무배당 AIG 실버스타 건강보험

약 관

아메리카 인터내셔날 어슈어런스 캄파니 한국지점

무배당 AIG 실버스타 건강보험 약관

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 이 계약에 적합하지 아니한 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부담보 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증등)을 부과하여 인수할 수 있습니다.
③ 회사는 계약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 아니하는 계약(이하 “ 무진단계약”이라 합니다)은 청약일, 건강진단을 받는 계약(이하 “ 진단계약”이라 합니다)은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 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 지체없이 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 청약서부본을 전자문서로 송신하고 계약자 또는 그 대리인이 당해 문서를 수신하였을 때에는 약관 및 청약서부본을 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 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)
다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.
1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약체결시까지 보험대상자(피보험자)의 서면에 의한 동의를 얻지 아니한 경우.
2. 만 15세 미만자, 심신상실자 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)에 뒷면에 기재하여 드립니다.
1. 보험종목
2. 보험료의 수금방법 및 납입기간

3. 계약자 또는 보험금을 받을 자(보험수익자)
4. 기타 계약의 내용

② 회사는 계약자가 제1회 보험료를 납입한 때부터 1년 이상 경과된 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 때에는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.

③ 계약자가 제1항 제5호에 의하여 보험금을 받을자(보험수익자)를 변경하고자 할 때에는 제20조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정하는 보험금 또는 급여금 지급사유(이하 " 보험금 또는 급여금 지급사유"라 합니다)가 발생하기 전에 보험대상자(피보험자)의 동의를 얻어야 합니다.

제 6 조 (예정치매자발생율의 변경에 따른 보험료 및 보험금의 변동)

① 회사는 계약 체결 후 5년이 경과한 때부터 예정치매자발생율의 조정이 필요한 경우에 금융감독위원회의 인가를 얻어 예정치매자발생율을 변경하여 적용할 수 있습니다.

② 제 1항에 따라 예정치매자발생율을 변경하는 경우에는 변경하기 15일 이전까지 예정치매자발생율의 변경사유 및 변경으로 인한 보험료, 보험가입금액 또는 보험금의 변동 내역 등에 대하여 계약자에게 서면으로 알려 드립니다. 단, 예정위험율 인하시에는 보험금(치매진단급여금)을 증액하며, 증액내역 등에 관하여 계약자에게 서면으로 알려 드립니다.

③ 제 1항에 의하여 예정치매자발생율이 변경된 경우에는 변경시점부터 장래에 향하여 변경된 위험률을 기준으로 보험료 및 책임준비금을 계산합니다.

④ 계약자가 보험료 인상분과 " 책임준비금 인상분"을 일시에 납입 또는 잔여 보험료 납입기간(단, 일시납과 보험료 납입이 완료된 경우에는 일시에 납입)동안 납입하는 경우에는 보험금 또는 보험가입금액을 감액하지 아니합니다.

⑤ 제 4항에도 불구하고, 제 1항의 예정치매자발생율 변경으로 보험료 또는 책임준비금이 인상된 경우에 변경후 인상분을 납입하지 않았을 경우 회사가 정한 방법에 따라 보험금 또는 보험가입금액을 감액하여 적용합니다.

제 7 조 (계약자의 임의해지)

계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제24조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 8 조 (계약의 소멸)

보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 제20조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호의 재해사망보험금 지급사유가 발생하거나 재해(별표2 " 재해분류표"에서 정한 재해, 이하 " 재해"라 합니다) 이외의 원인으로 사망하여 이 약관에서 규정하는 보험금 또는 급여금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제 9 조 (보험나이)

① 이 약관에서의 보험대상자(피보험자)의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 단, 제4조(계약의 무효) 제2호의 경우에는 실제 만나이를 적용합니다.

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

보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제 10 조 (제1회 보험료 및 회사의 보장개시일)

① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때(자동이체납입 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 제1회 보험료를 받은 날을 " 보장개시일"이라 하며, 보장개시일을 보험계약일로 봅니다)

② 회사가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 또는 급여금 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. 제28조(계약전 알릴의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우
2. 제27조(계약전 알릴의무)에 의하여 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 회사에 알린 내용 또는 건강진단 내용이 보험금 또는 급여금 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 제2항의 규정에도 불구하고 제15조(“ 치매상태” 의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 치매상태에 대한 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 만2년이 되는 날의 다음날(이하 “ 치매보장개시일” 이라 합니다)로 하며, 그 날로부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 단, 재해로 인한 뇌의 손상으로 인하여 치매상태가 발생한 경우에는 제1항에서 정한 보장개시일을 치매보장개시일로 합니다.

제 11 조 (제2회 이후 보험료의 납입)
① 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.
② 제6조(예정위험률의 변경에 따른 보험료 및 보험금 등의 변동) 제5항에 따라 계약자가 보험료 인상분 또는 책임준비금 인상분을 납입하는 경우, 제2회 이후의 보험료는 보험료 인상분 또는 책임준비금의 인상분을 포함한 보험료를 말합니다.

제 12 조 (보험료의 자동대출납입)
① 계약자는 제13조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의한 보험료의 납입최고(독촉)기간이 경과되기 전까지 보험료의 자동대출납입을 서면으로 신청할 수 있으며, 이 경우 제38조(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 제24조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제 13 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 최고(독촉)하고 납입최고(독촉)기간안에 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 계약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금 또는 급여금을 지급합니다.
② 제1항에 불구하고 회사의 방문수금 불이행 또는 은행 납입통지서의 미교부, 자동이체 미신청 등 회사의 책임있는 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 재교부일부터 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)기간안에 연체된 보험료를 납입하여야 한다는 내용과 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 계약이 해지됨을 납입최고(독촉)기간이 끝나기 15일 이전까지 서면 또는 전화(음성녹음)로 알려 드립니다.
④ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 해약환급금을 지급합니다.

제 14 조 (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))
① 제13조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 아니한 경우 계약자는 해지된 날로부터 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% 범위내에서 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다.
② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제1조(보험계약의 성립) 제2항 내지 제4항, 제10조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시일), 제27조(계약전 알릴의무), 제28조(계약전 알릴의무 위반의 효과) 및 제29조(계약취소권의 행사제한)를 준용합니다.

보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제 15 조 (“ 치매상태” 의 정의 및 진단확정)

① 이 계약에 있어서 “ 치매상태” 라 함은 보험대상자(피보험자)가 계약일 이후에 발생한 재해 또는 치매보장개시일 이후에 “ 한국표준질병사인분류 중 기질성(器質性) 치매 분류표(별표4 “ 기질성(器質性) 치매 분류표” 참조, 이하 “ 기질성(器質性) 치매 분류표” 라 합니다.)에서 정한 질병으로 인하여 “ 기질성(器質性) 치매(organic dementia) 상태” 가 되고 이로 인하여 “ 인지기능의 장애” 가 발생한 상태를 말합니다.

② 제 1항에서 정한 “ 인지기능의 장애” 라 함은 다음 중 제1호에서 정한 한국형간이인지기능[MMSE-K(Mini-mental state examination, Korean version), 1989년]의 선별검사 결과가 19점 이하(단, 이와 동등하다고 국내 의학계에서 일반적으로 인정되는 검사 방법을 사용하여 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다)이고 동시에 다음 중 제 2호에서 정한 CDR 척도(Clinical dementia rating scale, 2001년) 검사 결과가 3점 이상(단, 이와 동등하다고 국내 의학계에서 일반적으로 인정되는 검사 방법을 사용하여 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다)에 해당되는 상태로서 그 상태가 치매보장개시일 이후에 발생하고 발생시점부터 90일 이상 계속되어 장래에 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 상태를 말합니다.

1. “ 한국형간이인지기능(MMSE-K, 1989년)” 은 인지기능 선별검사로서 점수의 범위는 0~30점까지이며, 점수가 낮을수록 중증(重症)을 의미합니다.
2. “ CDR 척도(2001년)” 는 치매관련 전문의가 실시하는 전반적인 인지기능 및 사회기능정도를 측정하는 검사로서 전체점수구성은 0, 0.5, 1, 2, 3, 4, 5로 되어 있으며, 점수가 높을수록 중증(重症)을 의미합니다.

③ “ 치매상태” 발생시의 진단은 보험대상자(피보험자)를 진료하고 있는 해당분야 전문의 자격증을 가진 의사에 의해 객관적인 소견을 기초로 내려져야 하며, 그 진단일부터 90일이 경과된 이후에 회사가 보험대상자(피보험자)의 “ 치매상태” 가 계속하여 지속되었음을 확인함으로써 제 1항에서 정한 “ 치매상태” 로 최종 진단확정 됩니다.

④ 제 1항에도 불구하고 “ 정신분열병이나 우울증과 같은 정신질환으로 인한 인지기능의 장애” 및 “ 알콜중독, 의사의 처방에 의하지 않는 약물의 투여로 인한 인지기능의 장애” 는 보장대상에서 제외합니다.

제 16 조 (“ 중대한 수술” 의 정의)

이 계약에 있어서 “ 중대한 수술” 이라 함은 별표 7 “ 중대한 수술” 의 정의에서 정한 “ 관상동맥우회술” , “ 대동맥류 인조혈관치환수술” , “ 심장판막수술” , “ 5 대장기이식수술” 을 말합니다.

제 17 조 (“ 수술” 의 정의)

이 계약에 있어서 “ 수술” 이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “ 의사” 라 합니다)가 재해 또는 노인성질환(별표5 “ 5대 노인성질환 분류표” 에서 정하는 질병, 이하 “ 노인성질환” 이라 합니다)의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 수술기구를 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)BLOCK은 제외합니다.

제 18 조 (“ 재해골절” 의 정의)

이 계약에 있어서 “ 재해골절” 이라 함은 재해로 인하여 뼈의 구조상의 연속성이 완전하게 또는 불완전하게 끊어진 상태로서 별표6 재해골절분류표에서 정한 재해골절(이하 “ 재해골절” 이라 합니다) 진단을 받은 경우를 말합니다.

제 19 조 (“ 입원” 의 정의와 장소)

이 계약에 있어서 “ 입원” 이라 함은 의사가 재해 또는 노인성질환의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 20 조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험대상자(피보험자)에게 다음 사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받을자(보험수익자)에게 약정한 보험금 또는 급여금을 지급합니다. (별표 1 “ 보험금 지급기준표” 참조)

1. 보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 발생한 재해로 인하여 사망하거나 장해분류표(별표3 “ 장해분류표” 참조, 이하 “ 장해분류표” 라 합니다) 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 합산한 장해 지급률이 80% 이상인 장해상태가 되었을 경우: 재해사망보험금
2. 보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 발생한 재해로 인하여 장해분류표에서 정한 장해지급률 중 3% 이상 80% 미만에 해당하는 장해상태가 되었을 경우: 재해장해급여금
3. 보험대상자(피보험자)가 치매보장개시일 이후에 치매상태로 최종 진단 확정되었을 때: 치매진단급여금 (최초 1회에 한함)

4. 보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 노인성질환으로 4일 이상 계속하여 입원하였을 때: 노인성질환입원급여금(3일 초과 1일당, 1회 30일 한도, 계약일로부터 2년 경과된 보험계약 해당일 전일 이전에 입원시 50%를 지급합니다.)
   (※ 노인성질환: 허혈성심장질환, 뇌출혈, 신부전증, 간경화, 만성폐질환)
5. 보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 노인성질환으로 수술을 받았을 때: 노인성질환수술급여금(수술 1회당, 계약일로부터 2년 경과된 보험계약 해당일 전일 이전에 수술시 50%를 지급합니다.)
   (※ 노인성질환: 허혈성심장질환, 뇌출혈, 신부전증, 간경화, 만성폐질환)
6. 보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 재해가 직접적인 원인이 되어 4일 이상 계속하여 입원하였을 때: 재해입원급여금(3일 초과 1일당, 1회 120일 한도)
7. 보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 재해로 인하여 재해수술을 받았을 경우: 재해수술급여금(수술1회당)
8. 보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 재해골절로 진단시: 재해골절급여금(사고발생 1회당)
9. 보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 중대한 수술을 받았을 때: 중대한수술급여금(최초 1회한, 계약일로부터 2년 경과된 보험계약 해당일 전일 이전에 수술시 50%를 지급합니다.)
   (※ 중대한 수술: 관상동맥우회술, 대동맥류인조혈관치환수술, 심장판막수술, 5대장기이식수술)
10. 보험대상자(피보험자)가 보험기간이 끝날 때까지 살아있을 경우(장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 80% 이상인 장해상태가 되었을 경우는 제외): 만기축하금

제 21 조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험대상자(피보험자)가 보험료 납입기간 중 치매보장개시일 이후에 치매상태로 진단확정 되거나 보장개시일 이후에 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 50% 이상 80% 미만인 장해상태가 되었을 때, 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 50% 이상인 장해상태가 되었을 때에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

② 보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 재해 이외의 원인으로 사망한 경우에는 사망 당시의 책임준비금을 지급하여 드리고 이 계약은 그때부터 효력을 가지지 아니합니다.

③ 제8조(계약의 소멸) 및 제20조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호는 보험기간 중 보험대상자(피보험자)의 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 호적에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.

④ 제1항 및 제 8조(계약의 소멸) 및 제20조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호의 경우 재해로 인하여 장해상태가 되고 장해지급률이 재해일로부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일로부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑤ 제4항에 의하여 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 재해일로부터 2년 이내)중에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태(사망포함)를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑥ 이 계약에 있어서「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑦ 제1항 및 제 8조(계약의 소멸) 및 제20조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.

⑧ 제1항 및 제 8조(계약의 소멸) 및 제20조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 " 한시장해" 라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해 지급률의 20%를 한시장해의 지급률로 정합니다.

⑨ 제1항 및 제 8조(계약의 소멸) 및 제20조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 합산하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 제9항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 제 1항 및 제 8조(계약의 소멸) 및 제20조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 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 장해급여금에서 이미 지급받은 장해급여금을 뺀 금액을 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑫ 제 1항 및 제 8조(계약의 소멸) 및 제20조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 그 재해 전에 이미 다음 중 한

가지의 경우에 해당하는 장해가 있었던 보험대상자(피보험자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제11항에 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 보장개시전의 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

⑬ 동일한 재해로 인한 장해지급률은 100%를 한도로 합니다.

⑭ 보험대상자(피보험자)가 치매보장개시일 전에 치매상태로 진단 확정되는 경우에는 납입면제를 하여 드리지 않습니다.

⑮ 제20조(보험금의 종류 및 지급사유) 제3호의 경우 치매진단급여금의 지급사유가 치매보장개시일 이후에 발생한 경우라도 치매보장개시일 이전에 발생한 치매와 인과관계가 있는 경우에는 치매진단급여금을 지급하지 아니합니다.

⑯ 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험금을 받는 자(보험수익자))는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 제20조(보험금의 종류 및 지급사유) 제3호의 치매진단급여금의 전부 또는 일부에 대하여 일시 지급방법으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 이 계약의 예정이율로 할인한 금액을 지급합니다.

⑰ 제20조(보험금의 종류 및 지급사유) 제4호의 노인성질환입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 30일을 최고한도로 합니다.

⑱ 제20조(보험금의 종류 및 지급사유) 제4호의 경우 보험대상자(피보험자)가 동일 질병(이와 의학상 중요한 관계가 있다고 회사가 인정한 질병을 포함합니다. 이하 같습니다)의 치료를 직접적인 목적으로 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 면책기간을 1회만 적용하고 제17항의 규정을 적용합니다. 그러나 동일 질병으로 인한 입원이라도 노인성질환입원급여금이 지급된 최종 입원의 퇴원일부터 180일을 지나서 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

⑲ 제20조(보험금의 종류 및 지급사유) 제6호의 재해입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다.

⑳ 제20조(보험금의 종류 및 지급사유) 제6호의 경우 동일한 재해를 직접적인 원인으로 하여 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 면책기간을 1회만 적용하고 제19항의 규정을 적용합니다. 그러나 동일한 재해에 의한 입원이라도 입원급여금이 지급된 최종의 퇴원일부터 180일을 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

㉑ 제20조(보험금의 종류 및 지급사유) 제6호의 규정에도 불구하고 보험기간 중에 보험대상자(피보험자)에게 재해가 발생하고 보험의 효력이 없어진 경우에도 재해일부터 2년 이내에 그 재해로 인하여 재해입원급여금의 지급사유가 발생한 때에는 회사가 보장을 합니다.

㉒ 보험대상자(피보험자)가 제20조(보험금의 종류 및 지급사유) 제4호 및 제 6호에서 규정한 입원 중에 보험기간이 만료한 때에는 보험기간 만료 후의 계속 입원에 대하여도 제1항의 규정에 따라 계속 입원급여금을 지급합니다.

㉓ 제20조(보험금의 종류 및 지급사유) 제4호의 경우 2년 이내에 입원급여금의 지급사유가 발생하고 그 계속 입원 중에 2년이 경과된 경우에는 그 날로부터 삭감하지 아니합니다.

㉔ 보험대상자(피보험자)가 정당한 이유 없이 의사의 지시에 따르지 않을 경우 노인성질환입원급여금 및 재해입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.

㉕ 보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 동일 재해로 인하여 2가지 이상의 골절(복합골절) 상태가 되더라도 재해골절급여금은 1회만 지급하며, 의학적 처치 및 치료를 목적으로 골절을 시키는 경우에는 재해골절급여금을 지급하지 아니합니다.

㉖ 보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 치매보장개시일 이전에 치매상태로 진단확정을 받은 경우에는 그 날로부터 90일 이내에 계약을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

제 22 조 (보험금을 지급하지 아니하는 보험사고)

① 회사는 다음 중 어느 한가지의 경우에 의하여 보험금 또는 급여금 지급사유가 발생한 때에는 보험금 또는 급여금을 지급하지 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 받을자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우
   그러나, 그 보험금을 받을자(보험수익자)가 보험금 또는 급여금의 일부 보험금을 받을자(보험수익자)인 경우에는 그 보험금을 받을자(보험수익자)에 해당하는 보험금 또는 급여금을 제외한 나머지 보험금 또는 급여금을 다른 보험금을 받을자(보험수익자)에게 지급합니다.

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 보험금 또는 급여금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료도 돌려 드리지 아니합니다.

제 23 조 (전쟁, 기타 변란시의 보험금)

회사는 보험대상자(피보험자)가 전쟁, 기타 변란으로 인하여 제20조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호 내지 제9호의 사유가 발생한 경우 그 수가 보험료 산출기초에 중대한 영향을 미칠 우려가 있다고 인정될 때에는 금융감독위원회의 인가를 얻어 보험금 또는 급여금을 감액하여 드립니다.

제 24 조 (해약환급금)

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

② 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 25 조 (배당금)

이 계약은 무배당보험이므로 계약자 배당금이 없습니다.

제 26 조 (소멸시효)

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

보험계약시 계약자의 계약전 알릴의무 등

제 27 조 (계약전 알릴의무)

계약자 또는 보험대상자(피보험자)는 청약시(진단계약의 경우에는 건강진단시 포함) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 " 계약전 알릴의무" 라 하며, 상법상 " 고지의무" 와 같습니다)합니다. 그러나 의료법 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 28 조 (계약전 알릴의무 위반의 효과)

① 회사는 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 제27조(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 또는 급여금 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 등이라 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 보장 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 제27조(계약전 알릴의무)의 계약전 알릴의무를 위반한 사실이 보험금 또는 급여금 지급사유발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당보험금을 지급하여 드립니다.

제 29 조 (계약취소권의 행사제한)
회사는 보장개시일부터 보험금 또는 급여금 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.

보험금 지급 등의 절차

제 30 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 31 조 (보험금을 받을 자(보험수익자)의 지정)
이 계약에서 계약자가 보험금을 받을자(보험수익자)를 지정하지 아니한 때에는 보험금을 받을자(보험수익자)를 제20조(보험금의 종류 및 지급사유) 제10호의 경우는 계약자, 동조 제1호 내지 제9호의 경우는 보험대상자(피보험자)로 하며, 보험대상자(피보험자)의 사망시는 보험대상자(피보험자)의 상속인으로 합니다.

제 32 조 (대표자의 지정)
① 계약자 또는 보험금을 받을자(보험수익자)가 2인 이상인 경우에는 각 대표자 1인을 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 보험금을 받을자(보험수익자)를 대리하는 것으로 합니다.
② 지정된 계약자 또는 보험금을 받을자(보험수익자)의 소재가 확실하지 아니한 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 보험금을 받을자(보험수익자)보험금을 받을 자(보험수익자)1인에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험금을 받을자(보험수익자)에 대하여도 효력이 미칩니다.
③ 계약자가 2인 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

제 33 조 (보험금 지급사유의 발생통지)
보험금을 받을자(보험수익자)는 제20조(보험금의 종류 및 지급사유)에 정한 보험금 또는 급여금 지급사유 또는 제21(보험금 지급에 관한 세부 규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제사유가 발생하였을 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제 34 조 (보험금등 청구시 구비서류)
① 보험금을 받을 자(보험수익자)또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 급여금, 해약환급금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서 (회사양식)
2. 사고증명서 (사망진단서, 장해진단서, 치매진단서, 수술증명서, 입원증명서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받을자(보험수익자)가 보험금, 급여금 수령 또는 계약자가 해약환급금 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제 35 조 (보험금등의 지급)
① 회사는 제34조(보험금등 청구시 구비서류)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날(단, 제15조(“ 치매상태” 의 정의 및 진단확정) 제3항에서 정한 치매상태의 최종 진단 확정일을 경과하지 않은 경우에는 그 최종진단확정일을 서류를 접수한 날로 봅니다. 이하 같습니다)부터 3영업일 이내에 보험금, 급여금 또는 해약환급금을 지급합니다. 다만, 보험금 또는 급여금의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필

요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금 또는 급여금을 지급합니다.
② 회사는 제20조(보험금의 종류 및 지급사유) 제10호에 해당하는 보험금의 지급시기가 도래할 때에는 도래일 7일이전에 그 사유와 회사가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험금을 받을자(보험수익자)에게 알려드리며, 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표8 " 보험금지급시의 적립이율 계산" 과 같습니다.
③ 계약자, 보험대상자(피보험자) 또는 보험금을 받을자(보험수익자)는 제28조(계약전 알릴의무 위반의 효과) 및 제1항의 보험금 또는 급여금 지급사유조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
④ 회사가 제 1 항의 지급사유 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우, 보험대상자(피보험자)는 정당한 사유가 없는 한 회사가 지정한 의사의 진단, 의료비의 심사, 기타의 조사를 받을 것(진단에 필요한 검사자료 등의 제출을 포함합니다)에 동의하여야 하며, 보험대상자(피보험자)가 지정한 의사와 회사가 지정한 의사가 진단 및 진료내용, 입원기간 등에 대하여 합의하여 정하는 때에는 그에 따라 보험금을 지급하여 드립니다. 그러나, 보험대상자(피보험자)의 의사와 회사의 의사가 합의에 도달하지 못하는 때에는 보험대상자(피보험자)와 회사가 동의하여 제 3 의 의사를 정하고 그 제 3 의 의사의 의견에 따를 수 있습니다. 이 약관에서 " 회사가 지정한 의사" 및" 제 3 의 의사"는 의료법 제 3 조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 중에서 정하며, 이 항의 규정에 의한 의료비용은 회사가 부담합니다.
⑤ 제 1 항, 제 3 항 및 제 4 항에서 규정한 회사의 조사, 확인 또는 진단요청에 대하여 계약자, 보험대상자(피보험자) 또는 보험금을 받는 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 회사가 보험금 또는 급여금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제1항의 지급기일이내에 보험금 또는 급여금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 또는 급여금 가지급제도에 대하여 보험대상자(피보험자) 또는 보험금을 받을자(보험수익자)에게 서면으로 통지하여 드리며, 장해지급률의 판정 및 지급할 보험금 또는 급여금의 결정과 관련하여 보험금 또는 급여금 지급이 지연되는 경우에는 보험금을 받을자(보험수익자)의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금 또는 급여금을 우선적으로 가지급할 수 있습니다.

제 36 조 (보험금 받는 방법의 변경)
① 계약자(보험금 또는 급여금 지급사유 발생 후에는 보험금을 받을자(보험수익자))는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 제20조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호 내지 제3호에 의한 사망보험금, 재해장해급여금 및 치매진단급여금의 전부 또는 일부에 대하여 분할지급 또는 일시지급 방법으로 변경할 수 있습니다.
② 회사는 제1항에 의하여 일시금을 분할하여 지급하는 경우에는 그 미지급금액에 대하여 이 계약의 예정이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급하며, 분할지급금액을 일시금으로 지급하는 경우에는 이 계약의 예정이율로 할인한 금액을 지급합니다.

제 37 조 (계약내용의 교환)
회사는 보험계약의 체결 및 관리 등을 위한 판단자료로서 활용하기 위하여 다음 각호의 사항을 계약자 및 보험대상자(피보험자)의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련단체등에게 제공할 수 있으며, 이 경우 회사는 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 제23조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의)및 동법 시행령 제12조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의 등)의규정을 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 38조 (보험계약대출)
① 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 " 보험계약대출" 이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수 있습니다.
② 계약자는 제1항에 의한 보험계약대출금과 보험계약대출이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 아니한 때에는 보험금, 급여금 또는 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 제 지급금과 상계할 수 있습니다.
③ 회사는 제13조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금과 보험계약대출 원리금을 상계할수 있습니다.

분쟁조정 등

제 39 조 (분쟁의 조정)
계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁 당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 설치된 금융분쟁조정위원회에 조정을 신청할 수 있습니다.

제 40 조 (관할법원)
이 계약에 관한 소송은 계약자의 주소지를 관할하는 법원으로 합니다. 다만, 회사와 계약자가 합의하여 관할법원을 달리 정할 수 있습니다.

제 41 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 42 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 43 조 (회사의 손해배상책임)
회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임 있는 사유로 인하여 발생된 손해에 대하여 관계법규등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.

제 44 조 (준거법)
이 약관에서 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

제 45 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 10구좌 기준)

보험금 또는 급여금	지 급 사 유	지 급 액	
재해사망보험금 (약관 제20조 제1호)	보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 발생한 재해로 인하여 사망하거나 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 합산한 장해 지급률이 80% 이상인 장해상태가 되었을 경우	3,000만원	
재해장해급여금 (약관 제20조 제2호)	보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 발생한 재해로 인하여 장해분류표에서 정한 장해지급률 중 3%이상 80% 미만에 해당하는 장해상태가 되었을 경우	3,000만원 × 해당 장해지급률	
치매진단급여금 (약관 제20조 제3호)	보험대상자(피보험자)가 치매보장개시일 이후에 “ 치매상태”로 최종 진단 확정되었을 때(최초 1회에 한함)	매월 30만원 (10년간 확정지급)	
노인성질환입원급여금 (약관 제20조 제4호)	보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 노인성질환으로 4일 이상 계속하여 입원하였을 때(3일 초과 1일당, 1회 30일 한도)	2년 이내	1만원
		2년 초과	2만원
노인성질환수술급여금 (약관 제20조 제5호)	보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 노인성질환으로 수술을 받았을 때(수술 1회당)	2년 이내	25만원
		2년 초과	50만원
재해입원급여금 (약관 제20조 제6호)	보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 재해가 직접적인 원인이 되어 4일 이상 계속하여 입원하였을 때(3일 초과 1일당, 1회 120일 한도)	1만원	
재해수술급여금 (약관 제20조 제7호)	보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 재해로 인하여 재해수술을 받았을 경우(수술 1회당)	50만원	
재해골절급여금 (약관 제20조 제8호)	보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 재해골절로 진단시(사고발생 1회당)	20만원	
중대한수술급여금 (약관 제20조 제9호)	보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 중대한 수술을 받았을 때(최초 1회한)	2년 이내	500만원
		2년 초과	1,000만원
만기축하금 (약관 제20조 제10호)	보험대상자(피보험자)가 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 경우(장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 80% 이상인 장해상태가 되었을 경우는 제외)	1형	최초보험료*납입주기*납입기간*100%
		2형	최초보험료*납입주기*납입기간*70%
		3형	최초보험료*납입주기*납입기간*30%
※ 노인성질환: 허혈성심장질환, 뇌출혈, 신부전증, 간경화, 만성폐질환			
※ 중대한 수술: 관상동맥우회술, 대동맥류인조혈관치환수술, 심장판막수술, 5대장기이식수술			

주)

1. 보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 재해 이외의 원인으로 사망한 경우에는 사망 당시의 책임준비금을 지급하여 드리고 이 계약은 그때부터 효력을 가지지 아니합니다.
2. 보험대상자(피보험자)가 보험료 납입기간 중 치매보장개시일 이후에 치매상태로 진단확정 되거나 장해

분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 50% 이상 80% 미만인 장해상태가 되었을 때, 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 50% 이상인 장해상태가 되었을 때에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

3. 치매보장개시일은 계약일(부활일)로부터 그날을 포함하여 만 2년이 되는 날의 다음날입니다. 다만, 기질성(器質性) 치매 분류표에서 정한 질병이 없는 상태에서 재해로 인한 뇌의 손상을 직접적인 원인으로 치매상태가 발생한 경우에는 계약일(부활일)을 보장개시일로 합니다.
4. 치매상태 발생시의 진단은 그 진단일로부터 90일이 경과된 이후에 회사가 보험대상자(피보험자)의 치매상태가 계속하여 지속되었음을 확인함으로써 치매상태로 최종 진단 확정됩니다.
5. 치매발생률은 계약 체결 후 5년이 경과한 때부터 금융감독위원회의 인가를 얻어 변경 적용할 수 있습니다. 다만, 치매발생률을 변경하는 경우에는 변경하기 15일 이전까지 치매발생률의 변경사유 및 변경으로 인한 보험료, 보험가입금액 또는 보험금의 변동 내역 등에 대하여 계약자에게 서면으로 알려 드립니다.
6. 치매진단급여금은 보험금을 받는 자(보험수익자)의 요청에 따라 이 계약의 예정이율로 할인하여 계산된 금액을 일시금으로 수령할 수 있습니다.

(별표 2)

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 3)

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) 두눈이 멀었을 때	100%
2) 한눈이 멀었을 때	50%
3) 한눈의 교정시력이 0.02이하로 된 때	35%
4) 한눈의 교정시력이 0.06이하로 된 때	25%
5) 한눈의 교정시력이 0.1이하로 된 때	15%
6) 한눈의 교정시력이 0.2이하로 된 때	5%
7) 한눈의 안구에 뚜렷한 운동장해나 뚜렷한 조절기능장해를 남긴 때	10%
8) 한눈의 시야가 좁아지거나 반맹증, 시야협착, 암점을 남긴 때	5%
9) 한눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10%
10) 한눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 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(검은자위)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 56-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 추가 실시 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 추상 반흔(추한 모습의 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 추상반흔(추한 모습의 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) 두팔의 손목이상을 잃었을 때	100%
2) 한팔의 손목이상을 잃었을 때	60%
3) 한팔의 3대관절중 1관절의 기능을 완전히 잃었을 때	30%
4) 한팔의 3대관절중 1관절의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20%
5) 한팔의 3대관절중 1관절의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10%
6) 한팔의 3대관절중 1관절의 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5%
7) 한팔에 가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때	20%
8) 한팔에 가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때	10%
9) 한팔의 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) “ 한팔의 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 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 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 장해 지급률은 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) 두다리의 발목이상을 잃었을 때	100%
2) 한다리의 발목이상을 잃었을 때	60%
3) 한다리의 3대관절중 1관절의 기능을 완전히 잃었을 때	30%
4) 한다리의 3대관절중 1관절의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20%
5) 한다리의 3대관절중 1관절의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10%
6) 한다리의 3대관절중 1관절의 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5%
7) 한다리에 가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때	20%
8) 한다리에 가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때	10%
9) 한다리의 뼈에 기형을 남긴 때	5%
10)한다리가 5cm 이상 짧아진 때	30%
11)한다리가 3cm 이상 짧아진 때	15%
12)한다리가 1cm 이상 짧아진 때	5%

나. 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) “ 한다리의 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, 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 1/4이하로 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 각변형이 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 장해 지급률은 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) 한손의 5개 손가락을 모두 잃었을 때	55%
2) 한손의 첫째 손가락을 잃었을 때	15%
3) 한손의 첫째 손가락 이외의 손가락을 잃었을 때(1손가락 마다)	10%
4) 한손의 5개손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	30%
5) 한손의 첫째 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	10%
6) 한손의 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 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) 한발의 리스프랑관절 이상을 잃었을 때	40%
2) 한발의 5개발가락을 모두 잃었을 때	30%
3) 한발의 첫째발가락을 잃었을 때	10%
4) 한발의 첫째발가락 이외의 발가락을 잃었을 때(1발가락마다)	5%
5) 한발의 5개발가락 모두의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	20%
6) 한발의 첫째발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	8%
7) 한발의 첫째발가락 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 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 3/4이상을 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 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(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 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 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 - 휠체어 또는 다른 사람의 도움 없이는 방밖을 나올 수 없는 상태 - 목발 또는 walker를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태 - 독립적인 보행은 가능하나 파행이 있는 상태, 난간을 잡지않고는 계단을 오르고 내리기가 불가능한 상태, 계속하여 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태	40% 30% 20% 10%
음식물 섭취	- 식사를 전혀 할 수 없어 계속적으로 튜브나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급을 받는 상태 - 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 식사를 전혀 할 수 없는 상태 - 숟가락 사용은 가능하나 젓가락 사용이 불가능하여 음식물 섭취에 있어 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태 - 독립적인 음식물 섭취는 가능하나 젓가락을 이용하여 생선을 바르거나 음식물을 자르지는 못하는 상태	20% 15% 10% 5%
배변 배뇨	- 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 계속적인 도움이 필요한 상태 - 화장실에 가서 변기위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 화장지로 닦고 옷을 입는 일에 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태 - 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변후 뒤처리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태 - 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2시간 이상 계속되는 업무(운전, 작업, 교육 등)를 수행하는 것이 어려운 상태	20% 15% 10% 5%
목욕	- 다른 사람의 계속적인 도움 없이는 샤워 또는 목욕을 할 수 없는 상태 - 샤워는 가능하나, 혼자서는 때밀기를 할 수 없는 상태 - 목욕시 신체(등 제외)의 일부 부위만 때를 밀 수 있는 상태	10% 5% 3%
옷입고 벗기	- 다른 사람의 계속적인 도움 없이는 전혀 옷을 챙겨 입을 수 없는 상태 - 다른 사람의 계속적인 도움 없이는 상의 또는 하의 중 하나만을 착용할 수 있는 상태 - 착용은 가능하나 다른 사람의 도움 없이는 마무리(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)는 불가능한 상태	10% 5% 3%

(별표 4)

기질성(器質性) 치매 분류표

기질성(器質性) 치매로 분류되는 질병은 제 4 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2002-1 호, 2003. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분류코드
Ⅰ. 알쯔하이머병에서의 치매	F00
Ⅱ. 혈관성 치매	F01
Ⅲ. 달리 분류된 기타 질환에서의 치매	F02
Ⅳ. 상세불명의 치매	F03
Ⅴ. 치매에 병발된 섬망	F05.1

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

2. 정신분열병이나 우울증과 같은 정신 질환으로 인한 인지기능의 장애 및 알콜중독, 의사의 처방에 의하지 않는 약물의 투여로 인한 인지기능의 장애는 보장대상에서 제외합니다.

(별표 5)

5대 노인성질환 분류표

5대 노인성질환으로 분류되는 질병은 제4차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2002-1호, 2003. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

구분	대상질병명	분류번호
허혈성심장질환	협심증	I20
	급성심근경색증	I21
	속발성 심근경색증	I22
	급성심근경색증에 의한 특정 현재 합병증	I23
	기타 급성 허혈성 심장질환	I24
	만성 허혈성 심장병	I25
뇌출혈	거미막밑 출혈	I60
	뇌내출혈	I61
	기타 비외상성 머리내 출혈	I62
신부전증	급성 콩팥(신장)기능 상실	N17
	만성 콩팥(신장)기능 상실	N18
	상세불명의 콩팥(신장)기능 상실	N19
간경화	알코올성 간섬유증 및 간경화증	K70.2
	알코올성 간경화	K70.3
	간의 섬유증 및 경화	K74
만성폐질환	급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염	J40
	단순성 및 점액농성 만성 기관지염	J41
	상세불명의 만성 기관지염	J42
	폐기종	J43
	기타 만성 폐쇄성 폐질환	J44
	천식	J45
	천식지속상태	J46
	기관지확장증	J47

※ 제 5차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 담보가 있는 경우에는 그 담보도 포함하는 것으로 합니다.

(별표 6)

재 해 골 절 분 류 표

* 이 분류는 제4차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2002-1호, 2003. 1. 1.시행)에 의한 것입니다.

분 류 항 목	분 류 번 호
I. 머리뼈 및 얼굴뼈의 골절	S02
II. 목의 골절	S12
III. 갈비뼈, 복장뼈 및 등골의 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 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 재해 이외에 약관에서 정하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함하는 것으로 합니다.

(별표 7)

“ 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)

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 제 1 항에도 불구하고 다음과 같은 수술은 보장에서 제외합니다.

1. 카테터를 이용하여 수술하는 경우
   예) 경피적 판막성형술
2. 개흉술 및 개심술을 동반하지 않는 수술

Ⅳ. 5 대장기이식수술(5 Major Organ Transplantation)

① “ 5 대장기이식수술” 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 5 대장기이식수술 범주에서 제외합니다.

(별표 8)

보험금 지급시의 적립이율 계산

-

구 분		적 립 기 간	지 급 이 자
보험금 또는 급여금 (제 20 조 제 1 호 내지 제 9 호)		지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간	보험계약대출이율
2 차년도 이후 치매진단급여금	회사가 보험금의 지급시기 도래 7 일이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 아니한 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금청구일까지의 기간	예정이율
	회사가 보험금의 지급시기 도래 7 일 이전에 지급할 사유와 금액을 알린 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험기간 만기일(단, 이 계약이 더 이상의 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 효력을 가지지 아니하게 된 날)까지의 기간	예정이율
		보험기간 만기일(단, 이 계약이 더 이상의 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 효력을 가지지 아니하게 된 날)의 다음날부터 보험금청구일까지의 기간	1 년이내: 예정이율의 50% 1 년초과기간 : 1%
	보험금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간		예정이율 + 1%
	지급기일의 다음날부터 보험금지급일까지의 기간		보험계약대출이율
만기축하금 (제 20 조 제 10 호)	회사가 보험금의 지급시기 도래 7 일이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 아니한 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금청구일까지의 기간	예정이율
	회사가 보험금의 지급시기 도래 7 일 이전에 지급할 사유와 금액을 알린 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금청구일까지의 기간	1 년이내: 예정이율의 50% 1 년초과기간 : 1%
	보험금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간		예정이율 + 1%
	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간		보험계약대출이율
해약환급금 (제 24 조 제 1 항)	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간		1 년이내 : 예정이율의 50% 1 년초과기간 : 1%
	보험금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간		예정이율 + 1%
	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간		보험계약대출이율

주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하여 소멸시효(제 26 조)가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

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