무배당 또하나의의료보험(L5.12)
보통약관

제1관 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 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 이 보험의 보장부분 예정이율(이하 “예정이율”이라 합니다)+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 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 지급합니다. 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 제2조 제1호에서 정한 전자문서를 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. 또한 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에 회사는 계약자의 동의를 얻어 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약전 알릴의무, 약관의 중

요한 내용 등 보험계약체결을 위하여 필요한 사항을 질문 또는 설명하고 그에 대한 계약자의 답변, 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

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) 또는 전자서명법 제2조 제10호의 규정에 의한 공인인증기관이 인정한 전자서명을 포함합니다)을 하지 아니한 때에는 계약자는 청약일부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

4 제3항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음 각호의 사항을 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제1항 단서의 규정에 의한 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 교부함으로써 청약서 부본을 전달한 것으로 봅니다.

① 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우

② 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우

5 제3항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제4조(계약의 무효)

타인의 사망을 보험사고로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻지 아니한 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(헬스케어서비스비용의 지급이 있었던 때에는 이를 차감한 금액)를 계약자에게 돌려드립니다. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 아니합니다.

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 보험료 납입주기, 수금방법 및 납입기간

③ 보험가입금액

④ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자(이하 “수익자”라 합니다)

⑤ 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 제1항 제3호의 규정에 의하여 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해약된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제21조(해약환급금)에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

4 계약자가 제1항 제4호 중 사망보험금수익자를 변경하고자 할 때에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자의 동의를 얻어야 합니다.

5 계약자가 제1항 제4호 중 피보험자를 변경할 수 있는 경우는 다음과 같습니다.

① 피보험자가 이 보험에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하거나 파산, 이민, 또는 이

혼 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 지급합니다.

제7조(손해보상후의 계약)

1 한 번의 사고에 대하여 회사가 제16조(후유장해보험금) 제2항의 일반후유장해보험금을 지급한 때에는 남은 보험기간에 대한 이 계약의 보험가입금액은 감액되지 아니하며, 제15조(사망보험금)의 사망보험금 또는 제16조(후유장해보험금) 제1항의 고도후유장해보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 계약은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 계약이 소멸되는 경우에는 회사는 만기환급금 및 해약환급금을 지급하지 아니합니다. 다만, 회사는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 따라 그 때까지 회사가 적립한 적립부분의 책임준비금(헬스케어서비스비용의 지급이 있었던 경우에는 그 원리금 합계액을 공제한 후의 금액)을 계약자에게 지급하여 드립니다.

3 제13조(보상하는 손해)에서 정하지 아니하는 사유로 피보험자가 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 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.

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 제25조(계약전 알릴 의무)의 규정에 의하여 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용 또는 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우

③ 제27조(알릴 의무 위반의 효과)의 규정을 준용하여 회사가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우

5 제2항의 보험료는 제13조(보상하는 손해)의 손해를 보상하는데 필요한 보험료(이하 “보장보험료”라 합니다)와 회사가 적립한 금액을 돌려주는데 필요한 보험료(이하 “적립보험료”라 합니다)로 구성됩니다.

제2관 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 서면 신청한 경우에는 제38조(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 지급합니다.

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 경

우에 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 포함합니다)을 납입최고(독촉)기간이 끝나기 15일 이전까지 서면 또는 전화(음성녹음)로 알려드립니다.

4 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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 이내에는 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 회사가 이를 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체보험료와 이에 대한 연체된 이자(보장보험료에 대해서 예정이율 + 1% 범위내에서 회사가 정하는 이율로 계산한 이자)를 더하여 납입하여야 합니다.

2 계약의 부활(효력회복)에 관하여는 제1조(보험계약의 성립), 제8조(회사의 보장의 시기 및 종기), 제25조(계약전 알릴 의무) 및 제27조(알릴 의무 위반의 효과)의 규정을 준용합니다.

제3관 보험금 등의 지급(회사의 주된 의무)

제13조(보상하는 손해)

1 회사는 피보험자가 보험기간 중에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 “사고”라 합니다)로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다)에 상해를 입었을 때에는 그 상해로 인하여 생긴 손해(이하 “손해”라 합니다)를 이 약관에 따라 보상합니다.

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.

제14조(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 지급합니다.

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 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고
⑫ 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 보험료(헬스케어서비스비용의 지급이 있었던 경우에는 이를 차감한 금액)를 계약자에게 돌려 드립니다.
② 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
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, 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

제15조(사망보험금)

1 회사는 피보험자가 제13조(보상하는 손해)에서 정한 사고로 상해를 입고 그 직접결과로써 사고일로부터 1년 이내에 사망하였을 때에는 보험가입금액 전액을 사망보험금으로 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.

제16조(후유장해보험금)

1 고도후유장해보험금 : 회사는 피보험자가 제13조(보상하는 손해)에서 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 장해분류표([별표1] 참조. 이하 같습니다)에서 정한 지급률이 80% 이상에 해당하는 후유장해(이하 “고도후유장해”라 합니다)가 남았을 경우 보험가입금액 전액을 고도후유장해보험금으로 수익자에게

지급하여 드립니다.

2 일반후유장해보험금 : 회사는 피보험자가 제13조(보상하는 손해)에서 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 장해분류표에서 정한 지급률이 80% 미만에 해당하는 후유장해(이하 “일반후유장해”라 합니다)가 남았을 경우에는 장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 일반후유장해보험금으로 수익자에게 지급하여 드립니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 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 후유장해 지급률이 사고일부터 180일이 지나도록 확정되지 아니하는 경우에는 사고일부터 180일이 되는 날의 의사의 진단에 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 후유장해 지급률을 결정하되 장해분류표에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

5 장해분류표에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 아니합니다.

6 같은 사고로 2가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

7 제6항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

제17조(다른 신체상해 또는 질병의 영향)

1 피보험자가 제13조(보상하는 손해)에서 정한 상해를 입은 경우 이미 존재한 신체상해 또는 질병의 영향으로 또는 제13조(보상하는 손해)에서 정한 상해를 입은 후에 그 원인이 된 사고와 관계없이 새로이 발생한 상해나 질병의 영향으로 제13조(보상하는 손해)에서 정한 상해가 중하게 된 경우 회사는 그 영향이 없었던 때에 상당하는 금액을 결정하여 지급합니다.

2 정당한 이유 없이 피보험자가 치료를 게을리하거나 또는 계약자나 수익자가 치료를 하여 주지 않음으로 인하여 제13조(보상하는 손해)에서 정한 상해가 중하게 된 경우에도 제1항과 같은 방법으로 합니다.

제18조(보험금의 지급한도)

1 회사가 지급하여야 할 하나의 사고에 대한 후유장해보험금은 고도후유장해보험금을 한도로 합니다.

2 회사는 하나의 사고로 사망보험금과 일반후유장해보험금을 지급하여야 할 경우 이를

각각 지급합니다. 그러나 고도후유장해보험금 지급사유가 발생한 이후에는 사망보험금을 지급하지 아니합니다.

제19조(헬스케어서비스)

① 회사는 이 보험의 헬스케어형에 가입한 피보험자에게 보험료가 정상적으로 납입되고 유효한 계약에 대해 계약일 이후 헬스케어서비스 제공업체와 업무제휴를 통하여 헬스케어서비스를 제공하여 드립니다. 다만, 이 약관에 의해 계약이 해지된 경우에는 헬스케어서비스를 제공하여 드리지 아니합니다.

② 제1항의 헬스케어서비스비용은 적립부분 책임준비금에서 차감하여 헬스케어서비스 제공업체에 지급됩니다.

③ 제2항의 적립부분 책임준비금은 이 약관에서 정한 기지급된 헬스케어서비스비용이 있을 경우 그 각각의 원리금합계액을 공제한 후의 금액을 기준으로 합니다.

제20조(만기환급금의 지급)

회사는 계약자가 보험료를 완납하고 보험기간이 끝난 때에는 그때까지 유효한 계약에 한하여 제21조(해약환급금)의 제1항에 준하여 그때까지 회사가 적립한 금액(헬스케어서비스 비용의 지급이 있었던 경우에는 그 원리금합계액을 공제한 후의 금액)을 만기환급금으로 수익자에게 지급하여 드립니다.

제21조(해약환급금)

① 이 약관에 의해 계약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 따라 계산합니다. 이때 적립부분 순보험료(적립보험료에서 사업비를 공제한 보험료를 말합니다)에 대하여는 회사는 제1회 보험료를 받은 날로부터 보험료 납입경과기간에 따라 아래의 이율을 적용합니다. 다만, 보험기간 중에 보험계약대출이율이 변경되는 경우에는 변경된 시점 이후에는 변경된 이율을 적용하며 최저보증이율은 연2%로 합니다.

경과기간	이율
1년미만	보험계약대출이율 - 4%
1년이상 ~ 2년미만	보험계약대출이율 - 3%
2년이상	보험계약대출이율 - 2%

② 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제22조(배당금의 지급)

회사는 이 보험에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제23조(소멸시효)

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

제24조(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 상실합니다.

제4관 보험계약시 계약자의 계약전 알릴 의무 등

제25조(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.

제26조(계약후 알릴 의무)

1 계약자 또는 피보험자는 계약을 맺은 후 피보험자가 아래에 해당되는 경우에는 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험가입증서(보험증권)에 확인을 받아야 합니다.

① 피보험자의 직업 또는 직무를 변경(자가용 운전자가 영업용 운전자로 직업 또는 직무를 변경하는 등의 경우를 포함합니다)하거나 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 직접 사용하게 된 경우

② 피보험자의 나이를 정정할 경우

2 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려드리며, 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날부터 1개월 이내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.

3 제1항의 통지에 따라 보험료를 더 내야 할 경우 회사의 청구에 대해 계약자가 그 지불을 게을리했을 때, 회사는 아래의 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 변경된 직업 또는 직무와 관계없는 사고로 발생한 손해에 관해서는 그러하지 아니합니다.

① 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 비율

② 나이변경 전에 적용된 보험요율(이하 "변경전 요율"이라 함)의 나이 변경 후에 적용해야 할 보험요율(이하 "변경후 요율"이라 함)에 대한 비율

4 계약자 또는 피보험자가 직업, 직무 또는 나이의 변경사실을 회사에 알리지 아니하였을 경우 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 동 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자에게 제3항에 의해 보상됨을 서면으로 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

제27조(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 제25조(계약전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우.

② 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제26조(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 지급합니다.

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(헬스케어서비스비용의 지급이 있었던 경우에는 이를 차감한 금액) 중 많은 금액을 지급합니다.

5 제1항 제2호에 의한 계약의 해지가 손해발생 후에 이루어진 경우에는 그 손해를 제26조(계약후 알릴 의무)제3항 또는 제4항에 따라 보상하여 드립니다.

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

제28조(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.

제5관 보험금 지급 등의 절차

제29조(주소변경통지)

1 계약자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.

2 제1항에서 정한대로 계약자가 알리지 아니한 경우에는 계약자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 시일이 지난 때에 계약자에게 도달된 것으로 봅니다.

제30조(보험수익자의 지정)

계약자는 수익자를 지정할 수 있으며 수익자를 지정하지 아니한 때에는 제20조(만기환급금의 지급)의 경우는 계약자로 하고, 제15조(사망보험금)의 경우는 피보험자의 상속인으로, 제16조(후유장해보험금)의 경우는 피보험자로 합니다.

제31조(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.

제32조(손해의 통지)

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

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

제33조(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 경우는 본인의 인감증명서 포함)
④ 기타 수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 사고증명서를 발급 받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조(의료기관)에서 정하는 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관이어야 합니다.

제34조(보험금의 지급)

1 회사는 제33조(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고 그 서류를 접수한 날로부터 신체손해에 관한 보험금은 3영업일, 배상책임손해에 대한 보험금은 10영업일, 재산손해에 관한 보험금은 20영업일 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 대한 이자는 더하여 드리지 아니합니다.

5 회사는 제33조(보험금 등 청구시 구비서류)의 보험금 청구서류를 접수한 경우에 있어 필요하다고 인정된 때에는 회사가 지정한 전문의에게 피보험자의 검진을 요청할 수 있습니다. 이 때 소요된 비용은 회사가 부담하며, 정당한 이유없이 계약자, 피보험자 또는 수익자가 이를 거절할 때에는 보험금을 지급하지 아니합니다.

6 계약자, 피보험자 또는 수익자는 제27조(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.

제35조(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 지급합니다.

2 회사는 만기환급금의 지급시기가 도래할 때에는 도래일 7일 이전에 그 사유와 지급할 금액을 계약자 또는 수익자에게 알려드리며, 그 사유와 지급금액을 알리지 않은 경우에는 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 환급금 청구일까지의 기간은 예정이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

3 회사가 제2항의 규정에 의하여 계약자 또는 수익자에게 알린 경우의 만기환급금과 해약환급금은 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 지급청구일까지의 기간중 1년 이내의 기간은 예정이율의 50%, 1년을 초과하는 기간은 1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제36조(보험금 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 지급합니다.

제37조(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(개인신용정보의 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

제38조(보험계약대출)

1 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위내에서 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.

제6관 분쟁조정 등

제39조(분쟁의 조정)

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

제40조(관할법원)

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

제41조(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.

제42조(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.

제43조(회사의 손해배상책임)

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

제44조(예금보험기금에 의한 지급보장)

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

제45조(준거법)

이 약관에서 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

1. 질병사망보장 특별약관

제1조(계약의 무효)

회사는 무배당 또하나의의료보험(L5.12) 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다)의 제4조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에 계약을 체결할 때 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 한 경우에는 이 계약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제2조(보험나이의 계산)

① 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 단, 제1조(계약의 무효)의 경우에는 실제 만나이를 적용합니다.

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.

제3조(손해보상후의 계약)

① 회사가 제4조(보상하는 손해)에서 정한 질병사망보험금을 지급하였을 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

② 보통약관 제7조(손해보상후의 계약)의 제1항에 따라 보통약관 계약이 소멸한 때에는 이 특별약관 계약도 소멸합니다.

③ 제1항 및 제2항에 따라 계약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 아니합니다.

④ 제4조(보상하는 손해) 및 보통약관 제13조(보상하는 손해)에서 정하지 아니하는 사유로 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸하며 회사는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제4조(보상하는 손해)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 발생한 질병으로 인하여 보험기간 중에 사망하거나 또는 그 질병이 치유된 후 직접결과로써 신체의 일부를 잃었거나 그 기능이 영구히 상실(이하 “후유장해”라 합니다)되어 장해분류표([별표1]참조. 이하 같습니다)에서 정한 지급률이 80%이상에 해당하는 후유장해가 남았을 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 질병사망보험금으로 수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자의 상속인)에게 지급하여 드립니다.

② 제1항에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결후 한시적으로 나타나는 장해이나 그 기간이 5년 이상인 때에는 후유장해로 인정하고 해당 장해 지급률의 20%를 후유장해 지급률로 하여 제1항을 적용합니다.

③ 제1항의 질병이라 함은 이 특별약관에 의해 회사의 보장이 시작된 때부터 피보험자에게 감염되거나 발병된 질병으로서 제4차 한국표준질병사인분류표에서 정한 질병으로 합니다. 다만 보장이 시작되기 전에 피보험자가 감염 또는 발병된 사실을 모르고 있었던 때에는 보상하여 드립니다.

4 제1항 및 제2항의 질병사망보험금 지급을 위한 후유장해지급률이 그 질병의 진단일(이하 “사고일”이라 합니다)부터 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 장해분류표에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

5 장해분류표에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 후유장해지급률을 결정합니다.

6 동일한 질병으로 2가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

7 제6항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관 제14조(보상하지 아니하는 손해), 제19조(헬스케어서비스) 및 제20조(만기환급금의 지급)은 제외합니다.

2. 상해입원의료비(3천만원한도)보장 특별약관

제1조(보상하는 손해)

1 회사는 피보험자가 보험기간 중에 무배당 또하나의의료보험(L5.12) 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다) 제13조(보상하는 손해)에서 정한 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다)에 상해를 입고 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등에 입원하여 치료를 받은 경우에는 아래의 상해입원의료비를 보상하여 드립니다.

① 입원실료 : 진찰료, 기준병실(해당 병원 또는 의원에서 국민건강보험 환자에게 적용하는 기준 병실을 말합니다) 사용료, 환자관리료, 식대 등

② 입원제비용 : 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법료, 정신요법료, 처치료, 재료대, 캐스트료, 지정진료비 등

③ 수술비 : 수술료, 마취료, 수술재료비 등

④ 병실료차액 : 실제 사용병실(단, 특실 또는 1인실을 사용한 경우는 2인실의 병실료를 기준으로 합니다)과 기준병실과의 병실료 차액

2 회사는 국민건강보험법에 의하여 피보험자가 부담하는 제1항의 제1호, 제2호, 제3호의 비용(국민건강보험법에서 정한 요양급여 중 본인부담분과 비급여 부분을 말합니다) 전액과 제4호의 비용중 50% 해당액을 1사고당 3천만원을 한도로 보상하여 드립니다. 다만, 피보험자가 국민건강보험을 적용받지 못한 경우(국민건강보험에 정한 요양급여 절차를 거치지 아니한 경우도 포함합니다)에는 제1항의 발생 입원의료비 총액의 40% 해당액을 1

사고당 3천만원을 한도로 보상하여 드립니다.

3 제1항, 제2항에도 불구하고 하나의 사고(상해로 2회 이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 사고로 봅니다)로 인한 상해입원의료비 보상은 사고일부터 365일을 한도로 합니다.

4 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 보험기간 만료전 최종사고일부터 계속중인 입원기간에 대한 상해입원의료비를 365일을 한도로 보상하여 드립니다.

5 제1항의 비용에 대하여 보험금을 지급할 다수계약이 체결되어 있는 경우에는 각각의 보험계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 위 지급보험금 계산기준에 의하여 산출한 비용을 초과했을 때에는 이 보험계약에 따른 보상책임액의 위의 합계액에 대한 비율에 따라 보상하여 드립니다.

<용어풀이>

다수계약에 해당하는 보험종목은 제3보험의 상해·질병·간병보험 및 손해보험의 종합·장기손해·개인연금·퇴직보험으로 합니다.

제2조(보상하지 아니하는 손해)

1 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

① 보통약관 제14조(보상하지 아니하는 손해) 제1항 및 제3항에 정한 사항

② 알콜중독, 습관성, 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

③ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 상해입원의료비의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

④ 아래에 정한 사유로 발생한 상해입원의료비

가. 한약재 등의 보신용 투약비용

나. 상해를 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술비

다. 피로, 권태, 심신허약등을 치료하기 위한 안정치료비

라. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택즈렌즈, 보청기, 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용

마. 위생관리, 미모를 위한 성형수술비

바. 치과치료시의 의치비용, 치과보철비용(크라운, 임플란트). 다만, 국민건강보험급여로 처리되는 비용은 보상하여 드립니다.

사. 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등). 상당한 사유가 없는 고단위 영양제 투여비용, 의사의 임상적 소견과 관련없는 검사비용

아. 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제1조(보상하는 손해)에 따라 보상하여 드립니다.

2 회사는 제1항 제1호에 정한 사항중 계약자, 피보험자 또는 수익자의 고의로 인한 경우에는 보통약관 제14조(보상하지 아니하는 손해) 제2항을 적용합니다.

제3조(보험금등 청구시 구비서류)

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

① 청구서(회사양식)
② 사고증명서(입원의료비 명세서 및 영수증 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 제1항 제2호의 사고증명서를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조(의료기관)에서 정하는 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관이어야 합니다.

제4조(보통약관과의 관계)

1 보통약관 제7조(손해보상후의 계약)의 제1항에 따라 보통약관 계약이 소멸한 때에는 이 특별약관 계약도 소멸하며 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 아니합니다.

2 보통약관 제13조(보상하는 손해)에서 정하지 아니하는 사유로 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸하며 회사는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관 제19조(헬스케어서비스) 및 제20조(만기환급금의 지급)은 제외합니다.

3. 상해통원의료비(10만원한도)보장 특별약관

제1조(보상하는 손해)

1 회사는 피보험자가 보험기간 중에 무배당 또하나의의료보험(L5.12) 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다) 제13조(보상하는 손해)에서 정한 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다)에 상해를 입고 병원 또는 의원(한방병원, 한의원을 제외합니다)등에 통원하여 치료를 받은 경우에는 아래의 상해통원의료비(이하 『상해통원의료비』라 합니다)를 보상하여 드립니다.

① 통원제비용 : 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법료, 정신요법료, 처치료, 재료대, 캐스트료, 지정진료비
② 통원수술비 : 수술료, 마취료, 수술재료비

2 제1항의 제1호, 제2호의 상해통원의료비에는 의약분업에 따라 피보험자가 실제로 부담하는 다음의 비용을 포함합니다.

① 병원 또는 의원의 의사의 처방전에 따라 조제되는 약국의 약제비
② 제1호에 대한 약사조제료

3 회사는 통원 1일당 제1항, 제2항의 비용 중 국민건강보험법에 의하여 피보험자가 부담하는 비용(국민건강보험법에서 정한 요양급여중 본인부담분과 비급여 부분을 말합니다)에 대하여 5천원을 공제한 금액에 대하여 100%를 곱한 금액을 최고 10만원을 한도로 보상해 드립니다. 위 공제금액의 적용은 1일당입니다. 다만, 피보험자가 국민건강보험을 적용받지 못한 경우(국민건강보험에 정한 요양급여 절차를 거지치 아니한 경우도 포함합니다)에는 통원 1일당 제1항, 제2항의 발생 상해통원의료비 총액에 대하여 5천원을 공제한

금액에 대하여 40%를 곱한 금액을 최고 10만원을 한도로 보상하여 드립니다.

4 제1항, 제2항, 제3항에도 불구하고 하나의 사고(상해로 2회 이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 사고로 봅니다)로 인한 회사의 상해통원의료비 보상한도는 사고일로부터 365일을 한도로 통산통원일수 30일까지로 합니다.

5 제1항의 비용에 대하여 보험금을 지급할 다수계약이 체결되어 있는 경우에는 각각의 보험계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 위 지급보험금 계산기준에 의하여 산출한 비용을 초과했을 때에는 이 보험계약에 따른 보상책임액의 위의 합계액에 대한 비율에 따라 보상하여 드립니다.

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

제2조(보상하지 아니하는 손해)

1 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

① 보통약관 제14조(보상하지 아니하는 손해) 제1항 및 제3항에 정한 사항

② 알콜중독, 습관성, 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

③ 피보험자가 정당한 이유없이 통원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 상해통원의료비의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

④ 아래에 정한 사유로 발생한 상해통원의료비

가. 한약재등의 보신용 투약비용

나. 상해를 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술비

다. 피로, 권태, 심신허약등을 치료하기 위한 안정치료비

라. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택즈렌즈, 보청기, 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용

마. 위생관리, 미모를 위한 성형수술비

바. 치과치료시의 의치비용, 치과보철비용(크라운, 임플란트). 다만, 국민건강보험급여로 처리되는 비용은 보상하여 드립니다.

사. 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등). 상당한 사유가 없는 고단위 영양제 투여비용, 의사의 임상적 소견과 관련없는 검사비용

아. 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비, 다만, 본인부담의료비는 제1조(보상하는 손해)에 따라 보상하여 드립니다.

2 회사는 제1항 제1호에 정한 사항중 계약자, 피보험자 또는 수익자의 고의로 인한 경우에는 보통약관 제14조(보상하지 아니하는 손해) 제2항을 적용합니다.

제3조(보험금등 청구시 구비서류)

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

① 청구서(회사양식)

② 사고증명서(통원일자별 의료비가 명기된 통원의료비 영수증 등)

③ 의사의 처방전에 다른 약국의 약제비 및 약사조제료 영수증

④ 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)

⑤ 기타 수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 사고증명서를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조(의료기관)에서 정하는 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관이어야 합니다.

제4조(보통약관과의 관계)

1 보통약관 제7조(손해보상후의 계약)의 제1항에 따라 보통약관 계약이 소멸한 때에는 이 특별약관 계약도 소멸하며 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 아니합니다.

2 보통약관 제13조(보상하는 손해)에서 정하지 아니하는 사유로 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸하며 회사는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관 제19조(헬스케어서비스) 및 제20조(만기환급금의 지급)은 제외합니다.

4. 질병입원의료비(3천만원한도)보장 특별약관

제1조(보험나이의 계산)

1 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다.

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.

제2조(보상하는 손해)

1 회사는 피보험자가 보험기간 중에 발생된 질병으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등에 입원하여 치료를 받은 경우에는 아래의 질병입원의료비를 보상하여 드립니다.

① 입원실료 : 진찰료, 기준병실(해당 병원 또는 의원에서 국민건강보험 환자에게 적용하는 기준 병실을 말합니다) 사용료, 환자관리료, 식대 등

② 입원제비용 : 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법료, 정신요법료, 처치료, 재료대, 캐스트료, 지정진료비 등

③ 수술비 : 수술료, 마취료, 수술재료비 등

④ 병실료차액 : 실제 사용병실(단, 특실 또는 1인실을 사용한 경우는 2인실의 병실료를 기준으로 합니다)과 기준병실과의 병실료 차액

2 제1항의 질병이라 함은 이 특별약관에 의해 회사의 보장이 시작된 때부터 피보험자에게 감염되거나 발병된 질병으로서 제4차 한국표준질병사인분류에서 정한 질병(단, 제3조(보상하지 아니하는 손해) 제3항에서 정하는 보상하지 아니하는 질병은 제외합니다)으로 합니다. 다만 회사의 보장이 시작되기 전에 피보험자가 감염 또는 발병된 사실을 모르고

있었던 때에는 보상하여 드립니다.

3 회사는 국민건강보험법에 의하여 피보험자가 부담하는 제1항의 제1호, 제2호, 제3호의 비용(국민건강보험법에서 정한 요양급여중 본인부담분과 비급여 부분을 말합니다)의 100%와 제4호의 비용중 50% 해당액을 3천만원을 한도로 보상하여 드립니다. 다만, 피보험자가 국민건강보험을 적용받지 못한 경우(국민건강보험에 정한 요양급여 절차를 거치지 아니한 경우도 포함합니다)에는 제1항의 발생 입원의료비 총액의 40% 해당액을 3천만원을 한도로 보상하여 드립니다.

4 제1항, 제3항에도 불구하고 동일질병 또는 하나의 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병은 동일질병으로 간주하며, 동일질병으로 2회이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 질병으로 봅니다)으로 인한 질병입원의료비 보상한도는 발병일로부터 365일을 한도로 합니다. 다만, 동일질병에 의한 입원이라도 질병입원의료비가 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 발병으로 간주하여 보상하여 드립니다.

5 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 보험기간 만료전 최종발병일로부터 계속중인 입원기간에 대한 질병입원의료비를 365일을 한도로 보상하여 드립니다.

6 제1항, 제3항 및 제4항에도 불구하고 여러종류의 질병을 갖고 있는 상태에서 입원하거나, 질병의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 동일질병으로 간주하여 보상하여 드립니다.

7 제1항의 비용에 대하여 보험금을 지급할 다수계약이 체결되어 있는 경우에는 각각의 보험계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 위 지급보험금 계산기준에 의하여 산출한 비용을 초과했을 때에는 이 보험계약에 따른 보상책임액의 위의 합계액에 대한 비율에 따라 보상하여 드립니다.

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

제3조(보상하지 아니하는 손해)

1 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

① 피보험자의 고의

② 수익자의 고의. 그러나 그 수익자가 보험금의 일부수익자인 경우에는 그 수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자에게 지급합니다.

③ 계약자의 고의

④ 피보험자의 자해, 자살, 자살미수, 형법상의 범죄행위 또는 폭력행위(단, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우에는 보상하여 드립니다)

⑤ 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변

⑥ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태

⑦ 핵연료물질(사용이 끝난 연료를 포함합니다. 이하 같습니다) 또는 핵연료물질에 의하여 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다)의 방사성, 폭발성 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고

⑧ 제7호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염

⑨ 알콜중독, 습관성, 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
⑩ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 질병입원의료비의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

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 지급합니다.
③ 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드리지 아니합니다.

3 회사는 제4차 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 질병으로 인한 손해에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.([별표2](질병입원의료비에서 보상하지 아니하는 질병)참조)
① 주로 성행위로 전파되는 감염
② 정신과질환 및 행동장애 단, 치매는 보상하여 드립니다.
③ 신경계의 질환으로서 유전적질환, 퇴행성질환, 간질, 편두통, 수면장애, 신경장애, 근육질환, 뇌성마비 등
④ 치핵, 비뇨기계 장애 및 직장 또는 항문관련질환
⑤ 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환
⑥ 요추 및 기타추간판 장애(디스크)
⑦ 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증
⑧ 임신, 출산(제왕절개 포함) 및 산욕. 단 회사가 부담하는 질병으로 인한 경우에는 보상하여 드립니다.
⑨ 선천성기형, 변형 및 염색체 이상
⑩ 손상, 중독 및 외인(상해)에 의한 특정 기타 결과

4 회사는 아래에 정한 사유로 발생한 질병입원의료비를 보상하여 드리지 아니합니다.
① 한약재등의 보신용 투약비용
② 피로, 권태, 심신허약등을 치료하기 위한 안정치료비
③ 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종
④ 주근깨, 점, 여드름 등으로 일상생활에 지장이 없는 피부질환
⑤ 질병을 동반하지 않는 포경수술
⑥ 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용
⑦ 위생관리, 미모를 위한 성형수술비 및 비만치료비
⑧ 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 상당한 이유가 없는 고단위 영양제 투여비용, 의사의 임상적 소견과 관련없는 검사비용
⑨ 산재보험에서 보상받는 의료비. 단, 본인부담 입원의료비는 제2조(보상하는 손해)에 따라 보상하여 드립니다.
⑩ 사고(급격하고도 우연한 외래의 사고를 말합니다)로 상해를 입고 그 직접적인 결과로 인한 치료비 및 그 합병증의 치료비

제4조(보험금등 청구시 구비서류)

1 계약자, 피보험자(또는 수익자)는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 환급금을 청구

하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)

② 사고증명서(입원의료비 명세서 및 영수증 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 제1항 제2호의 사고증명서를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조(의료기관)에서 정하는 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관이어야 합니다.

제5조(보통약관과의 관계)

1 무배당 또하나의의료보험(L5.12) 보통약관 제7조(손해보상후의 계약)의 제1항에 따라 보통약관 계약이 소멸한 때에는 이 특별약관 계약도 소멸하며 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 아니합니다.

2 보통약관 제13조(보상하는 손해)에서 정하지 아니하는 사유로 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸하며 회사는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관 제19조(헬스케어서비스) 및 제20조(만기환급금의 지급)은 제외합니다.

5. 질병통원의료비(10만원한도)보장 특별약관

제1조(보험나이의 계산)

1 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다.

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.

제2조(보상하는 손해)

1 회사는 보험가입증서(보험증권)에 기재된 이 특별약관의 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 발생된 질병으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원, 한의원 및 치과병원, 치과의원을 제외합니다)등에 통원하여 치료를 받은 경우에는 아래의 질병통원의료비(이하 『질병통원의료비』라 합니다)를 보상하여 드립니다.

① 통원제비용 : 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법료, 정신요법료, 처치료, 재료대, 캐스트료, 지정진료비

② 통원수술비 : 수술료, 마취료, 수술재료비

2 제1항 제1호, 제2호의 통원의료비에는 의약분업에 따라 피보험자가 실제로 부담하는 다음의 비용을 포함합니다.

① 병원 또는 의원의 의사의 처방전에 따라 조제되는 약국의 약제비

② 제1호에 대한 약사조제료

3 제1항의 질병이라 함은 이 특별약관에 의해 회사의 보장이 시작한 때부터 피보험자에게 감염되거나 발병된 질병(단, 제3조(보상하지 아니하는 손해) 제3항에서 정하는 보상하지 아니하는 질병은 제외합니다)을 말합니다. 다만, 회사의 보장이 시작되기 전에 피보험자가 감염 또는 발병된 사실을 모르고 있었던 때에는 보상하여 드립니다.

4 회사는 통원 1일당 제1항, 제2항의 비용 중 국민건강보험법에 의하여 피보험자가 부담하는 비용(국민건강보험법에서 정한 요양급여중 본인부담분과 비급여 부분을 말합니다)에 대하여 5천원을 공제한 금액에 대하여 100%를 곱한 금액을 최고 10만원을 한도로 보상해 드립니다. 위 공제금액의 적용은 1일당입니다. 다만, 피보험자가 국민건강보험을 적용받지 못한 경우(국민건강보험에 정한 요양급여 절차를 거치지 아니한 경우도 포함합니다)에는 통원 1일당 제1항, 제2항의 발생 통원의료비 총액에 대하여 5천원을 공제한 금액에 대하여 40%를 곱한 금액을 최고 10만원을 한도로 보상하여 드립니다.

5 제1항, 제2항 및 제4항에도 불구하고 동일질병 또는 하나의 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병은 동일질병으로 간주하며, 동일질병으로 2회이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 질병으로 봅니다)로 인한 회사의 질병통원의료비 보상한도는 발병일로부터 365일을 한도로 통산통원일수 30일까지로 합니다. 다만, 동일질병에 의한 통원이라도 질병통원의료비가 지급된 최종통원일로부터 180일이 경과하여 개시한 통원은 새로운 발병으로 간주하여 보상하여 드립니다.

6 제1항의 비용에 대하여 보험금을 지급할 다수계약이 체결되어 있는 경우에는 각각의 보험계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 위 지급보험금 계산기준에 의하여 산출한 비용을 초과했을 때에는 이 보험계약에 따른 보상책임액의 위의 합계액에 대한 비율에 따라 보상하여 드립니다.

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

제3조(보상하지 아니하는 손해)

1 회사는 아래의 사유로 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 지급합니다.

③ 계약자의 고의

④ 피보험자의 자해, 자살, 자살미수, 범죄행위 또는 폭력행위(단, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우에는 보상하여 드립니다)

⑤ 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변

⑥ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태

⑦ 핵연료물질(사용이 끝난 연료를 포함합니다. 이하 같습니다) 또는 핵연료물질에 의하여 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다)의 방사성, 폭발성 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고

⑧ 제7호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염

⑨ 알콜중독, 습관성, 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

⑩ 피보험자가 정당한 이유없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 질병통원의료비의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

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 지급합니다.

③ 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드리지 아니합니다.

3 회사는 제4차 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 질병으로 인한 손해에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다. ([별표3](질병통원의료비에서 보상하지 아니하는 손해)의 보상하지 아니하는 질병 참조)

① 주로 성행위로 전파되는 감염

② 정신과질환 및 행동장애. 단, 치매는 보상하여 드립니다.

③ 신경계의 질환으로서 유전적질환, 퇴행성질환, 간질, 편두통, 수면장애, 신경장애, 근육질환, 뇌성마비 등

④ 치핵, 비뇨기계 장애 및 직장 또는 항문관련질환

⑤ 요추 및 기타추간판 장애(디스크)

⑥ 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증

⑦ 임신, 출산(제왕절개 포함) 및 산욕. 단 회사가 부담하는 질병으로 인한 경우에는 보상하여 드립니다.

⑧ 선천성기형, 변형 및 염색체 이상

⑨ 손상, 중독 및 외인(상해)에 의한 특정 기타 결과

4 회사는 아래에 정한 사유로 발생한 질병통원의료비를 보상하여 드리지 아니합니다.

① 한약재 등의 보신용 투약비용

② 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료비

③ 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종

④ 주근깨, 점, 여드름 등으로 일상생활에 지장이 없는 피부질환

⑤ 질병을 동반하지 않는 포경수술

⑥ 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용

⑦ 위생관리, 미모를 위한 성형수술비 및 비만치료비

⑧ 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 상당한 이유가 없는 고단위 영양제 투여비용, 의사의 임상적 소견과 관련없는 검사비용

⑨ 산재보험에서 보상받는 의료비. 단, 본인부담 통원의료비는 제2조(보상하는 손해)에 따라 보상하여 드립니다.

⑩ 사고(급격하고도 우연한 외래의 사고를 말합니다)로 상해를 입고 그 직접적인 결과로 인한 치료비 및 그 합병증의 치료비

제4조(보험금등 청구시 구비서류)

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

① 청구서(회사양식)
② 사고증명서(통원일자별 의료비가 명기된 통원의료비 영수증 등)
③ 의사의 처방전에 다른 약국의 약제비 및 약사조제료 영수증
④ 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
⑤ 기타 수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 사고증명서를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조(의료기관)에서 정하는 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관이어야 합니다.

제5조(보통약관과의 관계)

1 무배당 또하나의의료보험(L5.12) 보통약관 제7조(손해보상후의 계약)의 제1항에 따라 보통약관 계약이 소멸한 때에는 이 특별약관 계약도 소멸하며 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 아니합니다.

2 보통약관 제13조(보상하는 손해)에서 정하지 아니하는 사유로 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸하며 회사는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관 제19조(헬스케어서비스) 및 제20조(만기환급금의 지급)은 제외합니다.

6. 질병간병비용보장 특별약관

제1조(보험나이의 계산)

1 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다.

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.

제2조(보상하는 손해)

1 회사는 피보험자가 보험기간 중에 발생한 질병으로 인하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 7일이상 입원하여 치료를 받는 경우 아래의 질병간병비용을 수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

입원치료기간	7일이상 ~14일미만	14일이상 ~21일미만	21일이상
질병간병비용	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액 2배 해당액	이 특별약관의 보험가입금액 3배 해당액

2 제1항의 질병이라 함은 이 특별약관에 의해 회사의 보장이 시작된 때부터 피보험자에게 감염되거나 발병된 질병으로서 제4차 한국표준질병사인분류표에서 정한 질병으로 합니다. 다만 보장이 시작되기 전에 피보험자가 감염 또는 발병된 사실을 모르고 있었던 때에는 보상하여 드립니다.

3 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 합산합니다. 다만, 최종 퇴원일로부터 180일이 경과하여 입원한 경우에는 새로운 입원으로 간주합니다.

4 제1항의 경우 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 질병간병비용을 계속 보상하여 드립니다.

5 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 질병간병비용의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.

6 회사는 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 7일이상 계속입원하여 질병간병비용을 1회이상 지급받은 경우 이미 지급된 질병간병비용을 공제한 금액을 지급하여 드립니다.

제3조 (보상하지 아니하는 손해)

1 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 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

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 제6호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염

⑧ 성병

⑨ 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

2 회사는 아래의 의료비 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

① 질병을 원인으로 하지 않은 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술

② 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료비

③ 위생관리, 미모를 위한 성형수술

④ 정상분만, 치과질환

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 제2조(보상하는 손해)에서 정한 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병

원이나 의원 등 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(보통약관과의 관계)

1 무배당 또하나의의료보험(L5.12) 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다) 제7조(손해보상후의 계약)의 제1항에 따라 보통약관 계약이 소멸한 때에는 이 특별약관 계약도 소멸하며 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 아니합니다.

2 보통약관 제13조(보상하는 손해)에서 정하지 아니하는 사유로 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸하며 회사는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관 제19조(헬스케어서비스) 및 제20조(만기환급금의 지급)은 제외합니다.

7. 5대장기이식수술비보장 특별약관

제1조(보험나이의 계산)

1 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다.

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.

제2조(손해보상후의 계약)

1 회사가 제3조(보상하는 손해)에서 정한 5대장기이식수술비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 무배당 또하나의의료보험(L5.12) 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다) 제7조(손해보상후의 계약)의 제1항에 따라 보통약관 계약이 소멸한 때에는 이 특별약관 계약도 소멸합니다.

3 제1항 및 제2항에 따라 계약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 아니합니다.

4 제1항의 특별약관의 소멸사유가 발생하기 이전에 보통약관 제13조(보상하는 손해)에서 정하지 아니하는 사유로 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸하며 회사는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제3조(보상하는 손해)

1 회사는 피보험자가 보험기간 중에 보통약관 제13조(보상하는 손해)에서 정한 상해 또는 질병으로 병원 또는 의원 등에서 장기수혜자로서 5대장기이식수술을 받았을 때 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 5대장기이식수술비로 지급하여 드립니다. 단, 피보험자가 동시에 두 종류

이상의 5대장기이식수술을 받을 경우에는 하나의 5대장기이식수술비만을 지급하여 드립니다.

2 제1항의 질병이라 함은 이 특별약관에 의해 회사의 보장이 시작된 때부터 피보험자에게 감염되거나 발병된 질병으로서 제4차 한국표준질병사인분류표에서 정한 질병으로 합니다. 다만 보장이 시작되기 전에 피보험자가 감염 또는 발병된 사실을 모르고 있었던 때에는 보상하여 드립니다.

3 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.

제4조(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 지급합니다.

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 상해로 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 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고

⑪ 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 지급합니다.

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, 행글라이딩 또는 이와 비슷한 위험한 활동

② 모타보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합

니다) 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

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관 제19조(헬스케어서비스) 및 제20조(만기환급금의 지급)은 제외합니다.

8. 의료사고 법률비용보장 특별약관

제1조(보상하는 손해)

1 회사는 피보험자가 보험기간 중에 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 의료기관(병원 또는 의원 (한방병원 또는 한의원을 포함합니다.) 이하 같습니다.)에서 의사의 진단에 따른 치료중 또는 그 치료의 직접결과로 의료사고가 발생하여 소를 제기한 경우 1심에 한하여 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 변호사 착수금의 80%를 의료사고 법률비용으로 수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

2 피보험자가 보험기간 중에 의료법 제3조에 정한 의료기관에서 의사의 진단에 따른 치료를 받고 보험기간 만료후 그 치료의 직접결과로 의료사고가 발생하여 법원에 소를 제기한 경우도 보상하여 드립니다.

3 제1항의 의료사고라 함은 의료행위로 인하여 예상외의 원하지 않는 결과를 총칭하는 것으로 의료과오로 인한 것과 불가항력적인 것을 포괄합니다. 그러나 의료법 제3조에 정한 의료기관에서 급격하고도 우연한 외래의 사고로 인한 상해는 의료사고로 보지 아니합니다.

제2조 (보상하지 아니하는 손해)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

① 피보험자에게 계약일 이전에 의료사고가 발생한 경우

② 무면허 또는 무자격자의 의료행위로 의료사고가 발생한 경우

③ 보험계약자나 피보험자의 고의 또는 피보험자의 배우자 및 직계존비속에 의해 의료사고가 발생한 경우

제3조(보통약관과의 관계)

1 무배당 또하나의의료보험(L5.12) 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다) 제7조(손해보상후의 계약)의 제1항에 따라 보통약관 계약이 소멸한 때에는 이 특별약관 계약도 소멸하며 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 아니합니다.

2 보통약관 제13조(보상하는 손해)에서 정하지 아니하는 사유로 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약도 소멸하며 회사는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 피보험자의 사망 당시 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관 제19조(헬스케어서비스) 및 제20조(만기환급금의 지급)은 제외합니다.

[별표1] (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 치료종결후 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 체간골 ⑧ 팔 ⑨ 다리 ⑩ 손가락 ⑪ 발가락 ⑫ 흉·복부 장기 및 비뇨생식기 ⑬ 신경계·정신행동의 13개 부위를 말하며, 이를 각각 동일한 신체부위라 한다. 다만, 좌·우의 눈, 귀, 팔, 다리는 각각 다른 신체부위로 본다.

3. 기타

1) 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 지급률만을 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) 두 눈이 멀었을 때	100
2) 한 눈이 멀었을 때	50
3) 한 눈의 교정시력이 0.02 이하로 된 때	35
4) 한 눈의 교정시력이 0.06 이하로 된 때	25
5) 한 눈의 교정시력이 0.1 이하로 된 때	15
6) 한 눈의 교정시력이 0.2 이하로 된 때	5
7) 한 눈의 안구에 뚜렷한 운동장해나 뚜렷한 조절기능장해를 남긴 때	10
8) 한 눈의 시야가 좁아지거나 반맹증, 시야협착, 암점을 남긴 때	5
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 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 외상 후 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 2가지 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 기능에 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 2마디 이상 수술하거나 하나의 추간판이라도 2회 이상 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) 『골반뼈』의 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) 두 팔의 손목이상을 잃었을 때	100
2) 한 팔의 손목이상을 잃었을 때	60
3) 한 팔의 3대관절중 1관절의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 팔의 3대관절중 1관절의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한 팔의 3대관절중 1관절의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 팔의 3대관절중 1관절의 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
7) 한 팔에 가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
8) 한 팔에 가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때	10
9) 한 팔의 뼈에 기형을 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는

때에는 그 내고정물 등이 제거된 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 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 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 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.

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

다. 지급률의 결정

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

2) 한 팔의 3대 관절 중 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 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 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 종아리뼈 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.

9)『뼈에 기형을 남긴 때』라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

10) 다리의 단축은 상전장골극에서부터 경골내측과 하단까지의 길이를 측정하여 정상측 다리의 길이와 비교하여 단축된 길이를 산출한다. 다리 길이의 측정에 이용하는 골표적(bony landmark)이 명확하지 않은 경우나 다리의 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 관절 중 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(원위지관절)이라 부른다.
3)『손가락을 잃었을 때』라 함은 첫째 손가락에 있어서는 지관절로부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽으로 손가락을 잃었을 때를 말한다.
4)『손가락뼈 일부를 잃었을 때』 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 손가락관절의 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 뚜렷 한 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 불가능하여 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 생활해야 할 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 사회 활동을 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, 6개월이 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 외상 후 간질에 한하여 보상한다.

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

⑧ 정신 및 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 3분 이상 지속되는 발작을 말한다.
⑥『경증발작』이라 함은 운동장해가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

<붙 임>

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

유 형	제한정도에 따른 지급률
이동동작	- 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 방밖을 나올 수 없는 상태(지급률 40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움없이는 방밖을 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%)
음식물섭취	- 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%)
배변배뇨	- 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 계속적인 도움이 필요한 상태(20%) - 화장실에 가서 변기위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 화장지로 닦고 옷을 입는 일에 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태(15%) - 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변 후 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%)

유형	제한정도에 따른 지급률
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.

[별표2] (질병입원의료비에서 보상하지 아니하는 질병)

질병입원의료비(3천만원한도) 특별약관에서 면책질병으로 규정하는 질병은 제4차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2002-1호, 2003.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

1. 주로 성행위로 전파되는 감염 (A50-A64)

A50 선천성 매독
A51 조기 매독
A52 만기 매독
A53 기타 및 상세불명의 매독
A54 임균성 감염
A55 클라미디아 림프육아종(성병성)
A56 기타 성행위로 전파되는 클라미디아성 질환
A57 연성하감
A58 서혜육아종
A59 트리코모나스증
A60 항문성기의 헤르페스바이러스[단순 포진] 감염
A63 달리 분류되지 않은 주로 성행위로 전파되는 기타 질환
A64 상세불명의 성행위로 전파되는 질환

2. 정신과질환 및 행동장애(F00-F99)

※ 단, 치매(F00-F03)는 보상
F04-F09. 증상성을 포함하는 기질성 정신 장애
F10-F19. 정신활성 물질의 사용에 의한 정신 및 행동 장애
F20-F29. 정신분열증, 분열형 및 망상성 장애
F30-F39. 기분[정동] 장애
F40-F48. 신경증적, 스트레스와 연관된, 신체형 장애
F50-F59. 생리적 장애 및 신체적 요인들과 연관된 행동 증후군
F60-F69. 성인 인격 및 행동 장애
F70-F79. 정신 발육지체
F80-F89. 정신 발달 장애
F90-F98. 소아기 및 청소년기에 주로 발생하는 행동 및 정서 장애
F99. 상세불명의 정신 장애

3. 신경계의 질환 (G00-G99)

※ 단, 중추신경계의 염증성 질환(G00-G09), 파킨슨병(G20), 알쯔하이머병(G30), 수두증(G91)은 보상
G10-G13. 일차적으로 중추신경계에 영향을 주는 전신성 위축
G20-G26. 추체외로 및 운동장애
G30-G32. 신경계의 기타 퇴행성 질환
G35-G37. 중추신경계의 탈수초성 질환
G40-G47. 우발적 및 발작적 장애

G50-G59. 신경, 신경근 및 신경총 장애
G60-G64. 다발성 신경병증 및 말초신경계의 기타 장애
G70-G73. 근신경 접합부 및 근육의 질환
G80-G83. 뇌성마비 및 기타 마비성 증후군
G90-G99. 신경계의 기타 장애

4. 치핵, 비뇨기계장애 및 직장 또는 항문관련질환
I84 치핵
K60 항문 및 직장부의 열구 및 누공
K61 항문 및 직장부의 농양
K62 항문 및 직장의 기타 질환
N39 비뇨기계의 기타 장애

5. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환 (K00-K08)
K00 치아의 발육 및 맹출(萌出) 장애
K01 매몰치 및 매복치
K02 치아우식증
K03 치아경조직의 기타 질환
K04 치수 및 치근단주위 조직의 질환
K05 치은염 및 치주 질환
K06 치은 및 무치성 치조융선의 기타 장애
K07 치아안면이상[부정교합을 포함]
K08 치아 및 지지구조의 기타 장애

6. 요추 및 기타추간판 장애 (디스크) (M50-M51)
M50 경추골원판 장애
M51 기타 추간판 장애

7. 여성생식기의 비염증성 장애
N96 습관성 유산자
N97 여성 불임증
N98 인공 수정과 관련된 합병증

8. 임신, 출산 및 산욕 (O00-O99)

9. 선천성기형, 변형 및 염색체 이상 (Q00-Q99)

10. 손상, 중독 및 외인(상해)에 의한 특정 기타 결과 (S00-T98)

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

[별표3] (질병통원의료비에서 보상하지 아니하는 질병)

질병통원의료비(10만원한도) 특별약관에서 면책질병으로 규정하는 질병은 제4차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2002-1호, 2003.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

1. 주로 성행위로 전파되는 감염 (A50-A64)
   A50 선천 매독
   A51 조기 매독
   A52 만기 매독
   A53 기타 및 상세불명의 매독
   A54 임균성 감염
   A55 클라미디아 림프육아종(성병성)
   A56 기타 성행위로 전파되는 클라미디아성 질환
   A57 무른궤양(연성하감)
   A58 샅(서혜)육아종
   A59 편모충증
   A60 항문성기의 헤르페스바이러스[단순 헤르페스] 감염
   A63 달리 분류되지 않은 주로 성행위로 전파되는 기타 질환
   A64 상세불명의 성행위로 전파되는 질환

2. 정신과질환 및 행동장애(F00-F99) ※ 단, 치매(F00-F03)는 보상
   F04-F09. 증상성을 포함하는 기질성 정신 장애
   F10-F19. 정신활성 물질의 사용에 의한 정신 및 행동 장애
   F20-F29. 정신분열병, 분열형 및 망상성 장애
   F30-F39. 기분[정동] 장애
   F40-F48. 신경증적, 스트레스와 연관된 신체형 장애
   F50-F59. 생리적 장애 및 신체적 요인들과 연관된 행동 증후군
   F60-F69. 성인 인격 및 행동 장애
   F70-F79. 정신 발육지연
   F80-F89. 정신 발달 장애
   F90-F98. 소아기 및 청소년기에 주로 발생하는 행동 및 정서 장애
   F99. 상세불명의 정신 장애

3. 신경계의 질환 (G00-G99)
   ※ 단, 중추신경계의염증성질환(G00-G09), 파킨슨병(G20),알쯔하이머병(G30), 수두증(G91)은 보상
   G10-G13. 일차적으로 중추신경계에 영향을 주는 전신 위축
   G20-G26. 추체외로 및 운동장애
   G30-G32. 신경계통의 기타 퇴행성 질환
   G35-G37. 중추신경계통의 탈수초성 질환

G40-G47. 우발적 및 발작적 장애
G50-G59. 신경, 신경뿌리 및 신경얼기 장애
G60-G64. 다발성 신경병증 및 말초신경계통의 기타 장애
G70-G73. 근신경 이행부 및 근육의 질환
G80-G83. 뇌성마비 및 기타 마비성 증후군
G90-G99. 신경계통의 기타 장애

4. 치핵, 비뇨기계장애 및 직장 또는 항문관련질환
I84 치핵
K60 항문 및 직장부의 열구 및 샛길(누공)
K61 항문 및 직장부의 고름집(농양)
K62 항문 및 직장의 기타 질환
N39 비뇨기계통의 기타 장애

5. 요추 및 기타추간판 장애 (디스크) (M50-M51)
M50 목뼈원판 장애
M51 기타 추간판 장애

6. 여성생식기의 비염증성 장애
N96 습관성 유산자
N97 여성 불임증
N98 인공 수정과 관련된 합병증

7. 임신, 출산 및 산후기 (O00-O99)

8. 선천 기형, 변형 및 염색체 이상 (Q00-Q99)

9. 손상, 중독 및 외인(상해)에 의한 특정 기타 결과 (S00-T98)

제5차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 약관에서 규정하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.