무배당 암진단특약 (갱신형) 약관

무배당 암진단특약 (갱신형) 약관

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 체결 및 소멸】

① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사”라 합니다)

② 제1항에도 불구하고 주계약의 보장개시일 이후에 계약자가 이 특약을 청약하는 경우에도 회사의 승낙을 얻어 주계약에 부가하여 이 특약을 체결할 수 있습니다.

③ 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

1. 주계약이 해지 및 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우
2. 피보험자(보험대상자)가 사망하거나 장해분류표(별표3 참조) 중 “동일한 재해(별표2 “재해분류표”에서 정한 재해를 말하며, 이하 “재해”라 합니다)” 또는 “재해 이외의 동일한 원인”으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 80% 이상인 장해상태가 되었을 경우
3. 특약의 보험기간 중 피보험자(보험대상자)에게 제14조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 보험금의 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

④ 제3항 제2호에도 불구하고 피보험자(보험대상자)가 “동일한 재해” 또는 “재해 이외의 동일한 원인”으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 80% 이상인 장해상태가 되는 경우에도 주계약이 소멸하지 아니하는 경우에는 이 특약도 소멸하지 아니합니다.

⑤ 제3항 제2호의 경우 이 특약의 보험기간 중 피보험자(보험대상자)가 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계 등록 등에 관한 법률에서 정한 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.

⑥ 제3항 제2호 및 제4항의 경우 재해로 인하여 장해상태가 되고 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 기준으로 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표3 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑦ 제6항에 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.

⑧ 제3항 제2호 및 제4항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표3 참조)상 “두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위”에서 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.

⑨ 제3항 제2호 및 제4항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑩ 제3항 제2호 및 제4항의 경우 “동일한 재해” 또는 “재해 이외의 동일한 원인”으로 인하여 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도

로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑪ 제10항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(별표3 참조)상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑫ 제3항 제2호, 제4항 및 제10항의 "동일한 재해"의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
⑬ 이 특약이 주계약의 최초 체결시 함께 부가되거나 제2항에 따라 주계약에 최초로 부가되는 경우에는 이를 "최초계약"이라 하며, 이후 특약의 보험기간 만료후 제5조(특약의 갱신)에 의하여 특약이 갱신되는 경우에는 이를 "갱신계약"이라 합니다.

제2조【피보험자(보험대상자)의 범위】
이 특약의 피보험자(보험대상자)는 주계약의 피보험자(보험대상자)로 합니다.

제3조【특약의 무효】
피보험자(보험대상자)가 계약일부터 제8조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시일) 제6항에서 정한 암보장개시일 전일 이전에 제11조("암", "기타피부암" 및 "갑상샘암"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 "암"으로 진단 확정되어 있는 경우에 회사는 이 특약을 무효로 하며 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

제4조【특약 내용의 변경】
① 회사는 계약자가 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 이 특약도 주계약의 변경 내용에 따라 같은 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 기재하여 드립니다.
② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제16조(해약환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.
③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제5조【특약의 갱신】
① 이 특약은 주계약이 갱신되고 계약자가 이 특약의 보험료 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 특약의 연체된 보험료 및 갱신 후 특약의 제1회 보험료를 납입한 경우에 한하여 갱신되어 계속 유지됩니다.
② 제1항에도 불구하고 다음 중 한가지에 해당하는 경우에 이 특약은 갱신되지 아니합니다.
1. 계약자가 특약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 특약을 갱신하지 아니한다는 뜻을 회사에 통지한 경우
2. 갱신되는 특약의 보험기간 만료일이 피보험자(보험대상자)의 나이가 80세가 되는 계약해당일을 초과하는 경우
3. 특약의 보험기간 중 피보험자(보험대상자)에게 제14조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 암진단급여금의 지급사유가 발생한 경우

③ 제1항에 따라 특약이 갱신되는 경우에 갱신 후 약관은 갱신 전 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 관련 법령의 개정 및 금융위원회의 명령에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관을 갱신 후 약관으로 적용합니다.
④ 제1항에 따라 특약이 갱신되는 경우에 보험료, 책임준비금 등은 갱신일 현재 피보험자(보험대상자)의 나이 및 최종으로 변경된 보험요율을 기준으로 계산됩니다.

⑤ 제15조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따라 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 제1항에 따라 특약이 갱신되는 경우 특약의 보험료 납입은 더 이상 면제되지 아니하며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.
⑥ 회사는 갱신되는 특약의 변경 내용 및 갱신되는 특약의 보험료 등을 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 서면으로 통지하여 드립니다.

제6조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제16조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 제1항에 의하여 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제7조【특약의 보험기간】
① 이 특약의 보험기간은 5년 만기 갱신으로 하며, 갱신시 회사가 정한 방법에 따라 보험기간을 변경하여 적용할 수 있습니다.
② 제1항에도 불구하고 갱신일부터 최종으로 갱신되는 특약의 보험기간 만료일까지의 기간이 5년(갱신시 보험기간이 변경된 경우에는 변경된 보험기간) 미만인 경우에는 갱신일부터 최종으로 갱신되는 특약의 보험기간 만료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제2관 보험료의 납입 (계약자의 주된 의무)

제8조【보험료의 납입 및 회사의 보장개시일】
① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약의 부가시에 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다. 그러나 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항에 따라 이 특약을 체결하는 경우에는 회사가 정한 방법에 따라 특약의 제1회 보험료를 납입하는 날을 기준으로 하여 계산된 보험료를 특약의 보험료 납입기간동안 납입하여야 합니다.
② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 완료되었으나 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.
④ 제2항에서 주계약의 보험료와 함께 특약의 보험료를 선납하는 경우에는 특약의 잔여 보험료 납입기간을 초과하는 기간에 해당하는 특약의 보험료를 선납할 수 없습니다.
⑤ 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우에는 갱신 전 특약의 보험기간 만료일의 다음날을 보장개시일로 합니다. 그러나, 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항에 따라 특약의 최초계약이 체결된 경우에는 제1회 보험료를 받은 때부터 이 특약이 정한 바에 따라 보장을 합니다
⑥ 제5항에도 불구하고 제11조(“암”, “기타피부암” 및 “갑상샘암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암” 보장에 대한 최초계약의 보장개시일은 최초계약의 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 하며, 갱신계약의 경우에는 갱신 전 특약의 보험기간 만료일의 다음날(이하 “암보장개시일”이라 합니다)로 합니다.

제9조【보험료 납입연체시 특약의 해지】

① 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 특약을 준용합니다.
② 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되는 경우에는 이 특약도 함께 해지됩니다.
③ 계약자가 주계약의 보험료를 납입하고 특약의 보험료를 납입하지 아니하였을 때에는 납입기일 다음날부터 납입기일이 속하는 달의 다음달 말일까지를 이 특약의 납입최고(독촉)기간으로 하며, 회사는 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 특약을 해지합니다. 다만, 이 경우에도 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
④ 제2항 및 제3항에 따라 특약이 해지된 경우에는 회사는 해약환급금을 지급합니다.

제10조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제8조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시일) 제5항 및 제6항을 준용합니다.

제3관 보험금의 지급 (회사의 주된 의무)

제11조【“암”, “기타피부암” 및 “갑상샘암”의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에서 “암”이라 함은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류 중 별표4(대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상샘암 제외))에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암)), 분류번호 C73(갑상샘의 악성신생물(암)) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
② 제1항에서 정한 암으로 분류되는 질병에서 “유방암”은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C50(유방의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
③ 이 특약에서 “기타피부암”이라 함은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
④ 이 특약에서 “갑상샘암”이라 함은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상샘의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
⑤ “암”, “기타피부암” 및 “갑상샘암”의 진단 확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 “암”, “기타피부암” 및 “갑상샘암”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 입증할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제12조【“상피내암”의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에서 “상피내암”이라 함은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류 중 별표5(상피내의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

② 상피내암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 상피내암으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 입증할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제13조【"경계성 종양"의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에서 "경계성 종양"이라 함은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류 중 별표6(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

② 경계성 종양의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 경계성 종양으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 입증할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제14조【보험금의 종류 및 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자(보험대상자)에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 약정한 보험금(별표1 "보험금 지급기준표" 참조)을 지급합니다.

1. 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 피보험자(보험대상자)가 암으로 진단이 확정되었을 경우: 암진단급여금을 지급 (단, 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급합니다)
2. 특약의 보험기간 중 피보험자(보험대상자)가 기타피부암으로 진단이 확정되었을 경우: 기타피부암진단급여금을 지급 (단, 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급합니다)
3. 특약의 보험기간 중 피보험자(보험대상자)가 상피내암으로 진단이 확정되었을 경우: 상피내암진단급여금을 지급 (단, 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급합니다)
4. 특약의 보험기간 중 피보험자(보험대상자)가 경계성종양으로 진단이 확정되었을 경우: 경계성종양진단급여금을 지급 (단, 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급합니다)
5. 특약의 보험기간 중 피보험자(보험대상자)가 갑상샘암으로 진단이 확정되었을 경우: 갑상샘암진단급여금을 지급 (단, 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급합니다)

제15조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 특약의 최초계약 또는 갱신계약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우(단, 갱신계약의 경우 갱신계약의 보장개시일 이후에 새로이 발생한 보험료 납입면제 사유에 한하며, 갱신계약의 보장개시일 이전에 발생한 보험료 납입면제 사유는 적용하지 아니합니다)에 이 특약의 최초계약 또는 갱신계약의 해당 보험료 납입기간 중 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

② 피보험자(보험대상자)가 특약의 보험기간 중 최초계약의 보장개시일 이후에 사망하여 그 후에 암, 기타피부암, 상피내암, 경계성종양, 갑상샘암을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 사망일을 진단확정일로 보아 제14조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호 내지 제5호에서 정한 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 최초계약의 경우 암보장개시일의 전일 이전에 암으로 진단이 확정된 경우는 제외합니다.

③ 갱신계약의 경우 제14조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호 내지 제5호에서 정한 진단급여금은 갱신계약의 보험기간별로 각각 1회에 한하여 지급합니다.

④ 제14조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 질병으로 보험금 지급 사유가 발생한 경우에 청약일부터 과거 5년 이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우는 보장에서 제외합니다.
⑤ 제4항에도 불구하고 청약일 이전에 발생한 질병이라고 하더라도 청약일 이후 5년을 경과하는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 경과한 이후에는 제14조(보험금의 종류 및 지급사유)에 따라 보장하여 드립니다.
⑥ 제5항의 '청약일 이후 5년을 경과하는 동안'이라 함은 제9조(보험료의 납입연체시 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
⑦ 제10조(보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활이 발생한 경우 부활일을 제4항의 청약일로 하여 제4항 내지 제6항을 적용합니다.

제16조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4관 보험금 지급 등의 절차

제17조【보험금 등 청구시 구비서류】
① 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해약환급금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서 (회사양식)
2. 사고증명서 (진단서(병명기입), 진료기록부 등)
3. 신분증 (주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금 수령 또는 계약자가 해약환급금 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제18조【보험금 등의 지급】
① 회사는 제17조(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 지급합니다. 다만, 보험금의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
② 회사가 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표7 "보험금 지급시의 적립이율 계산"과 같습니다.

제5관 기타사항

제19조【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】
① 이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

(별표1)

보험금 지급기준표

(기준: 특약보험가입금액 1구좌)

⑴ 암진단급여금 (약관 제14조 제1호)

지 급 사 유	특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 피보험자(보험대상자)가 암으로 진단이 확정되었을 경우 (단, 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급하며, 최초계약의 경우 암보장개시일부터 90일 이내에 “유방암”으로 진단확정시에는 10,000원을 지급하고 더 이상 암진단급여금을 지급하지 아니합니다)
지 급 금 액	100,000원 (단, 최초계약의 계약일부터 만1년이 지난 보험계약해당일의 전일 이전에 암진단급여금의 지급사유가 발생하였을 경우에는 50,000원을 지급합니다)

⑵ 기타피부암진단급여금 (약관 제14조 제2호)

지 급 사 유	특약의 보험기간 중 피보험자(보험대상자)가 기타피부암으로 진단이 확정되었을 경우 (단, 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급합니다)
지 급 금 액	10,000원 (단, 최초계약의 계약일부터 만1년이 지난 보험계약해당일의 전일 이전에 기타피부암진단급여금의 지급사유가 발생하였을 경우에는 5,000원을 지급합니다)

⑶ 상피내암진단급여금 (약관 제14조 제3호)

지 급 사 유	특약의 보험기간 중 피보험자(보험대상자)가 상피내암으로 진단이 확정되었을 경우 (단, 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급합니다)
지 급 금 액	10,000원 (단, 최초계약의 계약일부터 만1년이 지난 보험계약해당일의 전일 이전에 상피내암진단급여금의 지급사유가 발생하였을 경우에는 5,000원을 지급합니다)

⑷ 경계성종양진단급여금 (약관 제14조 제4호)

지 급 사 유	특약의 보험기간 중 피보험자(보험대상자)가 경계성종양으로 진단이 확정되었을 경우 (단, 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급합니다)
지 급 금 액	20,000원 (단, 최초계약의 계약일부터 만1년이 지난 보험계약해당일의 전일 이전에 경계성종양진단급여금의 지급사유가 발생하였을 경우에는 10,000원을 지급합니다)

⑸ 갑상샘암진단급여금 (약관 제14조 제5호)

지 급 사 유	특약의 보험기간 중 피보험자(보험대상자)가 갑상샘암으로 진단이 확정되었을 경우 (단, 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급합니다)
지 급 금 액	20,000원 (단, 최초계약의 계약일부터 만1년이 지난 보험계약해당일의 전일 이전에 갑상샘암진단급여금의 지급사유가 발생하였을 경우에는 10,000원을 지급합니다)

㈜ 1. 최초계약에 대한 암보장개시일은 최초계약의 계약일(부활(효력회복)일)부터 그 날을

포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 하고 갱신계약에 대한 암보장개시일은 갱신 전 특약의 보험기간 만료일의 다음날로 합니다.

2. 갱신계약의 경우 기타피부암진단급여금, 상피내암진단급여금, 경계성종양진단급여금 또는 갑상샘암진단급여금은 갱신계약의 보험기간별로 각각 1회에 한하여 지급합니다.

(별표2)

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 보장)
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
⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U49, U80~U89)에 해당하는 질병

㈜ ( )안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행)상의 분류번호이며, 제6차 개정 이후 상기 재해 이외에 위 1 및 2의 각 호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함합니다.

(별표3)

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 치료종결후 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 0.02이하로 된 때	35%
4) 한 눈의 교정시력이 0.06이하로 된 때	25%
5) 한 눈의 교정시력이 0.1이하로 된 때	15%
6) 한 눈의 교정시력이 0.2이하로 된 때	5%
7) 한 눈의 안구에 뚜렷한 운동장해나 뚜렷한 조절기능장해를 남긴 때	10%
8) 한 눈의 시야가 좁아지거나 반맹증, 시야협착, 암점을 남긴 때	5%
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10%
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	5%

나. 장해판정기준

1) 시력장해의 경우 공인된 시력검사표에 따라 측정합니다.
2) “교정시력”이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)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 외상후 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 피보험자(보험대상자)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 90dB이상인 경우를 말합니다.
3) “심한 장해를 남긴 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰소리를 알아듣지 못하는 경우를 말합니다.
4) “약간의 장해를 남긴 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB이상인 경우에 해당되어, 50cm이상의 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 1/2이상 결손된 경우를 말하며, 귓바퀴의 결손이 1/2미만이고 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 (외모의/두부 또는 안면부)흉터
   ③ 직경 5cm 이상의 조직함몰
   ④ 코의 1/2이상 결손
2) 머리
   ① 손바닥 크기 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
   ② 머리뼈의 손바닥 크기 이상의 손상 및 결손
3) 목

손바닥 크기 이상의 추상(추한 모습)

라. 약간의 추상(추한 모습)

1) 얼굴
① 손바닥 크기 1/4 이상의 추상(추한 모습)
② 길이 5cm 이상의 (외모의/두부 또는 안면부)흉터
③ 직경 2cm 이상의 조직함몰
④ 코의 1/4이상 결손
2) 머리
① 손바닥 1/2 크기 이상의 반흔(흉터), 모발결손
② 머리뼈의 손바닥 1/2 크기 이상의 손상 및 결손
3) 목
손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

마. 손바닥 크기

"손바닥 크기"라 함은 해당 환자의 수지를 제외한 수장부의 크기를 말하며, 통산 12세 이상의 성인에서는 8×10㎝(1/2 크기는 40㎠, 1/4 크기는 20㎠), 6~11세의 경우는 6×8㎝(1/2 크기는 24㎠, 1/4 크기는 12㎠), 6세 미만의 경우는 4×6㎝ (1/2 크기는 12㎠, 1/4 크기는 6㎠)로 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 2마디이상 수술하거나 하나의 추간판이라도 2회이상 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 손목이상을 잃었을 때	100%
2) 한 팔의 손목이상을 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 치유후의 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 손목이상을 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 장

해부위의 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 1/4이하로 제한된 경우

② 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “1등급(Trace)”인 경우

다) “뚜렷한 장해”라 함은

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

라) “약간의 장해”라 함은

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

7) “가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 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 3대 관절중 1관절에 기능장해가 생기고 다른 1관절에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산합니다.

9. 다리의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 두 다리의 발목이상을 잃었을 때	100%
2) 한 다리의 발목이상을 잃었을 때	60%
3) 한 다리의 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%

장해의 분류	지급률
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 치유후의 관절에 기능장해가 생긴 경우)와 일시적인 장해에 대하여는 장해보상을 하지 아니합니다.
3) “다리”라 함은 엉덩이관절(股關節)로부터 발목관절까지를 말합니다.
4) “다리의 3대 관절”이라 함은 고관절, 무릎관절 및 발목관절을 말합니다.
5) “한 다리의 발목이상을 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, 관절기능장해를 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 1/4이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
      ③ 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “1등급(Trace)”인 경우
   다) “뚜렷한 장해”라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
   라) “약간의 장해”라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우

7) “가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말합니다.
8) “가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때”라 함은 경골과 종아리뼈중 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 3대 관절중 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(1손가락 마다)	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(1손가락 마다)	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 제

1, 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%
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) 리스프랑 관절 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 운동 영역이 정상운동가능영역의 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 3/4이상을 잘라내었을 때
   ③ 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
3) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때”라 함은
   ① 비장 또는 한쪽의 신장 및 한쪽의 폐를 잘라내었을 때
   ② 장루, 요도루, 방광누공, 요관 장문합이 남았을 때
   ③ 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착으로 인공요도가 필요한 때
   ④ 음경의 1/2이상이 결손되었거나 질구 협착 등으로 성생활이 불가능한 때
   ⑤ 항문 괄약근의 기능장해로 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기의 장해로 인하여 일상생활 기본동작에 제한이 있는 경우 “(붙임) 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표”에 따라 장해를 평가하고 둘 중 높은 지급률을 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%
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 단기간내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위내에서 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 치

료를 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(뇌SPECT 등)
- 정신과 혹은 신경정신과 전문의가 시행하고 보고서를 작성하는 심리학적 평가보고서

⑥ 각종 기질성 정신장해와 외상후 간질에 한하여 보상합니다.

⑦ 외상후 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 간병인은 생명유지를 위한 동작 및 행동이 불가능하거나 지속적인 감금을 요하는 상태에 한하여 인정합니다. 간병의 내용에서는 생명유지를 위한 간병과 행동감시를 위한 간병을 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 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장해가 3분이상 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
이동 동작	- 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 방밖을 나올 수 없는 상태	40%
	- 휠체어 또는 다른 사람의 도움 없이는 방밖을 나올 수 없는 상태	30%
	- 목발 또는 walker를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태	20%
	- 독립적인 보행은 가능하나 파행이 있는 상태, 난간을 잡지않고는 계단을 오르고 내리기가 불가능한 상태, 계속하여 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태	10%
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 변기위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 화장지로 닦고 옷을 입는 일에 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태	15%
	- 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변후 뒤처리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태	10%
	- 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2시간 이상 계속되는 업무(운전, 작업, 교육 등)를 수행하는 것이 어려운 상태	5%
목욕	- 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%

(별표4)

대상이 되는 악성신생물(암) 분류표 (기타피부암 및 갑상샘암 제외)

약관에서 정하는 악성신생물(암)로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물(암)	C00-C14
2. 소화기관의 악성신생물(암)	C15-C26
3. 호흡기 및 가슴내 장기의 악성신생물(암)	C30-C39
4. 뼈 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40-C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성신생물(암)	C45-C49
7. 유방의 악성신생물(암)	C50
8. 여성 생식기관의 악성신생물(암)	C51-C58
9. 남성 생식기관의 악성신생물(암)	C60-C63
10. 요로의 악성신생물(암)	C64-C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부위의 악성신생물(암)	C69-C72
12. 부신의 악성신생물(암)	C74
13. 기타 내분비샘 및 관련 구조물의 악성신생물(암)	C75
14. 불명확한, 속발성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)	C76-C80
15. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)	C81-C96
16. 독립된(원발성) 다발성 부위의 악성신생물(암)	C97
17. 진성 적혈구 증가증	D45
18. 골수 형성이상 증후군	D46
19. 만성 골수증식성 질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판 증가증	D47.3
21. 림프종모양 구진증	L41.2

㈜ 1. 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

2. 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44) 및 갑상샘의 악성신생물(암)(분류번호 C73)은 상기분류표에서 제외합니다.

(별표5)

상피내의 신생물 분류표

약관에서 정하는 상피내의 신생물로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행) 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 호흡기계통의 상피내 암종	D02
4. 상피내의 흑색종	D03
5. 피부내 상피내 암종	D04
6. 유방의 상피내 암종	D05
7. 자궁목의 상피내 암종	D06
8. 기타 및 상세 불명 생식기관의 상피내 암종	D07
9. 기타 및 상세 불명 부위의 상피내 암종	D09

제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표6)

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에 정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행) 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 및 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 신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비샘의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물	D47 (D47.1, D47.3 제외)
10. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48
11. 달리 분류되지 않은 랑게르한스 세포 조직구증	D76.0

㈜ 1. 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

2. 만성 골수증식성 질환(분류번호 D47.1), 본태성(출혈성) 혈소판 증가증(분류번호 D47.3)은 “9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물”에 포함되지 않는 것으로 보아 상기 분류표에서 제외됩니다.

(별표7)

보험금 지급시의 적립이율 계산 (제18조 제2항 관련)

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
암진단급여금 기타피부암진단급여금 상피내암진단급여금 경계성종양진단급여금 갑상샘암진단급여금 (제14조 제1호 내지 제5호)	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간	보험계약대출이율
해약환급금 (제16조 제1항)	해약환급금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 해약환급금 청구일까지의 기간	1년이내 : 예정이율의 50% 1년초과기간 : 1%
	해약환급금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간	예정이율+1%
	지급기일의 다음날부터 해약환급금 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

㈜ 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 일자 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

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