

무배당
하나로 충분한 압보험 약관

제 1 관 보험계약의 성립과 유지.....

- 제 1 조 【보험계약의 성립】
- 제 2 조 【청약의 철회】
- 제 3 조 【약관교부 및 설명의무 등】
- 제 4 조 【계약의 무효】
- 제 5 조 【계약내용의 변경】
- 제 6 조 【계약자의 임의 해지】
- 제 7 조 【계약의 소멸】
- 제 8 조 【보험나이】

제 2 관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무).....

- 제 9 조 【제 1 회 보험료 및 회사의 보장개시일】
- 제 10 조 【제 2 회 이후 보험료의 납입】
- 제 11 조 【보험료의 자동대출납입】
- 제 12 조 【보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지】
- 제 13 조 【보험료의 납입연체로 인한 해지 계약의 부활(효력회복)】

제 3 관 보험금의 지급(회사의 주된 의무).....

- 제 14 조 【“암” 등의 정의 및 진단확정】
- 제 15 조 【보험금의 종류 및 지급사유】
- 제 16 조 【보험금 지급에 관한 세부규정】
- 제 17 조 【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
- 제 18 조 【전쟁, 기타 변란시의 보험금】
- 제 19 조 【해약환급금】
- 제 20 조 【배당금의 지급】
- 제 21 조 【소멸시효】

제 4 관 보험계약시 계약자의 계약전 알릴의무 등..

- 제 22 조 【계약 전 알릴의무】
- 제 23 조 【계약 전 알릴의무 위반의 효과】
- 제 24 조 【계약취소권의 행사제한】

제 5 관 보험금 지급 등의 절차.....

- 제 25 조 【주소변경 통지】
- 제 26 조 【보험금을 받는자(보험수익자)의 지정】
- 제 27 조 【대표자의 지정】
- 제 28 조 【보험금 지급사유의 발생통지】
- 제 29 조 【보험금 등 청구시 구비서류】
- 제 30 조 【보험금 등의 지급】
- 제 31 조 【계약내용의 교환】
- 제 32 조 【보험계약대출】

제 6 관 분쟁조정 등.....

제 33 조 **【분쟁의 조정】**

제 34 조 **【관할법원】**

제 35 조 **【약관의 해석】**

제 36 조 **【회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력】**

제 37 조 **【회사의 손해배상책임】**

제 38 조 **【준거법】**

제 39 조 **【예금보험에 의한 지급보장】**

무배당 하나로 충분한 암보험 약관

제 1 관 보험계약의 성립과 유지

제 1 조 【보험계약의 성립】

- ① 보험계약은 보험계약자의 청약(請約)과 보험회사의 승낙(承諾)으로 이루어집니다.
(이하 보험계약은“계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사”라 합니다)
- ② 회사는 보험대상자(피보험자)가 계약에 적합하지 아니한 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 부과하여 인수 할 수 있습니다.
- ③ 회사는 계약의 청약을 받고, 제 1 회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 아니하는 계약(이하“무진단계약”이라 합니다)은 청약일, 건강진단을 받는 계약(이하“진단계약”이라 합니다)은 진단일(재 진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30 일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험가입증서(보험증권)를 교부합니다. 그러나, 30 일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
- ④ 회사가 제 1 회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 예정이율+1%를 연 단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 단, 회사는 계약자가 제 1 회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

제 2 조 【청약의 철회】

- ① 계약자는 청약을 한 날 또는 제 1 회 보험료를 납입한 날부터 15 일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.
- ② 회사는 제 1 항에 의한 계약자의 청약철회 신청을 접수한 경우에는 지체 없이 이미 납입한 보험료를 돌려 드리며, 보험료 반환이 지체된 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율을 연 단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 단, 계약자가 제 1 회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에는 회사는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

제 3 조 【약관교부 및 설명의무 등】

- ① 회사는 계약을 체결할 때 계약자에게 약관 및 청약서 부분을 드리고 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다. 다만,

컴퓨터를 이용하여 보험거래를 할 수 있도록 설정된 가상의 영업장(사이버몰)을 이용하여 계약을 체결하고 전자거래기본법에서 규정하는 절차에 따라 약관 및 청약서 부분을 전자문서로 송신하고 계약자 또는 그 대리인이 당해 문서를 수신하였을 때에는 약관 및 청약서 부분을 드린 것으로 보며, 약관의 중요내용에 대하여 계약자가 사이버몰에서 확인한 때에는 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다. 또한 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에 회사는 계약자의 동의를 얻어 청약내용, 보험료 납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 보험계약 체결을 위하여 필요한 사항을 질문 또는 설명하고 그에 대한 계약자의 답변, 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

② 회사가 제 1 항에 의해 제공될 약관 및 청약서 부분을 계약자에게 전달하지 아니하거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 아니한 때 또는 계약체결시 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제 2 조 제 10 호의 규정에 의한 공인인증기관이 인증한 전자서명을 포함합니다)을 하지 아니한 때에는 계약자는 청약일로부터 3 개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

③ 제 2 항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음 각 호의 사항을 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제 1 항 단서의 규정에 의한 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 교부함으로써 청약서 부분을 전달한 것으로 봅니다.

1. 보험계약자, 보험대상자(피보험자) 및 보험금을 받는자(보험수익자)가 동일한 보험계약의 경우
2. 보험계약자, 보험대상자(피보험자)가 동일하고 보험금을 받는자(보험수익자)가 보험계약자의 법정상속인인 보험계약일 경우

④ 제 2 항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연 단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제 4 조 【계약의 무효】

다음 중 한가지에 해당되는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약체결시까지 보험대상자(피보험자)의 서면에 의한 동의를 얻지 아니한 경우
2. 만 15 세 미만자, 심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)를 보험대상자(피보험자)로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우
3. 보험대상자(피보험자)가 계약일로부터 제 9 조(제 1 회 보험

료 및 회사의 보장개시일) 제 5 항에서 정한 암보장개시일 전일 이전에 제 14 조("암" 등의 정의 및 진단확정) 제 1 항 제 1 호에서 정한 "암"으로 진단 확정되는 경우

제 5 조 【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. 보험료의 납입주기, 수금방법 및 납입기간
4. 보험가입금액
5. 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)
6. 기타 계약의 내용

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

③ 회사는 계약자가 제 1 항 제 4 호에 의하여 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제 19 조(해약환급금) 제 1 항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

④ 계약자가 제 1 항 제 5 호에 의하여 보험금을 받는 자(보험수익자)를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 보험대상자(피보험자)의 서면에 의한 동의가 있어야 합니다.

제 6 조 【계약자의 임의 해지】

계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 19 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 7 조 【계약의 소멸】

① 이 계약에서 보험대상자(피보험자)의 사망으로 인하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그때부터 효력을 가지지 아니하며, 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다.

② 제 1 항 및 제 26 조 (보험금을 받는자(보험수익자)의 지정)에는 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하며 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제 27 조(실종의 선고) 제 2 항의 규정에 준하는 사유 또는 재해(<별표 6> "재해분류표"에서 정하는 재해를 말하며, 이하 "재해"라 합니다)로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 호적에 기재

된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.

제 8 조 【보험나이】

① 이 약관에서의 보험대상자(피보험자)의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 단, 제 4 조(계약의 무효) 제 2 호의 경우에는 실제 만 나이를 적용합니다.

② 제 1 항의 보험나이는 계약일 현재 보험대상자(피보험자)의 실제 만나이를 기준으로 6 개월 미만의 끝수는 버리고 6 개월 이상의 끝수는 1 년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약 해당 일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

제 2 관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제 9 조 【제 1 회 보험료 및 회사의 보장개시일】

① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제 1 회 보험료를 받을 때 (자동이체납입 및 신용카드납입의 경우에는 자동이체신청 및 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때 다만 계약자의 귀책사유로 보험료 납입 및 승인이 불가능한 경우에는 그러하지 아니합니다)부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 그러나, 회사가 청약시에 제 1 회 보험료를 받고 청약을 승낙한 경우에는 제 1 회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. (이하 제 1 회 보험료를 받은 날을 “보장개시일”이라 하며, 보장개시일을 보험계약일로 봅니다)

② 회사가 청약시에 제 1 회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

③ 회사는 제 2 항에도 불구하고 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.

1. 제 23 조(계약 전 알릴의무위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우

2. 제 22 조(계약 전 알릴의무)에 의하여 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 회사에 알린 내용 또는 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우

④ 청약서에 보험대상자(피보험자)의 직업 또는 직종별로 보험가입금액의 한도액이 명시되어 있음에도 그 한도액을 초과하여 청약을 하고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그 초과 청약액에 대하여는 보장을 하지 아니합니다.

⑤ 제 1 항 및 제 2 항의 규정에도 불구하고 제 14 조(“암” 등의 정의 및 진단확정) 제 1 항 제 1 호에서 정한 “암”에 대한 보장

개시일은 보험계약일로부터 그날을 포함하여 90 일이 되는 날의 다음날(이하 “암보장개시일”이라 합니다)로 하며, 회사는 그 날로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

제 10 조 【제 2 회 이후 보험료의 납입】

계약자는 제 2 회 이후의 보험료를 계약체결시 납입하기로 약속한 날(이하 “납입기일”이라 합니다)까지 납입하여야 하며, 회사는 계약자가 보험료를 납입한 경우에는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융회사(우체국 포함)를 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사 발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.

제 11 조 【보험료의 자동대출납입】

① 계약자는 제 12 조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)과 계약의 해지)에 의한 보험료의 납입최고(독촉)기간이 경과되기 전까지 보험료의 자동대출납입을 서면으로 신청할 수 있으며, 이 경우 제 32 조(보험계약대출) 제 1 항에 의한 보험계약대출금으로 보험료가 자동적으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다.

② 제 1 항에도 불구하고 보험계약대출금과 보험계약대출이자 합산한 금액이 해약환급금(당해 보험료가 납입된 것으로 계산한 금액을 말합니다)을 초과하는 때에는 보험료의 자동대출납입을 더 이상 할 수 없습니다.

③ 제 1 항 및 제 2 항에 의한 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출 납입일부터 1 년을 최고한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출납입을 위해서는 제 1 항에 따라 재신청을 하여야 합니다.

④ 보험료의 자동대출납입이 행하여진 경우에도 자동대출납입 전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1 개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출납입이 없었던 것으로 하여 제 19 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제 12 조 【보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)과 계약의 해지】

① 계약자가 제 2 회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 아니하는 때에는 납입기일 다음날부터 납입기일이 속하는 달의 다음달 말일까지를 납입최고(독촉)기간으로 하며, 회사는 제 3 항에서 정한 바에 따라 최고(독촉)하고 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 계약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

② 제 1 항에 불구하고 회사의 방문수금 불이행 또는 은행 납입통지서의 미교부, 자동이체 미신청 등 회사의 책임 있는 사

유로 인하여 계약자가 보험료를 납입하지 못한 경우에는 납입 기일부터 3 개월이 되는 날까지를 납입최고(독촉)기간으로 하여 제 1 항을 적용합니다. 다만, 회사가 다시 보험료를 수금 또는 자동이체 하기로 하거나 은행납입통지서를 교부하기로 한 경우에는 그 수금(자동이체) 또는 재교부일부터 15 일 이 되는 날을 새로운 납입기일로 하여 제 1 항의 납입최고(독촉)기간을 적용합니다.

③ 제 2 회 이후의 보험료가 납입기일까지 납입되지 아니하여 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 계약자(타인)을 위한 보험의 경우 특정된 보험금을 받는 자(보험수익자) 포함)에게 납입최고(독촉)기간 안에 연체된 보험료를 납입하여야 한다는 내용과 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 계약이 해지됨을 납입최고(독촉)기간이 끝나기 15 일 이전까지 서면 또는 전화(음성녹음)로 알려 드립니다.

④ 제 1 항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제 19 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제 13 조 【보험료의 납입연체로 인한 해지 계약의 부활(효력회복)】

① 제 12 조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 아니한 경우 계약자는 해지된 날부터 2 년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 회사가 이를 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 이 계약의 예정이율+1% 범위 내에서 각 상품별로 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다.

② 제 1 항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제 1 조(보험계약의 성립) 제 2 항 및 제 3 항, 제 9 조(제 1 회 보험료 및 회사의 보장개시일), 제 22 조(계약 전 알릴의무), 제 23 조(계약 전 알릴의무 위반의 효과) 및 제 24 조(계약취소권의 행사제한)를 준용합니다.

제 3 관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제 14 조 【“암” 등의 정의 및 진단확정】

① “암” 및 “기타피부암”의 정의 및 진단확정

1. 이 계약에 있어서 “암”이라 함은 한국표준질병사인분류 중 대상이 되는 악성신생물 분류표(기타피부암 제외)(<별표 2>“대상이 되는 악성신생물 분류표(기타피부암 제외)”참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물)에 해당하는 질병 또는 전

암병소(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

2. 이 계약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타피부의 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 임상학적 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 “암” 및 “기타피부암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

② “상피내암”의 정의 및 진단확정

1. 이 계약에 있어서 “상피내암”이라 함은 한국표준질병사인분류중 상피내의 신생물 분류표(<별표 3>“상피내의 신생물 분류표”참조)에서 정한 질병을 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 임상학적 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 “상피내암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

③ “경계성종양”의 정의 및 진단확정

1. 이 계약에 있어서 “경계성종양”이라 함은 한국표준질병사인분류중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표(<별표 4>“행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표”참조)에서 정한 질병을 말합니다.

2. “경계성종양”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 임상학적 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또

는 증거가 있어야 합니다.

제 15 조 【보험금의 종류 및 지급사유】

회사는 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금(<별표 1>“보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다.

1. 보험대상자(피보험자)가 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 : 만기축하금 (만기환급형에 한함)
2. 보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 최초로 암 진단이 확정되었을 때 또는 보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 최초의 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양으로 진단이 확정되었을 때 : 해당 암 진단비 (단, 2 년 미만에 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양 진단확정시에는 50%를 지급하며, 해당 진단비는 각각에 대하여 최초 1 회에 한함)

제 16 조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 보험료 납입기간 중 보험대상자(피보험자)가 암(기타피부암 제외)으로 진단이 확정되었을 때 또는 보험료 납입기간 중 보험대상자(피보험자)가 장해분류표(<별표 5> “장해분류표”참조, 이하 같습니다) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 50%이상의 장해상태가 되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

② 만기환급형의 경우 제 1 항에 의하여 보험료 납입이 면제된 이후 보험기간이 만료된 경우에는 보험기간 만료시까지 정상적으로 보험료가 납입된 것으로 보고 제 15 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 1 호에서 정한 만기축하금을 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 지급합니다.

③보험대상자(피보험자)가 보장개시일(암의 경우에는 암보장개시일) 이후에 사망하고 그 후에 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제 15 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 2 호의 암진단비를 추가로 지급합니다. 단, 암보장개시일 전일 이전에 암으로 진단 확정된 경우에는 제외합니다.

④ 제 1 항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180 일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일부터 180 일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만 장해분류표에서 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑤ 제 4 항에 의해서 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 재해일부터 2 년이내)중에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된

장해상태(사망포함)를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑥ 제 1 항에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑦ 제 1 항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.

⑧ 제 1 항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5 년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 지급률로 정합니다.

⑨ 제 1 항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 합산하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 제 9 항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

제 17 조 【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】

① 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 계약을 해지할 수 있습니다.

1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우

그러나, 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.

2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우

그러나, 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 보험금을 받는 자(보험수익자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우

② 제 1 항 각 호의 사유로 인하여 회사가 이 계약을 해지하거나 계약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.

1. 제 1 항 제 1 호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.

2. 제 1 항 제 2 호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

3. 제 1 항 제 3 호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드리지 아니합니다.

제 18 조 【전쟁, 기타 변란시의 보험금】

회사는 보험대상자(피보험자)가 전쟁, 기타 변란으로 인하여 제 15 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 2 호의 사유가 발생한 경우 그 수가 보험료 산출기초에 중대한 영향을 미칠 우려가 있다고 인정될 때에는 금융감독위원회의 인가를 얻어 보험금을 감액하여 지급합니다.

제 19 조 【해약환급금】

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

제 20 조 【배당금의 지급】

이 계약은 무배당보험이므로 계약자배당금이 없습니다.

제 21 조 【소멸시효】

보험금 청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권 및 책임준비금 청구권은 2 년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성됩니다.

제 4 관 보험계약시 계약자의 계약 전 알릴의무 등

제 22 조 【계약 전 알릴의무】

계약자 또는 보험대상자(피보험자)는 청약시(진단계약의 경우에는 건강진단시 포함) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 “계약 전 알릴의무”라 하며, 상법상 “고지의무”와 같습니다) 합니다. 그러나, 의료법 제 3 조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 및 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제 23 조 【계약 전 알릴의무 위반의 효과】

① 회사는 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 제 22 조(계약 전 알릴의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한 할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 때에는 그러하지 아니합니다.

- 1. 회사가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로

인하여 알지 못하였을 때

2. 회사가 그 사실을 안 날로부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
3. 회사가 이 계약의 청약시 보험대상자(피보험자)의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 의하여 승낙통지를 한 때(계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 제외)
4. 보험을 모집한 자(이하 "보험설계사 등"이라 합니다)가 계약자 또는 보험대상자(피보험자)의 계약 전 알릴의무사항을 임의로 기재한 경우

② 제 1 항의 중요한 사항이라 함은 회사가 그 사실을 알았다면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 인수하는등 계약 인수에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

③ 회사는 제 1 항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한 할 경우에는 계약 전 알릴의무 위반 사실 뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 계약의 처리 결과를 "반대 증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면으로 알려드립니다.

④ 제 1 항에 의하여 계약을 해지하였을 때에는 해약환급금과 이미 납입한 보험료 중 많은 금액을 지급하여 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

⑤ 제 22 조(계약 전 알릴의무)의 계약 전 알릴의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제 1 항에 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당보험금을 지급하여 드립니다.

제 24 조 【계약취소권의 행사제한】

회사는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때에는 민법 제 110 조(사기에 의한 의사표시)에 의한 취소권을 행사하지 아니 합니다. 그러나 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 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(사기사실을 안 날부터는 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제 5 관 보험금 지급 등의 절차

제 25 조 【주소변경 통지】

- ① 계약자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체 없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.
- ② 제 1 항에서 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.

제 26 조 【보험금을 받는자(보험수익자)의 지정】

이 계약에서 계약자가 보험금을 받는 자(보험수익자)를 지정하지 아니한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)를 제 15 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 1 호의 경우는 계약자로 하고, 동조 제 2 호의 경우는 보험대상자(피보험자)로 하며, 보험대상자(피보험자)의 사망시는 보험대상자(피보험자)의 상속인으로 합니다.

제 27 조 【대표자의 지정】

- ① 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)가 2 인 이상인 경우에는 각 대표자 1 인을 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)를 대리하는 것으로 합니다.
- ② 지정된 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)의 소재가 확실하지 아니한 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자) 1 인에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)에 대하여도 효력이 미칩니다.
- ③ 계약자가 2 인 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

제 28 조 【보험금 지급사유의 발생통지】

계약자 또는 보험대상자(피보험자)나 보험금을 받는 자(보험수익자)는 제 15 조(보험금의 종류 및 지급사유)에 정한 보험금 지급사유가 발생하였을 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제 29 조 【보험금 등 청구시 구비서류】

- ① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 책임준비금, 해약환급금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
 1. 청구서 (회사 양식)
 2. 사고증명서 (사망진단서, 장애진단서, 암진단서, 기타 피부암진단서, 상피내암진단서, 경계성종양진단서 등)

3. 신분증(주민등록증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
 4. 기타, 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자가 보험금 등의 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
- ② 병원 또는 의원에서 발급한 제 1 항 제 2 호의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 30 조 【보험금 등의 지급】

- ① 회사는 제 29 조(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 보험금, 책임준비금 또는 해약환급금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금, 책임준비금 또는 보험료 납입면제의 경우 지급사유 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10 영업일 이내에 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 계약자, 보험대상자(피보험자) 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)는 제 23 조(계약 전 알릴의무 위반의 효과) 및 제 1 항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 아니합니다.
- ③ 회사가 제 1 항의 지급사유 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우, 보험대상자(피보험자)는 정당한 사유가 없는 한 회사가 지정한 의사의 진단, 의료비의 심사, 기타의 조사를 받을 것(진단에 필요한 검사자료 등의 제출을 포함합니다)에 동의하여야 하며, 보험대상자(피보험자)가 지정한 의사와 회사가 지정한 의사가 진단 및 진료내용, 입원기간 등에 대하여 합의하여 정하는 때에는 그에 따라 보험금 또는 책임준비금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하기로 합니다. 그러나 보험대상자(피보험자)가 지정한 의사와 회사가 지정한 의사가 합의에 도달하지 못하는 때에는, 보험대상자(피보험자)와 회사가 동의하여 제 3 의 의사를 정하고 그 제 3 의 의사의 의견에 따를 수 있습니다. 이 약관에서 “회사가 지정한 의사” 및 “제 3 의 의사”는 의료보험법에서 정하는 제 3 차 진료기관 중에서 정하며, 이 항의 규정에 의한 의료비용은 회사가 부담합니다.
- ④ 제 1 항 내지 제 3 항에서 규정한 회사의 조사, 확인 또는 진단요청에 대하여 계약자, 보험대상자(피보험자)나 보험금을 받는 자(보험수익자)가 정당한 사유없이 동의를 하지 아니하는 때에는 그 동의를 얻어 조사, 확인 또는 진단을 완료할 때

까지 보험금 또는 책임준비금의 지급 또는 보험료의 납입면제를 유예할 수 있습니다.

⑤ 회사는 제 15 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 1 호에 해당하는 만기축하금의 지급시기가 도래할 때에는 도래일 7 일 이전에 그 사유와 회사가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 알려드리며, 제 1 항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금 지급시의 적립이율 계산(<별표 7> "보험금 지급시의 적립이율 계산" 참조)과 같습니다.

⑥ 회사가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제 1 항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도에 대하여 보험대상자(피보험자) 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 서면으로 통지하여 드리며, 장애지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 보험금 지급이 지연되는 경우에는 보험금을 받는 자(보험수익자)의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금을 우선적으로 가지급 할 수 있습니다.

⑦ 이 약관에 의한 책임준비금은 보험료 및 책임준비금 산출 방법서에서 정하는 바에 따라 계산합니다.

제 31 조 【계약내용의 교환】

회사는 보험계약의 체결 및 관리 등을 위한 판단자료로서 활용하기 위하여 다음 각호의 사항을 계약자 및 보험대상자(피보험자)의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련단체 등에 제공할 수 있으며, 이 경우 회사는 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 제 23 조(개인신용정보의 제공.활용에 대한 동의) 및 동법 시행령 제 12 조(개인신용정보의 제공.활용에 대한 동의 등)의 규정을 따릅니다.

1. 계약자 및 보험대상자(피보험자)의 성명, 주민등록번호 및 주소
2. 계약일, 보험종목, 보험료, 보험가입금액 등 계약내용
3. 보험금과 각종 급부금액 및 지급사유 등 지급내용
4. 보험대상자(피보험자)의 질병에 관한 정보

제 32 조 【보험계약대출】

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

② 계약자는 제 1 항에 의한 보험계약대출금과 보험계약대출이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 아니한 때에는 보험금, 책임준비금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 제지금과 상계할 수 있습니다.

③ 회사는 제 12 조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와

계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금과 보험계약대출원리금을 상계할 수 있습니다.

제 6 관 분쟁조정 등

제 33 조 【분쟁의 조정】

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

제 34 조 【관할법원】

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

제 35 조 【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.

제 36 조 【회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력】

보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사(각종 점포 및 대리점 포함) 제작의 보험안내자료(계약의 청약권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다) 내용이 이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제 37 조 【회사의 손해배상책임】

회사는 계약과 관련하여 임·직원, 보험설계사 및 대리점의 책임 있는 사유로 인하여 발생한 손해에 대하여 관계법규 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.

제 38 조 【준거법】

이 약관에서 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

제 39 조 【예금보험에 의한 지급보장】

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

(별 표 1)

보험금 지급기준표

[기준 : 보험계약가입금액 2,500 만원]

급여명	지급사유	지급금액
만기축하금 (제 15 조 제 1 호)	보험대상자(피보험자)가 보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때 (만기환급형에 한함)	이미 납입한 보험료 의 100%
암진단비 (제 15 조 제 2 호)	보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 암보장개시 일 이후에 최초로 암 진 단이 확정되었을 때 (1 회에 한함)	5,000 만원 (단, 2 년미만 진단확정 시 50% 지급)
	보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 최초로 기 타피부암, 상피내암, 경 계성종양으로 진단이 확 정되었을 때 (각각 1 회에 한함)	500 만원 (단, 2 년미만 진단확정 시 50% 지급)

- 주) 1. 이 계약의 암보장개시일은 계약일(부활(효력회복)일)로부터 그날을 포함하여 90 일이 되는 날의 다음날로 합니다.
2. 보험대상자(피보험자)가 사망한 경우에는 사망 당시의 책임준비금을 지급하여 드리고 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.
3. 보험대상자(피보험자)가 보험료 납입기간 중 암(기타피부암 제외)으로 진단이 확정되었을 때 또는 장애등급분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 50%이상의 장애상태가 되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
4. 약관 제 14 조(“암” 등의 정의 및 진단확정)에 따라 기타피부암은 암의 정의에서 제외되는 바, 기타피부암으로 보험금 지급사유가 발생 시 기타피부암에 해당하는 급여금을 지급하고 암에 해당하는 급여금은 지급되지 않습니다.

(별 표 2)

대상이 되는 악성신생물 분류표
(기타피부암 제외)

약관에 규정하는 '대상이 되는 악성신생물'로 분류되는 악성신생물은 제 4 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2002-1 호, 2003. 1. 1 시행)중 다음에 적은 악성신생물을 말합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분류번호
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 중추신경계의 기타 부위의 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

- (주) 1. 제 5 차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 악성신생물 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 악성신생물이 있는 경우에는 그 악성신생물도 포함하는 것으로 합니다.
2. 기타피부의 악성신생물(분류번호 C44)은 상기분류표에서 제외됩니다.

(별 표 3)

상피내의 신생물 분류표

약관에 규정하는 '상피내의 신생물'로 분류되는 질병은 제 4 차 개정 한국 표준질병사인분류(통계청 고시 제 2002-1 호, 2003. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

분류 항목	분류 번호
1. 구강, 식도 및 위의 상피내 암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 상피내 암종	D01
3. 가운데귀 및 호흡기계의 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 상세 불명의 생식기관의 상피내 암종	D07
9. 기타 및 상세 불명 부위의 상피내 암종	D09

제 5 차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별 표 4)

행동양식불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에 규정하는 '행동양식불명 또는 미상의 신생물'로 분류되는 질병은 제 4 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2002-1 호, 2003. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

분류 항목	분류 번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 가운데귀, 호흡기, 가슴내 장기의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성 생식기관의 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 형성 이상 증후군	D46
12. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물	D47
13. 기타 및 상세 불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물	D48

제 5 차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별 표 5)

장애분류표

총 칙

1. 장애의 정의

- 1) “장애”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 장애에 포함되지 않는다.
- 2) “영구적”이라 함은 원칙적으로 치유시 장애 회복의 가망이 없는 상태로써 정신적 또는 육체적 훼손상태임이 의학적으로 인정되는 경우를 말한다.
- 3) “치유된 후”라 함은 상해 또는 질병에 대한 치료의 효과를 기대할 수 없게 되고 또한 그 증상이 고정된 상태를 말한다.
- 4) 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장애에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 정한다.

2. 신체부위

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

3. 기타

- 1) 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표상 2 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용한다.
- 2) 동일한 신체부위에 2 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 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 장애의 판정대상에 포함되지 않는다.
- 4) 장애진단서에는 ①장애진단명 및 발생시기 ②장애의 내용과 그 정도 ③사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④항후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계·정신행동 장애의 경우 ①개호여부 ②객관적 이유 및 개호의 내용을 추가적으로 기재하여야 한다.

장해분류별 판정기준

1. 눈의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 두눈이 멀었을 때	100
2) 한눈이 멀었을 때	50
3) 한눈의 교정시력이 0.02 이하로 된 때	35
4) “ 0.06 ”	25
5) “ 0.1 ”	15
6) “ 0.2 ”	5
7) 한눈의 안구에 뚜렷한 운동장애나 뚜렷한 조절기능장애를 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 운동장애를 남긴 때	5

나. 장애판정기준

- 1) 시력장애의 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) 안구운동장애의 판정은 외상후 1년 이상 경과한 후에 그 장애정도를 평가한다.
- 5) “안구의 뚜렷한 운동장애”라 함은 안구의 주시야의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우나 정면 양안시에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 때를 말한다.
- 6) “안구의 뚜렷한 조절기능장애”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 운동장애를 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 노동자의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 노동자가 적출되어 눈자위의 조직요물(凹液) 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 장애를 남긴 때	45
3) 한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	25
4) 한 귀의 청력에 심한 장애를 남긴 때	15
5) 한 귀의 청력에 약간의 장애를 남긴 때	5
6) 한 귀의 귓바퀴의 대부분이 결손된 때	10

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 90dB 이상인 경우를 말한다.
- 3) “심한 장애를 남긴 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB 이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- 4) “약간의 장애를 남긴 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB 이상인 경우에 해당되어, 50cm 이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- 5) 순음청력검사를 실시하기 곤란하거나 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 “언어청력검사, 임피던스 청력검사, 뇌간유발반응청력검사(ABR), 자기청력계기검사, 이음향방사검사” 등을 추가 실시 후 장해를 평가한다.

다. 컷바퀴의 결손

- 1) "컷바퀴의 대부분이 결손된 때"라 함은 컷바퀴의 연골부가 1/2 이상 결손된 경우를 말하며, 컷바퀴의 결손이 1/2 미만이고 기능에 문제가 없으면 외모의 추상(추한 모습)장애로 평가한다.

3. 코의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 코의 기능을 완전히 잃었을 때	15

나. 장애의 분류

- 1) "코의 기능을 완전히 잃었을 때"라 함은 양쪽 코의 호흡곤란 내지는 양쪽 코의 후각기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감퇴는 장애의 대상으로 하지 않는다.
- 2) 코의 추상(추한 모습)장애를 수반한 때에는 기능장애와 각각 합산하여 지급한다.

4. 씹어먹거나 말하는 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 심한 장애를 남긴 때	100
2) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 심한 장애를 남긴 때	80
3) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 뚜렷한 장애를 남긴 때	40
4) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
5) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 약간의 장애를 남긴 때	10
6) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 약간의 장애를 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. 장애의 평가기준

- 1) 씹어먹는 기능의 장애는 상하치아의 교합(咬合), 배열상태 및 아래턱의 개폐운동, 연하(삼킴)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.
- 2) "씹어먹는 기능에 심한 장애를 남긴 때"라 함은 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
- 3) "씹어먹는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때"라 함은 미음 또

는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등) 외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.

- 4) “씹어먹는 기능에 약간의 장애를 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 장애를 남긴 때”라 함은 다음 4 종의 어음 중 3 종 이상의 발음을 할 수 없게 된 경우를 말한다.
 - ① 구순음(ㅁ, ㅂ, ㅍ)
 - ② 치설음(ㄴ, ㄷ, ㄹ)
 - ③ 구개음(ㄱ, ㅋ, ㆁ)
 - ④ 후두음(ㅇ, ㅎ)
- 6) “말하는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 위 5)의 4 종의 어음 중 2 종 이상의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
- 7) “말하는 기능에 약간의 장애를 남긴 때”라 함은 위 5)의 4 종의 어음 중 1 종의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
- 8) 뇌의 언어중추 손상으로 인한 실어증의 경우에도 말하는 기능의 장애로 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 장애의 대상이 되지 않는다.
- 13) 신체의 일부에 탈착분리 가능한 의치의 결손은 장애의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) “외모”란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
- 2) “추상(추한 모습)장애”라 함은 성형수술 후에도 영구히 남

게 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 1/2 이상 결손

2) 머리

- ① 손바닥 크기 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
- ② 머리뼈의 손바닥 크기 이상의 손상 및 결손

3) 목

- ① 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 1/4 이상 결손

2) 머리

- ① 손바닥 1/2 크기 이상의 반흔(흉터), 모발결손
- ② 머리뼈의 손바닥 1/2 크기 이상의 손상 및 결손

3) 목

- ① 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

마. 손바닥 크기

“손바닥 크기”라 함은 해당 환자의 수지를 제외한 수장부의 크기를 말하며, 통산 12 세 이상의 성인에서는 8×10 cm (1/2 크기는 40 cm², 1/4 크기는 20 cm²), 6~11 세의 경우는 6×8 cm(1/2 크기는 24 cm², 1/4 크기는 12 cm²), 6 세 미만의 경우는 4×6 cm(1/2 크기는 12 cm², 1/4 크기는 6 cm²)로 간주한다.

6. 척추(등뼈)의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 척추(등뼈)에 심한 운동장애를 남긴 때	40
2) 척추(등뼈)에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때	30
3) 척추(등뼈)에 약간의 운동장애를 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. 장애판정기준

- 1) 척추(등뼈)는 경추(목뼈) 이하를 모두 동일부위로 한다.
- 2) 척추(등뼈)의 장애는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 본 사고와의 관련도를 산정하여 평가한다.
- 3) 심한 운동장애
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 4 개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정된 상태
- 4) 뚜렷한 운동장애
 - ① 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 3 개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정된 상태
 - ② 머리뼈와 상위경추(상위목뼈: 제 1,2 목뼈)간의 뚜렷한 이상전위가 있을 때
- 5) 약간의 운동장애
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 2 개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정된 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
1 개 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 2 마디 이상 수술하거나 하나의 추간판이라도 2 회이상 수술하고 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장애가 있는 경우
- 10) 뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판 1 마디를 수술하여 신경증상이 뚜렷하고 특수 보조 검사에서 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 뻘치는 증상) 또는 감각 이상이 있는 경우
- 12) 추간판탈출증(속칭 디스크)으로 진단된 경우에는 수술여부에 관계없이 운동장애 및 기형장애로 평가하지 아니한다.

7. 체간골의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 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 측정된 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 측정된 각 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.
- 4) 갈비뼈의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장애로 취급한다.

8. 팔의 장애

가. 장애의 분류

장애의 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 장애를 남긴 때	20
5) 한팔의 3대관절중 1관절의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한팔의 3대관절중 1관절의 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
7) 한팔에 가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
8) 한팔에 가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때	10
9) 한팔의 뼈에 기형을 남긴 때	5

나. 장애판정기준

- 1) 팔절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 판정한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장애(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장애가 생긴 경우)와 일시적인 장애에 대하여는 장애보상을 하지 아니한다.
- 3) “팔”이라 함은 어깨관절(肩關節)부터 손목관절까지를 말한다.
- 4) “팔의 3 대관절”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 장애 평가는 팔의 3 대관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의 사협회(A.M.A.) “영구적 신체장애 평가지침”의 정상각도와 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장애를 표시할 경우에는 장애부위의 장애각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장애상태를 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 “0 등급(Zero)”인 경우
 - 나) “심한 장애”라 함은
 - ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
 - ② 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서

근력이 “1 등급(Trace)”인 경우

다) “뚜렷한 장애”라 함은

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

라) “약간의 장애”라 함은

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

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

8) “가관절이 남아 약간의 장애를 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) 1 상지(팔과 손가락)의 장애 지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

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

9. 다리의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 두다리의 발목이상을 잃었을 때	100
2) 한다리의 발목이상을 잃었을 때	60
3) 한다리의 3대관절중 1관절의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한다리의 3대관절중 1관절의 기능에 심한 장애를 남긴 때	20
5) 한다리의 3대관절중 1관절의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한다리의 3대관절중 1관절의 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
7) 한다리에 가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
8) 한다리에 가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때	10
9) 한다리의 뼈에 기형을 남긴 때	5
10)한다리가 5cm 이상 짧아진 때	30
11)한다리가 3cm 이상 짧아진 때	15
12)한다리가 1cm 이상 짧아진 때	5

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 판정한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장애(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장애가 생긴 경우)와 일시적인 장애에 대하여는 장애보상을 하지 아니한다.
- 3) “다리”라 함은 엉덩이관절(股關節)로부터 발목관절까지를 말한다.
- 4) “다리의 3 대 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 장애 평가는 하지의 3 대관절의 관절운동범위 제한 및 동요성 유무 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) “연구적 신체장애 평가지침”의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장애를 표시할 경우에는 장애부위의 장애각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장애상태를 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 “0 등급(Zero)”인 경우
 - 나) “심한 장애”라 함은
 - ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4 이하로 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 “1 등급(Trace)”인 경우
 - 다) “뚜렷한 장애”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 장애”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 장애를 남긴 때”라 함은 대퇴골에

가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.

- 8) "가관절이 남아 약간의 장애를 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 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 단축장애 판단이 애매한 경우에는 scanogram 을 통하여 다리의 단축정도를 측정한다.

다. 지급률의 결정

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

10. 손가락의 장애

가. 장애의 분류

장애의 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 장애를 남긴 때	30
5) 한손의 첫째 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한손의 첫째 손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때(1손가락 마다)	5

나. 장애판정기준

- 1) 손가락에는 첫째 손가락에 2 개의 손가락관절이 있다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
- 2) 다른 네 손가락에는 3 개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제 1 지관절(근위지관절) 및 제 2 지관절(원위지관절)이라 부른다.

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

11. 발가락의 장애

가. 장애의 분류

장애의 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 장애를 남긴 때	20
6) 한발의 첫째발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	8
7) 한발의 첫째발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때(1발가락마다)	3

나. 장애판정기준

- 1) “발가락을 잃었을 때”라 함은 첫째 발가락에서는 지관절로부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제 1 지관절(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 제 1 지관절(근위지

관절)로부터 심장에서 먼쪽에서 발가락뼈를 잃었을 때를 말하고 단순히 살점이 떨어진 것만으로는 대상이 되지 않는다.

- 4) “발가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 발가락의 생리적 운동 영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때를 말하며, 이 경우 발가락의 주된 기능인 발가락 관절의 굴신 기능을 측정하여 결정한다.
- 5) 한 발가락에 장애가 생기고 다른 발가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

12. 흉·복부장기 및 비뇨생식기의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장애를 남긴 때	75
2) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	50
3) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장애를 남긴 때	20

나. 장애판정기준

- 1) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장애를 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 장애를 남긴 때”라 함은
 - ① 위, 대장 또는 체장의 전부를 잘라내었을 때
 - ② 소장 또는 간장의 3/4 이상을 잘라내었을 때
 - ③ 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
- 3) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장애를 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 1/2 이상이 결손되었거나 질구 협착 등으로 성생활이 불가능한 때
 - ⑤ 항문 괄약근의 기능장애로 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
- 4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기의 장애로 인하여 일상생활 기본동작에 제한이 있는 경우 “<붙임>일상생활 기본동작

(ADLs) 제한 장애평가표”에 따라 장애를 평가하고 둘 중 높은 지급률을 적용한다.

- 5) 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성 폐질환 등)은 장애의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계·정신행동 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 신경계에 장애가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때	10 ~ 100
2) 정신행동에 극심한 장애가 남아 타인의 지속적 감시 또는 감금상태에서 생활해야 할 때	100
3) 정신행동에 심한 장애가 남아 감금상태에서 생활할 정도는 아니나 자해나 타해의 위험성이 지속적으로 있어서 부분적인 감시를 요할 때	70
4) 정신행동에 뚜렷한 장애가 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. 장애판정기준

1) 신경계

- ① “신경계에 장애를 남긴 때”라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계에 손상으로 인하여 “<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”의 5 가지 기본동작중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.
- ② 위 ①의 경우 “<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장애로 인정하지 않는다.
- ③ 신경계의 장애로 인하여 발생하는 다른 신체부위의 장애(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장애로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- ④ 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 6 개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장애를

평가한다.

그러나, 6 개월이 경과하였다 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간내에 사망이 예상되는 경우는 6 개월의 범위내에서 장애 평가를 유보한다.

⑤ 장애진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

① 상기 정신행동장애 지급률에 미치지 않는 장애에 대해서는 “<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”에 따라 지급률을 산정하여 지급한다.

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

③ 심리학적 평가보고서는 자격을 갖춘 임상심리 전문가가 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
- 감정의 추정 혹은 인정
- 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌 SPECT 등)
- 정신과 혹은 신경정신과 전문의가 시행하고 보고서를 작성하는 심리학적 평가보고서

⑥ 각종 기질성 정신장애와 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 행동장애의 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 장애에 의해서 파괴되었기 때문에 한번 획득한 지능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 경우

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

4) 간질

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

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

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

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

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

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

(붙임)

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표

유형	제한정도에 따른 지급률
이동 동작	<ul style="list-style-type: none">- 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 지속적인 도움이 없이는 방밖을 나올 수 없는 상태(지급률 40%)- 휠체어 또는 다른 사람의 도움없이 방밖을 나올 수 없는 상태(30%)- 목발 또는 walker를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태(20%)- 독립적인 보행은 가능하나 파행이 있는 상태, 난간을 잡지않고 계단을 오르내리기가 불가능한 상태, 계속하여 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태(10%)
음식물 섭취	<ul style="list-style-type: none">- 식사를 전혀 할수 없어 계속적으로 튜브나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인영양공급을 받는 상태(20%)- 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 지속적인 도움이 없이는 식사를 전혀 할 수없는 상태(15%)- 손가락 사용은 가능하나 젓가락 사용이 불가능하여 음식물 섭취에 있어 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%)- 독립적인 음식물 섭취는 가능하나 젓가락을 이용하여 생선을 바르거나 음식물을 자르지는 못하는 상태(5%)
배변 배뇨	<ul style="list-style-type: none">- 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 지속적인 도움이 필요한 상태(20%)- 화장실에 가서 변기위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 화장지로 닦고 옷을 입는 일에 다른 사람의 지속적인 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	<ul style="list-style-type: none">- 다른 사람의 지속적인 도움없이 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	<ul style="list-style-type: none">- 다른 사람의 지속적인 도움없이 전혀 옷을 챙겨 입을 수 없는 상태(10%)- 다른 사람의 지속적인 도움없이 상의 또는 하의 중 하나만을 착용할 수 있는 상태(5%)- 착용은 가능하나 다른 사람의 도움없이 마무리(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)는 불가능한 상태(3%)

(별 표 6)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

- ① 한국표준질병사인분류(S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 전염병 예방법 제 2 조 제 1 항 제 1 호에 규정한 질병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
 - 과로 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
 - 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
 - 식량결핍(X53)
 - 수분결핍(X54)
 - 상세불명의 결핍(X57)
 - 고의적 자해(X60~X84)
 - “법적 개입” 중 법적 처형(Y35.5)
- ③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 후에 합병증을 일으키게 한 외과적 및 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장
- ④ “자연의 힘에 노출(X30~X39)” 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
- ⑤ “불의의 물에 빠짐(W65~W74), 기타 불의의 호흡 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장애 및 삼킴장애

㉞ () 안은 제 4 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제 2002-1 호, 2003.1.1 시행)상의 분류번호이며, 제 5 차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 대상담보 이외의 약관에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함하는 것으로 합니다.

(별 표 7)

보험금 지급시의 적립이율 계산
(제 30 조 제 5 항 관련)

구 분	적 립 기 간		적 립 이 율
암진단비 (제 15 조 제 2 호)	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간		보험계약대출이율
만기축하 금 (제 15 조 제 1 호)	회사가 보험금의 지급시기 도래 7 일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 아니한 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	예정이율
	회사가 보험금의 지급시기 도래 7 일 이전에 지급할 사유와 금액을 알린 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	1 년이내 : 예정이율의 50% 1 년초과기간 : 1%
	보험금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간		예정이율+1%
	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간		보험계약대출이율
해약환급 금 (제 19 조 제 1 항)	해약환급금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 해약환급금 청구일까지의 기간		1 년이내 : 예정이율의 50% 1 년초과기간 : 1%
	해약환급금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간		예정이율 + 1%
	지급기일의 다음날부터 해약환급금 지급일까지의 기간		보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효(제 21 조)가 완성된 이후에는 더 이상 지급이자를 부리하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.
3. 계약의 소멸(제 7 조)에 의해 사망 당시의 책임준비금을 지급하는 경우에는 지급기일의 다음날부터 지급일까지 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연 단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

무배당
하나로 충분한 암치료특약 약관

이 특약은 계약자의 선택에 의하여 해당보험료를 납입한 경우에만 해당됩니다.

제 1 관 보험계약의 성립과 유지.....

- 제 1 조 **【특약의 체결 및 소멸】**
- 제 2 조 **【보험대상자(피보험자)의 범위】**
- 제 3 조 **【특약의 보장개시일】**
- 제 4 조 **【특약내용의 변경】**
- 제 5 조 **【계약자의 임의해지】**
- 제 6 조 **【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】**

제 2 관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무).....

- 제 7 조 **【특약 보험료의 납입】**
- 제 8 조 **【보험료의 납입연체시 특약의 해지】**
- 제 9 조 **【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】**

제 3 관 보험금의 지급(회사의 주된 의무).....

- 제 10 조 **【“암” 등의 정의 및 진단확정】**
- 제 11 조 **【“입원”의 정의와 장소】**
- 제 12 조 **【보험금의 종류 및 지급사유】**
- 제 13 조 **【보험금 지급에 관한 세부규정】**
- 제 14 조 **【해약환급금】**

제 4 관 보험금 지급 등의 절차.....

- 제 15 조 **【보험금 등 청구시 구비서류】**
- 제 16 조 **【보험금 등의 지급】**

제 5 관 기타사항.....

- 제 17 조 **【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】**

무배당 하나로 충분한 암치료특약 약관

제 1 관 보험계약의 성립과 유지

제 1 조 【특약의 체결 및 소멸】

- ① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자의 청약(請約)과 보험회사의 승낙(承諾)으로 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다. (이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사”라 합니다)
- ② 주계약의 해지(解止) 및 기타사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우, 제 2 조(보험대상자(피보험자)의 범위)에서 정하는 보험대상자(피보험자)가 사망한 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니하며, 보험대상자(피보험자)가 사망한 경우에는 사망 당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ③ 제 3 항의 경우 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하여 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제 27 조(실종의 신고)제 2 항의 규정에 준하는 사유 또는 재해(<별표 6>“재해분류표”에서 정하는 재해를 말하며, 이하 “재해”라 합니다)로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 호적에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.

제 2 조 【보험대상자(피보험자)의 범위】

이 특약의 보험대상자(피보험자)는 주계약의 보험대상자(피보험자)(이하 “보험대상자(피보험자)”라 합니다)로 합니다.

제 3 조 【특약의 보장개시일】

- ① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
- ② 제 1 항의 경우에도 불구하고 제 10 조(“암” 등의 정의 및 진단확정) 제 1 항 제 1 호에서 정한 “암”에 대한 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90 일이 되는 날의 다음날(이하 “암보장개시일”이라 합니다)로 하며, 회사는 그 날로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 책임을 집니다.

제 4 조 【특약내용의 변경】

- ① 회사는 계약자가 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알려거나 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때

에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제 14 조(해약환급금) 제 1 항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.
③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제 5 조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 14 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제 1 항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제 6 조 【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】

이 특약의 보험기간 및 보험료 납입기간은 주계약과 동일합니다.

제 2 관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제 7 조 【특약보험료의 납입】

이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제 8 조 【보험료의 납입연체시 특약의 해지】

- ① 보험료를 납입하지 아니하여 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
단, 이 경우에도 주계약에 정한 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ② 제 1 항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제 14 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제 9 조 【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)(復活) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제 3 조(특약의 보장개시일)의 규정을 준용합니다.

제 3 관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제 10 조 【“암” 등의 정의 및 진단확정】

① “암” 및 “기타피부암”의 정의 및 진단확정

1. 이 계약에 있어서 “암” 이라 함은 한국표준질병사인분류 중 대상이 되는 악성신생물 분류표(기타피부암 제외)(<별표 2>“대상”이 되는 악성신생물 분류표(기타피부암 제외)”참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물)에 해당하는 질병 또는 전암병소(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
2. 이 계약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타피부의 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 임상학적 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 “암” 및 “기타피부암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

② “상피내암”의 정의 및 진단확정

1. 이 계약에 있어서 “상피내암” 이라 함은 한국표준질병사인분류 중 상피내의 신생물 분류표(<별표 3> “상피내의 신생물 분류표”참조)에서 정한 질병을 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 임상학적 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 “상피내암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

③ “경계성종양”의 정의 및 진단확정

1. 이 계약에 있어서 “경계성종양” 이라 함은 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표(<별표 4>“행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류

표”참조)에서 정한 질병을 말합니다.

2. “경계성종양”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 임상학적 진단이 그 증거로 인정됩니다.이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 11 조 【“입원”의 정의와 장소】

이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 12 조 【보험금의 종류 및 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금(<별표 1> “보험금 지급기준표”참조)을 지급하여 드립니다.

1. 보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암 진단이 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 때 또는 보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양 진단이 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 때 : 해당암수술비
2. 보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암 진단이 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 4 일이상 계속하여 입원하였을 때 또는 보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양 진단이 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 4 일 이상 계속하여 입원하였을 때 : 해당암입원비

제 13 조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 주계약의 보험료 납입이 면제되었거나 보험대상자(피보험자)가 암보장개시일 이후에 최초로 암(기타피부암 제외) 진단이 확정되었을 때 또는 장애분류표(<별표 5> “장애분류표” 참조, 이하 같습니다)중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한

원인으로 여러 신체부위의 합산한 장애지급률이 50%이상의 장애상태가 되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

② 제 12 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 2 호의 경우 암입원비 지급일수는 1 회 입원당 120 일을 최고한도로 합니다.

③ 제 12 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 2 호의 경우 보험대상자(피보험자)가 동일한 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양의 치료를 직접적인 목적으로 입원을 2 회 이상 한 경우에는 1 회 입원으로 보고서 각 입원일수를 합산하고 제 2 항의 규정을 적용합니다. 그러나, 동일한 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양에 의한 입원이라도 암입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180 일을 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

④ 제 12 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 2 호의 경우 보험대상자(피보험자)가 암입원비 지급사유에 해당하는 입원기간 중에 보험기간이 끝났을 때에도 그 계속중인 입원기간에 대하여는 제 2 항의 규정에 따라 계속 암입원비를 지급합니다.

⑤ 제 12 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 2 호에서 “계속하여 입원” 이란 중도 퇴원없이 계속하여 입원하는 것을 뜻합니다. 다만, 보험대상자(피보험자)가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정하는 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.

⑥ 보험대상자(피보험자)가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 아니한 때에는 회사는 암입원비의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 않습니다.

⑦ 제 1 항의 경우 장애지급률이 재해일로부터 180 일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일로부터 180 일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만 장애분류표에서 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑧ 제 7 항에 의하여 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 재해일로부터 2 년이내)중에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태(사망포함)를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.

⑨ 제 1 항의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용합니다.

⑩ 제 1 항의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 "한시장애"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5 년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 한시장애의 지급률로 정합니다.

⑪ 제 1 항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장

해지급률을 합산하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

㉔ 제 11 항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

㉕ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다

제 14 조 【해약환급금】

① 이 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 따라 계산합니다.

② 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 4 관 보험금 지급 등의 절차

제 15 조 【보험금 등 청구시 구비서류】

① 수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 책임준비금, 해약환급금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(수술확인서(암, 기타피부암, 상피내암, 경계성종양) 입원증명서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타, 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자가 보험금 등의 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 발급한 제 1 항 제 2 호의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 16 조 【보험금 등의 지급】

① 회사는 제 15 조(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날로부터 3 영업일 이내에 보험금, 책임준비금, 해약환급금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금, 책

임준비금 또는 보험료 납입면제의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수후 10영업일 이내에 지급합니다.

② 회사는 제 1 항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금 지급시의 적립이율 계산(<별표 7> “보험금 지급시의 적립이율 계산”참조)과 같습니다.

③ 회사가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제 1 항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도에 대하여 보험대상자(피보험자) 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 서면으로 통지하여 드리며, 장애지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 보험금 지급이 지연되는 경우에는 보험금을 받는 자(보험수익자)의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금을 우선적으로 가지급할 수 있습니다.

제 5 관 기타사항

제 17 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

(별 표 1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약보험가입금액 1,000 만원]

급여명	지급사유	지급금액
암수술비 (제 12 조 제 1 호)	보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암 진단이 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 때	최초수술 : 300 만원 2 회이후수술 : 수술 1 회당 100 만원
	보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양 진단이 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 때	수술 1 회당 30 만원
암입원비 (제 12 조 제 2 호)	보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암 진단이 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 4 일이상 계속하여 입원하였을 때	3일초과 1 일당 10 만원 (단, 1 회 입원당 120 일 한도)
	보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양 진단이 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 4 일이상 계속하여 입원하였을 때	3일초과 1 일당 2 만원 (단, 1 회 입원당 120 일 한도)

- 주)1. 이 특약의 암보장개시일은 계약일(부활(효력회복)일)로부터 그날을 포함하여 90 일이 되는 날의 다음날로 합니다.
2. 주계약의 보험료 납입이 면제되었거나 보험대상자(피보험자)가 암보장개시일 이후에 최초로 암(기타피부암 제외) 진단이 확정되었을 때 또는 장애분류표중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산한 장애지급률이 50%이상의 장애상태가 되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(별 표 2)

대상이 되는 악성신생물 분류표
(기타피부암 제외)

주보험의 (별표 2) “대상이 되는 악성신생물분류표 (기타피부암 제외)” 와 동일

(별 표 3)

상피내의 신생물 분류표

주보험의 (별표 3) “상피내의 신생물분류표” 와 동일

(별 표 4)

행동양식불명 또는 미상의 신생물 분류표

주보험의 (별표 4) “행동양식불명 또는 미상의 신생물분류표” 와 동일

(별 표 5)

장해분류표

주보험의 (별표 5) “장해분류표” 와 동일

(별 표 6)

재해분류표

주보험의 (별표 6) “재해분류표” 와 동일

(별 표 7)

보험금 지급시의 적립이율 계산
(제 16 조 제 2 항 관련)

구 분	적 립 기 간	적 립 이 율
암수술비, 암입원비 (제 12 조)	지급기일의 다음날부터 보험 금 지급일까지의 기간	보험계약대출이율
해약환급금 (제 14 조 제 1 항)	해약환급금 지급사유가 발생 한 날의 다음날부터 해약환급 금 청구일까지의 기간	1 년이내 : 예정이 율의 50% 1 년초과기간 : 1%
	해약환급금 청구일의 다음날 부터 지급기일까지의 기간	예정이율 + 1%
	지급기일의 다음날부터 해약 환급금 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 이 특약의 소멸시효가
완성된 이후에는 더 이상 지급이자를 부리하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해
당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.
3. 사망 당시의 책임준비금(제 1 조 제 2 항)을 지급하는 경우에는 지급
기일의 다음날부터 지급일까지 기간에 대하여 보험계약대출이율을
연 단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

무배당

하나로 충분한 고액치료비암진단특약 약관

이 특약은 계약자의 선택에 의하여 해당보험료를 납입한 경우에만 해당됩니다.

제 1 관 보험계약의 성립과 유지.....

- 제 1 조 **【특약의 체결 및 소멸】**
- 제 2 조 **【보험대상자(피보험자)의 범위】**
- 제 3 조 **【특약의 보장개시일】**
- 제 4 조 **【특약내용의 변경】**
- 제 5 조 **【계약자의 임의해지】**
- 제 6 조 **【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】**

제 2 관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무).....

- 제 7 조 **【특약보험료의 납입】**
- 제 8 조 **【보험료의 납입연체시 특약의 해지】**
- 제 9 조 **【보험료의 납입연체로 인한 해지 특약의 부활(효력회복)】**

제 3 관 보험금의 지급(회사의 주된 의무).....

- 제 10 조 **【“암”, “고액치료비암” 및 “기타피부암”의 정의 및 진단확정】**
- 제 11 조 **【보험금의 종류 및 지급사유】**
- 제 12 조 **【보험금 지급에 관한 세부규정】**
- 제 13 조 **【해약환급금】**

제 4 관 보험금 지급 등의 절차.....

- 제 14 조 **【보험금 등 청구시 구비서류】**
- 제 15 조 **【보험금 등의 지급】**

제 5 관 기타사항.....

- 제 16 조 **【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】**

무배당 하나로 충분한 고액치료비암진단특약 약관

제 1 관 보험계약의 성립과 유지

제 1 조 【특약의 체결 및 소멸】

- ① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자의 청약(請約)과 보험회사의 승낙(承諾)으로 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다. (이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사”라 합니다)
- ② 주계약의 해지(解止) 및 기타사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우, 제 2 조(보험대상자(피보험자)의 범위)에서 정하는 보험대상자(피보험자)가 사망한 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니하며, 보험대상자(피보험자)가 사망한 경우에는 사망 당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ③ 제 3 항의 경우 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하여 선박의 침몰, 항공기의 추락등 민법 제 27 조(실종의 선고)제 2 항의 규정에 준하는 사유 또는 재해(<별표 5>“재해분류표”에서 정하는 재해를 말하며,이하 “재해”라 합니다)로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 호적에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.

제 2 조 【보험대상자(피보험자)의 범위】

이 특약의 보험대상자(피보험자)는 주계약의 보험대상자(피보험자)(이하 “보험대상자(피보험자)”라 합니다)로 합니다.

제 3 조 【특약의 보장개시일】

- ① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
- ② 제 1 항의 경우에도 불구하고 제 10 조(“암”, “고액치료비암” 및 “기타피부암”의 정의 및 진단확정) 제 1 항에서 정한 “암”에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 합니다(이하 “암보장개시일”이라 합니다).

제 4 조 【특약내용의 변경】

- ① 회사는 계약자가 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제 13 조(해약환급금) 제 1 항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제 5 조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 13 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제 1 항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제 6 조 【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】

이 특약의 보험기간 및 보험료 납입기간은 주계약과 동일합니다.

제 2 관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제 7 조 【특약보험료의 납입】

이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제 8 조 【보험료의 납입연체시 특약의 해지】

- ① 보험료를 납입하지 아니하여 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
단, 이경우에도 주계약에 정한 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ③ 제 1 항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제 13 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제 9 조 【보험료의 납입연체로 인한 해지 특약의 부활(효력회복)】

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)(復活) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제 3 조(특약의 보장개시일)의 규정을 준용합니다.

제 3 관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제 10 조 【“암”, “고액치료비암” 및 “기타피부암”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 계약에 있어서 “암”이라 함은 한국표준질병사인분류 중 대상이 되는 악성신생물 분류표(기타피부암 제외)(<별표 2> “대상이 되는 악성신생물 분류표(기타피부암 제외)” 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물)에 해당하는 질병 또는 전암병소(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② “고액치료비암”이라 함은 제 1 호에서 정한 “암”중에서 고액치료비관련 악성신생물분류표(<별표 3> “고액치료비관련 악성신생물분류표” 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ③ 이 계약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ “암”, “고액치료비암” 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 임상학적 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 “암”, “고액치료비암” 및 “기타피부암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 11 조 【보험금의 종류 및 지급사유】

회사는 보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 최초로 고액치료비암 진단이 확정되었을 때 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 고액치료비암 진단비(<별표 1> “보험금 지급기준표” 참조)를 지급하여 드립니다. (단, 2년미만에 고액치료비암으로 진단 확정시에는 50%를 지급)

제 12 조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 주계약의 보험료 납입이 면제되었거나 보험대상자(피보험자)가 암보장개시일 이후에 최초로 암(기타 피부암 제외) 진단

이 확정되었을 때 또는 장애분류표(<별표 4> “장애분류표” 참조, 이하 같습니다)중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산한 장애지급률이 50%이상의 장애상태가 되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

② 보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 고액치료비암을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 사망일을 진단확정일로 하여 제 11 조(보험금의 종류 및 지급사유)의 고액치료비암 진단비를 지급합니다. 다만, 암보장개시일의 전일 이전에 고액치료비암으로 진단이 확정된 경우에는 제외합니다.

③ 제 1 항의 경우 장애지급률이 재해일부터 180 일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일부터 180 일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만 장애분류표에서 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

④ 제 3 항에 의하여 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 재해일부터 2 년이내)중에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태(사망포함)를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.

⑤ 제 1 항의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용합니다.

⑥ 제 1 항의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 "한시장애"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5 년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 한시장애의 지급률로 정합니다.

⑦ 제 1 항의 경우 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 합산하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑧ 제 7 항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

제 13 조 【해약환급금】

① 이 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 따라 계산합니다.

② 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제

공하여 드립니다.

제 4 관 보험금 지급 등의 절차

제 14 조 【보험금 등 청구시 구비서류】

① 수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 책임준비금, 해약환급금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 진단확인서(고액치료비암 진단 확인서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타, 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자가 보험금 등의 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 발급한 제 1 항 제 2 호의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 15 조 【보험금 등의 지급】

① 회사는 제 14 조(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 보험금, 책임준비금, 해약환급금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금, 책임준비금 또는 보험료 납입면제의 경우 지급사유 조사나 확인이 필요한 때에는 접수후 10영업일 이내에 지급합니다.

② 회사는 제 1 항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금 지급시의 적립이율 계산(<별표 6> “보험금 지급시의 적립이율 계산”참조)과 같습니다.

③ 회사가 보험금 지급사유 조사 및 확인을 위하여 제 1 항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도에 대하여 보험대상자(피보험자) 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 서면으로 통지하여 드리며, 장애지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 보험금 지급이 지연되는 경우에는 보험금을 받는 자(보험수익자)의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금을 우선적으로 가지급할 수 있습니다.

제 5 관 기타사항

제 16 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

(별 표 1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약보험가입금액 1,000 만원]

급 여 명	지 급 사 유	지 급 금 액
고액치료비암 진단비 (제 11 조)	보험대상자(피보험자)가 보험 기간 중 암보장개시일 이후 최초로 고액치료비암 진단이 확정되었을 때	3,000 만원 (단, 2 년미만 진단 확정시 50% 지급)

- 주)1. 이 특약의 암보장개시일은 계약일(부활(효력회복)일)로부터 그날을 포함하여 90 일이 되는 날의 다음날로 합니다.
2. 주계약의 보험료 납입이 면제되었거나 보험대상자(피보험자)가 암보장개시일 이후에 최초로 암(기타피부암 제외) 진단이 확정되었을 때 또는 장애분류표중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산한 장애지급률이 50%이상의 장애상태가 되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(별 표 2)

대상이 되는 악성신생물 분류표
(기타피부암 제외)

주보험의 (별표 2) “대상이 되는 악성신생물 분류표(기타피부암 제외)” 와 동일

(별 표 3)

고액치료비관련 악성 신생물 분류표

약관에 규정하는 “고액치료비관련 악성신생물”은 제 4 차 개정 한국표준 질병사인분류 (통계청 고시 제 2002-1 호, 2003. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상 악성 신생물	분류번호
1. 뼈 및 관절연골의 악성신생물	
- 사지의 뼈 및 관절연골의 악성신생물	C40
- 기타 및 상세불명 부위의 뼈 및 관절연골의 악성 신생물	C41
2. 뇌 및 중추신경계통의 기타 부위의 악성신생물	
- 수막의 악성신생물	C70
- 뇌의 악성신생물	C71
- 척수, 뇌신경 및 중추신경계통의 기타 부위의 악성신생물	C72
3. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	
- 호지킨병	C81
- 여포성[결절성] 비호지킨 림프종	C82
- 미만성 비호지킨 림프종	C83
- 말초 및 피부성 T-세포 림프종	C84
- 기타 상세불명 형의 비호지킨 림프종	C85
- 악성 면역증식성 질환	C88
- 다발성 골수종 및 악성 형질세포 신생물	C90
- 림프 백혈병	C91
- 골수성 백혈병	C92
- 단핵구성 백혈병	C93
- 명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
- 상세불명 세포형의 백혈병	C95
- 림프, 조혈 및 관련조직의 기타 및 상세불명의 악성신생물	C96

제 5 차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 약관에서 정하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별 표 4)

장해분류표

주보험의 (별표 5) “장해분류표” 와 동일

(별 표 5)

재해분류표

주보험의 (별표 6) “재해분류표” 와 동일

(별 표 6)

보험금 지급시의 적립이율 계산
(제 15 조 제 2 항 관련)

구 분	적 립 기 간	적 립 이 율
고액치료비암 진단비 (제 11 조)	지급기일의 다음날부터 보 험금 지급일까지의 기간	보험계약대출이율
해약환급 금 (제 13 조 제 1 항)	해약환급금 지급사유가 발 생한 날의 다음날부터 해약 환급금 청구일까지의 기간	1 년이내 : 예정이율의 50% 1 년초과기간 : 1%
	해약환급금 청구일의 다음 날부터 지급기일까지의 기 간	예정이율 + 1%
	지급기일의 다음날부터 해 약환급금 지급일까지의 기 간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 이 특약의 소멸시효가 완성된 이후에는 더 이상 지급이자를 부리하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.
3. 사망 당시의 책임준비금(제 1 조 제 2 항)을 지급하는 경우에는 지급 기일의 다음날부터 지급일까지 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연 단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

무배당
하나로 충분한 특정성인병진단 특약

이 특약은 계약자의 선택에 의하여 해당보험료를 납입한 경우에만 해당됩니다.

제 1 관 보험계약의 성립과 유지.....

- 제 1 조 【특약의 체결 및 소멸】
- 제 2 조 【보험대상자(피보험자)의 범위】
- 제 3 조 【특약의 보장개시일】
- 제 4 조 【특약내용의 변경】
- 제 5 조 【계약자의 임의해지】
- 제 6 조 【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】

제 2 관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무).....

- 제 7 조 【특약보험료의 납입】
- 제 8 조 【보험료의 납입연체시 특약의 해지】
- 제 9 조 【보험료의 납입연체로 인한 해지 특약의 부활(효력회복)】

제 3 관 보험금의 지급(회사의 주된 의무).....

- 제 10 조 【“암” 및 “기타피부암”의 정의 및 진단확정】
- 제 11 조 【“뇌출혈”의 정의 및 진단확정】
- 제 12 조 【“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정】
- 제 13 조 【보험금의 종류 및 지급사유】
- 제 14 조 【보험금 지급에 관한 세부규정】
- 제 15 조 【해약환급금】

제 4 관 보험금 지급 등의 절차.....

- 제 16 조 【보험금 등 청구시 구비서류】
- 제 17 조 【보험금 등의 지급】

제 5 관 기타사항.....

- 제 18 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

무배당 하나로 충분한 특정성인병진단특약 약관

제 1 관 보험계약의 성립과 유지

제 1 조 【특약의 체결 및 소멸】

- ① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자의 청약(請約)과 보험회사의 승낙(承諾)으로 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다. (이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사”라 합니다)
- ② 주계약의 해지(解止) 및 기타사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우, 제 2 조(보험대상자(피보험자)의 범위)에서 정하는 보험대상자(피보험자)가 사망한 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니하며, 보험대상자(피보험자)가 사망한 경우에는 사망 당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.
- ③ 제 3 항의 경우 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하여 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제 27 조(실종의 선고)제 2 항의 규정에 준하는 사유 또는 재해(<별표 6>“재해분류표”에서 정하는 재해를 말하며,이하 “재해”라 합니다)로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 호적에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.

제 2 조 【보험대상자(피보험자)의 범위】

이 특약의 보험대상자(피보험자)는 주계약의 보험대상자(피보험자)(이하 “보험대상자(피보험자)”라 합니다)로 합니다.

제 3 조 【특약의 보장개시일】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제 4 조 【특약내용의 변경】

- ① 회사는 계약자가 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경 할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알려거나 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제 15 조(해약환급금) 제 1 항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한

후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제 5 조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 15 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제 1 항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제 6 조 【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】

이 특약의 보험기간 및 보험료 납입기간은 주계약과 동일합니다.

제 2 관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제 7 조 【특약보험료의 납입】

이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제 8 조 【보험료의 납입연체시 특약의 해지】

- ① 보험료를 납입하지 아니하여 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
단, 이 경우에도 주계약에 정한 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ② 제 1 항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제 15 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제 9 조 【보험료의 납입연체로 인한 해지 특약의 부활(효력회복)】

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)(復活) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제 3 조(특약의 보장개시일)의 규정을 준용합니다.

제 3 관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제 10 조 【“암” 및 “기타피부암”의 정의 및 진단확정】

① 이 계약에 있어서 “암”이라 함은 한국표준질병사인분류 중 대상이 되는 악성신생물 분류표(기타피부암 제외)(<별표 4>”대상이 되는 악성신생물 분류표(기타피부암 제외)”참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물)에 해당하는 질병 및 전암병소(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 계약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ “암” 및 “기타피부암”의 진단확정은 해부병리 또는 임상 병리의 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 임상학적 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 암 또는 기타피부암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 11 조 【“뇌출혈”의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 “뇌출혈”이라 함은 한국표준질병사인분류 중 뇌출혈 분류표(<별표 2>”뇌출혈 분류표”참조)에서 정하는 질병을 말합니다. 단, 외상성 머리내 출혈, 혈관성 치매는 제외합니다.

② “뇌출혈”의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화 단층촬영(brain CT scan), 핵자기 공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자 방출 단층술(PET), 단일광자 방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사를 기초로 하여야 합니다.

그러나 보험대상자(피보험자)가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 뇌출혈에 대한 임상학적 진단이 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 12 조 【“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 “급성심근경색증”이라 함은 한국표준질병사인분류 중 급성심근경색증 분류표(<별표 3>“급성심근경색증 분류표”참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “급성심근경색증”의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥촬영술, 혈액중 심장 효소검사, 핵의학검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 보험대상자(피보험자)가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 에는 급성심근경색증에 대한 임상학적 진단이 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 13 조 【보험금의 종류 및 지급사유】

회사는 보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중 최초로 뇌출혈 또는 급성심근경색증 진단이 확정되었을 때 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 특정성인병 진단비(<별표 1>“보험금 지급기준표” 참조)를 지급하여 드립니다. (단, 2년 미만에 뇌출혈, 급성심근경색증 진단이 확정시에는 50%를 지급하며, 해당 치료비는 각각 최초 1 회에 한함)

제 14 조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었거나 보험대상자(피보험자)가 보험료 납입기간 중 최초로 암(기타피부암제외) 진단이 확정되었거나 보장개시일 이후에 최초로 뇌출혈 또는 급성심근경색증 진단이 확정되었을 때 또는 장애분류표(<별표 5> “장애분류표”참조,이하 같습니다)중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산한 장애지급률이 50%이상의 장애상태가 되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 뇌출혈 또는 급성심근경색증을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 사망일을 진단확정일로 하여 제 13 조(보험금의 종류 및 지급사유)의 특정성인병 진단비를 지급합니다. 다만, 보장개시일의 전일 이전에 뇌출혈 또는 급성심근경색증으로 진단이 확정된 경우에는 제외합니다.
- ③ 제 1 항의 경우 장애지급률이 재해일부터 180 일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일부터 180 일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만 장애분류표에서 장애판정시기를 별도

로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

④ 제 3 항에 의하여 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 재해일 부터 2 년이내)중에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태(사망포함)를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.

⑤ 제 1 항의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류 표상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용합니다.

⑥ 제 1 항의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 "한시장애"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5 년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 한시장애의 지급률로 정합니다.

⑦ 제 1 항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 합산하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑧ 제 7 항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

제 15 조 【해약환급금】

① 이 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에 따라 계산합니다.

② 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 4 관 보험금 지급 등의 절차

제 16 조 【보험금 등 청구시 구비서류】

① 수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 책임준비금, 해약환급금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서(뇌출혈, 급성심근경색증), 장애진단서, 압진단서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인

감증명서 포함)

4. 기타, 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자가 보험금 등의 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
- ② 병원 또는 의원에서 발급한 제 1 항 제 2 호의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 17 조 【보험금 등의 지급】

- ① 회사는 제 16 조(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날로부터 3 영업일 이내에 보험금, 책임준비금, 해약환급금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금, 책임준비금 또는 보험료 납입면제의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수후 10 영업일 이내에 지급합니다.
- ② 회사는 제 1 항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (<별표 7> “보험금 지급시의 적립이율 계산”참조)과 같습니다.
- ③ 회사가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제 1 항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도에 대하여 보험대상자(피보험자) 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 서면으로 통지하여 드리며, 장해지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 보험금 지급이 지연되는 경우에는 보험금을 받는 자(보험수익자)의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금을 우선적으로 가지급할 수 있습니다.

제 5 관 기타사항

제 18 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

(별 표 1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약보험가입금액 1,000 만원]

급여명	지급사유	지급금액
특정성인병 진단비 (제 13 조)	보험대상자(피보험자)가 보험 기간 중 최초로 뇌출혈 또는 급성심근경색증 진단이 확정 되었을 때 (각각 1 회에 한함)	1,000 만원 (단, 2 년미만 진단 확정시 50% 지급)

주) 주계약의 보험료 납입이 면제되었거나 보험대상자(피보험자)가 보험료 납입기간 중 최초로 암(기타피부암 제외) 진단이 확정되었거나 보장개시일 이후에 최초로 뇌출혈 또는 급성심근경색증 진단이 확정되었을 때 또는 장애분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산한 장애지급률이 50%이상의 장애상태가 되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(별 표 2)

뇌출혈 분류표

약관에 규정하는 '뇌출혈'로 분류되는 질병은 제 4 차 개정 한국표준 질병사인분류(통계청 고시 제 2002-1 호, 2003. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

분류항목	분류번호
1. 거미막밑 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 머리내 출혈	I62

주) 제 5 차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별 표 3)

급성심근경색증 분류표

약관에 규정하는 '급성심근경색증'으로 분류되는 질병은 제 4 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2002-1 호, 2003. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

<u>분류항목</u>	<u>분류번호</u>
1. 급성 심근경색증	I21
2. 속발성 심근경색증	I22
3. 급성 심근경색증에 의한 특정 현재 합병증	I23

주) 제 5 차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별 표 4)

대상이 되는 악성신생물분류표 (기타피부암 제외)

주보험의 (별표 2) "대상이 되는 악성신생물 분류표(기타피부암 제외)" 와 동일

(별 표 5)

장해분류표

주보험의 (별표 5) "장해분류표" 와 동일

(별 표 6)

재해분류표

주보험의 (별표 6) "재해분류표" 와 동일

(별 표 7)

보험금 지급시의 적립이율 계산
(제 17 조 제 2 항 관련)

구 분	적 립 기 간	적 립 이 율
특정성인병 진단비 (제 13 조)	지급기일의 다음날부터 보 험금 지급일까지의 기간	보험계약대출이율
해약환급 금 (제 15 조 제 1 항)	해약환급금 지급사유가 발 생한 날의 다음날부터 해약 환급금 청구일까지의 기간	1 년이내 : 예정이율의 50% 1 년초과기간 : 1%
	해약환급금 청구일의 다음 날부터 지급기일까지의 기 간	예정이율 + 1%
	지급기일의 다음날부터 해 약환급금 지급일까지의 기 간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 이 특약의 소멸시효가
완성된 이후에는 더 이상 지급이자를 부리하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해
당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.
3. 사망 당시의 책임준비금(제 1 조 제 2 항)을 지급하는 경우에는 지급
기일의 다음날부터 지급일까지 기간에 대하여 보험계약대출이율을
연 단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

특별조건부인수특약 약관

특별조건부인수특약 약관

제 1 조 【특약의 체결 및 효력】

- ① 이 특약은 주된 보험계약(특약이 부가된 경우에는 특약을 포함)을 체결할 때 보험대상자(피보험자)의 건강상태가 보험회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우 보험계약자의 청약(請約)과 보험회사의 승낙(承諾)으로 주된 보험계약에 부가하여 이루어 집니다. (이하 주된 보험계약은 "주계약", 보험계약자는 "계약자", 보험회사는 "회사"라 합니다.)
- ② 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
- ③ 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력 가지지 아니하게 된 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제 2 조 【특약면책조건의 내용】

- ① 주계약에 이 특약을 부가할 때 보험대상자(피보험자)의 건강상태에 따라서 1 종의 경우에는 제 2 항 제 1 호의 조건을 부가하고 2 종의 경우에는 제 2 항 제 1 호 및 제 2 호의 조건을 부가합니다.
- ② 이 특약에서 정한 면책기간 중에 다음 각호의 질병을 직접적인 원인으로 주계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 회사는 보험금을 지급하지 아니하거나 보험료 납입을 면제하지 아니합니다.
다만, 사망 또는 별표 3 "재해분류표"에서 정하는 동일한 재해(이하 "재해"라 합니다) 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 인하여 장애분류표(별표 4 참조)중 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 80%이상인 장애상태가 되어 보험금 등의 지급사유가 발생한 경우에는 그러하지 아니합니다.
 1. 별표 1 "특정부위 분류표"중에서 회사가 지정한 부위(이하 "특정부위"라 합니다)에 발생한 질병]
 2. 별표 2 "특정질병분류표"중에서 회사가 지정한 질병(이하 "특정질병"이라 합니다).
- ③ 제 2 항의 면책기간은 특정질병 또는 특정부위의 상태에 따라 「1 년부터 5 년」 또는 「주계약의 보험기간」으로 하며 그 판단기준은 회사에서 정한 계약사정기준을 따릅니다. 다만 개개인의 질병의 상태 등에 대한 의사의 소견에 따라서 다르게 적용할 수 있습니다.
- ④ 제 2 항의 규정에도 불구하고 다음 사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 사유로 주계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다.
 1. 제 2 항 제 1 호에서 지정한 특정부위에 발생한 질병의

합병증으로 인하여 특정부위 이외의 부위에 발생한 질병으로 주계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우

2. 제 2 항 제 2 호에서 지정한 특정질병의 합병증으로 인해 발생한 특정 질병 이외의 질병으로 주계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우

3. 재해로 인하여 주계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우

⑤ 보험대상자(피보험자)가 회사가 정한 면책기간의 종료일을 포함하여 계속하여 입원한 경우 그 입원에 대해서는 면책기간 종료일의 다음날을 입원의 개시일로 인정하여 보험금을 지급합니다

⑥ 보험대상자(피보험자)에게 보험사고가 발생했을 경우, 그 사고가 특정 질병 또는 특정부위를 직접적인 원인으로 발생한 사고인가 아닌가는 의사의 진단서와 의견을 주된 판단자료로 결정합니다.

⑦ 제 2 항의 특정부위와 특정질병은 2 개 이내에서 선택하여 부가 할 수 있습니다.

제 3 조 【효력상실된 특약의 부활(효력회복)】

① 회사는 이 특약의 부활(復活)(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

② 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제 1 조(특약의 체계 및 효력) 제 2 항의 규정을 따릅니다.

제 4 조 【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

(별 표 1)

특정부위 분류표

분류 번호	특정부위의 명칭	분류 번호	특정부위의 명칭
1	위, 십이지장 또는 공장	18	고환(고환초막포함), 부고환, 정관, 정삭 또는 정낭
2	맹장(충수돌기 포함) 또는 회장	19	갑상샘
3	직장 또는 항문	20	경추부(해당신경 포함)
4	간장, 담낭 또는 담관	21	흉추부(해당신경 포함)
5	췌장	22	요추부(해당신경 포함)
6	기관, 기관지, 폐, 흉막 또는 흉곽	23	손골부 또는 미골부(해당신경 포함)
7	코(외비, 비강 또는 부비강 포함)	24	좌견관절부
8	인두 또는 후두	25	우견관절부
9	구강, 치아, 혀, 악하선, 이하선 또는 설하선	26	좌고관절부
10	귀(외이, 고막, 중이, 내이, 청신경 또는 유양돌기 포함)	27	우고관절부
11	안구 또는 안구부속기(안검, 결막, 누기, 안근 또는 안와내 조직 포함)	28	좌상지(좌견관절부 제외)
12	신장	29	우상지(우견관절부 제외)
13	요관, 방광 또는 요도	30	좌하지(좌고관절부 제외)
14	전립선	31	우하지(우고관절부 제외)
15	유방(유선 포함)	32	자궁체부(제왕절개술을 받은 경우에 한함)
16	자궁(이상분만의 경우 포함)	33	서혜부(서혜 헤르니아, 음낭 헤르니아 또는 대퇴 헤르니아)가 생긴 경우에 한함)
17	난소 또는 난관	34	식도
		35	대장(맹장 및 직장 제외)
		36	피부(두피 및 입술포함)
		37	수골(手骨)
		38	족골(足骨)
		39	상·하악골(上·下顎骨)

(별 표 2)

특정질병 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서, 특정질병으로 분류된 질병은 제 4 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제 2002-1 호,2003.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

병 명	분류번호	세부내용
심장질환	I00~I02, I05~I09, I20~I25, I26~I28, I30~I52	
뇌혈관질환	I60~I69	
당뇨병	E10~E14	
고혈압	I10~I14	
결핵	A15~A19, B90	
담석증	K 80	담석증
요로결석증	N 20	신장 및 요관의 결석
	N 21	하부 요로의 결석
	N 23	상세불명의 신성 산통
임신중독증	O 11	부가된 단백뇨를 동반한 선재성 고혈압
	O 12	고혈압을 동반하지 않은 임신성 부종 및 단백뇨
	O 13	의미있는 단백뇨를 동반하지 않은 임신성 고혈압
	O 14	의미 있는 단백뇨를 동반한 임신성 고혈압
	O 15	자간증
골관절증 및 류마토이드 관절염	M 05	혈청검사 양성인 류마토이드 관절염
	M 06	기타 류마토이드 관절염
	M 08	연소자성 관절염
	M 15	다발성 관절증
	M 16	고관절증
	M 17	무릎관절증
	M 18	제 1 수근종수 관절의 관절증
M 19	기타 관절증	
척추만곡증	M 40	척추후만증 및 척추전만증
	M 41	척추측만증

※ 제 5 차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병이외에 약관에서 정하는 질병이 있는 경우는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별 표 3)

재해분류표

주보험의 (별표 6) “재해분류표” 와 동일

(별 표 4)

장해분류표

주보험의 (별표 5) “장해분류표” 와 동일