

무배당 ABL인터넷 네개딱!패키지건강보험 (갱신형)

CEO인사말

존경하는 고객님께,

ABL생명의 소중한 가족이 되어주신 고객님께
깊은 감사의 말씀을 드립니다.

'ABL생명'은 더 나은 삶(A Better Life)'을 제공하겠다는
회사의 의지가 담겨 있습니다.

1954년 출범한 우리나라에서
두 번째로 오래된 역사와 전통의 생명보험사로서,
한국 생명보험시장에서 70년 동안 쌓아온 경영 노하우,
글로벌 보험 그룹의 일원으로서 축적한 선진 상품 개발 기술,
스마트하고 디지털화된 고객 서비스 플랫폼을 기반으로
110만 명의 고객님의 니즈에 맞는
최상의 보험금융서비스를 제공하고자 노력하고 있습니다.

가입하신 보험상품에 대해 궁금한 사항이 있으시면
담당 설계사는 물론 콜센터(1588-6500) 또는
가까운 지점이나 고객센터로 문의해 주시기 바랍니다.
또한 사이버, 모바일센터(cyber.abllife.co.kr)와
화상고객상담 서비스 'A-View'를 이용하시면 언제 어디서나
편리하게 보험 관련 업무를 처리하실 수 있습니다.

앞으로도 많은 관심과 성원 부탁드리며,
고객님의 가정에 건강과 행복이 함께하기를 기원합니다.

감사합니다.

에이비엘생명보험주식회사

대표이사 사장 시예저치앙

약관을 쉽게 이용할 수 있는 약관 이용 가이드 북

이 가이드 북은 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 **보험계약자와 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**



쉽게 이해하는
약관 요약서

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



보험약관(주계약&특약)

주계약 : 기본계약을 포함한 공통 사항을 정한 기본약관
특약(특별약관) : 주계약에서 정한 사항 외 선택가입한 보장내용 등 필요한 사항을 정한 약관



보험용어 해설 및
색인 등

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

3. QR코드를 통한 편리한 정보 이용

QR(Quick Response) 코드란?

스마트폰으로 해당 QR 코드를 스캔하면
상세내용 등을 손쉽게 안내받을 수 있습니다.



약관해설 영상



보험금 지급절차



전국 지점

4. 약관의 핵심 체크항목 쉽게 찾기(주계약 기준)

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

무배당 ABL인터넷네개딱!패키지건강보험(갱신형)

1. 보험금 지급 및 지급제한 사항

제 3조 [보험금의 지급사유]	27
제 5조 [보험금을 지급하지 않는 사유]	29



* 본인이 가입한 특약을 확인하여 가입특약별 「**보험금 지급사유 및 미지급사유**」도 반드시 확인하시기 바랍니다.

2. 청약 철회

제17조 [청약의 철회]	36
---------------	----



3. 계약 취소

제18조 [약관교부 및 설명의무 등]	37
----------------------	----



4. 계약 무효

제19조 [계약의 무효]	39
---------------	----



5. 계약 전 알릴 의무 및 위반효과

제13조 [계약 전 알릴 의무]	33
제14조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과]	33



6. 보험료 연체 및 해지

제27조 [보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]	45
--	----



7. 부활(효력회복)

제28조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 계약의 부활(효력회복)]	46
---------------------------------------	----



8. 해약환급금

제30조 [계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권]	47
제33조 [해약환급금]	48



9. 보험계약대출

제34조 [보험계약대출]	48
---------------	----



5. 약관을 쉽게 이용할 수 있는 꿀팁 !

아래 **6가지 꿀팁**을 활용하시면 약관을 보다 **쉽고 편리하게** 이용할 수 있습니다.



'**쉽게 이해하는 약관 요약서**'를 활용하시면 계약 일반사항, 가입시 유의사항, 민원사례 등 약관을 보다 쉽게 이해하실 수 있습니다.

약관 요약서
P8



'**약관 핵심 체크항목 쉽게 찾기**'를 이용하시면 약관내용 중 핵심적인 권리 및 의무관계를 보다 쉽게 찾을 수 있습니다.

핵심 체크항목
P6



'**특약 색인**'을 활용하시면 본인이 실제 가입한 특약 약관을 쉽게 찾을 수 있습니다.
* 주계약에 부가된 **특약**은 자유롭게 **선택, 가입**(의무특약 제외)할 수 있고 **가입특약**에 한해 **보장**받을 수 있음

특약 색인
P280



약관 내용 중 어려운 보험용어는 **보험용어 해설, 약관 본문 내 설명과 용어해설** 등을 참고하시면 약관 이해에 도움이 됩니다.

보험용어 해설
P240



스마트폰으로 **QR코드**를 인식하면 약관해설 동영상, 보험금 지급절차, 전국 지점 등을 쉽게 안내 받을 수 있습니다.

QR코드
P5



'**법규 조항 정리**' 항목을 활용하시면 약관에서 인용한 법률 조항 및 규정을 자세히 알 수 있습니다.

법규 조항 정리
P242

6. 기타 문의사항

1. 기타 문의사항은 당사 **홈페이지**(www.abllife.co.kr), **고객 콜센터**(1588-6500)로 문의 가능
2. 보험상품 거래단계별 필요한 금융꿀팁 또는 핵심정보 등은 **금융감독원 금융소비자정보 포털**([FINE, fine.fss.or.kr](http://FINE.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 불이익을 받을 수 있으므로,
동 내용을 반드시 이해하시고
계약체결 여부를 결정하시기 바랍니다.



I. 보험계약의 개요

- 보험회사명 : ABL생명보험
- 보험상품명 : 무배당 ABL인터넷네개딱!패키지건강보험(갱신형)
- 보험상품의 종목 : 상해보험



1. 상품의 주요 특징

꼭 필요한 보장만 네 가지 패키지로 가입 가능!

암, 뇌출혈 및 급성심근경색증, 입원 및 수술, 질병 및 재해장해 등과 관련된 다양한 급부를 간단하게 네 가지 패키지로 구성하였습니다.

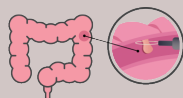


다양한 선택특약으로 나에게 필요한 보장 설계를 해보세요 (해당 특약 가입시)

다양한 급부를 패키지로 구성한 특약 가입을 통해 암 보장, 뇌 · 심장질환 보장, 입원 · 수술 보장, 장해 보장을 설계할 수 있습니다.

암 보장 패키지

- 소액암부터 일반암 진단까지, 12대양성신생물 (3대기관포립포함)수술에서 표적항암약물치료까지 폭넓게!
- 암세포의 성장과 확산을 억제하고 암의 특정 유전자만을 공격하여 치료하는 표적항암약물치료비도 보장해드립니다.



뇌 · 심장질환 보장 패키지

- 질병 진단시 필요한 검사부터 질병 진단, 치료까지 보장!
- 뇌혈관과 심혈관부분에서 발생된 혈전 또는 색전을 약물로 녹이는 혈전용해치료비도 보장해드립니다.



입원 · 수술 보장 패키지

- 1~5종 수술 보장, 입원, 중합병원입원, 상급종합병원입원 등 일상생활에서 발생가능한 수술입원 보장!
- 병실이 아닌 응급실로 내원하였을 경우에도 보장해드립니다.



장해 보장 패키지

- 질병 또는 재해로 인한 장해상태 보장!
- 교통재해로 인한 사망, 재해로 인한 골절, 갑스치료, 외모특정상해수술도 보장해드립니다.



2. '상품명'으로 상품의 특징 이해하기

무배당 ABL인터넷네개닥!패키지건강보험(갱신형)

- ① 무배당 계약자에게 배당을 하지 않는 상품입니다.
- ② 통합보험 사망보험금을 중심으로 각종 특약을 통해 보장을 설계할 수 있는 상품입니다.
- ③ 갱신형 보험계약 갱신시 연령의 증가, 위험률 변동 등으로 보험료가 인상될 수 있습니다.



II. 소비자가 반드시 알아두어야 할 유의사항



01. 보험금 지급제한사항



주의

이 보험에는 **면책기간, 감액지급, 보장한도** 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)ABL인터넷암보장 패키지특약(갱신형)	암 진단급여금	가입 후 90일 간 보장제외
	암에 대한 표적항암약물허가치료비	가입 후 90일 간 보장제외

민원 사례

A씨는 암보험 가입 후 2개월이 지나서 위암을 판정받아
보험회사에 **암 진단비**를 청구



⇒ 보험회사는 보험가입 후 90일이 경과하지 않아 보험금 지급이
어려움을 안내

☑ 감액지급

감액지급

50%

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

* 감액지급 적용 담보

구분	담보명	감액기간 및 비율
(무)ABL인터넷암보장 패키지특약(갱신형)	암 진단급여금	가입 후 1년 간 보험금 50% 지급
	중증 이외의 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암, 경계성종양 진단급여금	가입 후 1년 간 보험금 50% 지급
	표적항암약물허가치료비	가입 후 1년 간 보험금 50% 지급
	12대기관 양성신생물 (3대기관폴립포함) 수술급여금	가입 후 1년 간 보험금 50% 지급
(무)ABL인터넷뇌심보장 패키지특약(갱신형)	2대질병 진단급여금	가입 후 1년 간 보험금 50% 지급
	급성뇌경색증 혈전용해치료보험금 급성심근경색증Ⅱ 혈전용해치료보험금	가입 후 1년 간 보험금 50% 지급
	급여뇌심질환검사비Ⅰ 급여뇌심질환검사비Ⅱ 급여양전자방출단층촬영(PET)검사비	가입 후 1년 간 보험금 50% 지급

☑ 보장한도

보장한도

최초
1회한

보장한도

보험금
지급한도 적용

이 보험에는 **보험금 지급 한도**가 설정된 담보가 있습니다.

*** 보장한도 적용 담보**

특약	담보명	보장한도
(무)ABL인터넷암보장 패키지특약(갱신형)	암 진단급여금	최초 1회 에 한해 보장
	중증 이외의 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암, 경계성종양 진단급여금	각각 최초 1회 에 한해 보장
	표적항암약물허가치료비	최초 1회 에 한해 보장
	12대기관 양성신생물 (3대기관폴립포함) 수술급여금	연간 1회 에 한해 보장
(무)ABL인터넷뇌심보장 패키지특약(갱신형)	2대질병 진단급여금	최초 1회 에 한해 보장
	급성뇌경색증 혈전용해치료보험금 급성심근경색증Ⅱ 혈전용해치료보험금	각각 최초 1회 에 한해 보장
	급여뇌심질환검사비Ⅰ 급여뇌심질환검사비Ⅱ 급여양전자방출단층촬영(PET)검사비	각각 연간 1회 에 한해 보장
(무)ABL인터넷입원수술 보장패키지특약Ⅱ(갱신형)	입원급여금 종합병원 입원급여금 상급종합병원 입원급여금	1일 이상 120일 한도 로 보장(퇴원없이 계속 입원시 180일간 보장 제외)
(무)ABL인터넷장해보장 패키지특약(갱신형)	등급별 골절치료비	연간 1회 에 한해 보장

02. 해약환급금에 관한 사항

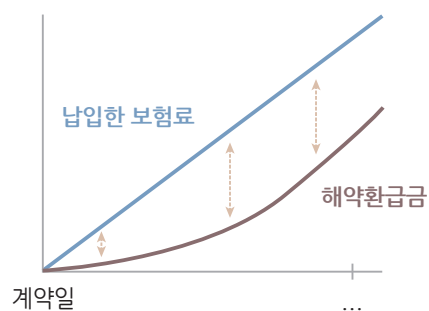
보험계약자가 **보험계약을 중도에 해지할 경우** 보험회사는 **해약환급금**을 지급합니다.



해약환급금은 **납입한 보험료 보다 적거나 없을 수도 있습니다.**

* 해약환급금 : 납입한 보험료에서 계약체결·유지관리 등에 소요되는 경비 및 경과된 기간의 위험 보장에 사용된 보험료를 차감하여 지급

예시



03. 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 **보험료가 인상**될 수 있으니 주의하시기 바랍니다.

* 갱신시 보험료가 인상될 수 있는 계약

주계약

(무)ABL인터넷암보장패키지특약(갱신형)

(무)ABL인터넷뇌심보장패키지특약(갱신형)

(무)ABL인터넷입원수술보장패키지특약Ⅱ (갱신형)

(무)ABL인터넷장해보장패키지특약(갱신형)

04. 소비자가 반드시 알아두어야 할 상품의 주요 특성

☒ 보장성보험



주의

① 이 보험은 보장성보험이며, **저축이나 연금수령을 목적으로 가입**하시기에 **적합하지 않습니다.**

② 만기 또는 중도해지 시 납입한 보험료보다 해약환급금이 적을 수 있습니다.

☒ 예금자보호제도에 관한 사항



주의

이 보험계약은 예금자보호법에 따라 해약환급금(또는 만기 시 보험금)에 기타지급금을 합한 금액이 **1인당 “5천만원까지”(본 보험회사의 여타 보호상품과 합산) 보호됩니다.** 이와 별도로 본 보험회사 보호상품의 사고보험금을 합산한 금액이 **1인당 “5천만원까지” 보호됩니다.**

(다만, 보험계약자 및 보험료납부자가 법인인 계약은 보호되지 않습니다.)

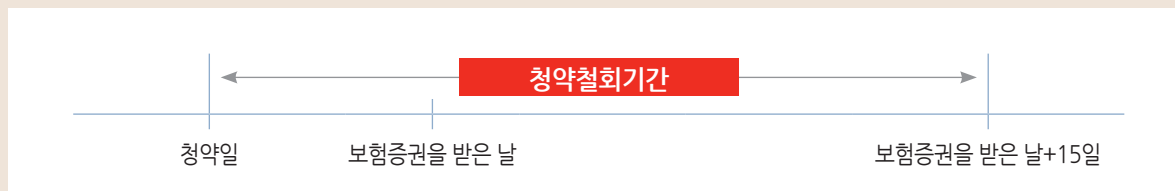
III. 보험계약의 일반사항



01. 청약을 철회할 수 있는 권리

제17조[청약의 철회]

보험계약자는 **보험증권**을 받은 날부터 **15일 이내**에 보험계약의 **청약을 철회**할 수 있으며, 이 경우 회사는 3영업일 이내에 납입한 보험료를 돌려드립니다.



주의

[청약철회가 불가능한 경우]

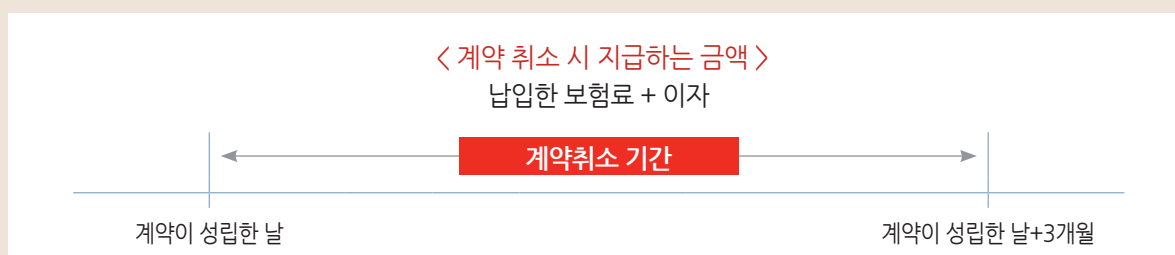
- ① **청약일**부터 **30일**(만 65세 이상 보험계약자 & 전화로 체결한 계약의 경우 45일)을 **초과**한 경우
- ② **회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약**, 보험기간이 **90일 이내인 계약** 또는 **전문금융소비자가 체결한 계약**

02. 보험계약을 취소할 수 있는 권리

제18조[약관교부 및 설명의무 등]

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
- ✓ 보험계약자가 청약서에 **자필서명**을 하지 않은 경우



03. 보험계약의 무효

제19조[계약의 무효]

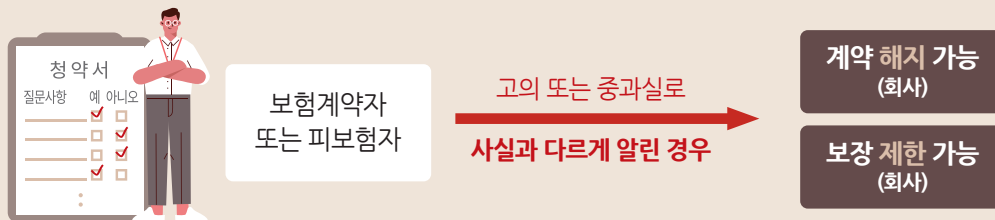
보험회사는 다음의 경우 보험계약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

- ✓ 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 보험계약에서 피보험자의 서면 동의를 얻지 않은 경우
- ✓ 만 15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험금 지급사유(피보험자 지정)로 한 경우
- ✓ 보험계약 체결 시 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우

04. 보험계약 전 알릴의무 및 위반시 효과

제14조[계약 전 알릴 의무 위반의 효과]

보험계약자 또는 피보험자는 보험계약을 청약할 때 **청약서의 질문사항(중요사항)**에 대하여 **사실대로 알려야 합니다.**



주의

- ① 청약서의 질문사항에 대하여 **보험설계사**에게만 구두로 알렸을 경우 **보험계약 전 알릴의무를 이행한 것으로 볼 수 없습니다.**
- ② **전화 등 통신수단을 통한 보험계약**의 경우 **보험회사 상담원의 질문이 청약서의 질문사항을 대신하므로** 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 어려움**을 안내

법률 지식

[대법원 2007. 6. 28. 선고 2006다59837]

일반적으로 보험설계사는 독자적으로 보험회사를 대리하여 보험계약을 체결할 권한이나 고지의무를 수령할 권한이 없음

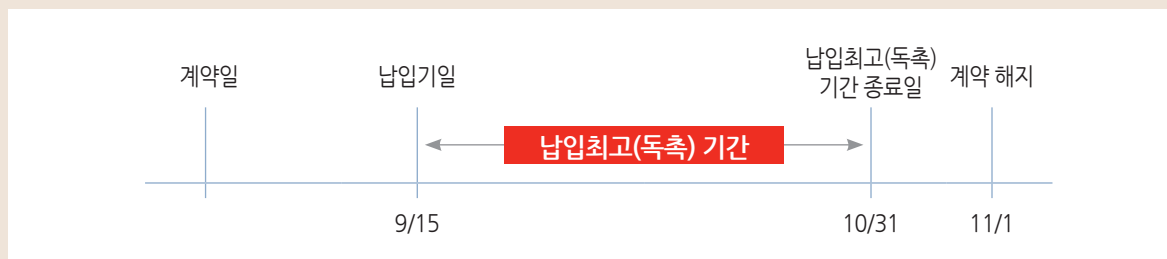
05. 보험료 납입연체 및 보험계약의 해지

제27조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]

보험료 납입이 연체 중인 경우 보험회사는 납입을 독촉하는 안내를 하며, **납입최고(독촉) 기간 내에 보험료를 납입하지 않으면 보험계약이 해지**됩니다.

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

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



납입연체

- ① 보험료 납입이 연체 중이거나
- ② 유니버설 상품에서 월대체보험료를 충당할 수 없는 경우

06. 해지된 보험계약의 부활 (효력회복)

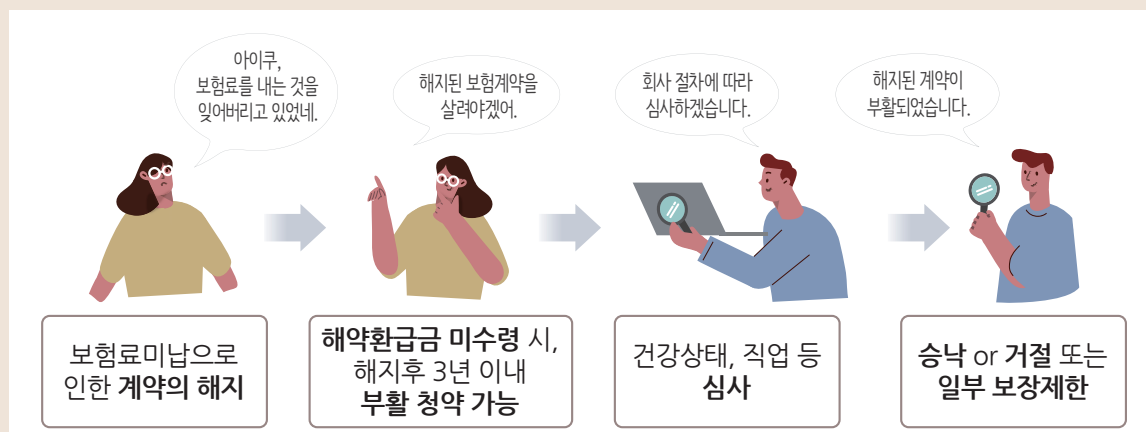
제28조[보험료의 납입연체로 인해 해지된 계약의 부활(효력회복)]

보험료 납입연체로 보험계약이 **해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우** 해지된 날부터 **3년 이내에 보험계약의 부활(효력회복)을 청약**할 수 있습니다.



주의

보험회사는 피보험자의 건강상태, 직업 등에 따라 승낙여부를 결정하며, **부활(효력회복)을 거절**하거나 **보장**의 일부를 제한할 수 있습니다.



07. 보험계약대출

제34조[보험계약대출]

보험계약자는 보험계약의 해약환급금 범위 내에서 보험계약대출을 받을 수 있습니다.



주의

- ① 상환하지 않은 보험계약대출금 및 이자는 해약환급금 또는 보험금에서 차감될 수 있습니다.
- ② 순수보장성보험 등 보험상품 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수 있습니다.
- ③ 보험계약자는 대출신청 전에 보험계약대출이율을 반드시 확인하시기 바랍니다.

<예시>

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

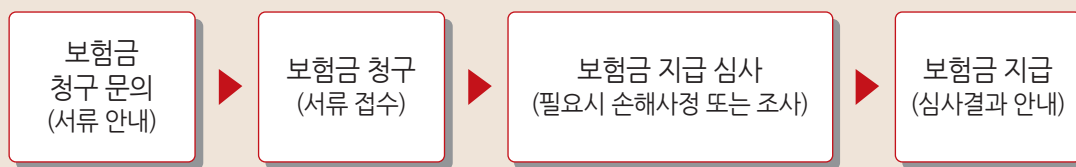


08. 보험금 청구절차 및 서류

제7조[보험금 등의 청구]

보험금은 청구서류 접수일부터 **3영업일 이내**에 지급하는 것이 원칙입니다.

(단, 보험금 지급사유의 조사·확인이 필요한 경우 10영업일이 소요될 수 있습니다.)



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



주의

소액 보험금 청구시 진단서 제출이 면제되는 등 청구서류가 간소화되는 경우가 있으니, 보험금 청구 전에 보험회사에 제출서류를 확인하시기 바랍니다.

보험금 청구서류						
구분	진단서	입·퇴원확인서	수술확인서	통원확인서	진단사실 확인서류	공통
사망	● (사망진단서)					청구서, 신분증
장해	● (장해진단서)					
진단	●				● (검사결과지 등)	
입원	△	●				
수술	△		●			
실손	△	● (입원시)	● (수술시)	● (통원시)		

주) 보험사고의 종류, 내용 등에 따라 진료비 세부내역서 등 추가서류가 필요할 수 있습니다 .

상품구성

주계약 약관

무배당 ABL인터넷네개딱!패키지건강보험(갱신형)	23
----------------------------	----

특약 약관

무배당 ABL인터넷암보장패키지특약(갱신형)	57
무배당 ABL인터넷뇌심보장패키지특약(갱신형)	102
무배당 ABL인터넷입원수술보장패키지특약 II (갱신형)	136
무배당 ABL인터넷장해보장패키지특약(갱신형)	171
장애인전용보험전환특약	200
건강등급적용특약	205

장해분류표	214
보험용어해설	240
법규조항정리	242
특약 색인	280
신체부위의설명도	281

주계약 약관

무배당 ABL인터넷 네개딱!패키지건강보험
(갱신형)



제1관 목적 및 용어의 정의

제 1조 [목적]

제 2조 [용어의 정의]

제2관 보험금의 지급

제 3조 [보험금의 지급사유]

제 4조 [보험금 지급에 관한 세부규정]

제 5조 [보험금을 지급하지 않는 사유]

제 6조 [보험금 지급사유의 발생통지]

제 7조 [보험금 등의 청구]

제 8조 [보험금 등의 지급절차]

제 9조 [보험금 받는 방법의 변경]

제10조 [주소변경통지]

제11조 [보험수익자의 지정]

제12조 [대표자의 지정]

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제13조 [계약 전 알릴 의무]

제14조 [계약 전 알릴 의무 위반의 효과]

제15조 [사기에 의한 계약]

제4관 보험계약의 성립과 유지

제16조 [보험계약의 성립]

제17조 [청약의 철회]

제18조 [약관교부 및 설명의무 등]

제19조 [계약의 무효]

제20조 [계약내용의 변경 등]

제21조 [계약의 갱신]

제22조 [보험나이 등]

제23조 [계약의 소멸]

제5관 보험료의 납입

제24조 [제1회 보험료 및 회사의 보장개시]

- 제25조 [제2회 이후 보험료의 납입]
- 제26조 [보험료의 자동대출납입]
- 제27조 [보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]
- 제28조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 계약의 부활(효력회복)]
- 제29조 [강제집행 등으로 인해 해지된 계약의 특별부활(효력회복)]

제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등

- 제30조 [계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권]
- 제30조의2 [위법계약의 해지]
- 제31조 [중대사유로 인한 해지]
- 제32조 [회사의 파산선고와 해지]
- 제33조 [해약환급금]
- 제34조 [보험계약대출]
- 제35조 [배당금의 지급]

제7관 분쟁의 조정 등

- 제36조 [분쟁의 조정]
- 제37조 [관할법원]
- 제38조 [소멸시효]
- 제39조 [약관의 해석]
- 제40조 [설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력]
- 제41조 [회사의 손해배상책임]
- 제42조 [개인정보보호]
- 제43조 [준거법]
- 제44조 [예금보험에 의한 지급보장]

- [별표1] 보험금 지급기준표
- [별표2] 재해분류표
- [별표3] 장해분류표
- [별표4] 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

무배당 ABL인터넷네개닥!패키지건강보험(갱신형)

제1관 목적 및 용어의 정의

제 1조 [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.

제 2조 [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. 재해 : “재해분류표”(별표2 참조)에서 정한 재해를 말합니다.
- 나. 장애 : “장애분류표”(별표3 참조)에서 정한 기준에 따른 장애상태를 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 계약의 승낙 여부나 계약 조건에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
- 라. 한국표준질병·사인분류 : 국민의 보건의료 복지행정의 수행과 의학연구를 위해 한국인의 질병 및 사인에 대하여 의무기록자료 및 사망원인 통계조사(질병이환 및 사망자료)등의 표준 통계를 세계보건기구(WHO)의 국제질병분류 ICD를 기초로 그 성질의 유사성에 따라 체계적으로 유형화한 것입니다.

[한국표준질병·사인분류 적용 기준]

① 이 약관에 따라 한국표준질병·사인분류를 기준으로 이 약관에서 보장하는 질병 또는 재해 해당여부를 판단하는 경우, 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)를 기준으로 판단합니다. 다만, 이후 피보험자에게

질병이 진단된 당시 또는 재해가 발생한 당시에 한국표준질병·사인분류가 개정된 경우는 개정된 한국표준질병·사인분류를 기준으로 판단합니다.

② 피보험자에게 질병이 진단된 당시 또는 재해가 발생한 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 또는 재해 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병·사인분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 또는 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[한국표준질병·사인분류 적용 예시]

<예시1> 피보험자에게 발생한 질병이 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하는 질병에 해당하나, 해당 질병이 진단된 당시에는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준으로는 약관상 보장하는 질병에 해당하지 않을 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

<예시2> 피보험자에게 발생한 질병이 진단된 당시의 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따라 해당 질병이 약관에서 보장하지 않는 질병에 해당하는 경우, 보험금을 지급하지 않습니다. 또한, 이후에 한국표준질병·사인분류가 개정되어 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 해당 질병이 약관상 보장하는 질병에 포함되더라도 보험금을 지급하지 않습니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

가. 연단위 복리 : 회사가 지급할 금액에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 원금+이자를 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.

[연단위 복리 예시]

원금 100원, 연간 10%이자율 적용 시 연단위 복리로 계산한 2년 시점의 총 이자금액

$$\cdot 1\text{년차 이자} = \frac{100\text{원}}{\text{원금}} \times 10\% = 10\text{원}$$

$$\cdot 2\text{년차 이자} = \frac{(100\text{원} + 10\text{원})}{\text{원금}} \times 10\% = 11\text{원}$$

$$\rightarrow 2\text{년 시점의 총 이자금액} = 10\text{원} + 11\text{원} = 21\text{원}$$

나. 평균공시이율 : 금융감독원장이 정하는 바에 따라 산정한 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점(갱신계약의 경우 갱신계약 체결시점)의 이율을 말하며 평균공시이율은 회사의 인터넷 홈페이지(www.abllife.co.kr)의 ‘공시실’에서 확인할 수 있습니다.

다. 해약환급금 : 계약이 해지될 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, ‘관공서’의 공휴일에 관한 규정’에 따른 공휴일, 대체 공휴일 및 근로자의 날을 제외합니다.



용어해설

[해지]

현재 유지되고 있는 계약이나 또는 효력이 상실된 계약을 장래에 향하여 소멸시키거나 계약유지 의사를 포기하여 만기일 이전에 계약관계를 청산하는 것을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제 3조 [보험금의 지급사유]

회사는 피보험자가 보험기간 중 재해로 사망하였을 경우에는 보험수익자에게 “보험금 지급 기준표”(별표1 참조)에서 약정한 재해사망보험금을 지급합니다.

제 4조 [보험금 지급에 관한 세부규정]

① 보험료 납입기간 중 피보험자가 장애분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 제21조(계약의 갱신)에 따라 갱신이 이루어진 경우, 갱신 전 계약(최초계약을 포함합니다)에서 보험료의 납입을 면제한 장애상태의 원인과 동일한 사유로는 보험료의 납입을 면제하지 않으며, 계약자는 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

② 제3조(보험금의 지급사유) 및 제23조(계약의 소멸) ‘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.

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) ‘사망’의 원인 및 사망으로 인한 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

④ 제1항에서 장애지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표에서 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑤ 제4항에 따라 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장애상태가 더 악화될 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다. 보장받을 수 있는 기간의 산정 시 계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는

질병의 진단확정일부터 1년 이내로 합니다.

⑥ 제1항에서 「동일한 재해」는 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑦ 제1항의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장애로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장애가 다른 장애와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장애지급률만을 적용하며, 하나의 장애로 둘 이상의 파생장애가 발생하는 경우 각 파생장애의 지급률을 합산한 지급률과 최초 장애의 지급률을 비교하여 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다.

⑧ 제1항의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 “한시장애”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 정합니다.

⑨ 제1항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 더하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 제9항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 제1항의 경우 장애분류표에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애정도에 따라 장애분류표의 구분에 준하여 장애지급률을 결정합니다.

⑫ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 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.

⑬ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제사유에 대해 합의하지 못할 때에는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

용어해설

[실종선고]

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정을 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(「장애인복지법」 제58조 제1항 제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의 2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)

마. 정신병원

바. 종합병원

제 5조 [보험금을 지급하지 않는 사유]

회사는 보험금 지급사유 및 보험료 납입면제 사유가 발생하더라도 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로서 특히 그 결과 사망에 이르게 된 경우에는 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

설명

보험수익자가 다수인 계약에서 그중 1인이 피보험자를 고의로 해친 경우에는 그 1인에 대해서는 보험금이 지급되지 않으며, 다른 보험수익자에게는 그 1인에 지급할 보험금을 제외한 보험금을 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

용어해설

[고의]

범죄 또는 불법행위의 성립요소인 사실에 대한 인식을 말하는 것으로 자기행위에 의하여 일정한 결과가 생길 것을 인식하면서 그 행위를 하는 경우의 심리상태를 말합니다.

[심신상실(心神喪失)]

심신의 장애로 인하여 사물을 변별할 능력이 없거나 의사를 결정할 능력이 없는 상태를 말합니다.

제 6조 [보험금 지급사유의 발생통지]

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 또는 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 알게 된 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제 7조 [보험금 등의 청구]

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액을 청구하거나 보험료 납입면제를 신청하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 장애인단서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령, 계약자적립액 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

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



용어해설

[계약자적립액]

장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제 8조 [보험금 등의 지급절차]

① 회사는 제7조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유, 계약자적립액 지급사유 및 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

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

③ 회사가 제1항의 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 통지합니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청(다만, 대상기관은 금융분쟁조정위원회 또는 소비자 분쟁조정위원회)
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익

자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사와 확인이 늦어지는 경우

6. 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제12항 및 제13항에 따라 보험금 지급사유 및 보험료 납입면제사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

④ 제3항에 따라 추가적인 조사·확인이 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제14조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유 및 보험료 납입면제사유 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실 확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급이 늦어짐에 따라 발생한 이자를 지급하지 않습니다.

설명

‘정당한 사유’란 사회통념상 그 의무나 책임 등을 이행할 수 없을만한 사정이 있거나, 그 의무나 책임 등의 이행을 기대하는 것이 무리라고 할 만한 사정이 있을 때를 말합니다.

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

⑦ 제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 중 보험금 지급사유가 발생하였을 경우 보험금에서 보험사고 발생 이전의 미납입된 보험료(특약이 부가된 경우 특약보험료 포함)를 차감하고 지급합니다.

용어해설

[보험금 가지급제도]

보험금이 지급기한 내에 지급되지 못할 것으로 판단되는 경우 회사가 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도를 말합니다. 이는 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해 주기 위해 회사가 먼저 지급해 주는 임시 급부금입니다.

제 9조 [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 일부를 나누어 받거나 일시에 받는 방법으로 변경할 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 평균공시이율을 적용하여 연단위 복리로 계산한 이자를 더하여 지급합니다. 이와는 반대로 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 평균공시이율을 적용하여 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

용어해설

[사업방법서]

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

[연단위 복리로 할인한 금액 예시]

현재 시점에서 2년 후에 121원을 지급할 금액을 연간 10% 연단위 복리로 할인하여 현재 시점에 지급하는 경우

- 2년 시점의 금액 = 121원
- 1년 시점의 연단위 복리로 할인한 금액 = $121\text{원} \div (1+10\%) = 110\text{원}$
- 현재 시점의 연단위 복리로 할인한 금액 = $110\text{원} \div (1+10\%) = 100\text{원}$

제10조 [주소변경통지]

- ① 계약자(보험수익자가 계약자와 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 즉시 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.
- ② 제1항에서 정한 대로 계약자 또는 보험수익자가 변경내용을 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 피보험자의 법정상속인을 보험수익자로 합니다.

용어해설

[법정상속인]

피상속인이 사망하는 경우, 민법에서 정하는 상속순위에 따라 피상속인의 재산상 지위를 상속할 수 있는 자를 말합니다. 그러나 상속결격사유가 있는 자는 제외합니다.

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 모든 계약자가 연대하여 책임을 부담합니다.

설명

계약자가 2명 이상인 경우 계약 전 알릴 의무, 보험료 납입의무 등 이 계약에 따른 계약자의 의무를 연대하여 부담합니다.

연대(連帶)란 어떠한 행위의 이행에 있어 두 사람 이상이 공동으로 책임을 지는 것을 뜻하며, 각자 해당 의무를 이행할 의무가 있습니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제13조 [계약 전 알릴 의무]

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단을 실시할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 “계약 전 알릴 의무”라고 하며, 상법상 “고지의무”와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제 3조(의료기관)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

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 어느 하나에 해당되는 경우에는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 최초계약 체결 당시에 계약 전 알릴 의무 위반사실을 알았거나 과실로 알지 못하였을 때
 2. 회사가 계약 전 알릴 의무 위반사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
 3. 최초계약을 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 기록되어 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 의무를 위반한 사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 계약의 처리결과를 “반대 증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로

됩니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제33조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

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

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

⑥ 제28조(보험료의 납입연체로 인해 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 계약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복) 계약을 제1항의 최초계약으로 봅니다[부활(효력회복)이 여러 차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다].

용어해설

[과실]

어떤 결과(사실)의 발생을 예견할 수 있었음에도 불구하고, 부주의로 그것을 인식하지 못한 심리상태를 말합니다.

[중대한 과실]

고지하여야 할 사실은 알고 있었지만 현저한 부주의로 인하여 그 사실의 중요성의 판단을 잘못하거나 그 사실이 고지하여야 할 중요한 사실이라는 것을 알지 못하는 것을 말합니다.

[계약 전 알릴 의무 위반 사례]

계약을 청약하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만 이야기하였을 뿐, 청약서의 “계약 전 알릴 사항”에 아무런 기재도 하지 않을 경우에는 보험설계사에게 고혈압 병력을 이야기하였다고 하더라도 보험회사는 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.

제15조 [사기에 의한 계약]

① 계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물사용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 사람면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단확정을 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 계약을 취소한 경우 회사는 보험금을 지급할 책임이 없고, 이미 지급한 보험금의 반환을 청구할 수 있습니다.

③ 제1항에 따라 계약을 취소한 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료(보험료의 납입이 면제된 경우 납입 면제된 보험료는 포함하지 않습니다)를 돌려드립니다. 다만, 보험료를 받은 기간에 대한 이자는 지급하지 않습니다.



용어해설

[취소]

법률행위의 효력을 소급하여 소멸시키는 일을 말합니다.

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.
- 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 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 평균공시이율+1%를 적용하여 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 일부 보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 최초계약의 청약일 이후 5년이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외)을 받거나 치료를 받은 사실이 없을 경우에는, 최초계약의 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑥ 제5항의 '최초계약의 청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않고 최초계약의 청약일부터 5년이 지난 경우를 말합니다.
- ⑦ 제28조(보험료의 납입연체로 인해 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.



용어해설

[보험가입금액 제한]

피보험자가 가입을 할 수 있는 최대 보험가입금액을 제한하는 방법을 말합니다.

[일부보장 제외(부담보)]

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법 중의 하나로, 특정 질병 또는 특정 신체 부위를 보장에서 제외하는 방법을 말합니다.

[보험금 삭감]

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법 중의 하나로, 보험 가입 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 방법을 말합니다.

[보험료 할증]

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법 중의 하나로, 보험 가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 증가하는 위험 또는 기간의 경과에 상관없이 일정한 상태를 유지하는 위험에 적용하는 방법으로 위험 정도에 따라 주계약 보험료 이외에 특별보험료를 부가하는 방법을 말합니다.

[제1회 보험료]

보험계약의 성립에 따라 처음 내는 보험료입니다.

제17조 [청약의 철회]

① 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 다음 중 어느 하나에 해당되는 경우에는 청약을 철회할 수 없습니다.

1. 청약한 날부터 30일을 초과한 경우

2. 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약

② 청약철회는 계약자가 전화로 신청하거나, 철회의사를 표시하기 위한 서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시(이하 ‘서면 등’이라 합니다)를 발송한 때 효력이 발생합니다. 계약자는 서면 등을 발송한 때에 그 발송 사실을 회사에 지체없이 알려야 합니다.

③ 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 납입한 보험료를 돌려 드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율을 적용하여 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해당 신용카드회사로 하여금 대금청구를 하지 않도록 해야 하며, 이 경우 회사는 보험료를 반환한 것으로 봅니다.

④ 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않고 약정된 보험금을 지급합니다.

⑤ 제1항에서 보험증권을 받은 날에 대한 다툼이 발생한 경우 회사가 이를 증명하여야 합니다.



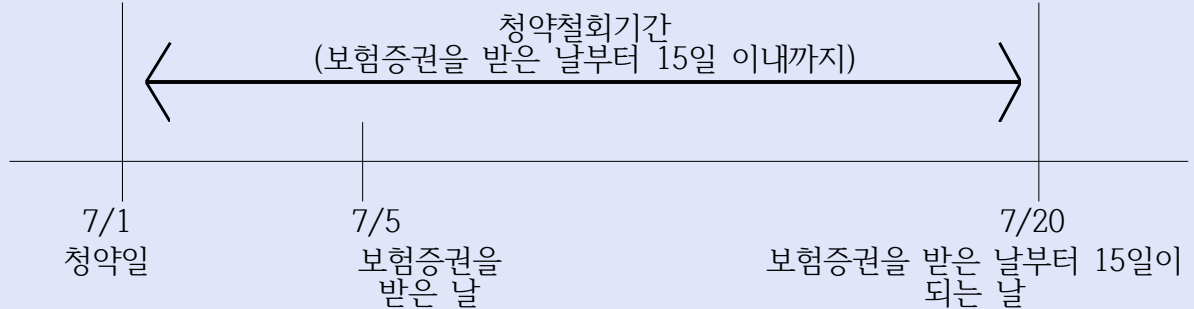
용어해설

[청약의 철회]

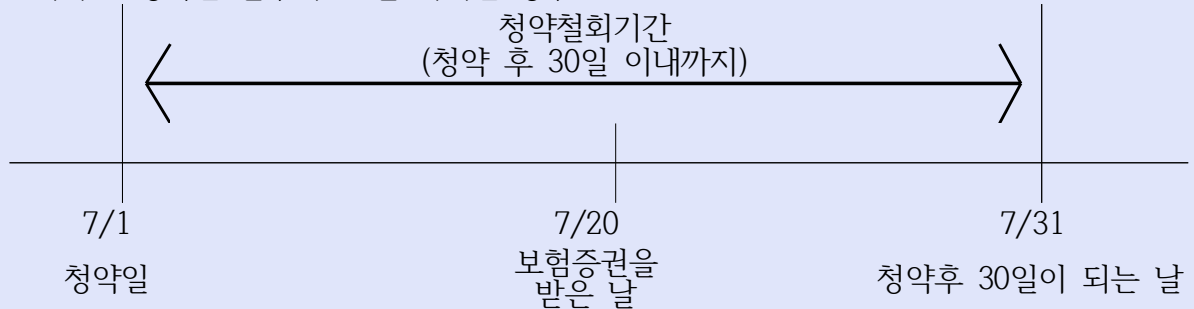
계약자가 보험계약을 청약한 이후 단순히 마음이 변하거나 보험상품에 대한 불만족으로 인하여 체결한 보험계약을 취소하는 것을 말합니다.

[청약의 철회 예시]

<예시1> 보험증권을 받은 날부터 15일 이내인 경우



<예시2> 청약한 날부터 30일 이내인 경우



[전문금융소비자]

보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약에 따른 위험감수능력이 있는 자로서, 국가, 지방자치단체, 한국은행, 금융회사, 주권상장법인 등을 포함하며 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제2조(정의) 제9호에서 정하는 전문금융소비자를 말합니다.

[일반금융소비자]

전문금융소비자가 아닌 계약자를 말합니다.

제18조 [약관교부 및 설명의무 등]

① 회사는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 청약 후에 다음 각 호의 방법 중 계약자가 원하는 방법을 확인하여 지체 없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 제공하여 드립니다. 만약, 회사가 전자우편 및 전자적 의사표시로 제공한 경우 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다.

1. 서면교부
2. 우편 또는 전자우편
3. 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시

② 제1항과 관련하여 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특약만 포함한 약관을 드리며, 전화를 이용하여 체결하는 계약은 계약자의 동의를 얻어 다음의 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

1. 전화를 이용하여 청약내용, 보험료 납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약

자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

③ 계약자는 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

1. 회사가 제1항에 따라 제공할 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않은 경우
2. 회사가 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 때
3. 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함합니다)을 하지 않은 때

④ 제3항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음 각 호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제2항의 규정에 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

⑤ 제3항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료(보험료의 납입이 면제된 경우 납입 면제된 보험료는 포함하지 않습니다)를 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 적용하여 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

용어해설

[약관의 중요한 내용]

보험업법 시행령 제42조의2(설명의무의 중요사항 등) 및 보험업감독규정 제4-35조의2(보험계약 중요사항의 설명의무)에 정한 다음의 내용을 말합니다.

- 청약의 철회에 관한 사항
- 지급한도, 면책사항, 감액지급 사항 등 보험금 지급제한 조건
- 고지의무 위반의 효과
- 계약의 취소 및 무효에 관한 사항
- 해약환급금에 관한 사항
- 분쟁조정절차에 관한 사항
- 만기 시 자동 갱신되는 보험계약의 경우 자동 갱신의조건
- 저축성 보험계약의 공시이율
- 유배당 보험계약의 경우 계약자 배당에 관한 사항
- 그 밖에 약관에 기재된 보험계약의 중요사항

[통신판매계약]

전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

[전자서명법 제2조 제2호]

“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

제19조 [계약의 무효]

다음 중 어느 하나에 해당되는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(보험료의 납입이 면제된 경우 납입 면제된 보험료는 포함하지 않습니다)를 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 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 적용하여 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자에게서면(「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제44조의2에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)에 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 계약을 무효로 하지 않습니다. 이때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 계약을 무효로 합니다.
2. 만 15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
3. 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 미만자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우에는 제2호에 따라 계약을 무효로 합니다.

용어해설

[무효]

당사자가 행한 의사표시가 법률상 아무런 효력이 발생하지 않는 것을 말합니다.

[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. 보험료 납입방법
2. 보험가입금액
3. 계약자
4. 기타 계약의 내용

② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙을 받지 않아도 됩니다. 다만, 변경된 보험수익자가 수익자로서 회사에 권리를 주장하고 이를 보호받기 위해서는 계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.



설명

보험수익자가 변경되었음을 계약자가 회사에 통지하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급할 수 있습니다. 회사가 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급한 경우 변경된 보험수익자에게 별도로 보험금을 지급하지 않습니다.

③ 회사는 계약자가 제1항 제2호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제33조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 제1항 제2호에 따라 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입을 할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

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

⑤ 회사는 제1항 제3호에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 드리고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.



용어해설

[보험가입금액의 감액]

가입할 때 선택한 보험가입금액을 낮추는 것을 감액이라고 하며, 계약자는 보험가입금액 감액을 신청할 수 있습니다. 보험가입금액 감액 후에는 감액한 비율만큼 보장이 감소합니다. 보험가입금액을 감액하면 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

제21조 [계약의 갱신]

① 계약자가 보험료 납입기일(갱신 전 계약의 보험료 납입기일을 준용합니다)까지 갱신되는 계약의 제1회 보험료를 납입할 때, 이 계약은 자동갱신되는 것으로 합니다. 다만, 제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 연체보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 계약은 갱신되지 않습니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우에는 이 계약을 갱신할 수 없습니다

다.

1. 계약자가 계약의 보험기간 종료일부터 역산하여 15일 전까지 이 계약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우
 2. 갱신시점의 피보험자의 나이가 100세 이상인 경우
다만, 최초 가입시점에 선택특약 중 무배당 ABL인터넷장해보장패키지특약(갱신형)만 단독 부가한 경우에는 갱신시점의 피보험자의 나이가 90세 이상인 경우로 합니다.
 3. 보험기간 중 피보험자가 사망하여 제23조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 계약이 소멸된 경우
- ③ 제1항에 따라 갱신할 때에는 갱신 전 계약과 동일한 보험기간으로 갱신합니다. 다만, 최초 가입시점에 선택특약 중 무배당 ABL인터넷장해보장패키지특약(갱신형)만 단독 부가한 경우에는 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 피보험자의 90세 계약해당일로 하며, 이외의 경우에는 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 피보험자의 100세 계약해당일로 합니다.
- ④ 제1항에 따라 계약이 갱신되는 경우에 갱신 후 약관은 갱신 전 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 관계 법령의 개정 및 금융위원회의 명령에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관을 갱신 후 약관으로 적용합니다.
- ⑤ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이에 따라 계산하고, 갱신을 할 때의 보험요율이 적용되며, 갱신할 때의 보험요율은 위험률 등의 변동으로 인하여 갱신 전과 다를 수 있습니다.
- ⑥ 회사는 이 계약의 보험기간 종료일부터 역산하여 30일 전까지 다음의 사항을 계약자에게 서면으로 통지하여 드립니다.
1. 제4항에 따라 변경된 약관을 갱신 후 약관으로 적용하는 경우 그 변경된 내용
 2. 제5항의 갱신계약 보험료
- ⑦ 갱신계약의 보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.
- ⑧ 동 상품에 부가된 특약은 주계약을 갱신하지 않는 경우 갱신되지 않습니다. 다만, 보험금지급으로 주계약이 갱신되지 않는 경우에는 특약을 갱신할 수 있습니다.



용어해설

[납입기일]

계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

[보험요율]

보험가입금액에 대한 보험료 등의 비율을 말하며, 보험료 산출기초율(적용이율, 계약체결 비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 기초로 보험업법 제129조(보험요율 산출의 원칙)을 준수하여 산출 됩니다.

제22조 [보험나이 등]

- ① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제19조(계약의 무효) 제2호의 경우에는 실제 만 나이를 적용합니다.
- ② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가

증가하는 것으로 합니다. 다만, 매년 돌아오는 해당 월에 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 매년 계약해당일로 합니다.

③ 청약서 등에 기재된 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)에 기재된 내용과 다르거나 정정된 경우에는 신분증을 기준으로 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경되므로, 보험료가 환급되거나 추가납입이 발생할 수 있습니다.

용어해설	
[보험나이]	
계약자 또는 피보험자의 출생일부터 계약일까지의 기간을 계산한 나이로, 보험료 산정의 기준이 됩니다.	
[보험나이 계산 예시]	
생년월일 : 1980년 1월 20일	
예1) 2014년 7월 10일에 가입	예2) 2014년 12월 10일에 가입
2014년 7월 10일	2014년 12월 10일
- 1980년 1월 20일	- 1980년 1월 20일
만 34년 5개월 20일	만 34년 10개월 20일
☞ 보험나이 34세	☞ 보험나이 35세

제23조 [계약의 소멸]

① 보험기간 중 피보험자의 사망으로 인하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

② 피보험자가 재해 이외의 원인으로 사망한 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하여 드리고 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제7조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 제8조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 적용하여 연단위 복리로 계산합니다.

용어해설
[보험료 및 해약환급금 산출방법서]
보험회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출 기초율을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류입니다.

제5관 보험료의 납입

제24조 [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.
- ③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 어느 하나에 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 기재되어 있음에도 불구하고 그 한도액을 초과하여 청약을 하고 청약을 승낙하기 전에 보험금지급사유가 발생한 경우에는 그 초과 청약액에 대하여는 보장을 하지 않고, 초과 청약액에 대한 보험료를 돌려드립니다.



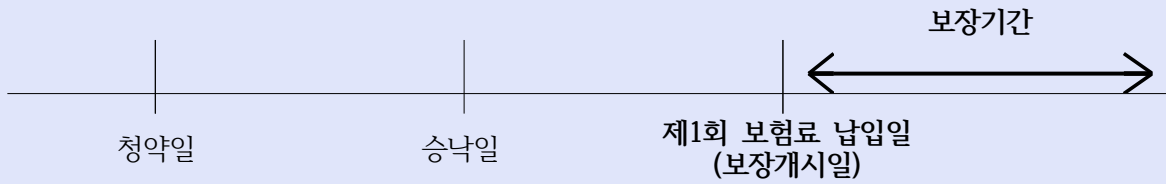
용어해설

[보장개시일]

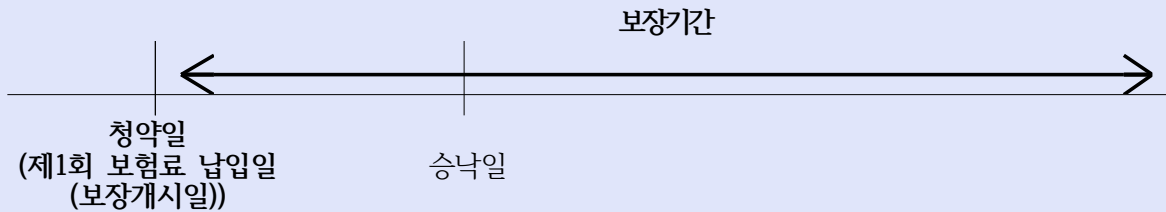
회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다. 부활(효력회복)계약의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

[보장개시일 예시]

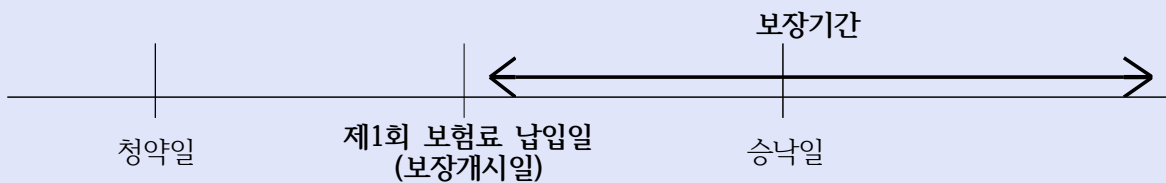
<예시1> 청약 후 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우



<예시2> 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우



<예시3> 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우



제25조 [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.

제26조 [보험료의 자동대출납입]

① 계약자는 제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따른 보험료의 납입최고(독촉)기간까지 회사가 정한 방법에 따라 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있습니다. 이 경우 제34조(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 자동대출납입 시점의 해약환급금(해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 금액을 말합니다)을 초과하는 때에는 더 이상 보험료의 자동대출납입을 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 자동대출납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출납입이 없었던 것으로 하여 제33조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합

⑤ 회사는 자동대출납입이 종료된 날부터 15일 이내에 자동대출납입이 종료되었음을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 안내하여 드립니다.

① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정합니다. 다만, 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 영업일까지로 합니다. 회사는 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다. 이때, 계약을 체결할 때 또는 이후에 계약자가 알려준 주소로 납입최고서(납입안내장)를 발송하고, 납입최고서 도달여부는 제10조(주소변경통지) 제2항에 따릅니다.

- 설명**

[보험료 미납으로 인한 계약의 해지]

The diagram illustrates the timeline for contract termination due to non-payment of premiums. It features a horizontal timeline with three key dates marked by vertical lines: 9/15, 10/31, and 11/1. Above the timeline, the date 9/15 is labeled '납입기일' (Start of premium payment). The date 10/31 is labeled '납입최고(독촉)기간의 마지막 날' (Last day of the final premium payment period). The date 11/1 is labeled '계약해지' (Contract termination). A double-headed arrow spans the period between 9/15 and 10/31, with the text '납입최고(독촉)기간' (Final premium payment period) written above it.

- 용어해설**

[납입최고(독촉)]

약정된 기일까지 보험료가 납입되지 않을 경우 회사가 계약자에게 납입을 재촉하는 일을 말합니다.

제28조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 계약의 부활(효력회복)]

- ① 제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 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 평균 공시이율 +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 제24조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다. 이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.
- ③ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초 계약을 청약할 때(2회 이상 부활(효력회복)이 이루어진 경우 종전의 모든 부활(효력회복) 청약 포함) 제13조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제14조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

용어해설

[부활(효력회복)]

계약의 효력이 상실된 후 다시 원 계약의 내용대로 효력을 유지하기 위해 계약을 되살리는 일을 말합니다.

제29조 [강제집행 등으로 인해 해지된 계약의 특별부활(효력회복)]

- ① 회사는 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납 처분절차에 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.
- 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.

용어해설

[강제집행]

국가의 공권력을 행사하여 사법상의 청구권을 강제적으로 실현시키기 위한 절차

[담보권실행]

채무자가 채무를 갚지 않을 경우, 채권자가 채무이행을 확보할 수 있도록 제공된 담보로부터 채권의 만족을 얻는 절차

[국세 및 지방세 체납처분절차]

국세 및 지방세를 납부할 기한까지 납부하지 않는 경우에 국세징수법 또는 지방세기본법에 따라 행하는 강제 징수 처분 및 그 절차

제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제30조 [계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권]

- ① 계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제33조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제19조(계약의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래에 한하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제33조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제30조의2 [위법계약의 해지]

- ① 계약자는 「금융소비자보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 범위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자는 회사가 「금융소비자 보호에 관한 법률 시행령」 제38조제4항의 각 호에서 정하는 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제33조(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제31조 [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 보험금을 지급받을 목적으로 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, 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이에 대한 보험금은 지급합니다.

② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제33조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

[보험금 청구서류 위조 시 보험금 지급 예시]

입원특약에 가입한 피보험자가 20일간 입원하였음에도 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.

제32조 [회사의 파산선고와 해지]

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

② 제1항의 규정에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지나면 계약의 효력을 잃습니다.

③ 제1항의 규정에 따라 계약이 해지되거나 제2항의 규정에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제33조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 드립니다.

제33조 [해약환급금]

① 이 약관에 따른 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”(별표4 참조)에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공합니다.

④ 제30조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제34조 [보험계약대출]

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

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

③ 회사는 제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감합니다.

④ 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제35조 [배당금의 지급]

이 계약은 무배당보험이므로 계약자배당금이 없습니다.

제7관 분쟁의 조정 등

제36조 [분쟁의 조정]

- ① 계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁 당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원 장에게 조정을 신청할 수 있으며, 분쟁조정 과정에서 계약자는 관계 법령이 정하는 바에 따라 회사가 기록 및 유지·관리하는 자료의 열람(사본의 제공 또는 청취를 포함합니다)을 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 일반금융소비자인 계약자가 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 가액이 「금융소비자보호에 관한 법률」 제42조에서 정하는 일정 금액 이내인 분쟁사건에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 관계 법령이 정하는 경우를 제외하고는 소를 제기하지 않습니다.

제37조 [관할법원]

이 계약에 관한 소송 및 민사조정의 관할법원은 계약자의 주소지를 관할하는 법원으로 합니다. 다만, 회사와 계약자가 합의한 경우에는 관할법원을 달리 정할 수 있습니다.

제38조 [소멸시효]

보험금 청구권, 보험료 반환청구권, 해약환급금 청구권 및 계약자적립액 반환청구권은 청구권이 발생한 날로부터 3년간 행사하지 않으면 소멸됩니다.



용어해설

[소멸시효]

제3조(보험금의 지급사유)에 따른 보험금 등의 지급사유가 발생하였음에도 3년 동안 보험금 등을 청구하지 않는 경우 보험금 등에 대한 권리가 소멸되게 하는 제도입니다.

[소멸시효 예시]

- 2015년 4월 10일 사망보험금 지급사유 발생
- 2018년 4월 10일까지 사망보험금을 청구하지 않음
- 2018년 4월 11일 사망보험금에 대한 청구권 소멸

제39조 [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.

제40조 [설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력]

- ① 회사는 일반금융소비자에게 청약을 권유하거나 일반금융소비자가 설명을 요청하는 경우 보험상품에 관한 중요한 사항을 계약자가 이해할 수 있도록 설명하고 계약자가 이해하였음을 서명(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함), 기명날인 또는 녹취 등을 통해 확인받아야 하며, 설명서를 제공하여야 합니다.
- ② 설명서, 약관, 계약자 보관용 청약서 및 보험증권의 제공 사실에 관하여 계약자와 회사간에 다툼이 있는 경우에는 회사가 이를 증명하여야 합니다.
- ③ 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.

제41조 [회사의 손해배상책임]

- ① 회사는 계약과 관련하여 임·직원, 보험설계사 및 대리점의 책임 있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 발생한 손해에 대하여 관계 법령 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.
- ② 회사는 보험금 지급거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었는에도 소를 제기하여 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 손해를 입힌 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.
- ③ 회사가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 불공정한 합의로 보험수익자에게 손해를 입힌 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.



설명

‘현저하게 불공정한 합의’란 회사가 보험수익자의 경제적 여건, 경험이나 지식의 부족 등을 이용하여 보험금의 지급여부나 보험금의 액수에 대해 통상의 경우에 비추어 보험수익자에게 현저히 불리하고 회사에게 현저히 유리한 조건으로 보험수익자와 합의한 경우를 말합니다.

제42조 [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 동의 없이 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.
- ② 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.



용어해설

[개인정보 보호법]

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

제43조 [준거법]

이 계약은 대한민국 법에 따라 규율되고 해석되며, 약관에서 정하지 않은 사항은 「금융소비자보호에 관한 법률」, 상법, 민법, 보험업법 등 관계 법령을 따릅니다.

제44조 [예금보험에 의한 지급보장]

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



용어해설

[예금보험]

예금자보호법에 의해 설립된 예금보험공사가 평소에 금융기관으로부터 보험료를 받아 기금을 적립한 후에 금융기관이 예금을 지급할 수 없게 되면 금융기관을 대신하여 예금을 지급하게 하는 공적 보험 제도입니다.

[예금자보호법]

금융기관이 파산 등의 사유로 예금 등을 지급할 수 없는 상황에 대처하기 위하여 예금보험제도 등을 효율적으로 운영함으로써 예금자 등을 보호하고 금융제도의 안정성을 유지하는데 이바지하기 위해 제정된 법률을 말합니다.

(별표1)

보험금 지급기준표

■ 재해사망보험금(제3조)

지급사유	보험기간 중 피보험자가 재해로 사망하였을 때
지급금액	보험가입금액

- (주) 1. 보험료 납입기간 중 피보험자가 장애분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50% 이상인 장애상태가 되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 제21조(계약의 갱신)에 따라 갱신이 이루어진 경우, 갱신 전 계약(최초계약을 포함합니다)에서 보험료의 납입을 면제한 장애상태의 원인과 동일한 사유로는 보험료의 납입을 면제하지 않으며, 계약자는 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
2. 이 계약의 보험기간 중 피보험자가 재해 이외의 원인으로 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고 이 계약은 소멸됩니다.

(별표2)

재해분류표

1. 보장대상이 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

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 장기간 체류(X52)
 - 식량부족(X53)
 - 물부족(X54)
 - 상세불명의 결핍(X57)
 - 고의적 자해(X60~X84)
 - “법적 개입” 중 법적 처형(Y35.5)
- ③ “외과적 및 내과적 치료중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고 (다만, 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 질병으로 인한 호흡장애 및 삼킴장애
- ⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

※ () 안은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)상의 분류 번호이며, 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 재해 해당여부는 피보험자에게 재해가 발생한 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 재해가 발생한 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 재해 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병·사인분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

※ 위 '1. 보장대상이 되는 재해'의 제②호에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용하며, '2. 보험금을 지급하지 않는 재해'의 제⑥호에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표4)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제8조 제2항 및 제33조 제2항 관련)

구분	기간	지급이자
재해사망보험금 (제3조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제33조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- (주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 일자계산하며, 회사가 보험금 및 해약환급금 등을 지급할 때에는 제38조(소멸시효)에서 정한 청구권의 소멸시효기간 내에서만 상기 이자를 적용하여 지급합니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 늦어지는 경우 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용 시 제8조(보험금 등의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용 시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.



설명

‘정당한 사유로 인정하는 경우’란, 공정하고 정확한 보험금 지급을 위해 보험금 지급사유의 조사, 확인 등이 필요하여 보험금 지급이 지연된 경우로, 금융위원회 또는 금융감독원이 인정하는 사정이 있을 때를 말합니다.

특약 약관

무배당 ABL인터넷 네개딱!패키지건강보험
(갱신형)



무배당 ABL인터넷암보장패키지특약(갱신형)

제1관 목적 및 용어의 정의

제 1조 [목적]

제 2조 [용어의 정의]

제2관 보험금의 지급

제 3조 [“암”, “기타피부암”, “중증갑상선암”, “중증 이외의 갑상선암” 및 “대장점막내암”의 정의 및 진단확정]

제 4조 [“제자리암”의 정의 및 진단확정]

제 5조 [“경계성종양”의 정의 및 진단확정]

제 6조 [“항암약물치료”의 정의]

제 7조 [“표적항암제” 및 “표적항암약물허가치료”의 정의]

제 8조 [“12대기관 양성신생물(3대기관포괄포함)”의 정의 및 진단확정]

제 9조 [“수술”의 정의]

제10조 [보험금의 지급사유]

제11조 [보험금 지급에 관한 세부규정]

제12조 [보험금을 지급하지 않는 사유]

제13조 [보험금 등의 청구]

제14조 [보험금 등의 지급절차]

제15조 [보험수익자의 지정]

제3관 특약의 성립과 유지

제16조 [특약의 체결 및 효력]

제17조 [피보험자의 범위]

제18조 [특약의 무효]

제19조 [특약내용의 변경 등]

제20조 [특약의 갱신]

제21조 [특약의 보험기간]

제22조 [특약의 소멸]

제4관 보험료의 납입

제23조 [특약보험료의 납입]

제24조 [보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]

제25조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)]

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제26조 [계약자의 임의해지]

제27조 [해약환급금]

제6관 기타사항

제28조 [주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용]

[별표1] 보험금 지급기준표

[별표2] 재해분류표

[별표3] 장해분류표

[별표4] 대상이 되는 악성신생물 분류표

[별표5] 제자리의 신생물 분류표

[별표6] 경계성종양 분류표

[별표7] 12대기관 양성신생물(3대기관포함) 분류표

[별표8] 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

[붙임] “표적항암제” 해당 의약품명 및 성분명 안내

무배당 ABL인터넷암보장패키지특약(갱신형)

제1관 목적 및 용어의 정의

제 1조 [목적]

이 특약은 보험계약자(이하 ‘계약자’라 합니다)와 보험회사(이하 ‘회사’라 합니다) 사이에 제 10조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2조 [용어의 정의]

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 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. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
- 마. 주피보험자 : 보험사고의 주된 대상이 되는 사람을 말합니다.

2. 지급사유 관련 용어

- 가. 재해 : “재해분류표”(별표2 참조) 에서 정한 재해를 말합니다.
- 나. 장애 : “장애분류표”(별표3 참조) 에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.
- 다. 한국표준질병·사인분류 : 국민의 보건의로 복지행정의 수행과 의학연구를 위해 한 국민의 질병 및 사인에 대하여 의무기록자료 및 사망원인 통계조사(질병이환 및 사망자료)등의 표준 통계를 세계보건기구(WHO)의 국제질병분류 ICD를 기초로 그 성질의 유사성에 따라 체계적으로 유형화한 것입니다.

[한국표준질병·사인분류 적용 기준]

- ① 이 약관에 따라 한국표준질병·사인분류를 기준으로 이 약관에서 보장하는 질병 또는 재해 해당여부를 판단하는 경우, 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)를 기준으로 판단합니다. 다만, 이후 피보험자에게 질병이 진단된 당시 또는 재해가 발생한 당시에 한국표준질병·사인분류가 개정된 경우는 개정된 한국표준질병·사인분류를 기준으로 판단합니다.
- ② 피보험자에게 질병이 진단된 당시 또는 재해가 발생한 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 또는 재해 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병·사인분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 또는 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[한국표준질병·사인분류 적용 예시]

<예시1> 피보험자에게 발생한 질병이 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하는 질병에 해당하나, 해당 질병이 진단된 당시에는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준으로는 약관상 보장하는 질병에 해당하지 않을 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

<예시2> 피보험자에게 발생한 질병이 진단된 당시의 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따라 해당 질병이 약관에서 보장하지 않는 질병에 해당하는 경우, 보험금을 지급하지 않습니다. 또한, 이후에 한국표준질병·사인분류가 개정되어 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 해당 질병이 약관상 보장하는 질병에 포함되더라도 보험금을 지급하지 않습니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

가. 연단위 복리 : 회사가 지급할 금액에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 원금+이자를 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.

[연단위 복리 예시]

원금 100원, 연간 10%이자율 적용 시 연단위 복리로 계산한 2년 시점의 총 이자금액

$$\cdot 1\text{년차 이자} = \frac{100\text{원}}{\text{원금}} \times 10\% = 10\text{원}$$

$$\cdot 2\text{년차 이자} = \frac{(100\text{원} + 10\text{원})}{\text{원금} \quad 1\text{년차 이자}} \times 10\% = 11\text{원}$$

$$\rightarrow 2\text{년 시점의 총 이자금액} = 10\text{원} + 11\text{원} = 21\text{원}$$

나. 평균공시이율 : 금융감독원장이 정하는 바에 따라 산정한 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결 시점(갱신계약의 경우 갱신계약 체결시점)의 이율을 말하며 평균공시이율은 회사의 인터넷 홈페이지(www.abllife.co.kr)의 ‘공시실’에서 확인할 수 있습니다.

다. 해약환급금 : 계약이 해지될 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

용어해설

[해지]

현재 유지되고 있는 계약이나 또는 효력이 상실된 계약을 장래에 향하여 소멸시키거나 계약유지 의사를 포기하여 만기일 이전에 계약관계를 청산하는 것을 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 공휴일, 대체 공휴일 및 근로자의 날을 제외합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 ["암", "기타피부암", "중증갑상선암", "중증 이외의 갑상선암" 및 "대장점막내암"의 정의 및 진단확정]

- ① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류의 기본분류에 따라서 “대상이 되는 악성신생물 분류표[중증 이외의 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외]” (별표4 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물), 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물), 제6항에서 정한 대장점막내암 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다. 그러나 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물) 중 제4항에서 정한 중증갑상선암은 “암”에 포함합니다.
- ② 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류표 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류표 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ 이 특약에 있어서 “중증갑상선암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류표 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병 중에서 ‘수질성암(Medullary carcinoma)’ 또는 ‘역형성암(미분화암, Anaplastic carcinoma)’에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑤ 이 특약에 있어서 “중증 이외의 갑상선암”이라 함은 “갑상선암” 중에서 제2항에서 정한 “중증갑상선암”을 제외한 질병을 말합니다.
- ⑥ 이 특약에 있어서 “대장점막내암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 대장(맹장, 충수, 결장, 직장을 말하며, 이하 “대장”이라 합니다)의 악성신생물(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 대장의 상피세포층(Epithelium)에서 발생한 악성종양세포가 기저막(Basement Membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(Lamina Propria) 또는 점막근층(Muscularis Mucosa)을 침범하였으나 점막하층(Submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말합니다.

설명

<대장점막내암 예시>

상피세포층(Epithelium)	
점막고유층(Lamina Propria)	
점막근층(Muscularis Mucosa)	
점막하층(Submucosa)	

기저막
(Basement Membrane)

(악성종양세포 침범깊이)

㉓ 악성종양세포가 점막고유층을 침범한 경우

㉔ 악성종양세포가 점막근층을 침범한 경우

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암(최초 발생한 암) 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

<예시1> C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

<예시2> C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

<예시3> C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑦ 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자가 “암” 및 “기타피부암”의 진단확정을 내려야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑧ 제7항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암” 및 “기타피부암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[“제7항에 따른 진단이 가능하지 않을 때” 예시]

<예시1> 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

<예시2> 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제 4조 [“제자리암”의 정의 및 진단확정]

① 이 특약에 있어서 “제자리암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류의 기본분류에 따라서 “제자리의 신생물 분류표[대장점막내암 제외]”(별표5 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자가 “제자리암”의 진단확정을 내려야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “제자리암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[“제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때” 예시]

<예시1> 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

<예시2> 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

용어해설

[제자리암]

암(종)세포가 상피와 기저막 사이를 벗어나지 못하고 상피 내부, 즉 제자리에 머물러 있는 신생물을 말하며, 상피란 신체의 내부나 외부로 싸고 있는 조직을 말합니다.

제 5조 [“경계성종양”의 정의 및 진단확정]

- ① 이 특약에 있어서 “경계성종양”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류의 기본분류에 따라서 “경계성종양 분류표”(별표6 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자가 “경계성종양”의 진단확정을 내려야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[“제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때” 예시]

<예시1> 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

<예시2> 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

용어해설

[경계성종양]

양성 종양과 악성 종양의 중간단계로, 악성인지 양성인지 구분이 모호한 단계의 신생물을 말합니다.

제 6조 [“항암약물치료”의 정의]

이 특약에 있어서 “항암약물치료”라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 “암”, “중증 이외의 갑상선암”, “기타피부암” 또는 “대장점막내암”으로 인한 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 따라 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 면역요법에 따라 항암약물을 투여하여 치료하는 방법은 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료이므로 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다.

제 7조 [“표적항암제” 및 “표적항암약물허가치료”의 정의]

① 이 특약에 있어서 “표적항암제”라 함은 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 ‘421(항악성종양제)’(예규 개정예에 따라 분류번호가 변경되는 경우 ‘항악성종양제’에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제, 세포독성 항암제 및 생물학적 반응 조절제는 “표적항암제”의 범위에서 제외됩니다.

② 이 특약에 있어서 “표적항암약물허가치료”라 함은 제6조(“항암약물치료”의 정의)에서 정한 “항암약물치료” 중 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 “암”, “중증 이외의 갑상선암”, “기타피부암” 또는 “대장점막내암”의 치료를 목적으로 제1항에서 정의된 “표적항암제”를 안전성과 유효성 인정 범위 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 “안전성과 유효성 인정 범위”라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 외 사용이지만, ‘암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)’으로 사용된 경우

설명

[“안전성과 유효성 인정 범위” 확인 방법]

- 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템 (<https://nedrug.mfds.go.kr>) - 의약품 검색
- 식품의약품안전처 허가 외 「효능효과」, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법'(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)」 확인
: 건강보험심사평가원(<https://www.hira.or.kr>) - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

[표적항암제 해당 의약품명 및 성분명 안내]

“표적항암제”에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2019년 8월 기준 “표적항암제”에 해당하는 의약품명 및 성분명을 (붙임)에 기재하고 있습니다. 자세한 사항은 보험약관 (붙임)의 내용을 확인하시기 바랍니다.

[암질환심의위원회(중증질환심의위원회)]

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 표적항암제의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정의한 “표적항암제” 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

용어해설

[호르몬 관련 치료제]

항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

[세포독성 항암제]

주로 DNA에 직접 작용하여 암세포에 대한 독성을 나타내는 약제로 DNA와 RNA의 합성과정 및 유사분열을 방해하거나, DNA 분자 자체에 해로운 영향을 미쳐서 암세포를 죽이는 약제를 말합니다.

[생물학적 반응 조절제]

암세포에 대한 면역 반응능력을 변화(증강)시킴으로써 암을 치료하고자 하는 방법을 말하며, 이때 면역요법제로 사용되는 약물들을 생물학적 반응 조절제라고 합니다.

제8조 [“12대기관 양성신생물(3대기관폴립포함)”의 정의 및 진단확정]

① 이 특약에 있어서 “12대기관 양성신생물(3대기관폴립포함)”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 “12대기관 양성신생물(3대기관폴립포함) 분류표”(별표7 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② “12대기관 양성신생물(3대기관 폴립포함)”의 진단확정은 조직병리학적 검진, 내시경 검사 등에 근거하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 “의료기관”이라 합니다)에 종사하는 의료법 제5조(의사·치과 의사 및 한의사 면허)에 따른 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 “12대기관 양성신생물(3대기관폴립포함)”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

용어해설

[의료법 제3조(의료기관)]

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

② 의료기관은 다음 각호와 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 임신부 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(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)

마. 정신병원

바. 종합병원

[의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)]

① 의사·치과의사 또는 한의사가 되려는 자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자격을 가진 자로서 제9조에 따른 의사·치과의사 또는 한의사 국가시험에 합격한 후 보건복지부장관의 면허를 받아야 한다.

1. 「고등교육법」 제11조의2에 따른 인정기관(이하 "평가인증기구"라 한다)의 인증(이하 "평가인증기구의 인증"이라 한다)을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학을 졸업하고 의학사·치의학사 또는 한의학사 학위를 받은 자
2. 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 전문대학원을 졸업하고 석사학위 또는 박사학위를 받은 자
3. 외국의 제1호나 제2호에 해당하는 학교(보건복지부장관이 정하여 고시하는 인정기준에 해당하는 학교를 말한다)를 졸업하고 외국의 의사·치과의사 또는 한의사 면허를 받은 자로서 제9조에 따른 예비시험에 합격한 자

② 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원을 6개월 이내에 졸업하고 해당 학위를 받을 것으로 예정된 자는 제1항제1호 및 제2호의 자격을 가진 자로 본다. 다만, 그 졸업예정시기에 졸업하고 해당 학위를 받아야 면허를 받을 수 있다.

③ 제1항에도 불구하고 입학 당시 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원에 입학한 사람으로서 그 대학 또는 전문대학원을 졸업하고 해당 학위를 받은 사람은 같은 항 제1호 및 제2호의 자격을 가진 사람으로 본다.

제9조 [“수술”의 정의]

이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 “의사”가 피보험자의 “12대기관 양성신생물(3대기관 폴립포함)”으로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 “의료기관”에서 “의사”의 관리 하에 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말합니다. 다만, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 제외합니다.



용어해설

[신의료기술평가위원회]

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에

관한 최고의 심의기구를 말합니다.

[절단] : 특정부위를 잘라 내는 것

[절제] : 특정부위를 잘라 없애는 것

[흡인] : 주사기 등으로 빨아들이는 것(예:유방낭종흡인술)

[천자] : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것(예:복수천자)

제10조 [보험금의 지급사유]

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 “보험금 지급기준표”(별표1 참조)에서 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 “암”으로 진단이 확정되었을 때 : 암진단급여금(다만, 최초 1회에 한하여 지급하며, 가입 후 1년 미만에 진단이 확정된 경우 약정한 보험금의 50%지급)
2. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 “중증 이외의 갑상선암”으로 진단이 확정되었을 때 : 중증 이외의 갑상선암 진단급여금(다만, 최초 1회에 한하여 지급하며, 가입 후 1년 미만에 진단이 확정된 경우 약정한 보험금의 50%지급)
3. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 “기타피부암”으로 진단이 확정되었을 때 : 기타피부암 진단급여금(다만, 최초 1회에 한하여 지급하며, 가입 후 1년 미만에 진단이 확정된 경우 약정한 보험금의 50%지급)
4. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 “제자리암”으로 진단이 확정되었을 때 : 제자리암 진단급여금(다만, 최초 1회에 한하여 지급하며, 가입 후 1년 미만에 진단이 확정된 경우 약정한 보험금의 50%지급)
5. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 “경계성종양”으로 진단이 확정되었을 때 : 경계성종양 진단급여금(다만, 최초 1회에 한하여 지급하며, 가입 후 1년 미만에 진단이 확정된 경우 약정한 보험금의 50%지급)
6. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 “대장점막내암”으로 진단이 확정되었을 때 : 대장점막내암 진단급여금(다만, 최초 1회에 한하여 지급하며, 가입 후 1년 미만에 진단이 확정된 경우 약정한 보험금의 50%지급)
7. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 보장개시일(“암”의 경우 암보장개시일) 이후에 “암”, “중증 이외의 갑상선암”, “기타피부암” 또는 “대장점막내암”으로 진단 확정되고 그 “암”, “중증 이외의 갑상선암”, “기타피부암” 또는 “대장점막내암”의 직접적인 치료를 목적으로 보험기간 중 “표적항암약물허가치료”를 받았을 때 : 표적항암약물허가치료비(다만, 최초 1회에 한하여 지급하며, 가입 후 1년 미만에 표적항암약물허가치료비의 지급사유가 발생하였을 경우 약정한 보험금의 50% 지급)
8. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 12대기관 양성신생물(3대기관폴립포함)로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중 수술을 받았을 때 : 12대기관 양성신생물(3대기관폴립포함) 수술급여금(다만, 연간 1회에 한하여 지급하며, 가입 후 1년 미만에 12대기관 양성신생물(3대기관폴립포함) 수술급여금의 지급사유가 발생하였을 경우 약정한 보험금의 50%지급)

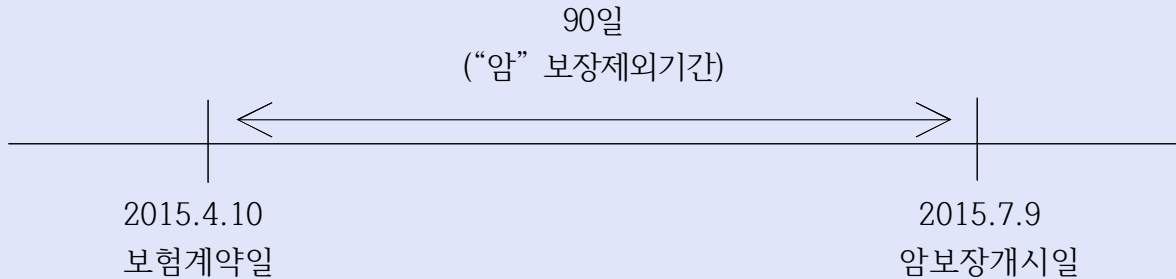
용어해설

[암보장개시일]

“암” 보장에 대한 보장개시일을 말하며, 계약일(부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

[암보장개시일 예시]

→ 보험계약일 2015년 4월 10일

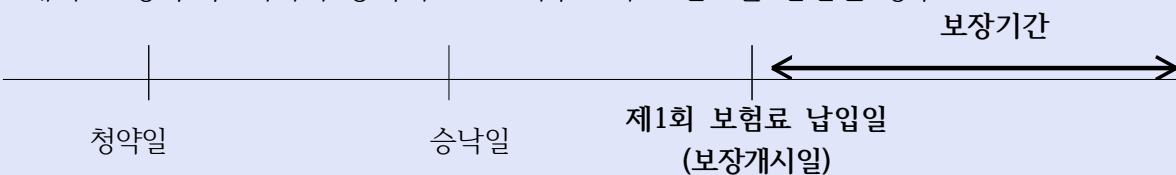


[보장개시일]

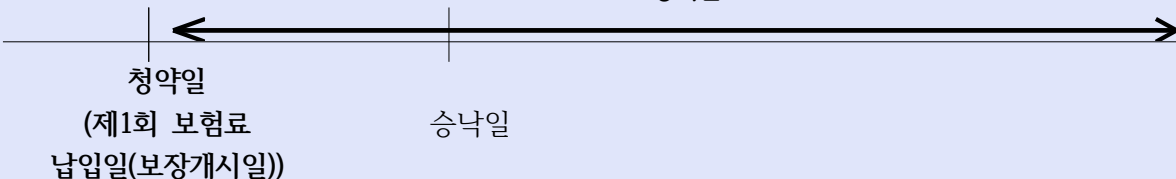
회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다. 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

[보장개시일 예시]

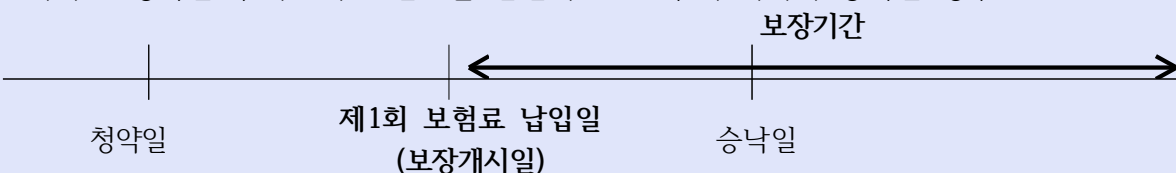
<예시1> 청약 후 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우



<예시2> 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우



<예시3> 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우



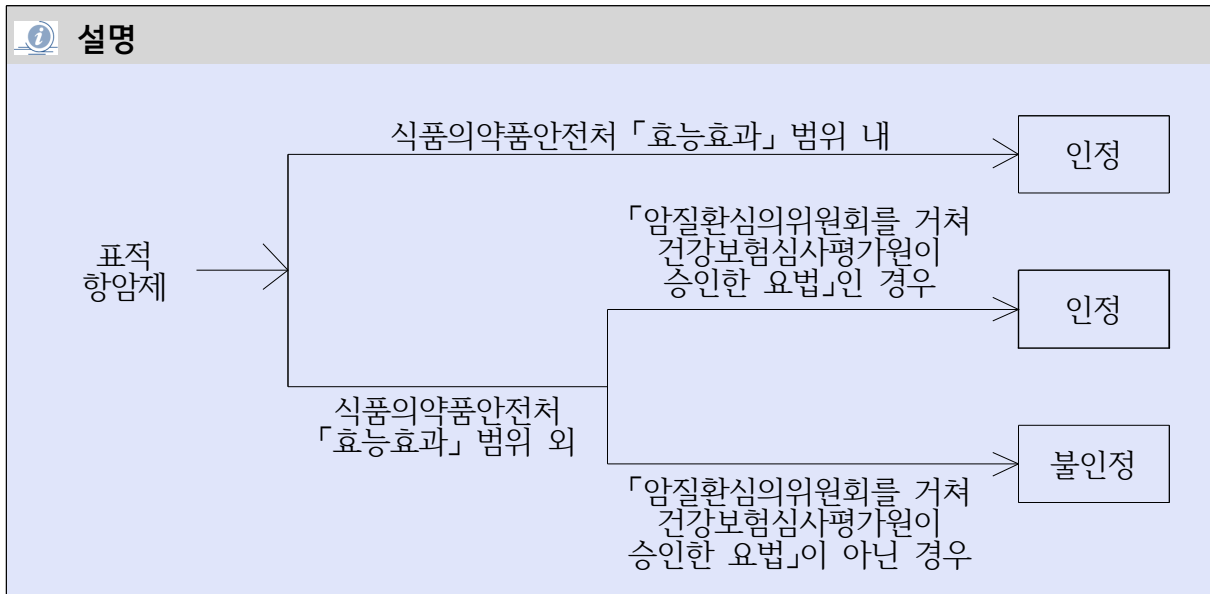
제11조 [보험금 지급에 관한 세부규정]

① 다음의 경우 중 어느 하나에 해당될 때에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 보험료 납입이 면제된 이후 제20조(특약의 갱신)에 따라 특약을 갱신할 경우 갱신계약의 보험료를 납입해야 합니다.

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우
2. 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 장애분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 경우
- ② 제1항에도 불구하고 제20조(특약의 갱신)에 따라 갱신이 이루어진 경우, 갱신 전 계약(최초계약을 포함합니다)에서 보험료의 납입을 면제한 장애상태의 원인과 동일한 사유로는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 이 특약의 보험료 납입기간 중 암보장개시일 이후에 “암”(중증 이외의 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)으로 진단이 확정되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입에 한하여 면제합니다. 다만, 보험료 납입이 면제된 이후 제20조(특약의 갱신) 제3항에 따라 특약을 갱신할 경우 갱신계약의 보험료를 납입해야 합니다.
- ④ 최초계약의 경우 계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 지급사유가 발생하였을 경우에는 제10조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금의 50%를 지급합니다.
- ⑤ 제4항에도 불구하고 갱신계약의 경우에는 감액없이 해당 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하고, 그 후에 “암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제10조(보험금의 지급사유) 제1호의 암진단급여금을 지급합니다. 다만, 암보장개시일 전일 이전에 “암”으로 진단이 확정된 경우에는 진단급여금을 지급하지 않습니다.
- ⑦ 제6항에도 불구하고 제22조(특약의 소멸) 제1항 제3호에 따라 계약자에게 사망 당시 계약자적립액이 지급된 경우에는 제10조(보험금의 지급사유) 제1호의 암진단급여금에서 이미 지급된 금액을 차감하고 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정하는 바에 따라 계산한 사망 당시 “암” 발생 후의 계약자적립액을 추가로 지급합니다.
- ⑧ 피보험자가 보험기간 중 사망하고 그 후에 “중증 이외의 갑상선암”, “기타피부암”, “제자리암”, “경계성종양” 및 “대장점막내암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제10조(보험금의 지급사유) 제2호 내지 제6호의 진단급여금을 지급합니다.
- ⑨ 피보험자에게 제10조(보험금의 지급사유) 제2호 내지 제6호에서 정한 진단급여금의 지급사유가 발생하더라도, 최초계약의 보장개시일 이후에 이미 진단급여금이 지급된 질병과 동일한 경우(이미 진단보험금이 지급된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 말합니다) 회사는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑩ 제9항에도 불구하고 갱신계약의 보장개시일 이전에 진단확정되어 제10조(보험금의 지급사유) 제2호 내지 제6호의 진단급여금이 지급되더라도 보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 계약의 보장개시일로부터 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 계약의 보장개시일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑪ 제10조(보험금의 지급사유) 제7호의 표적항암약물허가치료비는 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급합니다.
- ⑫ 제10조(보험금의 지급사유) 제8호에서 “연간”이라 함은 이 특약의 계약일로부터 매1년 단

위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

⑬ 제10조(보험금의 지급사유) 제7호의 표적항암약물허가치료비는 “표적항암제”를 식품의약품안전처에서 허가된 ‘효능효과’ 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 ‘효능효과’ 범위 외 사용이지만 ‘암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)’으로 사용된 경우에는 보장합니다.



⑭ 제10조(보험금의 지급사유) 제7호의 보험금 지급사유 중 “표적항암약물허가치료를 받았을 때”는 “표적항암제”를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초 처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제7조(“표적항암제” 및 “표적항암약물허가치료”의 정의) 제3항에서 정한 “안전성과 유효성 인정 범위”가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 “안전성과 유효성 인정 범위” 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.



[“안전성과 유효성 인정범위” 변경(추가) 예시: 의약품의 ‘효능효과’ 추가 허가]			
· 의약품 품목허가 -분류번호: 421(항악성종양제) -효능효과: <u>유방암</u> 의 치료	보장 제외 ↓	· 의약품 추가 허가 -분류번호: 421(항악성종양제) -효능효과: <u>유방암, 위암</u> 의 치료	보장 ↓
2019.01.01	2019.07.01. (처방일)	2020.01.01	2020.04.01. (처방일)
	위암진단 및 <u>위암</u> 의 치료목적 “표적항암제” 처방, 투약		<u>위암</u> 의 치료목적 2차 “표적항암제” 처방, 투약
	↓		↓
	“표적항암약물허가치료” 해당 X		“표적항암약물허가치료” 해당 O
[“안전성과 유효성 인정범위” 변경(삭제) 예시: 의약품의 ‘효능효과’ 허가 취소]			
· 의약품 품목허가 -분류번호: 421(항악성종양제) -효능효과: <u>유방암, 위암</u> 의 치료	· 효능효과 허가 취소 -효능효과: <u>유방암</u> 의 치료 (위암의 치료 허가 취소)	보장 제외 ↓	
2019.01.01	2020.01.01	2020.04.01. (처방일)	
		위암진단 및 <u>위암</u> 의 치료목적 1차 “표적항암제” 처방, 투약	
		↓	
		“표적항암약물허가치료” 해당 X	

⑮ 제1항 제2호에서 장애지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑯ 제15항에 따라 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간에 장애상태가 더 악화될 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다. 보장받을 수 있는 기간의 산정시 특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일 또는 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일 또는 진단확정일부터 1년 이내로 합니다.

⑰ 제1항 제2호에서 ‘동일한 재해’란 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑱ 제1항 제2호의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장애로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장애가 다른 장애와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장애지급률만을 적용하며, 하나의 장애로 둘 이상의 파생장애가 발생하는 경우 각 파생장애의 지급률을 합산한 지

급률과 최초 장애의 지급률을 비교하여 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다.

⑲ 제1항 제2호의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 "한시장애"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애 지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 정합니다.

⑳ 제1항 제2호의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 더하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

㉑ 제20항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

㉒ 장애분류표에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애정도에 따라 장애분류표의 구분에 준하여 장애지급률을 결정합니다.

㉓ 보험수익자와 회사가 제10조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 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.

㉔ 계약자와 회사가 제1항 내지 제3항의 보험료 납입면제사유에 대해 합의하지 못할 때에는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

 **용어해설**

[보험료 및 해약환급금 산출방법서]
보험회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출 기초율을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류입니다.

[계약자적립액]
장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제12조 [보험금을 지급하지 않는 사유]

회사는 보험금 지급사유 및 보험료 납입면제사유가 발생하더라도 다음 중 어느 하나에 해당되는 경우에는 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 경우에는 제10조(보험금의 지급사유) 및 제11조(보험금 지급에 관한 세부규정)을 준용하여 해당 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.



설명

보험수익자가 다수인 계약에서 그 중 1인이 피보험자를 고의로 해친 경우에는 그 1인에 대해서는 보험금이 지급되지 않으며, 다른 보험수익자에게는 그 1인에 지급할 보험금을 제외한 보험금을 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우



용어해설

[고의]

범죄 또는 불법행위의 성립요소인 사실에 대한 인식을 말하는 것으로 자기행위에 의하여 일정한 결과가 생길 것을 인식하면서 그 행위를 하는 경우의 심리상태를 말합니다.

[심신상실(心神喪失)]

심신의 장애로 인하여 사물을 변별할 능력이 없거나 의사를 결정할 능력이 없는 상태를 말합니다.

제13조 [보험금 등의 청구]

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액을 청구하거나 보험료 납입면제를 신청하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서(병명기입), 수술확인서, 장애인단서, 사망진단서 등)
3. 표적항암약물허가치료 증명서
 - 가. 표적항암약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물허가치료 확인서(회사양식) (이하의 내용이 포함되어야 합니다)
 - ㄱ. 진단명
 - ㄴ. 투약한 약제의 제품명
 - ㄷ. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
 - ㄹ. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, ‘암질환심의위원회’를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법 사용 여부
 - 나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사 처방전 및 약제비 계산서
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
5. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령, 계약자적립액 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서 및 제3호의 증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제14조 [보험금 등의 지급절차]

① 회사는 제13조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대

전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유, 계약자적립액 지급사유 및 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”(별표8 참조)과 같이 계산합니다.

③ 회사가 제1항의 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 통지합니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제13조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청(다만, 대상기관은 금융분쟁조정위원회 또는 소비자 분쟁조정위원회)
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 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사와 확인이 늦어지는 경우
6. 제11조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제23항 및 제24항에 따라 보험금 지급사유 및 보험료 납입면제사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

④ 제3항에 따라 추가적인 조사·확인이 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유 및 보험료 납입면제사유 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실 확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급이 늦어짐에 따라 발생한 이자를 지급하지 않습니다.



설명

‘정당한 사유’란 사회통념상 그 의무나 책임 등을 이행할 수 없을만한 사정이 있거나, 그 의무나 책임 등의 이행을 기대하는 것이 무리라고 할 만한 사정이 있을 때를 말합니다.

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



용어해설

[보험금 가지급제도]

보험금이 지급기한 내에 지급되지 못할 것으로 판단되는 경우 회사가 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도를 말합니다. 이는 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해 주기 위해 회사가 먼저 지급해 주는 임시 급부금입니다.

제15조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 피보험자를 보험수익자로 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제16조 [특약의 체결 및 효력]

- ① 이 특약을 주계약을 체결할 때 계약자가 청약하고 회사가 승낙함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 이 특약을 주계약을 체결할 때 부가할 경우에는 “최초계약”이라 하며, 이후 특약의 보험기간이 끝난 후 제20조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 “갱신계약”이라 합니다.
- ③ 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 이 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 종료일의 다음날(이하 “갱신일”이라 합니다)을 보장개시일로 합니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 제3조(“암”, “기타피부암”, “중증갑상선암”, “중증 이외의 갑상선암” 및 “대장점막내암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암” 보장에 대한 보장개시일은 암보장개시일로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

제17조 [피보험자의 범위]

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자(주계약이 2명 이상을 보장하는 보험인 경우에는 주계약의 주피보험자)로 합니다.

제18조 [특약의 무효]

다음 중 어느 하나에 해당되는 경우에는 이 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(보험료의 납입이 면제된 경우 납입 면제된 보험료는 포함하지 않습니다.)를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 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 적용하여 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.
2. 피보험자가 최초계약의 계약일 또는 부활(효력회복)계약의 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일 이내에 제3조(“암”, “기타피부암”, “중증갑상선암”, “중증 이외의 갑상선암” 및 “대장점막내암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”으로 진단 확정되는 경우

용어해설

[무효]

당사자가 행한 의사표시가 법률상 아무런 효력이 발생하지 않는 것을 말합니다.

[과실]

어떤 결과(사실)의 발생을 예견할 수 있었음에도 불구하고, 부주의로 그것을 인식하지 못한 심리상태를 말합니다.

제19조 [특약내용의 변경 등]

- ① 회사는 계약자가 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일한 내용으로 이 특약의 내용을 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제27조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 특약의 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초가입을 할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.
- ③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

용어해설

[보험가입금액의 감액]

가입할 때 선택한 보험가입금액을 낮추는 것을 감액이라고 하며, 계약자는 보험가입금액 감액을 신청할 수 있습니다. 보험가입금액 감액 후에는 감액한 비율만큼 보장이 감소합니다. 보험가입금액을 감액하면 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

제20조 [특약의 갱신]

- ① 계약자가 이 특약의 보험기간 종료일부터 역산하여 15일 전까지 이 특약을 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 이러한 경우에도 제24조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 연체보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신행보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간, 이하 같습니다)로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일이 피보험자의 100세 계약해당일 전일 이후인 경우에는 100세 계약해당일 전일로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 갱신 전 계약(최초계약을 포함합니다)에서 제10조(보험금의 지급사유) 제1호의 암진단급여금 지급사유가 발생한 사실이 확인된 경우에는 회사가 정한 방법에 따라 새로운 계약으로 갱신됩니다(이하 “새로운 계약”이라 합니다). 다만, 제24조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱

신 전 계약의 보험료 및 새로운 계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 새로운 계약으로 갱신되지 않으며(갱신 전 계약의 보험료 납입기간 중 보험료의 납입이 면제된 경우를 포함합니다), 또한 새로운 계약으로 갱신된 이후에도 보험료를 계속하여 납입하여야 합니다.

④ 제3항에 따라 갱신할 때 새로운 계약은 갱신 전 계약과 동일한 보장금액으로 갱신됩니다. 다만, 제10조(보험금의 지급사유) 제1호의 암진단급여금을 제외하고 갱신됩니다.

⑤ 제1항 내지 제4항에도 불구하고 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 종료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
2. 이 특약의 보험기간 중 제10조(보험금의 지급사유) 제1호 및 제7호의 지급사유가 모두 발생한 경우

⑥ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이에 따라 계산하고, 갱신을 할 때의 보험요율을 적용하며, 갱신할 때의 보험요율은 위험률 등의 변동으로 인하여 갱신 전과 다를 수 있습니다. 특약이 갱신되는 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 종료일부터 역산하여 30일 전까지 계약자에게 서면으로 안내하여 드립니다.

⑦ 갱신계약의 특약 보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

용어해설

[보험요율]

보험가입금액에 대한 보험료 등의 비율을 말하며, 보험료 산출기초율(적용이율, 계약체결 비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 기초로 보험업법 제129조(보험요율 산출의 원칙)을 준수하여 산출 됩니다.

제21조 [특약의 보험기간]

① 이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

② 제1항에도 불구하고, 갱신일부터 제20조(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 10년(최초계약의 보험기간이 20년인 경우에는 20년) 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제22조 [특약의 소멸]

① 이 특약의 피보험자에게 다음 각 호 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지되거나 기타사유로 효력을 가지지 않게 된 경우
2. 최종 갱신계약의 잔여 보험기간이 1년 미만일 때 제10조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 더는 발생할 수 없는 경우
3. 피보험자가 사망하였을 경우

이때 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 제1호에도 불구하고, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를

납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 이 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약은 소멸되지 않습니다.

③ 제1항 제1호에도 불구하고 주계약이 사망보험금 이외의 보험금 지급으로 효력을 가지지 않게 된 경우에도 이 특약은 소멸되지 않습니다.

④ 제1항 제3호 ‘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.

⑤ 제1항 제3호의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제13조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 제14조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 주계약 보험계약대출이율을 적용하여 연단위 복리로 계산합니다.

 **용어해설**

[실종선고]

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정을 말합니다.

제4관 보험료의 납입

제23조 [특약보험료의 납입]

① 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

② 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 완료되었거나 주계약의 보험료 납입이 면제되었다 하더라도, 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제24조 [보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]

① 최초계약의 제2회 이후의 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후의 보험료 납입기일은 갱신 전 계약의 보험료 납입기일을 준용합니다.

② 계약자가 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 다만, 이 경우에도 주계약에 따른 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제2항에도 불구하고, 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하

- 가. 서명자의 신원
- 나. 서명자가 해당 전자문서에 서명하였다는 사실

제25조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)]

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약한 경우 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 제24조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제4항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 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) 규정을 준용하여 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 하며, 암보장개시일은 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.



용어해설

[부활(효력회복)]

특약의 효력이 상실된 후 다시 원 특약의 내용대로 효력을 유지하기 위해 특약을 되살리는 일을 말합니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제26조 [계약자의 임의해지]

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제27조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 그 뜻을 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제27조 [해약환급금]

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”(별표8 참조)에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공합니다.

제6관 기타사항

제28조 [주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용]

- ① 이 특약에서 정하지 않은 사항은 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

(별표1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약보험가입금액 1,000만원]

■ 암 진단급여금 (제10조 제1호)

지급사유	이 특약의 보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 “암”으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회 진단확정에 한하여 지급)
지급금액	1,000만원 (다만, 계약일로부터 1년 미만에 보험금 지급사유 발생시 상기 금액의 50% 지급)

■ 중증 이외의 갑상선암 진단급여금 (제10조 제2호)

지급사유	이 특약의 보험기간 중 피보험자가 “중증 이외의 갑상선암”으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회 진단확정에 한하여 지급)
지급금액	200만원 (다만, 계약일로부터 1년 미만에 보험금 지급사유 발생시 상기 금액의 50% 지급)

■ 기타피부암 진단급여금 (제10조 제3호)

지급사유	이 특약의 보험기간 중 피보험자가 “기타피부암”으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회 진단확정에 한하여 지급)
지급금액	200만원 (다만, 계약일로부터 1년 미만에 보험금 지급사유 발생시 상기 금액의 50% 지급)

■ 대장점막내암 진단급여금 (제10조 제4호)

지급사유	이 특약의 보험기간 중 피보험자가 “대장점막내암”으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회 진단확정에 한하여 지급)
지급금액	200만원 (다만, 계약일로부터 1년 미만에 보험금 지급사유 발생시 상기 금액의 50% 지급)

■ 제자리암 진단급여금 (제10조 제5호)

지급사유	이 특약의 보험기간 중 피보험자가 “제자리암”으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회 진단확정에 한하여 지급)
지급금액	200만원 (다만, 계약일로부터 1년 미만에 보험금 지급사유 발생시 상기 금액의 50% 지급)

■ 경계성종양 진단급여금 (제10조 제6호)

지급사유	이 특약의 보험기간 중 피보험자가 “경계성종양”으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회 진단확정에 한하여 지급)
지급금액	200만원 (다만, 계약일로부터 1년 미만에 보험금 지급사유 발생시 상기 금액의 50% 지급)

■ 표적항암약물허가치료비(제10조 제7호)

지급사유	이 특약의 보험기간 중 피보험자가 보장개시일(“암”의 경우 암보장개시일) 이후에 “암”, “중증 이외의 갑상선암”, “기타피부암” 또는 “대장점막내암”으로 진단 확정되고, 그 “암”, “중증 이외의 갑상선암”, “기타피부암” 또는 “대장점막내암”의 직접적인 치료를 목적으로 보험기간 중 “표적항암약물허가치료”를 받았을 때 (다만, 최초 1회에 한함)
지급금액	1,000만원 (다만, 계약일로부터 1년 미만에 보험금 지급사유 발생시 상기 금액의 50% 지급)

■ 12대기관 양성신생물(3대기관폴립포함) 수술급여금(제10조 제8호)

지급사유	이 특약의 보험기간 중 피보험자가 “12대기관 양성신생물(3대기관폴립포함)”로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중 수술을 받았을 때 (다만, 연간 1회에 한함)
지급금액	10만원 (다만, 계약일로부터 1년 미만에 보험금 지급사유 발생시 상기 금액의 50% 지급)

- (주) 1. 제3조(“암”, “기타피부암”, “중증갑상선암”, “중증 이외의 갑상선암” 및 “대장점막내암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암” 보장에 대한 계약상의 보장개시일은 최초계약의 경우 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우에는 부활(효력회복)일로부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.
2. 다음의 경우 중 어느 하나에 해당될 때에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- 1) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우
 - 2) 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 장애분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 경우
3. 제2항 ‘2)’에도 불구하고 제20조(특약의 갱신)에 따라 갱신이 이루어진 경우, 갱신 전 계약(최초계약을 포함합니다)에서 보험료의 납입을 면제한 장애상태의 원인과 동일한 사유로는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
4. 피보험자가 이 특약의 보험료 납입기간 중 “암”(중증 이외의 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)으로 진단이 확정되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입에 한하여 면제합니다. 다만, 보험료 납입이 면제된 이후 제20조(특약의 갱신) 제3항에 따라 특약을 갱신할 경우 갱신계약의 보험료를 납입해야 합니다.
5. 상기 보험금 지급기준표의 내용 중 계약일로부터 1년 미만의 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.
6. “중증 이외의 갑상선암”, “기타피부암”, “대장점막내암”, “제자리암”, “경계성종양”에 대한 각

각의 진단급여금은 갱신된 보험기간별로 최초 1회에 한하여 지급합니다.

7. 상기 보험금 지급기준표의 “연간”이란 계약일부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.
8. 제3조(“암”, “기타피부암”, “중증갑상선암”, “중증 이외의 갑상선암” 및 “대장점막내암”의 정의 및 진단확정)제6항에서 정한 “대장점막내암”으로 보험금 지급사유 발생시 “대장점막내암”에 해당하는 진단급여금을 지급하고 “제자리암”에 해당하는 진단급여금은 지급되지 않습니다.
9. 제10조(보험금의 지급사유) 제7호의 표적항암약물허가치료비는 “표적항암제”를 식품의약품안전처에서 허가된 ‘효능효과’ 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 ‘효능효과’ 범위 외 사용이지만 ‘암질환심의위원회’를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)’으로 사용된 경우에는 보장합니다.
10. 제10조(보험금의 지급사유) 제7호의 보험금 지급사유 중 “표적항암약물허가치료를 받았을 때”는 “표적항암제”를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초 처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제7조(“표적항암제” 및 “표적항암약물허가치료”의 정의) 제3항에서 정한 “안전성과 유효성 인정 범위”가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 “안전성과 유효성 인정 범위” 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.
11. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고 이 특약은 소멸됩니다.

(별표2)

재해분류표

1. 보장대상이 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

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 장기간 체류(X52)
 - 식량부족(X53)
 - 물부족(X54)
 - 상세불명의 결핍(X57)
 - 고의적 자해(X60~X84)
 - “법적 개입” 중 법적 처형(Y35.5)
- ③ “외과적 및 내과적 치료중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고 (다만, 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 질병으로 인한 호흡장애 및 삼킴장애
- ⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

※ () 안은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)상의 분류 번호이며, 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 재해 해당여부는 피보험자에게 재해가 발생한 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 재해가 발생한 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 재해 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병·사인분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

※ 위 '1. 보장대상이 되는 재해'의 제②호에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용하며, '2. 보험금을 지급하지 않는 재해'의 제⑥호에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표4)

대상이 되는 악성신생물 분류표

(중증 이외의 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)

약관에 규정하는 암으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 암 해당 여부를 판단합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00-C14
2. 소화기관의 악성신생물	C15-C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물	C30-C39
4. 골 및 관절연골의 악성신생물	C40-C41
5. 피부의 악성흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성신생물	C45-C49
7. 유방의 악성신생물	C50
8. 여성 생식기관의 악성신생물	C51-C58
9. 남성 생식기관의 악성신생물	C60-C63
10. 요로의 악성신생물	C64-C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타부분의 악성신생물	C69-C72
12. 부신의 악성신생물	C74
13. 기타 내분비선 및 관련구조물의 악성신생물	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물	C76-C80
15. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81-C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물	C97
17. 진성 적혈구 증가증	D45
18. 골수형이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병(과호산구증후군)	D47.5

- (주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병·사인분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 갑상선의 악성신생물(분류번호 C73)과 기타 피부의 악성신생물(분류번호 C44)은 상기 분류표에서 제외됩니다. 다만, 갑상선의 악성신생물(분류번호 C73) 중 제3조("암", "기타피부암", "중증갑상선암", "중증 이외의 갑상선암" 및 "대장점막내암"의 정의 및 진단확정) 제4항에서 정한 중증갑상선암은 "암"에 포함합니다.
4. 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류하여 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암(최초 발생한 암) 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

5. 소화기관의 악성신생물(C15~C26) 중 제3조("암", "기타피부암", "중증갑상선암", "중증 이외의 갑상선암" 및 "대장점막내암"의 정의 및 진단확정) 제6항에서 정한 대장점막내암은 상기 분류표에서 제외됩니다.

(별표5)

제자리의 신생물 분류표

(대장점막내암 제외)

약관에 규정하는 “제자리암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 “제자리암” 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	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 상세불명 부위의 제자리암종	D09

- (주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병·사인분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종(D01) 중 제3조("암", "기타피부암", "중증갑상선암", "중증 이외의 갑상선암" 및 "대장점막내암"의 정의 및 진단확정) 제6항에서 정한 대장점막내암은 상기 분류표에서 제외됩니다.

(별표6)

경계성종양 분류표

약관에 규정하는 “경계성종양”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 “경계성종양” 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	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 신경계의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물	D47(D47.1, D47.3,D47.4,D47.5제외)
10. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

- (주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병·사인분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 만성 골수증식질환(D47.1), 본태성(출혈성) 혈소판혈증(D47.3), 골수섬유증(D47.4), 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군](D47.5)은 ‘9.림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물’에 포함되지 않는 것으로 보아 보장하지 않습니다.

(별표7)

12대기관 양성신생물(3대기관폴립포함) 분류표

약관에 규정하는 12대기관 양성신생물(3대기관폴립포함)으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 12대기관 양성신생물(3대기관폴립포함) 분류표 해당 여부를 판단합니다.

분류항목		분류번호
위, 십이지장	위의 양성 신생물	D13.1
	십이지장의 양성 신생물	D13.2
	위 및 십이지장의 폴립	K31.7
대장	맹장의 양성 신생물	D12.0
	충수의 양성 신생물	D12.1
	상행결장의 양성 신생물	D12.2
	횡행결장의 양성 신생물	D12.3
	하행결장의 양성 신생물	D12.4
	구불결장의 양성 신생물	D12.5
	상세불명의 결장의 양성 신생물	D12.6
	직장구불결장접합부의 양성 신생물	D12.7
	직장의 양성 신생물	D12.8
	직장폴립	K62.1
	결장의 폴립	K63.5
간, 담관 및 췌장	간의 양성 신생물	D13.4
	간외담관의 양성 신생물	D13.5
	췌장의 양성 신생물	D13.6
갑상선	갑상선의 양성 신생물	D34
남성생식기관	남성생식기관의 양성 신생물	D29
여성생식기관	자궁의 평활근종	D25
	자궁의 기타 양성 신생물	D26
	난소의 양성 신생물	D27
	기타 및 상세불명 여성생식기관의 양성 신생물	D28
소장	기타 및 상세불명 부분 소장의 양성 신생물	D13.3
종격동	종격의 양성 신생물	D15.2
골	기타 명시된 흉곽내기관의 양성 신생물	D15.7
	상세불명의 흉곽내기관의 양성 신생물	D15.9
	골 및 관절연골의 양성 신생물	D16
호르몬기관	부신의 양성 신생물	D35.0
	부갑상선의 양성 신생물	D35.1

(주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병·사인분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(별표8)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제14조 제2항 및 제27조 제2항 관련)

- 암 진단급여금, 중증 이외의 갑상선암 진단급여금, 기타피부암 진단급여금, 대장점막내암 진단급여금, 제자리암 진단급여금, 경계성종양 진단급여금, 표적항암약물허가치료비, 12대기관 양성신생물(3대기관폴립포함) 수술급여금 (제10조 제1호 내지 제7호)

기간	지급이자
지급기일의 다음날부터 30일 이내 기간	주계약의 보험계약대출이율
지급기일의 31일이후부터 60일 이내 기간	주계약의 보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
지급기일의 61일이후부터 90일 이내 기간	주계약의 보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
지급기일의 91일이후 기간	주계약의 보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)

■ 해약환급금(제27조 제1항)

기간	지급이자
지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간 : 평균공시이율의 40%
청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	주계약의 보험계약대출이율

- (주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 일자계산하며, 회사가 보험금 및 해약환급금 등을 지급할 때에는 주계약 약관에서 정한 청구권의 소멸시효기간 내에서만 상기 이자를 적용하여 지급합니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 늦어지는 경우 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제14조(보험금 등의 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.



설명

‘정당한 사유로 인정하는 경우’란, 공정하고 정확한 보험금 지급을 위해 보험금 지급사유의 조사, 확인 등이 필요하여 보험금 지급이 지연된 경우로, 금융위원회 또는 금융감독원이 인정하는 사정이 있을 때를 말합니다.

(붙임)

“표적항암제” 해당 의약품명 및 성분명 안내

■ 아래의 안내사항은 보험약관 제5조에서 정한 “표적항암제”에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위해 작성되었습니다.

- 아래 “표적항암제” 해당 의약품명 및 성분명은 2019년 8월 기준이며, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소 시 해당 내용이 변경될 수 있습니다. 아래의 내용은 보험가입자의 이해를 돕기 위한 참고자료이므로, 처방된 항암제의 “표적항암제” 해당 여부는 반드시 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.
- 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(<https://nedrug.mfds.go.kr>) 검색창에서 의약품명, 성분명을 검색하시면 어떤 암종에 해당 의약품이 허가되었는지 효능·효과의 내용을 통해 확인하실 수 있습니다.

[의약품명과 성분명]

- 성분명은 ‘효능·효과’를 발현시키는 물질의 명칭을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다. 일반적으로 의약품명과 성분명을 병기하고 있으며, 괄호 안의 명칭이 성분명을 의미합니다.
- 의약품명은 제약사마다 상품판매를 위해 명명한 상품명(Brand Name)을 의미합니다.
- 의료인 및 의료관계인의 도움을 받으시면 의약품명과 성분명을 보다 쉽게 확인하실 수 있습니다. “표적항암제” 해당 여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

번호	성분명(국문, 영문)	의약품명(국문)
1	애플리버셉트 afibercept	잘트랩주25mg/mL(애플리버셉트)
2	알렉티닙염산염 alectinib	알레센자캡슐150밀리그램(알렉티닙염산염)
3	아파티닙이말레산염 afatinib	지오텍정20밀리그램(아파티닙이말레산염)
		지오텍정30밀리그램(아파티닙이말레산염)
		지오텍정40밀리그램(아파티닙이말레산염)
4	엑시티닙 axitinib	인라이타정1밀리그램(엑시티닙)
		인라이타정5밀리그램(엑시티닙)
5	보르테조밍삼합체 bortezomib	벨조밍주1밀리그램(보르테조밍삼합체)
		벨조밍주3.5밀리그램(보르테조밍삼합체)
		벨케이드주(보르테조밍삼합체)
		벨킨주2.5밀리그램(보르테조밍삼합체)
		벨킨주3.5밀리그램(보르테조밍삼합체)
		보테벨주3.5밀리그램(보르테조밍삼합체)
		테조민주2.5밀리그램(보르테조밍삼합체)
		테조민주3.5밀리그램(보르테조밍삼합체)
		테조벨주(보르테조밍삼합체)
		프로테조밍주(보르테조밍삼합체)
		프로테조밍주2.5밀리그램(보르테조밍삼합체)
6	카보잔티닙 cabozantinib	카보메텍스정20밀리그램(카보잔티닙)
		카보메텍스정40밀리그램(카보잔티닙)
		카보메텍스정60밀리그램(카보잔티닙)
7	카르필조밍 carfilzomib	키프롤리스주30밀리그램(카르필조밍)
		키프롤리스주60밀리그램(카르필조밍)
8	세리티닙 ceritinib	자이카디아캡슐150밀리그램(세리티닙)
9	코비메티닙 cobimetinib	코텔릭정20밀리그램(코비메티닙)
10	크리조티닙 crizotinib	젤코리캡슐200밀리그램(크리조티닙)
		젤코리캡슐250밀리그램(크리조티닙)
11	다브라페닙메실산염 dabrafenib	라핀나캡슐50밀리그램(다브라페닙메실산염)
		라핀나캡슐75밀리그램(다브라페닙메실산염)
12	다사티닙 dasatinib	스프라이셀정100밀리그램(다사티닙)
		스프라이셀정20밀리그램(다사티닙)
		스프라이셀정50밀리그램(다사티닙)
		스프라이셀정70밀리그램(다사티닙)
		스프라이셀정80밀리그램(다사티닙)

번호	성분명(국문, 영문)	의약품명(국문)
13	엘로티닙염산염 erlotinib	광동엘로티닙정 100밀리그램(엘로티닙염산염)
		광동엘로티닙정 150밀리그램(엘로티닙염산염)
		디셉바정 100밀리그램(엘로티닙염산염)
		디셉바정 150밀리그램(엘로티닙염산염)
		엘로셉타정 100밀리그램(엘로티닙염산염)
		엘로셉타정 150밀리그램(엘로티닙염산염)
		엘로팁정 100밀리그램(엘로티닙염산염)(수출용)
		엘로팁정 150밀리그램(엘로티닙염산염)
		엘티닙정 100밀리그램(엘로티닙염산염)
		엘티닙정 150밀리그램(엘로티닙염산염)
		타셉바정 100밀리그램(엘로티닙염산염)
		타셉바정 150밀리그램(엘로티닙염산염)
		타셉바정 25밀리그램(엘로티닙염산염)
		타셉원정 100밀리그램(엘로티닙염산염)
		타셉원정 150밀리그램(엘로티닙염산염)
		테바엘로티닙정 100mg(엘로티닙염산염)
		테바엘로티닙정 150mg(엘로티닙염산염)
		테바엘로티닙정 25mg(엘로티닙염산염)
14	에베로리무스 everolimus	아피니토정 10밀리그램(에베로리무스)
		아피니토정 2.5밀리그램(에베로리무스)
		아피니토정 5밀리그램(에베로리무스)
		에리니토정 10mg(에베로리무스)
15	게피티니브 gefitinib	레피사정(게피티니브)
		스펙사정 250밀리그램(게피티니브)
		이레사정(게피티니브)
		이레티닙정 250밀리그램(게피티니브)
		이레피논정(게피티니브)
		제피티닙정(게피티니브)
16	이브루티닙 ibrutinib	임브루비카캡슐 140밀리그램(이브루티닙)

번호	성분명(국문, 영문)	의약품명(국문)
17	이매티닙메실산염 imatinib	글로티정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리닙정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리닙정200밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리닙정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리마정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리마정200밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리마정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리벡필름코팅정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리부렌정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리부렌정200밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리부렌정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리티브필름코팅정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리티브필름코팅정300밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리티브필름코팅정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		루키벡필름코팅정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		루키벡필름코팅정200밀리그램(이매티닙메실산염)
		루키벡필름코팅정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		류코벡정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		류코벡정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		유니탑정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		이니벡정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		이니벡정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		이매티퀼정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		이매티정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		이매티정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		제이티닙정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		제이티닙정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		케어벡정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		케어벡정200밀리그램(이매티닙메실산염)
		케어벡정400밀리그램(이매티닙메실산염)
18	익사조밋시트레이트 ixazomib	닌라로캡슐2.3밀리그램(익사조밋시트레이트)
		닌라로캡슐3밀리그램(익사조밋시트레이트)
		닌라로캡슐4밀리그램(익사조밋시트레이트)
19	라파티닙티토실레이트 lapatinib	타이커브정250밀리그램(라파티닙티토실레이트)
20	렌바티닙메실산염 lenvatinib	렌비마캡슐10밀리그램(렌바티닙메실산염)
		렌비마캡슐4밀리그램(렌바티닙메실산염)
21	닐로티닙 염산염일수화물 nilotinib	타시그나캡슐150밀리그램(닐로티닙염산염일수화물)
		타시그나캡슐200밀리그램(닐로티닙염산염일수화물)

번호	성분명(국문, 영문)	의약품명(국문)
22	올라파립 olaparib	린파자캡슐50밀리그램(올라파립)
23	올무티닙 염산염일수화물 olmutinib	올리타정200밀리그램(올무티닙염산염일수화물)
		올리타정400밀리그램(올무티닙염산염일수화물)
24	오시머티닙 osimertinib	타그리소정40밀리그램(오시머티닙메실산염)
		타그리소정80밀리그램(오시머티닙메실산염)
25	팔보시클립 palbociclib	입랜스캡슐100mg(팔보시클립)
		입랜스캡슐125mg(팔보시클립)
		입랜스캡슐75mg(팔보시클립)
26	파조파닙염산염 pazopanib	보트리엔트정200밀리그램(파조파닙염산염)
		보트리엔트정400밀리그램(파조파닙염산염)
27	포나티닙염산염 ponatinib	아이클루시그정15밀리그램(포나티닙염산염)
		아이클루시그정45밀리그램(포나티닙염산염)
28	라도티닙염산염 radotinib	슈펙트캡슐100밀리그램(라도티닙염산염)
		슈펙트캡슐200밀리그램(라도티닙염산염)
29	레고라페닙 regorafenib	스티바가정40밀리그램(레고라페닙)
30	룩소리티닙인산염 ruxolitinib	자카비정5밀리그램(룩소리티닙인산염)
		자카비정10밀리그램(룩소리티닙인산염)
		자카비정15밀리그램(룩소리티닙인산염)
		자카비정20밀리그램(룩소리티닙인산염)
31	소라페닙토실레이트 (미분화) sorafenib	넥사바정200밀리그램(소라페닙토실레이트(미분화))
32	수니티닙말산염 sunitinib	수텐캡슐12.5밀리그램(수니티닙말산염)
		수텐캡슐25밀리그램(수니티닙말산염)
		수텐캡슐50밀리그램(수니티닙말산염)
33	템시롤리무스 temsirolimus	토리셀주(템시롤리무스)
34	트라메티닙 디메틸설폭시드 trametinib	매큐셀정0.5밀리그램(트라메티닙디메틸설폭시드)
		매큐셀정2밀리그램(트라메티닙디메틸설폭시드)
35	반데타닙 vandetanib	카프렐사정100밀리그램(반데타닙)
		카프렐사정300밀리그램(반데타닙)
36	베무라페닙 vemurafenib	젤보라프정240밀리그램(베무라페닙)
37	비스모데깁 vismodegib	에리벳지캡슐150밀리그램(비스모데깁)
38	파노비노스 타트락트산염 panobinostat	파리닥캡슐10밀리그램(파노비노스타트락트산염)
		파리닥캡슐15밀리그램(파노비노스타트락트산염)
		파리닥캡슐20밀리그램(파노비노스타트락트산염)

번호	성분명(국문, 영문)	의약품명(국문)
39	레날리도마이드 lenalidomide	레날도캡슐2.5mg(레날리도마이드)
		레날도캡슐5mg(레날리도마이드)
		레날도캡슐7.5mg(레날리도마이드)
		레날도캡슐10mg(레날리도마이드)
		레날도캡슐15mg(레날리도마이드)
		레날도캡슐20mg(레날리도마이드)
		레날도캡슐25mg(레날리도마이드)
		레날로마캡슐2.5밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐5밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐7.5밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐10밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐15밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐20밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐25밀리그램(레날리도마이드)
		레날리드정(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐2.5밀리그램(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐5밀리그램(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐7.5밀리그램(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐10밀리그램(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐15밀리그램(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐20밀리그램(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐25밀리그램(레날리도마이드)
		알보젠레날리도마이드캡슐5밀리그램
		알보젠레날리도마이드캡슐10밀리그램
		알보젠레날리도마이드캡슐15밀리그램
		알보젠레날리도마이드캡슐25밀리그램
40	보리노스타트 vorinostat	졸린자캡슐100밀리그램(보리노스타트)
41	브리가티닙 brigatinib	알룬브릭정30밀리그램(브리가티닙)
		알룬브릭정90밀리그램(브리가티닙)
		알룬브릭정180밀리그램(브리가티닙)
42	미도스타우린 midostaurin	라이답연질캡슐25밀리그램(미도스타우린)
43	니라파립 토실산염일수화물 niraparib	제줄라캡슐100밀리그램(니라파립토실산염일수화물)
44	퍼투주맵 pertuzumab	퍼제타주(퍼투주맵)
45	트라스투주맵엠탄신 trastuzumabemtansi ne	캐싸일라주100밀리그램(트라스투주맵엠탄신)
		캐싸일라주160밀리그램(트라스투주맵엠탄신)

번호	성분명(국문, 영문)	의약품명(국문)
46	트라스투주맵 trastuzumab	삼페넛주150밀리그램(트라스투주맵)
		허셉틴주150밀리그램(트라스투주맵) (단클론항체, 유전자재조합)
		허셉틴주440밀리그램(트라스투주맵)
		허셉틴피하주사600밀리그램(트라스투주맵)
		허쥬마주150mg(트라스투주맵) (단클론항체, 유전자재조합)
		허쥬마주440mg(트라스투주맵) (단클론항체, 유전자재조합)
47	올라라투맵 olaratumab	라트루보주10밀리그램/밀리리터 (올라라투맵, 유전자재조합)
48	오비누투주맵 obinutuzumab	가싸이바주(오비누투주맵, 유전자재조합)
49	엘로투주맵 elotuzumab	엠폴리시티주300밀리그램(엘로투주맵, 유전자재조합)
		엠폴리시티주400밀리그램(엘로투주맵, 유전자재조합)
50	실톡시맵 siltuximab	실반트주100밀리그램(실톡시맵, 유전자재조합)
		실반트주400밀리그램(실톡시맵, 유전자재조합)
51	세톡시맵 cetuximab	얼비투스주5mg/mL(세톡시맵)
52	블리나투모맵 blinatumomab	블린사이토주35마이크로그램 (블리나투모맵, 유전자재조합)
53	브렌톡시맵베도틴 brentuximab vedotin	애드세트리스주(브렌톡시맵베도틴)
54	베바시주맵 bevacizumab	아바스틴주(베바시주맵)
55	리톡시맵 rituximab	맵테라주(리톡시맵)(단클론항체, 유전자재조합)
		맵테라피하주사(리톡시맵)(유전자재조합)
56	라무시루맵 ramucirumab	트룩시마주(리톡시맵)(단클론항체, 유전자재조합)
		사이람자주10밀리그램/밀리리터 (라무시루맵, 유전자재조합)
57	다라투무맵 daratumumab	다잘렉스주(다라투무맵)
58	아테졸리주맵 atezolizumab	티쎌트릭주(아테졸리주맵)
59	니볼루맵 nivolumab	옵디보주20mg(니볼루맵, 유전자재조합)
		옵디보주100mg(니볼루맵, 유전자재조합)
		옵디보주240mg(니볼루맵, 유전자재조합)
60	펨브롤리주맵 pembrolizumab	키트루다주(펨브롤리주맵, 유전자재조합)

번호	성분명(국문, 영문)	의약품명(국문)
61	탈리도마이드 thalidomide	세엘진탈리도마이드캡슐50밀리그램
		탈라이드캡슐100mg(탈리도마이드)
		탈라이드캡슐50mg(탈리도마이드)
		탈로다캡슐100밀리그램(탈리도마이드)
		탈로다캡슐50밀리그램(탈리도마이드)
		탈리그로브캡슐100밀리그램(탈리도마이드)
		탈리그로브캡슐50밀리그램(탈리도마이드)
62	포말리도마이드 pomalidomide	포말리스트캡슐1밀리그램(포말리도마이드)
		포말리스트캡슐2밀리그램(포말리도마이드)
		포말리스트캡슐3밀리그램(포말리도마이드)
		포말리스트캡슐4밀리그램(포말리도마이드)
63	이필리무맙 ipilimumab	여보이주200밀리그램/40밀리리터 (이필리무맙, 유전자재조합)
		여보이주50밀리그램/10밀리리터 (이필리무맙, 유전자재조합)
64	더발루맙 durvalumab	임핀지주(더발루맙)
65	이노투주맙 오조가마이신 inotuzumab	베스폰사주(이노투주맙오조가마이신)
66	아벨루맙 avelumab	바벤시오주(아벨루맙)
67	테르토모타이드 염산염 tertomotide 리아백스주(테르토모타이드염산염)	리아백스주(테르토모타이드염산염)
68	아베마시클립 abemaciclib	버제니오정50밀리그램(아베마시클립)
		버제니오정100밀리그램(아베마시클립)
		버제니오정150밀리그램(아베마시클립)
		버제니오정200밀리그램(아베마시클립)
69	베네토클락스 venetoclax	벤클렉스타정10밀리그램(베네토클락스)
		벤클렉스타정50밀리그램(베네토클락스)
		벤클렉스타정100밀리그램(베네토클락스)

제1관 목적 및 용어의 정의

제 1조 [목적]

제 2조 [용어의 정의]

제2관 보험금의 지급

제 3조 [“뇌출혈 및 뇌경색증”의 정의 및 진단확정]

제 4조 [“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정]

제 5조 [“급성뇌경색증”의 정의 및 진단확정]

제 6조 [“급성심근경색증Ⅱ”의 정의 및 진단확정]

제 7조 [“뇌심질환Ⅱ”의 정의 및 진단확정]

제 8조 [“혈전용해치료”의 정의]

제 9조 [“급여 뇌심질환 검사Ⅰ”의 정의]

제10조 [“급여 뇌심질환 검사Ⅱ”의 정의]

제11조 [“급여 양전자방출단층촬영(PET) 검사”의 정의]

제12조 [법령 등의 개정에 따른 특약 내용의 변경]

제13조 [보험금의 지급사유]

제14조 [보험금 지급에 관한 세부규정]

제15조 [보험금을 지급하지 않는 사유]

제16조 [보험금 등의 청구]

제17조 [보험금 등의 지급절차]

제18조 [보험수익자의 지정]

제3관 특약의 성립과 유지

제19조 [특약의 체결 및 효력]

제20조 [피보험자의 범위]

제21조 [특약내용의 변경 등]

제22조 [특약의 갱신]

제23조 [특약의 보험기간]

제24조 [특약의 소멸]

제4관 보험료의 납입

제25조 [특약보험료의 납입]

제26조 [보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]

제27조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)]

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제28조 [계약자의 임의해지]

제29조 [해약환급금]

제6관 기타사항

제30조 [주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용]

[별표1] 보험금 지급기준표

[별표2] 재해분류표

[별표3] 장해분류표

[별표4] 뇌출혈 및 뇌경색증 분류표

[별표5] 급성심근경색증 분류표

[별표6] 뇌심질환 II 분류표

[별표7] 급여 뇌심질환 검사 분류표

[별표8] 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

무배당 ABL인터넷뇌심보장패키지특약(갱신형)

제1관 목적 및 용어의 정의

제 1조 [목적]

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제 13조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2조 [용어의 정의]

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 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. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
- 마. 주피보험자 : 보험사고의 주된 대상이 되는 사람을 말합니다.

2. 지급사유 관련 용어

- 가. 재해 : “재해분류표”(별표2 참조)에서 정한 재해를 말합니다.
- 나. 장애 : “장애분류표”(별표3 참조)에서 정한 기준에 따른 장애 상태를 말합니다.
- 다. 한국표준질병·사인분류 : 국민의 보건의료 복지행정의 수행과 의학연구를 위해 한 국민의 질병 및 사인에 대하여 의무기록자료 및 사망원인 통계조사(질병이환 및 사망자료)등의 표준 통계를 세계보건기구(WHO)의 국제질병분류 ICD를 기초로 그 성질의 유사성에 따라 체계적으로 유형화한 것입니다.

[한국표준질병·사인분류 적용 기준]

- ① 이 약관에 따라 한국표준질병·사인분류를 기준으로 이 약관에서 보장하는 질병 또는 재해 해당여부를 판단하는 경우, 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)를 기준으로 판단합니다. 다만, 이후 피보험자에게 질병이 진단된 당시 또는 재해가 발생한 당시에 한국표준질병·사인분류가 개정된 경우는 개정된 한국표준질병·사인분류를 기준으로 판단합니다.
- ② 피보험자에게 질병이 진단된 당시 또는 재해가 발생한 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 또는 재해 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병·사인분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 또는 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[한국표준질병·사인분류 적용 예시]

<예시1> 피보험자에게 발생한 질병이 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하는 질병에 해당하나, 해당 질병이 진단된 당시에는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준으로는 약관상 보장하는 질병에 해당하지 않을 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

<예시2> 피보험자에게 발생한 질병이 진단된 당시의 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따라 해당 질병이 약관에서 보장하지 않는 질병에 해당하는 경우, 보험금을 지급하지 않습니다. 또한, 이후에 한국표준질병·사인분류가 개정되어 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 해당 질병이 약관상 보장하는 질병에 포함되더라도 보험금을 지급하지 않습니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

가. 연단위 복리 : 회사가 지급할 금액에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 원금+이자를 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.

[연단위 복리 예시]

원금 100원, 연간 10%이자율 적용 시 연단위 복리로 계산한 2년 시점의 총 이자금액

$$\cdot 1\text{년차 이자} = \frac{100\text{원} \times 10\%}{\text{원금}} = 10\text{원}$$

$$\cdot 2\text{년차 이자} = \frac{(100\text{원} + 10\text{원}) \times 10\%}{\text{원금} \quad 1\text{년차 이자}} = 11\text{원}$$

$$\rightarrow 2\text{년 시점의 총 이자금액} = 10\text{원} + 11\text{원} = 21\text{원}$$

나. 평균공시이율 : 금융감독원장이 정하는 바에 따라 산정한 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결 시점(갱신계약의 경우 갱신계약 체결시점)의 이율을 말하며 평균공시이율은 회사의 인터넷 홈페이지(www.abllife.co.kr)의 '공시실'에서 확인할 수 있습니다.

다. 해약환급금 : 계약이 해지될 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

용어해설

[해지]

현재 유지되고 있는 계약이나 또는 효력이 상실된 계약을 장래에 향하여 소멸시키거나 계약유지 의사를 포기하여 만기일 이전에 계약관계를 청산하는 것을 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 공휴일, 대체 공휴일 및 근로자의 날을 제외합니다.

제2관 보험금의 지급

제 3조 [“뇌출혈 및 뇌경색증”의 정의 및 진단확정]

- ① 이 특약에 있어서 “뇌출혈 및 뇌경색증”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 “뇌출혈 및 뇌경색증 분류표”(별표4 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 외상성 두개내출혈, 혈관성 치매 및 ‘과거 무증상성 열공성 뇌경색증’으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.
- ② 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 “의료기관”이라 합니다)에 종사하는 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에 따른 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 뇌출혈 또는 뇌경색증의 진단확정을 내려야 하며, 이 진단은 병력 및 신경학적 검진과 함께 뇌전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일 광자방출 전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 뇌출혈 또는 뇌경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.



용어해설

[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 각호와 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 임신부 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(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
 - 마. 정신병원
 - 바. 종합병원

[의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)]

① 의사·치과의사 또는 한의사가 되려는 자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자격을 가진 자로서 제9조에 따른 의사·치과의사 또는 한의사 국가시험에 합격한 후 보건복지부장관의 면허를 받아야 한다.

1. 「고등교육법」 제11조의2에 따른 인정기관(이하 “평가인증기구”라 한다)의 인증(이하 “평가인증기구의 인증”이라 한다)을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학을 졸업하고 의학사·치의학사 또는 한의학사 학위를 받은 자
2. 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 전문대학원을 졸업하고 석사학위 또는 박사학위를 받은 자
3. 외국의 제1호나 제2호에 해당하는 학교(보건복지부장관이 정하여 고시하는 인정기준에 해당하는 학교를 말한다)를 졸업하고 외국의 의사·치과의사 또는 한의사 면허를 받은 자로서 제9조에 따른 예비시험에 합격한 자

② 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원을 6개월 이내에 졸업하고 해당 학위를 받을 것으로 예정된 자는 제1항 제1호 및 제2호의 자격을 가진 자로 본다. 다만, 그 졸업예정시기에 졸업하고 해당 학위를 받아야 면허를 받을 수 있다.

③ 제1항에도 불구하고 입학 당시 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원에 입학한 사람으로서 그 대학 또는 전문대학원을 졸업하고 해당 학위를 받은 사람은 같은 항 제1호 및 제2호의 자격을 가진 사람으로 본다.

제 4조 [“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정]

① 이 특약에 있어서 “급성심근경색증”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 “급성심근경색증 분류표”(별표5 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② “의료기관”에 종사하는 “의사”가 급성심근경색증의 진단확정을 내려야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액 중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당될 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 “급성심근경색증”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 “급성심근경색증”으로 확정되거나 추정되는 경우

제 5조 [“급성뇌경색증”의 정의 및 진단확정]

① 이 특약에 있어서 “급성뇌경색증(acute infarction)”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 분류번호 I63(뇌경색증)에 해당하는 질병을 말합니다. 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

② 제1항에도 불구하고, 과거 무증상성 열공성 뇌경색(old asymptomatic lacunar

infarction), 진구성뇌경색(old infarction) 및 일과성허혈발작(transient ischemic attack)은 제외합니다.

③ “의료기관”에 종사하는 “의사”가 “급성뇌경색증”의 진단확정을 내려야 하며, 이 진단은 특이적 증상과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 뇌자기공명영상(brain MRI)검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 “급성뇌경색증”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거를 진단 확정의 기초로 할 수 있습니다.

제 6조 [“급성심근경색증Ⅱ”의 정의 및 진단확정]

① 이 특약에 있어서 “급성심근경색증Ⅱ”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 분류번호 I21(급성심근경색증)에 해당하는 질병을 말합니다. 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

② “의료기관”에 종사하는 “의사”가 “급성심근경색증Ⅱ”의 진단확정을 내려야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액 중 심근효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당될 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

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

제 7조 [“뇌심질환Ⅱ”의 정의 및 진단확정]

① 이 특약에 있어서 “뇌심질환Ⅱ”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 “뇌심질환Ⅱ 분류표”(별표6 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 외상성 두개내출혈, 혈관성 치매 및 ‘과거 무증상성 열공성 뇌경색증’으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

② “의료기관”에 종사하는 “의사”가 “뇌심질환Ⅱ”의 진단확정을 내려야 하며, 문서화된 기록 또는 검사결과 등을 기초로 하여야 합니다.

제 8조 [“혈전용해치료”의 정의]

① 이 특약에 있어서 “혈전용해치료”라 함은 “의료기관”에 종사하는 “의사”가 피보험자의 “급성뇌경색증” 및 “급성심근경색증Ⅱ”의 치료를 직접적인 목적으로 “혈전용해제”를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 “뇌혈관” 및 “심혈관” 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

② 제1항에서 “혈전용해제”라 함은 “뇌혈관” 및 “심혈관” 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(헤파린 등) 및 경구용 약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.



용어해설

[혈전] : 혈관 속에서 피가 굳어진 덩어리

[색전] : 혈관 및 림프관 안에 생긴 유리물이 관의 일부 또는 전부를 막은 상태 또는 그 원인물질(고체, 액체 또는 기체)

제 9조 [“급여 뇌심질환 검사Ⅰ”의 정의]

① 이 특약에서 “급여 뇌심질환 검사Ⅰ”이라 함은 의사에 의하여 “뇌심질환Ⅱ”의 진단이 확정된 경우 또는 “뇌심질환Ⅱ”의 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 “급여 뇌심질환 검사Ⅰ 인정기준”에 해당하는 경우를 말합니다.

② 이 특약에서 “급여 뇌심질환 검사Ⅰ 인정기준”이라 함은 의사의 관리하에 “급여 뇌심질환 검사 분류표”(별표7 참조) 중 뇌혈관조영술, 관상동맥조영술에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말하며, 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한합니다.

③ 제2항의 의료행위는 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

제10조 [“급여 뇌심질환 검사Ⅱ”의 정의]

① 이 특약에서 “급여 뇌심질환 검사Ⅱ”라 함은 의사에 의하여 “뇌심질환Ⅱ”의 진단이 확정된 경우 또는 “뇌심질환Ⅱ”의 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 “급여 뇌심질환 검사Ⅱ 인정기준”에 해당하는 경우를 말합니다.

② 이 특약에서 “급여 뇌심질환 검사Ⅱ 인정기준”이라 함은 의사의 관리하에 “급여 뇌심질환 검사 분류표”(별표7 참조) 중 뇌CT, 심장CT, 뇌MRI, 심장MRI, 심장초음파검사, 뇌파검사, 뇌척수액검사에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말하며, 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한합니다.

③ 제2항의 의료행위는 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

제11조 [“급여 양전자방출단층촬영(PET) 검사”의 정의]

① 이 특약에서 “급여 양전자방출단층촬영(PET) 검사”라 함은 의사에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리하에 양전자방출단층촬영(PET)을 사용하는 의료행위이며, “급여 양전자방출단층촬영(PET) 검사 인정기준”에 해당하는 경우를 말합니다.

② 이 특약에서 “급여 양전자방출단층촬영(PET) 검사 인정기준”이라 함은 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 “영상진단 및 방사선치료료” 항목에서 급여항목(다-339)이 발생한 경우를 말하며, 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한합니다.

③ 제1항의 의료행위는 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

제12조 [법령 등의 개정에 따른 특약 내용의 변경]

- ① “급여 뇌심질환 검사Ⅰ 인정기준”, “급여 뇌심질환 검사Ⅱ 인정기준” 및 “급여 양전자방출단층촬영(PET) 검사 인정기준”(이하 “검사 인정기준”이라 합니다)이 국민건강보험법, 의료급여법 및 관련 법령(이하 “법령”이라 합니다) 등의 개정에 따라 변경된 경우에는 보험사고 발생시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 법령의 개정에 따라 “검사 인정기준”이 폐지 또는 변경되어 “검사 인정기준” 판정이 불가능한 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 법령에서 정한 “검사 인정기준”을 적용합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 불가피하게 특약 내용의 변경이 필요한 경우 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제4항에 따라 계약자에게 안내합니다.
- ④ 회사는 제3항에 따라 안내할 때에는 특약내용 변경일의 30일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.
- ⑤ 제3항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경을 원하지 않는 경우 특약내용 변경일의 15일 이전까지 특약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 산출방법서라 합니다)에서 정하는 바에 따라 특약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다.
- ⑥ 제5항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경일의 15일 이전까지 특약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.
- ⑦ 제3항에 따라 특약내용을 변경하는 경우에는 보장내용, 납입보험료, 보험가입금액 등이 변경될 수 있으며, 특약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 정산으로 계약자가 추가로 납입하거나 반환받을 금액이 발생할 수 있습니다.
- ⑧ 제3항 내지 제7항에도 불구하고 기존 특약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능한 경우 이 특약은 더 이상 효력이 없으며 회사는 이 특약의 효력이 소멸되는 날의 30일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 관련 내용을 계약자에게 2회 이상 알립니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특약의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 소멸 당시의 계약자적립액을 지급합니다.
- ⑨ 갱신계약의 경우에도 제1항 내지 제8항의 규정을 준용합니다.



용어해설

[보험료 및 해약환급금 산출방법서]

보험회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출 기초율을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류입니다.

[계약자적립액]

장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제13조 [보험금의 지급사유]

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 “보험금 지급기준표”(별표1 참조)에서 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 “뇌출혈 및 뇌경색증” 또는 “급성심근경색증”으로 진단이 확정되었을 때 : 2대질병 진단보험금 (다만, “뇌출혈 및 뇌경색증” 또는 “급성심근경색증” 중 최초로 발생한 질병 1회에 한하여 지급하며, 최초계약의 계약일로부터 1년 미만에 진단이 확정되었을 때 약정한 보험금의 50%지급)
2. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 “급성뇌경색증”으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중 “혈전용해치료”를 받았을 때 : 급성뇌경색증 혈전용해치료 보험금 (다만, 최초 1회의 치료에 한하여 지급하며, 최초계약의 계약일로부터 1년 미만에 치료를 받은 경우 약정한 보험금의 50%지급)
3. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 “급성심근경색증Ⅱ”으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중 “혈전용해치료”를 받았을 때 : 급성심근경색증Ⅱ 혈전용해치료보험금 (다만, 최초 1회의 치료에 한하여 지급하며, 최초계약의 계약일로부터 1년 미만에 치료를 받은 경우 약정한 보험금의 50%지급)
4. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 “급여 뇌심질환 검사Ⅰ”을 받았을 때 : 급여뇌심질환검사비Ⅰ (다만, 연간 1회에 한하여 지급하며, 최초계약의 계약일로부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생하였을 경우 약정한 보험금의 50% 지급)
5. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 “급여 뇌심질환 검사Ⅱ”를 받았을 때 : 급여뇌심질환검사비Ⅱ (다만, 연간 1회에 한하여 지급하며, 최초계약의 계약일로부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생하였을 경우 약정한 보험금의 50% 지급)
6. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 “급여 양전자방출단층촬영(PET) 검사”를 받았을 때 : 급여양전자방출단층촬영(PET)검사비 (다만, 연간 1회에 한하여 지급하며, 최초계약의 계약일로부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 보험금 지급사유가 발생하였을 경우 약정한 보험금의 50% 지급)

제14조 [보험금 지급에 관한 세부규정]

① 다음의 경우 중 어느 하나에 해당될 때에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 보험료 납입이 면제된 이후 제22조(특약의 갱신)에 따라 특약을 갱신할 경우 갱신계약의 보험료를 납입해야 합니다.

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우
2. 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 장애분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 경우

② 제1항에도 불구하고 제22조(특약의 갱신)에 따라 갱신이 이루어진 경우, 갱신 전 계약(최초계약을 포함합니다)에서 보험료의 납입을 면제한 장애상태의 원인과 동일한 사유로는 보험

료의 납입을 면제하지 않습니다.

③ 피보험자가 이 특약의 보험료 납입기간 중 “뇌출혈 및 뇌경색증” 또는 “급성심근경색증”으로 진단이 확정되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입에 한하여 면제하며, 제22조(특약의 갱신) 제3항에 따라 이 특약은 갱신되지 않습니다.

④ 제13조(보험금의 지급사유)에서 “연간”이라 함은 이 특약의 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미하며, 연간 한도는 “급여 뇌심질환 검사Ⅰ”, “급여 뇌심질환 검사Ⅱ” 및 “급여 양전자방출단층촬영(PET) 검사”를 받은 날을 기준으로 산정합니다.

⑤ 최초계약의 경우 보험계약일로부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 제13조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제5호의 보험금 지급사유가 발생하였을 경우에는 보험계약일로부터 1년 이후에 지급하는 보험금의 50%를 지급합니다.

⑥ 최초계약의 경우 보험계약일로부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 재해 이외의 원인으로 제13조(보험금의 지급사유) 제6호의 보험금 지급사유가 발생하였을 경우에는 보험계약일로부터 1년 이후에 지급하는 보험금의 50%를 지급합니다.

⑦ 제5항 및 제6항에도 불구하고 갱신계약의 경우에는 감액없이 해당 보험금을 지급합니다.

⑧ 제13조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제3호의 보험금은 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급합니다.

⑨ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하고, 그 후에 “뇌출혈 및 뇌경색증” 또는 “급성심근경색증”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제13조(보험금의 지급사유) 제1호의 보험금을 지급합니다.

⑩ 제9항에도 불구하고 제24조(특약의 소멸) 제1항 제3호에 따라 계약자에게 사망 당시 계약자적립액이 지급된 경우에는 제13조(보험금의 지급사유) 제1호의 2대질병 진단보험금에서 이미 지급된 금액을 차감하고 이 특약의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 계산한 사망 당시 “뇌출혈 및 뇌경색증 또는 급성심근경색증” 발생 후의 계약자적립액을 추가로 지급합니다.

⑪ 제1항 제2호에서 장애지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일로부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 질병의 진단확정일로부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑫ 제11항에 따라 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다. 보장받을 수 있는 기간의 산정시 특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일 또는 질병의 진단확정일로부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일 또는 진단확정일로부터 1년 이내로 합니다.

⑬ 제1항 제2호에서 ‘동일한 재해’란 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑭ 제1항 제2호의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장애로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장애가 다른 장애와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장애지급률만을 적용하며, 하나의 장애로 둘 이상의 파생장애가 발생하는 경우 각 파생장애의 지급률을 합산한 지급률과 최초 장애의 지급률을 비교하여 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다.

- ⑮ 제1항 제2호의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 “한시장애”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애 지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 정합니다.
- ⑯ 제1항 제2호의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 더하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.
- ⑰ 제16항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.
- ⑱ 제1항 제2호의 경우 장애분류표에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애정도에 따라 장애분류표의 구분에 준하여 장애지급률을 결정합니다.
- ⑲ 보험수익자와 회사가 제13조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 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.
- ⑳ 계약자와 회사가 제1항 내지 제3항의 보험료 납입면제사유에 대해 합의하지 못할 때에는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제15조 [보험금을 지급하지 않는 사유]

회사는 보험금 지급사유 및 보험료 납입면제사유가 발생하더라도 다음 중 어느 하나에 해당되는 경우에는 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 경우에는 제13조(보험금의 지급사유) 및 제14조(보험금 지급에 관한 세부규정)을 준용하여 해당 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.



설명

보험수익자가 다수인 계약에서 그 중 1인이 피보험자를 고의로 해친 경우에는 그 1인에 대해서는 보험금이 지급되지 않으며, 다른 보험수익자에게는 그 1인에 지급할 보험금을 제외한 보험금을 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우



용어해설

[고의]

범죄 또는 불법행위의 성립요소인 사실에 대한 인식을 말하는 것으로 자기행위에 의하여 일정한 결과가 생길 것을 인식하면서 그 행위를 하는 경우의 심리상태를 말합니다.

[심신상실(心神喪失)]

심신의 장애로 인하여 사물을 변별할 능력이 없거나 의사를 결정할 능력이 없는 상태를 말합니다.

제16조 [보험금 등의 청구]

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액을 청구하거나 보험료 납입면제를 신청하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(해당 질병 진단서(병명, 혈전용해치료 일자 및 내용 기입), 진료기록부(혈전용해치료 기록지 포함), 진료비계산서, 진료비세부내역서(건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI) 필수 기재), 장애진단서, 사망진단서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금의 수령, 계약자적립액 수령 또는 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.

제17조 [보험금 등의 지급절차]

① 회사는 제16조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유, 계약자적립액 지급사유 및 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”(별표8 참조)과 같이 계산합니다.

③ 회사가 제1항의 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 통지합니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제16조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청(다만, 대상기관은 금융분쟁조정위원회 또는 소비자 분쟁조정위원회)
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 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사와 확인이 늦어지는 경우
 6. 제14조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제19항 및 제20항에 따라 보험금 지급사유 및 보험료 납입면제사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ④ 제3항에 따라 추가적인 조사·확인이 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가급급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유 및 보험료 납입면제사유 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실 확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급이 늦어짐에 따라 발생한 이자를 지급하지 않습니다.



설명

‘정당한 사유’란 사회통념상 그 의무나 책임 등을 이행할 수 없을만한 사정이 있거나, 그 의무나 책임 등의 이행을 기대하는 것이 무리라고 할 만한 사정이 있을 때를 말합니다.

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



용어해설

[보험금 가급급제도]

보험금이 지급기한 내에 지급되지 못할 것으로 판단되는 경우 회사가 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도를 말합니다. 이는 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해 주기 위해 회사가 먼저 지급해 주는 임시 급부금입니다.

제18조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 피보험자를 보험수익자로 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제19조 [특약의 체결 및 효력]

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약하고 회사가 승낙함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 이 특약을 주계약을 체결할 때 부가할 경우에는 “최초계약”이라 하며, 이후 특약의 보험기간이 끝난 후 제22조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 “갱신계약”이라 합니다.
- ③ 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 이 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간

종료일의 다음날(이하 “갱신일”이라 합니다)을 보장개시일로 합니다.

용어해설

[보장개시일]
 회사가 보장을 개시하는 날로서 최초계약의 경우, 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. 갱신계약의 보장개시일은 갱신 전 계약의 보험기간 종료일의 다음날로 합니다. 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

[보장개시일 예시]

<예시1> 청약 후 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우

<예시2> 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우

<예시3> 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우

제20조 [피보험자의 범위]

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자(주계약이 2명 이상을 보장하는 보험인 경우에는 주계약의 주피보험자)로 합니다.

제21조 [특약내용의 변경 등]

- ① 회사는 계약자가 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일한 내용으로 이 특약의 내용을 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제29조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 특약의 보험가입금액을 감액할 때

해약환급금이 없거나 최초가입을 할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

용어해설

[보험가입금액의 감액]

가입할 때 선택한 보험가입금액을 낮추는 것을 감액이라고 하며, 계약자는 보험가입금액 감액을 신청할 수 있습니다. 보험가입금액 감액 후에는 감액한 비율만큼 보장이 감소합니다. 보험가입금액을 감액하면 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

제22조 [특약의 갱신]

① 계약자가 이 특약의 보험기간 종료일부터 역산하여 15일 전까지 이 특약을 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 이러한 경우에도 제26조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 연체보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

② 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간, 이하 같습니다)로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일이 피보험자의 100세 계약해당일 전일 이후인 경우에는 100세 계약해당일 전일로 합니다.

③ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 종료일이 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우
2. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 “뇌출혈 및 뇌경색증” 또는 “급성심근경색증”으로 진단이 확정되었을 경우

④ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이에 따라 계산하고, 갱신을 할 때의 보험요율을 적용하며, 갱신할 때의 보험요율은 위험률 등의 변동으로 인하여 갱신 전과 다를 수 있습니다. 특약이 갱신되는 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 종료일부터 역산하여 30일 전까지 계약자에게 서면으로 안내하여 드립니다.

⑤ 갱신계약의 특약 보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

용어해설

[보험요율]

보험가입금액에 대한 보험료 등의 비율을 말하며, 보험료 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 기초로 보험업법 제129조(보험요율 산출의 원칙)을 준수하여 산출 됩니다.

제23조 [특약의 보험기간]

- ① 이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 갱신일부터 제22조(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 10년(최초계약의 보험기간이 20년인 경우에는 20년) 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제24조 [특약의 소멸]

- ① 이 특약의 피보험자에게 다음 각 호 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
1. 주계약이 해지되거나 기타사유로 효력을 가지지 않게 된 경우
 2. 최종 갱신계약의 잔여 보험기간이 1년 미만일 때 제13조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 더는 발생할 수 없는 경우
 3. 피보험자가 사망하였을 경우
이때 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 제1호에도 불구하고, 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 이 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함 합니다)에는 이 특약은 소멸되지 않습니다.
- ③ 제1항 제1호에도 불구하고, 주계약이 사망보험금 이외의 보험금 지급으로 효력을 가지지 않게 된 경우에도 이 특약은 소멸되지 않습니다.
- ④ 제1항 제3호 ‘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.
- ⑤ 제1항 제3호의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제16조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 제17조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 주계약 보험계약대출이율을 적용하여 연단위 복리로 계산합니다.



용어해설

[실종선고]

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정을 말합니다.

제4관 보험료의 납입

제25조 [특약보험료의 납입]

- ① 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 완료되었거나 주계약의 보험료 납입이 면제되었다 하더라도, 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

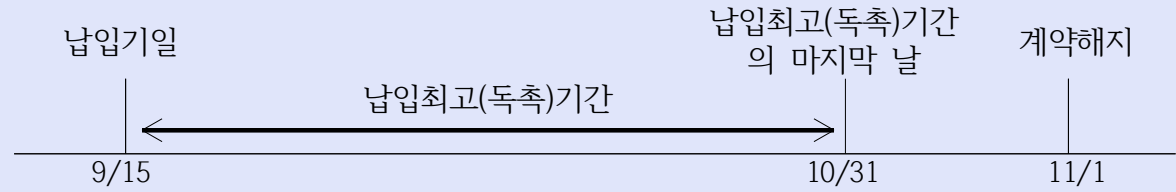
제26조 [보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]

- ① 최초계약의 제2회 이후의 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후의 보험료 납입기일은 갱신 전 계약의 보험료 납입기일을 준용합니다.
- ② 계약자가 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 다만, 이 경우에도 주계약에 따른 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고, 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 이 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약은 해지되지 않습니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 제25조(특약보험료의 납입) 제2항의 경우에 한하여 계약자가 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정합니다. 다만, 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 영업일까지로 합니다. 회사는 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 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)



설명

[보험료 미납으로 인한 계약의 해지]



⑤ 회사가 제4항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신을 확인하는 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자가 전자문서의 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제4항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

⑥ 제2항 및 제4항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제29조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.



용어해설

[납입최고(독촉)]

약정된 기일까지 보험료가 납입되지 않을 경우 회사가 계약자에게 납입을 재촉하는 일을 말합니다.

[납입기일]

계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

[전자서명법 제2조 제2호]

“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

제27조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)]

① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

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

③ 제1항에도 불구하고 제26조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제4항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정을 준용하여 이

특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.



용어해설

[부활(효력회복)]

특약의 효력이 상실된 후 다시 원 특약의 내용대로 효력을 유지하기 위해 특약을 되살리는 일을 말합니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제28조 [계약자의 임의해지]

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제29조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 그 뜻을 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제29조 [해약환급금]

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일 까지의 기간에 대한 이자의 계산은 “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”(별표8 참조)에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공합니다.

제6관 기타사항 등

제30조 [주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용]

- ① 이 특약에서 정하지 않은 사항은 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

(별표1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약보험가입금액 1,000만원]

■ 2대질병 진단보험금(제13조 제1호)

지급사유	이 특약의 보험기간 중 피보험자가 “뇌출혈 및 뇌경색증” 또는 “급성심근경색증”으로 진단이 확정되었을 때 (다만, “뇌출혈 및 뇌경색증” 또는 “급성심근경색증” 중 최초로 발생한 질병 1회에 한하여 지급)
지급금액	1,000만원 (다만, 계약일로부터 1년 미만에 보험금 지급사유 발생시 상기 금액의 50% 지급)

■ 급성뇌경색증 혈전용해치료보험금(제13조 제2호)

지급사유	이 특약의 보험기간 중 피보험자가 “급성뇌경색증”으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중 “혈전용해치료”를 받았을 때 (다만, 최초 1회에 한하여 지급)
지급금액	200만원 (다만, 계약일로부터 1년 미만에 보험금 지급사유 발생시 상기 금액의 50% 지급)

■ 급성심근경색증 II 혈전용해치료보험금(제13조 제3호)

지급사유	이 특약의 보험기간 중 피보험자가 “급성심근경색증 II”으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중 “혈전용해치료”를 받았을 때 (다만, 최초 1회에 한하여 지급)
지급금액	200만원 (다만, 계약일로부터 1년 미만에 보험금 지급사유 발생시 상기 금액의 50% 지급)

■ 급여뇌심질환검사비 I (제13조 제4호)

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “급여 뇌심질환 검사 I”를 받았을 때 (다만, 연간 1회에 한하여 지급)
지급금액	30만원 (다만, 계약일로부터 1년 미만에 보험금 지급사유 발생시 상기 금액의 50% 지급)

■ 급여뇌심질환검사비 II (제13조 제5호)

지급사유	이 특약의 보험기간 중 피보험자가 “급여 뇌심질환 검사 II”를 받았을 때 (다만, 연간 1회에 한하여 지급)
지급금액	5만원 (다만, 계약일로부터 1년 미만에 보험금 지급사유 발생시 상기 금액의 50% 지급)

■ 급여양전자방출단층촬영(PET)검사비(제13조 제6호)

지급사유	이 특약의 보험기간 중 피보험자가 “급여 양전자방출단층촬영(PET) 검사”를 받았을 때 (다만, 연간 1회에 한하여 지급)
지급금액	5만원 (다만, 계약일로부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 보험금 지급사유 발생시 상기 금액의 50% 지급)

- (주) 1. 상기 보험금 지급기준표의 내용 중 계약체결 후 1년 미만의 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신 계약의 경우에는 적용하지 않습니다.
2. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고 이 특약은 소멸됩니다.
3. 이 특약에서 “급여 뇌심질환 검사Ⅰ”이라 함은 의사에 의하여 “뇌심질환Ⅱ”의 진단이 확정된 경우 또는 “뇌심질환Ⅱ”의 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 “급여 뇌심질환 검사Ⅰ 인정기준”에 해당하는 경우를 말합니다.
4. 이 특약에서 “급여 뇌심질환 검사Ⅰ 인정기준”이라 함은 의사의 관리하에 “급여 뇌심질환 검사 분류표”(별표7 참조) 중 뇌혈관조영술, 관상동맥조영술에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말하며, 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한합니다.
5. 이 특약에서 “급여 뇌심질환 검사Ⅱ”라 함은 의사에 의하여 “뇌심질환Ⅱ”의 진단이 확정된 경우 또는 “뇌심질환Ⅱ”의 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 “급여 뇌심질환 검사Ⅱ 인정기준”에 해당하는 경우를 말합니다.
6. 이 특약에서 “급여 뇌심질환 검사Ⅱ 인정기준”이라 함은 의사의 관리하에 “급여 뇌심질환 검사 분류표”(별표7 참조) 중 뇌CT, 심장CT, 뇌MRI, 심장MRI, 심장초음파검사, 뇌파검사, 뇌척수액 검사에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말하며, 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한합니다.
7. 다음의 경우 중 어느 하나에 해당될 때에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 보험료 납입이 면제된 이후 제22조(특약의 갱신)에 따라 특약을 갱신할 경우 갱신계약의 보험료를 납입해야 합니다.
- 1) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우
 - 2) 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 장애분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 경우
8. 제7호 ‘2)’에도 불구하고 제22조(특약의 갱신)에 따라 갱신이 이루어진 경우, 갱신 전 계약(최초계약을 포함합니다)에서 보험료의 납입을 면제한 장애상태의 원인과 동일한 사유로는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
9. 피보험자가 이 특약의 보험료 납입기간 중 “뇌출혈 및 뇌경색증” 또는 “급성심근경색증”으로 진단이 확정되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입에 한하여 면제하며, 제22조(특약의 갱신) 제3항에 따라 이 특약은 갱신되지 않습니다.

(별표2)

재해분류표

1. 보장대상이 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

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 장기간 체류(X52)
 - 식량부족(X53)
 - 물부족(X54)
 - 상세불명의 결핍(X57)
 - 고의적 자해(X60~X84)
 - “법적 개입” 중 법적 처형(Y35.5)
- ③ “외과적 및 내과적 치료중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고 (다만, 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 질병으로 인한 호흡장애 및 삼킴장애
- ⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

※ () 안은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)상의 분류 번호이며, 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 재해 해당여부는 피보험자에게 재해가 발생한 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 재해가 발생한 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 재해 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병·사인분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

※ 위 ‘1. 보장대상이 되는 재해’의 제②호에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용하며, ‘2. 보험금을 지급하지 않는 재해’의 제⑥호에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표4)

뇌출혈 및 뇌경색증 분류표

약관에 규정하는 뇌출혈 및 뇌경색증으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 뇌출혈 및 뇌경색증 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 거미막하출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내출혈	I62
4. 뇌경색증	I63

- (주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병·사인분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 외상성 두개내출혈, 혈관성 치매 및 '과거 무증상성 열공성 뇌경색증'으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

(별표5)

급성심근경색증 분류표

약관에 규정하는 급성심근경색증으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 급성심근경색증 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 급성 심근경색증	I21
2. 후속 심근경색증	I22
3. 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23

- (주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병·사인분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(별표6)

뇌심질환 II 분류표

약관에 규정하는 뇌심질환 II으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 뇌심질환 II 해당 여부를 판단합니다.

구분	대상질병명	분류번호
뇌질환	1. 거미막하출혈	I60
	2. 뇌내출혈	I61
	3. 기타 비외상성 두개내출혈	I62
	4. 뇌경색증	I63
	5. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
	6. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
	7. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
	8. 기타 뇌혈관질환	I67
	9. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68
	10. 뇌혈관질환의 후유증	I69
	11. 두개내손상	S06
	12. 뇌전증	G40
	13. 뇌전증지속상태	G41
	14. 일과성 뇌허혈발작 및 관련 증후군	G45
	15. 파킨슨병	G20
	16. 이차성 파킨슨증	G21
	17. 뇌염, 척수염 및 뇌척수염	G04
심장질환	18. 협심증	I20
	19. 급성 심근경색증	I21
	20. 후속 심근경색증	I22
	21. 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
	22. 기타 급성 허혈심장질환	I24
	23. 만성 허혈심장병	I25
	24. 대동맥동맥류 및 박리	I71
	25. 흉부 혈관의 손상	S25
	26. 심장의 손상	S26
	27. 급성 심장막염	I30
	28. 심장막의 기타 질환	I31
	29. 달리 분류된 질환에서의 심장막염	I32

구분	대상질병명	분류번호
심장질환	30. 급성 및 아급성 심내막염	I33
	31. 비류마티스성 승모판장애	I34
	32. 비류마티스성 대동맥판장애	I35
	33. 비류마티스성 삼첨판장애	I36
	34. 폐동맥판장애	I37
	35. 상세불명 판막의 심내막염	I38
	36. 달리 분류된 질환에서의 심내막염 및 심장판막장애	I39
	37. 급성 심근염	I40
	38. 달리 분류된 질환에서의 심근염	I41
	39. 심근병증	I42
	40. 달리 분류된 질환에서의 심근병증	I43
	41. 방실차단 및 좌각차단	I44
	42. 기타 전도장애	I45
	43. 심장정지	I46
	44. 발작성 빈맥	I47
	45. 심방세동 및 조동	I48
	46. 기타 심장부정맥	I49
	47. 심부전	I50
	48. 심장병의 불명확한 기록 및 합병증	I51
	49. 달리 분류된 질환에서의 기타 심장장애	I52
	50. 심장 침범이 있는 류마티스열	I01
	51. 류마티스성 승모판질환	I05
	52. 류마티스성 대동맥판질환	I06
	53. 류마티스성 삼첨판질환	I07
	54. 다발판막질환	I08
	55. 기타 류마티스심장질환	I09

- (주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병·사인분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 외상성 두개내출혈, 혈관성 치매 및 ‘과거 무증상성 열공성 뇌경색증’으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.

(별표7)

급여 뇌심질환 검사 분류표

약관에 규정하는 “급여 뇌심질환 검사Ⅰ” 및 “급여 뇌심질환 검사Ⅱ”로 분류되는 항목은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음의 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

대상이 되는 항목		수가코드
뇌혈관 조영술	1. 두경부동맥조영-추골동맥	HA601
	2. 두경부동맥조영-총경동맥	HA602
	3. 두경부동맥조영-외경동맥	HA603
	4. 두경부동맥조영-내경동맥	HA604
	5. 두경부동맥조영-내경동맥폐색검사(조영술료 포함)	HA606
	6. 두경부동맥조영-전뇌동맥	HA605
관상동맥 조영술	7. 흉부동맥조영-우심방조영	HA610
	8. 흉부동맥조영-우심실조영	HA611
	9. 흉부동맥조영-좌심실조영	HA612
	10. 흉부동맥조영-좌심방조영	HA613
	11. 관상동맥조영	HA670
	12. 이식된관동맥우회로조영촬영[환자본래의관상동맥조영촬영 포함]	HA680
	13. 이식된관동맥우회로조영촬영[환자본래의관상동맥조영촬영 포함]-2개혈관부터최대3개혈관	HA681
	14. 이식된관동맥우회로조영촬영[환자본래의관상동맥조영촬영 포함]과 동시촬영된좌심실조영촬영	HA682
뇌CT	15. 일반전산화단층영상진단-두부-조영제를사용하지않는경우	HA451
	16. 일반전산화단층영상진단-두부-조영제를사용하는경우	HA461
	17. 일반전산화단층영상진단-두부-제한적 CT	HA441
	18. 일반전산화단층영상진단-두부-중재적시술유도 제2회부터	HA851
	19. 일반전산화단층영상진단-두부-특수검사-이중시기 또는 삼중시기	HA511
	20. 일반전산화단층영상진단-두부-특수검사-삼차원	HA521
	21. 일반전산화단층영상진단-두부-특수검사-CT 혈관조영	HA531
	22. 일반전산화단층영상진단-두부-특수검사-Cine CT	HA551
	23. 일반전산화단층영상진단-두부-특수검사-뇌조 CT	HA561
뇌MRI	24. 자기공명영상진단-기본검사-뇌-일반-촬영료 등	HI101
	25. 자기공명영상진단-기본검사-혈관[동맥 또는 정맥]-뇌혈관-일반-촬영료 등	HI135
	26. 자기공명영상진단-기본검사-뇌-조영제 주입 전·후 촬영 판독-촬영료 등	HI201

대상이 되는 항목		수가코드
뇌MRI	27. 자기공명영상진단-기본검사-혈관[동맥 또는 정맥]-뇌혈관-조영제 주입 전·후 촬영 판독-촬영료 등	HI235
	28. 자기공명영상진단-기본검사-뇌-중재적시술유도제2회부터-촬영료 등	HI301
	29. 자기공명영상진단-기본검사-뇌-제한적 MRI(방사선 치료 범위 및 위치결정 등)-촬영료 등	HI401
	30. 자기공명영상진단-기본검사-뇌-3차원자기공명영상을 실시한 경우-촬영료 등	HI501
	31. 자기공명영상진단-기본검사-혈관[동맥 또는 정맥]-뇌혈관-3차원자기공명영상을 실시한 경우-촬영료 등	HI535
	32. 자기공명영상진단-기본검사-뇌-일반-판독료	HJ101
	33. 자기공명영상진단-기본검사-혈관[동맥 또는 정맥]-뇌혈관-일반-판독료	HJ135
	34. 자기공명영상진단-기본검사-뇌-조영제 주입 전·후 촬영 판독-판독료	HJ201
	35. 자기공명영상진단-기본검사-혈관[동맥 또는 정맥]-뇌혈관-조영제 주입 전·후 촬영 판독-판독료	HJ235
	36. 자기공명영상진단-기본검사-뇌-중재적시술유도제2회부터-판독료	HJ301
	37. 자기공명영상진단-기본검사-뇌-제한적 MRI(방사선 치료 범위 및 위치결정 등)-판독료	HJ401
	38. 자기공명영상진단-기본검사-뇌-3차원자기공명영상을 실시한 경우-판독료	HJ501
	39. 자기공명영상진단-기본검사-혈관[동맥 또는 정맥]-뇌혈관-3차원자기공명영상을 실시한 경우-판독료	HJ535
	40. 자기공명영상진단-기본검사-뇌-외부병원 필름 판독-영상의학과 전문의	HJ601
	41. 자기공명영상진단-기본검사-혈관[동맥 또는 정맥]-뇌혈관-외부병원 필름 판독-영상의학과 전문의	HJ635
	42. 자기공명영상진단-기본검사-뇌-외부병원 필름 판독-전문의	HJ701
	43. 자기공명영상진단-기본검사-혈관[동맥 또는 정맥]-뇌혈관-외부병원 필름 판독-전문의	HJ735
뇌척수액 검사	44. 요추천재[뇌척수압측정포함]	C8000
뇌파검사	45. 특수전극뇌파검사[비인두, 단축나비뼈, 나비뼈전극뇌파검사]-18채널 이상-나비뼈전극뇌파검사를 실시한 경우	F6140
	46. 각성뇌파검사-18채널미만	F6141
	47. 각성뇌파검사-18채널미만(이동뇌파를실시한경우)	F6142
	48. 보행뇌파검사-4시간이상8시간이하	F6143
	49. 수면뇌파검사-18채널미만(각성뇌파검사와동시에실시한경우)	F6144
	50. 수면뇌파검사-18채널미만	F6145

대상이 되는 항목		수가코드
뇌파검사	51. 보행뇌파검사-8시간초과	F6146
	52. 특수뇌파검사-약물또는물리적유발뇌파검사-18채널미만	F6147
	53. 특수전극뇌파검사[비인두, 단축나비뼈, 나비뼈전극뇌파검사]-18채널 미만	F6148
	54. 지속적 뇌파 감시[1일당]	F6149
	55. 지속적비디오뇌파검사[두개강외,1일당]-64채널미만	F6151
	56. 지속적비디오뇌파검사[두개강내,1일당]-64채널미만	F6152
	57. 지속적비디오뇌파검사[두개강외,1일당]-64채널이상	F6153
	58. 지속적비디오뇌파검사[두개강내,1일당]-64채널이상	F6154
	59. 각성뇌파검사-18채널이상	FA141
	60. 각성뇌파검사-18채널이상(이동뇌파를실시한경우)	FA142
	61. 수면뇌파검사-18채널이상(각성뇌파검사와동시에실시한경우)	FA144
	62. 수면뇌파검사-18채널이상	FA145
	63. 특수뇌파검사-약물또는물리적유발뇌파검사-18채널이상	FA147
	64. 특수전극뇌파검사[비인두, 단축나비뼈, 나비뼈전극뇌파검사]-18채널 이상	FA148
심장CT	65. 일반전산화단층영상진단-흉부-조영제를사용하지않는경우-고해상력	HA424
	66. 일반전산화단층영상진단-흉부-조영제를사용하지않는경우-기타의경우	HA434
	67. 일반전산화단층영상진단-흉부-조영제를사용하는경우	HA464
	68. 일반전산화단층영상진단-흉부-제한적 CT	HA444
	69. 일반전산화단층영상진단-흉부-중재적시술유도 제2회부터	HA834
	70. 일반전산화단층영상진단-흉부-특수검사-이중시기 또는 삼중시기	HA514
	71. 일반전산화단층영상진단-흉부-특수검사-삼차원	HA524
	72. 일반전산화단층영상진단-흉부-특수검사-CT 혈관조영	HA534
	73. 일반전산화단층영상진단-흉부-특수검사-Cine CT	HA554
심장MRI	74. 자기공명영상진단-기본검사-심장-일반-촬영료 등	HI124
	75. 자기공명영상진단-기본검사-심장-조영제 주입 전·후 촬영 판독-촬영료 등	HI224
	76. 자기공명영상진단-기본검사-심장-중재적시술유도제2회부터-촬영료 등	HI324
	77. 자기공명영상진단-기본검사-심장-일반-판독료	HJ124
	78. 자기공명영상진단-기본검사-심장-조영제 주입 전·후 촬영 판독-판독료	HJ224

대상이 되는 항목		수가코드
심장MRI	79. 자기공명영상진단-기본검사-심장-중재적시술유도제2회부터-판독료	HJ324
	80. 자기공명영상진단-기본검사-심장-외부병원 필름 판독-영상의학과 전문의	HJ624
	81. 자기공명영상진단-기본검사-심장-외부병원 필름 판독-전문의	HJ724
	82. 자기공명영상진단-기본검사-혈관 [동맥 또는 정맥]-심혈관-일반-촬영료 등	HI140
	83. 자기공명영상진단-기본검사-혈관 [동맥 또는 정맥]-심혈관-조영제 주입 전·후 촬영 판독-촬영료 등	HI240
	84. 자기공명영상진단-기본검사-혈관 [동맥 또는 정맥]-심혈관-3차원자기공명영상을 실시한 경우-촬영료 등	HI540
	85. 자기공명영상진단-기본검사-혈관 [동맥 또는 정맥]-심혈관-일반-판독료	HJ140
	86. 자기공명영상진단-기본검사-혈관 [동맥 또는 정맥]-심혈관-조영제 주입 전·후 촬영 판독-판독료	HJ240
	87. 자기공명영상진단-기본검사-혈관 [동맥 또는 정맥]-심혈관-3차원자기공명영상을 실시한 경우-판독료	HJ540
	88. 자기공명영상진단-기본검사-혈관 [동맥 또는 정맥]-심혈관-외부병원 필름 판독-영상의학과 전문의	HJ640
	89. 자기공명영상진단-기본검사-혈관 [동맥 또는 정맥]-심혈관-외부병원 필름 판독-전문의	HJ740
심장초음파 검사	90. 심장-선천성 심질환 경흉부 심초음파	EB430
	91. 심장-경흉부 심초음파-단순	EB431
	92. 심장-경흉부 심초음파-일반	EB432
	93. 심장-경흉부 심초음파-전문	EB433
	94. 심장-부하 심초음파-약물부하	EB434
	95. 심장-부하 심초음파-운동부하	EB435
	96. 심장-태아정밀 심초음파	EB436
	97. 심장-경식도 심초음파	EB611
	98. 심장-선천성 심질환 경식도 심초음파	EB610
	99. 심장-심장내 초음파	EB612

- (주) 1. 국민건강보험법, 의료급여법 및 관련 법령 등의 개정으로 “급여 뇌심질환 검사Ⅰ 인정기준”이 폐지 또는 변경된 경우에는 해당시점의 관련법령에 따른 “급여 뇌심질환 검사Ⅰ 인정기준”을 적용합니다. 다만, 관련법령 개정으로 “급여 뇌심질환 검사Ⅰ 인정기준”이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 “급여 뇌심질환 검사Ⅰ 인정기준”을 따릅니다.
2. 국민건강보험법, 의료급여법 및 관련 법령 등의 개정으로 “급여 뇌심질환 검사Ⅱ 인정기준”이 폐지 또는 변경된 경우에는 해당시점의 관련법령에 따른 “급여 뇌심질환 검사Ⅱ 인정기준”을 적용합니다. 다만, 관련법령 개정으로 “급여 뇌심질환 검사Ⅱ 인정기준”이 폐지 또는 변경되어

보험금 지급사유 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련법령에서 정한 “급여 뇌심질환 검사Ⅱ 인정기준”을 따릅니다.

(별표8)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제17조 제2항 및 제29조 제2항 관련)

■ 2대질병 진단보험금, 급성뇌경색증 혈전용해치료보험금, 급성심근경색증Ⅱ 혈전용해치료보험금, 급여뇌심질환검사비Ⅰ, 급여뇌심질환검사비Ⅱ, 급여양전자방출단층촬영(PET)검사비(제13조 제1호 내지 제6호)

기간	지급이자
지급기일의 다음날부터 30일 이내 기간	주계약의 보험계약대출이율
지급기일의 31일이후부터 60일 이내 기간	주계약의 보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
지급기일의 61일이후부터 90일 이내 기간	주계약의 보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
지급기일의 91일이후 기간	주계약의 보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)

■ 해약환급금(제29조 제1항)

기간	지급이자
지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간 : 평균공시이율의 40%
청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	주계약의 보험계약대출이율

- (주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 일자계산하며, 회사가 보험금 및 해약환급금 등을 지급할 때에는 주계약 약관에서 정한 청구권의 소멸시효기간 내에서만 상기 이자를 적용하여 지급합니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 늦어지는 경우 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제17조(보험금 등의 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.

 설명

‘정당한 사유로 인정하는 경우’란, 공정하고 정확한 보험금 지급을 위해 보험금 지급사유의 조사, 확인 등이 필요하여 보험금 지급이 지연된 경우로, 금융위원회 또는 금융감독원이 인정하는 사정이 있을 때를 말합니다.

제1관 목적 및 용어의 정의

제 1조 [목적]

제 2조 [용어의 정의]

제2관 보험금의 지급

제 3조 [“입원”의 정의와 장소]

제 4조 [“종합병원”의 정의]

제 5조 [“상급종합병원”의 정의]

제 6조 [“응급실”의 정의와 장소]

제 7조 [“응급환자”의 정의]

제 8조 [“수술”의 정의와 장소]

제 9조 [법령 등의 개정 등에 따른 특약 내용의 변경]

제10조 [보험금의 지급사유]

제11조 [보험금 지급에 관한 세부규정]

제12조 [보험금을 지급하지 않는 사유]

제13조 [보험금 등의 청구]

제14조 [보험금 등의 지급절차]

제15조 [보험수익자의 지정]

제3관 특약의 성립과 유지

제16조 [특약의 체결 및 효력]

제17조 [피보험자의 범위]

제18조 [특약내용의 변경 등]

제19조 [특약의 갱신]

제20조 [특약의 보험기간]

제21조 [특약의 소멸]

제4관 보험료의 납입

제22조 [특약보험료의 납입]

제23조 [보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]

제24조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)]

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제25조 [계약자의 임의해지]

제26조 [해약환급금]

제6관 기타사항

제27조 [주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용]

[별표1] 보험금 지급기준표

[별표2] 재해분류표

[별표3] 장해분류표

[별표4] 질병 및 재해 분류표

[별표5] 1~5종 수술분류표

[별표6] 응급의료에 관한 법률 시행규칙 제2조(응급환자)

[별표7] 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

무배당 ABL인터넷입원수술보장패키지특약Ⅱ(갱신형)

제1관 목적 및 용어의 정의

제 1조 [목적]

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제 10조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2조 [용어의 정의]

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 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. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
- 마. 주피보험자 : 보험사고의 주된 대상이 되는 사람을 말합니다.

2. 지급사유 관련 용어

- 가. 재해 : “재해분류표”(별표2 참조)에서 정한 재해를 말합니다.
- 나. 장애 : “장애분류표”(별표3 참조)에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.
- 다. 질병 또는 재해 : “질병 및 재해 분류표”(별표4 참조)에서 정한 기준에 따른 질병 또는 재해를 말합니다.
- 라. 한국표준질병·사인분류 : 국민의 보건의료 복지행정의 수행과 의학연구를 위해 한 국민의 질병 및 사인에 대하여 의무기록자료 및 사망원인 통계조사(질병이환 및 사망자료)등의 표준 통계를 세계보건기구(WHO)의 국제질병분류 ICD를 기초로 그 성질의 유사성에 따라 체계적으로 유형화한 것입니다.

[한국표준질병·사인분류 적용 기준]

- ① 이 약관에 따라 한국표준질병·사인분류를 기준으로 이 약관에서 보장하는 질병 또는 재해 해당여부를 판단하는 경우, 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1.시행)를 기준으로 판단합니다. 다만, 이후 피보험자에게 질병이 진단된 당시 또는 재해가 발생한 당시에 한국표준질병·사인분류가 개정된 경우는 개정된 한국표준질병·사인분류를 기준으로 판단합니다.
- ② 피보험자에게 질병이 진단된 당시 또는 재해가 발생한 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 또는 재해 해당 여부가 판단된 경우, 이후

한국표준질병·사인분류 개정으로 질병·사인분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 또는 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【 한국표준질병·사인분류 적용 예시 】

<예시1> 피보험자에게 발생한 질병이 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하는 질병에 해당하나, 해당 질병이 진단된 당시에는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준으로는 약관상 보장하는 질병에 해당하지 않을 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

<예시2> 피보험자에게 발생한 질병이 진단된 당시의 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따라 해당 질병이 약관에서 보장하지 않는 질병에 해당하는 경우, 보험금을 지급하지 않습니다. 또한, 이후에 한국표준질병·사인분류가 개정되어 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 해당 질병이 약관상 보장하는 질병에 포함되더라도 보험금을 지급하지 않습니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

가. 연단위 복리 : 회사가 지급할 금액에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 원금+이자를 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.

【 연단위 복리 예시 】

원금 100원, 연간 10%이자율 적용 시 연단위 복리로 계산한 2년 시점의 총 이자금액

$$\cdot 1\text{년차 이자} = \frac{100\text{원} \times 10\%}{\text{원금}} = 10\text{원}$$

$$\cdot 2\text{년차 이자} = \frac{(\frac{100\text{원}}{\text{원금}} + \frac{10\text{원}}{\text{1년차 이자}}) \times 10\%}{\text{원금}} = 11\text{원}$$

$$\rightarrow 2\text{년 시점의 총 이자금액} = 10\text{원} + 11\text{원} = 21\text{원}$$

나. 평균공시이율 : 금융감독원장이 정하는 바에 따라 산정한 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결 시점의 이율(갱신계약의 경우 갱신계약 체결시점의 평균공시이율)을 말하며 평균공시이율은 회사의 인터넷 홈페이지(www.abllife.co.kr)의 ‘공시실’에서 확인할 수 있습니다.

다. 해약환급금 : 계약이 해지될 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

용어해설

【 해지 】

현재 유지되고 있는 계약이나 또는 효력이 상실된 계약을 장래에 향하여 소멸시키거나 계약유지 의사를 포기하여 만기일 이전에 계약관계를 청산하는 것을 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 공휴일, 대체 공휴일 및 근로자의 날을 제외합니다.

제2관 보험금의 지급

제 3조 [“입원”의 정의와 장소]

이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 피보험자의 질병 또는 재해로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이거나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 “의료기관”이라 합니다)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

용어해설

[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 각호와 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 임신부 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(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
 - 마. 정신병원
 - 바. 종합병원

제 4조 [“종합병원”의 정의]

이 특약에 있어서 “종합병원”이라 함은 의료법 제3조의 3(종합병원 지정)에서 정한 종합병원을 말합니다.

용어해설

[의료법 제3조의 3(종합병원 지정)]

- ① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
 1. 100개 이상의 병상을 갖추는 것

2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료 과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상 의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취 통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상 의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
- ② 종합병원은 제1항 제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외 의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

제 5조 [“상급종합병원”의 정의]

이 특약에 있어서 “상급종합병원”이라 함은 의료법 제3조의 4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

용어해설

[의료법 제3조의 4(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 갖추어
 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 평가업무를 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제 6조 [“응급실”의 정의와 장소]

이 특약에 있어서 “응급실”이라 함은 응급의료에 관한 법률 제2조(정의) 제5호에서 정하는 응급의료기관 또는 동법 제35조의2(응급의료기관 외의 의료기관)에서 정하는 바에 따라 시장·군수·구청장에게 신고된 응급의료시설을 말합니다.

용어해설

[응급의료에 관한 법률 제2조(정의)]

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

5. “응급의료기관”이란 「의료법」 제3조에 따른 의료기관 중에서 이 법에 따라 지정된 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터 및 지역응급의료기관을 말한다.

[응급의료에 관한 법률 제35조의2(응급의료기관 외의 의료기관)]

① 이 법에 따른 응급의료기관으로 지정받지 아니한 의료기관이 응급의료시설을 설치·운영하려면 보건복지부령으로 정하는 시설·인력 등을 갖추어 시장·군수·구청장에게 신고하여야 한다. 다만, 종합병원의 경우에는 신고를 생략할 수 있다.

제 7조 [“응급환자”의 정의]

이 특약에 있어서 “응급환자”라 함은 응급실에 내원하여 진료를 받은 자 중 “응급의료에 관한 법률 시행규칙 제2조(응급환자)”(별표6 참조)에서 정하는 자로 「응급증상 및 이에 준하는 증상」 또는 「응급증상 및 이에 준하는 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상」이 있는 자를 말합니다.

용어해설

[응급의료종사자]

“응급의료종사자”라 함은 「응급의료에 관한 법률」 제2조(정의) 제4호에서 정하는 자로 관계 법령에서 정하는 바에 따라 취득한 면허 또는 자격의 범위에서 응급환자에 대한 응급의료를 제공하는 의료인과 응급구조사를 말합니다.

제 8조 [“수술”의 정의와 장소]

이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 “의사”가 “의료기관”에서 “1~5종 수술 분류표”(별표5 참조)에서 정한 행위를 하는 것을 말합니다. 이러한 행위란 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말합니다. 다만, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 제외합니다.

용어해설

[신의료기술평가위원회]

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

[절단] : 특정부위를 잘라 내는 것

[절제] : 특정부위를 잘라 없애는 것

[흡인] : 주사기 등으로 빨아들이는 것(예:유방낭종흡인술)

[천자] : 바늘 또는 관을 꽂아 체액,조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것(예:복수천자)

제 9조 [법령 등의 개정에 따른 특약 내용의 변경]

① 제4조(“종합병원”의 정의) 및 제5조(“상급종합병원”의 정의)의 종합병원, 상급종합병원 지정기준이 의료법 및 관련 법령(이하 “법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 입원개시일 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 하나에 해당되는 경우에 회사는 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 특약내용에 상응하는 “종합병원 입원” 및 “상급종합병원 입원”과 관련된 새로운 보장내용으로 변경하며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 “종합병원”제도 및 “상급종합병원”제도가 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 “종합병원”제도의 변경으로 제4조(“종합병원”의 정의)의 종합병원 판정이 불가능한 경우
3. 법령의 개정에 따라 “상급종합병원”제도의 변경으로 제5조(“상급종합병원”의 정의)의 상급종합병원 판정이 불가능한 경우
4. 제1호, 제2호 및 제3호 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 해칠 수 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 특약내용 변경일의 30일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경을 원하지 않는 경우 특약내용 변경일의 15일 이전까지 특약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정하는 바에 따라 특약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경일의 15일 이전까지 특약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

⑥ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우에는 보장내용, 납입보험료, 보험가입금액 등이 변경될 수 있으며, 특약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 정산으로 계약자가 추가로 납입하거나 반환받을 금액이 발생할 수 있습니다.

⑦ 제2항 내지 제6항에도 불구하고 기존 특약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능한 경우 이 특약은 더 이상 효력이 없으며 회사는 이 특약의 효력이 소멸되는 날의 30일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 관련 내용을

계약자에게 2회 이상 알립니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특약의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 소멸 당시의 계약자적립액을 지급합니다.

⑧ 갱신계약의 경우에도 제1항 내지 제7항의 규정을 준용합니다.



용어해설

[보험료 및 해약환급금 산출방법서]

보험회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출 기초율을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류입니다.

[계약자적립액]

장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제10조 [보험금의 지급사유]

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 “보험금 지급기준표”(별표1 참조)에서 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 질병 또는 재해의 직접적인 치료를 목적으로 1일이 상 계속하여 입원하였을 경우(1회 입원당 120일한도) : 입원급여금
2. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 질병 또는 재해의 직접적인 치료를 목적으로 1일이 상 계속하여 종합병원에 입원하였을 경우(1회 입원당 120일한도) : 종합병원 입원급여금
3. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 질병 또는 재해의 직접적인 치료를 목적으로 1일이 상 계속하여 상급종합병원에 입원하였을 경우(1회 입원당 120일한도) : 상급종합병원 입원급여금
4. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 “응급환자”로 응급실에 내원하여 진료를 받았을 때 (내원 1회당) : 응급실내원진료비(응급)
5. 이 특약의 보험기간 중 수술을 받았을 때 : 수술급여금

[입원급여금 지급 예시]

기준 : 보험가입금액 1,000만원

예1) 종합병원 이외의 병원에 10일 입원 시

→ 총 지급금 10만원 (입원급여금 10만원)

예2) 종합병원에 10일 입원 시

→ 총 지급금 20만원 (입원급여금 10만원 + 종합병원 입원급여금 10만원)

예3) 상급종합병원에 10일 입원 시

→ 총 지급금 50만원 (입원급여금 10만원 + 종합병원 입원급여금 10만원 + 상급종합병원 입원급여금 30만원)

제11조 [보험금 지급에 관한 세부규정]

① 다음의 경우 중 어느 하나에 해당될 때에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 보험료 납입이 면제된 이후 제19조(특약의 갱신)에 따라 특약을 갱신할 경우 갱신계약의 보험료를 납입해야 합니다.

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우
2. 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 장애분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50% 이상인 장애상태가 되었을 경우

② 제1항 제2호에도 불구하고 제19조(특약의 갱신)에 따라 갱신이 이루어진 경우, 갱신 전 계약(최초계약을 포함합니다)에서 보험료의 납입을 면제한 장애상태의 원인과 동일한 사유로는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

③ 피보험자가 제3조(“입원”의 정의와 장소)에서 정한 “입원” 중 “의료기관”에 입원하는 경우 제10조(보험금의 지급사유) 제2호 및 제3호의 종합병원 입원급여금 및 상급종합병원 입원급여금은 지급하지 않습니다.

④ 응급실이 아닌 곳에서 진료를 받은 자는 제7조(“응급환자”의 정의)에서 정하는 “응급환자”에 해당하지 않습니다.

⑤ 회사는 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 급여금에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 제10조(보험금의 지급사유) 제5호의 수술급여금을 지급합니다. 다만, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술급여금을 지급합니다.

⑥ 제5항에서 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, 다리, 손가락, 발가락은 좌·우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.

⑦ “1~5종 수술 분류표”(별표5 참조)상에 ‘시술개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 하여 급여금을 지급하는 수술’에서 특약이 갱신되어 시술개시일부턴의 기간이 갱신 전후에 계속되는 경우, 해당 제10조(보험금의 지급사유) 제5호의 수술급여금의 지급은 시술개시일부터 갱신 전후에 계속되는 기간을 기준으로 합니다.

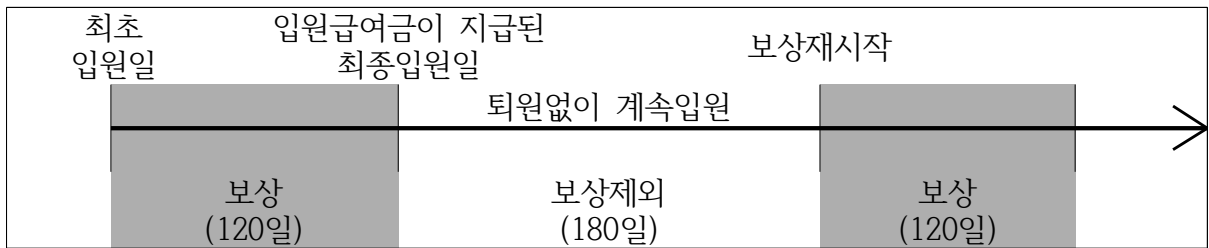
⑧ 제10조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제3호의 입원급여금, 종합병원 입원급여금 및 상급종합병원 입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 하며, 1회 입원당 한도는 급부별로 적용합니다. 다만, 특약이 갱신되어 입원이 갱신 전후에 계속되는 경우에 그 지급일수는 갱신 전후에 계속되는 총 입원일을 기준으로 1회 입원당 120일을 한도로 하여 계산합니다.

⑨ 제10조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제3호의 입원급여금, 종합병원 입원급여금 및 상급종합병원 입원급여금은 보험기간 중 발생한 입원에 한합니다.

⑩ 피보험자가 동일 질병 또는 재해로 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 보고 각 입원일수를 더하여 제8항의 규정을 적용합니다.

⑪ 제10항에도 불구하고 동일 질병 또는 재해에 따른 입원이라도 제10조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제3호의 입원급여금, 종합병원 입원급여금 또는 상급종합병원 입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부턴 180일이 지난후 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만,

아래와 같이 입원급여금, 종합병원 입원급여금 또는 상급종합병원 입원급여금이 지급된 최종 입원일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원급여금, 종합병원 입원급여금 또는 상급종합병원 입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



⑫ 피보험자가 제10조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제3호의 입원급여금, 종합병원 입원급여금 또는 상급종합병원 입원급여금 지급사유에 해당하는 입원기간 중에 보험기간이 끝났을 때에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여는 제3항에 따라 계속 입원급여금, 종합병원 입원급여금 또는 상급종합병원 입원급여금을 지급합니다.

⑬ 계속 중인 입원이란 중도 퇴원 없이 계속하여 입원하는 것을 말합니다.

⑭ 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병(또는 재해)의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.

⑮ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 경우에는 제10조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제3호의 입원급여금, 종합병원 입원급여금 또는 상급종합병원 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

설명

‘정당한 이유’란 사회통념상 그 의무나 책임 등을 이행할 수 없을만한 사정이 있거나, 그 의무나 책임 등의 이행을 기대하는 것이 무리라고 할 만한 사정이 있을 때를 말합니다.

⑯ 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 제4조(“종합병원”의 정의)의 종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제8항, 제10항 및 제10조(보험금의 지급사유)에 따라 종합병원 입원급여금(1일이상 120일한도)을 지급합니다.

⑰ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 제5조(“상급종합병원”의 정의)의 상급종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제8항, 제10항 및 제10조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 입원급여금(1일이상 120일한도)을 지급합니다.

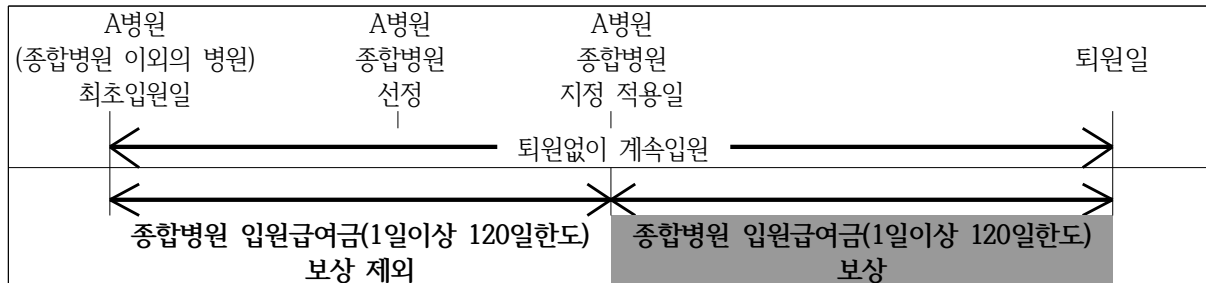
⑱ 피보험자가 제4조(“종합병원”의 정의)의 종합병원에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제10조(보험금의 지급사유)에 따라 종합병원 입원급여금(1일이상 120일한도)을 지급합니다.

⑲ 피보험자가 제5조(“상급종합병원”의 정의)의 상급종합병원에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제10조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 입원급여금(1일이상 120일한도)을 지급합니다.

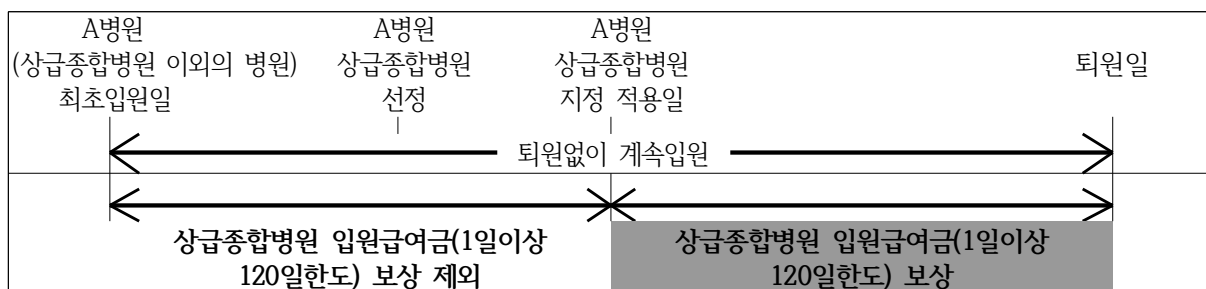
⑳ 피보험자가 제5조(“상급종합병원”의 정의)의 상급종합병원에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제

10조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 입원급여금(1일이상 120일한도) 및 종합병원 입원급여금(1일이상 120일한도)을 지급합니다.

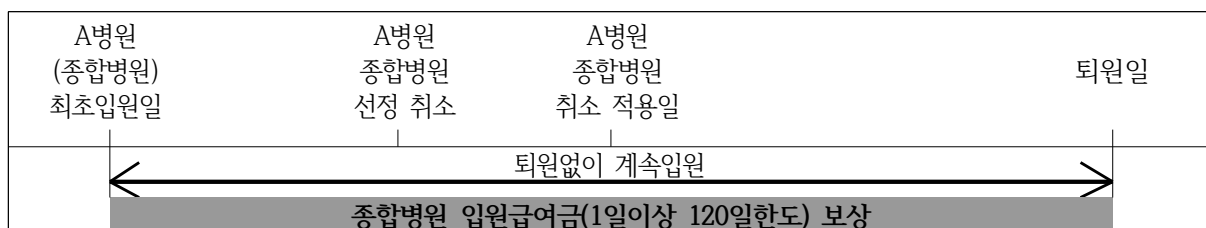
㉔ 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제4조(“종합병원”의 정의)의 종합병원으로 지정되는 경우 종합병원 지정 적용일부터 제10조(보험금의 지급사유)에 따라 종합병원 입원급여금(1일이상 120일한도)을 지급합니다.



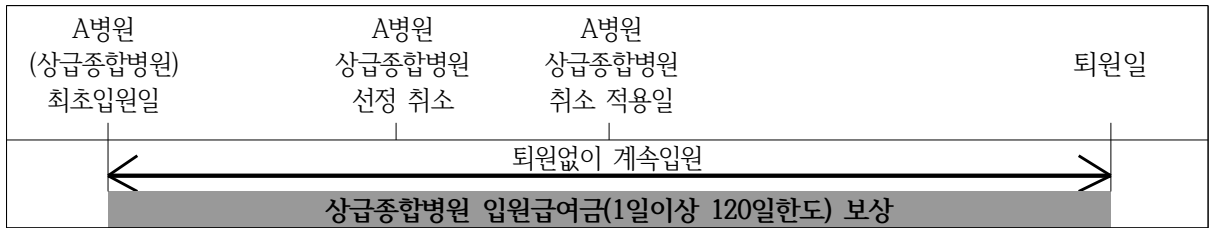
㉔ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제5조(“상급종합병원”의 정의)의 상급종합병원으로 지정되는 경우 상급종합병원 지정 적용일부터 제10조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 입원급여금(1일이상 120일한도)을 지급합니다.



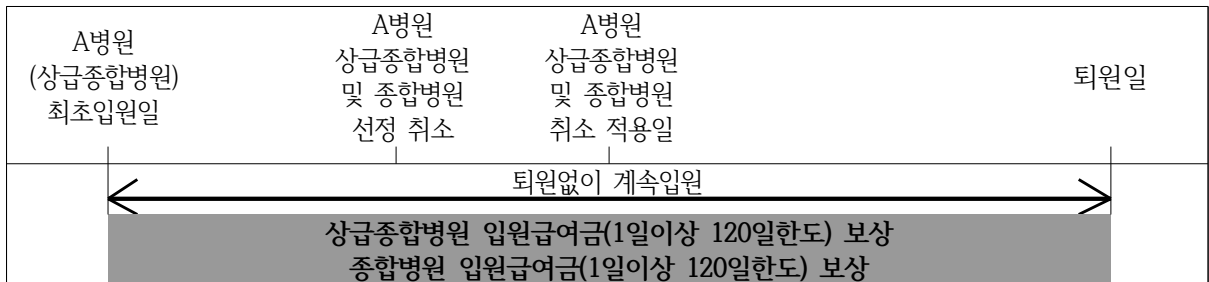
㉔ 피보험자가 종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제4조(“종합병원”의 정의)의 종합병원 지정이 취소된 경우라 하더라도 최초 퇴원일 까지 계속 중인 입원기간에 대하여는 제8항, 제10항 및 제10조(보험금의 지급사유)에 따라 종합병원 입원급여금(1일이상 120일한도)을 지급합니다.



㉔ 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제5조(“상급종합병원”의 정의)의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 최초 퇴원일 까지 계속 중인 입원기간에 대하여는 제8항, 제10항 및 제10조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 입원급여금(1일이상 120일한도)을 지급합니다.



㉕ 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제4조(“종합병원”의 정의)의 종합병원의 지정이 취소된 경우 최초 퇴원일 까지 계속 중인 입원기간에 대하여는 제8항, 제10항 및 제10조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 입원급여금(1일이상 120일한도) 및 종합병원 입원급여금(1일이상 120일한도)을 지급합니다.



㉖ 제1항 제2호의 장애지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표에 장애 판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

㉗ 제26항에 따라 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다. 보장받을 수 있는 기간의 산정시 특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일 또는 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일 또는 진단확정일부터 1년 이내로 합니다.

㉘ 제1항 제2호에서 ‘동일한 재해’란 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

㉙ 제1항 제2호의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장애로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장애가 다른 장애와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장애지급률만을 적용하며, 하나의 장애로 둘 이상의 파생장애가 발생하는 경우 각 파생장애의 지급률을 합산한 지급률과 최초 장애의 지급률을 비교하여 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다.

㉚ 제1항 제2호의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 “한시장애”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 정합니다.

㉛ 제1항 제2호의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 더하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.

㉜ 제31항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표상 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위

별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.

㉓ 제1항 제2호의 경우 장애분류표에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애정도에 따라 장애분류표의 구분에 준하여 장애지급률을 결정합니다.

㉔ 보험수익자와 회사가 제10조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 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.

㉕ 계약자와 회사가 제1항 내지 제2항의 보험료 납입면제사유에 대해 합의하지 못할 때에는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제12조 [보험금을 지급하지 않는 사유]

회사는 보험금 지급사유 및 보험료 납입면제 사유가 발생하더라도 다음 중 어느 하나에 해당되는 경우에는 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 경우에는 제10조(보험금의 지급사유) 및 제11조(보험금 지급에 관한 세부규정)을 준용하여 해당 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.



설명

보험수익자가 다수인 계약에서 그 중 1인이 피보험자를 고의로 해친 경우에는 그 1인에 대해서는 보험금이 지급되지 않으며, 다른 보험수익자에게는 그 1인에 지급할 보험금을 제외한 보험금을 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우



용어해설

[고의]

범죄 또는 불법행위의 성립요소인 사실에 대한 인식을 말하는 것으로 자기행위에 의하여 일정한 결과가 생길 것을 인식하면서 그 행위를 하는 경우의 심리상태를 말합니다.

[심신상실(心神喪失)]

심신의 장애로 인하여 사물을 변별할 능력이 없거나 의사를 결정할 능력이 없는 상태를 말합니다.

제13조 [보험금 등의 청구]

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액을 청구하거나 보험료 납입면제를 신청하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(입원확인서, 진료비계산서, 진료비세부내역서, 응급실기록지 사본, 수술확인서, 장애인단서, 사망진단서 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금의 수령, 계약자적립액 수령 또는 보험료 납입 면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제14조 [보험금 등의 지급절차]

- ① 회사는 제13조(보험금 등의 청구)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 보험금의 지급사유, 계약자적립액 지급사유 및 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”(별표7 참조)과 같이 계산합니다.
- ③ 회사가 제1항의 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 통지합니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제13조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
 1. 소송제기
 2. 분쟁조정신청(다만, 대상기관은 금융분쟁조정위원회 또는 소비자 분쟁조정위원회)
 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 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사와 확인이 늦어지는 경우
 6. 제11조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제34항 및 제35항에 따라 보험금 지급사유 및 보험료 납입면제사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ④ 제3항에 따라 추가적인 조사·확인이 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유 및 보험료 납입면제사유 조사와 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 지급이 늦어짐에 따라 발생한 이자를 지급하지 않습니다.



설명

‘정당한 사유’란 사회통념상 그 의무나 책임 등을 이행할 수 없을만한 사정이 있거나, 그 의무나 책임 등의 이행을 기대하는 것이 무리라고 할 만한 사정이 있을 때를 말합니다.

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



용어해설

[보험금 가지급제도]

보험금이 지급기한 내에 지급되지 못할 것으로 판단되는 경우 회사가 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도를 말합니다. 이는 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해 주기 위해 회사가 먼저 지급해 주는 임시 급부금입니다.

제15조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 피보험자를 보험수익자로 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제16조 [특약의 체결 및 효력]

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약하고 회사가 승낙함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 이 특약을 주계약을 체결할 때 부가할 경우에는 “최초계약”이라 하며, 이후 특약의 보험기간이 끝난 후 제19조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 “갱신계약”이라 합니다.

③ 이 특약의 최초 계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 이 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 종료일의 다음날(이하 “갱신일”이라 합니다)을 보장개시일로 합니다.



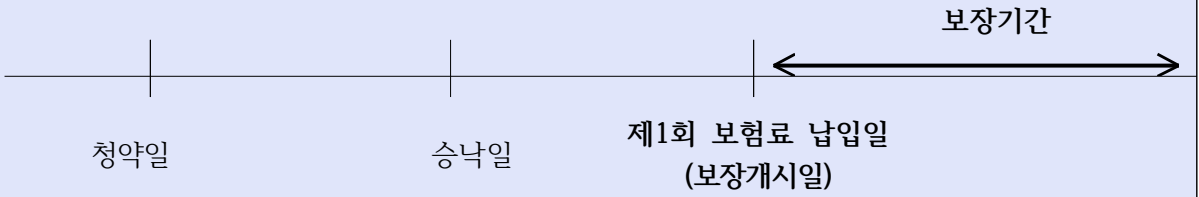
용어해설

[보장개시일]

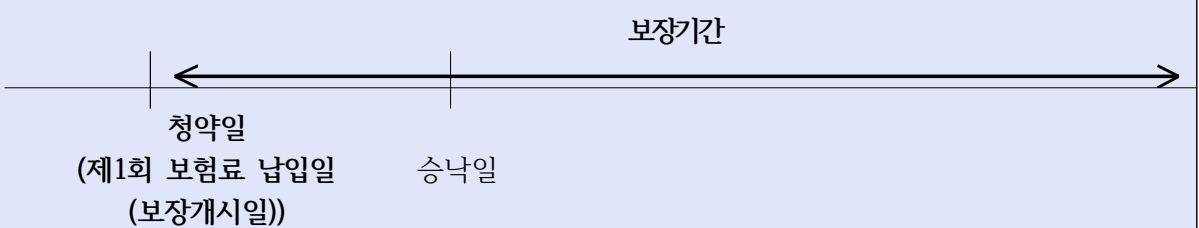
회사가 보장을 개시하는 날로서 최초계약의 경우, 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다. 갱신계약의 보장개시일은 갱신 전 계약의 보험기간 종료일의 다음날로 합니다. 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

[보장개시일 예시]

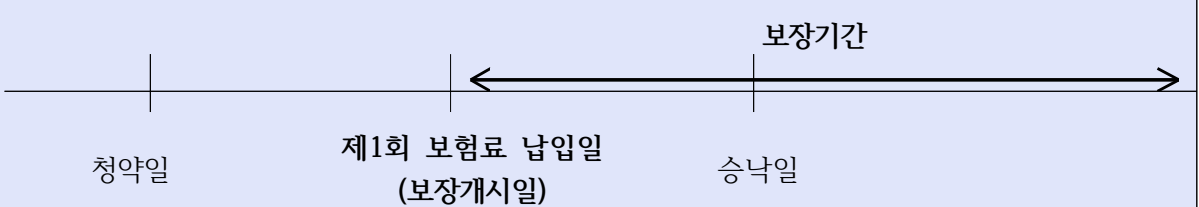
<예시1> 청약 후 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우



<예시2> 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우



<예시3> 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우



제17조 [피보험자의 범위]

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자(주계약이 2명 이상을 보장하는 보험인 경우에는 주계약의 주피보험자)로 합니다.

제18조 [특약내용의 변경 등]

- ① 회사는 계약자가 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일한 내용으로 이 특약의 내용을 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제26조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 특약의 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입을 할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.
- ③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.



용어해설

[보험가입금액의 감액]

가입할 때 선택한 보험가입금액을 낮추는 것을 감액이라고 하며, 계약자는 보험가입금액 감액을 신청할 수 있습니다. 보험가입금액 감액 후에는 감액한 비율만큼 보장이 감소합니

다. 보험가입금액을 감액하면 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

제19조 [특약의 갱신]

- ① 계약자가 이 특약의 보험기간 종료일부터 역산하여 15일 전까지 이 특약을 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 이러한 경우에도 제23조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 연체보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.
- ② 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간, 이하 같습니다)로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일이 피보험자의 100세 계약해당일 전일 이후인 경우에는 100세 계약해당일 전일로 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 이 특약의 보험기간 종료일이 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
- ④ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이에 따라 계산하고, 갱신을 할 때의 보험요율을 적용하며, 갱신할 때의 보험요율은 위험률 등의 변동으로 인하여 갱신 전과 다를 수 있습니다. 특약이 갱신되는 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 종료일부터 역산하여 30일 전까지 계약자에게 서면으로 안내하여 드립니다.
- ⑤ 갱신계약의 특약 보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.



용어해설

[보험요율]

보험가입금액에 대한 보험료 등의 비율을 말하며, 보험료 산출기초율(적용이율, 계약체결 비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 기초로 보험업법 제129조(보험요율 산출의 원칙)을 준수하여 산출 됩니다.

제20조 [특약의 보험기간]

- ① 이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 갱신일부터 제19조(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 10년(최초계약의 보험기간이 20년인 경우에는 20년) 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제21조 [특약의 소멸]

- ① 이 특약의 피보험자에게 다음 각 호 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지되거나 기타사유로 효력을 가지지 않게 된 경우
2. 피보험자가 사망하였을 경우

이때 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을

계약자에게 지급합니다.

- ② 제1항 제1호에도 불구하고, 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 이 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약은 소멸되지 않습니다.
- ③ 제1항 제1호에도 불구하고, 주계약이 사망보험금 이외의 보험금 지급으로 효력을 가지지 않게 된 경우에도 이 특약은 소멸되지 않습니다.
- ④ 제1항 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.
- ⑤ 제1항 제2호의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제13조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 제14조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 적용하여 연단위 복리로 계산합니다.



용어해설

【 실종선고 】

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정을 말합니다.

제4관 보험료의 납입

제22조 [특약보험료의 납입]

- ① 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 완료되었거나 주계약의 보험료 납입이 면제되었다 하더라도, 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

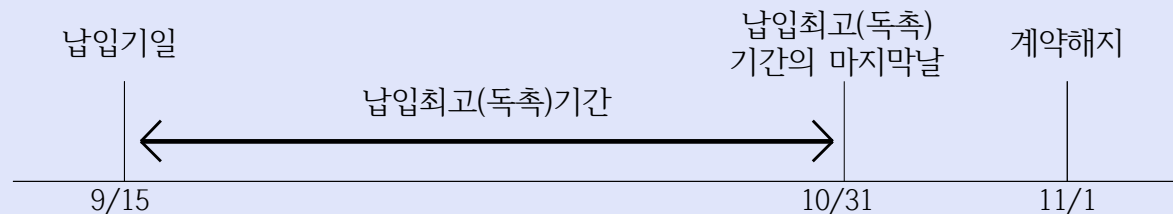
제23조 [보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]

- ① 최초계약의 제2회 이후의 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후의 보험료 납입기일은 갱신 전 계약의 보험료 납입기일을 준용합니다.
- ② 계약자가 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 다만, 이 경우에도 주계약에 따른 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정

③ 제2항에도 불구하고, 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 이 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약은 해지되지 않습니다.

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 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

[보험료 미납으로 인한 계약의 해지]



⑥ 제2항 및 제4항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제26조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

[**납입최고(독촉)**]

[납입기일]

계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

[전자서명법 제2조 제2호]

“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

제24조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)]

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약한 경우 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 제23조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제4항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정을 준용하여 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ④ 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.



용어해설

[부활(효력회복)]

특약의 효력이 상실된 후 다시 원 특약의 내용대로 효력을 유지하기 위해 특약을 되살리는 일을 말합니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제25조 [계약자의 임의해지]

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제26조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 그 뜻을 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제26조 [해약환급금]

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”(별표7 참조)에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공합니다.

제6관 기타사항 등

제27조 [주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용]

- ① 이 특약에서 정하지 않은 사항은 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

(별표1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약보험가입금액 1,000만원]

■ 입원급여금(제10조 제1호)

지급사유	이 특약의 보험기간 중 피보험자가 질병 또는 재해의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 계속하여 입원하였을 때(다만, 1회 입원당 120일 한도)
지급금액	1일당 1만원

■ 종합병원 입원급여금(제10조 제2호)

지급사유	이 특약의 보험기간 중 피보험자가 질병 또는 재해의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 계속하여 종합병원에 입원하였을 때(다만, 1회 입원당 120일 한도) *‘종합병원 입원급여금’을 지급할 때 ‘입원급여금’도 동시에 지급됨 (다만, 1회 입원당 한도는 급부별 적용)
지급금액	1일당 1만원

■ 상급종합병원 입원급여금(제10조 제3호)

지급사유	이 특약의 보험기간 중 피보험자가 질병 또는 재해의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 계속하여 상급종합병원에 입원하였을 때(다만, 1회 입원당 120일 한도) *‘상급종합병원 입원급여금’을 지급할 때 ‘종합병원 입원급여금’과 ‘입원급여금’도 동시에 지급됨 (다만, 1회 입원당 한도는 급부별 적용)
지급금액	1일당 3만원

■ 응급실내원진료비(응급)(제10조 제4호)

지급사유	이 특약의 보험기간 중 피보험자가 “응급환자”로 응급실에 내원하여 진료를 받았을 때 (내원 1회당)
지급금액	4만원

■ 수술급여금(제10조 제5호)

지급사유	이 특약의 보험기간 중 수술을 받았을 때
지급금액	(수술 1회당) 1종 수술 : 15만원 2종 수술 : 30만원 3종 수술 : 60만원 4종 수술 : 100만원 5종 수술 : 500만원

- (주) 1. 다음의 경우 중 어느 하나에 해당될 때에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 보험료 납입이 면제된 이후 제19조(특약의 갱신)에 따라 특약을 갱신할 경우 갱신계약의 보험료를 납입해야 합니다.
- 1) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우
 - 2) 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 장애분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 경우
2. 제1호 '2)'에도 불구하고 제19조(특약의 갱신)에 따라 갱신이 이루어진 경우, 갱신 전 계약(최초계약을 포함합니다)에서 보험료의 납입을 면제한 장애상태의 원인과 동일한 사유로는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
3. “응급환자”라 함은 응급실에 내원하여 진료를 받은 자 중 “응급의료에 관한 법률 시행규칙 제2조(응급환자)”(별표6 참조)에서 정하는 자로 「응급증상 및 이에 준하는 증상」 또는 「응급증상 및 이에 준하는 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상」이 있는 자를 말합니다.
4. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고 이 특약은 소멸됩니다.

(별표2)

재해분류표

1. 보장대상이 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

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 장기간 체류(X52)
 - 식량부족(X53)
 - 물부족(X54)
 - 상세불명의 결핍(X57)
 - 고의적 자해(X60~X84)
 - “법적 개입” 중 법적 처형(Y35.5)
- ③ “외과적 및 내과적 치료중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고 (다만, 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 질병으로 인한 호흡장애 및 삼킴장애
- ⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

※ () 안은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)상의 분류 번호이며, 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 재해 해당여부는 피보험자에게 재해가 발생한 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 재해가 발생한 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 재해 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병·사인분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

※ 위 ‘1. 보장대상이 되는 재해’의 제②호에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용하며, ‘2. 보험금을 지급하지 않는 재해’의 제⑥호에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표4)

질병 및 재해 분류표

1. 보장대상이 되는 질병 및 재해

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

- ① 한국표준질병·사인분류상(A00~Y98)에 해당하는 질병 및 재해
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 질병 및 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 정신 및 행동장애(F00~F99)에 해당하는 질병
- ② 선천 기형, 변형 및 염색체 이상(Q00~Q99)에 해당하는 질병
- ③ 마약, 습관성 의약품 및 알코올중독으로 인한 경우
- ④ 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우
- ⑤ 정상임신, 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우
- ⑥ 질병을 직접적인 원인으로 하지 않는 불임수술 또는 제왕절개 수술 등으로 인한 경우
- ⑦ 치료를 수반하지 않는 건강진단으로 인한 경우

※ () 안은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행)상의 분류번호이며, 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당여부는 피보험자에게 질병이 진단된 당시 또는 재해가 발생한 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 피보험자에게 질병이 진단된 당시 또는 재해가 발생한 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병·사인분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 및 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

※ 위 '1. 보장대상이 되는 질병 및 재해'의 제②호에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용합니다.

(별표5)

1~5종 수술분류표

I. 일반 질병 및 재해 치료목적의 수술

구분	수술명	수술종류
피부, 유방의 수술	1. 피부이식수술(25cm ² 이상인 경우), 피판수술(피판분리수술, Z flap, W flap 제외)	3종
	2. 피부이식수술(25cm ² 미만인 경우)	1종
	3. 유방절단수술(切斷術, Mastectomy)	3종
	4. 기타 유방수술(농양의 절개 및 배액은 제외)[다만, 치료목적의 Mammotomy는 수술개시일로부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 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 수 반하는 것은 제외함]	5. 골(骨) 이식수술	2종
	6. 두개골(頭蓋骨, cranium) 관혈수술[비골(鼻骨, 코뼈).비중격(鼻中隔).상악골(上顎骨, 위턱뼈).하악골(下顎骨, 아래턱뼈).악관절(顎關節)은 제외함]	3종
	7. 비골(鼻骨, 코뼈) 수술 [비중격 만곡증(彎曲症)수술, 수면중 무호흡 수술은 제외]	1종
	8. 상악골(上顎骨, 위턱뼈), 하악골(下顎骨, 아래턱뼈), 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, 어깨뼈), 늑골(肋骨, 갈비뼈), 흉골(胸骨, 복장뼈) 관혈수술	2종
	11. 사지(四肢)절단수술 [다지증에 대한 절단수술은 제외함]	
	11-1. 손가락, 발가락 절단수술 [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는 것]	1종
	11-2. 기타 사지(四肢)절단수술	3종
	12. 절단(切斷)된 사지(四肢) 재접합수술(再接合手術) [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는 것]	3종
	13. 사지골(四肢骨, 팔다리뼈), 사지관절(四肢關節) 관혈수술	
	13-1. 손가락, 발가락의 골 및 관절 관혈수술	1종
	13-2. 기타 사지골(四肢骨, 팔다리뼈), 사지관절(四肢關節) 관혈수술	2종
	14. 근(筋), 건(腱, 힘줄), 인대(靱帶), 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 [개흉술(開胸術, Thoracotomy)을 수반하는 것]	4종
	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

구분	수술명	수술종류
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(귀밑샘) 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(脾臟) 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] (다만, 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(충수염(맹장염)관련충수주위 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[개복술을 수반하는 것] 다만, 직장탈근본수술은 제외	4종
	44. 치루(痔瘻), 탈항(脫肛, 항문탈출증), 치핵(痔核) 근본수술 [근치를 목적으로 하지 않은 수술은 제외함]	1종

구분	수술명	수술종류
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 교정 수술은 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(辜丸), 부고환(副辜丸), 정관(精管), 정색(精索), 정낭(精囊) 관혈수술, 전립선(前立腺)관혈수술	2종
	51. 음낭관혈수술	1종
	52. 자궁, 난소, 난관 관혈수술 (다만, 제왕절개만출술 및 경질적인 조작은 제외)	2종
	53. 경질적 자궁, 난소, 난관 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다]	1종
	54. 제왕절개만출술(帝王切開娩出術)	1종
내분비기계의 수술	55. 질탈(膺脫)근본수술	1종
	56. 뇌하수체종양(腦下垂體腫瘍) 절제수술	5종
	57. 갑상선(甲狀腺), 부갑상선(副甲狀腺) 관혈수술	3종
신경계의 수술	58. 부신(副腎) 절제수술	4종
	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
시각기의 수술 (약물주입술은 제외)	62. 척수경막내외(脊髓硬膜內外) 관혈수술	3종
	63. 안검하수증(眼瞼下垂症)수술(안검내반증 제외)	1종
	64. 누소관(淚小管)형성수술(누관튜브삽입술 포함)	1종
	65. 누낭비강(淚囊鼻腔) 관혈수술	2종
	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 수술보험금을 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 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다]	1종

구분	수술명	수술종류
시각기의 수술 (약물주입술은 제외)	74. 냉동응고(冷凍凝固)에 의한 안구(眼球) 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다]	2종
	75. 안구적출술, 조직충전술(組織充填術)	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, 가운데귀) 관혈수술 [중이(가운데 귀)내 튜브유치술 제외]	2종
	82. 중이내(中耳內) 튜브유치술 [고막 패치술은 제외, 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다]	1종
	83. 내이(內耳, 속귀) 관혈수술	3종
상기 이외의 수술 [검사, 처치, 약물주입 요법은 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
	87. 체외충격파쇄석술(體外衝擊破碎石術, E.S.W.L) [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 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 경피(피부를 통한)적 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 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

(주) 상기 1~87항의 수술 중 내시경(Fiberscope) 을 이용한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피(피부를 통한)적(經皮的, Percutaneous) 수술은 88항을 적용합니다. 다만, 복강경, 흉강경에 의한 수술은 해당부위(1~87항)의 수술로 적용합니다.

Ⅱ. 악성신생물 치료 목적의 수술

수술명	수술종류
1. 관혈적 악성신생물(惡性新生物) 근치수술(根治手術, Radical curative surgery) 다만, 기타피부암(C44) 제외 [내시경 수술, 카테터.고주파 전극 등의 경피(피부를 통한)적 수술 등은 제외함] 1-1. 기타피부암(C44)	5종 3종
2. 내시경 수술, 카테터.고주파 전극 등에 의한 악성신생물 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험 금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다]	3종
3. 상기 이외의 기타 악성신생물 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험 금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다]	3종

- (주) 1. 제자리암.경계성 종양에 대한 수술은 ‘I. 일반 질병 및 재해치료 목적의 수술’ 항목의 적용을 받습니다.
2. 카테터(Catheter)를 이용한 흡인.천자.약물주입요법은 포함하지 않습니다.
3. 비고형암에 대한 비관혈적 근치수술은 관혈적 악성신생물 근치수술에 준하여 5종 수술로 인정합니다.
- 비고형암에 대한 비관혈적 근치수술 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 근치.두개내신생물 근치 방사선 조사 분류표

방사선 조사 분류항목	수술종류
1. 악성신생물 근치 방사선 조사 [5,000Rad 이상의 조사(照射)를 하는 경우로 한정하며, 악성신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료(定位的 放射線 治療, Stereotactic radiotherapy)를 포함함]	3종
2. 두개내 신생물 근치 감마 나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료	3종

- (주) 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

(1~5종 수술분류표 사용 지침)

1. “수술”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자가 피보험자의 질병 또는 재해로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 <1~5종 수술분류표>에 정한 행위를 하는 것을 말합니다. 이러한 행위란 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정 부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정 부위를 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 말합니다. 다만, 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.
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 근치수술’이라 함은 관혈적 방법을 통해 악성신생물의 원발 병소를 완전히 절제, 적제, 적출하고 혹은 광청술을 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 수술분류표>상의 수술 이외에 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 치료한 경우 <1~5종 수술분류표>상의 동일부위 수술로 봅니다. 이때에 해당 최신수술기법은 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.
 - 2) 다만, 이 선진의료적 첨단의 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(악성신생물의 경우는 ‘악성신생물 치료목적의 수술’ 2항)을 우선 적용합니다.
6. ‘악성신생물 근치 사이버 나이프(CYberknife) 정위적 방사선 치료’라 함은 선형가속기(LINAC)에서 발생하는 가는 방사선(Pencil beam)들을 다양한 각도에서 악성 신생물을 향해 집중적으로 조사하면서 동시에 악성신생물의 움직임을 병변 추적 장치를 이용하여 실시간으로 추적하면서 치료하는 방법입니다.
7. ‘두개내 신생물 근치 감마나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료’라 함은 정위 좌표계를 이용하여 코발트 60방사선 동위원소(Co-60)에서 나오는 감마선을 두개강 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 가임목적의 수술
 - 4) 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査) 등]

(별표6)

응급의료에 관한 법률 시행규칙 제2조(응급환자)

(제7조 관련)

「응급의료에 관한 법률」 제2조 제1호에서 “보건복지부령이 정하는 자”란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 증상이 있는 자를 말한다.

1. 응급증상 및 이에 준하는 증상
2. 제1호의 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상

■ 응급증상 및 이에 준하는 증상

1. 응급증상

- 가. 신경학적 응급증상 : 급성의식장애, 급성신경학적 이상, 구토·의식장애 등의 증상이 있는 두부 손상
- 나. 심혈관계 응급증상 : 심폐소생술이 필요한 증상, 급성호흡곤란, 심장질환으로 인한 급성 흉통, 심계항진, 박동이상 및 쇼크
- 다. 중독 및 대사장애 : 심한 탈수, 약물·알콜 또는 기타 물질의 과다복용이나 중독, 급성대사장애 (간부전·신부전·당뇨병 등)
- 라. 외과적 응급증상 : 개복술을 요하는 급성복증(급성복막염·장폐색증·급성췌장염 등 중한 경우에 한함), 광범위한 화상(외부신체 표면적의 18% 이상), 관통상, 개방성·다발성 골절 또는 대퇴부 척추의 골절, 사지를 절단할 우려가 있는 혈관 손상, 전신마취하에 응급수술을 요하는 증상, 다발성 외상
- 마. 출혈 : 계속되는 각혈, 지혈이 안되는 출혈, 급성 위장관 출혈
- 바. 안과적 응급증상 : 화학물질에 의한 눈의 손상, 급성 시력 손실
- 사. 알러지 : 얼굴 부종을 동반한 알러지 반응
- 아. 소아과적 응급증상 : 소아경련성 장애
- 자. 정신과적 응급증상 : 자신 또는 다른 사람을 해할 우려가 있는 정신장애

2. 응급증상에 준하는 증상

- 가. 신경학적 응급증상 : 의식장애, 현훈
- 나. 심혈관계 응급증상 : 호흡곤란, 과호흡
- 다. 외과적 응급증상 : 화상, 급성복증을 포함한 배의 전반적인 이상증상, 골절·외상 또는 탈골, 그 밖에 응급수술을 요하는 증상, 배뇨장애
- 라. 출혈 : 혈관손상
- 마. 소아과적 응급증상 : 소아 경련, 38℃ 이상인 소아 고열(공휴일·야간 등 의료서비스가 제공되기 어려운 때에 8세 이하의 소아에게 나타나는 증상을 말한다)
- 바. 산부인과적 응급증상 : 분만 또는 성폭력으로 인하여 산부인과적 검사 또는 처치가 필요한 증상
- 사. 이물에 의한 응급증상 : 귀·눈·코·항문 등에 이물이 들어가 제거술이 필요한 환자

※ 향후 관련법령이 개정될 경우 개정된 내용을 적용합니다.

(별표7)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제14조 제2항 및 제26조 제2항 관련)

■ 입원급여금, 종합병원 입원급여금, 상급종합병원 입원급여금, 응급실내원진료비(응급), 수술급여금(제10조 제1호 내지 제5호)

기간	지급이자
지급기일의 다음날부터 30일 이내 기간	주계약의 보험계약대출이율
지급기일의 31일이후부터 60일 이내 기간	주계약의 보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
지급기일의 61일이후부터 90일 이내 기간	주계약의 보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
지급기일의 91일 이후 기간	주계약의 보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)

■ 해약환급금(제26조 제1항)

기간	지급이자
지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간 : 평균공시이율의 40%
청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	주계약의 보험계약대출이율

- (주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 일자계산하며, 회사가 보험금 및 해약환급금 등을 지급할 때에는 주계약 약관에서 정한 청구권의 소멸시효기간 내에서만 상기 이자를 적용하여 지급합니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 늦어지는 경우 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제14조(보험금 등의 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.

설명

‘정당한 사유로 인정하는 경우’란, 공정하고 정확한 보험금 지급을 위해 보험금 지급사유의 조사, 확인 등이 필요하여 보험금 지급이 지연된 경우로, 금융위원회 또는 금융감독원이 인정하는 사정이 있을 때를 말합니다.

무배당 ABL인터넷장해보장패키지특약(갱신형)

제1관 목적 및 용어의 정의

제 1조 [목적]

제 2조 [용어의 정의]

제2관 보험금의 지급

제 3조 [“뺑소니·무보험차량 교통재해”의 정의]

제 4조 [“외모특정상해”의 정의 및 진단확정]

제 5조 [“골절”의 정의 및 진단확정]

제 6조 [“깁스(Cast)치료”의 정의 및 진단확정]

제 7조 [보험금의 지급사유]

제 8조 [보험금 지급에 관한 세부규정]

제 9조 [보험금을 지급하지 않는 사유]

제10조 [보험금 등의 청구]

제11조 [보험금 등의 지급절차]

제12조 [보험수익자의 지정]

제3관 특약의 성립과 유지

제13조 [특약의 체결 및 효력]

제14조 [피보험자의 범위]

제15조 [특약내용의 변경 등]

제16조 [특약의 갱신]

제17조 [특약의 보험기간]

제18조 [특약의 소멸]

제4관 보험료의 납입

제19조 [특약보험료의 납입]

제20조 [보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]

제21조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)]

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제22조 [계약자의 임의해지]

제23조 [해약환급금]

제6관 기타사항

제24조 [주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용]

- [별표1] 보험금 지급기준표
- [별표2] 재해분류표
- [별표3] 장해분류표
- [별표4] 교통재해분류표
- [별표5] 외모특정상해 분류표
- [별표6] 재해골절(치아파절 제외)분류표
- [별표7] 재해골절 등급분류기준표
- [별표8] 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

무배당 ABL인터넷장해보장패키지특약(갱신형)

제1관 목적 및 용어의 정의

제 1조 [목적]

이 특약은 보험계약자(이하 ‘계약자’라 합니다)와 보험회사(이하 ‘회사’라 합니다) 사이에 제7조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2조 [용어의 정의]

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 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. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
- 마. 주피보험자 : 보험사고의 주된 대상이 되는 사람을 말합니다.

2. 지급사유 관련 용어

- 가. 재해 : “재해분류표”(별표2 참조)에서 정한 재해를 말합니다.
- 나. 장애 : “장애분류표”(별표3 참조)에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.
- 다. 교통재해 : “교통재해분류표”(별표4 참조)에서 정한 교통재해를 말합니다.
- 라. 한국표준질병·사인분류 : 국민의 보건의료 복지행정의 수행과 의학연구를 위해 한 국민의 질병 및 사인에 대하여 의무기록자료 및 사망원인 통계조사(질병이환 및 사망자료)등의 표준 통계를 세계보건기구(WHO)의 국제질병분류 ICD를 기초로 그 성질의 유사성에 따라 체계적으로 유형화한 것입니다.

[한국표준질병·사인분류 적용 기준]

- ① 이 약관에 따라 한국표준질병·사인분류를 기준으로 이 약관에서 보장하는 질병 또는 재해 해당여부를 판단하는 경우, 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1.시행)를 기준으로 판단합니다. 다만, 이후 피보험자에게 질병이 진단된 당시 또는 재해가 발생한 당시에 한국표준질병·사인분류가 개정된 경우는 개정된 한국표준질병·사인분류를 기준으로 판단합니다.
- ② 피보험자에게 질병이 진단된 당시 또는 재해가 발생한 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 또는 재해 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병·사인분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 또는 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[한국표준질병·사인분류 적용 예시]

<예시1> 피보험자에게 발생한 질병이 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 기준에서는 약관에서 보장하는 질병에 해당하나, 해당 질병이 진단된 당시에는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류가 적용되고 그 기준으로는 약관상 보장하는 질병에 해당하지 않을 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

<예시2> 피보험자에게 발생한 질병이 진단된 당시의 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따라 해당 질병이 약관에서 보장하지 않는 질병에 해당하는 경우, 보험금을 지급하지 않습니다. 또한, 이후에 한국표준질병·사인분류가 개정되어 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에서 해당 질병이 약관상 보장하는 질병에 포함되더라도 보험금을 지급하지 않습니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

가. 연단위 복리 : 회사가 지급할 금액에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 원금+이자를 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.

[연단위 복리 예시]

원금 100원, 연간 10%이자율 적용 시 연단위 복리로 계산한 2년 시점의 총 이자금액

$$\cdot 1\text{년차 이자} = \frac{100\text{원} \times 10\%}{\text{원금}} = 10\text{원}$$

$$\cdot 2\text{년차 이자} = \frac{(100\text{원} + 10\text{원}) \times 10\%}{\text{원금} \quad 1\text{년차 이자}} = 11\text{원}$$

$$\rightarrow 2\text{년 시점의 총 이자금액} = 10\text{원} + 11\text{원} = 21\text{원}$$

나. 평균공시이율 : 금융감독원장이 정하는 바에 따라 산정한 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결 시점(갱신계약의 경우 갱신계약 체결시점)의 이율을 말하며 평균공시이율은 회사의 인터넷 홈페이지(www.abllife.co.kr)의 '공시실'에서 확인할 수 있습니다.

다. 해약환급금 : 계약이 해지될 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

용어해설

[해지]

현재 유지되고 있는 계약이나 또는 효력이 상실된 계약을 장래에 향하여 소멸시키거나 계약유지 의사를 포기하여 만기일 이전에 계약관계를 청산하는 것을 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 공휴일, 대체 공휴일 및 근로자의 날을 제외합니다.

제2관 보험금의 지급

제 3조 [“뺑소니·무보험차량 교통재해”의 정의]

이 특약에 있어서 “뺑소니·무보험차량 교통재해”라 함은 교통사고 중 “뺑소니사고” 또는 “무보험차량으로 인한 사고”로 경찰서 사고사실확인서(관할 경찰서장발행)를 기준으로 합니다. (이하 “뺑소니·무보험차량 교통재해”라 합니다)

1. 이 특약에서 “뺑소니사고”라 함은 보유불명의 차량에 따라 사고를 당하고 경찰관서에 뺑소니 사고로 신고되어 「자동차손해배상보장법」상의 보유불명 차량으로 인한 사고로 손해배상금을 받을 수 있는 경우를 말합니다.
2. 이 특약에서 “무보험차량으로 인한 사고”라 함은 「자동차손해배상보장법」상의 책임보험(대인배상Ⅰ)을 제외한 자동차보험의 대인배상종합보험(대인배상Ⅱ)에 가입되지 않은 자동차로 인한 상해를 입음으로써 손해배상 청구권이 발생한 경우를 말합니다.

제 4조 [“외모특정상해”의 정의 및 진단확정]

- ① 이 특약에 있어서 “외모특정상해”라 함은 한국표준질병·사인분류중 “외모특정상해 분류표”(별표5 참조)에서 정한 특정부위(얼굴 및 머리, 목)의 상해를 말합니다.
- ② 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 “의료기관”이라 합니다)에 종사하는 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에 따른 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 “외모특정상해”의 진단확정을 내려야 하며, 문서화된 기록 또는 검사결과 등을 기초로 하여야 합니다.



용어해설

[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 각호와 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 임신부 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(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2

의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)

마. 정신병원

바. 종합병원

[의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)]

① 의사·치과의사 또는 한의사가 되려는 자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자격을 가진 자로서 제9조에 따른 의사·치과의사 또는 한의사 국가시험에 합격한 후 보건복지부장관의 면허를 받아야 한다.

1. 「고등교육법」 제11조의2에 따른 인정기관(이하 “평가인증기구”라 한다)의 인증(이하 “평가인증기구의 인증”이라 한다)을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학을 졸업하고 의학사·치의학사 또는 한의학사 학위를 받은 자

2. 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 전문대학원을 졸업하고 석사학위 또는 박사학위를 받은 자

3. 외국의 제1호나 제2호에 해당하는 학교(보건복지부장관이 정하여 고시하는 인정기준에 해당하는 학교를 말한다)를 졸업하고 외국의 의사·치과의사 또는 한의사 면허를 받은 자로서 제9조에 따른 예비시험에 합격한 자

② 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원을 6개월 이내에 졸업하고 해당 학위를 받을 것으로 예정된 자는 제1항제1호 및 제2호의 자격을 가진 자로 본다. 다만, 그 졸업예정시기에 졸업하고 해당 학위를 받아야 면허를 받을 수 있다.

③ 제1항에도 불구하고 입학 당시 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원에 입학한 사람으로서 그 대학 또는 전문대학원을 졸업하고 해당 학위를 받은 사람은 같은 항 제1호 및 제2호의 자격을 가진 사람으로 본다.

제 5조 [“골절”의 정의 및 진단확정]

① 이 특약에 있어서 “골절”이라 함은 재해를 직접적인 원인으로 뼈의 구조상의 연속성이 완전하게 또는 불완전하게 끊어진 상태로써 “재해골절(치아파절 제외)분류표”(별표6 참조)에서 정하는 골절(이하 “골절”이라 합니다)을 말합니다.

② “의료기관”에 종사하는 “의사”가 “골절”의 진단확정을 내려야 하며, 문서화된 기록 또는 검사결과 등을 기초로 하여야 합니다.

③ 이 특약에 있어서 “골절등급”이라 함은 제1항 및 제2항에 따라 진단확정된 “골절”이 “재해골절 등급분류기준표”(별표7 참조)에서 해당하는 등급을 말합니다.

제 6조 [“깁스(Cast)치료”의 정의 및 진단 확정]

① 이 특약에 있어서 “깁스(Cast)치료”라 함은 “의료기관”에 종사하는 “의사”가 “깁스(Cast)치료”가 필요하다고 인정한 경우로서 병원에서 의사의 관리 하에 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 병변이 있는 뼈, 관절부위의 둘레 모두에 착용시켜(Circular Cast) 감은 다음 굳어지게 하여 치료효과를 가져오는 치료법을 말합니다. 다만, 부목(Splint Cast) 치료는 제외합니다.

② 제1항에서 ‘부목치료’라 함은 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 고정할 부

분의 일측면 또는 양측면에 착용시키고 대주는 치료법을 말합니다.

제 7조 [보험금의 지급사유]

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 “보험금 지급기준표”(별표1 참조)에서 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 발생한 교통재해를 직접적인 원인으로 사망하였을 때 : 교통재해사망보험금
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 발생한 뺑소니·무보험차량 교통재해를 직접적인 원인으로 사망하였을 때 : 뺑소니·무보험차량 교통재해사망보험금
3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 발생한 동일한 질병(재해 이외의 장애상태 발생 원인을 말합니다)으로 장애분류표에서 정한 장애지급률 중 3% 이상 100% 이하에 해당하는 장애상태가 되었을 때 : 질병장애급여금
4. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 발생한 동일한 재해로 장애분류표에서 정한 장애지급률 중 3% 이상 100% 이하에 해당하는 장애상태가 되었을 때 : 재해장애급여금
5. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 발생한 교통재해로 장애분류표에서 정한 장애지급률 중 3% 이상 100% 이하에 해당하는 장애상태가 되었을 때 : 교통재해장애급여금
6. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 발생한 외모특정상해를 직접적인 원인으로 그 치료를 목적으로 이 특약의 보험기간 중 수술을 받았을 때 : 외모특정상해수술급여금
7. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 이 특약의 보험기간 중 “골절등급”에 해당하는 “골절”로 진단이 확정되었을 때 : 등급별 골절치료비 (다만, 치아파절 제외, 연간 1회 한도)
(“등급별 골절치료비”는 연간 1회를 한도로 지급하나, 연간 1회 한도에도 불구하고 이미 발생한 “골절등급”보다 높은 “골절등급”에 해당하는 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 높은 “골절등급”에 해당하는 보험금에서 이미 지급받은 “등급별 골절치료비”를 뺀 금액을 지급)
8. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 발생한 재해 또는 재해 이외의 원인으로 이 특약의 보험기간 중 “깁스(Cast)치료”를 받았을 때 : 깁스(Cast)치료비 (다만, 부목(Splint Cast)치료는 제외)

제 8조 [보험금 지급에 관한 세부규정]

① 다음의 경우 중 어느 하나에 해당될 때에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 보험료 납입이 면제된 이후 제16조(특약의 갱신)에 따라 특약을 갱신할 경우 갱신계약의 보험료를 납입해야 합니다.

1. 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우
2. 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 장애분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 경우

② 제1항 제2호에도 불구하고 제16조(특약의 갱신)에 따라 갱신이 이루어진 경우, 갱신 전 계약(최초계약을 포함합니다)에서 보험료의 납입을 면제한 장애상태의 원인과 동일한 사유로

는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

③ 제7조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제2호 및 제18조(특약의 소멸) 제1항 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.

④ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제7조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제2호의 ‘사망’의 원인 및 사망으로 인한 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

⑤ 제1항 제2호 및 제7조(보험금의 지급사유) 제3호 내지 제5호의 경우 장애지급률이 재해일 또는 재해 이외의 원인의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 재해 이외의 원인의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표에 장애 판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑥ 제5항에 따라 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다. 보장받을 수 있는 기간의 산정시 특약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일 또는 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일 또는 진단확정일부터 1년 이내로 합니다.

⑦ 제1항 제2호 및 제7조(보험금의 지급사유) 제3호 내지 제5호의 경우 하나의 장애가 관찰 방법에 따라서 장애분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장애로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장애가 다른 장애와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장애지급률만을 적용하며, 하나의 장애로 둘 이상의 파생장애가 발생하는 경우 각 파생장애의 지급률을 합산한 지급률과 최초 장애의 지급률을 비교하여 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다.

⑧ 제1항 제2호 및 제7조(보험금의 지급사유) 제3호 내지 제5호의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장애(이하 “한시장애”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 정합니다.

⑨ 제1항 제2호의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 더하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.

⑩ 제7조(보험금의 지급사유) 제3호의 경우 동일한 질병으로 두 가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 더하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.

⑪ 제7조(보험금의 지급사유) 제4호 및 제5호의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 더하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만 장

해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑫ 제9항, 제10항 및 제11항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표상 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.

⑬ 제7조(보험금의 지급사유) 제3호에서 다른 질병으로 장애가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장애지급률을 결정합니다. 그러나 그 장애가 이미 질병장애급여금을 지급받은 동일부위에 가중된 때에는 최종 장애상태에 해당하는 질병장애급여금에서 이미 지급받은 질병장애급여금을 뺀 금액을 지급합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑭ 제7조(보험금의 지급사유) 제4호 및 제5호에서 다른 재해로 장애가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장애지급률을 결정합니다. 그러나 그 장애가 이미 재해장애급여금을 지급받은 동일부위에 가중된 때에는 최종 장애상태에 해당하는 재해장애급여금에서 이미 지급받은 재해장애급여금을 뺀 금액을 지급합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑮ 제7조(보험금의 지급사유) 제3호에서 그 질병 전에 이미 다음 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 장애가 있었던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또 다시 제12항에서 정하는 장애상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 장애에 대한 보험금이 지급된 것으로 보고 최종 장애상태에 해당하는 보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 보험금을 빼고 지급합니다.

1. 이 특약의 보장개시전의 원인에 따르거나 또는 그 이전에 발생한 장애로 보험금의 지급사유가 되지 않았던 장애

예시) 피보험자에게 청약일 이전부터 발목에 뚜렷한 장애(장애지급률 10%)가 있었던 경우, 청약 후 질병으로 발목의 기능을 완전히 잃어 장애지급률 30%가 되었을 때 (보험가입금액이 1,000만원)

→ 해당 장애에 대해 200만원을 지급함

$30\% \text{장애지급률에 해당하는 장애급여금}(300\text{만원} = \text{보험가입금액 } 1000\text{만원} \times \text{장애지급률 } 30\%) - 10\% \text{ 장애지급률에 해당하는 장애급여금}(100\text{만원} = \text{보험가입금액 } 1000\text{만원} \times \text{장애지급률 } 10\%) = 200\text{만원}$

2. 위 제1호 이외에 이 특약의 약관에 따라 보험금의 지급사유가 되지 않았던 장애 또는 질병장애급여금이 지급되지 않았던 장애

예시) 피보험자가 보험기간 중 재해로 오른쪽 교정시력이 0.1 이하로 장애(장애지급률 15%)를 입은 경우, 질병으로 그 교정시력이 0.02이하로 되어 장애지급률 35%가 되었을 때

→ 해당 장애에 대해 200만원을 지급함

$35\% \text{장애지급률에 해당하는 장애급여금}(350\text{만원}) - 15\% \text{ 장애지급률에 해당하는 장애급여금}(150\text{만원}) = 200\text{만원}$

⑯ 제7조(보험금의 지급사유) 제4호 및 제5호에서 그 재해 전에 이미 다음 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 장애가 있었던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또 다시 제12항에

서 정하는 장애상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 장애에 대한 보험금이 지급된 것으로 보고 최종 장애상태에 해당하는 보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 보험금을 빼고 지급합니다.

1. 이 특약의 보장개시전의 원인에 따르거나 또는 그 이전에 발생한 장애로 보험금의 지급사유가 되지 않았던 장애

예시) 피보험자에게 청약일 이전부터 발목에 뚜렷한 장애(장해지급률 10%)가 있었던 경우, 청약 후 재해로 발목의 기능을 완전히 잃어 장해지급률 30%가 되었을 때 (보험가입금액이 1,000만원)

→ 해당 장애에 대해 200만원을 지급함

$30\% \text{장해지급률에 해당하는 장해급여금}(300\text{만원} = \text{보험가입금액 } 1000\text{만원} \times \text{장해지급률 } 30\%) - 10\% \text{장해지급률에 해당하는 장해급여금}(100\text{만원} = \text{보험가입금액 } 1000\text{만원} \times \text{장해지급률 } 10\%) = 200\text{만원}$

2. 위 제1호 이외에 이 특약의 약관에 따라 보험금의 지급사유가 되지 않았던 장애 또는 보험금이 지급되지 않았던 장애

예시) 피보험자가 보험기간 중 질병으로 오른쪽 교정시력이 0.1 이하로 장애(장해지급률 15%)를 입은 경우, 재해로 그 교정시력이 0.02이하로 되어 장해지급률 35%가 되었을 때

→ 해당 장애에 대해 200만원을 지급함

$35\% \text{장해지급률에 해당하는 장해급여금}(350\text{만원}) - 15\% \text{장해지급률에 해당하는 장해급여금}(150\text{만원}) = 200\text{만원}$

⑰ 제7조(보험금의 지급사유) 제3호의 동일한 질병으로 인한 장해지급률은 100%를 한도로 합니다.

⑱ 제7조(보험금의 지급사유) 제4호 및 제5호의 동일한 재해로 인한 장해지급률은 100%를 한도로 합니다.

⑲ 이 특약에서 「동일한 재해」란 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑳ 제7조(보험금의 지급사유) 제2호에서 정한 뺑소니·무보험차량 교통재해사망보험금 지급사유가 발생한 경우 제7조(보험금의 지급사유) 제1호의 교통재해사망보험금은 중복하여 지급하지 않습니다.

㉑ 제7조(보험금의 지급사유) 제2호의 경우 뺑소니사고와 무보험차량사고가 동시에 발생하여 뺑소니·무보험차량 교통재해사망보험금이 발생한 경우 중복하여 지급하지 않습니다.

㉒ 제7조(보험금의 지급사유) 제6호의 경우 회사는 피보험자가 동일한 재해를 직접적인 원인으로 동시에 2가지 이상의 신체부위를 수술 받은 경우라 하더라도 외모특정상해수술급여금은 1회만 지급합니다.

㉓ 제7조(보험금의 지급사유) 제7호에서 “연간”이란 계약일부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미하며, 연간 한도는 사고일자를 기준으로 산정합니다.

㉔ 제7조(보험금의 지급사유) 제7호의 경우 회사는 피보험자가 동일한 재해를 직접적인 원인으로 여러 신체부위에 두 가지 이상의 골절 상태가 되더라도 골절치료비는 1회만 지급하며, 가장 높은 “골절등급”에 해당하는 골절을 기준으로 등급별 골절치료비를 지급합니다. 의학적

[보험금 지급 예시]

(기준 : 보험가입금액 1,000만원)

골절등급	1등급	2등급	3등급	4등급	5등급
지급금액	100만원	40만원	30만원	20만원	10만원

※ “등급별 골절치료비”는 연간 1회를 한도로 지급하나, 연간 1회 한도에도 불구하고 이미 진단 확정된 “골절등급”보다 높은 “골절등급”에 해당하는 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 높은 “골절등급”에 해당하는 보험금에서 이미 지급받은 “등급별 골절치료비”를 뺀 금액을 지급

<예시1> 하나의 사고로 인한 재해로 3등급에 해당하는 골절과 4등급에 해당하는 골절을 동시에 진단받은 경우

⇒ 둘 중 높은 등급인 3등급에 해당하는 보험금만 지급 (30만원 지급)

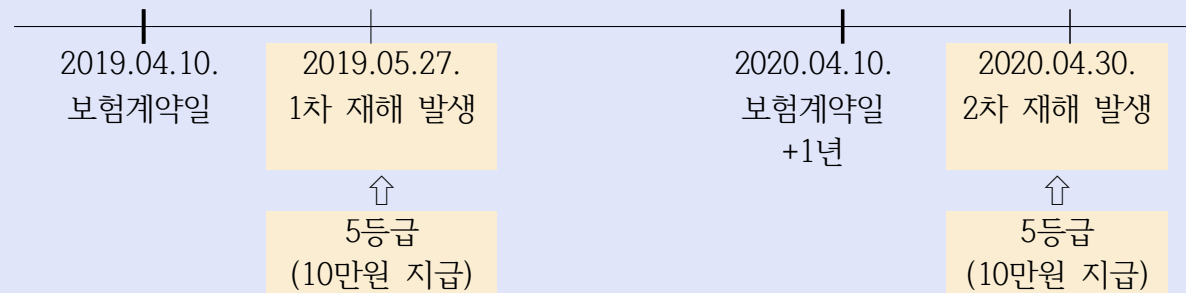
<예시2> 다른 해(특정 계약해당일 도래 전 후)에 걸쳐 두 번의 사고로 인한 재해 발생시

• 첫 해에 재해로 5등급에 해당하는 골절 진단 시

⇒ 5등급에 해당하는 보험금 지급 (10만원 지급)

• 다음 해에 다른 사고로 인한 재해로 5등급에 해당하는 골절 진단 시

⇒ 5등급에 해당하는 보험금 지급 (10만원 지급)



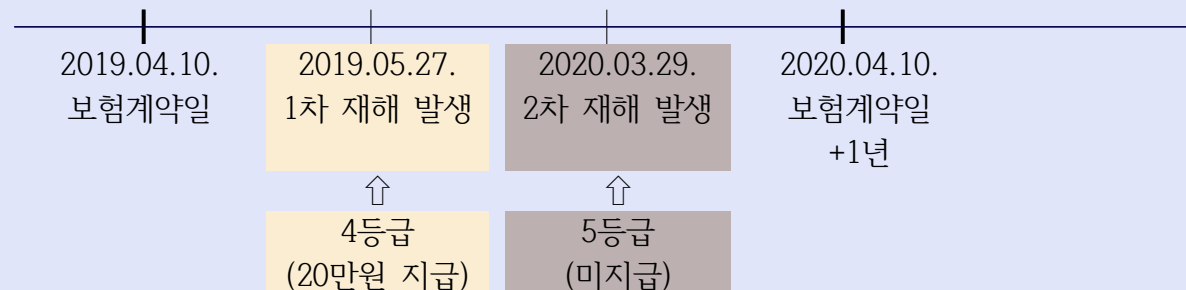
<예시3> 같은 해(특정 계약해당일부터 다음연도 계약해당일 전일까지)에 두 번의 사고로 인한 재해 발생시

• 1차 재해로 4등급에 해당하는 골절 진단 시

⇒ 4등급에 해당하는 보험금 지급 (20만원 지급)

• 같은 해에 다른 사고로 인한 재해로 5등급에 해당하는 골절 진단 시

⇒ 보험금 미지급



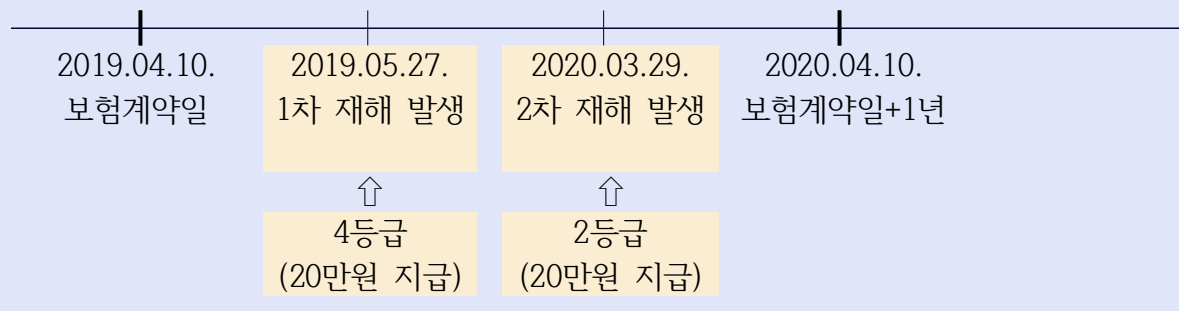
<예시4> 같은 해(특정 계약해당일부터 다음연도 계약해당일 전일까지)에 두 번의 사고로 인한 재해 발생시

- 1차 재해로 4등급에 해당하는 골절 진단 시

⇒ 4등급에 해당하는 보험금 지급 (20만원 지급)

- 같은 해에 다른 사고로 인한 재해로 2등급에 해당하는 골절 진단 시

⇒ 2등급에 해당하는 보험금에서 이미 지급받은 보험금을 뺀 금액을 지급 (40만원-20만원 = 20만원 지급)



처치 및 치료를 목적으로 골절을 시키는 경우에는 골절치료비를 지급하지 않습니다.

㉕ 제7조(보험금의 지급사유) 제8호의 경우 회사는 피보험자가 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 깁스(Cast)치료를 2회 이상 받거나 동시에 서로 다른 신체부위에 깁스(Cast)치료를 받은 경우에는 1회에 한하여 깁스(Cast)치료비를 지급합니다.

㉖ 장애분류표에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애정도에 따라 장애분류표의 구분에 준하여 장애지급률을 결정합니다.

㉗ 보험수익자와 회사가 제7조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 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.

㉘ 계약자와 회사가 제1항 내지 제2항의 보험료 납입면제사유에 대해 합의하지 못할 때에는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 9조 [보험금을 지급하지 않는 사유]

회사는 보험금 지급사유 및 보험료 납입면제 사유가 발생하더라도 다음 중 어느 하나에 해당되는 경우에는 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 경우에는 제7조(보험금의 지급사유) 및 제8조(보험금 지급에 관한 세부규정)을 준용하여 해당 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

설명

보험수익자가 다수인 계약에서 그 중 1인이 피보험자를 고의로 해친 경우에는 그 1인에 대해서는 보험금이 지급되지 않으며, 다른 보험수익자에게는 그 1인에 지급할 보험금을 제외한 보험금을 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

용어해설

[고의]

범죄 또는 불법행위의 성립요소인 사실에 대한 인식을 말하는 것으로 자기행위에 의하여 일정한 결과가 생길 것을 인식하면서 그 행위를 하는 경우의 심리상태를 말합니다.

[심신상실(心神喪失)]

심신의 장애로 인하여 사물을 변별할 능력이 없거나 의사를 결정할 능력이 없는 상태를 말합니다.

제10조 [보험금 등의 청구]

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액을 청구하거나 보험료 납입면제를 신청하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 관할 경찰서 사고사실확인서, 장해진단서, 수술확인서, 골절진단서, 통원확인서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금의 수령, 계약자적립액 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

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

제11조 [보험금 등의 지급절차]

① 회사는 제10조(보험금 등의 청구)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다. 다만 보험금 지급사유, 계약자적립액 지급사유 및 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금 또는 계약자적립액을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”(별표8 참조)과 같이 계산합니다.

③ 회사가 제1항의 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 통지합니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제

10조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청(다만, 대상기관은 금융분쟁조정위원회 또는 소비자 분쟁조정위원회)
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 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사와 확인이 늦어지는 경우
6. 제8조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제27항 및 제28항에 따라 보험금 지급사유 및 보험료 납입면제사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

④ 제3항에 따라 추가적인 조사·확인이 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유 및 보험료 납입면제사유의 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실 확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급이 늦어짐에 따라 발생한 이자를 지급하지 않습니다.



설명

‘정당한 사유’란 사회통념상 그 의무나 책임 등을 이행할 수 없을만한 사정이 있거나, 그 의무나 책임 등의 이행을 기대하는 것이 무리라고 할 만한 사정이 있을 때를 말합니다.

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



용어해설

[보험금 가지급제도]

보험금이 지급기한 내에 지급되지 못할 것으로 판단되는 경우 회사가 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도를 말합니다. 이는 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해 주기 위해 회사가 먼저 지급해주는 임시 급부금입니다.

제12조 [보험수익자의 지정]

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 피보험자를 보험수익자로 합니다.

제3관 특약의 성립과 유지

제13조 [특약의 체결 및 효력]

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약하고 회사가 승낙함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 이 특약을 주계약을 체결할 때 부가할 경우에는 “최초계약”이라 하며, 이후 특약의 보험기간이 끝난 후 제16조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 “갱신계약”이라 합니다.

③ 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며 갱신계약의 경우는 이 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 종료일의 다음날(이하 “갱신일”이라 합니다)을 보장개시일로 합니다.



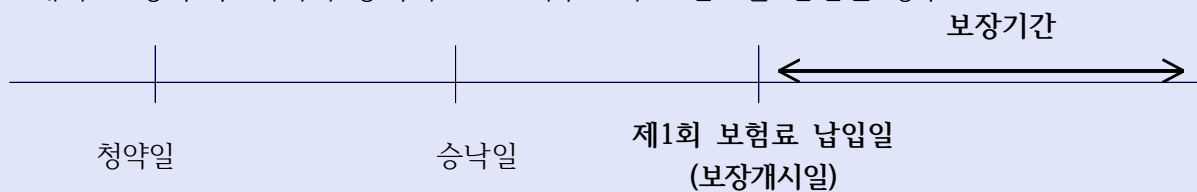
용어해설

[보장개시일]

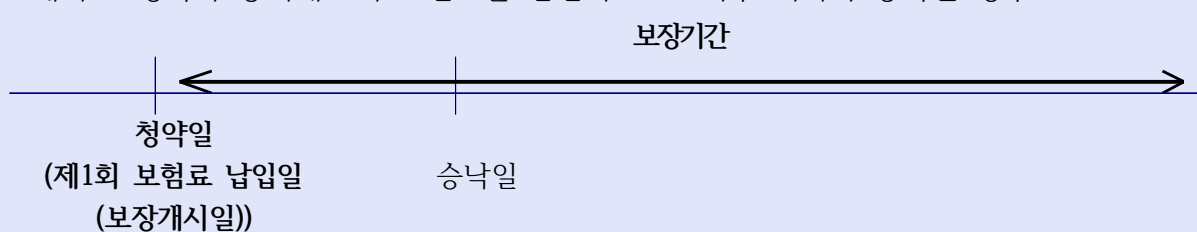
회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다. 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

[보장개시일 예시]

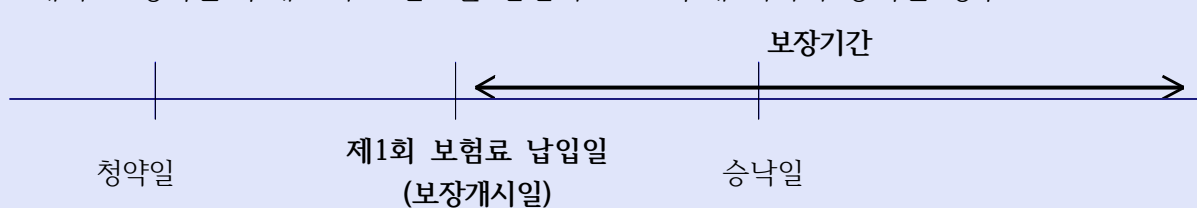
<예시1> 청약 후 회사가 승낙하고 그 이후 1회 보험료를 납입한 경우



<예시2> 청약과 동시에 1회 보험료를 납입하고 그 이후 회사가 승낙한 경우



<예시3> 청약한 후에 1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우



제14조 [피보험자의 범위]

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자(주계약이 2명 이상을 보장하는 보험인 경우에는 주계약의 주피보험자)로 합니다.

제15조 [특약내용의 변경 등]

① 회사는 계약자가 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일한 내용으로 이 특약의 내용을 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보

험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 특약의 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입을 할 때 안내한 해약환급금 보다 적어질 수 있습니다.

③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

용어해설

[보험가입금액의 감액]

가입할 때 선택한 보험가입금액을 낮추는 것을 감액이라고 하며, 계약자는 보험가입금액 감액을 신청할 수 있습니다. 보험가입금액 감액 후에는 감액한 비율만큼 보장이 감소합니다. 보험가입금액을 감액하면 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

제16조 [특약의 갱신]

① 계약자가 이 특약의 보험기간 종료일부터 역산하여 15일 전까지 이 특약을 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 이러한 경우에도 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 연체보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

② 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일(다만, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간, 이하 같습니다)로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 종료일이 피보험자의 90세 계약해당일 전일 이후인 경우에는 90세 계약해당일 전일로 합니다.

③ 제1항에도 불구하고 이 특약의 보험기간 종료일이 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

④ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이에 따라 계산하고, 갱신을 할 때의 보험요율을 적용하며, 갱신할 때의 보험요율은 위험률 등의 변동으로 인하여 갱신 전과 다를 수 있습니다. 특약이 갱신되는 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간 종료일부터 역산하여 30일 전까지 계약자에게 서면으로 안내하여 드립니다.

⑤ 갱신계약의 특약 보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

용어해설

[보험요율]

보험가입금액에 대한 보험료 등의 비율을 말하며, 보험료 산출기초율(적용이율, 계약체결 비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 기초로 보험업법 제129조(보험요율 산출의 원칙)을 준수하여 산출 됩니다.

제17조 [특약의 보험기간]

- ① 이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 갱신일부터 제16조(특약의 갱신) 제2항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지가 10년(최초계약의 보험기간이 20년인 경우에는 20년) 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.

제18조 [특약의 소멸]

- ① 이 특약의 피보험자에게 다음 각 호 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
1. 주계약이 해지되거나 기타사유로 효력을 가지지 않게 된 경우
 2. 피보험자가 사망하였을 경우
- 이때 피보험자가 교통재해 이외의 원인으로 사망한 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항 제1호에도 불구하고, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 이 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함 합니다)에는 이 특약은 소멸되지 않습니다.
- ③ 제1항 제1호에도 불구하고, 주계약이 사망보험금 이외의 보험금 지급으로 효력을 가지지 않게 된 경우에도 이 특약은 소멸되지 않습니다.
- ④ 제1항 제2호의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제10조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 제11조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 적용하여 연단위 복리로 계산합니다.



용어해설

[보험료 및 해약환급금 산출방법서]

보험회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출 기초율을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류입니다.

[계약자적립액]

장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

[실종선고]

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정을 말합니다.

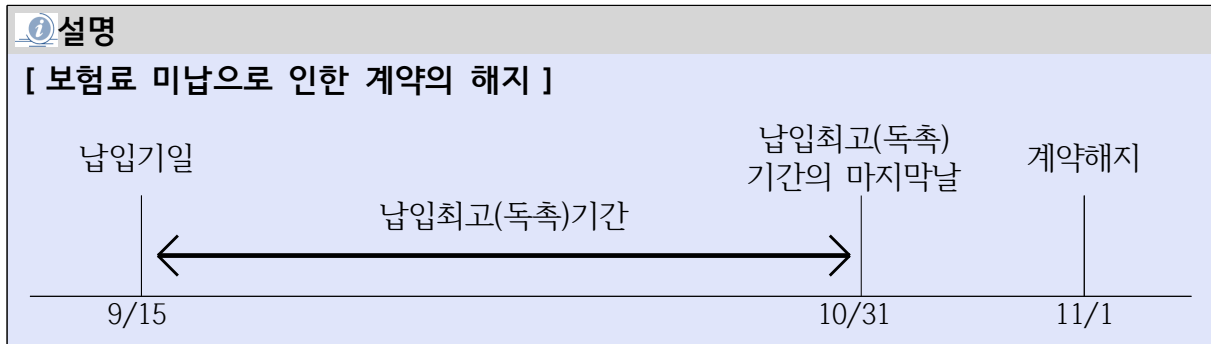
제4관 보험료의 납입

제19조 [특약보험료의 납입]

- ① 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 완료되었거나 주계약의 보험료 납입이 면제되었다 하더라도, 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제20조 [보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]

- ① 최초계약의 제2회 이후의 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후의 보험료 납입기일은 갱신 전 계약의 보험료 납입기일을 준용합니다.
- ② 계약자가 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 다만, 이 경우에도 주계약에 따른 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고, 이 특약의 보험료 납입이 면제된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 이 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약은 해지되지 않습니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 제19조(특약보험료의 납입) 제2항의 경우에 한하여 계약자가 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정합니다. 다만, 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 영업일까지로 합니다. 회사는 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 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)



- ⑤ 회사가 제4항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에

게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신을 확인하는 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자가 전자문서의 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제4항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

⑥ 제2항 및 제4항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.



용어해설

【 납입최고(독촉) 】

약정된 기일까지 보험료가 납입되지 않을 경우 회사가 계약자에게 납입을 재촉하는 일을 말합니다.

【 납입기일 】

계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

【 전자서명법 제2조 제2호 】

“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

제21조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)]

① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

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

③ 제1항에도 불구하고 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제4항에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정을 준용하여 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.



용어해설

【 부활(효력회복) 】

특약의 효력이 상실된 후 다시 원 특약의 내용대로 효력을 유지하기 위해 특약을 되살리는 일을 말합니다.

제5관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제22조 [계약자의 임의해지]

- ① 계약자는 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 그 뜻을 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제23조 [해약환급금]

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”(별표8 참조)에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공합니다.

제6관 기타사항

제24조 [주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용]

- ① 이 특약에서 정하지 않은 사항은 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

(별표1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약보험가입금액 1,000만원]

■ 교통재해사망보험금(제7조 제1호)

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 발생한 교통재해를 직접적인 원인으로 사망하였을 때
지급금액	1,000만원

■ 뺑소니·무보험차량 교통재해사망보험금(제7조 제2호)

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 발생한 뺑소니·무보험차량 교통재해를 직접적인 원인으로 사망하였을 때
지급금액	2,000만원

■ 질병장해급여금(제7조 제3호)

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 발생한 동일한 질병으로 장해분류표에서 정한 장해지급률 중 3% 이상 100% 이하에 해당하는 장해상태가 되었을 때
지급금액	1,000만원 × 해당 장해지급률

■ 재해장해급여금(제7조 제4호)

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 발생한 동일한 재해로 장해분류표에서 정한 장해지급률 중 3% 이상 100% 이하에 해당하는 장해상태가 되었을 때
지급금액	1,000만원 × 해당 장해지급률

■ 교통재해장해급여금(제7조 제5호)

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 발생한 교통재해로 장해분류표에서 정한 장해지급률 중 3% 이상 100% 이하에 해당하는 장해상태가 되었을 때
지급금액	1,000만원 × 해당 장해지급률

■ 외모특정상해수술급여금(제7조 제6호)

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 발생한 외모특정상해를 직접적인 원인으로 그 치료를 목적으로 이 특약의 보험기간 중 수술을 받았을 때
지급금액	수술 1회당 50만원

■ 등급별 골절치료비(제7조 제7호)

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 이 특약의 보험기간 중 “골절등급”에 해당하는 “골절”로 진단이 확정되었을 때 (다만, 치아파절 제외, 연간 1회 한도) (“등급별 골절치료비”는 연간 1회를 한도로 지급하나, 연간 1회 한도에도 불구하고 이미 발생한 “골절등급”보다 높은 “골절등급”에 해당하는 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 높은 “골절등급”에 해당하는 보험금에서 이미 지급받은 “등급별 골절치료비”를 뺀 금액을 지급)
지급금액	1등급 : 100만원 2등급 : 40만원 3등급 : 30만원 4등급 : 20만원 5등급 : 10만원

■ 깁스(Cast)치료비(제7조 제8호)

지급사유	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 발생한 재해 또는 재해 이외의 원인으로 이 특약의 보험기간 중 “깁스(Cast)치료”를 받았을 때 (다만, 부목(Splint Cast)치료는 제외)
지급금액	1회당 10만원

(주) 1. 다음의 경우 중 어느 하나에 해당될 때에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 보험료 납입이 면제된 이후 제16조(특약의 갱신)에 따라 특약을 갱신할 경우 갱신계약의 보험료를 납입해야 합니다.

- 1) 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우
- 2) 이 특약의 보험료 납입기간 중 피보험자가 장애분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 경우
2. 제1호 ‘2)’에도 불구하고 제16조(특약의 갱신)에 따라 갱신이 이루어진 경우, 갱신 전 계약(최초계약을 포함합니다)에서 보험료의 납입을 면제한 장애상태의 원인과 동일한 사유로는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
3. 뽕소니·무보험차량 교통재해사망보험금 지급사유가 발생한 경우 교통재해사망보험금은 중복하여 지급하지 않습니다.
4. 뽕소니사고와 무보험차량사고가 동시에 발생하여 뽕소니·무보험차량 교통재해사망보험금이 발생한 경우 중복하여 지급하지 않습니다.
5. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 교통재해 이외의 원인으로 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고 이 특약은 소멸됩니다.

(별표2)

재해분류표

1. 보장대상이 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

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 장기간 체류(X52)
 - 식량부족(X53)
 - 물부족(X54)
 - 상세불명의 결핍(X57)
 - 고의적 자해(X60~X84)
 - “법적 개입” 중 법적 처형(Y35.5)
- ③ “외과적 및 내과적 치료중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고 (다만, 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 질병으로 인한 호흡장애 및 삼킴장애
- ⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

※ () 안은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행)상의 분류번호이며, 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 재해 해당여부는 피보험자에게 재해가 발생한 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 재해가 발생한 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 재해 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병·사인분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

※ 위 ‘1. 보장대상이 되는 재해’의 제②호에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용하며, ‘2.보험금을 지급하지 않는 재해’의 제⑥호에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(별표3)

장해분류표

(별첨 “장해분류표” 참조)

(별표4)

교통재해분류표

1. 교통재해라 함은 다음에 정하는 사고를 말합니다.
 - 가. 운행 중의 교통기관(이에 적재되어 있는 것을 포함합니다)의 충돌, 접촉, 화재, 폭발, 도주 등으로 그 운행 중의 교통기관에 탑승하고 있지 않은 피보험자가 입은 불의의 사고
 - 나. 운행 중인 교통기관에 탑승하고 있는 동안 또는 승객으로서 개찰구를 갖는 교통기관의 승강장 구내(개찰구의 안쪽을 말합니다)에 있는 동안 피보험자가 입은 불의의 사고
 - 다. 도로통행 중 건조물, 공작물 등의 도괴 또는 건조물, 공작물 등으로부터의 낙하물로 피보험자가 입은 불의의 사고
2. 제1호에서 교통기관이라 함은 본래 사람이나 물건을 운반하기 위한 것으로 다음에 정한 것을 말합니다.
 - 가. 기차, 전동차, 기동차, 모노레일, 케이블카(공중 케이블카를 포함합니다), 엘리베이터 및 에스컬레이터 등
 - 나. 승용차, 버스, 화물자동차, 오토바이, 스쿠터, 자전거, 화차, 경운기 및 우마차 등
 - 다. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다) 등
3. 제2호의 교통기관과 유사한 기관으로 인한 사고일지라도 도로상에서 사람 또는 물건의 운반에 사용되고 있는 동안이나 도로상을 주행 중에 발생한 사고는 교통재해로 봅니다.
4. 제1호 “가” 또는 “나”에 해당하는 사고일지라도 공장, 토목작업장, 채석장, 탄광 또는 광산의 구내에서 사용되는 교통기관에 직무상 관계하는 피보험자의 그 교통기관으로 인한 직무상의 사고는 교통재해로 보지 않습니다.
5. 이 표에서 도로라 함은 일반의 교통에 사용할 목적으로 공중에 개방되어 있는 모든 도로(자동차 전용도로 및 통로를 포함합니다)로서 터널, 교량, 도선시설 등 도로와 일체가 되어 그 효용을 보완하는 시설 또는 공작물을 포함합니다.

(별표5)

외모특정상해 분류표

약관에 규정하는 외모특정상해로 분류되는 상해는 재해를 원인으로 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 해당하는 상해(얼굴 및 머리, 목)를 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 외모특정상해 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
1. 머리의 손상	S00-S09
2. 목의 손상	S10-S19
3. 여러 신체부위를 침범한 손상 중 ○ 목과 함께 머리를 침범한 표재성 손상 T00.0 ○ 기타 신체부위를 복합적으로 침범한 표재성 손상 T00.8^{주1)} ○ 목과 함께 머리를 침범한 열린상처 T01.0 ○ 기타 신체부위를 복합적으로 침범한 열린상처 T01.8^{주1)} ○ 목과 함께 머리를 침범한 골절 T02.0 ○ 기타 신체부위를 복합적으로 침범한 골절 T02.8^{주1)} ○ 목과 함께 머리를 침범한 탈구, 염좌 및 긴장 T03.0 ○ 기타 신체부위를 복합적으로 침범한 탈구, 염좌 및 긴장 T03.8^{주1)} ○ 목과 함께 머리를 침범한 으깬손상 T04.0 ○ 기타 신체부위를 복합적으로 침범한 으깬손상 T04.8^{주1)}	
4. 화상 및 부식 중 ○ 머리 및 목의 화상 및 부식 T20 ○ 눈 및 부속기에 국한된 화상 및 부식 T26	
5. 동상중 ○ 머리의 표재성 동상 T33.0 ○ 목의 표재성 동상 T33.1 ○ 조직괴사를 동반한 머리의 동상 T34.0 ○ 조직괴사를 동반한 목의 동상 T34.1	

- (주) 1. 기타복합신체부위에 관한 사항 (상기 대상담보 중 T00.8, T01.8, T02.8, T03.8, T04.8)은 얼굴 및 머리, 목 부위와 얼굴 및 머리, 목을 제외한 다른 부위의 상해가 동일한 사고로 인하여 중복 발생되어 얼굴 및 머리, 목 부위를 수술한 경우에 한합니다.
2. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상해 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상해 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병·사인분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(별표6)

재해골절(치아파절 제외)분류표

약관에 규정하는 재해골절(치아파절제외)은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 골절을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 재해골절(치아파절제외) 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
1. 두개골 및 안면골의 골절(치아파절 제외)	S02(S02.5는 제외)
2. 목의 골절	S12
3. 늑골, 흉골 및 흉추의 골절	S22
4. 요추 및 골반의 골절	S32
5. 어깨 및 위팔의 골절	S42
6. 아래팔의 골절	S52
7. 손목 및 손부위의 골절	S62
8. 대퇴골의 골절	S72
9. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
10. 발목을 제외한 발의 골절	S92
11. 여러 신체부위를 침범한 골절	T02
12. 척추의 상세불명 부위의 골절	T08
13. 팔의 상세불명 부위의 골절	T10
14. 다리의 상세불명 부위의 골절	T12
15. 상세불명의 신체 부위의 골절	T14.2

- (주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 골절 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 골절 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병·사인분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 골절 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(별표7)

재해골절 등급분류기준표

동일한 재해를 직접적인 원인으로 2가지 이상의 골절 발생시에는 골절부위 중 가장 높은 등급에 해당하는 골절을 기준으로 합니다

등급	머리	목	몸통	팔	다리	기타
1	S02.0 S02.7 S02.9	S12.2 S12.7 S12.9				T02.6 T02.8
2	S02.8 T02.0	S12.0 S12.1 S12.8	S22.0 S22.4 S22.5 S32.3 S32.4 S32.5 S32.8	S42.3 S42.4 S42.7 S42.9 T02.2	S72.0-S72.3 S72.7-S72.9 S82.2 T02.3 T02.5	T02.7 T02.9 T14.2
3	S02.1 S02.2 S02.3 S02.4 S02.6		S22.1 S22.2 S22.8 S22.9 S32.0 S32.1 S32.7 T02.1 T08.0 T08.1	S42.2 S42.8 S52.0 S52.2 S52.6-S52.9 S62.4 T10.0 T10.1	S72.4 S82.1 S82.3 S82.7-S82.9 T12.0 T12.1	
4			S22.3 S32.2	S42.0 S42.1 S52.1 S52.3 S52.4 S52.5 S62.0-S62.3 S62.8	S82.0 S82.4-S82.6 S92.0-S92.4 S92.7 S92.9	
5				S62.5 S62.6 S62.7 T02.4	S92.5	

- (주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 골절 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 골절 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병·사인분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 골절 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(별표8)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(제11조 제2항 및 제23조 제2항 관련)

■ **교통재해사망보험금, 뺑소니·무보험차량 교통재해사망보험금, 질병장해급여금, 재해장해급여금, 교통재해장해급여금, 외모특정상해수술급여금, 등급별 골절치료비, 깁스(Cast)치료비(제7조 제1호 내지 제8호)**

기간	지급이자
지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	주계약의 보험계약대출이율
지급기일의 31일이후부터 60일 이내 기간	주계약의 보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
지급기일의 61일이후부터 90일 이내 기간	주계약의 보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
지급기일의 91일 이후 기간	주계약의 보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)

■ **해약환급금(제23조 제1항)**

부리기간	지급이자
지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년 초과기간 : 평균공시이율의 40%
청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	주계약의 보험계약대출이율

- (주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 일자계산하며, 회사가 보험금 및 해약환급금 등을 지급할 때에는 주계약 약관에서 정한 청구권의 소멸시효기간 내에서만 상기 이자를 적용하여 지급합니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 늦어지는 경우 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제11조(보험금 등의 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.

 설명

‘정당한 사유로 인정하는 경우’란, 공정하고 정확한 보험금 지급을 위해 보험금 지급사유의 조사, 확인 등이 필요하여 보험금 지급이 지연된 경우로, 금융위원회 또는 금융감독원이 인정하는 사정이 있을 때를 말합니다.

장애인전용보험전환특약

- 제 1조 [특약의 적용범위]
- 제 2조 [제출서류]
- 제 3조 [장애인전용보험으로의 전환]
- 제 4조 [전환 취소]
- 제 5조 [준용규정]

장애인전용보험전환특약

제 1조 [특약의 적용범위]

① 이 특약은 회사가 정한 방법에 따라 계약자가 청약하고 회사가 승낙함으로써 다음 각 호의 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



용어해설

[소득세법 제59조의4(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 100분의 12(제1호의 경우에는 100분의 15)에 해당하는 금액을 해당 과세기간의 종합소득산출세액에서 공제한다. 다만, 다음 각 호의 보험료별로 그 합계액이 각각 연 100만원을 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(제1호에 따른 장애인전용보장성보험료는 제외한다)

[소득세법 시행령 제118조의4 (보험료의 세액공제)]

① 소득세법 제59조의4 제1항 제1호에서 "대통령령으로 정하는 장애인전용보장성보험료"란 제2항 각 호에 해당하는 보험·공제로서 보험·공제 계약 또는 보험료·공제료 납입영수증에 장애인전용 보험·공제로 표시된 보험·공제의 보험료·공제료를 말한다.

② 소득세법 제59조의4 제1항 제2호에서 "대통령령으로 정하는 보험료"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 보험·보증·공제의 보험료·보증료·공제료 중 기획재정부령으로 정하는 것을 말한다. 의료기관은 다음 각호와 같이 구분한다.

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 3억원을 초과하는 경우는 제외한다.

[소득세법 시행규칙 제61조의3 (공제대상보험료의 범위)]

소득세법 시행령 제118조의4 제2항 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) 제1항」에서 규정한 장애인인 보험

용어해설

【「소득세법 시행령 제107조(장애인의 범위)」에서 규정한 장애인】

① 소득세법 제51조 제1항 제2호에 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. 제1호 및 제2호 외에 항시 치료를 요하는 중증환자

【소득세법 시행규칙 제54조(장애아동의 범위)】

소득세법 시행령 제107조 제1항 제1호에서 "기획재정부령으로 정하는 사람"이란 「장애아동 복지지원법」 제21조제1항에 따른 발달재활서비스를 지원받고 있는 사람을 말한다.

설명

【이 특약을 적용할 수 없는 사례 예시】

1. 피보험자 1인은 비장애인이고 보험수익자 2인 중 한명은 비장애인, 한명은 장애인인 경우 모든 보험수익자가 장애인이 아니므로 이 특약을 적용할 수 없습니다.
2. 보험수익자 1인은 비장애인이고 피보험자 2인 중 한명은 비장애인, 한명은 장애인인 경우 모든 피보험자가 장애인이 아니므로 이 특약을 적용할 수 없습니다.
3. 피보험자는 비장애인이고 보험수익자가 법정상속인인 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 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환되지 않습니다.

④ 이 특약의 계약자는 전환대상계약의 계약자와 동일하여야 합니다.

제 2조 [제출서류]

① 이 특약에 가입하고자 하는 계약자는 모든 피보험자 또는 모든 보험수익자의 「소득세법 시행규칙 별지 제38호 서식에 의한 장애인 증명서의 원본 또는 사본」(이하, “장애인 증명서”

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 장애사실을 증명하는 서류를 제출하는 경우에는 제1항의 장애인증명서는 제출하지 않을 수 있습니다.

③ 장애인으로서 그 장애기간이 기재된 장애인증명서를 제1항 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.

제 3조 [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 계약자가 2019년 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(2019년 6월1일~2019년12월31일) 납입된 보험료만 2019년 특별세액공제 대상이 됩니다.

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 전환대상계약 보험료가 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
2019년 1월 15일에 전환대상계약에 가입한 계약자가 2019년 6월 1일에 이 특약을 청약하고 회사가 승낙하여 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환되었으나 2019년 12월 1일에 전환을 취소한 경우, 이 전환대상계약에 납입된 모든 보험료는 당해년도 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성 보험료로 표시되지 않으며 소득세법에 따라 보험료의 100분의 15에 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.

제 4조 [전환 취소]

계약자는 전환대상계약에 대하여 장애인전용보험으로의 전환을 취소할 수 있으며, 이 경우 전환취소 신청서를 회사에 제출하여야 합니다.

제 5조 [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.

건강등급 적용 특약

제 1조 [목적]

제 2조 [용어의 정의]

제 3조 [건강등급의 개념]

제 4조 [피보험자의 범위 및 적용 대상]

제 5조 [건강등급에 따른 보험료 할인]

제 6조 [청약 시 건강등급의 산정]

제 7조 [건강등급의 재산정]

제 8조 [보험료 선납 시 건강등급의 적용]

제 9조 [부활(효력회복) 계약의 건강등급 적용]

제10조 [특약의 소멸]

제11조 [건강등급 산출이 불가능한 경우의 처리]

제12조 [기타 사항]

[별표] 할인 대상상품 및 할인율

건강등급 적용 특약

제 1조 [목적]

이 특약은 보험회사(이하 ‘회사’라 합니다)에서 별도로 정한 건강등급 제도를 적용하기 위하여 체결됩니다.

제 2조 [용어의 정의]

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약자 : 회사와 보험계약(이하 ‘계약’이라 합니다)을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
2. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
3. 보험기간 : 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말하며, 이 특약의 보험기간은 주계약 보험료 납입기간으로 합니다.
4. 영업일 : 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, ‘관공서의 공휴일에 관한 규정’에 따른 공휴일, 대체공휴일 및 근로자의 날을 제외합니다.

제 3조 [건강등급의 개념]

① 건강등급이란 성별, 연령, 건강상태, 의료이용정보 등을 기준으로 피보험자의 상대적인 건강상태 수준을 등급화한 지표를 말합니다. 건강등급은 1등급부터 9등급까지 산정되며 1등급에 가까울수록 건강상태가 양호하다는 것을 의미합니다.

② 건강등급은 건강등급 산출 시스템을 운영하고 건강등급 정보를 제공하는 회사(이하 “건강등급 산출 및 정보 제공회사”라 합니다)의 건강등급 산출시스템을 통해 산출됩니다.

③ 제2항에 따라 건강등급 산출 시 최근 1년 이내의 건강검진 결과 중 가장 최신 결과(다만, 1년 이내의 건강검진 결과가 없거나 건강등급 산출에 필요한 지표가 충분하지 않은 경우, 2년 이내의 건강검진 결과) 및 직전 2개월을 기준으로 최근 12개월 동안의 의료이용기록 등이 사용되며, 건강등급 산출에 필요한 지표는 다음과 같습니다.

※ 건강등급 산출에 필요한 지표: BMI, 혈압(수축기/이완기), 요단백, 혈색소, 공복혈당, HDL 콜레스테롤, 중성지방, 혈청크레아티닌, 간기능 수치(ALT, 감마GTP), 내원일수, 총 급여비용, 흡연여부 등

④ 제1항 내지 제3항에도 불구하고, 피보험자의 건강등급 정보가 충분하지 않아 건강등급 산출시스템 상 건강등급 산출이 불가능한 경우, 건강등급은 유효하지 않으며 피보험자의 건강등급은 ‘0등급’으로 산출됩니다.

⑤ 건강등급은 제6조(청약 시 건강등급의 산정)에 따라 청약 시 산정된 건강등급을 최초로 적용하며, 이후 이 특약의 보험기간 중 1년 주기로 제7조(건강등급의 재산정)에 따라 건강등급을 재산정하여 적용합니다.

⑥ 제5항에도 불구하고, 피보험자가 제6조(청약 시 건강등급의 산정) 및 제7조(건강등급의 재산정)에서 정한 기한 이내에 건강등급을 산출하지 않는 경우, 제7조(건강등급의 재산정)에

따른 다음연도 “건강등급 재산정일” 전일까지 건강등급이 적용되지 않습니다.

제 4조 [피보험자의 범위 및 적용 대상]

- ① 이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 하며, 다음의 조건을 모두 충족하여야 합니다.
 - 1. 회사의 사업방법서에서 정한 인수기준을 충족한 경우
 - 2. 당사의 청약 절차 중 “계약체결·이행 등을 위한 개인정보 처리 동의”를 한 경우
- ② 이 특약은 주계약 청약 시 건강등급의 적용을 선택한 계약에 한하여 적용합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 이 특약의 보험기간 중 계약자는 청약 시 선택한 건강등급 적용여부를 1회에 한하여 변경할 수 있습니다.
- ④ 청약 시 건강등급 적용을 선택한 계약이 제3항에 따라 건강등급 적용의 취소를 신청하는 경우, 변경 신청이 완료된 이후 납입하는 보험료부터 건강등급 및 건강등급에 따른 보험료 할인이 적용되지 않으며, 이 경우 건강등급의 적용을 다시 신청할 수 없습니다.
- ⑤ 청약 시 건강등급 적용을 선택하지 않은 계약이 제3항에 따라 건강등급의 적용을 신청하는 경우, 피보험자는 제7조(건강등급의 재산정)에 따라 건강등급을 산출해야 하며, 신청 이후 도래하는 “건강등급 재산정일”부터 건강등급이 적용됩니다.
- ⑥ 제5항에도 불구하고 주계약 사업방법서에 따라 이미 선납한 보험료가 있는 경우, 선납보험료의 최종납입일 이후 도래하는 “건강등급 재산정일”부터 건강등급이 적용됩니다.

제 5조 [건강등급에 따른 보험료 할인]

- ① 회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자의 건강등급에 따라 “건강등급별 할인율”을 적용하여 “건강등급 할인 대상상품”의 영업보험료를 할인합니다.
- ② 이 특약에서 “건강등급 할인 대상상품” 및 “건강등급별 할인율”은 “할인 대상상품 및 할인율(별표 참조)”을 따릅니다. 다만, “건강등급 할인 대상상품” 중 선택특약의 피보험자가 주계약의 피보험자와 상이한 선택특약은 “건강등급 대상상품”에서 제외합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따른 “건강등급 할인 대상상품”은 질병사망, 암, 심장질환, 뇌혈관질환, 질병입원, 질병수술과 관련된 담보를 보장하는 상품(선택특약 포함)을 대상으로 하며, 재해관련 담보만을 보장하는 상품은 대상상품에서 제외합니다.
- ④ 제7조(건강등급의 재산정)에 따라 이 특약의 보험기간 중 1년 주기로 건강등급을 재산정하며, 건강등급이 변경된 경우에는 변경된 건강등급을 기준으로 영업보험료를 할인합니다.
- ⑤ “건강등급 할인 대상상품”의 보험료 납입이 면제된 경우, 납입 면제된 보험료는 제외하고 건강등급에 따른 보험료 할인을 적용합니다.

제 6조 [청약 시 건강등급의 산정]

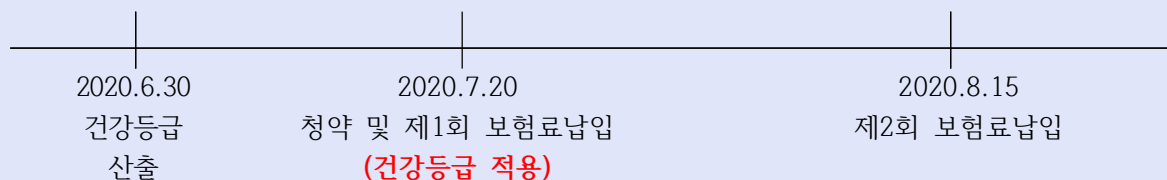
- ① 주계약 청약 시 이 특약에 따른 건강등급의 적용을 선택하는 경우 피보험자는 청약일까지 건강등급을 산출해야 하며, 청약 시 적용하는 건강등급은 청약일을 기준으로 그 날을 포함하여 직전 60일 이내에 산출한 건강등급 중 가장 최근에 산출한 건강등급으로 적용합니다.
- ② 제1항에 따른 건강등급은 청약일부터 적용하며, 제7조(건강등급의 재산정)에 따라 다음 도래하는 “건강등급 재산정일” 전일까지 적용됩니다.

- ③ 제1항에도 불구하고 피보험자가 건강등급을 산출하지 않아 제1항에 따른 건강등급의 적용이 불가능하거나 피보험자의 건강등급 정보가 충분하지 않아 건강등급 산출이 불가능하여 건강등급이 유효하지 않은 경우, 회사는 청약 완료 이후 피보험자에게 문자메시지 등으로 건강등급 산출 방법 및 청약 이후 건강등급을 산출할 수 있는 기한(이하 “산정기한”이라 합니다)에 대해 안내하여 드립니다.
- ④ 제3항의 “산정기한”이라 함은 회사가 청약을 승낙한 날로부터 15일과 제2회 보험료 납입 기일 직전 2영업일 중 빠른 날을 말합니다.
- ⑤ 제3항에 따라 건강등급의 산출이 필요한 피보험자는 “산정기한” 이내에 건강등급을 산출하여야 하며, 이때 회사는 제2회 보험료부터 건강등급을 적용합니다. 그럼에도 불구하고 건강등급 정보가 충분하지 않아 건강등급 산출이 불가능한 경우 피보험자의 건강등급은 0등급으로 적용됩니다.
- ⑥ 제5항에 따라 건강등급이 적용되어 건강등급에 따른 보험료 할인이 적용된 경우, 회사는 계약자에게 문자메시지 등으로 적용된 건강등급 및 변경된 보험료에 대해 안내하여 드립니다.
- ⑦ 제3항 내지 제5항에도 불구하고 “산정기한” 이내에 건강등급을 산출하지 않은 경우, 제7조(건강등급의 재산정)에 따른 다음연도 “건강등급 재산정일” 전일까지 건강등급이 적용되지 않습니다.

[최초 가입 시 건강등급 적용 절차 예시]

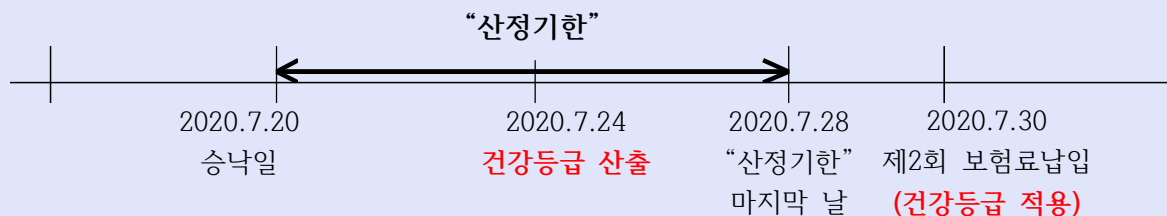
① “청약 이전”에 건강등급을 산출한 경우 (제6조 제1항)

<예시> 7월 20일 청약 및 제1회 보험료 납입, 8월 15일 제2회 보험료 납입기일



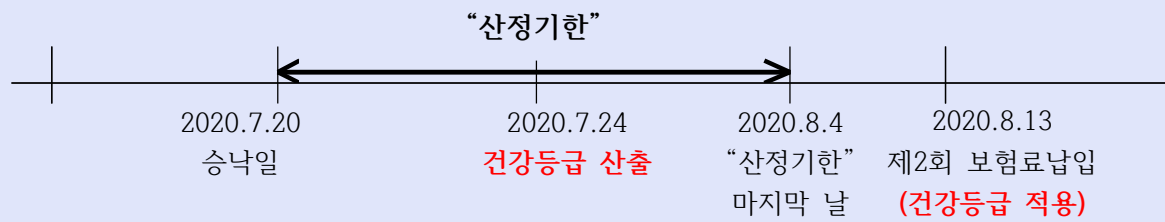
② “산정기한” 이내에 건강등급을 산출한 경우 - 제2회 보험료 납입기일 직전 2영업일 < 승낙 이후 15일 이전 (제6조 제5항)

<예시> 7월 20일 승낙, 7월 30일 제2회 보험료 납입기일



③ “산정기한” 이내에 건강등급을 산출한 경우 - 제2회 보험료 납입기일 직전 2영업일 > 승낙 이후 15일 이전 (제6조 제5항)

<예시> 7월 20일 승낙, 8월 13일 제2회 보험료 납입기일



제 7조 [건강등급의 재산정]

① 건강등급은 이 특약의 보험기간 중 1년을 주기로 재산정하여 변경 적용하며, 피보험자는 매년 연계약해당월의 직전월 1일부터 말일까지(이하 “재산정 기간”이라 합니다) 건강등급을 산출해야 합니다.

② 회사는 매년 “재산정 기간”이 도래하면 피보험자에게 다음의 사항을 “건강등급 재산정일” 직전 1개월 이내에 문자메시지 등으로 최소 2회 이상 안내하여 드립니다.

1. 건강등급 재산정 기간
2. 건강등급 산출 방법
3. 건강등급 변경 시 적용되는 할인을
4. 제6항에 따라 건강등급에 대한 할인이 적용되지 않을 수 있다는 사항

③ 피보험자가 “재산정 기간” 이내에 건강등급을 산출한 경우, 연계약해당월의 첫 번째 날(1일)(이하 “건강등급 재산정일”이라 합니다)에 건강등급을 변경 적용하며, 변경된 건강등급은 다음연도 “건강등급 재산정일” 전일까지 1년 동안 적용됩니다.

④ 피보험자가 “재산정 기간” 이내에 건강등급을 산출하지 않았으나 “건강등급 재산정일” 전일을 기준으로 그 날을 포함하여 직전 90일 이내에 산출한 건강등급이 있는 경우, 직전 90일 이내 산출한 건강등급 중 가장 최근에 산출한 건강등급을 “건강등급 재산정일”부터 변경 적용합니다.

⑤ 회사는 계약자에게 문자메시지 등을 통해 “건강등급 재산정일”부터 적용되는 건강등급 및 변경된 보험료에 대해 “건강등급 재산정일”부터 5영업일 이내에 안내합니다.

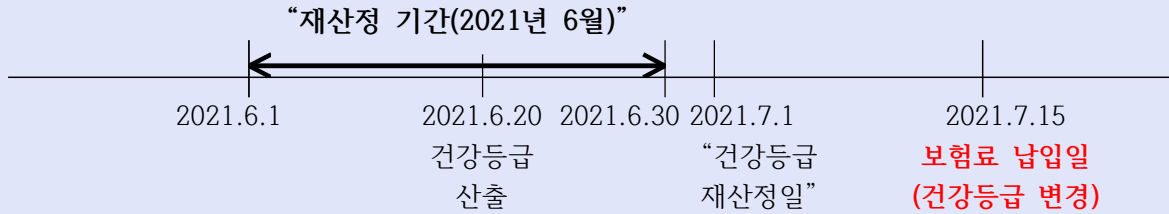
⑥ 제1항 내지 제4항에도 불구하고 피보험자가 “재산정 기간” 이내에 건강등급을 산출하지 않았으며 “건강등급 재산정일” 전일을 기준으로 그 날을 포함하여 직전 90일 이내에 산출한 건강등급이 없는 경우, 건강등급은 다음연도 “건강등급 재산정일” 전일까지 적용하지 않습니다.

⑦ 제1항에도 불구하고 “건강등급 할인 대상상품”이 모두 보험료 납입 면제된 경우에는 건강등급 재산정 대상 계약에서 제외합니다.

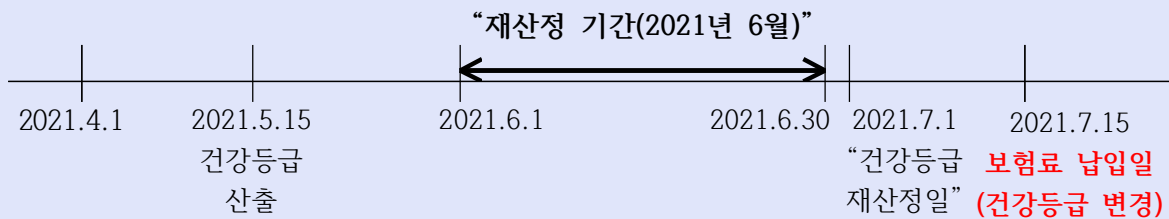
[건강등급 재산정 절차 예시]

<예시> 연계약해당월 매년 7월, 보험료 납입기일 매월 15일

① “재산정 기간” 이내에 건강등급을 산출한 경우 (제7조 제3항)



② “재산정 기간” 이내에 건강등급을 산출하지 않았으나, “건강등급 재산정일” 직전 90일 이내 산출한 건강등급이 있는 경우 (제7조 제4항)



제 8조 [보험료 선납 시 건강등급의 적용]

- ① 이 특약이 적용된 계약은 보험료를 선납하는 경우, 선납 시점을 기준으로 다음 도래하는 “건강등급 재산정일” 전일까지의 보험료를 주계약 사업방법서에서 정한 범위 내에서 선납할 수 있습니다.
- ② 제1항에 따라 보험료를 선납하는 경우 건강등급은 선납 시점의 건강등급을 적용합니다.

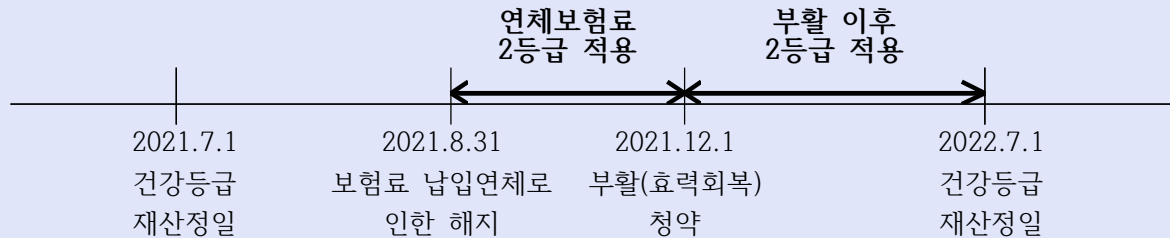
제 9조 [부활(효력회복) 계약의 건강등급 적용]

- ① 주계약 약관(보험료의 납입연체로 인해 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따른 부활(효력회복) 계약에서 연체보험료 및 부활(효력회복) 이후 납입하는 보험료에 적용하는 건강등급은 각 보험료 납입해당일의 유효한 건강등급으로 합니다.
- ② 부활(효력회복) 청약 시점에 유효한 건강등급이 없는 경우, 부활(효력회복) 청약 시 피보험자는 제5조(청약 시 건강등급의 적용) 제1항 내지 제2항에 따라 건강등급을 산출해야 하며, 산출한 건강등급은 부활(효력회복) 이후 납입하는 보험료부터 적용합니다.
- ③ 제1항 및 제2항의 유효한 건강등급이란 제6조(청약 시 건강등급의 산정) 및 제7조(건강등급의 재산정)에 따라 최초 청약 시 또는 건강등급 재산정 기간에 산출하여 적용된 건강등급을 말합니다.

[부활(효력회복) 계약의 건강등급 적용 예시]

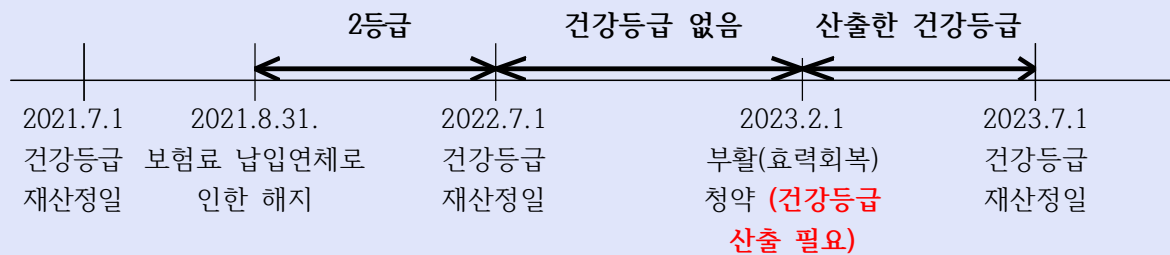
<예시1>

- 보험료 납입연체로 인하여 계약이 해지된 당시 건강등급: 2등급
- 연체보험료에 적용되는 건강등급: 2등급
- 부활 이후 적용되는 건강등급: 2등급



<예시2>

- 보험료 납입연체로 인하여 계약이 해지된 당시 건강등급: 2등급
- 연체보험료에 적용되는 건강등급
 - ㉠ 2021.8.31 ~ 2022.7.1 : 2등급
 - ㉡ 2022.7.1 ~ 부활(효력회복) 청약 이전 : 건강등급 없음
- 부활(효력회복) 이후 적용되는 건강등급: 부활(효력회복) 청약 시 건강등급 산출 필요



제10조 [특약의 소멸]

- 다음 각 호 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
 - 주계약 보험료 납입기간이 종료된 경우
 - 주계약 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 사망한 경우
 - 주계약이 해지되거나 기타사유로 효력을 가지지 않게 된 경우
- 제1항 제2호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 - 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 - 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- 제1항 제3호에도 불구하고 주계약이 사망보험금 이외의 보험금 지급으로 효력을 가지지 않게 된 경우 이 특약은 소멸되지 않습니다.

제11조 [건강등급 산출이 불가능한 경우의 처리]

① “건강등급 산출 및 정보 제공회사”와의 계약해지, “건강등급 산출 및 정보 제공회사”의 파산선고 또는 관계 법령의 개정 등의 원인으로 불가피하게 건강등급의 산출 및 건강등급 제도의 유지가 불가능한 경우, 회사는 다음 중 어느 하나의 방법을 선택하여야 합니다. 이때 계약별로 방법을 달리 적용할 수는 없습니다.

1. 회사 자체적으로 건강등급 산출 시스템 개발하여 운영
2. 건강등급 산출 불가 시점에 적용 중인 건강등급 또는 회사에서 정한 별도의 건강등급을 보험료 납입기간 종료시점까지 일괄 적용

② 회사는 제1항 각호의 방법 중 어느 하나를 정한 경우, 계약자와 피보험자에게 다음의 사항을 서면 또는 전화(음성녹음)로 안내합니다.

1. 건강등급 제도를 유지할 수 없는 사유
2. 건강등급 제도의 운영 여부 및 제도가 변경되는 경우 변경된 제도에 대한 설명
3. 보험료가 변경되는 경우 변경된 보험료
4. 기타 제도 변경과 관련하여 계약 관계자에게 알려야 하는 사항

③ 제1항 제1호의 방법으로 회사가 결정한 경우, 건강등급 산출방법, 산출 기한 및 재산정과 관련된 사항, 건강등급별 할인율 등이 변경될 수 있으며, 회사는 피보험자에게 건강검진 결과 및 의료이용기록 등 건강등급 산출을 위해 필요한 최신 건강정보에 대한 자료의 제출을 요청할 수 있습니다.

④ 회사가 제3항의 자료 제출을 요청한 경우 피보험자는 자료를 제출하여야 하며, 자료를 제출하지 않은 경우에는 건강등급을 산출하지 않은 것으로 봅니다. 다만, 이후 제3항의 자료를 제출한 경우에는 이후 납입하는 보험료부터 건강등급을 적용하여 드립니다.

⑤ 회사는 제3항에 따라 피보험자가 제출한 자료를 건강등급 산출에 사용하며, 건강등급 산출 이외의 다른 용도로 사용하지 않습니다.

제12조 [기타 사항]

① 제7조(건강등급의 재산정) 제1항 및 제3항에서 정한 “건강등급 재산정일” 및 “재산정 기간”은 부활(효력회복) 또는 갱신되는 경우(주계약이 갱신형 보험인 경우에 한함)에도 변경되지 않습니다.

② 이 특약에서 정하지 않은 사항은 주계약 및 선택특약의 약관을 준용합니다.

(별표)

할인 대상상품 및 할인율

※ “건강등급 할인 대상상품”은 아래와 같으며, 질병사망, 암, 심장질환, 뇌혈관질환, 질병입원, 질병수술과 관련된 담보를 보장하는 상품(선택특약 포함)을 대상으로 하며, 재해 관련 담보만을 보장하는 상품은 대상상품에서 제외합니다.

※ 건강등급 할인은 계약관리비용 범위 내에서 아래와 같이 적용합니다.

대상상품	건강등급	할인율	
		주계약	선택특약
무배당 ABL 건강하면 THE 소중한종신보험 (해약환급금 일부지급형), 무배당 ABL건강드림선지급GI종신보험 (해약환급금 일부지급형)	1등급	8.0%	10.0%
	2등급	7.0%	7.0%
	3등급	5.0%	5.0%
	4등급	3.0%	3.0%
	5~9등급, 0등급 ^{주1)} 등급정보 없음 ^{주2)}	-	-
무배당 ABL건강하면THE나은뇌심케어보험	1등급	15.0%	15.0%
	2등급	9.0%	9.0%
	3등급	6.0%	6.0%
	4등급	3.0%	3.0%
	5~9등급, 0등급, 등급정보 없음	-	-
무배당 ABL인터넷네개딱!패키지건강보험 (갱신형)	1등급	-	15.0%
	2등급	-	9.0%
	3등급	-	6.0%
	4등급	-	3.0%
	5~9등급, 0등급, 등급정보 없음	-	-

주1) 0등급: 피보험자의 건강등급 정보가 충분하지 않아 건강등급 산출이 불가능한 경우

주2) 등급정보 없음: 피보험자가 건강등급을 산출하지 않거나, 건강등급 미적용을 선택한 경우

장애분류표

■ ■ 총칙

1. 장애의 정의

- 1) “장애”라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아 있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태 및 기능상실 상태를 말한다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장애에 포함되지 않는다.
- 2) “영구적”이라 함은 원칙적으로 치유하는 때 장래 회복할 가망이 없는 상태로서 정신적 또는 육체적 훼손상태임이 의학적으로 인정되는 경우를 말한다.
- 3) “치유된 후”라 함은 상해 또는 질병에 대한 치료의 효과를 기대할 수 없게 되고 또한 그 증상이 고정된 상태를 말한다.
- 4) 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장애에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 장애지급률로 한다.
- 5) 위 4)에 따라 장애지급률이 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 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정한다.

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 한다. 다만, 좌·우의 눈, 귀, 팔, 다리, 손가락, 발가락은 각각 다른 신체부위로 본다.

3. 기타

- 1) 하나의 장애가 관찰 방법에 따라서 장애분류표상 2가지 이상의 신체부위에서 장애로 평가되는 경우에는 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- 2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
- 3) 하나의 장애가 다른 장애와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 지급률만을 적용하며, 하나의 장애로 둘 이상의 파생장애가 발생하는 경우 각 파생장애의 지급률을 합산한 지급률과 최초 장애의 지급률을 비교하여 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- 4) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장애의 판정대상에 포함되지 않는다. 다만, 뇌사판정을 받은 경우가 아닌 식물인간상태(의식이 전혀 없고 사지의 자발적인 움직임이 불가능하여 일상생활에서 항시 간호가 필요한 상태)는 각 신체부위별 판정기준에 따라 평가한다.
- 5) 장애진단서에는 ① 장애진단명 및 발생시기 ② 장애의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계·정신행동 장애의 경우 ① 개호(장애로 혼자서 활동이 어려운 사람을 곁에서 돌보는 것)여부 ② 객관

적 이유 및 개호의 내용을 추가로 기재하여야 한다.

 용어해설
[척추(등뼈)] 머리뼈부터 꼬리뼈까지 기둥모양으로 이어지는 등뼈의 집합으로, 크게 전주·중간주·후주로 구분되며 때로는 목등뼈·가슴등뼈·허리등뼈 등 관련 부위와 연결된 더 작은 부위로 나누어지기도 합니다. [체간골] 어깨뼈, 골반뼈, 빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈를 말하며, 이를 모두 동일부위로 합니다.

장해분류별 판정기준

1. 눈의 장애

가. 장애의 분류

장애의 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 0.10 이하로 된 때	15
6) 한 눈의 교정시력이 0.20 이하로 된 때	5
7) 한 눈의 안구(눈동자)에 뚜렷한 운동장애나 뚜렷한 조절기능장애를 남긴 때	10
8) 한 눈에 뚜렷한 시야장애를 남긴 때	5
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때	5

나. 장애판정기준

- 시력장애의 경우 공인된 시력검사표에 따라 최소 3회 이상 측정한다.
- “교정시력”이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 원거리 최대교정시력을 말한다. 다만, 각막이식술을 받은 환자인 경우 각막이식술 이전의 시력상태를 기준으로 평가한다.
- “한 눈이 멀었을 때”라 함은 안구의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나(“광각무”) 겨우 가릴 수 있는 경우(“광각유”)를 말한다.
- “한눈의 교정시력이 0.02이하로 된 때”라 함은 안전수동(Hand Movement), 안전수지(Finger Counting) 상태를 포함한다.
- 안구(눈동자) 운동장애의 판정은 질병의 진단 또는 외상 후 1년 이상이 지난 뒤 그 장애 정도를 평가한다.
- “안구(눈동자)의 뚜렷한 운동장애”라 함은 아래의 두 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 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 조절기능장애”라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 50세 이상(장해진단시 연령 기준)의 경우에는 제외한다.
- 8) “뚜렷한 시야 장애”라 함은 한 눈의 시야 범위가 정상시야 범위의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다. 이 경우 시야검사는 공인된 시야검사방법으로 측정하며, 시야장애 평가할 때 자동시야 검사계(골드만 시야검사)를 이용하여 8방향 시야범위 합계를 정상범위와 비교하여 평가한다.
- 9) “눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때”라 함은 눈꺼풀의 결손으로 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮이지 않는 경우를 말한다.
- 10) “눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때”라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.
- 11) 외상이나 화상 등으로 안구의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 안구가 적출되어 눈자위의 조직요물(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 가산한다.
- 12) “눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때”에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장애를 포함하여 장애를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장애를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장애평가 방법 중 피보험자에게 유리한 것을 적용한다.



용어해설

【 안전수동 】

물체를 감별할 정도의 시력상태가 아니며 눈앞에서 손의 움직임을 식별할 수 있을 정도의 시력상태를 말합니다.

【 안전수지 】

시표의 가장 큰 글씨를 읽을 수 있는 정도의 시력은 아니나 눈 앞 30cm 이내에서 손가락의 개수를 식별할 수 있을 정도의 시력상태를 말합니다.

【 적출 】

신체로부터 조직을 끄집어내거나 잘라내는 것을 의미합니다. 절제(切除)가 병터나 장기의 일부분을 잘라내는 행위인데 비해 그 전체를 잘라내는 수술로서 위암의 경우 위 전체를 잘라내는 수술 따위가 여기에 해당합니다.

【 광각무 】

동공은 빛에 민감한 반응을 보이는데 이러한 빛에 대하여 반응을 보이지 않는 것을 광각무라고 합니다.

【 광각유 】

빛에 대한 감각, 즉 빛에 대한 수용 여부를 말하며, 좁은 의미로는 명암에 대한 감각만을 일컬으나 넓은 의미로는 색에 대한 감각까지 포함되기도 합니다.

【 복시 】

한 개의 물체가 둘로 보이거나 그림자가 생겨 이중으로 보이는 현상입니다.

【 의안 】

인공적인 눈을 말합니다.

2. 귀의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 청력장애는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB : decibel)로서 표시하고 3회 이상 청력검사를 실시한 후 적용한다. 다만, 각 측정치의 결과값 차이가 $\pm 10\text{dB}$ 이상인 경우 청성뇌간반응검사(ABR)를 통해 객관적인 장애 상태를 재평가하여야 한다.
- “한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB이상인 경우를 말한다.
- “심한 장애를 남긴 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰 소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- “약간의 장애를 남긴 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB이상인 경우에 해당되어, 50cm 이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- 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 추가 실시 후 장애를 평가한다.

다. 귓바퀴의 결손

- “귓바퀴의 대부분이 결손된 때”라 함은 귓바퀴의 연골부가 1/2 이상 결손된 경우를 말한다.
- 귓바퀴의 연골부가 1/2 미만 결손이고 청력에 이상이 없으면 외모의 추상(추한 모습)장애로만 평가한다.

라. 평형기능의 장애

- “평형기능에 장애를 남긴 때”라 함은 전정기관 이상으로 보행 등 일상생활이 어려운 상태로 아래의 평형장애 평가항목별 합산점수가 30점 이상인 경우를 말한다.

항목	내 용	점수
검사 소견	양측 전정기능 소실	14
	양측 전정기능 감소	10
	일측 전정기능 소실	4

치료 병력	장기 통원치료(1년간 12회이상)	6
	장기 통원치료(1년간 6회이상)	4
	단기 통원치료(6개월간 6회이상)	2
	단기 통원치료(6개월간 6회미만)	0
기능 장애 조건	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 장애는 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 치료 후 장애가 고착되었을 때 판정하며, 뇌병변 여부, 전정기능 이상 및 장애상태를 평가하기 위해 아래의 검사들을 기초로 한다.

가) 뇌영상검사(CT, MRI)

나) 온도안진검사, 전기안진검사(또는 비디오안진검사) 등

 **용어해설**

[순음]
음색적인 특징 없이 일정한 높이를 유지하는, 완전히 단일한 주파수의 소리를 말합니다.

[순음청력검사]
순음청력검사는 인간이 들을 수 있는 범위 중에서 말 소리가 들리는 범위를 한 옥타브마다 한 단계의 주파수의 순음을 들려주면서 청력이 어느 정도 손실되었는지를 측정하는 검사입니다. 이 검사로 난청도, 난청곡선, 난청의 병소부위를 알 수 있습니다.

[언어청력검사]
언어를 들을 수 있는 최소값과 언어의 이해능력을 측정하는 검사입니다.

[임피던스 청력검사]
고막을 향해 긴 소리를 주고 난 후 어느 정도가 고막에서 되돌아오고 어느 정도가 고막을 통과하여 내이로 흡수 되는가를 그 소리의 양을 미세마이크로 잡아 전기적으로 분석함으로써 고막이나 중이의 상태를 진단하는 검사를 말합니다.

[이음향방사검사]
내이(달팽이, 와우)에서 발생한 진동파가 외이도에 전파되어 나타난 음향 반응을 측정하는 검사입니다.

3. 코의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

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 인

정된 검사로 확인되는 경우를 말한다.

- 2) “코의 후각기능을 완전히 잃었을 때”라 함은 후각신경의 손상으로 양쪽 코의 후각기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감퇴는 장애의 대상으로 하지 않는다.
- 3) 양쪽 코의 후각기능은 후각인지검사, 후각역치검사 등을 통해 6개월 이상 고정된 후각의 완전손실이 확인되어야 한다.
- 4) 코의 추상(추한 모습)장애를 수반한 때에는 기능장애의 지급률과 추상장애의 지급률을 합산한다.

4. 씹어먹거나 말하는 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 심한 장애를 남긴 때	100
2) 씹어먹는 기능에 심한 장애를 남긴 때	80
3) 말하는 기능에 심한 장애를 남긴 때	60
4) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 뚜렷한 장애를 남긴 때	40
5) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
6) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 약간의 장애를 남긴 때	10
7) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 약간의 장애를 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. 장애판정기준

- 1) 씹어먹는 기능의 장애는 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)의 맞물림(교합), 배열상태 및 아래턱의 개구운동, 삼킴(연하)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.
- 2) “씹어먹는 기능에 심한 장애를 남긴 때”라 함은 심한 개구운동 제한이나 저작운동 제한으로 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
- 3) “씹어먹는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - 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 섭취를 할 때 흡인이 발생하고 연식 외에는 섭취가 불가능한 상태
- 4) “씹어먹는 기능에 약간의 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - 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 섭취를 할 때 간헐적으로 흡인이 발생하고 부드러운 고형식 외에는 섭취가 불가능한 상태
- 5) 개구장애는 턱관절의 이상으로 개구운동 제한이 있는 상태를 말하며, 최대 개구상태에서 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 거리를 기준으로 한다. 다만, 가운데 앞니(중절치)가 없는 경우에는 측정가능한 인접 치아간 거리의 최대치를 기준으로 한다.
- 6) 부정교합은 위턱(상악)과 아래턱(하악)의 부조화로 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)가 전방 및 측방으로 맞물림에 제한이 있는 상태를 말한다.
- 7) “말하는 기능에 심한 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 가) 언어평가상 자음정확도가 30%미만인 경우
 나) 전실어증, 운동성실어증(브로카실어증)으로 의사소통이 불가능한 경우
- 8) “말하는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 가) 언어평가상 자음정확도가 50%미만인 경우
 나) 언어평가상 표현언어지수 25 미만인 경우
- 9) “말하는 기능에 약간의 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 가) 언어평가상 자음정확도가 75%미만인 경우
 나) 언어평가상 표현언어지수 65 미만인 경우
- 10) 말하는 기능의 장애는 1년 이상 지속적인 언어치료를 시행한 후 증상이 고착되었을 때 평가하며, 객관적인 검사를 기초로 평가한다.
- 11) 뇌·중추신경계 손상(정신·인지기능 저하, 편마비 등)으로 인한 말하는 기능의 장애(실어증, 구음장애) 또는 씹어먹는 기능의 장애는 신경계·정신행동 장애 평가와 비교하여 그 중 높은 지급률 하나만 인정한다.
- 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 적용한다.
- 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 않는다.
- 14) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
- 15) 어린이의 유치는 향후에 영구치로 대체되므로 후유장애의 대상이 되지 않으나, 선천적으로 영구치 결손이 있는 경우에는 유치의 결손을 후유장애로 평가한다.
- 16) 가철성 보철물(신체의 일부에 붙였다 떼었다 할 수 있는 틀니 등)의 파손은 후유장애의 대상이 되지 않는다.



용어해설

[교합]

입을 다물었을 때 생기는 아랫니와 윗니의 접촉상태로 아래턱과 위턱이 맞물려 놓인 상태를 말한다.

[실어증]

입이나 발성기관 또는 귀의 외상없이 뇌의 병소나 손상으로 인해서 언어를 이해하거나 관념을 언어로 표현하는 능력이 상실된 상태를 말합니다. 장애의 유형에 따라 운동성 실어증(무슨 말을 해야 할지는 알지만 소리를 말과 음절로 만들지 못함), 감각성 실어증(상대방의 말을 잘 알아듣지 못

하는 언어 이해능력의 장애), 건망성 실어증(단어를 회상하기 어려움), 기타 등으로 분류할 수 있는데 원인으로는 뇌졸중이 가장 많고, 뇌종양 그 외에 교통사고 등 외부적인 요인으로도 올 수 있습니다.

【유치】

유치는 젓니라고도 하며, 영구치가 나기 전에 유아 및 어린이에게서 성인의 영구치 같은 기능을 하는 치아로 총 20개입니다. 유치가 있음으로 인해 주위 뼈의 발육이 정상적으로 이뤄지고 영구치가 날 자리를 지켜 줌으로써 앞으로 나게 될 영구치가 제자리에 잘 날 수 있게 도와주는 역할을 합니다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장해

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 외모에 뚜렷한 추상(추한 모습)을 남긴 때	15
2) 외모에 약간의 추상(추한 모습)을 남긴 때	5

나. 장애판정기준

- 1) “외모”란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
- 2) “추상(추한 모습)장해”라 함은 성형수술(반흔성형술, 레이저치료 등 포함)을 시행한 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말한다.
- 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 말한다.
- 4) 다발성 반흔 발생할 때 각 판정부위(얼굴, 머리, 목) 내의 다발성 반흔의 길이 또는 면적은 합산하여 평가한다. 다만, 길이가 5mm 미만의 반흔은 합산대상에서 제외한다.
- 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 산정한다.

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
 - 가) 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 8×10cm(1/2 크기는 40cm², 1/4 크기는 20cm²), 6~11세의 경우는 6×8cm(1/2 크기는 24cm², 1/4 크기는 12cm²), 6세 미만의 경우는 4×6cm(1/2 크기는 12cm², 1/4 크기는 6cm²)로 간주한다.

6. 척추(등뼈)의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 척추(등뼈)에 심한 운동장애를 남긴 때	40
2) 척추(등뼈)에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때	30
3) 척추(등뼈)에 약간의 운동장애를 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 장애	20
8) 추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장애	15
9) 추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장애	10

나. 장애판정기준

- 1) 척추(등뼈)는 경추에서 흉추, 요추, 제1천추까지를 동일한 부위로 한다. 제2천추 이하의 천골 및 미골은 체간골의 장애로 평가한다.
- 2) 척추(등뼈)의 기형장애는 척추체(척추뼈 몸통)를 말하며, 횡돌기 및 극돌기는 제외한다. 이하 이 신체부위에서 같다)의 압박률 또는 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡 정도에 따라 평가한다.
 - 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 평가한다.
 - 나) 척추(등뼈)의 기형장애는 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률, 골절의 부위 등을 기준으로 판정한다. 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 높이

의 감소비를 압박률로 정한다.

- 다) 척추(등뼈)의 기형장애는 「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 장애가 발생한 경우에는 그 중 가장 높은 지급률을 적용한다.
- 3) 척추(등뼈)의 장애는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 이 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.
- 4) 추간판탈출증으로 인한 신경 장애는 수술 또는 시술(비수술적 치료) 후 6개월 이상 지난 후에 평가한다.
- 5) 신경학적 검사상 나타난 저린감이나 방사통 등 신경자극증상의 원인으로 CT, MRI 등 영상검사에서 추간판탈출증이 확인된 경우를 추간판탈출증으로 진단하며, 수술 여부에 관계없이 운동장애 및 기형장애로 평가하지 않는다.
- 6) 심한 운동장애란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
- 가) 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정된 상태
- 나) 머리뼈(두개골), 제1경추, 제2경추를 모두 유합 또는 고정된 상태
- 7) 뚜렷한 운동장애란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
- 가) 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정된 상태
- 나) 머리뼈(두개골)와 제1경추 또는 제1경추와 제2경추를 유합 또는 고정된 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 운동장애
- 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 고정된 상태
- 9) 심한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
- 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 말한다.
- 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 말한다.
- 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 장애”란 추간판탈출증으로 추간판을 2마디 이상(또는 1마디 추간판에 대해 2회 이상) 수술하고도 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장애가 있는 경우
- 13) “추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장애”란 추간판탈출증으로 추간판 1마디를 수술하고도 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되고 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우
- 14) “추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장애”란 추간판탈출증이 확인되고 신경생리검사서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되는 경우



용어해설

【운동장애】

일정한 규칙과 방법에 따라 움직이는 신체의 움직임이 하고자 하는 대로 되지 않고 근육기능의 불규칙으로 운동할 수 없는 것을 말합니다.

【추간판탈출증】

척추 뼈와 뼈 사이에서 몸의 충격을 흡수시켜 주고 완충 역할을 하는 것이 추간판입니다. 추간판은 80%의 수분성분의 젤리처럼 생긴 수핵과 이 수핵을 보호하기 위해 섬유테들이 주위를 둥글게 감싸고 있습니다. 이러한 추간판이 나이가 들어감에 따라 수핵의 수분함량 감소로 탄력성이 떨어지고 나쁜 자세나 사고 등의 외부적인 자극이 가해져 디스크가 밀려나 주위 신경근을 자극하여 통증을 일으키는데 이것을 추간판탈출증이라고 합니다.

【퇴행성】

생물체의 기관이나 조직이 발달이나 진화의 단계에서 어떤 장애를 만나 현재 이전의 상태나 시기로 되돌아가는 것을 말하는데 퇴행성 변화는 조직이나 세포의 기능 감퇴나 정지 또는 신진대사의 장애로 생기는 위축(마르거나 시들어서 우그러지고 쭈그러듦), 변성(성질이 변함), 괴사(생체 내의 조직이나 세포가 부분적으로 죽는 일) 따위의 병적 변화를 통틀어 이르는 말로 볼 수 있습니다.

【기왕증】

현재로 기준으로 과거에 앓았거나 현재 앓고 있는 질병 또는 재해를 의미합니다.

【관여도】

기여도랑 동일한 의미이며, 한 병명에 있어 그 병명이 발생하게 된 원인이 내부 또는 외부에서 어느 정도 증상을 악화시켰는지 산정할 수 있습니다.

【골절】

뼈의 연속성이 완전 또는 불완전하게 소실된 상태를 말합니다. 큰 외력이 일시에 가해질 때는 외상성골절, 만성적인 압력에 의한 때는 지속골절 또는 피로골절, 병적으로 조직이 침해되어 생기는 것은 병적 골절이라고 합니다.

【탈구】

관절을 구성하는 뼈마디, 연골, 인대 등의 조직이 정상적인 위치에서 벗어난 상태를 말합니다.

【마미신경증후군】

제1요추 이하 부위에 있는 신경근이 압박되어서 골반 내 장기의 기능 장애를 일으키고 요통과 양측 하지의 감각이상과 운동의 마비를 가져오는 질환을 말합니다. 가장 흔한 원인은 제4-5요추 사이와 요천추 부위의 추간판탈출증입니다.

【방사통】

추간판탈출증, 척추종양, 척추감염 등 척추신경에 생긴 병변으로 인해 대퇴부나 허리에서 허벅다리 뒤쪽 한가운데까지 좌골 신경의 영역을 따라 퍼지는 통증을 말합니다.

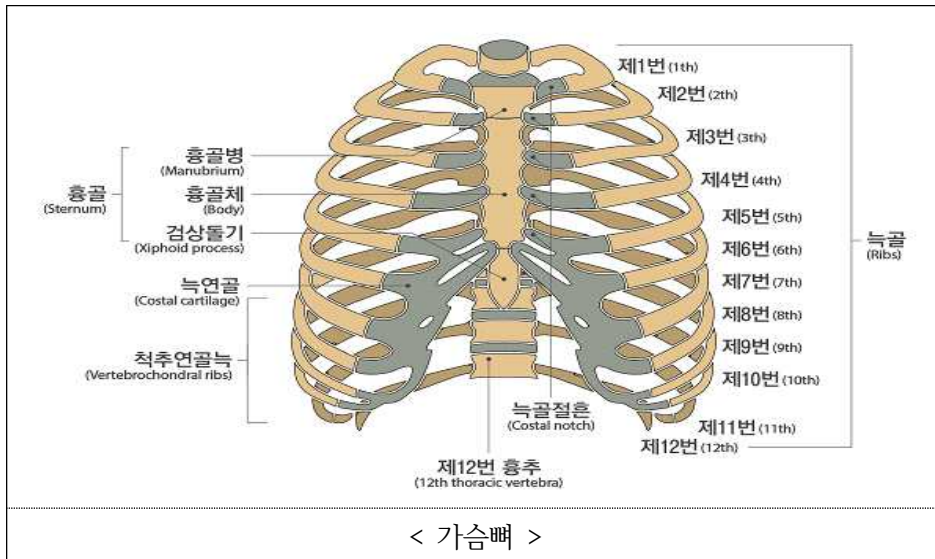
7. 체간골의 장애

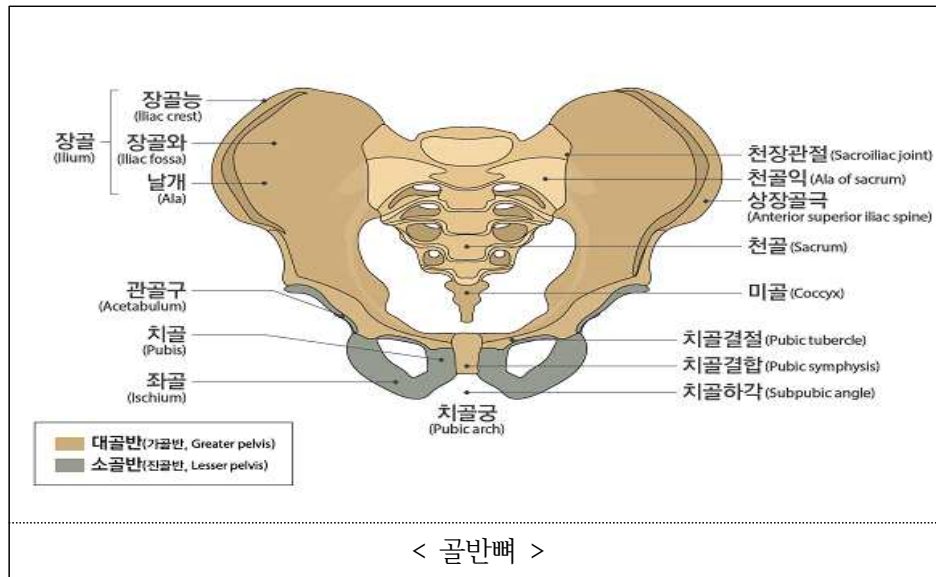
가. 장애의 분류

장애의 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. 장애판정기준

- 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 본다.
- 2) “골반뼈의 뚜렷한 기형”이라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm 이상 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 말한다.
- 4) 갈비뼈(늑골)의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장애로 취급한다. 다발성늑골 기형의 경우 각각의 각(角) 변형을 합산하지 않고 그 중 가장 높은 각(角) 변형을 기준으로 평가한다.





용어해설

[천장관절]

요추 맨 마지막 뼈와 장골이라 불리는 골반뼈가 연결되는 부분을 말합니다.

[치골문합부]

엉덩뼈의 앞쪽에서 골반을 에워싸고 있는 뼈(치골)의 연결부위를 말합니다.

[부정유합]

골절된 골편이 해부학적 위치가 아닌 비정상적인 위치에서 골유합된 상태를 의미합니다.

8. 팔의 장애

가. 장애의 분류

장애의 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 장애를 남긴 때	20
5) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
7) 한 팔에 가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
8) 한 팔에 가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때	10
9) 한 팔의 뼈에 기형을 남긴 때	5

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 평가한다. 다만, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태

- 에서 장애를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 않는다.
 - 3) “팔”이라 함은 어깨관절(견관절)부터 손목관절(완관절)까지를 말한다.
 - 4) “팔의 3대 관절”이라 함은 어깨관절(견관절), 팔꿈치관절(주관절), 손목관절(완관절)을 말한다.
 - 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 포함한다.
 - 6) 팔의 관절기능장애 평가는 팔의 3대 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다.
 - 가) 각 관절의 운동범위 측정은 장애평가지점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정 방법 등을 따른다.
 - 나) 관절기능장애를 표시할 경우 장애부위의 장애각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장애상태를 명확히 한다. 다만, 관절기능장애가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.
 - 7) “관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 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 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4이하로 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 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 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 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 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) “가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
 - 12) “가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때”라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
 - 13) “뼈에 기형을 남긴 때”라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

- 1) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나에 기능장애가 생기고 다른 관절 하나에 기능장애가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 2) 1상지(팔과 손가락)의 후유장애지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

용어해설

【 가관절 】

충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 ‘불유합’ 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외합니다.

9. 다리의 장애

가. 장애의 분류

장애의 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 장애를 남긴 때	20
5) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
7) 한 다리에 가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
8) 한 다리에 가관절이 남아 약간의 장애를 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. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 평가한다. 다만, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 않는다.
- 3) “다리”라 함은 엉덩이관절(고관절)부터 발목관절(족관절)까지를 말한다.
- 4) “다리의 3대 관절”이라 함은 엉덩이관절(고관절), 무릎관절(슬관절), 발목관절(족관절)을 말한다.
- 5) “한 다리의 발목 이상을 잃었을 때”라 함은 발목관절(족관절)부터(발목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절(슬관절)의 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
- 6) 다리의 관절기능장애 평가는 다리의 3대 관절의 관절운동범위 제한 및 무릎관절(슬관절)의 동요성 등으로 평가한다.
 - 가) 각 관절의 운동범위 측정은 장애평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정 방법 등을 따른다.
 - 나) 관절기능장애가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를

기준으로 평가한다.

- 7) “관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 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 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4이하로 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 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 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 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 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) 동요장애 평가 시에는 정상측과 환측을 비교하여 증가된 수치로 평가한다.
- 12) “가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 13) “가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때”라 함은 경골과 종아리뼈 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 14) “뼈에 기형을 남긴 때”라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.
- 15) 다리 길이의 단축 또는 과신장은 스캐노그램(scanogram)을 통하여 측정한다.

다. 지급률의 결정

- 1) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나에 기능장애가 생기고 다른 관절 하나에 기능장애가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 2) 1하지(다리발가락)의 후유장애지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

용어해설

[고관절]

절구와 넓적다리뼈를 연결하는 관절, 골반의 불기뼈고랑과 넓적다리뼈머리 사이에 끼어 있는 관절

로 팔의 어깨관절에 해당하며 어깨관절과 같이 전형적인 구관절임(=대퇴관절, 골반관절, 엉덩이관절)을 말합니다.

【근전도 검사】

신경과 근육의 전기 생리학적 변화를 분석하여 진단하는 방법으로 크게 신경전도검사와 침근전도검사로 구분됩니다. 그 외 시신경유발전위검사, 청신경유발전위검사, 체성감각유발전위검사 등이 포함됩니다. 신경전도검사는 운동신경과 감각신경을 전기적으로 자극하여 근육의 반응이나 신경 자체의 반응을 분석하여 이상유무를 판단하며, 침근전도검사는 신경의 손상이 있거나 근육 자체에 이상이 있으면 근육에 나타나는 비정상적인 전기생리학적 변화를 감지하여 이상유무를 진단합니다.

체성감각유발전위검사는 손이나 발의 체성감각을 자극하여 뇌의 감각피질에 발생하는 전기적 신호를 분석하여, 손이나 다리에서 뇌의 감각피질까지 어느 부위에서 이상이 있는지 진단하는 검사입니다.

【근력검사】

도수검사를 통해 근육의 힘의 정도를 알아내는 검사입니다.

【경골(脛骨)】

종아리 안쪽에 있는 뼈, 종아리뼈, 종지뼈와 함께 하퇴골을 이루며 정강뼈라고도 합니다.

【스캐노그램】

환부를 촬영한 X레이나 CT스캔으로 얻어진 이미지를 말합니다.

10. 손가락의 장애

가. 장애의 분류

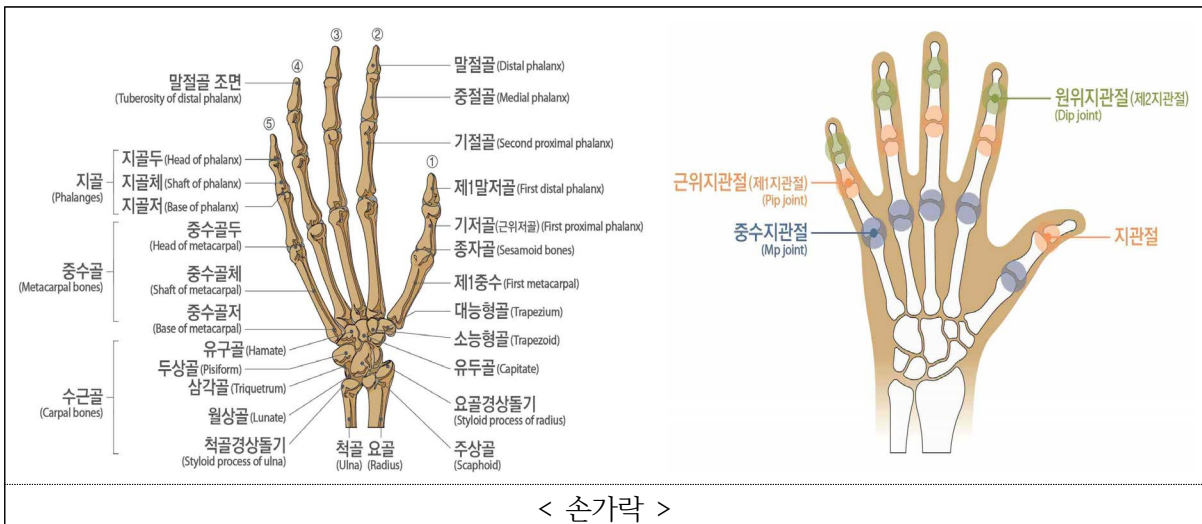
장애의 분류	지급률
1) 한 손의 5개 손가락을 모두 잃었을 때	55
2) 한 손의 첫째 손가락을 잃었을 때	15
3) 한 손의 첫째 손가락 이외의 손가락을 잃었을 때(손가락 하나마다)	10
4) 한 손의 5개 손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	30
5) 한 손의 첫째 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한 손의 첫째 손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때(손가락 하나마다)	5

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장애를 평가한다. 다만, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 않는다.
- 3) 손가락에는 첫째 손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
- 4) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지

관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.

- 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 말한다.
- 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 않는다.
- 7) “손가락에 뚜렷한 장애를 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 말한다.
- 8) 한 손가락에 장애가 생기고 다른 손가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 9) 손가락의 관절기능장애 평가는 손가락 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 장애평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.



용어해설

[굴신운동(屈伸運動)]

굽혔다 폈다 하는 동작을 말합니다.

11. 발가락의 장애

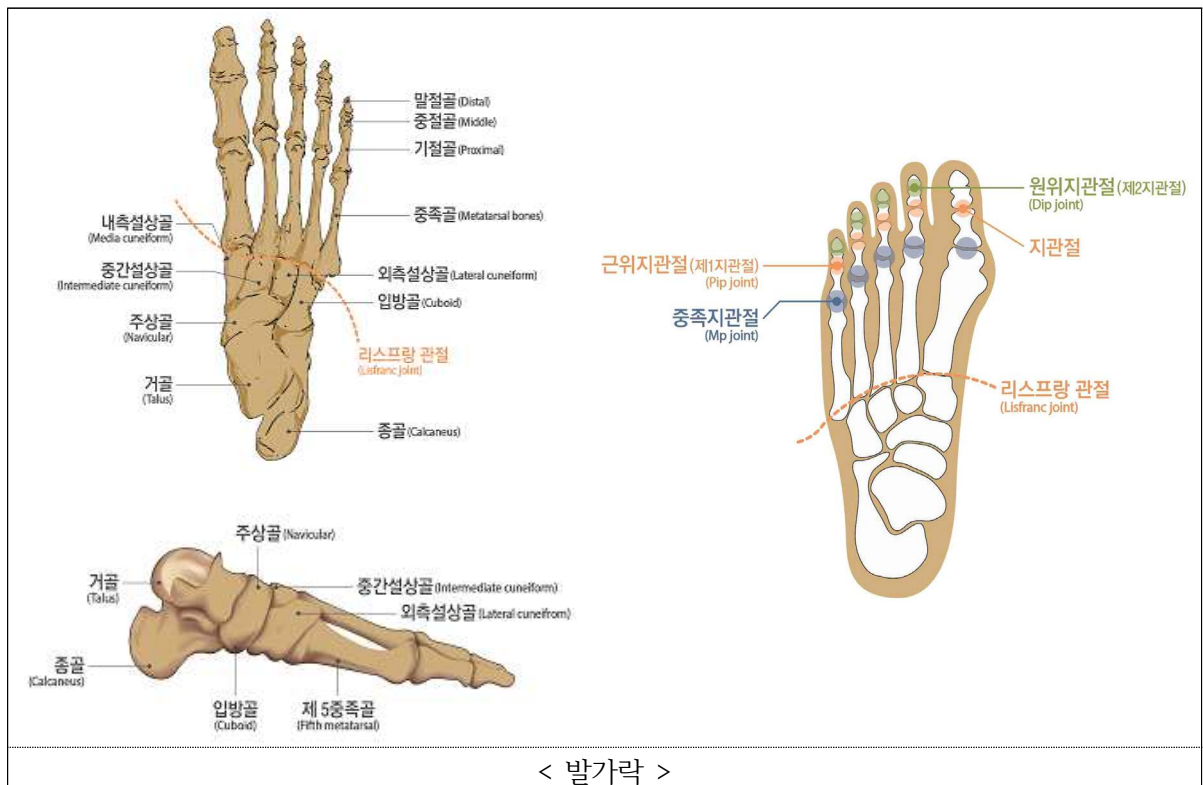
가. 장애의 분류

장애의 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 장애를 남긴 때	20
6) 한 발의 첫째 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	8
7) 한 발의 첫째 발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때(발가락 하나마다)	3

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장애를 평가한다. 다만, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 않는다.
- 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 말한다.
- 4) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
- 5) “발가락뼈 일부를 잃었을 때”라 함은 첫째 발가락에서는 지관절, 다른 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 발가락 뼈 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 발가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.
- 6) “발가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 첫째 발가락의 경우에 중족지관절과 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동범위 합계가 정상 운동 가능영역의 1/2 이하가 된 경우를 말하며, 다른 네 발가락에 있어서는 중족지관절의 신전운동범위만을 평가하여 정상운동범위의 1/2이하로 제한된 경우를 말한다.
- 7) 한 발가락에 장애가 생기고 다른 발가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 8) 발가락 관절의 운동범위 측정은 장애평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.





용어해설

[리스프랑 관절]

중족골과 족근골을 이어주는 작은 인대가 여러 개 모여 있는 관절로, 발등뼈와 발목을 이어줍니다.

12. 흉·복부장기 및 비뇨생식기의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애의 판정기준

- “심장 기능을 잃었을 때”라 함은 심장 이식을 한 경우를 말한다.
- “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
 - 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석, 복막투석 등 의료처치를 평생도록 받아야 할 때
 - 방광의 저장기능과 배뇨기능을 완전히 상실한 때
- “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 위, 대장(결장~직장) 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때
 - 소장을 3/4 이상 잘라내었을 때 또는 잘라낸 소장의 길이가 3m 이상일 때
 - 간장의 3/4 이상을 잘라내었을 때
 - 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
- “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 한쪽 폐 또는 한쪽 신장을 전부 잘라내었을 때
 - 방광 기능상실로 영구적인 요도루, 방광루, 요관 장문합 상태
 - 위, 췌장을 50% 이상 잘라내었을 때
 - 대장절제, 항문 괄약근 등의 기능장애로 영구적으로 장루, 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
 - 심장기능 이상으로 인공심박동기를 영구적으로 삽입한 경우
 - 요도괄약근 등의 기능장애로 영구적으로 인공요도괄약근을 설치한 경우
- “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착, 배뇨기능 상실로 영구적인 간헐적 인

- 공요도가 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 장애는 질병 또는 외상의 직접 결과로 인한 장애를 말하며, 노화에 의한 기능장애 또는 질병이나 외상이 없는 상태에서 예방적으로 장기를 절제, 적출한 경우는 장애로 보지 않는다.
- 7) 상기 흉복부 및 비뇨생식기계 장애항목에 명기되지 않은 기타 장애상태는 “<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”에 해당하는 장애가 있을 때 ADLs 장애 지급률을 준용한다.
- 8) 상기 장애항목에 해당되지 않는 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장애의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

 용어해설
[장기이식] 정상적인 장기나 조직을 떼어 내어서 손상된 부분에 이식함으로써 그 기능을 회복시키는 것을 말합니다. [혈액투석] 투석기 인공 신장기를 이용하여 혈액으로부터 노폐물을 걸러주고 신체 내의 전해질 균형을 유지하며 과잉의 수분을 제거하는 방법입니다. [장루] 창자로 이어지는 비정상적인 연결통로입니다. [요관장문합] 요관과 장이 붙어 있는 상태를 말합니다. [요도협착] 요도의 벽면에 흉터가나 요도내강이 좁아진 상태로, 요도내강이 선천적으로 좁은 경우도 있지만 극히 드문 일이며, 대개는 후천적으로 발생합니다. [인공항문] 대장을 일부 절제한 후 끝부분을 복벽에 봉합한 것을 의미합니다. 과거에는 항문암을 치료할 때 항문과 직장을 모두 절제한 뒤 배꼽에 인공항문을 만들어 주는 수술이 일반적이었으나, 의술이 발전하면서 항문은 그대로 둔 채 방사선 및 항암제로 동시에 치료하는 방법이 사용되고 있습니다.

13. 신경계·정신행동 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 신경계에 장애가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때	10~100
2) 정신행동에 극심한 장애를 남긴 때	100
3) 정신행동에 심한 장애를 남긴 때	75
4) 정신행동에 뚜렷한 장애를 남긴 때	50

5) 정신행동에 약간의 장애를 남긴 때	25
6) 정신행동에 경미한 장애를 남긴 때	10
7) 극심한 치매 : CDR 척도 5점	100
8) 심한 치매 : CDR 척도 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. 장애판정기준

1) 신경계

가) “신경계에 장애를 남긴 때”라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계 손상으로 “<붙임>일상생활 기본 동작(ADLs) 제한 장애평가표”의 5가지 기본동작 중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.

나) 위 가)의 경우 “<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장애로 인정하지 않는다.

다) 신경계의 장애로 발생하는 다른 신체부위의 장애(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장애로도 평가하고 그중 높은 지급률을 적용한다.

라) 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 12개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장애를 평가한다.

그러나, 12개월이 지났다고 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간 내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위에서 장애 평가를 유보한다.

마) 장애진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

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

나) 정신행동장애는 장애판정 직전 1년 이상 정신건강의학과와 전문적 치료를 충분히 받은 후 치료에도 불구하고 장애가 고착되었을 때 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로써 고정되거나 중하게 된 장애는 인정하지 않는다.

다) “정신행동에 극심한 장애를 남긴 때”라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료를 받았으며 GAF 30점 이하인 상태를 말한다.

라) “정신행동에 심한 장애를 남긴 때”라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료를 받았으며 GAF 40점 이하인 상태를 말한다.

마) “정신행동에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 “능력장애측정기준”주) 상 6개 항목 중 3개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 50점 이하인 상태를 말한다.

※ 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 장애를 남긴 때”라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 “능력장애측정기준” 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 60점 이하인 상태를 말한다.

사) “정신행동에 경미한 장애를 남긴 때”라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 “능력장애측정기준” 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 70점 이하인 상태를 말한다.

아) 지속적인 정신건강의학과 치료란 3개월 이상 약물치료가 중단되지 않았음을 의미한다.

자) 심리학적 평가보고서는 정신건강의학과 의료기관에서 실시되어야 하며, 자격을 갖춘 임상심리전문가가 시행하고 작성하여야 한다.

차) 정신행동장애 진단 전문의는 정신건강의학과 전문의를 말한다.

카) 정신행동장애는 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등 객관적 근거를 기초로 평가한다. 다만, 보호자나 환자의 진술, 감정의 추정이나 인정, 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌 SPECT 등)은 객관적 근거로 인정하지 않는다.

타) 각종 기질성 정신장애와 외상 후 간질에 한하여 보상한다.

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

3) 치매

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

나) 치매의 장애평가는 임상적인 증상 뿐 아니라 뇌영상검사(CT 및 MRI, SPECT 등)를 기초로 진단되어야 하며, 18개월 이상 지속적인 치료 후 평가한다. 다만, 진단시점에 이미 극심한 치매 또는 심한 치매로 진행된 경우에는 6개월간 지속적인 치료 후 평가한다.

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

4) 뇌전증(간질)

가) “뇌전증(간질)”이라 함은 돌발적 뇌파 이상을 나타내는 뇌질환으로 발작(경련, 의식장애 등)을 반복하는 것을 말한다.

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

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, 인지장애 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.

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

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

- 바) “중증발작”이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장해가 3분 이상 지속되는 발작을 말한다.
- 사) “경증발작”이라 함은 운동장해가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

용어해설

[CDR척도]

CDR척도는 치매관련 전문가가 실시하는 전반적인 인지기능 및 사회기능 정도를 측정하는 검사로서 전체점수구성은 0, 0.5, 1, 2, 3, 4, 5로 되어 있으며, 점수가 높을수록 중증을 의미합니다.

[SPECT(스펙트)]

단일광자방출전산화단층술을 말합니다.

[외상후 스트레스장애]

사람이 전쟁, 고문, 자연재해, 사고 등의 심각한 사건을 경험한 후 그 사건에 공포감을 느끼고 사건 후에도 계속적인 재경험을 통해 고통을 느끼며 거기서 벗어나기 위해 에너지를 소비하게 되는 질환으로, 정상적인 사회생활에 부정적인 영향을 끼치게 됩니다.

[우울증]

우울한 감정과 허무감, 절망감 등의 정신적 상태와 운동 능력의 지연 및 그 외 많은 신체적 증상을 나타내는 말로 남자보다 여자에게 약 2배 많으며 연령적으로 20~30대에 비교적 흔하게 발생합니다. 증상으로는 식욕상실이나 체중감소 또는 식욕증가와 체중증가, 흥미나 쾌락의 상실, 불면 또는 수면과잉, 정신운동의 지연 또는 지체, 에너지의 감퇴나 피로감, 무가치함과 자책감, 자살충동과 자살기도, 사고력과 주의집중 능력의 감퇴 등이 보입니다. 입원력이 있거나 우울증의 발작 양상이 1회 이상이거나 알코올 남용의 병력이 있으면 예후가 나쁜 편입니다.

[정신분열증]

현실과의 괴리감, 망각, 환각, 환청, 양가성, 부적절한 감정, 기이하고 퇴행된 행동 등을 보이는 정신병으로 사회적 관계가 어렵습니다. 청소년기에 발병되는 경우가 많고 자살위험이 높습니다.

[편집증]

망상장애로 불리며, 괴이하지 않은 망상이 주 증상이며 다른 정신과적 질환보다는 사회적 직업적 기능이 상대적으로 유지되는 경향을 보입니다.

[조울증]

조증과 우울증이 번갈아 나타나는 정신병의 일종입니다. 자살시도를 하게 되며 입원치료가 필요합니다. 재발이 잘되며 약물남용도 심한 편입니다.

[불안장애]

실제로 존재하지 않는 위험에 대하여 느끼는 불유쾌한 심리 상태로 대개 피로, 가슴이 뛰는 등의 신체적 반응을 동반합니다. 불쾌한 긴장감, 고민, 걱정스러운 느낌 등이 나타납니다. 자신의 상상이나 내부적 갈등에 의해서 생기는 정신 장애이며, 상태에 따라 공포감이나 불안 상태로 나누어집니다.

[전환장애]

내부의 심리적 갈등이 특정한 신체의 증상으로 변화되어 나타나는 정신병적 증상으로, 내부의 갈등에 대한 무의식적 방어기전으로 나타나는 것이며, 마비, 경련, 의식장애 등이 대표적으로 나타나는 증상들입니다.

[공포장애]

특정한 대상이나 행동, 상황에 처했을 때 비현실적인 두려움과 불안증세가 생겨서 이를 극복하지 못하고 그 대상이나 상황을 피해버리는 장애입니다. 비록 두려움과 회피반응이 개인적 고통을 주지만 정상적인 공포증은 일상생활이나 사회적 기능에 지장을 초래하지 않는 경우입니다.

[강박장애]

별로 의미가 없다고 생각되는 것들을 자꾸 반복하며 생각하게 되는 강박사고와 쓸데없는 짓임을 알면서도 되풀이하지 않을 수 없는 강박행동의 2가지 증상으로 구성됩니다.

[간질]

만성 신경질환으로 국소적 혹은 산발적으로 뇌세포에서 비정상적이고 조절 불가능한 전기적 충격을 내보내는 것입니다. 증상은 갑작스럽고 일시적이며 운동, 감각, 자율신경기능, 정신적 기능의 변화가 초래됩니다. 간질은 부분발작과 전신발작으로 구분되며 부분발작은 비정상적인 뇌파가 뇌의 전체에서 발견되는 것이 아니고 어느 한 부분에서 발견되는 것을 말합니다. 전신발작은 간질의 시기에 측정한 뇌파가 뇌 전체에서 비정상적인 경우를 말합니다.

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표

유형	제한 정도에 따른 지급률
이 동 동 작	- 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 지속적인 도움이 없이는 방 밖을 나올 수 없는 상태 또는 침대에서 휠체어로 옮기기를 포함하여 휠체어로 이동할 때 다른 사람의 지속적인 도움이 필요한 상태(40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움 없이는 방 밖을 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 파행이 있는(절뚝거리는) 상태, 난간을 잡지 않고는 계단을 오르내리기가 불가능한 상태, 계속하여 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태(10%)
음 식 물 섭 취	- 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 지속적인 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%)
배 변 배 뇨	- 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 지속적인 도움이 필요한 상태, 또는 지속적인 유치도뇨관 삽입상태, 방광루, 요도루, 장루상태(20%) - 화장실에 가서 변기위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 화장지로 닦고 옷을 입는 일에 다른 사람의 지속적인 도움이 필요한 상태, 또는 간헐적으로 자가 인공도뇨가 가능한 상태(CIC), 기저귀를 이용한 배뇨, 배변 상태(15%) - 화장실에 가는 일, 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변 후 뒤풀이에 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%)
목 욕	- 세안, 양치, 샤워, 목욕 등 모든 개인위생 관리시 타인의 지속적인 도움이 필요한 상태(10%) - 세안, 양치를 할 때 부분적인 도움 하에 혼자서 가능하나 목욕이나 샤워를 할 때 타인의 도움이 필요한 상태(5%) - 세안, 양치와 같은 개인위생관리를 독립적으로 시행가능하나 목욕이나 샤워를 할 때 부분적으로 타인의 도움이 필요한 상태(3%)
옷 입 고 벗 기	- 상·하의 의복을 착탈할 때 다른 사람의 지속적인 도움이 필요한 상태(10%) - 상·하의 의복을 착탈할 때 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태 또는 상의 또는 하의 중 하나만 혼자서 착탈의가 가능한 상태(5%) - 상·하의 의복을 착탈할 때 혼자서 가능하나 미세동작(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)이 필요한 마무리는 타인의 도움이 필요한 상태(3%)

보험용어 해설

[납입최고기간]

보험계약자가 약정된 기일까지 보험료를 납입하지 않았을 경우 보험계약자에게 보험료 납입을 재촉하는 통지기간을 말합니다.

[보장개시일]

보험회사가 보험계약에서 정한 책임을 지기 시작하는 날을 말하는데, 현행 보험약관에 따르면 제1회 보험료를 받은 때로부터 보장이 개시됩니다.

[보험가입금액]

보험기간 내 보험사고가 발생할 때 보험자는 일정한 금액을 지급할 책임을 지는 것이며 이 금액이 보험금액입니다.

[보험계약자]

자기의 이름으로 보험회사와 계약을 체결하고 계약이 성립되면 보험료납입의무를 지는 자입니다.

[보험금]

보험기간 내에 보험사고가 발생하는 경우 보험회사가 지급해야 하는 금액을 말합니다. 보험금액은 보험계약을 체결할 때 보험회사와 보험계약자의 합의에 따라 자유로이 정할 수 있습니다.

[보험기간]

보험회사의 보장이 시작되어 끝날 때까지의 기간으로서 이를 보장기간 또는 위험기간이라고도 합니다.

[보험료]

보험은 보험회사가 보험금의 지급의무를 부담하는 대신 계약 상대방인 보험계약자는 그 대가를 보험회사에게 지불할 것을 약속하는 계약입니다. 이 때 보험금지급 약속의 대가로서 보험계약자가 보험회사에게 지불하는 금액을 보험료라고 합니다.

[보험료 납입기간]

보험료를 납입하는 기간으로서 보험기간과 항상 일치하는 것은 아닙니다. 보험료 납입기간이 보험기간과 동일한 경우를 전기납(全期納), 보험기간보다 보험료 납입기간이 짧은 경우를 단기납(短期納)이라고 합니다.

[보험료 납입면제]

보험계약자의 보험료납입의무를 보험약관의 정함에 따라 면제하고 계약을 유효하게 존속시키는 것을 말합니다. 즉, 보험료 납입기간 중 보험료납입면제 사유가 발생하였을 때에는 장래에 한하여 납입할 보험료의 납입을 면제하는 것입니다.

[보험료납입유예기간]

보험료 납입기일이 넘었다고 해서 바로 보험계약의 효력을 상실하게 하지 않고 일정기간은 납입을 유예하도록 되어 있는데 이 기간을 말하는 것입니다. 2회부터의 보험료는 납입일이 속하는 달의 다음달 말일까지 유예기간을 두고 있으며, 이 유예기간이 지나면 그 다음날부터 계약의 효력을 상실하게 되어 있습니다.

[보험수익자]

보험계약자로부터 보험금 청구권을 지정 받은 사람으로서 그 수나 자격에는 제한이 없으며 보험금 지급사유가 발생했을 때 보험금을 지급받는 자를 말합니다.

[보험사고]

보험회사가 그 발생에 대하여 보험금 지급을 약속한 사고이며 생명보험계약의 경우는 피보험자의 생사(生死)나 상해(傷害), 질병(疾病) 등이 이에 해당됩니다. 즉 보험회사가 일정한 보험금을 지급해야 할 의무가 있는 사고로서 보험금 지급사유라고도 합니다.

[보험약관]

생명보험 계약에 관하여 보험계약자와 보험회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것을 말합니다.

[보험증권]

보험계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 보험자가 기명날인하여 보험계약자에게 교부하는 증서를 말합니다. 보험증권은 유가증권이나 민법상의 계약서와는 다르며, 계약의 성립과 내용에 관한 증거가 되는 효력을 갖는 증거증권 또는 보험자에게는 보험금의 지급에 대하여 면책증권으로도 됩니다.

[보험회사]

보험사고 발생시 보험금 지급의무를 부담하는 자로서, 보험사업을 영위하는 회사를 말합니다.

[평균공시이율]

금융감독원장이 정하는 바에 따라 산정한 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다. (단, 갱신계약의 경우 갱신계약 체결 시점의 평균공시이율 적용)

[위험보험료]

보험가입자가 중도에서 사망한 때에 지급하는 사망보험금의 재원이 되는 부분을 말합니다.

[주계약]

생명보험계약의 가장 기본적이고 주된 계약부분이며, 특약을 부가하는 대상이 됩니다. 일반적으로는 주보험과 의무적으로 부가되는 특약을 합쳐 주계약이라 합니다.

[계약자적립액]

장래의 보험금, 해약환급금 등의 지급을 위하여 보험계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 보험회사가 적립해 둔 금액입니다.

[청약철회]

보험계약자가 보험증권을 받은 날부터 15일이내에 청약을 철회하는 것을 말합니다. 다만 청약을 한 날로부터 30일을 초과할 수 없습니다.

[청약철회청구제도]

보험계약자가 계약 후 일정기간 내에 해당 계약의 취소를 요구할 수 있는 제도를 말합니다.

[피보험자]

피보험자란 그 사람의 생사(生死)등이 보험사고의 대상이 되는 자, 즉 그 사람의 사망, 장애, 질병의 발생 또는 생존 등의 조건에 관해서 보험계약이 체결된 대상자를 말합니다.

[해약환급금]

보험회사와 보험계약자 간에 맺어진 계약이 파기되었을 때 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

법규 조항 정리

아래 법령은 약관에서 인용된 법령으로 고객의 이해를 돕기 위해 마련되었습니다.

단, 가입하신 상품에 따라 인용된 법령이 다를 수 있는 점을 참고하셔서 활용하시기 바랍니다.

해당 법령 개정 시 내용이 변동될 수 있으며, 아래 법령과 실제 법령 내용이 다를 경우에는 실제 법령 내용이 우선됩니다.

감염병의 예방 및 관리에 관한 법률

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "감염병"이란 제1급감염병, 제2급감염병, 제3급감염병, 제4급감염병, 기생충감염병, 세계보건기구 감시대상 감염병, 생물테러감염병, 성매개감염병, 인수(人獸)공통감염병 및 의료관련감염병을 말한다.
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 질병관리청장이 보건복지부장관과 협의하여 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. 중등호흡기증후군(MERS)

거. 동물인플루엔자 인체감염증

너. 신종인플루엔자

더. 디프테리아

(이하 생략)

개인정보보호법 시행령

제18조(민감정보의 범위)

법 제23조제1항 각 호 외의 부분 본문에서 "대통령령으로 정하는 정보"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 정보를 말한다. 다만, 공공기관이 법 제18조제2항제5호부터 제9호까지의 규정에 따라 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 정보를 처리하는 경우의 해당 정보는 제외한다.

1. 유전자검사 등의 결과로 얻어진 유전정보
2. 「형의 실효 등에 관한 법률」 제2조제5호에 따른 범죄경력자료에 해당하는 정보
3. 개인의 신체적, 생리적, 행동적 특징에 관한 정보로서 특정 개인을 알아볼 목적으로 일정한 기술적 수단을 통해 생성한 정보
4. 인종이나 민족에 관한 정보

제19조(고유식별정보의 범위)

법 제24조제1항 각 호 외의 부분에서 "대통령령으로 정하는 정보"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 정보를 말한다. 다만, 공공기관이 법 제18조제2항제5호부터 제9호까지의 규정에 따라 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 정보를 처리하는 경우의 해당 정보는 제외한다.

1. 「주민등록법」 제7조의2제1항에 따른 주민등록번호
2. 「여권법」 제7조제1항제1호에 따른 여권번호
3. 「도로교통법」 제80조에 따른 운전면허의 면허번호
4. 「출입국관리법」 제31조제5항에 따른 외국인등록번호

관공서의 공휴일에 관한 규정

제2조(공휴일)

관공서의 공휴일은 다음 각 호와 같다. 다만, 재외공관의 공휴일은 우리나라의 국경일중 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. 석제
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 제2조제2호부터 제10호까지의 공휴일이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 공휴일 다음의 첫 번째 비공휴일(제2조 각 호의 공휴일이 아닌 날을 말한다. 이하 같다)을 대체공휴일로 한다.
1. 제2조제2호·제6호·제7호 또는 제10호의 공휴일이 토요일이나 일요일과 겹치는 경우
 2. 제2조제4호 또는 제9호의 공휴일이 일요일과 겹치는 경우
 3. 제2조제2호·제4호·제6호·제7호·제9호 또는 제10호의 공휴일이 토요일·일요일이 아닌 날에 같은 조 제2호부터 제10호까지의 규정에 따른 다른 공휴일과 겹치는 경우
- ② 제1항에 따른 대체공휴일이 같은 날에 겹치는 경우에는 그 대체공휴일 다음의 첫 번째 비공휴일까지 대체공휴일로 한다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따른 대체공휴일이 토요일인 경우에는 그 다음의 첫 번째 비공휴일을 대체공휴일로 한다.

국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률

제6조(등록 및 결정)

- ① 국가유공자, 그 유족 또는 가족이 되려는 사람(이하 이 조에서 “신청 대상자”라 한다)은 대통령령으로 정하는 바에 따라 국가보훈부장관에게 등록을 신청하여야 한다. 다만, 신청 대상자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 국가보훈부 소속 공무원이 신청 대상자의 동의를 받아 등록을 신청할 수 있고, 그 동의를 받은 경우에는 신청 대상자가 등록을 신청한 것으로 본다.
1. 「국가보훈 기본법」 제23조제1항제3호의2에 따라 발굴된 희생·공헌자의 경우
 2. 전투 또는 이에 준하는 직무수행 중 상이를 입거나 사망한 경우
 3. 그 밖에 대통령령으로 정하는 사유로 직접 등록을 신청할 수 없는 경우
- ② 「보훈보상대상자 지원에 관한 법률」 제4조제1항에 따라 등록을 신청하는 사람에 대하여는 그 등록신청을 한 날에 제1항에 따른 등록을 신청한 것으로 본다.
- ③ 국가보훈부장관은 제1항에 따른 등록신청을 받으면 대통령령으로 정하는 바에 따라 제4조 또는 제5조에 따른 요건을 확인한 후 국가유공자, 그 유족 또는 가족에 해당하는지를 결정한다. 이 경우 제4조제1항제3호부터 제6호까지, 제8호, 제14호 및 제15호의 국가유공자(이하 “전몰군경등”이라 한다)가 되기 위하여 등록을 신청하는 경우에는 그 소속하였던 기관의 장에게 그 요건과 관련된 사실의 확인을 요청하여야 하며, 그 소속하였던 기관의 장은 관련 사실을 조사한 후 대통령령으로 정하는 바에 따라 그 요건과 관련된 사실을 확인하여 국가보훈부장관에게 통보하여야 한다.
- ④ 국가보훈부장관은 제3항 전단에 따라 국가유공자, 그 유족 또는 가족에 해당하는 사람으로 결정할 때에는 제74조의5에 따른 보훈심사위원회(이하 “보훈심사위원회”라 한다)의 심의·의결을 거쳐야 한다. 다만, 국가유공자, 그 유족 또는 가족의 요건이 객관적인 사실에 의하여 확인된 경우로서 대통령령으로 정하는 경우에는 보훈심사위원회의 심의·의결을 거치지 아니할 수 있다.
- ⑤ 국가보훈부장관은 제4조제1항 각 호(제1호, 제2호 및 제10호는 제외한다)의 어느 하나에 해당하는 적용 대상 국가유공자임에도 불구하고 신청 대상자가 없어 등록신청을 할 수 없는 사람에 대해서는 보훈심사위원회의 심의·의결을 거쳐 국가유공자로 기록하고 예우 및 관리를 할 수 있다.
- ⑥ 제1항부터 제4항까지의 규정은 다른 법률에서 이 법의 예우 등을 받도록 규정된 사람에 대하여도 적용한다.

제5조(적용 대상 등)

- ① 국내에 거주하는 국민은 건강보험의 가입자 또는 피부양자가 된다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람은 제외한다.
 1. 「의료급여법」에 따라 의료급여를 받는 사람(이하 “수급권자”라 한다)
 2. 「독립유공자예우에 관한 법률」 및 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 따라 의료보호를 받는 사람(이하 “유공자등 의료보호대상자”라 한다). 다만, 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 사람은 가입자 또는 피부양자가 된다.
 - 가. 유공자등 의료보호대상자 중 건강보험의 적용을 보험자에게 신청한 사람
 - 나. 건강보험을 적용받고 있던 사람이 유공자등 의료보호대상자로 되었으나 건강보험의 적용배제신청을 보험자에게 하지 아니한 사람
- ② 제1항의 피부양자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람 중 직장가입자에게 주로 생계를 의존하는 사람으로서 소득 및 재산이 보건복지부령으로 정하는 기준 이하에 해당하는 사람을 말한다.
 1. 직장가입자의 배우자
 2. 직장가입자의 직계존속(배우자의 직계존속을 포함한다)
 3. 직장가입자의 직계비속(배우자의 직계비속을 포함한다)과 그 배우자
 4. 직장가입자의 형제·자매
- ③ 제2항에 따른 피부양자 자격의 인정 기준, 취득·상실시기 및 그 밖에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제41조(요양급여)

- ① 가입자와 피부양자의 질병, 부상, 출산 등에 대하여 다음 각 호의 요양급여를 실시한다.
 1. 진찰·검사
 2. 약제(藥劑)·치료재료의 지급
 3. 처치·수술 및 그 밖의 치료
 4. 예방·재활
 5. 입원
 6. 간호
 7. 이송(移送)
- ② 제1항에 따른 요양급여(이하 “요양급여”라 한다)의 범위(이하 “요양급여대상”이라 한다)는 다음 각 호와 같다.
 1. 제1항 각 호의 요양급여(제1항제2호의 약제는 제외한다): 제4항에 따라 보건복지부장관이 비급여대상으로 정한 것을 제외한 일체의 것
 2. 제1항제2호의 약제: 제41조의3에 따라 요양급여대상으로 보건복지부장관이 결정하여 고시한 것
- ③ 요양급여의 방법·절차·범위·상한 등의 기준은 보건복지부령으로 정한다.
- ④ 보건복지부장관은 제3항에 따라 요양급여의 기준을 정할 때 업무나 일상생활에 지장이 없는 질환에 대한 치료 등 보건복지부령으로 정하는 사항은 요양급여대상에서 제외되는 사항(이하 “비급여대상”이라 한다)으로 정할 수 있다.

제42조(요양기관)

- ① 요양급여(간호와 이송은 제외한다)는 다음 각 호의 요양기관에서 실시한다. 이 경우 보건복지부장관은 공익이나 국가정책에 비추어 요양기관으로 적합하지 아니한 대통령령으로 정하는 의료기관 등은 요양기관에서 제외할 수 있다.
1. 「의료법」에 따라 개설된 의료기관
 2. 「약사법」에 따라 등록된 약국
 3. 「약사법」 제91조에 따라 설립된 한국회귀·필수의약품센터
 4. 「지역보건법」에 따른 보건소·보건의료원 및 보건지소
 5. 「농어촌 등 보건의료원 위한 특별조치법」에 따라 설치된 보건진료소
- ② 보건복지부장관은 효율적인 요양급여를 위하여 필요하면 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 시설·장비·인력 및 진료과목 등 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당하는 요양기관을 전문요양기관으로 인정할 수 있다. 이 경우 해당 전문요양기관에 인정서를 발급하여야 한다.
- ③ 보건복지부장관은 제2항에 따라 인정받은 요양기관이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 인정을 취소한다.
1. 제2항 전단에 따른 인정기준에 미달하게 된 경우
 2. 제2항 후단에 따라 발급받은 인정서를 반납한 경우
- ④ 제2항에 따라 전문요양기관으로 인정된 요양기관 또는 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원에 대하여는 제41조제3항에 따른 요양급여의 절차 및 제45조에 따른 요양급여비용을 다른 요양기관과 달리 할 수 있다.
- ⑤ 제1항·제2항 및 제4항에 따른 요양기관은 정당한 이유 없이 요양급여를 거부하지 못한다.

제44조(비용의 일부부담)

- ① 요양급여를 받는 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 비용의 일부(이하 “본인일부부담금”이라 한다)를 본인이 부담한다. 이 경우 선별급여에 대해서는 다른 요양급여에 비하여 본인일부부담금을 상향 조정할 수 있다.
- ② 제1항에 따라 본인이 연간 부담하는 본인일부부담금의 총액이 대통령령으로 정하는 금액(이하 이 조에서 “본인부담상한액”이라 한다)을 초과한 경우에는 공단이 그 초과 금액을 부담하여야 한다. 이 경우 공단은 당사자에게 그 초과 금액을 통보하고, 이를 지급하여야 한다.
- ③ 제2항에 따른 본인부담상한액은 가입자의 소득수준 등에 따라 정한다.
- ④ 제2항에 따른 본인일부부담금 총액 산정 방법, 본인부담상한액을 넘는 금액의 지급 방법 및 제3항에 따른 가입자의 소득수준 등에 따른 본인부담상한액 설정 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제44조(비용의 일부부담) [시행일 : 2024.08.21.]

- ① (생략)
- ② 본인이 연간 부담하는 다음 각 호의 금액의 합계액이 대통령령으로 정하는 금액(이하 이 조에서 “본인부담상한액”이라 한다)을 초과한 경우에는 공단이 그 초과 금액을 부담하여야 한다. 이 경우 공단은 당사자에게 그 초과 금액을 통보하고, 이를 지급하여야 한다.
1. 본인일부부담금의 총액
 2. 제49조제1항에 따른 요양이나 출산의 비용으로 부담한 금액(요양이나 출산의 비용으로 부담한 금액이 보건복지부장관이 정하여 고시한 금액보다 큰 경우에는 그 고시한 금액으로 한다)에서 같은 항에 따라 요양비

로 지급받은 금액을 제외한 금액

③ (생략)

- ④ 제2항 각 호에 따른 금액 및 합계액의 산정 방법, 본인부담상한액을 넘는 금액의 지급 방법 및 제3항에 따른 가입자의 소득수준 등에 따른 본인부담상한액 설정 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제53조(급여의 제한)

- ① 공단은 보험급여를 받을 수 있는 사람이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면 보험급여를 하지 아니한다.
1. 고의 또는 중대한 과실로 인한 범죄행위에 그 원인이 있거나 고의로 사고를 일으킨 경우
 2. 고의 또는 중대한 과실로 공단이나 요양기관의 요양에 관한 지시에 따르지 아니한 경우
 3. 고의 또는 중대한 과실로 제55조에 따른 문서와 그 밖의 물건의 제출을 거부하거나 질문 또는 진단을 기피한 경우
 4. 업무 또는 공무로 생긴 질병·부상·재해로 다른 법령에 따른 보험급여나 보상(報償) 또는 보상(補償)을 받게 되는 경우
- ② 공단은 보험급여를 받을 수 있는 사람이 다른 법령에 따라 국가나 지방자치단체로부터 보험급여에 상당하는 급여를 받거나 보험급여에 상당하는 비용을 지급받게 되는 경우에는 그 한도에서 보험급여를 하지 아니한다.
- ③ 공단은 가입자가 대통령령으로 정하는 기간 이상 다음 각 호의 보험료를 체납한 경우 그 체납한 보험료를 완납할 때까지 그 가입자 및 피부양자에 대하여 보험급여를 실시하지 아니할 수 있다. 다만, 월별 보험료의 총체납횟수(이미 납부된 체납보험료는 총체납횟수에서 제외하며, 보험료의 체납기간은 고려하지 아니한다)가 대통령령으로 정하는 횟수 미만이거나 가입자 및 피부양자의 소득·재산 등이 대통령령으로 정하는 기준 미만인 경우에는 그러하지 아니하다.
1. 제69조제4항제2호에 따른 소득월액보험료
 2. 제69조제5항에 따른 세대단위의 보험료
- ④ 공단은 제77조제1항제1호에 따라 납부의무를 부담하는 사용자가 제69조제4항제1호에 따른 보수월액보험료를 체납한 경우에는 그 체납에 대하여 직장가입자 본인에게 귀책사유가 있는 경우에 한하여 제3항의 규정을 적용한다. 이 경우 해당 직장가입자의 피부양자에게도 제3항의 규정을 적용한다.
- ⑤ 제3항 및 제4항에도 불구하고 제82조에 따라 공단으로부터 분할납부 승인을 받고 그 승인된 보험료를 1회 이상 낸 경우에는 보험급여를 할 수 있다. 다만, 제82조에 따른 분할납부 승인을 받은 사람이 정당한 사유 없이 5회(같은 조 제1항에 따라 승인받은 분할납부 횟수가 5회 미만인 경우에는 해당 분할납부 횟수를 말한다. 이하 이 조에서 같다) 이상 그 승인된 보험료를 내지 아니한 경우에는 그러하지 아니하다.
- ⑥ 제3항 및 제4항에 따라 보험급여를 하지 아니하는 기간(이하 이 항에서 “급여제한기간”이라 한다)에 받은 보험급여는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에만 보험급여로 인정한다.
1. 공단이 급여제한기간에 보험급여를 받은 사실이 있음을 가입자에게 통지한 날부터 2개월이 지난 날이 속한 달의 납부기한 이내에 체납된 보험료를 완납한 경우
 2. 공단이 급여제한기간에 보험급여를 받은 사실이 있음을 가입자에게 통지한 날부터 2개월이 지난 날이 속한 달의 납부기한 이내에 제82조에 따라 분할납부 승인을 받은 체납보험료를 1회 이상 낸 경우. 다만, 제82조에 따른 분할납부 승인을 받은 사람이 정당한 사유 없이 5회 이상 그 승인된 보험료를 내지 아니한 경우에는 그러하지 아니하다.

제53조(급여의 제한) [시행일 : 2024.05.07.]

① ~ ② (생략)

③ 공단은 가입자가 대통령령으로 정하는 기간 이상 다음 각 호의 보험료를 체납한 경우 그 체납한 보험료를 완납할 때까지 그 가입자 및 피부양자에 대하여 보험급여를 실시하지 아니할 수 있다. 다만, 월별 보험료의 총체납횟수(이미 납부된 체납보험료는 총체납횟수에서 제외하며, 보험료의 체납기간은 고려하지 아니한다)가 대통령령으로 정하는 횟수 미만이거나 가입자 및 피부양자의 소득·재산 등이 대통령령으로 정하는 기준 미만인 경우에는 그러하지 아니하다.

1. 제69조제4항제2호에 따른 보수 외 소득월액보험료
2. 제69조제5항에 따른 세대단위의 보험료

④ ~ ⑥ (생략)

제54조(급여의 정지)

보험급여를 받을 수 있는 사람이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면 그 기간에는 보험급여를 하지 아니한다. 다만, 제3호 및 제4호의 경우에는 제60조에 따른 요양급여를 실시한다.

1. 삭제
2. 국외에 체류하는 경우
3. 제6조제2항제2호에 해당하게 된 경우
4. 교도소, 그 밖에 이에 준하는 시설에 수용되어 있는 경우

국민건강보험법 시행령

[별표 3] 본인부담상한액의 산정방법(제19조제4항 관련)

1. 본인부담상한액은 지역가입자의 세대별 보험료 부담수준 또는 직장가입자의 개인별 보험료 부담수준(이하 “상한액기준보험료”라 한다)을 구간으로 구분하여 다음 각 목의 구분에 따른 금액으로 한다.

가. 2023년 본인부담상한액: 다음 표에 따른 금액

구분	상한액기준보험료 구간	120일 초과 입원	그 밖의 경우
지역가입자, 직장가입자 및 피부양자	1구간	134만원	87만원
	2구간	168만원	108만원
	3구간	227만원	162만원
	4구간	375만원	303만원
	5구간	538만원	414만원
	6구간	646만원	497만원
	7구간	1,014만원	780만원

비고: 위 표에서 “120일 초과 입원”이란 「의료법」 제3조제2항제3호라목에 따른 요양병원(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 장애인 의료재활시설로서 「의료법」 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관인 요양병원은 제외한다)에 입원한 기간이 같은 연도에 120일을 초과하는 경우를 말한다.

나. 2024년 이후 본인부담상한액: 다음 계산식에 따른 금액

해당 연도 본인부담상한액 = 전년도 본인부담상한액 × (1 + 전국소비자물가변동률)

비고

1. 위 계산식에서 “본인부담상한액”이란 상한액기준보험료 구간별 금액을 말한다.
 2. 위 계산식에서 “전국소비자물가변동률”이란 「통계법」에 따라 통계청장이 매년 고시하는 전년도와 대비한 전년도 전국소비자물가변동률을 말하며, 전국소비자물가변동률이 100분의 5를 넘는 경우에는 100분의 5로 한다.
 3. 위 계산식에 따라 산정한 금액 중 1만원 미만의 금액은 버린다.
2. 제1호의 상한액기준보험료 구간은 다음 표와 같다. 이 경우 상한액기준보험료의 구체적인 산정 기준·방법 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다.

구분	상한액기준보험료 구간	
지역가입자	1구간	상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 10에 해당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	2구간	상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 10에 해당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 30에 해당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	3구간	상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 30에 해당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 50에 해당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	4구간	상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 50에 해당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 70에 해당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	5구간	상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 70에 해당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 80에 해당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	6구간	상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 80에 해당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 90에 해당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	7구간	상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 90에 해당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘는 경우
직장가입자 및 피부양자	1구간	상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 10에 해당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	2구간	상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 10에 해당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 30에 해당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	3구간	상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 30에 해당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 50에 해당하는 금액으로서

		보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
4구간		상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 50에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 70에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
5구간		상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 70에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 80에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
6구간		상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 80에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 90에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
7구간		상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 90에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘는 경우

비고: 상한액기준보험료가 제32조제2호나목에 따른 월별 보험료액 하한 금액 이하인 지역가입자는 위 표에도 불구하고 1구간에 해당하는 것으로 본다.

금융소비자 보호에 관한 법률

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. ~ 8. (생략)

9. “전문금융소비자”란 금융상품에 관한 전문성 또는 소유자산규모 등에 비추어 금융상품 계약에 따른 위험 감수능력이 있는 금융소비자로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 자를 말한다. 다만, 전문금융소비자 중 대통령령으로 정하는 자가 일반금융소비자와 같은 대우를 받겠다는 의사를 금융상품판매업자 또는 금융상품 자문업자(이하 “금융상품판매업자등”이라 한다)에게 서면으로 통지하는 경우 금융상품판매업자등은 정당한 사유가 있는 경우를 제외하고는 이에 동의하여야 하며, 금융상품판매업자등이 동의한 경우에는 해당 금융소비자는 일반금융소비자로 본다.

가. 국가

나. 「한국은행법」에 따른 한국은행

다. 대통령령으로 정하는 금융회사

라. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제9조제15항제3호에 따른 주권상장법인(투자성 상품 중 대통령령으로 정하는 금융상품계약체결등을 할 때에는 전문금융소비자와 같은 대우를 받겠다는 의사를 금융상품판매업자등에게 서면으로 통지하는 경우만 해당한다)

마. 그 밖에 금융상품의 유형별로 대통령령으로 정하는 자

(이하 생략)

제42조(소액분쟁사건에 관한 특례)

조정대상기관은 다음 각 호의 요건 모두를 충족하는 분쟁사건(이하 “소액분쟁사건”이라 한다)에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 제36조제6항에 따라 조정안을 제시받기 전에는 소를 제기할 수 없다. 다만, 제36조제3항에 따라 서면통지를 받거나 제36조제5항에서 정한 기간 내에 조정안을 제시받지 못한 경우에는 그러하지 아

니하다.

1. 일반금융소비자가 신청한 사건일 것
2. 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 금액이 2천만원 이내에서 대통령령으로 정하는 금액 이하일 것

제47조(위법계약의 해지)

- ① 금융소비자는 금융상품판매업자등이 제17조제3항, 제18조제2항, 제19조제1항·제3항, 제20조제1항 또는 제21조를 위반하여 대통령령으로 정하는 금융상품에 관한 계약을 체결한 경우 5년 이내의 대통령령으로 정하는 기간 내에 서면등으로 해당 계약의 해지를 요구할 수 있다. 이 경우 금융상품판매업자등은 해지를 요구받은 날부터 10일 이내에 금융소비자에게 수락여부를 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절사유를 함께 통지하여야 한다.
- ② 금융소비자는 금융상품판매업자등이 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 계약이 해지된 경우 금융상품판매업자등은 수수료, 위약금 등 계약의 해지와 관련된 비용을 요구할 수 없다.
- ④ 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 계약의 해지요구권의 행사요건, 행사범위 및 정당한 사유 등과 관련하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

금융소비자 보호에 관한 법률 시행령

제38조(위법계약의 해지)

- ① ~ ③ (생략)
- ④ 법 제47조제2항에 따른 정당한 사유의 범위는 다음 각 호와 같다.
 1. 위반사실에 대한 근거를 제시하지 않거나 거짓으로 제시한 경우
 2. 계약 체결 당시에는 위반사항이 없었으나 금융소비자가 계약 체결 이후의 사정변경에 따라 위반사항을 주장하는 경우
 3. 금융소비자의 동의를 받아 위반사항을 시정한 경우
 4. 그 밖에 제1호부터 제3호까지의 경우에 준하는 것으로서 금융위원회가 정하여 고시하는 경우
- ⑤ 제1항부터 제4항까지에서 규정한 사항 외에 해지요구권의 행사 방법 및 절차 등에 관하여 필요한 세부 사항은 금융위원회가 정하여 고시한다.

노인장기요양보험법

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다.

1. “노인등”이란 65세 이상의 노인 또는 65세 미만의 자로서 치매·뇌혈관성질환 등 대통령령으로 정하는 노인성 질병을 가진 자를 말한다.
2. “장기요양급여”란 제15조제2항에 따라 6개월 이상 동안 혼자서 일상생활을 수행하기 어렵다고 인정되는 자에게 신체활동·가사활동의 지원 또는 간병 등의 서비스나 이에 갈음하여 지급하는 현금 등을 말한다.
3. “장기요양사업”이란 장기요양보험료, 국가 및 지방자치단체의 부담금 등을 재원으로 하여 노인등에게 장기

요양급여를 제공하는 사업을 말한다.

4. “장기요양기관”이란 제31조에 따른 지정을 받은 기관으로서 장기요양급여를 제공하는 기관을 말한다.

5. “장기요양요원”이란 장기요양기관에 소속되어 노인등의 신체활동 또는 가사활동 지원 등의 업무를 수행하는 자를 말한다.

제14조(장기요양인정 신청의 조사)

① 공단은 제13조제1항에 따라 신청서를 접수한 때 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 소속 직원으로 하여금 다음 각 호의 사항을 조사하게 하여야 한다. 다만, 지리적 사정 등으로 직접 조사하기 어려운 경우 또는 조사에 필요하다고 인정하는 경우 특별자치시·특별자치도·시·군·구(자치구를 말한다. 이하 같다)에 대하여 조사를 의뢰하거나 공동으로 조사할 것을 요청할 수 있다.

1. 신청인의 심신상태

2. 신청인에게 필요한 장기요양급여의 종류 및 내용

3. 그 밖에 장기요양에 관하여 필요한 사항으로서 보건복지부령으로 정하는 사항

② 공단은 제1항 각 호의 사항을 조사하는 경우 2명 이상의 소속 직원이 조사할 수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제1항에 따라 조사를 하는 자는 조사일시, 장소 및 조사를 담당하는 자의 인적사항 등을 미리 신청인에게 통보하여야 한다.

④ 공단 또는 제1항 단서에 따른 조사를 의뢰받은 특별자치시·특별자치도·시·군·구는 조사를 완료한 때 조사결과서를 작성하여야 한다. 조사를 의뢰받은 특별자치시·특별자치도·시·군·구는 지체 없이 공단에 조사결과서를 송부하여야 한다.

제15조(등급판정 등)

① 공단은 제14조에 따른 조사가 완료된 때 조사결과서, 신청서, 의사소견서, 그 밖에 심의에 필요한 자료를 등급판정위원회에 제출하여야 한다.

② 등급판정위원회는 신청인이 제12조의 신청자격요건을 충족하고 6개월 이상 동안 혼자서 일상생활을 수행하기 어렵다고 인정하는 경우 심신상태 및 장기요양이 필요한 정도 등 대통령령으로 정하는 등급판정기준에 따라 수급자로 판정한다.

③ 등급판정위원회는 제2항에 따라 심의·판정을 하는 때 신청인과 그 가족, 의사소견서를 발급한 의사 등 관계인의 의견을 들을 수 있다.

④ 공단은 장기요양급여를 받고 있거나 받을 수 있는 자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 것으로 의심되는 경우에는 제14조제1항 각 호의 사항을 조사하여 그 결과를 등급판정위원회에 제출하여야 한다.

1. 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 장기요양인정을 받은 경우

2. 고의로 사고를 발생하도록 하거나 본인의 위법행위에 기인하여 장기요양인정을 받은 경우

⑤ 등급판정위원회는 제4항에 따라 제출된 조사 결과를 토대로 제2항에 따라 다시 수급자 등급을 조정하고 수급자 여부를 판정할 수 있다.

제23조(장기요양급여의 종류)

① 이 법에 따른 장기요양급여의 종류는 다음 각 호와 같다.

1. 재가급여

가. 방문요양 : 장기요양요원이 수급자의 가정 등을 방문하여 신체활동 및 가사활동 등을 지원하는 장기요양급여

- 나. 방문목욕 : 장기요양요원이 목욕설비를 갖춘 장비를 이용하여 수급자의 가정 등을 방문하여 목욕을 제공하는 장기요양급여
- 다. 방문간호 : 장기요양요원인 간호사 등이 의사, 한의사 또는 치과의사의 지시서(이하 “방문간호지시서”라 한다)에 따라 수급자의 가정 등을 방문하여 간호, 진료의 보조, 요양에 관한 상담 또는 구강위생 등을 제공하는 장기요양급여
- 라. 주·야간보호 : 수급자를 하루 중 일정한 시간 동안 장기요양기관에 보호하여 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여
- 마. 단기보호 : 수급자를 보건복지부령으로 정하는 범위 안에서 일정 기간 동안 장기요양기관에 보호하여 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여
- 바. 기타재가급여 : 수급자의 일상생활·신체활동 지원 및 인지기능의 유지·향상에 필요한 용구를 제공하거나 가정을 방문하여 재활에 관한 지원 등을 제공하는 장기요양급여로서 대통령령으로 정하는 것
2. 시설급여 : 장기요양기관에 장기간 입소한 수급자에게 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여
3. 특별현금급여
- 가. 가족요양비 : 제24조에 따라 지급하는 가족장기요양급여
- 나. 특례요양비 : 제25조에 따라 지급하는 특례장기요양급여
- 다. 요양병원간병비 : 제26조에 따라 지급하는 요양병원장기요양급여
- ② 제1항제1호 및 제2호에 따라 장기요양급여를 제공할 수 있는 장기요양기관의 종류 및 기준과 장기요양급여 종류별 장기요양요원의 범위·업무·보수교육 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.
- ③ 장기요양급여의 제공 기준·절차·방법·범위, 그 밖에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제23조(장기요양급여의 종류) [시행일 : 2025.01.03.]

- ① ~ ② (생략)
- ③ 장기요양기관은 제1항제1호가목에서 마목까지의 재가급여 전부 또는 일부를 통합하여 제공하는 서비스(이하 이 조에서 “통합재가서비스”라 한다)를 제공할 수 있다.
- ④ 제3항에 따라 통합재가서비스를 제공하는 장기요양기관은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.
- ⑤ 장기요양급여의 제공 기준·절차·방법·범위, 그 밖에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제52조(등급판정위원회의 설치)

- ① 장기요양인정 및 장기요양등급 판정 등을 심의하기 위하여 공단에 장기요양등급판정위원회를 둔다.
- ② 등급판정위원회는 특별자치시·특별자치도·시·군·구 단위로 설치한다. 다만, 인구 수 등을 고려하여 하나의 특별자치시·특별자치도·시·군·구에 2 이상의 등급판정위원회를 설치하거나 2 이상의 특별자치시·특별자치도·시·군·구를 통합하여 하나의 등급판정위원회를 설치할 수 있다.
- ③ 등급판정위원회는 위원장 1인을 포함하여 15인의 위원으로 구성한다.
- ④ 등급판정위원회 위원은 다음 각 호의 자 중에서 공단 이사장이 위촉한다. 이 경우 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장이 추천한 위원은 7인, 의사 또는 한의사가 1인 이상 각각 포함되어야 한다.
1. 「의료법」에 따른 의료인
 2. 「사회복지사업법」에 따른 사회복지사
 3. 특별자치시·특별자치도·시·군·구 소속 공무원

4. 그 밖에 법학 또는 장기요양에 관한 학식과 경험이 풍부한 자
- ⑤ 등급판정위원회 위원 임기는 3년으로 하되, 한 차례만 연임할 수 있다. 다만, 공무원인 위원의 임기는 재임기간으로 한다.

노인장기요양보험법 시행령

제2조(노인성 질병)

「노인장기요양보험법」(이하 “법”이라 한다) 제2조제1호에서 “대통령령으로 정하는 노인성 질병”이란 별표 1에 따른 질병을 말한다.

[별표 1] 노인성 질병의 종류(제2조 관련)

구분	질병명	질병코드
한국표준질병·사인분류	가. 알츠하이머병에서의 치매	F00*
	나. 혈관성 치매	F01
	다. 달리 분류된 기타 질환에서의 치매	F02*
	라. 상세불명의 치매	F03
	마. 알츠하이머병	G30
	바. 지주막하출혈	I60
	사. 뇌내출혈	I61
	아. 기타 비외상성 두개내출혈	I62
	자. 뇌경색증	I63
	차. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
	카. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
	타. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
	파. 기타 뇌혈관질환	I67
	하. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68*
	거. 뇌혈관질환의 후유증	I69
	너. 파킨슨병	G20
	더. 이차성 파킨슨증	G21
	러. 달리 분류된 질환에서의 파킨슨증	G22*
	머. 기저핵의 기타 퇴행성 질환	G23
	버. 중풍후유증	U23.4
	서. 진전(震顫)	R25.1
	어. 척수성 근위축 및 관련 증후군	G12
	저. 달리 분류된 질환에서의 일차적으로 중추신경계통에 영향을 주는 계통성 위축	G13*
	쳐. 다발경화증	G35

비고

1. 질병명 및 질병코드는 「통계법」 제22조에 따라 고시된 한국표준질병·사인분류에 따른다.
2. 진전은 보건복지부장관이 정하여 고시하는 범위로 한다.

농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법

제15조(보건진료소의 설치·운영)

- ① 시장[도농복합형태(都農複合形態)의 시의 시장을 말하며, 읍·면 지역에서 보건진료소를 설치·운영하는 경우만 해당한다] 또는 군수는 보건의료 취약지역의 주민에게 보건의료를 제공하기 위하여 보건진료소를 설치·운영한다. 다만, 시·구의 관할구역의 도서지역에는 해당 시장·구청장이 보건진료소를 설치·운영할 수 있으며, 군 지역에 있는 보건진료소의 행정구역이 행정구역의 변경 등으로 시 또는 구 지역으로 편입된 경우에는 보건복지부장관이 정하는 바에 따라 해당 시장 또는 구청장이 보건진료소를 계속 운영할 수 있다.
- ② 보건진료소에 보건진료소장 1명과 필요한 직원을 두되, 보건진료소장은 보건진료 전담공무원으로 보한다.
- ③ 보건진료소의 설치기준은 보건복지부령으로 정한다.

모자보건법

제14조(인공임신중절수술의 허용한계)

- ① 의사는 다음 각 호의 어느 하나에 해당되는 경우에만 본인과 배우자(사실상의 혼인관계에 있는 사람을 포함한다. 이하 같다)의 동의를 받아 인공임신중절수술을 할 수 있다.
 1. 본인이나 배우자가 대통령령으로 정하는 우생학적(優生學的) 또는 유전학적 정신장애나 신체질환이 있는 경우
 2. 본인이나 배우자가 대통령령으로 정하는 전염성 질환이 있는 경우
 3. 강간 또는 준강간(準強姦)에 의하여 임신된 경우
 4. 법률상 혼인할 수 없는 혈족 또는 인척 간에 임신된 경우
 5. 임신의 지속이 보건의학적 이유로 모체의 건강을 심각하게 해치고 있거나 해칠 우려가 있는 경우
- ② 제1항의 경우에 배우자의 사망·실종·행방불명, 그 밖에 부득이한 사유로 동의를 받을 수 없으면 본인의 동의만으로 그 수술을 할 수 있다.
- ③ 제1항의 경우 본인이나 배우자가 심신장애로 의사표시를 할 수 없을 때에는 그 친권자나 후견인의 동의로, 친권자나 후견인이 없을 때에는 부양의무자의 동의로 각각 그 동의를 갈음할 수 있다.

민법

제27조(실종의 선고)

- ① 부재자의 생사가 5년간 분명하지 아니한 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 한다.
- ② 전지에 임한 자, 침몰한 선박 중에 있던 자, 추락한 항공기 중에 있던 자 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한 자의 생사가 전쟁종지후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 아니한 때에도 제1항과 같다.

제110조(사기, 강박에 의한 의사표시)

- ① 사기나 강박에 의한 의사표시는 취소할 수 있다.
- ② 상대방있는 의사표시에 관하여 제삼자가 사기나 강박을 행한 경우에는 상대방이 그 사실을 알았거나 알 수

있었을 경우에 한하여 그 의사표시를 취소할 수 있다.

③ 전2항의 의사표시의 취소는 선의의 제삼자에게 대항하지 못한다.

보험업감독규정

제1-2조(정의)

이 규정에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "참조순보험요율"이란 법 제176조제4항 및 영 제87조제1항에 따라 보험요율산출기관이 금융위에 신고한 위험률을 말한다.
2. "기준연령 요건"이란 전기납 및 월납 조건으로 남자가 만 40세에 보험에 가입하는 경우를 말한다. 다만, 남자가 만 40세에 보험에 가입할 수 없거나 연령만기보험(종신보험, 연금보험 포함)의 경우에는 가입연령의 중간연령을 가입시기로 하며, 전기납이 없는 경우에는 최장기납으로 한다.
3. "보장성보험"이란 기준연령 요건에서 생존시 지급되는 보험금의 합계액이 이미 납입한 보험료를 초과하지 아니하는 보험을 말하며, "순수보장성보험"이란 생존시 지급되는 보험금이 없는 보장성보험을 말하고 "그 밖의 보장성보험"이란 순수보장성보험을 제외한 보장성보험을 말한다.
4. "저축성보험"이란 보장성보험을 제외한 보험으로서 생존시 지급되는 보험금의 합계액이 이미 납입한 보험료를 초과하는 보험을 말한다.

(이하 생략)

제1-4조의2(전문보험계약자의 범위)

영 제6조의2제3항제18호에서 "금융위원회가 정하여 고시하는 자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자를 말한다.

1. 제7-49조제2호 각 목의 요건을 충족하는 단체보험계약을 체결하고자 하는 자
2. 기업성 보험계약을 체결하고자 하는 자
3. 「근로자퇴직급여 보장법」에 따른 퇴직연금계약을 체결하고자 하는 자
4. 「공공기관의 운영에 관한 법률」에 따른 공공기관
5. 「지방공기업법」에 따른 지방공기업
6. 특별법에 따라 설립된 기관
7. 제7-49조제2호가목1)에 해당하는 단체

제4-35조의2(보험계약 중요사항의 설명의무)

① ~ ⑥ 삭제

⑦ 영 제43조제4항제3호나목, 같은 조 제5항제2호나목, 제7항제2호 및 제10항제1호나목, 제43조의2제2항제4호에서 "금융위원회가 정하는 기준"이란 「전자금융거래법」 제21조제2항에 따른 기준을 말한다.

⑧ 보험회사는 법 제95조의2제3항 및 영 제42조의2제3항제1호바목·사목에 따라 보험계약 체결 단계에서 일반보험계약자에게 중요 사항을 설명할 때에는 다음 각 호의 사항을 준수하여야 한다.

1. 다음 각 목의 보험계약에 대하여 설명할 것. 다만, 보험계약자가 법인인 보험계약 및 「노인복지법」 제26조에 따른 경로우대자 외의 자가 사이버몰을 이용하여 모집한 보험계약은 제외한다.

가. 변액보험계약

나. 저축성보험계약

- 다. 장기보장성보험계약
2. 청약 후 법 제102조의4제1항에 따라 청약철회가 가능한 기간 이내에 설명할 것
3. 다음 각 목의 사항을 설명할 것
- 가. 보험계약의 청약 시 보험약관을 교부받고 보험계약의 중요 사항을 설명받아야 한다는 사실
- 나. 보험계약의 청약 시 보험계약자가 청약서에 자필서명을 하여야 한다는 사실
- 다. 보험계약의 청약 시 청약서 부분을 교부받아야 한다는 사실
- 라. 가목부터 다목까지의 사항이 이행되지 않은 경우 청약일로부터 3개월 이내에 해당 보험계약을 취소할 수 있다는 사실 및 그 취소 절차·방법
- 마. 저축성보험계약 또는 변액보험계약의 경우 납입보험료중 사업비 등이 차감된 일부 금액이 특별계정에 투입되어 운용되거나 적용이율로 부리된다는 사실
- 바. 저축성보험계약(금리확정형보험은 제외한다)의 경우 다음 각 세목의 사항
- 1) 사업비 수준
- 2) 해약환급금
- 사. 변액보험계약의 경우 다음 각 세목의 사항
- 1) 투자에 따르는 위험
- 2) 예금자보호 대상이 되지 않는다는 사실
- 아. 만기시 자동갱신되는 보험계약의 경우 보험료가 인상될 수 있다는 사실
- 자. 「상법」 제662조에 따른 보험금청구권 등의 소멸시효에 관한 사항
- 차. 외화보험의 경우 다음 각 세목의 사항
- 1) 환율변동에 따라 보험료 및 보험금이 변동될 수 있다는 사실
- 2) 해약환급금
- 카. 그 밖에 가목부터 차목까지에 준하는 사항으로서 감독원장이 정하는 사항
4. 그 밖에 다음 각 목을 준수할 것
- 가. 설명하기 전에 보험계약자 본인인지 여부를 확인할 것
- 나. 보험계약 중요사항의 설명 확인 항목에 대한 충분한 이해시간을 확보할 것
- 다. 기타 감독원장이 정하는 방법을 사용하여 설명하는 등 감독원장이 정하는 사항을 준수할 것
- ⑨ 영 제42조의2제3항제2호다목의 "조사 및 손해사정에 관하여 설명받아야 하는 사항으로서 금융위원회가 정하여 고시하는 사항"이란 다음 각 호의 사항을 말한다.
1. 해당 보험사고 및 보험금 청구가 법 제185조 및 영 제96조의2에 따른 손해사정 대상인지 여부
2. 제1호에 따른 손해사정 대상인 경우 보험계약자 등은 법 제185조 단서 및 제9-16조제2항에 따라 따로 손해사정사를 선임할 수 있다는 사실 및 제9-16조제3항에 따른 손해사정 비용 부담에 관한 사항
3. 보험계약자 등이 제9-16조제2항제1호에 따라 손해사정사를 선임하려는 경우 보험회사의 동의기준
4. 보험회사가 보험계약자 등의 손해사정사 선임에 동의하지 않는 경우 그 이유 및 근거
5. 보험계약자 등이 따로 손해사정사를 선임하지 않은 경우 보험회사에 소속된 손해사정사 또는 보험회사와 위탁계약이 체결된 손해사정업자가 손해사정을 하게 된다는 사실
- ⑩ 영 제42조의2제3항제2호라목의 "그 밖에 일반보험계약자가 보험금 청구 단계에서 설명받아야 하는 사항으로서 금융위원회가 정하여 고시하는 사항"이란 다음 각 호의 사항을 말한다.
1. 보험금 지급심사 현황 결과 문의 및 조회 방법
2. 보험약관에 따른 보험금 지급기한 및 보험금 지급지연시 지연이자 가산 등 보험회사의 조치사항

3. 그 밖에 제1호 및 제2호에 준하는 사항으로서 감독원장이 정하는 사항
- ⑩ 영 제42조의2제3항제3호 마목의 "그 밖에 일반보험계약자가 보험금 심사·지급 단계에서 설명받아야 하는 사항으로서 금융위원회가 정하여 고시하는 사항"이란 다음 각 호의 사항을 말한다.
 1. 보험회사가 손해사정 또는 보험금 심사에 참고하기 위하여 의료자문을 의뢰하는 경우, 의뢰 사유, 의뢰 내용 및 자문을 의뢰할 때 제공하는 자료의 내역
 2. 보험회사가 보험금을 감액 또는 부지급하는 경우, 제1호에 따른 의료자문을 의뢰하였다면 자문을 의뢰한 기관과 자문 의견
 3. 그 밖에 제1호 및 제2호에 준하는 사항으로서 감독원장이 정하는 사항

보험업법

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "보험상품"이란 위험보장을 목적으로 우연한 사건 발생에 관하여 금전 및 그 밖의 급여를 지급할 것을 약정하고 대가를 수수(授受)하는 계약(「국민건강보험법」에 따른 건강보험, 「고용보험법」에 따른 고용보험 등 보험계약자의 보호 필요성 및 금융거래 관행 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 것은 제외한다)으로서 다음 각 목의 것을 말한다.
 - 가. 생명보험상품: 위험보장을 목적으로 사람의 생존 또는 사망에 관하여 약정한 금전 및 그 밖의 급여를 지급할 것을 약속하고 대가를 수수하는 계약으로서 대통령령으로 정하는 계약
 - 나. 손해보험상품: 위험보장을 목적으로 우연한 사건(다목에 따른 질병·상해 및 간병은 제외한다)으로 발생하는 손해(계약상 채무불이행 또는 법령상 의무불이행으로 발생하는 손해를 포함한다)에 관하여 금전 및 그 밖의 급여를 지급할 것을 약속하고 대가를 수수하는 계약으로서 대통령령으로 정하는 계약
 - 다. 제3보험상품: 위험보장을 목적으로 사람의 질병·상해 또는 이에 따른 간병에 관하여 금전 및 그 밖의 급여를 지급할 것을 약속하고 대가를 수수하는 계약으로서 대통령령으로 정하는 계약
2. "보험업"이란 보험상품의 취급과 관련하여 발생하는 보험의 인수(引受), 보험료 수수 및 보험금 지급 등을 영업으로 하는 것으로서 생명보험업·손해보험업 및 제3보험업을 말한다.
3. "생명보험업"이란 생명보험상품의 취급과 관련하여 발생하는 보험의 인수, 보험료 수수 및 보험금 지급 등을 영업으로 하는 것을 말한다.
4. "손해보험업"이란 손해보험상품의 취급과 관련하여 발생하는 보험의 인수, 보험료 수수 및 보험금 지급 등을 영업으로 하는 것을 말한다.
5. "제3보험업"이란 제3보험상품의 취급과 관련하여 발생하는 보험의 인수, 보험료 수수 및 보험금 지급 등을 영업으로 하는 것을 말한다.
6. "보험회사"란 제4조에 따른 허가를 받아 보험업을 경영하는 자를 말한다.
7. "상호회사"란 보험업을 경영할 목적으로 이 법에 따라 설립된 회사로서 보험계약자를社员(社員)으로 하는 회사를 말한다.
8. "외국보험회사"란 대한민국 이외의 국가의 법령에 따라 설립되어 대한민국 이외의 국가에서 보험업을 경영하는 자를 말한다.
9. "보험설계사"란 보험회사·보험대리점 또는 보험중개사에 소속되어 보험계약의 체결을 중개하는 자[법인이 아닌 사단(社團)과 재단을 포함한다]로서 제84조에 따라 등록된 자를 말한다.

10. “보험대리점”이란 보험회사를 위하여 보험계약의 체결을 대리하는 자(법인이 아닌 사단과 재단을 포함한다)로서 제87조에 따라 등록된 자를 말한다.
11. “보험중개사”란 독립적으로 보험계약의 체결을 중개하는 자(법인이 아닌 사단과 재단을 포함한다)로서 제89조에 따라 등록된 자를 말한다.
12. “모집”이란 보험계약의 체결을 중개하거나 대리하는 것을 말한다.
13. “신용공여”란 대출 또는 유가증권의 매입(자금 지원적 성격인 것만 해당한다)이나 그 밖에 금융거래상의 신용위험이 따르는 보험회사의 직접적·간접적 거래로서 대통령령으로 정하는 바에 따라 금융위원회가 정하는 거래를 말한다.
14. “총자산”이란 재무상태표에 표시된 자산에서 영업권 등 대통령령으로 정하는 자산을 제외한 것을 말한다.
15. “자기자본”이란 납입자본금·자본잉여금·이익잉여금, 그 밖에 이에 준하는 것(자본조정은 제외한다)으로서 대통령령으로 정하는 항목의 합계액에서 영업권, 그 밖에 이에 준하는 것으로서 대통령령으로 정하는 항목의 합계액을 뺀 것을 말한다.
16. “동일차주”란 동일한 개인 또는 법인 및 이와 신용위험을 공유하는 자로서 대통령령으로 정하는 자를 말한다.
17. “대주주”란 「금융회사의 지배구조에 관한 법률」 제2조제6호에 따른 주주를 말한다.
18. “자회사”란 보험회사가 다른 회사(「민법」 또는 특별법에 따른 조합을 포함한다)의 의결권 있는 발행주식(출자지분을 포함한다) 총수의 100분의 15를 초과하여 소유하는 경우의 그 다른 회사를 말한다.
19. “전문보험계약자”란 보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약의 내용을 이해하고 이행할 능력이 있는 자로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 자를 말한다. 다만, 전문보험계약자 중 대통령령으로 정하는 자가 일반보험계약자와 같은 대우를 받겠다는 의사를 보험회사에 서면으로 통지하는 경우 보험회사는 정당한 사유가 없으면 이에 동의하여야 하며, 보험회사가 동의한 경우에는 해당 보험계약자는 일반보험계약자로 본다.
 - 가. 국가
 - 나. 한국은행
 - 다. 대통령령으로 정하는 금융기관
 - 라. 주권상장법인
 - 마. 그 밖에 대통령령으로 정하는 자
20. “일반보험계약자”란 전문보험계약자가 아닌 보험계약자를 말한다.

제108조(특별계정의 설정·운용)

- ① 보험회사는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 계약에 대하여는 대통령령으로 정하는 바에 따라 그 준비금에 상당하는 자산의 전부 또는 일부를 그 밖의 자산과 구별하여 이용하기 위한 계정(이하 “특별계정”이라 한다)을 각각 설정하여 운용할 수 있다.
 1. 「소득세법」 제20조의3제1항제2호 각 목 외의 부분에 따른 연금저축계좌를 설정하는 계약
 2. 「근로자퇴직급여 보장법」 제29조제2항에 따른 보험계약 및 법률 제10967호 근로자퇴직급여 보장법 전부 개정법을 부칙 제2조제1항 본문에 따른 퇴직보험계약
 3. 변액보험계약(보험금이 자산운용의 성과에 따라 변동하는 보험계약을 말한다)
 4. 그 밖에 금융위원회가 필요하다고 인정하는 보험계약
- ② 보험회사는 특별계정에 속하는 자산은 다른 특별계정에 속하는 자산 및 그 밖의 자산과 구분하여 회계처리하여야 한다.

- ③ 보험회사는 특별계정에 속하는 이익을 그 계정상의 보험계약자에게 분배할 수 있다.
- ④ 특별계정에 속하는 자산의 운용방법 및 평가, 이익의 분배, 자산운용실적의 비교·공시, 운용전문인력의 확보, 의결권 행사의 제한 등 보험계약자 보호에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

보험업법 시행령

제42조의2(설명 의무의 중요 사항 등)

- ① 삭제
- ② 삭제
- ③ 보험회사는 법 제95조의2제3항 본문 및 제4항에 따라 다음 각 호의 단계에서 중요 사항을 항목별로 일반보험계약자에게 설명해야 한다. 다만, 제1호에 따른 보험계약 체결 단계(마목에 따른 보험계약 승낙 거절 시 거절사유로 한정한다), 제2호에 따른 보험금 청구 단계 또는 제3호에 따른 보험금 심사·지급 단계의 경우 일반보험계약자가 계약 체결 전에 또는 보험금 청구권자가 보험금 청구 단계에서 동의한 경우에 한정하여 서면, 문자메시지, 전자우편 또는 팩스 등으로 중요 사항을 통보하는 것으로 이를 대신할 수 있다.
 - 1. 보험계약 체결 단계
 - 가. 보험의 모집에 종사하는 자의 성명, 연락처 및 소속
 - 나. 보험의 모집에 종사하는 자가 보험회사를 위하여 보험계약의 체결을 대리할 수 있는지 여부
 - 다. 보험의 모집에 종사하는 자가 보험료나 고지의무사항을 보험회사를 대신하여 수령할 수 있는지 여부
 - 라. 보험계약의 승낙절차
 - 마. 보험계약 승낙거절 시 거절 사유
 - 바. 「상법」 제638조의3제2항에 따라 3개월 이내에 해당 보험계약을 취소할 수 있다는 사실 및 그 취소 절차·방법
 - 사. 그 밖에 일반보험계약자가 보험계약 체결 단계에서 설명받아야 하는 사항으로서 금융위원회가 정하여 고시하는 사항
 - 2. 보험금 청구 단계
 - 가. 담당 부서, 연락처 및 보험금 청구에 필요한 서류
 - 나. 보험금 심사 절차, 예상 심사기간 및 예상 지급일
 - 다. 일반보험계약자가 보험사고 조사 및 손해사정에 관하여 설명받아야 하는 사항으로서 금융위원회가 정하여 고시하는 사항
 - 라. 그 밖에 일반보험계약자가 보험금 청구 단계에서 설명받아야 하는 사항으로서 금융위원회가 정하여 고시하는 사항
 - 3. 보험금 심사·지급 단계
 - 가. 보험금 지급일 등 지급절차
 - 나. 보험금 지급 내역
 - 다. 보험금 심사 지연 시 지연 사유 및 예상 지급일
 - 라. 보험금을 감액하여 지급하거나 지급하지 아니하는 경우에는 그 사유
 - 마. 그 밖에 일반보험계약자가 보험금 심사·지급 단계에서 설명받아야 하는 사항으로서 금융위원회가 정하여 고시하는 사항
- ④ 삭제

- ⑤ 제3항과 관련하여 필요한 세부 사항은 금융위원회가 정하여 고시한다.

산업재해보상보험법 시행규칙

제47조(운동기능장애의 측정)

- ① 비장애인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역은 별표 4와 같다.
- ② 운동기능장애의 정도는 미국의학협회(AMA, American Medical Association)식 측정 방법 중 공단이 정하는 방법으로 측정한 해당 근로자의 신체 각 관절의 운동가능영역과 별표 4의 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, 오그라들, 신경손상 등 운동기능장애의 원인이 명확한 경우: 근로자의 능동적 운동에 의한 측정방법
 2. 운동기능장애의 원인이 명확하지 아니한 경우: 근로자의 수동적 운동에 의한 측정방법

상법

제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)

보험계약당시에 보험계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 중요한 사항을 고지하지 아니하거나 부실의 고지를 한 때에는 보험자는 그 사실을 안 날로부터 1월내에, 계약을 체결한 날로부터 3년내에 한하여 계약을 해지할 수 있다. 그러나 보험자가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못한 때에는 그러하지 아니하다.

제731조(타인의 생명의 보험)

- ① 타인의 사망을 보험사고로 하는 보험계약에는 보험계약 체결시에 그 타인의 서면(「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 대통령령으로 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함한다)에 의한 동의를 얻어야 한다.
- ② 보험계약으로 인하여 생긴 권리를 피보험자가 아닌 자에게 양도하는 경우에도 제1항과 같다.

제732조(15세미만자등에 대한 계약의 금지)

15세미만자, 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험사고로 한 보험계약은 무효로 한다. 다만, 심신박약자가 보험계약을 체결하거나 제735조의3에 따른 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 그러하지 아니하다.

제735조의3(단체보험)

- ① 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 생명보험계약을 체결하는 경우에는 제731조를 적용하지 아니한다.
- ② 제1항의 보험계약이 체결된 때에는 보험자는 보험계약자에 대하여서만 보험증권을 교부한다.
- ③ 제1항의 보험계약에서 보험계약자가 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자를 보험수익자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정하는 경우 외에는 그 피보험자의 제731조제1항에 따른 서면 동의를 받아야 한다.

제20조의3(연금소득)

- ① 연금소득은 해당 과세기간에 발생한 다음 각 호의 소득으로 한다.
 1. 공적연금 관련법에 따라 받는 각종 연금(이하 "공적연금소득"이라 한다)
 2. 다음 각 목에 해당하는 금액을 그 소득의 성격에도 불구하고 연금계좌["연금저축"의 명칭으로 설정하는 대통령령으로 정하는 계좌(이하 "연금저축계좌"라 한다) 또는 퇴직연금을 지급받기 위하여 설정하는 대통령령으로 정하는 계좌(이하 "퇴직연금계좌"라 한다)를 말한다. 이하 같다]에서 대통령령으로 정하는 연금형태 등으로 인출(이하 "연금수령"이라 하며, 연금수령 외의 인출은 "연금외수령"이라 한다)하는 경우의 그 연금
 - 가. 제146조제2항에 따라 원천징수되지 아니한 퇴직소득
 - 나. 제59조의3에 따라 세액공제를 받은 연금계좌 납입액
 - 다. 연금계좌의 운용실적에 따라 증가된 금액
 - 라. 그 밖에 연금계좌에 이체 또는 입금되어 해당 금액에 대한 소득세가 이연(移延)된 소득으로서 대통령령으로 정하는 소득
 3. 제2호에 따른 소득과 유사하고 연금 형태로 받는 것으로서 대통령령으로 정하는 소득
- ② 공적연금소득은 2002년 1월 1일 이후에 납입된 연금 기여금 및 사용자 부담금(국가 또는 지방자치단체의 부담금을 포함한다. 이하 같다)을 기초로 하거나 2002년 1월 1일 이후 근로의 제공을 기초로 하여 받는 연금소득으로 한다.
- ③ 연금소득금액은 제1항 각 호에 따른 소득의 금액의 합계액(제2항에 따라 연금소득에서 제외되는 소득과 비과세소득의 금액은 제외하며, 이하 "총연금액"이라 한다)에서 제47조의2에 따른 연금소득공제를 적용한 금액으로 한다.
- ④ 연금소득의 범위 및 계산방법과 그 밖에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제59조의3(연금계좌세액공제)

- ① 종합소득이 있는 거주자가 연금계좌에 납입한 금액 중 다음 각 호에 해당하는 금액을 제외한 금액(이하 "연금계좌 납입액"이라 한다)의 100분의 12[해당 과세기간에 종합소득과세표준을 계산할 때 합산하는 종합소득금액이 4천 500만원 이하(근로소득만 있는 경우에는 총급여액 5천 500만원 이하)인 거주자에 대해서는 100분의 15]에 해당하는 금액을 해당 과세기간의 종합소득산출세액에서 공제한다. 다만, 연금계좌 중 연금저축계좌에 납입한 금액이 연 600만원을 초과하는 경우에는 그 초과하는 금액은 없는 것으로 하고, 연금저축계좌에 납입한 금액 중 600만원 이내의 금액과 퇴직연금계좌에 납입한 금액을 합한 금액이 연 900만원을 초과하는 경우에는 그 초과하는 금액은 없는 것으로 한다.
 1. 제146조제2항에 따라 소득세가 원천징수되지 아니한 퇴직소득 등 과세가 이연된 소득
 2. 연금계좌에서 다른 연금계좌로 계약을 이전함으로써 납입되는 금액
- ② 제1항에 따른 공제를 "연금계좌세액공제"라 한다.
- ③ 「조세특례제한법」 제91조의18에 따른 개인종합자산관리계좌의 계약기간이 만료되고 해당 계좌 잔액의 전부 또는 일부를 대통령령으로 정하는 방법으로 연금계좌로 납입한 경우 그 납입한 금액(이하 이 조에서 "전환금액"이라 한다)을 납입한 날이 속하는 과세기간의 연금계좌 납입액에 포함한다.
- ④ 전환금액이 있는 경우에는 제1항 각 호 외의 부분 단서에도 불구하고 같은 항을 적용할 때 전환금액의 100분의 10 또는 300만원(직전 과세기간과 해당 과세기간에 걸쳐 납입한 경우에는 300만원에서 직전 과세기간

에 적용된 금액을 차감한 금액으로 한다) 중 적은 금액과 제1항 각 호 외의 부분 단서에 따라 연금계좌에 납입한 금액으로 하는 금액을 합한 금액을 초과하는 금액은 없는 것으로 한다.

- ⑤ 제1항부터 제4항까지의 규정에 따른 연금계좌세액공제의 계산방법, 신청 절차 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

소득세법 시행령

제40조의2(연금계좌 등)

- ① 법 제20조의3제1항제2호 각 목 외의 부분에서 "연금저축"의 명칭으로 설정하는 대통령령으로 정하는 계좌"란 제1호에 해당하는 계좌를 말하고, "퇴직연금을 지급받기 위하여 설정하는 대통령령으로 정하는 계좌"란 제2호에 해당하는 계좌를 말한다.

1. 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 금융회사 등과 체결한 계약에 따라 "연금저축"이라는 명칭으로 설정하는 계좌(이하 "연금저축계좌"라 한다)

가. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제12조에 따라 인가를 받은 신탁업자와 체결하는 신탁계약

나. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제12조에 따라 인가를 받은 투자중개업자와 체결하는 집합투자증권 중개계약

다. 제25조제2항에 따른 보험계약을 취급하는 기관과 체결하는 보험계약

2. 퇴직연금을 지급받기 위하여 가입하여 설정하는 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 계좌(이하 "퇴직연금계좌"라 한다)

가. 「근로자퇴직급여 보장법」 제2조제9호의 확정기여형퇴직연금제도에 따라 설정하는 계좌

나. 「근로자퇴직급여 보장법」 제2조제10호의 개인형퇴직연금제도에 따라 설정하는 계좌

다. 「근로자퇴직급여 보장법」에 따른 중소기업퇴직연금기금제도에 따라 설정하는 계좌

라. 「과학기술인공제회법」 제16조제1항에 따른 퇴직연금급여를 지급받기 위하여 설정하는 계좌

- ② 연금계좌의 가입자가 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 경우 법 제59조의3제1항에 따른 연금계좌 납입액(제118조의3에 따라 연금계좌에 납입한 것으로 보는 금액을 포함하며, 이하 "연금보험료"라 한다)으로 볼 수 있다.

1. 다음 각 목의 금액을 합한 금액 이내(연금계좌가 2개 이상인 경우에는 그 합계액을 말한다)의 금액을 납입할 것. 이 경우 해당 과세기간 이전의 연금보험료는 납입할 수 없으나, 보험계약의 경우에는 최종납입일이 속하는 달의 말일부터 3년 2개월이 경과하기 전에는 그 동안의 연금보험료를 납입할 수 있다.

가. 연간 1천800만원

나. 법 제59조의3제3항에 따른 전환금액[「조세특례제한법」 제91조의18에 따른 개인종합자산관리계좌(이하 "개인종합자산관리계좌"라 한다)의 계약기간 만료일 기준 잔액을 한도로 개인종합자산관리계좌에서 연금계좌로 납입한 금액을 말한다. 다만, 직전 과세기간과 해당 과세기간에 걸쳐 납입한 경우에는 개인종합자산관리계좌의 계약기간 만료일 기준 잔액에서 직전 과세기간에 납입한 금액을 차감한 금액을 한도로 개인종합자산관리계좌에서 연금계좌로 납입한 금액을 말한다]

다. 국내에 소유한 주택(이하 이 조에서 "연금주택"이라 한다)을 양도하고 이를 대체하여 다른 주택(이하 이 조에서 "축소주택"이라 한다)을 취득하거나 취득하지 않은 거주자로서 다음의 요건을 모두 충족하는 거주자가 연금주택 양도가액에서 축소주택 취득가액(취득하지 않은 경우에는 0으로 한다)을 뺀 금액(해당 금액이 0보다 작은 경우에는 0으로 하며, 이하 이 조에서 "주택차액"이라 한다) 중 연금계좌로 납입하는 금액.

이 경우 거주자가 연금계좌로 납입하는 주택차액의 총 누적 금액은 1억원을 한도로 한다.

- 1) 연금주택 양도일 현재 거주자 또는 그 배우자가 60세 이상일 것
 - 2) 연금주택 양도일 현재 거주자 및 그 배우자가 국내에 소유한 주택을 합산했을 때 연금주택 1주택만 소유하고 있을 것. 다만, 연금주택을 양도하기 전에 축소주택을 취득한 경우로서 축소주택을 취득한 날부터 6개월 이내에 연금주택을 양도한 경우에는 연금주택 양도일 현재 연금주택 1주택만 소유하고 있는 것으로 본다.
 - 3) 연금주택 양도일 현재 연금주택의 법 제99조에 따른 기준시가가 12억원 이하일 것
 - 4) 축소주택의 취득가액이 연금주택의 양도가액 미만일 것(축소주택을 취득한 경우에만 해당한다)
 - 5) 연금주택 양도일로부터 6개월 이내에 주택차액을 연금주택 소유자의 연금계좌로 납입할 것
2. 연금수령 개시를 신청한 날(연금수령 개시일을 사전에 약정한 경우에는 약정에 따른 개시일을 말한다) 이후에는 연금보험료를 납입하지 않을 것
- ③ 법 제20조의3제1항제2호 각 목 외의 부분에서 "대통령령으로 정하는 연금형태 등으로 인출"이란 연금계좌에서 다음 각 호의 요건을 모두 갖추어 인출하거나 제20조의2제1항에 따라 인출(이하 "연금수령"이라 하며, 연금수령 외의 인출은 "연금외수령"이라 한다)하는 것을 말한다. 다만, 법 제20조의3제1항제2호가목의 퇴직소득을 제20조의2제1항제1호나목에 따른 해외이주에 해당하는 사유로 인출하는 경우에는 해당 퇴직소득을 연금계좌에 입금한 날부터 3년 이후 해외이주하는 경우에 한정하여 연금수령으로 본다.
1. 가입자가 55세 이후 연금계좌취급자에게 연금수령 개시를 신청한 후 인출할 것
 2. 연금계좌의 가입일로부터 5년이 경과된 후에 인출할 것. 다만, 법 제20조의3제1항제2호가목에 따른 금액(퇴직소득이 연금계좌에서 직접 인출되는 경우를 포함하며, 이하 "이연퇴직소득"이라 한다)이 연금계좌에 있는 경우에는 그러하지 아니한다.
 3. 과세기간 개시일(연금수령 개시를 신청한 날이 속하는 과세기간에는 연금수령 개시를 신청한 날로 한다) 현재 다음의 계산식에 따라 계산된 금액(이하 "연금수령한도"라 한다) 이내에서 인출할 것. 이 경우 제20조의2제1항에 따라 인출한 금액은 인출한 금액에 포함하지 아니한다.

$\frac{\text{연금계좌의평가액}}{(11-\text{연금수령연차})} \times \frac{120}{100}$

- ④ 제3항제3호의 계산식에서 "연금수령연차"란 최초로 연금수령할 수 있는 날이 속하는 과세기간을 기산연차로 하여 그 다음 과세기간을 누적 합산한 연차를 말하며, 연금수령연차가 11년 이상인 경우에는 그 계산식을 적용하지 아니한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우의 기산연차는 다음 각 호를 따른다.
1. 2013년 3월 1일 전에 가입한 연금계좌[2013년 3월 1일 전에 「근로자퇴직급여 보장법」 제2조제8호에 따른 확정급여형퇴직연금제도(이하 "확정급여형퇴직연금제도"라 한다)에 가입한 사람이 퇴직하여 퇴직소득 전액이 새로 설정된 연금계좌로 이체되는 경우를 포함한다]의 경우: 6년차
 2. 법 제44조제2항에 따라 연금계좌를 승계한 경우: 사망일 당시 피상속인의 연금수령연차
- ⑤ 연금계좌에서 연금수령한도를 초과하여 인출하는 금액은 연금외수령하는 것으로 본다.
- ⑥ 연금계좌 가입자가 연금수령개시 또는 연금계좌의 해지를 신청하는 경우 연금계좌취급자는 기획재정부령으로 정하는 연금수령개시 및 해지명세서를 다음 달 10일까지 관할 세무서장에게 제출하여야 한다.
- ⑦ 거주자는 주택차액을 연금계좌에 납입하려는 경우 기획재정부령으로 정하는 신청서에 다음 각 호의 서류를 첨부하여 연금계좌취급자에게 제출해야 한다.
1. 연금주택 매매계약서
 2. 축소주택 매매계약서(축소주택을 매입한 경우만 해당한다)

3. 그 밖에 기획재정부령으로 정하는 서류

- ⑧ 거주자가 주택차액을 연금계좌에 납입한 후 다음 각 호의 어느 하나에 해당하게 된 경우에는 그 납입일부터 연금계좌에 납입한 금액 전액을 연금보험료로 보지 않는다.
1. 주택차액을 연금계좌에 납입할 당시 제2항제1호다목의 요건을 충족하지 못한 사실이 확인된 경우
 2. 주택차액을 연금계좌에 납입한 날부터 5년 이내에 주택을 새로 취득한 경우로서 연금주택의 양도가액에서 새로 취득한 주택의 취득가액을 뺀 금액이 연금계좌에 납입한 금액보다 작은 경우
- ⑨ 국세청장은 주택차액을 연금계좌에 납입한 거주자가 제8항 각 호에 해당하는지 여부를 확인한 후 그에 해당하는 사람이 있으면 그 사실을 매년 2월 말일까지 해당 연금계좌취급자에게 통보해야 하고, 연금계좌취급자는 이를 해당 거주자에게 통보해야 한다.
- ⑩ 연금계좌취급자는 제9항에 따른 통보를 받은 경우 제8항에 따라 연금보험료로 보지 않는 주택차액 연금계좌 납입금과 그 운용실적에 따라 증가된 금액을 거주자에게 반환해야 한다. 이 경우 거주자는 그 반환 금액을 연금외수령하는 것으로 본다.
- ⑪ 1주택을 둘 이상의 거주자가 공동으로 소유하고 있는 경우에는 지분비율만큼 각각 1주택을 소유한 것으로 보아 제2항제1호다목 및 제7항부터 제10항까지의 규정을 적용한다. 다만, 1주택을 거주자와 그 배우자가 공동으로 소유하고 있는 경우에는 함께 1주택을 소유한 것으로 보아 제2항제1호다목2)를 적용한다.
- ⑫ 제11항을 적용할 때 제2항제1호다목3)에 따른 기준시가는 주택의 소유 지분에도 불구하고 해당 주택 전체에 대한 기준시가를 말하며, 주택의 소유 지분을 양도하거나 취득하는 경우 같은 목 4)에 따른 양도가액 및 취득가액은 해당 주택 전체를 기준으로 한 가액으로서 기획재정부령으로 정하는 바에 따라 계산한 가액으로 한다.

신문 등의 진흥에 관한 법률

제2조(정의) 제1호

1. "신문"이란 정치·경제·사회·문화·산업·과학·종교·교육·체육 등 전체 분야 또는 특정 분야에 관한 보도·논평·여론 및 정보 등을 전파하기 위하여 같은 명칭으로 월 2회 이상 발행하는 간행물로서 다음 각 목의 것을 말한다.
 - 가. 일반일간신문: 정치·경제·사회·문화 등에 관한 보도·논평 및 여론 등을 전파하기 위하여 매일 발행하는 간행물
 - 나. 특수일간신문: 산업·과학·종교·교육 또는 체육 등 특정 분야(정치는 제외한다)에 국한된 사항의 보도·논평 및 여론 등을 전파하기 위하여 매일 발행하는 간행물
 - 다. 일반주간신문: 정치·경제·사회·문화 등에 관한 보도·논평 및 여론 등을 전파하기 위하여 매주 1회 발행하는 간행물(주 2회 또는 월 2회 이상 발행하는 것을 포함한다)
 - 라. 특수주간신문: 산업·과학·종교·교육 또는 체육 등 특정 분야(정치는 제외한다)에 국한된 사항의 보도·논평 및 여론 등을 전파하기 위하여 매주 1회 발행하는 간행물(주 2회 또는 월 2회 이상 발행하는 것을 포함한다)

제9조(등록)

- ① 신문을 발행하거나 인터넷신문 또는 인터넷뉴스서비스를 전자적으로 발행하려는 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 다음 각 호의 사항을 주사무소 소재지를 관할하는 특별시장·광역시장·특별자치시장·도지사 또는

특별자치도지사(이하 "시·도지사"라 한다)에게 등록하여야 한다. 등록된 사항이 변경된 때에도 또한 같다. 다만, 국가 또는 지방자치단체가 발행 또는 관리하거나 법인이나 그 밖의 단체 또는 기관이 그 소속원에게 보급할 목적으로 발행하는 경우와 대통령령으로 정하는 경우에는 그러하지 아니하다.

1. 신문 및 인터넷신문의 명칭(신문 및 인터넷신문에 한정한다)
 2. 인터넷뉴스서비스의 상호 및 명칭(인터넷뉴스서비스에 한정한다)
 3. 종별 및 간별(신문에 한정한다)
 4. 신문사업자와 신문의 발행인·편집인(외국신문의 내용을 변경하지 아니하고 국내에서 그대로 인쇄·배포하는 경우는 제외한다. 이하 같다) 및 인쇄인의 성명·생년월일·주소(신문사업자 또는 인쇄인이 법인이나 단체인 경우에는 그 명칭, 주사무소의 소재지와 그 대표자의 성명·생년월일·주소)
 5. 인터넷신문사업자와 인터넷신문의 발행인 및 편집인의 성명·생년월일·주소(인터넷신문사업자가 법인이나 단체인 경우에는 그 명칭, 주사무소의 소재지와 그 대표자의 성명·생년월일·주소)
 6. 인터넷뉴스서비스사업자와 기사배열책임자의 성명·생년월일·주소(인터넷뉴스서비스사업자가 법인이나 단체인 경우에는 그 명칭, 주사무소의 소재지와 그 대표자의 성명·생년월일·주소)
 7. 발행소의 소재지
 8. 발행목적과 발행내용
 9. 주된 보급대상 및 보급지역(신문에 한정한다)
 10. 발행 구분(무가 또는 유가)
 11. 인터넷 홈페이지 주소 등 전자적 발행에 관한 사항
- (이하 생략)

약사법

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "약사(藥事)"란 의약품·의약외품의 제조·조제·감정(鑑定)·보관·수입·판매[수여(授與)]를 포함한다. 이하 같다]와 그 밖의 약학 기술에 관련된 사항을 말한다.
2. "약사(藥師)"란 한약에 관한 사항 외의 약사(藥事)에 관한 업무(한약제제에 관한 사항을 포함한다)를 담당하는 자로서, "한약사"란 한약과 한약제제에 관한 약사(藥事) 업무를 담당하는 자로서 각각 보건복지부장관의 면허를 받은 자를 말한다.
3. "약국"이란 약사나 한약사가 수여할 목적으로 의약품 조제 업무[약국제제(藥局製劑)]를 포함한다]를 하는 장소(그 개설자가 의약품 판매업을 겸하는 경우에는 그 판매업에 필요한 장소를 포함한다)를 말한다. 다만, 의료기관의 조제실은 예외로 한다.

(이하 생략)

의료급여법

제4조(적용 배제)

- ① 수급권자가 업무 또는 공무로 생긴 질병·부상·재해로 다른 법령에 따른 급여나 보상(報償) 또는 보상(補償)을 받게 되는 경우에는 이 법에 따른 의료급여를 하지 아니한다.

- ② 수급권자가 다른 법령에 따라 국가나 지방자치단체 등으로부터 의료급여에 상당하는 급여 또는 비용을 받게 되는 경우에는 그 한도에서 이 법에 따른 의료급여를 하지 아니한다.

제7조(의료급여의 내용 등)

- ① 이 법에 따른 수급권자의 질병·부상·출산 등에 대한 의료급여의 내용은 다음 각 호와 같다.
1. 진찰·검사
 2. 약제(藥劑)·치료재료의 지급
 3. 처치·수술과 그 밖의 치료
 4. 예방·재활
 5. 입원
 6. 간호
 7. 이송과 그 밖의 의료목적 달성을 위한 조치
- ② 제1항에 따른 의료급여의 방법·절차·범위·한도 등 의료급여의 기준에 관하여는 보건복지부령으로 정하고, 의료수가기준과 그 계산방법 등에 관하여는 보건복지부장관이 정한다.
- ③ 보건복지부장관은 제2항에 따라 의료급여의 기준을 정할 때에는 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 질환 등 보건복지부령으로 정하는 사항은 의료급여 대상에서 제외할 수 있다.

제10조(급여비용의 부담)

급여비용은 대통령령으로 정하는 바에 따라 그 전부 또는 일부를 제25조에 따른 의료급여기금에서 부담하되, 의료급여기금에서 일부를 부담하는 경우 그 나머지 비용은 본인이 부담한다.

제15조(의료급여의 제한)

- ① 시장·군수·구청장은 수급권자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면 이 법에 따른 의료급여를 하지 아니한다. 다만, 보건복지부장관이 의료급여를 할 필요가 있다고 인정하는 경우에는 그러하지 아니하다.
1. 수급권자가 자신의 고의 또는 중대한 과실로 인한 범죄행위에 그 원인이 있거나 고의로 사고를 일으켜 의료급여가 필요하게 된 경우
 2. 수급권자가 정당한 이유 없이 이 법의 규정이나 의료급여기관의 진료에 관한 지시에 따르지 아니한 경우
- ② 의료급여기관은 수급권자가 제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 대통령령으로 정하는 바에 따라 수급권자의 거주지를 관할하는 시장·군수·구청장에게 알려야 한다.

제17조(의료급여의 중지 등)

- ① 시장·군수·구청장은 수급권자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면 의료급여를 중지하여야 한다.
1. 수급권자에 대한 의료급여가 필요 없게 된 경우
 2. 수급권자가 의료급여를 거부한 경우
- ② 시장·군수·구청장은 수급권자가 의료급여를 거부한 경우에는 수급권자가 속한 가구원 전부에 대하여 의료급여를 중지하여야 한다.
- ③ 시장·군수·구청장은 제1항에 따라 의료급여를 중지하였을 때에는 서면으로 그 이유를 밝혀 수급권자에게 알려야 한다.

의료급여법 시행령

제13조(급여비용의 부담)

- ① 법 제10조에 따라 기금에서 부담하는 급여비용의 범위는 별표 1과 같다.
1. 삭제
 2. 삭제
- ② 삭제
- ③ 제1항의 규정에 불구하고 법 제15조제1항의 규정에 의하여 의료급여가 제한되는 경우, 기금에 상당한 부담을 초래한다고 인정되는 경우 등 보건복지부령이 정하는 경우 또는 항목에 대하여는 보건복지부령이 정하는 금액을 수급권자가 부담한다.
- ④ 제1항의 규정에 따라 기금에서 부담하는 급여비용외에 수급권자가 부담하는 본인부담금(이하 "급여대상 본인부담금"이라 한다)과 제3항의 규정에 따라 수급권자가 부담하는 본인부담금은 의료급여기관의 청구에 의하여 수급권자가 의료급여기관에 지급한다.
- ⑤ 제4항의 규정에 따라 의료급여기관에 지급한 급여대상 본인부담금(별표 1 제1호라목·마목, 같은 표 제2호라목·바목 및 같은 표 제3호에 따라 의료급여기관에 지급한 급여대상 본인부담금은 제외한다. 이하 이 조에서 같다)이 매 30일간 다음 각 호의 금액을 초과한 경우에는 그 초과한 금액의 100분의 50에 해당하는 금액을 보건복지부령이 정하는 바에 따라 시장·군수·구청장이 수급권자에게 지급한다. 다만, 지급하여야 할 금액이 2천원 미만인 경우에는 이를 지급하지 아니한다.
1. 1종수급권자 : 2만원
 2. 2종수급권자 : 20만원
- ⑥ 급여대상 본인부담금에서 제5항에 따라 지급받은 금액을 차감한 금액이 다음 각 호의 금액을 초과한 경우에는 그 초과금액을 기금에서 부담한다. 다만, 초과금액이 2천원 미만인 경우에는 이를 수급권자가 부담한다.
1. 1종수급권자 : 매 30일간 5만원
 2. 2종수급권자: 연간 80만원. 다만, 「의료법」 제3조제2항제3호라목에 따른 요양병원에 연간 240일을 초과하여 입원한 경우에는 연간 120만원으로 한다.
- ⑦ 시장·군수·구청장은 수급권자가 제6항 본문의 규정에 따라 기금에서 부담하여야 하는 초과금액을 의료급여기관에 지급한 경우에는 보건복지부령이 정하는 바에 따라 그 초과금액을 수급권자에게 지급하여야 한다.

의료법

제2조(의료인)

- ① 이 법에서 "의료인"이란 보건복지부장관의 면허를 받은 의사·치과의사·한의사·조산사 및 간호사를 말한다.
- ② 의료인은 종별에 따라 다음 각 호의 임무를 수행하여 국민보건 향상을 이루고 국민의 건강한 생활 확보에 이바지할 사명을 가진다.
1. 의사는 의료와 보건지도를 임무로 한다.
 2. 치과의사는 치과 의료와 구강 보건지도를 임무로 한다.
 3. 한의사는 한방 의료와 한방 보건지도를 임무로 한다.
 4. 조산사는 조산(助産)과 임산부 및 신생아에 대한 보건과 양호지도를 임무로 한다.

5. 간호사는 다음 각 목의 업무를 임무로 한다.

가. 환자의 간호요구에 대한 관찰, 자료수집, 간호판단 및 요양을 위한 간호

나. 의사, 치과의사, 한의사의 지도하에 시행하는 진료의 보조

다. 간호 요구자에 대한 교육·상담 및 건강증진을 위한 활동의 기획과 수행, 그 밖의 대통령령으로 정하는 보건활동

라. 제80조에 따른 간호조무사가 수행하는 가목부터 다목까지의 업무보조에 대한 지도

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 임신부 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(「장애인복지법」 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.

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 갖춘 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 평가업무를 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)

- ① 의사·치과의사 또는 한의사가 되려는 자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자격을 가진 자로서 제9조에 따른 의사·치과의사 또는 한의사 국가시험에 합격한 후 보건복지부장관의 면허를 받아야 한다.
 1. 「고등교육법」 제11조의2에 따른 인정기관(이하 "평가인증기구"라 한다)의 인증(이하 "평가인증기구의 인증"이라 한다)을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학을 졸업하고 의학사·치의학사 또는 한의학사 학위를 받은 자
 2. 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 전문대학원을 졸업하고 석사학위 또는 박사학위를 받은 자
 3. 외국의 제1호나 제2호에 해당하는 학교(보건복지부장관이 정하여 고시하는 인정기준에 해당하는 학교를 말한다)를 졸업하고 외국의 의사·치과의사 또는 한의사 면허를 받은 자로서 제9조에 따른 예비시험에 합격한 자
- ② 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원을 6개월 이내에 졸업하고 해당 학위를 받을 것으로 예정된 자는 제1항제1호 및 제2호의 자격을 가진 자로 본다. 다만, 그 졸업예정시기에 졸업하고 해당 학위를 받아야 면허를 받을 수 있다.
- ③ 제1항에도 불구하고 입학 당시 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원에 입학한 사람으로서 그 대학 또는 전문대학원을 졸업하고 해당 학위를 받은 사람은 같은 항 제1호 및 제2호의 자격을 가진 사람으로 본다.

제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)

- ① 보건복지부장관은 신의료기술평가에 관한 사항을 심의하기 위하여 보건복지부에 신의료기술평가위원회(이하 "위원회"라 한다)를 둔다.
- ② 위원회는 위원장 1명을 포함하여 20명 이내의 위원으로 구성한다.
- ③ 위원은 다음 각 호의 자 중에서 보건복지부장관이 위촉하거나 임명한다. 다만, 위원장은 제1호 또는 제2호의 자 중에서 임명한다.
 1. 제28조제1항에 따른 의사회·치과의사회·한의사회에서 각각 추천하는 자
 2. 보건의료에 관한 학식이 풍부한 자
 3. 소비자단체에서 추천하는 자
 4. 변호사의 자격을 가진 자로서 보건의료와 관련된 업무에 5년 이상 종사한 경력이 있는 자
 5. 보건의료정책 관련 업무를 담당하고 있는 보건복지부 소속 5급 이상의 공무원
- ④ 위원장과 위원의 임기는 3년으로 하되, 연임할 수 있다. 다만, 제3항제5호에 따른 공무원의 경우에는 재임기간으로 한다.
- ⑤ 위원의 자리가 빈 때에는 새로 위원을 임명하고, 새로 임명된 위원의 임기는 임명된 날부터 기산한다.
- ⑥ 위원회의 심의사항을 전문적으로 검토하기 위하여 위원회에 분야별 전문평가위원회를 둔다.
- ⑦ 그 밖에 위원회·전문평가위원회의 구성 및 운영 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

자동차손해배상 보장법

제30조(자동차손해배상 보장사업)

- ① 정부는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 피해자의 청구에 따라 책임보험의 보험금 한도에서 그가 입은 피해를 보상한다. 다만, 정부는 피해자가 청구하지 아니한 경우에도 직권으로 조사하여 책임보험의 보험금 한도에서 그가 입은 피해를 보상할 수 있다.
 1. 자동차보유자를 알 수 없는 자동차의 운행으로 사망하거나 부상한 경우
 2. 보험가입자등이 아닌 자가 제3조에 따라 손해배상의 책임을 지게 되는 경우. 다만, 제5조제4항에 따른 자동차의 운행으로 인한 경우는 제외한다.
 3. 자동차보유자를 알 수 없는 자동차의 운행 중 해당 자동차로부터 낙하된 물체로 인하여 사망하거나 부상한 경우
- ② 정부는 자동차의 운행으로 인한 사망자나 대통령령으로 정하는 중증 후유장애인(重症 後遺障礙人)의 유자녀(幼子女) 및 피부양가족이 경제적으로 어려워 생계가 곤란하거나 학업을 중단하여야 하는 문제 등을 해결하고 중증 후유장애인이 재활할 수 있도록 지원할 수 있다.
- ③ 국토교통부장관은 제1항 및 제2항에 따른 업무를 수행하기 위하여 다음 각 호의 기관에 대통령령에 따른 정보의 제공을 요청하고 수집·이용할 수 있으며, 요청받은 기관은 특별한 사유가 없으면 관련 정보를 제공하여야 한다.
 1. 행정안전부장관
 2. 보건복지부장관
 3. 여성가족부장관
 4. 경찰청장
 5. 특별시장·광역시장·특별자치시장·도지사·특별자치도지사·시장·군수·구청장
 6. 보험요율산출기관
- ④ 정부는 제11조제5항에 따른 보험회사등의 청구에 따라 보상을 실시한다.
- ⑤ 제1항·제2항 및 제4항에 따른 정부의 보상 또는 지원의 대상·기준·금액·방법 및 절차 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.
- ⑥ 제1항·제2항 및 제4항에 따른 정부의 보상사업(이하 “자동차손해배상 보장사업”이라 한다)에 관한 업무는 국토교통부장관이 행한다.

자본시장과 금융투자업에 관한 법률

제88조(자산운용보고서의 교부)

- ① 집합투자업자는 자산운용보고서를 작성하여 해당 집합투자재산을 보관·관리하는 신탁업자의 확인을 받아 3개월마다 1회 이상 해당 집합투자기구의 투자자에게 교부하여야 한다. 다만, 투자자가 수시로 변동되는 등 투자자의 이익을 해할 우려가 없는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우에는 자산운용보고서를 투자자에게 교부하지 아니할 수 있다.
- ② 집합투자업자는 제1항에 따른 자산운용보고서에 다음 각 호의 사항을 기재하여야 한다.
 1. 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 날(이하 이 조에서 “기준일”이라 한다) 현재의 해당 집합투자기구의 자산·부채 및 집합투자증권의 기준가격

- 가. 회계기간의 개시일부터 3개월이 종료되는 날
 - 나. 회계기간의 말일
 - 다. 계약기간의 종료일 또는 존속기간의 만료일
 - 라. 해지일 또는 해산일
2. 직전의 기준일(직전의 기준일이 없는 경우에는 해당 집합투자기구의 최초 설정일 또는 성립일을 말한다)부터 해당 기준일까지의 기간(이하 이 조에서 "해당 운용기간"이라 한다) 중 운용경과의 개요 및 해당 운용기간 중의 손익 사항
 3. 기준일 현재 집합투자재산에 속하는 자산의 종류별 평가액과 집합투자재산 총액에 대한 각각의 비율
 4. 해당 운용기간 중 매매한 주식의 총수, 매매금액 및 대통령령으로 정하는 매매회전을
 5. 그 밖에 대통령령으로 정하는 사항
- ③ 제1항에 따른 자산운용보고서의 교부시기 및 방법, 비용부담 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제188조(신탁계약의 체결 등)

- ① 투자신탁을 설정하고자 하는 집합투자업자는 다음 각 호의 사항이 기재된 신탁계약서에 의하여 신탁업자와 신탁계약을 체결하여야 한다.
 1. 집합투자업자 및 신탁업자의 상호
 2. 신탁원본의 가액 및 제189조제1항 및 제3항에 따라 발행하는 투자신탁의 수익권(이하 "수익증권"이라 한다)의 총좌수에 관한 사항
 3. 투자신탁재산의 운용 및 관리에 관한 사항
 4. 이익분배 및 환매에 관한 사항
 5. 집합투자업자·신탁업자 등이 받는 보수, 그 밖의 수수료의 계산방법과 지급시기·방법에 관한 사항. 다만, 집합투자업자가 기준가격 산정업무를 위탁하는 경우에는 그 수수료는 해당 투자신탁재산에서 부담한다는 내용을 포함하여야 한다.
 6. 수익자총회에 관한 사항
 7. 공시 및 보고서에 관한 사항
 8. 그 밖에 수익자 보호를 위하여 필요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항
- ② 투자신탁을 설정한 집합투자업자는 신탁계약을 변경하고자 하는 경우에는 신탁업자와 변경계약을 체결하여야 한다. 이 경우 신탁계약 중 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사항을 변경하는 경우에는 미리 제190조 제5항 본문에 따른 수익자총회의 결의를 거쳐야 한다.
 1. 집합투자업자·신탁업자 등이 받는 보수, 그 밖의 수수료의 인상
 2. 신탁업자의 변경(합병·분할·분할합병, 그 밖에 대통령령으로 정하는 사유로 변경되는 경우를 제외한다)
 3. 신탁계약기간의 변경(투자신탁을 설정할 당시에 그 기간변경이 신탁계약서에 명시되어 있는 경우는 제외한다)
 4. 그 밖에 수익자의 이익과 관련된 중요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항
- ③ 투자신탁을 설정한 집합투자업자는 제2항에 따라 신탁계약을 변경한 경우에는 인터넷 홈페이지 등을 이용하여 공시하여야 하며, 제2항 후단에 따라 신탁계약을 변경한 경우에는 공시 외에 이를 수익자에게 통지하여야 한다.
- ④ 집합투자업자는 제1항에 따라 투자신탁을 설정하는 경우(그 투자신탁을 추가로 설정하는 경우를 포함한다) 신탁업자에게 해당 신탁계약에서 정한 신탁원본 전액을 금전으로 납입하여야 한다.

제93조(수시공시의 방법 등)

- ① 법 제89조제1항제1호에 따라 투자신탁이나 투자익명조합의 집합투자업자가 공시하여야 하는 투자운용인력의 운용경력에는 투자운용인력을 변경한 날부터 최근 3년 이내의 운용경력으로 한다.
- ② 법 제89조제1항제3호에서 "대통령령으로 정하는 부실자산"이란 발행인의 부도, 「채무자 회생 및 파산에 관한 법률」에 따른 회생절차개시의 신청 등의 사유로 인하여 금융위원회가 부실자산으로 정하여 고시하는 자산을 말한다.
- ③ 법 제89조제1항제5호에서 "대통령령으로 정하는 사항"이란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사항을 말한다.
 1. 투자설명서의 변경. 다만, 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 경우는 제외한다.
 - 가. 법 및 이 영의 개정 또는 금융위원회의 명령에 따라 투자설명서를 변경하는 경우
 - 나. 집합투자계약의 변경에 따라 투자설명서를 변경하는 경우
 - 다. 투자설명서의 단순한 자구수정 등 경미한 사항을 변경하는 경우
 - 라. 투자운용인력의 변경이 있는 경우로서 법 제123조제3항제2호에 따라 투자설명서를 변경하는 경우
 2. 집합투자업자의 합병, 분할, 분할합병 또는 영업의 양도·양수
 3. 집합투자업자 또는 일반사무관리회사가 기준가격을 잘못 산정하여 이를 변경하는 경우에는 그 내용(제262조제1항 후단에 따라 공고·게시하는 경우에 한한다)
 4. 사모집합투자기구가 아닌 집합투자기구(존속하는 동안 투자금을 추가로 모집할 수 있는 집합투자기구로 한정한다. 이하 이 항에서 같다)로서 설정 및 설립 이후 1년(제81조제3항제1호의 집합투자기구의 경우에는 설정 및 설립 이후 2년)이 되는 날에 원본액이 50억원 미만인 경우 그 사실과 해당 집합투자기구가 법 제192조제1항 단서에 따라 해지될 수 있다는 사실
 5. 사모집합투자기구가 아닌 집합투자기구가 설정 및 설립되고 1년(제81조제3항제1호의 집합투자기구의 경우에는 설정 및 설립 이후 2년)이 지난 후 1개월간 계속하여 원본액이 50억원 미만인 경우 그 사실과 해당 집합투자기구가 법 제192조제1항 단서에 따라 해지될 수 있다는 사실
 6. 부동산집합투자기구 또는 특별자산집합투자기구(부동산·특별자산투자재간접집합투자기구를 포함한다)인 경우 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 사항
 - 가. 제242조제2항 각 호 외의 부분 단서에 따른 시장성 없는 자산의 취득 또는 처분
 - 나. 부동산집합투자기구 또는 특별자산집합투자기구의 집합투자증권의 취득 또는 처분. 다만, 이미 취득한 것과 같은 집합투자증권을 추가로 취득하거나 일부를 처분하는 경우는 제외한다.
 - 다. 지상권·지역권 등 부동산 관련 권리 및 사업수익권·시설관리운영권 등 특별자산 관련 중요한 권리의 발생·변경
 - 라. 금전의 차입 또는 금전의 대여
 7. 그 밖에 투자자의 투자판단에 중대한 영향을 미치는 사항으로서 금융위원회가 정하여 고시하는 사항
- ④ 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 공시와 관련하여 그 서식과 작성방법, 기재사항 등에 관한 구체적인 기준은 금융위원회가 정하여 고시한다.

제265조(회계감사인의 선임 등)

- ① 법 제240조제4항에 따라 투자신탁이나 투자익명조합의 집합투자업자 또는 투자회사등(투자회사는 제외한다)

이 집합투자기구의 회계감사인을 선임하거나 교체하려는 경우에는 그 집합투자기구의 집합투자재산을 운용하는 집합투자업자의 감사의 동의(감사위원회가 설치된 경우에는 감사위원회의 의결을 말한다)를 받아야 하며, 투자회사가 회계감사인을 선임하거나 교체하려는 경우에는 감독이사의 동의를 받아야 한다.

- ② 집합투자재산에 대한 회계감사기준은 금융위원회가 증권선물위원회의 심의를 거쳐 정하여 고시한다.
- ③ 집합투자재산에 대한 회계감사와 관련하여 회계감사인의 권한은 법 및 「주식회사 등의 외부감사에 관한 법률」 제21조에서 정하는 바에 따른다.
- ④ 회계감사인은 집합투자재산에 대한 회계감사를 마친 때에는 다음 각 호의 사항이 기재된 회계감사보고서를 작성하여 투자신탁이나 투자익명조합의 집합투자업자 또는 투자회사등에게 이를 지체 없이 제출해야 한다.
 1. 집합투자재산의 재무상태표
 2. 집합투자재산의 손익계산서
 3. 집합투자재산의 기준가격계산서
 4. 집합투자업자 및 그 이해관계인(법 제84조제1항에 따른 이해관계인을 말한다)과의 거래내역
- ⑤ 투자신탁이나 투자익명조합의 집합투자업자 또는 투자회사등은 회계감사인으로부터 회계감사보고서를 제출 받은 경우에는 금융위원회, 협회, 그 집합투자증권을 판매하는 투자매매업자·투자중개업자 및 그 집합투자재산을 보관·관리하는 신탁업자에게 이를 지체 없이 제출하여야 한다.
- ⑥ 투자신탁이나 투자익명조합의 집합투자업자 또는 투자회사등은 금융위원회가 정하여 고시하는 방법에 따라 해당 투자자가 회계감사보고서를 열람할 수 있도록 하여야 한다.
- ⑦ 회계감사에 따른 비용은 그 회계감사의 대상인 집합투자기구가 부담한다.

장기등 이식에 관한 법률

제4조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "장기등"이란 사람의 내장이나 그 밖에 손상되거나 정지된 기능을 회복하기 위하여 이식이 필요한 조직으로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 것을 말한다.
 - 가. 신장·간장·췌장·심장·폐
 - 나. 말초혈(조혈모세포를 이식할 목적으로 채취하는 경우에 한정한다)·골수·안구
 - 다. 뼈·피부·근육·신경·혈관 등으로 구성된 복합조직으로서의 손·팔 또는 발·다리
 - 라. 제8조제2항제4호에 따라 장기등이식윤리위원회의 심의를 거쳐 보건복지부장관이 결정·고시한 것
 - 마. 그 밖에 사람의 내장 또는 조직 중 기능회복을 위하여 적출·이식할 수 있는 것으로서 대통령령으로 정하는 것
2. "장기등기증자"란 다른 사람의 장기등의 기능회복을 위하여 대가 없이 자신의 특정한 장기등을 제공하는 사람으로서 제14조에 따라 등록한 사람을 말한다.
3. "장기등기증희망자"란 본인이 장래에 뇌사 또는 사망할 때(말초혈 또는 골수의 경우에는 살아있을 때를 포함한다) 장기등을 기증하겠다는 의사표시를 한 사람으로서 제15조에 따라 등록한 사람을 말한다.
4. "장기등이식대기자"란 자신의 장기등의 기능회복을 목적으로 다른 사람의 장기등을 이식받기 위하여 제14조에 따라 등록한 사람을 말한다.
5. "살아있는 사람"이란 사람 중에서 뇌사자를 제외한 사람을 말하고, "뇌사자"란 이 법에 따른 뇌사판정기준 및 뇌사판정절차에 따라 뇌 전체의 기능이 되살아날 수 없는 상태로 정지되었다고 판정된 사람을 말한다.

6. “가족” 또는 “유족”이란 살아있는 사람·뇌사자 또는 사망한 자의 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 사람을 말한다. 다만, 14세 미만인 사람은 제외한다.

가. 배우자

나. 직계비속

다. 직계존속

라. 형제자매

마. 가목부터 라목까지에 해당하는 가족 또는 유족이 없는 경우에는 4촌 이내의 친족

제42조(장기등의 적출·이식 비용의 부담 등)

- ① 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용은 해당 장기등을 이식받은 사람이 부담한다. 다만, 이식받은 사람이 부담하는 비용에 대하여 다른 법령에서 따로 정하는 경우에는 해당 법령에서 정하는 바에 따른다.
- ② 제1항에 따른 비용은 「국민건강보험법」에서 정하는 바에 따라 산출한다. 다만, 「국민건강보험법」에서 규정하지 아니한 비용은 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 산출한다.

장애인복지법

제32조(장애인 등록)

- ① 장애인, 그 법정대리인 또는 대통령령으로 정하는 보호자(이하 “법정대리인등”이라 한다)는 장애 상태와 그 밖에 보건복지부령이 정하는 사항을 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수 또는 구청장(자치구의 구청장을 말한다. 이하 같다)에게 등록하여야 하며, 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 등록을 신청한 장애인이 제2조에 따른 기준에 맞으면 장애인등록증(이하 “등록증”이라 한다)을 내주어야 한다.
- ② 삭제
- ③ 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 제1항에 따라 등록증을 받은 장애인의 장애 상태의 변화에 따른 장애 정도 조정을 위하여 장애 진단을 받게 하는 등 장애인이나 법정대리인등에게 필요한 조치를 할 수 있다.
- ④ 장애인의 장애 인정과 장애 정도 사정(査定)에 관한 업무를 담당하게 하기 위하여 보건복지부에 장애판정위원회를 둘 수 있다.
- ⑤ 등록증은 양도하거나 대여하지 못하며, 등록증과 비슷한 명칭이나 표시를 사용하여서는 아니 된다.
- ⑥ 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 제1항에 따른 장애인 등록 및 제3항에 따른 장애 상태의 변화에 따른 장애 정도를 조정함에 있어 장애인의 장애 인정과 장애 정도 사정이 적정한지를 확인하기 위하여 필요한 경우 대통령령으로 정하는 「공공기관의 운영에 관한 법률」 제4조에 따른 공공기관에 장애 정도에 관한 정밀심사를 의뢰할 수 있다.
- ⑦ 삭제
- ⑧ 보건복지부장관 또는 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 「사회보장기본법」 제37조에 따른 사회보장정보시스템을 이용하여 등록증의 진위 또는 유효 여부 확인이 필요한 경우에 이를 확인하여 줄 수 있다.
- ⑨ 제1항, 제3항부터 제6항까지 및 제8항에서 규정한 사항 외에 장애인의 등록, 등록증의 발급, 장애 진단 및 장애 정도에 관한 정밀심사, 장애판정위원회, 등록증의 진위 또는 유효 여부 확인 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제32조(장애인 등록) [시행일 : 2024.07.10.]

① ~ ③ (생략)

④ 삭제

⑤ ~ ⑧ (생략)

⑨ 제1항, 제3항, 제5항, 제6항 및 제8항에서 규정한 사항 외에 장애인의 등록, 등록증의 발급, 장애 진단 및 장애 정도에 관한 정밀심사, 등록증의 진위 또는 유효 여부 확인 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

전자서명법

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. “전자문서”란 정보처리시스템에 의하여 전자적 형태로 작성되어 송신 또는 수신되거나 저장된 정보를 말한다.
2. “전자서명”이란 다음 각 목의 사항을 나타내는 데 이용하기 위하여 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.
 - 가. 서명자의 신원
 - 나. 서명자가 해당 전자문서에 서명하였다는 사실
3. “전자서명생성정보”란 전자서명을 생성하기 위하여 이용하는 전자적 정보를 말한다.
4. “전자서명수단”이란 전자서명을 하기 위하여 이용하는 전자적 수단을 말한다.
5. “전자서명인증”이란 전자서명생성정보가 가입자에게 유일하게 속한다는 사실을 확인하고 이를 증명하는 행위를 말한다.
6. “인증서”란 전자서명생성정보가 가입자에게 유일하게 속한다는 사실 등을 확인하고 이를 증명하는 전자적 정보를 말한다.
7. “전자서명인증업무”란 전자서명인증, 전자서명인증 관련 기록의 관리 등 전자서명인증서비스를 제공하는 업무를 말한다.
8. “전자서명인증사업자”란 전자서명인증업무를 하는 자를 말한다.
9. “가입자”란 전자서명생성정보에 대하여 전자서명인증사업자로부터 전자서명인증을 받은 자를 말한다.
10. “이용자”란 전자서명인증사업자가 제공하는 전자서명인증서비스를 이용하는 자를 말한다.

지역보건법

제10조(보건소의 설치)

- ① 지역주민의 건강을 증진하고 질병을 예방·관리하기 위하여 시·군·구에 1개소의 보건소(보건의료원을 포함한다. 이하 같다)를 설치한다. 다만, 시·군·구의 인구가 30만 명을 초과하는 등 지역주민의 보건의료를 위하여 특별히 필요하다고 인정되는 경우에는 대통령령으로 정하는 기준에 따라 해당 지방자치단체의 조례로 보건소를 추가로 설치할 수 있다.
- ② 동일한 시·군·구에 2개 이상의 보건소가 설치되어 있는 경우 해당 지방자치단체의 조례로 정하는 바에 따라 업무를 총괄하는 보건소를 지정하여 운영할 수 있다.

제12조(보건의료원)

보건소 중 「의료법」 제3조제2항제3호가목에 따른 병원의 요건을 갖춘 보건소는 보건의료원이라는 명칭을 사용할 수 있다.

제13조(보건지소의 설치)

지방자치단체는 보건소의 업무수행을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 대통령령으로 정하는 기준에 따라 해당 지방자치단체의 조례로 보건소의 지소(이하 "보건지소"라 한다)를 설치할 수 있다.

형법 제31장 약취, 유인 및 인신매매의 죄

제287조(미성년자의 약취, 유인)

미성년자를 약취 또는 유인한 사람은 10년 이하의 징역에 처한다.

제288조(추행 등 목적 약취, 유인 등)

- ① 추행, 간음, 결혼 또는 영리의 목적으로 사람을 약취 또는 유인한 사람은 1년 이상 10년 이하의 징역에 처한다.
- ② 노동력 착취, 성매매와 성적 착취, 장기적출을 목적으로 사람을 약취 또는 유인한 사람은 2년 이상 15년 이하의 징역에 처한다.
- ③ 국외에 이송할 목적으로 사람을 약취 또는 유인하거나 약취 또는 유인된 사람을 국외에 이송한 사람도 제2항과 동일한 형으로 처벌한다.

제289조(인신매매)

- ① 사람을 매매한 사람은 7년 이하의 징역에 처한다.
- ② 추행, 간음, 결혼 또는 영리의 목적으로 사람을 매매한 사람은 1년 이상 10년 이하의 징역에 처한다.
- ③ 노동력 착취, 성매매와 성적 착취, 장기적출을 목적으로 사람을 매매한 사람은 2년 이상 15년 이하의 징역에 처한다.
- ④ 국외에 이송할 목적으로 사람을 매매하거나 매매된 사람을 국외로 이송한 사람도 제3항과 동일한 형으로 처벌한다.

호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. “임종과정”이란 회복의 가능성이 없고, 치료에도 불구하고 회복되지 아니하며, 급속도로 증상이 악화되어 사망에 임박한 상태를 말한다.
2. “임종과정에 있는 환자”란 제16조에 따라 담당의사와 해당 분야의 전문의 1명으로부터 임종과정에 있다는 의학적 판단을 받은 자를 말한다.
3. “말기환자(末期患者)”란 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 보건복지부령으로 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당 분야의 전문의 1명으로부터 수개월 이내

에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.

가. 삭제

나. 삭제

다. 삭제

라. 삭제

마. 삭제

4. “연명의료”란 임종과정에 있는 환자에게 하는 심폐소생술, 혈액 투석, 항암제 투여, 인공호흡기 착용 및 그 밖에 대통령령으로 정하는 의학적 시술로서 치료효과 없이 임종과정의 기간만을 연장하는 것을 말한다.

5. “연명의료중단등결정”이란 임종과정에 있는 환자에 대한 연명의료를 시행하지 아니하거나 중단하기로 하는 결정을 말한다.

6. “호스피스·완화의료”(이하 “호스피스”라 한다)란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 질환으로 말기환자로 진단을 받은 환자 또는 임종과정에 있는 환자(이하 “호스피스대상환자”라 한다)와 그 가족에게 통증과 증상의 완화 등을 포함한 신체적, 심리사회적, 영적 영역에 대한 종합적인 평가와 치료를 목적으로 하는 의료를 말한다.

가. 암

나. 후천성면역결핍증

다. 만성 폐쇄성 호흡기질환

라. 만성 간경화

마. 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 질환

7. “담당의사”란 「의료법」에 따른 의사로서 말기환자 또는 임종과정에 있는 환자(이하 “말기환자등”이라 한다)를 직접 진료하는 의사를 말한다.

8. “연명의료계획서”란 말기환자등의 의사에 따라 담당의사가 환자에 대한 연명의료중단등결정 및 호스피스에 관한 사항을 계획하여 문서(전자문서를 포함한다)로 작성한 것을 말한다.

9. “사전연명의료의향서”란 19세 이상인 사람이 자신의 연명의료중단등결정 및 호스피스에 관한 의사를 직접 문서(전자문서를 포함한다)로 작성한 것을 말한다.

제15조(연명의료중단등결정 이행의 대상)

담당의사는 임종과정에 있는 환자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에만 연명의료중단등결정을 이행할 수 있다.

1. 제17조에 따라 연명의료계획서, 사전연명의료의향서 또는 환자가족의 진술을 통하여 환자의 의사로 보는 의사가 연명의료중단등결정을 원하는 것이고, 임종과정에 있는 환자의 의사에도 반하지 아니하는 경우
2. 제18조에 따라 연명의료중단등결정이 있는 것으로 보는 경우

제16조(환자가 임종과정에 있는지 여부에 대한 판단)

- ① 담당의사는 환자에 대한 연명의료중단등결정을 이행하기 전에 해당 환자가 임종과정에 있는지 여부를 해당 분야의 전문의 1명과 함께 판단하고 그 결과를 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 기록(전자문서로 된 기록을 포함한다)하여야 한다.
- ② 제1항에도 불구하고 제25조에 따른 호스피스전문기관에서 호스피스를 이용하는 말기환자가 임종과정에 있는지 여부에 대한 판단은 담당의사의 판단으로 갈음할 수 있다.

제25조(호스피스전문기관의 지정 등)

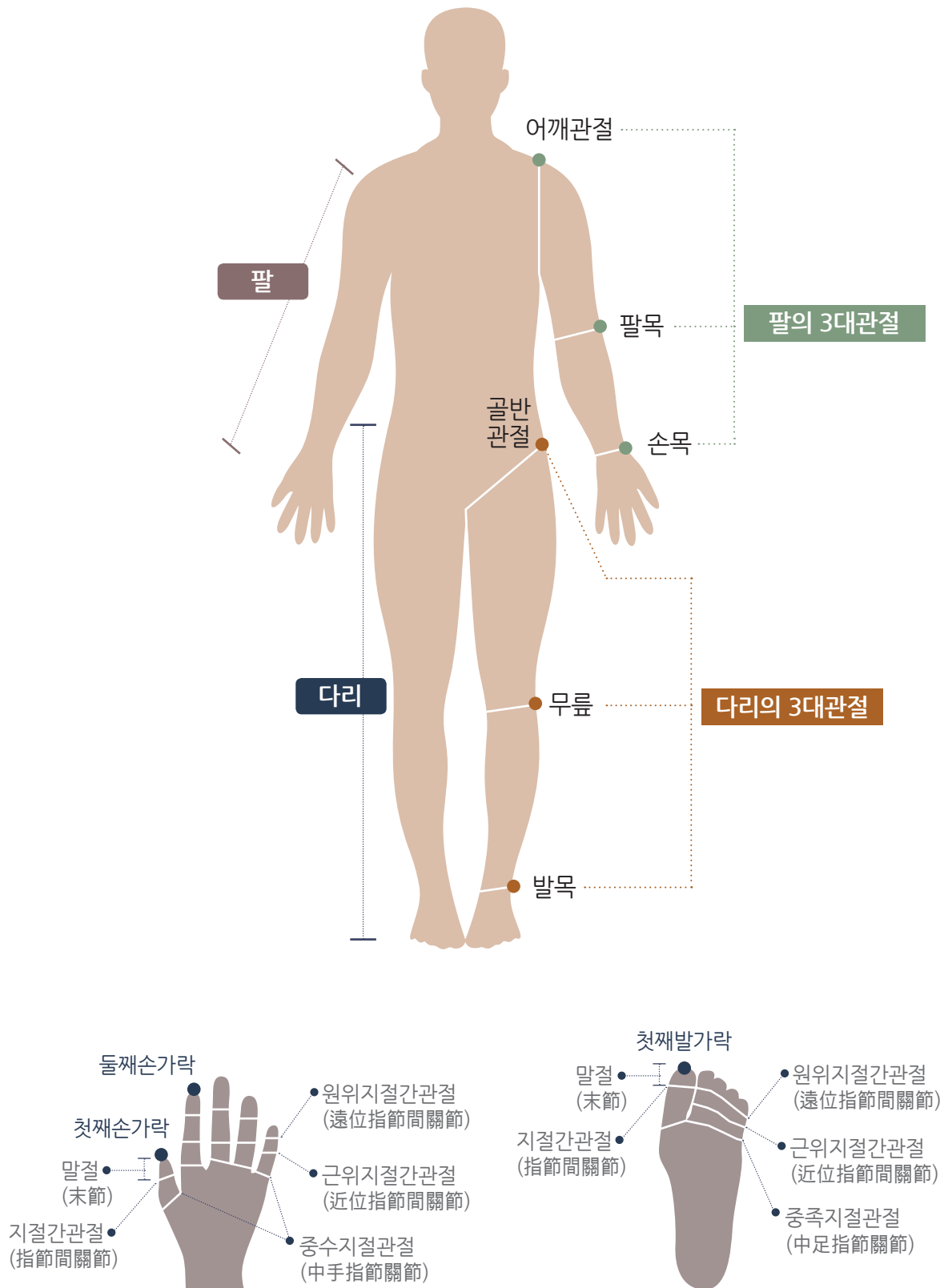
- ① 보건복지부장관은 호스피스대상환자를 대상으로 호스피스전문기관을 설치·운영하려는 의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 시설·인력·장비 등의 기준을 충족하는 의료기관을 입원형, 자문형, 가정형으로 구분하여 호스피스전문기관으로 지정할 수 있다.
- ② 제1항에 따라 지정을 받으려는 의료기관은 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 보건복지부장관에게 신청하여야 한다.
- ③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 지정받은 호스피스전문기관(이하 “호스피스전문기관”이라 한다)에 대하여 제29조에 따른 평가결과를 반영하여 호스피스사업에 드는 비용의 전부 또는 일부를 차등 지원할 수 있다.
- ④ 제1항 및 제2항에서 규정한 사항 외에 호스피스전문기관의 지정에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

특약 색인

가나다순 특약 색인

건강등급적용특약	205
무배당 ABL인터넷뇌심보장패키지특약(갱신형)	102
무배당 ABL인터넷암보장패키지특약(갱신형)	57
무배당 ABL인터넷입원수술보장패키지특약 II (갱신형)	136
무배당 ABL인터넷장해보장패키지특약(갱신형)	171
장애인전용보험전환특약	200

신체부위의 설명도



고객의 더 나은 삶(A Better Life)을 제공하는 ABL생명

고객을 위한 차별화된 선진보험 상품과 다양한 영업망

- 글로벌 금융 네트워크를 통해 축적한 선진금융기법과 노하우로 변액·보장성보험부터 연금·저축성보험까지 30여 종의 폭넓은 상품으로 고객의 다양한 니즈 보장
- 선진금융 노하우를 바탕으로 개발된 고객중심 상품
 - 변액연금보험의 ‘금융자산운용방법’ : 보험업계 최초로 특허 획득
 - 리스크컨트롤펀드 : 중위험·중수익 추구형 시스템운용펀드
 - 무)하모니변액연금보험 : 계약별 자산재배분시스템으로 수수료 없이 최저연금액 보증
 - ABL생명 빅데이터국내주식형펀드 : 빅데이터 분석을 통해 투자종목 선별 가능
- 차별화된 다양한 상품 라인업으로 더 많은 고객의 니즈 보장
 - 유병자·고령자 대상 종신, 건강, 입원비 보장 간편심사보험
 - 임플란트 치료 시 치조골 이식 수술을 보장하는 치아보험
 - 해약환급금 일부지급형 등 보험료를 낮춰 부담을 줄인 종신보험
 - 업계 최초 건강등급 기반 보험료 할인 제공하는 종신보험
- 고객의 편의성을 높인 다각화된 영업채널
 - 역량 있는 2,000여 명의 FC(전속설계사)를 비롯한 방카슈랑스, GA(독립법인대리점), 인터넷보험 등 다양한 판매 채널 보유

업계 선도적인 디지털 기반 스마트 금융서비스

- 업계 최초 화상 고객센터로 언제 어디서나 편리한 고객 상담
- 업계 최초 신분증 진위여부 자동 확인 시스템 도입
- 고객에게 실시간 정확한 보험 보장분석을 제공하는 자동보험보장분석 서비스 제공
- 스마트폰으로 원스톱 보험 가입 가능한 모바일 청약 시스템 오픈
- 업계 최고 수준의 사고보험금 자동결재율 (85.5%, 2023년 11월말 기준)
- 다양한 디지털 사고보험금 접수 채널 제공
- AI기반 보험사기예측시스템 도입

튼튼한 재무력을 기반으로 한 신뢰할 수 있는 회사

- 1954년 설립, 한국 시장에서 70년 동안 쌓아온 역사와 전통
- 글로벌 보험 그룹의 일원으로서 축적한 선진 상품개발 기법, 스마트하고 디지털화된 고객센터 환경

07332 서울시 영등포구 의사당대로 147(구.여의도동 45-21) ABL타워
콜센터 1588-6500 | 사고보험금 콜센터 1588-4404 | www.abllife.co.kr