제33조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 납입최고(독촉)하며, 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료를 납입하지 않는 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 해당 갱신계약은 해지된 것으로 봅니다.

3 회사는 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다. 만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제13조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 일반조항 제34조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

2 제1항에 따라 해지된 보장을 부활(효력회복)하는 경우에는 다음 각 호를 적용합니다.

1. 이 보장이 해지되기 전에 "첫 번째암"으로 진단 확정되지 않은 경우 : 이 보장의 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제3항을 적용합니다.
2. 이 보장이 해지되기 전에 "첫 번째암" 또는 "재진단암"으로 진단 확정된 경우 : 이 보장의 부활(효력회복)일을 직전 암의 진단확정일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제14조(준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은 일반조항을 따릅니다.

10. 101대질병수술비

10-1. 101대질병수술비Ⅰ【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 10대질병으로 진단이 확정되고 그 10대질병의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 수술 1회당 아래에서 정한 금액을 101대질병수술비Ⅰ로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액		
	최초의 계약		갱신된 계약
	보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
101대질병수술비Ⅰ(10대질병수술보장)	이 보장의 보험가입금액 50%	이 보장의 보험가입금액 100%	이 보장의 보험가입금액 100%

2 제1항에도 불구하고 제4조(수술의 정의와 장소) 제3항의 레이저(Laser)수술의 경우 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복지급이 가능합니다.

부 가 설 명 | 10대질병 요약

이 보장에 있어서 "10대질병"은 【별표9-1】(10대질병 분류표)에 해당하는 아래의 질병을 말합니다.

구 분	해당 질병
10대질병	당뇨병질환, 심장질환, 고혈압질환, 뇌혈관질환, 간질환, 대동맥류, 기관지·폐의 특정질환, 만성하부호흡기질환, 신부전, 수막의 양성종양

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자

는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조("10대질병"의 정의 및 진단확정)

1 이 보장에 있어서 "10대질병"이라 함은 【별표9-1】(10대질병 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 "10대질병"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외)자격증을 가진 자에 의해 내려져야 합니다. 뇌혈관질환(I60~I69)의 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을, 허혈심장질환(I20~I25)의 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "10대질병"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

1 이 보장에 있어서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관) 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

용 어 풀 이	신의료기술평가위원회
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.	

3 제1항의 수술에서 당뇨병성 망막병증 등 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다.

4 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)

5 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

용 어 풀 이	
· **절단** : 특정부위를 잘라 내는 것	
· **절제** : 특정부위를 잘라 없애는 것	
· **흡인** : 주사기 등으로 빨아들이는 것	
· **천자** : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것	

제5조(보장의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 보장도 소멸되며 회사는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 보장의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은 일반조항을 따릅니다.

10-2. 101대질병수술비Ⅱ【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 27대질병으로 진단이 확정되고 그 27대질병의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 수술 1회당 아래에서 정한 금액을 101대질병수술비Ⅱ로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액		
	최초의 계약		갱신된 계약
	보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
101대질병수술비Ⅱ (27대질병수술보장)	이 보장의 보험가입 금액 50%	이 보장의 보험가입 금액 100%	이 보장의 보험가입 금액 100%

2 제1항에도 불구하고 제4조(수술의 정의와 장소) 제3항의 레이저(Laser)수술의 경우 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복지급이 가능합니다.

부 가 설 명	27대질병 요약

이 보장에 있어서 "27대질병"은 【별표9-2】(27대질병 분류표)에 해당하는 아래의 질병을 말합니다.

구 분	해당 질병
27대질병	결핵, 갑상선질환, 안면신경장애, 동맥경화증, 폐부종, 폐렴, 특정호흡기질환, 폐질환, 위·십이지장궤양, 녹내장, 자율신경계통의 장애, 파킨슨병, 패혈증, 부갑상선질환, 다발경화증, 뇌하수체질환, 뇌 및 척수의 염증성질환, 뇌성마비, 뇌전증, 수두증, 수막염, 사구체질환, 신세뇨관-간질질환, 하부호흡계통 및 흉곽의 양성종양, 신장 및 요관의 기타장애, 뇌 및 중추신경계통의 양성종양, 갑상선 및 내분비선의 양성종양

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조("27대질병"의 정의 및 진단확정)

1 이 보장에 있어서 "27대질병"이라 함은 【별표9-2】(27대질병 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 "27대질병"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외)자격증을 가진 자에 의해 내려져야 합니다. 또한 회사가 "27대질병"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

1 이 보장에 있어서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관) 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

용 어 풀 이	신의료기술평가위원회
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.	

3 제1항의 수술에서 녹내장 등 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다.

4 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)

5 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

용 어 풀 이
· **절단** : 특정부위를 잘라 내는 것 · **절제** : 특정부위를 잘라 없애는 것 · **흡인** : 주사기 등으로 빨아들이는 것 · **천자** : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

제5조(보장의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 보장도 소멸되며 회사는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 보장의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)
이 보장에서 정하지 않은 사항은 일반조항을 따릅니다.

10-3. 101대질병수술비III【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 21대질병으로 진단이 확정되고 그 21대질병의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 수술 1회당 아래에서 정한 금액을 101대질병수술비III로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액		
	최초의 계약		갱신된 계약
	보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
101대질병수술비III (21대질병수술보장)	이 보장의 보험가입 금액 50%	이 보장의 보험가입 금액 100%	이 보장의 보험가입 금액 100%

부 가 설 명 | **21대질병 요약**

이 보장에 있어서 "21대질병"은 【별표9-3】(21대질병 분류표)에 해당하는 아래의 질병을 말합니다.

구 분	해당 질병
21대질병	특정장질환, 급성췌장염, 췌장질환, 위공장궤양, 비장질환, 비감염성장염 및 결장염, 동맥 및 세동맥의 질환, 중증근무력증, 손목터널증후군, 단일신경병증, 마비, 척추변형, 척추병증, 추간판장애, 전신결합조직장애, 유방의 장애, 난소 및 난관의 질환, 난소의 양성종양, 간 담관 췌장의 양성종양, 유방의 양성종양, 골 및 관절연골의 양성종양

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조("21대질병"의 정의 및 진단확정)

1 이 보장에 있어서 "21대질병"이라 함은 【별표9-3】(21대질병 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 "21대질병"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외)자격증을 가진 자에 의해 내려져야 합니다. 또한 회사가 "21대질병"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

1 이 보장에 있어서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관) 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

용 어 풀 이	신의료기술평가위원회
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.	

3 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)

4 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2

항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련 법에서 정한 의료기관을 말합니다.

용 어 풀 이	
· **절단** : 특정부위를 잘라 내는 것	
· **절제** : 특정부위를 잘라 없애는 것	
· **흡인** : 주사기 등으로 빨아들이는 것	
· **천자** : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것	

제5조(보장의 소멸)
피보험자가 사망하였을 경우에는 이 보장도 소멸되며 회사는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 보장의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)
이 보장에서 정하지 않은 사항은 일반조항을 따릅니다.

10-4. 101대질병수술비IV【갱신계약】 (【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 41대질병으로 진단이 확정되고 그 41대질병의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 수술 1회당 아래에서 정한 금액을 101대질병수술비IV로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액		
	최초의 계약		갱신된 계약
	보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
101대질병수술비IV (41대질병수술보장)	이 보장의 보험가입금액 50%	이 보장의 보험가입금액 100%	이 보장의 보험가입금액 100%

2 제1항에도 불구하고 제4조(수술의 정의와 장소) 제3항의 레이저(Laser)수술의 경우 수술개시일부터 60일 이내 2회

이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복지급이 가능합니다.

부 가 설 명 | 41대질병 요약

이 보장에 있어서 "41대질병"은 【별표9-4】(41대질병 분류표)에 해당하는 아래의 질병을 말합니다.

구 분	해당 질병
41대질병	관절염 및 다발관절병증, 관절증, 관절장애, 누적외상성질환, 황반변성, 눈 및 눈부속기관의 특정질환, 유리체의 장애, 시신경 및 시각로의 장애, 중이염, 중이 및 유돌의 질환, 내이의 질환, 림프절염, 통풍, 사지후천변형, 골다공증, 뼈의병증, 연골병증, 식도질환, 위십이지장질환, 담낭담도질환, 담석증, 복막의 질환, 사타구니탈장, 특정부위의탈장, 축농증, 급성상기도감염, 편도염, 후각특정질환, 인후부위특정질환, 방광의 결석, 비뇨계통의 기타질환, 전립선질환, 남성생식기관의 질환, 여성 골반내기관의 염증성 질환, 여성생식관의 비염증성 질환, 소화계통의 양성종양, 상부호흡계통의 양성종양, 조직의 양성종양, 생식기 양성종양, 비뇨기관의 양성종양, 눈의 양성종양

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조("41대질병"의 정의 및 진단확정)

1 이 보장에 있어서 "41대질병"이라 함은 【별표9-4】(41대질병 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 "41대질병"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외)자격증을 가진 자에 의해 내려져야 합니다. 또한 회사가 "41대질병"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

1 이 보장에 있어서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관) 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

용 어 풀 이	신의료기술평가위원회
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.	

3 제1항의 수술에서 황반변성 등 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다.

4 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)

5 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

용 어 풀 이	

· **절단** : 특정부위를 잘라 내는 것
· **절제** : 특정부위를 잘라 없애는 것
· **흡인** : 주사기 등으로 빨아들이는 것
· **천자** : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

제5조(보장의 소멸)
피보험자가 사망하였을 경우에는 이 보장도 소멸되며 회사는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 보장의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)
이 보장에서 정하지 않은 사항은 일반조항을 따릅니다.

10-5. 101대질병수술비Ⅴ【갱신계약】 (【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 백내장으로 진단이 확정되고 그 백내장의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 수술 1회당 아래에서 정한 금액을 101대질병수술비Ⅴ로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액		
	최초의 계약		갱신된 계약
	보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
101대질병수술비Ⅴ(백내장수술보장)	이 보장의 보험가입금액 50%	이 보장의 보험가입금액 100%	이 보장의 보험가입금액 100%

2 제1항에도 불구하고 제4조(수술의 정의와 장소) 제3항의 레이저(Laser)수술의 경우 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복지급이 가능합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조("백내장"의 정의 및 진단확정)

1. 이 보장에 있어서 "백내장"이라 함은 【별표9-5】(백내장 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
2. "백내장"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외)자격증을 가진 자에 의해 내려져야 합니다. 또한 회사가 "백내장"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

1. 이 보장에 있어서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
2. 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관) 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

용 어 풀 이	신의료기술평가위원회
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.	

3. 제1항의 수술에서 백내장으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다.
4. 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.
   1. 흡인(吸引)
   2. 천자(穿刺) 등의 조치

3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)

5 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련 법에서 정한 의료기관을 말합니다.

용 어 풀 이	
· **절단** : 특정부위를 잘라 내는 것	
· **절제** : 특정부위를 잘라 없애는 것	
· **흡인** : 주사기 등으로 빨아들이는 것	
· **천자** : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것	

제5조(보장의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 보장도 소멸되며 회사는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 보장의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은 일반조항을 따릅니다.

10-6. 101대질병수술비VI【갱신계약】 (【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 치핵으로 진단이 확정되고 그 치핵의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 수술 1회당 아래에서 정한 금액을 101대질병수술비VI로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액		
	최초의 계약		갱신된 계약
	보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
101대질병수술비VI (치핵수술보장)	이 보장의 보험가입금액 50%	이 보장의 보험가입금액 100%	이 보장의 보험가입금액 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조("치핵"의 정의 및 진단확정)

1 이 보장에 있어서 "치핵"이라 함은 【별표9-6】(치핵 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 "치핵"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외)자격증을 가진 자에 의해 내려져야 합니다. 또한 회사가 "치핵"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

1 이 보장에 있어서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관) 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

용 어 풀 이	신의료기술평가위원회
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.	

3 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)

4 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2

항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련 법에서 정한 의료기관을 말합니다.

용 어 풀 이	

- **절단** : 특정부위를 잘라 내는 것
- **절제** : 특정부위를 잘라 없애는 것
- **흡인** : 주사기 등으로 빨아들이는 것
- **천자** : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

제5조(보장의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 보장도 소멸되며 회사는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 보장의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은 일반조항을 따릅니다.

제3절 2종(진단비플랜) 보장

1. 일반상해사망【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우에는 이 보장의 보험가입금액 전액을 일반상해사망보험금으로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자의 법정상속인)에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 "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.

부 가 설 명	실종선고
어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정을 말합니다.	

관 련 법 규	민법 제27조(실종의 선고)
1. 부재자의 생사가 5년간 분명하지 않은 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 합니다. 2. 전지에 임한 자, 침몰한 선박 중에 있던 자, 추락한 항공기 중에 있던 자, 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한 자의 생사가 전쟁 종지 후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락, 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 않은 때에도 제1항과 같습니다.	

② "호스피스 완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률"에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그

이행은 제1조(보험금의 지급사유) "사망"의 원인 및 "사망보험금"지급에 영향을 미치지 않습니다.

3 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보장의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 일반상해사망보험금이 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 보장은 소멸되며 이 보장의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정하지 않는 사유로 사망하는 경우에는 이 보장도 소멸하며 회사는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 보장의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은 일반조항을 따릅니다.

2. 일반상해후유장해(3~100%) 【갱신계약】 (【갱신계약】 은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 상해로 장해분류표(【별표1】(장해분류표) 참조. 이하 같습니다)에서 정한 3~100% 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 장해분류표에서 정한 장해지급률을 이 보장의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 일반상해후유장해(3~100%)보험금으로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부

터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

2 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

3 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

4 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

5 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

6 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

7 이미 이 보장에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에

서 이를 차감하여 지급합니다.

예 시	장해지급률 계산
보험가입 전 한 다리의 관절에 약간의 장해(지급률 5%)가 있었던 피보험자가 보험가입 후 상해로 그 다리의 해당관절이 기능을 완전히 잃은 경우(지급률 30%)	⇒ 보험가입 후 상해로 인한 장해지급률(30%)에서 보험가입 전 장해지급률(5%)을 차감한 지급률 25%에 해당하는 후유장해보험금을 지급

8 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제3조(보장의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 보장도 소멸되며 회사는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 보장의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은 일반조항을 따릅니다.

3. 일반상해80%이상후유장해【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 상해로 장해분류표(【별표1】(장해분류표) 참조. 이하 같습니다)에서 정한 80%이상 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 최초 1회에 한하여 이 보장의 보험가입금액 전액을 일반상해80%이상후유장해보험금으로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅

니다.

2 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

3 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

4 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

5 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

6 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

7 이미 이 보장에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

제3조(보장의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 일반상해80% 이상후유장해보험금이 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 보장은 소멸되며 이 보장의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 보장도 소멸되며 회사는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 보장의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은 일반조항을 따릅니다.

4. 질병80%이상후유장해【갱신계약】 (【갱신계약】 은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 진단 확정된 질병으로 장해분류표(【별표1】(장해분류표) 참조. 이하 같습니다)에서 정한 지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 최초 1회에 한하여 이 보장의 보험가입금액 전액을 질병 80%이상후유장해보험금으로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유) 장해지급률이 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

2 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병의 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병의 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

3 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업,

연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

4 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

5 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

6 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

7 이미 이 보장에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

제3조(보장의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병80%이상 후유장해보험금이 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 보장은 소멸되며 이 보장의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 보장도 소멸되며 회사는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 보장의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제4조(준용규정)
이 보장에서 정하지 않은 사항은 일반조항을 따릅니다.

5. 암진단비(유사암 제외)【갱신계약】 (【갱신계약】 은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 보장의 보험기간 중 암에 대한 보장개시일(이하 암보장개시일이라 합니다) 이후에 암으로 진단 확정되었을 때에는 최초 1회의 진단에 한하여 아래에 정한 금액을 암진단비(유사암 제외)로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액		
	최초의 계약		갱신된 계약
	보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
암(특정소액암 및 유사암제외)	이 보장의 보험가입금액 100%		이 보장의 보험가입금액 100%
특정소액암	이 보장의 보험가입금액 50%	이 보장의 보험가입금액 100%	이 보장의 보험가입금액 100%

2 제1항의 경우 암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

3 제2항에도 불구하고 일반조항 제27조(계약의 자동갱신)에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 암의 보장개시일은 이 보장의 갱신일로 합니다.

예 시	암의 보장개시일



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

2 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 제3조(암의 정의 및 진단확정)에서 정한 "암(특정소액암 및 유사암 제외)" 또는 "특정소액암"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(보장의 소멸) 제2항에 따라 이 보장의 책임준비금을 지급한 경우에는, 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

제3조(암의 정의 및 진단확정)

1 이 보장에 있어서 "암(특정소액암 및 유사암 제외)"이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병【별표3】(악성신생물(암) 분류표) 중에서 특정소액암으로 분류되는 질병【별표4】(특정소액암 분류표)을 제외한 암을 말합니다.

다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병, 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병 또는 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 제외합니다.

유 의 사 항	
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.	

예 시	원발부위(최초 발생한 부위) 기준
· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다. · C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다. · C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.	

2 이 보장에 있어서 "특정소액암"이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병 【별표4】 (특정소액암 분류표)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 제외합니다.

3 암의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(보장의 무효)

회사는 일반조항의 제23조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 보장의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 암보장개시일의 전일 이전에 암으로 진단확정되는 경우에는 이 보장은 무효로 하며 이미 납입한 이 보장의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제5조(보장의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 암진단비(유사암 제외)가 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 보장은 소멸되며 이 보장의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 보장도 소멸되며 회사는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 보장의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 보장의 보장개시는 일반조항 제34조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은 일반조항을 따릅니다.

6. 뇌졸중진단비【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 뇌졸중으로 진단확정된 경우에는 최초 1회의 진단에 한하여 아래에 정한 금액을 뇌졸중진단비로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액		
	최초의 계약		갱신된 계약
	보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
뇌졸중진단비	이 보장의 보험가입금액 50%	이 보장의 보험가입금액 100%	이 보장의 보험가입금액 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금

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

2 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 제3조(뇌졸중의 정의 및 진단확정)에서 정한 "뇌졸중"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제4조(보장의 소멸) 제2항에 따라 이 보장의 책임준비금을 지급한 경우에는, 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

제3조(뇌졸중의 정의 및 진단확정)

1 이 보장에 있어서 "뇌졸중"이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 【별표7】(뇌졸중 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 뇌졸중의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외)자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "뇌졸중"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

3 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 뇌졸중으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 뇌졸중으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(보장의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌졸중진단비

가 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 보장은 소멸되며 이 보장의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 보장도 소멸되며 회사는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 보장의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은 일반조항을 따릅니다.

7. 급성심근경색증진단비【갱신계약】 (【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 급성심근경색증으로 진단 확정된 경우에는 최초 1회의 진단에 한하여 아래에 정한 금액을 급성심근경색증진단비로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액		
	최초의 계약		갱신된 계약
	보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
급성심근경색증진단비	이 보장의 보험가입금액 50%	이 보장의 보험가입금액 100%	이 보장의 보험가입금액 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

2 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 제3조(급성심근경색증의 정의 및 진단확정)에서 정한 "급성심근경색증"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다

만, 제4조(보장의 소멸) 제2항에 따라 이 보장의 책임준비금을 지급한 경우에는, 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

제3조(급성심근경색증의 정의 및 진단확정)

1 이 보장에 있어서 "급성심근경색증"이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 【별표8】(급성심근경색증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 급성심근경색증의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외)자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액 중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "급성심근경색증"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

3 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 급성심근경색증으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(보장의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 급성심근경색증진단비가 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 보장은 소멸되며 이 보장의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 보장도 소멸되며 회사는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 보장의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은 일반조항을 따릅니다.

8. 유사암진단비【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 보장의 보험기간 중 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단확정 되었을 때에는 각각 최초 1회의 진단에 한하여 아래에 정한 금액을 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액		
	최초의 계약		갱신된 계약
	보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
기타피부암진단비 제자리암 진단비 경계성종양진단비 갑상선암 진단비	이 보장의 보험가입금액 50%	이 보장의 보험가입금액 100%	이 보장의 보험가입금액 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

2 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 제3조(기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)에서 정한 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 또는 "경계성종양"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제4조(보장의 소멸) 제2항에 따라 이 보장의 책임준비금을 지급한 경우에는, 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

제3조(기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)

1 이 보장에 있어서 "기타피부암"이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 분류번호 C44(기타 피부의 악

성 신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

2 이 보장에 있어서 "갑상선암"이라 함은 제7차 한국표준 질병사인분류에 있어서 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

3 이 보장에 있어서 "제자리암"이라 함은 제7차 한국표준 질병사인분류에 있어서 제자리 신생물로 분류되는 질병(【별표5】(제자리 신생물 분류표) 참조)을 말합니다.

4 이 보장에 있어서 "경계성종양"이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병(【별표6】(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표) 참조)을 말합니다.

5 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 기타피부암, 제자리암, 경계성종양 및 갑상선암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(보장의 소멸)

1 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양으로 각각 진단받아 유사암진단비를 각 1회씩 총 4회 지급받은 경우 최종 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 보장은 소멸되며 이 보장의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 보장도 소멸되며 회사는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 보장의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은 일반조항을 따릅니다.

9. 재진단암진단비【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

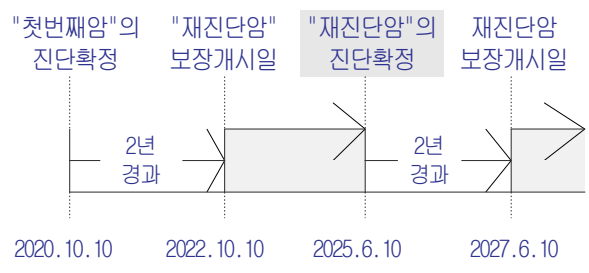
제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 보장의 보험기간 중 "재진단암 보장개시일" 이후에 "재진단암"(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)으로 진단 확정되었을 때에는 이 보장의 보험가입금액을 재진단암진단비로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

2 일반조항 제29조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 제1항의 재진단암 보장개시일은 다음 각 호를 따릅니다.

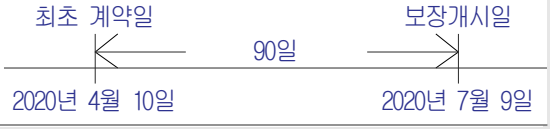
1. 첫 번째 재진단암 : 제3항에서 정한 "첫 번째암 보장개시일" 이후 최초로 발생한 암(기타피부암, 갑상선암 제외)(이하 "첫 번째암"이라 합니다) 진단확정일부터 그날을 포함하여 2년이 지난 날의 다음날
2. 두 번째 이후 "재진단암" : 직전 "재진단암" 진단확정일부터 그날을 포함하여 2년(갱신된 계약을 포함합니다)이 지난 날의 다음날

예 시	재진단암 보장개시일



3 제2항 제1호의 "첫 번째암 보장개시일"이라 함은 최초 보험계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

예 시	첫 번째암의 보장개시일



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

2 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 제3조(암 및 재진단암의 정의 및 진단확정)에서 정한 "재진단암"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제9조(보장의 소멸) 제1항에 따라 이 보장의 책임준비금을 지급한 경우에는, 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

제3조(암 및 재진단암의 정의 및 진단확정)

1 이 보장에 있어서 "암" 또는 "첫 번째암"이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병【별표3】(악성신생물(암) 분류표)을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병, 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병 또는 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 제외합니다.

유 의 사 항	

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

예 시	원발부위(최초 발생한 부위) 기준

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

[2] 이 보장에 있어서"기타피부암"이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

[3] 이 보장에 있어서"갑상선암"이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

[4] 이 보장에 있어서"전립선암"이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 분류번호 C61(전립선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

[5] 이 보장에 있어서"재진단암"(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)(이하 "재진단암"이라 합니다)이라 함은 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 "재진단암 보장개시일" 이후 진단 확정된 다음 각 호의 암을 말합니다. 다만, "기타피부암","갑상선암" 및 "전립선암"은 제외합니다.

1. 새로운 원발암
2. 전이암
3. 재발암
4. 잔여암

[6] 제5항에서 "새로운 원발암"이란 원발부위에 발생한 암으로 "첫 번째암" 또는 "재진단암"과 다른 조직병리학적 특

성(Histopahthological Appearance)을 가진 "암"(이하 "새로운 원발암"이라 합니다)을 말합니다.

7 제5항에서 "전이암"이란 원발부위의 암세포가 새로운 장소로 퍼져(침윤 또는 원격전이) 다시 그곳에서 자리를 잡고, 계속적인 분열과 성장과정을 거쳐 증식하는 "암"을 말합니다.

8 제5항에서 "재발암"이란 "첫 번째암"또는 "재진단암"과 동일한 조직병리학적 특성(Histopathogical Appearance)을 가진 암으로서 치료를 통해 몸에서 "첫 번째암"또는 "재진단암"의 암세포를 제거한 후 그 "첫 번째암"또는 "재진단암"으로 인하여 새롭게 "암"이 출현되어 치료가 필요한 상태로 판명된 "암"을 말합니다.

9 제5항에서 "잔여암"이란 "암보장개시일" 이후 발생한 암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외) 진단부위에 암세포가 남아 있는 경우를 말합니다.

10 제9항의 "암보장개시일"은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

11 "암, 기타피부암, 갑상선암 또는 전립선암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.

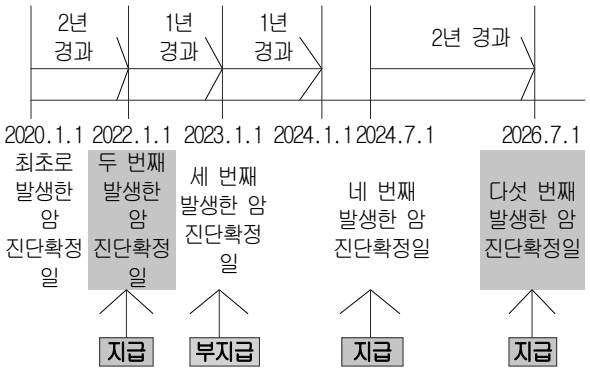
그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암, 기타피부암, 갑상선암 또는 전립선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

12 "재진단암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.

그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "재진단암"으로 진단 또는 치료(암의 치료를 직접적인 목적으로 한 항암방사선치료, 항암약물치료 또는 수술)를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다. 단, 치료시점에서 암세포의 잔존이 확인되지 않은 암에 대한 치료(보조적 또는 예방적암치료)는 제외 합니다.

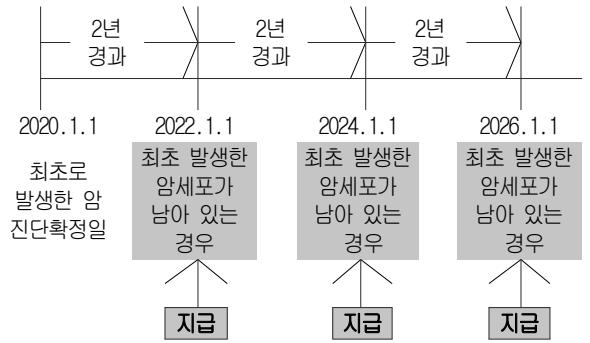
예 시 1	제5항 제1호 내지 제3호의 예시

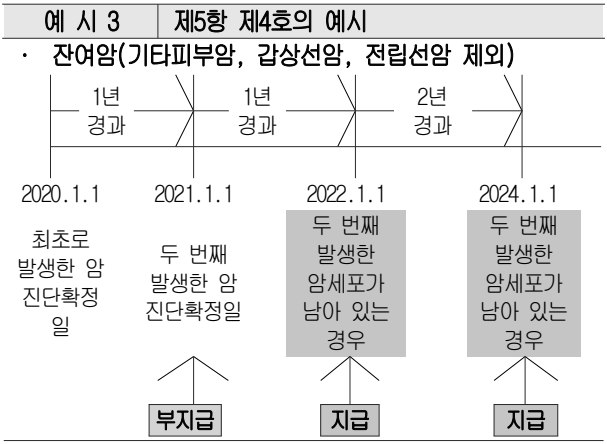
· 새로운 원발암, 전이암, 재발암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)



예 시 2	제5항 제4호의 예시

· 잔여암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)





제4조("항암방사선치료"의 정의)

"항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제5조("항암약물치료"의 정의)

"항암약물치료"라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법[면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다]에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제6조(수술의 정의와 장소)

1 이 보장에 있어서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관) 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료

효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

용 어 풀 이	신의료기술평가위원회
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.	

3 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)

4 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

용 어 풀 이
· **절단** : 특정부위를 잘라 내는 것 · **절제** : 특정부위를 잘라 없애는 것 · **흡인** : 주사기 등으로 빨아들이는 것 · **천자** : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 일반조항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항
2. "재진단암"(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)의 지급사유가 발생하고 해당 지급사유 발생일로부터 2년 이내에 제3조(암 및 재진단암의 정의 및 진단확정) 제5항 제1호 내지 제4호의 암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)으로 진단확정된 경우

제8조(보장의 무효)

회사는 일반조항의 제23조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 보장의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제3항의 "첫 번째암 보장개시일"의 전일 이전에 "첫 번째암"으로 진단확정되는 경우에는 이 보장은 무효로 하며 이미 납입한 이 보장의 보험료를 돌려 드립니다.

다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도

불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제9조(보장의 소멸)

1 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 보장도 소멸되며 회사는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 보장의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

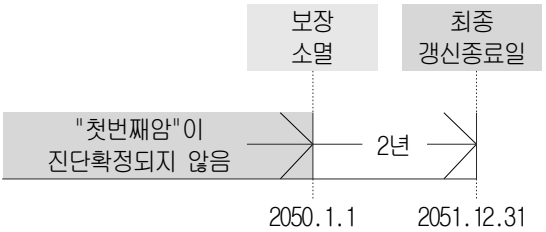
2 피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 보장은 소멸되며, 회사는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 해당 시점의 이 보장의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

1. "첫번째암"이 진단확정되지 않고, 최종 갱신종료일까지의 잔여 보험기간이 그 날을 포함하여 2년 이하인 경우
2. 피보험자가 "재진단암"으로 진단 확정되어 재진단암진단비가 지급되고, 최종 갱신종료일까지의 잔여 보험기간이 진단확정일을 포함하여 2년 이하인 경우

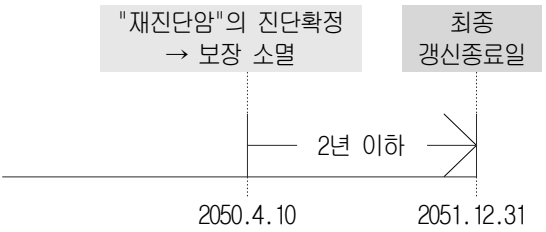
용 어 풀 이	최종 갱신종료일
이 보장이 더 이상 갱신되지 않고 보장이 종료되는 날로서 보험나이 100세 계약해당일을 말합니다.	

예 시	재진단암진단비 보장의 소멸 제2항

· 제1호 : "첫번째암"이 진단확정되지 않고, 최종 갱신종료일까지의 잔여 보험기간이 2년 이하인 경우



· 제2호 : "재진단암" 진단확정 시점에 최종 갱신종료일까지의 잔여 보험기간이 2년 이하인 경우



제10조(보장의 자동갱신)

1 회사는 이 보장의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 갱신전 보험료를 정상적으로 납입 완료한 경우에 한하여 이 보장을 자동으로 갱신하여 드립니다.(이하 "갱신계약"이라 합니다)

2 갱신계약의 보험기간은 갱신 전 계약의 보험기간으로 합니다.

3 제2항에도 불구하고 이 보장의 갱신시점에서 (갱신종료나이-2세)까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신하며, 갱신시점 나이가 (갱신종료나이-2)세 이상인 경우에는 1년을 보험기간으로 하여 갱신합니다.

4 제2항 및 제3항에도 불구하고 피보험자에게 (갱신종료나이-2)세까지 "첫 번째암"이 진단확정되지 않은 경우에는 (갱신종료나이-2)세 갱신시점부터 더 이상 갱신하지 않으며, 갱신을 종료합니다.

5 회사는 갱신계약에 대하여 보험증권에 그 내용을 기재해 드립니다.

6 제1항에 따라 자동 갱신되는 경우 보험계약 청약서에 기재된 사항 및 보험증권에 회사가 승인한 사항에 대하여 변경이 생긴 경우에는 계약자 또는 피보험자가 서면으로 그 사실을 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.

제11조(자동갱신 적용)

1 회사는 제10조(보장의 자동갱신)에 의하여 이 보장이 갱신되는 경우 최초 계약시의 보험약관을 계속하여 적용합니다.

2 회사는 갱신계약에 대하여 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에 따라 갱신일 현재의 변경된 보험료를 적용하며, 보험요율에 관한 제도의 변경에 따라 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"가 변경된 경우 갱신일 현재의 제도를 적용합니다. 갱신시 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

3 회사는 제10조(보장의 자동갱신)에서 정한 갱신제한 사유 및 제2항의 갱신계약 보험료에 대하여 갱신 전 계약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 그 내용을 계약자에게 서면, 전화 또는 전자문서로 안내하여 드립니다.

예 시	20세의 피보험자가 15년만기로 갱신하는 경우

아래 예시에서 최초 계약시 납입할 계약보험료는 가입시점의 20세 보험료인 5,000원입니다. 이후 첫 번째 갱신계약의 계약보험료는 가입 15년후 새롭게 산출한 보험료표를 적용받는데, 우선 피보험자의 나이증가(20세 → 35세)로 인한 보험료의 증가분과 새롭게 산출된 보험료의 인하분이 함께 반영되어 6,200원을 납입합니다.

한편, 세 번째 갱신계약의 계약보험료는 가입 45년후 새롭게 산출한 보험료표를 적용받는데, 우선 피보험자의 나이증가(50세 → 65세)로 인한 보험료의 증가분과 새롭게 산출된 보험료의 인상분이 함께 반영되어 12,500원을 납입합니다.

구 분	20세	35세	50세	65세	…	비 고
계약 보험료	5,000 원	6,200 원	7,600 원	12,500 원	…	
최초계약 보험료표	5,000 원	6,500 원	8,000 원	10,000 원	…	
첫 번째 갱신계약 보험료표	4,800 원	6,200 원	7,600 원	9,500 원	…	나이 증가 위험률 인하
두 번째 갱신계약 보험료표	4,800 원	6,200 원	7,600 원	9,500 원	…	나이 증가
세 번째 갱신계약 보험료표	6,300 원	8,000 원	9,900 원	12,500 원	…	나이 증가 위험률 상승
:	:	:	:	:	:	

제12조(갱신계약 제1회 보험료의 납입최고(독촉)와 보장의 해지)

1 계약자는 일반조항 제33조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료를 납입 완료하고, 제10조(보장의 자동갱신)에 의해 보장이 자동 갱신된 경우에는 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하여야 합니다.

2 제1항에도 불구하고 계약자가 갱신일까지 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않은 때에는 일반조항 제33조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 납입최고(독촉)하며, 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료를 납입하지 않는 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 해당 갱신계약은 해지된 것으로 봅니다.

3 회사는 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다. 만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제13조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 일반조항 제34조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

2 제1항에 따라 해지된 보장을 부활(효력회복)하는 경우에는 다음 각 호를 적용합니다.

1. 이 보장이 해지되기 전에 "첫 번째암"으로 진단 확정되지 않은 경우 : 이 보장의 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제3항을 적용합니다.
2. 이 보장이 해지되기 전에 "첫 번째암" 또는 "재진단암"으로 진단 확정된 경우 : 이 보장의 부활(효력회복)일을 직전 암의 진단확정일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제14조(준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은 일반조항을 따릅니다.

제4절 3종(101플랜) 보장

1. 일반상해사망【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우에는 이 보장의 보험가입금액 전액을 일반상해사망보험금으로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자의 법정상속인)에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 "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.

부 가 설 명	실종선고
어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정을 말합니다.	

관 련 법 규	민법 제27조(실종의 선고)
1. 부재자의 생사가 5년간 분명하지 않은 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 합니다. 2. 전지에 임한 자, 침몰한 선박 중에 있던 자, 추락한 항공기 중에 있던 자, 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한 자의 생사가 전쟁 종지 후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락, 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 않은 때에도 제1항과 같습니다.	

② "호스피스 완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률"에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그

이행은 제1조(보험금의 지급사유) "사망"의 원인 및 "사망보험금"지급에 영향을 미치지 않습니다.

3 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보장의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 일반상해사망보험금이 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 보장은 소멸되며 이 보장의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정하지 않는 사유로 사망하는 경우에는 이 보장도 소멸하며 회사는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 보장의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은 일반조항을 따릅니다.

2. 일반상해후유장해(3~100%) 【갱신계약】 (【갱신계약】 은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 상해로 장해분류표(【별표1】(장해분류표) 참조. 이하 같습니다)에서 정한 3~100% 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 장해분류표에서 정한 장해지급률을 이 보장의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 일반상해후유장해(3~100%)보험금으로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부

터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

2 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

3 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

4 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

5 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

6 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

7 이미 이 보장에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에

서 이를 차감하여 지급합니다.

예 시	장해지급률 계산
보험가입 전 한 다리의 관절에 약간의 장해(지급률 5%)가 있었던 피보험자가 보험가입 후 상해로 그 다리의 해당관절이 기능을 완전히 잃은 경우(지급률 30%) ⇒ 보험가입 후 상해로 인한 장해지급률(30%)에서 보험가입 전 장해지급률(5%)을 차감한 지급률 25%에 해당하는 후유장해보험금을 지급	

8 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제3조(보장의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 보장도 소멸되며 회사는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 보장의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은 일반조항을 따릅니다.

3. 일반상해80%이상후유장해【갱신계약】 (【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 상해로 장해분류표(【별표1】(장해분류표) 참조. 이하 같습니다)에서 정한 80%이상 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 최초 1회에 한하여 이 보장의 보험가입금액 전액을 일반상해80%이상후유장해보험금으로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅

니다.

2 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

3 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

4 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

5 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

6 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

7 이미 이 보장에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

제3조(보장의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 일반상해80% 이상후유장해보험금이 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 보장은 소멸되며 이 보장의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 보장도 소멸되며 회사는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 보장의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은 일반조항을 따릅니다.

4. 질병80%이상후유장해【갱신계약】 (【갱신계약】 은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 진단 확정된 질병으로 장해분류표(【별표1】(장해분류표) 참조. 이하 같습니다)에서 정한 지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 최초 1회에 한하여 이 보장의 보험가입금액 전액을 질병 80%이상후유장해보험금으로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유) 장해지급률이 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

2 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병의 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병의 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

3 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업,

연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

4 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

5 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

6 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

7 이미 이 보장에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

제3조(보장의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병80%이상 후유장해보험금이 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 보장은 소멸되며 이 보장의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 보장도 소멸되며 회사는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 보장의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제4조(준용규정)
이 보장에서 정하지 않은 사항은 일반조항을 따릅니다.

5. 암진단비(유사암 제외)【갱신계약】
(【갱신계약】 은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 보장의 보험기간 중 암에 대한 보장개시일(이하 암보장개시일이라 합니다) 이후에 암으로 진단 확정되었을 때에는 최초 1회의 진단에 한하여 아래에 정한 금액을 암진단비(유사암 제외)로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액		
	최초의 계약		갱신된 계약
	보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
암(특정소액암 및 유사암제외)	이 보장의 보험가입금액 100%		이 보장의 보험가입금액 100%
특정소액암	이 보장의 보험가입금액 50%	이 보장의 보험가입금액 100%	이 보장의 보험가입금액 100%

2 제1항의 경우 암보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

3 제2항에도 불구하고 일반조항 제27조(계약의 자동갱신)에서 정한 방법에 따라 갱신된 계약의 암의 보장개시일은 이 보장의 갱신일로 합니다.

예 시	암의 보장개시일



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

2 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 제3조(암의 정의 및 진단확정)에서 정한 "암(특정소액암 및 유사암 제외)" 또는 "특정소액암"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(보장의 소멸) 제2항에 따라 이 보장의 책임준비금을 지급한 경우에는, 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

제3조(암의 정의 및 진단확정)

1 이 보장에 있어서 "암(특정소액암 및 유사암 제외)"이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병【별표3】(악성신생물(암) 분류표) 중에서 특정소액암으로 분류되는 질병【별표4】(특정소액암 분류표)을 제외한 암을 말합니다.

다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병, 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병 또는 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 제외합니다.

유 의 사 항	
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.	

예 시	원발부위(최초 발생한 부위) 기준
· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다. · C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다. · C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.	

2 이 보장에 있어서 "특정소액암"이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병 【별표4】(특정소액암 분류표)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 제외합니다.

3 암의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(보장의 무효)

회사는 일반조항의 제23조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 피보험자가 이 보장의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 암보장개시일의 전일 이전에 암으로 진단확정되는 경우에는 이 보장은 무효로 하며 이미 납입한 이 보장의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제5조(보장의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 암진단비(유사암 제외)가 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 보장은 소멸되며 이 보장의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 보장도 소멸되며 회사는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 보장의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 보장의 보장개시는 일반조항 제34조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은 일반조항을 따릅니다.

6. 뇌졸중진단비【갱신계약】 (【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 뇌졸중으로 진단확정된 경우에는 최초 1회의 진단에 한하여 아래에 정한 금액을 뇌졸중진단비로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액		
	최초의 계약		갱신된 계약
	보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
뇌졸중진단비	이 보장의 보험가입금액 50%	이 보장의 보험가입금액 100%	이 보장의 보험가입금액 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금

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

2 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 제3조(뇌졸중의 정의 및 진단확정)에서 정한 "뇌졸중"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제4조(보장의 소멸) 제2항에 따라 이 보장의 책임준비금을 지급한 경우에는, 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

제3조(뇌졸중의 정의 및 진단확정)

1 이 보장에 있어서 "뇌졸중"이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 【별표7】(뇌졸중 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 뇌졸중의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외)자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "뇌졸중"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

3 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 뇌졸중으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 뇌졸중으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(보장의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌졸중진단비

가 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 보장은 소멸되며 이 보장의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 보장도 소멸되며 회사는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 보장의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은 일반조항을 따릅니다.

7. 급성심근경색증진단비【갱신계약】 (【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 급성심근경색증으로 진단 확정된 경우에는 최초 1회의 진단에 한하여 아래에 정한 금액을 급성심근경색증진단비로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액		
	최초의 계약		갱신된 계약
	보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
급성심근경색증진단비	이 보장의 보험가입금액 50%	이 보장의 보험가입금액 100%	이 보장의 보험가입금액 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

2 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 제3조(급성심근경색증의 정의 및 진단확정)에서 정한 "급성심근경색증"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다

만, 제4조(보장의 소멸) 제2항에 따라 이 보장의 책임준비금을 지급한 경우에는, 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

제3조(급성심근경색증의 정의 및 진단확정)

1 이 보장에 있어서 "급성심근경색증"이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 【별표8】(급성심근경색증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 급성심근경색증의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외)자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액 중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "급성심근경색증"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

3 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 급성심근경색증으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(보장의 소멸)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 급성심근경색증진단비가 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 보장은 소멸되며 이 보장의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 보장도 소멸되며 회사는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 보장의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은 일반조항을 따릅니다.

8. 유사암진단비【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 보장의 보험기간 중 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단확정 되었을 때에는 각각 최초 1회의 진단에 한하여 아래에 정한 금액을 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액		
	최초의 계약		갱신된 계약
	보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
기타피부암진단비 제자리암 진단비 경계성종양진단비 갑상선암 진단비	이 보장의 보험가입금액 50%	이 보장의 보험가입금액 100%	이 보장의 보험가입금액 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

2 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 제3조(기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)에서 정한 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 또는 "경계성종양"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제4조(보장의 소멸) 제2항에 따라 이 보장의 책임준비금을 지급한 경우에는, 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

제3조(기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)

1 이 보장에 있어서 "기타피부암"이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 분류번호 C44(기타 피부의 악

성 신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

2 이 보장에 있어서 "갑상선암"이라 함은 제7차 한국표준 질병사인분류에 있어서 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

3 이 보장에 있어서 "제자리암"이라 함은 제7차 한국표준 질병사인분류에 있어서 제자리 신생물로 분류되는 질병(【별표5】(제자리 신생물 분류표) 참조)을 말합니다.

4 이 보장에 있어서 "경계성종양"이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병(【별표6】(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표) 참조)을 말합니다.

5 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 기타피부암, 제자리암, 경계성종양 및 갑상선암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(보장의 소멸)

1 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양으로 각각 진단받아 유사암진단비를 각 1회씩 총 4회 지급받은 경우 최종 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 보장은 소멸되며 이 보장의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 보장도 소멸되며 회사는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 보장의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은 일반조항을 따릅니다.

9. 101대질병수술비

9-1. 101대질병수술비 I 【갱신계약】
(【갱신계약】 은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 10대질병으로 진단이 확정되고 그 10대질병의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 수술 1회당 아래에서 정한 금액을 101대질병수술비 I 로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액		
	최초의 계약		갱신된 계약
	보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
101대질병수술비 I (10대질병수술보장)	이 보장의 보험가입금액 50%	이 보장의 보험가입금액 100%	이 보장의 보험가입금액 100%

2 제1항에도 불구하고 제4조(수술의 정의와 장소) 제3항의 레이저(Laser)수술의 경우 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복지급이 가능합니다.

부 가 설 명 | 10대질병 요약

이 보장에 있어서 "10대질병"은 【별표9-1】(10대질병 분류표)에 해당하는 아래의 질병을 말합니다.

구 분	해당 질병
10대질병	당뇨병질환, 심장질환, 고혈압질환, 뇌혈관질환, 간질환, 대동맥류, 기관지·폐의 특정질환, 만성하부호흡기질환, 신부전, 수막의 양성종양

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자

는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조("10대질병"의 정의 및 진단확정)

1 이 보장에 있어서 "10대질병"이라 함은 【별표9-1】(10대질병 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 "10대질병"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외)자격증을 가진 자에 의해 내려져야 합니다. 뇌혈관질환(I60~I69)의 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을, 허혈심장질환(I20~I25)의 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "10대질병"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

1 이 보장에 있어서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관) 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

용 어 풀 이	신의료기술평가위원회
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.	

3 제1항의 수술에서 당뇨병성 망막병증 등 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다.

4 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)

5 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

용 어 풀 이	
· **절단** : 특정부위를 잘라 내는 것	
· **절제** : 특정부위를 잘라 없애는 것	
· **흡인** : 주사기 등으로 빨아들이는 것	
· **천자** : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것	

제5조(보장의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 보장도 소멸되며 회사는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 보장의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은 일반조항을 따릅니다.

9-2. 101대질병수술비Ⅱ【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 27대질병으로 진단이 확정되고 그 27대질병의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 수술 1회당 아래에서 정한 금액을 101대질병수술비Ⅱ로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액		
	최초의 계약		갱신된 계약
	보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
101대질병수술비Ⅱ (27대질병수술보장)	이 보장의 보험가입 금액 50%	이 보장의 보험가입 금액 100%	이 보장의 보험가입 금액 100%

2 제1항에도 불구하고 제4조(수술의 정의와 장소) 제3항의 레이저(Laser)수술의 경우 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복지급이 가능합니다.

부 가 설 명	27대질병 요약

이 보장에 있어서 "27대질병"은 【별표9-2】(27대질병 분류표)에 해당하는 아래의 질병을 말합니다.

구 분	해당 질병
27대질병	결핵, 갑상선질환, 안면신경장애, 동맥경화증, 폐부종, 폐렴, 특정호흡기질환, 폐질환, 위·십이지장궤양, 녹내장, 자율신경계통의 장애, 파킨슨병, 패혈증, 부갑상선질환, 다발경화증, 뇌하수체질환, 뇌 및 척수의 염증성질환, 뇌성마비, 뇌전증, 수두증, 수막염, 사구체질환, 신세뇨관-간질질환, 하부호흡계통 및 흉곽의 양성종양, 신장 및 요관의 기타장애, 뇌 및 중추신경계통의 양성종양, 갑상선 및 내분비선의 양성종양

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조("27대질병"의 정의 및 진단확정)

1. 이 보장에 있어서 "27대질병"이라 함은 【별표9-2】(27대질병 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
2. "27대질병"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외)자격증을 가진 자에 의해 내려져야 합니다. 또한 회사가 "27대질병"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

1 이 보장에 있어서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관) 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

용 어 풀 이	신의료기술평가위원회
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.	

3 제1항의 수술에서 녹내장 등 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다.

4 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)

5 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

용 어 풀 이	
· **절단** : 특정부위를 잘라 내는 것 · **절제** : 특정부위를 잘라 없애는 것 · **흡인** : 주사기 등으로 빨아들이는 것 · **천자** : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것	

제5조(보장의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 보장도 소멸되며 회사는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 보장의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)
이 보장에서 정하지 않은 사항은 일반조항을 따릅니다.

9-3. 101대질병수술비III【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 21대질병으로 진단이 확정되고 그 21대질병의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 수술 1회당 아래에서 정한 금액을 101대질병수술비III로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액		
	최초의 계약		갱신된 계약
	보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
101대질병수술비III (21대질병수술보장)	이 보장의 보험가입 금액 50%	이 보장의 보험가입 금액 100%	이 보장의 보험가입 금액 100%

부 가 설 명 | 21대질병 요약

이 보장에 있어서 "21대질병"은 【별표9-3】(21대질병 분류표)에 해당하는 아래의 질병을 말합니다.

구 분	해당 질병
21대질병	특정장질환, 급성췌장염, 췌장질환, 위공장궤양, 비장질환, 비감염성장염 및 결장염, 동맥 및 세동맥의 질환, 중증근무력증, 손목터널증후군, 단일신경병증, 마비, 척추변형, 척추병증, 추간판장애, 전신결합조직장애, 유방의 장애, 난소 및 난관의 질환, 난소의 양성종양, 간 담관 췌장의 양성종양, 유방의 양성종양, 골 및 관절연골의 양성종양

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조("21대질병"의 정의 및 진단확정)

1 이 보장에 있어서 "21대질병"이라 함은 【별표9-3】(21대질병 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 "21대질병"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외)자격증을 가진 자에 의해 내려져야 합니다. 또한 회사가 "21대질병"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

1 이 보장에 있어서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관) 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

용 어 풀 이	신의료기술평가위원회
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.	

3 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)

4 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2

항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련 법에서 정한 의료기관을 말합니다.

용 어 풀 이	
· **절단** : 특정부위를 잘라 내는 것	
· **절제** : 특정부위를 잘라 없애는 것	
· **흡인** : 주사기 등으로 빨아들이는 것	
· **천자** : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것	

제5조(보장의 소멸)
피보험자가 사망하였을 경우에는 이 보장도 소멸되며 회사는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 보장의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)
이 보장에서 정하지 않은 사항은 일반조항을 따릅니다.

9-4. 101대질병수술비IV【갱신계약】 (【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)
1 회사는 피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 41대질병으로 진단이 확정되고 그 41대질병의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 수술 1회당 아래에서 정한 금액을 101대질병수술비IV로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액		
	최초의 계약		갱신된 계약
	보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
101대질병수술비IV (41대질병수술보장)	이 보장의 보험가입금액 50%	이 보장의 보험가입금액 100%	이 보장의 보험가입금액 100%

2 제1항에도 불구하고 제4조(수술의 정의와 장소) 제3항의 레이저(Laser)수술의 경우 수술개시일부터 60일 이내 2회

이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복지급이 가능합니다.

부 가 설 명 | 41대질병 요약

이 보장에 있어서 "41대질병"은 【별표9-4】(41대질병 분류표)에 해당하는 아래의 질병을 말합니다.

구 분	해당 질병
41대질병	관절염 및 다발관절병증, 관절증, 관절장애, 누적외상성질환, 황반변성, 눈 및 눈부속기관의 특정질환, 유리체의 장애, 시신경 및 시각로의 장애, 중이염, 중이 및 유돌의 질환, 내이의 질환, 림프절염, 통풍, 사지후천변형, 골다공증, 뼈의병증, 연골병증, 식도질환, 위십이지장질환, 담낭담도질환, 담석증, 복막의 질환, 사타구니탈장, 특정부위의탈장, 축농증, 급성상기도감염, 편도염, 후각특정질환, 인후부위특정질환, 방광의 결석, 비뇨계통의 기타질환, 전립선질환, 남성생식기관의 질환, 여성 골반내기관의 염증성 질환, 여성생식관의 비염증성 질환, 소화계통의 양성종양, 상부호흡계통의 양성종양, 조직의 양성종양, 생식기 양성종양, 비뇨기관의 양성종양, 눈의 양성종양

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조("41대질병"의 정의 및 진단확정)

1 이 보장에 있어서 "41대질병"이라 함은 【별표9-4】(41대질병 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 "41대질병"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외)자격증을 가진 자에 의해 내려져야 합니다. 또한 회사가 "41대질병"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

1 이 보장에 있어서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관) 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

용 어 풀 이	신의료기술평가위원회
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.	

3 제1항의 수술에서 황반변성 등 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다.

4 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)

5 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

용 어 풀 이	

- **절단** : 특정부위를 잘라 내는 것
- **절제** : 특정부위를 잘라 없애는 것
- **흡인** : 주사기 등으로 빨아들이는 것
- **천자** : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

제5조(보장의 소멸)
피보험자가 사망하였을 경우에는 이 보장도 소멸되며 회사는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 보장의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)
이 보장에서 정하지 않은 사항은 일반조항을 따릅니다.

9-5. 101대질병수술비Ⅴ【갱신계약】 (【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 백내장으로 진단이 확정되고 그 백내장의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 수술 1회당 아래에서 정한 금액을 101대질병수술비Ⅴ로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액		
	최초의 계약		갱신된 계약
	보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
101대질병수술비Ⅴ(백내장수술보장)	이 보장의 보험가입금액 50%	이 보장의 보험가입금액 100%	이 보장의 보험가입금액 100%

2 제1항에도 불구하고 제4조(수술의 정의와 장소) 제3항의 레이저(Laser)수술의 경우 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복지급이 가능합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조("백내장"의 정의 및 진단확정)

1 이 보장에 있어서 "백내장"이라 함은 【별표9-5】(백내장 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 "백내장"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외)자격증을 가진 자에 의해 내려져야 합니다. 또한 회사가 "백내장"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

1 이 보장에 있어서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관) 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

용 어 풀 이	신의료기술평가위원회
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.	

3 제1항의 수술에서 백내장으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다.

4 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치

3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)

5 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련 법에서 정한 의료기관을 말합니다.

용 어 풀 이	
· **절단** : 특정부위를 잘라 내는 것	
· **절제** : 특정부위를 잘라 없애는 것	
· **흡인** : 주사기 등으로 빨아들이는 것	
· **천자** : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것	

제5조(보장의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 보장도 소멸되며 회사는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 보장의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은 일반조항을 따릅니다.

9-6. 101대질병수술비VI【갱신계약】
(【갱신계약】은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 치핵으로 진단이 확정되고 그 치핵의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 수술 1회당 아래에서 정한 금액을 101대질병수술비VI로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

구 분	지 급 금 액		
	최초의 계약		갱신된 계약
	보험계약일부터 1년미만	보험계약일부터 1년이상	
101대질병수술비VI (치핵수술보장)	이 보장의 보험가입금액 50%	이 보장의 보험가입금액 100%	이 보장의 보험가입금액 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조("치핵"의 정의 및 진단확정)

1 이 보장에 있어서 "치핵"이라 함은 【별표9-6】(치핵 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 "치핵"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외)자격증을 가진 자에 의해 내려져야 합니다. 또한 회사가 "치핵"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

1 이 보장에 있어서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관) 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

용 어 풀 이	신의료기술평가위원회
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.	

3 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)

4 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2

항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련 법에서 정한 의료기관을 말합니다.

용 어 풀 이	

- **절단** : 특정부위를 잘라 내는 것
- **절제** : 특정부위를 잘라 없애는 것
- **흡인** : 주사기 등으로 빨아들이는 것
- **천자** : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

제5조(보장의 소멸)

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 보장도 소멸되며 회사는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 보장의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은 일반조항을 따릅니다.

제도성 특별약관

1. 이륜자동차 운전중 상해 부담보

제1조(계약의 체결 및 효력)

1 이 특별약관은 보험계약(보통약관 및 다른 특별약관이 부가된 경우에는 그 특별약관도 포함합니다. 이하 "보험계약"이라 합니다)를 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 보험계약에 부가하여 이루어집니다.

2 이 특별약관의 효력발생일은 보통약관 일반조항 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

3 보험계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

4 이 특별약관은 피보험자가 이륜자동차를 소유, 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동 등으로 주기적으로 운전하는 경우에 한하며 일회적인 사용은 제외), 관리하는 경우에 한하여 부가하여 이루어집니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 보험계약의 내용에도 불구하고 피보험자가 보험기간 중에 이륜자동차를 운전(탑승을 포함합니다. 이하 같습니다)하는 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 상해사고를 직접적인 원인으로 보험계약에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에 보험금을 지급하지 않습니다. 다만, 피보험자가 이륜자동차를 직업, 직무 또는 동호회활동 등 주기적으로 운전(탑승을 포함합니다)한 사실을 회사가 입증하지 못한 때에는 보험금을 지급합니다.

2 제1항의 이륜자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 이륜자동차로 총배기량 또는 정격출력의 크기와 관계없이 1인 또는 2인의 사람을 운송하기에 적합하게 제작된 이륜의 자동차 및 그와 유사한 구조로 되어 있는 자동차를 말하며, 도로교통법(하위 법령, 규칙 포함)에 정한 "원동기장치자전거"를 포함합니다.

용 어 풀 이	

퍼스널모빌리티(세그웨이, 전동휠, 전동킥보드 등)는 자동차관리법에 정한 "이륜자동차", 도로교통법에 정한 "원동기장치자전거"에 포함됩니다.

3 제2항에서 "그와 유사한 구조로 되어 있는 자동차"는 다음 각 호에 해당하는 자동차를 포함합니다.
1. 이륜인 자동차에 측차를 붙인 자동차
2. 조향장치의 조작방식, 동력전달방식 또는 원동기 냉각방식 등이 이륜의 자동차와 유사한 구조로 되어 있는 삼륜 또는 사륜의 자동차로서 승용자동차에 해당하지 않는 자동차
3. 전동기를 이용한 동력발생장치를 사용하는 삼륜 또는 사륜의 자동차로서 승용자동차에 해당하지 않는 자동차

4 제2항 및 제3항에서 자동차관리법(하위 법령, 규칙 포함) 및 도로교통법(하위 법령, 규칙 포함)변경시 변경된 내용을 적용합니다.

5 피보험자에게 보험사고가 발생했을 경우 그 사고가 이륜자동차를 운전하는 도중에 발생한 사고인가 아닌가는 계약자 또는 피보험자가 거주하는 관할 경찰서에서 발행한 사고처리 확인원 등으로 결정합니다.

제3조(해지된 특별약관의 부활(효력회복))
회사는 이 특별약관의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 보험계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보통약관 일반조항 제34조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) 및 제35조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))에 따라 보험계약과 동시에 이 특별약관의 부활(효력회복)을 취급합니다.

제4조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보험계약을 따릅니다.

2. 보험료 자동납입

제1조(보험료의 납입)
계약자는 제2회 이후의 보험료부터 이 보험료 자동납입 특별약관(이하 "특별약관"이라 합니다)에 따라 계약자의 거래은행 지정계좌를 이용하여 보험료를 자동 납입합니다.

제2조(보험료의 영수)
자동납입일자는 이 보험계약 청약서에 기재된 보험료 납입 해당일에도 불구하고 매월 회사가 정하는 날 중 계약자가 희망하는 일자로 합니다.

제3조(계약후 알릴 의무)
계약자는 지정계좌의 번호가 변경 또는 거래 정지된 경우에는 이 사실을 즉시 회사에 알려야 합니다.

제4조(준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

가. 초회보험료자동납입 추가

제1조(보험료의 납입)
1 보험계약자가 제1회 보험료의 납입방법을 계약자의 거래은행 지정 계좌를 통한 자동납입으로 가입하고자 하는 경우에, 회사는 청약서를 접수하고 자동이체신청에 필요한 정보를 제공한 때를 청약일 및 제1회 보험료 납입일로 하여 보통약관 일반조항 제20조(보험계약의 성립)의 규정을 적용합니다. 다만, 계약자의 책임있는 사유로 보험료의 납입이 불가능한 경우에는 거래은행의 지정계좌로부터 제1회 보험료가 이체된 날을 청약일 및 제1회 보험료 납입일로 합니다.
2 제1항의 경우에 회사는 청약서를 접수한 날로부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 금융기관의 해당 계좌에서 제1회 보험료를 받고 보험증권을 드립니다.

제2조(계약후의 알릴의무)
계약자는 지정계좌의 번호가 변경 또는 거래정지된 경우에는 이 사실을 즉시 회사에 알려야 합니다.

제3조(준용규정)
이 초회보험료자동납입 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 보험료자동납입 특별약관을 따릅니다.

3. 특정 신체부위 및 질병 보장제한부 인수

제1조(특별약관의 체결 및 효력)

① 이 특별약관은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 보험계약(보험약관을 말하며, 특별약관이 부가된 경우에는 그 특별약관을 포함합니다. 이하 같습니다)에 부가하여 이루어집니다. 단, 제2호에 해당하는 경우 계약자의 동의가 필요합니다.

1. 보험계약을 체결할 때 피보험자의 건강상태가 보험회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우
2. 보험계약을 체결한 후 보통약관 일반조항 제18조(알릴 의무 위반의 효과) 등으로 보장을 제한하는 경우

② 제1항에 따라 보장을 제한하는 범위는 의학적으로 인과관계가 있다고 입증된 경우 혹은 경험통계적으로 인과관계가 유의성있게 입증된 경우 등 피보험자의 과거 병력과 관련이 있는 특정 신체부위 또는 특정 질병(【별표10】(특정 신체부위 질병 분류표Ⅲ) 참조)으로 제한하여 적용하며, 그 판단기준은 회사에서 정한 계약사정기준을 따릅니다. 또한 회사는 이 특별약관이 부가된 경우 계약자에게 보장제한부 인수 범위 및 사유를 설명하여 드립니다.

③ 이 특별약관에 대한 회사의 보장개시일은 보통약관 일반조항 제29조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

④ 보험계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

⑤ 보통약관 및 이 특별약관에서 정한 보장개시일 이전에 발생한 질병에 대하여 계약을 무효로 하는 경우에도 다음 각호의 경우에는 계약을 무효로 하지 않습니다.

1. 제2조(특별면책(회사가 보험금을 지급하지 않는)조건의 내용) 제1항 제1호에서 정한 특정 신체부위에 발생한 질병에 대하여 회사가 보험금을 지급하지 않는 조건으로 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정 신체부위에 질병이 발생한 경우
2. 제2조(특별면책(회사가 보험금을 지급하지 않는)조건의 내용) 제1항 제2호에서 정한 특정질병에 대하여 회사가 보험금을 지급하지 않는 조건으로 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정질병이 발생한 경우

제2조(특별면책(회사가 보험금을 지급하지 않는)조건의 내용)

1 이 특별약관에서 정한 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간 중에 【별표10】(특정 신체부위·질병 분류표Ⅲ)중에서 다음 각 호의 질병을 직접적인 원인으로 보험계약에서 정한 보험금지급사유 또는 보장보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 회사는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 다만 질병으로 인하여 사망하거나 또는 그 질병이 치유된 후 직접결과로써 신체의 일부를 잃었거나 그 기능이 영구히 상실(이하"후유장해"라 합니다)되어 【별표1】(장해분류표)에서 정한 지급률이 80%이상 장해지급률에 해당하는 후유장해가 남았을 경우에는 이를 적용하지 않습니다.

1. 회사가 지정한 신체부위(이하 "특정 신체부위"라 합니다)에 발생한 질병 (【별표10-1】(특정 신체부위 분류표Ⅲ)) 또는 특정 신체부위에 발생한 질병의 전이로 인하여 특정 신체부위 이외의 신체 부위에 발생한 질병(단, 전이는 합병증으로 보지 아니합니다)
2. 회사가 지정한 질병(이하"특정질병"이라 합니다) (【별표10-2】(특정질병 분류표Ⅲ))

2 제1항의 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간은 특정 신체부위 또는 특정질병의 상태에 따라 "1년부터 5년" 또는 "보험계약의 보험기간 전체"로 하며, 그 판단기준은 회사에서 정한 계약사정기준을 따릅니다. 다만, 개개인의 질병의 상태 등에 대한 의사의 소견에 따라서 다르게 적용할 수 있습니다.

3 제2항에서 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간을 "보험계약의 보험기간 전체"로 적용한 경우 최초 보험계약 청약일부터 5년 이내에 제1항 제1호에서 정한 특정 신체부위에 발생한 질병 및 특정 신체부위에 발생한 질병의 전이로 인하여 특정 신체부위 이외의 신체부위에 발생한 질병, 또는 제1항 제2호에서 정한 특정질병으로 재진단 또는 치료를 받지 않은 경우에는 최초 보험계약 청약일부터 5년이 경과한 이후에는 이 특별약관을 적용하지 아니합니다.

4 제1항의 규정에도 불구하고 다음 사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 사유로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급하며, 보장보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 보험료 납입을 면제합니다.

1. 제1항 제1호에서 지정한 특정 신체부위에 발생한 질병의 합병증으로 인하여 특정 신체부위 이외의 신체부위에 발생한 질병으로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보장보험료 납입면제 사유가 발생한 경우
2. 제1항 제2호에서 지정한 특정질병의 합병증으로 인해 발생한 특정질병이외의 질병으로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보장보험료 납입면제 사유가 발생한 경우
3. 상해를 직접적인 원인으로 하여 보험금의 지급사유 또는 보장보험료 납입면제 사유가 발생한 경우

5 피보험자가 회사가 정한 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간의 종료일을 포함하여 계속하여 입원한 경우 그 입원에 대해서는 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간 종료일의 다음날을 입원의 개시일로 인정하여 보험금을 지급합니다.

6 피보험자에게 보험사고가 발생했을 경우, 그 사고가 특정 신체부위 또는 특정질병을 직접적인 원인으로 발생한 사고인가 아닌가는 의사의 진단서와 의견을 주된 판단자료로 결정합니다.

7 제1항의 특정 신체부위와 특정질병을 합하여 4개 이내에서 선택하여 부가할 수 있습니다.

제3조(해지된 특별약관의 부활(효력회복))

회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 보험계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보통약관 일반조항 제34조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) 및 제35조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))에 따라 이 특별약관의 부활(효력회복)을 취급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항에 대하여는 보통약관 및 해당 특별약관의 규정을 따릅니다.

4. 장애인전용보험전환

제1조(적용범위)

① 이 특별약관은 회사가 정한 방법에 따라 계약자가 청약(請約)하고 회사가 승낙(承諾)함으로써 다음 각 호의 조건을 모두 만족하는 보험계약(이하 "전환대상계약"이라 합니다)에 대하여 장애인전용보험으로 전환을 청약하는 경우에 적용합니다.

1. 소득세법 제59조의4(특별세액공제) 제1항 제2호에 따라 보험료가 특별세액공제의 대상이 되는 보험

관 련 법 규	소득세법

· 소득세법 제59조의 4(특별세액공제)

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)

· 소득세법 시행령 제118조의 4(보험료의 세액공제)

① 소득세법 제59조의 4 제1항 제1호에서 "대통령령으로 정하는 장애인전용보장성보험료"란 제2항 각 호에 해당하는 보험, 공제로서 보험, 공제 계약 또는 보험료, 공제료 납입영수증에 장애인전용보험, 공제로 표시된 보험, 공제의 보험료, 공제료를 말한다.

② 소득세법 제59조의 4 제1항 제2호에서 "대통령령으로 정하는 보험료"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 보험, 보증, 공제의 보험료, 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 "대한소방공제회법"에 따른 공제
6. 주택 임차보증금의 반환을 보증하는 것을 목적으로 하는 보험·보증. 다만, 보증대상 임차보증금이 3억원을 초과하는 경우는 제외한다.

· 소득세법 시행규칙 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.

2. 모든 피보험자 또는 모든 보험수익자가 소득세법 시행령 제107조(장애인의 범위) 제1항에서 규정한 장애인인 보험

관 련 법 규	소득세법

· 소득세법 시행령 제107조(장애인의 범위)에서 규정한 장애인

1. "장애인복지법"에 따른 장애인 및 "장애아동 복지지원법"에 따른 장애아동 중 기획재정부령으로 정하는 사람
2. "국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률"에 의한 상이자 및 이와 유사한 사람으로서 근로능력이 없는 사람
3. 제1호 및 제2호 외에 항시 치료를 요하는 중증환자

· 소득세법 시행규칙 제54조(장애아동의 범위)

영 제107조제1항제1호에서 "기획재정부령으로 정하는 사람"이란 "장애아동 복지지원법" 제21조제1항에 따른 발달재활서비스를 지원받고 있는 사람을 말한다.

예 시	이 특별약관을 적용할 수 없는 사례

· **전환대상계약의 피보험자 1인은 비장애인이고 보험수익자 2인 중 한명은 비장애인, 한명은 장애인인 경우**

⇒ 모든 보험수익자가 장애인이 아니므로 이 특별약관을 적용할 수 없습니다.

· **전환대상계약의 보험수익자 1인은 비장애인이고 피보험자 2인 중 한명은 비장애인, 한명은 장애인인 경우**

⇒ 모든 피보험자가 장애인이 아니므로 이 특별약관을 적용할 수 없습니다.

· **전환대상계약의 피보험자는 비장애인이고 보험수익자가 법정상속인(장애인)인 경우**

⇒ 현재 법정상속인이 장애인이라고 하더라도 이 특별약관을 적용할 수 없습니다. 장애인전용보험으로 전환을 원할 경우 수익자 지정이 필요합니다.

2 전환대상계약이 해지(解止) 또는 기타 사유로 효력이 없게 된 경우 또는 전환대상계약이 제1항에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다.

3 제2조(제출서류) 제1항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료된 경우에는 제3조(장애인전용보험으로의 전환) 제1항에도 불구하고 이 특별약관은 그때부터 효력이 없습니다.

4 이 특별약관의 계약자는 전환대상계약의 계약자와 동일하여야 합니다.

제2조(제출서류)

1 이 특별약관에 가입하고자 하는 계약자는 모든 피보험자 또는 모든 보험수익자의 "소득세법 시행규칙 별지 제38호 서식에 의한 장애인증명서의 원본 또는 사본"(이하 "장애인증명서"라 합니다)을 제출하여 제1조(적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건에 해당함을 회사에 알려야 합니다.

2 제1항에도 불구하고 국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률에 따른 상이자의 증명을 받은 사람 또는 장애인복지법에 따른 장애인등록증을 발급받은 사람에 대해서는 해당 증명서 장애인등록증의 사본이나 그 밖의 장애 사실을 증명하는 서류를 제출하는 경우에는 제 1항의 장애인증명서는 제출하지 않을 수 있습니다.

3 장애인으로서 그 장애기간이 기재된 장애인증명서를 제1

항 따라 회사에 제출한 때에는 그 장애기간 동안은 이를 다시 제출하지 않을 수 있습니다.

4 제1항에 따라 제출한 장애인증명서의 장애기간이 변경되는 경우 계약자는 이를 회사에 알리고 변경된 장애기간이 기재된 장애인증명서를 제출하여야 합니다.

제3조(장애인전용보험으로의 전환)

1 회사는 이 특별약관이 부가된 전환대상계약을 소득세법 제59조의4(특별세액공제) 제1항 제1호에 해당하는 장애인전용보험으로 전환하여 드립니다.

2 제1항에 따라 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 후부터 납입된 전환대상계약 보험료는 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성보험료로 표시됩니다.

예 시	특별세액공제 대상 기간 예시
2020년 1월 15일에 전환대상계약에 가입한 계약자가 2020년 6월 1일에 이 특별약관을 청약하고 회사가 승낙하여 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 경우, 이 특별약관을 청약하기 전(2020년 1월 15일~ 2020년 5월 31일)에 납입된 보험료는 해당 연도 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성 보험료로 표시되지 않고 특별세액공제 대상에 포함되지 않으며, 장애인전용보험으로 전환된 이후(2020년6월1일~2020년12월31일) 납입된 보험료만 2020년 특별세액공제 대상이 됩니다.	

3 제2항에도 불구하고, "전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 해당 연도에 제4조(전환 취소)에 따라 전환을 취소하는 경우"에는 해당 연도에 납입한 모든 전환대상계약보험료가 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성보험료로 표시되지 않습니다. 단, 제2조(제출서류)제1항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료됨에 따라 제1조(적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우에는 이 조항이 적용되지 않습니다.

예 시	특별세액공제 대상 기간 예시
	2020년 1월 15일에 전환대상계약에 가입한 계약자가 2020년 6월 1일에 이 특별약관을 청약하고 회사가 승낙하여 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환되었으나 2020년 12월 1일에 전환을 취소한 경우, 이 전환대상계약에 납입된 모든 보험료는 해당 연도 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성 보험료로 표시되지 않으며 소득세법에 따라 보험료의 100분의 15에 해당하는 금액이 종합소득산출세액에서 공제되지 않습니다.

4 전환대상계약에 이 특별약관이 부가된 이후 제4조(전환 취소)에 따라 전환을 취소한 경우 또는 전환대상계약이 제1조(적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않아 이 특별약관의 효력이 없어진 경우 해당 전환대상계약에는 이 특별약관을 다시 부가할 수 없습니다. 단, 제2조(제출서류) 제1항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료됨에 따라 전환대상계약이 제1조(특별약관의 적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우에는 이 조항이 적용되지 않습니다.

제4조(전환 취소)

계약자는 전환대상계약에 대하여 장애인전용보험으로의 전환을 취소할 수 있으며, 이 경우 전환취소 신청서를 회사에 제출하여야 합니다.

제5조(준용규정)

1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항에 대하여는 전환대상계약 약관, 소득세법 등 관련법규에서 정하는 바에 따릅니다.

2 소득세법 등 관련법규가 제·개정 또는 폐지되는 경우 변경된 법령을 따릅니다.

별표

별표1	장해분류표

1 총칙

1. 장해의 정의

1) '장해' 라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아 있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태 및 기능상실 상태를 말한다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장해에 포함되지 않는다.
2) '영구적' 이라 함은 원칙적으로 치유하는 때 장래 회복할 가망이 없는 상태로서 정신적 또는 육체적 훼손상태임이 의학적으로 인정되는 경우를 말한다.
3) '치유된 후' 라 함은 상해 또는 질병에 대한 치료의 효과를 기대할 수 없게 되고 또한 그 증상이 고정된 상태를 말한다.
4) 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 한다.
5) 위 4)에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정한다.

2. 신체부위

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

3. 장해의 판정

1) 하나의 장해가 관찰 방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 지급률을 적용한다.
2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
3) 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 지급률을 합산한 지급률과 최초 장해의 지급률을 비교하여 그 중 높은 지급률을 적용한다.
4) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장해의 판정대상에 포함되지 않는다.
   다만, 뇌사판정을 받은 경우가 아닌 식물인간상태(의식이 전혀 없고 사지의 자발적인 움직임이 불가능하여 일상생활에서 항시 간호가 필요한 상태)는 각 신체부위별 판정기준에 따라 평가한다.
5) 장해진단서에는 ① 장해진단명 및 발생시기 ② 장해의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다.
   다만, 신경계·정신행동 장해의 경우 ① 개호(장해로 혼자서 활동이 어려운 사람을 곁에서 돌보는 것) 여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가로 기재하여야 한다.

2 장해분류별 판정기준

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 0.1 이하로 된 때	15
6) 한 눈의 교정시력이 0.2 이하로 된 때	5
7) 한 눈의 안구(눈동자)에 뚜렷한 운동장해나 뚜렷한 조절기능장해를 남긴 때	10
8) 한 눈에 뚜렷한 시야장해를 남긴 때	5
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 시력장해의 경우 공인된 시력 검사표에 따라 최소 3회 이상 측정한다.
2) '교정시력' 이라 함은 안경(콘텍트 렌즈를 포함한 모든 종류의 시력교정 수단)으로 교정한 원거리 최대교정시력을 말한다. 다만, 각막이식술을 받은 환자인 경우 각막이식술 이전의 시력상태를 기준으로 평가한다.
3) '한눈이 멀었을 때' 라 함은 안구의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나('광각무') 겨우 가릴 수 있는 경우('광각유')를 말한다.
4) '한눈의 교정시력이 0.02이하로 된 때' 라 함은 안전수동(Hand Movement)[주1], 안전수지(Finger Counting)[주2]상태를 포함한다.

주1) 안전수동 : 물체를 감별할 정도의 시력상태가 아니며 눈앞에서 손의 움직임을 식별할 수 있을 정도의 시력상태

주2) 안전수지 : 시표의 가장 큰 글씨를 읽을 수

있는 정도의 시력은 아니나 눈 앞 30㎝ 이내에서 손가락의 개수를 식별할 수 있을 정도의 시력상태

5) 안구(눈동자) 운동장해의 판정은 질병의 진단 또는 외상 후 1년 이상이 지난 뒤 그 장해 정도를 평가한다.

6) '안구(눈동자)의 뚜렷한 운동장해' 라 함은 아래의 두 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가) 한 눈의 안구(눈동자)의 주시야(머리를 움직이지 않고 눈만을 움직여서 볼 수 있는 범위)의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우

나) 중심 20도 이내에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 경우

7) '안구(눈동자)의 뚜렷한 조절기능장해' 라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 50세 이상(장해진단시 연령 기준)의 경우에는 제외한다.

8) '뚜렷한 시야 장해' 라 함은 한 눈의 시야 범위가 정상시야 범위의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다. 이 경우 시야검사는 공인된 시야검사방법으로 측정하며, 시야장해 평가 시 자동시야검사계(골드만 시야검사)를 이용하여 8방향 시야범위 합계를 정상범위와 비교하여 평가한다.

9) '눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때' 라 함은 눈꺼풀의 결손으로 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮이지 않는 경우를 말한다.

10) '눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 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 안구의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 안구가 적출되어 눈자위의 조직요몰(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 장해평가 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 결손된 때	10
7) 평형기능에 장해를 남긴 때	10

나. 장해판정기준

1) 청력장해는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB:decibel)로서 표시하고, 3회 이상의 청력검사를 실시한 후 적용한다. 다만, 각 측정치의 결과값 차이가 ±10dB 이상인 경우 청성뇌간반응검사(ABR)를 통해 객관적인 장해 상태를 재평가하여야 한다.
2) ‘한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때’라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB이상인 경우를 말한다.
3) ‘심한 장해를 남긴 때’라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB 이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰 소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
4) ‘약간의 장해를 남긴 때’라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB 이상인 경우에 해당되어, 50cm 이상의 거리에서는 보통의 말소리를

알아듣지 못하는 경우를 말한다.

5) 순음청력검사를 실시하기 곤란하거나(청력의 감소가 의심되지만 의사소통이 되지 않는 경우, 만 3세 미만의 소아 포함) 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 '언어청력검사, 임피던스 청력검사, 청성뇌간반응검사(ABR), 이음향방사검사' 등을 추가실시 후 장해를 평가한다.

다. 귓바퀴의 결손

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

라. 평형기능의 장해

1) '평형기능에 장해를 남긴 때'라 함은 전정기관 이상으로 보행 등 일상생활이 어려운 상태로 아래의 평형장해 평가항목별 합산점수가 30점 이상인 경우를 말한다.

항목	내 용	점수
검사 소견	양측 전정기능 소실	14
	양측 전정기능 감소	10
	일측 전정기능 소실	4
치료 병력	장기 통원치료(1년간 12회이상)	6
	장기 통원치료(1년간 6회이상)	4
	단기 통원치료(6개월간 6회이상)	2
	단기 통원치료(6개월간 6회미만)	0
기능 장해 소견	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) 평형기능의 장해는 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 치료 후 장해가 고착되었을 때 판정하며, 뇌병변 여부, 전정기능 이상 및 장해상태를 평가하기 위해 아래의 검사들을 기초로 한다.
가) 뇌영상검사(CT, MRI)
나) 온도안진검사, 전기안진검사(또는 비디오안진검사) 등

3. 코의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 코의 호흡기능을 완전히 잃었을 때	15
2) 코의 후각기능을 완전히 잃었을 때	5

나. 장해판정기준

1) '코의 호흡기능을 완전히 잃었을 때' 라 함은 일상생활에서 구강호흡의 보조를 받지 않는 상태에서 코로 숨쉬는 것만으로 정상적인 호흡을 할 수 없다는 것이 비강통기도검사 등 의학적으로 인정된 검사로 확인되는 경우를 말한다.
2) '코의 후각기능을 완전히 잃었을 때' 라 함은 후각신경의 손상으로 인하여 양쪽 코의 후각기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감퇴는 장해의 대상으로 하지 않는다.
3) 양쪽 코의 후각기능은 후각인지검사, 후각역치검사 등을 통해 6개월 이상 고정된 후각의 완전손실이 확인되어야 한다.
4) 코의 추상(추한 모습)장해를 수반한 때에는 기능장해의 지급률과 추상장해의 지급률을 합산한다.

4. 씹어먹거나 말하는 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 심한 장해를 남긴 때	100
2) 씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때	80
3) 말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때	60
4) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 뚜렷한 장해를 남긴 때	40
5) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
6) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 약간의 장해를 남긴 때	10
7) 씹어먹는 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. 장해판정기준

1) 씹어먹는 기능의 장해는 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)의 맞물림(교합), 배열상태 및 아래턱의 개구운동, 삼킴(연하)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.

2) '씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 심한 개구운동 제한이나 저작운동 제한으로 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.

3) '씹어먹는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때' 라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.

   가) 뚜렷한 개구운동 제한 또는 뚜렷한 저작운동 제한으로 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등)이외는 섭취하지 못하는 경우

   나) 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)

간 최대 개구운동이 1㎝이하로 제한되는 경우

다) 위·아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1.5㎝이상인 경우

라) 1개 이하의 치아만 교합되는 상태

마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취 시 흡인이 발생하고 연식 외에는 섭취가 불가능한 상태

4) '씹어먹는 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.

가) 약간의 개구운동 제한 또는 약간의 저작운동 제한으로 부드러운 고형식(밥, 빵 등)만 섭취 가능한 경우

나) 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치) 간 최대 개구운동이 2㎝이하로 제한되는 경우

다) 위·아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1㎝이상인 경우

라) 양측 각 1개 또는 편측 2개 이하의 치아만 교합되는 상태

마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취시 간헐적으로 흡인이 발생하고 부드러운 고형식 외에는 섭취가 불가능한 상태

5) 개구장해는 턱관절의 이상으로 개구운동 제한이 있는 상태를 말하며, 최대 개구상태에서 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 거리를 기준으로 한다. 단, 가운데 앞니(중절치)가 없는 경우에는 측정가능한 인접 치아간 거리의 최대치를 기준으로 한다.

6) 부정교합은 위턱(상악)과 아래턱(하악)의 부조화로 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)가 전방 및 측방으로 맞물림에 제한이 있는 상태를 말한다.

7) '말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.

가) 언어평가상 자음정확도가 30%미만인 경우

나) 전실어증, 운동성실어증(브로카실어증)으로 의사소통이 불가한 경우

8) '말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은

아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.

가) 언어평가상 자음정확도가 50%미만인 경우

나) 언어평가상 표현언어지수 25 미만인 경우

9) '말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.

가) 언어평가상 자음정확도가 75%미만인 경우

나) 언어평가상 표현언어지수 65 미만인 경우

10) 말하는 기능의 장해는 1년 이상 지속적인 언어치료를 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 씹어먹는 기능의 장해는 신경계·정신행동 장해 평가와 비교하여 그 중 높은 지급률 하나만 인정한다.

12) '치아의 결손'이란 치아의 상실 또는 발치된 경우를 말하며, 치아의 일부 손상으로 금관치료(크라운 보철수복)를 시행한 경우에는 치아의 일부 결손을 인정하여 1/2개 결손으로 적용한다.

13) 보철치료를 위해 발치한 정상치아, 노화로 인해 자연 발치된 치아, 보철(복합레진, 인레이, 온레이 등)한 치아, 기존 의치(틀니, 임플란트 등)의 결손은 치아의 상실로 인정하지 않는다.

14) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.

15) 어린이의 유치는 향후에 영구치로 대체되므로 후유장해의 대상이 되지 않으나, 선천적으로 영구치 결손이 있는 경우에는 유치의 결손을 후유장해로 평가한다.

16) 가철성 보철물(신체의 일부에 붙였다 떼었다 할 수 있는 틀니 등)의 파손은 후유장해의 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. 장해판정기준

1) '외모' 란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
2) '추상(추한 모습)장해' 라 함은 성형수술(반흔성형술, 레이저치료 등 포함)을 시행한 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말한다.
3) '추상(추한 모습)을 남긴 때' 라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 경우를 말한다.
4) 다발성 반흔 발생시 각 판정부위(얼굴, 머리, 목) 내의 다발성 반흔의 길이 또는 면적은 합산하여 평가한다. 단, 길이가 5㎜ 미만의 반흔은 합산대상에서 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 10㎝ 이상의 추상 반흔(추한 모습의 흉터)
   다) 지름 5㎝ 이상의 조직함몰
   라) 코의 1/2 이상 결손
2) 머리
   가) 손바닥 크기 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
   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 5㎝ 이상의 추상반흔(추한 모습의 흉터)
다) 지름 2㎝ 이상의 조직함몰
라) 코의 1/4 이상 결손
2) 머리
가) 손바닥 크기 1/2 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
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 8×10㎝(1/2 크기는 40㎠, 1/4 크기는 20㎠), 6~11세의 경우는 6×8㎝(1/2 크기는 24㎠, 1/4 크기는 12㎠), 6세 미만의 경우는 4×6㎝(1/2 크기는 12㎠, 1/4 크기는 6㎠)로 간주한다.

6. 척추(등뼈)의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 척추(등뼈)에 심한 운동장해를 남긴 때	40
2) 척추(등뼈)에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	30
3) 척추(등뼈)에 약간의 운동장해를 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. 장해판정기준

1) 척추(등뼈)는 경추에서 흉추, 요추, 제1천추까지를 동일 부위로 한다. 제2천추 이하의 천골 및 미골은 체간골의 장해로 평가한다.

2) 척추(등뼈)의 기형장해는 척추체(척추뼈 몸통을 말하며, 횡돌기 및 극돌기는 제외한다. 이하 이 신체부위에서 같다)의 압박률 또는 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡 정도에 따라 평가한다.

가) 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡변화는 객관적인 측정방법(Cobb's Angle)에 따라 골절이 발생한 척추체(척추뼈 몸통)의 상·하 인접 정상 척추체(척추뼈 몸통)를 포함하여 측정하며, 생리적 정상만곡을 고려하여 평가한다.

나) 척추(등뼈)의 기형장해는 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 골절이 있거나, 다발성 척추골절이 있는 경우에는 골절된 척추와 가장 인접한 상·하부] 정상 척추체(척추뼈 몸통)의 전방 높이의 평균에 대한 골절된 척

추체(척추뼈 몸통) 전방 높이의 감소비를 압박률로 정한다.

다) 척추(등뼈)의 기형장해는 「산업재해보상보험법 시행규칙」상 경추부, 흉추부, 요추부로 구분하여 각각을 하나의 운동단위로 보며, 하나의 운동단위 내에서 여러 개의 척추체(척추뼈 몸통)에 압박골절이 발생한 경우에는 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률을 합산하고, 두 개 이상의 운동단위에서 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 경과한 후에 평가한다.

5) 신경학적 검사상 나타난 저린감이나 방사통 등 신경자극증상의 원인으로 CT, MRI 등 영상검사에서 추간판탈출증이 확인된 경우를 추간판탈출증으로 진단하며, 수술 여부에 관계없이 운동장해 및 기형장해로 평가하지 않는다.

6) 심한 운동장해란 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) 머리뼈(두개골), 제1경추, 제2경추를 모두 유합 또는 고정한 상태

7) 뚜렷한 운동장해란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가) 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태

나) 머리뼈(두개골)와 제1경추 또는 제1경추와 제2경추를 유합 또는 고정한 상태

다) 머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추) 사이에 CT 검사 상, 두개 대후두공의 기저점(basion)과 축추 치돌기 상단사이의 거리(BDI : Basion-Dental Interval)에 뚜렷

한 이상전위가 있는 상태

라) 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추) CT 검사상, 환추 전방 궁(arch)의 후방과 치상돌기의 전면과의 거리(ADI: Atlanto-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태

8) 약간의 운동장해

머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추)를 제외한 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태

9) 심한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 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 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 90% 이상일 때

10) 뚜렷한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 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 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 60% 이상일 때

11) 약간의 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 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 척추측만

증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때

나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 20%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 40% 이상일 때

12) '추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장해'란 추간판탈출증으로 인하여 추간판을 2마디 이상(또는 1마디 추간판에 대해 2회 이상) 수술하고도 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장해가 있는 경우

13) '추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장해'란 추간판탈출증으로 인하여 추간판 1마디를 수술하고도 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되고 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우

14) '추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장해'란 추간판탈출증이 확인되고 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되는 경우

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. 장해판정기준

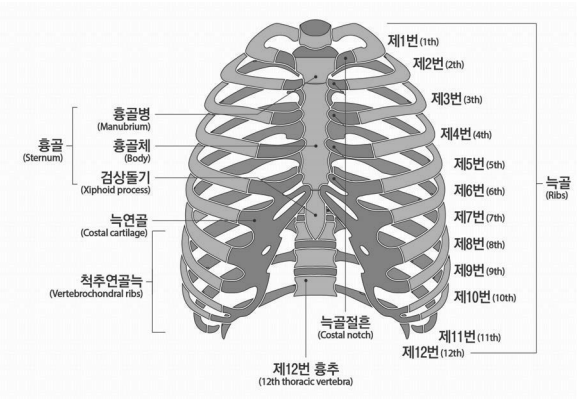
1) '체간골'이라 함은 어깨뼈(견갑골), 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함), 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)를 말하며 이를 모두 동일한 부위로 본다.

2) '골반뼈의 뚜렷한 기형'이라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5㎝이상 분리된 부정유합 상태
   나) 육안으로 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도로 방사선 검사를 통해 측정한 각(角) 변형이 20° 이상인 경우
   다) 미골의 기형은 골절이나 탈구로 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 70° 이상 남은 상태

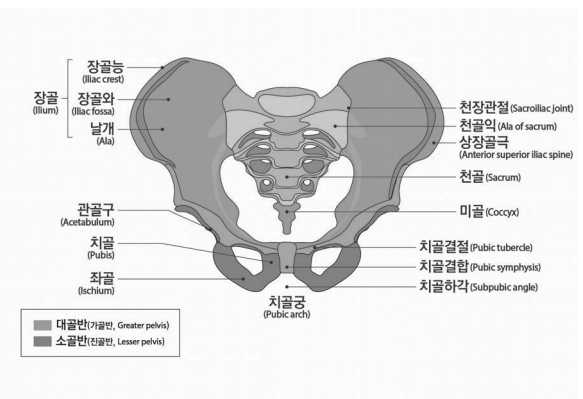
3) '빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골), 어깨뼈(견갑골)에 뚜렷한 기형이 남은 때'라 함은 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.

4) 갈비뼈(늑골)의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장해로 취급한다. 다발성늑골 기형의 경우 각각의 각(角) 변형을 합산하지 않고 그 중 가장 높은 각(角) 변형을 기준으로 평가한다.

부 가 설 명 | 가슴뼈



부 가 설 명 | 골반뼈



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
9) 한 팔의 뼈에 기형을 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 아니한다.
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) '한 팔의 손목 이상을 잃었을 때' 라 함은 손목관절(완관절)로부터(손목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치관절(주관절) 상부에서 절단된 경우도 포함한다.

6) 팔의 관절기능장해 평가는 팔의 3대 관절의 관절 운동범위 제한 등으로 평가한다.
   가) 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
   나) 관절기능장해를 표시할 경우 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다. 단, 관절기능장해가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.
7) '관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
   가) 완전 강직(관절굳음)
   나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '0등급(zero)'인 경우
8) '관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
   가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
   나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
   다) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '1등급(trace)'인 경우
9) '관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
   가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 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 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 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 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 '불유합' 상태를 말하며, 골유합이 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 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

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

2) 1상지(팔과 손가락)의 후유장해지급률은 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 5㎝ 이상 짧아지거나 길어진 때	30
11) 한 다리가 3㎝ 이상 짧아지거나 길어진 때	15
12) 한 다리가 1㎝ 이상 짧아지거나 길어진 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 아니한다.
3) '다리'라 함은 엉덩이관절(고관절)부터 발목관절(족관절)까지를 말한다.
4) '다리의 3대 관절'이라 함은 엉덩이관절(고관절), 무릎관절(슬관절), 발목관절(족관절)을 말

한다.

5) ‘한 다리의 발목이상을 잃었을 때’라 함은 발목관절로부터(발목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절(슬관절)의 상부에서 절단된 경우도 포함한다.

6) 다리의 관절기능장해 평가는 다리의 3대 관절의 관절운동범위 제한 및 무릎관절(슬관절)의 동요성 등으로 평가한다.
   가) 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
   나) 관절기능장해가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.

7) 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때’라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 완전 강직(관절굳음)
   나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 ‘0등급(zero)’인 경우

8) ‘관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때’라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
   나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
   다) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15㎜ 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
   라) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 ‘1등급(trace)’인 경우

9) ‘관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때’라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
   나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10㎜ 이상

의 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 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우

나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5㎜ 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) 동요장해 평가 시에는 정상측과 환측을 비교하여 증가된 수치로 평가한다.

12) '가관절[주]이 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 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 '불유합' 상태를 말하며, 골유합이 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 부정유합된 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 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

2) 1하지(다리와 발가락)의 후유장해 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
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. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 아니한다.
3) 손가락에는 첫째 손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
4) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.
5) '손가락을 잃었을 때' 라 함은 첫째 손가락에서

는 지관절부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽으로 손가락이 절단되었을 때를 말한다.

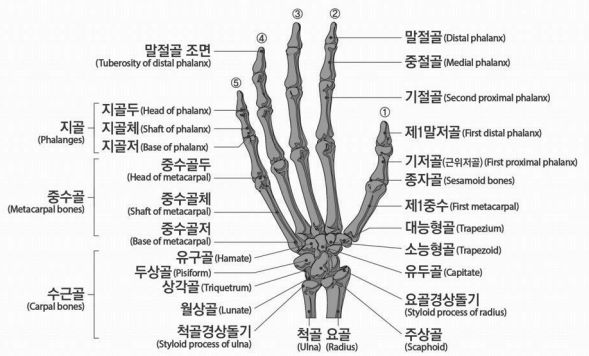
6) '손가락뼈 일부를 잃었을 때' 라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼 쪽으로 손가락 뼈의 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 손가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.

7) '손가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때' 라 함은 첫째 손가락의 경우 중수지관절 또는 지관절의 굴신운동영역이 정상 운동영역의 1/2 이하인 경우를 말하며, 다른 네 손가락에 있어서는 제1, 제2지관절의 굴신운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하이거나 중수지관절의 굴신운동영역이 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.

8) 한 손가락에 장해가 생기고 다른 손가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

9) 손가락의 관절기능장해 평가는 손가락 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.

부 가 설 명	손가락



부 가 설 명	손가락



11. 발가락의 장해

가. 장해의 분류

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

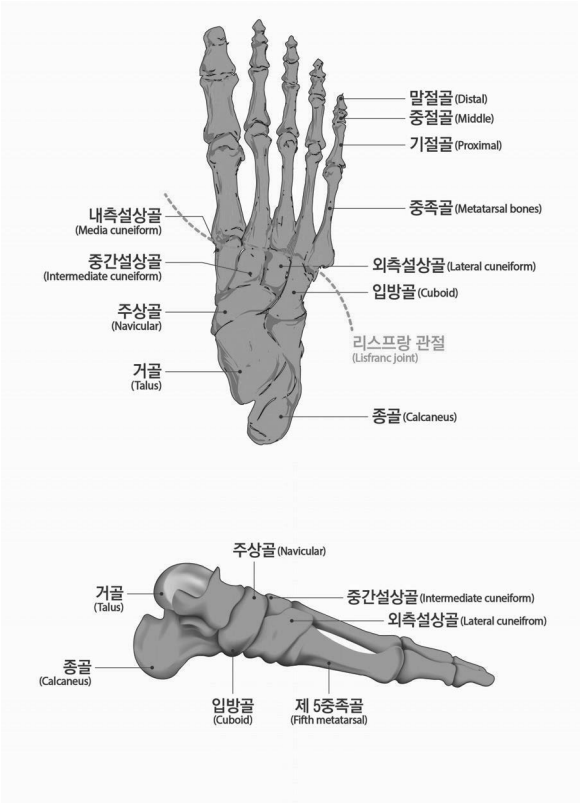
나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고

정물 등이 제거된 후에 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.

2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 아니한다.
3) '발가락을 잃었을 때' 라 함은 첫째 발가락에서는 지관절부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 가까운 쪽을 잃었을 때를 말한다.
4) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
5) '발가락뼈 일부를 잃었을 때' 라 함은 첫째 발가락의 지관절, 다른 네 발가락의 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼 쪽으로 발가락 뼈 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 발가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.
6) '발가락에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때' 라 함은 첫째 발가락의 경우에 중족지관절과 지관절의 굴신운동범위 합계가 정상 운동 가능영역의 1/2이하가 된 경우를 말하며, 다른 네 발가락에 있어서는 중족지관절의 신전운동범위만을 평가하여 정상운동범위의 1/2이하로 제한된 경우를 말한다.
7) 한 발가락에 장해가 생기고 다른 발가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
8) 발가락 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.

부 가 설 명	발가락


말절골 (Distal)
중절골 (Middle)
기절골 (Proximal)
중족골 (Metatarsal bones)
내측설상골 (Media cuneiform)
중간설상골 (Intermediate cuneiform)
외측설상골 (Lateral cuneiform)
입방골 (Cuboid)
주상골 (Navicular)
리스프랑 관절 (Lisfranc joint)
거골 (Talus)
종골 (Calcaneus)
주상골 (Navicular)
거골 (Talus)
중간설상골 (Intermediate cuneiform)
외측설상골 (Lateral cuneifrom)
종골 (Calcaneus)
입방골 (Cuboid)
제 5중족골 (Fifth metatarsal)

부 가 설 명	발가락


원위지관절(제2지관절)
(Dip joint)
지관절
근위지관절(제1지관절)
(Pip joint)
증족지관절
(Mp joint)
리스프랑 관절
(Lisfranc joint)

12. 흉복부 장기 및 비뇨생식기의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) '심장 기능을 잃었을 때' 라 함은 심장 이식을 한 경우를 말한다.
2) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때' 라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
   나) 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석, 복막투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때
   다) 방광의 저장기능과 배뇨기능을 완전히 상실한 때
3) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때' 라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 위, 대장(결장~직장) 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때
   나) 소장을 3/4 이상 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) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때' 라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

가) 한쪽 폐 또는 한쪽 신장을 전부 잘라내었을 때
나) 방광 기능상실로 영구적인 요도루, 방광루, 요관 장문합 상태
다) 위, 췌장을 50% 이상 잘라내었을 때
라) 대장절제, 항문 괄약근 등의 기능장해로 영구적으로 장루, 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
마) 심장기능 이상으로 인공심박동기를 영구적으로 삽입한 경우
바) 요도괄약근 등의 기능장해로 영구적으로 인공요도괄약근을 설치한 경우

5) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
가) 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착, 배뇨기능 상실로 영구적인 간헐적 인공요도가 필요한 때
나) 음경의 1/2 이상이 결손되었거나 질구 협착으로 성생활이 불가능한 때
다) 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) 흉복부, 비뇨생식기계 장해는 질병 또는 외상의 직접 결과로 인한 장해를 말하며, 노화에 의한 기능장해 또는 질병이나 외상이 없는 상태에서 예방적으로 장기를 절제, 적출한 경우는 장해로 보지 않는다.

7) 상기 흉복부 및 비뇨생식기계 장해항목에 명기되지 않은 기타 장해상태에 대해서는 '<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표'에 해당하는 장해가 있을 때 ADLs 장해 지급률을 준용한다.

8) 상기 장해항목에 해당되지 않는 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장해의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계·정신행동 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) 신경계

가) '신경계에 장해를 남긴 때'라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계에 손상으로 인하여 '<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표'의 5가지 기본동작중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.

나) 위 가)의 경우 '<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표' 상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장해로 인정하지 않는다.

다) 신경계의 장해로 인하여 발생하는 다른 신체부위의 장해(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장해로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.

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

마) 장해진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

가) 정신행동장해는 보험기간중에 발생한 뇌의 질병 또는 상해를 입은 후 18개월이 경과한 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 질병발생 또는 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 질병발생 또는 수상 후 12개월이 경과한 후에 판정할 수 있다.

나) 정신행동장해는 장해판정 직전 1년 이상 충분한 정신건강의학과의 전문적 치료를 받은 후 치료에도 불구하고 장해가 고착되었을 때 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로 인하여 고정되거나 중하게 된 장해에 대해서는 인정하지 아니한다.

다) '정신행동에 극심한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며 GAF 30점 이하인 상태를 말한다.

라) '정신행동에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며 GAF 40점 이하인 상태를 말한다.

마) '정신행동에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장해측정기준'[주] 상 6개 항목 중 3개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 50점 이하인 상태를 말한다.

주) 능력장해측정기준의 항목

㉮ 적절한 음식섭취, ㉯ 대소변관리, 세면, 목욕, 청소 등의 청결 유지, ㉰ 적절한 대화기술 및 협조적인 대인관계, ㉱ 규칙적인 통원·약물 복용, ㉲ 소지품 및 금전관리나 적절한 구매행위, ㉳ 대중교통이나 일반공공시설의 이용

바) '정신행동에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장해측정기준' 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 60점 이하인 상태를 말한다.

사) '정신행동에 경미한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장해측정기준' 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 70점 이하인 상태를 말한다.

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

자) 심리학적 평가보고서는 정신건강의학과 의료기관에서 실시되어져야 하며, 자격을 갖춘 임상심리전문가가 시행하고 작성하여야 한다.

차) 정신행동장해 진단 전문의는 정신건강의학과 전문의를 말한다.

카) 정신행동장해는 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등 객관적 근거를 기초로 평가한다. 다만, 보호자나 환자의 진술, 감정의의 추정 혹은 인정, 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌 SPECT 등)은 객관적 근거로 인정하지 않는다.

타) 각종 기질성 정신장해와 외상후 간질에 한하여 보상한다.

파) 외상후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의

질환, 정신분열증(조현병), 편집증, 조울증(양극성장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.

3) 치매

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

나) 치매의 장해평가는 임상적인 증상 뿐 아니라 뇌영상검사(CT 및 MRI, SPECT등)를 기초로 진단되어져야 하며, 18개월 이상 지속적인 치료 후 평가한다. 다만, 진단시점에 이미 극심한 치매 또는 심한 치매로 진행된 경우에는 6개월간 지속적인 치료 후 평가한다.

다) 치매의 장해평가는 전문의(정신건강의학과, 신경과)에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따른다.

4) 뇌전증(간질)

가) '뇌전증(간질)'이라 함은 돌발적 뇌파이상을 나타내는 뇌질환에 의거하여 발작(경련, 의식장해 등)을 반복하는 것을 말한다.

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

다) '심한 간질 발작'이라 함은 월 8회 이상의 중증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작시 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장해 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.

라) '뚜렷한 간질 발작'이라 함은 월 5회 이상

의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

마) '약간의 간질 발작' 이라 함은 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

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

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

<붙 임>

· 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

유형	제한 정도	지급률
이동동작	1) 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 방 밖을 나올 수 없는 상태 또는 침대에서 휠체어로 옮기기를 포함하여 휠체어 이동시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태	40%
	2) 휠체어 또는 다른 사람의 도움 없이는 방밖을 나올 수 없는 상태 또는 보행이 불가능하나 스스로 휠체어를 밀어 이동이 가능한 상태	30%
	3) 목발 또는 walker를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태	20%
	4) 보조기구 없이 독립적인 보행은 가능하나 보행시 파행이 있으며, 난간을 잡지 않고는 계단을 오르고 내리기가 불가능한 상태 또는 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태	10%
음식물 섭취	1) 입으로 식사를 전혀 할 수 없어 계속적으로 튜브(비위관 또는 위루관)나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급을 받는 상태	20%
	2) 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 식사를 전혀 할 수 없는 상태	15%
	3) 숟가락 사용은 가능하나 젓가락 사용이 불가능하여 음식물 섭취에 있어 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태	10%
	4) 독립적인 음식물 섭취는 가능하나 젓가락을 이용하여 생선을 바르거나 음식물을 자르지는 못하는 상태	5%

유형	제한 정도	지급률
배변 · 배뇨	1) 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 계속적인 도움이 필요한 상태, 또는 지속적인 유치도뇨관 삽입 상태, 방광루, 요도루, 장루상태	20%
	2) 화장실에 가서 변기위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 뒤처리시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태, 또는 간헐적으로 자가 인공도뇨가 가능한 상태(CIC), 기저귀를 이용한 배뇨,배변 상태	15%
	3) 화장실에 가는 일, 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변후 뒤처리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태	10%
	4) 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2시간 이상 계속되는 업무를 수행하는 것이 어려운 상태, 또는 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 요실금, 변실금이 있는 때	5%
목욕	1) 세안, 양치, 샤워, 목욕 등 모든 개인위생 관리시 타인의 지속적인 도움이 필요한 상태	10%
	2) 세안, 양치시 부분적인 도움 하에 혼자서 가능하나 목욕이나 샤워시 타인의 도움이 필요한 상태	5%
	3) 세안, 양치와 같은 개인위생관리를 독립적으로 시행가능하나 목욕이나 샤워시 부분적으로 타인의 도움이 필요한 상태	3%

유형	제한 정도	지급률
옷 입고 벗기	1) 상·하의 의복 착탈시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태	10%
	2) 상·하의 의복 착탈시 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태 또는 상의 또는 하의중 하나만 혼자서 착탈의가 가능한 상태	5%
	3) 상·하의 의복착탈시 혼자서 가능하나 미세동작(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)이 필요한 마무리는 타인의 도움이 필요한 상태	3%

별표2	보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	적 립 기 간	적 립 이 율
보장보험금	지급기일의 다음날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
만기환급금 및 해지환급금	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년이내 : 공시이율의 50% 1년초과기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 만기환급금은 회사가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 않은 경우, 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간은 공시이율을 적용한 이자를 지급합니다.

2. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 금리연동형보험은 일자 계산합니다.

3. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.

4. 가산이율 적용시 보통약관 일반조항 제10조(보험금의 지급절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

5. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

별표3	악성신생물(암) 분류표

1 약관에 규정하는 악성신생물(암)로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 악성신생물(암) 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
입술, 구강 및 인두의 악성신생물(암)	C00~C14
소화기관의 악성신생물(암)	C15~C26
호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물(암)	C30~C39
골 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40~C41
흑색종 및 기타 피부의 악성신생물	C43~C44
중피성 및 연조직의 악성신생물(암)	C45~C49
유방의 악성신생물(암)	C50
여성 생식기관의 악성신생물(암)	C51~C58
남성 생식기관의 악성신생물(암)	C60~C63
요로의 악성신생물(암)	C64~C68
눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타부분의 악성신생물(암)	C69~C72
갑상선 및 기타 내분비선의 악성신생물	C73~C75
불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)	C76~C80
림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)	C81~C96
독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물(암)	C97
진성 적혈구 증가증	D45
골수 형성이상 증후군	D46
만성 골수증식 질환	D47.1
본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
골수섬유증	D47.4
만성 호산구성 백혈병(과호산구증후군)	D47.5

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

2. 제8차 개정이후 이 약관에서 보장하는 악성신생물(암) 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병 ·사인분류에 따라 판단합니다.

3. 진단서 상의 분류번호는 한국질병·사인분류 질병코딩 지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

유 의 사 항	

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80 (불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

2 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표4 특정소액암 분류표

1 약관에 규정하는 특정소액암으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 특정소액암 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
유방의 악성신생물(암)	C50
자궁경부의 악성신생물(암)	C53
자궁체부의 악성신생물(암)	C54
전립선의 악성신생물(암)	C61
방광의 악성신생물(암)	C67

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
2. 제8차 개정이후 이 약관에서 보장하는 특정소액암 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국질병·사인분류 질병코딩 지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서

보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표5 제자리 신생물 분류표

1 약관에 규정하는 제자리 신생물로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 제자리 신생물 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01
중이 및 호흡계통의 제자리암종	D02
제자리 흑색종	D03
피부의 제자리암종	D04
유방의 제자리암종	D05
자궁경부의 제자리암종	D06
기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리암종	D07
기타 및 상세불명 부위의 제자리암종	D09

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
2. 제8차 개정이후 이 약관에서 보장하는 제자리 신생물 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국질병·사인분류 질병코딩 지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표6	행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

1 약관에 규정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
중이, 호흡기관, 흉곽내 기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
여성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
남성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
뇌 및 중추 신경계의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
행동양식 불명 및 미상의 조직구 및 비만세포 종양	D47.0
미결정의 단클론감마글로불린병증	D47.2
기타 명시된 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D47.7
림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 상세불명 신생물	D47.9
기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

2. 제8차 개정이후 이 약관에서 보장하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

3. 진단서 상의 분류번호는 한국질병·사인분류 질병코딩 지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2 진단 당시의 한국표준질병 ·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병 ·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표7 뇌졸중 분류표

1 약관에 규정하는 뇌졸중으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 뇌졸중 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
지주막하 출혈	I60
뇌내출혈	I61
기타 비외상성 두개내 출혈	I62
뇌경색증	I63
뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

2. 제8차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 뇌졸중 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병 ·사인분류에 따라 판단합니다.

3. 진단서 상의 분류번호는 한국질병·사인분류 질병코딩 지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2 진단 당시의 한국표준질병 ·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병 ·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표8	급성심근경색증 분류표

1 약관에 규정하는 급성심근경색증으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 급성심근경색증 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
급성심근경색증	I21
후속 심근경색증	I22
급성심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
2. 제8차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 급성심근경색증 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병 ·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국질병·사인분류 질병코딩 지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2 진단 당시의 한국표준질병 ·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병 ·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표9	101대질병 분류표

별표9-1	10대질병 분류표

1 약관에 규정하는 10대질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류 (통계청고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 10대질병 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병		분류번호
당뇨병 질환	1형 당뇨병	E10
	2형 당뇨병	E11
	영양실조 관련 당뇨병	E12
	기타명시된 당뇨병	E13
	상세불명의 당뇨병	E14
	당뇨병성 단일신경병증	G59.0
	당뇨병성 다발신경병증	G63.2
	당뇨병성 백내장	H28.0
	당뇨병성 망막병증	H36.0
	당뇨병성 관절병증	M14.2
	당뇨병에서의 사구체장애	N08.3
심장질환	급성 류마티스열	I00~I02
	만성 류마티스 심장질환	I05~I09
	허혈심장질환	I20~I25
	폐성 심장병 및 폐순환의 질환	I26~I28
	기타 형태의 심장병	I30~I52
	[A39.5+:수막구균성심장질환 (I32.0*,I39.8*,I41.0*,I52.0*)]	A39.5+
	[B37.6+:칸디다심내막염(I39.8*)]	B37.6+

대상이 되는 질병		분류번호
고혈압 질환	본태성(원발성)고혈압	I10
	고혈압성 심장병	I11
	고혈압성 신장병	I12
	고혈압성 심장 및 신장병	I13
	이차성 고혈압	I15
	고혈압성 뇌병증	I67.4
	고혈압성 망막병증	H35.02
뇌혈관 질환	뇌혈관 질환	I60~I69
간질환	바이러스 간염	B15~B19
	간의 질환	K70~K77
	[B25.1+:대세포바이러스간염(K77.0*)]	B25.1+
	[B58.1+:톡소포자충간염(K77.0*)]	B58.1+
대동맥류	대동맥동맥류 및 박리	I71
기관지·폐의 특정질환	폐기종	J43
	기타 만성 폐색성 폐질환	J44
	기관지확장증	J47
만성하부호흡기질환	급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염 단순성 및 점액화농성 만성기관지염 상세불명의 만성기관지염	J40~J42
	천식	J45
	천식지속상태	J46
신부전	신부전	N17~N19
수막의 양성종양	수막의 양성 신생물	D32

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

2. 제8차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 10대질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

3. 진단서 상의 분류번호는 한국질병·사인분류 질병코딩 지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.
4. 당뇨병(E10~E14)에는 눈, 신장 등의 합병증을 동반한 당뇨병이 포함되어 있습니다.(자세한 내용은 "한국표준질병·사인분류"를 참고)

2 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표9-2 27대질병 분류표

1 약관에 규정하는 27대질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류 (통계청고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 27대질병 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병		분류번호
결핵	결핵	A15~A19
	[M01.1*:결핵관절염(A18.01+)]	M01.1*
	[M49.0*:척추의결핵(A18.00+)]	M49.0*
	[M90.0*:뼈의결핵(A18.02+)]	M90.0*
	[N33.0*:결핵성방광염(A18.11+)]	N33.0*
	[N74.0*:자궁경부의결핵감염(A18.15+)]	N74.0*
	[N74.1*:여성결핵성골반염증질환(A18.16+)]	N74.1*
	[K67.3*:결핵성복막염(A18.30+)]	K67.3*
	[K93.0*:장,복막및장간막림프절의 결핵성장애(A18.3+)]	K93.0*
	결핵의 후유증	B90

대상이 되는 질병		분류번호
갑상선질환	갑상선의 장애	E00~E07
	[H06.2*:갑상선이상성안구돌출(E05+)]	H06.2*
	처치후 갑상선기능저하증 방사선조사후 갑상선기능저하증 수술후 갑상선기능저하증	E89.0
안면신경장애	삼차신경의 장애	G50
	안면신경장애	G51
	기타 뇌신경의 장애	G52
동맥경화증	죽상경화증	I70
폐부종	폐부종	J81
폐렴	재향군인병	A48.1
	달리 분류되지 않은 바이러스폐렴	J12
	폐렴연쇄구균에 의한 폐렴	J13
	인플루엔자균에 의한 폐렴	J14
	달리 분류되지 않은 세균성 폐렴	J15
	달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴	J16
	달리 분류된 질환에서의 폐렴	J17
	[B01.2+:수두폐렴(J17.1*)]	B01.2+
	[B05.2+:폐렴이합병된홍역(J17.1*)]	B05.2+
	[B25.0+:거대세포바이러스폐렴(J17.1*)]	B25.0+
	[B58.3+:폐톡소포자충증(J17.3*)]	B58.3+
	상세불명 병원체의 폐렴	J18
특정호흡기질환	달리 분류되지 않은 폐호산구증가	J82
	기타 간질성 폐질환	J84

대상이 되는 질병		분류번호
폐질환	폐 및 종격의 농양	J85
	농흉	J86
	달리 분류되지 않은 흉막삼출액	J90
	달리 분류된 병태에서의 흉막삼출액	J91
	흉막판	J92
	기흉	J93
	기타 흉막의 병태	J94
위 십이지장 궤양	위궤양	K25
	십이지장궤양	K26
	상세불명 부위의 소화성 궤양	K27
녹내장	녹내장	H40
	달리 분류된 질환에서의 녹내장	H42
자율신경계통의 장애	자율신경계통의 장애	G90
파킨슨병	파킨슨병	G20
	이차성 파킨슨증	G21
패혈증	연쇄구균패혈증	A40
	기타 패혈증	A41
부갑상선 질환	부갑상선기능저하증	E20
	부갑상선기능항진증 및 부갑상선의 기타 장애	E21
다발경화증	다발경화증	G35
뇌하수체 질환	뇌하수체의 기능항진	E22
	뇌하수체의 기능저하 및 기타 장애	E23

대상이 되는 질병		분류번호
뇌 및 척수의 염증성질환	뇌염, 척수염 및 뇌척수염	G04
	달리 분류된 질환에서의 뇌염, 척수염 및 뇌척수염	G05
	[A85.1+:아데노바이러스뇌염(G05.1*)]	A85.1+
	[A85.0+:엔테로바이러스뇌염(G05.1*)]	A85.0+
	[B00.4+:헤르페스바이러스뇌염(G05.1*)]	B00.4+
	[B05.0+:뇌염이 합병된 홍역(G05.1*)]	B05.0+
	[B26.2+:볼거리뇌염(G05.1*)]	B26.2+
	[B01.1+:수두뇌염(G05.1*)]	B01.1+
	[B02.0+:대상포진뇌염(G05.1*)]	B02.0+
	두개내 및 척추내 농양 및 육아종	G06
	달리 분류된 질환에서의 두개내 및 척추내 농양 및 육아종	G07
	[A06.6+:아메바성 뇌농양(G07*)]	A06.6+
	두개내 및 척추내 정맥염 및 혈전정맥염	G08
	중추신경계통의 염증성 질환의 후유증	G09
뇌성마비	뇌성마비	G80
뇌전증	뇌전증	G40
	뇌전증 지속상태	G41
수두증	수두증	G91

대상이 되는 질병		분류번호
수막염	달리 분류되지 않은 세균성 수막염	G00
	달리 분류된 세균성 질환에서의 수막염	G01
	[A39.0+:수막구균수막염(G01*)]	A39.0+
	달리 분류된 기타 감염성 및 기생충 질환에서의 수막염	G02
	[A87.1+:아데노바이러스수막염(G02.0*)]	A87.1+
	[A87.0+:엔테로바이러스수막염(G02.0*)]	A87.0+
	[B00.3+:헤르페스바이러스수막염(G02.0*)]	B00.3+
	[B05.1+:수막염이 합병된 홍역(G02.0*)]	B05.1+
	[B26.1+:볼거리수막염(G02.0*)]	B26.1+
	[B01.0+:수두수막염(G02.0*)]	B01.0+
	[B02.1+:대상포진수막염(G02.0*)]	B02.1+
	[B37.5+:칸디다수막염(G02.1*)]	B37.5+
	[B38.4+:콕시디오이데스진균수막염(G02.1*)]	B38.4+
	기타 및 상세불명의 원인에 의한 수막염	G03

대상이 되는 질병		분류번호
사구체질환	급성 신염 증후군	N00
	급속 진행성 신염 증후군	N01
	재발성 및 지속성 혈뇨	N02
	만성 신염 증후군	N03
	신증후군	N04
	상세불명의 신염 증후군	N05
	명시된 형태학적 병변을 동반한 고립된 단백뇨	N06
	달리 분류되지 않은 유전성 신장병증	N07
	달리 분류된 질환에서의 사구체 장애 [당뇨병에서의사구체장애(N08.3) 제외]	N08 (N08.3제외)
신세뇨관-간질질환	급성 세뇨관-간질 신장염	N10
	만성 세뇨관-간질 신장염	N11
	급성 또는 만성으로 명시되지 않은 세뇨관-간질 신장염	N12
	폐색성 및 역류성 요로병증	N13
	약물 및 중금속유발 세뇨관-간질 및 세뇨관병태	N14
	기타 신세뇨관-간질 질환	N15
	달리 분류된 질환에서의 신세뇨관-간질 장애	N16

대상이 되는 질병		분류번호
신장 및 요관의 기타장애	세뇨관 기능 손상으로 인한 장애	N25
	상세불명의 신장 위축	N26
	원인미상의 작은 신장	N27
	달리 분류되지 않은 신장 및 요관의 기타 장애	N28
	달리 분류된 질환에서의 신장 및 요관의 기타 장애	N29
하부호흡계통 및 흉곽의 양성종양	기관의 양성 신생물	D14.2
	기관지 및 폐의 양성 신생물	D14.3
	상세불명의 호흡계통의 양성 신생물	D14.4
	기타 및 상세불명의 흉곽내기관의 양성 신생물	D15
뇌 및 중추신경계통의 양성종양	뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성 신생물	D33
갑상선 및 내분비선의 양성종양	갑상선의 양성 신생물	D34
	기타 및 상세불명의 내분비선의 양성 신생물	D35

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

2. 제8차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 27대질병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

3. 진단서 상의 분류번호는 한국질병·사인분류 질병코딩 지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표9-3	21대질병 분류표

1 약관에 규정하는 21대질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류 (통계청고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 21대질병 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병		분류번호
특정 장질환	장의 혈관장애	K55
	탈장이 없는 마비성 장폐색증 및 장폐색	K56
	장의 게실병	K57
급성췌장염	급성췌장염	K85
췌장질환	췌장의 기타 질환	K86
	달리분류된질환에서의담낭,담도 및췌장의장애	K87
	[B25.2+:거대세포바이러스췌장염(K87.1*)]	B25.2+
	[B26.3+:볼거리췌장염(K87.1*)]	B26.3+
위공장궤양	위공장궤양	K28
비감염성 장염 및 결장염	크론병[국소성 장염]	K50
	궤양성 대장염	K51
	기타 비감염성 위장염 및 결장염	K52
비장질환	비장의질환	D73
동맥 및 세동맥의 질환	동맥색전증 및 혈전증	I74
	동맥 및 세동맥의 기타 장애	I77
중증근무력증	중증근무력증 및 기타 근신경장애	G70
손목터널증후군	손목터널증후군	G56.0

대상이 되는 질병		분류번호
단일신경병증	팔의 단일신경병증	G56
	[손목터널증후군(G56.0)제외]	(G56.0제외)
	다리의 단일신경병증	G57
	기타 단일신경병증	G58
	달리 분류된 질환에서의 기타 단일신경병증	G59.8
마비	편마비	G81
	하반신마비 및 사지마비	G82
	기타 마비증후군	G83
척추변형	척주후만증 및 척주전만증	M40
	척주측만증	M41
	척추골연골증	M42
	기타 변형성 등병증	M43
척추병증	강직척추염	M45
	기타 염증성 척추병증	M46
	척추증	M47
	기타 척추병증	M48
추간판장애	경추간판장애	M50
	기타 추간판장애	M51
전신결합조직장애	결절성 다발동맥염 및 관련 병태	M30
	기타 괴사성 혈관병증	M31
	전신홍반루푸스	M32
	[기관또는계통침범을동반한전신홍반루푸스(M32.1)제외]	(M32.1제외)
	피부다발근염	M33
	전신경화증	M34

대상이 되는 질병		분류번호
유방의장애	양성 유방형성이상	N60
	유방의 염증성 장애	N61
	유방의 비대	N62
	유방의 상세불명의 덩이	N63
	유방의 기타 장애	N64
난소,난관의 질환	난관염 및 난소염	N70
	난소, 난관 및 넓은인대의 비염증성 장애	N83
간담관·췌장의 양성종양	간의양성신생물	D13.4
	간외담관의 양성 신생물	D13.5
	췌장의 양성 신생물	D13.6
	내분비췌장의 양성 신생물	D13.7
골 및 관절연골의 양성종양	골 및 관절연골의 양성 신생물	D16
유방의 양성종양	유방의 양성 신생물	D24
난소의 양성종양	난소의 양성 신생물	D27

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

2. 제8차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 21대질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

3. 진단서 상의 분류번호는 한국질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표9-4	41대질병 분류표

1 약관에 규정하는 41대질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류 (통계청고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 41대질병 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병		분류번호
관절염 및 다발관절병증	감염성 관절병증	M00~M03
	[결핵관절염(M01.1)제외]	(M01.1제외)
	염증성 다발관절병증	M05~M14
	[당뇨병성관절병증(M14.2)제외]	(M14.2제외)
	[J99.0*:류마티스폐질환(M05.1+)]	J99.0*
	[M07.0*:원위지골간 건선관절병증(L40.5+)]	L40.5+
	[M09.0*:건선에서의 연소성 관절염(L40.5+)]	L40.5+
관절증	다발관절증	M15
	고관절증	M16
	무릎관절증	M17
	제1수근중수관절의 관절증	M18
	기타 관절증	M19
관절장애	무릎뼈의 장애	M22
	무릎의 내부장애	M23
	기타 특정 관절장애	M24
	달리 분류되지 않은 기타 관절장애	M25

대상이 되는 질병		분류번호
누적 외상성 질환	결합조직의 기타 전신침범	M35
	경추상완증후군	M53.1
	근육 장애	M60~M63
	윤활막 및 힘줄장애	M65~M68
	기타 연조직장애	M70~M79 (M74,M78 제외)
황반변성	황반 및 후극부의 변성	H35.3
눈 및 눈부속기관의 특정질환	공막,각막,홍채 및 섬모체의 장애	H15~H22
	맥락막 및 망막의 장애	H30~H36
	[고혈압성망막병증(H35.02)제외]	(H35.02 제외)
	[황반 및 후극부의 변성(H35.3) 제외]	(H35.3제외)
	[당뇨병성망막병증(H36.0)제외]	(H36.0제외)
시신경 및 시각로의 장애	시신경 및 시각경로의 장애	H46~H48
유리체의 장애	유리체의 장애	H43
중이염	비화농성 중이염	H65
	화농성 및 상세불명의 중이염	H66
	달리 분류된 질환에서의 중이염	H67

대상이 되는 질병		분류번호
중이및유돌의질환	귀인두관염 및 귀인두관 폐색	H68
	귀인두관의 기타 장애	H69
	유돌염 및 관련 병태	H70
	중이의 진주종	H71
	고막의 천공	H72
	고막의 기타 장애	H73
	중이 및 유돌의 기타 장애	H74
	달리 분류된 질환에서의 중이 및 유돌의 기타 장애	H75
내이의 질환	내이의 질환	H80~H83
림프절염	비특이성 림프절염	I88
	림프관 및 림프절의 기타 비감염성 장애	I89
통풍	통풍	M10
사지 후천변형	손가락 및 발가락의 후천변형	M20
	사지의 기타 후천변형	M21
골다공증	병적 골절을 동반한 골다공증	M80
	병적 골절이 없는 골다공증	M81
	달리 분류된 질환에서의 골다공증	M82
뼈의병증	골수염	M86
	골괴사	M87
	뼈의 파젯병[변형성 골염]	M88
	뼈의 기타 장애	M89
연골병증	고관절 및 골반의 연소성 골연골증	M91
	기타 연소성 골연골증	M92
	기타 골연골병증	M93
	연골의 기타 장애	M94

대상이 되는 질병		분류번호
식도질환	식도염	K20
	위-식도역류병	K21
	식도의 기타 질환	K22
	달리 분류된 질환에서의 식도의 장애	K23
위십이지장 질환	위염 및 십이지장염	K29
	기능성 소화불량	K30
담낭담도 질환	담낭염	K81
	담낭의 기타 질환	K82
	담도의 기타 질환	K83
담석증	담석증	K80
복막의질환	복막염	K65
	복막의 기타 장애	K66
	달리 분류된 감염성 질환에서의 복막의 장애	K67
	[결핵성복막염(K67.3)제외]	(K67.3 제외)
사타구니탈장	사타구니탈장	K40
특정부위의 탈장	대퇴탈장	K41
	배꼽탈장	K42
	복벽탈장	K43
	횡격막탈장	K44
	기타 복벽탈장	K45
	상세불명의 복벽탈장	K46
급성상기도감염	급성 상기도감염	J00~J06
축농증	만성 부비동염	J32
편도염	편도 및 아데노이드의 만성 질환	J35

대상이 되는 질병		분류번호
후각특정 질환	혈관운동성 및 앨러지성 비염	J30
	만성 비염, 비인두염 및 인두염	J31
	코폴립	J33
	코 및 비동의 기타 장애	J34
인후부위 특정질환	편도주위농양	J36
	만성 후두염 및 후두기관염	J37
	달리 분류되지 않은 성대 및 후두의 질환	J38
	상기도의 기타질환	J39
방광의결석	방광의 결석	N21.0
비뇨계통의 기타질환	방광염	N30
	달리 분류되지 않은 방광의 신경근육기능장애	N31
	방광의 기타 장애	N32
	달리 분류된 질환에서의 방광장애	N33
	[결핵성방광염(N33.0)제외]	(N33.0제외)
	달리 분류된 질환에서의 요도장애	N37
	비뇨계통의 기타 장애	N39
	[스트레스요실금(N39.3)제외]	(N39.3제외)
	[기타명시된요실금(N39.4)제외]	(N39.4제외)
전립선 질환	전립선증식증	N40
	전립선의 염증성 질환	N41
	전립선의 기타 장애	N42
남성 생식기관의 질환	음낭수종 및 정액류	N43
	고환의 염전	N44
	고환염 및 부고환염	N45

대상이 되는 질병		분류번호
여성 골반내기관의 염증성 질환	자궁경부를 제외한 자궁의 염증성 질환	N71
	자궁경부의 염증성 질환	N72
	기타 여성골반염증질환	N73
	달리 분류된 질환에서의 여성골반염증장애	N74
	[자궁경부의결핵감염(N74.0)제외)] [여성결핵성골반염증질환(N74.1)제외]	(N74.0제외) (N74.1제외)
	바르톨린선의 질환	N75
	질 및 외음부의 기타 염증	N76
	달리 분류된 질환에서의 외음질의 궤양 및 염증	N77
여성생식관의 비염증성 질환	자궁내막증	N80
	여성생식기탈출	N81
	여성생식관을 침범한 누공	N82
	여성생식관의 폴립	N84
	자궁경부를 제외한 자궁의 기타 비염증성 장애	N85
	자궁경부의 미란 및 외반	N86
	자궁경부의 이형성	N87
	자궁경부의 기타 비염증성 장애	N88
	질의 기타 비염증성 장애	N89
	외음부 및 회음부의 기타 비염증성 장애	N90
	무월경,소량및희발월경	N91
	과다,빈발및불규칙월경	N92
	기타 이상 자궁 및 질 출혈	N93
	여성생식기관 및 월경주기와 관련된 통증 및 기타병태	N94
	폐경 및 기타 폐경전후 장애	N95

대상이 되는 질병		분류번호
소화계통의 양성종양	식도의 양성 신생물	D13.0
	위의 양성 신생물	D13.1
	십이지장의 양성 신생물	D13.2
	기타 및 상세불명 부분 소장의 양성 신생물	D13.3
	부위불명의 소화계통의 양성 신생물	D13.9
상부호흡계통의 양성종양	중이, 비강 및 부비동의 양성 신생물	D14.0
	후두의 양성 신생물	D14.1
조직의 양성종양	중피조직의 양성 신생물	D19
	후복막 및 복막 연조직의 양성 신생물	D20
	결합조직 및 기타 연조직의 기타 양성 신생물	D21
생식기 양성종양	자궁의 평활근종	D25
	자궁의 기타 양성 신생물	D26
	기타 및 상세불명의 여성생식기관의 양성 신생물	D28
	남성생식기관의 양성 신생물	D29
비뇨기관의 양성종양	비뇨기관의 양성 신생물	D30
눈의 양성종양	각막의 양성 신생물	D31.1
	망막의 양성 신생물	D31.2
	맥락막의 양성 신생물	D31.3
	섬모체의 양성 신생물	D31.4

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

2. 제8차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 41대질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병 ·사인분류에 따라 판단합니다.

3. 진단서 상의 분류번호는 한국질병·사인분류 질병코딩

지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표9-5 백내장 분류표

1 약관에 규정하는 백내장으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 백내장 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병		분류번호
백내장	노년백내장	H25
	기타 백내장	H26
	수정체의 기타 장애	H27

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

2. 제8차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 백내장 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

3. 진단서 상의 분류번호는 한국질병·사인분류 질병코딩 지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표9-6 치핵 분류표

1 약관에 규정하는 치핵으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류 (통계청고시 제2015-309호, 2016.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 치핵 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병		분류번호
치핵 및 항문주위 정맥혈전증	포함: 치질 제외: 합병증 (출산 및 산후기(087.2), 임신(022.4))	K64

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

2. 제8차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 치핵 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병 ·사인분류에 따라 판단합니다.

3. 진단서 상의 분류번호는 한국질병·사인분류 질병코딩 지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2 진단 당시의 한국표준질병 ·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병 ·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

별표10	특정 신체부위 질병 분류표III

별표10-1	특정 신체부위 분류표III

코드	특 정 부 위
201	구강, 치아, 혀, 악하선(턱밑샘), 이하선(귀밑샘) 및 설하선(혀밑샘)
202	식도
203	위, 십이지장
204	공장(빈창자), 회장(돌창자), 맹장(충수돌기 포함)
205	대장(맹장, 직장 제외)
206	직장
208	간
210	췌장
211	비장
212	안구 및 안구부속기 [안검(눈꺼풀), 결막, 누기(눈물샘), 안근 및 안와내 조직 포함]
213	귀[외이(바깥 귀), 고막, 중이(가운데귀), 내이(속귀), 청신경 및 유양돌기(꼭지돌기) 포함]
214	코[외비(코 바깥), 비강(코 안) 및 부비강(코 곁굴) 포함]
215	인두 및 후두(편도 포함)
216	기관, 기관지, 폐, 흉막 및 흉곽(늑골 포함)
219	신장
221	요관, 방광 및 요도
222	전립선
225	유방(유선 포함)
226	자궁(자궁체부(자궁몸통) 포함)
228	질 및 외음부
227	난소 및 난관
224	고환[고환초막(고환집막) 포함] 부고환, 정관, 정삭 및 정낭
217	갑상선
218	부갑상선

코드	특 정 부 위
229	피부(두피 및 입술 포함)
230	상·하악골(위턱뼈 ·아래턱뼈)
231	경추부(해당신경 포함)
232	흉추부(해당신경 포함)
233	요추부(해당신경 포함)
234	천골(엉치뼈)부 및 미골(꼬리뼈)부(해당신경 포함)
235	쇄골
236	늑골(갈비뼈)
237	왼쪽 어깨
238	오른쪽 어깨
239	왼팔(왼쪽 어깨 제외, 왼손 포함)
240	오른팔(오른쪽 어깨 제외, 오른손 포함)
241	왼손(왼쪽 손목 관절 이하)
242	오른손(오른쪽 손목 관절 이하)
243	왼쪽 고관절
244	오른쪽 고관절
245	왼쪽 다리(왼쪽 고관절 제외, 왼발 포함)
246	오른쪽 다리(오른쪽 고관절 제외, 오른발 포함)
247	왼발(왼쪽 발목 관절 이하)
248	오른발(오른쪽 발목 관절 이하)
207	항문
209	담낭(쓸개) 및 담관
220	부신
223	음경
249	서혜부(넓적다리 부위의 위쪽 주변) (서혜 탈장, 음낭 탈장 또는 대퇴 탈장이 생긴 경우에 한함)
250	자궁체부(자궁몸통) (제왕절개술을 받은 경우에 한함)

별표10-2	특정 질병 분류표III

코드	특 정 질 병	분류코드
301	담석증	K80
302	요로결석증	N20~N23
303	등병증	M40~M43, M45~M51, M53~M54
304	결핵	A15~A19, M01.1*, M49.0*, M90.0*, N33.0*, N74.0*, N74.1*, K67.3*, K93.0*
305	하지의 정맥류	I83
306	골반염	N73~N74, A18.15+, A18.16+
307	감염성 관절병증	M00~M03
	염증성 다발관절병증	M05~M14
	관절증	M15~M19
	류마티스폐질환	J99.0*
	기타 골연골병증	M93
	연골의 기타 장애	M94
308	심장질환	I00~I02, I05~I09, I11, I13, I20~I25, I26~I28, I30~I52, I97, P29, Q20~Q26, R00~R01, R57, R93, B37.6+, A39.5+
309	뇌혈관질환	I60~I69, G45~G46, Q28
310	고혈압질환	I10~I13, I15, O11, O13, O14
311	당뇨(혈당치 상승 포함)	E10~E14, O24, R73
312	지질단백질대사장애 및 기타 지질증	E78
313	자궁내막증	N80
314	통풍	E79, M10
315	사시	H49~H51
316	백내장	H25~H27
317	탈장(음낭수종 및 정액류 포함)	K40~K46, N43
318	골다공증	M80~M82

코드	특 정 질 병	분류코드
319	복막의 질환	K65~K67
321	천식	J44~J46
322	바르톨린선의 질환	N75
323	암	-

약관에서 인용된 법•규정

※ 아래의 법규가 변경되는 경우 변경된 내용을 따릅니다.

법규1	**개인정보 보호법** [시행 2017.10.19.] [법률 제14839호, 2017.7.26., 타법개정]

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. 정보주체와의 계약의 체결 및 이행을 위하여 불가피하게 필요한 경우
5. 정보주체 또는 그 법정대리인이 의사표시를 할 수 없는 상태에 있거나 주소불명 등으로 사전 동의를 받을 수 없는 경우로서 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.

② 개인정보처리자는 제1항제1호에 따른 동의를 받을 때에는 다음 각 호의 사항을 정보주체에게 알려야 한다. 다음 각 호의 어느 하나의 사항을 변경하는 경우에도 이를 알리고 동의를 받아야 한다.

1. 개인정보의 수집 이용 목적
2. 수집하려는 개인정보의 항목
3. 개인정보의 보유 및 이용 기간
4. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용

제17조(개인정보의 제공)

① 개인정보처리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당되는 경우에는 정보주체의 개인정보를 제3자에게 제공(공유를 포함한다. 이하 같다)할 수 있다.

1. 정보주체의 동의를 받은 경우
2. 제15조제1항제2호·제3호 및 제5호에 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 개인정보처리자가 개인정보를 국외의 제3자에게 제공할 때에는 제2항 각 호에 따른 사항을 정보주체에게 알리고 동의를 받아야 하며, 이 법을 위반하는 내용으로 개인정보의 국외 이전에 관한 계약을 체결하여서는 아니 된다.

제22조(동의를 받는 방법)

① 개인정보처리자는 이 법에 따른 개인정보의 처리에 대하여 정보주체(제5항에 따른 법정대리인을 포함한다. 이하 이 조에서 같다)의 동의를 받을 때에는 각각의 동의 사항을 구분하여 정보주체가 이를 명확하게 인지할 수 있도록 알리고 각각 동의를 받아야 한다. <개정 2017.4.18.>

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 행정안전부령으로 정하는 방법에 따라 명확히 표시하여 알아보기 쉽게 하여야 한다.
<신설 2017.4.18., 2017.7.26.>

③ 개인정보처리자는 제15조제1항제1호, 제17조제1항제1호, 제23조제1항제1호 및 제24조제1항제1호에 따라 개인정보의 처리에 대하여 정보주체의 동의를 받을 때에는 정보주체와의 계약 체결 등을 위하여 정보주체의 동의 없이 처

리할 수 있는 개인정보와 정보주체의 동의가 필요한 개인정보를 구분하여야 한다. 이 경우 동의 없이 처리할 수 있는 개인정보라는 입증책임은 개인정보처리자가 부담한다.
<개정 2016.3.29., 2017.4.18>

④ 개인정보처리자는 정보주체에게 재화나 서비스를 홍보하거나 판매를 권유하기 위하여 개인정보의 처리에 대한 동의를 받으려는 때에는 정보주체가 이를 명확하게 인지할 수 있도록 알리고 동의를 받아야 한다. <개정 2017.4.18.>

⑤ 개인정보처리자는 정보주체가 제2항에 따라 선택적으로 동의할 수 있는 사항을 동의하지 아니하거나 제3항 및 제18조제2항제1호에 따른 동의를 하지 아니한다는 이유로 정보주체에게 재화 또는 서비스의 제공을 거부하여서는 아니 된다.
<개정 2017.4.18.>

⑥ 개인정보처리자는 만 14세 미만 아동의 개인정보를 처리하기 위하여 이 법에 따른 동의를 받아야 할 때에는 그 법정대리인의 동의를 받아야 한다. 이 경우 법정대리인의 동의를 받기 위하여 필요한 최소한의 정보는 법정대리인의 동의 없이 해당 아동으로부터 직접 수집할 수 있다. <개정 2017.4.18.>

⑦ 제1항부터 제5항까지에서 규정한 사항 외에 정보주체의 동의를 받는 세부적인 방법 및 제5항에 따른 최소한의 정보의 내용에 관하여 필요한 사항은 개인정보의 수집매체 등을 고려하여 대통령령으로 정한다. <개정 2017.4.18.>

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.
<개정 2016.3.29.>

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 경

우

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.
<신설 2016.3.29.>

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 <2013.8.6.>

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.
<개정 2015.7.24.>

④ 행정안전부장관은 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. <신설 2016. 3. 29., 2017. 7. 26.>

⑤ 행정안전부장관은 대통령령으로 정하는 전문기관으로 하여금 제4항에 따른 조사를 수행하게 할 수 있다. <신설 2016. 3. 29., 2017. 7. 26.>

법규2	개인정보 보호법 시행령 [시행 2020.3.3.] [대통령령 제30509호, 2020.3.3., 타법개정]

제17조(동의를 받는 방법)

① 개인정보처리자는 법 제22조에 따라 개인정보의 처리에 대하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 방법으로 정보주체의 동의를 받아야 한다.

1. 동의 내용이 적힌 서면을 정보주체에게 직접 발급하거나 우편 또는 팩스 등의 방법으로 전달하고, 정보주체가 서명하거나 날인한 동의서를 받는 방법
2. 전화를 통하여 동의 내용을 정보주체에게 알리고 동의의 의사표시를 확인하는 방법
3. 전화를 통하여 동의 내용을 정보주체에게 알리고 정보주체에게 인터넷주소 등을 통하여 동의 사항을 확인하도록 한 후 다시 전화를 통하여 그 동의 사항에 대한 동의의 의사표시를 확인하는 방법
4. 인터넷 홈페이지 등에 동의 내용을 게재하고 정보주체가 동의 여부를 표시하도록 하는 방법
5. 동의 내용이 적힌 전자우편을 발송하여 정보주체로부터 동의의 의사표시가 적힌 전자우편을 받는 방법
6. 그 밖에 제1호부터 제5호까지의 규정에 따른 방법에 준하는 방법으로 동의 내용을 알리고 동의의 의사표시를 확인하는 방법

② 법 제22조제2항에서 "대통령령으로 정하는 중요한 내용"이란 다음 각 호의 사항을 말한다. <신설 2017.10.17.>

1. 개인정보의 수집·이용 목적 중 재화나 서비스의 홍보 또는 판매 권유 등을 위하여 해당 개인정보를 이용하여 정보주체에게 연락할 수 있다는 사실
2. 처리하려는 개인정보의 항목 중 다음 각 목의 사항
   가. 제18조에 따른 민감정보
   나. 제19조제2호부터 제4호까지의 규정에 따른 여권번호, 운전면허의 면허번호 및 외국인등록번호
3. 개인정보의 보유 및 이용 기간(제공 시에는 제공받는 자의 보유 및 이용 기간을 말한다)
4. 개인정보를 제공받는 자 및 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 이용 목적

③ 개인정보처리자가 정보주체로부터 법 제18조제2항제1호 및 제22조제3항에 따른 동의를 받거나 법 제22조제2항에

따라 선택적으로 동의할 수 있는 사항에 대한 동의를 받으려는 때에는 정보주체가 동의 여부를 선택할 수 있다는 사실을 명확하게 확인할 수 있도록 선택적으로 동의할 수 있는 사항 외의 사항과 구분하여 표시하여야 한다.
<신설 2015.12.30., 2017.10.17.>

④ 개인정보처리자는 법 제22조제5항에 따라 만 14세 미만 아동의 법정대리인의 동의를 받기 위하여 해당 아동으로부터 직접 법정대리인의 성명·연락처에 관한 정보를 수집할 수 있다. <개정 2015.12.30., 2017.10.17.>

⑤ 중앙행정기관의 장은 제1항에 따른 동의방법 중 소관 분야의 개인정보처리자별 업무, 업종의 특성 및 정보주체의 수 등을 고려하여 적절한 동의방법에 관한 기준을 법 제12조제2항에 따른 개인정보 보호지침(이하 "개인정보 보호지침"이라 한다)으로 정하여 그 기준에 따라 동의를 받도록 개인정보처리자에게 권장할 수 있다.
<개정 2015.12.30., 2017.10.17.>

법규3	민법 [시행 2018.2.1.] [법률 제14965호, 2017.10.31., 일부개정]

제27조(실종의 선고)

① 부재자의 생사가 5년간 분명하지 아니한 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 한다.

② 전지에 임한 자, 침몰한 선박 중에 있던 자, 추락한 항공기 중에 있던 자 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한 자의 생사가 전쟁종지후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 아니한 때에도 제1항과 같다.

<개정 1984.4.10.>

제755조(감독자의 책임)

① 다른 자에게 손해를 가한 사람이 제753조 또는 제754조에 따라 책임이 없는 경우에는 그를 감독할 법정의무가 있는 자가 그 손해를 배상할 책임이 있다. 다만, 감독의무를 게을리하지 아니한 경우에는 그러하지 아니하다.

② 감독의무자를 갈음하여 제753조 또는 제754조에 따라 책임이 없는 사람을 감독하는 자도 제1항의 책임이 있다.

[전문개정 2011.3.7.]

제777조(친족의 범위)

친족관계로 인한 법률상 효력은 이 법 또는 다른 법률에 특별한 규정이 없는 한 다음 각호에 해당하는 자에 미친다.

1. 8촌 이내의 혈족
2. 4촌 이내의 인척
3. 배우자

[전문개정 1990.1.13.]

법규4	**보험업감독규정** [시행 2020.1.15.] [금융위원회고시 제2020-3호, 2020.1.15., 일부개정]

제1-4조의2(전문보험계약자의 범위)

영 제6조의2제3항제18호에서 "금융위원회가 정하여 고시하는 자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자를 말한다. <개정 2011.3.22.>

1. 제7-49조제2호 각 목의 요건을 충족하는 단체보험계약을 체결하고자 하는 자
2. 기업성 보험계약을 체결하고자 하는 자 <개정 2016.12.29.>
3. 「근로자퇴직급여 보장법」에 따른 퇴직연금계약을 체결하고자 하는 자
4. 「공공기관의 운영에 관한 법률」에 따른 공공기관 <신설 2019.12.18.>
5. 「지방공기업법」에 따른 지방공기업 <신설 2019.12.18.>
6. 특별법에 따라 설립된 기관<신설 2019.12.18.>
7. 제7-49조제2호가목1)에 해당하는 단체 <신설 2019.12.18.>

법규5	**보험업법** [시행 2019.7.1.] [법률 제16185호, 2018.12.31., 일부개정]

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. <개정 2015.7.31.>

1~18. (생략)

19. "전문보험계약자"란 보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약의 내용을 이해하고 이행할 능력이 있는 자로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 자를 말한다. 다만, 전문보험계약자 중 대통령령으로 정하는 자가 일반보험계약자와 같은 대우를 받겠다는 의사를 보험회사에 서면으로 통지하는 경우 보험회사는 정당한 사유가 없으면 이에 동의하여야 하며, 보험회사가 동의한 경우에는 해당 보험계약자는 일반보험계약자로 본다.

가. 국가

나. 한국은행
다. 대통령령으로 정하는 금융기관
라. 주권상장법인
마. 그 밖에 대통령령으로 정하는 자

20. "일반보험계약자"란 전문보험계약자가 아닌 보험계약자를 말한다.

[전문개정 2010.7.23.]

법규6	**보험업법 시행령** [시행 2020.1.1.] [대통령령 제30105호, 2019.10.1., 일부개정]

제6조의2(전문보험계약자의 범위 등)

① 법 제2조제19호 각 목 외의 부분 단서에서 "대통령령으로 정하는 자"란 다음 각 호의 자를 말한다.

1. 지방자치단체
2. 주권상장법인
3. 제2항제15호에 해당하는 자
4. 제3항제15호, 제16호 및 제18호에 해당하는 자

② 법 제2조제19호다목에서 "대통령령으로 정하는 금융기관"이란 다음 각 호의 금융기관을 말한다.

1. 보험회사
2. 「금융지주회사법」에 따른 금융지주회사
3. 「농업협동조합법」에 따른 농업협동조합중앙회
4. 「산림조합법」에 따른 산림조합중앙회
5. 「상호저축은행법」에 따른 상호저축은행 및 그 중앙회
6. 「새마을금고법」에 따른 새마을금고연합회
7. 「수산업협동조합법」에 따른 수산업협동조합중앙회
8. 「신용협동조합법」에 따른 신용협동조합중앙회
9. 「여신전문금융업법」에 따른 여신전문금융회사
10. 「은행법」에 따른 은행
11. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 금융투자업자(같은 법 제22조에 따른 겸영금융투자업자는 제외한다), 증권금융회사, 종합금융회사 및 자금중개회사
12. 「중소기업은행법」에 따른 중소기업은행
13. 「한국산업은행법」에 따른 한국산업은행
14. 「한국수출입은행법」에 따른 한국수출입은행
15. 제1호부터 제14호까지의 기관에 준하는 외국금융기관

③ 법 제2조제19호마목에서 "대통령령으로 정하는 자"란 다음 각 호의 자를 말한다. <개정 2013.8.27., 2014.3.24., 2016.3.11., 2016.5.31.>

1. 지방자치단체
2. 법 제83조에 따라 모집을 할 수 있는 자
3. 법 제175조에 따른 보험협회, 법 제176조에 따른 보험요율 산출기관 및 법 제178조에 따른 보험 관계 단체
4. 「금융회사부실자산 등의 효율적 처리 및 한국자산관리공사의 설립에 관한 법률」에 따른 한국자산관리공사
5. 「금융위원회의 설치 등에 관한 법률」에 따른 금융감독원(이하 "금융감독원"이라 한다)
6. 「예금자보호법」에 따른 예금보험공사 및 정리금융회사
7. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 한국예탁결제원 및 같은 법 제373조의2에 따라 허가를 받은 거래소(이하 "거래소"라 한다)
8. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 집합투자기구. 다만, 금융위원회가 정하여 고시하는 집합투자기구는 제외한다.
9. 「한국주택금융공사법」에 따른 한국주택금융공사
10. 「한국투자공사법」에 따른 한국투자공사
11. 삭제 <2014.12.30.>
12. 「기술보증기금법」에 따른 기술보증기금
13. 「신용보증기금법」에 따른 신용보증기금
14. 법률에 따라 공제사업을 하는 법인
15. 법률에 따라 설립된 기금(제12호와 제13호에 따른 기금은 제외한다) 및 그 기금을 관리 운용하는 법인
16. 해외 증권시장에 상장된 주권을 발행한 국내법인
17. 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 외국인
    가. 외국 정부
    나. 조약에 따라 설립된 국제기구
    다. 외국 중앙은행
    라. 제1호부터 제15호까지 및 제18호의 자에 준하는 외국인
18. 그 밖에 보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약의 내용을 이해하고 이행할 능력이 있는 자로서 금융위원회가 정하여 고시하는 자

[본조신설 2011.1.24.]

법규7	상법 [시행 2019.9.16.] [법률 제14096호, 2016.3.22., 타법개정]

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. <개정 1991.12.31.>

제657조(보험사고발생의 통지의무)
① 보험계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 보험사고의 발생을 안 때에는 지체없이 보험자에게 그 통지를 발송하여야 한다.
② 보험계약자 또는 피보험자나 보험수익자가 제1항의 통지의무를 해태함으로 인하여 손해가 증가된 때에는 보험자는 그 증가된 손해를 보상할 책임이 없다.
<신설 1991.12.31.>

제682조(제3자에 대한 보험대위)
① 손해가 제3자의 행위로 인하여 발생한 경우에 보험금을 지급한 보험자는 그 지급한 금액의 한도에서 그 제3자에 대한 보험계약자 또는 피보험자의 권리를 취득한다. 다만, 보험자가 보상할 보험금의 일부를 지급한 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 아니하는 범위에서 그 권리를 행사할 수 있다.
② 보험계약자나 피보험자의 제1항에 따른 권리가 그와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우 보험자는 그 권리를 취득하지 못한다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그러하지 아니하다.
[전문개정 2014. 3. 11.]

법규8	신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 [시행 2018.12.31.] [법률 제16188호, 2018.12.31., 일부개정]

제16조(수집·조사 및 처리의 제한)

① (생략)

② 신용정보회사등이 개인의 질병에 관한 정보를 수집·조사하거나 타인에게 제공하려면 미리 제32조제1항에 따른 해당 개인의 동의를 받아야 하며 대통령령으로 정하는 목적으로만 그 정보를 이용하여야 한다.

제32조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의)

① 신용정보제공·이용자가 개인신용정보를 타인에게 제공하려는 경우에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 해당 신용정보주체로부터 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 방식으로 개인신용정보를 제공할 때마다 미리 개별적으로 동의를 받아야 한다. 다만, 기존에 동의한 목적 또는 이용 범위에서 개인신용정보의 정확성·최신성을 유지하기 위한 경우에는 그러하지 아니하다. <개정 2015.3.11., 2018.12.11.>

1. 서면
2. 「전자서명법」 제2조제3호에 따른 공인전자서명이 있는 전자문서(「전자문서 및 전자거래기본법」 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 신용조회회사 또는 신용정보집중기관으로부터 개인신용정보를 제공받으려는 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 해당 신용정보주체로부터 제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 방식으로 개인신용정보를 제공받을 때마다 개별적으로 동의(기존에 동의한 목적 또는 이용 범위에서 개인신용정보의 정확성·최신성을 유지하기 위

한 경우는 제외한다)를 받아야 한다. 이 경우 개인신용정보를 제공받으려는 자는 개인신용정보의 조회 시 신용등급이 하락할 수 있는 때에는 해당 신용정보주체에게 이를 고지하여야 한다. <개정 2015.3.11.>

③ 신용조회회사 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.

<신설 2015.3.11.>

⑤ 신용정보회사등은 신용정보주체가 선택적 동의사항에 동의하지 아니한다는 이유로 신용정보주체에게 서비스의 제공을 거부하여서는 아니 된다.

<신설 2015.3.11.>

⑥ 신용정보회사등이 개인신용정보를 제공하는 경우로서 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 제1항부터 제5항까지를 적용하지 아니한다.

<개정 2015.3.11.>

1. 신용정보회사가 다른 신용정보회사 또는 신용정보집중기관과 서로 집중관리·활용하기 위하여 제공하는 경우
2. 계약의 이행에 필요한 경우로서 제17조제2항에 따라 신용정보의 처리를 위탁하기 위하여 제공하는 경우
3. 영업양도·분할·합병 등의 이유로 권리·의무의 전부 또는 일부를 이전하면서 그와 관련된 개인신용정보를 제공하는 경우
4. 채권추심(추심채권을 추심하는 경우만 해당한다), 인가·허가의 목적, 기업의 신용도 판단, 유가증권의 양수 등 대통령령으로 정하는 목적으로 사용하는 자에게 제공하는 경우
5. 법원의 제출명령 또는 법관이 발부한 영장에 따라 제공하는 경우
6. 범죄 때문에 피해자의 생명이나 신체에 심각한 위험

발생이 예상되는 등 긴급한 상황에서 제5호에 따른 법관의 영장을 발부받을 시간적 여유가 없는 경우로서 검사 또는 사법경찰관의 요구에 따라 제공하는 경우. 이 경우 개인신용정보를 제공받은 검사는 지체 없이 법관에게 영장을 청구하여야 하고, 사법경찰관은 검사에게 신청하여 검사의 청구로 영장을 청구하여야 하며, 개인신용정보를 제공받은 때부터 36시간 이내에 영장을 발부받지 못하면 지체 없이 제공받은 개인신용정보를 폐기하여야 한다.

7. 조세에 관한 법률에 따른 질문·검사 또는 조사를 위하여 관할 관서의 장이 서면으로 요구하거나 조세에 관한 법률에 따라 제출의무가 있는 과세자료의 제공을 요구함에 따라 제공하는 경우
8. 국제협약 등에 따라 외국의 금융감독기구에 금융회사가 가지고 있는 개인신용정보를 제공하는 경우
9. 대통령령으로 정하는 금융질서문란행위자 및 기업의 과점주주, 최다출자자 등 관련인의 신용도를 판단할 수 있는 정보를 제공하는 경우
10. 그 밖에 다른 법률에 따라 제공하는 경우

⑦ 제6항 각 호에 따라 개인신용정보를 타인에게 제공하려는 자 또는 제공받은 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 개인신용정보의 제공 사실 및 이유 등을 사전에 해당 신용정보주체에게 알려야 한다. 다만, 대통령령으로 정하는 불가피한 사유가 있는 경우에는 인터넷 홈페이지 게재 또는 그 밖에 유사한 방법을 통하여 사후에 알리거나 공시할 수 있다. <개정 2011.5.19., 2015.3.11.>

⑧ 제6항제3호에 따라 개인신용정보를 타인에게 제공하는 신용정보제공·이용자로서 대통령령으로 정하는 자는 제공하는 신용정보의 범위 등 대통령령으로 정하는 사항에 관하여 금융위원회의 승인을 받아야 한다. <개정 2015.3.11.>

⑨ 제8항에 따른 승인을 받아 개인신용정보를 제공받은 자는 해당 개인신용정보를 금융위원회가 정하는 바에 따라 현재 거래 중인 신용정보주체의 개인신용정보와 분리하여 관리하여야 한다. <신설 2015.3.11.>

⑩ 신용정보회사등이 개인신용정보를 제공하는 경우에는 금융위원회가 정하여 고시하는 바에 따라 개인신용정보를 제공받는 자의 신원(身元)과 이용 목적을 확인하여야 한다. <개정 2015.3.11.>

⑪ 개인신용정보를 제공한 신용정보제공·이용자는 제1항에 따라 미리 개별적 동의를 받았는지 여부 등에 대한 다툼이 있는 경우 이를 증명하여야 한다.
<개정 2015.3.11.>

법규9	의료법 [시행 2020.3.28.] [법률 제15540호, 2020.3.4., 일부개정]

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.
<개정 2009.1.30., 2011.6.7., 2016.5.29., 2019.4.23.>
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 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
   가. 병원
   나. 치과병원
   다. 한방병원
   라. 요양병원(「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제3조제5호에 따른 정신의료기관 중 정신병원, 「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
   마. 종합병원
③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는

경우에는 제2항제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다. <개정 2009.1.30., 2010.1.18.>

(이하 생략)

제3조의2(병원등)

병원·치과병원·한방병원 및 요양병원(이하 "병원등"이라 한다)은 30개 이상의 병상(병원·한방병원만 해당한다) 또는 요양병상(요양병원만 해당하며, 장기입원이 필요한 환자를 대상으로 의료행위를 하기 위하여 설치한 병상을 말한다)을 갖추어야 한다.

[본조신설 2009.1.30.]

제3조의3(종합병원)

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다. <개정 2011.8.4.>

1. 100개 이상의 병상을 갖출 것
2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

② 종합병원은 제1항제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

[본조신설 2009.1.30.]

제3조의4(상급종합병원 지정)

① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다. <개정 2010.1.18.>

1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖

추고 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. <개정 2010.1.18.>

③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다. <개정 2010.1.18.>

④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다. <개정 2010.1.18.>

⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다. <개정 2010.1.18.>

[본조신설 2009.1.30.]

제3조의5(전문병원 지정)

① 보건복지부장관은 병원급 의료기관 중에서 특정 진료과목이나 특정 질환 등에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 하는 병원을 전문병원으로 지정할 수 있다. <개정 2010.1.18.>

② 제1항에 따른 전문병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다. <개정 2010.1.18.>
1. 특정 질환별·진료과목별 환자의 구성비율 등이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것
2. 보건복지부령으로 정하는 수 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 전문병원으로 지정하는 경우 제2항 각 호의 사항 및 진료의 난이도 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다. <개정 2010.1.18.>

④ 보건복지부장관은 제1항에 따라 전문병원으로 지정받은 의료기관에 대하여 3년마다 제3항에 따른 평가를 실시하여 전문병원으로 재지정할 수 있다. <개정 2010.1.18., 2015.1.28.>

⑤ 보건복지부장관은 제1항 또는 제4항에 따라 지정받거나 재지정받은 전문병원이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 지정 또는 재지정을 취소할 수 있다. 다만, 제1호에 해당하는 경우에는 그 지정 또는 재지정을 취소하여야 한다.
<신설 2015.1.28.>
1. 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 지정 또는 재지정을 받은 경우
2. 지정 또는 재지정의 취소를 원하는 경우
3. 제4항에 따른 평가 결과 제2항 각 호의 요건을 갖추지 못한 것으로 확인된 경우

⑥ 보건복지부장관은 제3항 및 제4항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다. <개정 2010.1.18., 2015.1.28.>

⑦ 전문병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다. <개정 2010.1.18., 2015.1.28.>

[본조신설 2009.1.30.]

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. <개정 2010.1.18.,2012.2.1.,2019.8.27.>
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 졸업

하고 해당 학위를 받을 것으로 예정된 자는 제1항제1호 및 제2호의 자격을 가진 자로 본다. 다만, 그 졸업예정 시기에 졸업하고 해당 학위를 받아야 면허를 받을 수 있다. <개정 2012.2.1.>

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. <신설 2012.2.1.>

[전문개정 2008.10.14.]

제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)

① 보건복지부장관은 신의료기술평가에 관한 사항을 심의하기 위하여 보건복지부에 신의료기술평가위원회(이하 "위원회"라 한다)를 둔다. <개정 2008.2.29., 2010.1.18.>

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. <개정 2008.2.29., 2010.1.18.>

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, 제3항제5호에 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. <개정 2008.2.29., 2010.1.18.>

법규10	자동차관리법 시행규칙 [시행 2020.2.28.] [국토교통부령 제699호, 2020.2.28., 일부개정]

제2조(자동차의 종별 구분)

법 제3조제2항 및 제3항에 따른 자동차의 종류는 그 규모별 세부기준 및 유형별 세부기준에 따라 별표 1과 같이 구분한다. <개정 2015.7.7., 2017.1.6.>

[전문개정 2011.12.15.]

[별표1] <개정 2020.2.28.>

자동차의 종류(제2조관련)

1. 규모별 세부기준

종류	경형		소형	중형	대형
	초소형	일반형			
승용자동차	배기량이 250시시(전기자동차의 경우 최고정격출력이 15킬로와트) 이하이고, 길이 3.6미터·너비 1.5미터·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1000시시 미만이고, 길이 3.6미터·너비 1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1,600시시 미만이고, 길이 4.7미터·너비 1.7미터·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1,600시시 이상 2,000시시 미만이거나 길이·너비·높이 중 어느 하나라도 소형을 초과하는 것	배기량이 2,000시시 이상이거나, 길이·너비·높이 모두 소형을 초과하는 것

종류	경형		소형	중형	대형
	초소형	일반형			
승합자동차	배기량이 1000시시 미만이고, 길이 3.6미터·너비 1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것		승차정원이 15인 이하이고, 길이 4.7미터·너비 1.7미터·높이 2.0미터 이하인 것	승차정원이 16인 이상 35인 이하이거나, 길이·너비·높이 중 어느하나라도 소형을 초과하고, 길이가 9미터 미만인 것	승차정원이 36인 이상이거나, 길이·너비·높이 모두가 소형을 초과하고, 길이가 9미터 이상인 것
화물자동차	배기량이 250시시(전기자동차의 경우 최고정격출력이 15킬로와트) 이하이고, 길이 3.6미터·너비 1.5미터·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1000시시 미만이고, 길이 3.6미터·너비 1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것	최대적재량이 1톤 이하이고, 총중량이 3.5톤 이하인 것	최대적재량이 1톤 초과 5톤 미만이거나, 총중량이 3.5톤 초과 10톤 미만인 것	최대적재량이 5톤 이상이거나, 총중량이 10톤 이상인 것
특수	배기량이 1,000시		총중량이	총중량이	총중량이

종류	경형		소형	중형	대형
	초소형	일반형			
자동차	시 미만이고, 길이 3.6미터·너비 1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것		3.5톤 이하인 것	3.5톤 초과 10톤 미만인 것	10톤 이상인 것
이륜자동차	배기량이 50시시 미만(최고정격출력 4킬로와트 이하)인 것		배기량이 100시시 이하(최고정격출력 11킬로와트 이하)이고, 최대적재량(기타형의 경우만 해당한다)이 60킬로그램 이하인 것	배기량이 100시시 초과 260시시 이하(최고정격출력 11킬로와트 초과 15킬로와트 이하)이고, 최대적재량이 60킬로그램 초과 100킬로그램 이하인 것	배기량이 260시시(최고정격출력 15킬로와트)를 초과하는 것

2. 유형별 세부기준

종류	유형별	세부기준
승용자동차	일반형	2개 내지 4개의 문이 있고, 전후 2열 또는 3열의 좌석을 구비한 유선형인 것
	승용겸화물형	차실안에 화물을 적재하도록 장치된 것
	다목적형	후레임형이거나 4륜구동장치 또는 차동제한장치를 갖추는 등 험로운행이 용이한 구조로 설계된 자동차로서 일반형 및 승용겸화물형이 아닌 것
	기타형	위 어느 형에도 속하지 아니하는 승용자동차인 것

종류	유형별	세부기준
승합자동차	일반형	주목적이 여객운송용인 것
	특수형	특정한 용도(장의·헌혈·구급·보도·캠핑 등)를 가진 것
화물자동차	일반형	보통의 화물운송용인 것
	덤프형	적재함을 원동기의 힘으로 기울여 적재물을 중력에 의하여 쉽게 미끄러뜨리는 구조의 화물운송용인 것
	밴형	지붕구조의 덮개가 있는 화물운송용인 것
	특수용도형	특정한 용도를 위하여 특수한 구조로 하거나, 기구를 장치한 것으로서 위 어느 형에도 속하지 아니하는 화물운송용인 것
특수자동차	견인형	피견인차의 견인을 전용으로 하는 구조인 것
	구난형	고장·사고 등으로 운행이 곤란한 자동차를 구난·견인 할 수 있는 구조인 것
	특수용도형	위 어느 형에도 속하지 아니하는 특수용도용인 것
이륜자동차	일반형	자전거로부터 진화한 구조로서 사람 또는 소량의 화물을 운송하기 위한 것
	특수형	경주·오락 또는 운전을 즐기기 위한 경쾌한 구조인 것
	기타형	3륜 이상인 것으로서 최대적재량이 100kg이하인 것

※ 비고

1. 위 표 제1호 및 제2호에 따른 화물자동차 및 이륜자동차의 범위는 다음 각 목의 기준에 따른다.
   가. 화물자동차 : 화물을 운송하기 적합하게 바닥 면적이 최소 2제곱미터 이상(소형 경형화물자동차로서 이동용 음식판매 용도인 경우에는 0.5제곱미터 이상, 그 밖에 특수용도형의 경형화물자동차는 1제곱미터 이상을 말한다)인 화물적재공간을 갖춘 자동차로서 다음 각 호의 1에 해당하는 자동차

1) 승차공간과 화물적재공간이 분리되어 있는 자동차로서 화물적재공간의 윗부분이 개방된 구조의 자동차, 유류·가스 등을 운반하기 위한 적재함을 설치한 자동차 및 화물을 싣고 내리는 문을 갖춘 적재함이 설치된 자동차(구조·장치의 변경을 통하여 화물적재공간에 덮개가 설치된 자동차를 포함한다)
2) 승차공간과 화물적재공간이 동일 차실내에 있으면서 화물의 이동을 방지하기 위해 격벽을 설치한 자동차로서 화물적재공간의 바닥면적이 승차공간의 바닥면적(운전석이 있는 열의 바닥면적을 포함한다)보다 넓은 자동차
3) 화물을 운송하는 기능을 갖추고 자체적하 기타 작업을 수행할 수 있는 설비를 함께 갖춘 자동차

나. 법 제3조제1항제5호에서 "그와 유사한 구조로 되어 있는 자동차"란 승용자동차에 해당하지 않는 자동차로서 다음의 어느 하나에 해당하는 자동차를 말한다.
1) 이륜인 자동차에 측차를 붙인 자동차
2) 내연기관을 이용한 동력발생장치를 사용하고, 조향장치의 조작방식, 동력전달방식 또는 냉각방식 등이 이륜자동차와 유사한 구조로 되어 있는 삼륜 또는 사륜의 자동차
3) 전동기를 이용한 동력발생장치를 사용하는 삼륜 또는 사륜의 자동차

2. 위 표 제1호에 따른 규모별 세부기준에 대하여는 다음 각 목의 기준을 적용한다.
가. 사용연료의 종류가 전기인 자동차의 경우에는 복수기준 중 길이·너비·높이에 따라 규모를 구분하고, 「환경친화적자동차의 개발 및 보급촉진에 관한 법률」 제2조제5호에 따른 하이브리드자동차는 복수기준 중 배기량과 길이·너비·높이에 따라 규모를 구분한다.
나. 복수의 기준중 하나가 작은 규모에 해당되고 다른 하나가 큰 규모에 해당되면 큰 규모로 구분한다.
다. 이륜자동차의 최고정격출력(maximum continuous rated power)은 구동전동기의 최대의 부하(負荷, load)상태에서 측정된 출력을 말한다.

법규11	전자서명법 [시행 2019.12.10.] [법률 제16755호, 2019.12.10., 일부개정]

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다.

<개정 2019.12.10.>

1. "전자문서"라 함은 정보처리시스템에 의하여 전자적 형태로 작성되어 송신 또는 수신되거나 저장된 정보를 말한다.
2. "전자서명"이라 함은 서명자를 확인하고 서명자가 해당 전자문서에 서명을 하였음을 나타내는데 이용하기 위하여 해당 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.
3. "공인전자서명"이라 함은 다음 각목의 요건을 갖추고 공인인증서에 기초한 전자서명을 말한다.
   가. 전자서명생성정보가 가입자에게 유일하게 속할 것
   나. 서명 당시 가입자가 전자서명생성정보를 지배 관리하고 있을 것
   다. 전자서명이 있은 후에 해당 전자서명에 대한 변경여부를 확인할 수 있을 것
   라. 전자서명이 있은 후에 해당 전자문서의 변경여부를 확인할 수 있을 것

(이하 생략)

[전문개정 2001.12.31.]

법규12	**호스피스 완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률** [시행 2019.3.28.] [법률 제15912호, 2018.12.11., 일부개정]

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

<개정 2018. 3. 27.>

3. "말기환자(末期患者)"란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 질환에 대하여 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.

제37조(보험 등의 불이익 금지)

이 법에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 사망한 사람과 보험금수령인 또는 연금수급자를 보험금 또는 연금급여 지급 시 불리하게 대우하여서는 아니 된다.

MEMO

MEMO

MEMO

방카슈랑스 부조리 신고센터안내

① 금융기관보험대리점이 보험계약자 또는 피보험자에게 대출과 연계하여 보험가입을 강요하거나 기존에 가입한 보험계약을 부당하게 해지하도록 한 후 새로운 보험계약의 가입을 권유하는 등 부당한 요구를 한 경우, 금융감독원으로 신고하여 주시기 바랍니다.

② 금융감독원 보험 모집질서 위반행위 신고센터
• 전화 : 1332 • 인터넷 : www.fss.or.kr

보험문의 및 가입안내 1544-0116

① 판매인전용 ② 보상 신청 ③ 계약상담 ④ 약관대출상담

KB 손해보험

서울시 강남구 테헤란로 117(역삼동) KB손해보험빌딩