라이나생명
A Chubb Company

무배당
새로담는간편건강보험(클래식)
(해약환급금 미지급형Ⅱ)

보험약관

목차

약관 이용 가이드 4
시각화된 약관 요약내용 (소비자가 알아두어야 할 유의사항) 7
시각화된 약관 요약내용 (보험계약의 일반사항) 31
주요 민원 사항 35
보험 용어 해설 36
제1관 목적 및 용어의 정의 37
제1조 【목적】 37
제2조 【용어의 정의】 37
제2관 보험금의 지급 38
제3조 【보험금의 지급사유】 38
제4조 【보험금 지급에 관한 세부규정】 38
제5조 【보험금을 지급하지 않는 사유】 39
제6조 【보험금 지급사유의 발생통지】 39
제7조 【보험금 등의 청구】 39
제8조 【보험금 등의 지급절차】 40
제9조 【보험금 받는 방법의 변경】 40
제10조 【주소변경통지】 40
제11조 【보험수익자의 지정】 41
제12조 【대표자의 지정】 41
제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등 41
제13조 【계약 전 알릴 의무】 41
제14조 【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】 41
제15조 【사기에 의한 계약】 42
제4관 보험계약의 성립과 유지 42
제16조 【보험계약의 성립】 42
제17조 【청약의 철회】 42
제18조 【약관교부 및 설명의무 등】 43
제19조 【계약의 무효】 43
제20조 【계약내용의 변경 등】 44
제21조 【보험나이 등】 44
제22조 【계약의 소멸】 44

제5관 보험료의 납입 45
제23조 【제1회 보험료 및 회사의 보장개시】 45
제24조 【제2회 이후 보험료의 납입】 45
제25조 【보험료의 자동대출납입】 45
제26조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지】 46
제27조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)】 46
제28조 【강제집행 등으로 해지된 계약의 특별부활(효력회복)】 46
제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등 47
제29조 【계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권】 47
제29조의2【위법계약의 해지】 47
제30조 【중대사유로 인한 해지】 47
제31조 【회사의 파산선고와 해지】 48
제32조 【해약환급금】 48
제33조 【보험계약대출】 48
제34조 【배당금의 지급】 48
제7관 분쟁의 조정 등 48
제35조 【분쟁의 조정】 48
제36조 【관할법원】 49
제37조 【소멸시효】 49
제38조 【약관의 해석】 49
제39조 【설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력】 49
제40조 【회사의 손해배상책임】 49
제41조 【개인정보보호】 49
제42조 【준거법】 49
제43조 【예금보험에 의한 지급보장】 49
(별표1) 보험금 지급기준표 50
(별표2) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 50
(별표3) 재해분류표 50
(별표4) 장해분류표 51
[부록] 약관에서 인용된 법령

1. 보험약관이란?

보험약관은 가입하신 보험계약의 내용 및 조건 등을 미리 정하여 놓은 계약조항으로 **보험계약자**와 **보험회사**의 **권리 및 의무를** 규정하고 있습니다.

특히, **청약철회**, **계약취소**, **보험금 지급 및 지급제한 사항** 등 보험계약의 **중요사항**에 대한 설명이 들어 있으니 **반드시 확인**하셔야 합니다.
본 서류는 **법령 및 라이나생명 내부통제기준**에 따른 절차를 거쳐 제공됩니다.

2. 한 눈에 보는 약관의 구성

약관 이용 가이드	약관을 쉽게 잘 이용할 수 있도록 **약관의 구성, 쉽게 찾는 방법** 등의 내용을 담고 있는 **지침서**
시각화된 약관 요약내용	약관을 쉽게 잘 이용할 수 있도록 **계약 주요내용** 및 **유의사항** 등을 **시각적 방법**을 이용해 간단히 요약한 약관
용어해설	약관 이해를 돕기 위한 어려운 **보험용어**의 **해설** 등을 소비자에게 안내
보험약관 (주계약&특약)	• **주계약**: 기본계약을 포함한 공통 사항을 정한 기본 약관 • **특약**: 주계약 외 선택 가입한 보장내용 등 필요한 사항을 정한 약관

3. QR코드를 통한 편리한 정보 이용

QR(Quick Response) 코드란?

스마트폰으로 해당QR코드를 스캔하면 상세내용 등을 손쉽게 안내받을 수 있습니다.

약관해설 영상	보험금청구시 구비서류	회사소개

4. 약관의 핵심 체크항목 쉽게 찾기

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

* QR(Quick Response)코드는 스마트폰으로 해당 QR코드를 스캔하여 상세내용 등을 손쉽게 안내 받을 수 있습니다.

보험금 지급 및 지급제한 사항	**제3조**(보험금의 지급사유) P 38 **제5조**(보험금을 지급하지 않는 사유) P 39	영상자료

주의 본인이 가입한 특약을 확인하여 **가입 특약별 「보험금 지급사유 및 미지급사유」도 반드시 확인**이 필요함

계약 전 알릴 의무 및 위반효과	**제14조**(계약 전 알릴 의무 위반의 효과) P 41	영상자료
청약 철회	**제17조**(청약의 철회) P 42	영상자료
계약 취소	**제18조**(약관교부 및 설명의무 등) P 43	영상자료
계약 무효	**제19조**(계약의 무효) P 43	영상자료
보험료 연체 및 해지	**제26조**(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지) P 46	영상자료
부활(효력회복)	**제27조**(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) P 46	영상자료

해약환급금	**제29조**(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권) P 47 **제32조**(해약환급금) P 48	영상자료

5. 약관을 쉽게 이용할 수 있는 꿀팁

아래 **5가지 꿀팁**을 활용하시면 약관을 보다 **쉽고 편리하게** 이용할 수 있습니다.

1. 시각화된 '**약관 요약내용**'를 활용하시면 계약 일반사항, 가입시 유의사항, 민원사례 등 약관을 보다 쉽게 이해하실 수 있습니다. ➡ **약관 요약내용 P7~P36**

2. '**약관 핵심 체크항목 쉽게 찾기**'를 이용하시면 약관내용 중 핵심적인 권리 및 의무관계를 보다 쉽게 찾을 수 있습니다. ➡ **핵심 체크항목 P5**

3. 약관 내용 중 어려운 보험용어는 **용어해설**, **약관본문 Box안 예시** 등을 참고하시면 약관 이해에 도움이 됩니다. ➡ **용어해설 P36**

4. '**관련법규**' **항목**을 활용하시면 약관에서 인용한 법률 조항 및 규정을 자세히 알 수 있습니다. ➡ **부록참조**

5. 약관조항 등이 **음영·컬러화** 되거나 **진하게** 된 경우 보험금 지급 등 약관 주요 내용이므로 주의 깊게 읽기 바랍니다.

6. 기타 문의사항

- 기타 문의사항은 당사 **홈페이지**(www.lina.co.kr), **고객 콜센터**(1588-0058)로 문의 가능합니다.
- 보험상품 거래단계별 필요한 금융꿀팁 또는 핵심정보 등은 **금융감독원 금융소비자정보 포탈**(FINE, fine.fss.or.kr)에서 확인 가능합니다.

1. 상품명칭 등으로 상품의 특징 이해하기

상품명칭: 무배당 새로담는간편건강보험(클래식)(해약환급금 미지급형Ⅱ)

- **무배당**은 계약자에게 배당을 하지 않는 상품을 말합니다.
- **새로담는간편건강보험**은 특약의 가입을 통해 다양한 보장 설계가 가능한 보험입니다.
- **해약환급금 미지급형Ⅱ**은 해지율을 적용한 상품으로 해지율을 적용하지 않는 상품보다 보험료가 낮은 대신 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없습니다.
- 이 상품은 "**간편심사**"상품으로 일반보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 따라서, 의사의 건강검진을 받거나 일반계약심사를 할 경우 일반보험에 가입할 수 있습니다.
  (다만, 일반보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다)

2. 보험금 지급 유의사항

주의

이 보험에는 **면책기간**, **감액지급**, **보장한도** 등 **보험금 지급 유의사항**이 설정되어 있습니다.
보다 자세한 사항은 상품설명서 및 약관을 참조하시기 바랍니다.

● "새로담는간편" 등 특약명은 일부 생략될 수 있습니다.

☑ 면책기간

면책기간
보험금
미지급

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

특약명	담보명	면책기간
암진단특약	암진단보험금	가입 후 **90일간** 보장 제외
통합암진단특약	간담낭담도및췌장암 진단보험금	가입 후 **90일간** 보장 제외
	폐및기타호흡기암 진단보험금	
	남녀특정소액암 진단보험금	
	림프종및혈액암 진단보험금	
	3대고액암 진단보험금	
	식도및위암 진단보험금	
	소장및대장암 진단보험금	
	기타특정암 진단보험금	

특약명	담보명	면책기간
통합전이암진단특약	간및간내담관췌장전이암 진단보험금	가입 후 90일간 보장 제외
	폐및기타호흡기전이암 진단보험금	
	남녀특정소액전이암 진단보험금	
	3대고액전이암 진단보험금	
	위전이암 진단보험금	
	소장및대장전이암 진단보험금	
	기타특정전이암진단보험금	
암직접치료상급종합병원통원특약	암직접치료 통원급여금	가입 후 90일간 보장 제외
암직접치료통원특약(연30회한)	암직접치료원격지 통원급여금	가입 후 90일간 보장 제외
암직접치료원격지상급종합병원통원특약	암직접치료원격지 상급종합병원 통원급여금	가입 후 90일간 보장 제외
암직접치료특약	암직접치료급여금	가입 후 90일간 보장 제외
통합암직접치료특약	간·담낭·담도및췌장암직접치료급여금	가입 후 90일간 보장 제외
	폐및기타호흡기암직접치료급여금	
	남녀특정소액암직접치료급여금	
	림프종및혈액암직접치료급여금	
	3대고액암직접치료급여금	
	식도및위암직접치료급여금	
	소장및대장암직접치료급여금	
	기타특정암직접치료급여금	
항암방사선·약물치료보장특약	암 항암방사선약물치료보험금	가입 후 90일간 보장 제외
암치료특화5대상급종합병원암직접치료특약	암치료특화 5대 상급종합병원 암직접치료급여금	가입 후 90일간 보장 제외
상급종합병원통합암직접치료특약	상급종합병원 간·담낭·담도및췌장암직접치료급여금	가입 후 90일간 보장 제외
	상급종합병원 폐및기타호흡기암직접치료급여금	
	상급종합병원 남녀특정소액암직접치료급여금	
	상급종합병원 림프종및혈액암직접치료급여금	
	상급종합병원 3대고액암직접치료급여금	
	상급종합병원 식도및위암직접치료급여금	
	상급종합병원 소장및대장암직접치료급여금	
	상급종합병원 기타특정암직접치료급여금	
항암중입자방사선치료특약	항암중입자방사선치료보험금	가입 후 90일간 보장 제외 (단, "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 경우 계약일부터 보장)

특약명	담보명	면책기간
항암양성자방사선치료특약	항암양성자방사선치료보험금	가입 후 90일간 보장 제외 (단, "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 경우 계약일부터 보장)
항암치료후특정질병및재해보장특약	1종 특정질병및재해 치료보험금	가입 후 90일간 보장 제외 (단, "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 경우 계약일부터 보장)
	2종 특정질병및재해 치료보험금	
	3종 특정질병및재해 치료보험금	
	4종 특정질병및재해 치료보험금	
	5종 특정질병및재해 치료보험금	
항암치료후특정질병및재해보장특약II	1종 특정질병및재해 치료보험금	가입 후 90일간 보장 제외 (단, "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 경우 계약일부터 보장)
	2종 특정질병및재해 치료보험금	
	3종 특정질병및재해 치료보험금	
	4종 특정질병및재해 치료보험금	
	5종 특정질병및재해 치료보험금	
7대고액암진단특약	7대고액암진단보험금	가입 후 90일간 보장 제외
통합유방암진단특약 (수용체타입별)	유방암(호르몬수용체양성,HER2음성)진단보험금	가입 후 90일간 보장 제외
	유방암(호르몬수용체양성,HER2양성)진단보험금	
	유방암(HER2양성) 진단보험금	
	유방암(삼중음성) 진단보험금	
비급여(전액본인부담포함)암직접치료특약	비급여(전액본인부담포함)암직접치료급여금	가입 후 90일간 보장 제외 (단, "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 경우 계약일부터 보장)
비급여(전액본인부담포함)항암약물치료특약	비급여(전액본인부담포함)항암약물치료급여금	가입 후 90일간 보장 제외 (단, "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 경우 계약일부터 보장)
종합병원암주요치료특약 (치료별연1회한)	암수술급여금	가입 후 90일간 보장 제외
	항암약물치료(호르몬치료제외)급여금	
	항암호르몬약물치료급여금	
	항암방사선치료급여금	
하이클래스II암주요치료특약(치료별연1회한)	암수술급여금	가입 후 90일간 보장 제외
	항암약물치료(호르몬치료제외)급여금	
	항암호르몬약물치료급여금	
	항암방사선치료급여금	

시각화된 약관 요약내용 (소비자가 알아두어야 할 유의사항)

특약명	담보명	면책기간
대상포진진단특약	대상포진진단보험금	가입 후 30일간 보장 제외
통풍진단특약	통풍진단보험금	가입 후 90일간 보장 제외
암진단80PLUS특약	암진단보험금	가입 후 90일간 보장 제외 (단, "연장형 계약"의 경우 전환일부터 보장)
암주요검사케어특약	급여 암 MRI촬영급여금	가입 후 90일간 보장 제외 (단, "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 경우 계약일부터 보장)
	급여 암 양전자단층촬영(PET)급여금	
	급여 암 CT촬영급여금	
	급여 암 초음파검사급여금	
	급여 암 다학제 통합진료급여금	
	종합병원 급여 암 집중영양치료급여금	
호르몬관련암통합케어특약	급여 갑상선바늘생검조직병리검사비	가입 후 90일간 보장 제외
	급여 유방바늘생검조직병리검사비	
	급여 자궁내막생검조직병리검사비	
	급여 전립선바늘생검조직병리검사비	
	갑상선암 다빈치로봇수술급여금	-
	남녀특정암 다빈치로봇수술급여금	가입 후 90일간 보장 제외
	남녀특정암 입원항암호르몬약물치료(주사제)급여금	
	남녀특정암 통원항암호르몬약물치료(주사제)급여금	
	남녀특정암 항암호르몬약물치료(주사제 외)급여금	
	갑상선암 수술후 호르몬약물허가치료급여금	-
	유방암 급여 유방재건수술급여금	가입 후 90일간 보장 제외
10대주요장기암통합케어특약	10대주요장기암 내시경 수술급여금	가입 후 90일간 보장 제외
	10대주요장기암 복강경하흉강경하 수술급여금	
	10대주요장기암 관혈 수술급여금	
	10대주요장기암 중환자실치료급여금	
	10대주요장기암 급여 부분체외순환치료급여금	
	10대주요장기암 급여 지속적신대체요법급여금	
	10대주요장기암 급여 특정통증완화치료급여금	
	간암(전이포함) 급여 간동맥화학색전술급여금	
혈액관련암통합케어특약	혈액관련암 표적항암약물허가치료급여금	가입 후 90일간 보장 제외
	혈액관련암 특정면역항암약물허가치료급여금	
	혈액관련암 조혈모세포이식술급여금	
	혈액관련암 급여 골수검사급여금	
	혈액관련암 중환자실치료급여금	
	혈액관련암 항암치료후 주요합병증질환진단보험금	

감액지급

감액지급

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

특약명	담보명	감액기간 및 비율
암진단특약	암진단보험금	가입 후 1년이내 보험금 50% 지급
소액암진단특약	갑상선암 진단보험금	가입 후 1년이내 보험금 50% 지급
	기타피부암 진단보험금	
	제자리암(상피내암) 진단보험금	
	경계성종양 진단보험금	
통합암진단특약	간·담낭·담도및췌장암 진단보험금	가입 후 1년이내 보험금 50% 지급
	폐및기타호흡기암 진단보험금	
	남녀특정소액암 진단보험금	
	림프종및혈액암 진단보험금	
	3대고액암 진단보험금	
	식도및위암 진단보험금	
	소장및대장암 진단보험금	
	기타특정암 진단보험금	
뇌출혈진단특약	뇌출혈 진단보험금	가입 후 1년이내 보험금 50% 지급
뇌졸중진단특약	뇌졸중 진단보험금	가입 후 1년이내 보험금 50% 지급
뇌경색증진단특약	뇌경색증 진단보험금	가입 후 1년이내 보험금 50% 지급
중증뇌경색증진단특약	중증 뇌경색증 진단보험금	가입 후 1년이내 보험금 50% 지급
뇌혈관질환진단특약	뇌혈관질환 진단보험금	가입 후 1년이내 보험금 50% 지급
기타심장부정맥진단특약	기타심장부정맥 진단보험금	가입 후 1년이내 보험금 50% 지급
통합전이암 진단특약	간및간내담관췌장전이암진단보험금	가입 후 1년이내 보험금 50% 지급
	폐및기타호흡기전이암 진단보험금	
	남녀특정소액전이암진단보험금	
	3대고액전이암진단보험금	
	위전이암진단보험금	
	소장및대장전이암진단보험금	
	기타특정전이암진단보험금	
급성심근경색증진단특약	급성심근경색증 진단보험금	가입 후 1년이내 보험금 50% 지급
심뇌혈관질환수술특약II	심뇌혈관질환 관혈 수술급여금	가입 후 1년이내 보험금 50% 지급
	심뇌혈관질환 비관혈 수술급여금	
신관절질환수술특약	관절질환 관절경 수술급여금	가입 후 180일이내 보험금 20%, 180일이후 1년이내 보험금 50% 지급
	관절질환 관절경 이외의 수술급여금	
상급종합병원신관절질환 수술특약	상급종합병원 관절질환 수술급여금	

특약명	담보명	감액기간 및 비율
성인주요질환수술특약II	성인주요질환 수술급여금	가입 후 1년이내 보험금 50% 지급
	백내장 수술급여금	
질병수술특약II	질병수술급여금	가입 후 1년이내 보험금 50% 지급
질병수술특약II (특정4대질병제외)	질병수술급여금(특정4대질병제외)	가입 후 1년이내 보험금 50% 지급
종합병원질병수술특약II (특정4대질병제외)	종합병원 질병수술급여금(특정4대질병제외)	가입 후 1년이내 보험금 50% 지급
상급종합병원질병수술특약II	상급종합병원 질병수술급여금	가입 후 1년이내 보험금 50% 지급
통합제자리암·경계성종양 수술특약	남녀특정기관 및 비뇨기관의 제자리암 수술급여금	가입 후 1년이내 보험금 50% 지급
	위 및 기타소화기계의 제자리암 수술급여금	가입 후 1년이내 보험금 50% 지급
	소장 및 대장의 제자리암 수술급여금	가입 후 1년이내 보험금 50% 지급
	폐 및 기타기관의 제자리암 수술급여금	가입 후 1년이내 보험금 50% 지급
	남녀특정기관 및 비뇨기관의 경계성종양 수술급여금	가입 후 1년이내 보험금 50% 지급
	위 및 기타소화기계의 경계성종양 수술급여금	가입 후 1년이내 보험금 50% 지급
	소장 및 대장의 경계성종양 수술급여금	가입 후 1년이내 보험금 50% 지급
	폐 및 기타기관의 경계성종양 수술급여금	가입 후 1년이내 보험금 50% 지급
	림프 및 중추기관의 경계성종양 수술급여금	가입 후 1년이내 보험금 50% 지급
허혈성심장질환상급종합병원통원특약	허혈성심장질환 상급종합병원 통원급여금	가입 후 1년이내 보험금 50% 지급
뇌혈관질환상급종합병원통원특약	뇌혈관질환 상급종합병원 통원급여금	가입 후 1년이내 보험금 50% 지급
암직접치료상급종합병원통원특약	암직접치료 상급종합병원 통원급여금	가입 후 1년이내 보험금 50% 지급
	기타피부암·갑상선암·제자리암(상피내암)·경계성종양직접치료 상급종합병원 통원급여금	가입 후 1년이내 보험금 50% 지급
암직접치료원격지통원특약(연 30 회한)	암직접치료원격지 통원급여금	가입 후 1년이내 보험금 50% 지급
	기타피부암·갑상선암·제자리암(상피내암)·경계성종양직접치료원격지 통원급여금	
암직접치료원격지상급종합병원통원특약	암직접치료원격지 상급종합병원 통원급여금	가입 후 1년이내 보험금 50% 지급
	기타피부암·갑상선암·제자리암(상피내암)·경계성종양직접치료원격지 상급종합병원통원급여금	
암직접치료특약	암직접치료급여금	가입 후 1년이내 보험금 50% 지급
갑상선암기타피부암직접치료특약	갑상선암·기타피부암직접치료급여금	가입 후 1년이내 보험금 50% 지급

특약명	담보명	감액기간 및 비율
통합암직접치료특약	간·담낭·담도및췌장암직접치료급여금	가입 후 1년이내 보험금 50% 지급
	폐및기타호흡기암직접치료급여금	
	남녀특정소액암직접치료급여금	
	림프종및혈액암직접치료급여금	
	3대고액암직접치료급여금	
	식도및위암직접치료급여금	
	소장및대장암직접치료급여금	
	기타특정암직접치료급여금	
상급종합병원통합암직접치료특약	상급종합병원 간·담낭·담도및췌장암직접치료급여금	가입 후 1년이내 보험금 50% 지급
	상급종합병원 폐및기타호흡기암직접치료급여금	
	상급종합병원 남녀특정소액암직접치료급여금	
	상급종합병원 림프종및혈액암직접치료급여금	
	상급종합병원 3대고액암직접치료급여금	
	상급종합병원 식도및위암직접치료급여금	
	상급종합병원 소장및대장암직접치료급여금	
	상급종합병원 기타특정암직접치료급여금	
갑상선암·기타피부암직접치료특약Ⅲ	갑상선암·기타피부암직접치료급여금	가입 후 1년이내 보험금 50% 지급
항암방사선·약물치료보장특약	암 항암방사선약물치료보험금	가입 후 1년이내 보험금 50% 지급
	기타피부암 항암방사선약물치료보험금	
	갑상선암 항암방사선약물치료보험금	
	제자리암(상피내암) 항암방사선약물치료보험금	
	경계성종양 항암방사선약물치료보험금	
실버특정수술보장특약	관절염 수술급여금	가입 후 2년이내 보험금 50% 지급
	5대실버 수술급여금	
항암중입자방사선치료특약	항암중입자방사선치료보험금	가입 후 1년이내 보험금 50% 지급
항암양성자방사선치료특약	항암양성자방사선치료보험금	가입 후 1년이내 보험금 50% 지급
암치료특화5대상급종합병원암직접치료특약	암치료특화 5대 상급종합병원 암직접치료급여금	가입 후 1년이내 보험금 50% 지급
특정심뇌혈관주요치료특약	뇌졸중 혈전용해치료보험금	가입 후 1년이내 보험금 50% 지급
	특정심장질환 혈전용해치료보험금	
	급여 뇌졸중 혈전제거술급여금	
	급여 특정심장질환 혈전제거술급여금	

특약명	담보명	감액기간 및 비율
하이클래스특정심뇌혈관주요치료특약	상급종합병원 및 권역심뇌혈관질환센터 뇌졸중 혈전용해치료보험금	가입 후 1년이내 보험금 50% 지급
	상급종합병원 및 권역심뇌혈관질환센터 특정심장질환 혈전용해치료보험금	
	상급종합병원 및 권역심뇌혈관질환센터 급여 뇌졸중 혈전제거술급여금	
	상급종합병원 및 권역심뇌혈관질환센터 급여 특정심장질환 혈전제거술급여금	
질병장해보장특약II	질병장해급여금	가입 후 1년이내 보험금 50% 지급
중증무릎관절연골손상진단특약II	중증무릎관절연골손상 진단보험금	가입 후 180일이내 보험금 20%, 180일이후 1년이내 보험금 50% 지급 (단, 재해제외)
3대인공관절치환수술특약	3대인공관절치환 수술급여금	
수술특약	수술급여금	가입 후 1년이내 보험금 50% 지급 (단, 재해제외)
수술특약(연1회한)	수술급여금	가입 후 1년이내 보험금 50% 지급 (단, 재해제외)
척추질환수술특약II	척추질환 관혈수술급여금	가입 후 180일이내 보험금 20%, 180일이후 1년이내 보험금 50% 지급
	척추질환 비관혈수술급여금	
상급종합병원척추질환수술특약II	상급종합병원 척추질환 수술급여금	
간병인사용입원특약(요양병원및의원제외)	간병인사용 입원급여금(요양병원 및 의원 제외)	가입 후 1년이내 보험금 50% 지급 (단, 재해제외)
요양병원및의원간병인사용입원특약	요양병원 및 의원 간병인사용 입원급여금	가입 후 1년이내 보험금 50% 지급 (단, 재해제외)
간병인사용입원특약(요양병원및의원제외)(특정경증질환제외)	간병인사용 입원급여금(요양병원 및 의원 제외)(특정경증질환 제외)	가입 후 1년이내 보험금 50% 지급(단, 재해제외)
요양병원및의원간병인사용입원특약(특정경증질환제외)	요양병원 및 의원 간병인사용 입원급여금(특정경증질환 제외)	가입 후 1년이내 보험금 50% 지급 (단, 재해제외)
간호·간병통합입원특약(요양병원제외)	간호·간병통합서비스사용 입원급여금(요양병원 제외)	가입 후 1년이내 보험금 50% 지급 (단, 재해제외)
상급종합병원간호·간병통합입원특약	상급종합병원 간호·간병통합서비스사용 입원급여금	가입 후 1년이내 보험금 50% 지급 (단, 재해제외)
종합병원입원특약	종합병원 입원급여금	가입 후 1년이내 보험금 50% 지급 (단, 재해제외)
종합병원입원특약(스텝체증형)	종합병원 입원급여금 (스텝체증형)	가입 후 1년이내 보험금 50% 지급 (단, 재해제외)

특약명	담보명	감액기간 및 비율
통합심뇌혈관주요치료특약	뇌혈관질환 혈전용해치료급여금	가입 후 1년이내 보험금 50% 지급
	허혈성심장질환 혈전용해치료급여금	
	급여 뇌혈관질환 혈전제거술급여금	
	급여 허혈성심장질환 혈전제거술급여금	
	뇌혈관질환 수술급여금(혈전제거술 제외)	
	허혈성심장질환 수술급여금(혈전제거술 제외)	
	뇌혈관질환 중환자실치료급여금	
	허혈성심장질환 중환자실치료급여금	
하이클래스통합심뇌혈관주요치료특약	상급종합병원 및 권역심뇌혈관질환센터 뇌혈관질환 혈전용해치료급여금	가입 후 1년이내 보험금 50% 지급
	상급종합병원 및 권역심뇌혈관질환센터 허혈성심장질환 혈전용해치료급여금	
	상급종합병원 및 권역심뇌혈관질환센터 급여 뇌혈관질환 혈전제거술급여금	
	상급종합병원 및 권역심뇌혈관질환센터 급여 허혈성심장질환 혈전제거술급여금	
	상급종합병원 및 권역심뇌혈관질환센터 뇌혈관질환 수술급여금(혈전제거술 제외)	
	상급종합병원 및 권역심뇌혈관질환센터 허혈성심장질환 수술급여금(혈전제거술 제외)	
	상급종합병원 및 권역심뇌혈관질환센터 뇌혈관질환 중환자실치료급여금	
	상급종합병원 및 권역심뇌혈관질환센터 허혈성심장질환 중환자실치료급여금	
특정심장질환진단특약(기타심장부정맥포함)	특정심장질환(기타심장부정맥포함) 진단보험금	가입 후 1년이내 보험금 50% 지급
7대고액암진단특약	7대고액암진단보험금	가입 후 1년이내 보험금 50% 지급
통합유방암진단특약(수용체타입별)	유방암(호르몬수용체양성,HER2음성)진단보험금	가입 후 1년이내 보험금 50% 지급
	유방암(호르몬수용체양성,HER2양성)진단보험금	
	유방암(HER2양성) 진단보험금	
	유방암(삼중음성) 진단보험금	
비급여(전액본인부담포함)암직접치료특약	비급여(전액본인부담포함)암직접치료급여금	가입 후 1년이내 보험금 50% 지급
비급여(전액본인부담포함)항암약물치료특약	비급여(전액본인부담포함)항암약물치료급여금	가입 후 1년이내 보험금 50% 지급
상급종합병원입원특약	상급종합병원 입원급여금	가입 후 1년이내 보험금 50% 지급 (단, 재해제외)

특약명	담보명	감액기간 및 비율
순환계질환Ⅰ 통합진단특약	순환계질환(3-5종)진단보험금	가입 후 1년이내 보험금 50% 지급
	순환계질환(4-5종)진단보험금	
	순환계질환(5종)진단보험금	
순환계질환Ⅱ 통합진단특약	순환계질환(2-5종)진단보험금	가입 후 1년이내 보험금 50% 지급
	순환계질환(3-5종)진단보험금	
	순환계질환(4-5종)진단보험금	
	순환계질환(5종)진단보험금	
순환계질환Ⅱ 주요치료특약(연1회한)	순환계질환Ⅱ주요치료보험금	가입 후 1년이내 보험금 50% 지급
하이클래스순환계질환Ⅱ 주요치료특약(연1회한)	하이클래스 순환계질환Ⅱ주요치료보험금	가입 후 1년이내 보험금 50% 지급
순환계질환Ⅰ 주요치료특약 (치료별연1회한)	순환계질환Ⅰ혈전용해치료급여금	가입 후 1년이내 보험금 50% 지급
	급여 순환계질환Ⅰ 혈전제거술급여금	
	순환계질환Ⅰ수술급여금(혈전제거술 제외)	
	순환계질환Ⅰ중환자실치료급여금	
하이클래스순환계질환Ⅰ 주요치료특약 (치료별연1회한)	하이클래스 순환계질환Ⅰ혈전용해치료급여금	가입 후 1년이내 보험금 50% 지급
	하이클래스 급여 순환계질환Ⅰ 혈전제거술급여금	
	하이클래스 순환계질환Ⅰ수술급여금(혈전제거술 제외)	
	하이클래스 순환계질환Ⅰ 중환자실치료급여금	
순환계질환Ⅱ 간병입원특약	순환계질환Ⅱ 간병인사용 입원급여금(요양병원 및 의원 제외)	가입 후 1년이내 보험금 50% 지급
	순환계질환Ⅱ 간병인사용 입원급여금(요양병원)	
	순환계질환Ⅱ 간호·간병통합서비스사용 입원급여금(요양병원 및 의원 제외)	
하이클래스순환계질환Ⅱ 간병입원특약	순환계질환Ⅱ 간병인사용 입원급여금(상급종합병원 및 권역심뇌혈관질환센터)	가입 후 1년이내 보험금 50% 지급
	순환계질환Ⅱ 간호·간병통합서비스사용 입원급여금(상급종합병원 및 권역심뇌혈관질환센터)	
순환계질환Ⅰ 통합치료특약	순환계질환Ⅰ MRI촬영급여금	가입 후 1년이내 보험금 50% 지급
	순환계질환Ⅰ 양전자단층촬영(PET)급여금	
	순환계질환Ⅰ CT촬영급여금	
	순환계질환Ⅰ 수술급여금(혈전제거술 제외)	
	순환계질환Ⅰ 종합병원 중환자실치료급여금	
	순환계질환Ⅰ 혈전용해치료급여금	
	순환계질환Ⅰ 혈전제거술급여금	
	순환계질환Ⅰ 인공호흡기치료(12시간초과)급여금	
	순환계질환Ⅰ 부분체외순환치료급여금	
	입원 급여 순환계질환Ⅰ 전문재활치료급여금	
	통원 급여 순환계질환Ⅰ 전문재활치료급여금	

특약명	담보명	감액기간 및 비율
순환계질환Ⅰ 검사재활치료 특약	순환계질환Ⅰ MRI촬영급여금	가입 후 1년이내 보험금 50% 지급
	순환계질환Ⅰ 양전자단층촬영(PET)급여금	
	순환계질환Ⅰ CT촬영급여금	
	순환계질환Ⅰ 인공호흡기치료(12시간초과)급여금	
	순환계질환Ⅰ 부분체외순환치료급여금	
	입원 급여 순환계질환Ⅰ 전문재활치료급여금	
	통원 급여 순환계질환Ⅰ 전문재활치료급여금	
종합병원암주요치료특약 (치료별연1회한)	암수술급여금	가입 후 1년이내 보험금 50% 지급
	항암약물치료(호르몬치료제외)급여금	
	항암호르몬약물치료급여금	
	항암방사선치료급여금	
종합병원소액암주요치료 특약(치료별연1회한)	암수술급여금	가입 후 1년이내 보험금 50% 지급
	항암약물치료(호르몬치료제외)급여금	
	항암호르몬약물치료급여금	
	항암방사선치료급여금	
하이클래스Ⅱ암주요치료 특약(치료별연1회한)	암수술급여금	가입 후 1년이내 보험금 50% 지급
	항암약물치료(호르몬치료제외)급여금	
	항암호르몬약물치료급여금	
	항암방사선치료급여금	
하이클래스Ⅱ소액암주요 치료특약(치료별연1회한)	암수술급여금	가입 후 1년이내 보험금 50% 지급
	항암약물치료(호르몬치료제외)급여금	
	항암호르몬약물치료급여금	
	항암방사선치료급여금	
대상포진진단특약	대상포진진단보험금	가입 후 1년이내 보험금 50% 지급
통풍진단특약	통풍진단보험금	가입 후 1년이내 보험금 50% 지급
암진단80PLUS특약	암진단보험금	가입 후 1년이내 보험금 50% 지급 (단, 연장형 계약 제외)
소액암진단80PLUS특약	갑상선암 진단보험금	가입 후 1년이내 보험금 50% 지급 (단, 연장형 계약 제외))
	기타피부암 진단보험금	
	제자리암(상피내암) 진단보험금	
	경계성종양 진단보험금	
뇌혈관질환진단80PLUS 특약	뇌혈관질환 진단보험금	가입 후 1년이내 보험금 50% 지급 (단, 연장형 계약 제외))
허혈성심장질환진단 80PLUS특약	허혈성심장질환 진단보험금	가입 후 1년이내 보험금 50% 지급 (단, 연장형 계약 제외))

특약명	담보명	감액기간 및 비율
암주요검사케어특약	급여 암 MRI촬영급여금	가입 후 1년이내 보험금 50% 지급
	급여 암 양전자단층촬영(PET)급여금	
	급여 암 CT촬영급여금	
	급여 암 초음파검사급여금	
	급여 암 다학제 통합진료급여금	
	종합병원 급여 암 집중영양치료급여금	
호르몬관련암통합케어특약	급여 갑상선바늘생검조직병리검사비	가입 후 1년이내 보험금 50% 지급
	급여 유방바늘생검조직병리검사비	
	급여 자궁내막생검조직병리검사비	
	급여 전립선바늘생검조직병리검사비	
	갑상선암 다빈치로봇수술급여금	
	남녀특정암 다빈치로봇수술급여금	
	남녀특정암 입원항암호르몬약물치료(주사제)급여금	
	남녀특정암 통원항암호르몬약물치료(주사제)급여금	
	남녀특정암 항암호르몬약물치료(주사제 외)급여금	
	갑상선암 수술후 호르몬약물허가치료급여금	
	유방암 급여 유방재건수술급여금	
10대주요장기암통합케어특약	10대주요장기암 내시경 수술급여금	가입 후 1년이내 보험금 50% 지급
	10대주요장기암 복강경하흉강경하 수술급여금	
	10대주요장기암 관혈 수술급여금	
	10대주요장기암 중환자실치료급여금	
	10대주요장기암 급여 부분체외순환치료급여금	
	10대주요장기암 급여 지속적신대체요법급여금	
	10대주요장기암 급여 특정통증완화치료급여금	
	간암(전이포함) 급여 간동맥화학색전술급여금	
혈액관련암통합케어특약	혈액관련암 표적항암약물허가치료급여금	가입 후 1년이내 보험금 50% 지급
	혈액관련암 특정면역항암약물허가치료급여금	
	혈액관련암 조혈모세포이식술급여금	
	혈액관련암 급여 골수검사급여금	
	혈액관련암 중환자실치료급여금	
	혈액관련암 항암치료후 주요합병증질환진단보험금	-

특약명	담보명	감액기간 및 비율
통합신생물수술특약	소화기계 신생물 수술급여금	가입 후 1년이내 보험금 50% 지급
	기타특정 신생물 수술급여금	
	근골격피부연조직 신생물 수술급여금	
	남녀특정 신생물 수술급여금	
	갑상선두경부 신생물 수술급여금	
	비뇨기계 신생물 수술급여금	
	폐호흡기 신생물 수술급여금	
	간담췌 신생물 수술급여금	
	뇌심장 신생물 수술급여금	
폐렴진단특약	폐렴 진단보험금	가입 후 90일이내 보험금 10%, 90일이후 1년이내 보험금 50% 지급
염증성장질환(크론병및궤양성대장염)진단특약	염증성장질환 진단보험금	가입 후 90일이내 보험금 10%, 90일이후 1년이내 보험금 50% 지급
급여요실금수술특약 (연1회한)	급여 요실금수술급여금	가입 후 90일이내 보험금 10%, 90일이후 1년이내 보험금 50% 지급
충수염수술특약	충수염 수술급여금	가입 후 1년이내 보험금 50% 지급
세번받는3대만성질환 (고고당)치료특약	첫번째 3대만성질환치료보험금	가입 후 1년이내 보험금 20% 지급 가입 후 1년이후 2년이내 보험금 50% 지급
	두번째 3대만성질환치료보험금	
	세번째 3대만성질환치료보험금	
세번받는3대만성질환 (고고당)중등도이상진단특약	첫번째 중등도이상 3대만성질환진단보험금	가입 후 1년이내 보험금 20% 지급 가입 후 1년이후 2년이내 보험금 50% 지급
	두번째 중등도이상 3대만성질환진단보험금	
	세번째 중등도이상 3대만성질환진단보험금	
세번받는3대만성질환 (고고당)중증진단특약	첫번째 중증 3대만성질환진단보험금	가입 후 1년이내 보험금 20% 지급 가입 후 1년이후 2년이내 보험금 50% 지급
	두번째 중증 3대만성질환진단보험금	
	세번째 중증 3대만성질환진단보험금	

보장한도

보장한도
보험금
지급한도적용

이 보험에는 **보험금 지급 한도**가 설정된 담보가 있습니다.

특약명	담보명	보장한도
암진단특약	암진단보험금	최초1회한 지급
소액암진단특약	갑상선암 진단보험금	최초1회한 지급
	기타피부암 진단보험금	
	제자리암(상피내암) 진단보험금	
	경계성종양 진단보험금	
통합암진단특약	간·담낭·담도및췌장암 진단보험금	최초1회한 지급
	폐및기타호흡기암 진단보험금	
	남녀특정소액암 진단보험금	
	림프종및혈액암 진단보험금	
	3대고액암 진단보험금	
	식도및위암 진단보험금	
	소장및대장암 진단보험금	
	기타특정암 진단보험금	
통합전이암 진단특약	간및간내담관췌장전이암진단보험금	최초1회한 지급
	폐및기타호흡기전이암진단보험금	
	남녀특정소액전이암진단보험금	
	3대고액전이암진단보험금	
	위전이암진단보험금	
	소장및대장전이암진단보험금	
	기타특정전이암진단보험금	
뇌출혈진단특약	뇌출혈 진단보험금	최초1회한 지급
뇌졸중진단특약	뇌졸중 진단보험금	최초1회한 지급
뇌경색증진단특약	뇌경색증 진단보험금	최초1회한 지급
중증뇌경색증진단특약	중증 뇌경색증 진단보험금	최초1회한 지급
뇌혈관질환진단특약	뇌혈관질환 진단보험금	최초1회한 지급
급성심근경색증진단특약	급성심근경색증 진단보험금	최초1회한 지급
허혈성심장질환진단특약	허혈성심장질환 진단보험금	최초1회한 지급
기타심장부정맥진단특약	기타심장부정맥 진단보험금	최초1회한 지급
중증무릎관절연골손상진단특약II	중증무릎관절연골손상 진단보험금	최초1회한 지급
항암방사선·약물치료보장특약	암 항암방사선약물치료보험금	최초1회한 지급
	기타피부암 항암방사선약물치료보험금	
	갑상선암 항암방사선약물치료보험금	
	제자리암(상피내암) 항암방사선약물치료보험금	
	경계성종양 항암방사선약물치료보험금	

특약명	담보명	보장한도
통합제자리암·경계성종양 수술특약	남녀특정기관 및 비뇨기관의 제자리암 수술급여금	최초1회한 지급
	위 및 기타소화기계의 제자리암 수술급여금	
	소장 및 대장의 제자리암 수술급여금	
	폐 및 기타기관의 제자리암 수술급여금	
	남녀특정기관 및 비뇨기관의 경계성종양 수술급여금	
	위 및 기타소화기계의 경계성종양 수술급여금	
	소장 및 대장의 경계성종양 수술급여금	
	폐 및 기타기관의 경계성종양 수술급여금	
	림프 및 중추기관의 경계성종양 수술급여금	
항암중입자방사선치료특약	항암중입자방사선치료보험금	최초1회한 지급
항암양성자방사선치료특약	항암양성자방사선치료보험금	최초1회한 지급
3대인공관절치환수술특약	3대인공관절치환 수술급여금	연간1회한 지급
신관절질환수술특약	관절질환 관절경 수술급여금	연간1회한 지급
	관절질환 관절경 이외의 수술급여금	
상급종합병원신관절질환 수술특약	상급종합병원 관절질환 수술급여금	연간1회한 지급
척추질환수술특약II	척추질환 관혈수술급여금	연간1회한 지급
	척추질환 비관혈수술급여금	
상급종합병원척추질환수술특약II	상급종합병원 척추질환 수술급여금	연간1회한 지급
성인주요질환수술특약II	백내장 수술급여금	연간1회한 지급
특정심뇌혈관주요치료특약	뇌졸중 혈전용해치료보험금	연간1회한 지급
	특정심장질환 혈전용해치료보험금	
	급여 뇌졸중 혈전제거술급여금	
	급여 특정심장질환 혈전제거술급여금	
하이클래스특정심뇌혈관주요치료특약	상급종합병원 및 권역심뇌혈관질환센터 뇌졸중 혈전용해치료보험금	연간1회한 지급
	상급종합병원 및 권역심뇌혈관질환센터 특정심장질환 혈전용해치료보험금	
	상급종합병원 및 권역심뇌혈관질환센터 급여 뇌졸중 혈전제거술급여금	
	상급종합병원 및 권역심뇌혈관질환센터 급여 특정심장질환 혈전제거술급여금	

특약명	담보명	보장한도
항암치료후 특정질병및재해 보장특약	1종 특정질병및재해 치료보험금	종별 최초1회한 지급
	2종 특정질병및재해 치료보험금	
	3종 특정질병및재해 치료보험금	
	4종 특정질병및재해 치료보험금	
	5종 특정질병및재해 치료보험금	
수술특약(연 1 회한)	수술급여금	종별 연간1회한 지급
항암치료후특정질병및재해보장특약II	1종 특정질병및재해 치료보험금	종별 연간1회한 지급 (단, 동일 항암치료후 동일 질병 및 재해 진단의 경우 최초 1회에 한하여 보장)
	2종 특정질병및재해 치료보험금	
	3종 특정질병및재해 치료보험금	
	4종 특정질병및재해 치료보험금	
	5종 특정질병및재해 치료보험금	
질병수술특약II	질병수술급여금	동일한 질병당 1회한 (다만, 365일 경과후 동일한 질병으로 수술시 보장)
질병수술특약II(특정4대 질병제외)	질병수술급여금(특정4대질병제외)	동일한 질병당 1회한 (다만, 365일 경과후 동일한 질병으로 수술시 보장)
종합병원질병수술특약II (특정 4 대질병제외)	종합병원 질병수술급여금(특정4대질병제외)	동일한 질병당 1회한 (다만, 365일 경과후 동일한 질병으로 수술시 보장)
상급종합병원질병수술특약II	상급종합병원 질병수술급여금	동일한 질병당 1회한 (다만, 365일 경과후 동일한 질병으로 수술시 보장)
암직접치료 통원특약 (연 30 회한)	암직접치료 통원급여금	연간30회한 지급
	기타피부암·갑상선암·제자리암(상피내암)·경계성종양직접치료 통원급여금	
암직접치료원격지통원특약(연30회한)	암직접치료원격지 통원급여금	연간30회한 지급
	기타피부암·갑상선암· 제자리암(상피내암)·경계성종양 직접치료원격지 통원급여금	
간병인사용입원특약(요양병원및의원제외)	간병인사용 입원급여금 (요양병원 및 의원 제외)	1회 입원당 180일 한도
요양병원및의원간병인사용입원특약	요양병원 및 의원 간병인사용 입원급여금	1회 입원당 180일 한도
간병인사용입원특약(요양병원및의원제외)(특정경증질환제외)	간병인사용 입원급여금(요양병원 및 의원 제외)(특정경증질환 제외)	1회 입원당 180일 한도
요양병원및의원간병인사용입원특약(특정경증질환제외)	요양병원 및 의원 간병인사용 입원급여금(특정경증질환 제외)	1회 입원당 180일 한도

특약명	담보명	보장한도
간호·간병통합입원특약(요양병원제외)	간호·간병통합서비스사용 입원급여금(요양병원 제외)	1회 입원당 **180일** 한도
상급종합병원간호·간병통합입원특약	상급종합병원 간호·간병통합서비스사용 입원급여금	1회 입원당 **180일** 한도
종합병원입원특약	종합병원 입원급여금	1회 입원당 **30일** 한도
종합병원입원특약(스텝체증형)	종합병원 입원급여금 (스텝체증형)	(4일이상) 1회 입원당 **27일** 한도
암직접치료특약	암직접치료급여금	최초 진단확정일부터 **최대 10 년간, 매년 1 회한**
갑상선암기타피부암직접치료	갑상선암·기타피부암직접치료급여금	최초 진단확정일부터 **최대 10년간, 매년 1회한**
통합암직접치료특약	간·담낭·담도및췌장암직접치료급여금	치료종류별 각각, 최초 진단확정일부터 **최대 10년간, 매년 1회한**
	폐및기타호흡기암직접치료급여금	
	남녀특정소액암직접치료급여금	
	림프종및혈액암직접치료급여금	
	3대고액암직접치료급여금	
	식도및위암직접치료급여금	
	소장및대장암직접치료급여금	
	기타특정암직접치료급여금	
상급종합병원통합암직접치료특약	상급종합병원 간·담낭·담도및췌장암직접치료급여금	치료종류별 각각, 최초 진단확정일부터 **최대 10년간, 매년 1회한**
	상급종합병원 폐및기타호흡기암직접치료급여금	
	상급종합병원 남녀특정소액암직접치료급여금	
	상급종합병원 림프종및혈액암직접치료급여금	
	상급종합병원 3대고액암직접치료급여금	
	상급종합병원 식도및위암직접치료급여금	
	상급종합병원 소장및대장암직접치료급여금	
	상급종합병원 기타특정암직접치료급여금	
갑상선암·기타피부암직접치료특약Ⅲ	갑상선암·기타피부암직접치료급여금	치료종류별 각각, 최초 진단확정일부터 **최대 10년간, 매년 1회한**
암치료특화5대상급종합병원암직접치료특약	암치료특화 5대 상급종합병원 암직접치료급여금	치료종류별 각각, 최초 진단확정일부터 **최대 10년간, 매년 1회한**

특약명	담보명	보장한도
통합심뇌혈관주요치료특약	뇌혈관질환 혈전용해치료급여금	연간1회한 지급
	허혈성심장질환 혈전용해치료급여금	
	급여 뇌혈관질환 혈전제거술급여금	
	급여 허혈성심장질환 혈전제거술급여금	
	뇌혈관질환 수술급여금(혈전제거술 제외)	
	허혈성심장질환 수술급여금(혈전제거술 제외)	
	뇌혈관질환 중환자실치료급여금	
	허혈성심장질환 중환자실치료급여금	
하이클래스통합심뇌혈관주요치료특약	상급종합병원 및 권역심뇌혈관질환센터 뇌혈관질환 혈전용해치료급여금	연간1회한 지급
	상급종합병원 및 권역심뇌혈관질환센터 허혈성심장질환 혈전용해치료급여금	
	상급종합병원 및 권역심뇌혈관질환센터 급여 뇌혈관질환 혈전제거술급여금	
	상급종합병원 및 권역심뇌혈관질환센터 급여 허혈성심장질환 혈전제거술급여금	
	상급종합병원 및 권역심뇌혈관질환센터 뇌혈관질환 수술급여금(혈전제거술 제외)	
	상급종합병원 및 권역심뇌혈관질환센터 허혈성심장질환 수술급여금(혈전제거술 제외)	
	상급종합병원 및 권역심뇌혈관질환센터 뇌혈관질환 중환자실치료급여금	
	상급종합병원 및 권역심뇌혈관질환센터 허혈성심장질환 중환자실치료급여금	
특정심장질환진단특약(기타심장부정맥포함)	특정심장질환(기타심장부정맥포함) 진단보험금	최초1회한 지급
7대고액암진단특약	7대고액암진단보험금	최초1회한 지급
통합유방암진단특약(수용체타입별)	유방암(호르몬수용체양성,HER2음성)진단보험금	최초1회한 지급
	유방암(호르몬수용체양성,HER2양성)진단보험금	
	유방암(HER2양성) 진단보험금	
	유방암(삼중음성) 진단보험금	
비급여(전액본인부담포함)암직접치료특약	비급여(전액본인부담포함)암직접치료급여금	최초 진단확정일부터 최대 10년간, 매년 1회한
비급여(전액본인부담포함)항암약물치료특약	비급여(전액본인부담포함)항암약물치료급여금	최초 진단확정일부터 최대 10년간, 매년 1회한
상급종합병원입원특약	상급종합병원 입원급여금	1회 입원당 10일 한도
통합재해진단특약	경증재해 진단보험금	신체부위별 연간1회한 지급
	중등증재해 진단보험금	
	중증재해 진단보험금	

특약명	담보명	보장한도
순환계질환Ⅰ통합진단특약	순환계질환(3-5종)진단보험금	최초1회한 지급
	순환계질환(4-5종)진단보험금	
	순환계질환(5종)진단보험금	
순환계질환Ⅱ통합진단특약	순환계질환(2-5종)진단보험금	최초1회한 지급
	순환계질환(3-5종)진단보험금	
	순환계질환(4-5종)진단보험금	
	순환계질환(5종)진단보험금	
순환계질환Ⅱ주요치료특약(연1회한)	순환계질환Ⅱ주요치료보험금	연간1회한 지급
하이클래스순환계질환Ⅱ 주요치료특약(연1회한)	하이클래스 순환계질환Ⅱ주요치료보험금	연간1회한 지급
순환계질환Ⅰ주요치료특약 (치료별연1회한)	순환계질환Ⅰ혈전용해치료급여금	연간1회한 지급
	급여 순환계질환Ⅰ 혈전제거술급여금	
	순환계질환Ⅰ수술급여금(혈전제거술 제외)	
	순환계질환Ⅰ중환자실치료급여금	
하이클래스순환계질환Ⅰ 주요치료특약(치료별연1회한)	하이클래스 순환계질환Ⅰ혈전용해치료급여금	연간1회한 지급
	하이클래스 급여 순환계질환Ⅰ 혈전제거술급여금	
	하이클래스 순환계질환Ⅰ수술급여금(혈전제거술 제외)	
	하이클래스 순환계질환Ⅰ 중환자실치료급여금	
순환계질환Ⅱ간병입원특약	순환계질환Ⅱ 간병인사용 입원급여금(요양병원 및 의원 제외)	1회 입원당 30일 한도
	순환계질환Ⅱ 간병인사용 입원급여금(요양병원)	
	순환계질환Ⅱ 간호·간병통합서비스사용 입원급여금 (요양병원 및 의원 제외)	
하이클래스순환계질환Ⅱ 간병입원특약	순환계질환Ⅱ 간병인사용 입원급여금(상급종합병원 및 권역심뇌혈관질환센터)	1회 입원당 30일 한도
	순환계질환Ⅱ 간호·간병통합서비스사용 입원급여금 (상급종합병원 및 권역심뇌혈관질환센터)	
순환계질환Ⅰ 통합치료 특약	순환계질환Ⅰ MRI촬영급여금	연간1회한 지급
	순환계질환Ⅰ 양전자단층촬영(PET)급여금	
	순환계질환Ⅰ CT촬영급여금	
	순환계질환Ⅰ 수술급여금(혈전제거술 제외)	
	순환계질환Ⅰ 종합병원 중환자실치료급여금	
	순환계질환Ⅰ 혈전용해치료급여금	
	순환계질환Ⅰ 혈전제거술급여금	
	순환계질환Ⅰ 인공호흡기치료(12시간초과)급여금	
	순환계질환Ⅰ 부분체외순환치료급여금	
	입원 급여 순환계질환Ⅰ 전문재활치료급여금	연간15회한 지급
	통원 급여 순환계질환Ⅰ 전문재활치료급여금	

시각화된 약관 요약내용 (소비자가 알아두어야 할 유의사항)

특약명	담보명	보장한도
순환계질환Ⅰ 검사재활치료 특약	순환계질환Ⅰ MRI촬영급여금	연간1회한 지급
	순환계질환Ⅰ 양전자단층촬영(PET)급여금	
	순환계질환Ⅰ CT촬영급여금	
	순환계질환Ⅰ 인공호흡기치료(12시간초과)급여금	
	순환계질환Ⅰ 부분체외순환치료급여금	
	입원 급여 순환계질환Ⅰ 전문재활치료급여금	연간15회한 지급
	통원 급여 순환계질환Ⅰ 전문재활치료급여금	
종합병원암주요치료특약(치료별 연1회한)	암수술급여금	연간1회한 지급
	항암약물치료(호르몬치료제외)급여금	
	항암호르몬약물치료급여금	
	항암방사선치료급여금	
종합병원소액암주요치료특약(치료별연1회한)	암수술급여금	연간1회한 지급
	항암약물치료(호르몬치료제외)급여금	
	항암호르몬약물치료급여금	
	항암방사선치료급여금	
하이클래스Ⅱ암주요치료특약(치료별연1회한)	암수술급여금	연간1회한 지급
	항암약물치료(호르몬치료제외)급여금	
	항암호르몬약물치료급여금	
	항암방사선치료급여금	
하이클래스Ⅱ소액암주요치료특약(치료별연1회한)	암수술급여금	연간1회한 지급
	항암약물치료(호르몬치료제외)급여금	
	항암호르몬약물치료급여금	
	항암방사선치료급여금	
대상포진진단특약	대상포진진단보험금	최초1회한 지급
통풍진단특약	통풍진단보험금	최초1회한 지급
암진단80PLUS특약	암진단보험금	최초1회한 지급
소액암진단80PLUS특약	갑상선암 진단보험금	최초1회한 지급
	기타피부암 진단보험금	
	제자리암(상피내암) 진단보험금	
	경계성종양 진단보험금	
뇌혈관질환진단80PLUS특약	뇌혈관질환 진단보험금	최초1회한 지급
허혈성심장질환진단80PLUS특약	허혈성심장질환 진단보험금	최초1회한 지급
암주요검사케어특약	급여 암 MRI촬영급여금	연간1회한 지급
	급여 암 양전자단층촬영(PET)급여금	
	급여 암 CT촬영급여금	
	급여 암 초음파검사급여금	
	급여 암 다학제 통합진료급여금	
	종합병원 급여 암 집중영양치료급여금	

특약명	담보명	보장한도
호르몬관련암통합케어특약	급여 갑상선바늘생검조직병리검사비	연간1회한 지급
	급여 유방바늘생검조직병리검사비	연간1회한 지급
	급여 자궁내막생검조직병리검사비	연간1회한 지급
	급여 전립선바늘생검조직병리검사비	연간1회한 지급
	갑상선암 다빈치로봇수술급여금	최초1회한 지급
	남녀특정암 다빈치로봇수술급여금	최초1회한 지급
	남녀특정암 입원항암호르몬약물치료(주사제)급여금	월1회한 지급
	남녀특정암 통원항암호르몬약물치료(주사제)급여금	월1회한 지급
	남녀특정암 항암호르몬약물치료(주사제 외)급여금	연간1회한 지급
	갑상선암 수술후 호르몬약물허가치료급여금	최초1회한 지급
	유방암 급여 유방재건수술급여금	연간1회한 지급
10대주요장기암통합케어특약	10대주요장기암 내시경 수술급여금	연간1회한 지급
	10대주요장기암 복강경하흉강경하 수술급여금	
	10대주요장기암 관혈 수술급여금	
	10대주요장기암 중환자실치료급여금	
	10대주요장기암 급여 부분체외순환치료급여금	
	10대주요장기암 급여 지속적신대체요법급여금	
	10대주요장기암 급여 특정통증완화치료급여금	
	간암(전이포함) 급여 간동맥화학색전술급여금	
혈액관련암통합케어특약	혈액관련암 표적항암약물허가치료급여금	연간1회한 지급
	혈액관련암 특정면역항암약물허가치료급여금	
	혈액관련암 조혈모세포이식술급여금	
	혈액관련암 급여 골수검사급여금	
	혈액관련암 중환자실치료급여금	
	혈액관련암 항암치료후 주요합병증질환진단보험금	최초1회한 지급
통합신생물수술특약	소화기계 신생물 수술급여금	연간1회한 지급
	기타특정 신생물 수술급여금	
	근골격피부연조직 신생물 수술급여금	
	남녀특정 신생물 수술급여금	
	갑상선두경부 신생물 수술급여금	
	비뇨기계 신생물 수술급여금	
	폐호흡기 신생물 수술급여금	
	간담췌 신생물 수술급여금	
	뇌심장 신생물 수술급여금	
폐렴진단특약	폐렴 진단보험금	최초1회한 지급
염증성장질환(크론병및 궤양성대장염)진단특약	염증성장질환 진단보험금	최초1회한 지급
급여요실금수술특약(연1회한)	급여 요실금수술급여금	연간1회한 지급
충수염수술특약	충수염 수술급여금	최초1회한 지급

특약명	담보명	보장한도
세번받는3대만성질환(고고당) 치료특약	첫번째 3대만성질환치료보험금	최초1회한 지급
	두번째 3대만성질환치료보험금	
	세번째 3대만성질환치료보험금	
세번받는3대만성질환(고고당) 중등도이상진단특약	첫번째 중등도이상 3대만성질환진단보험금	최초1회한 지급
	두번째 중등도이상 3대만성질환진단보험금	
	세번째 중등도이상 3대만성질환진단보험금	
세번받는3대만성질환(고고당) 중증진단특약	첫번째 중증 3대만성질환진단보험금	최초1회한 지급
	두번째 중증 3대만성질환진단보험금	
	세번째 중증 3대만성질환진단보험금	

☑ 기타 유의사항

- 영구장해가 아닌 한시장해는 보장대상에서 제외하나 한시장해의 경우에도 그 기간이 **5년 이상인 경우에는 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 지급률**로 정합니다.
- 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- 재해 이전에 이미 장해가 있었던 피보험자에게 그 신체의 동일부위에 또다시 장해상태가 발생하였을 경우에는 이전 장해에 대해서 **재해장해급여금이 지급된 것으로 보고 최종장해상태에 해당하는 재해장해급여금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 재해장해급여금을 빼고 지급**합니다.
- **동일한 재해로 인한 장해지급률은 100%를 한도**로 합니다.

3. 해약환급금에 관한 사항

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

해약환급금 적거나 없음

해약환급금 0원 (납입기간 중 해지시)

주의

① **해약환급금은 이미 납입한 보험료 보다 적거나 없을 수도 있습니다.**

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

② **"해약환급금 미지급형Ⅱ" 상품은 "기본형" 상품보다 낮은 보험료로 가입할 수 있는 대신, 보험료 납입기간 중 계약이 중도 해지될 경우 해약환급금을 전혀 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 계약이 중도 해지되는 경우 "기본형" 상품 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 해약환급금으로 지급하는 상품입니다. 다만, 보험료 납입이 면제된 경우라도 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않습니다.**

* 보험료 납입기간: 계약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 보험료 납입이 연체된 경우에는 보험료 총액의 납입이 완료된 날까지의 기간을 말하며, 보험료를 선납하여 보험료 납입기간이 도달하기 전에 보험료 총액의 납입이 완료된 경우라 하더라도 계약 체결시 약정한 보험료 납입기간을 말합니다.

4. 소비자가 반드시 알아두어야 할 상품의 주요 특성

보장성보험



주의

① 이 보험은 재해에 대한 위험 보장을 주목적으로 하는 보장성보험이며, **저축이나 연금수령을 목적으로 가입하시기에 적합하지 않습니다**.

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

간편심사보험



주의

① 이 보험은 **질병을 앓고 있거나 과거 병력이 있는 소비자**가 간단한 심사절차를 통해 가입할 수 있는 상품입니다.

② **일반보험 상품보다 보험료가 비싸므로 건강한 일반인이 가입하는 경우 불리할 수 있습니다.** 다만, 간편심사(3.10.5)형 및 간편심사(3.10.5.5)형의 경우 일반보험 대비 계약 전 알릴의무를 일부 강화한 항목이 있어 일부 담보에서는 일반보험 대비 보험료가 더 저렴할 수 있습니다.

예금자보호제도에 관한 사항

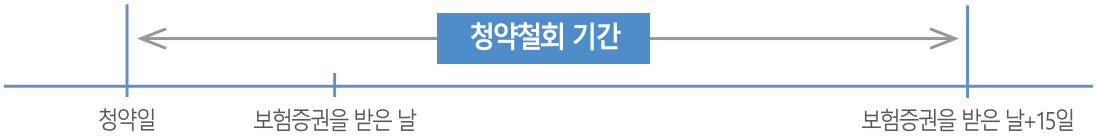


주의

이 보험은 예금자보호법에 따라 **해약환급금(또는 만기 시 보험금)에 기타지급금을 합한 금액이 1인당 "1억원까지"(본 보험회사의 여타 보호상품과 합산) 보호**됩니다. 이와 **별도로 본 보험회사 보호상품의 사고보험금을 합산한 금액이 1인당 "1억원까지" 보호**됩니다. 다만, 보험계약자 및 보험료납부자가 법인인 보험계약의 경우에는 보호되지 않습니다.

1. 청약을 철회할 수 있는 권리

- 보험계약자가 **보험증권**을 받은 날부터 **15일 이내**에 보험계약의 **청약**을 **철회**할 수 있으며, 이 경우 회사는 3영업일 이내에 납입한 보험료를 돌려 드립니다.



주의

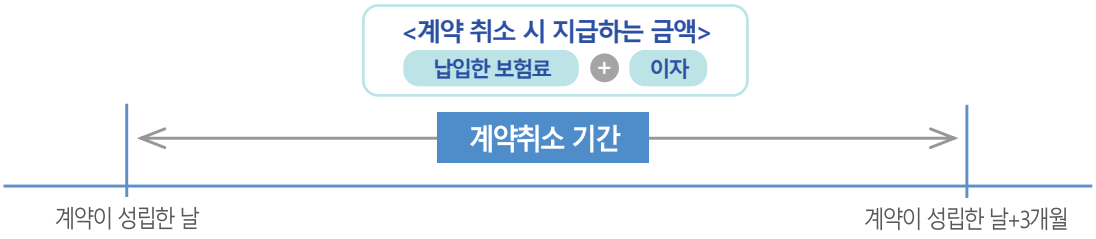
[청약철회가 불가한 경우]

① **청약일부터 30일**(만 65세 이상 보험계약자 & 전화로 체결한 계약의 경우 45일)을 **초과**한 경우

② 회사가 건강상태 **진단을 지원하는 계약**, 보험기간이 **90일 이내인 계약** 또는 **전문금융소비자가 체결한 계약**

2. 보험계약을 취소할 수 있는 권리

- 보험계약자는 다음의 경우 계약이 성립한 날부터 **3개월 이내**에 **계약**을 **취소**할 수 있습니다.
  ① 보험계약을 청약할 때 **보험약관** 및 **보험계약자 보관용 청약서**를 전달받지 못한 경우
  ② **보험약관**의 **중요내용**을 설명 받지 못한 경우
  ③ 보험계약자가 청약서에 **자필서명**을 하지 않은 경우

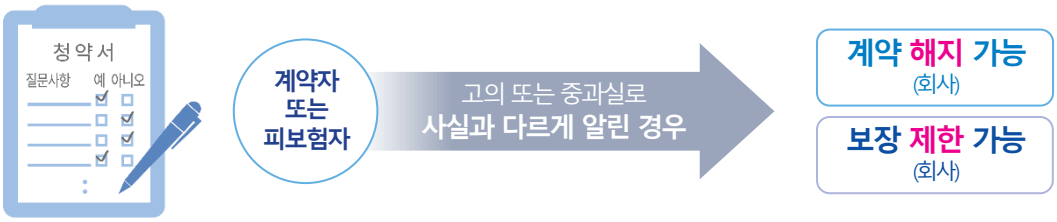


3. 보험계약의 무효

- 보험회사는 다음의 경우 보험계약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.
  ① 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 보험계약에서 피보험자의 서면 동의를 얻지 않은 경우
  ② 만 15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험금 지급사유(피보험자 지정)로 한 경우
  ③ 보험계약 체결 시 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우

4. 보험계약 전 알릴 의무 및 위반 시 효과

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



주의

① 청약서의 질문사항에 대하여 **보험설계사**에게만 **구두**로 알렸을 경우 **보험계약 전 알릴 의무를 이행한 것으로 볼 수 없습니다**.

② **전화 등 통신수단을 통한 보험계약**의 경우 **보험회사 설계사의 질문이 청약서의 질문사항을 대신**하므로 설계사의 질문에 사실대로 답변하여야 합니다.

민원 사례

A씨는 청약 1개월 전 무릎관절증으로 의사로부터 인공관절 치환술을 권유 받고 의사는 의무기록에 해당 내용을 기재하였으나, A씨는 **보험설계사에게만 구두로** 알려주고, 청약서에 기재하지 않은 채 ○○보험에 가입하였으며, 가입 이후 **인공관절 치환술 시행 후 보험금을 청구**

▶ 보험회사는 **보험계약이 해지됨과 동시에 보험금 지급이 어려움을 안내**

법률 지식

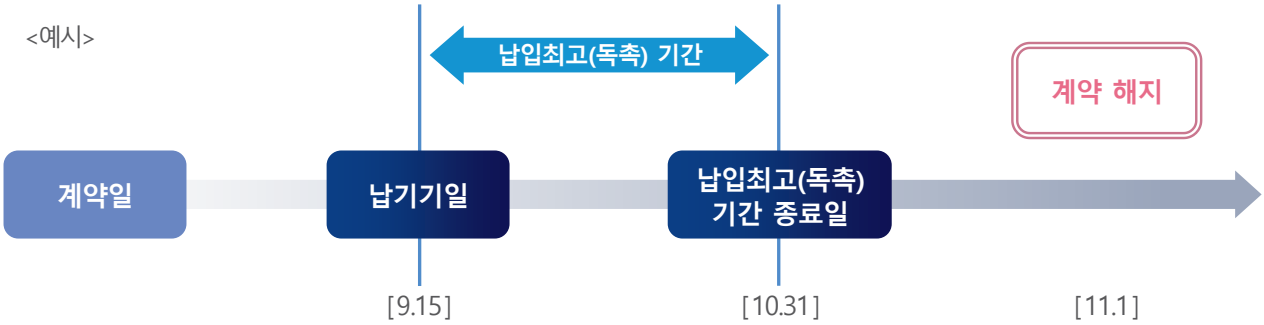
[대법원 2007. 6. 28. 선고 2006다69837]
일반적으로 보험설계사는 독자적으로 보험회사를 대리하여 보험계약을 체결할 권한이나 고지의무를 수령할 권한이 없음



5. 보험료 납입연체 및 보험계약의 해지

- 보험료 납입이 연체 중인 경우 보험회사는 납입을 독촉하는 안내를 하며, **납입최고(독촉) 기간 내**에 **보험료**를 **납입하지 않으면 보험계약이 해지**됩니다.
  * 납입최고(독촉) 기간: 14일 이상(보험기간 1년 미만인 경우 7일 이상)

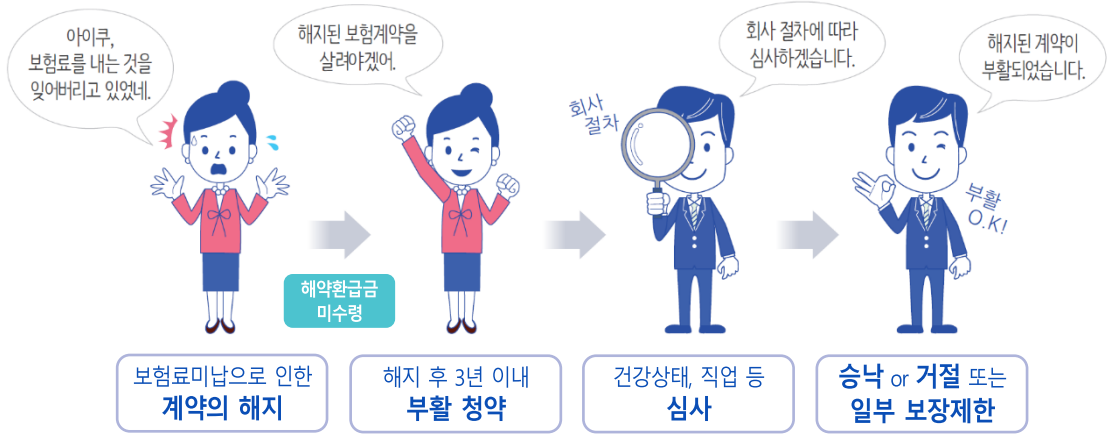
<예시>



6. 해지된 보험계약의 부활(효력회복)

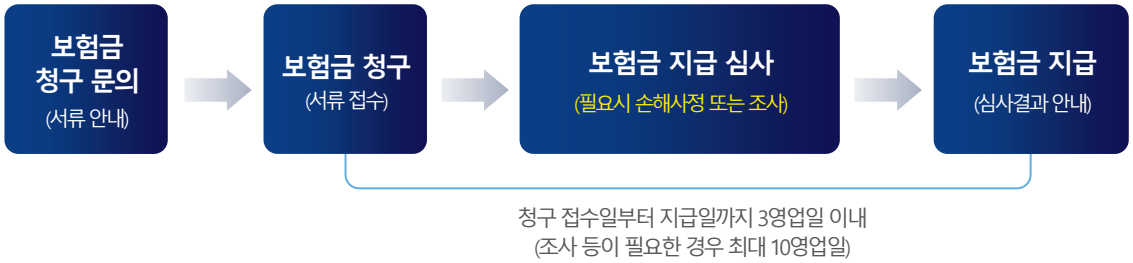
- 보험료 납입연체로 보험계약이 해지되었으나 **해약환급금을 받지 않은 경우** 해지된 날부터 **3년 이내**에 보험계약의 **부활(효력회복)을 청약**할 수 있습니다.

주의 보험회사는 피보험자의 건강상태, 직업 등에 따라 승낙여부를 결정하며, **부활(효력회복)**을 **거절**하거나 **보장**의 **일부**를 **제한**할 수 있습니다.



7. 보험금 청구절차 및 서류

- **보험금**은 청구서류 접수일부터 **3영업일 이내에** 지급하는 것이 원칙입니다.
  (단, 보험금 지급사유의 조사·확인이 필요한 경우 10영업일이 소요될 수 있습니다.)



주의

소액 보험금 청구 시 진단서 제출이 면제되는 등 **청구서류**가 **간소화**되는 경우가 있으니, **보험금 청구 전**에 보험회사에 **제출서류**를 **확인**하시기 바랍니다.

보험금 청구서류

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

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

간편고지상품 고지의무위반 해지 불만

내용	평소에 보험에 관심이 많았던 A 고객은 라이나생명 모집인으로부터 간편고지 상품을 권유 받고 상품의 중요한 내용을 설명 받음. A고객은 계약 체결 2개월 전 의사로부터 추가검사가 필요하다는 이야기를 들었음에도 불구하고, 이를 대수롭지 않게 생각하고, '최근 3개월 이내에 의사로부터 진찰 또는 검사(건강검진 포함)를 통하여 입원, 수술, 추가 검사(재검사) 필요소견, 질병확정진단 또는 질병의심소견을 받은 사실이 있습니까? '라는 질문에 "없다"고 답변 함. 가입 후 보험사고가 발생하여 보험금을 청구하였으나, "계약 전 알릴 의무 위반"이라며 보험계약이 해지 되어 민원을 제기함.
주의	간편고지 상품은 일반심사 보험보다 계약 전 알릴의무 항목이 간소화 되었으나, 간소화된 건강상태 질문에 대하여 사실대로 알리지 않거나 사실과 다르게 알린 경우에는 보험가입이 거절될 수 있습니다. 특히 그 내용이 "중요한 사항"에 해당되는 경우에는 보험계약자 또는 피보험자의 의사와 관계 없이 보험약관상 "계약 전 알릴의무 위반효과" 조항에 의거해 계약이 해지되거나 보장이 제한 될 수 있습니다. 이에 보험가입 시 반드시 고지문항에 대하여 정확하게 답변을 해주시기 바랍니다.

해약환급금 관련 불만

내용	A고객은 라이나생명 모집인으로부터 재해장해 시 보험금이 지급되는 (무)새로담는간편건강보험(클래식)(해약환급금 미지급형Ⅱ)의 가입을 권유받고 낮은 보험료로 가입할 수 있는 대신, 보험료 납입기간 중 계약이 중도 해지될 경우 해약환급금이 전혀 없음을 설명받고 상품을 가입함. A고객은 5년이 지난 시점에 해지하려고 하였으나, 해약환급금 미지급형 상품이므로 납입 기간 중 해지시 해약환급금이 전혀 지급되지 않는다는 안내를 받고 해약환급금 지급을 주장하는 민원을 제기함
주의	(무)새로담는간편건강보험(클래식)(해약환급금 미지급형Ⅱ) 가입시 약정한 납입기간이 끝나기 전 해지할 경우 해약환급금은 전혀 지급되지 않습니다. 또한 납입기간이 경과된 이후 중도해지시 해약환급금은 "기본형" 상품 대비 50%입니다.(가입 전 반드시 해당 상품의 가입유형 및 보장 내용, 납입기간을 확인하시기 바랍니다.)

- **보험증권**: 보험계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 보험회사가 보험계약자에게 드리는 증서
- **보험료**: 보험계약에 따른 보장을 받기 위하여 보험계약자가 보험회사에 납입하는 금액
- **보험계약자**: 보험회사와 계약을 체결하고 보험료 납입의무를 지는 사람
- **피보험자**: 보험사고 발생의 대상이 되는 사람
- **보험수익자**: 보험사고가 발생하였을 때 보험금 청구권을 갖는 사람
- **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 해약환급금 등을 산정하는 기준이 되는 금액
  * 보험가입금액, 보험료 납입기간, 피보험자의 나이 등을 기준으로 보험료를 산출하지 않고 보험계약자가 보험료를 선택하는 보험에서는 보험료 수준에 따라 보험금, 계약자적립액 등이 결정됨
- **계약자적립액**: 장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액
- **해약환급금**: 계약의 효력이 상실되거나 계약이 해지될 때 보험계약자에게 돌려주는 금액

무배당 새로담는간편건강보험(클래식)(해약환급금 미지급형Ⅱ) 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 재해장해에 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. 재해: 별표3(재해분류표)에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 장해: 별표4(장해분류표)에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
   다. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

> 【보험가입금액 한도 제한】
> 피보험자가 가입을 할 수 있는 최대 보험가입금액을 제한하는 방법

> 【일부 보장 제외】
> 일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법 중의 하나로, 특정 질병 또는 특정 신체 부위를 보장에서 제외하는 방법

> 【보험금 삭감】
> 일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법 중의 하나로, 보험 가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 감소하는 위험에 대해 적용하여 보험 가입 후 일정기간 내에 보험사고가 발생한 경우 미리 정해진 비율로 보험금을 감액하여 지급하는 방법

> 【보험료 할증】
> 일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법 중의 하나로, 보험 가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 증가하는 위험 또는 기간의 경과에 상관없이 일정한 상태를 유지하는 위험에 적용하여 위험정도에 따라 해당 보험료 이외에 특별보험료를 부가하는 방법

3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 연단위 복리: 회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.

> 【연단위 복리 예시】
> 원금 100원, 연간 10% 이자율 적용시 연단위 복리로 계산한 2년 시점의 총 이자 금액
> - 1년차 이자 = 100원(원금) × 10% = 10원
> - 2년차 이자 = (100원(원금) + 10원(1년차 이자)) × 10% = 11원
> → 2년 시점의 총 이자금액 = 10원 + 11원 = 21원

   나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점(갱신계약의 경우 갱신 시점)의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인할 수 있습니다. 또한, 관련법규 등의 변경으로 이 계약

갱신 시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않는 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내합니다.

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

라. 이미 납입한 보험료: 계약자가 회사에 납입한 보험료의 총액을 말합니다. 다만, 보험가입금액을 감액한 경우 보험금 계산시 적용하는 이미 납입한 보험료는 제20조(계약내용의 변경 등) 제4항에 따라 계산된 보험료와 감액 이후 납입된 보험료의 합계를 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조【보험금의 지급사유】

회사는 이 계약의 피보험자가 보험기간 중 동일한 재해로 장해분류표(별표4 참조)에서 정한 장해지급률 중 3%이상 100%이하에 해당하는 장해상태가 된 경우에는 보험수익자에게 재해장해급여금(별표1 "보험금 지급기준표"참조)을 지급합니다.

제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(별표4 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 80%이상의 장해상태가 되었을 때에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 지연이 있는 경우에는 제26조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

② 제1항 및 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

③ 제2항에 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.

④ 제1항 및 제3조(보험금의 지급사유)에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑤ 제1항 및 제3조(보험금의 지급사유)의 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.

⑥ 제1항 및 제3조(보험금의 지급사유)의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑦ 제1항 및 제3조(보험금의 지급사유)의 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.

⑧ 제7항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 제3조(보험금의 지급사유)에서 다른 재해로 인하여 장해가 2회이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 장해가 이미 재해장해급여금을 지급받은 동일부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 재해장해급여금에서 이미 지급받은 재해장해급여금을 뺀 금액을 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 제3조(보험금의 지급사유)에서 그 재해전에 이미 다음 중 한 가지에 해당되는 장해가 있었던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제9항에 규정하는 장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한 가지에 해당되는 장해에 대한 재해장해급여금이 지급된 것으로 보고 최종 장해상태에 해당하는 재해장해급여금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 재해장해급여금을 빼고 지급합니다.

1. 이 계약의 보장개시전의 원인에 따르거나 또는 그 이전에 발생한 장해로 재해장해급여금의 지급사유가 되지 않았던 장해

【보험금 지급 예시 1】
보험가입 전 한 팔에 장해지급률 20%에 해당하는 장해가 있었던 피보험자가 보험가입 후 재해로 팔의 장해가 장해지급률 30%에 해당하게 된 경우
⇒ 보험가입 후 발생한 재해로 인한 장해지급률 30%에서 보험가입 전 발생한 장해지급률 20%를 뺀 10%에 해당하는 재해장해급여금을 지급합니다.

【보험금 지급 예시 2】
보험가입 전 치아결손이 5개인 피보험자가 보험가입 후 동일한 재해로 추가적인 치아결손이 5개가 발생하여 장해지급률 10%에 해당하게 된 경우
⇒ 보험가입 후 발생한 치아결손만 보장대상이기에 장해지급률 5%에 해당하는 재해장해급여금을 지급합니다.

2. 위 제1호 이외에 이 계약에서 규정한 재해장해급여금의 지급사유가 되지 않았던 장해 또는 재해장해급여금이 지급되지 않았던 장해

【보험금 지급 예시】
보험기간 중 발생한 질병을 원인으로 오른쪽 눈에 장해지급률 15%에 해당하는 장해가 있었던 피보험자가 이후에 재해로 눈의 장해가 장해지급률 35%에 해당하는 장해가 된 경우
⇒ 이 계약은 재해로 인한 장해를 보장하며 질병으로 인한 장해는 보장하지 않으므로 장해지급률 35%에서 질병으로 인한 장해지급률 15%를 뺀 20%에 해당하는 재해장해급여금을 지급합니다.

⑪ 동일한 재해로 인한 장해지급률은 100%를 한도로 합니다.

⑫ 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한하며, 보험기간 중 발생한 재해가 아닌 경우에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

⑬ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑭ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 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.

⑮ 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조【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

제6조【보험금 지급사유의 발생통지】

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유의 발생을 안 때에는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제7조【보험금 등의 청구】

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

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

③ 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우 계약자는 제1항의 서류 중 보험료 납입면제와 관련된 서류를 제출하고 보험료 납입면제를 신청하여야 합니다.

제8조【보험금 등의 지급절차】

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

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표2(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)과 같이 계산합니다.

③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 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 제7조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청(금융감독원 금융분쟁조정위원회 또는 한국소비자원 소비자분쟁조정위원회)
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제14항 또는 제15항에 따라 보험금 지급사유 등에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

④ 제3항에 의하여 장해지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 확정된 장해지급률에 따른 보험금을 초과한 부분에 대한 분쟁으로 보험금 지급이 늦어지는 경우에는 보험수익자의 청구에 따라 이미 확정된 보험금을 먼저 가지급합니다.

⑤ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

⑥ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제14조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

⑦ 회사는 제6항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

【보험금 가지급제도】
지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도를 말하며, 이는 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해주기 위해 회사가 먼저 지급해주는 임시 급부금입니다.

제9조【보험금 받는 방법의 변경】

① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 제3조(보험금의 지급사유)에 따른 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 이 계약의 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제10조【주소변경통지】

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

② 제1항에서 정한 대로 계약자 또는 보험수익자가 변경 내용을 알리지 않은 경우에는 계약자 또는 보험수익자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 시일이 지난 때에 계약자 또는 보험수익자에게 도달된 것으로 봅니다.

제11조【보험수익자의 지정】

이 계약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 제3조(보험금의 지급사유)의 경우는 피보험자로 하며, 피보험자가 사망한 경우에는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

【법정상속인】
피상속인의 사망으로 인하여 민법의 규정에 의한 상속순서에 따라 상속받는 자를 말합니다.

제12조【대표자의 지정】

① 계약자 또는 보험수익자가 2명 이상인 경우에는 각 대표자를 1명 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.

② 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 않은 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 보험수익자 1명에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에게도 효력이 미칩니다.

③ 계약자가 2명 이상인 경우에는 계약 전 알릴 의무, 보험료 납입의무 등 보험계약에 따른 계약자의 의무를 계약자들이 연대하여 부담합니다.

【연대(連帶)】
2인 이상의 계약자가 각자 채무의 전부를 이행할 책임을 지는 것을 말하며(지분만큼 분할하여 책임을 지는 것과는 다름), 계약자 1인이 책임을 이행하는 경우 나머지 계약자는 책임을 면하게 됩니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제13조【계약 전 알릴 의무】

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 포함) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 "계약 전 알릴 의무"라 하며, 상법상 "고지의무"와 같습니다)합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

【상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)】
보험계약당시에 보험계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 중요한 사항을 고지하지 아니하거나 부실의 고지를 한 때에는 보험자는 그 사실을 안 날로부터 1월내에, 계약을 체결한 날로부터 3년내에 한하여 계약을 해지할 수 있다. 그러나 보험자가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못한 때에는 그러하지 아니하다.

제14조【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제13조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 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 회사는 제1항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 계약의 처리결과를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다.
회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는「전자서명법」제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제32조(해약환급금) 제1항에 따라 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제13조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 지급합니다.

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

【사례】
보험계약을 청약하면서 보험설계사에게 입원 경험이 있다고만 얘기하였을 뿐, 청약서의 계약 전 알릴 사항에 아무런 기재도 하지 않을 경우에는 보험설계사에게 입원 경험을 얘기하였다고 하더라도 보험회사는 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다. 다만, 전화를 이용하여 보험계약을 청약하신 경우에는 음성녹음으로 대신합니다.

제15조【사기에 의한 계약】

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

② 제1항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

③ 보험료 납입이 면제된 경우, 제2항의 '이미 납입한 보험료'는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제16조【보험계약의 성립】

① 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.

② 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 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 평균공시이율+ 1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

⑤ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑥ 제5항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제26조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제27조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제17조【청약의 철회】

① 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일이내에 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 청약한 날부터 30일(만 65세 이상의 계약자가 통신수단 중 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일로 합니다)을 초과하거나, 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약은 철회할 수 없습니다.

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

【일반금융소비자】
전문금융소비자가 아닌 계약자를 말합니다.

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

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

제18조【약관교부 및 설명의무 등】

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

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

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

1. 전화를 이용하여 청약내용, 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.

③ 회사가 제1항에 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」제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함합니다)을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.
④ 제3항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 위 제2항의 규정에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.

1. 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우
2. 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우

⑤ 제3항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
⑥ 보험료 납입이 면제된 경우, 제5항의 '이미 납입한 보험료'는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제19조【계약의 무효】

① 다음 중 한가지에 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 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

1. **타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제44조의2에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)에 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.**
2. **만15세미만자, 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.

② 보험료 납입이 면제된 경우, 제1항의 '이미 납입한 보험료'는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제20조【계약내용의 변경 등】

① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다. 다만, 보험종목 및 보험료 납입기간의 변경은 제한됩니다.

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 해약환급금이 있을 때에는 제32조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 이 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입 시 안내한 보험금 또는 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

④ 제3항에 따라 보험가입금액을 감액한 경우 "이미 납입한 보험료"는 다음과 같이 계산합니다.

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

⑤ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우 계약자와 피보험자가 동일하지 않을 때에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제44조의2에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)으로 동의하여야 합니다.

⑥ 회사는 제1항 제3호에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

제21조【보험나이 등】

① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제19조(계약의 무효) 제1항 제2호의 경우에는 실제 만나이를 적용합니다.

② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

③ 청약서에 기재된 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 사항이 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증을 말하며 이하 "신분증"이라 합니다)에 기재된 사실과 다른 경우에는 신분증에 기재된 나이 또는 성별로 정정하고, 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

④ 제3항에 따라 보험금 및 보험료를 변경할 때 변경 전후의 계약자적립액 또는 해약환급금 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하거나 반환 받을 금액이 발생할 수 있습니다.

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

제22조【계약의 소멸】

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없으며, '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 또한 제3조(보험금의 지급사유)에서

정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에도 이 계약은 그때부터 효력이 없습니다.

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

② 제1항의 사망에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

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

③ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제7조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 제8조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표2(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)에서 정한 이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5관 보험료의 납입

제23조【제1회 보험료 및 회사의 보장개시】

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

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

【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. 제13조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용 또는 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우

2. 제14조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우

3. 진단계약에서 보험금 지급사유 발생시까지 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 돌려드립니다.

제24조【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.

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.

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

제25조【보험료의 자동대출납입】

① 계약자는 제26조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따른 보험료의 납입최고(독촉)기간이 지나기 전까지 회사가 정한 방법에 따라 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있으며, 이 경우 제33조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약이 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면이외에 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 해약환급금(해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 금액을 말합니다)을 초과하는 때에는 보험료의 자동대출납입을 더는 할 수 없습니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 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 자동대출납입 전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출납입이 없었던 것으로 하여 제32조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.
⑤ 회사는 자동대출납입이 종료된 날부터 15일 이내에 자동대출납입이 종료되었음을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서(SMS 포함) 등으로 계약자에게 안내하여 드립니다.

제26조【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(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 보상하여 드립니다.

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

② 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대해 수신확인을 하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

③ 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전화(음성녹음)로 안내하고자 할 때 다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 경우에 「보험업감독규정」 제4-36조 제3항에 따른 전자적 상품설명장치를 활용할 수 있습니다.

1. **계약자에게 전자적 상품설명장치를 활용하여 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것**
2. **전자적 상품설명장치를 활용하여 안내한 납입최고(독촉) 등을 계약자가 모두 수신하고 이해하였음을 확인할 것**
3. **계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명장치의 활용을 중단할 것을 요구하는 경우, 회사는 전화 (음성녹음) 방법으로 전환하여 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 실시할 것**
4. **전자적 상품설명장치에 안내의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖출 것**
5. **제3호 및 제4호의 내용에 관한 사항을 계약자에게 안내할 것**

④ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제32조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제27조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)】

① 제26조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우 (보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에는 부활(효력 회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 평균공시이율+1% 범위내에서 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다.
② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제13조(계약 전 알릴 의무), 제14조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과) 및 제15조(사기에 의한 계약), 제16조(보험계약의 성립) 제2항 및 제3항, 제23조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다. 이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.
③ 제1항에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초 계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제13조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제14조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제28조【강제집행 등으로 해지된 계약의 특별부활(효력회복)】

① 회사는 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우

해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제20조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.

【강제집행】
국가의 집행기관이 채권자를 위하여 사법상의 청구권을 국가권력을 가지고 강제적으로 실현하는 법적 절차

【담보권실행】
채무자가 채무를 갚지 않을 경우, 채무이행을 확보할 수 있도록 제공된 담보로부터 담보권자가 채무를 변제받는 절차

【국세 및 지방세 체납처분절차】
납세자가 국세 및 지방세를 납부 기한까지 납부하지 않는 경우에 국세징수법 또는 지방세징수법에 따라 행하는 압류 및 공매 처분 등 절차

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

제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제29조【계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권】

① 계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제32조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 제19조(계약의 무효) 제1항에 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 해약환급금이 있을 때에는 제32조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제29조의2【위법계약의 해지】

① 계약자는「금융소비자보호에 관한 법률」제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 법위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.
④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제32조(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제30조【중대사유로 인한 해지】

① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 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 제32조(해약환급금) 제1항에 따른

해약환급금을 지급합니다.

제31조【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 제32조(해약환급금) 제1항에 따라 해약환급금을 계약자에게 드립니다.

제32조【해약환급금】

① 이 약관에 따른 해약환급금은 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에 따라 계산합니다. 다만, "해약환급금 미지급형Ⅱ" 상품은 보험료 납입기간 중 중도 해지될 경우 해약환급금이 전혀 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 계약이 중도 해지되는 경우 해약환급금은 "기본형" 상품의 해약환급금 대비 적습니다.

【해약환급금 관련 유의사항】

1. "해약환급금 미지급형Ⅱ" 상품은 "기본형" 상품보다 낮은 보험료로 가입할 수 있는 대신, 보험료 납입기간 중 계약이 중도 해지될 경우 해약환급금을 전혀 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 계약이 중도 해지되는 경우 "기본형" 상품 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 해약환급금으로 지급합니다. 다만, 보험료 납입이 면제된 경우라도 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않습니다.
2. "보험료 납입기간"이란 계약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 보험료 납입이 연체된 경우에는 보험료 총액의 납입이 완료된 날까지의 기간을 말하며, 보험료를 선납하여 보험료 납입기간이 도달하기 전에 보험료 총액의 납입이 완료된 경우라 하더라도 계약 체결시 약정한 보험료 납입기간을 말합니다.
3. "기본형" 상품의 해약환급금은 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정한 방법에 따라 계산한 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산하며, "기본형" 상품은 본 상품과 동일한 보장 내용의 비교·안내만을 위한 상품으로 실제 판매하지 않습니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표2(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제29조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제33조【보험계약대출】

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

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

③ 회사는 제26조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감합니다.

④ 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제34조【배당금의 지급】

이 계약은 무배당보험이므로 계약자배당금이 없습니다.

제7관 분쟁의 조정 등

제35조【분쟁의 조정】

① 계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁 당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있으며, 분쟁조정 과정에서 계약자는 관계 법령이 정하는 바에 따라 회사가 기록 및 유지·관리하는 자료의 열람(사본의 제공 또는 청취를 포함한다)을 요구할 수 있습니다.

② 회사는 일반금융소비자인 계약자가 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 가액이 「금융소비자보호에 관한 법률」 제42조에서 정하는 일정 금액 이내인 분쟁사건에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 관계 법령이 정하는 경우를 제외하고는 소를 제기하지 않습니다.

제36조【관할법원】

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

제37조【소멸시효】

① 보험금 청구권, 보험료반환청구권, 해약환급금청구권 및 계약자적립액 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

② 제1항의 소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있는 때로부터 진행합니다.

【예시】
제 3 조(보험금의 지급사유)에 따른 보험금 지급사유가 2015 년 1 월 1 일에 발생하였음에도 2017 년 12 월 31 일까지 보험금을 청구하지 않는 경우 시효가 완성되어 보험금 등을 지급받지 못할 수 있습니다.

제38조【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.

제39조【설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력】

① 회사는 일반금융소비자에게 청약을 권유하거나 일반금융소비자가 설명을 요청하는 경우 보험상품에 관한 중요한 사항을 계약자가 이해할 수 있도록 설명하고 계약자가 이해하였음을 서명(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함), 기명날인 또는 녹취 등을 통해 확인받아야 하며, 설명서를 제공하여야 합니다.

② 설명서, 약관, 계약자 보관용 청약서 및 보험증권의 제공 사실에 관하여 계약자와 회사간에 다툼이 있는 경우에는 회사가 이를 증명하여야 합니다.

③ 보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사 제작의 보험안내자료(계약의 청약을 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다) 내용이 이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제40조【회사의 손해배상책임】

① 회사는 계약과 관련하여 임·직원, 보험설계사 및 대리점의 책임있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 발생된 손해에 대하여 관계 법령 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.

② 회사는 보험금 지급거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었음에도 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.

【현저하게 공정을 잃은 합의】
'현저하게 공정을 잃은 합의'란 회사가 보험수익자의 경제적, 신체적, 정신적인 어려움, 경솔함, 경험 부족 등을 이용하여 동일, 유사 사례에 비추어 보험수익자에게 매우 불합리하게 합의를 하는 것을 의미합니다.

제41조【개인정보보호】

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

② 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

제42조【준거법】

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

제43조【예금보험에 의한 지급보장】

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

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

(별표1) 보험금 지급기준표

보험금 지급기준표

[기준: 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
재해장해 급여금	피보험자가 보험기간 중 동일한 재해로 장해분류표에서 정한 장해지급률 중 3% 이상 100%이하에 해당하는 장해상태가 되었을 때	보험가입금액의 100% ×해당 장해지급률

주)

1. 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표(별표4 참조) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 80%이상의 장해상태가 되었을 때에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
2. 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없으며, 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

(별표2) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
재해장해 급여금, 계약자적립액 (제3조, 제22조 제1항)	지급기일의 다음날부터 30일이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율+가산이율(8.0%)
해약환급금 (제32조 제1항, 제4항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년이내: 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 일자 계산하며, 이 계약의 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제8조(보험금 등의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 보험사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 보험사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

(별표3) 재해분류표

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력환경에서의 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

주) 1. ( ) 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행)상의 분류번호를 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 재해 해당 여부를 판단합니다.

2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 재해 해당 여부는 진단확정일 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

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

(별표4) 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 13개 부위를 말하며, 이를 각각 동일한 신체부위라 한다. 다만, 좌. 우의 눈, 귀, 팔, 다리, 손가락, 발가락은 각각 다른 신체부위로 본다.

3. 기타

1) 하나의 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 3회 이상 측정한다.
2) '교정시력'이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 원거리 최대교정시력을 말한다. 다만, 각막이식술을 받은 환자인 경우 각막이식술 이전의 시력상태를 기준으로 평가한다.
3) '한눈이 멀었을 때'라 함은 안구의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나('광각무') 겨우 가릴 수 있는 경우('광각유')를 말한다.
4) '한눈의 교정시력이 0.02이하로 된 때'라 함은 안전수동(Hand Movement)[주1], 안전수지(Finger Counting)[주2] 상태를 포함한다.

※주1) 안전수동 : 물체를 감별할 정도의 시력상태가 아니며 눈앞에서 손의 움직임을 식별할 수 있을 정도의 시력상태

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

5) 안구(눈동자) 운동장해의 판정은 질병의 진단 또는 외상 후 1년 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 20도 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 50세 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 8방향 시야범위 합계를 정상범위와 비교하여 평가한다.

9) '눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때'라 함은 눈꺼풀의 결손으로 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮이지 않는 경우를 말한다.

10) '눈꺼풀에 뚜렷한 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 3회 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 3세 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 30점 이상인 경우를 말한다.

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

	단기 통원치료(6개월간 6회이상) 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 1년 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 6개월 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
1) 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 1cm이하로 제한되는 경우

다) 위·아래턱(상. 하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1.5cm이상인 경우

라) 1개 이하의 치아만 교합되는 상태

마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 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 2cm이하로 제한되는 경우

다) 위·아래턱(상. 하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1cm이상인 경우

라) 양측 각 1개 또는 편측 2개 이하의 치아만 교합되는 상태

마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 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 경우

나) 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 경우

나) 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 경우

나) 언어평가상 표현언어지수 65 미만인 경우

10) 말하는 기능의 장해는 1년 이상 지속적인 언어치료를 시행한 후 증상이 고착되었을 때 평가하며, 객관적인 검사를 기초로 평가한다.

11) 뇌·중추신경계 손상(정신·인지기능 저하, 편마비 등)으로 인한 말하는 기능의 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 1/2개 결손으로 적용한다.

13) 보철치료를 위해 발치한 정상치아, 노화로 인해 자연 발치된 치아, 보철(복합레진, 인레이, 온레이 등)한 치아, 기존 의치(틀니, 임플란트 등)의 결손은 치아의 상실로 인정하지 않는다.

14) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.

15) 어린이의 유치는 향후에 영구치로 대체되므로 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 1/2을 얼굴의 추상(추한 모습)으로 보아 산정한다.

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)

1) 얼굴

가) 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

나) 길이 10cm 이상의 추상 반흔(추한 모습의 흉터)

다) 지름 5cm 이상의 조직함몰

라) 코의 1/2 이상 결손

2) 머리

가) 손바닥 크기 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손

나) 머리뼈의 손바닥 크기 이상의 손상 및 결손

3) 목

손바닥 크기 이상의 추상(추한 모습)

라. 약간의 추상(추한 모습)

1) 얼굴

가) 손바닥 크기 1/4 이상의 추상(추한 모습)

나) 길이 5cm 이상의 추상반흔(추한 모습의 흉터)

다) 지름 2cm 이상의 조직함몰

라) 코의 1/4 이상 결손

2) 머리

가) 손바닥 크기 1/2 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손

나) 머리뼈의 손바닥 크기 1/2 이상의 손상 및 결손

3) 목

손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

마. 손바닥 크기

'손바닥 크기'라 함은 해당 환자의 손가락을 제외한 손바닥의 크기를 말하며, 12세 이상의 성인에서는 8×10㎝(1/2 크기는 40㎠, 1/4 크기는 20㎠), 6~11세의 경우는 6×8㎝(1/2 크기는 24㎠, 1/4 크기는 12㎠), 6세 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, 제1천추까지를 동일한 부위로 한다. 제2천추 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 6개월 이상 지난 후에 평가한다.

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

6) 심한 운동장해란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

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

나) 머리뼈(두개골), 제1경추, 제2경추를 모두 유합 또는 고정한 상태

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

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

나) 머리뼈(두개골)와 제1경추 또는 제1경추와 제2경추를 유합 또는 고정한 상태

다) 머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추) 사이에 CT 검사 상, 두개 대후두공의 기저점(basion)과 축추 치돌기 상단사이의 거리(BDI : Basion-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태

라) 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추) CT 검사상, 환추 전방 궁(arch)의 후방과 치상돌기의 전면과의 거리(ADI: Atlanto-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태

8) 약간의 운동장해

머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추)를 제외한 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태

9) 심한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 35° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증 (척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때

나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 60%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 90% 이상일 때

10) 뚜렷한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 15° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증 (척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때

나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 40%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 60% 이상일 때

11) 약간의 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가) 1개 이상의 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구로 경도(가벼운 정도)의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때

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

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

13) '추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장해'란 추간판탈출증으로 추간판 1마디를 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, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함), 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)를 말하며 이를 모두 동일한 부위로 본다.

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

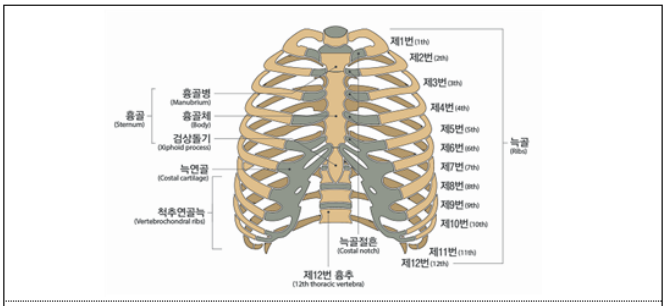
가) 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm이상 분리된 부정유합 상태

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

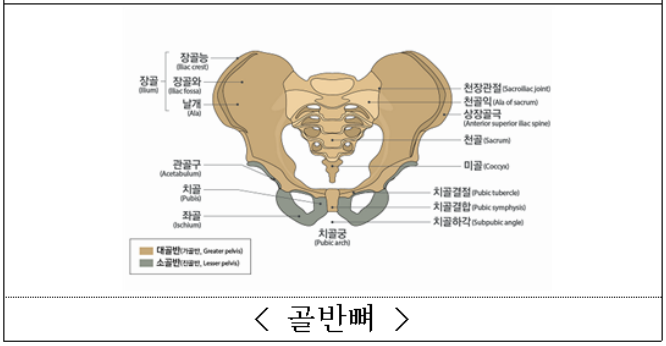
다) 미골의 기형은 골절이나 탈구로 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 70° 이상 남은 상태

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 3대 관절'이라 함은 어깨관절(견관절), 팔꿈치관절(주관절), 손목관절(완관절)을 말한다.
5) '한 팔의 손목 이상을 잃었을 때'라 함은 손목관절(완관절)부터(손목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치관절(주관절) 상부에서 절단된 경우도 포함한다.
6) 팔의 관절기능장해 평가는 팔의 3대 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다.
가) 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 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 '0등급(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 '1등급(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 2등급(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 3등급(fair)인 경우
11) '가관절주)이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.

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

12) '가관절이 남아 약간의 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 3대 관절 중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
2) 1상지(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 3대 관절'이라 함은 엉덩이관절(고관절), 무릎관절(슬관절), 발목관절(족관절)을 말한다.
5) '한 다리의 발목 이상을 잃었을 때'라 함은 발목관절(족관절)부터(발목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절(슬관절)의 상부에서 절단된 경우도 포함한다.
6) 다리의 관절기능장해 평가는 다리의 3대 관절의 관절운동범위 제한 및 무릎관절(슬관절)의 동요성 등으로 평가한다.
가) 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 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 '0등급(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 '1등급(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 2등급(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 3등급(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 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
※주)가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 '불유합' 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외한다.
13) '가관절이 남아 약간의 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 3대 관절 중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

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

10. 손가락의 장해

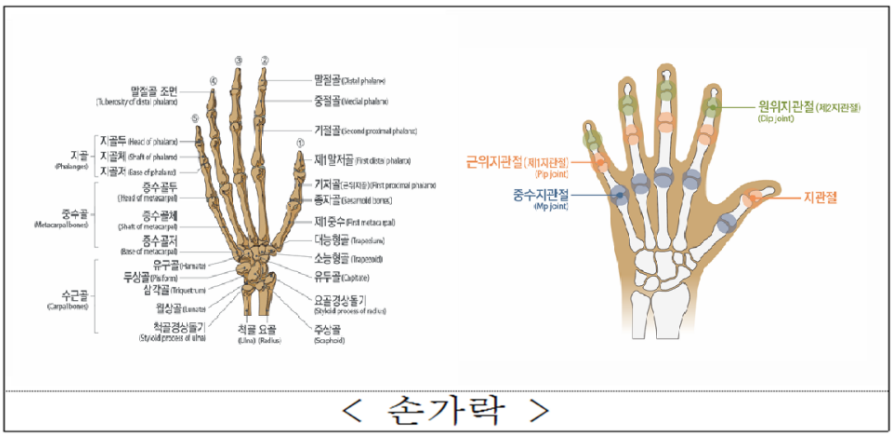
가. 장해의 분류

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 2개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
4) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.
5) '손가락을 잃었을 때'라 함은 첫째 손가락에서는 지관절부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽으로 손가락이 절단되었을 때를 말한다.
6) '손가락뼈 일부를 잃었을 때'라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 손가락 뼈의 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 손가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.
7) '손가락에 뚜렷한 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 제1, 제2지관절의 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」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.

,



< 손가락 >

11. 발가락의 장해

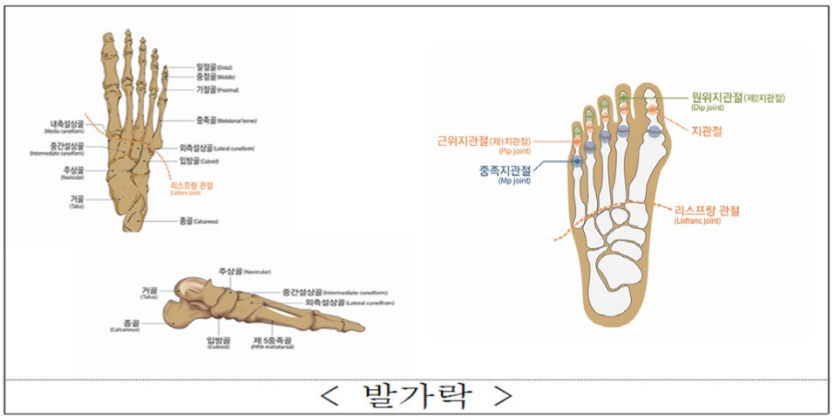
가. 장해의 분류

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 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽을 잃었을 때를 말한다.
4) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
5) '발가락뼈 일부를 잃었을 때'라 함은 첫째 발가락의 지관절, 다른 네 발가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 발가락 뼈 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 발가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.
6) '발가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 첫째 발가락의 경우에 중족지관절과 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동범위 합계가 정상 운동 가능영역의 1/2이하가 된 경우를 말하며, 다른 네 발가락에 있어서는 중족지관절의 신전운동범위만을 평가하여 정상운동범위의 1/2이하로 제한된 경우를 말한다.
7) 한 발가락에 장해가 생기고 다른 발가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
8) 발가락 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 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 뇌전증 발작이 남았을 때	70
12) 뚜렷한 뇌전증 발작이 남았을 때	40
13) 약간의 뇌전증 발작이 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 5가지 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 12개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장해를 평가한다. 그러나, 12개월이 지났다고 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 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 18개월이 지난 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 질병발생 또는 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 질병발생 또는 상해를 입은 후 12개월이 지난 후에 판정할 수 있다.

나) 정신행동장해는 장해판정 직전 1년 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 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며 GAF 30점 이하인 상태를 말한다.

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

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

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

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

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

아) 지속적인 정신건강의학과의 치료란 3개월 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 뇌전증에 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, SPECT등)를 기초로 진단되어져야 하며, 18개월 이상 지속적인 치료 후 평가한다. 다만, 진단시점에 이미 극심한 치매 또는 심한 치매로 진행된 경우에는 6개월간 지속적인 치료 후 평가한다.

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

4) 뇌전증

가) "뇌전증"이라 함은 돌발적 뇌파이상을 나타내는 뇌질환으로 발작(경련, 의식장해 등)을 반복하는 것을 말한다.

나) 뇌전증 발작의 빈도 및 양상은 지속적인 항뇌전증제(항경련제) 약물로도 조절되지 않는 뇌전증을 말하며, 진료기록에 기재되어 객관적으로 확인되는 뇌전증 발작의 빈도 및 양상을 기준으로 한다.

다) "심한 뇌전증 발작"이라 함은 월 8회 이상의 중증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작할 때 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장해 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.

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

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

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

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

<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 2시간 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 하의중 하나만 혼자서 착탈의가 가능한 상태 (5%) - 상·하의 의복착탈시 혼자서 가능하나 미세동작(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)이 필요한 마무리는 타인의 도움이 필요한 상태 (3%)