

무배당 임페리얼어린이보험

무배당 임페리얼어린이보험

보 통 보 험 약 관

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 지급하

지 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. 보험계약자, 보험대상자(피보험자) 및 보험금을 받는 자(보험수익자)가 동일한 보험계약의 경우
2. 보험계약자, 보험대상자(피보험자)가 동일하고 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험계약자의 법정상속인인 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 보험

료를 돌려 드립니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약체결시까지 보험 대상자(피보험자)의 서면에 의한 동의를 얻지 아니한 경우. 단, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 보험대상자(피보험자)로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 아니합니다.
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 제26조(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 제26조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니

다.

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. 단, 제4조(계약의 무효) 제2호의 경우에는 실제 만나이를 적용합니다.
- 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. 제30조(계약전 알릴의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우
 2. 제29조(계약전 알릴의무)에 의하여 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 회사에 알린 내용 또는 건강진단내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향

을 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 제40조(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 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출납입이 없었던 것으로 하여 제26조(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 납

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 납입기일부터 3개월이 되는 날까지를 납입최고(독촉)기간으로 하여 제1항을 적용합니다. 다만, 회사가 다시 보험료를 수금 또는 자동이체하기로 하거나 은행납입통지서를 교부하기로 한 경우에는 그 수금(자동이체) 또는 재교부일부터 15일이 되는 날을 새로운 납입기일로 하여 제1항의 납입최고(독촉)기간을 적용합니다.

③ 제2회 이후의 보험료가 납입기일까지 납입되지 아니하여 보험료 납입이 연체중인 경우에 회사는 계약자[타인을 위한 보험의 경우 특정된 보험금을 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 제26조(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), 제29조(계약전 알릴의무), 제30조(계약전 알릴의무위반의 효과) 및 제31조(계약취소권의 행사제한)를 준용합니다.

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제14조 【“학교생활 중 재해”의 정의 및 범위】

이 계약에 있어서 “학교생활 중 재해”라 함은 초중등교육법 제2조(학교의 종류)에서 정하는 유치원, 초등학교, 중학교, 고등학교 및 이들 학교에 준한 각종학교와 학교형태의 사회교육시설로서 교육인적자원부장관이 지정하는 시설(이하 “학교”라 합니다)에 입학·등록하여 수학하는 자(이하 “학생”이라 합니다)의 학교생활(<부표 5> “학교생활”의 범위 참조, 이하 “학교생활”이라 합니다) 중에 발생한 사고 중 재해분류표(<부표 2> 참조)에서 정하는 재해(이하 “재해”라 합니다)를 말합니다.

제15조 【“암” 및 “기타피부암”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 계약에 있어서 “암”이라 함은 제4차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물로 분류되는 질병[부표4 “대상이 되는 악성신생물분류표(기타피부암 제외)” 참조]을 말합니다. 다만, C44(기타 피부의 악성신생물) 및 전암병소(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 계약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제4차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 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)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 “암” 및 “기타피부암”에 대한 임상학적 진단이 “암” 및 “기타피부암”의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 “암” 및 “기타피부암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제16조 【“말기신부전증”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 계약에 있어서 “말기신부전증”이라 함은 양쪽 신장 모두가 비가역적인 기능 부전을 보이는 말기신질환(End Stage Renal Disease)으로서 보존요법으로는 치료가 불가능한 말기신부전증환자가 혈액투석 또는 복막투석을 받고 있는 경우를 말합니다. 그러나 혈액투석 또는 복막투석을 받지 못할 경우 해당 임상전문의로부터 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 근거를 제시할 수 있어야 합니다. 단, 일시적으로 투석치료를 필요로 하는 신부전증은

말기신부전증에서 제외합니다.

② 말기신부전증의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사 자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제17조 【“조혈모세포이식”의 정의】

이 계약에 있어서 “조혈모세포이식(Blood stem cell transplantation)”이라 함은 각종 혈액질환 및 악성종양 치료시 발생하는 골수부전상태를 정상적인 조혈모세포로 회복시킬 목적으로 조혈모세포를 이식하는 기술로서 관련법규에 따라 정부에서 인정한 무균실이 있는 골수이식의료기관 또는 이와 동등하다고 회사에서 인정한 의료기관에서 다음의 각 호에서 정한 동종(골수, 말초)조혈모세포이식, 자가(골수, 말초)조혈모세포이식, 제대혈조혈모세포이식 기술을 말합니다. 단, 조혈모세포를 제공하는 공여자로부터 조혈모세포를 채취하는 기술은 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 말한다.

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.

제18조 【“골절”의 정의 및 진단확정】

① 이 계약에 있어서 “골절”이라 함은 재해를 직접적인 원인으로 구조상의

연속성이 완전하게 또는 불완전하게 끊어진 상태로서 “골절분류표(<부표 7> 참조)”에서 정하는 골절(이하 “골절”이라 합니다)을 말합니다.

② 이 계약에서 “골절”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사 자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제19조 【“식중독”의 정의 및 진단확정】

① 이 계약에 있어서 “식중독”이라 함은 한국표준질병사인분류 중 “식중독분류표(<부표8>참조)”에서 정한 질병(이하 “식중독”이라 합니다)을 말합니다.

② 식중독의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사 자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제20조 【“수술”의 정의와 장소】

이 계약에 있어서 제22조(보험금의 종류 및 지급사유) 제9호의 “수술”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 “질병 및 재해분류표(<부표 9> 참조)”에서 정한 질병 또는 재해(이하 “질병 또는 재해”라 합니다)로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 “수술분류표(<부표 10> 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.

제21조 【“유과·납치”의 정의】

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

제22조 【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. 실속보장형 및 만기환급형의 경우 보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때 [장해분류표(<부표3> 참조)중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인

으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 80%이상인 장해상태 포함] : 만기축하금 지급

2. 보험기간 중 학교생활 중 “교통재해분류표(<부표 4> 참조)”에서 정한 교통사고(이하 “교통재해”라 합니다)가 발생하고 그 교통재해를 직접적인 원인으로 장해분류표(<부표3> 참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 학내교통재해장해급여금 지급
3. 보험기간 중 학교생활 중 교통재해 이외의 학교생활 중 재해가 발생하고 그 재해를 직접적인 원인으로 장해분류표(<부표3> 참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 학내일반재해장해급여금 지급
4. 보험기간 중 학교생활 중 교통재해 이외의 교통재해가 발생하고 그 교통재해를 직접적인 원인으로 장해분류표(<부표3> 참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 교통재해장해급여금 지급
5. 보험기간 중 학교생활 중 재해 및 교통재해 이외의 재해가 발생하고 그 재해를 직접적인 원인으로 장해분류표(<부표3> 참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 일반재해장해급여금 지급
6. 보험기간 중 보장개시일 이후에 최초로 말기신부전증으로 진단확정되었을 때(최초 1회에 한함) : 말기신부전증진단급여금 지급
7. 보험기간 중 보장개시일 이후에 최초로 조혈모세포이식술을 받았을 때(최초 1회에 한함) : 조혈모세포이식수술급여금 지급
8. 보험기간 중 재해가 발생하고 그 재해를 직접적인 원인으로 골절상태가 되었을 때(골절 1회당) : 재해골절치료비 지급
9. 보험기간 중 질병 또는 재해가 발생하고 그 질병 또는 재해의 치료를 직접목적으로 수술하였을 때(수술 1회당) : 수술급여금 지급
10. 보험기간 중 식중독으로 진단확정 되었을 때(1회당) : 식중독치료비 지급
11. 보험기간 중 유괴·납치의 피해자가 되어 신체에 상해가 발생하였을 때(최초 1회에 한함) : 유괴·납치상해급여금 지급

제23조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 암(기타피부암 제외)으로 진단확정되거나 장해분류표(<부표3> 참조) 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 50%이상인 장해상태가 되었을 때에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험대상자(피보험자)가 보험계약일부터 계약일을 포함하여 90일 이전에 암(단, 기타피부

암 제외)으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 그러하지 아니합니다.

② 제7조(계약의 소멸)의 경우 보험기간 중 보험대상자(피보험자)의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 호적에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.

③ 제1항 및 제22조(보험금의 종류 및 지급사유)의 제1호 내지 제5호의 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.

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 제22조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑥ 제1항 및 제22조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호 내지 제5호의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표(<부표3> 참조)상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용합니다.

⑦ 제1항 및 제22조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호 내지 제5호의 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 제22조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호 내지 제5호의 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.

⑨ 제8항에도 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 별

도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 제22조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호 내지 제5호에서 다른 재해로 인하여 장애가 2회이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장애 지급률을 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.

⑪ 제22조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호 내지 제5호에서 그 재해 전에 이미 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 장애가 있었던 보험대상자(피보험자)에게 그 신체의 동일 부위에 또 다시 제10항에 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 장애급여금의 지급사유가 되지 않았던 장애 또는 장애급여금이 지급되지 않았던 장애

⑫ 동일한 재해로 회사가 지급하여야 할 제22조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호 내지 제5호의 학내교통재해장애급여금, 학내일반재해장애급여금, 교통재해장애급여금 및 일반재해장애급여금은 장애지급률 100%에 해당하는 금액을 한도로 합니다.

⑬ 보험대상자(피보험자)가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 아니한 때에는 회사는 수술급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑭ 제22조(보험금의 종류 및 지급사유) 제8호의 경우 동일한 재해를 직접적인 원인으로 복합골절 발생시에는 재해골절치료비는 1회만 지급하며, 의학적 처치 및 치료를 목적으로 골절을 시키는 경우에는 재해골절치료비를 지급하지 않습니다.

⑮ 제22조(보험금의 종류 및 지급사유) 제11호의 경우 보험금을 받는 자(수익자)의 고의 또는 보험대상자(피보험자)의 직계존비속에 의한 유괴·납치는 보장하지 않습니다.

⑯ 제1항에 불구하고 계약자는 보험대상자(피보험자)가 보험계약일부터 계약일을 포함하여 90일 이전에 암(단, 기타피부암 제외)으로 진단이 확정된 경우에는 진단일로부터 그날을 포함하여 90일 이내에 계약을 취소할 수 있으

며, 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

제24조 【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.

제25조 【전쟁, 기타 변란시의 보험금】

회사는 보험대상자(피보험자)가 전쟁, 기타변란으로 인하여 제22조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호 내지 제11호의 사유가 발생한 경우 그 수가 보험료 산출기초에 중대한 영향을 미칠 우려가 있다고 인정될 때에는 금융감독위원회의 인가를 얻어 보험금을 감액하여 지급합니다.

제26조 【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.

다.

제27조 【배당금의 지급】

이 계약은 무배당보험이므로 계약자배당금이 없습니다.

제28조 【소멸시효】

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

제4관 보험계약시 계약자의 계약전 알릴의무 등

제29조 【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.

제30조 【계약전 알릴의무 위반의 효과】

① 회사는 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 제29조(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 보장개시일부터 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 중

요사항을 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 해당하는 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 제29조(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.

제31조 【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

제32조 【주소변경 통지】

① 계약자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 이를 회사에 알

려야 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.

제33조 【보험금을 받는 자(보험수익자)의 지정】

이 계약에서 계약자가 보험금을 받는 자(보험수익자)를 지정하지 아니한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)를 제22조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호의 경우는 계약자로 하고, 동조 제2호 내지 제11호의 경우는 보험대상자(피보험자)로 하며, 보험대상자(피보험자)의 사망시는 보험대상자(피보험자)의 상속인으로 합니다.

제34조 【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 있는 곳이 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 보장을 연대(連帶)로 합니다.

제35조 【보험금 지급사유의 발생통지】

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

제36조 【보험금 등 청구시 구비서류】

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

1. 청구서 (회사양식)
2. 사고증명서 [진단서, 입원치료확인서, 수술증명서, 골절증명서, 경찰서신고확인서(관할경찰서 발행) 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 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제37조 【보험금 등의 지급】

- ① 회사는 제36조(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 접수후 10영업일 이내에 지급합니다.
- ② 회사는 제22조(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 11> “보험금 지급시의 적립이율 계산”과 같습니다.
- ③ 계약자, 보험대상자(피보험자) 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)는 제30조(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 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정

하는 의료기관 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.

제38조 【보험금 받는 방법의 변경】

① 계약자(보험금 지급사유 발생후에는 보험금을 받는 자(보험수익자))는 회사의 사업방법서에 정한 바에 따라 제22조(보험금의 종류 및 지급사유)의 제2호 내지 제5호에 의한 재해장해급여금의 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.

제39조 【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

제40조 【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 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금과 보험계약대출원리금을 상계할 수 있습니다.

제6관 분쟁조정 등

제41조 【분쟁의 조정】

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

제42조 【관할법원】

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

제43조 【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.

제44조 【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) 내

용이 이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제45조 【회사의 손해배상책임】

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

제46조 【준거법】

이 약관에 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

제47조 【예금보험에 의한 지급보장】

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

【태아가입특칙(胎兒加入特則)】

제48조 【특칙의 적용】

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

제49조 【보험대상자(피보험자)】

제48조(특칙의 적용)의 태아(이하 “태아”라 합니다)는 출생시에 보험대상자(피보험자)로 됩니다.

제50조 【출생통지】

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

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

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

제51조 【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.

제52조 【복수(複數)출생의 경우】

- ① 태아가 복수로 출생한 경우에는 호적상 선순위(先順位)로 기재된 자를 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 호적상 차순위(次順位)의 자를 새로운 보험대상자(피보험자)로 할 수 있습니다.
- ③ 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)
- ④ 제2항의 변경을 회사가 승인한 때에는 원래의 보험대상자(피보험자)의 사망시로 소급하여 그 변경이 행해진 것으로 하여 회사는 그 때부터 변경후의 보험대상자(피보험자)에 대해서 보험계약상의 보장을 합니다.
- ⑤ 제1항 및 제2항의 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ⑥ 다음의 경우에는 회사는 제2항의 변경을 취급하지 아니합니다.
 1. 원래의 보험대상자(피보험자)에 대해서 책임준비금, 재해장해급여금이 이미 지급된 경우 또는 책임준비금, 재해장해급여금의 청구서류를 접수한 경우
 2. 계약자가 원래의 보험대상자(피보험자)를 고의로 사망하게 하거나 재해장해상태가 되게 한 경우

제53조 【보험금 지급기준 적용나이】

보험금 지급기준표(<부표 1> 참조)에서 적용하는 보험대상자(피보험자) 나이는 보험대상자(피보험자)가 출생한 날부터 계산합니다.

제54조 【가입나이의 계산 특례(特例)】

계약일에 있어서의 보험대상자(피보험자)의 가입나이는 0세로 합니다.

제55조 【계약일 및 가입나이의 변경】

- ① 회사가 제50조(출생통지) 제1항의 통지를 받은 경우 보험대상자(피보험자)의 출생일이 계약일로부터 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, 제50조(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 : 주보험 1구좌)

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
만기축하금	보험기간 만기시 보험대상자(피보험자)가 살아있을 때 (단, 장애분류표 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 80%이상인 장애상태 포함)	실속보장형 : 이미 납입한 주보험 보험료의 70% 만기환급형 : 이미 납입한 주보험 보험료의 100%
학내교통재해 장애급여금	보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 학교생활 중 교통재해로 인하여 장애분류표에서 정한 각 장애지급률에 해당하는 장애상태가 되었을 때	2억원 × 해당 장애지급률
학내일반재해 장애급여금	보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 「학교생활 중 교통재해」 이외의 학교생활 중 재해로 인하여 장애분류표에서 정한 각 장애지급률에 해당하는 장애상태가 되었을 때	1억6천만원 × 해당 장애지급률
교통재해 장애급여금	보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 「학교생활 중 교통재해」 이외의 교통재해로 인하여 장애분류표에서 정한 각 장애지급률에 해당하는 장애상태가 되었을 때	1억2천만원 × 해당 장애지급률
일반재해 장애급여금	보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 「학교생활 중 재해 및 교통재해」 이외의 재해로 인하여 장애분류표에서 정한 각 장애지급률에 해당하는 장애상태가 되었을 때	8,000만원 × 해당 장애지급률
말기신부전증 진단급여금	보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 보장개시일 이후에 최초로 말기신부전증으로 진단을 받았을 때(최초 1회에 한함)	1,000만원
조혈모세포 이식수술급여금	보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 보장개시일 이후에 최초로 조혈모세포이식술을 받았을 때(최초 1회에 한함)	1,000만원
재해골절 치료비	보험기간중 보험대상자(피보험자)에게 재해가 발생하고 그 재해를 직접적인 원인으로 골절로 진단이 확정되었을 때	【 골절 1회당 】 30만원
수술급여금	보험기간중 보험대상자(피보험자)가 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 수술하였을 때	【 수술 1회당 】 50만원
식중독 치료비	보험기간중 보험대상자(피보험자)가 식중독으로 진단이 확정되었을 때	【 1회당 】 10만원
유과·납치 상해급여금	보험기간중 보험대상자(피보험자)가 유과·납치의 피해자가 되어 신체에 상해가 발생하였을때(최초 1회에 한함)	1,000만원

- 주) 1. 보험대상자(피보험자)가 암으로 진단확정(기타피부암 제외) 또는 장애분류표중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 50%이상인 장애상태가 되었을 때에는 차회이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
2. 보험대상자(피보험자)가 사망시에는 책임준비금을 지급하여 드리고 그때부터 이 계약은 효력을 상실합니다.
3. 유과·납치상해급여금의 경우 보험금을 받는 자(수익자)의 고의 또는 보험대상자(피보험자)의 직계존비속에 의한 유과·납치에 의한 경우는 담보하지 않습니다.

(부표 2)**재 해 분 류 표**

재해라 함은 우발적인 외래의 사고(다만, 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화되었을 때에는 그 경미한 외부요인은 우발적인 외래의 사고로 보지 아니함)로서 다음 분류표에 따른 사고를 말한다.

* 이 분류는 제4차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2002-1호, 2003. 1. 1시행)중 “질병이환 및 사망의 외인”에 의한 것임.

분 류 항 목	분 류 번 호
1. 운수사고에서 다친 보행자	V01 - V09
2. 운수사고에서 다친 자전거 탑승자	V10 - V19
3. 운수사고에서 다친 모터사이클 탑승자	V20 - V29
4. 운수사고에서 다친 삼륜자동차 탑승자	V30 - V39
5. 운수사고에서 다친 승용차 탑승자	V40 - V49
6. 운수사고에서 다친 픽업 트럭 또는 밴 탑승자	V50 - V59
7. 운수사고에서 다친 대형화물차 탑승자	V60 - V69
8. 운수사고에서 다친 버스 탑승자	V70 - V79
9. 기타 육상 운수사고(철도사고 포함)	V80 - V89
10. 수상 운수사고	V90 - V94
11. 항공 및 우주 운수사고	V95 - V97
12. 기타 및 상세불명의 운수사고	V98 - V99
13. 추락	W00 - W19
14. 무생물성 기계적 힘에 노출	W20 - W49
15. 생물성 기계적 힘에 노출	W50 - W64
16. 불의의 물에 빠짐	W65 - W74
17. 기타 불의의 호흡 위험	W75 - W84
18. 전류, 방사선, 극순환 기온 및 압력에 노출	W85 - W99
19. 연기, 불 및 불꽃에 노출	X00 - X09
20. 열 및 가열된 물질과의 접촉	X10 - X19
21. 유독성 동물 및 식물과의 접촉	X20 - X29
22. 자연의 힘에 노출	X30 - X39
23. 유독성 물질에 의한 불의의 중독 및 노출	X40 - X49
24. 기타 및 상세불명의 요인에 불의의 노출	X58 - X59
25. 가해	X85 - Y09
26. 의도 미확인 사건	Y10 - Y34
27. 법적개입 및 전쟁행위	Y35 - Y36
28. 치료시 부작용을 일으키는 약물, 약제 및 생물학물질	Y40 - Y59
29. 외과적 및 내과적 치료중 환자의 재난	Y60 - Y69
30. 진단 및 치료에 이용되는 의료장치에 의한 부작용	Y70 - Y82
31. 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 후에 합병증을 일으키게 한 외과적 및 내과적 처치	Y83 - Y84
32. 전염병 예방법 제2조 제1항 제1호에 규정한 전염병	

제5차개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 재해이외의 약관에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함하는 것으로 합니다.

(주) 다음 사항에 해당하는 분류항목은 재해분류에서 제외합니다.

- “약물 및 의약품에 의한 불의의 중독”중 외용약 또는 약물 접촉에 의한 알레르기피부염 (L23.3)
- “기타 고체 및 액체물질, 가스 및 증기에 의한 불의의 중독”중 한국표준질병사인분류상 A00~R99에 분류가 가능한 것
- “외과적 및 내과적 치료중 환자의 재난”중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고
- “자연 및 환경요인에 의한 불의의 사고”중 급격한 액체손실로 인한 탈수
- “약수, 질식 및 이물에 의한 불의의 사고”중 질병에 의한 호흡장애 및 삼킴장애
- “기타 불의의 사고”중 과로 및 격렬한 운동으로 인한 사고
- “법적 개입”중 처형 (Y35.5)

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.

장애분류별 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 양안시시에서 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) 유상악치 또는 가교의치 등을 보철한 경우의 지대관 또는 구의 장착치와 포스트, 인레인만을 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)장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) “외모”란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
- 2) “추상(추한 모습)장애”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
 - ① 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 40cm², 1/4 크기는 20cm²), 6~11세의 경우는 6×8cm(1/2 크기는 24cm², 1/4 크기는 12cm²), 6세 미만의 경우는 4×6cm(1/2 크기는 12cm², 1/4 크기는 6cm²)로 간주한다.

6. 척추(등뼈)의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 척추(등뼈)에 심한 운동장애를 남긴 때	40
2) 척추(등뼈)에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때	30
3) 척추(등뼈)에 약간의 운동장애를 남긴 때	10
4) 척추(등뼈)에 심한 기형을 남긴 때	50
5) 척추(등뼈)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	30
6) 척추(등뼈)에 약간의 기형을 남긴 때	15
7) 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 관련도를 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.) “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 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 측정방

법 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 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
- ③ 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “1등급(Trace)”인 경우

다) “뚜렷한 장애”라 함은

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

라) “약간의 장애”라 함은

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

- 7) “가관절이 남아 뚜렷한 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.
- 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
 - ㉗ 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등을 기초로 한다.
 - ㉘ 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.

〈붙임〉

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)

“학교생활”의 범위

1. 학교의 교육과정과 학교의 장이 정하는 교육계획 및 교육방침에 의거하여 학교 내·외에서 행하는 수업, 특별활동, 과외활동, 소풍, 수학여행, 수련활동, 체육대회 등의 활동과 청소시간 및 휴식시간
2. 국가 또는 지방자치단체가 주최하는 행사로서 학교의 장이 인정하는 행사에의 참가활동
3. 학교의 장이 인정하는 체육대회, 예술대회 등 각종 대회 참가활동
4. 통상적 방법에 의한 통학 중 (등·하교 중)
5. 학교 외의 수업 등이 행해지는 장소, 집합·해산 장소와 주거·기숙사간의 합리적인 경로·방법에 의한 왕복 중
6. 학교기숙사에 있을 때

(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
피부의 악성흑색종	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 원발성이라고 정해졌거나 또는 가정되는 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)

골 절 분 류 표

골절이라 함은 제4차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2002-1호, 2003. 1. 1시행)중 다음에 적은 골절을 말합니다.

분 류 항 목	분 류 번 호
머리뼈 및 얼굴뼈의 골절	S 0 2
목의 골절	S 1 2
갈비뼈, 복장뼈 및 등뼈의 골절	S 2 2
허리뼈 및 골반의 골절	S 3 2
어깨 및 팔죽지의 골절	S 4 2
아래팔의 골절	S 5 2
손목 및 손부위에서의 골절	S 6 2
넙적다리뼈의 골절	S 7 2
발목을 포함한 아래다리의 골절	S 8 2
발목을 제외한 발의 골절	S 9 2
다발성 신체부위의 골절	T 0 2
상세불명 부위의 척추의 골절	T 0 8
상세불명 부위의 팔 골절	T 1 0
상세불명 부위의 다리 골절	T 1 2
상세불명 신체부위의 골절	T 1 4 . 2

제5차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 골절 이외에 약관에 해당하는 골절이 있는 경우에는 그 골절도 포함하는 것으로 합니다.

(부표 8)

식 중 독 분 류 표

약관에 규정하는 “식중독”으로 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. 기타 살모넬라 감염	A02
2. 이질	A03
3. 기타 세균성 창자 감염	A04
4. 기타 세균성 식중독	A05
5. 아메바증	A06
6. 기타 원충성 창자 질환	A07
7. 바이러스 및 기타 명시된 창자 감염	A08
8. 해산물 속의 유해물질의 중독작용	T61
9. 식품으로 섭취한 기타 유해물질의 중독작용	T62

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

(부표 9)

질병 및 재해분류표

질병 및 재해로 분류되는 내용은 제4차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2002-1호, 2003. 1. 1시행) 중 다음에 적은 것을 말합니다.

분 류 항 목	분류번호
I. 특정 감염성 및 기생충성 질환	A00 ~ B99
II. 신 생 물	C00 ~ D48
III. 혈액 및 조혈기관의 질환과 면역기전을 침범하는 특정 장애	D50 ~ D89
IV. 내분비, 영양 및 대사질환	E00 ~ E90
VI. 신경계통의 질환	G00 ~ G99
VII. 눈 및 눈 부속기의 질환	H00 ~ H59
VIII. 귀 및 꼭지돌기의 질환	H60 ~ H95
IX. 순환기계통의 질환	I00 ~ I99
X. 호흡기계통의 질환	J00 ~ J99
X I. 소화기계통의 질환	K00 ~ K93
X II. 피부 및 피부밑조직의 질환	L00 ~ L99
X III. 근육골격계통 및 결합조직의 질환	M00 ~ M99
X IV. 비뇨생식기계통의 질환	N00 ~ N99
X V. 임신, 출산 및 산후기	O00 ~ O99
X VI. 출산전후기에 기원한 특정 병태	P00 ~ P96
X VII. 달리 분류되지 않은 증상, 징후와 임상 및 검사의 이상소견	R00 ~ R99
X IX. 손상, 중독 및 외인에 의한 특정 기타 결과	S00 ~ T98
X X. 질병이환 및 사망의 외인	V01 ~ Y98
· 전염병 예방법 제2조 제1항 제1호에 규정한 전염병	
· 치료상 부작용을 일으키는 약품, 의약품 및 생물제재에 의한 사고	

제5차개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 및 재해 이외의 약관에 해당하는 질병 및 재해가 있는 경우에는 그 질병 및 재해도 포함하는 것으로 합니다.

(주) 다음 사항은 입원급여금 지급대상에서 제외합니다.

1. 정신장애 (심신상실, 정신박약을 포함합니다)로 인하여 입원한 경우
2. 선천적인 장애로 인하여 입원한 경우
3. 마약, 습관성 의약품 및 알콜중독으로 인하여 입원한 경우
4. 치의보철과 정상임신, 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인하여 입원한 경우
5. 치료를 수반하지 아니하는 건강진단(인간 도-크 검사를 포함합니다), 미용상의 처치, 질병을 직접적인 원인으로 하지 아니하는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인하여 입원한 경우

(부표 10)

수 술 분 류 표

수 술 종 류	
피부, 유방의 수술 (皮膚, 乳房의 手術)	1. 식피술(植皮術) (25 cm^2 미만은 제외함) 2. 유방절단술(乳房切斷術)
근골의 수술 (筋骨의 手術) 〔발정술(拔釘術)은 제외함〕	3. 골이식술(骨移植術) 4. 골수염, 골결핵 수술(骨髓炎, 骨結核 手術) 〔농양(膿瘍)의 단순한 절개는 제외함〕 5. 두개골 관혈수술(頭蓋骨 觀血手術) 〔비골, 비중격(鼻骨, 鼻中隔)은 제외함〕 6. 비골 관혈수술(鼻骨, 觀血手術) 〔비중격만곡증수술(鼻中隔灣曲症手術)은 제외함〕 7. 상악골, 하악골, 악관절 관혈수술(上顎骨, 下顎骨, 顎關節 觀血手術)〔치, 치육(齒, 齒肉)의 처치에 수반하는 것은 제외함〕 8. 척추, 골반 관혈수술(脊椎, 骨盤 觀血手術) 9. 쇄골, 견갑골, 늑골, 흉골 관혈수술(鎖骨, 肩胛骨, 肋骨 觀血手術) 10. 사지절단술(四肢切斷術)〔손가락, 발가락은 제외함〕 11. 절단사지재접합술(切斷四肢再接合術) 〔골, 관절(骨, 關節)의 이단(離斷)에 수반하는 것〕 12. 사지골, 사지관절 관혈수술(四肢骨, 四肢關節 觀血手術) 〔손가락, 발가락은 제외함〕 13. 근, 건, 인대 관혈수술(筋, 建, 靱帶 觀血手術) 〔손가락, 발가락은 제외함. 근염, 결절종, 점액종수술(筋炎, 結切踪, 粘液腫手術)은 제외함〕
호흡기, 흉부의 수술 (呼吸器, 胸部的 手術)	14. 만성부비강염근본수술(慢性副鼻腔炎根本手術) 15. 후두전적제술(喉頭全摘除術) 16. 기관, 기관지, 폐, 흉막수술(氣管, 氣管支, 肺, 胸膜手術) 〔개흉술(開胸術)을 수반하는 것〕 17. 흉곽형성술(胸郭形成術) 18. 종격종양적출술(縱隔腫瘍摘出術)

수	술	종 류
순환기, 비의 수술 (循環期, 脾의 手術)		19. 관혈적혈관형성술 (觀血의血管形成術) 〔 혈액투석용(血液透析用), Shunt 형성술(形成術)을 제외함 〕 20. 정맥류근본수술 (靜脈瘤根本手術) 21. 대동맥, 대정맥, 폐동맥, 관동맥수술 (大動脈, 大靜脈, 肺動脈, 冠動脈手術) 〔 개흉, 개복술 (開胸, 開腹術)을 수반하는 것 〕 22. 심막절개, 봉합술 (心膜切開, 縫合術) 23. 직시하심장내수술 (直視下心臟內手術) 24. 체내용(體內用) 매립술(埋立術) 25. 비적제술 (脾摘除術)
소화기의 수술 (消化器의 手術)		26. 이하선종양적출술 (耳下腺腫瘍摘出術) 27. 악하선종양적출술 (顎下腺腫瘍摘出術) 28. 식도이단술 (食道離斷術) 29. 위절제술 (胃切除術) 30. 기타의 위, 식도수술(胃, 食道手術) 〔 개흉, 개복술(開胸, 開腹術)을 수반하는 것 〕 31. 복막염수술 (腹膜炎手術) 32. 간장, 담낭, 담도, 췌장 관혈수술 (肝臟, 膽囊, 膽道, 脾臟, 觀血手術) 33. 탈장 근본수술 (脫腸 根本手術) 34. 충수절제술, 맹장봉축술 (蟲垂切除術, 盲腸縫縮術) 35. 직장탈근본수술 (直腸脫根本手術) 36. 기타의 장, 장간막수술(腸, 腸間膜手術) 〔 개복술(開腹術)을 수반하는 것 〕 37. 치루, 탈항, 치핵근본수술(痔屢, 脫肛, 痔核根本手術) 〔 근치(根治)를 목적으로 한 것으로 처치, 단순한 치핵(痔核)만의 수술은 제외함 〕
뇨, 성기의 수술 (尿, 性器의 手術)		38. 신이식수술 (腎移植手術) 〔 수용자(受容者)에 한함 〕 39. 신장, 신우, 뇨관, 방광 관혈수술 (腎臟, 腎盂, 尿管, 膀胱 觀血手術) 〔 경뇨도적조작(經尿道的操作)은 제외함 〕 40. 뇨도협착 관혈수술 (尿道狹窄 觀血手術) 〔 경뇨도적조작(經尿道的操作)은 제외함 〕 41. 뇨루폐쇄관혈수술 (尿屢閉鎖觀血手術) 〔 경뇨도적조작(經尿道的操作)은 제외함 〕 42. 음경절단술 (陰莖切斷術) 43. 고환, 부고환, 정관, 정색, 정낭, 전립선수술 (睪丸, 副睪丸, 精管, 精索, 精囊, 前立腺手術) 44. 음낭수종 근본수술 (陰囊手腫 根本手術)

수 술 종 류	
뇨, 성기의 수술 (尿, 性器의 手術)	45. 자궁광범전적제술 (子宮廣汎全摘除術) [단순자궁전적(單純子宮全摘) 등의 자궁전적제술(全摘除術)은 제외함] 46. 자궁경관형성술, 자궁경관봉축술 (子宮經管形成術, 子宮經管縫術) 47. 제왕절개만출술 (帝王切開娩出術) 48. 자궁외 임신수술 (子宮外 妊娠手術) 49. 자궁탈, 질탈수술 (子宮脫, 膣脫手術) 50. 기타의 자궁수술 (子宮手術) [자궁경관 Polyp절제술, 인공임신중절술(子宮經管 Polyp切除術, 人工妊娠中絶術)은 제외함] 51. 난관, 난소 관혈수술 (卵管, 卵巢 觀血手術) [경질적조작(經膣的操作)은 제외함] 52. 기타의 난관, 난소수술 (卵管, 卵巢手術)
내분비기의 수술 (內分泌器의 手術)	53. 뇌하수체종양적제술 (腦下垂體腫瘍摘除術) 54. 갑상선수술 (甲狀腺手術) 55. 부신전적제술 (副腎全摘除術)
신경의 수술 (神經의 手術)	56. 두개내 관혈수술 (頭蓋內 觀血手術) 57. 신경관혈수술 (神經觀血手術) [형성술, 이식술, 절제술, 감압술, 개방술, 염제술(形成術, 移植術, 切除術, 減壓術, 開放術, 捻除術)] 58. 관혈적척수종양적출수술 (觀血의 脊髓腫瘍摘出手術) 59. 척수경막내외 관혈수술 (脊髓硬膜內外 觀血手術)
감각기, 시기의 수술 (感覺器, 視器의 手術)	60. 안검하수증수술 (眼瞼下垂症手術) 61. 누소관형성술 (淚小管形成術) 62. 누낭비강문합술 (淚囊鼻腔吻合術) 63. 결막낭형성술 (結膜囊形成術) 64. 각막이식술 (角膜移植術) 65. 관혈적전방, 홍채, 조자체, 안와내이물제거술 (觀血의 前房, 虹彩, 硝子體, 眼窩內異物除去術) 66. 홍채전후유착 박리술 (虹彩前後癒着 剝離術) 67. 녹내장 관혈수술 (綠內障 觀血手術) 68. 백내장, 수정체 관혈수술 (白內障, 水晶體 觀血手術) 69. 조자체 관혈수술 (硝子體 觀血手術) 70. 망막박리증수술 (網膜剝離症手術) 71. Laser, 냉동응고 (冷凍凝固)에 의한 안구수술 (眼球手術) [시술(施術)개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함] 72. 안구적제술, 조직충전술 (眼球摘除術, 組織充填術)

수 술 종 류	
감각기, 청기의 수술 (感覺器, 청기의 手術)	73. 안와종양적출술 (眼窩腫瘍摘出術) 74. 안근이식술 (眼筋移植術) 75. 관혈적고막, 고실형성술 (觀血的鼓膜, 鼓室形成術) 76. 유양동삭개술 (乳樣洞削開術) 77. 중이근본수술 (中耳根本手術) 78. 내이 관혈수술 (內耳 觀血手術) 79. 청신경종양적출술 (聽神經腫瘍摘出術)
악성신생물의 수술 (惡性新生物의 手術)	80. 악성신생물근치수술 (惡性新生物根治手術) 81. 악성신생물온열료법 (惡性新生物溫熱療法) [시술(施術)개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함] 82. 기타의 악성신생물수술 (惡性新生物手術)
상기이외의 수술 (上記以外の 手術)	83. 상기외의 개두술 (開頭術) 84. 상기이외의 개흉술 (開胸術) 85. 상기이외의 개복술 (開腹術) 86. 충격파(衝擊波)에 의한 체내결석파쇄술 (體內結石破碎術) [시술(施術)개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함] 87. Fiberscope 또는 혈관(血管) Basket Catheter에 의한 뇌, 후두, 흉부, 복부장기수술 (腦, 喉頭, 胸部, 腹部臟器手術) [검사, 처치는 포함하지 않음. 시술(施術)개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함]
신생물근치 방사선조사 (新生物根治 放射線照射)	88. 신생물근치 방사선조사 (新生物根治 放射線照射) [5,000Rad이상의 조사(照射)로 시술(施術)개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함]

※ 상기 『수술분류표』 상의 수술을 대신하여 완치율이 높고 일반적으로 의학계에서 인정하고 있는 첨단 치료기법으로 시술한 경우 『수술분류표』 상의 동일부위 수술로 본다.

(비고)

1. 치료를 목적으로 한 수술

“치료를 직접목적으로 한 수술”이란 치료를 위한 수술을 말하며, 예를 들어 미용성형 수술, 질병을 직접원인으로 하지 않은 불임수술 또는 제왕절개수술, 충수의 예방적수술 등은 해당되지 아니합니다.

2. 개두술

“개두술”이란 두개를 열어 뇌를 노출시키는 수술을 말합니다.

3. 개흉술

“개흉술”이란 흉강을 여는 수술로서 농흉수술, 흉막, 폐장, 심장, 횡경막, 종격동, 식도수술 등 흉강내에 조작을 가할 때에 행하는 것을 말합니다. 또한 개흉술에 준하는 것으로서 늑골, 흉골의 절제술을 포함하는 것으로 합니다.

4. 개복술

“개복술”이란 복벽을 절개하여 복강을 여는 수술로서 위, 십이지장, 소장, 대장, 충수, 간장 및 담도, 췌장, 비장, 난소 및 자궁수술등 복강내에 조작을 가할 때에 행하는 것을 말합니다. 또한 개복술에 준하는 것으로서 신장, 요관 및 방광수술을 포함하는 것으로 하지만 경뇨도적조작에 의한 것은 해당되지 아니합니다.

(부표 11)

보험금 지급시의 적립이율 계산

구 분		부 리 기 간	지 급 이 자
학내교통재해장해급여금, 학내일반재해장해급여금, 교통재해장해급여금, 일반재해장해급여금, 말기신부전증진단급여금, 조혈모세포이식수술급여금, 재해골절치료비, 수술급여금, 식중독치료비, 유괴·납치상해급여금 (제22조 제2호 내지 제11호)		지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간	보험계약대출이율
만기축하금 (제22조 제1호)	회사가 보험금의 지급 시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 아니한 경우	보험금지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금청구일까지의 기간	예정이율
	회사가 보험금의 지급 시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알린 경우	보험금지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금청구일까지의 기간	- 1년이내 : 예정이율의 50% - 1년초과기간 : 1%
	보험금청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간		예정이율 + 1%
	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간		보험계약대출이율
해약환급금 (제26조 제1항)	해약환급금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 해약환급금 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(제28조)가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

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

무배당 임페리얼어린이보험
암보장특약

※ 이 특약은 주보험에 고정부가하여 적용하는 약관입니다

무배당 임페리얼어린이보험 암보장특약 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 제1항에도 불구하고 주계약의 보장개시일 이후에 계약자의 신청이 있을 경우에는 회사의 승낙을 얻어 주계약에 부가하여 이 특약을 체결할 수 있습니다.
- ③ 주계약의 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 보험대상자(피보험자)가 사망[장해분류표(<부표3> 참조)중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 80%이상인 장해상태 제외]한 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.
- ④ 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】

- ① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제12조(“암” 및 “기타피부암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암(이하 “암”이라 합니다)관련 급부에 대한 회사의 보장개시일 [부활(효력회복)일 포함]은 보험계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

제3조 【보험대상자(피보험자)의 범위】

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

제4조 【특약의 무효】

보험대상자(피보험자)가 보험계약일부터 계약일을 포함하여 90일이 지난날 이전에 암으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

제5조 【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 제19조(해약환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제6조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제19조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제7조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제8조 【특약 보험료의 납입】

이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께

납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제9조 【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 제19조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제10조 【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)

제11조 【“백혈병·골수암”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 “백혈병·골수암”이라 함은 제12조(“암” 및 “기타피부암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암 중 부표6(백혈병·골수암 분류표)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 가능하지 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.

제12조 【“암” 및 “기타피부암”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 제4차 한국표준질병사인분류 중 대상이 되는 악성신생물분류표(기타피부암 제외)(<부표5> 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 전암병소(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특약에 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.

제13조 【“상피내암”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 “상피내암”이라 함은 한국표준질병사인분류 중 상피내의 신생물분류표(<부표 7> 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.

제14조 【“경계성 종양”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 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.

제15조 【“입원” 및 “수술”의 정의와 장소】

① 이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성 종양으로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 의사에 의하여 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성 종양의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 “수술분류표(<부표4> 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.

제16조 【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> “보험금지급 기준표” 참조)을 지급합니다.

1. 실속보장형 및 만기환급형의 경우 특약보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때[장해분류표(<부표3> 참조)중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 80%이상인 장해상태 포함] : 만기축하금 지급
2. 특약보험기간 중 보장개시일 이후에 암(백혈병·골수암 포함), 기타피부암, 상피내암 또는 경계성 종양으로 최초로 진단확정 되었을 때 : 암진단급여금 지급(암, 기타피부암, 상피내암 및 경계성 종양 각각 1회에 한함)

3. 특약보험기간 중 보장개시일 이후에 암(백혈병·골수암 포함), 기타피부암, 상피내암 또는 경계성 종양으로 진단확정되고 그 암(백혈병·골수암 포함), 기타피부암, 상피내암 또는 경계성 종양의 치료를 직접목적으로 수술하였을 때 (수술 1회당) : 암수술급여금 지급
4. 특약보험기간 중 보장개시일 이후에 암(백혈병·골수암 포함), 기타피부암, 상피내암 또는 경계성 종양으로 진단확정되고 그 암(백혈병·골수암 포함), 기타피부암, 상피내암 또는 경계성 종양의 치료를 직접목적으로 4일 이상 계속하여 입원하였을 때 (3일 초과 1일당) : 암입원급여금 지급 (단, 120일 한도)

제17조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 또는 특약보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 암(단, 백혈병·골수암 포함, 기타피부암, 상피내암 및 경계성종양 제외)으로 진단확정되거나 장애분류표(<부표3> 참조) 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 50%이상인 장애상태가 되었을 때에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험대상자(피보험자)가 보험계약일부터 계약일을 포함하여 90일 이전에 암(단, 백혈병·골수암 포함, 기타피부암, 상피내암 및 경계성종양 제외)으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 그러하지 아니합니다.
- ② 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 장애분류표(<부표2> 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.
- ③ 제1항, 제1조(특약의 체결 및 소멸) 및 제16조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호의 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.
- 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 장애지급률

을 결정합니다.

⑤ 제1항, 제1조(특약의 체결 및 소멸) 및 제16조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑥ 제1항, 제1조(특약의 체결 및 소멸) 및 제16조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표(<부표3> 참조)상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다.

⑦ 제1항, 제1조(특약의 체결 및 소멸) 및 제16조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호의 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.

⑧ 제1항, 제1조(특약의 체결 및 소멸) 및 제16조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호의 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.

⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표(<부표3> 참조)상의 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표(<부표3> 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 제16조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호의 경우 보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 암보장 보장개시일 이후에 최초로 「백혈병·골수암 이외의 암」으로 진단확정 받고 그 후에 최초로 「백혈병·골수암」으로 진단확정시 「백혈병·골수암」에 해당하는 암진단급여금에서 「백혈병·골수암 이외의 암」에 해당하는 암진단급여금을 뺀 차액을 추가로 지급하여 드립니다. 그러나 최초로 「백혈병·골수암」으로 진단확정받고 그 후에 「백혈병·골수암 이외의 암」으로 진단확정시 「백혈병·골수암 이외의 암」으로 인한 암진단급여금은 추가로 지급되지 않습니다.

⑪ 보험대상자(피보험자)가 보장개시일 이후에 사망하여 그 후에 암(백혈병·골수암 포함), 기타피부암, 상피내암 및 경계성종양을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 사망일을 진단확정일로 하여 제16조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호의 암진단급여금을 지급합니다. 단, 보장개시일의 전일이전에 암(백혈병·골수암 포함), 기타피부암, 상피내암 및 경계성종양으로

진단이 확정된 경우에는 제외합니다.

⑫ 제16조(보험금의 종류 및 지급사유) 제4호의 경우 계속 입원이란 중도퇴원 없이 계속하여 입원하는 것을 뜻합니다.

⑬ 제16조(보험금의 종류 및 지급사유) 제4호의 경우 피보험자가 병원을 이 전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정하는 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다

⑭ 제16조(보험금의 종류 및 지급사유) 제4호의 경우 암입원급여금의 지급일수는 1회 입원 당 120일을 최고한도로 합니다.

⑮ 제16조(보험금의 종류 및 지급사유) 제4호의 경우 피보험자가 동일한 암(백혈병·골수암 포함), 기타피부암, 상피내암 또는 경계성 종양의 치료를 직접 목적으로 입원을 2회 이상한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 최초 3일에 대하여만 공제하며, 제14항의 규정을 적용합니다. 그러나 동일한 암(백혈병·골수암 포함), 기타피부암, 상피내암 또는 경계성 종양에 의한 입원이라도 암입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일을 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

⑯ 제16조(보험금의 종류 및 지급사유) 제4호의 경우 피보험자가 입원기간 중 보험기간이 만료되었을 때에는 그 계속중인 입원에 대하여는 제14항에 따라 암입원급여금을 지급합니다.

⑰ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중에 의사의 지시에 따르지 아니한 때에는 회사는 암입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.

제18조 【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 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드리지 아니합니다.

제19조 【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

제20조 【보험금 등 청구시 구비서류】

- ① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 책임준비금, 해약환급금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
 1. 청구서 (회사양식)
 2. 사고증명서 (진단서, 수술증명서, 입원치료확인서 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 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제21조 【보험금 등의 지급】

- ① 회사는 제20조(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 10영업

일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

② 회사는 제16조(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 9>“보험금 지급시의 적립이율 계산”과 같습니다.

③ 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.

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 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관 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

제22조 【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)

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
만기축하금	보험기간 만기시 보험대상자(피보험자)가 살아있을 때 (단, 장애분류표 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 80%이상인 장애상태 포함)	실속보장형 : 이미 납입한 특약보험료의 70% 만기환급형 : 이미 납입한 특약보험료의 100%
암진단급여금	보험기간중 보험대상자(피보험자)가 최초로 암(백혈병·골수암 포함), 기타피부암, 상피내암, 경계성종양으로 진단확정되었을 때(암, 기타피부암, 상피내암 및 경계성종양 각각 1회에 한함)	암 백혈병·골수암 1억원 백혈병·골수암 이외의 암 5,000만원 기타피부암 상피내암 500만원 경계성종양
암수술급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 암(백혈병·골수암 포함), 기타피부암, 상피내암 또는 경계성 종양으로 진단확정 되고 그 암(백혈병·골수암 포함), 기타피부암, 상피내암 또는 경계성 종양의 치료를 직접목적으로 수술 하였을 때	【수술 1회당】 암(백혈병·골수암 포함) : 300만원 경계성 종양 : 60만원 기타피부암 : 30만원 상피내암 : 30만원
암입원급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 암(백혈병·골수암 포함), 기타피부암, 상피내암 또는 경계성 종양으로 진단확정 되고 그 암(백혈병·골수암 포함), 기타피부암, 상피내암 또는 경계성 종양의 치료를 직접목적으로 4일 이상 계속하여 입원 하였을 때(단, 120일 한도)	【입원일수 3일초과 1일당】 암(백혈병·골수암 포함) : 10만원 경계성 종양 : 1만원 기타피부암 : 1만원 상피내암 : 1만원

- 주) 1. 보험대상자(피보험자)가 암으로 진단확정(단, 「백혈병·골수암」 포함, 기타피부암, 상피내암 및 경계성 종양 제외) 또는 장애분류표 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 50%이상인 장애상태가 되었을 때에는 차회이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
2. 암(단, 「백혈병·골수암」 포함, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양 제외)에 대한 보장개시일은 계약일부터 계약일을 포함하여 90일이 지난날의 다음날부터입니다.
3. 특약보험기간 중 보장개시일 이후에 최초로 「백혈병·골수암 이외의 암」으로 진단확정되고, 이후 이와는 인과관계가 없는 「백혈병·골수암」이 추가로 진단확정되었을 경우에는 「백혈병·골수암」 진단급여금과 기지급된 「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.
4. 보험대상자(피보험자)가 사망시(단, 장애분류표 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 80%이상인 장애상태 제외)에는 책임준비금을 지급하여 드리고 그때부터 이 계약은 효력을 상실합니다.

(부표 2)

재 해 분 류 표

주보험 약관의 부표 2와 동일

(부표 3)

장 해 분 류 표

주보험 약관의 부표 3과 동일

(부표 4)

수 술 분 류 표

주보험 약관의 부표 10과 동일

(부표 5)

대상이 되는 악성신생물분류표(기타피부암 제외)

주보험 약관의 부표 6과 동일

(부표 6)

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 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)

보험금 지급시의 적립이율 계산

구 분		부 리 기 간	지 급 이 자
암진단급여금, 암수술급여금, 암입원급여금 (제16조 제2호 내지 제4호)		지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기 간	보험계약대출이율
만기축하금 (제16조 제1호)	회사가 보험금의 지급 시기 도래 7일이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 아니한 경우	보험금지급사유가 발생 한 날의 다음날부터 보 험금청구일까지의 기간	예정이율
	회사가 보험금의 지급 시기 도래 7일이전에 지급할 사유와 금액을 알린 경우	보험금지급사유가 발생 한 날의 다음날부터 보 험금청구일까지의 기간	- 1년이내 : 예정이율의 50% - 1년초과기간 : 1%
	보험금청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기 간		예정이율 + 1%
	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기 간		보험계약대출이율
해약환급금 (제19조 제1항)	해약환급금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 해약환급금 청구일까지의 기간		- 1년이내 : 예정이율의 50% - 1년초과기간 : 1%
	해약환급금 청구일의 다음날부터 지급기일까지 의 기간		예정이율 + 1%
	지급기일의 다음날부터 해약환급금 지급일까지 의 기간		보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며 소멸시효(주보험 제28조)가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
 2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.

무배당 임페리얼어린이보험
어린이입원특약

※ 이 특약은 계약자의 선택에 의하여 해당보험료를 납입한 경우에만 적용하는 약관입니다.

무배당 임페리얼어린이보험 어린이입원특약 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 제1항에도 불구하고 주계약의 보장개시일 이후에 계약자의 신청이 있을 경우에는 회사의 승낙을 얻어 주계약에 부가하여 이 특약을 체결할 수 있습니다.
- ③ 주계약의 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 보험대상자(피보험자)가 사망[장해분류표(<부표 3> 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.
- ④ 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 변경

할 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 제14조(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 제14조(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 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 【“입원”의 정의와 장소】

이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 질병 및 재해분류표(<부표4> 참조)에서 정하는 질병 또는 재해(이하 “질병 또는 재해”라 합니다)로 인한 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제11조 【보험금의 종류 및 지급사유】

회사는 보험대상자(피보험자)에게 질병 또는 재해가 발생하고 그 질병 또는 재해의 치료를 직접목적으로 4일 이상 계속하여 입원하였을 때(3일 초과 1일 당)에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 입원급여금(<부표 1> “보험금지급 기준표” 참조)을 지급합니다. (단, 120일 한도)

제12조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 또는 장해분류표(<부표3> 참조) 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 50%이상인 장해상태가 되었을 때에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 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 것

으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 호적에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.

③ 제1항 및 제1조(특약의 체결 및 소멸)의 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 장애 판정시기를 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)에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑥ 제1항 및 제1조(특약의 체결 및 소멸)의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표(<부표3> 참조)상 2가지 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)의 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.

⑧ 제1항 및 제1조(특약의 체결 및 소멸)의 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.

⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표(<부표3> 참조)상의 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표(<부표3> 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 제11조(보험금의 종류 및 지급사유)의 계속 입원이란 중도퇴원 없이 계속하여 입원하는 것을 뜻합니다.

⑪ 제11조(보험금의 종류 및 지급사유)의 입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.

⑫ 제11조(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험대상자(피보험자)가 동일한 질

병 또는 재해의 치료를 직접목적으로 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 보아서 각 입원일수를 합산하여 최초 3일에 대하여만 공제하며, 제11항의 규정을 적용합니다. 그러나, 동일한 질병 또는 재해에 의한 입원이라도 입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일을 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

⑬ 제11조(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험대상자(피보험자)가 병원을 이 전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정하는 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.

⑭ 제11조(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험대상자(피보험자)가 입원기간 중 특약보험기간이 만료되었을 때에는 그 계속중인 입원기간에 대하여는 제 11항에 따라 입원급여금을 지급합니다.

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

제13조 【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 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, 책임준비금, 해약환급금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
 - 1. 청구서 (회사양식)
 - 2. 사고증명서 (진단서, 입원치료확인서 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 이와 동등하다고 인정되는 국외의 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, 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 제1항의 규정에 의한 지급기일내에 제11조(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금을 지급하지 아니하였을 때에는 그 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 회사의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
- ③ 제14조(해약환급금) 제1항의 해약환급금은 주계약 약관에서 정한 소멸시

효기간내에서 다음 각 호에 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 지급기일까지의 기간 : 보험계약대출이율
- ④ 회사가 제1항의 지급사유 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우, 피보험자는 정당한 사유가 없는 한 회사가 지정한 의사의 진단, 의료비의 심사, 기타의 조사를 받을 것(진단에 필요한 검사자료 등의 제출을 포함합니다)에 동의하여야 하며, 피보험자가 지정한 의사와 회사가 지정한 의사가 진단 및 진료내용, 입원기간 등에 대하여 합의하여 정하는 때에는 그에 따라 보험금을 지급하여 드립니다. 그러나, 피보험자의 의사와 회사의 의사가 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자와 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, 피보험자 또는 수익자가 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.
- 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 피보험자 또는 수익자에게 서면으로 통지하여 드리며, 장해율의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 보험금 지급이 지연되는 경우에는 수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금을 우선적으로 가지급할 수 있습니다.

제5관 기타 사항

제17조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다

다.

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)

급부명칭	지급사유	지급금액
입원급여금	특약보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 질병 또는 재해가 발생하고 그 질병 또는 재해의 치료를 직접목적으로 4일이상 계속 입원하였을 때 (단, 120일 한도)	【3일초과 1일당】 1만원

※ 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

※ 주계약이 해지 또는 기타사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

(부표 2)

재 해 분 류 표

주보험 약관의 부표 2와 동일

(부표 3)

장 해 분 류 표

주보험 약관의 부표 3과 동일

(부표 4)

질병 및 재해분류표

주보험 약관의 부표 9와 동일

무배당 임페리얼어린이보험
어린이치료보장특약

※ 이 특약은 계약자의 선택에 의하여 해당보험료를 납입한 경우에만 적용하는 약관입니다.

무배당 임페리얼어린이보험 어린이치료보장특약 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 제1항에도 불구하고 주계약의 보장개시일 이후에 계약자의 신청이 있을 경우에는 회사의 승낙을 얻어 주계약에 부가하여 이 특약을 체결할 수 있습니다.
- ③ 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.
- ④ 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 변경

할 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 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 제18조(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 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 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 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제10조 【“성장기관관련특정질환”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 “성장기관관련특정질환”이라 함은 제4차 “한국표준질병사인분류”중 부표5 (성장기관관련특정질환 분류표)에서 정한 질병(이하 “성장기관관련특정질환”이라 합니다)을 말합니다.
- ② 성장기관관련특정질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정한 의료기관(이하 “의료기관”이라 합니다)의 의사 자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 성장기관관련특정질환에 대한 임상학적 진단이 성장기관관련특정질환의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 성장기관관련특정질환으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제11조 【“컴퓨터관련질환”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 “컴퓨터관련질환”이라 함은 제4차 “한국표준질병사인분류” 중 부표6(컴퓨터관련질환분류표)에서 정한 질병(이하 “컴퓨터관련질환”이라 합니다)을 말합니다.
- ② 컴퓨터관련질환의 진단확정은 의료기관의 의사 자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 컴퓨터관련질환에 대한 임상학적 진단이 컴퓨터관련질환의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 컴퓨터관련질환으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제12조 【“충수염”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 “충수염”이라 함은 제4차 “한국표준질병사인분류” 중 부표7(충수염 대상 질병분류표)에서 정한 질병(이하 “충수염”이라 합니다)을 말합니다.
- ② “충수염”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외 의료기관의 의사 자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제13조 【“화상”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 “화상”이라 함은 제4차 한국표준질병사인분류표 중 부표8(화상분류표)에서 정한 항목(이하 “화상”이라 합니다)을 말합니다.
- ② “화상”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외 의료기관의 의사 자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제14조 【“입원” 및 “수술”의 정의와 장소】

- ① 이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 성장기관관련특정질환, 컴퓨터관련질환, 충수염 또는 화상의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 의사에 의하여 성장기관관련특정질환, 컴퓨터관련질환, 충수염 또는 화상의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 “수술분류표(<부표 4> 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.

제15조 【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> “보험금지급 기준표” 참조)을 지급합니다.

1. 특약보험기간 중 보장개시일 이후에 성장기관관련특정질환, 컴퓨터관련질환, 충수염 또는 화상의 치료를 직접목적으로 수술하였을 때 (수술 1회

당) : 수술급여금 지급

2. 특약보험기간 중 보장개시일 이후에 성장기관관련특정질환, 컴퓨터관련질환, 충수염 또는 화상의 치료를 직접목적으로 4일 이상 계속하여 입원하였을 때 (3일 초과 1일당) : 입원급여금 지급 (단, 120일 한도)

제16조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 또는 장애분류표(<부표3> 참조) 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 50%이상인 장애상태가 되었을 때에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 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.
- ③ 제1항 및 제1조(특약의 체결 및 소멸)의 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.
- 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)에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑥ 제1항 및 제1조(특약의 체결 및 소멸)의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표(<부표3> 참조)상 2가지 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)의 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.

- ⑧ 제1항 및 제1조(특약의 체결 및 소멸)의 경우 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장애가 생긴 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(<부표3> 참조)상의 2 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표(<부표3> 참조)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑩ 제15조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2항의 경우 계속 입원이란 중도퇴원 없이 계속하여 입원하는 것을 뜻합니다.
- ⑪ 제15조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2항의 경우 입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.
- ⑫ 제15조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2항의 경우 보험대상자(피보험자)가 동일한 성장기관련특정질환, 컴퓨터관련질환, 충수염 및 화상의 치료를 직접 목적으로 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 보아서 각 입원일수를 합산하여 최초 3일에 대하여만 공제하며, 제11항의 규정을 적용합니다. 그러나, 동일한 성장기관련특정질환, 컴퓨터관련질환, 충수염 및 화상에 의한 입원이라도 입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일을 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
- ⑬ 제15조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2항의 경우 보험대상자(피보험자)가 병원을 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정하는 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.
- ⑭ 제15조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2항의 경우 보험대상자(피보험자)가 입원기간 중 특약보험기간이 만료되었을 때에는 그 계속중인 입원기간에 대하여는 제11항에 따라 입원급여금을 지급합니다.
- ⑮ 보험대상자(피보험자)가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 아니한 때에는 회사는 입원급여금 및 수술급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.

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 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 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드리지 아니합니다.

제18조 【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

제19조 【보험금 등 청구시 구비서류】

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

1. 청구서 (회사양식)

2. 사고증명서 (진단서, 수술증명서, 입원치료확인서 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 이와 동등하다고 인정되는 국외의 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, 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 제1항의 규정에 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) 제1항의 해약환급금은 주계약 약관에서 정한 소멸시효기간내에서 다음 각 호에 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 지급기일까지의 기간 : 보험계약대출이율

④ 회사가 제1항의 지급사유 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우, 피보험자는 정당한 사유가 없는 한 회사가 지정한 의사의 진단, 의료비의 심사, 기타의 조사를 받을 것(진단에 필요한 검사자료 등의 제출을 포함합니다)에 동의하여야 하며, 피보험자가 지정한 의사와 회사가 지정한 의사가 진단 및 진료내용, 입원기간 등에 대하여 합의하여 정하는 때에는 그에 따라 보험금을 지급하여 드립니다. 그러나, 피보험자의 의사와 회사의 의사가 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자와 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, 피보험자 또는 수익자가 정당한 사유없이 동의를 하지 아니하는 때에

는 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 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 피보험자 또는 수익자에게 서면으로 통지하여 드리며, 장해율의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 보험금 지급이 지연되는 경우에는 수익자의 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 1,000만원)

급부명칭	지급사유	지급금액
수술급여금	특약보험기간 중 보장개시일 이후에 보험대상자(피보험자)가 성장기관련특정질환, 컴퓨터관련질환, 충수염 또는 화상의 치료를 직접목적으로 수술하였을 때	【수술 1회당】 100만원
입원급여금	특약보험기간 중 보장개시일 이후에 보험대상자(피보험자)가 성장기관련특정질환, 컴퓨터관련질환, 충수염 또는 화상의 치료를 직접목적으로 4일이상 계속 입원하였을 때 (단, 120일 한도)	【3일초과 1일당】 2만원

※ 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

※ 주계약이 해지 또는 기타사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

(부표 2)

재 해 분 류 표

주보험 약관의 부표 2와 동일

(부표 3)

장 해 분 류 표

주보험 약관의 부표 3과 동일

(부표 4)

수 술 분 류 표

주보험 약관의 부표 10과 동일

(부표 5)

성장기관관련특정질환 분류표

약관에 규정하는 “성장기관관련 특정질환”으로 분류되는 질병은 제4차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2002-1호, 2003.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

구 분		대 상 질 병 명	분류번호
천 식		천식	J45
		천식지속 상태	J46
폐 렴		달리 분류되지 않은 바이러스성 폐렴	J12
		폐렴사슬알균에 의한 폐렴	J13
		헤모필루스 인플루엔자에 의한 폐렴	J14
		달리 분류되지 않은 세균성 폐렴	J15
		달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴	J16
		달리 분류된 질환에서의 폐렴	J17
		상세불명 병원체의 폐렴	J18
창자폐쇄 및 헤르니아		살(서혜)헤르니아	K40
		넙적다리헤르니아	K41
		배꼽헤르니아	K42
		복벽헤르니아	K43
		가로막헤르니아	K44
		기타 복부헤르니아	K45
		상세불명의 복부헤르니아	K46
		헤르니아가 없는 마비성 장폐색증 및 창자폐쇄	K56
기관지염		급성 기관지염	J20
		급성 세기관지염	J21
바 이 러 스 성 질 환	창 감 질 자 염 환	콜레라	A00
		장티푸스 및 파라티푸스	A01
		기타 살모넬라 감염	A02
		이질	A03
		기타 세균성 창자 감염	A04
		기타 세균성 식중독	A05
		아메바증	A06
		기타 원충성 창자 질환	A07
		바이러스 및 기타 명시된 창자 감염	A08
		감염성 기원으로 추정되는 설사 및 위장염	A09
	결 핵	세균학적 및 조직학적으로 확인된 호흡기 결핵	A15
		세균학적으로나 조직학적으로 확인되지 않은 호흡기 결핵	A16
		신경계통의 결핵	A17
		기타 장기의 결핵	A18
		좁쌀 결핵	A19
	특정동물 매개의 세균성질환	페스트	A20
		야생토끼병	A21
		탄저병	A22
		브루셀라증	A23
		마비저 및 유비저	A24
		취물음열	A25
		유사단독	A26
		렙토스피라증	A27
		달리 분류되지 않은 기타 동물 매개의 세균성 질환	A28

구 분		대 상 질 병 명	분류번호
바 이 러 스 성 질 환	기 세 균 타 성 질 환	나병(한센병)	A30
		기타 형태의 미코박테리아에 의한 감염	A31
		리스테리아증	A32
		신생아 파상풍	A33
		산과적 파상풍	A34
		기타 파상풍	A35
		디프테리아	A36
		백일해	A37
		성홍열	A38
		수막알균 감염	A39
		사슬알균 패혈증	A40
		기타 패혈증	A41
		방선균증	A42
		노카르디아증	A43
		바르토넬라증	A44
		단독	A46
		달리 분류되지 않은 기타 세균성 질환	A48
		상세불명 부위의 세균성 감염	A49
	기 스 피 로 헤 타 질 환	비성병성 매독	A65
		요스	A66
		핀타	A67
		재귀열	A68
		기타 스피로헤타 감염	A69
	클라미디아에 의한 기타질환	클라미디아 시타시 감염	A70
		트라코마	A71
		클라미디아에 의한 기타 질환	A74
	리켓치아병	발진티푸스	A75
		홍반열(진드기 매개 리켓치아병)	A77
		큐열	A78
		기타 리켓치아병	A79
	중추신경계의 바이러스감염	급성 회색질척수염	A80
		중추 신경계통의 비정형 바이러스 감염	A81
		광견병	A82
		모기매개의 바이러스 뇌염	A83
		진드기매개의 바이러스 뇌염	A84
		달리 분류되지 않은 기타 바이러스 뇌염	A85
		상세불명의 바이러스 뇌염	A86
		바이러스 수막염	A87
		달리 분류되지 않은 중추신경계통의 기타 바이러스 감염	A88
		중추신경계통의 상세불명의 바이러스 감염	A89
	절지동물 매개의 바이러스열 및 바이러스 출혈열	뎅기열(전형적 열)	A90
		뎅기출혈열	A91
		기타 모기 매개 바이러스 열	A92
		달리 분류되지 않은 기타 절지동물 매개의 바이러스 열	A93
		상세불명의 절지동물 매개 바이러스 열	A94
		황열	A95
		아레나바이러스 출혈열	A96
		달리 분류되지 않은 기타 바이러스 출혈열	A98
		상세불명의 바이러스 출혈열	A99

구 분		대 상 질 병 명	분류번호
바 이 러 스 성 질 환	피부 및 점막병터가 특징인 바이러스 감 염	헤르페스바이러스(단순 헤르페스) 감염	B00
		수두	B01
		대상포진	B02
		마마	B03
		원숭이두창	B04
		홍역	B05
		풍진(독일홍역)	B06
		바이러스성 사마귀	B07
		달리 분류되지 않은 피부 및 점막병터가 특징인 기타 바이러스 감염	B08
		피부 및 점막병터가 특징인 상세불명의 바이러스 감염	B09
	기 타 비 루 스 질 환	거대세포바이러스병	B25
		볼거리	B26
		감염성 단핵구증	B27
		바이러스 결막염	B30
		달리 분류되지 않은 기타 바이러스 질환 상세불명 부위의 바이러스 감염	B33 B34
	원 충 성 질 환	열대열 말라리아	B50
		삼일열 말라리아	B51
		사일열 말라리아	B52
		기타 기생충학적으로 확인된 말라리아	B53
		상세불명의 말라리아	B54
		리슈만편모충증	B55
		아프리카 파동편모충증	B56
		샤가스병	B57
		톡소포자충증	B58
		폐포자충증	B59
		달리 분류되지 않은 기타 원충질환 상세불명의 원충병	B60 B64
	연 충 증	주혈흡충증	B65
		기타 흡충 감염	B66
		포충증	B67
		조충증	B68
		낭미충증	B69
		열두조충증 및 스파르가눔증	B70
		기타 조충 감염	B71
		메디나충증	B72
		회선사상충증	B73
		사상충증	B74
		선모충증	B75
		구충 질환	B76
		회충증	B77
		분선충증	B78
		편충증	B79
		요충증	B80
		달리 분류되지 않은 기타 창자 연충증 상세불명의 창자 기생충증	B81 B82
		기타 연충증	B83
	이 기 타 감 염 증, 진 드 기 증 및 기 타 감 염 증	이 감염증 및 사면발이 감염증	B85
		옴	B86
		구더기증	B87
		기타 감염증	B88
		상세불명의 기생충병	B89

구 분		대 상 질 병 명	분류번호
기타 감염성 질환		결핵의 후유증	B90
		회색질척수염의 후유증	B91
		나병의 후유증	B92
		기타 및 상세불명의 감염성 및 기생충성 질환의 후유증	B94
		기타 및 상세불명의 감염성 질환	B99
		사르코이도시스	D86
		중 이 염	
화농성 및 상세불명의 중이염	H66		
간 질 환	바이 러 스 간 염	급성 A형 간염	B15
		급성 B형 간염	B16
		기타 급성 바이러스 간염	B17
		만성 바이러스 간염	B18
		상세불명의 바이러스 간염	B19
		간의 질환	알코올성 간질환
	독성 간질환		K71
	달리 분류되지 않은 간기능상실		K72
	달리 분류되지 않은 만성 간염		K73
	간의 섬유증 및 경화		K74
	기타 염증성 간질환		K75
	간의 기타 질환		K76
	달리 분류된 질환에서의 간 장애		K77
	만성 굴염		J32
당 뇨 병		인슐린-의존 당뇨병	E10
		인슐린-비의존 당뇨병	E11
		영양실조와 관련된 당뇨병	E12
		기타 명시된 당뇨병	E13
		상세불명의 당뇨병	E14

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

(부표 6)

컴퓨터 관련질환 분류표

약관에 규정하는 컴퓨터관련질환으로 분류되는 질병은 제4차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2002-1호, 2003. 1. 1 시행)의해 다음으로 분류되는 질병을 말합니다.

구 분	대상이 되는 질병	분류코드
눈 및 눈부속기의 질환	○ 눈꺼풀, 눈물기관 및 안와의 장애 ○ 결막의 장애 ○ 공막, 각막, 홍채 및 섬모체의 장애 ○ 수정체의 장애 ○ 맥락막 및 망막의 장애 ○ 녹내장 ○ 유리체 및 안구의 장애 ○ 시신경 및 시각경로의 장애 ○ 안근, 양안운동, 조절 및 굴절의 장애 ○ 시각 장애 및 실명 ○ 눈 및 눈부속기의 기타장애	H00 ~ H06 H10 ~ H13 H15 ~ H22 H25 ~ H28 H30 ~ H36 H40 ~ H42 H43 ~ H45 H46 ~ H48 H49 ~ H52 H53 ~ H54 H55 ~ H59
신경계통 질환	○ 신경, 신경뿌리 및 신경얼기 장애 ○ 다발성 신경병증 및 말초신경계통의 기타 장애	G50 ~ G59 G60 ~ G64
근육골격 계통 질환	○ 기타 관절연골 장애 ○ 인대 장애 ○ 관절통(증) ○ 달리 분류되지 않은 관절의 경직 ○ 건조증후군[췌그렌] ○ 경추상완 증후군 ○ 배(背)통 ○ 근육장애 ○ 윤�혈막 및 힘줄 장애 ○ 기타 연조직 장애	M24.1 M24.2 M25.5 M25.6 M35.0 M53.1 M54 M60 ~ M63 M65 ~ M68 M70 ~ M79
두 통	○ 두통	R51

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

(부표 7)

총수염 대상 질병분류표

약관에 규정하는 총수염으로 분류되는 질병은 제4차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2002-1호, 2003. 1. 1 시행)의해 다음으로 분류되는 질병을 말합니다.

구 분	분류코드
급성 총수염	K35
기타 총수염	K36
상세불명의 총수염	K37
총수의 기타질환	K38

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

(부표 8)

화 상 분 류 표

약관에 규정하는 화상은 제4차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2002-1호, 2003. 1. 1 시행)의해 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 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

무배당 新치아클리닉특약

※ 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 제1항의 규정에도 불구하고 주계약의 보장개시일 이후에 계약자의 신청이 있을 경우에는 회사의 승낙을 얻어 주계약에 부가하여 이 특약을 체결할 수 있습니다.
- ③ 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 보험대상자(피보험자)가 사망하거나 장해분류표(<부표3> 참조)중 동일한 재해[재해분류표(<부표2> 참조)에서 정하는 재해(이하 “재해”라 합니다)] 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 80% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.
- ④ 제3항에도 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 동일합니다. 그러나 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항의 경우에는 특약의 청약을 승낙하고 제1회 특약의 보험료를 받은 때부터 이 특약이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

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 해약된 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) 제

1항에 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 장애 분류표(<부표3> 참조)중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 50%이상 80%미만의 장애상태가 되었을 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제3항에는 보험기간 중 보험대상자(피보험자)의 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) 제3항 내지 제4항의 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, 장애분류표(<부표3> 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) 제3항 내지 제4항에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑥ 제1항 및 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제3항 내지 제4항의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표상 2가지 이상의 장애에 해당하거나, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용합니다.

⑦ 제1항 및 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제3항 내지 제4항의 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) 제3항 내지 제4항의 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 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 장해분류표중 동일한 재해로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 80%이상인 장해상태가 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 받는자(보험수익자)인 경우에는 그 보험금을 받는 자(보험수익자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금만을 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 효력상실 또는 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 이와 동등하다고 인정되는 국외의 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 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- 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 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 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관 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 않습니다.

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 장애분류표(〈부표3〉 참조)중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 50%이상 80%미만의 장애상태가 되었을 경우에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ※ 주계약이 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 보험대상자(피보험자)가 사망하거나 장애분류표(〈부표3〉 참조)중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 80%이상인 장애상태가 되었을 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다

(부표 2)

재 해 분 류 표

주보험 약관의 부표 2와 동일

(부표 3)

장 해 분 류 표

주보험 약관의 부표 3과 동일

무배당 新항암치료특약 약관

※ 이 특약은 계약자의 선택에 의하여 해당보험료를 납입한 경우에만 적용하는 약관입니다.

무배당 新항암치료특약 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 제1항에도 불구하고 주계약의 보장개시일 이후에 계약자의 신청이 있을 경우에는 회사의 승낙을 얻어 주계약에 부가하여 이 특약을 체결할 수 있습니다.
- ③ 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.
- ④ 제3항에도 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. 그러나 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항의 경우에는 특약의 청약을 승낙하고 제1회 특약의 보험료를 받은 때부터 이 특약이 정한 바에 따라 보장을 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제11조(“암” 및 “기타피부암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 암(이하 “암”이라 합니다)관련 급부에 대한 회사의 보장개시일은 보험계약일(부활(효력회복)일 포함)부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음

날로 합니다.

제3조 【보험대상자(피보험자)의 범위】

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

제4조 【특약의 무효】

보험대상자(피보험자)가 보험계약일부터 계약일을 포함하여 90일이 지난날 이전에 암으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

제5조 【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 제19조(해약환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금의 지급사유가 발생하거나 보험료 납입이 면제된 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제6조 【계약자의 임의해지】

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 특약을 해지(解止)할 수 있으며, 이 경우 회사는 제19조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조 【특약의 보험기간】

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

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제8조 【특약 보험료의 납입】

이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께

납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제9조 【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 제19조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제10조 【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)

제11조 【“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.

제12조 【“상피내암”의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 “상피내암”이라 함은 제4차 한국표준질병사인분류의 기본분류에 있어서 상피내의 신생물로 분류되는 질병(부표5 “상피내의 신생물 분류표” 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)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 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.

제13조 【“경계성 종양”의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 “경계성 종양”이라 함은 한국표준질병사인분류의 기본분류에 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, 미세침흡인검사(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.

제14조 【“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)

제15조 【“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)

제16조 【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. 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 보장개시일 이후에 최초로 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성 종양으로 진단확정 되고, 그 암, 기타피부암, 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. 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 보장개시일 이후에 최초로 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성 종양으로 진단확정 되고, 그 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성 종양의 치료를 직접목적으로 항암약물 치료를 받았을 때 : 항암약물치료비 지급 (단, 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성 종양 각각 최초 1회에 한하여 지급함)

제17조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 또는 보험대상자(피보험자)가 장해 분류표(<부표 3> 참조) 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 50%이상이며 80%미만인 장해 시에는 차회 이후 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제3항에서 보험대상자(피보험자)가 보험기간 중 사망한 경우에는 보험기간 중 보험대상자(피보험자)의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하여 사유 또는 재해분류표(<부표 2> 참조)에서 정하는 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) 제3항 내지 제4항의 경우 재해로 인하여 장애상태가 되고 장애지급률이 재해일 부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일 부터 180일이 되는 날의 의사 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) 제3항 내지 제4항에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑥ 제1항 및 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제3항 내지 제4항의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표(<부표 3> 참조)상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 높은 장애지급률만을 적용합니다.

⑦ 제1항 및 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제3항 내지 제4항의 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) 제3항 내지 제4항의 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 2가지 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 제16조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호 내지 제2호의 경우 보험계약일 부터 2년 미만에 암(기타피부암, 상피내암 및 경계성 종양 제외)에 대한 보험

금 지급사유가 발생하였을 때에는 보험금을 삭감하여 지급합니다.

제18조 【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 장해분류표(<부표 3> 참조) 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 80%이상인 장해상태가 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 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 해약환급금을 계약자에게 드립니다.

3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드리지 아니합니다.

제19조 【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

제20조 【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, 장애인단서 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 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제21조 【보험금 등의 지급】

① 회사는 제20조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 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 제1항에 의한 지급기일내에 제16조(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금을 지급하지 아니하였을 때에는 그 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 회사의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

③ 제19조(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 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 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관 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

제22조 【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 부 명 칭	지 급 사 유	지 급 금 액
항암방사선 치 료 비	특약보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 보장개시일 이후에 최초로 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성 종양으로 진단이 확정되고, 그 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성 종양의 치료를 직접적으로 항암방사선치료를 받았을 때 (단, 암, 기타피부암, 상피내암 및 경계성 종양 각각 최초 1회에 한하여 지급함)	암 [2년이상] : 300만원 [2년미만] : 150만원 기타피부암 : 30만원 상피내암 : 30만원 경계성종양 : 60만원
항암약물 치 료 비	특약보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 보장개시일 이후에 최초로 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성 종양으로 진단이 확정되고, 그 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성 종양의 치료를 직접적인 목적으로 항암약물치료를 받았을 때 (단, 암, 기타피부암, 상피내암 및 경계성 종양 각각 최초 1회에 한하여 지급함)	암 [2년이상] : 300만원 [2년미만] : 150만원 기타피부암 : 30만원 상피내암 : 30만원 경계성종양 : 60만원

※ 주계약의 보험료 납입이 면제되거나 보험대상자(피보험자)가 장애분류표(〈부표 3〉 참조) 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 50%이상이며 80%미만인 장애상태가 되었을 때 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

※ 주계약이 효력을 가지지 않게 되거나 보험대상자(피보험자)가 사망 또는 장애분류표(〈부표 3〉 참조) 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 80%이상인 장애상태가 되었을 때는 이 특약은 더 이상 효력을 갖지 아니합니다. 단, 주계약이 장애분류표(〈부표 3〉 참조) 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 80%이상인 장애상태시 효력을 가지는 경우에는 이 특약도 주계약에 따릅니다.

※ 암(기타피부암, 상피내암 및 경계성 종양 제외)에 대한 보장개시일은 보험계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 2년 미만에 보험금 지급사유 발생시에는 보험금을 삭감하여 지급합니다.

※ 2년 미만이라 함은 계약일부터 2년이 되는 시점의 계약 해당일의 전날까지를 말합니다.

(부표 2)

재 해 분 류 표

주보험 약관의 부표 2와 동일

(부표 3)

장 해 분 류 표

주보험 약관의 부표 3과 동일

(부표 4) 대상이 되는 악성신생물분류표(기타피부암 제외)

주보험 약관의 부표 6과 동일

(부표 5)

상피내의 신생물 분류표

암보장특약의 부표 7과 동일

(부표6)

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

암보장특약의 부표 8과 동일

무배당 新선천이상보장특약

※ 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 장애분류표(<부표3> 참조)중 동일한 재해 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 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 부가시에 회사 소정의 범위내에서 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 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 면허를 가진자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 선천이상분류표(<부표4> 참조)에서 정하는 선천이상(이하 “선천이상”이라 합니다)으로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정한 국외의 의료기관(이하 “병원”이라 합니다)에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에서 “수술”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 수술분류표(<부표5> 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.

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. 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 출생후 선천이상을 직접적인 원인으로 4일이상 계속 입원하였을 경우 : 선천이상입원급여금
2. 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 출생후 선천이상을 직접적인 원인으로 수술을 받았을 때 : 선천이상수술급여금(수술1회당)

제12조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 또는 보험대상자(피보험자)가 장해분류표(<부표3> 참조)중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여

러 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 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 장애상태가 되고 장애지급률이 재해일부터 180일 이내에 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) 제3항 내지 제4항에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑥ 제1항 및 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제3항 내지 제4항의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표상 2가지 이상의 장애에 해당하거나, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용합니다.

⑦ 제1항 및 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제3항 내지 제4항의 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) 제3항 내지 제4항의 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 적용합니

다. 다만, 장해분류표의 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 선천이상에 의한 입원이라도 최종적으로 선천이상입원급여금이 지급된 입원의 퇴원일부터 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 않습니다.

제13조 【해약환급금】

① 이 약관에 따라 특약이 효력상실 또는 해지되었을 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 이와 동등하다고 인정되는 국외의 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 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- 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 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관 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(가 지급보험금 포함)의 지급을 유예(猶豫)할 수 있으며, 이 때 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

⑥ 회사가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가 지급제도에 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 가 지급할 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 1,000만원)

급부명칭	지 급 사 유	지 급 금 액
선천이상 입원급여금	보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 출생후 선천 이상을 직접적인 원인으로 4일이상 입원하였을 때 (120일 한도)	[3일 초과 1일당] 10만원
선천이상 수술급여금	보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 출생후 선천 이상을 직접적인 원인으로 수술을 받았을 때	[수술 1회당] 500만원

※ 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 않게 된 경우 또는 보험대상자(피보험자)가 사망한 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 갖지 아니합니다.

(부표 2)

재 해 분 류 표

주보험 약관의 부표 2와 동일

(부표 3)

장 해 분 류 표

주보험 약관의 부표 3과 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.콩팥쥘대기의 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.

(부표 5)

수 술 분 류 표

주보험 약관의 부표 10과 동일