

해당 상품은 보험상품으로, 은행의 예·적금상품과 다릅니다. 이 상품은 보장성 보험으로 저축성 보험(연금)이 아닙니다.
이 약관은 금융소비자의 권익 보호 및 상품에 대한 이해 증진을 위해 「금융소비자 보호에 관한 법률」에 의거,
당사의 내부통제절차를 거쳐 작성되었습니다.

무배당

백년친구 건강보험(2405)

DBLife Insurance

약관





고객과 함께 성장하는 DB생명이 되겠습니다

항상 DB생명과 함께 해주신 고객님의
성원에 깊은 감사를 드립니다.

저희 DB생명은
고객님께 더 좋은 상품과 서비스를 제공하고,
고객의 소중한 자산을 더욱 안전하게
카워드리기 위해 노력해왔습니다.

앞으로도 DB생명은
고객과 함께 성장하는 회사가 될 수 있도록
최선의 노력을 다하겠습니다.

저희 회사를 찾아주시는 고객 여러분께
다시 한번 감사드립니다.

약관을 쉽게 이용할 수 있는

약관 이용 Guide Book

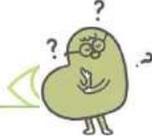


01 보험약관이란?



보험약관은 가입하신 보험계약의 내용 및 조건 등을 미리 정하여 놓은 계약조항으로 **보험계약자와 보험회사의 권리 및 의무**를 규정하고 있습니다.

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



02 한눈에 보는 약관의 구성

약관 이용 가이드 북

약관을 쉽게 잘 이용할 수 있도록 약관의 구성, 쉽게 찾는 방법, 보험용어의 해설 등의 내용을 담고 있는 지침서

시각화된 약관요약서

약관을 쉽게 이해할 수 있도록 계약 주요내용 및 유의사항 등을 시각적 방법을 이용하여 간단 요약한 약관

보험약관 (주계약&특약)

- 주계약(보통약관): 기본계약을 포함한 공통사항을 정한 기본약관
- 특약(특별약관): 주계약에 정한 사항 외 선택 가입한 보장내용 등 필요한 사항을 정한 약관

관련법규 및 색인 등

약관이해를 돕기 위한 가나다 순 특약색인, 관련 법규 등을 소비자에게 안내(온라인에 별도로 특약을 공시하는 경우에는 색인 약관과는 다소 상이할 수 있습니다.)

자세한 설명이 필요한 부분에 알기 쉬운 설명을 덧붙였습니다



친절한 Mr. D

도표, 사례, 계산법 등이 등을 통해 궁금한 사항을 쉽게 설명해드립니다.



용어해설

어려운 법률·금융 용어를 쉽게 풀어 안내합니다.

03 QR코드를 통한 편리한 정보 이용



QR(Quick Response) 코드란?

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



보험금 청구 안내



전국 지점 안내



DB생명 모바일 홈페이지

04

약관의 핵심 체크항목 쉽게 찾기 (주계약(1,2,3종) 기준)



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

1 보험금 지급 및 지급제한 사항

제9조(보험금의 지급사유), P 33
제11조(보험금 등을 지급하지 않는 사유) P 35
별표1 [보험금 지급기준표] P 56



영상자료

*본인이 가입한 특약을 확인하여 가입특약별 **보험금 지급사유 및 미지급사유도** 반드시 확인할 필요

2 청약철회

제22조(청약의 철회) P 41



영상자료

3 계약취소

제23조(약관교부 및 설명의무 등) P 43



영상자료

4 계약 무효

제24조(계약의 무효) P 44



영상자료

5 계약 전 알릴 의무 및 위반 효과

제19조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과) P 39



영상자료

6 보험료 연체 및 해지

제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉) 와 계약의 해지) P 48



영상자료

7 부활(효력회복)

제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) P 49



영상자료

8 해약환급금

제35조(계약자의 임의해지), P 50
제35조의2(위법계약의 해지), P 50
제38조(해약환급금) P 51



영상자료

9 보험계약대출

제39조(보험계약대출) P 52



영상자료

약관의 핵심 체크항목 쉽게 찾기 (주계약(4종) 기준)



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

1	보험금 지급 및 지급제한 사항	제7조(보험금의 지급사유), 제9조(보험금 등을 지급하지 않는 사유) 별표1 [보험금 지급기준표]	P 102 P 104 P 131	 영상자료
* 본인이 가입한 특약을 확인하여 가입특약별 보험금 지급사유 및 미지급사유 도 반드시 확인할 필요				
2	청약철회	제20조(청약의 철회)	P 110	 영상자료
3	계약취소	제21조(약관고부 및 설명의무 등)	P 112	 영상자료
4	계약 무효	제22조(계약의 무효)	P 113	 영상자료
5	계약 전 알릴 의무 및 위반 효과	제17조(계약 전 알릴의무 위반의 효과)	P 108	 영상자료
6	보험료 연체 및 해지	제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)	P 117	 영상자료
7	부활(효력회복)	제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))	P 118	 영상자료
8	해약환급금	제33조(계약자의 임의해지), 제33조의2(위법계약의 해지), 제36조(해약환급금)	P 119 P 119 P 121	 영상자료
9	보험계약대출	제37조(보험계약대출)	P 121	 영상자료

약관을 쉽게 이용할 수 있는 꿀팁



아래 **7가지 꿀팁**을 활용하시면 약관을 보다 **쉽고 편리하게** 이용할 수 있습니다.

- 1 시각화된 '약관요약서'를 활용하시면 계약 일반사항, 가입시 유의사항, 민원사례 등 약관을 보다 쉽게 이해하실 수 있습니다. **약관요약서 P 10**
- 2 '약관 핵심 체크항목 쉽게 찾기'를 이용하시면 약관내용 중 핵심적인 권리 및 의무관계를 보다 쉽게 찾을 수 있습니다. **핵심체크항목 P 4/5**
- 3 '가나다 順 특약색인(索引)'을 활용하시면 본인이 실제 가입한 특약 약관을 쉽게 찾을 수 있습니다.
* 주계약에 부가된 특약은 자유롭게 선택, 가입(의무특약 제외)할 수 있고 가입특약에 한해 보장받을 수 있음
- 4 약관 내용 중 어려운 보험용어는 용어해설, 약관 본문 Box안 예시 등을 참고하시면 약관 이해에 도움이 됩니다. **용어 해설 P 8**
- 5 스마트폰으로 QR코드를 인식하면 약관해설 동영상, 보험금 청구 안내, 전국 지점 등을 쉽게 안내받을 수 있습니다. **QR코드 P 3/4**
- 6 '관련법규'항목을 활용하시면 약관에서 인용한 법률 조항 및 규정을 자세히 알 수 있습니다.
- 7 약관조항 등이 음영·컬러화 되거나 진하게 된 경우 보험금 지급 등 약관 주요 내용이므로 주의 깊게 읽기 바랍니다.

기타 문의사항



※ 기타 문의사항은 당사 홈페이지(www.idblife.com), 고객센터(1588-3131)로 문의 가능

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

보험 용어해설



Contents



01 보험약관	생명보험 계약에 관하여 보험계약자와 보험회사 상호간에 이행하여야 하는 권리와 의무를 규정한 것
02 보험증권 (보험가입증서)	보험계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 보험계약자에게 드리는 증서
03 보험계약자	보험회사와 계약을 체결하고 보험료 납입의무를 지는 사람
04 피보험자	보험사고의 대상이 되는 사람
05 보험수익자	보험사고 발생시 보험금의 청구권을 갖는 사람
06 보험료	보험계약에 따른 보장을 받기 위하여 보험계약자가 보험회사에 납입하는 금액
07 보험금	피보험자의 사망, 장애, 입원, 만기 등 보험금 지급사유가 발생하였을 때 보험회사가 보험수익자에게 지급 하는 금액
08 보험기간	보험계약에 따라 보장을 받는 기간
09 보장개시일	보험회사의 보험금 지급의무가 시작되는 날
10 보험가입금액	보험금, 보험료 및 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액 (다만, 보험가입금액, 보험료 납입기간, 피보험자의 나이 등을 기준으로 보험료를 산출하지 않고 보험계약자가 보험료를 선택하는 보험에서는 보험료 수준에 따라 보험금, 계약자적립액 등이 결정됨)
11 계약자적립액	장래의 보험금, 해약환급금 등의 지급을 위하여 보험계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 보험회사가 적립해 둔 금액
12 해약환급금	계약이 효력을 잃거나 해지된 경우 보험계약자에게 돌려주는 금액
13 부가보험료	회사가 보험계약을 체결, 유지, 관리하기 위한 비용 등에 쓰이는 금액을 말합니다. 부가보험료는 계약체결비용, 계약관리비용(유지관련비용, 기타비용) 등 2가지로 구성되어 있습니다. <ul style="list-style-type: none"> · 계약체결비용: 모집수수료, 보험가입증서 발행 등의 신계약 체결에 필요한 모든 경비 · 계약관리비용(유지관련비용): 계약유지, 자산운용 등에 필요한 인건비, 관리비 등의 모든 경비 · 계약관리비용(기타비용): 보험료 납입에 필요한 사무비 등의 모든 경비

01 쉽게 이해하는 약관 요약서

보험계약의 개요	10
소비자가 반드시 알아두어야 할 유의사항	12
보험계약의 일반사항	16
고령층 지정인 계약사실 알림 서비스	21
보험계약 관련 교부서류 안내	22

02 보험약관(본문)

무배당 백년친구 건강보험(2405)(1,2,3종)	23
무배당 백년친구 건강보험(2405)(4종)	95
장애인전용보험전환특약 약관	160
지정대리청구서비스특약 약관	164
특별조건부특약 약관	167
특정 신체부위·질병보장제한부 인수특약 약관	173

[부록] 보험계약관련 법·규정

182

쉽게 이해하는 약관 요약서



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

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

I. 보험계약의 개요

- 보험회사명: DB생명보험회사
- 보험상품명: 무배당 백년친구 건강보험(2405)
- 보험상품의 종류: 건강보험



01. 상품의 주요 특징

보장금액 예시 [기준: 주계약 보험가입금액 2,000만원, 4종(치매보장형), 가입나이 40세, 100세 만기, 10년납, 월납]

치매보장개시일 이후		
경도치매 300만원 (CDR척도 1점) 진단확정시	중등도치매 500만원 (CDR척도 2점) 진단확정시	중증치매 6,000만원 (CDR척도 3점이상) 진단확정시
루게릭 진단확정시 2,000만원	특정 파킨슨병 진단확정시 2,000만원	다발경화증 진단확정시 2,000만원

※ 중등도치매보령금은 이미 수령한 경도치매보령금을 뺀 차액을, 중증치매보령금은 이미 수령한 경도/중등도치매보령금을 뺀 차액을 지급합니다.

- ※ 치매 진단급여금의 경우, 이미 지급받은 보험금의 총 합계액을 뺀 차액을 지급하며 중복(합산)지급되지 않습니다.
- ※ 치매보장개시일: 보험계약일[부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날 (다만, 재해로 인한 뇌의 손상을 직접적인 원인으로 치매를 진단받은 경우에는 보험계약일[부활(효력회복)일]을 보장개시일로 함)
- ※ 루게릭, 특정 파킨슨병, 다발경화증: 2년미만에 진단확정시 해당 진단자금의 50% 지급.
- ※ 특정 파킨슨병의 진단확정은 파킨슨병(G20)으로 확정 진단된 이후부터 파킨슨 치료제 처방일이 총 365일 이상이어야함.(다만, 이차성 파킨슨증, 알코올 유발 파킨슨증은 제외)

I. 보험계약의 개요

중도금부금 예시



* 일시생환자금(중도생환금부금): 피보험자가 계약일로부터 20년 지난 시점 계약해당일에 생존시, 기납입보험료 100% 지급



02. '상품명'으로 상품의 특징 이해하기

무배당 백년친구 건강보험(2405)

- 1 무배당: 계약자에게 배당을 하지 않는 상품입니다.
- 2 백년친구: DB생명의 대표 브랜드로 고객님의 백년인생을 함께하는 든든한 친구가 되겠다는 DB생명의 마음입니다.
- 3 건강보험: 암, 뇌출혈, 급성심근경색증, 치매 등 다양한 급부에 대해 보장해주는 상품입니다.

보장성보험
[사망, 상해, 질병 등]

예금자보호

백금보험공사
보호금융상품
1인당 최대 보장한도

금리확정형

2.25%
적용이율고정

II. 소비자가 반드시 알아두어야 할 유의사항



01. 보험금 지급제한사항

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

면책기간

면책기간
보험금 미지급

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

- 면책기간 적용 담보 - 주계약

구분	담보명	면책기간
1종 (암보장형)	암진단자금	가입 후 90일 간 중대한 암 보장 제외
	고액암진단자금	가입 후 90일 간 고액암 보장 제외
3종 (3대질환보장형)	암진단자금	가입 후 90일 간 중대한 암 보장 제외
	고액암진단자금	가입 후 90일 간 고액암 보장 제외
4종 (치매보장형)	경도치매 진단급여금	가입 후 1년 간 경도치매 보장 제외 (재해로 인한 경도치매 상태에서 가입시부터 보장)
	중등도치매 진단급여금	가입 후 1년 간 중등도치매 보장 제외 (재해로 인한 중등도치매 상태에서 가입시부터 보장)
	중증치매 진단급여금	가입 후 1년 간 중증치매 보장 제외 (재해로 인한 중증치매 상태에서 가입시부터 보장)



민원 사례

A씨는 암보험 가입 후 2개월이 지나서 위암을 판정받아 보험회사에 암 진단비를 청구
▶ 보험회사는 보험가입 후 90일이 경과하지 않아 보험금 지급이 어려움을 안내

II. 소비자가 반드시 알아두어야 할 유의사항

감액지급

감액지급

50%

[2년미만]

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

• 감액지급 적용 담보

감액지급

25%

[유방암
1년미만]

- 주계약

구분	담보명	감액기간 및 비율
1종 (암보장형)	암진단자금	가입 후 1년간 유방암 진단확정시 가입금액의 25% 지급
2종 (2대질환보장형)	2대질병진단자금	가입 후 2년간 보험금 50% 지급
3종 (3대질환보장형)	2대질병진단자금	가입 후 2년간 보험금 50% 지급
	암진단자금	가입 후 1년간 유방암 진단확정시 가입금액의 25% 지급
4종 (치매보장형)	루게릭진단자금	가입 후 2년간 보험금 50% 지급
	파킨슨진단자금	가입 후 2년간 보험금 50% 지급
	다발경화증진단자금	가입 후 2년간 보험금 50% 지급

II. 소비자가 반드시 알아두어야 할 유의사항



보장한도

보장한도

[최초]

1회한

이 보험에는 **보험금 지급한도**가 설정된 담보가 있습니다.

• 보장한도 적용 담보

- 주계약

구분	담보명	보장한도
1종 (암보장형)	암진단자금	최초 1회에 한해 보장
	고액암진단자금	최초 1회에 한해 보장
	소액암진단자금	각 최초 1회에 한해 보장
2종 (2대질환보장형)	2대질병진단자금	각 최초 1회에 한해 보장
3종 (3대질환보장형)	2대질병진단자금	각 최초 1회에 한해 보장
	암진단자금	최초 1회에 한해 보장
	고액암진단자금	최초 1회에 한해 보장
4종 (치매보장형)	소액암진단자금	각 최초 1회에 한해 보장
	경도치매진단급여금	최초 1회에 한해 보장
	중등도치매진단급여금	최초 1회에 한해 보장
	중증치매진단급여금	최초 1회에 한해 보장
	루게릭진단자금	최초 1회에 한해 보장
	파킨슨진단자금	최초 1회에 한해 보장
다발경화증진단자금	최초 1회에 한해 보장	

II. 소비자가 반드시 알아두어야 할 유의사항

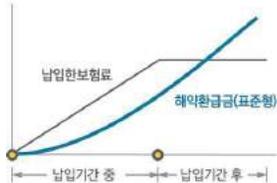


02. 해약환급금에 관한 사항

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

- ⚠ 해약환급금은 납입한 보험료 보다 적거나 없을 수도 있습니다.**
 ※ 해약환급금: 납입한 보험료에서 계약체결·유지관리 등에 소요되는 경비 및 경과된 기간의 위험 보장에 사용된 보험료를 차감하여 지급

표준형



03. 소비자가 반드시 알아두어야 할 상품의 주요 특성

① 보장성 보험



- ⚠** 이 보험은 질병보장을 주목적으로 하는 보장성보험이며, 저축이나 연금수령을 목적으로 가입하시기에 적합하지 않습니다.
 ② 만기 또는 중도해지 시 납입한 보험료보다 환급금이 적을 수 있습니다.

② 예금자보호제도에 관한 사항



- ⚠** 이 보험은 예금자보호법에 따라 해약환급금(또는 만기시 보험금)에 기타지급금을 합한 금액이 1인당 "5천만원까지"(본 보험회사의 여타 보호상품과 합산) **보호됩니다.** 이와 별도로 본 보험회사 보험상품의 사고보험금을 합산한 금액이 1인당 "5천만원까지" 보호됩니다.

III. 보험계약의 일반사항



01. 청약을 철회할 수 있는 권리

주계약(1,2,3종) 약관 제22조 [청약의 철회]
 주계약(4종) 약관 제20조 [청약의 철회]

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



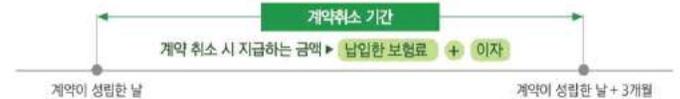
- ⚠ (청약철회가 불가능한 경우)**
 ① **청약일**부터 **30일**(만65세 이상을 보험계약자로 하는 통신판매계약의 경우 45일)을 초과한 경우
 ② **회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약**

02. 보험계약을 취소할 수 있는 권리

주계약(1,2,3종) 약관 제23조 [약관교부 및 설명의무 등]
 주계약(4종) 약관 제21조 [약관교부 및 설명의무 등]

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

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



03. 보험계약의 무효

주계약(1,2,3종) 약관 제24조 [계약의 무효]
 주계약(4종) 약관 제22조 [계약의 무효]

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

[주계약 1,2,3종]

- 보험계약 체결시 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우

[주계약 4종]

- 보험계약 체결시 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우
- 피보험자가 보험계약일부러 "치매보장개시일" 전일 이전에 "중증치매상태"이거나 진단이 확정되어 있는 경우

III. 보험계약의 일반사항

04. 보험계약 전 알릴의무 및 위반시 효과

주계약(1,2,3종) 약관 제18조 [계약 전 알릴의무]
 주계약(4종) 약관 제16조 [계약 전 알릴의무]

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



- ⚠️ ① 청약서의 질문사항에 대하여 **보험설계사**에게만 구두로 알렸을 경우 **보험계약 전 알릴의무를 이행한 것으로 볼 수 없습니다.**
- ② 전화 등 통신수단을 통한 보험계약의 경우 **보험회사 상담원의 질문이 청약서의 질문사항을 대신**하므로 상담원의 질문에 사실대로 답변하여야 합니다.

알릴 의무사항 관련 사례

과거 질병에 대한 진단 또는 치료사실 등을 보험설계사에게 말로 잘 설명했으나 보험금 수령 시 문제가 발생할 수 있나요?

아닙니다. 과거 질병에 대한 진단 또는 치료사실 등은 반드시 **청약서에 서면으로** 알려야 보험회사에 알린 것으로 간주됩니다. 그 외 보험설계사에게 말로만 알린 경우는 보험회사에 알리지 않은 것으로 간주되어 **항후 계약이 해지되거나, 보험금을 지급받지 못할 수** 있다는 점을 꼭 기억해주세요!

보험설계사에게 이야기 했다구요!!

청약서 질문표에는 다르게 기재 하셨습니다.

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



05. 보험료 납입연체 및 보험계약의 해지

주계약(1,2,3종) 약관 제32조 [보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)과 계약의 해지]
 주계약(4종) 약관 제30조

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

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



- 납입연체: ① 보험료 납입이 연체 중이거나 ② 유니버설 상품의 경우 **해약환급금에서 월대체보험료를 충당할 수 없는 경우**

06. 해지된 보험계약의 부활(효력회복)

주계약(1,2,3종) 약관 제33조 [보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]
 주계약(4종) 약관 제31조

보험료 납입연체로 보험계약이 해지되었으나 **해약환급금을 받지 않은 경우** 해지된 날부터 **3년 이내**에 보험계약의 **부활(효력회복)**을 청약할 수 있습니다.

⚠️ 보험회사는 피보험자의 건강상태, 직업 등에 따라 **승낙여부**를 결정하며, **부활(효력회복)을 거절하거나 보장의 일부를 제한**할 수 있습니다.



III. 보험계약의 일반사항

07. 보험계약대출

주계약(1,2,3종) 약관 제39조 【보험계약대출】
 주계약(4종) 약관 제37조 【보험계약대출】

보험계약자는 보험계약의 해약환급금 범위 내에서 보험계약대출을 받을 수 있습니다.

- ⚠️ ❶ 상환하지 않은 보험계약대출금 및 이자는 해약환급금 또는 보험금에서 차감될 수 있습니다.
- ❷ 순수보장성보험 등 보험상품 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수 있습니다.
- ❸ 보험계약자는 대출신청 전에 보험계약대출이율을 반드시 확인하시기 바랍니다.

• 환급금 내역서(예시)

해약환급금	공제금액			실수령액
	원금	이자	계	
1,000만원	500만원	5만원	505만원	495만원



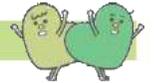
08. 보험금 청구절차 및 서류

주계약(1,2,3종) 약관 제13조 【보험금 등의 청구】
 주계약(4종) 약관 제11조 【보험금 등의 청구】

❶ 보험금 청구 절차

- 1 계약사항과 보장내용 확인
- 2 청구서류확인/작성
- 3 FP신청, 가까운 지점방문 또는 우편접수

❷ 콜센터 보험금관련 문의



☎️ 1588-3131 ▶ 2번(입원, 수술 등 사고보험금 상담) ▶ 0번(상담사 연결)

❸ 공통 제출서류

구분		유의사항
추가 서류 (필요 시)	공통	보험금청구서 (개인정보 처리 동의, 계좌번호 포함) 및 청구인 신분증 사본
	가족관계 확인 필요 시	가족관계 확인서류 (예. 가족관계증명서, 혼인관계증명서 등) (→ 배우자, 자녀 등의 보장상품, 수익자가 미성년자인 경우 등 필요)
	대리인 청구 시 (보험금 위임 시)	위임장, 보험금 청구권자의 인감증명서(또는 본인서명사실 확인서) 보험금 청구권자의 개인(신용)정보처리 동의
	보험사고 시 재해 입증서류	각종 사고사실확인원 / 지급결의서 / 사고경위서

※보험금청구서 등 기타 필요서류 다운로드 및 보험금 청구관련 자세한 안내는 DB생명 홈페이지 (www.idblife.com) ▶ 고객센터 ▶ 보험금 청구안내 에서 가능합니다.

❹ 보험금의 지급절차

회사는 보험금 청구서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 또한 보험금지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 지급함이 원칙이나, 이보다 늦어질 경우에는 지급 지연에 대한 이자를 지급합니다. (다만, 의료기관 등에 대한 회사의 서면 조사요청에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때 까지 지급지연 이자가 지급되지 않음)

⚠️ 위 내용은 계약체결시점을 기준으로 작성되었으며, 추후 변경될 수 있으니 보험금 청구 시점에 홈페이지(www.idblife.com) 또는 콜센터(☎1588-3131)에서 관련내용을 반드시 확인하시기 바랍니다.

IV. 고령층 지정인 계약사실 알림 서비스



1 서비스 개요

- 만 65세 이상 고령층 계약자가 희망하는 경우, 청약 과정 중에 금융상품 정보를 계약자에게 발송함으로써 계약자가 선택한 지정인에게 전달하도록 하는 서비스
- 청약진행날짜, 보험상품명, 보험료, 납입기간 등 상세 정보 발송



2 운영 취지

- 계약자가 지정인과 함께 본인에게 적합한 금융상품인지 여부를 다시 한 번 판단할 수 있는 기회로 활용

3 운영 내용

- 대상상품: 변액보험, 종신보험, 디보험(중대질병 등 발생시 사망보험금의 일부를 미리 지급하는 보험)
(단, 월보험료 5만원 이하 계약, 전화 또는 모집계약, 인터넷 채널을 통한 모집계약, 전운금융소비자는 제외)
- 운영방식: 계약자가 수신된 문자를 선택한 지정인에게 전달하면, 지정인은 자율적 의사에 따라 상품에 대해 문의하여 고령 계약자에게 적합한 보험인지 여부를 함께 판단함
※ 가족 외 지인도 지정인으로 지정가능하나 피보험자는 선택 불가

V. 보험계약 관련 교부서류안내



- '계약 전'과 '계약 후' 계약자에게 교부하는 서류는 다음과 같습니다.
- 교부받은 서류에 체크표시(☑)하시고, 수령하지 못한 경우에는 담당 FP 또는 콜센터(☎ 1588 - 3131)에 문의해 주세요.
- 변액보험을 가입하신 경우 운용설명서 등이 추가로 교부됩니다.

1 계약 전 교부서류



☑ 상품설명서



☑ (D)약관



☑ 계약자보관용 청약서

2 계약 후 교부서류

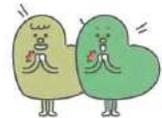


☑ 보험증권



증권번호를 알아두시면 보험 관련 상담 및 보험금 청구가 보다 용이합니다.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



(무)백년친구 건강보험(2405) (1,2,3종)

주계약 약관



주계약 목차

제1관 목적 및 용어의 정의	26
제1조 【목적】	26
제2조 【용어의 정의】	26
제2관 보험금의 지급	28
제3조 【“중대한 암” 및 “고액암”의 정의 및 진단확정】	28
제4조 【“제자리암”의 정의 및 진단확정】	29
제5조 【“경계성종양”의 정의 및 진단확정】	29
제6조 【“소액치료비 관련암”의 정의 및 진단확정】	30
제7조 【“뇌출혈”의 정의 및 진단확정】	31
제8조 【“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정】	31
제9조 【보험금의 지급사유】	32
제10조 【보험금 등 지급에 관한 세부규정】	33
제11조 【보험금 등을 지급하지 않는 사유】	35
제12조 【보험금 지급사유의 발생통지】	36
제13조 【보험금 등의 청구】	36
제14조 【보험금 등의 지급절차】	36
제15조 【주소변경통지】	37
제16조 【보험수익자의 지정】	38
제17조 【대표자의 지정】	38
제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등	38
제18조 【계약 전 알릴의무】	38
제19조 【계약 전 알릴의무 위반의 효과】	39
제20조 【사기에 의한 계약】	40
제4관 보험계약의 성립과 유지	40
제21조 【보험계약의 성립】	40
제22조 【청약의 철회】	41
제23조 【약관교부 및 설명의무 등】	43
제24조 【계약의 무효】	44
제25조 【계약내용의 변경 등】	44
제26조 【보험가입금액의 자동증액】	45
제27조 【보험나이】	45
제28조 【계약의 소멸】	46
제5관 보험료의 납입	46
제29조 【제1회 보험료 및 회사의 보장개시】	46
제30조 【제2회 이후 보험료의 납입】	48
제31조 【보험료의 자동대출납입】	48

제32조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지】	48
제33조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)】	49
제34조 【강제집행 등으로 해지된 계약의 특별부활(효력회복)】	50

제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등	50
제35조 【계약자의 임의해지】	50
제35조의2 【위법계약의 해지】	50
제36조 【중대사유로 인한 해지】	51
제37조 【회사의 파산선고와 해지】	51
제38조 【해약환급금】	51
제39조 【보험계약대출】	52
제40조 【배당금의 지급】	52

제7관 분쟁의 조정 등	53
제41조 【분쟁의 조정】	53
제42조 【관할법원】	53
제43조 【소멸시효】	53
제44조 【약관의 해석】	53
제45조 【설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력】	54
제46조 【회사의 손해배상책임】	54
제47조 【개인정보보호】	54
제48조 【준거법】	55
제49조 【예금보험에 의한 지급보장】	55

(별표 1) 보험금 지급기준표	56
(별표 1-1) 보험금 등을 지급할 때의 적립이율 계산	59
(별표 2) “중대한 암”의 정의	61
(별표 3) 고액치료비 관련 악성신 생물 분류표	63
(별표 4) 제자리의 신 생물 분류표(대장점막내암 제외)	64
(별표 5) 행동양식 불명 또는 미상의 신 생물 분류표	65
(별표 6) 뇌출혈 분류표	66
(별표 7) 급성심근경색증 분류표	67
(별표 8) 재해분류표	68
(별표 9) 장애분류표	69

무배당 백년친구 건강보험(2405) (1,2,3종) 약관



제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 【목적】

이 보험계약(이하 ‘계약’이라 합니다)은 보험계약자(이하 ‘계약자’라 합니다)와 보험회사(이하 ‘회사’라 합니다)사이에서 제9조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 질병에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조 【용어의 정의】

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

1. 계약관계 관련 용어

- 가. **계약자**: 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
- 나. **보험수익자**: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
- 다. **피보험자**: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
- 라. **보험증권**: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
- 마. **진단계약**: 계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.

2. 지급사유 관련 용어

- 가. **장애**: (별표 9) 장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.
- 나. **재해**: (별표 8) 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
- 다. **중요한 사항**: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약의 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
▶ 제21조 【보험계약의 성립】 제2항 참조
- 라. **의사**: 의사, 치과의사, 한의사 면허를 가진자 (이하 “의사” 라 합니다.)
- 마. **의료기관**: 의료법 제3조(의료기관)〔부록〕 보험계약관련 법·규정 참조에서 규정한 국내의 병원이나 의원, 한의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 “의료기관” 이라 합니다)을 말합니다.

3. 지급금과 이자를 관련 용어

- 가. **연단위 복리**: 회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.



친절한 Mr. D

자세히 알아보시다!

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

ex) 원금 100원, 연간 10% 이자율 적용시 2년 후 원리금은?

단리계산법: $100원 + (100원 \times 10\%) + (100원 \times 10\%) = 120원$
원금 1년차 이자 2년차 이자

복리계산법: $100원 + (100원 \times 10\%) + [100원 + (100원 \times 10\%)] \times 10\% = 121원$
원금 1년차 이자 2년차 이자

나. **평균공시이율**: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다.



친절한 Mr. D

평균공시이율은 어디서 확인하나요?

현재 시점의 평균공시이율은 “금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)→업무자료→보험상품자료→평균공시이율” 에서 확인할 수 있습니다.

다. **해약환급금**: 계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. **보험기간**: 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. **납입기간**: 계약자가 계약체결시 보험료를 납입하기로 한 기간을 말합니다.

다. **암 보장개시일**: 제3조(“중대한 암” 및 “고액암”의 정의 및 진단확정) 제1항 및 제2항에서 정한 “암”의 보장이 개시되는 날로, 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. (이하 “암 보장개시일” 이라 합니다)

라. **매월 계약해당일**: 최초 계약일부터 1개월씩 경과되는 매월의 계약해당일 (다만, 해당 월의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막날을 계약해당일로 합니다)



친절한 Mr. D

계약 해당일이 없는 달의 예시

최초계약일: 2019년 5월 31일 일 때, 2019년 6월의 월계약해당일은 2019년 6월 30일로 함

→ 2019년 6월에는 계약해당일(31일)이 없으므로, 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 함

마. **매년 계약해당일**: 최초 계약일부터 1년씩 경과되는 매년의 계약해당일 (다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막날을 계약해당일로 합니다)



친절한 Mr. D

계약 해당일이 없는 연도의 예시

최초계약일: 2020년 2월 29일 일 때, 2021년 2월의 월계약해당일은 2021년 2월 28일로 함

→ 2021년 2월에는 계약해당일(29일)이 없으므로, 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 함

바. **영업일**: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, ‘관공서의 공휴일에 관한 규정’([부록] 보험계약관련 법·규정 참조)에 따른 공휴일, 대체공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 [“중대한 암” 및 “고액암”의 정의 및 진단확정]

- ① 이 계약에 있어서 “중대한 암”이라 함은 별표2(“중대한 암”의 정의)에서 정한 “중대한 암”을 말합니다.
- ② 이 계약에 있어서 “고액암”이라 함은 고액치료비 관련 악성신생물(암) 분류표(별표3 (고액치료비 관련 악성신생물 분류표) 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ “중대한 암” 및 “고액암”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) ([부록] 보험계약관련 법·규정 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 병리과 또는 해당 분야의 전문의(치과의사, 한의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration), 혈액(hemic system)검사 또는 골수검사(bone marrow biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “중대한 암” 및 “고액암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “중대한 암” 및 “고액암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 의사가 작성한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.



친절한 Mr. D

‘상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때’ 예시

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우



친절한 Mr. D

“한국표준질병·사인분류”이란?

국민의 보건으로 복지행정의 수행과 의학연구를 위해 한국인의 질병 및 사인에 대하여 의무 기록자료 및 사망원인통계조사(질병이환 및 사망자료) 등의 표준 통계를 세계보건기구(WHO)의 국제질병분류 ICD를 기초로 그 성질의 유사성에 따라 체계적으로 유형화한 것입니다.

유의사항

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

· ()안은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021.1.1.시행)상의 분류번호이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

· 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단확정일 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

· 진단확정일 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시

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

제4조 【“제자리암”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 계약에 있어서 “제자리암”이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류의 기본분류에 있어서 제자리의 신생물로 분류되는 질병(별표4 (제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외)) 참조)을 말합니다. 다만, 제6조(“소액치료비 관련암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “대장점막내암”은 제외합니다.
- ② 제자리암의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 따라 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “제자리암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 제자리암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제5조 【“경계성종양”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 계약에 있어서 “경계성종양”이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류의 기본분류에 있어서 별표5(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

- ② 경계성종양의 진단확정은 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 따라 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “경계성종양”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 경계성종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제6조 【“소액치료비 관련암”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에 있어서 “소액치료비 관련암”이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에서 악성신생물(암)로 분류하고 있는 대상 중 “중대한 암”의 보장에서 제외되는 악성신생물로서 다음에서 정하는 암을 말합니다.
 1. 피부의 악성흑색종(melanoma) 중에서 침범정도가 낮은(Breslow 분류법상 그 깊이가 1.5mm 이하인 경우) 경우
 2. 기타피부암(C44)
 3. 전립선암(C61) 중 초기전립선암(“초기 전립선암”이란 Modified Jewett 병기분류상 stage B0 이하 또는 TNM병기상 T1c 이하인 모든 전립선암을 말합니다)
 4. 갑상선암(C73) 또는 림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물(암)에 해당하는 질병 중 갑상선을 일차부위로 하는 질병
 5. 사람면역결핍바이러스(HIV)감염과 관련된 악성종양(다만, 의료법에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV감염과 관련된 악성종양은 해당진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제외)
 6. 대장점막내암(“대장암 중 대장점막내암”이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다)



친절한 Mr. D

대장점막내암 예시



- ② “소액치료비 관련암”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)(【부록】보통계약관련 법·규정 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 병리과 또는 해당 분야의 전문의(치과의사, 한의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “소액치료비 관련암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 소액치료비 관련암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명

할 만한 의사가 작성한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제7조 ["뇌출혈"의 정의 및 진단확정]

- 이 계약에 있어서 "뇌출혈"이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 별표6(뇌출혈 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- 뇌출혈의 진단확정은 의료기관에서 해당 분야의 전문의(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자 방출 단층 촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사 방법을 진단의 기초로 할 수 없을 경우에 한하여 피보험자가 뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

용어해설
"전산화단층촬영(CT)" 이란? Computed Tomography. 경밀도가 높은 X선으로 인체를 360도 방향에서 전체투사하여 나온 데이터를 컴퓨터로 조합하여 인체의 단면 영상을 그려내는 촬영기술
"자기공명영상(MRI)" 이란? Magnetic Resonance Imaging. 자기장을 발생하는 커다란 자석통에 들어가게 한 후 고주파를 발생시켜 각 조직에서 나오는 신호의 차이를 측정하여 컴퓨터를 통해 재구성, 영상화하는 기술로 인체의 장기나 종양, 병적인 모양 등에 대한 진단을 내리기 위해 활용되는 검사법
"뇌혈관조영술" 이란? 뇌 속 혈관의 병변이나 변화를 알아보기 위해 X선에 반응하여 희게 촬영되는 물질(중영제)을 뇌 혈관에 투여한 뒤 촬영하는 기술
"양전자 방출 단층 촬영(PET)" 이란? Positron Emission Tomography. 양전자를 방출할 때 발생하는 핵의학적 방사능을 이용하여 인체의 단면을 촬영하는 기술
"단일광자방출 전산화단층술(SPECT)" 이란? Single Photon Emission Computed Tomography. γ선을 방출하는 방사성 동위원소를 체내에 투여하여 그 분포상태의 단면상을 컴퓨터로 재구성하는 촬영법
"뇌척수액검사" 란? 뇌와 척수를 둘러싸 보호하고 있는 맑은 액체인 뇌척수액의 이상 유무를 알아보는 것

제8조 ["급성심근경색증"의 정의 및 진단확정]

- 이 계약에 있어서 "급성심근경색증"이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 별표7(급성심근경색증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- 급성심근경색증의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) (**부록 보형계약관련 법·규정 참조**)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 해당 분야의 전문의(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 따라 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도 검사, 혈액 중 심장효소 검사, 심장초음파 검사, 핵의학검사, 자기공명영상(MRI), 양전자방출 단층촬영(PET), 관상동맥(심장동맥) 촬영술 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사 방법을 진단의 기초로 할 수 없을 경우 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는

때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

- 보험기간 중 피보험자가 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
- 부검감정서상 사인이 급성심근경색증으로 확정되거나 추정되는 경우

용어해설
"심전도 검사" 란? 심장의 전기적 신호(주기적으로 전기를 만들어내어 심장박동을 조절)를 피부에 부착한 전극을 통해 그림으로 기록하는 것으로 심장에 대한 검사 중에 가장 기본이 되는 것
"심장효소 검사" 란? 심근경색증 확증에 중요한 자료가 되는 검사로 심근세포내에 들어있던 효소들이 혈류속으로 흘러나와 혈청수치가 상승되었는지 등의 여부를 검사하여 심근의 손상여부 판단
"심장초음파 검사" 란? 심장에 초음파를 보내고 되돌아 오는 반사파를 수신하여 심장의 상태를 화상으로 나타내는 검사로 심장의 형태, 움직임 등에 관한 내용을 파악할 수 있음
"핵의학검사" 란? 방사성동위원소에서 나오는 방사선을 이용하여 인체의 해부학적, 생리학적 상태를 진단, 평가하는 검사
"자기공명영상(MRI)" 이란? Magnetic Resonance Imaging. 자기장을 발생하는 커다란 자석통에 들어가게 한 후 고주파를 발생시켜 각 조직에서 나오는 신호의 차이를 측정하여 컴퓨터를 통해 재구성, 영상화하는 기술로 인체의 장기나 종양, 병적인 모양 등에 대한 진단을 내리기 위해 활용되는 검사법
"관상동맥(심장동맥) 촬영술" 이란? 신선한 혈액을 심장으로 보내는 관상동맥혈관의 해부학적 모양과 협착여부를 동영상으로 촬영하는 진단기법

제9조 [보험금의 지급사유]

회사는 피보험자가 보험기간 중 다음 사항 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표1 (보험금 지급기준표) 참조)을 지급합니다.

- 피보험자가 보험기간 중 "뇌출혈" 또는 "급성심근경색증"으로 진단확정 되었을 때: 2대질병 진단자금(다만, 2종(2대질환보장형) 또는 3종(3대질환보장형)에 한함) (다만, 각 최초 1회에 한하여 지급하며 보험계약일로부터 2년 미만 진단확정시 50% 지급)
- 피보험자가 보험기간 중 암 보장개시일 이후에 "중대한 암" 또는 "고액암"으로 진단확정 되었을 때(다만, 1종(암보장형) 또는 3종(3대질환보장형)에 한함)
 - 피보험자가 이 계약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 "중대한 암"으로 진단 확정 되었을 때: 암진단자금(다만, 최초 1회에 한하여 지급하며 보험계약일로부터 1년 미만 유방암 진단확정시 25% 지급)
 - 피보험자가 이 계약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 "고액암"으로 진단 확정되었을 때: 고액암진단자금(다만, 최초 1회에 한하여 지급)
- 피보험자가 보험기간 중 "소액치료비 관련암", "제자리암", "경계성종양"으로 진단확정 되었을 때: 소액암 진단자금 (다만, 각 최초 1회에 한하여 지급)(다만, 1종(암보장형) 또는 3종

(3대질환보장형)에 한함)

4. 피보험자가 계약일로부터 20년이 지난시점 계약해당일에 살아있을 때: 일상생활자금(중도 생존급부금)

제10조 [보험금 등 지급에 관한 세부규정]

▶ 아래 제1항에서 제10항까지는 보험료 납입면제에 관련된 내용입니다.

- ① 회사는 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우, 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
 - 1. 피보험자가 장애분류표 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상 장애상태가 되었을 경우
 - 2. 피보험자가 암 보장개시일 이후에 “중대한 암”으로 진단이 확정된 경우(1종(암보장형) 또는 3종(3대질환보장형)에 한함)
 - 3. 피보험자가 보장개시일 이후 “뇌출혈” 또는 “급성심근경색증”으로 진단이 확정된 경우 (2종(2대질환보장형) 또는 3종(3대질환보장형)에 한함)
- ② 제1항의 경우 차회 이후의 보험료가 납입기간 종료일까지 월계약해당일에 납입된 것으로 간주하여 제9조(보험금의 지급사유) 제4호에서 정한 일상생활자금(중도생존급부금)을 지급합니다.
- ③ 제1항 제1호의 경우 장애지급률이 재해일 또는 재해이외의 원인의 진단확정일로부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단확정일로부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ④ 제3항에 따라 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단확정일로부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단확정일로부터 1년 이내)에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.
- ⑤ 이 계약에서 “동일한 재해”의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑥ 제1항 제1호의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장애로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 또한 하나의 장애가 다른 장애와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장애지급률만을 적용하며, 하나의 장애로 둘 이상의 파생장애가 발생하는 경우 각 파생장애의 장애지급률을 합산한 장애지급률과 최초 장애지급률을 비교하여 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다.
- ⑦ 제1항 제1호의 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 지급률로 정합니다.
- ⑧ 제1항 제1호의 경우 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 더하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표상의 두 가지 이상의 장애가 발생하는 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정 기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑩ 장애분류표에 해당되지 않는 장애는 신체의 장애정도에 따라 장애분류표의 구분에 준하여 장애지급률을 결정합니다.

▶ 아래 제11항에서 제12항까지는 2종(2대질환보장형) 및 3종(3대질환보장형)의 2대질병 진단자금과 관련된 내용입니다.

- ⑪ 2종(2대질환보장형) 또는 3종(3대질환보장형)의 경우 제9조(보험금의 지급사유) 제1호의 2대

질병 진단자금의 경우에는 보험계약일로부터 2년미만 지급사유 발생시 해당 진단자금의 50%를 지급합니다.

- ⑫ 2종(2대질환보장형) 또는 3종(3대질환보장형)의 경우 피보험자가 제29조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제2항에서 정한 보장개시일 이후에 사망하여 그 후에 뇌출혈 또는 급성심근경색증을 직접적인 원인으로 하여 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제9조(보험금의 지급사유) 제1호의 2대질병 진단자금을 지급하며, 보장개시일 이후에 사망하여 계약자적립액을 지급한 경우에는 이미 지급된 계약자적립액을 차감하고 그 차액을 지급하여 드립니다. 다만, 보장개시일 전일 이전에 뇌출혈 또는 급성심근경색증으로 진단이 확정된 경우는 제외합니다.

▶ 아래 제13항에서 제16항까지는 1종(암보장형) 및 3종(3대질환보장형)의 암관련 진단자금(중대한 암, 고액암)과 관련된 내용입니다.

- ⑬ 1종(암보장형) 또는 3종(3대질환보장형)의 경우 피보험자가 보험기간 중 암 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 “중대한 암” 및 “고액암”을 직접적인 원인으로 하여 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제9조(보험금의 지급사유) 제2호에 해당하는 진단자금을 지급하며, 암 보장개시일 이후에 사망하여 계약자적립액을 지급한 경우에는 이미 지급된 계약자적립액을 차감하고 그 차액을 지급합니다. 다만, 암 보장개시일의 전일 이전에 “중대한 암” 및 “고액암”으로 진단 확정된 경우에는 “암진단자금” 및 “고액암진단자금”을 지급하지 않습니다.



친절한 Mr. D

1년 미만 유방암 지급예시 (보험가입금액 1,000만원 기준)

ex: 계약일로부터 6개월 시점에 유방암 진단받고, 그 이후 유방암과 인과관계 없는 간암 추가진단시

- 1) 유방암 진단시점: 암진단자금(250만원) 지급
(▶1년 미만 유방암 발생시 25% 지급)
- 2) 간암 진단시점: 추가진단금 없음

- ⑭ 1종(암보장형) 또는 3종(3대질환보장형)의 경우 암 보장개시일 전일 이전에(계약일로부터 90일 이내) “중대한 암”으로 진단확정된 경우에는 진단자금을 지급하지 않습니다. 또한 유방암의 경우 1년미만 지급사유 발생시에는 “암진단자금”의 25%를 지급하며, “암진단자금”이 지급된 경우에는 추가적인 “암진단자금”을 지급하지 않습니다.
- ⑮ 1종(암보장형) 또는 3종(3대질환보장형)의 경우 이 계약에서 “동일하지 않은 암”이라 함은 이미 암 진단자금이 지급된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이 되지 않은 경우를 말합니다.
- ⑯ 1종(암보장형) 또는 3종(3대질환보장형)의 경우 암진단자금, 고액암 진단자금, 소액암 진단자금은 각각 최초 1회에 한하여 지급되므로 이 계약의 보험기간 중 이미 지급한 금액은 다시 지급하지 않습니다.

▶ 아래 제17항은 1종(암보장형) 및 3종(3대질환보장형)의 소액암 진단자금과 관련된 내용입니다.

- ⑰ 1종(암보장형) 또는 3종(3대질환보장형)의 경우 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 “소액치료비 관련암”, “제자리암”, “경계성종양”을 직접적인 원인으로 하여 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제9조(보험금의 지급사유) 제3호에 해당하는 소액암 진단자금을 지급하며, 제28조(계약의 소멸) 제2항에 따라 사망당시의 계약자적립액을 지급한 경우에는 이미 지급된 계약자적립액을 차감하고 그 차액을 지급합니다. 다만, 보험계약일의 전일 이전에 “소액치료비 관련암”, “제자리암”, “경계성종양”으로 진단이 확정된 경우는 소액암 진단자금을 지급하지 않습니다.

▶ 아래 제18항에서 제22항까지는 계약 전반에 관련된 내용입니다.

- ⑮ 이 계약에서 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

용어해설

“실종선고”란?

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

※ 관련법: 민법 제27조(실종의 선고) **([부록] 보험계약관련 법·규정 참조)**

- ⑯ 보험수익자와 회사가 제9조(보험금 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의로법 제3조(의로기관) **([부록] 보험계약관련 법·규정 참조)**에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑰ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제 사유에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의로법 제3조(의로기관) **([부록] 보험계약관련 법·규정 참조)**에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

용어해설

“제3자”란?

어떤 법률관계에 있어서 직접 참여하는 자를 당사자라고 하며, 그 이외의 자를 제3자라고 합니다.

- ⑱ 1종(암보장형) 또는 3종(3대질환보장형)의 경우 계약자는 피보험자에게 보험계약일부터 암보장개시일 전일 이전에 “중대한 암” 또는 “고액암”으로 진단이 확정된 경우에는 그 발생일로부터 그 날을 포함하여 90일 이내에 계약의 취소를 선택할 수 있으며, 이 계약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.
- ⑳ 1종(암보장형) 또는 3종(3대질환보장형)의 경우 보험계약일로부터 암보장개시일 전일 이전에 “중대한 암” 또는 “고액암”으로 진단 확정되었으나 제21항에서 계약자가 계약의 취소를 선택하지 않은 때에는 보험계약일부터 암보장개시일 전일 이전에 진단 확정된 “중대한 암” 또는 “고액암”이 동일하거나 다른 신체기관에 재발 또는 전이되어 제9조(보험금의 지급사유) 제2호 및 제3호의 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생하더라도 보험금을 지급하지 않으며, 납입을 면제하지 않습니다. 다만, 청약일(부활(효력회복)청약일)부터 암보장개시일 전일 이전에 “중대한 암” 또는 “고액암”으로 진단확정 받더라도 암보장개시일 이후 5년이 지나는 동안 그 “중대한 암” 또는 “고액암”으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 암보장개시일부터 5년이 지난 이후에는 제9조(보험금의 지급사유) 제2호 및 제3호에 따라 보장합니다.

제11조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험료 납입면제 사유나 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험료 납입을 면제하지 않거나 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

용어해설

“심신상실”이란?

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사결정 능력이 없는 상태입니다.

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

제12조 [보험금 지급사유의 발생통지]

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제9조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유의 발생을 안 때에는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제13조 [보험금 등의 청구]

- ① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
 1. 청구서 (회사양식)
 2. 사고증명서 (사망진단서, 장애인단서, 질병진단서(병명기입) 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의로법 제3조(의로기관) **([부록] 보험계약관련 법·규정 참조)**에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의로기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제14조 [보험금 등의 지급절차]

- ① 회사는 제13조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.



친절한 Mr. D

보험금 지급일 예시

Q: 보험금 청구서류 접수일이 20<><>년 10월 8일(목)인 경우 보험금 지급일은?
(다만, 보험금지급사유의 조사나 확인이 필요하지 않은 경우)

A: 10/9(금, 한글날), 10/10(토), 10/11(일)은 회사의 영업일이 아니므로, 10/8(목)부터 3영업일인 10/13(화) 이내에 보험금을 지급합니다.

- ② 회사는 제9조(보험금의 지급사유) 제4호에 해당하는 보험금의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 회사가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 알려드리며, 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표 1-1(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)과 같이 계산합니다.
- ③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제13조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
 1. 소송제기
 2. 분쟁조정신청(대상기관은 금융분쟁조정위원회 또는 소비자 분쟁조정위원회)
 3. 수사기관의 조사
 4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
 5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
 6. 제10조(보험금 등 지급에 관한 세부규정) 제19항 및 제20항에 따라 보험금 지급사유 등에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ④ 제3항에 따라 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.



용어해설

“보험금 가지급제도”란?

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

- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제19조(계약 전 알릴의무 위반의 효과)와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 공공서에 대한 회사의 서면조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제15조 [주소변경통지]

- ① 계약자(보험수익자가 계약자와 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.
- ② 제1항에서 정한 대로 계약자 또는 보험수익자가 변경내용을 알리지 않은 경우에는 계약자 또는 보험수익자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 시일이 지난 때에 계약자 또는 보험수익자에게 도달된 것으로 봅니다.

로 봅니다.

제16조 [보험수익자의 지정]

이 계약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 제9조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제3호는 피보험자로 하고, 동조 제4호는 계약자로 합니다.

제17조 [대표자의 지정]

- ① 계약자 또는 보험수익자가 2명 이상인 경우에는 각 대표자를 1명 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.
- ② 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 않은 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 보험수익자 1명에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에게도 효력이 미칩니다.
- ③ 계약자가 2명 이상인 경우에는 계약자의 책임을 연대로 합니다.



용어해설

계약자가 2명 이상인 경우

계약자가 2명 이상인 경우, 계약전 알릴 의무, 보험료 납입의무 등 보험계약에 따른 계약자의 의무를 연대로 합니다.

연대(連帶)

2인 이상의 계약자가 각자 채무의 전부를 이행할 책임을 지되(몹, 지분만큼 분할하여 책임을 지는 것과 다름), 다만 어느 1인의 이행으로 나머지 계약자도 그 책임을 이행한 것이 되는 관계를 말합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제18조 [계약 전 알릴의무]

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강 진단을 실시할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 “계약 전 알릴의무”라 하며, 상법상 “고지의무”와 같습니다)합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관) **(부록) 보험계약관련 법·규정 참조**의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

※ 관련법: 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약 해지) **(부록) 보험계약관련 법·규정 참조**



용어해설

“계약 전 알릴의무”란?

상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)([부록] 보험계약관련 법·규정 참조)에서 정하고 있는 의무. 보험계약자나 피보험자는 청약시에 보험회사가 서면으로 질문한 중요한 사항에 대해 사실대로 알려야 하며, 위반시 보험계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 수 있습니다.

“중요한 사항”이란?

중요한 사항이라 함은 직업, 현재 및 과거 병력, 장애상태, 고위험 취미(예. 야박등반, 패러글라이딩), 타사 보험계약 가입여부 등 회사가 그 사실을 알았더라면 보험계약 체결 및 보험금 지급에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

제19조 [계약 전 알릴의무 위반의 효과]

- ① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제18조(계약 전 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 어느 하나에 해당하는 경우에는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.



친절한 Mr. D

계약 전 알릴의무 위반 사례

보험계약을 청약하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만 얘기하였을 뿐, 청약서의 계약전 알릴 사항에 아무런 기재도 하지 않을 경우에는 보험설계사에게 고혈압 병력을 얘기하였다고 하더라도 보험회사는 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.

1. 회사가 계약당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
 2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
 3. 계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
 4. 회사가 이 계약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요 사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다)
 5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때
다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시) 뿐만 아니라 계약 전 알릴의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 계약의 처리결과를 “반대 증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따

른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.



용어해설

“반대증거”란?

소송법상 입증책임이 없는 당사자가 상대방에서 입증하는 사실을 부정할 목적으로 반대되는 사실을 증명하기 위해 제출하는 증거

- ③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제38조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
- ④ 제18조(계약 전 알릴의무)의 계약 전 알릴의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당보험금을 지급합니다.
- ⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.



친절한 Mr. D

사례

보험계약을 청약하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만 얘기하였을 뿐, 청약서의 계약전 알릴 사항에 아무런 기재도 하지 않을 경우에는 보험설계사에게 고혈압 병력을 얘기하였다고 하더라도 회사는 계약 전 알릴의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.

제20조 [사기에 의한 계약]

- ① 계약자 또는 피보험자가 대리인단, 약물사용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위변조 또는 청약일 이전에 암 또는 사람면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기의사에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 보장개시일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터는 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.
- ② 제1항에 따라 계약을 취소한 경우 회사는 보험금을 지급할 책임이 없고, 이미 지급한 보험금의 반환을 청구할 수 있습니다.
- ③ 제1항에 따라 계약을 취소한 경우 회사는 계약자에게 실제 납입한 보험료 누계액을 돌려 드립니다. 다만, 보험료를 받은 기간에 대한 이자는 지급하지 않습니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

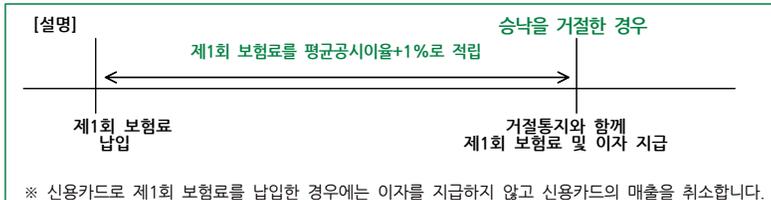
제21조 [보험계약의 성립]

- ① 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.
- ② 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
- ③ 회사는 계약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약

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

일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.

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



- ⑤ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였다더라도 청약일로부터 5년이 지나면 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑥ 제5항의 ‘청약일로부터 5년이 지나면 동안’이라 함은 이 약관 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑦ 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제22조 [청약의 철회]

- ① 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 다음 중

한 가지에 해당되는 때에는 청약을 철회할 수 없습니다.

- 1. 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약

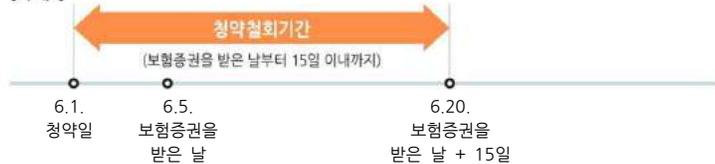
 용어해설
“전문금융소비자”란?
보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약에 따른 위험감수능력이 있는 자로서, 국가, 지방자치단체, 한국은행, 금융회사, 주권상장법인 등을 포함하며 금융소비자 보호에 관한 법률 제2조(정의) 제9호 (부록) 보험계약관련 법·규정 참조 에서 정하는 전문금융소비자를 말합니다.
“일반금융소비자”란?
전문금융소비자가 아닌 계약자를 말합니다.
“청약의 철회”란?
계약자가 계약을 청약한 이후 단순히 마음이 변하거나 청약한 보험상품이 마음에 들지 않아 청약을 취소하는 것

- 2. 청약을 한 날부터 30일을 초과한 경우(만65세 이상을 계약자로 하는 통신판매 보험계약의 경우에는 45일)

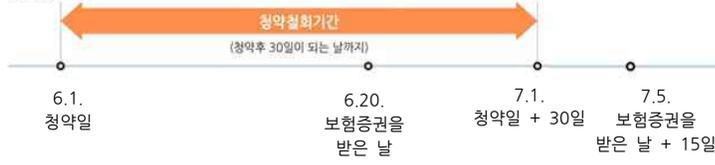
 친절한 Mr. D

청약철회 가능기간에 대해 자세히 알아보시다!

[사례1]



[사례2]



[설명] 일반적으로 계약자는 위의 [사례1]의 경우처럼 ‘보험증권을 받은 날부터 15일’ 이내에 청약을 철회할 수 있습니다. 그러나 [사례2]의 경우처럼 ‘보험증권을 받은 날부터 15일’이 ‘청약 후 30일’을 초과하는 경우 청약철회 가능기간은 ‘청약 후 30일’까지로 합니다. (다만, 만65세 이상을 계약자로 하는 통신판매 보험계약에서는 ‘보험증권을 받은 날부터 15일’이 ‘청약 후 45일’을 초과하는 경우 ‘청약 후 45일’까지로 합니다.)

- ② 청약철회는 계약자가 전화로 신청하거나, 철회의사를 표시하기 위한 서면, 전자우편, 휴대전화

문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시(이하 '서면 등'이라 합니다)를 발송한 때 효력이 발생합니다. 계약자는 서면 등을 발송한 때에 그 발송 사실을 회사에 지체없이 알려야 합니다.

- ③ 계약자가 청약을 철회할 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약 철회하는 경우에는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해당 신용카드회사로 하여금 대금청구를 하지 않도록 해야 하며, 이 경우 회사는 보험료를 반환한 것으로 봅니다.
- ④ 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.
- ⑤ 제1항에서 보험증권을 받은 날에 대한 다툼이 발생한 경우 회사가 이를 증명하여야 합니다.

제23조 [약관교부 및 설명의무 등]

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



친절한 Mr. D

“약관의 중요한 내용”에 대해 자세히 알아보시다!

약관의 중요한 내용이란 보험업법 제95조의2(설명 의무 등) 제1항([부록] 보험계약관련 법규정 참조)의 보험료, 보장범위, 보험금 지급제한 사유 등 대통령령으로 정하는 보험계약의 중요 사항을 말합니다.

- ② 제1항과 관련하여 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특약만 포함한 약관을 드리며, 전화를 이용하여 체결하는 계약은 계약자의 동의를 얻어 다음의 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.
 1. 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.



용어해설

통신판매계약

전화우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

- ③ 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.
 1. 회사가 제1항에 따라 제공된 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않은 경우
 2. 회사가 약관의 중요한 내용을 청약할 때 설명하지 않은 경우
 3. 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제

- 2호에 따른 전자서명([부록] 보험계약관련 법규정 참조)을 포함합니다)을 하지 않은 경우
- ④ 제3항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음 각 호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 위 제2항의 규정에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.
 1. 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우
 2. 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우
- ⑤ 제3항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제24조 [계약의 무효]

계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사자 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다)에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(실제 납입한 보험료에 한하므로, 납입면제, 보험료 할인 등 실질적으로 보험료 납입이 없는 경우를 제외한 금액)를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 매회차 보험료(첫회보험료 포함)를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.



용어해설

“무효”란?

당사자가 행한 의사표시가 법률상 아무런 효력이 발생하지 않는 것을 말합니다.

“첫회보험료”란?

보험계약 성립시 계약자의 보험료 납입의무에 따라 최초로 납입하는 보험료를 말합니다.

제25조 [계약내용의 변경 등]

- ① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알려거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
 1. 보험료의 납입방법 및 납입주기
 2. 보험가입금액
 3. 계약자
 4. 기타 계약의 내용
- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.



친절한 Mr. D

보험수익자 변경 통지 여부에 따른 지급대상

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

- ③ 회사는 계약자가 제1항 제2호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제38조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 보험금 또는 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

용어해설

“감액(액수를 줄임)”이란?
 보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 보험가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 것 (이에 따라 보험료, 보험금 및 계약자적립액도 줄어들며 해약환급금이 없거나, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.)

“해지”란?
 현재 유지되고 있는 계약이나 또는 효력이 상실된 계약을 장래를 향하여 소멸시키거나 계약 유지 의사를 포기하여 만기일 이전에 계약관계를 청산하는 것

- ④ 보험가입금액 감액 시 해약환급금이 없거나 최초가입시 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.
- ⑤ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ⑥ 회사는 제1항 제3호에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.
- ⑦ 제1항 제4호에도 불구하고 보험종목의 변경은 할 수 없습니다.

제26조 [보험가입금액의 자동증액]

- ① 회사는 일상생활자금(중도생존급부금) 최종 발생일 이후 최초 도래하는 계약해당일에 일상생활자금(중도생존급부금)을 지급하지 않아 발생한 이자로 보험가입금액을 자동증액하여 드립니다. 다만, 발생한 이자가 없을 경우에는 자동증액하지 않습니다.
- ② 자동증액되는 보험가입금액은 이 계약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 방법에 의하여 산출합니다.

용어해설

“보험료 및 해약환급금 산출방법서”란?
 회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 계약자적립액, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

- ③ 회사는 보험가입금액이 자동증액 되었을 경우, 변경된 계약내용을 계약자에게 안내하여 드립니다.

제27조 [보험나이]

- ① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다.
- ② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해

당일로 합니다.

- ③ 청약서류에 적힌 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)에 적힌 사실과 다른 경우에는 신분증에 기재된 나이 또는 성별로 정정하고, 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.
- ④ 제3항에 의한 보험금 및 보험료로 변경 시 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 변경당시의 해약환급금을 정산합니다.

친절한 Mr. D

보험나이란 무엇인가요?
 보험료 산정의 기준이 되는 나이로서, 피보험자의 출생일부터 보험계약일까지의 기간을 기준으로 합니다.

보험나이 계산 예시

생년월일: 1996년 10월 2일,

예1) 2022년 4월 13일에 가입할 경우	예2) 2022년 11월 13일에 가입할 경우
2022년 4월 13일	2022년 11월 13일
- 1996년 10월 2일	- 1996년 10월 2일
만 25년 6개월 11일	만 26년 1개월 11일
(6개월 이상 끝수는 1년으로 계산)	(6개월 미만 끝수는 버림)
⇒ 보험나이 26세	⇒ 보험나이 26세

제28조 [계약의 소멸]

- ① 보험기간 중 제9조(보험금 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 모두 발생한 경우 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.
- ② 제1항에 해당하지 않는 사유로 사망하여 이 약관에서 정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생 할 수 없는 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하여 드리고 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제13조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액 지급절차는 제14조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표1-1(보험금 등을 지급할 때의 적립이율 계산)에 따릅니다.

용어해설

“계약자적립액”이란?
 장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

제5관 보험료의 납입

제29조 [제1회 보험료 및 회사의 보장개시]

- ① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임 있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.
- ② 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

친절한 Mr. D

“보장개시일”에 대하여 자세히 알아봅시다!

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

•청약한 후에 회사가 승낙하고 그 이후에 제1회 보험료를 받은 경우

•청약과 동시에 제1회 보험료를 납입하고 그 이후에 회사가 승낙한 경우

•청약한 후에 제1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우

- ③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 어느 하나에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.
 1. 제18조(계약 전 알릴의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
 2. 제19조(계약 전 알릴의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
 3. 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우
다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 재해로 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장을 해드립니다.
- ④ 청약서에 피보험자의 직업 또는 직종별로 보험가입금액의 한도액이 명시되어 있음에도 불구하고 그 한도액을 초과하여 청약을 하고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그 초과 청약액에 대하여는 보장을 하지 않고, 초과 청약액에 대한 보험료를 돌려드립니다.
- ⑤ 제1항 및 제2항에도 불구하고 제9조(보험금의 지급사유) 제2호의 암보장개시일은 제1회 보험료를 받은 날로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하 “암 보장개시일”이라 합니다.)부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

제30조 [제2회 이후 보험료의 납입]

- ① 계약자는 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 하며, 회사는 계약자가 보험료를 납입한 경우에는 영수증을 발생하여 드립니다. 다만, 금융회사(우체국 포함)를 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사 발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 계약자는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 보험료를 선납할 수 있습니다. 보험료를 선납할때 할인은 3개월분 이상 12개월분 이하의 보험료를 선납할 때에 한하여 계산하며 할인율은 평균공시이율(계약체결시점의 평균공시이율을 말하며, 이하 “평균공시이율”)로 계산합니다.

용어해설

“납입기일”이란?
계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

“선납”이란?
계약자가 보험료를 납입기일 이전에 미리 납입하는 것을 말합니다.

제31조 [보험료의 자동대출납입]

- ① 계약자는 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따른 보험료의 납입최고(독촉)기간까지 회사가 정한 방법에 따라 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있습니다. 이 경우 제39조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려드립니다.

용어해설

“자동대출납입”이란?
보험료를 제때에 내기 곤란한 경우에 가입한 보험상품의 해약환급금 범위내에서 납입할 보험료를 자동적으로 대출하여 이를 보험료 납입에 충당하는 서비스

- ② 제1항에도 불구하고 보험계약대출금과 보험계약대출이자를 더한 금액이 해약환급금(해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 금액을 말합니다)을 초과하는 때에는 보험료의 자동대출납입을 더 이상 할 수 없습니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따른 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일로부터 1년을 한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.
- ④ 보험료의 자동대출납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출납입이 없었던 것으로 하여 제38조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 지급합니다.
- ⑤ 회사는 자동대출납입이 종료된 날부터 15일 이내에 자동대출납입이 종료되었음을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서(SMS 포함) 등으로 계약자에게 안내하여 드립니다.

제32조 [보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]

- ① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우

에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정합니다. 다만, 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다.

- ② 제1항의 경우 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.
 1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ③ 회사가 제1항 및 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면, 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명(「부록」 보험계약관련 법·규정 참조)으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대해 수신확인을 하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제1항의 납입최고(독촉)기간을 설정하여 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.
- ④ 제2항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제38조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

용어해설

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

제33조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)】

- ① 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 평균공시 이율+1% 범위 내에서 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다.
- ② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제18조(계약 전 알릴의무), 제19조(계약 전 알릴의무 위반의 효과), 제20조(사기에 의한 계약), 제21조(보험계약의 성립) 제2항 및 제4항 및 제29조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다. 다만, 부활(효력회복)의 경우 제1회 보험료는 부활(효력회복)시의 보험료를 의미합니다. 이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.
- ③ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 중전 모든 부활 청약 포함) 제18조(계약 전 알릴의무)를 위반한 경우에는 제19조(계약 전 알릴의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

용어해설

“부활(효력회복)”이란?
 보험료 납입을 연체하여 계약이 해지되고 계약자가 해약환급금을 받지 않은 경우에 회사가 정하는 소정의 절차에 따라 해지된 계약을 다시 되살리는 일

제34조 【강제집행 등으로 해지된 계약의 특별부활(효력회복)】

- ① 회사는 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제25조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.

용어해설

“강제집행”이란?
 국가의 공권력을 행사하여 사법상의 청구권을 강제적으로 실현시키기 위한 절차를 말합니다.

“담보권실행”이란?
 채무자가 채무를 갚지 않을 경우, 채권자가 채무이행을 확보할 수 있도록 제공된 담보로부터 손해를 변상 받는 절차를 말합니다.

“국세 및 지방세 체납처분절차”란?
 국세 및 지방세를 납부할 기한까지 납부하지 않는 경우에 국세징수법 또는 지방세기본법에 따라 행하는 강제 징수 처분 및 그 절차를 말합니다.

- ② 회사는 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.
- ③ 회사는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 회사는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.
- ④ 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다.
- ⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제35조 【계약자의 임의해지】

계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제38조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제35조의2 【위법계약의 해지】

- ① 계약자는 금융소비자 보호에 관한 법을 제47조(「부록」 보험계약관련 법·규정 참조) 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 범위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제38조(해약환급금) 제4항에 따른 해약환

급금을 계약자에게 지급합니다.

- ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법원의 권리를 행사할 수 있습니다.

용어해설

“정당한 사유”란?
 금융소비자 보호에 관한 법률 시행령 제38조(위법계약의 해지) 제4항(〔부록〕**보험계약관련 법·규정 참조**)에 따른 정당한 사유 범위에 해당하는 경우를 말합니다.

“제척기간”이란?
 어떠한 권리에 대해 법률상으로 정해진 존속기간을 말하며, 일정기간 안에 권리를 행사하지 않으면 권리가 소멸됩니다.

제36조 [증대사유로 인한 해지]

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
 1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
 2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이에 대한 보험금은 지급합니다.
- ② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제38조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

친절한 Mr. D

보험금 청구 서류를 위조 또는 변조한 경우 예시
 예를 들어, 입원을 보장하는 보험상품에 가입한 피보험자가 10일간 입원하였음에도 불구하고 입원확인서를 변조하여 입원일수 30일에 해당하는 보험금을 청구한 경우, 회사는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다. 다만, 이 경우에도 입원일수 10일을 기준으로 계산한 보험금을 지급합니다.

제37조 [회사의 파산선고와 해지]

- ① 회사가 파산의 선고를 받은 때에는 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.
- ② 제1항의 규정에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.
- ③ 제1항의 규정에 따라 계약이 해지되거나 제2항의 규정에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제38조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 드립니다.

용어해설

“파산선고”란?
 파산신청에 의해 법원이 채무자의 파산원인을 인정하고 파산결정을 내리는 행위

제38조 [해약환급금]

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 계약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 계산합니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표1-1(보험금 등을 지급할 때의 적립이율 계산)에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제35조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적절한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제39조 [보험계약대출]

- ① 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 “보험계약대출”이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나, 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.
- ② 이 보험의 보험계약대출 이율은 회사가 내부 통제기준에 따라 정하여 회사 홈페이지에 게시합니다.
- ③ 계약자는 제1항에 따른 보험계약대출금과 보험계약대출이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 때에는 회사는 보험금, 계약자적립액 또는 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.
- ④ 회사는 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감합니다.
- ⑤ 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

용어해설

“보험계약대출”이란?
 보험기간 중에 계약자의 사정변경으로 보험료의 납입이 곤란하게 되거나, 일시적으로 금전이 필요하게 되는 등의 경우에 해약시 지급하여야 할 금액의 일정 범위내에서 계약자에게 대출을 하여 주고, 대출금과 대출이자를 상환하지 않을 경우에 회사가 지급하여야 할 금액에서 이를 공제하고 지급하는 제도입니다.

친절한 Mr. D

보험계약대출이율의 공시
 이 보험의 보험계약대출이율은 회사의 인터넷 홈페이지(www.idblife.com)의 “상품공시실 → 금리연동이율공시 → 보험계약대출이율”에서 공시합니다.

제40조 [배당금의 지급]

이 계약은 무배당보험이므로 계약자배당금이 없습니다.

용어해설

“계약자배당금”이란?
 계약자가 납입한 보험료로 보험회사가 합리적인 경영을 하여 발생한 이익금을 「보험업감독규정」 및 「보험업감독업무시행세칙」에서 인가하는 방식에 따라 보험계약자에게 환원하는 것.
 그 종류에는 이자율차배당, 위험률차배당, 사업비차배당, 장기유지특별배당이 있으며, 계약자 배당은 유배당 상품에 한하여 실시함

“무배당보험”이란?
 무배당 보험은 계약자에게 따라 계약자배당금을 지급하지 않는 상품으로, 배당을 하는 유배당 상품에 비하여 상대적으로 저렴한 보험료로 가입할 수 있음

제7관 분쟁의 조정 등

제41조 【분쟁의 조정】

- ① 계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁 당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있으며, 분쟁조정 과정에서 계약자는 관계 법령이 정하는 바에 따라 회사가 기록 및 유지·관리하는 자료의 열람(사본의 제공 또는 청취를 포함한다)을 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 일반금융소비자인 계약자가 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 가액이 금융소비자 보호에 관한 법률 제42조(부록) 보험계약관련 법·규정 참조에서 정하는 일정 금액 이내인 분쟁사건에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 관계 법령이 정하는 경우를 제외하고는 소를 제기하지 않습니다.

제42조 【관할법원】

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

제43조【소멸시효】

- ① 보험금 청구권, 보험료 반환청구권, 해약환급금청구권, 계약자적립액 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.
- ② 제1항의 소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있는 때로부터 진행합니다.

친절한 Mr. D

설명
 보험금 청구권 등 사법상 권리를 일정기간 동안 행사하지 않으면, 그 권리를 소멸한 것으로 보아 더 이상 행사할 수 없게 되는 제도입니다. 예를 들어, 보험금 청구권의 경우 소멸시효가 3년이므로, 보험사고가 발생한 때로부터 3년이 경과할 때까지(만약, (20◇◇)년 1월 15일 보험사고 발생시 (20◇◇+3)년 1월 15일까지) 보험금을 청구하지 않는다면 보험금을 지급 받지 못할 수 있습니다.

제44조 【약관의 해석】

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

용어해설

“신의성실의 원칙”이란?
 권리의 행사와 의무의 이행은 신의와 성실을 가지고 행동하여 상대방의 신뢰와 기대를 배반하여서는 안된다는 원칙 (민법 제2조 제1항)
 ※ 관련법: 민법 제2조 제1항(부록) 보험계약관련 법·규정 참조)

- ② 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.
- ③ 회사는 보험금을 지급하지 않는 사유 등 계약자나 피보험자에게 불리하거나 부담을 주는 내용은 확대하여 해석하지 않습니다.

제45조 【설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력】

- ① 회사는 일반금융소비자에게 청약을 권유하거나 일반금융소비자가 설명을 요청하는 경우 보험 상품에 관한 중요한 사항을 계약자가 이해할 수 있도록 설명하고 계약자가 이해하였음을 서명(전자서명법 제2조 제2호(부록) 보험계약관련 법·규정 참조)에 따른 전자서명을 포함, 기명 날인 또는 녹취 등을 통해 확인받아야 하며, 설명서를 제공하여야 합니다.
- ② 설명서, 약관, 계약자 보관용 청약서 및 보험증권의 제공 사실에 관하여 계약자와 회사간에 다툼이 있는 경우에는 회사가 이를 증명하여야 합니다.
- ③ 보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사 제작의 보험안내자료(계약의 청약을 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다) 내용이 이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제46조 【회사의 손해배상책임】

- ① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임 있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 발생된 손해에 대하여 관계 법령 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.
- ② 회사는 보험금 지급거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었음에도 소송을 제기하여 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 손해를 가한 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.
- ③ 회사가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 공정을 잃은 합의로 보험수익자에게 손해를 가한 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

용어해설

“현저하게 공정을 잃은 합의”란?
 회사가 보험수익자의 경제적 여건, 경험이나 지식의 부족 등을 이용하여 보험금의 지급여부나 보험금의 액수에 대해 통상의 경우에 비추어 보험수익자에게 현저히 불리하고 회사에게 현저히 유리한 조건으로 보험수익자와 합의한 경우를 말합니다.

제47조 【개인정보보호】

- ① 회사는 이 계약과 관련된 개인정보를 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 「개인정보 보호법」, 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 등 관계 법령에 정한 경우를 제외하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 동의없이 수집, 이용, 조회 또는 제공하지 않습니다. 다만, 회사는 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 위 관계 법령에 따라 계약자 및 피보

합자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련단체 등에 개인정보를 제공할 수 있습니다.



용어해설

“개인정보보호법”이란?

당사자의 동의 없는 개인정보 수집 및 활용 또는 제3자에게 제공하는 것을 금지하는 등 개인정보를 보호하기 위한 법으로, 각종 컴퓨터 범죄와 개인의 사생활 침해 등 정보화 사회의 역기능을 방지하기 위한 목적으로 제정된 법률

“신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률”이란?

신용정보주체의 자기정보 통제권을 보장하여 개인의 사생활 보호를 강화하며, 신용조회회사 등에 신용정보를 보호하기 위한 엄격한 내부통제 절차를 마련하도록 하여 신용정보 활용에 있어 책임성을 높여 금융소비자의 신뢰를 높이기 위해 제정된 법률

② 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

제48조 [준거법]

이 계약은 대한민국 법에 따라 규율되고 해석되며, 약관에서 정하지 않은 사항은 금융소비자 보호에 관한 법률, 상법, 민법 등 관계 법령을 따릅니다.

제49조 [예금보험에 의한 지급보장]

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



용어해설

“예금자보호법”이란?

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

(별표 1)

보험금 지급기준표

□ 1종(암보장형)

(기준: 보험가입금액 1,000만원)

급 여 명 칭	지 급 사 유	지 급 금 액
암진단자금	암보장개시일 이후에 “중대한 암”으로 진단확정시 [다만, 계약일로부터 1년 미만 유방암 발생시 25% 지급]	2,000만원 (최초 1회한)
고액암 진단자금	암보장개시일 이후에 고액암 진단확정시 ※ 고액암: 백혈병, 뇌암, 골수암, 임파선암 등	2,000만원 (최초 1회한)
소액암 진단자금	소액치료비 관련암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단확정시	200만원 (각 최초 1회에 한함)
일시생활자금 (중도생존급부금)	피보험자가 계약일로부터 20년이 지난 시점 계약해당일에 살아있을 때	이미 납입한 보험료의 100%

□ 2종(2대질환보장형)

(기준: 보험가입금액 1,000만원)

급 여 명 칭	지 급 사 유	지 급 금 액
2대질병 진단자금	뇌출혈 또는 급성심근경색증으로 진단확정시 [다만, 계약일부터 2년미만 지급사유 발생시 50% 지급]	2,000만원 (각 최초 1회에 한함)
일시생활자금 (중도생존급부금)	피보험자가 계약일로부터 20년이 지난 시점 계약해당일에 살아있을 때	이미 납입한 보험료의 100%

□ 3종(3대질환보장형)

(기준: 보험가입금액 1,000만원)

급 여 명 칭	지 급 사 유	지 급 금 액
암진단자금	암보장개시일 이후에 “중대한 암”으로 진단확정시 [다만, 계약일로부터 1년 미만 유방암 발생시 25% 지급]	2,000만원 (최초 1회한)
고액암 진단자금	암보장개시일 이후에 고액암 진단확정시 ※ 고액암: 백혈병, 뇌암, 골수암, 임파선암 등	2,000만원 (최초 1회한)
소액암 진단자금	소액치료비 관련암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단확정시	200만원 (각 최초 1회에 한함)
2대질병 진단자금	뇌출혈 또는 급성심근경색증으로 진단확정시 [다만, 계약일로부터 2년미만 지급사유 발생시 50% 지급]	2,000만원 (각 최초 1회에 한함)
일시생활자금 (중도생존급부금)	피보험자가 계약일로부터 20년이 지난 시점 계약해당일에 살아있을 때	이미 납입한 보험료의 100%

주)

1. 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우 이 계약은 그때부터 효력이 없으며 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
2. 1종(암보장형), 3종(3대질환보장형)에 한하여 피보험자가 암 보장개시일 이후 중대한 암으로 진단확정된 경우, 또는 장애분류표 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 된 경우, 또는 2종(2대질환보장형), 3종(3대질환보장형)에 한하여 보장개시일 이후 뇌출혈 또는 급성심근경색증으로 진단확정된 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
3. 보험료 납입이 면제된 경우 보험료 납입기간 종료일까지 보험료가 매월 계약해당일에 납입된 것으로 간주하여 일시생활자금(중도생존급부금)을 지급합니다.
4. “암 보장개시일”은 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다. 다만, 부활(효력회복) 계약의 경우에는 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날입니다.(다만, 1종(암보장형) 또는 3종(3대질환보장형)에 한함)
5. 중대한 암은 약관 제3조(“중대한 암” 및 “고액암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암을 말합니다.(다만, 1종(암보장형) 또는 3종(3대질환보장형)에 한함)
6. 고액암은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 의해 백혈병, 뇌암, 골수암, 임파선암 등을 말합니다.(다만, 1종(암보장형) 또는 3종(3대질환보장형)에 한함)
7. “유방암”은 “중대한 암”중에서 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C50(유방의 악성 신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.(다만, 1종(암보장형) 또는 3종(3대질환보장형)에 한함)
8. 소액치료비 관련암은 약관 제6조 (“소액치료비 관련암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암을 말합니다.(다만, 1종(암보장형) 또는 3종(3대질환보장형)에 한함)
9. 유방암의 경우 1년미만 지급사유 발생시에는 “암진단자금”의 25%를 지급하며, 진단자금이 지급된 경우에는 추가적인 암진단자금을 지급하지 않습니다.(다만, 1종(암보장형) 또는 3종(3대질환

보장형)에 한함)

10. 뇌출혈, 급성심근경색증의 경우 보험계약일로부터 2년 미만에 지급사유 발생시에는 해당 진단자금의 50%를 지급합니다.(다만, 2종(2대질환보장형) 또는 3종(3대질환보장형)에 한함)
11. 보험계약일로부터 “암 보장개시일” 전일 이전에 진단 확정된 “중대한 암”이 동일(이미 진단 확정된 질병의 중앙세포가 잔존하거나 재발 또는 전이 된 경우)한 “중대한 암”으로 암진단자금 지급사유가 발생한 경우라도 암진단자금을 지급하지 않습니다.(다만, 1종(암보장형) 또는 3종(3대질환보장형)에 한함)

보험금 등을 지급할 때의 적립이율 계산

(제14조 제2항, 제28조 제3항 및 제38조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자	
2대질병진단자금 암진단자금 고액암진단자금 소액암진단자금 (제9조 제1호 내지 제3호)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율	
계약자적립액 (제28조 제3항)	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)	
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)	
일시생활자금 (제9조 제4호)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구 일까지의 기간	보험기간 만기일 (다만, 계약의 효 력이 없어진 경우 에는 효력이 없어 진 날) 이내	평균공시이율
		보험기간 만기일 (다만, 계약의 효 력이 없어진 경우 에는 효력이 없어 진 날) 이후	- 1년 이내 : 평균공시이율의 50% - 1년 초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율	
해약환급금 (제38조 제2항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구 일까지의 기간	- 1년 이내 : 평균공시이율의 50% - 1년 초과기간 : 평균공시이율의 40%	
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율	

- 주) 1. 일시생활자금(중도생존급부금)은 회사가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 않은 경우, 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간은 평균공시이율을 적용한 이자를 지급합니다.
2. 미지급된 일시생활자금(중도생존급부금)으로 발생한 이자는 제26조(보험가입금액의 자동증액)에 따라 보험가입금액이 자동증액되므로 자동증액일의 다음날부터는 보험가입금액 자동증액 시점의 일시생활자금(중도생존급부금) 원리금에서 이자를 제외한 일시생활자금(중도생존급부금)을 대상으로 적립합니다.

- 지급이자의 계산은 연단위 복리로 일차 계산합니다. 다만, 소멸시효(제43조)가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
- 약관의 내용에 따라 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
- 가산이율 적용시 제14조(보험금 등의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
- 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

 **용어해설**

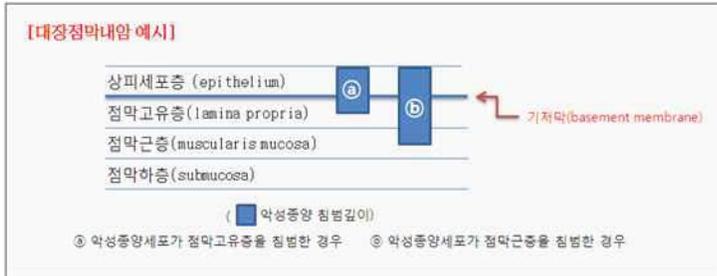
“정당한 사유” 란?

회사의 보험금 지급이 지연 사유가 보험금지급의 신속성과 편의성 방해가 아닌 공정하고 정확한 보험금 지급사유의 조사, 확인을 위한 것으로 금융위원회 또는 금융감독원이 인정하는 사정이 있을 때를 말합니다.

"중대한 암"의 정의

I. 중대한 암(Critical Cancer)

- ① "중대한 암"이라 함은 악성종양세포가 존재하고 또한 주위 조직으로 악성종양세포의 침윤과 피적 증식으로 특징 지을 수 있는 악성종양을 말하며, 다음 각 호에 해당하는 경우는 보장에서 제외합니다.
 - 1. 다음의 가.~ 사. 에 해당하는 악성종양
 - 가. 피부의 악성흑색종(melanoma) 중에서 침범정도가 낮은(Breslow 분류법상 그 깊이가 1.5mm 이하인 경우) 경우
 - 나. 기타피부암(C44)
 - 다. 전립선암 중 초기전립선암("초기 전립선암"이란 Modified Jewett 병기분류상 stage B0 이하 또는 TNM병기상 T1c 이하인 모든 전립선암을 말합니다)
 - 라. 갑상선암(C73) 또는 림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물(암)에 해당하는 질병 중 갑상선을 일차부위로 하는 질병
 - 마. 사람면역결핍바이러스(HIV)감염과 관련된 악성종양(다만, 의료법에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV감염과 관련된 악성종양은 해당진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제외)
 - 바. 대장암 중 대장점막내암 ("대장암 중 대장점막내암"이라 함은 대장의 악성신생물(암)(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 대장점막의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다)



사. 「암 보장개시일」 이전에 발생한 중대한 암이 「암 보장개시일」 이후에 재발되거나 전이된 경우

- 2. 병리학적으로 전암 상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential), 제자리암(carcinoma in-situ, 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 D00-D09에 해당하는 질병), 경계성종양(borderline malignancy, 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 D37~D48에 해당하는 질병으로 D45, D46, D47.1, D47.3, D47.4, D47.5는 제외) 등 "중대한 암"에 해당하지 않는 질병
- 3. 신체부위에 관계없이 병리학적으로 현재 양성종양인 경우
- ② "중대한 암"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) (**부록** 보형계약관련 법·규정 참조)에서 규

정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 병리과 또는 해당 분야의 전문의(치과 의사, 한의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration), 혈액(hemic system)검사 또는 골수검사(bone marrow biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하며, 이 경우 "중대한 암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

- ③ 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 의사가 작성한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

친절한 Mr. D

'상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때' 예시

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

친절한 Mr. D

'일반 암'과 '중대한 암'의 차이점

일반 암은 한국표준질병·사인분류 중 악성신생물로 분류되는 질병을 "악성 신생물 분류표"를 근거로 특정하여 보장하는 것을 말하며, 중대한 암은 "악성 신생물 분류표"를 별도 사용하지 않고 약관 내용과 같이 중대한 암으로 "정의"된 악성종양을 말합니다. 다만, 중대한 암에서는 "악성신생물 분류표"의 악성종양이라 하여도 약관상 기술된 "제외 악성종양"에 해당되는 경우에는 중대한 암에 포함되지 않는 것이 차이점입니다.

고액치료비 관련 악성신생물 분류표

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

대 상 질 병 명	분 류 번 호
1. 골 및 관절연골의 악성신생물	C40-C41
- 사지의 골 및 관절연골의 악성신생물	C40
- 기타 및 상세불명 부위의 골 및 관절연골의 악성신생물	C41
2. 뇌 및 중추 신경계통의 기타부분의 악성신생물	C70-C72
- 수막의 악성신생물	C70
- 뇌의 악성신생물	C71
- 척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성신생물	C72
3. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81-C96
- 호지킨 림프종	C81
- 소포성 림프종	C82
- 비소포성 림프종	C83
- 성숙 T/NK-세포림프종	C84
- 기타 및 상세불명 유형의 비호지킨 림프종	C85
- T/NK-세포 림프종의 기타 명시된 형태	C86
- 악성 면역증식질환	C88
- 다발 골수종 및 악성 형질세포 신생물	C90
- 림프성 백혈병	C91
- 골수성 백혈병	C92
- 단핵구성 백혈병	C93
- 명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
- 상세불명 세포형의 백혈병	C95
- 림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세 불명의 악성신생물	C96
- 만성 골수증식질환	D47.1
- 만성 호산구성 백혈병(과호산구증후군)	D47.5

- 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단확정일 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- 진단확정일 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외)

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

대 상 질 병 명	분 류 번 호
1. 구강, 식도 및 위의 제자리 암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리 암종	D01
3. 중이 및 호흡계통의 제자리 암종	D02
4. 제자리흑색종	D03
5. 피부의 제자리 암종	D04
6. 유방의 제자리 암종	D05
7. 자궁경부의 제자리 암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리 암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 제자리 암종	D09

- 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단확정일 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- 진단확정일 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종(D01) 중 제6조(“소액치료비 관련암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 대장점막내암은 상기 분류표에서 제외됩니다.

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에 규정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명	분 류 번 호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내 기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37 D38 D39
3. 여성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
4. 남성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
7. 뇌 및 중추 신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D47(D47.1, D47.3, D47.4, D47.5 제외)
9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물	D48
10. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	

- 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단확정일 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- 진단확정일 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- 만성 골수증식질환(D47.1), 본태성(출혈성) 혈소판혈증 (D47.3), 골수섬유증(D47.4), 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군](D47.5)은 9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물에 포함되지 않는 것으로 보아 보장하지 않습니다.

뇌출혈 분류표

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

대 상 질 병 명	분 류 번 호
• 거미막하 출혈	160
• 뇌내출혈	161
• 기타 비외상성 두개내 출혈	162

- 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단확정일 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- 진단확정일 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

급성심근경색증 분류표

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

대 상 질 병 명	분 류 번 호
• 급성 심근경색증	I21
• 후속 심근경색증	I22
• 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23

- 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단확정일 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- 진단확정일 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호(부록) 보험계약관련 법·규정 참조에 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
 - 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
 - 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
 - 식량부족(X53)
 - 물부족(X54)
 - 상세불명의 결핍(X57)
 - 고의적 자해(X60~X84)
 - “법적 개입” 중 법적 처형(Y35.5)
- ③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진로기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 환자의 이상반응 또는 이후 합병증의 원인이 된 외과적 및 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장)
- ④ “자연의 힘에 노출(X30~X39)” 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
- ⑤ “우발적 익사 및 익수(W65~W74), 호흡과 관련된 기타 불의의 위험(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장애 및 삼킴장애
- ⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

※ () 안은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021.1.1.시행)상의 분류번호를 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 재해 해당 여부를 판단합니다.

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

※ 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 재해 해당 여부는 진단확정일 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 진단확정일 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 재해에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

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

장 해 분 류 표

총 칙

1. 장애의 정의

- 1) '장애'라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아 있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태 및 기능상실 상태를 말한다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장애에 포함되지 않는다.
- 2) '영구적'이라 함은 원칙적으로 치유하는 때 장애 회복할 가망이 없는 상태로서 정신적 또는 육체적 훼손상태임이 의학적으로 인정되는 경우를 말한다.
- 3) '치유된 후'라 함은 상해 또는 질병에 대한 치료의 효과를 기대할 수 없게 되고 또한 그 증상이 고정된 상태를 말한다.
- 4) 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장애에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 장애지급률로 한다.
- 5) 위 4)에 따라 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정한다.

2. 신체부위

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

3. 기타

- 1) 하나의 장애가 관찰 방법에 따라서 장애분류표상 2가지 이상의 신체부위에서 장애로 평가 되는 경우에는 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- 2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
- 3) 하나의 장애가 다른 장애와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 지급률만을 적용하며, 하나의 장애로 둘 이상의 파생장애가 발생하는 경우 각 파생장애의 지급률을 합산한 지급률과 최초 장애의 지급률을 비교하여 그 중 높은 지급률을 적용한다
- 4) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치

에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장애의 판정대상에 포함되지 않는다. 다만, 뇌사판정을 받은 경우가 아닌 식물인간상태(의식이 전혀 없고 사지의 자발적인 움직임이 불가능하여 일상생활에서 항상 간호가 필요한 상태)는 각 신체부위별 판정기준에 따라 평가한다.

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

장애분류별 판정기준

1. 눈의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 두 눈이 멀었을 때	100
2) 한 눈이 멀었을 때	50
3) 한 눈의 교정시력이 0.02 이하로 된 때	35
4) 한 눈의 교정시력이 0.06 이하로 된 때	25
5) 한 눈의 교정시력이 0.1 이하로 된 때	15
6) 한 눈의 교정시력이 0.2 이하로 된 때	5
7) 한 눈의 안구(눈동자)에 뚜렷한 운동장애나 뚜렷한 조절기능장애를 남긴 때	10
8) 한 눈에 뚜렷한 시야장애를 남긴 때	5
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때	5

나. 장애판정기준

- 1) 시력장애의 경우 공인된 시력검사표에 따라 최소 3회 이상 측정한다.
- 2) '교정시력'이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 원거리 최대교정시력을 말한다. 다만, 각막이식술을 받은 환자인 경우 각막이식술 이전의 시력상태를 기준으로 평가한다.
- 3) '한눈이 멀었을 때'라 함은 안구의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나('광각무') 겨우 가릴 수 있는 경우('광각유')를 말한다.
- 4) '한눈의 교정시력이 0.02이하로 된 때'라 함은 안전수동(Hand Movement)^{제1)}, 안전수지(Finger Counting)^{제2)} 상태를 포함한다.

- ※ 주1) 안전수동: 물체를 감별할 정도의 시력상태가 아니며 눈앞에서 손의 움직임을 식별할 수 있을 정도의 시력상태
- 주2) 안전수지: 시표의 가장 큰 글씨를 읽을 수 있는 정도의 시력은 아니나 눈 앞 30cm 이내에서 손가락의 개수를 식별할 수 있을 정도의 시력상태
- 5) 안구(눈동자) 운동장애의 판정은 질병의 진단 또는 외상 후 1년 이상이 지난 뒤 그 장애 정도를 평가한다.
- 6) '안구(눈동자)의 뚜렷한 운동장애'라 함은 아래의 두 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 한 눈의 안구(눈동자)의 주시야(머리를 움직이지 않고 눈만을 움직여서 볼 수 있는 범위)의 운동범위가 정상 1/2 이하로 감소된 경우
 - 나) 중심 20도 이내에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 경우
- 7) '안구(눈동자)의 뚜렷한 조절기능장애'라 함은 조절력이 정상 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 50세 이상(장애진단시 연령 기준)의 경우에는 제외한다.
- 8) '뚜렷한 시야 장애'라 함은 한 눈의 시야 범위가 정상시야 범위의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다. 이 경우 시야검사는 공인된 시야검사방법으로 측정하며, 시야장애 평가 시 자동시야검사계(골드만 시야검사)를 이용하여 8방향 시야범위 합계를 정상범위와 비교하여 평가한다.
- 9) '눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때'라 함은 눈꺼풀의 결손으로 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮이지 않는 경우를 말한다.
- 10) '눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때'라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.
- 11) 외상이나 화상 등으로 안구의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 안구가 적출되어 눈자위의 조직요물(凹沒) 등으로 의안마저 끼워 넣을 수 없는 상태이면 '뚜렷한 추상(추한 모습)'으로, 의안을 끼워 넣을 수 있는 상태이면 '약간의 추상(추한 모습)'으로 지급률을 가산한다.
- 12) '눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때'에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장애를 포함하여 장애를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장애를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장애평가 방법 중 피보험자에게 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) 청력장애는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB: decibel)로서 표시하고 3회 이상 청력검사를 실시한 후 적용한다. 다만, 각 측정치의 결과값 차이가 $\pm 10\text{dB}$ 이상인 경우 청성뇌간 반응검사(ABR)를 통해 객관적인 장애 상태를 재평가하여야 한다.
- 2) '한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때'라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB 이상인 경우를 말한다.
- 3) '심한 장애를 남긴 때'라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB 이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰 소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- 4) '약간의 장애를 남긴 때'라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB 이상인 경우에 해당되어, 50cm 이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- 5) 순음청력검사를 실시하기 곤란하거나(청력의 감소가 의심되지만 의사소통이 되지 않는 경우, 만 3세 미만의 소아 포함) 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 '언어청력검사, 임피던스 청력검사, 청성뇌간반응검사(ABR), 이음향방사검사' 등을 추가실시 후 장애를 평가한다.

다. 귓바퀴의 결손

- 1) '귓바퀴의 대부분이 결손된 때'라 함은 귓바퀴의 연골부가 1/2 이상 결손된 경우를 말한다.
- 2) 귓바퀴의 연골부가 1/2 미만 결손이고 청력에 이상이 없으면 외모의 추상(추한 모습)장애로만 평가한다.

라. 평형기능의 장애

- 1) '평형기능에 장애를 남긴 때'라 함은 전정기관 이상으로 보행 등 일상생활이 어려운 상태로 아래의 평형장애 평가항목별 합산점수가 30점 이상인 경우를 말한다.

항목	내 용	점수
검사소견	양측 전정기능 소실	14
	양측 전정기능 감소	10
	일측 전정기능 소실	4
치료병력	장기 통원치료(1년간 12회이상)	6
	장기 통원치료(1년간 6회이상)	4
	단기 통원치료(6개월간 6회이상)	2
	단기 통원치료(6개월간 6회미만)	0
기능장애 소견	두 눈을 감고 일어서기 곤란하거나 두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 쓰러지는 경우	20
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 중간에 균형을 잡으려 멈추어야 하는 경우	12
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걸을 때 중앙에서 60cm 이상 벗어나는 경우	8

2) 평형기능의 장애는 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 치료 후 장애가 고착되었을 때 판정하며, 뇌병변 여부, 전정기능 이상 및 장애상태를 평가하기 위해 아래의 검사들을 기초로 한다.

가) 뇌영상검사(CT, MRI)

나) 온도안진검사, 전기안진검사(또는 비디오안진검사) 등

3. 코의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) '코의 호흡기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 일상생활에서 구강호흡의 보조를 받지 않는 상태에서 코로 숨쉬는 것만으로 정상적인 호흡을 할 수 없다는 것이 비강통기도검사 등 의학적으로 인정된 검사로 확인되는 경우를 말한다.
- 2) '코의 후각기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 후각신경의 손상으로 양쪽 코의 후각기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감퇴는 장애의 대상으로 하지 않는다.
- 3) 양쪽 코의 후각기능은 후각인지검사, 후각역치검사 등을 통해 6개월 이상 고정된 후각의

완전손실이 확인되어야 한다.

- 4) 코의 추상(추한 모습)장애를 수반한 때에는 기능장애의 지급률과 추상장애의 지급률을 합산한다.

4. 씹어먹거나 말하는 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애의 평가기준

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

- 나) 위아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 2cm이하로 제한되는 경우
- 다) 위아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1cm이상인 경우
- 라) 양측 각 1개 또는 편측 2개 이하의 치아만 교합되는 상태
- 마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취시 간헐적으로 흡인이 발생하고 부드러운 고형식 외에는 섭취가 불가능한 상태
- 5) 개구장애는 턱관절의 이상으로 개구운동 제한이 있는 상태를 말하며, 최대 개구상태에서 위아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 거리를 기준으로 한다. 단, 가운데 앞니(중절치)가 없는 경우에는 측정가능한 인접 치아간 거리의 최대치를 기준으로 한다.
- 6) 부정교합은 위턱(상악)과 아래턱(하악)의 부조화로 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)가 전방 및 측방으로 맞물림에 제한이 있는 상태를 말한다.
- 7) '말하는 기능에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - 가) 언어평가상 자음정확도가 30%미만인 경우
 - 나) 전실어증, 운동성실어증(브로카실어증)으로 의사소통이 불가능한 경우
- 8) '말하는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - 가) 언어평가상 자음정확도가 50%미만인 경우
 - 나) 언어평가상 표현언어지수 25 미만인 경우
- 9) '말하는 기능에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - 가) 언어평가상 자음정확도가 75%미만인 경우
 - 나) 언어평가상 표현언어지수 65 미만인 경우
- 10) 말하는 기능의 장애는 1년 이상 지속적인 언어치료를 시행한 후 증상이 고착되었을 때 평가하며, 객관적인 검사를 기초로 평가한다.
- 11) 뇌중추신경계 손상(정신·인지기능 저하, 편마비 등)으로 인한 말하는 기능의 장애(실어증, 구음장애) 또는 씹어먹는 기능의 장애는 신경계·정신행동 장애 평가와 비교하여 그 중 높은 지급률 하나만 인정한다.
- 12) '치아의 결손'이란 치아의 상실 또는 발치된 경우를 말하며, 치아의 일부 손상으로 금관치료(크라운 보철수복)를 시행한 경우에는 치아의 일부 결손을 인정하여 1/2개 결손으로 적용한다.
- 13) 보철치료를 위해 발치한 정상치아, 노화로 인해 자연 발치된 치아, 보철(복합레진, 인레이, 온레이 등)한 치아, 기존 의치(틀니, 임플란트 등)의 결손은 치아의 상실로 인정하지 않는다.
- 14) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
- 15) 어린이의 유치는 향후에 영구치로 대체되므로 후유장애의 대상이 되지 않으나, 선천적으로 영구치 결손이 있는 경우에는 유치의 결손을 후유장애로 평가한다.
- 16) 가철성 보철물(신체의 일부에 붙였다 떼었다 할 수 있는 틀니 등)의 파손은 후유장애의 대상이 되지 않는다.

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(반흔성형술, 레이저치료 등 포함)을 시행한 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말한다.
- 3) '추상(추한 모습)을 남긴 때'라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 경우를 말한다.
- 4) 다발성 반흔 발생시 각 판정부위(얼굴, 머리, 목) 내의 다발성 반흔의 길이 또는 면적은 합산하여 평가한다. 단, 길이가 5mm 미만의 반흔은 합산대상에서 제외한다.
- 5) 추상(추한 모습)이 얼굴과 머리 또는 목 부위에 걸쳐 있는 경우에는 머리 또는 목에 있는 흉터의 길이 또는 면적의 1/2을 얼굴의 추상(추한 모습)으로 보아 산정한다.

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)

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

라. 약간의 추상(추한 모습)

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

마. 손바닥 크기

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

6. 척추(등뼈)의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) 척추(등뼈)는 경추에서 흉추, 요추, 제1천추까지를 동일한 부위로 한다. 제2천추 이하의 천골 및 미골은 제간골의 장애로 평가한다.
- 2) 척추(등뼈)의 기형장애는 척추체(척추뼈 몸통)를 말하며, 횡돌기 및 극돌기는 제외한다. 이하 이 신체부위에서 같다)의 압박률 또는 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡 정도에 따라 평가한다.
 - 가) 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡변화는 객관적인 측정방법(Cobb's Angle)에 따라 골절이 발생한 척추체(척추뼈 몸통)의 상·하 인접 정상 척추체(척추뼈 몸통)를 포함하여 측정하며, 생리적 정상만곡을 고려하여 평가한다.
 - 나) 척추(등뼈)의 기형장애는 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률, 골절의 부위 등을 기준으로 판정한다. 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률은 인접 상·하부[인접 상·하부 척추체(척추뼈 몸통)에 진구성 골절이 있거나, 다발성 척추골절이 있는 경우에는 골절된 척추와 가장 인접한 상·하부] 정상 척추체(척추뼈 몸통)의 전방 높이의 평균에 대한 골절된 척추체(척추뼈 몸통) 전방 높이의 감소비를 압박률로 정한다.
 - 다) 척추(등뼈)의 기형장애는 「산업재해보상보험법 시행규칙」(부록) 보충계약관련 법규정 참조)상 경추부, 흉추부, 요추부로 구분하여 각각을 하나의 운동단위로 보며, 하나의 운동단위 내에서 여러 개의 척추체(척추뼈 몸통)에 압박골절이 발생한 경우에는 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률을 합산하고, 두 개 이상의 운동단위에서 장애가 발생한 경

우에는 그 중 가장 높은 지급률을 적용한다.

- 3) 척추(등뼈)의 장애는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 이 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.
- 4) 추간판탈출증으로 인한 신경 장애는 수술 또는 시술(비수술적 치료) 후 6개월 이상 지난 후에 평가한다.
- 5) 신경학적 검사상 나타난 저린감이나 방사통 등 신경자극증상의 원인으로 CT, MRI 등 영상 검사에서 추간판탈출증이 확인된 경우를 추간판탈출증으로 진단하며, 수술 여부에 관계없이 운동장애 및 기형장애로 평가하지 않는다.
- 6) 심한 운동장애란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
 - 나) 머리뼈(두개골), 제1경추, 제2경추를 모두 유합 또는 고정한 상태
- 7) 뚜렷한 운동장애란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
 - 나) 머리뼈(두개골)와 제1경추 또는 제1경추와 제2경추를 유합 또는 고정한 상태
 - 다) 머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추) 사이에 CT 검사 상, 두개 대후두공의 기저점(basion)과 측추 차돌기 상단사이의 거리(BDI: Basion-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태
 - 라) 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추) CT 검사상, 환추 전방 궁(arch)의 후방과 치상돌기의 전면과의 거리(ADI: Atlanto-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태
- 8) 약간의 운동장애
머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추)를 제외한 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
- 9) 심한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 35° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
 - 나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 60%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 90% 이상일 때
- 10) 뚜렷한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 15° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
 - 나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 40%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 60% 이상일 때
- 11) 약간의 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 1개 이상의 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구로 경도(가벼운 정도)의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
 - 나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 20%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 40% 이상일 때

- 12) '추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장애'란 추간판탈출증으로 추간판을 2마디 이상(또는 1마디 추간판에 대해 2회 이상) 수술하고도 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장애가 있는 경우
- 13) '추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장애'란 추간판탈출증으로 추간판 1마디를 수술하고도 신경생리검사서서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되고 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우
- 14) '추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장애'란 추간판탈출증이 확인되고 신경생리검사서서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되는 경우

7. 체간골의 장애

가. 장애의 분류

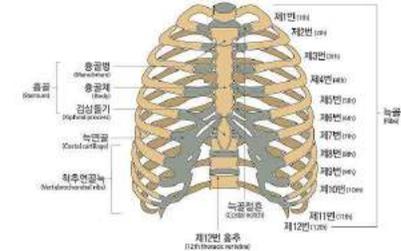
장애의 분류	지급률
1) 어깨뼈(견갑골)나 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	15
2) 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	10

나. 장애판정기준

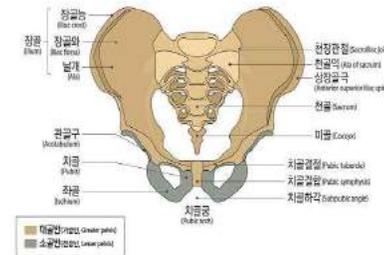
- 1) '체간골'이라 함은 어깨뼈(견갑골), 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함), 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)를 말하며 이를 모두 동일한 부위로 본다.
- 2) '골반뼈의 뚜렷한 기형'이라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm이상 분리된 부정유합 상태
 - 나) 육안으로 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도로 방사선 검사로 측정된 각(角) 변형이 20° 이상인 경우
 - 다) 미골의 기형은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

친절한 Mr. D

가슴뼈



골반뼈



8. 팔의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 않는다.
- 3) '팔'이라 함은 어깨관절(견관절)부터 손목관절(완관절)까지를 말한다.
- 4) '팔의 3대 관절'이라 함은 어깨관절(견관절), 팔꿈치관절(주관절), 손목관절(완관절)을 말한다.
- 5) '한 팔의 손목 이상을 잃었을 때'라 함은 손목관절(완관절)부터(손목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치관절(주관절) 상부에서 절단된 경우도 포함한다.
- 6) 팔의 관절기능장애 평가는 팔의 3대 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다.
 - 가) 각 관절의 운동범위 측정은 장애평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항(부록) **보형계약관련 법·규정 참조**의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
 - 나) 관절기능장애를 표시할 경우 장애부위의 장애각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장애상태를 명확히 한다. 단, 관절기능장애가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.
- 7) '관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 완전 강직(관절굳음)
 - 나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '0등급(zero)'인 경우
- 8) '관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.

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

나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우

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

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

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

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

10) '관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.

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

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

11) '가관절³⁾이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.

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

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

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

다. 지급률의 결정

1) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나에 기능장애가 생기고 다른 관절 하나에 기능장애가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

2) 1상지(팔과 손가락)의 후유장애지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

9. 다리의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 않는다.
- 3) '다리'라 함은 엉덩이관절(고관절)부터 발목관절(족관절)까지를 말한다.
- 4) '다리의 3대 관절'이라 함은 엉덩이관절(고관절), 무릎관절(슬관절), 발목관절(족관절)을 말한다.
- 5) '한 다리의 발목 이상을 잃었을 때'라 함은 발목관절(족관절)부터(발목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절(슬관절)의 상부에서 절단된 경우도 포함한다.
- 6) 다리의 관절기능장애 평가는 다리의 3대 관절의 관절운동범위 제한 및 무릎관절(슬관절)의 동요성 등으로 평가한다.
 - 가) 각 관절의 운동범위 측정은 장애평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항(부록) **보형계약관련 법·규정 참조**의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
 - 나) 관절기능장애가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.

- 7) 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 완전 강직(관절굳음)
 - 나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '0등급(zero)'인 경우
- 8) '관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
 - 나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
 - 다) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - 라) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '1등급(trace)'인 경우
- 9) '관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
 - 나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - 다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 2등급(poor)인 경우
- 10) '관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
 - 나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - 다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 3등급(fair)인 경우
- 11) 동요장애 평가 시에는 정상측과 환측을 비교하여 증가된 수치로 평가한다.
- 12) '가관절[※]이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.

※ 주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 '불유합' 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외한다.
- 13) '가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 경골과 종아리뼈 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 14) '뼈에 기형을 남긴 때'라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.
- 15) 다리 길이의 단축 또는 과신장은 스캐노그램(scanogram)을 통하여 측정한다.

다. 지급률의 결정

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

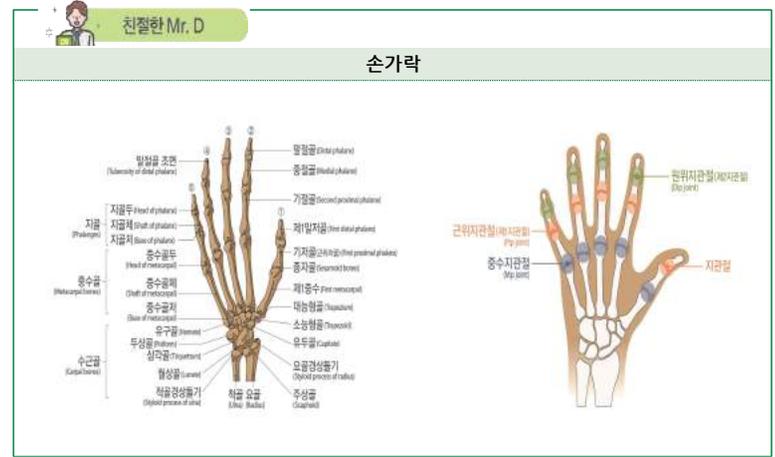
10. 손가락의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장애를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 않는다.
- 3) 손가락에는 첫째 손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
- 4) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.
- 5) '손가락을 잃었을 때'라 함은 첫째 손가락에서는 지관절부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽으로 손가락이 절단되었을 때를 말한다.
- 6) '손가락뼈 일부를 잃었을 때'라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 손가락 뼈의 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 손가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.
- 7) '손가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 첫째 손가락의 경우 중수지관절 또는 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상 운동영역의 1/2 이하인 경우를 말하며, 다른 네 손가락에 있어서는 제1, 제2지관절의 굴신운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하이거나 중수지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.
- 8) 한 손가락에 장애가 생기고 다른 손가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 9) 손가락의 관절기능장애 평가는 손가락 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 장애평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항(〔부록〕 보충계약관련 법·규정 참조)의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.



11. 발가락의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 한 발의 리스프랑관절 이상을 잃었을 때	40
2) 한 발의 5개 발가락을 모두 잃었을 때	30
3) 한 발의 첫째 발가락을 잃었을 때	10
4) 한 발의 첫째 발가락 이외의 발가락을 잃었을 때(발가락 하나마다)	5
5) 한 발의 5개 발가락 모두의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
6) 한 발의 첫째 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	8
7) 한 발의 첫째 발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때(발가락 하나마다)	3

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장애를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기

- 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우는 장애로 평가하지 않는다.
- 3) '발가락을 잃었을 때'라 함은 첫째 발가락에서는 지관절부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽을 잃었을 때를 말한다.
 - 4) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
 - 5) '발가락뼈 일부를 잃었을 때'라 함은 첫째 발가락의 지관절, 다른 네 발가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 발가락 뼈 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 발가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.
 - 6) '발가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 첫째 발가락의 경우에 중족지관절과 지관절의 골신(굽히고 펴기)운동범위 합계가 정상 운동 가능영역의 1/2이하가 된 경우를 말하며, 다른 네 발가락에 있어서는 중족지관절의 신전운동범위만을 평가하여 정상운동범위의 1/2이하로 제한된 경우를 말한다.
 - 7) 한 발가락에 장애가 생기고 다른 발가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 산산한다.
 - 8) 발가락 관절의 운동범위 측정은 장애평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항(부록) **보형계약관련 법·규정 참조**의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.



12. 흉복부장기 및 비뇨생식기의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애의 판정기준

- 1) '심장 기능을 잃었을 때'라 함은 심장 이식을 한 경우를 말한다.
- 2) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 폐, 신장, 또는 간의 장기이식을 한 경우
 - 나) 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석, 복막투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때
 - 다) 방광의 저장기능과 배뇨기능을 완전히 상실한 때
- 3) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 위, 대장(결장~직장) 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때
 - 나) 소장을 3/4 이상 잘라내었을 때 또는 잘라낸 소장의 길이가 3m 이상일 때
 - 다) 간장의 3/4 이상을 잘라내었을 때
 - 라) 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
- 4) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 한쪽 폐 또는 한쪽 신장을 전부 잘라내었을 때
 - 나) 방광 기능상실로 영구적인 요도루, 방광루, 요관 장문합 상태
 - 다) 위, 췌장을 50% 이상 잘라내었을 때
 - 라) 대장절제, 항문 괄약근 등의 기능장애로 영구적으로 장루, 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
 - 마) 심장기능 이상으로 인공심박동기를 영구적으로 삽입한 경우
 - 바) 요도괄약근 등의 기능장애로 영구적으로 인공요도괄약근을 설치한 경우
- 5) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착, 배뇨기능 상실로 영구적인 간헐적 인공요도가 필요한 때
 - 나) 음경의 1/2 이상이 결손되었거나 질구 협착으로 성생활이 불가능한 때
 - 다) 폐질환 또는 폐 부분절제술 후 일상생활에서 호흡곤란으로 지속적인 산소치료가 필요하며, 폐기능 검사(PFT)상 폐환기 기능(1초간 노력성 호기량, FEV1)이 정상예측치의 40% 이하로 저하된 때

- 6) 흉복부, 비노생식기계 장애는 질병 또는 외상의 직접 결과로 인한 장애를 말하며, 노화에 의한 기능장애 또는 질병이나 외상이 없는 상태에서 예방적으로 장기를 절제, 적출한 경우는 장애로 보지 않는다.
- 7) 상기 흉복부 및 비노생식기계 장애항목에 명기되지 않은 기타 장애상태에 대해서는 <붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표에 해당하는 장애가 있을 때 ADLs 장애 지급률을 준용한다.
- 8) 상기 장애항목에 해당되지 않는 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성 폐질환 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 장애를 남긴 때	100
3) 정신행동에 심한 장애를 남긴 때	75
4) 정신행동에 뚜렷한 장애를 남긴 때	50
5) 정신행동에 약간의 장애를 남긴 때	25
6) 정신행동에 경미한 장애를 남긴 때	10
7) 극심한 치매: CDR척도 5점	100
8) 심한치매: CDR척도 4점	80
9) 뚜렷한 치매: CDR 척도 3점	60
10) 약간의 치매: CDR 척도 2점	40
11) 심한 간질발작이 남았을 때	70
12) 뚜렷한 간질발작이 남았을 때	40
13) 약간의 간질발작이 남았을 때	10

나. 장애판정기준

1) 신경계

- 가) "신경계에 장애를 남긴 때"라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계 손상으로 <붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표의 5가지 기본동작중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.
- 나) 위 가)의 경우 <붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표 상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장애로 인정하지 않는다.

- 다) 신경계의 장애로 발생하는 다른 신체부위의 장애(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장애로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- 라) 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 12개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장애를 평가한다. 그러나, 12개월이 지났다고 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간내에 사망이 예상되는 경우에는 6개월의 범위에서 장애 평가를 유보한다.
- 마) 장애진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

- 가) 정신행동장애는 보험기간중에 발생한 뇌의 질병 또는 상해를 입은 후 18개월이 지난 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 질병발생 또는 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 질병발생 또는 상해를 입은 후 12개월이 지난 후에 판정할 수 있다.
- 나) 정신행동장애는 장애판정 직전 1년 이상 충분한 정신건강의학과 전문적 치료를 받은 후 치료에도 불구하고 장애가 고착되었을 때 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로써 고정되거나 중하게 된 장애에 대해서는 인정하지 않는다.
- 다) '정신행동에 극심한 장애를 남긴 때'라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료를 받았으며 GAF 30점 이하인 상태를 말한다.
- 라) '정신행동에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료를 받았으며 GAF 40점 이하인 상태를 말한다.
- 마) '정신행동에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준' 상 6개 항목 중 3개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 50점 이하인 상태를 말한다.
 - * 주) 능력장애측정기준의 항목: ㉠ 적절한 음식섭취, ㉡ 대소변관리, 세면, 목욕, 청소 등의 청결 유지, ㉢ 적절한 대화기술 및 협조적인 대인관계, ㉣ 규칙적인 통원약물 복용, ㉤ 소지품 및 금전관리나 적절한 구매행위, ㉥ 대중교통이나 일반공공시설의 이용
- 바) '정신행동에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준' 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 60점 이하인 상태를 말한다.
- 사) '정신행동에 경미한 장애를 남긴 때'라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준' 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 70점 이하인 상태를 말한다.
- 아) 지속적인 정신건강의학과 치료란 3개월 이상 약물치료가 중단되지 않았음을 의미한다.
- 자) 심리학적 평가보고서는 정신건강의학과 의료기관에서 실시되어야 하며, 자격을 갖춘 임상심리전문가가 시행하고 작성하여야 한다.
- 차) 정신행동장애 진단 전문의는 정신건강의학과 전문의를 말한다.
- 카) 정신행동장애는 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자극명활영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등 객관적 근거를 기초로 평가한다. 다만, 보호자나 환자의 진술, 감정의 추정 혹은 인정, 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌 SPECT 등)은 객관적 근거로 인정하지 않는다.
- 타) 각종 기질성 정신장애와 외상후 간질에 한하여 보상한다.

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

3) 치매

- 가) “치매”라 함은 정상적으로 성숙한 뇌가 질병이나 외상 후 기질성 손상으로 파괴되어 한 번 획득한 지적기능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 것을 말한다.
- 나) 치매의 장애평가는 임상적인 증상 뿐 아니라 뇌영상검사(CT 및 MRI, SPECT등)를 기초로 진단되어야 하며, 18개월 이상 지속적인 치료 후 평가한다. 다만, 진단시점에 이미 극심한 치매 또는 심한 치매로 진행된 경우에는 6개월간 지속적인 치료 후 평가한다.
- 다) 치매의 장애평가는 전문의(정신건강의학과, 신경과)에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따른다.

4) 뇌전증(간질)

- 가) “뇌전증(간질)”이라 함은 돌발적 뇌파 이상을 나타내는 뇌질환으로 발작(경련, 의식장애 등)을 반복하는 것을 말한다.
- 나) 간질발작의 빈도 및 양상은 지속적인 항간질제(항전간제) 약물로도 조절되지 않는 간질을 말하며, 진료기록에 기재되어 객관적으로 확인되는 간질발작의 빈도 및 양상을 기준으로 한다.
- 다) “심한 간질 발작”이라 함은 월 8회 이상의 중증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작할 때 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장애 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.
- 라) “뚜렷한 간질 발작”이라 함은 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
- 마) “약간의 간질 발작”이라 함은 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
- 바) “중증발작”이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장애가 3분 이상 지속되는 발작을 말한다.
- 사) “경증발작”이라 함은 운동장애가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

<붙임>

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표

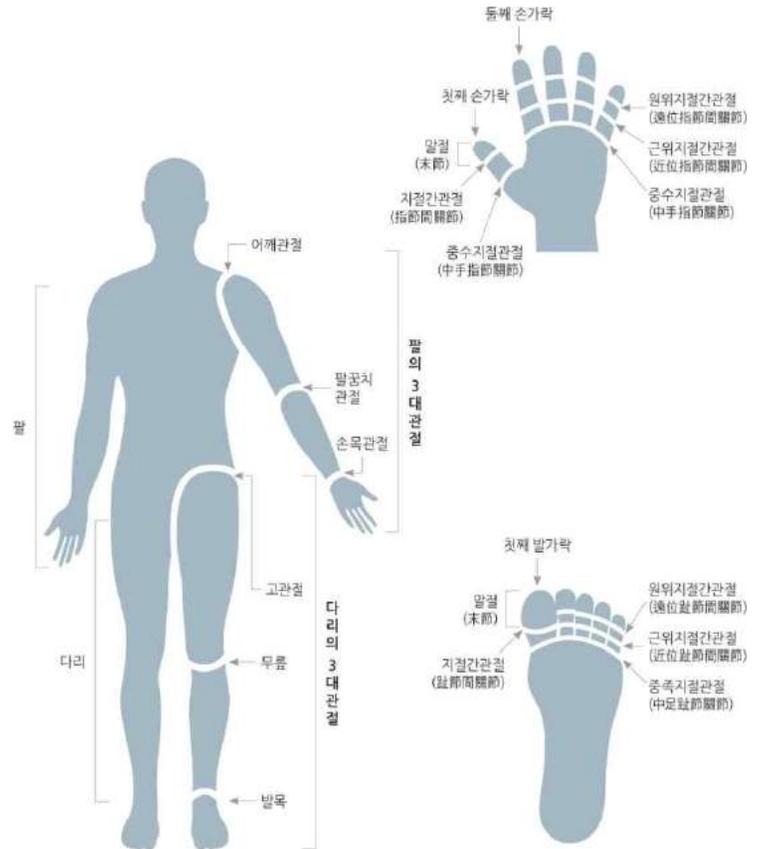
유형	제한 정도에 따른 지급률
이동 동작	- 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 지속적인 도움이 없이는 방 밖을 나올 수 없는 상태 또는 침대에서 휠체어로 옮기기를 포함하여 휠체어 이동시 다른 사람의 지속적인 도움이 필요한 상태(지급률 40%)
	- 휠체어 또는 다른 사람의 도움 없이는 방밖을 나올 수 없는 상태 또는 보행이 불가능하나 스스로 휠체어를 밀어 이동이 가능한 상태 (30%)
	- 목발 또는 보행기(walker)를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태 (20%)
음식물 섭취	- 보조기구 없이 독립적인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

유형	제한 정도에 따른 지급률
목욕	- 세안, 양치, 샤워, 목욕 등 모든 개인위생 관리시 타인의 지속적인 도움이 필요한 상태 (10%)
	- 세안, 양치시 부분적인 도움 하에 혼자서 가능하나 목욕이나 샤워시 타인의 도움이 필요한 상태 (5%)
	- 세안, 양치와 같은 개인위생관리를 독립적으로 시행가능하나 목욕이나 샤워시 부분적으로 타인의 도움이 필요한 상태 (3%)
옷 입고 벗기	- 상·하의 의복 착탈시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태 (10%)
	- 상·하의 의복 착탈시 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태 또는 상의 또는 하의중 하나만 혼자서 착탈의가 가능한 상태 (5%)
	- 상·하의 의복착탈시 혼자서 가능하나 미세동작(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)이 필요한 마무리는 타인의 도움이 필요한 상태 (3%)



친절한 Mr. D

신체부위의 설명도



(무)백년친구 건강보험(2405) (4종)

주계약 약관



주계약 목차

제1관 목적 및 용어의 정의	98
제1조 【목적】	98
제2조 【용어의 정의】	98
제2관 보험금의 지급	100
제3조 【“경도치매상태”, “중등도치매상태” 및 “중증치매상태”의 정의 및 진단확정】	100
제4조 【“루게릭병”의 정의 및 진단확정】	101
제5조 【“특정 파킨슨병”의 정의 및 진단확정】	101
제6조 【“다발경화증”의 정의 및 진단확정】	101
제7조 【보험금의 지급사유】	102
제8조 【보험금 등 지급에 관한 세부규정】	102
제9조 【보험금 등을 지급하지 않는 사유】	104
제10조 【보험금 지급사유의 발생통지】	105
제11조 【보험금 등의 청구】	105
제12조 【보험금 등의 지급절차】	105
제13조 【주소변경통지】	106
제14조 【보험수익자의 지정】	107
제15조 【대표자의 지정】	107
제3관 계약자의 계약 전 알릴의무 등	107
제16조 【계약 전 알릴의무】	107
제17조 【계약 전 알릴의무 위반의 효과】	108
제18조 【사기에 의한 계약】	109
제4관 보험계약의 성립과 유지	109
제19조 【보험계약의 성립】	109
제20조 【청약의 철회】	110
제21조 【약관교부 및 설명의무 등】	112
제22조 【계약의 무효】	113
제23조 【계약내용의 변경 등】	113
제24조 【보험가입금액의 자동증액】	114
제25조 【보험나이】	114
제26조 【계약의 소멸】	115
제5관 보험료의 납입	115
제27조 【제1회 보험료 및 회사의 보장개시】	115
제28조 【제2회 이후 보험료의 납입】	117
제29조 【보험료의 자동대출납입】	117
제30조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지】	117
제31조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)】	118
제32조 【강제집행 등으로 해지된 계약의 특별부활(효력회복)】	119

무배당 백년친구 건강보험(2405) (4종) 약관



제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 [목적]

이 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 제7조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조 [용어의 정의]

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

1. 계약관계 관련 용어

- 가. **계약자**: 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
- 나. **보험수익자**: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
- 다. **보험증권**: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
- 라. **진단계약**: 계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.
- 마. **피보험자**: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

2. 지급사유 관련 용어

- 가. **장해**: (별표 3) 장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
- 나. **재해**: (별표 2) 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
- 다. **중요한 사항**: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
▶ 제19조 [보험계약의 성립] 제2항 참조
- 라. **의사**: 의사, 치과 의사, 한의사 면허를 가진자 (이하 "의사" 라 합니다.)
- 마. **의료기관**: 의료법 제3조(의료기관)([부록] 보험계약관련 법·규정 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원, 한의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 "의료기관" 이라 합니다)을 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

- 가. **연단위 복리**: 회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.

제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등	119
제33조 【계약자의 임의해지】	119
제33조의2 【위법계약의 해지】	120
제34조 【중대사유로 인한 해지】	120
제35조 【회사의 파산선고와 해지】	120
제36조 【해약환급금】	121
제37조 【보험계약대출】	121
제38조 【배당금의 지급】	121
제7관 분쟁의 조정 등	122
제39조 【분쟁의 조정】	122
제40조 【관할법원】	122
제41조 【소멸시효】	122
제42조 【약관의 해석】	122
제43조 【설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력】	123
제44조 【회사의 손해배상책임】	123
제45조 【개인정보보호】	123
제46조 【준거법】	124
제47조 【예금보험에 의한 지급보장】	124
제8관 지정대리청구에 관한 사항	124
제48조 【적용대상】	124
제49조 【지정대리청구인의 지정】	124
제50조 【지정대리청구인의 변경지정】	125
제51조 【지정대리청구인에 의한 보험금의 지급절차】	125
제52조 【지정대리청구인에 의한 보험금의 청구】	125
(별표 1) 보험금 지급기준표	126
(별표 1-1) 보험금 등을 지급할 때의 적립이율 계산	128
(별표 2) 재해분류표	130
(별표 3) 장해분류표	131
(별표 4) "루게릭병"의 정의	157
(별표 5) "파킨슨병"의 정의	158
(별표 6) "다발경화증"의 정의	159



친절한 Mr. D

자세히 알아봅시다!

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

ex) 원금 100원, 연간 10% 이자를 적용시 2년 후 원리금은?

단리계산법: $100원 + (100원 \times 10\%) + (100원 \times 10\%) = 120원$
원금 1년차 이자 2년차 이자

복리계산법: $100원 + (100원 \times 10\%) + [100원 + (100원 \times 10\%)] \times 10\% = 121원$
원금 1년차 이자 2년차 이자

나. **평균공시이율**: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다.



친절한 Mr. D

평균공시이율은 어디서 확인하나요?

현재 시점의 평균공시이율은 “금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)→업무자료→보험상품자료→평균공시이율”에서 확인할 수 있습니다.

다. **해약환급금**: 계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. **보험기간**: 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. **납입기간**: 계약자가 계약체결시 보험료를 납입하기로 한 기간을 말합니다.

다. **치매보장개시일**: 제3조(“경도치매상태”, “중등도치매상태” 및 “중증치매상태”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “경도치매상태”, “중등도치매상태” 및 “중증치매상태”의 보장이 개시되는 날로, 보험계약일(부활(효력회복)일)로부터 1년이 지난날의 다음날부터 회사는 이 약관에서 정하는 바에 따라 “경도치매상태”, “중등도치매상태” 및 “중증치매상태”를 보장합니다. 다만, 질병이 없는 상태에서 재해로 인한 뇌의 손상을 직접적인 원인으로 “경도치매상태”, “중등도치매상태” 및 “중증치매상태”가 발생한 경우에는 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항에서 정한 보장개시일을 “치매보장개시일”로 합니다.

라. **매월 계약해당일**: 최초 계약일부터 1개월씩 경과되는 매월의 계약해당일 (다만, 해당 월의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막날을 계약해당일로 합니다)



친절한 Mr. D

계약 해당일이 없는 달의 예시

최초계약일: 2019년 5월 31일 일 때, 2019년 6월의 월계약해당일은 2019년 6월 30일로 함

→ 2019년 6월에는 계약해당일(31일)이 없으므로, 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 함

마. **매년 계약해당일**: 최초 계약일부터 1년씩 경과되는 매년의 계약해당일 (다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막날을 계약해당일로 합니다)

바. **영업일**: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, ‘관공서의 공휴일에 관한 규정’([부록] 보험계약관련 법·규정 참조)에 따른 공휴일, 대체공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 [“경도치매상태”, “중등도치매상태” 및 “중증치매상태”의 정의 및 진단확정]

- ① 이 계약에서 “경도치매상태”라 함은 피보험자가 보험계약일 이후에 발생한 재해 또는 질병으로 인하여 치매보장개시일 이후에 “경도의 인지기능의 장애”가 발생한 상태를 말합니다.
- ② 제1항의 “경도의 인지기능의 장애”라 함은 CDR척도(Expanded Clinical Dementia Rating, 2001년) 검사결과가 1점(다만, 이와 동등하다고 국내 의학계에서 인정되는 검사방법을 사용하여 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다)에 해당되는 상태로서 그 상태가 치매보장개시일 이후에 발생한 상태를 말합니다.



용어해설

CDR척도(Expanded Clinical Dementia Rating, 2001년)

치매관련 전문가가 실시하는 전반적인 인지기능 및 사회기능 정도를 측정하는 검사로서 전체 점수구성은 0, 0.5, 1, 2, 3, 4, 5 의 7등급으로 되어 있으며, 점수가 높을수록 중증을 의미합니다.

- ③ “경도치매상태”의 진단 확정은 치매 전문의(의료법 제3조(의료기관)([부록] 보험계약관련 법·규정 참조)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 신경과 또는 정신건강의학과 전문의 자격증을 가진 자)의 진단서에 의합니다. 이 진단은 병력청취, 인지기능 및 정신상태 평가, 신체진찰과 신경계진찰, 신경심리검사, 일상생활능력평가, 검사실검사, 뇌영상검사 등 해당 치매의 진단 및 원인질환 감별을 위해 의학적으로 필요한 검사 및 그 결과에 대한 종합적인 평가를 기초로 정해지며, 뇌영상검사 등 일부 검사에서 치매의 소견이 확인되지 않았다 하더라도 다른 검사에 의한 종합적인 평가를 기초로 치매를 진단할 수 있습니다. 회사는 “경도치매상태”의 조사나 확인을 위해 필요한 경우 계약자 또는 피보험자에게 치매의 진단을 위해 실시한 검사결과 제출을 요청할 수 있습니다.
- ④ 이 계약에서 “중등도치매상태”란 피보험자가 보험계약일 이후에 발생한 재해 또는 질병으로 인하여 치매보장개시일 이후에 “중등도의 인지기능의 장애”가 발생한 상태를 말합니다.
- ⑤ 제4항의 “중등도의 인지기능의 장애”라 함은 CDR척도(Expanded Clinical Dementia Rating, 2001년) 검사 결과가 2점(다만, 이와 동등하다고 국내 의학계에서 인정되는 검사방법을 사용하여 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다)에 해당되는 상태로서 그 상태가 치매보장개시일 이후에 발생한 상태를 말합니다.
- ⑥ “중등도치매상태”의 진단 확정은 치매 전문의(의료법 제3조(의료기관)([부록] 보험계약관련 법·규정 참조)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 신경과 또는 정신건강의학과 전문의 자격증을 가진 자)의 진단서에 의합니다. 이 진단은 병력청취, 인지기능 및 정신상태 평가, 신체진찰과 신경계진찰, 신경심리검사, 일상생활능력평가, 검사실검사, 뇌영상검사 등 해당 치매의 진단 및 원인질환 감별을 위해 의학적으로 필요한 검사 및 그 결과에 대한 종합적인 평가를 기초로 정해지며, 뇌영상검사 등 일부 검사에서 치매의 소견이 확인되지 않았다 하더라도 다른 검사에 의한 종합적인 평가를 기초로 치매를 진단할 수 있습니다. 회사는 “중등도치매상태”의 조사나 확인을 위해 필요한 경우 계약

- 자 또는 피보험자에게 치매의 진단을 위해 실시한 검사결과 제출을 요청할 수 있습니다.
- ⑦ 이 계약에서 “중증치매상태”란 피보험자가 보험계약일 이후에 발생한 재해 또는 질병으로 인하여 치매보장개시일 이후에 “중증의 인지기능의 장애”가 발생한 상태를 말합니다.
 - ⑧ 제7항의 “중증의 인지기능의 장애”라 함은 CDR척도(Expanded Clinical Dementia Rating, 2001년) 검사 결과가 3점 이상(다만, 이와 동등하다고 국내 의학계에서 인정되는 검사방법을 사용하여 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다)에 해당되는 상태로서 그 상태가 치매보장개시일 이후에 발생한 상태를 말합니다.
 - ⑨ “중증치매상태”의 진단 확정은 치매 전문의(의료법 제3조(의료기관) **(부록) 보험계약관련 법·규정 참조**)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 신 경과 또는 정신건강의학과 전문의 자격증을 가진 자)의 진단서에 의합니다. 이 진단은 병력청취, 인지기능 및 정신상태 평가, 신체진찰과 신경계진찰, 신경심리검사, 일상 생활능력평가, 검사실검사, 뇌영상검사 등 해당 치매의 진단 및 원인질환 감별을 위해 의학적으로 필요한 검사 및 그 결과에 대한 종합적인 평가를 기초로 정해지며, 뇌영상검사 등 일부 검사에서 치매의 소견이 확인되지 않았다 하더라도 다른 검사에 의한 종합적인 평가를 기초로 치매를 진단할 수 있습니다. 회사는 “중증치매상태”의 조사나 확인을 위해 필요한 경우 계약자 또는 피보험자에게 치매의 진단을 위해 실시한 검사결과 제출을 요청할 수 있습니다.
 - ⑩ 제1항 내지 제9항에도 불구하고 “정신분열증이나 우울증과 같은 정신질환으로 인한 인지기능의 장애” 및 “알코올의존증”, “의사의 처방에 의하지 않은 약물의 투여로 인한 인지기능의 장애”는 보장대상에서 제외합니다.

제4조 【“루게릭병”의 정의 및 진단확정】

이 계약에 있어서 “루게릭병”이라 함은 별표 4(“루게릭병”의 정의)에서 정한 질병을 말합니다.

제5조 【“특정 파킨슨병”의 정의 및 진단확정】

“파킨슨병”은 도파민 신경세포의 퇴행으로 인하여 중대한 운동기능의 장애를 유발하며 떨림, 경직, 운동완서의 3대 증상을 특징으로 하는 질병을 말합니다. “특정 파킨슨병”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 G20(파킨슨병)에 해당하며, 다음 제1항 및 제2항의 두 가지 요건을 모두 만족하는 질병을 말합니다.

- ① “특정 파킨슨병”의 진단은 영국 파킨슨병협회 뇌은행(UKBB) 진단 기준 또는 임상학적으로 받아들여지는 진단 기준을 근거로 하여 신경과 전문의 자격증을 가진 자가 작성한 문서화된 진료기록을 기초로 내려져야 합니다. 다만, 이차성 파킨슨증, 알코올 유발 파킨슨증은 보장에서 제외됩니다.
- ② 신경과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 G20(파킨슨병)으로 확정 진단된 이후부터 파킨슨 치료제 처방일이 총 365일 이상이어야 하며, 이를 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다. “파킨슨 치료제”라 함은 신경과 전문의 자격증을 가진 자가 처방한 레보도파 제제(Levodopa), 도파민 효능제(Dopamine agonists), 도파 데카르복실라제 억제제(Peripheral decarboxylase inhibitors), 콧트호소억제제(COMT inhibitors), 또는 MAO-B 억제제(MAO-B inhibitors)를 말하며, 파킨슨병의 직접적인 치료 목적으로 신경과 전문의에 의하여 “파킨슨 치료제”와 동등한 효과가 인정되는 파킨슨 약제를 사용한 경우를 포함합니다. 다만, 임상학적으로 파킨슨병의 치료를 위해 파킨슨 치료제가 필요함에도 불구하고 부작용 등의 이유로 파킨슨 치료제로 치료받을 수 없는 경우에는 이를 증명할 만한 문서화된 기록이나 증거로 대신할 수 있습니다.

제6조 【“다발경화증”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 계약에 있어서 “다발경화증”이라 함은 별표 6(“다발경화증”의 정의)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “다발경화증”의 진단확정은 병력·신경학적 검진으로 뇌척수액검사, 자기공명영상(MRI), 뇌유발 전위검사(Brain E-P) 등을 근거로 하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항 **(부록) 보험계약관련 법·규정 참조**에서 규정한 국내의 병원이나 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 신경과 전문의가 작성한 문서화된 기록 또는 검사 결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

용어해설	
	자기공명영상(MRI)
	Magnetic Resonance Imaging. 핵자기공명영상을 이용하여 생체의 장기나 조직, 병터를 단층상 등의 화상으로 표시하여 질환을 진단하기 위한 화상 검사법
	뇌척수액검사
	뇌와 척수를 둘러싸 보호하고 있는 맑은 액체인 뇌척수액의 이상 유무를 알아보는 것

제7조 【보험금의 지급사유】

회사는 보험기간 중 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표 1(보험금 지급기준표) 참조)을 지급합니다.

1. 피보험자가 보험기간 중 “치매보장개시일” 이후에 “경도치매상태”로 진단확정 되었을 경우: 경도치매 진단금여금 (단, 최초 1회에 한하여 지급)
2. 피보험자가 보험기간 중 “치매보장개시일” 이후에 “중등도치매상태”로 진단확정 되었을 경우: 중등도치매 진단금여금 (단, 최초 1회에 한하여 지급)
3. 피보험자가 보험기간 중 “치매보장개시일” 이후에 “중증치매상태”로 진단확정 되었을 경우: 중증치매 진단금여금 (단, 최초 1회에 한하여 지급)
4. 피보험자가 보험기간 중 루게릭병으로 진단이 확정되었을 때: 루게릭 진단자금 (다만, 최초 1회에 한하여 지급하며, 보험계약일로부터 2년미만에 진단확정시 50%지급)
5. 피보험자가 보험기간 중 특정 파킨슨병으로 진단이 확정되었을 때: 파킨슨 진단자금 (다만, 최초 1회에 한하여 지급하며, 보험계약일로부터 2년미만에 진단확정시 50%지급)
6. 피보험자가 보험기간 중 다발경화증으로 진단이 확정되었을 때: 다발경화증 진단자금 (다만, 최초 1회에 한하여 지급하며, 보험계약일로부터 2년미만에 진단확정시 50%지급)
7. 피보험자가 계약일로부터 20년이 지난시점 계약해당일에 살아있을 때: 일상생활자금(중도 생존급부금)

제8조 【보험금 등 지급에 관한 세부규정】

▶ 아래 제1항에서 제10항까지는 보험료 납입면제에 관련된 내용입니다.

- ① 회사는 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우, 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
 1. 피보험자가 장애분류표 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50% 이상 장애상태가 되었을 경우
 2. 피보험자가 치매보장개시일 이후에 “중증치매상태”로 진단이 확정된 경우
 3. 피보험자가 보장개시일 이후 루게릭병, 특정 파킨슨병, 다발경화증으로 진단이 확정된 경우
- ② 제1항의 경우 차회 이후의 보험료가 납입기간 종료일까지 계약해당일에 납입된 것으로 간주하여 제7조(보험금의 지급사유) 제7호에서 정한 일상생활자금(중도생존급부금)을 지급합니다.
- ③ 제1항 제1호의 경우 장애지급률이 재해일 또는 재해 이외의 원인의 진단확정일로부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우 재해일 또는 진단확정일로부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기

초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

- ④ 제3항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단확정일로부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ⑤ 이 계약에서 "동일한 재해"의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑥ 제1항 제1호의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 또한 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 장해지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 장해지급률을 합산한 장해지급률과 최초 장해지급률을 비교하여 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다.
- ⑦ 제1항 제1호의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당장해 지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
- ⑧ 제1항 제1호의 경우 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑩ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해경도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다.

▶ 아래 제11항에서 제16항까지는 치매진단급여금과 관련된 내용입니다.

- ⑪ 피보험자가 "치매보장개시일" 전일 이전에 "중증치매상태"이거나 진단이 확정되어 있는 경우에는 계약을 무효로 하여 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.
- ⑫ 계약자는 피보험자가 "치매보장개시일" 전일 이전에 "경도치매상태" 또는 "중등도치매상태"이거나 진단이 확정된 경우 진단일로부터 90일 이내에 계약을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드리고 계약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 다만, 계약자가 계약을 취소하지 않은 상태로 치매보장개시일이 지나거나 치매보장개시일 이전에 진단받은 "경도치매상태" 또는 "중등도치매상태"로 치매보장개시일 이후 다시 진단을 받는 경우에도 해당하는 경도치매 진단급여금 또는 중등도치매 진단급여금은 지급하지 않습니다.
- ⑬ 제11항에도 불구하고 치매보장개시일 이전 "경도치매상태"로 진단 확정된 피보험자가 치매보장개시일 이후 "중등도치매상태" 또는 "중증치매상태"로 진단확정되는 경우 혹은 치매보장개시일 이전 "중등도치매상태"로 진단확정된 피보험자가 치매보장개시일 이후 "중증치매상태"로 진단확정되는 경우에는 각 지급사유에 해당하는 보험금을 지급합니다.
- ⑭ 피보험자가 치매보장개시일 이후에 사망하여 그 후에 "경도치매상태" 또는 "중등도치매상태" 또는 "중증치매상태"를 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 해당 치매진단급여금을 지급합니다. 다만, 회사가 이미 피보험자의 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급한 경우에는 해당액을 차감하고 지급해 드리며, 치매보장개시일 전일 이전에 치매상태가 진단확정된 경우는 제외합니다.
- ⑮ 제7조(보험금의 지급사유) 제1호 및 제2호의 경우, 경도치매 진단급여금이 지급된 후에 중등도치매 진단급여금의 지급사유가 발생한 경우에는 중등도치매 진단급여금에서 경도치매 진단

급여금을 뺀 차액을 지급하여 드립니다. 또한 중등도치매 진단급여금이 지급된 후에 경도치매 진단급여금의 지급사유가 발생한 경우에는 경도치매 진단급여금은 추가로 지급되지 않습니다.

⑯ 제7조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제3호의 경우, 경도치매 진단급여금 또는 중등도치매 진단급여금이 지급된 후에 중증치매 진단급여금의 지급사유가 발생한 경우에는 중증치매 진단급여금에서 이미 지급받은 보험금의 총 합계액을 뺀 차액을 지급하여 드립니다. 또한 중증치매 진단급여금이 지급된 후에 경도치매 진단급여금 또는 중등도치매 진단급여금의 지급사유가 발생한 경우에도 경도치매 진단급여금 또는 중등도치매 진단급여금은 추가로 지급되지 않습니다.

▶ 아래 제17항에서 제18항까지는 루게릭진단자금, 파킨슨진단자금, 다발경화증진단자금을 관련된 내용입니다.

- ⑰ 제7조(보험금의 지급사유) 제4호 내지 제6호의 루게릭진단자금, 파킨슨진단자금, 다발경화증진단자금의 경우 보험계약일로부터 2년미만에 진단 확정시 해당 진단자금의 50%를 지급합니다.
- ⑱ 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하여 그 후에 루게릭병, 특정 파킨슨병, 다발경화증을 직접적인 원인으로 하여 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 제7조(보험금의 지급사유)의 해당 진단자금을 지급합니다. 다만, 회사가 이미 피보험자의 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급한 경우에는 해당액을 차감하고 지급해 드립니다.

▶ 아래 제19항에서 제21항까지는 계약 전반에 관련된 내용입니다.

- ⑲ 이 계약에서 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.



용어해설

"실종선고"란?

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

※ 관련법: 민법 제27조(실종의 선고)([부록] 보험계약관련 법·규정 참조)

- ⑳ 보험수익자와 회사가 제7조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)([부록] 보험계약관련 법·규정 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ㉑ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제 사유에 대해 합의하지 못할 때에는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)([부록] 보험계약관련 법·규정 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.



용어해설

"제3자"란?

어떤 법률관계에 있어서 직접 참여하는 자를 당사자라고 하며, 그 이외의 자를 제3자라고 합니다.

제9조 [보험금 등을 지급하지 않는 사유]

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험료 납입면제 사유나 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험료 납입을 면제하지 않거나 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.



용어해설

“심신상실”이란?

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태입니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우



용어해설

“보험료 및 해약환급금 산출방법서”란?

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 계약자적립액, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약제결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

제10조 [보험금 지급사유 발생통지]

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제7조(보험금의 지급사유)에 정한 보험금 지급사유가 발생을 한 때에는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제11조 [보험금 등의 청구]

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 계약자적립액 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서 (회사 양식)
2. 사고증명서 (사망진단서, 강해진단서, 경도치매진단확인서, 중등도치매진단확인서, 중증치매진단확인서, 기타진단서(병명기입) 등)
3. 신분증 (주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관) **〔부록〕 보험계약관련 법·규정 참조**에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제12조 [보험금 등의 지급절차]

① 회사는 제11조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험

금 또는 해약환급금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유에의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.



친절한 Mr. D

보험금 지급일 예시

Q: 보험금 청구서류 접수일이 20<>년 10월 8일(목)인 경우 보험금 지급일은?

(다만, 보험금지급사유에의 조사나 확인이 필요하지 않은 경우)

A: 10/9(금,한글날), 10/10(토), 10/11(일)은 회사의 영업일이 아니므로, 10/8(목)부터 3영업일인 10/13(화) 이내에 보험금을 지급합니다.

- ② 회사는 제7조(보험금의 지급사유) 제7호에 해당하는 보험금의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 회사가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 알려드리며, 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표1-1(보험금 등을 지급할 때의 적립이율 계산)과 같이 계산합니다.
- ③ 회사가 보험금 지급사유를 조사확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제11조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
 1. 소송제기
 2. 분쟁조정신청(대상기관은 금융분쟁조정위원회 또는 소비자 분쟁조정위원회)
 3. 수사기관의 조사
 4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
 5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 보험금 지급사유에의 조사와 확인이 지연되는 경우
 6. 제8조(보험금 등 지급에 관한 세부규정) 제21항 및 제22항에 따라 보험금 지급사유 및 보험료 납입면제 사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우



용어해설

“보험금 가지급제도”란?

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

- ④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제17조(계약전 알릴 의무 위반의 효과)와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인인 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제13조 [주소변경통지]

① 계약자(보험수익자가 계약자와 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.

- ② 제1항에서 정한대로 계약자 또는 보험수익자가 변경내용을 알리지 않은 경우에는 계약자 또는 보험수익자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 시일이 지난 때에 계약자 또는 보험수익자에게 도달한 것으로 봅니다.

제14조 【보험수익자의 지정】

이 계약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 제7조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제6호는 피보험자로 하고, 동조 제7호는 계약자로 합니다.

제15조 【대표자의 지정】

- ① 계약자 또는 보험수익자가 2명 이상인 경우에는 각 대표자를 1명 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.
- ② 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소개가 확실하지 않은 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 보험수익자 1명에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에게도 효력이 미칩니다.
- ③ 계약자가 2명 이상인 경우에는 계약자의 책임을 연대로 합니다.

 용어해설
계약자가 2명 이상인 경우
계약자가 2명 이상인 경우, 계약전 알릴 의무, 보험료 납입의무 등 보험계약에 따른 계약자의 의무를 연대로 합니다.
연대(連帶)
2인 이상의 계약자가 각자 채무의 전부를 이행할 책임을 지되(몹, 지분만큼 분할하여 책임을 지는 것과 다름), 다만 어느 1인의 이행으로 나머지 계약자도 그 책임을 이행한 것이 되는 관계를 말합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴의무 등

제16조 【계약 전 알릴의무】

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 “계약 전 알릴의무”라 하며 상법상 “고지의무”와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관) **〔부록〕 보험계약관련 법·규정 참조**의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

※ 관련법: 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약 해지) **〔부록〕 보험계약관련 법·규정 참조**



용어해설

“계약 전 알릴의무”란?

상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지) **〔부록〕 보험계약관련 법·규정 참조**에서 정하고 있는 의무. 보험계약자나 피보험자는 청약시에 보험회사가 서면으로 질문한 중요한 사항에 대해 사실대로 알려야 하며, 위반시 보험계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 수 있습니다.

“중요한 사항”이란?

중요한 사항이라 함은 직업, 현재 및 과거 병력, 장애상태, 고위험 취미(예.암벽등반, 패러글라이딩), 타사 보험계약 가입여부 등 회사가 그 사실을 알았더라면 보험계약 체결 및 보험금 지급에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

제17조 【계약 전 알릴의무 위반의 효과】

- ① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제16조(계약 전 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 어느 하나에 해당하는 경우에는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.



친절한 Mr. D

계약 전 알릴의무 위반 사례

보험계약을 청약하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만 얘기하였을 뿐, 청약서의 계약전 알릴 사항에 아무런 기재도 하지 않을 경우에는 보험설계사에게 고혈압 병력을 얘기하였다고 하더라도 보험회사는 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.

1. 회사가 계약당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
 2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
 3. 계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
 4. 회사가 이 계약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요 사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다)
 5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때
다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시) 뿐만 아니라 계약 전 알릴의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 계약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로

안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신 이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신 되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

용어해설

“반대증거”란?

소송법상 입증책임이 없는 당사자가 상대방에서 입증하는 사실을 부정할 목적으로 반대되는 사실을 증명하기 위해 제출하는 증거

- ③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제36조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
- ④ 제16조(계약 전 알릴의무)의 계약 전 알릴의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당보험금을 지급합니다.
- ⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

친절한 Mr. D

사례

보험계약을 청약하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만 얘기하였을 뿐, 청약서의 계약전 알릴 사항에 아무런 기재도 하지 않을 경우에는 보험설계사에게 고혈압 병력을 얘기하였다고 하더라도 회사는 계약전알릴의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.

제18조 【사기에 의한 계약】

- ① 계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물사용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위변조 또는 청약일 이전에 암 또는 사람면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기의사예 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 보장개시일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터는 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.
- ② 제1항에 따라 계약을 취소한 경우 회사는 보험금을 지급할 책임이 없고, 이미 지급한 보험금의 반환을 청구할 수 있습니다.
- ③ 제1항에 따라 계약을 취소한 경우 회사는 계약자에게 실제 납입한 보험료 누계액을 돌려 드립니다. 다만, 보험료를 받은 기간에 대한 이자는 지급하지 않습니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제19조 【보험계약의 성립】

- ① 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.
- ② 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 않을 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.

용어해설

“보험가입금액의 제한”이란?

피보험자가 가입을 할 수 있는 최대 보험가입금액을 제한하는 방법을 말합니다.

“일부보장 제외(부담보)”란?

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

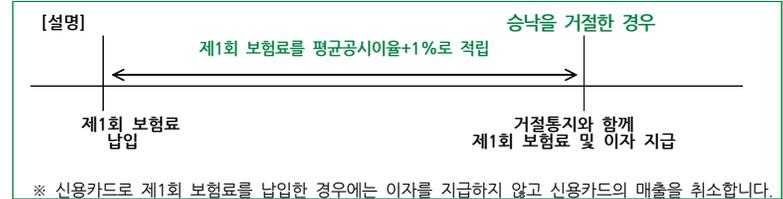
“보험금 삭감”이란?

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 보험 가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 감소하는 위험에 대해 적용하여 보험 가입 후 일정기간 내에 보험사고가 발생할 경우 미리 정해진 비율로 보험금을 감액하여 지급하는 방법을 말합니다.

“보험료 할증”이란?

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

- ③ 회사는 계약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
- ④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 평균공시이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절한 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.



- ⑤ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였다도 청약일로부터 5년이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑥ 제5항의 ‘청약일로부터 5년이 지나는 동안’이라 함은 이 약관 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)과 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑦ 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제20조 【청약의 철회】

- ① 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 다음 중

한 가지에 해당되는 때에는 청약을 철회할 수 없습니다.

1. 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약

 용어해설
“전문금융소비자”란? 보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약에 따른 위험감수능력이 있는 자로서, 국가, 지방자치단체, 한국은행, 금융회사, 주권상장법인 등을 포함하며 금융소비자 보호에 관한 법을 제2조(정의) 제9호([부록] 보험계약관련 법·규정 참조)에서 정하는 전문금융소비자를 말합니다.
“일반금융소비자”란? 전문금융소비자가 아닌 계약자를 말합니다.
“청약의 철회”란? 계약자가 계약을 청약한 이후 단순히 마음이 변하거나 청약한 보험상품이 마음에 들지 않아 청약을 취소하는 것

2. 청약을 한 날부터 30일을 초과한 경우(만65세 이상을 계약자로 하는 통신판매 보험계약의 경우에는 45일)



천질한 Mr. D

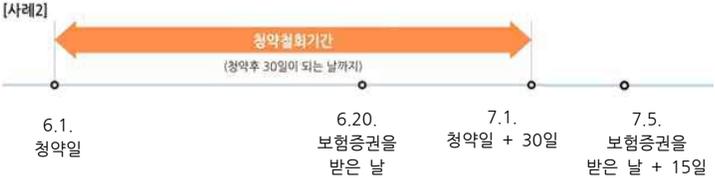
청약철회 가능기간에 대해 자세히 알아봅시다!

[사례1]



(보험증권을 받은 날부터 15일 이내까지)

[사례2]



(청약후 30일이 되는 날까지)

[설명] 일반적으로 계약자는 위의 [사례1]의 경우처럼 ‘보험증권을 받은 날부터 15일’ 이내에 청약을 철회할 수 있습니다. 그러나 [사례2]의 경우처럼 ‘보험증권을 받은 날부터 15일’이 ‘청약 후 30일’을 초과하는 경우 청약철회 가능기간은 ‘청약 후 30일’까지로 합니다. (다만, 만65세 이상을 계약자로 하는 통신판매 보험계약에서는 ‘보험증권을 받은 날부터 15일’이 ‘청약 후 45일’을 초과하는 경우 ‘청약 후 45일’까지로 합니다)

② 청약철회는 계약자가 전화로 신청하거나, 철회의사를 표시하기 위한 서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시(이하 ‘서면 등’이라 합니다)를 발송한 때 효력이

발생합니다. 계약자는 서면 등을 발송한 때에 그 발송 사실을 회사에 지체없이 알려야 합니다.

- ③ 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약의 철회하는 경우에는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해당 신용카드회사로 하여금 대금청구를 하지 않도록 해야 하며, 이 경우 회사는 보험료를 반환한 것으로 봅니다.
- ④ 청약의 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.
- ⑤ 제1항에서 보험증권을 받은 날에 대한 다툼이 발생한 경우 회사가 이를 증명하여야 합니다.

제21조 [약관교부 및 설명의무 등]

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



천질한 Mr. D

“약관의 중요한 내용”에 대해 자세히 알아봅시다!

약관의 중요한 내용이란 보험업법 제95조의2(설명 의무 등) 제1항([부록] 보험계약관련 법·규정 참조)의 보험료, 보장범위, 보험금 지급제한 사유 등 대통령령으로 정하는 보험계약의 중요 사항을 말합니다.

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



용어해설

통신판매계약

전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

1. 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
- ③ 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.
 1. 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않은 경우
 2. 회사가 약관의 중요한 내용을 청약할 때 설명하지 않은 경우
 3. 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제

- 2호에 따른 전자서명(부록 보험계약관련 법·규정 참조)을 포함합니다)을 하지 않은 경우
- ④ 제3항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음 각 호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 위 제2항의 규정에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.
1. 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우
 2. 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우
- ⑤ 제3항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제22조 [계약의 무효]

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 계약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료(실제 납입한 보험료에 한하므로, 납입연계, 보험료 할인 등 실질적으로 보험료 납입이 없는 경우를 제외한 금액)를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 매회차 보험료(첫회보험료 포함)를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우
2. 피보험자가 보험계약일부터 “치매보장개시일” 전일 이전에 “중증치매상태”이거나 진단이 확정되어 있는 경우



용어해설

“무효”란?

당사자가 행한 의사표시가 법률상 아무런 효력이 발생하지 않는 것을 말합니다.

“첫회보험료”란?

보험계약 성립시 계약자의 보험료 납입의무에 따라 최초로 납입하는 보험료를 말합니다.



친절한 Mr. D

보험수익자 변경 통지 여부에 따른 지급대상

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

- ③ 회사는 계약자가 제1항 제1호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제36조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 보험금 또는 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.



용어해설

“감액(액수를 줄임)”이란?

보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 보험가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 것 (이에 따라 보험료, 보험금 및 계약자적립액도 줄어들며 해약환급금이 없거나, 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.)

“해지”란?

현재 유지되고 있는 계약이나 또는 효력이 상실된 계약을 장래를 향하여 소멸시키거나 계약 유지 의사를 포기하여 만기일 이전에 계약관계를 청산하는 것

- ④ 보험가입금액 감액 시 해약환급금이 없거나 최초가입시 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.
- ⑤ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ⑥ 회사는 제1항 제2호에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.
- ⑦ 제1항 제4호에도 불구하고 보험종목의 변경은 할 수 없습니다.

제23조 [계약내용의 변경 등]

- ① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
1. 보험가입금액
 2. 계약자
 3. 보험료의 납입주기, 납입방법
 4. 기타 계약의 내용
- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.

제24조 [보험가입금액의 자동증액]

- ① 회사는 일시생활자금(중도생존급부금) 최종 발생일 이후 최초 도래하는 계약해당일에 일시생활자금(중도생존급부금)을 지급하지 않아 발생한 이자로 보험가입금액을 자동증액하여 드립니다. 다만, 발생한 이자가 없을 경우에는 자동증액하지 않습니다.
- ② 자동증액되는 보험가입금액은 이 계약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 방법에 의하여 산출합니다.
- ③ 회사는 보험가입금액이 자동증액 되었을 경우, 변경된 계약내용을 계약자에게 안내하여 드립니다.

제25조 [보험나이]

- ① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다.
- ② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

- ③ 청약서류에 적힌 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)에 적힌 사실과 다른 경우에는 신분증에 기재된 나이 또는 성별로 정정하고, 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.
- ④ 제3항에 의한 보험금 및 보험료로 변경 시 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 변경당시의 해약환급금을 정산합니다.

친절한 Mr. D

보험나이란 무엇인가요?

보험료 산정의 기준이 되는 나이로서, 피보험자의 출생일부터 보험계약일까지의 기간을 기준으로 합니다.

보험나이 계산 예시

생년월일: 1996년 10월 2일,

예1) 2022년 4월 13일에 가입할 경우 2022년 4월 13일 - 1996년 10월 2일 만 25년 6개월 11일 (6개월 이상 끝수는 1년으로 계산) ⇒ 보험나이 26세	예2) 2022년 11월 13일에 가입할 경우 2022년 11월 13일 - 1996년 10월 2일 만 26년 1개월 11일 (6개월 미만 끝수는 버림) ⇒ 보험나이 26세
---	--

제26조 [계약의 소멸]

- ① 보험기간 중 피보험자에게 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 모두 발생한 때에는 이 계약은 그때부터 효력이 없습니다.
- ② 제1항에 해당하지 않는 사유로 사망하여 이 약관에서 정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하여 드리고 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제11조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 제12조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표1-1(보험금 등을 지급할 때의 적립이율 계산)에 따릅니다.

용어해설

“계약자적립액”이란?

장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

제5관 보험료의 납입

제27조 [제1회 보험료 및 회사의 보장개시]

- ① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장

을 합니다. 또한, 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임 있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.

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

친절한 Mr. D

“보장개시일”에 대하여 자세히 알아봅시다!

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

- 청약한 후에 회사가 승낙하고 그 이후에 제1회 보험료를 받은 경우: 보장개시일은 청약 후 승낙 시점이다.
- 청약과 동시에 제1회 보험료를 납입하고 그 이후에 회사가 승낙한 경우: 보장개시일은 청약 및 납입 시점이다.
- 청약한 후에 제1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우: 보장개시일은 제1회 보험료 납입 시점이다.

- ③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 한가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.
 - 제16조(계약 전 알릴의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
 - 제17조(계약 전 알릴의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
 - 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우
 다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 재해로 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장을 해드립니다.
- ④ 청약서에 피보험자의 직업 또는 직종별로 보험가입금액의 한도액이 명시되어 있음에도 그 한도액을 초과하여 청약을 하고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그 초과 청약액에 대하여는 보장을 하지 않습니다.
- ⑤ 제1항 및 제2항에도 불구하고 제3조(“경도치매상태”, “중등도치매상태” 및 “중증치매상태”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “경도치매상태”, “중등도치매상태” 및 “중증치매상태”관련 급부에 대한 회사의 보장개시일은 보험계약일[부활(효력회복)일]로부터 1년이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 질병이 없는 상태에서 재해로 인한 뇌의 손상을 직접적인 원인으로 “경도치매상태”, “중등도치매상태” 및 “중증치매상태”가 발생한 경우에는 제1항에서 정한 보장개시일을

“치매보장개시일”로 합니다.

제28조 [제2회 이후 보험료의 납입]

- ① 계약자는 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 하며, 회사는 계약자가 보험료를 납입한 경우에는 영수증을 발생하여 드립니다. 다만, 금융회사(우체국 포함)를 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사 발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 계약자는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 보험료를 선납할 수 있습니다. 보험료를 선납할때 할인은 3개월분 이상 12개월분 이하의 보험료를 선납할 때에 한하여 계산하며 할인율은 평균공시이율(계약체결시점의 평균공시이율)을 말하며, 이하 “평균공시이율”로 계산합니다.

용어해설

“납입기일”이란?
계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

“선납”이란?
계약자가 보험료를 납입기일 이전에 미리 납입하는 것을 말합니다.

제29조 [보험료의 자동대출납입]

- ① 계약자는 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의한 보험료의 납입최고(독촉)기간이 지나기 전까지 회사가 정한 방법에 따라 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있으며, 이 경우 제37조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려드립니다.

용어해설

“자동대출납입”이란?
보험료를 제때에 내기 곤란한 경우에 가입한 보험상품의 해약환급금 범위내에서 납입할 보험료를 자동적으로 대출하여 이를 보험료 납입에 충당하는 서비스

- ② 제1항에도 불구하고 보험계약대출금과 보험계약대출이자를 더한 금액이 해약환급금(해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 금액을 말합니다)을 초과하는 때에는 보험료의 자동대출납입을 더는 할 수 없습니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따른 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.
- ④ 보험료의 자동대출납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출납입이 없었던 것으로 하여 제36조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.
- ⑤ 회사는 자동대출납입이 종료된 날부터 15일 이내에 자동대출납입이 종료되었음을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서(SMS 포함) 등으로 계약자에게 안내하여 드립니다.

제30조 [보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]

- ① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정합니다. 다만, 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다.
- ② 제1항의 경우 회사는 계약자(타인)을 위한 보험계약의 경우 특정된 보험수익자를 포함합니다)에게 다음 각 호의 내용을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.
 1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체된 보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ③ 회사가 제1항 및 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면, 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명(부록) **보험계약관련 법·규정 참조**으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대해 수신확인을 하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제1항의 납입최고(독촉)기간을 설정하여 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.
- ④ 제2항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제36조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

용어해설

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

제31조 [보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]

- ① 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 평균공시이율 + 1% 범위내에서 각 상품별로 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다.
- ② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제16조(계약 전 알릴의무), 제17조(계약 전 알릴의무 위반의 효과), 제18조(사기에 의한 계약), 제19조(보험계약의 성립) 제2항 내지 제4항 및 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다. 다만, 부활(효력회복)의 경우 제1회 보험료는 부활(효력회복)시의 보험료를 의미합니다. 이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.
- ③ 제1항에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제16조(계약 전 알릴의무)를 위반한 경우에는 제17조(계약 전 알릴의무 위반의 효과)가 적용됩니다.



용어해설

“부활(효력회복)”이란?

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

제32조 [강제집행 등으로 해지된 계약의 특별부활(효력회복)]

- ① 회사는 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제23조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.



용어해설

“강제집행”이란?

국가의 공권력을 행사하여 사법상의 청구권을 강제적으로 실현시키기 위한 절차를 말합니다.

“담보권실행”이란?

채무자가 채무를 갚지 않을 경우, 채권자가 채무이행을 확보할 수 있도록 제공된 담보로부터 손해를 변상 받는 절차를 말합니다.

“국세 및 지방세 체납처분절차”란?

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

- ② 회사는 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.
- ③ 회사는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 회사는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.
- ④ 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다.
- ⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제33조 [계약자의 임의해지]

계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제36조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제33조의2 [위법계약의 해지]

- ① 계약자는 금융소비자 보호에 관한 법률 제47조(부록) **보험계약관련 법·규정 참조** 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 법위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년

이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.

- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제36조(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.



용어해설

“정당한 사유”란?

금융소비자 보호에 관한 법률 시행령 제38조(위법계약의 해지) 제4항(부록) **보험계약관련 법·규정 참조**에 따른 정당한 사유 범위에 해당하는 경우를 말합니다.

“제척기간”이란?

어떠한 권리에 대해 법률상으로 정해진 존속기간을 말하며, 일정기간 안에 권리를 행사하지 않으면 권리가 소멸됩니다.

제34조 [중대사유로 인한 해지]

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
 1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 사유
 2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제36조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.



친절한 Mr. D

보험금 청구 서류를 위조 또는 변조한 경우 예시

예를 들어, 입원을 보장하는 보험상품에 가입한 피보험자가 10일간 입원하였음에도 불구하고 입원확인서를 변조하여 입원일수 30일에 해당하는 보험금을 청구한 경우, 회사는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다. 다만, 이 경우에도 입원일수 10일을 기준으로 계산한 보험금을 지급합니다.

제35조 [회사의 파산선고와 해지]

- ① 회사가 파산의 선고를 받은 때에는 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.
- ② 제1항의 규정에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3월을 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.
- ③ 제1항의 규정에 따라 계약이 해지되거나 제2항의 규정에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제36조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 드립니다.



용어해설

“파산선고”란?

파산신청에 의해 법원이 채무자의 파산원인을 인정하고 파산결정을 내리는 행위

제36조 [해약환급금]

- 이 약관에 따른 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 계산합니다.
- 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표1-1(보험금 등을 지급할 때의 적립이율 계산)에 따릅니다.
- 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- 제33조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적절한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제37조 [보험계약대출]

- 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 “보험계약대출”이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.
- 이 보험의 보험계약대출 이율은 회사가 내부 통제기준에 따라 정하여 회사 홈페이지에 게시합니다.
- 계약자는 제1항에 따른 보험계약대출금과 보험계약대출이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 때에는 회사는 보험금, 계약자적립액 또는 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.
- 회사는 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감합니다.
- 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.



용어해설

“보험계약대출”이란?

보험기간 중에 계약자의 사정변경으로 보험료의 납입이 곤란하게 되거나, 일시적으로 금전이 필요하게 되는 등의 경우에 해약시 지급하여야 할 금액의 일정 범위내에서 계약자에게 대출을 하여 주고, 대출금과 대출이자를 상환하지 않을 경우에 회사가 지급하여야 할 금액에서 이를 공제하고 지급하는 제도입니다.



친절한 Mr. D

보험계약대출이율의 공시

이 보험의 보험계약대출이율은 회사의 인터넷 홈페이지(www.idblife.com)의 “상품공시실 → 금리연동이율공시 → 보험계약대출이율”에서 공시합니다.

제38조 [배당금의 지급]

이 계약은 무배당보험이므로 계약자배당금이 없습니다.



용어해설

“계약자배당금”이란?

계약자가 납입한 보험료로 보험회사가 합리적인 경영을 하여 발생한 이익금을 「보험업감독규정」 및 「보험업감독업무시행세칙」에서 인가하는 방식에 따라 보험계약자에게 환원하는 것. 그 종류에는 이자출차배당, 위험률차배당, 사업비차배당, 장기유지특별배당이 있으며, 계약자배당은 유배당 상품에 한하여 실시함

“무배당보험”이란?

무배당 보험은 계약자에게 따로 계약자배당금을 지급하지 않는 상품으로, 배당을 하는 유배당 상품에 비하여 상대적으로 저렴한 보험료로 가입할 수 있음

제7관 분쟁의 조정 등

제39조 [분쟁의 조정]

- 계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁 당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있으며, 분쟁조정 과정에서 계약자는 관계 법령이 정하는 바에 따라 회사가 기록 및 유지·관리하는 자료의 열람(사본의 제공 또는 청취를 포함한다)을 요구할 수 있습니다.
- 회사는 일반금융소비자인 계약자가 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 가액이 금융소비자 보호에 관한 법률 제42조 (**[부록] 보험계약관련 법·규정 참조**)에서 정하는 일정 금액 이내인 분쟁사건에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 관계 법령이 정하는 경우를 제외하고는 소를 제기하지 않습니다.

제40조 [관할법원]

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

제41조 [소멸시효]

- 보험금 청구권, 보험료 반환청구권, 해약환급금청구권, 계약자적립액 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.
- 제1항의 소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있는 때로부터 진행합니다.



친절한 Mr. D

설명

보험금 청구권 등 사법상 권리를 일정기간 동안 행사하지 않으면, 그 권리를 소멸한 것으로 보아 더 이상 행사할 수 없게 되는 제도입니다. 예를 들어, 보험금 청구권의 경우 소멸시효가 3년이므로, 보험사고가 발생한 때로부터 3년이 경과할 때까지(만약, (20◇◇)년 1월 15일 보험사고 발생시 (20◇◇+3)년 1월 15일까지) 보험금을 청구하지 않는다면 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.

제42조 [약관의 해석]

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

용어해설

“신의성실의 원칙”이란?

권리의 행사와 의무의 이행은 신의와 성실을 가지고 행동하여 상대방의 신뢰와 기대를 배반하여서는 안된다는 원칙 (민법 제2조 제1항)

※ 관련법: 민법 제2조 제1항(부록) **보험계약관련 법·규정 참조**

- ② 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.
- ③ 회사는 보험금을 지급하지 않는 사유 등 계약자나 피보험자에게 불리하거나 부담을 주는 내용은 확대하여 해석하지 않습니다.

제43조 [설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력]

- ① 회사는 일반금융소비자에게 청약의 권유하거나 일반금융소비자가 설명을 요청하는 경우 보험 상품에 관한 중요한 사항을 계약자가 이해할 수 있도록 설명하고 계약자가 이해하였음을 서명(전자서명법 제2조 제2호(부록) **보험계약관련 법·규정 참조**)에 따른 전자서명을 포함, 기명 날인 또는 녹취 등을 통해 확인받아야 하며, 설명서를 제공하여야 합니다.
- ② 설명서, 약관, 계약자 보관용 청약서 및 보험증권의 제공 사실에 관하여 계약자와 회사간에 다툼이 있는 경우에는 회사가 이를 증명하여야 합니다.
- ③ 보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사 제작의 보험안내자료(계약의 청약의 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다) 내용이 이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제44조 [회사의 손해배상책임]

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

용어해설

“현저하게 공정을 잃은 합의”란?

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

제45조 [개인정보보호]

- ① 회사는 이 계약과 관련된 개인정보를 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 「개인정보 보호법」, 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 등 관계 법령에 정한 경우를 제외하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 동의없이 수집, 이용, 조회 또는 제공하지 않습니다. 다만,

회사는 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 위 관계 법령에 따라 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련단체 등에 개인정보를 제공할 수 있습니다.

용어해설

“개인정보보호법”이란?

당사자의 동의 없는 개인정보 수집 및 활용 또는 제3자에게 제공하는 것을 금지하는 등 개인정보를 보호하기 위한 법으로, 각종 컴퓨터 범죄와 개인의 사생활 침해 등 정보화 사회의 역기능을 방지하기 위한 목적으로 제정된 법률

“신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률”이란?

신용정보주체의 자기정보 통제권을 보강하여 개인의 사생활 보호를 강화하며, 신용조회회사 등에 신용정보를 보호하기 위한 엄격한 내부통제 절차를 마련하도록 하여 신용정보 활용에 있어 책임성을 높여 금융소비자의 신뢰를 높이기 위해 제정된 법률

- ② 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

제46조 [준거법]

이 계약은 대한민국 법에 따라 규율되고 해석되며, 약관에서 정하지 않은 사항은 금융소비자 보호에 관한 법률, 상법, 민법 등 관계 법령을 따릅니다.

제47조 [예금보험에 의한 지급보장]

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

용어해설

“예금자보호법”이란?

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

제8관 지정대리청구에 관한 사항

제48조 [적용대상]

이 계약의 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 적용됩니다.

제49조 [지정대리청구인의 지정]

- ① 계약자는 계약을 체결할 때 또는 계약체결 후 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자 중에서 보험금의 대리청구인(2인 이내에서 지정되되, 2인 지정시 대표지정대리청구인을 지정)(이하, “지정대리청구인”이라 합니다)을 지정할 수 있습니다. 또한, 지정대리청구인은 제50조(지정대리청구인의 변경지정)에 의한 변경지정 또는 보험금 청구시에도 다음 각 호의 어느 하나에 해당하여야 합니다.
 1. 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
 2. 피보험자의 3촌 이내의 친족

- ② 제1항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제48조(적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

제50조 [지정대리청구인의 변경지정]

계약자는 계약체결 이후 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 지정대리청구인 변경신청서 (회사양식)
2. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부 (기본증명서 등)
3. 신분증 (주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

제51조 [지정대리청구인에 의한 보험금의 지급절차]

- ① 지정대리청구인은 제52조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)에 정한 준비서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제48조(적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다. 다만, 2인의 지정대리청구인이 지정된 경우에는 그 중 대표지정대리청구인이 보험금을 청구하고 수령할 수 있으며, 대표지정대리청구인이 사망 등의 사유로 보험금 청구가 불가능한 경우에는 대표가 아닌 지정대리청구인도 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다.
- ② 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

제52조 [지정대리청구인에 의한 보험금의 청구]

지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서 (회사양식)
2. 사고증명서 (사망진단서, 장해진단서, 경도치매진단확인서, 중등도치매진단확인서, 중증치매진단확인서 등)
3. 신분증 (주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증)
4. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
5. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

(별표 1)

보험금 지급기준표

(기준: 보험가입금액 1,000만원)

급여명칭	지급사유	지급금액
경도치매 진단급여금	피보험자가 보험기간 중 "치매보장개시일" 이후에 "경도치매상태"로 진단확정시	150만원 (최초 1회 한함)
중등도치매 진단급여금	피보험자가 보험기간 중 "치매보장개시일" 이후에 "중등도치매상태"로 진단확정시	250만원 (최초 1회 한함) (다만, 경도치매 진단급여금이 지급된 후에 중등도치매로 진단확정시 상기금액에서 경도치매 진단급여금을 뺀 차액을 지급)
중증치매 진단급여금	피보험자가 보험기간 중 "치매보장개시일" 이후에 "중증치매상태"로 진단확정시	3,000만원 (최초 1회 한함) (다만, 경도치매 진단급여금 또는 중등도치매 진단급여금이 지급된 후에 중증치매로 진단확정시 상기금액에서 이미 지급받은 보험금의 총 합계액을 뺀 차액을 지급)
루게릭 진단자금	루게릭병으로 진단확정시 (다만, 2년미만 지급사유 발생시 50% 지급)	1,000만원 (최초 1회 한함)
파킨슨 진단자금	특정 파킨슨병으로 진단확정시 (다만, 2년미만 지급사유 발생시 50% 지급)	1,000만원 (최초 1회 한함)
다발경화증 진단자금	다발경화증으로 진단확정시 (다만, 2년미만 지급사유 발생시 50% 지급)	1,000만원 (최초 1회 한함)
일시생활자금 (중도생존급부금)	피보험자가 계약일로부터 20년이 지난 시점 계약해당일에 살아있을 때	이미 납입한 보험료의 100%

- ※ 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우 이 계약은 그때부터 효력이 없으며 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 지급합니다.
- ※ 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표 중 「동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우」 또는 「치매보장개시일 이후에 "중증치매상태" 진단 확정」, 보장개시일 이후에 루게릭병, 특정 파킨슨병, 다발경화증으로 진단 확정시에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ※ 보험료 납입이 면제된 경우 보험료 납입기간 종료일까지 보험료가 계약해당일에 납입된 것으로 간주하여 일시생활자금(중도생존급부금)을 지급합니다.
- ※ "치매보장개시일"이란 "경도치매상태", "중등도치매상태" 및 "중증치매상태"의 보장이 개시되는 날로, 보험계약일(부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날부터 회사는 이 약관이 정하는 바에 따라 "경도치매상태", "중등도치매상태" 및 "중증치매상태"를 보장합니다.

다만, 질병이 없는 상태에서 재해로 인한 뇌의 손상을 직접적인 원인으로 “경도치매상태”, “중등도치매상태” 또는 “중증치매상태”가 발생한 경우에는 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항에서 정한 보장개시일을 “치매보장개시일”로 합니다.

- ※ 피보험자가 “치매보장개시일” 전일 이전에 “중증치매상태”이거나 진단이 확정되어 있는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.
- ※ 계약자는 피보험자가 “치매보장개시일” 전일 이전에 “경도치매상태” 또는 “중등도치매상태”로 진단이 확정된 경우 진단일로부터 90일 이내에 계약을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드리고 계약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 다만, 계약자가 계약을 취소하지 않은 상태로 치매보장개시일이 지나거나 치매보장개시일 이전에 진단받은 “경도치매상태” 또는 “중등도치매상태”로 치매보장개시일 이후 다시 진단을 받는 경우에도 해당 하는 경도치매 진단급여금 또는 중등도치매 진단급여금은 지급하지 않습니다. 그럼에도 불구하고 치매보장개시일 이전 “경도치매상태”로 진단 확정된 피보험자가 치매보장개시일 이후 “중등도치매상태” 또는 “중증치매상태”로 진단확정되는 경우 혹은 치매보장개시일 이전 “중등도치매상태”로 진단확정된 피보험자가 치매보장개시일 이후 “중증치매상태”로 진단확정되는 경우에는 각 지급사유에 해당하는 보험금을 지급합니다.
- ※ 경도치매 진단급여금이 지급된 후에 중등도치매 진단급여금의 지급사유가 발생한 경우에는 중등도치매 진단급여금에서 경도치매 진단급여금을 뺀 차액을 지급하여 드립니다. 또한 중등도치매 진단급여금이 지급된 후에 경도치매 진단급여금의 지급사유가 발생한 경우에는 경도치매 진단급여금은 추가로 지급되지 않습니다.
- ※ 경도치매 진단급여금 또는 중등도치매 진단급여금이 지급된 후에 중증치매 진단급여금의 지급사유가 발생한 경우에는 중증치매 진단급여금에서 이미 지급받은 보험금의 총 합계액을 뺀 차액을 지급하여 드립니다. 또한 중증치매 진단급여금이 지급된 후에 경도치매 진단급여금 또는 중등도치매 진단급여금의 지급사유가 발생한 경우에도 경도치매 진단급여금 또는 중등도치매 진단급여금은 추가로 지급되지 않습니다.
- ※ “정신분열증이나 우울증과 같은 정신질환으로 인한 인지기능의 장애” 및 “알코올의존증”, “의사의 처방에 의하지 않은 약물의 투여로 인한 인지기능의 장애”는 보장대상에서 제외합니다.
- ※ “경도치매상태”: CDR척도(Expanded Clinical Dementia Rating, 2001년) 검사 결과가 1점에 해당되는 상태로서 그 상태가 치매보장개시일 이후에 발생한 상태를 말합니다.
- ※ “중등도치매상태”: CDR척도(Expanded Clinical Dementia Rating, 2001년) 검사 결과가 2점에 해당되는 상태로서 그 상태가 치매보장개시일 이후에 발생한 상태를 말합니다.
- ※ “중증치매상태”: CDR척도(Expanded Clinical Dementia Rating, 2001년) 검사 결과가 3점 이상에 해당되는 상태로서 그 상태가 치매보장개시일 이후에 발생한 상태를 말합니다.

(별표 1-1)

보험금 등을 지급할 때의 적립이율 계산

(제12조 제2항, 제26조 제3항 및 제36조 제2항 관련)

구분	기간	지급이자	
사망 당시의 계약자적립액 (제26조 제2항), 경도치매 진단급여금, 중등도치매 진단급여금, 중증치매 진단급여금, 루게릭 진단자금, 파킨슨 진단자금, 다발경화증 진단자금 (제7조 제1호 내지 제6호)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율	
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)	
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)	
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)	
일시생활자금 (제7조 제7호)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	보험기간 만기일 (다만, 계약의 효력이 없어진 경우에는 효력 이 없어진 날) 이내	평균공시이율
		보험기간 만기일 (다만, 계약의 효력이 없어진 경우에는 효력 이 없어진 날) 이후	- 1년 이내 : 평균공시이율의 50% - 1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율	
해약환급금 (제36조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청 구일 까지의 기간	- 1년 이내 : 평균공시이율의 50% - 1년초과기간 : 평균공시이율의 40%	
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율	

1. 일시생활자금(중도생존급부금)은 회사가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 않은 경우, 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간은 평균 공시이율을 적용한 이자를 지급합니다.
2. 미지급된 일시생활자금(중도생존급부금)으로 발생한 이자는 제24조(보험가입금액의 자동증액)에 따라 보험가입금액이 자동증액되므로 자동증액일의 다음날부터는 보험가입금액 자동 증액 시점의 일시생활자금(중도생존급부금) 원리금에서 이자를 제외한 일시생활자금(중도생존급부금)을 대상으로 적립합니다.
3. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산합니다. 다만, 소멸시효(제41조)가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
4. 약관의 내용에 따라 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 보험금 지급이

- 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
- 가산이율 적용시 제12조(보험금 등의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
 - 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

용어해설

“정당한 사유” 란?

회사의 보험금 지급지연 사유가 보험금지급의 신속성과 편의성 방해가 아닌 공정하고 정확한 보험금 지급사유에 대한 조사, 확인을 위한 것으로 금융위원회 또는 금융감독원이 인정하는 사정이 있을 때를 말합니다.

(별표 2)

재 해 분 류 표

1. 보장대상이 되는 재해

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

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호(부록) **보험계약관련 법·규정 참조**에 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
 - 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
 - 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
 - 식량부족(X53)
 - 물부족(X54)
 - 상세불명의 결핍(X57)
 - 고의적 자해(X60~X84)
 - “법적 개입” 중 법적 처형(Y35.5)
- ③ “외과적 및 내과적 치료중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 환자의 이상반응 또는 이후 합병증의 원인이 된 외과적 및 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장)
- ④ “자연의 힘에 노출(X30~X39)” 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
- ⑤ “우발적 익사 및 익수(W65~W74), 호흡과 관련된 기타 불의의 위험(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장애 및 삼킴장애
- ⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

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

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

※ 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 재해 해당 여부는 진단확정일 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 진단확정일 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 재해에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

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

장 해 분 류 표

총 칙

1. 장애의 정의

- 1) '장애'라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아 있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태 및 기능상실 상태를 말한다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장애에 포함되지 않는다.
- 2) '영구적'이라 함은 원칙적으로 치유하는 때 장래 회복할 가망이 없는 상태로서 정신적 또는 육체적 훼손상태임이 의학적으로 인정되는 경우를 말한다.
- 3) '치유된 후'라 함은 상해 또는 질병에 대한 치료의 효과를 기대할 수 없게 되고 또한 그 증상이 고정된 상태를 말한다.
- 4) 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장애에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 장애지급률로 한다.
- 5) 위 4)에 따라 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정한다.

2. 신체부위

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

3. 기타

- 1) 하나의 장애가 관찰 방법에 따라서 장애분류표상 2가지 이상의 신체부위에서 장애로 평가 되는 경우에는 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- 2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
- 3) 하나의 장애가 다른 장애와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 지급률만을 적용하며, 하나의 장애로 둘 이상의 파생장애가 발생하는 경우 각 파생장애의 지급률을 합산한 지급률과 최초 장애의 지급률을 비교하여 그 중 높은 지급률을 적용한다
- 4) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장애의 판정대상에 포함되지 않는다. 다만,

뇌사판정을 받은 경우가 아닌 식물인간상태(의식이 전혀 없고 사지의 자발적인 움직임이 불가능하여 일상생활에서 항상 간호가 필요한 상태)는 각 신체부위별 판정기준에 따라 평가한다.

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

장애분류별 판정기준

1. 눈의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 두 눈이 멀었을 때	100
2) 한 눈이 멀었을 때	50
3) 한 눈의 교정시력이 0.02 이하로 된 때	35
4) 한 눈의 교정시력이 0.06 이하로 된 때	25
5) 한 눈의 교정시력이 0.1 이하로 된 때	15
6) 한 눈의 교정시력이 0.2 이하로 된 때	5
7) 한 눈의 안구(눈동자)에 뚜렷한 운동장애나 뚜렷한 조절기능장애를 남긴 때	10
8) 한 눈에 뚜렷한 시야장애를 남긴 때	5
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때	5

나. 장애판정기준

- 1) 시력장애의 경우 공인된 시력검사표에 따라 최소 3회 이상 측정한다.
- 2) '교정시력'이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 원거리 최대교정시력을 말한다. 다만, 각막이식술을 받은 환자인 경우 각막이식술 이전의 시력상태를 기준으로 평가한다.
- 3) '한눈이 멀었을 때'라 함은 안구의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나('광각무') 겨우 가릴 수 있는 경우('광각유')를 말한다.
- 4) '한눈의 교정시력이 0.02이하로 된 때'라 함은 안전수동(Hand Movement)^{※1)}, 안전수지(Finger Counting)^{※2)} 상태를 포함한다.
 ※ 주1) 안전수동: 물체를 감별할 정도의 시력상태가 아니며 눈앞에서 손의 움직임을 식별

할 수 있을 정도의 시력상태

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

- 5) 안구(눈동자) 운동장애의 판정은 질병의 진단 또는 외상 후 1년 이상이 지난 뒤 그 장애 정도를 평가한다.
- 6) '안구(눈동자)의 뚜렷한 운동장애'라 함은 아래의 두 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 한 눈의 안구(눈동자)의 주시야(머리를 움직이지 않고 눈만을 움직여서 볼 수 있는 범위)의 운동범위가 정상 1/2 이하로 감소된 경우
 - 나) 중심 20도 이내에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 경우
- 7) '안구(눈동자)의 뚜렷한 조절기능장애'라 함은 조절력이 정상 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 50세 이상(장애진단시 연령 기준)의 경우에는 제외한다.
- 8) '뚜렷한 시야 장애'라 함은 한 눈의 시야 범위가 정상시야 범위의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다. 이 경우 시야검사는 공인된 시야검사방법으로 측정하며, 시야장애 평가 시 자동시야검사계(골드만 시야검사)를 이용하여 8방향 시야범위 합계를 정상범위와 비교하여 평가한다.
- 9) '눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때'라 함은 눈꺼풀의 결손으로 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮이지 않는 경우를 말한다.
- 10) '눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때'라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.
- 11) 외상이나 화상 등으로 안구의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 안구가 적출되어 눈자위의 조직요물(凹液) 등으로 의안마저 끼워 넣을 수 없는 상태이면 '뚜렷한 추상(추한 모습)'으로, 의안을 끼워 넣을 수 있는 상태이면 '약간의 추상(추한 모습)'으로 지급률을 가산한다.
- 12) '눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때'에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장애를 포함하여 장애를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장애를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장애평가 방법 중 피보험자에게 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

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

다. 귓바퀴의 결손

- 1) '귓바퀴의 대부분이 결손된 때'라 함은 귓바퀴의 연결부가 1/2 이상 결손된 경우를 말한다.
- 2) 귓바퀴의 연결부가 1/2 미만 결손이고 청력에 이상이 없으면 외모의 추상(추한 모습)장애로만 평가한다.

라. 평형기능의 장애

- 1) '평형기능에 장애를 남긴 때'라 함은 전정기관 이상으로 보행 등 일상생활이 어려운 상태로 아래의 평형장애 평가항목별 합산점수가 30점 이상인 경우를 말한다.

항목	내 용	점수
검사소견	양측 전정기능 소실	14
	양측 전정기능 감소	10
	일측 전정기능 소실	4
치료병력	장기 통원치료(1년간 12회이상)	6
	장기 통원치료(1년간 6회이상)	4
	단기 통원치료(6개월간 6회이상)	2
	단기 통원치료(6개월간 6회미만)	0
기능장애 소견	두 눈을 감고 일어서기 곤란하거나 두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 쓰러지는 경우	20
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 중간에 균형을 잡으려 멈추어야 하는 경우	12
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걸을 때 중앙에서 60cm 이상 벗어나는 경우	8

- 2) 평형기능의 장애는 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 치료 후 장애가 고착되었을 때 판정하며, 뇌병변 여부, 전정기능 이상 및 장애상태를 평가하기 위해 아래의 검사들을 기초로 한다.
 가) 뇌영상검사(CT, MRI)
 나) 온도안진검사, 전기안진검사(또는 비디오안진검사) 등

3. 코의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) '코의 호흡기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 일상생활에서 구강호흡의 보조를 받지 않는 상태에서 코로 숨쉬는 것만으로 정상적인 호흡을 할 수 없다는 것이 비강통기도검사 등 의학적으로 인정된 검사로 확인되는 경우를 말한다.
- 2) '코의 후각기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 후각신경의 손상으로 양쪽 코의 후각기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감퇴는 장애의 대상으로 하지 않는다.
- 3) 양쪽 코의 후각기능은 후각인지검사, 후각역치검사 등을 통해 6개월 이상 고정된 후각의 완전손실이 확인되어야 한다.
- 4) 코의 추상(추한 모습)장애를 수반한 때에는 기능장애의 지급률과 추상장애의 지급률을 합산한다.

4. 씹어먹거나 말하는 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애의 평가기준

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

- 발생하고 부드러운 고형식 외에는 섭취가 불가능한 상태
- 5) 개구장애는 턱관절의 이상으로 개구운동 제한이 있는 상태를 말하며, 최대 개구상태에서 위아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 거리를 기준으로 한다. 단, 가운데 앞니(중절치)가 없는 경우에는 측정가능한 인접 치아간 거리의 최대치를 기준으로 한다.
 - 6) 부정교합은 위턱(상악)과 아래턱(하악)의 부조화로 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)가 전방 및 측방으로 맞물림에 제한이 있는 상태를 말한다.
 - 7) '말하는 기능에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - 가) 언어평가상 자음정확도가 30%미만인 경우
 - 나) 전실어증, 운동성실어증(브로카실어증)으로 의사소통이 불가능한 경우
 - 8) '말하는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - 가) 언어평가상 자음정확도가 50%미만인 경우
 - 나) 언어평가상 표현언어지수 25 미만인 경우
 - 9) '말하는 기능에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - 가) 언어평가상 자음정확도가 75%미만인 경우
 - 나) 언어평가상 표현언어지수 65 미만인 경우
 - 10) 말하는 기능의 장애는 1년 이상 지속적인 언어치료를 시행한 후 증상이 고착되었을 때 평가하며, 객관적인 검사를 기초로 평가한다.
 - 11) 뇌중추신경계 손상(정신·인지기능 저하, 편마비 등)으로 인한 말하는 기능의 장애(실어증, 구음장애) 또는 씹어먹는 기능의 장애는 신경계·경신행동 장애 평가와 비교하여 그 중 높은 지급률 하나만 인정한다.
 - 12) '치아의 결손'이란 치아의 상실 또는 발치된 경우를 말하며, 치아의 일부 손상으로 금관치료(크라운 보철수복)를 시행한 경우에는 치아의 일부 결손을 인정하여 1/2개 결손으로 적용한다.
 - 13) 보철치료를 위해 발치한 정상치아, 노화로 인해 자연 발치된 치아, 보철(복합레진, 인레이, 온레이 등)한 치아, 기존 의치(틀니, 임플란트 등)의 결손은 치아의 상실로 인정하지 않는다.
 - 14) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
 - 15) 어린이의 유치는 향후에 영구치로 대체되므로 후유장애의 대상이 되지 않으나, 선천적으로 영구치 결손이 있는 경우에는 유치의 결손을 후유장애로 평가한다.
 - 16) 가철성 보철물(신체의 일부에 붙였다 떼었다 할 수 있는 틀니 등)의 파손은 후유장애의 대상이 되지 않는다.

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(반흔성형술, 레이저치료 등 포함)을 시행한 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말한다.
- 3) '추상(추한 모습)을 남긴 때'라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 경우를 말한다.
- 4) 다발성 반흔 발생시 각 판정부위(얼굴, 머리, 목) 내의 다발성 반흔의 길이 또는 면적은 합산하여 평가한다. 단, 길이가 5mm 미만의 반흔은 합산대상에서 제외한다.
- 5) 추상(추한 모습)이 얼굴과 머리 또는 목 부위에 걸쳐 있는 경우에는 머리 또는 목에 있는 흉터의 길이 또는 면적의 1/2을 얼굴의 추상(추한 모습)으로 보아 산정한다.

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)

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

라. 약간의 추상(추한 모습)

- 1) 얼굴
 - 가) 손바닥 크기 1/4 이상의 추상(추한 모습)
 - 나) 길이 5cm 이상의 추상반흔(추한 모습)의 흉터
 - 다) 지름 2cm 이상의 조직함몰
 - 라) 코의 1/4 이상 결손
- 2) 머리
 - 가) 손바닥 크기 1/2 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
 - 나) 머리뼈의 손바닥 크기 1/2 이상의 손상 및 결손
- 3) 목
 - 가) 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

마. 손바닥 크기

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

6. 척추(등뼈)의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) 척추(등뼈)는 경추에서 흉추, 요추, 제1천추까지를 동일한 부위로 한다. 제2천추 이하의 천골 및 미골은 제간골의 장애로 평가한다.
- 2) 척추(등뼈)의 기형장애는 척추체(척추뼈 몸통)를 말하며, 횡돌기 및 극돌기는 제외한다. 이하 이 신체부위에서 같다)의 압박률 또는 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡 정도에 따라 평가한다.
 - 가) 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡변화는 객관적인 측정방법(Cobb's Angle)에 따라 골절이 발생한 척추체(척추뼈 몸통)의 상·하 인접 정상 척추체(척추뼈 몸통)를 포함하여 측정하며, 생리적 정상만곡을 고려하여 평가한다.
 - 나) 척추(등뼈)의 기형장애는 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률, 골절의 부위 등을 기준으로 판정한다. 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률은 인접 상·하부[인접 상·하부 척추체(척추뼈 몸통)에 진구성 골절이 있거나, 다발성 척추골절이 있는 경우에는 골절된 척추와 가장 인접한 상·하부] 정상 척추체(척추뼈 몸통)의 전방 높이의 평균에 대한 골절된 척추체(척추뼈 몸통) 전방 높이의 감소비를 압박률로 정한다.
 - 다) 척추(등뼈)의 기형장애는 「산업재해보상보험법 시행규칙」(부록) 보충계약관련 법규정 참조)상 경추부, 흉추부, 요추부로 구분하여 각각을 하나의 운동단위로 보며, 하나의 운동단위 내에서 여러 개의 척추체(척추뼈 몸통)에 압박골절이 발생한 경우에는 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률을 합산하고, 두 개 이상의 운동단위에서 장애가 발생한 경

우에는 그 중 가장 높은 지급률을 적용한다.

- 3) 척추(등뼈)의 장애는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 이 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.
- 4) 추간판탈출증으로 인한 신경 장애는 수술 또는 시술(비수술적 치료) 후 6개월 이상 지난 후에 평가한다.
- 5) 신경학적 검사상 나타난 저린감이나 방사통 등 신경자극증상의 원인으로 CT, MRI 등 영상 검사에서 추간판탈출증이 확인된 경우를 추간판탈출증으로 진단하며, 수술 여부에 관계없이 운동장애 및 기형장애로 평가하지 않는다.
- 6) 심한 운동장애란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
 - 나) 머리뼈(두개골), 제1경추, 제2경추를 모두 유합 또는 고정한 상태
- 7) 뚜렷한 운동장애란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
 - 나) 머리뼈(두개골)와 제1경추 또는 제1경추와 제2경추를 유합 또는 고정한 상태
 - 다) 머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추) 사이에 CT 검사 상, 두개 대후두공의 기저점(basion)과 축추 차돌기 상단사이의 거리(BDI: Basion-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태
 - 라) 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추) CT 검사상, 환추 전방 궁(arch)의 후방과 치상돌기의 전면과의 거리(ADI: Atlanto-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태
- 8) 약간의 운동장애
머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추)를 제외한 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
- 9) 심한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 35° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
 - 나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 60%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 90% 이상일 때
- 10) 뚜렷한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 15° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
 - 나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 40%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 60% 이상일 때
- 11) 약간의 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 1개 이상의 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구로 경도(가벼운 정도)의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
 - 나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 20%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 40% 이상일 때

8. 팔의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 않는다.
- 3) '팔'이라 함은 어깨관절(견관절)부터 손목관절(완관절)까지를 말한다.
- 4) '팔의 3대 관절'이라 함은 어깨관절(견관절), 팔꿈치관절(주관절), 손목관절(완관절)을 말한다.
- 5) '한 팔의 손목 이상을 잃었을 때'라 함은 손목관절(완관절)부터(손목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치관절(주관절) 상부에서 절단된 경우도 포함한다.
- 6) 팔의 관절기능장애 평가는 팔의 3대 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다.
 - 가) 각 관절의 운동범위 측정은 장애평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항(부록) **보형계약관련 법·규정 참조**의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
 - 나) 관절기능장애를 표시할 경우 장애부위의 장애각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장애상태를 명확히 한다. 단, 관절기능장애가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.
- 7) '관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 완전 강직(관절굳음)
 - 나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '0등급(zero)'인 경우
- 8) '관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.

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

나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우

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

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

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

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

10) '관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.

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

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

11) '가관절^{*)}이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.

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

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

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

다. 지급률의 결정

1) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나에 기능장애가 생기고 다른 관절 하나에 기능장애가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

2) 1상지(팔과 손가락)의 후유장애지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

9. 다리의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 않는다.
- 3) '다리'라 함은 엉덩이관절(고관절)부터 발목관절(족관절)까지를 말한다.
- 4) '다리의 3대 관절'이라 함은 엉덩이관절(고관절), 무릎관절(슬관절), 발목관절(족관절)을 말한다.
- 5) '한 다리의 발목 이상을 잃었을 때'라 함은 발목관절(족관절)부터(발목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절(슬관절)의 상부에서 절단된 경우도 포함한다.
- 6) 다리의 관절기능장애 평가는 다리의 3대 관절의 관절운동범위 제한 및 무릎관절(슬관절)의 동요성 등으로 평가한다.
 - 가) 각 관절의 운동범위 측정은 장애평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항(부록) **보형계약관련 법·규정 참조**의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
 - 나) 관절기능장애가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.

- 7) 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 완전 강직(관절굳음)
 - 나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '0등급(zero)'인 경우
- 8) '관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
 - 나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
 - 다) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - 라) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '1등급(trace)'인 경우
- 9) '관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
 - 나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - 다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 2등급(poor)인 경우
- 10) '관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
 - 나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - 다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 3등급(fair)인 경우
- 11) 동요장애 평가 시에는 정상측과 환측을 비교하여 증가된 수치로 평가한다.
- 12) '가관절[※]이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.

※ 주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 '불유합' 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외한다.
- 13) '가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 경골과 종아리뼈 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 14) '뼈에 기형을 남긴 때'라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.
- 15) 다리 길이의 단축 또는 과신장은 스캐노그램(scanogram)을 통하여 측정한다.

다. 지급률의 결정

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

- 6) 흉복부, 비노생식기계 장애는 질병 또는 외상의 직접 결과로 인한 장애를 말하며, 노화에 의한 기능장애 또는 질병이나 외상이 없는 상태에서 예방적으로 장기를 절제, 적출한 경우는 장애로 보지 않는다.
- 7) 상기 흉복부 및 비노생식기계 장애항목에 명기되지 않은 기타 장애상태에 대해서는 <붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표에 해당하는 장애가 있을 때 ADLs 장애 지급률을 준용한다.
- 8) 상기 장애항목에 해당되지 않는 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성 폐질환 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 장애를 남긴 때	100
3) 정신행동에 심한 장애를 남긴 때	75
4) 정신행동에 뚜렷한 장애를 남긴 때	50
5) 정신행동에 약간의 장애를 남긴 때	25
6) 정신행동에 경미한 장애를 남긴 때	10
7) 극심한 치매: CDR척도 5점	100
8) 심한치매: CDR척도 4점	80
9) 뚜렷한 치매: CDR 척도 3점	60
10) 약간의 치매: CDR 척도 2점	40
11) 심한 간질발작이 남았을 때	70
12) 뚜렷한 간질발작이 남았을 때	40
13) 약간의 간질발작이 남았을 때	10

나. 장애판정기준

1) 신경계

- 가) "신경계에 장애를 남긴 때"라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계 손상으로 <붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표의 5가지 기본동작중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.
- 나) 위 가)의 경우 <붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표 상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장애로 인정하지 않는다.

- 다) 신경계의 장애로 발생하는 다른 신체부위의 장애(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장애로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- 라) 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 12개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장애를 평가한다. 그러나, 12개월이 지났다고 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위에서 장애 평가를 유보한다.
- 마) 장애진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

- 가) 정신행동장애는 보험기간중에 발생한 뇌의 질병 또는 상해를 입은 후 18개월이 지난 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 질병발생 또는 상해를 입은 후 의식상태가 1개월 이상 지속된 경우에는 질병발생 또는 상해를 입은 후 12개월이 지난 후에 판정할 수 있다.
- 나) 정신행동장애는 장애판정 직전 1년 이상 충분한 정신건강의학과 전문적 치료를 받은 후 치료에도 불구하고 장애가 고착되었을 때 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로써 고정되거나 중하게 된 장애에 대해서는 인정하지 않는다.
- 다) '정신행동에 극심한 장애를 남긴 때'라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료를 받았으며 GAF 30점 이하인 상태를 말한다.
- 라) '정신행동에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료를 받았으며 GAF 40점 이하인 상태를 말한다.
- 마) '정신행동에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준' 상 6개 항목 중 3개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 50점 이하인 상태를 말한다.
 - ※ 주) 능력장애측정기준의 항목: ㉠ 적절한 음식섭취, ㉡ 대소변관리, 세면, 목욕, 청소 등의 정결 유지, ㉢ 적절한 대화기술 및 협조적인 대인관계, ㉣ 규칙적인 통원·약물 복용, ㉤ 소지품 및 금전관리나 적절한 구매행위, ㉥ 대중교통이나 일반공공시설의 이용
- 바) '정신행동에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준' 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 60점 이하인 상태를 말한다.
- 사) '정신행동에 경미한 장애를 남긴 때'라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준' 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 70점 이하인 상태를 말한다.
- 아) 지속적인 정신건강의학과 치료란 3개월 이상 약물치료가 중단되지 않았음을 의미한다.
- 자) 심리학적 평가보고서는 정신건강의학과 의료기관에서 실시되어야 하며, 자격을 갖춘 임상심리전문가가 시행하고 작성하여야 한다.
- 차) 정신행동장애 진단 전문의는 정신건강의학과 전문의를 말한다.
- 카) 정신행동장애는 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자극명활형, 뇌전산화촬영, 뇌파 등 객관적 근거를 기초로 평가한다. 다만, 보호자나 환자의 진술, 감정의 추정 혹은 인정, 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌 SPECT 등)은 객관적 근거로 인정하지 않는다.
- 타) 각종 기질성 정신장애와 외상후 간질에 한하여 보상한다.

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

3) 치매

- 가) “치매”라 함은 정상적으로 성숙한 뇌가 질병이나 외상 후 기질성 손상으로 파괴되어 한 번 획득한 지적기능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 것을 말한다.
- 나) 치매의 장애평가는 임상적인 증상 뿐 아니라 뇌영상검사(CT 및 MRI, SPECT등)를 기초로 진단되어야 하며, 18개월 이상 지속적인 치료 후 평가한다. 다만, 진단시점에 이미 극심한 치매 또는 심한 치매로 진행된 경우에는 6개월간 지속적인 치료 후 평가한다.
- 다) 치매의 장애평가는 전문의(정신건강의학과, 신경과)에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따른다.

4) 뇌전증(간질)

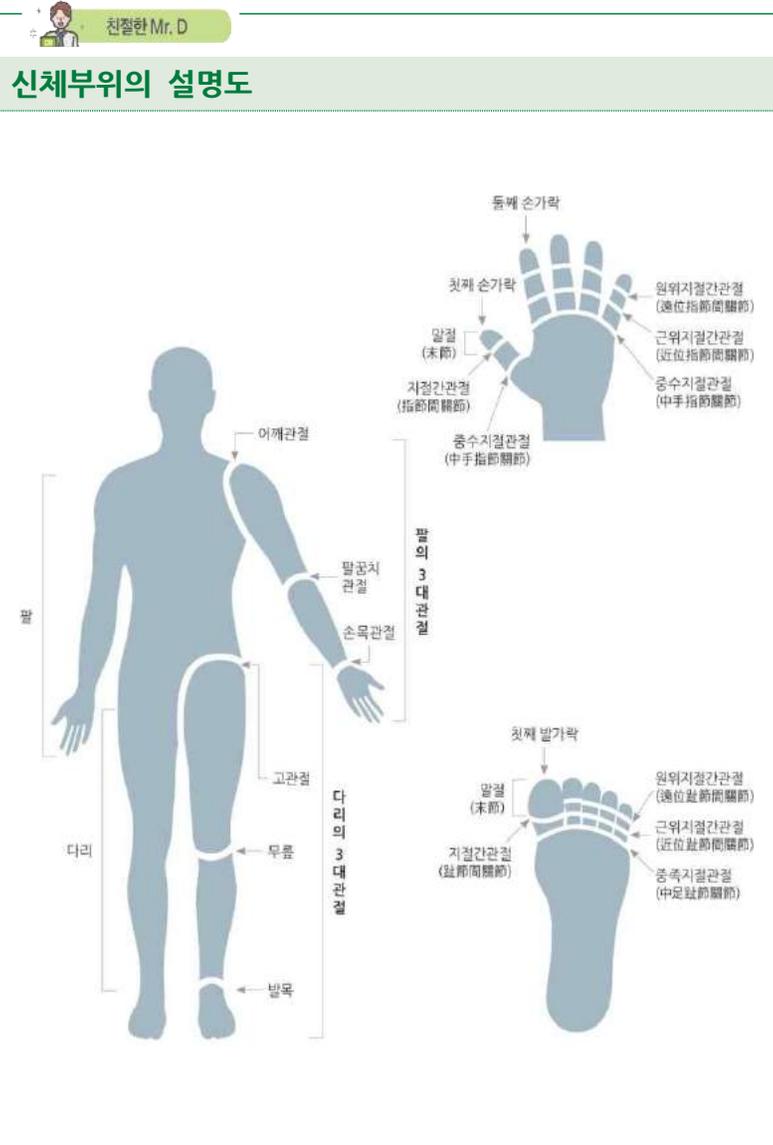
- 가) “뇌전증(간질)”이라 함은 돌발적 뇌파 이상을 나타내는 뇌질환으로 발작(경련, 의식장애 등)을 반복하는 것을 말한다.
- 나) 간질발작의 빈도 및 양상은 지속적인 항간질제(항전간제) 약물로도 조절되지 않는 간질을 말하며, 진료기록에 기재되어 객관적으로 확인되는 간질발작의 빈도 및 양상을 기준으로 한다.
- 다) “심한 간질 발작”이라 함은 월 8회 이상의 중증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작할 때 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장애 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.
- 라) “뚜렷한 간질 발작”이라 함은 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
- 마) “약간의 간질 발작”이라 함은 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
- 바) “중증발작”이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장애가 3분 이상 지속되는 발작을 말한다.
- 사) “경증발작”이라 함은 운동장애가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

<붙임>

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표

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

유형	제한 정도에 따른 지급률
목욕	- 세안, 양치, 샤워, 목욕 등 모든 개인위생 관리시 타인의 지속적인 도움이 필요한 상태 (10%)
	- 세안, 양치시 부분적인 도움 하에 혼자서 가능하나 목욕이나 샤워시 타인의 도움이 필요한 상태 (5%)
	- 세안, 양치와 같은 개인위생관리를 독립적으로 시행가능하나 목욕이나 샤워시 부분적으로 타인의 도움이 필요한 상태 (3%)
옷 입고 벗기	- 상·하의 의복 착탈시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태 (10%)
	- 상·하의 의복 착탈시 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태 또는 상의 또는 하의중 하나만 혼자서 착탈의가 가능한 상태 (5%)
	- 상·하의 의복착탈시 혼자서 가능하나 미세동작(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)이 필요한 마무리는 타인의 도움이 필요한 상태 (3%)



(별표 4)

“루게릭병”의 정의

① “루게릭병”으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1.시행) 중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대상질병명	분류번호
가족성 근위축측삭경화증	G12.20
산발형 근위축측삭경화증	G12.21

※ 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단확정일 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 진단확정일 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

② 제①항의 “루게릭병”의 진단확정은 병력·신경학적 검진과 함께 혈액검사, 뇌척수액검사(CSF), 근 조직생검사(Muscle Biopsy), 근전도검사(EMG), 경부X-선 검사, 자기공명영상(MRI), 척수조영술 등을 근거로 하여 의료법 제3조(의료기관)([부록] 보험계약관련 법·규정 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 기록결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

(별표 5)

“파킨슨병”의 정의

① 약관에 규정하는 파킨슨병으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1.시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대상질병명	분류번호
파킨슨병	G20

1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단확정일 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

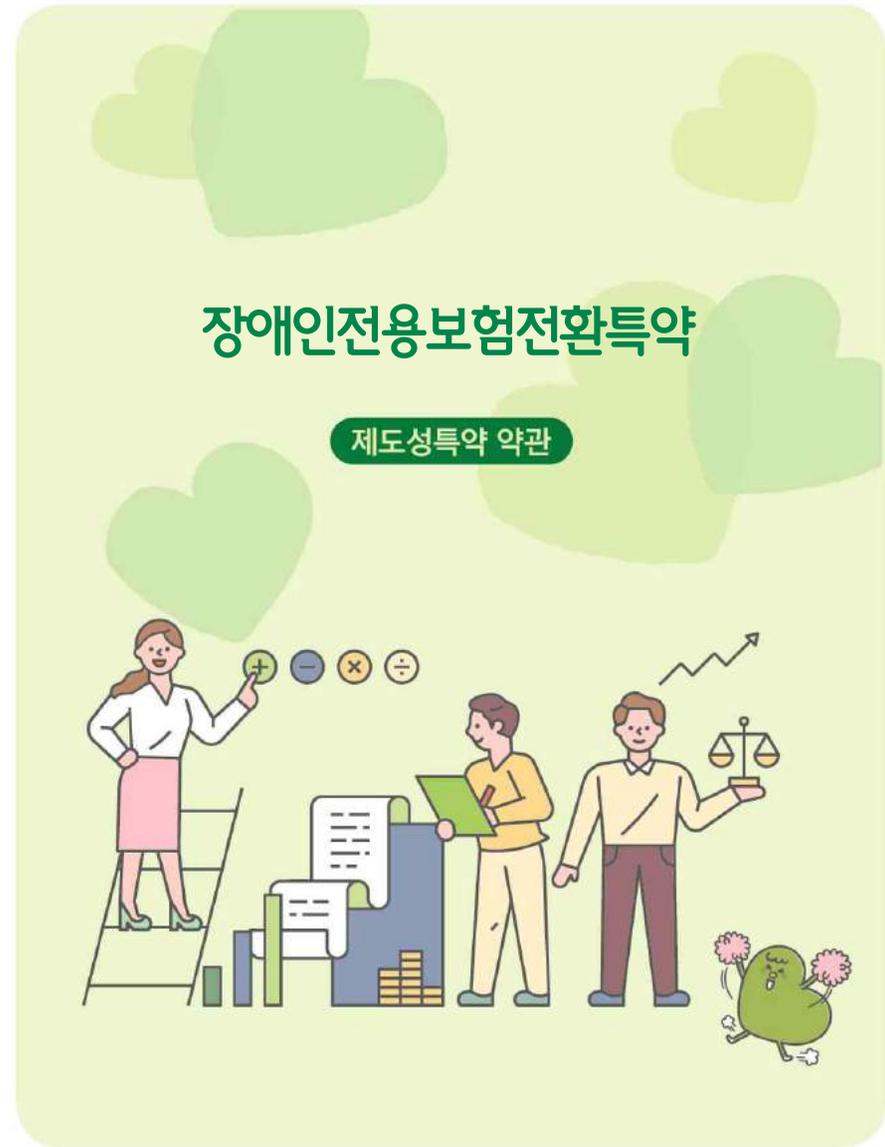
2. 진단확정일 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

“다발경화증”의 정의

- ① 다발경화증의 진단확정은 병력·신경학적 검진으로 뇌척수액검사(CSF), 핵자기공명영상법(MRI), 뇌유발전위검사(Brain E-P) 등을 근거로 하여 의료법 제3조(의료기관) (**[부록] 보험계약관련 법·규정 참조**)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 해당 분야의 전문의(치과의사, 한의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.
- ② 다발경화증으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 (통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대상질병명	분류번호
다발경화증	G35

1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단확정일 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단확정일 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.



장애인전용보험전환특약 약관



제1조 [특약의 적용범위]

- ① 이 특약은 계약자가 청약(請約)하고 회사가 승낙(承諾)함으로써 다음 각호의 조건을 모두 만족하는 보험계약(특약이 추가되어 있는 경우에는 해당되는 특약을 포함할 수 있으며, 이하 "전환대상계약"이라 합니다)에 대하여 장애인전용보험으로 전환을 청약하는 경우에 적용합니다.
 1. 「소득세법 제59조의4(특별세액공제) 제1항 제2호」에 따라 보험료가 특별세액공제의 대상이 되는 보험
 - ※ 관련법: 소득세법 제59조의4(특별세액공제), 소득세법 시행령 제118조의4 (보험료의 세액공제), 소득세법 시행규칙 제61조의3 (공제대상보험료의 범위)
 - (부록) 보험계약관련 법·규정 참조)**
 2. 모든 피보험자 또는 모든 보험수익자가 「소득세법 시행령 제107조(장애인의 범위) 제1항」에서 규정한 장애인인 보험
 - ※ 관련법: 소득세법 시행령 제107조(장애인의 범위), 소득세법 시행규칙 제54조(장애아동의 범위) **(부록) 보험계약관련 법·규정 참조)**



친절한 Mr. D

이 특약을 적용할 수 없는 사례 예시

- [예시1] 피보험자는 1인은 비장애인이고 보험수익자 2인 중 한명은 비장애인, 한명은 장애인인 경우
- ▶ 모든 보험수익자가 장애인이 아니므로 이 특약을 적용할 수 없습니다.
- [예시 2] 피보험자는 비장애인이고 보험수익자가 법정상속인(장애인)인 경우
- ▶ 현재 법정상속인이 장애인이라고 하더라도 이 특약을 적용할 수 없습니다. 장애인 전용보험으로 전환을 원할 경우 수익자 지정이 필요합니다.



용어해설

"법정상속인" 이란?

법정상속인은 피상속인의 사망으로 인하여 민법의 규정에 의한 상속순서에 따라 상속 받는 사람을 말합니다.

※ 관련법: 민법 제1000조(상속의 순위)(부록) 보험계약관련 법·규정 참조)

- ② 전환대상계약이 해지 또는 기타 사유로 효력이 없게 된 경우 또는 전환대상계약이 제1항에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
- ③ 제2조 제1항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료된 경우에는 제3조 제1항에도 불구하고 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환되지 않습니다.
- ④ 이 특약의 계약자는 전환대상계약의 계약자와 동일하여야 합니다.

제2조 [제출서류]

- ① 이 특약에 가입하고자 하는 계약자는 모든 피보험자 또는 모든 보험수익자의 「소득세법 시행

규칙 별지 제38호 서식에 의한 장애인증명서의 원본 또는 사본(이하, "장애인증명서"라 합니다)을 제출하여 제1조(특약의 적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건에 해당함을 회사에 알려야 합니다.

- ② 제1항에도 불구하고 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」(부록) 보험계약관련 법·규정 참조)에 따른 상이자의 증명을 받은 사람 또는 「장애인복지법」(부록) 보험계약관련 법·규정 참조)에 따른 장애인등록증을 발급받은 사람에 대해서는 해당 증명서·장애인등록증의 사본이나 그 밖의 장애 사실을 증명하는 서류를 제출하여야 하며, 이 경우 제1항의 장애인증명서는 제출하지 않을 수 있습니다.
- ③ 장애인으로서 당해 장애의 상태가 1년 이상 지속될 것으로 예상되는 경우 그 장애기간이 기재된 장애인증명서를 제1항에 따라 회사에 제출한 때에는 그 장애기간 동안은 이를 다시 제출하지 않을 수 있습니다.
- ④ 제1항에 따라 제출한 장애인증명서의 장애기간이 변경되는 경우 계약자는 이를 회사에 알리고 변경된 장애기간이 기재된 장애인증명서를 제출하여야 합니다.

제3조 [장애인전용보험으로의 전환]

- ① 회사는 이 특약이 부가된 전환대상계약에 「소득세법 제 59조의4(특별세액공제) 제1항 제1호」(부록) 보험계약관련 법·규정 참조)에 해당하는 장애인전용보험으로 전환하여 드립니다.
- ② 제1항에 따라 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 후부터 납입된 전환대상계약보험료는 보험료납입영수증에 장애인전용 보장성보험료로 표시됩니다.



친절한 Mr. D

자세히 알아보십시오!

20<<년 1월 15일에 전환대상계약에 가입한 계약자가 20<<년 6월 1일에 이 특약을 청약하고 회사가 승낙하여 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 경우, 이 특약을 청약하기 전(20<<년 1월 15일~ 20<<년 5월 31일)에 납입된 보험료는 당해년도 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성 보험료로 표시되지 않으며, 장애인전용보험으로 전환된 이후(20<<년 6월 1일 ~ 20<<년 12월 31일) 납입된 보험료만 장애인전용 보장성보험료로 표시됩니다.

- ③ 제2항에도 불구하고, 「전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 당해년도에 전환대상계약이 제1조(특약의 적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우」 또는 「전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 당해년도에 제4조(전환 취소)에 따라 전환을 취소하는 경우」에는 당해년도에 납입한 모든 전환대상계약보험료가 보험료납입영수증에 장애인전용 보장성보험료로 표시되지 않습니다. 다만, 제2조(제출서류) 제1항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료됨에 따라 제1조(특약의 적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우에는 이 조항이 적용되지 않습니다.



친절한 Mr. D

자세히 알아보십시오!

20<<년 1월 15일에 전환대상계약에 가입한 계약자가 20<<년 6월 1일에 이 특약을 청약하고 회사가 승낙하여 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환되었으나 20<<년 12월 1일에 전환을 취소한 경우, 이 전환대상계약에 납입된 모든 보험료는 당해년도 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성 보험료로 표시되지 않으며 소득세법에 따라 보험료의 100분의 15에 해당하는 금액이 종합소득산출세액에서 공제되지 않습니다.

- ④ 전환대상계약에 이 특약이 부가된 이후 제4조(전환 취소)에 따라 전환을 취소한 경우 또는 전

환대상계약이 제1조(특약의 적용범위)제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않아 이 특약의 효력이 없어진 경우 해당 전환대상계약에는 이 특약을 다시 부가할 수 없습니다. 다만, 제2조(제출서류) 제1항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료됨에 따라 전환대상계약이 제1조(특약의 적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우에는 이 조항이 적용되지 않습니다.

제4조 [전환 취소]

계약자는 전환대상계약에 대하여 장애인전용보험으로의 전환을 취소할 수 있으며, 이 경우 전환 취소 신청서를 회사에 제출하여야 합니다.

제5조 [준용규정]

- ① 이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 전환대상계약약관, 소득세법 등 관련법규에서 정하는바에 따릅니다.
- ② 소득세법 등 관련법규가 제·개정 또는 폐지되는 경우 변경된 법령을 따릅니다.

지정대리청구서비스특약

제도성특약 약관





제1관 특약의 성립과 유지

제1조 [적용대상]

이 특약은 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 주계약 및 특약에 적용됩니다.

제2조 [특약의 체결 및 소멸]

- ① 이 특약은 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어집니다. (이하 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사” 라 합니다)
- ② 제1조(적용대상)의 보험계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 되는 경우에는 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다.

제2관 지정대리청구인의 지정

제3조 [지정대리청구인의 지정]

- ① 계약자는 주계약 및 특약에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약을 체결할 때 또는 계약체결 이후 보험금의 대리청구인(2인 이내에서 지정하되, 2인 지정시 대표지정대리청구인을 지정)(이하, “지정대리청구인”이라 합니다)을 지정(제4조 [지정대리청구인의 변경지정] 에 의한 변경 지정 포함)할 수 있습니다.
- ② 지정대리청구인은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자 중에서 1명으로 하며, 보험금 청구 시에도 다음 각 호의 어느 하나에 해당해야 합니다.
 1. 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
 2. 피보험자의 3촌 이내의 친족
- ③ 제1항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제1조(적용대상)의 보험수익자가 변경 되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

제4조 [지정대리청구인의 변경지정]

계약자는 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
2. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

제3관 보험금 지급 등의 절차

제5조 [보험금 지급 등의 절차]

- ① 지정대리청구인은 제6조(보험금의 청구)에 정한 서류 및 제1조(적용대상)의 보험수익자가 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제1조(적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다. 다만, 2인의 지정대리청구인이 지정된 경우에는 그 중 대표지정대리청구인이 보험금을 청구하고 수령할 수 있으며, 대표지정대리청구인이 사망 등의 사유로 보험금 청구가 불가능한 경우에는 대표가 아닌 지정대리청구인도 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다.
- ② 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

제6조 [보험금의 청구]

지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증)
4. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
5. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제4관 기타사항 등

제7조 [준용규정]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관 및 해당 특별약관의 규정을 따릅니다.

특별조건부특약

제도성특약 약관



특별조건부특약 약관(‘표준하체에 대한 특별조건부인수특약’)



※ 본 특약은 표준하체에 대하여 특별조건을 붙여서 계약을 체결하는 특약입니다.

용어해설
“표준체” 란? 표준체는 건강상태에 따라 위험률을 할인·할증하지 않은 일반 위험률을 적용하는 피보험자를 말합니다.
“표준하체” 란? 표준하체는 위험도가 일반 위험률보다 높아 표준체와 동일한 조건으로는 계약이 불가능한 피보험자를 말합니다.

제1조 [특약의 체결 및 효력]

- ① 이 특약은 보험계약을 체결할 때 피보험자의 건강상태가 보험회사가 정한 계약심사기준에 적합하지 않은 경우 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다. (이하 주된 보험계약은 "주계약", 보험계약자는 "계약자", 보험회사는 "회사", 이 특약의 적용을 받는 주계약 또는 특약은 "해당계약"이라 합니다)
- ② 이 특약에 대한 보장개시일은 해당계약의 보장개시일과 동일합니다.
- ③ 해당계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력이 없어진 경우에는 이 특약도 더 이상 효력이 없습니다.

용어해설
“계약심사기준” 이란? 피보험자의 건강상태, 위험의 종류 등을 판별하고 이에 따라 인수여부를 결정하는 기준을 말합니다.

용어해설
“해지” 란? 현재 유지되고 있는 계약이나 또는 효력이 상실된 계약을 장래를 향하여 소멸시키거나 계약유지 의사를 포기하여 만기일 이전에 계약관계를 청산하는 것을 말합니다.

제2조 [특약의 내용]

이 특약은 피보험자의 위험도가 높아 보험계약의 가입이 불가능한 경우 이 약관이 정하는 바에 따라 가입할 수 있도록 하여 해당계약의 보험기간 중 위험에 대한 보장을 받을 수 있는 것을 주된 내용으로 합니다.

제3조 [특약의 부가조건]

- ① 이 특약에 의하여 부가하는 계약 조건은 피보험자의 건강상태, 위험의 종류 및 정도에 따라 다

음 중 한 가지 방법으로 부가합니다.

1. 할증보험료법

할증위험률(割増危険率)에 의한 보험료와 표준체 보험료와의 차액을 특약보험료라 하며 계약을 체결할 때 위험의 정도에 따라 표준체 보험료에 회사에서 정한 특약보험료를 더하여 납입보험료로 합니다. 이러한 경우 피보험자에게 보험사고가 발생하였을 때에는 해당계약에 정한 보험금을 지급합니다.

용어해설

“할증위험률”이란?

피보험자의 건강상태가 회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우 일반 위험률 보다 높게 적용되는 위험률로, 이를 적용할 경우 보험료가 할증될 수(비싸질 수) 있습니다.

2. 보험금감액법

계약일로부터 회사가 정하는 감액 기간 내에 피보험자에게 **재해분류표(별표1 참조)**에서 정한 재해(이하 “재해”라 합니다) 이외의 원인으로 해당계약의 감액대상 보험금 지급사유가 발생하였을 경우에는 해당계약의 규정에도 불구하고 계약시에 정한 감액기간 및 보험금지급비율에 따라 보험금을 감액 지급합니다.

가. 계단식 보험금감액법

경과기간	기준	감액기간 및 보험금지급비율				
		1년	2년	3년	4년	5년
1년미만	해당계약에 정한 지급보험금	50%	30%	25%	20%	15%
1년이상 2년미만		60%	50%	40%	30%	
2년이상 3년미만		100%	75%	60%	45%	
3년이상 4년미만			80%	60%		
4년이상 5년미만			80%			
5년이상					80%	

나. 평균식 보험금감액법

경과기간에 상관없이 전 감액기간 동안 50%이상의 범위 내에서 회사가 정한 동일한 보험금지급비율을 적용하여 보험금을 지급합니다.

그러나, 그 보험사고의 발생원인이 재해로 인하여 피보험자가 사망한 경우에는 감액된 보험금을 지급하지 않고 해당계약의 규정에 따른 보험금을 지급합니다.

이 특약에서 ‘사망’에는 보험기간에 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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



용어해설

“실종선고”란?

어떤 사람의 생사불명 상태가 일정기간 이상 계속될 때 일정절차에 따라 법원이 사망한 것으로 인정하는 제도를 말합니다.

※ 관련법: 민법 제27조(실종의 선고)(**[부록] 보험계약관련 법·규정 참조**)

3. 나이가산법

할증위험률에 따른 보험료가 표준체 보험료와 가장 가까운 나이간의 차이를 연증수(年增數)라 합니다. 즉 어떤 결함을 가진 피보험자의 위험지수(危險指數)가 실제 n세 높은 나이의 표준체와 같은 위험률을 나타낸다고 인정될 때 “n년증”이라 칭하고 n세 높은 나이의 표준체보험료를 받아들이는 방법입니다.

4. 나이가산법과 보험금감액법을 동시에 적용 할 수 있습니다.

- ② 제1항 제2호의 감액기간은 피보험자의 건강상태, 위험의 종류 및 정도에 따라 5년 이내로 합니다. 또한 그 판단기준은 회사에서 정한 계약심사기준을 따르며 개개인의 질병의 상태 등에 대한 의사의 소견에 따라서 다르게 적용할 수 있습니다.



용어해설

“감액(액수를 줄임)”이란?

보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 것을 말합니다. (이에 따라 보험료, 보험금 및 적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.)



친절한 Mr. D

자동갱신계약의 감액기간 산정방법에 대해 알아봅시다.

이 특약을 계약자가 보험기간이 끝나는 날까지 계약을 유지하지 않는다는 의사표시가 없는 한 별도의 계약상사 없이 갱신되는 계약(이하 “갱신계약”이라 합니다)에 부가하는 경우 「감액기간」의 산정은 최초 계약일을 기준으로 합니다.

- ③ 제1항 제1호에서 제4호의 규정에 의하여 해당계약에 부가된 조건을 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제4조 [특약의 보험기간 및 보험료 납입]

- ① 이 특약의 보험기간은 해당계약의 보험기간과 동일합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 해당계약의 보험료 납입기간 중에 해당계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 해당계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ③ 이 특약이 부가된 해당계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우에는 이 특약의 보험료 납입도 면제됩니다.

제5조 [특약내용의 변경]

이 특약이 부가된 해당계약의 약관의 규정에도 불구하고 다음과 같은 내용은 변경할 수 없습니다.

1. 보험기간 또는 보험료 납입기간의 변경

2. 감염완납 또는 연장보험으로의 변경

 용어해설
“감액완납”이란?
차회 이후의 보험료 납입을 중단하는 대신 보험가입금액을 줄이는 것을 말합니다.
“연장보험”이란?
차회 이후의 보험료 납입을 중단하는 대신 보험기간을 변경 하는 것을 말합니다.

제6조 [해당계약 약관 규정의 준용]

이 특약에 따로 정하지 않는 사항에 대하여는 이 특약이 부가된 해당계약 약관의 규정을 따릅니다.

(별표 1)

재 해 분 류 표

1. 보장대상이 되는 재해

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

- ① 한국표준질병사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호 **(부록) 보험계약관련 법·규정 참조**에 규정 한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
 - 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
 - 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
 - 식량부족(X53)
 - 물부족(X54)
 - 상세불명의 결핍(X57)
 - 고의적 자해(X60~X84)
 - "법적 개입" 중 법적 처형(Y35.5)
- ③ "외과적 및 내과적 치료중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(다만, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 환자의 이상반응 또는 이후 합병증의 원인이 된 외과적 및 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장)
- ④ "자연의 힘에 노출(X30~X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
- ⑤ "우발적 익사 및 익수(W65~W74), 호흡과 관련된 기타 불의의 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장애 및 삼킴장애
- ⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

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

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

※ 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 재해 해당 여부는 진단확정일 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

※ 진단확정일 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 재해에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

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

특정 신체부위·질병보장제한부 인수특약

제도성특약 약관



특정 신체부위·질병보장제한부 인수특약 약관



제1조 [특약의 체결 및 효력]

① 이 특약은 주계약 또는 특약(이하 "해당계약"이라 합니다)을 체결할 때 피보험자의 건강상태가 계약심사기준에 적합하지 않은 경우 또는 해당계약을 체결한 후 계약전 알릴 의무 위반의 효과 등으로 보장을 제한할 경우 보험계약자의 청약(또는 신청)과 보험회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어집니다. (이하 보험계약자는 "계약자", 보험회사는 "회사"라 합니다)



용어해설

"계약심사기준"이란?

피보험자의 건강상태, 위험의 종류 등을 판별하고 이에 따라 보장제한여부를 결정하는 기준을 말합니다.

- ② 제1항에 따라 보장이 제한되는 범위는 의학적으로 인과관계가 있다고 입증된 경우 혹은 경험통계적으로 인과관계가 유의성 있게 입증된 경우 등 피보험자의 과거 병력(계약 전 알릴 의무사항에 해당하는 질병)과 직접적으로 관련이 있는 신체부위 혹은 질병 등으로 제한하며, 이 특약을 부가할 때에는 회사는 부담할 설정범위 및 사유를 계약자에게 설명하여 드립니다.
- ③ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 해당계약의 보장개시일과 동일합니다.
- ④ 해당계약이 해지 또는 기타 사유에 따라 효력이 없어진 경우에는 이 특약도 더 이상 효력이 없습니다.
- ⑤ 해당계약에서 정한 보장개시일 이전에 발생한 질병에 대하여 계약을 무효로 하는 경우에도 다음 각 호의 경우에는 계약을 무효로 하지 않습니다.
 1. 이 특약 제2조(특약면책조건의 내용) 제1항 제1호에서 정한 특정 신체부위에 발생한 질병에 대하여 면책조건으로 계약을 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정 신체부위에 질병이 발생한 경우
 2. 이 특약 제2조(특약면책조건의 내용) 제1항 제2호에서 정한 특정질병에 대하여 면책조건으로 계약을 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정질병이 발생한 경우

제2조 [특약면책조건의 내용]

- ① 이 특약에서 정한 면책기간 중에 다음 각 호의 질병을 직접적인 원인으로 해당계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 회사는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않습니다.
 다만, 사망으로 인하여 보험금 등의 지급사유가 발생한 경우에는 사망보험금을 지급합니다.
 1. 별표 1 "특정 신체부위분류표" 중에서 회사가 지정한 신체부위 (이하 "특정 신체부위"라 합니다)에 발생한 질병 또는 특정 신체부위에 발생한 질병의 전이로 인하여 특정 신체부위 이외의 신체부위에 발생한 질병
 2. 별표 2 "특정질병분류표" 중에서 회사가 지정한 질병 (이하 "특정질병"이라 합니다)
- ② 제1항의 면책기간은 특정 신체부위 또는 특정질병의 상태에 따라 「1년부터 5년」 또는 「주

계약의 보험기간」으로 합니다. 또한 그 판단기준은 회사에서 정한 계약심사기준을 따르며, 개인의 질병의 상태 등에 대한 의사의 소견에 따라서 다르게 적용할 수 있습니다.



친절한 Mr. D

자동갱신계약의 면책기간 산정방법에 대해 알아보시다.

이 특약을 계약자가 보험기간이 끝나는 날까지 계약을 유지하지 않는다는 의사표시가 없는 한 별도의 계약심사 없이 갱신되는 계약(이하 "갱신계약"이라 합니다)에 부가하는 경우 「면책기간」의 산정은 최초 계약일을 기준으로 하며, 「주계약의 보험기간」은 최초 계약일부터 최종 갱신계약의 종료일까지로 합니다.

- ③ 제1항의 규정에도 불구하고 다음 사항 중 어느 하나의 사유로 주계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다.
 1. 제1항 제1호에서 지정한 특정 신체부위에 발생한 질병의 합병증으로 특정 신체부위 이외의 신체부위에 발생한 질병으로 주계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우(다만, 전이는 합병증으로 보지 않습니다)



용어해설

“합병증”이란?

어떠한 질환에 관련하여 생긴 다른 질환을 말합니다.

“전이”란?

병원체 또는 종양세포 등이 기관이나 조직의 어떤 곳에서 멀리 떨어진 다른 곳으로 이동하여 그곳에 정착 및 증식 하는 상태를 말합니다.

2. 제1항 제2호에서 지정한 특정질병의 합병증으로 발생한 특정질병 이외의 질병으로 주계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우
 3. (별표3) 재해분류표에서 정하는 재해로 주계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우
 4. 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안 제1항 제1호 및 제2호에서 지정한 질병으로 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없고, 청약일로부터 5년이 지난 이후 제1항 제1호 및 제2호에서 정한 질병으로 주계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우
- ④ 제1항의 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없는 경우는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.
 1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
 2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우
 - ⑤ 제3항 제4호의 “청약일 이후 5년이 지나는 동안”이라 함은 주계약에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
 - ⑥ 제3조(효력상실된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 발생한 경우 부활일을 청약일로 하여 제3항 및 제5항을 적용합니다.
 - ⑦ 이 특약을 입원을 보장하는 계약에 부가하고, 피보험자가 회사가 정한 면책기간의 종료일을 포함하여 계속하여 입원한 경우 그 입원에 대해서는 면책기간 종료일의 다음날을 입원의 개시일로 인정하여 보험금을 지급합니다.
 - ⑧ 피보험자에게 보험사고가 발생했을 경우, 그 사고가 특정 신체부위 또는 특정질병을 직접적인 원인으로 발생한 사고인가 아닌가는 의사의 진단서와 의견을 주된 판단자료로 결정합니다.

- ⑨ 제1항의 특정 신체부위 및 특정질병은 4개 이내에서 선택하여 부가 할 수 있습니다.

제3조 [효력상실된 특약의 부활(효력회복)]

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조(특약의 체결 및 효력) 제3항의 규정을 따릅니다.

제4조 [주계약 약관 규정의 준용]

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

(별표 1)

특정 신체부위 분류표

분류 번호	특정신체부위의 명칭	분류 번호	특정신체부위의 명칭
1	위, 십이지장	27	고환[고환초막(고환집막) 포함] 부고환, 정관, 정삭 및 정낭
2	공장(빈창자), 회장(돌창자), 맹장(홍수물기 포함)	28	갑상선
3	대장(맹장, 직장 제외)	29	부갑상선
4	직장	30	서혜부(넓적다리 부위의 위쪽 주변)(서혜 탈장, 음낭 탈장 또는 대퇴 탈장이 생긴 경우에 한함)
5	항문	31	피부(두피 및 입술 포함)
6	간	32	경추부(해당신경 포함)
7	담낭(쓸개) 및 담관	33	흉추부(해당신경 포함)
8	췌장	34	요추부(해당신경 포함)
9	비장	35	천골(영치뼈)부 및 미골(고리뼈)부(해당신경 포함)
10	기관, 기관지, 폐, 흉막 및 흉곽(늑골 포함)	36	왼쪽 어깨
11	코[외비(코 바깥), 비강(코 안) 및 부비강(코 곁굴) 포함]	37	오른쪽 어깨
12	인두 및 후두(편도 포함)	38	왼팔(왼쪽 어깨 제외, 왼손 포함)
13	식도	39	오른팔(오른쪽 어깨 제외, 오른손 포함)
14	구강, 치아, 혀, 악하선(턱밑샘), 이하선(귀밑샘) 및 설하선(혀밑샘)	40	왼손(왼쪽 손목 관절 이하)
15	귀[외이(바깥 귀), 고막, 중이(가운데귀), 내이(속귀), 청신경 및 유양돌기(꼭지돌기) 포함]	41	오른손(오른쪽 손목 관절 이하)
16	안구 및 안구부속기 [안검(눈꺼풀), 결막, 누기(눈물샘), 안근 및 안와내 조직 포함]	42	왼쪽 고관절
17	신장	43	오른쪽 고관절
18	부신	44	왼쪽 다리(왼쪽 고관절 제외, 왼발 포함)
19	요관, 방광 및 요도	45	오른쪽 다리(오른쪽 고관절 제외, 오른발 포함)
20	음경	46	왼발(왼쪽 발목 관절 이하)
21	질 및 외음부	47	오른발(오른쪽 발목 관절 이하)
22	전립선	48	상하악골(위턱뼈 아래턱뼈)
23	유방(유선 포함)	49	쇄골
24	자궁[자궁체부(자궁몸통) 포함]	50	늑골(갈비뼈)
25	자궁체부(자궁몸통)(제왕절개술을 받은 경우에 한함)		
26	난소 및 난관		

(별표 2)

특정질환 분류표

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

병명	분류 번호	세부내용
심장질환	I00~I02	급성 류마티스열
	I05~I09	만성 류마티스심장질환
	I20~I25	허혈성 심장질환
	I26~I28	폐성 심장병 및 폐순환의 질환
	I30~I52	기타 형태의 심장병
뇌혈관질환	I60~I69	뇌혈관 질환
당뇨병	E10~E14	당뇨병
고혈압질환	I10~I13, I15	고혈압성
결핵	A15~A19	결핵
	B90	결핵의 후유증
담석증	K80	담석증
요로결석증	N20	신장 및 요관의 결석
	N21	하부요로의 결석
	N23	상세불명의 신장 급통증
임신중독증	O11	만성 고혈압에 걸친 전기간
	O12	고혈압을 동반하지 않은 임신(임산·유발) 부종 및 단백뇨
	O13	임신(임산·유발) 고혈압
	O14	전기간
	O15	기간
골관절증 및 류마티스관절염	M05	혈청검사 양성 류마티스관절염
	M06	기타 류마티스관절염
	M08	연소성 관절염
	M15	다발관절증
	M16	고관절증
	M17	무릎관절증
	M18	제1수근중수관절의 관절증
M19	기타 관절증	
척추만곡증	M40	척추후만증 및 척추전만증
	M41	척추측만증
통풍	E79	퓨린 및 피리미딘 대사 장애
	M10	통풍
고지혈증	E78	지질단백질대사장애 및 기타 지질증
사시	H49	마비성 사시
	H50	기타 사시
	H51	양안운동의 기타 장애
백내장	H25	노년백내장
	H26	기타 백내장
	H27	수정체의 기타 장애

병명	분류번호	세부내용
하지정맥류 (정맥염 포함)	I80	정맥염 및 혈전정맥염
	I83	하지의 정맥류
	I87	정맥의 기타 장애
탈장 (음낭수종 포함)	K40	사타구니탈장
	K41	대퇴탈장
	K42	배꼽탈장
	K43	복벽탈장
	K44	횡경막탈장
	K45	기타 복부탈장
	K46	상세불명의 복부탈장
N43	음낭수종 및 정맥류	
유산	N96	습관적 유산자
	O00	자궁외임신
	O01	포상기태
	O02	기타 비정상적 수태부산물
	O03	자연유산
	O04	의학적 유산
	O05	기타 유산
	O06	상세불명의 유산
	O07	시도된 유산의 실패
	O08	유산, 자궁외임신 및 기태임신에 따른 합병증
O20	초기임신중 출혈	
복막의 질환	K65	복막염
	K66	복막의 기타 장애
	K67	달리 분류된 감염성 질환에서의 복막의 장애
골반염	N70	난관염 및 난소염
	N71	자궁경부를 제외한 자궁의 염증성 질환
	N72	자궁경부의 염증성 질환
	N73	기타 여성 골반염증질환
N74	달리 분류된 질환에서의 여성 골반염증장애	
골다공증	M80	병적 골절을 동반한 골다공증
	M81	병적 골절이 없는 골다공증
	M82	달리 분류된 질환에서의 골다공증
천식	J45	천식
	J46	천식지속 상태
빈혈	D50~53	영양성 빈혈
	D55~D59	용혈성 빈혈
	D60~D64	무형성 및 기타 빈혈
다한증	R61	다한증
결절종	M67.4	결절종
지방종	D17	양성 지방종성 신생물
	D21	결합조직 및 기타 연조직의 기타 양성 신생물
	D23	피부의 기타 양성 신생물
자궁내막증	N80	자궁내막증
자궁근증	D25	자궁의 평활근증

1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단확정일 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단확정일 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

재 해 분 류 표

1. 보장대상이 되는 재해

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

- ① 한국표준질병사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호(**[부록] 보험계약관련 법·규정 참조**)에 규정된 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
 - 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
 - 무중력 환경에서의 장기간 체류(X52)
 - 식량부족(X53)
 - 물부족(X54)
 - 상세불명의 결핍(X57)
 - 고의적 자해(X60~X84)
 - "법적 개입" 중 법적 처형(Y35.5)
- ③ "외과적 및 내과적 치료중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(다만, **처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 환자의 이상반응 또는 이후 합병증의 원인이 된 외과적 및 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장**)
- ④ "자연의 힘에 노출(X30~X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
- ⑤ "우발적 익사 및 익수(W65~W74), 호흡과 관련된 기타 불의의 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장애 및 삼킴장애
- ⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

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

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

※ 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 재해 해당 여부는 진단확정일 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

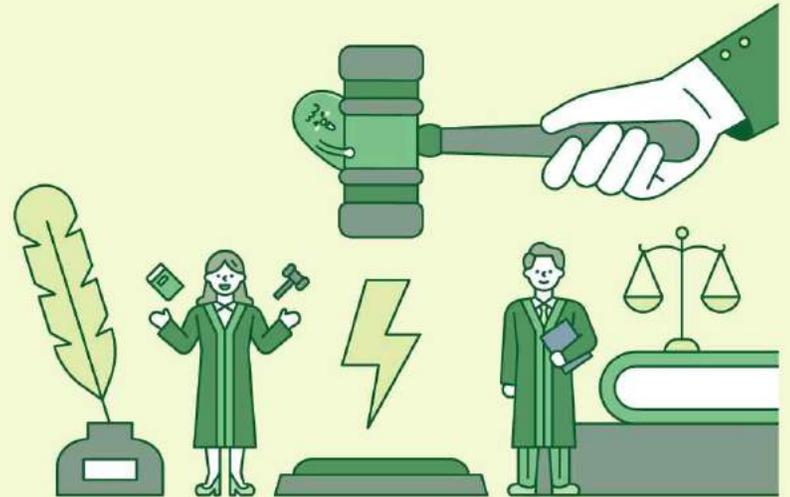
※ 진단확정일 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 재해에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

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

[부록]

보험계약관련 법·규정

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.



법령	조항 및 내용
<p style="text-align: center;">감염병의 예방 및 관리에 관한 법률</p>	<p>제2조(정의) 제2호 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.</p> <ol style="list-style-type: none"> (생략) "제1급감염병"이란 생물테러감염병 또는 치명률이 높거나 집단 발생의 우려가 커서 발생 또는 유행 즉시 신고하여야 하고, 음압격리와 같은 높은 수준의 격리가 필요한 감염병으로서 다음 각 목의 감염병을 말한다. 다만, 갑작스러운 국내 유입 또는 유행이 예견되어 긴급한 예방·관리가 필요하여 질병관리청장이 보건복지부장관과 협의하여 지정하는 감염병을 포함한다. <ul style="list-style-type: none"> 가. 에볼라바이러스병 / 나. 마버그열 / 다. 라샤열 / 라. 크리미안콩고 출혈열 마. 남아메리카출혈열 / 바. 리프트밸리열 / 사. 두창 / 아. 페스트 / 자. 탄저 차. 보툴리눔독소증 / 카. 아토행 / 타. 신종감염병증후군 / 파. 중증급성호흡기증후군(SARS) / 하. 중동호흡기증후군(MERS) 거. 동물인플루엔자 인체감염증 / 너. 신종인플루엔자 / 더. 디프테리아 "제2급감염병"이란 전파가능성을 고려하여 발생 또는 유행 시 24시간 이내에 신고하여야 하고, 격리가 필요한 다음 각 목의 감염병을 말한다. 다만, 갑작스러운 국내 유입 또는 유행이 예견되어 긴급한 예방·관리가 필요하여 질병관리청장이 보건복지부장관과 협의하여 지정하는 감염병을 포함한다. <ul style="list-style-type: none"> 가. 결핵(結核) / 나. 수두(水痘) / 다. 홍역(紅瘧) / 라. 콜레라 / 마. 장티푸스 / 바. 파라티푸스 / 사. 세균성이질 / 아. 장출혈성대장균감염증 / 자. A형간염 / 차. 백일해(百日咳) / 카. 유행성이하선염(流行性耳下腺炎) / 타. 풍진(風疹) / 파. 폴리오 / 하. 수막구균 감염증 / 거. b형헤모필루스인플루엔자 너. 폐렴구균 감염증 / 더. 한센병 / 러. 성홍열 머. 반코마이신내성황색포도알균(VRSA) 감염증 / 버. 카바페넴내성장내세균목(CRE) 감염증 / 서. E형간염 커. 중증열성혈소판감소증후군(SFTS) / 터. 지카바이러스 감염증

법령	조항 및 내용
<p style="text-align: center;">감염병의 예방 및 관리에 관한 법률</p>	<ol style="list-style-type: none"> "제3급감염병"이란 그 발생을 계속 감시할 필요가 있어 발생 또는 유행 시 24시간 이내에 신고하여야 하는 다음 각 목의 감염병을 말한다. 다만, 갑작스러운 국내 유입 또는 유행이 예견되어 긴급한 예방·관리가 필요하여 질병관리청장이 보건복지부장관과 협의하여 지정하는 감염병을 포함한다. <ul style="list-style-type: none"> 가. 파상풍(破傷風) / 나. B형간염 / 다. 일본뇌염 / 라. C형간염 마. 말라리아 / 바. 레지오넬라증 / 사. 비브리오패혈증 / 아. 발진티푸스 / 자. 발진열(發疹熱) / 차. 찌꺼가무시증 / 카. 렙토스피라증 / 타. 브루셀라증 / 파. 공수병(恐水病) / 하. 신중후군출혈열(腎症候群出血熱) / 거. 후천성면역결핍증(AIDS) / 너. 크로이츠펠트-야콥병(CJD) 및 변종크로이츠펠트-야콥병(vCJD) / 더. 황열 / 러. 덩기열 / 머. 큐열(Q熱) / 버. 웨스트나일열 / 서. 라임병 / 어. 긴드기매개뇌염 / 저. 유비저(類鼻疽) / 처. 치쿤구니야열 / 커. 중증열성혈소판감소증후군(SFTS) / 터. 지카바이러스 감염증 / 퍼. 매독(梅毒)

법령	조항 및 내용
감염병의 예방 및 관리에 관한 법률	<p>제2조(정의) 제13호 및 제14호</p> <p>13. "감염병환자"란 감염병의 병원체가 인체에 침입하여 증상을 나타내는 사람으로서 제11조제6항의 진단 기준에 따른 의사, 치과 의사 또는 한 의사의 진단이나 제16조의2에 따른 감염병병원체 확인기관의 실험실 검사를 통하여 확인된 사람을 말한다.</p> <p>14. "감염병의사환자"란 감염병병원체가 인체에 침입한 것으로 의심이 되나 감염병환자로 확인되기 전 단계에 있는 사람을 말한다.</p> <p>15. "병원체보유자"란 임상적인 증상은 없으나 감염병병원체를 보유하고 있는 사람을 말한다.</p>
	<p>제11조(의사 등의 신고)</p> <p>① 의사, 치과 의사 또는 한의사는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사실(제16조제6항에 따라 표본감시 대상이 되는 제4급감염병으로 인한 경우는 제외한다)이 있으면 소속 의료기관의 장에게 보고하여야 하고, 해당 환자와 그 동거인에게 질병관리청장이 정하는 감염 방지 방법 등을 지도하여야 한다. 다만, 의료기관에 소속되지 아니한 의사, 치과 의사 또는 한의사는 그 사실을 관할 보건소장에게 신고하여야 한다.</p> <p>1. 감염병환자등을 진단하거나 그 사체를 검안(檢案)한 경우</p> <p>2. 예방접종 후 이상반응자를 진단하거나 그 사체를 검안한 경우</p> <p>3. 감염병환자등이 제1급감염병부터 제3급감염병까지에 해당하는 감염병으로 사망한 경우</p> <p>4. 감염병환자로 의심되는 사람이 감염병병원체 검사를 거부하는 경우</p> <p>② 제16조의2에 따른 감염병병원체 확인기관의 소속 직원은 실험실 검사 등을 통하여 보건복지부령으로 정하는 감염병환자등을 발견한 경우 그 사실을 그 기관의 장에게 보고하여야 한다.</p> <p>③ 제1항 및 제2항에 따라 보고를 받은 의료기관의 장 및 제16조의2에 따른 감염병병원체 확인기관의 장은 제1급감염병의 경우에는 즉시, 제2급감염병 및 제3급감염병의 경우에는 24시간 이내에, 제4급감염병의 경우에는 7일 이내에 질병관리청장 또는 관할 보건소장에게 신고하여야 한다.</p> <p>④ 육군, 해군, 공군 또는 국방부 직할 부대에 소속된 군의관은 제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 사실(제16조제6항에 따라 표본감시 대상이 되는 제4급감염병으로 인한 경우는 제외한다)이 있으면 소속 부대장에게 보고하여야 하고, 보고를 받은 소속 부대장은 제1급감염병의 경우에는 즉시, 제2급감염병 및 제3급감염병의 경우에는 24시간 이내에 관할 보건소장에게 신고하여야 한다.</p> <p>⑤ 제16조제1항에 따른 감염병 표본감시기관은 제16조제6항에 따라 표본감시 대상이 되는 제4급감염병으로 인하여 제1항제1호 또는 제3호에 해당하는 사실이 있으면 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 질병관리청장 또는 관할 보건소장에게 신고하여야 한다.</p> <p>⑥ 제1항부터 제5항까지의 규정에 따른 감염병환자등의 진단 기준, 신고의 방법 및 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.</p>

법령	조항 및 내용
감염병의 예방 및 관리에 관한 법률	<p>제16조의2(감염병병원체 확인기관)</p> <p>① 다음 각 호의 기관(이하 "감염병병원체 확인기관"이라 한다)은 실험실 검사 등을 통하여 감염병병원체를 확인할 수 있다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 질병관리청 2. 질병대응센터 3. 「보건환경연구원법」 제2조에 따른 보건환경연구원 4. 「지역보건법」 제10조에 따른 보건소 5. 「의료법」 제3조에 따른 의료기관 중 진단검사의학과 전문의가 상근(常勤)하는 기관 6. 「고등교육법」 제4조에 따라 설립된 의과대학 중 진단검사의학과가 개설된 의과대학 7. 「결핵예방법」 제21조에 따라 설립된 대한결핵협회(결핵환자의 병원체를 확인하는 경우만 해당한다) 8. 「민법」 제32조에 따라 한센병환자 등의 치료·재활을 지원할 목적으로 설립된 기관(한센병환자의 병원체를 확인하는 경우만 해당한다) 9. 인체에서 채취한 검사물에 대한 검사를 국가, 지방자치단체, 의료기관 등으로부터 위탁받아 처리하는 기관 중 진단검사의학과 전문의가 상근하는 기관

법령	조항 및 내용
감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 시행규칙	[별표 2] 감염병환자등의 진단 기준(제6조제5항 관련)
	1. 제1급감염병의 경우
	가. 감염병환자: 해당 감염병에 부합되는 임상적 특징을 나타내면서 혈액, 대변, 인두도말 등 검체에서 배양검사, 유전자 검출검사 등의 검사방법으로 감염병병원체가 확인된 사람
	나. 의사환자: 임상적 특징 및 역학적 연관성을 고려할 때 해당 감염병이 의심되거나 감염병병원체가 확인되지 않은 사람
	다. 병원체보유자: 임상증상을 나타내지 않으나 감염병병원체가 확인된 사람
	2. 제2급감염병의 경우
	가. 감염병환자: 해당 감염병에 부합되는 임상적 특징을 나타내면서 혈액, 대변, 인두도말, 뇌척수액, 가래 등 검체에서 배양검사, 유전자 검출검사, 항체 검출검사 등의 검사방법으로 감염병병원체가 확인된 사람
	나. 의사환자: 임상적 특징 및 역학적 연관성을 고려할 때 해당 감염병이 의심되거나 감염병병원체가 확인되지 않은 사람
	다. 병원체보유자: 임상증상을 나타내지 않으나 감염병병원체가 확인된 사람
	3. 제3급감염병의 경우
가. 감염병환자: 해당 감염병에 부합되는 임상적 특징을 나타내면서 혈액, 대변, 소변, 뇌척수액, 가래, 기관지세척액 등 검체에서 배양검사, 유전자 검출검사, 항체 검출검사, 항원 검출검사, 현미경검사 등의 검사방법으로 감염병병원체가 확인된 사람. 다만, 파상풍의 경우에는 임상적 특징을 나타내는 것만으로도 감염병환자로 진단한다.	
나. 의사환자: 임상적 특징 및 역학적 연관성을 고려할 때 해당 감염병이 의심되거나 감염병병원체가 확인되지 않은 사람	
다. 병원체보유자: 임상증상을 나타내지 않으나 감염병병원체가 확인된 사람	
4. 제4급감염병의 경우	
가. 감염병환자: 해당 감염병에 부합되는 임상적 특징을 나타내면서 혈액, 대변, 소변, 인두도말, 귀양부위도말, 병변조직, 피하조직 등 검체에서 배양검사, 유전자 검출검사, 항체 검출검사, 항원 검출검사, 현미경검사 등의 검사방법으로 감염병병원체가 확인된 사람	
나. 의사환자: 임상적 특징 및 역학적 연관성을 고려할 때 해당 감염병이 의심되거나 감염병병원체가 확인되지 않은 사람	
다. 병원체보유자: 임상증상을 나타내지 않으나 감염병병원체가 확인된 사람	

법령	조항 및 내용
관공서의 공휴일에 관한 규정	제2조(공휴일) 관공서의 공휴일은 다음 각 호와 같다. 다만, 재외공관의 공휴일은 우리나라의 국경일중 공휴일과 주재국의 공휴일로 한다. 1. 일요일 2. 국경일 중 3·1절, 광복절, 개천절 및 한글날 3. 1월 1일 4. 설날 전날, 설날, 설날 다음날 (음력 12월 말일, 1월 1일, 2일) 5. <삭제> 6. 부처님오신날 (음력 4월 8일) 7. 5월 5일 (어린이날) 8. 6월 6일 (현충일) 9. 추석 전날, 추석, 추석 다음날 (음력 8월 14일, 15일, 16일) 10. 12월 25일 (기독탄신일) 10의2. 「공직선거법」 제34조에 따른 임기만료에 의한 선거의 선거일 11. 기타 정부에서 수시 지정하는 날
	제3조(대체공휴일) ① 제2조제2호부터 제10호까지의 공휴일이 다음 각 호의 어느 하나에 해당 하는 경우에는 그 공휴일 다음의 첫 번째 비공휴일(제2조 각 호의 공휴일이 아닌 날을 말한다. 이하 같다)을 대체공휴일로 한다. 1. 제2조제2호·제6호·제7호 또는 제10호의 공휴일이 토요일이나 일요일과 겹치는 경우 2. 제2조제2호·제4호·제6호·제7호·제9호 또는 제10호의 공휴일이 일요일과 겹치는 경우 3. 제2조제2호·제4호·제7호 또는 제9호의 공휴일이 토요일·일요일이 아닌 날에 같은 조 제2호부터 제10호까지의 규정에 따른 다른 공휴일과 겹치는 경우 ② 제1항에 따른 대체공휴일이 같은 날에 겹치는 경우에는 그 대체공휴일 다음의 첫 번째 비공휴일까지 대체공휴일로 한다. ③ 제1항 및 제2항에 따른 대체공휴일이 토요일인 경우에는 그 다음의 첫 번째 비공휴일을 대체공휴일로 한다.

법령	조항 및 내용
국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률	<p>제6조(등록 및 결정)</p> <p>① 국가유공자, 그 유족 또는 가족이 되려는 사람(이하 이 조에서 “신청 대상자”라 한다)은 대통령령으로 정하는 바에 따라 국가보훈부장관에게 등록을 신청하여야 한다. 다만, 신청 대상자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 국가보훈부 소속 공무원이 신청 대상자의 동의를 받아 등록을 신청할 수 있고, 그 동의를 받은 경우에는 신청 대상자가 등록을 신청한 것으로 본다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 「국가보훈 기본법」 제23조제1항제3호의2에 따라 발굴된 희생·공헌자의 경우 2. 전투 또는 이에 준하는 직무수행 중 상이를 입거나 사망한 경우 3. 그 밖에 대통령령으로 정하는 사유로 직접 등록을 신청할 수 없는 경우 <p>② 「보훈보상대상자 지원에 관한 법률」 제4조제1항에 따라 등록을 신청하는 사람에 대하여는 그 등록신청을 한 날에 제1항에 따른 등록을 신청한 것으로 본다.</p> <p>③ 국가보훈부장관은 제1항에 따른 등록신청을 받으면 대통령령으로 정하는 바에 따라 제4조 또는 제5조에 따른 요건을 확인한 후 국가유공자, 그 유족 또는 가족에 해당하는지를 결정한다. 이 경우 제4조제1항제3호부터 제6호까지, 제8호, 제14호 및 제15호의 국가유공자(이하 “건물군경등”이라 한다)가 되기 위하여 등록을 신청하는 경우에는 그 소속하였던 기관의 장에게 그 요건과 관련된 사실의 확인을 요청하여야 하며, 그 소속하였던 기관의 장은 관련 사실을 조사한 후 대통령령으로 정하는 바에 따라 그 요건과 관련된 사실을 확인하여 국가보훈부장관에게 통보하여야 한다.</p> <p>④ 국가보훈부장관은 제3항 전단에 따라 국가유공자, 그 유족 또는 가족에 해당하는 사람으로 결정할 때에는 제74조의5에 따른 보훈심사위원회(이하 “보훈심사위원회”라 한다)의 심의·의결을 거쳐야 한다. 다만, 국가유공자, 그 유족 또는 가족의 요건이 객관적인 사실에 의하여 확인된 경우로서 대통령령으로 정하는 경우에는 보훈심사위원회의 심의·의결을 거치지 아니할 수 있다.</p> <p>⑤ 국가보훈부장관은 제4조제1항 각 호(제1호, 제2호 및 제10호는 제외한다)의 어느 하나에 해당하는 적용 대상 국가유공자임에도 불구하고 신청 대상자가 없어 등록신청을 할 수 없는 사람에 대해서는 보훈심사위원회의 심의·의결을 거쳐 국가유공자로 기록하고 예우 및 관리를 할 수 있다.</p> <p>⑥ 제1항부터 제4항까지의 규정은 다른 법률에서 이 법의 예우 등을 받도록 규정된 사람에 대하여도 적용한다.</p>

법령	조항 및 내용
국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률	<p>제42조(진료)</p> <p>① 전상군경, 공상군경, 4·19혁명부상자, 공상공무원 및 특별공로상이자가 그 상이처에 대한 진료를 필요로 하거나 질병(부상을 포함한다. 이하 이 조에서 같다)에 걸린 경우에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 국가의 의료시설[「한국보훈복지의료공단법」 제7조에 따른 보훈병원(이하 “보훈병원”이라 한다)을 포함한다] 또는 지방자치단체의 의료시설에서 진료한다. 다만, 본인의 고의에 의하여 생긴 질병의 경우에는 그러하지 아니하다.</p> <p>② 국가는 제1항에 따른 진료를 국가나 지방자치단체 외의 의료시설에 위탁할 수 있다.</p> <p>③ 제1항과 제2항에 따른 진료비용(약제비용을 포함한다. 이하 이 조 및 제42조의2 후단에서 같다)은 국가가 부담한다. 다만, 지방자치단체의 의료시설에서 진료한 경우에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 지방자치단체가 그 일부를 부담할 수 있다.</p> <p>④ 전상군경, 공상군경, 4·19혁명부상자, 공상공무원 및 특별공로상이자 중 대통령령으로 정하는 상이등급 미만으로 판정된 사람이 그 상이처 외에 질병에 걸려 제1항에 따른 의료시설 및 제2항에 따라 진료를 위탁받은 의료시설에서 진료를 받는 경우에는 제3항에도 불구하고 대통령령으로 정하는 바에 따라 그 진료비용의 일부를 본인에게 부담하게 할 수 있다.</p> <p>⑤ 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람에 대하여는 보훈병원에서 진료한다. 이 경우 그 진료비용은 대통령령으로 정하는 바에 따라 감면(減免)하며, 그 감면된 비용은 국가보훈부장관이 예산의 범위에서 해당 보훈병원에 지급할 수 있다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 제1항에 따른 의료지원 대상자가 아닌 국가유공자 2. 국가유공자의 가족 중 배우자 3. 국가유공자의 유족 중 제5조제1항 각 호의 순위에 따른 선순위자 1명. 이 경우 선순위자가 국가유공자의 부 또는 모인 때에는 선순위자가 아닌 모 또는 부를 포함한다. <p>⑥ 제5항제3호를 적용할 때 유족 중 같은 순위가 2명 이상이면 제13조제2항을 준용한다.</p> <p>⑦ 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람은 보훈병원 외에 국가보훈부장관이 지정하여 진료를 위탁한 의료기관에서 진료를 받을 수 있다. 이 경우 그 진료비용은 대통령령으로 정하는 바에 따라 감면하며, 그 감면된 비용은 국가가 부담한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 제4조제1항제7호의 무공수훈자 2. 재일학도의용군인 3. 제12조제1항제2호부터 제4호까지에 따른 선순위자로서 75세 이상인 사람 1명. 이 경우 선순위자가 제13조제2항제3호에 따른 부모인 경우에는 협의 등에 의하여 1명을 지정하며, 협의 및 지정 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다. 4. 제16조의3제1항의 6·25전쟁물군경자녀수당을 지급받는 사람 중 선순위자로서 75세 이상인 사람. 이 경우 같은 순위가 2명 이상이면 제13조제2항을 준용한다. <p>⑧ 제1항부터 제7항까지의 규정에 따른 진료 또는 진료비용 지원의 방법·절차·범위 및 상한 등 의료지원의 기준은 대통령령으로 정한다.</p>

법령	조항 및 내용
독립유공자예우에 관한 법률	<p>제17조(의료지원)</p> <p>① 국가는 독립유공자, 그 유족 또는 가족에 대하여 의료지원을 한다.</p> <p>② 독립유공자가 질병(부상을 포함한다)에 걸리면 대통령령으로 정하는 바에 따라 국가의 의료기관(「한국보훈복지의료공단법」 제7조에 따른 보훈병원을 포함한다) 또는 지방자치단체의 의료기관에서 진료한다.</p> <p>③ 국가는 제2항에 따른 진료를 국가나 지방자치단체 외의 의료기관에 위탁할 수 있다.</p> <p>④ 제2항과 제3항에 따른 진료비용은 국가가 부담한다. 다만, 지방자치단체의 의료기관에서 진료한 경우에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 지방자치단체가 그 일부를 부담할 수 있다.</p> <p>⑤ 독립유공자의 유족 또는 가족은 「한국보훈복지의료공단법」 제7조에 따른 보훈병원에서 진료하며, 필요하다고 인정되면 다른 의료기관에 위탁하여 진료하게 할 수 있다. 이 경우 그 진료비용은 대통령령으로 정하는 바에 따라 감면(減免)하며, 그 감면된 비용은 국가보훈부장관이 예산의 범위에서 해당 보훈병원이나 다른 의료기관에 교부할 수 있다.</p> <p>⑥ 제5항에도 불구하고 75세 이상으로서 제12조제2항에 따른 보상을 받는 선순위 유족은 「한국보훈복지의료공단법」 제7조에 따른 보훈병원 외에 국가보훈부장관이 지정하여 진료를 위탁한 의료기관에서 진료를 받을 수 있다. 이 경우 그 진료비용은 대통령령으로 정하는 바에 따라 감면하며, 그 감면된 비용은 국가가 부담한다.</p> <p>⑦ 제1항부터 제6항까지의 규정에 따른 진료 또는 진료비 지원의 방법·절차·범위 및 상한 등 의료지원의 기준은 국가보훈부령으로 정한다.</p> <p>⑧ 제1항부터 제7항까지의 규정 외의 의료지원에 관하여는 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 제45조를 준용한다.</p>

법령	조항 및 내용
국민건강보험법	<p>제41조(요양급여)</p> <p>① 가입자와 피부양자의 질병, 부상, 출산 등에 대하여 다음 각 호의 요양급여를 실시한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 진찰·검사 약제(藥劑)·치료재료의 지급 처치·수술 및 그 밖의 치료 예방·재활 입원 간호 이송(移送) <p>② 제1항에 따른 요양급여(이하 “요양급여”라 한다)의 범위(이하 “요양급여 대상”이라 한다)는 다음 각 호와 같다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 제1항 각 호의 요양급여(제1항제2호의 약제는 제외한다): 제4항에 따라 보건복지부장관이 비급여대상으로 정한 것을 제외한 일체의 것 제1항제2호의 약제: 제41조의3에 따라 요양급여대상으로 보건복지부장관이 결정하여 고시한 것 <p>③ 요양급여의 방법·절차·범위·상한 등의 기준은 보건복지부령으로 정한다.</p> <p>④ 보건복지부장관은 제3항에 따라 요양급여의 기준을 정할 때 업무나 일상생활에 지장이 없는 질환에 대한 치료 등 보건복지부령으로 정하는 사항은 요양급여대상에서 제외되는 사항(이하 “비급여대상”이라 한다)으로 정할 수 있다.</p>
	<p>제42조(요양기관) ① 요양급여(간호와 이송은 제외한다)는 다음 각 호의 요양기관에서 실시한다. 이 경우 보건복지부장관은 공익이나 국가정책에 비추어 요양기관으로 적합하지 아니한 대통령령으로 정하는 의료기관 등은 요양기관에서 제외할 수 있다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 「의료법」에 따라 개설된 의료기관 「약사법」에 따라 등록된 약국 「약사법」 제91조에 따라 설립된 한국회국·필수의약품센터 「지역보건법」에 따른 보건소·보건의료원 및 보건지소 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」에 따라 설치된 보건진료소 <p>② 보건복지부장관은 효율적인 요양급여를 위하여 필요하면 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 시설·장비·인력 및 진료과목 등 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당하는 요양기관을 전문요양기관으로 인정할 수 있다. 이 경우 해당 전문요양기관에 인정서를 발급하여야 한다.</p> <p>③ 보건복지부장관은 제2항에 따라 인정받은 요양기관이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 인정을 취소한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 제2항 전단에 따른 인정기준에 미달하게 된 경우 제2항 후단에 따라 발급받은 인정서를 반납한 경우 <p>④ 제2항에 따라 전문요양기관으로 인정된 요양기관 또는 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원에 대하여는 제41조제3항에 따른 요양급여의 절차 및 제45조에 따른 요양급여비용을 다른 요양기관과 달리 할 수 있다.</p> <p>⑤ 제1항·제2항 및 제4항에 따른 요양기관은 정당한 이유 없이 요양급여를 거부하지 못한다.</p>

법령	조항 및 내용
국민건강 보험법	제44조(비용의 일부부담) ① 요양급여를 받는 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 비용의 일부(이하 “본인일부부담금”이라 한다)를 본인이 부담한다. 이 경우 선별급여에 대해서는 다른 요양급여에 비하여 본인일부부담금을 상향 조정할 수 있다. ② 제1항에 따라 본인이 연간 부담하는 본인일부부담금의 총액이 대통령령으로 정하는 금액(이하 이 조에서 “본인부담상한액”이라 한다)을 초과한 경우에는 공단이 그 초과 금액을 부담하여야 한다. 이 경우 공단은 당사자에게 그 초과 금액을 통보하고, 이를 지급하여야 한다. ③ 제2항에 따른 본인부담상한액은 가입자의 소득수준 등에 따라 정한다. ④ 제2항에 따른 본인일부부담금 총액 산정 방법, 본인부담상한액을 넘는 금액의 지급 방법 및 제3항에 따른 가입자의 소득수준 등에 따른 본인부담상한액 설정 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.
	제52조(건강검진) ① 공단은 가입자와 피부양자에 대하여 질병의 조기 발견과 그에 따른 요양급여를 하기 위하여 건강검진을 실시한다. ② 제1항에 따른 건강검진의 종류 및 대상은 다음 각 호와 같다. 1. 일반건강검진: 직장가입자, 세대주인 지역가입자, 20세 이상인 지역가입자 및 20세 이상인 피부양자 2. 암검진: 「암관리법」 제11조제2항에 따른 암의 종류별 검진주기와 연령 기준 등에 해당하는 사람 3. 영유아건강검진: 6세 미만의 가입자 및 피부양자 ③ 제1항에 따른 건강검진의 검진항목은 성별, 연령 등의 특성 및 생애 주기에 맞게 설계되어야 한다. ④ 제1항에 따른 건강검진의 횟수·절차와 그 밖에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

법령	조항 및 내용
국민건강 보험법 시행령	제19조(비용의 본인부담) ① 법 제44조제1항에 따른 본인일부부담금(이하 “본인일부부담금”이라 한다)의 부담률 및 부담액은 별표 2와 같다. ② 본인일부부담금은 요양기관의 청구에 따라 요양급여를 받는 사람이 요양기관에 납부한다. 이 경우 요양기관은 법 제41조제3항 및 제4항에 따라 보건복지부령으로 정하는 요양급여사항 또는 비급여사항 외에 입원보증금 등 다른 명목으로 비용을 청구해서는 아니 된다. ③ 법 제44조제2항에 전단에 따른 본인일부부담금의 총액은 요양급여를 받는 사람이 연간 부담하는 본인일부부담금을 모두 더한 금액으로 한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 본인일부부담금은 더하지 않는다. 1. 별표 2 제1호가목1)에 따라 상급종합병원·종합병원·병원·한방병원·요양병원(「장애인복지법」 제58조 제1항 제4호에 따른 장애인 의료재활시설로서 「의료법」 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관인 요양병원으로 한정한다)·정신병원 일반입원실의 2인실·3인실 및 정신과 입원실의 2인실·3인실을 이용한 경우 그 입원료로 부담한 금액 1의2. 별표 2 제1호다목3)에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병을 주 질병·부상으로 상급종합병원에서 받은 외래진료에 대해 같은 표 제1호나목 또는 제3호나목에 따라 부담한 금액. 다만, 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 사람이 부담한 금액은 제외한다. 가. 임신부 나. 6세 미만의 사람 다. 별표 2 제1호 나목에 따른 의약분업 예외환자 라. 별표 2 제3호카목에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 난임진료를 받은 사람 마. 다음 법률 규정에 따라 의료지원을 받는 의료지원 대상자 1) 「5·18민주유공자예우 및 단체설립에 관한 법률」 제33조 2) 「고엽제후유의증 등 환자지원 및 단체설립에 관한 법률」 제6조제2항 3) 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 제41조 4) 「독립유공자예우에 관한 법률」 제17조 5) 「보훈보상대상자 지원에 관한 법률」 제50조 6) 「제대군인지원에 관한 법률」 제20조 7) 「참전유공자 예우 및 단체설립에 관한 법률」 제7조 8) 「특수임무유공자 예우 및 단체설립에 관한 법률」 제32조 2. 별표 2 제3호라목5)·6)·9) 및 10)에 따라 부담한 금액 3. 별표 2 제3호사목, 거목에 따라 부담한 금액 4. 별표 2 제4호에 따라 부담한 금액 5. 별표 2 제6호에 따라 부담한 금액

법령	조항 및 내용
국민건강 보험법 시행령	<p>제25조(건강검진)</p> <p>① 법 제52조에 따른 건강검진(이하 “건강검진”이라 한다)은 2년마다 1회 이상 실시하되, 사무직에 종사하지 않는 직장가입자에 대해서는 1년에 1회 실시한다. 다만, 암검진은 「암관리법 시행령」에서 정한 바에 따르며, 영유아건강검진은 영유아의 나이 등을 고려하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 바에 따라 검진주기와 검진횟수를 다르게 할 수 있다.</p> <p>② 건강검진은 「건강검진기본법」 제14조에 따라 지정된 건강검진기관(이하 “검진기관”이라 한다)에서 실시해야 한다.</p> <p>③ 공단은 건강검진을 실시하려면 건강검진의 실시에 관한 사항을 다음 각 호의 구분에 따라 통보해야 한다.</p> <p>1. 일반건강검진 및 암검진: 직장가입자에게 실시하는 건강검진의 경우에는 해당 사용자에게, 직장가입자의 피부양자 및 지역가입자에게 실시하는 건강검진의 경우에는 검진을 받는 사람에게 통보</p> <p>2. 영유아건강검진: 직장가입자의 피부양자인 영유아에게 실시하는 건강검진의 경우에는 그 직장가입자에게, 지역가입자인 영유아에게 실시하는 건강검진의 경우에는 해당 세대주에게 통보</p> <p>④ 건강검진을 실시한 검진기관은 공단에 건강검진의 결과를 통보해야 하며, 공단은 이를 건강검진을 받은 사람에게 통보해야 한다. 다만, 검진기관이 건강검진을 받은 사람에게 직접 통보한 경우에는 공단은 그 통보를 생략할 수 있다.</p> <p>⑤ 건강검진의 검사항목, 방법, 그에 드는 비용, 건강검진 결과 등의 통보 절차, 그 밖에 건강검진을 실시하는 데 필요한 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다.</p>
	<p>제53조의2(중증질환심의위원회)</p> <p>① 중증환자에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위하여 건강보험심사평가원에 중증질환심의위원회를 둔다.</p> <p>② 중증질환심의위원회는 보건의료분야에 관한 학식과 경험이 풍부한 45인 이내의 위원으로 구성하되, 중증질환심의위원회의 구성 및 운영 등에 관하여 필요한 사항은 건강보험심사평가원의 정관으로 정한다.</p>
국민건강 보험 요양급여 의 기준에 관한 규칙	

법령	조항 및 내용
금융소비 자 보호에 관한 법률	<p>제2조(정의)</p> <p>이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.</p> <p>1. “금융상품”이란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 것을 말한다.</p> <p>가. ~나. (생략)</p> <p>다. 「보험업법」에 따른 보험상품</p> <p>라. ~바. (생략)</p> <p>2. ~5. (생략)</p> <p>6. “금융회사”란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 회사를 말한다.</p> <p>가. ~나. (생략)</p> <p>다. 「보험업법」에 따른 보험회사(「농업협동조합법」 제161조의2제1항에 따른 농업생명보험 및 농업손해보험을 포함한다. 이하 같다)</p> <p>라.~바. (생략)</p> <p>7. “금융회사등”이란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 자를 말한다.</p> <p>가. 금융회사</p> <p>나. (생략)</p> <p>다. 「보험업법」 제2조제9호에 따른 보험설계사</p> <p>라. 「보험업법」 제2조제10호에 따른 보험대리점</p> <p>마. 「보험업법」 제2조제11호에 따른 보험중개사</p> <p>바. ~아. (생략)</p> <p>8. “금융소비자”란 금융상품에 관한 계약의 체결 또는 계약 체결의 권유를 하거나 청약에 받는 것(이하 “금융상품계약체결등”이라 한다)에 관한 금융상품판매업자의 거래상대방 또는 금융상품자문업자의 자문업무의 상대방인 전문금융소비자 또는 일반금융소비자를 말한다.</p> <p>9. “전문금융소비자”란 금융상품에 관한 전문성 또는 소비자산규모 등에 비추어 금융상품 계약에 따른 위험감수능력이 있는 금융소비자로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 자를 말한다. 다만, 전문금융소비자 중 대통령령으로 정하는 자가 일반금융소비자와 같은 대우를 받겠다는 의사를 금융상품판매업자 또는 금융상품자문업자(이하 “금융상품판매업자등”이라 한다)에게 서면으로 통지하는 경우 금융상품판매업자등은 정당한 사유가 있는 경우를 제외하고는 이에 동의하여야 하며, 금융상품판매업자등이 동의한 경우에는 해당 금융소비자는 일반금융소비자로 본다.</p> <p>가. 국가</p> <p>나. 「한국은행법」에 따른 한국은행</p> <p>다. 대통령령으로 정하는 금융회사</p> <p>라. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제9조제15항제3호에 따른 주권상장법인(투자성 상품 중 대통령령으로 정하는 금융상품계약체결등을 할 때에는 전문금융소비자와 같은 대우를 받겠다는 의사를 금융상품판매업자등에게 서면으로 통지하는 경우만 해당한다)</p> <p>마. 그 밖에 금융상품의 유형별로 대통령령으로 정하는 자</p> <p>10. “일반금융소비자”란 전문금융소비자가 아닌 금융소비자를 말한다.</p>

법령	조항 및 내용
금융소비자 보호에 관한 법률	<p>제42조(소액분쟁사건에 관한 특례)</p> <p>조정대상기관은 다음 각 호의 요건 모두를 충족하는 분쟁사건(이하 “소액분쟁사건”이라 한다)에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 제36조제6항에 따라 조정안을 제시받기 전에는 소를 제기할 수 없다. 다만, 제36조제3항에 따라 서면통지를 받거나 제36조제5항에서 정한 기간 내에 조정안을 제시받지 못한 경우에는 그러하지 아니하다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 일반금융소비자가 신청한 사건일 것 2. 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 금액이 2천만원 이내에서 대통령령으로 정하는 금액 이하일 것
	<p>제47조(위법계약의 해지)</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 금융소비자는 금융상품판매업자등이 제17조제3항, 제18조제2항, 제19조제1항·제3항, 제20조제1항 또는 제21조를 위반하여 대통령령으로 정하는 금융상품에 관한 계약을 체결한 경우 5년 이내의 대통령령으로 정하는 기간 내에 서면등으로 해당 계약의 해지를 요구할 수 있다. 이 경우 금융상품판매업자등은 해지를 요구받은 날부터 10일 이내에 금융소비자에게 수락여부를 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절사유를 함께 통지하여야 한다. ② 금융소비자는 금융상품판매업자등이 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있다. ③ 제1항 및 제2항에 따라 계약이 해지된 경우 금융상품판매업자등은 수수료, 위약금 등 계약의 해지와 관련된 비용을 요구할 수 없다. ④ 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 계약의 해지요구권의 행사요건, 행사범위 및 정당한 사유 등과 관련하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

법령	조항 및 내용
금융소비자 보호에 관한 법률 시행령	<p>제38조(위법계약의 해지)</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 법 제47조제1항 전단에서 “대통령령으로 정하는 금융상품”이란 금융소비자와 금융상품직접판매업자 또는 금융상품자문업자 간 계속적 거래가 이루어지는 금융상품 중 금융위원회가 정하여 고시하는 금융상품을 말한다. ② 법 제47조제1항 전단에서 “대통령령으로 정하는 기간”이란 금융소비자가 계약 체결에 대한 위반사항을 안 날부터 1년 이내의 기간을 말한다. 이 경우 해당 기간은 계약체결일부터 5년 이내의 범위에 있어야 한다. ③ 금융소비자는 법 제47조제1항 전단에 따라 계약의 해지를 요구하려는 경우 금융위원회가 정하여 고시하는 해지요구서에 위반사항을 증명하는 서류를 첨부하여 금융상품직접판매업자 또는 금융상품자문업자에게 제출해야 한다. 이 경우 「자동차손해배상 보장법」에 따른 책임보험에 대해 해지요구를 할 때에는 동종의 다른 책임보험에 가입해 있어야 한다. ④ 법 제47조제2항에 따른 정당한 사유의 범위는 다음 각 호와 같다. <ol style="list-style-type: none"> 1. 위반사실에 대한 근거를 제시하지 않거나 거짓으로 제시한 경우 2. 계약 체결 당시에는 위반사항이 없었으나 금융소비자가 계약 체결 이후의 사정변경에 따라 위반사항을 주장하는 경우 3. 금융소비자의 동의를 받아 위반사항을 시정한 경우 4. 그 밖에 제1호부터 제3호까지의 경우에 준하는 것으로서 금융위원회가 정하여 고시하는 경우 ⑤ 제1항부터 제4항까지에서 규정한 사항 외에 해지요구권의 행사 방법 및 절차 등에 관하여 필요한 세부 사항은 금융위원회가 정하여 고시한다.
	<p>제2조(정의)</p> <p>이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. “노인등”이란 65세 이상의 노인 또는 65세 미만의 자로서 치매·뇌혈관성질환 등 대통령령으로 정하는 노인성 질병을 가진 자를 말한다. 2. “장기요양급여”란 제15조제2항에 따라 6개월 이상 동안 혼자서 일상생활을 수행하기 어렵다고 인정되는 자에게 신체활동·가사활동의 지원 또는 간병 등의 서비스나 이에 갈음하여 지급하는 현금 등을 말한다. 3. “장기요양사업”이란 장기요양보험료, 국가 및 지방자치단체의 부담금 등을 재원으로 하여 노인등에게 장기요양급여를 제공하는 사업을 말한다. 4. “장기요양기관”이란 제31조에 따른 지정을 받은 기관으로서 장기요양급여를 제공하는 기관을 말한다. 5. “장기요양요원”이란 장기요양기관에 소속되어 노인등의 신체활동 또는 가사활동 지원 등의업무를 수행하는 자를 말한다.

법령	조항 및 내용
노인장기 요양보협 법	<p>제15조(등급판정 등)</p> <p>① 공단은 제14조에 따른 조사가 완료된 때 조사결과서, 신청서, 의사소견서, 그 밖에 심의에 필요한 자료를 등급판정위원회에 제출하여야 한다.</p> <p>② 등급판정위원회는 신청인이 제12조의 신청자격요건을 충족하고 6개월 이상 동안 혼자서 일상생활을 수행하기 어렵다고 인정하는 경우 심신상태 및 장기요양이 필요한 정도 등 대통령령으로 정하는 등급판정기준에 따라 수급자로 판정한다.</p> <p>③ 등급판정위원회는 제2항에 따라 심의·판정을 하는 때 신청인과 그 가족, 의사소견서를 발급한 의사 등 관계인의 의견을 들을 수 있다.</p> <p>④ 공단은 장기요양급여를 받고 있거나 받을 수 있는 자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 것으로 의심되는 경우에는 제14조제1항 각 호의 사항을 조사하여 그 결과를 등급판정위원회에 제출하여야 한다.</p> <p>1. 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 장기요양인정을 받은 경우</p> <p>2. 고의로 사고를 발생하도록 하거나 본인의 위법행위에 기인하여 장기요양인정을 받은 경우</p> <p>⑤ 등급판정위원회는 제4항에 따라 제출된 조사 결과를 토대로 제2항에 따라 다시 수급자 등급을 조정하고 수급자 여부를 판정할 수 있다.</p>

법령	조항 및 내용
노인장기 요양보협 법	<p>제23조(장기요양급여의 종류)</p> <p>① 이 법에 따른 장기요양급여의 종류는 다음 각 호와 같다.</p> <p>1. 재가급여</p> <p>가. 방문요양: 장기요양요원이 수급자의 가정 등을 방문하여 신체활동 및 가사활동 등을 지원하는 장기요양급여</p> <p>나. 방문목욕: 장기요양요원이 목욕설비를 갖춘 장비를 이용하여 수급자의 가정 등을 방문하여 목욕을 제공하는 장기요양급여</p> <p>다. 방문간호: 장기요양요원인 간호사 등이 의사, 한의사 또는 치과의사의 지시서(이하 "방문간호지시서"라 한다)에 따라 수급자의 가정 등을 방문하여 간호, 진료의 보조, 요양에 관한 상담 또는 구강위생 등을 제공하는 장기요양급여</p> <p>라. 주·야간보호: 수급자를 하루 중 일정한 시간 동안 장기요양기관에 보호하여 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여</p> <p>마. 단기보호: 수급자를 보건복지부령으로 정하는 범위 안에서 일정 기간 동안 장기요양기관에 보호하여 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여</p> <p>바. 기타재가급여: 수급자의 일상생활·신체활동 지원 및 인지기능의 유지·향상에 필요한 용구를 제공하거나 가정을 방문하여 재활에 관한 지원 등을 제공하는 장기요양급여로서 대통령령으로 정하는 것</p> <p>2. 시설급여: 장기요양기관에 장기간 입소한 수급자에게 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여</p> <p>3. 특별현금급여</p> <p>가. 가족요양비: 제24조에 따라 지급하는 가족장기요양급여</p> <p>나. 특례요양비: 제25조에 따라 지급하는 특례장기요양급여</p> <p>다. 요양병원간병비: 제26조에 따라 지급하는 요양병원장기요양급여</p> <p>② 제1항 제1호 및 제2호에 따라 장기요양급여를 제공할 수 있는 장기요양기관의 종류 및 기준과 장기요양급여 종류별 장기요양요원의 범위·업무·보수교육 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.</p> <p>③ 장기요양기관은 제1항제1호가목에서 마목까지의 재가급여 전부 또는 일부를 통합하여 제공하는 서비스(이하 이 조에서 "통합재가서비스"라 한다)를 제공할 수 있다.</p> <p>④ 제3항에 따라 통합재가서비스를 제공하는 장기요양기관은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.</p> <p>⑤ 장기요양급여의 제공 기준·절차·방법·범위, 그 밖에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.</p>

법령	조항 및 내용
노인장기 요양보험 법	제29조(장기요양급여의 제한) ① 공단은 장기요양급여를 받고 있는 자가 정당한 사유 없이 제15조제4항에 따른 조사나 제60조 또는 제61조에 따른 요구에 응하지 아니하거나 답변을 거절한 경우 장기요양급여의 전부 또는 일부를 제공하지 아니하게 할 수 있다. ② 공단은 장기요양급여를 받고 있거나 받을 수 있는 자가 장기요양기관이 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 장기요양급여비용을 받는 데에 가담한 경우 장기요양급여를 중단하거나 1년의 범위에서 장기요양급여의 횟수 또는 제공 기간을 제한할 수 있다. ③ 제2항에 따른 장기요양급여의 중단 및 제한 기준과 그 밖에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.
	제12조(어린이 보호구역의 지정·해제 및 관리) ① 시장등은 교통사고의 위험으로부터 어린이를 보호하기 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 시설의 주변도로 가운데 일정 구간을 어린이 보호구역으로 지정하여 자동차등의 통행속도를 시속 30킬로미터 이내로 제한할 수 있다. 1. 「유아교육법」 제2조에 따른 유치원, 「초·중등교육법」 제38조 및 제55조에 따른 초등학교 또는 특수학교 2. 「영유아보육법」 제10조에 따른 어린이집 가운데 행정자치부령으로 정하는 어린이집 3. 「학원의 설립·운영 및 과외교습에 관한 법률」 제2조에 따른 학원 가운데 행정자치부령으로 정하는 학원 4. 「초·중등교육법」 제60조의2 또는 제60조의3에 따른 외국인학교 또는 대안학교, 「대안교육기관에 관한 법률」 제2조제2호에 따른 대안교육기관, 「제주특별자치도 설치 및 국제자유도시 조성을 위한 특별법」 제223조에 따른 국제학교 및 「경제자유구역 및 제주국제자유도시의 외국교육기관 설립·운영에 관한 특별법」 제2조제2호에 따른 외국교육기관 중 유치원·초등학교 교과과정이 있는 학교 ② 제1항에 따른 어린이 보호구역의 지정·해제 절차 및 기준 등에 관하여 필요한 사항은 국민안전처장관과 협의하여 교육부, 행정자치부 및 국토교통부의 공동부령으로 정한다.
도로 교통법	

법령	조항 및 내용
민법	제2조(신의성실) ① 권리의 행사와 의무의 이행은 신의에 좇아 성실히 하여야 한다. ② 권리는 남용하지 못한다.
	제27조(실종의 신고) ① 부재자의 생사가 5년간 분명하지 아니한 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 한다. ② 전지에 임한 자, 침몰한 선박 중에 있던 자, 추락한 항공기 중에 있던 자 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한자의 생사가 전쟁종지후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 아니한 때에도 제1항과 같다.
	제1000조(상속의 순위) ① 상속에 있어서는 다음 순위로 상속인이 된다. 1. 피상속인의 직계비속 2. 피상속인의 직계존속 3. 피상속인의 형제자매 4. 피상속인의 4촌 이내의 방계혈족 ② 전항의 경우에 동순위의 상속인이 수인인 때에는 최근친을 우선위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다. ③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.
보험업 감독규정	제6-21조(정의) 이 절에서 사용하는 용어의 정의는 다음 각호와 같다. 1. "변액보험(퇴직연금실적배당보험 포함) 특별계정"이라 함은 납입보험료에 대한 운용손익을 전액 계약자에게 귀속시키기 위하여 운용하는 특별계정을 말한다. 2. "월리금보장형 특별계정"이라 함은 손익구조는 일반계정과 동일하나 수급권 보장을 위하여 자산을 별도로 운용하는 특별계정을 말한다. 3. "계약자적립금"이라 함은 일반계정에서 투입한 보험료, 기간이자 등의 투입원본액과 특별계정 운용에서 발생한 운용손익과 배당금 등을 가감한 금액을 말한다.

법령	조항 및 내용
보험업법	<p>제95조의2(설명 의무 등)</p> <p>① 삭제</p> <p>② 삭제</p> <p>③ 보험회사는 보험계약의 체결 시부터 보험금 지급 시까지의 주요 과정을 대통령령으로 정하는 바에 따라 일반보험계약자에게 설명하여야 한다. 다만, 일반보험계약자가 설명을 거부하는 경우에는 그러하지 아니하다.</p> <p>④ 보험회사는 일반보험계약자가 보험금 지급을 요청한 경우에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 보험금의 지급절차 및 지급내역 등을 설명하여야 하며, 보험금을 감액하여 지급하거나 지급하지 아니하는 경우에는 그 사유를 설명하여야 한다.</p>
	<p>제108조(특별계정의 설정·운용)</p> <p>① 보험회사는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 계약에 대하여는 대통령령으로 정하는 바에 따라 그 준비금에 상당하는 자산의 전부 또는 일부를 그 밖의 자산과 구별하여 이용하기 위한 계정(이하 "특별계정"이라 한다)을 각각 설정하여 운용할 수 있다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 「소득세법」 제20조의3제1항제2호 각 목 외의 부분에 따른 연금저축계좌를 설정하는 계약 2. 「근로자퇴직급여 보장법」 제29조제2항에 따른 보험계약 및 법률 제10967호 근로자퇴직급여 보장법 전부개정법을 부칙 제2조제1항 본문에 따른 다른 퇴직보험계약 3. 변액보험계약(보험금이 자산운용의 성과에 따라 변동하는 보험계약을 말한다) 4. 그 밖에 금융위원회가 정하는 필요하다고 인정하는 보험계약 <p>②~④ (생략)</p>

법령	조항 및 내용
보험업법 시행령	<p>제6조의2(전문보험계약자의 범위 등)</p> <p>① 법 제2조제19호 각 목 외의 부분 단서에서 "대통령령으로 정하는 자"란 다음 각 호의 자를 말한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 지방자치단체 2. 주권상장법인 3. 제2항제15호에 해당하는 자 4. 제3항제15호, 제16호 및 제18호에 해당하는 자 <p>② 법 제2조제19호다목에서 "대통령령으로 정하는 금융기관"이란 다음 각 호의 금융기관을 말한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 보험회사 2. 「금융지주회사법」에 따른 금융지주회사 3. 「농업협동조합법」에 따른 농업협동조합중앙회 4. 「산림조합법」에 따른 산림조합중앙회 5. 「상호저축은행법」에 따른 상호저축은행 및 그 중앙회 6. 「새마을금고법」에 따른 새마을금고연합회 7. 「수산업협동조합법」에 따른 수산업협동조합중앙회 8. 「신용협동조합법」에 따른 신용협동조합중앙회 9. 「여신전문금융업법」에 따른 여신전문금융회사 10. 「은행법」에 따른 은행 11. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 금융투자업자(같은 법 제22조에 따른 겸영금융투자업자는 제외한다), 증권금융회사, 종합금융회사 및 자금중개회사 12. 「중소기업은행법」에 따른 중소기업은행 13. 「한국산업은행법」에 따른 한국산업은행 14. 「한국수출입은행법」에 따른 한국수출입은행 15. 제1호부터 제14호까지의 기관에 준하는 외국금융기관

법령	조항 및 내용
보험업법 시행령	<p>제6조의2(전문보험계약자의 범위 등)</p> <p>③ 법 제2조제19호마목에서 “대통령령으로 정하는 자”란 다음 각 호의 자를 말한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 지방자치단체 2. 법 제83조에 따라 모집을 할 수 있는 자 3. 법 제175조에 따른 보험협회(이하 “보험협회”라 한다), 법 제176조에 따른 보험요율 산출기관(이하 “보험요율 산출기관”이라 한다) 및 법 제178조에 따른 보험 관계 단체 4. 「한국자산관리공사 설립 등에 관한 법률」에 따른 한국자산관리공사 5. 「금융위원회의 설치 등에 관한 법률」에 따른 금융감독원(이하 “금융감독원”이라 한다) 6. 「예금자보호법」에 따른 예금보험공사 및 정리금융회사 7. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 한국예탁결제원 및 같은 법 제373조의2에 따라 허가를 받은 거래소(이하 “거래소”라 한다) 8. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 집합투자기구. 다만, 금융위원회가 정하여 고시하는 집합투자기구는 제외한다. 9. 「한국주택금융공사법」에 따른 한국주택금융공사 10. 「한국투자공사법」에 따른 한국투자공사 11. 삭제 <2014. 12. 30.> 12. 「기술보증기금법」에 따른 기술보증기금 13. 「신용보증기금법」에 따른 신용보증기금 14. 법률에 따라 공제사업을 하는 법인 15. 법률에 따라 설립된 기금(제12호와 제13호에 따른 기금은 제외한다) 및 그 기금을 관리·운용하는 법인 16. 해외 증권시장에 상장된 주권을 발행한 국내법인 17. 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 외국인 <ol style="list-style-type: none"> 가. 외국 정부 나. 조약에 따라 설립된 국제기구 다. 외국 중앙은행 라. 제1호부터 제15호까지 및 제18호의 자에 준하는 외국인 18. 그 밖에 보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약의 내용을 이해하고 이행할 능력이 있는 자로서 금융위원회가 정하 여 고시하는 자

법령	조항 및 내용
산업재해 보상보험법 시행규칙	<p>제47조(운동기능장해의 측정)</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 비장해인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동기능영역은 별표4와 같다. ② 운동기능장해의 정도는 미국의학협회[AMA(American Medical Association)]식 측정 방법 중 공단이 정하는 방법으로 측정할 해당 근로자의 신체 각 관절의 운동기능영역과 별표4의 평균 운동기능영역을 비교하여 판정한다. 다만, 척추의 운동기능영역은 그러하지 아니하다. ③ 제2항에 따라 해당 근로자의 신체 각 관절의 운동기능영역을 측정할 때에는 다음 각 호의 구분에 따른 방법으로 한다. <ol style="list-style-type: none"> 1. 강직, 오그라들, 신경손상 등 운동기능장해의 원인이 명확한 경우 : 근로자의 능동적 운동에 의한 측정방법 2. 운동기능장해의 원인이 명확하지 아니한 경우 : 근로자의 수동적 운동에 의한 측정방법

법령		조항 및 내용		
산업재해 보상보험 법 시행규칙	[별표 4] 비장애인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역(제47조제1항 관련)			
	관절명	구분	측정부위	평균운동가능영역 (각도)
		목뼈부 (경추부)	후두과(後頭頸: 뒤통수 관절용기)-목뼈1번 분절	13
	목뼈1번-목뼈2번 분절		10	
	목뼈2번-목뼈3번 분절		8	
	목뼈3번-목뼈4번 분절		13	
	목뼈4번-목뼈5번 분절		12	
	목뼈5번-목뼈6번 분절		17	
	목뼈6번-목뼈7번 분절		16	
	목뼈7번-등뼈1번 분절		6	
척추	목뼈부 (흉추부)	등뼈1번-등뼈2번 분절	4	
		등뼈2번-등뼈3번 분절	4	
		등뼈3번-등뼈4번 분절	4	
		등뼈4번-등뼈5번 분절	4	
		등뼈5번-등뼈6번 분절	4	
		등뼈6번-등뼈7번 분절	5	
		등뼈7번-등뼈8번 분절	6	
		등뼈8번-등뼈9번 분절	6	
	허리뼈부 (요추부)	등뼈9번-등뼈10번 분절	6	
		등뼈10번-등뼈11번 분절	9	
허리뼈부 (요추부)	등뼈11번-등뼈12번 분절	12		
	허리뼈1번-허리뼈2번 분절	12		
	허리뼈2번-허리뼈3번 분절	14		
	허리뼈3번-허리뼈4번 분절	15		
	허리뼈4번-허리뼈5번 분절	17		
허리뼈5번-엉치뼈1번 분절	20			
<중략>				
제1발가락관절 (몸쪽발가락뼈마 디관절)	둘째 발가락	펴기	0	
		굽히기	40	
	가운데발가락	펴기	0	
		굽히기	40	
셋째 발가락	펴기	0		
	굽히기	40		
새끼발가락	펴기	0		
	굽히기	40		

법령		조항 및 내용	
상법	제651조(고지의무위반으로 인한 계약 해지)	<p>보험계약당시에 보험계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 중요한 사항을 고지하지 아니하거나 부실의 고지를 한 때에는 보험자는 그 사실을 안 날로부터 1월내에, 계약을 체결한 날로부터 3년내에 한하여 계약을 해지할 수 있다. 그러나 보험자가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못한 때에는 그러하지 아니하다.</p>	
	제44조의2(타인의 생명보험)	<p>법 제731조제1항에 따른 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서는 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 전자문서로 한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 전자문서에 보험금 지급사유, 보험금액, 보험계약자와 보험수익자의 신원, 보험기간이 적혀 있을 것 2. 전자문서에 법 제731조제1항에 따른 전자서명(이하 "전자서명"이라 한다)을 하기 전에 전자서명을 할 사람을 직접 만나서 전자서명을 하는 사람이 보험계약에 동의하는 본인임을 확인하는 절차를 거쳐 작성될 것 3. 전자문서에 전자서명을 한 후에 그 전자서명을 한 사람이 보험계약에 동의한 본인임을 확인할 수 있도록 지문정보를 이용하는 등 법무부장관이 고시하는 요건을 갖추어 작성될 것 4. 전자문서 및 전자서명의 위조·변조 여부를 확인할 수 있을 것 	
소득세법	제59조의4(특별세액공제)	<p>① 근로소득이 있는 거주자(일용근로자는 제외한다. 이하 이 조에서 같다)가 해당 과세기간에 만기에 환급되는 금액이 납입보험료를 초과하지 아니하는 보험의 보험계약에 따라 지급하는 다음 각 호의 보험료를 지급한 경우 그 금액의 100분의 12(제1호의 경우에는 100분의 15)에 해당하는 금액을 해당 과세기간의 종합소득산출세액에서 공제한다. 다만, 다음 각 호의 보험료별로 그 합계액이 각각 연 100만원을 초과하는 경우 그 초과하는 금액은 각각 없는 것으로 한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 기본공제대상자 중 장애인을 피보험자 또는 수익자로 하는 장애인전용보험으로서 대통령령으로 정하는 장애인전용보장성보험료 2. 기본공제대상자를 피보험자로 하는 대통령령으로 정하는 보험료(제1호에 따른 장애인전용보장성보험료는 제외한다) <p>②~⑩ (생략)</p>	

법령	조항 및 내용
소득세법 시행규칙	<p>제54조(장애아동의 범위 등)</p> <p>① 영 제107조제1항제1호에서 "기획재정부령으로 정하는 사람"이란 「장애아동 복지지원법」 제21조제1항에 따른 발달재활서비스를 지원받고 있는 사람을 말한다.</p> <p>② (생략)</p>
	<p>제61조의3 (공제대상보험료의 범위)</p> <p>영 제118조의4 제2항 각 호 외의 부분에서 "기획재정부령으로 정하는 것"이란 만기에 환급되는 금액이 납입보험료를 초과하지 아니하는 보험으로서 보험계약 또는 보험료납입영수증에 보험료 공제대상임이 표시된 보험의 보험료를 말한다.</p>
소득세법 시행령	<p>제107조(장애인의 범위) 제1항</p> <p>① 법 제51조 제1항 제2호에 따른 장애인은 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 자로 한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 「장애인복지법」에 따른 장애인 및 「장애아동 복지지원법」에 따른 장애아동 중 기획재정부령으로 정하는 사람 2. 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 의한 상이자 및 이와 유사한 사람으로서 근로능력이 없는 사람 3. 삭제 4. 제1호 및 제2호 외에 항시 치료를 요하는 중증환자
	<p>제118조의4 (보험료세액공제)</p> <p>① 법 제59조의4 제1항 제1호에서 "대통령령으로 정하는 장애인전용보장성 보험료"란 제2항 각 호에 해당하는 보험·공제로서 보험·공제 계약 또는 보험료·공제로 납입영수증에 장애인전용 보험·공제로 표시된 보험·공제의 보험료·공제료를 말한다.</p> <p>② 법 제59조의4 제1항 제2호에서 "대통령령으로 정하는 보험료"란 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 보험·보증·공제의 보험료·보증료·공제로 중 기획재정부령으로 정하는 것을 말한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 생명보험 2. 상해보험 3. 화재·도난이나 그 밖의 손해를 담보하는 가계에 관한 손해보험 4. 「수산업협동조합법」, 「신용협동조합법」 또는 「새마을금고법」에 따른 공제 5. 「근인공제회법」, 「한국교직원공제회법」, 「대한지방행정공제회법」, 「경찰공제회법」 및 「대한소방공제회법」에 따른 공제 6. 주택 임차보증금의 반환을 보증하는 것을 목적으로 하는 보험·보증. 다만, 보증대보증대상 임차보증금이 3억원을 초과하는 경우는 제외한다.

법령	조항 및 내용
신문 등의 진흥에 관한 법률	<p>제2조(정의)</p> <p>1. "신문"이란 정치·경제·사회·문화·산업·과학·종교·교육·체육 등 전체 분야 또는 특정 분야에 관한 보도·논평·여론 및 정보 등을 전파하기 위하여 같은 명칭으로 월 2회 이상 발행하는 간행물로서 다음 각 목의 것을 말한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 가. 일반일간신문: 정치·경제·사회·문화 등에 관한 보도·논평 및 여론 등을 전파하기 위하여 매일 발행하는 간행물 나. 특수일간신문: 산업·과학·종교·교육 또는 체육 등 특정 분야(정치는 제외한다)에 국한된 사항의 보도·논평 및 여론 등을 전파하기 위하여 매일 발행하는 간행물 다. 일반주간신문: 정치·경제·사회·문화 등에 관한 보도·논평 및 여론 등을 전파하기 위하여 매주 1회 발행하는 간행물(주 2회 또는 월 2회 이상 발행하는 것을 포함한다) 라. 특수주간신문: 산업·과학·종교·교육 또는 체육 등 특정 분야(정치는 제외한다)에 국한된 사항의 보도·논평 및 여론 등을 전파하기 위하여 매주 1회 발행하는 간행물(주 2회 또는 월 2회 이상 발행하는 것을 포함한다) <p>2.~12. (생략)</p>
	<p>제9조(등록)</p> <p>① 신문을 발행하거나 인터넷신문 또는 인터넷뉴스서비스를 전자적으로 발행하려는 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 다음 각 호의 사항을 주사무소 소재지를 관할하는 특별시장·광역시장·도지사 또는 특별자치도지사에게 등록하여야 한다. 등록된 사항이 변경될 때에도 또한 같다. 다만, 국가 또는 지방자치단체가 발행 또는 관리하거나 법인이나 그 밖의 단체 또는 기관이 그 소속원에게 보급할 목적으로 발행하는 경우와 대통령령으로 정하는 경우에는 그러하지 아니하다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.~8. (생략) 9. 주된 보급대상 및 보급지역(신문에 한정한다) 10.~11. (생략) <p>②~⑤ (생략)</p>
<p>암검진 실시기준</p>	<p>제1조(목적)</p> <p>이 기준은 「암관리법」 제11조, 같은 법 시행령 제6조부터 제8조까지 및 같은 법 시행규칙 제4조, 「건강검진기본법 시행규칙」 별표2, 「국민건강보험법」 제52조 및 같은 법 시행령 제25조, 「의료급여법」 제14조에서 암검진에 관하여 위임한 사항 및 그 시행에 필요한 사항을 규정함을 목적으로 한다.</p>

법령	조항 및 내용
암관리법	<p>제11조(암검진사업)</p> <p>① 보건복지부장관은 암의 치료율을 높이고 암으로 인한 사망률을 줄이기 위하여 암을 조기에 발견하는 검진사업(이하 “암검진사업”이라 한다)을 시행하여야 한다.</p> <p>② 암검진사업의 범위, 대상자, 암의 종류·검진주기, 연령 기준 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다. 이 경우 보건복지부장관은 암의 발생률, 생존율, 사망률 등 암 통계 및 치료에 관한 자료를 고려하여 암검진사업의 대상자, 암의 종류·검진주기 등을 정하여야 한다.</p> <p>③ 암의 검진 방법 및 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.</p> <p>④ 보건복지부장관은 암검진을 받는 사람 중 「의료급여법」에 따른 의료급여수급자 및 대통령령으로 정하는 건강보험가입자에 대하여는 예산 또는 「국민건강증진법」에 따른 국민건강증진기금(이하 “국민건강증진기금”이라 한다)에서 그 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.</p>

법령	조항 및 내용
암관리법 시행령	<p>제6조(암검진사업의 범위)</p> <p>법 제11조제1항에 따른 암을 조기에 발견하는 검진사업(이하 “암검진사업”이라 한다)의 범위는 다음 각 호와 같다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 암검진의 기준 연구 및 질 관리 2. 암검진 대상자 중 해당 연도 내 암검진을 받을 사람(이하 “수검 예정자”라 한다)의 선정 및 통보 3. 수검 예정자에 대한 검사 및 진단 4. 법 제11조제4항에 따른 검진비 지원 5. 암검진에 관한 교육 및 홍보 6. 암검진에 관한 정보시스템의 개발 및 관리 7. 그 밖에 암검진사업과 관련하여 보건복지부장관이 필요하다고 인정하는 사업 <p>제7조(암검진사업의 대상자 등)</p> <p>① 법 제11조제2항에 따른 암검진사업의 대상자는 다음 각 호의 사람으로 한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 「국민건강보험법」 제5조에 따른 건강보험가입자 및 피부양자 2. 「의료급여법」에 따른 의료급여수급자 <p>② 법 제11조제4항에서 “대통령령으로 정하는 건강보험가입자”란 「국민건강보험법」 제69조에 따른 월별 보험료액 등을 기준으로 하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 사람을 말한다.</p> <p>제8조(암검진사업 대상 암의 종류·검진주기 등)</p> <p>① 법 제11조제2항에 따른 암검진사업의 대상이 되는 암의 종류는 다음 각 호와 같다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 위암 2. 간암 3. 대장암 4. 유방암 5. 자궁경부암 6. 폐암 <p>② 암의 종류별 검진주기와 연령 기준 등은 별표 1과 같다.</p>

법령	조항 및 내용																					
암관리법 시행령	[별표 1] 암의 종류별 검진주기와 연령 기준 등(제8조제2항 관련)																					
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>암의 종류</th> <th>검진주기</th> <th>연령 기준 등</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>위암</td> <td>2년</td> <td>40세 이상의 남·여</td> </tr> <tr> <td>간암</td> <td>6개월</td> <td>40세 이상의 남·여 중 간암 발생 고위험군</td> </tr> <tr> <td>대장암</td> <td>1년</td> <td>50세 이상의 남·여</td> </tr> <tr> <td>유방암</td> <td>2년</td> <td>40세 이상의 여성</td> </tr> <tr> <td>자궁경부암</td> <td>2년</td> <td>20세 이상의 여성</td> </tr> <tr> <td>폐암</td> <td>2년</td> <td>54세 이상 74세 이하의 남·여 중 폐암 발생 고위험군</td> </tr> </tbody> </table>	암의 종류	검진주기	연령 기준 등	위암	2년	40세 이상의 남·여	간암	6개월	40세 이상의 남·여 중 간암 발생 고위험군	대장암	1년	50세 이상의 남·여	유방암	2년	40세 이상의 여성	자궁경부암	2년	20세 이상의 여성	폐암	2년	54세 이상 74세 이하의 남·여 중 폐암 발생 고위험군
	암의 종류	검진주기	연령 기준 등																			
	위암	2년	40세 이상의 남·여																			
	간암	6개월	40세 이상의 남·여 중 간암 발생 고위험군																			
	대장암	1년	50세 이상의 남·여																			
	유방암	2년	40세 이상의 여성																			
자궁경부암	2년	20세 이상의 여성																				
폐암	2년	54세 이상 74세 이하의 남·여 중 폐암 발생 고위험군																				
암관리법 시행규칙	제4조(암검진의 방법 및 절차 등) ① 「암관리법 시행령」(이하 “령”이라 한다) 제6조제3호에 따른 검사 및 진단은 「건강검진기본법」 제14조 및 같은 법 시행규칙 제4조제1항제2호에 따른 암검진기관에서 실시한다. ② 제1항에 따른 암 검진의 검사항목, 검사비용, 판정 기준 등 암 검진 실시에 필요한 구체적인 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다.																					
	제2조(정의) 제5호 이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다. 1.~4. (생략) 5. “응급의료기관”이란 「의료법」 제3조에 따른 의료기관 중에서 이 법에 따라 지정된 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터 및 지역응급의료기관을 말한다. 6.~8. (생략)																					
응급의료 에 관한 법률																						

법령	조항 및 내용
응급의료 에 관한 법률	제26조(권역응급의료센터의 지정) ① 보건복지부장관은 응급의료에 관한 다음 각 호의 업무를 수행하게 하기 위하여 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원 또는 같은 법 제3조의3에 따른 300병상을 초과하는 종합병원 중에서 권역응급의료센터를 지정할 수 있다. 1. 중증응급환자 중심의 진료 2. 재난 대비 및 대응 등을 위한 거점병원으로서 보건복지부령으로 정하는 업무 3. 권역(圈域) 내에 있는 응급의료종사자에 대한 교육·훈련 4. 권역 내 다른 의료기관에서 제11조에 따라 이송되는 중증응급환자에 대한 수용 5. 그 밖에 보건복지부장관이 정하는 권역 내 응급의료 관련 업무 ② 권역응급의료센터의 지정 기준·방법·절차 및 업무와 중증응급환자의 기준 등은 권역 내 응급의료 수요와 공급 등을 고려하여 보건복지부령으로 정한다.
	제35조의 2(응급의료기관 외의 의료기관) 제1항 ① 이 법에 따른 응급의료기관으로 지정받지 아니한 의료기관이 응급의료시설을 설치·운영하려면 보건복지부령으로 정하는 시설·인력 등을 갖추어 시장·군수·구청장에게 신고하여야 한다. 다만, 종합병원의 경우에는 신고를 생략할 수 있다.
의료급여 법	제7조(의료급여의 내용 등) ① 이 법에 따른 수급권자의 질병·부상·출산 등에 대한 의료급여의 내용은 다음 각 호와 같다. 1. 진찰·검사 2. 약제(藥劑)·치료재료의 지급 3. 처치·수술과 그 밖의 치료 4. 예방·재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송과 그 밖의 의료목적 달성을 위한 조치 ② 제1항에 따른 의료급여의 방법·절차·범위·한도 등 의료급여의 기준에 관하여는 보건복지부령으로 정하고, 의료수가기준과 그 계산방법 등에 관하여는 보건복지부장관이 정한다. ③ 보건복지부장관은 제2항에 따라 의료급여의 기준을 정할 때에는 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 질환 등 보건복지부령으로 정하는 사항은 의료급여 대상에서 제외할 수 있다.
	제14조(건강검진) ① 시장·군수·구청장은 이 법에 따른 수급권자에 대하여 질병의 조기발견과 그에 따른 의료급여를 하기 위하여 건강검진을 할 수 있다. ② 제1항에 따른 건강검진의 대상·횟수·절차와 그 밖에 필요한 사항은 보건복지부장관이 정한다.

법령	조항 및 내용
의료급여 법 시행령	<p>제13조(급여비용의 부담)</p> <p>①법 제10조에 따라 기금에서 부담하는 급여비용의 범위는 별표 1과 같다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 삭제 2. 삭제 <p>② 삭제</p> <p>③제1항의 규정에 불구하고 법 제15조제1항의 규정에 의하여 의료급여가 제한되는 경우, 기금에 상당한 부담을 초래한다고 인정되는 경우 등 보건복지부령이 정하는 경우 또는 항목에 대하여는 보건복지부령이 정하는 금액을 수급권자가 부담한다.</p> <p>④제1항의 규정에 따라 기금에서 부담하는 급여비용외에 수급권자가 부담하는 본인부담금(이하 “급여대상 본인부담금”이라 한다)과 제3항의 규정에 따라 수급권자가 부담하는 본인부담금은 의료급여기관의 청구에 의하여 수급권자가 의료급여기관에 지급한다.</p> <p>⑤제4항의 규정에 따라 의료급여기관에 지급한 급여대상 본인부담금(별표 1 제1호라목·마목, 같은 표 제2호마목·바목 및 같은 표 제3호에 따라 의료급여기관에 지급한 급여대상 본인부담금은 제외한다. 이하 이 조에서 같다)이 매 30일간 다음 각 호의 금액을 초과한 경우에는 그 초과한 금액의 100분의 50에 해당하는 금액을 보건복지부령이 정하는 바에 따라 시장·군수·구청장이 수급권자에게 지급한다. 다만, 지급하여야 할 금액이 2천 원 미만인 경우에는 이를 지급하지 아니한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 1종수급권자 : 2만원 2. 2종수급권자 : 20만원 <p>⑥급여대상 본인부담금에서 제5항에 따라 지급받은 금액을 차감한 금액이 다음 각 호의 금액을 초과한 경우에는 그 초과금액을 기금에서 부담한다. 다만, 초과금액이 2천원 미만인 경우에는 이를 수급권자가 부담한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 1종수급권자 : 매 30일간 5만원 2. 2종수급권자: 연간 80만원. 다만, 「의료법」 제3조제2항제3호라목에 따른 요양병원에 연간 240일을 초과하여 입원한 경우에는 연간 120만원으로 한다. <p>⑦시장·군수·구청장은 수급권자가 제6항 본문의 규정에 따라 기금에서 부담하여야 하는 초과금액을 의료급여기관에 지급한 경우에는 보건복지부령이 정하는 바에 따라 그 초과금액을 수급권자에게 지급하여야 한다.</p>

법령	조항 및 내용
응급의료 에 관한 법률 시행규칙	<p>제2조(응급환자)</p> <p>「응급의료에 관한 법률」 제2조제1호에서 “보건복지부령이 정하는 자”란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 증상이 있는 자를 말한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 별표1의 응급증상 및 이에 준하는 증상 2. 제1호의 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상 <p>[별표 1] 응급증상 및 이에 준하는 증상(제2조제1호관련)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 응급증상 <ol style="list-style-type: none"> 가. 신경학적 응급증상 : 급성뇌식장애, 급성신경학적 이상, 구토·의식장애 등의 증상이 있는 두부 손상 나. 심혈관계 응급증상 : 심폐소생술이 필요한 증상, 급성호흡곤란, 심장질환으로 인한 급성 흉통, 심계항진, 박동이상 및 쇼크 다. 중독 및 대사장애 : 심한 탈수, 약물·알콜 또는 기타 물질의 과다복용이나 중독, 급성대사장애(간부전·신부전·당뇨병 등) 라. 외과적 응급증상 : 개복술을 요하는 급성복증(급성복막염·장폐색증·급성췌장염 등 중한 경우에 한함), 광범위한 화상(외부신체 표면적의 18% 이상), 관통상, 개방성·다발성 골절 또는 대퇴부 척추의 골절, 사지를 절단할 우려가 있는 혈관 손상, 전신마취후에 응급수술을 요하는 증상, 다발성 외상 마. 출혈 : 계속되는 각혈, 지혈이 안되는 출혈, 급성 위장관 출혈 바. 안과적 응급증상 : 화학물질에 의한 눈의 손상, 급성 시력 손실 사. 알리지 : 얼굴 부종을 동반한 알리지 반응 아. 소아과적 응급증상 : 소아경련성 장애 자. 정신과적 응급증상 : 자신 또는 다른 사람을 해할 우려가 있는 정신장애 2. 응급증상에 준하는 증상 <ol style="list-style-type: none"> 가. 신경학적 응급증상 : 의식장애, 현훈 나. 심혈관계 응급증상 : 호흡곤란, 과호흡 다. 외과적 응급증상 : 화상, 급성복증을 포함한 배의 전반적인 이상증상, 골절·외상 또는 탈골, 그 밖에 응급수술을 요하는 증상, 배뇨장애 라. 출혈 : 혈관손상 마. 소아과적 응급증상 : 소아 경련, 38℃ 이상인 소아 고열(공휴일·야간 등 의로서비스가 제공되기 어려운 때에 8세 이하의 소아에게 나타나는 증상을 말한다) 바. 산부인과적 응급증상 : 분만 또는 성폭력으로 인하여 산부인과적 검사 또는 처치가 필요한 증상 사. 이물체에 의한 응급증상 : 귀·눈·코·항문 등에 이물이 들어가 제거술이 필요한 환자

법령	조항 및 내용
의료법	제3조(의료기관) ① 이 법에서 "의료기관"이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 "의료업"이라 한다)을 하는 곳을 말한다. ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다. <ol style="list-style-type: none"> 1. 의원급 의료기관 : 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다. <ol style="list-style-type: none"> 가. 의원 나. 치과의원 다. 한의원 2. 조산원 : 조산사가 조산과 임신부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다. 3. 병원급 의료기관 : 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다. <ol style="list-style-type: none"> 가. 병원 나. 치과병원 다. 한방병원 라. 요양병원(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다) 마. 정신병원 바. 종합병원 ③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.
	제3조의3(종합병원) ① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다. <ol style="list-style-type: none"> 1. 100개 이상의 병상을 갖춘 것 2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것 3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것 ② 종합병원은 제1항제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

법령	조항 및 내용
의료법	제3조의4(상급종합병원 지정) ① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다. <ol style="list-style-type: none"> 1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것 2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것 3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖춘 것 4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것 ② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다. ③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다. ④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다. ⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무를 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.
	제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등) ① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 제80조에 따른 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다. ② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다. ③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다. ④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조제3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다. ⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다. ⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다. ⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 정책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

법령	조항 및 내용
의료법	<p>제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)</p> <p>① 의사·치과의사 또는 한의사가 되려는 자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자격을 가진 자로서 제9조에 따른 의사·치과의사 또는 한의사 국가시험에 합격한 후 보건복지부장관의 면허를 받아야 한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 「고등교육법」 제11조의2에 따른 인정기관(이하 "평가인증기구"라 한다)의 인증(이하 "평가인증기구의 인증"이라 한다)을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학을 졸업하고 의학사·치의학사 또는 한의학사 학위를 받은 자 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 전문대학원을 졸업하고 석사학위 또는 박사학위를 받은 자 외국의 제1호나 제2호에 해당하는 학교(보건복지부장관이 정하여 고시하는 인정기준에 해당하는 학교를 말한다)를 졸업하고 외국의 의사·치과의사 또는 한의사 면허를 받은 자로서 제9조에 따른 예비시험에 합격한 자 <p>② 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원을 6개월 이내에 졸업하고 해당 학위를 받을 것으로 예정된 자는 제1항제1호 및 제2호의 자격을 가진 자로 본다. 다만, 그 졸업예정시기에 졸업하고 해당 학위를 받아야 면허를 받을 수 있다.</p> <p>③ 제1항에도 불구하고 입학 당시 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원에 입학한 사람으로서 그 대학 또는 전문대학원을 졸업하고 해당 학위를 받은 사람은 같은 항 제1호 및 제2호의 자격을 가진 사람으로 본다.</p>
	<p>제36조(준수사항)</p> <p>제33조제2항 및 제8항에 따라 의료기관을 개설하는 자는 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 다음 각 호의 사항을 지켜야 한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 의료기관의 종류에 따른 시설기준 및 규격에 관한 사항 2~13. (생략)

법령	조항 및 내용
의료법	<p>제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)</p> <ol style="list-style-type: none"> 보건복지부장관은 신의료기술평가에 관한 사항을 심의하기 위하여 보건복지부에 신의료기술평가위원회(이하 "위원회"라 한다)를 둔다. 위원회는 위원장 1명을 포함하여 20명 이내의 위원으로 구성한다. 위원은 다음 각 호의 자 중에서 보건복지부장관이 위촉하거나 임명한다. 다만, 위원장은 제1호 또는 제2호의 자 중에서 임명한다. <ol style="list-style-type: none"> 제28조제1항에 따른 의사회·치과의사회·한의사회에서 각각 추천하는 자 보건의료에 관한 학식이 풍부한 자 소비자단체에서 추천하는 자 변호사의 자격을 가진 자로서 보건의료와 관련된 업무에 5년 이상 종사한 경력이 있는 자 보건의료정책 관련 업무를 담당하고 있는 보건복지부 소속 5급 이상의 공무원 위원장과 위원의 임기는 3년으로 하되, 연임할 수 있다. 다만, 제3항제5호에 따른 공무원의 경우에는 재임기간으로 한다. 위원의 자리가 빈 때에는 새로 위원을 임명하고, 새로 임명된 위원의 임기는 임명된 날부터 기산한다. 위원회의 심의사항을 전문적으로 검토하기 위하여 위원회에 분야별 전문평가위원회를 둔다. 그 밖에 위원회·전문평가위원회의 구성 및 운영 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

법령	조항 및 내용
의료법 시행규칙	<p>제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)</p> <p>① 법 제4조의2제1항에서 “보건복지부령으로 정하는 입원 환자”란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원 환자 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자 <p>② 법 제4조의2제2항에서 “보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관”이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.</p> <p>③ 법 제4조의2제3항에서 “보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준”이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.</p> <p>④ 법 제4조의2제4항 전단에서 “보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관”이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 「군보건의료에 관한 법률」 제2조제4호에 따른 군보건의료기관 「치료감호법」 제16조의2제1항제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관
	<p>제34조(의료기관의 시설기준 및 규격)</p> <p>법 제36조제1호에 따른 의료기관의 종류별 시설기준은 별표 3과 같고, 그 시설규격은 별표 4와 같다.</p>
	<p>[별표 3] 의료기관의 종류별 시설기준(제34조 관련)</p> <p>중환자실 : 병상이 300개 이상인 종합병원만 해당한다.</p>

법령	조항 및 내용
의료법 시행규칙	<p>[별표 4] 의료기관의 시설규격(제34조 관련)</p> <ol style="list-style-type: none"> (생략) 중환자실 <ol style="list-style-type: none"> 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다. 병상 1개당 면적은 10제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하 “신생아중환자실”이라 한다)의 병상 1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 “병상 1개당 면적”은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간(중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다)을 병상 수로 나눈 면적을 말한다. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적수액주입기를 갖추고, 병상 수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압 모니터, 병상 수의 30퍼센트 이상 개수의 인공호흡기, 병상 수의 70퍼센트 이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당 연평균 1일 입원환자수는 1.2명(신생아 중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다. <p>3~20. (생략)</p>

법령	조항 및 내용
자본시장 과 금융투자 업에 관한 법률	제88조(자산운용보고서의 교부) ① 집합투자업자는 자산운용보고서를 작성하여 해당 집합투자재산을 보관·관리하는 신탁업자의 확인을 받아 3개월마다 1회 이상 해당 집합투자기구의 투자자에게 교부하여야 한다. 다만, 투자자가 수시로 변동되는 등 투자자의 이익을 해할 우려가 있는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우에는 자산운용보고서를 투자자에게 교부하지 아니할 수 있다. ② 집합투자업자는 제1항에 따른 자산운용보고서에 다음 각 호의 사항을 기재하여야 한다. 1. 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 날(이하 이 조에서 "기준일"이라 한다) 현재의 해당 집합투자 기구의 자산·부채 및 집합투자증권의 기준가격 가. 회계기간의 개시일부터 3개월이 종료되는 날 나. 회계기간의 말일 다. 계약기간의 종료일 또는 존속기간의 만료일 라. 해지일 또는 해산일 2. 직전의 기준일(직전의 기준일이 없는 경우에는 해당 집합투자기구의 최초 설정일 또는 성립일을 말한다)부터 해당 기준일까지의 기간(이하 이 조에서 "해당 운용기간"이라 한다) 중 운용경과의 개요 및 해당 운용기간 중의 손익 사항 3. 기준일 현재 집합투자재산에 속하는 자산의 종류별 평가액과 집합투자재산 총액에 대한 각각의 비율 4. 해당 운용기간 중 매매한 주식의 총수, 매매금액 및 대통령령으로 정하는 매매회전율 5. 그 밖에 대통령령으로 정하는 사항 ③ 제1항에 따른 자산운용보고서의 교부시기 및 방법, 비용부담 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

법령	조항 및 내용
자본시장 과 금융투자 업에 관한 법률	제188조(신탁계약의 체결 등) ① 투자신탁을 설정하고자 하는 집합투자업자는 다음 각 호의 사항이 기재된 신탁계약서에 의하여 신탁업자와 신탁계약을 체결하여야 한다. 1. 집합투자업자 및 신탁업자의 상호 2. 신탁원본의 가액 및 제189조제1항 및 제3항에 따라 발생하는 투자신탁의 수익권(이하 "수익증권"이라 한다)의 총좌수에 관한 사항 3. 투자신탁재산의 운용 및 관리에 관한 사항 4. 이익분배 및 환매에 관한 사항 5. 집합투자업자·신탁업자 등이 받는 보수, 그 밖의 수수료의 계산방법과 지급시기·방법에 관한 사항. 다만, 집합투자업자가 기준가격 산정업무를 위탁하는 경우에는 그 수수료는 해당 투자신탁재산에서 부담한다는 내용을 포함하여야 한다. 6. 수익자총회에 관한 사항 7. 공시 및 보고서에 관한 사항 8. 그 밖에 수익자 보호를 위하여 필요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항 ② 투자신탁을 설정한 집합투자업자는 신탁계약을 변경하고자 하는 경우에는 신탁업자와 변경계약을 체결하여야 한다. 이 경우 신탁계약 중 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사항을 변경하는 경우에는 미리 제190조제5항 본문에 따른 수익자총회의 결의를 거쳐야 한다. 1. 집합투자업자·신탁업자 등이 받는 보수, 그 밖의 수수료의 인상 2. 신탁업자의 변경(합병·분할·분할합병, 그 밖에 대통령령으로 정하는 사유로 변경되는 경우를 제외한다) 3. 신탁계약기간의 변경(투자신탁을 설정할 당시에 그 기간변경이 신탁계약서에 명시되어 있는 경우는 제외한다) 4. 그 밖에 수익자의 이익과 관련된 중요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항 ③ 투자신탁을 설정한 집합투자업자는 제2항에 따라 신탁계약을 변경한 경우에는 인터넷 홈페이지 등을 이용하여 공시하여야 하며, 제2항 후단에 따라 신탁계약을 변경한 경우에는 공시 외에 이를 수익자에게 통지하여야 한다. ④ 집합투자업자는 제1항에 따라 투자신탁을 설정하는 경우(그 투자신탁을 추가로 설정하는 경우를 포함한다) 신탁업자에게 해당 신탁계약에서 정한 신탁원본 전액을 금전으로 납입하여야 한다.
자본시장 과 금융투자 업에 관한 법률 시행령	제93조(수시공시의 방법 등) 제2항 ② 법 제89조 제1항 제3호에서 "대통령령으로 정하는 부실자산"이란 발행인의 부도, 「채무자 회생 및 파산에 관한 법률」에 따른 회생절차개시의 신청 등의 사유로 인하여 금융위원회가 부실자산으로 정하여 고시하는 자산을 말한다.

법령	조항 및 내용
자본시장 과 금융투자 업에 관한 법률 시행령	<p>제265조(회계감사인의 선임 등)</p> <p>① 법 제240조제4항에 따라 투자신탁이나 투자익명조합의 집합투자업자 또는 투자회사등(투자회사는 제외한다)이 집합투자기구의 회계감사인을 선임하거나 교체하려는 경우에는 그 집합투자기구의 집합투자재산을 운용하는 집합투자업자의 감사의 동의(감사위원회가 설치된 경우에는 감사위원회의 의결을 말한다)를 받아야 하며, 투자회사가 회계감사인을 선임하거나 교체하려는 경우에는 감독이사의 동의를 받아야 한다.</p> <p>② 집합투자재산에 대한 회계감사기준은 금융위원회가 증권선물위원회의 심의를 거쳐 정하여 고시한다.</p> <p>③ 집합투자재산에 대한 회계감사와 관련하여 회계감사인의 권한은 법 및 「주식회사 등의 외부감사에 관한 법률」 제21조에서 정하는 바에 따른다.</p> <p>④ 회계감사인은 집합투자재산에 대한 회계감사를 마친 때에는 다음 각 호의 사항이 기재된 회계감사보고서를 작성하여 투자신탁이나 투자익명조합의 집합투자업자 또는 투자회사등에게 이를 지체 없이 제출해야 한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 집합투자재산의 재무상태표 2. 집합투자재산의 손익계산서 3. 집합투자재산의 기준가계산서 4. 집합투자업자 및 그 이해관계인(법 제84조제1항에 따른 이해관계인을 말한다)과의 거래내역 <p>⑤ 투자신탁이나 투자익명조합의 집합투자업자 또는 투자회사등은 회계감사인으로부터 회계감사보고서를 제출받은 경우에는 금융위원회, 협회, 그 집합투자증권을 판매하는 투자매매업자·투자중개업자 및 그 집합투자재산을 보관·관리하는 신탁업자에게 이를 지체 없이 제출하여야 한다.</p> <p>⑥ 투자신탁이나 투자익명조합의 집합투자업자 또는 투자회사등은 금융위원회가 정하여 고시하는 방법에 따라 해당 투자자가 회계감사보고서를 열람할 수 있도록 하여야 한다.</p> <p>⑦ 회계감사에 따른 비용은 그 회계감사의 대상인 집합투자기구가 부담한다.</p>
	장기등 이식에 관한 법률

법령	조항 및 내용
장애인 복지법	<p>제32조(장애인 등록)</p> <p>① 장애인, 그 법정대리인 또는 대통령령으로 정하는 보호자(이하 "법정대리인 등"이라 한다)는 장애 상태와 그 밖에 보건복지부령이 정하는 사항을 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수 또는 구청장(자치구의 구청장을 말한다. 이하 같다)에게 등록하여야 하며, 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 등록을 신청한 장애인이 제2조에 따른 기준에 맞으면 장애인등록증(이하 "등록증"이라 한다)을 내주어야 한다.</p> <p>② 삭제</p> <p>③ 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 제1항에 따라 등록증을 받은 장애인의 장애 상태의 변화에 따른 장애 정도 조절을 위하여 장애 진단을 받게 하는 등 장애인이나 법정대리인등에게 필요한 조치를 할 수 있다.</p> <p>④ 장애인의 장애 인정과 장애 정도 사정(査定)에 관한 업무를 담당하게 하기 위하여 보건복지부에 장애판정위원회를 둘 수 있다.</p> <p>⑤ 등록증은 양도하거나 대여하지 못하며, 등록증과 비슷한 명칭이나 표시를 사용하여서는 아니 된다.</p> <p>⑥ 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 제1항에 따른 장애인 등록 및 제3항에 따른 장애 상태의 변화에 따른 장애 정도를 조정함에 있어 장애인의 장애 인정과 장애 정도 사정이 적정하지를 확인하기 위하여 필요한 경우 대통령령으로 정하는 「공공기관의 운영에 관한 법률」 제4조에 따른 공공기관에 장애 정도에 관한 정밀심사를 의뢰할 수 있다.</p> <p>⑦ 삭제</p> <p>⑧ 제1항 및 제3항부터 제6항까지에서 규정한 사항 외에 장애인의 등록, 등록증의 발급, 장애 진단 및 장애 정도에 관한 정밀심사, 장애판정위원회 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.</p>
	전자 서명법

법령	조항 및 내용
호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률	제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.
	1. "임종과정"이란 회생의 가능성이 없고, 치료에도 불구하고 회복되지 아니하며, 급속도로 증상이 악화되어 사망에 임박한 상태를 말한다.
	2. "임종과정에 있는 환자"란 제16조에 따라 담당의사와 해당 분야의 전문의 1명으로부터 임종과정에 있다는 의학적 판단을 받은 자를 말한다.
	3. "말기환자(末期患者)"란 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 보건복지부령으로 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당 분야의 전문의 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.
	4. "연명의료"란 임종과정에 있는 환자에게 하는 심폐소생술, 혈액 투석, 항암제 투여, 인공호흡기 착용 및 그 밖에 대통령령으로 정하는 의학적인 시술로서 치료효과 없이 임종과정의 기간만을 연장하는 것을 말한다.
	5. "연명의료중단등결정"이란 임종과정에 있는 환자에 대한 연명의료를 시행하지 아니하거나 중단하기로 하는 결정을 말한다.
	6. "호스피스·완화의료"(이하 "호스피스"라 한다)란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 질환으로 말기환자로 진단을 받은 환자 또는 임종과정에 있는 환자(이하 "호스피스대상환자"라 한다)와 그 가족에게 통증과 증상의 완화 등을 포함한 신체적, 심리사회적, 영적 영역에 대한 종합적인 평가와 치료를 목적으로 하는 의료를 말한다. 가. 암 나. 후천성면역결핍증 다. 만성 폐쇄성 호흡기질환 라. 만성 간경화 마. 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 질환
	7. "담당의사"란 「의료법」에 따른 의사로서 말기환자 또는 임종과정에 있는 환자(이하 "말기환자등"이라 한다)를 직접 진료하는 의사를 말한다.
	8. "연명의료계획서"란 말기환자등의 의사에 따라 담당의사가 환자에 대한 연명의료중단등결정 및 호스피스에 관한 사항을 계획하여 문서(전자문서를 포함한다)로 작성한 것을 말한다.
	9. "사전연명의료의향서"란 19세 이상인 사람이 자신의 연명의료중단등결정 및 호스피스에 관한 의사를 직접 문서(전자문서를 포함한다)로 작성한 것을 말한다.

법령	조항 및 내용
호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률	제15조(연명의료중단등결정 이행의 대상) 담당의사는 임종과정에 있는 환자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에만 연명의료중단등결정을 이행할 수 있다. 1. 제17조에 따라 연명의료계획서, 사전연명의료의향서 또는 환자가족의 진술을 통하여 환자의 의사로 보는 의사가 연명의료중단등결정을 원하는 것이고, 임종과정에 있는 환자의 의사에도 반하지 아니하는 경우 2. 제18조에 따라 연명의료중단등결정이 있는 것으로 보는 경우
	제16조(환자가 임종과정에 있는지 여부에 대한 판단) ① 담당의사는 환자에 대한 연명의료중단등결정을 이행하기 전에 해당 환자가 임종과정에 있는지 여부를 해당 분야의 전문의 1명과 함께 판단하고 그 결과를 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 기록(전자문서로 된 기록을 포함한다)하여야 한다. ② 제1항에도 불구하고 제25조에 따른 호스피스전문기관에서 호스피스를 이용하는 말기환자가 임종과정에 있는지 여부에 대한 판단은 담당의사의 판단으로 갈음할 수 있다.
	제20조(기록의 보존) 의료기관의 장은 연명의료중단등결정 및 그 이행에 관한 다음 각 호의 기록을 연명의료중단등결정 이행 후 10년 동안 보존하여야 한다. 1. 제10조에 따라 작성된 연명의료계획서 2. 제16조에 따라 기록된 임종과정에 있는 환자 여부에 대한 담당의사와 해당 분야 전문의 1명의 판단 결과 3. 제17조제1항제1호 및 제2호에 따른 연명의료계획서 또는 사전연명의료의향서에 대한 담당의사 및 해당 분야 전문의의 확인 결과 4. 제17조제1항제3호에 따른 환자가족의 진술에 대한 자료·문서 및 그에 대한 담당의사와 해당 분야 전문의의 확인 결과 5. 제18조제1항제1호·제2호에 따른 의사표시에 대한 자료·문서 및 그에 대한 담당의사와 해당 분야 전문의의 확인 결과 6. 제19조제4항에 따라 기록된 연명의료중단등결정 이행의 결과 7. 그 밖에 연명의료중단등결정 및 그 이행에 관한 중요한 기록으로서 대통령령으로 정하는 사항



www.idblife.com

서울특별시 강남구 테헤란로 432(대치동) DB금융센터
TEL: 1588-3131

판매일자: 2024. 5. 1.