무배당 뉴 원스톱 3대질병보험 (갱신형)
약 관

◈ 목 차 ◈

◈ 가입자 유의 사항 ◈ 9
◈ 주요내용 요약서 ◈ 11
◈ 보험용어 해설 ◈ 14

무배당 뉴 원스톱 3대질병보험 (갱신형) 약관 15
제1관 보험계약의 성립과 유지 15
제1조【보험계약의 성립】 15
제2조【청약의 철회】 15
제3조【약관교부 및 설명의무 등】 16
제4조【계약의 무효】 16
제5조【계약내용의 변경 등】 17
제6조【계약의 갱신】 17
제7조【새로운 계약에 관한 사항】 18
제8조【계약자의 임의해지 및 피보험자(보험대상자)의 서면동의 철회권】 18
제9조【계약의 소멸】 18
제10조【보험나이】 19
제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무) 19
제11조【제1회 보험료 및 회사의 보장개시일】 19
제12조【제2회 이후 보험료의 납입】 20
제13조【보험료의 자동대출납입】 20
제14조【보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지】 21
제15조【보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)】 21
제16조【강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복)】 21
제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무) 22
제17조【“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정】 22
제18조【“제자리암”의 정의 및 진단확정】 22
제19조【“경계성 종양”의 정의 및 진단확정】 23
제20조【“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정】 23
제21조【“뇌출혈”의 정의 및 진단확정】 23

제22조【보험금의 종류 및 지급사유】 23
제23조【보험금 지급에 관한 세부규정】 24
제24조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】 26
제25조【해지환급금】 26
제26조【배당금】 27
제27조【소멸시효】 27
제4관 보험계약시 계약자의 계약전 알릴의무 등 27
제28조【계약전 알릴의무】 27
제29조【계약전 알릴의무 위반의 효과】 27
제30조【중대사유로 인한 해지】 28
제31조【사기에 의한 계약】 28
제5관 보험금 지급 등의 절차 29
제32조【주소변경통지】 29
제33조【보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정】 29
제34조【대표자의 지정】 29
제35조【보험금 지급사유의 발생통지】 29
제36조【보험금 등 청구시 구비서류】 29
제37조【보험금 등의 지급】 30
제38조【계약내용의 교환】 30
제39조【보험계약대출】 31
제6관 분쟁조정 등 31
제40조【분쟁의 조정】 31
제41조【관할법원】 31
제42조【약관의 해석】 31
제43조【회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력】 31
제44조【회사의 손해배상책임】 32
제45조【회사의 파산선고와 해지】 32
제46조【준거법】 32
제47조【예금보험에 의한 지급보장】 32
(별표1) 보험금 지급기준표 33
(별표2) 재 해 분 류 표 35
(별표3) 장 해 분 류 표 36
(붙임) 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표 51

(별표4) 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표 (기타피부암 및 갑상선암 제외).....52
(별표5) 제자리의 신생물 분류표 54
(별표6) 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 55
(별표7) 급성심근경색증 분류표.....56
(별표8) 뇌출혈 분류표 57
(별표9) 보험금 지급시의 적립이율 계산 (제37조 제4항 관련).....58

◈ 가입자 유의 사항 ◈

□ 보험계약관련 특히 유의할 사항

1. 보험계약관련 유의사항

○ 보험계약전 알릴의무 위반

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

○ 부활

- 부활(효력회복)계약의 암보장개시일 및 갑상선암보장개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

○ 갱신형 상품 관련

- 이 보험의 보험기간은 10년만기로, 최초가입 후 10년마다 갱신을 통해 만기시까지(80세까지) 보장 받을 수 있습니다.
- 갱신 계약의 보험료는 갱신시마다 보험나이 증가, 적용기초율(예정이율, 예정사업비율, 예정위험률) 등의 변동에 따라 갱신시 보험료가 변동(특히, 인상)될 수 있습니다.
- 갱신형 상품은 보험계약자가 계약의 보험기간 만료일 15일전까지 갱신하지 않겠다는 의사표시를 하지 않으면 자동 갱신되며, 갱신되는 계약의 보험기간 만료일이 피보험자(보험대상자)의 나이가 80세가 되는 계약해당일을 초과하는 경우 갱신되지 않습니다.
- 보험기간 중 피보험자(보험대상자)에게 암진단급여금, 급성심근경색증진단급여금 또는 뇌출혈진단급여금의 지급사유가 발생한 경우 더 이상 갱신되지 아니합니다. 다만, 이 경우에는 약관 제7조(새로운 계약에 관한 사항)에 따라 새로운 계약으로 가입할 수 있습니다.

2. 해지환급금 관련 유의사항

○ **해지환급금**

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

□ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

○ **암보험**

- 최초계약의 계약일부터, 또는 부활(효력회복)일로부터 90일 이내에 암으로 진단확정된 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- 최초계약의 계약일부터 90일이 지난 이후에도 암 진단일이 보험계약일로부터 일정기간(예:180일, 1년, 2년 등) 이내인 경우 보험금이 삭감될 수 있습니다.
- 암은 원칙적으로 조직검사, 미세바늘흡인검사(미세한 침을 이용한 생체검사 방법) 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 한 진단만 인정됩니다.

○ **특정질병**

- 암, 급성심근경색증 및 뇌출혈 등 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.

◈ 주요내용 요약서 ◈

1. 자필서명

보험계약자와 피보험자(보험대상자)가 자필서명을 하지 않은 경우에는 보장을 받지 못 할 수도 있습니다. 다만, 전화를 이용하여 가입할 때 일정요건이 충족되면 자필서명을 생략할 수 있으며, 인터넷을 이용한 사이버몰에서는 전자서명으로 대체할 수 있습니다.

2. 계약전 알릴 의무

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

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

3. 계약의 무효

다음 중 한 가지에 해당하는 경우 회사는 계약을 무효로 할 수 있으며 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

- 타인의 사망을 보장하는 계약에서 피보험자(보험대상자)의 서면 동의를 얻지 아니한 경우
- 만15세미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자(보험대상자)로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우
- 계약체결시 계약에서 정한 피보험자(보험대상자)의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우

4. 청약철회

보험계약자는 청약을 한 날부터 15일 이내에 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 진단계약, 단체(취급)계약 또는 보험기간이 1년 미만인 경우에는 그러하지 아니하며, 전화·우편·컴퓨터 등의 통신매체를 통한 보험계약의 경우에는 청약을 한 날부터 30일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3일 이내에 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

5. 계약취소

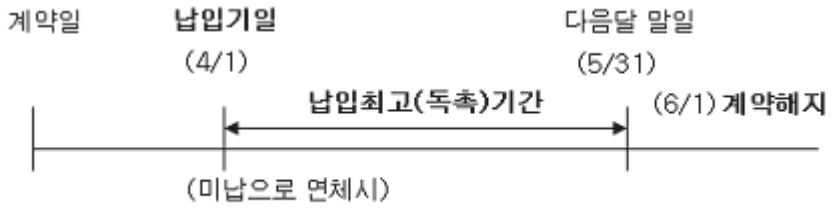
약관과 계약자 보관용 청약서(청약서 부본)를 청약시 전달받지 못하였거나 약관의 중요한 내용을 설명 받지 못한 때 또는 청약서에 자필서명을 하지 아니한 때에는 계약자는 청약일로부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려 드리며 보험료를 받은 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다. 다만, 단체(취급)계약의 경우에는 계약체결일부터 1개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

6. 보험료의 납입연체 및 계약의 해지에 관한 사항

보험계약자가 제2회 이후 보험료를 납입기일까지 납입하지 아니하여 보험료 납입이 연체중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고기간의 말일이 토요일 또는 공휴일에 해당한 때에는 기간은 그 익일로 만료합니다)으로 정하여 납입을 최고(독촉)하고, 그 때까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 계약이 해지됩니다.

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

【보험료의 납입연체 및 계약의 해지(예시)】



7. 계약의 소멸

이 보험계약은 피보험자(보험대상자)의 사망 또는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우, 그때부터 효력을 가지지 아니합니다. 자세한 소멸사유는 약관을 참고하시기 바랍니다.

8. 해지 계약의 부활(효력회복)

보험료 납입연체로 보험계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 아니한 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 보험계약자는 해지된 날부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 보험계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사는 보험계약자 또는 피보험자(보험대상자)의 건

강상태, 직업, 직종 등에 따라 승낙여부를 결정하며, 합리적인 사유가 있는 경우 부활(효력 회복)을 거절하거나 보장의 일부를 제한할 수 있습니다.

◈ 보험용어 해설 ◈

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

○ 보험증권(보험가입증서) : 보험계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 보험회사가 보험계약자에게 교부하는 증서

○ 보험계약자 : 보험회사와 계약을 체결하고 보험료 납입의무를 지는 사람

○ 피보험자(보험대상자) : 보험사고 발생의 대상이 되는 사람

○ 보험수익자(보험금을 받는 자) : 보험사고 발생시 보험금 청구권을 갖는 사람

○ 보험료 : 보험계약에 따른 보장을 받기 위하여 보험계약자가 보험회사에 납입하는 금액

○ 보험금 : 피보험자(보험대상자)의 사망, 장해, 입원, 만기 등 보험금 지급사유가 발생하였을 때 보험회사가 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하는 금액

○ 보험기간 : 보험계약에 따라 보장을 받는 기간

○ 보장개시일 : 보험회사의 보험금 지급의무가 시작되는 날

○ 보험가입금액: 보험금, 보험료 및 책임준비금 등을 산정하는 기준이 되는 금액

※ 보험가입금액, 보험료 납입기간, 피보험자(보험대상자)의 나이 등을 기준으로 보험료를 산출하지 아니하고 보험계약자가 보험료를 선택하는 보험에서는 보험료 수준에 따라 보험금, 준비금(적립액) 등이 결정됨

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

○ 해지환급금 : 계약의 효력상실 또는 해지시 보험계약자에게 돌려주는 금액

무배당 뉴 원스톱 3대질병보험 (갱신형) 약관

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조【보험계약의 성립】

① 보험계약은 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 이루어집니다.(이하 보험계약은 “계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사”라 합니다)
② 회사는 피보험자(보험대상자)가 계약에 적합하지 아니한 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)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 보험증권(보험가입증서)을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 예정이율＋1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 아니합니다.

【예정이율】
생명보험의 보험료 산출에 사용되는 요소 중 하나입니다. 보험료를 납입하는 시점과 보험금 지급사이에는 시차가 발생하므로 생명보험회사에서는 이 기간동안 기대되는 자산운용수익을 미리 예상하여 일정한 비율로 보험료를 할인해 주는데, 이 할인율을 말합니다. 일반적으로 예정이율을 높게 잡으면 보험료는 상대적으로 싸게 되며, 반대의 경우는 비싸게 됩니다.

⑤ 제1항에 따라 계약이 최초로 체결되는 경우에 이를 “최초계약”이라 하며, 이후 보험기간 만료후 제6조(계약의 갱신)에 의하여 계약이 갱신되는 경우에 이를 “갱신계약”이라 합니다.

제2조【청약의 철회】

① 계약자는 청약을 한 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 진단계약, 단체(취급)계약 또는 보험기간이 1년 미만인 계약의 경우에는 그러하지 아니하며, 전화·우편·컴퓨터 등의 통신매체를 통한 보험계약(이하 “통신판매 계약”이라 합니다.)의 경우에는 청약을 한 날부터 30일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.
② 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3일 이내에 이미 납입한 보험료를 돌려 드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에는 회사는 신용카드의 매출을 취소

하며 이자를 더하여 지급하지 아니합니다.
③ 청약을 철회할 당시에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유의 발생사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.

제3조【약관교부 및 설명의무 등】

① 회사는 계약자가 청약한 경우 계약자에게 약관 및 계약자 보관용 청약서(청약서 부본)를 드리고 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다. 다만, 통신판매 계약은 계약자가 동의하는 경우 약관 및 계약자 보관용 청약서(청약서 부본) 등을 광기록매체 및 전자우편 등 전자적 방법으로 송부하고 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서(청약서 부본) 등을 수신하였을 때에는 당해 문서를 드린 것으로 보며, 약관의 중요내용에 대하여 계약자가 사이버몰(컴퓨터를 이용하여 보험거래를 할 수 있도록 설정된 가상의 영업장)에서 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 계약자 보관용 청약서(청약서 부본)를 청약 시 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. 다만, 단체(취급)계약의 경우에는 계약체결일부터 1개월 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 드림으로써 계약자 보관용 청약서(청약서 부본)를 전달한 것으로 봅니다.

1. 계약자, 피보험자(보험대상자) 및 보험수익자(보험금을 받는 자)가 동일한 계약의 경우
2. 계약자, 피보험자(보험대상자)가 동일하고 보험수익자(보험금을 받는 자)가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우

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

제4조【계약의 무효】

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약체결시까지 피보험자(보험대상자)의 서면에 의한 동의를 얻지 아니한 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자(보험대상자)로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 아니합니다.

2. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자(보험대상자)로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우
3. 계약체결시 계약에서 정한 피보험자(보험대상자)의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 그러하지 아니하나 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

【심신상실자 및 심신박약자의 설명】
심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)라 함은 정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심실장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없거나 부족한 자를 말합니다.

제5조【계약내용의 변경 등】
① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 기재하여 드립니다.
1. 보험료의 납입주기 및 수금방법
2. 보험가입금액 (구좌 수)
3. 계약자
4. 기타 계약의 내용

② 계약자는 보험수익자(보험금을 받는 자)를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙을 요하지 아니합니다. 다만, 계약자가 보험수익자(보험금을 받는 자)를 변경하는 경우 회사에 통지하지 아니하면 변경후 보험수익자(보험금을 받는 자)는 그 권리로써 회사에 대항하지 못합니다.
③ 회사는 계약자가 제1항 제2호에 의하여 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제25조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
④ 계약자가 제2항에 의하여 보험수익자(보험금을 받는 자)를 변경하고자 할 경우에는 제22조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자(보험대상자)의 서면에 의한 동의가 있어야 합니다.

제6조【계약의 갱신】
① 계약자가 보험료 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 연체된 보험료 및 갱신 후 계약의 제1회 보험료를 납입한 경우에 한하여 이 계약은 갱신되어 계속 유지됩니다.
② 제1항에도 불구하고 다음 중 한가지에 해당하는 경우에 이 계약은 갱신되지 아니합니다.
1. 계약자가 보험기간 만료일 15일전까지 이 계약을 갱신하지 아니한다는 뜻을 회사에 통지한 경우
2. 갱신되는 계약의 보험기간 만료일이 피보험자(보험대상자)의 나이가 80세가 되는 계약해당일을 초과하는 경우
3. 계약의 보험기간 중 피보험자(보험대상자)에게 암진단급여금, 급성심근경색증진단급여금 또는 뇌출혈진단급여금의 지급사유가 발생한 경우

③ 제2항 제3호에 의하여 갱신이 거절된 경우 계약자는 제7조(새로운 계약에 관한 사항)에서 정한 새로운 계약(이하 “새로운 계약”이라 합니다)으로 가입할 수 있습니다.
④ 제1항에 따라 계약이 갱신되는 경우 갱신 전 계약과 동일한 보험기간으로 갱신합니다. 다만, 갱신계약의 피보험자(보험대상자)의 가입나이가 70세를 초과하는 경우 5년 만기로 갱신합니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 갱신일부터 최종으로 갱신되는 보험기간 만료일까지의 기간이 5년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종으로 갱신되는 보험기간 만료일까지를 보험기간으로 합니다.
⑥ 제1항에 따라 계약이 갱신되는 경우에 갱신계약의 보험료, 책임준비금 등은 갱신일 현재 피보험자(보험대상자)의 나이에 의하여 계산하고, 갱신시의 보험요율을 적용합니다.
⑦ 제23조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따라 보험료 납입이 면제된 이후에 제1항에 따라 계약이 갱신되는 경우 보험료 납입은 더 이상 면제되지 아니하며, 계약자는 갱신된 계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
⑧ 회사는 갱신되는 계약의 변경 내용 또는 새로운 계약에 관한 사항, 갱신되는 계약의 보험료 등을 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 서면 또는 전화(음성녹취)로 안내하여 드립니다.
⑨ 이 계약에 부과된 특약은 이 계약을 갱신하지 아니하였을 경우 해지된 것으로 봅니다.

제7조【새로운 계약에 관한 사항】
① 새로운 계약은 제6조(계약의 갱신) 제2항 제3호에 한하여 적용합니다.
② 계약자가 제6조(계약의 갱신) 제8항의 안내를 통하여 계약자가 새로운 계약의 제1회 보험료를 납입한 경우 새로운 계약이 성립된 것으로 봅니다.
③ 새로운 계약은 기존 계약의 보장금액과 동일한 진단급여금을 보장하며, 기존 계약(최초계약 또는 갱신계약)의 보험기간 중 암진단급여금, 급성심근경색증진단급여금 또는 뇌출혈진단급여금 중 지급사유가 발생한 해당 진단급여금은 보장내용에서 제외합니다.
④ 제3항에 따라 암진단급여금이 새로운 계약의 보장내용에서 제외되는 경우 기타피부암진단급여금, 갑상선암진단급여금, 제자리암진단급여금 및 경계성종양진단급여금도 새로운 계약의 보장내용에서 제외합니다.
⑤ 새로운 계약의 보험기간, 보험료 납입기간 및 피보험자(보험대상자) 가입나이는 기존 계약의 갱신계약과 동일하게 적용합니다.
⑥ 새로운 계약의 보험료, 책임준비금 등은 갱신시 기존 계약의 갱신계약과 동일한 보험요율을 적용합니다. 다만, 제3항 및 제4항에 의하여 새로운 계약에서 보장하지 않는 급부는 제외하고 보험료, 책임준비금 등을 산출합니다.
⑦ 새로운 계약의 보장개시일(암보장개시일 및 갑상선암보장개시일 포함)은 제1회 보험료를 납입한 날로 하며, 감액기간을 적용하지 아니합니다.

제8조【계약자의 임의해지 및 피보험자(보험대상자)의 서면동의 철회권】
① 계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제25조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 제4조(계약의 무효)에 의거 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면에 의한 동의를 한 피보험자(보험대상자)는 계약의 효력이 유지되는 기간 중에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제25조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제9조【계약의 소멸】
① 보험기간 중 피보험자(보험대상자)가 사망(피보험자(보험대상자)의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고(失踪宣告)를 받은 경우 포함)하였을 경우에는 사망 당시의 책임준비금을

지급하여 드리고 이 계약은 그 때부터 더 이상 효력을 가지지 아니합니다. 다만, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 재해분류표(별표2 참조)에서 정하는 재해(이하 “재해”라 합니다)로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.
② 제22조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정하는 보험금 지급사유가 보험기간 중 피보험자(보험대상자)에게 더 이상 발생할 수 없을 경우에도 이 계약은 그 때부터 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제10조【보험나이】
① 이 약관에서의 피보험자(보험대상자)의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제4조(계약의 무효) 제2호의 경우에는 실제 만나이를 적용합니다.
② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자(보험대상자)의 실제 만나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 단수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.
③ 피보험자(보험대상자)의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 사실과 다른 경우에는 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

【보험나이 계산 예시】
생년월일 : 1988년 10월 2일, 현재(계약일) : 2009년 4월 13일
⇒ 2009년 4월 13일 – 1988년 10월 2일 = 20년 6월 11일 = 21세

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제11조【제1회 보험료 및 회사의 보장개시일】
① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때(자동이체납입 및 신용카드납입의 경우에는 자동이체신청 및 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때. 다만, 계약자의 귀책사유로 보험료 납입 및 승인이 불가능한 경우에는 그러하지 아니합니다)부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 그러나 회사가 청약시에 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 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 피보험자(보험대상자)가 회사에 알린 내용 또는 건강진단내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우

3. 진단계약에서 보험금 지급사유 발생시까지 진단을 받지 아니한 경우
다만, 재해를 직접적인 원인으로 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장하여 드립니다.

④ 청약서에 피보험자(보험대상자)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 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

⑥ 제1항, 제2항 및 제5항에도 불구하고 제17조(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암” 보장에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날(이하 “암보장개시일”이라 합니다)로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다. 다만, 갱신계약의 암보장개시일은 갱신일로 합니다.

⑦ 제1항, 제2항 및 제5항에도 불구하고 제17조(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제4항에서 정한 “갑상선암” 보장에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날(이하 “갑상선암보장개시일”이라 합니다)로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다. 다만, 갱신계약의 갑상선암보장개시일은 갱신일로 합니다.

제12조【제2회 이후 보험료의 납입】

계약자는 제2회 이후의 보험료를 계약 체결시 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.

제13조【보험료의 자동대출납입】

① 계약자는 제14조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의한 보험료의 납입최고(독촉)기간이 지나기 전까지 회사가 정한 방법에 따라 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있으며, 이 경우 제39조(보험계약대출) 제1항에 의한 보험계약대출금으로 보험료가 자동적으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려드립니다.

② 제1항에도 불구하고 보험계약대출금과 보험계약대출이자를 더한 금액이 해지환급금(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(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 지급합니다.

제14조【보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지】

① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 아니하여 보험료 납입이 연체중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고기간의 말일이 토요일 또는 공휴일에 해당한 때에는 기간은 그 익일로 만료합니다)으로 정하여 계약자(타인을 위한 보험계약의 경우 특정된 보험수익자(보험금을 받는 자)를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용과 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 아니할 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원리금이 차감된다는 내용을 포함합니다)을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

② 회사가 제1항에 의한 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자의 서면에 의한 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대해 수신확인을 하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 아니한 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 아니한 것으로 확인되는 경우에는 제1항의 납입최고(독촉)기간을 설정하여 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.

③ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제25조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 지급합니다.

제15조【보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)】

① 제14조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 아니한 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 아니한 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 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 이 계약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다. 다만, 암보장개시일 및 갑상선암보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

③ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제1조(보험계약의 성립) 제2항 내지 제4항, 제28조(계약전 알릴의무), 제29조(계약전 알릴의무 위반의 효과) 및 제31조(사기에 의한 계약)를 준용합니다.

제16조【강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복)】

① 회사는 계약자의 해지환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 의해 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자(보험금을 받는 자)가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에게 지급하고 제5조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자(보험금을 받는 자)로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 통지하여야 합니다.

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

③ 회사는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 하여야 합니다. 다만, 회사는 법정상속인이 보험수익자(보험금을 받는 자)로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.
④ 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다.
⑤ 보험수익자(보험금을 받는 자)는 통지를 받은 날(제3항에 의해 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제17조【“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정】

① 이 계약에서 “암”이라 함은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류 중 별표4(대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외))에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암)), 분류번호 C73(갑상선의 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 제6차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C50(유방의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
③ 이 계약에서 “기타피부암”이라 함은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
④ 이 계약에서 “갑상선암”이라 함은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
⑤ “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”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 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 입증할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

제18조【“제자리암”의 정의 및 진단확정】

① 이 계약에서 “제자리암”이라 함은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류 중 별표5(제자리의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② 제자리암의 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 제자리암으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 입증할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제19조【“경계성 종양”의 정의 및 진단확정】

① 이 계약에서 “경계성 종양”이라 함은 제6차 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.

제20조【“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정】

① 이 계약에서 “급성심근경색증”이라 함은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류 중 별표7(급성심근경색증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

② “급성심근경색증”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액 중 심장 효소검사, 핵의학검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자(보험대상자)가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자(보험대상자)가 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제21조【“뇌출혈”의 정의 및 진단확정】

① 이 계약에서 “뇌출혈”이라 함은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류 중 별표8(뇌출혈 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

② “뇌출혈”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 핵자기공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자(보험대상자)가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자(보험대상자)가 뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제22조【보험금의 종류 및 지급사유】

회사는 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. 보험기간 중 암보장개시일 이후에 피보험자(보험대상자)가 제17조(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”으로 진단확정된 경우: 암진단급여금 지급 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급하여, 최초계약의 경우 계약일로부터 만2년이 지난 보험계약해당일의 전일 이전에 진단확정시에는 50%를 지급합니다. 그러나 암보장개시일부터 90일 이내에 제17조(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제2항에서 정한 “유방암”으로 진단확정시에는

암진단급여금의 10%를 지급하고 더 이상 암진단급여금을 지급하지 아니합니다)

2. 보험기간 중 피보험자(보험대상자)가 제17조(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제3항에서 정한 “기타피부암”으로 진단확정된 경우: 기타피부암진단급여금 지급 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급하며, 최초계약의 경우 계약일로부터 만2년이 지난 보험계약해당일의 전일 이전에 진단확정시에는 50%를 지급합니다)
3. 보험기간 중 갑상선암보장개시일 이후에 피보험자(보험대상자)가 제17조(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제4항에서 정한 “갑상선암”으로 진단확정된 경우: 갑상선암진단급여금 지급 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급하며, 최초계약의 경우 계약일로부터 만2년이 지난 보험계약해당일의 전일 이전에 진단확정시에는 50%를 지급합니다)
4. 보험기간 중 피보험자(보험대상자)가 제18조(“제자리암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “제자리암”으로 진단확정된 경우: 제자리암진단급여금 지급 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급하며, 최초계약의 경우 계약일로부터 만2년이 지난 보험계약해당일의 전일 이전에 진단확정시에는 50%를 지급합니다)
5. 보험기간 중 피보험자(보험대상자)가 제19조(“경계성종양”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “경계성종양”으로 진단확정된 경우: 경계성종양진단급여금 지급 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급하며, 최초계약의 경우 계약일로부터 만2년이 지난 보험계약해당일의 전일 이전에 진단확정시에는 50%를 지급합니다)
6. 보험기간 중 피보험자(보험대상자)가 제20조(“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “급성심근경색증”으로 진단확정된 경우: 급성심근경색증진단급여금 지급 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급하며, 최초계약의 경우 계약일로부터 만2년이 지난 보험계약해당일의 전일 이전에 진단확정시에는 50%를 지급합니다)
7. 보험기간 중 피보험자(보험대상자)가 제21조(“뇌출혈”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “뇌출혈”로 진단확정된 경우: 뇌출혈진단급여금 지급 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급하며, 최초계약의 경우 계약일로부터 만2년이 지난 보험계약해당일의 전일 이전에 진단확정시에는 50%를 지급합니다)

제23조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 보험료 납입기간 중 피보험자(보험대상자)가 해당 보장개시일 이후 암(기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 제외), 급성심근경색증 또는 뇌출혈로 진단확정되거나 보장개시일 이후 장해분류표(별표3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 된 경우(다만, 갱신계약의 경우 갱신계약의 보장개시일 이후에 새로이 발생한 장해상태에 한하며, 갱신계약의 보장개시일 이전의 장해상태는 정상으로 봅니다)에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

② 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 제11조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시일)에서 정한 보장개시일 이후에 사망하여 그 후에 암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양, 급성심근경색증 및 뇌출혈을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 사망일을 진단확정일로 보아 제22조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호 내지 제7호에서 정한 해당 급여금을 지급합니다.

③ 갱신계약의 경우, 피보험자(보험대상자)에게 제22조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호 내지 제5호에서 정한 진단급여금 지급사유가 발생하더라도, 그 지급사유가 최초계약의 보장개시일부터 지급사유 발생일 사이에 진단급여금이 지급된 “기타피부암, 갑상선암, 제자리

암 또는 경계성종양”이 동일하거나 다른 신체기관에 재발 또는 전이되어 발생한 경우 회사는 해당 보험금을 지급하지 아니합니다.
④ 제1항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표3 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
⑤ 제4항에 의하여 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단확정일부터 1년 이내) 중에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태(사망 포함)를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
⑥ 이 계약에서 “동일한 재해”의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
⑦ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(별표3 참조)상 “두가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위”에서 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.
⑧ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당장해 지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
⑨ 제1항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표3 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑩ 제9항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(별표3 참조)상의 두가지 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.
⑪ 청약서상 계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제22조(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.
⑫ 제11항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라고 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.
⑬ 제12항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 제14조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
⑭ 제15조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 제12항의 청약일로 적용합니다.
⑮ 최초계약의 경우, 보험기간 중 암보장개시일 전일 이전에 피보험자(보험대상자)가 암(기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양은 제외합니다)으로 진단확정된 경우에 계약자는 그 날부터 90일 이내에 계약을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.
⑯ 장해분류표에 해당되지 아니하는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.
⑰ 계약자가 제15항에서 정한 계약의 취소를 선택하지 아니한 경우, 피보험자(보험대상자)

에게 암보장개시일 이후에 제22조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에서 정한 암진단급여금 지급사유가 발생하더라도 해당 지급사유가 계약일부터 암보장개시일 전일 이전에 진단확정된 암(기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양은 제외합니다)이 동일하거나 다른 신체기관에 재발 또는 전이되어 발생한 경우 회사는 암진단급여금을 지급하지 아니합니다. 또한, 제1항에서 정한 보험료의 납입을 면제하여 드리지 아니합니다. 다만, 청약일(부활(효력회복)일)부터 암보장개시일 전일 이전에 암(기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양은 제외합니다)으로 진단확정 받더라도 암보장개시일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 암으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 암보장개시일부터 5년이 지난 이후에는 제22조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항에서 정한 암진단급여금을 지급하여 드립니다.

⑱ 최초계약의 경우, 보험기간 중 갑상선암보장개시일 전일 이전에 피보험자(보험대상자)가 “갑상선암”으로 진단확정된 경우에 계약자는 그 날부터 90일 이내에 계약을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

⑲ 계약자가 제18항에서 정한 계약의 취소를 선택하지 아니한 경우, 피보험자(보험대상자)에게 갑상선암보장개시일 이후에 제22조(보험금의 종류 및 지급사유) 제3호에서 정한 갑상선암진단급여금 지급사유가 발생하더라도 해당 지급사유가 계약일부터 갑상선암보장개시일 전일 이전에 진단확정된 갑상선암이 동일하거나 다른 신체기관에 재발 또는 전이되어 발생한 경우 회사는 갑상선암진단급여금을 지급하지 아니합니다. 다만, 청약일(부활(효력회복)일)부터 갑상선암보장개시일 전일 이전에 갑상선암으로 진단확정 받더라도 갑상선암보장개시일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 갑상선암으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 갑상선암보장개시일부터 5년이 지난 이후에는 제22조(보험금의 종류 및 지급사유) 제3항에서 정한 갑상선암진단급여금을 지급하여 드립니다.

제24조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】

회사는 다음 중 어느 한가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 아니하거나 보험료 납입을 면제하지 아니합니다.

1. 피보험자(보험대상자)가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 다음 각 목의 경우에는 그러하지 아니합니다.
   가. 피보험자(보험대상자)가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우
   피보험자(보험대상자)가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 사망에 이르게 된 경우에는 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다.
   나. 계약의 보장개시일 (부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복)청약일)부터 2년이 지난 후에 자살한 경우에는 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다.
2. 보험수익자(보험금을 받는 자)가 고의로 피보험자(보험대상자)를 해친 경우
   그러나, 그 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자인 경우에는 그 보험수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자(보험대상자)를 해친 경우

제25조【해지환급금】

① 이 약관에 의해 계약이 해지된 경우에 지급하는 해지환급금은 보험료 및 책임준비금 산

출방법서에 따라 계산합니다.
② 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제26조【배당금】
이 계약은 무배당보험이므로 계약자 배당금이 없습니다.

제27조【소멸시효】
보험금 청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권은 2년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성됩니다.

【소멸시효】
주어진 권리를 행사하지 않을 때 그 권리가 없어지게 되는 기간으로 보험사고가 발생한 후 2년간 보험금을 청구하지 않는 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.

제4관 보험계약시 계약자의 계약전 알릴의무 등

제28조【계약전 알릴의무】
계약자 또는 피보험자(보험대상자)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. 다만, 진단계약에서 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.

【계약전 알릴의무】
상법 제651조에서 정하고 있는 의무. 보험계약자나 피보험자는 청약시에 보험회사가 서면으로 질문한 중요한 사항에 대해 사실대로 알려야 하며, 위반시 보험계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 수 있습니다.

제29조【계약전 알릴의무 위반의 효과】
① 회사는 계약자 또는 피보험자(보험대상자)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 계약 당시에 그 사실을 알았거나 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. 계약체결일부터 3년이 지났을 때
4. 회사가 이 계약의 청약시 피보험자(보험대상자)의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 의하여 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어

있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 제외)

5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자(보험대상자)에게 고지할 기회를 부여하지 아니하였거나 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자(보험대상자)에 대해 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 그러하지 아니합니다.

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 위반 사실뿐만 아니라 계약전 알릴의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 계약의 처리 결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면으로 알려 드립니다.

④ 제1항에 의하여 계약을 해지하였을 때에는 제25조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

⑤ 제28조(계약전 알릴의무)의 계약전 알릴의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당보험금을 지급하여 드립니다.

⑥ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약전 알릴의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 아니합니다.

제30조【중대사유로 인한 해지】

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

1. 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)가 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 사유
2. 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제25조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 지급합니다.

제31조【사기에 의한 계약】

계약자 또는 피보험자(보험대상자)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

제32조【주소변경통지】

① 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)(타인을 위한 계약에 해당합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 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.

제33조【보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정】

이 계약에서 계약자가 보험수익자(보험금을 받는 자)를 지정하지 아니한 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)를 피보험자(보험대상자)로 하며, 피보험자(보험대상자)의 사망시는 피보험자(보험대상자)의 상속인으로 합니다.

제34조【대표자의 지정】

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

제35조【보험금 지급사유의 발생통지】

계약자 또는 피보험자(보험대상자)나 보험수익자(보험금을 받는 자)는 제22조(보험금의 종류 및 지급사유)에 정한 보험금 지급사유가 발생하였을 때에는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제36조【보험금 등 청구시 구비서류】

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

1. 청구서 (회사양식)
2. 사고증명서 (사망진단서, 장해진단서, 진단서(병명기입), 진료기록부 등)
3. 신분증 (주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금 등의 수령 또는 계약자가 해지환급금 수령 및 보험료 납입면제에 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.

제37조【보험금 등의 지급】

① 회사는 제36조(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 해지환급금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 또는 보험료 납입 면제의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

【영업일】
"토요일", “일요일”, "관공서의 공휴일에 관한 규정에 정한 공휴일" 및 “근로자의 날”을 제외한 날을 의미합니다.

② 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)는 제29조(계약전 알릴의무 위반의 효과) 및 제1항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 아니합니다.
③ 회사가 제1항의 지급사유 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 피보험자(보험대상자)의 동의를 얻어 “제3의 의사”를 정하고 그 “제3의 의사”의 의견에 따를 수 있습니다. 이 약관에서 정하는 “제3의 의사”는 의료법에서 정하는 종합병원에 소속된 의사 중에서 정하며, 이 항의 규정에 의한 의료비용은 회사가 부담합니다.
④ 회사는 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표9) “보험금 지급시의 적립이율 계산”과 같습니다.
⑤ 회사가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도에 대하여 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제36조(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 서류를 접수한 날로부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제2항에 의한 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 책임있는 사유로 인하여 보험금 지급사유의 조사 및 확인이 지연되는 경우
6. 제3항에 의하여 장해지급률에 대한 “제3의 의사”의 의견에 따르기로 한 경우

⑥ 제5항에 의하여 장해지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 보험금 지급이 지연되는 경우에는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금을 우선적으로 가지급할 수 있습니다.

제38조【계약내용의 교환】

회사는 보험계약의 체결 및 관리 등을 위한 판단자료로서 활용하기 위하여 다음 각호의 사항을 계약자 및 피보험자(보험대상자)의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련단체 등에

게 제공할 수 있으며, 이 경우 회사는 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 제16조(수집·조사 및 처리의 제한) 제2항, 제32조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의)및 동법 시행령 제28조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의 등)의 규정을 따릅니다.

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

제39조【보험계약대출】

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

② 계약자는 제1항에 의한 보험계약대출금과 보험계약대출이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 아니한 때에는 보험금, 해지환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출 원리금을 차감할 수 있습니다.

③ 회사는 제14조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출 원리금을 차감합니다.

④ 회사는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제6관 분쟁조정 등

제40조【분쟁의 조정】

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

제41조【관할법원】

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

제42조【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.

③ 회사는 보상하지 않는 사항 등 계약자나 피보험자(보험대상자)에게 불리하거나 부담을 주는 내용은 확대하여 해석하지 아니합니다.

제43조【회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력】

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

제44조【회사의 손해배상책임】

① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임 있는 사유로 인하여 계약자, 피보험자(보험대상자) 및 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 발생된 손해에 대하여 관계법률 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.

② 회사는 보험금 지급거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 소를 제기하여 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 손해를 가한 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.

③ 회사가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 곤궁, 경솔 또는 무경험을 이용하여 현저하게 공정을 잃은 합의를 한 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

제45조【회사의 파산선고와 해지】

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

② 제1항의 규정에 의하여 해지하지 아니한 계약은 파산선고 후 3월을 경과한 때에는 그 효력을 잃습니다.

③ 제1항의 규정에 의하여 계약이 해지되거나 제2항의 규정에 의하여 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제25조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 드립니다.

제46조【준거법】

이 약관에서 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

제47조【예금보험에 의한 지급보장】

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

(별표1) 보험금 지급기준표

(기준: 보험가입금액 1구좌)

⑴ 암진단급여금 (약관 제22조 제1호)

지 급 사 유	보험기간 중 암보장개시일 이후에 피보험자(보험대상자)가 암으로 진단확정된 경우 (다만, 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 (다만, 최초계약의 계약일부터 만2년이 지난 보험계약해당일의 전일 이전에 암진단급여금의 지급사유가 발생한 경우에는 50,000원을 지급합니다)

⑵ 기타피부암진단급여금 (약관 제22조 제2호)

지 급 사 유	보험기간 중 피보험자(보험대상자)가 기타피부암으로 진단확정된 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급합니다)
지 급 금 액	10,000원 (다만, 최초계약의 계약일부터 만2년이 지난 보험계약해당일의 전일 이전에 기타피부암진단급여금의 지급사유가 발생한 경우에는 5,000원을 지급합니다)

⑶ 갑상선암진단급여금 (약관 제22조 제3호)

지 급 사 유	보험기간 중 갑상선암보장개시일 이후에 피보험자(보험대상자)가 갑상선암으로 진단확정된 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급합니다)
지 급 금 액	10,000원 (다만, 최초계약의 계약일부터 만2년이 지난 보험계약해당일의 전일 이전에 갑상선암진단급여금의 지급사유가 발생한 경우에는 5,000원을 지급합니다)

⑷ 제자리암진단급여금 (약관 제22조 제4호)

지 급 사 유	보험기간 중 피보험자(보험대상자)가 제자리암으로 진단확정된 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급합니다)
지 급 금 액	10,000원 (다만, 최초계약의 계약일부터 만2년이 지난 보험계약해당일의 전일 이전에 제자리암진단급여금의 지급사유가 발생한 경우에는 5,000원을 지급합니다)

⑸ 경계성종양진단급여금 (약관 제22조 제5호)

지 급 사 유	보험기간 중 피보험자(보험대상자)가 경계성종양으로 진단확정된 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급합니다)
지 급 금 액	10,000원 (다만, 최초계약의 계약일부터 만2년이 지난 보험계약해당일의 전일 이전에 경계성종양진단급여금의 지급사유가 발생한 경우에는 5,000원을 지급합니다)

⑹ 급성심근경색증진단급여금 (약관 제22조 제6호)

지 급 사 유	보험기간 중 피보험자(보험대상자)가 급성심근경색증으로 진단확정된 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급합니다)
지 급 금 액	100,000원 (다만, 최초계약의 계약일부터 만2년이 지난 보험계약해당일의 전일 이전에 급성심근경색증진단급여금의 지급사유가 발생한 경우에는 50,000원을 지급합니다)

⑺ 뇌출혈진단급여금 (약관 제22조 제7호)

지 급 사 유	보험기간 중 피보험자(보험대상자)가 뇌출혈로 진단확정된 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급합니다)
지 급 금 액	100,000원 (다만, 최초계약의 계약일부터 만2년이 지난 보험계약해당일의 전일 이전에 뇌출혈진단급여금의 지급사유가 발생한 경우에는 50,000원을 지급합니다)

㈜ 1. 암보장개시일 및 갑상선암보장개시일은 계약일(부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 다만, 갱신계약의 암보장개시일 및 갑상선암보장개시일은 갱신일로 합니다.

2. 갱신계약의 경우, 피보험자(보험대상자)에게 제22조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호 내지 제5호에서 정한 진단급여금 지급사유가 발생하더라도, 그 지급사유가 최초계약의 보장개시일부터 지급사유 발생일 사이에 진단급여금이 지급된 “기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양”이 동일하거나 다른 신체기관에 재발 또는 전이되어 발생한 경우 회사는 해당 보험금을 지급하지 아니합니다.

3. 최초계약의 경우, 보험기간 중 암보장개시일 전일 이전에 피보험자(보험대상자)가 암(기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양은 제외합니다)으로 진단확정된 경우에 계약자는 그 날부터 90일 이내에 계약을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

4. 최초계약의 경우, 보험기간 중 갑상선암보장개시일 전일 이전에 피보험자(보험대상자)가 갑상선암으로 진단확정된 경우에 계약자는 그 날부터 90일 이내에 계약을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

5. 보험기간 중 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 사망 당시의 책임준비금을 지급하여 드리고 이 계약은 그 때부터 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

6. 보험료 납입기간 중 피보험자(보험대상자)가 해당 보장개시일 이후 암(기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 제외), 급성심근경색증 또는 뇌출혈로 진단확정되거나 장해분류표(별표3 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 된 경우(다만, 갱신계약의 경우 갱신계약의 보장개시일 이후에 새로이 발생한 장해상태에 한하며, 갱신계약의 보장개시일 이전의 장해상태는 정상으로 봅니다)에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(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 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에 규정한 감염병

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)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 후에 합병증을 일으키게 한 외과적 및 기타 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장)
④ "자연의 힘에 노출(X30~X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
⑤ "우발적 익사 및 익수(W65~W74), 기타 호흡과 관련된 불의의 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물질(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해
⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

㈜ ( ) 안은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1시행)상의 분류번호이며, 제7차 개정 이후 상기 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함하는 것으로 합니다.

(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%

장해의 분류	지급률
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 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 갑상선암 제외)

약관에서 정하는 악성신생물(암)로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 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 흉곽내 기관의 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 부분의 악성신생물(암)	C69-C72
12. 부신의 악성신생물(암)	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물(암)	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)	C76-C80
15. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)	C81-C96
16. 독립된(일차성) 여러 부위의 악성신생물(암)	C97
17. 진성 적혈구 증가증	D45
18. 골수 형성이상 증후군	D46
19. 만성 골수증식 질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판 증가증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병	D47.5

㈜ 1. 제7차 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 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)은 상기 분류표에서 제외합니다.

3. 한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다.

(별표5) 제자리의 신생물 분류표

약관에서 정하는 제자리의 신생물로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 신 생 물	분류번호
1. 구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01
3. 중이 및 호흡계통의 제자리암종	D02
4. 제자리흑색종	D03
5. 피부의 제자리암종	D04
6. 유방의 제자리암종	D05
7. 자궁경부의 제자리암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리암종	D07
9. 기타 및 상세 불명 부위의 제자리암종	D09

제7차 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 제6차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내 기관의 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 신경계의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물	D47 (D47.1, D47.3, D47.4, D47.5 제외)
10. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

㈜ 1. 제7차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

2. 만성 골수증식질환(분류번호 D47.1), 본태성(출혈성) 혈소판 증가증(분류번호 D47.3), 골수섬유증(분류번호 D47.4), 만성 호산구성 백혈병(분류번호 D47.5)은 “9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물”에 포함되지 않는 것으로 보아 상기 분류표에서 제외됩니다.

(별표7) 급성심근경색증 분류표

약관에서 정하는 급성심근경색증으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
1. 급성 심근경색증	I21
2. 이차성 심근경색증	I22
3. 급성 심근경색증에 의한 특정 현존 합병증	I23

제7차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표8) 뇌출혈 분류표

약관에서 정하는 뇌출혈로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

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

제7차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표9) 보험금 지급시의 적립이율 계산 (제37조 제4항 관련)

구 분		적 립 기 간	지 급 이 자
암진단급여금, 기타피부암진단급여금, 갑상선암진단급여금, 제자리암진단급여금, 경계성종양진단급여금, 급성심근경색증진단급여금, 뇌출혈진단급여금 (제22조 제1호 내지 제7호)		지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간	보험계약대출이율
해지환급금 (제25조 제1항)	해지환급금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 해지환급금 청구일까지의 기간		1년 이내: 예정이율의 50% 1년 초과기간: 1%
	해지환급금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간		예정이율＋1%
	지급기일의 다음날부터 해지환급금 지급일까지의 기간		보험계약대출이율

㈜ 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효(제27조)가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

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