

목	차
---	---

■ 보험약관

1. 무배당 신한아이사랑보험Plus 보통보험 약관	1
2. 무배당 신한아이사랑보험Plus 통원약관	68
3. 무배당 新치아클리닉특약 약관	78
4. 무배당 新어린이항암치료특약 약관	87
5. 무배당 新선천이상보장특약 약관	99
6. 장애인가족우대특약 약관	111

**무배당 신한아이사랑보험Plus 주보험
보통보험약관**

무배당 신한아이사랑보험 Plus 주보험

보통보험 약관

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조 【보험계약의 성립】

- ① 보험계약은 보험계약자의 청약(請約)과 보험회사의 승낙(承諾)으로 이루어 집니다.(이하 보험계약은 “계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사” 라 합니다)
- ② 회사는 보험대상자(피보험자)가 계약에 적합하지 아니한 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 부과하여 인수할 수 있습니다.
- ③ 회사는 계약의 청약을 받고 제1회 보험료를 받은 경우에 진단을 받지 아니하는 계약(이하 “무진단계약” 이라 합니다)은 청약일, 건강진단을 받는 계약(이하 “진단계약” 이라 합니다)은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험가입증서(보험증권)를 교부합니다.
그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
- ④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 예정이율 +1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 단, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 아니합니다.

제2조 【청약의 철회】

- ① 계약자는 청약을 한 날 또는 제1회 보험료를 납입한 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 의한 계약자의 청약철회 신청을 접수한 경우에는 지체없이 이미 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료 반환이 지체된 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 단, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에는 회사는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 아니합니다.

제3조 【약관 교부 및 설명의무 등】

① 회사는 계약을 체결할 때 계약자에게 약관 및 청약서 부분을 드리고 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다. 다만, 컴퓨터를 이용하여 보험거래를 할 수 있도록 설정된 가상의 영업장(사이버몰)을 이용하여 계약을 체결하고 전자거래기본법에서 규정하는 절차에 따라 약관 및 청약서 부분을 전자문서로 송신하고 계약자 또는 그 대리인이 당해 문서를 수신하였을 때에는 약관 및 청약서 부분을 드린 것으로 보며, 약관의 중요내용에 대하여 계약자가 사이버몰에서 확인한 때에는 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다. 또한 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에 회사는 계약자의 동의를 얻어 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 보험계약 체결을 위하여 필요한 사항을 질문 또는 설명하고 그에 대한 계약자의 답변, 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

② 회사가 제1항에 의해 제공될 약관 및 청약서 부분을 계약자에게 전달하지 아니하거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 아니한 때 또는 계약체결시 계약자가 청약서에 자필서명[날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제10호의 규정에 의한 공인인증기관이 인증한 전자서명을 포함합니다]을 하지 아니한 때에는 계약자는 청약일부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

③ 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음 각호의 사항을 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제1항 단서의 규정에 의한 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 교부함으로써 청약서 부분을 전달한 것으로 봅니다.

1. 사망 또는 장애를 보장하지 아니하는 보험계약의 경우
2. 사망 또는 장애를 보장하는 보험계약으로서 보험계약자, 보험대상자(피보험자) 및 보험금을 받는 자(보험수익자)가 동일한 보험계약의 경우
3. 사망 또는 장애를 보장하는 보험계약으로서 보험계약자와 보험대상자(피보험자)가 동일하고 보험금을 받는 자(보험수익자)가 법정상속인인 보험계약의 경우
4. 신용생명보험계약의 경우
5. 보험계약자와 보험대상자(피보험자)가 동일하고 보험금이 비영리법인에게 기부되는 보험계약의 경우

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

제4조 【계약의 무효】

다음 중 한가지에 해당되는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약체결시까지 보험대상자(피보험자)의 서면에 의한 동의를 얻지 아니한 경우
2. 만 15세미만자, 심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)를 보험대상자(피보험자)로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우

제5조 【계약내용의 변경】

① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 보험종목
2. 보험기간
3. 보험료의 납입주기, 수금방법 및 납입기간
4. 보험가입금액
5. 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)
6. 기타 계약의 내용

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

③ 회사는 계약자가 제1항 제4호에 의하여 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제33조(해약환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

④ 계약자가 제1항 제5호에 의하여 보험금을 받는 자(보험수익자)를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 보험대상자(피보험자)의 서면에 의한 동의가 있어야 합니다.

제6조 【계약자의 임의해지】

계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제33조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조 【계약의 소멸】

보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드리고 이 계약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제8조 【보험나이】

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

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제9조 【제1회 보험료 및 회사의 보장개시일】

- ① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때(자동이체납입 및 신용카드납입의 경우에는 자동이체신청 및 신용카드매출 승인에 필요한 정보를 제공한 때 다만 계약자의 귀책사유로 보험료 납입 및 승인이 불가능한 경우에는 그러하지 아니합니다)부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 그러나 회사가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙한 경우에는 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.(이하 제1회 보험료를 받은 날을 “보장개시일”이라 하며, 보장개시일을 “보험계약일”로 봅니다)
- ② 회사가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
- ③ 회사는 제2항에도 불구하고, 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.
 1. 제37조(계약전 알릴의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우
 2. 제36조(계약전 알릴의무)에 의하여 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 회사에 알린 내용 또는 건강진단내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
- ④ 청약서에 보험대상자(피보험자)의 직업 또는 직종별로 보험가입금액의 한도액이 명시되어 있음에도 그 한도액을 초과하여 청약을 하고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그 초과청약액에 대하여는 보장을 하지 아니합니다.

제10조 【제2회 이후 보험료의 납입】

계약자는 제2회 이후의 보험료를 계약체결시 납입하기로 약속한 날(이하 “납입기일”이라 합니다)까지 납입하여야 하며, 회사는 계약자가 보험료를 납입한 경우에는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융회사(우체국 포함)를 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사 발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.

제11조 【보험료의 자동대출납입】

- ① 계약자는 제12조[보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에 의한 보험료의 납입최고(독촉)기간이 경과되기 전까지 보험료의 자동대출납입을 서면으로 신청할 수 있으며, 이 경우 제47조(보험계약대출) 제1항에 의한 보험계약대출금으로 보험료가 자동적으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보험계약대출금과 보험계약대출이자를 합산한 금액이 해약환급금(당해 보험료가 납입된 것으로 계산한 금액을 말합니다)을 초과하는 때에는 보험료의 자동대출납입을 더 이상 할 수 없습니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 의한 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 최고한도로 하며, 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.
- ④ 보험료의 자동대출납입이 행하여진 경우라도 자동대출납입전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 보험계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출납입이 없었던 것으로 하여 제33조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제12조 【보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지】

- ① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 아니하는 때에는 납입기일 다음날부터 납입기일이 속하는 달의 다음달 말일까지를 납입최고(독촉)기간으로 하며, 회사는 제3항에서 정한 바에 따라 최고(독촉)하고 납입최고(독촉)기간안에 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 보험계약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 회사의 방문수금 불이행 또는 은행 납입통지서의 미교부, 자동이체 미신청 등 회사의 책임있는 사유로 인하여 계약자가 보험료를 납입하지 못한 경우에는 납입기일로부터 3개월이 되는 날까지를 납입최고(독촉)기간으로 하여 제1항을 적용합니다. 다만, 회사가 다시 보험료를 수금

또는 자동이체하기로 하거나 은행납입통지서를 교부하기로 한 경우에는 그 수금(자동이체) 또는 재교부일부터 15일이 되는 날을 새로운 납입기일로 하여 제1항의 납입최고(독촉)기간을 적용합니다.

③ 제2회 이후의 보험료가 납입기일까지 납입되지 아니하여 보험료 납입이 연체중인 경우에 회사는 계약자[타인을 위한 보험의 경우 특정된 보험금을 받는 자(보험수익자) 포함]에게 납입최고(독촉)기간 안에 연체된 보험료를 납입하여야 한다는 내용과 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 보험계약이 해지됨을 납입최고(독촉)기간이 끝나기 15일 이전까지 서면 또는 전화(음성녹음)로 알려 드립니다.

④ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제33조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제13조 【보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)】

① 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우 계약자는 해지된 날부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 회사가 이를 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 이 계약의 예정이율+1% 범위내에서 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다.

② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제1조(보험계약의 성립) 제2항 및 제3항, 제9조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시일), 제36조(계약전 알릴의무) 및 제37조(계약전 알릴의무위반의 효과) 및 제38조(계약 취소권의 행사제한)를 준용합니다.

제3관 보험금 등의 지급(회사의 주된 의무)

제14조 【“백혈병·골수암”의 정의 및 진단확정】

① 이 계약에 있어서 “백혈병·골수암”이라 함은 제15조(“암” 및 “기타피부암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암 중 백혈병·골수암 분류표(<부표5> 참조)에서 정한 암(이하 “백혈병·골수암”이라 합니다)을 말합니다.

② 백혈병·골수암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세침 흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기의 병리학적 진단이 가능

하지 않을 때에는 백혈병·골수암에 대한 임상학적 진단이 백혈병·골수암의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 백혈병·골수암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제15조 【“암” 및 “기타피부암”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 계약에 있어서 “암”이라 함은 제4차 한국표준질병사인분류 중 대상이 되는 악성신생물분류표(기타피부암 제외)(<부표6> 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 전암병소(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 계약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제4차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다. (이하 “기타피부암”이라 합니다)
- ③ 암 및 기타피부암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적 진단이 “암” 및 “기타피부암”의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 “암” 또는 “기타피부암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제16조 【“상피내암”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 계약에 있어서 “상피내암”이라 함은 한국표준질병사인분류 중 상피내의 신생물분류표(<부표7> 참조)에서 정한 질병을 말합니다. (이하 “상피내암”이라 합니다)
- ② 상피내암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적 진단이 “상피내암”의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 “상피내암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제17조 【“경계성 종양”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 계약에 있어서 “경계성 종양”이라 함은 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물분류표(<부표8> 참조)에서 정한 질병을 말합니다. (이하 “경계성 종양”이라 합니다)
- ② 경계성 종양의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적 진단이 “경계성 종양”의 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 “경계성 종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제18조 【“유괴·납치”의 정의】

이 계약에 있어서 “유괴·납치”라 함은 형법 제31장(약취와 유인의 죄)에서 정하는 범죄로 관할경찰서장이 발행하는 사고사실확인서를 기준으로 합니다.(이하 “유괴·납치”라 합니다)

제19조 【“조혈모세포이식”의 정의】

이 계약에 있어서 “조혈모세포이식(hematopoietic stem cell transplatation)”이라 함은 각종 혈액질환 및 악성종양 치료시 발생하는 골수부전상태를 정상적인 조혈모세포로 회복시킬 목적으로 조혈모세포를 이식하는 시술로서 관련법규에 따라 정부에서 인정한 무균실이 있는 골수이식의료기관에서 다음의 각 호에서 정한 동종(골수, 말초)조혈모세포이식, 자가(골수, 말초)조혈모세포이식, 제대혈조혈모세포이식 시술을 말합니다. 단, 조혈모세포를 제공하는 공여자로부터 조혈모세포를 채취하는 시술은 제외합니다.

- 가. “동종(allogenic)골수조혈모세포이식”이라 함은 정상적인 조혈모세포를 가진 공여자의 골수내조혈모세포를 골수부전상태에 있는 수혜자에게 투여하는 행위를 말합니다.
- 나. “동종(allogenic)말초조혈모세포이식”이라 함은 정상적인 조혈모세포를 가진 공여자의 말초혈액내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 수혜자에게 투여하는 행위를 말합니다.
- 다. “자가(autologous)골수조혈모세포이식”이라 함은 본인의 골수내 조혈모세포를 미리 채취하여 보관하였다가 골수부전상태에 있는 본인에게 다시

투여하는 행위를 말합니다.

라. “자가(*autologous*)말초조혈모세포이식”이라 함은 본인의 말초혈액내 조혈모세포를 미리 채취하여 보관하였다가 골수부전상태에 있는 본인에게 다시 투여하는 행위를 말합니다.

마. “제대혈조혈모세포이식”이라 함은 정상적인 조혈모세포가 있는 제대혈내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 본인 또는 타인에게 투여하는 행위를 말합니다.

제20조 【“주요법정전염병”의 정의 및 전염병환자의 진단확정】

① 이 계약에 있어서 “주요법정전염병”이라 함은 “대상이 되는 법정전염병 분류표”(<부표9>참조)에서 정한 질병(이하 「주요법정전염병」이라 합니다)을 말합니다.

② “주요법정전염병”의 진단확정은 전염병 환자를 진단할 수 있는 기관(<부표10> 참조)에서 전염병환자 진단기준(<부표11> 참조)에 의해 주요법정전염병 환자로 확정된 경우를 말하며, 법정전염병 접수사실 확인서(보건소 발행)에 의합니다.

제21조 【“어린이 고액치료비관련 질병”의 정의 및 진단확정】

① 이 계약에 있어서 “어린이 고액치료비관련 질병”이라 함은 제4차 한국표준질병사인분류표 중 어린이 고액치료비관련 질병분류표(<부표12>참조)에서 정한 질병(이하 “어린이 고액치료비관련 질병”이라 합니다)을 말합니다.

② “어린이 고액치료비관련 질병“의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 “의료기관”이라 합니다)의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의한 진단서에 의합니다.

제22조 【“화상”의 정의 및 진단확정】

① 이 계약에 있어서 “화상”이라 함은 제4차 한국표준질병사인분류 중 화상 분류표(<부표13>참조)에서 정한 항목(이하 “화상”이라 합니다)을 말합니다.

② 화상의 진단확정은 의료기관의 의사에 의한 진단서에 의합니다.

제23조 【“어린이 환경성질환”의 정의 및 진단확정】

① 이 계약에 있어서 “어린이 환경성질환”이라 함은 제4차 한국표준질병사인분류중 어린이 환경성질환 분류표(<부표14>참조)에서 정한 질병(이하 “환경성질환”이라 합니다)을 말합니다.

② 환경성질환의 진단확정은 의료기관의 의사에 의한 진단서에 의합니다.

제24조 【“시청각질환”의 정의 및 진단확정】

① 이 계약에 있어서 “시청각질환”이라 함은 제4차 한국표준질병사인분류 중 시청각질환분류표(<부표15>참조)에서 정한 질병(이하 “시청각질환”이라 합니다)을 말합니다.

② 시청각질환의 진단확정은 의료기관의 의사에 의한 진단서에 의합니다.

제25조 【“입원” 및 “수술”의 정의와 장소】

① 이 계약에 있어서 “입원”이라 함은 의사에 의하여 「어린이 고액치료비관련 질병」, 「화상」, 「환경성질환」, 「시청각질환」 및 질병 및 재해분류표(<부표16>참조)에서 정하는 질병 또는 재해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것(이하 “입원”이라 합니다)을 말합니다.

② 이 계약에 있어서 「어린이 고액치료비관련 질병」, 「화상」을 직접목적으로 하는 수술이라 함은 의사에 의하여 「어린이 고액치료비관련 질병」 및 「화상」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 적제(摘除)등의 조작을 가하는 것을 말하며, 흡인(吸引), 천자(穿刺), 적제(滴劑)등의 조치 및 신경(神經) BLOCK은 제외합니다.

③ 이 계약에 있어서 질병 또는 재해를 직접목적으로 하는 수술이라 함은 의사에 의하여 질병 및 재해분류표(<부표16>참조)에서 정하는 질병 또는 재해로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 수술·신생물 근처 방사선 조사 분류표(<부표17>참조)에서 정한 행위[기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 적제(摘除)등의 조작을 가하는 것을 말하며, 흡인(吸引), 천자(穿刺), 적제(滴劑)등의 조치 및 신경(神經) BLOCK은 제외]를 하는 것을 말합니다.

제26조 【“스쿨존(어린이보호구역)”의 정의】

이 계약에 있어서 “스쿨존(어린이보호구역)”이라 함은 <부표18>에서 정의한 “스쿨존(어린이보호구역)” (이하 “스쿨존”이라 합니다)을 말합니다.

제27조 【“스쿨존 교통사고”의 정의】

① 이 계약에 있어서 “스쿨존 교통사고”라 함은 스쿨존에서 스쿨존 교통사고 분류표(<부표19>참조)에서 정한 교통사고(이하 “스쿨존 교통사고”라 합니다)

를 말합니다.

② 스쿨존 교통사고는 관할경찰서에 교통사고로 접수된 경우에 한하며, 경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원 및 의료기관의 의사에 의한 진단서를 회사에 제출하여야 합니다.

제28조 【“골절”의 정의 및 진단확정】

① 이 계약에 있어서 “골절”이라 함은 “재해분류표”(<부표2>참조)에서 정한 재해(이하 “재해”라 합니다)를 직접적인 원인으로 구조상의 연속성이 완전하게 또는 불완전하게 끊어진 상태로 골절분류표(치아파절 제외)(<부표20>참조)에서 정하는 골절(이하 “골절”이라 합니다)을 말합니다.

② 이 계약에서 “골절”의 진단확정은 의료기관의 의사에 의한 진단서에 의합니다.

제29조 【보험금의 종류 및 지급사유】

회사는 보험대상자(피보험자)에게 다음 사항 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금(<부표 1> “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다.

1. 보험대상자(피보험자)가 보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때 : 만기축하금 지급
2. 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 「암(「백혈병·골수암」 포함)」, 「기타피부암」, 「상피내암」 또는 「경계성 종양」으로 진단확정 되었을 때 : 암진단급여금 지급(암, 기타피부암, 상피내암 및 경계성 종양 각각 최초 1회에 한함)
3. 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 교통재해분류표(<부표4>참조)에서 정하는 교통사고(이하 「교통재해」라 합니다)로 인하여 장해분류표(<부표3> 참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 교통재해장해급여금 지급
4. 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 「교통재해」 이외의 재해로 인하여 장해분류표(<부표3> 참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 일반재해장해급여금 지급
5. 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 「유괴·납치」의 피해자가 되었을 때(최초 1회에 한함) : 유괴·납치위로금 지급
6. 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 「조혈모세포이식술」을 받았을 경우(단, 최초 1회에 한함) : 조혈모세포 이식수술급여금 지급
7. 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 「주요법정전염병」으로 해당보건소에 신고되어 전염병환자로 진단확정 되었을 때 (진단1회당) : 법정전

염병진단급여금 지급

8. 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 「어린이 고액치료비관련 질병」 또는 「화상」으로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 수술하였을 때 (수술 1회당) : 특정질병수술급여금 지급[수술급여금에 추가지급]
9. 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 질병 및 재해분류표에서 정하는 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 수술·신생물 근치 방사선 조사 분류표에서 정하는 수술을 하였을 때(수술 1회당) : 수술급여금 지급
10. 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 「어린이 고액치료비관련 질병」, 「화상」, 「환경성질환」 또는 「시청각질환」으로 인하여 그 치료를 직접목적으로 4일이상 계속하여 입원하였을 때(3일초과 입원일수 1일당, 120일한도) : 특정질병입원급여금 지급[입원급여금에 추가지급]
11. 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 질병 및 재해분류표에서 정하는 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 4일이상 계속하여 입원하였을 때(3일초과 입원일수 1일당, 120일한도) : 입원급여금 지급
12. 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 스쿨존 교통사고가 발생하고, 그 스쿨존 교통사고를 직접적인 원인으로 치료를 받았을 때 (사고 1회당) : 스쿨존교통사고치료자금 지급(단, 12세까지만 보장함)
13. 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 재해가 발생하고 그 재해를 직접적인 원인으로 「골절」로 진단이 확정되었을 때(골절 1회당) : 재해골절치료자금 지급

제30조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 암(「백혈병·골수암」 포함, 기타피부암, 상피내암 및 경계성 종양 제외)으로 진단확정 되거나 장해분류표(<부표 3> 참조) 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 50%이상인 장해상태가 되었을 때에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제29조(보험금의 종류 및 지급사유)의 제1호의 경우 “살아있을 때”란 장해분류표(<부표3> 참조) 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 80%이상인 장해상태를 포함합니다.
- ③ 제7조(계약의 소멸)에는 보험대상자(피보험자)의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 호적에 기재된 경

우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.

④ 제29조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호의 경우 보험대상자(피보험자)가 보험계약일부터 1년 미만에 암(백혈병·골수암 포함, 기타피부암, 상피내암 및 경계성 종양 제외)에 대한 보험금 지급사유가 발생하였을 때에는 보험금의 50%를 지급합니다.

⑤ 제29조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호의 경우 보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 「백혈병·골수암 이외의 암」으로 진단확정 받고 그 후에 이와는 인과관계가 없는 「백혈병·골수암」으로 진단확정시 「백혈병·골수암」에 해당하는 암진단급여금에서 「백혈병·골수암」 추가진단시점의 「백혈병·골수암 이외의 암」에 해당하는 암진단급여금을 뺀 차액을 추가로 지급하여 드립니다. 그러나 「백혈병·골수암」으로 진단확정 받고 그 후에 「백혈병·골수암 이외의 암」으로 진단확정시 「백혈병·골수암 이외의 암」으로 인한 암진단급여금은 추가로 지급되지 않습니다.

⑥ 보험대상자(피보험자)가 보장개시일 이후에 사망하여 그 후에 암(백혈병·골수암 포함), 기타피부암, 상피내암 및 경계성종양을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로하여 제29조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호의 암진단급여금을 지급합니다. 단, 보장개시일의 전일 이전에 암(백혈병·골수암 포함), 기타피부암, 상피내암 및 경계성종양으로 진단이 확정된 경우에는 제외합니다.

⑦ 제1항 또는 제29조(보험금의 종류 및 지급사유)의 제3호 내지 제4호의 경우 재해로 인하여 장애상태가 되고 장애지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표(<부표3> 참조)에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑧ 제7항에 의하여 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 재해일부터 2년이내)중에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태(사망포함)를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.

⑨ 제1항 및 제16항에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑩ 제1항 또는 제29조(보험금의 종류 및 지급사유)의 제3호 내지 제4호의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표(<부표3> 참조)상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용합니다.

⑪ 제1항 또는 제29조(보험금의 종류 및 지급사유)의 제3호 내지 제4호의 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.

⑫ 제1항 또는 제29조(보험금의 종류 및 지급사유)의 제3호 내지 제4호의 경우 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 합산하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만 장애분류표(<부표3> 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑬ 제12항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표(<부표3> 참조)상의 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표(<부표3> 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑭ 제29조(보험금의 종류 및 지급사유) 제3호 내지 제4호에서 다른 재해로 인하여 장애가 2회이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장애지급률을 결정합니다. 그러나 그 장애가 이미 장애급여금을 지급받은 동일부위에 가중된 때에는 최종 장애상태에 해당하는 장애급여금에서 이미 지급받은 장애급여금을 뺀 금액을 지급합니다. 다만, 장애분류표(<부표3> 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑮ 제29조(보험금의 종류 및 지급사유) 제3호 내지 제4호에서 그 재해 전에 이미 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 장애가 있었던 보험대상자(피보험자)에게 그 신체의 동일 부위에 또 다시 제14항에 규정하는 장애상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 장애에 대한 장애급여금이 지급된 것으로 보고 최종 장애상태에 해당하는 장애급여금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 장애급여금을 빼고 지급합니다.

1. 이 계약의 보장개시전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 장애로 장애급여금의 지급사유가 되지 않았던 장애

2. 위 1호 이외에 이 보험의 규정에 의하여 장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 장애 또는 장해보험금이 지급되지 않았던 장애

⑯ 동일한 재해로 인한 장애지급률은 100%를 한도로 합니다.

⑰ 제29조(보험금의 종류 및 지급사유) 제5호의 경우 보험금을 받는 자(보험수익자)의 고의 또는 보험대상자(피보험자)의 직계존비속에 의한 “유괴·납치”는 보장하지 않습니다.

⑱ 제29조(보험금의 종류 및 지급사유) 제7호의 경우 향후 주요전염병에서 제외되는 전염병이 생길 경우, 그 해당 전염병은 보건소의 신고여부와 상관없이 의사의 진단에 따릅니다.

- ①⑨ 제29조(보험금의 종류 및 지급사유) 제9호의 수술급여금의 경우, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 때에는 그 수술 중 가장 높은 급여금에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 수술급여금을 지급합니다. 단, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술급여금을 지급합니다.
- ②⑩ 제19항에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어먹거나 말하기 기능과 관련된 신체부위, 머리, 목, 척추(등뼈), 체간골, 흉부장기·복부장기·비뇨생식기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌·우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.
- ②⑪ 제29조(보험금의 종류 및 지급사유) 제10호 내지 제11호의 특정질병입원급여금 및 입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다.
- ②⑫ 제29조(보험금의 종류 및 지급사유) 제10호 내지 제11호의 경우 보험대상자(피보험자)가 동일한 「어린이 고액치료비관련 질병」, 「화상」, 「환경성질환」, 「시청각질환」 또는 질병 및 재해분류표(<부표16>참조)에서 정하는 「질병 또는 재해」의 치료를 직접목적으로 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 보아서 각 입원일수를 합산하여 최초 3일에 대하여만 공제하며 제21항을 적용합니다.
- ②⑬ 제22항에도 불구하고 동일한 「어린이 고액치료비관련 질병」, 「화상」, 「환경성질환」, 「시청각질환」 또는 질병 및 재해분류표(<부표16>참조)에서 정하는 「질병 또는 재해」에 의한 입원이라도 입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일을 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
- ②⑭ 제29조(보험금의 종류 및 지급사유) 제10호 내지 제11호의 경우 보험대상자(피보험자)가 입원기간 중에 보험기간이 만료된 경우에는 그 계속중인 입원기간에 대하여도 제21항 내지 제22항에 따라 계속 입원급여금을 지급하여 드립니다.
- ②⑮ 보험대상자(피보험자)가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 아니한 때에는 회사는 특정질병입원급여금 및 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.
- ②⑯ 제29조(보험금의 종류 및 지급사유)의 특정질병수술급여금은 수술급여금에, 특정질병입원급여금은 입원급여금에 추가로 지급됩니다.
- ②⑰ 제29조(보험금의 종류 및 지급사유) 제12호의 경우 보험대상자(피보험자)가 12세까지 보장합니다.
- ②⑱ 제29조(보험금의 종류 및 지급사유) 제13호의 경우 동일한 재해를 직접적인 원인으로 복합골절 발생시에는 재해골절치료비는 1회만 지급하며, 의학적 처치 및 치료를 목적으로 골절을 시키는 경우에는 재해골절치료비를 지급하

지 아니합니다.

제31조 【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】

① 회사는 다음 중 어느 한가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생하였을 경우에는 보험금을 드리지 아니하거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 아니함과 동시에 이 계약을 해지(解止)할 수 있습니다.

1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우

그러나, 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.

2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우

그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 보험금을 받는 자(보험수익자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우

② 제1항 각 호의 사유로 인하여 회사가 이 계약을 해지하거나 계약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.

1. 제1항 제1호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드립니다.

2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드리지 아니합니다.

제32조 【전쟁, 기타 변란시의 보험금】

회사는 보험대상자(피보험자)가 전쟁, 기타변란으로 인하여 제29조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호 내지 제13호의 사유가 발생한 경우 그 수가 보험료 산출기초에 중대한 영향을 미칠 우려가 있다고 인정될 때에는 금융감독위원회의 인가를 얻어 보험금을 감액하여 지급합니다.

제33조 【해약환급금】

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

② 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제34조 【배당금의 지급】

이 계약은 무배당보험이므로 계약자배당금이 없습니다.

제35조 【소멸시효】

보험금 청구권, 보험료 및 환급금 반환청구권은 2년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성됩니다.

제4관 보험계약시 계약자의 계약전 알릴의무 등

제36조 【계약전 알릴의무】

계약자 또는 보험대상자(피보험자)는 청약시(진단계약의 경우에는 건강진단시 포함) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 “계약전 알릴의무”라 하며, 상법상 “고지의무”와 같습니다)합니다. 그러나, 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 및 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제37조 【계약전 알릴의무 위반의 효과】

① 회사는 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 제36조(계약전 알릴의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 때에는 그러하지 아니합니다.

1. 회사가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월이상 지났거나 또는 보장개시일로부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
3. 회사가 이 계약의 청약시 보험대상자(피보험자)의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 의하여 승낙 통지를 한때(계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 제외)
4. 보험을 모집한 자(이하 “보험설계사 등”이라 합니다)가 계약자 또는 보험대상자(피보험자)의 계약전 알릴의무사항을 임의로 기재한 경우

② 제1항의 중요한 사항이라 함은 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 인수하는 등 계약 인수에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

③ 회사는 제1항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약전 알릴의무 위반사실 뿐만 아니라 계약전 알릴의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 계약의 처리결과를 “반대 증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면으로 알려 드립니다.

④ 제1항에 의하여 계약을 해지하였을 때에는 해약환급금 또는 이미 납입한 보험료 중 많은 금액을 지급하여 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

⑤ 제36조(계약전 알릴의무)의 계약전 알릴의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당보험금을 지급하여 드립니다.

제38조 【계약취소권의 행사제한】

회사는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년 (진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이상 지났을 때에는 민법 제110조(사기에 의한 의사표시)에 의한 취소권을 행사하지 아니합니다.

그러나 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 대리진단, 약물복용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 에이즈의 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.

제5관 보험금 지급 등의 절차

제39조 【주소변경 통지】

① 계약자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

② 제1항에서 정한대로 계약자가 알리지 아니한 경우에는 계약자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 시일이 지난 때에는 계약자에게 도달한 것으로 봅니다.

제40조 【보험금을 받는 자(보험수익자)의 지정】

이 계약에서 계약자가 보험금을 받는 자(보험수익자)를 지정하지 아니한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)를 제29조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호의 경우는 계약자로 하고, 동조 제2호 내지 제13호의 경우는 보험대상자(피보험자)로 하며, 사망시는 보험대상자(피보험자)의 상속인으로 합니다.

제41조 【대표자의 지정】

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

제42조 【보험금 지급사유의 발생통지】

계약자 또는 보험대상자(피보험자)나 보험금을 받는 자(보험수익자)는 제29조(보험금의 종류 및 지급사유)에 정한 보험금 지급사유가 발생하였을 때에는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제43조 【보험금 등 청구시 구비서류】

- ① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 및 해약환급금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
 1. 청구서 (회사양식)
 2. 사고증명서 [진단서, 입원치료확인서, 수술증명서, 경찰서신고확인서 (관할경찰서 발행) 및 의사진단서, 법정전염병 접수사실 확인서(보건소 발행), 골절증명서 등]
 3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
 4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제44조 【보험금 등의 지급】

- ① 회사는 제43조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 지급합니다. 다만, 보험금의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수후 10영업일 이내에 지급합니다.
- ② 회사는 제29조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항에 해당하는 보험금의 지급시기가 도래할 때에는 도래일 7일 이전에 그 사유와 회사가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 알려드리며, 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 <부표21> “보험금 지급시의 적립이율 계산”과 같습니다.
- ③ 계약자, 보험대상자(피보험자) 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)는 제37조(계약전 알릴의무위반의 효과) 및 제1항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다.
- ④ 회사가 제1항의 지급사유 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우, 보험대상자(피보험자)는 정당한 사유가 없는 한 회사가 지정한 의사의 진단, 의료비의 심사, 기타의 조사를 받을 것(진단에 필요한 검사자료 등의 제출을 포함합니다)에 동의하여야 하며, 보험대상자(피보험자)가 지정한 의사와 회사가 지정한 의사가 진단 및 진료내용, 입원기간 등에 대하여 합의하여 정하는 때에는 그에 따라 보험금을 지급하여 드립니다. 그러나, 보험대상자(피보험자)의 의사와 회사의 의사가 합의에 도달하지 못하는 때에는 보험대상자(피보험자)와 회사가 동의하여 제3의 의사를 정하고 그 제3의 의사의 의견에 따릅니다. 이 약관에서 “회사가 지정한 의사” 및 “제3의 의사”는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 중에서 정하며, 이 항의 규정에 의한 의료비용은 회사가 부담합니다.
- ⑤ 제1항 내지 제4항에 의한 회사의 조사, 확인 또는 진단요청에 대하여 계약자, 보험대상자(피보험자) 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)가 정당한 사유없이 동의를 하지 아니하는 때에는 그 동의를 얻어 조사, 확인 또는 진단을 완료할 때까지 보험금(가지급보험금 포함)의 지급을 유예(猶豫)할 수 있으며, 이 때 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 아니합니다.
- ⑥ 회사가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도에 대하여 보험대상자(피보험자) 또는 보험

금을 받는 자(보험수익자)에게 서면으로 통지하여 드리며, 장해지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 보험금 지급이 지연되는 경우에는 보험금을 받는 자(보험수익자)의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금을 우선적으로 가지급할 수 있습니다.

제45조 【보험금 받는 방법의 변경】

- ① 계약자[보험금 지급사유 발생후에는 보험금을 받는 자(보험수익자)]는 회사의 사업방법서에 정한 바에 따라 제29조(보험금의 종류 및 지급사유)에 의한 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 분할지급 또는 일시지급 방법으로 변경할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 의하여 일시금을 분할하여 지급하는 경우에는 그 미지급 금액에 대하여 이 계약의 예정이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급하며, 분할지급금액을 일시금으로 지급하는 경우에는 이 계약의 예정이율로 할인한 금액을 지급합니다.

제46조 【계약내용의 교환】

회사는 보험계약의 체결 및 관리 등을 위한 판단자료로서 활용하기 위하여 다음 각호의 사항을 계약자 및 보험대상자(피보험자)의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련 단체 등에게 제공할 수 있으며, 이 경우 회사는 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 제23조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의) 및 동법 시행령 제12조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의 등)의 규정을 따릅니다.

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

제47조 【보험계약대출】

- ① 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 “보험계약대출”이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.
- ② 계약자는 제1항에 의한 보험계약대출금과 보험계약대출이자를 언제든지 상환할 수 있으며, 상환하지 아니한 때에는 보험금 또는 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 제지급금과 상계할 수 있습니다.
- ③ 회사는 제12조[보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에 따

라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금과 보험계약대출원리금을 상계할 수 있습니다.

제6관 분쟁조정 등

제48조 【분쟁의 조정】

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

제49조 【관할법원】

이 계약에 관한 소송은 계약자의 주소지를 관할하는 법원으로 합니다. 다만, 회사와 계약자가 합의하여 관할법원을 따로 정할 수 있습니다.

제50조 【약관의 해석】

- ① 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하여야 하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 아니합니다.
- ② 회사는 약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

제51조 【회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력】

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

제52조 【회사의 손해배상책임】

회사는 계약과 관련하여 임·직원, 보험설계사 및 대리점의 책임 있는 사유로 인하여 발생한 손해에 대하여 관계법규 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.

제53조 【준거법】

이 약관에 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

제54조 【예금보험에 의한 지급보장】

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

【태아가입특칙(胎兒加入特則)】

제55조 【특칙의 적용】

이 특칙은 보험대상자(피보험자)로 될 자가 보험계약체결시에 태아(胎兒)인 계약에 한하여 적용합니다.

제56조 【보험대상자(피보험자)】

제55조(특칙의 적용)의 태아(이하 “태아”라 합니다)는 출생시에 보험대상자(피보험자)로 됩니다.

제57조 【출생통지】

① 계약자는 보험대상자(피보험자)가 출생한 경우에는 지체없이 다음의 서류를 제출하여 이를 회사에 알려야 합니다.

1. 통지서 (회사양식)
2. 주보험대상자(피보험자)의 호적등본 또는 주민등록등본
3. 보험가입증서(보험증권)

② 제1항의 통지가 있는 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제58조 【유산(流産) 또는 사산(死産)시의 처리】

① 태아가 유산 또는 사산 등에 의해 출생하지 못한 경우에는 계약을 무효로 합니다.

② 계약자는 제1항의 사실이 발생한 경우에는 다음의 서류를 제출하여 이를 회사에 알려야 합니다.

1. 통지서(회사양식)
2. 의사 또는 조산원의 유산 또는 사산을 증명하는 서류
3. 보험가입증서(보험증권)
4. 최종 보험료 영수증

③ 제2항의 통지가 있는 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

제59조 【복수(複數)출생의 경우】

① 태아가 복수로 출생한 경우에는 호적상 선순위(先順位)로 기재된 자(이하 “선순위자”라 합니다)를 보험대상자(피보험자)로 합니다. 다만, 선순위자

가 태아 상태에서 보험대상자(피보험자)로 하여 기재결된 회사의 보험계약이 이미 있는 경우에는 선순위자가 아닌 동시에 출생한자 가운데 호적상 차순위(次順位)로 기재된 자(이하 “차순위자” 라 합니다)를 보험대상자(피보험자)로 합니다.

② 제1항의 보험대상자(피보험자)가 출생한 날부터 1년 이내에 사망하고 동시에 출생한 자가 생존하여 있는 경우에는 계약자는 보험대상자(피보험자)가 사망한 날부터 1개월 이내에 한해서 동시에 출생한 자 가운데 차순위자를 회사의 승낙을 얻어 새로운 보험대상자(피보험자)로 할 수 있습니다.

③ 제1항 내지 제2항에도 불구하고 보험대상자(피보험자)는 태아 상태로 회사의 보험계약을 1건을 초과하여 가입할 수 없으며, 초과하여 가입된 보험계약은 그 사실을 회사가 안 날로부터 1개월 이내에 계약을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 보험계약자에게 돌려드립니다.

④ 계약자가 제2항의 변경을 청구한 때에는 다음 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 새로 보험대상자(피보험자)로 될 자의 호적등본 또는 주민등록등본
3. 보험가입증서(보험증권)

⑤ 제2항의 변경을 회사가 승낙한 때에는 원래의 보험대상자(피보험자)의 사망시로 소급하여 그 변경이 행해진 것으로 하여 회사는 그 때부터 변경후의 보험대상자(피보험자)에 대해서 보험계약상의 보장을 합니다.

⑥ 제1항 및 제2항의 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

⑦ 다음의 경우에는 회사는 제2항의 변경을 취급하지 아니합니다.

1. 원래의 보험대상자(피보험자)에 대해서 제29조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호 내지 제13호에 의한 보험금이 이미 지급된 경우 또는 제29조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호 내지 제13호에 의한 보험금의 청구서류를 접수한 경우
2. 계약자가 원래의 보험대상자(피보험자)를 고의로 사망하게 하거나 재해 장해 상태가 되게 한 경우

제60조 【보험금 지급기준 적용나이】

보험금 지급기준표(<부표1> 참조)에서 적용하는 보험대상자(피보험자)나 이는 보험대상자(피보험자)가 출생한 날부터 계산합니다.

제61조 【가입나이의 계산 특례(特例)】

계약일에 있어서의 보험대상자(피보험자)의 가입나이는 0세로 합니다.

제62조 【계약일 및 가입나이의 변경】

- ① 회사가 제57조(출생통지) 제1항의 통지를 받은 경우 보험대상자(피보험자)의 출생일이 계약일부터 6개월을 초과한 때에는 회사는 계약일을 보험대상자(피보험자)의 출생일의 반년전의 해당일로 변경하며 이로 인하여 계약자의 가입나이가 바뀌어질 경우에는 이것을 변경합니다.
- ② 회사는 계약을 체결할 때 태아의 성(性)을 남자로 하고, 제57조(출생통지) 제1항의 통지를 받은 경우 보험대상자(피보험자)의 성(性)이 여자일 경우 그 해당일을 기준으로 보험대상자(피보험자)의 성(性)을 변경합니다.
- ③ 제1항 내지 제2항의 규정에 의해 계약자의 가입나이 또는 성(性)을 변경한 경우에는 회사는 변경후의 가입나이 또는 성(性)에 따라서 보험료를 변경합니다.
- ④ 제3항의 경우 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 변경하여 드리고, 이미 납입된 보험료를 정산하고 환급하여야 할 금액이 있을 때는 회사는 이를 계약자에게 지급하고 부족한 금액이 있을 때는 계약자는 이를 회사에 납입해야 합니다.

(부표 1)

보 험 금 지 급 기 준 표

(기준 : 1구좌)

구 분		지 급 사 유	지 급 금 액
만기축하금		보험기간 만기시 보험대상자(피보험자)가 살아있을 때	50%환급형 : 기납입 보험료의 50% 70%환급형 : 기납입 보험료의 70% 100%환급형 : 기납입 보험료의 100%
암진단 급여금	백혈병· 골수암	보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 「암(「백혈병·골수암」 포함)», 「기타피부암», 「상피내암», 「경계성종양」으로 진단확정되었을 때(암, 기타피부암, 상피내암 및 경계성종양 각각 최초 1회에 한함)	[1년이상] 1억원 [1년미만] 5,000만원
	백혈병· 골수암이외 의 암		[1년이상] 5,000만원 [1년미만] 2,500만원
	기타피부암 상피내암 경계성종양		300만원
교통재해 장해급여금		보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 「교통 재해」로 인하여 장해분류표에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때	1억원 × 해당 장해지급률
일반재해 장해급여금		보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 「교통재해」 이외의 재해로 인하여 장해분류표에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때	5,000만원 × 해당 장해지급률
유괴·납치 위로금		보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 「유괴·납치」의 피해자가 되었을 때(최초 1회에 한함)	500만원
조혈모세포 이식수술급여금		보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 「조혈모세포이식술」을 받았을때(단, 최초 1회에 한함)	2,000만원
법정전염병 진단급여금		보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 「주요법정전염병」으로 해당보건소에 신고되어 전염병환자로 진단 확정되었을 때	【 진단 1회당 】 50만원
특정질병 수술급여금		보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 「어린이 고액치료비 관련 질병」 또는 「화상」으로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 수술하였을 때 [수술급여금에 추가지급]	【 수술 1회당 】 어린이 고액치료비관련 질병 200만원 화상 50만원
수술급여금		보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 수술·신생물 근치방사선 조사분류표에서 정하는 수술을 하였을 때	【 수술 1회당 】 1종 10만원 2종 30만원 3종 50만원 4종 100만원 5종 300만원
특정질병 입원급여금		보험기간중 보험대상자(피보험자)가 「어린이 고액치료비관련 질병», 「화상», 「환경성질환», 「시청각질환」으로 인하여 그 치료를 직접목적으로 4일이상 계속하여 입원하였을 때 (단, 120일 한도) [입원급여금에 추가지급]	【 3일초과 입원일수 1일당 】 어린이 고액치료비관련 질병 7만원 화상 7만원 환경성 질환 2만원 시청각 질환 2만원
입원급여금		보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 질병 및 재해분류표에서 정하는 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 4일이상 계속하여 입원하였을 때(단, 120일 한도)	【 3일초과 입원일수 1일당 】 3만원
스쿨존교통사고 치료자금		보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 스쿨존 교통사고가 발생하고, 그 스쿨존 교통사고를 직접적인 원인으로 치료를 받았을 때(단, 12세까지만 보장함)	【 사고 1회당 】 30만원
재해골절 치료자금		보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 재해가 발생하고, 그 재해를 직접적인 원인으로 골절로 진단이 확정되었을 때	【 골절 1회당 】 30만원

※ 주요 법정전염병 : 법정전염병 중 일부 법정전염병을 제외함(세부사항은<부표9>“대상이 되는 법정전염병 분류표”참조)

※ 어린이 고액치료비관련 질병 : 소아백혈병, 골수암, 림프종, 골(뼈)암, 뇌수막종 (세부사항은 <부표12>“어린이 고액치료비관련 질병 분류표” 참조)

※ 환경성질환 : 아토피, 알레르기성 비염, 천식, 급성 기관지염, 폐렴, 외부 요인에 의한 폐질환, 중금속에 의한 질환, 특정 바이러스 출혈열 (세부사항은 <부표14>“어린이 환경성질환 분류표” 참조)

※ 시청각질환 : 눈 및 눈 부속기의 질환, 귀 및 목지름기의 질환 (세부사항은 <부표15>“시청각질환 분류표” 참조)

- 주) 1. 보험대상자(피보험자)가 암(단, 「백혈병·골수암」 포함, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양 제외)으로 진단확정 또는 장애분류표중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 50%이상인 장애상태가 되었을 때에는 차회이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
2. 만기축하금 지급사유에서 “살아있을 때”란 장애분류표 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 80%이상인 장애상태를 포함합니다.
3. 보험대상자(피보험자)가 사망시에는 책임준비금을 지급하여 드리고 그때부터 이 계약은 효력을 상실합니다.
4. 암(단, 「백혈병·골수암」 포함, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양 제외)의 경우 보험계약일부터 1년 미만에 지급사유 발생시에는 암진단급여금의 50%를 삭감하여 지급합니다.
5. 보험기간 중 「백혈병·골수암 이외의 암」으로 진단확정되고, 이후 이와는 인과관계가 없는 「백혈병·골수암」이 추가로 진단확정 되었을 경우에는 「백혈병·골수암」 진단급여금과 「백혈병·골수암」 추가진단시점의 「백혈병·골수암 이외의 암」 진단급여금과의 차액을 추가로 지급하여 드립니다. 그러나, 「백혈병·골수암」으로 진단확정되고, 그 후에 「백혈병·골수암 이외의 암」으로 진단확정시 「백혈병·골수암 이외의 암」으로 인한 진단급여금은 추가로 지급되지 않습니다.
6. 「유괴·납치위로금」의 경우 보험금을 받는 자(보험수익자)의 고의 또는 보험대상자(피보험자)의 직계존비속에 의한 “유괴·납치”에 의한 경우는 담보하지 않습니다.
7. 「법정전염병진단급여금」의 경우 주요전염병에서 제외되는 전염병이 생길 경우, 그 해당 전염병은 보건소의 신고여부와 상관없이 의사의 진단에 따릅니다.
8. 「특정질병수술급여금」 및 「특정질병입원급여금」은 각각 수술급여금 및 입원급여금에 추가로 지급됩니다.
9. 「스쿨존교통사고」란 스쿨존에서 「도로교통법」 제2조에서 규정하는 차의 교통으로 인하여 발생한 교통사고 중 인적 피해(부상)가 발생한 교통사고로서 관할경찰서에 교통사고로 접수된 사고를 말하며, 이는 경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원 및 의료기관의 의사에 의한 진단서를 기준으로 합니다.
10. 「스쿨존교통사고치료자금」의 경우 보험대상자(피보험자)가 12세까지 보장합니다.

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

- ① 한국표준질병·사인분류상의(S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 전염병 예방법 제2조 제1항 제1호에 정한 전염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
 - 과로 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
 - 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
 - 식량결핍(X53)
 - 수분결핍(X54)
 - 상세불명의 결핍(X57)
 - 고의적 자해(X60 ~ X84)
 - "법적 개입" 중 처형(Y35.5)
- ③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60-Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고
(단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 후에 합병증을 일으키게 한 외과적 및 내과적 처치(Y83-Y84)는 보장)
- ④ "자연의 힘에 노출(X30-X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
- ⑤ "불의의 물에 빠짐(W65-W74), 기타 불의의 호흡 위협(W75-W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장애 및 삼킴장애

※ ()안은 제4차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2002-1호, 2003.1.1 시행)상의 분류 번호이며, 제5차 개정 이후 위 1 및 2의 각호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함합니다.

1. 장애의 정의

- 1) “장애”라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태를 말한다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장애에 포함되지 않는다.
- 2) “영구적”이라 함은 원칙적으로 치유시 장애 회복의 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 치료종결후 한시적으로 나타나는 장애에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당장애 지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 정합니다.

2. 신체부위

“신체부위”라 함은 ① 눈 ② 귀 ③ 코 ④ 씹어먹거나 말하는 기능 ⑤ 외모 ⑥ 척추(등뼈) ⑦ 체간 골 ⑧ 팔 ⑨ 다리 ⑩ 손가락 ⑪ 발가락 ⑫ 흉·복부 장기 및 비뇨생식기 ⑬ 신경계·정신행동의 13개 부위를 말하며, 이를 각각 동일한 신체부위라 한다. 다만, 좌·우의 눈, 귀, 팔, 다리는 각각 다른 신체부위로 본다.

3. 기 타

- 1) 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 지급률만을 적용한다.
- 2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
- 3) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장애의 판정대상에 포함되지 않는다.
- 4) 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 개호여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가적으로 기재하여야 한다.

장해분류별 판정기준

1. 눈의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 두눈이 멀었을 때	100
2) 한눈이 멀었을 때	50
3) 한눈의 교정시력이 0.02이하로 된 때	35
4) 한눈의 교정시력이 0.06이하로 된 때	25
5) 한눈의 교정시력이 0.1 이하로 된 때	15
6) 한눈의 교정시력이 0.2 이하로 된 때	5
7) 한눈의 안구에 뚜렷한 운동장애나 뚜렷한 조절기능장애를 남긴 때	10
8) 한눈의 시야가 좁아지거나 반맹증, 시야협착, 암점을 남긴 때	5
9) 한눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때	5

나. 장애판정기준

- 1) 시력장애의 경우 공인된 시력검사표에 따라 측정한다.
- 2) “교정시력”이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 시력을 말한다.
- 3) “한 눈이 멀었을 때”라 함은 눈동자의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나(“광각무”) 겨우 가릴 수 있는 경우(“광각”)를 말한다.
- 4) 안구운동장애의 판정은 외상후 1년 이상 경과한 후에 그 장애정도를 평가한다.
- 5) “안구의 뚜렷한 운동장애”라 함은 안구의 주시야의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우나 정면 양안시에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 때를 말한다.
- 6) “안구의 뚜렷한 조절기능장애”라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 45세 이상의 경우에는 제외한다.
- 7) “시야가 좁아진 때”라 함은 시야각도의 합계가 정상시야의 60%이하로 제한된 경우를 말한다.
- 8) “눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때”라 함은 눈꺼풀의 결손으로 인해 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮여지지 않는 경우를 말한다.
- 9) “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.
- 10) 외상이나 화상 등에 의하여 눈동자의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 눈동자가 적출되어 눈자위의 조직요물(凹沒) 등에 의해 의안마저 삽입할 수 없는 상태이면 “뚜렷한 추상(추한 모습)”으로, 의안을 삽입할 수 있는 상태이면 “약간의 추상(추한 모습)”으로 지급률을 가산한다.
- 11) “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 피보험자에 유리한 것을 적용한다.

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

나. 장애판정기준

- 1) 청력장애는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB : decibel)로서 표시하고 3회 이상 청력검사를 실시한 후 순음평균역치에 따라 적용한다.
- 2) “한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB이상인 경우를 말한다.
- 3) “심한 장애를 남긴 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- 4) “약간의 장애를 남긴 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB이상인 경우에 해당되어, 50cm이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- 5) 순음청력검사를 실시하기 곤란하거나 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 “언어청력검사, 임피던스 청력검사, 뇌간유발반응청력검사(ABR), 자기청력계기검사, 이음향방사검사” 등을 추가 실시 후 장애를 평가한다.

다. 귓바퀴의 결손

- 1) “귓바퀴의 대부분이 결손된 때”라 함은 귓바퀴의 연골부가 1/2이상 결손된 경우를 말하며, 귓바퀴의 결손이 1/2미만이고 기능에 문제가 없으면 외모의 추상(추한 모습)장애로 평가한다.

3. 코의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 코의 기능을 완전히 잃었을 때	15

나. 장애판정기준

- 1) “코의 기능을 완전히 잃었을 때”라 함은 양쪽 코의 호흡곤란 내지는 양쪽 코의 후각기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감퇴는 장애의 대상으로 하지 않는다.
- 2) 코의 추상(추한 모습)장애를 수반한 때에는 기능장애와 각각 합산하여 지급한다.

4. 씹어먹거나 말하는 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애의 평가기준

- 1) 씹어먹는 기능의 장애는 상하치아의 교합(咬合), 배열상태 및 아래턱의 개폐운동, 연하(삼킴)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.
- 2) “씹어먹는 기능에 심한 장애를 남긴 때”라 함은 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
- 3) “씹어먹는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등) 외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
- 4) “씹어먹는 기능에 약간의 장애를 남긴 때”라 함은 어느 정도의 고형식(밥, 빵 등)은 섭취할 수 있으나 이를 씹어 잘게 부수는 기능에 제한이 뚜렷한 경우를 말한다.
- 5) “말하는 기능에 심한 장애를 남긴 때”라 함은 다음 4종의 어음 중 3종 이상의 발음을 할 수 없게 된 경우를 말한다.
 - ① 구순음(ㅁ, ㅂ, ㅍ)
 - ② 치설음(ㄴ, ㄷ, ㄹ)
 - ③ 구개음(ㄱ, ㅋ, ㆁ)
 - ④ 후두음(ㅇ, ㅎ)
- 6) “말하는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 2종 이상의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
- 7) “말하는 기능에 약간의 장애를 남긴 때”라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 1종의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
- 8) 뇌의 언어중추 손상으로 인한 실어증의 경우에도 말하는 기능의 장애로 평가한다.
- 9) “치아의 결손”이란 치아의 상실 또는 치아의 신경이 죽었거나 1/3 이상이 파절된 경우를 말한다.
- 10) 유상치 또는 가교의치 등을 보철한 경우의 지대관 또는 구의 장착치와 포스트, 인라인만을 한 치아는 결손된 치아로 인정하지 않는다.
- 11) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
- 12) 어린이의 유치와 같이 새로 자라서 갈 수 있는 치아는 장애의 대상이 되지 않는다.
- 13) 신체의 일부에 탈착분리 가능한 의치의 결손은 장애의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 외모에 뚜렷한 추상(추한 모습)을 남긴 때	15
2) 외모에 약간의 추상(추한 모습)을 남긴 때	5

나. 장해판정기준

- 1) “외모”란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
- 2) “추상(추한 모습)장해”라 함은 성형수술 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말하며, 재건수술로 흉터를 줄일 수 있는 경우는 제외한다.
- 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.

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)

- 1) 얼굴
 - ① 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)
 - ② 길이 10cm 이상의 추상 반흔(추한 모습의 흉터)
 - ③ 직경 5cm 이상의 조직함몰
 - ④ 코의 1/2이상 결손
- 2) 머리
 - ① 손바닥 크기 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
 - ② 머리뼈의 손바닥 크기 이상의 손상 및 결손
- 3) 목
손바닥 크기 이상의 추상(추한 모습)

라. 약간의 추상(추한 모습)

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

마. 손바닥 크기

“손바닥 크기”라 함은 해당 환자의 수지를 제외한 수장부의 크기를 말하며, 통산 12세 이상의 성인에서는 8×10cm(1/2 크기는 40㎢, 1/4 크기는 20㎢), 6~11세의 경우는 6×8cm(1/2 크기는 24㎢, 1/4 크기는 12㎢), 6세 미만의 경우는 4×6cm(1/2 크기는 12㎢, 1/4 크기는 6㎢)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) 심한 추간판탈출증(속칭 디스크)	20
8) 뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크)	15
9) 약간의 추간판탈출증(속칭 디스크)	10

나. 장애판정기준

- 1) 척추(등뼈)는 경추(목뼈) 이하를 모두 동일부위로 한다.
- 2) 척추(등뼈)의 장애는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 본 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.
- 3) 심한 운동장애
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정된 상태
- 4) 뚜렷한 운동장애
 - ① 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정된 상태
 - ② 머리뼈와 상위경추(상위목뼈: 제1,2목뼈)간의 뚜렷한 이상전위가 있을 때
- 5) 약간의 운동장애
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정된 상태
- 6) 심한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 35° 이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
- 7) 뚜렷한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 15° 이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
- 8) 약간의 기형
1개 이상의 척추의 골절 또는 탈구로 인하여 경도(가벼운 정도)의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
- 9) 심한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판탈출증(속칭 디스크)으로 인하여 추간판을 2마디이상 수술하거나 하나의 추간판이라도 2회이상 수술하고 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장애가 있는 경우
- 10) 뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판 1마디를 수술하여 신경증상이 뚜렷하고 특수 보조검사서 이상 있으며, 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우
- 11) 약간의 추간판탈출증(속칭 디스크)
특수검사(뇌전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI) 등)에서 추간판 병변이 확인되고 의학적으로 인정할 만한 하지방사통(주변부위로 뻗치는 증상) 또는 감각 이상이 있는 경우
- 12) 추간판탈출증(속칭 디스크)으로 진단된 경우에는 수술여부에 관계없이 운동장애 및 기형장애로 평가하지

아니한다.

7. 체간골의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 어깨뼈나 골반뼈에 뚜렷한 기형을 남긴 때	15
2) 빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈에 뚜렷한 기형을 남긴 때	10

나. 장애판정기준

- 1) “체간골”이라 함은 어깨뼈, 골반뼈, 빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈를 말하며, 이를 모두 동일부위로 한다.
- 2) “골반뼈의 뚜렷한 기형”이라 함은 아래와 같다.
 - ① 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm 이상 분리된 부정유합 상태 또는 여자에 있어서 정상분만에 지장을 줄 정도의 골반의 변형이 남은 상태
 - ② 나체가 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사를 통하여 측정한 각 변형이 20° 이상인 경우
- 3) “빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈 또는 어깨뼈에 뚜렷한 기형이 남은 때”라 함은 나체가 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사를 통하여 측정한 각 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.
- 4) 갈비뼈의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장애로 취급한다.

8. 팔의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 두팔의 손목이상을 잃었을 때	100
2) 한팔의 손목이상을 잃었을 때	60
3) 한팔의 3대관절중 1관절의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한팔의 3대관절중 1관절의 기능에 심한 장애를 남긴 때	20
5) 한팔의 3대관절중 1관절의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한팔의 3대관절중 1관절의 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
7) 한팔에 가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
8) 한팔에 가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때	10
9) 한팔의 뼈에 기형을 남긴 때	5

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 판정한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장애(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장애가 생긴 경우)와 일시적인 장애에 대하여는 장애보상을 하지 아니한다.

- 3) “팔”이라 함은 어깨관절(肩關節)부터 손목관절까지를 말한다.
- 4) “팔의 3대관절”이라 함은 어깨관절, 팔꿈치관절 및 손목관절을 말한다.
- 5) “한팔의 손목이상을 잃었을 때”라 함은 손목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치 관절 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
- 6) 팔의 관절기능 장애 평가는 팔의 3대관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정에는 미국의사협회(A.M.A.) “연구적 신체장애 평가지침”의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장애를 표시할 경우에는 장애부위의 장애각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장애상태를 명확히 한다.
 - 가) “기능을 완전히 잃었을 때”라 함은
 - ① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
 - ② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “0등급(Zero)”인 경우
 - 나) “심한 장애”라 함은
 - ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
 - ② 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “1등급(Trace)”인 경우
 - 다) “뚜렷한 장애”라 함은
 - ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
 - 라) “약간의 장애”라 함은
 - ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
- 7) “가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 8) “가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때”라 함은 요골과 척골중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 9) “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) 1상지(팔과 손가락)의 장애 지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.
- 2) 한 팔의 3대 관절중 1관절에 기능장애가 생기고 다른 1관절에 기능장애가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

9. 다리의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 두다리의 발목이상을 잃었을 때	100
2) 한다리의 발목이상을 잃었을 때	60
3) 한다리의 3대관절중 1관절의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한다리의 3대관절중 1관절의 기능에 심한 장애를 남긴 때	20
5) 한다리의 3대관절중 1관절의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한다리의 3대관절중 1관절의 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
7) 한다리에 가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
8) 한다리에 가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때	10
9) 한다리의 뼈에 기형을 남긴 때	5
10)한다리가 5cm 이상 짧아진 때	30
11)한다리가 3cm 이상 짧아진 때	15
12)한다리가 1cm 이상 짧아진 때	5

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 판정한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장애(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장애가 생긴 경우)와 일시적인 장애에 대하여는 장애보상을 하지 아니한다.
- 3) “다리”라 함은 엉덩이관절(股關節)로부터 발목관절까지를 말한다.
- 4) “다리의 3대 관절”이라 함은 고관절, 무릎관절 및 발목관절을 말한다.
- 5) “한다리의 발목이상을 잃었을 때”라 함은 발목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절의 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
- 6) 다리의 관절기능 장애 평가는 하지의 3대관절의 관절운동범위 제한 및 동요성 유무 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) “영구적 신체장애 평가지침”의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장애를 표시할 경우에는 장애부위의 장애각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장애상태를 명확히 한다.

가) “기능을 완전히 잃었을 때”라 함은

- ① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
- ② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “0등급(Zero)”인 경우

나) “심한 장애”라 함은

- ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
- ② 객관적 검사(스트레스 익스션)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
- ③ 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “1등급(Trace)”인 경우

다) “뚜렷한 장애”라 함은

- ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
- ② 객관적 검사(스트레스 익스션)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우

라) “약간의 장애”라 함은

- ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
- ② 객관적 검사(스트레스 익스션)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는

경우

- 7) "가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때"라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 8) "가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때"라 함은 경골과 종아리뼈중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 9) "뼈에 기형을 남긴 때"라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.
- 10) 다리의 단축은 상전장골극에서부터 경골내측과 하단까지의 길이를 측정하여 정상측 다리의 길이와 비교하여 단축된 길이를 산출한다.

다리 길이의 측정에 이용하는 골표적(bony landmark)이 명확하지 않은 경우나 다리의 단축장애 판단이 애매한 경우에는 scanogram을 통하여 다리의 단축정도를 측정한다.

다. 지급률의 결정

- 1) 1하지(다리와 발가락)의 장애 지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.
- 2) 한 다리의 3대 관절중 1관절에 기능장애가 생기고 다른 1관절에 기능장애가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

10. 손가락의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 한손의 5개 손가락을 모두 잃었을 때	55
2) 한손의 첫째 손가락을 잃었을 때	15
3) 한손의 첫째 손가락 이외의 손가락을 잃었을 때(1손가락 마다)	10
4) 한손의 5개손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	30
5) 한손의 첫째 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한손의 첫째 손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때(1손가락 마다)	5

나. 장애판정기준

- 1) 손가락에는 첫째 손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
- 2) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.
- 3) "손가락을 잃었을 때"라 함은 첫째 손가락에 있어서는 지관절로부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽으로 손가락을 잃었을 때를 말한다.
- 4) "손가락뼈 일부를 잃었을 때"라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼쪽으로 손가락뼈를 잃었거나 뼈조각이 떨어져 있는 것이 엑스선 사진으로 명백한 경우를 말한다.
- 5) "손가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때"라 함은 손가락의 생리적 운동영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때이며 이 경우 손가락관절의 굴신운동 가능영역에 의해 측정한다. 첫째 손가락 이외의 다른 네 손가락에 있어서는 제1, 제2지관절의 굴신운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.

다.

6) 한 손가락에 장애가 생기고 다른 손가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

11. 발가락의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 한발의 리스프랑관절 이상을 잃었을 때	40
2) 한발의 5개발가락을 모두 잃었을 때	30
3) 한발의 첫째발가락을 잃었을 때	10
4) 한발의 첫째발가락 이외의 발가락을 잃었을 때(1발가락마다)	5
5) 한발의 5개발가락 모두의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
6) 한발의 첫째발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	8
7) 한발의 첫째발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때(1발가락마다)	3

나. 장애판정기준

- 1) “발가락을 잃었을 때”라 함은 첫째 발가락에서는 지관절로부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽에서 잃었을 때를 말한다.
- 2) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
- 3) “발가락뼈 일부를 잃었을 때”라 함은 첫째 발가락에 있어서는 지관절, 다른 네 발가락에 있어서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼쪽에서 발가락뼈를 잃었을 때를 말하고 단순히 살점이 떨어진 것만으로는 대상이 되지 않는다.
- 4) “발가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 발가락의 생리적 운동 영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때를 말하며, 이 경우 발가락의 주된 기능인 발가락 관절의 굴신기능을 측정하여 결정한다.
- 5) 한 발가락에 장애가 생기고 다른 발가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

12. 흉·복부장기 및 비뇨생식기의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장애를 남긴 때	75
2) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	50
3) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장애를 남긴 때	20

나. 장애의 판정기준

- 1) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장애를 남긴 때”라 함은
 - ① 심장, 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
 - ② 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때
 - ③ 방광의 기능이 완전히 없어진 때
- 2) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은
 - ① 위, 대장 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때
 - ② 소장 또는 간장의 3/4이상을 잘라내었을 때
 - ③ 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
- 3) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장애를 남긴 때”라 함은
 - ① 비장 또는 한쪽의 신장 및 한쪽의 폐를 잘라내었을 때
 - ② 장루, 요도루, 방광누공, 요관 장문합이 남았을 때
 - ③ 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착으로 인공요도가 필요한 때
 - ④ 음경의 1/2이상이 결손되었거나 질구 협착 등으로 성생활이 불가능한 때
 - ⑤ 항문 괄약근의 기능장애로 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
- 4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기의 장애로 인하여 일상생활 기본동작에 제한이 있는 경우 “〈붙임〉일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”에 따라 장애를 평가하고 둘 중 높은 지급률을 적용한다.
- 5) 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장애의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계·정신행동 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 신경계에 장애가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때	10~100
2) 정신행동에 극심한 장애가 남아 타인의 지속적인 감시 또는 감금상태에서 생활해야 할 때	100
3) 정신행동에 심한 장애가 남아 감금상태에서 생활할 정도는 아니나 자해나 타해의 위험성이 지속적으로 있어서 부분적인 감시를 요할 때	70
4) 정신행동에 뚜렷한 장애가 남아 대중교통을 이용한 이동, 장보기 등의 기본적 사회 활동을 혼자서 할 수 없는 상태	40

장애의 분류	지급률
5) 극심한 치매 : CDR 척도 5점	100
6) 심한 치매 : CDR 척도 4점	80
7) 뚜렷한 치매 : CDR 척도 3점	60
8) 약간의 치매 : CDR 척도 2점	40
9) 심한 간질발작이 남았을 때	70
10) 뚜렷한 간질발작이 남았을 때	40
11) 약간의 간질발작이 남았을 때	10

나. 장애판정기준

1) 신경계

- ① “신경계에 장애를 남긴 때”라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계에 손상으로 인하여 “〈불임〉일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”의 5가지 기본동작중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.
- ② 위 ①의 경우 “〈불임〉일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장애로 인정하지 않는다.
- ③ 신경계의 장애로 인하여 발생하는 다른 신체부위의 장애(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장애로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- ④ 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 6개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장애를 평가한다.
그러나, 6개월이 경과하였다 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위내에서 장애 평가를 유보한다.
- ⑤ 장애진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

- ① 상기 정신행동장애 지급률에 미치지 않는 장애에 대해서는 “〈불임〉일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”에 따라 지급률을 산정하여 지급한다.
- ② 일반적으로 상해를 입은 후 24개월이 경과한 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 수상 후 18개월이 경과한 후에 판정할 수 있다. 다만, 장애는 충분한 전문적 치료를 받은 후 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로 인하여 고정되거나 중하게 된 장애에 대해서는 인정하지 아니한다.
- ③ 심리학적 평가보고서는 자격을 갖춘 임상심리 전문의가 시행하고 작성하여야 한다.
- ④ 전문의란 정신과 혹은 신경정신과 전문의를 말한다.
- ⑤ 평가의 객관적 근거
 - ㉠ 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등을 기초로 한다.
 - ㉡ 객관적 근거로 인정할 수 없는 경우
 - 보호자나 환자의 진술
 - 감정의의 추정 혹은 인정
 - 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌SPECT 등)

- 정신과 혹은 신경정신과 전문의가 시행하고 보고서를 작성하는 심리학적 평가보고서

- ⑥ 각종 기질성 정신장애와 외상후 간질에 한하여 보상한다.
- ⑦ 외상후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증, 편집증, 조울증(정서장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.
- ⑧ 정신 및 행동장애의 경우 개호인은 생명유지를 위한 동작 및 행동이 불가능하거나 지속적인 감금을 요하는 상태에 한하여 인정한다. 개호의 내용에서는 생명유지를 위한 개호와 행동감시를 위한 개호를 구별하여야 한다.

3) 치매

- ① “치매”라 함은
 - 뇌 속에 후천적으로 생긴 기질적인 병으로 인한 변화 또는 뇌 속에 손상을 입은 경우
 - 정상적으로 성숙한 뇌가 상기에 의한 기질성 장애에 의해서 파괴되었기 때문에 한번 획득한 지능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 경우
- ② 치매의 장애평가는 전문의에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사 결과에 따른다.

4) 간질

- ① “간질”이라 함은 돌발적 뇌파이상을 나타내는 뇌질환에 의거하여 발작(경련, 의식장애 등)을 반복하는 것을 말한다.
- ② “심한 간질 발작”이라 함은 월 8회 이상의 중증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작시 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장애 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.
- ③ “뚜렷한 간질 발작”이라 함은 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
- ④ “약간의 간질 발작”이라 함은 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
- ⑤ “중증발작”이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장애가 3분이상 지속되는 발작을 말한다.
- ⑥ “경증발작”이라 함은 운동장애가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

유형	제한정도에 따른 지급률
이동동작	- 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 지속적인 도움이 없이는 방밖을 나올 수 없는 상태(지급률 40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움없이 방밖을 나올 수 없는 상태(30%) - 목발 또는 walker를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태(20%) - 독립적인 보행은 가능하나 과행이 있는 상태, 난간을 잡지않고 계단을 오르내리기가 불가능한 상태, 계속하여 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태(10%)
음식물 섭취	- 식사를 전혀 할수 없어 계속적으로 튜브나 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%)
배변 배뇨	- 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 지속적인 도움이 필요한 상태(20%) - 화장실에 가서 변기위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 화장지로 닦고 옷을 입는 일에 다른 사람의 지속적인 도움이 필요한 상태(15%) - 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변후 뒤처리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%) - 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2시간 이상 계속되는 업무(운전, 작업, 교육 등)를 수행하는 것이 어려운 상태(5%)
목욕	- 다른 사람의 지속적인 도움없이 샤워 또는 목욕을 할 수 없는 상태(10%) - 샤워는 가능하나, 혼자서는 때밀기를 할 수 없는 상태(5%) - 목욕시 신체(등 제외)의 일부 부위만 때를 밀 수 있는 상태(3%)
옷입고 벗기	- 다른 사람의 지속적인 도움없이 전혀 옷을 챙겨 입을 수 없는 상태(10%) - 다른 사람의 지속적인 도움없이 상의 또는 하의 중 하나만을 착용할 수 있는 상태(5%) - 착용은 가능하나 다른 사람의 도움없이 마무리(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)는 불가능한 상태(3%)

(부표 4)

교 통 재 해 분 류 표

1. 이 보험에서 교통사고라 함은 다음에 정하는 사고를 말합니다.
 - 가. 주행중의 교통기관(이에 적재되어 있는 것을 포함합니다)의 충돌, 접촉, 화재, 폭발, 도주 등으로 인하여 그 운행중의 교통기관에 탑승하고 있지 아니한 피보험자가 입은 불의의 사고
 - 나. 운행중인 교통기관에 탑승하고 있는 동안 또는 승객으로서 개찰구를 갖는 교통기관의 승강장 구내(개찰구의 안쪽을 말합니다)에 있는 동안 피보험자가 입은 불의의 사고
 - 다. 도로 통행중 건조물, 공작물 등의 도괴 또는 건조물, 공작물 등으로부터의 낙화물로 인하여 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), 에레베이터 및 에스카레이타 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 불의의 사고일지라도 도로상에서 사람 또는 물건의 운반에 사용되고 있는 동안이나 도로상의 주행 중에 발생한 사고는 교통사고로 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 교통사고로 보지 아니합니다.
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.

(부표 5)

백혈병 · 골수암 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서, 「백혈병 · 골수암」으로 분류되는 질병은 제 4차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2002-1호, 2003. 1. 1시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분 류 번 호
다발성 골수종 및 악성 형질세포 신생물	C 9 0
림프 백혈병	C 9 1
골수성 백혈병	C 9 2
단핵구성 백혈병	C 9 3
명시된 세포형의 기타 백혈병	C 9 4
상세불명 세포형의 백혈병	C 9 5

제5차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(부표 6) **대상이 되는 악성신생물 분류표 (기타피부암 제외)**

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서, 악성신생물로 분류되는 질병은 제4차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2002-1호, 2003. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분 류 번 호
입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00 ~ C14
소화기관의 악성신생물	C15 ~ C26
호흡기 및 가슴내 장기의 악성신생물	C30 ~ C39
뼈 및 관절연골의 악성신생물	C40 ~ C41
흑색종	C43
중피성 및 연조직의 악성신생물	C45 ~ C49
유방의 악성신생물	C50
여성 생식기관의 악성신생물	C51 ~ C58
남성 생식기관의 악성신생물	C60 ~ C63
요로의 악성신생물	C64 ~ C68
눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부위의 악성신생물	C69 ~ C72
갑상샘 및 기타 내분비샘의 악성신생물	C73 ~ C75
불명확한, 속발성 및 상세불명부위의 악성신생물	C76 ~ C80
림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81 ~ C96
독립된(원발성) 다발성 부위의 악성신생물	C97

- 주) 1. 제5차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
 2. 기타 피부의 악성신생물(분류번호 C44)은 상기 분류표에서 제외됩니다.

(부표 7)

상피내의 신생물 분류표

약관에 규정하는 상피내의 신생물로 분류되는 질병은 제4차 개정 한국표준질병사인분류 (통계청 고시 제2002-1호, 2003. 1. 1시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분 류 번 호
1. 구강, 식도 및 위의 상피내 암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 상피내 암종	D01
3. 가운데귀 및 호흡기계통의 상피내 암종	D02
4. 상피내의 흑색종	D03
5. 피부의 상피내 암종	D04
6. 유방의 상피내 암종	D05
7. 자궁목의 상피내 암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 상피내 암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 상피내 암종	D09

제5차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(부표 8)

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에 규정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병은 제4차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2002-1호, 2003. 1. 1시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분 류 번 호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 가운데귀, 호흡기, 가슴내 장기의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추 신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비샘의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 진성 적혈구 증다증	D45
10. 골수 형성이상 증후군	D46
11. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물	D47
12. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

제5차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(부표 9)

대상이 되는 법정전염병 분류표

약관에 규정하는 “대상이 되는 법정전염병”으로 분류되는 질병은 「전염병예방법(일부개정 2007.01.03 법률 제8204호)」 제2조(정의) ①항 및 「전염병예방법 시행규칙(일부개정 2006.01.17 보건복지부령 제345호)」 제1조의2(제4군전염병의 종류)에 해당하는 질환 중 아래에 해당하는 질환을 말합니다.

구 분	대 상 이 되 는 질 환
제1군전염병 (6종)	콜레라, 페스트, 장티푸스, 파라티푸스, 세균성이질, 장출혈성대장균감염증
주요 제2군전염병 (8종)	디프테리아, 백일해, 파상풍, 홍역, 유행성이하선염, 풍진, 폴리오, 일본뇌염
주요 제3군전염병 (13종)	말라리아, 성홍열, 수막구균성수막염, 레지오넬라증, 비브리오패혈증, 발진티푸스, 발진열, 쯔쯔가무시증, 렙토스피라증, 브루셀라증, 탄저, 공수병, 신증후군출혈열(유행성출혈열)
주요 제4군전염병 (18종)	황열, 뎅기열, 마버그열, 에볼라열, 라싸열, 리슈마니아증, 바베시아증, 아프리카수면병, 크립토스포리디움증, 주혈흡충증, 요우스, 핀타, 두창, 보툴리눔독소증, 중증급성호흡기증후군, 조류인플루엔자 인체감염증, 야토병, 큐열

- 주) 1. 법정전염병 중 제2군전염병 중 “B형간염”, “수두” 제외, 제3군전염병 중 “결핵”, “한센병”, “성병”, “인플루엔자”, “후천성면역결핍증(AIDS)”는 제외, 제4군전염병 중 “급성출혈열증상, 급성호흡기증상, 급성설사증상, 급성황달증상 또는 급성신경증상을 나타내는 신종전염병증후군”은 제외합니다.
2. 전염병예방법 제2조(정의) ①항 중 5호 “지정전염병”, 6호 “생물테러전염병” 및 7호 “인수(인수)공통 전염병”은 대상에서 제외합니다.
3. 향후 「전염병예방법」 및 「전염병예방법 시행규칙」에서 제외되는 전염병이 생기더라도 신고여부와 상관없이 「주요법정전염병」의 보장대상에서는 제외되지 않습니다.

대상이 되는 주요법정전염병의 전염병환자 진단기준은 「전염병예방법 시행규칙(일부개정 2006.01.17 보건복지부령 제345호)」 제1조의 3(전염병환자 및 전염병의사환자를 진단할 수 있는 기관)에서 정한 기준을 말하며 세부내용은 다음을 말합니다.

1. 질병관리본부
2. 국립검역소
3. 특별시·광역시·도(이하 “시·도”라 한다) 보건환경연구원
4. 지역보건법 제7조의 규정에 의한 시·군·구(자치구의 구를 말한다. 이하 같다) 보건소
5. 의료법 제3조의 규정에 의한 의료기관중 임상병리와 전문의가 상근하는 기관
6. 의과대학

- 주) 1. 향후 전염병예방법 시행규칙 개정되어 “전염병환자를 진단할 수 있는 기관”의 내용이 변경된 경우, 변경된 내용을 적용합니다.
2. 향후 「전염병예방법」 및 「전염병예방법 시행규칙」에서 제외되는 전염병이 발생하는 경우 그 해당 전염병은 신고여부와 상관없이 의사의 진단에 따릅니다.

대상이 되는 주요법정전염병의 전염병환자 진단기준은 「전염병예방법 시행규칙(일부개정 2006.01.17 보건복지부령 제345호)」 제1조의 6(전염병 진단기준 등)에서 정한 기준을 말하며 세부내용은 다음을 말합니다.

1. 제1군전염병의 경우

- 전염병환자 : 해당전염병에 부합되는 임상적 특징을 나타내면서 대소변, 혈액, 구토물 등 검체에서 배양검사 등의 검사방법으로 전염병병원체가 확인된 자

2. 제2군전염병의 경우

- 전염병환자 : 해당전염병에 부합되는 임상적 특징을 나타내면서 대소변, 혈액, 뇌척수액, 타액, 뇌조직 등 검체에서 배양검사, 항체검출검사, 항원검출검사, 유전자검출검사 등의 검사방법으로 전염병병원체가 확인된 자. 다만, 과상풍의 경우에는 임상적 특징을 나타내는 것만으로도 환자로 진단한다.

3. 제3군전염병의 경우

- 전염병환자 : 해당전염병에 부합되는 임상적 특징을 나타내면서 대소변, 객담, 혈액, 뇌척수액, 흉수, 복수, 병변조직, 뇌조직 등 검체에서 배양검사, 암시야(暗視野)현미경검사, 항원검출검사, 항체검출검사, 유전자검출검사등의 검사방법으로 전염병병원체가 확인된 자

4. 제4군전염병의 경우

- 전염병환자 : 해당전염병에 부합되는 임상적 특징을 나타내면서 대소변, 혈액, 뇌척수액, 병변조직 등 검체에서 배양검사, 항원검출검사, 항체검출검사, 유전자검출검사 등의 검사방법으로 전염병병원체가 확인된 자

주) 향후 전염병예방법 시행규칙 개정되어 “전염병환자의 진단기준”의 내용이 변경된 경우, 변경된 내용을 적용합니다.

(부표 12)

어린이 고액치료비관련 질병 분류표

약관에 규정하는 「어린이 고액치료비 관련질병」으로 분류되는 질병은 제4차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2002-1호, 2003.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

구 분		분류코드	
소아백혈병	○ 림프성 백혈병	C91	
	○ 골수성 백혈병	C92	
	○ 단구성 백혈병	C93	
	○ 명시된 세포형의 기타 백혈병	C94	
	○ 상세불명 세포형의 백혈병	C95	
골수암	○ 다발성 골수종 및 악성 형질세포 신생물	C90	
림프종	○ 호지킨병	C81	
	○ 여포성(결절성) 비호지킨 림프종	C82	
	○ 미만성 비호지킨 림프종	C83	
	○ 말초 및 피부성 T-세포 림프종	C84	
	○ 기타 및 상세불명 형의 비호지킨 림프종	C85	
골(뼈)암	○ 사지의 뼈 및 관절연골의 악성신생물	C40	
	○ 기타 및 상세불명 부위의 뼈 및 관절연골의 악성신생물	C41	
뇌 수 막 종	뇌종양 (뇌암)	○ 수막의 악성신생물	C70
		○ 뇌의 악성신생물	C71
		○ 척수, 뇌신경 및 중추신경계통의 기타 부위의 악성신생물	C72
	양성 뇌수막종	○ 수막의 양성신생물	D32
		○ 뇌 및 기타중추신경계통 부위의 양성신생물	D33

※ 제5차 개정 이후 한국표준질병사인분류(KCD)에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서, 화상으로 분류되는 항목은 제4차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2002-1호, 2003.1.1 시행) 중 다음에 적은 항목을 말합니다.

분 류 항 목	분 류 번 호
1. 머리 및 목의 화상 및 부식	T20
2. 몸통의 화상 및 부식	T21
3. 손목 및 손을 제외한 어깨팔의 화상 및 부식	T22
4. 손목 및 손의 화상 및 부식	T23
5. 발목 및 발을 제외한 엉덩이 및 다리의 화상 및 부식	T24
6. 발목 및 발의 화상 및 부식	T25
7. 눈 및 부속기에 국한된 화상 및 부식	T26
8. 호흡기도의 화상 및 부식	T27
9. 기타 내부기관의 화상 및 부식	T28
10. 다발성 신체부위의 화상 및 부식	T29
11. 상세불명 신체부위의 화상 및 부식	T30
12. 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 화상	T31
13. 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 부식	T32

제5차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 약관에 해당하는 화상이 있는 경우에는 그 화상도 포함하는 것으로 합니다.

(부표 14)

어린이 환경성질환 분류표

환경성질환으로 분류되는 질병은 제4차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2002-1호, 2003.

1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

구 분	대상 질환 명	분류코드
아토피	아토피 피부염	L20
알레르기성 비염	혈관 운동성 및 알레르기성 비염	J30
천 식	천식 천식 지속상태	J45 J46
급성 기관지염	급성 기관지염 급성 세기관지염	J20 J21
폐 렴	달리 분류되지 않은 바이러스성 폐렴 폐렴사슬알균에 의한 폐렴 헤모필루스 인플루엔자에 의한 폐렴 달리 분류되지 않은 세균성 폐렴 달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴 달리 분류된 질환에서의 폐렴 상세불명 병원체의 폐렴	J12 J13 J14 J15 J16 J17 J18
외부 요인에 의한 폐질환	탄광부 진폐증 석면 및 기타 광섬유에 의한 진폐증 규소를 함유한 먼지에 의한 진폐증 기타 무기물먼지에 의한 진폐증 상세불명의 진폐증 결핵과 연관된 진폐증 특수 유기물먼지에 의한 기도질환 유기물먼지에 의한 과민성 폐렴 화학물질, 기체, 훈증기 및 물감의 흡입에 의한 호흡기 병태 고체 및 액체의 의한 폐렴 기타 외부요인에 의한 호흡기 병태	J60 J61 J62 J63 J64 J65 J66 J67 J68 J69 J70
중금속에 의한 질환	약물 및 중금속 유발성 세뇨관-사이질성 및 세뇨관 병태 정상적으로는 혈액내에 존재하지 않은 약물 및 기타 물질의 발견	N14 R78
특정 바이러스 출혈열	아레나바이러스 출혈열 달리 분류되지 않은 기타 바이러스 출혈열 상세불명의 바이러스 출혈열	A96 A98 A99

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

구 분	대상이 되는 질병	분류코드
눈 및 눈 부속기의 질환	눈꺼풀, 눈물기관 및 안와의 장애	H00 - H06
	결막의 장애	H10 - H13
	공막, 각막, 홍채 및 섬모체의 장애	H15 - H22
	수정체의 장애	H25 - H28
	맥락막 및 망막의 장애	H30 - H36
	녹내장	H40 - H42
	유리체 및 안구의 장애	H43 - H45
	시신경 및 시각경로의 장애	H46 - H48
	안근, 양안운동, 조절 및 굴절의 장애	H49 - H52
	시각 장애 및 실명	H53 - H54
	눈 및 눈부속기의 기타 장애	H55 - H59
귀 및 꼭지돌기의 질환	바깥귀의 질환	H60 - H62
	가운데귀 및 꼭지돌기의 질환	H65 - H75
	속귀의 질환	H80 - H83
	귀의 기타 장애	H90 - H95

제5차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(부표 16) 질병 및 재해 분류표(한국표준질병·사인분류)

1. 보장대상이 되는 질병 및 재해

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

- ① 한국표준질병·사인분류상의(A00~Y98)에 해당하는 질병 및 재해
- ② 전염병 예방법 제2조 제1항 제1호에 정한 전염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 질병 및 재해

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

- ① 정신 및 행동장애(F00~F99)로 인한 질병
- ② 선천 기형, 변형 및 염색체 이상(Q00~Q99)으로 인한 질병
- ③ 마약, 습관성 의약품 및 알콜중독으로 인하여 입원한 경우
- ④ 치의보철 및 미용상의 처치로 인하여 입원한 경우
- ⑤ 정상임신, 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인하여 입원한 경우
- ⑥ 질병을 직접적인 원인으로 하지 아니하는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인하여 입원한 경우
- ⑦ 치료를 수반하지 아니하는 건강진단으로 인하여 입원한 경우

※ () 안은 제4차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2002-1호, 2003.1.1 시행)상의 분류번호이며, 제5차 개정이후 위 1 및 2의 각호에 해당하는 질병 및 재해가 있는 경우에는 그 질병 및 재해도 포함합니다.

〈수술 분류표〉

I. 일반질병 및 재해치료 목적의 수술

구 분	수 술 명	수술종류
피부·유방의 수술	1. 피부 이식술(移植術) [25cm ² 미만은 제외, 피부의 양성종양 제거술 제외]	3
	2. 유방 절단술(切斷術, Mastectomy)	3
근골(筋骨)의 수술 〔발정술(拔釘 術) 등 내고정 물 제거술, 비 (非)관혈적(觀 血的) 정복술 (整復術)은 제 외함〕 〔치(齒)·치 은·치근(齒 根)·치조골 (齒槽骨)의 처 치, 임플란트 (Implant) 등 치과 처치에 수반하는 것은 제외함〕	3. 골(骨) 이식술	2
	4. 골수염(骨髓炎)·골결핵(骨結核) 관혈수술(觀血手術) 〔농양(膿瘍)의 절개는 제외함〕	3
	5. 두개골(頭蓋骨, cranium) 관혈수술 〔비골(鼻骨)·비중격(鼻中隔)·상악골(上顎骨)·하악골(下顎骨)·악관절 (顎關節)은 제외함〕	3
	6. 비골(鼻骨) 관혈수술 〔비중격 만곡증(彎曲症) 수술, 수면중 무호흡 수술은 제외〕	1
	7. 상악골(上顎骨)·하악골(下顎骨)·악관절(顎關節) 관혈수술	2
	8. 척추골(脊椎)·골반골(骨盤骨) 관혈수술	3
	9. 쇄골(鎖骨)·견갑골(肩胛骨)·늑골(肋骨)·흉골(胸骨) 관혈수술	2
	10. 사지(四肢) 절단술 [손가락, 발가락은 제외함]	3
	11. 절단(切斷)된 사지(四肢) 재접합술(再接合術) 〔골·관절의 이단(離斷)에 수반하는 것〕	3
	12. 사지골(四肢骨)·사지관절(四肢關節) 관혈수술 [손가락, 발가락은 제외함]	2
	13. 근(筋)·건(腱)·인대(靱帶) 관혈수술 〔손가락, 발가락은 제외함. 근염(筋炎), 결절종(結節腫), 점액종(粘液腫) 수술은 제외함〕	1
호흡기계·흉부 (胸部)의 수술	14. 만성부비강염(慢性副鼻腔炎) 근본수술(根本手術)	1
	15. 후두(喉頭) 전적제술(全摘除術)	3
	16. 기관(氣管)·기관지(氣管支)·폐(肺)·흉막(胸膜) 관혈수술 〔개흉술(開胸術, Thoracotomy)을 수반하는 것〕	4
	17. 폐장(肺臟) 이식수술 [수용자(受容者)에 한함]	5
	18. 흉곽(胸郭) 형성술(形成術)	3
순환기계·비장 (脾腸)의 수술	19. 종격종양(縱隔腫瘍) 적출술(摘出術) [개흉술을 수반하는 것]	4
	20. 관혈적(觀血的) 혈관 성형술(血管成形術, Angioplasty)·혈관 우회술 (迂廻術, Bypass operation)	3
	21. 하지 정맥류(靜脈瘤) 근본수술	1
	22. 대동맥(大動脈)·대정맥(大靜脈)·폐동맥(肺動脈)·관동맥(冠動脈) 관혈수술 [개흉술, 개복술을 수반하는 것]	5
	23. 심막(心膜) 절개봉합술(切開縫合術)	4
	24. 직시하 심장내(直視下 心臟內) 관혈수술 [개흉술을 수반하는 것]	5
	25. 심장 이식수술 [수용자에 한함]	5
	26. 체내용(體內用) 인공심박조율기(人工 心搏 調律機, Artificial pacemaker) 매입술(埋入術)	3
	27. 비장(脾腸) 적제술	3

소화기계의 수술	28. 이하선종양(耳下腺腫瘍) 적출술	3
	29. 악하선종양(顎下腺腫瘍) 적출술	2
	30. 식도(食道) 이단술(離斷術) 〔개흉술, 개복술(開腹術, Laparotomy)을 수반하는 것〕	4
	31. 위 절제술(胃 切除術, Gastrectomy) 〔개복술을 수반하는 것〕	4
	32. 기타의 위·식도 수술 〔개흉술, 개복술을 수반하는 것〕	3
	33. 전신성 복막염(全身性 腹膜炎, Generalized peritonitis) 수술	3
	34. 간장(肝臟)·췌장(胰臟) 관혈수술 〔개복술을 수반하는 것〕	4
	35. 담낭(膽囊)·담도(膽道) 관혈수술 〔개복술을 수반하는 것〕	3
	36. 간장 이식수술〔수용자에 한함, 개복술을 수반하는 것〕	5
	37. 췌장 이식수술 〔개복술을 수반해야하며 수용자에 한함〕 〔랑게르한스 소도(Islet of Langerhans)세포 이식수술은 췌장이식에서 제외함〕	5
	38. 담도계 결석 치료를 위한 체외충격파 쇄석술(體外衝擊破碎石術, E.S.W.L) 〔시술 개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함〕	2
	39. 탈장(脫腸) 근본수술	1
	40. 충수(蟲垂) 절제술(충수염 관련 충수주위 농양수술·국한성 복막염 수술 포함), 맹장봉축술(盲腸縫縮術)	2
	41. 직장탈(直腸脫) 근본수술	2
비뇨기계· 생식기계의 수술	42. 소장(小腸)·결장(結腸)·직장(直腸)·장간막(腸間膜) 관혈수술 〔개복술을 수반하는 것〕	4
	43. 근치(根治)를 목적으로 한 치루(痔瘻)·탈항(脫肛)·치핵(痔核)근본수술 〔근치를 목적으로 하지 않은 수술은 제외함〕	1
	44. 신장(腎臟)·신우(腎盂)·요관(尿管) 관혈수술 〔개복술을 수반하는 것. 경요도적 조작은 제외함〕	4
	45. 방광(膀胱) 관혈수술 〔경요도적 조작, 방광류교정술은 제외함〕	2
	46. 신장(腎臟) 이식수술(移植手術) 〔수용자에 한함〕	5
	47. 요로 결석 치료를 위한 체외충격파 쇄석술(體外衝擊破碎石術, E.S.W.L) 〔시술 개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함〕	2
	48. 요도협착(尿道狹窄) 관혈수술 〔경요도적 조작은 제외함〕	3
	49. 요루폐쇄(尿瘻閉鎖, Urinary fistulectomy) 관혈수술 〔경요도적 조작은 제외함〕	3
	50. 음경(陰莖) 절단술	3
	51. 고환(睪丸)·부고환(副睪丸)·정관(精管)·정색(精索)·정낭(精囊) 관혈수술, 전립선(前立腺) 관혈수술	2
	52. 음낭수종(陰囊水腫) 근본수술	1
	53. 자궁(子宮) 전(全)절제술	2
	54. 자궁경관(子宮頸管) 형성술, 자궁경관 봉축술(縫縮術)	1
	55. 제왕절개만출술(帝王切開娩出術)	1
	56. 자궁외 임신(子宮外 妊娠) 수술	2
	57. 자궁탈(子宮脫)·질탈(膺脫) 근본수술	1
	58. 기타의 자궁수술 〔자궁경관 Polyp 절제술, 인공임신중절술(人工妊娠中絶術)은 제외함〕	1
	59. 난관(卵管)·난소(卵巢) 관혈수술 〔경질적(經腔的) 조작은 제외함〕	2
	60. 기타의 난관(卵管), 난소(卵巢) 수술	1

내분비계의 수술	61. 뇌하수체종양(腦下垂體腫瘍) 관혈적 적제술	5
	62. 갑상선(甲狀腺)·부갑상선(副甲狀腺) 절제술	3
	63. 부신(副腎) 전(全)적제술	4
신경계의 수술	64. 두개내(頭蓋內) 관혈수술 〔개두술(開頭術, Craniotomy)을 수반하는 것〕	5
	65. 신경(神經) 관혈수술 〔형성술, 이식술, 절제술, 감압술(減壓術), 개방술, 염제술(捻除術)]〕	2
	66. 관혈적 척수종양(脊髓腫瘍) 적출술(摘出術)	4
	67. 척수경막내외(脊髓硬膜內外) 관혈수술	3
시각기 (視覺器)의 수술	68. 안검하수증(眼檢下垂症) 수술	1
	69. 누소관(淚小管) 형성술	2
	70. 누낭비강(淚囊鼻腔) 문합술(吻合術)	2
	71. 결막낭(結膜囊) 형성술	2
	72. 각막(角膜) 이식술	2
	73. 관혈적 전방(前房)·홍채(虹彩)·조자체(硝子體)·안와내(眼窩內) 이물제거술(異物除去術)	2
	74. 홍채(虹彩) 전후유착박리술(前後癒着剝離術)	2
	75. 녹내장(綠內障) 관혈수술	3
	76. 백내장(白內障)·수정체(水晶體) 관혈수술	1
	77. 조자체(硝子體) 관혈수술	2
	78. 망막박리(網膜剝離) 수술	2
	79. 레이저(Laser)·냉동응고(冷凍凝固)에 의한 안구(眼球) 수술 〔시술 개시일부터 60일 간에 1회의 급여를 한도로 함〕	2
	80. 안구 적제술, 조직충전술(組織充填術)	3
청각기 (聽覺器)의 수술	81. 안와종양(眼窩腫瘍) 적출술	3
	82. 안근(眼筋) 이식술	2
	83. 관혈적 고막(鼓膜)·고실(鼓室) 형성술〔고막 패치술은 제외〕	3
	84. 유양동 삭개술(乳樣洞 削開術, mastoidectomy)	1
	85. 만성중이염 중이(中耳) 근본수술	2
상기 이외의 수술 〔검사, 처치, 약물주입요법은 포함하지 않음〕	86. 내이(內耳) 관혈수술	3
	87. 청신경종양(聽神經腫瘍) 적출술〔개두술(開頭術)을 수반하는 것〕	5
	88. 상기 이외의 개두술(開頭術)	3
	89. 상기 이외의 개흉술(開胸術)	3
	90. 상기 이외의 개복술(開腹術)	2
	91. 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술·또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적 수술〔시술 개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함〕	3
	91-1. 뇌, 심장 91-2. 후두, 흉부장기(심장 제외), 복부장기, 척추, 사지관절 (손가락, 발가락은 제외)	2
	92. 요실금수술, 방광류교정술	1

㉠ 상기 1 ~ 90항의 수술중 내시경(Fiberscope)을 이용한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적(經皮的, Percutaneous) 수술은 91항을 적용합니다

II. 악성신생물 치료목적의 수술

수 술 명	수술종류
1. 관혈적 악성신생물(惡性 新生物) 근치수술(根治手術, Radical curative surgery) [내시경 수술, 카테터·고주파 전극 등의 경피적 수술 등은 제외함]	5
2. 내시경 수술, 카테터·고주파 전극 등에 의한 악성신생물 수술 [시술 개시일로부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함]	3
3. 상기 이외의 기타 악성신생물수술 [시술 개시일로부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함]	2

- ㉠ 1.상피내암·경계성 종양에 대한 수술은 'I.일반질병및재해 치료 목적의 수술' 항목의 적용을 받음
2.카테터(Catheter)를 이용한 흡인·천자·약물주입요법은 포함하지 않음

〈악성신생물 근치·두개내신생물 근치 방사선 조사 분류표〉

방 사 선 조 사 분 류 항 목	종 류
1. 악성신생물 근치 방사선 조사 [5,000 Rad 이상의 조사(照射)를 하는 경우에 한정하며, 악성 신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료(定位的 放射線 治療, Stereotactic radiotherapy)를 포함함]	3
2. 두개내 신생물 근치 감마 나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료	3

- ㉠ 1.시술 개시일로부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함
2.고식적(姑息的)·보조적(補助的)·근치 목적 이외의 방사선 조사는 제외함

(수술·신생물 근치 방사선 조사분류표 사용 지침)

- “수술”이라 함은 의사,치과 의사 또는 한의사의 자격을 가진 자가 보험대상자(피보험자)의 질병 또는 재해로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 <수술·신생물 근치 방사선 조사분류표>(별표1 참조)에 정한 행위[기구를 사용하여 생체(生体)에 절단(切斷), 적제(摘除) 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 흡인(吸引), 천자(穿刺), 적제(滴劑) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK은 제외]를 하는 것을 말합니다.
- ‘관혈(觀血)’수술이라 함은 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말합니다.
- ‘근본(根本)’ 혹은 ‘근치(根治)’수술이라 함은 일회의 수술로 해당 질병을 완전히 치유할 수 있는 수술을 말합니다.
- ‘관혈적 악성신생물 근치수술’이라 함은 관혈적 방법을 통해 악성신생물의 원발 병소를 완전히 절제, 적제, 적출하고 혹은 광청술을 함께 실시한 경우입니다
- <수술·신생물 근치 방사선 조사분류표> 상에 열거되지 않은 선진의료적 첨단 수술에 대한 인정 및 적용 기준
<수술 분류표>에서의 선진의료적 첨단 수술은 상기 “수술”의 정의에 해당하여야 하고 약물투여치료, 방사선조사치료 또는 기타의 보존적 치료로 분류될 수 없는 경우이어야 합니다
1) <수술·신생물 근치 방사선 조사분류표> 상의 수술을 대신하여 완치율이 높고 일반적으로 의학계에서 인정하고 있는 첨단 수술기법으로 치료한 경우 <수술·신생물 근치 방사선 조사분류표> 상의 동일 부위 수술로 봅니다. 이때에 해당 선진의료적 첨단 수술은 보험기간 중 시술 개시일로부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 합니다.
2) 단, 이 선진의료적 첨단 수술이 본질적으로 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적 수술인 경우에는 <수술 분류표> 중 ‘일반질병 및 재해치료 목적의 수술’ 91항(악성신생물의 경우는 ‘악성신생물 치료목적의 수술’ 2항)을 우선 적용합니다.

6. '악성 신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife: 선형가속기에서 발생하는 가느다란 방사선 이용) 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 60 방사성 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 수술·신생물 근치 방사선 급여금 지급대상에서 보장을 제외합니다

- 1) 미용 성형상의 수술
- 2) 피임(避妊) 목적의 수술
- 3) 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査) 등]

“스쿨존(어린이 보호구역)”은 「도로교통법」 제12조(어린이보호구역의 지정 및 관리)에서 정한 스쿨존(어린이보호구역)을 말합니다.

<도로교통법 제12조 1>

시장등은 교통사고의 위험으로부터 어린이를 보호하기 위하여 필요하다고 인정하는 때에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 시설의 주변도로 가운데 일정 구간을 어린이 보호구역(초등학교등의 주 출입문을 중심으로 반경 300미터이내의 도로중 일정구간)으로 지정하여 차의 통행을 제한하거나 금지하는 등 필요한 조치를 할 수 있다.

1. 「유아교육법」 제2조의 규정에 의한 유치원, 「초·중등교육법」 제38조 및 제55조의 규정에 의한 초등학교 또는 특수학교
2. 「영유아보육법」 제10조의 규정에 의한 보육시설 가운데 행정자치부령이 정하는 보육시설

※ 스쿨존(어린이보호구역) 지정절차 및 기준 : 「도로교통법」 제12조(어린이 보호구역의 지정 및 관리) 제2항의 규정에 의하여 교육인적자원부·행정자치부·건설교통부의 공동부령으로 정한 「어린이보호구역의 지정 및 관리에 관한 규칙」 제3조(보호구역의 지정)에 의거함.

주) 향후 「도로교통법」 및 「어린이보호구역의 지정 및 관리에 관한 규칙」이 개정된 경우, 개정된 내용을 적용합니다.

“스쿨존 교통사고” 라 함은 스쿨존(어린이보호구역)에서 「도로교통법」 제2조에서 규정하는 차의 교통으로 인하여 발생한 교통사고 중 인적 피해(부상)가 발생한 교통사고를 말합니다.

1. “차” 라 함은 아래의 경우를 말합니다.

가. 자동차

나. 건설기계

다. 원동기장치자전거

라. 자전거

마. 사람 또는 가축의 힘이나 그 밖의 동력에 의하여 도로에서 운전되는 것. 다만, 철길이나 가설된 선에 의하여 운전되는 것, 유모차와 행정자치부령이 정하는 신체 장애인용 의자차를 제외한다.

2. “부상” 이라 함은 아래의 중상, 경상, 부상신고에 해당하는 경우를 말합니다.

가. 중상 - 교통사고로 인하여 3주 이상의 치료를 요하는 부상을 입은 경우

나. 경상 - 교통사고로 인하여 5일 이상 3주 미만의 치료를 요하는 부상을 입은 경우

다. 부상신고 - 교통사고로 인하여 5일 미만의 치료를 요하는 부상을 입은 경우

(부표 20)

골 절 분 류 표(치아과절 제외)

대상이 되는 “재해골절(치아과절 제외)”은 제4차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2002-1호, 2003.1.1시행)중 다음에 적은 항목을 말합니다.

분 류 항 목	분 류 번 호
1. 머리뼈 및 얼굴뼈의 골절(치아과절 제외)	S02(S02.5는 제외)
2. 목의 골절	S12
3. 갈비뼈, 복장뼈 및 등뼈의 골절	S22
4. 허리뼈 및 골반의 골절	S32
5. 어깨 및 팔죽지의 골절	S42
6. 아래팔의 골절	S52
7. 손목 및 손부위에서의 골절	S62
8. 넓적다리뼈의 골절	S72
9. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
10. 발목을 제외한 발의 골절	S92
11. 다발성 신체부위의 골절	T02
12. 상세불명 부위의 척추의 골절	T08
13. 상세불명 부위의 팔 골절	T10
14. 상세불명 부위의 다리 골절	T12
15. 상세불명 신체부위의 골절	T14.2

제5차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 항목에 추가로 분류가 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

(부표 21)

보험금 지급시의 적립이율 계산

구 분		부 리 기 간	지 급 이 자
암진단급여금 교통재해/일반재해 장해급여금 유괴·납치위로금 조혈모세포이식수술급여금 법정전염병진단급여금 특정질병수술급여금/수술급여금 특정질병 입원급여금/입원급여금 스쿨존교통사고치료자금 재해골절치료자금 (제29조 제2호 내지 제13호)		지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기 간	보험계약대출이율
만기축하금 (제29조 제1호)	회사가 보험금의 지급시기 도 래 7일이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 아니한 경우	보험금지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	예정이율
	회사가 보험금의 지급시기 도 래 7일이전에 지급할 사유와 금액을 알린 경우	보험금지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	- 1년이내 : 예정이율의 50% - 1년초과기간 : 1%
	보험금청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간		예정이율 + 1%
	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간		보험계약대출이율
해약환급금 (제33조 제1항)	해약환급금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 해약환급 금 청구일까지의 기간		- 1년이내 : 예정이율의 50% - 1년초과기간 : 1%
	해약환급금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간		예정이율 + 1%
	지급기일의 다음날부터 해약환급금 지급일까지의 기간		보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 소멸시효(제35조)가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
 2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.

무배당 신한아이사랑보험Plus
통원특약 약관

※ 이 특약은 선택에 의하여 해당보험료를 납입한 계약자에게만 적용하는 약관입니다.

무배당 신한아이사랑보험Plus

통원특약 약관

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조 【특약의 체결 및 소멸】

- ① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자의 청약(請約)과 보험회사의 승낙(承諾)으로 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다. (이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사” 라 합니다)
- ② 주계약의 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 보험대상자(피보험자)가 사망[장해분류표(<부표3> 참조)중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 80%이상인 장해상태 제외]한 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.
- ③ 보험대상자(피보험자)가 사망[장해분류표(<부표3> 참조)중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 80%이상인 장해상태 제외]하였을 경우에는 사망 당시의 책임준비금을 지급하여 드리고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조 【특약의 보장개시일】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제3조 【보험대상자(피보험자)의 범위】

이 특약의 보험대상자(피보험자)는 주계약의 보험대상자(피보험자)로 합니다.

제4조 【특약내용의 변경】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된

부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제17조(해약환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

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

제5조 【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제17조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제6조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제7조 【특약 보험료의 납입】

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

제8조 【보험료의 납입연체시 특약의 해지】

① 보험료를 납입하지 아니하여 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

② 주계약의 보험료를 납입하고 이 특약의 보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약에 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제17조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제9조 【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】

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

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

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제10조 【“어린이 고액치료비관련 질병”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 “어린이 고액치료비관련 질병”이라 함은 제4차 한국표준질병사인분류표 중 어린이 고액치료비관련 질병분류표(<부표4>참조)에서 정한 질병(이하 “어린이 고액치료비관련 질병”이라 합니다)을 말합니다.
- ② “어린이 고액치료비관련 질병”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 “의료기관”이라 합니다)의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의한 진단서에 의합니다.

제11조 【“어린이 환경성질환”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 “어린이 환경성질환”이라 함은 제4차 한국표준질병사인분류표 중 어린이 환경성질환 분류표(<부표5>참조)에서 정한 질병(이하 “환경성질환”이라 합니다)을 말합니다.
- ② 환경성질환의 진단확정은 의료기관의 의사에 의한 진단서에 의합니다.

제12조 【“시청각질환”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 “시청각질환”이라 함은 제4차 한국표준질병사인분류표 중 시청각질환분류표(<부표6>참조)에서 정한 질병(이하 “시청각질환”이라 합니다)을 말합니다.
- ② 시청각질환의 진단확정은 의료기관의 의사에 의한 진단서에 의합니다.

제13조 【“통원”의 정의와 장소】

이 특약에 있어서 “통원”이라 함은 의사에 의하여 「어린이 고액치료비관련 질병」, 「환경성질환」 또는 「시청각질환」으로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 그 치료를 직접적인 목적으로 입원하지 아니하고 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제14조 【보험금의 종류 및 지급사유】

회사는 보험대상자(피보험자)에게 다음 사항 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금(<부표1> “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다.

1. 보험대상자(피보험자)가 특약보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때 : 만기축하금 지급 (단, 50%환급형, 70%환급형, 100%환급형에 한함)
2. 보험대상자(피보험자)가 특약보험기간 중 「어린이 고액치료비관련 질병」, 「환경성질환」 또는 「시청각질환」으로 인하여 그 치료를 직접목적으로 통원하였을 때 : 통원치료비 지급

제15조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제14조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호의 경우 “살아있을 때”란 장해분류표(<부표3>참조) 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 80%이상인 장해상태를 포함합니다.
- ③ 제1조(특약의 체결 및 소멸)에는 보험대상자(피보험자)의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 재해분류표(<부표 2> 참조)에서 정하는 재해(이하 “재해”라 합니다)로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 호적에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.
- ④ 제2항 및 제1조(특약의 체결 및 소멸)의 경우 재해로 인하여 장해상태가 되고 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(<부표3> 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ⑤ 제4항에 의하여 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 재해일부터 2년 이내) 중에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태(사망포함)를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ⑥ 제2항 및 제1조(특약의 체결 및 소멸)에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑦ 제2항 및 제1조(특약의 체결 및 소멸)의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표(<부표3> 참조)상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에

는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.

⑧ 제2항 및 제1조(특약의 체결 및 소멸)의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해 지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑨ 제2항 및 제1조(특약의 체결 및 소멸)의 경우 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 합산하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만 장해분류표(<부표 3> 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 제9항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표(<부표3> 참조)상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표(<부표3> 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

제16조 【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】

① 회사는 다음 중 어느 한가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생하였을 경우에는 보험금을 드리지 아니하거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.

1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우

그러나, 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.

2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우

그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우

② 제1항 각 호의 사유로 인하여 회사가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.

1. 제1항 제1호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드립니다.

2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급

금을 계약자에게 지급합니다.

3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드리지 아니합니다.

제17조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따라 특약이 해지되었을 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4관 보험금 지급 등의 절차

제18조 【보험금 등 청구시 구비서류】

- ① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 책임준비금, 해약환급금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서 (회사양식)
 2. 사고증명서 (통원증명서 등)
 3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
 4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 받는 방법에 필요하여 제출하는 서류
- ② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제19조 【보험금 등의 지급】

- ① 회사는 제18조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금, 책임준비금 또는 해약환급금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 회사는 제11조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에 해당하는 보험금의 지급시기가 도래할 때에는 도래일 7일 이전에 그 사유와 회사가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 알려드리며, 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 <부표 7> “보험금지급시의 적립이율 계산”과 같습니다.

③ 회사가 제1항의 지급사유 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우, 보험대상자(피보험자)는 정당한 사유가 없는 한 회사가 지정한 의사의 진단, 의료비의 심사, 기타의 조사를 받을 것(진단에 필요한 검사자료 등의 제출을 포함합니다)에 동의하여야 하며, 보험대상자(피보험자)가 지정한 의사와 회사가 지정한 의사가 진단 및 진료내용, 입원기간 등에 대하여 합의하여 정하는 때에는 그에 따라 보험금을 지급하여 드립니다. 그러나, 보험대상자(피보험자)의 의사와 회사의 의사가 합의에 도달하지 못하는 때에는 보험대상자(피보험자)와 회사가 동의하여 제3의 의사를 정하고 그 제3의 의사의 의견에 따릅니다. 이 약관에서 “회사가 지정한 의사” 및 “제3의 의사”는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 중에서 정하며, 이 항의 규정에 의한 의료비용은 회사가 부담합니다.

④ 제1항 내지 제3항에 의한 회사의 조사, 확인 또는 진단요청에 대하여 계약자, 보험대상자(피보험자) 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)가 정당한 사유없이 동의를 하지 아니하는 때에는 그 동의를 얻어 조사, 확인 또는 진단을 완료할 때까지 보험금(가지급보험금 포함)의 지급을 유예(猶豫)할 수 있으며, 이때 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

⑤ 회사가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도에 대하여 보험대상자(피보험자) 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 서면으로 통지하여 드리며, 장해율의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 보험금 지급이 지연되는 경우에는 보험금을 받는 자(보험수익자)의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금을 우선적으로 가지급할 수 있습니다.

제5관 기타 사항

제20조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

(부표 1)

보 험 금 지 급 기 준 표

(기 준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급 부 명 칭	지 급 사 유	지 급 금 액			
만기축하금	보험대상자(피보험자)가 특약보험기간이 끝 날때까지 살아있을 때	순수 보장형	50% 환급형	70% 환급형	100% 환급형
		-	기납입 특약보험료 의 50%	기납입 특약보험료 의 70%	기납입 특약보험료 의 100%
통원치료비	특약보험기간 중 보험대상자(피보험자) 가 「어린이 고액치료비관련 질병」, 「환경 성질환」 또는 「시청각질환」으로 인하여 그 치료를 직접목적으로 통원치료를 하였을 때	【통원 1회당】 어린이 고액치료비관련 질병 3만원 환경성질환, 시청각질환 1만원			
※ 어린이 고액치료비관련 질병 : 소아백혈병, 골수암, 림프종, 골(뼈)암, 뇌수막종 (세부사항은 <부표4>“어린이 고액 치료비관련 질병 분류표” 참조)					
※ 환경성질환 : 아토피, 알레르기성 비염, 천식, 급성 기관지염, 폐렴, 외부 요인에 의한 폐질환, 중금속에 의한 질환, 특정 바이러스 출혈열 (세부사항은 <부표5>“어린이 환경성질환 분류표” 참조)					
※ 시청각질환 : 눈 및 눈 부속기의 질환, 귀 및 목지돌기의 질환 (세부사항은 <부표6>“시청각질환 분류표” 참조)					

- 주) ① 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
② 주계약이 해지 또는 기타사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을
가지지 아니합니다.
③ 만기축하금 지급사유에서 “살아있을 때”란 장애분류표 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부
위의 합산 장애지급률이 80%이상인 장애상태를 포함합니다.

(부표 2)

재 해 분 류 표

주보험 약관의 (부표 2)와 동일

(부표 3)

장 해 분 류 표

주보험 약관의 (부표 3)과 동일

(부표 4)

어린이 고액치료비관련 질병 분류표

주보험 약관의 (부표 12)과 동일

(부표 5)

어린이 환경성질환 분류표

주보험 약관의 (부표 14)와 동일

(부표 6)

시청각질환 분류표

주보험 약관의 (부표 15)와 동일

(부표 7)

보험금 지급시의 적립이율 계산

구 분		부 리 기 간	지 급 이 자
통원치료비 (제14조 제2호)		지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기 간	보험계약대출이율
만기축하금 (제14조 제1호)	회사가 보험금의 지급시기 도 래 7일이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 아니한 경우	보험금지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	예정이율
	회사가 보험금의 지급시기 도 래 7일이전에 지급할 사유와 금액을 알린 경우	보험금지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	- 1년이내 : 예정이율의 50% - 1년초과기간 : 1%
	보험금청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간		예정이율 + 1%
	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간		보험계약대출이율
해약환급금 (제17조 제1항)	해약환급금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 해약환급 금 청구일까지의 기간		- 1년이내 : 예정이율의 50% - 1년초과기간 : 1%
	해약환급금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간		예정이율 + 1%
	지급기일의 다음날부터 해약환급금 지급일까지의 기간		보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 소멸시효(주보험 제35조)가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.

무배당 新치아클리닉특약 약관

※ 이 특약은 선택에 의하여 해당보험료를 납입한 계약자에게만 적용하는 약관입니다.

무배당 新치아클리닉특약 약관

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조 【특약의 체결 및 소멸】

- ① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자의 청약(請約)과 보험회사의 승낙(承諾)으로 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다. (이하 “주된 보험계약”은 “주계약”, “보험계약자”는 “계약자”, “보험회사”는 “회사”라 합니다)
- ② 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 보험대상자(피보험자)가 사망하거나 장애분류표(<부표3> 참조)중 동일한 재해[재해분류표(<부표2> 참조)에서 정하는 재해(이하 “재해”라 합니다)] 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 80% 이상인 장애상태가 되었을 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 장애분류표(<부표3> 참조)중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 80%이상인 장애상태가 되었을 때 주계약이 소멸되지 아니하는 경우에는 이 특약도 주계약에 따라 소멸되지 아니합니다.

제2조 【특약의 보장개시일】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제3조 【보험대상자(피보험자)의 범위】

이 특약의 보험대상자(피보험자)는 주계약의 보험대상자(피보험자)로 합니다.

제4조 【특약내용의 변경】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제14조(해약환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금의 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제5조 【계약자의 임의해지】

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제14조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제6조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간 및 납입기간은 이 특약의 부가시에 회사 소정의 범위 내에서 정합니다.

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제7조 【특약 보험료의 납입】

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

제8조 【보험료의 납입연체시 특약의 해지】

- ① 보험료를 납입하지 아니하여 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
- ② 주계약의 보험료를 납입하고 이 특약의 보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약에 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제14조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제9조 【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제10조 【"상실(喪失)"의 정의】

"상실(齒牙喪失)"이란 어떠한 치료를 하더라도 치아를 보존할 수 없다고 판단되어 치아를 발거(拔去)하거나 우식증(齲蝕症) 또는 외인에 의하여 치아가 뿌리까지 손상되어 치아의 일부라도 보존할 수 없는 경우를 말합니다. 다만, 치아교정을 위하여 치아를 발거하는 경우와 제3대구치[사랑니 또는 지치(wisdom tooth), 이하 “제3대구치”라 합니다]를 발거(拔去)하는 경우는 제외합니다. (이하 “상실”이라 합니다)

제11조 【보험금의 종류 및 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 영구치아를 상실했을 경우에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 치아클리닉자금(부표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다. (단, 제3대구치 제외)

제12조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 또는 보험대상자(피보험자)가 장해 분류표(<부표3> 참조)중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 50%이상 80%미만의 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항에는 보험기간 중 생사가 분명하지 아니하여 실종선고(失蹤宣告)를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 호적에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.
- ③ 제1항 및 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항 내지 제3항의 경우 재해로 인하여 장해상태가 되고 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사, 치과의사 또는 한의사 자격을 가진자(이하 “의사”라 합니다)의 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(<부표3> 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ④ 제3항에 의하여 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 재해일부터 2년 이내)중에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태(사망포함)를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ⑤ 제1항 및 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항 내지 제3항에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

- ⑥ 제1항 및 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항 내지 제3항의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표상 두가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다.
- ⑦ 제1항 및 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항 내지 제3항의 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.
- ⑧ 제1항 및 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항 내지 제3항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 합산하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만, 장애분류표(<부표3> 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.
- ⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.
- ⑩ 제11조(보험금의 종류 및 지급사유)의 보장은 가입당시의 영구치아고지서에 의한 건강한 영구치아 및 보장개시일 이후 돌출한 영구치아에 한하여 이 약관에서 정하는 바에 따라 보장을 합니다. 다만, 가입당시의 영구치아를 재해로 인하여 상실한 경우에는 영구치아 건강상태에 관계없이 보장을 합니다.

제13조 【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】

① 회사는 다음중 어느 한가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생하였을 경우에는 보험금을 드리지 아니하거나 보험료납입을 면제하여 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.

1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우

그러나, 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우와 계약의 보장개시일[부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복)청약일]부터 2년이 경과된 후에 자살하거나 자신을 해침으로써 장애분류표중 동일한 재해로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 80%이상인 장애상태가 되었을 경우에는 그러하지 아니합니다.

2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우

그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받

는자(보험수익자)인 경우에는 그 보험금을 받는 자(보험수익자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우

② 제1항 각호의 사유로 인하여 회사가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.

1. 제1항 제1호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드립니다.

2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드리지 아니합니다.

제14조 【해약환급금】

① 이 약관에 따라 특약이 해지되었을 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4관 보험금 지급 등의 절차

제15조 【보험금 등 청구시 구비서류】

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

1. 청구서(회사양식)

2. 사고증명서(영구치아상실확인서, 장해진단서 등)

3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)

4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제16조 【보험금 등의 지급】

① 회사는 제15조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 서류를 접수한 때에는

접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 지급합니다. 다만, 보험금의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수후 10영업일 이내에 지급합니다.

② 회사는 제1항에 의한 지급기일내에 제11조(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금을 지급하지 아니한 때에는 그 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 회사의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

③ 제14조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금은 주계약 약관에서 정한 소멸시효기간내에서 다음 각호에 따라 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

1. 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 지급청구일까지의 기간 : 1년 이내의 기간은 예정이율의 50%, 1년을 초과하는 기간은 1%
2. 지급청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간 : 예정이율+1%
3. 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간 : 보험계약대출이율

④ 회사가 제1항의 지급사유 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우, 보험대상자(피보험자)는 정당한 사유가 없는 한 회사가 지정한 의사의 진단, 의료비의 심사, 기타의 조사를 받을 것(진단에 필요한 검사자료 등의 제출을 포함합니다)에 동의하여야 하며, 보험대상자(피보험자)가 지정한 의사와 회사가 지정한 의사가 진단 및 진료내용, 입원기간 등에 대하여 합의하여 정하는 때에는 그에 따라 보험금을 지급하여 드립니다. 그러나, 보험대상자(피보험자)의 의사와 회사의 의사가 합의에 도달하지 못하는 때에는 보험대상자(피보험자)와 회사가 동의하여 제3의 의사를 정하고 그 제3의 의사의 의견에 따릅니다. 이 약관에서 “회사가 지정한 의사” 및 “제3의 의사”는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 중에서 정하며, 이 항의 규정에 의한 의료비용은 회사가 부담합니다.

⑤ 제1항 내지 제4항에 의한 회사의 조사, 확인 또는 진단요청에 대하여 계약자, 보험대상자(피보험자) 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)가 정당한 사유없이 동의를 하지 아니하는 때에는 그 동의를 얻어 조사, 확인 또는 진단을 완료할 때까지 보험금(가지급보험금 포함)의 지급을 유예(猶豫)할 수 있으며, 이 때 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 아니합니다.

⑥ 회사가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도에 대하여 보험대상자(피보험자) 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 서면으로 통지하여 드리며, 장해지급률의 판정

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

제5관 기타사항

제17조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

(부표 1)

보 험 금 지 급 기 준 표

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

급 여 명	지 급 사 유	지 급 금 액
치아클리닉자금	특약보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 영구치아를 상실(喪失)하였을 때 (단, 제3대구치 제외)	영구치 1개당 10만원

※ 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우, 보험대상자(피보험자)가 장해분류표(〈부표3〉 참조)중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 50%이상 80%미만의 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

※ 주계약이 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 보험대상자(피보험자)가 사망하거나 장해분류표(〈부표3〉 참조)중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 80%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다

(부표 2)

재 해 분 류 표

주보험 약관의 <부표2>와 동일

(부표 3)

장 해 분 류 표

주보험 약관의 <부표3>과 동일

무배당 新어린이항암치료특약 약관

※ 이 특약은 선택에 의하여 해당보험료를 납입한 계약자에게만 적용하는 약관입니다.

무배당 新어린이항암치료특약 약관

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조 【특약의 체결 및 소멸】

- ① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자의 청약(請約)과 보험회사의 승낙(承諾)으로 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.
(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사”라 합니다)
- ② 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 보험대상자(피보험자)가 사망하거나 장해분류표(<부표 3> 참조) 중 동일한 재해(<부표 2> “재해분류표” 참조, 이하 “재해”라 합니다) 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 80%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 장해분류표(<부표 3> 참조) 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 80%이상인 장해시 주계약이 소멸되지 아니하는 경우에는 이 특약도 주계약에 따라 소멸되지 아니합니다.

제2조 【특약의 보장개시일】

- ① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제3조 【보험대상자(피보험자)의 범위】

이 특약의 보험대상자(피보험자)는 주계약의 보험대상자(피보험자)로 합니다.

제4조 【특약내용의 변경】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제18조(해약환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금의 지급사유가 발생하거나 보험료 납입이 면제된 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제5조 【계약자의 임의해지】

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 특약을 해지(解止)할 수 있으며, 이 경우 회사는 제18조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제6조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간 및 납입기간은 이 특약의 부가시에 회사 소정의 범위 내에서 정합니다.

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제7조 【특약 보험료의 납입】

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

제8조 【보험료의 납입연체시 특약의 해지】

- ① 보험료를 납입하지 아니하여 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
- ② 주계약의 보험료를 납입하고 이 특약의 보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약에 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제18조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제9조 【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라

주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

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

제3관 보험금 등의 지급(회사의 주된 의무)

제10조 【“암” 및 “기타피부암”의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 제4차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물로 분류되는 질병[<부표4> “대상이 되는 악성신생물분류표(기타피부암 제외)” 참조]을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물) 및 전암병소(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제4차 개정 한국표준질병사인분류중 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ “암” 및 “기타피부암”의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사 에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단 이 가능하지 않을 때에는 “암” 및 “기타피부암”에 대한 임상학적 진단이 “암” 및 “기타피부암”의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 “암” 및 “기타피부암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제11조 【“상피내암”의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 “상피내암”이라 함은 제4차 한국표준질병사인분류의 기본분류에 있어서 상피내의 신생물로 분류되는 질병(<부표5> “상피내의 신생물분류표” 참조)을 말합니다.

② “상피내암”의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사 에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능 하지 않을 때에는 “상피내암”에 대한 임상학적 진단이 “상피내암”의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 “상피내암”으로 진단 또는

치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제12조 【“경계성 종양”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 “경계성 종양”이라 함은 한국표준질병사인분류의 기본 분류에 있어서 <부표6> (행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “경계성 종양”의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세침 흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 “경계성 종양”에 대한 임상학적 진단이 “경계성 종양”의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 “경계성 종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제13조 【“항암방사선치료”의 정의】

이 특약에 있어서 “항암방사선치료”라 함은 치료방사선과 또는 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 보험대상자(피보험자)의 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 위하여 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암을 방사선으로 치료하는 것을 말합니다. (이하 “항암방사선치료”라 합니다)

제14조 【“항암약물치료”의 정의】

이 특약에 있어서 “항암약물치료”라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 보험대상자(피보험자)의 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. (이하 “항암약물치료”라 합니다)

제15조 【보험금의 종류 및 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 사항 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금(<부표1> “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다.

1. 특약보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 보장개시일 이후에 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성 종양으로 진단확정 되고, 그 암, 기타

피부암, 상피내암 또는 경계성 종양의 치료를 직접목적으로 항암방사선 치료를 받았을 때 : 항암방사선치료비 지급 (단, 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성 종양 각각 최초 1회에 한하여 지급함)

2. 특약보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 보장개시일 이후에 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성 종양으로 진단확정 되고, 그 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성 종양의 치료를 직접목적으로 항암약물치료를 받았을 때 : 항암약물치료비 지급 (단, 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성 종양 각각 최초 1회에 한하여 지급함)

제16조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 또는 보험대상자(피보험자)가 장애분류표(<부표 3> 참조) 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 50%이상이며 80%미만인 장애 시에는 차회 이후 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항에는 보험기간 중 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 호적에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.

③ 제1항 및 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항 내지 제3항의 경우 재해로 인하여 장애상태가 되고 장애지급률이 재해일 부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일 부터 180일이 되는 날의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다) 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만 장애분류표(<부표 3> 참조)에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

④ 제3항에 의하여 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 재해일부터 2년 이내) 중에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태(사망포함)를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.

⑤ 제1항 및 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항 내지 제3항에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑥ 제1항 및 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항 내지 제3항의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표(<부표 3> 참조)상 두 가지 이상의 신

체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 높은 장애지급률을 적용합니다.

⑦ 제1항 및 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항 내지 제3항의 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.

⑧ 제1항 및 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항 내지 제3항의 경우 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장애가 생길 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 합산하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만 장애분류표(<부표 3> 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표(<부표 3> 참조)상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만 장애분류표(<부표 3> 참조)의 각 신체부위에 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 제15조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호 내지 제2호의 경우 보험계약일 부터 1년 미만에 암(기타피부암, 상피내암 및 경계성 종양 제외)에 대한 보험금 지급사유가 발생하였을 때에는 보험금을 삭감하여 지급합니다.

제17조 【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】

① 회사는 다음 중 어느 한가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생하였을 경우에는 보험금을 드리지 아니하거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.

1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우

그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우와 계약의 보장개시일(부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복)청약일)부터 2년이 경과된 후에 자살하거나 자신을 해침으로써 장애분류표(<부표 3> 참조) 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 80%이상인 장애상태가 되었을 경우에는 그러하지 아니합니다.

2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우

그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받

는 자(보험수익자)인 경우에는 그 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우

② 제1항 각 호의 사유로 인하여 회사가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.

1. 제1항 제1호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드립니다.

2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.

3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드리지 아니합니다.

제18조 【해약환급금】

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4관 보험금 지급 등의 절차

제19조 【보험금 등 청구시 구비서류】

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

1. 청구서 (회사양식)

2. 사고증명서(항암방사선치료증명서, 항암약물치료증명서, 장해진단서 등)

3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)

4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제20조 【보험금 등의 지급】

- ① 회사는 제19조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 지급합니다. 다만, 보험금의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
- ② 회사는 제1항에 의한 지급기일내에 제15조(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금을 지급하지 아니하였을 때에는 그 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 회사의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
- ③ 제18조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금은 주계약 약관에서 정한 소멸시효기간 내에서 다음 각호에 따라 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
 1. 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 지급청구일까지의 기간 : 1년 이내의 기간은 예정이율의 50%, 1년을 초과하는 기간은 1%
 2. 지급청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간 : 예정이율+1%
 3. 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간 : 보험계약대출이율
- ④ 회사가 제1항의 지급사유 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우, 보험대상자(피보험자)는 정당한 사유가 없는 한 회사가 지정한 의사, 치과 의사, 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)의 진단, 의료비의 심사, 기타의 조사를 받을 것(진단에 필요한 검사자료 등의 제출을 포함합니다)에 동의하여야 하며, 보험대상자(피보험자)가 지정한 의사와 회사가 지정한 의사가 진단 및 진료내용, 입원기간 등에 대하여 합의하여 정하는 때에는 그에 따라 보험금을 지급하여 드립니다. 그러나 보험대상자(피보험자)의 의사와 회사의 의사가 합의에 도달하지 못하는 때에는 보험대상자(피보험자)와 회사가 동의하여 제3의 의사를 정하고 그 제3의 의사의 의견에 따릅니다. 이 약관에서 “회사가 지정한 의사” 및 “제3의 의사”는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 중에서 정하며, 이 항의 규정에 의한 의료비용은 회사가 부담합니다.
- ⑤ 제1항 내지 제4항에 의한 회사의 조사, 확인 또는 진단요청에 대하여 계약자, 보험대상자(피보험자) 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)가 정당한 사유없이 동의를 하지 아니하는 때에는 그 동의를 얻어 조사, 확인 또는 진단을 완료할 때까지 보험금(가지급보험금 포함)의 지급을 유예(猶豫)할 수 있는

며, 이 때 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 아니합니다.

⑥ 회사가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도에 대하여 보험대상자(피보험자) 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 서면으로 통지하여 드리며, 장해지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 보험금 지급이 지연되는 경우에는 보험금을 받는 자(보험수익자)의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금을 우선적으로 가지급할 수 있습니다.

제5관 기타 사항

제21조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

(부표 1)

보 험 금 지 급 기 준 표

(기준 : 특약보험가입금액 50만원)

급부명칭	지 급 사 유	지 급 금 액
항암방사선 치 료 비	특약보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 보장개시일 이후에 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양으로 진단이 확정되고, 그 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양의 치료를 직접목적으로 항암방사선치료를 받았을 때 (단, 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양 각각 최초 1회에 한하여 지급함)	암 [1년이상] : 150만원 [1년미만] : 75만원 기타피부암 : 15만원 상피내암 : 15만원 경계성종양 : 30만원
항암약물 치 료 비	특약보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 보장개시일 이후에 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양으로 진단이 확정되고, 그 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양의 치료를 직접적인 목적으로 항암약물치료를 받았을 때 (단, 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양 각각 최초 1회에 한하여 지급함)	암 [1년이상] : 150만원 [1년미만] : 75만원 기타피부암 : 15만원 상피내암 : 15만원 경계성종양 : 30만원

※ 주계약의 보험료 납입이 면제되거나 보험대상자(피보험자)가 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 50%이상이며 80%미만인 장해상태가 되었을 때 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

※ 주계약이 효력을 가지지 않게 되거나 보험대상자(피보험자)가 사망 또는 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 80%이상인 장해상태가 되었을 때는 이 특약은 그때부터 효력을 가지지 아니합니다. 단, 주계약이 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 80%이상인 장해상태시 효력을 가지는 경우에는 이 특약도 주계약에 따릅니다.

※ 1년 미만이라 함은 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지를 말합니다.

(부표 2)

재 해 분 류 표

주보험 약관의 〈부표 2〉와 동일

(부표 3)

장 해 분 류 표

주보험 약관의 〈부표 3〉과 동일

(부표 4) 대상이 되는 악성신생물분류표(기타피부암 제외)

주보험 약관의 〈부표 6〉과 동일

(부표 5)

상피내의 신생물 분류표

주보험 약관의 〈부표 7〉과 동일

(부표 6)

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

주보험 약관의 〈부표 8〉와 동일

무배당 新선천이상보장특약 약관

※ 이 특약은 선택에 의하여 해당보험료를 납입한 계약자에게만 적용하는 약관입니다.

무배당 新선천이상보장특약 약관

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조 【특약의 체결 및 소멸】

- ① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자의 청약(請約)과 보험회사의 승낙(承諾)으로 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다. (이하 “주된 보험계약”은 “주계약”, “보험계약자”는 “계약자”, “보험회사”는 “회사”라 합니다)
- ② 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 보험대상자(피보험자)가 사망하거나 장해분류표(<부표3> 참조)중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 80%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 장해분류표(<부표3> 참조)중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 80%이상인 장해상태가 되었을 때 주계약이 소멸되지 아니하는 경우에는 이 특약도 주계약에 따라 소멸되지 아니합니다.

제2조 【특약의 보장개시일】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며 주계약의 태아가입특칙을 따릅니다.

제3조 【보험대상자(피보험자)의 범위】

이 특약의 보험대상자(피보험자)는 주계약의 보험대상자(피보험자)로 합니다.

제4조 【특약내용의 변경】

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된

부분은 해지된 것으로 보며 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제13조(해약환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

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

제5조 【계약자의 임의해지】

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 특약을 해지(解止)할 수 있으며, 이 경우 회사는 제13조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제6조 【특약의 보험기간 및 납입기간】

이 특약의 보험기간 및 납입기간은 이 특약의 부가지에 회사 소정의 범위내에서 정합니다.

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제7조 【특약 보험료의 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 완료되었으나 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제8조 【보험료의 납입연체시 특약의 해지】

① 보험료를 납입하지 아니하여 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

② 주계약의 보험료를 납입하고 이 특약의 보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약에 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제13조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제9조 【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제10조 【입원 및 수술의 정의와 장소】

- ① 이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 선천이상분류표(<부표4> 참조)에서 정하는 선천이상(이하 “선천이상”이라 합니다)으로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 “의료기관”이라 합니다)에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에서 “수술”이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 적제(摘除) 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 흡인(吸引), 천자(穿刺), 적제(滴劑) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK은 제외합니다.

제11조 【보험금의 종류 및 지급사유】

회사는 보험대상자(피보험자)에게 다음 사항 중 어느 한 가지에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금(부표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다.

- ① 특약보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 출생 후 선천이상이 직접적인 원인이 되어 그 치료를 직접목적으로 4일이상 계속 입원하였을 경우 : 선천이상입원급여금
- ② 특약보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 출생 후 선천이상이 직접적인 원인이 되어 그 치료를 직접목적으로 수술을 받았을 때 : 선천이상수술급여금(수술1회당)

제12조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 또는 보험대상자(피보험자)가 장애분류표(<부표3> 참조)중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 50%이상이며 80%미만인 장애상태가 되었을 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항에는 보험기간 중 보험대상자(피보험자)의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고(失蹤宣告)를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 호적에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.
- ③ 제1항 및 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항 내지 제3항의 경우 재해로 인하여 장애상태가 되고 장애지급률이 재해일부터 180일이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ④ 제3항에 의하여 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 재해일부터 2년 이내)중에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태(사망포함)를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.
- ⑤ 제1항 및 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항 내지 제3항에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑥ 제1항 및 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항 내지 제3항의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용합니다.
- ⑦ 제1항 및 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항 내지 제3항의 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.
- ⑧ 제1항 및 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항 내지 제3항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 합산하여 최종 장애지급률을 결정합니다.

다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.

⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.

⑩ 제11조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호의 선천이상입원급여금은 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다.

⑪ 제11조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호의 경우 보험대상자(피보험자)가 동일한 선천이상으로 인하여 입원을 2회이상 한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하고 제10항을 적용합니다. 그러나 동일한 선천이상 에 의한 입원이라도 최종적으로 선천이상입원급여금이 지급된 입원의 퇴원 일부터 180일을 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

⑫ 제11조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호의 경우 보험대상자(피보험자)가 병원을 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정할 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.

⑬ 제11조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호의 경우 계속입원이란 중도퇴원 없이 계속하여 입원하는 것을 뜻하며, 제12항에 해당하는 경우에도 포함합니다.

⑭ 제11조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호의 경우 보험대상자(피보험자)가 입원기간 중 보험기간이 끝났을 경우에도 계속 입원한 것으로 봅니다.

⑮ 보험대상자(피보험자)가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 아니한 때에는 회사는 선천이상입원급여금, 선천이상수술급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.

제13조 【해약환급금】

① 이 약관에 따라 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 별도로 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4관 보험금 지급 등의 절차

제14조 【보험금 등 청구시 구비서류】

- ① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 해약환급금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(장해진단서, 입원치료확인서, 수술증명서 등)
 3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
 4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제15조 【보험금 등의 지급】

- ① 회사는 제14조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 지급합니다. 다만, 보험금의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수후 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
- ② 회사는 제1항에 의한 지급기일내에 제11조(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금을 지급하지 아니한 때에는 그 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 회사의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
- ③ 제13조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금은 주계약 약관에서 정한 소멸시효기간내에서 다음 각호에 따라 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
 1. 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 지급청구일까지의 기간 : 1년 이내의 기간은 예정이율의 50%, 1년을 초과하는 기간은 1%
 2. 지급청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간 : 예정이율+1%
 3. 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간 : 보험계약대출이율
- ④ 회사가 제1항의 지급사유 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우, 보험대상자(피보험자)는 정당한 사유가 없는 한 회사가 지정한 의사의 진단, 의료비의 심사, 기타의 조사를 받을 것(진단에 필요한 검사자료 등의 제

출을 포함합니다)에 동의하여야 하며, 보험대상자(피보험자)가 지정한 의사와 회사가 지정한 의사가 진단 및 진료내용, 입원기간 등에 대하여 합의하여 정하는 때에는 그에 따라 보험금을 지급하여 드립니다. 그러나, 보험대상자(피보험자)의 의사와 회사의 의사가 합의에 도달하지 못하는 때에는 보험대상자(피보험자)와 회사가 동의하여 제3의 의사를 정하고 그 제3의 의사의 의견에 따릅니다. 이 약관에서 “회사가 지정한 의사” 및 “제3의 의사”는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 중에서 정하며, 이 항의 규정에 의한 의료비용은 회사가 부담합니다.

⑤ 제1항 내지 제4항에 의한 회사의 조사, 확인 또는 진단요청에 대하여 계약자, 보험대상자(피보험자) 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)가 정당한 사유없이 동의를 하지 아니하는 때에는 그 동의를 얻어 조사, 확인 또는 진단을 완료할 때까지 보험금(가지급보험금 포함)의 지급을 유예(猶豫)할 수 있으며, 이 때 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 아니합니다.

⑥ 회사가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도에 대하여 보험대상자(피보험자) 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 서면으로 통지하여 드리며, 장해지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 보험금 지급이 지연되는 경우에는 보험금을 받는 자(보험수익자)의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금을 우선적으로 가지급할 수 있습니다.

제5관 기타 사항

제16조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

(부표 1)

보 험 금 지 급 기 준 표

(기준 : 특약보험가입금액 200만원)

급부명칭	지 급 사 유	지 급 금 액
선천이상 입원급여금	보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 출생후 선천이상을 직접적인 원인으로 4일이상 입원하였을 때 (120일 한도)	[3일 초과 1일당] 2만원
선천이상 수술급여금	보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 출생후 선천이상을 직접적인 원인으로 수술을 받았을 때	[수술 1회당] 100만원

- 주) 1. 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우, 보험대상자(피보험자)가 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 50%이상 80%미만의 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
2. 주계약이 효력을 가지지 않게 된 경우 또는 보험대상자(피보험자)가 사망하거나 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 80%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 갖지 아니합니다. 단, 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 80%이상인 장해상태가 되었을 때 주계약이 소멸되지 아니하는 경우에는 이 특약도 주계약에 따라 소멸되지 아니합니다.

(부표 2)

재 해 분 류 표

주보험 약관의 (부표 2)와 동일

(부표 3)

장 해 분 류 표

주보험 약관의 (부표 3)과 동일

(부표 4)

선 천 이 상 분 류 표

약관 제10조에 규정하는 선천이상으로 분류되는 질병은 제4차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2002-1호, 2003.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 뇌없음증(무뇌증) 및 유사 기형	Q00
2. 뇌류	Q01
3. 소두증	Q02
4. 선천 수두증	Q03
5. 뇌의 기타 선천 기형	Q04
6. 척추갈림증	Q05
7. 척수의 기타 선천 기형	Q06
8. 신경계통의 기타 선천 기형	Q07
9. 눈꺼풀, 눈물기관 및 안와의 선천 기형	Q10
10.무안구증, 소안구증 및 대안구증	Q11
11.선천 수정체 기형	Q12
12.전안부의 선천 기형	Q13
13.후안부의 선천 기형	Q14
14.눈의 기타 선천 기형	Q15
15.청력 장애를 유발하는 귀의 선천 기형	Q16
16.귀의 기타 선천 기형	Q17
17.얼굴 및 목의 기타 선천 기형	Q18
18.심방실 및 연결의 선천 기형	Q20
19.심장 중격의 선천 기형	Q21
20.폐동맥 및 삼첨판의 선천 기형	Q22
21.대동맥 및 승모판의 선천 기형	Q23
22.심장의 기타 선천 기형	Q24
23.대동맥의 선천 기형	Q25
24.대정맥의 선천 기형	Q26
25.말초혈관계통의 기타 선천 기형	Q27
26.순환기계통의 기타 선천 기형	Q28
27.코의 선천 기형	Q30
28.후두의 선천 기형	Q31
29.기관 및 기관지의 선천 기형	Q32
30.폐의 선천 기형	Q33

분 류 항 목	분류번호
31.호흡기계통의 기타 선천 기형	Q34
32.입천장갈림증	Q35
33.입술갈림증	Q36
34.입술갈림증을 동반한 입천장갈림증	Q37
35.혀, 입 및 인두의 기타 선천 기형	Q38
36.식도의 선천 기형	Q39
37.상부 소화관의 기타 선천 기형	Q40
38.작은창자의 선천 결여, 폐쇄 및 협착	Q41
39.큰창자의 선천 결여, 폐쇄 및 협착	Q42
40.창자의 기타 선천 기형	Q43
41.쓸개(담낭), 쓸개관(담관) 및 간의 선천 기형	Q44
42.소화기계통의 기타 선천 기형	Q45
43.난소, 자궁관 및 넓은 인대의 선천 기형	Q50
44.자궁 및 자궁목의 선천 기형	Q51
45.여성 생식기의 기타 선천 기형	Q52
46.정류 고환	Q53
47.요도하열	Q54
48.남성 생식기관의 기타 선천 기형	Q55
49.중성 및 여성 반음양증	Q56
50.콩팥(신장) 무발생증 및 기타 감소성 결손	Q60
51.남성 콩팥(신장)병	Q61
52.콩팥갈대기의 선천 폐쇄성 결손 및 요관의 선천 기형	Q62
53.콩팥(신장)의 기타 선천 기형	Q63
54.비뇨기계통의 기타 선천 기형	Q64
55.엉덩관절의 선천 변형	Q65
56.발의 선천 변형	Q66
57.머리, 얼굴, 척추 및 가슴의 선천 근육골격 변형	Q67
58.기타 선천 근육골격 변형	Q68
59.다지증	Q69
60.합지증	Q70
61.팔의 감소성 결손	Q71
62.다리의 감소성 결손	Q72
63.상세불명 사지의 감소성 결손	Q73
64.사지의 기타 선천 기형	Q74
65.머리뼈 및 얼굴뼈의 기타 선천 기형	Q75
66.척추 및 가슴뼈의 선천 기형	Q76
67.관모양뼈 및 척추의 성장 결손을 동반한 골연골 형성장애	Q77

분 류 항 목	분류번호
68.기타 골연골 형성이상	Q78
69.달리 분류되지 않은 근육골격계통의 선천 기형	Q79
70.선천 비늘증	Q80
71.표피 수포증	Q81
72.피부의 기타 선천 기형	Q82
73.유방의 선천 기형	Q83
74.외피의 기타 선천기형	Q84
75.달리 분류되지 않은 모반증	Q85
76.달리 분류되지 않은 알려진 외인으로 인한 선천 기형 증후군	Q86
77.다발 기계통에 영향을 주는 기타 명시된 선천기형 증후군	Q87
78.달리 분류되지 않은 기타 선천 기형	Q89
79.다운 증후군	Q90
80.에드워즈 증후군 및 파타우 증후군	Q91
81.달리 분류되지 않은 보통염색체의 기타 삼염색체증 및 부분 삼염색체증	Q92
82.달리 분류되지 않은 보통염색체의 단일염색체 및 결손	Q93
83.달리 분류되지 않은 균형성 재배열 및 구조적 표지자	Q95
84.터너 증후군	Q96
85.달리 분류되지 않은 여성의 표현형의 기타 성염색체 이상	Q97
86.달리 분류되지 않은 남성의 표현형의 기타 성염색체 이상	Q98
87.달리 분류되지 않은 기타 염색체 이상	Q99

※ 제5차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병이외에 약관에서 정하는 질병이 있는 경우는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

장애인가족우대특약 약관

장애인가족우대특약 약관

제1조 【특약의 체결 및 소멸】

- ① 이 특약은 주된 보험계약을 체결시 또는 체결 후 보험계약자의 청약(請約)과 보험회사의 승낙(承諾)으로 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다. (이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사”라 합니다)
- ② 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조 【특약의 보장개시일】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다. 그러나 계약자는 제2회 이후 주계약 보험료(특약보험료 제외)에 대하여 회사가 정한 방법에 따라 주계약 보험료의 할인을 신청할 수 있으며, 회사는 접수일 이후 최초로 납입되는 주계약 보험료(특약보험료 제외)부터 해당 할인율을 적용하여 드립니다.

제3조 【특약의 적용범위】

- ① 이 특약은 주계약을 체결시 또는 체결 후 다음과 같은 조건 중 하나를 만족하는 경우에 한하여 적용합니다.
 - 1. 주계약의 계약자가 제8조(「장애인」의 정의)에서 정한 장애인(이하 "장애인"이라 합니다)인 경우
 - 2. 주계약의 계약자가 제9조(「장애인의 가족」의 정의)에 해당되는 자(이하 "장애인의 가족"이라 합니다)로써, 주민등록상의 함께 거주하는자인 경우
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 주계약의 책임개시일 이후에 제1항의 조건에 해당되는 경우에는 회사의 승낙을 얻어 이 특약을 적용할 수 있습니다.

제4조 【보험료율의 적용】

이 특약이 부가된 경우에는 사업방법서에서 정한 바에 따라 계산된 보험요율을 적용합니다.

제5조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 주계약의 납입기간과 동일합니다.

제6조 【주계약의 계약내용 변경시의 처리】

이 특약의 보험기간 중 주계약의 계약자가 제3조(특약의 적용범위) 제1항의 조건을 만족하지 못하는 경우에는 이 특약은 이때부터 효력을 가지지 아니합니다. 이 경우 이미 할인받은 보험료에 대해서는 소급하지 아니하며, 이후에 납입되는 주계약 보험료부터 할인을 적용하지 아니합니다.

제7조 【보험료의 납입연체시 특약의 해지】

보험료를 납입하지 아니하여 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

제8조 【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

제9조 【「장애인」의 정의】

이 특약에 있어서 「장애인」이라 함은 장애인복지법 제29조(장애인의 등록)의 규정에 의하여 관할 시장, 군수 또는 구청장에게 등록한 장애인 중 장애인복지법 시행규칙 제2조(장애인의 장애등급 등)에 규정한 장애(부표1 "장애인의 장애등급표" 참조)로 장애등급 제1급 내지 제3급에 해당하는 장애인을 (이하 "장애인"이라 합니다)를 말합니다.

제10조 【「장애인 가족」의 정의】

이 특약에 있어서 「장애인 가족」이라 함은 제9조(「장애인」의 정의)에서 정한 장애인의 가족 중에서 아래의 1호 내지 2호에 해당하는 자로써, 장애인과 주민등록상 함께 거주하는 자를 말합니다.

1. 장애인의 배우자

2. 장애인의 직계존·비속

제11조 【구비서류】

- ① 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험료할인을 청구하여야 합니다.
 - 1. 청구서 (회사양식)
 - 2. 신분증 (장애인등록증, 주민등록등본, 기타 「장애인」 및 「장애인 가족」임을 증명할 수 있는 서류 등)
- ② 제1항의 청구가 있는 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제12조 【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약에서 정하지 아니한 사항은 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

(부표 1)

장애인의 장애등급표 <개정 2003.6.13>

※ 장애인의 장애등급표는 <개정 2003년 6월 13일>을 기준으로 하며, 향후 장애등급표나 장애인 등록기준이 변경되었을 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

1. 지체장애인

① 신체의 일부를 잃은 사람

등 급	세 부 내 용
제1급	1. 두 팔을 손목관절 이상 부위에서 잃은 사람 2. 두 다리를 무릎관절 이상 부위에서 잃은 사람
제2급	1. 두 손의 손가락을 모두 잃은 사람 2. 한 팔을 팔꿈치관절 이상 부위에서 잃은 사람 3. 두 다리를 발목관절 이상 부위에서 잃은 사람
제3급	1. 두 손의 엄지손가락과 둘째손가락을 잃은 사람 2. 한 손의 모든 손가락을 잃은 사람 3. 두 다리를 쇼파관절 이상 부위에서 잃은 사람 4. 한 다리를 무릎관절 이상 부위에서 잃은 사람
제4급	1. 두 손의 엄지손가락을 잃은 사람 2. 한 손의 엄지손가락과 둘째손가락을 잃은 사람 3. 한 손의 엄지손가락을 포함하여 세 손가락을 잃은 사람 4. 두 다리를 리스프랑관절 이상 부위에서 잃은 사람 5. 한 다리를 발목관절 이상 부위에서 잃은 사람
제5급	1. 한 손의 엄지손가락을 포함하여 두 손가락을 잃은 사람 2. 한 손의 엄지손가락을 중수수지관절 이상 부위에서 잃은 사람 3. 한 손의 둘째손가락을 포함하여 세 손가락을 잃은 사람 4. 두 발의 모든 발가락을 잃은 사람 5. 한 다리를 쇼파관절 이상 부위에서 잃은 사람
제6급	1. 한 손의 엄지손가락을 잃은 사람 2. 한 손의 둘째손가락을 포함하여 두 손가락을 잃은 사람 3. 한 손의 셋째, 넷째, 다섯째 손가락을 모두 잃은 사람 4. 한 다리를 리스프랑관절 이상 부위에서 잃은 사람

② 관절장애가 있는 사람

등 급	세 부 내 용
제4급	1. 한 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절 또는 손목관절 중 한 관절의 기능에 현저한 장애가 있는 사람 2. 한 다리의 고관절(股關節) 또는 무릎관절의 기능을 잃은 사람
제5급	1. 한 다리의 고관절 또는 무릎관절의 기능에 현저한 장애가 있는 사람 2. 한 다리의 발목관절의 기능을 잃은 사람
제6급	1. 한 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절 또는 손목관절 중 한 관절의 기능에 상당한 장애가 있는 사람 2. 한 다리의 고관절 또는 무릎관절의 기능에 상당한 장애가 있는 사람 3. 한 다리의 발목관절의 기능에 현저한 장애가 있는 사람

③ 지체기능장애가 있는 사람

등 급	세 부 내 용
제1급	1. 두 팔의 기능을 잃은 사람 2. 두 다리의 기능을 잃은 사람
제2급	1. 한 팔의 기능을 잃은 사람 2. 두 팔의 기능에 현저한 장애가 있는 사람 3. 두 손의 모든 손가락의 기능을 잃은 사람 4. 두 다리의 기능에 현저한 장애가 있는 사람 5. 척추의 장애로 인하여 앉아 있을 수 없거나 자기 힘으로 일어서기가 곤란한 사람
제3급	1. 두 팔의 기능에 상당한 장애가 있는 사람 2. 두 손의 엄지손가락과 둘째손가락의 기능을 잃은 사람 3. 한 손의 모든 손가락의 기능을 잃은 사람 4. 한 팔의 기능에 현저한 장애가 있는 사람 5. 한 다리의 기능을 잃은 사람
제4급	1. 두 손의 엄지손가락의 기능을 잃은 사람 2. 한 손의 엄지손가락과 둘째손가락의 기능을 잃은 사람 3. 한 손의 엄지손가락 또는 둘째손가락을 포함하여 세 손가락의 기능을 잃은 사람 4. 한 손의 엄지손가락 또는 둘째손가락을 포함하여 네 손가락의 기능에 현저한 장애가 있는 사람 5. 한 다리의 기능에 현저한 장애가 있는 사람
제5급	1. 한 팔의 기능에 상당한 장애가 있는 사람 2. 두 손의 엄지손가락의 기능에 현저한 장애가 있는 사람 3. 한 손의 엄지손가락의 기능을 잃은 사람 4. 한 손의 엄지손가락과 둘째손가락의 기능에 현저한 장애가 있는 사람 5. 한 손의 엄지손가락 또는 둘째손가락을 포함하여 세 손가락의 기능에 현저한 장애가 있는 사람 6. 한 다리의 기능에 상당한 장애가 있는 사람 7. 두 발의 모든 발가락의 기능을 잃은 사람 8. 척추에 고도의 장애가 있는 사람
제6급	1. 한 손의 엄지손가락의 기능에 현저한 장애가 있는 사람 2. 한 손의 둘째손가락을 포함하여 두 손가락의 기능을 잃은 사람 3. 한 손의 엄지손가락을 포함하여 두 손가락의 기능에 현저한 기능장애가 있는 사람 4. 한 손의 셋째 손가락, 넷째 손가락, 다섯째 손가락의 기능을 잃은 사람 5. 척추에 현저한 장애가 있는 사람

④ 신체에 변형 등의 장애가 있는 사람

등 급	세 부 내 용
제5급	1. 한 다리가 건강한 다리보다 10센티미터 이상 또는 건강한 다리의 길이의 10분의 1 이상 짧은 사람
제6급	1. 한 다리가 건강한 다리보다 5센티미터 이상 또는 건강한 다리의 길이의 15분의 1 이상 짧은 사람 2. 척추측만증이 있으며, 만곡각도가 40도 이상인 사람 3. 척추후만증이 있으며, 만곡각도가 60도 이상인 사람 4. 성장이 멈춘 20세 이상의 남성으로서 신장이 145센티미터 이하인 사람 (다만, 왜소증의 증상이 뚜렷한 경우는 18세 이상에서 적용 가능) 5. 성장이 멈춘 18세 이상의 여성으로서 신장이 140센티미터 이하인 사람

2. 뇌병변장애인

등 급	세 부 내 용
제1급	1. 보행이 불가능하거나 일상생활동작을 거의 할 수 없어, 도움과 보호가 필요한 사람
제2급	1. 보행이 현저하게 제한되었거나 또는 일상생활동작이 현저하게 제한된 사람 2. 보행과 일상생활동작이 상당히 제한된 사람
제3급	1. 보행이 상당한 정도 제한되었거나 또는 일상생활동작이 상당히 제한된 사람 2. 보행이 경중한 정도 제한되고 섬세한 일상생활동작이 현저하게 제한된 사람
제4급	1. 보행이 경중한 정도 제한되었거나 또는 섬세한 일상생활동작이 현저하게 제한된 사람 2. 보행이 경미하게 제한되고, 섬세한 일상생활동작이 상당히 제한된 사람
제5급	1. 보행이 경미하게 제한되었거나 또는 섬세한 일상생활동작이 상당히 제한된 사람 2. 보행시 파행을 보이고 섬세한 일상생활동작이 경중한 정도 제한된 사람
제6급	1. 보행시 파행을 보이거나 섬세한 일상생활 동작이 경중한 정도 제한된 사람

3. 시각장애인

등 급	세 부 내 용
제1급	1. 좋은 눈의 시력(만국식 시력표에 의하여 측정한 것을 말하며, 굴절 이상이 있는 사람에 대하여는 교정시력을 기준으로 한다. 이하 같다)이 0.02 이하인 사람
제2급	1. 좋은 눈의 시력이 0.04 이하인 사람
제3급	1. 좋은 눈의 시력이 0.08 이하인 사람 2. 두 눈의 시야가 각각 주시점에서 5도 이하로 남은 사람
제4급	1. 좋은 눈의 시력이 0.1 이하인 사람 2. 두 눈의 시야가 각각 주시점에서 10도 이하로 남은 사람
제5급	1. 좋은 눈의 시력이 0.2 이하인 사람 2. 두 눈에 의한 시야의 2분의 1 이상을 잃은 사람
제6급	1. 나쁜 눈의 시력이 0.02 이하인 사람

4. 청각장애인

① 청력이 손실된 사람

등 급	세 부 내 용
제2급	1. 두 귀의 청력손실이 각각 90데시벨 이상인 사람(두 귀가 완전히 들리지 아니하는 사람)
제3급	1. 두 귀의 청력손실이 각각 80데시벨 이상인 사람(귀에 입을 대고 큰 소리로 말을 하여도 듣지 못하는 사람)
제4급	1. 두 귀의 청력손실이 각각 70데시벨 이상인 사람(귀에 대고 말을 하여야 들을 수 있는 사람) 2. 두 귀에 들리는 보통 말소리의 최량의 명료도가 50퍼센트 이하인 사람
제5급	1. 두 귀의 청력손실이 각각 60데시벨 이상인 사람(40센티미터 이상 거리에서 발생된 말소리를 듣지 못하는 사람)
제6급	1. 한 귀의 청력손실이 80데시벨 이상, 다른 귀의 청력손실이 40데시벨 이상인 사람

② 평형기능의 장애가 있는 사람

등 급	세 부 내 용
제3급	1. 양측 평형기능의 소실로 두 눈을 뜨고 직선으로 10미터 이상을 지속적으로 걸을 수 없는 사람
제4급	1. 양측 평형기능의 소실 또는 감소로 두 눈을 뜨고 10미터를 걸으려면 중간에 균형을 잡으려 멈추어야 하는 사람
제5급	1. 양측 평형기능의 감소로 두 눈을 뜨고 10미터 거리를 직선으로 걸을 때 중앙에서 60센티미터 이상 벗어나며 복합적인 신체운동은 어려운 사람

5. 언어장애인

등 급	세 부 내 용
제3급	1. 음성기능 또는 언어기능을 잃은 사람
제4급	1. 음성·언어만으로는 의사소통을 하기 곤란할 정도로 음성 또는 언어기능에 현저한 장애가 있는 사람

6. 정신지체인

등 급	세 부 내 용
제1급	1. 지능지수 34 이하인 사람으로 일상생활과 사회생활의 적응이 현저하게 곤란하여 일생동안 타인의 보호가 필요한 사람
제2급	1. 지능지수가 35 이상 49 이하인 사람으로 일상생활의 단순한 행동을 훈련시킬 수 있고, 어느 정도의 감독과 도움을 받으면 복잡하지 아니하고 특수기술을 요하지 아니하는 직업을 가질 수 있는 사람
제3급	1. 지능지수 50 이상 70 이하인 사람으로 교육을 통한 사회적·직업적 재활이 가능한 사람

7. 발달장애(자폐증)인

등 급	세 부 내 용
제1급	1. ICD-10(International Classification of Diseases, 10th Version)의 진단기준에 의한 전반성발달장애(자폐증)로 정상발달의 단계가 나타나지 아니하고, 지능지수가 70 이하이며, 기능 및 능력장애로 인하여 주위의 전적인 도움이 없는 일상생활을 해나가는 것이 거의 불가능한 사람
제2급	1. ICD-10의 진단기준에 의한 전반성발달장애(지폐증)로 정상발달의 단계가 나타나지 아니하고, 지능지수가 70 이하이며, 기능 및 능력장애로 인하여 주위의 많은 도움이 없으면 일상생활을 영위하기 어려운 사람
제3급	1. 제2급과 동일한 특징을 가지고 있으나 지능지수가 71 이상이며, 기능 및 능력 장애로 인하여 일상생활 혹은 사회생활을 영위하기 위하여 간헐적으로 도움이 필요한 사람

8. 정신장애인

등 급	세 부 내 용
제1급	- 정신분열병으로 망상·환청·사고장애 및 기괴한 행동 등의 양성증상 또는 사회적 위축과 같은 음성증상이 심하고, 현저한 인격변화가 있으며, 기능 및 능력장애로 인하여 주위의 전적인 도움이 없는 일상생활을 해나가는 것이 거의 불가능한 사람(정신병을 진단받은 지 1년 이상 경과한 사람에 한한다. 이하 같다) - 양극성 정동장애(조울병)로 기분·의욕·행동 및 사고장애 증상이 심한 증상기가 지속되거나 자주 반복되며, 기능 및 능력장애로 인하여 주위의 전적인 도움이 없는 일상생활을 해나가는 것이 거의 불가능한 사람 - 반복성 우울장애로 정신병적 증상이 동반되고, 기분·의욕 및 행동 등에 대한 우울증상이 심한 증상기가 지속되거나 자주 반복되며, 기능 및 능력장애로 인하여 주위의 전적인 도움이 없는 일상생활을 해나가는 것이 거의 불가능한 사람 - 분열형정동장애로 제1호 내지 제3호에 준하는 증상이 있는 사람
제2급	- 정신분열병으로 망상·환청·사고장애 및 기괴한 행동 등의 양성증상 및 사회적 위축 등의 음성증상이 있고, 중등도의 인격변화가 있으며, 기능 및 능력 장애로 인하여 주위의 많은 도움이 없으면 일상생활을 영위하기 어려운 사람 - 양극성 정동장애(조울병)로 기분·의욕 및 행동 및 사고장애 증상이 있는 증상기가 지속되거나 자주 반복되며, 기능 및 능력장애로 인하여 주위의 많은 도움이 없으면 일상생활을 영위하기 어려운 사람 - 만성적인 반복성 우울장애로 망상 등 정신병적 증상이 동반되고, 기분·의욕 및 행동 등에 대한 우울증상이 있는 증상기가 지속되거나 자주 반복되며, 기능 및 능력장애로 인하여 주위의 많은 도움이 없으면 일상생활을 영위하기 어려운 사람 - 만성적인 분열형 정동장애로 제1호 내지 제3호에 준하는 증상이 있는 사람
제3급	- 정신분열병으로 망상·환청·사고장애 및 기괴한 행동 등의 양성증상이 있으나, 인격변화나 퇴행은 심하지 아니한 경우로서 기능 및 능력장애로 인하여 일상생활 혹은 사회생활을 영위하기 위한 기능 수행에 제한을 받아 간헐적으로 도움이 필요한 사람 - 양극성 정동장애(조울병)로 기분·의욕·행동 및 사고장애 증상이 현저하지는 아니하지만 증상기가 지속되거나 자주 반복되는 경우로서 기능 및 능력장애로 인하여 일상생활 혹은 사회생활을 영위하기 위한 기능 수행에 제한을 받아 간헐적으로 도움이 필요한 사람 - 반복성 우울장애로 기분·의욕·행동 등에 대한 우울증상이 있는 증상기가 지속되거나 자주 반복되는 경우로서 기능 및 능력장애로 인하여 일상생활 혹은 사회생활을 영위하기 위한 기능 수행에 제한을 받아 간헐적으로 도움이 필요한 사람 - 분열형정동장애로 제1호 내지 제3호에 준하는 증상이 있는 사람

9. 신장장애인

등 급	세 부 내 용
제2급	1. 만성신부전증으로 인하여 1개월 이상 혈액투석 또는 복막투석을 받고 있는 사람
제5급	1. 신장을 이식 받은 사람

10. 심장장애인

등 급	세 부 내 용
제1급	1. 심장기능의 장애가 지속되며, 안정시에도 심부전증상 또는 협심증 증상 등이 일어나서 운동능력을 완전히 상실하여 상시적으로 개호인이 필요한 사람(심장질환을 진단받은지 1년 이상 경과한 사람에 한한다. 이하 같다)
제2급	1. 심장기능의 장애가 지속되며, 신체주위의 일은 어느 정도 할 수 있지만 그 이상의 활동으로는 심부전증상 또는 협심증 증상 등이 일어나서 정상적인 일상생활을 영위하기 어려운 사람
제3급	1. 심장기능의 장애가 지속되며, 가정 내에서의 가벼운 활동은 상관없지만 그 이상의 활동에는 심부전증상 또는 협심증 증상 등이 일어나서 가벼운 일상생활은 가능하나 정상적인 사회활동을 영위하기 어려운 사람
제5급	1. 심장을 이식받은 사람

11. 호흡기장애인

등 급	세 부 내 용
제1급	1. 폐나 기관지 등 호흡기관의 만성적인 기능부전으로 안정시에도 산소요법을 받아야 할 정도의 호흡곤란이 있고, 평상시의 폐환기 기능(1초시 강제호기량)이 정상예측치의 25% 이하이거나 안정시의 자연호흡상태에서 동맥혈 산소분압이 55mmHg 이하인 사람
제2급	1. 폐나 기관지 등 호흡기관의 만성적인 기능부전으로 집안에서의 이동시에도 호흡곤란이 있고, 평상시의 폐환기 기능(1초시 강제호기량)이 정상예측치의 30% 이하이거나 안정시 자연호흡상태에서 동맥혈 산소분압이 60mmHg 이하인 사람
제3급	1. 폐나 기관지 등 호흡기관의 만성적인 기능부전으로 평지에서의 보행에도 호흡곤란이 있고, 평상시의 폐환기 기능(1초시 강제호기량)이 정상예측치의 40% 이하이거나 안정시 자연호흡상태에서 동맥혈 산소분압이 65mmHg 이하인 사람

12. 간장애인

등 급	세 부 내 용
제1급	1. 만성 간질환(간경변증, 간세포암종 등)으로 진단받은 환자 중 잔여 간기능이 Child- Pugh 평가상 등급 C이면서 만성 간성뇌증, 내과적 치료로 조절되지 아니하는 난치성 복수 등의 합병증이 있는 사람
제2급	1. 만성 간질환(간경변증, 간세포암종 등)으로 진단받은 환자 중 잔여 간기능 평가 상 Child-Pugh 등급 C이면서 간성뇌증의 병력, 자발성 세균성 복막염 등의 병력이 있는 사람
제3급	1. 만성 간질환(간경변증, 간세포암종 등)으로 진단받은 환자중 잔여 간기능이 Child- Pugh 평가상 등급 C인 사람
제5급	1. 만성 간질환(간경변증, 간세포암종 등)으로 간이식을 시술받은 사람

13. 안면장애인

등 급	세 부 내 용
제2급	1. 노출된 안면부의 90% 이상의 변형이 있는 사람 2. 노출된 안면부의 60% 이상의 변형이 있고 코 형태의 2/3 이상이 없어진 사람
제3급	1. 노출된 안면부의 75% 이상의 변형이 있는 사람 2. 노출된 안면부의 50% 이상의 변형이 있고 코 형태의 2/3 이상이 없어진 사람
제4급	1. 노출된 안면부의 60% 이상의 변형이 있는 사람 2. 코 형태의 2/3 이상이 없어진 사람

14. 장루·요루장애인

등 급	세 부 내 용
제2급	1. 요루와 함께 회장루, 상행 또는 횡행결장루를 가지고 있고, 그 중 하나 이상의 장루 (“요루”를 포함한다. 이하 같다)가 현저한 변형이 있거나 장루 주변의 피부가 현저히 헐은 사람 2. 고도의 배뇨장애와 함께 회장루, 상행 또는 횡행결장루를 가지고 있고, 그중 하나 이상의 장루가 현저한 변형이 있거나 장루 주변의 피부가 현저히 헐은 사람 3. 장루 또는 요루를 가지고 있고, 공장·회장·상행 또는 횡행결장이 방사선 등에 의한 손상으로 장루 이외의 구멍으로부터 장(腸) 내용물이 지속적으로 흘러나와 수술 등에 의하더라도 치유될 가능성이 없으며, 구멍 주변의 피부가 현저히 헐은 사람
제3급	1. 요루와 함께 회장루, 상행 또는 횡행결장루를 가지고 있는 사람 2. 요루와 함께 하행 또는 에스결장루를 가지고 있고, 그 중 하나 이상의 장루에 현저한 변형이 있거나 장루 주변의 피부가 현저히 헐은 사람 3. 회장루, 상행 또는 횡행결장루를 가지고 있고, 고도의 배뇨기능장애가 있는 사람 4. 장루 또는 요루를 가지고 있고, 공장·회장·상행 또는 횡행결장이 방사선 등에 의한 손상으로 장루 이외의 구멍으로부터 장 내용물이 대부분 흘러나오며 수술 등에 의하더라도 치유될 가능성이 없는 사람
제4급	1. 요루를 가진 사람 2. 회장루·상행 또는 횡행결장루를 가진 사람 3. 하행 또는 에스결장루를 가지고 있고, 배뇨기능장애가 있는 경우 또는 그 중 하나 이상의 장루가 변형되었거나 장루 주변의 피부가 헐었기 때문에 장루보조용품을 1일 1회 이상 교체하거나 장세척을 필요로 하는 사람 4. 장루 또는 요루를 가지고 있고, 하행 또는 에스결장이 방사선 등에 의한 손상으로 장루 이외의 구멍에서 장 내용물이 지속적으로 흘러나오며 수술 등에 의하더라도 치유될 가능성이 없는 사람
제5급	1. 하행 또는 에스결장루를 가지고 있는 사람

15. 간질장애인

등 급	세 부 내 용
제2급	1. 만성적인 간질에 대한 적극적인 치료에도 불구하고 월 8회 이상을 포함하여 연 6월 이상 중증발작이 있고, 발작시 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 두통, 구역, 인지기능의 장애 등으로 심각한 요양관리가 필요하며, 일상생활 및 사회생활에 항상 타인의 지속적인 보호와 관리가 필요한 사람
제3급	1. 만성적인 간질에 대한 적극적인 치료에도 불구하고 월 5회 이상 중증 발작 또는 월 10회 이상 경증발작을 포함하여 연 6월 이상 발작이 있고, 발작시 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 두통, 구역, 인지기능의 장애 등으로 요양관리가 필요하며, 일상생활 및 사회생활에 수시로 보호와 관리가 필요한 사람
제4급	1. 만성적인 간질에 대한 적극적인 치료에도 불구하고 월 1회 이상 중증발작 또는 월 2회 이상 경증발작을 포함하여 연 6월 이상의 발작이 있고, 이로 인하여 협조적인 대인관계가 현저히 곤란한 사람

※ 중복된 장애의 합산 판정

가. 같은 등급에 2 이상의 중복장애가 있는 경우에는 1등급 위의 급으로 한다.

나. 서로 다른 등급에 2 이상의 중복장애가 있는 경우에는 의료기관의 전문의가 장애의 정도를 감안하여 당해 주된 장애등급보다 1등급 위의 등급으로 조정할 수 있다.

다. 다음과 같은 경우는 가목 및 나목의 규정에 불구하고 중복장애로 합산 판정할 수 없다.

- (1) 지체장애와 뇌병변장애가 중복된 경우
- (2) 정신지체장애와 발달장애가 중복된 경우
- (3) 기타 장애부위가 동일하거나 장애성격이 중복되어 중복장애로 합산 판정하는 것이 타당하지 아니한 것으로 보건복지부장관이 정하는 경우