American International Assurance Korea
American International Assurance는 AIG의 계열회사입니다.

무배당 AIG 올스타 건강보험 약관

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

AIG 생명보험
본사 : 서울시 중구 충무로 2가 64-5 신일빌딩 4, 5, 6, 7층
전화 : 1588-9898 BANC-IC-2007-09-11 인쇄일 : 2007. 09

AIG 생명보험

무배당

AIG 올스타 건강보험 약관

든든한 건강 서포터로 당신의 인생을 활기차게!



American International Assurance Korea
American International Assurance는 AIG의 계열회사입니다

무배당

AIG 올스타 건강보험

무배당 AIG 올스타 건강보험(고액보장형) 약관

무배당 AIG 올스타 건강보험(실속보장형) 약관

AIG

AIG 생명보험

무배당
AIG 올스타 건강보험(고액보장형)

약관

본 약관은 계약자님께서 가입하신
계약의 성립시부터 소멸시까지
저희 보험회사와 계약자님간의 권리와 의무를
명시한 전반적인 계약조항입니다. 필히 읽어 보시기 바랍니다.

약관을 살펴보시기 전에
보험가입증서(보험증권)상에 기재된 계약 유형을
반드시 확인해 주시기 바랍니다.

차 례

제1관 보험계약의 성립과 유지 ····· 6
- 제 1 조 (보험계약의 성립)
- 제 2 조 (청약의 철회)
- 제 3 조 (약관교부 및 설명의무 등)
- 제 4 조 (계약의 무효)
- 제 5 조 (계약내용의 변경)
- 제 6 조 (계약자의 임의해지)
- 제 7 조 (계약의 소멸)
- 제 8 조 (보험나이)

제2관 보험료의 납입 (계약자의 주된 의무) ····· 9
- 제 9 조 (제1회 보험료 및 회사의 보장개시일)
- 제 10 조 (제2회 이후 보험료의 납입)
- 제 11 조 (보험료의 자동대출납입)
- 제 12 조 (보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)
- 제 13 조 (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

제3관 보험금의 지급 (회사의 주된 의무) ····· 12
- 제 14 조 (3대질병의 정의 및 진단확정)
- 제 15 조 ("암" 및 "기타피부암"의 정의 및 진단확정)
- 제 16 조 ("고액암"의 정의 및 진단확정)
- 제 17 조 (상피내암의 정의 및 진단확정)
- 제 18 조 (경계성 종양의 정의 및 진단확정)
- 제 19 조 ("중대한 수술"의 정의)
- 제 20 조 ("주요질환"의 정의)
- 제 21 조 ("입원" 및 "수술"의 정의와 장소)
- 제 22 조 (보험금의 종류 및 지급사유)
- 제 23 조 (보험금 지급에 관한 세부규정)
- 제 24 조 (보험금을 지급하지 아니하는 보험사고)
- 제 25 조 (전쟁, 기타 변란시의 보험금)
- 제 26 조 (해약환급금)
- 제 27 조 (배당금)
- 제 28 조 (소멸시효)

제4관 보험계약시 계약자의 계약전 알릴의무 등 ····· 20
- 제 29 조 (계약전 알릴의무)
- 제 30 조 (계약전 알릴의무 위반의 효과)
- 제 31 조 (계약취소권의 행사제한)

제5관 보험금 지급 등의 절차 ····· 22
- 제 32 조 (주소변경통지)
- 제 33 조 (보험금을 받을 자(보험수익자)의 지정)
- 제 34 조 (대표자의 지정)
- 제 35 조 (보험금 지급사유의 발생통지)
- 제 36 조 (보험금 등 청구시 구비서류)
- 제 37 조 (보험금 등의 지급)
- 제 38 조 (보험금 받는 방법의 변경)
- 제 39 조 (계약내용의 교환)
- 제 40 조 (보험계약대출)

제6관 분쟁조정 등 ····· 26
- 제 41 조 (분쟁의 조정)
- 제 42 조 (관할법원)
- 제 43 조 (약관의 해석)
- 제 44 조 (회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력)
- 제 45 조 (회사의 손해배상책임)
- 제 46 조 (준거법)
- 제 47 조 (예금보험에 의한 지급보장)

(별표 1) 보험금 지급기준표 ····· 28
(별표 2) 보험금 지급시의 적립이율 계산 ····· 31
(별표 3) 재해분류표 ····· 33
(별표 4) 3대질병의 정의 ····· 34
(별표 5) 고액암 분류표 ····· 35
(별표 6) 대상이 되는 악성신생물 분류표(기타피부암 제외) ····· 36
(별표 7) 대상이 되는 상피내의 신생물 분류표 ····· 37
(별표 8) 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 ····· 38
(별표 9) "중대한 수술"의 정의 ····· 39
(별표10) 질병분류표 ····· 41
(별표11) 8대질병분류표 ····· 42
(별표12) 장해분류표 ····· 43

제1관 보험계약의 성립과 유지

제 1 조 (보험계약의 성립)

① 보험계약은 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 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, 일부담보 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 부과하여 인수할 수 있습니다.

③ 회사는 계약의 청약을 받고, 제1회보험료를 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 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험가입증서(보험증권)을 교부합니다. 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 이 계약의 예정이율 +1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 단, 회사는 계약자가 제1회 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 제1회 보험료를 납입한 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 의한 계약자의 청약철회 신청을 접수한 경우에는 지체 없이 이미 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료 반환이 지체된 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 단, 계약자가 제1회보험료를 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 부본을 드리고 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다. 다만, 컴퓨터를 이용하여 보험거래를 할 수 있도록 설정된 가상의 영업장(사이버몰)을 이용하여 계약을 체결하고 전자거래기본법에서 규정하는 절차에 따라 약관 및 청약서 부본을 전자문서로 송신하고 계약자 또는 그 대리인이 당해 문서를 수신하였을 때에는 약관 및 청약서 부본을 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 알릴의무, 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 제1항에 의해 제공될 약관 및 청약서 부본을 계약자에게 전달하지 아니하거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 아니한 때 또는 계약체결시 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제10호의 규정에 의한 공인인증기관이 인증한 전자서명을 포함합니다)을 하지 아니한 때에는 계약자는 청약일부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

③ 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음 각 호의 사항을 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제1항 단서의 규정에 의한 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 교부함으로써 청약서 부본을 전달한 것으로 봅니다.

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

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

제 4 조 (계약의 무효)

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약체결 시까지 보험대상자(피보험자)의 서면에 의한 동의를 얻지 아니한 경우
2. 만 15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 보험대상자(피보험자)로 하여 사망을 보험금지급사유로 한 계약의 경우

제 5 조 (계약내용의 변경)

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

1. 보험료의 납입주기, 수금방법 및 납입기간
2. 보험가입금액 (구좌 수)
3. 계약자 또는 보험금을 받을 자(보험수익자)
4. 기타 계약의 내용

② 회사는 계약자가 제1항 제2호에 의하여 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지 된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제26조(해약환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

③ 계약자가 제1항 제3호에 의하여 보험금을 받을 자(보험수익자)를 변경하고자 할 경우에는 제22조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정하는 보험금 지급사유(이하 "보험금 지급사유"라 합니다)가 발생하기 전에 보험대상자(피보험자)의 서면에 의한 동의가 있어야 합니다.

제 6 조 (계약자의 임의해지)

계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제26조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 7 조 (계약의 소멸)

보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 사망(보험대상자(피보험자)의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고(失踪宣告)를 받은 경우 포함)하였을 경우에는 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드리고 이 계약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다. 다만, 민법 제 27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 재해분류표(별표3 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, 제4조(계약의 무효) 제2호의 경우에는 실제 만 나이를 적용합니다.

② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 보험대상자(피보험자)의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 단수는 버리고 6개월 이상의 단수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제 9 조 (제1회 보험료 및 회사의 보장개시일)

① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회보험료를 받은 때(자동이체 납입 및 신용카드납입의 경우에는 자동이체 신청 및 신용카드 매출승인에 필요한 정보를 제공한 때)부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 그러나 회사가 청약시에 제1회보험료를 받고 청약을 승낙한 경우에는 제1회보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. (이하 제1회보험료를 받은 날을 "보장개시일"이라 하며, 보장개시일을 보험계약일로 봅니다)

② 회사가 청약시에 제1회보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.

1. 제30조(계약전 알릴의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우
2. 제29조(계약전 알릴의무)에 의하여 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 회사에 알린 내용 또는 건강진단내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우

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

⑤ 제1항 및 제2항에도 불구하고, 제15조("암" 및 "기타피부암"의 정의 및 진단확정) 및 제16조("고액암의 정의 및 진단확정")에서 정한 "암" 보장에 대한 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하

여 90일이 지난 날의 다음날(이하 "암 보장개시일"이라 합니다)로 하며, 회사는 그 날로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

제 10 조 (제2회 이후 보험료의 납입)

계약자는 제2회 이후의 보험료를 계약체결시 납입하기로 약속한 날(이하 "납입기일"이라 합니다)까지 납입하여야 하며, 회사는 계약자가 보험료를 납입한 경우에는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융회사(우체국 포함)를 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사 발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.

제 11 조 (보험료의 자동대출납입)

① 계약자는 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의한 보험료의 납입최고(독촉)기간이 경과되기 전까지 보험료의 자동대출납입을 서면으로 신청할 수 있으며, 이 경우 제40조(보험계약대출) 제1항에 의한 보험계약대출금으로 보험료가 자동적으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다.

② 제1항에도 불구하고 보험계약대출금과 보험계약대출이자를 합산한 금액이 해약환급금(당해 보험료가 납입된 것으로 계산한 금액을 말합니다)을 초과하는 때에는 보험료의 자동대출납입을 더 이상 할 수 없습니다.

③ 제1항 및 제2항에 의한 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 최고한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.

④ 보험료의 자동대출납입이 행하여진 경우에도 자동대출납입 전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출납입이 없었던 것으로 하여 제26조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제 12 조 (보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 아니하는 때에는 납입기일 다음날부터 납입기일이 속하는 달의 다음달 말일까지를 납입최고(독촉)기간으로 하며, 회사는 제3항에서 정한 바에 따라 최고하고 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 계약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

② 제1항에 불구하고 회사의 방문수금 불이행 또는 은행 납입통지서의 미교부, 자동이체 미신청 등 회사의 책임 있는 사유로 인하여 계약자가 보험료를 납입하지 못한 경우에는 납입기일부터 3개월이 되는 날까지를 납입최고(독촉)기간으로 하여 제1항을 적용합니다. 다만, 회사가 다시 보험료를 수금 또는 자동이체하기로 하거나 은행납입통지서를 교부하기로 한 경우에는 그 수금(자동이체) 또는 재교부 일부터 15일이 되는 날을 새로운 납입기일로 하여 제1항의 납입최고(독촉)기간을 적용합니다.

③ 제2회 이후의 보험료가 납입기일까지 납입되지 아니하여 보험료 납입이 연체중인 경우에 회사는 계약자(타인을 위한 보험의 경우 특정된 보험금을 받을 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 해지 됨을 납입최고(독촉)기간이 끝나기 15일 이전까지 서면 또는 전화(음성녹음)로 알려 드립니다.

④ 제1항에 따라 계약이 해지 된 경우에는 해약환급금을 지급합니다.

제 13 조 (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

① 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지 되었으나 해약환급금을 받지 아니한 경우 계약자는 해지 된 날부터 2년 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 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제1조(보험계약의 성립) 제2항 및 제3항, 제9조(제1회보험료 및 회사의 보장개시일), 제29조(계약전 알릴의무), 제30조(계약전 알릴의무 위반의 효과) 및 제31조(계약취소권의 행사제한)를 준용합니다.

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제 14 조 (3대질병의 정의 및 진단확정)

① 이 계약에 있어서 3대질병(“급성심근경색증”, “뇌출혈”, ”말기신부전증”)이라 함은 한국표준질병 · 사인분류 중 별표4(“3대질병의 정의”)에서 정한 질병을 말합니다.

② 급성심근경색증의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 “국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관”의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥촬영술, 혈액 중 심장 효소검사, 핵의학검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 “급성심근경색증”에 대한 임상학적 진단이 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 “급성심근경색증”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

③ 뇌출혈 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 “국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관”의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력 · 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 핵자기 공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 “뇌출혈”에 대한 임상학적 진단이 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 “뇌출혈”로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

④ 말기신부전증의 진단확정은 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 “국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관”의 의사(한의사, 치과의사 제외) 자격증을 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

제 15 조 (“암” 및 “기타피부암”의 정의 및 진단확정)

① 이 계약에 있어서 “암”이라 함은 제4차 한국표준질병 · 사인분류 중 별표6 (“대상이 되는 악성 신생물 분류표(기타피부암 제외)”)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 전암병소(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 암으로 분류되는 질병에서 제4차 한국표준질병분류에 의해 “유방암”은 분류번호 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병을 “갑상샘암”은 분류번호 C73(갑상샘의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 계약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제4차 한국표준질병 · 사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ “암” 및 “기타피부암”의 진단 확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자 또는 회사가 이와 동등한 자격을 가진 것으로 인정하는 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 암 및 기타피부암에 대한 임상학적 진단이 암 및 기타피부암의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 “암” 및 “기타피부암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 입증할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 16 조 (“고액암”의 정의 및 진단확정)

① 이 계약에 있어서 “고액암”이라 함은 제4차 한국표준질병 · 사인분류의 기본분류에 있어서 백혈병, 뇌암, 골수암 등 ((별표5) “고액암 분류표” 참조)을 말합니다.

② 고액암의 진단 확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자 또는 이와 동등한 자격을 가진 것으로 인정되는 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 고액암에 대한 임상학적 진단이 고액암의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 고액암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 입증할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 17 조 (상피내암의 정의 및 진단확정)

① 이 계약에 있어서 “상피내암”이라 함은 제4차 한국표준질병 · 사인분류에 있어서 상피내의 신생물로 분류되는 질병(별표7 “대상이 되는 상피내의 신생물 분류표” 참조)을 말합니다.

② 상피내암의 진단 확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자 또는 회사가 이와 동등한 자격을 가진 것으로 인정하는 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)

검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopay)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 상피내암에 대한 임상학적 진단이 상피내암의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 상피내암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 입증할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 18 조 (경계성 종양의 정의 및 진단확정)

① 이 계약에 있어 "경계성 종양"이라 함은 제4차 한국표준질병 · 사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병(별표8 "행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표" 참조)을 말합니다.

② 경계성 종양의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자 또는 회사가 이와 동등한 자격을 가진 것으로 인정하는 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 경계성 종양에 대한 임상학적 진단이 경계성 종양의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 경계성 종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 입증할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 19 조 ("중대한 수술"의 정의)

이 계약에 있어서 "중대한 수술"이라 함은 별표9(중대한 수술)에서 정한 "관상동맥우회술", "대동맥류 인조혈관치환수술", "심장판막수술", "5대장기이식수술"(이하 "중대한 수술"이라 합니다)을 말합니다.

제 20 조 ("주요질환"의 정의)

① 이 계약에 있어 "주요질환"이라 함은 제4차 한국표준질병 · 사인분류 중 별표11(8대질병 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.(이하 "주요질환"이라 합니다)

※ 주요 질환이란 약관에서 정한 "고혈압, 당뇨병, 위궤양/십이지장궤양, 심장질환, 뇌혈관질환, 간질환, 만성호흡기질환, 갑상선장애"를 말합니다.(자세한 세부 사항은 별표11을 참조하시기 바랍니다)

② 주요질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제 2항에서 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의해 내려져야 합니다.

제 21 조 ("입원" 및 "수술"의 정의와 장소)

① 이 계약에 있어 "입원"이라 함은 의사, 치과의사, 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의해 "질병"(별표10 "질병분류표" 이하 질병이라 합니다) 및 "주요질환"으로 인하여 그 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 병원이나 의원, 한의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 "의료기관"이라 합니다)에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 계약에 있어서 "수술"이라 함은 주요질환으로 인하여 의사가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 "국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관"에서 의사의 관리하에 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 적제(摘除) 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 흡인(吸引), 천자(穿刺), 적제(滴劑) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

제 22 조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험대상자(피보험자)에게 다음 사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받을 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급하여 드립니다. (별표1 "보험금 지급기준표" 참조)

1. 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 보장개시일 이후에 3대질병으로 진단이 확정되었을 때 : 3대질병치료자금 (각 최초 1회에 한하여 지급함)
2. 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 암에 대한 보장개시일 이후에 고액암으로 진단이 확정되었을 때 : 고액암진단자금 (최초 1회에 한하여 지급함)
3. 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 암에 대한 보장개시일 이후에 암(고액암 제외)으로 진단이 확정되었을 때 : 암진단자금 (최초 1회에 한하여 지급함)
4. 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 보장개시일 이후에 기타피부암으로 진단이 확정되었을 때 : 기타피부암 진단자금 (최초 1회에 한하여 지급함)
5. 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 보장개시일 이후에 상피내암으로 진단이 확정되었을 때 : 상피내암 진단자금 (최초 1회에 한하여 지급함)

6. 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 보장개시일 이후에 경계성종양으로 진단이 확정되었을 때 : 경계성종양 진단자금 (최초 1회에 한하여 지급함)
7. 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 보장개시일 이후에 중대한 수술을 받았을 때 : 중대한 수술자금 (최초 1회에 한하여 지급함)
8. 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 보장개시일 이후에 질병(주요질환 제외)이 발생하여 그 치료를 직접적인 목적으로 하여 4일 이상 입원[제 21 조 ("입원" 및 "수술"의 정의와 장소) 1항에서 정한 장소를 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정할 때는 계속하여 입원한 것으로 보며, 이하 같습니다]하였을 때 : 질병입원급여금
9. 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 보장개시일 이후에 주요질환이 발생하여 그 치료를 직접적인 목적으로 하여 4일 이상 입원[제 21 조 ("입원" 및 "수술"의 정의와 장소) 1항에서 정한 장소를 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정할 때는 계속하여 입원한 것으로 보며, 이하 같습니다]하였을 때 : 주요질환입원급여금
10. 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 보장개시일 이후에 주요질환의 치료를 직접적인 목적으로 수술하였을 때 : 주요질환수술급여금
11. 보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 재해를 직접적인 원인으로 별표12 "장해분류표"(이하 "장해분류표"라 합니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 재해장해급여금
12. 보험대상자(피보험자)가 보험계약일 이후 매 2년마다 해당보험계약일까지 3대질병치료자금 또는 암[고액암포함]진단자금 지급사유가 발생하지 않고 살아있을 때 : 건강진단자금 (단, 만기시에는 건강진단자금을 지급하지 않습니다)
13. 보험대상자(피보험자)가 보험기간이 끝날 때까지 3대질병치료자금 또는 암[고액암 포함] 진단자금 지급사유가 발생하지 않고 살아있을 때 : 만기축하금 지급

제 23 조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험료 납입기간 중 보험대상자(피보험자)가 보장개시일 이후에 3대질병으로 진단되거나 또는 암 보장개시일 이후에 암[고액암 포함](기타피부암, 상피내암, 경계성종양 제외)으로 진단이 확정되거나 별표12에서 정하는 "장해분류표"(이하 "장해분류표"라 합니다) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

② 1항의 보험료 납입면제 사유 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 50% 이상인 장해상태로 인하여 보험료 납입이 면제된 경우에는 차회 이후의 보험료는 보험료 납입기간 만료시까지 정상적으로 납입된 것으로 보고 보험기간 만료시에 제22조(보험금의 종류 및 지급사유) 제13호에서 정한 만기축하금을 보험금을 받을 자(보험수익자)에게 드립니다. 단, 3대질병 또는 암[고액암 포함]으로 진단확정된 경우에는 만기축하금을 지급하지 않습니다.

③ 보험대상자(피보험자)가 제9조(제1회보험료 및 회사의 보장개시일)에서 정한 해당 보장개시일 이후에 사망하여 그 후에 3대질병, 암[고액암 포함], 경계성종양, 상피내암, 기타피부암을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 사망일을 진단확정일로 보아 제22조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호 내지 6호의 치료자금 및 진단자금을 추가로 지급합니다. 단, 해당 보장개시일의 전일 이전에 3대질병 또는 암[고액암 포함], 경계성종양, 상피내암, 기타피부암으로 진단이 확정된 경우는 제외합니다.

④ 보험대상자(피보험자)가 암 보장개시일 전에 암[고액암 포함](기타피부암, 상피내암 및 경계성종양 제외)으로 진단확정되는 경우에는 암보장개시일 이후 제22조(보험금의 종류 및 지급사유) 중 제2호 내지 제3호에서 정하는 지급사유가 발생하더라도, 동 지급사유가 암 보장개시일 전에 발생한 암[고액암 포함](기타피부암, 상피내암 및 경계성종양 제외)과 인과관계가 있는 경우에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 계약자는 보험대상자(피보험자)가 암 보장개시일 전에 암[고액암 포함](기타피부암, 상피내암 및 경계성종양 제외)으로 진단이 확정된 경우에는 진단일로부터 90일 이내에 계약의 취소를 선택할 수 있으며, 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

⑥ "고액암 이외의 암"으로 진단확정 받고 그 후에 "고액암"으로 진단확정시 "고액암"에 해당하는 진단자금에서 해당시점의 "고액암 이외의 암"에 해당하는 진단자금을 뺀 차액을 추가로 지급합니다. 그러나 "고액암"으로 진단확정 받고 그 후에 "고액암 이외의 암"으로 진단확정시 "고액암 이외의 암"에 해당하는 진단자금은 추가로 지급되지 않습니다.

⑦ 1항 및 제22조 11호의 경우 재해로 인하여 장해상태가 되고 장해지급률이 재해일로부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일로부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑧ 제7항에 의하여 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 재해일부터 2년 이내) 중에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태(사망

포함)를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

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

⑩ 제1항 및 제22조 11호의 경우 하나의 장해장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.

⑪ 제1항 및 제22조 11호의 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.

⑫ 제1항 및 제22조 11호의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 합산하여 최종 장해지급률을 합산하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑬ 제 12항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑭ 제22조(보험금의 종류 및 지급사유) 제8호 내지 제9호의 경우 입원급여금 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다.

⑮ 제22조(보험금의 종류 및 지급사유)의 제8호 내지 제9호의 경우 보험대상자(피보험자)가 입원기간 중에 보험기간이 만료되었을 경우에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여도 제14항의 규정에 따라 계속 입원급여금을 지급하여 드립니다.

⑯ 보험대상자(피보험자)가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 아니한 때에는 회사는 급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.

⑰ 제14항의 경우 보험대상자(피보험자)가 동일 질병 및 주요질환으로 인하여 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 보고서 각 입원일수를 합산하여 제14항의 규정을 적용합니다. 그러나 동일 질병 및 주요질환에 의한 입원이라도 입원급여금이 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일을 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

⑱ 제 1항 및 제 22조 제 11호에서 다른 재해로 인하여 2회 이상 발생하였을 때에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나, 그 장해가 이미 장해급여금을 지급받은 동일 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 장해급여금(또는 장해연금)에서 이미 지급받은 장해급여금을 뺀 금액을 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑲ 제 1항 및 제 22조 제 11호에서 그 재해 전에 이미 다음 중 한 가지의 경우에 해당하는 장해가 있었던 보험대상자(피보험자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제18항에 규정하는 장해상태가 발생되었을 경우에는 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 장해에 대한 장해급여금이 지급된 것으로 보고 최종 장해상태에 해당하는 장해급여금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 장해급여금을 빼고 지급합니다.

1. 이 보험의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 장해로 장해급여금의 지급사유가 되지 않았던 장해
2. 제1호 이외에 이 보험의 규정에 의하여 장해급여금의 지급사유가 되지 않았던 장해 또는 장해급여금이 지급되지 않았던 장해

⑳ 동일한 재해로 인한 장해지급률은 100%를 한도로 합니다.

제 24 조 (보험금을 지급하지 아니하는 보험사고)

① 회사는 다음 중 어느 한가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 아니하거나 보험료 납입을 면제하지 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 받을 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우

   그러나, 그 보험금을 받을 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받을 자(보험수익자)인 경우에는 그 보험금을 받을 자(보험수익자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험금을 받을 자(보험수익자)에게 지급하거나, 그 보험금을 받을 자(보험수익자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금에 대한 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우

② 제1항 각 호의 사유로 인하여 회사가 이 계약을 해지하거나 계약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.

1. 제1항 제1호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료도 돌려 드리지 아니합니다.

제 25 조 (전쟁, 기타 변란시의 보험금)

회사는 보험대상자(피보험자)가 전쟁, 기타 변란으로 인하여 제22조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호 내지 제11호의 사유가 발생한 경우 그 수가 보험료 산출기초에 중대한 영향을 미칠 우려가 있다고 인정될 때에는 금융감독위원회의 인가를 얻어 보험금을 감액하여 지급합니다.

제 26 조 (해약환급금)

① 이 약관에 의해 계약이 해지 된 경우에 지급하는 해약환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 27 조 (배당금)

이 계약은 무배당보험이므로 계약자 배당금이 없습니다.

제 28 조 (소멸시효)

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

제4관 보험계약시 계약자의 계약전 알릴의무 등

제 29 조 (계약전 알릴의무)

계약자 또는 보험대상자(피보험자)는 청약시(진단계약의 경우에는 건강진단시 포함) 청약서에서 질문 한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 "계약전 알릴의무"라 하며, 상법상 "고지의무"와 같습니다) 합니다. 그러나 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 및 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제 30 조 (계약전 알릴의무 위반의 효과)

① 회사는 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 제29조(계약전 알릴의무)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 한가지의 경우에 해당되는 때에는 그러하지 아니합니다.

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

② 제1항의 중요한 사항이라 함은 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 담보 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 인수하는 등 계약 인수에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

③ 회사는 제1항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약전 알릴의무 위반사실뿐만 아니라 계약전 알릴의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 계약의 처리결과를 "반대 증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면으로 알려 드립니다.

④ 제1항에 의하여 계약을 해지하였을 때에는 해약환급금과 이미 납입한 보험료 중 많은 금액을 지급하여 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

⑤ 제29조(계약전 알릴의무)의 계약전 알릴의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당보험금을 지급하여 드립니다.

제 31 조 (계약취소권의 행사제한)

회사는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때에는 민법 제110

조(사기에 의한 의사표시)에 의한 취소권을 행사하지 아니합니다. 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 사기의사에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 보장개시일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터는 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제5관 보험금 지급 등의 절차

제 32 조 (주소변경통지)

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

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

제 33 조 (보험금을 받을 자(보험수익자)의 지정)

이 계약에서 계약자가 보험금을 받을 자(보험수익자)를 지정하지 아니한 때에는 보험금을 받을 자(보험수익자)를 제22조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호 제2호 내지 제3호의 경우는 계약자로 하고, 동조 제1호 내지 제2호는 보험대상자(피보험자)로 하며, 보험대상자(피보험자)의 사망시는 보험대상자(피보험자)의 상속인으로 합니다.

제 34 조 (대표자의 지정)

① 계약자 또는 보험금을 받을 자(보험수익자)가 2인 이상인 경우에는 각 대표자 1인을 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 보험금을 받을 자(보험수익자)를 대리하는 것으로 합니다.

② 지정된 계약자 또는 보험금을 받을 자(보험수익자)의 소재가 확실하지 아니한 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 보험금을 받을 자(보험수익자) 1인에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험금을 받을 자(보험수익자)에 대하여도 효력이 미칩니다.

③ 계약자가 2인 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

제 35 조 (보험금 지급사유의 발생통지)

① 보험금을 받을 자(보험수익자)는 제22조(보험금의 종류 및 지급사유)에 정한 보험금 지급사유가 발생하였을 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

② 보험금을 받을 자(보험수익자)가 제1항의 통지의무를 고의로 지체함으로 인하여 의료비, 기타의 비용이 증가한 때에는 회사는 그 증가된 비용을 보험금으로 지급하지 아니합니다.

제 36 조 (보험금 등 청구시 구비서류)

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

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서, 질병진단서, 입원증명서, 수술증명서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받을 자(보험수익자)가 보험금 수령 또는 계약자가 해약환급금 수령 및 보험료 납입면제에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 증명서 또는 진단서는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 37 조 (보험금 등의 지급)

① 회사는 제36조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 및 보험료 납입면제의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

② 회사는 제22조(보험금의 종류 및 지급사유) 제12호 내지 제13호에 해당하는 보험금의 지급시기가 도래할 때에는 도래일 7일 이전에 그 사유와 회사가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험금을 받을 자(보험수익자)에게 알려 드립니다. 또한, 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표2 "보험금지급시의 적립이율계산"과 같습니다.

③ 계약자, 보험대상자(피보험자) 또는 보험금을 받을 자(보험수익자)는 제30조(계약전 알릴 의무 위반의 효과) 및 제1항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

④ 회사가 제1항의 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 보험금을 지급하여 드립니다. 그러나, 보험대상자(피보험자)의 의사와 회사의 의사가 합의에 도달하지 못하는 때에는 보험대상자(피보험자)와 회사가 동의하여 제3의 의사를 정하고 그 제3의 의사의 의견에 따를 수 있습니다. 이 약관에서 "회사가 지정한 의사" 및 "제3의 의사"는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 중에서 정하며, 이 항의 규정에 의한 의료비용은 회사가 부담합니다.

⑤ 제1항, 제3항 및 제4항에서 규정한 회사의 조사, 확인 또는 진단요청에 대하여 계약자, 보험대상자(피보험자) 또는 보험금을 받을 자(보험수익자)가 정당한 사유 없이 동의를 하지 아니하는 때에는 그 동의를 얻어 조사, 확인 또는 진단을 완료할 때까지 보험금(가지급보험금 포함)의 지급을 유예(猶豫)할 수 있습니다.

⑥ 제1항 및 제2항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표2(보험금 등 지급시의 적립이율 계산)과 같습니다.

다만, 제5항에 의하여 계약자, 보험대상자(피보험자) 또는 보험금을 받을 자(보험수익자)가 회사의 조사, 확인 또는 진단요청을 받은 날부터 그에 대한 동의를 정당한 사유 없이 지체한 기간에 대하여는 이자를 부리하지 않습니다.

⑦ 회사가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도에 대하여 보험대상자(피보험자) 또는 보험금을 받을 자(보험수익자)에게 서면으로 통지하여 드리며, 장해지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 보험금 지급이 지연되는 경우에는 보험금을 받을 자(보험수익자)의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금을 우선적으로 가지급 할 수 있습니다.

제 38 조 (보험금 받는 방법의 변경)

① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험금을 받는 자(보험수익자))는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 제22조(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 분할지급 또는 일시지급 방법으로 변경할 수 있습니다.

② 회사는 제1항의 의하여 일시금을 분할하여 지급하는 경우에는 그 미지급금액에 대하여 이 계약의 예정이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제 39 조 (계약내용의 교환)

회사는 보험계약의 체결 및 관리 등을 위한 판단자료로서 활용하기 위하여 다음 각 호의 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 제23조(개인신용정보의 제공 · 활용에 대한 동의) 및 동 법 시행령 제12조(개인신용정보의 제공 · 활용에 대한 동의 등)의 규정을 따릅니다.

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

제 40 조 (보험계약대출)

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

② 계약자는 제1항에 의한 보험계약대출금과 보험계약대출이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 아니한 때에는 보험금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 제 지급금과 상계할 수 있습니다.

③ 회사는 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금과 보험계약대출 원리금을 상계할 수 있습니다.

제6관 분쟁조정 등

제 41조 (분쟁의 조정)

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

제 42조 (관할법원)

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

제 43조 (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 44 조 (회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력)

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

제 45 조 (회사의 손해배상책임)

회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임 있는 사유로 인하여 발생된 손해에 대하여 관계법규 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.

제 46 조 (준거법)

이 약관에서 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

제 47 조 (예금보험에 의한 지급보장)

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

(별표 1)

보험금 지급기준표

(보험가입금액 200구좌 기준)

급여금명		지 급 사 유		지급액
고액보장금	3대질병 치료자금 (각 최초 1회에 한함)	보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 보장개시일 이후 뇌출혈, 급성심근경색증 또는 말기신부전증으로 진단 확정되었을 때 (제22조 제1호)	계약일로부터 2년 미만	1,500만원
			계약일로부터 2년 이상 10년 미만	3,000만원
			계약일로부터 10년 이상	4,000만원
	고액암 진단자금 (최초 1회에 한함)	보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 암보장개시일 이후 고액암으로 진단 확정되었을 때 (제22조 제2호)	계약일로부터 2년 미만	4,000만원
			계약일로부터 2년 이상 10년 미만	8,000만원
			계약일로부터 10년 이상	1억원
	암 진단자금 (최초 1회에 한함)	보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 암보장개시일 이후 암(고액암 제외)으로 진단확정시 (단,유방암 및 갑상샘암의 경우 암 보장개시일로부터 그 날을 포함하여 90일 경과 이전에 진단 확정시에는 600만원을 지급하고 더 이상 암 진단자금을 지급하지 아니합니다.) (제22조 제3호)	계약일로부터 2년 미만	1,500만원
			계약일로부터 2년 이상 10년 미만	3,000만원
			계약일로부터 10년 이상	4,000만원
	기타피부암 진단자금 (최초 1회에 한함)	보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 보장개시일 이후 기타피부암으로 진단확정시 (제22조 제4호)	계약일로부터 2년 미만	150만원
			계약일로부터 2년 이상 10년 미만	300만원
			계약일로부터 10년 이상	400만원
	상피내암 진단자금 (최초 1회에 한함)	보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 보장개시일 이후 상피내암으로 진단확정시 (제22조 제5호)	계약일로부터 2년 미만	150만원
			계약일로부터 2년 이상 10년 미만	300만원
			계약일로부터 10년 이상	400만원

급여금명		지 급 사 유		지급액
고액보장금	경계성종양 진단자금 (최초 1회에 한함)	보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 보장개시일 이후 경계성종양으로 진단확정시 (제22조 제6호)	계약일로부터 2년 미만	300만원
			계약일로부터 2년 이상 10년 미만	600만원
			계약일로부터 10년 이상	800만원
	중대한 수술자금 (최초 1회에 한함)	보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 보장개시일 이후 중대한 수술시 (제22조 제7호)	계약일로부터 2년 미만	500만원
			계약일로부터 2년 이상 10년 미만	1,000만원
			계약일로부터 10년 이상	2,000만원
생활보장금	주요질환 입원급여금	보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 보장개시일 이후 주요질환으로 4일 이상 입원시 (1회 입원당 120일 한도) (제22조 제9호)		5만원
	주요질환 수술급여금	보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 보장개시일 이후 주요질환으로 수술시 (제22조 제10호)		200만원 (수술 1회당)
	질병 입원급여금	보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 보장개시일 이후 질병(주요질환 제외)으로 4일 이상 입원시(1회 입원당 120일한도) (제22조 제8호)		3만원
	재해장해 급여금	보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 발생한 재해로 인하여 장해분류표에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 (제22조 제11호)		5,000만원 *해당장해 지급률
건강진단자금		보험대상자(피보험자)가 계약일 이후 매2년마다 해당 보험계약일까지 3대질병진단 및 암[고액암포함]진단 지급사유가 발생하지 않고 생존시 (제22조 제12호) (단, 만기시에는 지급되지 않습니다.)		40만원 (매 2년마다)
만기축하금		보험대상자(피보험자)가 보험기간이 끝날때까지 3대질병진단 및 암[고액암 포함]진단지급사유가 발생하지 않고 생존시 (제22조 제13호)		기납입보험료 – 건강진단자금총합

주요질환 : 고혈압, 당뇨병, 위궤양/십이지장궤양, 심장질환, 뇌혈관질환, 간질환, 만성호흡기질환, 갑상선 장애 (자세한 세부 사항은 별표11을 참조하시기 바랍니다)

중대한 수술 : 관상동맥우회술, 대동맥류인조혈관치환수술, 심장판막수술, 5대장기이식수술(자세한 세부 사항은 별표9를 참조하시기 바랍니다)

주) 1. 상기 예시에서 암[고액암 포함]보장개시일은 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

2. "고액암 이외의 암"으로 진단확정 받고 그 후에 "고액암"으로 진단확정시 "고액암"에 해당하는 진단자금에서 해당시점의 "고액암 이외의 암"에 해당하는 진단자금을 뺀 차액을 추가로 지급합니다. 그러나 "고액암"으로 진단확정 받고 그 후에 "고액암 이외의 암"으로 진단확정시 "고액암 이외의 암"에 해당하는 진단자금은 추가로 지급되지 않습니다.

(별표 2)

보험금 지급시의 적립이율 계산

구 분		부 리 기 간	지 급 이 자
3대질병치료자금, 고액암진단자금, 암진단자금, 기타피부암진단자금, 상피내암진단자금, 경계성종양진단자금, 중대한 수술자금, 주요질환입원급여금, 주요질환수술급여금, 질병입원급여금, 재해장해급여금 (제22조 제1호 내지 제11호)		지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간	보험계약대출이율
만기축하금 (제22조 제13호)	회사가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 아니한 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	예정이율
	회사가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알린 경우		1년 이내 : 예정이율의 50% 1년 초과기간 : 1%
	보험금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간		예정이율 + 1%
	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간		보험계약대출이율
건강진단자금 (제22조 제12호)	회사가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 아니한 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	예정이율
	회사가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알린 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험기간 만기일까지의 기간	예정이율
		보험기간 만기일의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	1년 이내 : 예정이율의 50% 1년 초과기간 : 1%
	보험금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간		예정이율 + 1%
	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간		보험계약대출이율
해약환급금 (제26조 제1항)	해약환급금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 해약환급금 청구일까지의 기간		1년 이내 : 예정이율의 50% 1년 초과기간 : 1%

구 분	부 리 기 간	지 급 이 자
해약환급금 (제26조 제1항)	해약환급금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간	예정이율+1%
	지급기일의 다음날부터 해약환급금 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산되며 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.

3. 보험금의 경우, 계약자, 보험대상자(피보험자) 또는 보험금을 받을 자(보험수익자)가 회사의 조사, 확인 또는 진단요청을 받은 날부터 그에 대한 동의를 정당한 사유 없이 지체한 기간에 대하여는 이자를 지급하지 아니합니다.

(별표 3)

재 해 분 류 표

1. 보장 대상이 되는 재해

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

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

② 전염병 예방법 제2조 제1항 제1호에 규정한 전염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

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

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과로 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
- 식량결핍(X53)
- 수분결핍(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "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 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 후에 합병증을 일으키게 한 외과적 및 내과적 처치(Y83~Y84)는 보상)

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

⑤ "불의의 물에 빠짐(W65~W74), 기타 불의의 호흡 위험(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

㈜ ( )안은 제4차 개정 한국표준질병 · 사인분류(통계청 고시 제2002-1호, 2003.1.1 시행)상의 분류번호이며, 제5차 개정 이후 위 1 및 2의 각 호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함합니다.

(별표 4)

3대질병의 정의

1. 급성심근경색증 및 뇌출혈의 정의
약관에 규정하는 급성심근경색증 및 뇌출혈로 분류되는 질병은 제4차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2002-1호, 2003. 1. 1시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

구분	대상이 되는 2대질병	분류번호
급성심근경색증	급성 심근경색증(心筋梗塞症)	I21
	속발성 심근경색증	I22
	급성 심근경색증에 의한 특정 현재 합병증	I23
뇌출혈	거미막밑 출혈	I60
	뇌내출혈	I61
	기타 비외상성 머리내 출혈	I62

제5차 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

2. 말기신부전증(End Stage Renal Disease)의 정의
"말기신부전증"이라 함은 양쪽 신장 모두가 비가역적인 기능부전을 보이는 말기신질환(End Stage Renal Disease)으로서 보존 요법으로는 치료가 불가능하여 혈액투석이나 복막투석을 받고 있거나 받은 경우를 말합니다. 다만, 일시적으로 투석치료를 필요로 하는 신부전증은 말기신부전증에서 제외합니다.

(별표 5)

고액암 분류표

약관에 규정하는 고액암으로 분류되는 질병은 제4차 한국표준질병·사인분류 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분류번호
1. 뼈 및 관절연골의 악성신생물	C40 – C41
2. 수막의 악성신생물	C70
3. 뇌의 악성신생물	C71
4. 척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부위의 악성신생물	C72
5. 호지킨병	C81
6. 여포성(결절성) 비호지킨 림프종	C82
7. 미만성 비호지킨 림프종	C83
8. 말초 및 피부성 T-세포 림프종	C84
9. 기타 및 상세불명형의 비호지킨 림프종	C85
10. 악성 면역증식성 질환	C88
11. 다발성 골수종 및 악성 형질세포 신생물	C90
12. 림프 백혈병	C91
13. 골수성 백혈병	C92
14. 단핵구성 백혈병	C93
15. 명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
16. 상세불명 세포형의 백혈병	C95
17. 림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세불명의 악성신생물	C96

제5차 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표 6)

대상이 되는 악성신생물 분류표 (기타피부암 제외)

약관에 악성 신생물로 분류되는 질병은 제4차 한국표준질병 · 사인분류 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00–C14
2. 소화기관의 악성 신생물	C15–C26
3. 호흡기 및 가슴내 장기의 악성 신생물	C30–C39
4. 뼈 및 관절연골의 악성 신생물	C40–C41
피부의 흑색종	C43
중피성 및 연조직의 악성 신생물	C45–C49
유방의 악성 신생물	C50
5. 여성 생식기관의 악성 신생물	C51–C58
남성 생식기관의 악성 신생물	C60–C63
요로의 악성 신생물	C64–C68
6. 눈, 뇌 및 중추신경계의 기타 부위의 악성 신생물	C69–C72
갑상샘 및 기타 내분비샘의 악성 신생물	C73–C75
불명확한, 속발성 및 상세불명부위의 악성 신생물	C76–C80
7. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성 신생물	C81–C96
8. 독립된(원발성) 다발성 부위의 악성 신생물	C97

주) 1. 제5차 이후 한국표준질병 · 사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

2. 기타 피부의 악성신생물(분류번호 C44)은 상기분류표에서 제외합니다.

(별표 7)

대상이 되는 상피내의 신생물 분류표

약관에 상피내의 신생물로 분류되는 질병은 제4차 한국표준질병 · 사인분류 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 신 생 물	분류번호
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 상세불명의 생식기관의 상피내 암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 상피내 암종	D09

제5차 이후 한국표준질병 · 사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표 8)

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병은 제4차 한국표준질병 · 사인분류 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
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 중추 신경계의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비샘의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 진성 적혈구 증다증	D45
10. 골수 형성이상 증후군	D46
11. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물	D47
12. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

제5차 이후 한국표준질병 · 사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표 9)

"중대한 수술"의 정의

Ⅰ. 관상동맥우회술(Coronary Artery Bypass Graft, CABG)

①"관상동맥우회술(Coronary Artery Bypass Graft)"이라 함은 관상동맥질환(Coronary Artery Disease)의 근본적인 치료를 직접적인 목적으로 하여 개흉술을 한 후 대복재정맥(Great Saphenous Vein), 내유동맥(Internal Mammary Artery) 등의 자가우회도관을 협착이 있는 부위보다 원부위의 관상동맥에 연결시켜주는 수술을 말합니다.

② 다만, 카테터를 이용한 수술이나 개흉술을 동반하지 않는 수술은 보장에서 제외합니다.

예) 관상동맥성형술(Percutaneous Trasnluminal Coronary Angioplasty, PTCA), 스텐트 삽입술(Coronary Stent), 회전죽상반절제술(Rotational atherectomy) 등

Ⅱ. 대동맥류 인조혈관치환수술(Aorta Graft Surgery)

①"대동맥류 인조혈관치환수술"이라 함은 발병한 대동맥류의 근본적인 치료를 직접목적으로 하여 개흉술 또는 개복술을 한 후 반드시 대동맥류 병소를 절제하고 인조혈관으로 치환하는 수술을 말하며, 여기서 '대동맥'이라 함은 흉부 또는 복부 대동맥을 말하는 것으로 대동맥의 분지동맥들은 제외됩니다.

② 다만, 다음과 같은 수술은 보장에서 제외합니다.

1. 카테터를 이용하여 수술하는 경우
2. 개흉술 또는 개심술을 동반하지 않는 수술

Ⅲ. 심장판막수술(Heart Valve Replacement Surgery)

①"심장판막수술"이라 함은 보험기간 중 발병한 심장판막질환의 근본적인 치료를 직접목적으로 하여 다음의 두 가지 기준 중 한가지 이상에 해당하는 경우를 말합니다.

1. 반드시 개흉술 및 개심술을 한 후 병변이 있는 판막을 완전히 제거한 뒤에 인공 심장판막 또는 생체판막으로 치환하여 주는 수술
2. 반드시 개흉술 및 개심술을 한 후 병변이 있는 판막에 대해 판막성형술(Valvuloplasty)을 해주는 수술

② 제1항에도 불구하고 다음과 같은 수술은 보장에서 제외합니다.

1. 카테터를 이용하여 수술하는 경우

예) 경피적 판막성형술

2. 개흉술 및 개심술을 동반하지 않는 수술

Ⅳ. 5대장기이식수술(5 Major Organ Transplantation)

① "5대장기이식수술"이라 함은 만성부전상태로부터 근본적인 회복과 치료를 목적으로 관련법규에 따라 정부에서 인정한 장기이식의료기관 이와 동등하다고 회사가 인정하는 기관에서 간장, 신장, 심장, 췌장, 폐장에 대하여 장기이식을 하는 것으로 타인의 내부장기를 적출하여 장기부전상태에 있는 수혜자에게 이식을 시행한 경우에 대한 수술을 말합니다.

② 그러나 랑게르한스 소도세포이식수술은 5대장기이식수술 범주에서 제외합니다.

(별표 10)

질 병 분 류 표

1. 보장 대상이 되는 질병

한국표준질병·사인분류상의 (A00~R99)에 해당하는 질병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 질병

다음 각 호에 해당하는 경우에는 질병분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

① 정신 및 행동장애(F00~F99)로 인한 질병

② 선천 기형, 변형 및 염색체 이상(Q00~Q99)으로 인한 질병

③ 마약, 습관성 의약품 및 알콜중독으로 인하여 입원한 경우

④ 치의보철 및 미용상의 처치로 인하여 입원한 경우

⑤ 정상임신, 분만 전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인하여 입원한 경우

⑥ 질병을 직접적인 원인으로 하지 아니하는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인하여 입원한 경우

⑦ 치료를 수반하지 아니하는 건강진단으로 인하여 입원한 경우

주) ( )안은 제4차 개정 한국표준질병 · 사인분류(통계청 고시 제2002-1호, 2003.1.1 시행)상의 분류번호이며, 제5차 개정 이후 위 1 및 2의 각 호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함합니다.

(별표 11)

8대질병분류표

약관에 규정하는 주요질환으로 분류되는 질병은 제 4차 한국표준질병 · 사인분류 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분 류 항 목	분류번호
고혈압	고혈압성 질환	I10～I15
당뇨병	당뇨병	E10～E14
위궤양 및 십이지장궤양	위궤양 십이지장궤양 상세불명 부위의 소화성 궤양	K25 K26 K27
심장질환	허혈성 심장질환	I20～I25
뇌혈관질환	뇌혈관 질환	I60～I69
간질환	바이러스 간염 간의 질환	B15～B19 K70～K77
만성호흡기질환	급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염 단순성 및 점액농성 만성 기관지염 상세불명의 만성 기관지염 천식 천식지속 상태	J40 J41 J42 J45 J46
갑상선장애	갑상샘의 장애	E00～E07

※ 제 5차 이후 한국표준질병 · 사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 약관에서 정하는 질병이 있는 경우는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표 12)

장 해 분 류 표

Ⅰ. 총칙

1. 장해의 정의
   1) "장해"라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태를 말합니다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장해에 포함되지 않습니다.
   2) "영구적"이라 함은 원칙적으로 치유시 장래 회복의 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 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당장해 지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 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 합니다. 다만, 좌 · 우의 눈, 귀, 팔, 다리는 각각 다른 신체부위로 봅니다.

3. 기타
   1) 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 지급률만을 적용합니다.
   2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 합니다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
   3) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장해의 판정대상에 포함되지 않습니다.
   4) 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 개호여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가적으로 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 안구에 뚜렷한 운동장애나 뚜렷한 조절기능장해를 남긴 때	10%
8) 한 눈의 시야가 좁아지거나 반맹증, 시야협착, 암점을 남긴 때	5%
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10%
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	5%

나. 장해판정기준

1) 시력장해의 경우 공인된 시력검사표에 따라 측정합니다.
2) "교정시력"이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력교정수단)으로 교정한 시력을 말합니다.
3) "한 눈이 멀었을 때"라 함은 눈동자의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나("광각무") 겨우 가릴 수 있는 경우("광각")를 말합니다.
4) 안구운동장해의 판정은 외상 후 1년 이상 경과한 후에 그 장해정도를 평가합니다.
5) "안구의 뚜렷한 운동장해"라 함은 안구의 주시야의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우나 정면 양안시시에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 때를 말합니다.
6) "안구의 뚜렷한 조절기능장해"라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말합니다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 45세 이상의 경우에는 제외합니다.
7) "시야가 좁아진 때"라 함은 시야각도의 합계가 정상시야의 60% 이하로 제한된 경우를 말합니다.
8) "눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때"라 함은 눈꺼풀의 결손으로 인해 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮여지지 않는 경우를 말합니다.
9) "눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때"라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말합니다.
10) 외상이나 화상 등에 의하여 눈동자의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산됩니다. 이 경우 눈동자가 적출되어 눈자위의 조직요몰(凹沒) 등에 의해 의안마저 삽입할 수 없는 상태이면 "뚜렷한 추상(추한 모습)"으로, 의안을 삽입할 수 있는 상태이면 "약간의 추상(추한 모습)"으로 지급률을 가산합니다.
11) "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 보험대상자(피보험자)에 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%

나. 장해판정기준

1) 청력장해는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB : decibel)로서 표시하고 3회 이상 청력검사를 실시한 후 순음평균역치에 따라 적용합니다.
2) "한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때"라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB 이상인 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 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 "언어청력검사, 임피던스 청력검사, 뇌간유발반응청력검사(ABR), 자기청력계기검사, 이음향방사검사" 등을 추가실시 후 장해를 평가합니다.

다. 귓바퀴의 결손

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

3. 코의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 코의 기능을 완전히 잃었을 때	15%

나. 장해판정기준

1) "코의 기능을 완전히 잃었을 때"라 함은 양쪽 코의 호흡곤란 내지는 양쪽 코의 후각기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감퇴는 장해의 대상으로 하지 않습니다.
2) 코의 추상(추한 모습)장해를 수반한 때에는 기능장해와 각각 합산하여 지급합니다.

4. 씹어먹거나 말하는 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해의 평가기준

1) 씹어먹는 기능의 장해는 상하치아의 교합(交合), 배열상태 및 아래턱의 개폐운동, 연하(삼킴)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정합니다.
2) "씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때"라 함은 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말합니다.
3) "씹어먹는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등) 외는 섭취하지 못하는 경우를 말합니다.
4) "씹어먹는 기능에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 어느 정도의 고형식(밥, 빵 등)은 섭취할 수 있으나 이를 씹어 잘게 부수는 기능에 제한이 뚜렷한 경우를 말합니다.
5) "말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때"라 함은 다음 4종의 어음 중 3종 이상의 발음을 할 수 없게 된 경우를 말합니다.
   ① 구순음 (ㅁ, ㅂ, ㅍ)
   ② 치설음 (ㄴ, ㄷ, ㄹ)
   ③ 구개음 (ㄱ, ㅈ, ㅊ)
   ④ 후두음 (ㅇ, ㅎ)
6) "말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 2종 이상의 발음을 할 수 없는 경우를 말합니다.
7) "말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 1종의 발음을 할 수 없는 경우를 말합니다.
8) 뇌의 언어중추 손상으로 인한 실어증의 경우에도 말하는 기능의 장해로 평가합니다.
9) "치아의 결손"이란 치아의 상실 또는 치아의 신경이 죽었거나 1/3 이상이 파절된 경우를 말합니다.
10) 유상의치 또는 가교의치 등을 보철한 경우의 지대관 또는 구의 장착치와 포스트, 인레인만을 한 치아는 결손된 치아로 인정하지 않습니다.
11) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정합니다.
12) 어린이의 유치와 같이 새로 자라서 갈 수 있는 치아는 장해의 대상이 되지 않습니다.
13) 신체의 일부에 탈착분리 가능한 의치의 결손은 장해의 대상이 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 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말하며, 재건수술로 흉터를 줄일 수 있는 경우는 제외합니다.
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.

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 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) 심한 추간판탈출증(속칭 디스크)	20%
8) 뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크)	15%
9) 약간의 추간판탈출증(속칭 디스크)	10%

나. 장해판정기준

1) 척추(등뼈)는 경추(목뼈) 이하를 모두 동일부위로 합니다.
2) 척추(등뼈)의 장해는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 본 사고와의 관여도를 산정하여 평가합니다.
3) 심한 운동장해
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
4) 뚜렷한 운동장해
① 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
② 머리뼈와 상위경추(상위목뼈 : 제1, 2목뼈)간의 뚜렷한 이상전위가 있을 때
5) 약간의 운동장해
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
6) 심한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 35°이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20°이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때

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

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

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

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

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

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

7. 체간골의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

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

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 3대관절 중 1관절의 기능을 완전히 잃었을 때	30%
4) 한 팔의 3대관절 중 1관절의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20%
5) 한 팔의 3대관절 중 1관절의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10%
6) 한 팔의 3대관절 중 1관절의 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5%
7) 한 팔에 가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때	20%
8) 한 팔에 가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때	10%
9) 한 팔의 뼈에 기형을 남긴 때	5%

나. 장해판정기준

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

가) "기능을 완전히 잃었을 때"라 함은
① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "0등급(Zero)"인 경우

나) "심한 장해"라 함은
① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
② 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "1등급(Trace)"인 경우

다) "뚜렷한 장해"라 함은
① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우

라) "약간의 장해"라 함은
① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우

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

8) "가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 요골과 척골중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말합니다.

9) "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) 1상지(팔과 손가락)의 장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 합니다.

2) 한 팔의 3대관절 중 1관절에 기능장해가 생기고 다른 1관절에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산합니다.

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 3대관절 중 1관절의 기능을 완전히 잃었을 때	30%
4) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20%
5) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10%
6) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5%
7) 한 다리에 가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때	20%
8) 한 다리에 가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때	10%
9) 한 다리의 뼈에 기형을 남긴 때	5%
10) 한 다리가 5cm 이상 짧아진 때	30%
11) 한 다리가 3cm 이상 짧아진 때	15%
12) 한 다리가 1cm 이상 짧아진 때	5%

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 판정합니다.

2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장해(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 생긴 경우)와 일시적인 장해에 대하여는 장해보상을 하지 아니합니다.

3) "다리"라 함은 엉덩이관절(股關節)로부터 발목관절까지를 말합니다.

4) "다리의 3대관절"이라 함은 고관절, 무릎관절 및 발목관절을 말합니다.

5) "한 다리의 발목 이상을 잃었을 때"라 함은 발목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절의 상부에서 절단된 경우도 포함됩니다.

6) 다리의 관절기능 장해 평가는 하지의 3대관절의 관절운동범위 제한 및 동요성 유무 등으로 평가합니다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A) "영구적 신체장해 평가지침"의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장해를 표시할 경우에는 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 합니다.

가) "기능을 완전히 잃었을 때"라 함은
① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "0등급(Zero)"인 경우

나) "심한 장해"라 함은
① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4 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 "1등급(Trace)"인 경우

다) "뚜렷한 장해"라 함은
① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우

라) "약간의 장해"라 함은
① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우

7) "가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말합니다.
8) "가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 경골과 종아리뼈 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말합니다.
9) "뼈에 기형을 남긴 때"라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15°이상인 경우를 말합니다.
10) 다리의 단축은 상전장골극에서부터 경골내측과 하단까지의 길이를 측정하여 정상측 다리의 길이와 비교하여 단축된 길이를 산출합니다.
다리 길이의 측정에 이용하는 골표적(bony landmark)이 명확하지 않은 경우나 다리의 단축장해 판단이 애매한 경우에는 scanogram을 통하여 다리의 단축정도를 측정합니다.

다. 지급률의 결정

1) 1하지(다리와 발가락)의 장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 합니다.
2) 한 다리의 3대관절 중 1관절에 기능장해가 생기고 다른 1관절에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산합니다.

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 (1손가락마다)	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 (1손가락마다)	5%

나. 장해판정기준

1) 손가락에는 첫째 손가락에 2개의 손가락관절이 있습니다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 합니다.
2) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있습니다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부릅니다.
3) "손가락을 잃었을 때"라 함은 첫째 손가락에 있어서는 지관절로부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽으로 손가락을 잃었을 때를 말합니다.
4) "손가락뼈 일부를 잃었을 때"라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼쪽으로 손가락뼈를 잃었거나 뼈조각이 떨어져 있는 것이 엑스선 사진으로 명백한 경우를 말합니다.
5) "손가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 손가락의 생리적 운동영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때이며 이 경우 손가락관절의 굴신운동 가능영역에 의해 측정합니다. 첫째 손가락 이외의 다른 네 손가락에 있어서는 제1, 제2지관절의 굴신운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말합니다.
6) 한 손가락에 장해가 생기고 다른 손가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산합니다.

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 (1발가락마다)	5%

장해의 분류	지급률
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) 한 발의 첫째 발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때 (1발가락마다)	3%

나. 장해판정기준

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

12. 흉 · 복부장기 및 비뇨생식기의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해의 판정기준

1) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때"라 함은
① 심장, 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
② 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때
③ 방광의 기능이 완전히 없어진 때
2) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은
① 위, 대장 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때
② 소장 또는 간장의 3/4 이상을 잘라내었을 때
③ 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
3) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은
① 비장 또는 한쪽의 신장 및 한쪽의 폐를 잘라내었을 때
② 장루, 요도루, 방광누공, 요관 장문합이 남았을 때
③ 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착으로 인공요도가 필요한 때
④ 음경의 1/2 이상이 결손되었거나 질구 협착 등으로 성생활이 불가능한 때
⑤ 항문 괄약근의 기능장해로 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기의 장해로 인하여 일상생활 기본동작에 제한이 있는 경우 "(붙임) 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"에 따라 장해를 평가하고 둘 중 높은 지급률을 적용합니다.
5) 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 장해가 남아 타인의 지속적인 감시 또는 감금상태에서 생활해야 할 때	100%
3) 정신행동에 심한 장해가 남아 감금상태에서 생활할 정도는 아니나 자해나 타해의 위험성이 지속적으로 있어서 부분적인 감시를 요할 때	70%
4) 정신행동에 뚜렷한 장해가 남아 대중교통을 이용한 이동, 장보기 등의 기본적 사회 활동을 혼자서 할 수 없는 상태	40%
5) 극심한 치매 : CDR 척도 5점	100%

장해의 분류	지급률
6) 심한 치매 : CDR 척도 4점	80%
7) 뚜렷한 치매 : CDR 척도 3점	60%
8) 약간의 치매 : CDR 척도 2점	40%
9) 심한 간질발작이 남았을 때	70%
10) 뚜렷한 간질발작이 남았을 때	40%
11) 약간의 간질발작이 남았을 때	10%

나. 장해판정기준

1) 신경계
① "신경계에 장해를 남긴 때"라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계에 손상으로 인하여 "(붙임) 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"의 5가지 기본동작 중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말합니다.
② 위 ①의 경우 "(붙임) 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장해로 인정하지 않습니다.
③ 신경계의 장해로 인하여 발생하는 다른 신체부위의 장해(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장해로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용합니다.
④ 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 6개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장해를 평가합니다. 그러나, 6개월이 경과하였다 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간 내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위 내에서 장해 평가를 유보합니다.
⑤ 장해진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 합니다.

2) 정신행동
① 상기 정신행동장해 지급률에 미치지 않는 장해에 대해서는 "(붙임) 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"에 따라 지급률을 산정하여 지급합니다.
② 일반적으로 상해를 입은 후 24개월이 경과한 후에 판정함을 원칙으로 합니다. 단, 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 수상 후 18개월이 경과한 후에 판정할 수 있습니다. 다만, 장해는 충분한 전문적 치료를 받은 후 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로 인하여 고정되거나 중하게 된 장해에 대해서는 인정하지 아니합니다.
③ 심리학적 평가보고서는 자격을 갖춘 임상심리 전문의가 시행하고 작성하여야 합니다.
④ 전문의란 정신과 혹은 신경정신과 전문의를 말합니다.
⑤ 평가의 객관적 근거

㉮ 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등을 기초로 합니다.
㉯ 객관적 근거로 인정할 수 없는 경우
– 보호자나 환자의 진술
– 감정의의 추정 혹은 인정
– 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌 SPECT 등)
– 정신과 혹은 신경정신과 전문의가 시행하고 보고서를 작성하는 심리학적 평가보고서
⑥ 각종 기질성 정신장해와 외상 후 간질에 한하여 보상합니다.
⑦ 외상 후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증, 편집증, 조울증(정서장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않습니다.
⑧ 정신 및 행동장해의 경우 개호인은 생명유지를 위한 동작 및 행동이 불가능하거나 지속적인 감금을 요하는 상태에 한하여 인정합니다. 개호의 내용에서는 생명유지를 위한 개호와 행동감시를 위한 개호를 구별하여야 합니다.

3) 치매
① "치매"라 함은
– 뇌 속에 후천적으로 생긴 기질적인 병으로 인한 변화 또는 뇌 속에 손상을 입은 경우
– 정상적으로 성숙한 뇌가 상기에 의한 기질성 장해에 의해서 파괴되었기 때문에 한번 획득한 지능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 경우
② 치매의 장해평가는 전문의에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따릅니다.

4) 간질
① "간질"이라 함은 돌발적 뇌파이상을 나타내는 뇌질환에 의거하여 발작(경련, 의식장해 등)을 반복하는 것을 말합니다.
② "심한 간질 발작"이라 함은 월 8회 이상의 중증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작시 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장해 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말합니다.
③ "뚜렷한 간질 발작"이라 함은 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말합니다.
④ "약간의 간질 발작"이라 함은 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말합니다.
⑤ "중증발작"이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로서 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장해가 3분 이상 지속되는 발작을 말합니다.

⑥ "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
이동동작	– 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 방 밖을 나올 수 없는 상태	40%
	– 휠체어 또는 다른 사람의 도움 없이는 방 밖을 나올 수 없는 상태	30%
	– 목발 또는 walker를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태	20%
	– 독립적인 보행은 가능하나 파행이 있는 상태, 난간을 잡지않고는 계단을 오르고 내리기가 불가능한 상태, 계속하여 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태	10%
음식물 섭취	– 식사를 전혀 할 수 없어 계속적으로 튜브나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급을 받는 상태	20%
	– 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 식사를 전혀 할 수 없는 상태	15%
	– 숟가락 사용은 가능하나 젓가락 사용이 불가능하여 음식물 섭취에 있어 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태	10%
	– 독립적인 음식물 섭취는 가능하나 젓가락을 이용하여 생선을 바르거나 음식물을 자르지는 못하는 상태	5%
배변 배뇨	– 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 계속적인 도움이 필요한 상태	20%
	– 화장실에 가서 변기 위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 화장지로 닦고 옷을 입는 일에 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태	15%
	– 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변 후 뒤처리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태	10%
	– 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2시간 이상 계속되는 업무(운전, 작업, 교육 등)를 수행하는 것이 어려운 상태	5%
목욕	– 다른 사람의 계속적인 도움 없이는 샤워 또는 목욕을 할 수 없는 상태	10%
	– 샤워는 가능하나, 혼자서는 때밀기를 할 수 없는 상태	5%
	– 목욕시 신체(등 제외)의 일부 부위만 때를 밀 수 있는 상태	3%
옷입고 벗기	– 다른 사람의 계속적인 도움 없이는 전혀 옷을 챙겨 입을 수 없는 상태	10%
	– 다른 사람의 계속적인 도움 없이는 상의 또는 하의 중 하나만을 착용할 수 있는 상태	5%
	– 착용은 가능하나 다른 사람의 도움 없이는 마무리(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)는 불가능한 상태	3%

무배당
AIG 올스타 건강보험(실속보장형)

약관

본 약관은 계약자님께서 가입하신
계약의 성립시부터 소멸시까지
저희 보험회사와 계약자님간의 권리와 의무를
명시한 전반적인 계약조항입니다. 필히 읽어 보시기 바랍니다.

약관을 살펴보시기 전에
보험가입증서(보험증권)상에 기재된 계약 유형을
반드시 확인해 주시기 바랍니다.

차 례

제1관 보험계약의 성립과 유지 ····· 66
- 제 1 조 (보험계약의 성립)
- 제 2 조 (청약의 철회)
- 제 3 조 (약관교부 및 설명의무 등)
- 제 4 조 (계약의 무효)
- 제 5 조 (계약내용의 변경)
- 제 6 조 (계약자의 임의해지)
- 제 7 조 (계약의 소멸)
- 제 8 조 (보험나이)

제2관 보험료의 납입 (계약자의 주된 의무) ····· 69
- 제 9 조 (제1회 보험료 및 회사의 보장개시일)
- 제 10 조 (제2회 이후 보험료의 납입)
- 제 11 조 (보험료의 자동대출납입)
- 제 12 조 (보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)
- 제 13 조 (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

제3관 보험금의 지급 (회사의 주된 의무) ····· 71
- 제 14 조 (2대질병의 정의 및 진단확정)
- 제 15 조 ("조혈모세포이식 수술"의 정의 및 진단확정)
- 제 16 조 ("재해골절"의 정의 및 진단확정)
- 제 17 조 ("중대한 화상 및 부식" 정의 및 진단확정)
- 제 18 조 ("중대한 수술"의 정의)
- 제 19 조 ("주요질환"의 정의)
- 제 20 조 ("입원" 및 "수술"의 정의와 장소)
- 제 21 조 (보험금의 종류 및 지급사유)
- 제 22 조 (보험금 지급에 관한 세부규정)
- 제 23 조 (보험금을 지급하지 아니하는 보험사고)
- 제 24 조 (전쟁, 기타 변란시의 보험금)
- 제 25 조 (해약환급금)
- 제 26 조 (배당금)
- 제 27 조 (소멸시효)

제4관 보험계약시 계약자의 계약전 알릴의무 등 ····· 79
- 제 28 조 (계약전 알릴의무)
- 제 29 조 (계약전 알릴의무 위반의 효과)
- 제 30 조 (계약취소권의 행사제한)

제5관 보험금 지급 등의 절차 ····· 81
- 제 31 조 (주소변경통지)
- 제 32 조 (보험금을 받을 자(보험수익자)의 지정)
- 제 33 조 (대표자의 지정)
- 제 34 조 (보험금 지급사유의 발생통지)
- 제 35 조 (보험금 등 청구시 구비서류)
- 제 36 조 (보험금 등의 지급)
- 제 37 조 (보험금 받는 방법의 변경)
- 제 38 조 (계약내용의 교환)
- 제 39 조 (보험계약대출)

제6관 분쟁조정 등 ····· 84
- 제 40 조 (분쟁의 조정)
- 제 41 조 (관할법원)
- 제 42 조 (약관의 해석)
- 제 43 조 (회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력)
- 제 44 조 (회사의 손해배상책임)
- 제 45 조 (준거법)
- 제 46 조 (예금보험에 의한 지급보장)

(별표 1) 보험금 지급기준표 ····· 86
(별표 2) 보험금 지급시의 적립이율 계산 ····· 88
(별표 3) 재해분류표 ····· 90
(별표 4) 재해골절분류표 ····· 90
(별표 5) 2대질병의 정의 ····· 91
(별표 6) "중대한 화상 및 부식"의 정의 ····· 91
(별표 7) 8대질병분류표 ····· 92
(별표 8) 질병분류표 ····· 93
(별표 9) "중대한 수술"의 정의 ····· 94
(별표 10) 수술의 종류 및 등급분류표 ····· 96
(별표 11) 장해분류표 ····· 102

제1관 보험계약의 성립과 유지

제 1 조 (보험계약의 성립)

① 보험계약은 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 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, 일부담보 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 부과하여 인수할 수 있습니다.

③ 회사는 계약의 청약을 받고, 제1회보험료를 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 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험가입증서(보험증권)을 교부합니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.

④ 회사가 제1회보험료를 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 제1회보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 아니합니다.

제 2 조 (청약의 철회)

① 계약자는 청약을 한 날 또는 제1회보험료를 납입한 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 의한 계약자의 청약철회 신청을 접수한 경우에는 지체 없이 이미 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료 반환이 지체된 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 단, 계약자가 제1회보험료를 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 부본을 드리고 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다. 다만, 컴퓨터를 이용하여 보험거래를 할 수 있도록 설정된 가상의 영업장(사이버몰)을 이용하여 계약을 체결하고 전자거래기본법에서 규정하는 절차에 따라 약관 및 청약서 부본을 전자문서로 송신하고 계약자 또는 그 대리인이 당해 문서를 수신하였을 때에는 약관 및 청약서 부본을 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 알릴의무, 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 제1항에 의해 제공될 약관 및 청약서 부본을 계약자에게 전달하지 아니하거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 아니한 때 또는 계약체결시 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제10호의 규정에 의한 공인인증기관이 인증한 전자서명을 포함합니다)을 하지 아니한 때에는 계약자는 청약일부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

③ 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음 각 호의 사항을 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제1항 단서의 규정에 의한 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 교부함으로써 청약서 부본을 전달한 것으로 봅니다.

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

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

제 4 조 (계약의 무효)

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약체결 시까지 보험대상자(피보험자)의 서면에 의한 동의를 얻지 아니한 경우
2. 만 15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 보험대상자(피보험자)로 하여 사망을 보험금지급사유로 한 계약의 경우

제 5 조 (계약내용의 변경)

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

1. 보험료의 납입주기, 수금방법 및 납입기간
2. 보험가입금액 (구좌 수)
3. 계약자 또는 보험금을 받을 자(보험수익자)
4. 기타 계약의 내용

② 회사는 계약자가 제1항 제2호에 의하여 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지 된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제25조(해약환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

③ 계약자가 제1항 제3호에 의하여 보험금을 받을 자(보험수익자)를 변경하고자 할 경우에는 제21조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정하는 보험금 지급사유(이하 "보험금 지급사유"라 합니다)가 발생하기 전에 보험대상자(피보험자)의 서면에 의한 동의가 있어야 합니다.

제 6 조 (계약자의 임의해지)

계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제25조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 7 조 (계약의 소멸)

보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 사망(보험대상자(피보험자)의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고(失踪宣告)를 받은 경우 포함)하였을 경우에는 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드리고 이 계약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다. 다만 민법 제 27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 재해분류표(별표3 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, 제4조(계약의 무효) 제2호의 경우에는 실제 만 나이를 적용합니다.

② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 보험대상자(피보험자)의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 단수는 버리고 6개월 이상의 단수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제 9 조 (제1회 보험료 및 회사의 보장개시일)

① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회보험료를 받은 때(자동이체 납입 및 신용카드납입의 경우에는 자동이체 신청 및 신용카드 매출승인에 필요한 정보를 제공한 때)부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 그러나 회사가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙한 경우에는 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. (이하 제1회보험료를 받은 날을 "보장개시일"이라 하며, 보장개시일을 보험계약일로 봅니다)

② 회사가 청약시에 제1회보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.

1. 제29조(계약전 알릴의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우
2. 제28조(계약전 알릴의무)에 의하여 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 회사에 알린 내용 또는 건강진단내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우

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

제 10 조 (제2회 이후 보험료의 납입)

계약자는 제2회 이후의 보험료를 계약체결시 납입하기로 약속한 날(이하 "납입기일"이라 합니다)까지 납입하여야 하며, 회사는 계약자가 보험료를 납입한 경우에는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융

회사(우체국 포함)를 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사 발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.

제 11 조 (보험료의 자동대출납입)

① 계약자는 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의한 보험료의 납입최고(독촉)기간이 경과되기 전까지 보험료의 자동대출납입을 서면으로 신청할 수 있으며, 이 경우 제39조(보험계약대출) 제1항에 의한 보험계약대출금으로 보험료가 자동적으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다.

② 제1항에도 불구하고 보험계약대출금과 보험계약대출이자를 합산한 금액이 해약환급금(당해 보험료가 납입된 것으로 계산한 금액을 말합니다)을 초과하는 때에는 보험료의 자동대출납입을 더 이상 할 수 없습니다.

③ 제1항 및 제2항에 의한 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 최고한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.

④ 보험료의 자동대출납입이 행하여진 경우에도 자동대출납입전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출납입이 없었던 것으로 하여 제25조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제 12 조 (보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 아니하는 때에는 납입기일 다음날부터 납입기일이 속하는 달의 다음달 말일까지를 납입최고(독촉)기간으로 하며, 회사는 제3항에서 정한 바에 따라 최고하고 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 계약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

② 제1항에 불구하고 회사의 방문수금 불이행 또는 은행 납입통지서의 미교부, 자동이체 미신청 등 회사의 책임 있는 사유로 인하여 계약자가 보험료를 납입하지 못한 경우에는 납입기일부터 3개월이 되는 날까지를 납입최고(독촉)기간으로 하여 제1항을 적용합니다. 다만, 회사가 다시 보험료를 수금 또는 자동이체하기로 하거나 은행납입통지서를 교부하기로 한 경우에는 그 수금(자동이체) 또는 재교부 일부터 15일이 되는 날을 새로운 납입기일로 하여 제1항의 납입최고(독촉)기간을 적용합니다.

③ 제2회 이후의 보험료가 납입기일까지 납입되지 아니하여 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 계약자(타인을 위한 보험의 경우 특정된 보험금을 받을 자(보험수익자) 포함)에게 납입최고(독촉)기간안에 연체된 보험료를 납입하여야 한다는 내용과 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 계약이 해지 됨을 납입최고(독촉)기간이 끝나기 15일 이전까지 서면 또는 전화(음성녹음)로 알려 드립니다.

④ 제1항에 따라 계약이 해지 된 경우에는 해약환급금을 지급합니다.

제 13 조 (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

① 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지 되었으나 해약환급금을 받지 아니한 경우 계약자는 해지 된 날부터 2년 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 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제1조(보험계약의 성립) 제2항 및 제3항, 제9조(제1회보험료 및 회사의 보장개시일), 제28조(계약전 알릴의무), 제29조(계약전 알릴의무 위반의 효과) 및 제30조(계약취소권의 행사제한)를 준용합니다.

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제 14 조 (2대질병의 정의 및 진단확정)

① 이 계약에 있어서 "2대질병("급성심근경색증", "뇌출혈")이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표5("2대질병의 정의", 이하 "2대질병"이라 합니다)에서 정한 질병을 말합니다.

② 급성심근경색증의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 "국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관"의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥촬영술, 혈액 중 심장 효소검사, 핵의학검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 "급성심근경색증"에 대한 임상학적 진단이 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 "급성심근경색증"으로 진단 또는 치료를

받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

③ 뇌출혈 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 "국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관"의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력 · 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 핵자기 공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 "뇌출혈"에 대한 임상학적 진단이 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 "뇌출혈"로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 15 조 ("조혈모세포이식 수술"의 정의 및 진단확정)

이 계약에 있어서 "조혈모세포이식 수술"이라 함은 각종 혈액질환 및 악성종양 치료시 발생되는 골수부전상태를 정상적인 조혈모세포로 회복시킬 목적으로 조혈모세포를 이식하는 시술로서 관련법규에 따라 정부에서 인정한 무균실이 있는 골수이식의료기관에서 다음의 각 호에서 정한 동종(골수, 말초)조혈모세포이식, 자가(골수, 말초)조혈모세포이식, 제대혈조혈모세포이식 시술을 말합니다. 단, 조혈모세포를 제공하는 공여자로부터 조혈모세포를 채취하는 시술은 제외합니다.

1. "동종(allogenic)골수조혈모세포이식"이라 함은 정상적인 조혈모세포를 가진 공여자의 골수 내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 수혜자에게 투여하는 행위를 말합니다.
2. "동종(allogenic)말초조혈모세포이식"이라 함은 정상적인 조혈모세포를 가진 공여자의 말초혈액 내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 수혜자에게 투여하는 행위를 말합니다.
3. "자가(autologous)골수조혈모세포이식"이라 함은 본인의 골수 내 조혈모세포를 미리 채취하여 보관하였다가 골수부전상태에 있는 본인에게 다시 투여하는 행위를 말합니다.
4. "자가(autologous)말초조혈모세포이식"이라 함은 본인의 말초혈액 내 조혈모세포를 미리 채취하여 보관하였다가 골수부전상태에 있는 본인에게 다시 투여하는 행위를 말합니다.
5. "제대혈조혈모세포이식"이라 함은 정상적인 조혈모세포가 있는 제대혈 내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 본인 또는 타인에게 투여하는 행위를 말합니다.

제 16 조 ("재해골절"의 정의 및 진단확정)

이 특약에서 "재해골절"이라 함은 재해로 인하여 뼈의 구조상의 연속성이 완전하게 또는 불완전하게 끊어진 상태로서 별표4 "재해골절 분류표"에서 정한 재해골절(이하 "재해골절"이라 합니다) 진단을 받은 경우를 말합니다.

제 17 조 ("중대한 화상 및 부식" 정의 및 진단확정)

① 이 계약에서 "중대한 화상 및 부식"이라 함은 "중대한 화상 및 부식의 정의(별표6 참조)"에서 정한 "중대한 화상 및 부식"을 말합니다.

② "중대한 화상 및 부식"의 진단확정은 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사 제외)자격증을 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 "중대한 화상 및 부식"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 병리조직검체, 검사결과, 진료기록부의 제출을 요청할 수 있습니다.

제 18 조 ("중대한 수술"의 정의)

이 계약에 있어서 "중대한 수술"이라 함은 별표9 "중대한 수술"의 정의에서 정한 "관상동맥우회술", "대동맥류 인조혈관치환수술", "심장판막수술", "5대장기이식수술"을 말합니다. (이하 "중대한 수술"이라 합니다)

제 19 조 ("주요질환"의 정의)

① 이 계약에 있어 "주요질환"이라 함은 제4차 한국표준질병 · 사인분류 중 별표7(8대질병 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.(이하 "주요질환"이라 합니다)

※ 주요 질환이란 약관에서 정한 "고혈압, 당뇨병, 위궤양/십이지장궤양, 심장질환, 뇌혈관질환, 간질환, 만성호흡기질환, 갑상선장애"를 말합니다.(자세한 세부 사항은 별표7를 참조하시기 바랍니다)

② 주요질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의해 내려져야 합니다.

제 20 조 ("입원" 및 "수술"의 정의와 장소)

① 이 계약에 있어 "입원"이라 함은 의사, 치과의사, 한의사 면허를 가진자(이하 "의사"라 합니다)에 의해 "재해"(별표3 "재해분류표", 이하 "재해"라 합니다), "질병"(별표8 "질병분류표", 이하 "질병"이라 합니다) 및 "주요질환"으로 인하여 그 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 병원이나 의원, 한의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 "의료기관"이라 합니다)에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 계약에 있어서 "수술"이라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말합니다.

1. 제 21조(보험금의 종류 및 지급사유) 제6호 "수술급여금" 지급의 경우

   : 의사가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 "국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관"에서 의사의 관리하에 "수술분류표" (별표 10 "수술의 종류 및 등급분류표" 참조, 이하 "수술분류표"라 합니다.)에서 정하는 행위[기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 적제(摘除) 등의 조작을 가하는 것을 말하며 흡인(吸引), 천자(穿刺), 적제(滴劑) 등의 조치 및 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)은 제외]를 하는 것을 말합니다.

2. 제 21조(보험금의 종류 및 지급사유) 제10호 "주요질환수술급여금" 지급의 경우

   : 주요질환으로 인하여 의사가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 "국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관"에서 의사의 관리하에 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 적제(摘除) 등의 조작을 가하는 것을 말하며 흡인(吸引), 천자(穿刺), 적제(滴劑) 등의 조치 및 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

제 21 조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험대상자(피보험자)에게 다음 사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받을 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급하여 드립니다. (별표1 "보험금 지급기준표" 참조)

1. 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 보장개시일 이후에 2대질병으로 진단이 확정되었을 때 : 2대질병치료자금 (각 최초 1회에 한하여 지급함)
2. 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 보장개시일 이후에 제15조에서 정의한 조혈모세포이식수술을 목적으로 수술을 받았을 때 : 조혈모세포이식수술급여금 (최초 1회에 한하여 지급함)
3. 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 보장개시일 이후에 제16조(재해골절의 정의)에서 정한 재해골절로 진단이 확정되었을 때 : 재해골절진단자금
4. 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 보장개시일 이후에 "중대한 화상 및 부식"으로 진단 확정 되었을 때 : 중대한 화상치료자금 (최초 1회에 한하여 지급함)
5. 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 보장개시일 이후에 중대한 수술을 받았을 때 : 중대한 수술급여금 (최초 1회에 한하여 지급함)
6. 보험기간 중 치료를 직접적인 목적으로 수술분류표에서 정하는 수술을 받았을 때 : 수술 급여금
7. 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 보장개시일 이후에 질병(주요질환 제외)이 발생하여 그 치료를 직접적인 목적으로 하여 4일 이상 입원[제20조("입원" 및 "수술"의 정의와 장소) 1항에서 정한 장소를 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정할 때는 계속하여 입원한 것으로 보며, 이하 같습니다]하였을 때 : 질병입원급여금
8. 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 보장개시일 이후에 재해로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 하여 4일 이상 입원[제 20조 ("입원" 및 "수술"의 정의와 장소) 1항에서 정한 장소를 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정할 때는 계속하여 입원한 것으로 보며, 이하 같습니다]하였을 때 : 재해입원급여금
9. 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 보장개시일 이후에 주요질환이 발생하여 그 치료를 직접적인 목적으로 하여 4일 이상 입원[제20조("입원" 및 "수술"의 정의와 장소) 1항에서 정한 장소를 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정할 때는 계속하여 입원한 것으로 보며, 이하 같습니다]하였을 때 : 주요질환입원급여금
10. 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 보장개시일 이후에 주요질환의 치료를 직접적인 목적으로 수술하였을 때 : 주요질환수술급여금
11. 보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 재해를 직접적인 원인으로 별표11 "장해분류표"(이하 "장해분류표"라 합니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 재해장해급여금
12. 보험대상자(피보험자)가 보험계약일 이후 매 2년마다 해당보험계약일에 생존시 : 건강진단자금 (단, 만기시에는 건강진단자금을 지급하지 않습니다)
13. 보험대상자(피보험자)가 보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때 : 만기축하금 지급

제 22 조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험료 납입기간 중 보험대상자(피보험자)가 2대질병으로 진단이 확정되거나 별표11에서 정하는 "장해분류표" 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

② 1항의 보험료 납입면제 사유로 인하여 보험료 납입이 면제된 경우에는 차회 이후의 보험료는 보험료 납입기간 만료시까지 정상적으로 납입된 것으로 보고 보험기간 만료시에 제21조(보험금의 종류 및 지급사유) 제13호에서 정한 만기축하금을 보험금을 받을 자(보험수익자)에게 드립니다.

③ 1항 및 제21조 11호의 경우 재해로 인하여 장해상태가 되고 장해지급률이 재해일로부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일로부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

④ 제3항에 의하여 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 재해일부터 2년 이내) 중에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태(사망 포함)를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑤ 이 계약에 있어서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑥ 제1항 및 제21조 11호의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.

⑦ 제1항 및 제21조 11호의 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.

⑧ 제1항 및 제21조 11호의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 합산하여 최종 장해지급률을 합산하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 제21조(보험금의 종류 및 지급사유) 제7호 내지 제9호의 경우 입원급여금 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다.

⑪ 제21조(보험금의 종류 및 지급사유)의 제7호 내지 제9호의 경우 보험대상자(피보험자)가 입원기간 중에 보험기간이 만료되었을 경우에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여도 제10항의 규정에 따라 계속 입원급여금을 지급하여 드립니다.

⑫ 보험대상자(피보험자)가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 아니한 때에는 회사는 급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.

⑬ 제10항의 경우 보험대상자(피보험자)가 동일 질병, 재해 및 주요질환으로 인하여 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 보고서 각 입원일수를 합산하여 제10항의 규정을 적용합니다. 그러나 동일 질병, 재해 및 주요질환에 의한 입원이라도 입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일을 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

⑭ 제21조(보험금의 종류 및 지급사유) 제6호의 경우 동시에 2가지 이상의 수술을 받은 경우에는 그 중 수술급여금의 지급액이 가장 높은 쪽 한가지 수술만을 받은 것으로 하여 수술급여금을 드립니다. 단, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술급여금을 지급합니다.

⑮ 제14항에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어 먹거나 말하기 기능과 관련된 신체부위, 머리, 목, 척추(등뼈), 체간골, 흉부장기 · 복부장기 · 비뇨생식기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌 · 우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.

⑯ 제1항 및 제21조 제11호에서 다른 재해로 인하여 2회 이상 발생하였을 때에는 그때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나, 그 장해가 이미 장해급여금을 지급받은 동일 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 장해급여금(또는 장해연금)에서 이미 지급받은 장해급여금을 뺀 금액을 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑰ 제1항 및 제21조 제11호에서 그 재해 전에 이미 다음 중 한 가지의 경우에 해당하는 장해가 있었던 보험대상자(피보험자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제16항에 규정하는 장해상태가 발생되었을 경우에는 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 장해에 대한 장해급여금이 지급된 것으로 보고 최종 장해상태에 해당하는 장해급여금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 장해급여금을 빼고 지급합니다.

1. 이 보험의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 장해로 장해급여금의 지급사유가 되지 않았던 장해

2. 제1호 이외에 이 보험의 규정에 의하여 장해급여금의 지급사유가 되지 않았던 장해 또는 장해급여금이 지급되지 않았던 장해

⑱ 동일한 재해로 인한 장해지급률은 100%를 한도로 합니다.

제 23 조 (보험금을 지급하지 아니하는 보험사고)

① 회사는 다음 중 어느 한가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 아니하거나 보험료 납입을 면제하지 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 받을 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우

   그러나, 그 보험금을 받을 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받을 자(보험수익자)인 경우에는 그 보험금을 받을 자(보험수익자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험금을 받을 자(보험수익자)에게 지급하거나, 그 보험금을 받을 자(보험수익자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금에 대한 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우

② 제1항 각 호의 사유로 인하여 회사가 이 계약을 해지하거나 계약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.

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

제 24 조 (전쟁, 기타 변란시의 보험금)

회사는 보험대상자(피보험자)가 전쟁, 기타 변란으로 인하여 제21조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호 내지 제11호의 사유가 발생한 경우 그 수가 보험료 산출기초에 중대한 영향을 미칠 우려가 있다고 인정될 때에는 금융감독위원회의 인가를 얻어 보험금을 감액하여 지급합니다.

제 25 조 (해약환급금)

① 이 약관에 의해 계약이 해지 된 경우에 지급하는 해약환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 26 조 (배당금)

이 계약은 무배당보험이므로 계약자 배당금이 없습니다.

제 27 조 (소멸시효)

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

제4관 보험계약시 계약자의 계약전 알릴의무 등

제 28 조 (계약전 알릴의무)

계약자 또는 보험대상자(피보험자)는 청약시(진단계약의 경우에는 건강진단시 포함) 청약서에서 질문 한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 "계약전 알릴의무"라 하며, 상법상 "고지의무"와 같습니다) 합니다. 그러나 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 및 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제 29 조 (계약전 알릴의무 위반의 효과)

① 회사는 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 제28조(계약전 알릴의무)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 한가지의 경우에 해당되는 때에는 그러하지 아니합니다.

1. 회사가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못하였을 때

2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때

3. 회사가 이 계약의 청약시 보험대상자(피보험자)의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 의하여 승낙통지를 한 때(계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 제외)

4. 보험을 모집한 자(이하 "보험설계사 등"이라 합니다)가 계약자 또는 보험대상자(피보험자)의 계약전 알릴의무사항을 임의로 기재한 경우

② 제1항의 중요한 사항이라 함은 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 담보 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 인수하는 등 계약 인수에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

③ 회사는 제1항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약전 알릴의무 위반사실뿐만 아니라 계약전 알릴의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 계약의 처리결과를 "반대 증거이 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면으로 알려 드립니다.

④ 제1항에 의하여 계약을 해지하였을 때에는 해약환급금과 이미 납입한 보험료 중 많은 금액을 지급하여 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

⑤ 제28조(계약전 알릴의무)의 계약전 알릴의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당보험금을 지급하여 드립니다.

제 30 조 (계약취소권의 행사제한)

회사는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때에는 민법 제110조(사기에 의한 의사표시)에 의한 취소권을 행사하지 아니합니다. 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 사기의사에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 보장개시일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터는 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제5관 보험금 지급 등의 절차

제 31 조 (주소변경통지)

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

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

제 32 조 (보험금을 받을 자(보험수익자)의 지정)

이 계약에서 계약자가 보험금을 받을 자(보험수익자)를 지정하지 아니한 때에는 보험금을 받을 자(보험수익자)를 제21조(보험금의 종류 및 지급사유) 제12호 내지 제13호의 경우는 계약자로 하고, 동조 제1호 내지 제11호는 보험대상자(피보험자)로 하며, 보험대상자(피보험자)의 사망시는 보험대상자(피보험자)의 상속인으로 합니다.

제 33 조 (대표자의 지정)

① 계약자 또는 보험금을 받을 자(보험수익자)가 2인 이상인 경우에는 각 대표자 1인을 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 보험금을 받을 자(보험수익자)를 대리하는 것으로 합니다.

② 지정된 계약자 또는 보험금을 받을 자(보험수익자)의 소재가 확실하지 아니한 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 보험금을 받을 자(보험수익자) 1인에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험금을 받을 자(보험수익자)에 대하여도 효력이 미칩니다.

③ 계약자가 2인 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

제 34 조 (보험금 지급사유의 발생통지)

① 보험금을 받을 자(보험수익자)는 제21조(보험금의 종류 및 지급사유)에 정한 보험금 지급사유가 발생하였을 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

② 보험금을 받을 자(보험수익자)가 제1항의 통지의무를 고의로 지체함으로 인하여 의료비, 기타의 비용이 증가한 때에는 회사는 그 증가된 비용을 보험금으로 지급하지 아니합니다.

제 35 조 (보험금 등 청구시 구비서류)

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

1. 청구서 (회사양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서, 질병진단서, 입원증명서, 수술증명서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받을 자(보험수익자)가 보험금 수령 또는 계약자가 해약환급금 수령 및 보험료 납입면제에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 증명서 또는 진단서는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 36 조 (보험금 등의 지급)

① 회사는 제35조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 및 보험료 납입면제의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

② 회사는 제21조(보험금의 종류 및 지급사유) 제12호 내지 제13호에 해당하는 보험금의 지급시기가 도래할 때에는 도래일 7일 이전에 그 사유와 회사가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험금을 받을 자(보험수익자)에게 알려 드립니다. 또한, 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표2 "보험금지급시의 적립이율계산"과 같습니다.

③ 계약자, 보험대상자(피보험자) 또는 보험금을 받을 자(보험수익자)는 제29조(계약전 알릴 의무 위반의 효과) 및 제1항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

④ 회사가 제1항의 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 보험금을 지급하여 드립니다. 그러나, 보험대상자(피보험자)의 의사와 회사의 의사가 합의에 도달하지 못하는 때에는 보험대상자(피보험자)와 회사가 동의하여 제3의 의사를 정하고 그 제3의 의사의 의견에 따를 수 있습니다. 이 약관에서 "회사가 지정한 의사" 및 "제3의 의사"는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 중에서 정하며, 이 항의 규정에 의한 의료비용은 회사가 부담합니다.

⑤ 제1항, 제3항 및 제4항에서 규정한 회사의 조사, 확인 또는 진단요청에 대하여 계약자, 보험대상자(피보험자) 또는 보험금을 받을 자(보험수익자)가 정당한 사유 없이 동의를 하지 아니하는 때에는 그 동의를 얻어 조사, 확인 또는 진단을 완료할 때까지 보험금(가지급보험금 포함)의 지급을 유예(猶豫)할 수 있습니다.

⑥ 제1항 및 제2항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표2(보험금 등 지급시의 적립이율 계산)과 같습니다.

다만, 제5항에 의하여 계약자, 보험대상자(피보험자) 또는 보험금을 받을 자(보험수익자)가 회사의 조사, 확인 또는 진단요청을 받은 날부터 그에 대한 동의를 정당한 사유 없이 지체한 기간에 대하여는 이자를 부리하지 않습니다.

⑦ 회사가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도에 대하여 보험대상자(피보험자) 또는 보험금을 받을 자(보험수익자)에게 서면으로 통지하여 드리며, 장해지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 보험금 지급이 지연되는 경우에는 보험금을 받을 자(보험수익자)의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금을 우선적으로 가지급 할 수 있습니다.

제 37 조 (보험금 받는 방법의 변경)

① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험금을 받는 자(보험수익자))는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 제21조(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 분할지급 또는 일시지급 방법으로 변경할 수 있습니다.

② 회사는 제1항의 의하여 일시금을 분할하여 지급하는 경우에는 그 미지급금액에 대하여 이 계약의 예정이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제 38 조 (계약내용의 교환)

회사는 보험계약의 체결 및 관리 등을 위한 판단자료로서 활용하기 위하여 다음 각 호의 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 제23조(개인신용정보의 제공 · 활용에 대한 동의) 및 동 법 시행령 제12조(개인신용정보의 제공 · 활용에 대한 동의 등)의 규정을 따릅니다.

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

제 39 조 (보험계약대출)

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

② 계약자는 제1항에 의한 보험계약대출금과 보험계약대출이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 아니한 때에는 보험금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 제 지급금과 상계할 수 있습니다.

③ 회사는 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금과 보험계약대출 원리금을 상계할 수 있습니다.

제6관 분쟁조정 등

제 40 조 (분쟁의 조정)

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

제 41 조 (관할법원)

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

제 42 조 (약관의 해석)

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

② 회사는 약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

제 43 조 (회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력)

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

제 44 조 (회사의 손해배상책임)

회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임 있는 사유로 인하여 발생된 손해에 대하여 관계법규 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.

제 45 조 (준거법)

이 약관에서 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

제 46 조 (예금보험에 의한 지급보장)

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

(별표 1)

보험금 지급기준표

(보험가입금액 100구좌 기준)

급여금명	지 급 사 유		지급액
2대질병 치료자금 (각 최초 1회에 한함)	보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 보장개시일 이후 뇌출혈, 급성 심근경색증으로 진단 확정되었을 때 (제21조 제1호)	계약일로부터 2년 미만	500만원
		계약일로부터 2년 이상 10년 미만	1,000만원
		계약일로부터 10년 이상	2,000만원
조혈모세포 이식수술급여금 (최초 1회에 한함)	보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 보장개시일 이후 조혈모세포 이식수술을 받았을 때 (제21조 제2호)	계약일로부터 10년 미만	1,000만원
		계약일로부터 10년 이상	2,000만원
중대한수술 급여금 (최초 1회에 한함)	보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 보장개시일 이후 중대한 수술을 받았을 때 (제21조 제5호)	계약일로부터 2년 미만	500만원
		계약일로부터 2년 이상 10년 미만	1,000만원
		계약일로부터 10년 이상	2,000만원
질병입원 급여금	보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 보장개시일 이후 질병(주요질환 제외)으로 4일 이상 입원시 (제21조 제7호)	3만원 (1회 입원당 120일 한도)	
주요질환 입원급여금	보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 보장개시일 이후 주요질환으로 4일 이상 입원시 (제21조 제9호)	5만원 (1회 입원당 120일 한도)	
수술급여금	보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 보장개시일 이후 치료를 직접적인 목적으로 수술분류표에서 정하는 수술을 받았을 때 (제21조 제6호)	1종 : 30만원 2종 : 60만원 3종 : 120만원 (수술 1회당)	
주요질환 수술급여금	보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 보장개시일 이후 주요질환으로 수술시 (제21조 제10호) (단, 주요질환수술급여금 지급시 질병 및 재해 수술급여금도 추가 지급됨)	200만원 (수술 1회당)	

급여금명	지 급 사 유		지급액
재해 입원급여금	보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 보장개시일 이후 재해로 4일 이상 입원시 (제21조 제8호)	2만원 (1회 입원당 120일 한도)	
재해골절 진단자금	보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 보장개시일 이후 재해골절로 진단시 (제21조 제3호)	30만원 (발생 1회당)	
중대한화상 치료급여금 (최초 1회에 한함)	보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 보장개시일 이후 "중대한 화상 및 부식"으로 진단시 (제21조 제4호)	계약일로부터 10년 미만	1,000만원
		계약일로부터 10년 이상	2,000만원
재해장해 급여금	보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 발생한 재해로 인하여 장해분류표에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 (제21조 제11호)		3,000만원 *해당장해 지급률
건강진단자금	보험대상자(피보험자)가 계약일 이후 매2년마다 해당 보험계약일에 생존시 (단, 만기시에는 지급되지 않습니다) (제21조 제12호)		20만원 (매 2년마다)
만기축하금	보험대상자(피보험자)가 만기시점에 생존시 (제21조 제13호)		기납입보험료 – 건강진단 자금총합
주요질환 : 고혈압, 당뇨병, 위궤양/십이지장궤양, 심장질환, 뇌혈관질환, 간질환, 만성호흡기질환, 갑상선 장애 (자세한 세부 사항은 별표7을 참조하시기 바랍니다)			
중대한 수술 : 관상동맥우회술, 대동맥류인조혈관치환수술, 심장판막수술, 5대장기이식수술(자세한 세부 사항은 별표9를 참조하시기 바랍니다)			

(별표 2)

보험금 지급시의 적립이율 계산

구 분		부 리 기 간	지 급 이 자
2대질병치료자금, 중대한수술급여금, 조혈모세포이식수술급여금, 중대한화상치료급여금, 재해골절진단자금, 질병및재해수술급여금, 재해입원급여금, 주요질환입원급여금, 주요질환수술급여금, 질병입원급여금, 재해장해급여금 (제21조 제1호 내지 제11호)		지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간	보험계약대출이율
만기축하금 (제21조 제13호)	회사가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 아니한 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금청구일까지의 기간	예정이율
	회사가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알린 경우		1년 이내 : 공시이율의 50% 1년 초과기간 : 1%
	보험금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간		예정이율 + 1%
	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간		보험계약대출이율
건강진단자금 (제21조 제12호)	회사가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 아니한 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	예정이율
	회사가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알린 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험기간 만기일까지의 기간	예정이율
		보험기간 만기일의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	1년 이내 : 공시이율의 50% 1년 초과기간 : 1%
	보험금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간		예정이율 + 1%
	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간		보험계약대출이율
해약환급금 (제25조 제1항)	해약환급금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 해약환급금 청구일까지의 기간		1년 이내 : 공시이율의 50% 1년 초과기간 : 1%

구 분	부 리 기 간	지 급 이 자
해약환급금 (제25조 제1항)	해약환급금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간	예정이율+1%
	지급기일의 다음날부터 해약환급금 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산되며 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.

3. 보험금의 경우, 계약자, 보험대상자(피보험자) 또는 보험금을 받을 자(보험수익자)가 회사의 조사, 확인 또는 진단요청을 받은 날부터 그에 대한 동의를 정당한 사유 없이 지체한 기간에 대하여는 이자를 지급하지 아니합니다.

(별표 3)

재 해 분 류 표

[무배당 AIG 올스타 건강보험(고액보장형) 약관의
(별표3) 재해분류표와 같음]

(별표 4)

재해골절분류표

이 분류는 제4차 개정 한국표준질병 · 사인분류(통계청 고시 제2002-1호, 2003. 1. 1.시행)에 의한 것입니다.

분 류 항 목	분류번호
Ⅰ. 머리뼈 및 얼굴뼈의 골절(치아파절 제외)	S02 (S02.5는 제외)
Ⅱ. 목의 골절	S12
Ⅲ. 갈비뼈, 복장뼈 및 등뼈의 골절	S22
Ⅳ. 허리뼈 및 골반의 골절	S32
Ⅴ. 어깨 및 팔죽지의 골절	S42
Ⅵ. 아래팔의 골절	S52
Ⅶ. 손목 및 손부위에서의 골절	S62
Ⅷ. 넙접다리뼈의 골절	S72
Ⅸ. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
Ⅹ. 발목을 제외한 발의 골절	S92
Ⅺ. 다발성 신체부위의 골절	T02
Ⅻ. 상세불명 부위의 척추의 골절	T08
ⅩⅢ. 상세불명 부위의 팔골절	T10
ⅩⅣ. 상세불명 부위의 다리골절	T12
ⅩⅤ. 상세불명의 신체부위의 골절	T14.2

※ 제5차 개정 이후 한국표준질병 · 사인분류에 있어서 상기 재해 이외에 약관에서 정하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함하는 것으로 합니다.

(별표 5)

2대질병의 정의

1. 급성심근경색증 및 뇌출혈의 정의
약관에 규정하는 급성심근경색증 및 뇌출혈로 분류되는 질병은 제4차 개정 한국표준질병 · 사인분류(통계청고시 제2002-1호, 2003. 1. 1시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

구분	대상이 되는 2대질병	분류번호
급성심근경색증	급성 심근경색증(心筋梗塞症)	I21
	속발성 심근경색증	I22
	급성심근경색증에 의한 특정 현재 합병증	I23
뇌출혈	거미막밑 출혈	I60
	뇌내출혈	I61
	기타 비외상성 머리내 출혈	I62

제5차 이후 한국표준질병 · 사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표 6)

"중대한 화상 및 부식"의 정의

1) "중증화상 및 부식"이라 함은 '9의 법칙(Rule of 9's)' 또는 룬드와 브라우더 신체 표면적 차트(Lund & Browder chart)에 의해 측정된 신체표면적으로 최소 20% 이상의 3도화상 또는 부식을 입은 경우를 말하며, 단, '9의 법칙' 또는 '룬드와 브라우더 신체 표면적 차트' 측정법처럼 표준화되고 임상학적으로 받아들여지는 다른 신체 표면적 차트를 사용하여 유사한 결과가 나온 것도 인정합니다.

2) "중대한 화상 및 부식"의 진단확정은 의사가 작성한 문서화된 기록 또는 기록결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

(별표 7)

8대질병분류표

약관에 규정하는 주요질병으로 분류되는 질병은 제4차 한국표준질병 · 사인분류 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분 류 항 목	분류번호
고혈압	고혈압성 질환	I10 ~ I15
당뇨병	당뇨병	E10 ~ E14
위궤양 및 십이지장궤양	위궤양 십이지장궤양 상세불명 부위의 소화성 궤양	K25 K26 K27
심장질환	허혈성 심장질환	I20 ~ I25
뇌혈관질환	뇌혈관 질환	I60 ~ I69
간질환	바이러스 간염 간의 질환	B15 ~ B19 K70 ~ K77
만성호흡기질환	급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염 단순성 및 점액농성 만성 기관지염 상세불명의 만성 기관지염 천식 천식지속 상태	J40 J41 J42 J45 J46
갑상선장애	갑상샘의 장애	E00 ~ E07

※ 제 5차 이후 한국표준질병 · 사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 약관에서 정하는 질병이 있는 경우는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표 8)

질 병 분 류 표

1. 보장 대상이 되는 질병

한국표준질병·사인분류상의 (A00~R99)에 해당하는 질병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 질병

다음 각 호에 해당하는 경우에는 질병분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

① 정신 및 행동장애(F00 ~ F99)로 인한 질병

② 선천 기형, 변형 및 염색체 이상(Q00 ~ Q99)으로 인한 질병

③ 마약, 습관성 의약품 및 알콜중독으로 인하여 입원한 경우

④ 치의보철 및 미용상의 처치로 인하여 입원한 경우

⑤ 정상임신, 분만 전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인하여 입원한 경우

⑥ 질병을 직접적인 원인으로 하지 아니하는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인하여 입원한 경우

⑦ 치료를 수반하지 아니하는 건강진단으로 인하여 입원한 경우

주) ( )안은 제4차 개정 한국표준질병 · 사인분류(통계청 고시 제2002-1호, 2003.1.1 시행)상의 분류번호이며, 제5차 개정 이후 위 1 및 2의 각 호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함합니다.

(별표 9)

"중대한 수술"의 정의

Ⅰ. 관상동맥우회술(Coronary Artery Bypass Graft, CABG)

① "관상동맥우회술(Coronary Artery Bypass Graft)"이라 함은 관상동맥질환(Coronary Artery Disease)의 근본적인 치료를 직접적인 목적으로 하여 개흉술을 한 후 대복재정맥(Great Saphenous Vein), 내유동맥(Internal Mammary Artery) 등의 자가우회도관을 협착이 있는 부위보다 원부위의 관상동맥에 연결시켜주는 수술을 말합니다.

② 다만, 카테터를 이용한 수술이나 개흉술을 동반하지 않는 수술은 보장에서 제외합니다.

예) 관상동맥성형술(Percutaneous Trasnluminal Coronary Angioplasty, PTCA), 스텐트 삽입술(Coronary Stent), 회전죽상반절제술(Rotational atherectomy) 등

Ⅱ. 대동맥류 인조혈관치환수술(Aorta Graft Surgery)

① "대동맥류 인조혈관치환수술"이라 함은 발병한 대동맥류의 근본적인 치료를 직접목적으로 하여 개흉술 또는 개복술을 한 후 반드시 대동맥류 병소를 절제하고 인조혈관으로 치환하는 수술을 말하며, 여기서 '대동맥'이라 함은 흉부 또는 복부 대동맥을 말하는 것으로 대동맥의 분지동맥들은 제외됩니다.

② 다만, 다음과 같은 수술은 보장에서 제외합니다.

1. 카테터를 이용하여 수술하는 경우
2. 개흉술 또는 개심술을 동반하지 않는 수술

Ⅲ. 심장판막수술(Heart Valve Replacement Surgery)

①"심장판막수술"이라 함은 보험기간 중 발병한 심장판막질환의 근본적인 치료를 직접목적으로 하여 다음의 두 가지 기준 중 한가지 이상에 해당하는 경우를 말합니다.

1. 반드시 개흉술 및 개심술을 한 후 병변이 있는 판막을 완전히 제거한 뒤에 인공 심장판막 또는 생체판막으로 치환하여 주는 수술
2. 반드시 개흉술 및 개심술을 한 후 병변이 있는 판막에 대해 판막성형술(Valvuloplasty)을 해주는 수술

② 제1항에도 불구하고 다음과 같은 수술은 보장에서 제외합니다.

1. 카테터를 이용하여 수술하는 경우

예) 경피적 판막성형술

2. 개흉술 및 개심술을 동반하지 않는 수술

Ⅳ. 5대장기이식수술(5 Major Organ Transplantation)

① "5대장기이식수술"이라 함은 만성부전상태로부터 근본적인 회복과 치료를 목적으로 관련법규에 따라 정부에서 인정한 장기이식의료기관 이와 동등하다고 회사가 인정하는 기관에서 간장, 신장, 심장, 췌장, 폐장에 대하여 장기이식을 하는 것으로 타인의 내부장기를 적출하여 장기부전상태에 있는 수혜자에게 이식을 시행한 경우에 대한 수술을 말합니다.

② 그러나 랑게르한스 소도세포이식수술은 5대장기이식수술 범주에서 제외합니다.

(별표 10)

수술의 종류 및 등급분류표

"수술"이란 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용해서 생체(生體)에 절단(切斷), 적제(摘除) 등의 조작을 가하는 것을 말하며 다음 표의 수술번호 1~88을 지칭합니다. 흡인(吸引), 천자(穿刺), 적제(滴劑) 등의 조치 및 신경 차단(Nerve Block)은 제외합니다.

수 술 의 종 류		등 급
피부 · 유방의 수술 (皮膚 · 乳房의 手術)	1. 식피술(植皮術) (25 ㎠ 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) [비중격 만곡증수술(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 수반 하는 것]	2종
근골의 수술 (筋骨의 手術) [발정술(拔釘術)은 제외함]	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 제외하고, 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(胸廓形成術)	2종
	18. 종격종양적출술(縱隔腫瘍摘出術)	3종
순환기 · 비의 수술 (循環期 · 脾의 手術)	19. 관혈적혈관형성술(觀血的血管形成術) [혈액투석용(血液透析用) Shunt형성술(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
	22. 심막절개 · 봉합술(心膜切開 · 縫合術)	2종
	23. 직시하심장내수술(直視下心臟內手術)	3종
	24. 체내용(體內用) Pacemaker 매입술(埋入術)	2종
	25. 비(脾)적제술(摘除術)	2종

수 술 의 종 류		등 급
소화기의 수술 (消化器의 手術)	26. 이하선종양적출술(耳下腺腫瘍摘出術)	2종
	27. 악하선종양적출술(顎下腺腫瘍摘出術)	1종
	28. 식도이단술(食道離斷術)	3종
	29. 위절제술(胃切除術)	3종
	30. 기타의 위 · 식도수술(胃 · 食道手術) [개흉 · 개복술(開胸 · 開腹術)을 수반하는 것]	2종
	31. 복막염수술(腹膜炎手術)	2종
	32. 간장 · 담낭 · 담도 · 췌장 관혈수술 (肝臟 · 膽囊 · 膽道 · 膵臟 觀血手術)	2종
	33. 탈장 근본수술(脫腸 根本手術)	1종
	34. 충수절제술 · 맹장봉축술(蟲垂切除術 · 盲腸縫縮術)	1종
	35. 직장탈근본수술(直腸脫根本手術)	2종
	36. 기타의 장 · 장간막수술 (腸 · 腸間膜手術) [개복술(開腹術)을 수반하는 것]	2종
	37. 근치를 목적으로 한 치루(痔瘻) · 탈항(脫肛) · 치핵(痔核) 근본수술(根本手術) [근치(根治)를 목적으로 하지 않는 처치, 단순한 치핵(痔核)만의 수술은 제외함]	1종
뇨 · 성기의 수술 (尿 · 性器의 手術)	38. 신이식수술(腎移植手術) [수용자(受容者)에 한함]	3종
	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]	2종
	40. 뇨도협착 관혈수술(尿道狹搾 觀血手術) [경뇨도적조작(經尿道的操作)은 제외함]	2종

수 술 의 종 류		등 급
뇨 · 성기의 수술 (尿 · 性器의 手術)	41. 뇨루폐쇄 관혈수술(尿瘻閉鎖 觀血手術) [경뇨도적조작(經尿道的操作)은 제외함]	2종
	42. 음경절단술(陰莖切斷術)	3종
	43. 고환 · 부고환 · 정관 · 정색 · 정낭 · 전립선수술 (睾丸 · 副睾丸 · 精管 · 精索 · 精囊 · 前立腺手術)	2종
	44. 음낭수종 근본수술(陰囊水腫 根本手術)	1종
	45. 자궁광범전적제술(子宮廣汎全摘除術) [단순자궁전적(單純子宮全摘) 등의 자궁 전적제술(全摘除術)은 제외함]	3종
	46. 자궁경관형성술(子宮頸管形成術), 자궁경관봉축술(子宮頸管縫縮術)	1종
	47. 제왕절개만출술(帝王切開娩出術)	1종
	48. 자궁외임신수술(子宮外妊娠手術)	2종
	49. 자궁탈, 질탈수술(子宮脫 膣脫手術)	2종
	50. 기타의 자궁수술(子宮手術) [자궁경관 Polyp절제술(子宮頸管 Polyp切除術), 인공임신중절술(人工妊娠中絕術)은 제외함]	2종
	51. 난관, 난소 관혈수술(卵管, 卵巢 觀血手術) [경질적조작(經膣的操作)은 제외함]	2종
	52. 기타의 난관 · 난소 수술(卵管 · 卵巢 手術)	1종
내분비기의 수술 (內分泌器의 手術)	53. 뇌하수체종양적제술(腦下垂體腫瘍摘除術)	3종
	54. 갑상선수술(甲狀腺手術)	2종
	55. 부신전적제술(副腎全摘除術)	2종

수 술 의 종 류		등 급
신경의 수술 (神經의 手術)	56. 두개내 관혈수술(頭蓋內 觀血手術)	3종
	57. 신경관혈수술(神經 觀血手術) [형성술 · 이식술 · 절제술 · 감압술 · 개방술 · 염제술(形成術 · 移植術 · 切除術 · 減壓術 · 開放術, 捻除術)]	2종
	58. 관혈적척수종양적출수술(觀血的脊髓腫瘍摘出手術)	3종
	59. 척수경막내외 관혈수술(脊髓硬膜內外 觀血手術)	2종
감각기 시기의 수술 (感覺器 視器의 手術)	60. 안검하수증수술(眼瞼下垂症手術)	1종
	61. 누소관형성술(淚小管形成術)	1종
	62. 누낭비강문합술(淚囊鼻腔吻合術)	1종
	63. 결막낭형성술(結膜囊形成術)	1종
	64. 각막이식술(角膜移植術)	1종
	65. 관혈적전방 · 홍채 · 초자체 · 안와내 이물제거술(觀血的前房 · 虹彩 · 硝子體 · 眼窩內異物除去術)	1종
	66. 홍채전후유착 박리술(虹彩前後癒着 剝離術)	1종
	67. 녹내장 관혈수술(綠內障 觀血手術)	2종
	68. 백내장 · 수정체 관혈수술(白內障 · 水晶體 觀血手術)	2종
	69. 초자체 관혈수술(硝子體 觀血手術)	1종
	70. 망막박리증수술(網膜剝離症手術)	1종
	71. Laser 냉동응고(冷凍凝固)에 의한 안구수술(眼球手術) [시술(施術) 개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함]	1종
	72. 안구적제술, 조직충전술(眼球摘除術, 組織充塡術)	2종
	73. 안와종양적출술(眼窩腫瘍摘出術)	2종
	74. 안근이식술(眼筋移植術)	1종

수 술 의 종 류		등 급
감각기 청기의 수술 (感覺器 聽器의 手術)	75. 관혈적고막, 고실형성술(觀血的鼓膜, 鼓室形成術)	2종
	76. 유양동삭개술(乳樣洞削開術)	1종
	77. 중이근본수술(中耳根本手術)	2종
	78. 내이 관혈수술(內耳 觀血手術)	2종
	79. 청신경종양적출술(聽神經腫瘍摘出術)	3종
악성신생물의 수술 (惡性新生物의 手術)	80. 악성신생물근치수술(惡性新生物根治手術)	3종
	81. 악성신생물온열료법(惡性新生物溫熱療法) [시술(施術) 개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함]	1종
	82. 기타의 악성신생물수술(惡性新生物手術)	2종
상기 이외의 수술 (上記以外의 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 60일간에 1회의 급여를 한도로 함]	2종
	87. Fiberscope 또는 혈관 (血管) Basket Catheter에 의한 뇌 · 후두 · 흉부 · 복부 장기수술(腦 · 喉頭 · 胸部 · 腹部 臟器手術) [검사, 처치는 포함하지 않음. 시술(施術) 개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함]	1종
신생물근치 방사선조사 (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 60일간에 1회의 급여를 한도로 함]	1종

상기의 「수술의 종류 및 등급분류표」상의 수술을 대신하여 완치율이 높고 일반적으로 의학계에서 인정하고 있는 첨단의 의료기법으로 시술한 경우에는 「수술의 종류 및 등급분류표」상의 동일부위 수술로 봅니다.

(비고)

1. 치료를 목적으로 한 수술

"치료를 직접목적으로 한 수술"이란 치료를 위한 수술을 말하며, 예를 들어 미용성형수술, 질병을 직접원인으로 하지 않은 불임수술 또는 제왕절개수술, 충수의 예방적수술 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 흉강 내에 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 자궁수술 등 복강 내에 조작을 가할 때에 행하는 것을 말합니다. 또한 개복술에 준하는 것으로서 신장, 뇨관 및 방광수술을 포함하는 것으로 하지만 경뇨도적조작에 의한 것은 해당되지 아니합니다.

(별표 11)

장 해 분 류 표

[무배당 AIG 올스타 건강보험(고액보장형) 약관의
(별표 12) 장해분류표와 같음]

개인신용정보의 제공 · 활용에 관한 고객권리안내문

이 권리안내문은 보험계약의 청약을 함에 있어 개인신용정보의 제공 · 활용에 대하여 동의를 해주신 고객님에게 동의의 내용을 보다 상세하게 설명해 드리고, 이와 관련된 고객님의 권리를 알려 드리기 위한 것입니다.
저희 AIG 생명은 고객님의 개인신용정보를 고객님께서 동의해 주신 목적범위 내에서 최소한의 정보만을 제공 · 활용할 것이며, 동의하신 범위 이상으로 불법 · 부당하게 제공 · 활용되지 않도록 엄격하게 관리하겠습니다. 이를 위해 회사 내부에 「개인신용정보 관리 · 보호인」을 선임하여 관련 법률 보다 더욱 강화된 '개인신용정보 관리 · 보호 지침'을 마련하여 시행하고 있습니다.

고객님께서 제공 · 활용에 동의해주신 정보는 개인식별정보, 거래정보, 보험금지급정보, 질병정보입니다. 제공 · 활용되는 정보의 구체적인 범위는 다음과 같습니다.

제공 · 활용(이용)되는 개인신용정보의 범위

① 계약자, 보험대상자(피보험자)의 성명, 주소 및 주민등록번호(외국인의 경우 외국인등록번호 또는 여권번호), 성별, 국적, 직업 등 개인 식별정보 및 연락처
② 계약일, 보험종목, 보험료, 보험가입금액 등 계약내용
③ 보험가입금액, 보험금과 각종 급부금액 및 지급 사유 등 지급내용
④ 보험대상자(피보험자)의 질병에 관한 정보

고객님의 개인신용정보는 당해 보험계약의 체결 · 관리 등의 목적으로 제공 · 활용됩니다.
이것은 고객님의 개인신용정보를 AIG 생명이 직접 또는 국내의 타보험회사, 재보험회사, 생명보험협회, 손해보험협회, 보험요율산출기관, 기타 AIG 생명과 업무 위 · 수탁 관계에 있는 자(계약적부 · 보험사고조사수탁회사, 콜센터업무수탁회사, 리서치업체, 본건 계약체결 대리 금융기관 보험대리점)에게 제공하여 보험계약의 체결 · 유지 · 관리, 보험사고의

조사, 보험계약의 상담, 순보험요율의 산출 · 검증, 보험원가의 관리 등을 위한 판단자료로서 활용하거나 또는 리서치업무, 공공기관의 정책자료로 활용하는 것을 말합니다.

개인신용정보의 제공 · 활용과 관련하여 고객님께서는 다음의 권리를 가집니다.

1. **목적 범위외의 제공 · 활용 중단 요청**
   고객님의 개인신용정보를 동의서에 명시된 목적 이외의 목적으로 제공 · 활용하거나 동의서에 명시된 제공받는 자 외의 자에게 제공한 사실이 있는 경우에는 즉시 제공 · 활용의 중단을 요청하실 수 있습니다.

2. **조회 · 열람 및 정정 청구 권리**
   AIG 생명이 보유하고 있는 고객님의 정보를 언제든지 열람하실 수 있으며, 만일 잘못된 정보가 있는 경우에는 정정을 요구하실 수 있습니다.

3. **제공 사실 통보 요구 권리**
   AIG 생명이 고객님의 정보를 제3자에게 제공한 사실이 있는 경우에 고객님께서는 정보 제공사실 통보를 요구하실 수 있습니다.

4. **전화수신거부**
   AIG 생명과 고객님이 개인신용정보 제공에 동의한 자로부터 마케팅전화를 못하도록 요청할 수 있습니다.

5. **개인신용정보의 제공 활용에 대한 동의 철회**
   기 동의한 신용정보 및 활용에 대한 동의를 철회하여 AIG 생명과 고객님이 개인신용정보 제공에 동의한 자로부터 전화, 이메일 등 직접 마케팅을 하지 못하도록 요청할 수 있습니다.

위 권리를 행사하시기 위해서는 회사 대표전화(1588-9898)로 전화하시거나 저희 회사 지점 또는 고객플라자에 내방하여 서면으로 신청하여 주시기 바랍니다.