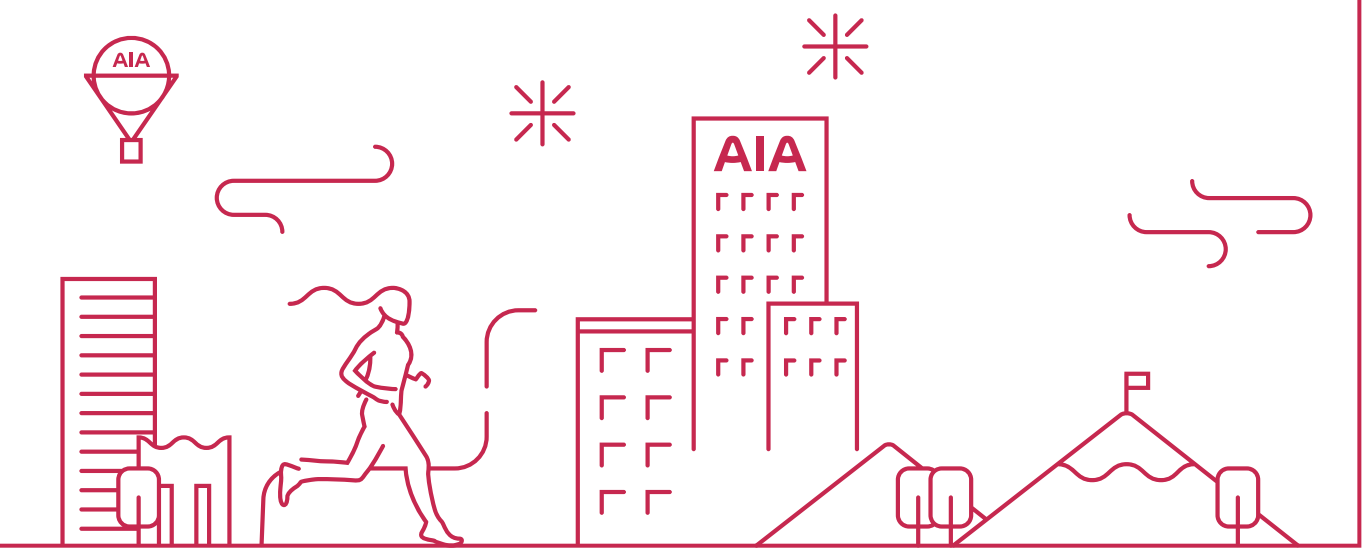
무배당
내게 필요한 보장만
모아모아 보험

약관



AIA Vitality 다이렉트

vitalitydirect.aia.co.kr

약관을 쉽게 이용할 수 있는

약관 이용 Guide Book



※ 同 Guide Book은 보험약관의 개념 및 구성 등을 간략하게 소개하고,
소비자 입장에서 약관 주요내용 등을 쉽게 찾고 이해할 수 있는 방법을
안내하는 것을 목적으로 함

1 보험약관이란?

보험약관은 가입하신 보험계약의 내용 및 조건 등을 미리 정하여 놓은 계약조항으로 **보험계약자**와 **보험회사**의 **권리 및 의무**를 규정하고 있습니다.

특히, **청약철회, 계약취소, 보험금 지급 및 지급제한 사항** 등 보험계약의 **중요사항**에 대한 설명이 들어 있으니 **반드시 확인**하셔야 합니다.

2 한 눈에 보는 약관의 구성

약관 이용 가이드 북
약관을 쉽게 잘 이용할 수 있도록 **약관의 구성, 쉽게 찾는 방법** 등의 내용을 담고 있는 **지침서**

시각화된 약관 요약서
약관을 쉽게 이해할 수 있도록 **계약 주요내용** 및 **유의사항** 등을 **시각적 방법**을 이용하여 **간단 요약한 약관**

보험약관 (주계약&특약)
- **주계약**(보통약관): 기본계약을 포함한 공통 사항을 정한 기본약관
- **특약**(특별약관): 보통약관에 정한 사항 외 선택가입한 보장내용 등 필요한 사항을 정한 약관

용어해설 및 색인 등
약관 이해를 돕기 위한 어려운 **법률·보험용어**의 **해설**, **관련 법규** 등을 소비자에게 안내

3 약관의 핵심 체크항목 쉽게 찾기 (보통약관 기준)

보험약관 핵심사항 등과 관련된 **해당 조문 및 영상자료** 등을 안내드리오니,
보험회사로부터 약관을 수령한 후, 해당 내용을 반드시 **확인·숙지**하시기 바랍니다.

1 보험금 지급 및 지급제한 사항	**제3조**(보험금의 지급사유), **제5조**(보험금을 지급하지 않는 사유)	영상 자료

*본인이 가입한 특약을 확인하여 **가입특약별「보험금 지급사유 및 미지급사유」**도 **반드시 확인**할 필요

2 청약 철회	**제17조**(청약의 철회)	영상 자료
3 계약 취소	**제18조**(약관교부 및 설명의무 등)	영상 자료
4 계약 무효	**제19조**(계약의 무효)	영상 자료
5 계약 前 알릴 의무 및 위반효과	**제14조**(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)	영상 자료
6 보험료 연체 및 해지	**제26조**(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)	영상 자료
7 부활(효력회복)	**제27조**(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))	영상 자료
8 해지환급금	**제29조**(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권), **제32조**(해지환급금)	영상 자료
9 보험계약대출	**제33조**(보험계약대출)	영상 자료

4 기타 문의사항

※ 기타 문의사항은 당사 **홈페이지(www.aia.co.kr)**, **고객 콜센터(1588-9898)**로 문의 가능

※ 보험상품 거래단계별 필요한 금융꿀팁 또는 핵심정보 등은
금융감독원 금융소비자정보 포탈(fine.fss.or.kr)에서 확인 가능

쉽게 이해하는

약관 요약서

이 요약서는 그림·도표·아이콘·삽화 등 시각화된 자료를 바탕으로 보험상품 및
약관의 핵심내용을 알기 쉽게 작성한 것입니다.
보다 자세한 사항은 **상품설명서 및 약관을 반드시 확인하시기 바랍니다.**

※ 이 요약서의 내용을 **이해하지 못하고 보험에 가입할 경우 불이익**을 받을 수 있으므로,
동 내용을 반드시 이해하시고 계약체결 여부를 결정하시기 바랍니다.

Ⅰ. 보험계약의 개요

· 보험회사명 : AIA생명보험 주식회사
· 보험상품명 : (무)내게 필요한 보장만 모아모아 보험 (디지털 전용)
· 보험상품의 종목 : 정기보험



01. 상품의 주요 특징

라이프플랜에 따라 내가 필요한 보장만 선택하여 가입하는 맞춤 보장 보험

(무)내게 필요한 보장만 모아모아 보험 (디지털 전용)

1. 한국인의 사망원인 1위 암, 암 진단 시 일시금 지급과 더불어 최대 5년간 생활비 매월 지급

※ 통계청, 2018 사망원인 통계
※ (무)일반암 생활자금특약 M(디지털 전용)/(무)암진단특약 M(디지털 전용) 가입 시, 최초 진단 후 생존 시 매월 생활비 지급
※ 2년 미만 50% 지급, 일반암 및 특정암의 경우 91일 이후부터 보장

2. 질병/재해 모두 첫날부터 보장 받는 입원비 보험, 상급 종합병원 집중치료실 입원 시 매일 각각 최대 30만원 보장(10일 한도)

※ (무)뉴 첫날부터 질병입원특약(갱신형)(디지털 전용) 20구좌, (무)뉴 첫날부터 재해입원특약(갱신형)(디지털 전용) 20구좌 가입 시
※ (무)뉴 첫날부터 질병입원특약(갱신형)(디지털 전용)의 경우, 최초계약 2년미만 50% 지급
※ (무)뉴 첫날부터 질병입원특약(갱신형)(디지털 전용)/(무)뉴 첫날부터 재해입원특약(갱신형)(디지털 전용) 의 경우 피보험자가 동일한 질병/재해로 인한 입원이라도 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지난후 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
※ 갱신형 특약의 경우 갱신 시 보험료가 인상될 수 있습니다.

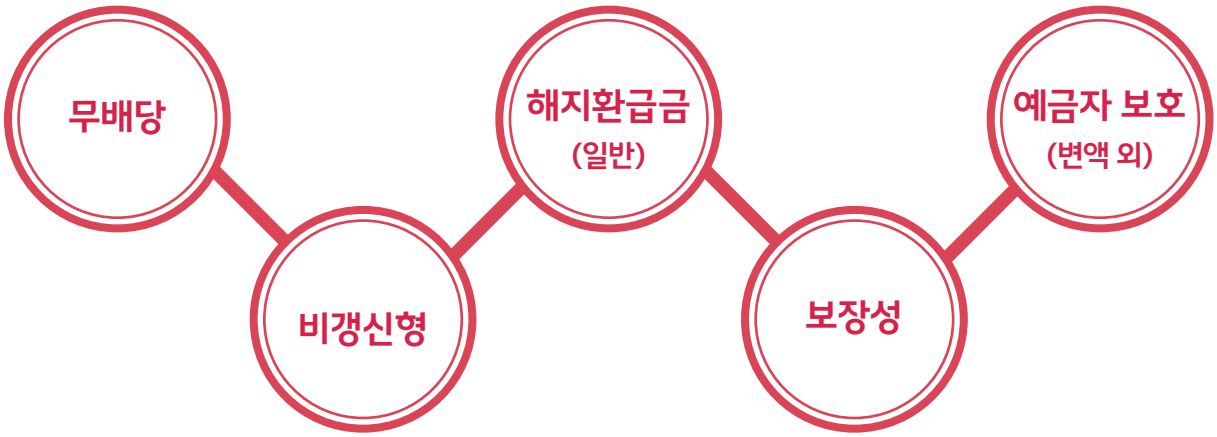
3. 경제활동기 갑작스러운 사고에 대비한 가족들을 위한 플랜, 매월 생활비 보장으로 든든하게 준비

누구에게나 갑작스럽게 찾아올 수 있는 사고와 질병에 대비하여 합리적인 보험료로 준비하는 사망 보장, 보험기간동안 매월 생활비 지급(가계부채상환 또는 자녀교육자금 마련)
※ (무)플러스 수입보장특약M(디지털 전용) 가입 시

02. '상품명'으로 상품의 특징 이해하기

(무)내게 필요한 보장만 모아모아 보험 (디지털 전용)

1. **무배당 :** 계약자에게 배당을 하지 않는 상품입니다.
2. **비갱신형 :** 보험계약 시 처음 낸 보험료 그대로 납입기간동안 보험료를 지불하는 보험입니다.
3. **해지환급금(일반) :** 보험료 납입기간 중 계약을 해지할 경우 해지환급금은 납입보험료보다 적거나 없을 수 있습니다.
4. **보장성 :** 보장을 주목적으로 하는 보험상품 입니다.
5. **예금자 보호(변액 외) :** 이 보험은 예금자보험법에 따라 예금보험공사가 보호합니다. 예금자보호 한도는 본 보험회사에 있는 귀하의 모든 예금보호 대상 금융상품의 해지환금금 (또는 만기시 보험금이나 사고보험금)과 기타 지급금을 합하여 1인당 "최고 5천만원"이며, 5천만원을 초과하는 나머지 금액은 보호하지 않습니다.



Ⅱ. 소비자가 반드시 알아두어야 할 유의사항



01. 보험금 지급제한사항

주의 이 보험에는 **면책기간, 감액지급, 보장한도 및 자기부담금** 등 **보험금 지급제한 조건**이 부가되어 있습니다.
보다 자세한 사항은 상품설명서 및 약관을 참조하시기 바랍니다.

☑ 면책기간

면책기간 보험금 미지급

이 보험에는 **보험금이 지급되지 않는 기간(면책기간)**이 설정된 담보가 있습니다.

▪▪▪ 면책기간 적용 담보

구분	담보명	면책기간
(무)암진단특약 M (디지털 전용)	1. 일반암진단급여금 2. 특정암진단급여금 3. 기타피부암진단급여금 4. 갑상선암진단급여금 5. 제자리암진단급여금 6. 경계성종양진단급여금	가입 후 **90일간** 보장 제외 (단, 기타피부암/갑상선암/제자리암/경계성종양은 계약일부터 보장)
(무)일반암 생활자금특약 M (디지털 전용)	1. 일반암진단급여금 2. 일반암생활자금	가입 후 **90일간** 보장 제외
(무)뉴 중증치매간병생활자금특약II (갱신형) (디지털 전용)	1. 중증치매진단급여금 2. 중증치매간병생활자금	가입 후 만 **1년간** 보장 제외

감액지급

감액지급 50% [2년 이내]

이 보험에는 **일정기간 보험금이 일부만 지급(감액지급)**되는 담보가 있습니다.

▪▪▪ 감액지급 적용 담보

구분	담보명	감액기간 및 비율
(무)2대질병 생활자금특약 M (디지털 전용)	1. 2대질병진단급여금 2. 2대질병생활자금	가입 후 **2년간** 보험금 **50%** 지급
(무)암진단특약 M (디지털 전용)	1. 일반암진단급여금 2. 특정암진단급여금 3. 기타피부암진단급여금 4. 갑상선암진단급여금 5. 제자리암진단급여금 6. 경계성종양진단급여금	가입 후 **2년간** 보험금 **50%** 지급
(무)일반암 생활자금특약 M (디지털 전용)	1. 일반암진단급여금 2. 일반암생활자금	가입 후 **2년간** 보험금 **50%** 지급
(무)뉴 수술특약 (갱신형) (디지털 전용)	수술급여금	가입 후 **2년간** 재해 이외의 원인으로 수술급여금의 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 **50%** 지급
(무)뉴 첫날부터 질병입원특약 (갱신형) (디지털 전용)	1. 질병입원급여금 2. 상급종합병원 질병입원급여금 3. 집중치료실 질병입원급여금	가입 후 **2년간** 보험금 **50%** 지급

보장한도

보장한도 최초 1회한

보장한도 보험금 지급한도 적용

이 보험에는 **보험금 지급 한도**가 설정된 담보가 있습니다.

▪▪▪ 보장한도 적용 담보

구분	담보명	보장한도
(무)2대질병 생활자금특약 M (디지털 전용)	1. 2대질병진단급여금 2. 2대질병생활자금	**최초 1회**에 한해 보장 (2대질병생활자금의 경우 5년 (60개월)을 최고한도로 지급)
(무)재해장해생활비특약 M (디지털 전용)	재해장해생활자금	**5년간** 확정 지급
(무)암진단특약 M (디지털 전용)	1. 일반암진단급여금 2. 특정암진단급여금 3. 기타피부암진단급여금 4. 갑상선암진단급여금 5. 제자리암진단급여금 6. 경계성종양진단급여금	**최초 1회**에 한해 보장
(무)일반암 생활자금특약 M (디지털 전용)	1. 일반암진단급여금 2. 일반암생활자금	**최초 1회**에 한해 보장 (일반암생활자금의 경우 5년 (60개월)을 최고한도로 지급)
(무)플러스 수입보장특약 M (디지털 전용)	사망 월급여금	보험기간이 **끝날 때까지** 지급 (단, 보험기간 만료일 5년 이내에 월급여금 지급사유 발생 시 월급여금 개시일부터 5년간을 지급기간으로 함)
(무)뉴 중증치매간병생활자금 특약II (갱신형) (디지털 전용)	1. 중증치매진단급여금 2. 중증치매간병생활자금	**최초 1회**에 한해 보장 (종신까지 최고한도로 지급)
(무)뉴 첫날부터 질병입원특약 (갱신형) (디지털 전용)	1. 질병입원급여금 2. 상급종합병원 질병입원급여금 3. 집중치료실 질병입원급여금	**1회 입원당 10일 한도**, 입원일수 1일당 지급 (퇴원없이 계속 입원 시 180일간 보장 제외)
(무)뉴 첫날부터 재해입원특약 (갱신형) (디지털 전용)	1. 재해입원급여금 2. 상급종합병원 재해입원급여금 3. 집중치료실 재해입원급여금	**1회 입원당 10일 한도**, 입원일수 1일당 지급 (퇴원없이 계속 입원 시 180일간 보장 제외)

02. 갱신 시 보험료 인상 가능성

◎ 이 보험에는 **갱신 시 보험료가 변동**되는 갱신형 계약이 포함되어 있습니다.



주의

갱신형 계약은 **갱신할 때 마다** 연령의 증가, 위험률 변동 등으로 **보험료**가 **인상**될 수 있으니 주의하시기 바랍니다.

갱신시 보험료가 인상될 수 있는 계약

(무)뉴 수술특약 (갱신형) (디지털 전용), (무)뉴 중증치매간병생활자금특약II (갱신형) (디지털 전용), (무)뉴 첫날부터질병입원특약 (갱신형) (디지털 전용), (무)뉴 첫날부터 재해입원특약 (갱신형) (디지털 전용)

03. 소비자가 반드시 알아두어야 할 상품의 주요 특성

예금자보험제도에 관한 사항



주의

(변액보험 이외)

① 이 보험은 예금자보험법에 따라 예금보험공사가 보호합니다.

② 예금자보호 한도는 본 보험회사에 있는 귀하의 모든 예금보호 대상 금융상품의 해지환금금 (또는 만기시 보험금이나 사고보험금)과 기타 지급금을 합하여 **1인당 "최고 5천만원"이며, 5천만원을 초과하는 나머지 금액은 보호하지 않습니다.**

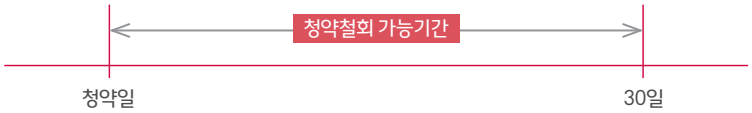
III. 보험계약의 일반사항

본 내용은 보험상품 전체에 대한 일반사항에 대한 내용으로 상품별 내용은 상품설명서 및 약관을 참조하시기 바랍니다.



01. 청약을 철회할 수 있는 권리

◎ 보험계약자는 **청약을 한 날부터 30일 이내**에 **청약**을 **철회**할 수 있으며, 이 경우 회사는 3영업일 이내에 납입한 보험료를 돌려드립니다.



주의 **[청약철회가 불가한 경우]**

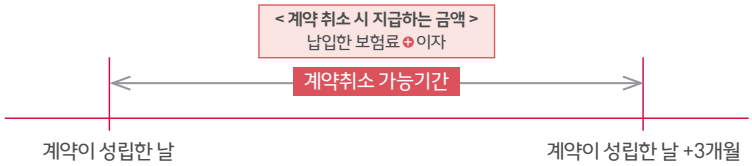
① **청약일부터 30일**(만 65세 이상 보험계약자 & 전화로 체결한 계약의 경우 45일)을 **초과**한 경우

② 진단계약, 보험기간이 **90일 이내인 보험상품** 또는 **전문금융소비자가 체결한 계약**

02. 보험계약을 취소할 수 있는 권리

◎ 보험계약자는 다음의 경우 계약이 성립한 날부터 **3개월 이내**에 계약을 **취소**할 수 있습니다.

- ☑ 보험계약을 청약할 때 **보험약관** 및 **보험계약자 보관용 청약서**를 전달받지 못한 경우
- ☑ **보험약관**의 **중요내용**을 설명 받지 못한 경우
- ☑ 청약서에 **자필서명**을 하지 않은 경우



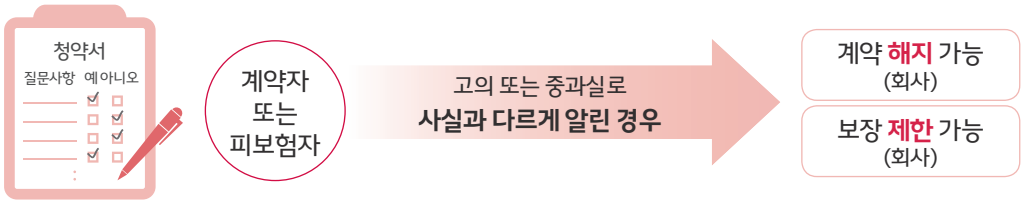
03. 보험계약의 무효

◎ 보험회사는 다음의 해당되는 경우 보험계약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

- ☑ 타인의 사망을 보장하는 보험계약에서 피보험자의 서면동의를 얻지 않은 경우
- ☑ 만 15세 미만자, 심실상실자 또는 심실박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 단, 의사능력이 있는 심신박약자의 경우 제외
- ☑ 보험계약 체결 시 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우

04. 보험계약前 알릴의무 및 위반시 효과

◎ 보험계약자 또는 피보험자는 보험계약을 청약할 때 **청약서**의 **질문사항(과거 또는 현재의 질병 치료사실)**에 대하여 **사실대로 알려야 합니다.**



주의

① 청약서의 질문사항에 대하여 **보험설계사**에게만 **구두**로 알렸을 경우 **보험계약前 알릴의무를 이행한 것으로 볼 수 없습니다.**

② **전화 등 통신수단을 통한 보험계약**의 경우 **보험회사 상담원의 질문이 청약서의 질문사항**을 **대신**하므로 상담원의 질문에 사실대로 답변하여야 합니다.

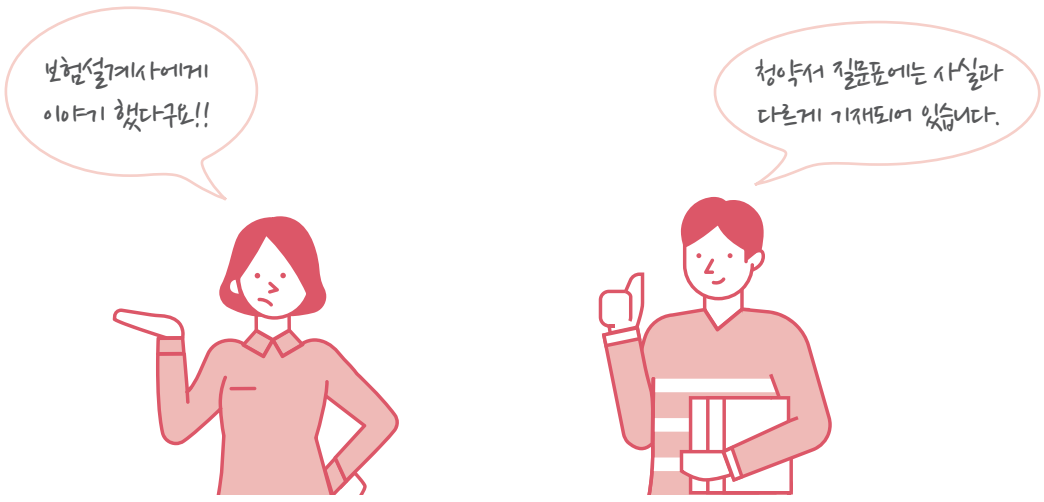
민원 사례

A씨는 고지혈증, 당뇨병으로 90일간 투약처방 받은 사실을 **보험설계사에게만 알려주고, 청약서에 기재하지 않은 채** ○○질병보험에 가입하였으며, 가입 이후 1년간 **당뇨병으로 통원치료를 받아 보험금을 청구**

» 보험회사는 **보험계약이 해지됨과 동시에 보험금 지급이 어려움을 안내**

법률 지식

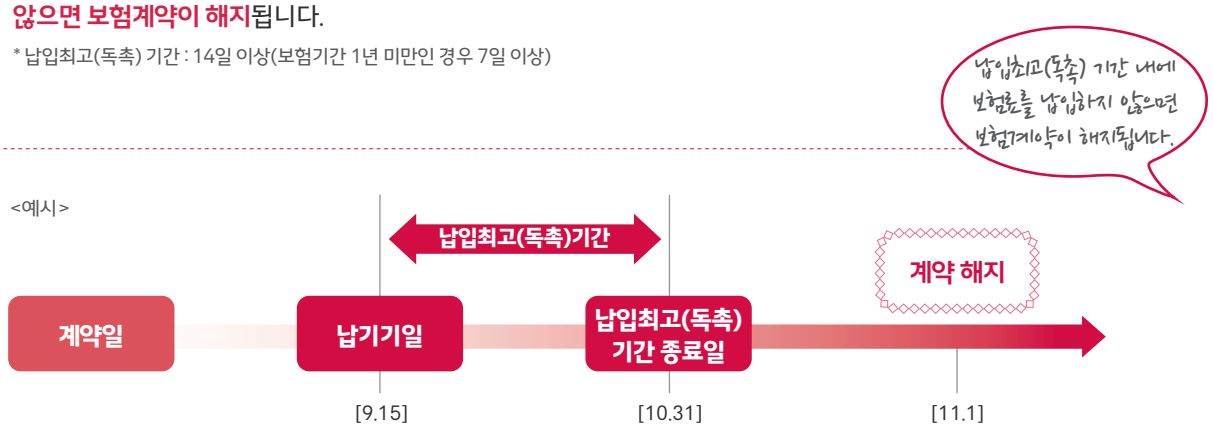
[대법원 2007. 6. 28. 선고 2006다59837]
일반적으로 보험설계사는 독자적으로 보험회사를 대리하여 보험계약을 체결할 권한이나 고지의무를 수령할 권한이 없음



05. 보험료 납입연체 및 보험계약의 해지

◎ 보험료 납입이 연체 중인 경우 보험회사는 납입을 독촉하는 안내를 하며, **납입최고(독촉) 기간 내**에 **보험료**를 **납입하지 않으면 보험계약이 해지**됩니다.

* 납입최고(독촉) 기간 : 14일 이상(보험기간 1년 미만인 경우 7일 이상)

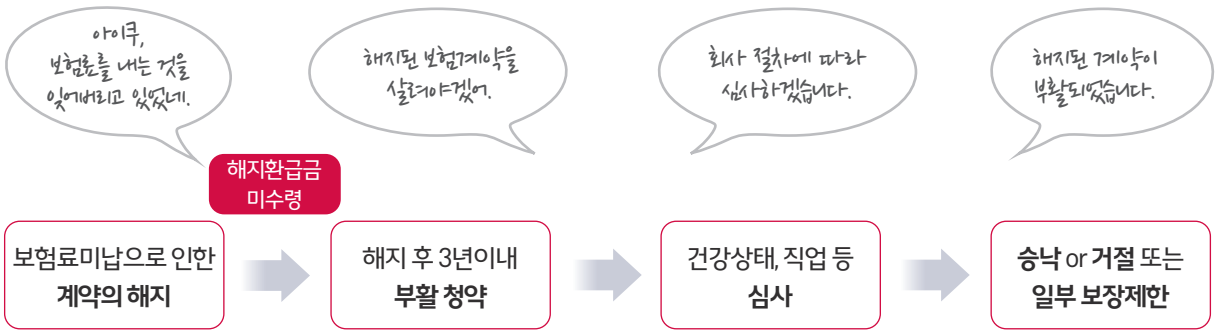


☑ 납입연체 : ① 보험료 납입이 연체 중이거나 ② 유니버셜 상품에서 월대체보험료를 충당할 수 없는 경우

06. 해지된 보험계약의 부활 (효력회복)

◎ 보험료 납입연체로 보험계약이 해지되었으나 **해지환급금을 받지 않은 경우** 해지된 날부터 **3년 이내**에 보험계약의 **부활(효력회복)을 청약**할 수 있습니다.

주의 보험회사는 피보험자의 건강상태, 직업 등에 따라 승낙여부를 결정하며, **부활(효력회복)**을 **거절**하거나 **보장**의 **일부**를 **제한**할 수 있습니다.



07. 보험계약대출

◎ 보험계약자는 보험계약의 해지환급금 범위 내에서 보험계약대출을 받을 수 있습니다

주의

① **상환하지 않은 보험계약대출금** 및 **이자**는 **해지환급금** 또는 **보험금**에서 **차감**될 수 있습니다.

② **순수보장성보험** 등 보험상품 종류에 따라 **보험계약대출**이 **제한**될 수 있습니다.

③ 보험계약자는 대출신청 전에 **보험계약대출이율**을 **반드시 확인**하시기 바랍니다.

<예시>

환급금 내역서				
해지환급급	공제금액			실 수령액
	원금	이자	계	
1,000만원	500만원	5만원	505만원	495만원



08. 보험금 청구절차 및 서류

◎ **보험금**은 청구서류 접수일부터 **3영업일 이내**에 지급하는 것이 원칙입니다.
(보험금 지급사유의 조사·확인이 필요한 경우 10영업일이 소요될 수 있습니다.
단, 정해진 기간을 초과하여 보험금을 지급하는 경우 지연이자를 더하여 지급하여 드립니다.)

보험금 청구 문의 (서류 안내) → **보험금 청구** (서류 접수) → **보험금 지급 심사** (필요시 손해사정 또는 조사) → **보험금 지급** (심사결과 안내)

청구 접수일부터 지급일까지 3일 이내
(조사 등이 필요한 경우 10일 이내)

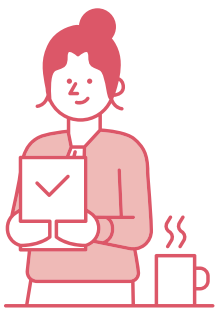
주의 보험금 청구서류는 보험금 청구서 양식의 "보험금 청구서류 안내"를 확인하시거나 고객센터에 문의해 주시기 바랍니다.

보험금 청구서류

구분	진단서	입·퇴원확인서	수술확인서	통원확인서	진단사실 확인서류	공통
사망	● (사망진단서)					- 보험금 청구서 - 신분증 - 통장사본 (수익자 명의)
장해	● (장해진단서)					
진단	●				● (검사결과지 등)	
입원	△	●				
수술	△		●			
실손	△	●	●	●		

주) 보험사고의 종류, 내용 등에 따라 의무기록지, 진료비 세부내역서 등 추가서류가 필요할 수 있습니다.
실손 통원비 청구금액 10만원 이하인 경우 진단서 대신 질병코드가 기재된 처방전으로 대체할 수 있습니다.
보험계약상 실명이 기재된 수익자가 아닌 경우 관계확인 서류가 반드시 필요합니다.

MY AIA 바로가기 ▶ MY AIA 바로가기



개인신용정보 제공 · 이용에 대한 고객 권리 안내

이 고객권리안내문은 고객님께서 개인신용정보의 제공·이용에 대하여 동의하신 내용과 관련된 고객님의 권리를 알려 드리기 위한 것입니다. 당사는 고객님의 개인신용정보를 체계적으로 관리·보호하기 위하여 내부적으로 '개인신용정보 관리·보호인'을 지정 운영하고 있으며, 「개인신용정보 관리·보호 지침」을 마련하여 시행하고 있습니다.
고객님의 개인신용정보는 고객님이 동의한 목적만으로 이용되며, 제휴회사 등에 대한 정보의 제공·이용 동의여부와 관계없이 금융서비스를 이용하실 수 있습니다. 다만, 제휴·부가서비스 등을 위해 제휴회사 등에 제공하는 것 및 금융상품 소개 및 구매권유(이하 '마케팅')목적으로 이용하는 것에 동의하지 않으신 경우 제휴·부가서비스 및 신상품·서비스 소개 등은 제공받지 못할 수도 있습니다.

AIA 생명의 고의 또는 과실 등 귀책사유로 인한 개인정보 유출로 고객님에게 발생한 손해에 대해 관계 법령 등에 따라 보상 받으실 수 있습니다.

(1) 금융서비스 이용 범위

가. 고객님의 개인신용정보는 금융거래의 설정과 금융거래의 유지여부 판단 목적 및 고객이 동의한 목적만으로 이용됩니다.

나. 고객님은 영업점 또는 인터넷 등 다양한 채널을 통해 금융거래를 체결하거나 금융서비스를 제공받는 과정에서 1) 금융회사가 본인의 개인신용정보(이하 '본인정보')를 제휴·부가서비스 등을 위해 제휴회사 등에 제공하는 것 및 2) 금융회사가 금융상품 소개 및 구매권유(이하 '마케팅') 목적으로 이용하는 것에 대해 동의를 하지 않는 경우에도 금융거래를 체결하거나 금융서비스를 이용하실 수 있습니다. **다만, 이러한 동의를 하지 않으신 경우에는 제휴·부가서비스 및 신상품과 서비스 등을 제공받지 못할 수도 있습니다.**

(2)「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」상의 고객 권리

가. 본인정보의 제3자 제공사실 통보 요구

고객님은 **「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제35조**에 따라 금융회사가 본인정보를 생명보험협회, 전국은행연합회, 신용조회회사, 타 금융회사 등 제3자에게 제공한 경우 제공한 본인정보의 주요 내용 등을 알려주도록 금융회사에 요구할 수 있습니다.

▪ **신청방법**

- 전　화 : 1588-9898 (고객센터)
- 인터넷 : www.AIA.CO.KR
- 방　문 : 본사 및 가까운 지점으로 내방
- 서　면 : 서울특별시 중구 통일로2길 16 (순화동 216) AIA TOWER 25층 계약보전부

나. 금융거래 거절 근거 신용정보 고지 요구

고객님은 **「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제36조**에 따라 금융회사가 전국은행연합회, 신용조회회사 등으로부터 제공받은 연체정보 등에 근거하여 금융거래를 거절 또는 중지하는 경우에는 그 거절 또는 중지의 근거가 된 신용정보, 동 정보를 제공한 기관의 명칭, 주소, 연락처 등을 고지해 줄 것을 금융회사에 요구할 수 있습니다.

다. 본인정보의 제3자 제공 및 마케팅 목적의 전화 등의 중단 요구

고객님은 **「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제37조**에 따라 가입 신청 시 동의를 한 경우에도 본인정보를 제3자에게 제공하는 것 및 당해 금융회사가 마케팅 목적으로 본인에게 연락하는 것을 전체 또는 사안별로 중단 시킬 수 있습니다. (다만, 고객님의 신용도 등을 평가하기 위해 전국은행연합회 또는 신용조회회사 등에 제공하는 것에 대해서는 중단시킬 수 없습니다.)

▪ **신청방법**

- 전　화 : 1588-9898 (고객센터)
- 인터넷 : www.AIA.CO.KR
- 방　문 : 본사 및 가까운 지점으로 내방
- 서　면 : 서울특별시 중구 통일로2길 16 (순화동 216) AIA TOWER 25층 계약보전부

※ 신청자 제한 : 신용정보 주체에 한하며, 신규 거래고객은 계약 체결일로부터 3개월간은 신청 할 수 없습니다. (신용정보주체의 배우자 등 가족, 제3자는 신청불가)

라. 본인정보의 열람 및 정정 요구

고객님은**「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제38조**에 따라 전국은행연합회, 신용조회회사, 금융회사 등이 보유한 본인정보에 대해 열람 청구가 가능하며, 본인정보가 사실과 다른 경우에는 이의 정정 및 삭제를 요구할 수 있으며, 그 처리결과에 이의가 있는 경우에는 금융위원회에 시정을 요청할 수 있습니다.

▪ **신청방법**

- 전　화 : 1588-9898 (고객센터)
- 인터넷 : www.AIA.CO.KR
- 방　문 : 본사 및 가까운 지점으로 내방
- 서　면 : 서울특별시 중구 통일로2길 16 (순화동 216) AIA TOWER 25층 계약보전부

마. 본인정보의 무료 열람 요구

고객은**「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」제39조**에 따라 본인정보를 신용조회회사를 통하여 연간 일정 범위 내에서 무료로 열람할 수 있습니다. 자세한 사항은 각 신용조회회사에 문의하시기 바랍니다.

▪ 나이스신용평가정보(주) :	☎ 02-2122-4000	인터넷 www.nice.co.kr
▪ 서울신용평가정보(주) :	☎ 1577-1006	인터넷 www.sci.co.kr
▪ 코리아크레딧뷰로(주) :	☎ 02-708-6000	인터넷 www.koreacb.com

(3) 위의 권리행사와 관련하여 불편함을 느끼시거나 애로가 있으신 경우 아래의 담당자 앞으로 연락하여 주시기 바랍니다.

- **당사 신용정보관리·보호담당자 연락처 : 02-2259-9384**
- **생명보험협회 개인정보보호인 연락처 : 02-2262-6600**
- **금융감독원 개인정보보호담당자 연락처 : 민원실(국번없이) 1332**

※ 통신판매 계약의 경우 음성녹음에 의하여 체결되었으며, 추후 필요에 따라 고객님께서 저희 회사 고객상담실(1588-9898)로 요청하시면 음성녹음을 재확인하실 수 있습니다.

◈ 가입자 유의 사항 ◈

□ 보험계약관련 특히 유의할 사항

1. 보험계약관련 유의사항

○ 보험계약전 알릴 의무 위반

- 과거 또는 현재의 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않은 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.
- 전자청약을 통해 보험에 가입하는 경우에는 본인이 직접 질문 사항을 읽고 답하는 방식으로 계약전 알릴의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.

○ 부활

- 부활(효력회복)계약의 암보장개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

○ 치매보험

- 치매보장의 경우 보장범위가 한정적인 경우가 많으므로 계약조건을 반드시 설명 듣고 확인하신 후에 가입하시기 바랍니다.

○ 갱신형 상품 관련

- 갱신형 특약의 보험기간은 10년만기로, 최초가입 후 10년마다 갱신을 통해 주계약의 보험기간 만료일까지(최대 100세까지) 보장받을 수 있습니다.
  다만, 무배당 뉴 중증치매간병생활자금특약II(갱신형)(디지털 전용)은 갱신을 통해 최대 90세까지 보장받을 수 있습니다.
- 갱신형 특약의 보험료는 갱신시의 나이 증가, 기초율(이율 및 위험률 등) 등의 변동에 따라 갱신시 보험료가 변동(특히, 인상)될 수 있습니다.
- 갱신형 특약은 계약자가 특약의 보험기간 만료일 15일전까지 갱신하지 않겠다는 의사표시를 하지 않으면 자동 갱신되며, 주계약의 보험기간 만료일(최대 100세, 다만, 무배당 뉴 중증치매간병생활자금특약II(갱신형)(디지털 전용)은 최대 90세까지)을 초과하는 경우 갱신되지 않습니다.

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.
- 무배당 2대질병생활자금특약 M(디지털 전용)의 경우, 약관에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 이 특약을 해지할 수 없습니다.
- 무배당 일반암생활자금특약 M(디지털 전용)의 경우, 약관에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 이 특약을 해지할 수 없습니다.

□ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

○ 암보험

- 계약일부터, 또는 부활(효력회복)일부터 90일 이내에 일반암 또는 특정암으로 진단 확정된 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- 계약일부터 90일이 지난 이후에도 일반암 또는 특정암 진단일이 계약일부터 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 등 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.
- 무배당 2대질병생활자금특약 M(디지털 전용)의 경우, “뇌출혈” 또는 “급성심근경색증” 중 최초 1회에 한하여 보장하므로 둘 중 하나에 해당하는 진단급여금 또는 2대질병생활자금이 지급된 경우 다른 질병에 해당하는 진단급여금 또는 2대질병생활자금은 지급하지 않습니다.

○ 입원

- 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하지 않거나 정당한 사유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

○ 상급종합병원 입원

- “상급종합병원 ”은 의료법에 따라 종합병원 중에서 보건복지부장관이 지정한 병원을 의미합니다.

○ 집중치료실(Intensive Care Unit: ICU, 중환자실 또는 집중강화치료실)

- “집중치료실(Intensive Care Unit: ICU, 중환자실 또는 집중강화치료실)”은 의료법에 따라 중환자실의 시설기준과 시설규격에 부합하는 입원치료실을 의미합니다.

○ 수술

- 약관상 수술의 정의에 포함되지 않는 조작의 경우 (예: 주사기 등으로 빨아들이는 처치, 바늘 등을 통해 체액을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것 등) 보험금을 지급하지 않습니다.
- 수술분류표를 사용하는 보험은 동 분류표에 기재되어 있는 수술만을 지급대상으로 합니다.

○ 재해 • 상해

- 질병이나 체질적인 요인이 있는 자로서 경미한 외부요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화되었을 때에는 재해관련 보험금이 지급되지 않습니다.
  (상품설명서 본문의 ‘실제사례’를 반드시 확인하시기 바랍니다.)

◈ 주요내용 요약서 ◈

1. 자필서명

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

2. 계약전 알릴 의무

계약자 또는 피보험자는 청약서의 질문사항에 대하여 사실대로 기재하고 자필서명을 하셔야 합니다. 특히, 전자청약을 통해 보험에 가입하는 경우에는 본인이 직접 질문 사항을 읽고 답하는 방식으로 계약전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 신중하셔야 합니다.

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

3. 계약의 무효

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

- 타인의 사망을 보장하는 계약에서 피보험자의 서면 동의를 얻지 않은 경우
- 만 15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 의사능력이 있는 심신박약자가 계약을 체결하는 경우에는 계약이 유효함
- 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우
  다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 만 15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아님

4. 청약철회

계약자는 청약을 한 날부터 30일(다만, 만 65세 이상의 계약자가 통신수단 중 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일로 합니다) 이내에 청약을 철회할 수 있으며, 이 경우 3영업일 이내에 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 진단계약, 보험기간이 90일 이내인 보험상품 또는 전문금융소비자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

5. 계약취소

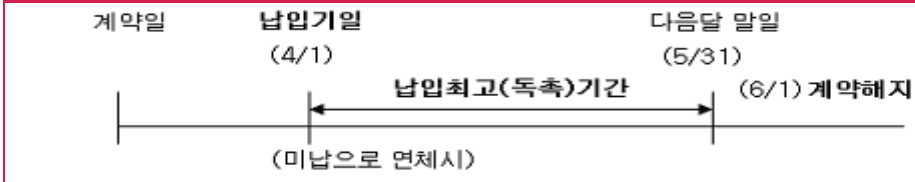
약관과 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 전달받지 못하였거나 약관의 중요한 내용을 설명 받지 못한 때 또는 청약서에 자필서명을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려 드리며 보험료를 받은 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

6. 보험료 납입의 연체 및 계약의 해지에 관한 사항

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

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

보험료의 납입연체 및 계약의 해지(예시)



7. 계약의 소멸

이 계약은 피보험자의 사망 또는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우, 그 때부터 효력이 없습니다.

8. 해지 계약의 부활(효력회복)

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

◈ 보험용어 해설 ◈

○ 보험약관

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

○ 보험증권

보험계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 보험회사가 보험계약자에게 교부하는 증서

○ 보험계약자

보험회사와 계약을 체결하고 보험료 납입의무를 지는 사람

○ 피보험자

보험사고 발생의 대상이 되는 사람

○ 보험수익자

보험사고 발생시 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람

○ 보험료

보험계약에 따른 보장을 받기 위하여 보험계약자가 보험회사에 납입하는 금액

○ 보험금

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

○ 보험기간

보험계약에 따라 보장을 받는 기간

○ 보장개시일

보험회사의 보험금 지급의무가 시작되는 날

○ 보험가입금액

보험금, 보험료 및 책임준비금 등을 산정하는 기준이 되는 금액

※ 보험가입금액, 보험료 납입기간, 피보험자의 나이 등을 기준으로 보험료를 산출하지 않고 보험계약자가 보험료를 선택하는 보험에서는 보험료 수준에 따라 보험금, 준비금(적립액) 등이 결정됨

○ **책임준비금**

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

○ **해지환급금**

계약의 효력상실 또는 해지시 보험계약자에게 돌려주는 금액

무배당 내게 필요한 보장만 모아모아 보험 (디지털 전용) 약관

◈ 목 차 ◈

무배당 내게 필요한 보장만 모아모아 보험 (디지털 전용) 약관 5

제1관 목적 및 용어의 정의 5

제1조【목적】 5
제2조【용어의 정의】 5

제2관 보험금의 지급 6

제3조【보험금의 지급사유】 6
제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】 7
제5조【보험금을 지급하지 않는 사유】 8
제6조【보험금 지급사유의 발생통지】 9
제7조【보험금의 청구】 9
제8조【보험금의 지급절차】 9
제9조【보험금 받는 방법의 변경】 10
제10조【주소변경통지】 11
제11조【보험수익자의 지정】 11
제12조【대표자의 지정】 11

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등 11

제13조【계약 전 알릴 의무】 11
제14조【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】 12
제15조【사기에 의한 계약】 13

제4관 보험계약의 성립과 유지 13

제16조【보험계약의 성립】 13
제17조【청약의 철회】 14
제18조【약관교부 및 설명의무 등】 14
제19조【계약의 무효】 15

제20조【계약내용의 변경 등】.....17
제21조【보험나이 등】.....18
제22조【계약의 소멸】.....18

제5관 보험료의 납입 18

제23조【제1회 보험료 및 회사의 보장개시】.....18
제24조【제2회 이후 보험료의 납입】.....19
제25조【보험료의 자동대출납입】.....19
제26조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지】.....20
제27조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)】.....20
제28조【강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복)】.....21

제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등 21

제29조【계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권】.....21
제30조【중대사유로 인한 해지】.....22
제31조【회사의 파산선고와 해지】.....22
제32조【해지환급금】.....22
제33조【보험계약대출】.....23
제34조【배당금의 지급】.....23

제7관 분쟁의 조정 등 23

제35조【분쟁의 조정】.....23
제36조【관할법원】.....23
제37조【소멸시효】.....23
제38조【약관의 해석】.....24
제39조【회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력】.....24
제40조【회사의 손해배상책임】.....24
제41조【개인정보보호】.....24
제42조【준거법】.....25
제43조【예금보험에 의한 지급보장】.....25
<별표1> 보험금 지급기준표..... 26
<별표2> 장 해 분 류 표..... 27
<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표..... 51

<별표3> 재 해 분 류 표 53
<별표4> 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 55

무배당 내게 필요한 보장만 모아모아 보험 (디지털 전용) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조【목적】

이 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조【용어의 정의】

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

1. 계약관계 관련 용어
   - 가. 계약자: 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
   - 나. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
   - 다. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
   - 라. 진단계약: 계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.
   - 마. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   - 가. 장해: <별표2> 장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
   - 나. 재해: <별표3> 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
   - 다. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   - 가. 연단위 복리: 회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.

이자 계산법

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

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

■ 단리계산법: 100원 (원금) + (100원×10%) (1년차 이자) + (100원×10%) (2년차 이자) = 120원

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

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

평균공시이율

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

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

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

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

관공서의 공휴일에 관한 규정

제2조(공휴일)
관공서의 공휴일은 다음과 같다. 다만, 재외공관의 공휴일은 우리나라의 국경일 중 공휴일과 주재국의 공휴일로 한다.
1. 일요일
2. 국경일 중 3·1절, 광복절, 개천절 및 한글날
3. 1월 1일
4. 설날 전날, 설날, 설날 다음날 (음력 12월 말일, 1월 1일, 2일)
5. (삭제)
6. 부처님오신날 (음력 4월 8일)
7. 5월 5일 (어린이날)
8. 6월 6일 (현충일)
9. 추석 전날, 추석, 추석 다음날 (음력 8월 14일, 15일, 16일)
10. 12월 25일 (기독탄신일)
10의2. 「공직선거법」 제34조에 따른 임기만료에 의한 선거의 선거일
11. 기타 정부에서 수시 지정하는 날

제3조(대체공휴일)
① 제2조 제4호 또는 제9호에 따른 공휴일이 다른 공휴일과 겹칠 경우 제2조 제4호 또는 제9호에 따른 공휴일 다음의 첫 번째 비공휴일을 공휴일로 한다.
② 제2조 제7호에 따른 공휴일이 토요일이나 다른 공휴일과 겹칠 경우 제2조 제7호에 따른 공휴일 다음의 첫번째 비공휴일을 공휴일로 한다.

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조【보험금의 지급사유】

회사는 보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 보험수익자에게 약정한 사망보험금(<별표1> "보험금 지급기준표" 참조)을 지급합니다.

제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(<별표2> 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 된 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

② 제3조(보험금의 지급사유) 및 제22조(계약의 소멸)의 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

실종선고

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 일정절차에 따라 법원이 사망한 것으로 인정하는 제도

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다. 이 경우, 사망의 원인은 연명치료 시행의 사유로 하며, 사망시점은 연명의료중단등결정 및 그 이행에 따라 피보험자가 실제 사망한 때로 합니다.

호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률

이 법은 호스피스·완화의료와 임종과정에 있는 환자의 연명의료와 연명의료중단등결정 및 그 이행에 필요한 사항을 규정함으로써 환자의 최선의 이익을 보장하고 자기결정을 존중하여 인간으로서의 존엄과 가치를 보호하기 위해 제정된 법률을 말합니다.

④ 제1항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(<별표2> 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑤ 제4항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑥ 이 계약에서 "동일한 재해"의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑦ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(<별표2> 참조)상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 지급률을 합산한 지급률과 최초 장해의 지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

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 발생한 경우에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(<별표2> 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 제9항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(<별표2> 참조)상의 두가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(<별표2> 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 장해분류표(<별표2> 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(<별표2> 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑫ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다

의료법 제3조(의료기관)

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

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
   가. 의원
   나. 치과의원
   다. 한의원
2. 조산원: 조산사가 조산과 임산부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다.
3. 병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
   가. 병원
   나. 치과병원
   다. 한방병원
   라. 요양병원(「장애복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
   마. 정신병원
   바. 종합병원

③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제5조【보험금을 지급하지 않는 사유】

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

   다만, 다음 중 어느 하나에 해당하고 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

가. 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 특히 그 결과 사망에 이르게 된 경우에는 사망보험금을 지급합니다.

나. 계약의 보장개시일[부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복)청약일]부터 2년이 지난 후에 자살한 경우에는 사망보험금을 지급합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
   다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제6조【보험금 지급사유의 발생통지】

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제3조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유 또는 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제7조【보험금의 청구】

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
   1. 청구서 (회사양식)
   2. 사고증명서 (사망진단서, 장해진단서 등)
   3. 신분증 (주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
   4. 기타 보험수익자가 보험금 수령 또는 계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

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

제8조【보험금의 지급절차】

① 회사는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 또는 보험료 납입 면제의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 <별표4> “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

③ 회사가 보험금 지급사유의 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예

정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

보험금 가지급제도

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

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제6항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제12항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

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

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

⑥ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제14조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

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

제9조【보험금 받는 방법의 변경】

① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 제3조(보험금의 지급사유)에 따른 사망보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급하거나 일시에 지급하는 방법으로 변경할 수 있습니다.

사업방법서

'사업방법서'는 보험회사의 기초서류 중 하나로 보험사업 경영에 있어서 필요한 계약의 체결, 유지, 관리에 필요한 사항 등의 구체적인 취급방법을 기재하는 서류를 말합니다.

② 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제10조【주소변경통지】

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

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

제11조【보험수익자의 지정】

이 계약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 제3조(보험금의 지급사유)의 경우에는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

법정상속인
법정상속인은 피상속인의 사망으로 인하여 민법의 규정에 의한 상속순서에 따라 상속받는 자

제12조【대표자의 지정】

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

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

③ 계약자가 2명 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

설명
계약자가 2명 이상인 경우에는 계약 전 알릴 의무, 보험료 납입의무 등 보험계약에 따른 계약자의 의무를 계약자들이 연대(連帶)하여 부담합니다. 【연대(連帶)】 2인 이상의 계약자가 각자 채무의 전부를 이행할 책임을 지는 것을 말하며(지분만큼 분할하여 책임을 지는 것과는 다름), 계약자 1인이 책임을 이행하는 경우 나머지 계약자는 책임을 면하게 됩니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제13조【계약 전 알릴 의무】

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

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

사례

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

제14조【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제13조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.

그러나 다음 중 한가지에 해당되는 때에는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

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

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

② 회사는 제1항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 계약의 처리 결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 등으로 알려 드립니다.

③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제32조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제13조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 지급합니다.

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

제15조【사기에 의한 계약】

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

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

제4관 보험계약의 성립과 유지

제16조【보험계약의 성립】

① 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.

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

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

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

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

⑤ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 청약일로부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑥ 제5항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제26조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제27조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제17조【청약의 철회】

① 계약자는 청약을 한 날부터 30일(다만, 만65세 이상의 계약자가 통신수단 중 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일로 합니다) 이내에 청약을 철회할 수 있습니다.

② 제1항에도 불구하고 진단계약, 보험기간이 90일 이내인 보험상품 또는 전문금융소비자 가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

전문금융소비자

금융상품에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 금융상품 계약에 따른 위험감수능력이 있는 금융소비자로서, 금융소비자보호에 관한 법률 제2조(정의), 금융소비자보호에 관한 법률 시행령 제2조(정의)에서 정한 국가, 한국은행, 대통령령으로 정하는 금융기관, 주권상장법인, 지방자치단체, 단체보험계약자 등의 전문금융소비자를 말합니다.

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

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

보험계약대출이율

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

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

제18조【약관교부 및 설명의무 등】

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

통신판매계약

전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

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

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

전자서명법 제2조 제2호

제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

2. "전자서명"이란 다음 각 목의 사항을 나타내는데 이용하기 위하여 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.

가. 서명자의 신원

나. 서명자가 해당 전자문서에 서명하였다는 사실

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

③ 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음 각 호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 위 제1항에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.

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

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

제19조【계약의 무효】

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

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻지 않은 경우.
2. 만 15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 의사능력이 있는 심신박약자가 계약을 체결하는 경우에는 계약이 유효합니다.
3. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가

나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달하였을 경우에는 유효한 계약으로 보나, 제2호의 만 15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

심신상실자(心神喪失者)
정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 자를 말합니다.
심신박약자(心神薄弱者)
정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 부족한 자를 말합니다.

제20조【계약내용의 변경 등】

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

1. 보험기간
2. 보험료의 납입주기, 납입방법 및 납입기간
3. 보험가입금액
4. 계약자
5. 기타 계약의 내용

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

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

③ 회사는 계약자가 제1항 제3호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제32조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

⑤ 회사는 제1항 제4호에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

제21조【보험나이 등】

① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제19조(계약의 무효) 제2호의 경우에는 실제 만나이를 적용합니다.

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

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

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

보험나이 계산 예시

생년월일: 1986년 9월 18일

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

제22조【계약의 소멸】

피보험자의 사망으로 인하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그때부터 효력이 없습니다.

제5관 보험료의 납입

제23조【제1회 보험료 및 회사의 보장개시】

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

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

보장개시일

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

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

1. 제13조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
2. 제14조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
3. 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우
   다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 재해로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보장을 해드립니다.

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

제24조【제2회 이후 보험료의 납입】

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

납입기일

계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제25조【보험료의 자동대출납입】

① 계약자는 제26조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따른 보험료의 납입최고(독촉)기간이 지나기 전까지 회사가 정한 방법에 따라 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있으며, 이 경우 제33조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려드립니다.

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

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

④ 보험료의 자동대출 납입이 행하여진 경우에도 자동대출납입 전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음

날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출납입이 없었던 것으로 하여 제32조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

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

제26조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지】

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

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

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

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

③ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제32조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제27조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)】

① 제26조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 평균공시이율 + 1% 범위 내에서 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다.

② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제13조(계약 전 알릴 의무), 제14조(계약 전

알릴 의무 위반의 효과), 제15조(사기에 의한 계약), 제16조(보험계약의 성립) 제2항 및 제3항 및 제23조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.

③ 제1항에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시 제13조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제14조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

부활(효력회복)
보험료 납입을 연체하여 계약이 해지되고 계약자가 해지환급금을 받지 않은 경우에 회사가 정하는 소정의 절차에 따라 해지된 계약을 다시 되살리는 일

제28조【강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복)】

① 회사는 계약자의 해지환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제20조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.

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

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

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

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

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

제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제29조【계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권】

① 계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제32조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제19조(계약의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제32조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제30조【중대사유로 인한 해지】

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

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

예시

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

② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제32조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제31조【회사의 파산선고와 해지】

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

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

③ 제1항의 규정에 따라 계약이 해지되거나 제2항의 규정에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제32조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 드립니다.

제32조【해지환급금】

① 이 약관에 따른 해지환급금은 이 계약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

보험료 및 책임준비금 산출방법서

'보험료 및 책임준비금 산출방법서'는 보험회사의 기초서류 중 하나로 보험료와 책임준비금 및 해지환급금 등의 산출 기준 및 방법이 기재된 문서를 말합니다.

② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 <별표4> "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제33조【보험계약대출】

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

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

③ 회사는 제26조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감합니다.

④ 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제34조【배당금의 지급】

이 계약은 무배당보험이므로 계약자 배당금이 없습니다.

무배당보험

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

제7관 분쟁의 조정 등

제35조【분쟁의 조정】

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

제36조【관할법원】

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

제37조【소멸시효】

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

소멸시효

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

제38조【약관의 해석】

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

② 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

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

제39조【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.

제40조【회사의 손해배상책임】

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

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

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

현저하게 공정을 잃은 합의

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

제41조【개인정보보호】

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

개인정보 보호법

개인정보의 처리 및 보호에 관한 사항을 정함으로써 개인의 자유와 권리를 보호하고, 나아가 개인의 존엄과 가치를 구현하기 위해 제정

된 법률을 말합니다.

신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률

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

② 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

제42조【준거법】

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

제43조【예금보험에 의한 지급보장】

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

예금자보호법

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

<별표1> 보험금 지급기준표

(기준: 보험가입금액 10만원)

■ 사망보험금 (약관 제3조)

지 급 사 유	보험기간 중 피보험자가 사망한 경우
지 급 금 액	10만원

㈜ 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(<별표2> 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 된 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

<별표2> 장 해 분 류 표

Ⅰ. 총칙

1. 장해의 정의

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

2. 신체부위

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

3. 장해의 판정

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

초 장해의 지급률을 비교하여 그 중 높은 지급률을 적용합니다.

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

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

Ⅱ. 장해분류별 판정기준

1. 눈의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

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

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

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

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

(Finger Counting)[주2)] 상태를 포함합니다.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2. 귀의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

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

다. 귓바퀴의 결손

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

라. 평형기능의 장해

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

항목	내용	점수
검사소견	양측 전정기능 소실	14

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

2) 평형기능의 장해는 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 치료 후 장해가 고착되었을 때 판정하며, 뇌병변 여부, 전정기능 이상 및 장해상태를 평가하기 위해 아래의 검사들을 기초로 합니다.
   가) 뇌영상검사(CT, MRI)
   나) 온도안진검사, 전기안진검사(또는 비디오안진검사) 등

3. 코의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

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

4. 씹어먹거나 말하는 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

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

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

라) 양측 각 1개 또는 편측 2개 이하의 치아만 교합되는 상태

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

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

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

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

가) 언어평가상 자음정확도가 30%미만인 경우

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

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

가) 언어평가상 자음정확도가 50%미만인 경우

나) 언어평가상 표현언어지수 25 미만인 경우

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

가) 언어평가상 자음정확도가 75%미만인 경우

나) 언어평가상 표현언어지수 65 미만인 경우

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

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

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

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

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

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

16) 가철성 보철물(신체의 일부에 붙였다 떼었다 할 수 있는 틀니 등)의 파손은 후유장해의 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(반흔성형술, 레이저치료 등 포함)을 시행한 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말합니다.
3) '추상(추한 모습)을 남긴 때'라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 경우를 말합니다.
4) 다발성 반흔 발생시 각 판정부위(얼굴, 머리, 목) 내의 다발성 반흔의 길이 또는 면적은 합산하여 평가합니다. 다만, 길이가 5mm 미만의 반흔은 합산대상에서 제외합니다.
5) 추상(추한 모습)이 얼굴과 머리 또는 목 부위에 걸쳐 있는 경우에는 머리 또는 목에 있는 흉터의 길이 또는 면적의 1/2을 얼굴의 추상(추한 모습)으로 보아 산정합니다.

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)

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

라. 약간의 추상(추한 모습)

1) 얼굴
   가) 손바닥 크기 1/4 이상의 추상(추한 모습)
   나) 길이 5cm 이상의 추상반흔(추한 모습의 흉터)

다) 지름 2cm 이상의 조직함몰

라) 코의 1/4이상 결손

2) 머리

가) 손바닥 크기 1/2 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손

나) 머리뼈의 손바닥 크기 1/2 이상의 손상 및 결손

3) 목

손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

마. 손바닥 크기

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

6. 척추(등뼈)의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

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

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

가) 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡변화는 객관적인 측정방법(Cobb's Angle)에 따라 골절이 발생한 척추체(척추뼈 몸통)의 상·하 인접 정상 척추체(척추뼈 몸통)를 포함하여 측정하며, 생리적 정상만곡을 고려하여 평가합니다.

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

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

산업재해보상보험법 시행규칙 제47조 제1항 내지 제3항

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

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

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

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

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

라) 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추) CT 검사상, 환추 전방 궁(arch)의 후방과 치상돌기의 전

면과의 거리(ADI: Atlanto-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태

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

9) 심한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말합니다.
가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 35° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 60%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 90% 이상일 때

10) 뚜렷한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말합니다.
가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 15° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 40%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 60% 이상일 때

11) 약간의 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말합니다.
가) 1개 이상의 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구로 경도(가벼운 정도)의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 20%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 40% 이상일 때

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

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

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

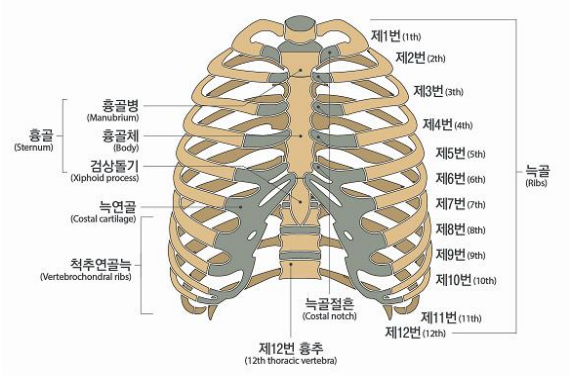
7. 체간골의 장해

가. 장해의 분류

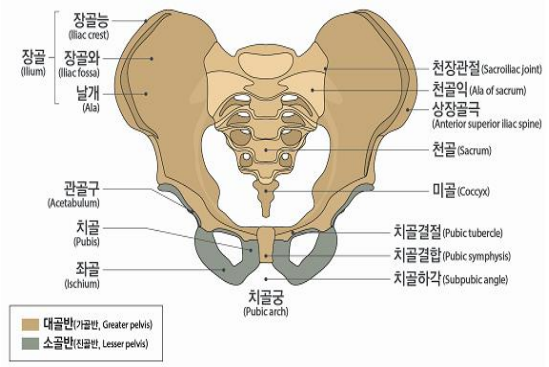
장해의 분류	지급률
1) 어깨뼈(견갑골)나 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	15%
2) 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	10%

나. 장해판정기준

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



< 가슴뼈 >



< 골반뼈 >

8. 팔의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

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

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

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

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

가) 완전 강직(관절굳음)

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

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

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

나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

다. 지급률의 결정

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

9. 다리의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장해를 평가합니다. 다만, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가합니다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않습니다.
3) '다리'라 함은 엉덩이관절(고관절)부터 발목관절(족관절)까지를 말합니다.
4) '다리의 3대 관절'이라 함은 엉덩이관절(고관절), 무릎관절(슬관절), 발목관절(족관절)을 말합니다.
5) '한 다리의 발목이상을 잃었을 때'라 함은 발목관절(족관절)부터(발목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절(슬관절)의 상부에서 절단된 경우도 포함합니다.
6) 다리의 관절기능장해 평가는 다리의 3대 관절의 관절운동범위 제한 및 무릎관절(슬관절)의 동요성 등으로 평가합니다.
   가) 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의「산업재해보상보험법 시행규칙」제47조 제1

항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따릅니다.

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

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

가) 완전 강직(관절굳음)

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

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

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

나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

13) '가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 경골과 종아리뼈 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말합니다.
14) '뼈에 기형을 남긴 때'라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각변형이 15° 이상인 경우를 말합니다.
15) 다리 길이의 단축 또는 과신장은 스캐노그램(scanogram)을 통하여 측정합니다.

다. 지급률의 결정

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

10. 손가락의 장해

가. 장해의 분류

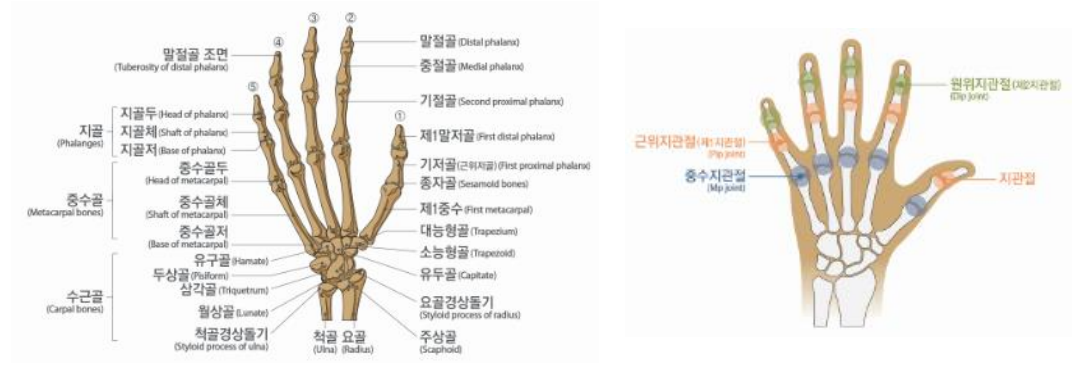
장해의 분류	지급률
1) 한 손의 5개 손가락을 모두 잃었을 때	55%
2) 한 손의 첫째 손가락을 잃었을 때	15%
3) 한 손의 첫째 손가락 이외의 손가락을 잃었을 때(손가락 하나마다)	10%
4) 한 손의 5개 손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	30%
5) 한 손의 첫째 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	10%
6) 한 손의 첫째 손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(손가락 하나마다)	5%

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장해를 평가합니다. 다만, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가합니다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않습니다.
3) 손가락에는 첫째 손가락에 2개의 손가락관절이 있습니다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 합니다.
4) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있습니다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부릅니다.
5) '손가락을 잃었을 때'라 함은 첫째 손가락에서는 지관절부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른

네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽으로 손가락이 절단되었을 때를 말합니다.

6) '손가락뼈 일부를 잃었을 때'라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 손가락 뼈의 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 손가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않습니다.
7) '손가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 첫째 손가락의 경우 중수지관절 또는 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상 운동영역의 1/2 이하인 경우를 말하며, 다른 네 손가락에 있어서는 제1, 제2지관절의 굴신운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하이거나 중수지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말합니다.
8) 한 손가락에 장해가 생기고 다른 손가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산합니다.
9) 손가락의 관절기능장해 평가는 손가락 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가합니다. 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의「산업재해보상보험법 시행규칙」제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따릅니다.



< 손가락 >

11. 발가락의 장해

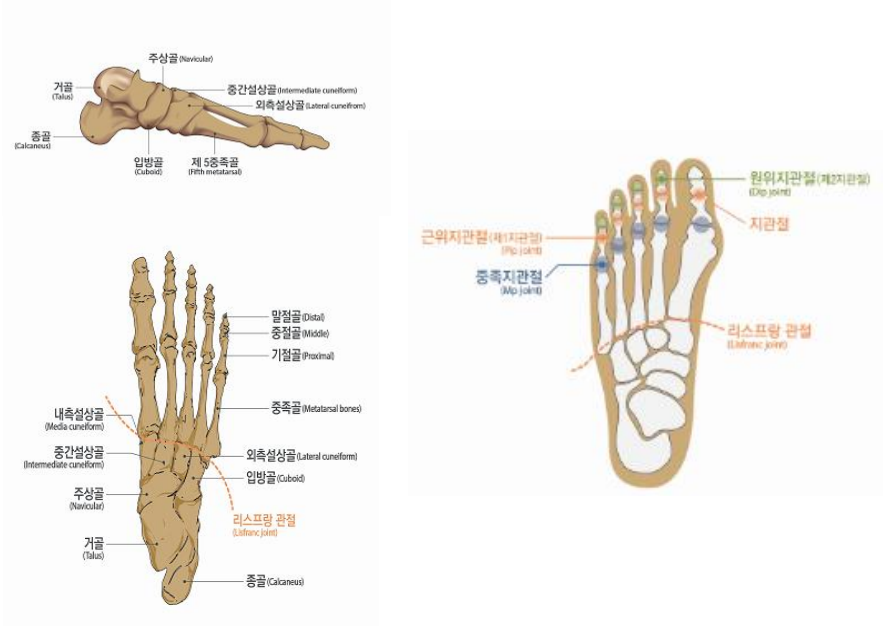
가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 한 발의 리스프랑관절 이상을 잃었을 때	40%
2) 한 발의 5개 발가락을 모두 잃었을 때	30%
3) 한 발의 첫째 발가락을 잃었을 때	10%
4) 한 발의 첫째 발가락 이외의 발가락을 잃었을 때(발가락 하나마다)	5%
5) 한 발의 5개 발가락 모두의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	20%

장해의 분류	지급률
6) 한 발의 첫째 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	8%
7) 한발의 첫째 발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(1발가락마다)	3%

나. 장해판정기준

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



< 발가락 >

12. 흉·복부 장기 및 비뇨생식기의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해의 판정기준

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

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

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

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

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

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

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

13. 신경계·정신행동 장해

가. 장해의 분류

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

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

나. 장해판정기준

1) 신경계

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

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

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

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

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

2) 정신행동

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

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

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

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

학과의 치료를 받았으며 GAF 40점 이하인 상태를 말합니다.

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

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

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

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

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

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

차) 정신행동장해 진단 전문의는 정신건강의학과 전문의를 말합니다.

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

타) 각종 기질성 정신장해와 외상후 간질에 한하여 보상합니다.

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

3) 치매

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

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

다) 치매의 장해평가는 전문의(정신건강의학과, 신경과)에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따릅니다.

4) 뇌전증(간질)

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

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

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

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

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

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

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

<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

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

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

<별표3> 재 해 분 류 표

1. 보장 대상이 되는 재해

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

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에 규정한 제1급감염병

감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호

제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

2. "제1급감염병"이란 생물테러감염병 또는 치명률이 높거나 집단 발생의 우려가 커서 발생 또는 유행 즉시 신고하여야 하고, 음압격리와 같은 높은 수준의 격리가 필요한 감염병으로서 다음 각 목의 감염병을 말한다. 다만, 갑작스러운 국내 유입 또는 유행이 예견되어 긴급한 예방·관리가 필요하여 보건복지부장관이 지정하는 감염병을 포함한다.
   가. 에볼라바이러스병
   나. 마버그열
   다. 라싸열
   라. 크리미안콩고출혈열
   마. 남아메리카출혈열
   바. 리프트밸리열
   사. 두창
   아. 페스트
   자. 탄저
   차. 보툴리눔독소증
   카. 야토병
   타. 신종감염병증후군
   파. 중증급성호흡기증후군(SARS)
   하. 중동호흡기증후군(MERS)
   거. 동물인플루엔자 인체감염증
   너. 신종인플루엔자
   더. 디프테리아

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우
② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)

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

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

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

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

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

㈜ 1. ( ) 안은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 상의 분류번호이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 정하는 재해 해당 여부를 판단합니다.

2. 제9차 개정 이후 약관에서 정하는 재해의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

4. 위 “1. 보장대상이 되는 재해” ②에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용하며, “2. 보험금을 지급하지 않는 재해” ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

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

<별표4> 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
사망보험금 (제3조)	지급기일의 다음날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 +가산이율(4%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 +가산이율(6%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 +가산이율(8%)
해지환급금 (제32조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년이내: 평균공시이율의 50% 1년초과기간: 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

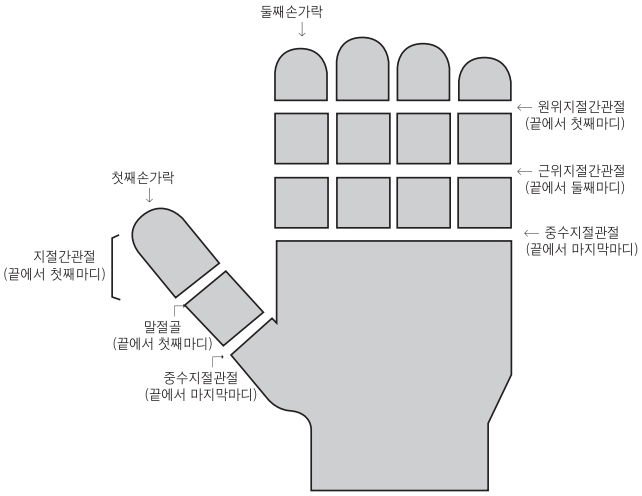
㈜ 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효(제37조)가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

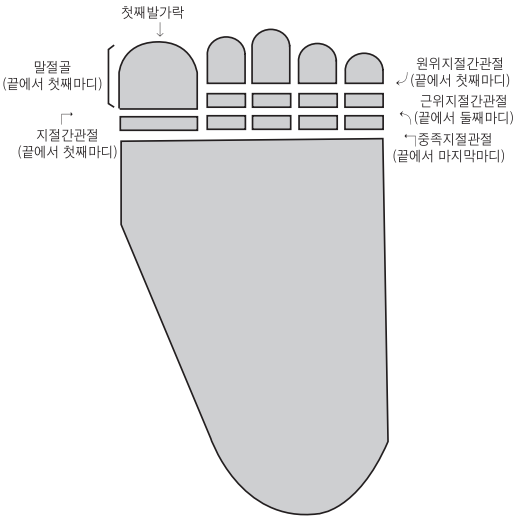
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당 기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

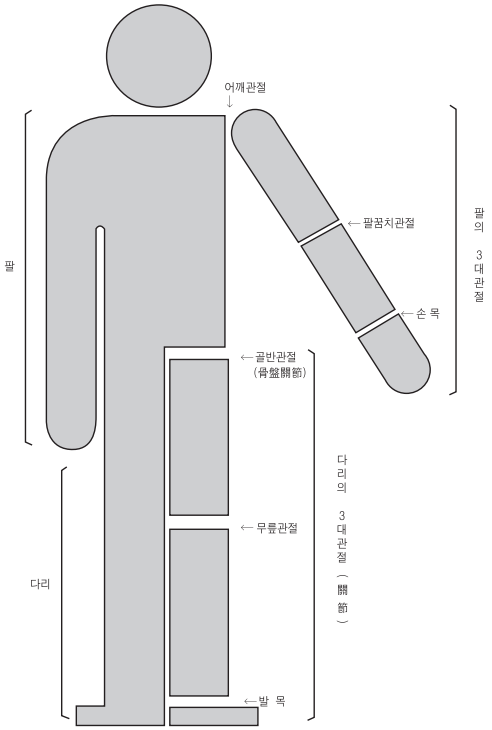
3. 가산이율 적용시 제8조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

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

신체부위의 설명도


둘째손가락
원위지절간관절
(끝에서 첫째마디)
근위지절간관절
(끝에서 둘째마디)
중수지절관절
(끝에서 마지막마디)
첫째손가락
지절간관절
(끝에서 첫째마디)
말절골
(끝에서 첫째마디)
중수지절관절
(끝에서 마지막마디)


첫째발가락
말절골
(끝에서 첫째마디)
지절간관절
(끝에서 첫째마디)
원위지절간관절
(끝에서 첫째마디)
근위지절간관절
(끝에서 둘째마디)
중족지절관절
(끝에서 마지막마디)


어깨관절
팔꿈치관절
손 목
팔의 3대관절
팔
골반관절
(骨盤關節)
무릎관절
다리
다리의 3대관절(關節)
발 목

특 약

- 무배당 암진단특약 M (디지털 전용) .....
- 무배당 일반암생활자금특약 M (디지털 전용) .....
- 무배당 2대질병생활자금특약 M (디지털 전용).....
- 무배당 플러스 수입보장특약 M (디지털 전용) .....
- 무배당 재해장해생활비특약 M (디지털 전용) .....
- 무배당 뉴 중증치매간병생활자금특약II (갱신형) (디지털 전용).....
- 무배당 뉴 첫날부터 질병입원특약 (갱신형) (디지털 전용) .....
- 무배당 뉴 첫날부터 재해입원특약 (갱신형) (디지털 전용) .....
- 무배당 뉴 수술특약 (갱신형) (디지털 전용) .....
- 지정대리청구서비스특약.....
- 특정 신체부위·질병 보장제한부인수특약 .....
- 장애인전용보험전환특약.....

※특약의 페이지 시작 번호는 각 특약마다 다릅니다.

무배당 암진단특약 M (디지털 전용)
약관

◈ 목 차 ◈

무배당 암진단특약 M (디지털 전용) 약관 4

제1관 보험금의 지급 4

제1조【"일반암", "특정암", "기타피부암", "갑상선암"의 정의 및 진단확정】 4
제2조【"제자리암"의 정의 및 진단확정】 5
제3조【"경계성종양"의 정의 및 진단확정】 5
제4조【보험금의 지급사유】 5
제5조【보험금 지급에 관한 세부규정】 6
제6조【보험금을 지급하지 않는 사유】 6
제7조【보험금의 청구】 7
제8조【보험금의 지급절차】 7
제9조【보험수익자의 지정】 8

제2관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등 8

제10조【계약 전 알릴 의무】 8
제11조【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】 8

제3관 보험계약의 성립과 유지 9

제12조【특약의 체결 및 소멸】 9
제13조【피보험자의 범위】 10
제14조【특약의 무효】 10
제15조【특약 내용의 변경 등】 10
제16조【특약의 보험기간】 11

제4관 보험료의 납입 11

제17조【보험료의 납입 및 회사의 보장개시】 11
제18조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】 12
제19조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】 13

제5관 특약의 해지 및 해지환급금 등 13

제20조【계약자의 임의해지】 13
제21조【해지환급금】 13
제22조【배당금의 지급】 14

제6관 기타사항 14

제23조【예금보험에 의한 지급보장】 14
제24조【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】 14
<별표1> 보험금 지급기준표 15
<별표2> 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표 17
<별표3> 제자리의 신생물 분류표 19
<별표4> 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 20
<별표5> 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 21

무배당 암진단특약 M (디지털 전용) 약관

제1관 보험금의 지급

제1조【“일반암”, “특정암”, “기타피부암”, “갑상선암”의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에서 **“일반암”**이란, 한국표준질병·사인분류 중 <별표2> (대상이 되는 악성신생물(암) 분류표 (유방암, 대장암, 전립선암, 기타피부암 및 갑상선암 제외))에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 제2항에서 정한 “특정암”, 분류번호 C44(기타피부의 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 이 특약에서 **“특정암”**이란, 다음 각 호에서 정한 유방암, 대장암, 전립선암을 말합니다.

1. **“유방암”**이란 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C50(유방의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
2. **“대장암”**이란 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C18(결장의 악성신생물(암)), C19(직장구불결장 접합부의 악성신생물(암)), C20(직장의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
3. **“전립선암”**이란 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C61(전립선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 **“기타피부암”**이란, 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특약에서 **“갑상선암”**이란, 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

⑤ “일반암”, “특정암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 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 피보험자가 “일반암”, “특정암”, “기타피부암” 또는 “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.

설명

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

- C73(갑상선의 악성신생물(암))이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물(암))로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물(암))이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물(암))로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물(암))에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물(암))이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(암))로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물(암))에 해당하는 질병으로 봅니다.

제2조【"제자리암"의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에서 **"제자리암"**이란, 한국표준질병·사인분류 중 <별표3>(제자리의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

② "제자리암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 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 피보험자가 "제자리암"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 입증할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제3조【"경계성종양"의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에서 **"경계성종양"**이란, 한국표준질병·사인분류 중 <별표4>(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

② "경계성종양"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 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 피보험자가 "경계성종양"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 입증할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조【보험금의 지급사유】

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

1. 특약의 보험기간 중 "암보장개시일" 이후에 피보험자가 제1조("일반암", "특정암", "기타피부암", "갑상선암"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 "일반암"으로 진단 확정된 경우: 일반암진단급여금
2. 특약의 보험기간 중 "암보장개시일" 이후에 피보험자가 제1조("일반암", "특정암", "기타피부암", "갑상선암"의 정의 및 진단확정) 제2항에서 정한 "특정암"으로 진단 확정된 경우: 특정암진단급여금
3. 특약의 보험기간 중 피보험자가 제1조("일반암", "특정암", "기타피부암", "갑상선암"의 정의 및 진단확정) 제3항에서 정한 "기타피부암"으로 진단확정된 경우: 기타피부암진단급여금
4. 특약의 보험기간 중 피보험자가 제1조("일반암", "특정암", "기타피부암", "갑상선암"의 정의 및 진단확정) 제4항에서 정한 "갑상선암"으로 진단확정된 경우: 갑상선암진단급여금
5. 특약의 보험기간 중 피보험자가 제2조("제자리암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 "제자리암"으로 진단확정된 경우: 제자리암진단급여금
6. 특약의 보험기간 중 피보험자가 제3조("경계성종양"의 정의 및 진단확정)에서 정한 "경계성종양"으로 진단확정된 경우: 경계성종양진단급여금

암보장개시일
"일반암" 및 "특정암"에 대한 보장개시일은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

부활(효력회복)

보험료 납입을 연체하여 계약이 해지되고 계약자가 해지환급금을 받지 않은 경우에 회사가 정하는 소정의 절차에 따라 해지된 계약을 다시 되살리는 일

제5조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입면제사유가 발생한 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

② 피보험자가 특약의 보험기간 중 제17조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 사망하여 그 후에 "일반암, 특정암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 사망일을 진단확정일로 보아 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 해당 보험금을 지급합니다.

③ 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

의료법 제3조(의료기관)

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

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
   가. 의원
   나. 치과의원
   다. 한의원
2. 조산원: 조산사가 조산과 임산부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다.
3. 병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
   가. 병원
   나. 치과병원
   다. 한방병원
   라. 요양병원(「장애복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
   마. 정신병원
   바. 종합병원

③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제6조【보험금을 지급하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
   다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제7조【보험금의 청구】

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
   1. 청구서 (회사양식)
   2. 사고증명서 (진단서(병명기입), 진료기록부 등)
   3. 신분증 (주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
   4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제8조【보험금의 지급절차】

① 회사는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 <별표5> “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
   1. 소송제기
   2. 분쟁조정신청
   3. 수사기관의 조사
   4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
   5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
   6. 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제3항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르

기로 한 경우

보험금 가지급제도

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

④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제11조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제9조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 제4조(보험금의 지급사유)의 경우에는 피보험자로 합니다.

제2관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제10조【계약 전 알릴 의무】

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 “계약 전 알릴 의무”라 하며, 상법상 “고지의무”와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

사례

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

제11조【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제10조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때

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

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

② 회사는 제1항에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴 의무 위반사실(특약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면 등으로 알려 드립니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제21조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액(구좌) 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제10조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 지급합니다.

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

제3관 보험계약의 성립과 유지

제12조【특약의 체결 및 소멸】

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 이 특약의 보험기간 중 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지 및 기타 사유에 의하여 효력이 없는 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 그러하지 않습니다.
2. 피보험자가 사망한 경우
3. 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 사망 이외의 보험금 지급사유로 효력이 없는 경우에는 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제2호 “사망”에는 특약의 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

실종선고

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 일정절차에 따라 법원이 사망한 것으로 인정하는 제도

제13조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제14조【특약의 무효】

피보험자가 계약일부터 제17조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제4항에서 정한 암보장개시일 전일 이전에 제1조(“일반암”, “특정암”, “기타피부암”, “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제1항 및 제2항에서 정한 “일반암” 또는 “특정암”으로 진단 확정된 경우 회사는 이 특약을 무효로 하며 계약자에게 이미 납입한 특약의 보험료를 돌려 드립니다.

제15조【특약 내용의 변경 등】

① 회사는 계약자가 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 이 특약도 주계약의 변경 내용에 따라 같은 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 계약자가 주계약의 보험수익자를 변경할 때 이 특약도 보험수익자를 변경하여 드립니다. 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.

보험금 지급사유가 발생한 경우 회사가 보험금을 지급하는 대상

1) 계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 알리기 이전: 변경 전 보험수익자
2) 계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 알린 이후: 변경 후 보험수익자

※ 보험수익자가 변경되었더라도 회사에 알리지 않았다면 회사는 변경된 보험수익자에게 보험금을 지급하지 않을 수 있으니, 보험수익자를 변경할 때에는 회사에 알려주시기 바랍니다.

③ 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액(구좌)을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제21조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

④ 계약자는 특약의 보험기간 중 제4조(보험금의 지급사유)에서 정하는 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

⑤ 회사는 주계약의 계약자를 변경할 때 이 특약도 계약자를 변경하여 드리며, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

제16조【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말하며, 이 특약을 가입할 때 회사가 정한 보험기간 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제17조【보험료의 납입 및 회사의 보장개시】

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 가입할 때 회사가 정한 보험료 납입기간 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

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

④ 제3항에도 불구하고 제1조(“일반암”, “특정암”, “기타피부암”, “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제1항 및 제2항에서 정한 “일반암” 및 “특정암”에 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, 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제18조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되는 경우에는 이 특약도 함께 해지됩니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 그러하지 않습니다.

② 계약자가 제2회 이후 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

납입기일
계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

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

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

③ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.

전자서명법 제2조 제2호
제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. 2. "전자서명"이란 다음 각 목의 사항을 나타내는데 이용하기 위하여 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다. 가. 서명자의 신원 나. 서명자가 해당 전자문서에 서명하였다는 사실 ※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

④ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제21조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제19조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】

① 회사는 주계약의 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

② 주계약의 부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 완료된 경우로서 제18조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다. 다만, 암보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제5관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제20조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제21조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제21조【해지환급금】

① 이 약관에 따른 해지환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

보험료 및 책임준비금 산출방법서

'보험료 및 책임준비금 산출방법서'는 보험회사의 기초서류 중 하나로 보험료와 책임준비금 및 해지환급금 등의 산출 기준 및 방법이 기재된 문서를 말합니다.

② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 <별표5> "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제22조【배당금의 지급】

이 특약은 무배당보험이므로 계약자 배당금이 없습니다.

무배당보험

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

제6관 기타사항

제23조【예금보험에 의한 지급보장】

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

예금자보호법

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

제24조【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

<별표1> 보험금 지급기준표

(기준: 1구좌)

⑴ 일반암진단급여금 (약관 제4조 제1호)

지 급 사 유	특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 피보험자가 "일반암"으로 진단확정된 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급합니다)
지 급 금 액	계약일부터 2년 미만: 5만원 계약일부터 2년 이후: 10만원

⑵ 특정암진단급여금 (약관 제4조 제2호)

지 급 사 유	특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 피보험자가 "특정암"으로 진단확정된 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급합니다)
지 급 금 액	계약일부터 2년 미만: 1만원 계약일부터 2년 이후: 2만원

⑶ 기타피부암진단급여금 (약관 제4조 제3호)

지 급 사 유	특약의 보험기간 중 피보험자가 "기타피부암"으로 진단확정된 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급합니다)
지 급 금 액	계약일부터 2년 미만: 5천원 계약일부터 2년 이후: 1만원

⑷ 갑상선암진단급여금 (약관 제4조 제4호)

지 급 사 유	특약의 보험기간 중 피보험자가 "갑상선암"으로 진단확정된 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급합니다)
지 급 금 액	계약일부터 2년 미만: 5천원 계약일부터 2년 이후: 1만원

⑸ 제자리암진단급여금 (약관 제4조 제5호)

지 급 사 유	특약의 보험기간 중 피보험자가 "제자리암"으로 진단확정된 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급합니다)
지 급 금 액	계약일부터 2년 미만: 5천원 계약일부터 2년 이후: 1만원

⑹ 경계성종양진단급여금 (약관 제4조 제6호)

지 급 사 유	특약의 보험기간 중 피보험자가 “경계성종양”으로 진단확정된 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급합니다)
지 급 금 액	계약일부터 2년 미만: 5천원 계약일부터 2년 이후: 1만원

㈜ 1. 암보장개시일은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

2. 특약의 보험기간 중 암보장개시일 전일 이전에 피보험자가 “일반암” 또는 “특정암”으로 진단 확정된 경우 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 특약의 보험료를 돌려 드립니다.

<별표2> 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표

(유방암, 대장암, 전립선암, 기타피부암 및 갑상선암 제외)

약관에서 정하는 악성신생물(암)로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 약관에서 정하는 악성신생물(암) 해당 여부를 판단합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물(암)	C00-C14
2. 식도의 악성신생물(암)	C15
3. 위의 악성신생물(암)	C16
4. 소장의 악성신생물(암)	C17
5. 항문 및 항문관의 악성신생물(암)	C21
6. 간 및 간내 담관의 악성신생물(암)	C22
7. 담낭의 악성신생물(암)	C23
8. 담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성신생물(암)	C24
9. 췌장의 악성신생물(암)	C25
10. 기타 및 부위불명 소화기관의 악성신생물(암)	C26
11. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물(암)	C30-C39
12. 골 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40-C41
13. 피부의 악성 흑색종	C43
14. 중피성 및 연조직의 악성신생물(암)	C45-C49
15. 여성 생식기관의 악성신생물(암)	C51-C58
16. 음경의 악성신생물(암)	C60
17. 고환의 악성신생물(암)	C62
18. 기타 및 상세불명의 남성 생식기관의 악성신생물(암)	C63
19. 요로의 악성신생물(암)	C64-C68
20. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물(암)	C69-C72
21. 부신의 악성신생물(암)	C74
22. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물(암)	C75
23. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)	C76-C80
24. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)	C81-C96
25. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물(암)	C97
26. 진성 적혈구 증가증	D45
27. 골수 형성이상 증후군	D46
28. 만성 골수증식 질환	D47.1
29. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3

대 상 악 성 신 생 물	분류번호
30. 골수섬유증	D47.4
31. 만성 호산구성 백혈병(과호산구증후군)	D47.5

㈜ 1. 제9차 개정 이후 약관에서 정하는 악성신생물(암)의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 약관에서 정하는 악성신생물(암)에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 약관에서 정하는 악성신생물(암)의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

3. 유방의 악성신생물(암)(분류번호 C50), 결장의 악성신생물(암)(분류번호 C18), 직장구불결장 접합부의 악성신생물(암)(분류번호 C19), 직장의 악성신생물(암)(분류번호 C20), 전립선의 악성신생물(암)(분류번호 C61), 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44) 및 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)은 상기 분류표에서 제외합니다.

4. 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.

<별표3> 제자리의 신생물 분류표

약관에서 정하는 제자리의 신생물로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 약관에서 정하는 제자리의 신생물 해당 여부를 판단합니다.

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

㈜ 1. 제9차 개정 이후 약관에서 정하는 제자리의 신생물의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 약관에서 정하는 제자리의 신생물에 대한 보험금 지급 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 약관에서 정하는 제자리의 신생물의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

<별표4> 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에서 정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 약관에서 정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 해당 여부를 판단합니다.

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 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추 신경계통의 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. 제9차 개정 이후 약관에서 정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 약관에서 정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 약관에서 정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

3. 만성 골수증식질환(분류번호 D47.1), 본태성(출혈성) 혈소판혈증(분류번호 D47.3), 골수섬유증(분류번호 D47.4), 만성 호산구성 백혈병(과호산구증후군)(분류번호 D47.5)은 "9. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물"에 포함되지 않는 것으로 보아 상기 분류표에서 제외됩니다.

<별표5> 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
일반암진단급여금, 특정암진단급여금, 기타피부암진단급여금, 갑상선암진단급여금, 제자리암진단급여금, 경계성종양진단급여금 (제4조)	지급기일의 다음날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 +가산이율(4%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 +가산이율(6%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 +가산이율(8%)
해지환급금 (제21조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년이내: 평균공시이율 (이 특약 체결시점의 평균공시이율)의 50% 1년초과기간: 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

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

2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당 기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용시 제8조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

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

무배당 일반암 생활자금특약 M (디지털 전용)

약 관

◈ 목 차 ◈

무배당 일반암 생활자금특약 M (디지털 전용) 약관 4

제1관 보험금의 지급 4

제1조【"일반암"의 정의 및 진단확정】 4
제2조【보험금의 지급사유】 5
제3조【보험금 지급에 관한 세부규정】 6
제4조【보험금을 지급하지 않는 사유】 8
제5조【보험금 등의 청구】 8
제6조【보험금의 지급절차】 9
제7조【보험수익자의 지정】 10

제2관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등 10

제8조【계약 전 알릴 의무】 10
제9조【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】 10

제3관 보험계약의 성립과 유지 11

제10조【특약의 체결 및 소멸】 11
제11조【피보험자의 범위】 11
제12조【특약의 무효】 12
제13조【특약 내용의 변경 등】 12
제14조【특약의 보험기간】 12

제4관 보험료의 납입 13

제15조【보험료의 납입 및 회사의 보장개시】 13
제16조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】 13
제17조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】 14

제5관 특약의 해지 및 해지환급금 등 15

제18조【계약자의 임의해지】 15
제19조【해지환급금】 15
제20조【배당금의 지급】 15

제6관 기타사항 15

제21조【예금보험에 의한 지급보장】 16
제22조【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】 16
<별표1> 보험금 지급기준표 17
<별표2> 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표 19
<별표3> 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 21

무배당 일반암 생활자금특약 M (디지털 전용) 약관

제1관 보험금의 지급

제1조【"일반암"의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에서 **"일반암"**이란, 한국표준질병·사인분류 중 <별표2> (대상이 되는 악성신생물(암) 분류표 (유방암, 대장암, 전립선암, 기타피부암 및 갑상선암 제외))에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 제2항에서 정한 "특정암", 분류번호 C44(기타피부의 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. (이하 "일반암"이라고 합니다)

② 이 특약에서 "특정암"이란, 다음 각 호에서 정한 유방암, 대장암, 전립선암을 말합니다.

1. "유방암"이란 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C50(유방의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
2. "대장암"이란 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C18(결장의 악성신생물(암)), C19(직장구불결장 접합부의 악성신생물(암)), C20(직장의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
3. "전립선암"이란 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C61(전립선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 "기타피부암"이란, 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특약에서 "갑상선암"이란, 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

⑤ "일반암", "특정암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 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 피보험자가 "일반암", "특정암", "기타피부암" 또는 "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.

설명

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

- C73(갑상선의 악성신생물(암))이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물(암))로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물(암))이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물(암))로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물(암))에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물(암))이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(암))로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물(암))에 해당하는 질병으로 봅니다.

제2조【보험금의 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 “암보장개시일” 이후에 피보험자에게 아래의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(<별표1> “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다.

(다만, 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급하며, 계약일부터 만2년이 지난 계약해당일의 전일 이전에 진단확정시에는 50%를 지급합니다)

1. 이 특약의 보험기간 중 “암보장개시일” 이후에 피보험자가 제1조(“일반암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “일반암”으로 진단 확정된 경우: 일반암진단급여금 지급
2. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 “일반암”으로 진단 확정되고, 그 진단 확정된 날(이하 “일반암진단확정일”이라 합니다)을 최초로 하여 매년 일반암진단확정일에 살아있을 경우: 일반암생활자금 지급

   다만, 진단 확정된 날부터 만2년이내(이하 “일반암생활자금 보증지급기간”이라 합니다) 동안에는 피보험자의 생존여부에 관계없이 일반암생활자금을 보증지급하고 일반암생활자금 보증지급기간 이후에는 매년 일반암진단확정일에 생존시 해당 연도에 대하여 일반암생활자금을 12개월동안 매월 해당일(이하 “일반암생활자금 지급해당일”이라 합니다)에 확정지급 하며, 일반암생활자금 보증지급기간을 포함하여 최대 5년(60개월)을 최고한도로 지급합니다.

암보장개시일

“일반암”에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

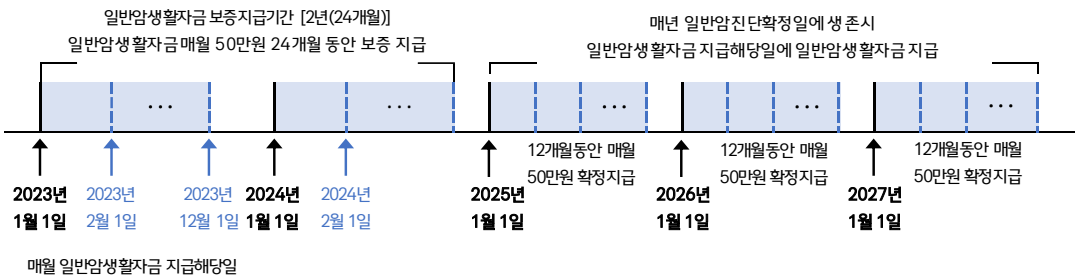
부활(효력회복)

보험료 납입을 연체하여 계약이 해지되고 계약자가 해지환급금을 받지 않은 경우에 회사가 정하는 소정의 절차에 따라 해지된 계약을 다시 되살리는 일

일반암생활자금의 지급 예시

< 최초 일반암진단확정일 이후 5년동안 매년 일반암진단확정일에 피보험자가 살아있을 경우 >

- 계약일: 2020년 9월 1일, 50구좌 기준
- 일반암진단확정일 : 2023년 1월 1일

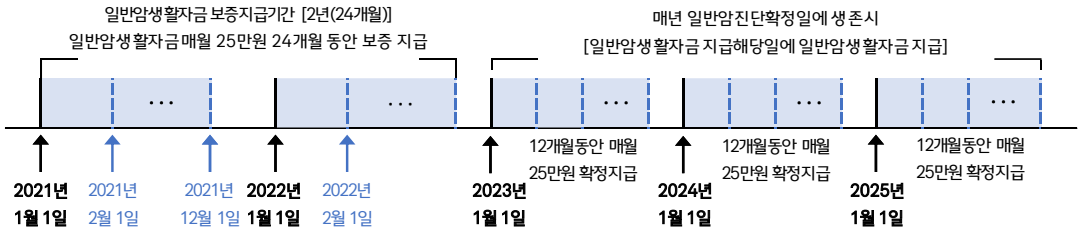


※ 일반암생활자금 보증지급기간 :
진단확정된 날부터 만 2년이내를 말하며, 이 기간 동안은 피보험자의 생존여부에 관계없이 일반암생활자금을 지급합니다. 따라서 24개월분의 일반암생활자금은 지급이 보장됩니다.

※ 일반암생활자금 보증지급기간 이후 지급 :
일반암생활자금은 피보험자가 매년 일반암진단확정일에 살아있는 경우에 한하여 지급되며, 해당연도 중 매월 일반암생활자금 지급해당일에 12개월동안 확정지급됩니다. (다만, 일반암생활자금 보증지급기간을 포함하여 최대 5년(60개월)을 최고한도로 지급합니다)

계약일부터 만2년이 지난 계약해당일 이전 일반암으로 진단확정시 일반암생활자금 지급예시

■ 계약일: 2020년 9월 1일, 50구좌 기준
■ 일반암진단확정일 : 2021년 1월 1일



[매월 일반암생활자금 지급해당일]

※ 일반암생활자금 보증지급기간 :
진단 확정된 날부터 만 2년이내를 말하며, 이 기간 동안은 피보험자의 생존여부에 관계없이 일반암생활자금을 지급합니다. 따라서 24개월분의 일반암생활자금은 지급이 보장됩니다.

※ 일반암생활자금 보증지급기간 이후 지급 :
일반암생활자금은 피보험자가 매년 일반암진단확정일에 살아있는 경우에 한하여 지급되며, 해당연도 중 매월 일반암생활자금 지급해당일에 12개월동안 확정지급됩니다. (다만, 일반암생활자금 보증지급기간을 포함하여 최대 5년(60개월)을 최고한도로 지급합니다)

제3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 특약의 보험료 납입기간 중 암보장개시일 이후 피보험자가 제1조(“일반암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “일반암”으로 진단 확정되거나 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

② 제2조(보험금의 지급사유)제2호에서 정한 일반암생활자금은 일반암생활자금 보증지급기간[2년(24개월)]에는 피보험자의 생존여부에 관계없이 일반암생활자금을 보증지급하며, 일반암생활자금 보증지급기간 이후에는 매년 일반암진단확정일에 살아있을 경우 지급하며(일반암생활자금 보증지급기간을 포함하여 최대 5년(60개월)), 해당 연도 중 매월 일반암생활자금 지급해당일에 12개월동안 확정 지급합니다. 다만, 해당월에 진단확정일이 없는 경우 해당월의 말일을 진단확정일로 합니다.

일반암진단확정일이 없는 달의 예시

최초 일반암생활자금 지급해당일: 2020년 10월 31일 일 때, 2020년 11월의 일반암생활자금 지급해당일은 2020년 11월 30일로 함

⇒ 2020년 11월에는 일반암생활자금 지급해당일(31일)이 없으므로, 해당월의 마지막 날을 일반암생활자금 지급해당일로 함

③ 피보험자가 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 사망하여 그 후에 “일반암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 사망일을 진단확정일로 보아 제2조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 일반암진단급여금 및 제2조(보험금의 지급사유) 제2호에서 정한 일반암생활자금 중 일반암생활자금 보증지급기간 2년(24개월)에 해당하는 금액을 “평균공시이율을 적용하여 연단위 복리로 할인한 금액”과 “보험료적용이율을 적용하여 연단위 복리로 할인한 금액” 중 큰 금액을 일시금으로 지급합니다.

평균공시이율

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

보험료적용이율

이 특약의 보험료를 산출할 때 적용하는 이율을 말합니다.

④ 제2항에도 불구하고 제2조(보험금의 지급사유) 제2호에서 정한 일반암생활자금 보증지급기간 중 지급되지 않은 일반암생활자금 또는 일반암생활자금 보증지급기간 이후 일반암생활자금의 해당 연도의 12개월 확정지급금액 중 지급되지 않은 일반암생활자금을 보험수익자가 일시금으로 선지급 받기 원하는 경우 회사는 "평균공시이율을 적용하여 연단위 복리로 할인한 금액"과 "보험료적용이율을 적용하여 연단위 복리로 할인한 금액" 중 큰 금액을 일시금으로 지급합니다.

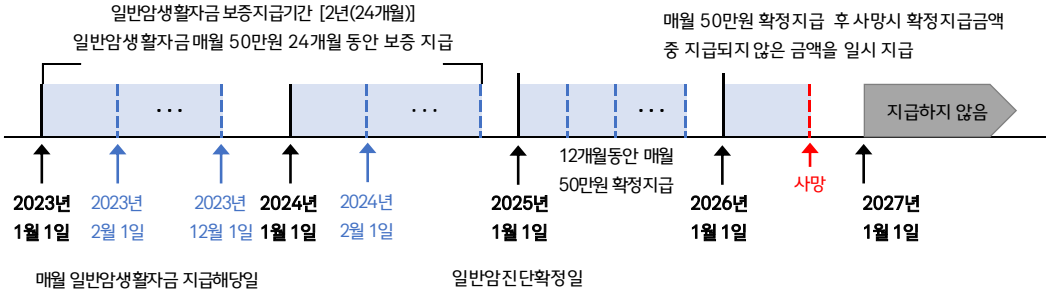
⑤ 피보험자가 제2조(보험금의 지급사유) 제2호에서 정한 일반암생활자금 보증지급기간내에 일반암생활자금을 수령 중 사망한 경우에는 회사는 일반암생활자금 보증지급기간 중 지급되지 않은 일반암생활자금을 "평균공시이율을 적용하여 연단위 복리로 할인한 금액"과 "보험료적용이율을 적용하여 연단위 복리로 할인한 금액" 중 큰 금액을 일시금으로 지급합니다.

⑥ 피보험자가 일반암생활자금 보증지급기간이 지난 후 생존하여 일반암생활자금을 수령 중 사망한 경우에는 해당 연도의 12개월 확정지급금액 중 지급되지 않은 일반암생활자금을 "평균공시이율을 적용하여 연단위 복리로 할인한 금액"과 "보험료적용이율을 적용하여 연단위 복리로 할인한 금액" 중 큰 금액을 일시금으로 지급합니다.

일반암생활자금 수령 중 사망시 지급예시

< 최초 일반암진단확정일 이후 5년 이내 일반암진단확정일에 피보험자가 사망한 경우 >

- 계약일: 2020년 9월 1일, 50구좌 기준
- 일반암진단확정일 : 2023년 1월 1일



※ 일반암생활자금 보증지급기간 :
진단 확정된 날부터 만 2년이내를 말하며, 이 기간 동안은 피보험자의 생존여부에 관계없이 일반암생활자금을 지급합니다. 따라서 24개월분의 일반암생활자금은 지급이 보장됩니다.

※ 일반암생활자금 보증지급기간 이후 지급 :
일반암생활자금은 피보험자가 매년 일반암진단확정일에 살아있는 경우에 한하여 지급되며, 해당연도 중 매월 일반암생활자금 지급해당일에 12개월동안 확정지급됩니다. (다만, 일반암생활자금 보증지급기간을 포함하여 최대 5년(60개월)을 최고한도로 지급합니다)

⑦ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

의료법 제3조(의료기관)

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

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
   가. 의원
   나. 치과의원
   다. 한의원
2. 조산원: 조산사가 조산과 임산부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다.
3. 병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
   가. 병원
   나. 치과병원
   다. 한방병원
   라. 요양병원(「장애복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
   마. 정신병원
   바. 종합병원

③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제4조【보험금을 지급하지 않는 사유】

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
   다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제5조【보험금 등의 청구】

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

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

본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

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

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

제6조【보험금의 지급절차】

① 회사는 제5조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 <별표3> “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제5조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제7항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

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

④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제9조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제7조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 제2조(보험금의 지급사유)의 경우에는 피보험자로 합니다.

제2관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제8조【계약 전 알릴 의무】

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 "계약 전 알릴 의무"라 하며, 상법상 "고지의무"와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

사례

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

제9조【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제8조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

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

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

② 회사는 제1항에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴 의무 위반사실(특약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 등으로 알려 드립니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제19조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액(구좌) 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제8조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 지급합니다.

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

제3관 보험계약의 성립과 유지

제10조【특약의 체결 및 소멸】

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 이 특약의 보험기간 중 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지 및 기타 사유에 의하여 효력이 없는 경우
   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 그러하지 않습니다.
2. 피보험자가 사망한 경우
3. 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 사망 이외의 보험금 지급사유로 효력이 없는 경우에는 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제2호 “사망”에는 이 특약의 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

실종선고

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 일정절차에 따라 법원이 사망한 것으로 인정하는 제도

제11조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제12조【특약의 무효】

피보험자가 특약의 계약일부터 제15조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제6항에서 정한 암보장개시일 전일 이전에 제1조(“일반암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “일반암”으로 진단 확정된 경우에 회사는 이 특약을 무효로 하며 계약자에게 이미 납입한 특약의 보험료를 돌려 드립니다.

제13조【특약 내용의 변경 등】

① 회사는 계약자가 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 이 특약도 주계약의 변경 내용에 따라 같은 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 계약자가 주계약의 보험수익자를 변경할 때 이 특약도 보험수익자를 변경하여 드립니다. 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.

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

③ 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액(구좌)을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제19조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

④ 계약자는 특약의 보험기간 중 제2조(보험금의 지급사유)에서 정하는 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

⑤ 회사는 주계약의 계약자를 변경할 때 이 특약도 계약자를 변경하여 드리며, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

제14조【특약의 보험기간】

① 이 특약의 보험기간은 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말하며, 이 특약을 가입할 때 회사가 정한 보험

기간 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

② 제1항에도 불구하고 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “일반암”으로 진단 확정된 경우, 이 특약의 보험기간은 “일반암”으로 진단 확정된 그날부터 5년으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제15조【보험료의 납입 및 회사의 보장개시】

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 가입할 때 회사가 정한 보험료 납입기간 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 완료되었으나 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 제2항에서 주계약의 보험료와 함께 특약의 보험료를 선납하는 경우에는 특약의 잔여 보험료 납입기간을 초과하는 기간에 해당하는 특약의 보험료를 선납할 수 없습니다.

⑤ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

보장개시일

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

⑥ 제5항에도 불구하고 제1조(“일반암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “일반암” 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, 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제16조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되는 경우에는 이 특약도 함께 해지됩니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 그러하지 않습니다.

② 계약자가 제2회 이후 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만 해지 전에 발생한

보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

납입기일

계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

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

납입최고(독촉)

약정된 기일까지 보험료가 납입되지 않을 경우, 회사가 계약자에게 납입을 재촉하는 일

③ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.

전자서명법 제2조 제2호

제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

2. "전자서명"이란 다음 각 목의 사항을 나타내는데 이용하기 위하여 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.

가. 서명자의 신원

나. 서명자가 해당 전자문서에 서명하였다는 사실

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

④ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제19조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제17조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】

① 회사는 주계약의 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

② 주계약의 부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 완료된 경우로서 제16조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제3항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효

력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다. 다만, 암보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제5관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제18조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제19조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 제2조(보험금 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 이후에는 이 특약을 해지할 수 없습니다.

② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제19조【해지환급금】

① 이 약관에 따른 해지환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

보험료 및 책임준비금 산출방법서

'보험료 및 책임준비금 산출방법서'는 보험회사의 기초서류 중 하나로 보험료와 책임준비금 및 해지환급금 등의 산출 기준 및 방법이 기재된 문서를 말합니다.

② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 <별표3> "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제20조【배당금의 지급】

이 특약은 무배당보험이므로 계약자 배당금이 없습니다.

무배당보험

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

제6관 기타사항

제21조【예금보험에 의한 지급보장】

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

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

제22조【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

<별표1> 보험금 지급기준표

(기준: 10구좌)

■ 일반암진단급여금 (약관 제2조 제1호)

지 급 사 유	특약의 보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 “일반암”으로 진단 확정된 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급합니다)
지 급 금 액	계약일부터 2년 미만: 50만원 계약일부터 2년 이후: 100만원

■ 일반암생활자금 (약관 제2조 제2호)

지 급 사 유	특약의 보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 “일반암”으로 진단 확정되고, 일반암진단확정일을 최초로 하여 매년 일반암진단확정일에 살아있을 경우, 일반암생활자금 보증지급기간[2년(24개월)] 동안은 생존에 관계없이 보증지급하고 일반암생활자금 보증지급기간 이후에는 매년 일반암진단확정일에 생존시 해당 연도에 대하여 일반암생활자금을 12개월동안 매월 일반암생활자금 지급해당일에 확정지급합니다.
지 급 금 액	계약일부터 2년 미만: 일반암생활자금의 지급사유가 발생한 경우 매월 5만원 계약일부터 2년 이후: 일반암생활자금의 지급사유가 발생한 경우 매월 10만원 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한하며, 5년(60개월)을 최고한도로 지급합니다)

㈜ 1. 암보장개시일은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

2. "일반암"의 정의에서 "유방암, 대장암, 전립선암, 기타피부암 및 갑상선암"은 제외되므로, "유방암, 대장암, 전립선암, 기타피부암 또는 갑상선암"으로 진단이 확정되더라도 보험금은 지급되지 않습니다.

3. 일반암진단확정일은 “일반암”으로 진단 확정된 날을 말합니다.

4. 일반암생활자금 지급해당일은 매년 일반암진단확정일에 살아있을 경우 해당 연도에 대하여 일반암생활자금을 12개월동안 확정지급하는 매월 해당일을 말합니다.

5. 일반암생활자금 보증지급기간은 “일반암”으로 진단 확정된 날부터 만 2년이내를 말하며, 이 기간 동안에는 피보험자의 생존여부에 관계없이 일반암생활자금을 지급합니다. 따라서 24개월분의 일반암생활자금은 지급이 보증됩니다.

6. 일반암생활자금 보증지급기간 중 지급되지 않은 일반암생활자금 또는 일반암생활자금 보증지급기간 이후 일반암생활자금의 해당 연도의 12개월 확정지급금액 중 지급되지 않은 일반암생활자금을 보험수익자가 일시금으로 선지급 받기 원하는 경우 회사는 “평균공시이율을 적용하여 연단위 복리로 할인한 금액”과 “보험료적용이율을 적용하여 연단위 복리로 할인한 금액” 중 큰 금액을 일시금으로 지급합니다.

7. 피보험자가 일반암생활자금 보증지급기간내에 일반암생활자금을 수령 중 사망한 경우에는 회사는 일반암생활자금 보증지급기간 중 지급되지 않은 일반암생활자금을 “평균공시이율을 적용하여 연

단위 복리로 할인한 금액"과 "보험료적용이율을 적용하여 연단위 복리로 할인한 금액" 중 큰 금액을 일시금으로 지급합니다.

8. 피보험자가 일반암생활자금 보증지급기간이 지난 후 생존하여 일반암생활자금을 수령 중 사망한 경우에는 해당 연도의 12개월 확정지급금액 중 지급되지 않은 일반암생활자금을 "평균공시이율을 적용하여 연단위 복리로 할인한 금액"과 "보험료적용이율을 적용하여 연단위 복리로 할인한 금액" 중 큰 금액을 일시금으로 지급합니다.
9. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 "일반암"으로 진단 확정된 경우, 이 특약의 보험기간은 "일반암"으로 진단 확정된 그날부터 5년으로 합니다.
10. 특약의 보험기간 중 암보장개시일 전일 이전에 피보험자가 "일반암"으로 진단확정된 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 특약의 보험료를 돌려 드립니다.
11. 특약의 보험기간 중 피보험자에게 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 이후에는 이 특약을 해지할 수 없습니다.

<별표2> 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표

(유방암, 대장암, 전립선암, 기타피부암 및 갑상선암 제외)

약관에서 정하는 악성신생물(암)으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 약관에서 정하는 악성신생물(암) 해당 여부를 판단합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물(암)	C00-C14
2. 식도의 악성신생물(암)	C15
3. 위의 악성신생물(암)	C16
4. 소장의 악성신생물(암)	C17
5. 항문 및 항문관의 악성신생물(암)	C21
6. 간 및 간내 담관의 악성신생물(암)	C22
7. 담낭의 악성신생물(암)	C23
8. 담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성신생물(암)	C24
9. 췌장의 악성신생물(암)	C25
10. 기타 및 부위불명 소화기관의 악성신생물(암)	C26
11. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물(암)	C30-C39
12. 골 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40-C41
13. 피부의 악성 흑색종	C43
14. 중피성 및 연조직의 악성신생물(암)	C45-C49
15. 여성 생식기관의 악성신생물(암)	C51-C58
16. 음경의 악성신생물(암)	C60
17. 고환의 악성신생물(암)	C62
18. 기타 및 상세불명의 남성 생식기관의 악성신생물(암)	C63
19. 요로의 악성신생물(암)	C64-C68
20. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물(암)	C69-C72
21. 부신의 악성신생물(암)	C74
22. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물(암)	C75
23. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)	C76-C80
24. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)	C81-C96
25. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물(암)	C97
26. 진성 적혈구 증가증	D45
27. 골수 형성이상 증후군	D46
28. 만성 골수증식 질환	D47.1

대 상 악 성 신 생 물	분류번호
29. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
30. 골수섬유증	D47.4
31. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

㈜ 1. 제9차 개정 이후 약관에서 정하는 악성신생물(암)의 해당여부는 피보험자가 진단된당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 약관에서 정하는 악성신생물(암)에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 약관에서 정하는 악성신생물(암)의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

3. 유방의 악성신생물(암)(분류번호 C50), 결장의 악성신생물(암)(분류번호 C18), 직장구불결장 접합부의 악성신생물(암)(분류번호 C19), 직장의 악성신생물(암)(분류번호 C20), 전립선의 악성신생물(암)(분류번호 C61), 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44) 및 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)은 상기 분류표에서 제외합니다.

4. 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.

<별표3> 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	적 립 기 간		지 급 이 자
일반암진단급여금, 제1회 일반암 생활자금 (제2조 제1호 내지 제2호)	지급기일의 다음날부터 30일 이내 기간		보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간		보험계약대출이율 +가산이율(4%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간		보험계약대출이율 +가산이율(6%)
	지급기일의 91일 이후 기간		보험계약대출이율 +가산이율(8%)
제2회 이후 일반암 생활자금 (제2조 제2호)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	보험기간 만기일(다만, 이 특약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 효력을 가지지 않게 된 날) 이내	평균공시이율 (이 특약 체결시점의 평균공시이율)
		보험기간 만기일(다만, 이 특약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 효력을 가지지 않게 된 날) 이후	1년이내: 평균공시이율 (이 특약 체결시점의 평균공시이율)의 50% 1년초과기간: 1%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간		보험계약대출이율
해지환급금 (제19조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간		1년이내: 평균공시이율 (이 특약 체결시점의 평균공시이율)의 50% 1년초과기간: 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간		보험계약대출이율

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

2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당 기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용시 제6조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

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

5. 제2회 이후 일반암생활자금은 회사가 보험금의 지급시기 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 않은 경우, 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간은 평균공시이율을 적용한 이자를 지급합니다.

무배당 2대질병 생활자금특약 M (디지털 전용)

약관

◈ 목 차 ◈

무배당 2대질병 생활자금특약 M (디지털 전용) 약관 4

제1관 보험금의 지급 4

제1조【"급성심근경색증"의 정의 및 진단확정】 4
제2조【"뇌출혈"의 정의 및 진단확정】 5
제3조【보험금의 지급사유】 5
제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】 6
제5조【보험금을 지급하지 않는 사유】 8
제6조【보험금 등의 청구】 9
제7조【보험금의 지급절차】 9
제8조【보험수익자의 지정】 10

제2관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등 10

제9조【계약 전 알릴 의무】 10
제10조【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】 10

제3관 보험계약의 성립과 유지 11

제11조【특약의 체결 및 소멸】 11
제12조【피보험자의 범위】 12
제13조【특약 내용의 변경 등】 12
제14조【특약의 보험기간】 13

제4관 보험료의 납입 13

제15조【보험료의 납입 및 회사의 보장개시】 13
제16조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】 13
제17조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】 14

제5관 특약의 해지 및 해지환급금 등 15

제18조【계약자의 임의해지】 15
제19조【해지환급금】 15
제20조【배당금의 지급】 15

제6관 기타사항 15

제21조【예금보험에 의한 지급보장】 16
제22조【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】 16
<별표1> 보험금 지급기준표 17
<별표2> 급성심근경색증 분류표 19
<별표3> 뇌출혈 분류표 20
<별표4> 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 21

무배당 2대질병 생활자금특약 M (디지털 전용) 약관

제1관 보험금의 지급

제1조【"급성심근경색증"의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에서 "급성심근경색증"이란, 한국표준질병·사인분류 중 <별표2>(급성심근경색증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

② "급성심근경색증"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 해당 분야의 전문의(치과의사, 한의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액 중 심근효소검사, 핵의학검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

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

의료법 제3조(의료기관)

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

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
   가. 의원
   나. 치과의원
   다. 한의원
2. 조산원: 조산사가 조산과 임산부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다.
3. 병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
   가. 병원
   나. 치과병원
   다. 한방병원
   라. 요양병원(「장애복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
   마. 정신병원
   바. 종합병원

③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제2조【“뇌출혈”의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에서 “뇌출혈”이란, 한국표준질병·사인분류 중 <별표3>(뇌출혈 분류표)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 외상성 두개내 출혈은 제외됩니다.

② “뇌출혈”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 해당분야의 전문의(치과의사, 한의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출전산화단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제3조【보험금의 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 아래의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(<별표1> “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다.

(다만, 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급하며, 계약일부터 만2년이 지난 계약해당일의 전일 이전에 진단확정시에는 50%를 지급합니다)

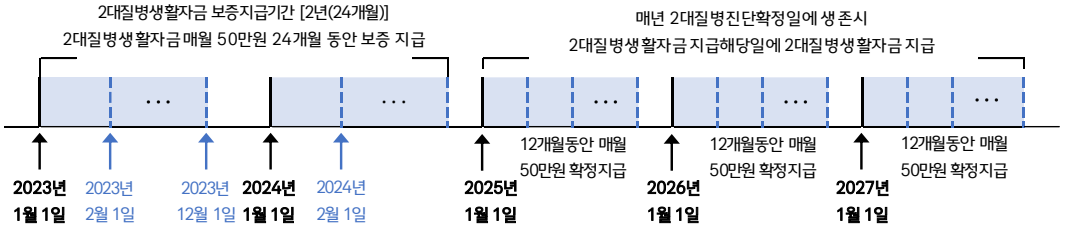
1. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 “급성심근경색증” 또는 “뇌출혈”로 진단 확정된 경우: 2대질병진단급여금 지급
2. 회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 “급성심근경색증” 또는 “뇌출혈”로 진단 확정되고, 그 진단 확정된 날(이하 “2대질병진단확정일”이라 합니다)을 최초로 하여 매년 2대질병진단확정일에 살아있을 경우 보험수익자에게 약정한 2대질병생활자금을 지급

   단, 2대질병생활자금은 진단 확정된 날부터 만 2년이내(이하 “2대질병생활자금 보증지급기간”이라 합니다) 동안에는 피보험자의 생존여부에 관계없이 2대질병생활자금을 보증지급하고 2대질병생활자금 보증지급기간 이후에는 매년 2대질병진단확정일에 생존시 해당 연도에 대하여 2대질병생활자금을 12개월동안 매월 해당일(이하 “2대질병생활자금 지급해당일”이라 합니다)에 확정지급 하며, 2대질병생활자금 보증지급기간을 포함하여 최대 5년(60개월)을 최고한도로 지급합니다.

2대질병생활자금의 지급 예시

< 최초 2대질병진단확정일 이후 5년동안 매년 2대질병진단확정일에 피보험자가 살아있을 경우 >

- 계약일: 2020년 9월 1일, 50구좌 기준
- 2대질병진단확정일 : 2023년 1월 1일

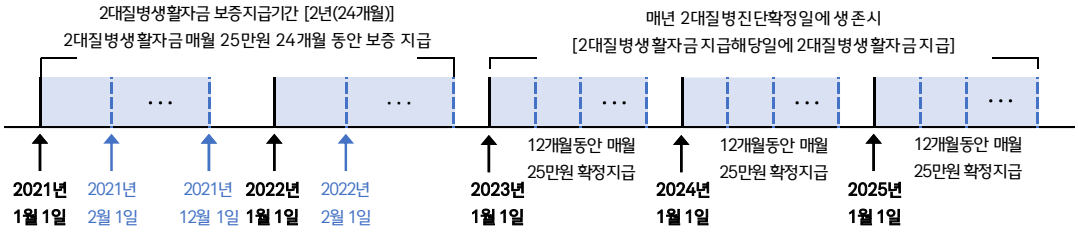


※ 2대질병생활자금 보증지급기간 :
진단 확정된 날부터 만 2년이내를 말하며, 이 기간 동안은 피보험자의 생존여부에 관계없이 2대질병생활자금을 지급합니다. 따라서 24개월분의 2대질병생활자금은 지급이 보장됩니다.

※ 2대질병생활자금 보증지급기간 이후 지급 :
2대질병생활자금은 피보험자가 매년 2대질병진단확정일에 살아있는 경우에 한하여 지급되며, 해당연도 중 매월 2대질병생활자금 지급해당일에 12개월동안 확정지급됩니다. (다만, 2대질병생활자금 보증지급기간을 포함하여 최대 5년(60개월)을 최고한도로 지급합니다)

계약일부터 만2년이 지난 계약해당일 이전 급성심근경색증 또는 뇌출혈로 진단확정시 2대질병생활자금 지급예시

- 계약일: 2020년 9월 1일, 50구좌 기준
- 2대질병진단확정일 : 2021년 1월 1일



※ 2대질병생활자금 보증지급기간 :
진단 확정된 날부터 만 2년이내를 말하며, 이 기간 동안은 피보험자의 생존여부에 관계없이 2대질병생활자금을 지급합니다. 따라서 24개월분의 2대질병생활자금은 지급이 보장됩니다.

※ 2대질병생활자금 보증지급기간 이후 지급 :
2대질병생활자금은 피보험자가 매년 2대질병진단확정일에 살아있는 경우에 한하여 지급되며, 해당연도 중 매월 2대질병생활자금 지급해당일에 12개월동안 확정지급됩니다. (다만, 2대질병생활자금 보증지급기간을 포함하여 최대 5년(60개월)을 최고한도로 지급합니다)

제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 “급성심근경색증” 또는 “뇌출혈”로 진단 확정되거나 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

② 제3조(보험금의 지급사유) 제2호에서 정한 2대질병생활자금은 2대질병생활자금 보증지급기간[2년(24개월)]에는 피보험자의 생존여부에 관계없이 2대질병생활자금을 보증지급하며, 2대질병생활자금 보증지급기간 이후에는 매년 2대질병진단확정일에 살아있을 경우 지급하며(2대질병생활자금 보증지급기간을

포함하여 최대 5년(60개월)), 해당 연도 중 매월 2대질병생활자금 지급해당일에 12개월동안 확정 지급합니다. 다만, 해당월에 진단확정일이 없는 경우 해당월의 말일을 진단확정일로 합니다.

2대질병진단확정일이 없는 달의 예시

최초 2대질병생활자금 지급해당일: 2020년 10월 31일 일 때, 2020년 11월의 2대질병생활자금 지급해당일은 2020년 11월 30일로 함

⇒ 2020년 11월에는 2대질병생활자금 지급해당일(31일)이 없으므로, 해당월의 마지막 날을 2대질병생활자금 지급해당일로 함

③ 피보험자가 특약의 보험기간 중 사망하여 그 후에 "급성심근경색증" 또는 "뇌출혈"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 2대질병진단확정일로 보아, 제3조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 2대질병진단급여금 및 제3조(보험금의 지급사유) 제2호에서 정한 2대질병생활자금 중 2대질병생활자금 보증지급기간 2년(24개월)에 해당하는 금액을 "평균공시이율을 적용하여 연단위 복리로 할인한 금액"과 "보험료적용이율을 적용하여 연단위 복리로 할인한 금액" 중 큰 금액을 일시금으로 지급합니다.

평균공시이율

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

보험료적용이율

이 특약의 보험료를 산출할 때 적용하는 이율을 말합니다.

④ 제2항에도 불구하고 제3조(보험금의 지급사유) 제2호에서 정한 2대질병생활자금 보증지급기간 중 지급되지 않은 2대질병생활자금 또는 2대질병생활자금 보증지급기간 이후 2대질병생활자금의 해당 연도의 12개월 확정지급금액 중 지급되지 않은 2대질병생활자금을 보험수익자가 일시금으로 선지급 받기 원하는 경우 회사는 "평균공시이율을 적용하여 연단위 복리로 할인한 금액"과 "보험료적용이율을 적용하여 연단위 복리로 할인한 금액" 중 큰 금액을 일시금으로 지급합니다.

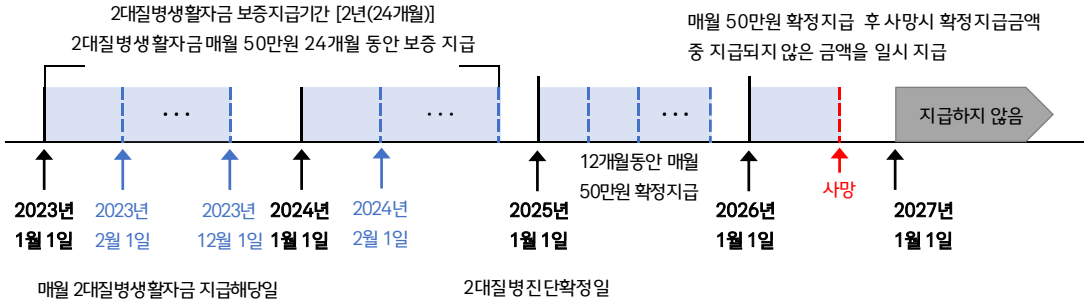
⑤ 피보험자가 제3조(보험금의 지급사유) 제2호에서 정한 2대질병생활자금 보증지급기간내에 2대질병생활자금을 수령 중 사망한 경우에는 회사는 2대질병생활자금 보증지급기간 중 지급되지 않은 2대질병생활자금을 "평균공시이율을 적용하여 연단위 복리로 할인한 금액"과 "보험료적용이율을 적용하여 연단위 복리로 할인한 금액" 중 큰 금액을 일시금으로 지급합니다.

⑥ 피보험자가 2대질병생활자금 보증지급기간이 지난 후 생존하여 2대질병생활자금을 수령 중 사망한 경우에는 해당 연도의 12개월 확정지급금액 중 지급되지 않은 2대질병생활자금을 "평균공시이율을 적용하여 연단위 복리로 할인한 금액"과 "보험료적용이율을 적용하여 연단위 복리로 할인한 금액" 중 큰 금액을 일시금으로 지급합니다.

2대질병생활자금 수령 중 사망시 지급예시

< 최초 2대질병진단확정일 이후 5년 이내 2대질병진단확정일에 피보험자가 사망한 경우 >

- 계약일: 2020년 9월 1일, 50구좌 기준
- 2대질병진단확정일 : 2023년 1월 1일



※ 2대질병생활자금 보증지급기간 :
진단 확정된 날부터 만 2년이내를 말하며, 이 기간 동안은 피보험자의 생존여부에 관계없이 2대질병생활자금을 지급합니다. 따라서 24개월분의 2대질병생활자금은 지급이 보장됩니다.

※ 2대질병생활자금 보증지급기간 이후 지급 :
2대질병생활자금은 피보험자가 매년 2대질병진단확정일에 살아있는 경우에 한하여 지급되며, 해당연도 중 매월 2대질병생활자금 지급해당일에 12개월동안 확정지급됩니다. (다만, 2대질병생활자금 보증지급기간을 포함하여 최대 5년(60개월)을 최고한도로 지급합니다)

⑦ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조【보험금을 지급하지 않는 사유】

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
   다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제6조【보험금 등의 청구】

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서 (회사양식)
2. 사고증명서 (사망진단서, 진단서(진단 확정일 및 병명기입), 진료기록부 등)
3. 신분증 (주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령 또는 계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

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

제7조【보험금의 지급절차】

① 회사는 제6조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 <별표4> "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제6조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제7항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

보험금 가지급제도

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

④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제10조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사

요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제8조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 제3조(보험금의 지급사유)의 경우에는 피보험자로 합니다.

제2관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제9조【계약 전 알릴 의무】

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 "계약 전 알릴 의무"라 하며, 상법상 "고지의무"와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

사례

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

제10조【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제9조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
3. 특약의 계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
4. 회사가 이 특약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다)

5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때

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

② 회사는 제1항에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴 의무 위반사실(특약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면 등으로 알려 드립니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제19조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액(구좌) 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제9조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 지급합니다.

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

제3관 보험계약의 성립과 유지

제11조【특약의 체결 및 소멸】

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 이 특약의 보험기간 중 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지 및 기타 사유에 의하여 효력이 없는 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 그러하지 않습니다.
2. 피보험자가 사망한 경우
3. 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 사망 이외의 보험금 지급사유로 효력이 없는 경우에는 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제2호 "사망"에는 이 특약의 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

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

제12조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제13조【특약 내용의 변경 등】

① 회사는 계약자가 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 이 특약도 주계약의 변경 내용에 따라 같은 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 계약자가 주계약의 보험수익자를 변경할 때 이 특약도 보험수익자를 변경하여 드립니다. 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.

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

③ 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액(구좌)을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제19조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

④ 계약자는 특약의 보험기간 중 제3조(보험금의 지급사유)에서 정하는 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

⑤ 회사는 주계약의 계약자를 변경할 때 이 특약도 계약자를 변경하여 드리며, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

제14조【특약의 보험기간】

① 이 특약의 보험기간은 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말하며, 이 특약을 가입할 때 회사가 정한 보험기간 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

② 제1항에도 불구하고 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “급성심근경색증” 또는 “뇌출혈”로 진단 확정된 경우, 이 특약의 보험기간은 “급성심근경색증” 또는 “뇌출혈”로 진단 확정된 그날부터 5년으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제15조【보험료의 납입 및 회사의 보장개시】

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 가입할 때 회사가 정한 보험료 납입기간 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 완료되었으나 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 제2항에서 주계약의 보험료와 함께 특약의 보험료를 선납하는 경우에는 특약의 잔여 보험료 납입기간을 초과하는 기간에 해당하는 특약의 보험료를 선납할 수 없습니다.

⑤ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

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

제16조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되는 경우에는 이 특약도 함께 해지됩니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 그러하지 않습니다.

② 계약자가 제2회 이후 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

납입기일
계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

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

납입최고(독촉)

약정된 기일까지 보험료가 납입되지 않을 경우, 회사가 계약자에게 납입을 재촉하는 일

③ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.

전자서명법 제2조 제2호

제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

2. "전자서명"이란 다음 각 목의 사항을 나타내는데 이용하기 위하여 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.

가. 서명자의 신원

나. 서명자가 해당 전자문서에 서명하였다는 사실

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

④ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제19조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제17조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】

① 회사는 주계약의 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

② 주계약의 부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 완료된 경우로서 제16조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제3항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

부활(효력회복)

보험료 납입을 연체하여 계약이 해지되고 계약자가 해지환급금을 받지 않은 경우에 회사가 정하는 소정의 절차에 따라 해지된 계약을 다시 되살리는 일

제5관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제18조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제19조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 제3조(보험금 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 이후에는 이 특약을 해지할 수 없습니다.

② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제19조【해지환급금】

① 이 약관에 따른 해지환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

보험료 및 책임준비금 산출방법서

'보험료 및 책임준비금 산출방법서'는 보험회사의 기초서류 중 하나로 보험료와 책임준비금 및 해지환급금 등의 산출 기준 및 방법이 기재된 문서를 말합니다.

② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 <별표4> "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제20조【배당금의 지급】

이 특약은 무배당보험이므로 계약자 배당금이 없습니다.

무배당보험

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

제6관 기타사항

제21조【예금보험에 의한 지급보장】

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

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

제22조【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

<별표1> 보험금 지급기준표

(기준: 10구좌)

■ 2대질병진단급여금 (약관 제3조 제1호)

지 급 사 유	특약의 보험기간 중 피보험자가 “급성심근경색증” 또는 “뇌출혈”로 진단 확정된 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급합니다)
지 급 금 액	계약일부터 2년 미만: 50만원 계약일부터 2년 이후: 100만원

■ 2대질병생활자금 (약관 제3조 제2호)

지 급 사 유	특약의 보험기간 중 피보험자가 “급성심근경색증” 또는 “뇌출혈”로 진단 확정되고, 2대질병진단확정일을 최초로 하여 매년 2대질병진단확정일에 살아있을 경우, 2대질병생활자금 보증지급기간[2년(24개월)] 동안은 생존에 관계없이 보증지급하고 2대질병진단생활자금 보증지급기간 이후에는 매년 2대질병진단확정일에 생존시 해당 연도에 대하여 2대질병생활자금을 12개월동안 매월 2대질병생활자금 지급해당일에 확정지급합니다.
지 급 금 액	계약일부터 2년 미만: 2대질병생활자금의 지급사유가 발생한 경우 매월 5만원 계약일부터 2년 이후: 2대질병생활자금의 지급사유가 발생한 경우 매월 10만원 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한하며, 5년(60개월)을 최고한도로 지급합니다)

㈜ 1. 2대질병진단확정일은 “급성심근경색증” 또는 “뇌출혈”로 진단 확정된 날을 말합니다.

2. 2대질병생활자금 지급해당일은 매년 2대질병진단확정일에 살아있을 경우 해당 연도에 대하여 2대질병생활자금을 12개월동안 확정지급하는 매월 해당일을 말합니다.

3. 2대질병생활자금 보증지급기간은 “급성심근경색증” 또는 “뇌출혈”로 진단 확정된 날부터 만 2년 이내를 말하며, 이 기간 동안에는 피보험자의 생존여부에 관계없이 2대질병생활자금을 지급합니다. 따라서 24개월분의 2대질병생활자금은 지급이 보증됩니다.

4. 2대질병생활자금 보증지급기간 중 지급되지 않은 2대질병생활자금 또는 2대질병생활자금 보증지급기간 이후 2대질병생활자금의 해당 연도의 12개월 확정지급금액 중 지급되지 않은 2대질병생활자금을 보험수익자가 일시금으로 선지급 받기 원하는 경우 회사는 “평균공시이율을 적용하여 연단위 복리로 할인한 금액”과 “보험료적용이율을 적용하여 연단위 복리로 할인한 금액” 중 큰 금액을 일시금으로 지급합니다.

5. 피보험자가 2대질병생활자금 보증지급기간내에 2대질병생활자금을 수령 중 사망한 경우에는 회사는 2대질병생활자금 보증지급기간 중 지급되지 않은 2대질병생활자금을 “평균공시이율을 적용하여 연단위 복리로 할인한 금액”과 “보험료적용이율을 적용하여 연단위 복리로 할인한 금액” 중 큰 금액을 일시금으로 지급합니다.

6. 피보험자가 2대질병생활자금 보증지급기간이 지난 후 생존하여 2대질병생활자금을 수령 중 사망한 경우에는 해당 연도의 12개월 확정지급금액 중 지급되지 않은 2대질병생활자금을 “평균공시이율을 적용하여 연단위 복리로 할인한 금액”과 “보험료적용이율을 적용하여 연단위 복리로 할인

한 금액" 중 큰 금액을 일시금으로 지급합니다.

7. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 "급성심근경색증" 또는 "뇌출혈"로 진단 확정된 경우, 이 특약의 보험기간은 "급성심근경색증" 또는 "뇌출혈"로 진단 확정된 그날부터 5년으로 합니다.
8. 특약의 보험기간 중 피보험자가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 이후에는 이 특약을 해지할 수 없습니다.

<별표2> 급성심근경색증 분류표

약관에서 정하는 급성심근경색증으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 약관에서 정하는 급성심근경색증 해당 여부를 판단합니다.

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

㈜ 1. 제9차 개정 이후 약관에서 정하는 급성심근경색증의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

<별표3> 뇌출혈 분류표

약관에서 정하는 뇌출혈로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 약관에서 정하는 뇌출혈 해당 여부를 판단합니다. 다만, 외상성 두개내 출혈은 제외됩니다.

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

㈜ 1. 제9차 개정 이후 약관에서 정하는 뇌출혈의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

<별표4> 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	적 립 기 간		지 급 이 자
2대질병진단급여금, 제1회 2대질병생활자금 (제3조 제1호 내지 제3호)	지급기일의 다음날부터 30일 이내 기간		보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간		보험계약대출이율 +가산이율(4%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간		보험계약대출이율 +가산이율(6%)
	지급기일의 91일 이후 기간		보험계약대출이율 +가산이율(8%)
제2회 이후 2대질병 생활자금 (제3조)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	보험기간 만기일(다만, 이 특약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 효력을 가지지 않게 된 날) 이내	평균공시이율 (이 특약 체결 시점의 평균공시이율)
		보험기간 만기일(다만, 이 특약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 효력을 가지지 않게 된 날) 이후	1년이내: 평균공시이율 (이 특약 체결 시점의 평균공시이율)의 50% 1년초과기간: 1%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간		보험계약대출이율
해지환급금 (제19조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간		1년이내: 평균공시이율 (이 특약 체결 시점의 평균공시이율)의 50% 1년초과기간: 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간		보험계약대출이율

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

2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당 기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용시 제7조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

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

5. 제2회 이후 2대질병생활자금은 회사가 보험금의 지급시기 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 않은 경우, 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간은 평균공시이율을 적용한 이자를 지급합니다.

무배당 플러스 수입보장특약 M (디지털 전용)
약 관

◈ 목 차 ◈

무배당 플러스 수입보장특약 M (디지털 전용) 약관 4

제1관 보험금의 지급 4

제1조【보험금의 지급사유】 4
제2조【보험금 지급에 관한 세부규정】 4
제3조【월급여금의 지급】 5
제4조【월급여금수익자의 변경 또는 사망】 6
제5조【보험금을 지급하지 않는 사유】 6
제6조【보험금의 청구】 6
제7조【보험금의 지급절차】 7
제8조【보험수익자의 지정】 7

제2관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등 8

제9조【계약 전 알릴 의무】 8
제10조【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】 8

제3관 보험계약의 성립과 유지 9

제11조【특약의 체결 및 소멸】 9
제12조【피보험자의 범위】 9
제13조【특약의 무효】 9
제14조【특약 내용의 변경 등】 10
제15조【특약의 보험기간】 11

제4관 보험료의 납입 11

제16조【보험료의 납입 및 회사의 보장개시】 11
제17조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】 11
제18조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】 12

제5관 특약의 해지 및 해지환급금 등 13

제19조【계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권】.....13
제20조【해지환급금】.....13
제21조【배당금의 지급】.....13

제6관 기타사항 13

제22조【예금보험에 의한 지급보장】.....13
제23조【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】.....14
<별표1> 보험금 지급기준표..... 15
<별표2> 재 해 분 류 표..... 16
<별표3> 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산..... 18

무배당 플러스 수입보장특약 M (디지털 전용) 약관

제1관 보험금의 지급

제1조【보험금의 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 보험수익자에게 약정한 월급여금(<별표1> “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다.

제2조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생한 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

② 제11조(특약의 체결 및 소멸) 제2항 제2호 및 제1조(보험금의 지급사유)에서 “사망”에는 특약의 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

실종선고

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 일정절차에 따라 법원이 사망한 것으로 인정하는 제도

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다. 이 경우, 사망의 원인은 연명치료 시행의 사유로 하며, 사망시점은 연명의료중단등결정 및 그 이행에 따라 피보험자가 실제 사망한 때로 합니다.

호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률

이 법은 호스피스·완화의료와 임종과정에 있는 환자의 연명의료와 연명의료중단등결정 및 그 이행에 필요한 사항을 규정함으로써 환자의 최선의 이익을 보장하고 자기결정을 존중하여 인간으로서의 존엄과 가치를 보호하기 위해 제정된 법률을 말합니다.

④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

의료법 제3조(의료기관)

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

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종

의료법 제3조(의료기관)

류는 다음 각 목과 같다.
가. 의원
나. 치과의원
다. 한의원
2. 조산원: 조산사가 조산과 임산부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다.
3. 병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
가. 병원
나. 치과병원
다. 한방병원
라. 요양병원(「장애복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
마. 정신병원
바. 종합병원
③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제 2 항제 1 호부터 제 3 호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.
※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제3조【월급여금의 지급】

① 월급여금은 제1조(보험금의 지급사유)의 사망일을 최초의 지급일(이하 "월급여금 지급개시일"이라고 합니다)로 하고 이후 월급여금 지급개시일의 매월 해당일(이하 "월급여금 지급해당일"이라고 합니다)에 드립니다. 다만, 해당월에 월급여금 지급해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 월급여금 지급해당일로 합니다.

월급여금 지급해당일이 없는 달의 예시

월급여금 지급해당일: 2018년 5월 31일 일 때, 2018년 6월의 월급여금 지급해당일은 2018년 6월 30일로 함
⇒ 2018년 6월에는 월급여금 지급해당일(31일)이 없으므로, 해당월의 마지막 날을 월급여금 지급해당일로 함

② 월급여금의 지급기간은 월급여금 지급개시일부터 이 특약의 보험기간 만료일까지로 합니다.

③ 이 특약의 보험기간 만료일이 되기 직전 5년 이내에 월급여금의 지급사유가 발생한 경우에는 제2항에도 불구하고 월급여금 지급개시일부터 그 날을 포함하여 5년간을 월급여금의 지급기간으로 합니다.

④ 월급여금수익자는 월급여금 지급개시일 이후 언제든지 장래에 지급될 월급여금의 전부 또는 일부에 대하여 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 회사는 "평균공시이율(이 특약의 체결시점의 평균공시이율)을 적용하여 연단위 복리로 할인한 금액"과 "보험료적용이율을 적용하여 연단위 복리로 할인한 금액" 중 큰 금액을 일시금으로 지급합니다.

평균공시이율

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

보험료적용이율

이 특약의 보험료를 산출할 때 적용하는 이율을 말합니다.

제4조【월급여금수익자의 변경 또는 사망】

① 월급여금 지급개시일 이후에는 월급여금수익자를 변경할 수 없습니다.

② 월급여금 지급개시일 이후 월급여금 지급기간 중에 월급여금수익자가 사망한 경우에는 장래에 지급될 월급여금에 대하여 "평균공시이율(이 특약의 체결시점의 평균공시이율)을 적용하여 연단위 복리로 할인한 금액"과 "보험료적용이율을 적용하여 연단위 복리로 할인한 금액" 중 큰 금액을 일시에 그 상속인에게 지급합니다. 그러나 계약자 또는 월급여금수익자의 회사 소정 문서에 의한 지정이 있으면 그 지정된 자에게 지급합니다.

제5조【보험금을 지급하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 다음 중 어느 하나에 해당하면 보험금을 지급합니다.
   가. 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우
   특히, 그 결과 사망에 이르게 된 경우에는 재해로 인한 월급여금을 지급합니다.
   나. 계약의 보장개시일 [부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복)청약일]부터 2년이 지난 후에 자살한 경우에는 재해 이외의 원인으로 인한 월급여금을 지급합니다.

재해

<별표 2> 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다. 이하 "재해"라 합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
   다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제6조【보험금의 청구】

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(사망진단서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제7조【보험금의 지급절차】

① 회사는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.

② 회사가 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 <별표3> "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

③ 회사가 보험금 지급사유의 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제4항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

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

④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제10조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제8조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 제1조(보험금의 지급사유)의 경우에는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

법정상속인
법정상속인은 피상속인의 사망으로 인하여 민법의 규정에 의한 상속순서에 따라 상속받는 자

제2관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제9조【계약 전 알릴 의무】

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 "계약 전 알릴 의무"라 하며, 상법상 "고지의무"와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

사례

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

제10조【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제9조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

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

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

② 회사는 제1항에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴 의무 위반사실(특약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면 등으로 알려 드립니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제20조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
④ 제9조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 지급합니다.
⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 특약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제11조【특약의 체결 및 소멸】

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.
② 이 특약의 보험기간 중 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지 및 기타 사유에 의하여 효력이 없는 경우
   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 그러하지 않습니다.
2. 피보험자가 사망한 경우

제12조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제13조【특약의 무효】

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

보험계약대출이율

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

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 특약에서 특약의 체결할 때까지 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻지 않은 경우.

2. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 의사능력이 있는 심신박약자가 특약을 체결하는 경우에는 이 특약이 유효합니다.

심신상실자(心神喪失者)
정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 자를 말합니다.
심신박약자(心神薄弱者)
정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 부족한 자를 말합니다.

3. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달하였을 경우에는 유효한 계약으로 보나, 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

제14조【특약 내용의 변경 등】

① 회사는 계약자가 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 이 특약도 주계약의 변경 내용에 따라 같은 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 계약자가 주계약의 보험수익자를 변경할 때 이 특약도 보험수익자를 변경하여 드립니다. 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.

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

③ 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제20조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

④ 계약자는 특약의 보험기간 중 제1조(보험금의 지급사유)에서 정하는 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

⑤ 회사는 주계약의 계약자를 변경할 때 이 특약도 계약자를 변경하여 드리며, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

제15조【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말하며, 이 특약을 가입할 때 회사가 정한 보험기간 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제16조【보험료의 납입 및 회사의 보장개시】

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 가입할 때 회사가 정한 보험료 납입기간 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 합니다. 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

보장개시일

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

제17조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되는 경우에는 이 특약도 함께 해지됩니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 그러하지 않습니다.

② 계약자가 제2회 이후 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

납입기일

계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보

험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

납입최고(독촉)

약정된 기일까지 보험료가 납입되지 않을 경우, 회사가 계약자에게 납입을 재촉하는 일

③ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.

전자서명법 제 2 조 제 2 호

제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

2. "전자서명"이란 다음 각 목의 사항을 나타내는데 이용하기 위하여 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.

가. 서명자의 신원

나. 서명자가 해당 전자문서에 서명하였다는 사실

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

④ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제20조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제18조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】

① 회사는 주계약의 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

② 주계약의 부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 완료된 경우로서 제17조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

부활(효력회복)

보험료 납입을 연체하여 계약이 해지되고 계약자가 해지환급금을 받지 않은 경우에 회사가 정하는 소정의 절차에 따라 해지된 계약을 다시 되살리는 일

제5관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제19조【계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제20조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

③ 제13조(특약의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 이 특약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 이 특약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 이 특약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제20조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제20조【해지환급금】

① 이 약관에 따른 해지환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

보험료 및 책임준비금 산출방법서

'보험료 및 책임준비금 산출방법서'는 보험회사의 기초서류 중 하나로 보험료와 책임준비금 및 해지환급금 등의 산출 기준 및 방법이 기재된 문서를 말합니다.

② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 <별표3> "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제21조【배당금의 지급】

이 특약은 무배당보험이므로 계약자 배당금이 없습니다.

무배당보험

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

제6관 기타사항

제22조【예금보험에 의한 지급보장】

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

예금자보호법

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

제23조【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

<별표1> 보험금 지급기준표

(기준: 보험가입금액 10만원)

■ 월급여금 (약관 제1조)

지급 사유	지급 금액
특약의 보험기간 중 피보험자가 재해 이외의 원인으로 사망한 경우	매월 1,000원 지급 (월급여금 지급사유 발생일부터 보험기간이 끝날때까지)
특약의 보험기간 중 피보험자가 재해로 사망한 경우	매월 1,500원 지급 (월급여금 지급사유 발생일부터 보험기간이 끝날때까지)

㈜ 특약의 보험기간 만료일이 되기 직전 5년 이내에 월급여금의 지급사유가 발생할 경우에는 월급여금 개시일부터 그 날을 포함하여 5년간을 월급여금의 지급기간으로 합니다.

<별표2> 재 해 분 류 표

1. 보장 대상이 되는 재해

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

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제 2 조 제 2 호에 규정한 제 1 급감염병

감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제 2 조 제 2 호

제 2 조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

2. "제1급감염병"이란 생물테러감염병 또는 치명률이 높거나 집단 발생의 우려가 커서 발생 또는 유행 즉시 신고하여야 하고, 음압격리와 같은 높은 수준의 격리가 필요한 감염병으로서 다음 각 목의 감염병을 말한다. 다만, 갑작스러운 국내 유입 또는 유행이 예견되어 긴급한 예방 · 관리가 필요하여 보건복지부장관이 지정하는 감염병을 포함한다.
   가. 에볼라바이러스병
   나. 마버그열
   다. 라싸열
   라. 크리미안콩고출혈열
   마. 남아메리카출혈열
   바. 리프트밸리열
   사. 두창
   아. 페스트
   자. 탄저
   차. 보툴리눔독소증
   카. 야토병
   타. 신종감염병증후군
   파. 중증급성호흡기증후군(SARS)
   하. 중동호흡기증후군(MERS)
   거. 동물인플루엔자 인체감염증
   너. 신종인플루엔자
   더. 디프테리아

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우
② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)

- 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물 부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적 처형(Y35.5)

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

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

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

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

㈜ 1. ( ) 안은 제 8 차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 상의 분류번호이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 정하는 재해 해당 여부를 판단합니다.

2. 제 9 차 개정 이후 약관에서 정하는 재해의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

4. 위 “1. 보장대상이 되는 재해” ②에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용하며, “2. 보험금을 지급하지 않는 재해” ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

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

<별표3> 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	적 립 기 간		지 급 이 자
제1회 월급여금 (제1조)	지급기일의 다음날부터 30일 이내 기간		보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간		보험계약대출이율 +가산이율(4%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간		보험계약대출이율 +가산이율(6%)
	지급기일의 91일 이후 기간		보험계약대출이율 +가산이율(8%)
제2회 이후 월급여금 (제1조)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	보험기간 만기일 이내	평균공시이율 (이 특약 체결시점의 평균공시이율)
		보험기간 만기 이후	1년이내: 평균공시이율 (이 특약 체결시점의 평균공시이율)의 50% 1년초과기간: 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간		보험계약대출이율
해지환급금 (제20조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간		1년이내: 평균공시이율 (이 특약 체결시점의 평균공시이율)의 50% 1년초과기간: 1%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간		보험계약대출이율

㈜ 1. 제2회 이후 월급여금은 회사가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 않은 경우, 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간은 평균공시이율을 적용한 이자를 지급합니다.

2. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

3. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다

4. 가산이율 적용시 제7조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

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

무배당 재해장해생활비특약 M (디지털 전용)
약 관

◈ 목 차 ◈

무배당 재해장해생활비특약 M (디지털 전용) 약관 4

제1관 보험금의 지급 4

제1조【보험금의 지급사유】 4
제2조【보험금 지급에 관한 세부규정】 4
제3조【보험금을 지급하지 않는 사유】 6
제4조【보험금의 청구】 6
제5조【보험금의 지급절차】 6
제6조【보험금 받는 방법의 변경】 7
제7조【보험수익자의 지정】 8

제2관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등 8

제8조【계약 전 알릴 의무】 8
제9조【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】 8

제3관 보험계약의 성립과 유지 9

제10조【특약의 체결 및 소멸】 9
제11조【피보험자의 범위】 10
제12조【특약 내용의 변경 등】 10
제13조【특약의 보험기간】 11

제4관 보험료의 납입 11

제14조【보험료의 납입 및 회사의 보장개시】 11
제15조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】 11
제16조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】 12

제5관 특약의 해지 및 해지환급금 등 13

제17조【계약자의 임의해지】 13

제18조【해지환급금】 13
제19조【배당금의 지급】 13

제6관 기타사항 13

제20조【예금보험에 의한 지급보장】 13
제21조【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】 14
<별표1> 보험금 지급기준표 15
<별표2> 장 해 분 류 표 16
<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표 40
<별표3> 재 해 분 류 표 42
<별표4> 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 44

무배당 재해장해생활비특약 M (디지털 전용) 약관

제1관 보험금의 지급

제1조【보험금의 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 사항 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에 보험수익자에게 약정한 보험금(<별표1> “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다. (지급사유 발생일부터 5년(60개월)간 확정 지급)

1. 특약의 보험기간 중 피보험자가 장해분류표(<별표2> 참조) 중 동일한 재해(<별표3> “재해분류표” 참조. 이하 “재해”라 합니다)로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 된 경우: 재해장해생활자금 I
2. 특약의 보험기간 중 피보험자가 장해분류표(<별표2> 참조) 중 동일한 재해(<별표3> “재해분류표” 참조. 이하 “재해”라 합니다)로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 80%이상인 장해상태가 된 경우: 재해장해생활자금 II (다만, 최초 1회에 한하여 지급합니다)

제2조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생한 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 기준으로 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(<별표2> 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

③ 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

④ 이 특약에서 “동일한 재해”의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑤ 제1조(보험금의 지급사유)의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(<별표2> 참조)상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 지급률을 합산한 지급률과 최초 장해의 지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.

⑥ 제1조(보험금의 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 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑦ 제1조(보험금의 지급사유)의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표(<별표2> 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑧ 제7항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(<별표2> 참조)상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(<별표2> 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 장해분류표(<별표2> 참조)에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(<별표2> 참조)의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑩ "동일한 재해"로 인한 장해지급률은 100%를 한도로 합니다.

⑪ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제2호를 재해장해생활자금이라 합니다.

⑫ 제1조(보험금의 지급사유)의 재해장해생활자금에서 다른 재해로 장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다.

1. 그 장해가 이미 재해장해생활자금Ⅰ을 지급받은 동일 부위에 가중된 장해이고, 최종 장해상태가 재해장해생활자금Ⅰ에 해당하는 경우 재해장해생활자금Ⅰ을 더 이상 지급하지 않습니다.
   다만, 장해분류표(<별표2> 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
2. 그 장해가 이미 재해장해생활자금Ⅰ을 지급받은 동일 부위에 가중된 장해이고 최종 장해상태가 재해장해생활자금Ⅱ에 해당하는 경우 재해장해생활자금Ⅱ는 최초 1회인 경우에 한하여 지급합니다.

⑬ 제1조(보험금의 지급사유)의 재해장해생활자금에서 그 재해 전에 이미 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 장해가 있었던 피보험자에게 그 신체의 동일부위에 또 다시 제12항의 장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 장해에 대한 재해장해생활자금이 지급된 것으로 보고 제12항의 각 호에 따라 처리합니다.

1. 이 특약의 보장개시전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 장해로 재해장해생활자금의 지급사유가 되지 않았던 장해
2. 제1호 이외에 이 특약의 규정에 의하여 재해장해생활자금의 지급사유가 되지 않았던 장해 또는 재해장해생활자금이 지급되지 않았던 장해

⑭ 특약의 보험기간 중 재해장해생활자금Ⅱ의 경우 최초 1회에 한하여 지급합니다.

⑮ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

의료법 제 3 조(의료기관)

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

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
   가. 의원

나. 치과의원
다. 한의원
2. 조산원: 조산사가 조산과 임산부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다.
3. 병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
가. 병원
나. 치과병원
다. 한방병원
라. 요양병원(「장애복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
마. 정신병원
바. 종합병원
③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.
※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제3조【보험금을 지급하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
   다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제4조【보험금의 청구】

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(장해진단서, 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 “국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관”에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조【보험금의 지급절차】

① 회사는 제4조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고, 휴대전화 문자메시지

또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.

② 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 재해장해생활자금 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 회사가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 알려드리며, 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 <별표4> "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제4조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제6항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제15항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

보험금 가지급제도

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

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

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

⑥ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제9조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

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

제6조【보험금 받는 방법의 변경】

① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따른 재해장해생활자금Ⅰ 또는 같은 조 제2호에 따른 재해장해생활자금Ⅱ의

전부 또는 일부에 대하여 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.

사업방법서

'사업방법서'는 보험회사의 기초서류 중 하나로 보험사업 경영에 있어서 필요한 계약의 체결, 유지, 관리에 필요한 사항 등의 구체적인 취급방법을 기재하는 서류를 말합니다.

② 회사는 제1항에 따라 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 "평균공시이율을 적용하여 연단위 복리로 할인한 금액"과 "보험료적용이율을 적용하여 연단위 복리로 할인한 금액" 중 큰 금액을 일시금으로 지급합니다.

평균공시이율

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

제7조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 제1조(보험금의 지급사유)의 경우에는 피보험자로 합니다.

제2관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제8조【계약 전 알릴 의무】

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 "계약 전 알릴 의무"라 하며, 상법상 "고지의무"와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

사례

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

제9조【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제8조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생

하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때

3. 특약의 계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
4. 회사가 이 특약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다)
5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때

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

② 회사는 제1항에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴 의무 위반사실(특약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 등으로 알려 드립니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제18조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액(구좌) 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제8조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 지급합니다.

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

제3관 보험계약의 성립과 유지

제10조【특약의 체결 및 소멸】

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 이 특약의 보험기간 중 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지 및 기타 사유에 의하여 효력이 없는 경우

   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 그러하지 않습니다.
2. 피보험자가 사망한 경우
3. 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 사망 이외의 보험금 지급사유로 효력이 없는 경우에는 이 특약의

효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제2호 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

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

제11조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제12조【특약 내용의 변경 등】

① 회사는 계약자가 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 이 특약도 주계약의 변경 내용에 따라 같은 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입기간의 변경은 적용하지 않습니다.

② 계약자가 주계약의 보험수익자를 변경할 때 이 특약도 보험수익자를 변경하여 드립니다. 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.

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

③ 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액(구좌)을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제18조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

④ 계약자는 특약의 보험기간 중 제1조(보험금의 지급사유)에서 정하는 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

⑤ 회사는 주계약의 계약자를 변경할 때 이 특약도 계약자를 변경하여 드리며, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

제13조【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말하며, 이 특약을 가입할 때 회사가 정한 보험기간 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제14조【보험료의 납입 및 회사의 보장개시】

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 가입할 때 회사가 정한 보험료 납입기간 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

보장개시일

회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제 1 회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제 1 회 보험료를 받은 경우에는 제 1 회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

제15조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되는 경우에는 이 특약도 함께 해지됩니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 그러하지 않습니다.

② 계약자가 제2회 이후 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

납입기일

계약자가 제 2 회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

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

납입최고(독촉)

약정된 기일까지 보험료가 납입되지 않을 경우, 회사가 계약자에게 납입을 재촉하는 일

③ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면, 또는 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.

전자서명법 제 2 조 제 2 호

제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

2. "전자서명"이란 다음 각 목의 사항을 나타내는데 이용하기 위하여 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.

가. 서명자의 신원

나. 서명자가 해당 전자문서에 서명하였다는 사실

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

④ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제18조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제16조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】

① 회사는 주계약의 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

② 주계약의 부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 완료된 경우로서 제15조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

부활(효력회복)

보험료 납입을 연체하여 계약이 해지되고 계약자가 해지환급금을 받지 않은 경우에 회사가 정하는 소정의 절차에 따라 해지된 계약을 다시 되살리는 일

제5관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제17조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제18조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제18조【해지환급금】

① 이 약관에 따른 해지환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

보험료 및 책임준비금 산출방법서

'보험료 및 책임준비금 산출방법서'는 보험회사의 기초서류 중 하나로 보험료와 책임준비금 및 해지환급금 등의 산출 기준 및 방법이 기재된 문서를 말합니다.

② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 <별표4> "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제19조【배당금의 지급】

이 특약은 무배당보험이므로 계약자 배당금이 없습니다.

무배당보험

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

제6관 기타사항

제20조【예금보험에 의한 지급보장】

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

예금자보호법

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

제21조【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

<별표1> 보험금 지급기준표

(기준: 1구좌)

■ 재해장해생활자금Ⅰ (약관 제1조 제1호)

지 급 사 유	특약의 보험기간 중 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 된 경우
지 급 금 액	매월 10,000원 지급 (재해장해생활자금Ⅰ 지급사유 발생일부터 5년간 확정 지급)

■ 재해장해생활자금Ⅱ (약관 제1조 제2호)

지 급 사 유	특약의 보험기간 중 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 80%이상인 장해상태가 된 경우 (다만, 최초 1회에 한하여 지급합니다)
지 급 금 액	매월 10,000원 지급 (재해장해생활자금Ⅱ 지급사유 발생일부터 5년간 확정 지급)

<별표2> 장 해 분 류 표

Ⅰ. 총칙

1. 장해의 정의

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

2. 신체부위

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

3. 장해의 판정

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

초 장해의 지급률을 비교하여 그 중 높은 지급률을 적용합니다.

4) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장해의 판정대상에 포함되지 않습니다. 다만, 뇌사판정을 받은 경우가 아닌 식물인간상태(의식이 전혀 없고 사지의 자발적인 움직임이 불가능하여 일상생활에서 항시 간호가 필요한 상태)는 각 신체부위별 판정기준에 따라 평가합니다.
5) 장해진단서에는 ① 장해진단명 및 발생시기 ② 장해의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 합니다. 다만, 신경계·정신행동 장해의 경우 ① 개호(장해로 혼자서 활동이 어려운 사람을 곁에서 돌보는 것) 여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가로 기재하여야 합니다.

Ⅱ. 장해분류별 판정기준

1. 눈의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) 시력장해의 경우 공인된 시력 검사표에 따라 최소 3회 이상 측정합니다.
2) '교정시력' 이라 함은 안경(콘텍트 렌즈를 포함한 모든 종류의 시력교정 수단)으로 교정한 원거리 최대교정시력을 말합니다. 다만, 각막이식술을 받은 환자인 경우 각막이식술 이전의 시력상태를 기준으로 평가합니다.
3) '한눈이 멀었을 때'라 함은 안구의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나('광각무') 겨우 가릴 수 있는 경우('광각유')를 말합니다.

4) '한눈의 교정시력이 0.02이하로 된 때'라 함은 안전수동(Hand Movement)[주1], 안전수지(Finger Counting)[주2] 상태를 포함합니다.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2. 귀의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

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

다. 귓바퀴의 결손

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

라. 평형기능의 장해

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

항목	내용	점수
검사소견	양측 전정기능 소실	14
	양측 전정기능 감소	10
	일측 전정기능 소실	4

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

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

가) 뇌영상검사(CT, MRI)

나) 온도안진검사, 전기안진검사(또는 비디오안진검사) 등

3. 코의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

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

4. 씹어먹거나 말하는 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

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

우

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

라) 양측 각 1개 또는 편측 2개 이하의 치아만 교합되는 상태

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

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

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

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

가) 언어평가상 자음정확도가 30%미만인 경우

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

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

가) 언어평가상 자음정확도가 50%미만인 경우

나) 언어평가상 표현언어지수 25 미만인 경우

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

가) 언어평가상 자음정확도가 75%미만인 경우

나) 언어평가상 표현언어지수 65 미만인 경우

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

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

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

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

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

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

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

이 되지 않습니다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) '외모'란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말합니다.
2) '추상(추한 모습)장해'라 함은 성형수술(반흔성형술, 레이저치료 등 포함)을 시행한 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말합니다.
3) '추상(추한 모습)을 남긴 때'라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 경우를 말합니다.
4) 다발성 반흔 발생시 각 판정부위(얼굴, 머리, 목) 내의 다발성 반흔의 길이 또는 면적은 합산하여 평가합니다. 다만, 길이가 5mm 미만의 반흔은 합산대상에서 제외합니다.
5) 추상(추한 모습)이 얼굴과 머리 또는 목 부위에 걸쳐 있는 경우에는 머리 또는 목에 있는 흉터의 길이 또는 면적의 1/2을 얼굴의 추상(추한 모습)으로 보아 산정합니다.

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)

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

라. 약간의 추상(추한 모습)

1) 얼굴
   가) 손바닥 크기 1/4 이상의 추상(추한 모습)
   나) 길이 5cm 이상의 추상반흔(추한 모습의 흉터)
   다) 지름 2cm 이상의 조직함몰
   라) 코의 1/4이상 결손
2) 머리
   가) 손바닥 크기 1/2 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
   나) 머리뼈의 손바닥 크기 1/2 이상의 손상 및 결손
3) 목
   손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

마. 손바닥 크기

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

6. 척추(등뼈)의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

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

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

가) 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡변화는 객관적인 측정방법(Cobb's Angle)에 따라 골절이 발생한 척추체(척추뼈 몸통)의 상·하 인접 정상 척추체(척추뼈 몸통)를 포함하여 측정하며, 생리적 정상만곡을 고려하여 평가합니다.

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

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

산업재해보상보험법 시행규칙 제 47 조 제 1 항 내지 제 3 항

① 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역은 동 시행규칙 [별표 4]와 같다.

② 운동기능장해의 정도는 에이엠에이[AMA(American Medical Association)]식 측정 방법 중 공단이 정하는 방법으로
측정한 해당 근로자의 신체 각 관절의 운동가능영역과 동 시행규칙 [별표 4]의 평균 운동가능영역을 비교하여 판정한다.
다만, 척주의 운동가능영역은 그러하지 아니하다.

③ 제 2 항에 따라 해당 근로자의 신체 각 관절의 운동가능영역을 측정할 때에는 다음 각 호의 구분에 따른 방법으로 한다.
1. 강직, 구축, 신경손상 등 운동기능장해의 원인이 명확한 경우: 근로자의 능동적 운동에 의한 측정방법
2. 운동기능장해의 원인이 명확하지 아니한 경우: 근로자의 수동적 운동에 의한 측정방법

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

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

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

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

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

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

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

7) 뚜렷한 운동장해란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말합니다.
   가) 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
   나) 머리뼈(두개골)와 제1경추 또는 제1경추와 제2경추를 유합 또는 고정한 상태
   다) 머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추) 사이에 CT 검사 상, 두개 대후두공의 기저점(basion)과 축추 치돌기 상단사이의 거리(BDI : Basion-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태
   라) 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추) CT 검사상, 환추 전방 궁(arch)의 후방과 치상돌기의 전면과의 거리(ADI: Atlanto-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태
8) 약간의 운동장해
   머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추)를 제외한 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
9) 심한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말합니다.
   가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 35° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
   나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 60%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 90% 이상일 때
10) 뚜렷한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말합니다.
   가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 15° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
   나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 40%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 60% 이상일 때
11) 약간의 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말합니다.
   가) 1개 이상의 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구로 경도(가벼운 정도)의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
   나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 20%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 40% 이상일 때
12) '추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장해'란 추간판탈출증으로 추간판을 2마디 이상(또는 1마디 추간판에 대해 2회 이상) 수술하고도 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장해가 있는 경우
13) '추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장해'란 추간판탈출증으로 추간판 1마디를 수술하고도

신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되고 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우

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

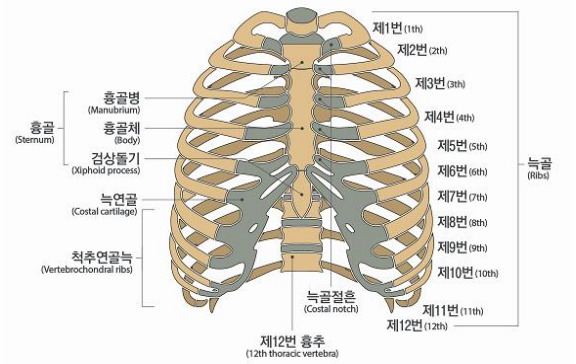
7. 체간골의 장해

가. 장해의 분류

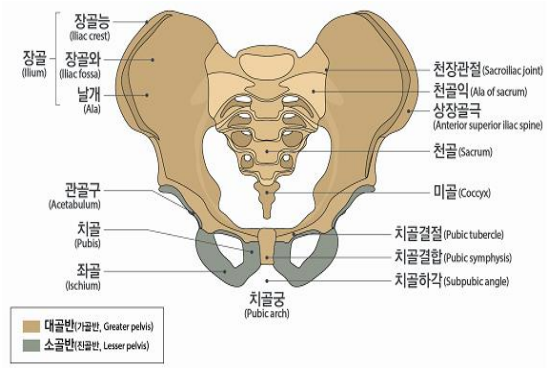
장해의 분류	지급률
1) 어깨뼈(견갑골)나 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	15%
2) 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	10%

나. 장해판정기준

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



< 가슴뼈 >



< 골반뼈 >

8. 팔의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장해를 평가합니다. 다만, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가합니다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않습니다.
3) '팔'이라 함은 어깨관절(견관절)부터 손목관절(완관절)까지를 말합니다.
4) '팔의 3대 관절'이라 함은 어깨관절(견관절), 팔꿈치관절(주관절), 손목관절(완관절)을 말합니다.
5) '한 팔의 손목 이상을 잃었을 때'라 함은 손목관절(완관절)부터(손목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치관절(주관절) 상부에서 절단된 경우도 포함합니다.
6) 팔의 관절기능장해 평가는 팔의 3대 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가합니다.
   가) 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의「산업재해보상보험법 시행규칙」제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따릅니다.
   나) 관절기능장해를 표시할 경우 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 합니다. 다만, 관절기능장해가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가합니다.
7) '관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말합니다.
   가) 완전 강직(관절굳음)
   나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '0등급(zero)'인 경우
8) '관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말합니다.
   가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
   나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
   다) 근전도 검사상 완전손상(complete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '1등급(trace)'인 경우
9) '관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말합니다.
   가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
   나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 2등급(poor)인 경우
10) '관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말합니다.
   가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
   나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)

에서 근력이 3등급(fair)인 경우

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

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

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

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

다. 지급률의 결정

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

2) 1상지(팔과 손가락)의 후유장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 합니다.

9. 다리의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장해를 평가합니다. 다만, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가합니다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않습니다.
3) '다리'라 함은 엉덩이관절(고관절)부터 발목관절(족관절)까지를 말합니다.
4) '다리의 3대 관절'이라 함은 엉덩이관절(고관절), 무릎관절(슬관절), 발목관절(족관절)을 말합니다.
5) '한 다리의 발목이상을 잃었을 때'라 함은 발목관절(족관절)부터(발목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절(슬관절)의 상부에서 절단된 경우도 포함합니다.
6) 다리의 관절기능장해 평가는 다리의 3대 관절의 관절운동범위 제한 및 무릎관절(슬관절)의 동요성 등으로 평가합니다.
   가) 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따릅니다.
   나) 관절기능장해가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가합니다.
7) 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말합니다.
   가) 완전 강직(관절굳음)
   나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '0등급(zero)'인 경우
8) '관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말합니다.
   가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
   나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
   다) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
   라) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '1등급(trace)'인 경우
9) '관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말합니다.
   가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
   나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
   다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 2등급(poor)인 경우

10) '관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말합니다.
   가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
   나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
   다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 3등급(fair)인 경우
11) 동요장해 평가 시에는 정상측과 환측을 비교하여 증가된 수치로 평가합니다.
12) '가관절[주]이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말합니다.
   ※ 주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 '불유합' 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외합니다.
13) '가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 경골과 종아리뼈 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말합니다.
14) '뼈에 기형을 남긴 때'라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각변형이 15° 이상인 경우를 말합니다.
15) 다리 길이의 단축 또는 과신장은 스캐노그램(scanogram)을 통하여 측정합니다.

다. 지급률의 결정

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

10. 손가락의 장해

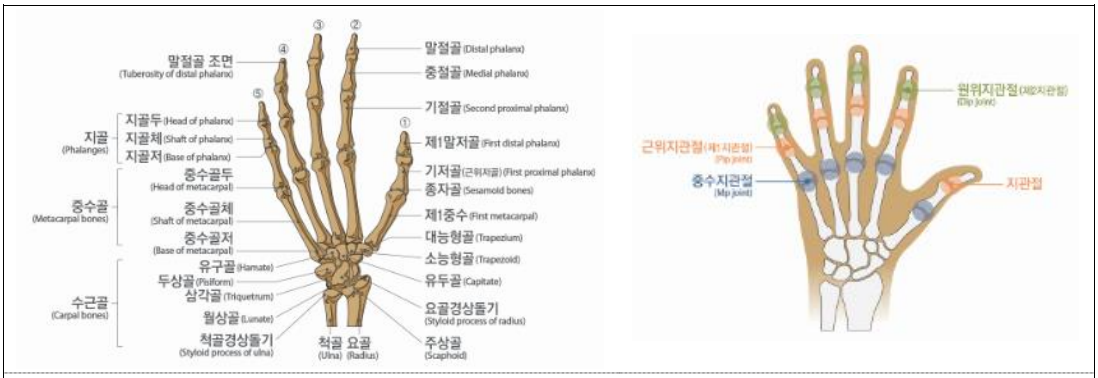
가. 장해의 분류

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

장해의 분류	지급률
5) 한 손의 첫째 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때 6) 한 손의 첫째 손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(손가락 하나마다)	5%

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장해를 평가합니다. 다만, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가합니다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않습니다.
3) 손가락에는 첫째 손가락에 2개의 손가락관절이 있습니다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 합니다.
4) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있습니다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부릅니다.
5) '손가락을 잃었을 때'라 함은 첫째 손가락에서는 지관절부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽으로 손가락이 절단되었을 때를 말합니다.
6) '손가락뼈 일부를 잃었을 때'라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 손가락 뼈의 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 손가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않습니다.
7) '손가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 첫째 손가락의 경우 중수지관절 또는 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상 운동영역의 1/2 이하인 경우를 말하며, 다른 네 손가락에 있어서는 제1, 제2지관절의 굴신운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하이거나 중수지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말합니다.
8) 한 손가락에 장해가 생기고 다른 손가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산합니다.
9) 손가락의 관절기능장해 평가는 손가락 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가합니다. 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의「산업재해보상보험법 시행규칙」제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따릅니다.



< 손가락 >

11. 발가락의 장해

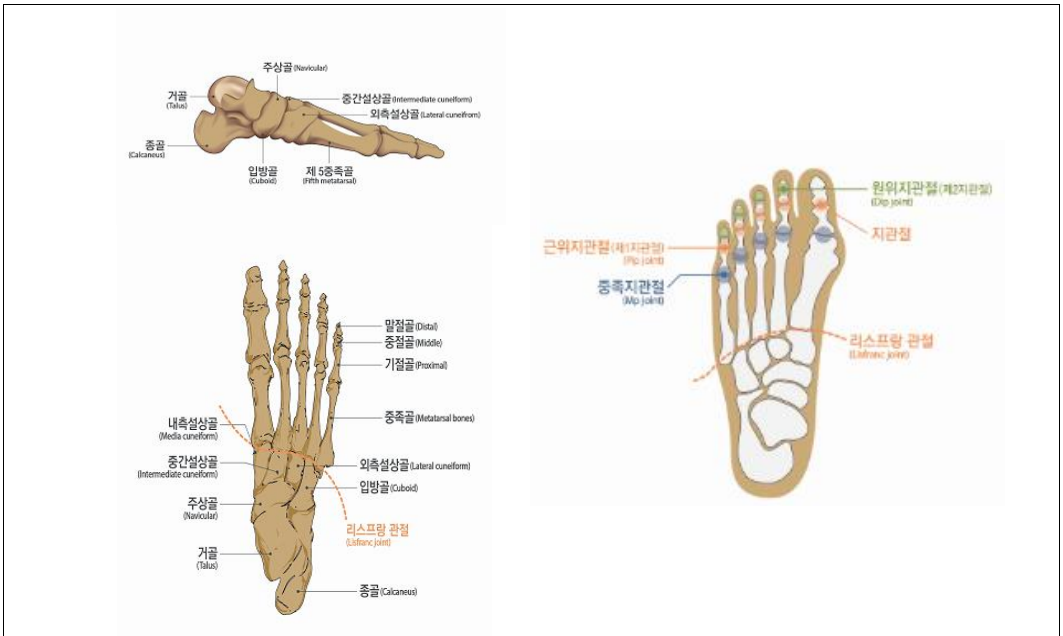
가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 한 발의 리스프랑관절 이상을 잃었을 때	40%
2) 한 발의 5개 발가락을 모두 잃었을 때	30%
3) 한 발의 첫째 발가락을 잃었을 때	10%
4) 한 발의 첫째 발가락 이외의 발가락을 잃었을 때(발가락 하나마다)	5%
5) 한 발의 5개 발가락 모두의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	20%
6) 한 발의 첫째 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	8%
7) 한발의 첫째 발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(1발가락마다)	3%

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장해를 평가합니다. 다만, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가합니다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않습니다.
3) '발가락을 잃었을 때'라 함은 첫째 발가락에서는 지관절부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽을 잃었을 때를 말합니다.

4) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말합니다.
5) '발가락뼈 일부를 잃었을 때'라 함은 첫째 발가락의 지관절, 다른 네 발가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 발가락 뼈 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 발가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않습니다.
6) '발가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 첫째 발가락의 경우에 중족지관절과 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동범위 합계가 정상 운동 가능영역의 1/2이하가 된 경우를 말하며, 다른 네 발가락에 있어서는 중족지관절의 신전운동범위만을 평가하여 정상운동범위의 1/2이하로 제한된 경우를 말합니다.
7) 한 발가락에 장해가 생기고 다른 발가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산합니다.
8) 발가락 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따릅니다.



< 발가락 >

12. 흉·복부 장기 및 비뇨생식기의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해의 판정기준

1) '심장 기능을 잃었을 때'라 함은 심장 이식을 한 경우를 말합니다.
2) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말합니다.
   가) 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
   나) 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석, 복막투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때
   다) 방광의 저장기능과 배뇨기능을 완전히 상실한 때
3) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말합니다.
   가) 위, 대장(결장~직장) 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때
   나) 소장을 3/4 이상 잘라내었을 때 또는 잘라낸 소장의 길이가 3m 이상일 때
   다) 간장의 3/4 이상을 잘라내었을 때
   라) 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
4) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말합니다.
   가) 한쪽 폐 또는 한쪽 신장을 전부 잘라내었을 때
   나) 방광 기능상실로 영구적인 요도루, 방광루, 요관 장문합 상태
   다) 위, 췌장을 50% 이상 잘라내었을 때
   라) 대장절제, 항문 괄약근 등의 기능장해로 영구적으로 장루, 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
   마) 심장기능 이상으로 인공심박동기를 영구적으로 삽입한 경우
   바) 요도괄약근 등의 기능장해로 영구적으로 인공요도괄약근을 설치한 경우
5) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말합니다.
   가) 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착, 배뇨기능 상실로 영구적인 간헐적 인공요도가 필요한 때
   나) 음경의 1/2 이상이 결손되었거나 질구 협착으로 성생활이 불가능한 때
   다) 폐질환 또는 폐 부분절제술 후 일상생활에서 호흡곤란으로 지속적인 산소치료가 필요하

며, 폐기능 검사(PFT)상 폐환기 기능(1초간 노력성 호기량, FEV1)이 정상예측치의 40% 이하로 저하된 때

6) 흉복부, 비뇨생식기계 장해는 질병 또는 외상의 직접 결과로 인한 장해를 말하며, 노화에 의한 기능장해 또는 질병이나 외상이 없는 상태에서 예방적으로 장기를 절제, 적출한 경우는 장해로 보지 않습니다.
7) 상기 흉복부 및 비뇨생식기계 장해항목에 명기되지 않은 기타 장해상태에 대해서는 '<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표'에 해당하는 장해가 있을 때 ADLs 장해 지급률을 준용합니다.
8) 상기 장해항목에 해당되지 않는 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장해의 평가 대상으로 인정하지 않습니다.

13. 신경계·정신행동 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 신경계에 장해가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때	10~100%
2) 정신행동에 극심한 장해를 남긴때	100%
3) 정신행동에 심한 장해를 남긴 때	75%
4) 정신행동에 뚜렷한 장해를 남긴 때	50%
5) 정신행동에 약간의 장해를 남긴 때	25%
6) 정신행동에 경미한 장해를 남긴 때	10%
7) 극심한 치매 : CDR척도 5점	100%
8) 심한치매 : CDR척도 4점	80%
9) 뚜렷한 치매 : CDR 척도 3점	60%
10) 약간의 치매 : CDR 척도 2점	40%
11) 심한 간질발작이 남았을 때	70%
12) 뚜렷한 간질발작이 남았을 때	40%
13) 약간의 간질발작이 남았을 때	10%

나. 장해판정기준

1) 신경계
가) "신경계에 장해를 남긴 때"라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계 손상으로 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"의 5가지 기본동작중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말합니다.
나) 위 가)의 경우 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표" 상 지급률이 10%

미만인 경우에는 보장대상이 되는 장해로 인정하지 않습니다.

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

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

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

2) 정신행동

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

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

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

라) '정신행동에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며 GAF 40점 이하인 상태를 말합니다.

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

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

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

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

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

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

차) 정신행동장해 진단 전문의는 정신건강의학과 전문의를 말합니다.

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

타) 각종 기질성 정신장해와 외상후 간질에 한하여 보상합니다.

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

3) 치매

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

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

다) 치매의 장해평가는 전문의(정신건강의학과, 신경과)에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따릅니다.

4) 뇌전증(간질)

가) "뇌전증(간질)"이라 함은 돌발적 뇌파이상을 나타내는 뇌질환으로 발작(경련, 의식장해 등)을 반복하는 것을 말합니다.

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

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

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

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

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

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

<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

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

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

<별표3> 재 해 분 류 표

1. 보장 대상이 되는 재해

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

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

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에 규정한 제1급감염병

감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제 2 조 제 2 호

제 2 조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

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

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

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)

- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적개입” 중 법적처형(Y35.5)

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

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

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

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

㈜ 1. ( ) 안은 제 8 차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 상의 분류번호이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 정하는 재해 해당 여부를 판단합니다.

2. 제 9 차 개정 이후 약관에서 정하는 재해의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

4. 위 “1. 보장대상이 되는 재해” ②에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용하며, “2. 보험금을 지급하지 않는 재해” ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

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

<별표4> 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	적 립 기 간		지 급 이 자
제1회 재해장해생활자금Ⅰ, 재해장해생활자금Ⅱ (제1조)	지급기일의 다음날부터 30일 이내 기간		보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간		보험계약대출이율 +가산이율(4%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간		보험계약대출이율 +가산이율(6%)
	지급기일의 91일 이후 기간		보험계약대출이율 +가산이율(8%)
제2회 이후 재해장해생활자금Ⅰ, 재해장해생활자금Ⅱ (제1조)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	보험기간 만기일 이내	평균공시이율 (이 특약 체결 시점의 평균공시이율)
		보험기간 만기일 이후	1년이내: 평균공시이율 (이 특약 체결 시점의 평균공시이율)의 50% 1년초과기간: 1%
	청구일의 다음날부터 지급일가지의 기간		보험계약대출이율
해지환급금 (제18조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간		1년이내: 평균공시이율 (이 특약 체결 시점의 평균공시이율)의 50% 1년초과기간: 1%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간		보험계약대출이율

㈜ 1. 제2회 이후 재해장해생활자금Ⅰ, 재해장해생활자금Ⅱ는 회사가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 않은 경우, 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간은 평균공시이율을 적용한 이자를 지급합니다.

2. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

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

4. 가산이율 적용시 제5조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

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

무배당 뉴 중증치매간병생활자금특약II
(갱신형) (디지털 전용)
약관

◈ 목 차 ◈

무배당 뉴 중증치매간병생활자금특약II (갱신형) (디지털 전용) 약관 4

제1관 보험금의 지급 4

제1조【"중증치매상태"의 정의 및 진단확정】.....4
제2조【보험금의 지급사유】.....5
제3조【보험금 지급에 관한 세부규정】.....6
제4조【보험금을 지급하지 않는 사유】.....7
제5조【보험금 등의 청구】.....8
제6조【보험금의 지급절차】.....8
제7조【보험수익자의 지정】.....9

제2관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등 9

제8조【계약 전 알릴 의무】.....9
제9조【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】.....9

제3관 보험계약의 성립과 유지 10

제10조【특약의 체결 및 소멸】.....10
제11조【피보험자의 범위】.....11
제12조【특약의 무효】.....11
제13조【특약 내용의 변경 등】.....12
제14조【특약의 갱신】.....12
제15조【특약의 보험기간】.....13

제4관 보험료의 납입 13

제16조【보험료의 납입 및 회사의 보장개시】.....13
제17조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】.....14
제18조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】.....15

제5관 특약의 해지 및 해지환급금 등 16

제19조【계약자의 임의해지】.....16
제20조【해지환급금】.....16
제21조【배당금의 지급】.....16

제6관 지정대리청구에 관한 사항..... 16

제22조【적용대상】.....16
제23조【지정대리청구인의 지정】.....16
제24조【지정대리청구인의 변경지정】.....17
제25조【지정대리청구인에 의한 보험금의 지급절차】.....17
제26조【지정대리청구인에 의한 보험금의 청구】.....17

제7관 기타사항..... 18

제27조【예금보험에 의한 지급보장】.....18
제28조【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】.....18
<별표1> 보험금 지급기준표 19
<별표2> 재 해 분 류 표 21
<별표3> 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 23

무배당 뉴 중증치매간병생활자금특약II (갱신형) (디지털 전용) 약관

제1관 보험금의 지급

제1조【"중증치매상태"의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에서 "중증치매상태"란, 피보험자가 계약일 이후에 발생한 재해 또는 질병으로 인하여 치매보장개시일 이후에 "중증의 인지기능의 장애"가 발생한 상태를 말합니다. (이하 "중증치매상태"라 합니다)

치매보장개시일
"중증치매상태"에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 만 1년이 지난 날의 다음날로 합니다. 다만, 갱신계약의 치매보장개시일은 갱신일로 하며, 부활(효력회복)계약의 치매보장개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 만 1년이 지난 날의 다음날로 합니다. 또한, 질병이 없는 상태에서 재해로 인한 뇌의 손상을 직접적인 원인으로 "중증치매상태"가 발생한 경우 치매보장개시일은 계약일(갱신계약의 경우 갱신일)로 하며, 부활(효력회복)계약의 치매보장개시일은 부활(효력회복)일을 치매보장개시일로 합니다.
부활(효력회복)
보험료 납입을 연체하여 계약이 해지되고 계약자가 해지환급금을 받지 않은 경우에 회사가 정하는 소정의 절차에 따라 해지된 계약을 다시 되살리는 일

② 제1항에서 정한 "중증의 인지기능의 장애"란, CDR척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating, 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 발생시점으로부터 90일 이상 계속되어 장래에 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 상태를 말합니다.

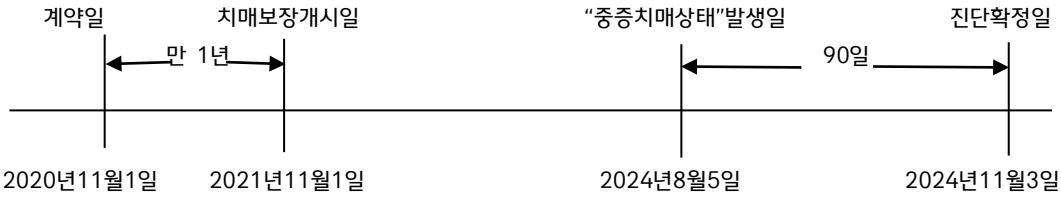
CDR척도(Expanded Clinical Dementia Rating, 2001년)
치매관련 전문의가 실시하는 전반적인 인지기능 및 사회기능 정도를 측정하는 검사로서 전체 점수 구성은 0, 0.5, 1, 2, 3, 4, 5의 7등급으로 되어 있으며, 점수가 높을수록 중증(重症)을 의미합니다..

③ "중증치매상태"의 진단확정은 치매 전문의(신경과 또는 정신건강의학과)의 진단서에 의하고, 이 진단은 병력청취, 인지기능 및 정신상태 평가, 신체진찰과 신경계진찰, 신경심리검사, 일상생활능력평가, 검사실 검사, 뇌영상검사 등 해당 치매의 진단 및 원인질환 감별을 위해 의학적으로 필요한 검사 및 그 결과에 대한 종합적인 평가를 기초로 정해지며, 뇌영상검사 등 일부 검사에서 치매의 소견이 확인되지 않았다 하더라도 다른 검사에 의한 종합적인 평가를 기초로 치매를 진단할 수 있습니다. 또한 그 진단일부터 90일이 경과된 이후에 회사가 피보험자의 "중증치매상태"가 계속 지속되었음을 확인함으로써 "중증치매상태"로 최종 진단확정 됩니다.

④ 회사는 치매상태의 조사나 확인을 위해 필요한 경우 계약자 또는 피보험자에게 치매의 진단을 위해 실시한 검사결과 제출을 요청할 수 있습니다.

⑤ 제1항 내지 제4항에도 불구하고 "정신분열병이나 우울증과 같은 정신질환으로 인한 인지기능의 장애" 및 "알콜중독, 의사의 처방에 의하지 않는 약물의 투여로 인한 인지기능의 장애"는 보장대상에서 제외합니다.

"중증치매상태"의 보장개시 및 진단확정 [예시]



※ 치매보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 만 1년이 지난 날의 다음날로 합니다. 다만, 갱신계약의 치매보장개시일은 갱신일로 하며, 부활(효력회복)계약의 치매보장개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 만 1년이 지난 날의 다음날로 합니다.
또한, 질병이 없는 상태에서 재해로 인한 뇌의 손상을 직접적인 원인으로 "중증치매상태"가 발생한 경우 치매보장개시일은 계약일(갱신계약의 경우 갱신일)로 하며, 부활(효력회복)계약의 치매보장개시일은 부활(효력회복)일을 치매보장개시일로 합니다.

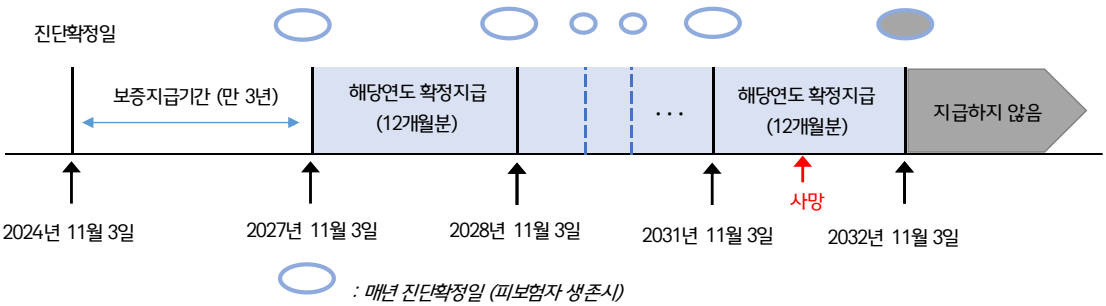
제2조【보험금의 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 "치매보장개시일" 이후에 피보험자에게 아래의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(<별표1> "보험금 지급기준표" 참조)을 지급합니다. (다만, 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급합니다)

1. 이 특약의 보험기간 중 치매보장개시일 이후에 피보험자가 제1조("중증치매상태"의 정의 및 진단확정)에서 정한 "중증치매상태"가 발생하고 최종 진단 확정된 경우: 중증치매진단급여금 지급
2. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 치매보장개시일 이후에 "중증치매상태"가 발생하고 최종진단확정된 날(이하 "중증치매진단확정일"이라 합니다)을 최초로 하여 매년 치매진단확정일에 살아있을 경우: 중증치매간병생활자금 지급

   다만, 진단 확정된 날부터 만3년이내(이하 "중증치매간병생활자금 보증지급기간"이라 합니다) 동안에는 피보험자의 생존여부에 관계없이 중증치매간병생활자금을 보증지급하고 중증치매간병생활자금 보증지급기간 이후에는 매년 중증치매진단확정일에 생존시 해당 연도에 대하여 중증치매간병생활자금을 12개월동안 매월 해당일(이하 "중증치매간병생활자금 지급해당일"이라 합니다)에 확정지급 하며, 중증치매간병생활자금 보증지급기간을 포함하여 종신까지 지급합니다.

"중증치매간병생활자금 보증지급기간" 과 중증치매간병생활자금의 지급 [예시]



※ "중증치매간병생활자금 보증지급기간"
최종 진단 확정된 날부터 만 3년이내를 말하며, 이 기간 동안에는 피보험자의 생존여부에 관계없이 중증치매간병생활자금을 지급합니다. 따라서 36개월분의 중증치매간병생활자금은 지급이 보증됩니다.

※ "중증치매간병생활자금 보증지급기간" 이후 지급
중증치매간병생활자금은 피보험자가 매년 중증치매진단확정일에 살아 있을 경우에 한하여 매월 중증치매간병생활자금 지급해당일

에 12개월 동안 확정지급됩니다.
따라서, 동 해당년도 중간에 사망한 경우라도 해당년도의 중증치매간병생활자금은 지급이 됩니다.

제3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 특약의 보험료 납입기간 중 치매보장개시일 이후 피보험자가 제1조("중증치매상태"의 정의 및 진단확정)에서 정한 "중증치매상태"로 최종 진단 확정되거나 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주계약이 갱신형 계약인 경우, 주계약이 갱신되어 다시 보험료를 납입하여야 할때 이 특약도 주계약에 준용하여 보험료를 납입하여야 합니다.

② 제2조(보험금의 지급사유) 제2호에서 정한 중증치매간병생활자금은 중증치매간병생활자금 보증지급기간[3년(36개월)]에는 피보험자의 생존여부에 관계없이 중증치매간병생활자금을 보증지급하며, 중증치매간병생활자금 보증지급기간 이후에는 매년 중증치매진단확정일에 살아있을 경우 지급하며(중증치매간병생활자금 보증지급기간을 포함하여 최대 종신지급), 해당 연도 중 매월 중증치매간병생활자금 지급해당일에 12개월동안 확정 지급합니다. 다만, 해당월에 진단확정일이 없는 경우 해당월의 말일을 진단확정일로 합니다.

중증치매진단확정일이 없는 달의 예시

최초 중증치매간병생활자금 지급해당일: 2019년 10월 31일 일 때, 2019년 11월의 중증치매간병생활자금 지급해당일은 2019년 11월 30일로 함
⇒ 2019년 11월에는 중증치매간병생활자금 지급해당일(31일)이 없으므로, 해당월의 마지막 날을 중증치매간병생활자금 지급해당일로 함

③ 피보험자가 특약의 보험기간 중 치매보장개시일 이후에 사망하여 그 후에 중증치매상태를 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 중증치매진단확정일로 보아 제2조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 중증치매진단급여금 및 제2조(보험금의 지급사유) 제2호에서 정한 중증치매간병생활자금 중 중증치매간병생활자금 보증지급기간 3년(36개월)에 해당하는 금액을 "평균공시이율을 적용하여 연단위 복리로 할인한 금액"과 "보험료적용이율을 적용하여 연단위 복리로 할인한 금액" 중 큰 금액을 일시금으로 지급합니다. 다만, 회사가 이미 피보험자의 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급한 경우에는 이미 지급한 책임준비금을 차감하고 차액을 지급하여 드립니다.

평균공시이율

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

보험료적용이율

이 특약의 보험료를 산출할 때 적용하는 이율을 말합니다.

④ 제2항에도 불구하고 제2조(보험금의 지급사유)제2호에서 정한 중증치매간병생활자금 보증지급기간 중 지급되지 않은 중증치매간병생활자금 또는 중증치매간병생활자금 보증지급기간 이후 중증치매간병생활자금의 해당 연도의 12개월 확정지급금액 중 지급되지 않은 중증치매간병생활자금을 보험수익자가 일시금으로 선지급 받기 원하는 경우 회사는 "평균공시이율을 적용하여 연단위 복리로 할인한 금액"과 "보험료적용이율을 적용하여 연단위 복리로 할인한 금액" 중 큰 금액을 일시금으로 지급합니다.

⑤ 피보험자가 제2조(보험금의 지급사유) 제2호에서 정한 중증치매간병생활자금 보증지급기간내에 중증치매간병생활자금을 수령 중 사망한 경우에는 회사는 중증치매간병생활자금 보증지급기간 중 지급되지 않은 중증치매간병생활자금을 “평균공시이율을 적용하여 연단위 복리로 할인한 금액”과 “보험료적용이율을 적용하여 연단위 복리로 할인한 금액” 중 큰 금액을 일시금으로 지급합니다.

⑥ 피보험자가 중증치매간병생활자금 보증지급기간이 지난 후 생존하여 중증치매간병생활자금을 수령 중 사망한 경우에는 해당 연도의 12개월 확정지급금액 중 지급되지 않은 중증치매간병생활자금을 “평균공시이율을 적용하여 연단위 복리로 할인한 금액”과 “보험료적용이율을 적용하여 연단위 복리로 할인한 금액” 중 큰 금액을 일시금으로 지급합니다.

⑦ 피보험자가 특약의 보험기간 중 “중증치매상태”가 발생하고 보험기간 이후에 “중증치매상태”로 최종 진단확정 받는 경우 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급합니다.

⑧ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

의료법 제3조(의료기관)

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

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
   가. 의원
   나. 치과의원
   다. 한의원
2. 조산원: 조산사가 조산과 임산부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다.
3. 병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
   가. 병원
   나. 치과병원
   다. 한방병원
   라. 요양병원(「장애복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
   마. 정신병원
   바. 종합병원

③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제4조【보험금을 지급하지 않는 사유】

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
   다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제5조【보험금 등의 청구】

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서 (회사양식)
2. 사고증명서 (사망진단서, 진단서(진단 확정일 및 병명기입), 진료기록부 등)
3. 신분증 (주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령 또는 계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

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

제6조【보험금의 지급절차】

① 회사는 제5조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고, 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 <별표3> “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제5조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있

는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우

6. 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제8항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

보험금 가지급제도

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

④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제9조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제7조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 제2조(보험금의 지급사유)의 경우에는 피보험자로 합니다.

제2관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제8조【계약 전 알릴 의무】

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 “계약 전 알릴 의무”라 하며, 상법상 “고지의무”와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

사례

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

제9조【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제8조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나

보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

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

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

② 회사는 제1항에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴 의무 위반사실(특약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 등으로 알려 드립니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제20조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액(구좌) 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제8조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한한 이후 발생하는 중증치매간병생활자금을 지급하지 않습니다.

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

⑥ 제18조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에 따라 이 특약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제1항의 최초계약으로 봅니다. (다만, 부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다)

제3관 보험계약의 성립과 유지

제10조【특약의 체결 및 소멸】

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 이 특약의 보험기간 중 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지 및 기타 사유에 의하여 효력이 없는 경우
   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 그러하지 않습니다.
2. 피보험자가 사망한 경우
   이 경우 이 특약의 "보험료 및 책임준비금 산출방법서" (이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 제2조(보험금의 지급사유)제2호에서 정한 중증치매간병생활자금 수령 중 사망시에는 책임준비금을 지급하지 않습니다.

보험료 및 책임준비금 산출방법서

'보험료 및 책임준비금 산출방법서'는 보험회사의 기초서류 중 하나로 보험료와 책임준비금 및 해지환급금 등의 산출 기준 및 방법이 기재된 문서를 말합니다.

책임준비금

장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

3. 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 사망 이외의 보험금 지급사유로 효력이 없는 경우에는 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제2호 "사망"에는 이 특약의 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

실종선고

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

⑤ 회사는 제2항 제2호에 따라 사망 당시의 책임준비금을 지급할 때 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 <별표3> "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

⑥ 이 특약이 주계약의 최초 체결시 함께 부가할 경우에는 이를 "최초계약"이라 하며, 이후 특약의 보험기간 만료후 제14조(특약의 갱신)에 따라 특약이 갱신되는 경우에는 이를 "갱신계약"이라 합니다.

제11조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제12조【특약의 무효】

피보험자가 이 특약의 계약일부터 제16조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제6항 내지 제7항에서 정한

치매보장개시일 전일 이전에 제1조(“중증치매상태”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “중증치매상태”가 발생한 경우에 회사는 이 특약을 무효로 하며 계약자에게 이미 납입한 특약의 보험료를 돌려 드립니다.

제13조【특약 내용의 변경 등】

① 회사는 계약자가 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 이 특약도 주계약의 변경 내용에 따라 같은 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 계약자가 주계약의 보험수익자를 변경할 때 이 특약도 보험수익자를 변경하여 드립니다. 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.

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

③ 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액(구좌)을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제20조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

④ 계약자는 특약의 보험기간 중 제2조(보험금의 지급사유)에서 정하는 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

⑤ 회사는 주계약의 계약자를 변경할 때 이 특약도 계약자를 변경하여 드리며, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

제14조【특약의 갱신】

① 이 특약은 계약자가 이 특약의 보험료 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 특약의 연체된 보험료 및 갱신 후 특약의 제1회 보험료를 납입한 경우에 한하여 갱신되어 계속 유지됩니다.

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

② 제1항에도 불구하고 다음 중 한가지에 해당하는 경우에 이 특약은 갱신되지 않습니다.

1. 계약자가 특약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한

경우

2. 갱신되는 특약의 보험기간 만료일이 주계약의 보험기간 만료일을 초과하거나 피보험자의 나이가 90세가 되는 계약해당일을 초과하는 경우
3. 이 특약의 주계약이 갱신계약임에도 불구하고 주계약이 갱신되지 않는 경우
4. 특약의 보험기간 중 피보험자에게 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우

③ 제1항에 따라 특약이 갱신되는 경우에 갱신계약의 보험료, 책임준비금 등은 갱신일 현재 피보험자의 나이에 따라 계산하고, 갱신시의 기초율(이율 및 위험률 등)을 적용합니다.

④ 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따라 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 제1항에 따라 특약이 갱신되는 경우 특약의 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다. 다만, 이 특약의 주계약이 갱신형 계약이 아닌 경우 주계약 보험료 납입이 면제된 이후 이 특약의 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

⑤ 회사는 갱신되는 특약의 변경 내용 및 갱신되는 특약의 보험료 등을 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 서면 또는 전화(음성녹취)로 안내하여 드립니다.

제15조【특약의 보험기간】

① 이 특약의 보험기간은 10년 만기 갱신으로 하며, 갱신시 회사가 정한 방법에 따라 특약의 보험기간을 변경하여 적용할 수 있습니다.

② 제1항에도 불구하고 갱신일부터 갱신되는 특약의 보험기간 만료일까지의 기간이 10년(갱신시 보험기간이 변경된 경우에는 변경된 보험기간) 미만인 경우에는 5년 만기 갱신으로 하며, 5년(갱신시 보험기간이 변경된 경우에는 변경된 보험기간) 미만인 경우에는 갱신일부터 최종으로 갱신되는 특약의 보험기간 만료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

③ 제1항 내지 제2항에도 불구하고 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “중증치매상태”로 최종 진단확정된 경우, 이 특약의 보험기간은 “중증치매상태”로 최종 진단확정된 그날부터 종신으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제16조【보험료의 납입 및 회사의 보장개시】

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 가입할 때 회사가 정한 보험료 납입기간 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 완료되었으나 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 제2항에서 주계약의 보험료와 함께 특약의 보험료를 선납하는 경우에는 특약의 잔여 보험료 납입기간을 초과하는 기간에 해당하는 특약의 보험료를 선납할 수 없습니다.

⑤ 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우에는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

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

⑥ 제5항에도 불구하고 제1조(“중증치매상태”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “중증치매상태” 보장에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 만 1년이 지난 날의 다음날(이하 “치매보장개시일”이라 합니다)로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다. 다만, 갱신계약의 치매보장개시일은 갱신일로 하며, 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 만 1년이 지난 날의 다음날로 합니다.

⑦ 제6항에도 불구하고 질병이 없는 상태에서 재해로 인한 뇌의 손상을 직접적인 원인으로 "중증치매상태"가 발생한 경우 치매보장개시일은 계약일(갱신계약의 경우 갱신일)로 하며, 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일을 치매보장개시일로 합니다.

제17조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

① 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 특약을 준용합니다.

납입기일
계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

② 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되는 경우에는 이 특약도 함께 해지됩니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 그러하지 않습니다.

③ 계약자가 제2회 이후 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는

날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

④ 회사가 제3항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면, 또는 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.

전자서명법 제2조 제2호

제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

2. "전자서명"이란 다음 각 목의 사항을 나타내는데 이용하기 위하여 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.

가. 서명자의 신원

나. 서명자가 해당 전자문서에 서명하였다는 사실

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

⑤ 제2항 및 제3항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제20조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제18조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】

① 회사는 주계약의 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

② 주계약의 부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 완료된 경우로서 제17조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제3항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다. 다만, 치매보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 만 1년이 지난 날의 다음날로 합니다. 또한, 질병이 없는 상태에서 재해로 인한 뇌의 손상을 직접적인 원인으로 “중증치매상태”가 발생한 경우 부활(효력회복)일을 치매보장개시일로 합니다.

부활(효력회복)

보험료 납입을 연체하여 계약이 해지되고 계약자가 해지환급금을 받지 않은 경우에 회사가 정하는 소정의 절차에 따라 해지된 계약을 다시 되살리는 일

제5관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제19조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제20조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 제2조(보험금 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 이후에는 이 특약을 해지할 수 없습니다.

② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제20조【해지환급금】

① 이 약관에 따른 해지환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 <별표3> “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제21조【배당금의 지급】

이 특약은 무배당보험이므로 계약자 배당금이 없습니다.

무배당보험

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

제6관 지정대리청구에 관한 사항

제22조【적용대상】

이 특약의 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 적용됩니다.

제23조【지정대리청구인의 지정】

① 계약자는 특약체결시 또는 특약체결 이후 제1조(“중증치매상태”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “중증치

매상태"가 발생하기전에 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자 중 1인을 보험금의 대리청구인(이하, "지정대리청구인"이라 합니다)으로 지정할 수 있습니다. 또한, 지정대리청구인은 제24조(지정대리청구인의 변경지정)에 의한 변경지정 또는 보험금을 청구할 때에도 다음 각 호의 어느 하나에 해당하여야 합니다.

1. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
2. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 3촌 이내의 친족

② 제1항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제22조(적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

제24조【지정대리청구인의 변경지정】

계약자는 특약체결 이후 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
2. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부 (기본증명서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

제25조【지정대리청구인에 의한 보험금의 지급절차】

① 지정대리청구인은 제26조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)에 정한 구비서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제22조(적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다.

② 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

제26조【지정대리청구인에 의한 보험금의 청구】

지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서 (사망진단서, 진단서(진단 확정일 및 병명기입), 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)
4. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부 (가족관계증명서) 및 주민등록등본
5. 기타 지정대리청구인이 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

제7관 기타사항

제27조【예금보험에 의한 지급보장】

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

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

제28조【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

<별표1> 보험금 지급기준표

(기준: 1구좌)

■ 중증치매진단급여금 (약관 제2조 제1호)

지 급 사 유	특약의 보험기간 중 피보험자가 치매보장개시일 이후에 "중증치매상태"로 최종 진단확정된 경우 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급합니다)
지 급 금 액	100만원

■ 중증치매간병생활자금 (약관 제2조 제2호)

지 급 사 유	특약의 보험기간 중 피보험자가 치매보장개시일 이후에 "중증치매상태"로 최종 진단 확정되고, 중증치매진단확정일을 최초로 하여 매년 중증치매진단확정일에 살아있을 경우, 중증치매간병생활자금 보증지급기간[3년(36개월)] 동안은 생존에 관계없이 보증지급하고 중증치매간병생활자금 보증지급기간 이후에는 매년 중증치매진단확정일에 생존시 해당 연도에 대하여 중증치매간병생활자금을 12개월동안 매월 중증치매간병생활자금 지급해당일에 확정지급합니다.
지 급 금 액	매월 10만원 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한하며, 종신까지 최고한도로 지급합니다)

㈜ 1. 치매보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 만 1년이 지난 날의 다음날로 합니다. 다만, 갱신계약의 치매보장개시일은 갱신일로 하며, 부활(효력회복)계약의 치매보장개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 만 1년이 지난날의 다음날로 합니다.
또한, 질병이 없는 상태에서 재해로 인한 뇌의 손상을 직접적인 원인으로 "중증치매상태"가 발생한 경우 치매보장개시일은 계약일(갱신계약의 경우 갱신일)로 하며, 부활(효력회복)계약의 치매보장개시일은 부활(효력회복)일을 치매보장개시일로 합니다.

2. "중증치매상태"의 진단확정은 치매 전문의(신경과 또는 정신건강의학과)의 진단서에 의하고, 이 진단은 병력청취, 인지기능 및 정신상태 평가, 신체진찰과 신경계진찰, 신경심리검사, 일상생활능력평가, 검사실검사, 뇌영상검사 등 해당 치매의 진단 및 원인질환 감별을 위해 의학적으로 필요한 검사 및 그 결과에 대한 종합적인 평가를 기초로 정해지며, 뇌영상검사 등 일부 검사에서 치매의 소견이 확인되지 않았다 하더라도 다른 검사에 의한 종합적인 평가를 기초로 치매를 진단할 수 있습니다. 그 진단일로부터 90일이 경과한 이후에 회사가 피보험자의 "중증치매상태"가 계속 지속되었음을 확인함으로써 "중증치매상태"로 최종 진단확정 됩니다.

3. 중증치매진단확정일은 "중증치매상태"로 최종 진단 확정된 날을 말합니다.

4. 중증치매간병생활자금 지급해당일은 매년 중증치매진단확정일에 살아있을 경우 해당 연도에 대하여 중증치매간병생활자금을 12개월동안 확정지급하는 매월 해당일을 말합니다.

5. 중증치매간병생활자금 보증지급기간은 "중증치매상태"로 최종 진단 확정된 날부터 만 3년이내를 말하며, 이 기간 동안에는 피보험자의 생존여부에 관계없이 중증치매간병생활자금을 지급합니다. 따라서 36개월분

의 중증치매간병생활자금은 지급이 보증됩니다.

6. 중증치매간병생활자금 보증지급기간 중 지급되지 않은 중증치매간병생활자금 또는 중증치매간병생활자금 보증지급기간 이후 중증치매간병생활자금의 해당 연도의 12개월 확정지급금액 중 지급되지 않은 중증치매간병생활자금을 보험수익자가 일시금으로 선지급 받기를 원하는 경우에는, 회사는 "평균공시이율을 적용하여 연단위 복리로 할인한 금액"과 "보험료적용이율을 적용하여 연단위 복리로 할인한 금액" 중 큰 금액을 일시금으로 지급합니다.
7. 피보험자가 중증치매간병생활자금 보증지급기간내에 중증치매간병생활자금을 수령 중 사망한 경우에는 회사는 증증치매간병생활자금 보증지급기간 중 지급되지 않은 중증치매간병생활자금을 "평균공시이율을 적용하여 연단위 복리로 할인한 금액"과 "보험료적용이율을 적용하여 연단위 복리로 할인한 금액" 중 큰 금액을 일시금으로 지급합니다.
8. 피보험자가 중증치매간병생활자금 보증지급기간이 지난 후 생존하여 중증치매간병생활자금을 수령 중 사망한 경우에는 해당 연도의 12개월 확정지급금액 중 지급되지 않은 중증치매간병생활자금을 "평균공시이율을 적용하여 연단위 복리로 할인한 금액"과 "보험료적용이율을 적용하여 연단위 복리로 할인한 금액" 중 큰 금액을 일시금으로 지급합니다.
8. 피보험자가 치매보장개시일 전일 이전에 "중증치매상태"가 발생한 경우에는 이 특약을 무효로 하며, 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.
9. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 "중증치매상태"로 진단 확정된 경우, 이 특약의 보험기간은 "중증치매상태"로 진단 확정된 그날부터 종신으로 합니다.
10. 특약의 보험기간 중 피보험자에게 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 이후에는 이 특약을 해지할 수 없습니다.

<별표2> 재 해 분 류 표

1. 보장 대상이 되는 재해

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

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에 규정한 제1급감염병

감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호

제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

2. "제1급감염병"이란 생물테러감염병 또는 치명률이 높거나 집단 발생의 우려가 커서 발생 또는 유행 즉시 신고하여야 하고, 음압격리와 같은 높은 수준의 격리가 필요한 감염병으로서 다음 각 목의 감염병을 말한다. 다만, 갑작스러운 국내 유입 또는 유행이 예견되어 긴급한 예방·관리가 필요하여 보건복지부장관이 지정하는 감염병을 포함한다.
   가. 에볼라바이러스병
   나. 마버그열
   다. 라싸열
   라. 크리미안콩고출혈열
   마. 남아메리카출혈열
   바. 리프트밸리열
   사. 두창
   아. 페스트
   자. 탄저
   차. 보툴리눔독소증
   카. 야토병
   타. 신종감염병증후군
   파. 중증급성호흡기증후군(SARS)
   하. 중동호흡기증후군(MERS)
   거. 동물인플루엔자 인체감염증
   너. 신종인플루엔자
   더. 디프테리아

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우
② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)

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

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

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

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

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

㈜ 1. ( ) 안은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 상의 분류번호이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 정하는 재해 해당 여부를 판단합니다.

2. 제9차 개정 이후 약관에서 정하는 재해의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

4. 위 “1. 보장대상이 되는 재해” ②에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용하며, “2. 보험금을 지급하지 않는 재해” ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

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

<별표3> 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	적 립 기 간		지 급 이 자
중증치매진단급여금, 제1회 중증치매간병 생활자금 (제2조 제1호 내지 제2호)	지급기일의 다음날부터 30일 이내 기간		보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간		보험계약대출이율 +가산이율(4%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간		보험계약대출이율 +가산이율(6%)
	지급기일의 91일 이후 기간		보험계약대출이율 +가산이율(8%)
제2회 이후 중증치매간병 생활자금 (제2조 제2호)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	보험기간 만기일(다만, 이 특약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 효력을 가지지 않게 된 날) 이내	평균공시이율 (이 특약 체결(갱신)시점의 평균공시이율)
		보험기간 만기일(다만, 이 특약이 더 이상 효력을 가지지 않게 된 경우에는 효력을 가지지 않게 된 날) 이후	1년이내: 평균공시이율 (이 특약 체결(갱신)시점의 평균공시이율)의 50% 1년초과기간: 1%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간		보험계약대출이율
해지환급금 (제20조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간		1년이내: 평균공시이율 (이 특약 체결(갱신)시점의 평균공시이율)의 50% 1년초과기간: 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간		보험계약대출이율

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

2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당 기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 특약의 체결 및 소멸(제10조 제2항 제2호)에서 사망 당시의 책임준비금을 지급함에 있어 지급기일의 다음날부터 다음 각호에 따라 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

① 지급기일의 다음 날부터 30일이내 기간: 보험계약대출이율

② 지급기일의 31일이후부터 60일이내 기간: 보험계약대출이율+가산이율(4%)

③ 지급기일의 61일이후부터 90일이내 기간: 보험계약대출이율+가산이율(6%)

④ 지급기일의 91일이후 기간: 보험계약대출이율+가산이율(8%)

4. 가산이율 적용시 제6조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
6. 제2회 이후 중증치매간병생활자금은 회사가 보험금의 지급시기 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 않은 경우, 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간은 평균공시이율을 적용한 이자를 지급합니다.

무배당 뉴 첫날부터 질병입원특약(갱신형)(디지털 전용)

약관

◈ 목 차 ◈

무배당 뉴 첫날부터 질병입원특약 (갱신형) (디지털 전용) 약관 4

제1관 보험금의 지급 4

제1조【"입원"의 정의와 장소】.....4
제2조【"종합병원"의 정의】.....4
제3조【"상급종합병원"의 정의】.....5
제4조【상급종합병원 지정기준 관련 법령 개정에 따른 특약 내용의 변경】.....5
제5조【"집중치료실(INTENSIVE CARE UNIT, 중환자실 또는 집중강화치료실)"의 정의】.....6
제6조【보험금의 지급사유】.....6
제7조【보험금 지급에 관한 세부규정】.....7
제8조【보험금을 지급하지 않는 사유】.....9
제9조【보험금의 청구】.....9
제10조【보험금의 지급절차】.....9
제11조【보험수익자의 지정】.....10

제2관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등 11

제12조【계약 전 알릴 의무】.....11
제13조【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】.....11

제3관 보험계약의 성립과 유지 12

제14조【특약의 체결 및 소멸】.....12
제15조【피보험자의 범위】.....13
제16조【특약 내용의 변경 등】.....13
제17조【특약의 갱신】.....14
제18조【특약의 보험기간】.....14

제4관 보험료의 납입 14

제19조【보험료의 납입 및 회사의 보장개시】.....14

제20조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】 15
제21조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】 16

제5관 특약의 해지 및 해지환급금 등 16

제22조【계약자의 임의해지】 16
제23조【해지환급금】 16
제24조【배당금의 지급】 17

제6관 기타사항 17

제25조【예금보험에 의한 지급보장】 17
제26조【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】 17
<별표1> 보험금 지급기준표 18
<별표2> 질 병 분 류 표 19
<별표3> 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 20

무배당 뉴 첫날부터 질병입원특약 (갱신형) (디지털 전용) 약관

제1관 보험금의 지급

제1조【"입원"의 정의와 장소】

이 특약에서 "입원"이란, 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)가 질병 분류표(<별표2> 참조)에서 정한 질병(이하 "질병"이라 합니다)으로 피보험자의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 "의료기관"이라 합니다)에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

의료법 제3조(의료기관)

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

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
   가. 의원
   나. 치과의원
   다. 한의원
2. 조산원: 조산사가 조산과 임산부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다.
3. 병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
   가. 병원
   나. 치과병원
   다. 한방병원
   라. 요양병원(「장애복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
   마. 정신병원
   바. 종합병원

③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제2조【"종합병원"의 정의】

이 특약에서 "종합병원"이란, 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

의료법 제3조의3(종합병원)

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.

1. 100개 이상의 병상을 갖출 것
2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

의료법 제3조의3(종합병원)

② 종합병원은 제1항제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제3조【"상급종합병원"의 정의】

이 특약에서 "상급종합병원"이란, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)

① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.

1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖출 것
4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것

② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.

③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.

④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.

⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제4조【상급종합병원 지정기준 관련 법령 개정에 따른 특약 내용의 변경】

① 제3조("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원 지정기준이 의료법 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 입원 개시 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특약의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 또는 보험요율로 변경하여 드리며, 제3항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

1. 법령의 개정에 따라 "상급종합병원" 지정기준 등이 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 "상급종합병원" 제도의 변경으로 제3조("상급종합병원"의 정의)의 "상급종합병원" 지정이 불가능한 경우

"상급종합병원"구분 지정이 불가능한 사례 예시

상급종합병원 지정기준제도의 변경으로 상급종합병원을 더 이상 지정하지 않고 진료과별 전문병원으로 지정하는 경우 등

3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 때에는 특약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액(구좌) 변경내역, 보험료 수준, 특

약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 안내해 드립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 약관내용 변경을 원하지 않는 경우에는 회사는 계약자에게 이 특약의 "보험료 및 책임준비금 산출방법서" (이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정하는 바에 따라 특약내용 변경 시점의 책임준비금을 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

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

⑤ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액(구좌) 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 책임준비금 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환 받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제5조【"집중치료실(Intensive Care Unit, 중환자실 또는 집중강화치료실)"의 정의】

이 특약에서 "집중치료실"(Intensive Care Unit, 중환자실 또는 집중강화치료실)(이하 "집중치료실"이라 합니다)이란, 의료법 제36조(준수사항) 제1호 및 동법 시행규칙 제34조(의료기관의 시설기준 및 규격)에 따른 중환자실의 시설기준과 시설규격에 부합하는 입원치료실을 말합니다.

의료법 제36조(준수사항)
의료법 제33조제2항 및 제8항에 따라 의료기관을 개설하는 자는 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 다음 각 호의 사항을 지켜야 한다. 1. 의료기관의 종류에 따른 시설기준 및 규격에 관한 사항 2. 의료기관의 안전관리시설 기준에 관한 사항 3. 의료기관 및 요양병원의 운영 기준에 관한 사항 4. 고가의료장비의 설치·운영 기준에 관한 사항 5. 의료기관의 종류에 따른 의료인 등의 정원 기준에 관한 사항 6. 급식관리 기준에 관한 사항 7. 의료기관의 위생 관리에 관한 사항 8. 의료기관의 의약품 및 일회용 주사 의료용품의 사용에 관한 사항 9. 의료기관의 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제41조제4항에 따른 감염병환자등의 진료기준에 관한 사항 ※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제6조【보험금의 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(<별표1> "보험금 지급기준표" 참조)을 지급합니다. (다만, 최초계약의 경우 계약일부터 만2년이 지난 계약해당일의 전일 이전에 지급사유가 발생한 경우에는 50%를 지급합니다)

1. 특약의 보험기간 중 피보험자가 질병으로 1일 이상 계속하여 입원한 경우: 질병입원급여금 지급 (1회 입원당 10일 한도)

2. 특약의 보험기간 중 피보험자가 질병으로 1일 이상 계속하여 상급종합병원에 입원한 경우: 상급종합병원 질병입원급여금 지급 (1회 입원당 10일 한도)
3. 특약의 보험기간 중 피보험자가 질병으로 1일 이상 계속하여 집중치료실에 입원한 경우: 집중치료실 질병입원급여금 지급 (1회 입원당 10일 한도)

제7조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생한 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드리며 보험료 납입이 면제된 이후 이 특약의 갱신 시 갱신 계약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주계약이 갱신형 계약인 경우, 주계약이 갱신되어 다시 보험료를 납입하여야 할 때 이 특약도 주계약에 준용하여 보험료를 납입하여야 합니다.

② 제6조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제3호에서 정한 보험금의 지급사유가 중복하여 발생한 경우에는 각각에 해당하는 보험금을 더하여 지급합니다.

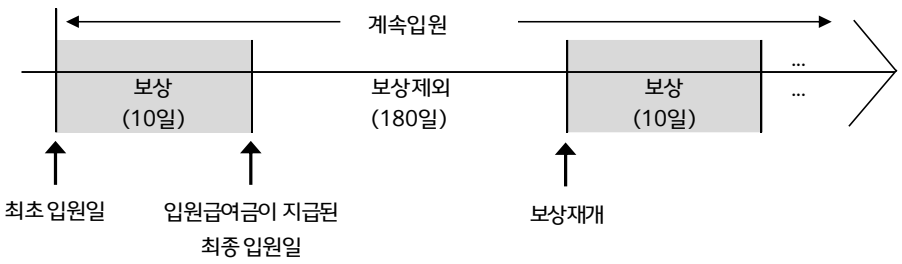
③ 제6조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제3호의 질병입원급여금, 상급종합병원 질병입원급여금 및 집중치료실 질병입원급여금의 지급일수는 각각 1회 입원당 10일을 최고한도로 합니다. 다만, 특약이 갱신되어 입원일이 갱신 전·후에 계속되는 경우에 그 지급일수의 계산은 갱신 전·후에 계속되는 총 입원일을 기준으로 각각 1회 입원당 10일을 최고한도로 하여 계산한 금액을 지급합니다.

④ 제6조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제3호의 경우 피보험자가 동일한 질병으로 2회 이상 입원한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 제3항을 적용합니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 동일한 질병으로 인한 입원이라도 질병입원급여금, 상급종합병원 질병입원급여금 또는 집중치료실 질병입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지난 후 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병입원급여금, 상급종합병원 질병입원급여금 또는 집중치료실 질병입원급여금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원급여금, 상급종합병원 질병입원급여금 또는 집중치료실 질병입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

장기입원환자의 질병입원급여금, 상급종합병원 질병입원급여금 또는 집중치료실 질병입원급여금 보장(예시)

<" 질병입원급여금, 상급종합병원 질병입원급여금 또는 집중치료실 질병입원급여금">



⑥ 제6조(보험금의 지급사유)제1호 내지 제3호에서 피보험자가 의료기관을 이전하여 입원한 경우에도 동

일한 질병으로 그 치료를 직접목적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.

⑦ 제6조(보험금의 지급사유)제1호 내지 제3호의 경우 피보험자가 질병입원급여금, 상급종합병원 질병입원급여금 또는 집중치료실 질병입원급여금 지급사유에 해당하는 입원기간 중 이 특약의 보험기간이 만료된 경우에는 그 계속 중인 입원기간에 대하여 질병입원급여금, 상급종합병원 질병입원급여금 또는 집중치료실 질병입원급여금을 10일 한도로 지급합니다.

⑧ 피보험자가 “상급종합병원 이외의 의료기관”에 입원하여 치료를 받던 중 “상급종합병원”에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제6조(보험금의 지급사유) 제2호에 따라 상급종합병원 질병입원급여금을 지급합니다.

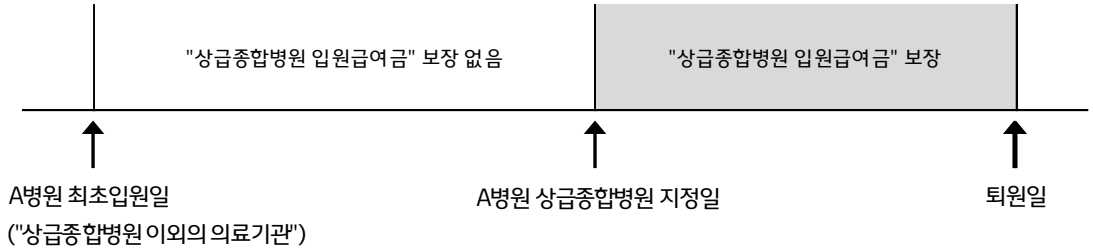
⑨ 피보험자가 “상급종합병원”에 입원하여 치료를 받던 중 “상급종합병원 이외의 의료기관”으로 이전하여 입원한 경우 상급종합병원의 최종 입원일까지 제6조(보험금의 지급사유) 제2호에 따라 상급종합병원 질병입원급여금을 지급합니다.

⑩ 제4조(상급종합병원 지정기준 관련 법령 개정에 따른 특약내용의 변경) 제1항에도 불구하고 피보험자가 "상급종합병원 이외의 의료기관"에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 “상급종합병원”에 해당하는 경우에는 상급종합병원 지정일부터 제6조(보험금의 지급사유) 제2호에 따라 상급종합병원 질병입원급여금을 지급합니다.

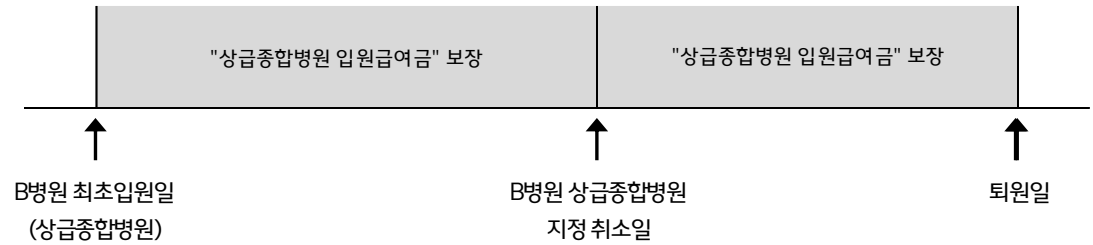
⑪ 피보험자가 “상급종합병원”에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제3조(“상급종합병원”의 정의)에서 정한 “상급종합병원”에서 지정 취소된 경우 해당병원에서 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제6조(보험금의 지급사유)의 제2호에 따라 상급종합병원 질병입원급여금을 지급합니다.

”상급종합병원”의 “지정” 또는 “지정 취소” 될 때 사례 예시

<사례1> 상급종합병원이 아닌 A병원에 퇴원없이 계속 입원 중 A병원이 상급종합병원으로 지정되는 경우



<사례 2> 상급종합병원인 B병원에 퇴원없이 계속 입원 중 B병원이 상급종합병원에서 지정 취소되는 경우



⑫ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 제6조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제3호의 질병입원급여금, 상급종합병원 질병입원급여금 또는 집중치료실 질병입

원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑬ 제6조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제3호의 경우 최초계약의 계약일부터 만2년 미만에 질병입원급여금, 상급종합병원 질병입원급여금 또는 집중치료실 질병입원급여금의 지급사유가 발생하고 그 계속중인 입원기간이 최초계약의 계약일부터 만2년을 초과하는 경우에는 그 날부터 질병입원급여금, 상급종합병원 질병입원급여금 및 집중치료실 질병입원급여금을 삭감하여 지급하지 않습니다.

⑭ 보험수익자와 회사가 제6조(보험금의 지급사유)제1호 내지 제3호의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제8조【보험금을 지급하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
   다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제9조【보험금의 청구】

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서 (회사양식)
2. 사고증명서 (사망진단서, 입원증명서[상급종합병원 입원 여부 및 입원 기간을 확인할 수 있는 내용 포함], 입원치료확인서[집중치료실 입원 여부 및 입원기간을 확인할 수 있는 내용 포함], 진료기록부 등)
3. 신분증 (주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제10조【보험금의 지급절차】

① 회사는 제9조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또

는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 <별표3> "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

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

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제14항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

보험금 가지급제도

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

④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제13조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제11조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 제6조(보험금의 지급사유)의 경우에는 피보험자로 합니다.

제2관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제12조【계약 전 알릴 의무】

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 “계약 전 알릴 의무”라 하며, 상법상 “고지의무”와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

사례

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

제13조【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제12조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

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

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

보장개시일

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

② 회사는 제1항에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴 의무 위반사실(특약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구

와 함께 계약자에게 서면 등으로 알려 드립니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제23조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액(구좌) 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제12조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 지급합니다.

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

⑥ 제21조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에 따라 이 특약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제1항의 최초계약으로 봅니다. (다만, 부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다)

부활(효력회복)

보험료 납입을 연체하여 계약이 해지되고 계약자가 해지환급금을 받지 않은 경우에 회사가 정하는 소정의 절차에 따라 해지된 계약을 다시 되살리는 일

제3관 보험계약의 성립과 유지

제14조【특약의 체결 및 소멸】

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 이 특약의 보험기간 중 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지 및 기타 사유에 의하여 효력이 없는 경우
   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 그러하지 않습니다.
2. 피보험자가 사망한 경우
   이 경우 이 특약의 산출방법서에서 정하는 바에 다라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 사망 이외의 보험금 지급사유로 효력이 없는 경우에는 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제2호 “사망”에는 특약의 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

실종선고

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 일정절차에 따라 법원이 사망한 것으로 인정하는 제도

⑤ 회사는 제2항 제2호에 따라 사망 당시의 책임준비금을 지급할 때 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 <별표3> “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

⑥ 이 특약이 주계약의 최초 체결 시 함께 부가할 경우에는 이를 “최초계약”이라 하며, 이후 특약의 보험기간 만료 후 제17조(특약의 갱신)에 의하여 특약이 갱신되는 경우에는 이를 “갱신계약”이라 합니다.

제15조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제16조【특약 내용의 변경 등】

① 회사는 계약자가 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 이 특약도 주계약의 변경 내용에 따라 같은 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 계약자가 주계약의 보험수익자를 변경할 때 이 특약도 보험수익자를 변경하여 드립니다. 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.

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

③ 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액(구좌)을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제23조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

④ 계약자는 특약의 보험기간 중 제6조(보험금의 지급사유)에서 정하는 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

⑤ 회사는 주계약의 계약자를 변경할 때 이 특약도 계약자를 변경하여 드리며, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

제17조【특약의 갱신】

① 이 특약은 계약자가 이 특약의 보험료 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 특약의 연체된 보험료 및 갱신 후 특약의 제1회 보험료를 납입한 경우에 한하여 갱신되어 계속 유지됩니다.

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

② 제1항에도 불구하고 다음 중 한가지에 해당하는 경우에 이 특약은 갱신되지 않습니다.

1. 계약자가 특약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우
2. 갱신되는 특약의 보험기간 만료일이 주계약의 보험기간 만료일을 초과하거나 피보험자의 나이가 100세가 되는 계약해당일을 초과하는 경우
3. 이 특약의 주계약이 갱신계약임에도 불구하고 주계약이 갱신되지 않는 경우

③ 제1항에 따라 특약이 갱신되는 경우에 갱신계약의 보험료, 책임준비금 등은 갱신일 현재 피보험자의 나이에 따라 계산하고, 갱신시의 기초율(이율 및 위험률 등)을 적용합니다.

④ 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따라 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 제1항에 따라 특약이 갱신되는 경우 특약의 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다. 다만, 이 특약의 주계약이 갱신형 계약이 아닌 경우 주계약 보험료 납입이 면제된 이후 이 특약의 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

⑤ 회사는 갱신되는 특약의 변경 내용 및 갱신되는 특약의 보험료 등을 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 서면 또는 전화(음성녹취)로 안내하여 드립니다.

제18조【특약의 보험기간】

① 이 특약의 보험기간은 10년 만기 갱신으로 하며, 갱신시 회사가 정한 방법에 따라 특약의 보험기간을 변경하여 적용할 수 있습니다.

② 제1항에도 불구하고 갱신일부터 갱신되는 특약의 보험기간 만료일까지의 기간이 10년(갱신시 보험기간이 변경된 경우에는 변경된 보험기간) 미만인 경우에는 5년 만기 갱신으로 하며, 5년(갱신시 보험기간이 변경된 경우에는 변경된 보험기간) 미만인 경우에는 갱신일부터 최종으로 갱신되는 특약의 보험기간 만료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제19조【보험료의 납입 및 회사의 보장개시】

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 가입할 때 회사가 정한 보험료 납입기간 내에서 계약자가 선택

한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 완료되었으나 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 제2항에서 주계약의 보험료와 함께 특약의 보험료를 선납하는 경우에는 특약의 잔여 보험료 납입기간을 초과하는 기간에 해당하는 특약의 보험료를 선납할 수 없습니다.

⑤ 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우에는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제20조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

① 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 특약을 준용합니다.

납입기일
계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

② 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되는 경우에는 이 특약도 함께 해지됩니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 그러하지 않습니다.

③ 계약자가 제2회 이후 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

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

④ 회사가 제3항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면, 또는 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.

전자서명법 제2조 제2호

제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

2. "전자서명"이란 다음 각 목의 사항을 나타내는데 이용하기 위하여 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.

가. 서명자의 신원

나. 서명자가 해당 전자문서에 서명하였다는 사실

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

⑤ 제2항 및 제3항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제23조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제21조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】

① 회사는 주계약의 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

② 주계약의 부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 완료된 경우로서 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제3항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제5관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제22조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제23조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제23조【해지환급금】

① 이 약관에 따른 해지환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 <별표3> "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제24조【배당금의 지급】

이 특약은 무배당보험이므로 계약자 배당금이 없습니다.

무배당보험

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

제6관 기타사항

제25조【예금보험에 의한 지급보장】

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

예금자보호법

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

제26조【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

<별표1> 보험금 지급기준표

(기준: 1구좌)

■ 질병입원급여금 (약관 제6조 제1호)

지 급 사 유	특약의 보험기간 중 피보험자가 질병으로 1일 이상 계속하여 입원한 경우 (1회 입원당 10일 한도)
지 급 금 액	최초계약의 계약일부터 2년 미만: 입원일수 1일당 500원 최초계약의 계약일부터 2년 이후: 입원일수 1일당 1,000원

■ 상급종합병원 질병입원급여금 (약관 제6조 제2호)

지 급 사 유	특약의 보험기간 중 피보험자가 질병으로 1일 이상 계속하여 상급종합병원에 입원한 경우 (1회 입원당 10일 한도)
지 급 금 액	최초계약의 계약일부터 2년 미만: 입원일수 1일당 2,000원 최초계약의 계약일부터 2년 이후: 입원일수 1일당 4,000원

■ 집중치료실 질병입원급여금 (약관 제6조 제3호)

지 급 사 유	특약의 보험기간 중 피보험자가 질병으로 1일 이상 계속하여 집중치료실에 입원한 경우 (1회 입원당 10일 한도)
지 급 금 액	최초계약의 계약일부터 2년 미만: 입원일수 1일당 5,000원 최초계약의 계약일부터 2년 이후: 입원일수 1일당 10,000원

㈜ 1. 상기 보험금 지급기준표의 내용 중 최초계약의 계약일부터 2년 미만(최초계약의 계약일부터 2년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다)의 보험금 삭감과 관련된 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.

2. 질병입원급여금, 상급종합병원 질병입원급여금, 집중치료실 질병입원급여금의 지급사유가 중복하여 발생한 경우에는 각각의 보험금을 더하여 지급합니다.

<별표2> 질 병 분 류 표

1. 보장 대상이 되는 질병

다음에 해당하는 질병은 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

• 한국표준질병·사인분류상의 (A00~R99, U00~U99)에 해당하는 질병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 질병

다음 각 호에 해당하는 경우에는 질병분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 정신 및 행동장애(F00~F99)로 인한 질병
② 선천 기형, 변형 및 염색체 이상(Q00~Q99)으로 인한 질병
③ 마약, 습관성 의약품 및 알콜중독으로 인하여 입원한 경우
④ 치의보철 및 미용상의 처치로 인하여 입원한 경우
⑤ 정상임신, 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인하여 입원한 경우
⑥ 질병을 직접적인 원인으로 하지 않는 불임수술 또는 제왕절개 수술 등으로 인하여 입원한 경우
⑦ 치료를 수반하지 않는 건강진단으로 인하여 입원한 경우

㈜ 1. ( ) 안은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 상의 분류번호이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 정하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

2. 제9차 개정 이후 약관에서 정하는 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

3. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 약관에서 정하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류표가 변경되더라도 약관에서 정하는 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

<별표3> 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
질병입원급여금, 상급종합병원 질병입원급여금, 집중치료실 질병입원급여금 (제6조)	지급기일의 다음날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 +가산이율(4%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 +가산이율(6%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 +가산이율(8%)
해지환급금 (제23조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년이내: 평균공시이율 (이 특약 체결(갱신)시점의 평균 공시이율)의 50% 1년초과기간: 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

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

2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당 기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 특약의 체결 및 소멸(제14조 제2항 제2호)에서 사망 당시의 책임준비금을 지급함에 있어 지급기일의 다음날부터 다음 각호에 따라 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
   ① 지급기일의 다음 날부터 30일이내 기간: 보험계약대출이율
   ② 지급기일의 31일이후부터 60일이내 기간: 보험계약대출이율+가산이율(4%)
   ③ 지급기일의 61일이후부터 90일이내 기간: 보험계약대출이율+가산이율(6%)
   ④ 지급기일의 91일이후 기간: 보험계약대출이율+가산이율(8%)

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

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

무배당 뉴 첫날부터 재해입원특약 (갱신형)
(디 지 털 전 용)
약 관

◈ 목 차 ◈

무배당 뉴 첫날부터 재해입원특약 (갱신형) (디지털 전용) 약관 4

제1관 보험금의 지급 4

제1조【"입원"의 정의와 장소】 4
제2조【"종합병원"의 정의】 4
제3조【"상급종합병원"의 정의】 5
제4조【상급종합병원 지정기준 관련 법령 개정에 따른 특약 내용의 변경】 5
제5조【"집중치료실(INTENSIVE CARE UNIT, 중환자실 또는 집중강화치료실)"의 정의】 6
제6조【보험금의 지급사유】 6
제7조【보험금 지급에 관한 세부규정】 7
제8조【보험금을 지급하지 않는 사유】 9
제9조【보험금의 청구】 9
제10조【보험금의 지급절차】 9
제11조【보험수익자의 지정】 10

제2관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등 10

제12조【계약 전 알릴 의무】 10
제13조【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】 11

제3관 보험계약의 성립과 유지 12

제14조【특약의 체결 및 소멸】 12
제15조【피보험자의 범위】 13
제16조【특약 내용의 변경 등】 13
제17조【특약의 갱신】 13
제18조【특약의 보험기간】 14

제4관 보험료의 납입 14

제19조【보험료의 납입 및 회사의 보장개시】 14

제20조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】 15
제21조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】 16

제5관 특약의 해지 및 해지환급금 등 16

제22조【계약자의 임의해지】 16
제23조【해지환급금】 16
제24조【배당금의 지급】 16

제6관 기타사항 17

제25조【예금보험에 의한 지급보장】 17
제26조【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】 17
<별표1> 보험금 지급기준표 18
<별표2> 재 해 분 류 표 19
<별표3> 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 21

무배당 뉴 첫날부터 재해입원특약 (갱신형) (디지털 전용) 약관

제1관 보험금의 지급

제1조【"입원"의 정의와 장소】

이 특약에서 "입원"이란, 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)가 재해 분류표(<별표2> 참조)에서 정한 재해(이하 "재해"라 합니다)으로 피보험자의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 "의료기관"이라 합니다)에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

의료법 제3조(의료기관)

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

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
   가. 의원
   나. 치과의원
   다. 한의원
2. 조산원: 조산사가 조산과 임산부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다.
3. 병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
   가. 병원
   나. 치과병원
   다. 한방병원
   라. 요양병원(「장애복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
   마. 정신병원
   바. 종합병원

③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제2조【"종합병원"의 정의】

이 특약에서 "종합병원"이란, 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

의료법 제3조의3(종합병원)

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.

1. 100개 이상의 병상을 갖출 것
2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

의료법 제3조의3(종합병원)

② 종합병원은 제1항제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제3조【"상급종합병원"의 정의】

이 특약에서 "상급종합병원"이란, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)

① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.

1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖출 것
4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것

② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.

③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.

④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.

⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제4조【상급종합병원 지정기준 관련 법령 개정에 따른 특약 내용의 변경】

① 제3조("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원 지정기준이 의료법 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 입원 개시 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특약의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 또는 보험요율로 변경하여 드리며, 제3항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

1. 법령의 개정에 따라 "상급종합병원" 지정기준 등이 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 "상급종합병원" 제도의 변경으로 제3조("상급종합병원"의 정의)의 "상급종합병원" 지정이 불가능한 경우

"상급종합병원"구분 지정이 불가능한 사례 예시

상급종합병원 지정기준제도의 변경으로 상급종합병원을 더 이상 지정하지 않고 진료과별 전문병원으로 지정하는 경우 등

3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 때에는 특약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액(구좌) 변경내역, 보험료 수준, 특

약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 안내해 드립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 약관내용 변경을 원하지 않는 경우에는 회사는 계약자에게 이 특약의 "보험료 및 책임준비금 산출방법서" (이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정하는 바에 따라 특약내용 변경 시점의 책임준비금을 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다.

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

⑤ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액(구좌) 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 책임준비금 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환 받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제5조【"집중치료실(Intensive Care Unit, 중환자실 또는 집중강화치료실)"의 정의】

이 특약에서 "집중치료실"(Intensive Care Unit, 중환자실 또는 집중강화치료실)(이하 "집중치료실"이라 합니다)이란, 의료법 제36조(준수사항) 제1호 및 동법 시행규칙 제34조(의료기관의 시설기준 및 규격)에 따른 중환자실의 시설기준과 시설규격에 부합하는 입원치료실을 말합니다.

의료법 제36조(준수사항)
의료법 제33조제2항 및 제8항에 따라 의료기관을 개설하는 자는 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 다음 각 호의 사항을 지켜야 한다. 1. 의료기관의 종류에 따른 시설기준 및 규격에 관한 사항 2. 의료기관의 안전관리시설 기준에 관한 사항 3. 의료기관 및 요양병원의 운영 기준에 관한 사항 4. 고가의료장비의 설치·운영 기준에 관한 사항 5. 의료기관의 종류에 따른 의료인 등의 정원 기준에 관한 사항 6. 급식관리 기준에 관한 사항 7. 의료기관의 위생 관리에 관한 사항 8. 의료기관의 의약품 및 일회용 주사 의료용품의 사용에 관한 사항 9. 의료기관의 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제41조제4항에 따른 감염병환자등의 진료기준에 관한 사항 ※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제6조【보험금의 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(<별표1> "보험금 지급기준표" 참조)을 지급합니다.

1. 특약의 보험기간 중 피보험자가 재해로 1일 이상 계속하여 입원한 경우: 재해입원급여금 지급 (1회 입원당 10일 한도)
2. 특약의 보험기간 중 피보험자가 재해로 1일 이상 계속하여 상급종합병원에 입원한 경우: 상급종합

병원 재해입원급여금 지급 (1회 입원당 10일 한도)

3. 특약의 보험기간 중 피보험자가 재해로 1일 이상 계속하여 집중치료실에 입원한 경우: 집중치료실 재해입원급여금 지급 (1회 입원당 10일 한도)

제7조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생한 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드리며 보험료 납입이 면제된 이후 이 특약의 갱신 시 갱신 계약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주계약이 갱신형 계약인 경우, 주계약이 갱신되어 다시 보험료를 납입하여야 할 때 이 특약도 주계약에 준용하여 보험료를 납입하여야 합니다.

② 제6조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제3호에서 정한 보험금의 지급사유가 중복하여 발생한 경우에는 각각에 해당하는 보험금을 더하여 지급합니다.

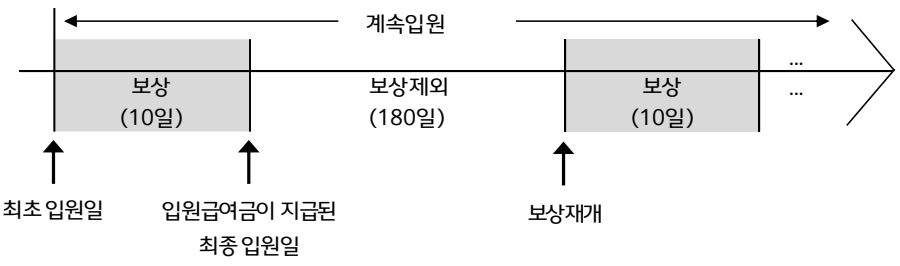
③ 제6조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제3호의 재해입원급여금, 상급종합병원 재해입원급여금 및 집중치료실 재해입원급여금의 지급일수는 각각 1회 입원당 10일을 최고한도로 합니다. 다만, 특약이 갱신되어 입원일이 갱신 전·후에 계속되는 경우에 그 지급일수의 계산은 갱신 전·후에 계속되는 총 입원일을 기준으로 각각 1회 입원당 10일을 최고한도로 하여 계산한 금액을 지급합니다.

④ 제6조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제3호의 경우 피보험자가 동일한 재해로 2회 이상 입원한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 제3항을 적용합니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 동일한 재해로 인한 입원이라도 재해입원급여금, 상급종합병원 재해입원급여금 또는 집중치료실 재해입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지난 후 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 재해입원급여금, 상급종합병원 재해입원급여금 또는 집중치료실 재해입원급여금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 재해입원급여금, 상급종합병원 재해입원급여금 또는 집중치료실 재해입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

장기입원환자의 재해입원급여금, 상급종합병원 재해입원급여금, 집중치료실 재해입원급여금 보장(예시)

<" 재해입원급여금, 상급종합병원 재해입원급여금, 집중치료실 재해입원급여금">



⑥ 제6조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제3호에서 피보험자가 의료기관을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 재해로 그 치료를 직접목적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.

⑦ 제6조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제3호의 경우 피보험자가 재해입원급여금, 상급종합병원 재해입원급여금 또는 집중치료실 재해입원급여금 지급사유에 해당하는 입원기간 중 이 특약의 보험기간이 만료된 경우에는 그 계속 중인 입원기간에 대하여 재해입원급여금, 상급종합병원 재해입원급여금 또는 집중치료실 재해입원급여금을 10일 한도로 지급합니다.

⑧ 피보험자가 “상급종합병원 이외의 의료기관”에 입원하여 치료를 받던 중 “상급종합병원”에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제6조(보험금의 지급사유) 제2호에 따라 상급종합병원 재해입원급여금을 지급합니다.

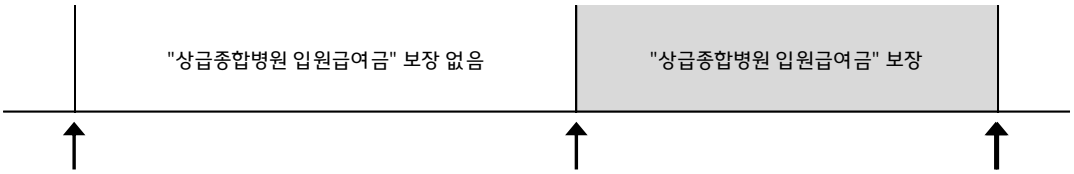
⑨ 피보험자가 “상급종합병원”에 입원하여 치료를 받던 중 “상급종합병원 이외의 의료기관”으로 이전하여 입원한 경우 상급종합병원의 최종 입원일까지 제6조(보험금의 지급사유) 제2호에 따라 상급종합병원 재해입원급여금을 지급합니다.

⑩ 제4조(상급종합병원 지정기준 관련 법령 개정에 따른 특약내용의 변경) 제1항에도 불구하고 피보험자가 "상급종합병원 이외의 의료기관"에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 “상급종합병원”에 해당하는 경우에는 상급종합병원 지정일부터 제6조(보험금의 지급사유) 제2호에 따라 상급종합병원 재해입원급여금을 지급합니다.

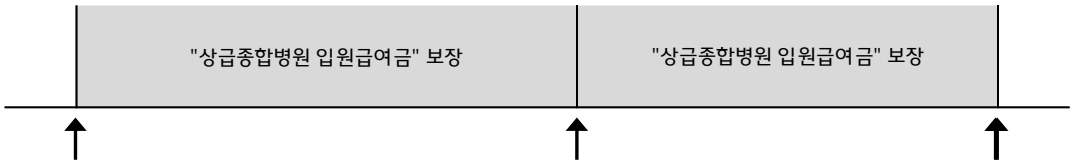
⑪ 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제3조(“상급종합병원”의 정의)에서 정한 상급종합병원에서 지정 취소된 경우 해당병원에서 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제6조(보험금의 지급사유)의 제2호에 따라 상급종합병원 재해입원급여금을 지급합니다.

”상급종합병원”의 “지정” 또는 “지정 취소” 될 때 사례 예시

<사례1> 상급종합병원이 아닌 A병원에 퇴원없이 계속 입원 중 A병원이 상급종합병원으로 지정되는 경우



<사례 2> 상급종합병원인 B병원에 퇴원없이 계속 입원 중 B병원이 상급종합병원에서 지정 취소되는 경우



⑫ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 제6조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제3호의 재해입원급여금, 상급종합병원 재해입원급여금 또는 집중치료실 재해입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑬ 보험수익자와 회사가 제6조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제3호의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제8조【보험금을 지급하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제6조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
   다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제9조【보험금의 청구】

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서 (회사양식)
2. 사고증명서 (사망진단서, 입원증명서[상급종합병원 입원 여부 및 입원 기간을 확인할 수 있는 내용 포함], 입원치료확인서[집중치료실 입원 여부 및 입원기간을 확인할 수 있는 내용 포함], 진료기록부 등)
3. 신분증 (주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제10조【보험금의 지급절차】

① 회사는 제9조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 <별표3> “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것

으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제9조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제13항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

보험금 가지급제도

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

④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제13조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제11조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 제6조(보험금의 지급사유)의 경우에는 피보험자로 합니다.

제2관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제12조【계약 전 알릴 의무】

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 “계약 전 알릴 의무”라 하며, 상법상 “고지의무”와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습

니다.

사례

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

제13조【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제12조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

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

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

보장개시일

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

② 회사는 제1항에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴 의무 위반사실(특약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 등으로 알려 드립니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제23조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액(구좌) 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제12조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 지급합니다.

⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 특약을 해지하거나 보험금 지급을

거절하지 않습니다.

⑥ 제21조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에 따라 이 특약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제1항의 최초계약으로 봅니다. (다만, 부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다)

부활(효력회복)

보험료 납입을 연체하여 계약이 해지되고 계약자가 해지환급금을 받지 않은 경우에 회사가 정하는 소정의 절차에 따라 해지된 계약을 다시 되살리는 일

제3관 보험계약의 성립과 유지

제14조【특약의 체결 및 소멸】

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 이 특약의 보험기간 중 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지 및 기타 사유에 의하여 효력이 없는 경우
   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 그러하지 않습니다.
2. 피보험자가 사망한 경우
   이 경우 이 특약의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 사망 이외의 보험금 지급사유로 효력이 없는 경우에는 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제2호 “사망”에는 특약의 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

실종선고

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 일정절차에 따라 법원이 사망한 것으로 인정하는 제도

⑤ 회사는 제2항 제2호에 따라 사망 당시의 책임준비금을 지급할 때 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 <별표3> “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

⑥ 이 특약이 주계약의 최초 체결시 함께 부가할 경우에는 이를 “최초계약”이라 하며, 이후 특약의 보험기간 만료후 제17조(특약의 갱신)에 의하여 특약이 갱신되는 경우에는 이를 “갱신계약”이라 합니다.

제15조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제16조【특약 내용의 변경 등】

① 회사는 계약자가 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 이 특약도 주계약의 변경 내용에 따라 같은 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 계약자가 주계약의 보험수익자를 변경할 때 이 특약도 보험수익자를 변경하여 드립니다. 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.

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

③ 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액(구좌)을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제23조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

④ 계약자는 특약의 보험기간 중 제6조(보험금의 지급사유)에서 정하는 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

⑤ 회사는 주계약의 계약자를 변경할 때 이 특약도 계약자를 변경하여 드리며, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

제17조【특약의 갱신】

① 이 특약은 계약자가 이 특약의 보험료 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 특약의 연체된 보험료 및 갱신 후 특약의 제1회 보험료를 납입한 경우에 한하여 갱신되어 계속 유지됩니다.

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

② 제1항에도 불구하고 다음 중 한가지에 해당하는 경우에 이 특약은 갱신되지 않습니다.

1. 계약자가 특약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우
2. 갱신되는 특약의 보험기간 만료일이 주계약의 보험기간 만료일을 초과하거나 피보험자의 나이가 100세가 되는 계약해당일을 초과하는 경우
3. 이 특약의 주계약이 갱신계약임에도 불구하고 주계약이 갱신되지 않는 경우

③ 제1항에 따라 특약이 갱신되는 경우에 갱신계약의 보험료, 책임준비금 등은 갱신일 현재 피보험자의 나이에 따라 계산하고, 갱신시의 기초율(이율 및 위험률 등)을 적용합니다.

④ 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따라 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 제1항에 따라 특약이 갱신되는 경우 특약의 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다. 다만, 이 특약의 주계약이 갱신형 계약이 아닌 경우 주계약 보험료 납입이 면제된 이후 이 특약의 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

⑤ 회사는 갱신되는 특약의 변경 내용 및 갱신되는 특약의 보험료 등을 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 서면 또는 전화(음성녹취)로 안내하여 드립니다.

제18조【특약의 보험기간】

① 이 특약의 보험기간은 10년 만기 갱신으로 하며, 갱신시 회사가 정한 방법에 따라 특약의 보험기간을 변경하여 적용할 수 있습니다.

② 제1항에도 불구하고 갱신일부터 갱신되는 특약의 보험기간 만료일까지의 기간이 10년(갱신시 보험기간이 변경된 경우에는 변경된 보험기간) 미만인 경우에는 5년 만기 갱신으로 하며, 5년(갱신시 보험기간이 변경된 경우에는 변경된 보험기간) 미만인 경우에는 갱신일부터 최종으로 갱신되는 특약의 보험기간 만료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제19조【보험료의 납입 및 회사의 보장개시】

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 가입할 때 회사가 정한 보험료 납입기간 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 완료되었으나 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 제2항에서 주계약의 보험료와 함께 특약의 보험료를 선납하는 경우에는 특약의 잔여 보험료 납입기간을 초과하는 기간에 해당하는 특약의 보험료를 선납할 수 없습니다.

⑤ 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우에

는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제20조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

① 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 특약을 준용합니다.

납입기일
계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

② 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되는 경우에는 이 특약도 함께 해지됩니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 그러하지 않습니다.

③ 계약자가 제2회 이후 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

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

④ 회사가 제3항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.

전자서명법 제2조 제2호
제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. 2. "전자서명"이란 다음 각 목의 사항을 나타내는데 이용하기 위하여 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다. 가. 서명자의 신원 나. 서명자가 해당 전자문서에 서명하였다는 사실 ※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

⑤ 제2항 및 제3항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제23조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제21조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】

① 회사는 주계약의 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

② 주계약의 부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 완료된 경우로서 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제3항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제5관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제22조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제23조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제23조【해지환급금】

① 이 약관에 따른 해지환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 <별표3> “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제24조【배당금의 지급】

이 특약은 무배당보험이므로 계약자 배당금이 없습니다.

무배당보험

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

제6관 기타사항

제25조【예금보험에 의한 지급보장】

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

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

제26조【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

<별표1> 보험금 지급기준표

(기준: 1구좌)

■ 재해입원급여금 (약관 제6조 제1호)

지 급 사 유	특약의 보험기간 중 피보험자가 재해로 1일 이상 계속하여 입원한 경우 (1회 입원당 10일 한도)
지 급 금 액	입원일수 1일당 1,000원

■ 상급종합병원 재해입원급여금 (약관 제6조 제2호)

지 급 사 유	특약의 보험기간 중 피보험자가 재해로 1일 이상 계속하여 상급종합병원에 입원한 경우 (1회 입원당 10일 한도)
지 급 금 액	입원일수 1일당 4,000원

■ 집중치료실 재해입원급여금 (약관 제6조 제3호)

지 급 사 유	특약의 보험기간 중 피보험자가 재해로 1일 이상 계속하여 집중치료실에 입원한 경우 (1회 입원당 10일 한도)
지 급 금 액	입원일수 1일당 10,000원

㈜ 재해입원급여금, 상급종합병원 재해입원급여금 및 집중치료실 재해입원급여금의 지급사유가 중복되어 발생한 경우에는 각각의 보험금을 더하여 지급합니다.

<별표2> 재 해 분 류 표

1. 보장 대상이 되는 재해

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

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에 규정한 제1급감염병

감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호

제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

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

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

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우
② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
- 식량부족(X53)

- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적개입” 중 법적처형(Y35.5)

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

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

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

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

㈜ 1. ( ) 안은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 상의 분류번호이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 정하는 재해 해당 여부를 판단합니다.

2. 제9차 개정 이후 약관에서 정하는 재해의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

4. 위 “1. 보장대상이 되는 재해” ②에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용하며, “2. 보험금을 지급하지 않는 재해” ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

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

.

<별표3> 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
재해입원급여금, 상급종합병원 재해입원급여금, 집중치료실 재해입원급여금, (제6조)	지급기일의 다음날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 +가산이율(4%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 +가산이율(6%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 +가산이율(8%)
해지환급금 (제23조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년이내: 평균공시이율 (이 특약 체결(갱신)시점의 평균 공시이율)의 50% 1년초과기간: 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

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

2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당 기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 특약의 체결 및 소멸(제14조 제2항 제2호)에서 사망 당시의 책임준비금을 지급함에 있어 지급기일의 다음날부터 다음 각호에 따라 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
   ① 지급기일의 다음 날부터 30일이내 기간: 보험계약대출이율
   ② 지급기일의 31일이후부터 60일이내 기간: 보험계약대출이율+가산이율(4%)
   ③ 지급기일의 61일이후부터 90일이내 기간: 보험계약대출이율+가산이율(6%)
   ④ 지급기일의 91일이후 기간: 보험계약대출이율+가산이율(8%)

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

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

무배당 뉴 수술특약 (갱신형) (디지털 전용)
약 관

◈ 목 차 ◈

무배당 뉴 수술특약 (갱신형) (디지털 전용) 약관 4

제1관 보험금의 지급 4

제1조【"수술"의 정의와 장소】..... 4
제2조【보험금의 지급사유】..... 5
제3조【보험금 지급에 관한 세부규정】..... 5
제4조【보험금을 지급하지 않는 사유】..... 5
제5조【보험금의 청구】..... 6
제6조【보험금의 지급절차】..... 6
제7조【보험수익자의 지정】..... 7

제2관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등 7

제8조【계약 전 알릴 의무】..... 7
제9조【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】..... 7
제10조【특약의 체결 및 소멸】..... 9
제11조【피보험자의 범위】..... 9
제12조【특약 내용의 변경 등】..... 9
제13조【특약의 갱신】..... 10
제14조【특약의 보험기간】..... 11

제4관 보험료의 납입 11

제15조【보험료의 납입 및 회사의 보장개시】..... 11
제16조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】..... 11
제17조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】..... 12

제5관 특약의 해지 및 해지환급금 등 13

제18조【계약자의 임의해지】..... 13
제19조【해지환급금】..... 13
제20조【배당금의 지급】..... 13

제6관 기타사항 13

제21조【예금보험에 의한 지급보장】 14
제22조【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】 14
<별표1> 보험금 지급기준표 15
<별표2> 1~5종 수술 분류표 16
<별표3> 재 해 분 류 표 23
<별표4> 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 25

무배당 뉴 수술특약 (갱신형) (디지털 전용) 약관

제1관 보험금의 지급

제1조【"수술"의 정의와 장소】

① 이 특약에서 "수술"이란, 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)가 피보험자의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 1~5종 수술분류표(<별표2> 참조)에 해당하는 행위를 하는 것을 말합니다.

② 제1항에서 "수술"은 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 제외합니다.

의료법 제3조(의료기관)

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

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
   가. 의원
   나. 치과의원
   다. 한의원
2. 조산원: 조산사가 조산과 임산부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다.
3. 병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
   가. 병원
   나. 치과병원
   다. 한방병원
   라. 요양병원(「장애복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
   마. 정신병원
   바. 종합병원

③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

신의료기술평가위원회

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

제2조【보험금의 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 1~5종 수술분류표에서 정한 "수술"을 받은 경우에는 보험수익자에게 다음과 같이 수술급여금(<별표1> "보험금 지급기준표" 참조)을 지급합니다.

(다만, 최초계약의 계약일부터 만2년이 지난 계약해당일의 전일 이전에 재해분류표(<별표3> 참조)에서 정한 재해(이하 "재해"로 합니다) 이외의 원인으로 수술급여금의 지급사유가 발생한 경우에는 50%를 지급합니다)

구 분	지 급 금 액 (기준: 1구좌)
1종 수술	수술 1회당 5,000원
2종 수술	수술 1회당 15,000원
3종 수술	수술 1회당 25,000원
4종 수술	수술 1회당 50,000원
5종 수술	수술 1회당 150,000원

제3조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 특약의 보험료 납입기간 중 주계약에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드리며 보험료 납입이 면제된 이후 이 특약의 갱신 시 갱신 계약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 주계약이 갱신형 계약인 경우, 주계약이 갱신되어 다시 보험료를 납입하여야 할 때 이 특약도 주계약에 준용하여 보험료를 납입하여야 합니다.

② 제2조(보험금의 지급사유)의 경우 회사는 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 급여에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 수술급여금을 지급합니다. 다만, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술급여금을 지급합니다.

③ 제2항에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어 먹거나 말하기 기능과 관련된 신체부위, 머리, 목, 척추(등뼈), 체간골, 흉부장기·복부장기·비뇨생식기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌·우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.

④ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조【보험금을 지급하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우

제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
   다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제5조【보험금의 청구】

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서 (회사양식)
2. 사고증명서 (사망진단서, 수술증명서, 진료기록부 등)
3. 신분증 (주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제6조【보험금의 지급절차】

① 회사는 제5조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고, 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 <별표4> “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.

③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제5조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제4항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

보험금 가지급제도

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

④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제9조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제7조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 제2조(보험금의 지급사유)의 경우에는 피보험자로 합니다.

제2관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제8조【계약 전 알릴 의무】

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 "계약 전 알릴 의무"라 하며, 상법상 "고지의무"와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

사례

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

제9조【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제8조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때

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

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

보장개시일

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

② 회사는 제1항에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴 의무 위반사실(특약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면 등으로 알려 드립니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제19조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액(구좌) 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제8조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 지급합니다.

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

⑥ 제17조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에 따라 이 특약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제1항의 최초계약으로 봅니다. (다만, 부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다)

부활(효력회복)

보험료 납입을 연체하여 계약이 해지되고 계약자가 해지환급금을 받지 않은 경우에 회사가 정하는 소정의 절차에 따라 해지된 계약을 다시 되살리는 일

제3관 보험계약의 성립과 유지

제10조【특약의 체결 및 소멸】

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 이 특약의 보험기간 중 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지 및 기타 사유에 의하여 효력이 없는 경우
   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 그러하지 않습니다.
2. 피보험자가 사망한 경우
   이 경우 "보험료 및 책임준비금 산출방법서" (이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

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

③ 제2항 제1호에도 불구하고 주계약이 사망 이외의 보험금 지급사유로 효력이 없는 경우에는 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.

④ 제2항 제2호 "사망"에는 특약의 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

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

⑤ 이 특약이 주계약의 최초 체결 시 함께 부가할 경우에는 이를 "최초계약"이라 하며, 이후 특약의 보험기간 만료 후 제13조(특약의 갱신)에 따라 특약이 갱신되는 경우에는 이를 "갱신계약"이라 합니다.

⑥ 회사는 제2항 제2호에 따라 사망 당시의 책임준비금을 지급할 때 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 <별표4> "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"과 같이 계산합니다.

제11조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제12조【특약 내용의 변경 등】

① 회사는 계약자가 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 이 특약도 주계약의 변경 내용에 따라 같은 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 계약자가 주계약의 보험수익자를 변경할 때 이 특약도 보험수익자를 변경하여 드립니다. 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.

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

③ 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액(구좌)을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제19조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

④ 계약자는 특약의 보험기간 중 제2조(보험금의 지급사유)에서 정하는 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

⑤ 회사는 주계약의 계약자를 변경할 때 이 특약도 계약자를 변경하여 드리며, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

제13조【특약의 갱신】

① 이 특약은 계약자가 이 특약의 보험료 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 특약의 연체된 보험료 및 갱신 후 특약의 제1회 보험료를 납입한 경우에 한하여 갱신되어 계속 유지됩니다.

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

② 제1항에도 불구하고 다음 중 한가지에 해당하는 경우에 이 특약은 갱신되지 않습니다.

1. 계약자가 특약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우
2. 갱신되는 특약의 보험기간 만료일이 주계약의 보험기간 만료일을 초과하거나 피보험자의 나이가 100세가 되는 계약해당일을 초과하는 경우
3. 이 특약의 주계약이 갱신계약임에도 불구하고 주계약이 갱신되지 않는 경우

③ 제1항에 따라 특약이 갱신되는 경우에 갱신계약의 보험료, 책임준비금 등은 갱신일 현재 피보험자의 나이에 따라 계산하고, 갱신시의 기초율(이율 및 위험률 등)을 적용합니다.

④ 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따라 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 제1항에 따라

특약이 갱신되는 경우 특약의 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다. 다만, 이 특약의 주계약이 갱신형 계약이 아닌 경우 주계약 보험료 납입이 면제된 이후 이 특약의 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

⑤ 회사는 갱신되는 특약의 변경 내용 및 갱신되는 특약의 보험료 등을 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 서면 또는 전화(음성녹취)로 안내하여 드립니다.

제14조【특약의 보험기간】

① 이 특약의 보험기간은 10년 만기 갱신으로 하며, 갱신시 회사가 정한 방법에 따라 특약의 보험기간을 변경하여 적용할 수 있습니다.

② 제1항에도 불구하고 갱신일부터 갱신되는 특약의 보험기간 만료일까지의 기간이 10년(갱신시 보험기간이 변경된 경우에는 변경된 보험기간) 미만인 경우에는 5년 만기 갱신으로 하며, 5년(갱신시 보험기간이 변경된 경우에는 변경된 보험기간) 미만인 경우에는 갱신일부터 최종으로 갱신되는 특약의 보험기간 만료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제15조【보험료의 납입 및 회사의 보장개시】

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 가입할 때 회사가 정한 보험료 납입기간 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 완료되었으나 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

④ 제2항에서 주계약의 보험료와 함께 특약의 보험료를 선납하는 경우에는 특약의 잔여 보험료 납입기간을 초과하는 기간에 해당하는 특약의 보험료를 선납할 수 없습니다.

⑤ 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우에는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제16조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

① 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 특약을 준용합니다.

납입기일
계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

② 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되는 경우에는 이 특약도 함께 해지됩니다.
다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으

나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 그러하지 않습니다.

③ 계약자가 제2회 이후 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

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

납입최고(독촉)

약정된 기일까지 보험료가 납입되지 않을 경우, 회사가 계약자에게 납입을 재촉하는 일

④ 회사가 제3항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.

전자서명법 제2조 제2호

제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

2. "전자서명"이란 다음 각 목의 사항을 나타내는데 이용하기 위하여 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.
   가. 서명자의 신원
   나. 서명자가 해당 전자문서에 서명하였다는 사실

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

⑤ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제19조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제17조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】

① 회사는 주계약의 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

② 주계약의 부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 완료된 경우로서 제16조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제2항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제5관 특약의 해지 및 해지환급금 등

제18조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제19조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제19조【해지환급금】

① 이 약관에 따른 해지환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 <별표4> “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제20조【배당금의 지급】

이 특약은 무배당보험이므로 계약자 배당금이 없습니다.

무배당보험

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

제6관 기타사항

제21조【예금보험에 의한 지급보장】

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

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

제22조【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

<별표1> 보험금 지급기준표

(기준: 1구좌)

■ 수술급여금 (약관 제2조)

지 급 사 유	특약의 보험기간 중 피보험자가 1~5종 수술분류표에서 정한 수술을 받은 경우
지 급 금 액	수술 1회당 1종: 5,000원 / 2종: 15,000원 / 3종: 25,000원 / 4종: 50,000원 / 5종: 150,000원 (다만, 최초계약의 계약일부터 만2년이 지난 계약해당일의 전일 이전에 재해 이외의 원인으로 수술급여금의 지급사유가 발생한 경우에는 상기 금액의 50%를 지급합니다)

주) 상기 보험금 지급기준표의 내용 중 최초계약의 계약일부터 2년 미만(최초계약의 계약일부터 2년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다)의 보험금 삭감과 관련된 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.

<별표2> 1~5종 수술 분류표

Ⅰ. 일반 질병 및 재해 치료 목적의 수술

구분	수술명	수술 종류
피부, 유방의 수술	1. 피부이식수술(25㎠이상인 경우), 피판수술(피판분리수술,Z flap, W flap 제외)	3종
	2. 피부이식수술(25㎠미만인 경우)	1종
	3. 유방절단수술(切斷術, Mastectomy)	3종
	4. 기타 유방수술(농양의 절개 및 배액은 제외) [단, 치료목적의 Mammotomy는 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술급여금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	1종
근골(筋骨)의 수술 [발정술(拔釘術) 등 내고정물 제거술은 제외함][치(齒)·치은·치근(齒根)·치조골(齒槽骨)의 처치, 임플란트(Implant) 등 치과 처치 및 수술에 수반하는 것은 제외함]	5. 골(骨) 이식수술	2종
	6. 두개골(頭蓋骨, cranium) 관혈수술 [비골(鼻骨)·비중격(鼻中隔)·상악골(上顎骨)·하악골(下顎骨)·악관절(顎關節)은 제외함]	3종
	7. 비골(鼻骨) 수술 [비중격 만곡증(彎曲症)수술, 수면중 무호흡 수술은 제외]	1종
	8. 상악골(上顎骨), 하악골(下顎骨), 악관절(顎關節) 관혈수술	2종
	9. 척추골(脊椎骨), 골반골(骨盤骨), 추간판 관혈수술	3종
	10. 쇄골(鎖骨), 견갑골(肩胛骨), 늑골(肋骨), 흉골(胸骨) 관혈수술	2종
	11. 사지(四肢) 절단수술(다지증에 대한 절단수술은 제외함) 11-1. 손가락, 발가락 절단수술[골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는 것] 11-2. 기타 사지(四肢)절단수술	 1종 3종
	12. 절단(切斷)된 사지(四肢)재접합수술(再接合手術) [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는것]	3종
	13. 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술 13-1. 손가락, 발가락의 골 및 관절 관혈수술 13-2. 기타 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술	 1종 2종
	14. 근(筋), 건(腱), 인대(靭帶), 연골(軟骨) 관혈수술	1종
호흡기계, 흉부(胸部)의 수술	15. 만성부비강염(慢性副鼻腔炎) 근본수술(根本手術)	1종
	16. 후두(喉頭) 관혈적 절제수술	3종
	17. 편도, 아데노이드 절제수술	1종
	18. 기관(氣管), 기관지(氣管支), 폐(肺), 흉막(胸膜) 관혈수술	4종

구분	수술명	수술 종류
	[개흉술(開胸術, Thoracotomy)을 수반하는 것]	
	19. 폐장(肺臟) 이식수술[수용자(受容者)에 한함]	5종
	20. 흉곽(胸郭) 형성수술(形成手術)	3종
	21. 종격종양(縱隔腫瘍), 흉선 절제수술[개흉술을 수반하는 것]	4종
순환기계, 비장(脾腸)의 수술	22. 혈관관혈수술(하지정맥류 및 손가락·발가락은 제외)	3종
	23. 하지 정맥류(靜脈瘤) 근본수술 및 손가락·발가락 혈관관혈수술	1종
	24. 대동맥(大動脈), 대정맥(大靜脈),폐동맥(肺動脈), 관동맥(冠動脈) 관혈수술[개흉술, 개복술을 수반하는 것]	5종
	25. 심막(心膜) 관혈수술 [개흉술을 수반하는 것]	4종
	26. 심장내(心藏內) 관혈수술 [개흉술을 수반하는 것]	5종
	27. 심장 이식수술 [수용자에 한함]	5종
	28. 체내용(體內用) 인공심박조율기(人工心搏調律機, Artificial pacemaker) 매입술(埋入術)	3종
	29. 비장(脾腸) 절제수술	3종
소화기계의 수술	30. 이하선 절제수술	3종
	31-1. 악하선, 설하선 절제수술	2종
	31-2. 기타 타액선 절제수술(타석제거는 제외)	1종
	32. 식도(食道) 이단술(離斷術) [개흉술, 개복술(開腹術, Laparotomy)을 수반하는 것]	4종
	33. 위 절제수술(胃 切除手術, Gastrectomy) [개복술을 수반하는 것]	4종
	34. 기타의 위·식도 관혈수술 [개흉술, 개복술을 수반하는 것]	3종
	35. 간장(肝臟), 췌장(膵臟) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]	4종
	36. 담낭(膽囊), 담도(膽道) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]	3종
	37. 간장 이식수술 [수용자에 한함, 개복술을 수반하는 것]	5종
	38. 췌장 이식수술 [개복술을 수반해야 하며 수용자에 한함] (단, 랑게르한스 소도(Islet of Langerhans)세포 이식수술은 제외함)	5종
	39. 탈장(脫腸) 근본수술	1종
	40. 전신성 복막염(全身性 腹膜炎, Generalized peritonitis) 수술	2종
	41. 충수(蟲垂)절제술(충수염관련 충수주위 농양수술, 국한성 복막염 수술 포함), 맹장봉축술(盲腸縫縮術)	2종
	42. 직장탈(直腸脫) 근본수술	1종
	43. 소장(小腸), 결장(結腸), 직장(直腸), 장간막(腸間膜) 관혈수술	4종

구분	수술명	수술 종류
	[개복술을 수반하는 것] 단, 직장탈근본수술은 제외	
	44. 치루(痔瘻), 탈항(脫肛), 치핵(痔核) 근본수술 [근치를 목적으로 하지 않은 수술은 제외함]	1종
비뇨기계 · 생식기계의 수술(인공임신중절수술은 제외함)	45. 신장(腎臟), 방광(膀胱), 신우(腎盂), 요관(尿管)관혈수술 [개복술을 수반하는 것, 경요도적 조작 및 방광류·요실금 교정수술은 제외]	4종
	46. 요도 관혈수술 [경요도적 조작은 제외함]	2종
	47. 방광류·요실금 교정수술	1종
	48. 신장(腎臟) 이식수술(移植手術) [수용자에 한함]	5종
	49. 음경(陰莖) 절단수술 (포경수술 및 음경이물제거수술은 제외)	3종
	50. 고환(睾丸), 부고환(副睾丸), 정관(精管), 정색(精索), 정낭(精囊) 관혈수술, 전립선(前立腺)관혈수술	2종
	51. 음낭관혈수술	1종
	52. 자궁, 난소, 난관 관혈수술 (단, 제왕절개만출술 및 경질적인 조작은 제외)	2종
	53. 경질적 자궁, 난소, 난관 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술급여금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	1종
	54. 제왕절개만출술(帝王切開娩出術)	1종
	55. 질탈(膣脫)근본수술	1종
내분비기계의 수술	56. 뇌하수체종양(腦下垂體腫瘍) 절제수술	5종
	57. 갑상선(甲狀腺)·부갑상선(副甲狀腺) 관혈수술	3종
	58. 부신(副腎) 절제수술	4종
신경계의 수술	59. 두개내(頭蓋內) 관혈수술 [개두술(開頭術, Craniotomy)을 수반하는 것]	5종
	60. 신경(神經) 관혈수술	2종
	61. 관혈적 척수종양(脊髓腫瘍) 절제수술	4종
	62. 척수경막내외(脊髓硬膜內外) 관혈수술	3종
시각기의 수술[약물주입술은 제외]	63. 안검하수증(眼檢下垂症)수술(안검내반증 제외)	1종
	64. 누소관(淚小管)형성수술(누관튜브삽입술 포함)	1종
	65. 누낭비강(淚囊鼻腔) 관혈수술	2종

구분	수술명	수술 종류
	66. 결막낭(結膜囊) 형성수술	2종
	67. 각막, 결막, 공막 봉합수술	1종
	68. 각막, 공막 이식수술	2종
	69. 전방(前房), 홍채(虹彩), 유리체(琉璃體) 관혈수술	2종
	70. 녹내장(綠內障) 관혈수술	3종
	71 백내장(白內障), 수정체(水晶體) 관혈수술	1종
	72. 망막박리(網膜剝離) 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술급여금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	2종
	73. 레이저(Laser)에 의한 안구(眼球) 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술급여금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	1종
	74. 냉동응고(冷凍凝固)에 의한 안구(眼球) 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술급여금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	2종
	75. 안구적출술, 조직충전술(組織充塡術)	3종
	76. 안와내양절제수술	3종
	77. 관혈적 안와내(眼窩內) 이물제거수술(異物除去手術)	1종
	78. 안근(眼筋)관혈수술	1종
청각기(聽覺器)의 수술	79. 관혈적 고막(鼓膜) 성형술 [고막 패치술은 제외]	2종
	80. 유양동 절제술(乳樣洞切除術, mastoidectomy)	2종
	81. 중이(中耳) 관혈수술 [중이내 튜브유치술 제외]	2종
	82. 중이내(中耳內) 튜브유치술 [고막 패치술은 제외, 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술급여금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	1종
	83. 내이(內耳) 관혈수술	3종
상기 이외의 수술[검사, 처치, 약물주입요법은 포함하지 않음]	84. 상기 이외의 개두술(開頭術)	3종
	85. 상기 이외의 개흉술(開胸術)	3종
	86. 상기 이외의 개복술(開腹術)	2종

구분	수술명	수술 종류
	87. 체외충격파쇄석술(體外衝擊破碎石術, E.S.W.L) [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술급여금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.] * 체외충격파치료술(E.S.W.T)은 제외	2종
	88. 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter). 고주파 전극 등에 의한 경피적 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술급여금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	
	88-1. 뇌, 심장	3종
	88-2. 후두, 흉부장기(심장 제외), 복부장기(비뇨, 생식기 제외), 척추, 사지관절(손가락, 발가락은 제외)	2종
	88-3. 비뇨, 생식기 및 손가락, 발가락	1종

㈜ 상기 1~87항의 수술 중 내시경(Fiberscope)을 이용한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적(經皮的, Percutaneous) 수술은 88항을 적용합니다
다만, 복강경·흉강경에 의한 수술은 해당부위(1~87항)의 수술로 적용합니다.

Ⅱ. 악성신생물(암) 치료목적의 수술

수술명	수술 종류
1. 관혈적 악성신생물(惡性新生物) 근치수술(根治手術, Radical curative surgery) 단, 기타피부암(C44) 제외 [내시경 수술, 카테터 · 고주파 전극 등의 경피적 수술 등은 제외함]	5종
1-1. 기타피부암(C44)	3종
2. 내시경 수술, 카테터 · 고주파 전극 등에 의한 악성신생물 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술급여금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	3종
3. 상기 이외의 기타 악성신생물수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술급여금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	3종

㈜ 1. 제자리암·경계성종양에 대한 수술은 'Ⅰ. 일반 질병 및 재해 치료 목적의 수술' 항목의 적용을 받습니다.

2. 카테터(Catheter)를 이용한 흡인·천자·약물주입요법은 포함하지 않습니다.
3. 비고형암에 대한 비관혈적 근치술은 관혈적 악성신생물 근치수술에 준하여 5종 수술로 인정합니다.
   - 비고형암에 대한 비관혈적 근치술 중 조혈모세포 이식술은 일련의 과정(추출, 필터링, 배양, 제거, 주입)을 모두 포함하여 1회의 수술로 인정합니다.
   - 다만 약물 등을 투여하기 위한 시술(예. 중심정맥삽관술)만 시행할 경우에는 5종으로 인정하지 않습니다.

Ⅲ. 악성신생물(암) 근치·두개내신생물 근치 방사선 조사 분류표

방사선 조사 분류항목	수술 종류
1. 악성신생물(암) 근치 방사선 조사 [5,000 Rad 이상의 조사(照射)를 하는 경우로 한정하며, 악성신생물(암) 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료(定位的 放射線 治療, Stereotactic radiotherapy)를 포함함]	3종
2. 두개내 신생물 근치 감마나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료	3종

㈜ 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술급여금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

(1~5종 수술분류표 사용 지침)

1. "수술"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자가 피보험자의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 <1~5종 수술분류표>에 정한 행위[기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 제외]를 하는 것을 말합니다.

2. '관혈(觀血)' 수술이라 함은 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말합니다.

3. '근본(根本)' 혹은 '근치(根治)' 수술이라 함은 일회의 수술로 해당 질병을 완전히 치유할 수 있는 수술을 말합니다.

4. '관혈적 악성신생물(암) 근치수술'이라 함은 관혈적 방법을 통해 악성신생물(암)의 원발 병소를 완전히 절제, 적제, 적출하고 혹은 곽청술을 함께 실시한 경우입니다

5. <1~5종 수술분류표>상에 열거되지 않은 선진의료적 첨단 수술에 대한 인정 및 적용 기준

<1~5종 수술분류표>에서의 선진의료적 첨단 수술은 상기 "수술"의 정의에 해당하여야 하고 약물투여치료, 방사선조사치료 또는 기타의 보존적 치료로 분류될 수 없는 경우이어야 합니다.

1) 1~5종 수술분류표상의 수술 이외에 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 치료한 경우 1~5종 수술분류표상의 동일부위 수술로 봅니다. 이 때에 해당 최신수술기법은 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술급여금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.
2) 단, 이 선진의료적 첨단 수술이 본질적으로 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피(피부를 통한)적 수술인 경우에는 <1~5종 수술분류표> 중 '일반질병 및 재해치료 목적의 수술' 88항(악성신생물(암)의 경우는 '악성신생물(암) 치료목적의 수술' 2항)을 우선 적용합니다.

6. '악성 신생물(암) 근치 사이버 나이프(Cyberknife; 선형가속기에서 발생되는 가느다란 방사선 이용) 정위적 방사선 치료' 라 함은 선형가속기(LINAC)에서 발생되는 가는 방사선(Pencil beam)들을 다양한 각도에서 악성 신생물(암)을 향해 집중적으로 조사하면서 동시에 악성신생물(암)의 움직임을 병변 추적 장치를 이용하여 실시간으로 추적하면서 치료하는 방법입니다.

7. '두개내 신생물 근치 감마나이프(Gammaknife)정위적 방사선 치료'라 함은 정위 좌표계를 이용하여 코발트 60 방사성 동위원소(Co-60)에서 나오는 감마선을 두개(頭蓋)강 내의 신생물을 향해 집중 조사함으로 두개(頭蓋)를 열지 않고도 수술적 제거와 같은 효과를 내는 치료를 말합니다.

8. 다음과 같은 수술은 수술급여금 지급대상에서 보장을 제외합니다.
   1) 미용 성형상의 수술
   2) 피임(避妊) 목적의 수술
   3) 피임 및 불임술 후 가임 목적의 수술
   4) 검사 및 진단을 위한 수술 [생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査) 등]

<별표3> 재 해 분 류 표

1. 보장 대상이 되는 재해

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

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

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에 규정한 제1급감염병

감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호

제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

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

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

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물 부족(X54)

- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적 처형(Y35.5)

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

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

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

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

㈜ 1. ( ) 안은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 상의 분류번호이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 정하는 재해 해당 여부를 판단합니다.

2. 제9차 개정 이후 약관에서 정하는 재해의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

4. 위 “1. 보장대상이 되는 재해” ②에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용하며, “2. 보험금을 지급하지 않는 재해” ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

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

<별표4> 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
수술급여금 (제2조)	지급기일의 다음날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 +가산이율(4%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 +가산이율(6%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 +가산이율(8%)
해지환급금 (제19조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년이내: 평균공시이율 (이 특약의 체결(갱신)시점의 평균공시이율)의 50% 1년초과기간: 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

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

2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당 기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 특약의 체결 및 소멸(제10조 제2항 제2호)에서 사망 당시의 책임준비금을 지급함에 있어 지급기일의 다음날부터 다음 각호에 따라 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
   ① 지급기일의 다음 날부터 30일이내 기간: 보험계약대출이율
   ② 지급기일의 31일이후부터 60일이내 기간: 보험계약대출이율+가산이율(4%)
   ③ 지급기일의 61일이후부터 90일이내 기간: 보험계약대출이율+가산이율(6%)
   ④ 지급기일의 91일이후 기간: 보험계약대출이율+가산이율(8%)

4. 가산이율 적용시 제6조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

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

지정대리청구서비스특약
약관

◈ 목 차 ◈

지정대리청구서비스특약 약관 3

제1관 보험계약의 성립과 유지 3

제1조【적용대상】 3
제2조【특약의 체결 및 소멸】 3

제2관 지정대리청구인의 지정 3

제3조【지정대리청구인의 지정】 3
제4조【지정대리청구인의 변경지정】 3

제3관 보험금 지급 4

제5조【보험금 지급 등의 절차】 4
제6조【보험금 등 청구】 4

제4관 기타사항 4

제7조【주계약 및 특약 약관 규정의 준용】 4

지정대리청구서비스특약 약관

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조【적용대상】

이 특약은 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 주계약 및 특약에 적용됩니다.

제2조【특약의 체결 및 소멸】

① 이 특약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 부가됩니다.

② 제1조(적용대상)의 보험계약이 해지 및 기타 사유에 의하여 효력이 없게 된 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.

제2관 지정대리청구인의 지정

제3조【지정대리청구인의 지정】

① 계약자는 주계약 및 특약에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약체결시 또는 계약체결 이후 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 자 중 1인을 보험금의 대리청구인(이하, "지정대리청구인"이라 합니다)으로 지정(제4조(지정대리청구인의 변경지정)에 따라 변경 지정 포함)할 수 있습니다. 다만, 지정대리청구인은 보험금 청구시에도 다음 각호의 어느 하나에 해당하여야 합니다.

1. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
2. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 3촌 이내의 친족

② 제1항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제1조(적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

제4조【지정대리청구인의 변경지정】

계약자는 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
2. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)

3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

제3관 보험금 지급

제5조【보험금 지급 등의 절차】

① 지정대리청구인은 제6조(보험금 등 청구)에 정한 구비서류 및 제1조(적용대상)의 보험수익자가 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제1조(적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다.

② 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

제6조【보험금 등 청구】

지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)
4. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
5. 기타 지정대리청구인이 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

제4관 기타사항

제7조【주계약 및 특약 약관 규정의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관 및 해당 특약의 규정을 따릅니다.

특정 신체부위·질병 보장제한부인수특약
약관

◈ 목 차 ◈

특정 신체부위·질병 보장제한부인수특약 약관 3

제1조【특약의 체결 및 효력】 3
제2조【특약면책조건의 내용】 3
제3조【효력상실된 특약의 부활(효력회복)】 4
제4조【주계약 약관 규정의 준용】 5
<별표1> 특 정 신 체 부 위 분 류 표 6
<별표2> 특 정 질 병 분 류 표 7

특정 신체부위·질병 보장제한부인수특약 약관

제1조【특약의 체결 및 효력】

① 이 특약은 주계약(특약이 부가된 경우에는 특약을 포함)을 체결할 때 피보험자의 건강상태가 보험회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우 또는 주계약(특약이 부가된 경우에는 특약을 포함)을 체결한 후 계약전 알릴 의무 위반의 효과 등으로 보장을 제한할 경우 계약자의 청약(또는 신청)과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 제1항에 따라 보장이 제한되는 범위는 의학적으로 인과관계가 있다고 입증된 경우 혹은 경험통계적으로 인과관계가 유의성있게 입증된 경우 등 피보험자의 과거 병력(계약전 알릴의무 사항에 해당하는 질병)과 직접적으로 관련이 있는 신체부위 혹은 질병 등으로 제한하며, 이 특약을 부가할 때에는 회사는 부담보 설정범위 및 사유를 계약자에게 설명하여 드립니다.

③ 이 특약에 대한 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

④ 주계약이 해지 및 기타 사유에 의하여 효력이 없게 된 경우에는 이 특약도 그 때부터 효력이 없습니다.

⑤ 주계약 및 특약에서 정한 보장개시일 이전에 발생한 질병에 대하여 계약을 무효로 하는 경우에도 다음 각 호의 경우에는 계약을 무효로 하지 않습니다.

1. 이 특약 제2조(특약면책조건의 내용) 제2항 제1호에서 정한 특정신체부위에 발생한 질병에 대하여 면책을 조건으로 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정신체부위에 질병이 발생한 경우
2. 이 특약 제2조(특약면책조건의 내용) 제2항 제2호에서 정한 특정 질병에 대하여 면책을 조건으로 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정질병이 발생한 경우

제2조【특약면책조건의 내용】

① 주계약에 이 특약을 부가할 때 피보험자의 건강상태에 따라서 제2항 제1호 및 제2호의 조건을 부가합니다.

② 이 특약에서 정한 면책기간 중에 다음 각호의 질병을 직접적인 원인으로 주계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 회사는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않습니다.

다만, 사망하여 보험금 등의 지급사유가 발생한 경우에는 그러하지 않습니다.

1. 특정신체부위분류표(<별표1> 참조) 중에서 회사가 지정한 부위(이하 “특정신체부위”라 합니다)에 발생한 질병 또는 특정신체부위에 발생한 질병의 전이로 특정신체부위 이외의 부위에 발생한 질병
2. 특정질병분류표(<별표2> 참조) 중에서 회사가 지정한 질병(이하 “특정질병”이라 합니다)

③ 제2항의 면책기간은 특정질병 또는 특정신체부위의 상태에 따라 「1년부터 5년」 또는 「주계약의 보험기간」으로 합니다. 다만, 계약자가 보험기간 만료일까지 계약을 유지하지 않는다는 의사표시가 없는 한 별도의 계약사정 없이 갱신되는 계약(이하 “갱신계약”이라 합니다)의 경우 면책기간의 산정은 최초 계

약일을 기준으로 하며, 주계약의 보험기간은 최초 계약일부터 최종 갱신계약의 종료일까지로 합니다. 또한 그 판단기준은 회사에서 정한 계약심사기준을 따르며, 개개인의 질병의 상태 등에 대한 의사의 소견에 따라서 다르게 적용할 수 있습니다.

④ 제2항의 규정에도 불구하고 다음 사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 사유로 주계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우 회사는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

1. 제2항 제1호에서 지정한 특정신체부위에 발생한 질병의 합병증으로 특정신체부위 이외의 부위에 발생한 질병으로 주계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우(다만, 전이는 합병증으로 보지 않습니다)
2. 제2항 제2호에서 지정한 특정질병의 합병증으로 발생한 특정 질병 이외의 질병으로 주계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우
3. 재해로 주계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우
4. 보험계약 청약일 이후 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 청약일로부터 5년)이 지나는 동안 제2항 제1호 및 제2호에서 지정한 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없고, 청약일로부터 5년이 지난 이후 제2항 제1호 및 제2호에서 정한 질병으로 주계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우

⑤ 제4항 제4호의 “청약일 이후 5년이 지나는 동안”이라 함은 주계약에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑥ 제3조(효력상실된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 발생한 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제4항 및 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑦ 피보험자가 회사가 정한 면책기간의 종료일을 포함하여 계속하여 입원한 경우 그 입원에 대해서는 면책기간 종료일의 다음날을 입원의 개시일로 인정하여 보험금을 지급합니다.

⑧ 피보험자에게 보험사고가 발생했을 경우, 그 사고가 특정질병 또는 특정신체부위를 직접적인 원인으로 발생한 사고인가 아닌가는 의사의 진단서와 의견을 주된 판단자료로 결정합니다.

⑨ 제2항의 특정신체부위와 특정질병은 4개 이내에서 선택하여 부가할 수 있습니다.

⑩ 제3항에서 정한 면책기간이 경과하였거나 청약일로부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 청약일로부터 5년)이 경과한 경우에는 면책기간의 종료 등을 서면(우편 등), 전화(음성녹음 포함) 또는 전자문서(문자메시지 포함) 등으로 계약자에게 안내하여 드립니다.

제3조【효력상실된 특약의 부활(효력회복)】

① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

② 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조(특약의 체결 및 효력) 제3항의 규정을 따릅니다.

부활(효력회복)
보험료 납입을 연체하여 계약이 해지되고 계약자가 해지환급금을 받지 않은 경우에 회사가 정하는 소정의 절차에 따라 해지된 계약을 다시 되살리는 일

제4조【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

<별표1> 특 정 신 체 부 위 분 류 표

분류번호	특정신체부위의 명칭
1	위, 십이지장
2	공장(빈창자), 회장(돌창자), 맹장(충수돌기 포함)
3	대장(맹장, 직장 제외)
4	직장
5	항문
6	간
7	담낭(쓸개) 및 담관
8	췌장
9	비장
10	기관, 기관지, 폐, 흉막 및 흉곽(늑골포함)
11	코[외비(코 바깥), 비강(코 안) 및 부비강(코 곁굴) 포함]
12	인두 및 후두(편도 포함)
13	식도
14	구강, 치아, 혀, 악하선(턱밑샘), 이하선(귀밑샘) 및 설하선(혀밑샘)
15	귀[외이(바깥 귀), 고막, 중이(가운데귀), 내이(속귀), 청신경 및 유양돌기 포함(꼭지돌기)]
16	안구 및 안구부속기[안검(눈꺼풀), 결막, 누기(눈물샘), 안근 및 안와내 조직 포함]
17	신장
18	부신
19	요관, 방광 및 요도
20	음경
21	질 및 외음부
22	전립선
23	유방(유선 포함)
24	자궁[자궁체부(자궁몸통) 포함]

분류번호	특정신체부위의 명칭
25	자궁체부(자궁몸통)(제왕절개술을 받은 경우에 한함)
26	난소 및 난관
27	고환[고환초막(고환집막) 포함], 부고환, 정관, 정삭 및 정낭
28	갑상선
29	부갑상선
30	서혜부(넓적다리 부위의 위쪽 주변) (서혜 탈장, 음낭 탈장 또는 대퇴 탈장이 생긴 경우에 한함)
31	피부(두피 및 입술 포함)
32	경추부(해당신경 포함)
33	흉추부(해당신경 포함)
34	요추부(해당신경 포함)
35	천골(엉치뼈)부 및 미골(꼬리뼈)부 (해당 신경 포함)
36	왼쪽 어깨
37	오른쪽 어깨
38	왼팔(왼쪽 어깨 제외, 왼손 포함)
39	오른팔(오른쪽 어깨 제외, 오른손 포함)
40	왼손(왼쪽 손목 관절 이하)
41	오른손(오른쪽 손목 관절 이하)
42	왼쪽 고관절
43	오른쪽 고관절
44	왼쪽 다리(왼쪽 고관절 제외, 왼발 포함)
45	오른쪽 다리(오른쪽 고관절 제외, 오른발 포함)
46	왼발(왼쪽 발목 관절 이하)
47	오른발(오른쪽 발목 관절 이하)
48	상·하악골(위턱뼈·아래턱뼈)
49	쇄골
50	늑골(갈비뼈)

<별표2> 특 정 질 병 분 류 표

약관에서 정하는 특정질병으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 약관에서 정하는 특정질병 해당 여부를 판단합니다.

병 명	분류번호	세부내용
심장질환	I00~I02	급성 류마티스열
	I05~I09	만성 류마티스심장질환
	I20~I25	허혈심장질환
	I26~I28	폐성 심장병 및 폐순환의 질환
	I30~I52	기타 형태의 심장병
뇌혈관질환	I60~I69	뇌혈관질환
당뇨병	E10~E14	당뇨병
	O24	임신 중 당뇨병
고혈압질환	I10~I13, I15	고혈압성 질환
결핵	A15~A19, B90	결핵, 결핵의 후유증
담석증	K80	담석증
요로결석증	N20	신장 및 요관의 결석
	N21	하부 요로의 결석
	N23	상세불명의 신장 급통증
임신중독증	O11	만성 고혈압에 겹친 전자간
	O12	고혈압을 동반하지 않은 임신성(임신-유발) 부종 및 단백뇨
	O13	임신(임신-유발)고혈압
	O14	전자간
	O15	자간
골관절증 및 류마티스 관절염	M05	혈청검사양성 류마티스 관절염
	M06	기타 류마티스관절염
	M08	연소성 관절염
	M15	다발관절증
	M16	고관절증
	M17	무릎관절증
	M18	제1수근중수관절의 관절증
	M19	기타 관절증
척주만곡증	M40	척주후만증 및 척주전만증
	M41	척주측만증

병 명	분류번호	세부내용
통풍	E79	퓨린 및 피리미딘 대사장애
통풍	M10	통풍
고지혈증	E78	지질단백질대사장애 및 기타 지질증
사시	H49	마비성 사시
	H50	기타 사시
	H51	양안운동의 기타 장애
백내장	H25	노년백내장
	H26	기타 백내장
	H27	수정체의 기타 장애
하지정맥류 (정맥염포함)	I80	정맥염 및 혈전정맥염
	I83	하지의 정맥류
	I87	정맥의 기타 장애
탈장 (음낭수종 포함)	K40	사타구니탈장
	K41	대퇴탈장
	K42	배꼽탈장
	K43	복벽탈장
	K44	횡격막탈장
	K45	기타 복부탈장
	K46	상세불명의 복부탈장
	N43	음낭수종 및 정액류
유산	N96	습관적 유산자
	O00	자궁외 임신
	O01	포상기태
	O02	기타 비정상적 수태부산물
	O03	자연 유산
	O04	의학적 유산
	O05	기타 유산
	O06	상세불명의 유산
	O07	시도된 유산의 실패
	O08	유산, 자궁외임신 및 기태임신에 따른 합병증
	O20	초기임신중 출혈
복막의 질환	K65	복막염
	K66	복막의 기타 장애
	K67	달리 분류된 감염성 질환에서의 복막의 장애

병 명	분류번호	세부내용
골반염	N70	난관염 및 난소염
골반염	N71	자궁경부를 제외한 자궁의 염증성 질환
	N72	자궁경부의 염증성 질환
	N73	기타 여성 골반염증질환
	N74	달리 분류된 질환에서의 여성골반염증 장애
골다공증	M80	병적 골절을 동반한 골다공증
	M81	병적 골절이 없는 골다공증
	M82	달리 분류된 질환에서의 골다공증
천식	J45	천식
	J46	천식지속상태
빈혈	D50 ~ D53	영양성 빈혈
	D55 ~ D59	용혈성 빈혈
	D60 ~ D64	무형성 및 기타 빈혈
수면장애	G47, F51	수면장애, 비기질성 수면장애
두통	G43	편두통
	G44	기타 두통증후군
	R51	두통
다한증	R61	다한증
결절종	M67.4	결절종
지방종	D17	양성 지방종성 신생물
	D21	결합조직 및 기타 연조직의 기타 양성 신생물
	D23	피부의 기타 양성 신생물
자궁내막증	N80	자궁내막증
자궁근종	D25	자궁의 평활근종

㈜ 1. 제9차 개정 이후 약관에서 정하는 특정질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

장 애 인 전 용 보 험 전 환 특 약

◈ 목 차 ◈

제1조【특약의 적용범위】 3
제2조【제출서류】 4
제3조【장애인전용보험으로의 전환】 5
제4조【전환 취소】 6
제5조【준용규정】 6

장애인전용보험 전환특약

제1조【특약의 적용범위】

① 이 특약은 회사가 정한 방법에 따라 계약자가 청약하고 회사가 승낙함으로써 다음 각호의 조건을 모두 만족하는 보험계약(특약이 부가되어 있는 경우에는 해당되는 특약을 포함할 수 있으며, 이하 "전환대상계약"이라 합니다)에 대하여 장애인전용보험으로 전환을 청약하는 경우에 적용합니다.

1. 「소득세법 제59조의4(특별세액공제) 제1항 제2호」에 따라 보험료가 특별세액공제의 대상이 되는 보험

관련 소득세법 용어 설명

< 소득세법 제 59 조의 4(특별세액공제)>

① 근로소득이 있는 거주자(일용근로자는 제외한다. 이하 이 조에서 같다)가 해당 과세기간에 만기에 환급되는 금액이 납입보험료를 초과하지 아니하는 보험의 보험계약에 따라 지급하는 다음 각 호의 보험료를 지급한 경우 그 금액의 100 분의 12(제 1 호의 경우에는 100 분의 15)에 해당하는 금액을 해당 과세기간의 종합소득산출세액에서 공제한다. 다만, 다음 각 호의 보험료별로 그 합계액이 각각 연 100 만원을 초과하는 경우 그 초과하는 금액은 각각 없는 것으로 한다.

1. 기본공제대상자 중 장애인을 피보험자 또는 수익자로 하는 장애인전용보험으로서 대통령령으로 정하는 장애인전용보장성보험료
2. 기본공제대상자를 피보험자로 하는 대통령령으로 정하는 보험료(제 1 호에 따른 장애인전용보장성보험료는 제외한다)

<소득세법 시행령 제 118 조의 4 (보험료의 세액공제)>

① 소득세법 제 59 조의 4 제 1 항제 1 호에서 "대통령령으로 정하는 장애인전용보장성보험료"란 제 2 항 각 호에 해당하는 보험·공제로서 보험·공제 계약 또는 보험료·공제료 납입영수증에 장애인전용 보험·공제로 표시된 보험·공제의 보험료·공제료를 말한다.

② 소득세법 제 59 조의 4 제 1 항제 2 호에서 "대통령령으로 정하는 보험료"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 보험·보증·공제의 보험료·보증료·공제료 중 기획재정부령으로 정하는 것을 말한다.

1. 생명보험
2. 상해보험
3. 화재·도난이나 그 밖의 손해를 담보하는 가계에 관한 손해보험
4. 「수산업협동조합법」, 「신용협동조합법」 또는 「새마을금고법」에 따른 공제
5. 「군인공제회법」, 「한국교직원공제회법」, 「대한지방행정공제회법」, 「경찰공제회법」 및 「대한소방공제회법」에 따른 공제
6. 주택 임차보증금의 반환을 보증하는 것을 목적으로 하는 보험·보증. 다만, 보증대상 임차보증금이 3 억원을 초과하는 경우는 제외한다.

<소득세법 시행규칙 제 61 조의 3 (공제대상보험료의 범위)>

소득세법 시행령 제118조의4제2항 각 호 외의 부분에서 "기획재정부령으로 정하는 것"이란 만기에 환급되는 금액이 납입보험료를 초과하지 아니하는 보험으로서 보험계약 또는 보험료납입영수증에 보험료 공제대상임이 표시된 보험의 보험료를 말한다.

2. 모든 피보험자 또는 모든 보험수익자가 「소득세법 시행령 제107조(장애인의 범위) 제 1항」에서 규정한 장애인인 보험

관련 소득세법 용어 설명

<「소득세법 시행령 제 107 조(장애인의 범위)」에서 규정한 장애인>

① 소득세법 제 51 조 제 1 항 제 2 호에 따른 장애인은 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 자로 한다.

1. 「장애인복지법」에 따른 장애인 및 「장애아동 복지지원법」에 따른 장애아동 중 기획재정부령으로 정하는 사람
2. 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 의한 상이자 및 이와 유사한 사람으로서 근로능력이 없는 사람
3. 삭제
4. 제 1 호 및 제 2 호 외에 항시 치료를 요하는 중증환자

<소득세법 시행규칙 제 54 조(장애아동의 범위) >

소득세법 시행령 제107조제1항제1호에서 "기획재정부령으로 정하는 사람"이란 「장애아동 복지지원법」 제21조제1항에 따른 발달재활서비스를 지원받고 있는 사람을 말한다.

이 특약을 적용할 수 없는 사례 예시

<예시 1>

피보험자 1 인은 비장애인이고 보험수익자 2 인 중 한명은 비장애인, 한명은 장애인인 경우

⇒ 모든 보험수익자가 장애인이 아니므로 이 특약을 적용할 수 없습니다.

< 예시 2>

보험수익자 1 인은 비장애인이고 피보험자 2 인 중 한명은 비장애인, 한명은 장애인인 경우

⇒ 모든 피보험자가 장애인이 아니므로 이 특약을 적용할 수 없습니다.

< 예시 3>

피보험자는 비장애인이고 보험수익자가 법정상속인(장애인)인 경우

⇒ 현재 법정상속인이 장애인이라고 하더라도 이 특약을 적용할 수 없습니다. 장애인전용보험으로 전환을 원할 경우 수익자 지정이 필요합니다.

② 전환대상계약이 해지 또는 기타 사유로 효력이 없게 된 경우 또는 전환대상계약이 제1항에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

③ 제2조(제출서류) 제1항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료된 경우에는 제3조(장애인전용보험으로의 전환) 제1항에도 불구하고 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

④ 이 특약의 계약자는 전환대상계약의 계약자와 동일하여야 합니다.

제2조【제출서류】

① 이 특약에 가입하고자 하는 계약자는 모든 피보험자 또는 모든 보험수익자의 「소득세법 시행규칙 별지

제38호 서식에 의한 장애인증명서의 원본 또는 사본」(이하, "장애인증명서"라 합니다)을 제출하여 제1조(특약의 적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건에 해당함을 회사에 알려야 합니다.

② 제1항에도 불구하고 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 따른 상이자의 증명을 받은 사람 또는 「장애인복지법」에 따른 장애인등록증을 발급받은 사람에 대해서는 해당 증명서·장애인등록증의 사본이나 그 밖의 장애 사실을 증명하는 서류를 제출하는 경우에는 제 1항의 장애인증명서는 제출하지 않을 수 있습니다.

③ 장애인으로서 그 장애기간이 기재된 장애인증명서를 제1항에 따라 회사에 제출한 때에는 그 장애기간 동안은 이를 다시 제출하지 않을 수 있습니다.

④ 제1항에 따라 제출한 장애인증명서의 장애기간이 변경되는 경우 계약자는 이를 회사에 알리고 변경된 장애기간이 기재된 장애인증명서를 제출하여야 합니다.

제3조【장애인전용보험으로의 전환】

① 회사는 이 특약이 부가된 전환대상계약을 「소득세법 제59조의4(특별세액공제) 제1항 제1호」에 해당하는 장애인전용보험으로 전환하여 드립니다.

② 제1항에 따라 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 후부터 납입된 전환대상계약 보험료는 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성보험료로 표시됩니다.

설명

2019년 1월 15일에 전환대상계약에 가입한 계약자가2019년 6월 1일에 이 특약을 청약하고 회사가 승낙하여 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 경우, 이 특약을 청약하기 전(2019년 1월 15일~ 2019년 5월 31일)에 납입된 보험료는 당해년도 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성 보험료로 표시되지 않으며, 장애인전용보험으로 전환된 이후(2019년6월1일~2019년12월31일) 납입된 보험료만 장애인전용 보장성보험으로 표시됩니다.

③ 제2항에도 불구하고, ' 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 당해년도에 전환대상계약이 제1조(특약의 적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우' 또는 '전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 당해년도에 제4조(전환 취소)에 따라 전환을 취소하는 경우' 에는 당해년도에 납입한 모든 전환대상계약보험료가 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성보험료로 표시되지 않습니다. 다만, 제2조(제출서류) 제1항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료됨에 따라 제1조(특약의 적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우에는 이 조항이 적용되지 않습니다.

설명

2019 년 1 월 15 일에 전환대상계약에 가입한 계약자가 2019 년 6 월 1 일에 이 특약을 청약하고 회사가 승낙하여 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환되었으나 2019 년 12 월 1 일에 전환을 취소한 경우, 이 전환대상계약에 납입된 모든 보험료는 당해년도 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성 보험료로 표시되지 않으며 소득세법에 따라 보험료의 100 분의 15 에 해당하는 금액이

종합소득산출세액에서 공제되지 않습니다.

④ 전환대상계약에 이 특약이 부가된 이후 제4조(전환 취소)에 따라 전환을 취소한 경우 또는 전환대상계약이 제1조(특약의 적용범위)제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않아 이 특약의 효력이 없어진 경우 해당 전환대상계약에는 이 특약을 다시 부가할 수 없습니다. 다만, 제2조(제출서류) 제1항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료됨에 따라 전환대상계약이 제1조(특약의 적용범위)제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우에는 이 조항이 적용되지 않습니다.

제4조【전환 취소】

① 계약자는 전환대상계약에 대하여 장애인전용보험으로의 전환을 취소할 수 있으며, 이 경우 전환취소 신청서를 회사에 제출하여야 합니다.

제5조【준용규정】

① 이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 전환대상계약 약관, 소득세법 등 관련법규에서 정하는 바에 따릅니다.

② 소득세법 등 관련법규가 제•개정 또는 폐지되는 경우 변경된 법령을 따릅니다.



aia.co.kr

AIA생명 서울특별시 중구 통일로 2길 16 AIA TOWER **고객센터** 1588-9898 DGT P0018 / 제작일자 : 2021.05