

무배당
모두다 하나건강보험약관

무배당 모두다 하나건강보험 보통약관

제 1 관 보험계약의 성립과 유지

제 1 조 【보험계약의 성립】

- ① 보험계약은 보험계약자의 청약(講約)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, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 부과하여 인수할 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(재진단의 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 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 단, 회사는 계약자가 제 1 회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 아니합니다.

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 지체없이 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 아니합니다.

제 3 조 【약관교부 및 설명의무 등】

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

를 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, 계약전 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 1항에 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 2조 제 10호의 규정에 의한 공인인증기관이 인증한 전자서명을 포함합니다)을 하지 아니한 때에는 계약자는 청약일로부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

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

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

④ 제 2항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 이 보험의 보험계약대출이율을 연단위 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 15세 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

제 5 조 【계약내용의변경】

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 1년 이상 경과된 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 때에는 회사의 사업방법서에 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 28 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 28 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 그 때부터 효력을 가지지 아니하며, 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다.

② 제 1 항에는 보험기간중 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 재해분류표(별표 14 참조)에서 정하는 재해(이하 "재해"라 합니다)로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 호적에 기재된 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 만나이를 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 계약해당일에 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 받은 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 제 1 항 및 제 2 항의 규정에도 불구하고 계약자가 제 1 회 보험료를 신용카드 납입으로 할 때 사용한 카드가 유효기간이 경과한 카드, 위조된 카드, 변조된 카드, 무효 또는 거래정지를 받은 카드 등 기타사유로 신용카드 회사로부터 대금이 지급되지 않는 카드인 경우에는 이 보험 계약의 보장개시일로 소급하여 효력을 가지지 아니합니다.

④ 회사는 제 2 항에도 불구하고 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.

1. 제 32 조(계약전 알릴의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우
2. 제 31 조(계약전 알릴의무)에 의하여 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 회사에 알린 내용 또는 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우

⑤ 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.

⑥ 제 1 항 및 제 2 항의 규정에도 불구하고 제 14 조(“암” 및 “기타피부암”의 정의 및 진단확정) 제 1 항에서 정한 암에 대한 보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90 일이 되는 날의 다음날(이하 “암보장개시일”이라 합니다)로 하며, 회사는 그 날로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

제 10조 【제 2회 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)을 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사 발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.

제 11조 【보험료의 자동대출납입】

- ① 계약자는 제 12 조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의한 보험료의 납입최고(독촉)기간이 경과되기 전까지 보험료의 자동대출납입을 서면으로 신청할 수 있으며, 이 경우 제 41 조(보험계약대출) 제 1 항에 의한 보험계약대출금으로 보험료가 자동적으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다.
- ② 제 1 항에도 불구하고 보험계약대출금과 보험계약대출이자를 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 28 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제 12조 【보험료의납입연체시 납입최고(독촉)와 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 사유로 인하여 계약자가 보험료를 납입하지 못한 경우에는 납입기일부터 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 일이 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(타인을 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 1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제 28 조(해약환급금) 제 1항에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제 13 조 [보험료의납입연체로 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 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다.

② 제 1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제 1 조(보험계약의 성립) 제 2항 및 제 3항, 제 9 조(제 1 회 보험료 및 회사의 보장개시일), 제 31 조(계약전 알릴의무), 제 32 조(계약전 알릴의무 위반의 효과) 및 제 33 조(계약취소권의 행사제한)을 준용합니다.

제 3 관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제 14 조 【“암” 및 “기타 피부암”의 정의 및 진단확정】

① 이 계약에 있어서 “암” 이라 함은 한국표준질병사인분류 중 별표 2(대상이 되는 악성신 생물 분류표(기타피부암 제외))에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타피부의 악성신 생물)에 해당하는 질병 및 전암병소(*pre-malignant condition or condition with malignant potential*)는 제외합니다.

② 이 계약에 있어서 “기타피부암” 이라 함은 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타피부의 악성신 생물)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(피보험

자)가 암 또는 기타피부암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 15 조 【“뇌출혈”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 계약에 있어서 “뇌출혈”이라 함은 한국표준질병사인분류 중 **별표 3(뇌출혈 분류표)**에서 정한 질병을 말합니다. 단, 외상성 머리내 출혈, 혈관성 치매는 제외됩니다.
- ② “뇌출혈”의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력,신경학적 검진과 함께 뇌전산화 단층촬영 (**brain CT scan**), 핵자기 공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 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 뇌출혈으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 16 조 【“급성심근경색증”의 정의 및 진단 확정】

- ① 이 계약에 있어서 “급성심근경색증”이라 함은 한국표준질병사인분류 중 **별표 4(급성심근경색증 분류표)**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(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥촬영술, 혈액 중 심장 효소검사, 핵의학 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 보험대상자(피보험자)가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 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 17 조 【“말기신부전증”의 정의 및 진단 확정】

- ① 이 계약에 있어서 “말기신부전증”이라 함은 양쪽 신장 모두가 비역가적인 기능부전을 보이는 말기신질현(**End Stage Renal Disease**) 으로서 보존요법으로는 치료가 불가능한 말기신부전증 환자가 혈액투석이나 복막투석을 받고 있는 경우를 말합니다. 그러나 혈액투석 또는 복막투석을 받지 못할 경우 해당 임상전문의로부터 진단 또는 치료받고 있음을 증명할 만한 근거를 제시할 수 있어야 합니다. 단, 일시적으로 투석치료를 필요로 하는 신부전증은 말기신부전증에서 제외합니다.

② “알기신부증”의 진단확정은 의료법 제 3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(한 의사, 치과의사 제외) 자격증을 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

제 18 조 【“알기간질환”의 정의 및 진단 확정】

① 이 계약에 있어서 “알기간질환”이라 함은 간질환 중에서 영구적인 황달, 복수, 뇌병증의 3가지 기준을 모두 충족시키는 간경화증을 일으키는 알기간질환을 말합니다.

② “알기간질환”의 진단확정은 의료법 제 3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(한 의사, 치과의사 제외) 자격증을 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

제 19 조 【“알기폐질환”의 정의 및 진단 확정】

① 이 계약에 있어서 “알기폐질환”이라 함은 한국표준질병사인분류중 별표 5(알기 폐질환대상 질병분류표)에 해당하는 폐질환 중 만성적인 호흡기 기능상실을 초래하는 알기폐질환으로서 다음의 2가지 특징을 모두 보여야 합니다.

1. 영구적인 산소 공급 치료가 요구되는 상태
2. 평상시 대기중에서 FEV1 검사 결과 정상 예측치의 25% 이하

② “알기폐질환”의 진단확정은 의료법 제 3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(한 의사, 치과의사 제외) 자격증을 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

제 20 조 【“성인질환”의 정의 및 진단 확정】

① 이 계약에 있어서 “성인질환”이라 함은 한국표준질병사인분류 중 별표 6(성인질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

② “성인질환”의 진단확정은 의료법 제 3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제 21 조 【“남성생활질환”의 정의 및 진단 확정】

① “남성생활질환”이라 함은 별표 7(남성비뇨기계질환분류표), 별표 9(관절관련 질환 분류표) 및 별표 10 (백내장, 중이염, 충수염분류표)에서 정하는 질병을 말합니다.

② “남성생활질환”의 진단확정은 의료법 제 3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원 이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사 자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제 22 조 【“여성생활질환”의 정의 및 진단 확정】

① “여성생활질환”이라 함은 별표 8(부인과질환분류표), 별표

9(관절관련 질환 분류표), 별표 10(백내장, 중이염, 충수염분류표)에서 정하는 질병을 말합니다.

② “여성생활질환”의 진단확정은 의료법 제 3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사 자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제 23 조 【“입원” 및 “수술”의 정의와 장소】

① 이 계약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 별표 13(질병분류표)에서 정하는 질병(성인질환, 남성생활질환 및 여성생활질환 포함)으로 인한 치료가 필요하다고 인정된 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.

② 이 계약에 있어서 “수술”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 「성인질환, 남성생활질환 및 여성생활질환으로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료법 제 3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 적제(摘除) 등의 조작(操作)을 가하는 것[흡인(吸引), 천자(穿刺), 적제(滴劑) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK은 제외], 또는 「별표 12(질병 및 재해분류표)에서 정하는 질병 또는 재해(이하 “질병 또는 재해”라 합니다)로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료법 제 3 조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 별표 15(수술분류표)에서 정한 행위(生體)에 절단(切斷), 적제(摘除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말하며, 흡인(吸引), 천자(穿刺), 적제(滴劑) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK은 제외]를 하는 것」을 말합니다.

제 24 조 【보험금의 종류 및 지급사유】

회사는 보험기간 중 제 9 조(제 1 회 보험료 및 회사의 보장개시일)에서 정한 보장개시일 이후에 보험대상자(피보험자)에게 다음 사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금 (별표 1 “보험금지급기준표”참조)을 지급합니다.

1. 보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 최초로 뇌출혈, 급성심근경색증, 말기신부전증, 말기간질환 또는 말기폐질환으로 진단이 확정되었을 때 : 5 대질환치료비 (단, 1 년이만에 뇌출혈, 급성심근경색증, 말기신부전증, 말기간질환 또는 말기폐질환으로 진단 확정시에는 50%를 지급하며, 해당치료비는 각각 최초 1 회에 한함)

2. 보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 성인질환, 남성생활질환(Mr.형에 한함), 여성생활질환(Ms.형에 한함)의 치료를 직접 목적으로 수술을 받았을 때 또는 “질병 또는 재해”로 인한 치료를 직접 목적으로 수술분류표(별표 15 참조)에서 정한 수술을 받았을 때 : 해당 수술비(단, 1년미만에 성인질환, 남성생활질환, 여성생활질환으로 수술시에는 50%를 지급하며, 해당 수술비는 각각 수술 1회당 지급)
3. 보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 성인질환, 남성생활질환(Mr.형에 한함), 여성생활질환(Ms.형에 한함) 또는 질병의 치료를 직접 목적으로 4일이상 계속하여 입원하였을 때 : 해당 입원비
4. 보험대상자(피보험자)가 보험계약일 이후 60세 계약해당일까지 매 5년 경과 계약해당일시점에 살아있을 때 : 건강관리자금(건강관리형에 한함)
5. 보험대상자(피보험자)가 보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때 : 건강축하금(만기환급형에 한함)

제 25 조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 보험료 납입기간 중 보험대상자(피보험자)가 암보장개시일 이후에 최초로 암으로 진단이 확정되었거나 보장개시일 이후에 최초로 뇌출혈, 급성심근경색증, 말기신부전증, 말기간질환 또는 말기폐질환으로 진단이 확정되었을 때 또는 장애분류표(별표 11 참조, 이하 “장애분류표”라 합니다)중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산한 장애지급률이 50%이상의 장애상태가 되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 그러나 암보장개시일의 전일 이전에 암으로 진단이 확정된 경우 또는 암보장개시일 이후 암진단이 암보장개시일 전에 발생한 암과 인과관계가 있는 경우에는 보험료 납입을 면제하지 아니합니다.
- ② 보험대상자(피보험자)가 보험기간중 사망하고 그 후에 뇌출혈, 급성심근경색증, 말기신부전증, 말기간질환 또는 말기폐질환을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제 24 조 (보험금의 종류 및 지급사유) 제 1 호의 5 대질환치료비를 추가로 지급합니다.
- ③ 제 24 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 2 호의 경우 성인질환, 남성생활질환 또는 여성생활질환으로 인한 수술비 지급사유 발생시 질병 또는 재해로 인한 치료를 직접적으로 수술분류표(별표 15 참조)에서 정한 수술시에 받는 수술비도 추가로 지급하여 드립니다.
- ④ 제 24 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 3 호의 경우 성인질환, 남성생활질환 또는 여성생활질환으로 인한 입원비 지급사유 발생시 질병으로 인한 입원비를 추가로 지급하여 드립니다.
- ⑤ 제 24 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 2 호 및 제 3 호의 경우 암보장개시일의 전일 이전에 암으로 인한 수술비 또는 입원비의 지급사유가 발생한 경우에는 해당 수술비 또는 입원비를

지급하여 드리지 않습니다.

⑥ 제 24 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 3 호의 경우 입원비의 지급일수는 1 회 입원당 120 일을 최고한도로 하며, 보험대상자(피보험자)가 동일한 원인으로 인하여 입원을 2 회 이상 하였을 때 1 회 입원으로 보아, 각 입원일수를 합산하여 120 일을 적용합니다. 그러나 동일한 원인에 의한 입원이라도 입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180 일을 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

⑦ 제 24 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 3 호의 경우 보험대상자(피보험자)가 입원기간 중에 보험기간이 끝났을 경우에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여는 제 6 항의 규정에 따라 입원비를 지급합니다.

⑧ 제 24 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 3 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.

⑨ 보험대상자(피보험자)가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 입원비의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 않습니다.

⑩ 제 1 항의 경우 장해지급률이 재해일부터 180 일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일부터 180 일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만 장해분류표에서 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑪ 제 10 항에 의하여 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.

⑫ 제 1 항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 동상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.

⑬ 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 해당장해 지급률의 20%를 한시장해의 지급률로 정합니다.

⑭ 제 1 항의 경우 동일한 재해 또는 재해이외의 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.

⑮ 제 14 항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은

지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑯ 이 계약 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑰ 제 1항에도 불구하고 계약자는 보험대상자(피보험자)가 암보장개시일 전에 암으로 진단이 확정된 경우에는 진단일부터 그 날을 포함하여 90일 이내에 계약을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

제 26조 【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 1항 각 호의 사유로 인하여 회사가 이 계약을 해지하거나 계약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.

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

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

3. 제 1항 제 3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려 드리지 아니합니다.

제 27조 【전쟁, 기타 변란시의 보험금】

회사는 보험대상자(피보험자)가 전쟁, 기타 변란으로 인하여 제 24조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 1호 내지 제 3호의 사유가 발생한 경우 그 수가 보험료 산출기준에 중대한 영향을 미칠 우려가 있다고 인정될 때에는 금융감독위원회의 인가를 얻어 보험금을 감액하여 드립니다.

제 28조 【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 29 조 【배당금의 지급】

이 계약은 무배당보험이므로 계약자배당금이 없습니다.

제 30 조 【소멸시효】

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

제 4 관 보험계약시 계약자의 계약전 알릴의무 등

제 31 조 【계약전 알릴의무】

계약자 또는 보험대상자(피보험자)는 청약시(진단계약의 경우에는 건강진단시 포함) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 “계약전 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 32 조 【계약전 알릴의무 위반의 효과】

① 회사는 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 제 31 조(계약전 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 않습니다.

1. 회사가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날로부터 1 개월이상 지났거나 또는 보장개시일로부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2 년 (진단계약의 경우 질병에 대하여는 1 년)이 지났을 때
3. 회사가 이 계약의 청약시 보험대상자(피보험자)의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료 (건강진단서 사본 등)에 의하여 승낙동지를 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 계약전 알릴의무사항을 임의로 기재한 경우

② 제 1 항의 중요한 사항이라 함은 회사가 그 사실을 알았더라

면 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 1항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한 할 경우에는 계약전 알릴의무 위반 사실 뿐만 아니라 계약전 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 1항에 의하여 계약을 해지하였을 때에는 해약환급금과 이미 납입한 보험료 중 많은 금액을 지급하여 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

⑤ 제 31조(계약전 알릴의무)의 계약전 알릴의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제 1항에 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당보험금을 지급하여 드립니다.

제 33조 【계약취소권의행사제한】

회사는 보장개시일로부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때에는 민법 제 110조(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 보장개시일로부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터는 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제 5관 보험금 지급 등의 절차

제 34조 【주소변경통지】

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

② 제 1항에서 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 35조 【보험금을 받는 자(보험수익자)의 지정】

이 계약에서 계약자가 보험금을 받는 자(보험수익자)를 지정하지 아니한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)를 제 24조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 4호 및 제 5호의 경우는 계약자

로 하고, 동조 제 1 호 내지 제 3 호의 경우는 보험대상자(피보험자)로 하며, 보험대상자(피보험자)의 사망시는 보험대상자(피보험자)의 상속인으로 합니다.

제 36조 【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 37조 【보험금 지급사유의 발생통지】

계약자 또는 보험대상자(피보험자)나 보험금을 받는 자(보험수익자)는 제 24 조(보험금의 종류 및 지급사유)에 정한 보험금 지급사유가 발생하였을 때에는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제 38조 【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, 입원치료확인서, 수술증명서, 진단서(병명기입), 진료기록부(검사지포함) 등)
 3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
 4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 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 39조 【보험금 등의 지급】

- ① 회사는 제 38 조(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 책임준비금 또는 해약환급금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 책임

준비금 또는 보험료 납입면제의 경우 지급사유 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10 영업일 이내에 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

② 회사는 제 24 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 4 호 또는 제 5 호에 해당하는 보험금의 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 (별표 16) “보험금 지급시의 적립이율 계산”과 같습니다.

③ 계약자, 보험대상자(피보험자) 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)는 제 32 조(계약전 알릴의무 위반의 효과) 및 제 1 항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인일 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 아니합니다.

④ 회사가 보험금 지급사유 조사 및 확인을 위하여 제 1 항의 지급일 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, 장해지급률의 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.

⑤ 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.

⑥ 제 1 항 또는 제 3 항 내지 제 5 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 때까지 보험금 또는 책임준비금의 지급 또는 보험료의 납입 면제를 유예할 수 있습니다.

제 40조 【계약내용의교환】

회사는 보험계약의 체결 및 관리 등을 위한 판단자료로서 활용하기 위하여 다음 각호의 사항을 계약자 및 보험대상자(피보험자)의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련 단체 등에게 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)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 41조 【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 연체든지 상환할 수 있으며 상환하지 아니한 때에는 보험금, 책임준비금 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 제 지급금과 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 6관 분쟁조정 등

제 42조 【분쟁의 조정】

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

제 43조 【관할법원】

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

제 44조 【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 45조 【회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력】

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

제 46조 【회사의 손해배상책임】

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

제 47조 【준거법】

이 약관에서 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

제 48조 【예금보험에 의한 지급보장】

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

(별 표 1)

보험금 지급기준표

【 M. 형】

[기준 : 1 구좌 보험가입금액 1,000 만원]

급부명	지급사유	지급액
5 대질환치료비	보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 최초로 뇌출혈, 급성심근경색증, 말기신부전증, 말기간질환, 또는 말기폐질환으로 진단확정 되었을 때 (각각 최초 1 회에 한함)	2,000 만원 (단, 1 년미만에 최초로 뇌출혈, 급성심근경색증, 말기신부전증, 말기간질환 또는 말기폐질환으로 진단 확정시에는 50% 지급)
수술비	보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 성인질환의 치료를 직접목적으로 수술을 받았을 때	성인질환 1 형 : 300 만원 (수술 1 회당) 성인질환 2 형 : 150 만원 (수술 1 회당) (단, 1 년미만에 성인질환으로 수술시에는 50% 지급)
	보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 남성생활질환의 치료를 직접목적으로 수술을 받았을 때	남성생활질환 : 50 만원 (수술 1 회당) (단, 1 년미만에 남성생활질환으로 수술시에는 50% 지급)
	보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 질병 또는 재해로 인한 치료를 직접목적으로 수술분류표에서 정한 수술을 받았을 때	질병 또는 재해 : 50 만원 (수술 1 회당)
입원비	보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 성인질환의 치료를 직접목적으로 4 일이상 계속하여 입원하였을 때 (1 회 입원당 지급일수는 120 일 한도)	성인질환 1 형 : 4 만원 (3일초과 입원일수 1 일당) 성인질환 2 형 : 2 만원 (3일초과 입원일수 1 일당)
	보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 남성생활질환의 치료를 직접목적으로 4 일이상 계속하여 입원하였을 때 (1 회 입원당 지급일수는 120 일 한도)	남성생활질환 : 1 만원 (3일초과 입원일수 1 일당)

급부명	지급사유	지급액
	보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 질병의 치료를 직접목적으로 4 일 이상 계속하여 입원하였을 때 (1 회 입원당 지급일수는 120 일 한도)	질병 : 2 만원 (3 일초과 입원일수 1 일당)
건강관리자금 (건강관리청에 한함)	보험대상자(피보험자)가 보험계약일 이후 60 세 계약해당일까지 매 5년 경과 계약해당일시점에 살아있을 때	매 5년마다 100 만원
건강축하금 (만기금청에 한함)	보험대상자(피보험자)가 보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	이미 납입한 보험료의 100%

- 주) 1. 암에 대한 보장개시일(이하 "암보장개시일"이라 합니다)은 계약일부터 그 날을 포함하여 90 일이 되는 날의 다음날부터 입니다.
2. 보험대상자(피보험자)가 사망한 경우에는 사망 당시의 책임준비금을 지급하여 드리고, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.
3. 보험료 납입기간 중 보험대상자(피보험자)가 암보장개시일 이후에 최초로 암으로 진단이 확정되었거나 보장개시일 이후에 최초로 뇌출혈, 급성심근경색증, 말기신부전증, 말기간질환 또는 말기폐질환으로 진단이 확정되었을 때 또는 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산한 장해지급률이 50%이상의 장해상태가 되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 그러나 암보장개시일의 전일 이전에 암으로 진단이 확정된 경우 또는 암보장개시일 후 암진단이 암보장개시일 전에 발생한 암과 인과관계가 있는 경우에는 보험료 납입을 면제하지 아니합니다.
4. 암보장개시일의 전일 이전에 암으로 인한 수술비 또는 입원비의 지급사유가 발생한 경우에는 해당 수술비 또는 입원비를 지급하여 드리지 아니합니다.
5. 성인지환 또는 남성생활질환으로 인한 수술비 지급사유 발생시 질병 또는 재해로 인한 치료를 직접목적으로 수술분류표에서 정한 수술시에 받는 수술비도 추가로 지급하여 드립니다.
6. 성인지환 또는 남성생활질환으로 인한 입원비 지급사유 발생시 질병으로 인한 입원비를 추가로 지급하여 드립니다.
7. "5 대질환"이란 뇌출혈, 급성심근경색증, 말기신부전증, 말기간질환, 말기폐질환을 말합니다.
8. "남성생활질환"이라 함은 남성비뇨기계질환, 관절관련 질환 및 백내장 중이염 총수염을 말합니다.
9. "성인지환"이라 함은 "성인지환 1형"과 "성인지환 2형"에 해당되는 질병을 말합니다.
- ▷ 성인지환 1형 : 뇌혈관질환, 특정심질환, 간질환, 당뇨병, 공막(신장)의 기능상실
- ▷ 성인지환 2형 : 급성류마티스열, 고혈압성질환, 위궤양 및 십이지장궤양, 갑상선의 장애, 결핵 및 결핵의 후유증, 당낭염

【 Ms.형 】

[기준 : 1 구좌 보험가입금액 1,000 만원]

급부명	지급사유	지급액
5 대질환치료비	보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 최초로 뇌출혈, 급성심근경색증, 말기신부전증, 말기간질환, 또는 말기폐질환으로 진단확정 되었을 때 (각각 최초 1 회에 한함)	2,000 만원 (단, 1 년미만에 최초로 뇌출혈, 급성심근경색증, 말기신부전증, 말기간질환 또는 말기폐질환으로 진단 확정시에는 50%지급)
수술비	보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 성인질환의 치료를 직접목적으로 수술을 받았을 때	성인질환 1형 : 300 만원 (수술 1 회당) 성인질환 2형 : 150 만원 (수술 1 회당) (단, 1 년미만에 성인질환으로 수술시에는 50%지급)
	보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 여성생활질환의 치료를 직접목적으로 수술을 받았을 때	여성생활질환 : 50 만원 (수술 1 회당) (단, 1 년미만에 여성생활질환으로 수술시에는 50%지급)
	보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 질병 또는 재해로 인한 치료를 직접목적으로 수술분류표에서 정한 수술을 받았을 때	질병 또는 재해 : 50 만원 (수술 1 회당)
입원비	보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 성인질환의 치료를 직접목적으로 4 일이상 계속하여 입원하였을 때 (1 회 입원당 지급일수는 120 일 한도)	성인질환 1형 : 4 만원 (3일초과입원일수1 일당) 성인질환 2형 : 2 만원 (3일초과입원일수1 일당)
	보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 여성생활질환의 치료를 직접목적으로 4 일이상 계속하여 입원하였을 때 (1 회 입원당 지급일수는 120 일 한도)	여성생활질환 : 1 만원 (3일초과입원일수1 일당)

급부명	지급사유	지급액
	보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 질병의 치료를 직접목적으로 4 일 이상 계속하여 입원하였을 때 (1 회 입원당 지급일수는 120 일 한도)	질병 : 2 만원 (3일초과입원일수1일당)
건강관리자금 (건강관리청에 한함)	보험대상자(피보험자)가 보험계약일 이후 60 세 계약해당일까지 매 5 년 경과 계약해당일시점에 살아있을 때	매 5 년마다 100 만원
건강축하금 (만기환급청에 한함)	보험대상자(피보험자)가 보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	이미 납입한 보험료의 100%

- 주)1. 암에 대한 보장개시일(이하 “암보장개시일”이라 합니다)은 계약일부터 그 날을 포함하여 90 일이 되는 날의 다음날부터입니다.
2. 보험대상자(피보험자)가 사망한 경우에는 사망 당시의 책임준비금을 지급하여 드리고, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.
3. 보험료 납입기간 중 보험대상자(피보험자)가 암보장개시일 이후에 최초로 암으로 진단이 확정되었거나 보장개시일 이후에 최초로 뇌출혈, 급성심근경색증, 말기신부전증, 말기간질환 또는 말기폐질환으로 진단이 확정되었을 때 또는 장애분류표 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산한 장애지급률이 50%이상의 장애상대가 되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 그러나 암보장개시일의 전일 이전에 암으로 진단이 확정된 경우 또는 암보장개시일 이후 암진단이 암보장개시일 전에 발생한 암과 인과관계가 있는 경우에는 보험료 납입을 면제하지 아니합니다.
4. 암보장개시일의 전일 이전에 암으로 인한 수술비 또는 입원비의 지급사유가 발생한 경우에는 해당 수술비 또는 입원비를 지급하여 드리지 아니합니다.
5. 성인질환 또는 여성생활질환으로 인한 수술비 지급사유 발생시 질병 또는 재해로 인한 치료를 직접목적으로 수술분류표에서 정한 수술시에 받는 수술비도 추가로 지급하여 드립니다.
6. 성인질환 또는 여성생활질환으로 인한 입원비 지급사유 발생시 질병으로 인한 입원비를 추가로 지급하여 드립니다.
7. “5 대질환”이란 뇌출혈, 급성심근경색증, 말기신부전증, 말기간질환, 말기폐질환을 말합니다.
8. “여성생활질환”이라 함은 부인과질환, 관절관련 질환 및 백내장 중이염 총수업을 말합니다.
9. “성인질환”이라 함은 “성인질환 1 형”과 “성인질환 2 형”에 해당되는 질병을 말합니다.
- ▷ 성인질환 1 형 : 뇌혈관질환, 특정심질환, 간질환, 당뇨병, 공황(신장)의 기능상실
- ▷ 성인질환 2 형 : 급성류마티스염, 고혈압성질환, 위궤양 및 십이지장궤양, 갑상샘의 장애, 결핵 및 결핵의 후유증, 담낭염

(별 표 2)

대상이 되는 악성신생물분류표 (기타피부암 제외)

약관에 규정하는 악성신생물로 분류되는 질병은 제 4 차 개정 한국표준질병사인분류 (통계청 고시 제 2002- 1 호, 2003. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 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 악성 신생물	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 조직 및 관련조직의 악성신생물	C81 - C96
15. 독립된(원발성) 다발성 부위의 악성신생물	C97

- (주) 1. 제 5 차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
2. 기타 피부의 악성신생물(분류번호 C44)은 상기분류표에서 제외됩니다.

(별 표 3)

뇌출혈분류표

약관에 규정하는 뇌출혈로 분류되는 질병은 제 4 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2002- 1 호, 2003. 1. 1 시행)에 의거 다음에 적은 질병을 말합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 거미막밑 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 머리내 출혈	I62

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

(별 표 4)

급성심근경색증분류표

약관에 규정하는 급성심근경색증으로 분류되는 질병은 제 4 차 개정 한국표준질병사인 분류(통계청 고시 제2002-1 호, 2003. 1. 1 시행)에 의거 다음에 적은 질병을 말합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 급성 심근경색증	I21
2. 속발성 심근경색증	I22
3. 급성 심근경색증에 의한 특정 현재 합병증	I23

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)

말기 폐질환대상 질병분류표

약관에 규정하는 말기 폐질환으로 분류되는 질병은 제 4 차 개정 한국표준질병사인 분류(통계청 고시 제2002-1 호, 2003. 1. 1 시행)에 의거 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	병명코드
인플루엔자 및 폐렴	J10 ~ J18
기타 급성 하기도 감염	J20 ~ J22
만성 하기도 질환	J40 ~ J47
외부요인에 의한 폐질환	J60 ~ J70
주로 사이질에 영향을 주는 기타 호흡기 질환	J80 ~ J84
하기도의 하농성 및 괴사성 병태	J85 ~ J86
가슴막의 기타 질환	J90 ~ J94
호흡계통의 기타 질환	J95 ~ J99

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

(별 표 6)

성인질환 분류표

약관에 규정하는 “성인질환”은 제 4 차 개정 한국표준질병사인분류 (통계청 고시 제 2002- 1 호, 2003. 1. 1 시행)에 의거 다음으로 분류된 질병을 말합니다.

	분 류 항 목	분 류 번 호
1 형	1. 뇌혈관질환	I60 - I69
	2. 특정심질환	
	만성류마티스 심장질환	I05 - I09
	허혈성 심장질환	I20 - I25
	폐성 심장병 및 폐순환질환	I26 - I28
	기타 형태의 심장병	I30 - I52
	3. 간질환	
	바이러스감염	B15 - B19
	간의 질환	K70 - K77
	4. 당뇨병	E10 - E14
5. 콩팥(신장)의 기능상실	N17 - N19	
2 형	1. 급성류마티스열	I00 - I02
	2. 고혈압성질환	I03 - I13, I15
	3. 위궤양 및 십이지장궤양	K25 - K27
	4. 감상생의 장애	E00 - E07
	5. 결핵 및 결핵의 후유증	A15 - A19, B90
	6. 당뇨병	K81

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

(별 표 7)

남성비뇨기계질환분류표

약관에 규정하는 “남성비뇨기계질환”은 제4차 개정 한국표준질병사인분류 (통계청 고시 제2002-1호, 2003. 1. 1 시행)에 의거 다음으로 분류된 질병을 말합니다.

분류항목		분류번호
사구체 질환	·급성 신염 증후군	N00
	·급속 진행성 신염 증후군	N01
	·재발성 및 지속성 혈뇨	N02
	·만성 신염 증후군	N03
	·신 증후군	N04
	·상세불명의 신염 증후군	N05
	·영시된 형태학적 병소를 동반한 고립성 단백뇨	N06
	·달리 분류되지 않은 유전성 신장병증	N07
·달리 분류된 질환에서의 사구체 장애	N08	
신세뇨관 - 사이질성 질환	·급성 세뇨관 - 사이질성 신염	N10
	·만성 세뇨관 - 사이질성 신염	N11
	·급성 또는 만성으로 명시되지 않은 세뇨관 사이질성 신염	N12
	·폐쇄성 및 역류성 요로병증	N13
	·약물 및 중금속 유발성 세뇨관 사이질성 및 세뇨관성병태	N14
	·기타 신세뇨관 - 사이질성 질환	N15
·달리 분류된 질환에서의 세뇨관 - 사이질성 장애	N16	
요로결석증	·콩팥(신장) 및 요관의 결석	N20
	·하부 요로의 결석	N21
	·달리 분류된 질환에서의 요로의 결석	N22
	·상세불명의 콩팥(신장) 산통	N23
콩팥(신장) 및 요관의 기타장애	·신세뇨관 기능 손상으로 인한 장애	N25
	·상세불명의 콩팥(신장) 위축	N26
	·원인미상의 작은 콩팥(신장)	N27
	·달리 분류되지 않은 콩팥(신장) 및 요관의 기타 장애	N28
	·달리 분류된 질환에서의 콩팥(신장) 및 요관의 기타 장애	N29
비뇨기 계통의 기타질환	·방광염	N30
	·달리 분류되지 않은 방광의 신경근육 기능 장애	N31
	·방광의 기타 장애	N32
	·달리 분류된 질환에서의 방광 장애	N33
	·요도염 및 요도 증후군	N34
	·요도 협착	N35
	·요도의 기타 장애	N36
	·달리 분류된 질환에서의 요도 장애	N37
	·비뇨기계통의 기타 장애	N39
남성생식 기관의 질환	·전립선의 증식	N40

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

(별 표 8)

부인과질환분류표

약관에 규정하는 “부인과질환”은 제 4 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2002- 1 호 2003. 1. 1 시행)에 의거 다음에 적은 질병을 말합니다.

분 류 항 목	분 류 번 호
[유방의 장애]	
·양성 유방 형성이상	N60
·유방의 염증성 장애	N61
·유방의 비대	N62
·유방의 상세불명의 소괴	N63
·유방의 기타 장애	N64
[여성 골반내 장기의 염증성 질환]	
·자궁관염 및 난소염	N70
·자궁목을 제외한 자궁의 염증성 질환	N71
·자궁목의 염증성 질환	N72
·기타 여성 골반의 염증성 질환	N73
·달리 분류된 질환에서의 여성 골반 염증성 장애	N74
·바르톨린선의 질환	N75
·질 및 외음부의 기타 염증	N76
·달리 분류된 질환에서의 외음질의 궤양 및 염증	N77
[여성생식기의 비염증성 장애]	
·자궁내막증	N80
·여성생식기 탈출	N81
·여성생식기를 포함한 셋길	N82
·난소, 자궁관 및 넓은 인대의 비염증성 장애	N83
·여성생식기의 폴립	N84
·경부를 제외한 자궁의 기타 비염증성 장애	N85
·자궁목의 미란 및 외반증	N86
·자궁목의 형성이상	N87
·자궁목의 기타 비염증성 장애	N88
·질의 기타 비염증성 장애	N89
·외음부 및 회음부의 기타 비염증성 장애	N90
·무월경, 소량 및 희발 월경	N91
·과다, 빈발 및 불규칙 월경	N92
·기타 이상 자궁 및 질 출혈	N93
·여성 생식기관 및 월경주기와 관련된 동통 및 기타 병태	N94
·폐경기 및 기타 폐경기전후 장애	N95
·달리 분류되지 않은 비요생식기계통의 처치후 장애	N99
·양성신생물	D10 - D36
·행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37 - D48

제 5 차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약 관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별 표 9)

관절관련 질환 분류표

약관에 규정하는 관절관련 질환으로 분류되는 질병은 제 4 차개정 한국 표준질병사인분류 (통계청 고시 제 2002- 1 호, 2003. 1. 1 시행)중 의 거 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명		분류 번호	
관 절 병 증	감염성 관절병 증	화농성 관절염	M00
		달리 분류된 감염성 및 기생충성 질환에 서의 관절의 직접 감염	M01
		반응성 관절병증	M02
		달리 분류된 질환에서의 감염후 및 반응 성 관절병증	M03
	염증성 다발성 관절병 증	혈청검사 양성인 류마티스 관절염	M05
		기타 류마티스 관절염	M06
		건선성 및 장병증성 관절병증	M07
		청소년성 관절염	M08
		달리 분류된 질환에서의 청소년성 관절염	M09
		통풍	M10
		기타 결정성 관절병증	M11
		기타 특정 관절병증	M12
		기타 관절염	M13
		달리 분류된 기타 질환에서의 관절병증	M14
	관절증	다발성 관절증	M15
		영양관절증	M16
		무릎관절증	M17
		제 1 손목손허리 관절의 관절증	M18
		기타 관절증	M19
	기타 관절장 애	손가락 및 발가락의 후천성 변형	M20
		사지의 기타 후천성 변형	M21
		무릎뼈의 장애	M22
		무릎의 내(內) 이상	M23
		기타 명시된 관절 이상	M24
달리 분류되지 않은 기타 관절 장애		M25	
전신경화증 및 조직장애	전신 홍반성 루푸스	M32	
	피부다발근육염	M33	
	전신 경화증	M34	
골다공증 관련장애	병적 골절을 동반한 골다공증	M80	
	병적 골절이 없는 골다공증	M81	
	달리 분류된 질환에서의 골다공증	M82	
	뼈 연속성의 장애	M84	

제 5 차 개정 이후 한국표준질병사인분류(KCD)에 있어서 상기 질병 이외의 약 관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별 표 10)

백내장, 중이염, 충수염분류표

약관에 규정하는 백내장, 중이염, 충수염으로 분류되는 질병은 제 4 차 개정 한국표준질병사인 분류 (통계청고시 제 2002- 1 호, 2003. 1. 1 시행)에 의거 다음에 적은 질병을 말합니다.

분 류 항 목		분류번호
백 내 장	노년 백내장	H25
	기타 백내장	H26
	당뇨 백내장	H28.0
	기타내분비, 영양 및 대사 질환에서의 백내장	H28.1
	달리 분류된 기타질환에서의 백내장	H28.2
중 이 염	비화농성 중이염	H65
	화농성 및 상세불명의 중이염	H66
	달리 분류된 질환에서의 중이염	H67
충 수 염	급성 충수염	K35
	기타 충수염	K36
	상세불명의 충수염	K37
	충수의 기타질환	K38

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

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 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 장애에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당장애 지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 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 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표상 2 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 지급률만을 적용한다.
- 2) 동일한 신체부위에 2 가지 이상의 장애가 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 장애의 판정대상에 포함되지 않는다.
- 4) 장애진단서에는 ① 장애진단명 및 발생시기 ② 장애의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계·정신행동 장애의 경우 ① 개호여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가적으로 기재하여야 한다.

장애분류별 판정기준

1. 눈의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 두눈이 멀었을 때	100
2) 한눈이 멀었을 때	50
3) 한눈의 교정시력이 0.02이하로 된 때	35
4) “ 0.06 ”	25
5) “ 0.1 ”	15
6) “ 0.2 ”	5
7) 한눈의 안구에 뚜렷한 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 1 년 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 45 세 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 뜬을 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(凹沒) 등에 의해 의안마저 삽입할 수 없는 상태이면 “뚜렷한 추상(추한 모습)”으로, 의안을 삽입할 수 있는 상태이면 “약간의 추상(추한 모습)”으로 지급률을 가산한다.

11) “눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때”에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장해를 포함하여 장해를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장해를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장해평가 방법 중 피보험자에 유리한 것을 적용한다.

2 귀의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

- 1) 청력장해는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB : decibel)로서 표시하고 3 회 이상 청력검사를 실시한 후 순음 평균역치에 따라 적용한다.
- 2) “한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB 이상인 경우를 말한다.
- 3) “심한 장해를 남긴 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB 이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- 4) “약간의 장해를 남긴 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB 이상인 경우에 해당되어, 50cm 이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- 5) 순음청력검사를 실시하기 곤란하거나 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 “언어청력검사, 임피던스 청력검사, 뇌간유발반응청력검사(ABR), 자기청력계기검사, 이음향방사검사” 등을 추가실시 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. 장애판정기준

- 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 또는 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 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, ㅋ, ㆁ)
 - ④ 후두음(ㅇ, ㅎ)
- 6) “말하는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 2종 이상의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
- 7) “말하는 기능에 약간의 장애를 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 장애로 평가한다.
- 9) “치아의 결손”이란 치아의 상실 또는 치아의 신경이 죽었거나 1/3 이상이 파절된 경우를 말한다.
- 10) 유상치 또는 가교치 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 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 1/2 이상 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 1/4 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

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 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. 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 관여도를 산정하여 평가한다.
- 3) 심한 운동장해
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 4 개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
- 4) 뚜렷한 운동장해
 - ① 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 3 개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
 - ② 머리뼈와 상위경추(상위목뼈: 제 1,2 목뼈)간의 뚜렷한 이상전위가 있을 때
- 5) 약간의 운동장해
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 2 개의 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
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 마디이상

수술하거나 하나의 추간판이라도 2 회이상 수술하고 마미신 경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장애가 있는 경우

10) 뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크)

추간판 1 마디를 수술하여 신경증상이 뚜렷하고 특수 보조검사(주변부위로 뺀치는 증상) 또는 감각 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 뺀치는 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) 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) “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 미국의사협회(A.M.A.) “영구적 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 근력검사서 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 근력검사서

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 3 대 관절중 1 관절에 기능장애가 생기고 다른 1 관절에 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 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 장애 평가는 하지의 3대관절의 관절운동 범위 제한 및 동요성 유무 등으로 평가한다. 각 관절의 운동 범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) "영구적 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 2 개뼈 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 3 대 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. 그 중 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(근위지관절)로부터 심장에서 먼쪽에서 발가락뼈를 잃었을 때를 말

- 하고 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 굴신기능을 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. 장애의 판정기준

- 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 평생도록 받아야 할 때
 - ③ 방광의 기능이 완전히 없어진 때
- 2) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은
 - ① 위, 대장 또는 췌장의 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 의상 후 6개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장애를 평가한다. 그러나, 6개월이 경과하였다 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위내에서 장애 평가를 유보한다.
- ⑤ 장애진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

- ① 상기 정신행동장애 지급률에 미치지 않는 장애에 대해서는 “<불임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”에 따라 지급률을 산정하여 지급한다.
- ② 일반적으로 상해를 입은 후 24 개월이 경과한 후에 판정을 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 전문가가 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 뇌파 이상을 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 호

흡장애, 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 의식 장애가 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 방법을 나올 수 없는 상태(지급률 40%)- 휠체어 또는 다른 사람의 도움없이는 방법을 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%)- 숟가락 사용은 가능하나 젓가락 사용이 불가능하여 음식물 섭취에 있어 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%)- 독립적인 음식물 섭취는 가능하나 젓가락을 이용하여 생선을 바르거나 음식물을 자르지는 못하는 상태(5%)
배변 배뇨	<ul style="list-style-type: none">- 배설을 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 12)

질병 및 재해분류표

이 분류는 제 4 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2002-1 호, 2003. 1. 1 시행)에 의한 것임.

분 류 항 목	분류번호
I. 특정 감염성 및 기생충성 질환	A00 - B99
II. 신생물	C00 - D48
III. 혈액 및 조혈기관의 질환과 면역기전을 침범하는 특정 장애	D50 - D89
IV. 내분비, 영양 및 대사 질환	E00 - E90
VI. 신경계통의 질환	G00 - G99
VII. 눈 및 눈 부속기의 질환	H00 - H59
VIII. 귀 및 꼭지돌기의 질환	H60 - H95
IX. 순환기계통의 질환	I00 - I99
X. 호흡기계통의 질환	J00 - J 99
X I. 소화기계통의 질환	K00 - K93
X II. 피부 및 피부밑조직의 질환	L00 - L99
X III. 근육골격계통 및 결합조직의 질환	M00 - M99
X IV. 비뇨생식기계통의 질환	N00 - N99
X V. 임신, 출산 및 산후기	O00 - O99
X VI. 출산전후기에 기원한 특정 병태	P00 - P96
XVIII. 달리 분류되지 않은 증상, 징후와 임상 및 검사의 이상소견	R00 - R99
X IX. 손상, 중독 및 외인에 의한 특정 기타 결과	S00 - T98
X X. 질병이환 및 사망의 외인 *전염병 예방법 제 2 조 제 1 항 제 1 호에 규정한 전염병 *치료상 부작용을 일으키는 약품, 의약품 및 생물체제 에 의한 사고	V01 - Y98

(주) 다음 사항은 입원급여금 지급대상에서 제외합니다.

1. 정신장애(심신상실, 정신박약을 포함합니다)로 인하여 입원한 경우
2. 선천적인 장애로 인하여 입원한 경우
3. 마약, 습관성 의약품 및 알콜중독으로 인하여 입원한 경우
4. 치의보철과 정상임신, 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법 유산 등으로 인하여 입원한 경우
5. 치료를 수반하지 아니하는 건강진단(인간 도-크검사를 포함합니다), 미용상의 처치, 질병을 직접적인 원인으로 하지 아니하는 불임 수술 또는 제왕절개수술 등으로 인하여 입원한 경우

(별 표 13)

질병분류표

이 분류는 제 4 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2002- 1 호, 2003. 1. 1 시행)에 의한 것임.

분 류 항 목	분류번호
I. 특정 감염성 및 기생충성 질환	A00 - B99
II. 신생물	C00 - D48
III. 혈액 및 조혈기관의 질환과 면역기전을 침범하는 특정 장애	D50 - D89
IV. 내분비, 영양 및 대사 질환	E00 - E90
VI. 신경계통의 질환	G00 - G99
VII. 눈 및 눈 부속기의 질환	H00 - H59
VIII. 귀 및 꼭지돌기의 질환	H60 - H95
IX. 순환기계통의 질환	I00 - I99
X. 호흡기계통의 질환	J00 - J 99
X I. 소화기계통의 질환	K00 - K93
X II. 피부 및 피부밑조직의 질환	L00 - L99
X III. 근육골격계통 및 결합조직의 질환	M00 - M99
X IV. 비뇨생식기계통의 질환	N00 - N99
X V. 임신, 출산 및 산후기	O00 - O99
X VI. 출생전후기에 기원한 특정 병태	P00 - P96
XVII. 달리 분류되지 않은 증상, 징후와 임상 및 검사의 이상소견	R00 - R99

(주) 다음 사항은 입원비 지급대상에서 제외합니다.

1. 정신장해(삼신상실, 정신박약을 포함합니다)로 인하여 입원한 경우
2. 선천적인 장애로 인하여 입원한 경우
3. 마약, 습관성 의약품 및 알콜중독으로 인하여 입원한 경우
4. 치의보철과 정상임신, 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인하여 입원한 경우
5. 치료를 수반하지 아니하는 건강진단(인간 도-크검사를 포함합니다), 미용상의 처치, 질병을 직접적인 원인으로 하지 아니하는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인하여 입원한 경우

(별 표 14)

재해분류표

재해라 함은 우발적인 외래의 사고(다만, 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화되었을 때에는 그 경미한 외부요인은 우발적인 외래의 사고로 보지 아니함)로서 다음 분류표에 따른 사고를 말한다.

* 이 분류는 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2002-1 호, 2003. 1. 1 시행) 중 "질병이환 및 사망의 외인"에 의한 것임.

분 류 항 목	분류번호
1. 운수사고에서 다친 보행자	V01 ~V09
2. 운수사고에서 다친 자전거 탑승자	V10 ~V19
3. 운수사고에서 다친 모터사이클 탑승자	V20 ~V29
4. 운수사고에서 다친 삼륜자동차량의 탑승자	V30 ~V39
5. 운수사고에서 다친 승용차 탑승자	V40 ~V49
6. 운수사고에서 다친 픽업 트럭 또는 밴의 탑승자	V50 ~V59
7. 운수사고에서 다친 대형화물차의 탑승자	V60 ~V69
8. 운수사고에서 다친 버스 탑승자	V70 ~V79
9. 기타 육상운수 사고	V80 ~V89
10. 수상 운수사고	V90 ~V94
11. 항공 및 우주 운수사고	V95 ~V97
12. 기타 및 상세불명의 운수사고	V98 ~V99
13. 추락	W00 ~W19
14. 무생물성 기계적 힘에 노출	W20 ~W49
15. 생물성 기계적 힘에 노출	W50 ~W64
16. 불의의 물에 빠짐	W65 ~W74
17. 기타 불의의 호흡 위험	W75 ~W84
18. 전류, 방사선 및 극순환 기온 및 압력에 노출	W85 ~W99
19. 연기, 불 및 불꽃에 노출	X00 ~X09
20. 열 및 가열된 물질과의 접촉	X10 ~X19
21. 유독성 동물 및 식물과 접촉	X20 ~X29
22. 자연의 힘에 노출	X30 ~X39
23. 유독성 물질에 의한 불의의 중독 및 노출	X40 ~X49
24. 기타 및 상세불명의 인자에 불의의 노출	X58 ~X59
25. 가해	X85 ~Y09
26. 의도 미확인 사건	Y10 ~Y34
27. 법적개입 및 전쟁행위	Y35 ~Y36
28. 치료시 부작용을 일으키는 약물, 약제 및 생물학 물질	Y40 ~Y59
29. 외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난	Y60 ~Y69
30. 진단 및 치료에 이용되는 의료장치에 의한 부작용	Y70 ~Y82
31. 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 후에 합병증을 일으키게 한 외과적 및 내과적 처치	Y83 ~Y84
32. 전염병 예방법 제 2 조 제 1 항 제 1 호에 규정한 전염병	

※ 다음 사항은 재해관련급부 지급대상에서 제외됩니다.

- ① “약물 및 의약품에 의한 불의의 중독” 중 외용약 또는 약물접촉에 의한 알레르기 피부염(L23.3)
- ② “기타 고체 및 액체물질, 가스 및 증기에 의한 불의의 중독” 중 한국 표준질병사인분류상 A00~R99에 분류가 가능한 것
- ③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난”중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고
- ④ “자연 및 환경요인에 의한 불의의 사고” 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
- ⑤ “익수, 질식 및 이물에 의한 불의의 사고” 중 질병에 의한 호흡장애 및 삼킴장애
- ⑥ “기타 불의의 사고” 중 과로 및 격렬한 운동으로 인한 사고
- ⑦ “법적 개입” 중 처형(Y35.5)

(별 표 15)

수술분류표

수술의 종류		등급	
피부, 유방의 수술 (皮膚, 乳房의手術)	1. 식피술(植皮術) (25cm ² 미만은 제외함)	2종	
	2. 유방절단술(乳房切斷術)	2종	
근골의 수술 (筋骨의手術) [발정술(拔釘術)은 제외함]	3. 골이식술(骨移植術)	2종	
	4. 골수염, 골결핵수술(骨髓炎, 骨結核手術) [농양(膿瘍)의 단순한 절개는 제외함]	2종	
	5. 두개골 관혈수술(頭蓋骨 觀血手術) [비골, 비중격(鼻骨, 鼻中隔)은 제외함]	2종	
	6. 비골 관혈수술(鼻骨 觀血手術) [비중격만곡증수술(鼻中隔灣曲症手術)은 제외함]	1종	
	7. 상악골, 하악골, 악관절 관혈수술(上顎骨, 下顎骨, 顎關節 觀血手術) [치, 치육(齒, 齒肉)의 처치에 수반하는 것은 제외함]	2종	
	8. 척추, 골반 관혈수술(脊椎, 骨盤 觀血手術)	2종	
	9. 쇄골, 견갑골, 늑골, 흉골 관혈수술(鎖骨, 肩胛骨, 肋骨, 胸骨 觀血手術)	1종	
	10. 사지절단술(四肢切斷術) [손가락, 발가락은 제외함]	2종	
	11. 절단사지재접합술(切斷四肢再接合術) [골, 관절(骨, 關節)의 이단(離斷)에 수반하는 것]	2종	
	12. 사지골, 사지관절 관혈수술(四肢骨, 四肢關節 觀血手術) [손가락, 발가락은 제외함]	1종	
	13. 근, 건, 인대 관혈수술(筋, 腱, 靭帶 觀血手術) [손가락, 발가락은 제외함. 근염, 결절종, 점액종수술(筋炎, 結節腫, 粘液腫手術)은 제외함]	1종	
	호흡기, 흉부의 수술 (呼吸器, 胸部의手術)	14. 만성부비강염근본수술(慢性副鼻腔炎根本手術)	1종
		15. 후두전적제술(喉頭全摘除術)	2종
16. 기관, 기관지, 폐, 흉막수술(氣管, 氣管支, 肺, 胸膜手術) [개흉술(開胸術)을 수반하는 것]		2종	
17. 흉곽형성술(胸郭形成術)		2종	
18. 종격중앙적출술(縱隔腫瘍摘出術)		3종	
순환기, 비의 수술 (循環器, 脾의手術)	19. 관혈적혈관형성술(觀血的血管形成術) [혈액투석용(血液透析用) Shunt 형성술(形成術)을 제외함]	2종	
	20. 정맥류근본수술(靜脈瘤根本手術)	1종	
	21. 대동맥, 대정맥, 폐동맥, 관동맥수술(大動脈, 大靜脈, 肺動脈, 冠動脈手術) [개흉, 개복술(開胸, 開腹術)을 수반하는 것]	3종	

수술의 종류		등급
	22. 심막절개, 봉합술(心膜切開, 縫合術)	2 중
	23. 직시하심장내수술(直視下心腸內手術)	3 중
	24. 체내용(體內用) Pace Maker 매입술(埋入術)	2 중
	25. 비적제술(脾摘除術)	2 중
소화기의 수술 (消化器의 手術)	26. 이하선종양적출술(耳下腺腫瘍摘出術)	2 중
	27. 악하선종양적출술(顎下腺腫瘍摘出術)	1 중
	28. 식도이단술(食道離斷術)	3 중
	29. 위절제술(胃切除術)	3 중
	30. 기타의 위, 식도수술(胃, 食道手術) [개흉, 개복술(開胸, 蓋覆術)을 수반하는 것]	2 중
	31. 복막염수술(腹膜炎手術)	2 중
	32. 간장, 담낭, 담도, 췌장 관혈수술(肝臟, 膽囊, 膽道, 胰臟 觀血手術)	2 중
	33. 탈장 근본수술(脫腸 根本手術)	1 중
	34. 충수절제술, 맹장봉축술(蟲垂切除術, 盲腸縫縮術)	1 중
	35. 직장탈근본수술(直腸脫 根本手術)	2 중
	36. 기타의 장, 장간막수술(腸, 腸間膜手術)[개복술(開腹術)을 수반하는 것]	2 중
	37. 치루, 탈항, 치핵근본수술(痔瘻, 脫肛, 痔核根本手術) [근치(根治)를 목적으로 한 것으로 처치, 단순한 치핵(痔核)만의 수술은 제외함]	1 중
뇌, 성기의 수술 (尿, 性器의 手術)	38. 신이식수술(腎移植手術) [수용자(受容者)에 한함]	3 중
	39. 신장, 신우, 뇨관, 방광 관혈수술(腎臟, 腎盂, 尿管, 膀胱 觀血手術) [경뇨도적조작(經尿道的操作)은 제외함]	2 중
	40. 뇨도협착 관혈수술(經尿狹窄 觀血手術) [경뇨도적조작(經尿道的操作)은 제외함]	2 중
	41. 뇨루폐쇄 관혈수술(尿瘻閉鎖 觀血手術) [경뇨도적조작(經尿道的操作)은 제외함]	2 중
	42. 음경절단술(陰莖切斷術)	3 중
	43. 고환, 부고환, 정관, 정삭, 정낭, 전립선수술(辜丸, 副辜丸, 精管, 精索, 精囊, 前立腺手術)	2 중
	44. 음낭수종근본수술(陰囊手腫根本手術)	1 중
	45. 자궁광범전적제술(子宮廣汎全摘除術) [단순자궁전적(單純子宮全摘)등의 자궁전적제술(全摘除術)은 제외함]	3 중
	46. 자궁경관형성술, 자궁경관봉축술(子宮頸管形成術, 子宮頸管縫縮術)	1 중
	47. 제왕절개만출술(帝王切開娩出術)	1 중
	48. 자궁외임신수술(子宮外妊娠手術)	2 중
	49. 자궁탈, 질탈수술(子宮脫, 膺脫手術)	2 중

수술의 종류		등급
	50. 기타의 자궁수술(子宮手術) [자궁경관 Polyp 절제술, 인공임신중절술(子宮經管 Polyp 切除術, 人工妊娠中絶術)은 제외함]	2 종
	51. 난관, 난소 관혈수술(卵管, 卵巢 觀血手術) [경질적조작(經腔的操作)은 제외함]	2 종
	52. 기타의 난관, 난소수술(卵管, 卵巢手術)	1 종
내분비기의 수술 (內分泌 器의 手術)	53. 뇌하수체 종양적제술(腦下垂體腫瘍摘除術)	3 종
	54. 갑상선수술(甲狀腺手術)	2 종
	55. 부신전적제술(副腎全摘除術)	2 종
신경의 수술 (神經의 手術)	56. 두개내 관혈수술(頭蓋內 觀血手術)	3 종
	57. 신경 관혈수술(神經 觀血手術) [형성술, 이식 술, 절제술, 감압술, 개방술, 염제술 (形成術, 移植 術, 切除術, 減壓術, 開放術, 捻除術)]	2 종
	58. 관혈적척수종양적출수술(觀血的脊髓腫瘍摘出手術)	3 종
	59. 척수경막내외 관혈수술(脊髓硬膜內外 觀血手術)	2 종
감각기, 시기 의 수술 (感覺器, 視器 의 手術)	60. 안검하수증수술(眼瞼下垂症手術)	1 종
	61. 누소관형성술(淚小管形成術)	1 종
	62. 누낭비강문합술(淚囊鼻腔吻合術)	1 종
	63. 결막낭형성술(結膜囊 形成術)	1 종
	64. 각막이식술(角膜移植術)	1 종
	65. 관혈적전방, 홍채, 초자체, 안와내이물제거술 (觀血的前房, 虹彩, 硝子體, 眼窩內異物除去術)	1 종
	66. 홍채 전후유착박리술(虹彩前後癒着剝離術)	1 종
	67. 녹내장 관혈수술(綠內障 觀血手術)	2 종
	68. 백내장, 수정체 관혈수술(白內障, 水晶體 觀血手術)	2 종
	69. 초자체 관혈수술(硝子體, 觀血手術)	1 종
	70. 망막박리증수술(網膜薄利症手術)	1 종
	71. Laser, 냉동응고(冷凍凝固)에 의한 안구수술(眼 球手術) [시술(施術) 개시일부터 60 일간에 1 회의 급여를 한도로 함]	1 종
	72. 안구적제술, 조직충전술(眼球摘除術, 組織充填術)	2 종
	73. 안와종양적출술(眼窩腫瘍摘出手術)	2 종
74. 안근이식술(眼筋移植術)	1 종	
감각기, 청기 의 수술 (感覺器, 聽器 의 手術)	75. 관혈적고막, 고실형성술(觀血的鼓膜, 鼓室形成術)	2 종
	76. 유양동삭개술(乳樣洞削開術)	1 종
	77. 중이근본수술(中耳根本手術)	2 종
	78. 내이 관혈수술(內耳 觀血手術)	2 종
	79. 청신경종양적출술(聽神經腫瘍摘出手術)	3 종
악성신생물 의 수술 (惡性新生物 의 手術)	80. 악성신생물근치수술(惡性新生物 根治手術)	3 종
	81. 악성신생물온열료법(惡性新生物溫熱療法) [시술(施術) 개시일부터 60 일간에 1 회의 급여 를 한도로 함]	1 종

수술의 종류		등급
	82. 기타의 악성신생물수술(惡性新生物手術)	2종
상기 이외의 수술 (上記 以外の 手術)	83. 상기 이외의 개두술(開頭術)	2종
	84. 상기 이외의 개흉술(開胸術)	2종
	85. 상기 이외의 개복술(開腹術)	1종
	86. 충격파(衝擊波)에 의한 체내결석파쇄술(體內結石破碎術) [시술(施術) 개시일부터 60 일간에 1 회의 급여를 한도로 함]	2종
	87. Fiberscope 또는 혈관(血管) Basket Catheter 에 의한 뇌, 후두, 흉부, 복부장기 수술 (腦, 喉頭, 胸部, 腹部腸器手術)[검사, 처치는 포함하지 않음. 시술(施術)개시일부터 60 일간에 1 회의 급여를 한도로 함]	1종
신생물근치 방사선 조사 (新生物根治 放射線照射)	88. 신생물근치 방사선조사(新生物根治 放射線照射)[5,000 Rad 이상의 조사(照射)로 시술(施術) 개시일부터 60 일간에 1 회의 급여를 한도로 함]	1종

* 상기 「수술분류표 상의 수술을 대신하여 완치율이 높고 일반적으로 의학계에서 인정하고 있는 첨단 치료기법으로 시술한 경우 「수술분류표 상의 동일부위 수술로 본다.

(비 고)

1. 치료를 목적으로 한 수술

“치료를 직접목적으로 한 수술”이란 치료를 위한 수술을 말하며, 예를 들어 미용성형 수술, 질병을 직접원인으로 하지 않은 불임수술 또는 제왕절개수술, 충수의 예방적 수술 등은 해당되지 아니합니다.

2. 개두술

“개두술”이란 두개를 열어 뇌를 노출시키는 수술을 말합니다.

3. 개흉술

“개흉술”이란 흉강을 여는 수술로서 농흉수술, 흉막, 폐장, 심장, 횡경막, 종격동, 식도수술 등 흉강내에 조작을 가할 때에 행하는 것을 말합니다. 또한 개흉술에 준하는 것으로서 늑골, 흉골의 절제술을 포함하는 것으로 합니다.

4. 개복술

“개복술”이란 복벽을 절개하여 복강을 여는 수술로서 위, 십이지장, 소장, 대장, 충수, 간장 및 담도, 췌장, 비장, 난소 및 자궁수술등 복강내에 조작을 가할 때에 행하는 것을 말합니다. 또한 개복술에 준하는 것으로서 신장, 요관 및 방광수술을 포함하는 것으로 하지만 경뇨도적조작에 의한 것은 해당되지 아니합니다.

(별 표 16)

보험금 지급시의 적립이율 계산 (제 39 조 제 2 항 관련)

구 분	적립기간	적립이율	
5 대질환치료비, 수술비, 입원비(제 24 조 제 1 호 내지 제 3 호) 및 보험대상자(피보험자) 사망당시의 책임준비금(제 7 조 제 1 항)	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간	보험계약대출이율	
건강관리자금 (제 24 조 제 4 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 보험기간 만기일까지의 기간	예정이율
		보험기간 만기일의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	1 년미만 : 예정이율의 50% 1 년초과기간 : 1%
	보험금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간		예정이율+1%
	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간		보험계약대출이율
건강축하금 (제 24 조 제 5 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 년미만 : 예정이율의 50% 1 년초과기간 : 1%
	보험금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간		예정이율+1%
	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간		보험계약대출이율

구분	적립기간	적립이율
해약환급금 (제 28 조 제 1 항)	해약환급금 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 해약환급금 청구일까지의 기간	1 년미만 : 예정이율의 50% 1 년초과기간 : 1%
	해약환급금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간	예정이율+1%
	지급기일의 다음날부터 해약환급금 지급일까지의 기간	보험계약대출 이율

- 주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효(제 7 조)가 완성된 이후에는 더 이상 지급이자를 적립하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.

무배당정기특약약관

무배당 정기특약 보통약관

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 주계약이 해지(解止) 및 기타사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우, 제 3 조(보험대상자(피보험자)의 범위)에서 정하는 보험대상자(피보험자)가 사망하거나 장해분류표(별표 2 참조) 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 80% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제 2 조 【특약의 보장개시일】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제 3 조 【보험대상자(피보험자)의 범위】

- ① 이 특약의 보험대상자(피보험자)는 주계약의 보험대상자(피보험자)(이하 “보험대상자(피보험자)”라 합니다)로 합니다.
- ② 제 1 항에도 불구하고 주계약이 연생보험인 경우에는 주계약의 주보험대상자(주피보험자)로 합니다.

제 4 조 【특약내용의 변경】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 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 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 13 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

- ② 주계약이 단체보험인 계약에 이 특약을 부가하는 경우에도 제 1 항을 따릅니다. 그러나, 보험대상자(피보험자)가 보험료의 일부 또는 전부를 부담하는 경우에도 보험대상자(피보험자)의 동의를 받아야 합니다.
- ③ 제 1 항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제 6 조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간 및 납입기간은 이 특약의 부가시에 회사 소정의 범위 내에서 정합니다.

제 2 관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제 7 조 【특약 보험료의 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.
- ② 주계약의 보험료를 납입하고 이 특약의 보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약에 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ③ 제 1 항 및 제 2 항에 따라 특약이 해지된 경우에는 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 주계약약관의 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 2 조(특약의 보장개시일)을 따릅니다.

제 3 관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제 10 조 【보험금의 종류 및 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 사망 또는 장애분류표 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 80% 이상인 장애상태가 되었을 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 사망보험금(별표 1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다.

제 11 조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

② 제 1 조 (특약의 체결 및 소멸) 제 2 항 및 제 10 조(보험금의 종류 및 지급사유)에는 보험기간 중 보험대상자(피보험자)의 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 3 “재해분류표”에서 정한 재해를 말하며, 이하 같습니다)로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 후직에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.

③ 제 1 조 (특약의 체결 및 소멸) 제 2 항 및 제 10 조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 재해로 인하여 장애상태가 되고 장애지급률이 재해일 부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만 장애분류표에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

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

⑤ 제 1 조 (특약의 체결 및 소멸) 제 2 항 및 제 10 조 (보험금의 종류 및 지급사유)에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑥ 제 1 조 (특약의 체결 및 소멸) 제 2 항 및 제 10 조 (보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용합니다.

⑦ 제 1 조 (특약의 체결 및 소멸) 제 2 항 및 제 10 조 (보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 “한시장애”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당장애지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 정합니다.

⑧ 제 1 조 (특약의 체결 및 소멸) 제 2 항 및 제 10 조(보험금의 종류 및 지급사유)의 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.

⑨ 제 8 항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정 기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

제 12 조 【보험금을 지급하지 아니하는 보험 사고】

① 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급 사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지(解止)할 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 경우와 특약의 보장개시일(부활(호력회복)계약의 경우는 부활(호력회복)청약일)부터 2 년이 경과된 후에 자살하거나 자신을 해침으로써 장애분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 80% 이상의 장애상태가 되었을 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 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.

1. 제 1 항 제 1 호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드립니다.
2. 제 1 항 제 2 호의 경우에는 지급하지 아니한 사망 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
3. 제 1 항 제 3 호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드리지 아니합니다.

제 13 조 【해약환급금】

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

제 4관 보험금 지급 등의 절차

제 14조 【보험금 등 청구시 구비서류】

- ① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 해약환급금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서 등)
 3. 신분증 (주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
 4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 주계약이 단체보험인 계약에 이 특약을 부가하는 경우에도 제 1항을 따릅니다. 그러나, 보험대상자(피보험자)가 보험료의 일부 또는 전부를 부담하는 경우로서 보험대상자(피보험자)가 아닌 계약자가 청구하는 경우에는 보험대상자(피보험자) 또는 그 상속인의 동의서도 제출하여야 합니다.
- ③ 병원 또는 의원에서 발급한 제 1항 제 2호의 사고증명서는 의료법 제 3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 15조 【보험금등의지급】

- ① 회사는 제 14조(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 지급합니다. 다만, 보험금의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 지급합니다.
- ② 제 1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표 4 (보험금 지급시의 적립이율 계산)와 같습니다.
- ③ 회사가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제 1항의 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 16조 【보험금 받는 방법의 변경】

- ① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험금을 받는 자(보험수익자))는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 제 10조

(보험금의 종류 및 지급사유) 제 1 호에 의한 사망보험금의 전부 또는 일부에 대하여 분할지급 또는 일시지급 방법으로 변경할 수 있습니다.

② 회사는 제 1 항에 의하여 일시금을 분할하여 지급하는 경우에는 그 미지급금액에 대하여 이 특약의 예정이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급하며, 분할지급금액을 일시금으로 지급하는 경우에는 이 특약의 예정이율로 할인한 금액을 지급합니다.

제 5 관 기타사항

제 17 조 【주계약 약관 및 단체취급특약의 준용】

- ① 이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약을 따릅니다.

제 18 조 【종신보험으로의 전환】

- ① 계약자는 특약의 보험기간이 만료되기 전 보험대상자(피보험자)가 보험가입적격자인지 여부에 관계없이 이 계약을 종신보험으로 변경(이하 “전환”이라 합니다) 할 수 있습니다. 이 경우 전환 후 계약의 보험가입금액은 전환 전 특약의 전환 당시 사망 또는 장애분류표 중 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 80% 이상인 장애상태가 되었을 때 지급될 금액의 80%를 한도로 합니다.
- ② 제 1 항에도 불구하고, 보험대상자(피보험자)의 나이가 전환일 현재 65 세를 초과하는 경우이거나 특약의 보험기간 만료 전 2년 이내에는 이 특약을 전환할 수 없습니다.
- ③ 보험대상자(피보험자)의 장애로 인하여 보험료 납입이 면제된 후 이 특약을 전환할 경우에는 회사는 전환 후 계약의 보험료 납입을 면제하여 드리지 아니합니다.
- ④ 전환 후 계약의 보험료는 전환일 현재 보험대상자(피보험자)의 나이에 의하여 계산합니다.
- ⑤ 전환 후 계약은 전환 후 계약의 약관 및 보험료율이 적용됩니다.

(별 표 1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약보험가입금액 1,000 만원]

급 여 명	지급사유	지 급 액
사 망 보 험 금	보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 사망 또는 장애분류표 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 80% 이상인 장애상태가 되었을 때	1,000 만원

(별 표 2)

장해분류표

주보험의 (별표 11) “장해분류표”와 동일

(별 표 3)

재해분류표

주보험의 (별표 14) “재해분류표”와 동일

(별 표 4)

보험금 지급시의 적립이율 계산 (제 15조 제 2항 관련)

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
사망보험금 (제 10 조)	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간	보험계약대출이율
해약환급금 (제 13 조 제 1 항)	해약환급금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 해약환급금 청구일까지의 기간	1 년이내 : 예정이율 의 50% 1 년초과기간 : 1%
	해약환급금청구일의 다음날부 터 지급기일까지의 기간	예정이율 + 1%
	지급기일의 다음날부터 해약환 급금 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산합니다.

2. 계약자의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에
대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.

무배당 하나암보장특약 약관

무배당하나암보장특약 약관

제 1 관 특약의 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 보험계약을 “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.

제 2 조 【보험대상자(피보험자)의 범위】

- ① 이 특약의 보험대상자(피보험자)는 주계약의 보험대상자(피보험자)(이하 “보험대상자(피보험자)”라 합니다)로 합니다.
- ② 제 1 항에도 불구하고 주계약이 연생보험인 경우에는 주계약의 주보험대상자(주피보험자)로 합니다.

제 3 조 【특약의 보장개시일】

- ① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
- ② 제 1 항의 경우에도 불구하고 제 11 조(암 등의 정의 및 진단 확정) 제 1 항에서 정한 “암”에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90 일이 되는 날의 다음날로 합니다. (이하 “암보장개시일”이라 합니다.)

제 4 조 【특약의 무효】

보험대상자(피보험자)가 계약일로부터 제 3 조(특약의 보장개시일) 제 2 항에서 정한 암보장개시일 전일 이전에 제 11 조(암 등의 정의 및 진단 확정) 제 1 항에서 정한 “암”으로 진단 확정되는 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료를 돌려 드립니다.

제 5 조 【특약내용의 변경】

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

는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제 16 조(해약환급금) 제 1 항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.
③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제 6 조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 16 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 주계약이 단체보험인 계약에 이 특약을 부가하는 경우에도 제 1 항을 따릅니다. 그러나, 보험대상자(피보험자)가 보험료의 일부 또는 전부를 부담하는 경우에는 보험대상자(피보험자)의 동의를 받아야 합니다.
- ③ 제 1 항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제 7 조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간 및 납입기간은 주계약과 동일합니다.

제 2 관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제 8 조 【특약보험료의납입】

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

제 9 조 【보험료의 납입연체시 특약의 해지】

- ① 보험료를 납입하지 아니하여 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
- ② 주계약의 보험료를 납입하고 특약의 보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약에 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ③ 제 1 항 및 제 2 항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제 16 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금 지급합니다

제 10 조 【보험료의납입연체로 인한 해지 특약의 부활(효력회복)】

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)(復活) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신청

이 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 11 조 【암 등의 정의 및 진단확정】

① 【“암” 및 “기타 피부암”의 정의 및 진단확정】

1. 이 계약에 있어서 “암” 이라 함은 한국표준질병사인분류중 별표 2 대상이 되는 악성신생물 분류표(기타 피부암 제외)]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 “기타 피부암”이라 함은 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
3. “암” 및 “기타 피부암”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 피보험자가 “암” 및 “기타 피부암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

② 【“상피내암”의 정의 및 진단확정】

1. 이 계약에 있어서 “상피내암” 이라 함은 한국표준질병사인분류중 별표 3(상피내의 신생물 분류표)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 피보험자가 “상피내암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

③ 【“경계성 종양”의 정의 및 진단확정】

1. 이 계약에 있어서 “경계성 종양” 이라 함은 한국표준질

병사인분류중 별표 4(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2. “경계성 종양”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 피보험자가 “경계성 종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 12조 【“입원”의 정의와 장소】

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

제 13조 【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 보장개시일(암의 경우에는 암보장개시일)이후에 최초로 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양으로 진단이 확정되었을 때 : 암치료비 지급(단, 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양 각각 1 회의 진단확정에 한하여 지급)
2. 보험대상자(피보험자)가 보장개시일(암의 경우에는 암보장개시일) 이후에 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양으로 진단 확정되고, 그 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양의 치료를 직접적인 목적으로 하여 수술을 받았을 때 : 암수술비 지급
3. 보험대상자(피보험자)가 보장개시일(암의 경우에는 암보장개시일)이후에 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양으로 진단 확정되고, 그 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양의 치료를 직접적인 목적으로 하여 4 일 이상 계속하여 입원하였을 때 : 암입원비 지급

제 14조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 주계약의 보험료 납입이 면제되었거나 보험대상자(피보험자)

가 암, 뇌출혈 또는 급성심근경색증으로 진단이 확정되었을 때 또는 보험료 납입기간 중 보험대상자(피보험자)가 장애분류표(별표 5 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 50%이상인 장애상태가 되었을 때에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

② 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 암을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 제 13 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 1 호의 암치료비를 지급하여 드립니다. 단, 암보장개시일의 전일 이전에 암으로 진단이 확정된 경우는 제외합니다.

③ 제 13 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 3 호의 경우 보험대상자(피보험자)가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정하는 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.

④ 제 13 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 3 호의 경우 암입원비 지급일수는 1 회 입원당 120 일을 최고한도로 합니다.

⑤ 제 13 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 3 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 4 항의 규정을 적용합니다.

그러나, 동일한 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양에 의한 입원이라도 암입원비의 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180 일을 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

⑥ 제 13 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 3 호의 경우 보험대상자(피보험자)가 암입원비 지급사유에 해당하는 입원기간 중에 보험기간이 끝났을 때에도 그 계속중인 입원기간에 대하여는 제 4 항의 규정에 따라 계속 암입원비를 지급합니다.

⑦ 제 13 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 3 호의 “계속하여 입원”이란 중도 퇴원없이 계속하여 입원하는 것을 뜻합니다.

⑧ 보험대상자(피보험자)가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 아니한 때에는 회사는 암입원비의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 않습니다.

⑨ 제 1 항의 경우 재해로 인하여 장애상태가 되고 장애지급률이 재해일 부터 180 일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일부터 180 일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만 장애분류표에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑩ 제 9 항에 의하여 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 재해일부터 2 년이내)중에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태(사망 포함)를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.

⑪ 제 1 항에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑫ 제 1 항의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류

표상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다.

⑬ 제 1 항의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 “한시장애”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당장애 지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 정합니다.

⑭ 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.

⑮ 제 14 항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

제 15조 【보험금을 지급하지 아니하는 보험 사고】

① 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급 사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 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 받는자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우

② 회사는 제 1 항 각호의 사유로 인하여 회사가 이 특약을 해지하거나 특약이 더이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.

1. 제 1 항 제 1 호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

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 16조 【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 4관 보험금 지급 등의 절차

제 17조 【보험금 등 청구시 구비서류】

① 보험금을 받는자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해약환급금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(암, 기타피부암, 상피내암, 경계성종양의 진단서, 수술확인서, 입원증명서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타, 보험금을 받는자(보험수익자) 또는 계약자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 주계약이 단체보험인 계약에 이 특약을 부가하는 경우에도 제 1 항을 따릅니다. 그러나, 보험대상자(피보험자)가 보험료의 일부 또는 전부를 부담하는 경우로서 보험대상자(피보험자)가 아닌 계약자가 청구하는 경우에는 보험대상자(피보험자) 또는 그 상속인의 동의서도 제출하여야 합니다.

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

제 18조 【보험금 등의 지급】

① 회사는 제 17조(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날로부터 3 영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 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 6> “보험금 지급시의 적립이율 계산”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 가 지급 제도에 대하여 보험대상자(피보험자) 또는 보험금을 받는자(보험수익자)에게 서면으로 통지하여 드리며, 장애지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 보험금 지급이 지연되는 경우에는 보험금을 받는자(보험수익자)의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금을 우선적으로 가지급할 수 있습니다.

제 5관 기타사항

제 19조 【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.

보험금 지급기준표

[기준 : 특약보험가입금액 1,000 만원]

급 여 명	지 급 사 유	지 급 액	
암치료비	보험대상자(피보험자)가 암보장개시일 이후에 최초로 암으로 진단이 확정되었을 때	1,000 만원 (1 회에 한함)	
	보험대상자(피보험자)가 보장개시일 이후에 최초로 “기타피부암”, “상피내암” 또는 “경계성종양”으로 진단이 확정되었을 때	200 만원 (각 1 회에 한함)	
	계약일부터 1 년이만 경과시에 지급사유가 발생하는 경우에는 상기금액의 50%를 지급		
암수술비	보험대상자(피보험자)가 암보장개시일 이후에 암으로 진단이 확정되고 그 암의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 때	최초수술	300 만원
		2 회이후수술 (수술1 회당)	100 만원
	보험대상자(피보험자)가 보장개시일 이후에 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 때	30 만원 (수술 1 회당)	
암입원비	보험대상자(피보험자)가 암보장개시일 이후에 암으로 진단이 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 4 일이상 계속 입원하였을 때	3 만원 (3 일 초과 1 일당)	
	보험대상자(피보험자)가 보장개시일 이후에 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양으로 진단이 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 4 일이상 계속 입원하였을 때	2 만원 (3 일 초과 1 일당)	

주) 1. 암보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90 일이 지난 날의 다음 날로 합니다.

2. 암입원비의 지급일수는 1 회 입원당 120 일을 최고한도로 합니다.

(별 표 2)

대상이 되는 악성신생물분류표 (기타피부암 제외)

약관에 규정하는 악성신생물로 분류되는 질병은 제 4 차 개정 한국표준질병사인분류 (통계청 고시 제 2002- 1 호, 2003. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 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 악성 신생물	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 질병 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
- 2. 기타 피부의 악성신생물(분류번호 C44)은 상기분류표에서 제외됩니다.

(별 표 3)

상피내의 신생물분류표

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

대 상 질 병 명	분 류 번 호
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 신생물분류표

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

대 상 질 병 명	분 류 번 호
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
11. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물	D47
12. 기타 및 상세 불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물	D48

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

(별 표 5)

장애분류표

주보험의 (별표 11) “장애분류표”와 동일

(별 표 6)

보험금 지급시의 적립이율 계산 (제 18조 제 2항 관련)

구 분	적 립 기 간	적 립 이 율
보험금 (제 13 조)	지급기일의 다음날부터 보 험금 지급일까지의 기간	보험계약대출이율
해약환급금 (제 16 조제 1 항)	해약환급금 지급사유가 발 생한 날의 다음날부터 해약 환급금 청구일까지의 기간	1 년이내 : 예정이율의 50% 1 년초과기간 : 1%
	해약환급금청구일의 다음날 부터 지급기일까지의 기간	예정이율 + 1%
	지급기일의 다음날부터 해약 환급금 지급일까지의 기간	보험 계약대출이율

- 주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약의 소멸사유가 완성
된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당
기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.

무배당 하나재해보장특약약관

무배당 하나재해보장특약 보통약관

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 보험계약을 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사”라 합니다)
- ② 제 2 조(보험대상자(피보험자)의 범위)에서 정하는 보험대상자(피보험자)가 사망하였을 경우에는 사망 당시의 책임준비금을 지급하여 드리고 이 특약은 그 때부터 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.
- ③ 주계약의 해지(解止) 및 기타사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.
- ④ 제 2 항의 경우 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하며, 다만, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제 27 조(실종의 선고) 제 2 항의 규정에 준하는 사유 또는 재해 분류표(별표 2 참조)에서 정하는 재해(이하 “재해”라 합니다)로 인하여 사망한 것으로 정무기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 호적에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.

제 2 조 【보험대상자(피보험자)의 범위】

- ① 이 특약의 보험대상자(피보험자)는 주계약의 보험대상자(피보험자)(이하 “보험대상자(피보험자)”라 합니다)로 합니다.
- ② 제 1 항에도 불구하고 주계약이 연생보험인 경우에는 주계약의 주보험대상자(주피보험자)로 합니다.

제 3 조 【특약의 보장개시일】

- ① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
- ② 제 1 항의 경우에도 불구하고 제 9 조(“암” 및 기타피부암)의 정의 및 진단확정) 제 1 항에서 정한 “암”에 대한 보장개시일은 계약일부더 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 합니다.(이하 “암보장개시일”이라 합니다.)

제 4 조 【특약내용의 변경】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 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 19 조(해약환급금) 제 1항에 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 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 19 조(해약환급금) 제 1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제 1항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제 6 조 【특약의 보험기간 및 납입기간】

이 특약의 보험기간 및 보험료 납입기간은 이 특약의 부가시에 회사소정의 범위 내에서 정합니다.

제 2 관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제 7 조 【특약 보험료의 납입】

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

제 8 조 【보험료의 납입 연체시 특약의 해지】

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.
- ② 주계약의 보험료를 납입하고 특약의 보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약에서 정한 보험료 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 특약은 해지됩니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ③ 제 1항 및 제 2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제 19 조(해약환급금) 제 1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 9 조 【보험료의 납입연체로 인한 해지 특약의 부활(효력회복)】

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 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)을 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 별표 6(대상이 되는 악성신생물 분류표(기타피부암 제외))에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물)에 해당하는 질병 및 전암병소(*pre-malignant 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 또는 기타피부암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 11 조 【“뇌출혈”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 계약에 있어서 “뇌출혈”이라 함은 한국표준질병사인분류 중 별표 7(뇌출혈 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 단, 외상성 머리내 출혈, 혈관성 치매는 제외됩니다.
- ② “뇌출혈”의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화 단층촬영(*brain CT scan*), 핵자기 공명영상법(*MRI*), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(*PET*), 단일광자방출 전산화단층촬영(*SPECT*), 뇌척수액검사 등을 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 뇌출혈으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 12 조 【“급성심근경색증”의 정의 및 진단 확정】

- ① 이 계약에 있어서 “급성심근경색증”이라 함은 한국표준질병

사인분류 중 별표 8(급성심근경색증 분류표)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(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥촬영술, 혈액 중 심장 효소검사, 핵의학 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 보험대상자(피보험자)가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 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 【“재해골절”의 정의 및 진단확정】

① 이 계약에 있어서 “재해골절”이라 함은 재해를 직접적인 원인으로 뼈의 구조상의 연속성이 완전하게 또는 불완전하게 끊어진 상태에서 한국표준질병사인분류 중 별표 3(재해골절분류표)에서 정하는 골절을 말합니다.

② “재해골절”의 진단 확정은 의료법 제 3 조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사 자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제 14 조 【“화상 및 부식”의 정의 및 진단확정】

① 이 계약에 있어서 “화상 및 부식”이라 함은 한국표준질병사인분류 중 별표 3(화상 및 부식분류표)에서 정하는 화상 및 부식을 말합니다.

② “화상 및 부식”의 진단 확정은 의료법 제 3 조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사 제외) 자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제 15 조 【입원 및 수술의 정의와 장소】

① 이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 화상 및 부식 또는 재해로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 의사에 의하여 화상 및 부식 또는 재해로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료법 제 3 조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 수술(기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 적제(摘除) 등

의 조작(操作)을 가하는 것을 말하며 흡인(吸引), 천자(穿刺), 적제(滴劑) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK은 제외]를 하는 것을 말합니다.

제 16 조 【보험금의 종류 및 지급사유】

회사는 보험기간중 제 3조(특약의 보장개시일)에서 정한 보장개시일 이후에 보험대상자(피보험자)에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금(별표 1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다.

1. 보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 재해골절 상태가 되었을 때 : 재해골절치료비(단, 동일 재해에 의한 경우 1 회에 한함)
2. 보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 재해로 인한 치료를 직접목적으로 수술을 받았을 때 : 재해수술비
3. 보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 화상 및 부식으로 인한 치료를 직접목적으로 수술을 받았을 때 : 화상수술비
4. 보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 화상 및 부식으로 인한 치료를 직접목적으로 11 일이상 계속하여 입원하였을 때 : 화상입원비
5. 보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 재해로 인한 치료를 직접목적으로 4 일이상 계속하여 입원하였을 때 : 재해입원비
6. 보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 재해로 인한 치료를 직접목적으로 31 일이상 계속하여 입원하였을 때 : 장기입원비

제 17 조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제 되었거나 보험대상자(피보험자)가 암보장개시일 이후에 최초로 암으로 진단이 확정되었거나 보장개시일 이후에 최초로 뇌출혈 또는 급성심근경색증으로 진단이 확정되었을 때 또는 장해분류표(별표 4 참조, 이하 “장해분류표”라 합니다)중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산한 장해지급률이 50%이상의 장해상태가 되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 그러나 암보장개시일의 전일 이전에 암으로 진단이 확정된 경우 또는 암보장개시이후 암진단이 암보장개시일 전에 발생한 암과 인과관계가 있는 경우에는 보험료 납입을 면제하지 아니합니다.
- ② 제 16 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 3 호의 경우 화상수술비 지급사유 발생시에 재해수술비를 추가로 지급하여 드립니다.
- ③ 제 16 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 4 호의 경우 화상입원비 지급사유 발생시에 재해입원비를 추가로 지급하여 드리며, 화상 및 부식으로 31 일이상 계속하여 입원시의 경우에는 재해입원비와 장기입원비를 추가로 지급하여 드립니다.
- ④ 제 16 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 6 호의 경우 장기입원

비 지급사유 발생시에 재해입원비를 추가로 지급하여 드립니다.

⑤ 제 16 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 4 호 내지 제 6 호의 경우 화상입원비의 지급일수는 1회 입원당 110 일, 재해입원비의 지급일수는 1회 입원당 120 일, 장기입원비의 지급일수는 1회 입원당 90 일을 최고한도로 하며, 보험대상자(피보험자)가 동일한 원인으로 인하여 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 보아, 각 입원일수를 합산하여 화상입원비는 110 일, 재해입원비는 120 일, 장기입원비는 90 일을 적용합니다. 그러나 동일한 원인에 의한 입원이라도 입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180 일을 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

⑥ 제 16 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 4 호 내지 제 6 호의 경우 보험대상자(피보험자)가 입원기간 중에 보험기간이 끝났을 경우에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여는 제 4 항의 규정에 따라 입원비를 지급합니다.

⑦ 제 16 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 4 호 내지 제 6 호에서 “계속하여 입원”이란 중도 퇴원없이 계속하여 입원하는 것을 뜻합니다. 다만, 보험대상자(피보험자)가 병원 또는 의원에 이 전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정하는 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.

⑧ 보험대상자(피보험자)가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 입원비의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

⑨ 제 1 항의 경우 장해지급률이 재해일부부터 180 일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일부부터 180 일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만 장해분류표에서 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑩ 제 9 항에 의하여 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 재해일부부터 2년 이내)중에 장해상태가 더 악화될 때에는 그 악화된 장해상태(사망포함)를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑪ 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.

⑫ 제 1 항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 ‘한시장해’라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당장해 지급률의 20%를 한시장해의 지급률로 정합니다.

⑬ 제 1 항의 경우 동일한 재해 또는 재해이외의 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.

⑭ 제 13항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑮ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑯ 제 1항에도 불구하고 계약자는 보험대상자(피보험자)가 암보장개시일 전에 암으로 진단이 확정된 경우에는 진단일부터 그 날을 포함하여 90일 이내에 계약을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

제 18조 【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】

① 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 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 회사는 제 1항 각 호의 사유로 인하여 회사가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.

1. 제 1항 제 1호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드립니다.

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

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

제 19조 【해약환급금】

① 이 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 4 관 보험금 지급 등의 절차

제 20 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(회사양식)
 2. 사고증명서(사망진단서, 장애진단서, 골절진단서, 화상진단서, 입원치료확인서, 수술증명서, 진단서(병명기입) 등)
 3. 신분증 (주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
 4. 기타, 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 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 21 조 【보험금 등의 지급】

- ① 회사는 제 20 조(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 보험금, 책임준비금 또는 해약환급금을 드리거나 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 제 1 항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표 9 (보험금 지급시의 적립이율 계산)와 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 22 조 【주계약 약관 및 단체취급특약의 준용】

- ① 이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관을 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 액
재해골절 치료비	보험대상자(피보험자)가 보험 기간 중 재해골절 상태가 되 었을 때 (단, 동일 재해에 의한 경우 1 회에 한함)	20 만원 (골절발생 1 회당)
재해수술비	보험대상자(피보험자)가 보험기 간 중 재해로 인한 치료를 직접 목적으로 수술을 받았을 때	50 만원 (수술 1 회당)
화상수술비	보험대상자(피보험자)가 보험 기간 중 화상 및 부식으로 인 한 치료를 직접목적으로 수술 을 받았을 때	200 만원 (수술 1 회당)
화상입원비	보험대상자(피보험자)가 보험 기간 중 화상 및 부식으로 인 한 치료를 직접목적으로 11 일 이상 계속하여 입원하였을 때 (1 회입원당 지급일수는110일 한도)	2 만원 (10일 초과입원일수1일당)
재해입원비	보험대상자(피보험자)가 보험 기간 중 재해로 인한 치료를 직접목적으로 4 일 이상 계속 하여 입원하였을 때 (1 회입원당 지급일수는120일 한도)	2 만원 (3 일초과입원일수1일당)
장기입원비	보험대상자(피보험자)가 보험 기간 중 재해로 인한 치료를 직접목적으로 31 일 이상 계 속하여 입원하였을 때 (1 회입원당 지급일수는90일 한도)	2 만원 (30 일초과입원일수1일당)

- 주)1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었거나
보험대상자(피보험자)가 암보장개시일 이후에 최초로 암으로 진단이
확정되었거나 보장개시일 이후에 최초로 뇌출혈 또는 급성심근경색증으로
진단이 확정되었을 때 또는 장애분류표 중 동일한 재해 또는 재해이외의
동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산한 장애지급률이 50%이상의 장애상대가
되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 그러나
암보장개시일의 전일 이전에 암으로 진단이 확정된 경우 또는 암보장개시일
이후 암진단이 암보장개시일 전에 발생한 암과 인과관계가 있는 경우에는 보험료
납입을 면제하지 아니합니다.
2. 암보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90 일이 되는 날의
다음날부터입니다.
3. 보험대상자(피보험자)가 사망한 경우에는 사망 당시의 책임준비금을

지급하여 드리고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

4. 화상수술비 지급사유 발생시에 재해수술비를 추가로 지급하여 드립니다.
5. 화상입원비 지급사유 발생시에 재해입원비를 추가로 지급하여 드리며, 화상 및 부식으로 31 일이상 계속하여 입원시의 경우에는 재해입원비와 장기입원비를 추가로 지급하여 드립니다.
6. 장기입원비 지급사유 발생시에 재해입원비를 추가로 지급하여 드립니다.

(별 표 2)

재해분류표

주보험의 (별표 14) “재해분류표”와 동일

(별 표 3)

재해골절분류표

약관에 규정하는 재해골절로 분류되는 질병은 제 4 차 개정 한국표준질병사인분류 (통계청 고시 제2002- 1 호, 2003. 1. 1 시행)에 의거 다음에 적은 질병을 말합니다.

분 류 항 목	분류번호
· 머리뼈 및 얼굴뼈의 골절	S02
· 목의 골절	S12
· 갈비뼈, 복강뼈 및 등뼈의 골절	S22
· 허리뼈 및 골반의 골절	S32
· 어깨 및 팔죽지의 골절	S42
· 아래팔의 골절	S52
· 손목 및 손부위에서의 골절	S62
· 넓적다리뼈의 골절	S72
· 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
· 발목을 제외한 발의 골절	S92
· 다발성 신체부위의 골절	T02
· 상세불명 부위의 척추의 골절	T08
· 상세불명 부위의 팔 골절	T10
· 상세불명 부위의 다리 골절	T12
· 상세불명의 신체부위의 골절	T14.2

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

(별 표 4)

장해분류표

주보험의 (별표 11) “장해분류표”와 동일

(별 표 5)

화상 및 부식 분류표

약관에 규정하는 “화상 및 부식”으로 분류되는 질병은 제 4 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2002- 1 호, 2003.1.1 시행)중 다음에 적은 항목을 말합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 머리 및 목의 화상 및 부식	T20
2. 몸통의 화상 및 부식	T21
3. 손목 및 손을 제외한 어깨팔의 화상 및 부식	T22
4. 손목 및 손의 화상 및 부식	T23
5. 발목 및 발을 제외한 엉덩이 및 다리의 화상 및 부식	T24
6. 발목 및 발의 화상 및 부식	T25
7. 눈 및 부속기에 국한된 화상 및 부식	T26
8. 호흡기도의 화상 및 부식	T27
9. 기타 내부기관의 화상 및 부식	T28
10. 다발성 신체부위의 화상 및 부식	T29
11. 상세불명 신체부위의 화상 및 부식	T30
12. 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 화상	T31
13. 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 부식	T32

제 5 차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 화상 및 부식 이외에 약관에서 정하는 화상 및 부식이 있는 경우에는 그 화상 및 부식도 포함하는 것으로 합니다.

(별 표 6)

대상이 되는악성신생물분류표 (기타피부암 제외)

(무)하나암보장특약의 (별표 2) “대상이 되는악성신생물분류표”와 동일

(별 표 7)

뇌출혈분류표

주보험의 (별표 3) “뇌출혈분류표”와 동일

(별 표 8)

급성심근경색증분류표

주보험의 (별표 4) “급성심근경색증분류표”와 동일

(별 표 9)

보험금 지급시의 적립이율 계산 (제 21 조 제 2항 관련)

구 분	적 립 기 간	적 립 이 율
보험금(제 16 조) 및 보험대상자(피 보험자) 사망 당시 의 책임준비금(제 1 조 제 2 항)	지급기일의 다음날부터 보 험금 지급일까지의 기간	보험계약대출이율
해약환급금 (제 19 조 제 1 항)	해약환급금 지급사유가 발 생한 날의 다음날부터 해약 환급금 청구일까지의 기간	1 년이내 : 예정이율의 50% 1 년초과기간 : 1%
	해약환급금청구일의 다음날 부터 지급기일까지의 기간	예정이율 + 1%
	지급기일의 다음날부터 해약 환급금 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약의 소멸시효
가 완성된 이후에는 더 이상 지급이자를 적립하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그
해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.

무배당 하나질병입원특약 약관

무배당 하나질병입원특약 보통약관

제 1관 특약의 성립과 유지

제 1조 【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 보험계약을 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사”라 합니다)
- ② 제 2 조(보험대상자(피보험자)의 범위)에서 정하는 보험대상자(피보험자)가 사망하였을 경우에는 사망 당시의 책임준비금을 지급하여 드리고 이 특약은 그 때부터 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.
- ③ 주계약의 해지(解止) 및 기타사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.
- ④ 제 2 항의 경우 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하며, 다만, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제 27 조(실종의 선고) 제 2 항의 규정에 준하는 사유 또는 재해분류표(별표 4 참조)에서 정하는 재해(이하 “재해”라 합니다)로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 호적에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.

제 2조 【보험대상자(피보험자)의 범위】

- ① 이 특약의 보험대상자(피보험자)는 주계약의 보험대상자(피보험자)(이하 “보험대상자(피보험자)”라 합니다)로 합니다.
- ② 제 1 항에도 불구하고 주계약이 연생보험인 경우에는 주계약의 주보험대상자(주피보험자)로 합니다.

제 3조 【특약의 보장개시일】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제 4조 【특약내용의 변경】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 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 14 조(해약환급금) 제 1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제 5조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 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 6조 【특약의 보험기간 및 납입기간】

이 특약의 보험기간 및 보험료 납입기간은 이 특약의 부가시에 회사소정의 범위 내에서 정합니다.

제 2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제 7조 【특약보험료의납입】

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

제 8조 【보험료의 납입연체시 특약의 해지】

- ① 보험료를 납입하지 아니하여 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.
- ② 주계약의 보험료를 납입하고 특약의 보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 특약은 해지됩니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ③ 제 1 항 및 제 2 항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제 14 조(해약환급금) 제 1 항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 9조 【보험료의납입연체로 인한 해지 특약의 부활(효력회복)】

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)(復活) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약약관의 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)을 준용합니다.

제 3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제 10조 【“입원”의 정의와 장소】

이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과 의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 별표 2(질병분류표)에서 정하는 질병(이하 “질병”이라 합니다.)으로 인한 치료가 필요하다고 인정된 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 11조 【보험금의 종류 및 지급사유】

회사는 보험대상자(피보험자)가 특약의 보험기간 중 별표 2(질병분류표)에서 정하는 질병의 치료를 직접목적으로 4 일 이상 계속하여 입원하였을 때 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 입원비(별표 1 “보험금 지급기준표” 참조)를 지급합니다.

제 12조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었거나 보험대상자(피보험자)가 장애분류표(별표 3 참조, 이하 “장애분류표”라 합니다)중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 50%이상인 장애상태가 되었을 때에는 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

② 제 11 조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 입원비의 지급일수는 1 회 입원당 120 일을 최고한도로 하며, 보험대상자(피보험자)가 동일한 질병의 치료를 직접목적으로 입원을 2 회 이상 하였을 때 1 회 입원으로 보아, 각 입원일수를 합산하여 지급일수 120 일을 적용합니다.

그러나, 동일한 질병에 의한 입원이라도 입원비가 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180 일을 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

③ 제 11 조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 보험대상자(피보험자)가 입원기간 중에 보험기간이 끝났을 때에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여는 제 2 항의 규정에 따라 계속 입원비를 지급합니다.

④ 제 11 조(보험금의 종류 및 지급사유)의 “계속하여 입원”이란 중도 퇴원없이 계속하여 입원하는 것을 뜻합니다. 다만, 보험대상자(피보험자)가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에 회사가 이를 인정하는 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.

⑤ 보험대상자(피보험자)가 경당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 아니한 때에는 회사는 입원비의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

⑥ 제 1 항의 경우 장애지급률이 재해일로부터 180 일 이내에 확

정되지 아니하는 경우에는 재해일부터 **180**일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만 장애분류표에서 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑦ 제 6 항에 의하여 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 재해일부터 2년 이내)중에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태(사망포함)를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.

⑧ 제 1 항의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 동상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용합니다.

⑨ 제 1 항의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 '한시장애'라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당장애 지급률의 20%를 한시장애의 지급률로 정합니다.

⑩ 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.

⑪ 제 10항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑫ 이 특약에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

제 13조 【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】

① 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 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 회사는 제 1 항 각호의 사유로 인하여 회사가 이 특약을 해지하거나 특약이 더이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.

1. 제 1 항 제 1 호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.
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 않습니다.

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 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 책임준비금, 해약환급금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서, 병원 또는 의원의 입원증명서 등)
 3. 신분증 (주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
 4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자가 보험금 등의 수령에 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 또는 해약환급금을 드리거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금, 책임준비금 또는 보험료 납입면제의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10 영업일 이내에 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 회사는 제 1 항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금

지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표 5 (보험금 지급시의 적립이율 계산)와 같습니다.

③ 회사가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제 1항의 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 5관 기타사항

제 17조 【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 액
입원비	보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 별표 2(질병분류표)에서 정하는 질병의 치료를 직접목적으로 4 일 이상 계속하여 입원하였을 때	2 만원 (3 일초과 입원일수 1 일당)

- 주) 1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었거나 보험대상자(피보험자)가 장해분류표중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 50%이상인 장해상태가 되었을 때에는 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
2. 보험대상자(피보험자)가 사망한 경우에는 사망 당시의 책임준비금을 지급하여 드리고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.
3. 입원비의 지급일수는 1 회 입원당 120 일을 최고 한도로 합니다.

(별 표 2)

질병분류표

주보험의 (별표 13) “질병분류표”와 동일

(별 표 3)

장해분류표

주보험의 (별표 11) “장해분류표”와 동일

(별 표 4)

재해분류표

주보험의 (별표 14) “재해분류표”와 동일

(별 표 5)

보험금 지급시의 적립이율 계산 (제 16조 제 2항 관련)

구 분	적 립 기 간	적 립 이 율
보험금(제 11 조) 및 보험대상자(피 보험자) 사망 당시 의 책임준비금(제 1 조 제 2 항)	지급기일의 다음날부터 보 험금 지급일까지의 기간	보험계약대출이율
해약환급금 (제 14 조 제 1 항)	해약환급금 지급사유가 발 생한 날의 다음날부터 해약 환급금 청구일까지의 기간	1 년이내 : 예정이율의 50% 1 년초과기간 : 1%
	해약환급금청구일의 다음날 부터 지급기일까지의 기간	예정이율 + 1%
	지급기일의 다음날부터 해약 환급금 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약의 소멸시효가 완성
된 이후에는 더 이상 지급이자를 적립하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당
기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.

무배당 하나자녀지킴이특약약관

무배당 하나자녀지킴이특약 보통약관

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 회사는 이 특약의 보험대상자(피보험자)가 계약에 적합하지 아니한 경우에는 승낙을 거절할 수 있습니다.
- ③ 제 2 조(보험대상자(피보험자)의 범위)에서 정하는 보험대상자(피보험자)가 사망으로 인하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없을 경우에는 사망 당시의 책임준비금을 지급하여 드리고, 이 특약은 그 때부터 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.
- ④ 주계약의 해지(解止) 및 기타사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.
- ⑤ 제 3 항의 경우 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하며, 다만, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제 27 조(실종의 선고) 제 2 항의 규정에 준하는 사유 또는 재해분류표(별표 5 참조)에서 정한 재해(이하 “재해”라 합니다)로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 호적에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.
- ⑥ 제 4 항에도 불구하고 주계약의 주보험대상자(주피보험자)가 보험기간 중 사망하여 주계약이 효력을 상실하게 된 경우에도 이 특약은 계속하여 효력을 가집니다.

제 2 조 【보험대상자(피보험자)의 범위】

이 특약의 보험대상자(피보험자)는 주계약의 보험대상자(주피보험자)의 호적등본에 기재된 자녀(이하 “가입자녀”로 합니다)로 합니다.

제 3 조 【특약의 보장개시일】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제 4 조 【특약의 무효】

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 특약에서 특약 체

결시까지 보험대상자(피보험자)의 서면에 의한 동의를
얻지 아니한 경우

**2. 만 15 세 미만자, 심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약
자(心神薄弱者)를 보험대상자(피보험자)로 하여 사망을
보험금 지급사유로 한 특약의 경우**

제 5 조 【특약내용의 변경】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 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 18 조(해약환급금) 제 1 항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제 6 조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 18 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 7 조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 만기시 가입자녀 나이 24 세를 초과할 수 없습니다.

제 2 관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제 8 조 【특약보험료의납입】

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

제 9 조 【보험료의 납입연체시 특약의 해지】

- ① 보험료를 납입하지 아니하여 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
- ② 주계약의 보험료를 납입하고 특약의 보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약에서 정한 보험료 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 특약은 해지됩니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제 1항 및 제 2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제 18조(해약환급금) 제 1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 10조 【보험료의납입연체로 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 3조(특약의 보장개시일)을 준용합니다.

제 3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제 11조 【“강력범죄”의 정의】

이 계약에 있어서 “강력범죄”라 함은 다음 각호에서 정하는 범죄(이하 “강력범죄”라 합니다)로 관할 경찰서장이 발행하는 사고사실확인서를 기준으로 합니다.

1. 형법 제 24 장 에서 정하는 살인의 죄
2. 형법 제 25 장 에서 정하는 상해와 폭행의 죄
3. 형법 제 32 장 에서 정하는 강간의 죄
4. 형법 제 38 장 에서 정하는 강도의 죄
5. 폭력 행위 등 처벌에 관한 법률에 정하는 폭행 등의 죄

제 12조 【“재해골절”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 계약에 있어서 “재해골절”이라 함은 재해를 직접적인 원인으로 뼈의 구조상의 연속성이 완전하게 또는 불완전하게 끊어진 상태에서 한국표준질병사인분류 중 별표 6(재해골절분류표)에서 정하는 골절을 말합니다.
- ② 재해골절의 진단 확정은 의료법 제 3 조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사 자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제 13조 【입원 및 수술의 정의와 장소】

- ① 이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 별표 2(질병 및 재해분류표)에서 정하는 질병 또는 재해(이하 “질병 또는 재해”라 합니다)으로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에

전념하는 것을 말합니다.

② 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 의사에 의하여 질병 또는 재해로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료법 제 3 조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 별표 3(수술분류표)에서 정한 행위[기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 적제(摘除) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말하며 흡인(吸引), 천자(穿刺), 적제(滴劑) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK은 제외]를 하는 것을 말합니다.

제 14 조 【보험금의 종류 및 지급사유】

회사는 가입자녀에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금(별표 1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다.

1. 가입자녀가 보험기간 중 질병 또는 재해로 인한 치료를 직접목적으로 4 일 이상 계속하여 입원하였을 때 : 자녀 입원비 지급
2. 가입자녀가 보험기간 중 질병 또는 재해로 인한 치료를 직접목적으로 수술을 받았을 때 : 자녀수술비 지급
3. 가입자녀가 보험기간중 발생한 재해로 인하여 장애분류표 (별표 4 참조, 이하 “장애분류표”라 합니다)에서 정한 장애지급률 중 3%이상 100%이하의 장애상태가 되었을 때 : 자녀재해장애치료비
4. 가입자녀가 보험기간 중 장애분류표중 동일한 재해로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 50%이상의 장애상태가 되었을 때 : 자녀재해장애연금
5. 가입자녀가 보험기간 중 강력범죄의 피해자가 되어 1개월을 초과하여 의사의 치료를 요하는 상해를 입었을 때 : 강력상해치료비
6. 가입자녀가 보험기간 중 재해골절 상태가 되었을 때: 재해골절치료비

제 15 조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제 14 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 1 호의 경우 자녀입원비의 지급일수는 1 회 입원 당 120 일을 최고한도로 하며, 가입자녀가 동일한 원인으로 인하여 입원을 2 회 이상 하였을 때 1 회 입원으로 보아, 각 입원일수를 합산하여 120 일을 적용합니다. 그러나 동일한 원인에 의한 입원이라도 입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180 일을 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
- ③ 제 14 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 1 호의 경우 가입자녀가 입원기간 중에 보험기간이 끝났을 경우에도 그 계속 중인

입원기간에 대하여는 제 2 항의 규정에 따라 자녀입원비를 지급합니다.

④ 제 14 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 1 호에서 “계속하여 입원”이란 중도 퇴원없이 계속하여 입원하는 것을 뜻합니다. 다만, 가입자녀가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정하는 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.

⑤ 가입자녀가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 자녀입원비의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

⑥ 제 14 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 2 호의 경우 동시에 2종류 이상의 수술을 받는 경우에는 최고금액에 해당하는 자녀수술비만을 지급합니다.

⑦ 제 14 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 3 호 내지 제 4 호의 경우 장해지급률이 재해일부부터 180 일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일부부터 180 일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에서 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑧ 제 7 항에 의하여 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(특약의 효력이 없어진 경우에는 재해일부부터 2년 이내)중에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태(사망 포함)를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑨ 제 14 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 3 호 내지 제 4 호의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 동상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.

⑩ 제 14 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 3 호 내지 제 4 호의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5 년 이상인 경우 해당장해 지급률의 20%를 한시장해의 지급률로 정합니다.

⑪ 제 14 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 3 호 내지 제 4 호의 경우 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 합산하여 최종 자녀재해장해치료비 또는 자녀재해장해연금지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑫ 제 11 항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑬ 제 14 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 3 호 내지 제 4 호에서 규정한 자녀재해장해치료비 및 자녀재해장해연금의 지급

사유가 다른 재해로 인하여 장애가 2회이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장애지급률을 결정합니다. 그러나 그 장애가 이미 자녀재해장해치료비 또는 자녀재해장해연금을 지급받은 동일부위에 가중된 때에는 최종 장애상태에 해당하는 자녀재해장해치료비 또는 자녀재해장해연금에서 이미 지급받은 자녀재해장해치료비 또는 자녀재해장해연금을 뺀 금액을 지급합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑭ 제 14조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 3호 내지 제 4호에서 그 재해전에 이미 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 장애가 있었던 보험대상자(피보험자)에게 그 신체의 동일 부위에 또 다시 제 13항에 규정하는 장애상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 장애에 대한 자녀재해장해치료비 및 자녀재해장해연금이 지급된 것으로 보고 최종 장애상태에 해당하는 자녀재해장해치료비 및 자녀재해장해연금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 자녀재해장해치료비 및 자녀재해장해연금을 빼고 지급합니다.

1. 이 특약의 보장개시전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 장애로 자녀재해장해치료비 및 자녀재해장해연금의 지급사유가 되지 않았던 장애
2. 제 1호 이외에 이 특약의 규정에 의하여 자녀재해장해치료비 및 자녀재해장해연금의 지급사유가 되지 않았던 장애 또는 자녀재해장해치료비 및 자녀재해장해연금이 지급되지 않았던 장애

⑮ 동일한 재해로 인한 장애지급률은 100%를 한도로 합니다.

⑯ 제 14조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 4호의 자녀재해장해연금은 이 특약의 예정이율로 할인하여 일시금으로 선지급할 수 있습니다.

⑰ 제 14조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 5호의 경우 병원에서 전치 1개월을 초과하는 진단확인서가 필요합니다.

⑱ 제 14조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 6호의 경우 가입자녀가 동일 재해로 인하여 2 가지 이상의 골절(복합골절)상태가 되더라도 재해골절치료비는 1 회만 지급하며, 의학적 처치 및 치료를 목적으로 골절을 시키는 경우에는 재해골절치료비를 지급하지 않습니다.

⑲ 이 특약에서 에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

제 16조 【보험금을 지급하지 아니하는 보험 사고】

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

1. 가입자녀가 고의로 자신을 해친 경우
그러나, 가입자녀가 정신질환등으로 자유로운 의사결정을

할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.

2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 가입자녀를 해친 경우

그러나, 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.

3. 계약자가 고의로 가입자녀를 해친 경우

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

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

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

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

③ 가입자녀가 범죄행위를 하던 중 또는 “폭력행위 처벌에 관한 법률” 제 4 조(집단 등의 구성, 활동)의 범죄단체를 구성 또는 이에 가담함으로써 손해가 발생하였거나 가입자녀의 배우자 및 직계 존비속에 의하여 손해가 발생한 경우에는 “강력상해치료비”를 지급하지 아니합니다.

제 17조 【전쟁, 기타 변란시의 보험금】

회사는 가입자녀가 전쟁, 기타 변란으로 인하여 제 14 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 1 호 내지 제 6 호의 사유가 발생한 경우 그 수가 보험료 산출기초에 중대한 영향을 미칠 우려가 있다고 인정될 때에는 금융감독위원회의 인가를 얻어 보험금을 감액하여 지급합니다.

제 18조 【해약환급금】

① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 4관 보험금 지급 등의 절차

제 19조 【보험금을 받는 자(보험수익자)의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험금을 받는 자(보험수익자)를 지정하지 아니한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)를 이 특약의 가입자녀로 하며, 가입자녀의 사망시는 가입자녀의 상속인으로 합니다.

제 20조 【보험금 등 청구시 구비서류】

① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 책임준비금, 해약환급금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서, 골절진단서, 입원치료확인서, 수술증명서, 진단서(병명기입), 관할경찰서장 발행 사고사실확인서 등)
3. 신분증 (주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 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 21 조 【보험금 등의 지급】

① 회사는 제 20 조(보험금 등 청구서 구비서류)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 보험금, 책임준비금 또는 해약환급금을 드리거나 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 제 1 항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표 7 (보험금 지급시의 적립이율 계산)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 가입자나 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 22 조 【주계약 약관 및 단체취급특약의 준용】

① 이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우나 주계약이 단체보험인 계약의 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약을 따릅니다.

(별 표 1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약보험가입금액 1,000 만원]

급 여 명	지 급 사유	지 급 액
자녀입원비	가입자녀가 보험기간 중 질병 또는 재해로 인한 치료를 직접목적으로 4 일 이상 계속하여 입원하였을 때	3 만원 (3일 초과입원할수1일당)
자녀수술비	가입자녀가 보험기간 중 질병 또는 재해로 인한 치료를 직접목적으로 수술하였을 때 (수술 1 회당)	1 종 수술 : 20 만원 2 종 수술 : 50 만원 3 종 수술 : 100 만원
자녀재해 장해치료비	가입자녀가 보험기간 중 발생한 재해로 인하여 장해분류표에서 정한 장해지급률 중 3%이상 100%이하의 장해상태가 되었을 때 일시금으로 지급	2,000 만원 x 해당장해지급률
자녀재해 장해연금	가입자녀가 보험기간 중 장해분류표중 동일한 재해로 여러 신체부위의 합산장해지급률이 50%이상 100% 이하의 장해상태가 되었을 때 연금으로 지급 (매년 보험금 지급사유 발생해당일에 지급)	장해지급률 100% 매년 200 만원씩 20 회
		장해지급률 80%이상~100%미만 매년 150 만원씩 20 회
		장해지급률 50%이상~80%미만 매년 75 만원씩 20 회
강력상해 치료비	가입자녀가 보험기간 중 강력범죄의 피해자가되어 1 개월을 초과하여 의사의 치료를 요하는 상해를 입었을 때	100 만원 (사고발생 1 회당)
재해골절 치료비	가입자녀가 보험기간 중 재해골절 상태가 되었을 때 (단, 동일 재해에 의한 경우 1 회에 한함)	20 만원 (골절발생 1 회당)

- 주) 1. 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.
 2. 가입자녀가 사망한 경우에는 사망 당시의 책임준비금을 지급하여 드리고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.
 3. 자녀입원비의 지급일수는 1 회 입원당 120 일을 최고 한도로 합니다.
 4. 자녀재해장해연금의 확정지급분은 이 특약의 예정이율로 할인하여 일시금으로 선지급할 수 있습니다.

(별 표 2)

질병 및 재해분류표

주보험의 (별표 12) “질병 및 재해분류표”와 동일

(별 표 3)

수술분류표

주보험의 (별표 15) “수술분류표”와 동일

(별 표 4)

장해분류표

주보험의 (별표 11) “장해분류표”와 동일

(별 표 5)

재해분류표

주보험의 (별표 14) “재해분류표”와 동일

(별 표 6)

재해결절분류표

(무)하나재해보장특약의 (별표 3) “재해결절분류표”와 동일

(별 표 7)

보험금 지급시의 적립이율 계산 (제 21 조 제 2항 관련)

구 분	적 립 기 간	적 립 이 율
보험금(제 14 조) 및 보험대상자(피 보험자) 사망 당시 의 책임준비금(제 1 조 제 3 항)	지급기일의 다음날부터 보 험금 지급일까지의 기간	보험계약대출이율
해약환급금 (제 18 조 제 1 항)	해약환급금 지급사유가 발 생한 날의 다음날부터 해약 환급금 청구일까지의 기간	1 년이내 : 예정이율의 50% 1 년초과기간 : 1%
	해약환급금청구일의 다음날 부터 지급기일까지의 기간	예정이율 + 1%
	지급기일의 다음날부터 해약 환급금 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸
시효가 완성된 이후에는 더 이상 지급이자를 적립하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당
기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.

보험안내서

이 안내서는 생명보험에 대해 폭넓은 이해와 올바른 보험상품 선택에 도움을 드리기 위해 금융감독원 보험업감독업무시행세칙과 생명보험협회에서 정하는 생명보험상품통일공시기준에 따라 표준화된 양식으로 작성된 것입니다.

우리회사의 인터넷홈페이지 (www.allianzhana.com)를 통해 생명보험의 일반적인 사항 및 판매상품의 보장내용 등을 확인할 수 있습니다.

보험안내서는 보험소비자가 경제적 여건과 필요한 보장을 고려하여 가장 적합한 생명보험상품을 가입하는데 도움을 드리며, 이미 보험을 가입하신 분께는 향후 누릴 수 있는 각종 보장과 혜택, 계약유지과정상 유의하여야 할 점등을 다시 한번 확인해 볼 수 있는 기회를 제공할 것입니다.

생명보험은 그동안 보험소비자가 각종 위험에 대처하고 풍요로운 미래를 준비할 수 있도록 최선을 다해 왔습니다. 앞으로도 우리 하나생명보험주식회사의 전 임직원은 귀하의 장래에 닥칠 수 있는 각종 다양한 위험을 보장하고, 안정된 노후를 준비할 수 있는 경제적 수단으로서 생명보험의 역할을 충실히 수행할 것을 약속드립니다.

우리 하나생명보험주식회사는 진정으로 귀하의 인생의 동반자가 될 것입니다.

◆ 생명보험은 어떻게 구성되며 그 특징은 무엇인가?

생명보험은 질병, 재해, 사망등 각종 우연한 사고에 대비하여 경제적 손실을 보전할 목적으로 공동의 위험담보를 필요로 하는 사람들이 부담금(보험료)을 납부하고 우연한 사고 발생시 약정된 금액(보험금)을 지급 받는 경제적 준비 수단입니다.

생명보험 계약은 계약자, 보험대상자(피보험자), 보험금을 받는 자(보험수익자), 보험자로 구성됩니다.

**계약자는 계약을 청약하고 보험료 납입의무를 지는 자입니다.
보험대상자(피보험자)는 보험사고 발생의 대상이 되는 자입니다.
보험금을 받는 자(보험수익자)는 보험사고발생시 보험금 청구권을 가진 자입니다.
보험자는 보험금 지급의무를 지는 보험회사를 말합니다.**

생명보험은 타 금융권과 비교하여 다음과 같은 특징이 있습니다.

1. 생명보험상품은 형태가 보이지 않는 무형의 상품이기 때문에 타상품과의 비교검증을 쉽게 할 수 없습니다. 따라서 보험 가입자의 이해가 필요하며 보험에 대한 지식이 생명보험 가입에 영향을 미칩니다.
2. 구입 즉시 해당 재화의 사용에 의한 만족감을 느낄 수 있는 제조업체 상품과는 달리 생명보험상품은 불확실한 미래에 대한 보장을 주기능으로 합니다.
3. 생명보험상품은 상품의 구입과 동시에 효용이 발생하지 않고 추후에 사망, 상해, 만기생존 등 보험금 지급사유가 발생했을 때 효용을 인식할 수 있습니다.
4. 생명보험상품은 제 1 회 보험료 납입시점(단, 암, 중대한 질병, 장기간병상태 등과 관련한 보장은 제외)부터 계약의 효력이 발생되어 짧게는 수년, 길게는 종신동안 계약의 효력이 지속되며 동일상품 판매를 중지한다 하더라도 기존 가입자의 계약은 소멸되지 않고 보험기간 만료시까지 효력이 계속됩니다.

◆ 생명보험은 다양한 상품이 준비되어 있습니다.

생명보험은 고객의 필요에 맞춰 다양한 상품을 개발하여 판매하고 있습니다.

이 안내서에는 생명보험 상품종류에 대하여 개괄적으로 필요한 보장에 의한 분류를 중심으로 소개하고 있습니다. 따라서 보다 자세한 내용을 알고자 하시는 경우 우리 하나생명 고객센터(T 080 - 3488 - 7000)를 통하거나 모집종사자에게 직접 문의하여 확인하는 방법이 있습니다.

또한 유관기관이나 하나생명 인터넷홈페이지의 상품공시를 이용하시면 자세한 상품내용을 확인 할 수 있습니다.

■ 아래에 기재된 내용은 대표적인 생명보험 상품 및 가입시 유의사항을 설명한 것으로 회사별 상품개발 목적에 따라 아래 기재된 내용과 달라질 수 있습니다.

▶> 생명보험 상품의 종류 및 상품별 가입시 유의사항 <<

1. 생명보험은 생존시에 지급되는 보험금의 합계액이 이미 납입한 보험료를 초과하지 않는 보장성 보험과 그 이외의 저축성보험으로 구분되므로 보험상품 가입시 참고하시기 바랍니다.

가. 보장성보험

: 재해 및 질병 등 각종 위험보장에 적합한 상품으로 사망보험금은 물론, 입원비와 수술비 등 다양한 보험금이 지급됩니다.

■ 종신보험 : 보장기간이 평생(종신)인 상품으로 자신과 유가족을 위한 재정설계를 할 수 있는 상품

⇒ **가입시 유의사항** : 종신보험에 부가되는 대부분의 특약은 주보험과 달리 보험기간이 종신이 아니므로 가입시 특약의 보험기간(예 : 70 세만기, 80 세 만기 등)을 확인하시기 바랍니다.

■ 질병보험 : 암, 성인병질환 등의 각종 질병으로 인한 진단, 입원, 수술시 보험금을 지급하는 상품

■ 장기간병보험 : 재해 또는 질병으로 항상 타인의 완전한 도움이 필요한 장기간병 상태가 되었을 때, 장기간병비용을 보조하기 위한 상품

⇒ **가입시 유의사항** : 암, 중대한 질병 및 장기간병 상태 등에

대한 보장개시일은 해당 보험약관에서 제 1 회 보험료납입일이 아닌 날(예: 계약일로부터 계약일을 포함하여 90 일이 지난날의 다음날 등)로 정할 수 있으니 확인하시기 바랍니다. 이 외에도 상품마다 일정기간 동안 보장하지 않는 기간을 설정할 수 있습니다.

■ **상해보험** : 교통재해 및 각종사고 발생시 보험금을 지급하는 상품

⇒ **가입시 유의사항** : 생명보험사가 판매하고 있는 상해보험은 보험대상자(피보험자)의 재해이외의 보험대상자(피보험자)의 책임있는 사유로 타인에게 상해 등을 입힌 경우에는 보장하지 않습니다.

■ **어린이보험** : 자녀들의 종합적인 질병 및 재해 발생시 보험금을 지급하는 상품

⇒ **가입시 유의사항** : 상법 제 732 조에 따라 만 15 세미만 보험대상자(피보험자)의 사망에 대해서는 보장이 되지 않습니다. 다만, 이미 납입한 보험료 또는 해당시점의 적립액(또는 해약환급금)을 돌려드립니다.

나. 저축성보험
: **보장성보험을 제외한 보험으로서 위험보장보다는 생존시의 저축기능을 강화한 상품으로 중·단기간에 목돈을 마련하거나, 노후를 대비할 수 있는 상품입니다.**

■ **연금보험** : 노후생활에 필요한 자금을 연금으로 지급하는 상품이며, 연금지급개시 전에 사망보험금, 장해연금 등 다양한 보장설계가 가능한 상품

⇒ **가입시 유의사항** : 보험료납입이 완료되어 연금지급이 시작되면, 연금계약은 해지할 수 없으며(확정연금형 제외), 약정한 지급방식대로 연금을 받으실 수 있습니다.

■ **저축보험** : 만기시의 목돈마련 및 재정설계에 따른 생활에 필요한 중도자금마련을 위한 상품

⇒ **가입시 유의사항** : 보험기간 동안 보장에 필요한 일부의 보험료는 만기까지 적립되지 않고 소멸됩니다.

■ **교육보험** : 예기치 못한 부모의 경제적 능력상실 등에 대비하여 장래의 자녀교육에 필요한 학자금 마련을 위한 상품

⇒ **가입시 유의사항** : 부모와 자녀의 보장내역이 서로 다르므로 보장 내역을 잘 확인하십시오.

2. 생명보험은 보험금 등의 지급을 위해 납입된 보험료의 일정액을 적립하는데, 이를 적립하는 방식에 따라 아래와 같이 구분됩니다.

■ **금리확정형보험** : 최초 계약시의 확정된 예정이율이 보험계약 종료시까지 유지되는 보험

■ **금리연동형보험** : 보험회사의 자산운용이익률, 시장금리 등에 따라 부리되는 이율이 변동되어 계약자적립금도 변동되는 보험

⇒ **가입시 유의사항** : 시장금리 변동에 따라 장단점이 있으므로, 가입시 향후 시장금리 예측이 중요합니다.

■ **변액보험** : 계약자가 납입한 보험료로 펀드를 조성하여 특별계정으로 운영하고, 그 특별계정의 운용실적에 따라 계약자에게 투자이익을 배분함으로써 보험기간 중에 보험금액, 해약환급금 등이 변동하는 보험

⇒ **가입시 유의사항** : 변액보험은 실적배당형 상품으로 주보험은 예금자보호법에 의해 보장되지 않으며, 특별계정의 운용실적에 따라 계약해지시 원금손실이 발생할 수 있습니다.

● 시중금리추이 및 경제상황에 따라 적립방식에 장단점이 있으니 충분한 검토 후에 가입하시기 바랍니다.

● 실제 보험상품에서는 위에 예시된 각각의 보험급부들이 결합되어 판매될 수 있습니다.

예) 금리연동형 종신보험, 금리확정형 종신보험

◆ 생명보험 선택시 고려하여야 할 사항은 무엇인가?

고객이 필요로 하는 목적에 맞춰 보험을 가입하십시오!

생명보험은 고객의 다양한 욕구를 충족시켜 줄 수 있는 여러 유형의 상품을 개발, 판매하고 있습니다. 따라서 사람마다 나이, 직업, 가족구성, 인생설계, 자산과 연간 수입이 각각 다르기 때문에 당연히 보험도 각 개인 및 가정의 필요에 맞춰 가입을 하셔야 합니다. 보험가입사유가 위험에 대한 보장인지, 재산증식인지, 학자

금 보장인지, 노후의 생활자금을 보장할 목적인지 등을 명확히 검토해 보셔야 합니다.
그리하여 귀하의 경제적 능력과 가입목적을 종합적으로 고려하여 합리적인 선택을 하시기 바랍니다.

보험을 얼마만큼 가입하여야 하는가?

고객이 가입하고자 하는 생명보험에 대한 보험금액의 수준을 결정하기 위해서는 고객이 지금 불의의 사고에 닥쳤다고 가정할 경우 가족을 어떻게 부양할 수 있을 것인지 그리고 실제 본인의 치료비는 어느 정도 필요한지를 먼저 판단해 보셔야 합니다.
따라서 고객이 가입하고자 하는 보험금액은 고객의 사고로 인한 가족의 생계비 및 본인의치료비를 보상할 수 있는 필요경비 수준에 근접해야 할 것입니다.

위의 필요경비를 계산함에 있어서는 보험회사 및 보험설계사와의 충분한 상담을 통하여 귀하가 부양하여야 하는 가족의 생활자금, 배우자의 생활비, 자녀교육자금, 결혼자금, 부채상환자금, 주택자금 등을 정확히 고려하여 자신의 가정에 가장 적합한 보장내용을 설계할 필요가 있습니다. 아울러 고객께서 납입한 보험료로 보험사고 발생시 그 이상의 보상을 받을수 있다는 점에서 생명보험은 가정경제의 안정적인 기반을 다질 수 있는 버팀목이 될 수 있습니다.

결론적으로 귀하의 향후 필요경비와 현재 경제여력, 현재까지의 저축이나 보험가입상황 등을 종합적으로 고려하여 부족한 부분에 대해 추가로 보험을 가입하는 방법을 선택하시기 바랍니다.

저렴하게 가입할 수 있도록 다음 사항을 확인하십시오!

첫째, 동일한 보장이라도 보험료 계산시 적용하는 예정기초율에 따라 납입보험료가 달라지므로 회사별로 예정기초율을 확인한 후 가입하면 보험료 부담을 줄일 수 있습니다.

>> 예정기초율의 종류 및 비교방법 <<

- **예정위험율** : 한 개인이 사망하거나 질병에 걸리는 등의 일정한 보험사고가 발생할 확률을 예측한 것을 말합니다.
→ 일반적으로 예정위험률이 높으면 보험료는 올라가고, 낮으면 보험료는 내려갑니다.
예) 무배당 예정사망률, 무배당 예정암발생률 등

- **예정이율** : 보험료를 납입하는 시점과 보험금 지급사이에는 시차가 발생하므로 이 기간동안 기대되는 수익을 미리 예상하여 일정한 비율로 보험료를 할인해 주는데, 이 할인을율

말합니다.

⇒ 일반적으로 예정이율이 높으면 보험료는 내려가고, 낮아지면 보험료는 올라갑니다.

■ **예정사업비율** : 보험회사가 보험계약을 유지, 관리하면서 여러 가지 비용이 소요되는데 이러한 운영경비를 미리 예상하고 보험료에 포함시키고 있습니다. 이러한 경비의 구성비율을 말합니다.

⇒ 일반적으로 예정사업비율이 높으면 보험료는 올라가고, 낮으면 보험료는 내려갑니다. 상품별 예정사업비율은 예정사업비지수를 참고하여 비교할 수 있습니다.

♣ **예정사업비지수**는 각 상품의 예정사업비규모를 전 생명보험업계 유사상품의 평균사업비규모(업계평균을 100으로 설정)와 비교한 지수입니다. 해당상품의 예정사업비지수가 100보다 낮으면 생명보험업계 유사상품평균보다 예정사업비의 수준이 낮음을 의미하고, 반대로 예정사업비지수가 100보다 높으면 업계평균보다 높음을 의미합니다. 이러한 예정사업비지수는 실제 계약자가 가입한 상품의 보험가입금액, 보험기간, 보험료 납입기간 및 예정이율 수준 등에 따라 차이가 발생할 수 있습니다.

* 이러한 **예정위험률, 예정이율, 예정사업비지수**는 해당상품의 **상품요약서**에서 확인하실 수 있습니다.

둘째는, 배당상품과 무배당상품의 특징을 비교해 보시기 바랍니다. 배당상품은 1년이상 경과한 계약에 대해 이윤의 일정부분을 배당금으로 환원하여 주는 상품입니다. 무배당상품은 계약자에게 배당금을 지급하지 않는 대신 미리 보험료를 할인하여 산출하기 때문에 배당상품에 비해 보험료가 저렴한 것이 특징입니다.

셋째는, 보험료 납입시 금융기관의 자동이체를 이용하는 경우 회사가 정한 할인율에 의해 보험료 할인혜택을 받을 수 있습니다.

보험가격을 비교하는 것도 좋은 방법입니다.

어떤 종류의 보험상품이 귀하에게 가장 적합한가를 먼저 결정후 각 회사에서 판매하고 있는 같은 종류의 보험을 상호 비교하여 가장 저렴한 보험료로 최대의 급부를 보장해 주는 상품을 선택하셔야 합니다.

그러나 보험상품은 장기간에 걸쳐서 지속적으로 이루어지는 거래

이므로 단순히 가격을 비교하는 것보다는 상품내용을 종합적으로 판단할 필요가 있습니다.

첫째는, 보험금의 변동여부를 확인하여야 합니다. 보험금이 보험기간내 일정한지, 일정기간이 지난후에 증가 또는 감소하는지를 확인하시면 보험가격을 비교하는데 도움이 됩니다.

둘째는, 해약환급금이 보험 기간내 어떻게 변동되는지, 초기해약환급이 많은지등을 확인해 보는 것도 좋은 방법입니다.

마지막으로 예금자보호법 등에 의해 지급 보장되는 급부금의 범위를 확인하셔야 합니다. 특히, 변액보험의 주보험은 예금자보호법이 적용되지 않습니다.

귀하께서는 보다 자세한 자료가 필요한 경우 당사로 내방하시면 보험료산출기초를 열람할 수 있습니다.

▶> 보험료분석표를 통한 보험가격의 비교방법 <<

아래의 내용은 약관 앞부분에 수록되어 있는 상품요약서의 보험료 분석표를 참조하여 보험료가 적정한지 확인하는 방법과 보험가격을 비교하는 방법입니다.

▷ 보험료는 다음과 같이 산출됩니다

보험료는 예정위험율, 예정사업비율, 예정이율의 세가지 산출기초율에 의해 산출됩니다. (자세한 설명은 앞 페이지 '예정기초율의 종류 및 비교방법'을 참조하시기 바랍니다.)

고객께서 납입하는 보험료를 영업보험료라고 하며, 영업보험료는 순보험료와 부가보험료로 나뉘어집니다. 순보험료는 예정위험율과 예정이율을 기초로 산출되며, 예정사업비율까지 반영되면 영업보험료가 됩니다. 따라서, 영업보험료에서 순보험료를 뺀 나머지 금액인 부가보험료는 보통 회사가 사용하는 사업비입니다.

▷ 상품요약서의 보험료 분석표는 다음과 같이 작성됩니다.

♣보장부분과 저축부분

상품요약서의 보험료분석표에는 보험료가 보장부분과 저축부분으로 나뉘어집니다. 보장부분은 보장을 위해 필요한 부분으로 보험기간이 끝나면 소멸되며, 저축부분은 보험기간이 끝나도 소멸되지 않고 돌려받을 수 있는 부분입니다.(단, 순수보장형 상품의 경우 저축부분이 없음)

그런데, 보장부분과 저축부분에는 모두 사업비가 포함되어있으며

로(사업비는 소멸됩니다), 실제로는 저축부분으로 예시된 보험료 보다 적은 금액을 돌려받게 됩니다.

▷ **상품요약서의 보험료분석표를 통하여 보험료를 비교할 수 있습니다.**

보험료 분석표에서 예시하고 있는 보험료는 정해진 보험가입금액, 보험기간, 보험료납입기간, 대표나이별로 작성되어 있으므로 보험료 분석표와 본인의 가입기준이 다르면 보험료는 달라집니다. 따라서 아래의 순서에 따라 보험료 예시기준을 확인하고 보험료를 비교하시기 바랍니다.

♣**보험료분석표 비교순서**

가. 상품종류 확인

같은 상품명이라고 하더라도 상품종류가 세분화 되어 있는 경우가 있습니다. 따라서, 먼저 가입하신 상품의 정확한 상품종류를 파악하십시오.

(예: xxxx 보험 안에 1 종, 2 종/ 적립형, 거치형/ 순수형, 만기환급형 등)

나. **보험가입금액, 보험기간, 보험료납입기간, 보험료납입주기, 가입나이 등 확인 (* 아래의 설명에서 예시한 보험료는 고객의 이해를 돕기 위해 가정한 것입니다.)**

- 보험가입금액

보험가입금액에 따라 보험료가 달라지므로, 예시되어있는 보험료의 보험가입금액과 본인이 가입한 가입금액을 비교한 다음 보험료를 비교하여야 합니다.

예를들어, 예시되어있는 보험료의 가입금액이 1 억인데 본인이 가입한 가입금액은 2 억이라고 하면, 본인의 보험료는 예시된 보험료의 2 배가 된다고 생각하면 됩니다.

- 보험기간

보험가입금액이 같더라도 보험기간이 길어질수록 보험료는 증가하므로, 본인의 보험기간과 예시된 보험기간이 동일한 지 확인해 보시기 바랍니다.

예를들어, 본인이 가입한 보험의 보험기간은 20 년 만기이고, 예시된 보험료의 보험기간은 15 년 만기라면, 본인의 보험료가 예시된 보험료보다 더 많습니다.

- 보험료납입기간

보험료의 납입기간이 짧을수록 총 납입하는 보험료의 합은 작아지지만, 매회 납입하는 보험료는 많아집니다.
예를들어, 일반적인 경우 동일한 조건에서 보험료납입기간이 10년인 사람이 보험료로 매달 10만원(10만원 X12개월 X10년=1,200만원)을 납입한다면 보험료납입기간이 20년인 사람은 보험료로 5만 5천원 정도(5만 5천원 X12개월 X20년=1,320만원)를 납입해야 합니다.

- 보험료납입주기

보험료를 매달 납입할 경우(월납)와 매 2개월, 3개월, 6개월, 1년(연납)마다 납입하는 경우의 매회 납입하는 보험료는 주기가 짧을수록 적어집니다.

예를들어, 동일한 조건에서 월납 보험료가 10만원이라면 연납 보험료는 118만원 정도이므로, 회당 납입보험료는 월납보험료가 적습니다. 그런데, 총 납입보험료의 단순 합은 월납의 경우 1년가 120만원, 연납보험료는 1년간 118만원이므로 연납보험료가 조금 작습니다.

- 가입나이(보험나이)와 대표나이

보험나이는 6개월 단위로 반올림계산하므로 아래의 예를 참조하시기 바랍니다.

예1] 1965년 7월 20일 생이 2005년 1월 10일에 가입할 경우
2005년 1월 10일
- 1965년 7월 20일
만 39년 5개월 20일 ☞ 보험나이 39세

예2] 1965년 7월 20일 생이 2005년 5월 10일에 가입할 경우
2005년 5월 10일
- 1965년 7월 20일
만 39년 9개월 20일 ☞ 보험나이 40세

보험료 분석표에 예시되어 있는 보험료는 대표나이별 보험료만을 예시하고 있으므로 본인의 나이가 대표나이와 다를 경우 나이가 많아질수록 보험료가 증가합니다. 예를 들어, 가입시 본인의 나이가 35세인데 예시된 보험료의 나이가 30세와 40세라면 본인의 보험료는 대략 중간 정도의 값이 됩니다.

다. 특약의 가입여부

특약을 가입하시면 가입하신 특약의 보험료만큼 보험료가 증가합니다. 특약도 주보험의 보험료와 동일하게, 보험가입금액, 보험기간, 보험료납입기간 등을 확인하여 비교하시기 바랍니다.

라. 기타 (고액계약할인, 우량체할인, 단체할인, 자동이체납입할인 등) 회사마다 차이는 있으나, 아래와 같이 보험료의 일정부분을 할인해 주는 서비스를 제공하는 회사도 있습니다. (* 용어는 회사별로 차이가 있을 수 있습니다.)

- 고액계약할인 : 가입금액이 고액일 경우 적용
- 우량체할인 : 회사가 정한 기준(흡연여부, 체질량지수 등)에 부합할 경우 적용
- 단체할인 : 5인 이상의 단체(보험계약에서는 단체에 대한 별도의 기준이 있습니다.)로 계약할 경우 적용
- 자동이체납입할인 : 보험료납입을 자동이체 신청하실 경우 일정금액을 할인해 드립니다.

따라서, 본인의 계약이 위에 예시된 할인혜택을 적용받는 경우 보험료분석표에 예시된보험료보다 저렴해질 수도 있습니다.

▶> 보험상품비교·공시 안내 <<

생명보험협회에서는 생명보험 상품의 중요내용을 비교함으로써 소비자의 상품선택에 도움을 드리고자 **보험상품비교·공시**를 시행하고 있습니다.

♣ 생명보험협회 보험상품비교·공시 이용방법

- 생명보험협회(www.kfia.or.kr) 접속 (⇒ 공시실)
 - ⇒ 보험상품비교·공시
 - ┌ → 상품비교·공시
 - ├ → 변액보험운영현황
 - └ → 연금상품운영현황

보험상품비교·공시는 회사별 유사상품의 보장내용, 보험료 등을 비교한 '상품비교·공시'와 변액보험의 기준가격 및 수익률을 공시하는 '변액보험운영현황', 연금저축 및 퇴직보험의 예정이율 등을 비교한 '연금상품운영현황' 등으로 구분되어 있습니다.

◆ 상품비교·공시

상품비교·공시에서는 아래의 상품별 지급조건 및 보장내용, 보험료 및 해약환급금, 예정이율, 예정사업비지수 등을 비교하실 수 있습니다.

- 보장성보험 [7종]

: 종신보험(확정형/금리연동형), 변액종신, 질병보험(암/기타질병), 상해보험, 어린이보험

▪ 저축성보험 [4종]

: 연금보험(연금저축, 일반연금), 변액연금, 저축보험

* 향후 비교대상 상품은 '생명보험상품공시위원회'의 결정에 따라 변경될 수 있습니다.

* 상품비교·공시는 요약된 내용일 뿐만 아니라 일부 상품에만 한정되므로 본인의 나이 및 가입조건에 맞게 상품을 설계하시려면 각 회사 인터넷홈페이지의 '보험가격공시실'을 이용하시기 바랍니다.

◆ 변액보험운영현황

'변액보험운영현황'에서는 생명보험사 변액보험 상품의 운용설명서 및 특별계정의 매월말 자산구성내역, 매일의 기준가격 및 수익률, 운용에 대한 보수 및 수수료를 비교·공시하고 있습니다.

▪ 변액보험의 종류 : 변액종신보험, 변액연금보험, 변액유니버설보험, 변액CI보험 등

* 변액보험운영현황에서 공시되고 있는 수익률은 각 특별계정의 펀드설정일 이후 누적수익률과 3개월, 6개월, 1년 등 일정기간 동안의 수익률이므로, 고객이 실제로 적용받는 수익률과 다를 수 있습니다. 고객이 실제 적용받는 수익률은 가입회사의 인터넷홈페이지상 변액보험공시실을 이용하여 확인할 수 있습니다. 또한, 이러한 수익률은 납입한 보험료중 사업비 및 최저사망보증비용 등을 제외한 금액을 기준으로 산출됩니다.

◆ 연금상품운영현황

'연금상품운영현황'에서는 생명보험사 연금저축 및 퇴직보험의 매월말 자산·부채구성내역, 직전 3년간 예정이율 및 직전 3년간 이자율차배당율을 비교·공시하고 있습니다.

◆ 보험가입시 유의해야 할 사항은 다음과 같습니다.

보험계약을 청약할 때는 상품요약서에 명시된 보장내용과 약관상 계약자의 권리와 의무를 확인하여야 하며, 특히 다음의 사항에 유의하여야 합니다.

청약서는 계약자가 직접 작성하고 자필서명하여야 합니다.

보험계약 청약시 보험대상자(피보험자)의 건강상태에 대한 작성내용(현재병증, 과거병력, 직업종류)에 대해 청약서에 계약자 본인이 직접 작성하시고 서명란에도 계약자 본인 및 보험대상자(피보험자)가 자필로 서명하여야 합니다. 특히 보험대상자(피보험자)가 다른 경우에는 반드시 보험대상자(피보험자)의 서명도 필요합니다. 자필서명을 하지 않은 경우 계약이 무효로 처리될 수도 있습니다. 다만, 전화를 이용하여 가입할 때 일정요건이 충족되면 자필서명을 생략할 수 있으며, 인터넷을 이용한 사이버몰에서는 전자서명으로 대체 할 수 있습니다.

계약전 알릴의무를 준수하여야만 불이익을 보지 않습니다.

생명보험 계약체결시 계약자나 보험대상자(피보험자)가 청약서에 기술하는 계약전 알릴의무사항은 보험회사가 계약의 해지권을 행사할 수 있는 「중요한 사항」 과 그렇지 않은 「일반적 사항」 으로 구분하고 있습니다.

여기에서 「중요한 사항」 이라 함은 회사가 그 사실을 알았다면 보험계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부담보 제외, 보험료 할증과 같이 조건부로 인수하는 등 계약인수에 영향을 미치는 사항을 말하며, 그 예로는 현재 및 과거병력, 신체장애 여부, 직업 및 운전 여부, 위험한 취미를 들 수 있습니다.

또한 「일반적 사항」으로는 위험지역으로의 출국, 거주환경, 소득, 키 및 몸무게, 음주 및 흡연 여부, 부업 또는 겸업, 타 회사의 보험가입상황 등을 들 수 있습니다.

이러한 「일반적 사항」은 계약 성립 후 해지권에는 영향을 미치지 않으나, 사실과 다르게 알린 경우 보험가입이 거절 될 수 있습니다.

한편, 「중요한 사항」 과 「일반적 사항」 은 상품별 특성에 따라 위의 예시와 다르게 적용될 수 있습니다.

따라서 계약자 또는 보험대상자(피보험자)는 신의성실에 입각하여 계약전 알릴 의무사항을 충실히 이행함으로써 보험계약이 정당한 조건에 의해 성립되고 유지될 수 있도록 하여야 합니다.

계약의 무효가 될 경우에는 보장을 받지 못합니다.

다음의 한가지 사유에 해당하는 경우 회사는 계약을 무효로 할 수 있으며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

첫째는, 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약체결시까지 보험대상자(피보험자)의 서면 동의를 얻지 아니한 경우입니다.

둘째는, 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 만 15 세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 보험대상자(피보험자)로 하는 경우입니다.

계약을 해지하실 경우 다음 사항을 고려하십시오!

첫째는, 계약을 해지하고 새로운 계약을 체결하려면 신계약의 효력이 발생한 후 기존 계약을 해지함으로써 보험의 보장이 공백 없이 승계되도록 하십시오.

둘째는, 계약을 해지하고 신계약을 체결하는 경우 초기에 과도한 비용이 소요될 수 있습니다. 즉 귀하께서 납입하는 계약초기기간의 보험료 중 상당부분은 보험회사 사업비에 책정되어 있기 때문입니다. 신계약을 체결하면 이러한 비용이 다시 지출되어 이중의 부담이 되는 것입니다.

셋째는, 귀하가 나이가 들거나 건강이 악화된 이후 신계약을 체결하게 되면 보험료는 보다 높아지고 보험가입은 더욱 어려워질 수 있습니다.

중도해지시 해약환급금은 보험료보다 적을 수 있습니다.

생명보험의 해약환급금은 보험료 계산시 적용한 위험률로 산출한 순보험료식 책임준비금에서 미상각신계약비를 공제한 금액을 해약환급금으로 지급합니다. 즉 계약자가 납입하는 보험료는 그 일부가 불의의 사고를 당한 다른 가입자의 보험금으로 지급되고 또 다른 일부는 회사의 계약체결 및 유지에 필요한 경비로 사용되므로 이러한 것을 제하고 남은 보험료가 해약환급금으로 지급됩니다.

따라서 보험계약을 중도에 해지하게 되면 해약환급금이 납입한 보험료보다 적을 수도 있으며, 해약환급금이 없을 수도 있습니다.

◆ 생명보험은 계약의 유지 및 보호를 위한 각종 제도를 운영하고 있습니다.

보험설계사 등 모집종사자가 기본적인 의무를 잘 이행하는 지를

확인하십시오!

보험설계사 등 모집종사자가 계약체결시 귀하에게 보험약관(상품 요약서 포함), 청약서 부분을 전달하는지, 자필서명을 하도록 하는지, 약관상 중요한 내용을 충분히 설명하는지를 확인해 보셔야 합니다. 그리하여 모집종사자가 이러한 부분을 이행하지 않은 경우 귀하는 청약일로부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

다만, 전자거래기본법에 의하여 인터넷을 통한 가상의 영업장(사이버몰)을 이용하여 계약을 체결한 때에는 청약서 부분을 드리지 아니할 수 있습니다.

귀하는 필요한 보장과 상이한 계약이 체결된 경우 청약철회제도를 이용할 수 있습니다.

귀하가 필요로 하는 보장내용과 실제 체결된 계약의 보장내용이 상이하거나 경제적 여건을 고려하여 적절치 못하다고 판단되는 경우에는 청약한 날 또는 제 1 회 보험료를 납입한 날로부터 15 일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.

이 경우 청약철회를 접수한 날로부터 지체없이 제 1 회 보험료를 돌려 드립니다.

귀하는 보험기간 중 일시적 경제여건 애로시 보험료 자동대출납입 제도의 이용으로 계약을 유지할 수 있습니다.

귀하께서 계약유지 중 일시적으로 경제적 여건이 악화되어 보험계약이 해지될 위기에 처한 경우 우리 회사에 납입최고(독촉)기간이 경과되기 전까지 서면으로 보험료의 자동대출납입을 신청하면 보험계약대출금액 범위내에서 보험료가 자동 대출되어 보험계약이 유효하게 지속됩니다. 자동 납입되는 보험료는 1 년을 최고한도로 하며, 그 이후 기간에 대해 자동대출납입을 원하는 경우 재신청 하셔야 합니다.

귀하는 필요시 보험계약대출을 받을 수 있습니다.

귀하는 귀하가 가입한 계약의 해약환급금 범위내에서 우리 하나생명보험주식회사가 정한 방법에 따라 대출을 받으실 수 있습니다. 이 보험계약대출은 해당 보험계약의 해약환급금 일정 범위내에서 신속하게 이루어지며, 이자도 저렴한 장점이 있으므로 불시에 자금이 필요하게 되는 경우 유익한 해결수단이 될 수 있습니다.

생명보험은 다양한 세제혜택으로 귀하에게 유익한 재테크수단이 될 것입니다.

귀하께서 세금의 중요성을 인식하시고 한번 정도 절세하는 방법에 대해 고려해 보셨다면 생명보험에 가입하신 것은 훌륭한 선택입니다.

생명보험에 가입시 폭넓은 세제혜택을 받을 수 있으므로 유익한 경제수단이 될 수 있습니다.

*아래에 기재된 내용은 생명보험의 세제혜택에 대하여 요약한 것으로, 자세한 내용은 관련법령을 참조하시거나 해당 보험회사로 문의하시길 바랍니다.

▶> 생명보험상품의 세제혜택 안내 <<

● 보험료에 대한 소득공제

- **보장성보험** : 근로소득자가 기본공제대상자를 보험대상자(피보험자)로 하여 보장성보험을 가입한 경우 연간 납입보험료 중 100만원 한도 내에서 소득공제를 받을 수 있습니다.(소득세법 제 52 조)
- **장애인전용보장성보험** : 근로소득자가 기본공제대상자 중 장애인을 보험대상자(피보험자)로 하여 장애인전용 보장성보험을 가입한 경우 연간 납입보험료 중 100만원 한도 내에서 소득공제를 받을 수 있습니다.(소득세법 제 52 조)
- **연금저축** : 연간 납입보험료를 240만원 한도 내에서 소득공제를 받을 수 있습니다. (조세특례제한법 제 86 조 2)

* 2000년 12월 31일 이전에 가입한 개인연금저축은 연간 납입보험료의 40%를 72만원한도 내에서 소득공제 받을 수 있음.(조세특례제한법 제 86 조)

● 보험차익 비과세

최초로 보험료를 납입한 날부터 「만기일, 중도해지일」까지의 기간이 모두 10년 이상인 보험계약에서 발생된 보험차익에 대해서는 이자소득세가 비과세됩니다. 그러나, 최초 납입일부터 만기일 또는 중도해지일까지의 기간은 10년 이상이지만 최초 납입일부터 10년이 경과하기 전에 납입한 보험료를 확정된 기간동안 연금형태로 분할하여 지급받는 경우에는 이자소득세가 과세됩니다. (소득세법시행령 제 25 조)

* 2000년 12월 31일 이전에 가입한 경우에는 5년 이상 유지시 비과세.

*2001년 1월 1일부터 2003년 12월 31일 이전에 가입한 경우에는 7년 이상 유지시 비과세.

- . 개인연금저축 이자소득 비과세

2000년 12월 31일 이전에 가입한 개인연금저축의 경우 10년 이상 보험료를 납입하고 5년이상 연금으로 지급받는 경우 발생한 이자소득은 비과세됩니다. (조세특례제한법 제 86 조)

* 2001년 1월 1일 이후 가입한 연금저축은 향후 지급받는 연금수령액중 소득공제받은 원금 부분과 투자수익 부분은 연금소득으로 과세됩니다.(조세특례제한법 제 86 조 2)

● 상속보험금의 금융재산 상속공제

상속재산에 합산되는 사망보험금은 금융재산으로 인정되어 다른 금융재산을 포함하여 순금융재산가액의 20%(2억원 한도, 2천만원 이하인 경우 전액)를 공제받을 수 있습니다.(상속세및증여세법 제 22 조)

귀하의 계약은 예금보험제도등에 의해 지급이 보장됩니다.

보험회사의 경영이 악화된 경우 보험업법의 계약이전제도에 의해 다른 보험회사로 계약을 이전하는 보호장치가 마련되어 있습니다. 만약 파산등으로 보험계약상의 채무를 이행할 수 없는 경우에 예금자보호법에 의해 지급이 보장되며, 현행 예금자보호법상 생명보험계약은 보험계약 체결 시기에 관계없이 파산금융기관당 1인당 기준으로 해약환급금(또는 사고보험금이나 만기보험금)에 기타 지급금을 합쳐서 5,000만원을 한도로 하고 있습니다. 다만, 실적배당형 상품인 변액보험의 주보험과 보험계약자 및 보험료납부자가 법인인 경우(퇴직보험 예외)에는 예금자보호대상에서 제외됩니다.

◆ 귀하께서 생명보험에 대해 궁금하시거나 불만사항이 있을시 신속히 해결해드리겠습니다.

귀하가 상품을 가입하기 전에 상품내용이 궁금하시거나 가입조건등을 문의하고자 하는 경우 또는 가입후 해당상품에 관한 상담을

원하실 경우 아래의 연락처로 문의바랍니다.
02-3709-7300(회사대표전화), 080-3488-7000(고객센터)

귀하가 보험계약 유지 과정상 분쟁조정을 필요로 하는 사항이 발생하거나 우리 하나생명보험주식회사의 보험금 지급처리내용등에 대해 불만이 있을 경우에는 아래의 금융감독원 민원상담전화 등을 통해 상담을 받거나 분쟁조정 등을 신청할 수 있습니다.

< 금융감독원 민원상담전화 민원상담전화 및 지원 안내 >
민원상담전화 : 국번없이 1332 (이동전화 : 지역번호 - 1332)
○ 부산지원 : 051 - 606-1700~1
○ 대구지원 : 053 - 760-4000
○ 광주지원 : 062 - 606-1616
○ 대전지원 : 042 - 479-5120~2

귀하가 표준약관이나 기타 보험의 일반적인 내용에 대하여 궁금하시면 아래의 생명보험협회 소비자보호실 등을 통해 상담을 받으실 수 있습니다.

< 생명보험협회 전화번호 안내 >
○ 서울 : 02-2262-6565,
○ 부산 : 051 - 669-7501 ○ 대구 : 053 - 427-8051
○ 광주 : 062 - 350-0114 ○ 대전 : 042 - 242-7002
○ 강릉 : 033 - 645-9673 ○ 전주 : 063 - 252-5946

< 방카슈랑스 부조리 신고센터 >
금융기관보험대리점이 보험계약자 또는 보험대상자(피보험자)에게 대출과 연계하여 보험가입을 강요하거나 기존에 가입한 보험계약을 부당하게 해지하도록 한 후 새로운 보험계약의 가입을 권유하는 등 부당한 요구를 한 경우, 금융감독원으로 신고하여 주시기 바랍니다.
금융감독원 (Tel : 국번없이 1332, 홈페이지 : www.fss.or.kr)

▶> 주요보험용어<<▶

-. 보험약관

생명보험 계약에 관하여 보험계약자와 보험회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것

-. 보험가입증서(보험증권)

보험계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 보험회사가 보험계약자에게 교부하는 증서

-. 보험계약자

계약을 청약하고 보험료 납입의무를 지는 사람

-. 보험대상자(피보험자)

보험사고 발생의 대상이 되는 사람

-. 보험보험금을 받는 자(보험수익자)

보험사고 발생시 보험금 청구권을 가진 사람

-. 보험료

보험계약에 따른 보장을 받기 위하여 계약자가 보험회사에 납입하는 금액

-. 보험금

보험대상자(피보험자)의 사망, 장애, 입원, 만기 등 보험금지급사유가 발생하였을 때 보험회사가 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 지급하는 금액

-. 보험기간

보험계약에 따라 보장을 받는 기간

-. 보장개시일

보험회사의 보험금 지급의무가 시작되는 날

-. 보험가입금액

보험금, 보험료 및 책임준비금 등을 산정하는 기준이 되는 금액

-. 책임준비금

장래의 보험금, 환급금, 배당금 지급을 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 보험회사가 적립해둔 금액

-. 해약환급금

계약의 효력상실 또는 해지시 계약자에게 돌려주는 금액

