무배당 매직평생안심보험(L5.05)보통약관
- 1종 -

제 1 관 보험계약의 성립과 유지

제1조(보험계약의 성립)

1 보험계약은 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 이루어집니다.(이하 “보험계약”은 “계약”, “보험계약자”는 “계약자”, “보험회사”는 “회사”라 합니다)

2 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 아니한 경우에는 승낙을 거절할 수 있습니다.

3 회사는 계약의 청약을 받고 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 아니하는 계약은 청약일, 건강진단을 받는 계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종진단일을 말합니다)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험가입증서(보험증권)를 교부합니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.

4 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 계약자에게 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 이 보험의 예정이율(이하 “예정이율”이라 합니다)+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급하여 드립니다. 다만, 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 후 승낙을 거절한 경우에는 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 아니합니다.

제2조(청약의 철회)

1 계약자는 청약을 한 날 또는 제1회 보험료를 납입한 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.

2 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3일 이내에 그 보험료를 계약자에게 돌려 드리며, 그 반환기일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 이 보험의 보험계약대출이율(이하 “보험계약대출이율”이라 합니다)을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급하여 드립니

다. 다만, 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 후 청약을 철회한 경우에는 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 아니합니다.

제3조(약관교부 및 설명의무 등)

① 회사는 계약을 체결할 때 계약자에게 약관 및 청약서 부본을 드리고 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다. 다만, 계약자의 요청이 있을 경우에는 전자거래기본법 제2조제1호에서 정한 전자문서(이하 '전자문서'라 합니다)를 이용하여 약관을 교부할 수 있습니다.
② 제1항에도 불구하고 전자거래기본법 제2조 제5호에 의해 컴퓨터를 이용하여 보험거래를 할 수 있도록 설정된 가상의 영업장(사이버몰)을 이용하여 계약을 체결한 때에는 청약서 부본을 드리지 아니할 수 있습니다.
③ 회사가 제1항 또는 제2항에 의해 제공될 약관 및 청약서 부본을 계약자에게 전달하지 아니하거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 아니한 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음)을 포함합니다)을 하지 아니한 때에는 계약자는 청약일부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.
④ 제3항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급하여 드립니다.

제4조(계약의 무효)

① 타인의 사망을 보험사고로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻지 아니한 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드립니다. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 아니합니다.
② 피보험자가 보험계약일로부터 제8조(회사의 보장의 시기 및 종기)에서 정한 암보장 개시일 전일 이전에 암으로 진단확정된 경우에는 암진단급여금 및

암수술비 보장을 무효로 하며 이미 납입한 암진단급여금 및 암수술비에 해당하는 보험료를 돌려 드립니다.

제5조(계약내용의 변경)

1 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 보험종목
2. 보험기간
3. 보험료 납입주기, 수금방법 및 납입기간
4. 보험가입금액
5. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자(이하 “수익자”라 합니다)
6. 기타 계약의 내용

2 회사는 계약자가 제1회 보험료를 납입한 때부터 1년 이상 경과된 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 때에는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.

3 회사는 계약자가 제1항제4호의 규정에 의하여 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해약된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제60조(해약환급금)에 따라 이를 계약자에게 지급하여 드립니다.

4 계약자가 제1항 제5호중 사망보험금수익자를 변경하고자 할 때에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자의 동의를 얻어야 합니다.

5 계약자가 제1항 제5호중 피보험자를 변경할 수 있는 경우는 다음과 같습니다.

1. 피보험자가 이 보험에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하거나 파산, 이민, 또는 이혼 등 불가피한 사유로 계약을 계속 유지시킬 수 없는 경우
2. 계약자가 그와 고용관계에 있는 피보험자를 해고 또는 교체한 경우

<용어풀이>

고용관계라 함은 피고용인이 고용인에게 노무를 제공하고, 고용인은 그에 대한 보수를 지급하기로 약정한 관계를 말합니다.

제6조(계약자의 임의해지)

계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 해약환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다. 다만, 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험가입증서(보험증권)을 소지한 경우에 한하여 계약을 해지할 수 있습니다.

제7조(손해보상후의 계약)

1 한 번의 사고에 대하여 회사가 지급한 제17조(일반상해후유장해보험금) 제2항의 일반후유장해보험금의 지급률이 해당사고의 사망보험금의 80%미만인 때에는 남은 보험기간에 대한 이 계약의 보험가입금액은 감액되지 아니하며, 회사가 제16조(일반상해사망보험금)의 사망보험금을 지급하였거나 제17조(일반상해후유장해보험금) 제1항의 고도후유장해보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 계약은 소멸됩니다.
2 제1항에 따라 계약이 소멸되는 경우에는 회사는 해약환급금을 지급하지 아니합니다.
3 제1항 이외에 피보험자가 제14조(보상하는 손해)에서 정한 상해 이외의 사유로 사망한 경우에도 이 계약은 소멸되며, 이 경우 회사는 그때까지 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 회사가 적립한 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제8조(회사의 보장의 시기 및 종기)

1 회사의 보장은 보험기간의 첫날 오후 4시에 시작하며 마지막날 오후 4시에 끝납니다. 이 경우 시각은 보험가입증서(보험증권) 발행지의 표준시에 따릅니다. 다만, 암(경계성종양, 기타피부암 및 상피내암 제외)에 대한 회사의 보장은 보험가입증서(보험증권)에 기재된 보험기간의 첫날부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하 「암보장 개시일」이라 합니다)에 시작되며, 마지막날에 끝납니다.
2 제1항의 규정에도 불구하고 회사는 다른 약정이 없으면 제1회 보험료를 받기 전에 생긴 손해에 대하여는 보장을 하지 아니합니다.
3 회사가 계약자로부터 계약의 청약과 함께 제1회

보험료를 받은 경우에 그 청약을 승낙하기 전에 계약에서 정한 보험사고가 생긴 때에는 회사는 계약상의 보장을 합니다.

4 제3항의 규정에도 불구하고 회사는 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.

1. 제1항에서 정한 보장의 시기가 개시되지 아니한 경우
2. 제64조(계약전 알릴 의무)의 규정에 의하여 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용 또는 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
3. 제66조(알릴 의무 위반의 효과)의 규정을 준용하여 회사가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우

5 제2항 및 제3항의 보험료는 상해손해조항 내지 상해·질병손해조항의 보상하는 손해의 손해를 보상하는데 필요한 보험료를 말합니다.

제 2 관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제9조(보험료의 납입)

1 계약자는 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 하며, 이 경우 회사는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융기관(우체국 포함)을 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융기관 발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.

2 계약자는 보험료의 전부 또는 일부를 미리 낼 수 있으며, 3개월 이상의 보험료를 미리 낼 때에는 예정이율로 할인하여 드립니다. 이 경우 계약이 보험기간중에 소멸 또는 변경되거나 보험료납입이 면제되었을 경우에 선납보험료가 있으면 선납보험료를 받은 기간에 대하여 예정이율로 계산한 금액를 선납보험료에 더하여 계약자에게 돌려 드립니다.

제10조(보험료의 자동대출납입)

1 제11조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 규정된 보험료의 납입최고(독촉)기간이 경과되기 전까지 계약자가 보험료의 자동대출을 서면신청한 경우에는 제76조(보험계약대출)에 의한 보험계약대출로 보험료가 자동적으로 대출되어

계약이 유효하게 지속됩니다.
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 합산한 금액이 당해 보험료가 납입된 것으로 계산한 해약환급금과 계약자에게 지급할 기타 모든 지급금의 합계액에서 계약자의 회사에 대한 모든 채무액을 뺀 금액을 초과하는 경우에는 보험료의 자동대출납입을 더 이상 할 수 없습니다.
3 제1항 및 제2항에 따라 보험계약대출로 자동납입되는 보험료는 1년을 최고한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출납입을 위해서는 계약자의 서면에 의한 재신청이 있어야 합니다.
4 보험료의 자동대출납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해약을 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출납입이 없었던 것으로 하여 그 청구에 따라 처리합니다.

제11조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

1 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 아니하는 때에는 납입기일 다음날부터 납입기일이 속하는 달의 다음달 말일까지를 납입최고(독촉)기간으로 하며, 회사는 제3항에서 정한 바에 따라 최고(독촉)하고 납입최고(독촉)기간안에 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 계약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급하여 드립니다.
2 보험료 수금방법이 회사의 방문수금 또는 계약자의 은행 수납방법으로 약정되어 있는 경우에 회사의 방문수금 불이행 또는 은행 납입통지서의 미교부로 인하여 계약자가 보험료를 납입하지 못한 경우에는 납입기일부터 3개월이 되는 날까지를 납입최고(독촉)기간으로 하여 제1항을 적용합니다. 다만, 회사가 다시 수금하기로 하거나 은행 납입통지서를 다시 교부하기로 한 경우에는 그 수금 또는 재교부일부터 15일이 되는 날을 새로운 납입기일로 합니다.
3 제2회 이후의 보험료가 납입기일까지 납입되지

아니하여 보험료 납입이 연체중인 경우에 회사는 계약자(타인을 위한 보험의 경우 특정된 수익자 포함)에게 납입최고(독촉)기간안에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용과 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 아니할 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금과 보험계약대출원리금을 상계할 수 있다는 내용을 포함)을 납입최고(독촉)기간이 끝나기 15일 이전까지 서면 또는 전화(음성녹음)로 알려드립니다.
4 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 해약환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제12조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

1 제11조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 아니한 경우 계약자는 해지된 날로부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 회사가 이를 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체보험료에 예정이율+1% 범위내에서 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다.
2 계약의 부활(효력회복)에 관하여는 제1조(보험계약의 성립), 제8조(회사의 보장의 시기 및 종기), 제64조(계약전 알릴 의무) 및 제66조(알릴 의무 위반의 효과)의 규정을 준용합니다.

제13조(보험나이의 계산)

1 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 피보험자의 나이가 15세 이상에 해당되는지의 여부는 만나이로 계산합니다.
2 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

제 3 관 보험금등의 지급(회사의 주된 의무)

제1절 상해손해조항

제14조(보상하는 손해)

1 회사는 피보험자가 보험기간중에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하“사고”라 합니다)로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다. 이하 같습니다)에 상해를 입었을 때에는 그 상해로 인하여 생긴 손해(이하 “손해”라 합니다)를 본 상해손해조항에 따라 보상하여 드립니다.

2 제1항에서 정한 사고중 대중교통수단을 이용하던 중에 발생한 아래의 교통사고는 “대중교통이용중 교통사고”라 합니다.

1. 운행중 대중교통수단에 운전을 하고 있지 않는 상태로 피보험자가 탑승중에 일어난 교통사고
2. 대중교통수단에 피보험자가 탑승목적으로 승·하차 하던중 일어난 교통사고
3. 대중교통수단의 이용을 위해 피보험자가 승강장내 대기중 일어난 교통사고

3 제2항에서 대중교통수단이라 함은 이용을 원하는 모든 사람이 이용할 수 있는 교통수단으로 아래의 교통승용구를 말합니다.

1. 여객수송용 항공기
2. 여객수송용 지하철/전철, 기차
3. 여객자동차운수사업법 시행령 제3조에서 규정한 시내버스, 농어촌버스, 마을버스, 시외버스 및 고속버스(전세버스 제외)
4. 여객자동차운수사업법 시행령 제3조에서 규정한 일반택시, 개인택시(렌트카 제외)

4 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상을 포함합니다. 그러나 세균성 음식물 중독과 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 포함되지 아니합니다.

제15조(보상하지 아니하는 손해)

1 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 피보험자의 고의
2. 수익자의 고의. 그러나 그 수익자가 보험금의

일부 수익자인 경우에는 그 수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자에게 지급하여 드립니다.

3. 계약자의 고의
4. 피보험자의 자해, 자살, 자살미수, 형법상의 범죄행위 또는 폭력행위(다만, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우에는 보상하여 드립니다)
5. 피보험자의 질병
6. 피보험자의 심신상실 또는 정신질환
7. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개 포함), 유산 또는 외과적 수술, 그 밖의 의료처치. 그러나 회사가 부담하는 상해로 인한 경우에는 보상하여 드립니다.
8. 피보험자의 사형
9. 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
10. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
11. 핵연료 물질(사용이 끝난 연료를 포함합니다. 이하 같습니다) 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다)의 방사성, 폭발성 또는 그밖의 유해한 특성에 의한 사고
12. 위 제11호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염

[2] 회사는 제1항 제1호 내지 제3호의 사유가 발생한 때에는 이 계약을 해지할 수 있으며 이 경우 다음과 같이 합니다.

1. 제1항 제1호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드리지 아니합니다.

[3] 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위를 하는 동안에 생긴 손해에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글

라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩 또는 이와 비슷한 위험한 활동
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 보상하여 드립니다)
3. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

4 회사는 제18조(대중교통이용중상해사망보험금) 및 제19조(대중교통이용중상해후유장해보험금)의 경우 제1항 내지 제3항 이외에 피보험자가 아래에 열거한 행위를 하는 동안에 생긴 손해에 대하여도 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 시운전, 경기(연습을 포함) 또는 흥행(연습을 포함)을 위하여 운행중의 자동차 및 기타교통승용구에 탑승(운전을 포함함)하고 있는 동안 발생된 손해
2. 하역작업을 하는 동안 발생된 손해
3. 자동차 및 기타교통승용구의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생된 손해
4. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생된 손해

5 회사는 제24조(일반상해입원일당)의 경우 제1항 내지 제3항 이외에 피보험자가 도로교통법 제40조, 제41조에 의한 음주, 무면허상태에서 운전하던 중 사고는 보상하여 드리지 아니합니다.

제16조(일반상해사망보험금)

1 피보험자가 제14조(보상하는 손해) 제1항에서 정한 사고로 상해를 입고 그 직접결과로써 사고일부터 1년 이내에 사망하였을 때에는 일반상해사망후유장해 보험가입금액 전액을 일반상해사망보험금으로 수익자에게 지급하여 드립니다.

2 피보험자가 탑승한 항공기 또는 선박이 조난 또는 행방불명되어 피보험자의 생사가 분명하지 아니한 상태에서 정부기관이 피보험자의 사망을 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 호적에 사망이 기재된 경우에는 그 사고가 발생한 때에 피보험자가 사망한 것으로 봅니다. 그러나 사망보험금을 지급한 후에 피보험자의 생존이 확인되었을 경우에는 지급한 보

험금을 회수합니다.

제17조(일반상해후유장해보험금)

1 고도후유장해보험금 : 회사는 피보험자가 제14조(보상하는 손해) 제1항에서 정한 사고로 상해를 입고 그 상해가 치유된 후 직접결과로써 사고일부터 1년 이내에 신체의 일부를 잃었거나 또는 그 기능이 영구히 상실(이하 “후유장해”라 합니다)되어 【별표1】(장해분류표)에서 정한 지급률이 80% 이상에 해당하는 후유장해(이하 “고도후유장해”라 합니다.)가 남았을 경우에는 일반상해사망후유장해 보험가입금액을 일반상해고도후유장해보험금으로 수익자에게 지급합니다.

2 일반후유장해보험금 : 회사는 피보험자가 제14조(보상하는 손해) 제1항에서 정한 사고로 상해를 입고 그 상해가 치유된 후 직접결과로써 사고일부터 1년 이내에 신체의 일부를 잃었거나 또는 그 기능이 영구히 상실(이하 “후유장해”라 합니다)되어 【별표1】(장해분류표)에서 정한 지급률이 80% 미만에 해당하는 후유장해(이하 “일반후유장해”라 합니다.)가 남았을 경우에는 일반상해사망후유장해 보험가입금액에 【별표1】(장해분류표)에서 정한 지급률을 곱하여 산출한 금액을 일반상해일반후유장해보험금으로 수익자에게 지급합니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결후 한시적으로 나타나는 장해이나 그 기간이 5년 이상인 때에는 후유장해로 인정하고 해당 장해 지급률의 20%를 후유장해 지급률로 하여 제1항 및 제2항을 적용합니다.

4 제1항 내지 제3항의 후유장해보험금 지급을 위한 후유장해지급률이 사고일부터 180일이 지나도록 확정되지 아니하는 경우에는 사고일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 후유장해의 지급률로 결정합니다. 다만, 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간 중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 후유장해지급률을 결정하되 【별표1】(장해분류표)에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

5 【별표1】(장해분류표)에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별

등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 【별표1】(장해분류표)의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 아니합니다.
6 같은 사고로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 【별표1】(장해분류표)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
7 제6항에도 불구하고 동일한 신체부위에 【별표1】(장해분류표)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 【별표1】(장해분류표)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

제18조(대중교통이용중상해사망보험금)

1 피보험자가 제14조(보상하는 손해) 제2항에서 정한 사고로 상해를 입고 그 직접결과로써 사고일부터 1년 이내에 사망하였을 때에는 대중교통이용중상해사망후유장해 보험가입금액 전액을 대중교통이용중상해사망보험금으로 수익자에게 지급하여 드립니다.
2 피보험자가 탑승한 항공기 또는 선박이 조난 또는 행방불명되어 피보험자의 생사가 분명하지 아니한 상태에서 정부기관이 피보험자의 사망을 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 호적에 사망이 기재된 경우에는 그 사고가 발생한 때에 피보험자가 사망한 것으로 봅니다. 그러나 사망보험금을 지급한 후에 피보험자의 생존이 확인되었을 경우에는 지급한 보험금을 회수합니다.

제19조(대중교통이용중상해후유장해보험금)

1 고도후유장해보험금 : 회사는 피보험자가 제14조(보상하는 손해) 제2항에서 정한 사고로 상해를 입고 그 상해가 치유된 후 직접결과로써 사고일부터 1년 이내에 신체의 일부를 잃었거나 또는 그 기능이 영구히 상실(이하 “후유장해”라 합니다)되어 【별표1】(장해분류표)에서 정한 지급률이 80% 이상에 해당하는 후유장해(이하 “고도후유장해”라 합니다.)가 남았을 경우에는 대중교통이용중상해사망후유장해

보험가입금액을 대중교통이용중상해고도후유장해보험금으로 수익자에게 지급합니다.
2 일반후유장해보험금 : 회사는 피보험자가 제14조(보상하는 손해) 제2항에서 정한 사고로 상해를 입고 그 상해가 치유된 후 직접결과로써 사고일부터 1년 이내에 신체의 일부를 잃었거나 또는 그 기능이 영구히 상실(이하 “후유장해”라 합니다)되어 【별표1】(장해분류표)에서 정한 지급률이 80% 미만에 해당하는 후유장해(이하 “일반후유장해”라 합니다.)가 남았을 경우에는 대중교통이용중상해사망후유장해보험가입금액에 【별표1】(장해분류표)에서 정한 지급률을 곱하여 산출한 금액을 대중교통이용중상해일반후유장해보험금으로 수익자에게 지급합니다.
3 제1항 및 제2항에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결후 한시적으로 나타나는 장해이나 그 기간이 5년 이상인 때에는 후유장해로 인정하고 해당 장해 지급률의 20%를 후유장해 지급률로 하여 제1항 및 제2항을 적용합니다.
4 제1항 내지 제3항의 후유장해보험금 지급을 위한 후유장해지급률이 사고일부터 180일이 지나도록 확정되지 아니하는 경우에는 사고일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 후유장해의 지급률로 결정합니다. 다만, 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간 중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 후유장해지급률을 결정하되 【별표1】(장해분류표)에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.
5 【별표1】(장해분류표)에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 【별표1】(장해분류표)의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 아니합니다.
6 같은 사고로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 【별표1】(장해분류표)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
7 제6항에도 불구하고 동일한 신체부위에 【별표1】(장해분류표)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용

합니다. 다만, 【별표1】(장해분류표)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

제20조(일반상해재활치료비)

1 회사는 피보험자가 제14조(보상하는 손해) 제1항에서 정한 사고로 상해를 입고 그 상해가 치유된 후 직접결과로써 사고일부터 1년 이내에 신체의 일부를 잃었거나 또는 그 기능이 영구히 상실(이하 「후유장해」라 합니다)되어 【별표1】(장해분류표) 각호에 정한 지급률이 50%이상에 해당하는 후유장해(이하 「50%이상고도후유장해」라 합니다)가 남았을 경우에는 매사고시마다 일반상해재활치료비 보험가입금액을 일반상해재활치료비로 수익자에게 매년 사고발생 해당일에 10년간 확정지급하여 드립니다.
그러나, 【별표1】(장해분류표)의 각호에 정한 후유장해지급률이 80%이상에 해당하는 후유장해가 남았을 경우에는 1회의 사고에 한하여 일반상해재활치료비를 보상하여 드리며 같은 보험년도(보험에 가입한 날부터 매1년이 되는 시점까지의 기간단위를 말함)에 50%이상고도후유장해가 두 번이상 발생했을 때에는 1회의 사고에 한하여 보상하여 드립니다.
2 제1항에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결후 한시적으로 나타나는 장해이나 그 기간이 5년 이상인 때에는 후유장해로 인정하고 해당 장해 지급률의 20%를 후유장해지급률로 하여 제1항을 적용합니다.
3 제1항의 일반상해재활치료비 지급을 위한 후유장해지급률이 사고일부터 180일이 지나도록 확정되지 아니하는 경우에는 사고일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 후유장해의 지급률로 결정합니다. 다만, 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간 중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 후유장해지급률을 결정하되 【별표1】(장해분류표)에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.
4 【별표1】(장해분류표)에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다.

5 같은 사고로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 【별표1】(장해분류표)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
6 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 【별표1】(장해분류표)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 【별표1】(장해분류표)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
7 제1항의 일반상해재활치료비는 수익자가 원하는 경우 이보험의 예정이율로 할인하여 일시금으로 수익자에게 지급하여 드립니다.

제21조(일반상해의료비)

1 회사는 피보험자가 보험기간중 제14조(보상하는 손해) 제1항에서 정한 사고로 상해를 입고 그 직접적인 결과로써 의사의 치료를 받은 때에는 1사고당 일반상해의료비 보험가입금액을 한도로 피보험자가 실제로 부담한 의료비 전액을 수익자에게 지급하여 드립니다. 그러나 어떠한 경우에도 사고일부터 180일을 한도로 합니다.
2 제1항에도 불구하고 피보험자가 국민건강보험을 적용받지 아니한 경우(자동차사고, 산업재해보상사고 등을 포함합니다)에는 발생한 의료비 총액의 50% 해당액을 1사고당 일반상해의료비 보험가입금액을 한도로 지급하여 드립니다.
3 제1항 및 제2항에도 불구하고 아래의 각호에 해당하는 비용은 보험금을 지급하지 아니합니다.

1. 한약재등의 보신용 투약비용
2. 병실료 차액(실제사용병실과 기준병실과의 병실료 차액). 다만, 의사가 치료상 부득이 기준병실보다 입원료가 비싼 병실(이하 “상급병실”이라 함)에 입원하여야 한다고 판단하여 상급병실에 입원한 경우에는 예외로 하며, 병실의 사정으로 부득이 상급병실에 입원하였을 때에는 7일의 범위내에서 예외로 합니다.
3. 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 상당한 사유가 없는 고단위 영양제 투여비용, 의사의 임상적 소견과 관련없는 검사비용

4 제1항 또는 제2항의 비용에 대하여 보험금을 지급할 다수계약이 체결되어 있는 경우에는 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 제1항 또는 제2항의 비용을 초과했을 때에는 회사는 이 계약에 따른 보상책임액의 위의 합계액에 대한 비율에 따라 의료비 보험금을 지급하여 드립니다.

<용어풀이>
다수계약에 해당하는 보험종목은 제3보험의 상해·질병·간병보험 및 손해보험의 종합·장기손해·개인연금·퇴직보험으로 합니다. 이하 같습니다.

제22조(중대한특정상해수술비)

1 회사는 피보험자가 보험기간 중에 급격하고도 제14조(보상하는 손해) 제1항에서 정한 사고로 뇌손상 또는 내장손상을 입고 사고일부터 180일 이내에 그 치료를 직접적인 목적으로 입원하여 "개두(開頭)수술", "개흉(開胸)수술" 또는 "개복(開腹)수술"(이하 "중대한특정상해수술"이라 합니다)을 받은 때에는 최초 1회의 수술에 한하여 중대한특정상해수술비 보험가입금액을 중대한특정상해수술비로 수익자에게 지급하여 드립니다. 다만, 피보험자가 동일한 사고로 인하여 중대한특정상해수술비 지급사유가 두종류 이상 발생한 경우에도 하나의 사유에 의한 중대한특정상해수술비만을 지급하여 드립니다.

2 제1항에서 "뇌손상"이라 함은 두부(頭部)에 가해진 충격에 의해 뇌에 기질적 손상【별표 2】(중대한특정상해 분류표)을 입은 경우를 말합니다.

3 제1항에서 "내장손상"이라 함은 신체 외부에서 가해진 충격에 의해 내장(심장, 폐, 위, 장, 간장, 췌장, 비장, 신장, 방광)의 기관에 기질적 손상【별표 2】(중대한특정상해 분류표) 을 입은 경우를 말합니다.

4 제1항에서 "개두(開頭)수술", "개흉(開胸)수술", "개복(開腹)수술"이라 함은 각각 아래의 수술을 말하며, 뇌 및 내장에 의료기구를 삽입하여 시행하는 두개골 천공술, 복강경, 내시경 등의 수술 및 시술은 "개두(開頭)수술", "개흉(開胸)수술", "개복(開腹)수술"로 보지 아니합니다.

1. "개두(開頭)수술" 이라 함은 두개를 열어 뇌를

노출시키는 수술을 말합니다.

2. “개흉(開胸)수술”이라 함은 흉강을 여는 수술로서 농흉수술, 흉막, 폐장, 심장, 횡경막, 종격동, 식도수술 등 흉강내에 조작을 가할 때에 행하는 것을 말합니다. 또한 개흉수술에 준하는 것은 늑골, 흉골의 절제술을 포함하는 것으로 합니다.

3. “개복(開腹)수술”이라 함은 복벽을 절개하여 복강을 여는 수술로서 위, 십이지장, 소장, 대장, 충수, 간장 및 담도, 췌장, 비장, 난소 및 자궁수술 등 복강내에 조작을 가할 때에 행하는 것을 말합니다. 또한 개복수술에 준하는 것으로서 신장, 뇨관 및 방광수술을 포함하는 것으로 하지만 경뇨도적조작에 의한 것은 해당되지 아니합니다.

5 피보험자가 제1항에서 정한 중대한특정상해수술비을 받은 경우 이 중대한특정상해수술비 보장은 소멸되며, 중대한특정상해수술비에 해당하는 보험료는 납입이 면제됩니다.

제23조(상해흉터복원수술비)

1회사는 피보험자가 보험기간 중 제14조(보상하는 손해) 제1항에서 정한 사고로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등에서 치료를 받고 그 직접적인 결과로 인하여 안면부, 상지, 하지에 외형상의 반흔이나 추상장해, 신체의 기형이나 기능장해가 발생하여 그 원상회복을 목적으로 사고일로부터 2년이내에 성형외과 전문의로부터 성형수술을 받은 경우 아래에 정한 금액을 상해흉터복원수술비로 수익자에게 지급하여 드립니다.

구분	안면부	상지·하지
지급액	수술 1cm당 14만원	수술 1cm당 7만원 (단, 3cm이상의 경우에 한함)

주) 길이측정이 불가한 식피술등의 경우 수술cm는 최장직경으로 함

2 제1항에서 정한 상해흉터복원수술비는 하나의 사고에 대하여 500만원을 한도로 지급하여 드립니다. 다만, 동일부위에 대한 성형수술을 2회이상 받은 경우에는 최초로 받은 수술에 대해서만 지급하여 드립니다.

3 제1항에서 정한 안면부, 상지, 하지란 다음을 말합니다.

1. 안면부란 이마를 포함하여 목까지의 얼굴부분을 말합니다.
2. 상지란 견관절 이하의 팔부분을 말합니다.
3. 하지란 고관절 이하 대퇴부, 하퇴부, 족부를 의미하며, 둔부, 서혜부, 복부등은 제외합니다.

제24조(일반상해입원일당)

1 회사는 피보험자가 제14조(보상하는 손해) 제1항에서 정한 사고로 신체에 상해를 입고 그 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 입원하여 치료를 받은 경우에는 3일초과 1일당 일반상해입원일당 보험가입금액을 일반상해입원일당으로 수익자에게 지급하여 드립니다. 다만, 사고일로부터 180일 이내의 입원에 한합니다.

2 제1항의 경우 피보험자가 책임개시일 이후 입원하여 치료를 받던중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항의 일반상해입원일당를 계속 보상합니다.

3 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 일반상해입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.

제25조(골절진단·수술비)

1 회사는 피보험자가 보험기간중 제14조(보상하는 손해) 제1항에서 정한 사고로 인하여 상해를 입고 그 직접결과로써 골절로 진단확정된 경우 및 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은때에는 아래의 금액을 수익자에게 지급하여 드립니다.

골절진단비	골절수술비
골절진단·수술비 보험가입금액의 2배 해당액	골절진단·수술비 보험가입금액의 3배 해당액

2 제1항의 골절이라 함은 【별표 3】(골절분류표)에 정한 골절을 말합니다.

3 동일한 상해를 직접적인 원인으로 복합골절 발생시에는 1회에 한하여 골절진단비를 지급하여 드립니다.

4 하나의 사고로 두종류 이상의 골절수술을 받은 경우에는 하나의 골절수술비만 지급하여 드립니다.
5 다만, 제15조(보상하지 아니하는 손해) 이외에 아래의 골절수술비는 지급하여 드리지 아니합니다.

1. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함합니다)
2. 선천적 기형 및 이에 연유한 병상

제26조(화상진단·수술비)

1 회사는 피보험자가 보험기간중 제14조(보상하는 손해) 제1항에서 정한 사고로 인하여 상해를 입고 그 직접결과로써 화상으로 진단확정된 경우 및 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은때에는 아래의 금액을 수익자에게 지급하여 드립니다.

화상진단비	화상수술비
화상진단·수술비 보험가입금액의 2배 해당액	화상진단·수술비 보험가입금액의 3배 해당액

2 제1항의 화상이라 함은【별표 4】(화상분류표)에 정한 화상(열상을 포함합니다)에 해당되고 심재성2도 이상의 화상을 말합니다.
3 동일한 사고로 인하여 2가지 이상의 화상 상태인 경우에도 1회에 한하여 화상진단비를 지급하여 드립니다.
4 하나의 사고로 두종류 이상의 화상수술을 받은 경우에는 하나의 화상수술비만 지급하여 드립니다.
5 다만, 제15조(보상하지 아니하는 손해) 이외에 아래의 화상수술비는 지급하여 드리지 아니합니다.

1. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함합니다)
2. 선천적 기형 및 이에 연유한 병상

제27조(수술의 정의)

상해손해조항 계약에 있어 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로써 자택등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서

의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 적제(摘除)등의 조작을 가하는 것을 말하며 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經)차단(Nerve Block)은 제외합니다.

제28조(다른 신체상해 또는 질병의 영향)

1 피보험자가 제14조(보상하는 손해)에서 정한 상해를 입은 경우 이미 존재한 신체상해 또는 질병의 영향으로 또는 제14조(보상하는 손해)에서 정한 상해를 입은 후에 그 원인이 된 사고와 관계없이 새로이 발생한 상해나 질병의 영향으로 제14조(보상하는 손해)에서 정한 상해가 중하게 된 경우 회사는 그 영향이 없었던 때에 상당하는 금액을 결정하여 지급하여 드립니다.

2 정당한 이유없이 피보험자가 치료를 게을리하거나 또는 계약자나 수익자가 치료를 하여 주지 않음으로 인하여 제14조(보상하는 손해)에서 정한 상해가 중하게 된 경우에도 제1항과 같은 방법으로 합니다.

제29조(보험금의 지급한도)

1 회사가 지급하여야 할 하나의 사고에 대한 후유장해보험금은 제17조(일반상해후유장해보험금) 및 제19조(대중교통이용중상해후유장해보험금)의 고도후유장해보험금을 한도로 합니다. 다만, 제20조(일반상해재활치료비)는 보험금 지급한도를 적용하지 아니합니다.

2 회사는 하나의 사고로 제16조(일반상해사망보험금) 및 제18조(대중교통이용중상해사망보험금)의 사망보험금과 제17조(일반상해후유장해보험금), 제19조(대중교통이용중상해후유장해보험금)의 일반후유장해보험금 및 제20조(일반상해재활치료비)의 일반상해재활치료비를 지급하여야 할 경우 이를 각각 지급하여 드립니다. 그러나 제17조(일반상해후유장해보험금) 및 제19조(대중교통이용중상해후유장해보험금)의 고도후유장해보험금 지급사유가 발생한 이후에는 사망보험금을 지급하지 아니합니다.

제30조(손해의 통지)

1 계약자, 피보험자 또는 수익자는 상해손해조항의 사고가 생긴 것을 안 때에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.
2 계약자, 피보험자 또는 수익자가 제1항의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

제2절 질병손해조항

제31조(보상하는 손해)

1 회사는 피보험자가 보험기간 중 질병으로 인하여 생긴 손해(이하 “손해”라 합니다)를 본 질병손해조항에 따라 보상하여 드립니다.
2 제1항의 질병이라 함은 이 계약에 의해 회사의 보장이 시작된 때부터 피보험자에게 감염되거나 발병된 질병을 말합니다. 다만 보장이 시작되기 전에 피보험자가 감염 또는 발병된 사실을 모르고 있었던 때에는 보상하여 드립니다.

제32조(보상하지 아니하는 손해)

1 회사는 제44조(질병입원의료비)의 경우 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.
1. 피보험자의 고의
2. 수익자의 고의. 그러나 그 수익자가 보험금의 일부 수익자인 경우에는 그 수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자에게 지급하여 드립니다.
3. 계약자의 고의

2 회사는 제1항제1호 내지 제3호의 사유가 발생한 때에는 이 계약을 해지할 수 있으며 이 경우 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를

돌려드리지 아니합니다.

3 회사는 제44조(질병입원의료비)의 경우 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 피보험자의 자해, 자살, 자살미수, 형법상의 범죄행위 또는 폭력행위(다만, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우에는 보상하여 드립니다)
2. 피보험자의 선천성 뇌질환, 심신상실 및 정신적 기능장해
3. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개 포함), 유산 또는 외과적 수술. 그밖의 의료처치. 그러나 회사가 부담하는 질병으로 인한 경우에는 보상하여 드립니다.
4. 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
6. 핵연료 물질(사용이 끝난 연료를 포함합니다. 이하 같습니다) 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다)의 방사성, 폭발성 또는 그밖의 유해한 특성에 의한 사고
7. 위 제6호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염
8. 성병
9. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

4 회사는 제45조(질병입원일당)의 경우 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 피보험자의 자해, 자살, 자살미수, 형법상의 범죄행위 또는 폭력행위(다만, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우에는 보상하여 드립니다)
2. 피보험자의 기질성 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실, 선천기형
3. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개 포함), 유산 또는 외과적 수술. 그러나 회사가 부담하는 질병으로 인한 경우에는 보상하여 드립니다.
4. 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
6. 핵연료 물질(사용이 끝난 연료를 포함합니다. 이하 같습니다) 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다)의 방사성,

폭발성 또는 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고
7. 위 제6호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염
8. 성병
9. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

⑤ 회사는 제44조(질병입원의료비)의 경우 제1항 내지 제3항 이외에 아래의 의료비손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 한약재등의 보신용 투약비용
2. 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술비
3. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료비
4. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용
5. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
6. 정상분만, 치과질환
7. 병실차액, 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료등), 상당한 사유가 없는 고단위 영양제 투여비용, 의사의 임상적 소견과 관련없는 검사비용
8. 【별표 5】(비뇨기계 장애 및 직장 또는 항문관련질환 분류표)에서 정한 비뇨기계 장애, 직장 또는 항문관련 질환
9. 산재보험에서 보상받는 의료비. 단, 이 경우에도 본인부담 의료비는 제44조(질병입원의료비)에 따라 보상하여 드립니다.

⑥ 회사는 제45조(질병입원일당)의 경우 제4항 이외에 아래의 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 질병을 원인으로 하지 않은 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제33조(“암” 및 “기타피부암”의 정의 및 진단확정)

① 이 계약에 있어서 “암”이라 함은 악성신생물로 분류되는 질병【별표 6】(악성신생물 분류표)을 말합니다. 다만, 전암병소(Premalignant Condition or

Condition with Malignant Potential)는 제외합니다.
2 이 계약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제4차 개정 한국표준질병사인분류에서 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
3 “암” 및 “기타피부암”의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 “암” 및 “기타피부암”에 대한 임상학적 진단이 “암” 및 “기타피부암”의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 “암” 및 “기타피부암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제34조(“상피내암”의 정의 및 진단확정)

1 이 계약에 있어서 “상피내암”이라 함은 상피내의 신생물로 분류되는 질병【별표 7】(상피내의 신생물 분류표)을 말합니다.
2 “상피내암”의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 “상피내암”에 대한 임상학적 진단이 “상피내암”의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 “상피내암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제35조(“경계성종양”의 정의 및 진단확정)

1 이 계약에 있어서 “경계성종양”이라 함은 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병【별표 8】(행동양식의 불명 또는 미상의 신생물 분류표)을 말합니다.
2 “경계성종양”의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져

야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 “경계성종양”에 대한 임상학적 진단이 “경계성종양”의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제36조(“뇌졸중”의 정의 및 진단확정)

1 이 계약에 있어서 “뇌졸중”이라 함은 뇌졸중으로 분류되는 질병【별표9】(뇌졸중 분류표)을 말합니다.

2 뇌졸중의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정하는 국내 병원 또는 이와 동등 하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사자격증을 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 핵자기공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제37조(“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정)

1 이 계약에 있어서 “급성심근경색증”이라 함은 급성심근경색증으로 분류되는 질병【별표10】(급성심근경색증 분류표)을 말합니다.

2 급성심근경색증의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정하는 국내 병원 또는 이와 동등 하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사자격증을 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥촬영술, 혈액중심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제38조(“특정질병”의 정의 및 진단확정)

1 이 계약에 있어서 “특정질병”이라 함은 “남성”의 경우에는 7대질병(심질환, 뇌혈관질환, 간질환, 고혈압, 당뇨병, 만성호흡기질환, 위궤양 및 십이지

장궤양)을 말하며, “여성”의 경우에는 여성특정질병(심질환, 뇌혈관질환, 고혈압, 당뇨병, 위궤양 및 십이지장궤양, 신부전)과 여성부인과질병 및 여성만성질병(골다공증, 관절염, 상피내암, 양성신생물, 유방의 장애, 여성골반내 장기의 염증성질환, 여성생식기의 비염증성 장애)을 말합니다. (【별표11】“특정질병 분류표” 참조)

2 제1항의 “특정질병”의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원등 또는이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 단, 뇌졸중 및 급성심근경색증의 진단확정은 의료법에 정한 국내의 병원이나 의원등 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관의 전문의 자격을 가진 자에 의한 병리학적 소견, 세포학적 소견, 이학적 소견(X선, C.T, 내시경, 심전도, 혈액검사등), 임상학적 소견 및 수술소견의 전부 또는 그 중의 일부로 되어 있어야 합니다.

제39조(“갑상선질환”의 정의)

1 이 계약에 있어서 “갑상선질환”이라 함은 갑상선질환으로 분류되는 질병을 말합니다.(【별표12】“갑상선질환 분류표” 참조)

2 제1항의 갑상선질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원이나 의원등 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제40조(“피부질환”의 정의)

1 이 계약에 있어서 “피부질환”이라 함은 피부질환으로 분류되는 질병을 말합니다.(【별표13】“피부질환 분류표” 참조)

2 제1항의 피부질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원이나 의원등 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관의 의사자격을 가진자에 의한 진단서에 의합니다.

제41조(“식중독”의 정의)

이 계약에 있어서 “식중독”이라 함은 음식물을 먹고 생기는 구토, 설사, 복통을 주요 증세로 하는 급성

질환으로써 【별표14】(식중독 분류표)에 해당하는 질병을 말합니다.

제42조(“수술”의 정의와 장소)

이 질병손해조항 계약에 있어서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원등의 의사, 치과의사, 한의사의 자격을 가진자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조 제2항에 정한 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 적제(摘除) 등의 조작을 가하는 것을 말하며 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

제43조(“입원”의 정의와 장소)

1 이 질병손해조항 계약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진자 (이하 “의사”라 합니다.)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2 이 질병손해조항 계약에서 “질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원”이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며 질병의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

3 이 보험에서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적으로 진단되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말합니다. 그러다 동일한 질병에 대한 입원이라도 입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원

으로 봅니다.

제44조(질병입원의료비)

1 회사는 피보험자가 보험기간중 제31조(보상하는 손해)에서 정한 질병으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등에 입원하여 치료를 받은 경우 아래의 질병입원의료비(이하 「의료비」라 합니다)를 수익자에게 보상하여 드립니다.

1. 입원실료 : 진찰료, 기준병실(해당 병원 또는 의원에서 국민건강보험 환자에게 적용하는 기준병실을 말합니다) 사용료, 환자관리료, 식대
2. 입원제비용 : 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법료, 정신요법료, 처치료, 재료대, 캐스트료, 지정진료비
3. 수술비 : 수술료, 마취료, 수술재료비

2 회사는 제1항의 의료비에 대하여 국민건강보험법에 의하여 피보험자가 실제로 부담하는 비용의 80% 해당액을 보상하여 드립니다. 다만, 피보험자가 부득이한 사정으로 국민건강보험을 적용받지 못한 경우에는 제1항의 제1호 내지 제3호의 의료비는 각각 발생 의료비총액의 30% 해당금액을 제3항에 정한 각 항목별 보상한도내에서 보상하여 드립니다. 여기서 국민건강보험을 적용받지 못하는 경우란 자동차사고로 인하여 본인이 부담하는 의료비, 국민건강보험에 미가입된 경우 등을 말합니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고 동일질병 또는 하나의 사고(의학상 중요한 관련이 있는 질병은 동일질병으로 간주하며, 동일질병으로 2회이상 치료를 받은 경우에도 이를 하나의 사고로 봅니다.)로 인한 의료비 보상한도는 사고일 또는 발병일로부터 180일을 한도로 아래에 정한 금액으로 합니다. 다만, 동일질병에 의한 입원이라도 입원의료비가 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 발병으로 간주하여 보상하여 드립니다.

입원실료	입원제비용	수술비
200만원	400만원	200만원

4 제3항의 비용에 대하여 보험금을 지급할 다수계약이 체결되어 있는 경우에는 각각의 계약에 대하여

다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 제3항의 비용(발생의료비를 말합니다.)을 초과했을 때, 회사는 이 계약에 따른 보상책임액의 위의 합계액에 대한 비율에 따라 의료비보험금을 지급하여 드립니다.

<용어풀이>
다수계약에 해당하는 보험종목은 제3보험의 상해·질병·간병보험 및 손해보험의 종합·장기손해·개인연금·퇴직보험으로 합니다. 이하 같습니다.

제45조(질병입원일당)

1 회사는 피보험자가 보험기간중 제31조(보상하는 손해)에서 정한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하였을 경우 최초 입원일로부터 180일을 한도로 3일초과 입원 1일에 대하여 질병입원일당 보험가입금액을 질병입원일당으로 수익자에게 지급하여 드립니다.

2 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 합산합니다. 다만 동일한 질병에 대한 입원이라도 입원급여금이 지급된 최종퇴원일로부터 180일 경과하여 입원한 경우에는 새로운 입원으로 간주합니다.

3 제1항의 경우 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 질병입원일당을 계속보상하여 드립니다.

4 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 질병입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.

제46조(암진단급여금)

1 회사는 피보험자가 보험기간중 제8조(회사의 보장의 시기 및 종기)에서 정한 암보장개시일 이후에 제31조(보상하는 손해)에서 정한 질병중 최초로 암으로 진단확정된 경우 또는 피보험자가 보험기간중 최초로 기타피부암, 상피내암 또는 경계성 종양으로 진단확정된 경우 최초 1회의 진단에 한하여 각각 아

래의 금액을 암진단급여금으로 수익자에게 지급하여 드립니다.

급부명		지급금액
진단 급여금	암	암진단급여금 보험가입금액 전액 (단, 가입후 1년미만 진단시50%)
	기타피부암, 상피내암, 경계성종양	암진단급여금 보험가입금액의 20%

2 다만, 피보험자가 제1항에서 정한 암진단급여금을 지급 받은 이후에 기타피부암, 상피내암 및 경계성종양으로 진단확정시에는 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양 진단급여금은 지급되지 아니합니다.

3 피보험자가 제1항에서 정한 암으로 진단확정된 경우 이 암진단급여금보장은 소멸되며, 암진단급여금에 해당하는 보험료는 납입이 면제됩니다.

제47조(뇌졸중진단급여금)

1 회사는 피보험자가 보험기간중 제31조(보상하는 손해)에서 정한 질병중 뇌졸중으로 진단확정된 경우 최초 1회의 진단에 한하여 뇌졸중진단급여금 보험가입금액을 뇌졸중진단급여금으로 수익자에게 지급하여 드립니다.

2 피보험자가 제1항에서 정한 뇌졸중으로 진단확정된 경우 이 뇌졸중진단급여금보장은 소멸되며, 뇌졸중진단급여금에 해당하는 보험료는 납입이 면제됩니다.

제48조(급성심근경색증진단급여금)

1 회사는 피보험자가 보험기간중 제31조(보상하는 손해)에서 정한 질병중 급성심근경색증으로 진단확정된 경우 최초 1회의 진단에 한하여 급성심근경색증진단급여금 보험가입금액을 급성심근경색증진단급여금으로 수익자에게 지급하여 드립니다.

2 피보험자가 제1항에서 정한 급성심근경색증으로 진단확정된 경우 이 급성심근경색증진단급여금보장

은 소멸되며, 급성심근경색증진단급여금에 해당하는 보험료는 납입이 면제됩니다.

제49조(특정질병수술비)

회사는 피보험자가 보험기간중 제31조(보상하는 손해)에서 정한 질병중 특정질병으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 입원하여 수술을 받은 경우에는 수술1회당 아래의 금액을 특정질병수술비로 수익자에게 지급하여 드립니다. 단, 피보험자가 동시에 두종류 이상의 수술을 받을 경우에는 그 수술중 가장 높은 급여에 해당하는 수술에 대한 수술비만을 지급하여 드립니다.

급부명		지급금액
남성	남성 7대질병	특정질병수술비 보험가입금액
여성	여성특정질병	특정질병수술비 보험가입금액
	여성부인과질병 및 여성만성질병	특정질병수술비 보험가입금액의 25%해당액

제50조(암수술비)

회사는 피보험자가 보험기간중 제8조(회사의 보장의 시기 및 종기)에서 정한 암보장개시일 이후에 최초로 제31조(보상하는 손해)에서 정한 질병중 암으로 진단확정되고 그 이후 암의 치료를 직접목적으로 수술을 받았을 때 또는 보험기간중 최초로 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양으로 진단확정되고 그 이후 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양의 치료를 직접목적으로 수술을 받았을 때에는 수술 1회당 아래의 금액을 암수술비로 수익자에게 지급하여 드립니다. 단, 피보험자가 동시에 두종류 이상의 수술을 받을 경우에는 그 수술중 가장 높은 급여에 해당하는 수술에 대한 수술비만을 지급하여 드립니다.

급부명	지급금액
암	암수술비 보험가입금액
기타피부암, 상피내암, 경계성종양	암수술비 보험가입금액의 25% 해당액

제51조(갑상선질환·피부질환수술비)

회사는 피보험자가 보험기간중 제31조(보상하는 손해)에서 정한 질병중 갑상선질환 및 피부질환으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 입원하여 수술을 받은 경우에는 수술1회당 아래의 금액을 갑상선질환수술비 및 피부질환수술비로 각각 수익자에게 지급하여 드립니다.

급부명	지급금액
갑상선질환	갑상선질환·피부질환수술비 보험가입금액
피부질환	갑상선질환·피부질환수술비 보험가입금액

제52조(식중독위로금)

1 회사는 피보험자가 보험기간 중 제31조(보상하는 손해)에서 정한 질병중 식중독이 발생하고 그 직접적인 결과로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 4일이상 입원하여 치료를 받은 경우에 식중독위로금 보험가입금액을 식중독위로금으로 수익자에게 지급하여 드립니다.

2 제1항의 경우 동일한 식중독으로 인하여 4일이상의 입원을 2회이상 한 경우에는 1회 입원으로 봅니다. 그러나, 동일한 식중독으로 인한 입원이라도 해당하는 식중독위로금이 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

3 제1항의 경우 피보험자가 입원기간중에 보험기간이 끝났을 때에도 그 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정을 따릅니다.

제53조(손해의 통지)

1 계약자, 피보험자 또는 수익자는 질병손해조항의 보험금 지급사유가 생긴 것을 안 때에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.
2 계약자, 피보험자 또는 수익자가 제1항의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

제3절 상해·질병손해조항

제54조(보상하는 손해)

1 회사는 피보험자가 보험기간중에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하"사고"라 합니다)로 신체에 상해를 입었을 때에는 그 상해로 인하여 생긴 손해 및 질병으로 인한 손해(이하 "손해"라 합니다)를 본 상해·질병손해조항에 따라 보상하여 드립니다.
2 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상을 포함합니다. 그러나 세균성 음식물 중독과 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 포함되지 아니합니다.
3 제1항의 질병이라 함은 이 계약에 의해 회사의 보장이 시작된 때부터 피보험자에게 감염되거나 발병된 질병을 말합니다. 다만 보장이 시작되기 전에 피보험자가 감염 또는 발병된 사실을 모르고 있었던 때에는 보상하여 드립니다.

제55조(보상하지 아니하는 손해)

1 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 피보험자의 고의
2. 수익자의 고의. 그러나 그 수익자가 보험금의 일부 수익자인 경우에는 그 수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자에게 지급하여 드립니다.
3. 계약자의 고의
4. 피보험자의 자해, 자살, 자살미수, 형법상의 범죄행위 또는 폭력행위(다만, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우에는 보상하여 드립니다)
5. 피보험자의 심신상실 또는 정신질환

6. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개 포함), 유산 또는 외과적 수술, 그 밖의 의료처치. 그러나 회사가 부담하는 상해나 질병으로 인한 경우에는 보상하여 드립니다.
7. 피보험자의 사형
8. 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
9. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
10. 핵연료 물질(사용이 끝난 연료를 포함합니다. 이하 같습니다) 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다)의 방사성, 폭발성 또는 그밖의 유해한 특성에 의한 사고
11. 위 제10호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염

2 회사는 제1항 제1호 내지 제3호의 사유가 발생한 때에는 이 계약을 해지할 수 있으며 이 경우 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 이미 납입한 보험료(중도인출액이 있었던 때에는 이를 차감한 금액)를 계약자에게 돌려 드립니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드리지 아니합니다.

3 회사는 제56조(장기입원비)의 경우에는 제1항에서 정한 사유 이외에 아래에 정한 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.(다만, 제1항 제5호는 아래 제1호로 대체 합니다)
1. 피보험자의 기질성 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 성병
3. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
4. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
5. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
6. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
7. 정상분만, 치과질환

4 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직

무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위를 하는 동안에 생긴 손해에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.

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

5 회사는 제56조(장기입원비)의 경우 제1항 내지 제4항 이외에 외에 피보험자가 도로교통법 제40조, 제41조에 의한 음주, 무면허상태에서 운전하던 중 사고는 보상하여 드리지 아니합니다.

제56조(장기입원비)

1 회사는 피보험자가 보험기간중 제54조(보상하는 손해)에서 정한 상해 및 질병으로 병원 또는 의원(한방병원, 한의원을 포함합니다)에 31일이상 입원하여 치료를 받는 경우 아래의 장기입원비를 수익자에게 지급하여 드립니다.

입원치료기간	장기입원비
31일이상-61일미만	장기입원비 보험가입금액
61일이상-91일미만	장기입원비 보험가입금액의 2배 해당액
91일이상-121일미만	장기입원비 보험가입금액의 3배 해당액
121일이상	장기입원비 보험가입금액의 4배 해당액

2 동일한 상해 또는 질병의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 합산합니다. 다만, 최종퇴원일로부터 180일이 경과

하여 입원한 경우에는 새로운 입원으로 간주합니다.

제57조(5대장기이식수술비)

1 회사는 보험자가 보험기간중 제54조(보상하는 손해)에 정한 상해 및 질병으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등에 입원하여 장기수혜자로서 5대장기이식수술을 받았을 때 5대장기이식수술비 보험가입금액을 최초 1회에 한하여 5대장기이식수술비용으로 우익에게 지급하여 드립니다. 단, 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 5대장기이식수술을 받을 경우에는 하나의 5대장기이식수술비만을 지급하여 드립니다.
2 제1항에서 '5대장기'라 함은 간장, 신장, 심장, 췌장, 폐장을 말하며, '5대장기이식수술'이라 함은 '장기 등 이식에 관한 법률'에서 정한 절차 및 방법에 따라 기증자의 5대장기를 이식대상자(피보험자)에게 이식하는 수술을 말합니다. 단, 랑게르한스 소도세포이식수술은 보장에서 제외합니다.
3 피보험자가 제1항에서 정한 5대장기이식수술을 받았을 경우 이 5대장기이식수술비보장은 소멸되며, 5대장기이식수술비에 해당하는 보험료는 납입이 면제됩니다.

제58조(다른 신체상해 또는 질병의 영향)

1 피보험자가 제54조(보상하는 손해)에서 정한 상해를 입은 경우 이미 존재한 신체상해 또는 질병의 영향으로 또는 제54조(보상하는 손해)에서 정한 상해를 입은 후에 그 원인이 된 사고와 관계없이 새로이 발생한 상해나 질병의 영향으로 제54조(보상하는 손해)에서 정한 상해가 중하게 된 경우 회사는 그 영향이 없었던 때에 상당하는 금액을 결정하여 지급하여 드립니다.
2 정당한 이유없이 피보험자가 치료를 게을리하거나 또는 계약자나 수익자가 치료를 하여 주지 않음으로 인하여 제54조(보상하는 손해)에서 정한 상해가 중하게 된 경우에도 제1항과 같은 방법으로 합니다.

제59조(손해의 통지)

1 계약자, 피보험자 또는 수익자는 상해·질병손해조

항의 사고가 생긴 것을 안 때에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.
2 계약자, 피보험자 또는 수익자가 제1항의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

제60조(해약환급금)

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

제61조(배당금의 지급)

회사는 이 보험에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제62조(소멸시효)

보험금청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권 및 배당금청구권은 2년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성됩니다.

제63조(보험금 청구권의 상실)

계약자, 피보험자 또는 수익자가 손해의 통지 또는 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조하거나 변조한 경우에는 피보험자 또는 수익자는 손해에 대한 보험금 청구권을 잃게 됩니다.

제 4 관 보험계약시 계약자의 계약전 알릴 의무 등

제64조(계약전 알릴 의무)

계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인은 청약시(건강진단을 받는 경우에는 건강진단시 포함) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 “계약전 알릴 의무”라 하며,

상법상 “고지의무”와 같습니다)합니다. 그러나 의료법 제3조(의료기관)에서 정하는 종합병원 및 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제65조(계약후 알릴 의무)

1 계약자 또는 피보험자는 계약을 맺은 후 피보험자가 그 직업 또는 직무를 변경(자가용 운전자가 영업용 운전자로 직업 또는 직무를 변경하는 등의 경우를 포함합니다)하거나 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 직접 사용하게 된 경우에는 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험가입증서(보험증권)에 확인을 받아야 합니다.

2 제1항의 통지에 따라 보험료를 더 내야 할 경우 회사의 청구에 대해 계약자가 그 지불을 게을리 했을 때, 회사는 직업 또는 직무가 변경되기 전에 적용된 보험료율(이하 “변경전 요율”이라 합니다)의 직업 또는 직무가 변경된 후에 적용해야 할 보험료율(이하 “변경후 요율”이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급하여 드립니다. 다만, 변경된 직업 또는 직무와 관계없는 사고로 발생한 손해에 관해서는 그러하지 아니합니다.

3 계약자 또는 피보험자가 직업 또는 직무의 변경 사실을 회사에 알리지 아니하였을 경우 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 동 사실을 안 날로부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자에게 제3항 의해 보상됨을 서면으로 통보하고 이에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

4 회사는 제1항 및 제3항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려드리며, 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날부터 1개월 이내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.

제66조(알릴 의무 위반의 효과)

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

1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인이 고의

또는 중대한 과실로 제64조(계약전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우.

2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제65조(계약후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약후 알릴 의무를 이행하지 아니하였을 때

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

1. 회사가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년(건강진단을 받은 피보험자의 경우에는 1년)이 지났을 때
3. 회사가 이 계약의 청약시 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 의하여 승낙통지를 한 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 제외)
4. 보험을 모집한 자(이하 “보험설계사 등”이라 합니다)가 계약자 또는 피보험자의 계약전 알릴 의무사항을 임의로 기재한 경우(청약서에 계약자 또는 피보험자가 자필로 서명한 경우는 제외)

3 제1항에 의한 계약의 해지가 손해발생 전에 이루어진 경우에는 해약환급금을 지급하여 드립니다.

4 제1항 제1호에 의한 계약의 해지가 손해발생 후에 이루어진 경우에 회사는 그 손해를 보상하여 드리지 아니하며, 계약전 알릴 의무 위반사실뿐만 아니라 계약전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면으로 알려 드립니다. 또한 이 경우에는 해약환급금 또는 이미 납입한 보험료 중 많은 금액을 지급하여 드립니다.

5 제1항 제2호에 의한 계약의 해지가 손해발생 후에 이루어진 경우에는 그 손해를 제65조(계약후 알릴 의무) 제2항 또는 제3항에 따라 보상하여 드립니다.

6 손해가 제1항에 해당되는 사실로 생긴 것이 아닌

것으로 증명된 때에는 제4항 및 제5항에 관계없이 보상하여 드립니다.

제67조(계약취소권의 행사제한)

회사는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년(건강진단을 받은 피보험자의 경우에는 1년)이 지났을 때에는 민법 제110조(사기, 강박에 의한 의사표시)중 사기에 의한 취소권을 행사하지 아니합니다. 그러나 계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물복용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 에이즈의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기 의사에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 보장개시일부터 5년 이내(사기 사실을 안 날부터는 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제 5 관 보험금 지급 등의 절차

제68조(주소변경통지)

① 계약자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.
② 제1항에서 정한 대로 계약자가 알리지 아니한 경우에는 계약자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 시일이 지난 때에 계약자에게 도달된 것으로 봅니다.

제69조(보험수익자의 지정)

계약자는 수익자를 지정할 수 있으며 수익자를 지정하지 아니한 때에는 사망보험금의 경우는 피보험자의 상속인으로, 사망보험금 이외의 보장에 대한 보험금의 경우는 피보험자로 합니다.

제70조(대표자의 지정)

① 계약자 또는 수익자가 2인 이상인 경우에는 각 대표자 1인을 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 수익자를 대리하는 것

으로 합니다.
2 제1항의 대표자로 지정된 계약자 또는 수익자의 소재가 확실하지 아니한 경우에 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 수익자 1인에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 수익자에 대하여도 효력이 미칩니다.
3 계약자가 2인 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

제71조(보험금 등 청구시 구비서류)

1 계약자, 피보험자(또는 수익자)는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 환급금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 병원 또는 의원에서 제1항제2호의 사고증명서를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조(의료기관)에서 정하는 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관이어야 합니다.

제72조(보험금의 지급)

1 회사는 제71조(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 지급하여 드립니다.
2 회사가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제1항의 지급기일 초과가 명백히 예상되는 경우에는 구체적 사유와 지급예정일을 피보험자 또는 수익자에게 서면통지하여 드립니다.
3 제2항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 피보험자 또는 수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급하여 드립니다.
4 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일내에 보험

금을 지급하지 아니하였을 때에는 그 다음날로부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 드립니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 수익자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 드리지 아니합니다.

5 계약자, 피보험자 또는 수익자는 제66조(알릴 의무 위반의 효과)와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 조사에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금지급 지연에 따른 이자를 지급하지 아니합니다.

제73조(환급금의 지급)

1 회사는 계약자 및 수익자의 청구에 의하여 환급금을 지급하는 경우 청구일로부터 3영업일 이내에 지급하여 드리며, 환급금을 청구한 날의 다음날부터 지급기일까지의 기간은 예정이율+1%를, 그 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급하여 드립니다.

2 회사는 해약환급금의 경우 그 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 지급청구일까지의 기간중 1년 이내의 기간은 예정이율의 50%, 1년을 초과하는 기간은 1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급하여 드립니다.

제74조(보험금을 받는 방법의 변경)

1 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 분할지급 또는 일시지급 방법으로 변경할 수 있습니다.

2 회사는 제1항에 의하여 일시금을 분할하여 지급하는 경우에는 그 미지급금액에 대하여 예정이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급하며, 분할지급 금액을 일시금으로 지급하는 경우에는 예정이율로 할인한 금액을 지급하여 드립니다.

제75조(계약내용의 교환)

회사는 보험계약의 체결 및 관리 등을 위한 판단자료로서 활용하기 위하여 다음 각 호의 사항을 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사(보험관련 업무를 위탁받은 자를 포함) 및 보험관련 단체 등에게 제공할 수 있으며 이 경우 회사는 신용정보의이용및보호에관한법률 제23조(개인신용 정보의 제공·활용에 대한 동의) 및 동법 시행령 제12조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의 등)의 규정을 따릅니다.

1. 계약자 및 피보험자의 성명, 주민등록번호 및 주소
2. 계약일, 보험종목, 보험료, 보험가입금액등 계약내용
3. 보험금과 각종 급부금액 및 지급사유등 지급내용
4. 피보험자의 상해 및 질병에 관한 정보

제76조(보험계약대출)

① 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출을 받을 수 있습니다. 그러나, 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.

② 계약자는 제1항의 규정에 의한 보험계약대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 아니한 때에는 회사는 보험금 지급사유가 발생되어 보험금을 지급하는 날 또는 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 제지급금과 상계할 수 있습니다.

③ 제2항의 규정에도 불구하고 회사는 제11조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금과 보험계약대출 원리금을 상계할 수 있습니다.

제 6 관 분쟁조정 등

제77조(분쟁의 조정)

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

제78조(관할법원)

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

제79조(약관의 해석)

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

제80조(회사가 제작한 보험안내장의 효력)

보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사(각종 점포 및 대리점 포함)제작의 보험안내장(계약의 청약을 권유하기 위하여 만든 서류 등을 말합니다)의 내용이 이 약관의 규정과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제81조(회사의 손해배상책임)

회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임있는 사유로 인하여 발생된 손해에 대하여 관계법규 및 사업방법서에서 정한 바에 따라 손해배상의 책임을 집니다.

제82조(예금보험기금에 의한 지급보장)

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

제83조(준거법)

이 약관에서 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

무배당 매직평생안심보험(L5.05)보통약관
- 2종 -

제 1 관 보험계약의 성립과 유지

제1조(보험계약의 성립)

1 보험계약은 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 이루어집니다.(이하 “보험계약”은 “계약”, “보험계약자”는 “계약자”, “보험회사”는 “회사”라 합니다)

2 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 아니한 경우에는 승낙을 거절할 수 있습니다.

3 회사는 계약의 청약을 받고 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 아니하는 계약은 청약일, 건강진단을 받는 계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종진단일을 말합니다)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험가입증서(보험증권)를 교부합니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.

4 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 계약자에게 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 이 보험의 예정이율(이하 “예정이율”이라 합니다)+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급하여 드립니다. 다만, 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 후 승낙을 거절한 경우에는 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 아니합니다.

제2조(청약의 철회)

1 계약자는 청약을 한 날 또는 제1회 보험료를 납입한 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.

2 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3일 이내에 그 보험료를 계약자에게 돌려 드리며, 그 반환기일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 이 보험의 보험계약대출이율(이하 “보험계약대출이율”이라 합니다)을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급하여 드립니

다. 다만, 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 후 청약을 철회한 경우에는 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 아니합니다.

제3조(약관교부 및 설명의무 등)

① 회사는 계약을 체결할 때 계약자에게 약관 및 청약서 부본을 드리고 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다. 다만, 계약자의 요청이 있을 경우에는 전자거래기본법 제2조제1호에서 정한 전자문서(이하 '전자문서'라 합니다)를 이용하여 약관을 교부할 수 있습니다.
② 제1항에도 불구하고 전자거래기본법 제2조 제5호에 의해 컴퓨터를 이용하여 보험거래를 할 수 있도록 설정된 가상의 영업장(사이버몰)을 이용하여 계약을 체결한 때에는 청약서 부본을 드리지 아니할 수 있습니다.
③ 회사가 제1항 또는 제2항에 의해 제공될 약관 및 청약서 부본을 계약자에게 전달하지 아니하거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 아니한 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음)을 포함합니다)을 하지 아니한 때에는 계약자는 청약일부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.
④ 제3항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급하여 드립니다.

제4조(계약의 무효)

① 타인의 사망을 보험사고로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻지 아니한 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드립니다. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 아니합니다.
② 피보험자가 보험계약일로부터 제8조(회사의 보장의 시기 및 종기)에서 정한 암보장 개시일 전일 이전에 암으로 진단확정된 경우에는 암진단급여금 및

암수술비 보장을 무효로 하며 이미 납입한 암진단급여금 및 암수술비에 해당하는 보험료를 돌려 드립니다.

제5조(계약내용의 변경)

1 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 보험종목
2. 보험기간
3. 보험료 납입주기, 수금방법 및 납입기간
4. 보험가입금액
5. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자(이하 “수익자”라 합니다)
6. 기타 계약의 내용

2 회사는 계약자가 제1회 보험료를 납입한 때부터 1년 이상 경과된 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 때에는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.

3 회사는 계약자가 제1항제4호의 규정에 의하여 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해약된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제52조(해약환급금)에 따라 이를 계약자에게 지급하여 드립니다.

4 계약자가 제1항 제5호중 사망보험금수익자를 변경하고자 할 때에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자의 동의를 얻어야 합니다.

5 계약자가 제1항 제5호중 피보험자를 변경할 수 있는 경우는 다음과 같습니다.

1. 피보험자가 이 보험에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하거나 파산, 이민, 또는 이혼 등 불가피한 사유로 계약을 계속 유지시킬 수 없는 경우
2. 계약자가 그와 고용관계에 있는 피보험자를 해고 또는 교체한 경우

<용어풀이>
고용관계라 함은 피고용인이 고용인에게 노무를 제공하고, 고용인은 그에 대한 보수를 지급하기로 약정한 관계를 말합니다.

제6조(계약자의 임의해지)

계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 해약환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다. 다만, 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험가입증서(보험증권)을 소지한 경우에 한하여 계약을 해지할 수 있습니다.

제7조(손해보상후의 계약)

1 한 번의 사고에 대하여 회사가 지급한 제17조(일반상해후유장해보험금) 제2항의 일반후유장해보험금의 지급률이 해당사고의 사망보험금의 80%미만인 때에는 남은 보험기간에 대한 이 계약의 보험가입금액은 감액되지 아니하며, 회사가 제16조(일반상해사망보험금)의 사망보험금을 지급하였거나 제17조(일반상해후유장해보험금) 제1항의 고도후유장해보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 계약은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 계약이 소멸되는 경우에는 회사는 해약환급금을 지급하지 아니합니다.

3 제1항 이외에 피보험자가 제14조(보상하는 손해)에서 정한 상해 이외의 사유로 사망한 경우에도 이 계약은 소멸되며, 이 경우 회사는 그때까지 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 회사가 적립한 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제8조(회사의 보장의 시기 및 종기)

1 회사의 보장은 보험기간의 첫날 오후 4시에 시작하며 마지막날 오후 4시에 끝납니다. 이 경우 시각은 보험가입증서(보험증권) 발행지의 표준시에 따릅니다. 다만, 암(경계성종양, 기타피부암 및 상피내암 제외)에 대한 회사의 보장은 보험가입증서(보험증권)에 기재된 보험기간의 첫날부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하 「암보장 개시일」이라 합니다)에 시작되며, 마지막날에 끝납니다.

2 제1항의 규정에도 불구하고 회사는 다른 약정이 없으면 제1회 보험료를 받기 전에 생긴 손해에 대하여는 보장을 하지 아니합니다.

3 회사가 계약자로부터 계약의 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에 그 청약을 승낙하기 전에 계

약에서 정한 보험사고가 생긴 때에는 회사는 계약상의 보장을 합니다.

4 제3항의 규정에도 불구하고 회사는 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.

1. 제1항에서 정한 보장의 시기가 개시되지 아니한 경우
2. 제56조(계약전 알릴 의무)의 규정에 의하여 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용 또는 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
3. 제58조(알릴 의무 위반의 효과)의 규정을 준용하여 회사가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우

5 제2항 및 제3항의 보험료는 상해손해조항 내지 상해·질병손해조항의 보상하는 손해의 손해를 보상하는데 필요한 보험료를 말합니다.

제 2 관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제9조(보험료의 납입)

1 계약자는 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 하며, 이 경우 회사는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융기관(우체국 포함)을 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융기관 발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.

2 계약자는 보험료의 전부 또는 일부를 미리 낼 수 있으며, 3개월 이상의 보험료를 미리 낼 때에는 예정이율로 할인하여 드립니다. 이 경우 계약이 보험기간중에 소멸 또는 변경되거나 보험료납입이 면제되었을 경우에 선납보험료가 있으면 선납보험료를 받은 기간에 대하여 예정이율로 계산한 금액를 선납보험료에 더하여 계약자에게 돌려 드립니다.

제10조(보험료의 자동대출납입)

1 제11조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 규정된 보험료의 납입최고(독촉)기간이 경과되기 전까지 계약자가 보험료의 자동대출을 서면신청한 경우에는 제68조(보험계약대출)에 의한 보험계약대출로 보험료가 자동적으로 대출되어 계약이 유효하게 지속됩니다.

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 합산한 금액이 당해 보험료가 납입된 것으로 계산한 해약환급금과 계약자에게 지급할 기타 모든 지급금의 합계액에서 계약자의 회사에 대한 모든 채무액을 뺀 금액을 초과하는 경우에는 보험료의 자동대출납입을 더 이상 할 수 없습니다.
3 제1항 및 제2항에 따라 보험계약대출로 자동납입되는 보험료는 1년을 최고한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출납입을 위해서는 계약자의 서면에 의한 재신청이 있어야 합니다.
4 보험료의 자동대출납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해약을 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출납입이 없었던 것으로 하여 그 청구에 따라 처리합니다.

제11조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

1 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 아니하는 때에는 납입기일 다음날부터 납입기일이 속하는 달의 다음달 말일까지를 납입최고(독촉)기간으로 하며, 회사는 제3항에서 정한 바에 따라 최고(독촉)하고 납입최고(독촉)기간안에 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 계약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급하여 드립니다.
2 보험료 수금방법이 회사의 방문수금 또는 계약자의 은행 수납방법으로 약정되어 있는 경우에 회사의 방문수금 불이행 또는 은행 납입통지서의 미교부로 인하여 계약자가 보험료를 납입하지 못한 경우에는 납입기일부터 3개월이 되는 날까지를 납입최고(독촉)기간으로 하여 제1항을 적용합니다. 다만, 회사가 다시 수금하기로 하거나 은행 납입통지서를 다시 교부하기로 한 경우에는 그 수금 또는 재교부일부터 15일이 되는 날을 새로운 납입기일로 합니다.
3 제2회 이후의 보험료가 납입기일까지 납입되지 아니하여 보험료 납입이 연체중인 경우에 회사는 계

약자(타인을 위한 보험의 경우 특정된 수익자 포함)에게 납입최고(독촉)기간안에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용과 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 아니할 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금과 보험계약대출원리금을 상계할 수 있다는 내용을 포함)을 납입최고(독촉)기간이 끝나기 15일 이전까지 서면 또는 전화(음성녹음)로 알려드립니다.
4 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 해약환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제12조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

1 제11조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 아니한 경우 계약자는 해지된 날로부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 회사가 이를 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체보험료에 예정이율+1% 범위내에서 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다.
2 계약의 부활(효력회복)에 관하여는 제1조(보험계약의 성립), 제8조(회사의 보장의 시기 및 종기), 제56조(계약전 알릴 의무) 및 제58조(알릴 의무 위반의 효과)의 규정을 준용합니다.

제13조(보험나이의 계산)

1 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 피보험자의 나이가 15세 이상에 해당되는지의 여부는 만나이로 계산합니다.
2 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

제 3 관 보험금등의 지급(회사의 주된 의무)

제1절 상해손해조항

제14조(보상하는 손해)

1 회사는 피보험자가 보험기간중에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하“사고”라 합니다)로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다. 이하 같습니다)에 상해를 입었을 때에는 그 상해로 인하여 생긴 손해(이하 “손해”라 합니다)를 본 상해손해조항에 따라 보상하여 드립니다.

2 제1항에서 정한 사고중 대중교통수단을 이용하던 중에 발생한 아래의 교통사고는 “대중교통이용중 교통사고”라 합니다.

1. 운행중 대중교통수단에 운전을 하고 있지 않는 상태로 피보험자가 탑승중에 일어난 교통사고
2. 대중교통수단에 피보험자가 탑승목적으로 승·하차 하던중 일어난 교통사고
3. 대중교통수단의 이용을 위해 피보험자가 승강장내 대기중 일어난 교통사고

3 제2항에서 대중교통수단이라 함은 이용을 원하는 모든 사람이 이용할 수 있는 교통수단으로 아래의 교통승용구를 말합니다.

1. 여객수송용 항공기
2. 여객수송용 지하철/전철, 기차
3. 여객자동차운수사업법 시행령 제3조에서 규정한 시내버스, 농어촌버스, 마을버스, 시외버스 및 고속버스(전세버스 제외)
4. 여객자동차운수사업법 시행령 제3조에서 규정한 일반택시, 개인택시(렌트카 제외)

4 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상을 포함합니다. 그러나 세균성 음식물 중독과 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 포함되지 아니합니다.

제15조(보상하지 아니하는 손해)

1 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 피보험자의 고의
2. 수익자의 고의. 그러나 그 수익자가 보험금의 일부 수익자인 경우에는 그 수익자에 해당하는

보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자에게 지급하여 드립니다.

3. 계약자의 고의
4. 피보험자의 자해, 자살, 자살미수, 형법상의 범죄행위 또는 폭력행위(다만, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우에는 보상하여 드립니다)
5. 피보험자의 질병
6. 피보험자의 심신상실 또는 정신질환
7. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개 포함), 유산 또는 외과적 수술, 그 밖의 의료처치. 그러나 회사가 부담하는 상해로 인한 경우에는 보상하여 드립니다.
8. 피보험자의 사형
9. 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
10. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
11. 핵연료 물질(사용이 끝난 연료를 포함합니다. 이하 같습니다) 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다)의 방사성, 폭발성 또는 그밖의 유해한 특성에 의한 사고
12. 위 제11호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염

2 회사는 제1항제1호 내지 제3호의 사유가 발생한 때에는 이 계약을 해지할 수 있으며 이 경우 다음과 같이 합니다.

1. 제1항 제1호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드리지 아니합니다.

3 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위를 하는 동안에 생긴 손해에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행

글라이딩 또는 이와 비슷한 위험한 활동
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 보상하여 드립니다)
3. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

4 회사는 제18조(대중교통이용중상해사망보험금) 및 제19조(대중교통이용중상해후유장해보험금)의 경우 제1항 내지 제3항 이외에 피보험자가 아래에 열거한 행위를 하는 동안에 생긴 손해에 대하여도 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 시운전, 경기(연습을 포함) 또는 흥행(연습을 포함)을 위하여 운행중의 자동차 및 기타교통승용구에 탑승(운전을 포함함)하고 있는 동안 발생된 손해
2. 하역작업을 하는 동안 발생된 손해
3. 자동차 및 기타교통승용구의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생된 손해
4. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생된 손해

제16조(일반상해사망보험금)

1 피보험자가 제14조(보상하는 손해) 제1항에서 정한 사고로 상해를 입고 그 직접결과로써 사고일부터 1년 이내에 사망하였을 때에는 일반상해사망후유장해 보험가입금액 전액을 일반상해사망보험금으로 수익자에게 지급하여 드립니다.

2 피보험자가 탑승한 항공기 또는 선박이 조난 또는 행방불명되어 피보험자의 생사가 분명하지 아니한 상태에서 정부기관이 피보험자의 사망을 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 호적에 사망이 기재된 경우에는 그 사고가 발생한 때에 피보험자가 사망한 것으로 봅니다. 그러나 사망보험금을 지급한 후에 피보험자의 생존이 확인되었을 경우에는 지급한 보험금을 회수합니다.

제17조(일반상해후유장해보험금)

1 고도후유장해보험금 : 회사는 피보험자가 제14조

(보상하는 손해) 제1항에서 정한 사고로 상해를 입고 그 상해가 치유된 후 직접결과로써 사고일부터 1년 이내에 신체의 일부를 잃었거나 또는 그 기능이 영구히 상실(이하 “후유장해”라 합니다)되어 【별표1】(장해분류표)에서 정한 지급률이 80% 이상에 해당하는 후유장해(이하 “고도후유장해”라 합니다.)가 남았을 경우에는 일반상해사망후유장해 보험가입금액을 일반상해고도후유장해보험금으로 수익자에게 지급합니다.

2 일반후유장해보험금 : 회사는 피보험자가 제14조(보상하는 손해) 제1항에서 정한 사고로 상해를 입고 그 상해가 치유된 후 직접결과로써 사고일부터 1년 이내에 신체의 일부를 잃었거나 또는 그 기능이 영구히 상실(이하 “후유장해”라 합니다)되어 【별표1】(장해분류표)에서 정한 지급률이 80% 미만에 해당하는 후유장해(이하 “일반후유장해”라 합니다.)가 남았을 경우에는 일반상해사망후유장해 보험가입금액에 【별표1】(장해분류표)에서 정한 지급률을 곱하여 산출한 금액을 일반상해일반후유장해보험금으로 수익자에게 지급합니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결후 한시적으로 나타나는 장해이나 그 기간이 5년 이상인 때에는 후유장해로 인정하고 해당 장해 지급률의 20%를 후유장해 지급률로 하여 제1항 및 제2항을 적용합니다.

4 제1항 내지 제3항의 후유장해보험금 지급을 위한 후유장해지급률이 사고일부터 180일이 지나도록 확정되지 아니하는 경우에는 사고일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 후유장해의 지급률로 결정합니다. 다만, 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간 중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 후유장해지급률을 결정하되 【별표1】(장해분류표)에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

5 【별표1】(장해분류표)에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 【별표1】(장해분류표)의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 아니합니다.

6 같은 사고로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 【별표1】(장해분류표)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
7 제6항에도 불구하고 동일한 신체부위에 【별표1】(장해분류표)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 【별표1】(장해분류표)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

제18조(대중교통이용중상해사망보험금)

1 피보험자가 제14조(보상하는 손해) 제2항에서 정한 사고로 상해를 입고 그 직접결과로써 사고일부터 1년 이내에 사망하였을 때에는 대중교통이용중상해사망후유장해 보험가입금액 전액을 대중교통이용중상해사망보험금으로 수익자에게 지급하여 드립니다.
2 피보험자가 탑승한 항공기 또는 선박이 조난 또는 행방불명되어 피보험자의 생사가 분명하지 아니한 상태에서 정부기관이 피보험자의 사망을 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 호적에 사망이 기재된 경우에는 그 사고가 발생한 때에 피보험자가 사망한 것으로 봅니다. 그러나 사망보험금을 지급한 후에 피보험자의 생존이 확인되었을 경우에는 지급한 보험금을 회수합니다.

제19조(대중교통이용중상해후유장해보험금)

1 고도후유장해보험금 : 회사는 피보험자가 제14조(보상하는 손해) 제2항에서 정한 사고로 상해를 입고 그 상해가 치유된 후 직접결과로써 사고일부터 1년 이내에 신체의 일부를 잃었거나 또는 그 기능이 영구히 상실(이하 “후유장해”라 합니다)되어 【별표1】(장해분류표)에서 정한 지급률이 80% 이상에 해당하는 후유장해(이하 “고도후유장해”라 합니다.)가 남았을 경우에는 대중교통이용중상해사망후유장해 보험가입금액을 대중교통이용중상해고도후유장해보험금으로 수익자에게 지급합니다.
2 일반후유장해보험금 : 회사는 피보험자가 제14조(보상하는 손해) 제2항에서 정한 사고로 상해를 입고 그 상해가 치유된 후 직접결과로써 사고일부터 1

년 이내에 신체의 일부를 잃었거나 또는 그 기능이 영구히 상실(이하 “후유장해”라 합니다)되어 【별표1】(장해분류표)에서 정한 지급률이 80% 미만에 해당하는 후유장해(이하 “일반후유장해”라 합니다.)가 남았을 경우에는 대중교통이용중상해사망후유장해보험가입금액에 【별표1】(장해분류표)에서 정한 지급률을 곱하여 산출한 금액을 대중교통이용중상해일반후유장해보험금으로 수익자에게 지급합니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결후 한시적으로 나타나는 장해이나 그 기간이 5년 이상인 때에는 후유장해로 인정하고 해당 장해 지급률의 20%를 후유장해 지급률로 하여 제1항 및 제2항을 적용합니다.

4 제1항 내지 제3항의 후유장해보험금 지급을 위한 후유장해지급률이 사고일부터 180일이 지나도록 확정되지 아니하는 경우에는 사고일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 후유장해의 지급률로 결정합니다. 다만, 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간 중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 후유장해지급률을 결정하되 【별표1】(장해분류표)에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

5 【별표1】(장해분류표)에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 【별표1】(장해분류표)의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 아니합니다.

6 같은 사고로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 【별표1】(장해분류표)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

7 제6항에도 불구하고 동일한 신체부위에 【별표1】(장해분류표)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 【별표1】(장해분류표)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

제20조(일반상해재활치료비)

1 회사는 피보험자가 제14조(보상하는 손해) 제1항에서 정한 사고로 상해를 입고 그 상해가 치유된 후 직접결과로써 사고일부터 1년 이내에 신체의 일부를 잃었거나 또는 그 기능이 영구히 상실(이하 「후유장해」라 합니다)되어 【별표1】(장해분류표) 각호에 정한 지급률이 50%이상에 해당하는 후유장해(이하 「50%이상고도후유장해」라 합니다)가 남았을 경우에는 매사고시마다 일반상해재활치료비 보험가입금액을 일반상해재활치료비로 수익자에게 매년 사고발생 해당일에 10년간 확정지급하여 드립니다.
그러나, 【별표1】(장해분류표)의 각호에 정한 후유장해지급률이 80%이상에 해당하는 후유장해가 남았을 경우에는 1회의 사고에 한하여 일반상해재활치료비를 보상하여 드리며 같은 보험년도(보험에 가입한 날부터 매1년이 되는 시점까지의 기간단위를 말함)에 50%이상고도후유장해가 두 번이상 발생했을 때에는 1회의 사고에 한하여 보상하여 드립니다.
2 제1항에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결후 한시적으로 나타나는 장해이나 그 기간이 5년 이상인 때에는 후유장해로 인정하고 해당 장해 지급률의 20%를 후유장해지급률로 하여 제1항을 적용합니다.
3 제1항의 일반상해재활치료비 지급을 위한 후유장해지급률이 사고일부터 180일이 지나도록 확정되지 아니하는 경우에는 사고일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 후유장해의 지급률로 결정합니다. 다만, 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간 중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 후유장해지급률을 결정하되 【별표1】(장해분류표)에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.
4 【별표1】(장해분류표)에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다.
5 같은 사고로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 【별표1】(장해분류표)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
6 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 【별표1】(장해분류표)상의 2가지 이상의 장해가 발생한

경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 【별표1】(장해분류표)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
7 제1항의 일반상해재활치료비는 수익자가 원하는 경우 이보험의 예정이율로 할인하여 일시금으로 수익자에게 지급하여 드립니다.

제21조(중대한특정상해수술비)

1 회사는 피보험자가 보험기간 중에 급격하고도 제14조(보상하는 손해) 제1항에서 정한 사고로 뇌손상 또는 내장손상을 입고 사고일부터 180일 이내에 그 치료를 직접적인 목적으로 입원하여 “개두(開頭)수술”, “개흉(開胸)수술” 또는 “개복(開腹)수술”을 받은 때에는 최초 1회의 수술에 한하여 중대한특정상해수술비 보험가입금액을 중대한특정상해수술비로 수익자에게 지급하여 드립니다. 다만, 피보험자가 동일한 사고로 인하여 중대한특정상해수술비 지급사유가 두종류 이상 발생한 경우에도 하나의 사유에 의한 중대한특정상해수술비만을 지급하여 드립니다.
2 제1항에서 “뇌손상”이라 함은 두부(頭部)에 가해진 충격에 의해 뇌에 기질적 손상【별표 2】(중대한특정상해 분류표)을 입은 경우를 말합니다.
3 제1항에서 “내장손상”이라 함은 신체 외부에서 가해진 충격에 의해 내장(심장, 폐, 위, 장, 간장, 췌장, 비장, 신장, 방광)의 기관에 기질적 손상【별표 2】(중대한특정상해 분류표)을 입은 경우를 말합니다.
4 제1항에서 “개두(開頭)수술”, “개흉(開胸)수술”, “개복(開腹)수술”이라 함은 각각 아래의 수술을 말하며, 뇌 및 내장에 의료기구를 삽입하여 시행하는 두개골 천공술, 복강경, 내시경 등의 수술 및 시술은 “개두(開頭)수술”, “개흉(開胸)수술”, “개복(開腹)수술”로 보지 아니합니다.

1. “개두(開頭)수술” 이라 함은 두개를 열어 뇌를 노출시키는 수술을 말합니다.
2. “개흉(開胸)수술”이라 함은 흉강을 여는 수술로서 농흉수술, 흉막, 폐장, 심장, 횡경막, 종격동, 식도수술 등 흉강내에 조작을 가할 때에 행하는 것을 말합니다. 또한 개흉수술에 준하는 것은 늑골, 흉골의 절제술을 포함하는 것으

로 합니다.

3. “개복(開腹)수술”이라 함은 복벽을 절개하여 복강을 여는 수술로서 위, 십이지장, 소장, 대장, 충수, 간장 및 담도, 췌장, 비장, 난소 및 자궁수술 등 복강내에 조작을 가할 때에 행하는 것을 말합니다. 또한 개복수술에 준하는 것으로서 신장, 뇨관 및 방광수술을 포함하는 것으로 하지만 경뇨도적조작에 의한 것은 해당되지 아니합니다.

5 피보험자가 제1항에서 정한 중대한특정상해수술비을 받은 경우 이 중대한특정상해수술비 보장은 소멸되며, 중대한특정상해수술비에 해당하는 보험료는 납입이 면제됩니다.

제22조(골절진단·수술비)

1 회사는 피보험자가 보험기간중 제14조(보상하는 손해) 제1항에서 정한 사고로 인하여 상해를 입고 그 직접결과로써 골절로 진단확정된 경우 및 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은때에는 아래의 금액을 수익자에게 지급하여 드립니다.

골절진단비	골절수술비
골절진단·수술비 보험가입금액의 2배 해당액	골절진단·수술비 보험가입금액의 3배 해당액

2 제1항의 골절이라 함은【별표 3】(골절분류표)에 정한 골절을 말합니다.

3 동일한 상해를 직접적인 원인으로 복합골절 발생시에는 1회에 한하여 골절진단비를 지급하여 드립니다.

4 하나의 사고로 두종류 이상의 골절수술을 받은 경우에는 하나의 골절수술비만 지급하여 드립니다.

5 다만, 제15조(보상하지 아니하는 손해) 이외에 아래의 골절수술비는 지급하여 드리지 아니합니다.

1. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함합니다)
2. 선천적 기형 및 이에 연유한 병상

제23조(화상진단·수술비)

1 회사는 피보험자가 보험기간중 제14조(보상하는

손해) 제1항에서 정한 사고로 인하여 상해를 입고 그 직접결과로써 화상으로 진단확정된 경우 및 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은때에는 아래의 금액을 수익자에게 지급하여 드립니다.

화상진단비	화상수술비
화상진단·수술비 보험가입금액의 2배 해당액	화상진단·수술비 보험가입금액의 3배 해당액

2 제1항의 화상이라 함은【별표 4】(화상분류표)에 정한 화상(열상을 포함합니다)에 해당되고 심재성 2도 이상의 화상을 말합니다.
3 동일한 사고로 인하여 2가지 이상의 화상 상태인 경우에도 1회에 한하여 화상진단비를 지급하여 드립니다..
4 하나의 사고로 두종류 이상의 화상수술을 받은 경우에는 하나의 화상수술비만 지급하여 드립니다.
5 다만, 제15조(보상하지 아니하는 손해) 이외에 아래의 화상수술비는 지급하여 드리지 아니합니다.

1. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함합니다)
2. 선천적 기형 및 이에 연유한 병상

제24조(수술의 정의)

이 상해손해조항 계약에 있어 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로써 자택등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 적제(摘除)등의 조작을 가하는 것을 말하며 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經)차단(Nerve Block)은 제외합니다.

제25조(다른 신체상해 또는 질병의 영향)

1 피보험자가 제14조(보상하는 손해)에서 정한 상해를 입은 경우 이미 존재한 신체상해 또는 질병의 영향으로 또는 제14조(보상하는 손해)에서 정한 상

해를 입은 후에 그 원인이 된 사고와 관계없이 새로이 발생한 상해나 질병의 영향으로 제14조(보상하는 손해)에서 정한 상해가 중하게 된 경우 회사는 그 영향이 없었던 때에 상당하는 금액을 결정하여 지급하여 드립니다.

2 정당한 이유없이 피보험자가 치료를 게을리하거나 또는 계약자나 수익자가 치료를 하여 주지 않음으로 인하여 제14조(보상하는 손해)에서 정한 상해가 중하게 된 경우에도 제1항과 같은 방법으로 합니다.

제26조(보험금의 지급한도)

1 회사가 지급하여야 할 하나의 사고에 대한 후유장해보험금은 제17조(일반상해후유장해보험금) 및 제19조(대중교통이용중상해후유장해보험금)의 고도후유장해보험금을 한도로 합니다. 다만, 제20조(일반상해재활치료비)는 보험금 지급한도를 적용하지 아니합니다.

2 회사는 하나의 사고로 제16조(일반상해사망보험금) 및 제18조(대중교통이용중상해사망보험금)의 사망보험금과 제17조(일반상해후유장해보험금), 제19조(대중교통이용중상해후유장해보험금)의 일반후유장해보험금 및 제20조(일반상해재활치료비)의 일반상해재활치료비를 지급하여야 할 경우 이를 각각 지급하여 드립니다. 그러나 제17조(일반상해후유장해보험금) 및 제19조(대중교통이용중상해후유장해보험금)의 고도후유장해보험금 지급사유가 발생한 이후에는 사망보험금을 지급하지 아니합니다.

제27조(손해의 통지)

1 계약자, 피보험자 또는 수익자는 상해손해조항의 사고가 생긴 것을 안 때에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

2 계약자, 피보험자 또는 수익자가 제1항의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

제2절 질병손해조항

제28조(보상하는 손해)

1 회사는 피보험자가 보험기간 중 질병으로 인하여 생긴 손해(이하 “손해”라 합니다)를 본 질병손해조항에 따라 보상하여 드립니다.
2 제1항의 질병이라 함은 이 계약에 의해 회사의 보장이 시작된 때부터 피보험자에게 감염되거나 발병된 질병을 말합니다. 다만 보장이 시작되기 전에 피보험자가 감염 또는 발병된 사실을 모르고 있었던 때에는 보상하여 드립니다.

제29조(“암” 및 “기타피부암”의 정의 및 진단확정)

1 이 계약에 있어서 “암”이라 함은 악성신생물로 분류되는 질병【별표 6】(악성신생물 분류표)을 말합니다. 다만, 전암병소(Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 제외합니다.
2 이 계약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제4차 개정 한국표준질병사인분류에서 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
3 “암” 및 “기타피부암”의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 “암” 및 “기타피부암”에 대한 임상학적 진단이 “암” 및 “기타피부암”의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 “암” 및 “기타피부암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제30조(“상피내암”의 정의 및 진단확정)

1 이 계약에 있어서 “상피내암”이라 함은 상피내의 신생물로 분류되는 질병【별표 7】(상피내의 신생물 분류표)을 말합니다.
2 “상피내암”의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로

하여야 합니다. 그러나, 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 “상피내암”에 대한 임상학적 진단이 “상피내암”의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 “상피내암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제31조(“경계성종양”의 정의 및 진단확정)

1 이 계약에 있어서 “경계성종양”이라 함은 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병【별표 8】(행동양식의 불명 또는 미상의 신생물 분류표)을 말합니다.

2 “경계성종양”의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 “경계성종양”에 대한 임상학적 진단이 “경계성종양”의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제32조(“뇌졸중”의 정의 및 진단확정)

1 이 계약에 있어서 “뇌졸중”이라 함은 뇌졸중으로 분류되는 질병【별표 9】(뇌졸중 분류표)을 말합니다.

2 뇌졸중의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정하는 국내 병원 또는 이와 동등 하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사자격증을 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 핵자기공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제33조(“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정)

1 이 계약에 있어서 “급성심근경색증”이라 함은 급

성심근경색증으로 분류되는 질병【별표10】(급성심근경색증 분류표)을 말합니다.

2 급성심근경색증의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정하는 국내 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사자격증을 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥촬영술, 혈액중심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제34조("특정질병"의 정의 및 진단확정)

1 이 계약에 있어서 "특정질병"이라 함은 "남성"의 경우에는 7대질병(심질환, 뇌혈관질환, 간질환, 고혈압, 당뇨병, 만성호흡기질환, 위궤양 및 십이지장궤양)을 말하며, "여성"의 경우에는 여성특정질병(심질환, 뇌혈관질환, 고혈압, 당뇨병, 위궤양 및 십이지장궤양, 신부전)과 여성부인과질병 및 여성만성질병(골다공증, 관절염, 상피내암, 양성신생물, 유방의 장애, 여성골반내 장기의 염증성질환, 여성생식기의 비염증성 장애)을 말합니다. (【별표11】"특정질병 분류표" 참조)

2 제1항의 "특정질병"의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원등 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관의 의사자격을 가진자에 의한 진단서에 의합니다. 단, 뇌졸중 및 급성심근경색증의 진단확정은 의료법에 정한 국내의 병원이나 의원등 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관의 전문의 자격을 가진 자에 의한 병리학적 소견, 세포학적 소견, 이학적 소견(X선, C.T, 내시경, 심전도, 혈액검사등), 임상학적 소견 및 수술소견의 전부 또는 그 중의 일부로 되어 있어야 합니다.

제35조("갑상선질환"의 정의)

1 이 계약에 있어서 "갑상선질환"이라 함은 갑상선질환으로 분류되는 질병을 말합니다.(【별표12】"갑상선질환 분류표" 참조)

2 제1항의 갑상선질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원이나 의원등 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관의 의사

자격을 가진자에 의한 진단서에 의합니다.

제36조(“피부질환”의 정의)

1 이 계약에 있어서 “피부질환”이라 함은 피부질환으로 분류되는 질병을 말합니다.(【별표13】“피부질환 분류표” 참조)
2 제1항의 피부질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원이나 의원등 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관의 의사자격을 가진자에 의한 진단서에 의합니다.

제37조(“수술”의 정의와 장소)

이 질병손해조항 계약에 있어서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원등의 의사, 치과의사, 한의사의 자격을 가진자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조 제2항에 정한 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 적제(摘除) 등의 조작을 가하는 것을 말하며 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

제38조(“입원”의 정의와 장소)

1 이 질병손해조항 계약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진자 (이하 “의사”라 합니다.)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
2 이 질병손해조항 계약에서 “질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원”이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며 질병의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다

만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.
3 이 질병손해조항 계약에서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적으로 진단되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말합니다. 그러다 동일한 질병에 대한 입원이라도 입원급여금이 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

제39조(암진단급여금)

1 회사는 피보험자가 보험기간중 제8조(회사의 보장의 시기 및 종기)에서 정한 암보장개시일 이후에 제28조(보상하는 손해)에서 정한 질병중 최초로 암으로 진단확정된 경우 또는 피보험자가 보험기간중 최초로 기타피부암, 상피내암 또는 경계성 종양으로 진단확정된 경우 최초 1회의 진단에 한하여 각각 아래의 금액을 암진단급여금으로 수익자에게 지급하여 드립니다.

급부명		지급금액
진단 급여금	암	암진단급여금 보험가입금액 전액 (단, 가입후 1년미만 진단시50%)
	기타피부암, 상피내암, 경계성종양	암진단급여금 보험가입금액의 20%

2 다만, 피보험자가 제1항에서 정한 암진단급여금을 지급 받은 이후에 기타피부암, 상피내암 및 경계성종양으로 진단확정시에는 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양 진단급여금은 지급되지 아니합니다.
3 피보험자가 제1항에서 정한 암으로 진단확정된 경우 이 암진단급여금 보장은 소멸되며, 암진단급여금에 해당하는 보험료는 납입이 면제됩니다.

제40조(뇌졸중진단급여금)

1 회사는 피보험자가 보험기간중 제28조(보상하는 손해)에서 정한 질병중 뇌졸중으로 진단확정된 경우

최초 1회의 진단에 한하여 뇌졸중진단급여금 보험가입금액을 뇌졸중진단급여금으로 수익자에게 지급하여 드립니다.

2 피보험자가 제1항에서 정한 뇌졸중으로 진단확정된 경우 이 뇌졸중진단급여금 보장은 소멸되며, 뇌졸중진단급여금에 해당하는 보험료는 납입이 면제됩니다.

제41조(급성심근경색증진단급여금)

1 회사는 피보험자가 보험기간중 제28조(보상하는 손해)에서 정한 질병중 급성심근경색증으로 진단확정된 경우 최초 1회의 진단에 한하여 급성심근경색증진단급여금 보험가입금액을 급성심근경색증진단급여금으로 수익자에게 지급하여 드립니다.

2 피보험자가 제1항에서 정한 급성심근경색증으로 진단확정된 경우 이 급성심근경색증진단급여금 보장은 소멸되며, 급성심근경색증진단급여금에 해당하는 보험료는 납입이 면제됩니다.

제42조(특정질병수술비)

회사는 피보험자가 보험기간중 제28조(보상하는 손해)에서 정한 질병중 특정질병으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 입원하여 수술을 받은 경우에는 수술1회당 아래의 금액을 특정질병수술비로 수익자에게 지급하여 드립니다. 단, 피보험자가 동시에 두종류 이상의 수술을 받을 경우에는 그 수술중 가장 높은 급여에 해당하는 수술에 대한 수술비만을 지급하여 드립니다.

급부명		지급금액
남성	남성 7대질병	특정질병수술비 보험가입금액
여성	여성특정질병	특정질병수술비 보험가입금액
	여성부인과질병 및 여성만성질병	특정질병수술비 보험가입금액의 25%해당액

제43조(암수술비)

회사는 피보험자가 보험기간중 제8조(회사의 보장의

시기 및 종기)에서 정한 암보장개시일 이후에 최초로 제28조(보상하는 손해)에서 정한 질병중 암으로 진단확정되고 그 이후 암의 치료를 직접목적으로 수술을 받았을 때 또는 보험기간중 최초로 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양으로 진단확정되고 그 이후 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양의 치료를 직접목적으로 수술을 받았을 때에는 수술 1회당 아래의 금액을 암수술비로 수익자에게 지급하여 드립니다. 단, 피보험자가 동시에 두종류 이상의 수술을 받을 경우에는 그 수술중 가장 높은 급여에 해당하는 수술에 대한 수술비만을 지급하여 드립니다.

급부명	지급금액
암	암수술비 보험가입금액
기타피부암, 상피내암, 경계성종양	암수술비 보험가입금액의 25% 해당액

제44조(갑상선질환·피부질환수술비)

회사는 피보험자가 보험기간중 제28조(보상하는 손해)에서 정한 질병중 갑상선질환 및 피부질환으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 입원하여 수술을 받은 경우에는 수술1회당 아래의 금액을 갑상선질환수술비 및 피부질환수술비로 각각 수익자에게 지급하여 드립니다.

급부명	지급금액
갑상선질환	갑상선질환·피부질환수술비 보험가입금액
피부질환	갑상선질환·피부질환수술비 보험가입금액

제45조(손해의 통지)

1 계약자, 피보험자 또는 수익자는 질병손해조항의 보험금 지급사유가 생긴 것을 안 때에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

2 계약자, 피보험자 또는 수익자가 제1항의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

제3절 상해·질병손해조항

제46조(보상하는 손해)

1 회사는 피보험자가 보험기간중에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하“사고”라 합니다)로 신체에 상해를 입었을 때에는 그 상해로 인하여 생긴 손해 및 질병으로 인한 손해(이하 “손해”라 합니다)를 본 상해·질병손해조항에 따라 보상하여 드립니다.

2 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상을 포함합니다. 그러나 세균성 음식물 중독과 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 포함되지 아니합니다.

3 제1항의 질병이라 함은 이 계약에 의해 회사의 보장이 시작된 때부터 피보험자에게 감염되거나 발병된 질병을 말합니다. 다만 보장이 시작되기 전에 피보험자가 감염 또는 발병된 사실을 모르고 있었던 때에는 보상하여 드립니다.

제47조(보상하지 아니하는 손해)

1 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 피보험자의 고의
2. 수익자의 고의. 그러나 그 수익자가 보험금의 일부 수익자인 경우에는 그 수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자에게 지급하여 드립니다.
3. 계약자의 고의
4. 피보험자의 자해, 자살, 자살미수, 형법상의 범죄행위 또는 폭력행위(다만, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우에는 보상하여 드립니다)
5. 피보험자의 심신상실 또는 정신질환
6. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개 포함), 유산 또는 외과적 수술, 그 밖의 의료처치. 그러나 회사가 부담하는 상해나 질병으로 인한 경우에는 보상하여 드립니다.
7. 피보험자의 사형

8. 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
9. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
10. 핵연료 물질(사용이 끝난 연료를 포함합니다. 이하 같습니다) 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다)의 방사성, 폭발성 또는 그밖의 유해한 특성에 의한 사고
11. 위 제10호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염

2 회사는 제1항 제1호 내지 제3호의 사유가 발생한 때에는 이 계약을 해지할 수 있으며 이 경우 다음과 같이 합니다.

1. 제1항 제1호의 경우에는 이미 납입한 보험료(중도인출액이 있었던 때에는 이를 차감한 금액)를 계약자에게 돌려 드립니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드리지 아니합니다.

3 회사는 제48조(장기입원비)의 경우에는 제1항에서 정한 사유 이외에 아래에 정한 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.(다만, 제1항 제5호는 아래 제1호로 대체 합니다)

1. 피보험자의 기질성 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 성병
3. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
4. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
5. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
6. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
7. 정상분만, 치과질환

4 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위를 하는 동안에 생긴 손해에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험,

사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩 또는 이와 비슷한 위험한 활동

2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 보상하여 드립니다)
3. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

5 회사는 제48조(장기입원비)의 경우 제1항 내지 제4항 이외에 외에 피보험자가 도로교통법 제40조, 제41조에 의한 음주, 무면허상태에서 운전하던 중 사고는 보상하여 드리지 아니합니다.

제48조(장기입원비)

1 회사는 피보험자가 보험기간중 제46조(보상하는 손해)에서 정한 상해 및 질병으로 병원 또는 의원(한방병원, 한의원을 포함합니다)에 31일이상 입원하여 치료를 받는 경우 아래의 장기입원비를 수익자에게 지급하여 드립니다.

입원치료기간	장기입원비
31일이상-61일미만	장기입원비 보험가입금액
61일이상-91일미만	장기입원비 보험가입금액의 2배 해당액
91일이상-121일미만	장기입원비 보험가입금액의 3배 해당액
121일이상	장기입원비 보험가입금액의 4배 해당액

2 동일한 상해 또는 질병의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 합산합니다. 다만, 최종퇴원일로부터 180일이 경과하여 입원한 경우에는 새로운 입원으로 간주합니다.

제49조(5대장기이식수술비)

1 회사는 보험자가 보험기간중 제46조(보상하는 손

해)에 정한 상해 및 질병으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등에 입원하여 장기수혜자로서 5대장기이식수술을 받았을 때 5대장기이식수술비 보험가입금액을 최초 1회에 한하여 5대장기이식수술비용으로 우익에게 지급하여 드립니다. 단, 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 5대장기이식수술을 받을 경우에는 하나의 5대장기이식수술비만을 지급하여 드립니다.

2 제1항에서 '5대장기'라 함은 간장, 신장, 심장, 췌장, 폐장을 말하며, '5대장기이식수술'이라 함은 '장기 등 이식에 관한 법률'에서 정한 절차 및 방법에 따라 기증자의 5대장기를 이식대상자(피보험자)에게 이식하는 수술을 말합니다. 단, 랑게르한스 소도세포이식수술은 보장에서 제외합니다.

3 피보험자가 제1항에서 정한 5대장기이식수술을 받았을 경우 이 5대장기이식수술비보장은 소멸되며, 5대장기이식수술비에 해당하는 보험료는 납입이 면제됩니다.

제50조(다른 신체상해 또는 질병의 영향)

1 피보험자가 제46조(보상하는 손해)에서 정한 상해를 입은 경우 이미 존재한 신체상해 또는 질병의 영향으로 또는 제46조(보상하는 손해)에서 정한 상해를 입은 후에 그 원인이 된 사고와 관계없이 새로이 발생한 상해나 질병의 영향으로 제46조(보상하는 손해)에서 정한 상해가 중하게 된 경우 회사는 그 영향이 없었던 때에 상당하는 금액을 결정하여 지급하여 드립니다.

2 정당한 이유없이 피보험자가 치료를 게을리하거나 또는 계약자나 수익자가 치료를 하여 주지 않음으로 인하여 제46조(보상하는 손해)에서 정한 상해가 중하게 된 경우에도 제1항과 같은 방법으로 합니다.

제51조(손해의 통지)

1 계약자, 피보험자 또는 수익자는 상해·질병손해조항의 사고가 생긴 것을 안 때에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

2 계약자, 피보험자 또는 수익자가 제1항의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된

손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

제52조(해약환급금)

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

제53조(배당금의 지급)

회사는 이 보험에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제54조(소멸시효)

보험금청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권은 2년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성됩니다.

제55조(보험금 청구권의 상실)

계약자, 피보험자 또는 수익자가 손해의 통지 또는 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조하거나 변조한 경우에는 피보험자 또는 수익자는 손해에 대한 보험금 청구권을 잃게 됩니다.

제 4 관 보험계약시 계약자의 계약전 알릴 의무 등

제56조(계약전 알릴 의무)

계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인은 청약시(건강진단을 받는 경우에는 건강진단시 포함) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 “계약전 알릴 의무”라 하며, 상법상 “고지의무”와 같습니다)합니다. 그러나 의료법 제3조(의료기관)에서 정하는 종합병원 및 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제57조(계약후 알릴 의무)

1 계약자 또는 피보험자는 계약을 맺은 후 피보험자가 그 직업 또는 직무를 변경(자가용 운전자가 영업용 운전자로 직업 또는 직무를 변경하는 등의 경우를 포함합니다)하거나 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 직접 사용하게 된 경우에는 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험가입증서(보험증권)에 확인을 받아야 합니다.

2 제1항의 통지에 따라 보험료를 더 내야 할 경우 회사의 청구에 대해 계약자가 그 지불을 게을리 했을 때, 회사는 직업 또는 직무가 변경되기 전에 적용된 보험료율(이하 "변경전 요율"이라 합니다)의 직업 또는 직무가 변경된 후에 적용해야 할 보험료율(이하 "변경후 요율"이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급하여 드립니다. 다만, 변경된 직업 또는 직무와 관계없는 사고로 발생한 손해에 관해서는 그러하지 아니합니다.

3 계약자 또는 피보험자가 직업 또는 직무의 변경 사실을 회사에 알리지 아니하였을 경우 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 동 사실을 안 날로부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자에게 제3항 의해 보상됨을 서면으로 통보하고 이에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

4 회사는 제1항 및 제3항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려드리며, 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날부터 1개월 이내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.

제58조(알릴 의무 위반의 효과)

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

1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인이 고의 또는 중대한 과실로 제56조(계약전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우.
2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제57조(계약후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약후 알릴 의무

를 이행하지 아니하였을 때

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

1. 회사가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년(건강진단을 받은 피보험자의 경우에는 1년)이 지났을 때
3. 회사가 이 계약의 청약시 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 의하여 승낙통지를 한 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 제외)
4. 보험을 모집한 자(이하 “보험설계사 등”이라 합니다)가 계약자 또는 피보험자의 계약전 알릴 의무사항을 임의로 기재한 경우(청약서에 계약자 또는 피보험자가 자필로 서명한 경우는 제외)

3 제1항에 의한 계약의 해지가 손해발생 전에 이루어진 경우에는 해약환급금을 지급하여 드립니다.

4 제1항 제1호에 의한 계약의 해지가 손해발생 후에 이루어진 경우에 회사는 그 손해를 보상하여 드리지 아니하며, 계약전 알릴 의무 위반사실뿐만 아니라 계약전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면으로 알려 드립니다. 또한 이 경우에는 해약환급금 또는 이미 납입한 보험료 중 많은 금액을 지급하여 드립니다.

5 제1항 제2호에 의한 계약의 해지가 손해발생 후에 이루어진 경우에는 그 손해를 제57조(계약후 알릴 의무) 제2항 또는 제3항에 따라 보상하여 드립니다.

6 손해가 제1항에 해당되는 사실로 생긴 것이 아닌 것으로 증명된 때에는 제4항 및 제5항에 관계없이 보상하여 드립니다.

제59조(계약취소권의 행사제한)

회사는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년(건강진단을 받은 피보험자의 경우에는 1년)이 지났을 때에는 민법 제110조(사기, 강박에 의한 의사표시)중 사기에 의한 취소권을 행사하지 아니합니다. 그러나 계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물복용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 에이즈의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기 의사에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 보장개시일부터 5년 이내(사기 사실을 안 날부터는 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제 5 관 보험금 지급 등의 절차

제60조(주소변경통지)

① 계약자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.
② 제1항에서 정한 대로 계약자가 알리지 아니한 경우에는 계약자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 시일이 지난 때에 계약자에게 도달된 것으로 봅니다.

제61조(보험수익자의 지정)

계약자는 수익자를 지정할 수 있으며 수익자를 지정하지 아니한 때에는 사망보험금의 경우는 피보험자의 상속인으로, 사망보험금 이외의 보장에 대한 보험금의 경우는 피보험자로 합니다.

제62조(대표자의 지정)

① 계약자 또는 수익자가 2인 이상인 경우에는 각 대표자 1인을 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 수익자를 대리하는 것으로 합니다.
② 제1항의 대표자로 지정된 계약자 또는 수익자의 소재가 확실하지 아니한 경우에 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 수익자 1인에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 수익자에 대하여도 효력이

미칩니다.
3 계약자가 2인 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

제63조(보험금 등 청구시 구비서류)

1 계약자, 피보험자(또는 수익자)는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 환급금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 병원 또는 의원에서 제1항제2호의 사고증명서를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조(의료기관)에서 정하는 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관이어야 합니다.

제64조(보험금의 지급)

1 회사는 제63조(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 지급하여 드립니다.
2 회사가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제1항의 지급기일 초과가 명백히 예상되는 경우에는 구체적 사유와 지급예정일을 피보험자 또는 수익자에게 서면통지하여 드립니다.
3 제2항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 피보험자 또는 수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급하여 드립니다.
4 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 아니하였을 때에는 그 다음날로부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 드립니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 수익자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대

한 이자는 더하여 드리지 아니합니다.
5 계약자, 피보험자 또는 수익자는 제58조(알릴 의무 위반의 효과)와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 조사에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금지급 지연에 따른 이자를 지급하지 아니합니다.

제65조(환급금의 지급)

1 회사는 계약자 및 수익자의 청구에 의하여 환급금을 지급하는 경우 청구일로부터 3영업일 이내에 지급하여 드리며, 환급금을 청구한 날의 다음날부터 지급기일까지의 기간은 예정이율+1%를, 그 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급하여 드립니다.
2 회사는 해약환급금의 경우 그 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 지급청구일까지의 기간중 1년 이내의 기간은 예정이율의 50%, 1년을 초과하는 기간은 1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급하여 드립니다.

제66조(보험금을 받는 방법의 변경)

1 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 분할지급 또는 일시지급 방법으로 변경할 수 있습니다.
2 회사는 제1항에 의하여 일시금을 분할하여 지급하는 경우에는 그 미지급금액에 대하여 예정이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급하며, 분할지급 금액을 일시금으로 지급하는 경우에는 예정이율로 할인한 금액을 지급하여 드립니다.

제67조(계약내용의 교환)

회사는 보험계약의 체결 및 관리 등을 위한 판단자료로서 활용하기 위하여 다음 각 호의 사항을 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사(보험관련 업무를 위탁받은 자를 포함) 및 보험관련 단체 등에게 제공할 수 있으며 이 경우 회사는 신용정보

의이용및보호에관한법률 제23조(개인신용 정보의 제공·활용에 대한 동의) 및 동법 시행령 제12조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의 등)의 규정을 따릅니다.

1. 계약자 및 피보험자의 성명, 주민등록번호 및 주소
2. 계약일, 보험종목, 보험료, 보험가입금액등 계약내용
3. 보험금과 각종 급부금액 및 지급사유등 지급내용
4. 피보험자의 상해 및 질병에 관한 정보

제68조(보험계약대출)

① 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출을 받을 수 있습니다. 그러나, 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.

② 계약자는 제1항의 규정에 의한 보험계약대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 아니한 때에는 회사는 보험금 지급사유가 발생되어 보험금을 지급하는 날 또는 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 제지급금과 상계할 수 있습니다.

③ 제2항의 규정에도 불구하고 회사는 제11조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금과 보험계약대출 원리금을 상계할 수 있습니다.

제 6 관 분쟁조정 등

제69조(분쟁의 조정)

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

제70조(관할법원)

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

제71조(약관의 해석)

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

2 회사는 약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

제72조(회사가 제작한 보험안내장의 효력)

보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사(각종 점포 및 대리점 포함)제작의 보험안내장(계약의 청약을 권유하기 위하여 만든 서류 등을 말합니다)의 내용이 이 약관의 규정과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제73조(회사의 손해배상책임)

회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임있는 사유로 인하여 발생된 손해에 대하여 관계법규 및 사업방법서에서 정한 바에 따라 손해배상의 책임을 집니다.

제74조(예금보험기금에 의한 지급보장)

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

제75조(준거법)

이 약관에서 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

이륜자동차 운전중 상해 부담보 특별약관

제1조(계약의 체결 및 효력)

1 이 이륜자동차 운전중 상해 부담보 특별약관(이하 『특별약관』이라 합니다)은 무배당 매직평생안심보험(L5.05) 보통약관(다른 특별약관이 부가된 경우에는 그 특별약관도 포함합니다. 이하 『보통약관』이라 합니다)을 체결할 때 보험계약자의 청약과 회사의 승낙으로 보통약관에 부가하여 이루어 집니다.

2 보통약관이 해지, 기타사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조(보상하지 아니하는 손해)

1 회사는 보통약관의 내용에도 불구하고 피보험자가 보험기간중에 이륜자동차를 운전(탑승을 포함합니다. 이하 같습니다)하는 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 상해사고를 직접적인 원인으로 보통약관에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에 보험금을 지급하지 않습니다.

2 위 제1항의 이륜자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 이륜자동차[1인 또는 2인의 사람을 운송하기에 적합하게 제작된 2륜의 자동차(2륜인 자동차에 1륜의 측차를 붙인 것과 배기량 125㏄이하로서 3륜 이상인 자동차를 포함합니다)]와 배기량이 50㏄미만(전기로 동력을 발생하는 구조인 경우에는 정격 출력이 0.59㎾미만)인 이륜자동차를 말합니다.

3 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 보통약관의 부활(효력회복)을 승낙한 경우

에 한하여 보통약관의 부활(효력회복)규정에 따라 보통약관과 동시에 이 특별약관의 부활(효력회복)을 취급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

보험료 자동납입 특별약관

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 납입해당일에도 불구하고 매월 회사가 정하는 날 중 보험계약자가 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 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

가. 초회보험료자동납입 추가특별약관

제1조(보험료의 납입)

1 보험계약자는 제1회 보험료의 납입방법을 보험계약자의 거래은행 지정 계좌를 통한 자동납입으로 가입하고자 하는 경우에, 회사는 청약서를 접수하고 자동이체신청에 필요한 정보를 제공한 때(다만, 보험계약자의 귀책사유로 보험료의 납입이 불가능한 경우에는 거래은행의 지정계좌로부터 제1회 보험료가 이체된 날을 기준으로 합니다)를 청약일 및 제1회 보험료 납입일로 하여 보통약관의 제1조(보험계약의 성립)의 규정을 적용합니다.

2 제1항의 경우에 회사는 청약서를 접수한 날로부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 금융기관의 해당계좌에서 제1회 보험료를 받고 보험가입증서(보험증권)를 교부합니다.

제2조(계약후의 알릴의무)

계약자는 지정계좌의 번호가 변경 또는 거래정지된 경우에는 이 사실을 즉시 회사에 알려야 합니다.

제3조(준용규정)

이 초회보험료자동납입 추가특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관 및 보험료자동납입 특별약관을 따릅니다.

신용카드 이용 보험료납입 특별약관

제1조(적용범위)

회사는 이 신용카드 이용 보험료납입 특별약관(이하 『특별약관』이라 합니다)에 따라 신용카드회사(이하 『카드회사』라 합니다)의 카드회원을 계약자로 하여 초회 보험료를 납입하는 경우나 카드회사의 카드회원인 계약자가 회사와 보험대리점 계약을 체결한 신용카드 법인대리점을 통하여 보험료를 자동납

입하는 경우에 적용합니다.

제2조(보험료의 영수)

회사는 이 특별약관에 따라 보험계약자가 정해진 신용카드로써 보험료를 결제하기 위하여 매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 보험료의 영수시점으로 봅니다.(다만, 계약자의 귀책사유로 카드승인이 불가능한 경우에는 실제 카드회사의 승인을 받은 날을 보험료의 영수시점으로 봅니다)

제3조(사고카드계약)

① 계약자가 사고카드를 이용하여 계약을 체결하였을 경우 이 계약은 보험자의 보장개시일로부터 그 효력을 상실합니다.

② 제1항의 사고카드라 함은 유효기간이 경과한 카드, 위조·변조된 카드, 무효 또는 거래정지된 카드, 카드상에 기재되어 있는 회원과 이용자가 서로 다른 카드를 말합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

【별표 1】 장해분류표

□ 총 칙

1. 장해의 정의

1) 『장해』라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태를 말한다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장해에 포함되지 않는다.
2) 『영구적』이라 함은 원칙적으로 치유시 장래 회복의 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 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당장해 지급률의 20%를 한시장해 지급률로 정합니다.

2. 신체부위

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

3. 기타

1) 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 지급률

만을 적용한다.

2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
3) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장해의 판정대상에 포함되지 않는다.
4) 장해진단서에는 ① 장해진단명 및 발생시기 ② 장해의 내용과 그 정도③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계·정신행동 장해의 경우 ① 개호여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가적으로 기재하여야 한다.

□ 장해분류별 판정기준

1. 눈의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률 (%)
1) 두눈이 멀었을 때	100
2) 한눈이 멀었을 때	50
3) 한눈의 교정시력이 0.02이하로 된 때	35
4) " 0.06 "	25
5) " 0.1 "	15
6) " 0.2 "	5
7) 한눈의 안구에 뚜렷한 운동장해나 뚜렷한 조절기능장해를 남긴 때	10
8) 한눈의 시야가 좁아지거나 반맹증, 시야협착, 암점을 남긴 때	5
9) 한눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 시력장해의 경우 공인된 시력검사표에 따라 측정한다.
2) "교정시력"이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 시력을 말한다.
3) "한 눈이 멀었을 때"라 함은 눈동자의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나("광각무") 겨우 가릴 수 있는 경우("광각")를 말한다.
4) 안구운동장해의 판정은 외상후 1년 이상 경과한 후에 그 장해정도를 평가한다.
5) "안구의 뚜렷한 운동장해"라 함은 안구의 주시야의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우나 정면 양안시시에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 때를 말한다.
6) "안구의 뚜렷한 조절기능장해"라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 45세 이상의 경우에는 제외한다.

7) “시야가 좁아진 때” 라 함은 시야각도의 합계가 정상시야의 60%이하로 제한된 경우를 말한다.
8) “눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때”라 함은 눈꺼풀의 결손으로 인해 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮여지지 않는 경우를 말한다.
9) “눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때“라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.
10) 외상이나 화상 등에 의하여 눈동자의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 눈동자가 적출되어 눈자위의 조직요몰(凹沒) 등에 의해 의안마저 삽입할 수 없는 상태이면 “뚜렷한 추상(추한 모습)”으로, 의안을 삽입할 수 있는 상태이면 “약간의 추상(추한 모습)”으로 지급률을 가산한다.
11) “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 피보험자에 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

나. 장해판정기준

1) 청력장해는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨

(dB : decibel)로서 표시하고 3회 이상 청력검사를 실시한 후 순음평균역치에 따라 적용한다.

2) “한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB이상인 경우를 말한다.

3) “심한 장해를 남긴 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.

4) “약간의 장해를 남긴 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB이상인 경우에 해당되어, 50cm이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.

5) 순음청력검사를 실시하기 곤란하거나 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 “언어청력검사, 임피던스 청력검사, 뇌간유발반응청력검사(ABR), 자기청력계기검사, 어음향방사검사” 등을 추가실시 후 장해를 평가한다.

다. 귓바퀴의 결손

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

3. 코의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 코의 기능을 완전히 잃었을 때	15

나. 장해판정기준

1) "코의 기능을 완전히 잃었을 때"라 함은 양쪽 코의 호흡곤란 내지는 양쪽 코의 후각기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감퇴는 장해의 대상으로 하지 않는다.

2) 코의 추상(추한 모습)장해를 수반한 때에는 기능장해와 각각 합산하여 지급한다.

4. 씹어먹거나 말하는 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해의 평가기준

1) 씹어먹는 기능의 장해는 상하치아의 교합(咬合), 배열상태 및 아래턱의 개폐운동, 연하(삼킴)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.
2) “씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때”라 함은 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
3) “씹어먹는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등) 외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
4) “씹어먹는 기능에 약간의 장해를 남긴 때“라 함은 어느 정도의 고형식(밥, 빵 등)은 섭취할 수 있으나 이를 씹어 잘게 부수는 기능에 제한이 뚜렷한 경우를 말한다.
5) “말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때”라 함은 다음 4종의 어음 중 3종 이상의 발음을 할 수 없게 된 경우를 말한다.
① 구순음(ㅁ, ㅂ, ㅍ)

② 치설음(ㄴ, ㄷ, ㄹ)
③ 구개음(ㄱ, ㅈ, ㅊ)
④ 후두음(ㅇ, ㅎ)

6) “말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 2종 이상의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
7) “말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때”라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 1종의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
8) 뇌의 언어중추 손상으로 인한 실어증의 경우에도 말하는 기능의 장해로 평가한다.
9) “치아의 결손”이란 치아의 상실 또는 치아의 신경이 죽었거나 1/3 이상이 파절된 경우를 말한다.
10) 유상의치 또는 가교의치 등을 보철한 경우의 지대관 또는 구의 장착치와 포스트, 인레인만을 한 치아는 결손된 치아로 인정하지 않는다.
11) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
12) 어린이의 유치와 같이 새로 자라서 갈 수 있는 치아는 장해의 대상이 되지 않는다.
13) 신체의 일부에 탈착분리 가능한 의치의 결손은 장해의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) “외모”란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.

2) “추상(추한 모습)장해”라 함은 성형수술 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말하며, 재건수술로 흉터를 줄일 수 있는 경우는 제외한다.
3) “추상(추한 모습)을 남긴 때”라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 경우를 말한다.

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

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

마. 손바닥 크기
“손바닥 크기”라 함은 해당 환자의 수지를 제외한 수장부의 크기를 말하며, 통산 12세 이상의 성인에서는 8×10㎝(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) 심한 추간판탈출증(속칭 디스크)	20
8) 뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크)	15
9) 약간의 추간판탈출증(속칭 디스크)	10

나. 장해판정기준

1) 척추(등뼈)는 경추(목뼈) 이하를 모두 동일부위로 한다.
2) 척추(등뼈)의 장해는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 본 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.
3) 심한 운동장해
   척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
4) 뚜렷한 운동장해
   ① 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
   ② 머리뼈와 상위경추(상위목뼈: 제1,2목뼈)간의 뚜렷한 이상전위가 있을 때
5) 약간의 운동장해
   척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태

6) 심한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 35° 이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때

7) 뚜렷한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 15° 이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때

8) 약간의 기형
1개 이상의 척추의 골절 또는 탈구로 인하여 경도(가벼운 정도)의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때

9) 심한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판탈출증(속칭 디스크)으로 인하여 추간판을 2마디이상 수술하거나 하나의 추간판이라도 2회이상 수술하고 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장해가 있는 경우

10) 뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판 1마디를 수술하여 신경증상이 뚜렷하고 특수 보조검사에서 이상이 있으며, 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우

11) 약간의 추간판탈출증(속칭 디스크)
특수검사(뇌전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI) 등)에서 추간판 병변이 확인되고 의학적으로 인정할 만한 하지방사통(주변부위로 뻗치는 증상) 또는 감각 이상이 있는 경우

12) 추간판탈출증(속칭 디스크)으로 진단된 경우에는 수술여부에 관계없이 운동장해 및 기형장해로 평가하지 아니한다.

7. 체간골의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

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

8. 팔의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률 (%)
1) 두팔의 손목이상을 잃었을 때	100
2) 한팔의 손목이상을 잃었을 때	60
3) 한팔의 3대관절중 1관절의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한팔의 3대관절중 1관절의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한팔의 3대관절중 1관절의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한팔의 3대관절중 1관절의 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
7) 한팔에 가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
8) 한팔에 가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때	10
9) 한팔의 뼈에 기형을 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 판정한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장해(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장해가 생긴 경우)와 일시적인 장해에 대하여는 장해보상을 하지 아니한다.
3) “팔”이라 함은 어깨관절(肩關節)부터 손목관절까지를 말한다.
4) “팔의 3대관절”이라 함은 어깨관절, 팔꿈치관절 및 손목관절을 말한다.
5) “한팔의 손목이상을 잃었을 때”라 함은 손목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치 관절 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
6) 팔의 관절기능 장해 평가는 팔의 3대관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) “영구적 신체장해 평가지침”의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장해를 표시할 경우에는 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한

다.

가) “기능을 완전히 잃었을 때”라 함은

① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우

② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “0등급(Zero)”인 경우

나) “심한 장해”라 함은

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

② 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “1등급(Trace)"인 경우

다) “뚜렷한 장해”라 함은

① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우

라) “약간의 장해”라 함은

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

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

8) “가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때”라 함은 요골과 척골중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.

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

다. 지급률의 결정

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

2) 한 팔의 3대 관절중 1관절에 기능장해가 생기고 다른 1관절에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

9. 다리의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률 (%)
1) 두 다리의 발목이상을 잃었을 때	100
2) 한 다리의 발목이상을 잃었을 때	60
3) 한 다리의 3대관절중 1관절의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 다리의 3대관절중 1관절의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한 다리의 3대관절중 1관절의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 다리의 3대관절중 1관절의 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
7) 한 다리에 가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
8) 한 다리에 가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때	10
9) 한 다리의 뼈에 기형을 남긴 때	5
10) 한 다리가 5cm 이상 짧아진 때	30
11) 한 다리가 3cm 이상 짧아진 때	15
12) 한 다리가 1cm 이상 짧아진 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 판정한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장해(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장해가 생긴 경우)와 일시적인 장해에 대하여는 장해보상을 하지 아니한다.
3) “다리”라 함은 엉덩이관절(股關節)로부터 발목관절까지를 말한다.
4) “다리의 3대 관절”이라 함은 고관절, 무릎관절 및 발목관절을 말한다.
5) “한다리의 발목이상을 잃었을 때”라 함은 발목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절의 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
6) 다리의 관절기능 장해 평가는 하지의 3대관절의 관절운동범위 제한 및 동요성 유무 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의

사협회(A.M.A.) “영구적 신체장해 평가지침”의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장해를 표시할 경우에는 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다.

가) “기능을 완전히 잃었을 때”라 함은

① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우

② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “0등급(Zero)"인 경우

나) “심한 장해”라 함은

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

② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우

③ 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “1등급(Trace)"인 경우

다) “뚜렷한 장해”라 함은

① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우

② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우

라) “약간의 장해”라 함은

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

② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우

7) "가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.

8) "가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 경골과 종아리뼈중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.

9) "뼈에 기형을 남긴 때"라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

10) 다리의 단축은 상전장골극에서부터 경골내측과 하단까지의 길이를 측정하여 정상측 다리

의 길이와 비교하여 단축된 길이를 산출한다. 다리 길이의 측정에 이용하는 골표적(bony landmark)이 명확하지 않은 경우나 다리의 단축장해 판단이 애매한 경우에는 scanogram을 통하여 다리의 단축정도를 측정한다.

다. 지급률의 결정

1) 1하지(다리와 발가락)의 장해 지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.
2) 한 다리의 3대 관절중 1관절에 기능장해가 생기고 다른 1관절에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

10. 손가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 한손의 5개 손가락을 모두 잃었을 때	55
2) 한손의 첫째 손가락을 잃었을 때	15
3) 한손의 첫째 손가락 이외의 손가락을 잃었을 때(1손가락 마다)	10
4) 한손의 5개손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	30
5) 한손의 첫째 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한손의 첫째 손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(1손가락 마다)	5

나. 장해판정기준

1) 손가락에는 첫째 손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
2) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관

절)이라 부른다.

3) “손가락을 잃었을 때”라 함은 첫째 손가락에 있어서는 지관절로부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽으로 손가락을 잃었을 때를 말한다.
4) “손가락뼈 일부를 잃었을 때”라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼쪽으로 손가락뼈를 잃었거나 뼈조각이 떨어져 있는 것이 엑스선 사진으로 명백한 경우를 말한다.
5) “손가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 손가락의 생리적 운동영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때이며 이 경우 손가락 관절의 굴신운동 가능영역에 의해 측정한다. 첫째 손가락 이의의 다른 네 손가락에 있어서는 제1, 제2지관절의 굴신운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.
6) 한 손가락에 장해가 생기고 다른 손가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

11. 발가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 한발의 리스프랑관절 이상을 잃었을 때	40
2) 한발의 5개발가락을 모두 잃었을 때	30
3) 한발의 첫째발가락을 잃었을 때	10
4) 한발의 첫째발가락 이외의 발가락을 잃었을 때(1발가락마다)	5
5) 한발의 5개발가락 모두의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
6) 한발의 첫째발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	8
7) 한발의 첫째발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(1발가락마다)	3

나. 장해판정기준

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

12. 흉·복부장기 및 비뇨생식기의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률 (%)
1) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때	75
2) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	50
3) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때	20

나. 장해의 판정기준

1) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때” 라 함은
   ① 심장, 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
   ② 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능

하여 혈액투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때
③ 방광의 기능이 완전히 없어진 때

2) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은
① 위, 대장 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때
② 소장 또는 간장의 3/4이상을 잘라내었을 때
③ 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때

3) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때”라 함은
① 비장 또는 한쪽의 신장 및 한쪽의 폐를 잘라내었을 때
② 장루, 요도루, 방광누공, 요관 장문합이 남았을 때
③ 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착으로 인공요도가 필요한 때
④ 음경의 1/2이상이 결손되었거나 질구 협착 등으로 성생활이 불가능한 때
⑤ 항문 괄약근의 기능장해로 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)

4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기의 장해로 인하여 일상생활 기본동작에 제한이 있는 경우 “<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표”에 따라 장해를 평가하고 둘 중 높은 지급률을 적용한다.

5) 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 장해가 남아 타인의 지속적인 감시 또는 감금상태에서 생활해야할 때	100
3) 정신행동에 심한 장해가 남아 감금상태에서 생활할 정도는 아니나 자해나 타해의 위험성이 지속적으로 있어서 부분적인 감시를 요할 때	70
4) 정신행동에 뚜렷한 장해가 남아 대중교통을 이용한 이동, 장보기 등의 기본적 사회활동을 혼자서 할 수 없는 상태	40
5) 극심한 치매 : CDR 척도 5점	100
6) 심한 치매 : CDR 척도 4점	80
7) 뚜렷한 치매 : CDR 척도 3점	60
8) 약간의 치매 : CDR 척도 2점	40
9) 심한 간질발작이 남았을 때	70
10) 뚜렷한 간질발작이 남았을 때	40
11) 약간의 간질발작이 남았을 때	10

나. 장해판정기준

1) 신경계

① “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.

② 위 ①의 경우 “<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표”상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장해로 인정하지 않는다.

③ 신경계의 장해로 인하여 발생하는 다른 신체부위의 장해(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장해로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.

④ 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 6개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장해를 평가한다. 그러나, 6개월

이 경과하였다 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위내에서 장해 평가를 유보한다.

⑤ 장해진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

① 상기 정신행동장해 지급률에 미치지 않는 장해에 대해서는 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"에 따라 지급률을 산정하여 지급한다.

② 일반적으로 상해를 입은 후 24개월이 경과한 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 수상 후 18개월이 경과한 후에 판정할 수 있다. 다만, 장해는 충분한 전문적 치료를 받은 후 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로 인하여 고정되거나 중하게 된 장해에 대해서는 인정하지 아니한다.

③ 심리학적 평가보고서는 자격을 갖춘 임상심리 전문의가 시행하고 작성하여야 한다.

④ 전문의란 정신과 혹은 신경정신과 전문의를 말한다.

⑤ 평가의 객관적 근거

㉮ 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등을 기초로 한다.

㉯ 객관적 근거로 인정할 수 없는 경우

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

⑥ 각종 기질성 정신장해와 외상후 간질에 한하여 보상한다.

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

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

3) 치매

① "치매"라 함은

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

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

4) 간질

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

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

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

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

⑤ "중증발작"이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장해가 3분이상 지속되는 발작을 말한다.

⑥ "경증발작"이라 함은 운동장해가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

<붙임>

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

유형	제한정도에 따른 지급률
이동동작	- 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 방 밖을 나올 수 없는 상태(지급률 40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움없이는 방 밖을 나올 수 없는 상태(30%) - 목발 또는 walker를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태(20%) - 독립적인 보행은 가능하나 파행이 있는 상태, 난간을 잡지않고는 계단을 오르고 내리기가 불가능한 상태, 계속하여 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태(10%)
음식물 섭취	- 식사를 전혀 할수 없어 계속적으로 튜브나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급을 받는 상태(20%) - 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 식사를 전혀 할 수 없는 상태(15%) - 숟가락 사용은 가능하나 젓가락 사용이 불가능하여 음식물 섭취에 있어 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%) - 독립적인 음식물 섭취는 가능하나 젓가락을 이용하여 생선을 바르거나 음식물을 자르지는 못하는 상태(5%)

유형	제한정도에 따른 지급률
배변 배뇨	- 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 계속적인 도움이 필요한 상태(20%) - 화장실에 가서 변기위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 화장지로 닦고 옷을 입는 일에 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태(15%) - 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변후 뒤처리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%) - 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2시간 이상 계속되는 업무(운전, 작업, 교육 등)를 수행하는 것이 어려운 상태(5%)
목욕	- 다른 사람의 계속적인 도움없이는 샤워 또는 목욕을 할 수 없는 상태(10%) - 샤워는 가능하나, 혼자서는 때밀기를 할 수 없는 상태(5%) - 목욕시 신체(등 제외)의 일부 부위만 때를 밀 수 있는 상태(3%)
옷입고 벗기	- 다른 사람의 계속적인 도움없이는 전혀 옷을 챙겨 입을 수 없는 상태(10%) - 다른 사람의 계속적인 도움없이는 상의 또는 하의 중 하나만을 착용할 수 있는 상태(5%) - 착용은 가능하나 다른 사람의 도움없이는 마무리(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)는 불가능한 상태(3%)

주) 1. 위 후유장해의 종류 및 지급률에 관한 세부사항은 약관의 내용과 다르게 해석되지 않는 한『상해보험 후유장해 산정기준』에 따릅니다.

2. 이 보험의 후유장해 지급률은 산재보험 및 자동차보험 등 타 보험에서 적용하는 후유장해 지급율과는 무관하게 적용됩니다.

3. 각 관절운동의 정상각도 및 측정방법은 미국의학협회(A.M.A)의 『영구적 신체장해 평가지침』의 규정에 따릅니다.

【별표 2】 중대한 특정상해 분류표

약관에 규정하는 중대한 특정상해는 제4차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2002-1호, 2003.1.1 시행)중 다음에 적은 항목을 말합니다.

대상이 되는 항목		분류번호
뇌손상	머리내 손상	S06
내장손상	심장의 손상	S26
	기타 및 상세불명의 가슴내 장기의 손상	S27
	복부내 기관의 손상	S36
	비뇨기 및 골반 장기의 손상	S37

제5차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 항목 이외의 추가로 상기 분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

【별표 3】 골절분류표

약관에 규정하는 골절은 제4차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2002-1호, 2003. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 항목을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 머리뼈 및 얼굴뼈의 골절	S02
2. 머리의 압착손상	S07
3. 상세불명의 머리손상	S09.9
4. 목의 골절	S12
5. 갈비뼈, 복장뼈 및 등뼈의 골절	S22
6. 허리뼈 및 골반의 골절	S32
7. 어깨 및 팔죽지의 골절	S42
8. 아래팔의 골절	S52
9. 손목 및 손부위에서의 골절	S62
10. 넙적다리뼈의 골절	S72
11. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
12. 발목의 제외한 발의 골절	S92
13. 다발성 신체부위의 골절	T02
14. 상세불명 부위의 척추의 골절	T08
15. 상세불명 부위의 팔 골절	T10
16. 상세불명 부위의 다리 골절	T12
17. 상세불명의 신체부위의 골절	T14.2

제5차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 항목 이외의 추가로 상기 분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

【별표 4】 화상 분류표

약관에 규정하는 화상은 제4차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2002-1호, 2003. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 항목을 말합니다.

대상이 되는 화상	분류번호
1. 머리 및 목의 화상 및 부식	T20
2. 몸통의 화상 및 부식	T21
3. 손목 및 손을 제외한 어깨 팔의 화상 및 부식	T22
4. 손목 및 손의 화상 및 부식	T23
5. 발목 및 발을 제외한 엉덩이 및 다리의 화상 및 부식	T24
6. 발목 및 발의 화상 및 부식	T25
7. 눈 및 눈부속기에 국한된 화상 및 부식	T26
8. 호흡기도의 화상 및 부식	T27
9. 기타 내부기관의 화상 및 부식	T28
10. 다발성 신체부위의 화상 및 부식	T29
11. 상세불명 신체부위의 화상 및 부식	T30
12. 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 화상	T31
13. 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 부식	T32
14. 방사선과 관련된 피부 및 피부밑조직의 기타 장해	L59

제5차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 항목 이외의 추가로 상기 분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

【별표 5】 비뇨기계 장애 및 직장 또는 항문관련 질환분류표

약관에 규정하는 비뇨기계 장애 및 직장 또는 항문관련 질환으로 분류되는 질병은 제4차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2002-1호, 2003.1.1 시행) 중 다음에 적은 항목을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 비뇨기계통의 기타 장애	N39
2. 치질	I84
3. 항문 및 직장부의 열구 및 샛길(농양)	K60
4. 항문 및 직장부의 고름집(농양)	K61
5. 항문 및 치핵의 기타질환	K62

제5차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 항목 이외의 추가로 상기 분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

【별표 6】 악성신생물 분류표

약관에 규정하는 악성신생물로 분류되는 질병은 제4차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2002-1호, 2003. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분 류 번 호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00-C14
2. 소화기관의 악성신생물	C15-C26
3. 호흡기 및 가슴내 장기의 악성신생물	C30-C39
4. 뼈 및 관절연골의 악성신생물	C40-C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성신생물	C45-C49
7. 유방의 악성신생물	C50
8. 여성 생식기관의 악성신생물	C51-C58
9. 남성 생식기관의 악성신생물	C60-C63
10. 요로의 악성신생물	C64-C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타부위의 악성신생물	C69-C72
12. 갑상샘 및 기타 내분비샘의 악성신생물	C73-C75
13. 불명확한, 속발성 및 상세불명 부위의 악성신생물	C76-C80
14. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81-C96
15. 독립된(원발성) 다발성 부위의 악성신생물	C97

제5차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표 7】 상피내의 신생물 분류표

약관에 규정하는 상피내의 신생물로 분류되는 질병은 제4차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2002-1호, 2003. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분 류 번 호
1. 구강, 식도 및 위의 상피내 암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 상피내 암종	D01
3. 가운데귀 및 호흡기계통의 상피내 암종	D02
4. 상피내의 흑색종	D03
5. 피부의 상피내 암종	D04
6. 유방의 상피내 암종	D05
7. 자궁목의 상피내 암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 상피내 암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 상피내 암종	D09

제5차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 추가로 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표 8】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에 규정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병은 제4차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2002-1호, 2003. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 가운데귀, 호흡기, 가슴내 장기의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비샘의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 진성 적혈구 증다증	D45
10. 골수 형성이상 증후군	D46
11. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물	D47
12. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

제5차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 추가로 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표 9】 뇌졸중 분류표

약관에 규정하는 뇌졸중으로 분류되는 질병은 제4차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2002-1호, 2003. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 항목을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 거미막밑 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 머리내 출혈	I62
4. 뇌경색증	I63
5. 대뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐색 및 협착	I65
6. 대뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐색 및 협착	I66

제5차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표 10】 급성심근경색증 분류표

약관에 규정하는 급성심근경색증으로 분류되는 질병은 제4차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2002-1호, 2003.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 급성 심근경색증	I21
2. 속발성 심근경색증	I22
3. 급성 심근경색증에 의한 특정현재 합병증	I23

제5차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표 11】 특정질병 분류표

가. 7대질병 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 7대질병으로 분류되는 질병은 제4차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2002-1호, 2003.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

구분	대상이 되는 질병	분류번호
심질환	[급성 류마티스 열]	
	· 심장 침습이 없는 류마티스 열	I00
	· 심장 침습이 있는 류마티스 열	I01
	· 류마티스성 무도병	I02
	[만성 류마티스성 심질환]	
	· 류마티스 승모판 질환	I05
	· 류마티스 대동맥판 질환	I06
	· 류마티스 삼첨판 질환	I07
	· 다발성 판막 질환	I08
	· 기타 류마티스 심장 질환	I09
	[허혈성 심장 질환]	
	· 협심증	I20
	· 급성 심근경색증	I21
	· 속발성 심근경색증	I22
	· 급성 심근경색증에 의한 특정 현재 합병증	I23
	· 기타 급성 허혈성 심장 질환	I24
	· 만성 허혈성 심장 질환	I25
	[폐성 심장 질환 및 폐순환 질환]	
	· 폐 색전증	I26
	· 기타 폐성 심장 질환	I27
	· 기타 폐혈관의 질환	I28

구분	대상이 되는 질병	분류번호
심 질 환	[기타 형태의 심장질환]	
	· 급성 심장막염	I30
	· 기타 심장막의 질환	I31
	· 달리 분류된 질환에서의 심장막염	I32
	· 급성 및 아급성 심내막염	I33
	· 비류마티스 승모판 장애	I34
	· 비류마티스 대동맥판 장애	I35
	· 비류마티스 삼첨판 장애	I36
	· 폐동맥판 장애	I37
	· 상세불명 판막의 심내막염	I38
	· 달리 분류된 질환에서의 심내막염 및 심장판막 장애	I39
	· 급성 심근염	I40
	· 달리 분류된 질환에서의 심근염	I41
	· 심장근육병증	I42
	· 달리 분류된 질환에서의 심장근육병증	I43
	· 심방실 차단 및 좌각 차단	I44
	· 기타 전도 장애	I45
	· 심장정지	I46
	· 발작성 빠른맥	I47
	· 심방 잔떨림 및 된떨림	I48
	· 기타 심장성 부정맥	I49
	· 심장기능상실(심부전)	I50
	· 심장병의 불명확한 기록 및 합병증	I51
	· 달리 분류된 질환에서의 기타 심장 장애	I52

구분	대상이 되는 질병	분류번호
뇌혈관질환	[대뇌혈관 질환]	
	· 거미막밑 출혈	I60
	· 뇌내출혈	I61
	· 기타 비외상성 머리내 출혈	I62
	· 뇌경색증	I63
	· 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌중풍	I64
	· 대뇌경색(증)을 유발하지 않은 뇌전 동맥의 폐색 및 협착	I65
	· 대뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐색 및 협착	I66
	· 기타 뇌혈관 질환	I67
	· 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애	I68
	· 뇌혈관 질환의 후유증	I69
간질환	· 바이러스 간염	B15-B19
	· 알코올성 간질환	K70
	· 독성 간질환	K71
	· 달리 분류되지 않는 간기능상실	K72
	· 달리 분류되지 않는 만성 간염	K73
	· 간의 섬유증 및 경화	K74
	· 기타 염증성 간질환	K75
	· 간의 기타 질환	K76
	· 달리 분류된 질환에서의 간 장애	K77

구분	대상이 되는 질병	분류번호
고혈압	· 본태성(원발성)고혈압 · 고혈압성 심장병 · 고혈압성 콩팥(신장)병 · 고혈압성 심장 및 콩팥(신장)병 · 이차 고혈압	I10 I11 I12 I13 I15
당뇨병	· 인슐린-의존 당뇨병 · 인슐린-비의존 당뇨병 · 영양실조와 관련된 당뇨병 · 기타명시된 당뇨병 · 상세불명의 당뇨병	E10 E11 E12 E13 E14
만성 호흡기 질환	· 급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염 · 단순성 및 점액농성 만성 기관지염 · 상세불명의 만성 기관지염 · 천식 · 천식 지속상태	J40 J41 J42 J45 J46
위궤양 및 십이지장궤양	· 위궤양 · 십이지궤양 · 상세불명 부위의 소화성 궤양	K25 K26 K27

제5차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

나. 여성특정질병 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 여성특정질병으로 분류되는 질병은 제4차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2002-1호, 2003.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

구분	대상이 되는 질병	분류번호
심질환	[급성 류마티스 열]	
	· 심장 침습이 없는 류마티스 열	I00
	· 심장 침습이 있는 류마티스 열	I01
	· 류마티스성 무도병	I02
	[만성 류마티스성 심질환]	
	· 류마티스 승모판 질환	I05
	· 류마티스 대동맥판 질환	I06
	· 류마티스 삼첨판 질환	I07
	· 다발성 판막 질환	I08
	· 기타 류마티스 심장 질환	I09
	[허혈성 심장 질환]	
	· 협심증	I20
	· 급성 심근경색증	I21
	· 속발성 심근경색증	I22
	· 급성 심근경색증에 의한 특정 현재 합병증	I23
	· 기타 급성 허혈성 심장 질환	I24
	· 만성 허혈성 심장 질환	I25
	[폐성 심장 질환 및 폐순환 질환]	
	· 폐 색전증	I26
	· 기타 폐성 심장 질환	I27
	· 기타 폐혈관의 질환	I28

구분	대상이 되는 질병	분류번호
심질환	[기타 형태의 심장질환]	
	· 급성 심장막염	I30
	· 기타 심장막의 질환	I31
	· 달리 분류된 질환에서의 심장막염	I32
	· 급성 및 아급성 심내막염	I33
	· 비류마티스 승모판 장애	I34
	· 비류마티스 대동맥판 장애	I35
	· 비류마티스 삼첨판 장애	I36
	· 폐동맥판 장애	I37
	· 상세불명 판막의 심내막염	I38
	· 달리 분류된 질환에서의 심내막염 및 심장판막 장애	I39
	· 급성 심근염	I40
	· 달리 분류된 질환에서의 심근염	I41
	· 심장근육병증	I42
	· 달리 분류된 질환에서의 심장근육병증	I43
	· 심방실 차단 및 좌각 차단	I44
	· 기타 전도 장애	I45
	· 심장정지	I46
	· 발작성 빠른맥	I47
	· 심방 잔떨림 및 된떨림	I48
	· 기타 심장성 부정맥	I49
	· 심장기능상실(심부전)	I50
	· 심장병의 불명확한 기록 및 합병증	I51
	· 달리 분류된 질환에서의 기타 심장 장애	I52
뇌혈관질환	[대뇌혈관 질환]	
	· 거미막밑 출혈	I60
	· 뇌내출혈	I61
	· 기타 비외상성 머리내 출혈	I62
	· 뇌경색증	I63
	· 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 졸증	I64
	· 대뇌경색(증)을 유발하지 않은 뇌전 동맥의 폐색 및 협착	I65
	· 대뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌 동맥의 폐색 및 협착	I66
	· 기타 뇌혈관 질환	I67
	· 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애	I68
	· 뇌혈관 질환의 후유증	I69

구분	대상이 되는 질병	분류번호
고혈압	· 본태성(원발성)고혈압 · 고혈압성 심장병 · 고혈압성 콩팥(신장)병 · 고혈압성 심장 및 콩팥(신장)병 · 이차 고혈압	I10 I11 I12 I13 I15
당뇨병	· 인슐린-의존 당뇨병 · 인슐린-비의존 당뇨병 · 영양실조와 관련된 당뇨병 · 기타명시된 당뇨병 · 상세불명의 당뇨병	E10 E11 E12 E13 E14
위궤양 및 십이지장궤양	· 위궤양 · 십이지궤양 · 상세불명 부위의 소화성 궤양	K25 K26 K27
신부전	· 콩팥(신장)기능상실	N17-N19

제5차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

다. 부인과질병 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 부인과질병으로 분류되는 질병은 제4차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2002-1호, 2003.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
[상피내의 신생물]	
· 구강, 식도 및 위의 상피내 암종	D00
· 기타 및 상세불명의 소화기관의 상피내 암종	D01
· 가운데귀 및 호흡기계통의 상피내 암종	D02
· 상피내의 흑색종	D03
· 피부의 상피내 암종	D04
· 유방의 상피내 암종	D05
· 자궁목의 상피내 암종	D06
· 기타 및 상세 불명의 생식기관의 상피내 암종	D07
· 기타 및 상세 불명 부위의 상피내 암종	D09
[양성신생물]	
· 양성신생물	D10-D36
· 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37-D48
[유방의 장애]	
· 양성 유방 형성이상	N60
· 유방의 염증성 장애	N61
· 유방의 비대	N62
· 유방의 상세불명의 소괴	N63
· 유방의 기타장애	N64
[여성골반내 장기의 염증성 질환]	
· 자궁관염 및 난소염	N70
· 자궁목을 제외한 자궁의 염증성 질환	N71
· 자궁목의 염증성 질환	N72
· 기타 여성 골반의 염증성 질환	N73
· 달리 분류된 질환에서의 여성 골반 염증성 장애	N74
· 바르톨린선의 질환	N75
· 질 및 외음부의 기타 염증	N76
· 달리 분류된 질환에서의 외음질의 궤양 및 염증	N77

대상이 되는 질병	분류번호
[여성생식기의 비염증성 장애]	
· 자궁내막증	N80
· 여성 생식기 탈출	N81
· 여성 생식기를 포함한 샛길(누공)	N82
· 난소, 자궁관 및 넓은 인대의 비염증성 장애	N83
· 여성생식기의 폴립	N84
· 경부를 제외한 자궁의 기타 비염증성 장애	N85
· 자궁목의 미란 및 외반증	N86
· 자궁목의 형성 이상	N87
· 자궁목의 기타 비염증성 장애	N88
· 질의 기타 비염증성 장애	N89
· 외음부 및 회음부의 기타 비염증성 장애	N90
· 무월경, 소량 및 희발 월경	N91
· 과다.빈발 및 불규칙 월경	N92
· 기타 이상 자궁 및 질 출현	N93
· 여성 생식기관 및 월경주기와 관련된 통증 및 기타 병태	N94
· 폐경기 및 기타 폐경기전후 장애	N95

제5차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

라. 여성만성질병 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 여성만성질병으로 분류되는 질병은 제4차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2002-1호, 2003.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
[골다공증]	
· 병적골절을 동반한 골다공증	M80
· 병적골절이 없는 골다공증	M81
· 달리 분류된 질환에서의 골다공증	M82
· 뼈 연속성의 장애	M84
[관절염]	
· 화농성 관절염	M00
· 달리 분류된 감염성 및 기생충성 질환에서의 관절의 직접 감염	M01
· 반응성 관절병증	M02
· 달리 분류된 질환에서의 감염후 및 반응성 관절병증	M03
· 혈청검사 양성인 류마티스 관절염	M05
· 기타 류마티스 관절염	M06
· 건선성 및 장병증성 관절병증	M07
· 청소년성 관절염	M08
· 달리 분류된 질환에서의 청소년성 관절염	M09
· 통풍	M10
· 기타 결정성 관절병증	M11

대상이 되는 질병	분류번호
[관절염]	
· 기타 특정 관절병증	M12
· 기타 관절염	M13
· 달리 분류된 기타 질환에서의 관절병증	M14
· 다발성 관절증	M15
· 엉덩관절증	M16
· 무릎관절증	M17
· 제1손목손허리 관절의 관절증	M18
· 기타 관절증	M19
· 손가락 및 발가락의 후천성 변형	M20
· 사지의 기타 후천성 변형	M21
· 무릎뼈의 장애	M22
· 무릎의 내 이상	M23
· 기타 명시된 관절 이상	M24
· 달리 분류되지 않은 기타 관절의 장애	M25

제5차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표12】 갑상선질환 분류표

약관에 규정하는 갑상선질환으로 분류되는 질병은 제4차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2002-1호, 2003.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분 류 번 호
1. 선천성 요오드 결핍 증후근	E00
2. 요오드 결핍과 관련된 갑상선 장애 및 동류의 병태	E01
3. 준임상적인 요오드 결핍성 갑상선기능저하증	E02
4. 기타 갑상선기능저하증	E03
5. 기타 비중독성 갑상선종	E04
6. 갑상선중독증[갑상선기능항진증]	E05
7. 갑상선염	E06
8. 갑상선의 기타 장애	E07
9. 처치후, 방사선조사후, 수술후 갑상선기능저하증	E89.0

제5차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표13】 피부질환 분류표

약관에 규정하는 갑상선질환으로 분류되는 질병은 제4차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2002-1호, 2003.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분 류 번 호
1. 피부 및 피부밑조직의 감염	L00-L08
2. 수포성 장애	L10-L14
3. 피부염 및 습진	L20-L30
4. 구진비늘 장애	L40-L45
5. 두드러기 및 홍반	L50-L54
6. 피부 및 피부밑조직의 방사선 관련성 장애	L55-L59
7. 피부 부속기의 장애	L60-L75
8. 피부 및 피부밑조직의 기타 장애	L80-L99

제5차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표 14】 식중독 분류표

약관에 규정하는 식중독으로 분류되는 질병은 제4차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2002-1호, 2003. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분 류 번 호
1. 기타 살모넬라 감염	A02
2. 이질	A03
3. 기타 세균성 창자 감염	A04
4. 기타 세균성 식중독	A05
5. 아메바증	A06
6. 기타 원충성 창자 질환	A07
7. 바이러스 및 기타 명시된 창자 감염	A08
8. 해산물 속의 유해물질의 중독작용	T61
9. 식품으로 섭취한 기타 유해물질의 중독작용	T62

제5차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 추가로 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.