무배당 건강할때 미리미리 AIA 건강보험 (해지환급금 미지급형) (바이탈리티 통합형) 약관

*** 동 약관은 무배당 건강할때 미리미리 AIA 건강보험 (해지환급금 미지급형) (바이탈리티 통합형)** (이하, "바이탈리티 통합형"이라 합니다) **을 가입한 계약자에게 제공되는 약관입니다.**

◈ 목 차 ◈

◈ 가입자 유의 사항 ◈ 18

◈ 주요내용 요약서 ◈ 20

◈ 보험용어 해설 ◈ 23

무배당 건강할때 미리미리 AIA 건강보험 (해지환급금 미지급형) (바이탈리티 통합형) 약관 25

제1관 목적 및 용어의 정의 25

제1조【목적】 25
제2조【용어의 정의】 25

제2관 보험금의 지급 26

제3조【"뇌혈관질환", "뇌경색증" 및 "뇌출혈"의 정의 및 진단확정】 26
제4조【"허혈성심장질환", "급성심근경색증"의 정의 및 진단확정】 28
제5조【보험금의 지급사유】 28
제6조【보험금 지급에 관한 세부규정】 29
제7조【보험금을 지급하지 않는 사유】 30
제8조【보험금 지급사유의 발생통지】 30
제9조【보험금의 청구】 30
제10조【보험금의 지급절차】 31
제11조【주소변경통지】 32
제12조【보험수익자의 지정】 32
제13조【대표자의 지정】 32

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등 32

제14조【계약 전 알릴 의무】 32
제15조【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】 33
제16조【사기에 의한 계약】 34

제4관 보험계약의 성립과 유지 34

제17조【보험계약의 성립】 34
제18조【청약의 철회】 35
제19조【약관교부 및 설명의무 등】 35
제20조【계약의 무효】 36
제21조【계약내용의 변경 등】 37
제22조【보험나이 등】 37
제23조【계약의 소멸】 38

제5관 보험료의 납입 39

제24조【제1회 보험료 및 회사의 보장개시】 39
제25조【제2회 이후 보험료의 납입】 39
제26조【보험료의 자동대출납입】 40
제27조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지】 40
제28조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)】 41
제29조【강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)】 41

제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등 42

제30조【계약자의 임의해지】 42
제31조【중대사유로 인한 해지】 42
제32조【회사의 파산선고와 해지】 42
제33조【해지환급금】 42
제34조【보험계약대출】 43
제35조【배당금의 지급】 43

제7관 분쟁의 조정 등 43

제36조【분쟁의 조정】 43
제37조【관할법원】 44
제38조【소멸시효】 44
제39조【약관의 해석】 44
제40조【회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력】 44
제41조【회사의 손해배상책임】 44
제42조【개인정보보호】 45
제43조【준거법】 45
제44조【예금보험에 의한 지급보장】 45

제8관 바이탈리티(VITALITY)에 관한 사항 45

제45조【바이탈리티(VITALITY) 관련 용어 정의】 45
제46조【바이탈리티 멤버십 회원 자격 부여】 46
제47조【회원의 의무】 46
제48조【회원 정보 변경】 47
제49조【회원 탈퇴 및 회원 자격 상실】 47
제50조【바이탈리티 등급 및 포인트】 47
제51조【바이탈리티 등급별 포인트 기준, 포인트 적립 기준 및 방법 등의 변경】 49
제52조【바이탈리티 통합형에 대한 보험료 할인】 50
제53조【바이탈리티 통합형 피보험자인 회원에 대한 보상(REWARD) 제공】 51
제54조【바이탈리티 통합형 피보험자인 회원에 대한 보상(REWARD) 제공의 변경】 52
제55조【바이탈리티 멤버십 서비스에 대한 저작권 등의 귀속 및 이용제한】 52
제56조【바이탈리티에 관한 기타사항】 53
<별표1> 보험금 지급기준표 54
<별표2> 뇌혈관질환 분류표 56
<별표3> 뇌경색증 분류표 57
<별표4> 뇌출혈 분류표 57
<별표5> 허혈성심장질환 분류표 58
<별표6> 급성심근경색증 분류표 58
<별표7> 장 해 분 류 표 59
<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표 83
<별표8> 재 해 분 류 표 85
<별표9> 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 87

◈ 가입자 유의 사항 ◈

□ 보험계약관련 특히 유의할 사항

1. 보험계약관련 유의사항

○ 보험계약전 알릴의무 위반

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

○ 바이탈리티 통합형에 대한 보험료 할인 및 피보험자인 회원에 대한 보상(Reward)

- 피보험자가 회원을 탈퇴하는 경우 또는 회사가 피보험자에게 회원 자격 상실 확정을 통보하는 경우에는 그 이후 바이탈리티 등급 및 포인트가 소멸되며 바이탈리티 통합형에 대한 보험료 할인 및 바이탈리티 통합형 피보험자인 회원에 대한 보상(Reward)이 더 이상 제공되지 않습니다.
- 회원이 수행한 포인트 적립 관련 활동이 회원 본인의 활동이 아니라는 사실을 회사가 객관적으로 입증한 경우, 회사는 회원에 대하여 바이탈리티 통합형에 대한 보험료 할인 및 피보험자인 회원에 대한 보상(Reward)을 중단할 수 있습니다.

2. 해지환급금 관련 유의사항

○ 해지환급금

- 계약을 중도 해지시 해지환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는 계약자가 납입한 보험료 중 일부는 불의의 사고를 당한 다른 가입자에게 보험금으로 지급되며, 또 다른 일부는 보험회사 운영에 필요한 경비로 사용되기 때문입니다.

- 본 상품은 “해지환급금 미지급” 상품으로 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 지급하는 해지환급금이 없는 대신 “해지환급금 지급” 상품보다 낮은 보험료로 동일한 보장을 받을 수 있도록 한 상품입니다. 다만, 보험료 납입기간이 완료된 이후 계약이 해지될 경우 해지환급금은 “해지환급금 지급” 상품과 같습니다.
- “해지환급금 지급” 상품은 보험료 납입기간 중에도 해지환급금이 발생할 수 있는 상품으로, ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에서 정한 방법에 따라 보험료 납입기간 중 해지(율)를 반영하지 않고 산출되었으며, 본 상품과 동일한 보장 내용의 비교 안내만을 위한 상품입니다.
- “보험료 납입기간”이란 계약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다.

3. 주요 민원사항

유형1	해지환급금 미지급형 상품 안내 관련
내용	갑고객은 동일한 보장을 받으면서 보험료가 저렴하다고 설명 들었으나, 모집인 을로부터 해지환급금 미지급형 상품의 특징인 납입기간 중 중도해지 시 해지환급금이 지급되지 않는 다는 설명 없이 계약을 체결하여 상품설명 불충분으로 민원제기함.
유의사항	“해지환급금 미지급” 상품의 경우 “해지환급금 지급” 상품보다 낮은 보험료로 동일한 보장이 가능하나, 납입기간 중 중도해지 시 해지환급금을 지급하지 않는 것을 고려한 상품이오니, 계약체결 시 상세한 내용은 상품설명서, 약관 등을 통해서 반드시 확인하시기 바랍니다.

□ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

○ 특정질병

- 뇌혈관질환, 뇌경색증, 뇌출혈, 허혈성심장질환 및 급성심근경색증 등과 같이 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.

◈ 주요내용 요약서 ◈

1. 자필서명

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

2. 계약전 알릴 의무

계약자 또는 피보험자는 청약서의 질문사항에 대하여 사실대로 기재하고 자필서명을 하셔야 합니다. 특히, 보험설계사에게 구두로 알린 사항은 효력이 없으며, 전화 등 통신수단을 통해 가입하는 경우에는 서면을 통한 질문절차 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 신중하셔야 합니다.

만약 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정한 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.

3. 계약의 무효

다음 중 한 가지에 해당하는 경우 회사는 계약을 무효로 하며 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

- 타인의 사망을 보장하는 계약에서 피보험자의 서면 동의를 얻지 않은 경우.
- 만15세미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 의사능력이 있는 심신박약자가 계약을 체결하는 경우에는 계약이 유효함
- 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우
  다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아님

4. 청약철회

계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 청약을 철회할 수 있으며, 이 경우 3일 이내에 보험료를 돌려드립니다. 다만, 진단계약, 보험기간이 1년 미만인 계약 또는 전문보험계약자가 체결한 계약 및 청약을 한 날부터 30일을 초과한 경우 청약을 철회할 수 없습니다.

5. 계약취소

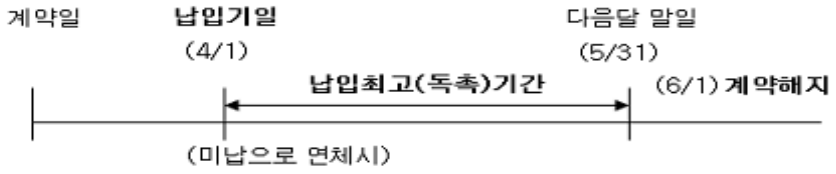
약관과 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 전달받지 못하였거나 약관의 중요한 내용을 설명 받지 못한 때 또는 청약서에 자필서명을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려 드리며 보험료를 받은 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

6. 보험료의 납입연체 및 계약의 해지에 관한 사항

계약자가 제2회 이후 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 납입을 최고(독촉)하고, 그 때까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 계약이 해지됩니다.

※ 다만, 당사의 납입최고(독촉)기간은 아래와 같이 납입기일 다음날부터 납입기일이 속하는 달의 다음달 말일까지로 합니다.

【보험료의 납입연체 및 계약의 해지(예시)】



7. 계약의 소멸

이 계약은 피보험자의 사망 또는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우, 그때부터 효력이 없습니다. 자세한 소멸사유는 약관을 참고하시기 바랍니다.

8. 해지 계약의 부활(효력회복)

보험료의 납입을 연체하여 계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사는 계약자 또는 피보험자의 건강상태, 직업, 직종 등에 따라 승낙여부를 결정하며, 합리적인 사유가 있는 경우 부활(효력회복)을 거절하거나 보장의 일부를 제한할 수 있습니다.

9. 바이탈리티 통합형에 대한 보험료 할인

바이탈리티 등급은 '브론즈(Bronze)', '실버(Silver)', '골드(Gold)', '플래티넘(Platinum)'의 4가지로 구분되며, 동일 순서로 최하위 등급('브론즈(Bronze)')에서 최상위 등급('플래티넘(Platinum)')으로 합니다. 바이탈리티 통합형의 영업보험료는 직전 보험연도에 적용된 보험료 할인율에 당해 보험연도의 "보험료 할인 등급"에 따른 가감할인율을 적용하여 산출한 할인율로 할인하여 영수합니다. 제1보험연도의 바이탈리티 통합형에 대한 보험료 할인율은 바이탈리티 등급에 관계없이 0%입니다.

10. 바이탈리티 통합형 피보험자인 회원에 대한 보상(Reward)

바이탈리티 통합형의 피보험자인 회원이 회원 자격을 유지하는 경우에 한하여 이 상품의 계약일부터 만5년 동안 보상(Reward)을 제공받습니다. 다만, 약관에 따라 계약이 취소, 청약철회, 무효, 소멸, 해지되는 경우에는 그 이후 보상(Reward)이 더 이상 제공되지 않습니다.

보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약이 계약일로부터 만5년 이내에 부활(효력회복)되는 경우, 부활(효력회복)일 이후 시점부터 보상(Reward)이 제공됩니다. 다만, 보상(Reward)이 제공되는 기간은 계약일로부터 만5년을 초과하지 않습니다.
보상(Reward)은 바이탈리티 통합형의 피보험자인 회원 1인 기준으로 제공되며, 회원이 다른 바이탈리티 통합형 보험상품 계약의 피보험자인 경우에도 중복 제공되지 않습니다.

◈ 보험용어 해설 ◈

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

○ 보험증권
보험계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 보험회사가 보험계약자에게 교부하는 증서

○ 보험계약자
보험회사와 계약을 체결하고 보험료 납입의무를 지는 사람

○ 피보험자
보험사고 발생의 대상이 되는 사람

○ 보험수익자
보험사고 발생시 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람

○ 보험료
보험계약에 따른 보장을 받기 위하여 보험계약자가 보험회사에 납입하는 금액

○ 보험금
피보험자의 사망, 장해, 입원, 만기 등 보험금 지급사유가 발생하였을 때 보험회사가 보험수익자에게 지급하는 금액

○ 보험기간
보험계약에 따라 보장을 받는 기간

○ 보장개시일
보험회사의 보험금 지급의무가 시작되는 날

○ 보험가입금액(구좌)
보험금, 보험료 및 책임준비금 등을 산정하는 기준이 되는 금액
※ 보험가입금액(구좌), 보험료 납입기간, 피보험자의 나이 등을 기준으로 보험료를 산출하지 않고 보험계약자가 보험료를 선택하는 보험에서는 보험료 수준에 따라 보험금, 준비금(적립액) 등이 결정됨

○ 책임준비금
장래의 보험금, 해지환급금 등의 지급을 위하여 보험계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 보험회사가 적립해 둔 금액

○ 해지환급금

계약의 효력상실 또는 해지시 보험계약자에게 돌려주는 금액

무배당 건강할때 미리미리 AIA 건강보험
(해지환급금 미지급형) (바이탈리티 통합형) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조【목적】

이 보험계약(이하 “계약”이라 합니다)은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제5조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조【용어의 정의】

이 계약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 계약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   - 가. 계약자: 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
   - 나. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
   - 다. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
   - 라. 진단계약: 계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.
   - 마. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   - 가. 장해: <별표7> 장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
   - 나. 재해: <별표8> 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
   - 다. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액(구좌) 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   - 가. 연단위 복리: 회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.

이자 계산법

이자는 계산법에 따라 단리와 복리로 나눕니다. 단리는 원금에 대해서만 이자를 계산하는 방법이고, 복리는 (원금+이자)에 대하여 이자를 계산하는 방법입니다.

예시) 원금 100원, 연간 10% 이자율 적용시 2년 후 원리금 계산법은?

- 단리계산법: 100원 + (100원×10%) + (100원×10%) = 120원
  원금 1년차 이자 2년차 이자
- 복리계산법: 100원 + (100원×10%) + [100원+(100원×10%)]×10% = 121원

원금	1년차 이자	2년차 이자

나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결시점의 이율을 말합니다.

평균공시이율

전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 평균공시이율을 말하며 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지 (www.fss.or.kr)에서 확인할 수 있습니다.

다. 해지환급금: 계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, 『관공서의 공휴일에 관한 규정』에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

관공서의 공휴일에 관한 규정

제2조(공휴일)

관공서의 공휴일은 다음과 같다. 다만, 재외공관의 공휴일은 우리나라의 국경일 중 공휴일과 주재국의 공휴일로 한다.

1. 일요일
2. 국경일 중 3·1절, 광복절, 개천절 및 한글날
3. 1월 1일
4. 설날 전날, 설날, 설날 다음날 (음력 12월 말일, 1월 1일, 2일)
5. (삭제)
6. 부처님오신날 (음력 4월 8일)
7. 5월 5일 (어린이날)
8. 6월 6일 (현충일)
9. 추석 전날, 추석, 추석 다음날 (음력 8월 14일, 15일, 16일)
10. 12월 25일 (기독탄신일)

10의2. 「공직선거법」 제34조에 따른 임기만료에 의한 선거의 선거일

11. 기타 정부에서 수시 지정하는 날

제3조(대체공휴일)

① 제2조 제4호 또는 제9호에 따른 공휴일이 다른 공휴일과 겹칠 경우 제2조 제4호 또는 제9호에 따른 공휴일 다음의 첫 번째 비공휴일을 공휴일로 한다.

② 제2조 제7호에 따른 공휴일이 토요일이나 다른 공휴일과 겹칠 경우 제2조 제7호에 따른 공휴일 다음의 첫번째 비공휴일을 공휴일로 한다.

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조【"뇌혈관질환", "뇌경색증" 및 "뇌출혈"의 정의 및 진단확정】

① 이 계약에서 "뇌혈관질환"이란, 한국표준질병·사인분류 중 <별표2>(뇌혈관질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 외상성 두개내 출혈, 혈관성 치매, '과거 무증상성 열공성 뇌경색증(old asymptomatic lacunar infarction)', 일과성 뇌허혈발작(transient ischemic attack)은 제외됩니다.

② 이 계약에서 “뇌경색증”이란, 한국표준질병·사인분류 중 <별표3>(뇌경색증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 외상성 두개내 출혈, 혈관성 치매, '과거 무증상성 열공성 뇌경색증(old asymptomatic lacunar infarction)', 일과성 뇌허혈발작(transient ischemic attack) 및 진구성 뇌경색(old infarction)은 제외됩니다.

③ 이 계약에서 “뇌출혈”이란, 한국표준질병·사인분류 중 <별표4>(뇌출혈 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 외상성 두개내 출혈은 제외됩니다.

④ “뇌혈관질환” 및 “뇌출혈”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 해당 분야의 전문의(치과의사, 한의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 뇌혈관질환 또는 뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

⑤ “뇌경색증”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 해당 분야의 전문의(치과의사, 한의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 확산강조영상(DWI), 뇌혈관조영술 등 뇌영상검사에서 뇌경색증의 급성발병을 나타내는 이상소견을 근거로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 뇌경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

의료법 제3조(의료기관)

① 이 법에서 "의료기관"이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 "의료업"이라 한다)을 하는 곳을 말한다.

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
   가. 의원
   나. 치과의원
   다. 한의원
2. 조산원: 조산사가 조산과 임부·해산부·산욕부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다.
3. 병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
   가. 병원
   나. 치과병원
   다. 한방병원
   라. 요양병원(「정신보건법」 제3조제3호에 따른 정신의료기관 중 정신병원, 「장애인복지법」 제58조제1항제2호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
   마. 종합병원

③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료

기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.
※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제4조【"허혈성심장질환", "급성심근경색증"의 정의 및 진단확정】

① 이 계약에서 "허혈성심장질환"이란, 한국표준질병·사인분류 중 <별표5>(허혈성심장질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

② 이 계약에서 "급성심근경색증"이란, 한국표준질병·사인분류 중 <별표6>(급성심근경색증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

③ "허혈성심장질환" 및 "급성심근경색증"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 해당 분야의 전문의(치과의사, 한의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액 중 심근효소검사, 핵의학검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

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

제5조【보험금의 지급사유】

회사는 보험기간 중 피보험자에게 다음 사항 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(<별표1> "보험금 지급기준표" 참조)을 지급합니다.(다만, 각각 최초 1회의 진단 확정에 한하여 지급하며, 계약일부터 만2년이 지난 계약해당일의 전일 이전에 진단확정시에는 50%를 지급합니다)

1. 피보험자가 보험기간 중 제3조("뇌혈관질환", "뇌경색증" 및 "뇌출혈"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 "뇌혈관질환"으로 진단확정된 경우: 뇌혈관질환진단급여금 지급
2. 피보험자가 보험기간 중 제3조("뇌혈관질환", "뇌경색증" 및 "뇌출혈"의 정의 및 진단확정) 제2항에서 정한 "뇌경색증"으로 진단확정된 경우: 뇌경색증진단급여금 지급
3. 피보험자가 보험기간 중 제3조("뇌혈관질환", "뇌경색증" 및 "뇌출혈"의 정의 및 진단확정) 제3항에서 정한 "뇌출혈"로 진단확정된 경우: 뇌출혈진단급여금 지급
4. 피보험자가 보험기간 중 제4조("허혈성심장질환", "급성심근경색증"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 "허혈성심장질환"으로 진단확정된 경우: 허혈성심장질환진단급여금 지급
5. 피보험자가 보험기간 중 제4조("허혈성심장질환", "급성심근경색증"의 정의 및 진단확정) 제2항에서 정한 "급성심근경색증"으로 진단확정된 경우: 급성심근경색증진단급여금 지급

제6조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 피보험자가 보험료 납입기간 중 급성심근경색증 또는 뇌출혈로 진단확정되거나 장해분류표(<별표7> 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 된 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

② 제5조(보험금의 지급사유) 제2호 또는 제3호의 경우 보험기간 중 해당 지급사유 발생시 같은 조 제1호의 뇌혈관질환진단급여금을 더하여 지급합니다. 다만, 제5조(보험금의 지급사유) 제2호 또는 제3호의 진단시점 이전에 뇌혈관질환진단급여금의 지급사유가 이미 발생한 경우에는 뇌혈관질환진단금을 더하여 지급하지 않습니다.

③ 제5조(보험금의 지급사유) 제5호의 경우 보험기간 중 해당 지급사유 발생시 같은 조 제4호의 허혈성심장질환진단급여금을 더하여 지급합니다. 다만, 제5조(보험금의 지급사유) 제4호의 진단시점 이전에 허혈성심장질환진단급여금의 지급사유가 이미 발생한 경우에는 허혈성심장질환진단금을 더하여 지급하지 않습니다.

④ 피보험자가 보험기간 중 사망하여 그 후에 뇌혈관질환, 뇌경색증, 뇌출혈, 허혈성심장질환 또는 급성심근경색증을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 사망일을 진단확정일로 보아 제5조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제5호에서 정한 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 해당 보험금 지급시 이미 지급된 책임준비금이 있는 경우에는 해당 보험금에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급해 드립니다. 이때 이미 지급된 책임준비금이 해당 보험금보다 큰 경우에는 해당 보험금이 지급되지 않습니다.

⑤ 제1항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(<별표7> 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑥ 제5항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑦ 이 계약에서 "동일한 재해"의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑧ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(<별표7> 참조)상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 지급률을 합산한 지급률과 최초 장해의 지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑨ 제1항의 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 장해지급률로 정합니다.

⑩ 제1항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(<별표7> 참조)의

각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 제10항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(<별표7> 참조)상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(<별표7> 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑫ 장해분류표(<별표7> 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표(<별표7> 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑬ 보험수익자와 회사가 제5조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제5호의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제7조【보험금을 지급하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
   다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제8조【보험금 지급사유의 발생통지】

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제5조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유 또는 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제9조【보험금의 청구】

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서 (회사양식)
2. 사고증명서 (사망진단서, 장해진단서, 진단서(병명기입), 진료기록부 등)
3. 신분증 (주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는

본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

4. 기타 보험수익자가 보험금 수령 또는 계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

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

제10조【보험금의 지급절차】

① 회사는 제9조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 또는 보험료 납입 면제의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 <별표9> "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제9조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제6항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제13항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

보험금 가지급제도

지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도

④ 제3항에 따라 장해지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 확정된 장해지급률에 따른 보험금을 초과한 부분에 대한 분쟁으로 보험금 지급이 늦어지는 경우에는 보험수익자의 청구에 따라 이미 확정된 보험금을 먼저 가지급합니다.

⑤ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

⑥ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제15조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

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

제11조【주소변경통지】

① 계약자(보험수익자가 계약자와 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체 없이 그 변경 내용을 회사에 알려야 합니다.

② 제1항에서 정한 대로 계약자 또는 보험수익자가 변경 내용을 알리지 않은 경우에는 계약자 또는 보험수익자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 시일이 지난 때에 계약자 또는 보험수익자에게 도달된 것으로 봅니다.

제12조【보험수익자의 지정】

이 계약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 제5조(보험금의 지급사유)의 경우에는 피보험자로 합니다.

제13조【대표자의 지정】

① 계약자 또는 보험수익자가 2명 이상인 경우에는 각 대표자를 1명 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.

② 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 않은 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 보험수익자 1명에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에게도 효력이 미칩니다.

③ 계약자가 2명 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

설명

계약자가 2명 이상인 경우에는 계약 전 알릴 의무, 보험료 납입의무 등 보험계약에 따른 계약자의 의무를 계약자들이 연대(連帶)하여 부담합니다.

【연대(連帶)】

2인 이상의 계약자가 각자 채무의 전부를 이행할 책임을 지는 것을 말하며(지분만큼 분할하여 책임을 지는 것과는 다름), 계약자 1인이 책임을 이행하는 경우 나머지 계약자는 책임을 면하게 됩니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제14조【계약 전 알릴 의무】

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 "계약 전 알릴 의무"라 하며, 상법상 "고지의무"와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원과 병원에서 직

장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

사례

보험계약을 청약하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만 이야기하였을 뿐, 청약서의 계약전 알릴사항에 아무런 기재도 하지 않을 경우에는 보험설계사에게 고혈압 병력을 이야기하였다고 하더라도 회사는 계약 전 알릴의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다. 다만, 전화를 이용하여 보험계약을 청약하는 경우에는 음성녹음으로 대신합니다.

제15조【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제14조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한가지에 해당되는 때에는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
3. 계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
4. 회사가 이 계약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다)
5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때

   다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴 의무 위반사실뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 계약의 처리 결과를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면 등으로 알려 드립니다.

③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제33조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액(구좌) 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제14조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 지급합니다.

⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

제16조【사기에 의한 계약】

① 계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물사용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기의사에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 보장개시일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터는 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

② 제1항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제17조【보험계약의 성립】

① 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.

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

보험가입금액(구좌)의 제한
피보험자가 가입을 할 수 있는 최대 보험가입금액(구좌)을 제한하는 방법
일부보장 제외(부담보)
일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 특정질병 또는 특정 신체 부위를 보장에서 제외하는 방법
보험금 삭감
일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 보험가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 감소하는 위험에 대해 적용하여 보험 가입 후 일정기간 내에 보험사고가 발생할 경우 미리 정해진 비율로 보험금을 감액하여 지급하는 방법
보험료 할증
일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 보험가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 증가하는 위험 또는 기간의 경과에 상관없이 일정한 상태를 유지하는 위험에 적용하는 방법으로 위험정도에 따라 주계약 보험료 이외에 특별보험료를 부가하는 방법

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

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

⑤ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년(갱신형 계약의 경

우에는 최초 청약일로부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑥ 제5항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제18조【청약의 철회】

① 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 청약을 한 날부터 30일을 초과한 경우 청약을 철회할 수 없습니다.

② 제1항에도 불구하고 진단계약, 보험기간이 1년 미만인 계약 또는 전문보험계약자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

전문보험계약자

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

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

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

보험계약대출이율

보험계약대출이율은 회사의 인터넷 홈페이지(www.aia.co.kr)의 공시실 → 적용이율 → 보험계약대출이율에서 확인할 수 있습니다.

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

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

제19조【약관교부 및 설명의무 등】

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

명할 수 있습니다.

통신판매계약

전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

1. 인터넷 홈페이지에서 약관 및 그 설명문(약관의 중요한 내용을 알 수 있도록 설명한 문서)을 읽거나 내려 받게 하는 방법. 이 경우 계약자가 이를 읽거나 내려 받은 것을 확인한 때에 당해 약관을 드리고 그 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
2. 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

② 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명을 포함합니다)을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

전자서명법 제2조 제2호 및 제3호

제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다.

2. "전자서명"이라 함은 서명자를 확인하고 서명자가 당해 전자문서에 서명을 하였음을 나타내는데 이용하기 위하여 당해 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.
3. "공인전자서명"이라 함은 다음 각목의 요건을 갖추고 공인인증서에 기초한 전자서명을 말한다.
   가. 전자서명생성정보가 가입자에게 유일하게 속할 것
   나. 서명 당시 가입자가 전자서명생성정보를 지배·관리하고 있을 것
   다. 전자서명이 있은 후에 당해 전자서명에 대한 변경여부를 확인할 수 있을 것
   라. 전자서명이 있은 후에 당해 전자문서의 변경여부를 확인할 수 있을 것

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

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

1. 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우
2. 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우

법정상속인

법정상속인은 피상속인의 사망으로 인하여 민법의 규정에 의한 상속순서에 따라 상속받는 자

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

제20조【계약의 무효】

계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다)에는 계약을 무효로 하며

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

제21조【계약내용의 변경 등】

① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 보험료의 납입방법
2. 보험가입금액(구좌)
3. 계약자
4. 기타 계약의 내용

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

보험금 지급사유가 발생한 경우 회사가 보험금을 지급하는 대상
1) 계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 알리기 이전: 변경 전 보험수익자 2) 계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 알린 이후: 변경 후 보험수익자 ※ 보험수익자가 변경되었더라도 회사에 알리지 않았다면 회사는 변경된 보험수익자에게 보험금을 지급하지 않을 수 있으니, 보험수익자를 변경할 때에는 회사에 알려주시기 바랍니다.

③ 회사는 계약자가 제1항 제2호에 따라 보험가입금액(구좌)을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제33조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

감액
보험료, 보험금, 책임준비금 등을 산정하는 기준이 되는 보험가입금액(구좌)을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 것 (이에 따라 보험료, 보험금 및 해지환급금도 줄어듭니다)
해지
현재 유지되고 있는 계약이나 또는 효력이 상실된 계약을 장래를 향하여 소멸시키거나 계약 유지를 포기하여 만기일 이전에 계약관계를 청산하는 것

④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자의 서면으로 동의하여야 합니다.

⑤ 회사는 제1항 제3호에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

제22조【보험나이 등】

① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다.

② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

계약해당일이 없는 달의 예시
최초계약일: 2018년 5월 31일 일 때, 2018년 6월의 월계약해당일은 2018년 6월 30일로 함 ⇒ 2018년 6월에는 계약해당일 (31일)이 없으므로, 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 함

③ 청약서에 기재된 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 사항이 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)에 기재된 사실과 다른 경우에는 신분증에 기재된 나이 또는 성별로 정정하고, 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

④ 제3항에 따라 보험금 및 보험료를 변경할 때 변경 전후의 책임준비금 또는 해지환급금 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하거나 반환 받을 금액이 발생할 수 있습니다.

보험나이 계산 예시	
생년월일: 1986년 9월 18일	
사례1) 계약일: 2019년 1월 18일 2019년 1월 18일 - 1986년 9월 18일 만 32년 4월 0일 → 보험나이 32세	사례2) 계약일: 2019년 4월 20일 2019년 4월 20일 - 1986년 9월 18일 만 32년 7월 2일 → 보험나이 33세

제23조【계약의 소멸】

① 피보험자의 사망 또는 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없을 경우에 이 계약은 그 때부터 더 이상 효력이 없습니다. 이때 보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

보험료 및 책임준비금 산출방법서
'보험료 및 책임준비금 산출방법서'는 보험회사의 기초서류 중 하나로 보험료와 책임준비금 및 해지환급금 등의 산출기준 및 방법이 기재된 문서를 말합니다.
책임준비금
장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

② 제1항 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

실종선고
어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속 될 때 일정절차에 따라 법원이 사망한 것으로 인정하는 제도

③ 회사는 제1항에 따라 사망 당시의 책임준비금을 지급할 때 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 <별표9> "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

제5관 보험료의 납입

제24조【제1회 보험료 및 회사의 보장개시】

① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임 있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.

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

보장개시일

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

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

1. 제14조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
2. 제15조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
3. 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우

   다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 재해로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보장을 해드립니다.

④ 청약서에 피보험자의 직업 또는 직종별로 보험가입금액(구좌)의 한도액이 명시되어 있음에도 그 한도액을 초과하여 청약을 하고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그 초과 청약액에 대하여는 보장을 하지 않습니다. 이때, 초과 청약액에 해당하는 보험료는 돌려드립니다.

제25조【제2회 이후 보험료의 납입】

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

납입기일

계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제26조【보험료의 자동대출납입】

① 계약자는 제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따른 보험료의 납입최고(독촉)기간이 지나기 전까지 회사가 정한 방법에 따라 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있으며, 이 경우 제34조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려드립니다.

② 제1항에도 불구하고 보험계약대출금과 보험계약대출이자를 더한 금액이 해지환급금(해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 금액을 말합니다)을 초과하는 때에는 보험료의 자동대출납입을 더는 할 수 없습니다.

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

④ 보험료의 자동대출 납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입 전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출 납입이 없었던 것으로 하여 제33조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

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

제27조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지】

① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

② 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면, 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.

③ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제33조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

납입최고(독촉)
약정된 기일까지 보험료가 납입되지 않을 경우, 회사가 계약자에게 납입을 재촉하는 일

제28조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)】

① 제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 평균공시이율 + 1% 범위 내에서 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다.

② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제14조(계약 전 알릴 의무), 제15조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과), 제16조(사기에 의한 계약), 제17조(보험계약의 성립) 제2항 및 제3항 및 제24조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.

③ 제1항에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시 제14조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제15조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제29조【강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)】

① 회사는 계약자의 해지환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제21조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.

강제집행
국가의 공권력을 행사하여 사법상의 청구권을 강제적으로 실현시키기 위한 절차
담보권실행
채무자가 채무를 갚지 않을 경우, 채권자가 채무이행을 확보할 수 있도록 제공된 담보로부터 손해를 변상 받는 절차
국세 및 지방세 체납처분절차
국세 및 지방세를 납부할 기한까지 납부하지 않는 경우에 국세징수법 또는 지방세기본법에 따라 행하는 강제 징수 처분 및 그 절차

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

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

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

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

제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제30조【계약자의 임의해지】

계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제33조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제31조【중대사유로 인한 해지】

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

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

예시

입원특약에 가입한 피보험자가 20일간 입원했음에도 불구하고 입원확인서를 변조하여 입원일수 30일에 해당하는 보험금을 청구한 경우, 회사는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다. 다만, 이 경우에도 회사는 입원일수 20일에 해당하는 보험금을 지급합니다.

② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제33조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제32조【회사의 파산선고와 해지】

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

② 제1항의 규정에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.

③ 제1항의 규정에 따라 계약이 해지되거나 제2항의 규정에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제33조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 드립니다.

제33조【해지환급금】

① 이 약관에 따른 해지환급금은 이 계약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산하며, 보험료 납입기간 중 해지 시 해지환급금은 없습니다.

해지환급금 관련 유의사항

1. 본 상품은 “해지환급금 미지급” 상품으로 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 지급하는 해지환급금이 없는 대신 “해지환급금 지급” 상품보다 낮은 보험료로 동일한 보장을 받을 수 있도록 한 상품입니다. 다만, 보험료 납입기간이 완료된 이후 계약이 해지될 경우 해지환급금은 “해지환급금 지급” 상품과 같습니다.

2. “해지환급금 지급” 상품은 보험료 납입기간 중에도 해지환급금이 발생할 수 있는 상품으로, ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에서 정한 방법에 따라 보험료 납입기간 중 해지(율)를 반영하지 않고 산출되었으며, 본 상품과 동일한 보장 내용의 비교·안내만을 위한 상품입니다.
3. “보험료 납입기간”이란 계약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다.
4. 회사는 계약체결시 본 상품과 “해지환급금 지급” 상품의 보험료 및 해지환급금 수준을 비교·안내하여 드립니다.

② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 <별표9> “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제34조【보험계약대출】

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

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

③ 회사는 제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감합니다.

④ 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제35조【배당금의 지급】

이 계약은 무배당보험이므로 계약자 배당금이 없습니다.

무배당보험

무배당보험은 계약자에게 따로 계약자배당금을 지급하지 않는 상품으로, 배당을 하는 유배당 상품에 비하여 상대적으로 저렴한 보험료로 가입할 수 있습니다.

제7관 분쟁의 조정 등

제36조【분쟁의 조정】

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

제37조【관할법원】

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

제38조【소멸시효】

보험금청구권, 보험료반환청구권, 해지환급금청구권 및 책임준비금반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다. 소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있는 때로부터 진행합니다.

소멸시효

일정기간 동안 권리를 행사하지 않으면, 그 권리가 없어지는 법적효과를 가져오는 제도입니다. 원칙적으로 보험사고가 발생한 후 3년간(예를 들면, 2017년 1월 1일에 보험사고 발생시 2019년 12월 31일까지) 보험금 등을 청구하지 않는 경우 보험금 등을 지급받지 못할 수 있습니다.

제39조【약관의 해석】

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

② 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

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

제40조【회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력】

보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사 제작의 보험안내자료(계약의 청약을 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다) 내용이 이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제41조【회사의 손해배상책임】

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

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

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

현저하게 공정을 잃은 합의

당사자의 궁박, 경솔 또는 무경험으로 인하여 현저하게 공정을 잃어 무효인 합의를 말합니다.

제42조【개인정보보호】

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

개인정보 보호법

개인정보의 처리 및 보호에 관한 사항을 정함으로써 개인의 자유와 권리를 보호하고, 나아가 개인의 존엄과 가치를 구현하기 위해 제정된 법률을 말합니다.

신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률

신용정보업을 건전하게 육성하고 신용정보의 효율적 이용과 체계적 관리를 도모하며 신용정보의 오용·남용으로부터 사생활의 비밀 등을 적절히 보호함으로써 건전한 신용질서의 확립에 이바지하기 위해 제정된 법률을 말합니다.

② 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

제43조【준거법】

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

제44조【예금보험에 의한 지급보장】

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

예금자보호법

금융기관이 파산 등의 사유로 예금을 지급할 수 없는 상황에 대처하기 위하여 예금보험제도 등을 효율적으로 운영함으로써 예금자를 보호하고 금융제도의 안정성을 유지하는 데 이바지함을 목적으로 하는 법률

제8관 바이탈리티(Vitality)에 관한 사항

제45조【바이탈리티(Vitality) 관련 용어 정의】

① "바이탈리티 멤버십 서비스"란 회원들의 건강관리노력 및 생활습관개선을 지원하는 건강 및 웰니스 프로그램입니다.

② “바이탈리티 어플리케이션”(이하 “바이탈리티 앱” 이라 합니다)이란 회원 가입, 바이탈리티 등급 및 포

인트 확인, “바이탈리티 통합형 피보험자인 회원에 대한 보상(Reward)”(이하 “보상(Reward)”이라 합니다) 이용 등 회원이 바이탈리티 멤버십 서비스를 이용하기 위한 전반적인 기능을 담고 있는 휴대폰 어플리케이션, 인터넷 서비스 등을 말합니다.

③ “바이탈리티 포인트”(이하 “포인트”라 합니다)란 회원이 건강 관리 활동을 수행하여 적립하는 포인트를 말합니다.

④ “바이탈리티 연도”란 기준일(회원 자격이 부여된 월일)로부터 기산한 1년마다를 의미합니다. 예를 들어, 2018년 7월 2일에 회원 자격이 부여된 경우 기준일은 7월 2일입니다. 다만, 기준일이 2월 29일인 경우에는 다음 바이탈리티 연도부터 기준일을 3월 1일로 합니다.

제46조【바이탈리티 멤버십 회원 자격 부여】

회사는 다음 각 호를 모두 만족하는 자에게 바이탈리티 멤버십 회원(이하 “회원”이라 합니다) 자격을 부여합니다.

1. 만 18세 이상이며 대한민국 국적 또는 이에 상응하는 대한민국 거주 자격을 보유한 자
2. 회사가 정하는 방법에 의한 본인 인증을 완료한 자
3. 「AIA Vitality 멤버십 서비스 이용약관」, 개인정보 수집·이용 등 필수 동의 사항에 동의한 자
4. 제1호 내지 제3호를 모두 충족하고, 회원 가입 신청 후 회사의 승인을 받은 자

제47조【회원의 의무】

① 회원은 다음 각 호에서 정한 행위를 해서는 안됩니다.

1. 회원 가입 신청 또는 회원 정보 변경시 허위내용의 등록 또는 타인의 정보 도용
2. 회사가 바이탈리티 앱에 게시한 정보의 무단 변경, 삭제 등 훼손 행위
3. 바이탈리티 멤버십 서비스와 관련하여 회사 또는 제3자의 특허, 상표, 디자인, 저작권 등 지적재산권을 침해하거나 회사 또는 제3자의 명예 손상 및 업무를 방해하는 행위
4. 외설 또는 폭력적인 메시지 및 기타 공서양속에 반하는 정보를 바이탈리티 앱에 공개 또는 게시하는 행위
5. 회원 ID 및 비밀번호를 제3자에게 알려주거나 이용하게 하는 행위
6. 회원 자격을 타인에게 양도 또는 대여하거나 담보의 목적으로 이용하는 행위
7. 포인트 적립 관련 사기 또는 위법행위
8. 바이탈리티 멤버십 서비스 이용과 관련하여 회사에 손해를 발생하게 하는 행위
9. 바이탈리티 멤버십 서비스를 이용함으로써 얻은 바이탈리티 멤버십 서비스 정보를 회사의 사전 승낙 없이 복제, 송신, 출판, 배포, 방송 기타 방법에 의하여 이용하거나 제3자로 하여금 이용하게 하는 행위
10. 바이탈리티 멤버십 서비스에서 제공되는 모든 서비스를 타인에게 양도하는 행위

② 회원은 회원 본인의 ID 및 비밀번호를 도용 당하거나 제3자가 이용하고 있음을 인지한 경우에는 즉시 회사에 통보하여 회사의 안내에 따라야 합니다.

제48조【회원 정보 변경】

회원은 바이탈리티 앱을 통해 직접 회원 정보를 변경하거나 회사에 요청하여 변경할 수 있습니다. 회원 정보 변경 방법은 바이탈리티 앱, 전화 등을 통해 확인할 수 있습니다.

제49조【회원 탈퇴 및 회원 자격 상실】

① 바이탈리티 멤버십 서비스 이용을 종료하고자 하는 회원은 전화 등을 통하여 회원을 탈퇴할 수 있습니다.

② 회사는 회원이 다음 각 호에 해당하는 경우 바이탈리티 앱, 휴대전화 문자메시지 등을 통해 당해 회원에게 회원 자격 상실 사유가 발생한 사실을 통보합니다.

1. 다른 회원의 바이탈리티 멤버십 서비스 이용을 부당하게 방해하거나 그 정보를 도용하는 경우
2. 일정 기간 동안 바이탈리티 멤버십 서비스를 이용하지 않아 관련 법령에 의해 회원정보의 파기 또는 분리보관 의무가 발생하는 경우
3. 제46조(바이탈리티 멤버십 회원 자격 부여) 제1호 내지 제3호 중 어느 하나를 유지하지 못하는 경우
4. 제47조(회원의 의무) 제1항 제1호, 제3호, 제5호, 제6호 및 제7호에 정한 사항을 위반하는 경우

③ 제2항에 따른 통보를 받은 회원은 통보 받은 날부터 30일 이내에 해당 내용에 대한 의견을 소명할 수 있습니다. 회사가 회원의 소명이 타당하지 않다고 판단하거나 회원이 제2항에 따른 통보를 받은 날부터 30일 이내에 회사에 의견을 소명하지 못하는 경우 회원 자격 상실이 확정됩니다. 회사는 회원 자격 상실이 확정된 회원에게 바이탈리티 앱, 휴대전화 문자메시지 등을 통해 회원 자격 상실 확정을 통보합니다.

④ 제1항에 따라 피보험자가 회원을 탈퇴하는 경우 또는 제2항 및 제3항에 따라 회사가 피보험자에게 회원 자격 상실 확정을 통보하는 경우에는, 그 이후 바이탈리티 등급 및 포인트는 소멸되며 바이탈리티 통합형에 대한 보험료 할인 및 제53조(바이탈리티 통합형 피보험자인 회원에 대한 보상(Reward) 제공)에 따른 보상(Reward)은 더 이상 제공되지 않습니다.

제50조【바이탈리티 등급 및 포인트】

① 바이탈리티 등급은 '브론즈(Bronze)', '실버(Silver)', '골드(Gold)', '플래티넘(Platinum)'의 4가지로 구분되며, 동일 순서로 최하위 등급('브론즈(Bronze)')에서 최상위 등급('플래티넘(Platinum)')으로 합니다.

② 포인트는 환금성이 없으며, 타인에게 양도할 수 없습니다.

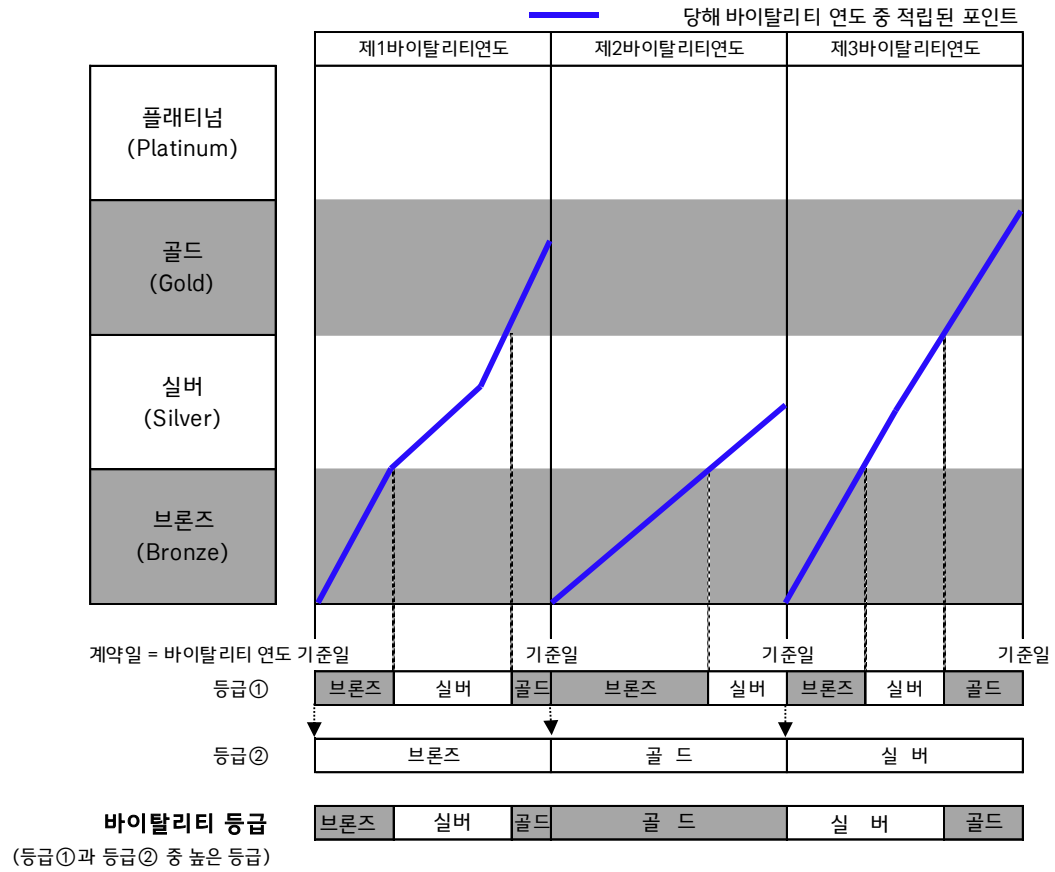
③ 회원은 바이탈리티 앱, 전화 등을 통해 현재의 바이탈리티 등급 및 포인트를 확인할 수 있습니다.

④ 매 바이탈리티 연도 기준일에 직전 바이탈리티 연도에 적립한 포인트는 소멸되고, 회원은 0포인트부터 다시 포인트 적립을 시작합니다.

⑤ 회원 가입시점 바이탈리티 등급은 ‘브론즈(Bronze)’입니다. 바이탈리티 등급은 [당해 바이탈리티 연도 중 적립된 포인트에 따른 등급]과 [직전 바이탈리티 연도 마지막 날까지 적립된 포인트에 따른 등급] 중 더 높은 등급으로 합니다.

바이탈리티 등급 예시

※ 가정: 계약일과 바이탈리티 연도 기준일이 동일한 경우



등급① : [당해 바이탈리티 연도 중 적립된 포인트에 따른 등급]

등급② : [직전 바이탈리티 연도 마지막 날까지 적립된 포인트에 따른 등급]

다만, 직전 바이탈리티 연도가 없는 경우에는 등급②를 브론즈로 한다.

⑥ 바이탈리티 등급별 포인트 기준 및 포인트 적립 기준은 바이탈리티 앱을 통해서 확인할 수 있습니다.

⑦ 회사는 바이탈리티 등급별 포인트 기준, 포인트 적립 기준 및 방법을 보험계약을 체결하기 전에 계약자 및 피보험자에게 안내합니다.

제51조【바이탈리티 등급별 포인트 기준, 포인트 적립 기준 및 방법 등의 변경】

① 회사는 바이탈리티 제휴사(이하 "제휴사"라 합니다) 파산 등 불가피한 사유 또는 회사의 사정에 따라 바이탈리티 등급별 포인트 기준, 포인트 적립 기준 및 방법 등을 변경할 수 있습니다. 회사는 바이탈리티 등급별 포인트 기준, 포인트 적립 기준 및 방법 등을 변경해야 하는 경우에는 지체없이 계약자 및 피보험자에게 그 사실을 안내하고, 회원인 피보험자의 동의를 받아 변경할 수 있습니다.

② 제1항에 따라 바이탈리티 등급별 포인트 기준, 포인트 적립 기준 및 방법 등을 변경하는 경우, 회사는 그 사실을 다음 각 호에 따라 계약자 및 피보험자에게 안내합니다.

1. 회사는 회원에게 변경 사유, 적용일자, 변경될 바이탈리티 등급별 포인트 기준, 포인트 적립 기준 및 방법 등의 세부 내용에 대하여 안내합니다.
2. 제1호에 따른 안내는 전자적 방법(전자우편, 바이탈리티 앱 등), 서면 등을 통해 안내합니다.

③ 회사는 바이탈리티 등급별 포인트 기준, 포인트 적립 기준 및 방법 등이 변경될 수 있음을 보험계약을 체결하기 전에 계약자 및 피보험자에게 안내합니다.

제52조【바이탈리티 통합형에 대한 보험료 할인】

① 보험료 할인에 적용되는 바이탈리티 등급(이하 "보험료 할인 등급"이라 합니다)은 매 보험연도 시작일의 45일 전일의 회원인 피보험자의 바이탈리티 등급을 기준으로 확정하여 이후 도래하는 보험연도 1년 동안 적용합니다. 다만, 제6조(보험금 지급에 관한 세부 규정) 제1항에 따라 보험료 납입이 면제된 경우에는 더 이상 보험료 할인이 적용되지 않습니다.

보험연도

당해연도 보험계약 해당일로부터 차년도 보험계약 해당일 전일까지 매1년 단위의 연도
예를 들어, 보험계약일이 2018년 8월 15일인 경우 보험연도는 8월 15일부터 차년도 8월 14일까지 1년입니다.

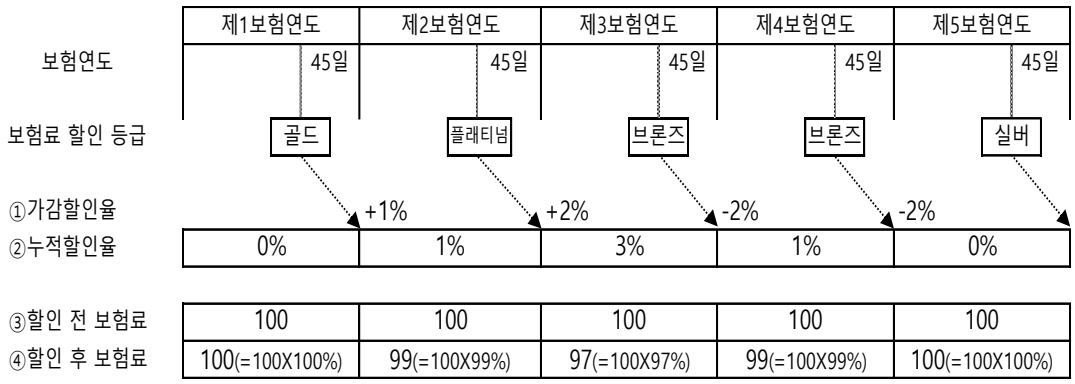
② 회사는 이 상품의 영업보험료를 다음 각호에서 정한 각 기간별 할인율을 적용하여 영수합니다.

1. 제1보험연도: 0%
2. 제2보험연도 이후 매 보험연도: 직전 보험연도에 적용된 보험료 할인율에 당해 보험연도의 "보험료 할인 등급"에 따른 가감할인율을 적용하여 산출한 할인율(이하 "누적할인율"이라 합니다). 단, 누적할인율이 10%를 초과할 경우 10%로 하고, 0%미만인 경우 0%로 합니다.

[누적할인율 한도 및 가감할인율]

누적할인율 한도	최대	10%
	최소	0%
"보험료 할인등급" 에 따른 가감할인율	브론즈(Bronze)	2% 차감
	실버(Silver)	1% 차감
	골드(Gold)	1% 가산
	플래티넘(Platinum)	2% 가산

바이탈리티 통합형에 대한 보험료 할인 예시



당해 보험연도의 누적할인율(②) = 직전 보험연도의 누적할인율 + 당해 보험연도의 가감할인율(①)
할인 후 보험료(④) = 할인 전 보험료(③) X (1-당해 보험연도의 누적할인율(②))

③ 회사는 “보험료 할인 등급”, “가감할인율” 및 “누적할인율” 등 보험료 할인의 제공 여부와 보험료 할인이 제공되지 않는 경우 그 사유 등을 매 보험연도 시작일의 30일 전까지 전자적 방법(전자우편, 바이탈리티 앱 등), 서면 등을 통해 계약자 또는 피보험자에게 안내합니다.

④ 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) 제1항에 따른 보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)시 연체보험료 및 부활(효력회복)일 이후 납입하는 보험료에 대해서는 다음 각 호를 따릅니다.

1. 해지일 이후 피보험자가 제49조(회원 탈퇴 및 회원 자격 상실)에 따라 회원 탈퇴 또는 회원 자격 상실 확정을 통보받는 경우, 연체보험료 및 부활(효력회복)일 이후 납입하는 보험료는 바이탈리티 통합형에 대한 보험료 할인이 적용되지 않습니다.
2. 해지일 이후 피보험자가 회원 자격을 계속하여 유지하는 동안 계약이 부활(효력회복)되는 경우, 연체보험료 및 부활(효력회복)일 이후 납입하는 보험료는 제2항에서 정한 할인율이 적용됩니다.

⑤ 제4항에서 연체보험료에 대한 연체이율은 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) 제1항에서 정한 이율로 합니다.

⑥ 제21조(계약내용의 변경 등)에 따라 보험료가 변경되는 경우에는 바이탈리티 통합형에 대한 보험료 할인이 적용되지 않은 보험료를 기준으로 변경된 보험료를 계산한 후, 바이탈리티 통합형에 대한 보험료 할인을 적용합니다.

⑦ 회원이 수행한 포인트 적립 관련 활동이 회원 본인의 활동이 아니라는 사실을 회사가 객관적으로 입증한 경우, 회사는 회원에게 적용되는 바이탈리티 통합형에 대한 보험료 할인을 중단할 수 있습니다.

제53조【바이탈리티 통합형 피보험자인 회원에 대한 보상(Reward) 제공】

① 바이탈리티 통합형의 피보험자인 회원이 회원 자격을 유지하는 경우에 한하여 이 상품의 계약일부터 만 5년 동안 보상(Reward)을 제공받습니다. 다만, 제16조(사기에 의한 계약), 제18조(청약의 철회), 제19

조(약관교부 및 설명의무 등) 제2항, 제20조(계약의 무효), 제23조(계약의 소멸), 제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지), 제30조(계약자의 임의해지), 제31조(중대사유로 인한 해지) 제1항, 제32조(회사의 파산선고와 해지) 제1항 등에 따라 계약이 취소, 청약철회, 무효, 소멸, 해지되는 경우에는 그 이후 보상(Reward)이 더 이상 제공되지 않습니다.

② 제1항에도 불구하고 제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따른 해지의 경우 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) 제1항에 따라 계약이 계약일로부터 만5년 이내에 부활(효력회복)되는 경우, 부활(효력회복)일 이후 시점부터 보상(Reward)이 제공됩니다. 다만, 보상(Reward)이 제공되는 기간은 계약일로부터 만5년을 초과하지 않습니다.

③ 바이탈리티 통합형의 피보험자인 회원은 보상(Reward) 제공 방식 및 제공받는 보상(Reward)의 내용 등을 바이탈리티 앱을 통해 확인할 수 있습니다.

④ 보상(Reward)은 바이탈리티 통합형의 피보험자인 회원 1인 기준으로 제공되며, 회원이 다른 바이탈리티 통합형 보험상품 계약의 피보험자인 경우에도 중복 제공되지 않습니다.

⑤ 회원이 수행한 포인트 적립 관련 활동이 회원 본인의 활동이 아니라는 사실을 회사가 객관적으로 입증한 경우, 회사는 회원에 대한 보상(Reward) 제공을 중단할 수 있습니다.

⑥ 보상(Reward)의 제공 여부, 이용 절차에 대해서는 바이탈리티 앱을 통해 안내되며, 회원은 미제공 사유 및 추가 문의가 있는 경우 전자적 방법(전자우편 등) 또는 전화를 통해 확인할 수 있습니다.

제54조【바이탈리티 통합형 피보험자인 회원에 대한 보상(Reward) 제공의 변경】

① 회사는 제휴사 파산 등의 불가피한 사유 또는 회사의 사정에 따라 보상(Reward)을 제공할 수 없게 되거나 변경하게 되는 경우에는 지체없이 피보험자인 회원에게 그 사실을 안내하고, 기존 보상(Reward)에 상당하는 대체되는 보상(Reward) 또는 변경된 보상(Reward)을 회원에게 제공합니다.

② 제1항에 따라 보상(Reward)의 내용 및 제공방법 등이 변경되는 경우, 회사는 그 사실을 다음 각 호에 따라 바이탈리티 통합형의 피보험자인 회원에게 안내하고, 대체·변경되는 보상(Reward)을 제공합니다.

1. 회사는 회원에게 변경 사유, 적용일자, 대체·변경되는 보상(Reward)으로의 교환 및 변경 방식에 대하여 안내합니다.
2. 제1호에 따른 안내는 전자적 방법(전자우편, 바이탈리티 앱 등), 서면 등을 통해 안내합니다.

③ 회사는 보상(Reward)의 내용 및 제공방법 등이 변경될 수 있음을 보험계약을 체결하기전에 피보험자에게 안내합니다.

제55조【바이탈리티 멤버십 서비스에 대한 저작권 등의 귀속 및 이용제한】

① 회사가 작성한 바이탈리티 멤버십 서비스에 대한 저작물의 저작권, 기타 회사가 등록·출원·생성한 특허·상표·디자인 등 지적재산권은 회사에 귀속합니다.

② 회원이 바이탈리티 앱에 게시한 게시물의 내용에 대한 권리와 책임은 회원에게 있습니다. 따라서 회원의 게시물이 타인의 저작권, 상표, 디자인, 특허 등 지적재산권을 침해함으로써 발생하는 민, 형사상의 책임은 전적으로 회원이 부담하여야 합니다.

제56조【바이탈리티에 관한 기타사항】

① 바이탈리티 멤버십 서비스에서 권장하는 과제는 개인의 특수한 상황을 고려하여 구성된 맞춤 과제가 아니므로, 회원은 과제 수행 전 본인의 건강 상태 및 환경을 고려하여 필요에 따라 전문의료인의 자문을 구하여야 합니다. 회사는 회원이 과제 수행으로 발생한 건강 이상이나 손해에 대한 책임을 지지 않습니다.

② 바이탈리티 멤버십 서비스에서 제공하는 정보는 일반적인 정보이므로 회사는 이 정보의 정확성 및 신뢰성을 보증하지 않습니다. 따라서 회사는 이와 관련된 책임을 지지 않습니다.

③ 보상(Reward) 제공에 있어 회사 또는 제휴사의 불가피한 사유(시스템 장애 등)로 일시적으로 이용이 제한되거나 처리가 지연될 수 있습니다. 이러한 경우 회사는 이로 인하여 발생한 회원의 손실 또는 손해에 대한 책임을 지지 않습니다.

④ 회사는 회원이 바이탈리티 멤버십 서비스에 게시한 정보나 기능의 사용으로 인하여 발생한 결과에 대한 책임을 지지 않습니다.

⑤ 회사는 회원과 제3자 상호 간에 바이탈리티 멤버십 서비스를 매개로 한 거래 등에 대한 책임을 지지 않습니다.

⑥ 회사는 바이탈리티 멤버십 서비스 이용과 관련하여 회원의 고의 또는 과실로 회원에게 발생한 손해에 대하여 책임을 지지 않습니다.

⑦ “바이탈리티 등급별 포인트 기준, 포인트 적립 기준 및 방법” 및 “바이탈리티 통합형의 피보험자인 회원에 대한 보상(Reward)”의 자세한 사항은 사업방법서 별지 “[(별첨2) 바이탈리티 등급별 포인트 기준, 포인트 적립 기준 및 방법] 및 [(별첨3) 바이탈리티 통합형의 피보험자인 회원에 대한 보상(Reward)]”을 따릅니다. 다만, “바이탈리티 등급별 포인트 기준, 포인트 적립 기준 및 방법”이 변경된 경우에는 회원인 피보험자의 동의 등을 거쳐 변경된 내용을 적용하고, “바이탈리티 통합형의 피보험자인 회원에 대한 보상(Reward)”이 변경된 경우에는 안내하고 변경된 내용을 적용합니다.

⑧ 이 약관에서 정한 내용과 「AIA Vitality 멤버십 서비스 이용약관」에서 정한 내용이 상충되거나 「AIA Vitality 멤버십 서비스 이용약관」의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

<별표1> 보험금 지급기준표

(기준: 1구좌)

⑴ 뇌혈관질환진단급여금 (약관 제5조 제1호)

지 급 사 유	보험기간 중 피보험자가 "뇌혈관질환"으로 진단 확정된 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급합니다)
지 급 금 액	25,000원 (다만, 계약일부터 만2년이 지난 계약해당일의 전일 이전에 뇌혈관질환진단급여금의 지급사유가 발생한 경우에는 12,500원을 지급합니다)

⑵ 뇌경색증진단급여금 (약관 제5조 제2호)

지 급 사 유	보험기간 중 피보험자가 "뇌경색증"으로 진단 확정된 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급합니다)
지 급 금 액	50,000원 (다만, 계약일부터 만2년이 지난 계약해당일의 전일 이전에 뇌경색증진단급여금의 지급사유가 발생한 경우에는 25,000원을 지급합니다)

⑶ 뇌출혈진단급여금 (약관 제5조 제3호)

지 급 사 유	보험기간 중 피보험자가 "뇌출혈"로 진단 확정된 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급합니다)
지 급 금 액	75,000원 (다만, 계약일부터 만2년이 지난 계약해당일의 전일 이전에 뇌출혈진단급여금의 지급사유가 발생한 경우에는 37,500원을 지급합니다)

⑷ 허혈성심장질환진단급여금 (약관 제5조 제4호)

지 급 사 유	보험기간 중 피보험자가 "허혈성심장질환"으로 진단 확정된 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급합니다)
지 급 금 액	25,000원 (다만, 계약일부터 만2년이 지난 계약해당일의 전일 이전에 허혈성심장질환진단급여금의 지급사유가 발생한 경우에는 12,500원을 지급합니다)

⑸ 급성심근경색증진단급여금 (약관 제5조 제5호)

지 급 사 유	보험기간 중 피보험자가 "급성심근경색증"으로 진단 확정된 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급합니다)

지 급 금 액	75,000원 (다만, 계약일부터 만2년이 지난 계약해당일의 전일 이전에 급성심근경색증진단급여금의 지급사유가 발생한 경우에는 37,500원을 지급합니다)

㈜ 1. 보험료 납입기간 중 피보험자가 “급성심근경색증” 또는 “뇌출혈”로 진단 확정되거나 장해분류표(<별표7> 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 된 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

2. 뇌경색증진단급여금 또는 뇌출혈진단급여금의 경우 보험기간 중 해당 지급사유 발생시 뇌혈관질환진단급여금을 더하여 지급합니다. 다만, 뇌경색증진단급여금 또는 뇌출혈진단급여금의 진단시점 이전에 뇌혈관질환진단급여금의 지급사유가 이미 발생한 경우 뇌혈관질환진단급여금을 더하여 지급하지 않습니다.

3. 급성심근경색증진단급여금의 경우 보험기간 중 해당 지급사유 발생시 허혈성심장질환진단급여금을 더하여 지급합니다. 다만, 급성심근경색증진단급여금의 진단시점 이전에 허혈성심장질환진단급여금의 지급사유가 이미 발생한 경우 허혈성심장질환진단급여금을 더하여 지급하지 않습니다.

<별표2> 뇌혈관질환 분류표

약관에서 정하는 뇌혈관질환으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 약관에서 정하는 뇌혈관질환 해당 여부를 판단합니다.

다만, 외상성 두개내 출혈, 혈관성 치매, '과거 무증상성 열공성 뇌경색증(old asymptomatic lacunar infarction)', 일과성 뇌허혈발작(transient ischemic attack)은 제외됩니다.

대 상 질 병 명	분류번호
1. 지주막하출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내출혈	I62
4. 뇌경색	I63
5. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌졸중	I64
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
7. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
8. 기타 뇌혈관 질환	I67
9. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68
10. 뇌혈관 질환의 후유증	I69

㈜ 1. 제8차 개정 이후 약관에서 정하는 뇌혈관질환의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 약관에서 정하는 뇌혈관질환에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 약관에서 정하는 뇌혈관질환의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

<별표3> 뇌경색증 분류표

약관에서 정하는 뇌경색증으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 약관에서 정하는 뇌경색증 해당 여부를 판단합니다.
다만, 외상성 두개내 출혈, 혈관성 치매, '과거 무증상성 열공성 뇌경색증(old asymptomatic lacunar infarction)', 진구성 뇌경색(old infarction) 및 일과성 뇌허혈발작(transient ischemic attack)은 제외됩니다.

대 상 질 병 명	분류번호
뇌경색증	I63

㈜ 1. 제8차 개정 이후 약관에서 정하는 뇌경색증의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 약관에서 정하는 뇌경색증에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 약관에서 정하는 뇌경색증의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

<별표4> 뇌출혈 분류표

약관에서 정하는 뇌출혈로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 약관에서 정하는 뇌출혈 해당 여부를 판단합니다. 다만, 외상성 두개내 출혈은 제외됩니다.

대 상 질 병 명	분류번호
1. 지주막하 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내 출혈	I62

㈜ 1. 제8차 개정 이후 약관에서 정하는 뇌출혈의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 약관에서 정하는 뇌출혈에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 약관에서 정하는 뇌출혈의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

<별표5> 허혈성심장질환 분류표

약관에서 정하는 허혈성심장질환으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2015-309호, 2016.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 약관에서 정하는 허혈성심장질환 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
1. 협심증	I20
2. 급성심근경색증	I21
3. 후속심근경색증	I22
4. 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
5. 기타 급성 허혈심장질환	I24
6. 만성 허혈심장병	I25

㈜ 1. 제8차 개정 이후 약관에서 정하는 허혈성심장질환의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 약관에서 정하는 허혈성심장질환에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 약관에서 정하는 허혈성심장질환의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

<별표6> 급성심근경색증 분류표

약관에서 정하는 급성심근경색증으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2015-309호, 2016.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 약관에서 정하는 급성심근경색증 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
1. 급성 심근경색증	I21
2. 후속 심근경색증	I22
3. 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23

㈜ 1. 제8차 개정 이후 약관에서 정하는 급성심근경색증의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 약관에서 정하는 급성심근경색증에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 약관에서 정하는 급성심근경색증의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

<별표7> 장 해 분 류 표

Ⅰ. 총칙

1. 장해의 정의

1) '장해'라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아 있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태 및 기능상실 상태를 말합니다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장해에 포함되지 않습니다.
2) '영구적'이라 함은 원칙적으로 치유하는 때 장래 회복할 가망이 없는 상태로서 정신적 또는 육체적 훼손상태임이 의학적으로 인정되는 경우를 말합니다.
3) '치유된 후'라 함은 상해 또는 질병에 대한 치료의 효과를 기대할 수 없게 되고 또한 그 증상이 고정된 상태를 말합니다.
4) 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 합니다.
5) 위 4)에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

2. 신체부위

'신체부위'라 함은 ① 눈 ② 귀 ③ 코 ④ 씹어먹거나 말하는 기능 ⑤ 외모 ⑥ 척추(등뼈) ⑦ 체간골 ⑧ 팔 ⑨ 다리 ⑩ 손가락 ⑪ 발가락 ⑫ 흉･복부장기 및 비뇨생식기 ⑬ 신경계･정신행동의 13개 부위를 말하며, 이를 각각 동일한 신체부위라 합니다. 다만, 좌･우의 눈, 귀, 팔, 다리, 손가락, 발가락은 각각 다른 신체부위로 봅니다.

3. 장해의 판정

1) 하나의 장해가 관찰 방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 지급률을 적용합니다.
2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 합니다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
3) 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 지급률을 합산한 지급률과 최

초 장해의 지급률을 비교하여 그 중 높은 지급률을 적용합니다.

4) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장해의 판정대상에 포함되지 않습니다. 다만, 뇌사판정을 받은 경우가 아닌 식물인간상태(의식이 전혀 없고 사지의 자발적인 움직임이 불가능하여 일상생활에서 항시 간호가 필요한 상태)는 각 신체부위별 판정기준에 따라 평가합니다.

5) 장해진단서에는 ① 장해진단명 및 발생시기 ② 장해의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 합니다. 다만, 신경계･정신행동 장해의 경우 ① 개호(장해로 혼자서 활동이 어려운 사람을 곁에서 돌보는 것) 여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가로 기재하여야 합니다.

Ⅱ. 장해분류별 판정기준

1. 눈의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 두 눈이 멀었을 때	100%
2) 한 눈이 멀었을 때	50%
3) 한 눈의 교정시력이 0.02 이하로 된 때	35%
4) 한 눈의 교정시력이 0.06 이하로 된 때	25%
5) 한 눈의 교정시력이 0.1 이하로 된 때	15%
6) 한 눈의 교정시력이 0.2 이하로 된 때	5%
7) 한 눈의 안구(눈동자)에 뚜렷한 운동장해나 뚜렷한 조절기능장해를 남긴 때	10%
8) 한 눈에 뚜렷한 시야장해를 남긴 때	5%
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10%
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	5%

나. 장해판정기준

1) 시력장해의 경우 공인된 시력 검사표에 따라 최소 3회 이상 측정합니다.

2) '교정시력' 이라 함은 안경(콘텍트 렌즈를 포함한 모든 종류의 시력교정 수단)으로 교정한 원거리 최대교정시력을 말합니다. 다만, 각막이식술을 받은 환자인 경우 각막이식술 이전의 시력상태를 기준으로 평가합니다.

3) '한눈이 멀었을 때'라 함은 안구의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나('광각무') 겨우 가릴 수 있는 경우('광각유')를 말합니다.

4) '한눈의 교정시력이 0.02이하로 된 때'라 함은 안전수동(Hand Movement)[주1)], 안전수지

(Finger Counting)[주2] 상태를 포함합니다.

※주1) 안전수동 : 물체를 감별할 정도의 시력상태가 아니며 눈앞에서 손의 움직임을 식별할 수 있을 정도의 시력상태

주2) 안전수지 : 시표의 가장 큰 글씨를 읽을 수 있는 정도의 시력은 아니나 눈 앞 30cm 이내에서 손가락의 개수를 식별할 수 있을 정도의 시력상태

5) 안구(눈동자) 운동장해의 판정은 질병의 진단 또는 외상 후 1년 이상이 지난 뒤 그 장해 정도를 평가합니다.

6) '안구(눈동자)의 뚜렷한 운동장해' 라 함은 아래의 두 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말합니다.

가) 한 눈의 안구(눈동자)의 주시야(머리를 움직이지 않고 눈만을 움직여서 볼 수 있는 범위)의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우

나) 중심 20도 이내에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 경우

7) '안구(눈동자)의 뚜렷한 조절기능장해'라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말합니다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 50세 이상(장해진단시 연령 기준)의 경우에는 제외합니다.

8) '뚜렷한 시야 장해'라 함은 한 눈의 시야 범위가 정상시야 범위의 60% 이하로 제한된 경우를 말합니다. 이 경우 시야검사는 공인된 시야검사방법으로 측정하며, 시야장해 평가 시 자동시야검사계(골드만 시야검사)를 이용하여 8방향 시야범위 합계를 정상범위와 비교하여 평가합니다.

9) '눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때'라 함은 눈꺼풀의 결손으로 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮이지 않는 경우를 말합니다.

10) '눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때' 라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말합니다.

11) 외상이나 화상 등으로 안구의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 안구가 적출되어 눈자위의 조직요몰(凹沒) 등으로 의안마저 끼워 넣을 수 없는 상태이면 '뚜렷한 추상(추한 모습)'으로, 의안을 끼워 넣을 수 있는 상태이면 '약간의 추상(추한 모습)'으로 지급률을 가산합니다.

12) '눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때'에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장해를 포함하여 장해를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장해를 가산하지 않습니다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장해평가 방법 중 피보험자에게 유리한 것을 적용합니다.

2. 귀의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) 청력장해는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB:decibel)로서 표시하고, 3회 이상의 청력검사를 실시한 후 적용합니다. 다만, 각 측정치의 결과값 차이가 ±10dB 이상인 경우 청성뇌간반응검사(ABR)를 통해 객관적인 장해 상태를 재평가하여야 합니다.
2) '한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때'라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB이상인 경우를 말합니다.
3) '심한 장해를 남긴 때'라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB 이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰 소리를 알아듣지 못하는 경우를 말합니다.
4) '약간의 장해를 남긴 때'라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB 이상인 경우에 해당되어, 50cm 이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말합니다.
5) 순음청력검사를 실시하기 곤란하거나(청력의 감소가 의심되지만 의사소통이 되지 않는 경우, 만 3세 미만의 소아 포함) 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 '언어청력검사, 임피던스 청력검사, 청성뇌간반응검사(ABR), 이음향방사검사' 등을 추가실시 후 장해를 평가합니다.

다. 귓바퀴의 결손

1) '귓바퀴의 대부분이 결손된 때'라 함은 귓바퀴의 연골부가 1/2 이상 결손된 경우를 말합니다.
2) 귓바퀴의 연골부가 1/2 미만 결손이고 청력에 이상이 없으면 외모의 추상(추한 모습)장해로만 평가합니다.

라. 평형기능의 장해

1) '평형기능에 장해를 남긴 때'라 함은 전정기관 이상으로 보행 등 일상생활이 어려운 상태로 아래의 평형장해 평가항목별 합산점수가 30점 이상인 경우를 말합니다.

항목	내용	점수
검사소견	양측 전정기능 소실	14
	양측 전정기능 감소	10
	일측 전정기능 소실	4
치료병력	장기 통원치료(1년간 12회이상)	6

항목	내용	점수
	장기 통원치료(1년간 6회이상)	4
	단기 통원치료(6개월간 6회이상)	2
	단기 통원치료(6개월간 6회미만)	0
기능장해소견	두 눈을 감고 일어서기 곤란하거나 두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 쓰러지는 경우	20
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 중간에 균형을 잡으려 멈추어야 하는 경우	12
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걸을 때 중앙에서 60cm 이상 벗어나는 경우	8

2) 평형기능의 장해는 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 치료 후 장해가 고착되었을 때 판정하며, 뇌병변 여부, 전정기능 이상 및 장해상태를 평가하기 위해 아래의 검사들을 기초로 합니다.

가) 뇌영상검사(CT, MRI)

나) 온도안진검사, 전기안진검사(또는 비디오안진검사) 등

3. 코의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 코의 호흡기능을 완전히 잃었을 때	15%
2) 코의 후각기능을 완전히 잃었을 때	5%

나. 장해판정기준

1) '코의 호흡기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 일상생활에서 구강호흡의 보조를 받지 않는 상태에서 코로 숨쉬는 것만으로 정상적인 호흡을 할 수 없다는 것이 비강통기도검사 등 의학적으로 인정된 검사로 확인되는 경우를 말합니다.
2) '코의 후각기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 후각신경의 손상으로 인하여 양쪽 코의 후각기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감퇴는 장해의 대상으로 하지 않습니다.
3) 양쪽 코의 후각기능은 후각인지검사, 후각역치검사 등을 통해 6개월 이상 고정된 후각의 완전손실이 확인되어야 합니다.
4) 코의 추상(추한 모습)장해를 수반한 때에는 기능장해의 지급률과 추상장해의 지급률을 합산합니다.

4. 씹어먹거나 말하는 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 심한 장해를 남긴 때	100%
2) 씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때	80%
3) 말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때	60%
4) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 뚜렷한 장해를 남긴 때	40%
5) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	20%
6) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 약간의 장해를 남긴 때	10%
7) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5%
8) 치아에 14개 이상의 결손이 생긴 때	20%
9) 치아에 7개 이상의 결손이 생긴 때	10%
10) 치아에 5개 이상의 결손이 생긴 때	5%

나. 장해판정기준

1) 씹어먹는 기능의 장해는 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)의 맞물림(교합), 배열상태 및 아래턱의 개구운동, 삼킴(연하)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정합니다.
2) '씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 심한 개구운동 제한이나 저작운동 제한으로 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말합니다.
3) '씹어먹는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때' 라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말합니다.
   가) 뚜렷한 개구운동 제한 또는 뚜렷한 저작운동 제한으로 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등)이외는 섭취하지 못하는 경우
   나) 위· 아래턱(상· 하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 1cm이하로 제한되는 경우
   다) 위· 아래턱(상· 하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1.5cm이상인 경우
   라) 1개 이하의 치아만 교합되는 상태
   마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취 시 흡인이 발생하고 연식 외에는 섭취가 불가능한 상태
4) '씹어먹는 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말합니다.
   가) 약간의 개구운동 제한 또는 약간의 저작운동 제한으로 부드러운 고형식(밥, 빵 등)만 섭취 가능한 경우
   나) 위· 아래턱(상· 하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 2cm이하로 제한되는 경우

다) 위･ 아래턱(상･ 하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1cm이상인 경우

라) 양측 각 1개 또는 편측 2개 이하의 치아만 교합되는 상태

마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취시 간헐적으로 흡인이 발생하고 부드러운 고형식 외에는 섭취가 불가능한 상태

5) 개구장해는 턱관절의 이상으로 개구운동 제한이 있는 상태를 말하며, 최대 개구상태에서 위･ 아래턱(상･ 하악)의 가운데 앞니(중절치)간 거리를 기준으로 합니다. 다만, 가운데 앞니(중절치)가 없는 경우에는 측정가능한 인접 치아간 거리의 최대치를 기준으로 합니다.

6) 부정교합은 위턱(상악)과 아래턱(하악)의 부조화로 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)가 전방 및 측방으로 맞물림에 제한이 있는 상태를 말합니다.

7) ‘말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때’라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말합니다.

가) 언어평가상 자음정확도가 30%미만인 경우

나) 전실어증, 운동성실어증(브로카실어증)으로 의사소통이 불가한 경우

8) ‘말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때’라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말합니다.

가) 언어평가상 자음정확도가 50%미만인 경우

나) 언어평가상 표현언어지수 25 미만인 경우

9) ‘말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때’라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말합니다.

가) 언어평가상 자음정확도가 75%미만인 경우

나) 언어평가상 표현언어지수 65 미만인 경우

10) 말하는 기능의 장해는 1년 이상 지속적인 언어치료를 시행한 후 증상이 고착되었을 때 평가하며, 객관적인 검사를 기초로 평가합니다.

11) 뇌･ 중추신경계 손상(정신･ 인지기능 저하, 편마비 등)으로 인한 말하는 기능의 장해(실어증, 구음장애) 또는 씹어먹는 기능의 장해는 신경계･ 정신행동 장해 평가와 비교하여 그 중 높은 지급률 하나만 인정합니다.

12) ‘치아의 결손’이란 치아의 상실 또는 발치된 경우를 말하며, 치아의 일부 손상으로 금관치료(크라운 보철수복)를 시행한 경우에는 치아의 일부 결손을 인정하여 1/2개 결손으로 적용합니다.

13) 보철치료를 위해 발치한 정상치아, 노화로 인해 자연 발치된 치아, 보철(복합레진, 인레이, 온레이 등)한 치아, 기존 의치(틀니, 임플란트 등)의 결손은 치아의 상실로 인정하지 않습니다.

14) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정합니다.

15) 어린이의 유치는 향후에 영구치로 대체되므로 후유장해의 대상이 되지 않으나, 선천적으로 영구치 결손이 있는 경우에는 유치의 결손을 후유장해로 평가합니다.

16) 가철성 보철물(신체의 일부에 붙였다 떼었다 할 수 있는 틀니 등)의 파손은 후유장해의 대상

이 되지 않습니다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) '외모'란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말합니다.
2) '추상(추한 모습)장해'라 함은 성형수술(반흔성형술, 레이저치료 등 포함)을 시행한 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말합니다.
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 말합니다.
4) 다발성 반흔 발생시 각 판정부위(얼굴, 머리, 목) 내의 다발성 반흔의 길이 또는 면적은 합산하여 평가합니다. 다만, 길이가 5mm 미만의 반흔은 합산대상에서 제외합니다.
5) 추상(추한 모습)이 얼굴과 머리 또는 목 부위에 걸쳐 있는 경우에는 머리 또는 목에 있는 흉터의 길이 또는 면적의 1/2을 얼굴의 추상(추한 모습)으로 보아 산정합니다.

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)

1) 얼굴
   가) 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)
   나) 길이 10cm 이상의 추상 반흔(추한 모습의 흉터)
   다) 지름 5cm 이상의 조직함몰
   라) 코의 1/2이상 결손
2) 머리
   가) 손바닥 크기 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
   나) 머리뼈의 손바닥 크기 이상의 손상 및 결손
3) 목
   손바닥 크기 이상의 추상(추한 모습)

라. 약간의 추상(추한 모습)

1) 얼굴
   가) 손바닥 크기 1/4 이상의 추상(추한 모습)

나) 길이 5cm 이상의 추상반흔(추한 모습의 흉터)

다) 지름 2cm 이상의 조직함몰

라) 코의 1/4이상 결손

2) 머리

가) 손바닥 크기 1/2 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손

나) 머리뼈의 손바닥 크기 1/2 이상의 손상 및 결손

3) 목

손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

마. 손바닥 크기

'손바닥 크기'라 함은 해당 환자의 손가락을 제외한 손바닥의 크기를 말하며, 12세 이상의 성인에서는 8×10㎝(1/2 크기는 40㎠, 1/4 크기는 20㎠), 6～11세의 경우는 6×8㎝(1/2 크기는 24㎠, 1/4 크기는 12㎠), 6세 미만의 경우는 4×6㎝(1/2 크기는 12㎠, 1/4 크기는 6㎠)로 간주합니다.

6. 척추(등뼈)의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 척추(등뼈)에 심한 운동장해를 남긴 때	40%
2) 척추(등뼈)에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	30%
3) 척추(등뼈)에 약간의 운동장해를 남긴 때	10%
4) 척추(등뼈)에 심한 기형을 남긴 때	50%
5) 척추(등뼈)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	30%
6) 척추(등뼈)에 약간의 기형을 남긴 때	15%
7) 추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장해	20%
8) 추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장해	15%
9) 추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장해	10%

나. 장해판정기준

1) 척추(등뼈)는 경추에서 흉추, 요추, 제1천추까지를 동일 부위로 합니다. 제2천추 이하의 천골 및 미골은 체간골의 장해로 평가합니다.

2) 척추(등뼈)의 기형장해는 척추체(척추뼈 몸통을 말하며, 횡돌기 및 극돌기는 제외합니다. 이하 이 신체부위에서 같다)의 압박률 또는 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡 정도에 따라 평가합니다.

가) 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡변화는 객관적인 측정방법(Cobb's Angle)에 따라 골절이 발

생한 척추체(척추뼈 몸통)의 상· 하 인접 정상 척추체(척추뼈 몸통)를 포함하여 측정하며, 생리적 정상만곡을 고려하여 평가합니다.

나) 척추(등뼈)의 기형장해는 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률, 골절의 부위 등을 기준으로 판정합니다. 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률은 인접 상· 하부[인접 상· 하부 척추체(척추뼈 몸통)에 진구성 골절이 있거나, 다발성 척추골절이 있는 경우에는 골절된 척추와 가장 인접한 상· 하부] 정상 척추체(척추뼈 몸통)의 전방 높이의 평균에 대한 골절된 척추체(척추뼈 몸통) 전방 높이의 감소비를 압박률로 정합니다.

다) 척추(등뼈)의 기형장해는 「산업재해보상보험법 시행규칙」상 경추부, 흉추부, 요추부로 구분하여 각각을 하나의 운동단위로 보며, 하나의 운동단위 내에서 여러 개의 척추체(척추뼈 몸통)에 압박골절이 발생한 경우에는 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률을 합산하고, 두 개 이상의 운동단위에서 장해가 발생한 경우에는 그 중 가장 높은 지급률을 적용합니다.

산업재해보상보험법 시행규칙 제47조 제1항 내지 제3항

① 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역은 동 시행규칙 [별표4]와 같다.

② 운동기능장해의 정도는 에이엠에이[AMA(American Medical Association)]식 측정 방법 중 공단이 정하는 방법으로 측정한 해당 근로자의 신체 각 관절의 운동가능영역과 동 시행규칙 [별표4]의 평균 운동가능영역을 비교하여 판정한다. 다만, 척주의 운동가능영역은 그러하지 아니하다.

③ 제2항에 따라 해당 근로자의 신체 각 관절의 운동가능영역을 측정할 때에는 다음 각 호의 구분에 따른 방법으로 한다.

1. 강직, 구축, 신경손상 등 운동기능장해의 원인이 명확한 경우: 근로자의 능동적 운동에 의한 측정방법
2. 운동기능장해의 원인이 명확하지 아니한 경우: 근로자의 수동적 운동에 의한 측정방법

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

3) 척추(등뼈)의 장해는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 이 사고와의 관여도를 산정하여 평가합니다.

4) 추간판탈출증으로 인한 신경 장해는 수술 또는 시술(비수술적 치료) 후 6개월 이상 경과한 후에 평가합니다.

5) 신경학적 검사상 나타난 저린감이나 방사통 등 신경자극증상의 원인으로 CT, MRI 등 영상검사에서 추간판탈출증이 확인된 경우를 추간판탈출증으로 진단하며, 수술 여부에 관계없이 운동장해 및 기형장해로 평가하지 않습니다.

6) 심한 운동장해란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말합니다.

가) 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태

나) 머리뼈(두개골), 제1경추, 제2경추를 모두 유합 또는 고정한 상태

7) 뚜렷한 운동장해란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말합니다.

가) 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태

나) 머리뼈(두개골)와 제1경추 또는 제1경추와 제2경추를 유합 또는 고정한 상태

다) 머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추) 사이에 CT 검사 상, 두개 대후두공의 기저점(basion)과 축추 치돌기 상단사이의 거리(BDI : Basion-Dental Interval)에 뚜렷

한 이상전위가 있는 상태

라) 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추) CT 검사상, 환추 전방 궁(arch)의 후방과 치상돌기의 전면과의 거리(ADI: Atlanto-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태

8) 약간의 운동장해

머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추)를 제외한 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태

9) 심한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말합니다.

가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 35° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때

나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 60%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 90% 이상일 때

10) 뚜렷한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말합니다.

가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 15° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때

나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 40%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 60% 이상일 때

11) 약간의 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말합니다.

가) 1개 이상의 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구로 경도(가벼운 정도)의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때

나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 20%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 40% 이상일 때

12) '추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장해'란 추간판탈출증으로 인하여 추간판을 2마디 이상(또는 1마디 추간판에 대해 2회 이상) 수술하고도 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장해가 있는 경우

13) '추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장해'란 추간판탈출증으로 인하여 추간판 1마디를 수술하고도 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되고 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우

14) '추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장해'란 추간판탈출증이 확인되고 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되는 경우

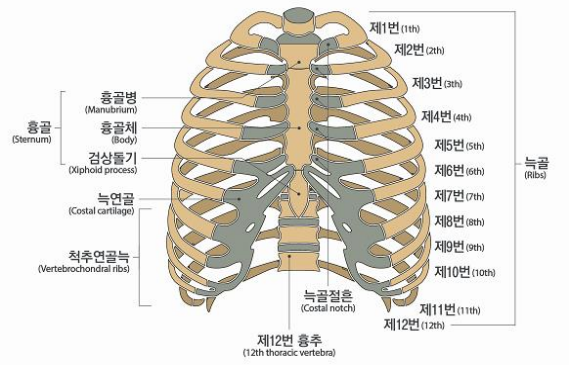
7. 체간골의 장해

가. 장해의 분류

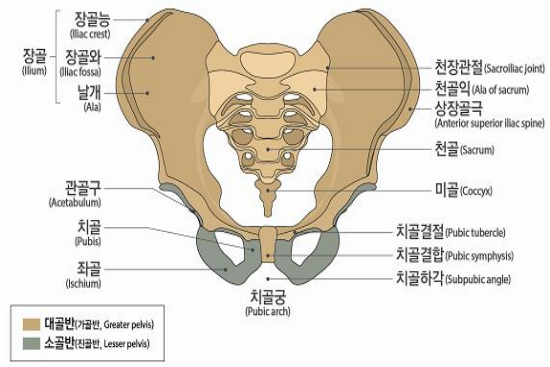
장해의 분류	지급률
1) 어깨뼈(견갑골)나 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	15%
2) 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	10%

나. 장해판정기준

1) '체간골'이라 함은 어깨뼈(견갑골), 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함), 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)를 말하며 이를 모두 동일한 부위로 봅니다.
2) '골반뼈의 뚜렷한 기형'이라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말합니다.
   가) 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm이상 분리된 부정유합 상태
   나) 육안으로 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도로 방사선 검사를 통해 측정한 각(角) 변형이 20° 이상인 경우
   다) 미골의 기형은 골절이나 탈구로 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 70° 이상 남은 상태
3) '빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골), 어깨뼈(견갑골)에 뚜렷한 기형이 남은 때'라 함은 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 20° 이상인 경우를 말합니다.
4) 갈비뼈(늑골)의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장해로 취급합니다. 다발성늑골 기형의 경우 각각의 각(角) 변형을 합산하지 않고 그 중 가장 높은 각(角) 변형을 기준으로 평가합니다.



< 가슴뼈 >



< 골반뼈 >

8. 팔의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 두 팔의 손목 이상을 잃었을 때	100%
2) 한 팔의 손목 이상을 잃었을 때	60%
3) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30%
4) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20%
5) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10%
6) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5%
7) 한 팔에 가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때	20%
8) 한 팔에 가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때	10%
9) 한 팔의 뼈에 기형을 남긴 때	5%

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장해를 평가합니다. 다만, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가합니다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않습니다.
3) '팔'이라 함은 어깨관절(견관절)부터 손목관절(완관절)까지를 말합니다.
4) '팔의 3대 관절'이라 함은 어깨관절(견관절), 팔꿈치관절(주관절), 손목관절(완관절)을 말합니다.
5) '한 팔의 손목 이상을 잃었을 때'라 함은 손목관절(완관절)로부터(손목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치관절(주관절) 상부에서 절단된 경우도 포함합니다.
6) 팔의 관절기능장해 평가는 팔의 3대 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가합니다.

가) 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의「산업재해보상보험법 시행규칙」제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따릅니다.

나) 관절기능장해를 표시할 경우 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 합니다. 다만, 관절기능장해가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가합니다.

7) '관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말합니다.

가) 완전 강직(관절굳음)

나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '0등급(zero)'인 경우

8) '관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말합니다.

가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우

나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우

다) 근전도 검사상 완전손상(complete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '1등급(trace)'인 경우

9) '관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말합니다.

가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우

나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 2등급(poor)인 경우

10) '관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말합니다.

가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우

나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 3등급(fair)인 경우

11) '가관절[주]이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말합니다.

※ 주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 '불유합' 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외합니다.

12) '가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말합니다.

13) '뼈에 기형을 남긴 때'라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말합니다.

다. 지급률의 결정

1) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산합니다.
2) 1상지(팔과 손가락)의 후유장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 합니다.

9. 다리의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 두 다리의 발목 이상을 잃었을 때	100%
2) 한 다리의 발목 이상을 잃었을 때	60%
3) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30%
4) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20%
5) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10%
6) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5%
7) 한 다리에 가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때	20%
8) 한 다리에 가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때	10%
9) 한 다리의 뼈에 기형을 남긴 때	5%
10) 한 다리가 5cm 이상 짧아지거나 길어진 때	30%
11) 한 다리가 3cm 이상 짧아지거나 길어진 때	15%
12) 한 다리가 1cm 이상 짧아지거나 길어진 때	5%

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장해를 평가합니다. 다만, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가합니다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않습니다.
3) '다리'라 함은 엉덩이관절(고관절)부터 발목관절(족관절)까지를 말합니다.
4) '다리의 3대 관절'이라 함은 엉덩이관절(고관절), 무릎관절(슬관절), 발목관절(족관절)을 말합니다.
5) '한 다리의 발목이상을 잃었을 때'라 함은 발목관절로부터(발목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절(슬관절)의 상부에서 절단된 경우도 포함합니다.
6) 다리의 관절기능장해 평가는 다리의 3대 관절의 관절운동범위 제한 및 무릎관절(슬관절)의 동요성 등으로 평가합니다.

가) 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의「산업재해보상보험법 시행규칙」제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따릅니다.

나) 관절기능장해가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가합니다.

7) 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말합니다.

가) 완전 강직(관절굳음)

나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '0등급(zero)'인 경우

8) '관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말합니다.

가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우

나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우

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

라) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '1등급(trace)'인 경우

9) '관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말합니다.

가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우

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

다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 2등급(poor)인 경우

10) '관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말합니다.

가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우

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

다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 3등급(fair)인 경우

11) 동요장해 평가 시에는 정상측과 환측을 비교하여 증가된 수치로 평가합니다.

12) '가관절[주)]이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말합니다.

※ 주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 '불유합' 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외합니다.

13) '가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 경골과 종아리뼈 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말합니다.

14) '뼈에 기형을 남긴 때'라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각변형이 15° 이상인 경우를 말합니다.

15) 다리 길이의 단축 또는 과신장은 스캐노그램(scanogram)을 통하여 측정합니다.

다. 지급률의 결정

1) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산합니다.

2) 1하지(다리와 발가락)의 후유장해 지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 합니다.

10. 손가락의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

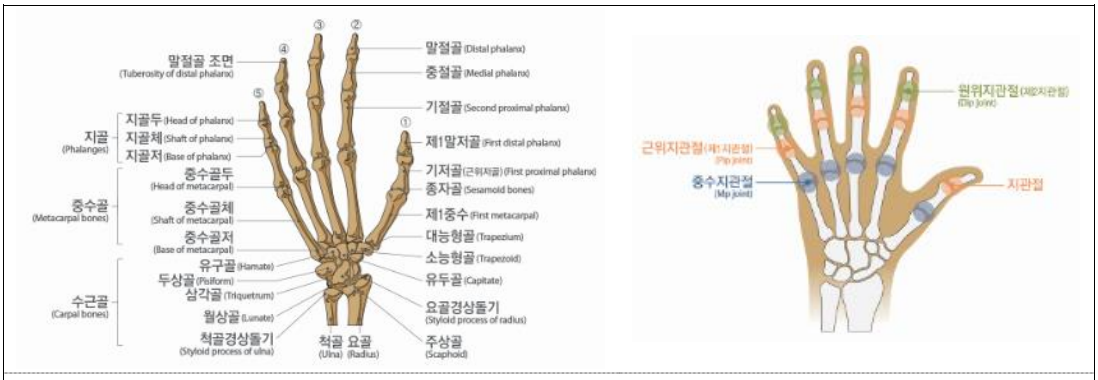
1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장해를 평가합니다. 다만, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가합니다.

2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않습니다.

3) 손가락에는 첫째 손가락에 2개의 손가락관절이 있습니다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중

수지관절, 지관절이라 합니다.

4) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있습니다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부릅니다.
5) '손가락을 잃었을 때'라 함은 첫째 손가락에서는 지관절부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽으로 손가락이 절단되었을 때를 말합니다.
6) '손가락뼈 일부를 잃었을 때'라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼 쪽으로 손가락 뼈의 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 손가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않습니다.
7) '손가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 첫째 손가락의 경우 중수지관절 또는 지관절의 굴신운동영역이 정상 운동영역의 1/2 이하인 경우를 말하며, 다른 네 손가락에 있어서는 제1, 제2지관절의 굴신운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하이거나 중수지관절의 굴신운동영역이 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말합니다.
8) 한 손가락에 장해가 생기고 다른 손가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산합니다.
9) 손가락의 관절기능장해 평가는 손가락 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가합니다. 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의「산업재해보상보험법 시행규칙」제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따릅니다.



< 손가락 >

11. 발가락의 장해

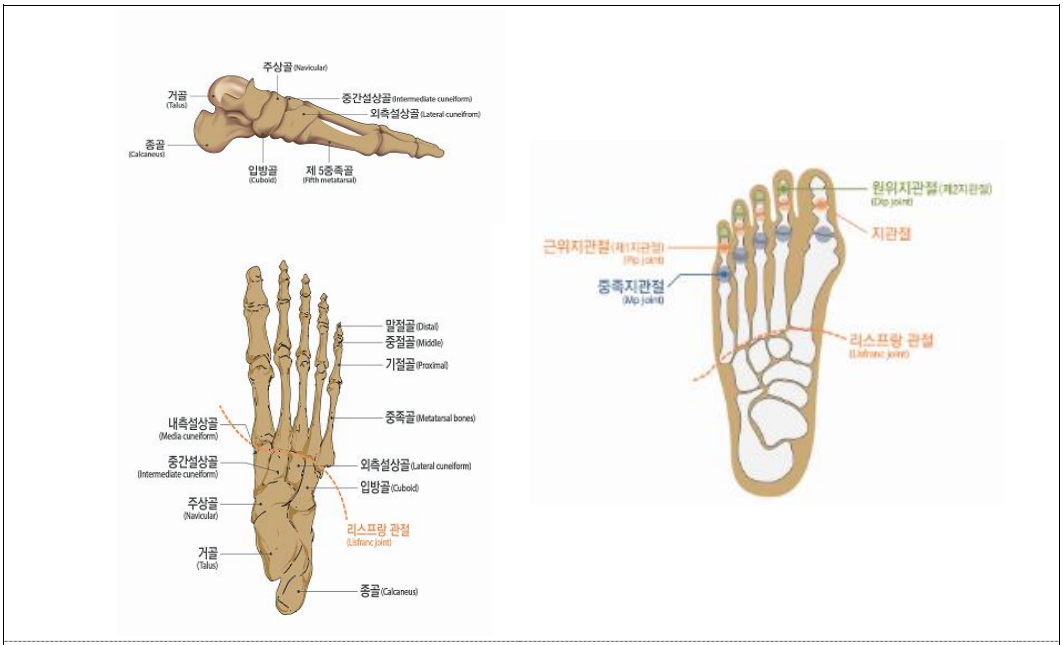
가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 한 발의 리스프랑관절 이상을 잃었을 때	40%
2) 한 발의 5개 발가락을 모두 잃었을 때	30%

3) 한 발의 첫째 발가락을 잃었을 때	10%
4) 한 발의 첫째 발가락 이외의 발가락을 잃었을 때(발가락 하나마다)	5%
5) 한 발의 5개 발가락 모두의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	20%
6) 한 발의 첫째 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	8%
7) 한발의 첫째 발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(1발가락마다)	3%

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장해를 평가합니다. 다만, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가합니다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않습니다.
3) '발가락을 잃었을 때'라 함은 첫째 발가락에서는 지관절부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 가까운 쪽을 잃었을 때를 말합니다.
4) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말합니다.
5) '발가락뼈 일부를 잃었을 때'라 함은 첫째 발가락의 지관절, 다른 네 발가락의 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼 쪽으로 발가락 뼈 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 발가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않습니다.
6) '발가락에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때'라 함은 첫째 발가락의 경우에 중족지관절과 지관절의 굴신운동범위 합계가 정상 운동 가능영역의 1/2이하가 된 경우를 말하며, 다른 네 발가락에 있어서는 중족지관절의 신전운동범위만을 평가하여 정상운동범위의 1/2이하로 제한된 경우를 말합니다.
7) 한 발가락에 장해가 생기고 다른 발가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산합니다.
8) 발가락 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의「산업재해보상보험법 시행규칙」제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따릅니다.



< 발가락 >

12. 흉·복부 장기 및 비뇨생식기의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 심장 기능을 잃었을 때	100%
2) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때	75%
3) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때	50%
4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	30%
5) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때	15%

나. 장해의 판정기준

1) '심장 기능을 잃었을 때'라 함은 심장 이식을 한 경우를 말합니다.
2) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말합니다.
   가) 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
   나) 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석, 복막투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때
   다) 방광의 저장기능과 배뇨기능을 완전히 상실한 때
3) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말합니다.

가) 위, 대장(결장~직장) 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때
나) 소장을 3/4 이상 잘라내었을 때 또는 잘라낸 소장의 길이가 3m 이상일 때
다) 간장의 3/4 이상을 잘라내었을 때
라) 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때

4) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말합니다.
가) 한쪽 폐 또는 한쪽 신장을 전부 잘라내었을 때
나) 방광 기능상실로 영구적인 요도루, 방광루, 요관 장문합 상태
다) 위, 췌장을 50% 이상 잘라내었을 때
라) 대장절제, 항문 괄약근 등의 기능장해로 영구적으로 장루, 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
마) 심장기능 이상으로 인공심박동기를 영구적으로 삽입한 경우
바) 요도괄약근 등의 기능장해로 영구적으로 인공요도괄약근을 설치한 경우

5) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말합니다.
가) 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착, 배뇨기능 상실로 영구적인 간헐적 인공요도가 필요한 때
나) 음경의 1/2 이상이 결손되었거나 질구 협착으로 성생활이 불가능한 때
다) 폐질환 또는 폐 부분절제술 후 일상생활에서 호흡곤란으로 지속적인 산소치료가 필요하며, 폐기능 검사(PFT)상 폐환기 기능(1초간 노력성 호기량, FEV1)이 정상예측치의 40% 이하로 저하된 때

6) 흉복부, 비뇨생식기계 장해는 질병 또는 외상의 직접 결과로 인한 장해를 말하며, 노화에 의한 기능장해 또는 질병이나 외상이 없는 상태에서 예방적으로 장기를 절제, 적출한 경우는 장해로 보지 않습니다.

7) 상기 흉복부 및 비뇨생식기계 장해항목에 명기되지 않은 기타 장해상태에 대해서는 '<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표'에 해당하는 장해가 있을 때 ADLs 장해 지급률을 준용합니다.

8) 상기 장해항목에 해당되지 않는 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장해의 평가 대상으로 인정하지 않습니다.

13. 신경계·정신행동 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 신경계에 장해가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때	10~100%
2) 정신행동에 극심한 장해를 남긴때	100%
3) 정신행동에 심한 장해를 남긴 때	75%

장해의 분류	지급률
4) 정신행동에 뚜렷한 장해를 남긴 때	50%
5) 정신행동에 약간의 장해를 남긴 때	25%
6) 정신행동에 경미한 장해를 남긴 때	10%
7) 극심한 치매 : CDR척도 5점	100%
8) 심한치매 : CDR척도 4점	80%
9) 뚜렷한 치매 : CDR 척도 3점	60%
10) 약간의 치매 : CDR 척도 2점	40%
11) 심한 간질발작이 남았을 때	70%
12) 뚜렷한 간질발작이 남았을 때	40%
13) 약간의 간질발작이 남았을 때	10%

나. 장해판정기준

1) 신경계

가) “신경계에 장해를 남긴 때”라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계에 손상으로 인하여 “<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표”의 5가지 기본동작중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말합니다.

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

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

라) 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 12개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장해를 평가합니다. 그러나, 12개월이 경과하였다 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위 내에서 장해 평가를 유보합니다.

마) 장해진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 합니다.

2) 정신행동

가) 정신행동장해는 보험기간중에 발생한 뇌의 질병 또는 상해를 입은 후 18개월이 경과한 후에 판정함을 원칙으로 합니다. 다만, 질병발생 또는 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 질병발생 또는 수상 후 12개월이 경과한 후에 판정할 수 있습니다.

나) 정신행동장해는 장해판정 직전 1년 이상 충분한 정신건강의학과의 전문적 치료를 받은 후 치료에도 불구하고 장해가 고착되었을 때 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로 인하여 고정되거나 중하게 된 장해에 대해서는 인정하지 않습니다.

다) ‘정신행동에 극심한 장해를 남긴 때’라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며 GAF 30점 이하인 상태를 말합니다.

라) ‘정신행동에 심한 장해를 남긴 때’라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의

학과의 치료를 받았으며 GAF 40점 이하인 상태를 말합니다.

마) '정신행동에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준'주) 상 6개 항목 중 3개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 50점 이하인 상태를 말합니다.

※ 주) 능력장애측정기준의 항목 : ㉮ 적절한 음식섭취, ㉯ 대소변관리, 세면, 목욕, 청소 등의 청결 유지, ㉰ 적절한 대화기술 및 협조적인 대인관계, ㉱ 규칙적인 통원· 약물 복용, ㉲ 소지품 및 금전관리나 적절한 구매행위, ㉳ 대중교통이나 일반공공시설의 이용

바) '정신행동에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준' 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 60점 이하인 상태를 말합니다.

사) '정신행동에 경미한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준' 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 70점 이하인 상태를 말합니다.

아) 지속적인 정신건강의학과의 치료란 3개월 이상 약물치료가 중단되지 않았음을 의미합니다.

자) 심리학적 평가보고서는 정신건강의학과 의료기관에서 실시되어져야 하며, 자격을 갖춘 임상심리전문가가 시행하고 작성하여야 합니다.

차) 정신행동장해 진단 전문의는 정신건강의학과 전문의를 말합니다.

카) 정신행동장해는 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등 객관적 근거를 기초로 평가합니다. 다만, 보호자나 환자의 진술, 감정의의 추정 혹은 인정, 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌 SPECT 등)은 객관적 근거로 인정하지 않습니다.

타) 각종 기질성 정신장해와 외상후 간질에 한하여 보상합니다.

파) 외상후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증(조현병), 편집증, 조울증(양극성장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않습니다.

3) 치매

가) "치매"라 함은 정상적으로 성숙한 뇌가 질병이나 외상 후 기질성 손상으로 파괴되어 한번 획득한 지적기능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 것을 말합니다.

나) 치매의 장해평가는 임상적인 증상 뿐 아니라 뇌영상검사(CT 및 MRI, SPECT등)를 기초로 진단되어져야 하며, 18개월 이상 지속적인 치료 후 평가합니다. 다만, 진단시점에 이미 극심한 치매 또는 심한 치매로 진행된 경우에는 6개월간 지속적인 치료 후 평가합니다.

다) 치매의 장해평가는 전문의(정신건강의학과, 신경과)에 의한 임상치매척도(한국판

Expanded Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따릅니다.

4) 뇌전증(간질)

가) “뇌전증(간질)”이라 함은 돌발적 뇌파이상을 나타내는 뇌질환에 의거하여 발작(경련, 의식장해 등)을 반복하는 것을 말합니다.

나) 간질발작의 빈도 및 양상은 지속적인 항간질제(항전간제) 약물로도 조절되지 않는 간질을 말하며, 진료기록에 기재되어 객관적으로 확인되는 간질발작의 빈도 및 양상을 기준으로 합니다.

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

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

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

바) “중증발작”이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장해가 3분 이상 지속되는 발작을 말합니다.

사) “경증발작”이라 함은 운동장해가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말합니다.

<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

유형	제한정도	지급률
이동 동작	- 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 방 밖을 나올 수 없는 상태 또는 침대에서 휠체어로 옮기기를 포함하여 휠체어 이동시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태	40%
	- 휠체어 또는 다른 사람의 도움 없이는 방밖을 나올 수 없는 상태 또는 보행이 불가능하나 스스로 휠체어를 밀어 이동이 가능한 상태	30%
	- 목발 또는 보행기(walker)를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태	20%
	- 보조기구 없이 독립적인 보행은 가능하나 보행시 파행(절뚝거림)이 있으며, 난간을 잡지 않고는 계단을 오르내리기가 불가능한 상태 또는 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태	10%
음식물 섭취	- 입으로 식사를 전혀 할 수 없어 계속적으로 튜브(비위관 또는 위루관)나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급을 받는 상태	20%
	- 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 식사를 전혀 할 수 없는 상태	15%
	- 숟가락 사용은 가능하나 젓가락 사용이 불가능하여 음식물 섭취에 있어 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태	10%
	- 독립적인 음식물 섭취는 가능하나 젓가락을 이용하여 생선을 바르거나 음식물을 자르지는 못하는 상태	5%
배변 배뇨	- 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 계속적인 도움이 필요한 상태, 또는 지속적인 유치도뇨관 삽입상태, 방광루, 요도루, 장루상태	20%
	- 화장실에 가서 변기위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 뒤처리시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태, 또는 간헐적으로 자가 인공도뇨가 가능한 상태(CIC), 기저귀를 이용한 배뇨,배변 상태	15%
	- 화장실에 가는 일, 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변후 뒤처리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태	10%
	- 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2시간 이상 계속되는 업무를 수행하는 것이 어려운 상태, 또는 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 요실금, 변실금이 있는 때	5%
목욕	- 세안, 양치, 샤워, 목욕 등 모든 개인위생 관리시 타인의 지속적인 도움이 필요한 상태	10%
	- 세안, 양치시 부분적인 도움 하에 혼자서 가능하나 목욕이나 샤워시 타인의 도움이 필요한 상태	5%
	- 세안, 양치와 같은 개인위생관리를 독립적으로 시행가능하나 목욕이나 샤	3%

유형	제한정도	지급률
	워시 부분적으로 타인의 도움이 필요한 상태	
옷입고 벗기	- 상· 하의 의복 착탈시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태	10%
	- 상·하의 의복 착탈시 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태 또는 상의 또는 하의중 하나만 혼자서 착탈의가 가능한 상태	5%
	- 상·하의 의복착탈시 혼자서 가능하나 미세동작(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)이 필요한 마무리는 타인의 도움이 필요한 상태	3%

<별표8> 재 해 분 류 표

1. 보장 대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에 규정한 감염병

감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호

제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

2. "제1급감염병"이란 생물테러감염병 또는 치명률이 높거나 집단 발생의 우려가 커서 발생 또는 유행 즉시 신고하여야 하고, 음압격리와 같은 높은 수준의 격리가 필요한 감염병으로서 다음 각 목의 감염병을 말한다. 다만, 갑작스러운 국내 유입 또는 유행이 예견되어 긴급한 예방·관리가 필요하여 보건복지부장관이 지정하는 감염병을 포함한다.

가. 에볼라바이러스병
나. 마버그열
다. 라싸열
라. 크리미안콩고출혈열
마. 남아메리카출혈열
바. 리프트밸리열
사. 두창
아. 페스트
자. 탄저
차. 보툴리눔독소증
카. 야토병
타. 신종감염병증후군
파. 중증급성호흡기증후군(SARS)
하. 중동호흡기증후군(MERS)
거. 동물인플루엔자 인체감염증
너. 신종인플루엔자
더. 디프테리아

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)

- 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적개입” 중 법적처형(Y35.5)

③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 환자의 이상반응 또는 이후 합병증의 원인이 된 외과적 및 기타 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장)

④ “자연의 힘에 노출(X30~X39)” 중 급격한 액체손실로 인한 탈수

⑤ "우발적 익사 및 익수(W65~W74), 기타 호흡과 관련된 불의의 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

㈜ 1. ( ) 안은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1시행) 상의 분류번호이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 정하는 재해 해당 여부를 판단합니다.

2. 제8차 개정 이후 약관에서 정하는 재해의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

3. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 약관에서 정하는 재해에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되더라도 약관에서 정하는 재해의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

4. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.

<별표9> 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
뇌혈관질환진단급여금, 뇌경색증진단급여금, 뇌출혈진단급여금, 허혈성심장질환진단급여금, 급성심근경색증진단급여금 (제5조 제1호 내지 제5호)	지급기일의 다음날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 +가산이율(4%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 +가산이율(6%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 +가산이율(8%)
해지환급금 (제33조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년 이내: 평균공시이율의 50% 1년 초과기간:1%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

㈜ 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효(제38조)가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당 기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.

3. 계약의 소멸(제23조 제1항)에서 사망 당시의 책임준비금을 지급함에 있어 지급기일의 다음날부터 다음 각호에 따라 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
   ① 지급기일의 다음 날부터 30일이내 기간: 보험계약대출이율
   ② 지급기일의 31일이후부터 60일이내 기간: 보험계약대출이율+가산이율(4%)
   ③ 지급기일의 61일이후부터 90일이내 기간: 보험계약대출이율+가산이율(6%)
   ④ 지급기일의 91일이후 기간: 보험계약대출이율+가산이율(8%)

4. 가산이율 적용시 제10조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

5. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.