Cigna. 라이나생명

무배당 라이나 THE 치아보험 약관

무배당 라이나THE치아보험 약관 목차

무배당 라이나THE치아보험 1종(기본형) 약관 3
무배당 라이나THE치아보험 2종(고급형) 약관 64

Cigna. 라이나생명

무배당 라이나 THE 치아보험
1종(기본형) 약관

* 계약자가 선택한 유형에 한하여 적용합니다.

무배당 라이나THE치아보험 1종(기본형) 약관 목차

<<가입자 유의사항>> 6
<<주요내용 요약서>> 9
<<보험용어 해설>> 11
제 1 관 목적 및 용어의 정의 12
제 1 조 【목적】 12
제 2 조 【용어의 정의】 12
제 2 관 보험금의 지급 12
제 3 조 【"영구치"의 정의】 12
제 4 조 【"치아우식증(충치)", "치주질환(잇몸질환)"의 정의 및 진단확정】 13
제 5 조 【"치과치료"의 정의】 13
제 6 조 【"충전치료"의 정의】 13
제 7 조 【"크라운치료"의 정의】 13
제 8 조 【"보철치료"의 정의】 13
제 9 조 【"치수치료(신경치료)"의 정의】 13
제 10 조 【"영구치 발거" 또는 "영구치 발거치료"의 정의 및 진단확정】 14
제 11 조 【"치석제거(스케일링)치료"의 정의】 14
제 12 조 【"주요치주질환(잇몸질환)치료"의 정의】 14
제 13 조 【"구강암"의 정의 및 진단확정】 15
제 14 조 【대상이 되는 "영구치 발거" 원인】 16
제 15 조 【대상이 되지 않는 "영구치 발거" 원인】 16
제 16 조 【보험금의 지급사유】 16
제 17 조 【보험금 지급에 관한 세부규정】 17
제 18 조 【보험금을 지급하지 않는 사유】 22
제 19 조 【보험금 지급사유의 발생통지】 22
제 20 조 【보험금의 청구】 22
제 21 조 【보험금의 지급절차】 23
제 22 조 【주소변경통지】 23
제 23 조 【보험수익자의 지정】 23
제 24 조 【대표자의 지정】 23
제 3 관 계약자의 계약 전 알릴의무 등 24
제 25 조 【계약 전 알릴의무】 24
제 26 조 【계약 전 알릴의무 위반의 효과】 24
제 27 조 【사기에 의한 계약】 25
제 4 관 보험계약의 성립과 유지 25
제 28 조 【보험계약의 성립】 25
제 29 조 【청약의 철회】 25
제 30 조 【약관교부 및 설명의무 등】 26
제 31 조 【계약의 무효】 26

제 32 조【계약내용의 변경 등】 27
제 33 조【보험가입금액의 자동증액】 27
제 34 조【보험나이 등】 27
제 35 조【계약의 소멸】 28
제 5 관 보험료의 납입 28
제 36 조【제 1 회 보험료 및 회사의 보장개시】 28
제 37 조【제 2 회 이후 보험료의 납입】 29
제 38 조【보험료의 자동대출납입】 29
제 39 조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지】 29
제 40 조【보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)】 30
제 41 조【강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복)】 30
제 6 관 계약의 해지 및 해지환급금 등 30
제 42 조【계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권】 30
제 43 조【중대사유로 인한 해지】 30
제 44 조【회사의 파산선고와 해지】 31
제 45 조【해지환급금】 31
제 46 조【보험계약대출】 31
제 47 조【배당금의 지급】 31
제 7 관 분쟁의 조정 등 31
제 48 조【분쟁의 조정】 31
제 49 조【관할법원】 31
제 50 조【소멸시효】 32
제 51 조【약관의 해석】 32
제 52 조【회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력】 32
제 53 조【회사의 손해배상책임】 32
제 54 조【개인정보보호】 32
제 55 조【준거법】 32
제 56 조【예금보험에 의한 지급보장】 32
(별표 1) 보험금 지급기준표 33
(별표 2) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 42
(별표 3) 구강암 분류표 43
(별표 4) 주요치주질환(잇몸질환)치료 분류표 44
(별표 5) 재해분류표 45
(별표 6) 장해분류표 46

<<가입자 유의사항>>

<< 가입자 유의사항 >>

□ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

1. 보험계약관련 유의사항

○ 보험계약전 알릴의무 위반

- 현재 및 과거 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 **보험금을 지급받지 못할 수 있습니다**.
- 현재 및 과거 질병 치료사실 등을 **보험설계사에게 구두로 알린 경우**는 보험회사에 알리지 **않은 것으로 간주**되므로, 반드시 **청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다**.
- 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약전 알릴의무를 이행하여야 하므로 답변에 **특히 신중하여야 합니다**.

○ 부활

- 부활(효력회복)계약의 **치과치료보장개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.** 다만, 보험기간 중 발생한 재해로 인한 치과치료의 경우 부활(효력회복)일부터 보장이 개시됩니다.
- 부활(효력회복)계약의 **구강암보장개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.**

2. 해지환급금 관련 유의사항

○ 해지환급금

- 보험계약을 중도 해지시 **해지환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다**. **그 이유는** 납입한 보험료 중 **위험보장을 위한** 보험료 및 계약체결비용과 계약관리비용을 차감한 후 **운용·적립**되고, 해지시에는 적립금에서 이미 지출한 계약체결비용을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.

□ 보험금 지급 관련 특히 유의할 사항

- 치과치료보장개시일 및 감액사항

치과치료	보장개시일	감액사항
충전치료	계약일부터 90일이 지난 날의 다음날	치과치료보장개시일 이후 "보험계약일부터 1년이 지난 계약해당일 전일"까지
크라운치료		
보철치료 (틀니, 브릿지, 임플란트)		치과치료보장개시일 이후 "보험계약일부터 2년이 지난 계약해당일 전일"까지
충전, 크라운, 보철치료 이외 (치수치료(신경치료), 영구치 발거치료, 치석제거(스케일링)치료, 주요치주질환(잇몸질환)치료)		없음

주) 1. 감액기간에는 해당 치료보험금의 50%를 지급합니다.
2. 다만, 보험기간 중 발생한 재해로 인한 치과치료의 경우 계약일부터 해당 치료보험금의 100%를 지급합니다.

- 다음의 경우 치과치료 관련 보험금을 지급하지 않습니다.
  ㄱ. 치과치료보장개시일 전에 치료를 진단확정받은 경우
    - 치과치료보장개시일 전에 해당 치과치료를 진단확정 받은 경우
    - 치과치료보장개시일 전에 해당 영구치를 이미 발거한 경우
  ㄴ. 치아 교모증, 치경부 마모증, 치열교정 준비 등 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해 이외의 원인으로 치과치료를 받은 경우 또는 발거한 경우
  ㄷ. 다른 치과치료를 위하여 임시 치과치료 또는 치주질환(잇몸질환)치료를 한 경우
  ㄹ. 이미 충전치료, 크라운치료, 치수치료(신경치료)를 받은 부위에 대하여 새로운 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해에 기인하지 않는 수리, 복구, 대체치료를 한 경우
  ㅁ. 이미 가철성의치(틀니)치료, 고정성가공의치(브릿지)치료, 임플란트치료를 받은 부위에 대하여 수리, 복구, 대체치료를 한 경우
  ㅂ. 라미네이트, 잇몸성형 등 미용 상의 치료
- 이미 충전치료, 크라운치료, 치수치료(신경치료)를 받은 영구치에 대하여 새로운 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해를 직접적인 원인으로 충전치료, 크라운치료, 치수치료(신경치료)를 한 경우에도 해당 치료보험금을 지급합니다.
- 동일한 영구치에 대하여 동시에 충전치료, 크라운치료, 보철치료 중 두 가지 이상의 치과치료를 포함하는 복합형태의 치료를 받은 경우 해당 치료보험금 중 가장 높은 한가지의 해당 치료보험금을 지급합니다.
- 동일한 부위에 대하여 동시에 두 가지 이상의 주요치주질환(잇몸질환)치료를 받은 경우 상위 치료에 대하여만 보험금을 지급합니다.

- 구강암보장개시일 및 감액사항

보장개시일	감액사항
계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날	구강암보장개시일 이후 "보험계약일부터 2년이 지난 계약해당일 전일"까지

- 구강암치료보험금은 최초 1회에 한하여 지급됩니다.
- 구강암은 원칙적으로 조직검사, 미세바늘흡인검사(미세한 침을 이용한 생체검사 방법) 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 한 진단만 인정됩니다.
- 구강암 등 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.

□주요민원사항

제목	임플란트, 브릿지, 틀니의 보장기준일
내용	평소 치아보험에 관심이 많았던 A고객은 라이나생명 모집인으로부터 치아보험에 대해 가입 권유를 받고 가입함 A고객은 계약일로부터 2년 이후에는 영구치 발거 후 임플란트, 브릿지, 틀니 치료 시 해당 보장금액의 100%가 보장 된다는 설명을 듣고 가입함 충치가 심해진 A씨는 **가입 후 즉시 영구치를 발거 하였고 계약일로부터 2년이 경과한 후에** 임플란트를 식립하고 보험금을 청구 하였으나 보험금 지급이 거절되었음
유의사항	임플란트, 브릿지, 틀니 치료보험금의 경우 **영구치 발거(발치)일을 기준으로 보장되며,** 임플란트, 브릿지, 틀니 등을 **치료한 날 기준으로는 보장되지 않습니다.** 추가적으로 임플란트, 브릿지, 틀니 치료의 경우 계약일(부활일)을 포함한 날로부터 90일째 되는 날의 **다음날(보장개시일)로부터 보장받을 수 있으며, 보험계약일부터 2년이 지난 보험계약해당일 전일까지는 해당 치료보험금의 50%가 지급됩니다. 또한** 충전치료와 크라운 치료의 경우 계약일(부활일)을 포함한 날로부터 90일째 되는 날의 다음날(보장개시일)로부터 **보장받을 수 있으며, 보험계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일까지** 해당 치료보험금의 50%가 지급됩니다.

제목	이미 크라운치료를 받은 치아에 대한 보장기준
내용	평소 치아보험에 관심이 많았던 A고객은 라이나생명 모집인으로부터 치아보험에 대해 가입 권유를 받고 가입함 A고객은 이미 크라운치료를 받은 영구치에 대하여 새로운 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해를 직접적인 원인으로 크라운치료를 한 경우에도 해당 치료보험금을 지급 한다는 안내를 받았음 A씨는 보험 가입 전 이미 크라운 치료를 받았던 부분이 파손되어 수리, 복구, 대체의 목적으로 새로운 크라운으로 재 장착 후 보험금을 청구 하였으나 보험금 지급이 거절됨
유의사항	이미 크라운치료를 받은 부위에 대하여 **새로운 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환)** 또는 **재해를 직접적인 원인**으로 **크라운치료를 한 경우에만** 해당 치료 보험금을 지급합니다

제목	생활자금(중도급부금) 관련
내용	최근 치과치료를 받고 치아 관련 보험의 필요성을 느낀 A고객은 여러 치아상품을 알아 보던 중, 라이나생명 모집인으로부터 치아 관련 치료비 보장은 물론 보험료 납입을 완료하면 이미 납입한 보험료도 환급 받을 수 있다는 라이나THE치아보험 2형(생활자금형)을 권유 받아 가입함 A고객은 정상 청약 절차에 따라 가입하여 상품 안내장, 증권, 약관 등 필수 서류를 수령 하였으나, 가입 상품 내용에 대해 자세히 살펴 보지 않고 계약을 유지함 A고객은 납입기간이 끝나는 시점에 이미 납입한 보험료 전액을 지급 받는 것으로 알고 환급금을 청구 하였으나 가입한 보장내용이 매년 생존 시 월납보험료를 최대 10년동안 매월 계약해당일에 지급한다는 사실을 알고 전액 지급을 주장하며 민원을 제기함
유의사항	무배당 라이나THE치아보험의 경우 가입된 유형에 따라 다르게 보장되는 상품입니다. **2형(생활자금형)**의 경우, 납입기간이 끝나는 시점 이후부터 **매년 생존 시 월납 보험료를 최대 10년동안 매월 계약해당일에 지급(연납은 매년 계약해당일에 연납 보험료를 지급)**하는 상품입니다. 본 유형은 납입기간이 끝나는 시점에 이미 납입한 보험료 전액을 일시 지급하지 않습니다. **1형(만기환급형)**의 경우, 납입기간이 끝나는 시점이 아닌 **보장기간이 끝나는 시점에 생존 시 이미 납입한 보험료 전액을 일시 지급** 받으실 수 있습니다. 가입된 보장 유형에 대해 주의 깊게 살펴 보시기 바랍니다.

<<주요내용 요약서>>

<< 주요내용 요약서>>

1. 자필서명

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

2. 계약전 알릴 의무

계약자 또는 피보험자는 청약서의 질문사항에 대하여 사실대로 기재하고 자필서명을 하셔야 합니다. 특히, 보험설계사에게 구두로 알린 사항은 효력이 없으며, 전화 등 통신수단을 통해 가입하는 경우에는 서면을 통한 질문절차 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 신중하셔야 합니다.

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

3. 계약의 무효

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

- 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
- 만 15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
- 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 위의 만 15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

4. 청약철회

보험계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일이내에 청약을 철회 할 수 있으며, 이 경우 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3일 이내에 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 청약한 날부터 30일을 초과하거나, 진단계약, 보험기간이 1년 미만인 계약 또는 전문보험계약자가 체결한 계약은 철회할 수 없습니다.

5. 계약취소

회사가 보험약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명을 포함합니다)을 하지 않은 때에는 보험계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다. 이 경우에는 회사는 보험계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

6. 보험료의 납입연체 및 계약의 해지에 관한 사항

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

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

7. 계약의 소멸

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

8. 해지 계약의 부활(효력회복)

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

<<보험용어 해설>>

<< 보험용어 해설>>

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

○ 보험료: 보험계약에 따른 보장을 받기 위하여 보험계약자가 보험회사에 납입하는 금액

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

○ 보험기간: 보험계약에 따라 보장을 받는 기간

○ 보장개시일: 보험회사의 보험금 지급의무가 시작되는 날

○ 보험가입금액: 보험금, 보험료 및 책임준비금 등을 산정하는 기준이 되는 금액
※ 보험가입금액, 보험료 납입기간, 피보험자의 나이 등을 기준으로 보험료를 산출하지 않고 보험계약자가 보험료를 선택하는 보험에서는 보험료 수준에 따라 보험금, 준비금(적립액) 등이 결정됨

○ 책임준비금: 장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 보험계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 보험회사가 적립해 둔 금액

무배당 라이나THE치아보험 1종(기본형) 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 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. 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 6) 장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
   - 나. 재해: (별표 5) 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
   - 다. 중요한 사항: 계약 전 알릴의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   - 가. 연단위 복리: 회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1 년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1 년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
   - 나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다.
   - 다. 해지환급금: 계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
4. 기간과 날짜 관련 용어
   - 가. 보험기간: 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
   - 나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서 의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.
   - 다. 매월 계약해당일: 최초 계약일부터 1개월씩 경과되는 매월의 계약해당일을 말합니다.
     (다만, 해당 월의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막날을 계약해당일로 합니다)
   - 라. 매년 계약해당일: 최초 계약일부터 1년씩 경과되는 매년의 계약해당일을 말합니다.
     (다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막날을 계약해당일로 합니다)

제2관 보험금의 지급

제3조 【"영구치"의 정의】

이 계약에 있어서 "영구치"란, 유치(젖니)가 빠진 후 나는 자연치아를 말합니다. 다만, 제3대구치(사랑니), 과잉치(치식(齒式)에 맞지 않고 여분으로 난 치아) 및 선천적 기형치아(왜소치 등 모양 이상치아)는 제외합니다.

제4조 【“치아우식증(충치)”, “치주질환(잇몸질환)”의 정의 및 진단확정】

① 이 계약에 있어서 “치아우식증(충치)”이란, 한국표준질병사인분류 중 분류코드 K02(치아우식증(충치)), K04(치수 및 치근단 주위조직의 질환)에 해당하는 것으로 치아의 석회 성분이 녹거나 파괴되었을 때 또는 치수염 등의 원인으로 치수 및 치근단 주위조직이 손상되어 치아를 잃게 되는 질환을 말하며, 일반적으로 충치라고 합니다.

② 이 계약에 있어서 “치주질환(잇몸질환)”이란, 한국표준질병사인분류 중 분류코드 K05(치은염(잇몸염) 및 치주질환(잇몸질환))에 해당하는 것으로 크게 치은(잇몸)염과 치주염으로 구분할 수 있는데 염증 반응이 치은 조직에만 국한됐을 때는 치은(잇몸)염이라 하고, 치은(잇몸)염을 방치해 치주 인대와 치조골이 파괴되었을 때를 치주염이라 말하며, 일반적으로 잇몸질환이라고 합니다.

③ “치아우식증(충치)” 및 “치주질환(잇몸질환)”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사 자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제5조 【“치과치료”의 정의】

이 계약에 있어서 “치과치료”란, 제6조(“충전치료”의 정의), 제7조(“크라운치료”의 정의), 제8조(“보철치료”의 정의) 및 제9조(“치수치료(신경치료)”의 정의), 제10조(“영구치 발거” 또는 “영구치 발거치료”의 정의 및 진단확정), 제11조(“치석제거(스케일링)치료”의 정의), 제12조(“주요치주질환(잇몸질환)치료”의 정의)에서 정한 치료를 말합니다.

제6조 【“충전치료”의 정의】

① 이 계약에 있어서 “충전치료”란, 치아에 손상이 생기는 경우에 손상된 부위를 원상 회복시켜 형태학적, 기능적 복구를 도모하는 치료를 말하며, 치아에 재료를 직접 수복하는 직접충전과 구강 외에서 수복물을 제작하고 접착제를 사용하여 치아에 수복물을 접착하는 간접충전(인레이, 온레이 등)이 있습니다.

② 제1항의 충전치료에 사용되는 재료 중 “아말감”이란, 구리, 은, 주석 등의 합금(Alloy)과 수은의 혼합체를 말합니다.

제7조 【“크라운치료”의 정의】

이 계약에 있어서 “크라운치료”란, 치관장착(Crown)치료를 말하며 치아에 손상이 생겨 삭제량이 많은 경우 또는 신경치료로 인해 치아의 강도가 약해질 것이 예상되는 경우 등에 치아의 전체를 금속 등의 재료로 씌우는 치료를 말합니다.

제8조 【“보철치료”의 정의】

① 이 계약에 있어서 “보철치료”란, “가철성의치(틀니, Denture)”, “고정성가공의치(Bridge)”, “임플란트(Implant)” 세 가지 치료를 말하며, 크라운치료는 제외합니다.

② 이 계약에 있어서 “가철성의치(틀니, Denture)”란, 일반적으로 틀니라고 말하며, 영구치와 그와 연관된 조직이 결손이 되었을 때, 인공적으로 대치하는 보철물을 장착하는 시술로서 국소의치와 총의치를 포함합니다. 국소의치(부분틀니, Partial Denture)는 전체 치아가 아닌 하나 또는 그 이상의 치아와 그 관련조직의 결손을 수복해주는 보철물을 말하며, 금관, 지대치 혹은 다른 고정성 가공의치(브릿지, Bridge) 및 점막에서 지지를 받습니다. 총의치(Complete Denture)는 영구치가 하나도 없는 환자에게 인공적인 방법과 수단으로 여러 가지 재료를 사용하여 제작하는 의치를 말하며, 영구치 또는 인공치의 치열 전체, 보통 상실한 영구치와 주위 조직을 대신하는 인공 보철물 입니다.

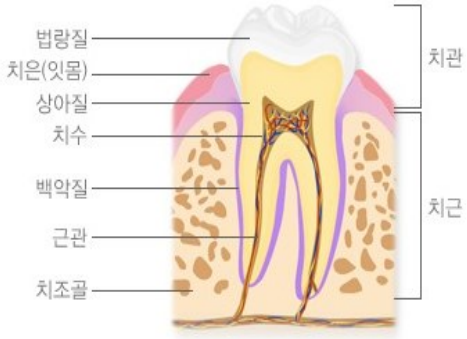
③ 이 계약에 있어서 “고정성가공의치(브릿지, Bridge)”란, 치아와 치아 사이를 다리처럼 연결하여 보철물을 제작하는 방법으로 하나 또는 둘 이상의 치아가 결손이 되어 있을 때 결손이 된 부분에 대해 인접한 영구치를 지대치로 하고, 가공치를 지대치와 연결하여 구강 내에 영구접착 되어지는 보철물을 말합니다.

④ 이 계약에 있어서 “임플란트(Implant)”란, 점막 또는 골막층 하방, 그리고 골조직 내부 등의 구강 조직에 이물성형재료를 매식한 후 고정성 또는 가철성 보철물을 삽입하는 치료를 말합니다.

제9조 【“치수치료(신경치료)”의 정의】

이 계약에 있어서 "치수치료(신경치료)"란 치아내부에 있는 치수(혈관이 밀집한 연조직)가 치아우식증(충치)에 감염되거나 치주질환(잇몸질환)으로 인해 손상된 경우, 치수를 제거하여 통증이나 기타증상을 없애고 치아가 제자리에서 기능을 할 수 있도록 보존하는 치료를 말합니다.

[치아의 구조 및 치수]



제10조【"영구치 발거" 또는 "영구치 발거치료"의 정의 및 진단확정】

① 이 계약에 있어서 "영구치 발거", "영구치 발거치료" 또는 "발거"란, 의사가 영구치를 보존할 수 없다고 판단하여 영구치를 뽑거나 제거하는 시술을 말합니다.

② "영구치 발거" 또는 "영구치 발거치료"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사 자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제11조【"치석제거(스케일링)치료"의 정의】

① 이 계약에 있어서 "치석제거(스케일링)치료"라 함은 "국민건강보험법에서 정한 보험급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여"에서 치주질환(잇몸질환)치료를 목적으로 치석제거(스케일링)치료가 필요하다고 인정한 기준(이하 "치석제거(스케일링)치료 급여 인정 기준"이라 합니다)에 해당하는 경우로서 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 의료기관 중 치과에서 "치석제거(스케일링)치료"를 받은 경우를 말합니다.

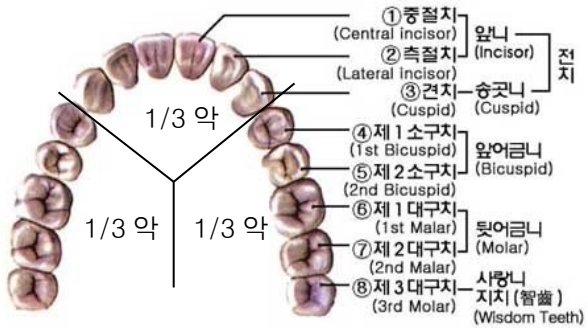
② 제 1 항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "치석제거(스케일링)치료 급여 인정 기준"이 폐지 또는 변경되어 제 16 조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "치석제거(스케일링)치료 급여 인정 기준"을 따릅니다.

제12조【"주요치주질환(잇몸질환)치료"의 정의】

① 이 계약에 있어서 "주요치주질환(잇몸질환)치료"라 함은 "국민건강보험법에서 정한 보험급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여"에서 치주질환치료가 필요하다고 인정한 기준(이하 "주요치주질환치료 급여 인정 기준"이라 합니다)에 해당하는 경우로서 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 의료기관 중 치과에서 "주요치주질환(잇몸질환)치료 분류표"(별표 4 참조)"에 해당하는 치료를 받은 경우를 말합니다.

② 이 계약에 있어서 1/3 악이란 치아전체[상악(윗니), 하악(아랫니)]를 각 좌측구치부, 우측구치부, 전치부로 3 구역으로 나눈 단위로써 1 인당 6 개의 1/3 악을 가집니다. 전치부란 송곳니와 반대 송곳니부분에 해당하는 앞니(송곳니포함)에 해당하며, 구치부는 전치부 이외의 어금니 치아부분에 해당합니다.

[1/3 악]



③ 제 1 항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "주요치주질환치료 급여 인정 기준"이 폐지 또는 변경되어 제 16 조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "주요치주질환치료 급여 인정 기준"을 따릅니다.

④ 제 1 항 및 제 3 항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "주요치주질환(잇몸질환)치료분류표"(별표 4 참조)" 외에 "주요치주질환치료 급여 인정 기준"에 해당하는 치료가 있는 경우에는 그 치료도 포함하는 것으로 합니다.

【치과치료】

치과치료	발거여부	치료방법
충전	발거하지 않음	치아의 손상된 부위에 충전재를 수복하여 원상 회복시키는 치료
크라운	발거하지 않음	치아의 전체를 금속 등의 재료로 씌우는 치료
가철성의치 (틀니)	발거함	영구치와 그와 연관된 조직이 결손이 되었을 때, 인공적으로 대치하는 보철물을 장착하는 시술
고정성가공의치 (브릿지)	발거함	치아와 치아 사이를 다리처럼 연결하여 보철물을 제작하는 방법
임플란트	발거함	구강 조직에 이물 성형재료를 매식한 후 고정성 또는 가철성 보철물을 삽입하는 치료
치수치료 (신경치료)	발거하지 않음	치아내부의 치수를 제거하는 치료
영구치 발거치료	발거함	영구치를 뽑거나 제거하는 시술
치석제거 (스케일링)치료	발거하지 않음	플라그와 치석 등을 제거하고, 치아 표면을 매끈하고 깨끗하게 해주는 치료
주요치주질환 (잇몸질환)치료	발거하지 않음	치아 주위 조직의 염증과 세균에 감염된 치주 조직을 제거하는 치료

제13조【"구강암"의 정의 및 진단확정】

① 이 계약에 있어서 "구강암"이라 함은 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C00-C14(입술, 구강 및 인두의 악성 신생물(암))에 해당하는 질병(별표 3 "구강암 분류표" 참조)을 말합니다.

② "구강암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직검사(fixed tissue), 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 구강암으로 진단 또는 치료를 받았음을 입증할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[유의사항]
한국표준질병사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

제14조【대상이 되는 "영구치 발거" 원인】

이 계약에서 보험금 지급사유의 대상이 되는 "영구치 발거"의 원인은 다음과 같습니다.

1. 치아우식증(충치)

가. 의사가 영구치를 보존할 수 없다고 판단하여 발거하는 주된 원인이 치아우식증(충치)이거나 치아우식증(충치)으로 인한 증후인 경우

나. 치아우식증(충치)으로 치관이 파괴된 잔존치근의 발거

다. 치아우식증(충치)이 진행되어 치근관충전[신경치료(치아 내부의 신경을 모두 제거하고 신경이 있던 자리를 소독하는 치료)를 한 후 신경이 있던 자리에 다시 감염되지 않도록 내부를 채우는 치료를 말합니다]을 하였던 영구치로 더 이상 보존할 수 없다고 판단되어 발거하는 경우(치근관충전을 하는 과정에 파절된 영구치의 발거도 해당)

라. 치아우식증(충치)으로 파절된 영구치의 발거

2. 치주질환(잇몸질환)

가. 의사가 영구치를 보존할 수 없다고 판단되어 영구치를 발거하는 주된 원인이 치주질환(잇몸질환)이거나 치주질환(잇몸질환)의 증후인 경우

나. 치주질환(잇몸질환)에 기인(치주질환(잇몸질환)으로 동요도의 증가에 의한 기능상실, 치주농양 또는 통증을 수반하여 영구치를 보존할 수 없는 경우)하여 영구치를 발거한 경우

3. 재해

어떠한 치료를 하더라도 영구치를 보존할 수 없다고 판단되어 영구치를 발거하는 주된 원인이 재해이거나 재해로 인한 증후인 경우. 다만, 의사가 치아우식증(충치)이나 치주질환(잇몸질환)을 원인으로 영구치 발거가 이미 필요했다고 판단하는 경우는 제외하며, 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

제15조【대상이 되지 않는 "영구치 발거" 원인】

이 계약에서 보험금 지급사유의 대상이 되지 않는 "영구치 발거" 원인은 다음과 같습니다.

1. 의치보철준비

치아우식증(충치)이나 치주질환(잇몸질환) 또는 재해가 발거의 직접적인 원인이 아니고, 치과치료를 위한 준비로서 영구치를 발거하는 경우

2. 치열교정준비 및 위치이상

부정치열을 교정하기 위하여 영구치를 발거하였거나 위치이상으로 심미적인 개선을 위해 발거하는 경우

3. 맹출장애: 부분매복되거나, 완전매복되어 발치하는 경우

4. 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해 이외의 기타 원인으로 발거하는 경우

제16조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자에게 보험기간 중 제36조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표1 "보험금 지급기준표" 참조)을 지급합니다.

1. 피보험자가 보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때

: 만기환급금 지급 (단, 1형(만기환급형)에 한함)

2. 피보험자가 보험기간 중 "보험계약일부터 10년이 지난 계약해당일"부터 "매년 계약해당일"에 살아 있을 때

: 생활자금(중도급부금) 지급 (단, 2형(생활자금형)에 한함)

3. 피보험자가 보험기간 중 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해를 직접적인 원인으로 치과치료보장개시일 이후에 최초로 충전 치료를 진단확정받고, 해당 영구치에 대하여 충전치료를 받았을 때

: 충전치료보험금 지급(영구치 치료 1개당)

4. 피보험자가 보험기간 중 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해를 직접적인 원인으로 치과치료보장개시일 이후에 최초로 크라운치료를 진단확정받고, 해당 영구치에 대하여 크라운치료를 받았을 때
   : 크라운치료보험금 지급(영구치 치료 1개당)
5. 피보험자가 보험기간 중 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해를 직접적인 원인으로 치과치료보장개시일 이후에 최초로 영구치 발거를 진단확정받고, 해당 영구치를 발거한 부위에 가철성의치(틀니) 치료를 받았을 때
   : 가철성의치(틀니) 치료보험금 지급(보철물당)
6. 피보험자가 보험기간 중 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해를 직접적인 원인으로 치과치료보장개시일 이후에 최초로 영구치 발거를 진단확정받고, 해당 영구치를 발거한 부위에 고정성가공의치(브릿지) 치료를 받았을 때
   : 고정성가공의치(브릿지) 치료보험금 지급(영구치 발거 1개당)
7. 피보험자가 보험기간 중 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해를 직접적인 원인으로 치과치료보장개시일 이후에 최초로 영구치 발거를 진단확정받고, 해당 영구치를 발거한 부위에 임플란트 치료를 받았을 때
   : 임플란트 치료보험금 지급(영구치 발거 1개당)
8. 피보험자가 보험기간 중 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해를 직접적인 원인으로 치과치료보장개시일 이후에 최초로 치수치료(신경치료)를 진단 확정받고, 해당 치아에 대하여 치수치료(신경치료)를 받았을 때
   : 치수치료(신경치료)보험금 지급(영구치 치료 1개당)
9. 피보험자가 보험기간 중 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해를 직접적인 원인으로 치과치료보장개시일 이후에 최초로 영구치 발거치료를 진단 확정받고, 해당 영구치에 대하여 발거치료를 받았을 때
   : 영구치 발거치료보험금 지급(영구치 발거 1개당)
10. 피보험자가 보험기간 중 치과치료보장개시일 이후에 최초로 치주질환(잇몸질환)치료를 위한 치석제거(스케일링)치료를 진단 확정받고, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 의료기관 중 치과에서 국민건강보험법에 정한 요양급여 또는 의료급여법에 정한 의료급여 항목에 해당하는 치석제거(스케일링)치료를 받았을 때
    : 치석제거(스케일링)치료보험금 지급(치료 1회당)
11. 피보험자가 보험기간 중 치과치료보장개시일 이후에 최초로 주요치주질환(잇몸질환)치료를 진단 확정받고, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 의료기관 중 치과에서 국민건강보험법에 정한 요양급여 또는 의료급여법에 정한 의료급여 항목에 해당하는 주요치주질환(잇몸질환)치료를 받았을 때
    : 주요치주질환(잇몸질환)치료보험금 지급 (별표4 “주요치주질환(잇몸질환)치료분류표”에 따라 지급함)
12. 피보험자가 보험기간 중 구강암보장개시일 이후에 구강암으로 진단확정 되었을 때
    : 구강암 치료보험금 지급 (단, 최초 1회에 한하여 지급함)

제17조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(별표6 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우 또는 제3조(“영구치”의 정의)에서 정한 “영구치”가 모두 상실된 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제16조(보험금의 지급사유) 제1호의 만기환급금에서 “이미 납입한 보험료”는 납입기간 동안 계약자가 납입하는 보험료의 합계를 말하며, 제32조(계약내용의 변경 등)에 따라 보험료가 변경되었을 경우에는 최종 변경된 보험료를 기준으로 적용합니다. 다만, 제1항에 따라 보험료 납입이 면제된 이후 정상적으로 보험료가 납입된 것으로 보고 “이미 납입한 보험료”를 계산합니다.

③ 제16조(보험금의 지급사유) 제2호의 생활자금(중도급부금)에서 월납의 경우에는, 보험수익자가 확정지급분(연간 12회) 중 미지급된 금액을 일시금으로 선지급 받기를 원하는 경우 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액과 보험료 산출 시 적용한 이율을 연단위 복리로 할인한 금액 중 큰 금액을 지급합니다.

④ 제16조(보험금의 지급사유) 제2호의 생활자금(중도급부금)은 “보험계약일부터 10년이 지난 계약해당일”부터 10년 동안, 월납의 경우는 매월 계약해당일에 지급하고 연납의 경우는 매년 계약해당일에 지급합니다. 다만, 제1항에 따

라 보험료 납입이 면제된 이후 정상적으로 보험료가 납입된 것으로 보고 생활자금(중도급부금)을 계산하며, 보험기간이 끝나는 날에는 지급하지 않습니다.

※ 치과치료 관련

⑤ 제16조(보험금의 지급사유) 제3호에서 제11호의 경우 다음 각 호에 해당하는 때에는 해당 치료보험금을 지급하지 않습니다.

1. 보장개시일 전에 치료를 진단확정받은 경우
   가. 치과치료보장개시일 전에 해당 치과치료를 진단확정받은 경우
   나. 치과치료보장개시일 전에 해당 영구치를 이미 발거한 경우
2. 치아 교모증, 치경부 마모증, 치열교정 준비 등 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해 이외의 원인으로 치과치료를 받은 경우 또는 발거한 경우
3. 다른 치과치료를 위하여 임시 치과치료 또는 치주질환(잇몸질환)치료를 한 경우
4. 이미 충전치료, 크라운치료, 치수치료(신경치료)를 받은 부위에 대하여 새로운 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해에 기인하지 않는 수리, 복구, 대체치료를 한 경우
5. 이미 가철성의치(틀니)치료, 고정성가공의치(브릿지)치료, 임플란트치료를 받은 부위에 대하여 수리, 복구, 대체치료를 한 경우
6. 라미네이트, 잇몸성형 등 미용 상의 치료

⑥ 이미 충전치료, 크라운치료, 치수치료(신경치료)를 받은 영구치에 대하여 새로운 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해를 직접적인 원인으로 충전치료, 크라운치료, 치수치료(신경치료)를 한 경우에도 해당 치료보험금을 지급합니다.

⑦ 동일한 영구치에 대하여 동시에 제16조(보험금의 지급사유) 제3호에서 제7호의 충전치료, 크라운치료, 보철치료 중 두 가지 이상의 치과치료를 포함하는 복합형태의 치료를 받은 경우 해당 치료보험금 중 가장 높은 한가지의 해당 치료보험금을 지급합니다.

⑧ "주요치주질환치료 급여 인정 기준"은 제12조("주요치주질환(잇몸질환)치료"의 정의)에서 정한 기준에 따릅니다.

⑨ 동일한 부위에 대하여 동시에 두 가지 이상의 치주질환(잇몸질환)치료를 받은 경우 상위 치료에 대하여만 보험금을 지급합니다.

⑩ 제16조(보험금의 지급사유) 제3호에서 제11호의 경우 각각 다음을 연간 보장한도로 해당 치료보험금을 지급하여 드립니다. 다만, "연간"이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

구 분	계약일로부터 경과기간	보장한도	비 고
충전치료보험금	전기간	무제한	-
치수치료(신경치료)보험금			
영구치 발거치료보험금			
주요치주질환(잇몸질환) 치료보험금			
크라운치료보험금	2년미만	연간 3 개	연간 보장한도(연간 치료한 영구치 개수 기준)를 초과하여 치료한 치아는 보험금을 지급하지 않음
	2년이상	무제한	-
가철성의치(틀니) 치료보험금	전기간	연간 1회	연간 보장한도를 초과하여 치료한 경우 보험금을 지급하지 않음
고정성가공의치(브릿지) 치료보험금	2년미만	연간 3개	연간 보장한도(연간 발거한 영구치 개수 기준)를 초과하여 발거한 영구치는 치료시기에 관계없이 보험금을 지급하지 않음
	2년이상	무제한	-

임플란트 치료보험금	2년미만	연간 3개	연간 보장한도(연간 발거한 영구치 개수 기준)를 초과하여 발거한 영구치는 치료시기에 관계없이 보험금을 지급하지 않음
	2년이상	무제한	-
치석제거(스케일링) 치료보험금	전기간	연간 1회	-

⑪ 제16조(보험금의 지급사유) 제3호에서 제4호의 경우 피보험자가 제36조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제5항에서 정한 치과치료보장개시일 이후 "보험계약일부터 1년이 지난 계약해당일 전일" 이전에 해당 치료보험금 지급사유가 발생한 경우에는 해당 치료보험금의 50%를 지급합니다. 다만, 보험기간 중 발생한 재해로 인한 치아손상(치아파절 등)을 원인으로 해당 치료보험금 지급사유가 발생한 경우에는 해당 치료보험금의 100%를 지급합니다.

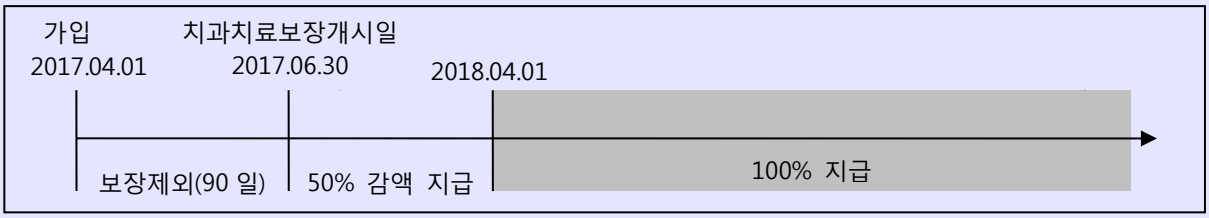
⑫ 제16조(보험금의 지급사유) 제5호에서 제7호의 경우 피보험자가 제36조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제5항에서 정한 치과치료보장개시일 이후 "보험계약일부터 2년이 지난 계약해당일 전일" 이전에 해당 치료보험금 지급사유가 발생한 경우에는 해당 치료보험금의 50%를 지급합니다. 다만, 보험기간 중 발생한 재해로 인한 치아손상(치아파절 등)을 원인으로 보철치료를 받은 경우에는 해당 치료보험금의 100%를 지급합니다.

⑬ 피보험자가 제36조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제5항에서 정한 치과치료보장개시일 이후 보험기간 중에 제16조(보험금의 지급사유) 제3호 내지 제11호에서 정한 치과치료가 필요하다는 진단을 받았으나 의사와 치료일정 협의를 사유로 보험기간 만료 후 계속 치료하는 경우, 보험기간 만료일 이후 180일 이내의 치과치료는 보장하여 드립니다.

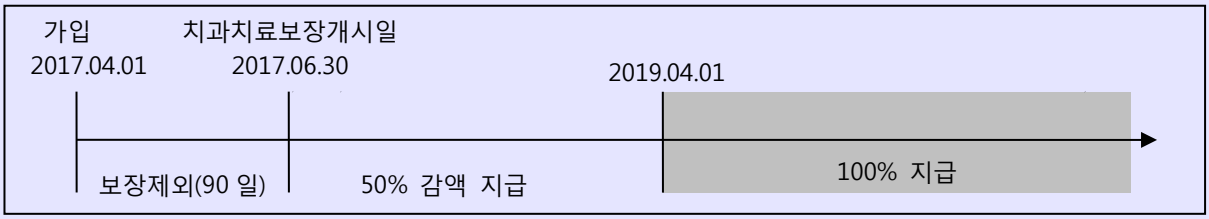
【보험금 지급 예시 - 1】

* 계약일: 2017년 4월 1일

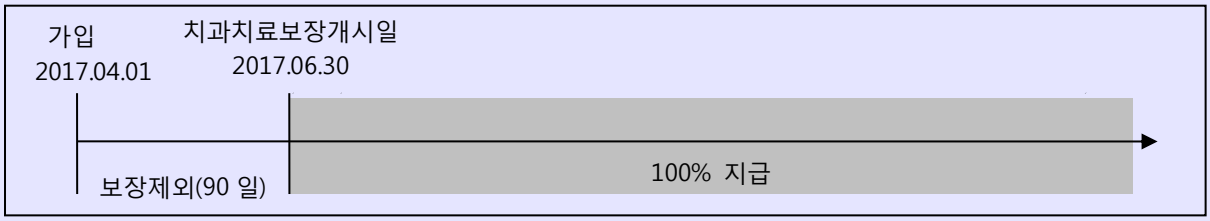
- **충전, 크라운치료** (치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)을 원인으로 한 경우)



- **보철치료** (치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)을 원인으로 한 경우)



- **충전,크라운,보철치료 이외**(치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)을 원인으로 한 경우)



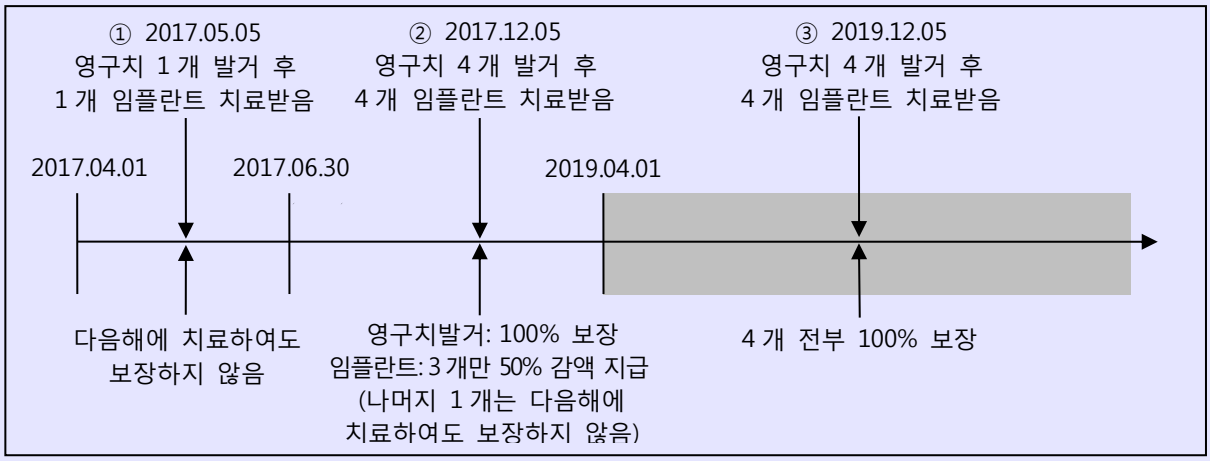
*보험기간 중 발생한 재해로 인한 치과치료의 경우 계약일부터 해당 치료보험금의 100%를 지급합니다

【보험금 지급 예시 - 2】

* 계약일 : 2017년 4월 1일

[기준: 임플란트 치료보험금 1개당 50만원, 영구치 발거치료보험금 1개당 2만원]

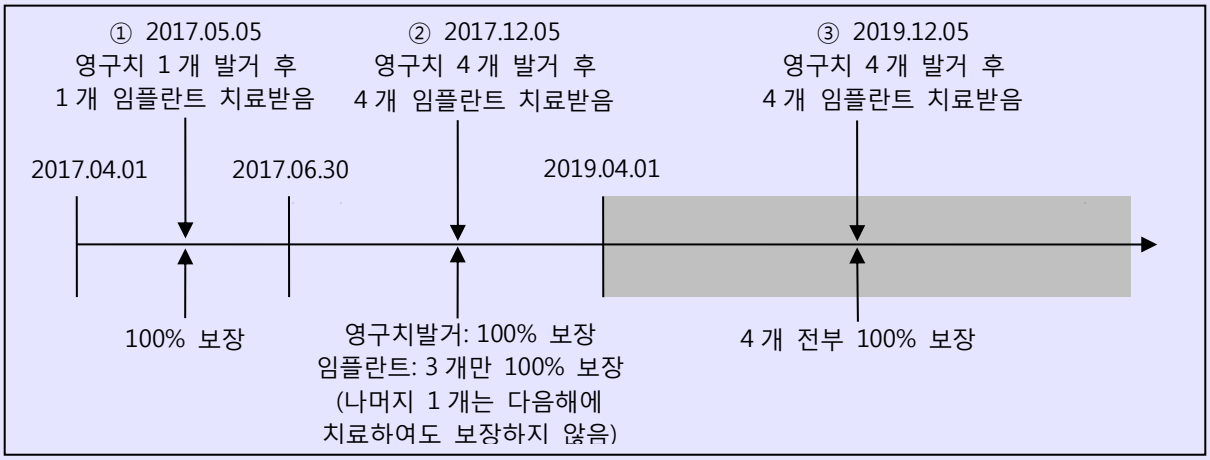
- 치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)을 원인으로 한 경우



■ 영구치 발거치료보험금: ① 0원 + ② 8만원 + ③ 8만원 = 16만원

■ 임플란트 치료보험금: ① 0원 + ② 75만원 + ③ 200만원 = 275만원

- 재해를 원인으로 한 경우



■ 영구치 발거치료보험금: ① 2만원 + ② 8만원 + ③ 8만원 = 18만원

■ 임플란트 치료보험금: ① 50만원 + ② 150만원 + ③ 200만원 = 400만원

※ 구강암치료 관련

⑭ 제16조(보험금의 지급사유) 제12호의 경우 피보험자가 구강암보장개시일 이후에 사망하여 그 후에 구강암을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보아 구강암치료보험금을 지급합니다. 다만, 구강암보장개시일 전일 이전에 구강암으로 사망한 경우에는 제외합니다.

⑮ 제16조(보험금의 지급사유) 제12호의 경우 피보험자가 제36조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제6항에서 정한 구강암보장개시일 이후 "보험계약일부터 2년이 지난 계약해당일 전일" 이전에 구강암으로 진단확정 받은 경우에는 해당 치료보험금의 50%를 지급합니다.

⑯ 계약자는 피보험자가 구강암보장개시일 전에 구강암으로 진단확정된 경우에는 진단일로부터 90일 이내에 계약을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

⑰ 제16항에서 계약자가 계약을 취소하지 않고 피보험자에게 제16조(보험금의 지급사유) 제12호의 구강암 치료보험금 지급사유가 발생하더라도, 그 지급사유가 제16항에서 이미 진단확정 받은 구강암과 동일한 경우(이미 진

단확정 받은 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우) 회사는 이미 해당 치료보험금을 지급하지 않습니다.

⑱ 제16조(보험금의 지급사유) 제12호의 경우 청약서상 계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

⑲ 제18항에도 불구하고 청약일 이전에 진단된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑳ 제19항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제39조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

㉑ 이 약관 제40조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제20항의 청약일로 하여 적용합니다.

※ 기타

㉒ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

㉓ 제22항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내) 중에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

㉔ 제1항에서 "동일한 재해"의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

㉕ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 지급률을 합산한 지급률과 최초 장해의 지급률을 비교하여 그 중 높은 지급률을 적용합니다.

㉖ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 결정합니다.

㉗ 제1항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 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.

㉘ 제27항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표 상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

㉙ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

㉚ 보험수익자와 회사가 제16조(보험금의 지급사유) 제3호에서 제12호의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

㉛ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제사유에 대해 합의하지 못할 때에는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제18조【보험금을 지급하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나, 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생하였을 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
   다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제19조【보험금 지급사유의 발생통지】

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제16조(보험금의 지급사유) 제3호에서 제12호에 정한 보험금 지급사유의 발생을 안 때에는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제20조【보험금의 청구】

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)

2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서, 구강암진단확인서, 국민건강보험법의 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 항목이 포함된 진료비 영수증 또는 요양급여비용명세서 등)

3. 치과치료 관련 증명서

가. 치과치료 진단서 또는 치과치료확인서(회사양식) (이하의 내용이 포함되어야 하며, 제2항 및 제3항에 해당하는 경우 나목의 치과진료기록 사본으로 대신할 수 있습니다)

ㄱ. 치료한 영구치의 위치 또는 치아번호

ㄴ. 해당 영구치의 내원 당시의 치아상태

ㄷ. 직접적인 치아 치료원인(보철치료의 경우 발거원인)

ㄹ. 치료 받은 치과치료의 종류(충전치료의 경우 충전치료재료 포함)

ㅁ. 치과치료진단확정일 및 치료시작일(보철치료의 경우 발거일자), 치료(예정)종료일

나. 치과진료기록 사본

다. 영구치 발거 전후 및 치과치료 전후의 X-ray 사진

라. 회사가 상기 "가", "나", "다" 서류만으로 보험금 지급여부 판단이 불가능한 경우 추가로 요청하는 구강내 사진 또는 이에 준하는 판독자료

4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

5. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항에도 불구하고 제16조(보험금의 지급사유) 제3호의 충전치료보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 제1항 제3호 나목의 "치과진료기록 사본"으로 제1항 제3호의 "치과치료 관련 증명서"를 대신합니다. 다만, 충전치료재료가 아말감 이외인 충전치료보험금에 대하여는 "치과진료기록 사본"만으로 충전치료보험금 지급여부 판단(충전치료의 원인, 충전치료 재료, 충전치료 진단일, 충전치료 시행일 등)이 불가능한 경우에 회사는 제1항 제3호 가목의 서류를 추가로 요구할 수 있으며, 보험수익자는 치과치료 진단서 또는 치과치료확인서(회사양식)를 제출할 수 있습니다.

③ 제1항에도 불구하고 제16조(보험금의 지급사유) 제8호에서 제11호의 보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 제1항 제3호 나목의 "치과진료기록 사본"으로 제1항 제3호의 "치과치료 관련 증명서"를 대신합니다. 다만, "치과진료기록 사본"만으로 보험금의 지급여부 판단(치료의 원인, 치료 진단일, 치료 시행일 등)이 불가능한 경우에 회사는 제1항 제3호 가목의 서류를 추가로 요구할 수 있으며, 보험수익자는 치과치료 진단서 또는 치과치료확인서(회사양식)를 제출할 수 있습니다.

④ 제1항 제2호의 사고증명서 및 제3호의 "치과치료 관련 증명서"는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병

원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.
⑤ 제17조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우 계약자는 제1항의 서류 중 보험료 납입면제와 관련된 서류를 제출하고 보험료 납입면제를 신청하여야 합니다.

제21조【보험금의 지급절차】

① 회사는 제20조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.
② 제16조(보험금의 지급사유) 제1호 및 제2호에 해당하는 보험금의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 회사가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 알려드리며, 제1항에 따라 보험금 등을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표2(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)와 같이 계산합니다.
③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제20조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제17조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제30항 및 제31항에 따라 보험금 지급사유 등에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제26조(계약 전 알릴의무 위반의 효과)와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 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.

제22조【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 변경 내용을 알리지 않은 경우에는 계약자 또는 보험수익자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한기록이 남는 방법으로 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 시일이 지난 때에 계약자 또는 보험수익자에게 도달된 것으로 봅니다.

제23조【보험수익자의 지정】

이 계약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 제16조(보험금의 지급사유) 제1호 및 제2호의 경우는 계약자로 하고, 같은 조 제3호에서 제12호의 경우는 피보험자로 하며, 피보험자가 사망한 경우에는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

제24조【대표자의 지정】

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

제3관 계약자의 계약 전 알릴의무 등

제25조【계약 전 알릴의무】

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

제26조【계약 전 알릴의무 위반의 효과】

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제25조(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 한 가지에 해당되는 때에는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

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

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

③ 회사는 제1항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴의무 위반사실뿐만 아니라 계약 전 알릴의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 계약의 처리결과를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면 등으로 알려 드립니다.

④ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제45조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

⑤ 제25조(계약 전 알릴의무)의 계약 전 알릴의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당보험금을 지급합니다.

⑥ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

【사례】
보험계약을 청약하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만 얘기하였을 뿐, 청약서의 계약전 알릴사항에 아무런 기재도 하지 않을 경우에는 보험설계사에게 고혈압 병력을 얘기하였다고 하더라도 보험회사는 계약전 알릴의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다. 다만, 전화를 이용하여 보험계약을 청약하신 경우에는 음성녹음으로 대신합니다.

제27조【사기에 의한 계약】

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

제4관 보험계약의 성립과 유지

제28조【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 청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.

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

제29조【청약의 철회】

① 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일이내에 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 청약한 날부터 30일을 초과하거나, 진단계약, 보험기간이 1년 미만인 계약 또는 전문보험계약자가 체결한 계약은 철회할 수 없습니다.

【전문보험계약자】
보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약의 내용을 이해하고 이행할 능력이 있는 자로서 보험업법 제2조(정의), 보험업법시행령 제6조의2(전문보험계약자의 범위 등) 또는 보험업감독규정 제1-4조의2(전문보험계약자의 범위)에서 정한 국가, 한국은행, 대통령령으로 정하는 금융기관, 주권상장법인, 지방자치단체, 단체보험계약자 등의 전문보험계약자를 말합니다.

② 계약자는 청약서의 청약철회란을 작성하여 회사에 제출하거나, 통신수단을 이용하여 제1항의 청약 철회를 신청할 수 있습니다.

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

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.

제30조【약관교부 및 설명의무 등】

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

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

【통신판매계약】
전화, 우편, 인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

② 회사가 제 1 항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제 2 조 제 2 호에 따른 전자서명 또는 동법 제 2 조 제 3 호에 따른 공인전자서명을 포함합니다)을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3 개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

③ 제 2 항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 위 제 1 항의 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

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

제31조【계약의 무효】

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

1. **타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 생명보험계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.**
2. **만 15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.**
3. **계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.**

【심신상실자 및 심신박약자의 설명】
심신상실자 또는 심신박약자라 함은 정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없거나 부족한 자를 말합니다.

제32조【계약내용의 변경 등】

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

1. 보험료의 납입방법
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.

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

③ 회사는 계약자가 제1항 제2호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제45조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 이 경우 해지환급금이 없거나 최초 가입 시 안내한 보험금 또는 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.

④ 제3항에 따라 보험가입금액 감액으로 보험료가 감액되는 경우에는 변경된 시점부터 변경된 보험료를 기준으로 적용합니다. 이 경우 "이미 납입한 보험료"는 다음과 같이 계산합니다.

감액 후 적용하는 이미 납입한 보험료

$$= \text{감액 전 이미 납입한 보험료} \times \frac{\text{감액 후 보험가입금액}}{\text{감액 전 보험가입금액}}$$

⑤ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

⑥ 회사는 제1항에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

제33조【보험가입금액의 자동증액】

① 2형(생활자금형)을 가입한 경우, 회사는 발생한 이자까지 포함한 생활자금(중도급부금)의 합계가 이미 납입한 보험료를 초과한 경우 이후 매년 계약해당일에 생활자금(중도급부금)을 지급하지 않아 발생한 이자로 보험가입금액을 자동증액하여 드립니다. 다만, 이미 납입한 보험료를 초과하지 않거나 발생한 이자가 없을 경우에는 자동증액을 하지 않습니다.

② 자동증액되는 보험가입금액은 이 계약의 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 방법에 따라 산출합니다.

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

제34조【보험나이 등】

① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제31조(계약의 무효) 제2호의 경우에는 실제 만 나이를 적용합니다.

② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

③ 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 사실과 다른 경우에는 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

【보험나이 계산 예시】
생년월일: 1989 년 10 월 2 일, 현재(계약일): 2016 년 4 월 13 일
⇒ 2016 년 4 월 13 일 - 1989 년 10 월 2 일 = **26 년 6 월 11 일 = 27 세**

제35조【계약의 소멸】

① 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없으며 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

【책임준비금】
장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

② 제1항의 '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 밖에 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.**

③ 제1항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제20조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제21조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표2(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)에서 정한 이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5관 보험료의 납입

제36조【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 책임있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.

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

【보장개시일】
회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제 1 회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제 1 회 보험료를 받은 경우에는 제 1 회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

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

1. **제25조(계약 전 알릴의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우**
2. **제26조(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 발생하는 경우에는 보장을 해드립니다.**

④ 청약서에 피보험자의 직업 또는 직종별로 보험가입금액의 한도액이 명시되어 있음에도 그 한도액을 초과하여 청약을 하고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그 초과 청약액에 대하여는 보장을 하지 않고, 초과 청약액에 대한 보험료를 돌려 드립니다.

⑤ 제1항 및 제2항에도 불구하고 제5조("치과치료"의 정의)에서 정한 "치과치료"에 대한 보장개시일은 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날(이하 "치과치료보장개시일"이라 합니다)로 하며,

회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다. 다만, 보험기간 중 발생한 재해로 인한 치과치료는 제1항에서 정한 보장개시일에 따라 보장하여 드립니다.

⑥ 제1항 및 제2항에도 불구하고 제13조("구강암"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 "구강암"에 대한 보장개시일은 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하 "구강암보장개시일"이라 합니다)로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

제37조【제2회 이후 보험료의 납입】

① 계약자는 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 하며, 회사는 계약자가 보험료를 납입한 경우에는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융회사(우체국 포함)를 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사 발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.

【납입기일】
계약자가 제 2 회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

② 자동이체를 신청한 계약의 경우 회사는 보험료를 납입기일에 등록된 자동이체계좌에서 결제할 수 있으며, 회사는 납입기일 현재 잔액부족 또는 기타사유로 보험료를 결제할 수 없는 때에는 납입기일 이후 납입최고기간 중에 계속하여 이체청구를 할 수 있습니다.

제38조【보험료의 자동대출납입】

① 계약자는 제39조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따른 보험료의 납입 최고(독촉)기간이 지나기 전까지 회사가 정한 방법에 따라 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있으며, 이 경우 제46조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약이 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려드립니다.

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

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

④ 보험료의 자동대출납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입 전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출납입이 없었던 것으로 하여 제45조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

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

제39조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지】

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

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

② 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면, 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전

자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대해 수신확인을 하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

③ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제45조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제40조【보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)】

① 제39조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 평균공시이율+1% 범위 내에서 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다.

② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제25조(계약 전 알릴 의무), 제26조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과), 제27조(사기에 의한 계약), 제28조(보험계약의 성립) 제2항 및 제3항 및 제36조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.

③ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초 이 계약을 청약할 때 제25조(계약 전 알릴의무)를 위반한 경우에는 제26조(계약 전 알릴의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제41조【강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복)】

① 회사는 계약자의 해지환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제32조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.

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

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

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

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

제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제42조【계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권】

① 계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제45조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제31조(계약의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제45조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제43조【중대사유로 인한 해지】

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

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

향을 미치지 않습니다.

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

② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제45조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제44조【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 제45조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 드립니다.

제45조【해지환급금】

① 이 약관에 따른 해지환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표2(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)에 따릅니다.
③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제46조【보험계약대출】

① 계약자는 이 계약의 해지환급금 범위내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 "보험계약대출"이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나, 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.
② 계약자는 제1항에 따른 보험계약대출금과 보험계약대출이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 때에는 회사는 보험금, 책임준비금 또는 해지환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.
③ 회사는 제39조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감합니다.
④ 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제47조【배당금의 지급】

이 계약은 무배당 보험이므로 계약자배당금이 없습니다.

제7관 분쟁의 조정 등

제48조【분쟁의 조정】

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

제49조【관할법원】

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

제50조【소멸시효】

① 보험금 청구권, 보험료 반환청구권, 해지환급금 청구권 및 책임준비금 반환청구권 및 배당금 청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

② 제1항의 소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있는 때로부터 진행합니다.

【소멸시효】

제16조(보험금의 지급사유)에 따른 보험금 지급사유가 2015년 1월 1일에 발생하였음에도 2017년 12월 31일까지 보험금을 청구하지 않는 경우 시효가 완성되어 보험금 등을 지급받지 못할 수 있습니다.

제51조【약관의 해석】

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

② 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

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

제52조【회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력】

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

제53조【회사의 손해배상책임】

① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임 있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 발생된 손해에 대하여 관계법령 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.

제54조【개인정보보호】

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

② 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

제55조【준거법】

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

제56조【예금보험에 의한 지급보장】

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

(별표1) 보험금 지급기준표

보험금 지급기준표

■ 1형(만기환급형)

[기준: 보험가입금액]

<table>
<tr><th>급 부 명</th><th>지 급 사 유</th><th>지 급 금 액</th></tr>
<tr><td>만기환급금</td><td>피보험자가 보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때</td><td>이미 납입한 보험료</td></tr>
<tr><td>충전
치료보험금</td><td>피보험자가 보험기간 중 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해를 직접적인 원인으로 치과치료보장개시일 이후에 최초로 충전치료를 진단확정받고 해당 영구치에 충전치료를 받았을 때
(영구치 치료 1개당 지급함)</td><td><table><tr><th>충전치료재료</th><th>지급금액</th></tr><tr><td>금, 도재(세라믹)</td><td>보험가입금액의 1.3%</td></tr><tr><td>아말감</td><td>보험가입금액의 0.1%</td></tr><tr><td>금, 도재(세라믹), 아말감 이외</td><td>보험가입금액의 0.5%</td></tr></table>(다만, 치과치료보장개시일 이후 “보험계약일부터 1년이 지난 계약해당일 전일” 이전에 치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)을 원인으로 영구치를 치료한 경우 상기 금액의 50%를 지급함)</td></tr>
<tr><td>크라운
치료보험금</td><td>피보험자가 보험기간 중 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해를 직접적인 원인으로 치과치료보장개시일 이후에 최초로 크라운치료를 진단확정받고 해당 영구치에 크라운치료를 받았을 때
(영구치 치료 1개당 지급하며, 계약일부터 2년미만에 연간 3개를 한도, 계약일부터 2년 이후 개수제한 없음)</td><td>보험가입금액의 2%
(다만, 치과치료보장개시일 이후 “보험계약일부터 1년이 지난 계약해당일 전일” 이전에 치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)을 원인으로 영구치를 치료한 경우 상기 금액의 50%를 지급함)</td></tr>
<tr><td>가철성의치
(틀니)(Denture)
치료보험금</td><td>피보험자가 보험기간 중 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해를 직접적인 원인으로 치과치료보장개시일 이후에 최초로 영구치 발거를 진단확정받고 해당 영구치를 발거한 부위에 가철성의치(틀니) 치료를 받았을 때
(보철물당 지급하며, 연간 1회를 한도로 함)</td><td>보험가입금액의 5%
(다만, 치과치료보장개시일 이후 “보험계약일부터 2년이 지난 계약해당일 전일” 이전에 치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)을 원인으로 영구치를 발거한 경우 상기 금액의 50%를 지급함)</td></tr>
<tr><td>고정성가공의치
(브릿지)(Bridge)
치료보험금</td><td>피보험자가 보험기간 중 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해를 직접적인 원인으로 치과치료보장개시일 이후에 최초로 영구치 발거를 진단확정받고 해당 영구치를 발거한 부위에 고정성가공의치(브릿지) 치료를 받았을 때
(영구치 발거 1개당 지급하며, 계약일부터 2년 미만 연간 3개를 한도, 계약일부터 2년 이후 개수제한 없음)</td><td>보험가입금액의 2.5%
(다만, 치과치료보장개시일 이후 “보험계약일부터 2년이 지난 계약해당일 전일” 이전에 치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)을 원인으로 영구치를 발거한 경우 상기 금액의 50%를 지급함)</td></tr>
</table>

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
임플란트 (Implant) 치료보험금	피보험자가 보험기간 중 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해를 직접적인 원인으로 치과치료보장개시일 이후에 최초로 영구치 발거를 진단확정받고 해당 영구치를 발거한 부위에 임플란트 치료를 받았을 때 (영구치 발거 1개당 지급하며, 계약일부터 2년 미만 연간 3개를 한도, 계약일부터 2년 이후 개수 제한 없음)	보험가입금액의 5% (다만, 치과치료보장개시일 이후 "보험계약일부터 2년이 지난 계약해당일 전일" 이전에 치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)을 원인으로 영구치를 발거한 경우 상기 금액의 50%를 지급함)
치수치료 (신경치료) 보험금	피보험자가 보험기간 중 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해를 직접적인 원인으로 치과치료보장개시일 이후에 최초로 치수치료(신경치료)를 진단 확정받고, 해당 영구치에 대하여 치수치료(신경치료)를 받았을 경우 (영구치 치료 1개당 지급함)	보험가입금액의 0.2%
영구치 발거치료보험금	피보험자가 보험기간 중 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해를 직접적인 원인으로 치과치료보장개시일 이후에 최초로 영구치 발거치료를 진단 확정 받고, 해당 영구치에 대하여 발거치료를 받았을 경우 (영구치 발거 1개당 지급함)	보험가입금액의 0.2%
치석제거 (스케일링) 치료보험금	피보험자가 보험기간 중 치과치료보장개시일 이후에 최초로 치주질환(잇몸질환)치료를 위한 치석제거치료(스케일링)를 진단 확정받고, 의료기관 중 치과에서 국민건강보험법에 정한 요양급여 또는 의료급여법에 정한 의료급여 항목에 해당하는 치석제거(스케일링)치료를 받았을 때(치료1회당 지급하며, 연간 1회를 한도로 함)	보험가입금액의 0.1%
주요치주질환 (잇몸질환) 치료보험금	피보험자가 보험기간 중 치과치료보장개시일 이후에 최초로 주요치주질환(잇몸질환)치료를 진단확정받고, 의료기관 중 치과에서 국민건강보험법에 정한 요양급여 또는 의료급여법에 정한 의료급여 항목에 해당하는 주요치주질환(잇몸질환)치료를 받았을 때	보험가입금액의 0.2% (별표4 "주요치주질환(잇몸질환)치료분류표" 및 "주요치주질환치료 급여 인정 기준"에 따라 지급함)
구강암 치료보험금	피보험자가 보험기간 중 구강암보장개시일 이후에 "구강암"으로 진단확정 되었을 때 (단, 최초 1회에 한하여 지급함)	보험가입금액의 50% (다만, 구강암보장개시일 이후 "보험계약일부터 2년이 지난 계약해당일 전일" 이전에 지급사유가 발생한 경우 상기 금액의 50%를 지급함)

주)

1. 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우 또는 영구치가 모두 상실된 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
2. 보험료 납입이 면제된 경우 보험료 납입기간 종료일까지 보험료가 매월 계약해당일에 납입된 것으로 간주하

여 만기환급금을 지급합니다.

3. 치과치료보장개시일은 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 다만, 보험기간 중 발생한 재해로 인한 치과치료의 경우 계약일부터 해당 치료보험금의 100%를 지급합니다.
4. 구강암보장개시일은 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.
5. 동일한 영구치에 대하여 동시에 충전치료, 크라운치료, 보철치료 중 두 가지 이상의 치과치료를 포함하는 복합형태의 치료를 받은 경우 해당 치료보험금 중 가장 높은 한가지의 해당 치료보험금을 지급합니다.
6. 이미 가철성의치(틀니)치료, 고정성가공의치(브릿지)치료, 임플란트치료를 받은 부위에 대하여 수리, 복구, 대체치료를 하더라도 해당 치료보험금을 지급하지 않습니다.
7. 이미 충전치료, 크라운치료, 치수치료(신경치료)를 받은 부위에 대하여 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해에 기인하지 않는 수리, 복구, 대체치료를 한 경우에는 해당치료보험금을 지급하지 않으며, 새로운 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해를 직접적인 원인으로 충전치료, 크라운치료, 치수치료(신경치료)를 한 경우에는 해당 치료보험금을 지급합니다.
8. "주요치주질환치료 급여 인정 기준"은 제12조("주요치주질환(잇몸질환)치료"의 정의)에서 정한 기준에 따릅니다.
9. 동일한 잇몸 부위에 두 가지 이상의 주요치주질환(잇몸질환)치료를 한 경우, 상위 치료에 대하여만 치료보험금을 지급합니다.
10. 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없으며, 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

■ **2형(생활자금형)**

[기준: 보험가입금액]

<table>
<tr><th>급 부 명</th><th>지 급 사 유</th><th colspan="2">지 급 금 액</th></tr>
<tr><td rowspan="2">생활자금
(중도급부금)</td><td rowspan="2">피보험자가 보험기간 중 "보험계약일부터 10년이 지난 계약해당일"부터 "매년 계약해당일"에 살아 있을 때
(단, 보험기간이 끝나는 날에는 지급하지 않음)</td><td>월납</td><td>"매년 계약해당일"을 최초 지급일로 하여 월납 보험료를 매월 계약해당일에 연간 12회 확정지급
(단, 최대 10년 동안 이미 납입한 보험료 이내 지급)</td></tr>
<tr><td>연납</td><td>"매년 계약해당일"에 연납 보험료를 1회 지급
(단, 최대 10년 동안 이미 납입한 보험료 이내 지급)</td></tr>
<tr><td>충전
치료보험금</td><td>피보험자가 보험기간 중 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해를 직접적인 원인으로 치과치료보장개시일 이후에 최초로 충전치료를 진단확정받고 해당 영구치에 충전치료를 받았을 때
(영구치 치료 1개당 지급함)</td><td colspan="2"><table><tr><th>충전치료재료</th><th>지급금액</th></tr><tr><td>금, 도재(세라믹)</td><td>보험가입금액의 1.3%</td></tr><tr><td>아말감</td><td>보험가입금액의 0.1%</td></tr><tr><td>금, 도재(세라믹), 아말감 이외</td><td>보험가입금액의 0.5%</td></tr></table>(다만, 치과치료보장개시일 이후 "보험계약일부터 1년이 지난 계약해당일 전일" 이전에 치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)을 원인으로 영구치를 치료한 경우 상기 금액의 50%를 지급함)</td></tr>
<tr><td>크라운
치료보험금</td><td>피보험자가 보험기간 중 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해를 직접적인 원인으로 치과치료보장개시일 이후에 최초로 크라운치료를 진단확정받고 해당 영구치에 크라운치료를 받았을 때
(영구치 치료 1개당 지급하며, 계약일부터 2년미만에 연간 3개를 한도, 계약일부터 2년 이후 개수제한 없음)</td><td colspan="2">보험가입금액의 2%
(다만, 치과치료보장개시일 이후 "보험계약일부터 1년이 지난 계약해당일 전일" 이전에 치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)을 원인으로 영구치를 치료한 경우 상기 금액의 50%를 지급함)</td></tr>
<tr><td>가철성의치
(틀니)(Denture)
치료보험금</td><td>피보험자가 보험기간 중 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해를 직접적인 원인으로 치과치료보장개시일 이후에 최초로 영구치 발거를 진단확정받고 해당 영구치를 발거한 부위에 가철성의치(틀니) 치료를 받았을 때
(보철물당 지급하며, 연간 1회를 한도로 함)</td><td colspan="2">보험가입금액의 5%
(다만, 치과치료보장개시일 이후 "보험계약일부터 2년이 지난 계약해당일 전일" 이전에 치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)을 원인으로 영구치를 발거한 경우 상기 금액의 50%를 지급함)</td></tr>
<tr><td>고정성가공의치
(브릿지)(Bridge)
치료보험금</td><td>피보험자가 보험기간 중 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해를 직접적인 원인으로 치과치료보장개시일 이후에 최초로 영구치 발거를 진단확정받고 해당 영구치를 발거한 부위에 고정성가공의치(브릿지) 치료를 받았을 때
(영구치 발거 1개당 지급하며, 계약일부터 2년 미만 연간 3개를 한도, 계약일부터 2년 이후 개수제한 없음)</td><td colspan="2">보험가입금액의 2.5%
(다만, 치과치료보장개시일 이후 "보험계약일부터 2년이 지난 계약해당일 전일" 이전에 치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)을 원인으로 영구치를 발거한 경우 상기 금액의 50%를 지급함)</td></tr>
</table>

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
임플란트 (Implant) 치료보험금	피보험자가 보험기간 중 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해를 직접적인 원인으로 치과치료보장개시일 이후에 최초로 영구치 발거를 진단확정받고 해당 영구치를 발거한 부위에 임플란트 치료를 받았을 때 (영구치 발거 1개당 지급하며, 계약일부터 2년 미만 연간 3개를 한도, 계약일부터 2년 이후 개수제한 없음)	보험가입금액의 5% (다만, 치과치료보장개시일 이후 "보험계약일부터 2년이 지난 계약해당일 전일" 이전에 치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)을 원인으로 영구치를 발거한 경우 상기 금액의 50%를 지급함)
치수치료 (신경치료) 보험금	피보험자가 보험기간 중 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해를 직접적인 원인으로 치과치료보장개시일 이후에 최초로 치수치료(신경치료)를 진단 확정받고, 해당 영구치에 대하여 치수치료(신경치료)를 받았을 경우 (영구치 치료 1개당 지급함)	보험가입금액의 0.2%
영구치 발거치료보험금	피보험자가 보험기간 중 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해를 직접적인 원인으로 치과치료보장개시일 이후에 최초로 영구치 발거치료를 진단 확정 받고, 해당 영구치에 대하여 발거 치료를 받았을 경우 (영구치 발거 1개당 지급함)	보험가입금액의 0.2%
치석제거 (스케일링) 치료보험금	피보험자가 보험기간 중 치과치료보장개시일 이후에 최초로 치주질환(잇몸질환)치료를 위한 치석제거치료(스케일링)를 진단 확정받고, 의료기관 중 치과에서 국민건강보험법에 정한 요양급여 또는 의료급여법에 정한 의료급여 항목에 해당하는 치석제거(스케일링)치료를 받았을 때(치료1회당 지급하며, 연간 1회를 한도로 함)	보험가입금액의 0.1%
주요치주질환 (잇몸질환) 치료보험금	피보험자가 보험기간 중 치과치료보장개시일 이후에 최초로 주요치주질환(잇몸질환)치료를 진단 확정받고, 의료기관 중 치과에서 국민건강보험법에 정한 요양급여 또는 의료급여법에 정한 의료급여 항목에 해당하는 주요치주질환(잇몸질환)치료를 받았을 때	보험가입금액의 0.2% (별표4 "주요치주질환(잇몸질환)치료분류표" 및 "주요치주질환치료 급여 인정 기준"에 따라 지급함)
구강암 치료보험금	피보험자가 보험기간 중 구강암보장개시일 이후에 "구강암"으로 진단확정 되었을 때 (단, 최초 1회에 한하여 지급함)	보험가입금액의 50% (다만, 구강암보장개시일 이후 "보험계약일부터 2년이 지난 계약해당일 전일" 이전에 지급사유가 발생한 경우 상기 금액의 50%를 지급함)

주)

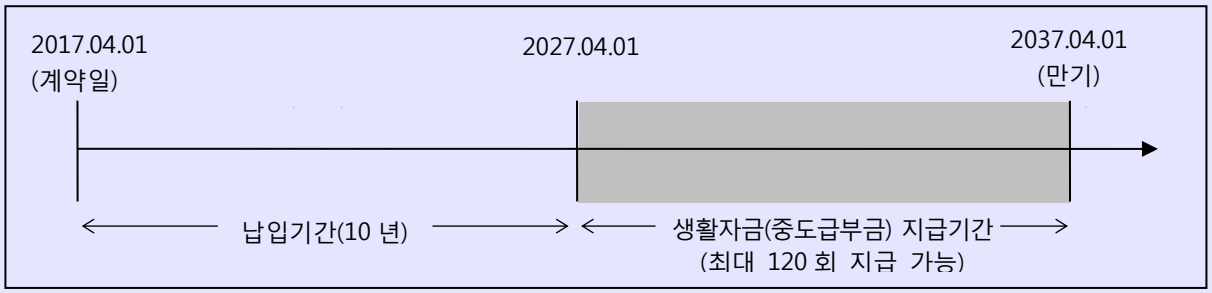
1. 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우 또는 영구치가 모두 상실된 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
2. 생활자금(중도급부금)에서 월납의 경우 확정지급분(연간 12회) 중 미지급된 금액은 보험수익자가 일시금을 선

지급 받기를 원하는 경우 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액과 보험료 산출 시 적용한 이율을 연단위 복리로 할인한 금액 중 큰 금액을 지급합니다.

3. 보험료 납입이 면제된 경우 보험료 납입기간 종료일까지 보험료가 매월 계약해당일에 납입된 것으로 간주하여 생활자금(중도급부금)을 지급합니다.
4. 치과치료보장개시일은 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 다만, 보험기간 중 발생한 재해로 인한 치과치료의 경우 계약일부터 해당 치료보험금의 100%를 지급합니다.
5. 구강암보장개시일은 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.
6. 동일한 영구치에 대하여 동시에 충전치료, 크라운치료, 보철치료 중 두 가지 이상의 치과치료를 포함하는 복합형태의 치료를 받은 경우 해당 치료보험금 중 가장 높은 한가지의 해당 치료보험금을 지급합니다.
7. 이미 가철성의치(틀니)치료, 고정성가공의치(브릿지)치료, 임플란트치료를 받은 부위에 대하여 수리, 복구, 대체치료를 하더라도 해당 치료보험금을 지급하지 않습니다.
8. 이미 충전치료, 크라운치료, 치수치료(신경치료)를 받은 부위에 대하여 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해에 기인하지 않는 수리, 복구, 대체치료를 한 경우에는 해당치료보험금을 지급하지 않으며, 새로운 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해를 직접적인 원인으로 충전치료, 크라운치료, 치수치료(신경치료)를 한 경우에는 해당 치료보험금을 지급합니다.
9. "주요치주질환치료 급여 인정 기준"은 제12조("주요치주질환(잇몸질환)치료"의 정의)에서 정한 기준에 따릅니다.
10. 동일한 잇몸 부위에 두 가지 이상의 주요치주질환(잇몸질환)치료를 한 경우, 상위 치료에 대하여만 치료보험금을 지급합니다.
11. 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없으며, 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

【생활자금(중도급부금) 지급 예시】

기준: 계약일 2017년 4월 1일, 20년만기, 10년납, 월납



* 2037년 4월 1일에는 생활자금(중도급부금)이 지급되지 않습니다.

예시1) 2020.04.01 사망 시

보험료 납입기간 중에 사망 시 생활자금(중도급부금)은 지급되지 않으며, 회사는 사망 시점의 책임준비금을 지급합니다.

예시2) 2028.06.15 사망 시

생활자금(중도급부금) 지급기간 중 사망 시 회사는 사망 시점의 책임준비금을 지급하며 해당연도 미지급된 잔여 생활자금(중도급부금) 9회분(2028.7.1~2029.3.1)을 지급합니다.

* 총 지급되는 생활자금(중도급부금) 횟수
: 기 지급 **15회분**(2027.04.01~2028.06.01)와 확정지급분 중 미지급된 잔여 **9회분**(2028.7.1~2029.3.1)

■ **3형(순수보장형)**

[기준: 보험가입금액 4,500만원]

<table>
<tr><th>급 부 명</th><th>지 급 사 유</th><th>지 급 금 액</th></tr>
<tr><td>충전
치료보험금</td><td>피보험자가 보험기간 중 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해를 직접적인 원인으로 치과치료보장개시일 이후에 최초로 충전치료를 진단확정받고 해당 영구치에 충전치료를 받았을 때
(영구치 치료 1개당 지급함)</td><td><table><tr><th>충전치료재료</th><th>지급금액</th></tr><tr><td>금, 도재(세라믹)</td><td>13만원</td></tr><tr><td>아말감</td><td>1만원</td></tr><tr><td>금, 도재(세라믹),
아말감 이외</td><td>5만원</td></tr></table>(다만, 치과치료보장개시일 이후 "보험계약일부터 1년이 지난 계약해당일 전일" 이전에 치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)을 원인으로 영구치를 치료한 경우 상기 금액의 50%를 지급함)</td></tr>
<tr><td>크라운
치료보험금</td><td>피보험자가 보험기간 중 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해를 직접적인 원인으로 치과치료보장개시일 이후에 최초로 크라운치료를 진단확정받고 해당 영구치에 크라운치료를 받았을 때
(영구치 치료 1개당 지급하며, 계약일부터 2년미만에 연간 3개를 한도, 계약일부터 2년 이후 개수제한 없음)</td><td>20만원
(다만, 치과치료보장개시일 이후 "보험계약일부터 1년이 지난 계약해당일 전일" 이전에 치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)을 원인으로 영구치를 치료한 경우 상기 금액의 50%를 지급함)</td></tr>
<tr><td>가철성의치
(틀니)(Denture)
치료보험금</td><td>피보험자가 보험기간 중 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해를 직접적인 원인으로 치과치료보장개시일 이후에 최초로 영구치 발거를 진단확정받고 해당 영구치를 발거한 부위에 가철성의치(틀니) 치료를 받았을 때
(보철물당 지급하며, 연간 1회를 한도로 함)</td><td>50만원
(다만, 치과치료보장개시일 이후 "보험계약일부터 2년이 지난 계약해당일 전일" 이전에 치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)을 원인으로 영구치를 발거한 경우 상기 금액의 50%를 지급함)</td></tr>
<tr><td>고정성가공의치
(브릿지)(Bridge)
치료보험금</td><td>피보험자가 보험기간 중 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해를 직접적인 원인으로 치과치료보장개시일 이후에 최초로 영구치 발거를 진단확정받고 해당 영구치를 발거한 부위에 고정성가공의치(브릿지) 치료를 받았을 때
(영구치 발거 1개당 지급하며, 계약일부터 2년 미만 연간 3개를 한도, 계약일부터 2년 이후 개수제한 없음)</td><td>25만원
(다만, 치과치료보장개시일 이후 "보험계약일부터 2년이 지난 계약해당일 전일" 이전에 치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)을 원인으로 영구치를 발거한 경우 상기 금액의 50%를 지급함)</td></tr>
</table>

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
임플란트 (Implant) 치료보험금	피보험자가 보험기간 중 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해를 직접적인 원인으로 치과치료보장개시일 이후에 최초로 영구치 발거를 진단확정받고 해당 영구치를 발거한 부위에 임플란트 치료를 받았을 때 (영구치 발거 1개당 지급하며, 계약일부터 2년 미만 연간 3개를 한도, 계약일부터 2년 이후 개수 제한 없음)	50만원 (다만, 치과치료보장개시일 이후 "보험계약일부터 2년이 지난 계약해당일 전일" 이전에 치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)을 원인으로 영구치를 발거한 경우 상기 금액의 50%를 지급함)
치수치료 (신경치료) 보험금	피보험자가 보험기간 중 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해를 직접적인 원인으로 치과치료보장개시일 이후에 최초로 치수치료(신경치료)를 진단 확정받고, 해당 영구치에 대하여 치수치료(신경치료)를 받았을 경우 (영구치 치료 1개당 지급함)	2만원
영구치 발거치료보험금	피보험자가 보험기간 중 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해를 직접적인 원인으로 치과치료보장개시일 이후에 최초로 영구치 발거치료를 진단 확정 받고, 해당 영구치에 대하여 발거치료를 받았을 경우 (영구치 발거 1개당 지급함)	2만원
치석제거 (스케일링) 치료보험금	피보험자가 보험기간 중 치과치료보장개시일 이후에 최초로 치주질환(잇몸질환)치료를 위한 치석제거치료(스케일링)를 진단 확정받고, 의료기관 중 치과에서 국민건강보험법에 정한 요양급여 또는 의료급여법에 정한 의료급여 항목에 해당하는 치석제거(스케일링)치료를 받았을 때(치료1회당 지급하며, 연간 1회를 한도로 함)	1만원
주요치주질환 (잇몸질환) 치료보험금	피보험자가 보험기간 중 치과치료보장개시일 이후에 최초로 주요치주질환(잇몸질환)치료를 진단 확정받고, 의료기관 중 치과에서 국민건강보험법에 정한 요양급여 또는 의료급여법에 정한 의료급여 항목에 해당하는 주요치주질환(잇몸질환)치료를 받았을 때	2만원 (별표4 "주요치주질환(잇몸질환)치료분류표" 및 "주요치주질환치료 급여 인정 기준"에 따라 지급함)
구강암 치료보험금	피보험자가 보험기간 중 구강암보장개시일 이후에 "구강암"으로 진단확정 되었을 때 (단, 최초 1회에 한하여 지급함)	500만원 (다만, 구강암보장개시일 이후 "보험계약일부터 2년이 지난 계약해당일 전일" 이전에 지급사유가 발생한 경우 상기 금액의 50%를 지급함)

주)

1. 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우 또는 영구치가 모두 상실된 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

2. 치과치료보장개시일은 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 다만, 보험기간 중 발생한 재해로 인한 치과치료의 경우 계약일부터 해당 치료보험금의 100%를 지급합니다.
3. 구강암보장개시일은 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.
4. 동일한 영구치에 대하여 동시에 충전치료, 크라운치료, 보철치료 중 두 가지 이상의 치과치료를 포함하는 복합형태의 치료를 받은 경우 해당 치료보험금 중 가장 높은 한가지의 해당 치료보험금을 지급합니다.
5. 이미 가철성의치(틀니)치료, 고정성가공의치(브릿지)치료, 임플란트치료를 받은 부위에 대하여 수리, 복구, 대체치료를 하더라도 해당 치료보험금을 지급하지 않습니다.
6. 이미 충전치료, 크라운치료, 치수치료(신경치료)를 받은 부위에 대하여 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해에 기인하지 않는 수리, 복구, 대체치료를 한 경우에는 해당치료보험금을 지급하지 않으며, 새로운 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해를 직접적인 원인으로 충전치료, 크라운치료, 치수치료(신경치료)를 한 경우에는 해당 치료보험금을 지급합니다.
7. "주요치주질환치료 급여 인정 기준"은 제12조("주요치주질환(잇몸질환)치료"의 정의)에서 정한 기준에 따릅니다.
8. 동일한 잇몸 부위에 두 가지 이상의 주요치주질환(잇몸질환)치료를 한 경우, 상위 치료에 대하여만 치료보험금을 지급합니다.
9. 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없으며, 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

(별표2) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

<table>
<tr><th>구 분</th><th colspan="2">적 립 기 간</th><th>지 급 이 자</th></tr>
<tr><td rowspan="4">충전 치료보험금
크라운 치료보험금
가철성의치(틀니) 치료보험금
고정성가공의치(브릿지) 치료보험금
임플란트 치료보험금
치수치료(신경치료)보험금
영구치 발거치료보험금
치석제거(스케일링)치료보험금
주요치주질환(잇몸질환)치료보험금
구강암 치료보험금
책임준비금
(제16조 제3호에서 제12호,
제35조 제1항)</td><td colspan="2">지급기일의 다음날부터
30일 이내 기간</td><td>보험계약대출이율</td></tr>
<tr><td colspan="2">지급기일의 31일 이후부터
60일 이내 기간</td><td>보험계약대출이율
+가산이율(4.0%)</td></tr>
<tr><td colspan="2">지급기일의 61일 이후부터
90일 이내 기간</td><td>보험계약대출이율
+가산이율(6.0%)</td></tr>
<tr><td colspan="2">지급기일의 91일 이후 기간</td><td>보험계약대출이율
+가산이율(8.0%)</td></tr>
<tr><td rowspan="3">생활자금
(제16조 제2호)</td><td rowspan="2">지급사유가
발생한 날의
다음날부터
청구일까지의
기간</td><td>보험기간 만기일(단, 계약의 효력이 없어진 경우에는 효력이 없어진 날) 이내</td><td>평균공시이율</td></tr>
<tr><td>보험기간 만기일(단, 계약의 효력이 없어진 경우에는 효력이 없어진 날) 이후</td><td>1년이내: 평균공시이율의 50%
1년초과: 1%</td></tr>
<tr><td colspan="2">청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간</td><td>보험계약대출이율</td></tr>
<tr><td rowspan="2">만기환급금(제16조 제1호)
및
해지환급금(제45조 제1항)</td><td colspan="2">지급사유가 발생한 날의 다음날부터
청구일까지의 기간</td><td>1년이내: 평균공시이율의 50%
1년초과기간: 1%</td></tr>
<tr><td colspan="2">청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간</td><td>보험계약대출이율</td></tr>
</table>

주) 1. 만기환급금 및 생활자금은 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 생활자금(중도급부금)으로 발생한 이자는 제33조(보험가입금액의 자동증액)에 따라 보험가입금액이 자동증액되므로 자동증액일의 다음날부터는 보험가입금액 자동증액 시점의 생활자금(중도급부금) 원리금에서 이자를 제외한 생활자금(중도급부금)을 대상으로 적립합니다.

3. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효(제50조)가 완성된 이후에는 이자는 발생하지 않습니다.

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

5. 가산이율 적용시 제21조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

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

(별표3) 구강암 분류표

구강암 분류표

약관에서 규정하는 "구강암"으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 입술의 악성 신생물(암)	C00
2. 혓바닥의 악성신생물(암)	C01
3. 혀의 기타 및 상세불명 부분의 악성신생물(암)	C02
4. 잇몸의 악성신생물(암)	C03
5. 입바닥의 악성신생물(암)	C04
6. 구개의 악성신생물(암)	C05
7. 입의 기타 및 상세불명 부분의 악성신생물(암)	C06
8. 귀밑샘의 악성신생물(암)	C07
9. 기타 및 상세불명의 주침샘의 악성신생물(암)	C08
10. 편도의 악성신생물(암)	C09
11. 입인두의 악성신생물(암)	C10
12. 비인두의 악성신생물(암)	C11
13. 이상동(梨狀洞)의 악성신생물(암)	C12
14. 하인두의 악성신생물(암)	C13
15. 입술, 구강 및 인두내의 기타 및 부위 불명의 악성신생물(암)	C14

㈜ 제 8 차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표4) 주요치주질환(잇몸질환)치료 분류표

주요치주질환(잇몸질환)치료 분류표

지급기준	치료항목
1 형 (1/3 악당 지급함)	치주소파술
	치은신부착술
	치은성형술
	치은절제술
	치은박리소파술
	치근면처치술
2 형 (치료 1 회당 지급함)	치조골결손부 골이식술
	조직유도재생술
	조직유도재생막 제거술
	치은측방변위판막술
	치관변위판막술
	치은이식술
	치관분리술
3 형 (치료치아 1 개당 지급함)	선택적치근절제술
	치아반죽절세술
	치관확장술

주) 동일한 잇몸 부위에 동시에 두 가지 이상의 주요치주질환(잇몸질환)치료를 한 경우, 상위 치료에 대하여만 치료보험금을 지급합니다.

（별표5）재해분류표

재해분류표

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 제2호에서 규정한 감염병(콜레라, 장티푸스, 파라티푸스, 세균성이질, 장출혈성대장균감염증, A형간염)

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 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 환자의 이상반응 또는 이후 합병증의 원인이 된 외과적 및 기타 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장)

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

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

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

※ ( ) 안은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1시행)상의 분류번호이며, 제8차 개정 이후 상기 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함되는 것으로 합니다.

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

（별표6）장해분류표

장해분류표

□ 총칙

1. 장해의 정의

1) '장해'라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아 있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태 및 기능상실 상태를 말한다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장해에 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 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 한다.
5) 위 4)에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 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 ⑫흉.복부장기 및 비뇨생식기 ⑬ 신경계.정신행동의 13 개 부위를 말하며, 이를 각각 동일한 신체부위라 한다. 다만, 좌.우의 눈, 귀, 팔, 다리, 손가락, 발가락은 각각 다른 신체부위로 본다.

3. 기타

1) 하나의 장해가 관찰 방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 지급률을 적용한다.
2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
3) 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 지급률을 합산한 지급률과 최초 장해의 지급률을 비교하여 그 중 높은 지급률을 적용한다
4) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장해의 판정대상에 포함되지 않는다. 다만, 뇌사판정을 받은 경우가 아닌 식물인간상태(의식이 전혀 없고 사지의 자발적인 움직임이 불가능하여 일상생활에서 항시 간호가 필요한 상태)는 각 신체부위별 판정기준에 따라 평가한다.
5) 장해진단서에는 ① 장해진단명 및 발생시기 ② 장해의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계.정신행동 장해의 경우 ① 개호(장해로 혼자서 활동이 어려운 사람을 곁에서 돌보는 것) 여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가로 기재하여야 한다.

☐ **장해분류별 판정기준**

1. 눈의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) 시력장해의 경우 공인된 시력검사표에 따라 최소 3 회 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 0.02 이하로 된 때'라 함은 안전수동(Hand Movement)주 1), 안전수지(Finger Counting)주 2) 상태를 포함한다.

※주 1) 안전수동 : 물체를 감별할 정도의 시력상태가 아니며 눈앞에서 손의 움직임을 식별할 수 있을 정도의 시력상태

주 2) 안전수지 : 시표의 가장 큰 글씨를 읽을 수 있는 정도의 시력은 아니나 눈 앞 30cm 이내에서 손가락의 개수를 식별할 수 있을 정도의 시력상태

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

6) '안구(눈동자)의 뚜렷한 운동장해' 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 정상의 1/2 이하로 감소된 경우

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

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

8) '뚜렷한 시야 장해'라 함은 한 눈의 시야 범위가 정상시야 범위의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다. 이 경우 시야검사는 공인된 시야검사방법으로 측정하며, 시야장해 평가 시 자동시야검사계(골드만 시야검사)를 이용하여 8 방향 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 운동장해를 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 조직요몰(凹沒) 등으로 의안마저 끼워 넣을 수 없는 상태이면 '뚜렷한 추상(추한 모습)'으로, 의안을 끼워 넣을 수 있는 상태이면 '약간의 추상(추한 모습)'으로 지급률을 가산한다.

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

2. 귀의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) 청력장해는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB: decibel)로서 표시하고 3 회 이상 청력검사를 실시한 후 적용한다. 다만, 각 측정치의 결과값 차이가 ±10dB 이상인 경우 청성뇌간반응검사(ABR)를 통해 객관적인 장해 상태를 재평가하여야 한다.

2) '한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때'라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB 이상인 경우를 말한다.

3) '심한 장해를 남긴 때'라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB 이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰 소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.

4) '약간의 장해를 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 3 세 미만의 소아 포함) 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 '언어청력검사, 임피던스 청력검사, 청성뇌간반응검사(ABR), 이음향방사검사' 등을 추가실시 후 장해를 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)장해로만 평가한다.

라. 평형기능의 장해

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

항목	내 용	점수
검사 소견	양측 전정기능 소실	14
	양측 전정기능 감소	10
	일측 전정기능 소실	4
치료 병력	장기 통원치료(1년간 12회이상)	6
	장기 통원치료(1년간 6회이상)	4

	단기 통원치료(6개월간 6회이상) 단기 통원치료(6개월간 6회미만)	2 0
기능 장해 소견	두 눈을 감고 일어서기 곤란하거나 두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 쓰러지는 경우 두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 중간에 균형을 잡으려 멈추어야 하는 경우 두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걸을 때 중앙에서 60cm 이상 벗어나는 경우	20 12 8

2) 평형기능의 장해는 장해판정 직전 1 년 이상 지속적인 치료 후 장해가 고착되었을 때 판정하며, 뇌병변 여부, 전정기능 이상 및 장해상태를 평가하기 위해 아래의 검사들을 기초로 한다.

가) 뇌영상검사(CT, MRI)

나) 온도안진검사, 전기안진검사(또는 비디오안진검사) 등

3. 코의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) '코의 호흡기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 일상생활에서 구강호흡의 보조를 받지 않는 상태에서 코로 숨쉬는 것만으로 정상적인 호흡을 할 수 없다는 것이 비강통기도검사 등 의학적으로 인정된 검사로 확인되는 경우를 말한다.

2) '코의 후각기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 후각신경의 손상으로 양쪽 코의 후각기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감퇴는 장해의 대상으로 하지 않는다.

3) 양쪽 코의 후각기능은 후각인지검사, 후각역치검사 등을 통해 6 개월 이상 고정된 후각의 완전손실이 확인되어야 한다.

4) 코의 추상(추한 모습)장해를 수반한 때에는 기능장해의 지급률과 추상장해의 지급률을 합산한다.

4. 씹어먹거나 말하는 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해의 평가기준

1) 씹어먹는 기능의 장해는 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)의 맞물림(교합), 배열상태 및 아래턱의 개구운동, 삼킴(연하)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.
2) '씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 심한 개구운동 제한이나 저작운동 제한으로 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
3) '씹어먹는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때' 라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
가) 뚜렷한 개구운동 제한 또는 뚜렷한 저작운동 제한으로 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등)이외는 섭취하지 못하는 경우
나)위·아래턱(상.하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 1cm 이하로 제한되는 경우
다)위·아래턱(상.하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1.5cm 이상인 경우
라) 1 개 이하의 치아만 교합되는 상태
마)연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취 시 흡인이 발생하고 연식 외에는 섭취가 불가능한 상태
4) '씹어먹는 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
가) 약간의 개구운동 제한 또는 약간의 저작운동 제한으로 부드러운 고형식(밥, 빵 등)만 섭취 가능한 경우
나) 위·아래턱(상.하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 2cm 이하로 제한되는 경우
다) 위·아래턱(상.하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1cm 이상인 경우
라) 양측 각 1 개 또는 편측 2 개 이하의 치아만 교합되는 상태
마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취시 간헐적으로 흡인이 발생하고 부드러운 고형식 외에는 섭취가 불가능한 상태
5) 개구장해는 턱관절의 이상으로 개구운동 제한이 있는 상태를 말하며, 최대 개구상태에서 위·아래턱(상.하악)의 가운데 앞니(중절치)간 거리를 기준으로 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 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
가) 언어평가상 자음정확도가 30%미만인 경우나) 전실어증, 운동성실어증(브로카실어증)으로 의사소통이 불가한 경우
8) '말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
가) 언어평가상 자음정확도가 50%미만인 경우나) 언어평가상 표현언어지수 25 미만인 경우
9) '말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
가) 언어평가상 자음정확도가 75%미만인 경우나) 언어평가상 표현언어지수 65 미만인 경우
10) 말하는 기능의 장해는 1 년 이상 지속적인 언어치료를 시행한 후 증상이 고착되었을 때 평가하며, 객관적인 검사를 기초로 평가한다.
11) 뇌·중추신경계 손상(정신·인지기능 저하, 편마비 등)으로 인한 말하는 기능의 장해(실어증, 구음장애) 또는 씹어먹는 기능의 장해는 신경계·정신행동 장해 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 1/2 개 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 후유장해의 대상이 되지 않으나, 선천적으로 영구치 결손이 있는 경우에는 유치의 결손을 후유장해로 평가한다.
16) 가철성 보철물(신체의 일부에 붙였다 떼었다 할 수 있는 틀니 등)의 파손은 후유장해의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) '외모'란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
2) '추상(추한 모습)장해'라 함은 성형수술(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 1/2 을 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, 12 세 이상의 성인에서는 8×10 ㎝(1/2 크기는 40 ㎠, 1/4 크기는 20 ㎠), 6 ~ 11 세의 경우는 6×8 ㎝(1/2 크기는 24 ㎠, 1/4 크기는 12 ㎠), 6 세 미만의 경우는 4×6 ㎝(1/2 크기는 12 ㎠, 1/4 크기는 6 ㎠)로 간주한다.

6. 척추(등뼈)의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) 척추(등뼈)는 경추에서 흉추, 요추, 제 1 천추까지를 동일한 부위로 한다. 제 2 천추 이하의 천골 및 미골은 체간골의 장해로 평가한다.

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

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

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

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

6) 심한 운동장해란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

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

나)머리뼈(두개골), 제 1 경추, 제 2 경추를 모두 유합 또는 고정한 상태

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

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

나)머리뼈(두개골)와 제 1 경추 또는 제 1 경추와 제 2 경추를 유합 또는 고정한 상태

다)머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제 1, 2 경추) 사이에 CT 검사 상, 두개 대후두공의 기저점(basion)과 축추 치돌기 상단사이의 거리(BDI : Basion-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태

라)상위목뼈(상위경추: 제 1, 2 경추) CT 검사상, 환추 전방 궁(arch)의 후방과 치상돌기의 전면과의 거리(ADI: Atlanto-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태

8) 약간의 운동장해

머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제 1, 2 경추)를 제외한 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 2 개의 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) 1 개 이상의 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구로 경도(가벼운 정도)의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때

나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 20%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 40% 이상일 때

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

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

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

7. 체간골의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) '체간골'이라 함은 어깨뼈(견갑골), 골반뼈(장골, 제 2 천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함), 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)를 말하며 이를 모두 동일한 부위로 본다.

2) '골반뼈의 뚜렷한 기형'이라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

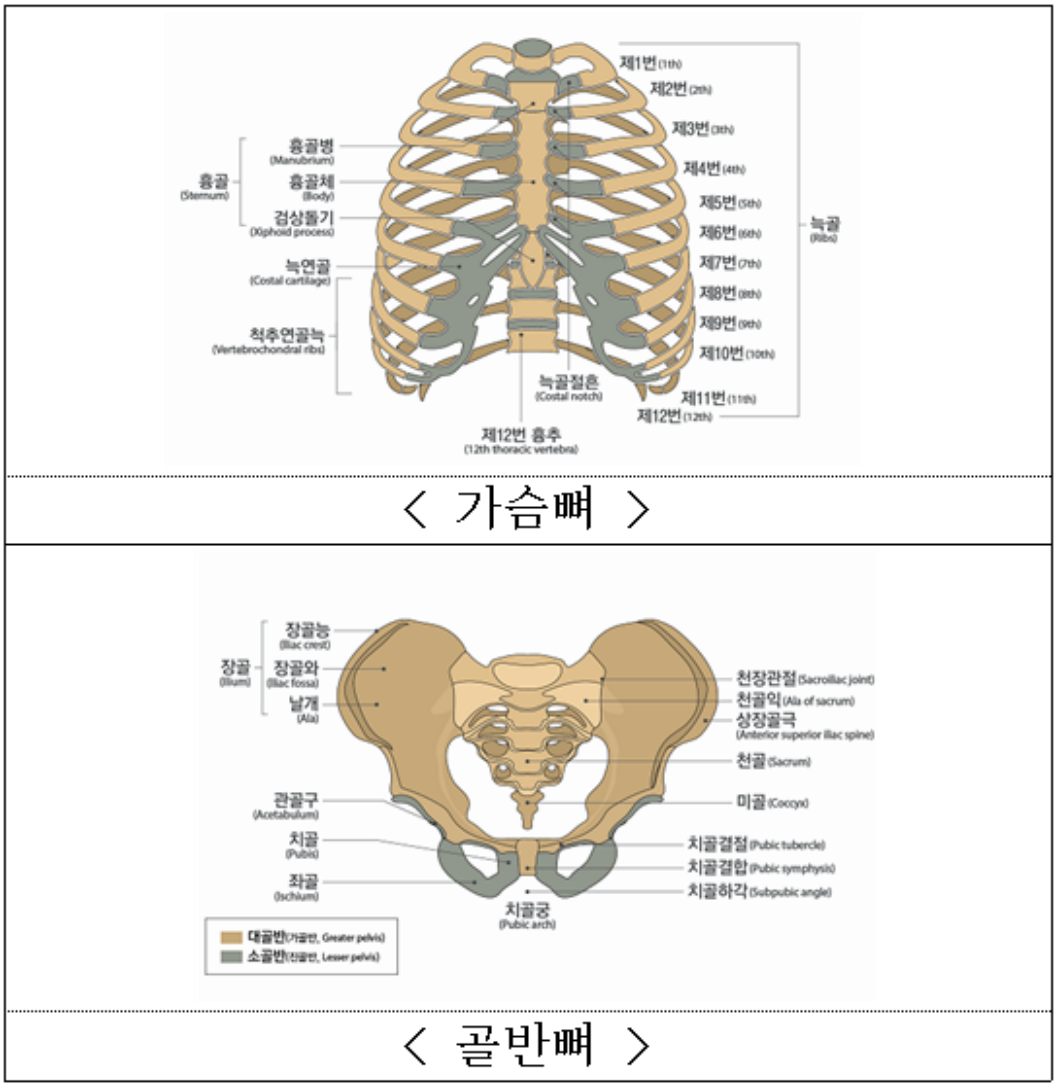
가) 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm 이상 분리된 부정유합 상태

나) 육안으로 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도로 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 20° 이상인 경우

다) 미골의 기형은 골절이나 탈구로 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 70° 이상 남은 상태

3) '빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골), 어깨뼈(견갑골)에 뚜렷한 기형이 남은 때'라 함은 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.

4) 갈비뼈(늑골)의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장해로 취급한다. 다발성늑골 기형의 경우 각각의 각(角) 변형을 합산하지 않고 그 중 가장 높은 각(角) 변형을 기준으로 평가한다.



8. 팔의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않는다.
3) '팔'이라 함은 어깨관절(견관절)부터 손목관절(완관절)까지를 말한다.
4) '팔의 3 대 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 관절기능장해 평가는 팔의 3 대 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다.

가)각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의「산업재해보상보험법 시행규칙」제 47 조 제 1 항 및 제 3 항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.

나)관절기능장해를 표시할 경우 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다. 단, 관절기능장해가 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 '0 등급(zero)'인 경우

8) '관절 하나의 기능에 심한 장해를 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 '1 등급(trace)'인 경우

9) '관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 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 2 등급(poor)인 경우

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

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

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

11) '가관절주)이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2 개 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 장해를 남긴 때'라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
13) '뼈에 기형을 남긴 때'라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

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

9. 다리의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않는다.
3) '다리'라 함은 엉덩이관절(고관절)부터 발목관절(족관절)까지를 말한다.
4) '다리의 3 대 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 관절기능장해 평가는 다리의 3 대 관절의 관절운동범위 제한 및 무릎관절(슬관절)의 동요성 등으로 평가한다.
가)각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의「산업재해보상보험법 시행규칙」제 47 조 제 1 항 및 제 3 항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
나)관절기능장해가 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 '0 등급(zero)'인 경우
8) '관절 하나의 기능에 심한 장해를 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 '1 등급(trace)'인 경우
9) '관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 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 2 등급(poor)인 경우

10) '관절 하나의 기능에 약간의 장해를 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 3 등급(fair)인 경우

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

12) '가관절주)이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2 개 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 장해를 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 3 대 관절 중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

2) 1 하지(다리와 발가락)의 후유장해 지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

10. 손가락의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1)골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.

2)관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않는다.

3)손가락에는 첫째 손가락에 2 개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.

4)다른 네 손가락에는 3 개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제 1 지관절(근위지관절) 및 제 2 지관절(원위지관절)이라 부른다.

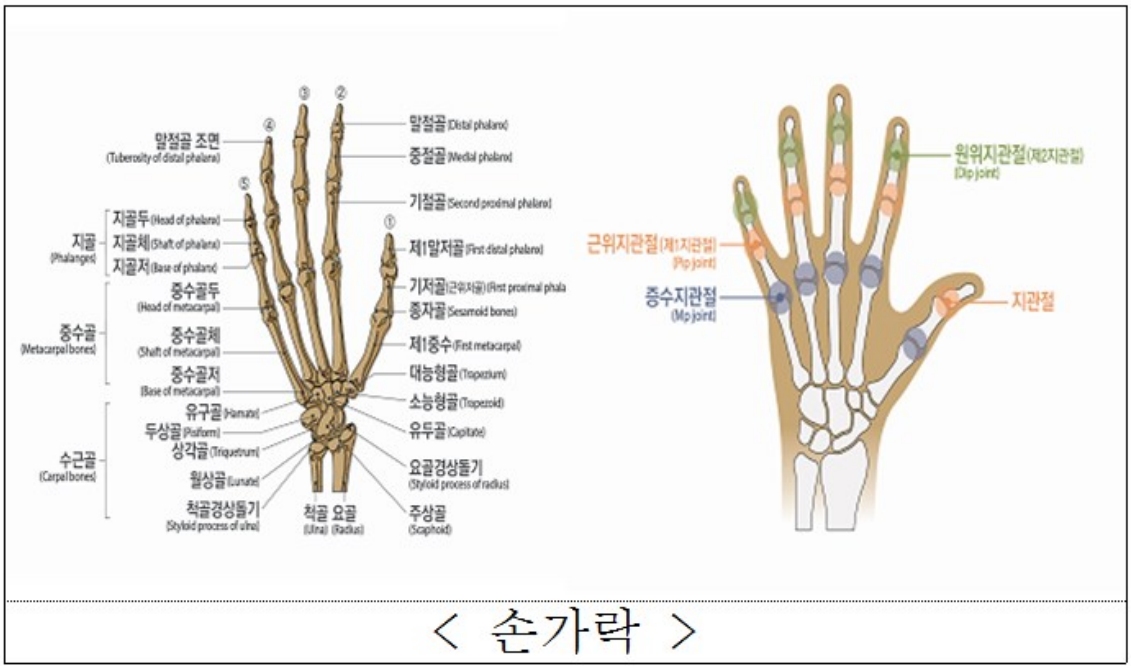
5)'손가락을 잃었을 때'라 함은 첫째 손가락에서는 지관절부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제 1 지관절(근위지관절)부터(제 1 지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽으로 손가락이 절단되었을 때를 말한다.

6) '손가락뼈 일부를 잃었을 때'라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제 1 지관절(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 장해를 남긴 때'라 함은 첫째 손가락의 경우 중수지관절 또는 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상 운동영역의 1/2 이하인 경우를 말하며, 다른 네 손가락에 있어서는 제 1, 제 2 지관절의 굴신운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하이거나 중수지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.

8) 한 손가락에 장해가 생기고 다른 손가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

9) 손가락의 관절기능장해 평가는 손가락 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의「산업재해보상보험법 시행규칙」제 47 조 제 1 항 및 제 3 항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.



< 손가락 >

11. 발가락의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1)골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.

2)관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않는다.

3)'발가락을 잃었을 때'라 함은 첫째 발가락에서는 지관절부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제 1 지관절(근위지관절)부터(제 1 지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽을 잃었을 때를 말한다.

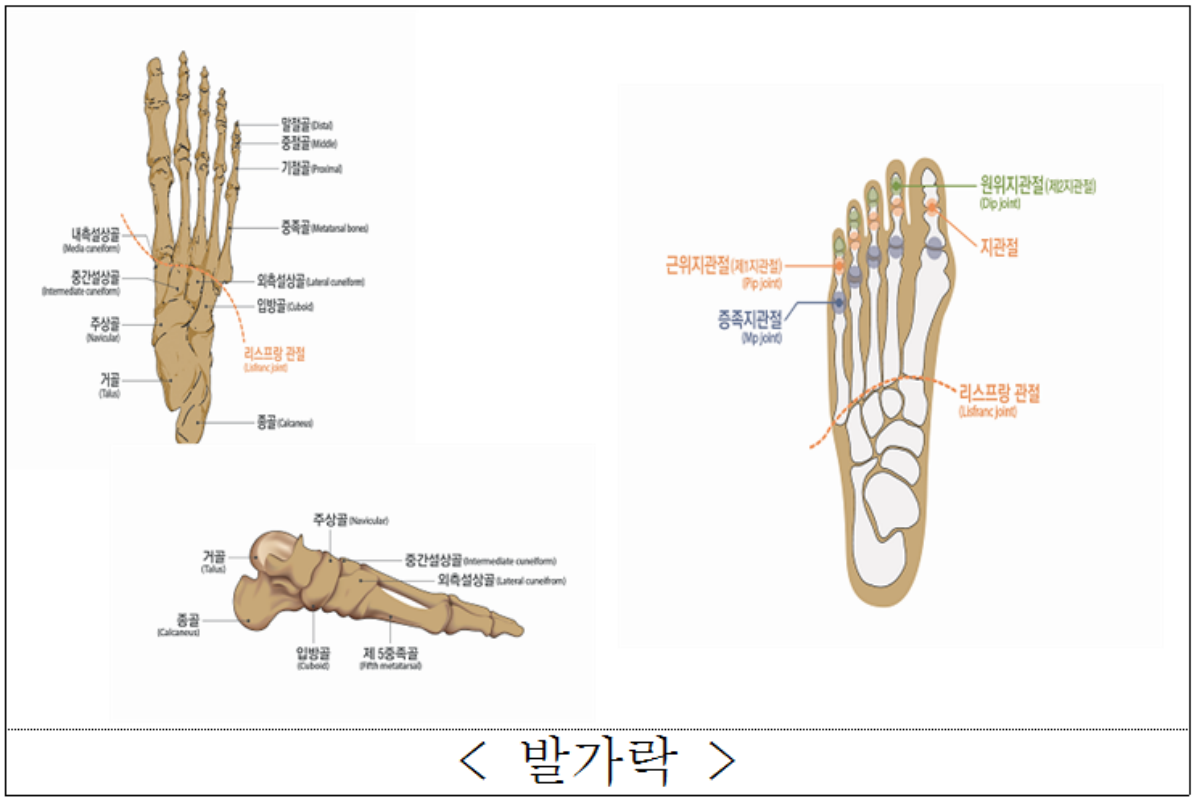
4)리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.

5)'발가락뼈 일부를 잃었을 때'라 함은 첫째 발가락의 지관절, 다른 네 발가락의 제 1 지관절(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 장해를 남긴 때'라 함은 첫째 발가락의 경우에 중족지관절과 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동범위 합계가 정상 운동 가능영역의 1/2 이하가 된 경우를 말하며, 다른 네 발가락에 있어서는 중족지관절의 신전운동범위만을 평가하여 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우를 말한다.

7)한 발가락에 장해가 생기고 다른 발가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

8)발가락 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의「산업재해보상보험법 시행규칙」제 47 조 제 1 항 및 제 3 항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.



< 발가락 >

12. 흉·복부장기 및 비뇨생식기의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 심장 기능을 잃었을 때	100
2) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때	75
3) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때	50

4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	30
5) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때	15

나. 장해의 판정기준

1)'심장 기능을 잃었을 때'라 함은 심장 이식을 한 경우를 말한다.

2)'흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

가) 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우

나)장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석, 복막투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때

다) 방광의 저장기능과 배뇨기능을 완전히 상실한 때

3)'흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 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 장해를 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 기능장해로 영구적으로 장루, 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)

마) 심장기능 이상으로 인공심박동기를 영구적으로 삽입한 경우

바) 요도괄약근 등의 기능장해로 영구적으로 인공요도괄약근을 설치한 경우

5)'흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 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, 비뇨생식기계 장해는 질병 또는 외상의 직접 결과로 인한 장해를 말하며, 노화에 의한 기능장해 또는 질병이나 외상이 없는 상태에서 예방적으로 장기를 절제, 적출한 경우는 장해로 보지 않는다.

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

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

13. 신경계·정신행동 장해

가. 장해의 분류

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

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

나. 장해판정기준

1) 신경계

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

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

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

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

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

2) 정신행동

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

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

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

라)'정신행동에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1 년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며 GAF 40 점 이하인 상태를 말한다.

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

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

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

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

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

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

차)정신행동장해 진단 전문의는 정신건강의학과 전문의를 말한다.

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

타)각종 기질성 정신장해와 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 한번 획득한 지적기능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 것을 말한다.

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

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

4) 뇌전증(간질)

가)"뇌전증(간질)"이라 함은 돌발적 뇌파이상을 나타내는 뇌질환으로 발작(경련, 의식장해 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 8 회 이상의 중증발작이 연 6 개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작할 때 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장해 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.

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

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

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

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

<붙임>

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

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

Cigna. 라이나생명

무배당 라이나 THE 치아보험
2 종(고급형) 약관

* 계약자가 선택한 유형에 한하여 적용합니다.

무배당 라이나THE치아보험 2종(고급형) 약관 목차

<<가입자 유의사항>> 67
<<주요내용 요약서>> 70
<<보험용어 해설>> 72
제 1 관 목적 및 용어의 정의 73
제 1 조 【목적】 73
제 2 조 【용어의 정의】 73
제 2 관 보험금의 지급 73
제 3 조 【"영구치"의 정의】 73
제 4 조 【"치아우식증(충치)", "치주질환(잇몸질환)"의 정의 및 진단확정】 74
제 5 조 【"치과치료"의 정의】 74
제 6 조 【"충전치료"의 정의】 74
제 7 조 【"크라운치료"의 정의】 74
제 8 조 【"보철치료"의 정의】 74
제 9 조 【"치수치료(신경치료)"의 정의】 74
제 10 조 【"영구치 발거" 또는 "영구치 발거치료"의 정의 및 진단확정】 75
제 11 조 【"치석제거(스케일링)치료"의 정의】 75
제 12 조 【"주요치주질환(잇몸질환)치료"의 정의】 75
제 13 조 【"구강암"의 정의 및 진단확정】 76
제 14 조 【대상이 되는 "영구치 발거" 원인】 77
제 15 조 【대상이 되지 않는 "영구치 발거" 원인】 77
제 16 조 【보험금의 지급사유】 77
제 17 조 【보험금 지급에 관한 세부규정】 78
제 18 조 【보험금을 지급하지 않는 사유】 83
제 19 조 【보험금 지급사유의 발생통지】 83
제 20 조 【보험금의 청구】 83
제 21 조 【보험금의 지급절차】 84
제 22 조 【주소변경통지】 84
제 23 조 【보험수익자의 지정】 84
제 24 조 【대표자의 지정】 84
제 3 관 계약자의 계약 전 알릴의무 등 85
제 25 조 【계약 전 알릴의무】 85
제 26 조 【계약 전 알릴의무 위반의 효과】 85
제 27 조 【사기에 의한 계약】 86
제 4 관 보험계약의 성립과 유지 86
제 28 조 【보험계약의 성립】 86
제 29 조 【청약의 철회】 86
제 30 조 【약관교부 및 설명의무 등】 87
제 31 조 【계약의 무효】 87

제 32 조【계약내용의 변경 등】 88
제 33 조【보험가입금액의 자동증액】 88
제 34 조【보험나이 등】 88
제 35 조【계약의 소멸】 89
제 5 관 보험료의 납입 89
제 36 조【제 1 회 보험료 및 회사의 보장개시】 89
제 37 조【제 2 회 이후 보험료의 납입】 90
제 38 조【보험료의 자동대출납입】 90
제 39 조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지】 90
제 40 조【보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)】 91
제 41 조【강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복)】 91
제 6 관 계약의 해지 및 해지환급금 등 91
제 42 조【계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권】 91
제 43 조【중대사유로 인한 해지】 91
제 44 조【회사의 파산선고와 해지】 92
제 45 조【해지환급금】 92
제 46 조【보험계약대출】 92
제 47 조【배당금의 지급】 92
제 7 관 분쟁의 조정 등 92
제 48 조【분쟁의 조정】 92
제 49 조【관할법원】 92
제 50 조【소멸시효】 93
제 51 조【약관의 해석】 93
제 52 조【회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력】 93
제 53 조【회사의 손해배상책임】 93
제 54 조【개인정보보호】 93
제 55 조【준거법】 93
제 56 조【예금보험에 의한 지급보장】 93
(별표 1) 보험금 지급기준표 94
(별표 2) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 103
(별표 3) 구강암 분류표 104
(별표 4) 주요치주질환(잇몸질환)치료 분류표 105
(별표 5) 재해분류표 106
(별표 6) 장해분류표 107

<<가입자 유의사항>>

<< 가입자 유의사항 >>

□ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

1. 보험계약관련 유의사항

○ 보험계약전 알릴의무 위반

- 현재 및 과거 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 **보험금을 지급받지 못할 수 있습니다**.
- 현재 및 과거 질병 치료사실 등을 **보험설계사에게 구두로 알린 경우**는 보험회사에 알리지 **않은 것으로 간주**되므로, 반드시 **청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다**.
- 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약전 알릴의무를 이행하여야 하므로 답변에 **특히 신중하여야 합니다**.

○ 부활

- 부활(효력회복)계약의 **치과치료보장개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.** 다만, 보험기간 중 발생한 재해로 인한 치과치료의 경우 부활(효력회복)일부터 보장이 개시됩니다.
- 부활(효력회복)계약의 **구강암보장개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.**

2. 해지환급금 관련 유의사항

○ 해지환급금

- 보험계약을 중도 해지시 **해지환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다**. **그 이유는** 납입한 보험료 중 **위험보장을 위한** 보험료 및 계약체결비용과 계약관리비용을 차감한 후 **운용·적립**되고, 해지시에는 적립금에서 이미 지출한 계약체결비용을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.

□ 보험금 지급 관련 특히 유의할 사항

- 치과치료보장개시일 및 감액사항

치과치료	보장개시일	감액사항
충전치료	계약일부터 90일이 지난 날의 다음날	치과치료보장개시일 이후 "보험계약일부터 1년이 지난 계약해당일 전일"까지
크라운치료		
보철치료 (틀니, 브릿지, 임플란트)		치과치료보장개시일 이후 "보험계약일부터 2년이 지난 계약해당일 전일"까지
충전, 크라운, 보철치료 이외 (치수치료(신경치료), 영구치 발거치료, 치석제거(스케일링)치료, 주요치주질환(잇몸질환)치료)		없음

주) 1. 감액기간에는 해당 치료보험금의 50%를 지급합니다.
2. 다만, 보험기간 중 발생한 재해로 인한 치과치료의 경우 계약일부터 해당 치료보험금의 100%를 지급합니다.

- 다음의 경우 치과치료 관련 보험금을 지급하지 않습니다.
  ㄱ. 치과치료보장개시일 전에 치료를 진단확정받은 경우
  - 치과치료보장개시일 전에 해당 치과치료를 진단확정 받은 경우
  - 치과치료보장개시일 전에 해당 영구치를 이미 발거한 경우

  ㄴ. 치아 교모증, 치경부 마모증, 치열교정 준비 등 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해 이외의 원인으로 치과치료를 받은 경우 또는 발거한 경우
  ㄷ. 다른 치과치료를 위하여 임시 치과치료 또는 치주질환(잇몸질환)치료를 한 경우
  ㄹ. 이미 충전치료, 크라운치료, 치수치료(신경치료)를 받은 부위에 대하여 새로운 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해에 기인하지 않는 수리, 복구, 대체치료를 한 경우
  ㅁ. 이미 가철성의치(틀니)치료, 고정성가공의치(브릿지)치료, 임플란트치료를 받은 부위에 대하여 수리, 복구, 대체치료를 한 경우
  ㅂ. 라미네이트, 잇몸성형 등 미용 상의 치료
- 이미 충전치료, 크라운치료, 치수치료(신경치료)를 받은 영구치에 대하여 새로운 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해를 직접적인 원인으로 충전치료, 크라운치료, 치수치료(신경치료)를 한 경우에도 해당 치료보험금을 지급합니다.
- 동일한 영구치에 대하여 동시에 충전치료, 크라운치료, 보철치료 중 두 가지 이상의 치과치료를 포함하는 복합형태의 치료를 받은 경우 해당 치료보험금 중 가장 높은 한가지의 해당 치료보험금을 지급합니다.
- 동일한 부위에 대하여 동시에 두 가지 이상의 주요치주질환(잇몸질환)치료를 받은 경우 상위 치료에 대하여만 보험금을 지급합니다.

- 구강암보장개시일 및 감액사항

보장개시일	감액사항
계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날	구강암보장개시일 이후 "보험계약일부터 2년이 지난 계약해당일 전일"까지

- 구강암치료보험금은 최초 1회에 한하여 지급됩니다.
- 구강암은 원칙적으로 조직검사, 미세바늘흡인검사(미세한 침을 이용한 생체검사 방법) 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 한 진단만 인정됩니다.
- 구강암 등 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.

□주요민원사항

제목	임플란트, 브릿지, 틀니의 보장기준일
내용	평소 치아보험에 관심이 많았던 A고객은 라이나생명 모집인으로부터 치아보험에 대해 가입 권유를 받고 가입함 A고객은 계약일로부터 2년 이후에는 영구치 발거 후 임플란트, 브릿지, 틀니 치료 시 해당 보장금액의 100%가 보장 된다는 설명을 듣고 가입함 충치가 심해진 A씨는 **가입 후 즉시 영구치를 발거 하였고 계약일로부터 2년이 경과한 후에** 임플란트를 식립하고 보험금을 청구 하였으나 보험금 지급이 거절되었음
유의사항	임플란트, 브릿지, 틀니 치료보험금의 경우 **영구치 발거(발치)일을 기준으로 보장되며,** 임플란트, 브릿지, 틀니 등을 **치료한 날 기준으로는 보장되지 않습니다.** 추가적으로 임플란트, 브릿지, 틀니 치료의 경우 계약일(부활일)을 포함한 날로부터 90일째 되는 날의 **다음날(보장개시일)로부터 보장받을 수 있으며, 보험계약일부터 2년이 지난 보험계약해당일 전일까지는 해당 치료보험금의 50%가 지급됩니다. 또한** 충전치료와 크라운 치료의 경우 계약일(부활일)을 포함한 날로부터 90일째 되는 날의 다음날(보장개시일)로부터 **보장받을 수 있으며, 보험계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일까지** 해당 치료보험금의 50%가 지급됩니다.

제목	이미 크라운치료를 받은 치아에 대한 보장기준
내용	평소 치아보험에 관심이 많았던 A고객은 라이나생명 모집인으로부터 치아보험에 대해 가입 권유를 받고 가입함 A고객은 이미 크라운치료를 받은 영구치에 대하여 새로운 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해를 직접적인 원인으로 크라운치료를 한 경우에도 해당 치료보험금을 지급 한다는 안내를 받았음 A씨는 보험 가입 전 이미 크라운 치료를 받았던 부분이 파손되어 수리, 복구, 대체의 목적으로 새로운 크라운으로 재 장착 후 보험금을 청구 하였으나 보험금 지급이 거절됨
유의사항	이미 크라운치료를 받은 부위에 대하여 **새로운 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환)** 또는 **재해를 직접적인 원인**으로 **크라운치료를 한 경우에만** 해당 치료 보험금을 지급합니다

제목	생활자금(중도급부금) 관련
내용	최근 치과치료를 받고 치아 관련 보험의 필요성을 느낀 A고객은 여러 치아상품을 알아 보던 중, 라이나생명 모집인으로부터 치아 관련 치료비 보장은 물론 보험료 납입을 완료하면 이미 납입한 보험료도 환급 받을 수 있다는 라이나THE치아보험 2형(생활자금형)을 권유 받아 가입함 A고객은 정상 청약 절차에 따라 가입하여 상품 안내장, 증권, 약관 등 필수 서류를 수령 하였으나, 가입 상품 내용에 대해 자세히 살펴 보지 않고 계약을 유지함 A고객은 납입기간이 끝나는 시점에 이미 납입한 보험료 전액을 지급 받는 것으로 알고 환급금을 청구 하였으나 가입한 보장내용이 매년 생존 시 월납보험료를 최대 10년동안 매월 계약해당일에 지급한다는 사실을 알고 전액 지급을 주장하며 민원을 제기함
유의사항	무배당 라이나THE치아보험의 경우 가입된 유형에 따라 다르게 보장되는 상품입니다. **2형(생활자금형)**의 경우, 납입기간이 끝나는 시점 이후부터 **매년 생존 시 월납 보험료를 최대 10년동안 매월 계약해당일에 지급(연납은 매년 계약해당일에 연납 보험료를 지급)**하는 상품입니다. 본 유형은 납입기간이 끝나는 시점에 이미 납입한 보험료 전액을 일시 지급하지 않습니다. **1형(만기환급형)**의 경우, 납입기간이 끝나는 시점이 아닌 **보장기간이 끝나는 시점에 생존 시 이미 납입한 보험료 전액을 일시 지급** 받으실 수 있습니다. 가입된 보장 유형에 대해 주의 깊게 살펴 보시기 바랍니다.

<<주요내용 요약서>>

<< 주요내용 요약서>>

1. 자필서명

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

2. 계약전 알릴 의무

계약자 또는 피보험자는 청약서의 질문사항에 대하여 사실대로 기재하고 자필서명을 하셔야 합니다. 특히, 보험설계사에게 구두로 알린 사항은 효력이 없으며, 전화 등 통신수단을 통해 가입하는 경우에는 서면을 통한 질문절차 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 신중하셔야 합니다.

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

3. 계약의 무효

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

- 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
- 만 15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
- 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 위의 만 15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

4. 청약철회

보험계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일이내에 청약을 철회 할 수 있으며, 이 경우 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3일 이내에 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 청약한 날부터 30일을 초과하거나, 진단계약, 보험기간이 1년 미만인 계약 또는 전문보험계약자가 체결한 계약은 철회할 수 없습니다.

5. 계약취소

회사가 보험약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명을 포함합니다)을 하지 않은 때에는 보험계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다. 이 경우에는 회사는 보험계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

6. 보험료의 납입연체 및 계약의 해지에 관한 사항

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

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

7. 계약의 소멸

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

8. 해지 계약의 부활(효력회복)

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

<<보험용어 해설>>

<< 보험용어 해설>>

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

○ 보험료: 보험계약에 따른 보장을 받기 위하여 보험계약자가 보험회사에 납입하는 금액

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

○ 보험기간: 보험계약에 따라 보장을 받는 기간

○ 보장개시일: 보험회사의 보험금 지급의무가 시작되는 날

○ 보험가입금액: 보험금, 보험료 및 책임준비금 등을 산정하는 기준이 되는 금액
※ 보험가입금액, 보험료 납입기간, 피보험자의 나이 등을 기준으로 보험료를 산출하지 않고 보험계약자가 보험료를 선택하는 보험에서는 보험료 수준에 따라 보험금, 준비금(적립액) 등이 결정됨

○ 책임준비금: 장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 보험계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 보험회사가 적립해 둔 금액

무배당 라이나THE치아보험 2종(고급형) 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 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. 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 6) 장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
   나. 재해: (별표 5) 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
   다. 중요한 사항: 계약 전 알릴의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 연단위 복리: 회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1 년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1 년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
   나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다.
   다. 해지환급금: 계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
4. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
   나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서 의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.
   다. 매월 계약해당일: 최초 계약일부터 1개월씩 경과되는 매월의 계약해당일을 말합니다.
   (다만, 해당 월의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막날을 계약해당일로 합니다)
   라. 매년 계약해당일: 최초 계약일부터 1년씩 경과되는 매년의 계약해당일을 말합니다.
   (다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막날을 계약해당일로 합니다)

제2관 보험금의 지급

제3조 【"영구치"의 정의】

이 계약에 있어서 "영구치"란, 유치(젖니)가 빠진 후 나는 자연치아를 말합니다. 다만, 제3대구치(사랑니), 과잉치(치식(齒式)에 맞지 않고 여분으로 난 치아) 및 선천적 기형치아(왜소치 등 모양 이상치아)는 제외합니다.

제4조 【“치아우식증(충치)”, “치주질환(잇몸질환)”의 정의 및 진단확정】

① 이 계약에 있어서 “치아우식증(충치)”이란, 한국표준질병사인분류 중 분류코드 K02(치아우식증(충치)), K04(치수 및 치근단 주위조직의 질환)에 해당하는 것으로 치아의 석회 성분이 녹거나 파괴되었을 때 또는 치수염 등의 원인으로 치수 및 치근단 주위조직이 손상되어 치아를 잃게 되는 질환을 말하며, 일반적으로 충치라고 합니다.

② 이 계약에 있어서 “치주질환(잇몸질환)”이란, 한국표준질병사인분류 중 분류코드 K05(치은염(잇몸염) 및 치주질환(잇몸질환))에 해당하는 것으로 크게 치은(잇몸)염과 치주염으로 구분할 수 있는데 염증 반응이 치은 조직에만 국한됐을 때는 치은(잇몸)염이라 하고, 치은(잇몸)염을 방치해 치주 인대와 치조골이 파괴되었을 때를 치주염이라 말하며, 일반적으로 잇몸질환이라고 합니다.

③ “치아우식증(충치)” 및 “치주질환(잇몸질환)”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사 자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제5조 【“치과치료”의 정의】

이 계약에 있어서 “치과치료”란, 제6조(“충전치료”의 정의), 제7조(“크라운치료”의 정의), 제8조(“보철치료”의 정의) 및 제9조(“치수치료(신경치료)”의 정의), 제10조(“영구치 발거” 또는 “영구치 발거치료”의 정의 및 진단확정), 제11조(“치석제거(스케일링)치료”의 정의), 제12조(“주요치주질환(잇몸질환)치료”의 정의)에서 정한 치료를 말합니다.

제6조 【“충전치료”의 정의】

① 이 계약에 있어서 “충전치료”란, 치아에 손상이 생기는 경우에 손상된 부위를 원상 회복시켜 형태학적, 기능적 복구를 도모하는 치료를 말하며, 치아에 재료를 직접 수복하는 직접충전과 구강 외에서 수복물을 제작하고 접착제를 사용하여 치아에 수복물을 접착하는 간접충전(인레이, 온레이 등)이 있습니다.

② 제1항의 충전치료에 사용되는 재료 중 “아말감”이란, 구리, 은, 주석 등의 합금(Alloy)과 수은의 혼합체를 말합니다.

제7조 【“크라운치료”의 정의】

이 계약에 있어서 “크라운치료”란, 치관장착(Crown)치료를 말하며 치아에 손상이 생겨 삭제량이 많은 경우 또는 신경치료로 인해 치아의 강도가 약해질 것이 예상되는 경우 등에 치아의 전체를 금속 등의 재료로 씌우는 치료를 말합니다.

제8조 【“보철치료”의 정의】

① 이 계약에 있어서 “보철치료”란, “가철성의치(틀니, Denture)”, “고정성가공의치(Bridge)”, “임플란트(Implant)” 세 가지 치료를 말하며, 크라운치료는 제외합니다.

② 이 계약에 있어서 “가철성의치(틀니, Denture)”란, 일반적으로 틀니라고 말하며, 영구치와 그와 연관된 조직이 결손이 되었을 때, 인공적으로 대치하는 보철물을 장착하는 시술로서 국소의치와 총의치를 포함합니다. 국소의치(부분틀니, Partial Denture)는 전체 치아가 아닌 하나 또는 그 이상의 치아와 그 관련조직의 결손을 수복해주는 보철물을 말하며, 금관, 지대치 혹은 다른 고정성 가공의치(브릿지, Bridge) 및 점막에서 지지를 받습니다. 총의치(Complete Denture)는 영구치가 하나도 없는 환자에게 인공적인 방법과 수단으로 여러 가지 재료를 사용하여 제작하는 의치를 말하며, 영구치 또는 인공치의 치열 전체, 보통 상실한 영구치와 주위 조직을 대신하는 인공 보철물 입니다.

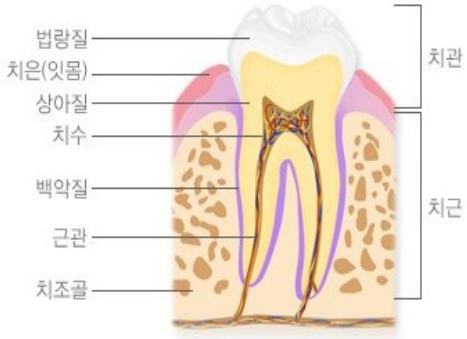
③ 이 계약에 있어서 “고정성가공의치(브릿지, Bridge)”란, 치아와 치아 사이를 다리처럼 연결하여 보철물을 제작하는 방법으로 하나 또는 둘 이상의 치아가 결손이 되어 있을 때 결손이 된 부분에 대해 인접한 영구치를 지대치로 하고, 가공치를 지대치와 연결하여 구강 내에 영구접착 되어지는 보철물을 말합니다.

④ 이 계약에 있어서 “임플란트(Implant)”란, 점막 또는 골막층 하방, 그리고 골조직 내부 등의 구강 조직에 이물성형재료를 매식한 후 고정성 또는 가철성 보철물을 삽입하는 치료를 말합니다.

제9조 【“치수치료(신경치료)”의 정의】

이 계약에 있어서 "치수치료(신경치료)"란 치아내부에 있는 치수(혈관이 밀집한 연조직)가 치아우식증(충치)에 감염되거나 치주질환(잇몸질환)으로 인해 손상된 경우, 치수를 제거하여 통증이나 기타증상을 없애고 치아가 제자리에서 기능을 할 수 있도록 보존하는 치료를 말합니다.

[치아의 구조 및 치수]



제10조【"영구치 발거" 또는 "영구치 발거치료"의 정의 및 진단확정】

① 이 계약에 있어서 "영구치 발거", "영구치 발거치료" 또는 "발거"란, 의사가 영구치를 보존할 수 없다고 판단하여 영구치를 뽑거나 제거하는 시술을 말합니다.

② "영구치 발거" 또는 "영구치 발거치료"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사 자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제11조【"치석제거(스케일링)치료"의 정의】

① 이 계약에 있어서 "치석제거(스케일링)치료"라 함은 "국민건강보험법에서 정한 보험급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여"에서 치주질환(잇몸질환)치료를 목적으로 치석제거(스케일링)치료가 필요하다고 인정한 기준(이하 "치석제거(스케일링)치료 급여 인정 기준"이라 합니다)에 해당하는 경우로서 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 의료기관 중 치과에서 "치석제거(스케일링)치료"를 받은 경우를 말합니다.

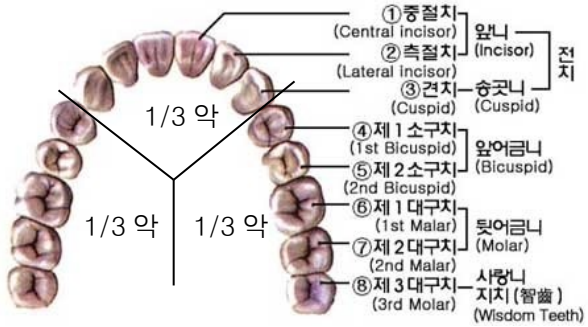
② 제 1 항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "치석제거(스케일링)치료 급여 인정 기준"이 폐지 또는 변경되어 제 16 조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "치석제거(스케일링)치료 급여 인정 기준"을 따릅니다.

제12조【"주요치주질환(잇몸질환)치료"의 정의】

① 이 계약에 있어서 "주요치주질환(잇몸질환)치료"라 함은 "국민건강보험법에서 정한 보험급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여"에서 치주질환치료가 필요하다고 인정한 기준(이하 "주요치주질환치료 급여 인정 기준"이라 합니다)에 해당하는 경우로서 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 의료기관 중 치과에서 "주요치주질환(잇몸질환)치료 분류표"(별표 4 참조)"에 해당하는 치료를 받은 경우를 말합니다.

② 이 계약에 있어서 1/3 악이란 치아전체[상악(윗니), 하악(아랫니)]를 각 좌측구치부, 우측구치부, 전치부로 3 구역으로 나눈 단위로써 1 인당 6 개의 1/3 악을 가집니다. 전치부란 송곳니와 반대 송곳니부분에 해당하는 앞니(송곳니포함)에 해당하며, 구치부는 전치부 이외의 어금니 치아부분에 해당합니다.

[1/3 악]



③ 제 1 항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "주요치주질환치료 급여 인정 기준"이 폐지 또는 변경되어 제 16 조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "주요치주질환치료 급여 인정 기준"을 따릅니다.

④ 제 1 항 및 제 3 항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "주요치주질환(잇몸질환)치료분류표"(별표 4 참조)" 외에 "주요치주질환치료 급여 인정 기준"에 해당하는 치료가 있는 경우에는 그 치료도 포함하는 것으로 합니다.

【치과치료】

치과치료	발거여부	치료방법
충전	발거하지 않음	치아의 손상된 부위에 충전재를 수복하여 원상 회복시키는 치료
크라운	발거하지 않음	치아의 전체를 금속 등의 재료로 씌우는 치료
가철성의치 (틀니)	발거함	영구치와 그와 연관된 조직이 결손이 되었을 때, 인공적으로 대치하는 보철물을 장착하는 시술
고정성가공의치 (브릿지)	발거함	치아와 치아 사이를 다리처럼 연결하여 보철물을 제작하는 방법
임플란트	발거함	구강 조직에 이물 성형재료를 매식한 후 고정성 또는 가철성 보철물을 삽입하는 치료
치수치료 (신경치료)	발거하지 않음	치아내부의 치수를 제거하는 치료
영구치 발거치료	발거함	영구치를 뽑거나 제거하는 시술
치석제거 (스케일링)치료	발거하지 않음	플라그와 치석 등을 제거하고, 치아 표면을 매끈하고 깨끗하게 해주는 치료
주요치주질환 (잇몸질환)치료	발거하지 않음	치아 주위 조직의 염증과 세균에 감염된 치주 조직을 제거하는 치료

제13조【"구강암"의 정의 및 진단확정】

① 이 계약에 있어서 "구강암"이라 함은 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C00-C14(입술, 구강 및 인두의 악성 신생물(암))에 해당하는 질병(별표 3 "구강암 분류표" 참조)을 말합니다.

② "구강암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직검사(fixed tissue), 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 구강암으로 진단 또는 치료를 받았음을 입증할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[유의사항]
한국표준질병사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

제14조【대상이 되는 "영구치 발거" 원인】

이 계약에서 보험금 지급사유의 대상이 되는 "영구치 발거"의 원인은 다음과 같습니다.

1. 치아우식증(충치)

가. 의사가 영구치를 보존할 수 없다고 판단하여 발거하는 주된 원인이 치아우식증(충치)이거나 치아우식증(충치)으로 인한 증후인 경우

나. 치아우식증(충치)으로 치관이 파괴된 잔존치근의 발거

다. 치아우식증(충치)이 진행되어 치근관충전[신경치료(치아 내부의 신경을 모두 제거하고 신경이 있던 자리를 소독하는 치료)를 한 후 신경이 있던 자리에 다시 감염되지 않도록 내부를 채우는 치료를 말합니다]을 하였던 영구치로 더 이상 보존할 수 없다고 판단되어 발거하는 경우(치근관충전을 하는 과정에 파절된 영구치의 발거도 해당)

라. 치아우식증(충치)으로 파절된 영구치의 발거

2. 치주질환(잇몸질환)

가. 의사가 영구치를 보존할 수 없다고 판단되어 영구치를 발거하는 주된 원인이 치주질환(잇몸질환)이거나 치주질환(잇몸질환)의 증후인 경우

나. 치주질환(잇몸질환)에 기인(치주질환(잇몸질환)으로 동요도의 증가에 의한 기능상실, 치주농양 또는 통증을 수반하여 영구치를 보존할 수 없는 경우)하여 영구치를 발거한 경우

3. 재해

어떠한 치료를 하더라도 영구치를 보존할 수 없다고 판단되어 영구치를 발거하는 주된 원인이 재해이거나 재해로 인한 증후인 경우. 다만, 의사가 치아우식증(충치)이나 치주질환(잇몸질환)을 원인으로 영구치 발거가 이미 필요했다고 판단하는 경우는 제외하며, 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

제15조【대상이 되지 않는 "영구치 발거" 원인】

이 계약에서 보험금 지급사유의 대상이 되지 않는 "영구치 발거" 원인은 다음과 같습니다.

1. 의치보철준비

치아우식증(충치)이나 치주질환(잇몸질환) 또는 재해가 발거의 직접적인 원인이 아니고, 치과치료를 위한 준비로서 영구치를 발거하는 경우

2. 치열교정준비 및 위치이상

부정치열을 교정하기 위하여 영구치를 발거하였거나 위치이상으로 심미적인 개선을 위해 발거하는 경우

3. 맹출장애: 부분매복되거나, 완전매복되어 발치하는 경우

4. 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해 이외의 기타 원인으로 발거하는 경우

제16조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자에게 보험기간 중 제36조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표1 "보험금 지급기준표" 참조)을 지급합니다.

1. 피보험자가 보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때

: 만기환급금 지급 (단, 1형(만기환급형)에 한함)

2. 피보험자가 보험기간 중 "보험계약일부터 10년이 지난 계약해당일"부터 "매년 계약해당일"에 살아 있을 때

: 생활자금(중도급부금) 지급 (단, 2형(생활자금형)에 한함)

3. 피보험자가 보험기간 중 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해를 직접적인 원인으로 치과치료보장개시일 이후에 최초로 충전 치료를 진단확정받고, 해당 영구치에 대하여 충전치료를 받았을 때

: 충전치료보험금 지급(영구치 치료 1개당)

4. 피보험자가 보험기간 중 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해를 직접적인 원인으로 치과치료보장개시일 이후에 최초로 크라운치료를 진단확정받고, 해당 영구치에 대하여 크라운치료를 받았을 때
   : 크라운치료보험금 지급(영구치 치료 1개당)
5. 피보험자가 보험기간 중 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해를 직접적인 원인으로 치과치료보장개시일 이후에 최초로 영구치 발거를 진단확정받고, 해당 영구치를 발거한 부위에 가철성의치(틀니) 치료를 받았을 때
   : 가철성의치(틀니) 치료보험금 지급(보철물당)
6. 피보험자가 보험기간 중 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해를 직접적인 원인으로 치과치료보장개시일 이후에 최초로 영구치 발거를 진단확정받고, 해당 영구치를 발거한 부위에 고정성가공의치(브릿지) 치료를 받았을 때
   : 고정성가공의치(브릿지) 치료보험금 지급(영구치 발거 1개당)
7. 피보험자가 보험기간 중 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해를 직접적인 원인으로 치과치료보장개시일 이후에 최초로 영구치 발거를 진단확정받고, 해당 영구치를 발거한 부위에 임플란트 치료를 받았을 때
   : 임플란트 치료보험금 지급(영구치 발거 1개당)
8. 피보험자가 보험기간 중 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해를 직접적인 원인으로 치과치료보장개시일 이후에 최초로 치수치료(신경치료)를 진단 확정받고, 해당 치아에 대하여 치수치료(신경치료)를 받았을 때
   : 치수치료(신경치료)보험금 지급(영구치 치료 1개당)
9. 피보험자가 보험기간 중 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해를 직접적인 원인으로 치과치료보장개시일 이후에 최초로 영구치 발거치료를 진단 확정받고, 해당 영구치에 대하여 발거치료를 받았을 때
   : 영구치 발거치료보험금 지급(영구치 발거 1개당)
10. 피보험자가 보험기간 중 치과치료보장개시일 이후에 최초로 치주질환(잇몸질환)치료를 위한 치석제거(스케일링)치료를 진단 확정받고, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 의료기관 중 치과에서 국민건강보험법에 정한 요양급여 또는 의료급여법에 정한 의료급여 항목에 해당하는 치석제거(스케일링)치료를 받았을 때
    : 치석제거(스케일링)치료보험금 지급(치료 1회당)
11. 피보험자가 보험기간 중 치과치료보장개시일 이후에 최초로 주요치주질환(잇몸질환)치료를 진단 확정받고, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 의료기관 중 치과에서 국민건강보험법에 정한 요양급여 또는 의료급여법에 정한 의료급여 항목에 해당하는 주요치주질환(잇몸질환)치료를 받았을 때
    : 주요치주질환(잇몸질환)치료보험금 지급 (별표4 “주요치주질환(잇몸질환)치료분류표”에 따라 지급함)
12. 피보험자가 보험기간 중 구강암보장개시일 이후에 구강암으로 진단확정 되었을 때
    : 구강암 치료보험금 지급 (단, 최초 1회에 한하여 지급함)

제17조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(별표6 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우 또는 제3조(“영구치”의 정의)에서 정한 “영구치”가 모두 상실된 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제16조(보험금의 지급사유) 제1호의 만기환급금에서 “이미 납입한 보험료”는 납입기간 동안 계약자가 납입하는 보험료의 합계를 말하며, 제32조(계약내용의 변경 등)에 따라 보험료가 변경되었을 경우에는 최종 변경된 보험료를 기준으로 적용합니다. 다만, 제1항에 따라 보험료 납입이 면제된 이후 정상적으로 보험료가 납입된 것으로 보고 “이미 납입한 보험료”를 계산합니다.

③ 제16조(보험금의 지급사유) 제2호의 생활자금(중도급부금)에서 월납의 경우에는, 보험수익자가 확정지급분(연간 12회) 중 미지급된 금액을 일시금으로 선지급 받기를 원하는 경우 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액과 보험료 산출 시 적용한 이율을 연단위 복리로 할인한 금액 중 큰 금액을 지급합니다.

④ 제16조(보험금의 지급사유) 제2호의 생활자금(중도급부금)은“보험계약일부터 10년이 지난 계약해당일”부터 10년 동안, 월납의 경우는 매월 계약해당일에 지급하고 연납의 경우는 매년 계약해당일에 지급합니다. 다만, 제1항에 따

라 보험료 납입이 면제된 이후 정상적으로 보험료가 납입된 것으로 보고 생활자금(중도급부금)을 계산하며, 보험기간이 끝나는 날에는 지급하지 않습니다.

※ 치과치료 관련

⑤ 제16조(보험금의 지급사유) 제3호에서 제11호의 경우 다음 각 호에 해당하는 때에는 해당 치료보험금을 지급하지 않습니다.

1. 보장개시일 전에 치료를 진단확정받은 경우
   가. 치과치료보장개시일 전에 해당 치과치료를 진단확정받은 경우
   나. 치과치료보장개시일 전에 해당 영구치를 이미 발거한 경우
2. 치아 교모증, 치경부 마모증, 치열교정 준비 등 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해 이외의 원인으로 치과치료를 받은 경우 또는 발거한 경우
3. 다른 치과치료를 위하여 임시 치과치료 또는 치주질환(잇몸질환)치료를 한 경우
4. 이미 충전치료, 크라운치료, 치수치료(신경치료)를 받은 부위에 대하여 새로운 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해에 기인하지 않는 수리, 복구, 대체치료를 한 경우
5. 이미 가철성의치(틀니)치료, 고정성가공의치(브릿지)치료, 임플란트치료를 받은 부위에 대하여 수리, 복구, 대체치료를 한 경우
6. 라미네이트, 잇몸성형 등 미용 상의 치료

⑥ 이미 충전치료, 크라운치료, 치수치료(신경치료)를 받은 영구치에 대하여 새로운 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해를 직접적인 원인으로 충전치료, 크라운치료, 치수치료(신경치료)를 한 경우에도 해당 치료보험금을 지급합니다.

⑦ 동일한 영구치에 대하여 동시에 제16조(보험금의 지급사유) 제3호에서 제7호의 충전치료, 크라운치료, 보철치료 중 두 가지 이상의 치과치료를 포함하는 복합형태의 치료를 받은 경우 해당 치료보험금 중 가장 높은 한가지의 해당 치료보험금을 지급합니다.

⑧ "주요치주질환치료 급여 인정 기준"은 제12조("주요치주질환(잇몸질환)치료"의 정의)에서 정한 기준에 따릅니다.

⑨ 동일한 부위에 대하여 동시에 두 가지 이상의 치주질환(잇몸질환)치료를 받은 경우 상위 치료에 대하여만 보험금을 지급합니다.

⑩ 제16조(보험금의 지급사유) 제3호에서 제11호의 경우 각각 다음을 연간 보장한도로 해당 치료보험금을 지급하여 드립니다. 다만, "연간"이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

구 분	계약일로부터 경과기간	보장한도	비 고
충전치료보험금	전기간	무제한	-
치수치료(신경치료)보험금			
영구치 발거치료보험금			
주요치주질환(잇몸질환) 치료보험금			
크라운치료보험금	2년미만	연간 3 개	연간 보장한도(연간 치료한 영구치 개수 기준)를 초과하여 치료한 치아는 보험금을 지급하지 않음
	2년이상	무제한	-
가철성의치(틀니) 치료보험금	전기간	연간 1회	연간 보장한도를 초과하여 치료한 경우 보험금을 지급하지 않음
고정성가공의치(브릿지) 치료보험금	2년미만	연간 3개	연간 보장한도(연간 발거한 영구치 개수 기준)를 초과하여 발거한 영구치는 치료시기에 관계없이 보험금을 지급하지 않음
	2년이상	무제한	-

임플란트 치료보험금	2년미만	연간 3개	연간 보장한도(연간 발거한 영구치 개수 기준)를 초과하여 발거한 영구치는 치료시기에 관계없이 보험금을 지급하지 않음
	2년이상	무제한	-
치석제거(스케일링) 치료보험금	전기간	연간 1회	-

⑪ 제16조(보험금의 지급사유) 제3호에서 제4호의 경우 피보험자가 제36조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제5항에서 정한 치과치료보장개시일 이후 "보험계약일부터 1년이 지난 계약해당일 전일" 이전에 해당 치료보험금 지급사유가 발생한 경우에는 해당 치료보험금의 50%를 지급합니다. 다만, 보험기간 중 발생한 재해로 인한 치아손상(치아파절 등)을 원인으로 해당 치료보험금 지급사유가 발생한 경우에는 해당 치료보험금의 100%를 지급합니다.

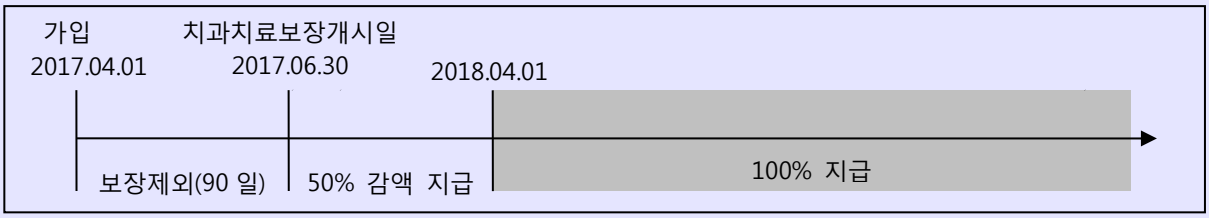
⑫ 제16조(보험금의 지급사유) 제5호에서 제7호의 경우 피보험자가 제36조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제5항에서 정한 치과치료보장개시일 이후 "보험계약일부터 2년이 지난 계약해당일 전일" 이전에 해당 치료보험금 지급사유가 발생한 경우에는 해당 치료보험금의 50%를 지급합니다. 다만, 보험기간 중 발생한 재해로 인한 치아손상(치아파절 등)을 원인으로 보철치료를 받은 경우에는 해당 치료보험금의 100%를 지급합니다.

⑬ 피보험자가 제36조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제5항에서 정한 치과치료보장개시일 이후 보험기간 중에 제16조(보험금의 지급사유) 제3호 내지 제11호에서 정한 치과치료가 필요하다는 진단을 받았으나 의사와 치료일정 협의를 사유로 보험기간 만료 후 계속 치료하는 경우, 보험기간 만료일 이후 180일 이내의 치과치료는 보장하여 드립니다.

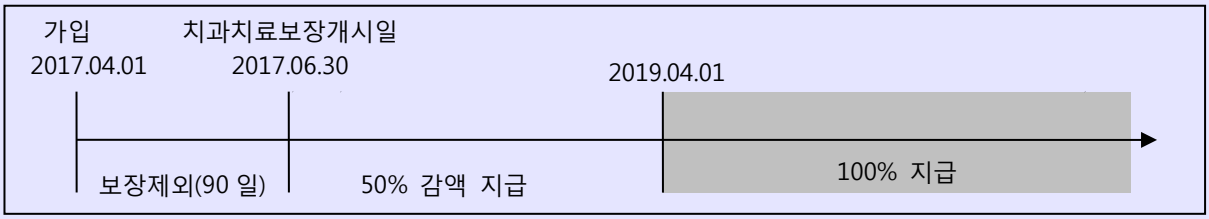
【보험금 지급 예시 - 1】

* 계약일: 2017년 4월 1일

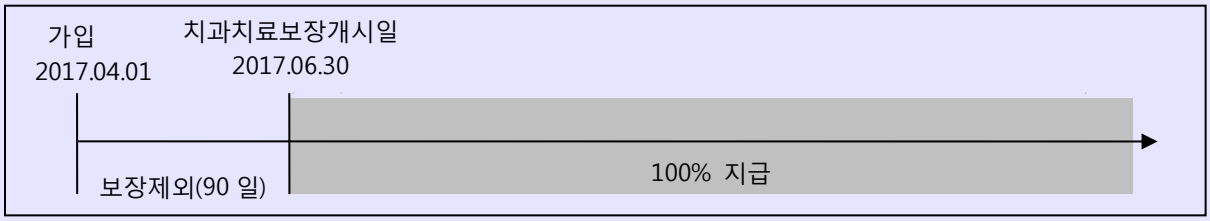
- **충전, 크라운치료** (치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)을 원인으로 한 경우)



- **보철치료** (치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)을 원인으로 한 경우)



- **충전,크라운,보철치료 이외**(치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)을 원인으로 한 경우)



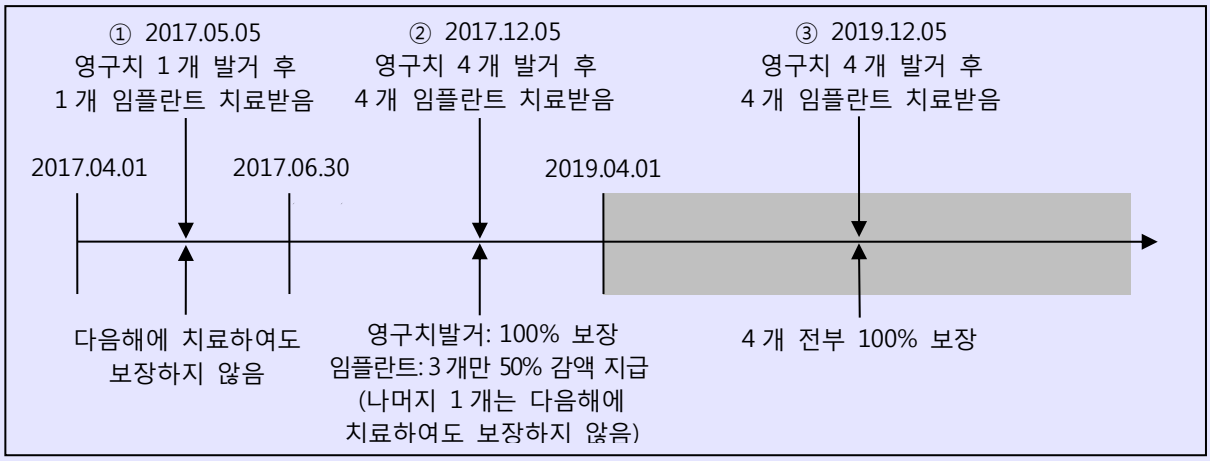
*보험기간 중 발생한 재해로 인한 치과치료의 경우 계약일부터 해당 치료보험금의 100%를 지급합니다

【보험금 지급 예시 - 2】

* 계약일 : 2017년 4월 1일

[기준: 임플란트 치료보험금 1개당 100만원, 영구치 발거치료보험금 1개당 2만원]

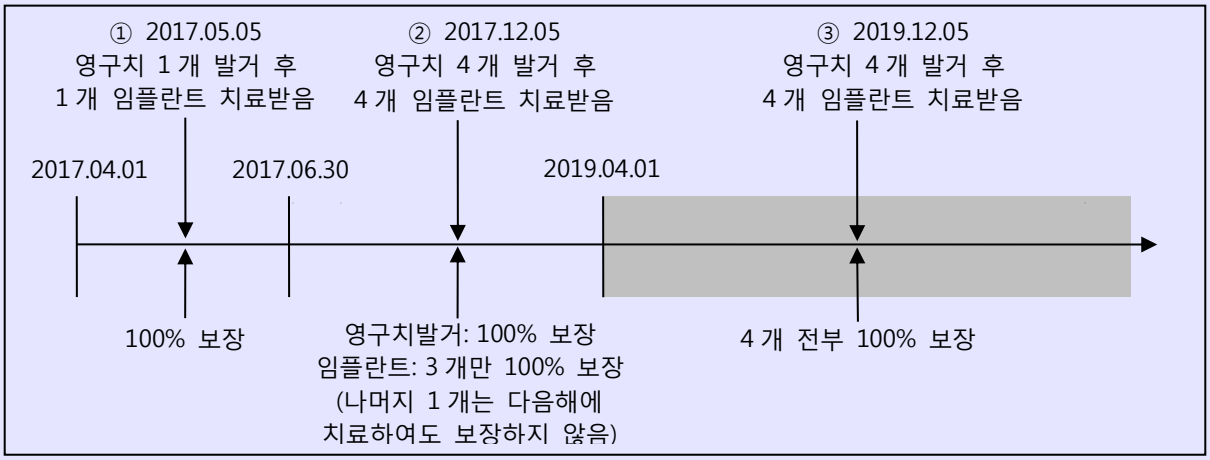
- 치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)을 원인으로 한 경우



■ 영구치 발거치료보험금: ① 0원 + ② 8만원 + ③ 8만원 = 16만원

■ 임플란트 치료보험금: ① 0원 + ② 150만원 + ③ 400만원 = 550만원

- 재해를 원인으로 한 경우



■ 영구치 발거치료보험금: ① 2만원 + ② 8만원 + ③ 8만원 = 18만원

■ 임플란트 치료보험금: ① 100만원 + ② 300만원 + ③ 400만원 = 800만원

※ 구강암치료 관련

⑭ 제16조(보험금의 지급사유) 제12호의 경우 피보험자가 구강암보장개시일 이후에 사망하여 그 후에 구강암을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보아 구강암치료보험금을 지급합니다. 다만, 구강암보장개시일 전일 이전에 구강암으로 사망한 경우에는 제외합니다.

⑮ 제16조(보험금의 지급사유) 제12호의 경우 피보험자가 제36조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제6항에서 정한 구강암보장개시일 이후 "보험계약일부터 2년이 지난 계약해당일 전일" 이전에 구강암으로 진단확정 받은 경우에는 해당 치료보험금의 50%를 지급합니다.

⑯ 계약자는 피보험자가 구강암보장개시일 전에 구강암으로 진단확정된 경우에는 진단일로부터 90일 이내에 계약을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

⑰ 제16항에서 계약자가 계약을 취소하지 않고 피보험자에게 제16조(보험금의 지급사유) 제12호의 구강암 치료보험금 지급사유가 발생하더라도, 그 지급사유가 제16항에서 이미 진단확정 받은 구강암과 동일한 경우(이미 진

단확정 받은 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우) 회사는 이미 해당 치료보험금을 지급하지 않습니다.

⑱ 제16조(보험금의 지급사유) 제12호의 경우 청약서상 계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

⑲ 제18항에도 불구하고 청약일 이전에 진단된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑳ 제19항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제39조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

㉑ 이 약관 제40조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제20항의 청약일로 하여 적용합니다.

※ 기타

㉒ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

㉓ 제22항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내) 중에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

㉔ 제1항에서 "동일한 재해"의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

㉕ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 또한, 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 지급률을 합산한 지급률과 최초 장해의 지급률을 비교하여 그 중 높은 지급률을 적용합니다.

㉖ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 결정합니다.

㉗ 제1항의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 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.

㉘ 제27항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표 상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

㉙ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

㉚ 보험수익자와 회사가 제16조(보험금의 지급사유) 제3호에서 제12호의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

㉛ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제사유에 대해 합의하지 못할 때에는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제18조【보험금을 지급하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나, 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생하였을 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
   다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제19조【보험금 지급사유의 발생통지】

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제16조(보험금의 지급사유) 제3호에서 제12호에 정한 보험금 지급사유의 발생을 안 때에는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제20조【보험금의 청구】

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)

2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서, 구강암진단확인서, 국민건강보험법의 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 항목이 포함된 진료비 영수증 또는 요양급여비용명세서 등)

3. 치과치료 관련 증명서

가. 치과치료 진단서 또는 치과치료확인서(회사양식) (이하의 내용이 포함되어야 하며, 제2항 및 제3항에 해당하는 경우 나목의 치과진료기록 사본으로 대신할 수 있습니다)

ㄱ. 치료한 영구치의 위치 또는 치아번호

ㄴ. 해당 영구치의 내원 당시의 치아상태

ㄷ. 직접적인 치아 치료원인(보철치료의 경우 발거원인)

ㄹ. 치료 받은 치과치료의 종류(충전치료의 경우 충전치료재료 포함)

ㅁ. 치과치료진단확정일 및 치료시작일(보철치료의 경우 발거일자), 치료(예정)종료일

나. 치과진료기록 사본

다. 영구치 발거 전후 및 치과치료 전후의 X-ray 사진

라. 회사가 상기 "가", "나", "다" 서류만으로 보험금 지급여부 판단이 불가능한 경우 추가로 요청하는 구강내 사진 또는 이에 준하는 판독자료

4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

5. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항에도 불구하고 제16조(보험금의 지급사유) 제3호의 충전치료보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 제1항 제3호 나목의 "치과진료기록 사본"으로 제1항 제3호의 "치과치료 관련 증명서"를 대신합니다. 다만, 충전치료재료가 아말감 이외인 충전치료보험금에 대하여는 "치과진료기록 사본"만으로 충전치료보험금 지급여부 판단(충전치료의 원인, 충전치료 재료, 충전치료 진단일, 충전치료 시행일 등)이 불가능한 경우에 회사는 제1항 제3호 가목의 서류를 추가로 요구할 수 있으며, 보험수익자는 치과치료 진단서 또는 치과치료확인서(회사양식)를 제출할 수 있습니다.

③ 제1항에도 불구하고 제16조(보험금의 지급사유) 제8호에서 제11호의 보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 제1항 제3호 나목의 "치과진료기록 사본"으로 제1항 제3호의 "치과치료 관련 증명서"를 대신합니다. 다만, "치과진료기록 사본"만으로 보험금의 지급여부 판단(치료의 원인, 치료 진단일, 치료 시행일 등)이 불가능한 경우에 회사는 제1항 제3호 가목의 서류를 추가로 요구할 수 있으며, 보험수익자는 치과치료 진단서 또는 치과치료확인서(회사양식)를 제출할 수 있습니다.

④ 제1항 제2호의 사고증명서 및 제3호의 "치과치료 관련 증명서"는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병

원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.
⑤ 제17조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우 계약자는 제1항의 서류 중 보험료 납입면제와 관련된 서류를 제출하고 보험료 납입면제를 신청하여야 합니다.

제21조【보험금의 지급절차】

① 회사는 제20조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.
② 제16조(보험금의 지급사유) 제1호 및 제2호에 해당하는 보험금의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 회사가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 알려드리며, 제1항에 따라 보험금 등을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표2(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)와 같이 계산합니다.
③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제20조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제17조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제30항 및 제31항에 따라 보험금 지급사유 등에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제26조(계약 전 알릴의무 위반의 효과)와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 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.

제22조【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 변경 내용을 알리지 않은 경우에는 계약자 또는 보험수익자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한기록이 남는 방법으로 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 시일이 지난 때에 계약자 또는 보험수익자에게 도달된 것으로 봅니다.

제23조【보험수익자의 지정】

이 계약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 제16조(보험금의 지급사유) 제1호 및 제2호의 경우는 계약자로 하고, 같은 조 제3호에서 제12호의 경우는 피보험자로 하며, 피보험자가 사망한 경우에는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

제24조【대표자의 지정】

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

제3관 계약자의 계약 전 알릴의무 등

제25조【계약 전 알릴의무】

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

제26조【계약 전 알릴의무 위반의 효과】

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제25조(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 한 가지에 해당되는 때에는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

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

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

③ 회사는 제1항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴의무 위반사실뿐만 아니라 계약전 알릴의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 계약의 처리결과를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면 등으로 알려 드립니다.

④ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제45조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

⑤ 제25조(계약 전 알릴의무)의 계약 전 알릴의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당보험금을 지급합니다.

⑥ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

【사례】
보험계약을 청약하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만 얘기하였을 뿐, 청약서의 계약전 알릴사항에 아무런 기재도 하지 않을 경우에는 보험설계사에게 고혈압 병력을 얘기하였다고 하더라도 보험회사는 계약전 알릴의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다. 다만, 전화를 이용하여 보험계약을 청약하신 경우에는 음성녹음으로 대신합니다.

제27조【사기에 의한 계약】

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

제4관 보험계약의 성립과 유지

제28조【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 청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.

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

제29조【청약의 철회】

① 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일이내에 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 청약한 날부터 30일을 초과하거나, 진단계약, 보험기간이 1년 미만인 계약 또는 전문보험계약자가 체결한 계약은 철회할 수 없습니다.

【전문보험계약자】
보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약의 내용을 이해하고 이행할 능력이 있는 자로서 보험업법 제2조(정의), 보험업법시행령 제6조의2(전문보험계약자의 범위 등) 또는 보험업감독규정 제1-4조의2(전문보험계약자의 범위)에서 정한 국가, 한국은행, 대통령령으로 정하는 금융기관, 주권상장법인, 지방자치단체, 단체보험계약자 등의 전문보험계약자를 말합니다.

② 계약자는 청약서의 청약철회란을 작성하여 회사에 제출하거나, 통신수단을 이용하여 제1항의 청약 철회를 신청할 수 있습니다.

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

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.

제30조【약관교부 및 설명의무 등】

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

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

【통신판매계약】
전화, 우편, 인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

② 회사가 제 1 항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제 2 조 제 2 호에 따른 전자서명 또는 동법 제 2 조 제 3 호에 따른 공인전자서명을 포함합니다)을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3 개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

③ 제 2 항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 위 제 1 항의 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

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

제31조【계약의 무효】

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

1. **타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 생명보험계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.**
2. **만 15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.**
3. **계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.**

【심신상실자 및 심신박약자의 설명】
심신상실자 또는 심신박약자라 함은 정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없거나 부족한 자를 말합니다.

제32조【계약내용의 변경 등】

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

1. 보험료의 납입방법
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.

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

③ 회사는 계약자가 제1항 제2호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제45조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 이 경우 해지환급금이 없거나 최초 가입 시 안내한 보험금 또는 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.

④ 제3항에 따라 보험가입금액 감액으로 보험료가 감액되는 경우에는 변경된 시점부터 변경된 보험료를 기준으로 적용합니다. 이 경우 "이미 납입한 보험료"는 다음과 같이 계산합니다.

감액 후 적용하는 이미 납입한 보험료

$$= \text{감액 전 이미 납입한 보험료} \times \frac{\text{감액 후 보험가입금액}}{\text{감액 전 보험가입금액}}$$

⑤ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

⑥ 회사는 제1항에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

제33조【보험가입금액의 자동증액】

① 2형(생활자금형)을 가입한 경우, 회사는 발생한 이자까지 포함한 생활자금(중도급부금)의 합계가 이미 납입한 보험료를 초과한 경우 이후 매년 계약해당일에 생활자금(중도급부금)을 지급하지 않아 발생한 이자로 보험가입금액을 자동증액하여 드립니다. 다만, 이미 납입한 보험료를 초과하지 않거나 발생한 이자가 없을 경우에는 자동증액을 하지 않습니다.

② 자동증액되는 보험가입금액은 이 계약의 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 방법에 따라 산출합니다.

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

제34조【보험나이 등】

① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제31조(계약의 무효) 제2호의 경우에는 실제 만 나이를 적용합니다.

② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

③ 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 사실과 다른 경우에는 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

【보험나이 계산 예시】
생년월일: 1989 년 10 월 2 일, 현재(계약일): 2016 년 4 월 13 일
⇒ 2016 년 4 월 13 일 - 1989 년 10 월 2 일 = **26 년 6 월 11 일 = 27 세**

제35조【계약의 소멸】

① 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없으며 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

【책임준비금】
장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

② 제1항의 '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 밖에 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.**

③ 제1항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제20조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제21조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표2(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)에서 정한 이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5관 보험료의 납입

제36조【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 책임있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.

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

【보장개시일】
회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제 1 회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제 1 회 보험료를 받은 경우에는 제 1 회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

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

1. **제25조(계약 전 알릴의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우**
2. **제26조(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 발생하는 경우에는 보장을 해드립니다.**

④ 청약서에 피보험자의 직업 또는 직종별로 보험가입금액의 한도액이 명시되어 있음에도 그 한도액을 초과하여 청약을 하고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그 초과 청약액에 대하여는 보장을 하지 않고, 초과 청약액에 대한 보험료를 돌려 드립니다.

⑤ 제1항 및 제2항에도 불구하고 제5조("치과치료"의 정의)에서 정한 "치과치료"에 대한 보장개시일은 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날(이하 "치과치료보장개시일"이라 합니다)로 하며,

회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다. 다만, 보험기간 중 발생한 재해로 인한 치과치료는 제1항에서 정한 보장개시일에 따라 보장하여 드립니다.

⑥ 제1항 및 제2항에도 불구하고 제13조("구강암"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 "구강암"에 대한 보장개시일은 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하 "구강암보장개시일"이라 합니다)로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

제37조【제2회 이후 보험료의 납입】

① 계약자는 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 하며, 회사는 계약자가 보험료를 납입한 경우에는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융회사(우체국 포함)를 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사 발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.

【납입기일】
계약자가 제 2 회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

② 자동이체를 신청한 계약의 경우 회사는 보험료를 납입기일에 등록된 자동이체계좌에서 결제할 수 있으며, 회사는 납입기일 현재 잔액부족 또는 기타사유로 보험료를 결제할 수 없는 때에는 납입기일 이후 납입최고기간 중에 계속하여 이체청구를 할 수 있습니다.

제38조【보험료의 자동대출납입】

① 계약자는 제39조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따른 보험료의 납입 최고(독촉)기간이 지나기 전까지 회사가 정한 방법에 따라 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있으며, 이 경우 제46조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약이 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려드립니다.

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

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

④ 보험료의 자동대출납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입 전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출납입이 없었던 것으로 하여 제45조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

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

제39조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지】

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

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

② 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면, 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전

자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대해 수신확인을 하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

③ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제45조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제40조【보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)】

① 제39조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 평균공시이율+1% 범위 내에서 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다.

② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제25조(계약 전 알릴 의무), 제26조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과), 제27조(사기에 의한 계약), 제28조(보험계약의 성립) 제2항 및 제3항 및 제36조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.

③ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초 이 계약을 청약할 때 제25조(계약 전 알릴의무)를 위반한 경우에는 제26조(계약 전 알릴의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제41조【강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복)】

① 회사는 계약자의 해지환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제32조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.

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

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

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

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

제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제42조【계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권】

① 계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제45조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제31조(계약의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제45조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제43조【중대사유로 인한 해지】

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

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

향을 미치지 않습니다.

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

② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제45조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제44조【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 제45조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 드립니다.

제45조【해지환급금】

① 이 약관에 따른 해지환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표2(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)에 따릅니다.
③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제46조【보험계약대출】

① 계약자는 이 계약의 해지환급금 범위내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 "보험계약대출"이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나, 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.
② 계약자는 제1항에 따른 보험계약대출금과 보험계약대출이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 때에는 회사는 보험금, 책임준비금 또는 해지환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.
③ 회사는 제39조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감합니다.
④ 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제47조【배당금의 지급】

이 계약은 무배당 보험이므로 계약자배당금이 없습니다.

제7관 분쟁의 조정 등

제48조【분쟁의 조정】

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

제49조【관할법원】

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

제50조【소멸시효】

① 보험금 청구권, 보험료 반환청구권, 해지환급금 청구권 및 책임준비금 반환청구권 및 배당금 청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

② 제1항의 소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있는 때로부터 진행합니다.

【소멸시효】

제16조(보험금의 지급사유)에 따른 보험금 지급사유가 2015년 1월 1일에 발생하였음에도 2017년 12월 31일까지 보험금을 청구하지 않는 경우 시효가 완성되어 보험금 등을 지급받지 못할 수 있습니다.

제51조【약관의 해석】

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

② 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

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

제52조【회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력】

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

제53조【회사의 손해배상책임】

① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임 있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 발생된 손해에 대하여 관계법령 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.

제54조【개인정보보호】

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

② 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

제55조【준거법】

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

제56조【예금보험에 의한 지급보장】

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

(별표1) 보험금 지급기준표

보험금 지급기준표

■ 1형(만기환급형)

[기준: 보험가입금액]

<table>
<tr><th>급 부 명</th><th>지 급 사 유</th><th>지 급 금 액</th></tr>
<tr><td>만기환급금</td><td>피보험자가 보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때</td><td>이미 납입한 보험료</td></tr>
<tr><td>충전
치료보험금</td><td>피보험자가 보험기간 중 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해를 직접적인 원인으로 치과치료보장개시일 이후에 최초로 충전치료를 진단확정받고 해당 영구치에 충전치료를 받았을 때
(영구치 치료 1개당 지급함)</td><td><table><tr><th>충전치료재료</th><th>지급금액</th></tr><tr><td>금, 도재(세라믹)</td><td>보험가입금액의 1.3%</td></tr><tr><td>아말감</td><td>보험가입금액의 0.1%</td></tr><tr><td>금, 도재(세라믹), 아말감 이외</td><td>보험가입금액의 0.5%</td></tr></table>(다만, 치과치료보장개시일 이후 “보험계약일부터 1년이 지난 계약해당일 전일” 이전에 치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)을 원인으로 영구치를 치료한 경우 상기 금액의 50%를 지급함)</td></tr>
<tr><td>크라운
치료보험금</td><td>피보험자가 보험기간 중 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해를 직접적인 원인으로 치과치료보장개시일 이후에 최초로 크라운치료를 진단확정받고 해당 영구치에 크라운치료를 받았을 때
(영구치 치료 1개당 지급하며, 계약일부터 2년미만에 연간 3개를 한도, 계약일부터 2년 이후 개수제한 없음)</td><td>보험가입금액의 2%
(다만, 치과치료보장개시일 이후 “보험계약일부터 1년이 지난 계약해당일 전일” 이전에 치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)을 원인으로 영구치를 치료한 경우 상기 금액의 50%를 지급함)</td></tr>
<tr><td>가철성의치
(틀니)(Denture)
치료보험금</td><td>피보험자가 보험기간 중 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해를 직접적인 원인으로 치과치료보장개시일 이후에 최초로 영구치 발거를 진단확정받고 해당 영구치를 발거한 부위에 가철성의치(틀니) 치료를 받았을 때
(보철물당 지급하며, 연간 1회를 한도로 함)</td><td>보험가입금액의 10%
(다만, 치과치료보장개시일 이후 “보험계약일부터 2년이 지난 계약해당일 전일” 이전에 치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)을 원인으로 영구치를 발거한 경우 상기 금액의 50%를 지급함)</td></tr>
<tr><td>고정성가공의치
(브릿지)(Bridge)
치료보험금</td><td>피보험자가 보험기간 중 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해를 직접적인 원인으로 치과치료보장개시일 이후에 최초로 영구치 발거를 진단확정받고 해당 영구치를 발거한 부위에 고정성가공의치(브릿지) 치료를 받았을 때
(영구치 발거 1개당 지급하며, 계약일부터 2년 미만 연간 3개를 한도, 계약일부터 2년 이후 개수제한 없음)</td><td>보험가입금액의 5%
(다만, 치과치료보장개시일 이후 “보험계약일부터 2년이 지난 계약해당일 전일” 이전에 치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)을 원인으로 영구치를 발거한 경우 상기 금액의 50%를 지급함)</td></tr>
</table>

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
임플란트 (Implant) 치료보험금	피보험자가 보험기간 중 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해를 직접적인 원인으로 치과치료보장개시일 이후에 최초로 영구치 발거를 진단확정받고 해당 영구치를 발거한 부위에 임플란트 치료를 받았을 때 (영구치 발거 1개당 지급하며, 계약일부터 2년 미만 연간 3개를 한도, 계약일부터 2년 이후 개수 제한 없음)	보험가입금액의 10% (다만, 치과치료보장개시일 이후 "보험계약일부터 2년이 지난 계약해당일 전일" 이전에 치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)을 원인으로 영구치를 발거한 경우 상기 금액의 50%를 지급함)
치수치료 (신경치료) 보험금	피보험자가 보험기간 중 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해를 직접적인 원인으로 치과치료보장개시일 이후에 최초로 치수치료(신경치료)를 진단 확정받고, 해당 영구치에 대하여 치수치료(신경치료)를 받았을 경우 (영구치 치료 1개당 지급함)	보험가입금액의 0.2%
영구치 발거치료보험금	피보험자가 보험기간 중 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해를 직접적인 원인으로 치과치료보장개시일 이후에 최초로 영구치 발거치료를 진단 확정 받고, 해당 영구치에 대하여 발거치료를 받았을 경우 (영구치 발거 1개당 지급함)	보험가입금액의 0.2%
치석제거 (스케일링) 치료보험금	피보험자가 보험기간 중 치과치료보장개시일 이후에 최초로 치주질환(잇몸질환)치료를 위한 치석제거치료(스케일링)를 진단 확정받고, 의료기관 중 치과에서 국민건강보험법에 정한 요양급여 또는 의료급여법에 정한 의료급여 항목에 해당하는 치석제거(스케일링)치료를 받았을 때(치료1회당 지급하며, 연간 1회를 한도로 함)	보험가입금액의 0.1%
주요치주질환 (잇몸질환) 치료보험금	피보험자가 보험기간 중 치과치료보장개시일 이후에 최초로 주요치주질환(잇몸질환)치료를 진단확정받고, 의료기관 중 치과에서 국민건강보험법에 정한 요양급여 또는 의료급여법에 정한 의료급여 항목에 해당하는 주요치주질환(잇몸질환)치료를 받았을 때	보험가입금액의 0.2% (별표4 "주요치주질환(잇몸질환)치료분류표" 및 "주요치주질환치료 급여 인정 기준"에 따라 지급함)
구강암 치료보험금	피보험자가 보험기간 중 구강암보장개시일 이후에 "구강암"으로 진단확정 되었을 때 (단, 최초 1회에 한하여 지급함)	보험가입금액의 50% (다만, 구강암보장개시일 이후 "보험계약일부터 2년이 지난 계약해당일 전일" 이전에 지급사유가 발생한 경우 상기 금액의 50%를 지급함)

주)

1. 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우 또는 영구치가 모두 상실된 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
2. 보험료 납입이 면제된 경우 보험료 납입기간 종료일까지 보험료가 매월 계약해당일에 납입된 것으로 간주하

여 만기환급금을 지급합니다.

3. 치과치료보장개시일은 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 다만, 보험기간 중 발생한 재해로 인한 치과치료의 경우 계약일부터 해당 치료보험금의 100%를 지급합니다.
4. 구강암보장개시일은 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.
5. 동일한 영구치에 대하여 동시에 충전치료, 크라운치료, 보철치료 중 두 가지 이상의 치과치료를 포함하는 복합형태의 치료를 받은 경우 해당 치료보험금 중 가장 높은 한가지의 해당 치료보험금을 지급합니다.
6. 이미 가철성의치(틀니)치료, 고정성가공의치(브릿지)치료, 임플란트치료를 받은 부위에 대하여 수리, 복구, 대체치료를 하더라도 해당 치료보험금을 지급하지 않습니다.
7. 이미 충전치료, 크라운치료, 치수치료(신경치료)를 받은 부위에 대하여 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해에 기인하지 않는 수리, 복구, 대체치료를 한 경우에는 해당치료보험금을 지급하지 않으며, 새로운 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해를 직접적인 원인으로 충전치료, 크라운치료, 치수치료(신경치료)를 한 경우에는 해당 치료보험금을 지급합니다.
8. "주요치주질환치료 급여 인정 기준"은 제12조("주요치주질환(잇몸질환)치료"의 정의)에서 정한 기준에 따릅니다.
9. 동일한 잇몸 부위에 두 가지 이상의 주요치주질환(잇몸질환)치료를 한 경우, 상위 치료에 대하여만 치료보험금을 지급합니다.
10. 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없으며, 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

■ **2형(생활자금형)**

[기준: 보험가입금액]

<table>
<tr><th>급 부 명</th><th>지 급 사 유</th><th colspan="2">지 급 금 액</th></tr>
<tr><td rowspan="2">생활자금
(중도급부금)</td><td rowspan="2">피보험자가 보험기간 중 "보험계약일부터 10년이 지난 계약해당일"부터 "매년 계약해당일"에 살아 있을 때
(단, 보험기간이 끝나는 날에는 지급하지 않음)</td><td>월납</td><td>"매년 계약해당일"을 최초 지급일로 하여 월납 보험료를 매월 계약해당일에 연간 12회 확정지급
(단, 최대 10년 동안 이미 납입한 보험료 이내 지급)</td></tr>
<tr><td>연납</td><td>"매년 계약해당일"에 연납 보험료를 1회 지급
(단, 최대 10년 동안 이미 납입한 보험료 이내 지급)</td></tr>
<tr><td>충전
치료보험금</td><td>피보험자가 보험기간 중 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해를 직접적인 원인으로 치과치료보장개시일 이후에 최초로 충전치료를 진단확정받고 해당 영구치에 충전치료를 받았을 때
(영구치 치료 1개당 지급함)</td><td colspan="2"><table><tr><th>충전치료재료</th><th>지급금액</th></tr><tr><td>금, 도재(세라믹)</td><td>보험가입금액의 1.3%</td></tr><tr><td>아말감</td><td>보험가입금액의 0.1%</td></tr><tr><td>금, 도재(세라믹), 아말감 이외</td><td>보험가입금액의 0.5%</td></tr></table>(다만, 치과치료보장개시일 이후 "보험계약일부터 1년이 지난 계약해당일 전일" 이전에 치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)을 원인으로 영구치를 치료한 경우 상기 금액의 50%를 지급함)</td></tr>
<tr><td>크라운
치료보험금</td><td>피보험자가 보험기간 중 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해를 직접적인 원인으로 치과치료보장개시일 이후에 최초로 크라운치료를 진단확정받고 해당 영구치에 크라운치료를 받았을 때
(영구치 치료 1개당 지급하며, 계약일부터 2년미만에 연간 3개를 한도, 계약일부터 2년 이후 개수제한 없음)</td><td colspan="2">보험가입금액의 2%
(다만, 치과치료보장개시일 이후 "보험계약일부터 1년이 지난 계약해당일 전일" 이전에 치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)을 원인으로 영구치를 치료한 경우 상기 금액의 50%를 지급함)</td></tr>
<tr><td>가철성의치
(틀니)(Denture)
치료보험금</td><td>피보험자가 보험기간 중 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해를 직접적인 원인으로 치과치료보장개시일 이후에 최초로 영구치 발거를 진단확정받고 해당 영구치를 발거한 부위에 가철성의치(틀니) 치료를 받았을 때
(보철물당 지급하며, 연간 1회를 한도로 함)</td><td colspan="2">보험가입금액의 10%
(다만, 치과치료보장개시일 이후 "보험계약일부터 2년이 지난 계약해당일 전일" 이전에 치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)을 원인으로 영구치를 발거한 경우 상기 금액의 50%를 지급함)</td></tr>
<tr><td>고정성가공의치
(브릿지)(Bridge)
치료보험금</td><td>피보험자가 보험기간 중 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해를 직접적인 원인으로 치과치료보장개시일 이후에 최초로 영구치 발거를 진단확정받고 해당 영구치를 발거한 부위에 고정성가공의치(브릿지) 치료를 받았을 때
(영구치 발거 1개당 지급하며, 계약일부터 2년 미만 연간 3개를 한도, 계약일부터 2년 이후 개수제한 없음)</td><td colspan="2">보험가입금액의 5%
(다만, 치과치료보장개시일 이후 "보험계약일부터 2년이 지난 계약해당일 전일" 이전에 치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)을 원인으로 영구치를 발거한 경우 상기 금액의 50%를 지급함)</td></tr>
</table>

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
임플란트 (Implant) 치료보험금	피보험자가 보험기간 중 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해를 직접적인 원인으로 치과치료보장개시일 이후에 최초로 영구치 발거를 진단확정받고 해당 영구치를 발거한 부위에 임플란트 치료를 받았을 때 (영구치 발거 1개당 지급하며, 계약일부터 2년 미만 연간 3개를 한도, 계약일부터 2년 이후 개수제한 없음)	보험가입금액의 10% (다만, 치과치료보장개시일 이후 "보험계약일부터 2년이 지난 계약해당일 전일" 이전에 치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)을 원인으로 영구치를 발거한 경우 상기 금액의 50%를 지급함)
치수치료 (신경치료) 보험금	피보험자가 보험기간 중 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해를 직접적인 원인으로 치과치료보장개시일 이후에 최초로 치수치료(신경치료)를 진단 확정받고, 해당 영구치에 대하여 치수치료(신경치료)를 받았을 경우 (영구치 치료 1개당 지급함)	보험가입금액의 0.2%
영구치 발거치료보험금	피보험자가 보험기간 중 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해를 직접적인 원인으로 치과치료보장개시일 이후에 최초로 영구치 발거치료를 진단 확정 받고, 해당 영구치에 대하여 발거 치료를 받았을 경우 (영구치 발거 1개당 지급함)	보험가입금액의 0.2%
치석제거 (스케일링) 치료보험금	피보험자가 보험기간 중 치과치료보장개시일 이후에 최초로 치주질환(잇몸질환)치료를 위한 치석제거치료(스케일링)를 진단 확정받고, 의료기관 중 치과에서 국민건강보험법에 정한 요양급여 또는 의료급여법에 정한 의료급여 항목에 해당하는 치석제거(스케일링)치료를 받았을 때(치료1회당 지급하며, 연간 1회를 한도로 함)	보험가입금액의 0.1%
주요치주질환 (잇몸질환) 치료보험금	피보험자가 보험기간 중 치과치료보장개시일 이후에 최초로 주요치주질환(잇몸질환)치료를 진단 확정받고, 의료기관 중 치과에서 국민건강보험법에 정한 요양급여 또는 의료급여법에 정한 의료급여 항목에 해당하는 주요치주질환(잇몸질환)치료를 받았을 때	보험가입금액의 0.2% (별표4 "주요치주질환(잇몸질환)치료분류표" 및 "주요치주질환치료 급여 인정 기준"에 따라 지급함)
구강암 치료보험금	피보험자가 보험기간 중 구강암보장개시일 이후에 "구강암"으로 진단확정 되었을 때 (단, 최초 1회에 한하여 지급함)	보험가입금액의 50% (다만, 구강암보장개시일 이후 "보험계약일부터 2년이 지난 계약해당일 전일" 이전에 지급사유가 발생한 경우 상기 금액의 50%를 지급함)

주)

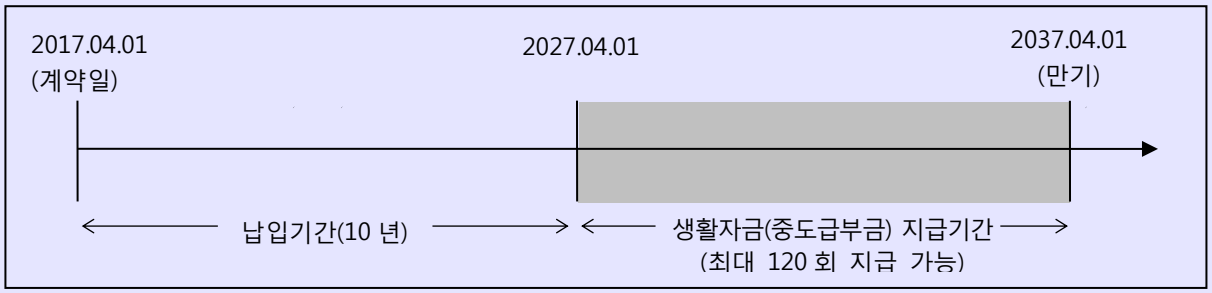
1. 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우 또는 영구치가 모두 상실된 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
2. 생활자금(중도급부금)에서 월납의 경우 확정지급분(연간 12회) 중 미지급된 금액은 보험수익자가 일시금을 선

지급 받기를 원하는 경우 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액과 보험료 산출 시 적용한 이율을 연단위 복리로 할인한 금액 중 큰 금액을 지급합니다.

3. 보험료 납입이 면제된 경우 보험료 납입기간 종료일까지 보험료가 매월 계약해당일에 납입된 것으로 간주하여 생활자금(중도급부금)을 지급합니다.
4. 치과치료보장개시일은 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 다만, 보험기간 중 발생한 재해로 인한 치과치료의 경우 계약일부터 해당 치료보험금의 100%를 지급합니다.
5. 구강암보장개시일은 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.
6. 동일한 영구치에 대하여 동시에 충전치료, 크라운치료, 보철치료 중 두 가지 이상의 치과치료를 포함하는 복합형태의 치료를 받은 경우 해당 치료보험금 중 가장 높은 한가지의 해당 치료보험금을 지급합니다.
7. 이미 가철성의치(틀니)치료, 고정성가공의치(브릿지)치료, 임플란트치료를 받은 부위에 대하여 수리, 복구, 대체치료를 하더라도 해당 치료보험금을 지급하지 않습니다.
8. 이미 충전치료, 크라운치료, 치수치료(신경치료)를 받은 부위에 대하여 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해에 기인하지 않는 수리, 복구, 대체치료를 한 경우에는 해당치료보험금을 지급하지 않으며, 새로운 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해를 직접적인 원인으로 충전치료, 크라운치료, 치수치료(신경치료)를 한 경우에는 해당 치료보험금을 지급합니다.
9. "주요치주질환치료 급여 인정 기준"은 제12조("주요치주질환(잇몸질환)치료"의 정의)에서 정한 기준에 따릅니다.
10. 동일한 잇몸 부위에 두 가지 이상의 주요치주질환(잇몸질환)치료를 한 경우, 상위 치료에 대하여만 치료보험금을 지급합니다.
11. 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없으며, 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

【생활자금(중도급부금) 지급 예시】

기준: 계약일 2017년 4월 1일, 20년만기, 10년납, 월납



* 2037년 4월 1일에는 생활자금(중도급부금)이 지급되지 않습니다.

예시1) 2020.04.01 사망 시

보험료 납입기간 중에 사망 시 생활자금(중도급부금)은 지급되지 않으며, 회사는 사망 시점의 책임준비금을 지급합니다.

예시2) 2028.06.15 사망 시

생활자금(중도급부금) 지급기간 중 사망 시 회사는 사망 시점의 책임준비금을 지급하며 해당연도 미지급된 잔여 생활자금(중도급부금) 9회분(2028.7.1~2029.3.1)을 지급합니다.

* 총 지급되는 생활자금(중도급부금) 횟수
: 기 지급 **15회분**(2027.04.01~2028.06.01)와 확정지급분 중 미지급된 잔여 **9회분**(2028.7.1~2029.3.1)

■ **3형(순수보장형)**

[기준: 보험가입금액 4,500만원]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
충전 치료보험금	피보험자가 보험기간 중 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해를 직접적인 원인으로 치과치료보장개시일 이후에 최초로 충전치료를 진단확정받고 해당 영구치에 충전치료를 받았을 때 (영구치 치료 1개당 지급함)	충전치료재료 / 지급금액 금, 도재(세라믹) / 13만원 아말감 / 1만원 금, 도재(세라믹), 아말감 이외 / 5만원 (다만, 치과치료보장개시일 이후 "보험계약일부터 1년이 지난 계약해당일 전일" 이전에 치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)을 원인으로 영구치를 치료한 경우 상기 금액의 50%를 지급함)
크라운 치료보험금	피보험자가 보험기간 중 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해를 직접적인 원인으로 치과치료보장개시일 이후에 최초로 크라운치료를 진단확정받고 해당 영구치에 크라운치료를 받았을 때 (영구치 치료 1개당 지급하며, 계약일부터 2년미만에 연간 3개를 한도, 계약일부터 2년 이후 개수제한 없음)	20만원 (다만, 치과치료보장개시일 이후 "보험계약일부터 1년이 지난 계약해당일 전일" 이전에 치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)을 원인으로 영구치를 치료한 경우 상기 금액의 50%를 지급함)
가철성의치 (틀니)(Denture) 치료보험금	피보험자가 보험기간 중 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해를 직접적인 원인으로 치과치료보장개시일 이후에 최초로 영구치 발거를 진단확정받고 해당 영구치를 발거한 부위에 가철성의치(틀니) 치료를 받았을 때 (보철물당 지급하며, 연간 1회를 한도로 함)	100만원 (다만, 치과치료보장개시일 이후 "보험계약일부터 2년이 지난 계약해당일 전일" 이전에 치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)을 원인으로 영구치를 발거한 경우 상기 금액의 50%를 지급함)
고정성가공의치 (브릿지)(Bridge) 치료보험금	피보험자가 보험기간 중 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해를 직접적인 원인으로 치과치료보장개시일 이후에 최초로 영구치 발거를 진단확정받고 해당 영구치를 발거한 부위에 고정성가공의치(브릿지) 치료를 받았을 때 (영구치 발거 1개당 지급하며, 계약일부터 2년 미만 연간 3개를 한도, 계약일부터 2년 이후 개수제한 없음)	50만원 (다만, 치과치료보장개시일 이후 "보험계약일부터 2년이 지난 계약해당일 전일" 이전에 치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)을 원인으로 영구치를 발거한 경우 상기 금액의 50%를 지급함)

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
임플란트 (Implant) 치료보험금	피보험자가 보험기간 중 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해를 직접적인 원인으로 치과치료보장개시일 이후에 최초로 영구치 발거를 진단확정받고 해당 영구치를 발거한 부위에 임플란트 치료를 받았을 때 (영구치 발거 1개당 지급하며, 계약일부터 2년 미만 연간 3개를 한도, 계약일부터 2년 이후 개수 제한 없음)	100만원 (다만, 치과치료보장개시일 이후 "보험계약일부터 2년이 지난 계약해당일 전일" 이전에 치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)을 원인으로 영구치를 발거한 경우 상기 금액의 50%를 지급함)
치수치료 (신경치료) 보험금	피보험자가 보험기간 중 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해를 직접적인 원인으로 치과치료보장개시일 이후에 최초로 치수치료(신경치료)를 진단 확정받고, 해당 영구치에 대하여 치수치료(신경치료)를 받았을 경우 (영구치 치료 1개당 지급함)	2만원
영구치 발거치료보험금	피보험자가 보험기간 중 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해를 직접적인 원인으로 치과치료보장개시일 이후에 최초로 영구치 발거치료를 진단 확정 받고, 해당 영구치에 대하여 발거치료를 받았을 경우 (영구치 발거 1개당 지급함)	2만원
치석제거 (스케일링) 치료보험금	피보험자가 보험기간 중 치과치료보장개시일 이후에 최초로 치주질환(잇몸질환)치료를 위한 치석제거치료(스케일링)를 진단 확정받고, 의료기관 중 치과에서 국민건강보험법에 정한 요양급여 또는 의료급여법에 정한 의료급여 항목에 해당하는 치석제거(스케일링)치료를 받았을 때(치료1회당 지급하며, 연간 1회를 한도로 함)	1만원
주요치주질환 (잇몸질환) 치료보험금	피보험자가 보험기간 중 치과치료보장개시일 이후에 최초로 주요치주질환(잇몸질환)치료를 진단확정받고, 의료기관 중 치과에서 국민건강보험법에 정한 요양급여 또는 의료급여법에 정한 의료급여 항목에 해당하는 주요치주질환(잇몸질환)치료를 받았을 때	2만원 (별표4 "주요치주질환(잇몸질환)치료분류표" 및 "주요치주질환치료 급여 인정 기준"에 따라 지급함)
구강암 치료보험금	피보험자가 보험기간 중 구강암보장개시일 이후에 "구강암"으로 진단확정 되었을 때 (단, 최초 1회에 한하여 지급함)	500만원 (다만, 구강암보장개시일 이후 "보험계약일부터 2년이 지난 계약해당일 전일" 이전에 지급사유가 발생한 경우 상기 금액의 50%를 지급함)

주)

1. 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우 또는 영구치가 모두 상실된 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

2. 치과치료보장개시일은 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 다만, 보험기간 중 발생한 재해로 인한 치과치료의 경우 계약일부터 해당 치료보험금의 100%를 지급합니다.
3. 구강암보장개시일은 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.
4. 동일한 영구치에 대하여 동시에 충전치료, 크라운치료, 보철치료 중 두 가지 이상의 치과치료를 포함하는 복합형태의 치료를 받은 경우 해당 치료보험금 중 가장 높은 한가지의 해당 치료보험금을 지급합니다.
5. 이미 가철성의치(틀니)치료, 고정성가공의치(브릿지)치료, 임플란트치료를 받은 부위에 대하여 수리, 복구, 대체치료를 하더라도 해당 치료보험금을 지급하지 않습니다.
6. 이미 충전치료, 크라운치료, 치수치료(신경치료)를 받은 부위에 대하여 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해에 기인하지 않는 수리, 복구, 대체치료를 한 경우에는 해당치료보험금을 지급하지 않으며, 새로운 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 재해를 직접적인 원인으로 충전치료, 크라운치료, 치수치료(신경치료)를 한 경우에는 해당 치료보험금을 지급합니다.
7. "주요치주질환치료 급여 인정 기준"은 제12조("주요치주질환(잇몸질환)치료"의 정의)에서 정한 기준에 따릅니다.
8. 동일한 잇몸 부위에 두 가지 이상의 주요치주질환(잇몸질환)치료를 한 경우, 상위 치료에 대하여만 치료보험금을 지급합니다.
9. 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없으며, 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

(별표2) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

<table>
<tr><th>구 분</th><th colspan="2">적 립 기 간</th><th>지 급 이 자</th></tr>
<tr><td rowspan="4">충전 치료보험금
크라운 치료보험금
가철성의치(틀니) 치료보험금
고정성가공의치(브릿지) 치료보험금
임플란트 치료보험금
치수치료(신경치료)보험금
영구치 발거치료보험금
치석제거(스케일링)치료보험금
주요치주질환(잇몸질환)치료보험금
구강암 치료보험금
책임준비금
(제16조 제3호에서 제12호,
제35조 제1항)</td><td colspan="2">지급기일의 다음날부터
30일 이내 기간</td><td>보험계약대출이율</td></tr>
<tr><td colspan="2">지급기일의 31일 이후부터
60일 이내 기간</td><td>보험계약대출이율
+가산이율(4.0%)</td></tr>
<tr><td colspan="2">지급기일의 61일 이후부터
90일 이내 기간</td><td>보험계약대출이율
+가산이율(6.0%)</td></tr>
<tr><td colspan="2">지급기일의 91일 이후 기간</td><td>보험계약대출이율
+가산이율(8.0%)</td></tr>
<tr><td rowspan="3">생활자금
(제16조 제2호)</td><td rowspan="2">지급사유가
발생한 날의
다음날부터
청구일까지의
기간</td><td>보험기간 만기일(단, 계약의 효력이 없어진 경우에는 효력이 없어진 날) 이내</td><td>평균공시이율</td></tr>
<tr><td>보험기간 만기일(단, 계약의 효력이 없어진 경우에는 효력이 없어진 날) 이후</td><td>1년이내: 평균공시이율의 50%
1년초과: 1%</td></tr>
<tr><td colspan="2">청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간</td><td>보험계약대출이율</td></tr>
<tr><td rowspan="2">만기환급금(제16조 제1호)
및
해지환급금(제45조 제1항)</td><td colspan="2">지급사유가 발생한 날의 다음날부터
청구일까지의 기간</td><td>1년이내: 평균공시이율의 50%
1년초과기간: 1%</td></tr>
<tr><td colspan="2">청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간</td><td>보험계약대출이율</td></tr>
</table>

주) 1. 만기환급금 및 생활자금은 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 생활자금(중도급부금)으로 발생한 이자는 제33조(보험가입금액의 자동증액)에 따라 보험가입금액이 자동증액되므로 자동증액일의 다음날부터는 보험가입금액 자동증액 시점의 생활자금(중도급부금) 원리금에서 이자를 제외한 생활자금(중도급부금)을 대상으로 적립합니다.

3. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효(제50조)가 완성된 이후에는 이자는 발생하지 않습니다.

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

5. 가산이율 적용시 제21조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

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

(별표3) 구강암 분류표

구강암 분류표

약관에서 규정하는 "구강암"으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 입술의 악성 신생물(암)	C00
2. 혓바닥의 악성신생물(암)	C01
3. 혀의 기타 및 상세불명 부분의 악성신생물(암)	C02
4. 잇몸의 악성신생물(암)	C03
5. 입바닥의 악성신생물(암)	C04
6. 구개의 악성신생물(암)	C05
7. 입의 기타 및 상세불명 부분의 악성신생물(암)	C06
8. 귀밑샘의 악성신생물(암)	C07
9. 기타 및 상세불명의 주침샘의 악성신생물(암)	C08
10. 편도의 악성신생물(암)	C09
11. 입인두의 악성신생물(암)	C10
12. 비인두의 악성신생물(암)	C11
13. 이상동(梨狀洞)의 악성신생물(암)	C12
14. 하인두의 악성신생물(암)	C13
15. 입술, 구강 및 인두내의 기타 및 부위 불명의 악성신생물(암)	C14

㈜ 제 8 차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표4) 주요치주질환(잇몸질환)치료 분류표

주요치주질환(잇몸질환)치료 분류표

지급기준	치료항목
1 형 (1/3 악당 지급함)	치주소파술
	치은신부착술
	치은성형술
	치은절제술
	치은박리소파술
	치근면처치술
2 형 (치료 1 회당 지급함)	치조골결손부 골이식술
	조직유도재생술
	조직유도재생막 제거술
	치은측방변위판막술
	치관변위판막술
	치은이식술
	치관분리술
3 형 (치료치아 1 개당 지급함)	선택적치근절제술
	치아반죽절세술
	치관확장술

주) 동일한 잇몸 부위에 동시에 두 가지 이상의 주요치주질환(잇몸질환)치료를 한 경우, 상위 치료에 대하여만 치료보험금을 지급합니다.

（별표5）재해분류표

재해분류표

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 제2호에서 규정한 감염병(콜레라, 장티푸스, 파라티푸스, 세균성이질, 장출혈성대장균감염증, A형간염)

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 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난에 대한 언급이 없었으나 환자의 이상반응 또는 이후 합병증의 원인이 된 외과적 및 기타 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장)

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

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

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

※ ( ) 안은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1시행)상의 분류번호이며, 제8차 개정 이후 상기 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함되는 것으로 합니다.

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

(별표6) 장해분류표

장해분류표

□ 총칙

1. 장해의 정의

1) '장해'라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아 있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태 및 기능상실 상태를 말한다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장해에 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 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 한다.
5) 위 4)에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 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 ⑫흉.복부장기 및 비뇨생식기 ⑬ 신경계.정신행동의 13 개 부위를 말하며, 이를 각각 동일한 신체부위라 한다. 다만, 좌.우의 눈, 귀, 팔, 다리, 손가락, 발가락은 각각 다른 신체부위로 본다.

3. 기타

1) 하나의 장해가 관찰 방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 지급률을 적용한다.
2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
3) 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 지급률을 합산한 지급률과 최초 장해의 지급률을 비교하여 그 중 높은 지급률을 적용한다
4) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장해의 판정대상에 포함되지 않는다. 다만, 뇌사판정을 받은 경우가 아닌 식물인간상태(의식이 전혀 없고 사지의 자발적인 움직임이 불가능하여 일상생활에서 항시 간호가 필요한 상태)는 각 신체부위별 판정기준에 따라 평가한다.
5) 장해진단서에는 ① 장해진단명 및 발생시기 ② 장해의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계.정신행동 장해의 경우 ① 개호(장해로 혼자서 활동이 어려운 사람을 곁에서 돌보는 것) 여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가로 기재하여야 한다.

☐ **장해분류별 판정기준**

1. 눈의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) 시력장해의 경우 공인된 시력검사표에 따라 최소 3 회 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 0.02 이하로 된 때'라 함은 안전수동(Hand Movement)주 1), 안전수지(Finger Counting)주 2) 상태를 포함한다.

※주 1) 안전수동 : 물체를 감별할 정도의 시력상태가 아니며 눈앞에서 손의 움직임을 식별할 수 있을 정도의 시력상태

주 2) 안전수지 : 시표의 가장 큰 글씨를 읽을 수 있는 정도의 시력은 아니나 눈 앞 30cm 이내에서 손가락의 개수를 식별할 수 있을 정도의 시력상태

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

6) '안구(눈동자)의 뚜렷한 운동장해' 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 정상의 1/2 이하로 감소된 경우

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

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

8) '뚜렷한 시야 장해'라 함은 한 눈의 시야 범위가 정상시야 범위의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다. 이 경우 시야검사는 공인된 시야검사방법으로 측정하며, 시야장해 평가 시 자동시야검사계(골드만 시야검사)를 이용하여 8 방향 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 운동장해를 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 조직요몰(凹沒) 등으로 의안마저 끼워 넣을 수 없는 상태이면 '뚜렷한 추상(추한 모습)'으로, 의안을 끼워 넣을 수 있는 상태이면 '약간의 추상(추한 모습)'으로 지급률을 가산한다.

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

2. 귀의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) 청력장해는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB: decibel)로서 표시하고 3 회 이상 청력검사를 실시한 후 적용한다. 다만, 각 측정치의 결과값 차이가 ±10dB 이상인 경우 청성뇌간반응검사(ABR)를 통해 객관적인 장해 상태를 재평가하여야 한다.

2) '한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때'라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB 이상인 경우를 말한다.

3) '심한 장해를 남긴 때'라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB 이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰 소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.

4) '약간의 장해를 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 3 세 미만의 소아 포함) 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 '언어청력검사, 임피던스 청력검사, 청성뇌간반응검사(ABR), 이음향방사검사' 등을 추가실시 후 장해를 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)장해로만 평가한다.

라. 평형기능의 장해

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

항목	내 용	점수
검사 소견	양측 전정기능 소실	14
	양측 전정기능 감소	10
	일측 전정기능 소실	4
치료 병력	장기 통원치료(1년간 12회이상)	6
	장기 통원치료(1년간 6회이상)	4

	단기 통원치료(6개월간 6회이상) 단기 통원치료(6개월간 6회미만)	2 0
기능 장해 소견	두 눈을 감고 일어서기 곤란하거나 두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 쓰러지는 경우 두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 중간에 균형을 잡으려 멈추어야 하는 경우 두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걸을 때 중앙에서 60cm 이상 벗어나는 경우	20 12 8

2) 평형기능의 장해는 장해판정 직전 1 년 이상 지속적인 치료 후 장해가 고착되었을 때 판정하며, 뇌병변 여부, 전정기능 이상 및 장해상태를 평가하기 위해 아래의 검사들을 기초로 한다.

가) 뇌영상검사(CT, MRI)

나) 온도안진검사, 전기안진검사(또는 비디오안진검사) 등

3. 코의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) '코의 호흡기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 일상생활에서 구강호흡의 보조를 받지 않는 상태에서 코로 숨쉬는 것만으로 정상적인 호흡을 할 수 없다는 것이 비강통기도검사 등 의학적으로 인정된 검사로 확인되는 경우를 말한다.

2) '코의 후각기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 후각신경의 손상으로 양쪽 코의 후각기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감퇴는 장해의 대상으로 하지 않는다.

3) 양쪽 코의 후각기능은 후각인지검사, 후각역치검사 등을 통해 6 개월 이상 고정된 후각의 완전손실이 확인되어야 한다.

4) 코의 추상(추한 모습)장해를 수반한 때에는 기능장해의 지급률과 추상장해의 지급률을 합산한다.

4. 씹어먹거나 말하는 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해의 평가기준

1) 씹어먹는 기능의 장해는 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)의 맞물림(교합), 배열상태 및 아래턱의 개구운동, 삼킴(연하)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.
2) '씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 심한 개구운동 제한이나 저작운동 제한으로 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
3) '씹어먹는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때' 라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
가) 뚜렷한 개구운동 제한 또는 뚜렷한 저작운동 제한으로 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등)이외는 섭취하지 못하는 경우
나)위·아래턱(상.하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 1cm 이하로 제한되는 경우
다)위·아래턱(상.하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1.5cm 이상인 경우
라) 1 개 이하의 치아만 교합되는 상태
마)연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취 시 흡인이 발생하고 연식 외에는 섭취가 불가능한 상태
4) '씹어먹는 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
가) 약간의 개구운동 제한 또는 약간의 저작운동 제한으로 부드러운 고형식(밥, 빵 등)만 섭취 가능한 경우
나) 위·아래턱(상.하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 2cm 이하로 제한되는 경우
다) 위·아래턱(상.하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1cm 이상인 경우
라) 양측 각 1 개 또는 편측 2 개 이하의 치아만 교합되는 상태
마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취시 간헐적으로 흡인이 발생하고 부드러운 고형식 외에는 섭취가 불가능한 상태
5) 개구장해는 턱관절의 이상으로 개구운동 제한이 있는 상태를 말하며, 최대 개구상태에서 위·아래턱(상.하악)의 가운데 앞니(중절치)간 거리를 기준으로 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 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
가) 언어평가상 자음정확도가 30%미만인 경우나) 전실어증, 운동성실어증(브로카실어증)으로 의사소통이 불가한 경우
8) '말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
가) 언어평가상 자음정확도가 50%미만인 경우나) 언어평가상 표현언어지수 25 미만인 경우
9) '말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
가) 언어평가상 자음정확도가 75%미만인 경우나) 언어평가상 표현언어지수 65 미만인 경우
10) 말하는 기능의 장해는 1 년 이상 지속적인 언어치료를 시행한 후 증상이 고착되었을 때 평가하며, 객관적인 검사를 기초로 평가한다.
11) 뇌·중추신경계 손상(정신·인지기능 저하, 편마비 등)으로 인한 말하는 기능의 장해(실어증, 구음장애) 또는 씹어먹는 기능의 장해는 신경계·정신행동 장해 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 1/2 개 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 후유장해의 대상이 되지 않으나, 선천적으로 영구치 결손이 있는 경우에는 유치의 결손을 후유장해로 평가한다.
16) 가철성 보철물(신체의 일부에 붙였다 떼었다 할 수 있는 틀니 등)의 파손은 후유장해의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) '외모'란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
2) '추상(추한 모습)장해'라 함은 성형수술(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 1/2 을 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, 12 세 이상의 성인에서는 8×10 ㎝(1/2 크기는 40 ㎠, 1/4 크기는 20 ㎠), 6 ~ 11 세의 경우는 6×8 ㎝(1/2 크기는 24 ㎠, 1/4 크기는 12 ㎠), 6 세 미만의 경우는 4×6 ㎝(1/2 크기는 12 ㎠, 1/4 크기는 6 ㎠)로 간주한다.

6. 척추(등뼈)의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) 척추(등뼈)는 경추에서 흉추, 요추, 제 1 천추까지를 동일한 부위로 한다. 제 2 천추 이하의 천골 및 미골은 체간골의 장해로 평가한다.

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

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

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

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

6) 심한 운동장해란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

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

나)머리뼈(두개골), 제 1 경추, 제 2 경추를 모두 유합 또는 고정한 상태

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

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

나)머리뼈(두개골)와 제 1 경추 또는 제 1 경추와 제 2 경추를 유합 또는 고정한 상태

다)머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제 1, 2 경추) 사이에 CT 검사 상, 두개 대후두공의 기저점(basion)과 축추 치돌기 상단사이의 거리(BDI : Basion-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태

라)상위목뼈(상위경추: 제 1, 2 경추) CT 검사상, 환추 전방 궁(arch)의 후방과 치상돌기의 전면과의 거리(ADI: Atlanto-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태

8) 약간의 운동장해

머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제 1, 2 경추)를 제외한 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 2 개의 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) 1 개 이상의 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구로 경도(가벼운 정도)의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때

나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 20%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 40% 이상일 때

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

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

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

7. 체간골의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) '체간골'이라 함은 어깨뼈(견갑골), 골반뼈(장골, 제 2 천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함), 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)를 말하며 이를 모두 동일한 부위로 본다.

2) '골반뼈의 뚜렷한 기형'이라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

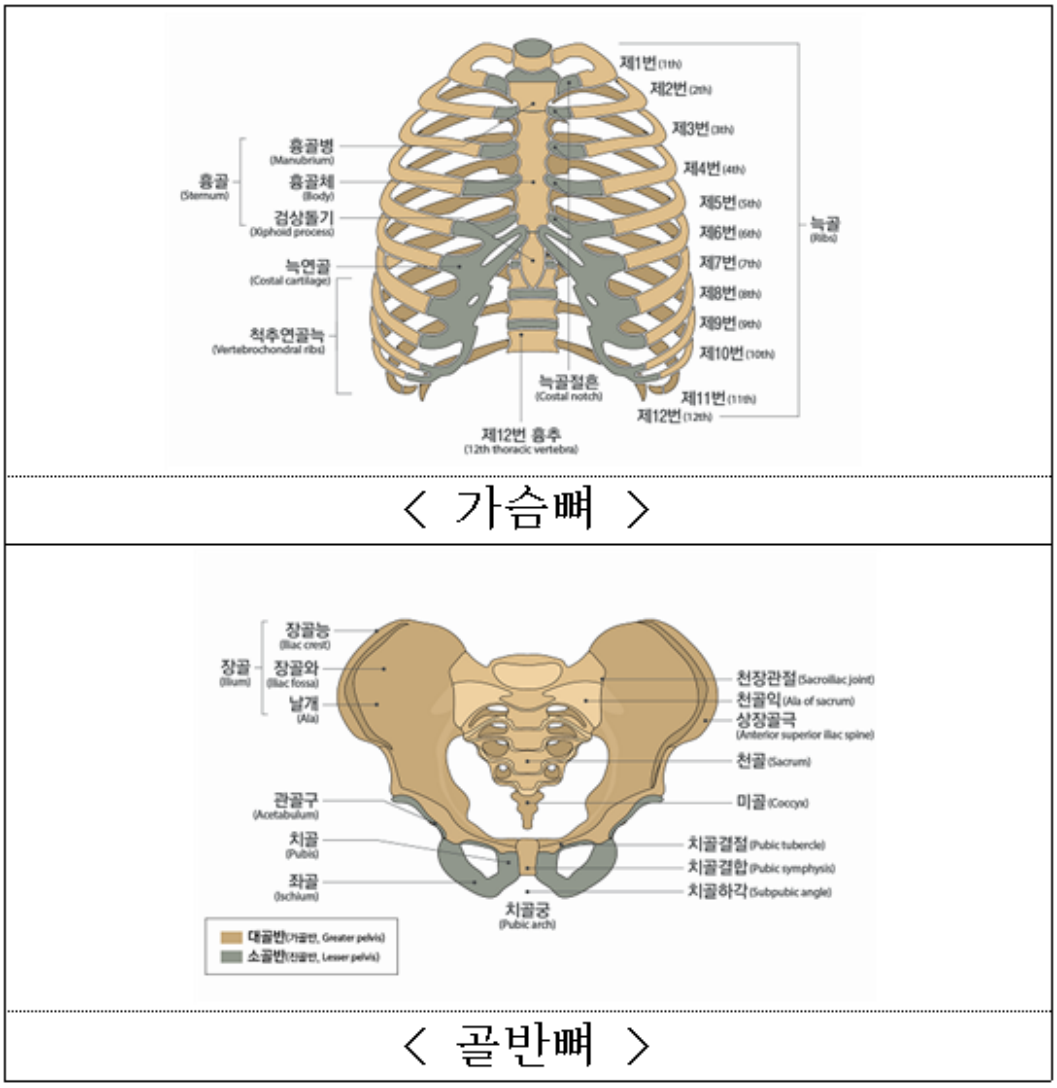
가) 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm 이상 분리된 부정유합 상태

나) 육안으로 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도로 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 20° 이상인 경우

다) 미골의 기형은 골절이나 탈구로 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 70° 이상 남은 상태

3) '빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골), 어깨뼈(견갑골)에 뚜렷한 기형이 남은 때'라 함은 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.

4) 갈비뼈(늑골)의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장해로 취급한다. 다발성늑골 기형의 경우 각각의 각(角) 변형을 합산하지 않고 그 중 가장 높은 각(角) 변형을 기준으로 평가한다.



〈 가슴뼈 〉

〈 골반뼈 〉

8. 팔의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않는다.
3) '팔'이라 함은 어깨관절(견관절)부터 손목관절(완관절)까지를 말한다.
4) '팔의 3 대 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 관절기능장해 평가는 팔의 3 대 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다.

가)각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의「산업재해보상보험법 시행규칙」제 47 조 제 1 항 및 제 3 항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.

나)관절기능장해를 표시할 경우 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다. 단, 관절기능장해가 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 '0 등급(zero)'인 경우

8) '관절 하나의 기능에 심한 장해를 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 '1 등급(trace)'인 경우

9) '관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 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 2 등급(poor)인 경우

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

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

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

11) '가관절주)이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2 개 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 장해를 남긴 때'라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
13) '뼈에 기형을 남긴 때'라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

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

9. 다리의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않는다.
3) '다리'라 함은 엉덩이관절(고관절)부터 발목관절(족관절)까지를 말한다.
4) '다리의 3 대 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 관절기능장해 평가는 다리의 3 대 관절의 관절운동범위 제한 및 무릎관절(슬관절)의 동요성 등으로 평가한다.
가)각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의「산업재해보상보험법 시행규칙」제 47 조 제 1 항 및 제 3 항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
나)관절기능장해가 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 '0 등급(zero)'인 경우
8) '관절 하나의 기능에 심한 장해를 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 '1 등급(trace)'인 경우
9) '관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 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 2 등급(poor)인 경우

10) '관절 하나의 기능에 약간의 장해를 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 3 등급(fair)인 경우

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

12) '가관절주)이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2 개 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 장해를 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 3 대 관절 중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

2) 1 하지(다리와 발가락)의 후유장해 지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

10. 손가락의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1)골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.

2)관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않는다.

3)손가락에는 첫째 손가락에 2 개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.

4)다른 네 손가락에는 3 개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제 1 지관절(근위지관절) 및 제 2 지관절(원위지관절)이라 부른다.

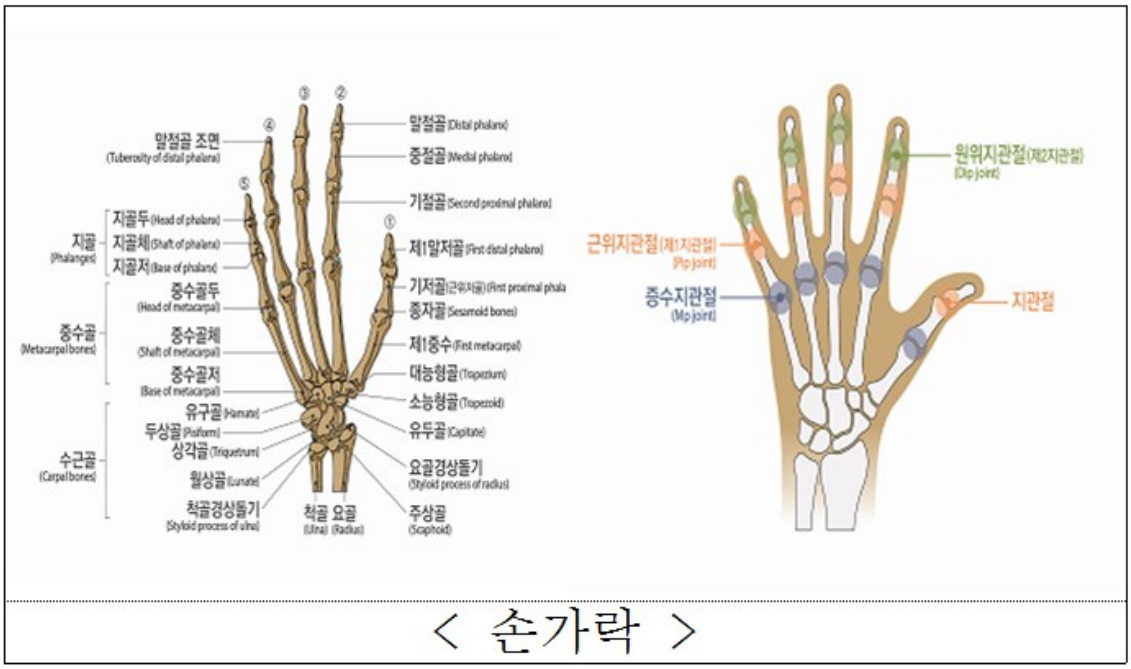
5)'손가락을 잃었을 때'라 함은 첫째 손가락에서는 지관절부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제 1 지관절(근위지관절)부터(제 1 지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽으로 손가락이 절단되었을 때를 말한다.

6) '손가락뼈 일부를 잃었을 때'라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제 1 지관절(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 장해를 남긴 때'라 함은 첫째 손가락의 경우 중수지관절 또는 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상 운동영역의 1/2 이하인 경우를 말하며, 다른 네 손가락에 있어서는 제 1, 제 2 지관절의 굴신운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하이거나 중수지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.

8) 한 손가락에 장해가 생기고 다른 손가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

9) 손가락의 관절기능장해 평가는 손가락 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의「산업재해보상보험법 시행규칙」제 47 조 제 1 항 및 제 3 항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.



< 손가락 >

11. 발가락의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1)골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.

2)관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않는다.

3)'발가락을 잃었을 때'라 함은 첫째 발가락에서는 지관절부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제 1 지관절(근위지관절)부터(제 1 지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽을 잃었을 때를 말한다.

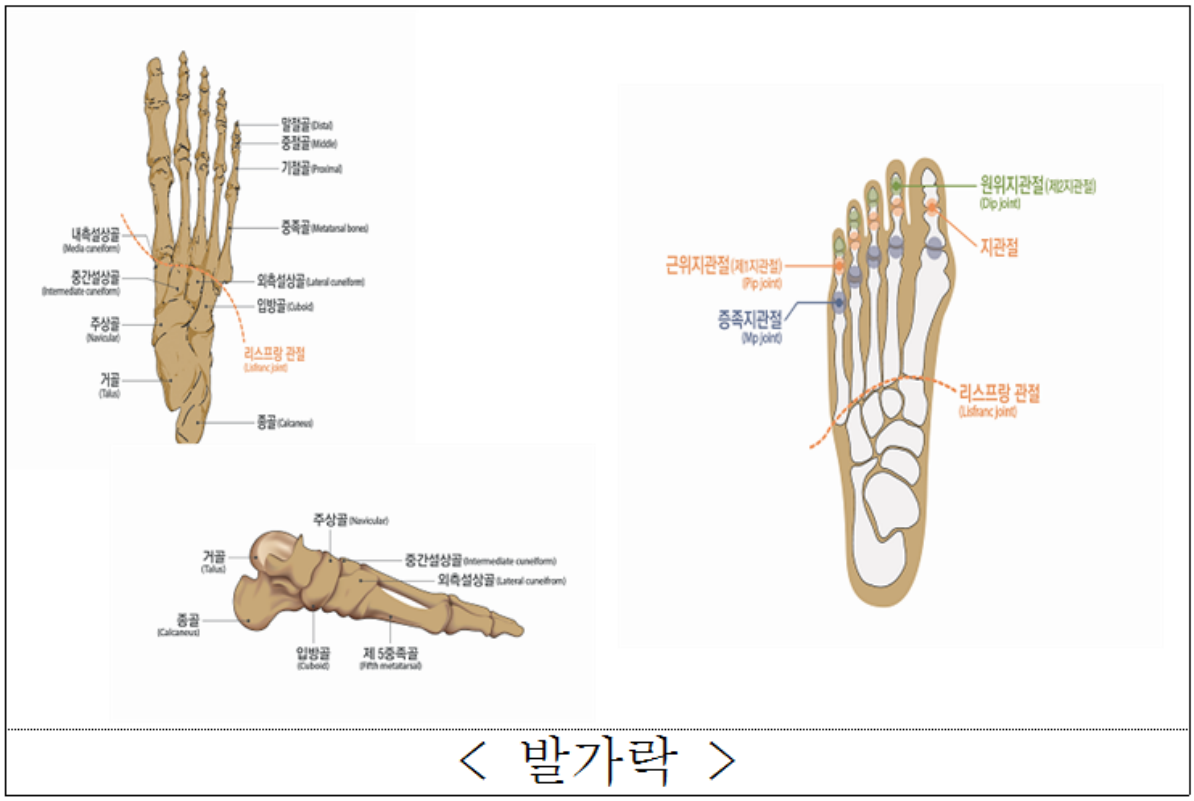
4)리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.

5)'발가락뼈 일부를 잃었을 때'라 함은 첫째 발가락의 지관절, 다른 네 발가락의 제 1 지관절(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 장해를 남긴 때'라 함은 첫째 발가락의 경우에 중족지관절과 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동범위 합계가 정상 운동 가능영역의 1/2 이하가 된 경우를 말하며, 다른 네 발가락에 있어서는 중족지관절의 신전운동범위만을 평가하여 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우를 말한다.

7)한 발가락에 장해가 생기고 다른 발가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

8)발가락 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의「산업재해보상보험법 시행규칙」제 47 조 제 1 항 및 제 3 항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.



< 발가락 >

12. 흉·복부장기 및 비뇨생식기의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 심장 기능을 잃었을 때	100
2) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때	75
3) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때	50

4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	30
5) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때	15

나. 장해의 판정기준

1)'심장 기능을 잃었을 때'라 함은 심장 이식을 한 경우를 말한다.

2)'흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

가) 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우

나)장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석, 복막투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때

다) 방광의 저장기능과 배뇨기능을 완전히 상실한 때

3)'흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 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 장해를 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 기능장해로 영구적으로 장루, 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)

마) 심장기능 이상으로 인공심박동기를 영구적으로 삽입한 경우

바) 요도괄약근 등의 기능장해로 영구적으로 인공요도괄약근을 설치한 경우

5)'흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 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, 비뇨생식기계 장해는 질병 또는 외상의 직접 결과로 인한 장해를 말하며, 노화에 의한 기능장해 또는 질병이나 외상이 없는 상태에서 예방적으로 장기를 절제, 적출한 경우는 장해로 보지 않는다.

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

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

13. 신경계·정신행동 장해

가. 장해의 분류

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

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

나. 장해판정기준

1) 신경계

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

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

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

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

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

2) 정신행동

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

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

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

라)'정신행동에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1 년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며 GAF 40 점 이하인 상태를 말한다.

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

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

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

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

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

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

차)정신행동장해 진단 전문의는 정신건강의학과 전문의를 말한다.

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

타)각종 기질성 정신장해와 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 한번 획득한 지적기능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 것을 말한다.

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

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

4) 뇌전증(간질)

가)"뇌전증(간질)"이라 함은 돌발적 뇌파이상을 나타내는 뇌질환으로 발작(경련, 의식장해 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 8 회 이상의 중증발작이 연 6 개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작할 때 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장해 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.

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

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

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

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

<붙임>

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

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